



Psychisch kranke Flüchtlinge: Neue Herausforderungen?

**SOZIALPSYCHIATRISCHER PLAN 2017**  
des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover



## VORWORT

### **Sehr geehrte Leserinnen und Leser,**

der vorliegende Sozialpsychiatrische Plan 2017 beschäftigt sich mit einem Schwerpunktthema, welches im letzten Jahr nicht nur das Dezernat für Soziale Infrastruktur, sondern die Region Hannover in ihrer Gesamtheit vor große Herausforderungen gestellt hat. Die Themenwahl Geflüchtete und das psychiatrische Versorgungssystem spiegelt wider, dass im Sozialpsychiatrischen Verbund ein großes Interesse für das Gelingen dieser Aufgabe besteht.



Ende des Jahres 2015 und Anfang des Jahres 2016 hatte die Region Hannover in geteilter Zuständigkeit mit der Landeshauptstadt die Aufgabe, den Empfang, die Begleitung, die Unterbringung und die Erbringung von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz für eine stetig und rasant steigende Zahl von Geflüchteten zu leisten. Diese Aufgaben waren nicht neu und bestehen auch weiterhin, aber die Dynamik der Entwicklung war in dieser Zeit extrem ausgeprägt. Die Menschen kamen in Zügen und Bussen an und waren in großer Ungewissheit über das Ziel oder die mögliche Weiterleitung in andere Kommunen. Ein Ende dieser Entwicklung war nicht absehbar und alle menschlichen und organisatorischen Kapazitäten wurden bis an und über die Grenzen belastet. Bis dahin als selbstverständlich erachtete Standards konnten zwischenzeitlich nicht mehr eingehalten werden. Die Situation war dramatisch, es gab keine Spielräume für Planung und alle waren gefordert zu improvisieren. Im Vorfeld gab es keine Informationen wer ankommt, d. h. Nationalität, Sprache, Ethnie, Religion, familiäre Zusammenhänge und jeweilige Fluchtgründe waren nicht bekannt. In Bezug auf die Mitglieder des Sozialpsychiatrischen Verbundes haben wir die Bereitschaft erwartet, sich für traumatisierte und psychisch kranke Flüchtlinge zu engagieren.

Inzwischen ist die Situation wieder überschaubarer. Im Sozialpsychiatrischen Verbund wurde die Aufgabe angenommen und es sind die Erfahrungen eines Jahres beschreib- und auswertbar. Wir können heute sagen, dass die Strukturen der psychiatrischen Regelversorgung in der Lage sind diese Anforderungen zu bewältigen. Die Erfahrungen zeigen, dass sich gute Ergebnisse erzielen lassen. Dazu brauchen die Betroffenen häufig initial Informationen und praktische Unterstützung, um in den für sie noch unbekanntem Strukturen Orientierung zu erlangen. Der Einsatz von qualifizierten Dolmetscher/innen ist notwendig und die haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen benötigen gezielte Fort- und Weiterbildungen. Die Region Hannover unterstützt daher die Entwicklung im Fort- und Weiterbildungsbereich ebenso wie die Entwicklung von geeigneten Informationsmaterialien.

Erwin Jordan  
Dezernent für Soziale Infrastruktur  
Region Hannover

## **ZUSAMMENSETZUNG DER FACHGRUPPE „Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan“ des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover**

### **Dr. Hermann Elgeti**

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

### **Uwe Blanke**

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

### **Matthias Eller**

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

### **Torsten Köster**

STEP Niedersachsen, FAM - Fachambulanz für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit  
Lange-Laube 22, 30159 Hannover

### **Monika Lüpke**

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

### **Frank Meister**

360° e.V. – Fachgesellschaft für Integration  
Volgersweg 32, 30175 Hannover

### **Stefan Pohl**

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

### **Timo Stein**

Dr. med. Anne Wilkening GmbH,  
Mellendorfer Str. 7-9, 30625 Hannover

### **Dr. Thorsten Sueße**

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

## INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort .....	1
Zusammensetzung der Fachgruppe „Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan“ des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover .....	2
<b>Einleitung, Bewertung, Rück- und Ausblick</b>	
Lesehilfe und Einleitung Flüchtlinge und psychische Erkrankungen – Was ist daran besonders? ( <i>Thorsten Sueße und Uwe Blanke</i> ) .....	7
Stellungnahme des Vereins Psychiatrie-Erfahrener Hannover e.V. zum Schwerpunktthema ( <i>Monika Neveling und Nicole Niemann</i> ) .....	13
<b>Schwerpunktthema 2017: Geflüchtete und die psychiatrische Versorgung – Analysen, Erfahrungen, Perspektiven, Handlungsempfehlungen</b>	
Fluchtbiografien und psychische Erkrankungen – Bericht des Sozialpsychiatrischen Dienstes ( <i>Therese Schäfer, Zofia Jaskulska und Barbara Wellmann</i> ) .....	15
Zur Situation unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge in der Region Hannover ( <i>Resa Deilami</i> ) .....	19
Geflüchtete mit Suchtproblematik – Hilfen für Menschen mit Fluchthintergrund im Netzwerk der STEP ( <i>Lennart Westermann</i> ) .....	23
Psychosoziale Beratung und Therapie für Geflüchtete – Bericht des NTFN e. V. ( <i>Karin Loos</i> ) .....	26
Die Situation psychisch belasteter Geflüchteter in der Unterkunft ( <i>Andreas Jergentz und Désirée Farabella</i> ) .....	31
Psychiatrische Behandlung von Geflüchteten in einer Akutklinik ( <i>Cornelia Oestereich und Sabine Kirschnick-Tänzer</i> ) .....	34
Geflüchtete Menschen: ein psychotherapeutischer Zugang ( <i>Gertrud Corman-Bergau</i> ) .....	39
Gemeindedolmetscherdienst für das Sozial- und Gesundheitswesen – aktuelle Grundlagen, Entwicklungen und Herausforderungen in der sozialpsychiatrischen Versorgung ( <i>Ramazan Salman und Ahmet Kimil</i> ) .....	43

## Regionale Psychiatrieberaterstattung

Auswertungsbericht zur regionalen Psychiatrieberaterstattung für das Berichtsjahr 2015 ( <i>Hermann Elgeti</i> ) .....	47
Fachsteuerung Eingliederungshilfe ( <i>Henning Henß-Jürgens, Catrin Lagerbauer und Therese Schäfer</i> ) .....	61
Bericht über die Ergebnisse von Umfragen zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bei chronisch und schwer psychisch beeinträchtigten Erwachsenen in der Region Hannover ( <i>Hermann Elgeti, Uwe Blanke, Torsten Köster und Thorsten Sueße</i> ) .....	66

## Sozialpsychiatrischer Verbund

Die Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes in der Region Hannover ( <i>Thorsten Sueße/Uwe Blanke</i> ) .....	72
Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie – Geschäftsordnung (03.03.2016) ( <i>Uwe Blanke</i> ) .....	74

## Tätigkeitsberichte der Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes

<b>Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG)</b> ( <i>Sabine Kirschnick-Tänzer</i> ) .....	78
---	----

<b>Bericht des Regionalen Fachbeirates Psychiatrie (RFP)</b> ( <i>Hermann Elgeti</i> ) .....	80
--	----

### Berichte der Fachgruppen

Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ ( <i>Oliver Weidner und Fred Koch</i> ) .....	81
Fachgruppe „Dokumentation/Sozialpsychiatrischer Plan“ ( <i>Hermann Elgeti</i> ) .....	83
Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“ ( <i>Andreas Tänzer</i> ) .....	84
Fachgruppe „Fort- und Weiterbildung im Verbund“ ( <i>Uwe Blanke</i> ) .....	86
Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störungen“ ( <i>Susanne Batram und Tina Bugdoll</i> ) .....	87
Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“ ( <i>Marianne Miemietz-Schmolke</i> ) .....	88
Fachgruppe „Sucht und Drogen“ ( <i>Alfred Lessing</i> ) .....	94
Fachgruppe „Inklusion“ ( <i>Michael Sandau und Ali Türk</i> ) .....	95
Fachgruppe „Kinder- und Jugendliche“ ( <i>Birgit Dietl</i> ) .....	97
Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“ ( <i>Thorsten Sueße</i> ) .....	98
Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“ ( <i>Ahmet Kimil</i> ) .....	98
Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ ( <i>Uwe Reichertz-Boers und Henning Kurth</i> ) .....	99
Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“ ( <i>Manfred Willems und Birgit Theye-Hoffmann</i> ) .....	101

## **Berichte der Sektor-Arbeitsgemeinschaften**

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Deisterstraße ( <i>Doris Rolfes-Neumann</i> ) .....	103
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Freytagstraße ( <i>Ulrike Johanning-Schönfeld</i> ) .....	104
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Königstraße ( <i>Andreas Roempler</i> ) .....	105
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Laatzen ( <i>Horst-Peter Michel</i> ) .....	106
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen ( <i>Ulrike Jamroszczyk</i> ) .....	108
Sektor-Arbeitsgemeinschaft List ( <i>Yuanyuan Zhang</i> ) .....	109
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Groß Buchholz ( <i>Richard Plank</i> ) .....	110
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße ( <i>Sabine Tomaske</i> ) .....	111
Sektor-Arbeitsgemeinschaft Ronnenberg-Empelde ( <i>Martin Fochler</i> ) .....	112

## **Bericht der Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle für Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen / Ombudsstelle**

( <i>Jürgen Gundlach</i> ) .....	113
----------------------------------	-----

## **Sonderteil**

Hilfen für psychisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien ( <i>Stefan Pohl/Matthias Eller</i> ) .....	115
---	-----

Einleitung ( <i>Matthias Eller</i> ) .....	115
---	-----

## **Ambulante Versorgung**

Familien- und Erziehungsberatungsstellen in Barsinghausen, Burgdorf und Neustadt ( <i>Matthias Möller</i> ) .....	115
--	-----

Sozialpädiatrisches Zentrum, Bereich Psychologie ( <i>Michael Wachtendorf</i> ) .....	117
--	-----

Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien – des Fachbereichs Soziales, Team Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover ( <i>Verena Handtke</i> ) .....	118
--	-----

## **Stationäre Versorgung**

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf ( <i>Anette Redslob</i> ) .....	119
--	-----

AMEOS Klinikum, Niedersächsische Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Hildesheim ( <i>Hans-Jörg Bethge</i> ) .....	120
--	-----

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

Teilstationäre und stationäre Eingliederungshilfen des Stephansstiftes ( <i>Petra Dehmlow</i> ) .....	121
Pestalozzi-Stiftung – Jugendhilfe ( <i>Michael Theidel</i> ) .....	123
Autismus Zentrum Hannover, Heilpäd. Kindergarten sowie Schule, Ambulanz und Beratungsstelle, Wohngruppen ( <i>Christine Voigt</i> ) .....	124
<b>Autorenverzeichnis</b> .....	125



## EINLEITUNG, BEWERTUNG, RÜCK- UND AUSBLICK

### Flüchtlinge und psychische Erkrankungen – Was ist daran besonders? Stellungnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes – Lesehilfe und Einleitung

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

und Uwe Blanke (*Psychiatriekoordinator/Drogenbeauftragter der Region Hannover*)

Wie bereits in den vergangenen Jahren stellen wir dem Sozialpsychiatrischen Plan 2017 im Folgenden eine „Lesehilfe“ voran. Aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit verwenden wir häufig bei allgemeinen Personenbezeichnungen nur die kürzere männliche Form, obwohl Männer und Frauen gemeint sind.

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

Im Mai 2016 stimmte der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie mit großer Mehrheit dafür, das Thema **Flüchtlingssituation und psychiatrische Versorgung/Behandlung** zum Schwerpunktthema dieses Sozialpsychiatrischen Plans zu machen. Nicht zum Zuge kamen dagegen die ebenfalls diskutierten Themen „Freiwilligkeit und Zwang in der Psychiatrie“ und „Suizid und Suizidprävention“. Dieses Votum kam nicht unerwartet.

Bereits Ende 2015 hatten sich namhafte Fachleute auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) intensiv mit der Thematik auseinandergesetzt und mit großer Übereinstimmung erklärt, dass die Beratung, Diagnostik und Therapie von psychisch kranken geflüchteten Menschen im Wesentlichen durch die bereits bestehenden Strukturen der Regelversorgung geleistet werden sollte. Im März 2016 veröffentlichte die DGPPN dazu die Stellungnahme „Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern“, in der die „Herausforderungen für das psychosoziale Hilfesystem“ beschrieben werden.

Die Beiträge zum Schwerpunktthema vermitteln jetzt, wie in der Region Hannover die fachliche Entwicklung gesehen und bewertet wird. Wir hoffen, dass die vorgelegten Artikel alle für das Thema relevanten Arbeitsfelder widerspiegeln. Die Autor/-innen wurden gebeten sich an den Eckpunkten **Erfahrungen, Analysen, Bedarfe und Handlungsempfehlungen** zu orientieren.

- Den Auftakt (ab S. 13) machen aus dem **Verein Psychiatrie-Erfahrener (VPE)** Monika Neveling und Nicole Niemann mit ihrem Beitrag, in dem sie über die bisherigen konkreten Erfahrungen mit Flüchtlingen im VPE und die Sorgen von Besucher/innen berichteten, dass sich für sie z. B. die ohnehin schon schwierige Lage auf dem Wohnungsmarkt noch weiter verschlechtern könnte. Rose-Marie Seelhorst hat mitgeteilt, dass es aus der **Sicht der Angehörigen im AANB** noch keine konkreten Erfahrungen mit Angehörigen von psychisch kranken Geflüchteten gibt und dass aus diesem Grund keine Stellungnahme zum Schwerpunktthema seitens der Angehörigen abgegeben werden kann.
- Der Beitrag von Therese Schäfer, Zofia Jaskulska und Barbara Wellmann (ab S. 15) über die unterstützende Flüchtlingssozialarbeit beschreibt ein besonderes Angebot des **Sozialpsychiatrischen**

**Dienstes.** Die bisherigen Erfahrungen machen deutlich, dass etwa die Hälfte der bisherigen Klient/-innen bereits in den Herkunftsländern psychisch erkrankt war und dass kulturelle sowie sprachliche Hemmnisse überwunden werden müssen, um eine adäquate Behandlung einleiten zu können.

- Aus der Perspektive eines Mitarbeiters der **Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche** beschreibt Resa Deilami (ab S. 19) die besonderen Herausforderungen in der Arbeit mit psychisch belasteten unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen, die neben allen Herausforderungen nicht selten auch einen Prozess großer „Enttäuschung“ durchlaufen müssen.
- Stellvertretend auch für andere Träger der Suchthilfe steht der **Bericht der STEP**, in dem Lenart Westermann (ab S. 23) Bezug nimmt auf die fundierten Erfahrungen, die in der Suchtberatung mit verschiedenen Gruppen von Migranten in den letzten Jahrzehnten gesammelt werden konnten, und die eine gute Grundlage für die jetzige Situation bilden. Innerhalb der psychischen Erkrankungen nehmen Suchterkrankungen bei Geflüchteten – nicht selten auf dem Hintergrund religiöser Normen – eine besondere Stellung ein. Fazit des Autors: Nach Überwindung der flucht- und kulturspezifischen Hürden, ist unser Versorgungssystem gut auf die anstehenden Aufgaben vorbereitet.
- Das **NTFN e. V.** verfügt über eine langjährige Expertise in der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten. Karin Loos beschreibt (ab S. 26) die bisherigen Entwicklungen und Erfahrungen, auf deren Hintergrund sie die fachlichen Ansprüche an eine qualitativ gute Beratung formuliert. Die wichtigsten Grundzüge des durch die Region Hannover geförderten Projektes, in dem Leistungen erbracht werden, die sich an den Standards für das ambulant betreute Wohnen orientieren, werden abschließend vorgestellt.
- Andreas Jergentz und Désirée Farabella aus der **Flüchtlingsunterkunft Oststadt Krankenhaus des DRK** vermitteln in ihrem Beitrag (ab S. 31) die Erfahrungen aus der Sicht einer Unterkunft, die stellvertretend für andere Einrichtungen gesehen werden kann. Sie heben hervor, dass die psychiatrische Akutversorgung in ihrem Bereich relativ gut funktioniert, dass die Defizite bei der Realisierung einer regelhaften Behandlung und der Erkennung psychischer Belastungen bei Frauen und Kindern liegen. Dieser Träger hat begonnen, eigene Mitarbeiter/-innen in einer speziellen Behandlungstechnik schulen zu lassen.
- Neben den aktuellen Erfahrungen aus einer Akut-Klinik beschreiben Cornelia Oestereich und Sabine Kirschnick-Tänzer (ab S. 34) aus der **KRH-Psychiatrie Wunstorf** besonders die therapeutischen Grundhaltungen, die sich seit Ende der 90er Jahre in dieser Klinik entwickelt und bewährt haben. Hier ist sicherlich vieles auch in andere Arbeitsfelder übertragbar. Darüber hinaus nennen sie erste Zahlen, die Anhaltspunkte für realistische Einschätzungen und Planungen geben können. Beide Autorinnen plädieren eindeutig für eine Integration der psychisch kranken Geflüchteten in die Strukturen des bestehenden Gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems.
- Einen besonderen Blick eröffnet der Beitrag von Gertrud Corman-Bergau (ab S. 39) von der **Psychotherapeutenkammer Niedersachsen**. Die ambivalenten Haltungen in der Gesellschaft und bei einzelnen Personen gegenüber dem Thema Flüchtlinge werden im Kontext von langfristig verankerten Menschheitserfahrungen und Ängsten diskutiert und verstanden. Zusammen-

fassend steht die Feststellung, dass die bisher vorliegenden Zahlen über das Erkrankungsrisiko in der Gruppe der Geflüchteten noch nicht wirklich belastbar sind, dass frühe psychotherapeutische Interventionen möglich und sinnvoll sind, dass psychotherapeutische Behandlungen auf Grund der Barrieren initial eines erhöhten Aufwandes bedürfen und dass sich die Behandlungsergebnisse in der langfristigen Entwicklung kaum von anderen Patientengruppen unterscheiden.

- In den vorhergehenden Beiträgen wurde konstant auf die Notwendigkeit, qualifizierte Dolmetscher/-innen nutzen zu können, hingewiesen. Ramazan Salman und Ahmet Kimil beschreiben (ab S. 43) den **Gemeindedolmetscherdienst**, den das **Ethnomedizinische Zentrum** bereits seit vielen Jahren anbietet. Informationen zum Verfahren, zu Qualifikationen und zu Abrechnungsmodalitäten werden ebenso gegeben, wie Hinweise auf mögliche zukünftige Entwicklungen.
- Fester Bestandteil der Sozialpsychiatrischen Pläne ist der Beitrag zur **Regionalen Psychiatrie-berichterstattung**, in dem Hermann Elgeti (ab S. 47) zunächst auf die Datenerhebung (Datenblätter A-C) hinweist, sowie auf die erweiterten Möglichkeiten zur Nutzung der Auswertung für die einzelnen Einrichtungen. In Tabelle 1 wird ein Überblick über die Entwicklung gemeindepsychiatrischer Strukturen in der Zeit von 1998 – 2015 gegeben. Hervorzuheben sind in diesem Jahr die Daten zum Vergleich der Versorgungsstrukturen in der Region Hannover mit denen im gesamten Land Niedersachsen, bei dem die besonderen Gegebenheiten eines großstädtischen Ballungszentrums diskutiert werden. Innerhalb der Region Hannover sind die Zahlen zu den regionalen Unterschieden bei der Inanspruchnahme von Angeboten von besonderem Interesse.
- Im gleichen Kapitel gibt das Team **Fachsteuerung Eingliederungshilfe** einen Überblick zur **Fallzahlentwicklung aller Hilfeplanungen**. Die von Henning Henß-Jürgens, Catrin Lagerbauer und Therese Schäfer ab S. 61 ausgewerteten Daten zeichnen den kontinuierlichen Anstieg bei der Anzahl der durchgeführten Hilfeforenzen nach. Dabei haben die Erstkonferenzen, im Gegensatz zu den Hilfeplanfortschreibungen, in etwa das Niveau der letzten Jahre gehalten. Bei gleicher Personalausstattung hat diese Entwicklung zur Folge, dass sich die Wartezeiten bis zur Durchführung einer Erstkonferenz erhöht haben und dass der Anteil von Entscheidungen nach Aktenlage zugenommen hat.
- Aus Anlass der juristischen Auseinandersetzung zur vertragsärztlichen Behandlungsermächtigung von Ärzten des **Sozialpsychiatrischen Dienstes** hat dieser eine Umfrage in den Beratungsstellen im Umland durchgeführt. Diese Beratungsstellen verfügen über keine Behandlungsermächtigung. Zeitgleich wurden die rechtlichen Betreuer/-innen zur Behandlungssituation von chronisch und schwer psychisch erkrankten Menschen durch das **Team Betreuungsangelegenheiten** befragt. Die SpDi-Beratungsstellen berichten, dass die nicht vorhandenen fachärztlichen Behandlungsmöglichkeiten für die o. g. Patientengruppen geradezu regelhaft zu Klinikeinweisungen führen. Die rechtlichen Betreuer/-innen weisen besonders auf die Gruppe der Betroffenen hin, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nicht kooperieren. Nach unserer Einschätzung wäre es vermutlich dem SpDi mit seinem niedrigschwelligen (aufsuchenden) Hilfsangebot noch am ehesten möglich, diese Patientengruppe zur Aufnahme der notwendigen vertragsärztlichen Behandlung zu motivieren, wenn der SpDi selbst zur Erbringung dieser vertragsärztlichen Behandlungsmaßnahmen berechtigt wäre.

- Unter der Rubrik **Sozialpsychiatrischer Verbund** finden Sie (ab S. 72) die aktualisierte Geschäftsordnung des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie und die Übersicht über die Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes.
- Ab S. 78 folgen die **Tätigkeitsberichte der Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes**, die ebenfalls ein fester Bestandteil dieser Publikation sind, und die das große Spektrum der im Sozialpsychiatrischen Verbund bearbeiteten Themenstellungen einschließlich der daraus resultierenden Initiativen abbilden.
- Im Sonderteil **Hilfen für psychisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien**, der von Matthias Eller und Stefan Pohl verantwortet wird, erhalten Sie ab S. 115 wieder einen Überblick der für diesen Bereich relevanten Themen.

### Rückblick: Was wurde aus dem Themenschwerpunkt „Schnittstellenarbeit“ des letzten Sozialpsychiatrischen Plans?

Im Jahr 2016 wurde das Schwerpunktthema „Management und Überbrückung von Schnittstellen im Versorgungssystem“ bearbeitet. In neun Beiträgen setzten sich die Autor/-innen in Kooperation mit Schnittstellenpartner/innen mit dem Thema auseinander.

Fragestellung / Schnittstellen:	Lösungsmodelle / Modelle guter Praxis:
Ambulant betreutes Wohnen und Ambulante psychiatrische Pflege	Verbesserte Informationen zur Indikationsstellung
Multimorbidität und psychische Erkrankungen im Alter	Vision: Verbesserung der Ausbildung und interdisziplinäre Teams im Krankenhaus
Psych. Kranke – Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter	Verbesserung der Vernetzung und der gegenseitigen Information
Hilfe zur Pflege und/oder Psychiatrische Behandlung	Verbesserung der Vernetzung und der gegenseitigen Information
Mehrfachdiagnosen: Suchthilfe und Psychiatrie	Verbesserung der Vernetzung und der gegenseitigen Information
Mehrfachbehinderung – geistige u. psychische Behinderung	Vierteljährliche Beratungsgespräche der beteiligten Teams – Fallbezogen
Überleitungsmanagement: Strafvollzug – Eingliederungshilfe	Klare Ablauf- und Verfahrensanweisungen sind zu entwickeln
Ambulante, teil- und vollstationäre Therapie Suchtkranker	Schriftliche Vereinbarung zur Therapieform „Kombi-Nord“
Kindeswohlgefährdung und psychisch kranke Eltern	Leitlinien der Zusammenarbeit der Zusammenarbeit sind schriftlich fixiert

Neben der Situationsbeschreibung war die Beschreibung von Lösungsmodellen ein wesentlicher Aspekt der Beiträge.

Der ursprünglich technische Begriff der Schnittstelle beschreibt den Übergang von einem System in ein anderes und die dabei zu bewältigenden Anforderungen. Zusammenfassend bilden sich in den Beiträgen vier Modelle für eine gute Praxis in der Kooperation von Schnittstellenpartnern ab:

1. Verbesserte fachliche Information aller Beteiligten durch entsprechende Medien und Gremien
2. Verbesserung von Ausbildungsgängen für interdisziplinär arbeitende Teams
3. Verbesserung von Vernetzung und Kooperation durch die Einführung von regelhaften und verbindlichen Besprechungen der Schnittstellenpartner
4. Schriftliche Vereinbarungen zur klaren Regelung der Zuständigkeiten, der Arbeitsabläufe und der Verantwortlichkeiten bei allen an einem Prozess beteiligten Schnittstellenpartnern

#### **So werden Schnittstellen zu Nahtstellen:**

In der Übersicht lassen sich aus den neun Artikeln klare Merkmale für das Gelingen von Schnittstellenarbeit ableiten:

- Mindestens ein Schnittstellenpartner muss die Initiative ergreifen und das direkte Gespräch suchen/anbieten
- Strukturen zur Verfügung stellen (Räume, Technik, Protokoll etc.)
- Das Gespräch lösungsorientiert eröffnen
- Die Aufgaben sind von den Schnittstellenpartnern gemeinsam zu definieren
- Nicht anderen die Schuld zuweisen
- Alle Beteiligten müssen sich selbst fragen: Was kann/muss ich dazu beitragen, damit es funktioniert?
- Verbindliche und überprüfbare Vereinbarungen treffen

Die Auswertung wurde im November 2016 im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie vorgestellt. Als konkretes Beispiel für eine vorbildliche und lösungsorientierte Schnittstellenarbeit wurde anschließend von Frau Jung (Mitglied der Geschäftsbereichsleitung des Jobcenters Region Hannover) und Herrn Greve (Fallmanager im Jobcenter Region Hannover) die „Vereinbarung zur Zusammenarbeit – Betreuung und Integration von Substitutionspatienten nach Haftentlassung“ vorgestellt, die seit August 2016 wirksam ist. In diesem Projekt haben alle Beteiligten (JVA Hannover, JVA Sehnde, AOK und Jobcenter) auf einem hoch strukturiertem Niveau eine schriftliche Vereinbarung miteinander getroffen, in der transparent alle Arbeitsschritte für alle Schnittstellenpartner definiert sind. Wir hoffen, dass die vorgestellten Modelle für künftige Vorhaben hilfreich sind.

## Was ist aus unserer Sicht noch im Jahr 2017 innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes zu erwarten?

Das KRH-Ausbildungszentrum wird – mit einer Anschubfinanzierung von der Region Hannover – ab 2017 **zwei sozialpsychiatrische Weiterbildungen** anbieten. Im April 2017 soll zunächst die erste Phase der Weiterbildung zur „Fachkraft für sozialpsychiatrische Betreuung“ (Zielgruppe: Alten- und Krankenpflege) starten. Voraussichtlich im September 2017 folgt ein Weiterbildungsbaustein, der für weitere Berufsgruppen (schwerpunktmäßig Sozialpädagogen) offensteht, als geschlossener Weiterbildungsgang über zwei Jahre – vorläufige Bezeichnung: „Sozialtherapeut/in im sozialpsychiatrischen Handlungsfeld“.

Im Rahmen eines von der Region Hannover zunächst für ein Jahr geförderten Projekts bietet das *Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e. V.* (NTFN) ab Anfang 2017 **aufsuchende soziale Arbeit für psychisch kranke Flüchtlinge** an. Diese Maßnahme orientiert sich an den Standards des ambulant betreuten Wohnens und richtet sich gerade an diejenige Klientel, die formalrechtlich keinen Anspruch auf Eingliederungshilfe hat. Dabei besteht eine enge Kooperation des NTFN mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst.

Im Jahr 2017 gibt es den **Psychosozialen/Psychiatrischen Krisendienst** in der Region Hannover bereits zwanzig Jahre. Um dem Krisendienst, der zu einem unverzichtbaren Baustein im sozialpsychiatrischen Versorgungsnetz geworden ist, mehr finanzielle Planungssicherheit zu gewährleisten, hat die Regionsversammlung beschlossen, den Finanzierungsmodus für dieses Hilfsangebot ab 2017 von jährlich auf dreijährig umzustellen.

Die konstruktiven Austauschgespräche zwischen Vertretern der Region Hannover und den **Fachstellen für Sucht und Suchtprävention** sollen 2017 fortgesetzt werden.

Eine Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 28.09.2016 hat die schwerwiegende Auswirkung, dass niedersachsenweit alle bisher persönlich erteilten **vertragsärztlichen Behandlungsermächtigungen für Ärzte der Sozialpsychiatrischen Dienste als nicht mehr rechtskonform** gelten. Praktisch bedeutet diese Entscheidung, dass für den Sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover zum 30.09.2017 sämtliche Behandlungsermächtigungen auslaufen und danach nicht wieder erteilt werden dürfen. Damit erleidet die vertragsärztliche Versorgung psychisch Schwerkranker nach unserer Einschätzung einen gravierenden Rückschlag. Die Region Hannover lässt sich momentan in dieser Angelegenheit durch eine im ärztlichen Kassenrecht versierte Rechtsanwältin beraten – um ausloten zu lassen, in welchem rechtlichen Rahmen zukünftig die vertragsärztliche Versorgung von psychisch kranken Patienten mit Behandlungserschwernissen möglich ist.

Umso ärgerlicher ist es daher, dass die Realisierung geplanter **Gemeindepsychiatrischer Zentren** in Hannover-List und Ronnenberg-Empelde seit anderthalb Jahren stillsteht, weil der Krankenhausplanungsausschuss die Entscheidung über die dafür notwendigen Tagesklinikplätze seit 2015 immer wieder verschiebt.

Die **Zuverdienstprojekte für psychisch Kranke** – „AWO Café Marie“ und „betaTab“, die im Rahmen einer Zuwendung als Pilotprojekte gefördert werden, haben sich bewährt und sollen fortgeführt werden. 2017 klärt sich die Frage, ob diese Maßnahmen als Eingliederungshilfe oder (weiterhin) über freiwillige kommunale Zuwendungen finanziert werden.

Als eine der Gesundheitsregionen will sich die Region Hannover 2017 beim Land Niedersachsen um finanzielle Zuwendungen bewerben – unter anderem für ein innovatives Versorgungsprojekt unter dem Arbeitstitel „**Demenzsensible Kommune Burgwedel**“. Eine der fachlichen Grundlagen dieses Versorgungsprojektes stellt der vom Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover zwischen 2010 und 2013 erstellte „Gerontopsychiatrische Versorgungspfad“ dar.

**Anschrift der Verfasser:**

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

**Ein kleiner Erfahrungsbericht aus dem Alltag:  
Kontakt zu Flüchtlingen innerhalb des VPE Hannover e.V.**

von Monika Neveling und Nicole Niemann  
(Mitarbeiter des VPE Hannover e.V.)

Geflüchtete sind im VPE eher seltene Gäste. Jedoch hatten wir zwei Begegnungen mit Flüchtlingen in psychiatrischem Kontext. Über das Erlebte und sich anschließende Diskussionen in der Teestube möchten wir hier gerne berichten:

Im Dezember 2015 erschienen drei rumänische Flüchtlinge in der Teestube. Zwei Männer und ein Junge. Der Junge war körperlich und geistig schwer behindert. Alle drei waren in einem Männerwohnheim in Hannover untergebracht.

Im Gespräch stellte sich heraus, dass sie jeden Morgen um 6.00 Uhr mit ihrem Hab & Gut die Einrichtung verlassen mussten und erst um 18.00 Uhr wieder zurückkommen konnten. Sie kamen in den VPE, um im Internet nach Hilfsangeboten und Arbeit zu suchen. In mehreren Gesprächen haben wir versucht, ihnen zu helfen, sie zu unterstützen. So haben wir Tipps gegeben, wie man für den Jungen einen Schwerbehindertenausweis beantragen kann und ihnen geholfen die entsprechenden Formulare auszufüllen. Ebenso wurden sie von uns unterstützt, für den Jungen einen Rollstuhl über die Caritas zu organisieren, da dieser aufgrund seiner Behinderung extrem bewegungseingeschränkt ist.

Da alle drei die Wintertage auf der Straße verbringen mussten, sammelten sie Pfandflaschen und waren sehr froh, hier im VPE eine Möglichkeit gefunden zu haben, um sich bei einem heißen Kaffee oder Tee aufzuwärmen. Sie kamen eine ganze Zeit regelmäßig, dann jedoch nicht mehr. Wir haben festgestellt, dass rumänische Flüchtlinge nur ganz begrenzte Hilfsangebote bekommen und hauptsächlich auf sich gestellt sind.

Im März 2016 kamen zwei Syrer aus einer Unterkunft in Braunschweig in die Teestube. Nach eingehenden Gesprächen stellte sich heraus, dass sie Hilfe brauchten, um einen Psychiater zu finden. Der eine junge Mann war traumatisiert, der andere litt an Depressionen und benötigte dringend Medikamente. In vielen Telefongesprächen nahmen wir u. a. Kontakt zum Ethno-Medizinischen Zentrum, Tageskliniken und Institutsambulanz, sowie zu niedergelassenen Ärzten in Braunschweig auf. Wir erfuhren, dass ein Traumazentrum am Welfenplatz eingerichtet werden soll und haben einen Arzt in Braunschweig gefunden, der sich um die Medikamentengabe kümmerte.

Bei den Mitgliedern des VPE konnte man eine gewisse Zurückhaltung gegenüber den rumänischen Flüchtlingen beobachten. In Gesprächen mit unseren Mitgliedern wurden immer ähnliche Sorgen und Ängste geäußert. Oft wurde angeführt, dass sich unsere Mitglieder Sorgen machten, dass nun für sie, als Menschen mit Erwerbsminderungsrente oder Hartz IV, weniger Geld zur Verfügung stehen könnte als bisher. Eine weitere Sorge, die oft auch geäußert worden ist die, dass nun auf dem eh schon stark eingeschränkten Wohnungsmarkt in Hannover gar keine kleinen und bezahlbaren Wohnungen mehr zu bekommen seien.

In vielen Diskussionen über diese Ängste haben wir versucht, ihnen die Sorgen zu nehmen und über die spezielle Situation von Flüchtlingen aufzuklären.

Ein paar Mitglieder haben sich daraufhin auch in der Flüchtlingshilfe engagiert!

**Anschrift der Verfasser:**

Monika Neveling und Nicole Niemann · VPE Hannover e. V. · Rückertstr. 17 · 30169 Hannover  
E-Mail: vpehannover@arcor.de



## **SCHWERPUNKTTHEMA 2017: Geflüchtete und die psychiatrische Versorgung – Analysen, Erfahrungen, Perspektiven und Handlungsempfehlungen**

### **Fluchtbiografien und psychische Erkrankungen – Bericht des Sozialpsychiatrischen Dienstes**

von Therese Schäfer, Zofia Jaskulska und Barbara Wellmann  
(Sozialpsychiatrischer Dienst)

### **Unterstützende Flüchtlingssozialarbeit für die Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes**

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) bietet seit Juni 2016 hilfesuchenden Flüchtlingen mit psychiatrischen Erkrankungen, Behinderungen oder schweren psychischen Belastungen ein spezielles, auf ihre Personengruppe zugeschnittenes Beratungsangebot. Die Beratung findet überwiegend aufsuchend im gesamten Regionsgebiet statt, schwerpunktmäßig werden derzeit Besuche im Umland durchgeführt.

Im Rahmen dieser Tätigkeit wird der SpDi mit unterschiedlichen Problemlagen, Krankheitsbildern sowie verschiedenen Aufenthaltstiteln des Klienten konfrontiert. Die sich durch die Lebensgeschichte der Geflüchteten und die deutschen Verhältnisse ergebende Komplexität stellt eine besondere Anforderung an die Beratung dar. Vielen Betroffenen wird auf Grund ihres Aufenthaltsstatus bzw. der Bleibeperspektive der Zugang zu den Hilfen erschwert oder nicht ermöglicht, was zu großer Enttäuschung und häufig zu einer psychischen Krise führt. Demzufolge stehen gute Kenntnisse des Asylrechtes sowie Vernetzung und Zusammenarbeit mit beteiligten Institutionen und Ämtern im Vordergrund der Arbeit. Durch enge Kooperationen, z.B. mit dem Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen (NTFN), den psychiatrischen Krankenhäusern, rechtlichen Betreuern, Ausländerbehörden und Sozialämtern besteht ein zusätzlicher Einfluss der Region Hannover, um passgenaue, personenzentrierte, zeitlich angemessene Hilfen in besonders schweren Einzelfällen anzubieten.

### **Anlässe und Diagnosen**

Seit Anfang Juni 2016 werden mit steigender Tendenz ca. 100 Einzelfälle betreut. Die Patienten befinden sich in keiner Notfallsituation, sondern werden in der Regel durch die Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen in der Region an zwei Mitarbeiterinnen der Flüchtlingssozialarbeit (jeweils 0,5 VK) weitergeleitet. Für die Beratung durch den SpDi stehen den Mitarbeiterinnen auf Anforderung jeweils Dolmetscher in der Sprache des Klienten zur Verfügung. Die Beratung findet in der Flüchtlingsunterkunft, dezentral in der Wohnung oder in der Zentrale des Sozialpsychiatrischen Dienstes statt. Überwiegend wenden sich Sozialarbeiter aus den Flüchtlingsunterkünften an die Beratungsstellen des SpDi. Sie berichten, dass es zu Konflikten in den Unterkünften gekommen sei und keine Klärung der Situation durch den Security Dienst, die Polizei oder sie selbst möglich war. Die Konflikte sind vielschichtig und durch die Symptome der jeweiligen Erkrankung geprägt. So berichten sie, dass Bewohner einen verschobenen Tag- und Nachtrhythmus haben, sie mit Personen sprechen,

die nicht anwesend sind, Konzentrationsschwierigkeiten und Schlafstörungen bestehen. Durch die engen Lebensverhältnisse und wenigen Rückzugsmöglichkeiten in den Flüchtlingsunterkünften sind solche Verhaltensweisen oft für die Mitbewohner nicht mehr tragbar.

Die Betroffenen stammen größtenteils aus Syrien und aus dem Irak, ein kleiner Teil aus der Balkanregion sowie ein geringer Teil aus Mittelafrika. Hierbei handelt es sich überwiegend um junge erwachsene Männer. Bei 50 % aller Personen wurde im Heimatland schon eine psychiatrische Diagnose gestellt. Bei 10 % der Personen war eine geistige Behinderung durch einen ausgestellten Behindertenausweis des Heimatlandes attestiert worden. Durch die Kriegsbelastung zeigten 20 % der Personen psychiatrische Symptome und 10 % der Personen durch die Fluchterlebnisse. 5 % der Personen zeigten durch körperliche Erkrankung eine psychische Belastung und bei 5 % war keine psychiatrische Erkrankung oder psychische Belastung zu erkennen.

Folgende Diagnosen finden sich bei der Klientel: wahnhaftige Störungen (F20.0), depressive Symptomatik (F43.2/ F42), posttraumatische Belastungsstörungen (F43.1), Persönlichkeitsstörungen (F 6), Psychische- und Verhaltensstörung durch multiplen Substanzgebrauch (F19.0) und Zwangsstörungen (F42.9).

### Problemlagen

Der ungeklärte oder zugeteilte Aufenthaltsstatus und die sich daraus ergebenden Folgen, beschäftigen die zu beratenden Menschen im Erstgespräch am meisten. Außer den sich aus dem Aufenthaltstitel ergebenden Folgen, belasten die Betroffenen die fehlenden Familienangehörigen, die sich im Heimatland oder in einem anderen EU-Land befinden, die nicht vorhandene eigene Wohnung, die Lebensbedingungen, unter denen sie in der Asylunterkunft leben und die nicht vorhandenen Kenntnisse der deutschen Sprache. Für einzelne Klienten, die sich in besonders schwierigen psychosozialen Problemlagen befinden, wird ein gesetzlicher Betreuer bestellt. Aufgrund der Sprachbarriere sind die rechtlichen Betreuer nur eingeschränkt in der Lage, die Interessen des zu Betreuenden wahrzunehmen. Außerdem werden die bei Gesprächen zwischen dem Betreuer und dem zu Betreuenden anfallenden Dolmetscherkosten von den Sozialämtern nicht übernommen.

Nach 15 Monaten Aufenthalt in Deutschland wird zumindest die Finanzierung einer medizinischen Behandlung der Geflüchteten einfacher. Alle Personen, die nach Ansicht der Ausländerbehörde ihrer Mitwirkungspflicht nachgekommen sind, erhalten eine Versichertenkarte mit Analogleistungen der Krankenkasse. Auch diese Gruppe hat oft weiterhin keine Kenntnisse oder nur unvollständige Informationen über Hilfsangebote zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und am Arbeitsleben. Falls es doch zu Hilfsleistungen kommt, bestehen häufig Sprach- und Kulturunterschiede zwischen Anbieter und Klienten, sodass daraus zusätzliche Schwierigkeiten entstehen.

## Interventionen

Zu den unterstützenden Maßnahmen, die durch die zusätzliche Flüchtlingssozialarbeit des SpDi erbracht werden, gehören:

- Erstgespräch mit Klienten und Kontaktpersonen
- Einholen von Fremdinformation durch Gespräche mit den Angehörigen sowie mit allen anderen Beteiligten
- Erklärung und Vermittlung von unterschiedlichem kulturellen Denk-, Verhaltens- und Handlungsweisen zwischen Flüchtlingen und anderen Beteiligten
- Klärung, welche Verhaltensweisen, kulturell oder krankheitsbedingt sind und bei welchen eine Mischung aus beiden besteht
- Angehörigenberatung
- Vereinbarung eines erneuten Gesprächstermins
- anschließende Beratung mit den Flüchtlingssozialarbeitern
- Anbahnung von weiteren Hilfen, wie z.B. Besuche in den Psychiatrischen Institutsambulanzen oder/und einer Beratung beim NTFN
- Stellungnahmen für die Kostenübernahme bei z.B. tagesklinischen Behandlungen, Dolmetschereinsätzen, bei Arztbesuchen, Ambulanter Psychiatrischer Pflege etc.
- Versuch, den Asylstatus zu klären
- anschließende Rückkopplung der vereinbarten Maßnahmen durch den SpDi mit den betroffenen Personen, z.B. den Flüchtlingssozialarbeitern in den Flüchtlingseinrichtungen

Die Lebensgeschichte, die Lebenserfahrung der Flüchtlinge und die klimatischen Bedingungen in den Herkunftsländern stehen häufig im extremen Gegensatz zu den Lebensbedingungen in Deutschland. Viele Geflüchtete sind überfordert, den Anforderungen hier – vor allem ohne Sprachkenntnisse – nachzukommen. Flüchtlinge hatten oft ganz andere Vorstellungen vom Leben in Deutschland. Sie sind enttäuscht und sie finden sich nicht zurecht. Viele erhoffen sich in Deutschland, ihr Leben wie im Heimatland fortsetzen zu können. In Deutschland stellen sie dann fest, dass sie zwar in Sicherheit und materiell versorgt sind, jedoch nicht an die Lebensweise im Heimatland vor der Flucht anknüpfen können. Sie haben entscheidende, stabilisierende Faktoren verloren, wie z.B. Familie, Vermögen, landestypische Speisen.

In wiederholten Gesprächsterminen können die komplexen Problematiken durch die unterstützende Flüchtlingssozialarbeit des SPD'S ermittelt werden. Die Personen, die durch die Flüchtlingssozialarbeiterinnen beraten werden, fühlen sich jeweils durch das Gespräch wertgeschätzt und wohlwollend behandelt. Das Spektrum der Unterstützung zeigt sich durch eine individuelle Beratung und den sich daraus ergebenden passgenaue, personenzentrierten, zeitlich angemessenen Hilfen, die in besonders schweren Einzelfällen sinnvoll und erforderlich – auch für die Integration des Flüchtlings in die deutsche Gesellschaft – sind.

## Handlungsempfehlungen

Die kulturellen Unterschiede, die teilweise unterschiedliche Qualität der Übersetzung durch die Dolmetscher sowie die schwierigen Lebensumstände und die oft dramatische Lebensgeschichte der betroffenen Personen, erfordern spezielle Kenntnisse, um eine qualifizierte, psychiatrische Beratung zu leisten, die darauf zielt, mögliche Erkrankung zu verhindern oder Symptome einer Erkrankung zu mildern.

Um diese Ziele zu erreichen, sind aus unserer Erfahrung folgende Veränderungen erforderlich:

- mehr geschulte und qualifizierte Dolmetscher
- Übernahme von Dolmetscherkosten nicht nur in therapeutischen Zusammenhängen, sondern auch bei Alltags- und Sozialberatung
- Qualifizierte Beratung jeweils mit Dolmetschern in den Bereichen Kurzzeit-/Psychotherapie, Rechtsberatung, Kindererziehung
- Kostenübernahme für notwendige psychiatrische Behandlungen für Kinder und Erwachsene, unabhängig vom Aufenthaltsstatus
- Qualifizierte Alltagsbegleiter (idealtypisch mit Sprachkenntnissen), die kurzfristig erreichbar sind und die die notwendigen Schritte gemeinsam mit den Betroffenen erledigen können, im Sinne von Hilfe zur Selbsthilfe
- Bei schweren chronifizierten psychiatrischen Erkrankungen muss es die Möglichkeit geben, auch weiterführende Hilfen (z.B. Ambulant Betreutes Wohnen) für zumindest eine gewisse Zeit einsetzen zu können.
- Engere Zusammenarbeit der unterschiedlichen Behörden in der Region Hannover durch regelmäßige gemeinsame Fallbesprechungen
- Bei Rückkehrwilligen oder bei von Abschiebung bedrohten Flüchtlingen ist es sinnvoll, Absprachen mit festen Kooperationspartnern in den gesicherten Herkunftsländern treffen zu können. Mögliche Kooperationspartner könnten z.B. die Wohlfahrtsverbände sein, die z.B. Therapeuten, ambulante Maßnahmen, stationäre Einrichtungen, Kliniken, etc. vermitteln.

Die notwendige Koordination derartiger Hilfen könnte durch die unterstützende Flüchtlingssozialarbeit des SpDi der Region Hannover erfolgen.

Es bestehen viele gute Angebote zur Integration von Flüchtlingen in der Region Hannover und ein hohes Engagement, den geflüchteten Menschen zu helfen. Die individuelle Beratung gestaltet sich durch die häufigen Veränderungen der Rahmenbedingungen, sowohl durch behördliche Aktivitäten als auch durch wechselnde Bedürfnisse, Wünsche und Einstellungen der Betroffenen, häufig schwierig. Auch um eine schnellere Integration der Flüchtlinge herbeizuführen, wäre es aus fachlicher Sicht in vielen Fällen notwendig, feste, professionelle „Alltagsbegleiter“, zumindest für eine gewisse Zeit, zu installieren, damit an bestehenden Problemlagen der Flüchtlinge kontinuierlich gearbeitet werden kann und diese schneller gelöst werden können.

### **Anschrift der Verfasser:**

Therese Schäfer, Zofia Jaskulska und Barbara Wellmann · Region Hannover · Sozialpsychiatrischer Dienst  
Peiner Str. 4 · 30519 Hannover · E-Mail: [Therese.Schaefer@region-hannover.de](mailto:Therese.Schaefer@region-hannover.de) · [Zofia.Jaskulska@region-hannover.de](mailto:Zofia.Jaskulska@region-hannover.de)  
[Barbara.Wellmann@region-hannover.de](mailto:Barbara.Wellmann@region-hannover.de)

## Zur Situation unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge in der Region Hannover

von Resa Deilami

*(Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche Hannover)*

### Ausgangslage

Die andauernde Fluchtwelle der letzten Jahre brachte eine große Zahl unbegleiteter Minderjähriger auch zu uns nach Deutschland. Das am 01.11.2015 in Kraft getretene Bundesgesetz zur Verbesserung der Unterbringung, Versorgung und Betreuung ausländischer Kinder und Jugendlicher stellte auch die Region Hannover als öffentlichen und die im Sozialraum agierenden freien Träger der Jugendhilfe vor noch größere Herausforderungen als zuvor. Innerhalb kürzester Zeit mussten im System Jugendhilfe angemessene infrastrukturelle und personelle Rahmenbedingungen geschaffen werden, um dem Bedarf dieser zumeist psychisch stark belasteten jungen Menschen mithilfe passgenauer Angebote gerecht zu werden.

Ende 2016 betreuen die fünf eigenständigen Jugendämter der Region Hannover 770 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, von welchen über 90 Prozent männliche Jugendliche sind. Die jungen Flüchtigen, die teilweise kurz vor der Volljährigkeit stehen, werden zwar in der Regel über vollstationäre Jugendhilfeangebote versorgt, verbleiben jedoch teilweise auch in Flucht- oder Familienverbänden, wenn sie während der Flucht von erwachsenen Personen begleitet worden sind. Im Bezirk des Jugendamtes der Region Hannover stammen dabei ca. 40 Prozent der betreuten Jugendlichen aus Afghanistan, die zweit- und drittgrößten Gruppen stellen Syrer und Iraker dar. Im Verlauf des zweiten Halbjahres 2016 ist darüber hinaus eine Zunahme zu versorgender minderjähriger Flüchtlinge aus Afrika – hauptsächlich aus Somalia und Eritrea – zu beobachten gewesen.

### Erfahrungen und Erkenntnisse

Mit jungen Geflüchteten arbeite ich in meiner Funktion als therapeutische Fachkraft der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien. Wie alle anderen Kinder und Jugendlichen der Landeshauptstadt und der Region erhalten unbegleitete minderjährige Flüchtlinge bei uns in der Beratungsstelle Unterstützung, wenn sie aufgrund einer seelischen Belastung oder psychischen Krise Hilfe und Beratung benötigen. Die Spanne uns hierbei begegnender psychischen Störungen reicht von leichten Depressionen bis hin zu selbstverletzendem Verhalten, posttraumatischen Belastungsstörungen oder Suizidalität. Unsere Beratungsangebote sind je nach Bedarf des Einzelfalls krisenintervenitorisch, lösungsorientiert und/oder psychoedukativ und weitervermittelnd ausgerichtet.

Über die Tätigkeit in der Beratungsstelle hinaus fungiere ich an einem Tag in der Woche als Fachberater für den Fachbereich Jugend der Region Hannover. Hier biete ich der Clearingstelle der Region und den pädagogischen Fachkräften regionseigener Jugendhilfeeinrichtungen regelmäßige Fallsupervision an. Meine Erfahrungen aus den eben beschriebenen Tätigkeitsbereichen führen zu folgenden Erkenntnissen und Annahmen: Die jungen Geflüchteten sehen sich bei ihrer Ankunft oft mit großer Ungewissheit und mit Ängsten hinsichtlich ihrer unmittelbaren sowie weiteren Zukunft konfrontiert. Sie sind – ob begleitet oder unbegleitet – in einer emotional schlechten Verfassung. Sie wollen und müssen sich in ihrer neuen Lebenswelt trotz erheblicher Sprach- und Verständigungs-

schwierigkeiten schnell orientieren und darüber hinaus einem geordneten pädagogischen, gesetzlichen und organisatorischen Regelwerk samt neuer Normen und Werte anpassen, während die alte Lebenswelt als „verdeckte Biographie“ weiterhin präsent bleibt.

Die Jugendlichen müssen bei uns einen doppelten Transformationsprozess leisten, nämlich einerseits den Übergang vom Kind zum Erwachsenen und andererseits die „Loslösung“ von der Herkunftsgesellschaft bei gleichzeitiger Anpassung an die Aufnahmegesellschaft. Dieser komplexe Prozess stellt die Jugendlichen, von denen die meisten zuvor in ihrer Heimat ein regelloses und autonomes Leben geführt haben, vor eine außerordentlich große Herausforderung, die viele von ihnen nicht ohne weiteres bewältigen können. Während manche durch Krisen, Suchtmittelmissbrauch oder (auto-)Aggression auffällig werden, verbleiben andere im „Funktionsmodus“ und/oder sind „auffällig unauffällig“.

Unter anderem aus dem eben genannten Grund stellen die jungen Geflüchteten keine homogene, sondern eine heterogene Gruppe dar. Sie kommen mit ganz unterschiedlichen Fluchtgeschichten, Ressourcen und Erwartungen zu uns. Manche sind Analphabeten, andere hingegen Musterschüler. Während ein Teil von ihnen vor einer unmittelbaren Todesgefahr geflohen ist, ist ein anderer hierher gekommen, um eine bessere Perspektive fürs Leben zu haben. Viele kommen auch im Auftrag ihrer jeweiligen Herkunftsfamilien, um rasch deren Nachzug aus den betreffenden Krisengebieten zu ermöglichen, oder sie wollen hier zügig ein neues autonomes Leben beginnen. Es ist daher nicht selten zu beobachten, dass etliche dieser Jugendlichen sehr hohen Erwartungen mitbringen, welchen die Wirklichkeit und Gegebenheiten in Deutschland nicht entsprechen. Schwierigkeiten während der Integrationsphase wie u.a. langes Asylverfahren, hohe Wartezeiten bis zur Beschulung oder Fremdbestimmung hinsichtlich des Wohnorts sorgen häufig für großen Unmut bei den jungen Geflüchteten, wodurch sich im Kontext „Trauma“ dadurch bedingt ein anderes Problem abbildet: Neben möglichen Traumata, die die Ursache der Flucht darstellen oder aber im Verlauf der Letzteren entstanden, erleben manche der jugendlichen Flüchtlinge bei uns das so genannte „Trauma des Ankommens“. Viele sind negativ überrascht angesichts struktureller Engpässe, welche sich in komplizierten Verwaltungsabläufen, langwierigen Asylverfahren sowie fehlenden Wohnräumen oder Sprachkursen widerspiegeln. Dies erzeugt bei den jungen Menschen ein Gefühl von Ohnmacht und Perspektivlosigkeit. Das aktuell Erlebte stimmt nicht mit ihrer ursprünglichen Vorstellung von Deutschland als einem wohlhabenden und gut organisierten Staat überein. In unserer Arbeit kommt es daher nicht selten vor, dass wir in Kriseninterventionen bei den suizidgefährdeten jungen Geflüchteten nicht nur traumatische Erfahrungen aus dem Zeitraum vor der Ankunft der Jugendlichen in unserem Land als Krisenauslöser ausfindig machen, sondern auch Unsicherheit und Perspektivlosigkeit wegen der aktuellen Lebenssituation. Von ähnlichen Erfahrungen berichten auch einige Kollegen aus den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken.

Aufgrund der oben beschriebenen Dynamik haben auch die pädagogischen Fachkräfte in den Betreuungseinrichtungen keinen leichten Stand in der Arbeit mit der Zielgruppe. Aufgrund der großen Nachfrage nach pädagogischem Personal im Zuge der Flüchtlingskrise mussten auch in der Region Hannover zur Betreuung der jungen Geflüchtete viele neue Teams mit neuen Mitarbeitern gebildet werden. Ein Großteil dieses jungen und noch wenig erfahrenen pädagogischen Personals ist aufgrund der knappen Einarbeitungs- und Vorbereitungszeit einerseits noch nicht ausreichend im Kontext der interkulturellen Kompetenz und Trauma-Pädagogik geschult, andererseits werden diese

Kolleginnen und Kollegen von manchen Jugendlichen als „Repräsentanten des Systems“ angesehen und erfahren Ablehnung und Verweigerung. So wird die Erreichung notwendiger, zielgruppenspezifischer ausgerichteter pädagogischer Rahmenziele wie die Gewährleistung von Sicherheit und Schutz, eines strukturierten Alltags sowie eines gewaltfreien und stressarmen Lebensraums enorm erschwert. Es kommt daher nicht selten dazu, dass durch selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten auffällige Jugendliche nicht mehr mit pädagogischen Mitteln zu erreichen sind und eine psychiatrische Intervention indiziert ist. Doch auch die (akut-)psychiatrische Versorgung unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge ist nur bedingt gewährleistet. Unabhängig vom Krisenauslöser sind viele erschwerende Faktoren in der psychiatrischen Versorgung zu beobachten, darunter sprachliche und kulturbedingte Verständigungsschwierigkeiten sowie ein Mangel an qualifizierten Trauma-Therapeuten, an professionellen Kultur- und Sprachmittlern und an Kapazitäten für Regelangebote. Darüber hinaus fehlen den Behandlern oftmals Informationen über Krankheitsvorgeschichten und -verläufe und die gängigen diagnostischen Instrumente weisen aufgrund der Kultur-Sprach-Problematik hohe Fehlerquote auf. Ein weiteres Problem ist das defizitäre Nachsorgeangebot für diese besondere Zielgruppe.

### Ausblick

Aufgrund der beschriebenen Umstände und Hintergründe bleibt die Betreuung und Versorgung unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge trotz außerordentlicher und unermüdlicher Anstrengungen seitens der involvierten Fachbereiche und Mitarbeiter schwierig und erfordert sehr viel Umsicht.

Für einen erfolgreichen Integrationsprozess müssen die unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge eine günstige Perspektive für das Leben und Arbeiten in Deutschland bekommen. Außerdem ist neben ihrer medizinischen Versorgung auch fachliche Hilfe zur Erlangung psychischer Stabilität erforderlich. Dies alles kann nicht allein mit den Mitteln und Angeboten der Jugendhilfe erreicht werden. Es erscheint daher dringend notwendig, langfristig ein ganzheitliches Integrations- und Gesundheitskonzept für diese Zielgruppe zu entwickeln, in dem die Hilfesysteme enger und abgestimmter miteinander kooperieren. Ein solches Konzept muss neben Clearing, Erstversorgung und Spracherwerb auch stärker als bisher weitere wichtige Bereiche wie die Vermittlung einer realistischen Zukunftsperspektive, Maßnahmen zur psychischen Stabilisierung so wie Früherkennung von psychischen Störungen umfassen. Bis zur Erstellung und Umsetzung eines derartigen Konzepts ist es notwendig, dass relevante Systeme wie Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Bildungs- und Gesundheitswesen so wie Arbeitsagentur und andere sich stärker und koordinierter miteinander vernetzen und kooperieren. Die Hilfsmaßnahmen der einzelnen Institutionen müssen für andere Organe und für Endadressaten transparenter, verständlicher und leichter zugänglich sein.

Unter Bezugnahme auf den Schwerpunkt des vorliegenden Sozialpsychiatrischen Plans verdienen m. E. unter anderem auch folgende Punkte mehr Beachtung:

- Bei den jungen Geflüchteten sollte schon grundsätzlich – am Besten gleich in der Clearingphase – ein fachliches Screening im Hinblick auf psychische Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters durchgeführt werden. So könnten im Bedarfsfall früh- und rechtzeitig richtige Behandlungsansätze und jugendhilflich passgenauere Maßnahmen entwickelt bzw. installiert werden.

- In den Bereichen der stationären Akutversorgung und der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung werden dringend mehr Kapazitäten und besser im Kontext von Traumata und Interkulturalität geschulte Therapeuten benötigt. Hierbei ist auch eine verstärkte interkulturelle Öffnung in den Hilfesystemen, auch bei den Mitgliedsorganisationen des sozialpsychiatrischen Verbunds von großer Bedeutung.
- Kultursensible Diagnostik und traumaspezifischen Behandlungsansätze müssen systematisch weiter entwickelt und fortlaufend evaluiert werden.
- Der Zugang zu den Angeboten der Regelversorgung im psychiatrischen Versorgungsraum muss für alle Betroffenen transparenter und leichter zugänglich werden. Dies kann beispielsweise durch leicht verständliche muttersprachliche Aufklärungsbroschüren über psychiatrische Hilfsangebote folgen.
- Die begleiteten – d. h. mit ihren Erziehungsberechtigten nach Deutschland gekommenen – geflüchteten Kinder und Jugendlichen dürfen nicht aus dem Fokus geraten. Sie sind im Kontext der o. g. psychischen Gefährdung in der Regel genauso betroffen wie die unbegleiteten. Dies gilt auch für die Gruppe der jungen Volljährigen unter den Geflüchteten! Sie bedürfen einer besonderen Berücksichtigung, da viele von ihnen als Minderjährige eingereist und erst während ihres unsicheren Aufenthalts in Deutschland 18 Jahre alt geworden sind. Sie finden zwar in der Jugendhilfe Unterstützung und Orientierung, doch die Phase des Ankommens und der Integration dauert oft länger, als die Leistungen der Jugendhilfe gewährt werden. Hier müssen geeignete Anschlusshilfen und klare Übergangsregelungen etabliert werden, um diese jungen Menschen an der Schwelle zum Erwachsensein in ihrer Entwicklung effektiv unterstützen und behandeln zu können.

Abschließend möchte der Verfasser seiner Hoffnung Ausdruck geben, dass die jungen Geflüchteten möglichst bald in den allen unseren sozialen und Hilfesystemen keinen Ausnahmefall mehr darstellen, sondern wie es für ein Einwanderungsland würdig ist, als Regelfall betrachtet und somit besser versorgt werden, damit die echte Integration in der Gesellschaft im Sinne einer gleichberechtigten Teilhabe gelingen kann.

**Anschrift des Verfassers:**

Dipl.-Psychologe Resa Deilami · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche und deren Familien  
Podbielskistr. 168 · 30177 Hannover · E-Mail: Resa.Deilami@region-hannover.de



## Geflüchtete und Suchtproblematiken – Hilfen für Menschen mit Fluchthintergrund im Netzwerk der STEP

von Lennart Westermann (*STEP: Drobs Hannover – Fachstelle für Sucht und Suchtprävention*)

### Erfahrungen

Sucht ist ein komplexes Krankheitsbild mit individuellen Ausprägungen und u.a. als Folge einer fehlgeleiteten Strategie zur Bewältigung von Problemlagen und psychischen, physischen und/oder sozialen Belastungen zu verstehen. Traumata, unzureichend behandelte Schmerzen nach (Kriegs-) Verletzungen, posttraumatische Belastungsstörung, Gewalterlebnisse und Entwurzelung sind generell hohe Risikofaktoren für die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung. Der Konsum oder Missbrauch von psychoaktiven Substanzen betrifft somit im Besonderen auch Menschen mit Fluchtbiographien.

Für das Hilfenetzwerk der STEP ist dies keine ganz neue Erfahrung. Bereits Mitte der 90er Jahre wurde die Notwendigkeit erkannt, interkulturelle Kompetenzen in der Suchthilfe zu entwickeln, und entsprechende Maßnahmen dazu eingeleitet. Die damals größte Population unter den ausländischen Hilfesuchenden bzw. suchtmittelabhängigen Menschen waren Migranten\*innen und Aussiedler\*innen mit folgenden Hintergründen:

- Arbeitsmigrant\*innen und deren Familien aus Griechenland, Italien, Spanien, ehemaliges Jugoslawien, Türkei, andere Staaten Osteuropas
- Aussiedler\*innen/Spätaussiedler\*innen
- Geflüchtete Menschen/Asylbewerber\*innen (z.B. jüdische Kontingentflüchtlinge aus der ehemaligen Sowjetunion, Iraner, Kosovo-Albaner, Flüchtlinge aus der Türkei und aus Afrika)

Zu den oben genannten Gruppen haben sich in den letzten Monaten verstärkt geflüchtete Menschen aus dem arabischen Raum im Hilfesystem der STEP eingefunden. Aus Afghanistan, dem Iran, Irak und Syrien sowie aus Nord-Afrika kommen Menschen mit unterschiedlichsten Hilfebedarfen. Sozialarbeiter\*innen aus den Herkunftsländern, besonders für türkisch- und russischsprachige Menschen, der Erwerb von Kulturkompetenzen und somit die Überwindung von kulturellen Barrieren sind ein integraler Bestandteil der Arbeit der STEP. Die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte sind wertvoll, können aber die Hemmnisse bei der Beratung, Unterstützung und Behandlung der Zielgruppe der Menschen mit Fluchtbiographien nicht vollständig kompensieren.

Die Erfahrungen aus diesen Jahren zeigen, dass das Ankommen in Beratung und Behandlung vom Zeitpunkt des Einsetzens des Substanzgebrauchs bis zur Inanspruchnahme von Unterstützung durch das Suchthilfesystem einer zeitlichen Verzögerung unterliegt. Deshalb liegen für die Arbeit mit Menschen mit Fluchtbiographien derzeit wenig belastbare Daten vor, sehr wohl jedoch erste Erfahrungen.

In allen Einrichtungen der STEP in Hannover und der Region (Jugendhilfe, Eingliederungshilfe, Rehabilitation und Beratung) wurden in den letzten Jahren Menschen mit Migrationserfahrung aufgenommen. Die Drobs Hannover führte 2016 diverse Multiplikatoren-Schulungen in Flüchtlings-

unterkünften, unter anderem im Oststadtkrankenhaus, durch. Die Themen der Schulungen sind ähnlich wie die für das Gesundheitsmanagement in Betrieben:

- Was ist Sucht – welche Suchtformen kennen wir
- Was sind erste Anzeichen eines riskanten Konsums
- Wie kann ich Menschen mit auffälligem Verhalten unterstützen
- Wie sind die Zugänge zum Suchthilfesystem

Die Schulungsgruppen bestehen zumeist aus den betreuenden Sozialpädagog\*innen und deren ehrenamtlichen Helfenden.

Im Rahmen der werktäglichen offenen Sprechstunden der Drobs Hannover von 14:00 bis 17:00 Uhr und der Suchtberatung Barsinghausen wurden erste Kontakte mit Menschen mit Fluchthintergrund angebahnt. In den Erstberatungen konnten die Angebote des Hilfesystems bekannt gemacht, sowie erste Unterstützungsschritte eingeleitet werden.

Im Bereich der Hilfen für Jugendliche nach dem SGB VIII hält die STEP an drei Standorten bisher 30 stationäre Plätze für unbegleitete minderjährige Geflüchtete vor. In der vollstationären Jugendhilfeeinrichtung STEP in Haus Kayhauserfeld, spezifisch für geflüchtete minderjährige Männer, und in der vollstationären Jugendwohngruppe im Wohnheim Oedeme in Lüneburg wurden minderjährige Geflüchtete mit integrativem Ansatz ebenso aufgenommen wie in der vollstationären Wohngruppe STEPKids in Hannover. In Planung ist eine weitere vollstationäre integrative Einrichtung (STEP in Haus Waldheim) in Hannover mit 12 Plätzen.

## Analysen

Die Nachfrage im Netzwerk der STEP ergab folgende Zusammenfassung der aktuellen Hemmnisse:

- Sprachbarrieren (bis hin zur Dialogunfähigkeit, da es keine gemeinsame Sprache gibt) und daraus resultierende Fehldeutungen. Die fehlende Möglichkeit, Dolmetscher überhaupt oder über einen längeren Zeitraum einzubinden.
- Ungeklärte Kostenträgerschaft bzw. mangelnde Anspruchsberechtigung für ambulante und stationäre Behandlungen. Das Angebot der Therapie steht trotz abgeklärt hohem Bedarf nicht zur Verfügung – oder kann nur mit immensem Einsatz der beantragenden Einrichtungen realisiert werden.
- Schwierigkeiten der Betroffenen, generell über Probleme und insbesondere Suchtprobleme zu sprechen – starke Schamgefühle, hohes Misstrauen in Bezug auf Institutionen als Folge von Negativerfahrungen in den Heimatländern.
- Das mangelnde Wissen über die Wirkungsweisen von Suchtmitteln (insbesondere „kulturfremden“), das fehlende Verständnis über die Auswirkungen von schädlichem Konsum, Abhängigkeitsentwicklungen und -symptomen.
- Unzureichende oder auch stark vorurteilsbehaftete Kenntnisse des Hilfesystems, selbst wenn Vertrauenspersonen den Kontakt anbahnen.
- Angst und Misstrauen gegenüber Institutionen und Behörden, große Ängste vor aufenthaltsrechtlichen Folgen.
- Der Suchtmittelkonsum ist in den Herkunftsländern akzeptiert oder toleriert – die Einsicht der gesundheitlichen Schädigung somit schwierig herbeizuführen.

## Empfehlungen

Zugang zu indizierten Hilfen durch Sicherstellung der Finanzierung. Geflüchtete Menschen benötigen für alle diagnostizierten Erkrankungen die Möglichkeit der Behandlung. Dies muss Abhängigkeitserkrankungen einschließen. Die Entwicklung von Suchtmittelabhängigkeiten kann sich zu einem besonderen Problem ausweiten – individuell, gesundheitlich, sozial, strafrechtlich und gesellschaftlich. In allen Bereichen des Gesundheitswesens gilt: Frühe Intervention wendet Schaden sowohl von den Betroffenen und deren Umfeld, als auch von unserer Gesellschaft ab. Auf die Unabhängigkeit staatlicher Stellen und die Bedeutung der Schweigepflicht muss deutlich hingewiesen werden.

### Handlungsempfehlung – Frühe Intervention ermöglichen

- Versicherungsstatus anheben
- Behindernde Strukturen hinsichtlich der Zukunftsplanung (Aufenthaltsstatus, Arbeitserlaubnis, Wohnortfestlegung etc.) senken

Sicherung des Zugangs durch frühzeitige Information

Über das stark differenzierte Hilfesystem haben geflüchtete Menschen einerseits wenig Information, andererseits ist dieses System für sie schwer zu durchschauen. Daher bereitet es ihnen enorme Probleme herauszufinden, wer für sie der richtige Ansprechpartner ist.

### Handlungsempfehlung – Multiplikator\*innen-Schulung auf allen Ebenen

- (Ehrenamtliche-)Betreuende in Unterkünften und
- weitere öffentliche Stellen sowie
- Security und weitere Angestellte in den Unterkünften.

Der Erstkontakt ist für den weiteren Beratungsprozess sowie den Abbau von Vorbehalten entscheidend. Die Möglichkeit, sich in der bevorzugten Sprache mit Berater\*innen zu unterhalten, scheint aufgrund der Vielzahl von Sprachen, die notwendigerweise vorzuhalten wären, unmöglich. Dies kann u. a. durch muttersprachliche Hinweise und Informationen sowie durch Bilder, die einen Wiedererkennungseffekt und damit einen ersten Anknüpfungspunkt für den Kontakt schaffen, erreicht werden.

### Handlungsempfehlung – sprachliches, aber auch kulturelles Knowhow im Beratungs-Setting und eine gute Vernetzung mit der Flüchtlingshilfe

- Gestaltung von spezifischen Informationsmaterialien für den Erstkontakt, hier sollte es auch um Schadensminderung und safer use gehen (Prävention)
- Visuelle Medien für Menschen mit Analphabetismus
- Schnelle und dauerhafte Unterstützung durch Dolmetscher oder die Organisation von Dolmetscherfunktion durch Landsleute der Betroffenen
- Der Erwerb von Kulturkompetenzen innerhalb des Hilfesystems – fortlaufend

Die Beratung und Behandlung von Menschen ist stark durch den Einsatz von Sprache geprägt. Der Dialog kann durch spezifische Informationsmaterialien nicht ersetzt werden. Die Fähigkeit zur Verständigung, die niedrigschwellige Zurverfügungstellung von Sprachkursen und Schulungen für Menschen mit Fluchtbiographien muss sichergestellt werden. Die Unterschiede der Verläufe von Abhängigkeitserkrankungen bei Menschen mit Fluchterfahrungen und Menschen aus unseren Kulturkreisen sind ansonsten nicht sehr groß.

## Fazit aus der Sicht der STEP

Menschen mit Fluchtbiographien brauchen keine separierten Angebote, sie profitieren von integrativen Ansätzen und benötigen nur in Einzelfällen spezifische Hilfen. Unabdingbar sind jedoch abgeklärte finanzielle Rahmenbedingungen und Zuständigkeiten, um dem benannten Personenkreis die Hilfen zur Verfügung stellen zu können, die benötigt werden.

### **Anschrift des Verfassers:**

Lennart Westermann · Drobs Hannover · Fachstelle für Sucht und Suchtprävention · Odeonstr. 14 · 30159 Hannover  
E-Mail: lennart.westermann@step-niedersachsen.de

## Psychosoziale Beratung und Therapie für Geflüchtete – Bericht des NTFN e.V.

von Karin Loos (*Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V.*)

„Die wichtigste Strategie das Risiko psychischer Erkrankung bei Flüchtlingen zu reduzieren, wenn sie im Zufluchtsland angekommen sind, ist grundsätzliche Unterstützung, die Befriedigung der Grundbedürfnisse und die Gewährleistung von Sicherheit sowie Akzeptanz und Integration in die Mehrheitsgesellschaft.“

(Fazel et al, 2014 zitiert aus WHO Report Mental Health – Übersetzung K. Loos)

Im November 2007 wurde im Haus der Ärztekammer Niedersachsen der Verein „Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V.“ (NTFN) gegründet für den die niedersächsische Ministerin für Soziales hat die Schirmherrschaft übernommen hat. Das NTFN bietet u.a. niedrigschwellige Beratung, Diagnostik, Gruppenangebote, Vermittlung in die Regelversorgung, Therapie, Fortbildungen und Supervision an.

## Erfahrungen

„Leider habe ich derzeit keine Psychotherapieplätze zu vergeben. Die Warteliste ist voll und geschlossen“ (*Anrufbeantworter Psychotherapeutin*)

*Eine Aufnahme neuer Patienten ist in diesem Jahr nicht möglich*  
(*Telefonauskunft Psychiater, Mitte August*)

„Eine bei Herrn F. deutlich indizierte traumakonfrontierende Psychotherapie ... ist ... in der hiesigen Ambulanz kapazitär nicht durchführbar“ (*fachärztliches Attest Institutsambulanz*)

„Wir können hier in unserer Tagesklinik leider niemanden aufnehmen, der die deutsche Sprache nicht ausreichend spricht“ (*telefonische Auskunft*)

„Psychopathologischer Aufnahmebefund: Konnte nur eingeschränkt erhoben werden, da die Patientin nur serbisch sprach und eine Kommunikation nicht möglich war. Sie wirkte ängstlich, fraglich psychotisches Erleben vorhanden...“ (*Vorläufiger Entlassungsbericht Klinik*)

„Wir empfehlen die Durchführung einer Psychotherapie in der Muttersprache“ (*Arztbrief*)

## Analyse

Im Jahr 2015 wurden 34.248 Asylerstanträge in Niedersachsen gestellt, im Jahr 2016 bis zum 31.8. 68.121 Asylerstanträge. Dies liegt an der viel diskutierten langen Wartezeit, die zwischen Registrierung und Asylantragstellung vergangen ist, so dass derzeit noch Menschen Asylanträge stellen, die bereits im vergangenen Jahr eingereist sind. Bis Ende des Jahres ist davon auszugehen, dass die Zahl der Asylantragsteller wieder die Zahl der neu eingereisten Asylsuchenden präzise abbildet. 2016 waren die Hauptherkunftsländer (Stand 31. Oktober) Syrien (21.785) Irak (20.788) und Afghanistan (6845). Die bundesweite Anerkennungsquote betrug 2016 bis einschließlich September 63,4 %, im Monat September lag sie bei 68,9 %.

Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [www.bamf.de](http://www.bamf.de))

Diese Zahlen spiegeln sich auch in der Region Hannover wieder:

Mit Stand November 2016 leben in der Region Hannover (ohne Landeshauptstadt Hannover) 6.179 Personen, die ein Asylverfahren durchführen. 571 warten noch auf die Asylantragstellung. Durch die mittlerweile beschleunigten Asylverfahren ist auch die Zahl der Anerkannten bzw. derjenigen, die ein Aufenthaltsrecht auf andere Weise erworben haben relevant, um den Versorgungsbedarf zu ermitteln, aber auch die der geduldeten Personen. Darüber hinaus sind in den Zahlen weitestgehend keine Familiennachzüge von Frauen und Kindern abgebildet.. Die oben angegebenen Zahlen bilden also nur einen Teil der Personen ab, für die eine psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Versorgung notwendig werden kann. Von den 9638 seit 01.01.2015 eingereisten Flüchtlingen, die die Region Hannover registriert hat, sind 5674 aus Syrien, also fast 2/3.

(Quelle: statistische Erhebungen der Region Hannover/Ausländerbehörde)

In der Landeshauptstadt Hannover leben derzeit rund 4.300 Flüchtlinge mit über 60 verschiedenen Nationalitäten in den dezentral im Stadtgebiet verteilten Unterkünften (Stand: 26. September 2016). Damit umfasst diese Zahl weitestgehend die Menschen mit Aufenthaltsgestattungen, darüber hinaus auch geduldete Asylsuchende und Flüchtlinge mit Anerkennungen, die noch keinen eigenen Wohnraum finden konnten. Dazu kommen 430 Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge.

(Quelle: <http://www.hannover.de/Fl%C3%BChtlinge-in-Stadt-und-Region-Hannover/Zahlen-und-Fakten>)

Genau so schwer zu ermitteln, wie die Zahl der Flüchtlinge, ist die Frage des sozialpsychiatrisch-psychosozialen Behandlungsbedarfes. Auch wenn wir davon ausgehen müssen, dass nahezu alle Asylsuchenden grundsätzlich im Herkunftsland und/oder auf der Flucht mit lebensbedrohlichen Ereignissen konfrontiert waren, bedeutet das nicht und das kann nicht oft genug betont werden, dass alle auch eine psychotherapeutische oder gar psychiatrische Behandlung brauchen. Dennoch macht ein Blick auf einige Studien zur Prävalenz post-traumatischer Belastungsstörung (PTBS) deutlich, dass ein Handlungsbedarf besteht.

Einigkeit besteht in vielen nationalen oder internationalen Studien darüber dass PTBS-Erkrankungen bei Asylsuchenden häufiger auftreten als in der einheimischen Bevölkerung (Fazel et al (2005): Meta-Analyse: Flüchtlinge in westlichen Ländern (USA, Australien, Kanada, Italien, Neuseeland, Norwegen, UK) aufgenommen – im Vgl. zur gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung um das 10 fache häufiger PTBS / Crumlish et al (2010): systematischer Review: bei Flüchtlingen und Asylbewerbern im Vgl. zur Allgemeinbevölkerung Rate der PTBS um 10-faches erhöht)

Sowohl die Studie von Gäbel et al (2008) als auch die Studie von Lersner et al ermittelten bei Asylsuchenden bzw. bei Flüchtlingen aus Bürgerkriegsregionen eine PTBS Rate von etwa 40 %. Auch die Prävalenz für Angststörungen und Depressionen ist nach Heeren et al (2014) bei Flüchtlingen und Asylbewerbern sowie Menschen ohne legalen Aufenthaltstitel signifikant erhöht (Bei Angststörung 84 % und bei Depression 63,1 %). In unserem Psychosozialen Zentrum beobachten wir zudem eine steigende Nachfrage für Menschen, die bereits im Heimatland psychisch erkrankt waren.

Der Blick auf die Hauptherkunftsländer und die hohe Anerkennungsquote macht deutlich, dass bei einem sehr hohen Prozentsatz der Asylsuchenden Krieg- und/oder Foltererfahrungen stattgefunden haben. Bei weiblichen Flüchtlingen aus den Balkanländern finden wir häufig extreme Erfahrungen (organisierter) sexualisierter Gewalt.

### Bedarfe

Die Risiken bei Nichtbehandlung sind hoch, Lernbeeinträchtigungen und Konzentrationsschwierigkeiten in Schule und Betrieb gehören dazu, sowie vermeidbare Konflikte in den Unterkünften, soziale Konflikte, Aggression und Autoaggression. Wir beobachten einen hohen Anteil an unterschiedlichem Suchtmittelgebrauch zur „Selbstmedikation“ oder aber als Durchhaltestrategie langjähriger Fluchtwege. Auch Suizidalität ist ein alltägliches Thema in der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen.

Die Lebensbedingungen während des Asylverfahrens, die oftmals lange Zeit des unsicheren und untätigen Wartens in prekären Lebensumständen, die Trennung von der Familie, die Erfahrungen mit Diskriminierung als postmigratorische Stressoren tragen zur Chronifizierung psychischer Erkrankungen bei. Dies gilt besonders für depressive Störungen (Lindert et al, 2009). Eine Nichtbehandlung verschlechtert die Prognose. Auch aufgrund der Erkenntnisse zur transgenerationalen Weitergabe von Traumafolgen besteht Handlungsbedarf.

Doch auch ohne den Zuzug weiterer Menschen bestehen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung lange Wartezeiten.

Darüber hinaus bestehen migrations – und auch fluchtspezifische Zugangsbarrieren, die zielgruppenorientierte Angebote erforderlich machen.

Zu den Hürden gehören Informationsdefizite aber auch Vorbehalte bei Flüchtlingen und Behandlern, mangelnde interkulturelle Kompetenz und fehlendes Kontextwissen über die Lebensbedingungen von Flüchtlingen, Sprachbarrieren und Finanzierungshindernisse (AsylbIG, Dolmetscherkosten).

### Was wird für eine qualitativ gute Beratung und Therapie gebraucht?

Eine gute Beratung und Therapie beinhaltet:

**Parteilichkeit** für die Menschen, denen Unrecht widerfahren ist. Dazu gehört es auch immer wieder zu erklären, dass die körperlichen und seelischen Reaktionen normal sind angesichts unnormaler Ereignisse und Erfahrungen.

Die Anerkennung im Asylverfahren als „politisch Verfolgter“ kann ein wichtiger Baustein des Heilungsprozesses sein.

**Respekt** für die Überlebenskraft derjenigen, die uns gegenüber sitzen – es handelt sich um Überlebende, deren Ressourcen gesehen und gestärkt werden wollen.

**Niedrigschwelligkeit** ist zu gewährleisten. Im PSZ setzen wir dies durch offene Sprechstunden zweimal die Woche um. In die Sprechstunde können Menschen ganz ohne Anmeldung kommen und ein unverbindliches erstes Gespräch führen. Dabei kann eine erste Information erfolgen z.B. über Schlafstörungen und Schlafhygiene oder über psychische Erkrankungen und die Möglichkeiten der Behandlung. Vertrauen kann aufgebaut werden. Dabei werden die Sprechstunden durchschnittlich etwa zur Hälfte von bereits bekannten Personen aufgesucht zur anderen Hälfte für Erstgespräche oder Neuaufnahmen. In den Sprechstunden steht ein multiprofessionelles Team zur Verfügung.

**Psychosoziale Arbeit und Vernetzung mit Flüchtlingshilfe** sind nur durch fachlichen Austausch zu gewährleisten. In einem PSZ arbeiten grundsätzlich Psychotherapeuten und Sozialpädagogen zusammen<sup>1</sup>, im NTFN Team sind außerdem ÄrztInnen und ein Kinder – und Jugendtherapeut. Außerdem werden verschiedene Gruppen angeboten (Entspannungsgruppe, gestaltungstherapeutische Frauengruppe, Elterngruppe, Aktivgruppe) und es gibt kunsttherapeutische und reittherapeutische Angebote. Ziel ist es Ressourcen zu stärken und Selbstwirksamkeit zu fördern.

**Kontextwissen** erschließt die Zugänge zu den Betroffenen. Die Lebenswirklichkeit von Asylsuchenden unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht vom Alltag der einheimischen Bevölkerung. Dies betrifft z.B. die Wohnsituation, den Zugang zu Arbeit oder die Möglichkeit Familie zu besuchen. Die Flucht kann kurz sein oder lange dauern. „Dann waren wir 2 Jahre in Libyen“ oder „dann sind wir durch Griechenland gelaufen“ sind Hinweise auf Entbehrungen, Misshandlungen und Demütigungen und es ist für die Arbeit hilfreich, davon eine Vorstellung zu haben und auch unausgesprochenes für möglich zu halten.

Neben den Sprechstunden ist ein weiteres Kernstück unserer Arbeit die Vermittlung in die Regelversorgung. Ein adäquates Versorgungsangebot für Geflüchtete lässt sich nur durch eine enge Kooperation von spezialisierten Angeboten, wie es die bundesweit in einer Arbeitsgemeinschaft (BafF e.V.) zusammengeschlossenen psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer sind, und den breit gefächerten Möglichkeiten der Regelversorgung erreichen.

Um die beschriebenen Zugangsbarrieren abzubauen und dadurch Behandlern die Aufnahme von Flüchtlingen als Patienten in ihren Praxen zu erleichtern beschäftigen wir eine Fachkraft, die ausschließlich die Vermittlung in die Regelversorgung betreibt.

Dies beinhaltet im Einzelfall:

Suche nach einem geeigneten Psychotherapeuten, dafür konnten wir – auch mit Hilfe der Psychotherapeuten- und der Ärztekammer – ein landesweites Netzwerk bilden, das jedoch immer wieder erweitert und gepflegt werden muss.

<sup>1</sup> Leitlinien und Standards – [www.baff-zentren.org/ueber-die-baff/leitlinien/](http://www.baff-zentren.org/ueber-die-baff/leitlinien/)

Ebenso gehört die Suche nach Dolmetschern für die konkrete Behandlung zum Aufgabenspektrum – nicht überall gibt es eine so gute Struktur wie das EMZ diese bietet.

Aber auch die Klärung der Kostenübernahme sowohl für Dolmetscher als auch Therapeuten sind Teil des Servicepakets, um niedergelassenen Psychotherapeuten, die Arbeit mit Flüchtlingen zu erleichtern und die Integration in die Regelversorgung zu ermöglichen.

Parallel bieten wir Fachberatung an z.B. in aufenthaltsrechtlichen oder sozialrechtlichen Fragestellungen oder die Mitbegleitung in unseren Gruppen- und Beratungsangeboten.

### Handlungsempfehlungen

#### **Transparente, unbürokratische in der Region und mit der LHH abgestimmte Bewilligung von gesundheitsbezogenen Leistungen für Flüchtlinge:**

Die Regelungen der Region zur Kostenübernahme für Psychotherapien sind dafür ein gutes Modell. Die Umsetzung der Gesundheitskarte, wie sie nach den Rahmenvereinbarungen des Landes Niedersachsen vorgesehen ist, unter Einbeziehung von 5 probatorischen psychotherapeutischen Terminen, analog dem Krankenkassenverfahren ist wünschenswert

#### **Sicherstellung der Qualifizierung und Finanzierung der Dolmetscherleistungen:**

Fachlich begründete Beratung und Therapie von Geflüchteten brauchen zumindest initial häufig die Unterstützung durch Sprachmittler/-innen, die für diese Form des Übersetzens geschult sind.

#### **Schaffung geeigneter Wohnformen:**

Die Unterbringung in Flüchtlingsunterkünften, das Fehlen von Privatsphäre, die ständige Auseinandersetzung mit anderen Menschen, ist für viele eine besondere Belastung, daraus entstehende Krisen könnten durch geeignete Wohnformen vermieden werden.

#### **Leistungsspektrum der Eingliederungshilfe auch für Asylsuchende:**

Psychisch kranke Asylsuchende benötigen, ggf. ergänzend zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Angeboten, Unterstützung bei alltäglichen Herausforderungen (Alltagsbewältigung, Verfahrenstermine), beim Umgang mit ihrer Erkrankung, bei der Inanspruchnahme von medizinischen, therapeutischen, psychosozialen und suchtbezogenen Hilfen und ggf. Unterstützung in Krisen, die in der Unterkunft entstehen. Hierzu ist eine enge Kooperation mit den verschiedenen spezialisierten Anbietern des sozialpsychiatrischen Verbundes, insbesondere mit tagesstrukturierenden Angeboten und dem sozialpsychiatrischen Dienst erforderlich.

### Das Modellprojekt des NTFN für die Region Hannover

Am 13.12.2016 hat die Regionsversammlung die Förderung des Modellprojektes „Aufsuchende soziale Arbeit für psychisch kranke Flüchtlinge in der Unterkünften der Region Hannover“ (ASU), in dem Leistungen erbracht werden, die sich an den Standards für das ambulant betreute Wohnen (Eingliederungshilfe SGB XII) orientieren, beschlossen. Das Projekt ASU wird durch die Region Hannover im Rahmen einer freiwilligen Zuwendung gefördert.



Die Mitarbeiter/-innen in den Unterkünften wenden sich bereits seit Monaten sowohl an den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) als auch an das NTFN. Arbeitsteilig werden mit Start des Projektes die Hemmnisse bearbeitet, die eine Integration der Betroffenen in das bestehende System der Regelversorgung erschweren oder verhindern. Regelmäßige gemeinsame Fallbesprechungen von SpDi und NTFN finden statt. Eine Dokumentation und Evaluation sind vorgesehen.

**Anschrift der Verfasserin:**

Karin Loos · Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V. · Marienstraße 28 · 30171 Hannover  
E-Mail: k.loos@ntfn.de

## Die Situation psychisch belasteter Geflüchteter in der Unterkunft

von Andreas Jergentz und Désirée Farabella (*Flüchtlingsunterkunft Oststadtkrankenhaus*)

### Erfahrungen

In der Flüchtlingsnotunterkunft ehemaliges Oststadtkrankenhaus waren bis zu 750 Flüchtlinge aus 34 unterschiedlichen Herkunftsnationen untergebracht. Die meisten Flüchtlinge sind allein reisende junge Männer. In einem gesonderten Trakt sind Familien mit Kindern untergebracht.

Der größte Teil der Flüchtlinge befindet sich im Asylbewerbungsverfahren und erhält Leistungen nach dem AsylbLG. Gemäß § 4 (1) AsylbLG erhalten die Flüchtlinge ärztliche und zahnärztliche Behandlung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen. Eine psychische Behandlung wird nicht erwähnt.

In der Notunterkunft teilen sich zwei bis drei Bewohner ein Zimmer. Die wenigen Einzelzimmer blieben kranken oder älteren Flüchtlingen vorbehalten. Auf sieben Etagen teilen sich die Bewohner Sanitärräume und Gemeinschaftsküchen. Trotz der räumlich beengten Verhältnisse und der hohen Anzahl von Flüchtlingen aus vielen unterschiedlichen Herkunftsländern kam es nicht zu einem erhöhten Aufkommen an Konflikten im täglichen Zusammenleben.

Eine zusätzliche Belastung für die Flüchtlinge sind die langandauernden Asylverfahren und die damit einhergehende Unsicherheit und Ungewissheit für die eigene Zukunft. Gesetzliche Vorschriften und mangelnde Sprachkenntnisse verhindern eine zeitnahe Ausbildungs- oder Arbeitsaufnahme. Die soziale Betreuung der Flüchtlinge wird durch 20 Sozialarbeiter und zwei Erzieher für die Kinder sichergestellt. Sie sind Ansprechpartner für alle auftretenden Situationen.

Wie viele Flüchtlinge in der Unterkunft psychisch belastet waren und sind, kann nicht geklärt werden, die Dunkelziffer wird dementsprechend hoch sein.

Dies liegt an folgenden Gründen:

- Aufgrund der vielen unterschiedlichen Herkunftsnationen gibt es viele Sprachbarrieren.
- In vielen Herkunftsländern der Flüchtlinge gibt es keine Versorgung bei psychischen Erkrankungen und es ist dort auch nicht üblich, sich professionelle Hilfe in diesen Fällen zu organisieren.
- Psychische Belastungen und Erkrankungen wurden, da sie nicht behandelt worden sind, mit Drogen- oder Alkoholmissbrauch überdeckt und sind nicht sofort zu erkennen.

Es gab nur wenige Flüchtlinge, die den vor Ort arbeitenden Sozialarbeitern psychische Belastungen und Probleme schilderten. In diesen Fällen wurde versucht, psychische Hilfe zu organisieren.

Psychische Belastungen wurden aber normalerweise erst immer dann erkannt, wenn es zu auffälligem Verhalten der Flüchtlinge kam. Dies äußerte sich:

- In verbaler oder tatsächlicher Aggressionen gegenüber dem Sicherheitspersonal, den Sozialarbeitern oder gegenüber anderen Mitbewohnern.
- In Aggressionen gegenüber der eigenen Person mit dem Zufügen von schweren Verletzungen.
- In der Androhung und dem Versuch von Suiziden.
- In der Zerstörung von Gegenständen.
- Im Missbrauch von Alkohol und Drogen.
- In der Schilderung von abstrusen Begebenheiten im Zustand der Verwirrung.
- In den Schilderungen von auffälligem Verhalten anderer Bewohner wie nächtliches Schreien, Herumwandern oder „Wutanfällen“ aus nichtigen Gründen.

In den Fällen von auffälligem Verhalten mit akuter Fremd- oder Eigengefährdung wird der Sozialpsychiatrische Dienst verständigt. Dieser entscheidet dann vor Ort über die Notwendigkeit einer Unterbringung.

In Notfällen wird ein Rettungswagen gerufen. Wenn dann allerdings nicht bestimmte Wörter fallen wie z. B. „Akute Suizidgefahr“ wird der Bewohner nur vor Ort versorgt oder er wird mit ins Krankenhaus genommen und kurz darauf wieder entlassen. Hier kam es in der Vergangenheit zu Situationen, bei denen Bewohner immer wieder nach Entlassungen aus dem Krankenhaus psychisch dekompenzierten. In einigen Fällen haben sich Flüchtlinge mit psychischen Erkrankungen freiwillig in die MHH einweisen lassen. Wenn sie dann die MHH freiwillig verlassen hatten, war eine weitere langfristige psychische Behandlung nicht vorgesehen. Eine erneute Behandlung wäre dann nur wieder in einer akuten Situation über die Notfallaufnahme der MHH möglich gewesen.

Bei konkreten Suizidandrohungen wurde über den Sozialpsychiatrischen Dienst ein Notarzt gerufen, der eine Einschätzung vornahm. Dieser Arzt verständigte dann den B-Dienst der Feuerwehr, der über eine vorläufige Einweisung zur Unterbringung entschied. Kam es nicht zur Unterbringung konnte der Flüchtling für bestehende psychische Probleme zu einer Beratungsstelle geschickt werden. Allerdings sind die ambulanten Angebote wie z. B. die Psychiatrische Institutsambulanz (Schwarzer Bär) oder die Traumambulanz (Welfenplatz) entweder überlaufen, haben einen Aufnahmestopp für Neupatienten oder sie nehmen nur Patienten mit sehr guten Deutschkenntnissen auf.

In Zusammenarbeit mit der MHH erhielten alle Sozialarbeiter, die im Oststadtkrankenhaus eingesetzt sind, eine zweitägige Weiterbildung, die sie für das Erkennen von psychischen Störungen bei Flüchtlingen sensibilisiert hat. Durch die Aufmerksamkeit der Sozialarbeiter konnten schon frühzeitig Termine bei Ärzten und Beratungsstellen vereinbart werden. Allerdings ist die Wartezeit für einen Behandlungstermin bei Fachärzten und Psychiatern sehr lang. Depressionen, Angststörungen, Traumafolgestörungen, Süchte, Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenien sind so erkannt und von Ärzten diagnostiziert worden.

Ist eine psychische Störung diagnostiziert worden, scheitert eine Behandlung an folgenden Problemen:

- Die Kosten für eine Therapie werden nicht vom Sozialamt übernommen.
- Es gibt nicht ausreichend Therapieplätze.
- Ein wesentliches Merkmal der Therapie ist die Kommunikation. Diese ist aber wegen der fehlenden Sprachkenntnisse nicht immer möglich. Daran scheitern auch niederschwellige Angebote wie die Teilnahme an Selbsthilfegruppen. (Die MHH wollte eine Traumabehandlung für Flüchtlinge anbieten. Aber mit der Übersetzung durch einen Dolmetscher ist eine klassische Traumabehandlung nicht möglich, da diese von vielen Faktoren wie Gestik, Mimik, Vertrauen und wortwörtlicher Übersetzung abhängig ist).
- Einem großen Teil der Flüchtlinge sind unterschiedliche Therapieformen nicht geläufig. Sie kennen nur die Einnahme von Medikamenten und zweifeln die Wirksamkeit anderer Therapieformen – besonders wenn sie langfristig angelegt sind – an. (Dadurch kann es zur Medikamentenabhängigkeiten kommen. In anderen Ländern sind oft stärkere Medikamente erlaubt als in Deutschland. Unter den Flüchtlingen gibt es teilweise einen Handel mit nicht zugelassenen Medikamenten. Der Missbrauch von Medikamenten ist somit oft eine Folge einer unbehandelten psychischen Erkrankung).

Gar nicht berücksichtigt worden sind bisher psychisch belastete Frauen und Kinder. Dies liegt in erster Linie daran, dass psychisch belastete Frauen kaum auffälliges Verhalten zeigen. Dies könnte darin liegen, dass sie sich um ihre Kinder kümmern müssen und dass durch diese andauernde Beschäftigung eine Verarbeitung von belastenden Erinnerungen möglich ist. Auffälliges Verhalten bei Frauen zeigt sich höchstens in der Vernachlässigung ihrer Kinder.

Zeigen Kinder auffälliges Verhalten, muss es als solches zuerst von den Eltern erkannt werden. Dies wird nicht immer der Fall sein. Hier wären Schulungen für Eltern und Sozialarbeiter hilfreich. Auch Kinderärzte müssten für diese Situation sensibilisiert werden.

## Fazit

Insgesamt kann festgestellt werden, dass auf das offene Auftreten von auffälligen Verhalten über den Sozialpsychiatrischen Dienst und über die Notfallaufnahme der MHH schnell und angemessen reagiert werden kann. Problematisch dagegen erscheint eine langfristige Behandlung von psychischen Erkrankungen.

Das DRK als Betreiber einer Vielzahl von Flüchtlingsunterkünften hat bereits auf diese Problematik reagiert und möchte den psychisch belasteten Flüchtlingen, die unter Traumata leiden, ein niederschwelliges Betreuungsangebot machen. Dazu werden zurzeit drei DRK-Mitarbeiter zu EMDR-Coaches ausgebildet. EMDR ist die Abkürzung für Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Beim EMDR wird die blockierte Verarbeitung von belastenden Erinnerungen durch bilaterale Stimulation, in der Regel durch Augenbewegungen, aktiviert und ihre zügige Verarbeitung ermöglicht. Sollte sich diese Methode als tauglich für die Arbeit mit Flüchtlingen erweisen, ist geplant, weitere Sozialarbeiter als EMDR-Coaches auszubilden und so eine flächendeckende Betreuung für die vom DRK betriebenen Flüchtlingsunterkünften sicherzustellen. Dieses niederschwellige Angebot kann aber nicht alle Arten von psychischen Erkrankungen abdecken und ist kein Ersatz bei der Notwendigkeit einer Therapie.

## Handlungsempfehlungen

Um die Situation von psychisch belasteten Flüchtlingen zu verbessern, wäre Folgendes hilfreich:

- Da es schon für die einheimische Bevölkerung nicht ausreichend Therapieplätze gibt, sollten für die Flüchtlinge ausreichend niederschwellige Betreuungsangebote geschaffen werden.
- Die Entwicklung von psychischen Betreuungsangeboten, die den spezifischen Besonderheiten der Situation der Flüchtlinge Rechnung trägt, wie z.B. Schwierigkeiten der Kommunikation.
- Die Flüchtlinge sollten unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus Zugang zu einer umfassenden medizinischen Versorgung einschließlich psychischer Behandlung haben.

### **Anschrift der Verfasserin:**

Andreas Jergentz und Désirée Farabella  
Flüchtlingsunterkunft Oststadt Krankenhaus · Pasteurallee 11 · 30655 Hannover

## Psychiatrische Behandlung von Geflüchteten in einer Akutklinik

von Cornelia Oestereich und Sabine Kirschnick-Tänzer  
(KRH-Psychiatrie Wunstorf)

Seit Ende der 90iger Jahre des letzten Jahrhunderts haben wir in der KRH Psychiatrie Wunstorf (damals Landeskrankenhaus Wunstorf) Erfahrungen gesammelt in der psychiatrischen Behandlung von Menschen mit Fluchterfahrungen.

Für traumatisierte Menschen unter ihnen hat ein Team von systemischen Therapeutinnen und Therapeuten damals ein ambulantes systemisches Traumabehandlungskonzept entwickelt, in dem über die Jahre viele Patientinnen und Patienten mit dem Vollbild einer PTBS oder mit Traumafolgestörungen behandelt wurden. Die PatientInnen und ihre in die Behandlung einbezogenen Familien entstammten vielen verschiedenen Kulturen. In den ambulanten ebenso wie in den stationären Bereichen spiegelten sich damals wie heute in der Zusammensetzung der Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund immer auch die Krisengebiete dieser Welt.

Auf dem Hintergrund dieser guten Erfahrungen fordern wir seitdem, dass geflüchtete Menschen in die psychiatrische Regelversorgung gehören, wenn sie psychisch in Krisen geraten. Dies bedeutet, dass alle Kliniken mit Pflichtversorgungsauftrag sich der Aufgabe der Versorgung von psychisch erkrankten Geflüchteten stellen sollten, unabhängig von deren Herkunftskultur.

### **Aktuelle Zahlen aus der KRH Psychiatrie Wunstorf**

Im ersten Halbjahr 2016 wurden insgesamt 2 % der stationären und teilstationären Fälle nach dem Asylbewerberleistungsgesetz abgerechnet, allerdings waren diese in den einzelnen Fachkliniken ungleich verteilt. In der Allgemeinpsychiatrie machten Geflüchtete 4 % der Aufnahmen aus, in der KJP 3,7 %. In den anderen Kliniken machten die Geflüchteten unter 1 % der Aufnahmen aus.

Hingegen liegt der Anteil aller PatientInnen mit Migrationshintergrund in der Klinik bei etwa 20 % der stationären und teilstationären Patienten, entspricht also ihrem Anteil an der Bevölkerung des Ver-

sorgungsgebietes der Klinik (westlicher Teil der Stadt und der Region Hannover sowie LK Nienburg und Schaumburg). In der PIA der Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie werden derzeit ca. 10 % Flüchtlinge behandelt.

Die Diagnoseverteilung unter den Geflüchteten, deren Behandlung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz abgerechnet wurde, war wie folgt:

43 % erhielten die Diagnosen PTBS/Akute Belastungsstörung; bei 36 % wurden affektive Störungen diagnostiziert; bei 20 % wurden psychotische Krisen diagnostiziert.

### Anforderungen an psychiatrische Versorgungskliniken

Kultursensible Therapie in der Psychiatrie ist in erster Linie eine Haltung. Diese drückt sich aus in der Beachtung kultureller Unterschiedlichkeiten aus. Das bedeutet sich über den kulturellen Hintergrund anderer kundig machen zu können und sich über den kulturellen Hintergrund des eigenen Handelns klarer zu werden. Es ist wichtig, sich über die Relativität von Werten im Klaren zu sein und keinen kulturellen Stereotypen zu erliegen. Nützlich ist eine Haltung einer eher fragenden engagierten Neutralität und Neugier, die es ermöglicht, Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen respektvoll und wertschätzend zu begegnen. Unbedingt dazu gehört auch die Bereitschaft und Fähigkeit, mit Sprach- und Kulturmittlern bzw. Dolmetschern arbeiten zu können.

Die in interkulturellen Behandlungskontexten notwendige Kultursensibilität und Kulturkompetenz sollte Bestandteil der Innerbetrieblichen Fortbildung, der Facharztweiterbildung, der Fortbildung in der Pflege und der Psychotherapieausbildung sein. Ebenso sollten interkulturelle Themen in Fallbesprechungen und Besprechungen zur Behandlungsqualität sowie Teamsupervisionen sowie im therapeutischen Alltag regelmäßig angesprochen werden.

Psychiatrische Versorgungskliniken sollten sich im Rahmen der sozialpsychiatrischen Netzwerkarbeit auch bei der Versorgung von Geflüchteten öffnen, also eine enge Kooperation mit Flüchtlingshilfsorganisationen, Traumabehandlungszentren, Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi) und anderen Flüchtlingshilfeeinrichtungen herstellen. Kulturkompetenz und Kultursensibilität in den im Umgang mit ungewöhnlichen Menschen geschulten Teams der psychiatrischen Akutkliniken zeigen sich gegenüber geflüchteten Menschen in psychischen Krisen dadurch, dass die Teams sich eher einladend als zurückweisend verhalten, auch wenn es um Menschen mit fremden Wertvorstellungen geht. Ein ressourcenorientierter Blick ist hierbei, wie bei allen Menschen in psychischen Krisen, hilfreich und nützlich.

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Psychiatrien sollten sich gegenüber den Motivationen für die Flucht nicht wertend verhalten. Sie sollten sich daran erinnern, dass vor etwa 80 Jahren viele jüdische Bürger und politisch Verfolgte aus Deutschland in einer Lebenssituation gewesen sind, in denen sie dringend Mitmenschen gebraucht hätten, die ihnen die Tür geöffnet hätten. Sehr oft standen sie vor verschlossenen Türen bei Behörden oder bei Organisationen anderer Länder. Daraus leitet sich auch heute noch eine besondere ethische Verantwortung für eine niedrigschwellige Hilfeleistung ab.

Die therapeutischen Teams sollten davon ausgehen, dass alle Geflüchteten in ihrer Heimat oder während der Flucht oder Migration traumatisierende Erlebnisse gehabt haben.

## Fremde Wertvorstellungen in psychiatrischen Therapiekontexten

Wer sich in interkulturellen Kontexten bewegt, braucht die Bereitschaft, sich mit fremden Wertvorstellungen auseinander zu setzen. Es ist deshalb ein bedeutsames Ziel professioneller Qualifizierung, eine Haltung von Neugier und Respekt gegenüber den persönlichen oder kulturellen Beweggründen, die zu bestimmten Einstellungen oder Haltungen führen, zu entwickeln.

Die Welt konstruiert sich anders, wenn sie durch eine andere Wertebrylle betrachtet wird. Werthaltungen von Einzelnen und Gruppen können sich von den unseren stark unterscheiden und hierzulande sogar höchst kontrovers diskutiert werden. Schlägen als Erziehungsmethode oder die Zwangsverheiratung wären Beispiele dafür. Auch das Verhältnis der Geschlechter zueinander und die Vielfalt der sexuellen Orientierung sind Themen, die sehr unterschiedlich bewertet werden können oder sogar unvereinbar erscheinen. Dies bildet sich auch in der psychiatrischen Versorgung und Behandlung von Geflüchteten in psychischen Krisen ab. Hier hat es sich als nützlich erwiesen, in eine Kommunikation über die Konsequenzen verschiedener Haltungen einzutreten. Dies eröffnet eher neue Optionen als fremde und unangepasste Werthaltungen zu verurteilen oder gar daraus abzuleiten, dass jemand „nicht integrierbar“ oder „beratungsresistent“ oder „nicht therapierbar“, weil etwa „nicht einsichtig“ oder „nicht lernfähig“ sei.

TherapeutInnen und therapeutische Teams müssen fremde kulturelle Wertvorstellungen nicht teilen, ebenso wenig wie befremdende Wertvorstellungen von PatientInnen der einheimischen Kultur. Sie dürfen durchaus deutlich machen, dass es ihnen schwer fällt, sich in bestimmte, ihnen fremde Denkweisen hinein zu versetzen. Aber sie sollten immer hervorheben, dass sie PatientInnen aus deren Kultur oder aus deren sozialer Zugehörigkeit heraus positive Gründe für ihr Handeln unterstellen, und dass sie diese kennenlernen und nachvollziehen möchten. Je besser dies gelingt, umso besser wird der Aufbau einer Kooperationsbeziehung für den Therapieprozess gelingen. Gleichzeitig haben sie auch die Aufgabe, hiesige Wertvorstellungen zu vermitteln und auch die möglichen Konsequenzen darzulegen, die es hätte, wenn das unangemessene Verhalten aufrechterhalten wird.

## Traumata, Traumatisierung und traumadeterminierte Systeme

Es ist davon auszugehen, dass die meisten der bei uns ankommenden Geflüchteten traumatische Ereignisse, vermutlich sogar eine Serie traumatischer Ereignisse erlebt haben. In der Regel sind es diese traumatischen Ereignisse, welche die Flucht auslösen. Häufig besteht die oft monate- oder gar jahrelange Flucht selbst oft aus einer Serie traumatischer Ereignisse.

Im ICD-10 wird Trauma definiert als „kurz- oder langanhaltende Ereignisse oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, die nahezu bei jedem tiefgreifende Ver zweiflung auslösen würde“.

Der DSM-IV beschreibt Traumata als „potentielle oder reale Todesdrohungen, ernsthafte Verletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder bei anderen, auf die mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken reagiert wird“.

Da viele Traumatisierte nicht als „psychisch krank“ angesehen werden möchten oder sich gar nicht erst so wahrnehmen, auch wenn sie das Bild einer Posttraumatischen Belastungsstörung zeigen und diese diagnostiziert wird, ist es wichtig, die psychischen und körperlichen Reaktionen und Beschwerden als normale menschliche Reaktion und als Schutzmechanismus auf Traumata zu beschreiben, für die es gute wirksame Behandlungsmöglichkeiten gibt.

Traumata können auch bisherige Lebenserfahrungen strukturieren: Menschen, die sich schon immer eher als Opfer denn als Gestaltende ihres Lebens erlebt haben, werden sich darin durch ein Trauma eher bestätigt sehen. Personen mit einem salutogenetisch stark ausgeprägten Kohärenzgefühl, die nach dem Motto gelebt haben, dass das Schicksal Herausforderungen stellt, die zu bewältigen sind, werden Traumata leichter als eine weitere Prüfung ansehen können, die einen an den Rand der Kräfte bringt, aber die wahrscheinlich überlebt werden können; Menschen, die davon ausgehen, dass sie – beispielsweise durch politische Aktivitäten – dazu beigetragen haben, die traumatisierende Situation herzustellen, können vielleicht deutlicher sehen, was sie aktiv unternommen haben, um sie zu überleben.

Glücklicherweise reagiert nicht jeder Mensch auf traumatische Ereignisse mit einer krankheitswertigen Traumafolgestörung wie einer PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung). Die BPTK (Bundespsychotherapeutenkammer) gab 2015 eine Erkrankungsanzahl unter Flüchtlingen weltweit von 20 % Depressionen und 20 % Traumafolgestörungen an. Nach Angaben der BPTK hätten Untersuchungen in Deutschland aber jeweils 40 % Depressionen und Traumafolgestörungen gezeigt. Es ist also wichtig, einen niederschweligen Zugang zu Therapiemöglichkeiten bereit zu stellen.

### Behandlungsmöglichkeiten in der Akutpsychiatrie

Es ist aber davon auszugehen, dass die meisten Geflüchteten zum Konzept der Behandlungsmöglichkeiten durch Psychotherapie keine Vorstellung haben. Viele Geflüchtete, die hier angekommen sind und sich zunächst in Sicherheit fühlen, dann aber in den Flüchtlingsunterkünften aktuell Symptome einer PTBS oder Depression, teilweise auch paranoid anmutende, massive Angstzustände und Suizidalität entwickeln, werden in die Psychiatrie eingewiesen. Viele Geflüchtete kennen aus ihren Herkunftsländern die Psychiatrie aber eher als „Knäste“ oder Anstalten, in denen Menschen abgeschoben und vergessen werden. Dass PTBS, Angst, Depression oder auch paranoide Phänomene behandelbar sind, ist für sie nicht selbstverständlich und wird auch misstrauisch abgelehnt. Hier gilt es also, Beratungssituationen zu schaffen, welche die Symptome akzeptieren, über deren Funktion aufklären, die Resilienz fördern und stärken, mit hiesigen Behandlungskonzepten bekannt machen und diejenigen Menschen, welche ambulante oder stationäre Therapie brauchen, auf diesem Weg begleiten.

Diese Aufgabe fällt den SpDi, den Beratungsstellen für Geflüchtete, den HausärztInnen, den PIA (Psychiatrischen Institutsambulanzen) und in akuten Krisen den psychiatrischen Versorgungskliniken zu.

Neben der psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachkompetenz für diese Gruppe der Menschen mit PTBS und schweren Depressionen ist die Bereitstellung von Sprach- und Kulturmittlern oder in Therapiekontexten geschulten Dolmetschern notwendig, damit die bestehenden Behand-

lungsmöglichkeiten diese Menschen überhaupt erreichen können. Hierzu sollten sich psychiatrische Versorgungskliniken auch verpflichten, da die Psychiatrie ein auf Sprache als therapeutisches Mittel basierender Fachbereich der Medizin ist. Dies kann mit den Krankenkassen verhandelt werden, da sonst die eigentlich psychiatrisch-psychotherapeutische Leistung nicht fachgerecht erbracht werden kann. Die therapeutische Verpflichtung besteht aber auch unabhängig davon, ob und wie die Kostenträger das finanzieren.

Die Psychiatrie Wunstorf mit ihren geschlossenen Intensiv- und Akutaufnahmestationen und ihren offenen Akutaufnahmestationen, den weiterführenden Therapiestationen und den Tageskliniken bietet den PatientInnen ihres Versorgungssektors ein integratives, differenziertes systemisch orientiertes, kultursensibles Behandlungsangebot (SYMPA), von dem auch Geflüchtete in psychischen Krisen profitieren. Wichtiger Bestandteil der psychiatrischen Versorgung ist auch für diese Gruppe die mögliche Überleitung in die PIA, wenn diese angezeigt ist, oder in die entsprechenden anderen ambulanten Behandlungsangebote wie SpDi, niedergelassene FachärztInnen, NFTN, kargah e.V. etc., die ebenfalls geflüchtete Menschen mit psychischen Krisen auffangen können.

Bei den notwendigen Einsätzen von DolmetscherInnen wird darauf geachtet, dass die Kontinuität durch Einsatz der gleichen dolmetschenden Person, wenn immer möglich, während der gesamten Behandlung gewahrt wird. Sowohl für die geflüchteten PatientInnen und ihr soziales System wie für das Team der Behandler gestaltet sich dadurch leichter eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und therapeutische Beziehung.

## Fazit

Die psychiatrische Behandlung und Versorgung von Geflüchteten in psychischen Krisen gehört in die psychiatrisch-psychotherapeutische Regelversorgung. Die Kliniken haben die Aufgabe, sich dieser Anforderung zu stellen und ihre MitarbeiterInnen in Kulturkompetenz und Kultursensibilität zu qualifizieren. Zu interkultureller Therapie und kultursensibler Psychiatrie gehört auch sprachliche Verständigung durch den Einsatz professioneller, in psychosozialen Bereichen geschulter Dolmetscher und Kulturmittler als Grundlage regulärer psychiatrischer Behandlung. Eine kultursensible Haltung der Neugier und des Respekts gegenüber Menschen aus anderen Kulturen kommt auch den einheimischen PatientInnen zugute und erhöht die Freude an der Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Dann kann auch die Integration dieser PatientInnen in die Regelversorgung gelingen.

### **Anschrift der Verfasser:**

Dr. Cornelia Oestereich und Sabine Kirschnick-Tänzer · KRH Psychiatrie Wunstorf · Südstr. 25 · 31515 Wunstorf  
E-Mail: [cornelia.oestereich@krh.eu](mailto:cornelia.oestereich@krh.eu) · [sabine.kirschnick-taenzer@krh.eu](mailto:sabine.kirschnick-taenzer@krh.eu)



## Geflüchtete Menschen: ein psychotherapeutischer Zugang

von Gertrud Corman-Bergau (*Psychotherapeutenkammer Niedersachsen PKN*)

No one leaves home unless home is the mouth of a shark  
 No one puts their children in a boat unless the water is safer than the land  
 Warsan Shire: Home

### Ausgangssituation

Flucht und Migration sind als elementare und frühzeitliche Erfahrungen im kollektiven Gedächtnis der Menschheit eingeschrieben und stehen in Verbindung mit Urängsten. Menschen setzen sich aus verschiedenen Gründen in Bewegung, vorrangig um Not zu entkommen und dabei immer auch mit dem Wunsch nach einem besseren Leben. Sie nehmen dafür Gefahren, auch Lebensgefahren auf sich. Hautnahe Beschreibungen von gut recherchierten Fluchtschicksalen in jüngster Zeit sind im Buch „Die neue Odyssee“ von Patrick Kingsley (2016) dargestellt.

Die Berührung mit dem Thema bewegt in uns allen bewusste und unbewusste emotionale Resonanzen. Bilder, Erfahrungsberichte und die Begegnungen mit Flüchtlingen führen zu ambivalenten und widersprüchlichen inneren Gefühlen. Einerseits mobilisieren sie Bereitschaft und Wünsche zu helfen, empathisch an der Seite der Flüchtenden stehen, andererseits führt es zu eher aversiven Empfindungen, bis hin zur strikten Ablehnung, sich auf diese Menschen einzulassen. Manchmal werden beide Seiten in einer Person deutlich, oft wird diese Ambivalenz nicht ertragen und eine Seite dominiert. So mag es an die Sorge rühren, durch viele und ungebetene Zuwanderer in der eigenen Existenz behindert oder gar beraubt zu werden. Gesellschaftliche Aufmerksamkeit und Ressourcen werden abgelenkt und sie selbst werden an den Rand gedrängt. Bei den meisten wird es zu einem Wechsel unterschiedlicher Empfindungen führen. Diese Phänomene hängen auch damit zusammen, dass Flucht, Vertreibung und Krieg in die Nähe zu traumatisierenden Erfahrungen bringen. Diese wirken bis auf die Ebene neuronaler Prozesse in allen weiteren Begegnungen und bis in die künftigen Generationen. Grundsätzlich ist die Frage, wie seelische Traumata zu definieren sind, nicht einheitlich. Kriterien, die ich zugrunde lege sind, dass es um Erfahrungen geht, die vital und psychisch lebensbedrohlich sind, dass sie für den Betroffenen unerwartet hereinbrechen und extrem überfordernd wirken. Die Wirkung betrifft nicht nur die Betroffenen selbst, sondern sie setzt sich in den weiteren Interaktionen fort.

### Schritte der Begegnung

Ausgeliefertsein, Hilflosigkeit und Gewalt begleiten strukturell das Thema der derzeitigen „Flüchtlingskrise“ in Deutschland, hier finden sich Spuren, durch die Menschen psychisch belastet sind oder manifest erkranken.

Professor Dr. Marianne Leuzinger Bohleber (Frankfurt 2016) schreibt: „Ein Grund für die ambivalente Reaktion auf Flüchtlinge mag darin liegen, dass Kriegsflüchtlinge unbewusste Assoziationen zum Thema Trauma wecken, mit extremen Erfahrungen, die das Selbst Todesangst, Hilflosigkeit und Ohnmacht aussetzen und derart überfluten, dass das Grundvertrauen in ein helfendes Objekt und ein aktives Selbst zusammenbrechen. Zu den ubiquitären Reaktionen auf die Wahrnehmung von

Trauma und Traumatisierten gehört der biologisch angelegte Fluchtimpuls: der Impuls, wegzuschauen, zu verleugnen und die Augen vor dem Unerträglichen zu verschließen. Diesem Impuls muss gegengesteuert werden, um sich traumatisierten Flüchtlingen und Migranten empathisch zuwenden zu können, was immer eine seelische Anstrengung bedeutet.“

So ist die Verletzung für die Betroffenen selbst überwältigend, aber auch die, die damit sekundär in Kontakt treten, können sich hilflos und überwältigt fühlen. Beziehungserfahrungen und belastende Affekte sind nicht nur in einer Situation des „Dort und Damals“ zu verorten, sondern sie entstehen im jeweiligen „Hier und Jetzt“, auch in den aktuellen Interaktionen. Im Zuge der Verarbeitung ihrer schlimmen Erfahrungen in der Heimat oder auf der Flucht, wirken hilfreiche und unterstützende Beziehungen präventiv gegenüber der Entstehung psychischer Erkrankungen. So ist es wesentlich für die Geflüchteten, welche Erfahrungen sie in Deutschland machen.

### Maßnahmen

Die ersten auch psychotherapeutischen Maßnahmen sind bereits möglich und wichtig, auch wenn der Aufenthalt noch nicht dauerhaft gesichert ist. Für die Helfer gehören Kenntnisse über die innere Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen und erhöhter Verletzbarkeit ebenso dazu, wie Kenntnisse interkultureller Differenzen.

Bereits in der Initialphase ist sorgfältig zu ermitteln, wer von den Flüchtlingen zusätzliche und professionelle, psychotherapeutische Hilfe benötigt. Dies geht nur, wenn in einem persönlich angebahnten Kontakt gute und individuelle Diagnostik erfolgen kann. In jedem Fall sollten auch psychotherapeutische Interventionen ermöglicht werden, um akuter Dekompensation oder krisenhaften Entwicklungen entgegen zu wirken. Hier ist eine aufsuchende Hilfe notwendig, wie sie zum Beispiel durch das NTFN e.V. in Niedersachsen angeboten werden. Ein Krisentelefon für Erzieher und Lehrer, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten ist zu empfehlen. Aufklärung und Unterstützung im Krisenfall muss auch für die Helfer in den die Flüchtlinge aufnehmenden oder begleitenden Teams zur Verfügung gestellt werden. Regelmäßige Supervision für Haupt- und Ehrenamtliche sollte die hiesigen Institutionen in ihrer Arbeit auch präventiv unterstützen. Beispielhaft sei das „step by step“ Projekt in Darmstadt erwähnt, welches als Forschungsprojekt frühzeitige psychotherapeutische Interventionen bei jungen Flüchtlingsfamilien für die weitere Entwicklung vor allem der Kinder beschreibt. (Leuzinger-Bohleber et al. 2016)

Im zweiten Schritt sollte zeitnah Integration in das bestehende Gesundheitssystem mit möglichst wenig Sonder- und Parallelstrukturen erfolgen. Die von der KVN (kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen) bewilligten Ermächtigungen von Psychotherapeuten, die in psychosozialen Zentren arbeiten, sind ein Schritt in die richtige Richtung der Regelversorgung. Der Erstzugang für Flüchtlinge sollte hier möglich werden. Bisher konnten dies nur Menschen nutzen, die vor Erwerb der Gesundheitskarte bereits von dem gleichen Psychotherapeuten betreut wurden. Ziel ist es, die wichtige Ressource der „strukturellen Platzierung“ ( S. Gissendanner et.al. 2013) zu unterstützen, die neben Kulturation, Identifikation und Interaktion zu den zentralen Bedingungen einer Sozialintegration in die Gesellschaft gehört. Dies führt am ehesten zu Gesundung und potentiell gesellschaftlicher Integration und Autonomie für die Betroffenen. Je besser dies gelingt, je sachgerechter die Behandlung im Aufnahmeland erfolgt, umso eher gewinnen die Menschen auch den Mut, ihren weiteren Lebens-

weg in die eigene Hand zu nehmen und gegebenenfalls auch zurückzukehren. Strukturelle Willkür und undurchschaubare Systeme verstärken hingegen die „sequentielle Traumatisierung“. Der Begriff wurde von Hans Keilson (1977) entwickelt und geht auf Studien des Psychoanalytikers zur Arbeit mit überlebenden jüdischen Waisenkindern zurück. (vgl. Brandmeier 2013). Die emotionalen Bedingungen, unter denen die Flüchtlinge mit ihren Erfahrungen aufgenommen werden, sind erheblich für die weitere psychische Prognose. Krankheitsfördernd, Passivität und Rückzug hervorbringend ist es, wenn in der Verarbeitungsphase weitere Erniedrigung erfolgt. Gewaltpotentiale entstehen auf diese Weise ebenso. „In dieser Phase ist es für den Verlauf der Traumatisierung entscheidend, wie das soziale Umfeld mit dem Trauma der Überlebenden umgeht.“ (Brandmeier 2013)

Dies bestätigt alle Erfahrungen und Kenntnisse über Bindungstheorien, dass nämlich Trennung, eine gute Wiederkehr und Aufbruch in Neues eher möglich sind, wenn genügend sichere Objekterfahrungen gemacht werden konnten. Wenn das Aufnahmeland als „gutes Objekt“ in der Erfahrung bleibt, können sich Bindung und Sicherheit fortsetzen im weiteren Leben der Flüchtlinge und ihrer Nachkommen, auch wenn sie in ihre Heimat zurückkehren.

### Forschungslage und Analyse der Bedarfe

Die berechtigte Frage nach den Kosten und der Prognose für die Gesellschaft bei einer Integration in das Gesundheitssystem muss zunächst eingeschätzt und weiter beforscht werden. Was bedeutet es für den Bereich des Gesundheitswesens und insbesondere der Psychotherapie, wenn viele, auch psychisch erkrankte Menschen in unser Land kommen? Die Forschungslage zu den Flüchtlingen ab 2015 kann aus Gründen vieler Unsicherheiten und Barrieren noch nicht valide ermittelt werden. Viele Flüchtlinge können u.a. wegen unsicherer Aufenthaltsorte noch gar nicht in längerfristigen Studien untersucht werden. Notwendige Anpassung und Erweiterung der Diagnostik um komplexe Sozialanamnesen und kulturspezifische Besonderheiten stellen weiter besondere Herausforderungen dar. Die sehr wichtige Arbeit mit Dolmetschern wird an anderer Stelle dieses Sozialpsychiatrischen Plans ausführlich behandelt.

Untersuchungen von Erkrankungs- und Störungsbildern bei Migrant\*innen und Flüchtlingen sind dargestellt im umfangreichen Buch „Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie“ (2011). Die dargestellten Studien lassen den Schluss zu, dass die Prävalenz im Bereich von Depression, Angsterkrankungen und Schizophrenie sich nicht signifikant unterscheiden von der deutschen Bevölkerung. Eine 2016 veröffentlichte Studie zu Befragungen von 280 Flüchtlingen in einer Landesaufnahmestelle in Braunschweig kommen zu folgendem Ergebnis: Die Teilnehmer berichteten insgesamt von einer hohen Anzahl potentiell traumatischer Ereignisse. Die Prävalenzraten für eine mögliche PTBS (posttraumatische Belastungsstörung) lagen bei 16,1 % (Balkanstaaten), 20,5 % (Naher Osten), 23,4 % (Restafrika) und 28,1 % (Nordafrika); die Raten für eine mögliche Depression variierte zwischen den genannten Herkunftsregionen, insgesamt war der Wert für Depression nicht signifikant erhöht.

Im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung lagen in dieser Stichprobe von Asylbegehrenden die Häufigkeiten von traumatischen Erfahrungen und die Prävalenzraten einer möglichen PTBS deutlich erhöht, für Depression galt dies mit Einschränkung nicht. In einer weiteren Studie (Wolf u Keuck, 2016) wird die Forschungslage so dargestellt: Flüchtlinge weisen eine hohe Prävalenz

psychischer Störungen auf: Das Risiko, an einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken, liegt laut DSM-5 für Überlebende von Vergewaltigung, Militäreinsätzen, Gefangenschaft zwischen 33 % und 50 %. Nicht jeder Flüchtling leidet an einer Traumafolgestörung, allerdings sind die Prävalenzraten in der Gruppe der Flüchtlinge höher als in anderen Patientengruppen. Gleichzeitig bestehende depressive Störungen und Angststörung sind erhöht. PTBS-Patient/-innen zeigen zudem erhöhte Raten von somatischen, stressbedingten Erkrankungen, unzureichende Affektregulation und Impulskontrollstörungen, was mit dissoziativen Symptomen, Substanzmissbrauch, Selbstverletzungen und Suizidalität einhergehen kann. Belastungssituationen können in jedem Fall auch Auslöser für andere psychische Erkrankungen als die posttraumatische Erkrankung PTBS wirken. Die erhöhte Vulnerabilität kann auch eine psychotische oder depressive Erkrankung auslösen.

In der Behandlungspraxis der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zeigen (vgl. Machleidt et al 2011) viele Studien, dass Psychotherapie vor allem zu Anfang mehr Zeit benötigt. Dies ist zu erklären, weil beide Seiten verstärkte Aufmerksamkeit und auch Zeit aufwenden müssen, um sich basal zu verständigen. Damit eine gute Therapie möglich wird, bedarf es in der Initialphase eines erhöhten Einsatz von Mitteln und Geld. Dies betrifft auch die Hinzuziehung von Dolmetschern, die vor allem zu Beginn oft unabdingbar sind. Ziel dieser ersten Behandlungsschritte ist es: Es (wieder) zu ermöglichen, sich aktiv in einer Gruppe zu orientieren und einzubringen, dass Kinder und Jugendliche in einen schulischen Lernprozess hineinkommen, dass Einzelpersonen und Familien im Alltag wieder für sich selbst sorgen oder Kontakte zu anderen oder Familienangehörigen knüpfen können und nicht in Passivität und Resignation verharren.

### Handlungsempfehlungen

**Aufsuchende und frühe Diagnostik** von Flüchtlingen mit psychischen Störungen und Flüchtlingen, die Gewalt oder Folter erlebt haben.

**Abbau von Zugangsbarrieren in der Regelversorgung** für psychisch kranke Flüchtlinge. Einsatz von Dolmetschern ermöglichen.

**Fortbildung und Vermitteln von Standards** in transkulturellen Behandlungssettings.

**Professionelle Supervisionsangebote** für alle psychosozialen Helfer und auch der Ehrenamtlichen.

**Konkrete Hilfen und Ratgeber** für Menschen, die mit traumatisierten oder akut schwer belasteten Menschen in Kontakt sind wie Eltern, Kinder, Angehörige und Mitbewohner, Lehrer, psychosoziale Helfer (vgl Bptk 2016).

**Weiterentwicklung von kulturell angepassten Messinstrumenten** zur Erfassung von psychischen Störungen und Erkrankungen.

#### Literatur:

BPtK, Bundespsychotherapeutenkammer: Ratgeber für Flüchtlingshelfer. Wie kann ich traumatisierten Flüchtlingen helfen? : liegt in verschiedenen Sprachen vor. Download über [www.bptk.de](http://www.bptk.de)

M. Brandmaier: Ich hatte nie festen Boden unter den Füßen, Traumatisierte Flüchtlinge im Exil in: R. Feldmann, G. Seidler: Traum(a) Migration Psychosozial Verlag 2013

P. Kingsley: Die neue Odyssee, eine Geschichte der europäischen Flüchtlingskrise, Beck, 2016

S. Gissendanner, I.T. Callies, G. Schmidt-Ott, K Behrens: Migrantinnen und Migranten zwischen Trauma und Traumabewältigung: Implikationen aus Migrationssoziologie und interkultureller Psycho-

therapie für die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungspraxis in: W. Machleidt, A. Heinz Hrsg.: Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie Elsevier, Urban & Fischer 2011

C. Kröger, I. Frantz, P. Friel, N. Heinrichs : Posttraumatische und depressive Symptomatik bei Asylsuchenden Screening in einer Landesaufnahmestelle DOI 10.1055/s-0042-114045, Psychother Psych Med 2016; 66: 377–384

M. Leuzinger-Bohleber, C. Rickmeier, J. Lebiger-Vogel, K. Fritzmeier, M. Tahiri, N. Hettich: Frühe Elternschaft bei traumatisierten Migranten und Geflüchteten und ihre transgenerativen Folgen in: Psyche – Z Psychoanal 70 (09), 2016 Klett-Cotta Verlag

W. Machleidt, E. Koch, I.T. Callies, R.Schepker, R.Salman: Sonnenberger Leitlinien S. 135 -144 in: W. Machleidt, A. Heinz Hrsg: Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie Elsevier, Urban & Fischer 2011

V. Wolf, E. van Keuk : Abschiebungen von geflüchteten Patient/-innen aus der Regelversorgung in: www.Psychotherapeutenjournal.de PTJ 4 / 2016

**Anschrift der Verfasserin:**

Gertrud Corman-Bergau · Psychotherapeutenkammer Niedersachsen PKN · Leisewitzstrasse 47 · 30175 Hannover  
E-Mail: info@pknds.de

## **Gemeindedolmetscherdienst für das Sozial- und Gesundheitswesen – aktuelle Grundlagen, Entwicklungen und Herausforderungen in der sozialpsychiatrischen Versorgung**

von Ramazan Salman und Ahmet Kimil (*Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.*)

Das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. (EMZ) ist ein gemeinnütziger Verein in Hannover, der national und international als Kompetenz- und Referenzzentrum im Bereich Migrantengesundheit anerkannt ist. Es bietet muttersprachliche und kultursensible Aufklärungs-, Präventions- und Beratungsdienste sowie Dolmetscherservices (über 50 Sprachen) und Informationsmaterialien (in 15 Sprachen). Das EMZ stärkt zudem durch Forschungsaktivitäten, Trainings und Fortbildungen Fachkräfte und Institutionen in ihrer interkulturellen Handlungskompetenz.

Das EMZ kann auf eine über 20-jährige Erfahrung in der Integration von Migranten in das Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen, in Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Hilfen zurückblicken. Die „Gemeindedolmetscher“ werden mehrheitlich im Zuständigkeitsbereich der Landeshauptstadt Hannover und der Region Hannover im Sozial- und Gesundheitswesen, psychosozialen, stationär und ambulant in psychiatrischen, therapeutischen und Beratungssettings eingesetzt.

## **Gemeindedolmetscherservice für das Sozial- und Gesundheitswesen**

Der Dolmetscherservice des EMZ deckt ein Spektrum mehr als 50 Sprachen und Dialekten ab. Dem EMZ stehen dafür mehrheitlich geschulte Dolmetscher zur Verfügung. Diese werden vom EMZ nach telefonischer oder E-Mail-Bestellung als Vor-Ort-Dolmetscher an die verschiedenen Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens, beispielsweise an Krankenhäuser, stationäre psychiatrische Einrichtungen, Behörden und Beratungsstellen, vermittelt. Um einen gleichbleibend hohen Standard

und die Professionalität der Sprachmittler gewährleisten zu können, werden die Dolmetscher in regelmäßigen Abständen vom EMZ geschult. Die Honorare werden von den Auftraggebern direkt an die Dolmetscher ausgezahlt. Das EMZ hat mit den Dolmetschern Werkverträge abgeschlossen, in denen diese auf die Schweigepflicht, bestimmte Honorarvereinbarungen und steuerliche Pflichten hingewiesen werden.

Für die Dolmetscherleistungen wird ein Honorar mit einem Stundensatz von € 24,00 zugrunde gelegt. Die erste Stunde wird stets voll abgerechnet. Im Anschluss daran werden im 20-Minuten-Takt jeweils weitere € 8,00 berechnet. Für Anfahrten im Stadtgebiet Hannover wird eine Fahrtkostenpauschale in Höhe von € 16,00 erhoben. Die Fahrtkostenpauschalen außerhalb Hannovers im Bereich der Region bewegen sich in einem Bereich von € 26,00 z. B. für die Anfahrt zum Klinikum Region Hannover in Wunstorf sowie bis zu beispielsweise € 135,00 für die Anfahrt nach Lüneburg.

### Grundlagen zum Gemeindedolmetscherdienst und aktuelle Entwicklungen

Die Entwicklung des Einsatzes von (Gemeinde-) Dolmetschern in Hannover und Niedersachsen verlief in den letzten Jahren rasant. Vor drei Jahren noch vermittelte das EMZ in das Sozial- und Gesundheitswesen rund 1.000 Dolmetschereinsätze. 2014 wurde bereits die 3.500er-Marke übertroffen und im Jahr 2015 waren es schließlich mehr als 7.300 Dolmetschereinsätze, die vom EMZ vermittelt worden sind. Es ist davon auszugehen, dass diese Zahl in den nächsten Jahren noch übertroffen wird und diese Entwicklung mit ihrem großen Bedarf an einem weiten Sprachenspektrum und Gemeindedolmetscheranzahl noch über viele Jahre die Situation in der Region Hannover und Niedersachsen mitbestimmen wird.

Das Gemeindedolmetschersystem des EMZ funktioniert bisher folgendermaßen:

- Das EMZ verfügt über einen Dolmetscherstamm von ca. 120 Dolmetschern mit über 50 Sprachen (und Dialekten).
- Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens im Zuständigkeitsbereich der Region Hannover und Niedersachsen bestellen im EMZ einen geschulten Gemeindedolmetscher.
- Wir organisieren den qualifizierten Dolmetschereinsatz, sorgen für einen reibungslosen Ablauf und für nachvollziehbare Dokumentation.
- Nach einer festgelegten Honorarordnung, die etwa 50 % der Honorierungshöhe des Zeugen- und Sachverständigengesetzes beträgt (die übliche professionelle Honorarordnung der Dolmetscher), stellen unsere Gemeindedolmetscher eine Rechnung an die Auftraggeber und legen uns diese Rechnung zur Prüfung vor. Danach wird die Rechnung an den Auftraggeber gesendet und dieser begleicht diese Rechnung direkt an den Gemeindedolmetscher. Das EMZ erhält von diesem Betrag keinerlei Anteile. Im Gegenzug halten sich die Gemeindedolmetscher an die vereinbarte Honorarordnung, was dem Auftraggeber und letztendlich den Klienten und Patienten zugutekommt, da der Dolmetschereinsatz erschwinglich, logistisch und qualitätsgerecht planbar gestaltet werden kann.

Gemeindedolmetscher des EMZ verfügen zumeist über einen eigenen Migrationshintergrund und werden im Unterschied zu Fach- und Laiendolmetschern speziell für Einsätze im Sozial- und Gesundheitswesen (auch Psychiatrie) geschult. Sie werden insbesondere in Gesprächsführung, Ter-

minologie des Sozial- und Gesundheitswesens, im Umgang mit kulturellen Hintergründen sowie in Rechtsfragen des Dolmetscheralltags gezielt ausgebildet. Neben dem wortgenauen Übersetzen gehört zu ihren Aufgaben auch die Vermittlung von Informationen zu kulturellen Hintergründen der Klienten. Das EMZ bietet für die geschulten Dolmetscher auch regelmäßig Supervision an, in deren Rahmen die Dolmetscher schwierige Situationen reflektieren können und lernen sich abzugrenzen. Das Ethno-Medizinische Zentrum e. V. erzielt mit seinem Gemeindedolmetscherdienst keinerlei Gewinne.

Das EMZ sieht diesen Service als seine Mission und Verpflichtung und will dazu beitragen, dass Verständigungsbarrieren überwunden werden können, dass zugewanderte Menschen chancengleich auf notwendige Leistungen der Regelversorgung zugreifen können und das sprachkundige Dolmetschertalente qualifiziert und ihr Potential zum allgemeinen integrativen Nutzen erschlossen werden. Somit fördert das EMZ die Integration von Migranten in Hannover und Niedersachsen, die sich schon länger in unserem Bundesland aufhalten und ebenso die Integration von neu zuwandernden Flüchtlingen und Arbeitsmigranten. Zugleich fördert das EMZ die Arbeit der Fachdienste und Fachkräfte, die zur Integration von Migranten beitragen.

Das EMZ will weiterhin mit seinem bewährten Gemeindedolmetscherdienst dazu beitragen, dass im Sozial- und Gesundheitswesen der Einsatz von sozial und medizinisch geschulten Dolmetschern planbar, kalkulierbar und mit Qualität erfolgen kann. Die Entwicklungen der letzten Jahre belegen, dass dieses Ziel erreicht worden ist, denn die speziell geschulten Gemeindedolmetscher des EMZ werden in nahezu allen öffentlichen Regeldiensten (der Landeshauptstadt Hannover, Region Hannover, Deutsche Rentenversicherung, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen etc.) und allen zivilgesellschaftlichen Institutionen (Wohlfahrtsverbände, Vereine etc.) eingesetzt.

### **Herausforderungen für die sozialpsychiatrische Versorgung in der Region Hannover**

In der Region Hannover leben derzeit über 260.000 Menschen mit einem Migrationshintergrund, das entspricht 24 % der Bevölkerung. In den nächsten Jahren ist mit einer weiteren Zunahme der Zuwanderung in die Region Hannover zu rechnen.

In der von der Region Hannover herausgegebenen Studie zur sozialpsychiatrischen Versorgungssituation von Migranten (2014) konnte gezeigt werden, dass der Anteil der Nutzer der sozialpsychiatrischen Angebote mit Migrationshintergrund in der Region Hannover im Jahr 2012 bei ungefähr 14 % lag. Im Vergleich zu ihrem oben genannten Anteil an der Gesamtbevölkerung, wären Migranten damit in der sozialpsychiatrischen Versorgung unterrepräsentiert. Beim näheren Blick zeigt sich allerdings ein differenzierteres Bild. So liegt der Anteil in stationären psychiatrischen Kliniken der Region Hannover bei rund 33 %, in den Sozialpsychiatrischen Diensten bei 20 % und in beispielsweise Wohnheimen, Tagesstätten, Beratungsstellen etc. bei unter 4 %. Ein wichtiger Grund für diesen erheblich geringeren Anteil von Migranten in diesen Angebotsformen sind die Sprachbarrieren. Die oben genannte Studie beschrieb auch, dass sich die Mehrheit der psychiatrischen Leistungserbringer in der Region Hannover zur Überwindung dieser Barrieren geschulte und finanzierte Dolmetscher wünschen, um den Zugang zu dieser Patientengruppe zu verbessern.

Bei der Finanzierung von Dolmetschern gibt es ebenfalls ein differenziertes Bild. So arbeitet der Gemeindedolmetscherdienst des EMZ kontinuierlich und seit Jahren sehr eng zusammen mit Einrichtungen wie dem Klinikum der Region Hannover Psychiatrie Wunstorf, die seit vielen Jahren rund 300-400 Dolmetschereinsätze jedes Jahr einsetzen und finanzieren. Auch die Sozialpsychiatrischen Dienste nutzen immer häufiger Dolmetscher und finanzieren diese auch. Die nicht öffentlichen Träger von sozialpsychiatrischen Angeboten haben es bei der Finanzierung von Dolmetscherleistungen allerdings schwerer. So finanzieren die Krankenkassen keine Einsätze im ambulanten und stationären Settings. Damit kann ein Großteil der Einrichtungen im sozialpsychiatrischen Verbund keine Dolmetscher einsetzen und abrechnen. Hier besteht dringender Handlungsbedarf. Eine Maßnahme könnte sein, dass die Region Hannover gemeinsam mit dem EMZ und den Mitgliedern des sozialpsychiatrischen Verbundes modellhaft einen Finanzpool entwickelt, mit dem auch geschulte Dolmetscher in der sozialpsychiatrischen Versorgung eingesetzt und bezahlt werden. Das würde die Integration, Inklusion und Teilhabe der Nutzer und Patienten mit Migrationshintergrund erheblich fördern. Gleichzeitig würde dies einen weiteren wichtigen Schritt in Richtung der interkulturellen Öffnung des sozialpsychiatrischen Verbundes darstellen.

**Kontaktadresse:**

Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.  
Gemeindedolmetscherdienst (Servicetelefon Mo-Fr von 9 - 17 Uhr)  
Königsstraße 6  
30175 Hannover  
Tel: 0511 168410-20  
Fax: 0511 457215  
Email: [dolmetscher@ethnomed.com](mailto:dolmetscher@ethnomed.com)

**Anschrift der Verfasser:**

Ramazan Salman und Ahmet Kimil · Ethno-Medizinisches Zentrum e.V · Königsstraße 6 · 30175 Hannover  
E-Mail: [dolmetscher@ethnomed.com](mailto:dolmetscher@ethnomed.com)



## REGIONALE PSYCHIATRIEBERICHTERSTATTUNG

### Auswertungsbericht zur regionalen Psychiatrieberaterstattung für das Berichtsjahr 2015<sup>2</sup>

von Hermann Elgeti

(Region Hannover - Dezernat für soziale Infrastruktur – Stabsstelle Sozialplanung)

#### Einführung

**Rahmenbedingungen und Datenquellen:** Der Bericht unterstützt die Erstellung und regelmäßige Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Plans (SpP) der Region Hannover über den Bedarf und das gegenwärtige Angebot an Hilfen für psychisch Kranke gemäß § 9 NPsychKG. Er bietet auch einen quantitativen Überblick zur Versorgung von Menschen mit seelischen Behinderungen für das Handlungsfeld „Inklusion von Menschen mit Behinderungen fördern“ der Region. Die Vollversammlung des SpV hat im Jahre 2000 die Einführung der kommunalen bzw. regionalen Psychiatrieberaterstattung (K-BPE) empfohlen. Dabei werden neben Daten zur kleinräumigen Sozialstruktur Angaben aus den statistischen Jahresberichten von Einrichtungen ausgewertet, die Mitglied im Sozialpsychiatrischen Verbund (SpV) der Region sind. Diese Jahresberichte werden auf einheitlichen Datenblättern (DB A-C; Anlage 1) von den Einrichtungsträgern als Papierversion, formatierte Excel-Tabelle oder in Form einer online-Eingabe in das dafür bereitstehende EDV-Programm erbeten. Sie werden seit 2004 auch vom Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen (LFBPN) landesweit zur Nutzung empfohlen.<sup>3</sup> Verwendung finden auch Daten aus der Landespsychiatrieberaterstattung Niedersachsen (N-PBE).<sup>4</sup>

**Zielsetzung, Konzeption und Durchführung:** Ziel ist es, aussagekräftige Daten über den Ist-Zustand der psychiatrischen Versorgung zu gewinnen, um Qualitätsentwicklung zu betreiben sowie Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden. Das Konzept sieht die Berechnung von insgesamt 28 Kennzahlen vor (Anlage 2). Sie beziehen sich sowohl auf einzelne Hilfsangebote und die dort betreuten Patientengruppen als auch auf die Sozialstruktur der Einzugsgebiete und Indikatoren zur regionalen Versorgung in definierten Angebotsformen (Anlage 3). Der Bericht wird jährlich im Auftrag des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) der Region erstellt und in der Fachgruppe „Dokumentation/ Sozialpsychiatrischer Plan“ des SpV abgestimmt. Zur Eingabe und Auswertung der Daten steht im Zentrum für Informationsmanagement der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) ein EDV-Programm bereit.<sup>5</sup> Die Einrichtungen, die sich an der Beraterstattung beteiligen, können das Programm nach entsprechender Schulung und Vergabe einer jährlich zu aktualisierenden Zugangsberechtigung zur Eingabe nutzen und sich die Kennzahlen für jeweils ihre Angebote berechnen

2 Die Anlagen, auf die im Beitrag verwiesen wird, finden sich auf der Internetseite des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover [www.hannover.de/spv](http://www.hannover.de/spv) unter „Empfehlungen / Veröffentlichungen aus den Fachgruppen“

3 Dokumentationsempfehlungen des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen für die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Verbände in Niedersachsen. In: Elgeti H, Schmid R, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hg.): Jahrbuch 2016 Psychiatrie in Niedersachsen (Band 8). Köln: Psychiatrie-Verlag (2016); S. 167-175.

4 Elgeti H (2016): Landespsychiatrieberaterstattung Niedersachsen – Ergebnistelegamm und Tabellen für das Berichtsjahr 2015 (Stand: 24.10.2016). Zusammenstellung für das Sozialministerium, die Sozialpsychiatrischen Dienste und die Mitglieder des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen

5 Bott OJ, Elgeti H, Schmidt S (2015): Entwicklung eines Sozialpsychiatrischen Informationsmanagement für Niedersachsen 2010-2015. In: Elgeti H, Ziegenbein M (Hg.): Jahrbuch 2014/15 Psychiatrie in Niedersachsen. Köln: Psychiatrie-Verlag; S. 202-215.

lassen. Für das Berichtsjahr 2015 wählten 22 der 85 Angebote, die Angaben zum DB A-B und/ oder DB C gemacht haben, einen elektronischen Weg der Datenübermittlung (online-Eingabe oder Excel-Tabelle). Die Beteiligung an der K-PBE hat in den letzten Jahren zugenommen, weil die Region Hannover mit den von ihr geförderten Fachstellen für Sucht und Suchtprävention (Sucht-BS) im Jahre 2012 und den Anbietern (ambulanter) Eingliederungshilfen (EGH) im Jahre 2014 entsprechende Vereinbarungen getroffen hat (Anlage 4).

### Versorgungsangebote im niedersächsischen Vergleich

**Längerfristige Entwicklung in der Region Hannover:** Eine erste Studie zum Umfang psychiatrischer Hilfen im Gesamtgebiet der Landeshauptstadt und des damaligen Landkreises Hannover führte bereits vor 45 Jahren Heiner Frost durch.<sup>6</sup> Seitdem wurden viele ambulante und teilstationäre Angebote neu geschaffen bzw. schrittweise ausgebaut. Im stationären Bereich sank die Zahl der Klinikbetten von 1967 bis 1998 um 60 % (Abnahme von 2781 auf 1101), während im selben Zeitraum fast ebenso viele psychiatrische Wohn- und Pflegeheimplätze hinzukamen (Anstieg von 230 auf 1862). Nach 1998 wurden vor allem die Kapazitäten von Tageskliniken, Tagesstätten und Angeboten ambulant betreuten Wohnens stark ausgebaut (Tabelle 1). Der sprunghafte Anstieg der Wohnheimplätze in der EGH nach SGB XII zwischen 2006 und 2010 ist auf die Umwidmung bisheriger Pflegeheim-Kapazitäten (SGB XI) zurückzuführen. Die in der Region angesiedelten Wohnheime der Eingliederungshilfe betreuen einen bisher unbekanntem Anteil von Bewohnern aus anderen Kommunen. Weiterhin haben das KRH Psychiatrie Wunstorf und das Klinikum Warendorff auch außerhalb der Region Hannover Versorgungsverpflichtungen.

**Tab. 1: Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in der Region Hannover\***

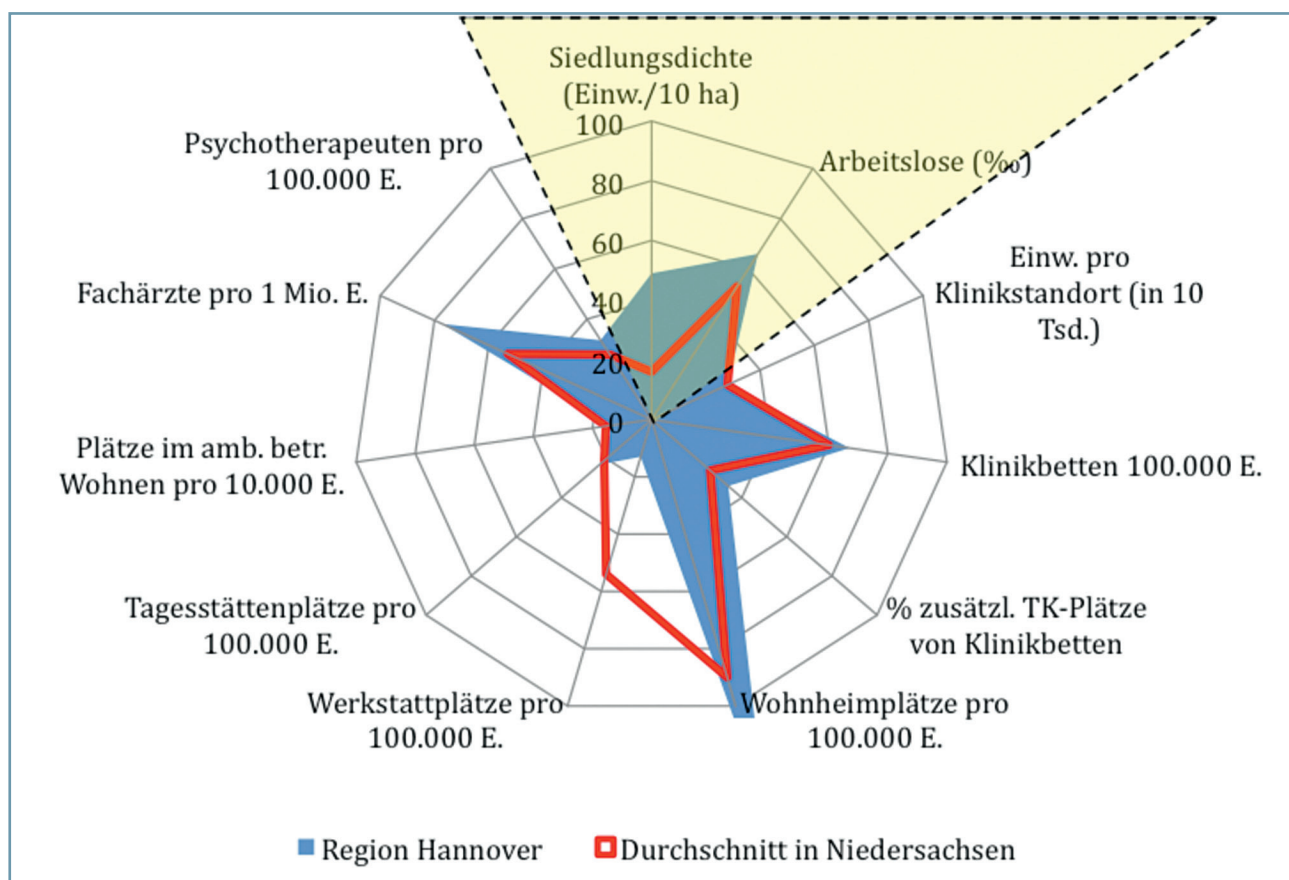
Anzahl der Einwohner (in Mio.)	1,14	1,13	1,13	1,14	1,13	1,14
Berichtsjahr	1998	2006	2010	2012	2014	2015
VZK FA-Praxen Erwachsene (NA, PSY)			52,9	58,2	56,5	60,9
VZK FA-Praxen Kinder/Jugend (KJP)			22,0	30,0	30,0	34,0
VZK PT-Praxen Erwachsene (PTÄ, PTP)			251,8	256,8	277,5	267,3
VZK PT-Praxen Kinder/Jugend (PT-KJP)			57,0	76,0	79,3	77,5
Plätze amb. betr. Wohnen (SGB XII)	291	~1000	1363	1507	1521	1512
Plätze Tagesklinik Erwachsene (SGB V)	118	136	233	271	299	334
Plätze Tagesklinik KJP (SGB V)	5	20	20	30	42	42
Plätze Tagesstätten (SGB XII)	109	187	195	248	263	329
Klinikbetten Erwachsene (SGB V)	1032	865	870	870	914	889
Klinikbetten KJP (SGB V)	69	98	103	109	109	109
Wohnheimplätze (SGB XII)	525	646	1398	1535	1512	1646

\*) Die Kassenärztliche Versorgung Niedersachsen (KVN) stellt für die N-PBE seit 2009 die Daten zu den Vollzeitkräften (VZK) der in Praxis oder MVZ zugelassenen bzw. angestellten psychiatrischen Fachärzten (FA) und Psychotherapeuten (PT) zur Verfügung

**Aktueller Vergleich mit dem niedersächsischen Durchschnitt:** Die Region Hannover ist mit einer Einwohnerzahl von über einer Million bei weitem die größte kommunale Gebietseinheit in Niedersachsen und sollte alle notwendigen Hilfen für psychisch erkrankte Menschen anbieten. Andere Kommunen sind in der Regel nicht in der Lage, auf ihrem Gebiet Spezialangebote für die besonderen Bedürfnisse aller Nutzergruppen vorzuhalten. Aus diesem Grund eröffnet das NPsychKG in § 8 benachbarten Sozialpsychiatrischen Verbänden die Möglichkeit einer Kooperation. Im Rahmen der N-PBE wird Niedersachsen inzwischen unterhalb der Ebene der ehemaligen vier Regierungsbezirke in insgesamt 12 Versorgungsregionen gegliedert (Anlage 5).<sup>7</sup> Die Landkreise bzw. kreisfreien Städte einer Versorgungsregion sollten sich abstimmen im Hinblick auf ein arbeitsteiliges Vorgehen bei speziellen Problemlagen, für die nicht überall ein passendes Angebot vorgehalten werden kann. Niemand sollte nur wegen Art und Ausmaß seiner psychischen Beeinträchtigungen genötigt werden, sich heimatfern betreuen zu lassen.

Zwischen der Häufigkeit psychischer Erkrankungen und der sozialen Lage der Bevölkerung bestehen enge Zusammenhänge. In der Region Hannover gibt es aufgrund der überdurchschnittlichen urbanen Verdichtung und der vergleichsweise höheren Arbeitslosigkeit einen größeren Bedarf an gemeindepsychiatrischen Hilfsangeboten. Entsprechend umfangreicher sind die voll- und teilstationären Platzkapazitäten in Kliniken (Betten und Tagesklinikplätze) sowie die in Praxen des KVN-Systems tätigen Fachärzte und Psychotherapeuten (Abbildung 1).

**Abb. 1: Die Versorgung in der Region im niedersächsischen Vergleich 2015\***



\*) gelb unterlegt der Vergleich der Indikatoren zur Sozialstruktur der Kommunen

<sup>7</sup> Elgeti H (2016): Erhebliche Ungleichheiten zwischen den Versorgungsregionen – Auswertungsbericht zur Landespsychiatrieberichterstatterung für das Berichtsjahr 2014. In: Elgeti H, Schmid R, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hg.): Jahrbuch 2016 Psychiatrie in Niedersachsen (Band 8). Köln: Psychiatrie-Verlag; S. 134-148

Die Platzkapazität pro 100.000 Einw. liegt bei den Tagesstätten leicht (29 versus 23) und bei Wohnheimen deutlich (144 versus 93) über dem landesweiten Durchschnitt. Bei den Werkstätten für seelisch behinderte Menschen ist nach der entsprechenden Statistik des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales in der Region Hannover nur eine Einrichtung registriert. Zahlreiche Menschen mit seelischen Behinderungen werden allerdings in Werkstätten (WfbM) beschäftigt, die primär für Menschen mit geistiger oder Mehrfach-Behinderung zugelassen sind. Die in der Statistik für die Region Hannover ausgewiesene Platzziffer von 13 pro 100.000 Einw. entspricht nicht den tatsächlichen Verhältnissen, die sich etwa auf dem Niveau des Landesdurchschnitts bewegen dürften.

Beim ambulant betreuten Wohnen für Menschen mit seelischer Behinderung bzw. Suchterkrankung werden in der Region Hannover im Vergleich zum Landesdurchschnitt weniger Plätze belegt: Hier wurden Ende des Jahres 2015 132 Plätze pro 100.000 Einw. gezählt, während es im niedersächsischen Durchschnitt 165 Plätze waren, deutlich mehr noch in den Versorgungsregionen Braunschweig (208) und Göttingen (355). Während die Inanspruchnahme in der Region seit 2012 stagniert, steigt sie landesweit kontinuierlich an.

### Ergebnisse zur regionalen Verteilung der Inanspruchnahme

**Beteiligung der Leistungserbringer an der Berichterstattung:** Der Großteil der Menschen mit psychischen Erkrankungen wird ausschließlich von niedergelassenen Haus- bzw. Fachärzten und Psychotherapeuten versorgt. Die Gesamtzahl derjenigen, die in der Region Hannover innerhalb eines Jahres unabhängig davon mindestens ein institutionelles psychiatrisches Hilfsangebot in Anspruch nimmt, lässt sich bisher nur grob schätzen. Es dürften rund 30.000 sein, die je zur Hälfte entweder ausschließlich teil- bzw. vollstationäre Einrichtungen (Tageskliniken und Kliniken, Tagesstätten und Heime) nutzen oder nur bzw. zusätzlich ambulante Hilfen in Anspruch nehmen. Bei diesen ambulanten Hilfen handelt es sich hauptsächlich um folgende Angebote:

- Psychiatrische Institutsambulanzen der Kliniken für Erwachsene (PIA; AF 10)
- Sozialpsychiatrische Dienste für Erwachsene (SpDi; AF 50)
- Angebote der ambulanten psychiatrischen Pflege (APP; AF 14)
- Angebote des ambulant betreuten Wohnens (abW; AF 13)
- spezielle ambulante Hilfen für Suchtkranke (PIA-Sucht und Sucht-BS; AF 16).

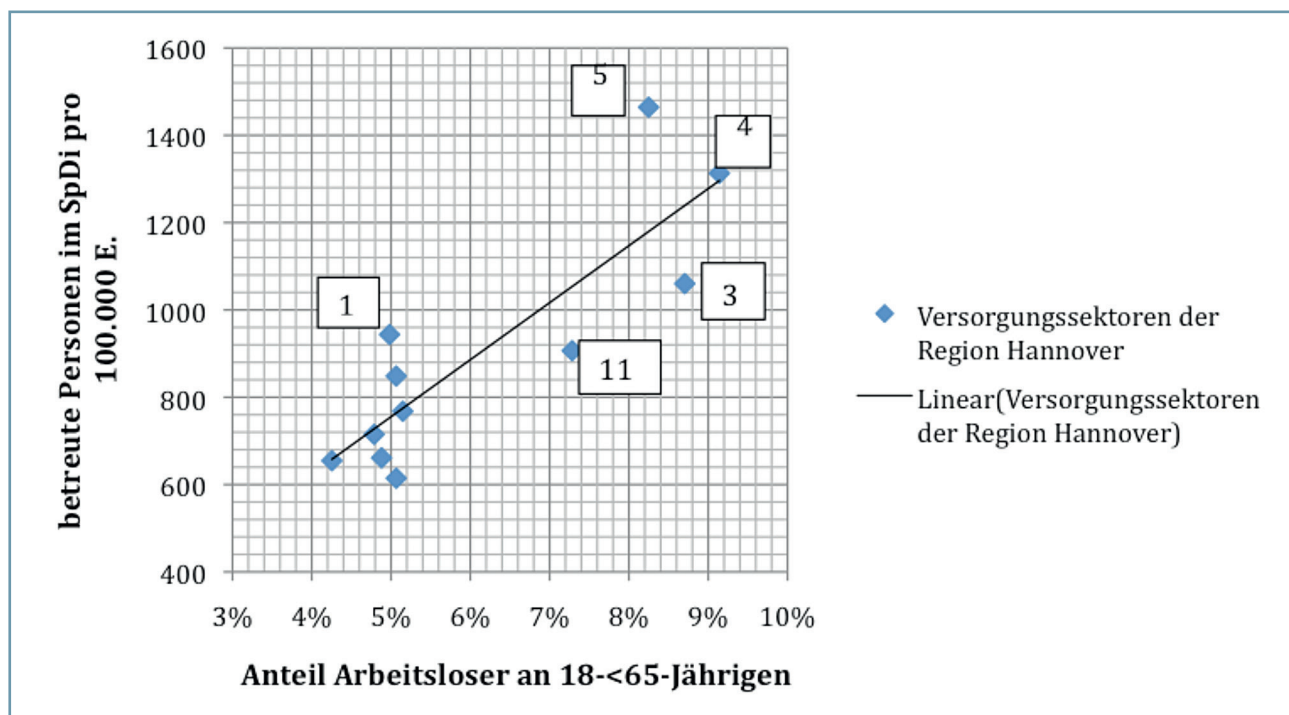
Zusammenfassende Auswertungen zu den Angaben der Einrichtungen für ihre Hilfsangebote (DB A-B) wurden bisher nur für die Jahre 2001, 2004 und 2006 erstellt, da die Beteiligung in den späteren Jahren immer unter 50 % lag (Anlage 4.1).<sup>8</sup> Bezogen auf die patientenbezogene Berichterstattung konnten im Berichtsjahr 2015 18.007 DB C zur anonymisierten Basis- und Leistungsdokumentation ausgewertet werden; das sind 30 % mehr als im Vorjahr (Anlage 4.2). Den größten Teil davon liefert seit Beginn der Datenerhebung vor 15 Jahren der SpDi, der u.a. auch EGH-Maßnahmen für Menschen mit seelischen Behinderungen plant, vor allem im abW (AF 13), in Tagesstätten (AF 23) und Wohnheimen (AF 33). Abzüglich der damit verbundenen Doppelzählungen dürften über die K-PBE bisher etwa die Hälfte der Personen erfasst sein, die in der Region Hannover von institutionellen psychiatrischen Hilfsangeboten beraten, behandelt, betreut oder begutachtet werden. Insbesondere zur Inanspruchnahme der ambulanten, teil- und vollstationären Leistungen der psychiatrischen Kliniken (AF 10-11, 20-21 und 30-32) gibt es bisher keine Informationen. Eine Ausnahme bildete in den

<sup>8</sup> Elgeti H (2007): Die Wege zur regionalen Psychiatrieberichterstattung sind lang. Ein Werkstattbericht aus Hannover über die Jahre 1997-2007. In: Elgeti H (Hg.): Psychiatrie in Niedersachsen. Bonn: Psychiatrie-Verlag; S. 133-147

Jahren 2001 bis 2010 die Sozialpsychiatrische Poliklinik List der MHH mit ihrer PIA (seit 2001) und ihrem tagesklinischen Programm (ab 2008).

**Regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahme:** Für die AF 13 und AF 50 ist die Beteiligung inzwischen so vollständig, dass eine Berechnung der regionalen Inanspruchnahmeziffer (K26) für die einzelnen Versorgungssektoren zu aussagekräftigen Ergebnissen führt (Anlage 6). Mit Einschränkungen gilt das auch für die AF 16, wobei es hier außer den von der Region geförderten Sucht-BS auch spezielle suchtmmedizinische Angebote in den Institutsambulanzen der psychiatrischen Kliniken (PIA-Sucht) gibt, von denen keine Daten vorliegen. Der statistische Zusammenhang zwischen dem Arbeitslosenanteil in der Bevölkerung als Indikator für soziale Problemlagen und der Inanspruchnahmeziffer ist generell stark: Beim abW und bei den Sucht-BS beträgt die Korrelation 0,75, beim SpDi (AF 50) sogar 0,85. Die innenstadtnahen Versorgungssektoren 3, 4 und 5 stehen sowohl beim Arbeitslosenanteil als auch bei der Inanspruchnahmeziffer an der Spitze (Abbildung 2). Im Vergleich zum linearen Zusammenhang wird das ambulant betreute Wohnen in den Sektoren 1 und 5 stärker genutzt, in den Sektoren 3 und 11 in geringerem Ausmaß.

**Abb. 2: Inanspruchnahme AF 50 und Arbeitslosigkeit in der Bevölkerung\***

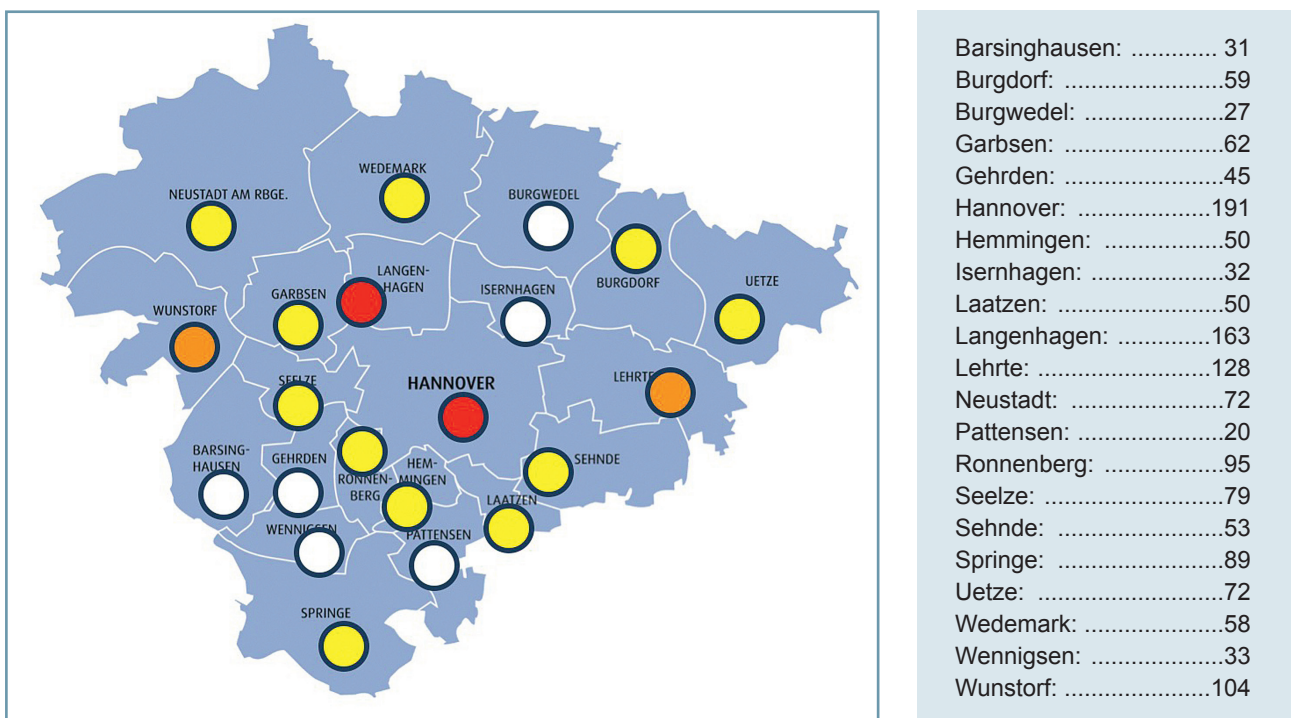


\*) Sektoren-Nr.: 1=BS Ronnenberg, 3=BS Plauener Str., 4=BS Deisterstr., 5=BS Königstr., 11=BS Roderbruch

Beim abW (AF 13) gibt es zumindest für das Umland der Region noch die Möglichkeit einer kleinräumigen Auswertung. Der Fachbereich Soziales der Region lieferte zum Stichtag 30.09.2015 eine Aufstellung der belegten Plätze, differenziert nach Stadt bzw. Gemeinde der Wohnadresse der betreuten Personen. Die Korrelation zwischen den daraus berechneten Inanspruchnahmeziffern und dem Anteil von Arbeitslosen an der Bevölkerung der jeweiligen Kommune fällt mit 0,68 etwas geringer aus als bei der Auswertung nach Versorgungssektoren (0,75). Das liegt daran, dass es zwischen den

einzelnen Kommunen der Umland-Sektoren durchaus Ungleichmäßigkeiten in der Versorgung gibt (Abbildung 3). So werden in den Städten Langenhagen (Sektor 10), Wunstorf (Sektor 8) und Lehrte (Sektor 7) deutlich mehr Plätze im abW belegt als in den übrigen Städten bzw. Gemeinden des entsprechenden Versorgungssektors. Das kann daran liegen, dass in diesen Städten einige größere Leistungserbringer ihren Sitz haben und Betreuungen in ihrem näheren Umfeld bevorzugen. Möglicherweise haben hilfsbedürftige Menschen aber auch im Anschluss an einen Heimaufenthalt in den betreffenden Städten vermehrt am selben Ort eine eigene Wohnung bezogen, sei es, weil sie dort eher eine bezahlbare Wohnung gefunden haben, sei es, dass sie in der Nähe „ihres“ Wohnheims bleiben wollten. Auf der anderen Seite lassen die vergleichsweise niedrigen Inanspruchnahmeziffern für die Städte Garbsen und Laatzen daran denken, dass es hier bisher nicht erkannte Bedarfe für abW geben könnte.

**Abb. 3: Inanspruchnahme ambulant betreutes Wohnen nach Kommune**  
belegte Plätze pro 100.000 Einw. Ende 2015 nach örtl. Sozialhilfeträger\*



\*) Farbliche Markierungen: weiß=0-49, gelb=50-99, orange=100-149, rot=150-199

### Ergebnisse zu den Nutzergruppen von Hilfsangeboten

**Unterschiede in der Zusammensetzung der Nutzergruppen:** Der Vergleich einiger Merkmale der Nutzergruppen und der Kontinuität ihrer Betreuung bei den verschiedenen Angebotsformen zeigt einige charakteristische Unterschiede an (Tabelle 2). Allerdings sind die Ergebnisse vor allem für die psychiatrische Pflege im ambulanten (AF 14) und stationären (AF 34) Bereich sowie für die teilstationären Angebote zu Arbeit und Ausbildung (AF 24 und 25) nicht repräsentativ (siehe Anlage 4.4-5). Im Gegensatz zu den Verhältnissen bei der ambulanten Behandlung in den Facharzt- und Psychotherapie-Praxen der kassenärztlichen Versorgung dominieren bei den institutionsgebunde-

nen psychiatrischen Hilfsangeboten in der Regel die Männer. Sie tun sich oft schwer, die ihnen angebotenen Hilfen anzunehmen und durchzuhalten, häufiger als Frauen erleiden sie auch einen ungünstigen Krankheitsverlauf. Ihr Anteil (K9) liegt nur in der ambulanten Pflege (AF 14) und in der stationären Betreuung von Kinder und Jugendlichen (AF 37) unter 50 %, in der ambulanten und stationären Suchthilfe (AF 16 bzw. 36) ist er dagegen mit 71% bzw. 82 % besonders hoch.

**Tabelle 2: Merkmale der Nutzergruppen nach Angebotsform 2015\***

AF	Angebote			Anzahl ausgew. DB C	Anteil Männer	< 45 Jahre	≥ 65 Jahre	jurist. Flank.	Mittelwert Risiko-score	Quartale in Betreuung
	Anzahl		Anteil							
	alle	mit DB C								
				K9	K11	K12	K13	K14	K15	
13	36	22	85 %	1.716	58 %	48 %	6 %	58 %	22,2 (65 %)	3,6
14	9	1	11 %	129	27 %	33 %	31 %	50 %	19,9 (34 %)	1,6
16	15	7	50 %	2.841	70 %	55 %	3 %	8 %	19,3 (55 %)	2,2
23	17	5	29 %	140	54 %	49 %	4 %	63 %	23,4 (58 %)	2,7
24/25	16	2	13 %	194	68 %	56 %	1 %	70 %	22,3 (13 %)	3,8
33	22	10	50 %	337	69 %	41 %	7 %	90 %	25,7 (39 %)	3,6
34	6	1	17 %	143	53 %	1 %	52 %	99 %	26,3 (46 %)	3,6
36	4	3	75 %	173	82 %	43 %	5 %	46 %	26,8 (63 %)	2,9
37	3	1	33 %	77	44 %	100 %	0 %	12 %	21,7 (36 %)	2,8
50	12	12	100 %	11.510	53 %	47 %	12 %	45 %	21,2 (72 %)	1,7
51	1	1	100 %	331	52 %	100 %	0 %	3 %	18,1 (65 %)	2,3

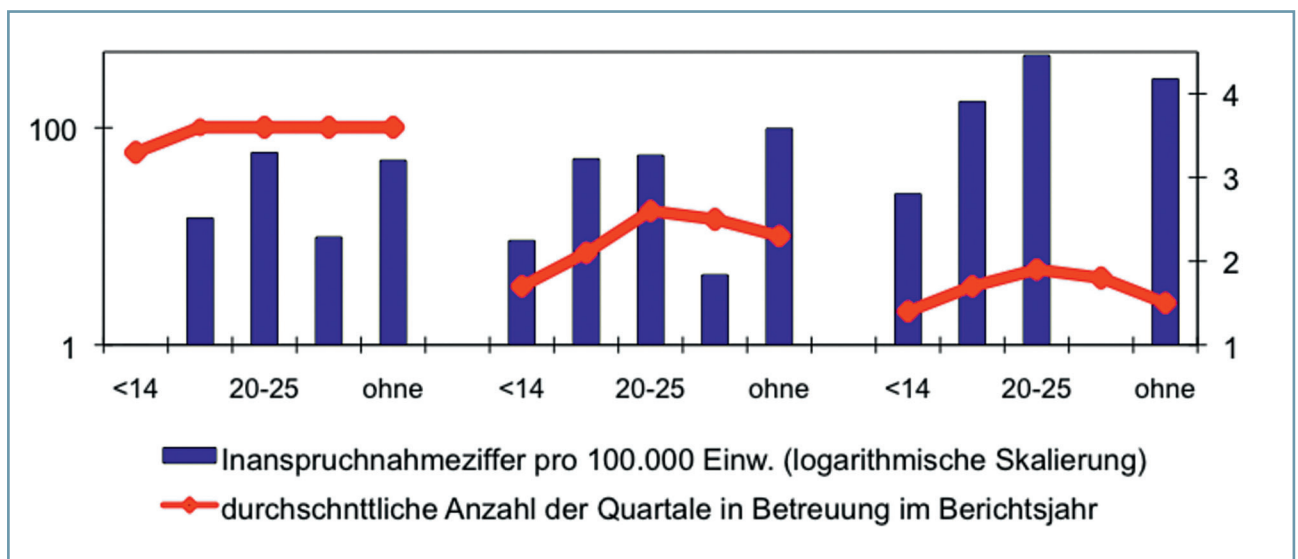
\*) ohne AF 19 und AF 39 (Sammelgruppe für sonstige ambulante bzw. stationäre Angebote)

In der Allgemeinpsychiatrie und Suchthilfe (AF 13, 16, 33 und 36) sind die stationär betreuten Menschen durchschnittlich älter als die ambulant betreuten (K11 und K12). Mit Ausnahme der ambulanten Suchtarbeit (AF 16) und der stationären Betreuung von Kindern und Jugendlichen (AF 37) haben die betreuten Personen sehr häufig eine juristische Flankierung (K13), dabei handelt es sich in 94 % aller Fälle um eine gesetzliche Betreuung. Der Durchschnittswert beim psychosozialen Risikoscore der Nutzergruppen (K14) steigt von ambulanten zu teil- und vollstationären Betreuungsformen erwartungsgemäß an. Die Betreuungskontinuität (K15) ist beim abW (AF 13), bei Werkstätten (AF 24/25) und allgemeinpsychiatrischen Wohnheimen (AF 33) sowie bei der stationären Pflege (AF 34) mit 3,5 bis 3,8 Quartalen pro Jahr besonders hoch.

Ein Vergleich der patientenbezogenen Kennzahlen in den AF 13, 16 und 50 mit den Vorjahren, in denen deutlich weniger Datensätze ausgewertet werden konnten, zeigt in weitgehend stabile Ergebnisse (Anlage 7). Ein Anstieg der Datensätze beim abW (AF 13) von 1.200 auf 1.716 (43 %) führt zu nur geringen Schwankungen bei den Durchschnittswerten. Der SpDi für Erwachsene (AF 50) lieferte 17 % mehr Datensätze (11.510 gegenüber 9.830 im Vorjahr), verbunden mit einem bemerkenswerten Anstieg des Anteils betreuter Personen mit einer juristischen Flankierung (von 40 % auf 45 %). Bei den Sucht-BS (AF 16) führt die erstmalige Beteiligung der Drogenberatungsstelle DROBS, die mit 1.024 DB C 36 % aller Datensätze dieser Angebotsform beisteuerte, zu einer deutlichen Erhöhung sowohl des Anteils von Männern, von jüngeren Altersgruppen und von Personen mit einer juristischen Flankierung als auch zu einem Anstieg des durchschnittlichen Risikoscore und der Betreuungskontinuität.

**Beziehungen zwischen Inanspruchnahme, Kontinuität der Betreuung und Risikoscore der betreuten Personen:** Es entspricht den sozialpsychiatrischen Grundsätzen der Hilfe zur Selbsthilfe, die kurzfristigen Angebote zur Konfliktberatung, Krisenintervention und Notfallhilfe für alle Betroffenen niederschwellig und ohne Wartezeit zugänglich zu machen. Längerfristige und aufwändige Betreuungen sollten sich dagegen auf Personen mit erhöhten psychosozialen Risiken konzentrieren. Sie sind sorgfältig zu planen und regelmäßig auf ihre Notwendigkeit und Wirksamkeit zu überprüfen. Eine Möglichkeit, die Einhaltung dieses Grundsatzes empirisch zu überprüfen, ist die Darstellung des Zusammenhangs zwischen Inanspruchnahme und Betreuungskontinuität nach dem Ausmaß des psychosozialen Risikos der Nutzergruppen entsprechender Hilfsangebote (Abbildung 4). Bezogen auf die AF 13, 16 und 50 zeigt sich für das Berichtsjahr 2015 bei den Beratungsstellen des SpDi für Erwachsene (AF 50) und den Sucht-BS (AF 16) ein solcher Zusammenhang: Die Inanspruchnahme und die Betreuungskontinuität steigt mit zunehmendem psychosozialen Risiko an, zumindest wenn der Risikoscore, der eine Bandbreite von 7 bis 32 hat, bei den betreuten Personen unter 26 liegt. Beim abW für Menschen mit seelischen Behinderungen (AF 13), das nicht für kurzfristige Hilfen gedacht ist, variiert die Betreuungskontinuität kaum zwischen Gruppen mit geringem und hohem Risiko.

**Abbildung 4: Inanspruchnahme und Betreuungskontinuität nach Risikoscore\***



\*) vergleichende Darstellung der Zusammenhänge bei den Nutzergruppen der AF 13, 16 und 50 für das Berichtsjahr 2015

### Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die dargestellten Ergebnisse weisen für die Fallarbeit im abW, in den Sucht-BS und im SpDi auf einen erfreulich hohen Zielgruppenbezug und eine weitgehend gleichmäßige Versorgung der Region hin. Die sehr enge Korrelation zwischen der Inanspruchnahme des SpDi und der Arbeitslosigkeit in den einzelnen Versorgungssektoren legt nahe, dass seine Fallarbeit vorbildlich auf die teilregional unterschiedlich stark ausgeprägten Hilfebedarfe ausgerichtet ist. Diese Zusammenhänge sollten für eine differenzierte Kalkulation des Personalbedarfs dezentralisierter sozialpsychiatrischer Hilfsangebote genutzt werden.



Bemerkenswert ist auch die im niedersächsischen Vergleich unterdurchschnittliche Inanspruchnahme des abW, obwohl die Sozialstruktur der Region Hannover das Gegenteil erwarten ließe. Eine mögliche Erklärung dafür ist die seit 15 Jahren betriebene systematische Planung und Evaluation von EGH-Maßnahmen durch den SpDi. Auch die vergleichsweise gute Erreichbarkeit einer ambulanten Behandlung durch dezentral verfügbare PIA der Versorgungskliniken könnte hier eine Rolle spielen.

Am Beispiel des abW im Umland der Region zeigt sich der Wert einer kleinräumigen Analyse der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten. Das ruft nach einer Modifikation des Merkmals 2.3 im DB C. Statt nur den Versorgungssektor zu erfassen, in dem die betreute Person wohnt, sollte hier künftig spezifischer gefragt werden, bei Wohnsitz in der Landeshauptstadt Hannover nach dem Stadtbezirk, im Umland der Region nach der Stadt bzw. Gemeinde der Wohnadresse.

Vorgestellt werden konnte nur ein Ausschnitt aus den Auswertungsmöglichkeiten des Datenmaterials. Die Aussagekraft der Ergebnisse zur K-PBE würde weiter ansteigen, wenn sich mehr Einrichtungen an der Datenerhebung beteiligen würden. Das gilt insbesondere für die Bereiche der ambulanten und stationären Pflege (SGB XI), der ambulanten, teil- und vollstationären Behandlung (SGB V) sowie der teil- und vollstationären Eingliederungshilfe (SGB XII). Hier müssten sich die jeweiligen Kostenträger so engagieren, wie es die Region in den letzten Jahren in Bezug auf die Sucht-BS und die Angebote des abW mit Erfolg getan hat. Den Einrichtungen stehen für ihre Hilfsangebote über eine personalisierte Zugangsberechtigung für das EDV-Programm differenzierte Auswertungsmöglichkeiten nach eigenen Interessen zur Verfügung. Wenn mehr Leistungserbringer ihre Daten über online-Eingabe oder vorformatierte Excel-Tabellen liefern, vermindert sich der Aufwand, und die Datenqualität erhöht sich.

Wünschenswert ist aber nicht nur eine breitere Beteiligung der Leistungserbringer an der K-PBE mit vollständiger Lieferung der erbetenen Daten in guter Qualität, sondern auch eine systematische Nutzung der Ergebnisse für die Weiterentwicklung der regionalen Versorgung. Fachgruppen und Sektor-Arbeitsgemeinschaften sollten verstärkt das Angebot nutzen, sich für ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereich Sonderauswertungen vorstellen zu lassen und deren Ergebnisse für eine kontinuierliche Qualitätszirkelarbeit auf institutioneller und regionaler Ebene zu nutzen.

### **Anlage 1: Formulare zur regionalen Psychiatrieberichterstattung (DB A-C)**

#### **Download – Datenblätter A, B und C:**

Die Formulare stehen auf die Internetseite des Sozialpsychiatrischen Verbundes unter der Rubrik „Empfehlungen / Veröffentlichungen aus den Fachgruppen“ zum Download zur Verfügung.  
[www.hannover.de/spv](http://www.hannover.de/spv)

Datenblatt A – für Einrichtungsträger

Datenblatt B – für einzelne Angebote eines Einrichtungsträgers

Datenblatt C – für die patientenbezogene Basis- und Leistungsdokumentation  
 Erwachsenenpsychiatrie

Datenblatt C – für die patientenbezogene Basis- und Leistungsdokumentation  
 Kinder- und Jugendpsychiatrie

## Anlage 2: Definition der Kennzahlen in den Auswertungsberichten

### 2.1 Kennzahlen für Hilfsangebote aus den Merkmalen der Datenblätter A und B

Nr.	Name	Definition
K1	Platzangebot	Platzzahl nach Plan
K2	Belegungsquote	Platzzahl nach Belegung am 31.12. in % des Platzangebotes
K3	Patientenzahl	Anzahl der Patienten im Berichtsjahr
K4	Personalumfang	Vollzeitstellen Personal aller Grundqualifikationen (GQ 1-4)
K5	Berufsgruppenmix	%-Anteil des Personals in den vier Grundqualifikationen
K6	Zusatzqualifikation	Fachkräfte (FK; GQ 1-3) mit Zusatzqualifikation in % aller FK
K7	Betreuungsintensität	Anzahl der belegten Plätze auf 1 Vollzeitstelle der FK (GQ 1-3)
K8	Betreuungskosten	durchschnittliche Jahreskosten in € pro belegtem Platz

### 2.2 Kennzahlen für Hilfsangebote aus den Merkmalen des Datenblattes C

Nr.	Name	Definition
K9	männliche Patienten	Anteil Männer bei den Patienten in %
K10	minderjährige Patienten	Anteil Patienten im Alter unter 18 Jahren in %
K11	jüngere Patienten	Anteil Patienten im Alter unter 45 Jahren in %
K12	alte Patienten	Anteil Patienten im Alter ab 65 Jahren in %
K13	gesetzl. betr. Patienten	Anteil der Patienten mit einer gesetzlichen Betreuung in %
K14	psychosoziales Risiko	durchschnittl. psR-Summenscore der Patienten (Range: 7-32)
K15	Betreuungskontinuität	durchschnittliche Dauer der eigenen Hilfeleistung im Berichtsjahr (Angebotsformen 20-22,26,30-32: in Tagen; sonst: in Quartalen)
K16	Diagnosenmix	%-Anteil der Patienten in den Diagnosegruppen 1-4
K17	Sektorzugehörigkeit	Verteilung der Pat. nach Einzugsgeb. ihres (letzten) Wohnsitzes
K18	Fallkoordination	%-Anteil der Patienten, für die der Bezugstherapeut dieses Angebotes ggf. auch weitere Hilfen plant und koordiniert
K19	Versorgungskombinationen	Verteilung weiterer psychiatrischer Hilfen nach Versorgungsbereichen

### 2.3 Kennzahlen für Patientengruppen nach dem Einzugsgebiet des (letzten) Wohnsitzes

Die Auswertungstabellen für Patientengruppen nach dem Einzugsgebiet ihres (letzten) Wohnsitzes enthalten die Kennzahlen K9-K16 und K18-K19 entsprechend der Tabelle 2.

## 2.4 Kennzahlen zur Größe und Sozialstruktur des Einzugsgebietes

Nr.	Name	Definition
K20	Einwohnerzahl	Wohnberechtigte Bevölkerung nach Melderegister
K21	Fläche	Gesamtfläche des Gebietes in Hektar
K22	Bevölkerungsdichte	Einwohnerzahl pro Hektar Fläche des zugehörigen Gebietes
K23	Minderjährige	Anteil Personen unter 18 Jahren
K24	Alte	Anteil Personen ab 65 Jahren
K25	Arbeitslose	Anteil Arbeitsloser an den 18- bis unter 65-jährigen Personen

## 2.5 Kennzahlen zur regionalen Inanspruchnahme und Verfügbarkeit der Hilfen

Nr.	Name	Definition
K26	Inanspruchnahme-Ziffer	Patienten mit (letztem) Wohnsitz im betreffenden Einzugsgebiet pro 100.000 Einw. dieses Geb. in den Angebotsformen / Leistungsarten
K27	Messziffer Platzangebot	Platzangebot pro 100.000 Einwohner des Einzugsgebietes
K28	Messziffer Fachkräfteeinsatz	Vollzeitstellen Fachkräfte (Grundqualifikationen 1-3) pro 100.000 Einwohner des Einzugsgebietes

## Anlage 3: Liste der Angebotsformen

Leistungsart	AF	Kurzbezeichnung der Angebotsform mit Erläuterungen und Beispielen
1 x: ambulante Leistungen	10	PIA (Psychiatrische Institutsambulanz, ambulant-aufsuchender Dienst für Erwachsene)
	11	PIA KJP (Psychiatr. Inst.-Ambulanz bzw. amb.-aufs. Dst. für Kinder und Jugendliche)
	12	KS (Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle)
	13	abW (Eingliederungshilfen durch ambulant betreutes Wohnen nach SGB XII)
	14	APP (ambulante psychiatrische Pflege nach SGB V bzw. SGB XI)
	15	IFD/AT (Arbeitstherapie, Integrationsfachdienst nach SchwBG und andere spezielle Hilfen zur Arbeit und zur Ausbildung)
	16	BS Sucht (spezielle Angebote für Suchtkranke, z.B. Suchtber.- und Suchtbeh.-Stelle)
	17	BS KJP (spezielle komplementäre Angebote für Kinder und Jugendliche, z.B. Jugendpsychologischer Dienst, ambulante Hilfen gemäß KJHG)
	18	BS GP (spezielle komplementäre Angebote für alte Menschen, z.B. Demenzsprechstunden und ambulante gerontopsychiatrische Pflege)
19	SAL (sonst. amb. Leist., z.B. BtG-Betr.-Verein, Krisendienst, Soziother. n. § 35 SGB V)	

Leistungsart	AF	Kurzbezeichnung der Angebotsform mit Erläuterungen und Beispielen
2 x: teilstationäre Leistungen	20	TK PSY (teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik der Allgemeinpsychiatrie)
	21	TK KJP (teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik der Kinder-Jugend-Psychiatrie)
	22	TK GP (teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik der Gerontopsychiatrie)
	23	TS (teilstationäre Eingliederungshilfen, z.B. in einer Tagesstätte)
	24	WfbM Werkstatt für (seelisch) behinderte Menschen
	25	RPK (teilstationäre med.-berufliche Rehabilitation nach dem RPK-Modell und ähnliche spezielle Hilfen zur Arbeit, Ausbildung und Tagesstrukturierung)
	26	TK Sucht (Tagesklinik gemäß SGB V und VI, andere spez. Angebote für Suchtkranke)
	27	TS KJP (z.B. Sonderkindergarten oder Tagesbildungsstätte für autistische Kinder, andere spezielle komplementäre Angebote für Kinder und Jugendliche)
	28	TS GP (spez. kompl. Angeb. für alte Menschen, z.B. gerontopsych. Tagespflege-Einr.)
	29	STL (sonstige teilstationäre Leistungen)

Leistungsart	AF	Kurzbezeichnung der Angebotsform mit Erläuterungen und Beispielen
3 x: stationäre Leistungen	30	KL PSY (vollstationäre Behandlung nach SGB V in einer Klinik für Erwachsene)
	31	KL KJP (vollstationäre Behandlung (SGB V) in der Kinder-Jugend-Psychiatrie)
	32	KL FOR (vollstationäre Behandlung in einer Klinik des Maßregelvollzugs)
	33	WH (Eingl.-Hilfen gemäß SGB XII in einem spez. (Übergangs-) WH oder entspr. WG)
	34	PfIH (Eingliederungshilfen gemäß SGB XII oder stationäre Pflege gemäß SGB XI in einem psychiatrischen Pflegeheim oder einer entsprechenden Wohngruppe)
	35	WH WL (spezielle komplementäre Angebote für wohnungslose Menschen, z.B. in Unterkunft gemäß § 11 BSHG oder Einrichtung gemäß § 72 BSHG)
	36	WH Sucht (spez. kompl. Angebote für Suchtkranke, z.B. CMA-Heim)
	37	WH KJP (spez. kompl. Angebote für Kinder / Jugendliche, z.B. WH / WG gem. KJHG)
	38	WH GP (spez. kompl. Angebote für alte Menschen, z.B. gerontopsych. Pflegestation)
	39	SSL (sonstige stationäre Leistungen)

Leistungsart	AF	Kurzbezeichnung der Angebotsform mit Erläuterungen und Beispielen
4 x: vertrags-ärztliche Behandlung im Rahmen des SGB V	40	KV-Ärzte PSY (psychiatrisch tätige Fachärzte)
	41	KV-Ärzte KJP (psychiatrisch tätige Fachärzte im KJP-Bereich)
	42	KV-Ärzte PT (psychotherapeutisch tätige (Fach-)Ärzte)
	43	KV Ärzte PT KJP (psychotherapeutisch tätige (Fach-)Ärzte im KJP-Bereich)
	44	KV-Psychologen PT (psychologische Psychotherapeuten)
	45	KV-Psychologen PT (psychologische Psychotherapeuten im KJP-Bereich)
	46	KV MVZ PSY (psychiatrisch-psychotherapeutisch ausgerichtete MVZ)
	47	IV PSY (PSY- und PT-Angebote zur Integrierten Versorgung nach § 140 SGB V)
	49	SAB (sonstige vertragsärztliche Behandlungsangebote nach SGB V)
5 x: SpDi	50	SpDi Allg (Sozialpsychiatrischer Dienst)
	51	SpDi KJP (spezieller Sozialpsychiatrischer Dienst für Kinder und Jugendliche)
	52	SpDi Sucht (spezieller Sozialpsychiatrischer Dienst für suchtkranke Menschen)
	53	SpDi Ger (spezieller Sozialpsychiatrischer Dienst für psychisch kranke alte Menschen)

#### Anlage 4: Beteiligung an der Psychiatrieberichterstattung 2001-2015

##### Download – Anlage 4:

Die Tabellen stehen auf die Internetseite des Sozialpsychiatrischen Verbundes unter der Rubrik „Empfehlungen / Veröffentlichungen aus den Fachgruppen“ zum Download zur Verfügung.  
[www.hannover.de/spv](http://www.hannover.de/spv)

Anlage 4.1: Anzahl der Angebote und Anteil mit Abgabe von DB A-B

Anlage 4.2: Anzahl ausgewerteter DB C nach Angebotsform 2001-2015

Anlage 4.3: Anzahl ausgewerteter DB C Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)

Anlage 4.4: Anzahl ausgewerteter DB C ambulanter Angebote (ohne SpDi)

Anlage 4.5: Anzahl ausgewerteter DB C (teil-)stationärer Angebote

#### Anlage 5: Kennzahlen zur psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen 2015

##### Download – Anlage 5:

Die Tabellen stehen auf die Internetseite des Sozialpsychiatrischen Verbundes unter der Rubrik „Empfehlungen / Veröffentlichungen aus den Fachgruppen“ zum Download zur Verfügung.  
[www.hannover.de/spv](http://www.hannover.de/spv)

5.1: Sozialstruktur und klinisches Behandlungsangebot 2015 nach Region\*

\*) nur Kliniken, die gemäß § 15 NPsychKG an Unterbringungen beteiligt sind

5.2 ambulantes Behandlungsangebot 2015 nach Region

5.3 Eingliederungshilfen 2015 nach Region

## Anlage 6: regionale Inanspruchnahmeziffer ambulanter Angebotsformen 2015

Sektor	Beratungsstelle des SpDi	Kommune	Anzahl Einw. (E)	urb. Verd. (E/ha)	Arbeitslose	Inanspruchnahme pro 100.000 Einw.			
						AF 50	AF 13*	AF 16	
2	H-Freytagstr.	Hannover	110.424	25,2	5,0 %	944	193	120	189
3	H-Plauener Str.		60.457	24,9	8,7 %	1060		187	316
4	H-Deisterstr.		114.710	40,6	9,1 %	1313		245	303
5	H-Königstr.		105.577	29,3	8,2 %	1464		235	316
6	H-List/MH		67.718	45,8	5,1 %	768		208	224
11	H-Buchholz/MH		80.297	15,3	7,3 %	907		138	176
		<i>Badenstedt</i>	12.731	28,4	9,1 %				
1	Ronnenberg	Barsinghausen	35.524	3,5	4,2 %	848	31	83	214
		Gehrden	15.729	3,6	3,6 %		45		
		Ronnenberg	25.287	6,7	5,3 %		95		
		Seelze	35.236	6,5	5,6 %		79		
		Wennigsen	15.037	2,8	3,1 %		33		
7	Burgdorf	Burgdorf	32.182	2,9	5,5 %	661	59	82	59
		Lehrte	45.394	3,6	5,3 %		128		
		Sehnde	24.416	2,4	3,4 %		53		
		Uetze	20.964	1,5	4,9 %		72		
8	Neustadt	Garbsen	64.544	8,1	5,7 %	715	62	91	231
		Neustadt	45.623	1,3	4,7 %		72		
		Wunstorf	42.244	3,4	3,5 %		104		
9	Laatzen	Hemmingen	20.139	6,4	3,7 %	615	50	34	89
		Laatzen	44.015	12,9	6,3 %		50		
		Pattensen	15.122	2,3	3,3 %		20		
		Springe	30.401	1,9	5,1 %		89		
10	Langenhagen	Burgwedel	21.829	1,4	3,6 %	655	27	123	103
		Isernhagen	24.810	4,2	2,9 %		32		
		Langenhagen	56.575	7,9	5,8 %		163		
		Wedemark	31.211	1,8	3,0 %		58		
2-6,11	Stadt Hannover		539.183	27,0	7,3 %	1110	191	190	255
1,7-10	Umland der Region		660.013	3,2	4,8 %	704	73	85	146
1-11	Region Hannover		1.199.196	5,3	6,0 %	887	126	132	195

\*) Die Werte der linken Spalte beziehen sich auf die Angaben des Sozialhilfeträgers zu den Ende September 2015 belegten Plätzen (N=1512). Die kursiv gedruckten Werte der rechten Spalte sind nach der Anzahl der ausgewerteten Datenblätter C für das Berichtsjahr 2015 mit Angabe des Sektors der Wohnadresse in der Region Hannover berechnet (N=1626). Diese würden unter Zugrundelegung der nach Angaben auf dem Datenblatt C errechneten durchschnittlichen Betreuungsdauer von 3,6 Quartalen im Berichtsjahr insgesamt 97 % der belegten Plätze (1463 von 1512) ausmachen.

## Anlage 7: Nutzermerkmale ambulanter Angebotsformen 2001, 2006, 2011-2015

Angebotsform		Anzahl DB C	Männer (K9)	< 45 Jah- re (K11)	≥ 65 Jah- re (K12)	jurist. FI. (K13)	Risiko- score (K14)	Betr.- Kont. (K15)
ambulant betreutes Wohnen (AF 13)	2001	197	55 %	60 %	4 %	46 %	23,8	2,9
	2006	795	62 %	57 %	6 %	57 %	22,8	3,5
	2011	680	64 %	48 %	5 %	56 %	22,3	3,5
	2012	936	59 %	50 %	4 %	57 %	22,3	3,5
	2013	843	58 %	48 %	5 %	56 %	22,4	3,6
	2014	1.200	56 %	49 %	5 %	57 %	22,2*	3,6
	2015	1.716	58 %	48 %	6 %	58 %	22,2	3,6
Sucht-Beratungs- stellen (AF 16)	2001	604	60 %	53 %	4 %	1 %	19,0	2,0
	2006	784	66 %	51 %	5 %	1 %	18,6	2,1
	2011	1.207	66 %	46 %	3 %	1 %	17,9	1,8
	2012	1.709	66 %	45 %	4 %	1 %	18,0	1,7
	2013	1.691	61 %	49 %	4 %	1 %	18,2	1,5
	2014	1.786	62 %	46 %	5 %	1 %	18,7	1,7
	2015	2.493	71 %	56 %	2 %	9 %	19,5	2,3
Sozialpsychiatr. Dienst AF (50)	2001	1.085	48 %	52 %	13 %	27 %	21,1	2,6
	2006	6.214	53 %	47 %	16 %	39 %	21,2	1,8
	2011	9.262	53 %	48 %	13 %	39 %	21,1	1,8
	2012	9.392	53 %	48 %	12 %	41 %	21,0	1,7
	2013	9.742	53 %	48 %	12 %	40 %	21,1	1,8
	2014	9.830	53 %	47 %	12 %	40 %	21,1	1,7
	2015	11.510	53 %	47 %	12 %	45 %	21,2	1,7

\*) ohne 64 Datensätze eines Pilotversuchs (3 Angebote) mit modifiziertem Datenblatt C zur Risikoscore-Berechnung für intellektuell Minderbegabte mit psychischen Erkrankungen (IBP)

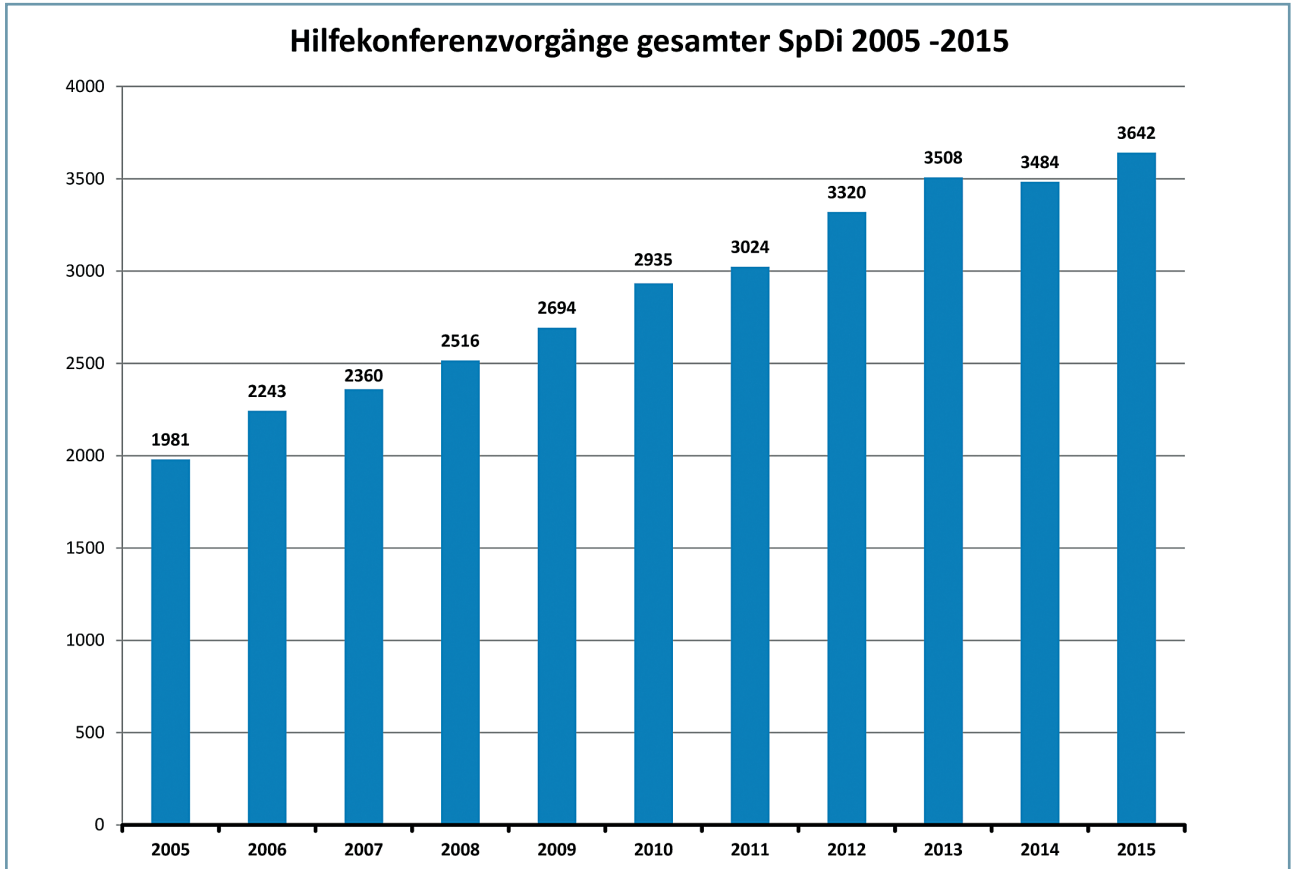
### Anschrift des Verfassers:

Dr. Hermann Elgeti · Region Hannover · Dezernat für soziale Infrastruktur – Stabsstelle Sozialplanung (II.3)  
Hildesheimer Str. 20 · 30169 Hannover · E-Mail: Dr.Hermann.Elgeti@region-hannover.de

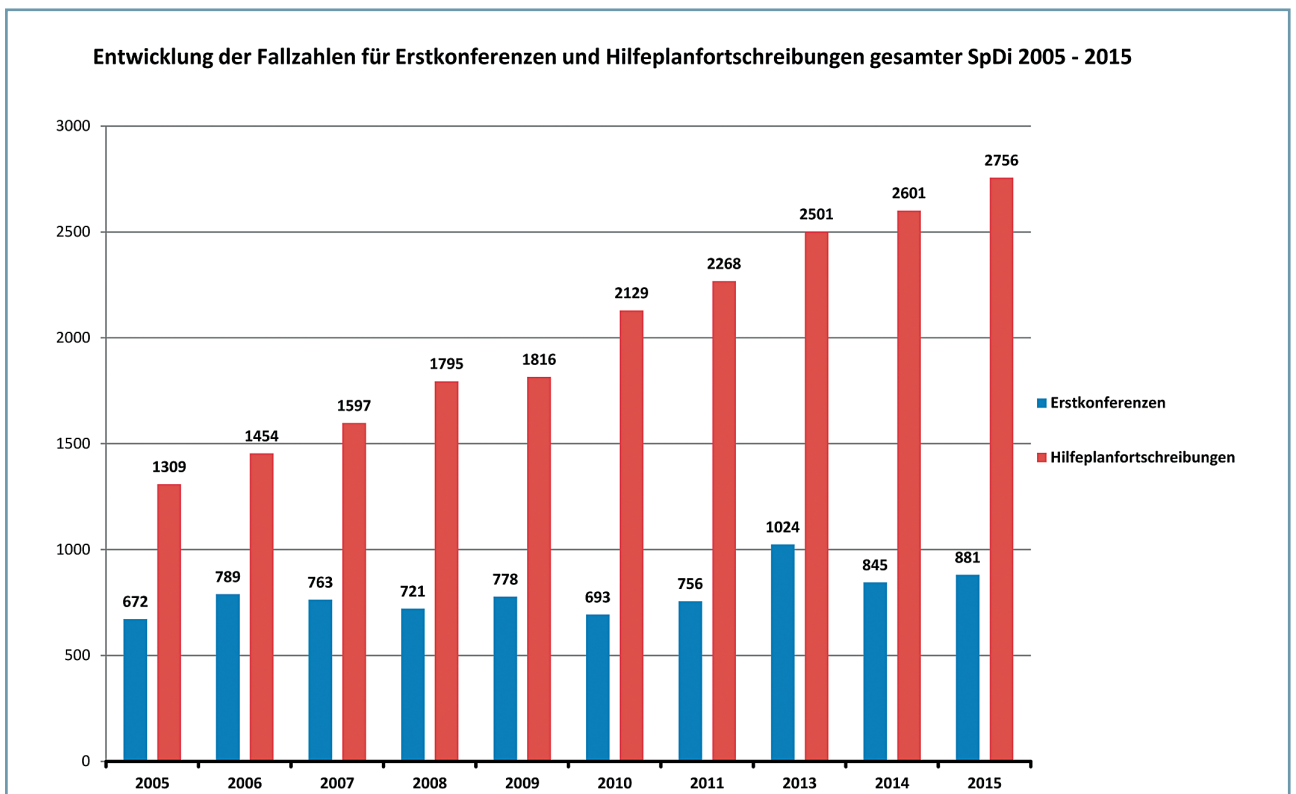
## Fachsteuerung Eingliederungshilfe

von Henning Henß-Jürgens, Catrin Lagerbauer und Therese Schäfer (Sozialpsychiatrischer Dienst)

Die beiden folgenden Grafiken zeigen die Entwicklung der Fallzahlen im Hilfeforenzverfahren beim Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi). Die Gesamtzahlen der Hilfeforenzvorgänge in der ersten Grafik werden in der zweiten Grafik aufgeschlüsselt nach Erstkonferenzen (Neuanträge) und Hilfeplanfortschreibungen.



Hier wird deutlich, dass die Gesamtzahl der Hilfekonferenzvorgänge weiter steigt, da weniger Personen aus dem Hilfesystem herausgehen als hineinkommen.



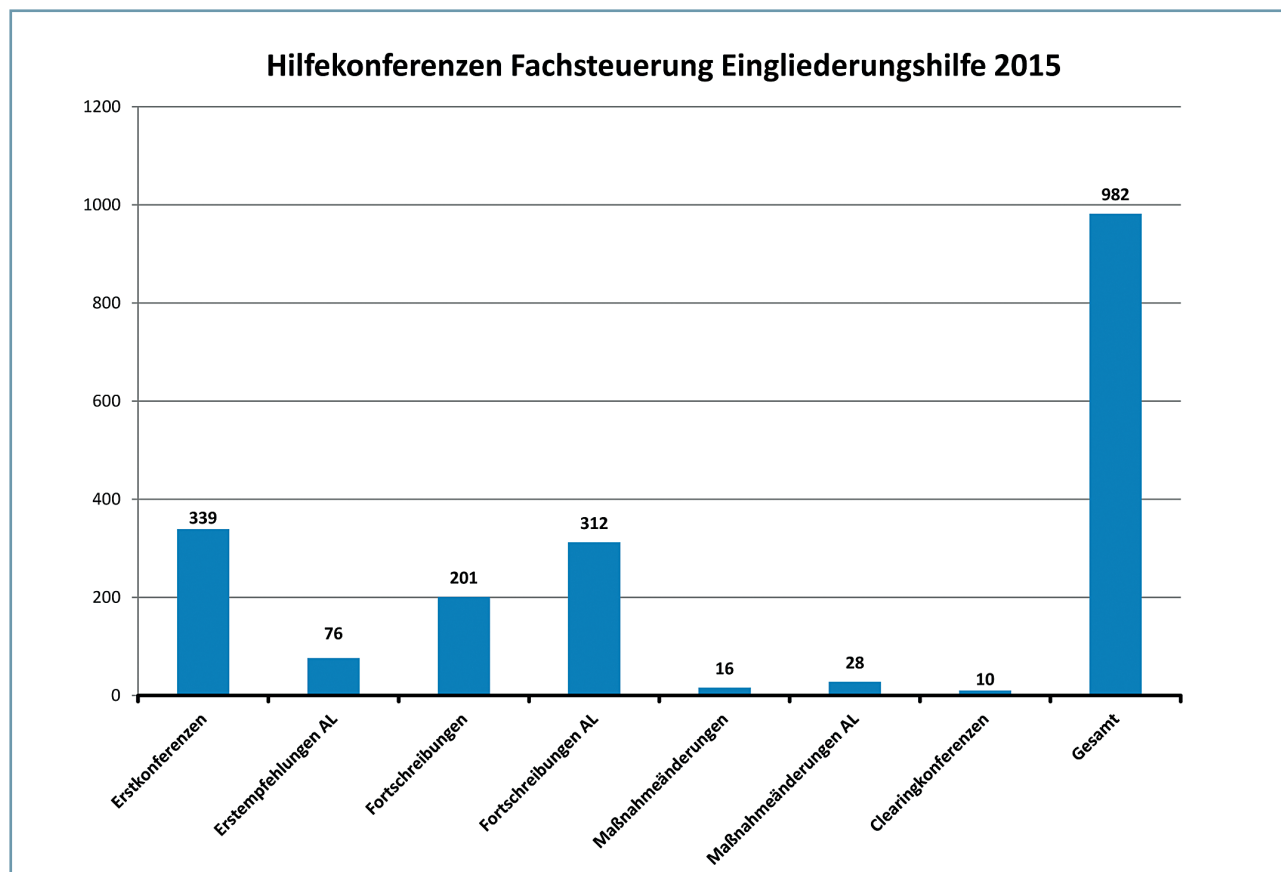


Die Fachsteuerung Eingliederungshilfe (EGH) bearbeitet aktuell etwa ein Viertel aller Hilfeforenzvorgänge. Die übrigen 75 % werden jeweils sektorbezogen in den zuständigen Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen bearbeitet.

Die Fachsteuerung ist nach dem ursprünglichen Konzept zuständig für alle Erstkonferenzen. Mit der Erfahrung der letzten Jahre hat sich die Zuständigkeit jedoch verändert. Aufgrund der hohen Anzahl der Hilfeforenzvorgänge und der Veränderung der Antragsarten (Gründe sind bereits in den Texten des SPP der letzten Jahre formuliert worden) hat sich eine Anpassung an die Situation ergeben. Die Fachsteuerung ist demnach bzgl. der Durchführung von Hilfeforenzen (ihre anderen Aufgaben werden hier nicht thematisiert) zuständig für:

- alle Erstkonferenzen, bei denen die Anträge zunächst nicht sofort plausibel erscheinen
- Konferenzen, bei denen sich bereits im Vorfeld abzeichnet, dass eine Klärung und u. U. Abgrenzung von Unterstützungsmaßnahmen anderer Leistungsträger notwendig ist
- Erstkonferenzen von chronisch mehrfach suchtabhängigen Menschen (Klientel aus dem Bereich der Suchtberatungsstellen, nicht der SPD-i-Beratungsstellen)
- Clearingkonferenzen
- Hilfeforenzen und Hilfeplanfortschreibungen, die aufgrund von Kollision der Tätigkeiten nach NPsychKG und dem Hilfeplanverfahren in der Beratungsstelle nicht durchgeführt werden können
- Fortschreibungen, wenn der Betreuungsverlauf in der Hilfeplanung Kontinuität erfordert, bzw. der erstempfohlene Zeitraum sehr kurz gewählt wurde, um die Wirksamkeit der Maßnahme zunächst prüfen zu können
- Fortschreibungen von Maßnahmen bei Klienten, die außerhalb der Region Hannover leben

In der folgenden Grafik sind die Vorgänge der Fachsteuerung aufgeschlüsselt. 58 % der Empfehlungen werden in persönlichen Konferenzen mit den Klienten formuliert.

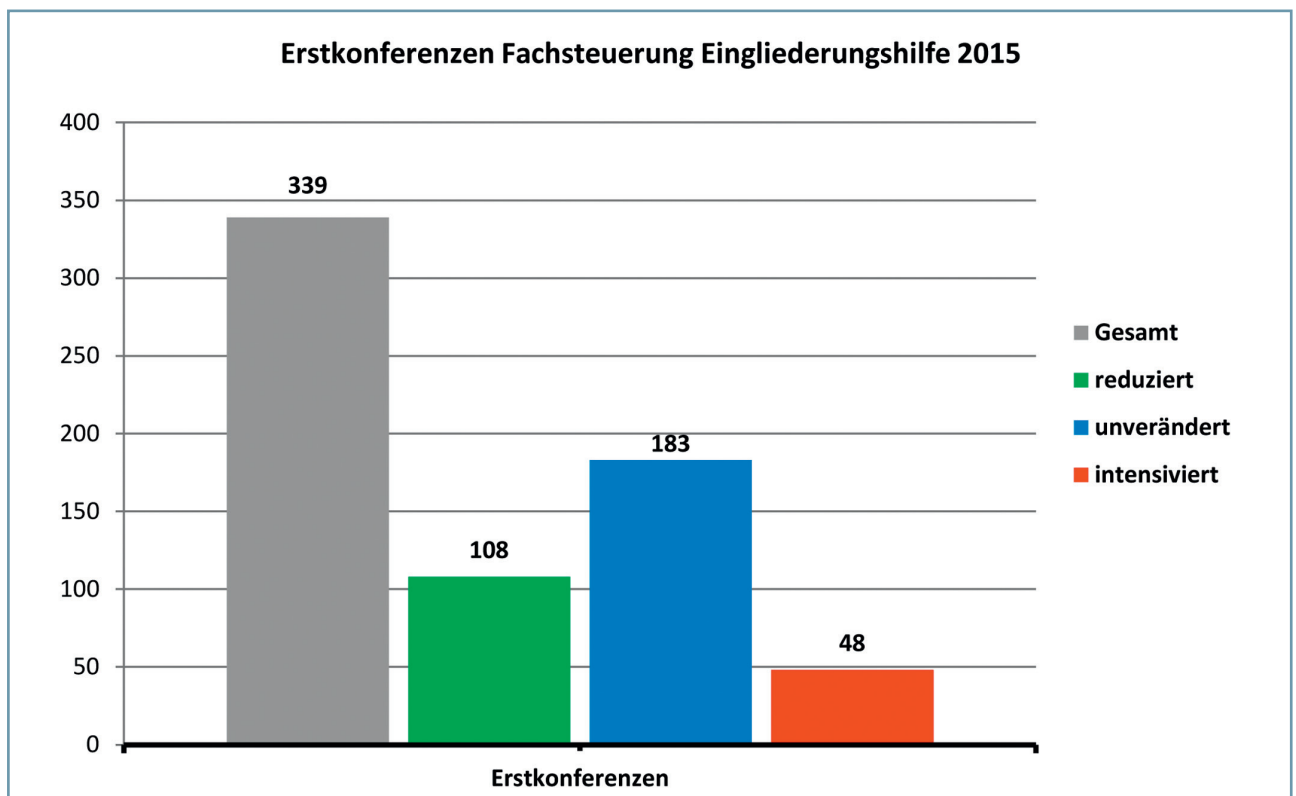


Die übrigen (vor allem Hilfeplanfortschreibungen) müssen inzwischen aufgrund der hohen Fallzahlen und der fehlenden Kapazitäten bei vorliegender Plausibilität nach Aktenlage (in der Grafik mit AL gekennzeichnet) erfolgen. Hierzu wird in der Regel im Vorfeld mit Klienten selbst und/oder Personen aus dem Hilfesystem eine telefonische Absprache getroffen.

Die Fachsteuerung hat durch die ausschließliche Tätigkeit im Hilfekonferenzverfahren ein umfangreiches Wissen erworben und den Überblick über das Angebotsspektrum in der Region Hannover – innerhalb und außerhalb der Eingliederungshilfe, sowie über die Regionsgrenzen hinaus.

Auf dieser Grundlage werden insbesondere umfangreichere und unklare Anträge in der Fachsteuerung durchgeführt. Neben den inhaltlichen Gründen der Ausgestaltung von Unterstützungskonzepten sind die rechtlichen Rahmenbedingungen im SGB XII zu berücksichtigen (z.B. Zuständigkeit und Nachrangigkeit). Die enge Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern in der Fachsteuerung ermöglicht hier die Zusammenführung aller Gesichtspunkte, um insbesondere bei Erstanträgen geeignete, für den Klienten passgenaue, Maßnahmen zu empfehlen.

Die folgende Grafik zeigt die Differenz zwischen beantragten Leistungen und den tatsächlichen Empfehlungen der Erstkonferenzen.



Steuerung im Hilfekonferenzverfahren bedeutet, passgenaue Unterstützungskonzepte zu entwickeln, die bei gleichbleibender oder sogar fachlich besserer Versorgung der Klienten auch zu einer Reduzierung von beantragten Eingliederungshilfemaßnahmen führen können.

Das umfangreiche psychiatrische Fachwissen und die Erfahrung der Mitarbeiter des SPDi in der Versorgung psychisch Kranker in allen Bereichen (nicht nur der EGH) sind für die Entwicklung dieser Konzepte unabdingbar. Die Vermeidung einer Verschlechterung der Versorgungssituation steht bei der fachlichen Einschätzung im Vordergrund.

Dennoch ist auch der Fachsteuerung bewusst, dass beim Klienten subjektiv ein anderes Gefühl entstehen kann. So kann z.B. eine umfassendere Versorgung gewünscht werden, die aber aus fachlicher Sicht, einer Entwicklung zur Verselbständigung und Eigenverantwortlichkeit entgegensteht. Auch können alternative Unterstützungsmaßnahmen anderer Leistungsträger u.U. nicht ausreichend vorhanden oder nicht einfach erreichbar sein. An dieser Stelle ist jedoch die gesetzliche Nachrangigkeit der EGH zu beachten. Die Eingliederungshilfe kann und darf rechtlich Versorgungsdefizite anderer Bereiche nicht schließen.

Bei Erstkonferenzen in den Beratungsstellen liegt der Wert der reduzierten Eingliederungshilfemaßnahmen in den Maßnahmeempfehlungen gegenüber der Beantragung mit 15 % deutlich unter dem Wert der Fachsteuerung (32 %). Diese Differenz ist überwiegend dem Umstand geschuldet, dass die zunächst weniger plausibel erscheinenden Erstanträge überwiegend in der Fachsteuerung bearbeitet werden.

Insgesamt führt die steigende Anzahl der Hilfeforenzvorgänge den gesamten Sozialpsychiatrischen Dienst an Kapazitätsgrenzen, da die personelle Situation unverändert bleibt.

Eine höhere Verteilung der Einzelfälle in die einzelnen Beratungsstellen ist nicht mehr möglich, da diese ansonsten bzgl. ihrer weiteren originären Tätigkeiten (deren Anzahl sich ebenfalls kontinuierlich ausweitet) nach NPsychKG zu sehr beeinträchtigt würden.

Sowohl in der Fachsteuerung als auch in den Beratungsstellen führt die stetig steigende Zahl der zu bearbeitenden Vorgänge zu steigenden Wartezeiten auf die einzelne Konferenz.

Vor allem führt die Fallzahlsteigerung aber dazu, dass der prozentuale Anteil der persönlichen Hilfeforenzen abnimmt, was der eigentlichen Idee des Verfahrens widerspricht.

Eine Hilfeforenz als Forum des Klienten zur individuellen Hilfeplanung ist nicht mehr in jedem Einzelfall durchzuführen.

**Anschrift der Verfasser:**

Henning Henß-Jürgens, Catrin Lagerbauer und Therese Schäfer · Region Hannover · Sozialpsychiatrischer Dienst  
Peiner Str. 4 · 30519 Hannover · E-Mail: Henning.Henss-Juergens@region-hannover.de  
Catrin.Lagerbauer@region-hannover.de · Therese.Schaefer@region-hannover.de

## Bericht über die Ergebnisse von Umfragen zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bei chronisch und schwer psychisch beeinträchtigten Erwachsenen in der Region Hannover

von Hermann Elgeti, Uwe Blanke, Torsten Köster und Thorsten Sueße

### 1. Umfrage in den Umland-Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes zum vertragsärztlichen Behandlungsbedarf der betreuten Personen

Die Umfrage erfolgte in den fünf Beratungsstellen (BS) des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) der Region Hannover außerhalb der Landeshauptstadt Hannover (LHH), d.h. in Ronnenberg-Empelde, Burgdorf, Neustadt, Laatzen und Langenhagen. Diese haben im Gegensatz zu den BS in der LHH keine Behandlungsermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN), um eventuelle Defizite in der fachspezifischen Behandlung psychisch erkrankter Personen subsidiär ausgleichen zu können. Die Umfrage bezog sich auf alle Personen mit einem persönlichen Kontakt zur BS im 3. Quartal 2016, bei denen nach Einschätzung der Fachkräfte des SpDi ein ambulanter Behandlungsbedarf im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung besteht.

Ausgefüllte Fragebögen für 279 betreute Personen kamen zur Auswertung. 12 % von ihnen waren unter 25 Jahre alt, 30 % hatten ein Alter zwischen 25 und unter 45 Jahren, 40 % zwischen 45 und unter 65 Jahren, 18 % waren 65 Jahre oder älter. Das Geschlecht der Personen in der Umfrage wurde nicht erfasst und die psychiatrische Diagnose nicht entsprechend dem Datenblatt C (DB C) zur anonymisierten patientenbezogenen Basis- und Leistungsdokumentation im Rahmen der regionalen Psychiatrieerberichterstattung (PBE). Ein Vergleich mit der Gesamtzahl der von den BS betreuten Personen kann daher nur im Hinblick auf die Altersverteilung erfolgen.

Zur Einschätzung des Anteils dieser Gruppe an allen Personen, die in den BS des SpDi im Umland der Region betreut werden, wurden die entsprechenden Daten nach DB C herangezogen, die im Rahmen der regionalen PBE erhoben wurden. Danach wurden 2015 in den entsprechenden BS insgesamt 3948 Personen betreut, und zwar durchschnittlich 1,6 Quartale im Jahr, das sind pro Quartal 1579. Bei 39 % von ihnen bestand eine rechtliche Betreuung nach dem Betreuungsgesetz. Die Altersverteilung ist ähnlich wie bei der in der Umfrage erfassten Gruppe: 8 % von ihnen waren unter 25 Jahre alt, 32 % hatten ein Alter zwischen 25 und unter 45 Jahren, 41% zwischen 45 und unter 65 Jahren, 18 % waren 65 Jahre oder älter.

Es dürfte sich bei den in der Umfrage erfassten Personen damit um knapp 20 % ( $279/1579=18\%$ ) derjenigen handeln, die insgesamt pro Quartal in den SpDi-BS im Umland beraten, betreut bzw. begutachtet wurden. Bei 68 (24 %) von ihnen wurde eine psychische Erkrankung aus der Gruppe der schizophrenen und wahnhaften Störungen (F2 nach ICD-10) diagnostiziert. Fast alle von ihnen (N=67) hatten einen Behandlungsbedarf, der meist ungedeckt blieb (N=62). 93 % (N=63) benötigten eine psychopharmakologische Behandlung, die zum Zeitpunkt der Ausfüllung des Fragebogens in 59 % (N=37) nicht erfolgte, meistens mangels Kooperation der betroffenen Person (86 %; N=32). Da vertragsärztliche Behandlungskapazitäten nicht zeitnah gefunden werden konnten, erfolgte bei allen schizophren erkrankten Personen mit einem psychopharmakologischen Behandlungsbedarf (N=63) seitens des SpDi eine Einweisung in die Klinik, um das vertragsärztliche Systemversagen zu überbrücken.

Auch fast alle anderen der in der Umfrage erfassten Personen (210 von 211) hatten nahezu durchgehend einen Behandlungsbedarf, der meist (N=203) nicht gedeckt war. Hier war allerdings nur zu 69 % (N=145) eine psychopharmakologische Behandlung erforderlich, die zu 55 % (N=80) nicht erfolgte, ebenfalls durchgehend mit der Folge einer Einweisung in die Klinik. Mangelnde Kooperation war hier zu 68 % eine Ursache der nicht zustande gekommenen Medikation, in vielen Fällen (54 %; N=43) spielte auch eine Rolle, dass psychiatrische Facharztpraxen (FA) keine zeitnahen Termine für eine Notfall- bzw. Regelbehandlung (innerhalb einer bzw. sechs Wochen) vergeben konnten.

Neben einer psychopharmakologischen Medikation wurde im Fragebogen auch der Bedarf nach anderweitiger Behandlung erfasst. Differenziert wurden hier folgende Formen: kontinuierliche stützende Gesprächstherapie, Psychotherapie (PT), Verordnung von ambulanter Psychiatrischer Pflege (APP) oder Ergotherapie (ET), ambulante laborchemische oder apparative Diagnostik. Bei 62 betreuten Personen waren diese nicht mit einem psychopharmakologischen Behandlungsbedarf kombiniert, und in allen diesen Fällen wurde die vertragsärztliche Behandlung als defizitär angesehen. Hier musste der SpDi jedoch nie die betroffene Person zur stationären Behandlung einweisen; vielmehr wurden seitens der BS meistens stützende Gespräche (N=44) und/ oder Hausbesuche (N=20) durchgeführt, nicht selten die betroffene Person auch an eine hausärztliche Praxis vermittelt (N=11) und/ oder diese beraten (N=12).

Ursächlich für das Defizit in der vertragsärztlichen Behandlung bei diesen 62 Personen war zu 45 % (26 von 58, bei denen Gründe angegeben wurden) eine mangelnde Kooperation der betroffenen Person, entweder ausschließlich (N=11) oder in Kombination mit anderen Gründen, die sich auf die FA-Praxis bezogen (N=15). Folgende Gründe kamen auf Seiten der FA-Praxis dabei in Frage: keine zeitnahe Vergabe von Terminen (im Notfall innerhalb einer Woche, bei Regelbehandlung innerhalb von sechs Wochen), keine wohnortnahe Verfügbarkeit, keine aufsuchende Behandlung.

Nach unserer Einschätzung wäre es vermutlich dem SpDi mit seinem niedrighschwelligem (aufsuchenden) Hilfsangebot noch am ehesten möglich, die Patientenklientel mit sog. „mangelhafter Kooperation“ zur Aufnahme der notwendigen vertragsärztlichen Behandlung zu motivieren, wenn der SpDi selbst zur Erbringung dieser vertragsärztlichen Behandlungsmaßnahmen berechtigt wäre.

## **2. Umfrage unter den rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern zur ambulanten Behandlungssituation chronisch und schwer psychisch beeinträchtigter Menschen**

Alle bei der Betreuungsstelle der Region Hannover registrierten rechtlichen Betreuerinnen und Betreuer (§ 1896 BGB) wurden im Juli 2016 gebeten, an einer Umfrage zur ambulanten Behandlungssituation chronisch und schwer psychisch beeinträchtigter Menschen teilzunehmen. Mit einem Fragebogen zur Einzelfallbeurteilung sollten alle betreuten Personen erfasst werden, mit denen im 3. Quartal 2016 ein persönlicher Kontakt mit ihrem Betreuer stattgefunden hat (Blatt 1). Auf einem gesonderten Fragebogen wurde von jedem Betreuer eine Gesamtbeurteilung erbeten (Blatt 2). Eine Anleitung zum Ausfüllen wurde den Fragebögen beigelegt. Bis Ende Oktober 2016 trafen 1098 Einzelfallbögen und 43 Gesamtbeurteilungen ein, die in die Auswertung einbezogen werden konnten.

In der Gesamtbeurteilung sollten die Betreuer für die von ihnen betreuten Personen zunächst die wohnortnahe Erreichbarkeit und niederschwellige Zugänglichkeit folgender ambulanter Behandlungsformen einschätzen:

- Hausarztpraxis (HA)
- psychiatrische Facharztpraxis (FA)
- psychotherapeutische Praxis (PT)
- psychiatrische Institutsambulanz einer Klinik (PIA)
- BS des SpDi mit Behandlungsermächtigung der KVN (SpDi)
- andere Behandlungsangebote (Restkategorie, nicht ausgewertet).

Zur Einschätzung der Erreichbarkeit und Zugänglichkeit wurden folgende Alternativen vorgegeben: gut (1), weniger gut (2), eher schlecht (3) oder sehr schlecht (4). Hierzu wurde in der Auswertung für jede Behandlungsform der Mittelwert (MW) berechnet.

Anschließend wurden die Betreuer gebeten, die nach ihrer Erfahrung größten Probleme für eine ausreichende Behandlung der von ihnen betreuten Personen in den o.g. Institutionen anzugeben. Folgende Alternativen waren dabei vorgegeben, wobei Mehrfachnennungen möglich waren:

- Mangelnde Kooperation der betreuten Person (KO)
- Ablehnung der Zuständigkeit für die Behandlung durch die Institution (ZS)
- Mangelnde Zugänglichkeit (keine zeitnahe Vergabe von Terminen) (ZG)
- Mangelnde Erreichbarkeit der Institution (wohnortnah nicht verfügbar) (EB)
- Keine aufsuchende Behandlung (Hausbesuche) durch die Institution (HB)
- Sonstiges (Restkategorie).

Die Ergebnisse zur Gesamteinschätzung der Behandlungssituation durch die BtG-Betreuer finden sich in Tabelle 1. Hierbei zeigt sich, dass von den fachspezifischen Behandlungsformen – also abgesehen von der Hausarztpraxis – die Angebote der FA- bzw. PT-Praxen im KVN-System im Hinblick auf wohnortnahe Erreichbarkeit und niedrigschwellige Zugänglichkeit deutlich schlechter abschneiden als die institutionsbezogenen Angebote der Kliniken (PIA) und des SpDi. Dies gilt auch bezogen auf die Identifikation der größten Probleme für eine ausreichende Behandlung durch die BtG-Betreuer im Hinblick auf die von ihnen betreuten Personen. Hier werden bei den FA-Praxen (N=42) und den PT-Praxen (N=36) deutlich öfter Probleme benannt als bei den PIA (N=31) und den SpDi (N=24), diese werden überwiegend in mangelnder Zugänglichkeit (N=31 bzw. 30) und mangelnder aufsuchender Behandlung (N=30 bzw. 22) gesehen.

**Tabelle 1: Gesamteinschätzung der BtG-Betreuer zur Behandlungssituation**

		HA	FA	PT	PIA	SpDi
Erreichbarkeit (MW)		1,4	2,2	2,8	2,0	1,9
Zugänglichkeit (MW)		1,1	2,8	3,1	1,6	1,8
keine Probleme benannt		11 (26 %)	1 (2 %)	7 (16 %)	12 (28 %)	19 (44 %)
Probleme benannt		32 (74 %)	42 (98 %)	36 (84 %)	31 (72 %)	24 (56 %)
davon: größte Probleme	mangelnde KO	17 (53 %)	23 (55 %)	14 (39 %)	19 (61 %)	11 (46 %)
	Ablehnung ZS	4 (13 %)	5 (12 %)	6 (17 %)	12 (39 %)	12 (50 %)
	mangelnde ZG	3 (9 %)	31 (74 %)	30 (83 %)	7 (23 %)	9 (38 %)
	mangelnde EB	0	10 (24 %)	11 (31 %)	7(23 %)	4 (17 %)
	keine HB	22 (69 %)	30 (71 %)	22 (61 %)	11 (35 %)	5 (21 %)
	Sonstiges	1 (3 %)	2 (5 %)	1 (3 %)	2 (6 %)	1 (4 %)

Die Auswertungen zur Einzelfallbeurteilung beruhen auf Angaben zu 1098 betreuten Personen. Diejenigen, bei denen die Betreuer für den Zeitraum des 3. Quartals 2016 einen Bedarf an ambulanter fachspezifischer Behandlung (BB) sahen (N=680), unterscheiden sich bei der Alters- und Geschlechtsverteilung sowie Wohnadresse kaum von der Gesamtgruppe. Gegenüber dem Personen mit Betreuung, für die im Rahmen der PBE von den BS des SpDi für Erwachsene (Angebotsform 50 ohne Angebot 39.13 – Steuerungsstelle Hilfeplanung) im Berichtsjahr 2015 ein DB C ausgefüllt wurde (N=3050), ist vor allem der Anteil alter Menschen höher. Die Personen mit einer rechtlichen Betreuung aus der Nutzergruppe der elf BS des SpDi für Erwachsene (ohne Angebot 39.13) wiesen im Jahre 2015 einen deutlich höheren Durchschnittswert beim psychosoziales Risikoscore (Bandbreite: 7-32) auf als diejenigen ohne eine rechtliche Betreuung: 22,7 gegenüber 19,6.

**Tabelle 2: Persönliche Angaben zu den von BtG-Betreuern betreuten Personen**

	Geschlecht			Altersgruppe (Jahre)					Wohnadresse		
	männl.	weibl.	unbek.	< 25	25 -<45	45-<65	65	unbek.	LHH	Uml.	sonst.
alle (1098)	593	484	21	52	303	451	284	8	555	443	100
	55 %	45 %		5 %	28 %	41 %	26 %		56 %	44 %	
nur BB (680)	339	331	10	35	207	281	154	3	349	270	61
	51 %	49 %		5 %	31 %	42 %	23 %		56 %	44 %	
SpDi (3050)	1763	1278	9	112	1192	1437	309	0	1658	1209	159
	58 %	42 %		4 %	39 %	47 %	10 %		57%	43 %	

Die Auswertung zur Einzelfallbeurteilung förderte einige Inkonsistenzen zutage, die Angaben wirkten nicht immer plausibel und bedürfen noch der Rücksprache mit den rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern, die sich an der Datenerhebung beteiligt haben. Zunächst wurde für diejenigen Personen, die im 3. Quartal 2016 nach Einschätzung der Betreuer einen Bedarf an ambulanter fachspezifischer Behandlung nach SGB V gehabt hatten, danach gefragt, ob die Behandlung ausreichend war. Dabei sollte zwischen den verschiedenen Institutionen (HA, FA, PIA, SpDi mit Behandlungsermächtigung)

differenziert werden, wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Dabei waren folgende Alternativen vorgegeben: ausreichend (1), mit einigen Einschränkungen ausreichend (2), zum größeren Teil nicht ausreichend (3), völlig unzureichend (4). Bei nicht uneingeschränkt ausreichender Behandlung (2-4) sollte sodann angegeben werden, woran es gemangelt hatte; dabei konnte zwischen den Alternativen ausgewählt werden, die im Fragebogen zur Gesamteinschätzung als „größte Probleme“ zur Auswahl standen.

Die Ergebnisse zur Einzelfallbeurteilung für das 3. Quartal 2016 sind in der Tabelle 3 zusammengefasst. Auffällig ist zunächst, dass eine BS des SpDi nur bei 41 der 680 Personen mit einem fachspezifischen Behandlungsbedarf in Anspruch genommen wurde. Darunter sind noch 10 Personen mit einer Wohnadresse im Umland der Region, wo die BS des SpDi gar nicht über eine solche Behandlungsermächtigung verfügen. Klärungsbedürftig ist auch der Befund, dass hier 32 % der Fälle mit nicht uneingeschränkt ausreichender Behandlung durch den SpDi (6 von 19) von dort die Zuständigkeit für die Behandlung angeblich abgelehnt worden ist. Weiterhin scheint es, dass die Kriterien, nach denen die Betreuer die Behandlung als ausreichend bzw. unzureichend beurteilen, von den Erwartungen an die jeweilige Institution in Bezug auf die erforderliche fachspezifische Behandlung abhängen. Nur so lässt sich erklären, dass hier die Behandlung der Hausärzte besser beurteilt wird als diejenige, die von den dafür extra qualifizierten Fachleuten (FA, PT, PIA, SpDi) geleistet wurde.

**Tabelle 3: Einzelfallbeurteilung zur Behandlungssituation (3. Quartal 2016)**

	HA	FA	PT	PIA	SpDi	andere
Anzahl Nennungen und Anteil an allen 680 mit Behandlungsbedarf	468 69 %	382 56 %	65 10 %	181 27 %	41 6 %	88 13 %
War Behandlung ausreichend? (MW)	1,5	1,8	2,7	1,7	2,1	1,6
Bei nicht uneingeschränkt ausreichender Behandlung (2-4): Woran hat es gemangelt?	mangelnde KO	64 %	63 %	45 %	58 %	53 %
	Ablehnung ZS	5 %	2 %	9 %	6 %	32 %
	mangelnde ZG	4 %	18 %	17 %	13 %	0 %
	mangelnde EB	5 %	9 %	17 %	16 %	0 %
	keine HB	16 %	11 %	17 %	16 %	16 %
	Sonstiges	10 %	8 %	4 %	16 %	5 %

Wie bei der Gesamteinschätzung spielt auch hier die mangelnde Kooperation der betroffenen Person die größte Rolle bei einer nicht uneingeschränkt ausreichenden ambulanten fachspezifischen Behandlung. Erst mit deutlichem Abstand folgen dann das fehlende Angebot von Hausbesuchen und – abgesehen von den Hausärzten – auch eine mangelnde niedrigschwellige Zugänglichkeit, in Bezug auf PT und PIA auch eine mangelnde wohnortnahe Erreichbarkeit.

Dieselben Fragen zur Einzelfallbeurteilung, um deren Beantwortung die Betreuer für das 3. Quartal 2016 gebeten waren, wurden ihnen auch in Bezug auf den davor liegenden Zweijahreszeitraum vom 01.07.2014 bis 30.06.2016 gestellt. Die entsprechenden Auswertungsergebnisse, die in Tabelle 4 zusammengefasst sind, weichen nur in einigen Details von denen für das 3. Quartal 2016 ab. Die Gruppe mit einem ambulanten fachspezifischen Behandlungsbedarf umfasst für den Zweijahreszeitraum 780 Personen.



**Tabelle 4: Einzelfallbeurteilung zur Behandlungssituation (Juli 2014 - Juni 2016)**

		HA	FA	PT	PIA	SpDi	andere
Anzahl Nennungen und Anteil an allen 780 mit Behandlungsbedarf		462 59 %	362 46 %	66 8 %	183 23 %	42 5 %	87 11 %
War Behandlung ausreichend? (MW)		1,5	1,8	2,4	1,7	2,1	1,6
Bei nicht uneingeschränkt ausreichender Behandlung (2-4): Woran hat es gemangelt?	mangelnde KO	59 %	58 %	40 %	65 %	52 %	44 %
	Ablehnung ZS	4 %	2 %	12 %	5 %	14 %	0 %
	mangelnde ZG	3 %	20 %	30 %	15 %	10 %	9 %
	mangelnde EB	8 %	9 %	16 %	18 %	10 %	29 %
	keine HB	23 %	13 %	19 %	11 %	10 %	9 %
	Sonstiges	11 %	9 %	5 %	11 %	19 %	18 %

### Vorläufige Schlussfolgerungen

Die Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover werden im Rahmen ihrer subsidiär wahrgenommenen Einzelfallhilfe mit einer relevanten Anzahl von schwer und chronisch psychisch beeinträchtigten Personen konfrontiert. Diese weisen häufig einen komplexen Hilfebedarf unter Einschluss einer ambulanten fachspezifischen Behandlung nach SGB V auf, der von den vorrangig dafür zuständigen Leistungserbringern zeitnah nicht ausreichend erbracht werden kann. In Verbindung mit einem ungedeckten Bedarf an Psychopharmakotherapie erfolgt dann insbesondere bei schizophren bzw. wahnhaft erkrankten Personen eine stationäre Einweisung, die ansonsten womöglich verhindert werden könnte. Die häufig zugrundeliegende mangelnde Kooperation der betroffenen Person erfordert flexible und intensive Bemühungen um den Aufbau und Erhalt vertrauensvoller therapeutischer Beziehungen im Rahmen multidisziplinärer Teamarbeit. Das schließt eine aufsuchende bzw. nachgehende Hilfe ein, die durch Facharzt- und Psychotherapie-Praxen in der vertragsärztlichen Versorgung in der Regel nicht zu organisieren ist. Bessere Voraussetzungen dafür bietet die Kooperation zwischen Institutsambulanzen psychiatrischer Versorgungskliniken und Sozialpsychiatrischen Diensten, wenn das Prinzip der Beziehungskontinuität beachtet wird und ausreichend Personalressourcen zur Verfügung stehen.

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

Dr. Hermann Elgeti · Region Hannover · Dezernat für soziale Infrastruktur – Stabsstelle Sozialplanung (II.3)  
Hildesheimer Str. 20 · 30169 Hannover · E-Mail: Dr.Hermann.Elgeti@region-hannover.de  
Uwe Blanke · Region Hannover · Sozialpsychiatrischer Dienst · Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund  
Peiner Str. 4 · 30519 Hannover · E-Mail: Uwe.Blanke@region-hannover.de  
Torsten Köster · STEP Niedersachsen · FAM - Fachambulanz für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit  
Lange-Laube 22 · 30159 Hannover  
Dr. med. Thorsten Suesse · Region Hannover · Sozialpsychiatrischer Dienst · Peiner Str. 2 · 30519 Hannover  
E-Mail: Thorsten.Suesse@region-hannover.de

## SOZIALPSYCHIATRISCHER VERBUND

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

### Organisationsstruktur

Der ehemalige Landkreis Hannover und die Landeshauptstadt Hannover schlossen 1997 ihre jeweiligen Sozialpsychiatrischen Verbände (SpV) zusammen und einigten sich dabei auf die Beibehaltung der inzwischen zu einem regelrechten Markenzeichen gewordenen Bezeichnung „Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie“ (AKG) für die Vollversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes. Diese Struktur wurde nach ihrer Gründung von der Region Hannover übernommen. Als Struktur und Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes haben sich entwickelt und bewährt:

- Der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie, die Vollversammlung des SpV, mit aktuell 101 Mitgliedern tagt monatlich
- Die 12 Fachgruppen des AKG, haben im Durchschnitt 20 Mitglieder, arbeiten themenspezifisch und berichten dem AKG regelmäßig
- Der Regionale Fachbeirat Psychiatrie – RFP, berät den Dezernenten für Soziale Infrastruktur der Region Hannover, tagt vierteljährlich
- Die Sektor-Arbeitsgemeinschaften arbeiten in den Einzugsgebieten der Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes
- Die Beschwerdeannahme und Vermittlungsstelle / Ombudsstelle ist ehrenamtlich besetzt und tagt monatlich.

Die Übersicht über die Gremien den SpV finden Sie auf der Folgeseite.

Der AKG hat sich eine Geschäftsordnung gegeben und wählt im zweijährigen Turnus den aus 3 Personen bestehenden Vorstand aus seiner Mitte. Der Sozialpsychiatrische Dienst führt über die Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes die Geschäfte.

### Aufgaben

Die Psychiatrie-Enquete lenkte die Blicke der Fachwelt und der Politik auf die Personengruppen, die in Folge ihrer psychischen Erkrankungen besondere Beeinträchtigungen erleben und die an die Qualität der Behandlung und der komplementären Dienste besondere Anforderungen stellt. Diese Betrachtungsweise schlägt sich heute nieder in den Aufgabenbeschreibungen für die Arbeit in den Sozialpsychiatrischen Verbänden (z.B. Qualitätsstandards für Gemeindepsychiatrische Verbände in der BAG GPV). Die Kernaufgaben der Verbundarbeit in der Region Hannover sind daher:

- Analyse und Dokumentation der jeweils bestehenden Ausgangsbedingungen
- Orientierung in Bezug auf die schwer Kranken
- Orientierung auf Lebens- und Behandlungsmöglichkeiten im gemeindenahen Rahmen
- Einbezug der Perspektiven von Betroffenen und Angehörigen
- bei Bedarf Entwicklung von neuen Angebotsinhalten
- Vernetzung der Angebote im Sinne der Betroffenen
- Themenspezifische Zusammenführung von Kostenträgern und Leistungserbringern im Interesse der Betroffenen

- Qualifizierung der Verbundmitglieder
- Entwicklung von Qualitätsstandards und gegenseitigen Verpflichtungen
- Information der Politik

### Die Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie AKG	Regionaler Fachbeirat Psychiatrie RFP	Fachgruppen des AKG FG	Sektor Arbeitsgemeinschaften SAG	Beschwerdeannahme und Vermittlungsstelle Ombudsstelle
<b>Aufgaben:</b>	<b>Aufgaben:</b>	<b>Aufgaben:</b>	<b>Aufgaben:</b>	<b>Aufgaben:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delegiertenversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes § 8 NPsychKG</li> <li>• Vernetzung der in der Region Hannover tätigen Initiativen und Einrichtungen</li> <li>• Einsetzung und Beauftragung der Fachgruppen</li> <li>• Wahl des Vorstandes</li> <li>• Beteiligung und Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Plans § 9 NPsychKG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der RFP berät den/ die Dezenten/in für Soziale Infrastruktur der Region Hannover in allen sich aus dem NPsychKG und die psychiatrischen Angebote und Bedarfe ergebenden Fragen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Fachgruppen beteiligen sich mit ihren spezifischen Themenstellungen am Sozialpsychiatrischen Verbund und erarbeiten hierzu Lösungsvorschläge</li> <li>• Wahl der Sprecher/ innen für die jeweilige Fachgruppe</li> <li>• Turnusmäßige Vorstellung ihrer Arbeit im AKG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einzelfallbezogene Koordination und Vernetzung der bestehenden sektorbezogenen ambulanten, stationären Hilfen</li> <li>• Mitarbeit an der Erkennung und Behebung von ungedecktem Versorgungsbedarf</li> <li>• Sicherung und Verbesserung des Versorgungsangebotes, insbesondere für chronisch psychisch kranke Bewohner/innen des Einzugsgebietes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unabhängige Beschwerdeannahme und Vermittlungsstelle für Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige, bzw. nahestehende Personen</li> <li>• Zuständigkeit für das Gebiet der Region Hannover</li> <li>• Die Ombudsstelle arbeitet unabhängig, vertraulich und kostenlos</li> </ul>
<b>Zusammensetzung:</b>	<b>Zusammensetzung:</b>	<b>Zusammensetzung:</b>	<b>Zusammensetzung:</b>	<b>Zusammensetzung:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anbieter von Hilfen gemäß § 6 NPsychKG</li> <li>• Leiter/in des Sozialpsychiatrischen Dienstes</li> <li>• Vertreter/innen der Selbsthilfegruppen und Berufsverbände</li> <li>• Sprecher/innen der Fachgruppen</li> <li>• Gäste mit beratender Stimme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dezent/in für Soziale Infrastruktur der Region Hannover als Vorsitzende/r</li> <li>• 4 durch den/die Dezenten/ in benannte Mitglieder</li> <li>• 4 vom AKG zur Berufung durch den/ die Dezenten/in vorgeschlagene Mitglieder (je 1 Vertreter/ in der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen, 1 Sprecher/ in des AKG, 1 Vertreter/ in der freien und gemeinnützigen Träger)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der AKG setzt die Fachgruppen ein</li> <li>• Die personelle Zusammensetzung wird von den Fachgruppen selbst festgelegt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dezentrale Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes (für den Vorsitz und die Geschäftsführung) und die übrigen Anbieter dezentraler Hilfen in den jeweiligen Sektoren, sowie Vertreter/innen der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 7 ehrenamtliche Mitglieder (1 Vertreter/ in der Psychiatrie-Erfahrenen, 1 Vertreter/ in der Angehörigen, 1 Bürger/ in mit sozialem Engagement, 1 Bürger mit juristischen Sachkenntnissen, 2 weitere)</li> <li>• Die Berufung erfolgt alle 2 Jahre durch den/ die Dezent/in für soziale Infrastruktur</li> </ul>
Geschäftsordnung vom 07.02.2002 / 03.03.2016	Geschäftsordnung vom 03.07.2003 / 07.06.2012			Geschäftsordnung vom 15.03.2006 / 01.01.2016

## Geschäftsordnung

des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie ( AKG ) als Delegiertenversammlung  
des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

### I. Präambel

Diese Geschäftsordnung regelt die Modalitäten der Sitzungen des AKG des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover.

### II. Aufgaben

#### § 1 Allgemeine Aufgaben

- (1) Der AKG dient der Vernetzung der in der Region Hannover tätigen sozialpsychiatrischen Initiativen und Einrichtungen.
- (2) Er fungiert als Delegiertenversammlung der am Sozialpsychiatrischen Verbund der Region 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.
- (3) Bei der Erstellung und Fortschreibung der Sozialpsychiatrischen Pläne ist der AKG gemäß § 9 NPsychKG zu beteiligen.

#### § 2 Beschlussrechte

- (1) Der AKG wählt alle zwei Jahre aus der Mitte der stimmberechtigten Mitglieder mit einfacher Mehrheit (sh. Ziff. III, § 6 Abs. 1) die Vorsitzende/den Vorsitzenden, unter deren Versammlungsleitung der AKG fachöffentlich gemäß Ziffer III, § 3, Abs. 1 tagt. Neben der/dem Vorsitzenden werden ebenfalls mit einfacher Mehrheit zwei Stellvertreter/-innen aus der Mitte der stimmberechtigten Mitglieder des AKG gewählt.
- (2) Der AKG schlägt aus seinen Reihen mit einfacher Mehrheit 4 Mitglieder vor, die von der zuständigen Dezernentin/dem Dezernenten mit Stimmberechtigung in den Regionalen Fachbeirat Psychiatrie (RFP) berufen werden sollen. Neben der/dem amtierenden Vorsitzenden sollte je ein Vertreter des Vereins Psychiatrie-Erfahrener sowie der Angehörigen psychisch Kranker zu den Vorzuschlagenden gehören.
- (3) Der AKG setzt sich aus stimmberechtigten und beratenden Mitgliedern sowie ständigen Gästen zusammen. Über Aufnahme und Status neuer Mitglieder entscheidet auf schriftlichen Antrag der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie.
- (4) Der AKG beschließt mit einfacher Mehrheit die Bildung von Fachgruppen, die sich mit ihren fachspezifischen Themenstellungen am Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover beteiligen. Die personelle Zusammensetzung wird von der Fachgruppe selbst festgelegt. In Zweifelsfragen ist durch den Sprecher/die Sprecherin der Fachgruppe ein Beschluss des AKG herbeizuführen. Die Fachgruppen stellen ihre Themenbereiche und Beratungsergebnisse bei Bedarf, mindestens jedoch im Abstand von 24 Monaten, im AKG vor.

- (5) Der AKG kann aktuelle Fragestellungen zur Diskussion und Erarbeitung von Lösungsvorschlägen an Fachgruppen verweisen
- (6) Der AKG setzt im Bedarfsfall Fach- oder Arbeitsgruppen ein, deren Tätigkeit zeitlich begrenzt ist und sich auf eine konkrete Aufgabenstellung bezieht. Hierzu könnten Sachgebiete, wie z. B. Krisen- und Notfalldienste sowie Fragen der Aus-, Fort- und Weiterbildung gehören. Für die Bildung dieser Fachgruppen ist jeweils ein Mehrheitsbeschluss des AKG erforderlich.
- (7) Hinsichtlich illegaler Suchtmittel hat der AKG in seiner Sitzung am 05.11.1998 beschlossen, den „Runden Tisch Sucht und Drogen“ der Landeshauptstadt Hannover in Fachfragen zu illegalen Suchtmitteln als Fachgruppe anzuerkennen und deren Voten in die Psychiatrieplanung mit einzubeziehen.

### **§ 3 Stimmberechtigung**

- (1) Mitglieder des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover haben jeweils eine Stimme entsprechend der in der Liste der Angebotsformen/Einrichtungen, in der jeweils aktuellen Fassung, dokumentierten Code-Nr.: (xx.00). Für alle weiteren Code-Nr. eines Mitglieds (z.B. xx.01) besteht kein Stimmrecht.
- (2) Die Sprecherinnen / Sprecher der Fachgruppen haben für die von Ihnen vertretene Fachgruppe eine Stimme. Dieses Stimmrecht kann innerhalb der Fachgruppe delegiert werden.

## **III. Sitzung**

### **§ 1 Vorsitzende/Vorsitzender**

- (1) Die/Der Vorsitzende eröffnet, leitet und schließt die Sitzungen und sorgt für einen ordnungsmäßigen Verlauf. Sie/Er wird dabei von der Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes unterstützt.
- (2) Sind die/der Vorsitzende sowie deren Vertreterin/Vertreter verhindert, wird die Leitung der Sitzung vom anwesenden Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes oder in dessen Vertretung von der Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes übernommen.
- (3) Die Mitglieder sowie Gäste des AKG tragen sich in eine Anwesenheitsliste ein.

### **§ 2 Einladung, Tischvorlagen und Tagesordnung**

- (1) Die/Der Vorsitzende lädt unter Mitteilung der Tagesordnung und Übersendung des Ergebnisprotokolls der jeweils letzten Sitzung spätestens eine Woche vor dem Sitzungstermin schriftlich ein.
- (2) Schriftsätze, die vor der Sitzung zusammen mit der Einladung versandt werden sollen, sind spätestens 14 Tage vor dem Sitzungstermin bei der/dem Vorsitzenden des AKG einzureichen. Die/Der Vorsitzende entscheidet in eigener Verantwortung, ob die schriftlichen Eingaben zusammen mit der Einladung versandt werden.

(3) Schriftliche Eingaben an den AKG können nur dann als Tischvorlage in der Sitzung verteilt werden, wenn der Inhalt sich auf die in der Sitzung vorgesehenen Tagesordnungspunkte bezieht und auf Antrag der/des Vorsitzenden die Verteilung mit der Mehrheit der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder beschlossen wird.

(4) Die/der Vorsitzende stellt die Tagesordnung auf.

Die Tagesordnung kann bei Sitzungsbeginn von den anwesenden Mitgliedern und Gästen des AKG ergänzt werden, wenn dies mit einfacher Mehrheit beschlossen wird.

(5) Für die folgende Sitzung des AKG können ebenfalls mit einfacher Mehrheit Anträge auf Aufnahme von Tagesordnungspunkten gestellt werden.

### **§ 3 Öffentlichkeit der Sitzungen**

(1) Die Sitzungen des AKG sind gemäß Ziffer 3.1 der Konzeption des Sozialpsychiatrischen Verbandes fachöffentlich und finden turnusmäßig an jedem ersten Donnerstag eines Monats in der Zeit von 8.30-10.00 Uhr statt.

### **§ 4 Anträge zur Geschäftsordnung**

(1) Jedes stimmberechtigte Mitglied des AKG kann in der Sitzung Anträge zur Geschäftsordnung stellen, und zwar in Bezug auf

- a) Schluss der Aussprache oder auf Abstimmung,
- b) Vertagung eines Beratungsgegenstandes,
- c) Absetzung von der Tagesordnung,
- d) Unterbrechung der Sitzung,

(2) Über die Anträge zur Geschäftsordnung, die durch Heben beider Hände zu erkennen zu geben sind, lässt die/der Vorsitzende mit einfacher Mehrheit abstimmen.

### **§ 5 Beschlussfähigkeit**

(1) Der AKG ist beschlussfähig, wenn ordnungsgemäß eingeladen wurde. Abstimmungen erfolgen mit einfacher Mehrheit der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder.

(2) Die Beschlussfähigkeit wird zu Beginn der Sitzung von der/dem Vorsitzenden festgestellt.

(3) Ist der AKG gemäß Abs.1 beschlussunfähig und erfordert ein Tagesordnungspunkt nach Einschätzung der/des Vorsitzenden eine unverzügliche Abstimmung, so kann mit der Mehrheit der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder eine Sondersitzung vor der nächsten turnusmäßigen Sitzung gemäß Ziffer III, § 2 einberufen werden. Die Regelung des Abs. 1 gilt hierfür nicht. Ansonsten sind die Regelungen dieser Geschäftsordnung analog anzuwenden.

### **§ 6 Abstimmung**

(1) Beschlüsse werden mit der Mehrheit der auf Ja oder Nein lautenden Stimmen der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder gefasst (einfache Mehrheit).

- (2) Die Abstimmung erfolgt durch Hochheben der Abstimmungskarte gemäß Abs. 3.  
Ist das Ergebnis nach Ansicht der/des Vorsitzenden zweifelhaft, oder wird es von einem Mitglied oder Gast des AKG angezweifelt, so wird die Abstimmung unverzüglich wiederholt und die Stimmen gezählt.
- (3) Jedes stimmberechtigtes Mitglied erhält eine von der Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes ausgegebene Abstimmungskarte mit folgender Aufschrift:

*„Sozialpsychiatrischer Verbund der Region Hannover*

*Stimmkarte:*

*Die Inhaberin / Der Inhaber dieser Stimmkarte ist berechtigt für das umseitig aufgeführte Mitglied oder die Fachgruppe in der Vollversammlung\* des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover, gemäß der geltenden Geschäftsordnung, als stimmberechtigtes Mitglied abzustimmen.*

*\*Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie“*

- (4) Beim Umsetzen der Beschlüsse wird die/der Vorsitzende des AKG von der Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes unterstützt.

### **§ 7 Ergebnisprotokoll**

- (1) Zu den Tagesordnungspunkten der Sitzungen des AKG ist ein schriftliches Ergebnisprotokoll durch die Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes zu fertigen.
- (2) Sollte von der Geschäftsstelle niemand in der Sitzung anwesend sein, wird die Protokollführung durch die/den Vorsitzende/n geregelt.

### **§ 8 Allgemeines**

- (1) Änderungen und Ergänzungen der Geschäftsordnung sind mit einfacher Mehrheit möglich.
- (2) Sollten sich in einer Sitzung des AKG Fragen zur Geschäftsordnung ergeben, die in der geltenden Geschäftsordnung nicht oder noch nicht ausreichend geregelt sind, so werden die dafür notwendigen Entscheidungen in der Sitzung von der/dem Vorsitzenden des AKG nach bestem Wissen und Gewissen getroffen. Sie/Er muss diese Entscheidung in der nächsten Sitzung durch Beschluss mit einfacher Mehrheit bestätigen lassen.

### **§ 9 Inkrafttreten**

Diese Geschäftsordnung tritt mit Wirkung des Tages in Kraft, an dem sie mit einfacher Mehrheit von den stimmberechtigten Mitgliedern des AKG beschlossen wurde.

Die obige Geschäftsordnung wurde in der Sitzung des AKG am 03.03.2016 beschlossen.

## TÄTIGKEITSBERICHTE DER GREMIEN des Sozialpsychiatrischen Verbundes

### Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG) 2016

von Sabine Kirschnick-Tänzer

*(Vorsitzende des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie)*

Der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie tagt jeweils am ersten Donnerstag im Monat für anderthalb Stunden und ist im Rahmen des Sozialpsychiatrischen Verbundes das Gremium mit der längsten Tradition, der höchsten Kontinuität und einer gleich bleibenden hohen Beteiligung. Im Berichtszeitraum gehörten dem Sozialpsychiatrischen Verbund 101 stimmberechtigte Mitglieder, sowie nicht-stimmberechtigte Mitglieder und eine große Anzahl von Gästen mit beratender Stimme an entsprechend der Geschäftsordnung an. Hinsichtlich der sich immer mehr differenzierenden Angebote in den Bereichen Therapie, Eingliederungshilfe und Selbsthilfe sind im AKG 83 Anbieter mit 6 Angebotsformen und ca. 220 Angeboten für Psychisch Kranke aus der Region Hannover vertreten. Die kontinuierliche Erweiterung der Angebote wird in deutlich geringerem Ausmaß als in den Vorjahren fortgesetzt.

Besondere Merkmale im Kontext eines Dialogischen Prozesses sind die Mitgliedschaft und aktive Beteiligung des Vereins Psychiatrie Erfahrener (VPE), des EX-IN Niedersachsen e.V. und der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker (AANB). Betroffene, EX-IN Genesungsbegleiter und Angehörige sind nicht zuletzt dadurch frühzeitig und nachhaltig an den fachlichen Diskussionsprozessen beteiligt und nehmen entsprechend Einfluss.

Der Landespsychiatrieplan Niedersachsen des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung hat zu einem regen Diskussionsprozess in den einzelnen Fachgruppen des AKG sowie in den AKG Sitzungen geführt, der in 2017 u.a. in weiteren Fachgruppenleitertreffen mit dem Psychiatriekoordinator und dem AKG Vorstand, mit der Perspektive der notwendigen konkreten Umsetzung, kontinuierlich fortgesetzt wird.

An den Sitzungen des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie haben im Berichtszeitraum ca. 70 Personen (davon ca. 25 - 30 stimmberechtigte Mitglieder) teilgenommen. Damit zeichnet sich ein kontinuierlich ein steigendes Interesse an der Teilnahme ab. Dies ist in sofern bemerkenswert, als das Gremium über keinerlei Entscheidungsgewalt verfügt. Die hohe Teilnahme kann somit als Merkmal für die besondere Qualität des fachlichen Austausches mit aktuellen Themen verstanden werden. Bewährt hat sich, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Dezember-Sitzung zu Themenwünschen für das Folgejahr zu befragen und diese in die Planung mit einzubeziehen.

### Folgende Themen wurden bearbeitet

#### 05.11.2015

- Kurzbericht: Fachgruppe Migration und Psychiatrie (Herr Kimil)
- Flucht, Asyl, psychische Belastungen und Trauma ...  
(neue) Anforderungen an das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem  
(Frau Loos – NTFN)



- Psychische Erkrankungen und Aufenthaltsverfahren nach dem Asylbewerberleistungsgesetz – Erfahrungen aus der Sicht des niedersächsischen Flüchtlingsrates (Herr Walbrecht – Flüchtlingsrat Niedersachsen e.V.)

### **03.12.2015**

- Kurzbericht: Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit (Herr Kurth, Herr Reicherts-Boers)
- Verabschiedung von Dr. med. W. Becker – Chefarzt im Klinikum Warendorff GmbH
- Wahlen zum Vorstand
- Neues Ablaufschema zu Unterbringungen (Herr Dr. Sueße)
- Themensammlung 2016

### **04.02.2016**

- Kurzbericht: Fachgruppe Soziale Wiedereingliederung (Herr Bunde)
- „Qualitätsstandards Ambulant betreutes Wohnen in der Region Hannover“ – (Herr Reicherts-Boers, Herr Willems, Herr Schierloh, Frau Lagerbauer, Frau Müller-Musolf)
- Sachstand: AKG-Projekt „Inklusiver Sozialraum“ (Herr Türk, Herr Sandau)

### **03.03.2016**

- Geschäftsordnung des AKG
- Antrag auf Gründung einer Fachgruppe „Inklusiver Sozialraum“ (Herr Sandau, Herr Türk)
- Vorstellung der Verfahrensbeschreibung zum öffentlich-rechtlichen Unterbringungsverfahren (Herr Schmidt, Herr Jelitte)
- Psychiatrieberichterstattung in der Region Hannover für das Jahr 2014 (Herr Dr. Elgeti)

### **07.04.2016**

- Weiterbildung – Fachkraft für sozialpsychiatrische Betreuung am KRH-Bildungszentrum: Sachstand und Perspektive (Frau Wagemester)
- Zuverdienstprojekte in der Region Hannover - Vorstellung der Standards (Herr Blanke)
- Sozialpsychiatrischer Plan 2016 – Management und Überbrückung von Schnittstellen im Versorgungssystem (Herr Blanke)

### **02.06.2016**

- Erfahrene verändern die Psychiatrie – Entwicklung und Perspektiven von EX-IN (=Experienced-Involvement) in Deutschland (Jörg Utschakowski – EX-IN Bundesvorsitzender und Landesbeauftragter für Psychiatrieplanung Bremen)
- EX-IN - Kurs III in der Region Hannover Sachstand und Anschlussmöglichkeiten für die Absolvent/-innen (Karin Aumann – EX-IN Niedersachsen)
- Sozialpsychiatrischer Plan 2017 – Auswahl des Schwerpunktthemas (Herr Blanke)

### **04.08.2016**

- Landespsychiatrieplan Niedersachsen - Ergebnisse und Herausforderungen für die Sozialpsychiatrischen Verbände (Klaus Malchau – „Fachkommission Landespsychiatrieplanung“)

**01.09.2016**

- Psychosoziale Betreuung von Geflüchteten – Entwicklungen seit 2015 (Frau Loos – Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge Niedersachsen e.V.)
- Psychotherapie mit Geflüchteten - Indikationen, Erfahrungen, Perspektiven (Frau Corman-Bergau – Psychotherapeutenkammer Niedersachsen)
- Psychosoziale Beratung und Psychotherapie mit Dolmetscher/-innen – Qualifikationen, Standards, Erfahrungen und Kostenregelungen (Herr Kimil – Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover)

**06.10.2016**

- Das neue Bundesteilhabegesetz (Frau Tack MdB, Behindertenpolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion)
- Sozialpsychiatrischer Wegweiser für die Region Hannover (Herr Blanke)

**03.11.2016**

- Sozialpsychiatrischer Plan 2016:
- Was ist Schnittstellenarbeit und wie gelingt sie? (Herr Blanke)
- Betreuung und Integration von Substitutionspatienten nach Haftentlassung – Vorstellung der Kooperationsvereinbarung (Frau Jung / Herr Greve – Jobcenter Region Hannover)
- Sucht- und Drogenbericht der Landeshauptstadt Hannover (Herr Lessing – LHH)

**01.12.2016**

- Kurzbericht der Fachgruppe: Fort- und Weiterbildung – Sachstand Fachweiterbildung Sozialpsychiatrie (Herr Blanke)
- Regionale Psychiatrieberichterstattung (Herr Dr. Elgeti)
- Vorstellung der AG Suizidprävention (Frau Kieback – Ev. Beratungszentrum Hannover / Herr Brylla – Winnicott Institut)
- Umfrage zur ambulanten Behandlungssituation für psychisch Kranke in der Region Hannover – Sachstand (Herr Dr. Sueße)

**Anschrift der Verfasserin:**

Sabine Kirschnick-Tänzer · KRH Psychiatrie Wunstorf Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie  
Südstr. 25 · 31515 Wunstorf · E-Mail: sabine.kirschnick-taenzer@krh.eu

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

von Hermann Elgeti

*(Region Hannover – Dezernat für soziale Infrastruktur – Stabsstelle Sozialplanung)*

Der Regionale Fachbeirat Psychiatrie (RFP) tritt in dreimonatlichen Abständen zusammen und berät den Dezernenten für Soziale Infrastruktur (Herr Jordan) in allen das NPsychKG betreffenden Fragen; seine Arbeit ist in einer 2012 aktualisierten Geschäftsordnung geregelt. Die Mitglieder des RFP werden vom Dezernenten für die Dauer von drei Jahren persönlich berufen, die gegenwärtige Berufenungsperiode endet im August 2017. Als Mitglieder beteiligt sind auf Vorschlag des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG) als Vollversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes (SpV) dessen Sprecherin (Frau Kirschnick-Tänzer), je eine Vertretung der Leistungserbringer (Herr

Reichertz-Boers), der Nutzenden psychiatrischer Hilfen (Herr Wolter) und ihrer Angehörigen (Frau Liese). Weitere Mitglieder sind zurzeit der Leiter (Herr Dr. Sueße) und der Psychiatriekoordinator (Herr Blanke) des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) der Region sowie ein leitender Klinikarzt (Herr Prof. Dr. Ziegenbein). Als ständiger Gast nahm im Berichtsjahr Frau Kleeblatt von der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker an den Sitzungen teil, als Geschäftsführer unterstützt Herr Dr. Elgeti den RFP organisatorisch und ist für Einladungen und Protokolle zuständig.

Schwerpunkte der Sitzung im März 2016 waren das bereits im Dezember 2015 behandelte Thema „psychosoziale Betreuung von Flüchtlingen“ und der Landespsychiatrieplan Niedersachsen, dessen Umsetzung in der Region Hannover auch auf den drei weiteren Sitzungen im Juni, September und Dezember 2016 ausführlich besprochen wurde. Neben diesen thematischen Schwerpunktsetzungen lassen sich die Mitglieder des RFP in jeder Sitzung über den aktuellen Sachstand im Hinblick auf diejenigen Themenfelder unterrichten, die früher behandelt wurden. Dazu gehörten im Berichtsjahr neben der psychosozialen Betreuung von Flüchtlingen das Thema „Arbeit für psychisch Kranke/ Zuverdienst-Arbeitsplätze“, das Projekt zur sozialpsychiatrischen Qualifizierung und Nachwuchsgewinnung, die fachärztliche Krisenintervention und Notfallversorgung in der Region sowie die Entwicklungsprojekte „Gemeindepsychiatrische Zentren“ und „inklusive Sozialraum“.

**Anschrift des Verfassers:**

Dr. Hermann Elgeti · Region Hannover · Dezernat für Soziale Infrastruktur · Stabsstelle Sozialplanung (II.3)  
Hildesheimer Str. 20 · 30169 Hannover · E-Mail: Hermann.Elgeti@region-hannover.de

## Berichte der Fachgruppen

### Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“

von Oliver Weidner und Fred Koch (*Sprecher der Fachgruppe*)

#### Rahmen der Fachgruppe

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

#### Themen der Fachgruppe im Berichtszeitraum

##### **Niederschwellige Maßnahmen der postklinischen Behandlung und mögliche Finanzierungsalternativen:**

Am Beispiel der rheinischen Kliniken wurde über die Teilstationäre Arbeitstherapie (TAT) diskutiert. Anders als bei Heilmittelverordnungen, wird hier vertraglich ein Tagessatz und eine Behandlungsdauer von 6 - 9 Monaten mit der KK vereinbart. Damit könnte im Einzelfall ein patientengerechter Übergang von der Klinik in Folgemaßnahmen gestaltet werden (längere Stabilisierungsphase

und Entwicklungsmöglichkeiten, kein Budgetdruck wie bei HVM, Unterstützung durch Fahrtkosten). Leider ist das Modell in Niedersachsen noch nicht etabliert.

Analog konnte das Modell im Rheinland auch mit anderen Kostenträgern unter anderer sozialrechtlicher Verortung angewendet werden. Z.B. als Arbeitstherapeutische Feststellungs- und Trainingsmaßnahme über das Jobcenter, SGB II, § 16 f, Freie Förderung, wie auch als kooperierender Verbund von Maßnahmeanbietern über das Sozialamt, SGB XII, § 11,3 Aktivierende Leistungen.

#### **Arbeitshilfe Jobcenter:**

Psychosoziale Beratung (Sensibilisierung bei Vermittlungshemmnissen durch psychische Erkrankungen – Beispiel Hildesheim). Die Arbeitshilfe wurde vorgestellt. Sie dient als Unterstützung der persönlichen Ansprechpartner des Jobcenters. Durch verbessertes Hintergrundwissen, soll im Einzelfall frühzeitig differenzierte Hilfe vermittelt werden. Bei Bedarf könnte die Vorlage an die Gegebenheiten in der Region Hannover angepasst werden.

#### **Bearbeitung des Landespsychiatrieplans 2016:**

Der durch die Landesregierung veröffentlichte Landespsychiatrieplan enthält diverse Absichtserklärungen und Forderungen, die den Arbeitsbereich der Fachgruppe Arbeit und Rehabilitation betreffen. Die Fachgruppe hat sich aus diesen Gründen entschlossen, die relevanten Punkte inhaltlich aufzuarbeiten.

Folgende Punkte aus den Kapiteln des LPP wurden darum zur Einzelbearbeitung aufbereitet:

### **3.3 Erwachsene psychisch kranke Menschen**

- **Prävention und Frühintervention**
  - *Förderung von Maßnahmen am Arbeitsplatz* im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements.
- **Weiterentwicklung der Teilhabe**
  - Zu fördern ist mehr Engagement/Unterstützung für den **Erhalt von Arbeitsplätzen**, Prävention von Arbeitsplatzverlust und **betriebliches Wiedereingliederungsmanagement** (finanziert über Krankenkassen und Rentenversicherung). [...].
  - Leitlinie der Maßnahmen der **beruflichen (Wieder-)Eingliederung** und Rehabilitation von psychisch und seelisch behinderten Menschen sollte zukünftig sein: first place, then train. [...].
  - In Zukunft sollte für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen das **Budget für Arbeit** bekannter gemacht und verstärkt zur Finanzierung des Minderleistungsausgleichs und zur kontinuierlichen Unterstützung/Assistenz zur Verfügung gestellt werden [...].
  - Trotz der schwierigen Rahmenbedingungen [...] sollte eingehend geprüft werden [...] die Zahl der **Integrationsprojekte** sukzessive zu erhöhen [...]. In vergleichbarer Form sollten auch **Zuverdienst-Projekte** vermehrt gefördert werden.
  - Für Menschen, die **nicht in der WfbM** arbeiten möchten, sind verstärkt andere und unterstützte **Arbeitsmöglichkeiten** zu fördern/zu schaffen.
  - In den WfbM sollte das Angebot (weiter) diversifiziert und **externe** (begleitete) Praktika, **wirtschaftsnahe Arbeitsplätze** [...] ausgebaut werden, um den **Übergang** [...] auf den ersten Arbeitsmarkt zu ermöglichen. [...]

- Die bestehende Möglichkeit zur **Teilzeitarbeit in WfbM** sollte auch Werkstatt-Beschäftigten entsprechend ihrer Vorstellungen ermöglicht werden.
- Mit Blick auf die Zielgruppe der **älteren, aus WfbM oder anderen Arbeits- und Beschäftigungskontexten ausscheidenden Personen** sollten in Niedersachsen [...] konzeptionelle Vorstellungen und **Angebote entwickelt** werden, die künftig eine Teilhabe dieses Personenkreises am gesellschaftlichen Leben unterstützen können.

### 3.6 Maßregelvollzug

- **Arbeitsmöglichkeiten für ehemalige MRV-Patientinnen und Patienten** müssen künftig bereitgestellt werden [...]

Diesen Punkten wird sich die Fachgruppe in den nächsten Sitzungen im Einzelnen widmen. Ziel ist es, nach einer umfassenden Sondierung der evtl. bereits bestehenden Angebote und formulierten Bedarfe zu den jeweiligen Punkten Handlungsschritte abzuleiten. Diese Handlungsschritte sollen deutlich machen, in wie weit bestehende Strukturen zur Erreichung der postulierten Ziele vorhanden sind und genutzt werden, ob diese Strukturen zur Nutzung einer verbesserten Schnittstellensteuerung bedürfen oder ob Strukturen neu geschaffen werden müssen.

Des Weiteren ist zu prüfen, ob die Themen der Teilhabe inhaltlich andere Themenbereiche des Planes berühren und eine fachgruppenübergreifende Bearbeitung erforderlich machen. (Suchbegriffe hierbei u.a. Beschäftigungssicherungszuschuss, Maßregelvollzug). Ggf. sind Vertreter der Region Hannover oder Mitglieder anderer Fachgruppen Fachgruppentreffen einzuladen um weiterführende Informationen zu erhalten bzw. Möglichkeiten der inhaltlichen Ausgestaltung und Zusammenarbeit zu sondieren.

Die Fachgruppe geht von einer Bearbeitungszeit von mindestens 2 Jahren aus, evtl. ist die Einsetzung von Arbeitsgruppen erforderlich, um eine intensivere Bearbeitung von Themen zu ermöglichen. Abschließend ist ein Bericht der Fachgruppe vor dem AKG geplant, in dem die erarbeiteten Ergebnisse präsentiert werden sollen.

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

Oliver Weidner · Klinikum Region Hannover GmbH · KRH Psychiatrie Langenhagen · Rohdehof 3 · 30853 Langenhagen  
E-Mail: [oliver.weidner@krh.eu](mailto:oliver.weidner@krh.eu)

Fred Koch · Klinikum Region Hannover GmbH · KRH Psychiatrie Wunstorf · Südstr. 25 · 31515 Wunstorf  
E-Mail: [fred.koch@krh.eu](mailto:fred.koch@krh.eu)

## **Fachgruppe „Dokumentation / Sozialpsychiatrischer Plan“ für das Jahr 2016**

von Hermann Elgeti

*(Region Hannover – Dezernat für soziale Infrastruktur – Stabsstelle Sozialplanung)*

An der Arbeit der Fachgruppe im Berichtszeitraum beteiligten sich regelmäßig Herr Dr. Sueße und Herr Blanke, Herr Dr. Elgeti (Sprecher der Fachgruppe), Herr Eller und Herr Pohl (alle Region Hannover), Frau Lüpke (Mohmühle GmbH), Herr Stein (Dr. med. Anne M. Wilkening GmbH), Herr Meister (360° e.V.) sowie Herr Köster (STEP gGmbH). Die Fachgruppe ist offen für weitere Mitglieder, soweit sie kontinuierlich mitarbeiten wollen. Im Berichtszeitraum fanden neun Sitzungen statt. Die

Sitzungen, über die ein Protokoll verfasst wird, finden in der Regel am letzten Donnerstag eines Monats von 8.30 bis 10.30 Uhr in den Diensträumen von Herrn Sueße in der Peiner Str. 4 statt.

Schwerpunkt der Arbeit im Berichtsjahr war die Organisation des Sozialpsychiatrischen Plans 2017 einschließlich Vorauswahl und inhaltlicher Ausgestaltung seines Schwerpunktthemas. Aus den drei intern priorisierten Vorschlägen wählte der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie am 2. April als Schwerpunkt das Thema „Psychosoziale Betreuung von Flüchtlingen“ aus. Zur Behandlung der verschiedenen Aspekte dieses Themas konnten zahlreiche Autoren, nicht nur aus dem Kreis der Verbund-Mitglieder als Autoren gewonnen werden. Im Rahmen der regionalen Psychiatrieberichterstattung wurden die Ergebnisse eines Pilotprojekts im Berichtsjahr 2014 zum Einsatz eines modifizierten Datenblattes C für Menschen mit intellektueller Behinderung und psychischen Erkrankungen bewertet. Im Einvernehmen mit der Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störungen“ folgte daraus die Entscheidung, für diese Nutzergruppe künftig wieder das reguläre Datenblatt C zu verwenden.

Außerdem wurden stationäre Defizite sowie ambulante Versorgungslücken bei der psychiatrischen Behandlung chronisch schwer psychisch beeinträchtigter Menschen in der Region Hannover diskutiert. Für das 3. Quartal 2016 wurde eine Umfrage unter den rechtlichen Betreuern zur Situation der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ihrer Klientinnen und Klienten konzipiert. Vor dem Hintergrund des Ende Mai 2016 veröffentlichten Landespsychiatrieplans Niedersachsen und neuer Standards des Berichtswesens im Dezernat für soziale Infrastruktur der Region wurden auch Perspektiven einer Weiterentwicklung des Sozialpsychiatrischen Plans in Richtung einer stärkeren Handlungs- und Wirkungsorientierung erörtert.

Darüber hinaus wurde der Informations- und Meinungsaustausch zu unterschiedlichen Themen im Kontext der Fachgruppenarbeit fortgesetzt, bot den Mitgliedern manche Anregung und trägt zur Motivation bei, sich an der Fachgruppenarbeit zu beteiligen.

**Anschrift des Verfassers:**

Dr. Hermann Elgeti · Region Hannover · Dezernat für Soziale Infrastruktur · Stabsstelle Sozialplanung (II.3)  
Hildesheimer Str. 20 · 30169 Hannover · E-Mail: Hermann.Elgeti@region-hannover.de

## **Fachgruppe Forensische Psychiatrie**

von Andreas Tänzer (*Sprecher der Fachgruppe*)

In der Fachgruppe - mit regelmäßigen Arbeitstreffen in zweimonatlichem Abstand - werden vorrangig Kasuistiken aus der psychiatrischen Alltagspraxis vorgestellt und Gewinn bringend sehr intensiv, konstruktiv und multidisziplinär diskutiert. Dabei handelt es sich zum einen um Risikopatientinnen und -patienten mit fremdgefährdenden Aspekten, die in irgendeiner Weise auffällig werden oder für Beunruhigung sorgen. Zumeist geht es um Risikomanagement, um eine Intensivierung oder Bündelung von Hilfen, damit eine Eskalation von Gewalt verhindert werden kann. Somit gelingt der Fachgruppe eine echte Präventionsarbeit, die gleichermaßen dem Opferschutz und der Verhinderung forensischer Karrieren dient.

Zum anderen werden ehemalige forensische PatientInnen diskutiert, bei deren Reintegration in die gemeindepsychiatrische Versorgung Krisen auftreten. Sehr oft wird es möglich, innerhalb des allgemeinpsychiatrischen Versorgungssystems tragfähige Konzepte und Lösungen zu entwickeln.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fachgruppe kommen aus den Forensischen Kliniken, den regionalen psychiatrischen Fachkliniken, Sozialpsychiatrischen Diensten und Institutsambulanzen, den Justizvollzugsanstalten sowie aus dem Kreis der Anbieter im Verbund (Wohnheime, WG, Betreutes Wohnen, Werkstätten, Tagesstätten, RPK), von den Betreuungsgerichten und dem Kreis rechtlichen Betreuerinnen und Betreuer, nicht zuletzt auch der Bewährungshilfe.

Zu den weiteren Themenschwerpunkten: Nachdem sich die medialen Wogen um den Fall Mollath längst wieder geglättet haben, ist seit August 2016 eine Novellierung des § 63 StGB rechtswirksam geworden, in deren Folge Verhältnismäßigkeitsaspekte stärker gewichtet werden. Künftig erfolgen mehr externe Begutachtungen zur Frage der Fortdauer der Unterbringung und Behandlung. Der für eine Anordnung der Maßregel erforderliche Schweregrad der künftig zu befürchtenden erheblichen Straftaten wird bereits bei der Feststellung konkretisiert und in der Schwelle angehoben. Auch an eine Fortdauer der Maßregelbehandlung über 6 Jahre hinaus werden erhöhte Anforderungen gestellt. Über 10 Jahre hinaus ist sie künftig nur noch möglich, wenn konkrete Risiken schwerer körperlicher oder seelischer Schäden der potentiellen Opfer vorliegen.

In der Fachgruppe wird die zeitliche Straffung des Maßregelvollzuges und Betonung der Verhältnismäßigkeitsaspekte begrüßt. Es bestehen Sorgen, ob künftig eine ausreichende Zahl qualifizierter und kundiger Gutachter zur Verfügung stehen wird (junge Ärztinnen und Ärzte aufgepasst: hier bestehen sehr gute Berufsaussichten!!).

Zu erwarten ist auch, dass Patienten mit kürzerer oder gelegentlich fehlender Vorbereitung auf das Leben in der Gemeinde aufgrund juristischer Erwägungen (Stichwort Erledigung der Unterbringung) aus der Klinik entlassen werden. Daraus kann sich im Einzelfall eine echte Herausforderung für das Hilfesystem ergeben. Es wäre fatal, wenn eine Reihe von schwerer und mehrfach Erkrankter künftig aus dem System heraus fallen würde und keine Versorgung erfährt. Die Fachgruppe wird die weitere Entwicklung kritisch verfolgen und darüber im Verbund berichten.

Nach vereinzelt Vorfällen im §64er-Vollzug (Unterbringung in der Entziehungsanstalt) will die Politik landesweit im gesamten Maßregelvollzug Lockerungen kritischer überprüfen und restriktiver handhaben. Es bleibt abzuwarten, wie diese Bestrebungen mit der in der Tendenz liberaleren Bundesgesetzgebung zusammen wirken können.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fachgruppe freuen sich über die Wertschätzung ihrer Arbeit im Rahmen der Landespsychiatrieplanung. Dort wird das Projekt als beispielhaftes Modell für eine Präventionsarbeit und multiprofessionelle Diskussion auch anderen großstädtisch organisierten Regionen in Niedersachsen empfohlen.

Die Fachgruppe ist daran interessiert, auch weiterhin Impulse für die Landespsychiatrieplanung auf dem Feld der Forensischen Psychiatrie zu liefern.

2017 sollen benachbarte Regionen (Nienburg, Schaumburg) mit dem Ziel eigener vergleichbarer Gruppenbildungen in unsere Arbeit einbezogen und zu den Treffen eingeladen werden.

**Anschrift der Verfasser:**

Andreas Tänzer · KRH Psychiatrie Wunstorf · Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie · Südstr. 25  
31515 Wunstorf · E-Mail: andreas.taenzer@krh.eu

## **Fachgruppe „Fort- und Weiterbildung im Verbund“**

von Uwe Blanke (*Sprecher der Fachgruppe*)

In der Region Hannover gibt es seit Jahren kein berufsgruppenübergreifendes langfristiges Qualifizierungsangebot für Fachkräfte in ambulanten und stationären psychischen Einrichtungen. Um den daraus resultierenden negativen Folgen für die Qualität der Arbeit mit psychisch kranken Menschen und ihren Bezugspersonen entgegen zu wirken hat der Regionale Fachbeirat (RFP) empfohlen eine „Sozialpsychiatrische Weiterbildung“ in diesem Bereich zu entwickeln.

Nach der Vorstellung dieser Aufgabe im AKG im September 2014 konstituierte sich die Fachgruppe und erarbeitete in 3 Sitzungen im Jahr Rahmenanforderungen für ein Curriculum. Ergebnis ist der Vorschlag für eine Architektur der Fachweiterbildung Sozialpsychiatrie, die dem KRH-Ausbildungszentrum für die Entwicklung des Curriculums zur Verfügung gestellt wurde.

Das KRH-Bildungszentrum hat bei der Region Hannover ein Antrag auf Förderung für das Projekt „Weiterbildung zur Fachkraft für sozialpsychiatrische Betreuung“ gestellt und die politischen Gremien der Region Hannover haben beschlossen eine zeitliche befristete Unterstützung in Form einer (freiwilligen) Zuwendung zu gewähren. Nach erheblichen Schwierigkeiten in der Besetzung der Leitungsstelle, die aus den – aus der Sicht des Sozialpsychiatrischen Verbundes – nicht mehr den aktuellen Anforderungen entsprechenden Vorgaben der „Verordnung über die Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen vom 18. März 2002“ resultieren, konnte im November eine tragfähige Lösung entwickelt werden und im Laufe des Jahres 2017 wird die Fachweiterbildung mit hoher Wahrscheinlichkeit mit dem ersten Ausbildungskurs beginnen.

Die Fachgruppe, die auf Grund der o.g. Unwägbarkeiten im Jahr 2016 nicht getagt hat, nimmt im Februar 2017 ihre Tätigkeit wieder auf. Ziele sind eine kontinuierliche Beratung des KRH-Ausbildungszentrum bei der Realisierung des Projektes, ggfs. die Bildung eines entsprechenden Beirates, sowie die Entwicklung von Vorschlägen, um die Angebote zur Fort- und Weiterbildung in einer gemeinsamen Publikation alle Mitgliedern des Sozialpsychiatrischen Verbundes zur Verfügung zu stellen.

**Anschrift des Verfassers:**

Uwe Blanke · Region Hannover · Sozialpsychiatrischer Dienst · Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund  
Peiner Str. 4 · 30519 Hannover · E-Mail: Uwe.Blanke@region-hannover.de



## Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störungen“

Von Susanne Batram und Tina Bugdoll (*Sprecherinnen der Fachgruppe*)

### Zusammensetzung der Fachgruppe

Die Fachgruppe besteht aus Kolleginnen und Kollegen unterschiedlicher Tätigkeitsbereiche (u.a. Wohnen, Tagesstruktur, Leistungsträger, Psychiatrie), die allesamt in ihrer **Arbeit mit Menschen mit Behinderungen und zusätzlichen psychischen Störungen** beschäftigt sind. Die Fachgruppe tagt in den geraden Monaten von 9 - 11 Uhr im Haus der Region.

### Ziele und Inhalte

Als übergeordnetes Thema verfolgt die Fachgruppe seit ihrer Gründung vor acht Jahren die Verbesserung der (psycho-)therapeutischen Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Zu diesem Thema hat sich im Laufe der Jahre ein Netzwerk auf regionaler und auch überregionaler Ebene gebildet.

In der Februarsitzung stellte Herr Elgeti die Auswertung des **modifizierten Datenblattes C vor** (*Hilfsangebote für Menschen mit mentaler Behinderung/ intellektueller Minderbegabung*). Es wurde dargestellt, dass das modifizierte Datenblatt den wahrgenommen höheren Betreuungsaufwand von Menschen mit einer geistigen Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen nicht ausreichend abbildet. Es muss also weiterhin ein geeignetes Instrument zu diesem Zweck gesucht werden.

In der Aprilsitzung waren wir zu Gast in dem **Wohnheim der Lebenshilfe in der Weberstraße**. Herr Heitmann stellte die konzeptuellen Veränderungen nach dem Umbau vor. Des Weiteren wurde durch zwei Studentinnen der FH Hannover ein **Präventionskurs zum Thema: Alkoholkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung** vorgestellt. Die Hannoverschen Werkstätten stellten sich für das Pilotprojekt zur Verfügung. Es erfolgte ebenfalls ein Ausblick auf das Netzwerktreffen zur Frage der **medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen**, in dem das Annastift im Mai ihr Konzept für ein entsprechendes Behandlungszentrum vorstellt.

Die Junisitzung musste aufgrund von organisatorischen und krankheitsbedingten Gründen ausfallen.

Im August fand eine **Exkursion in das Klinikum Warendorff** statt. Frau Sand, Psychologische Psychotherapeutin und langjährige Mitarbeiterin der Stiftung Neuerkerode bearbeitete gemeinsam mit Mitarbeitern des Klinikums anhand zweier Fallbeispiele die Herausforderungen in der **Behandlung von Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer zusätzlichen Persönlichkeitsstörung**. Im Anschluss fanden noch zwei Führungen zu den Themen: Betreuungskonzept für junge Talente (Triple A) sowie Betreuungskonzept für junggebliebene Ältere mit Behinderungen statt.

Im Oktober wurde das Thema **Datenblatt C** erneut aufgegriffen und diskutiert, ob und wie die höheren Bedarfe von Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen Verhaltensauffälligkeiten/psych. Störungen abgebildet werden können. Das Item „Anzahl der Klinikaufenthalte“, welches in den zu errechnenden Risikoscore einbezogen wird, erscheint ungeeignet für o.g. Klientel. Da kein geeignetes psychiatrisches stationäres Angebot in der Region Hannover vorhanden ist, finden nur

wenige Klinikaufenthalte o.g. Personenkreises statt. Ebenso werden psych. Störungen oftmals nicht als solche erkannt oder stattdessen als Verhaltensauffälligkeiten im Zusammenhang mit der geistigen Behinderung gewertet und dementsprechend (nicht) behandelt. Eine passende stationäre Versorgung gibt es nur in Osnabrück oder Göttingen, diese räumliche Distanz verringert die Wahrscheinlichkeit für einen Klinikaufenthalt zusätzlich. Somit sind die geringen Zahlen bei Klinikaufenthalten als ein Teil der bestehenden Versorgungsproblematik zu bewerten.

In einer **Vorstellung des LandespsychiatriepLANES (LPP)** und daraus resultierenden Schwerpunktthemen für 2017 durch Herrn Blanke in der abschließenden Oktobersitzung wurde durch die Fachgruppe kritisch angemerkt, dass das o.g. Thema dort nur unzureichend abgebildet wird.

Über die Beteiligung von Frau Batram und Herrn Blanke in einer Sitzung zur Vorstellung des LPP im November 2016 entstand so ein **Projektantrag bzgl. der Verbesserung der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen**. Damit verbunden soll die Erstellung eines landesweiten Manuals in Bezug auf dieses Thema sein, welches als Druckfassung und als Internetseite zur Verfügung stehen soll. Wir hoffen auf eine Förderung dieses Projektantrages.

### Ausblick

Obwohl aus Sicht der Fachgruppe die Personengruppe von Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Erkrankungen zunehmend Beachtung findet, fehlen weiterhin in Stadt und Region Hannover entsprechende Versorgungsangebote. Das Thema der Fachgruppe wird also weiterhin sein, diese Versorgungslücke nach und nach zu schließen, um wohnortnah eine notwendige und qualifizierte Versorgung vorhalten zu können.

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

Susanne Batram · KRH Psychiatrie Wunstorf · Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie  
Südstr. 25 · 31515 Hannover · E-Mail: susanne.batram@krh.eu  
Tina Bugdoll · Hannoversche Werkstätten gem. GmbH · Thurnithstraße 1 · 30159 Hannover  
E-Mail: tina.bugdoll@hw-hannover.de

### **Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“**

von Marianne Miemietz-Scholke (*Sprecherin der Fachgruppe*)

### **Stellungnahme der Fachgruppe zur Versorgungssituation gerontopsychiatrisch Erkrankter**

Die Fachgruppe Gerontopsychiatrie im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover hat sich in Form einer Stellungnahme an der zukünftigen Psychiatrieentwicklung in Niedersachsen beteiligt. Aus diesem Grund hat sich aus der Fachgruppe Gerontopsychiatrie eine multiprofessionelle Arbeitsgruppe gebildet, die im Zeitraum vom Februar 2014 bis September 2015 getagt und die inhaltlichen Ausführungen der Stellungnahme federführend erarbeitet hat.

Ziel muss es nun sein, über die Ausführungen und die damit verbundenen Bedarfe, die in der erarbeiteten Stellungnahme verschriftlicht wurden, zu informieren. Wichtige Adressaten sind an dieser Stelle sowohl die Strukturen der Altenhilfe als auch der Sozialpsychiatrie. Daher wird angestrebt, die wichtigen Eckdaten der Stellungnahme in den Gremien der jeweiligen Strukturen einzubringen und vorzutragen. Dort sollten dringende Projekte oder Ideen zur Bewältigung der im Folgenden beschriebenen Bedarfe formuliert werden.

### **Alte und hochbetagte Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen**

In der Region Hannover lebten im Jahr 2014 insgesamt 1,1 Mio. Personen, davon waren 20,9 % über 65 Jahre alt. Den Berechnungen nach ist davon auszugehen, dass die Zahl älterer Menschen der Region Hannover bis 2030 deutlich zunehmen wird (Region Hannover, Landeshauptstadt Hannover, Bevölkerungsprognose 2014 bis 2025/2030, Schriften zur Stadtentwicklung, Heft Nr. 120., Seite 6). Insbesondere die Region wird von dem Anstieg der Altersstruktur betroffen sein (ebenda, S. 19f.). Hieraus wird sich ein Versorgungsbedarf entwickeln auf den die Region und die Landeshauptstadt Hannover aktuell nicht ausreichend vorbereitet ist.

Eine besondere Herausforderung bei der Versorgung von älteren und hochbetagten Menschen ist neben dem Auftreten von Alterserkrankungen, häufig auch die Behandlung von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität. So weisen etwa 30 % der Menschen mit körperlichen Erkrankungen auch eine psychiatrische Störung auf. Epidemiologische Studien gehen insgesamt von einer Prävalenz von 25-35 % der älteren Bevölkerung aus, die psychisch erkrankt sind. Im neusten Bericht des statistischen Landesamtes Niedersachsen für den Bereich Gesundheit wird aufgezeigt, dass 110.981 Personen der im Jahr 2013 aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Patienten an einer psychischen Erkrankung litten. Davon waren 17.163 Personen (15,5 %) über 65 Jahre alt (7.141 Männer [11,8 %] und 10.022 Frauen [19,8 %]).

Die oftmals eingeschränkte Mobilität führt zu einem erschwerten Zugang von fachlicher medizinischer oder psychosozialer Hilfe. Der Wunsch von alten und hochbetagten Menschen, möglichst lang in der gewohnten häuslichen Umgebung zu verbleiben und einen Heimeintritt zu vermeiden, ist groß. Um diesem Wunsch entgegenzukommen, ist häufig die Einrichtung mehrerer und komplexer Hilfen notwendig.

Gegenwärtige Steuerungsprobleme führen zu einer Vielzahl an Unter-, Über- und Fehlversorgung und resultieren in Effizienzverlusten, verlängerten Leidenswegen der Betroffenen und erhöhten ökonomischen Folgekosten. Das Ergründen, Koordinieren und Organisieren von individuellen Hilfsangeboten ist eine höchst anspruchsvolle Aufgabe für zunächst die Berufsgruppen, die im Rahmen der Beratung, Betreuung und Versorgung arbeiten. Für die gerontopsychiatrische Versorgung heißt dies, dass u. a. die Strukturen der Altenhilfe und Sozialpsychiatrie zusammengeführt werden müssen. Dazu ein Überblick durch folgende Abbildung:

### **Arbeitsgruppe – Auftrag 1: Formulieren von Grundsätzen in der gerontopsychiatrischen Versorgung**

Die Arbeitsgruppe formulierte folgende Grundsätze nach denen sich die zukünftige Versorgung von Menschen im Alter mit psychischen Beeinträchtigungen richten muss:

1. Unter Berücksichtigung des demographischen Faktors darf Alter kein Ausschlusskriterium bei der Inanspruchnahme von Leistungen sein.
2. Die notwendige Versorgungsart muss sich vorrangig am individuellen Hilfebedarf orientieren. Dazu bedarf es einer Durchlässigkeit und/oder Kombination mehrerer Sozialgesetzbuchleistungen (z. B. SGB V; SGB XI; SGB XII). Die sinnhafte Auswahl aller unterschiedlichen Hilfsangebote muss möglich sein. Das bedingt eine gesicherte, gut vernetzte, systemübergreifende Arbeit.
3. Um eine vorschnelle stationäre Versorgung zu vermeiden, ist der landesweite, flächendeckende Ausbau von ausreichenden passgenauen ambulanten Hilfen notwendig

### **Arbeitsgruppe – Auftrag 2: Bestandsanalyse und Formulieren von Schwerpunkten in der Versorgung von gerontopsychiatrisch Erkrankten**

Zu Beginn der Bearbeitung des 2. Auftrages stellten die Teilnehmer der Arbeitsgruppe und geladene Vertreter spezieller Versorgungsangebote ihre Institutionen vor. Schwerpunkt in der Vorstellung war u. a. die Benennung aktueller Schwierigkeiten und Bedürfnisse aus Sicht der jeweiligen Institution und in Bezug auf die gerontopsychiatrische Versorgung. Hierdurch wurden folgende Forderungen bzw. Bedarfe für die Gesamtversorgung identifiziert:

**Unabhängig vom Alter und der Erkrankung des jeweilig Betroffenen ist eine neutrale, beratende Steuerungsfunktion in das Versorgungssystem als Element der Hilfeplanung notwendig.**

Umsetzung findet dieses Casemanagement-Element in einer Gerontopsychiatrischen Beratungsstelle. Die Beratungsstelle muss in der Lage sein, bereits beim Erstkontakt die aktuelle Situation fachlich einzuschätzen, ggf. sofortige Hilfsmaßnahmen einzuleiten sowie hochkomplexe Beratungsinhalte – von Krankheitsbild und Umgang mit Symptomen bis zu Leistungen der Kranken-, Pflegeversicherung, Vorsorgevollmacht etc. – zu vermitteln, um mit bedarfsgerechten Steuerungsmaßnahmen Fehlplatzierungen im Versorgungssystem zu vermeiden bzw. zu verhindern. Die aktuell zur Verfügung stehenden Beratungs-/Informationsdienste, wie z. B. Demenzberatung, Sozialpsychiatrische Dienste, Pflegestützpunkte, Pflegeberatung der Pflegekassen etc., erfüllen diesen qualitativen Anspruch in der Regel nicht bzw. nicht ausreichend.

Zurzeit wird in der Region Hannover Gerontopsychiatrische Beratung mit einer entsprechenden Casemanagement-Funktion nicht bzw. nur punktuell in der notwendigen Ausprägung vorgehalten. Punktuell, da Ratsuchende sich an den Sozialpsychiatrischen Dienst wenden, wobei dieser subsidiär arbeitet, oder an die Seniorenberatungsstellen (wie bspw. den Senioren- und Pflegestützpunkt), obgleich letztere entsprechend ihres Aufgabenprofils keine spezielle gerontopsychiatrische Beratung anbieten.

Mit der Initiierung eines solchen Angebotes wird eine geregelte – an Stelle der zurzeit zufallsbezogenen – personenzentrierte gerontopsychiatrische Versorgung unter dem Blickwinkel von Neutralität, Qualität und Wirtschaftlichkeit gewährleistet. Dass mit der Implementierung einer nachhaltigen, (ggf.) sozialraumbezogenen Beratungsstelle verbundene Ziel ist, die Versorgung der alten und hochbetagten Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern, bedarfsangemessen, erreichbar und gerecht zu gestalten.

**Die Versorgungslandschaft ist vielfältig, aber oftmals inhaltlich nicht mehr passgenau. Vorhandene Versorgungsangebote müssen sich konzeptionell den veränderten Anforderungen und Bedürfnissen der Klienten anpassen.**

Menschen mit (chronischen) psychischen Erkrankungen im Alter haben die gleichen Wohnbedürfnisse wie andere Menschen auch. Insbesondere Wohnleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe nehmen in den letzten Jahren zu.

Beispiele:

Ambulant betreute Wohnformen und stationäres Wohnen:

Die Wohnform **ambulant betreute Wohngemeinschaften** haben sich in den letzten Jahren zunehmend für Menschen mit leichteren bis mittelgradigen dementiellen Einbußen als Alternative zum stationären Wohnen etabliert. Die Niedersächsische Wohnberatungsstelle listet auf ihrer Homepage die Angebote und durch eine Expertenrunde erarbeitete Qualitätskriterien auf.

Für alt gewordene psychisch kranke Menschen tritt diese Wohnform bisher kaum in Erscheinung. Es stellt sich die Frage, ob und in welchem Maße Menschen ohne Pflegebedarf im Sinne des SGB XI und SGB XII Unterstützung erhalten, die sie benötigen. Bisherigen Erfahrungen nach werden diese Menschen aktuell in stationären Pflegeeinrichtungen untergebracht. Die Durchlässigkeit der Versorgung in den Gesetzbüchern des SGB XI und des SGB XII ist derzeit nicht gegeben und könnte sich zukünftig noch verschärfen. Es bedarf gerade im Hinblick auf die gesetzlichen Änderungen im Rahmen des Bundesteilhabegesetz und des PSG II, folgend PSG III, der Auseinandersetzung mit der Frage „Was ist das Beste für den Betroffenen?“ und dahingehend der Entwicklung und Anpassung der zukünftigen Versorgungslandschaft.

Das Angebot im **stationären Wohnbereich** für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung ist in den letzten 15 Jahren erheblich gestiegen. Die Fachgruppe Gerontopsychiatrie erarbeitete 2001 das Positionspapier „Geschlossene Einrichtungen der stationären Altenhilfe“ und erstellte 2007 Qualitätsstandards für die stationäre gerontopsychiatrische Pflege, verabschiedet in der Pflegekonferenz der Region Hannover. In Zeiten schöner Neubauten und des Pflegekräftemangels ist die Versorgungsqualität der Bewohner jedoch schwer einzuschätzen. Nicht selten sind Pflegeheime „kleine Psychiatrien“ ohne entsprechend qualifiziertes Fachpersonal und angemessene fachärztlich-psychiatrische Versorgung. Klinikeinweisungen als Ventil eines überlasteten Systems sind bspw. die Folge. Hier sind neue Problemlösungsstrategien dringend erforderlich.

Ein weiteres Thema bleibt das **Wohnen alt gewordener chronisch psychisch kranker Menschen in Senioren-Pflegeheimen**. Diese Personen treffen mit ihrem spezifischen Hilfebedarf auf hochbetagte Demenzerkrankte – Konflikte sind vorprogrammiert. Die kreative Gestaltung angemessener

Wohnformen für diese Menschen ist ein Auftrag für die Zukunft. Hierbei müssen die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen ausschlaggebend sein.

Pflegeheim / geschlossener Gerontopsychiatrischer Wohnbereich:

In der geschlossenen Gerontopsychiatrischen Pflegeeinrichtung stellen sich den Mitarbeitern zwei ganz unterschiedliche Probleme. Zum einen kommen aufgrund der mittlerweile gut ausgebauten ambulanten Angebote nur noch die demenzkranken Menschen in diese Einrichtungen, die viele Verhaltensauffälligkeiten zeigen. Oft handelt es sich hierbei um Männer im Alter zwischen 60 und 75 Jahren in gutem körperlichen Zustand, die sich fehl am Platz fühlen und aggressiv auf ihre Unterbringung reagieren. Diese Aggressionen stauen sich auf und entladen sich in Gewalt an Mitarbeitern und anderen Bewohnern. Hier kommt das Personal mit den bisherigen Möglichkeiten nicht weiter. Diese Bewohner brauchen sehr viel mehr Einzelbetreuung und Anleitung, als es die derzeitige personelle Situation im Pflegeheim zulässt.

Zum anderen kommen immer mehr relativ junge Menschen unter 60 Jahre mit der Diagnose Korsakow, Polytoxikomanie oder auch mit unbehandelten Psychosen in die geschlossene Gerontopsychiatrie. Dies ist zunächst notwendig, damit z. B. der Verzicht auf Suchtmittel, die Einnahme stabilisierender Medikamente sowie eine regelmäßige Nahrungsaufnahme gesichert sind.

Außerdem benötigen diese Menschen zunächst bei vielen Verrichtungen des täglichen Lebens sowie bei der Tagesstruktur Unterstützung bis hin zur vollständigen Übernahme der Tätigkeiten durch das Pflegepersonal, da sie zu Beginn der Unterbringung häufig in einem schlechten psychischen und physischen Zustand sind.

Zum Erhalt und zur Förderung der alltagspraktischen und kognitiven Fähigkeiten sowie zur Tagesstruktur und Beschäftigung sind vollkommen andere Angebote vorzuhalten als für demenzkranke Menschen, da bei ihnen – anders als bei Menschen mit kognitiven Einbußen – Handlungslogik und Intellekt noch vorhanden sind.

Durch eine stabile Tagesstruktur, die regelmäßige Einnahme von Mahlzeiten und Medikamenten sowie den gesicherten Verzicht auf Suchtmittel verbessert sich der Allgemeinzustand und die Orientierungsfähigkeit dieser Menschen meistens sehr schnell. Sie werden wieder selbständiger. Die geschlossene Unterbringung kann dann häufig aufgehoben werden.

In dieser Phase sind diese Menschen im Heimalltag mit seinen institutionalisierten Abläufen völlig unterfordert. Für sie greifen die bisherigen Beschäftigungsangebote nicht. Sie brauchen viel mehr ergo- und/oder arbeitstherapeutische Angebote, die im klassischen Pflegeheim nicht vorgesehen sind. Pflegerische Hilfe ist noch nötig, aber nur in geringem Umfang.

Um die Ziele Teilhabe an der Gemeinschaft, Erhalt des sozialen Netzes und Stabilisierung des psychosozialen Zustandes zu erreichen, ist oft auch eine Kombination von SGB XI und SGB XII Leistungen sinnvoll. Dies ist aktuell nicht möglich, wird aber niedersachsenweit als Problem benannt. Modellprojekte, die sich mit der Flexibilisierung und damit einer sektorenübergreifenden Versorgung des Systems beschäftigen, womöglich unabhängig von Kostenträgern, sollten hinsichtlich ihrer Machbarkeit geprüft und erarbeitet, sowie anschließend umgesetzt werden.

## **Zur Vermeidung von stationären Versorgungslösungen ist ein Aufbau von tagesstrukturierenden, möglichst niederschweligen Angeboten notwendig.**

Aus der Erfahrung im teilstationären/stationären Setting ergibt sich häufig der Bedarf an tagesstrukturierenden Angeboten, die evtl. gekoppelt mit einem Beratungsangebot, eher niederschweligen Charakter haben sollten. Damit Klienten möglichst in ihrem angestammten Umfeld verbleiben können, würde sich eine quartiersbezogene Etablierung vorteilhaft auswirken. Eine Anbindung an z. B. bestehende Begegnungsstätten, Mehrgenerationentreffpunkte o. ä. sollte dabei berücksichtigt werden. Bürokratische Hürden sollten auf ein Minimum beschränkt werden.

### Beispiel Angebote nach SGB XI §45:

Zusätzliche Betreuungs- und Entlastungsleistungen nach § 45 c Abs. 3 SGB XI sind Leistungen der Betreuung und Beaufsichtigung, die stundenweise durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer erbracht werden. Diese sind organisatorisch in der Regel z. B. bei Wohlfahrtsverbänden, Einrichtungen der Alzheimer-Gesellschaft, der Lebens- oder Nachbarschaftshilfe und stationären Einrichtungen (§ 87 b SGB XI) angegliedert und werden auch von ambulanten Pflegediensten angeboten. Die Betreuung kann sowohl in Einzelbetreuung in der Wohnung der Betroffenen, alternativ aber auch außerhalb der häuslichen Umgebung in Gruppen erfolgen. Leistungen der niedrigschweligen Betreuungsangebote sind ohne Altersbeschränkung vorgesehen für Menschen mit

- demenzieller Erkrankung
- psychischer Erkrankung sowie
- geistiger Behinderung

wenn nach Feststellung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) aufgrund der Erkrankung ein erhöhter Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies ist immer anzunehmen bei Vorliegen einer Pflegestufe, kann aber auch gegeben sein, wenn die Pflegestufe I noch nicht erreicht wird (sog. „Pflegestufe 0“).

Niedrigschwellige Betreuungsangebote (NBA) bieten Möglichkeiten zur Entlastung pflegender Personen sowie Zeit zur Alltagsbewältigung und Freizeitgestaltung. Menschen mit demenziellen bzw. psychischen Erkrankungen sowie Menschen mit einer Intelligenzminderung können am gesellschaftlichen Leben teilhaben. Somit wird soziale Isolation vermieden.

Zum heutigen Stand finden sich vielfältige NBA für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung. Eine Erweiterung der Angebotspalette für alle weiteren geronto-/psychiatrischen Krankheitsbilder ist unabdingbar, ebenso eine dem Alter der Betroffenen angemessene inhaltliche Ausgestaltung der Betreuungsangebote.

Entsprechend der erweiterten Angebote ist vorauszusetzen, dass die Schulungen für die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer inhaltlich anzupassen sind.

### **Anschrift der Verfasserin:**

Marianne Miemietz-Schmolke · Gerontopsychiatrisches Kompetenzzentrum Caritas Forum Demenz  
Plathnerstraße 51 · 30175 Hannover · E-Mail: ForumDemenz@Caritas-Hannover.de

## Fachgruppe „Sucht und Drogen“

von Alfred Lessing (*Drogenbeauftragter der Landeshauptstadt Hannover*)

Im Jahr 2016 fanden zwei Sitzungen des Runden Tisches Sucht und Drogen statt.

Die Sitzung im März 2016 konnte nicht stattfinden, da es in dieser Zeit zu einem Dezernentenwechsel kam: Herr Stadtrat Thomas Walter trat seinen wohlverdienten Ruhestand an und für ihn übernahm Frau Stadträtin Konstanze Beckedorf das Dezernat in neuem Zuschnitt, mit den Fachbereichen: Soziales, Sport und Senioren.

Im Juni 2016 wurden folgende Tagesordnungspunkte behandelt:

Herr Dr. Ingo Michels, aus der Geschäftsstelle der Bundesdrogenbeauftragten, stellte den Sucht- und Drogenbericht des Bundes für das Jahr 2015 vor.

Im Rahmen seines Vortrags erläuterte Herr Dr. Michels die aktuellen Vorhaben der Bundesdrogenbeauftragten Frau Marlene Mortler:

1. Die gesetzlich geregelte Verbesserung des Zugangs zu „Medical Marihuana“ für Patienten mit bestimmten diagnostizierten Krankheitsbildern.
2. Das Gesetzesvorhaben zur Bekämpfung der Verbreitung neuer psychoaktiver Stoffe (NpSG).

Beide Gesetzesvorhaben sollen noch im Jahr 2017 umgesetzt werden.

Im Anschluss an die Ausführungen von Herrn Dr. Michels trug der Drogenbeauftragte der Stadt Hannover, Herr Alfred Lessing, den Sucht- und Drogenbericht der LHH für das Jahr 2015 vor. Dieser Bericht war im Vorfeld bereits im Sozialausschuss des Rates der LHH vorgetragen worden. Weiterhin berichtete Herr Lessing über den aktuellen Stand des Verfahrens über die „Vereinbarung zur Verbesserung der Betreuung und Integration von Substitutionspatienten nach der Haftentlassung“; das Inkrafttreten dieser Vereinbarung ist für den 01.08.2016 geplant. Abschließend wurde über das Ergebnis eines Fortbildungsangebots durch Drobs Hannover in der Flüchtlingsunterkunft im ehemaligen Oststadtkrankenhaus berichtet, welches von der Mitarbeiterschaft in der Unterkunft sehr positive Resonanz gefunden hat.

In der Dezembersitzung wurde über den positiven Abschluss der o.g. Vereinbarung für haftentlassene Substituierte berichtet. Weiterhin wurde über die ersten positiven Erfahrungen mit dem Projekt Sucht im Alter von der Fachstelle für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeiten berichtet. Das Neue Land e. V. stellte ihr neues Projekt „Computence“ vor. Abschließend wurde von Herrn Prof. Thomas Hillemacher (MHH) auf die Initiative der Diamorphinambulanz hingewiesen, erneut bei der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen die Ermächtigung zur Behandlung mit Methadon oder auch Substitol als weitere Behandlungsoption für Opiatpatienten zu beantragen.

### **Anschrift des Verfassers:**

Alfred Lessing · Drogenbeauftragter der Landeshauptstadt Hannover · Rathaus Trammplatz 2 · 30159 Hannover  
E-Mail: [alfred.lessing@hannover-stadt.de](mailto:alfred.lessing@hannover-stadt.de)



## Bericht der Fachgruppe „Inklusion“

von Michael Sandau und Ali Türk (für die Fachgruppe)

Inklusion beginnt im Denken !  
 Inklusion erfüllt sich durch gemeinsames Tun !  
 Inklusion braucht Köpfe !  
 Inklusion braucht Strukturen !

In der Augustsitzung 2013 wurden in einer Open-Space Veranstaltung zur „Zukunft des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover 2020“ 3 Zukunftsthemen als bedeutungsvoll für den Verbund priorisiert: Gemeindepsychiatrische Zentren, Inklusiver Sozialraum und Reorganisation des AKG. Im November wurden im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie entsprechende Arbeitsgruppen zu den Themenkreisen gebildet.

Die Projektgruppe Inklusiver Sozialraum traf sich erstmals im Februar 2014 zu einer konstituierenden Sitzung. In der Februarsitzung 2015 des AKG wurde die in der Arbeitsgruppe entwickelte Projektidee vorgestellt, um Mitwirkung geworben und zur Abstimmung gestellt. Das Projekt „VERBUNDEN! Miteinander-Füreinander!“ Ein Jahr inklusiver Focus wurde als konzertierte Aktion aller Beteiligten am Sozialpsychiatrischen Verbund beschlossen. Nachdem zum Ende 2015 erst sehr wenige Projektrückmeldungen eingegangen waren, wurde die Fortführung in der AKG-Sitzung im März 2016 zur Diskussion gestellt. Die Rückmeldungen aus dem AKG legten nahe, dass das geplante Projekt ggf. den Entwicklungsstand der Träger und die Kapazitäten zur Umsetzung zum Thema Inklusion nicht ausreichend berücksichtigt hat. Es wurde angeregt, sich in Form einer Fachgruppe zunächst weiter mit dem Thema Inklusion und Psychiatrie zu beschäftigen. Die Fachgruppe Inklusion des sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover traf sich im Juni 2016 erstmals und im August und im November ein weiteres Mal. Die bisherige Tätigkeit bestand aus der Identifizierung von Themen:

- Arbeit und Beschäftigung
- Welche Barrieren für Menschen mit psychischen Erkrankungen werden von Betroffenen identifiziert?
- Welche Barrieren für Menschen mit psychischen Erkrankungen werden von Profis identifiziert?
- Was funktioniert schon inklusiv bei den Trägern und im Verbund?
- Welche inklusiven Projekte existieren bereits bei den Trägern im Verbund?
- Wie füllen wir den Begriff Inklusion für die psychisch beeinträchtigten Menschen? (...wir brauchen keine Rampen und abgesenkte Bordsteine...)
- Sind der AKG und die Strukturen im Verbund inklusiv?
- Wie können unsere Angebotsstrukturen (der Träger) inklusiver werden?
- Wie kann es gelingen eine „inklusive Sichtweise“ bei allen Akteuren im Verbund zu stärken?
- Wie wird Inklusion von der Region finanziell und strukturell gefördert?
- Wie gelingt es Inklusion zur „Chefsache“ in der Region zu machen?
- Wie finden die Stimmen der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in den vorhandenen Strukturen der Region Gehör?

- Welche inklusiven Projekte könnten wir entwickeln?
- Kollegiale Beratung zum Thema Inklusion.
- Inklusion ist Antistigma – Arbeit. Was kann der Verbund zu diesem Thema tun?

und deren Priorisierung:

1. Umfrage zum Thema: Identifizierung von Barrieren aus Sicht von Betroffenen und Profis.
2. Umfrage zum Thema: welche inklusiven Angebote/Bemühungen existieren bereits bei den Trägern im Verbund?

Für das Jahr 2017 wird die Erstellung und Umsetzung einer Befragung zum 1. Thema den Schwerpunkt der Arbeit bilden.

Das Thema, wie der sozialpsychiatrische Verbund mit seinen Institutionen in den Aktionsplan und das Verfahren „Inklusive Region Hannover“ einbezogen ist begleitete die bisherigen Sitzungen durchgängig. Hierzu mussten wir feststellen, dass es bis dato nur eine sehr mangelhafte Kommunikation und Beteiligung von Anbietern des Verbundes und auch der Betroffenen durch die Region Hannover gibt. Die Fachgruppe stellt fest:

Die Verwaltung der Region Hannover signalisiert den Wunsch nach Beteiligung von Menschen mit Behinderung, unabhängig von der Art ihrer Behinderung an der Entstehung eines Aktionsplanes. Wenn sich die Betroffenen dennoch nicht ausreichend beteiligen, ist die Annahme, dass sie es nicht wollen, unzutreffend. Eher zeigt sich hier die bestehende systembedingte Exklusion von Menschen mit Behinderung an gesellschaftlicher und politischer Teilhabe. In besonderer Weise sind davon Menschen mit psychischer Erkrankung betroffen. Diagnosespezifisch ist ihnen oft der soziale Zugang und Kommunikationsfähigkeit zur Beteiligung erschwert. Es wäre wünschenswert, dass von Seiten der Region Hannover Maßnahmen und Strukturen geschaffen werden, die tatsächlich ermöglichen und zulassen, dass Betroffene sich beteiligen. Wichtig wäre es, den Verfahrensweg zu überprüfen. Scheinbar wurden auf dem gegangenen Weg die Menschen, um die es eigentlich geht, nicht erreicht und zur Teilnahme aktiviert.

Desgleichen ist die Einbeziehung des sozialpsychiatrischen Verbundes wünschenswert.

Die Fachgruppe Inklusion trifft sich maximal 6 Mal im Jahr, jeweils am 4. Montag des ungeraden Monats und freut sich besonders über weitere interessierte Teilnehmer.

**Anschrift der Verfasser:**

Michael Sandau · KRH Psychiatrie Langenhagen · Rohdehof 3 · 30853 Langenhagen · E-Mail: michael.sandau@krh.eu  
 Ali Türk · Institut für transkulturelle Betreuung (BtV) e. V. · Freundallee 25 · 30173 Hannover · E-Mail: ali.tuerk@itb-ev.de

## Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“

von Birgit Dietl (*Sprecherin der Fachgruppe*)

### Sitzungstermine

Die Fachgruppe Kinder und Jugendliche im Sozialpsychiatrischen Verbund tagt 4 mal im Kalenderjahr.

### Teilnehmerkreis

An den Sitzungen der Fachgruppe nehmen regelmäßig zwischen 10 und 15 Fachkräften unterschiedlicher Träger teil.

- AfW – Arbeitsgemeinschaft für Wohngruppen und sozialpädagogische Hilfen e.V. Hannover, Heilpädagogische-therapeutische Wohngruppe Lichtblick
- BAF e.V. – Bildungsmaßnahmen im Arbeits- und Freizeitbereich
- FaB – Fachanbieter für Betreuungen
- Gesellschaft für pädagogisch-psychologische Beratung e.V., Sallstraße
- HKA, Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
- HKA, Auf der Bult, Kinder- und Jugendkrankenhaus
- KRH, Klinikum Region Hannover, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Wunstorf
- LH Hannover, Fachbereich Jugend und Familie, Heimverbund
- LH Hannover, Fachbereich Jugend und Familie, Jugend- und Familienberatung
- Niedersächsische Landesschulbehörde, Regionalabteilung Hannover, Dezernat 5 – Schulpsychologie
- Pestalozzi-Stiftung
- Stadt Langenhagen, Allgemeiner Sozialer Dienst, Bereich seelische Behinderung stationär, teilstationär und ambulant
- Stephansstift – Evangelische Jugendhilfe
- Region Hannover, Allgemeiner Sozialer Dienst, Eingliederungshilfe
- Beta 89
- u.a.

### Schwerpunktt Themen im Jahr 2016

1. Sitzung: Themensammlung für 2016/ 2017
2. Sitzung: Die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Auf der Bult, Kinder- und Jugendkrankenhaus stellt sich vor, insbesondere mit den Arbeitsbereichen Akutstation (besonders beschützender Bereich) und der Institutsambulanz, Referentin: OÄ Frau Dr. Franck
3. Sitzung: „Suizidalität im Kindes- und Jugendalter und deren Prävention“ Referent: Herr Pohl von der sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche und deren Familien der Region Hannover
4. Sitzung: „Arbeit mit jungen Geflüchteten“ mit einem Input von Herrn Deilami von der Region Hannover und der Regionalleitung des Stephansstiftes /Evangelische Jugendhilfe Hannover Frau Dehmlow

#### Anschrift der Verfasserin:

Birgit Dietl · Auf der Bult, Kinder- und Jugendkrankenhaus · Janusz- Korczak-Allee 12 · 30173 Hannover  
E-Mail: Dietl@hka.de

## Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“

von Thorsten Sueße (*Sprecher der Fachgruppe*)

Die Fachgruppe Krisen- und Notfalldienst hat im Jahr 2016 nicht getagt.

### **Anschrift des Verfassers:**

Dr. med. Thorsten Sueße · Region Hannover · Sozialpsychiatrischer Dienst · Peiner Str. 2 · 30519 Hannover  
E-Mail: Thorsten.Suess@region-hannover.de

## Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“

von Ahmet Kimil (*Sprecher der Fachgruppe*)

Im Jahr 2016 fanden 3 Fachgruppensitzungen statt. Im Durchschnitt haben an den Fachgruppensitzungen 10 Teilnehmer/-innen, aus verschiedenen Einrichtungen regelmäßig teilgenommen. Die Fachgruppe hat sich im Jahr 2016 schwerpunktmäßig mit den Ergebnissen der Erstellung des sozialpsychiatrischen Wegweisers für die Region Hannover sowie mit Vernetzungsaktivitäten zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern in der Region Hannover beschäftigt.

### **Sozialpsychiatrischer Wegweiser für die Region Hannover**

Auf Empfehlung der Fachgruppe Migration und Psychiatrie hat das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. 2015 einen Antrag zur Erstellung eines Sozialpsychiatrischen Wegweisers bei der Region Hannover eingereicht. Der Antrag des EMZ wurde ab März 2016 für 12 Monate positiv beschieden.

Daraufhin hat die Fachgruppe Migration und Psychiatrie entschieden, dass eine Unterarbeitsgruppe ins Leben gerufen wird, die die Entwicklung und Erstellung des Wegweisers durch das EMZ beratend begleiten soll. Die Mitglieder dieser Arbeitsgruppe bestehen aus Hr. Blanke (Psychiatriekoordinator), Frau Dr. Gunkel (SpDi Freytagstr.), Fr. Tomaske (SpDi Plauener Straße) sowie den beiden EMZ-MitarbeiterInnen Hr. Kimil und Frau Baimler-Dietz.

Diese Arbeitsgruppe hat sich 2016 mehrfach getroffen. Das EMZ hat einen Zeit- und Umsetzungsplan erstellt, alle Sitzungen wurden protokolliert und die Ergebnisse der Fachgruppe Migration und Psychiatrie regelmäßig rückgemeldet.

Das EMZ hat in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe ein umfangreiches Konzept erstellt und mit der Umsetzung begonnen. Ende 2016 sind bereits 70-80 % Prozent des Wegweisers erstellt worden.

Das Wegweiser-Projekt sollte ursprünglich im Februar 2017 beendet werden. In der Zwischenzeit haben der Bundestag und der Bundesrat das neue Bundesteilhabegesetz beschlossen. Da das neue Gesetz hat weitreichende inhaltliche Auswirkungen auf die Beschreibung der Angebote und rechtlicher Rahmenbedingungen des Wegweisers. Daher wird wurde eine Verlängerung der Bearbeitungszeit besprochen. Ziel ist es den Wegweiser dann spätestens im September 2017 abzuschließen und der Region Hannover zu übergeben.

## Vernetzung zwecks besserer psychiatrischer Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern in der Region Hannover

Die Fachgruppe Migration und Psychiatrie hat sich im Jahr 2016 intensiv mit der Frage beschäftigt, wie die psychiatrische Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern in der Region Hannover durch eine bessere Vernetzung weiterentwickelt werden kann.

Hierzu hat die Fachgruppe am 31.05.2016 das Flüchtlingswohnheim des DRK im ehemaligen Oststadt Krankenhaus besucht. Frau Drechsler vom DRK hat die Arbeit und Räume des Flüchtlingswohnheims Oststadt Krankenhaus vorgestellt.

Mit der Eröffnung dieses Wohnheimes auf die immer größere Zahl von Flüchtlingen reagiert hat, die der Stadt Hannover zur Unterbringung zugewiesen wurden. Das Wohnheim wird vom Deutschen Roten Kreuz (DRK) betrieben. Mehr als 700 Schutzsuchende leben hier, viele kommen u. a. aus Syrien, Albanien, Ghana, Kosovo, Afghanistan, Georgien etc. 80% der Bewohner sind Männer (viele sind jung) und ca. 20% sind Frauen und Familien. Zusätzlich wurden zahlreiche Angebote und Maßnahmen des DRK vorgestellt und beschrieben.

Das DRK ist mittlerweile vernetzt mit den Institutionen der Mitglieder Fachgruppe Migration und Psychiatrie. Auch hat das DRK beschlossen, regelmäßig Mitarbeiter/-innen zu den Sitzungen der Fachgruppe zu entsenden.

In Folge dieser Aktivitäten hat die Fachgruppe beschlossen, dass die nächsten Treffen jedes Mal in einer anderen Einrichtung der Mitglieder stattfinden soll. Gemäß dem fand die Sitzung der Fachgruppe am 06.09.2016 beim Klinikum Wahrenndorff (Zentrum Transkulturelle Psychiatrie & Psychotherapie, Tagesklinik Linden) statt. Frau Dr. Calliess, die die Tagesklinik leitet, hat den Mitgliedern der Fachgruppe die Einrichtung und das Konzept vorgestellt.

### **Anschrift des Verfassers:**

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

## Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“

von Uwe Reicherts-Boers und Henning Kurth (*Sprecher der Fachgruppe*)

Der Schwerpunkt der Arbeit in der Fachgruppe lag im Jahr 2016 weiterhin darin, die Versorgung der Menschen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe mit psychiatrischen Auffälligkeiten und Erkrankungen perspektivisch nachhaltig zu verbessern. Im Bericht 2015 hatten wir dargestellt, dass wir eine Kurzumfrage in den SpDi zur Bedarfseinschätzung der Behandlungsnotwendigkeit durchgeführt haben.

Hieraus hat sich ergeben, dass auch die Beratungsstellen unsere Einschätzung teilten, dass ein erhöhter Beratungs- und Behandlungsbedarf gegeben ist.

Infolgedessen haben wir eine weitere Umfrage bezogen auf die Institutsambulanzen durchgeführt und ausgewertet. Bei dieser erweiterten Umfrage ging es uns in erster Linie darum zu erfahren, ob behandlungsbedürftige Menschen aus der Wohnungslosenszene dort behandelt werden, wie die Zugangsvoraussetzungen in den Institutsambulanzen sind und ob – und wenn ja: wie – dieses Behandlungsangebot in der Region Hannover angenommen wird. Das Ergebnis war erfreulich aber auch ernüchternd zugleich. Erfreulich dahingehend war, dass fast alle angeschriebenen Institutsambulanzen auf die Umfrage reagiert haben.

Die eingegangenen Antworten haben gezeigt, dass die Behandlungsnotwendigkeit auch seitens der Institutsambulanzen gesehen wird. Die Auswertungsergebnisse der Beratungsstellenabfrage wurden bestätigt. Ferner haben die Institutsambulanzen ebenfalls bekundet, dass sie grundsätzlich auch für den von uns eingegrenzten Personenkreis der Wohnungslosen zuständig sind. Ernüchternd war aber das Ergebnis dahingehend, dass alle Institutsambulanzen auch benannt haben, dass dieser Personenkreis kaum bis gar nicht in den Institutsambulanzen zur Behandlung kommt. Dieses Ergebnis stellt die Fachgruppe im kommenden Jahr vor die Aufgabe, Ideen und Konzepte zu entwickeln, die hier eine Brücke sein können, dass Menschen mit Behandlungsbedarf und Behandlungswillen auch dort ankommen und behandelt werden können. Eine weitere Befragung steht noch aus und soll nun in 2107 durchgeführt werden. Hier wollen wir erfahren, welche niedergelassenen Fachärzte für Wohnungslose Behandlungskapazitäten haben und wie ein niedrigschwelliger Zugang gewährleistet sein kann.

Im Rahmen von Informationsaustausch in der Fachgruppe konnte wichtiges Fachwissen an die Teilnehmenden weitergegeben werden. In diesem Sinne konnten wir Herrn Herr Dr. Sueße dazu gewinnen, die aktualisierten Ablaufregularien/Abläufe zur psychiatrischen Notfallversorgung in der Region und die Änderungen im NPsychKG vorzustellen. In einer weiteren Sitzung der Fachgruppe stellte Frau Schomaker vom Pflegestützpunkt der Region Hannover die Arbeit in den Pflegestützpunkten vor. Dem folgte von Frau Pohl die Präsentation einer neuen Einrichtung in Hildesheim („Herberge zur Heimat“) in dem Menschen nach Inhaftierung und Wohnungslosigkeit gemäß § 67 SGB XII eine neue Bleibe und Wohnung finden können. Das EHAP geförderte Projekt „Re\_StaRt“ hat sein Angebot vorgestellt und nimmt in Zukunft an der FG teil.

Es wurde im Berichtsjahr erneut deutlich, dass unser Personenkreis der psychisch kranken Wohnungs- und Obdachlos nur marginal Zugang zu den Strukturen der Versorgung findet, obwohl grundsätzlich Ressourcen bereitgehalten werden. Oft gelingt die Anbindung an eine psychiatrische Versorgung im Einzelfall nur über die Nutzung informeller Kontakte.

Hieraus leitet die Fachgruppe als einen Arbeitsauftrag für das Jahr 2017 ab, eine konkret vereinbarte Hilfestruktur zu installieren, durch die der Hilfen unabhängig von individuell handelnden Helfer strukturell gesichert werden.

Hierzu hat die Fachgruppe ihre Teilnehmer und Teilnehmerinnen aufgefordert, in ihren jeweiligen Netzwerken und Kompetenzbereichen Ressourcen abzufragen und in einem Pool zur Verfügung zu stellen. Unsere Annahme ist, dass – wenn wir mit guten Beispielen vorgehen und weitere Res-

sourcenerbringer gewinnen können – das Hilfesystem in der Wohnungslosenhilfe für diesen Personenkreis enorm bereichert wird. Unser Ziel ist es, am Ende des Jahres 2017 eine funktionstüchtige, vereinbarte, und verbindliche Hilfestruktur installiert zu haben.

Die Fachgruppe tagt alle 2 Monate und ist offen für die aktive Mitarbeit neuer Mitglieder. Die genauen Termine können beim Sprecherteam angefragt werden. Dankenswerterweise konnten unsere Sitzungen, wie seit vielen Jahren, im Werkheim e.V. Hannover durchgeführt werden. An dieser Stelle möchten wir hierfür unseren Dank aussprechen. Die Sprecherfunktion und auch die inhaltliche Koordination der Fachgruppe werden weiterhin von Uwe Reichertz-Boers (SuPA GmbH) und von Henning Kurth, (Werkheim e.V.) wahrgenommen.

**Anschriften der Verfasser:**

Uwe Reichertz-Boers · SuPA GmbH · Königstr. 6 · 30175 Hannover · E-Mail: umreich@web.de  
Henning Kurth · Werkheim e.V. · Büttnerstr. 9 · 30165 Hannover · E-Mail: info@werkheim.de

## **Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“**

von Manfred Willems und Birgit Theye-Hoffmann (*Sprecher/-innen der Fachgruppe*)

### **Organisatorisches**

Die Fachgruppe zeichnet sich durch eine regelmäßige Teilnahme unterschiedlichster Einrichtungen aus dem Hilfesystem, der Teilnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes und teilweise der Leistungsträger aus. Sie ist mit durchschnittlich 28 Teilnehmenden gut besucht.

Organisatorisch hat es einen Wechsel der Fachgruppensprecher gegeben, da der langjährige Sprecher der Fachgruppe, Wolfgang Bunde, in den Ruhestand gegangen ist. Als stellvertretende Fachgruppensprecherin ist Frau Birgitt Theye-Hoffmann (beta89) und als Sprecher der Fachgruppe Herr Manfred Willems (Hannoversche Werkstätten gem. GmbH) gewählt worden.

Mit dem Wechsel der Sprecher hat sich auch der Treffpunkt der Fachgruppe geändert. Die Fachgruppe trifft sich in jedem ungeraden Monat am dritten Mittwoch von 09:00 Uhr bis 11:00 Uhr im Haus der Region.

### **Bearbeitete Themen**

Die inhaltlichen Schwerpunkte der Fachgruppe lagen in der ambulanten Versorgung im Rahmen der Eingliederungshilfe. Insbesondere ist hier die Veröffentlichung des „Qualitätsstandards im Ambulant Betreuten Wohnen in der Region Hannover“ zu nennen. Hier ist in laufender Rückkopplung mit der Fachgruppe ein Grundlagenpapier entstanden, welches neben der Durchführung der Maßnahme auch den Umgang mit Entwicklungsberichten, Erstanträgen zu Hilfeplanungen und anderes empfiehlt. Das Dokument können Sie <http://www.hannover.de/Leben-in-der-Region-Hannover/Gesundheit/Beratungsstellen/Sozialpsychiatrischer-Verbund> downloaden.

Als weiteres Thema im Jahr 2016 ist die „Abgrenzung zwischen der Ambulant psychiatrischen Pflege (APP) und dem Ambulant betreuten Wohnen (ABW)“ zu nennen. Hierbei ging es insbesondere um die Differenzierung, Übergänge und Umsetzung der Zielsetzung beider Angebote, da diese auf den ersten Blick einige Überschneidungen aufzuweisen scheinen. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass beide Angebote parallel genutzt werden können, dass das APP eine Pflegeleistung als medizinische Nachsorge oder Krisenintervention ist und es sich beim ABW um eine pädagogische Eingliederungshilfemaßnahme handelt. Neben den Unterschieden in der Ausrichtung der Beziehungsarbeit sind zudem die Zugänge zum Hilfesystem unterschiedlich und unterschiedlich schnell zu handhaben.

Die Themen „Sozialraumorientierung“ und „Psychosoziale Betreuung von Flüchtlingen“ wurden stetig behandelt, es sind hieraus jedoch keine konkreten Handlungen entstanden.

Der Umgang mit den „Datenblättern C“ und deren Nutzen wurde ebenfalls in der Fachgruppe diskutiert. Mehrheitlich wurde die Erhebung begrüßt, jedoch wurde darauf hingewiesen, dass das Verfahren teilweise als aufwendig empfunden wird. Zudem besteht der Wunsch der Fachgruppe die Ergebnisse mehr in den Einrichtungen zu kommunizieren, um den Nutzen der Erhebung deutlicher auf Einrichtungsebenen hervorzuheben. Die Auswertung der „Datenblätter C“ für das Jahr 2015 wird Thema der FG im Januar 2017 sein.

## Perspektiven

Aktuell und auch in 2017 werden die Themenschwerpunkte in der „Veränderung der Eingliederungshilfe“ liegen. Zu nennen sind hier die Folgen des Niedersächsisches Gesetzes über unterstützende Wohnformen (NuWG) und die Folgen für die ambulanten Wohngemeinschaften, die Regelungen des Bundeteilhabegesetzes (BTHG) und das Verhältnis von Teilhabeleistungen und Pflegeleistungen bzw. die Trennung von Fachleistungen und Grundsicherungsleistungen im Bereich der Wohnheime. Die Thematiken der Inklusion und Sozialraumorientierung werden in 2017 voraussichtlich mehr in den Vordergrund rücken.

### **Anschrift der Verfasser:**

Manfred Willems · Hannoversche Werkstätten gem. GmbH · Thurnithstraße 1 · 30519 Hannover

E-Mail: manfred.willems@hw-hannover.de

Birgitt Theye-Hoffmann · beta89 Betreutes Wohnen · Rotermundstraße 27 · 30165 Hannover

E-Mail: theye-hoffmann@beta89.de



## Berichte der Sektor-Arbeitsgemeinschaften

### Sektor-Arbeitsgemeinschaft Deisterstraße

von Doris Rolfes-Neumann (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

#### Einzugsgebiet und Termine

Der Sektor Hannover Süd-West umfasst die Stadtteile Linden, Limmer, Ahlem, Mühlenberg, Wettbergen, Oberricklingen und Ricklingen mit einer Gesamteinwohnerzahl von knapp 150.000 Menschen und einem recht hohen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund. Insgesamt befinden sich derzeit in unserem Sektor sechs jeweils vom DRK geführte Flüchtlingsunterkünfte. Die Sektor-AG Süd-West traf sich wie auch in den vergangenen Jahren jeweils am 2. Mittwoch des 2. Monats im Quartal in der Zeit von 13:30 Uhr bis 15:00 Uhr in den Räumlichkeiten der sozialpsychiatrischen Beratungsstelle in der Deisterstraße 85a in Linden-Süd.

#### Teilnehmerkreis

Im Jahr 2016 nahmen erneut Mitarbeiter verschiedenster Einrichtungen an den Treffen der Sektor-AG teil, so Vertreter verschiedener ambulanter psychiatrischer Pflegedienste und verschiedener Anbieter ambulant betreuten Wohnens, Mitarbeiterinnen einiger Ergotherapie Praxen sowie der Hannoverschen Werkstätten, zum Teil auch Mitarbeiter des kommunalen Sozialdienstes sowie der Betreuungsbehörde der Region Hannover und schließlich Mitarbeiter der PIA in der Deisterstraße und des Godehardstiftes sowie der Beratungs- und Begegnungsstelle Lindenbaum.

#### Bearbeitete Themen

Welches waren in diesem Jahr die von den Teilnehmern der Sektorgemeinschaft Süd-West bearbeiteten Themen? Ein wichtiges Thema war die Darstellung des persönlichen Budgets, dass seit dem 01.01.2008 eine reguläre Sozialleistung ist. Des Weiteren war Thema die Vorstellung des Autismuskompetenzteams und der diesbezüglichen Arbeit der Mosaik GmbH der Hannoverschen Werkstätten. Des Weiteren wurde das hannoversche Präventionsprojekt für Kinder psychisch erkrankter Eltern (Hakip) vorgestellt und Möglichkeiten und Grenzen ambulanter psychiatrischer Pflege erörtert. Darüber hinaus wurde entsprechend der Ziele des sozialpsychiatrischen Verbundes auch aus den Sitzungen des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie sowie vereinzelt auch aus verschiedenen Fachgruppen des sozialpsychiatrischen Verbundes berichtet.

Ziele der einzelnen Sitzungen hier waren neben den jeweiligen Berichten der Referenten auch möglichst rege Diskussionen zu den jeweiligen Themen sowie Berichte aus den einzelnen Einrichtungen, die in den Sektor-AG-Treffen vertreten waren. Meiner Einschätzung nach wäre ein mögliches Ziel für das Jahr 2017 auch ein noch stärkerer Austausch der Teilnehmer über ihre jeweilige Arbeitssituation. Darüber hinaus erhoffen wir uns erneut Berichte von externen und auch internen Referenten. Geplant ist für die Sektor-AG-Sitzung im Februar 2017 ein Bericht einer Psychologin aus dem Stephansstift über die dortigen Angebote.

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

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

## Sektor-Arbeitsgemeinschaft Freytagstraße

von Ulrike.Johanning-Schoenfeld (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

### Sektor der Beratungsstelle

- Bemerode, Bult, Calenberger Neustadt, Döhren, Mitte, Mittelfeld, Seelhorst, Südstadt, Waldheim, Wülfel.

### Sitzungstermine

- jeden 1. Mittwoch im Quartal,
- 3 x in der Beratungsstelle Freytagstraße 12A,
- 1 Treffen fand in der Diakonie Himmelsthür, Hildesheimer Str. 272 statt.

### Teilnehmerkreis

- Vertreter aus Altenheimen,
- Pflegediensten,
- Kommunaler Seniorenservice,
- vollstationäre und teilstationäre Versorgungsbereiche,
- Träger komplementärer Angebote und Einrichtungen,
- Team Betreuungsangelegenheiten,
- Krankenhaussozialdienst.

### Bearbeitete Themen

- Input zum Thema Borderline und Persönlichkeitsstörungen,  
Referentin Frau Dr. med. Gunkel, Beratungsstelle Freytagstraße  
Austausch und Diskussion
- Input zum Thema Betreuungsrecht / Betreuungsbehörde, Referent Herr Kiel  
Austausch und Diskussion
- Vorstellung AWO-Zuverdienst,  
Referentin Frau Semrau  
Vorstellung Beta-Reha,  
Referent Herr Vajhøj  
Austausch und Diskussion
- Vorstellung der Diakonie Himmelsthür durch Herrn Tell in der Hildesheimer Straße.  
Vorstellung der KuGel durch Frau Andermark, Fips  
Austausch und Diskussion

Die Sektor-Arbeitsgemeinschaft in der Freytagstraße dient neben dem informativen Charakter über Angebote im Sektor auch dem Austausch und der Förderung einer kooperativen Zusammenarbeit. Das Team der Beratungsstelle in der Freytagstraße bedankt sich bei den Teilnehmern der SAG für die gute Zusammenarbeit und freut sich auf eine weiterhin interessierte Teilnahme im Jahr 2017.

#### Anschrift des Verfassers:

Ulrike Johanning Schönfeld · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle · Freytagstraße 12A  
30169 Hannover · E-Mail: Ulrike.Johanning-Schoenfeld@Region-Hannover.de

## Sektor-Arbeitsgemeinschaft Königstraße

von Andreas Roempler (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

Die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Königstr. 6, 30175 Hannover, ist dem Fachbereich Soziales (OE 50) der Region Hannover angegliedert. Ihr obliegt im Rahmen der vorbeugenden, begleitenden und nachgehenden Hilfen die Betreuung von psychisch erkrankten Menschen und deren Familien, die in der Region Hannover ihren Aufenthaltsort haben. Um diese Aufgaben effektiv wahrnehmen zu können, ist die Region Hannover mit 1.144.481 (31. Dez. 2015) EinwohnerInnen in mehrere Beratungsstellen-Sektoren aufgeteilt, für die jeweils Ärztinnen, Sozialarbeiterinnen und Fachpflegekräfte tätig sind.

### Sektor der Beratungsstelle

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

### Sitzungstermine

Die Sitzungen der SAG fanden alle zwei Monate, jeweils am ersten Mittwoch des entsprechenden Monats in der Zeit von 13:30 Uhr –15:30 Uhr statt.

### Teilnehmerkreis

AHMB e.V., AWO (betreutes Wohnen), BAF e.V. – Verein für Bildungsmaßnahmen im Arbeits- und Freizeitbereich, Balance (betreutes Wohnen), beta – Zuverdienst, beta Tagesstätte, Betreuungsstelle - Region Hannover, Dr. med. Anne Wilkening I, ErA, Ergotherapeutische Ambulanz – Königstraße, FaBel, Gfl mbH, Hannoversche Werkstätten GmbH (Autismus Alltags Assistenz), Hannoversche Werkstätten, Institutsambulanz – Königstraße, JobCenter, Künstlerhaus Aue, Bunthus, KSD – Fachbereich Jugend und Familie – Landeshauptstadt Hannover, Mosaik gem. GmbH, Polizei Hannover (Kontaktbeamte), Psychologisch-Therapeutische Beratung für Studierende (ptb), Senioren Service – Landeshauptstadt Hannover, Verein Psychatrie-Erfahrene Hannover e.V. (VPE), WERTE e.V.

### Schwerpunkte, Akzente und behandelte Themen

- Psychosoziale Beratung (SGB II § 16a mittels Beratungsschein über das JobCenter)
- **Psycho-Soziales Coaching** (IFNV, Institut Für Nachhaltiges Veränderungsmanagement)  
Das Coaching ist nach § 45 Abs.1 SGB III zertifiziert. Bei Vorliegen der individuellen Förder Voraussetzungen erfolgt die Kostenübernahme durch das JobCenter.

## Vorstellungen

### Zuverdienst-Projekt der AWO

Dieses Pilotprojekt richtet sich an Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die nicht auf dem allgem. Arbeitsmarkt tätig sein können.

FAM (Fachambulanz für Alkohol-und Medikamentenabhängige)

Das interdisziplinäre Team bietet Beratungsgespräche (Betroffene, Angehörige, Paare), bietet Hilfe bei Krisen, Vermittelt amb. und stat. Therapie.

Angebote: eigene Therapie und Therapiegruppen.

### Autismus Kompetenz Team (Partnerorganisation, Mosaik – inklusiv Leben)

Bietet:

Vollstationäres Wohnen, Wohngemeinschaften, Wohnschule

Freizeit- soziale Kompetenzgruppen

Eingangsverfahren u. Bildungsbereich

Werkstatt Lüdersen, (und externe Arbeitsplätze) Jobcoaching

Schulbegleitung

Seniorengruppe (in Planung)

### Stephansstift Berufsbildungszentrum

Stellt die Einrichtung und inhaltliche Arbeit vor.

Innerhalb der Einrichtung zeigt sich ein „Diagnoseumschwung“ von Entwicklungsverzögerung hin zu psychischen Erkrankungen bei den Betroffenen.

Netzwerkstrukturen werden angestrebt, um die ambulante Versorgung zu ermöglichen.

#### Anschrift des Verfassers:

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

## Sektor-Arbeitsgemeinschaften Laatzen/Hemmingen und Springe/Pattensen

von Horst-Peter Michel (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

### Sektor der Beratungsstelle

Wir bieten jeweils eine Sektorarbeitsgemeinschaft für die Bezirke Laatzen/ Hemmingen und Springe/ Pattensen an. Die Entscheidung zur Durchführung von zwei getrennten Arbeitsgemeinschaften ergab sich aufgrund der örtlichen Zuständigkeiten der teilnehmenden Institutionen.

### Sitzungstermine

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

## Teilnehmerkreis

Die Sektorarbeitsgemeinschaften waren mit jeweils ca. 20-25 Teilnehmern gut besucht. Es fand ein reger Austausch statt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kamen u.a. aus der ambulanten psychiatrischen Pflege, der Suchtberatung, von der Polizei und vom Betreuungsgericht, aus der ambulanten und stationären Eingliederungshilfe, den Beratungsstellen und dem Treffpunkt des Diakonieverbands, dem Jobcenter und den Fachdiensten Jugend und Soziales der beteiligten Städte. Auch rechtliche Betreuerinnen und Betreuer nahmen teil.

## Bearbeitete Themen

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

Springe/Pattensen: Die Sitzungen fanden im DRK-Gebäude in Springe statt. Dort wird von unserer Sozialarbeiterin Frau Prella seit vielen Jahren auch eine Sprechstunde und eine Gesprächs- und Aktivitätsgruppe angeboten.

Im Frühjahr stellte Frau Hagemann, Betreuungsstelle der Region Hannover, die umfangreiche Arbeit der Betreuungsstelle vor und informierte über Veränderungen, die sich aus Gesetzesänderungen im Betreuungsrecht ergeben haben.

Im November referierte der Kontaktbeamte der Polizei Springe, Herr Günther, über die präventiven Aufgaben der Polizei und sein Arbeitsfeld als Kontaktbeamter in der Stadt Springe.

Laatzen/Hemmingen: Im April traf sich die Arbeitsgemeinschaft im Standort der Hannoverschen Werkstätten in Laatzen/Rethen. Herr Andresen und seine Kolleginnen stellten die Einrichtung für berufliche und soziale Teilhabe vor und führten uns durch die Arbeitsbereiche der Werkstatt.

Eine weitere Sitzung fand im Herbst in der Tagesklinik des Klinikums Warendorff am Welfenplatz statt. Frau Schwarzer und Frau Hebenbrock stellten das therapeutische Angebot vor und führten uns durch die Räumlichkeiten. Das Behandlungsangebot richtet sich an Patienten in Lebenskrisen, mit depressiven Reaktionen auf belastende Lebensereignisse, wiederkehrenden depressiven Störungen sowie Menschen mit Burnout-Syndrom und Angsterkrankungen.

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

### **Anschrift des Verfassers:**

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

## Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen

von Ulrike Jamroszczyk (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

### Sektor / Teilnehmerkreis

Von den für das Jahr 2016 geplanten vier Tagungen der Sektor-AG fanden aufgrund kurzfristiger Absagen von Referenten, in Verbindung mit mangelnden Zeitressourcen des Teams, nur zwei statt. Das Interesse der von uns regelmäßig eingeladenen Mitarbeitern aus mittlerweile 43 verschiedenen Institutionen der Versorgungsgebiete Langenhagen, Wedemark, Isernhagen, Burgwedel war auch in diesem Jahr groß und vergleichbar mit den Jahren zuvor (zwischen 15 und 20 Teilnehmer).

Die Sektor-AG in Langenhagen hat sich als wichtige Arbeitsgemeinschaft zur Vernetzung der zur Verfügung stehenden Hilfen im Sinne niedrigschwelliger und individueller Unterstützung für Betroffene etabliert. Gleichzeitig findet neben den Beschäftigungen mit festgelegten Themen ein intensiver Austausch über Veränderungen und Erfahrungswerte in den jeweiligen Institutionen statt. Die Themenwünsche für das kommende Jahr werden in der Regel zum Jahresende von den anwesenden Teilnehmern zusammengetragen und im Verlauf des Jahres durch aktuelle Themen ergänzt.

### Sitzungstermine / Themen

Das erste Treffen fand am 01.06.2016 statt. Tagesordnungspunkt war zum einen die neue Gesetzgebung zur medizinischen Versorgung im Asylrecht mit Schwerpunkt Psychiatrie. Es referierten Frau Dr. Birschel und Frau Dr. Hauser (Fachärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie im Sozialpsychiatrischen Dienst Langenhagen). Im weiteren Verlauf folgte, wie vorgesehen, ein reger Erfahrungsaustausch der Teilnehmer.

Am 25.11.2016 trafen sich die Teilnehmer zur zweiten Sektor-AG. Der erste Tagesordnungspunkt war dem Thema Arbeit mit Flüchtlingen gewidmet. Die Mitarbeiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Frau Wellmann stellte das von der Region zunächst auf 2 Jahre begrenzte Angebot individueller Hilfe für Flüchtlinge mit einer psychischen Erkrankung vor. Das Team besteht aus 2 Sozialarbeiterinnen mit jeweils ½ Stelle. Die zweite Stelle wird durch Frau Jaskulska ausgefüllt. Das Projekt, an dem die Fachärztin Frau Schlotthauer beteiligt ist, ist eine Reaktion der Region Hannover auf die Feststellung eines hohen Hilfebedarfs in diesem Bereich.

Der zweite Tagesordnungspunkt widmete sich der Versorgungslage Obdachloser Menschen in der Region Hannover (städtische und ländliche Struktur).

Frau Jamroszczyk stellt die Ergebnisse einer durch den Arbeitskreis Psychiatrie und Obdachlosigkeit durchgeführten Erhebung vor. Sie betrifft die Versorgungslage psychisch kranker Menschen in der Obdachlosigkeit. Die Fragebögen wurden von Herrn Kirchhoff (Sozialarbeiter i.A. der BS Langenhagen) und Frau Jamroszczyk entwickelt. Sie wurden an alle Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes, an die Institutsambulanzen sowie an niedergelassene Fachärzte verschickt (siehe auch Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit).

Im Ausblick freuen wir uns auf ein erfolgreiches Zusammenwirken im Jahr 2017, für das wieder viele interessante Themen vorgesehen sind.

**Anschrift der Verfasserin:**

Ulrike Jamroszczyk · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Langenhagen · Ostpassage 7 a · 30853 Hannover  
E-Mail: Ulrike.Jamroszczyk@region-hannover.de

## Sektor-Arbeitsgemeinschaft List

von Yuanyuan Zhang (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

### Sektor der Beratungsstelle

Der Sektor von der Beratungsstelle List umfasst die Stadtteile/-bezirke List, Zoo, anteilig Oststadt und anteilig Lahe.

### Sitzungstermine

In der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle List, fanden die Treffen der SAG regelmäßig alle zwei Monate, jeweils am dritten Montag des ungeraderen Monats in der Zeit ab 12:00 Uhr - 13:00 Uhr statt.

### Teilnehmerkreis

Die Teilnehmer der Sektor- Arbeitsgemeinschaft setzen sich zusammen aus Vertretern von: Betreuungsstelle – Region Hannover, Institutsambulanz der Medizinischen Hochschule Hannover, Niedergelasse Psychiater, rechtliche Betreuer, Jobcenter, Team Sozialmedizin und Teilhabeplanung-Region Hannover, Betreuungsgericht – Amtsgericht Hannover, Senioren Service – Landeshauptstadt Hannover, KSD – Fachbereich Jugend und Familie, Integrationsmanagement – Landeshauptstadt Hannover, Selbsthilfe für Wohnungslose e.V. – Saftladen, AHMB e.V., Gemeinschaft für Integration (GFI, GmbH), AWO (betreutes Wohnen), BAF e.V. – Verein für Bildungsmaßnahmen im Arbeits- und Freizeitbereich, Balance (betreutes Wohnen), beta89 e.V., Dr. med. Anne Wilkening I, Hannoversche Werkstätten GmbH, Vahrenheider Werkstatt, Künstlerhaus Aue, Mosaik GmbH, WERTE e.V., FIPS e.V., Wohnheim Ferdinand Wallbrecht Straße, GmbH, CarePool, Pflegedienst.

### Schwerpunkte und bearbeitete Themen

- Informationsaustausch und Optimierung des Informationsflusses zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen
- Sachstand der Versorgung im ehemaligen Oststadtkrankenhaus, Arbeit mit den Flüchtlingen.
- Krisendienst der Region Hannover
- Vorgehensweise bei psychiatrischen Notfalldienst des Sozialpsychiatrischen Dienst.
- Diverse Vorstellungen: z.B. GSK von Balance, Tagesstätte von Werte e.V., Integrationscafe 360 e.V.

- Abgrenzung zwischen Eingliederungshilfe und ambulanter psychiatrischer Pflege
- Sachstand zu den geplanten Gemeindepsychiatrischen Zentren (GPZ)
- Verschiedene Fallvorstellungen.

**Anschrift der Verfasserin:**

PD Dr. med. Yuanyuan Zhang · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle List · Podbielskistr. 158  
30177 Hannover · E-Mail: YuanPDDr.med.Zhang@Region-Hannover.de

## **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Groß-Buchholz**

von Richard Plank (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

### **Sektor der Beratungsstelle**

Am 05.02.2016 ist die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle (BS) Groß-Buchholz in die Rotekreuzstr. 12, 30627 Hannover umgezogen. Der Sektor umfasst die Stadtteile/-bezirke Kleefeld, Teile von Groß-Buchholz, Roderbruch, Heideviertel und-siedlung, Misburg, Anderten, Kirchrode und Teile von Lahe.

### **Sitzungstermine**

Die Sektor-AG Groß-Buchholz tagt einmal im Quartal am 4. Donnerstag des jeweiligen Monats von 12:30 - 14:30 Uhr. In 2016 am 25.02.2016 in der BS Groß-Buchholz, am 26.05.2016 im Gemeinschaftshaus Kosselhof 3 bei „wohnen+ inklusives Wohnen im Quartier“, am 25.08.2016 in der BS Groß-Buchholz und am 24.11.2016 im Heinemannhof 2, Pflegestützpunkt und Kompetenzzentrum Demenz.

### **Teilnehmerkreis**

22 - 27 TeilnehmerInnen waren durchschnittlich vertreten: ABW, Wohnheime (§53 u. §67 SGB XII), Einrichtung für Demenzerkrankte, APP, Wohnungsbaugesellschaft, Quartiersmanagement, Anbieter Inklusionsangebote, gesetzliche BetreuerInnen, Beratungsstelle 50.07, Tagesstätten, Kontaktstellen, Sektorklinik, Facharzt Psychiatrie, Polizei, Kommunalen Seniorendienst LHH, KSD, Team HZE, Ergotherapie Praxis, Notunterkunft für Frauen, WfbM, Landesblindenzentrum.

### **Bearbeitete Themen**

Folgende Angebote wurden vorgestellt: JobCoaching Hannoversche Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, Wohneinrichtung (§ 67, SGB XII) Jugendwerksiedlung Bollnäserstr., Wohnungsunterkunft der LHH für Frauen Roderbruch, Ergotherapie Praxis Hannover Neue Landstr., wohnen+ inklusives Wohnen im Quartier HWA und GBH Kosselhof, Tandem Peer Beratung Mosaik inklusiv Leben, Pflegestützpunkt und Kompetenzzentrum Demenz Heinemannhof, Kochgruppe der BS Groß-Buchholz für vegetarisches und veganes Kochen.



Darüber hinaus eingebrachte Themen waren passgenaue Angebote für betroffene junge Erwachsene, erkrankte Eltern(-teile), Persönliches Budget, Zuständigkeiten und Vorgehensweisen bei psychiatrischen Notfällen, erkrankte Flüchtlinge, gerontopsychiatrische Versorgung, wohnungslose erkrankte Frauen und der problematische Wohnungsmarkt in Hannover. Letzteres wurde im Zusammenhang mit nahezu allen Themen und Angebotsvorstellungen diskutiert, z.B. können stationäre Wohneinrichtungen nur noch wenige Menschen in eigene Wohnungen vermitteln und somit auch nur noch begrenzt Menschen aufnehmen. Dies erschwert auch Hilfen bei z.B. von Räumungsklagen Betroffenen, Frauen in Not, jungen Erwachsenen, u.a. Auch bei den eingebrachten Fallbesprechungen stand diese Thematik oft im Vordergrund.

**Anschrift des Verfassers:**

Richard Plank · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Groß Buchholz · Podbielskistr. 158  
30177 Hannover · E-Mail: Richard.Plank@region-hannover.de

## **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße**

von Sabine Tomaske (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

### **Sitzungstermine**

Die Regelung besteht weiterhin, dass die Sektor-AG sich alle 2 Monate, jeweils am 2. Dienstag des Monats von 13.00 Uhr bis 14.30 Uhr trifft. Insgesamt fanden bis einschließlich November 2016 fünf Sitzungen statt.

### **Teilnehmerkreis**

Regelmäßige Teilnehmer der Sektor-Arbeitsgemeinschaft waren neben den Mitarbeitern der Beratungsstelle, Mitarbeiter des Kommunalen Sozialdienstes und des Kommunalen Seniorenservices, der Betreuungsstelle der Region Hannover, Mitarbeiter des ambulant betreuten Wohnens von Beta 89, Pro Casa, die Hannoversche WohnAssistenz, Werte e. V., die Gesellschaft für Integration, Möwe und EA Wilkening Pflegeheime (ambulant betreutes Wohnen), Balance (Abteilung für ambulant betreutes Wohnen), Diakoniestation (ambulant betreutes Wohnen) und eine Mitarbeiterin der Diakoniestation von Wohnen+, Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e. V., Mitarbeiter des VPEs, Mitarbeiter der Institutsambulanz und der Ergotherapie des KRH Psychiatrie Langenhagen, eine Mitarbeiterin des Vereins zur Förderung seelisch Behinderter sowie ein Mitarbeiter des Werkheim e. V., ein Mitarbeiter vom Birkenhof ambulante Pflegedienste, und Mitarbeiter des Instituts für transkulturelle Betreuung e. V. und Mitarbeiter der Ergotherapiepraxis Vonholt, eine Mitarbeiterin der gemeinnützigen Gesellschaft für Behindertenarbeit mbH (Tagesstätte Vielfältig) und Mitarbeiter der Mosaik gGmbH inklusiv Leben.

### **Bearbeitete Themen**

Thematisch befassten wir uns in den Treffen mit folgenden Tagesordnungspunkten:

- Die Arbeit des Autismus-Kompetenzteams der Hannoverschen Werkstätten
- Die Arbeit innerhalb des HAKIP-Projekts vom Verein BAF e. V.

- Die Einrichtung der Mosaik GmbH Wohnschule
- Die Fördermöglichkeiten über das Berufsbildungszentrums des Stephansstift
- Die Fördermöglichkeiten über Pro Beruf (Wund A)

Thematisch ging es in den letzten Treffen hauptsächlich um die schwierige Versorgung junger psychisch schwer erkrankter Menschen.

Das Team der Beratungsstelle in der Plauener Straße bedankt sich bei den Teilnehmern der Sektor-Arbeitsgemeinschaft für die gute Zusammenarbeit und freut sich auf eine weitere interessierte und rege Teilnahme im Jahr 2017.

**Anschrift der Verfasserin:**

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

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

von Martin Fochler (*Sozialpsychiatrischer Dienst*)

### **Sektor der Beratungsstelle**

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

### **Teilnehmerkreis**

Die Teilnehmerzahl schwankte zwischen 20 und 26.

Bei der Themenauswahl wurden die Wünsche der TeilnehmerInnen der Sektor-AG jeweils berücksichtigt. Eingeladen werden MitarbeiterInnen aller im Sektor ansässigen Institutionen, sowie Hausärzte, Fachärzte, Berufsbetreuer und viele mehr.

### **Sitzungstermine und bearbeitete Themen**

Berichtszeitraum: 01.10.2015 - 31.10.2016

In dieser Zeit fanden vier Sektor-Arbeitsgemeinschaftstreffen statt. Am 11.11.2015, am 10.02.2016, am 18.05.2016 und am 24.08.2016.

Die Sektor-Arbeitsgemeinschaft am 11.11.2015 fand in den Räumen der Beratungsstelle Empelde statt, Schwerpunkt des Nachmittags war das Thema Kindeswohlgefährdung.

Die Sektor-Arbeitsgemeinschaft am 10.02.2016 fand in den Räumen des Instituts für Transkulturelle Betreuung in Hannover Freundallee statt, Schwerpunktthemen waren ein Bericht von Herrn Ali Türk zu Flüchtlingen und Minderjährigen ohne Begleitung der Eltern, eine Diskussion bzw. Erfahrungsaustausch über Betreute ohne klare Krankenversicherung, deren Behandlung sowie ein kurzer Bericht über die aktuelle Situation der Betreuungsvereine.

Die Sektor-Arbeitsgemeinschaft am 18.05.2016 tagte in den Räumen der Beratungsstelle Empelde. Frau Lagerbauer (50.10 – Fachsteuerung) referierte über Qualitätsstandards für das Ambulant Betreute Wohnen.

Die Sektor-AG am 24.08.2016 fand in Seelze in den Räumen des Projekts 360° statt. Schwerpunktthema war berufliche Reha, mit Vorträgen von Frau Semrau (AWO Zuverdienstprojekt) und Frau Hildebrandt von Beta TAB. Dann gab es eine Besichtigung des Hauses und Herr Meister informierte über die unterschiedlichen Angebote, die im Sozialen Haus in Seelze stattfinden.

Bei allen Sektor-AG-Treffen gab es einen festen Tagesordnungspunkt „Aktuelles aus den Institutionen“ und Themen und Terminfestlegung für die jeweils nächste Sektor-AG.

### Ausblick

Wie in 2015 waren die Treffen der Sektor-AG gut besucht. Die Diskussionen waren rege, dienten einerseits der Informationsvermittlung, dem Informationsaustausch, wurden aber auch insbesondere für neue TeilnehmerInnen zum Kennenlernen genutzt, dazu trug auch jeweils eine Vorstellungsrunde zu Beginn der Sektor-AG-Treffen bei.

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

Martin Fochler · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Ronnenberg-Empelde · Chemnitzer Str. 2  
30952 Ronnenberg/Empelde · E-Mail: [Martin.Fochler@region-hannover.de](mailto:Martin.Fochler@region-hannover.de)

## Bericht der Ombudsstelle

### **Bericht der Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle für Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen / Ombudsstelle**

von Jürgen Gundlach (*Mitglied der Ombudsstelle*)

#### **Vorbemerkungen**

Die Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle (kurz: Ombudsstelle) wurde am 15. Februar 2005 eingerichtet. Sie ist eine unabhängig und vertraulich arbeitende Stelle, die sich um die Beschwerden und Probleme psychisch Erkrankter bzw. seelisch Behinderter und ihrer Angehörigen kümmern soll. Die Bewältigung der Aufgaben erfolgt mit geringem finanziellen Aufwand und großem bürgerschaftlichen Engagement. Sie setzt sich momentan zusammen aus 7 Mitgliedern sowie 2 beratenden Mitgliedern. Die Beschwerden sind schriftlich von den Beschwerdeführern einzureichen, sie werden in den monatlich stattfindenden Sitzungen erörtert und von mindestens 2 Mitgliedern der Ombudsstelle bearbeitet. Obligatorische Voraussetzung für die Bearbeitung ist eine ausgestellte und unterschriebene Vollmacht / Schweigepflichterklärung.

## Beschwerdefälle

Seit 2005 hat die Ombudsstelle fast 330 Beschwerden bearbeitet. Bis Ende Dezember 2016 wurden 27 Beschwerden bei uns eingereicht. Bei den Beschwerdeverfahren handelte es um 18 männliche und 9 weibliche Personen. Anzumerken ist, dass 18 Eingaben von Psychiatrie-Erfahrenen und 9 Eingaben von Angehörigen / Bezugspersonen eingereicht wurden.

Bei einer Beschwerde wurde die Bitte um anonyme Bearbeitung geäußert. Da nach der Geschäftsordnung Beschwerden nicht anonym bearbeitet werden dürfen, erfolgte unsererseits die Empfehlung der Einschaltung der Besuchskommission. Bei 2 Eingaben wurde die Bearbeitung eingestellt, nachdem Rechtsanwälte von den Beschwerdeführern mandatiert wurden. Die Beschwerden richteten sich in erster Linie gegen psychiatrische Kliniken (16 x), gefolgt von psychiatrischen Wohnheimen (4 x), rechtlichen Betreuern (3 x) und einer Werkstatt für behinderte Menschen. Festzustellen ist, dass die Beschwerden in 2016 tendenziell dem langjährigen Durchschnitt entsprechen.

Die Mitglieder der Ombudsstelle verstehen sich als unabhängiges und neutrales Sprachrohr in der Region Hannover für psychisch Erkrankte und deren Angehörige. Unsere Wünsche sind:

1. Erhöhung des Bekanntheitsgrades, sei es durch „Mund-zu-Mund-Propaganda“ oder durch das Auslegen der Info-Flyer an exponierten Stellen.
2. Verstärkung der an uns gerichteten Beschwerden, denn wir setzen uns gern und nachhaltig für psychisch erkrankte Menschen ein.

### **Anschrift des Verfassers:**

Jürgen Gundlach · Mitglied der Ombudsstelle · Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund · Region Hannover  
Peiner Str. 4 · 30519 Hannover

## **SONDERTEIL: Hilfen für psychisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien**

### **Einleitung**

von Matthias Eller (*Diplom Sozialpädagoge*)

Auf den folgenden Seiten sind die Beiträge inhaltlich unverändert dargestellt. Sie zeigen lediglich einen Ausschnitt der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft, jedoch wird deutlich dass sich das Hilfesystem unter anderem in die Bereiche Psychiatrie, Begleitung, Wohnen, Bildung, Erziehung, Pädagogik und Psychotherapie auffächert. Dadurch ergeben sich viele Schnittstellen, beispielsweise zur Jugendhilfe. Wir wollen im Sozialpsychiatrischen Plan dazu anregen sich auszutauschen, sich zu vernetzen und neue Bedarfe auszuloten. Dazu bildet die Fachgruppe KJP im Sozialpsychiatrischen Verbund eine gute Plattform. In diesem Jahr wurden von einigen Institutionen besonders die Bedarfe für Kinder und Jugendliche mit autistischen Störungsbildern hervorgehoben. Weiter beschäftigen sich fast alle Einrichtungen mit der Versorgungssituation von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen.

Weitere Trends und vielfältige einrichtungsinterne Informationen werden in diesem Sonderteil beschrieben. An dieser Stelle möchten wir uns für die eingebrachten Beiträge bedanken.

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

Matthias Eller · Diplom Sozialpädagoge – Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien · Podbielskistraße 168 · 30177 Hannover · E-Mail: Matthias.Eller@region-hannover.de

### **Ambulante Versorgung**

#### **Familien- und Erziehungsberatungsstellen der Region Hannover, Fachbereich Jugend**

von Matthias Möller (*Diplom Supervisor*), *Leitung der Familien- und Erziehungsberatung*

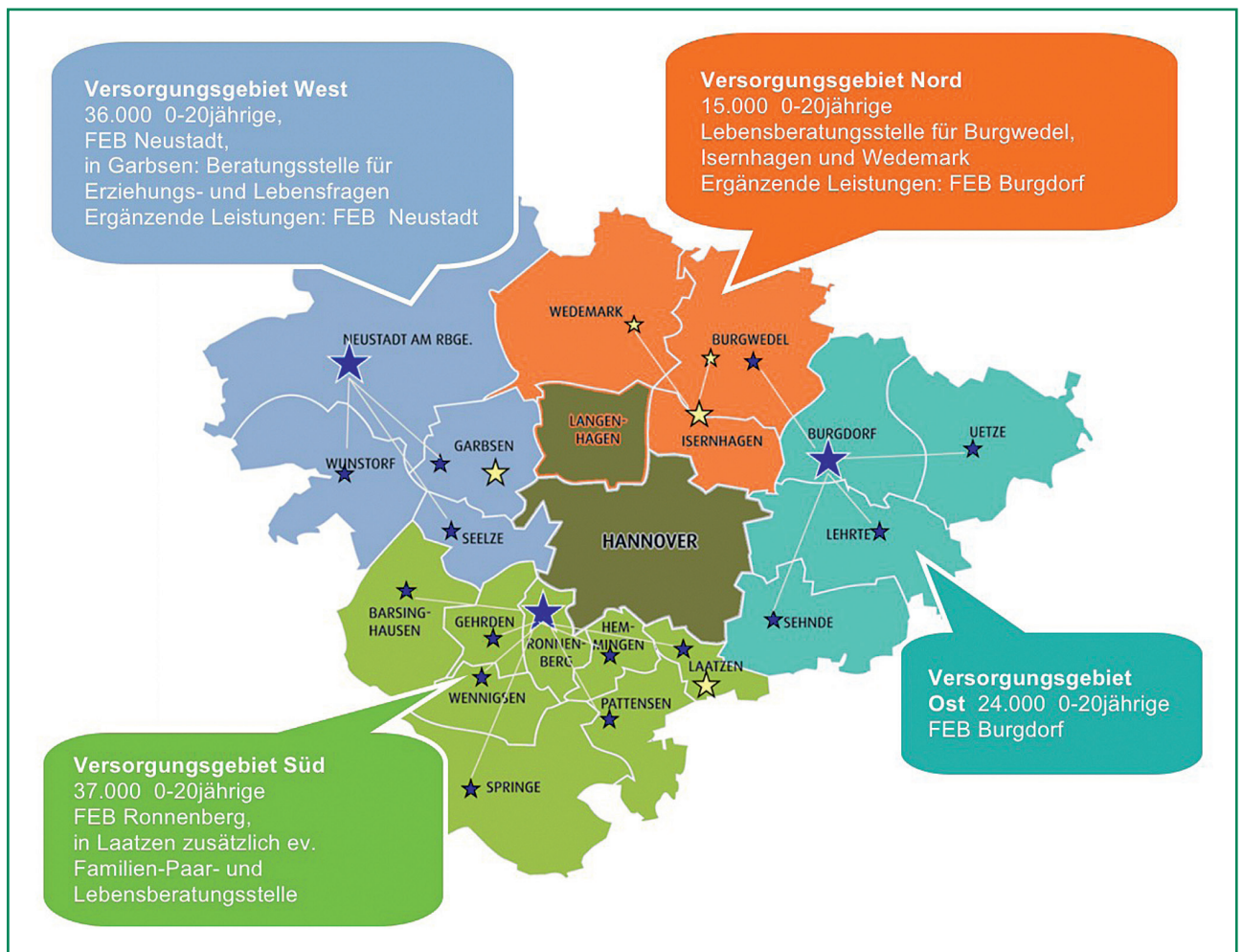
#### **Neues Versorgungskonzept**

Im Projekt „Netzwerk Familienberatung“ haben sich die Familien- und Erziehungsberatungsstellen (FEB) der Region Hannover grundlegend mit der Weiterentwicklung der Familien- und Erziehungsberatung beschäftigt. Die Entscheidung der Gremien der Region Hannover über die vorgeschlagene Neuausrichtung der Versorgung kann als fachpolitischer Meilenstein betrachtet werden. Beschlossen wurde eine flächendeckende Versorgung auf der Basis einer Versorgungsquote von einer Fachkraft für 3.650 junge Menschen unter 21 Jahren. In jeder Kommune soll es ein Versorgungsangebot (Beratungsstelle, Außenstelle oder Sprechstunde) geben. Der Versorgungsauftrag wird von den FEB im Verbund mit den Beratungsstellen freier Träger wahrgenommen.

Der räumliche Zuschnitt der neuen Versorgungsräume orientiert sich an den Zahlen der Hilfeempfänger, an der Erreichbarkeit und an den Standorten der Jugendhilfestationen der Region Hannover und der anderen Jugendämter. Daraus abgeleitet entstehen vier Versorgungsgebiete, die in nachfolgender Karte farbig gekennzeichnet sind.

### Karte

Versorgungsgebiete mit Beratungsangeboten der FEB im Verbund mit in den beteiligten Kommunen (teilweise in Planung)



Ergänzend werden drei Beratungsstellen mit Erziehungsberatungsleistungen in der Landeshauptstadt und neun Fachberatungsstellen mit Angeboten für spezielle Zielgruppen gefördert.

Die Städte Hannover und Langenhagen übernehmen die Versorgung mit Leistungen der Familien- und Erziehungsberatung in eigener Verantwortung; sie beteiligen sich am Netzwerk Familienberatung. Für die anderen 19 Kommunen wird die Versorgung durch den Fachbereich Jugend der Region Hannover koordiniert.

Die Umsetzung des neuen Versorgungskonzepts ist weitgehend abgeschlossen. Eine gemeinsame Statistik wird erstmalig für das Berichtsjahr 2016 vorgelegt.

## Entwicklung

Neben der „Frühen Beratung“, der entwicklungspsychologischen Beratung für Eltern mit Kindern von 0-3 Jahren, die bereits seit ein paar Jahren etabliert ist und im Netzwerk „Frühe Hilfen – Frühe Chancen“ der Region Hannover lokal und regional vernetzt ist, bieten die FEB auch Gruppenprogramme für getrennt lebende Eltern („Kinder im Blick“), für Kinder aus Trennungsfamilien und Kinder psychisch erkrankter Eltern.

Bereits seit Herbst 2015 sind die Fachkräfte der Familien- und Erziehungsberatung in enger Kooperation mit den Ärztinnen des Teams Sozialpädiatrie und Jugendmedizin in Kindertageseinrichtungen engagiert. Diese Initiative im Kontext Früher Hilfen mit dem Ziel, Bildungs- und Teilhabechancen zu fördern, beinhaltet die Einführung einer sozial-pädiatrisch begleiteten Entwicklungsbeobachtung in Kindertageseinrichtungen mit anschließender Diagnostik und Förderung von Kindern sowie die Beratung von Eltern und Erzieherinnen und Erziehern. Die sehr frühe Identifikation von Entwicklungsrisiken zur Förderung aller Kinder soll die Chancen der Kinder auf eine optimale Persönlichkeitsentwicklung und einen guten Bildungsverlauf nachhaltig verbessern.

Sehr gut angenommen wurden auch die neuen Angebote für getrennt lebende Väter. Dieses Gruppenkonzept soll 2017 fortgeführt werden. Darüber hinaus werden die Beratungsstellen neue Zugänge für die Jugendberatung und die Beratung von Flüchtlingsfamilien entwickeln. In Planung sind außerdem Angebote für Familien mit vergleichbaren Problemlagen (Multifamilientherapie).

### **Anschrift des Verfassers:**

Matthias Möller · Region Hannover, Fachbereich Jugend, Leitung Familien- und Erziehungsberatung  
Spittaplatz 5 · 31303 Burgdorf · E-Mail: Matthias.Moeller@region-hannover.de

## Sozialpädiatrisches Zentrum, Bereich Psychologie

von Michael Wachtendorf (*Leitender Diplom Psychologe*)

Das Zeitfenster für die durchschnittlichen Regelwartezeiten im medizinischen und psychologischen Bereich blieb im Vergleich zum letzten Jahr relativ konstant. Die Wartezeiten für junge Kinder und/oder spezifische Anmeldegründe konnten weiterhin auf angemessenem Niveau gehalten werden.

Durch spezialisierte Angebote in einzelnen Bereichen (z. B. hochqualifizierte Diagnostik bei V. a. Fetales Alkoholsyndrom – „FAS“) wurden Untersuchungen in diesen Bereichen stärker nachgefragt. Die Betreuung von Eltern im Einzelkontakt oder in Gruppen und die quantitative und qualitative Ausweitung im Bereich der Psychoedukation nimmt einen immer breiteren Raum ein.

Der schon im vergangenen Jahr festgestellte Trend, dass die Auffälligkeiten im Bereich der Sprache deutlich zunehmen, hält weiterhin an. Auch die Zahl der Kinder, die mehrsprachig aufwachsen nimmt weiterhin zu – dies führt häufig zu einer besonderen Form von sprachlichen Problemen.

Wie auch schon in den Vorjahren bleibt die Anzahl der Kinder mit Bindungsstörungen, häufig in massiver Ausprägung, konstant hoch.

Die veränderte Schulsituation vor dem Hintergrund der Inklusion beschäftigt uns im Rahmen der Beratungsinhalte und in der Interaktion mit Behördeneinrichtungen weiterhin sehr. Dies betrifft sowohl die Beratung der Eltern als auch Empfehlungen im Rahmen der weiteren schulischen Vorgehensweise (Schulbegleitung, Überprüfung auf sonderpädagogischen Förderbedarf etc.)

Die Anmeldezahlen von Flüchtlingskindern haben deutlich zugenommen, wobei in unserer Institution unbegleitete, minderjährige Flüchtlinge eher nicht vorkommen.

**Anschrift des Verfassers:**

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

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

von Verena Handtke (*Diplom Sozialpädagogin*)

Bereits Ende 2015 zeichnete sich eine vermehrte Unterbringung von unbegleiteten, minderjährigen Flüchtlingen sowohl im Waldhof wie auch im Jugendgäste- und Seminarhaus Gailhof ab. Für deren Betreuung wurden von der Region sozialpädagogische MitarbeiterInnen u.a. des Sozialpsychiatrischen Dienstes angefragt und dafür freigestellt.

Aufgrund unserer stabilen personellen Situation war es möglich, dass sich auch aus unserer Beratungsstelle SozialpädagogInnen zur Verfügung stellten und z.T. ab Anfang Januar ihren Einsatz im Gailhof hatten.

Eine verstärkte Anmeldung dieser Jugendlichen in unserer Beratungsstelle registrierten wir etwa ab der zweiten Jahreshälfte, was eventuell auch auf die Beratungstätigkeit eines unserer Kollegen für die dort tätigen (pädagogischen) Angestellten zurück zu führen ist.

Unsere Erfahrung war, dass eine gute Sprachvermittlung und ausreichend Zeit für das Erstgespräch mit möglichst vielen Beteiligten wichtig war, um den Jugendlichen ganz individuell zu sehen, die jeweilige Situation zu klären und ihn ggf. auch adäquat weitervermitteln zu können. In den wenigsten Fällen ist hier zu diesem Zeitpunkt eine Traumatherapie angezeigt, wie von Betreuern oft vermutet, sondern Sicherheit und Stabilität stehen an erster Stelle.

Das Thema ADHS scheint mehr in den Hintergrund getreten zu sein, wogegen Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) oder leichte autistische Störungen als Anmeldegrund in unserer Beratungsstelle gehäufiger auftraten.



Wie bereits im vergangenen Jahr hat sich der Trend fortgesetzt, dass viele ältere Jugendliche angemeldet wurden bzw. etliche junge Erwachsene sich selbst bei uns gemeldet haben, die häufig unter Depressionen und/oder sozialen Phobien leiden. In Kombination mit einem exzessiven Medienverhalten führt dies zumindest bei Jungen oft zur Schulabstinenz oder sogar zum totalen Rückzug. In diesem Zusammenhang führten wir des Öfteren mehrere Hausbesuche pro Woche z.T. in recht abgelegenen Gebieten der Region durch.

Hier sowie bei der Abklärung von Suizidalität (unsere originäre Aufgabe!) hat sich die gute Kooperation mit SchulsozialarbeiterInnen bewährt.

Nach wie vor gibt es viele Anmeldungen von Kindern psychisch kranker Eltern und da das Interesse von KSD-Mitarbeitern und der freien Jugendhilfe nach einer Fortbildung zu diesem Thema groß war, bot einer unserer Kollegen einen Fachtag zum Thema "Am Anfang war Verwirrung" – Systemische Betrachtung von Familien mit psychisch erkrankten Eltern (-teilen) an.

**Anschrift der Verfasserin:**

Verena Handtke · Region Hannover · Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien  
Podbielskistraße 168 · 30177 Hannover · E-Mail: verena.handtke@region-hannover.de

## Stationäre Versorgung

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

von Anette Redslob (*Chefärztin*)

#### Zur Versorgungssituation und Veränderungen

Die Versorgungssituation in der KJPP Wunstorf hat sich 2015 auf dem angespannten Niveau des Vorjahres bewegt. Die Fallzahlen haben sich auf hohem Niveau stabilisiert bei leichter Fallzahlsteigerung auf der Jugendlichen-Akutstation bei weiterhin 100 % Notaufnahmen. Auf den übrigen beiden Stationen gibt es reguläre Wartezeiten zwischen (2)-3 und 5 Monaten.

Im Tagesklinikbereich gibt es allgemein, jedoch insbesondere für den Jugendlichenbereich, eine hohe Nachfrage. Teilweise befanden sich für die 9 Plätze der Tagesklinikstation für Jugendliche über 30 Patienten auf der Warteliste. Die Wartezeiten für beide Tagesklinikstationen bewegt sich zwischen 2 und 5 - 6 Monaten, wobei die Wartezeiten im Kinderbereich eher 2 - 3 (4) Monate beträgt. Hier besteht der Bedarf einer Erweiterung des tagesklinischen Angebotes.

Um der angespannten Versorgungssituation besser gerecht werden zu können, sind nach Stellung eines Antrages auf Fördermittel in 2015 die ersten Schritte zur Realisierung eines Neubaus mit zusätzlichen 8 Betten für eine besonders geschützte Akutstation umgesetzt worden, zudem soll in dem Neubau eine weitere Therapiestation untergebracht werden, die in dem derzeitigen Gebäude nicht mehr längerfristig betrieben werden kann. Eine Inbetriebnahme ist jedoch nicht vor Ende 2018 zu erwarten.

### Entwicklung / Trend / neue Projekte:

Weiterhin hohe Fallzahlen bei einer weiteren leichten Zunahme an Notaufnahmen im Vergleich zu 2014, auch im Kinderbereich.

In der Institutsambulanz sind Spezialsprechstunden für Kinder und Jugendliche bei Verdacht auf Autismus-Spektrum-Störungen sowie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern mit Schlaf-, Schrei- oder Fütterstörungen eingerichtet worden.

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

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

### **AMEOS Klinikum, Niedersächsische Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Hildesheim**

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

Die Hildesheimer Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt reizvoll in einem Grüngürtel am Stadtrand von Hildesheim und verfügt über ein großes Park-, Spiel- und Sportgelände sowie über ein Schwimmbad. Die Klinik verfügt über eine Institutsambulanz, 78 vollstationäre Behandlungsplätze, verteilt auf 7 Stationen, sowie über eine Tagesklinik mit 16 Behandlungsplätzen, verteilt auf 2 Stationen. Im Sinne der gemeindenahen Versorgung wurden 3 Außenstellen mit jeweils einer Tagesklinik und einer Ambulanz in Hameln, Alfeld und Goslar gegründet.

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

### **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 besteht aus Ärzten, Psychologen, Sozialpädagogen und Mitarbeitern aus dem Pflege- und Erziehungsdienst sowie einem breiten Angebot von Fachtherapien (Musik-, Ergo-, Motopädie-, Lern- und Kunsttherapie, ergänzt durch tiergestützte Therapien sowie erlebnispädagogische Angebote).

Es besteht unverändert eine hohe Inanspruchnahme der Klinik. Der Personalbestand orientiert sich nach der Psychiatrie-Personalverordnung.

Auf einigen Stationen 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 die Belange des Betreffenden kümmert.

Es wird weiter eine Zunahme von Vorstellungen von Kindern- und Jugendlichen mit Schulabsentismus und Erkrankungen aus dem autistischen Formenkreis, speziell dem Asperger-Syndrom, beobachtet. Vor diesem Hintergrund wurde eine Station mit einem speziellen Konzept zur Behandlung von Schulverweidern etabliert sowie die Mitarbeiter in der Erkennung von autistischen Spektrumsstörungen geschult.

Die Notwendigkeit und Nachfrage bezüglich Erziehungsprogramme seitens der Eltern steigt stetig. Hierfür wird eine ADHS-Elterngruppe sowie Triple-P- und STEP- Elterngruppen angeboten.

Aufgrund der Nachfrage neben verhaltenstherapeutischer und medikamentöser Behandlung von ADHS-Symptomatikern wurde die Behandlung über Neurofeedback eingeführt.

**Anschrift des Verfassers:**

Hans-Jörg Bethge · AMEOS Klinikum Hildesheim · Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
Goslarsche Landstraße 60 · 31135 Hildesheim · E-Mail: info@hildesheim.ameos.de

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

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

von Petra Dehmlow (*Pädagogische Leitung*)

Im Stephansstift Evangelische Jugendhilfe (SEJ) werden in Niedersachsen insgesamt ca. 230 Kinder und Jugendliche stationär betreut – eine wesentlich höhere Anzahl von Betreuten gibt es in anderen Betreuungsformen die durch die Hilfe zur Erziehung (HZE) im SGB 8 benannt sind.

In Hannover betreuen wir 51 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in therapeutischen und intensivtherapeutischen Wohngruppen mit unterschiedlichen Schwerpunkten.

Nach wie vor haben wir keine Probleme Fachpersonal zu akquirieren – vermutlich ist das neben dem interessanten Arbeitsfeld – auch dem Standort geschuldet.

Wir sind immer voll ausgelastet. Wenn sich abzeichnet, dass ein Platz frei wird, terminieren wir Informationsgespräche. Hierbei ist uns auch wichtig, dass immer nur ein Adressat für einen freien Platz im Verfahren ist, damit keine „Casting“ Situation entsteht.

Nach wie vor gehören zu jedem Team in den therapeutischen Wohngruppen auch approbierte Psychologische Psychotherapeuten/Analytische Kinder – und Jugendlichen Therapeuten. Jeder Bewohner/jede Bewohnerin hat Einzeltherapie.

Natürlich haben wir uns in den Jahren 2015/2016 auch die unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge beschäftigt. Zunehmend haben auch die Therapeutischen Wohngruppen diese Personengruppe

aufgenommen, wenn sich während der Inobhutnahme oder der Unterbringung in einer sozialpädagogischen Wohngruppe unterschiedliche psychische Belastungssymptome zeigten, die ein psychotherapeutisches Umfeld benötigen.

Die Herausforderung hier liegt natürlich in erster Linie darin die sprachlichen Barrieren zu überwinden – aber auch die Akzeptanz der jungen Menschen für das Vorhandensein vorübergehender psychischer Erkrankung/Beeinträchtigung zu erreichen.

Als lernende Organisation ist uns noch einmal sehr deutlich geworden, dass die Verleugnung seelischer Erkrankungen auch in unserem Land noch groß ist. Ein irakischer Facharzt für Psychiatrie, der beratend für uns tätig ist, berichtete, dass in westlichen Ländern z.B. Depressionen dem Arbeitgeber gegenüber häufig als Rückenprobleme benannt werden (eine kleine Bemerkung am Rande).

Insgesamt stellt die gesundheitliche Versorgung der Flüchtlinge eine große – auch kulturelle – Hürde dar. Oft erleben wir, dass die jungen Menschen empört einen Arzt als „schlechten Arzt“ bezeichnen, weil er ihnen weder eine Spritze noch Medikamente gegeben hat.

Natürlich haben wir als großer Jugendhilfeträger in den Jahren 2015/2016 unsere Platzzahlen erweitert, um den vorhandenen Bedarfen gerecht zu werden.

Des Weiteren haben wir in Kooperation mit der Region Hannover in der Wedemark die Wohngruppen Refugium und Janus mit insgesamt 18 Plätzen eröffnet.

Gerade in der stationären Jugendhilfe, und für uns als diakonischem Träger, findet unsere Arbeit für Menschen die Schutz benötigen unter dem Motto: „Das eigene Haus ist der sicherste Zufluchtsort“ statt (Corpus Iuris Civilis, Digestae 2.8.18 aus dem römischen Recht, auf welchem unser heutiges Recht fußt.)

Auch für die einheimischen jungen Menschen, die bei uns leben, stellt der Kontakt mit Geflüchteten eine große Bereicherung dar. Es findet eine Auseinandersetzung mit Fluchtgründen, Angst vor dem Fremden, und eine Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte –sowohl persönlich als auch politisch – statt. Also insgesamt eine große Herausforderung.

Das in den Bildern veranschaulichte Projekt der intensivtherapeutischen Wohngruppe Martin-Luther-King zeigt das Ergebnis einer intensiven Arbeit zu diesen Themen.

Zum Schluss noch ein paar Bemerkungen zu einem drängenden Problem aus der alltäglichen Praxis: Die Dolmetscher! Wir haben hier natürlich auch sehr gute Erfahrungen gemacht, aber mehrheitlich sind wir unzufrieden, nachdem wir bemerkt haben, dass der mitgelieferte Subtext zu großen Verunsicherungen führt. Auch für die Einzeltherapie haben wir hier noch nicht wirklich eine gute Lösung gefunden. Da Sprache aber oft der Schlüssel ist, scheint es uns angezeigt hier Verbesserungen zu erzielen.

**Anschrift der Verfasserin:**

Petra Dehmlow · Leiterin der Therapeutischen Wohngruppen · Kirchröder Str. 44 · 30625 Hannover  
E-Mail: dehmlow@stephansstift.de

## **Pestalozzi-Stiftung - Jugendhilfe**

von Michael Theidel (*Erziehungsleiter*)

### **Stationäre Jugendhilfe**

Unsere zwölf Wohngruppen sowie unsere Notaufnahmen in Erziehungsstellen mit insgesamt 111 Plätzen waren in 2016 gut ausgelastet. Die Anfrage nach stationären Plätzen ist wie 2015 unverändert hoch.

Insbesondere die spezialisierten Angebote, wie unsere Wohngruppen aus den Leistungsbereichen Teilhabe, Inobhutnahme oder die Wohngruppe für Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge werden verstärkt nachgefragt.

Die angefragten Kinder und Jugendlichen kommen häufig mit Mehrfachdiagnosen und einer langjährigen „Jugendhilfe-Karriere“.

Es gab keine Wartezeiten nach Aufnahmeanfragen im stationären Bereich.

Die Anfragen im Bereich der Notaufnahmen in Erziehungsstellen sowie der Aufnahmegruppe für Kinder in Notsituationen sind 2016 im Vergleich zum Vorjahr deutlich gestiegen.

In 2016 blieben die Personalschlüssel und Anforderungen zur beruflichen Qualifikation der Mitarbeitenden unverändert. Im kommenden Jahr werden wir im Leistungsbereich Wohngruppen unser Personal um jeweils eine halbe Stelle auf 4,5 Stellen bei sieben Plätzen aufstocken.

### **Teilstationäre Jugendhilfe**

Die vier Tagesgruppen mit insgesamt 34 Plätzen waren im Jahr 2016 gut ausgelastet. Insbesondere die sozialraumorientierten Gruppen in Langenhagen und Garbsen wurden kontinuierlich nachgefragt. Nach der Schließung einer der beiden Tagesgruppen auf unserem Stammgelände in Burgwedel 2015, hat sich auch hier die Belegung 2016 wieder verbessert. Die durchschnittliche Belegungsdauer der Tagesgruppen lag bei zwei Jahren.

Es gab keine Wartezeiten bei den Aufnahmeanfragen im teilstationären Bereich.

In 2016 blieben sowohl Personalschlüssel als auch Anforderungen zur beruflichen Qualifikation der Mitarbeitenden unverändert.

### **Ambulante Jugendhilfe**

Flexible Erziehungshilfen:

„Kinder psychisch kranker Eltern“ ist weiterhin ein großes Thema.

Es gab keine Wartezeiten nach Aufnahmeanfragen im Bereich der Flexiblen Erziehungshilfen.

In 2015 blieben die Personalschlüssel und Anforderungen zur beruflichen Qualifikation der Mitarbeitenden unverändert.

## Soziale Gruppenarbeit

Unsere vier Gruppen mit insgesamt 30 Plätzen waren auch 2016 wieder gut ausgelastet. Auch hier gab es keine Wartezeiten nach Aufnahmeanfragen.

## Elternt raining „Aktive Eltern“

Das Elternt raining „Aktive Eltern“ führen wir im Auftrag der Region Hannover durch. Wir vermitteln dabei bewährte und im Alltag leicht umsetzbare Erziehungsmethoden, die die Familien im Umgang mit ihren Kindern und in ihrem Selbstvertrauen stärken. 2016 wurden fünf Kurse durchgeführt.

Zum Ende des Jahres 2016 werden wir unser stationäres Angebot erweitern: In Langenhagen eröffnen wir eine Regelwohngruppe mit sieben Plätzen sowie eine Inobhutnahmegruppe mit sechs Plätzen für Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren.

Die tagesstrukturierenden Maßnahmen wie Soziale Gruppen und Tagesgruppen geraten weiter unter Druck auf Grund der steigenden Ganztagsangebote in den Schulen

### **Anschrift des Verfassers:**

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

## Autismus Zentrum Hannover, Heilpäd. Kindergarten sowie Schule, Ambulanz und Beratungsstelle, Wohngruppen

von Christine Voigt (*Pädagogische Leitung*)

Zur Schule im Bonhoeffer Haus und Kindertagesstätte Hummelhaus: Wir arbeiten unverändert mit 31 Kinder und Jugendlichen im schulischen und mit 12 Kindern im vorschulischen Bereich. Unser spezielles Frühförderangebot zur autismusspezifischen Verhaltenstherapie verzeichnet seit 2010 sehr gute Erfolge. In beiden Arbeitsbereichen sind alle Stellen besetzt.

Zur Ambulanz für autistische Kinder und Jugendliche:

Im Berichtszeitraum haben wir im Jahresdurchschnitt 130 Kinder und Jugendliche mit Autismus begleitet. Aufgrund der hohen Nachfrage gab es Wartezeiten von 9-12 Monaten, bevor die Förderung beginnen konnte.

Wir arbeiten mit 15 Fachkräften in der Förderung sowie einer begleitenden Psychologin.

Es gibt weiterhin eine erhöhte Anfrage an schulischen Angeboten sowie ambulanten für Kinder und Jugendliche mit Asperger Autismus.

Es fehlen Betreuungsangebote für die Klientel am Nachmittag.

### **Anschrift der Verfasserin:**

Christine Voigt · Prinz-Albrecht-Ring 63 · 3015Hannover · E-Mail: voigt@thz-hannover.de

## AUTORENVERZEICHNIS

<b>Batram, Susanne</b>	Dipl.-Psychologin, Sprecherin der Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störungen“, Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf, Südstr. 25, 31515 Wunstorf
<b>Bethge, Hans-Jörg</b>	Leitender Dipl.-Psychologie, AMEOS Klinikum Hildesheim – Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – Goslarsche Landstraße 60 – 31135 Hildesheim
<b>Blanke, Uwe</b>	Psychiatriekoordinator, Drogenbeauftragter, Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst, Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund, Peiner Str. 4, 30519 Hannover
<b>Bugdoll, Tina</b>	Dipl.-Psychologin, Stellvertretende Sprecherin der Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störungen“, Hannoversche Werkstätten, Lathusenstr. 20, 30625 Hannover
<b>Corman-Bergau, Gertrud</b>	Dipl. Psychologin, Psychotherapeutenkammer Niedersachsen PKN, Beauftragte für Flüchtlingsfragen, Leisewitzstrasse 47, 30175 Hannover
<b>Dehmlow, Petra</b>	Regionalleitung, Stephansstift Evangelische Jugendhilfe, Intensivtherapeutische Wohngruppen, Therapeutische Mädchenwohngruppen, Kirchröder Straße 43 C, 30625 Hannover
<b>Deilami, Resa</b>	Dipl.-Psychologe, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover
<b>Dietl, Birgit</b>	Auf der Bult, Kinder- und Jugendkrankenhaus, Janusz- Korczak-Allee 12, 30173 Hannover
<b>Elgeti, Hermann, Dr.</b>	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Sozialmedizin, Sprecher der Fachgruppe „Dokumentation“, Region Hannover, Stabsstelle Sozialplanung im Dezernat für Soziale Infrastruktur, Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover
<b>Eller, Matthias</b>	Dipl.-Sozialpädagoge, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover
<b>Farabella, Désirée</b>	Heimleitung A/B Trakt (allein reisende Männer), Flüchtlingsunterkunft Oststadtkrankenhaus, Pasteurallee 11, 30655 Hannover
<b>Fochler, Martin</b>	Dipl.-Sozialarbeiter, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Chemnitzer Str. 2, 30952 Ronnenberg
<b>Gundlach, Jürgen</b>	Mitglied der Ombudsstelle, Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund, Region Hannover, Peiner Str., 30519 Hannover

<b>Handtke, Verena</b>	Dipl.-Sozialpädagogin, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover
<b>Henß-Jürgens, Henning</b>	Dipl.-Sozialpädagoge/-arbeiter, Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst, Peiner Straße 4, 30519 Hannover
<b>Jamroszczyk, Ulrike</b>	Dipl.-Sozialpädagogin, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Ostpassage 7A, 30853 Langenhagen
<b>Jaskulska, Zofia</b>	Dipl.-Sozialpädagogin, Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst, Peiner Straße 4, 30519 Hannover
<b>Jergentz, Andreas</b>	Gesamtleitung Flüchtlingsunterkunft, Oststadt Krankenhaus, Pasteurallee 11, 30655 Hannover
<b>Johanning-Schönfeld, Ulrike</b>	Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Freytagstr. 12 A, 30169 Hannover
<b>Jordan, Erwin</b>	Regionsrat, Dezernent für Soziale Infrastruktur, Region Hannover, Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover
<b>Kimil, Ahmet</b>	Dipl.-Psychologe, Sprecher der Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“, Ethno-Medizinisches Zentrum, Königstr. 6, 30175 Hannover
<b>Kirschnick-Tänzer, Sabine</b>	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin, Sprecherin des „Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie“, Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf, Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie, Südstr. 25, 31515 Wunstorf
<b>Koch, Fred</b>	Ergotherapeut, Leitung Ergotherapie, Klinikum Region Hannover GmbH, Psychiatrie Wunstorf, Südstr. 25, 31515 Wunstorf
<b>Köster, Torsten</b>	Dipl.-Sozialpädagoge/-arbeiter, FAM – Fachambulanz für Alkohol- und Medikamentenabhängige (STEP-Niedersachsen), Lange Laube 22, 30159 Hannover
<b>Kurth, Henning</b>	Dipl.-Sozialpädagoge/-arbeiter, im Sprecherteam der Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“, Werkheim e.V., Büttnerstr. 9, 30165 Hannover
<b>Lagerbauer, Catrin</b>	Dipl.-Sozialpädagogin, Sozialpsychiatrischer Dienst, Peiner Straße 4, 30519 Hannover
<b>Lessing, Alfred</b>	Drogenbeauftragter, Landeshauptstadt Hannover, Dez. III, Fachbereich Jugend- und Sozialdienst, Ihmeplatz 5, 30449 Hannover
<b>Loos, Karin</b>	Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V., Marienstraße 28, 30171 Hannover



<b>Michel, Horst-Peter, Dr.</b>	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Sudewiesenstr. 4, 30880 Laatzen
<b>Miemietz-Schmolke, Marianne</b>	Sozialpsychiatrische Fachpflegekraft, Sprecherin der Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“, Gerontopsychiatrisches Kompetenzzentrum, CARITAS FORUM DEMENZ, Plathnerstr. 51 Gartenhaus; 30175 Hannover
<b>Möller, Matthias</b>	Dipl.-Sozialarbeiter, Dipl. Supervisor, Region Hannover, Fachbereich Jugend, Familien- und Erziehungsberatungsstellen, Schillerstr. 2, 31532 Neustadt
<b>Neveling, Monika</b>	Dipl.-Pädagogin, VPE Hannover e.V., Rückertstr. 17, 30169 Hannover
<b>Niemann, Nicole</b>	VPE Hannover e. V., Rückertstr. 17, 30169 Hannover
<b>Oestereich, Cornelia, Dr.</b>	KRH Psychiatrie Wunstorf, Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin / Chefärztin, Südstr. 25, 31515 Wunstorf
<b>Plank, Richard</b>	Dipl.-Sozialpädagoge/-arbeiter, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Groß Buchholz, Podbielskistr. 158, 30177 Hannover
<b>Pohl, Stefan</b>	Dipl.-Psychologe, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien, Podbielskistr. 168, 30177 Hannover
<b>Redslob, Anette</b>	Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie, Chefärztin, Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Südstr. 25, 31515 Wunstorf
<b>Reichertz-Boers, Uwe</b>	Geschäftsführer der SuPA GmbH, Dipl.-Sozialpädagoge, im Sprecherteam der Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“, Vertreter der Anbieter im Fachbeirat Psychiatrie, SuPA GmbH, Königstr. 6, 30175 Hannover
<b>Roempler, Andreas</b>	Sozialarbeiter, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Königstraße 6, 30175 Hannover
<b>Rolfes-Neumann, Doris</b>	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Deisterstr. 85 A, 30449 Hannover
<b>Salman, Ramazan</b>	Dipl.-Sozialwissenschaftler und Geschäftsführer des EMZ e.V. Ethno-Medizinisches Zentrum, Königstr. 6, 30175 Hannover
<b>Sandau, Michael</b>	Dipl.-Sozialpädagoge/-arbeiter, Sozialdienstleitung, Klinikum Region Hannover Psychiatrie Langenhagen, Rohdehof 3, 30853 Langenhagen
<b>Schäfer, Therese</b>	Fachärztin für Psychiatrie, Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover, Peiner Str. 4, 30519 Hannover

<b>Sueße, Thorsten, Dr.</b>	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Systemischer Therapeut (SG), Sprecher der Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“, Interkultureller Beauftragter im Betrieb und Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover, Peiner Str. 4, 30519 Hannover
<b>Tänzer, Andreas</b>	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Forensische Psychiatrie, Sprecher der Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“, Chefarzt der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf, Südstr. 25, 31515 Wunstorf
<b>Theidel, Michael</b>	Erziehungsleiter, Pestalozzistiftung, Jugendhilfe, Pestalozzistraße 7, 30938 Burgwedel
<b>Theye-Hoffmann, Birgitt</b>	Dipl.-Sozialpädagogin/-arbeiterin, beta89 Betreutes Wohnen, Rotermundstraße 27, 30165 Hannover
<b>Tomaske, Sabine</b>	Dipl.-Sozialpädagogin/-arbeiterin, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Plauener Straße 12 A, 30179 Hannover
<b>Türk, Ali</b>	Institut für transkulturelle Betreuung (BtV) e. V., Freundallee 25, 30173 Hannover
<b>Voigt, Christine</b>	Leitende Dipl. Pädagogin, Therapiezentrum für autistische Kinder gGmbH, Prinz-Albrecht-Ring 63, 30657 Hannover
<b>Wachtendorf, Michael</b>	Leitender Psychologe, Sozialpädiatrisches Zentrum, Janusz-Korczak-Allee 8, 30173 Hannover
<b>Weidner, Oliver</b>	Dipl.-Ergotherapeut, Sprecher der Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“, Leitung Ergotherapie, Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Langenhagen, Rohdehof 3, 30853 Langenhagen
<b>Wellmann, Barbara</b>	Dipl.-Sozialpädagogin, Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst, Peiner Straße 4, 30519 Hannover
<b>Westermann, Lennart</b>	Dipl.-Pädagoge, Einrichtungsleiter, Drobs Hannover – Fachstelle für Sucht und Suchtprävention, Odeonstr. 14, 30159 Hannover
<b>Willems, Manfred</b>	Leiter Entwicklung und Bildung, Sprecher FG Soziale Wiedereingliederung, Hannoversche Werkstätten gem. GmbH, Thurnithstraße 1, 30519 Hannover
<b>Zhang, Yuanyuan, Dr.</b>	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Podbielskistraße 158, 30177 Hannover





**Region Hannover**

**HERAUSGEBER**

Region Hannover  
Sozialpsychiatrischer Dienst als Geschäftsführung  
des Sozialpsychiatrischen Verbundes  
Peiner Straße 4  
30519 Hannover

[www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de](http://www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de)  
[www.hannover.de/spv](http://www.hannover.de/spv)

Stand 04.2017  
Auflage 500

ISSN 1865-7699