



Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) in der Region Hannover

# **SOZIALPSYCHIATRISCHER PLAN 2019**

des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

# VORWORT



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

nach wie vor bestehen zahlreiche Klischees und Vorurteile gegenüber psychisch kranken Menschen. Es ist daher gut sich zu vergegenwärtigen, dass psychische Erkrankungen sowohl über lange Zeiträume, als auch international gesehen, in ihrer Häufigkeit nicht zunehmen. Die Tatsache, dass die Daten der Krankenkassen in den letzten 20 Jahren auf eine deutliche Zunahme von gestellten Diagnosen, Behandlungen und Krankheitstagen auf Grund psychischer Erkrankungen hinweisen, steht dazu nicht im Widerspruch. Diese Daten machen lediglich deutlich, dass diese Erkrankungen auch als solche wahrgenommen werden. Das zunehmende Wissen um psychische Erkrankungen ihre Verläufe, Behandlungsmöglichkeiten, Rehabilitationsangebote und Maßnahmen der Eingliederungshilfe führt dazu, dass die Zahl der gestellten Diagnosen sich schrittweise den tatsächlichen Erkrankungszahlen annähert.

Der Sozialpsychiatrische Plan 2019 der Region Hannover beschäftigt sich mit einem Schwerpunktthema, das für Menschen mit psychischen Erkrankungen, ihre Angehörigen, die Leistungsanbieter und die Leistungsträger in den nächsten Jahren vor große Herausforderungen stellen wird. Er zeichnet sich wieder dadurch aus, dass Autorinnen und Autoren das Schwerpunktthema aus unterschiedlichsten Perspektiven bearbeiten.

Die Einführung und Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) in der Region Hannover erfordert die Auseinandersetzung mit der neuen Definition von Behinderungen, die auf die UN-Behindertenrechtskonvention zurückgeht. Sie erfordert die Auseinandersetzung mit dem neuen Bedarfsermittlungsinstrument für Niedersachsen B.E.Ni, das für alle Kommunen verbindlich zu nutzen ist. Sie fordert von den Leistungsträgern und den Leistungserbringern große Kompetenz in Bezug auf die unterschiedlichen psychischen Erkrankungen und ihre Verläufe und die Bereitschaft und Fähigkeit zur Weiterentwicklung ihre Angebote und Strukturen. Die psychisch kranken Einwohnerinnen und Einwohner sowie ihre Angehörigen benötigen Informationen über die neuen Verfahrenswege und gut zugängliche Angebote zur Beratung, frühzeitigen Bedarfserkennung und Unterstützung im weiteren Antragsverfahren. Sie erfordert für das Gelingen von allen Beteiligten eine große Bereitschaft zum Dialog.

Wir gehen davon aus, dass die Einführung und Umsetzung des BTHG zu noch passgenaueren und bedarfsgerechten Angeboten in der Region Hannover führt, die ein Leben in möglichst großer Selbstständigkeit ermöglichen. Dies ist ein weiterer Schritt auf dem Weg zur Inklusion.

**Dr. Andrea Hanke**  
Regionsrätin  
Dezernentin für Soziale Infrastruktur

# ZUSAMMENSETZUNG DER FACHGRUPPE

## „Sozialpsychiatrischer Plan“ des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

### **Torsten Köster**

STEP gGmbH Niedersachsen  
FAM – Fachambulanz für Alkohol- und  
Medikamentenabhängigkeit  
Lange-Laube 22, 30159 Hannover  
– Sprecher der Fachgruppe –

### **Uwe Blanke**

Region Hannover  
Sozialpsychiatrischer Dienst  
Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund  
Peiner Straße 4, 30519 Hannover

### **Ana Carina Cabrera Antoranz**

beta89  
Verein für betreuendes Wohnen und Tages-  
strukturierung psychisch Gesunder e.V.  
Günther-Wagner-Allee 13, 30177 Hannover

### **Dr. Hermann Elgeti**

Region Hannover  
Stabsstelle Sozialplanung im Dezernat für  
Soziale Infrastruktur  
Hildesheimer Straße 20, 30169 Hannover

### **Matthias Eller**

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

### **Monika Lüpke**

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

### **Stefan Pohl**

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

### **Dr. Thorsten Sueße**

Region Hannover  
Sozialpsychiatrischer Dienst  
Peiner Straße 4, 30519 Hannover

# INHALTSVERZEICHNIS

## VORWORT

(Dr. Andrea Hanke – Dezernentin für Soziale Infrastruktur) ..... 3

## ZUSAMMENSETZUNG DER FACHGRUPPE „SOZIALPSYCHIATRISCHER PLAN“

des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover ..... 4

## ■ EINLEITUNG, BEWERTUNG, RÜCK- UND AUSBLICK

Was behindert Menschen mit psychischen Erkrankungen – was fördert ihre Teilhabe?  
(Thorsten Sueße und Uwe Blanke) ..... 9

Stellungnahme des Vereins Psychiatrie-Erfahrener Hannover e.V. zum Schwerpunktthema  
(Monika Neveling und Nicole Niemann) ..... 15

Das Bundesteilhabegesetz / BTHG: Was erwarten die Angehörigen psychisch erkrankter Menschen?  
Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker  
(Birgit Kleeblatt) ..... 17

## ■ SCHWERPUNKTTHEMA 2019: BTHG – Einführung und Umsetzung in der Region Hannover

Menschen mit Behinderung – was fordert die UN-BRK für psychisch kranke Menschen?  
(Sylvia Thiel) ..... 21

B.E.Ni – das ICF-basierte Bedarfsermittlungsinstrument für Niedersachsen  
Entwicklung – Intentionen – Aufbau – Perspektiven  
(Wolfram Beins) ..... 24

Bundesteilhabegesetz (BTHG) – Zuständigkeiten und Umsetzung in der Region Hannover und  
der Landeshauptstadt Hannover  
(Petra Beimes und Michael König) ..... 28

Bedarfsermittlung für Eingliederungshilfe und die Rolle des Sozialpsychiatrischen Dienstes  
(Thorsten Sueße) ..... 31

Was ändert sich durch das BTHG für das Ambulant Betreute Wohnen?  
(Birgitt Theye-Hoffmann, Uwe Boers, Manfred Willems, Andrea Widmer) ..... 32

Das Bundesteilhabegesetz BTHG und die Tagesstätten –  
Relevante Aspekte für die Tagesstätten und ihre Nutzer\*innen  
(Astrid Strahl) ..... 34

Was brauchen seelisch behinderte Menschen mit stationärem Hilfebedarf?  
Kann das BTHG ihre Teilhabe fördern?  
(Monika Lüpke) ..... 36

BTHG: Die Trennung von Fachleistungen und existenzsichernde Leistungen im stationär  
betreuten Wohnen – die Beschreibung eines (schwierigen) Weges aus Sicht der Leistungsanbieter  
(Thomas Klingsporn) ..... 39

Das neue Budget für Arbeit nach dem BTHG – ein Zugang zum ersten Arbeitsmarkt trotz voller Erwerbsminderung (Marion Forstmeier und Thomas Dyszack) .....	42
Inklusion, berufliche Teilhabe und Mitbestimmung durch das BTHG in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) (Bernhard Lengl und Manfred Willems).....	43

## ■ REGIONALE PSYCHIATRIEBERICHTERSTATTUNG

Auswertungsbericht zur regionalen Psychiatrieberichterstattung (Berichtsjahr 2017) (Hermann Elgeti) .....	47
Der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover (Berichtsjahr 2017) (Thorsten Sueße) .....	65
Bericht der Fachsteuerung Eingliederungshilfe (Catrin Lagerbauer und Henning Henß-Jürgens) .....	69

## ■ SOZIALPSYCHIATRISCHER VERBUND

Der Sozialpsychiatrische Verbund und seine Gremien (Thorsten Sueße und Uwe Blanke).....	75
Geschäftsordnung des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG) als Delegiertenversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover .....	78
<b>Tätigkeitsberichte der Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes</b>	
Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG) (Sabine Kirschnick-Tänzer) .....	81
Bericht des Regionalen Fachbeirates Psychiatrie (RFP) (Hermann Elgeti) .....	83
<b>Berichte der Fachgruppen des AKG</b>	
Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ (Oliver Weidner und Uffe Vajhøj) .....	84
Fachgruppe „Sozialpsychiatrischer Plan“ (Hermann Elgeti) .....	85
Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“ (Andreas Tänzer) .....	86
Fachgruppe „Fort- und Weiterbildung im Verbund“ (Uwe Blanke) .....	87
Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störungen“ (Jana Koch) .....	88
Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“ (Markus Heller) .....	89

<b>Fachgruppe „Sucht und Drogen“</b>	
(Frank Woike) .....	90
<b>Fachgruppe „Inklusiver Sozialraum“</b>	
(Marco Schomakers) .....	91
<b>Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“</b>	
(Birgit Dietl) .....	92
<b>Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“</b>	
(Thorsten Sueße) .....	93
<b>Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“</b>	
(Ahmet Kimil) .....	95
<b>Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“</b>	
(Frauke Gossé und Henning Kurth).....	96
<b>Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“</b>	
(Manfred Willems und Birgit Theye-Hoffmann).....	98
<b>Berichte der Sektor-Arbeitsgemeinschaften</b>	
<b>Sektor-Arbeitsgemeinschaft Ronnenberg-Empelde</b>	
(Erika Bödeker) .....	100
<b>Sektor-Arbeitsgemeinschaft Freytagstraße</b>	
(Ulrike Johanning-Schönfeld) .....	101
<b>Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße</b>	
(Sabine Tomaske) .....	102
<b>Sektor-Arbeitsgemeinschaft Deisterstraße</b>	
(Doris Rolfes-Neumann) .....	103
<b>Sektor-Arbeitsgemeinschaft Königstraße</b>	
(Andreas Roempler) .....	104
<b>Sektor-Arbeitsgemeinschaft List</b>	
(Yuanyuan Zhang) .....	105
<b>Sektor-Arbeitsgemeinschaft Burgdorf</b>	
.....	106
<b>Sektor-Arbeitsgemeinschaft Neustadt</b>	
(Alexandra Schubert und Frederik Müller) .....	106
<b>Sektor-Arbeitsgemeinschaft Laatzen</b>	
(Horst-Peter Michel) .....	107
<b>Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen</b>	
(Birgit Birschel) .....	107
<b>Sektor-Arbeitsgemeinschaft Groß Buchholz</b>	
(Richard Plank) .....	108
<b>Bericht der Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle für Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen / Ombudsstelle</b>	
(Jürgen Gundlach) .....	109

## ■ SONDERTEIL:

Hilfen für psychisch kranke Kinder, Jugendliche und deren Familien (Stefan Pohl und Matthias Eller) .....	111
--	-----

### **Ambulante Versorgung**

Niedergelassene kinder- und jugendpsychiatrische Praxen (Rainer F. Janitzek) .....	111
Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien des Fachbereichs Soziales, Team Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover (Verena Handtke) .....	112
Familien- und Erziehungsberatungsstellen der Region Hannover, Fachbereich Jugend (Matthias Möller) .....	113
Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gem. § 35a SGB VIII im Fachbereich Jugend der Region Hannover (Ramona Heuer und Katrin Deiters-Winkler) .....	115
Eingliederungshilfe g. § 35 a SGB VIII im Fachbereich Jugend und Familie der Landeshauptstadt Hannover (Wolfgang Sievers) .....	116
Sozialpädiatrisches Zentrum, Bereich Psychologie (Michael Wachtendorf) .....	117
10 Jahre Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen HaLT – Hart am Limit in der Region Hannover (Andre Heckert) .....	118

### **Stationäre Versorgung**

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Region Hannover Psychiatrie Wunstorf (Anette Redslob) .....	120
Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik am Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT Hannover (Burghard Neuhaus) .....	121
AMEOS Klinikum, Niedersächsische Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Hildesheim .....	122

## ■ ANHANG

Autorinnen und Autoren .....	123
Fachbegriffe .....	128
Abkürzungen .....	130

## Maßnahmen und Ziele des Bundesteilhabegesetzes



Bild: © BMAS

© Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2016  
Weitere Infos unter [www.bmas.de](http://www.bmas.de)

## EINLEITUNG, BEWERTUNG, RÜCK- UND AUSBLICK

### Was behindert Menschen mit psychischen Erkrankungen – was fördert ihre Teilhabe?

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 2019 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. Die insgesamt 58 Beiträge zu dieser Veröffentlichung wurden von 59 Autorinnen und Autoren verfasst. Davon stammen 31 aus Mitgliedsorganisationen des Sozialpsychiatrischen Verbundes. Damit ist diese Publikation ein Abbild der vielfältigen Netzwerkarbeit, die über die Institutionsgrenzen hinausgeht und die die fachlichen, gesetzlichen und beruflichen Akteure verbindet.

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

• Im April 2018 stimmte der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie mit großer Mehrheit dafür, das Thema **Einführung und Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) in der Region Hannover** zum Schwerpunktthema dieses Sozialpsychiatrischen

Plans zu machen. Die Fachgruppe „Sozialpsychiatrischer Plan“ hat daraufhin um Beiträge gebeten, die dieses Thema möglichst umfassend aus den Perspektiven der Betroffenen, der Angehörigen und der Professionellen bearbeiten.

• Den Auftakt (ab S. 15) machen aus dem **Verein Psychiatrie-Erfahrener (VPE e. V.)** Monika Neveling und Nicole Niemann mit ihrem Beitrag, in dem sie zunächst ausdrücklich Bezug nehmen auf den Versuch in Kooperation mit der Johanniter-Unfallhilfe eine EUTB-Beratung für die Region Hannover ins Leben zu rufen, die den fachlichen Anforderungen für psychische Erkrankungen gerecht wird. Dieser Antrag, der ausdrücklich durch die Region Hannover befürwortet worden ist, wurde seitens des zuständigen Bundesministeriums abgelehnt. Begründung: Kein Bedarf. Im zweiten Teil des Beitrages wird über die Ergebnisse der im VPE durchgeführten Mitgliederbefragung zum BTHG im VPE e. V. berichtet, die die Sorgen der Betroffenen zum Ausdruck bringt.

• Dem schließt sich der Beitrag von Birgit Kleeblatt (ab S. 17) an, die aus der **Sicht der Angehörigen (AANB e. V.)** die Erwartungen und Hoffnungen in Bezug auf die Einführung des BTHG darstellt. Auch in ihrem Beitrag schwingt die Skepsis mit, ob die Um-

setzung wirklich zu besseren Möglichkeiten für die Betroffenen, und damit auch für ihre Angehörigen, führt. Sie erinnert folgerichtig daran, dass die Mittel für die Umsetzung des Gesetzes als „lernendes Instrument“ bezeichnet werden und dass sich daraus die gemeinsame Verantwortung zum Dialog und zur Gestaltung der Zukunft ergibt.

- Die Entstehung des Bundesteilhabegesetzes hat seine Grundlagen in der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen / UN-BRK von 2006. Sylvia Thiel (ab S. 21), die Beauftragte der Region Hannover für Menschen mit Behinderungen, erläutert in ihrem Beitrag den neuen Behinderungsbegriff, der die Teilhabebeeinträchtigungen zurückführt auf die Barrieren, auf die die Menschen stoßen. Dies ist verhältnismäßig leicht vorstellbar, wenn es z. B. um körperliche Aspekte geht. Neu müssen wir alle lernen, dieses neue Denkmodell auch auf Menschen mit psychischen Behinderungen anzuwenden.
- Wolfram Beins, der Mitglied der Projektgruppe des Landes Niedersachsen zur Entwicklung des **Bedarfsentwicklungsinstrumentes für Niedersachsen / B.E.Ni** war, berichtet (ab S. 24) über die Anforderungen, die Entwicklung und die Perspektiven dieses Instrumentes, mit dem versucht werden soll die Bedarfe personenzentriert zu erheben und in entsprechende Zielplanungen münden zu lassen. Der Einsatz des B.E.Ni. erschließt erstmalig die Möglichkeit Daten landesweit zu erheben. B.E.Ni. bedarf einer kontinuierlichen Weiterentwicklung, an der die Betroffenen und die Leistungserbringer zu beteiligen sind.
- In einem gemeinsamen Beitrag stellen Petra Beimes von der Region Hannover und Michael König von der Landeshauptstadt Hannover (ab S. 28) die **Zuständigkeiten und die Umsetzung des BTHG in der Region Hannover und der Landeshauptstadt Hannover** dar. Sie verweisen dabei ausdrücklich darauf, dass seitens des Landes Niedersachsen noch keine Zuständigkeitsregelungen in Bezug auf das Eingliederungshilferecht getroffen worden sind. Dies führt zu erheblichen Verzögerungen auf der kommunalen Ebene.
- Kurz und prägnant stellt Thorsten Sueße (ab S. 31) die wesentlichen Argumente für die zentrale **Rolle des Sozialpsychiatrischen Dienstes bei der Bedarfsermittlung für die Maßnahmen der Eingliederungshilfe** dar. Sollen diese Maßnahmen passgenau und bedarfsgerecht erfolgen, so ist ein fundiertes Fachwissen über psychische Krankheiten und ihre Verläufe unabdingbar. Darüber hinaus nimmt er Bezug auf die systematische Einbindung des SpDi in die ab 2020 geplante professionelle Basisberatung.
- Aus der Perspektive der Leistungserbringer formuliert Birgitt Theye-Hoffmann (ab S. 32) die Fragen, die sich für die **Veränderungen im ambulant betreuten Wohnen / ABW** durch die Umsetzung des BTHG ergeben. Deutlich werden die zahlreichen Verfahrensunsicherheiten für die Leistungsberechtigten und die Leistungserbringer. Der zentrale Hinweis dieses Beitrages besteht darin, die Klientinnen und Klienten mit ihren Bedarfen und Möglichkeiten in den Mittelpunkt des Verfahrens zu stellen.
- An dieser Stelle folgt logisch (ab S. 34) der Beitrag aus der Perspektive der **Tagesstätten und ihrer Nutzerinnen und Nutzer** von Astrid Strahl. Diese teilstationären Einrichtungen bieten mit einem wöchentlichen Zeitrahmen von 20 bis 30 Wochenstunden und ihren differenzierten inhaltlichen Angeboten Möglichkeiten der Tagesstrukturierung. Aus Anlass dieses Beitrages wurden die Bedürfnisse der Besucherinnen und Besucher erfragt. Neben den – auch an anderer Stelle diskutierten – formalen Erschwernissen im Verfahren, werden auch erste positive Einwicklungen benannt.
- In den **vollstationären Einrichtungen**, in den Heimen, leben die Menschen mit den schwersten psychischen Erkrankungen und Behinderungen. Was braucht diese Personengruppe? Und kann das BTHG ihre Teilhabe fördern? Das fragt Monika Lüpke in ihrem Beitrag (ab S. 36), den sie mit anderen Leistungsanbietern vorbereitet hat. Es wird deutlich, dass die hohen Ansprüche, die das BTHG auch für diesen Personenkreis in Bezug auf ein eigenverantwortliches Handeln formuliert, schwer umzusetzen sein werden. Sorge bereitet, ob neben den steigenden formalen Anforderungen auch weiterhin ange-

messene Ressourcen für die elementar wichtige Beziehungsarbeit in der Zukunft zur Verfügung stehen wird.

- Die durch das BTHG bewirkte **Trennung von Fachleistungen und Lebensunterhalt in stationären Einrichtungen** vertieft Thomas Klingsporn in seinem Beitrag (ab S. 39). Als positiv wird hervorgehoben, dass die neuen Regeln zur Anrechnung von Einkommen und Vermögen, die aus der Herauslösung der Eingliederungshilfe aus der Sozialhilfe (SGB XII) resultieren, neue Spielräume eröffnet. Kritisch wird auf die formalen Auswirkungen hingewiesen, die für Leistungsberechtigte und Leistungserbringer komplexere Vertragsgestaltungen nach sich ziehen.
- Neben der Hilfe zum Lebensunterhalt und den Fachleistungen ist das Thema Arbeit für die Betroffenen von großer Bedeutung. Thomas Dyszack und Marion Forstmeier erläutern (ab S. 42) **das neue Budget für Arbeit nach dem BTHG**, das neue Möglichkeiten schaffen soll, trotz einer Erwerbsminderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (wieder) tätig werden zu können.
- Den Abschluss der Beiträge zum Schwerpunktthema macht ein gemeinsamer Artikel von Bernhard Lengl und Manfred Willems (ab S. 43) zu den Veränderungen in Bezug auf Inklusion, berufliche Teilhabe und Mitbestimmung, die das BTHG in den **Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)** mit sich bringt. Der große Veränderungs- und Weiterentwicklungsprozess, in dem sich die **WfbM** in der Region Hannover bereits seit Jahren befinden, wird durch die Anforderungen des BTHG noch einmal nachdrücklich unterstützt. Das betrifft sowohl die Angebotsvielfalt und -struktur als auch die internen Prozesse in den Einrichtungen.
- Fester Bestandteil der Sozialpsychiatrischen Pläne ist der Beitrag zur **Regionalen Psychiatrieberichterstattung**, 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 – 2017 gegeben. Hervorzuheben sind 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. Besonders ist auf die Auswertung der Daten zum Psychosozialen Risikoscore für den Sozialpsychiatrischen Dienst, die Fachstellen für Sucht und Suchtprävention und die Angebote für das Ambulant Betreute Wohnen hinzuweisen, die mit ihren stabil hohen Werten ein Zeichen für einen guten Zielgruppenbezug sind.
- Fortgeschrieben wird der **Bericht des Sozialpsychiatrischen Dienstes** von Thorsten Sueße (ab S. 65) zu den Leistungsdaten aller Beratungsstellen in der Region Hannover. In der Übersicht, die den Zeitraum von 2008 bis 2017 abbildet, wird erkennbar, dass die Zahl der betreuten Personen in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen hat. Seit 2017 besteht im Gebiet der Landeshauptstadt Hannover die Ermächtigung zur Verordnung von Medikamenten und anderen Leistungen der Gesetzlichen Krankenkassen. Diese Leistungserbringung wird jedoch nicht vergütet. Für die Städte und Gemeinden des Umlandes besteht traditionell keine Ermächtigung. Deutlich wird auch, dass die Hilfen oftmals in Form von Hausbesuchen erbracht werden.
- Die **Fachsteuerung Eingliederungshilfe des SpDi** berichtet über die Fallzahlenwicklung aller Hilfeplanungen. Die von Catrin Lagerbauer und Henning Henß-Jürgens (ab S. 69) ausgewerteten Daten zeichnen in den vergangenen Jahren einen kontinuierlichen Anstieg bei der Anzahl der durchgeführten Hilfeforenzen nach. Aktuell scheinen sich die Fallzahlen auf dem Niveau der letzten Jahre zu stabilisieren. Außerdem werden die ersten Erfahrungen mit der umgestellten Bedarfsermittlung mit B.E.Ni diskutiert und weitergehende Fragen zur Weiterentwicklung des Verfahrens formuliert.
- Unter der Rubrik **Sozialpsychiatrischer Verbund (SpV)** finden Sie (ab S. 75) die aktualisierte Übersicht über die Gremien des Verbundes (ab S. 77) und ab (S. 78) die aktualisierte Geschäftsordnung. Ab S. 81 folgen die **Tätigkeitsberichte der Gremien**

des SpV, die ebenfalls ein fester Bestandteil dieser Publikation sind, und die das große Spektrum der im SpV bearbeiteten Themenstellungen einschließlich der daraus resultierenden Initiativen und Handlungsempfehlungen 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. 111) wieder einen Überblick der für diesen Bereich relevanten Themen, untergliedert in die Kategorien „Ambulante Versorgung“ und „Stationäre Versorgung“. Besonders hervorzuheben ist der Beitrag von Andre Heckert (ab S. 117) über die Erfahrungen **10 Jahre Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen – HaLT – Hart am Limit in der Region Hannover**, der verdeutlicht, dass Prävention wirksam ist und in langen Zeiträumen gedacht werden muss.
- Das **Glossar der Fachbegriffe** und das **Verzeichnis der Abkürzungen** wurden angepasst.

### Rückblick auf den Sozialpsychiatrischen Plan 2018: „Zwangmaßnahmen und -behandlungen in der Psychiatrie“

- Sowohl die Vorstellung im Ausschuss für Soziales, Wohnungswesen und Gesundheit der Region Hannover am 17.04.2018 als auch die Vorstellung im Sozialausschuss der Landeshauptstadt Hannover am 17.09.2018 hatten jeweils eine ausführliche Berichterstattung in der Tagespresse zur Folge. Der Fokus lag dabei auf den Entwicklungen in den geschlossenen Einrichtungen für psychisch kranke alte Menschen.
- Diese Einrichtungen arbeiten weiterhin in einer Arbeitsgruppe zusammen, um Lösungsansätze zu entwickeln. Hierbei haben sich folgende Schwerpunkte herausgebildet: Qualifizierung des Personals in Bezug auf Deeskalationsstrategien, Teilnahme von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an der Fachweiterbildung Sozialpsychiatrie der KRH-Akademie, Umstrukturierungen in den Wohnbereichen hin zu störungsspezifischen Einheiten, Pflegesatzverhandlungen mit dem Ziel bessere Personalschlüssel in diesen Wohnbereichen realisieren zu können. Darüber hinaus besteht Bedarf die Ursachen für die Entwicklungen, die in den Einrichtungen deutlich werden, zu bearbeiten.

- Im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie haben die ärztlichen Leitungen der Kliniken mit Versorgungsverpflichtung für die Region Hannover über die Situation und die Entwicklung berichtet. Deutlich wurde dabei, dass die Kliniken in der Regel die letzte Option und damit als Indikator für das gesamte Versorgungssystem zu sehen sind. In diesem Zusammenhang haben die Vertreterinnen und Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen eindrücklich ihre Sichtweisen und ihre Vorstellungen für eine gute Behandlung dargelegt.

- Im Jahr 2019 wird die Auseinandersetzung fortgeführt. Geplant ist die Weiterentwicklung und Neuaufgabe des bisherigen Krisenpasses und die Einrichtung einer Arbeitsgruppe, um die bestehenden Behandlungsvereinbarungen, mit denen Patientinnen/Patienten und Kliniken vorsorglich Absprachen für künftige Behandlungszeiten dokumentieren, prägnanter und praxistauglicher zu gestalten.

Die große Nachfrage erforderte erstmals den Nachdruck dieses Sozialpsychiatrischen Planes.

## Was ist aus unserer Sicht noch im Jahr 2019 innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes zu erwarten?

Das novellierte Niedersächsische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) wurde am 21.09.2017 veröffentlicht. Anlass für die Novellierung waren die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Jahr 2011 und des Bundesgerichtshofes aus dem Jahr 2012, die festlegten, dass eine Unterbringung, d. h., die Aufnahme einer Person gegen ihren Willen in einer Psychiatrischen Klinik, nicht automatisch auch das Recht beinhaltet, diese Person gegen ihren Willen zu behandeln. Die Novellierung erfolgte im Herbst 2017 unter dem Druck der vorgezogenen Neuwahlen und umfasste das Gesetz nicht vollumfänglich. Für das Jahr 2019 ist mit einer erneuten Novellierung des NPsychKG zu rechnen. Von besonderem Interesse ist dabei welche Änderungen für

- die Aufgaben und Strukturen der **Sozialpsychiatrischen Dienste**
- die Regelungen in Bezug auf den **Ausschuss für die Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung**
- die Aufgaben der **Besuchskommissionen**
- die Aufgaben und Strukturen des **Landesfachbeirates Psychiatrie**

erfolgen sollen. Vermutlich wird es außerdem eine Veränderung im Aufbau des Gesetzes geben, der eine Analyse der Veränderungen erschweren wird. Die Sozialpsychiatrischen Verbände Niedersachsens sind im Vorfeld nicht einbezogen worden.

Das KRH-Ausbildungszentrum hat sehr ambitioniert die **Sozialpsychiatrische Weiterbildung** aufgebaut. Im April 2017 hat zunächst die erste Phase der Weiterbildung zur „Fachkraft für sozialpsychiatrische Betreuung“ (Zielgruppe: Alten- und Krankenpflege) begonnen und im Oktober 2017 folgte plangemäß der Weiterbildungsabschnitt, der für weitere Berufsgruppen (schwerpunktmäßig Sozialpädagogen) offensteht. Die Rückmeldungen nach Abschluss der ersten Kurse sind von allen Beteiligten sehr positiv. Im Jahr 2019 wird sich vermutlich entscheiden, ob dieses zweigleisige Modell so weitergeführt werden

kann oder ob aus Gründen der Nachfrage ein einglisiges Modell (dies ist an anderen Orten der Standard) eingeführt werden wird.

Im Jahr 2018 hat das **Bündnis gegen Depression in der Region Hannover** sein 10-jähriges Bestehen zum Anlass genommen, um im Oktober zwei Aktionswochen durchzuführen. Insgesamt haben ca. 3.200 Einwohnerinnen und Einwohner aus der Region Hannover die Gelegenheit genutzt, um sich im Rahmen der 39 Veranstaltungen zu informieren und mit anderen ins Gespräch zu kommen. Diese enorme Resonanz hat zur Folge, dass das Bündnis ebenfalls im Jahr 2019 – wenn auch in kleinerem Umfang – Aktionstage anbieten wird.



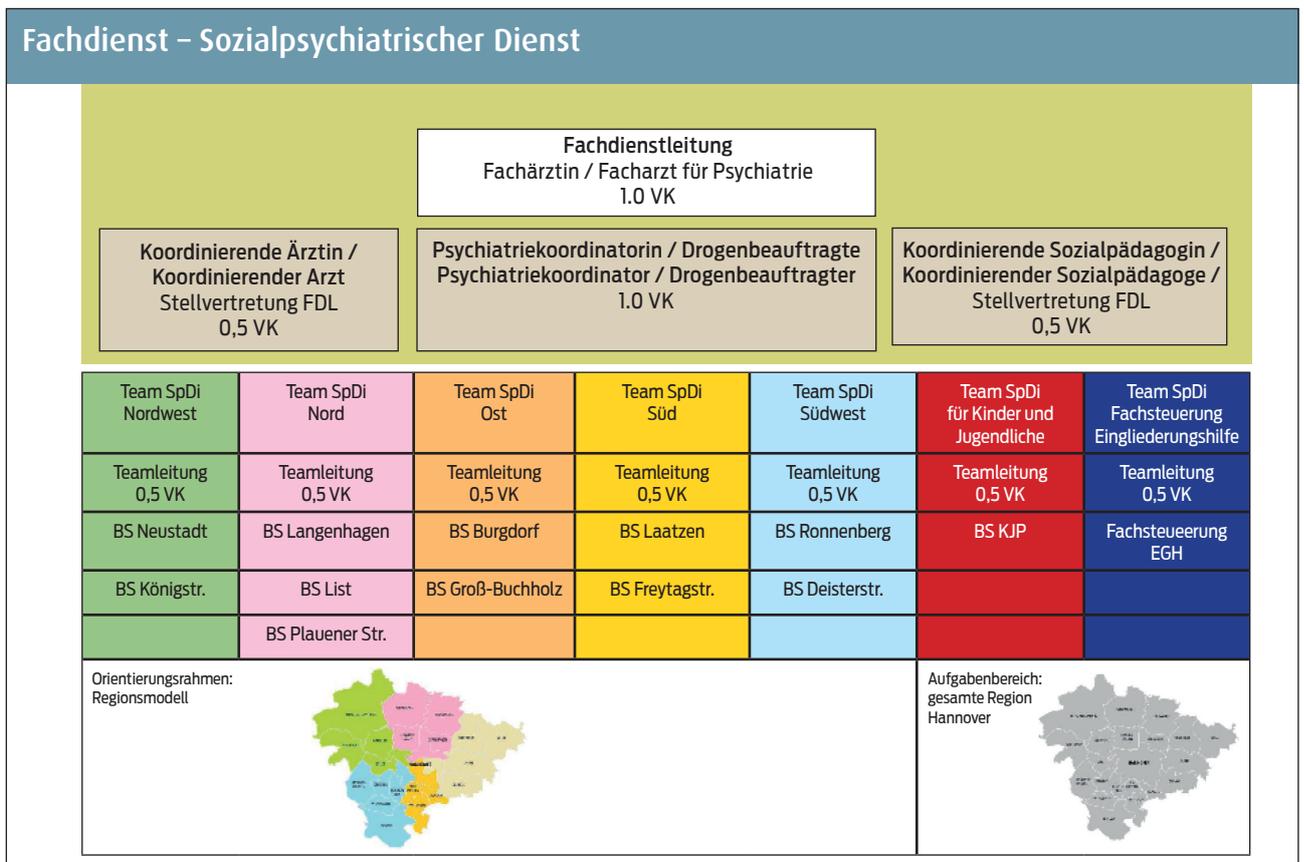
Die **Zuverdienstprojekte für psychisch Kranke**, die im Rahmen einer Zuwendung als Pilotprojekte gefördert wurden, haben sich bewährt. Die Region Hannover hat die Grundlage der Förderung überprüft. Dabei wurde auch deutlich, dass der Begriff des Zuverdienstprojektes die Aufgabenstellung nicht sachgerecht beschreibt. Die politischen Gremien der Region Hannover haben in der Folge eine Umstellung auf eine Leistungsvereinbarung nach § 75 SGB XII ff unter der neuen Bezeichnung **Betätigungsangebote** beraten und beschlossen. Erste Leistungsvereinbarungen konnten abgeschlossen werden und wir gehen davon aus, dass im Jahr 2019 weitere Gemeinden und Städte des Umlandes einbezogen werden.

Im Jahr 2018 hat die von der Fachgruppe „**Psychiatrie und Obdachlosigkeit**“ immer wieder beschriebene besondere Situation von obdach- und wohnungslosen Einwohnerinnen und Einwohnern in der Region Hannover endlich ein breiteres Interesse hervorgerufen. Ein überproportional großer Anteil dieser Menschen leidet an schweren psychischen Erkrankungen. Wir setzen darauf, dass die begonnene Auseinander-

setzung mit diesem Thema konstruktiv und zielorientiert weitergeführt wird und dass im Jahr 2019 bestehende Angebote gestärkt und neue Lösungswege entwickelt werden.

Im Laufe des Jahres 2019 wird ein neues **Organisations- und Leitungsmodell für den Sozialpsychiatrischen Dienst** eingeführt, welches sich am Regionalmodell Soziale Infrastruktur orientiert. Dabei wird das gesamte Regionsgebiet in fünf Teilregionen aufgeteilt – Nordwest, Nord, Ost, Süd und Südwest, wo-

übergeordnete Struktur eines Fachdienstes Sozialpsychiatrischer Dienst, dessen Leitung die bisherige Gesamtteamleitung übernimmt. Veränderungen bei der Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbundes ergeben sich durch das neue Organisationsmodell nicht. Der Vertreter des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie sowie erste Ansprechperson für Schnittstellenpartner des SpDi im Sozialpsychiatrischen Verbund ist die Fachdienstleitung.



bei jeweils Teile des Umlands mit denen der Landeshauptstadt zusammengefasst werden. Jede Teilregion erhält im Erwachsenenbereich eine eigene Teamleitung, die einzelnen Beratungsstellen bleiben im vollen Umfang erhalten und werden den einzelnen Teilregionen zugeordnet. Die bisherigen ambulanten Sektorgrenzen werden sich dadurch geringfügig verändern. Daneben gibt es zukünftig zwei weitere Teams mit eigener Teamleitung, die sektorübergreifend zuständig sind für Kinder und Jugendliche sowie für die Fachsteuerung Eingliederungshilfe. Eingebettet sind die sieben neuen Teams in die

Im zweiten Halbjahr 2018 konnte die Druckfassung des **Wegweisers Sozialpsychiatrie** veröffentlicht werden. In übersichtlicher und gut verständlicher Weise wird das Versorgungssystem im Bereich Sozialpsychiatrie erläutert. Ergänzend zur Druckversion wurde dieser Wegweiser in weitere Sprachen übersetzt (Türkisch, Russisch, Polnisch, Arabisch, Serbisch/Kroatisch/Bosnisch, Farsi und Englisch). Diese Übersetzungen stehen auf der Internetseite der Region Hannover unter [www.hannover.de/spv](http://www.hannover.de/spv) zum Download zur Verfügung. Die Nachfrage ist sehr groß und wir prüfen die Möglichkeiten, diese Publikation in

den am häufigsten nachgefragten Sprachen drucken zu können.

Im Jahr 2018 haben sich die Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes intensiv mit der Einführung und Umsetzung des **Bundesteilhabegesetzes (BTHG) und des Pflegestärkungsgesetzes (PSG)** auseinandergesetzt. Die Fachtagung **Die Zukunft des ambulant betreuten Wohnens: Veränderungen konstruktiv nutzen**, die der Verbund am 05.03.2018 im Haus der Region Hannover durchführte, war bereits wenige Tage nach ihrer Ankündigung ausgebucht. Auf der Landesebene wurde unter dem Begriff **B.E.Ni** das neue **Bedarfsermittlungsinstrument** eingeführt und auf der kommunalen Ebene sind diese Vorgaben umzusetzen. Weiterhin (Stand 30.01.2019) ist noch nicht geklärt, wer Träger der Eingliederungshilfe werden wird. Das Thema wird uns sicherlich nicht nur im Jahr 2019 herausfordern.

### Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) nach dem Bundesteilhabegesetz.

Stellungnahme des Vereins Psychiatrie-Erfahrener Hannover e.V. zum Schwerpunktthema von Monika Neveling und Nicole Niemann (VPE Hannover e.V.)

Auf der AKG Sitzung im November 2017 wurden Themen wie BTHG-Erfahrungen, Entwicklungen und Perspektiven benannt und diskutiert. Vor dem Hintergrund der geplanten Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) nach dem Bundesteilhabegesetz nahmen kurze Zeit später die Mitarbeiter\_innen der Johanniter Unfall Hilfe (JUH) mit uns, dem VPE, Kontakt auf und fragten nach einer eventuellen Kooperation zwischen JUH und dem VPE zur EUTB. Angestrebt wurde die Einrichtung einer Beratungsstelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen, in der es auch eine Peer-Beratung geben sollte.

Wir freuten uns sehr über die Möglichkeit der Kooperation. Die Idee „von Betroffenen für Betroffene“ entspricht ganz unserem Hauptgedanken „Hilfe zur Selbsthilfe“ mit der Erstarkung des Einzelnen – „Profi in eigener Sache“.

Im VPE gibt es einige Mitglieder\_innen, die im Laufe der letzten Jahre ihre EX-IN Ausbildung erfolgreich absolviert haben. Leider war es ihnen bisher nicht möglich, in oder um Hannover herum eine Stelle als Genesungsbegleiter\_in z.B. in den Kliniken zu bekommen. Im Rahmen der EUTB und der Peer-Beratung schien sich das Blatt für die EX-INler\_innen nun zu wenden. Viele signalisierten ihr Interesse als Peerberater\_in arbeiten zu wollen. Zumal es sich u.a. auch um sozialversicherungspflichtige Tätigkeiten handeln sollte. Ein Mitglied wäre seinerzeit bereit gewesen den derzeitigen sozialversicherungspflichtigen Job im Bereich des Ingenieurwesens zu kündigen und als Peer-Berater\_in zu fungieren. Wengleich es für die Person auch bedeutet hätte, sich zu outen. Im Lebenslauf hätte dann Genesungsbegleiter und nicht Ingenieur gestanden. Ein öffentliches Auftreten als Genesungsbegleiter\_in ist für viele immer noch sehr schwer, da die Stigmatisierung psychisch Kranker noch immer enorm und daher für den Betroffenen nicht zu unterschätzen ist.



Die JUH hatte das Konzept für ihr Vorhaben erstellt und hätte auch barrierefreie Räumlichkeiten am Klagesmarkt über die Hanova erhalten. Auch die Vernetzung mit dem Quartier am Klagesmarkt stand bereits. Das Konzept wurde daraufhin fristgerecht eingereicht.

Der Antrag, der im Rahmen der sogenannten 2. Antragswelle gestellt worden ist, wurde durch das Ministerium abgelehnt. Das Projekt kam nicht zustande.

Es bestehe kein weiterer Bedarf in der Region Hannover. Ratsuchende aus der Region Hannover werden jetzt über die offizielle Suchfunktion im Internet (<https://www.teilhabeberatung.de/beratung/beratungsangebote-dereutb>) als nächstliegende EUTB-Beratungsstellen – mit Kompetenz für psychiatrische Fragestellungen – auf Angebote in Stadthagen und in Salzgitter verwiesen.

Aus Sicht unserer Mitglieder\_innen ist dieser Umstand sehr bedauerlich, da insbesondere bei psychisch Erkrankten die Wahrscheinlichkeit, eine Stelle auf dem 1. Arbeitsmarkt zu bekommen, sehr gering ist. Daher hätten wohnortnahe Peer-Beraterstellen für Mitglieder\_innen mit EX-IN Ausbildung eine signifikante Verbesserung der persönlichen Situation dargestellt. Abgesehen von den fehlenden Stellen als Genesungsbegleiter in der gesamten Region Hannover wäre ein Wohnortwechsel ohnehin nicht ohne weiteres realisierbar, da ein sicheres soziales Umfeld maßgeblich als Stabilisationsfaktor angesehen werde. Im Übrigen biete der momentane Wohnungsmarkt ohnehin nicht ausreichend Wahlmöglichkeiten.

### Was erwarten Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung?

Mit Blick auf das BTHG haben wir im VPE zum Thema Inklusion/Teilhabe eine anonyme Mitgliederbefragung durchgeführt. Hierbei kamen folgende Ergebnisse heraus:

- Die erste Barriere für unsere Mitglieder\_innen stellt sich in Form der juristischen Fachsprache. Gesetze wie das BTHG sind in der Regel so formuliert, dass sie häufig zu Verständnisproblemen führen.
- Viele unserer Mitglieder\_innen haben daher die Sorge, dass das BTHG keine nennenswerten Erleichterungen mit sich bringen werde, sondern dass es sich bei den angekündigten Verbesserungen letztlich um ver-

„Mir ist an der Inklusion besonders wichtig, dass ich nicht benachteiligt werde, wenn ich eine Wohnung suche, [...] ich will mich nicht outen. Das Outen ist auch bei Ärzten gefährlich. Ich bin schon mehrmals nicht behandelt worden.“

steckte Sparmaßnahmen handeln könne und sich keine fühlbaren Erleichterungen im Alltag einstellen würden. Falls sich allerdings herausstellen sollte, dass sich durch das Gesetz die finanzielle Situation der Betroffenen tatsächlich spürbar verbessert, wäre dies sicherlich ein Schritt in die richtige Richtung. Zitat: „Besonders wichtig an der Inklusion ist, dass sie ehrlich gemeint ist.“

- Darüber hinaus ergab die Mitgliederbefragung zwei weitere wichtige Themenschwerpunkte:
  - die Teilhabe am sozialen Leben
  - der Zugang zum Arbeitsmarkt

Beide Punkte werden zu über 80% als problembehaftet wahrgenommen. Menschen mit psychischen Erkrankungen möchten arbeiten und am sozialen Leben teilhaben. Beides gelingt oft nur mangelhaft. Tätigkeiten auf dem 1. Arbeitsmarkt sind nur schwer zu finden und Vollzeitstellen aufgrund der Erkrankungen oft nur schwer auszufüllen. Ein Mitglied beschrieb in diesem Zusammenhang, dass psychisch kranke Menschen oft ein schlechtes Kurzzeitgedächtnis hätten und auch schneller zur körperlichen und geistigen Erschöpfung neigten als gesunde Menschen. Allerdings wären kleine Jobs durchaus denk- und machbar. Sie würden auch zur Tagesstrukturierung beitragen, von der Wertschätzung einmal ganz abgesehen... Zitat: „Wenn man eine Behinderung hat, kann man sich nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt bewerben, da man keinen Arbeitsplatz erhält. Mein Neurologe hat mir daher gesagt, dass ich auch keine Umschulung machen kann, da ich mit meiner Diagnose außen vor bin. Ich habe mir jetzt einen Kleingarten zugelegt und habe so eine Struktur für den Tagesablauf.“

- Auch wurde die hohe Armutsgefährdung psychisch kranker Menschen genannt sowie Berührungängste der Gesellschaft mit psychischen Erkrankungen. Zitat: „weltanschauliche Randpositionen, führen zu Sympathieschwund im Umfeld wegen unverständlichem Verhalten.“

- Ebenso ist das Outen der Erkrankung ist ein wiederkehrendes Thema. Zitat: „Mir ist an der Inklusion besonders wichtig, dass ich nicht benachteiligt werde, wenn ich eine Wohnung suche, [...] will mich nicht outen. Das Outen ist auch bei Ärzten gefährlich. Ich bin schon mehrmals nicht behandelt worden.“

Vor dem bisher Dargelegten erscheint es insoweit fraglich, inwieweit das BTHG dazu beitragen kann, einer Stigmatisierung von Betroffenen wirklich entgegenzuwirken. Schließlich kann Teilhabe auch immer zu einem unfreiwilligen „Outing der Erkrankung“ führen.

Zu guter Letzt bleibt aus Sicht unserer Mitglieder\_innen abzuwarten, ob und inwieweit das BTHG die Teilhabe insbesondere psychisch Erkrankter vorantreibt. Zitat: „Ich würde mir wünschen, dass meine Mitmenschen mehr Verständnis für die Schwächen und Eigenarten haben. Und psychische kranke Menschen ernst genommen werden.“

## Das Bundesteilhabegesetz / BTHG: Was erwarten die Angehörigen psychisch erkrankter Menschen?

von Birgit Kleeblatt (Schriftführerin der AANB e. V.)

Das als Bundesgesetz am 23.12.2016 erlassene und am 25.07.2017 in Kraft getretene „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung“ (BTHG) vermittelt den Angehörigen große Hoffnungen auf eine Verbesserung auch der Situation ihrer psychisch erkrankten / behinderten Familienmitglieder.

Angesichts dieser wichtigen und tiefgreifenden Reformierung unseres Systems sozialer Leistungen kann in dieser Stellungnahme aus Angehörigensicht noch gar nicht die gesamte Tragweite in ihrer Gesamtdimension beurteilt werden. Der sehr weitreichende Eingriff in alle Regelungen zur Teilhabe und Rehabilitation mit Strukturveränderungen und teilweise erst noch zu realisierenden Verfahrensregelungen ist zurzeit noch nicht abgeschlossen, was z. B. auch die zeitliche Abfolge der stufenweisen Inkraftsetzung (bis

2023) betrifft. Dies bezieht sich ebenso auf die Umsetzungsaktivitäten im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover. Die Überlegungen zu Zuständigkeiten auf regionaler und kommunaler Ebene, vor allem in der Eingliederungshilfe, sind noch im Prozess. Sehr hilfreich wäre dann eine „Handreichung“ für Erfahrene und Angehörige zur Antragstellung und Vorgehensweise. Wir beschränken uns in dieser Stellungnahme auf ausgewählte Themenbereiche, mit denen die meisten Angehörigen im Hinblick auf ihre psychisch erkrankten / behinderten Familienmitglieder in der praktischen Alltagsrealität konfrontiert sind.

Im Folgenden zur *Reformierung der Eingliederungshilfe und Entwicklung eines modernen Teilhaberechtes*: Menschen, die aufgrund einer wesentlichen Behinderung nur eingeschränkte Möglichkeiten der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft haben, werden aus dem bisherigen „Fürsorgesystem“ herausgeführt. Gegenüber dem Einstellungs- und Handlungs-Motto „Ich weiß, was für Dich gut ist!“ gilt nun die Haltung: „Du entscheidest, wo Du Dich in die Gesellschaft mit Deinen Neigungen, Fähigkeiten und Entwicklungspotentialen einbringen willst und wir unterstützen Dich dabei, die auftretenden Barrieren zu beseitigen.“

## Personenzentrierung ersetzt die Institutionszentrierung

Von dieser veränderten Grundhaltung ausgehend, sollen die Leistungen ...

- am persönlichen Bedarf orientiert sein und personenbezogen ermittelt werden;
- sollen nicht länger institutionszentriert, sondern personenzentriert bereitgestellt werden
- das Wunsch- und Wahlrecht von Menschen mit Behinderungen im Sinne der *UN-Behindertenrechtskonvention* berücksichtigen.

Bei diesen so positiv empfundenen Paradigmenwechseln darf nicht unerwähnt bleiben, dass es auf der anderen Seite auch den Grundsatz gibt, durch die Reform keine neue Ausgabendynamik entstehen zu lassen!

### Neu definiert: Behinderung

Der neue Behinderungsbegriff (Teil 1 des SGB IX) orientiert sich am biopsychosozialen Modell der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und sieht darin eine funktionale Beeinträchtigung nicht mehr als Eigenschaft und Defizit einer Person, sondern betrachtet sie im *Zusammenspiel mit Kontextfaktoren sowie mit den Interessen und Wünschen des betroffenen Menschen*. So wird denn auch konsequenterweise nicht mehr von Menschen mit Behinderung gesprochen, sondern von Menschen mit krankheitsbedingten Teilhabebeeinträchtigungen.

### Barrieren – was heißt das für Menschen mit psychischen Erkrankungen?

Unter dem Begriff der „Barrieren“ werden nicht mehr nur z. B. bauliche oder sinnesorientierte Hürden verstanden, sondern gerade für den Personenkreis der Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen auch die zum großen Teil nicht körperlich sichtbaren Einschränkungen. Ein Beispiel für ein „Handicap“ einer leistungsberechtigten Person kann sein, dass diese zu große (krankheitsbedingte) Ängste hat, um sich in Gemeinschaft anderer Menschen wohl zu fühlen und von daher Menschen-Ansammlungen meidet. Wenn sich dies z. B. auch auf die Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen, an ergotherapeutischen Settings oder auf die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel bezieht, stellen diese Handicaps wesentliche Teilhabe-Einschränkungen dar.

Ein weiteres Beispiel könnte in Teilhabe-Einschränkungen in den *Lebensbereichen laut ICF „Selbstversorgung“* und „Häusliche(s) Leben“ bestehen. Die leistungsberechtigte Person hat z. B. im Rahmen ihres derzeitigen Wohnens in einer stationären Einrichtung nicht die Möglichkeit, diese Fähigkeiten zu trainieren, möchte nun aber dennoch in eine selbstständigere Wohnform wechseln. Um die genannten – für diese Wohnform erforderlichen – Fähigkeiten, zu erwerben, möchte die Person auch Leistungen zur „qualifizierten Assistenz“

innerhalb der Fachleistungsstunden beantragen – dazu weiter unten mehr.

Wie wird nun im Rahmen des *Teilhabe- und Gesamtplanverfahrens* mit dem Antrag der leistungsberechtigten Person (LB) umgegangen werden? Im neu erarbeiteten „*Bedarfsermittlungsinstrument Niedersachsen (B.E.Ni)*“ werden die oben genannten und auch weitere Lebensbereiche klassifiziert (Bogen B). Auf dieser defizitorientiert anmutenden Grundlage sollen in der Folge die Teilhabe-Möglichkeiten und -Beschränkungen als Wechselwirkung zwischen dem gesundheitlichen Problem (ICD) einer Person und ihrer Umweltfaktoren bewertet werden als Förderfaktoren ↔ Barrieren. Diese

Das ... „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung“ (BTHG) vermittelt den Angehörigen große Hoffnungen auf eine Verbesserung der Situation ihrer psychisch erkrankten / behinderten Familienmitglieder.

Kontextfaktoren sind als Risikofaktoren oder Ressourcen hinsichtlich der Teilhabewünsche der Person einzuschätzen.

### Wunsch- und Wahlrecht beim Wohnen?

An dieser Stelle können die Angehörigen für ihre betroffenen Familienangehörigen nur sehr hoffen, dass es als ein „entlastendes Moment“ gewertet wird, wenn die bisherigen Umweltfaktoren der Person noch gar kein Training / Ausprobieren von Selbstständigkeit ermöglicht hatten. Wird nun der Antrag auf eine selbstständigere Wohnform gemäß des geäußerten Wunsches der Person trotz negativer Einstufung in diesen beiden oben genannten Lebensbereichen tatsächlich zu einer entsprechenden Förderung führen? An dieser Stelle eine Anmerkung: Aus Angehörigen- und auch Betroffenen-sicht ist es im Rahmen der Transparenz eigentlich nicht zu verstehen, dass im „Hilfeplanverfahren“ dem Leistungsberechtigten nicht der *Bogen B „Beeinträchtigung, Aktivität und Teilhabe“* ausgehändigt wird, sondern nur die *Bögen C „Zielplanung“* und *D „Ergebnis / Empfehlung“*.

Im Rahmen des in § 104 SGB IX normierten Wunsch- und Wahlrechts ist Wohnformen außerhalb von besonderen Wohnformen (heute stationär) auf Wunsch

des Leistungsberechtigten der Vorzug zu geben. Und dies auch dann, wenn ein hoher Unterstützungsbedarf der Person vorliegt, was im Sprachgebrauch des BTHG ja Teilhabe-Einschränkungen sind. Wie ist nun hierbei die Beschränkung auf die „angemessenen“ Wünsche zu werten? Kann damit gemeint sein, dass die Wünsche in manchen Fällen auch als nicht berechtigt eingestuft werden könnten? Wäre es dann möglich, dass nicht die Eignung der Leistungen im Vordergrund steht, sondern die Kosten der Maßnahme? Dabei kann eine Leistung auch unter wirtschaftlichen Aspekten die beste sein, obwohl sie nicht die kostengünstigste ist!

### Zumutbarkeit

Andererseits gibt es eine Prüfung der „Zumutbarkeit“ einer von den Wünschen des Leistungsberechtigten abweichenden Leistung. Kommt nach dieser „Zumutbarkeitsprüfung“, der *Berücksichtigung der persönlichen, familiären und örtlichen Umstände*, ein Wohnen außerhalb von besonderen Wohnformen in Betracht, ist dieser Wohnform der Vorzug zu geben – eben auf Wunsch der leistungsberechtigten Person (Anmerkung aus Angehörigensicht: Und das wäre auch sehr gut so!)

### Pflicht der Leistungsträger

Trotz dieser Unwägbarkeiten in der Praxis entspricht die Neuregelung im Gesetzestext deutlich dem Geist der UN-Behindertenrechtskonvention und bedeutet auch: „Nicht der Leistungsberechtigte muss nachweisen, dass er in der Lage ist, entsprechend seinen Wünschen zu leben, sondern dem Leistungsträger wird die Pflicht auferlegt, den Wünschen des Menschen mit Behinderung zu entsprechen.“ Es bleibt zu hoffen, dass bei wohl bevorstehenden entsprechend strittigen Verfahren dennoch gute Argumente in die Waagschale gelegt werden können, *dass keinem Menschen ein Wohnen in besonderen Wohnformen mehr zugemutet werden darf, wenn er dies nicht will*. Damit werden sowohl Leistungsberechtigten, die weiterhin die notwendigen Hilfen innerhalb ihrer vertrauten häuslichen Umgebung in Anspruch nehmen wollen als auch diejenigen, die aus bisherigen stationären Einrichtungen in eine selbstständigere Wohnform umziehen wollen, gute rechtliche Argumente an der Hand haben! Man wird sehen, wie sich wiederum das Instrument des „Poolens“ von Leistungen (gemeinsame Inanspruchnahme) hier auswirken wird!

### Die neuen Möglichkeiten und die Realität auf dem Wohnungsmarkt

Wahrscheinlich wird aber eine beinahe noch größere Problematik darin bestehen, in der heutigen Mangel-situation auf dem Wohnungsmarkt den sozialen (Kosten-) Kriterien angepassten Wohnraum überhaupt zu finden. Zurzeit ist es wohl leider so, dass viele Leistungsberechtigte gern aus stationären Wohnformen ausziehen möchten, aber keinen bezahlbaren Wohnraum finden! So ist zu hoffen, dass durch entsprechende politische Einwirkungen, wie z. B. dem „Wohnraumförderprogramm der Region Hannover“, in (hoffentlich) naher Zukunft eine größere Anzahl von preisgünstigen Mietwohnungen auch für Menschen mit Teilhabe-Einschränkungen im Leistungsbezug von Grundsicherung / Eingliederungshilfe entstehen. Durch Beantragung von *Pflege- und Assistenzleistungen* – wie „Psychiatrische häusliche Krankenpflege“ (pHKP) und das bisherige „ambulant betreute Wohnen“ – könnte ein selbstbestimmtes und inklusives Leben und Wohnen auch für diese Personen erfolgreich verlaufen können. Aus Angehörigensicht entsprechen die bisherigen „*Qualitätsstandards Ambulant Betreutes Wohnen*“ der Region Hannover bereits den im BTHG / § 78 SGB IX beschriebenen qualifizierten Assistenzleistungen.

Wenn eine betroffene Person (ab 01.01.2020) ihr Wunsch- und Wahlrecht auf ein selbstständiges Wohnen in eigener Häuslichkeit per Antrag beim Träger der Eingliederungshilfe hat erfolgreich durchsetzen können, gilt es, sowohl existenzsichernde Leistungen (nach SGB XII) als auch Fachleistungsstunden (nach SGB IX) zu beantragen – als Leistungen zur „sozialen Teilhabe“. Gemäß § 78 SGB IX werden Assistenzleistungen „zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltages einschließlich der Tagesstrukturierung ... erbracht.“ Wichtig ist nun eine qualitative Abgrenzung: Es handelt sich um eine „kompensatorische Assistenz“, wenn sich diese auf die *stellvertretende Übernahme von Handlungen und die Begleitung des Leistungsberechtigten (LB)* bezieht. Wenn es aber der Wunsch des LB ist, selbstständig in einer eigenen Wohnung zu leben (oder demnächst leben zu können), ist auf jeden Fall eine „qualifizierte Assistenz“ zu beantragen. *Diese umfasst insbesondere Anleitungen und Übungen zur Befähigung des*

*LB zu einer eigenständigen Alltagsbewältigung*“. In derzeitigen stationären Wohnformen werden oft nur Leistungen zur kompensatorischen Assistenz angeboten. Dies kann auf längere Sicht bei den Betroffenen zu Fähigkeitsdefiziten und damit zur Institutionalisierung führen sowie der geringen Zuversicht, dass ein Wechsel in eine selbstständigere Wohnform geschafft werden kann. Irgendwann wird ggf. dieser Wunsch ganz aufgegeben! Man darf gespannt sein, inwieweit bei anstehenden Verhandlungen für neue Vereinbarungen bis Ende 2019 zwischen den bisherigen Leistungserbringern stationärer Wohnformen und den Trägern der Eingliederungshilfe auch ein (Wahl-)Angebot für qualifizierte Assistenzleistungen innerhalb der Fachleistungen bereitgestellt wird.

### **Zusammen lernen – zusammen weiterentwickeln!**

Abschließend ist zu sagen, dass der Platz an dieser Stelle nicht ausgereicht hat, um weitere wesentliche Gesichtspunkte des BTHG aus Angehörigensicht zu nennen und zu werten. So ist für die nahe Zukunft nur zu hoffen, dass viele Leistungsberechtigte – gemeinsam mit ihren Angehörigen und / oder Betreuungspersonen – das Antragsverfahren durchlaufen und die dabei gemachten Erfahrungen wiederum Eingang finden in eventuell dann wieder den Erfordernissen anzupassenden Umsetzungsverfahren. Diese Hoffnung scheint zumindest teilweise berechtigt zu sein aufgrund des Hinweises in der Arbeitsversion 2.0 / 07.2018 – Handbuch für das Teilhabe- und Gesamtplanverfahren einschl. der *BedarfsErmittlung Nieders.*

(*B.E.Ni*), Seite 4: „Bei B.E.Ni handelt es sich um ein ‚lernendes Instrument‘, für das auf der Grundlage der Erfahrungen in der praktischen Anwendung sowie perspektivisch zu den BTHG-Reformstufen der Jahre 2020 und 2023 eine Weiterentwicklung vorgesehen ist.“

### **Schluss-Wort**

Zu einem guten „Schluss-Wort“ gehört aber durchaus noch ein Hinweis auf die so wichtigen und im gesamten Text des BTHG nicht definierten Betreuungsleistungen innerhalb der Familien – als familiär private Leistungen für den behinderten / seelisch kranken Angehörigen. Diese von vielen Angehörigen wie selbstverständlich teilweise oder ergänzende oder umfassende Begleitung, Betreuung und / oder Pflege des betroffenen Familienangehörigen bilden seit Jahrzehnten einen eigenständigen Leistungsbereich.

Es ist an der Zeit, dies auch als „... leistungsrelevante Tatsache anzuerkennen und diese im Sinne des BTHG zu definieren, sie zu quantifizieren, ihren materiellen Wert auszuweisen ...“ und damit auch ihren nicht gering zu bewertenden Beitrag ausreichend zu würdigen. (*Zitiert nach: Gemeinsame Stellungnahme der Landesverbände der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen und des Bundesverbandes der Angehörigen zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen, Bonn, 27.06.2016*)



Bild: © radachynskyi-Adobe Stock.com

## SCHWERPUNKTTHEMA 2019

# EINFÜHRUNG UND UMSETZUNG DES BTHG IN DER REGION HANNOVER

### Menschen mit Behinderung – was fordert die UN-BRK für psychisch kranke Menschen?

von Sylvia Thiel (Beauftragte für Menschen mit Behinderungen – Region Hannover)

Die Generalversammlung der Vereinten Nationen (UNO) verabschiedete 2006 in New York das Übereinkommen für Menschen mit Behinderungen, die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Vor 10 Jahren, am 26. März 2009, ist die UN-BRK in Deutschland in Kraft getreten. Aktuell haben fast 180 Staaten die Konvention unterschrieben, bzw. ratifiziert. Die Entstehung dieser Konvention geht auf das Bewusstsein zurück, dass Menschen mit Behinderung in besonderer Weise u.a. von Diskriminierung, Armut und sozialer Ausgrenzung, einer geringeren Gesundheitsvorsorge und schlechteren Bildungschancen bedroht und in vielen Bereichen von gesellschaftlicher Teilhabe ausgeschlossen sind. Die in ihr beschriebenen Grundsätze bekräftigen daher, dass alle Menschenrechte und Grundfreiheiten allgemein gültig und unteilbar sind und, dass Menschen mit Behinderungen diese Rechte und Freiheiten in vollem Umfang garantiert werden müssen<sup>1</sup>.

### Neuer Behinderungsbegriff

Alle Vertragspartner anerkennen mit ihrer Ratifizierung, dass sich zudem das Verständnis von Behinderung ständig weiterentwickelt, und dass eine Behinderung nicht mehr allein aus einer individuellen Beeinträchtigung, Erkrankung oder dergleichen entsteht (medizinisches Modell), sondern aus der Wechselwirkung zwischen individueller Beeinträchtigung und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren (soziales Modell). Weiter wird in Artikel 1 der UN-BRK ausgeführt, dass zum Personenkreis der Menschen mit Behinderung „Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern“ gehören. Diese Beschreibung schließt psychisch kranke Menschen mit ein. Artikel 1 könnte zudem die Interpretation ermöglichen, dass jede Person, die aufgrund einer längerfristigen Beeinträchtigung von der vollen Teilhabe an der Gesellschaft ausgeschlossen sei, in einem sehr weit gefassten Sinn als behindert gelten müsse und deshalb die Rechte beanspruchen könne<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Siehe auch Präambel der UN-BRK i.d. deutschen Übersetzung, 2009

<sup>2</sup> Wikipedia Stichwort UN-BRK, zuletzt aufgerufen am 12.11.2018

### Vom Defizit-Modell zur Inklusion

Damit nimmt die UN-BRK endgültig Abschied vom Defizit-Ansatz einer Behinderung, die mit behinderungspolitischen Instrumenten auszugleichen ist, und formt darüber hinaus ein neues Leitbild, das der Inklusion. Mit der Verwendung eines dynamischen und teilhabeorientierten Behinderungsbegriffs geht es nicht mehr darum, vormals ausgegrenzte Personen unter dem Aspekt der Fürsorglichkeit mit individuellen Maßnahmen in Bestehendes zu integrieren, sondern alle gesellschaftlichen Bereiche von vornherein für eine Teilhabe behinderter Menschen zu öffnen und neu zu gestalten.

Dieses Leitbild wird in den acht Grundsätzen der UN-BRK in Artikel 3 konkretisiert. Sie sind für jede Person mit Behinderung gleichbedeutend, unabhängig von der jeweiligen Lebensphase (Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter) oder Lebenslage (Geschlecht, Wohlstand, soziale Herkunft, kulturelle Herkunft, persönliche Notlagen oder Beeinträchtigungen)<sup>3</sup>.

### Die Grundsätze der UN-BRK

a) Die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließ-

lich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit;

b) Die Nichtdiskriminierung;

c) Die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft;

d) Die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit;

e) Die Chancengleichheit;

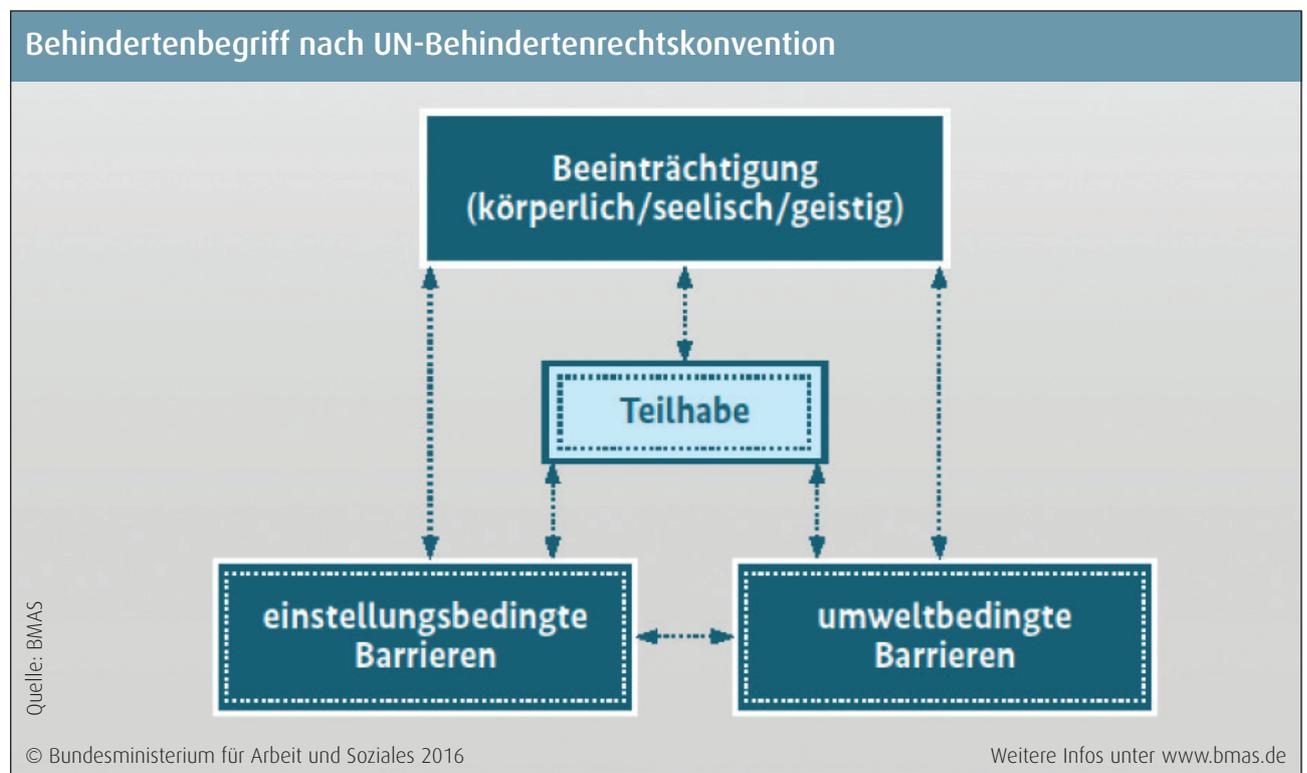
f) Die Zugänglichkeit (Barrierefreiheit)

g) Die Gleichberechtigung von Mann und Frau;

h) Die Achtung vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und die Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität.

### Barrieren abbauen

Für die Umsetzung der Behindertenrechtskonvention sind die Vertragsstaaten zuständig. Ihre (Bundes-) Gesetzgebung muss entsprechend angepasst und entsprechende Maßnahmen zur Teilhabe sollen, zum Beispiel durch konkrete Aktionspläne, umgesetzt werden. Dies gilt sowohl für die Übernahme und Berücksichtigung des sozialen Modells von Behinderung,



<sup>3</sup> Sie auch Artikel 3 der UN-BRK „Allgemeine Grundsätze“, 2009

wie auch für die Beseitigung unterschiedlicher Barrieren, die eine volle und wirksame Teilhabe verhindern. Vorhandene Barrieren sind auch durch sogenannte „angemessene Vorkehrungen“ im Sinne von Artikel 2<sup>4</sup> zu überwinden.

Während die UN-BRK allgemein und eher unspezifisch von „verschiedenen Barrieren“ spricht, beschreibt das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) in § 3 Barrieren als „Einstellungs- und umweltbedingt“ und öffnet damit die Tür zu dem Verständnis, dass neben baulichen, infrastrukturellen oder kommunikativen Barrieren noch weitere, nämlich „Einstellungsbedingte“, d.h. durch gesellschaftliche Haltungen und Vorurteile entstandene Barrieren bestehen.

**Das Gesetz rückt das Wunsch- und Wahlrecht sowie die Partizipation von Menschen mit Behinderung in den Mittelpunkt und stellt somit einen gesellschaftlichen und sozialpolitischen Paradigmenwechsel hin zur Inklusion dar.**

### Was heißt das für Menschen mit psychischen Erkrankungen?

Gegenwärtig ist die Definition der Barrierefreiheit für Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen schon sehr weit fortgeschritten und hat sich in technischen Regelwerken wie beispielsweise der DIN 18040<sup>5</sup> oder der EU-Richtlinie zur Barrierefreiheit im Internet<sup>6</sup> niedergeschlagen. Demgegenüber stehen Entwicklungen für die Gruppe der Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen noch am Anfang. Dies betrifft zum Beispiel Informationen in Leichter Sprache oder geeignete Orientierungssysteme, für die es zwar bereits verschiedene Leitfäden und Empfehlungen gibt, aber bisher keine standardisierten oder verbindlichen Regeln zur Anwendung. Die BRK-Allianz hatte bereits 2013 in ihrem ersten Zivilbericht darauf verwiesen, dass ferner bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen eine starre Frist eine erhebliche Barriere sein kann, wenn ein Amt für die Beantragung von Leistungen aufzusuchen ist<sup>7</sup>. Dazu einige Beispiele: Die Bedeutung dieser Sichtweise wird deutlich, wenn wir uns die konkreten Ausprägungen bestimmter psychischer Erkrankungen verdeutlichen. Menschen mit einer Schizophrenie erleben etwa in akuten Phasen im Einzelfall massive Halluzinationen (Positivsymptomatik) und in anderen Phasen können erhebliche Einschränkungen

in der Aktivität zum Tragen kommen (Negativsymptomatik). Menschen mit einer Depression können ab einem bestimmten Schweregrad nicht mehr zielorientiert aktiv werden. Menschen mit einer Autismus-Spektrum-Störung können je nach Ausprägung der Störung bestimmte Anforderungen nicht umsetzen. Dies zu erkennen stellt hohe Anforderungen an alle anderen Menschen.

### Rehabilitation

Mit Blick auf Teilhabe und die Frage, was die UN-BRK für Menschen (noch) mit psychischer Erkrankung fordert, ist der Artikel 26 „Habilitation und Rehabilitation“ etwas näher zu betrachten. Demnach sind

nicht nur die Rehabilitationsträger, sondern sämtliche Rehabilitationsdienste und -einrichtungen verpflichtet, ihr Handeln in Übereinstimmung mit den Bestimmungen der Konvention zu gestalten. Der Artikel „definiert als „Rehabilitationsbedarf die Maßnahmen, die Menschen mit Behinderungen in die Lage versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit und Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung und Teilhabe bezogen auf alle Aspekte des Lebens zu erlangen“<sup>8</sup>. Sämtliche Rehabilitationsmaßnahmen sollen überdies im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen<sup>9</sup>.

### Was fordert das BTHG?

Diese Forderung findet sich auch im am 1.1.2017 in Kraft getretenen Bundesteilhabegesetz (BTHG) und der damit verbundene Reform der Eingliederungshilfe nach Sozialgesetzbuch – Zwölftes Buch (SGB XII) in Verbindung mit SGB IX Bundesteilhabegesetz wieder. Mit dieser Reform soll in mehreren Stufen die Behindertenhilfe in Deutschland aus Fürsorgesystem herausgelöst und in ein modernes Teilhaberecht überführt

<sup>4</sup> Siehe auch Artikel 2 in Verbindung mit Artikel 5 der UN-BRK, 2009

<sup>5</sup> Technische Baubestimmungen gemäß DIN 18040, Teil 1-3

<sup>6</sup> EU-Richtlinie 2016/2102 in Verbindung mit §9 NBGG-neue Fassung ab 1.1.2019

<sup>7</sup> BRK-Allianz (Hg.): Für Selbstbestimmung, gleiche Rechte, Barrierefreiheit, Inklusion!, 2013

<sup>8</sup> Vgl. Dau/Düwell/Joussen: SGB IX Lehr- und Praxiskommentar, 5. Auflage

<sup>9</sup> Siehe auch Artikel 26 der UN-BRK, 2009

werden. §12 verpflichtet alle Rehabilitationsträger konkrete Maßnahmen zu treffen, um sicherzustellen, dass Rehabilitations- und Teilhabebedarfe frühzeitig und umfassend erkannt werden und auf eine Antragstellung durch die Leistungsberechtigten hinwirken.<sup>10</sup> Das Gesetz rückt das Wunsch- und Wahlrecht sowie die Partizipation von Menschen mit Behinderung in den Mittelpunkt und stellt somit einen gesellschaftlichen und sozialpolitischen Paradigmenwechsel hin zur Inklusion dar<sup>11</sup>. Die Beratung und frühzeitige Information der betroffenen Personen soll zudem durch flächendeckende ergänzende unabhängige Teilhabeberatungsstellen, kurz EUTB, sichergestellt werden<sup>12</sup>. Ein besonderer Beratungsschwerpunkt liegt hierbei in der Methode des Peer-Counselling, also der Beratung Betroffener durch andere Betroffene.

### Orientierung an der ICF

Das BTHG fordert zudem eine Orientierung der Hilfeplanung an der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Dies bedeutet zu großen Teilen noch Neuland für die Akteure im Bereich der Bedarfsermittlung im Rahmen der zukünftigen Gesamt- und Teilhabeplanverfahren und bedarf einer hohen fachlichen Qualifizierung des Verfahrens und der durchführenden Fachkräfte<sup>13</sup>. Eine weitere Herausforderung des BTHG liegt in der zukünftigen Beschreibung sogenannter personenzentrierter Fach- und Assistenzleistungen und die damit verbundene Anpassung der Leistungs- und Entgeltvereinbarungen sowie der Angebotssteuerung, insbesondere mit dem Fokus der wohnortnahen Hilfe sowie dem Wunsch und Wahlrecht der betroffenen zur Ausgestaltung der notwendigen Unterstützung.

## B.E.Ni – das ICF-basierte Bedarfsermittlungsinstrument für Niedersachsen Entwicklung – Intentionen – Aufbau – Perspektiven

von Wolfram Beins (Geschäftsführender Leiter der  
Psychozialen Beratungsstelle Celle)

### Das neue Verständnis von Behinderung

Das „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“, kurz Bundesteilhabegesetz (BTHG), leitet in der 2. Stufe der Reform ab 01.01.2018 einen „Systemwechsel“ in der Eingliederungshilfe ein und nimmt diese aus der Sozialhilfe heraus. Es wird jetzt ein eigenes entsprechendes Leistungsrecht im SGB IX begründet, welches sich insbesondere durch seine personenzentrierte Ausrichtung und eine ganzheitliche Bedarfsermittlung auszeichnet.

Dieser Systemwechsel erfolgt auf der Basis von Handlungsempfehlungen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Das deutsche Recht muss an die Grundsätze der UN-BRK angepasst und entsprechend weiterentwickelt werden. Es gilt einen neuen Behinderungsbegriff einzuführen, der sich am Verständnis einer inklusiven Gesellschaft nach den Grundsätzen der UN-BRK orientiert und den Übergang von der Einrichtungs- zur Personenzentrierung ermöglicht.

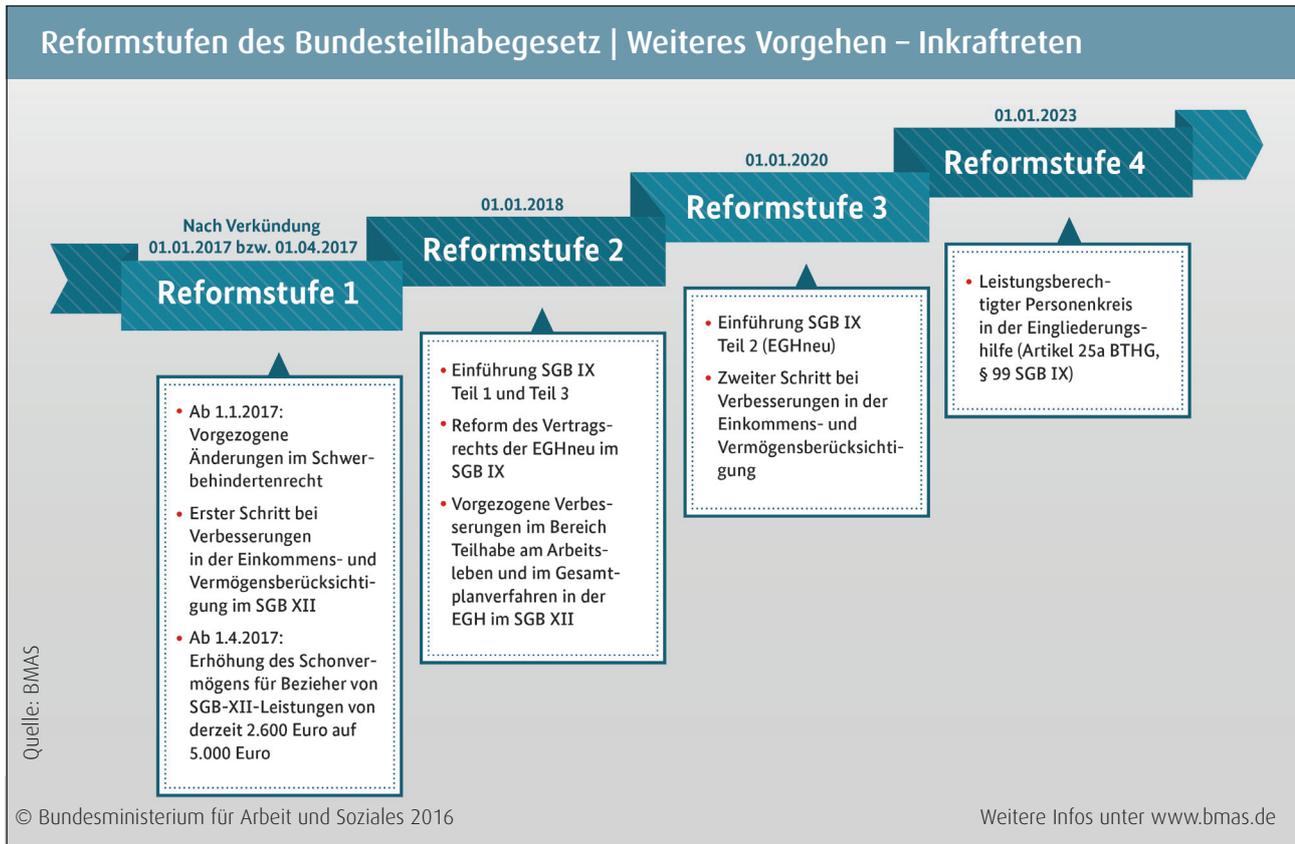
Das Verständnis von Behinderung in der UN-BRK basiert auf der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die ICF begreift Behinderung als Teilhabebeeinträchtigung, die das negative Ergebnis der Wechselwirkung zwischen einer Person mit einer Beeinträchtigung aufgrund von Gesundheitsproblemen und ihren Kontextfaktoren in Form von einstellungs- und umweltbedingten Barrieren darstellt. Demnach gilt als Behinderung nicht mehr in erster Linie das „Defizit“, die „Normabweichung“ in den Körperfunktionen und -strukturen eines Menschen. Die Abweichung von der Norm ist künftig nur ein Element der nach dem sogenannten „biopsychosozialen-Modell“ der ICF zu ermittelnden Teilhabebeeinträchtigungen. Der neue Behinderungsbegriff ist ab 01.01.2018 im § 2 SGB IX-neu aufgenommen.<sup>14</sup>

<sup>10</sup>Vgl. §12 Bundesteilhabegesetz i.d.F. vom 23.12.2016

<sup>11</sup> <https://www.liga-brandenburg.de/Die-Eingliederungshilfe-in-Brandenburg-und-das-neue-Bundesteilhabegesetz-welche-strukturellen-Voraussetzungen-braucht-es-fuer-eine-gesetzeskonforme-und-zukunftsfeste-Umsetzung-899453.pdf>

<sup>12</sup> Vgl. §36 Bundesteilhabegesetz i.d.F. vom 23.12.2016

<sup>13</sup> In Niedersachsen ist hierfür das Bedarfsermittlungsverfahren nach B.E.N.i. vorgeschrieben. Siehe auch Niedersächsisches Sozialministerium: Handbuch für das Teilhabe- und Gesamtplanverfahren, 2018



### Ein BedarfsErmittlungsinstrument für Niedersachsen

Durch das BTHG wurde für alle Rehabilitationsträger präzisiert, dass der Rehabilitationsbedarf unter Verwendung systematischer Arbeitsprozesse und standardisierter Arbeitsmittel, individuell und funktionsbezogen sowie in seiner Gesamtheit und nicht nur begrenzt auf die jeweiligen Leistungsgesetze zu ermitteln ist.<sup>15</sup> Das biopsychosoziale Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unterstützt diese funktionsbezogene Bedarfsermittlung. Im Eingliederungshilferecht sieht das BTHG zudem vor, dass die Ermittlung des individuellen Bedarfs durch ein Instrument erfolgt, das sich an der ICF orientiert und die Beschreibung einer nicht nur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe in den neun Lebensbereichen der ICF vorzunehmen hat:

1. Lernen und Wissensanwendung,
2. Allgemeine Aufgaben und Anforderungen,
3. Kommunikation,
4. Mobilität,
5. Selbstversorgung,
6. häusliches Leben,
7. interpersonelle Interaktionen und Beziehungen,

8. bedeutende Lebensbereiche und
9. Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben.<sup>16</sup>

Den Landesregierungen wurde aufgegeben, durch Rechtsverordnung das Nähere über das Instrument zur Bedarfsermittlung zu bestimmen. In Niedersachsen ist hierzu Anfang 2017 eine Projektgruppe aus Vertretern der Sozialleistungsträger des Landes und der Kommunen gebildet worden, die bis Oktober 2017 Vorschläge für ein Instrument zur Bedarfsermittlung vorlegen sollte.

Nach Sichtung bereits vorliegender Instrumente in und außerhalb Niedersachsens und deren Überprüfung auf die ICF-Orientierung stand die Projektgruppe vor der Entscheidung, ob ein in anderen Bundesländern bereits eingesetztes Bedarfsermittlungsinstrument

<sup>14</sup> <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/gesetz/hintergrund/>, Zugriff 01.12.2018

<sup>15</sup> § 13 SGB IX-neu

<sup>16</sup> § 118 SGB IX-neu

ment auch in Niedersachsen angewendet werden kann, ob eine Ausschreibung zur Entwicklung eines niedersächsischen Instruments erfolgen sollte oder ob die Projektgruppe in der Lage ist, ein eigenes Bedarfsermittlungsinstrument für Niedersachsen zu entwickeln.

### Die Anforderungen an das Bedarfsermittlungsinstrument

Das Instrument muss den gesetzlichen Vorgaben entsprechen, praxistauglich sein und der Vielfalt der unterschiedlichen Organisationsformen auf der kommunalen Ebene in Niedersachsen gerecht werden. Es sollte von den Anwendern akzeptiert werden und es sollte möglich sein, das Instrument im laufenden Prozess weiter zu entwickeln und an neue Anforderungen anzupassen. Schließlich sollte es so angelegt sein, dass die Datenermittlung ein Controlling und ein Berichtswesen auch für die Leistungserbringer ermöglicht.

Die Projektgruppe hat in ihrer Sichtung kein Instrument gefunden, das alle Anforderungen erfüllt. Für eine Ausschreibung war das Verfahren zu aufwändig und die Zeit zu knapp. Also wurde entschieden, selbst ein Bedarfsermittlungsinstrument für Niedersachsen zu schaffen. Es folgte in der zweiten Jahreshälfte 2017 eine intensive Arbeit innerhalb der Projektgruppe. Dabei war es von Vorteil, dass in der Gruppe neben Praktikern mit Erfahrung in der Hilfeplanung auch ICF-Expertinnen und sozialrechtlich versierte Verwaltungsjuristen vertreten waren. Es war aber gleichzeitig auch eine große Herausforderung, diese unterschiedlichen fachlichen Perspektiven aufeinander abzustimmen und in einem gemeinsam entwickelten Instrument zusammenzuführen.

**Der Rehabilitationsbedarf ist unter Verwendung systematischer Arbeitsprozesse und standardisierter Arbeitsmittel, individuell und funktionsbezogen sowie in seiner Gesamtheit und nicht nur begrenzt auf die jeweiligen Leistungsgesetze zu ermitteln.**

### Das Ergebnis

Im Ergebnis ist B.E.Ni als Bedarfsermittlungsinstrument für Niedersachsen entstanden. B.E.Ni kann orientiert an den ICF-Kriterien den individuellen Bedarf erheben und abbilden sowie eine SMARTe<sup>17</sup> Zielplanung fördern. B.E.Ni ist Gesprächsleitfaden und dient als Dokumentation. Aber B.E.Ni allein ist nicht der Gesamt- oder Teilhabeplan<sup>18</sup>, wie er im BTHG gefordert wird und B.E.Ni kann nicht mit den Vergütungsverfahren nach Schlichthorst und HBM-W und HBM-T<sup>19</sup> verknüpft werden.

Der gemeinsame Ausschuss, der vom Land Niedersachsen durch das Sozialministerium und dem Landesamt für Soziales, von den kommunalen Spitzenverbänden Landkreistag und Städtetag und von den Trägern der Leistungserbringer der Freien Wohlfahrtspflege und der privaten Träger gebildet wird, hat im Oktober 2017 B.E.Ni als Bedarfsermittlungsinstrument für Niedersachsen angenommen und die Projektgruppe aufgelöst. Das Landesamt für Soziales hat daraufhin die verbindliche Anwendung von B.E.Ni für Leistungen in der sachlichen Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe ab 01.01.2018 beschlossen und den örtlichen Träger der Sozialhilfe die entsprechende Anwendung von B.E.Ni empfohlen.

### Die Weiterentwicklung

Für die Weiterentwicklung von B.E.Ni sind neue Arbeitsgruppen gebildet worden, in denen jetzt auch Vertreterinnen der Betroffenen und die Leistungserbringer mitwirken. Die Arbeitsgruppen haben den Auftrag, in einem kontinuierlichen Prozess Erfahrungen der Praxis aufzunehmen und in das Instrument einzupflegen. Außerdem soll ein Handbuch zu B.E.Ni geschrieben werden und Schulungskonzepte entwickelt werden. B.E.Ni soll in ein landesweit einheitlich zu entwickelndes Gesamtplanverfahren eingebunden und in der Zusammenarbeit mit Softwareentwicklern EDV-tauglich werden.

Inzwischen liegt die Version B.E.Ni 2.0 vor, eine Version 2.1 ist bereits in Arbeit.

<sup>17</sup> SMART ist die Abkürzung für ein Kriterienraster, das an definierte Ziele angelegt wird: Ziele müssen, um überprüfbar zu sein, spezifisch, messbar, aktiv beeinflussbar, realistisch und terminiert sein.

<sup>18</sup> § 141 SGB XII, § 19 SGB IX-neu

<sup>19</sup> [https://www.soziales.niedersachsen.de/startseite/behinderte\\_menschen/eingliederungshilfe\\_behinderte\\_menschen/aufgaben\\_und\\_grundlagen\\_eingliederungshilfe/hilfeplanung/feststellung\\_bedarfs/bedarf-feststellung-des-bedarfs---gruppen-fuer-leistungsberechtigte-mit-vergleichbarem-bedarf-94870.html](https://www.soziales.niedersachsen.de/startseite/behinderte_menschen/eingliederungshilfe_behinderte_menschen/aufgaben_und_grundlagen_eingliederungshilfe/hilfeplanung/feststellung_bedarfs/bedarf-feststellung-des-bedarfs---gruppen-fuer-leistungsberechtigte-mit-vergleichbarem-bedarf-94870.html), Zugriff 02.12.2018

### Der Aufbau von B.E.Ni

Das Bedarfsermittlungsinstrument für Niedersachsen besteht in der Version 2.0 aus drei Formulareteilen.

Die Formulare F1 – F3 sind dabei regelhaft fester Bestandteil der zu verwendenden Formblätter, denn diese leiten die Anwenderinnen und Anwender durch das Verfahren.

Das Deckblatt F1 dient der allgemeinen Übersicht der angelegten und beigefügten Unterlagen in dem im Einzelfall durchgeführten Teilhabe- oder Gesamtplanverfahren.

Das Formular F 2 beinhaltet den gesamten Formularsatz des Bedarfsermittlungsinstruments B.E.Ni und besteht aus den Bögen A – D.

Mit dem Bogen F3 werden die Ergebnisse des Verfahrens zusammengefasst. Dieser Bogen F3 ist auch Grundlage für den Leistungsbescheid.

Im Formularsatz F2 enthält der Bogen A die grundsätzlichen Basisdaten der nachfragenden Person. Da in verschiedenen Lebensphasen unterschiedliche Schwerpunkte und Themen wichtig sind, sind die Bögen nach den großen Lebensbereichen Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr (F 2 Bogen A – Kinder und Jugendliche (KJ)) und dem Erwachsenenleben ab dem 18. Lebensjahr (F 2 Bogen A – Erwachsene) aufgeteilt, unabhängig davon, ob ggf. einzelne gesetzliche Regelungen eine andere altersmäßige Zuordnung vornehmen. Es wird empfohlen, den Bogen A gemeinsam mit der nachfragenden Person auszufüllen.

Der Bogen B (Aktivität und Teilhabe) dient als Grundlage für die Erfassung von Ressourcen und Beeinträchtigungen. Neben der gesundheitlichen Situation werden hier Hinweise zu Körperstrukturen und -funktionen erfasst sowie eine mögliche Verursachung der Beeinträchtigung durch Dritte erfragt.

Die Bedarfsermittlung erfolgt unabhängig von konkreten Leistungen. Die Systematik des Formularsatzes leitet von Bogen B (Beeinträchtigungen, Aktivität und Teilhabe) auf den Bogen C (Zielplanung) über. Die in Bogen B ermittelten und vorliegenden Beeinträchtigungen und ihre Auswirkungen auf die Teilhabe des Menschen werden mit ihren Wechselbeziehungen beschrieben. Dabei werden die Komponenten des

biopsychosozialen Modells der ICF ins Verhältnis zueinander gesetzt. Ein Bedarf beschreibt immer die gegenwärtige Situation der nachfragenden Person. Die Zielplanung dokumentiert ein übergeordnetes Leitziel und darunter die konkreten Rahmen- bzw. Ergebnisziele. Diese können sowohl eine Einwicklung oder Veränderung anstreben als auch die Erhaltung und Stabilisierung eines erreichten Zustandes beinhalten.

Im Bogen D „Ergebnis – Empfehlung“ werden die festgestellten Bedarfe aus B und die Ziele aus C den Leistungsgruppen nach § 5 SGB IX zugeordnet. Die Zuordnung ist notwendig, um zu klären, wer zuständiger Leistungsträger sein kann und nach welchen Leistungsgesetzen die Leistungen zu erbringen sind. Außerdem enthält der Bogen D Fragen zu Art und Umfang der Leistungen.

### Handbuch und Formblätter zum Download:

[www.beni.niedersachsen.de](http://www.beni.niedersachsen.de)

**Das Bedarfsermittlungsinstrument Niedersachsen** des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie finden Sie weitergehende Informationen. Dort stehen zum Download zur Verfügung:

- B.E.Ni – Handbuch einschließlich
- F1 Deckblatt
- F2 Bogen A – Erw.: Basisdaten Erwachsene
- F2 Bogen A – KJ: Basisdaten Kinder und Jugendliche
- F2 Bogen B: Beeinträchtigung Aktivität und Teilhabe
- F2 Bogen C: Zielplanung
- F2 Bogen D: Ergebnis – Empfehlung
- F3 Ergebnisbogen

## Bundesteilhabegesetz (BTHG) – Zuständigkeiten und Umsetzung in der Region Hannover und der Landeshauptstadt Hannover

von Petra Beimes (Region Hannover, Team Zentrale Angelegenheiten der Eingliederungshilfe) und Michael König (Landeshauptstadt Hannover, Fachbereich Soziales)

Das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen – Bundesteilhabegesetz (BTHG) ist ein sogenanntes Artikelgesetz, durch das andere Gesetze geändert werden. Dies betrifft insbesondere das Neunte Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe (SGB IX) und das Zwölfte Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe (SGB XII).

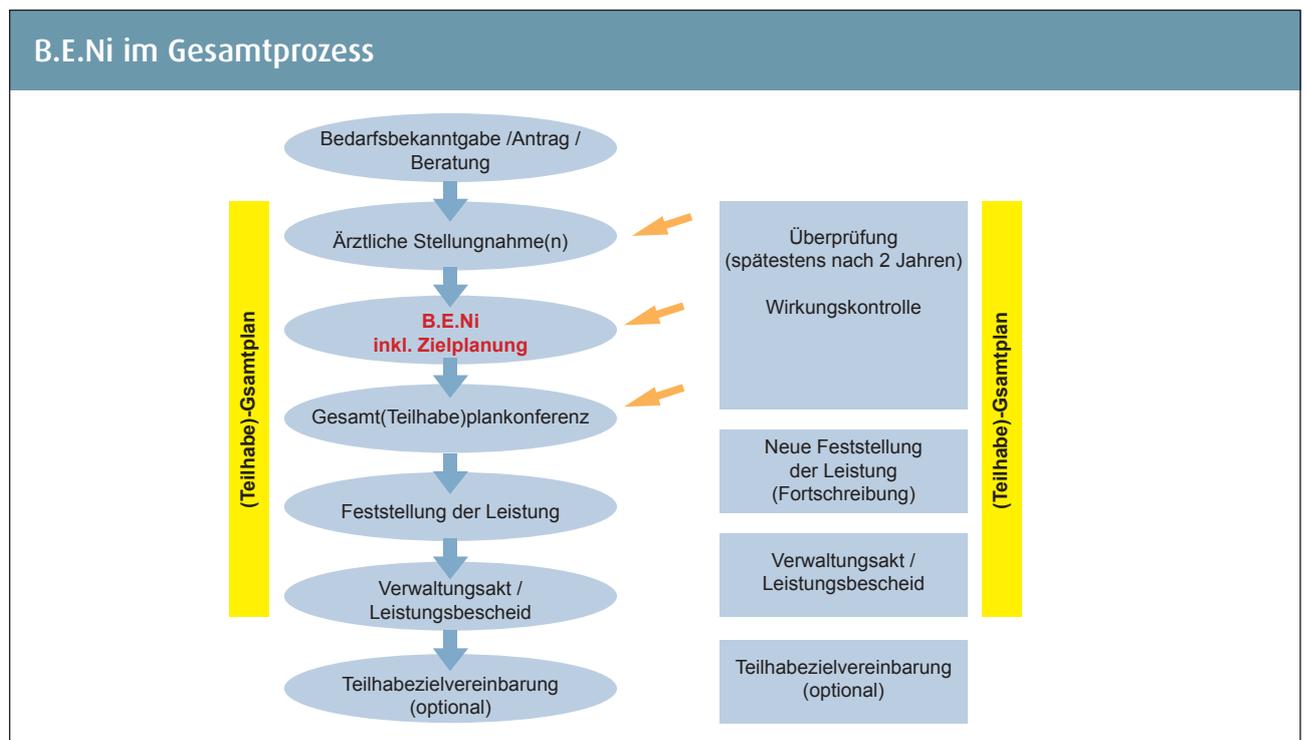
Die fehlende Zuständigkeitsregelung durch das Land Niedersachsen für das Eingliederungshilferecht ab 2020 hat zur Folge, dass die benötigten Vorarbeiten vor Ort bisher nicht im erforderlichen Umfang geplant und durchgeführt werden können.

### Teilhabe- und Gesamtplanverfahren ab 2018

Das vom Bundesgesetzgeber geforderte ICF/ICF-CY-orientierte Bedarfsermittlungsinstrument (in Niedersachsen B.E.Ni = BedarfsErmittlung Niedersachsen) ist in unserem Bundesland gemeinsam vom Land und Kommunen entwickelt worden. Mit einem Rundschreiben vom 20. Juli 2018 hat das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie die derzeit aktuelle Arbeitsversion 2.0 von B.E.Ni veröffentlicht.

Einige dieser Änderungen sind bereits in Kraft getreten: erste Verbesserungen bei der Einkommens- und Vermögensanrechnung (1. Stufe), das Teilhabeplanverfahren nach dem SGB IX für die Koordination von Leistungen mehrerer Träger, Verbesserungen bei der

Damit wurde das Bedarfsermittlungsinstrument in das Teilhabe- und Gesamtplanverfahren eingebettet. Das Teilhabe- und Gesamtplanverfahren Niedersachsen einschließlich der Bedarfsermittlung wird zukünftig in den Formularen F1 (Deckblatt), F2 (B.E.Ni Bogen



A – Basisdaten Erwachsene / Kinder und Jugendliche, Bogen B – Beeinträchtigung Aktivität und Teilhabe, Bogen C – Zielplanung, Bogen D – Ergebnis / Empfehlung) und F3 (Ergebnisbogen/Feststellung der Leistungen) abgebildet. Zudem wurde ein Handbuch zur Anwendung der Formulare erstellt. Die Arbeitsgruppe „Handbuch B.E.Ni, Teilhabe- Gesamtplanverfahren“ besteht fort und wird sich auch weiterhin mit Korrekturen und erforderlichen Aktualisierungen befassen.

### B.E.Ni

- ermittelt den individuellen Bedarf
- dient der Dokumentation und als Gesprächsleitfaden
- ist nicht der Gesamtplan
- ist nicht mit den Verfahren HMB-W, HMB-T und Schlichthorster Modell (Zuordnung von Leistungsberechtigten zu Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbaren Hilfebedarf) zu verknüpfen

B.E.Ni beschreibt den Bedarf, sagt aber nichts über die Vergütung aus. Die Vergütungsfrage wird bei Leistungsangeboten wie bisher über die Zuordnung zu einer Leistungsberechtigtengruppe nach den entsprechenden Verfahren geregelt (voraussichtlich b.a.w. auch über den 31.12.2019 hinaus).

Das Gesamtplanverfahren inkl. der darin eingebundenen Anwendung von B.E.Ni führen die Region Hannover und die Landeshauptstadt Hannover jeweils dann durch, wenn Personen Anträge auf Leistungen stellen – unabhängig davon, ob dies zum ersten Mal geschieht oder ob bestehende Leistungen für einen Folgezeitraum erneut beantragt werden.

Bei der Region Hannover und der Landeshauptstadt Hannover sind Fallmanager/-innen bzw. Fallkoordinatoren aus den Berufsgruppen Sozialpädagogik und Allgemeine Verwaltung tätig, die die Antragsverfahren einschließlich der Bedarfsermittlung durchführen. Sie arbeiten in **Leistungssteams** (Verwaltung) und **Fachteams** (Sozialpädagogik) jeweils zu zweit gemeinsam an der Klärung von rechtlichen und sozialpädagogischen Fragestellungen und werden dabei von den Mediziner/-innen unterstützt.

Der mit dem landesweit verbindlichen Instrument

(B.E.Ni) ermittelte individuelle Teilhabedarf einer Hilfe suchenden Person soll in einem Gesamtplanverfahren erörtert und zwecks Abstimmung der Hilfen nach Inhalt, Art und Dauer beraten werden. Dazu kann eine Gesamtlankonferenz stattfinden.

Das Verhältnis von Teilhabeplanverfahren und Gesamtplan regelt § 21 SGB IX. Danach gelten die Vorschriften für die Gesamtplanung ergänzend, wenn der Träger der Eingliederungshilfe der für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens verantwortliche Rehabilitationsträger ist. Dabei ist das Gesamtplanverfahren ein Gegenstand des Teilhabeplanverfahrens.

Im Rahmen der Gesamtplanung erstreckt sich die Bedarfsermittlung und -feststellung in Umsetzung der Personenzentrierung auf alle Lebenslagen der Menschen mit Behinderungen. Daher sind neben den ggf. einzubeziehenden anderen Rehabilitationsträgern auch die zuständigen Pflegekassen und/oder die Träger der Hilfe zur Pflege sowie die zuständigen Träger der Hilfe zum Lebensunterhalt zu beteiligen.

Während der Teilhabeplan nur zu erstellen ist, soweit Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, ist der Gesamtplan für jede leistungsberechtigte Person und auch bei Einzelleistungen der Eingliederungshilfe zu erstellen.

Nach den Vorgaben des Landes ist eine Fortschreibung des Falls und insofern Überprüfung und Wirkungskontrolle der Ziele alle 2 Jahre vorzunehmen.

### Leistungsgewährung ab 2020

Ab 01.01.2020 wird das Eingliederungshilferecht dann aus dem SGB XII herausgelöst und als neuer Teil 2 in das SGB IX eingefügt werden.

Dem Vernehmen nach plant das Land Niedersachsen nicht nur die Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe, sondern auch für die Sozialhilfe nach SGB XII zum 01.01.2020 neu zu regeln. Leider liegt aktuell (10/2018) in Niedersachsen noch kein Ausführungsgesetz zum SGB XII bzw. SGB IX vor. Damit ist das Land Niedersachsen unter den letzten drei Bundes-

ländern (Bremen, Brandenburg, Niedersachsen), die noch kein Ausführungsgesetz erlassen haben.

Das Land Niedersachsen beabsichtigt nach hier vorliegenden Informationen, die Aufgabe der Leistungsgewährung für die Menschen ab 18 Jahren an die kommunale Ebene zu übertragen. Es plant außerdem, die einzelfallübergreifenden Aufgaben, wie zum Beispiel Abschluss von Vereinbarungen nach §§ 123 ff. SGB IX für Leistungen für Menschen ab 18 Jahren, selbst zu erledigen.

Die fehlende Zuständigkeitsregelung durch das Land Niedersachsen für das Eingliederungshilferecht ab 2020 hat zur Folge, dass die benötigten Vorarbeiten vor Ort bisher nicht im erforderlichen Umfang geplant und durchgeführt werden können.

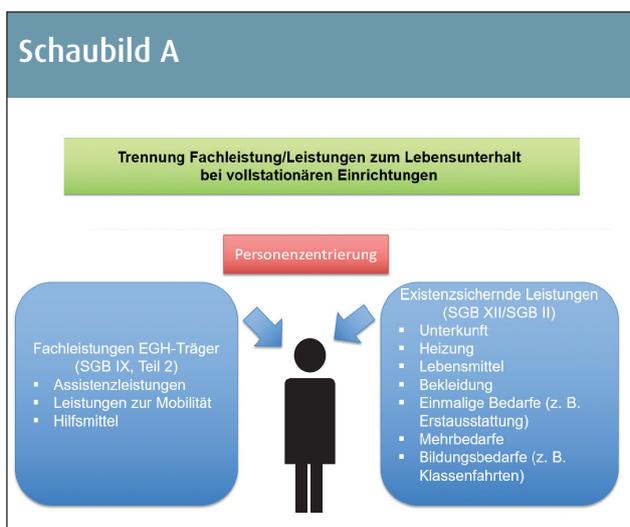
- Ohne die Regelungen zur Ausgestaltung der Fachleistungen, die ab 01.01.2020 gewährt werden können, können keine neuen Vereinbarungen mit den Leistungsanbietern abgeschlossen werden.
- Ohne Vereinbarungen können die Leistungen für die einzelnen Leistungsberechtigten nur bis zum 31.12.2019 befristet und für die Zeit ab 01.01.2020 weder festgestellt noch bewilligt werden.

Dies liegt daran, dass die bisherigen Kriterien, nach denen Leistungen als ambulante, teilstationäre oder stationäre Leistungen klassifiziert wurden, ab 2020 wegfallen und es nur noch Fachleistungsstunden geben soll, die ggf. nach Gruppen mit vergleichbaren

Hilfebedarf unterschiedlich vergütet werden können. Zudem entfällt die Regelung, nach der teilstationäre und stationäre Hilfen auch die Leistungen für den Lebensunterhalt in der jeweiligen Einrichtung umfassen. Die Fachleistungen sind von existenzsichernden Leistungen getrennt zu gewähren; die existenzsichernden Leistungen bleiben Sozialhilfeleistungen nach SGB XII und werden von den Trägern der Sozialhilfe gewährt. Die bisherigen Vergütungssätze für stationäre und teilstationäre Einrichtungen können daher nicht über den 31.12.2018 hinaus gelten – es sei denn, der Träger der Eingliederungshilfe und die Leistungsanbieter vereinbaren entsprechende Übergangsregelungen. Eine Arbeitsgruppe (Kostenträger und Leistungsanbieter der Eingliederungshilfe auf der Landesebene) befasst sich z. Zt. damit, eine Übergangslösung für die vertraglichen Regelungen zu erarbeiten, weil bereits zum jetzigen Zeitpunkt klar ist, dass neue Landesrahmenverträge bis zum 01.01.2020 nicht verhandelt werden können.

Bereits zum 01.01.2018 sind mit dem neuen Bedarfsermittlungsinstrument vor Ort im erheblichen Maß zusätzliche Ressourcen erforderlich geworden. Der damit im Kontext stehende personelle Mehrbedarf hängt u. a. damit zusammen, dass das Verfahren der Bedarfsfeststellung mit den Formularbögen (B.E.Ni sowie Deckblatt und Ergebnisbogen/Feststellung der Leistungen) und unter Beteiligung der leistungsberechtigten Person deutlich umfangreicher ist als früher.

Die Zeit bis zum Systemwechsel am 01.01.2020 ist knapp bemessen; die anstehenden Entscheidungen



sind dringend nötig, um im Interesse der Menschen mit Behinderungen rechtzeitig vor Ablauf des alten Leistungsrechts Entscheidung nach dem neuen Leistungsrecht treffen zu können, da anderenfalls eine reibungslose Umsetzung zum 01.01. 2020 nicht mehr erreichbar sein wird.

## Bedarfsermittlung für Eingliederungshilfe und die Rolle des Sozialpsychiatrischen Dienstes

von Thorsten Sueße (Leiter Sozialpsychiatrischer Dienst Region Hannover)

### Wer kann die Frage nach angemessener Hilfe am besten beantworten?

- Ein junger Mann mit einer schizophrenen Psychose lebt nach Entlassung aus der psychiatrischen Klinik – trotz Behandlung durch einen niedergelassenen Psychiater – seit Monaten zurückgezogen in seiner Wohnung. Welche zusätzliche Unterstützung wäre hilfreich? Psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP) oder ambulant betreutes Wohnen? Und wenn ja – in welchem Umfang?
- Eine alleinstehende Frau in den Achtzigern leidet an einer chronischen depressiven Störung, hat deshalb Probleme bei der Bewältigung ihres Alltags. Kommt hier noch Eingliederungshilfe infrage?
- Ein Mann mittleren Alters mit einer Alkoholabhängigkeit trinkt trotz Versorgung durch ambulant betreutes Wohnen weiterhin seit Jahren vermehrt Alkohol. Ist eine Weiterführung der Maßnahme, im Sinne der Verhinderung einer Verschlechterung, sinnvoll?

„Die Bedarfsermittlung für Eingliederungshilfe bei Menschen mit seelischer Behinderung lässt sich daher am ehesten angemessen und effektiv von Fachkräften durchführen, die über folgende Qualifikationen verfügen: ...“

Eine Beantwortung dieser Fragen setzt eine entsprechende langjährige Fachkenntnis im (sozial)psychiatrischen Bereich voraus.

Die Bedarfsermittlung für Eingliederungshilfe bei Menschen mit seelischer Behinderung lässt sich daher am ehesten angemessen und effektiv durchführen, wenn

sie von Personal durchgeführt wird, welches über folgende Qualifikation verfügt:

- Sehr gute Kenntnis der einzelnen psychischen Krankheiten und deren typischer Verläufe
- Fundiertes Wissen über die Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten der Krankheitsbilder
- Vertrautheit mit der konkreten regionalen Versorgungslandschaft für Menschen mit seelischer Behinderung
- Erfahrung im persönlichen Umgang mit chronisch psychisch kranken Personen

### Wer ist bisher für die Hilfebedarfsermittlung zuständig?

Seit vielen Jahren ist aus den oben genannten fachlichen Gründen der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) in der Region Hannover für die Bedarfsermittlung von Eingliederungshilfe bei Menschen mit seelischer Behinderung zuständig. Das zentrale Instrument ist dabei die *Hilfekonferenz*, wobei zukünftig im Rahmen des Gesamtplanverfahrens *Bedarfsermittlungsgespräche* durchgeführt werden.

Unter Moderation der SpDi-Sozialpädagogik (bei Erstkonferenzen immer unter Beteiligung eines SpDi-Arztes) wird im Bedarfsermittlungsgespräch – „auf Augenhöhe“ mit dem Klienten – der individuelle Hilfebedarf passgenau ermittelt, unter Berücksichtigung sonstiger möglicher Unterstützung außerhalb der Eingliederungshilfe.

Die Erstkonferenzen finden momentan vorrangig in der SpDi-Zentrale in Hannover-Döhren („Fachsteuerung Eingliederungshilfe“) statt, die sonstigen Hilfebedarfsermittlungen dezentral in den elf Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen für Erwachsene. Das Fallmanagement Verwaltung der Region Hannover ist sinnvollerweise an den Bedarfsermittlungsgesprächen beteiligt.

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) hat die organisatorischen Abläufe verändert. Eine Neuerung ergibt sich aus der Einführung der „BedarfsErmittlung Niedersachsen“ („B.E.Ni“), einem umfangreichen Formu-

larsatz, dessen Verwendung seit 1. Januar 2018 vom Land Niedersachsen verpflichtend vorgeschrieben ist. Der Arbeitsaufwand für das mit der Bedarfsermittlung beschäftigte Personal hat sich durch B.E.Ni merklich erhöht. Eine detailliertere Erläuterung und kritische Bewertung der damit verbundenen Auswirkungen ist dem Artikel der Fachsteuerung Eingliederungshilfe in diesem Sozialpsychiatrischen Plan (auf S. 69) zu entnehmen.

Die Landeshauptstadt Hannover (die innerhalb der Region Hannover als Leistungsträger einen besonderen Status innehat) verzichtet seit 1. Januar 2018 bei der Hilfebedarfsermittlung für alle teilstationären und stationären Maßnahmen von erwachsenen Antragstellern bis zum 60. Lebensjahr auf die Einbeziehung sozialpädagogischen Personals aus dem SpDi, zieht lediglich nur noch in wenigen Einzelfällen einen SpDi-Arzt hinzu.

### Wie sieht die zukünftige Rolle des SpDi bei der Hilfebedarfsermittlung aus?

Die fachliche Hilfebedarfsermittlung im Bereich Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischer Behinderung wird auch weiterhin vollumfänglich Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes sein, was ansonsten für niedersächsische Kommunen leider nicht (mehr) selbstverständlich ist.

Auch ab 2020 wird der SpDi mit seinem Personal (Sozialpädagogik, Medizin) unter Beteiligung des Fallmanagements Verwaltung die Bedarfsermittlungsgespräche durchführen – und zwar (im Sinne der Sozialraumorientierung) nur noch in den örtlich zuständigen Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen (inwieweit sich eine zentrale SpDi-Einheit um außerhalb der Region Hannover untergebrachte Personen kümmert, befindet sich noch in der Klärung).

Neu ist, dass die Region Hannover in der Diskussion darüber ist, wie eine gute Beratung vor Antragstellung aussehen kann und wie sie erfolgen sollte.

### Was ändert sich durch das BTHG für das Ambulant Betreute Wohnen?

von Birgitt Theye-Hoffmann  
(beta89 - Betreutes Wohnen),  
Uwe Boers  
(SuPA GmbH)  
Manfred Willems  
(Hannoversche Werkstätten gGmbH)  
Andrea Widmer  
(Lebenshilfe Peine-Burgdorf GmbH)

### Veränderungen konstruktiv begleiten

Die Einführung des BTHG bringt, vor allem im Hinblick auf die Einführung des niedersächsischen Bedarfsermittlungsinstrumentes (B.E.Ni), auch für die Arbeit des Ambulant Betreuten Wohnens eine Vielzahl an Veränderungen mit sich. Mit dem Handbuch für das Gesamt- und Teilhabeplanverfahren in Niedersachsen ist eine erste Orientierung erschienen. Das fehlende Ausführungsgesetz führt derzeit allerdings noch zu großer Verunsicherung in der Praxis und zu vielen offenen Fragen. Im Folgenden werden wir versuchen die einzelnen Aspekte genauer zu erfassen.

### Auf welche grundlegenden Veränderungen müssen wir uns einstellen?

Das gesamte Antragsverfahren hat sich seit dem 01.01.2018 verändert, d.h. die Klient\*innen müssen die EGH-Leistung beantragen.

- B.E.Ni ist das einzige Instrument in Niedersachsen, das den individuellen Unterstützungsbedarf der Klient\*innen erfasst. An den Leistungsanbieter wird lediglich der Bogen C mit der Zielplanung ausgehändigt. In manchen Fällen stehen die Ziele auch nur im Kostenanerkennnis.
- Die Zielüberprüfung, bzw. die Wirksamkeitskontrolle, bekommt eine zentrale Bedeutung bei der Überprüfung des Gesamt-, bzw. Teilhabeplanverfahrens.
- Die Leistungsanbieter können, auf Wunsch der Klient\*innen, bei der Überprüfung des Gesamt-, bzw. Teilhabeplanverfahrens beteiligt werden.

### Welche Fragen ergeben sich aus dem neuen Verfahren? Was ist zu klären?

- Führt die neue Verpflichtung zur Antragstellung zu einer höheren Zugangsschwelle für die Leistungsberechtigten?

- Wie wird der Grad der Zielerreichung erfasst und beurteilt? Was bedeutet das für die Wirksamkeitskontrolle?
- Wie kann eine Wirksamkeitskontrolle stattfinden, ohne dass die Leistungsanbieter wissen, wie die Ausprägungen der einzelnen Problemlagen im Gesamt-, bzw. Teilhabeplanverfahren eingeschätzt wurden?
- Werden die in den Entwicklungsberichten gemeinsam mit den Klient\*innen erarbeiteten Ziele in den zukünftigen Gesamt-, bzw. Teilhabeplankonferenzen noch Berücksichtigung finden?
- Müssen sich Leistungsanbieter bei jeder Veränderung der Ziele im laufenden Bewilligungszeitraum – auch ohne Einfluss auf das FLS-Kontingent (Umfang der bewilligten Fachleistungsstunden) – mit dem Leistungsträger in Verbindung setzen, um eine Anpassung der Zielplanung zu erwirken?
- Welchen Einfluss haben die neuen Verfahrensabläufe auf die wichtige und zentrale Beziehungsarbeit im ABW?

**Die Klient\*innen sind vielfach verunsichert, auf Kostenanerkennnisse müssen sie sehr lange warten. ... Die Hilfeplaner\*innen können die Gesamt-, bzw. Teilhabeplanverfahren derzeit kaum bewältigen, die Leistungsanbieter sind mit einer Vielzahl offener Fragen und Verfahrensunsicherheiten konfrontiert.**

### Was ist für uns als Leistungsanbieter jetzt schon zu tun?

- Die Prozessabläufe der Leistungsanbieter müssen dem neuen Verfahren angepasst werden, u.a. stellen die Kostenanerkennnisse mit ihren Zielformulierungen einen rechtlich verbindlichen Auftrag dar, die Zielerreichung sowie die Zufriedenheit der Klient\*innen mit dem Grad der Zielerreichung ist zu dokumentieren.

### Welche Chancen bietet das neue Verfahren?

- Die Personen- und ICF-Orientierung stellt die Klient\*innen in den Mittelpunkt des Verfahrens.
- Das biopsychosoziale Modell stellt ein ganzheitliches Modell dar, es geht davon aus, dass die Beeinträchtigung einer Person u.a. ein von der Gesellschaft verursachtes Problem ist und nicht ausschließlich die Eigenschaft einer Person. Die verschiedenen Komponenten aus dem gesellschaftlichen Umfeld werden mit einbezogen.
- Die Klient\*innen müssen mit all ihren gesamten Bedarfen und Teilhabeeinschränkungen gesehen werden. Die Barrieren im Umfeld sind zu berücksichtigen.
- Die Zufriedenheit der Klient\*innen wird zum wichtigen Qualitätsmerkmal.
- Alle Akteure sprechen die „gleiche Sprache“.

### Ausblick und Anspruch

Sicher ist, das BTHG stellt derzeit mit seinem Bedarfsermittlungsinstrument für Niedersachsen eine große Herausforderung für alle Beteiligten dar. Die Klient\*innen sind vielfach verunsichert, auf Kosten-

anerkennnisse müssen sie sehr lange warten. Die Hilfeplaner\*innen können die Gesamt-, bzw. Teilhabeplanverfahren derzeit kaum bewältigen, die Leistungsanbieter sind mit einer Vielzahl offener Fragen und Verfahrensunsicherheiten konfrontiert. Für einen gelingenden Prozess sollten alle Beteiligten an einem transparenten Verfahren interessiert sein und an dessen Umsetzung mitwirken. Die Leistungsberechtigten und die Leistungserbringer müssen gut in die Gesamt-, bzw. Teilhabeplanverfahren einbezogen werden, zum Beispiel heißt das, die Einschätzung der Problemausprägung darf kommuniziert werden oder die B.E.Ni-Unterlagen sollten den Klient\*innen ausgehändigt werden.

Entscheidend ist, was wir als Verfahrensbeteiligte aus den Veränderungen machen. Das Bundesteilhabegesetz stellt die Klient\*innen in den Mittelpunkt des Verfahrens, dieser Grundgedanke sollte uns leiten.

## Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) Relevante Aspekte für die Tagesstätten und ihre Nutzer\*innen

von Astrid Strahl (buntHus Tagesstätte)

### Was hat sich bereits für Tagesstätten und ihre Nutzer\*innen durch das BTHG verändert:

Seit Januar 2018 erfolgt die Bedarfsermittlung der Nutzer\*innen auf der Basis der ICF (Internationale Klassifizierung für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit), unter Anwendung des Bedarfsermittlungsinstruments Niedersachsen, kurz B.E.Ni genannt. Im Vorfeld der Bedarfsermittlungsgespräche war und ist es sinnvoll, die Nutzer\*innen auf das neue Verfahren vorzubereiten. Der von einigen unserer Teilnehmenden rückgemeldete Vorteil des neuen Verfahrens besteht darin, dass einzelne Bedarfe in den unterschiedlichen Lebensbereichen sehr genau ermittelt werden können und den Teilnehmenden selbst bewusster wird, wo ihre Potentiale und Defizite liegen. Andere Teilnehmende äußern, dass nicht oder noch nicht alles, was sie an Beeinträchtigung und Teilhabedarf mitbringen, abbildbar ist. Die den Leistungserbringern zugehende Zielplanung ist die Grundlage unserer Arbeit mit den Nutzer\*innen. Momentan führt das Verfahren für die Tagesstätte und ihre Nutzer\*innen häufig zu langen Wartezeiten sowohl für die Terminierung der Bedarfsermittlungsgespräche, die Dauer dieser als auch für die Erteilung des Kostenanerkennnisses. Das kann besonders für kleine Einrichtungen zu finanziellen Engpässen führen, auch weil die Teilnehmenden während der Wartezeit ohne gültiges Kostenanerkennnis weiter begleitet werden.

Der Leistungsträger für die Eingliederungshilfe in Niedersachsen steht noch nicht fest. Es gibt noch kein Ausführungsgesetz, daher gibt es im Hinblick auf das BTHG und seine Auswirkungen viele Fragen, Vermutungen, erwartete Chancen und Herausforderungen. Um auf einige Veränderungen einzugehen, folgt zunächst ein Überblick über die Tagesstättenarbeit.

### Ist-Stand: Tagesstätten im Oktober 2018

Seit mehr als 20 Jahren gibt es in der Region Hannover Tagesstätten für psychisch erkrankte Erwachsene. In der Stadt Hannover gibt es 7 Tagesstätten mit

insgesamt 169 Plätzen, deren Auslastung im Oktober 2018 bei 176 Plätzen lag. In den Städten und Gemeinden des Umlandes gibt es 6 Tagesstätten mit insgesamt 147 Plätzen und einer Auslastung von 123 Plätzen. Die Betreuung erfolgt in der Regel von Montag bis Freitag mit jeweils sechs Stunden pro Tag. Der Nutzer und die Nutzerin sollen mindestens 20 Stunden wöchentlich an der Maßnahme teilnehmen. Bislang erhalten die Tagesstätten eine monatliche Vergütung pro Teilnehmenden. Der Stellenschlüssel liegt bei 1:7,5.

Um den Teilnehmenden Hilfen zur Tagesstrukturierung, Kontaktfindung sowie zur Förderung von Arbeit und Beschäftigung zur Verfügung zu stellen, gibt es in den Tagesstätten eine bunte Palette von Gruppen- und Einzelangeboten. Diese reicht von Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten, Ergotherapie, Hilfen zur Freizeitgestaltung über alltagspraktische Angebote, regelmäßige Mahlzeiten, Beratung durch Mitarbeiter\*innen, psycho- und sozioedukative Gruppen, Training sozialer Kompetenzen, Körper- und Bewegungstherapie bis zu den künstlerischen/kunsttherapeutischen Schwerpunkten, wie im buntHus.

### Was brauchen die Besucherinnen und Besucher einer Tagesstätte?

Im Austausch der Tagesstätten zum BTHG geht es immer wieder um Module. Anlässlich dieses Beitrags habe ich unsere Teilnehmenden befragt, welche Vor- und Nachteile sie im Hinblick auf ihre jetzige Tagesstruktur mit mindestens 20 und höchstens 30 Stunden sehen und welche Vor- und Nachteile sie in der Möglichkeit sehen, bestimmte Module zu wählen, die einen Gesamtumfang unter 20 Stunden haben. Alle Teilnehmenden wollen für ihre geregelte Tagesstruktur mindestens 20 Stunden in die Tagesstätte kommen. Alles andere sehen sie nicht als ausreichende Tagesstrukturierung an. Die Teilnehmenden mit Suchtmittelgefährdung sind froh, wenn sie möglichst viele Stunden pro Tag suchtmittelfrei verbringen, andere befürchten von einem geringeren Stundenkontingent zu wenig Interaktion mit negativen Folgen für ihr Sozialverhalten. Alle Teilnehmenden betonen, wie wichtig neben der Förderung ihrer gesunden Anteile in den künstlerischen Gruppen die Vielfalt der weiteren Angebote und der Austausch in der Gruppe ist,

sowohl innerhalb als auch außerhalb der angeleiteten Gruppen.

Unsere Teilnehmenden schätzen den geschützten Rahmen der Tagesstätte, der ihnen die Möglichkeit gibt, tragfähige Sozialkontakte im Rahmen einer festen und überschaubaren Gemeinschaft und in Arbeitsgruppen zu entwickeln und zu erproben. Den Mitarbeiter\*innen kommt bei der Begleitung der Teilnehmenden in den Gruppen und in der Reflektion über die Ziele, Selbst- und Fremdwahrnehmung, Fortschritte und Krisen eine zentrale Bedeutung zu. Es ist das Gesamtpaket, das den Tag strukturiert und zur Verwirklichung der Ziele aus meiner Sicht eines Stundenkontingents von mindestens 20 bedarf.

**Alle Teilnehmenden wollen für ihre geregelte Tagesstruktur mindestens 20 Stunden in die Tagesstätte kommen. Alles andere sehen sie nicht als ausreichende Tagesstrukturierung an. Es ist das Gesamtpaket, das den Tag strukturiert ...**

fordert, den Nutzer\*innen möglichst viel Raum zu eigenverantwortlicher Gestaltung ihrer Lebensumstände zu geben und ihre Selbstbestimmung zu fördern (§8 SGB IX,3).

- Sofern es entsprechende Modulangebote gibt, können Nutzer\*innen ein geringeres Stundenkontingent für die Tagesstrukturierung wahrnehmen.
- Mit der neuen individualisierten Hilfeplanung ist es Tagesstätten möglich, den unterschiedlichen Bedarfen der Nutzer\*innen über das Angebot von Modulen Rechnung zu tragen, Einzel- oder Kombipakete anzubieten. Diese Module können die im Lebensraum der Nutzer\*innen bestehenden Einrichtungen psychiatrischer wie nichtpsychiatrischer Art nutzen. So entstehen „individuell angepasste Module, die die tagesstrukturierende und Sicherheit stiftende Qualität bei gleichzeitiger Verwirklichung des Inklusionsgedanken erhalten“ (Ulrich Kavelmann und Dieter Röh: Tagesstättenarbeit wirkt, Psychosoziale Umschau 03/2013).

### Neue Möglichkeiten durch das BTHG für Tagesstätten und ihre Nutzer\*innen ab 2020:

- Ein vom Nutzer\*in zu stellender Antrag reicht aus, um alle benötigten Leistungen von verschiedenen Reha-Trägern zu erhalten. Der Träger der Eingliederungshilfe hat Beratungs- und Unterstützungspflichten für den Leistungsberechtigten. Die Beratung erfolgt auch durch die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung.
- Anspruch der Nutzer\*innen auf einen Teilhabeplan und damit ein transparentes Verfahren, in das jederzeit Einsicht genommen werden kann; Beteiligung der Nutzer\*innen am Gesamtplanverfahren.
- Mit den höheren Schonbeträgen für Einkommen und Vermögen können auch Nutzer\*innen Eingliederungshilfe erhalten, denen das vorher nicht möglich war.
- Bei der Entscheidung über die Leistung und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. Eine Ablehnung muss begründet werden (§8 SGB IX,1).
- Leistungen, Dienste und Einrichtungen sind aufge-

### Herausforderungen und Fragen

- Einige Nutzer\*innen, insbesondere chronisch Suchtkranke bedürfen besonderer Ermutigung, um einen Teilhabeantrag zu stellen und Widerspruch bei Ablehnung einzulegen. Hier kommt den rechtlichen Betreuer\*innen und den EUTB's eine besondere Bedeutung zu.
- Nutzer\*innen müssen über ihre Rechte aufgeklärt und in der ICF geschult werden.
- Für die Tagesstätten und ihre Mitarbeiter\*innen bedarf es Umdenken, Kreativität und Flexibilität, um den Erfordernissen und Möglichkeiten des BTHG zu begegnen. Es gilt die Leistungen teilhabezielgemäß zu individualisieren und ihre Wirkung nachvollziehbar zu dokumentieren.
- Sofern noch nicht geschehen, gilt es die Mitarbeiter\*innen der Tagesstätte darin zu schulen, die ICF anzuwenden.
- Das Gesamtpaket Tagesstätte muss hinsichtlich der Fachleistung spezifiziert werden.
- Der administrative Aufwand wird zunehmen.
- Welcher Stellenwert wird den jetzigen Tagesstätten zukommen?

- Werden Tagesstätten als Gesamtpaket mit den damit einhergehenden Vorteilen erhalten bleiben?
- Gegenstand der Vereinbarung zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer ist nur noch die Fachleistung. Wie wird diese inhaltlich definiert und finanziell vergütet?
- Welche Maßstäbe und Kriterien der gesetzlich verankerten Wirkungskontrolle wird es geben?
- Wie kann die theoretische Bedarfsplanung mit den praxisnahen Möglichkeiten bestmöglich zur Deckung gebracht werden?
- Wie werden die durch Krisen schwankenden Unterstützungsbedarfe der Nutzer\*innen personell wie finanziell abgedeckt?
- Wie werden die Tagesstätten mit ihrem Know-how in die folgenden Prozesse einbezogen?
- An welchen Stellschrauben wird gedreht werden, um Kostenerhöhungen zu vermeiden?

### Herausforderung und Fragestellung ab 01.01.2023

Der leistungsberechtigte Personenkreis soll nach Abschluss von Modellprojekten und vorbehaltlich eines noch zu erlassenden Bundesgesetzes neu definiert werden. Grundlage ist eine bestimmte Anzahl von Lebensbereichen aus den neun Bereichen der ICF. Was bedeutet das für die Nutzer\*innen, die bei Umsetzung dieser Vorgabe dann aus dem Zugang zur Eingliederungshilfe herausfallen?

(s. Drucksache 19/4500 Deutscher Bundestag: Abschlussbericht zu den rechtlichen Wirkungen im Fall der Umsetzung von Artikel 25a §99 des BTHG ab 2023 auf den leistungsberechtigten Personenkreis der Eingliederungshilfe)

### Übergang

Alle Leistungsverträge enden am 31.12.2019, Kostenanerkennnisse werden nur noch bis zu diesem Datum erteilt.

Bis zur vollständigen Umsetzung des BTHG wird es Übergangsregelungen geben. Offen ist, für welchen Zeitraum diese Regelungen gelten werden. Bis dahin sind die Tagesstätten gut beraten sich zu vernetzen, um die einzigartige Komplexleistung, die sie anbieten unter den neuen Bedingungen zu erweitern und fruchtbar für die Nutzer\*innen zu machen.

### Was brauchen seelisch behinderte Menschen mit stationärem Hilfebedarf? Kann das BTHG ihre Teilhabe fördern?

von Monika Lüpke\* (Einrichtungen für psychisch Genesende GmbH, Haus Mohmühle)

\* Für die Arbeitsgruppe der Anbieter stationärer Eingliederungshilfen seelisch behinderter und/oder süchtiger Menschen (Ulrich Ehrhardt, Betreuungskette Am Seelberg GmbH, Einrichtung für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Sucht, Veronika Hess-Hölscher, Gesellschaft für Integration mbH, Marco Schomakers AWO-Wohnheim Nordfelder Reihe).

Das BTHG stellt den Versuch dar körperlich, geistig und seelisch behinderten sowie süchtigen Menschen und ihren sehr verschiedenen Hilfe-Erfordernissen mit einem einheitlichen Bezahlssystem gerecht zu werden.

Ziel ist es dabei u. a. die bestehende finanzielle Benachteiligung von Menschen mit seelischer Behinderung gegenüber anderen Behindertengruppen zu beenden. Darin besteht eine Chance des BTHG für Menschen mit seelischer Behinderung. Auch die Beendigung der strikten Trennung zwischen Kostenanerkennnissen von Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung bzw. mit Suchterkrankungen ist lange überfällig. Sie wird durch das BTHG ermöglicht und Menschen mit Doppeldiagnosen können dadurch vom BTHG profitieren. Liegt allerdings ein hoher Pflegebedarf zusätzlich vor, könnte dieser Personenkreis – so vermuten Fachleute – deutlich schlechter dastehen als vorher.

Die grundlegende Veränderung und Chance des BTHG besteht allerdings in der neuen Verantwortung, die Menschen mit Behinderungen zugetraut und gegeben wird. Für viele stellt das eine Befreiung dar. Es gibt erfahrungsgemäß aber auch gerade im Bereich von seelischen Behinderungen oder Suchterkrankungen Menschen, die nur eingeschränkt und erst im Zusammenhang umfangreicher therapeutischer Arbeit in der Lage sind, Verantwortung für sich übernehmen zu können und/oder zu wollen. Diese Menschen nehmen oft stationäre Hilfen in Anspruch und es wird ihnen im Rahmen der Hilfebedarfsermittlung dann

ein hoher oder höchster Hilfebedarf zuerkannt. Die Bedarfsstrukturen dieser Menschen scheinen bei der Gestaltung des BTHG allerdings wenig berücksichtigt zu sein.

### Erfassung des Hilfebedarfs

Schon bei der Erfassung des Hilfebedarfs ergeben sich besondere Fragen: Wie kann der Hilfebedarf angemessen erfasst werden, wenn sich z.B. eine große Differenz ergibt zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung des behinderten Menschen, oder wenn Menschen hochambivalent gegenüber Hilfe sind, oder wenn sie eigene Bedürfnisse kaum artikulieren können?

### Bestimmung der konkreten Hilfearten

Noch deutlicher werden die Besonderheiten von Menschen mit schwerwiegender seelischer Behinderung oder Suchterkrankung bei der Bestimmung der konkreten Hilfearten. Dieser Personenkreis braucht zur Ermöglichung von Teilhabe in erster Linie Beziehungsangebote und Beziehungen, die durch Kontinuität, Wärme und Krisenfestigkeit gekennzeichnet sind. Sie brauchen Strukturen, die Komplexität reduzieren, Klarheit und Wiederholung bieten bei gleichzeitiger Flexibilität für Krisen und Latenzzeiten. Das sind die erforderlichen Rahmenbedingungen, unter denen innerpsychische Hürden, Ängste und Einschränkungen überwunden werden können. Solche Rahmenbedingungen werden gegenwärtig zur Verfügung gestellt in professionellen stationären Einrichtungen.

Es gibt derzeit in der Region Hannover ein ausdifferenziertes Hilfesystem z. B. mit Übergangs- oder Langzeitwohnheimen oder Einrichtungen, die körperlich/geistig/seelisch behinderten oder süchtigen Menschen Hilfe anbieten. Tragfähige Beziehungsarbeit steht im Mittelpunkt solcher professioneller Einrichtungen, ergänzt durch Strukturangebote, die sich oft flexibel bewegen zwischen Basisversorgung wie Duschhilfen, Beschäftigungsangeboten (bei Bedarf

im Bewohnerzimmer) und therapeutischen Angeboten (z.B. Ergo-, Kunst-, Musik-, Reittherapie), orientiert an situativen Förderbedarfen und Tagesform der Klienten.

Die Finanzierungsstruktur des BTHG folgt dieser gewachsenen Hilfestruktur erst einmal nicht! Die Aufteilung in „Wohnen“ und „Fachleistung“ kann eine so flexible, multimodale Hilfestruktur nicht widerspiegeln. Unter Umständen kann es verschiedene Anbieter für beide Bereiche geben.

### Die bestehende Hilfestruktur in professionellen stationären Einrichtungen:

#### Ein Maximum an Personenzentrierung

Die bestehende Hilfestruktur wird realisiert durch und ist abhängig von fachlich kompetenten Mitarbeiter\*innen und professionell differenzierten Strukturen der Einrichtungen. Durch die Neustrukturierung im Rahmen des BTHG soll nun Personenzentrierung auch auf der Ebene der Hilfebedarfserhebung und vor allem auf der Ebene der Finanzierungsstruktur deutlicher abgebildet werden. Die Aufgabe wird darin bestehen, die im Augenblick schon vorhandene Personenzentrierung vor Ort im konkreten Kontakt zwischen Klient und Hilfebringer zu fördern und zu unterstützen und nicht durch unangemessene Finanzierungsstrukturen zu behindern.

Verständlicherweise benötigen Bedarfserhebung und Verwaltung für eine höhere Personenzentrierung mehr Ressourcen als bisher. Die Qualität der Hilfe gerade für

schwerwiegend seelisch Behinderte steht und fällt aber nach wie vor mit der Zeit, die diesen Klienten im konkreten hilfreichen, professionellen Kontakt zur Verfügung gestellt wird. Auf Leistungserbringer wird mehr Verwaltungsaufwand zukommen, z.B. für die Dokumentation der Leistungen, der Wirksamkeitskontrolle, der Gestaltung betreuungsunabhängiger Mietverhältnisse. Wieviel Ressourcen wird der Klient selber erleben können?

Wie kann der Hilfebedarf angemessen erfasst werden, wenn sich z.B. eine große Differenz ergibt zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung des behinderten Menschen, oder wenn Menschen hochambivalent gegenüber Hilfe sind, oder wenn sie eigene Bedürfnisse kaum artikulieren können?

In der Altenhilfe ist zu beobachten, was passiert, wenn Mitarbeiter\*innen zu wenig freie Ressourcen für Menschen in der konkreten Situation zur Verfügung haben. Hilfen, die sich zu sehr auf Überprüfbarkeit oder Assistenz fokussieren, lassen außer Acht, dass es Spielräume für menschliche Begegnung braucht. Viele Probleme reduzieren sich, wenn es gelingt, dass Menschen sich nicht einsam fühlen. Das gilt auch für seelisch behinderte Menschen.

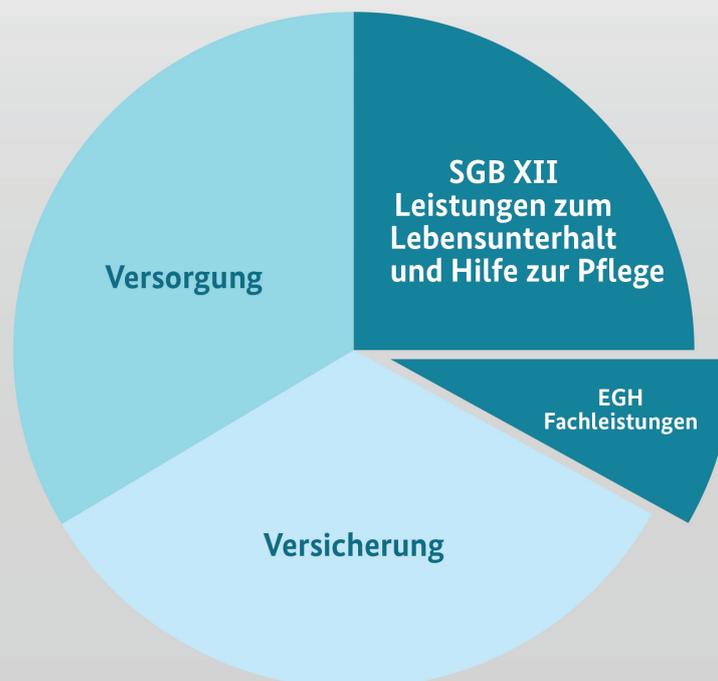
Qualitativ hochwertige Hilfe braucht notwendig Operationalisierung, Kontrolle, Überprüfung und Spielräume und Freiräume für die konkrete Beziehungsgestaltung zwischen Klient\*in und Mitarbeiter\*in.

### Über die Qualität der Beziehungsarbeit - kann das BTHG die Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen fördern

Wenn Mitarbeiter, die in der konkreten Interaktion mit seelisch Behinderten sind, gut ausgebildet und gut fortgebildet werden, regelmäßig Supervision haben und auch die inzwischen zahlreichen psychologischen Konzepte (z.B. Integriertes psychologisches und Metakognitives Training) nutzen, werden sie auch psychisch schwerwiegend behinderte Menschen ermuntern können, die für sie wesentlichen – inneren – Barrieren zu überwinden.

Das BTHG wird die Teilhabe von gegenwärtig stationär betreuten Menschen fördern können, wenn die Kompetenz der Mitarbeiter vor Ort anerkannt, gefördert und mit genügend Spielräumen ausgestattet wird, und wenn der Schwerpunkt der Arbeit weiter auf der Gestaltung förderlicher Beziehungen liegen kann.

## Mehr Teilhabe durch Ausgliederung der Eingliederung aus dem Fürsorgesystem



## **BTHG: Die Trennung von Fachleistungen und existenzsichernden Leistungen im stationär betreuten Wohnen – die Beschreibung eines (schwierigen) Weges aus Sicht der Leistungsanbieter**

von Thomas Klingsporn (STEP gGmbH)

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) ist seit dem 01. Januar 2017 rechtskräftig und wird bis 2023 schrittweise weiter umgesetzt. Bei den Leistungsanbietern, aber auch bei den Bewohnern selbst sorgt das BTHG für Verunsicherung. Warum eigentlich? Nach dem aktuellen Koalitionsvertrag soll es „die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen durch mehr Teilhabe an der Gesellschaft, mehr Selbstbestimmung und mehr individueller Lebensführung [...] verbessern“; ganz im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention, die am 26. März 2009 in Deutschland in Kraft getreten ist. Leistungen sollen nicht länger institutionenzentriert sondern personenzentriert erbracht werden. Das klingt doch positiv. Ist es doch genau das, was seit vielen Jahren von Verbänden und Menschen mit Behinderung gefordert wird. Man könnte also annehmen, dass das BTHG einen wichtigen Schritt zu einem Systemwandel der Sozialpolitik bedeutet und somit zur allgemeinen Erleichterung führen sollte. Aber das Gesetz polarisiert auch und eine Eingliederungshilfe, die wir als Leistungserbringer gestalten und durchsetzen könnten, würde sicher anders aussehen.

Für die Leistungserbringer geht es dabei um sehr viel, denn die Ziele des Gesetzes sind zweischneidig: Auf der einen Seite steht die Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung. Auf der anderen Seite steht die Begrenzung der Kosten in der Eingliederungshilfe. Insofern wird sich bei der Umsetzung zeigen, ob es wirklich gelingen kann, beide Ziele in Einklang zu bringen.

### **Vorteile für Menschen mit Behinderung durch das BTHG**

Aber vorweg und deutlich formuliert: das BTHG bringt Vorteile für betroffene Menschen. Um Anrecht auf Eingliederungshilfe zu haben, müssen Menschen mit Behinderungen künftig zudem nicht mehr mittellos sein oder bleiben. Ab 2017 wurden der Einkommensfreibetrag um bis zu 260 Euro monatlich und der Ver-

mögensfreibetrag um 25.000 Euro erhöht. Zudem wird der Schonbetrag für Barvermögen für Bezieher von SGB XII-Leistungen von 2.600 auf 5.000 Euro angehoben. Ab 2020 steigt der Vermögensfreibetrag auf rund 50.000 Euro. Partnereinkommen und -vermögen wird nicht mehr herangezogen.

Es gibt ebenso eine geregelte und fundierte Bedarfsermittlung und Leistungsplanung, ergänzt um eine ergänzende unabhängige Teilhabeberatung, die Flexibilisierung der Teilhabe am Arbeitsleben, für mehr Mitwirkung in Werkstätten, eine neue Chance für die Komplexleistung Frühförderung, für Elternassistenz, und der Alltagsgestaltung und eine Eingliederungshilfe, die die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII umfasst. Zudem wird im Teil 1 des SGB IX ein neuer moderner Behinderungsbegriff eingeführt, der sich am biopsychosozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientiert. Der neue Behinderungsbegriff begreift eine funktionale Beeinträchtigung nicht mehr als Eigenschaft und Defizit einer Person, sondern betrachtet sie im Zusammenspiel mit Kontextfaktoren sowie mit den Interessen und Wünschen des betroffenen Menschen.

### **Systemumstellung – Trennung der Leistungen**

Eines der wichtigsten Ziele des BTHG ist die Reform der Eingliederungshilfe. Bisher waren die Leistungen der Eingliederungshilfe im SGB XII, dem Recht der Sozialhilfe geregelt. Mit dem BTHG werden sie als „Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen“ in das SGB IX aufgenommen und reformiert. Die Leistungen der Eingliederungshilfe werden also von den existenzsichernden Leistungen getrennt. Das Bundesteilhabegesetz vollzieht zum 1. Januar 2020 diesen Systemwechsel.

Derzeit unterscheidet das System der Eingliederungshilfe zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen und knüpft an diese Unterscheidung verschiedene Folgen. Relevant sind diese Unterscheidungen, wenn Menschen mit Behinderung sowohl Anspruch auf Eingliederungshilfe als auch auf existenzsichernde Leistungen (Grundsicherung oder Hilfe zum Lebensunterhalt) haben. Leben Menschen mit

Behinderung derzeit in einer Wohnform mit ambulanter Betreuung, erhalten sie sowohl den Regelsatz als auch die Mietkosten vom Sozialhilfeträger direkt ausgezahlt. Anders ist es hingegen, wenn sie in einem Wohnheim leben. Hier werden bisher die Leistungen für Menschen mit Behinderungen als Komplexleistung erbracht. Diese deckt sowohl die Kosten für den notwendigen Lebensunterhalt als auch die Kosten für die Maßnahmen der Eingliederungshilfe. Menschen mit Behinderung erhalten dort lediglich einen Barbetrag und eine Kleiderpauschale ausgezahlt.

Ab Januar 2020 wird die Unterstützung erwachsener Menschen mit Behinderungen nicht mehr an eine bestimmte Wohnform geknüpft, sondern am notwendigen individuellen Bedarf ausgerichtet sein. Der Träger der Eingliederungshilfe soll künftig - auch für Menschen die in Einrichtungen leben - lediglich die reinen (therapeutischen, pädagogischen oder sonstigen) Fachleistungen erbringen. Die Hilfe zum Lebensunterhalt und die notwendigen Kosten der Unterkunft werden dann, wie bei Menschen ohne Behinderungen, Leistungen nach SGB XII bzw. nach SGB II erbracht.

Ab dann erhalten auch Menschen mit Behinderung, die in einer „Wohneinrichtung“ der Behindertenhilfe leben, den Regelsatz und die Kosten der Unterkunft direkt ausgezahlt. Sie müssen davon sowohl ihren Lebensunterhalt bestreiten als auch die „Wohnkosten“ in der Wohneinrichtung zahlen. Barbetrag und Kleiderpauschale entfallen mit der Systemumstellung. Das bedeutet, dass Menschen mit Behinderungen ab 2020 zwei Verträge abschließen werden:

- a) einen Mietvertrag und
- b) einen Vertrag über die Eingliederungsleistungen, die sie in Anspruch nehmen.

Im Gegensatz zu Personen, die in einer Wohnung leben, erhalten Menschen mit Behinderung in gemein-

schaftlichen Wohnformen nicht die Regelbedarfsstufe 1, sondern lediglich die Regelbedarfsstufe 2, die nur 90% der Regelbedarfsstufe 1 beträgt (derzeit nur 374€ statt 416€ monatlich). Ob dies ausreichend sein wird, um die Kosten ihres Lebensunterhaltes zu decken? Hier bestehen auf jeden Fall erhebliche Bedenken und es bleibt abzuwarten, ob diese Regelbedarfsbemessung den besonderen Bedarfslagen von Menschen mit Behinderung in Gemeinschaftswohnformen gerecht wird.

**Ab Januar 2020 wird die Unterstützung erwachsener Menschen mit Behinderungen nicht mehr an eine bestimmte Wohnform geknüpft, sondern am notwendigen individuellen Bedarf ausgerichtet sein. ... Die Hilfe zum Lebensunterhalt und die notwendigen Kosten der Unterkunft werden dann, wie bei Menschen ohne Behinderungen, durch Leistungen nach SGB XII bzw. nach SGB II erbracht.**

### **Bestimmung der Fachleistungen**

Aufgrund der Abtrennung der existenzsichernden Leistungen wird sich das Leistungserbringungsrecht der Eingliederungshilfe in Zukunft nur noch auf die Fachleistungen der Eingliederungshilfe beziehen, diese müssen im bisher stationären Bereich bis zum 1. Januar 2020 neu verhandelt werden. Dazu muss nun schnellstens zwischen den Leistungsträgern (Land Niedersachsen) und den Leistungserbringern geklärt werden, welche Fachleistungen auf welche Weise und zu welcher Vergütung zukünftig

erbracht werden sollen, um auf dieser Grundlage zu Leistungsvereinbarungen und Landesrahmenverträgen zu kommen.

Wir als Leistungserbringer müssen nun herausfinden, welcher Anteil der für den Betrieb der Einrichtungen entstehenden Kosten tatsächlich für die Erbringung der Fachleistungen der Eingliederungshilfe aufgewandt wird und welche Anteile auf die existenzsichernden Leistungen entfallen. Diese konkrete Bestimmung der Fachleistungen hat natürlich große gestalterische und finanzielle Auswirkungen auf die künftige Angebotsstruktur in den bisherigen stationären Angeboten.

Nach niedersächsischer Systematik gehören folgende Leistungen zur Fachleistung:

- Personalaufwand für die Betreuung/Assistenz/Pflege der Menschen mit Behinderung (BTHG: Soziale Teilhabe)
- Betreuungssachkosten (Lehr- und Lernmittel, kultureller Bedarf, pflegerischer Bedarf)
- Sachkosten der Fachleistungsflächen (Wasser, Energie, Brennstoffe, Wirtschafts- und Verwaltungsbedarf, Steuern, Abgaben, Versicherungen)
- Sonstiges (Leitung, Verwaltung, Wirtschaftsdienst, u.a.m.)
- Investitionsbetrag

Im ersten Schritt muss die Gesamtläche jeder bislang über die Komplexleistung finanzierten Einrichtung dazu in diejenigen Teilflächen unterteilt werden, die dem Wohnen und der „Existenzsicherung“ einerseits und der eigentlichen Fachleistung andererseits dienen. Die Empfehlung der AG Personenzentrierung beim BMAS vom 28. Juni 2018 sowie die Empfehlung des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V. vom 12. September 2018 geben dafür erste Hinweise. Nach beiden Papieren ist eine jeweils ausschließliche Zuordnung einzelner Kostenbestandteile zu den Fachleistungen oder existenzsichernden Leistungen häufig nicht möglich. Diese Flächen werden dann als sogenannte „Mischflächen“ berücksichtigt. Es sei entscheidend, die jeweilige Ausgestaltung vor Ort zu betrachten, sofern keine pauschalierenden Regelungen getroffen werden. In Niedersachsen präferiert man aber offenbar den Gedanken der pauschalen Berechnung der Fachleistungen.

In einem Ersten Entwurf „Vorschlag zur Trennung der existenzsichernden Leistungen und Fachleistungen“ vom November 2018 wird hierzu ausgeführt, dass es das Ziel ist, „eine landesweit einheitliche Leistungspauschale je Leistungsberechtigten (LBGR) zu vereinbaren“; das würden die geltenden niedersächsischen Regelungen zulassen. Der Grundgedanke ist dabei, aus der bisherigen Gesamtvergütung den Anteil der Fachleistung rahmenvertraglich festzulegen, um Einzelvereinbarungen zu umgehen, die aufgrund des sehr engen Zeitraums (bis Ende 2019) für jedes stationäre Wohnangebot sowieso nicht umzusetzen wären. Ebenso wird in Niedersachsen die Kostenaufteilung zwischen Fachleistungsflächen und Wohnflächen im Verhältnis von 20% zu 80% pauschal

unterteilt; das ist sicherlich sehr hilfreich und arbeitsentlastend für alle Leistungserbringer und hilft ungenügend, um den Aufwand zu begrenzen.

### Was bedeutet diese Trennung der Leistungen für die Leistungserbringer, die Wohnheime betreiben?

Die Gefahr besteht, dass dieser Systemwechsel zu weitreichenden betriebswirtschaftlichen Konsequenzen für die Träger derzeitiger stationärer Einrichtungen führen wird und strategische und operative Anpassungsmaßnahmen erforderlich sein werden, um gemeinschaftliche Wohnformen wirtschaftlich zu betreiben. Dieses beinhaltet den Abschluss neuer Verträge mit den Bewohnerinnen und Bewohnern und die zukünftige Erstellung von Nebenkostenabrechnungen.

Immer mehr Menschen mit Behinderungen wollen selbstbestimmt und mit individuell unterschiedlicher Unterstützung überall in den Städten und Gemeinden leben. Große Wohneinrichtungen könnten daher an Bedeutung verlieren. Auf der anderen Seite bietet der Wohnungsbestand in den meisten Städten und Gemeinden dafür kein entsprechendes Angebot. Es fehlt an bezahlbaren und barrierefreien Wohnungen für Menschen mit unterschiedlichen Einschränkungen. Die Miete von neu gebauten Wohnungen ist zu oft für Menschen mit Behinderungen nicht finanzierbar. Der Bestand an Sozialwohnungen ist weiter stark rückläufig. Daher sind die mit der Umstellung einhergehenden Veränderungen in ihren Auswirkungen noch nicht abschließend absehbar. Es zeigt sich schon heute, dass der Diskussionsprozess noch über längere Zeit andauern wird und sich möglicherweise noch weitere Anpassungsbedarfe ergeben werden. Unabhängig von den gesetzlichen Änderungen wandeln sich die Wünsche und Vorstellungen von Menschen mit Behinderung vielfach grundlegend.

### Daraus ergeben sich u. a. diese FRAGEN:

- Welche Konzepte ermöglichen es, sich am Bedarf zu orientieren und bestehende Einrichtungen gleichwohl im Betrieb zu sichern?
- Welche Aspekte sind an der Schnittstelle zur Pflege zu beachten?
- Wie kommt man vom Bedarf zum Angebot?
- Wie können sich Wohnanbieter konzeptionell auf neue Herausforderungen und Ausgangslagen ein-

stellen (Durchlässigkeit der Angebote, Modularisierung von Leistungsbausteinen) so dass Sie auch unter den veränderten Anforderungen durch das BTHG zukunftsfähig und refinanzierbar (wirtschaftlich) aufgestellt bleiben.

Eines erscheint aber jetzt schon klar: Leistungsanbieter von gemeinschaftlichen Wohnformen müssen - vor dem Hintergrund einer gestärkten Selbstbestimmung und Bedarfsorientierung der Menschen mit Behinderungen - künftig mehr als bisher ihr Profil als Dienstleister schärfen und mit einer diversifizierten Angebotsvielfalt aufwarten, um am Markt bestehen zu können.

### **Das neue Budget für Arbeit nach dem BTHG – ein Zugang zum ersten Arbeitsmarkt trotz voller Erwerbsminderung** von Marion Forstmeier und Thomas Dyszack (Region Hannover, Fachbereich Soziales)

Ziel des Budgets für Arbeit ist es, Menschen mit Behinderungen Alternativen zur Beschäftigung im Arbeitsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) zu eröffnen und damit gesellschaftliche Teilhabe und unterschiedliche Lebensentwürfe für alle zu ermöglichen.

Bis Ende 2017 bot das trägerübergreifende Persönliche Budget (§ 57 i. V. m. § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX (alt)) die Möglichkeit, ein Budget für Arbeit zu gestalten. Die Resonanz war gering, es erschien unattraktiv und voller bürokratischer Hürden.

Seit 01.01.2018 hat das Bundesteilhabegesetz (BTHG) das Budget für Arbeit als eigenständige Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 61 SGB IX (neu)) geregelt und damit erheblich aufgewertet.

#### **Budget für Arbeit – Was ist das?**

Das Budget für Arbeit ist eine Kombination aus finanzieller Unterstützung an den Arbeitgeber – Beschäftigungszuschuss (BSZ) – in einer Höhe von max. 75

% der Lohnkosten bei einer Obergrenze von 40 % der Bezugsgröße und dauerhafter personeller Unterstützung des Menschen mit Behinderung am Arbeitsplatz, der Assistenzleistung. Es ermöglicht einen sozialversicherungspflichtigen, tariflich- oder ortsüblich entlohnten Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

#### **Wer kann das Budget für Arbeit in Anspruch nehmen?**

Das Budget für Arbeit ist für Menschen mit Behinderung, die Ansprüche auf Leistungen des Arbeitsbereichs in einer WfbM haben (Werkstattfähigkeit). Dies gilt auch für Menschen mit Behinderung, die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei einem anderen Leistungsanbieter erhalten (§ 60 SGB IX).

Diese Kriterien begründen ein Recht auf das Budget für Arbeit sofern ein Arbeitgeber gefunden wurde und ein entsprechender Arbeitsvertrag vorliegt bzw. glaubhaft in Anbahnung ist.

**Die Budgetnehmer\*innen erhalten einen klassischen Arbeitsvertrag, der alle Arbeitnehmerrechte und -pflichten enthält. Sie sind damit rechtlich vollständig in das Unternehmen integriert. Die Entlohnung muss mindestens auf Basis des Mindestlohns erfolgen.**

**ABER:** Daraus ergibt sich kein Rechtsanspruch auf Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt. Es besteht keine Verpflichtung des Leistungsträgers, selbst Arbeitgeber zu sein oder andere Arbeitgeber bzw. Beschäftigungsmöglichkeiten bereitzustellen.

#### **Rechtsstatus im Arbeitsverhältnis**

Die Budgetnehmer\*innen erhalten einen klassischen Arbeitsvertrag, der alle Arbeitnehmerrechte und -pflichten enthält. Sie sind damit rechtlich vollständig in das Unternehmen integriert. Die Entlohnung muss mindestens auf Basis des Mindestlohns erfolgen. Bei tarifgebundenen Unternehmen gelten die jeweiligen Tariflöhne.

Dennoch bleiben die Budgetnehmer\*innen dauerhaft voll erwerbsgemindert, bleiben somit Rehabilitanden i. S. der Eingliederungshilfe. Daraus resultiert ein uneingeschränktes Rückkehrrecht in die WfbM.

Die Budgetnehmer\*innen sind von der Pflichtversicherung in der Arbeitslosenversicherung befreit. Sie bezahlen ihre Rentenversicherungsbeiträge hälftig selbst. Es erfolgt keine Aufstockung der Rentenbeiträge wie in einer WfbM. Daher ist eine ausführliche Rentenberatung durch den Rentenversicherungsträger für die Budgetnehmer\*innen unumgänglich. Außerdem sind Hinzuverdienstgrenzen für Bezieher\*innen einer Erwerbsminderungsrente zu beachten.

### Arbeiten mit Hilfe einer Assistentkraft

Benötigt der Mensch mit Behinderung zur Ausübung einer Arbeit Assistenz, so kann auch eine Assistentkraft über das Budget für Arbeit finanziert werden. Bisher sind Assistenzleistung und Höhe der Kosten an keiner Stelle in den gesetzlichen Grundlagen genauer beschrieben oder budgetiert.

Die Assistenzleistung müssen sich die Budgetnehmer\*innen einkaufen. Dabei ist zu beachten, dass die Budgetnehmer\*innen, wenn sie sich die Assistenzleistung mit einer Privatperson einkaufen, u. U. zu Arbeitgebern werden mit allen Rechten und Pflichten. Risikoärmer ist es, sich die Assistenzleistung über einen Dienstleister einzukaufen. Es ist auch möglich, dass der Arbeitgeber diese Dienstleistung erbringt. Derzeit gibt es keine offizielle Vermittlungsstruktur. Daher sind alle direkt und indirekt Beteiligten gleichermaßen ermuntert, aktiv zu werden.

### Wege zum Budget für Arbeit

Werkstätten für behinderte Menschen und Berufsbildungsbereiche haben die geeigneten Personen anzusprechen.

Das Fallmanagement in der Eingliederungshilfe der Region Hannover im Fachbereich Soziales wird geeignete Personen dahingehend beraten.

Das soziale Umfeld von geeigneten Personen ist ermuntert gemeinsam mit den Budgetnehmer\*innen Möglichkeiten für Arbeitsplätze zu erforschen, Kontakte zu unterstützen und ggf. dem Leistungsträger bekannt zu geben.

### Budget für Arbeit – hier finden Sie die richtigen Ansprechpartner\*innen:

Region Hannover:  
Herr Thomas Dyszack  
Tel. 0511-616-23231  
Fachbereich Soziales, Teams 50.03 und 50.04  
Fallmanagement Verwaltung in den Leistungsteams der Eingliederungshilfe,  
Hildesheimer Straße 20, 30169 Hannover

### Inklusion, berufliche Teilhabe und Mitbestimmung durch das BTHG in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

von Bernhard Lengl (Landesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen (LAG:WfbM) und Manfred Willems (Hannoversche Werkstätten gGmbH)

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) verfolgt das Ziel, für Menschen mit Behinderung Selbstbestimmung umzusetzen und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe in der Gemeinschaft und am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Personenzentrierte Leistungen sollen eine individuelle Lebensplanung und menschenwürdige Lebensführung sowie die soziale Teilhabe unterstützen. Berufliche Bildung, Qualifizierung und Teilhabe am Arbeitsleben sind hierbei wichtige Bestandteile. Insbesondere das Ziel der Personenzentrierung im BTHG stellt den Menschen mit Behinderung in den Fokus aller zu erbringenden Leistungen und Unterstützungen. In der Bedeutungsreihenfolge sollte die Frage daher lauten: Was ändert sich durch das BTHG für die Menschen mit Behinderung und was bedeutet das für die Angebote der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) und der WfbM-Beschäftigten mit Behinderung?

### Andere Leistungsanbieter

Ein grundlegender Aspekt der Selbstbestimmung ist es, eine Wahlmöglichkeit zu haben. Das BTHG stärkt das Wunsch- und Wahlrecht der Menschen mit Behinderung im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben, indem sie sich zukünftig zwischen einer WfbM und einem neuen „sogenannten“ anderen Leistungsanbieter entscheiden können. Andere Leistungsanbieter

ter bedürfen nicht der förmlichen Anerkennung, sie müssen nicht über eine Mindestplatzzahl und nicht über die räumliche und sächliche Ausstattung einer WfbM verfügen. Sie können ihre Leistungen auf das Eingangsverfahren, den Berufsbildungsbereich oder den Arbeitsbereich beschränken und sie haben keine Aufnahmeverpflichtung. Für Werkstätten stellt sich damit (eigentlich nicht) die Frage, ob sie den anderen externen Leistungsanbieter als unerwünschte Konkurrenz sehen wollen oder mit dem externen anderen Leistungsanbieter im Sinne der Menschen mit Behinderung sinnvoll kooperieren und/oder das eigene Leistungsportfolio durch eigene, zusätzliche Angebote als anderer Leistungsanbieter ergänzen und erweitern. In jedem Fall wird sich das Angebot zur Teilhabe am Arbeitsleben erweitern und die Angebotsvielfalt steigern.

### Budget für Arbeit

Eine weitere Wahlmöglichkeit für Menschen mit Behinderung mit Anspruch auf Leistungen im WfbM-Arbeitsbereich stellt das Budget für Arbeit dar. Das nach dem BTHG deutlich verbesserte Budget für Arbeit erleichtert den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Das Budget setzt sich im Wesentlichen aus einem Lohnkostenzuschuss an den Arbeitgeber in Höhe von bis zu 75 % des regelmäßig gezahlten Arbeitsentgeltes sowie den Aufwendungen für die wegen der Behinderung erforderliche Anleitung und Begleitung (Job-Coaching) des Budget-Nehmers am sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplatz zusammen. Auch für die Werkstätten ist das Budget für Arbeit ein hilfreiches Instrument, für dessen deutliche Verbesserung und intensivere Nutzung die Werkstätten sich in den letzten Jahren politisch stark engagiert haben. Zum Stichtag 30.06.2018 gab es in Niedersachsen über 190 Budgets, was eine erfreuliche Steigerung von ca. 65% innerhalb eines Jahres bedeutet und im Wesentlichen dem Engagement der Werkstätten zu verdanken ist. Stadt und Region Hannover sind eine von 5 Modell-Regionen des Landes, in denen ab Herbst 2018 die weitere Umsetzung des neuen Budgets für

Arbeit intensiv begleitet und unterstützt werden soll. Dies wird von den Werkstätten für Menschen mit Behinderungen begrüßt. Das Budget für Arbeit führt in der Konsequenz dazu, dass die Schwelle des Übergangs in den ersten Arbeitsmarkt gesenkt wird und ist eine konsequente Weiterentwicklung der bestehenden Außenarbeitsplätze der Werkstätten.

### Berufliche Bildung

Personenzentrierung im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben in WfbM bedeutet insbesondere eine auf die einzelne Person zugeschnittene berufliche Bildung, Qualifizierung und Persönlichkeitsentwicklung.

Dies sind auch für Menschen mit Behinderung grundlegende Voraussetzungen für berufliche Entwicklung und Möglichkeiten des Übergangs auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Werkstätten in Niedersachsen legen schon seit einigen Jahren besonderen Wert darauf, ihre Angebote der beruflichen Bildung und Qualifizierung ständig weiterzuentwickeln und qualitativ auszubauen. Um berufliche Bildung in WfbM mehr zu standardisieren und bessere Voraussetzungen für eine gelingende Anschlussfähigkeit zum Arbeitsmarkt zu er-

**Werkstätten sind nicht nur Profis auf dem Gebiet Teilhabe und Bildung durch Arbeit, sondern sind auf einem guten Weg zu einer offenen Bildungseinrichtung, die eine durchlässige berufliche Bildung ermöglicht, um im besten Fall für eine Tätigkeit auf dem Arbeitsmarkt zu qualifizieren.**

reichen, haben die Werkstätten in Niedersachsen inzwischen ca. 70 von den zuständigen Kammern (Industrie- und Handelskammer, Handwerkskammer, Landwirtschaftskammer) landesweit zertifizierte Qualifizierungsbausteine nach dem Bundesbildungsgesetz (BBiG) für den Personenkreis der Menschen mit Behinderung in WfbM in den Bereichen Garten- und Landschaftsbau, Landwirtschaft, Hauswirtschaft, Metall, Holz, Lager-Logistikw sowie Einzelhandel erstellt. Vor allem die Hannoverschen Werkstätten sind hier innovativ engagiert und insbesondere beim Thema Hauswirtschaft vorbildhaft führend.

Die Werkstätten in der Region Hannover einschließlich der Stadt Hannover engagieren sich auch als Mitglied im Landesausschuss Berufliche Bildung WfbM der Landesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für behinderte Menschen (LAG:WfbM), einem Gremi-

um, das im Zusammenhang mit dem BTHG zur qualitativen Weiterentwicklung der Beruflichen Bildung und Qualifizierung in Werkstätten ins Leben gerufen wurde. Aufgabe des Gremiums ist es, die qualitative Weiterentwicklung der Beruflichen Bildung in WfbM landesweit zu unterstützen und zu koordinieren.

### Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte

Wichtige Veränderungen für in Werkstätten beschäftigte Menschen mit Behinderung sind durch das BTHG in der Werkstätten-Mitwirkungsverordnung (WMVO) bereits zum 01.01.2017 in Kraft getreten. Die bisherigen Mitwirkungsrechte der Werkstatträte als Vertretungsorgan der WfbM-Beschäftigten wurden um einige weitere Mitwirkungsrechte wie z.B. beim wirtschaftlichen Arbeitsergebnis, bei Bau-Vorhaben und anderen wichtigen Veränderungen der Werkstatt sowie bei persönlichen Weiterentwicklungsangeboten ergänzt. Andere bisherige Mitwirkungsrechte wie z.B. bei der Werkstattordnung, Arbeitszeiten, Urlaubsgrundsätzen und Entgeltordnung wurden zu Mitbestimmungsrechten erhoben. Damit wurden die Selbstbestimmungsrechte der in WfbM beschäftigten behinderten Menschen deutlich gestärkt. Kommt hierbei eine Einigung zwischen Werkstatt und Werkstattrat nicht zustande, kann eine paritätisch besetzte Vermittlungsstelle von jeder Seite angerufen werden.

Aber nicht nur die Rechte wurden gestärkt, sondern auch die Möglichkeiten der Selbstvertretung bis hin zur politischen Ebene. Um das zu ermöglichen, hat der Gesetzgeber (endlich) mit dem BTHG auch eine Finanzierung der bereits seit längerem bestehenden überregionalen Organisation der Werkstatträte auf Landesebene eingeführt und damit deren Arbeit finanziell zumindest dem Grunde nach gesichert. Durch diese Regelungen ist in allen Werkstätten ein Dreiecksverhältnis zwischen den Geschäftsleitungen, den Betriebsräten und den Werkstatträten entstanden.

Mit einem deutlich größeren Finanzvolumen wurden mit dem BTHG freigestellte Frauenbeauftragte und deren AssistentInnen in WfbM verpflichtend eingeführt, die für die Rechte und Interessen von Frauen mit Behinderung in WfbM und deren Schutz eintreten. Die Werkstätten in der Region Hannover (sowie landesweit) sind seitdem aktiv und engagiert dabei, diese Veränderungen in Haltung, Struktur, Organisation und Arbeitsweisen insgesamt umzusetzen.

### WfbM-Benchmarking Teilhabe am Arbeitsleben

Zu ihrer grundsätzlichen qualitativen Weiterentwicklung und zum Lernen von den Besten beteiligen sich die Werkstätten der Region Hannover jetzt bereits im dritten Jahr auch an der landesweiten Qualitätsinitiative der LAG:WfbM im Rahmen eines WfbM-Benchmarkings „Teilhabe am Arbeitsleben“. Es ist bundesweit das erste Benchmarking, mit dem fast 80 % der WfbM-Plätze eines Bundeslandes erfasst werden. Betriebswirtschaftliche Zahlen sind dabei nicht Inhalt des Benchmarkings, sondern ganz bewusst ausschließlich Kennzahlen, die sich mit dem pädagogischrehabilitativen Teil der WfbM-Arbeit befassen. Die

Die Erfahrung hat gezeigt, dass allein die Auseinandersetzung mit den Ergebniszahlen der eigenen Einrichtung bereits zu einrichtungsinernen Auseinandersetzungs-, Diskussions- und Entwicklungsprozessen zur Qualität der Arbeit führt.

Erfahrung hat gezeigt, dass allein die Auseinandersetzung mit den Ergebniszahlen der eigenen Einrichtung bereits zu einrichtungsinernen Auseinandersetzungs-, Diskussions- und Entwicklungsprozessen zur Qualität der Arbeit führt. Zur Verbesserung der Qualität der eigenen inhaltlichen Arbeit werden im Rahmen des kennzahlengestützten Vergleichs Lernpartnerschaften gebildet, bei denen von den Besten gelernt werden kann.

### Sozialraumorientierung – WfbM als inhaltliches Konzept

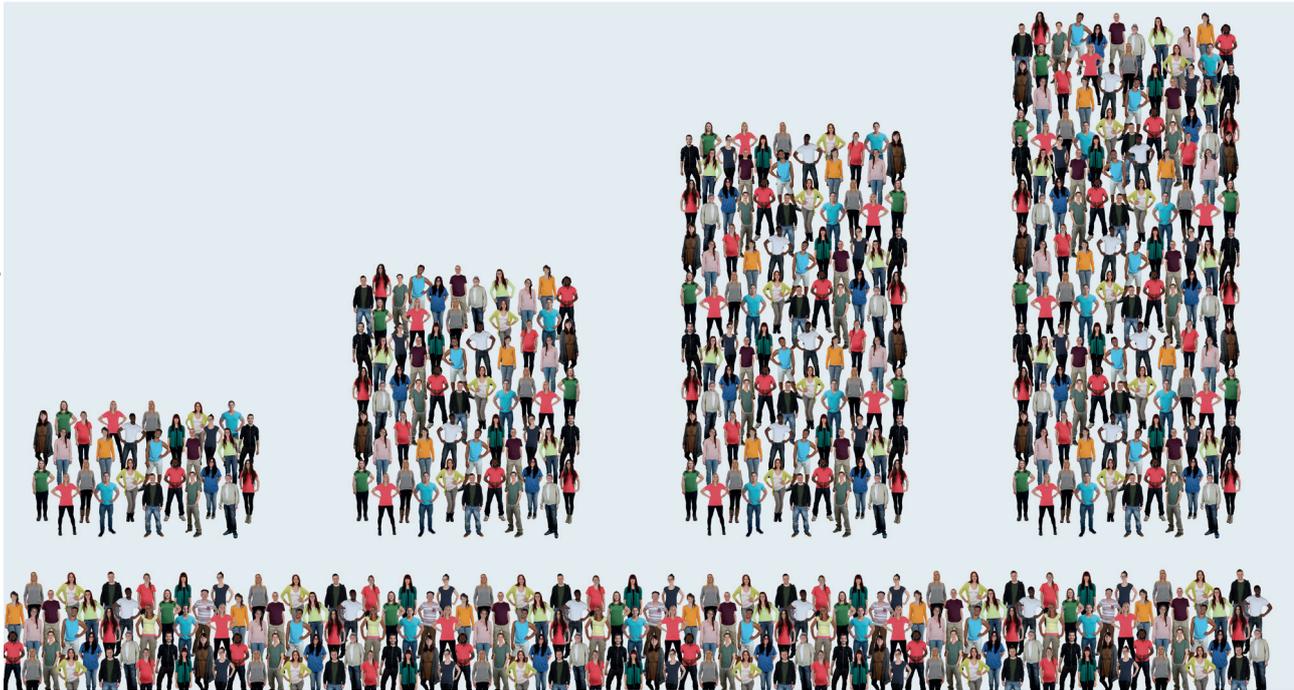
Das BTHG steht ganz im Zeichen von Inklusion, der gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderung in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens. Schon seit einigen Jahren haben sich WfbM auch in der Region Hannover mit ambulanten Angeboten wie Außenarbeitsplätzen und Außenarbeits-

gruppen in Betrieben und öffentlichen Verwaltungen, dem Betrieb von Cafeterien, Gärtnereien, Wäschereien, Druckereien, Buchläden, Gastronomie und Hotels auf den Weg hinein in den Sozialraum, in die gesellschaftliche Teilhabe und insbesondere Teilhabe am Arbeitsleben gemacht.

Werkstätten sind nicht nur Profis auf dem Gebiet Teilhabe und Bildung durch Arbeit, sondern sind auf einem guten Weg zu einer offenen Bildungseinrichtung, die eine durchlässige berufliche Bildung ermöglicht, um im besten Fall für eine Tätigkeit auf dem Arbeitsmarkt zu qualifizieren. Werkstatt ist für WfbM-Verantwortliche längst nicht mehr nur das Gebäude, sondern ein inhaltliches Konzept einer sozialraumorientierten und personenzentrierten Bildungsarbeit und Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderung, für die der Arbeitsmarkt in seiner derzeitigen Form keinen Raum zur Verfügung stellt. Werkstätten leisten einen Beitrag dazu, um dies zu verändern, sie verstehen sich gemeinsam mit Politik und Wirtschaft als Motor für einen inklusiven Arbeitsmarkt.

Mit all diesen Entwicklungen hat sich die Werkstättenlandschaft nicht nur strukturell und inhaltlich deutlich verändert, gleichzeitig gibt es auch deutlich andere Ansprüche an die alle in ihr Tätigen. Ein System, welches gleichzeitig eine Bildungseinrichtung, ein wirtschaftliches Produktions- / Dienstleistungsunternehmen und echte Mitbestimmungs- und Mitwirkungsrechte für die Menschen mit Behinderung umsetzt, ist deutlich gefordert, sich zu verändern. Hierzu gehört die Überprüfung der eigenen Grundhaltung genauso wie die Öffnung des Systems nach außen und die Neugestaltung vieler interner Abläufe.

Am Ende kommt es also darauf an, was wir gemeinsam aus der Chance zur Veränderung durch das BTHG machen. Die Werkstätten - nicht nur in der Region Hannover - sind hierbei auf einem guten und aktiven Weg.



## REGIONALE PSYCHIATRIEBERICHTERSTATTUNG

**Auswertung der regionalen Psychiatrie-berichterstattung (Berichtsjahr 2017<sup>20</sup>)**  
von Hermann Elgeti (Region Hannover –  
Dezernat für soziale Infrastruktur – Stabsstelle  
Sozialplanung)

### Zusammenfassung

Der Auswertungsbericht beschreibt zunächst das seit 2000 in der Region Hannover umgesetzte EDV-gestützte Konzept der kommunalen Psychiatriebericht-erstattung (K-PBE). Anschließend wird die längerfristige Entwicklung der Versorgungsstrukturen für psychisch erkrankte Menschen dargestellt, auch im niedersächsischen Vergleich. Der Landespsychiatrieplan Niedersachsen von 2016 empfiehlt einen Ausbau der Landespsychiatriebericht-erstattung (N-PBE) und eine verstärkte Nutzung seiner Ergebnisse für die Koordination und Steuerung des Versorgungssystems.

In der Kombination von K-PBE und N-PBE sind in der Region Hannover schon jetzt Analysen zum Ist-Zustand für einige Angebotsformen möglich. Dabei werden nicht nur Platzkapazitäten und ihre wohnortnahe Verfügbarkeit in den Blick genommen, sondern auch die Nutzergruppen der Hilfsangebote und die Betreuungskontinuität. Die zeitliche Entwicklung (Längsschnitt) und die aktuelle Situation (Querschnitt) in Versorgungsregionen, Angebotsformen und Hilfsangeboten werden analysiert.

Mit den in die Auswertung einbezogenen 18.608 Datensätzen dürften nach Abzug von Doppelzählungen rund 50% der Personen erfasst sein, die in der Region Hannover 2017 institutionsbezogene psychiatrische Hilfen in Anspruch nahmen. Die meisten kommen vom Sozialpsychiatrischen Dienst mit einer Zentralstelle, elf dezentralen Beratungsstellen für Erwachsene und einer für Kinder und Jugendliche. Der Umfang seiner Fallarbeit zeigt einen sehr engen Zusammenhang mit der Höhe der Arbeitslosigkeit im Einzugsgebiet. Das ist ein Hinweis auf eine bedarfsgerecht ausgestaltete wohnortnahe Versorgung, was in der Tendenz auch für die Suchtberatungsstellen und das ambulant betreute Wohnen (abW) im Rahmen der Eingliederungshilfen gilt. Die Nutzergruppen

<sup>20</sup> 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) und „Empfehlungen/ Veröffentlichungen aus den Fachgruppen“

dieser drei Angebotsformen weisen einen stabil hohen Risikoscore auf, Zeichen für einen guten Zielgruppenbezug. Die Inanspruchnahme des abW ist in der Region Hannover nicht gedeckelt und liegt dennoch unter dem Landesdurchschnitt, im Gegensatz zu den Wohnheimen, in denen auch viele Menschen von auswärts betreut werden.

Zur besseren Ausschöpfung des Potentials der Berichterstattung wird empfohlen:

- Eine verstärkt digitale Datenerhebung bei der K-PBE, durch online-Eingabe in das EDV-Programm oder Übermittlung der Datensätze in einer Excel-Tabelle aus einer dafür adaptierten EDV-Basisdokumentation der Einrichtung;
- Beteiligung aller Einrichtungsträger im Sozialpsychiatrischen Verbund an der Datenerhebung und Nutzung der Auswertungen für die Qualitätsentwicklung auch der eigenen Hilfsangebote;
- Verknüpfung der Auswertungsergebnisse zur K-PBE und N-PBE mit denen zur personenzentrierten Hilfeplanung und weiteren relevanten Daten sowie deren kombinierte Nutzung für eine systematische Qualitätszirkelarbeit im Sozialpsychiatrischen Verbund.

## 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 Sozialpsychiatrischen Verbundes (SpV) hat im Jahre 2000 die Einführung der kommunalen bzw. regionalen Psychiatrieberichterstattung (K-BPE) empfohlen. Dabei werden neben Daten zur kleinräumigen Sozialstruktur Angaben aus den statistischen Jahresberichten von Einrichtungen ausgewertet, die Mitglied im (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 bereitste-

hende EDV-Programm erbeten. Sie werden seit 2004 auch vom Landesfachbeirat Psychiatrie Niedersachsen (LFBPN) landesweit zur Nutzung empfohlen.<sup>21</sup> Verwendung finden auch Daten aus der Landespsychiatrieberichterstattung Niedersachsen (N-PBE).<sup>22</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 „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>23</sup> Die Einrichtungen, die sich an der Berichterstattung 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 lassen. Der Anteil derjenigen Angebote, die für ihre Angaben zum DB A-B und/ oder DB C einen elektronischen Weg der Datenübermittlung (online-Eingabe oder Excel-Tabelle) wählten, stieg in den letzten drei Berichtsjahren von 26% (2015: 22 von 85) über 43% (2016: 44 von 102) auf 52% (2017: 48 von 92) an. Dazu trugen auch

<sup>21</sup> 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.

<sup>22</sup> Elgeti H (2017): Landespsychiatrieberichterstattung Niedersachsen – Ergebnistelegamm und Tabellen für das Berichtsjahr 2016 (Stand: 30.10.2017). Zusammenstellung für das Sozialministerium, die Sozialpsychiatrischen Dienste und die Mitglieder des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen

<sup>23</sup> 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.

sechs gut besuchte Schulungen bei, die zwischen November 2015 und Dezember 2017 in der MHH durchgeführt wurden.

### 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 50 Jahren Heiner Frost durch.<sup>24</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 Eingliederungshilfe (EGH) nach SGB XII zwischen 2006 und 2010 ist auf die Umwidmung bisheriger Pflegeheim-Kapazitäten (SGB XI)

zurückzuführen. Bei der Anzahl der Klinikbetten ist zu berücksichtigen, dass das Klinikum der Region Hannover KRH-Psychiatrie Wunstorf ein über die Regionsgrenzen hinausgehendes Einzugsgebiet gemeinsam mit der Burghof-Klinik Rinteln versorgt, das auch die Landkreise Nienburg und Schaumburg umfasst.

### Aktueller Vergleich mit dem niedersächsischen Durchschnitt:

Die Region Hannover ist mit einer Einwohnerzahl von 1,2 Mio. 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

<sup>24</sup> Frost H (1968): Psychiatrische Dienste in Hannover. Hannover: Medizinische Hochschule (Eigendruck)

**TAB. 1 | Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in der Region Hannover**

Berichtsjahr	1998	2006	2010	2012	2014	2016	2017
Facharztpraxen Erwachsenenpsychiatrie*			52,9	58,2	56,5	60,9	59,2
Facharztpraxen Kinder-Jugendpsychiatrie*			22,0	30,0	30,0	32,0	32,0
Psychotherapiepraxen Erwachsene*			251,8	256,8	277,5	267,6	261,5
Psychotherapiepraxen Kinder, Jugendliche*			57,0	76,0	79,3	82,5	82,5
belegte Plätze ambulant betreutes Wohnen	291	~1000	1363	1507	1521	1671	1711
Platzkapazität Tagesklinik Erwachsene	118	136	233	271	299	348	366
Platzkapazität Tagesklinik Kinder, Jugendliche	5	20	20	30	42	42	42
Platzkapazität Tagesstätten	109	187	195	248	263	344	384
Klinikbetten Erwachsenenpsychiatrie	1032	865	870	870	914	914	906
Klinikbetten Kinder-Jugendpsychiatrie	69	98	130	109	109	109	109
Platzkapazität Wohnheime	525	646	1398	1535	1512	1646	1722

\*) Vollzeitäquivalente der in Praxis oder Medizinischem Versorgungszentrum zugelassenen bzw. angestellten Fachärzte für Erwachsenenpsychiatrie bzw. Nervenheilkunde und für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapeuten für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche (seit 2009 für die N-PBE zur Verfügung gestellt von der Kassenärztlichen Versorgung Niedersachsen)

12 Versorgungsregionen gegliedert (Anlage 5).<sup>25</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.

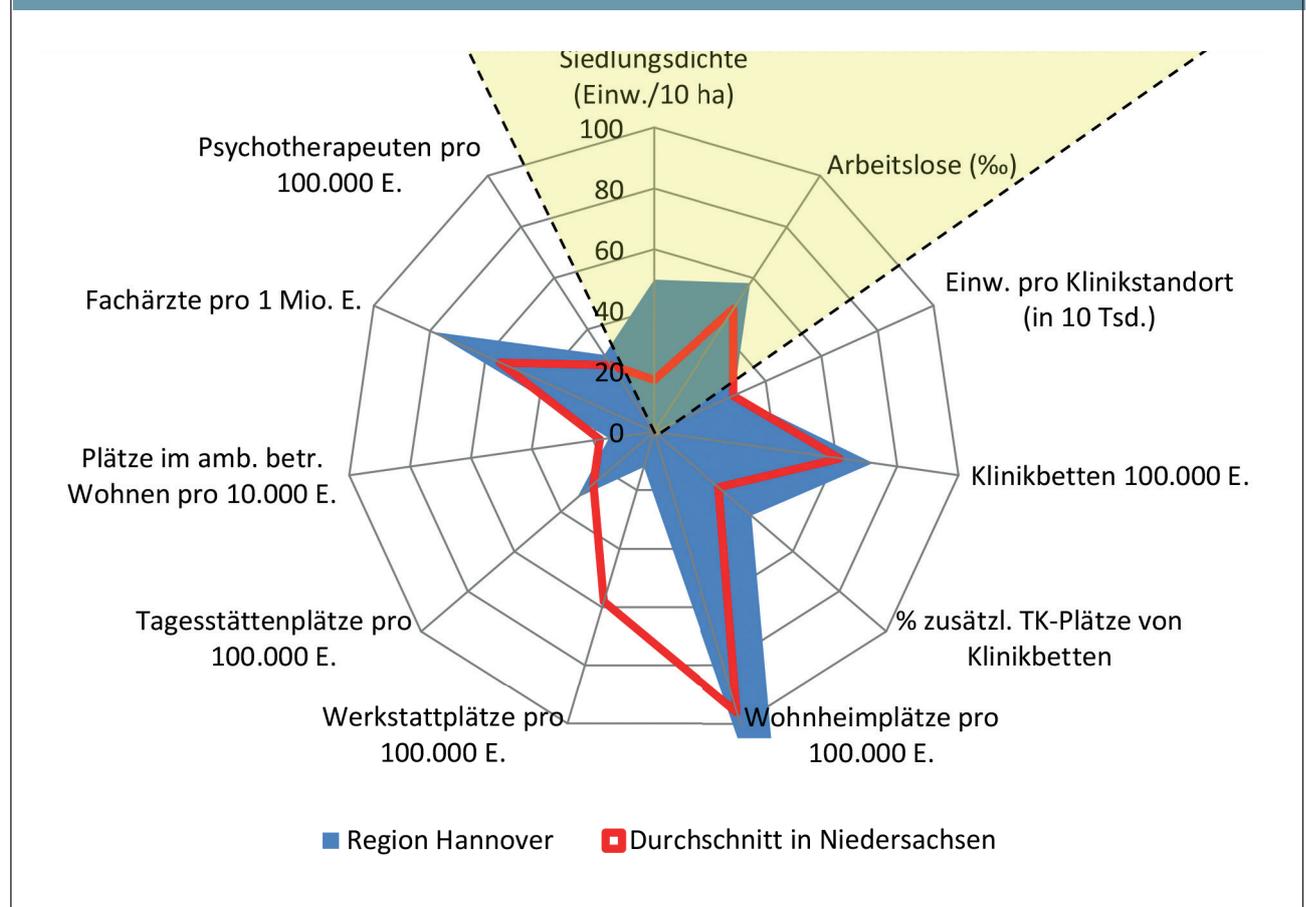
Zwischen der Häufigkeit psychischer Erkrankungen und der sozialen Lage der Bevölkerung bestehen enge Zusammenhänge. In der Region Hannover gibt es aufgrund der überdurchschnittlichen urbanen Verdichtung und der vergleichsweise höheren Arbeitslosigkeit einen größeren Bedarf an gemeindepsychiatrischen 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).

Die Platzkapazität pro 100.000 Einw. liegt bei den Tagesstätten um 32% (33 versus 25) und den Wohnheimen um 55% (149 versus 96) über dem landesweiten Durchschnitt. Bei den Werkstätten für seelisch behinderte Menschen ist nach der entsprechenden Statistik des Niedersächsischen Landeamtes 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

<sup>25</sup> Elgeti H (2018): Weiterhin erhebliche Ungleichheiten zwischen den Versorgungsregionen – Auswertungsbericht zur Landespsychiatrieberichterstattung für die Berichtsjahre 2015 und 2016. In: Elgeti H, Piel A, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hg.): Jahrbuch 2017/18 Psychiatrie in Niedersachsen (Band 9). Köln: Psychiatrie-Verlag; S. 167-182

ABB. 1 | Die Versorgung der Region im niedersächsischen Vergleich 2017\*



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

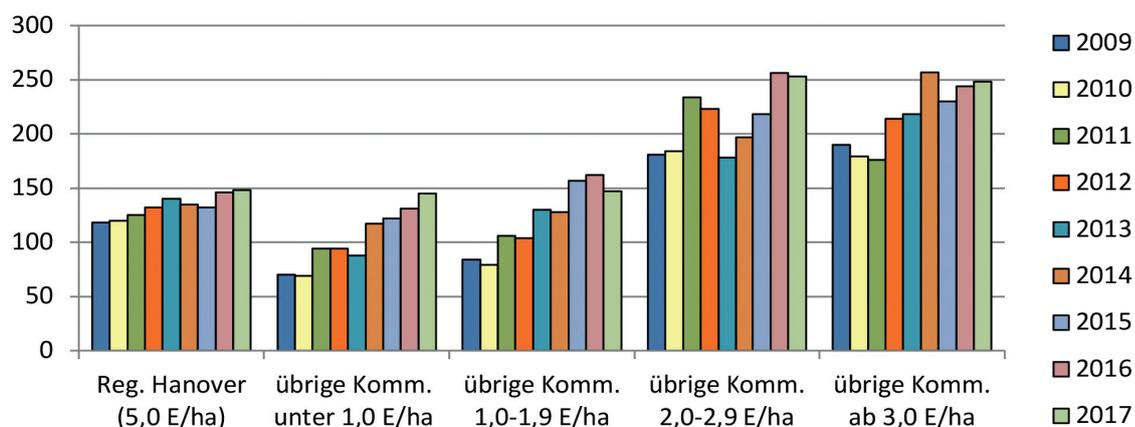
oder Mehrfach-Behinderung zugelassen sind. Die in der Statistik für die Region Hannover ausgewiesene Platzziffer von 12 pro 100.000 Einw. entspricht nicht den tatsächlichen Verhältnissen, die sich etwa auf dem Niveau des Landesdurchschnitts (57 pro 100.000 Einw.) bewegen dürften.

Die im Land sehr ungleiche Verteilung der Platzkapazitäten in EGH-Wohnheimen beruht auf den traditionell gewachsenen Angebotsstrukturen im Heimbereich und geht mit einer nicht selten heimatfernen Betreuung entsprechend hilfsbedürftiger Personen einher. Wie hoch ist dieser Anteil in der Region Hannover? Er lässt sich für das Berichtsjahr 2016 mit folgender Berechnung abschätzen: Nach dem niedersächsischen Kennzahlenvergleich in der EGH gab es zum Stichtag 31.12.2016 in Zuständigkeit der Region Hannover 1.213 Leistungsbezieher stationärer EGH mit der Leitsymptomatik „seelische Behinderung“ oder „chronisch mehrfach beeinträchtigt abhängige Menschen“. Das sind 75% der hier verfügbaren Kapazität an Plätzen in EGH-Wohnheimen (N=1646). Ohne Berücksichtigung der auswärts betreuten Personen mit letztem Wohnsitz in der Region fallen also 25% der in diesen Wohnheimen betreuten Personen in die Zuständigkeit anderer kommunaler Gebietskörperschaften, da sie dort ihren letzten Wohnsitz hatten. Landesweit beträgt der so geschätzte Anteil 91%; was bedeutet, dass 9% der in niedersächsischen EGH-Wohnheimen betreuten Personen aus anderen Bundesländern stammen.

Zehn der 26 in der Region Hannover angesiedelten EGH-Wohnheime für diesen Personenkreis (AF 33, AF 36) haben sich für das Berichtsjahr 2017 an der patientenbezogenen anonymisierten Basis- und Leistungsdokumentation mit dem Datenblatt C beteiligt. Von den insgesamt 565 Datensätzen lag bei 357 (69%) der letzte Wohnsitz vor Heimaufnahme in der Region Hannover, bei 161 (31%) außerhalb; in 17 Fällen bestand vorher Wohnungslosigkeit, in 30 war der letzte Wohnsitz unbekannt. Danach dürften die von Personen aus der Region Hannover genutzten Platzkapazitäten in den EGH-Wohnheimen zwischen 103 und 112 Plätzen pro 100.000 Einw. liegen, nicht weit entfernt vom niedersächsischen Durchschnitt, der bei 96 liegt.

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 2017 148 Plätze pro 100.000 Einw. gezählt, während es im niedersächsischen Durchschnitt 177 Plätze waren, deutlich mehr noch in den Versorgungsregionen Braunschweig (213) und Göttingen (435). Abgesehen von der Region Hannover nahm die Inanspruchnahme von ambulant betreutem Wohnen in Niedersachsen seit 2009 stark zu und ist in Landkreisen mit größerer Siedlungsdichte höher (Abbildung 2).

ABB. 2 | Umfang des ambulant betreuten Wohnens nach Siedlungsdichte\*



\*) Anzahl der belegten Plätze pro 100.000 Einw. der Kommunen

Im Auftrag des niedersächsischen Sozialministeriums und der kommunalen Spitzenverbände hat die Geschäftsstelle des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen 2018 mögliche Zusammenhänge zwischen dem Engagement der SpDi in der Fallarbeit und der Anzahl von Leistungsbeziehern in der EGH untersucht. Dazu wurden für das Berichtsjahr 2016 auf kommunaler Ebene folgende Datenquellen genutzt: Daten aus einer Studie zum Leistungsspektrum und Personaleinsatz der SpDi<sup>26</sup>, aus dem Kennzahlenvergleich zu den Leistungsbeziehern ambulanter und stationärer EGH sowie aus dem Landesamt für Soziales zur Platzkapazität in EGH-Wohnheimen.

Die Ergebnisse wurden in den Gesundheits- und Sozialausschüssen des Landkreis- und Städtetags vorgestellt.<sup>27</sup> Dabei zeigte sich, dass sowohl die Anzahl der im SpDi betreuten Personen von dem Umfang an Fachkräften abhängt, die im SpDi für die Fallarbeit tätig sind, als auch die Anzahl der Leistungsbezieher stationärer EGH von der vor Ort verfügbaren Platzkapazität in EGH-Wohnheimen. Der Umfang der SpDi-Fallarbeit und die Inanspruchnahme von EGH-Leistungen nehmen mit steigender Arbeitslosigkeit und Siedlungsdichte der Kommune zu. Außerdem ergaben sich plausible Hinweise darauf, dass bei vergleichbarer Sozialstruktur der Kommune ein größerer Umfang der Fallarbeit im SpDi mit einer verminderter Inanspruchnahme ambulanter und stationärer EGH-Leistungen einhergeht.

In diesen Zusammenhängen liegt möglicherweise ein Grund für die relativ geringe Inanspruchnahmeziffer im abW in der Region Hannover; denn der hiesige SpDi zeigt ein vergleichsweise überdurchschnittlich großes Engagement in der Fallarbeit, insbesondere auch bei der Planung von Eingliederungshilfen.

### 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 da-

von 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 psychiatrischen Häuslichen Krankenpflege (pHKP; AG 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>28</sup> Bezogen auf die patientenbezogene Berichterstattung konnten im Berichtsjahr 2017 18.608 DB C zur anonymisierten Basis- und Leistungsdokumentation ausgewertet werden, kaum mehr als im Vorjahr (Anlage 4.2). Den größten Teil davon liefert seit Beginn der Datenerhebung vor 16 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 institutionel

<sup>26</sup> Elgeti H, Erven S, Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland (2018): Anspruch und Wirklichkeit der Arbeit Sozialpsychiatrischer Dienste passen nicht zusammen. Sozialpsychiatrische Informationen 48 (3): 54-59

<sup>27</sup> Elgeti H (2018): Materialien zur Diskussion um die Verbesserung der Funktionalität der Sozialpsychiatrischen Dienste in Niedersachsen (unveröffentlichtes Dokument).

<sup>28</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

len 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 Jahren 2001 bis 2010 die nicht mehr bestehende 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. So könnte die vergleichsweise geringe Inanspruchnahme der Sucht-BS durch Personen mit Wohnadresse im Sektor 10 (SpDi BS Langenhagen) damit zusammenhängen, dass die KRH-Psychiatrie in Langenhagen eine spezialisierte PIA für Suchtkranke unterhält. Der statistische Zusammenhang zwischen dem Arbeitslosenanteil in der Bevölkerung als Indikator für soziale Problemlagen und der Inanspruch-

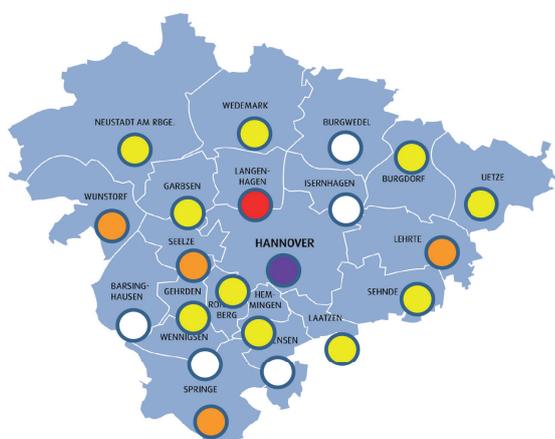
nahmeziffer im abW, bei den Sucht-BS und insbesondere beim SpDi ist sehr groß.<sup>29</sup> Die innenstadtnahen Versorgungssektoren 3, 4 und 5 stehen sowohl beim Arbeitslosenanteil als auch bei der Inanspruchnahmeziffer an der Spitze.

Im Vergleich zum linearen Zusammenhang wird das abW (AF 13) im Sektor 6 (BS Hannover-List) deutlich stärker genutzt, im Sektor 9 (BS Laatzen) in viel geringerem Ausmaß (Anlage 6). Für diese Angebotsform gibt es zumindest für das Umland der Region noch die Möglichkeit einer kleinräumigen Auswertung. Der Fachbereich Soziales der Region lieferte zum Stichtag 30.09.2016 eine Aufstellung der belegten Plätze, differenziert nach Stadt bzw. Gemeinde der Wohnadresse der betreuten Personen. Zwischen den daraus berechneten Inanspruchnahmeziffern und dem Anteil von Arbeitslosen an der Bevölkerung der Umland-Kommunen ist die Korrelation im Vergleich zur Auswertung nach Versorgungssektoren gering.

Diesem Phänomen liegen Unregelmäßigkeiten in der Versorgung zwischen den einzelnen Kommunen der Umland-Sektoren zugrunde (Abbildung 3). So werden

<sup>29</sup> Elgeti H (2018): Auswertungsbericht zur regionalen Psychiatriebericht-erstattung für das Berichtsjahr 2016. In: Sozialpsychiatrischer Dienst Region Hannover (Hg.): Sozialpsychiatrischer Plan des Sozialpsychiatrischen Ver-bundes der Region Hannover (Eigendruck); S. 60-62

**ABB. 3 | Inanspruchnahme ambulant betreutes Wohnen (AF 13) nach Kommune belegte Plätze pro 100.000 Einw. am Stichtag 30.09.2017 nach örtl. Sozialhilfeträger\***



Barsinghausen: 47	Lehrte: 127
Burgdorf: 65	Neustadt: 83
Burgwedel: 32	Pattensen: 39
Garbsen: 75	Ronnenberg: 71
Gehrden: 63	Seelze: 103
Hannover: 235	Sehnde: 65
Hemmingen: 55	Springe: 101
Isernhagen: 28	Uetze: 52
Laatzen: 63	Wedemark: 65
Langenhagen: 165	Wennigsen: 47
	Wunstorf: 117

\* ) Farbliche Markierung: weiß: 0-49, gelb: 50-99, orange: 100-149, rot: 150-199, lila: ≥200

in den Städten Langenhagen (Sektor 10), Wunstorf (Sektor 8), Lehrte (Sektor 7) und Seelze (Sektor 1) deutlich mehr Plätze im abW belegt als in den übrigen Städten bzw. Gemeinden des entsprechenden Versorgungssektors. Eine Erklärung dafür könnte die Tatsache sein, dass in diesen Städten einige größere Leistungserbringer ihren Sitz haben und Betreuungen in ihrem näheren Umfeld bevorzugen. Möglicherweise haben aber auch hilfsbedürftige Menschen 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 mit ihrer vergleichsweise hohen Siedlungsdichte daran denken, dass es hier bisher nicht erkannte Bedarfe für abW geben könnte.

### Psychosozialer Risikoscore: Definition und Bedeutung

Der in der K-PBE eingesetzte psychosoziale Risikoscore (psR) wurde in der Region Hannover entwickelt, um wichtige und leicht messbare Einflussfaktoren auf den Verlauf einer seelischen Erkrankung in einer Kennzahl (K13) zusammenfassen. Aus acht psychiatrisch relevanten und soziodemographischen Merkmalen (Merkmale 3.1 bis 3.8 des Datenblattes C) wird der psR berechnet. Vier Merkmale betreffen die Schwere und Chronizität /Dauer der psychischen Erkrankung der Betroffenen (3.1-3.4), vier weitere das Ausmaß ihrer sozialen Desintegration (3.5-3.8). Je stärker die Ausprägung des Merkmals, desto höher das Risiko für einen komplizierten Verlauf der Erkrankung. Bei Nutzung des Standard-Formulars für das Datenblatt C (Anlage 1) kann der psR nur bei erwachsenen Menschen berechnet werden. Deshalb wurde für Hilfsangebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahre 2012 ein modifiziertes Datenblatt C entwickelt, dessen Merkmale 3.1 bis 3.8 so definiert sind, dass auch bei Personen unter 18 Jahren ein psR berechnet werden kann.

Die Merkmalsausprägungen müssen zwischen 1 und 4 liegen; nur beim Merkmal „Dauer seit letztem Klinikaufenthalt“ wird auch ein Wert 0 (bisher kein Klini-

kaufenthalt) mit einbezogen. Fehlt die Angabe zu einem der acht Merkmale oder lautet sie „unbekannt/unklar“, ist eine Berechnung nicht möglich. Der Score wurde ursprünglich mit sechs Merkmalen (Merkmale 3.1-3.3 und 3.5-3.6 sowie 3.8 des Datenblattes C) bei den chronisch psychisch kranken Menschen eines Versorgungssektors zwischen 18 und 60 Jahren auf seine Aussagekraft erprobt. Es konnte nachgewiesen werden, dass das Risiko für eine Langzeithospitalisation im zehnjährigen Untersuchungszeitraum anstieg mit zunehmendem psR-Wert beim Erstkontakt in einer der für das Einzugsgebiet zuständigen Einrichtungen.<sup>30</sup> Der Risikoscore wurde später um die Merkmale „Dauer seit letztem Klinikaufenthalt“ (Merkmal 3.4) und „Häufigkeit sozialer Freizeitkontakte“ (Merkmal 3.7) auf insgesamt acht Merkmale erweitert. Am Beispiel der Nutzer von Eingliederungshilfen im Sektor 6 der Region Hannover im Jahre 2001 konnten so ambulant-teilstationäre Hilfen gegenüber stationären Hilfen deutlicher voneinander abgegrenzt werden.<sup>31</sup>

### Ein Fallbeispiel soll das veranschaulichen: Eine 46-jährige Person

- 3.1. mit einer manisch-depressiven Psychose (Diagnosegruppe funktionelle Psychose: 3),
- 3.2. die im Alter von 28 Jahren erstmals aufgetreten ist (Alter bei Ersterkrankung 25-<45 Jahre: 3) und
- 3.3. somit seit 18 Jahren besteht (Dauer seit Ersterkrankung  $\geq 10$  Jahre: 4),
- 3.4. wurde vor sechs Jahren zum letzten Mal in der Klinik psychiatrisch behandelt (Dauer seit letztem Klinikaufenthalt 5-<10 Jahre: 3).
- 3.5. Sie lebt allein in eigener Wohnung (2),
- 3.6. ist ohne Arbeitstätigkeit (4),
- 3.7. trifft sich nicht täglich, aber mindestens ein Mal pro Woche mit Angehörigen oder Freunden (Freizeitkontakte mindestens wöchentlich: 2) und
- 3.8. bezieht eine Erwerbsunfähigkeitsrente (vorrangiger Lebensunterhalt durch Versicherungsleistungen: 2).

Der psR als Summenscore aus diesen acht Merkmalen kann grundsätzlich einen Wert zwischen 7 und 32 annehmen und beträgt in diesem Falle 23.

<sup>30</sup> Elgeti H, Bartusch S, Bastian P, Steffen H (2001): Sind Langzeithospitalisationen bei chronisch psychisch Kranken vermeidbar? Ein Beitrag zur Evaluation gemeindepsychiatrischer Versorgungsbedingungen. Sozialpsy-chiatrische Informationen 31 (2001) Sonderheft: 51-58

<sup>31</sup> Elgeti H (2004): Evaluation der Planung von Eingliederungshilfen. Gesundheitswesen 2004; 66:812-815

Im Einzelfall kann der psR-Wert ein Hinweis sein, wie schwerwiegend die Problematik der betroffenen Person ist, ersetzt aber nie die sorgfältige Bedarfsermittlung und individuelle Suche nach der jeweils am besten geeigneten Hilfeleistung. Betrachtet man jedoch die Nutzergruppen verschiedener Angebotsformen, so weisen sie bei einer intensiven Betreuung im stationären Setting höhere psR-Durchschnittswerte auf als bei einer kurzen Beratung im ambulanten Setting. Dienste und Einrichtungen mit einer sozialpsychiatrischen Ausrichtung legen ihr Hauptaugenmerk auf chronisch und schwer psychisch beeinträchtigte Menschen mit sozialer Desintegration. Der Vergleich des psR-Durchschnittswertes bei Nutzergruppen verschiedener Hilfsangebote innerhalb einer Angebotsform zeigt, wie ausgeprägt ihr Zielgruppenbezug ist.

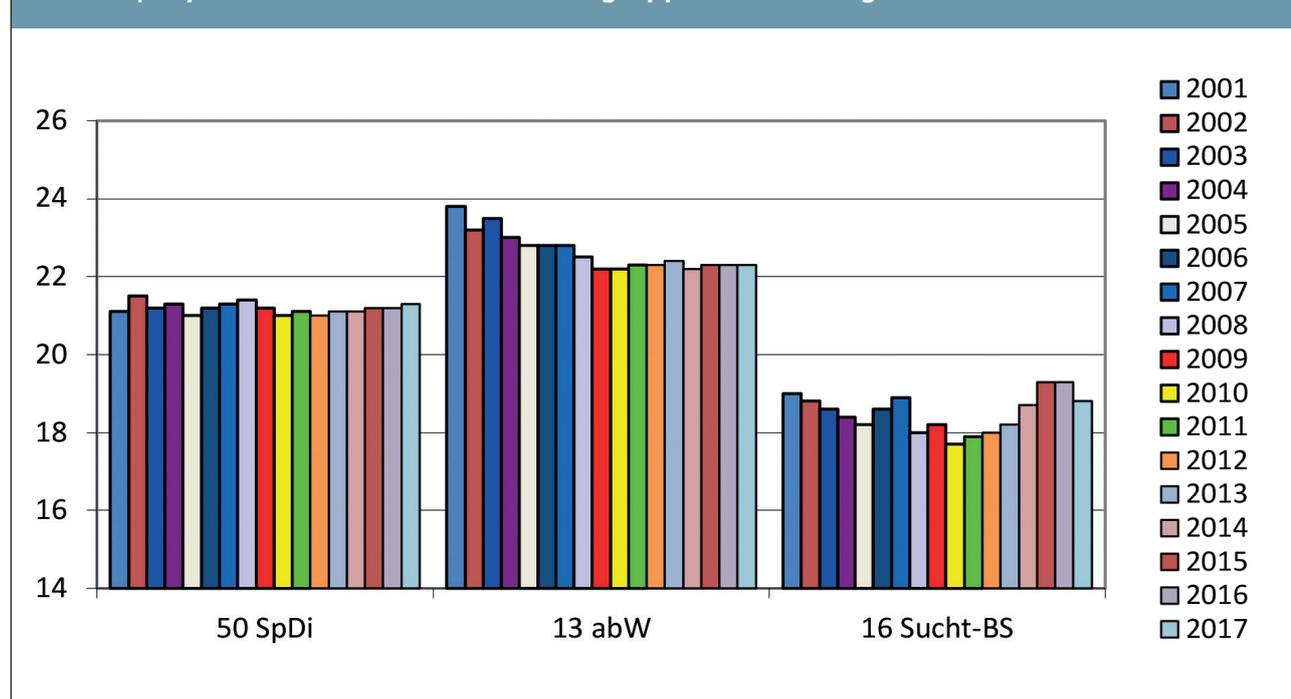
Im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover kommen die meisten Datenblätter C bisher von Hilfsangeboten der drei Angebotsformen SpDi (AF 50), abW (AF 13) und Sucht-BS (AF 16). Bei den Angeboten des abW ist der psR-Durchschnittswert von 2001 bis 2009 von 23,8 auf 22,2 abgesunken und hielt danach in etwa dieses Niveau (Abbildung 4). Recht konstant ist er im SpDi, schwankend bei den Sucht-BS, wobei hier die Beteiligung der Drogenbe-

ratungsstelle DROBS an der Datenerhebung ab 2015 zu einer Erhöhung des psR-Durchschnittswertes (und auch der Betreuungskontinuität) beitrug.

Längst nicht bei allen Datensätzen, die von den Hilfsangeboten geliefert werden, kann das psychosoziale Risiko ermittelt werden, und der Anteil mit berechenbarem psR ist ein Hinweis auf die Datenqualität. Dieser hat bei den Sucht-BS (AF 16) zuletzt erheblich abgenommen und erreichte im Berichtsjahr 2017 je nach Angebot zwischen 9% und 65%, im Durchschnitt der Angebotsform nur 34%. Dieser Wert liegt deutlich unter dem Niveau des SpDi (AF 50; 69%) und des abW (AF 13; 60%), deren Datenqualität gegenüber dem Vorjahr allerdings ebenfalls etwas abgenommen hat. Wenn das allen Anbietern zur Verfügung stehende EDV-Programm zur Eingabe und Auswertung der Daten stärker genutzt würde, könnte hier eine deutliche Verbesserung erzielt werden.

Der psR-Durchschnittswert von 22,3 beim abW (AF 13) bestätigt den vergleichsweise hohen Zielgruppenbezug dort, seine Bandbreite ist allerdings beträchtlich und reicht je nach Hilfsangebot von 20,6 bis 23,8. Dabei wurden nur die 16 von insgesamt 29 Hilfsangeboten berücksichtigt, die mehr als zehn Datensätze lie-

ABB. 4 | Psychosoziales Risiko der Nutzergruppen in drei Angebotsformen



ferten, von denen bei mindestens 50% der psR auch berechenbar war. Bei den Sucht-BS (AF 16) konnten nach den gleichen Kriterien vier der sieben Hilfsangebote, die an der Datenerhebung beteiligt waren, einbezogen werden; hier lag der psR-Durchschnittswert bei 18,8 mit einer Bandbreite von 17,6 bis 19,9. Beim SpDi (AF 50) betrug der psR-Durchschnittswert für das Berichtsjahr 2017 21,3 mit einer Bandbreite von 20,3 bis 22,4, wobei hier alle Angebote berücksichtigt werden konnten.

Die im abW geleisteten Hilfen sind im Vergleich mit denjenigen des SpDi und der Sucht-BS viel aufwändiger und erfolgen in der Regel auch kontinuierlich. Die durchschnittliche Betreuungsdauer im Berichtsjahr betrug im abW für das Berichtsjahr 2017 3,5 Quartale, mit 2,4 bis 4,0 mit einer großen Bandbreite zwischen den einzelnen Hilfsangeboten. Die entsprechenden Durchschnittswerte für die Betreuungskontinuität liegen für den SpDi bei 1,7 (Bandbreite: 1,6-1,9) und für die Sucht-BS bei 2,3 (Bandbreite: 1,2 bis 3,0).

### 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). Dabei bleiben diejenigen Angebotsformen unberücksichtigt, in de-

nen sich nur ein Hilfsangebot an der Datenerhebung beteiligte oder weniger als 100 Datensätze zur Auswertung vorlagen (siehe Anlage 4.4-5). Im Gegensatz zu den Verhältnissen bei der ambulanten Behandlung in den Facharzt- und Psychotherapie-Praxen der kasernenärztlichen Versorgung dominieren bei den institutionsgebundenen psychiatrischen Hilfsangeboten in der Regel die Männer. Sie tun sich oft schwer, die angebotenen Hilfen anzunehmen und durchzuhalten, häufiger als Frauen erleiden sie auch einen ungünstigen Krankheitsverlauf. Ihr Anteil (K9) überwiegt in allen aufgeführten Angebotsformen, sehr hoch ist er in den Werkstätten (AF 24: 68%) sowie in der ambulanten und stationären Suchthilfe (AF 16: 69% bzw. AF 36: 85%).

In der Suchthilfe sind die stationär betreuten Menschen durchschnittlich älter als die ambulant betreuten (K11 und K12). Mit Ausnahme der ambulanten Suchtarbeit (AF 16) haben die betreuten Personen häufig eine juristische Flankierung (K13) in Form einer gesetzlichen BGB-Betreuung. Der Durchschnittswert beim psychosozialen Risikoscore (psR) der Nutzergruppen (K14) steigt von ambulanten zu teil- und vollstationären Betreuungsformen erwartungsgemäß an. Der Anteil der Datensätze mit einem auswertbaren psR als Indikator der Datenqualität ist bei den Tagesstätten (AF 23) und den Wohnheimen (AF 33 und AF 36) mit der häufigeren Nutzung des online-Eingabeprogramms gegenüber dem Vorjahr angestiegen. Die Betreuungskontinuität (K15) ist beim abW (AF

**TAB. 2 | Merkmale der Nutzungsgruppe nach Angebotsform 2017\***

\*) nur Angebotsformen mit mindestens zwei Hilfsangeboten und mehr als 100 Datensätzen

AF	Angebote			Anzahl DB C	Anteil Männer K9	< 45 Jahre K11	≥ 65 Jahre K12	BtG-Be- treuung K13	Mittelwert Risikoscore K14	Quartale in Be- treuung K15
	Anzahl		Anteil							
	alle	mit DB C								
13	35	29	83 %	2.135	54 %	45 %	6 %	57 %	22,3 (60 %)	3,5
16	14	7	50 %	2.511	69 %	53 %	4 %	4 %	18,8 (34 %)	2,3
23	14	8	57 %	250	54 %	47 %	4 %	61 %	22,4 (65 %)	3,1
24	7	2	29 %	246	68 %	52 %	0 %	55 %	21,6 (10 %)	3,8
33	22	7	32 %	371	54 %	44 %	10 %	80 %	25,7 (59 %)	3,5
34	4	3	75 %	194	85 %	40 %	6 %	43 %	27,0 (75 %)	3,0
50	12	12	100 %	12.360	54 %	48 %	13 %	43 %	21,3 (69 %)	1,7

13), bei Werkstätten (AF 24) und allgemeinspsychiatrischen Wohnheimen (AF 33) 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 zeigt weitgehend stabile Ergebnisse (Anlage 7). Bei dem starken Anstieg der ausgewerteten Datensätze beim abW (AF 13) in den letzten Jahren kam es zu nur geringen Schwankungen bei den Durchschnittswerten der Kennzahlen. Der SpDi für Erwachsene (AF 50) lieferte erneut mehr Datensätze als im Vorjahr (12.360 versus 11.910), bei den Sucht-BS (AF 16) gab es eine geringfügige Abnahme (2.511 versus 2.694).

### Beziehungen zwischen Inanspruchnahme, Kontinuität der Betreuung und Risikoscore der betreuten Personen:

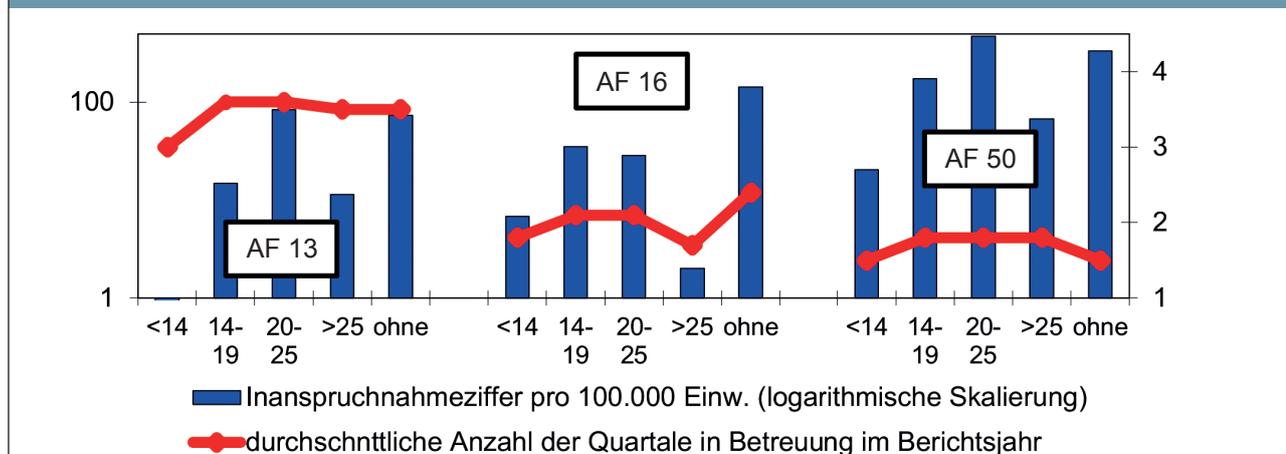
Es entspricht den sozialpsychiatrischen Grundsätzen der Hilfe zur Selbsthilfe, kurzfristige Angebote zur Konfliktberatung, Krisenintervention und Notfallhilfe für alle Betroffenen niederschwellig und ohne Wartezeit zugänglich zu machen. Längerfristige und aufwändige Betreuungen sollten sich dagegen auf 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). Diese statistischen Zusammenhänge zeigen sich im Gegensatz zum Vorjahr kaum noch, was auch daran liegen mag, dass der Anteil von Datensätzen mit berechenbarem Risikoscore insbesondere bei den Sucht-BS (AF 16) abgenommen hat. Beim abW für Menschen mit seelischen Behinderungen (AF 13), das nicht für kurzfristige Hilfen gedacht ist, variiert die Betreuungskontinuität sowieso kaum zwischen Gruppen mit geringem und hohem Risiko. Zu bedenken ist, dass ambulante Hilfen mit ihren eingeschränkten Möglichkeiten zur Steigerung der Betreuungsintensität gerade bei Menschen mit einem sehr hohen psychosozialen Risiko ( $psR \geq 26$ ) an ihre Grenzen kommen.

### 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

ABB. 4 | Inanspruchnahme und Betreuungskontinuität nach Risikoscore\*



\* ) vergleichende Darstellung der Zusammenhänge zwischen Betreuungsdauer und Höhe des psychosozialen Risikoscore bei den Nutzergruppen des ambulant betreuten Wohnens A(F 13), der Suchtfachstellen (AF 16) und des Sozialpsychiatrischen Dienstes (AF 50) für 2017

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 über 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, könnte hier die jeweilige Wohnadresse künftig spezifischer dokumentiert werden, in der Landeshauptstadt Hannover der Stadtbezirk, im Umland der Region die 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. Dabei sollten auch die Auswertungsergebnisse weiterer relevanter Dokumentationen herangezogen werden, z.B. der personenzentrierten Hilfeplanung und der Zwangsunterbringungen gemäß NPsychKG und Betreuungsgesetz (BtG).

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

- **Datenblatt A** für Einrichtungsträger:
- **Datenblatt B** für einzelne Angebote eines Einrichtungsträgers: Erwachsenenpsychiatrie
- **Datenblatt C** für die patientenbezogene Basis- und Leistungsdokumentation: Kinder- und Jugendpsychiatrie
- **Datenblatt C** für die patientenbezogene Basis- und Leistungsdokumentation:
  
- **Download – Datenblätter A,B und C:** Die Formulare stehen auf die Internetseite des Sozialpsychiatrischen Verbundes zum Download zur Verfügung.
  
- **Shortcut:** [www.hannover.de/spv](http://www.hannover.de/spv)

## 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

### ANLAGE 3: Liste der Angebotsformen

Leistungsart	AF	Kurzbezeichnung der Angebotsform mit Erläuterungen und Beispielen
1x 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
2x 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
3x stationäre Leistungen	30	KL PSY (vollstationäre Behandlung nach SGB V in einer Klinik für Erwachsene)
	31	KL KJP (vollstationäre Behandlung (SGB V) in der Kinder-Jugend-Psychiatrie)
	32	KL FOR (vollstationäre Behandlung in einer Klinik des Maßregelvollzugs)
	33	WH (Eingl.-Hilfen gemäß SGB XII in einem spez. (Übergangs-) WH oder entspr. WG)
	34	PfH (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
4x 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 (psychotherapeutisch tätige (Fach-)Ärzte 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)

Leistungsart	AF	Kurzbezeichnung der Angebotsform mit Erläuterungen und Beispielen
5x 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 2001-2017

- **Anlage 4.1:** Anzahl der Angebote und Anteil mit Abgabe von DB A-B
- **Anlage 4.2:** Anzahl ausgewerteter DB C nach Angebotsform 2001-2016
- **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 (teils)stationärer Angebote
  
- **Download – Anlage 4:** Die Tabellen stehen auf die Internetseite des Sozialpsychiatrischen Verbundes zum Download zur Verfügung.
  
- **Shortcut:** [www.hannover.de/spv](http://www.hannover.de/spv)

#### ANLAGE 5: Kennzahlen zur psychiatrischen Versorgung in Niedersachsen 2017

##### 5.1: Sozialstruktur und klinisches Behandlungsangebot nach Region\*

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

##### 5.2 ambulantes Behandlungsangebot nach Region

##### 5.3 Eingliederungshilfen nach Region

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

## ANLAGE 6: regionale Inanspruchnahmeziffer ambulanter Angebotsformen 2017

(Bevölkerungszahlen von 2017 nach kommunaler Statistik der LH Hannover und der Region)

Sektor	Beratungsstelle des SpDi	Kommune	Anzahl Einw. (E)	urb. Verd. (E./ha)	Abeitslose	Inanspruchnahme pro 100.000 Einw.			
						AF 50	AF 13*	AF 16	
2	H-Freytagstr.	Hannover	110.339	25,2	4,5%	959	235	169	129
3	H-Plauener Str.		60.659	25,0	8,2%	1185		198	234
4	H-Deisterstr.		115.568	40,9	8,4%	1375		320	302
5	H-Königstr.		106.804	29,7	7,4%	1415		257	263
6	H-List/MH		67.748	45,7	4,4%	831		220	204
11	H-Roderbruch		80.958	15,4	5,7%	1227		179	206
		Badenstedt	12.600	28,2	8,5%				
1	Ronnenberg	Barsinghausen	35.796	3,5	4,0%		47		
		Gehrden	15.994	3,7	3,0%	850	63	86	196
		Ronnenberg	24.496	6,7	5,4%		71		
		Seelze	35.951	6,6	5,7%		103		
		Wennigsen	14.999	2,8	3,0%		47		
7	Burgdorf	Burgdorf	32.474	2,9	5,2%	727	65		
		Lehrte	45.668	3,6	5,8%		127		
		Sehnde	24.447	2,4	3,2%		65	120	157
		Uetze	21.178	1,5	4,7%		52		
8	Neustadt	Garbsen	64.994	8,2	5,3%	749	75	104	203
		Neustadt	45.631	1,3	4,2%		83		
		Wunstorf	43.573	3,5	3,3%		117		

Sektor	Beratungsstelle des SpDi	Kommune	Anzahl Einw. (E)	urb. Verd. (E./ha)	Abeitslose	Inanspruchnahme pro 100.000 Einw.			
						AF 50	AF 13*	AF 16	
9	Laatzen	Hemmingen	19.994	6,3	3,5%	610	55	104	203
		Laatzen	44.660	13,1	6,0%		63		
		Pattensen	15.431	2,3	2,9%		39		
		Springe	30.729	1,9	4,4%		101		
10	Langenhagen	Burgwedel	21.621	1,4	3,3%	690	32	126	107
		Isernhagen	25.330	4,2	3,2%		28		
		Langenhagen	57.012	7,9	5,5%		165		
		Wedemark	30.874	1,8	2,9%		65		
2-6,11	Stadt Hannover		555.553	26,7	6,5%	1187	235	230	225
1,7-10	Umland der Region		651.802	3,1	4,4%	731	102	103	170
1-11	Region Hannover		1.207.335	5,2	5,5%	936	139	160	194

Anlage 6: \*) Die Inanspruchnahmeziffern für das ambulant betreute Wohnen (AF 13) in der linken Spalte beziehen sich auf die Angaben des Sozialhilfeträgers zu den Ende September 2017 belegten Plätzen (N=1711). Die kursiv gedruckten Werte der rechten Spalte sind nach der Anzahl der ausgewerteten Datenblätter C für das Berichtsjahr 2017 mit Angabe des Sektors der Wohnadresse in der Region Hannover berechnet (N=1926). Diese würden unter Zugrundelegung der nach Angaben auf dem Datenblatt C errechneten durchschnittlichen Betreuungsdauer von 3,5 Quartalen im Berichtsjahr insgesamt 98% der belegten Plätze (1685 versus 1711) ausmachen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in den Angaben des Sozialhilfeträgers nicht diejenigen belegten Plätze enthalten sind, bei denen die betreuten Personen gleichzeitig teilstationäre Eingliederungshilfen erhalten, z.B. in einer Werkstatt oder Tagesstätte.

## ANLAGE 7: Nutzermerkmale ambulanter Angebotsformen 2001, 2006, 2011-2017

Angebotsform		Anzahl DB C	Männer (K9)	< 45 Jahre (K11)	≥ 65 Jahre (K12)	jurist. Fl. (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
	2016	2.041	55%	47%	5%	57%	22,3	3,6
	2017	2.135	54%	45%	6%	57%	22,3	3,5
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	2.841	70%	55%	3%	8%	19,3	2,2
	2016	2.694	70%	55%	4%	4%	19,3	2,2
2017	2.511	69%	52%	0%	4%	18,8	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
	2016	11.910	54%	47%	13%	43%	21,2	1,7
2017	12.360	54%	48%	13%	43%	21,3	1,7	

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

Anlage 2: Definition Kennzahlen in den Auswertungsberichten

## Der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover (Berichtsjahr 2017)

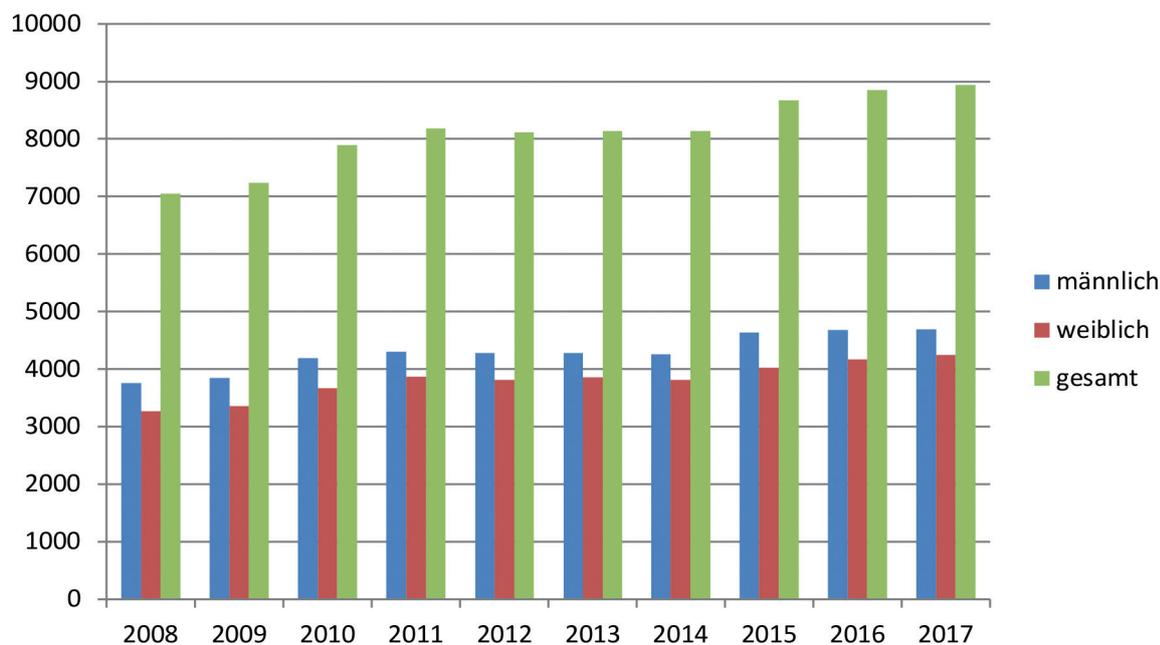
von Thorsten Sueße (Leiter Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover)

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) der Region Hannover erbringt für psychisch Kranke und ihnen nahestehende Personen ein breites Spektrum an Hilfen, wie beispielsweise Informations- und Beratungsgespräche, Kriseninterventionen, therapeutische Gruppen, Hilfenkonferenzen oder Überweisungen und Weitervermittlungen an andere soziale/medizinische Institutionen.

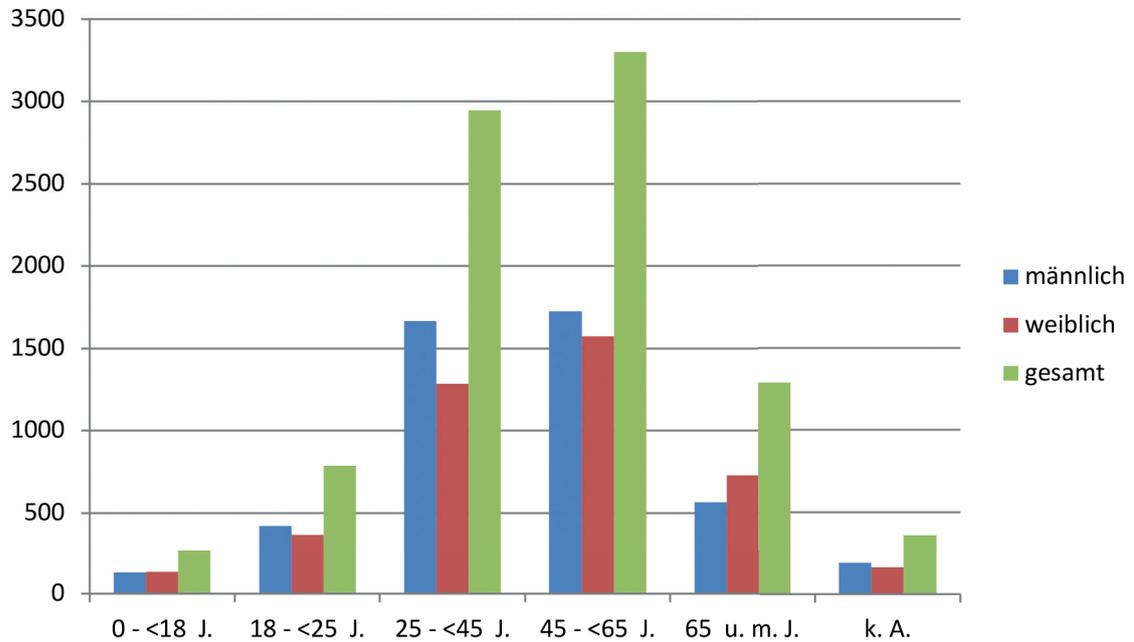
Der vorliegende Artikel soll einerseits verdeutlichen, welche psychisch kranken Personen in welchem Umfang der SpDi mit seinen Hilfsangeboten erreicht, und dabei andererseits einen Teil des Leistungsspektrums des SpDi quantitativ darstellen.

Tabelle 1 zeigt, dass im Jahr 2017 vom SpDi der Region Hannover insgesamt 8942 Personen betreut worden sind, davon 4694 männlich und 4248 weiblich. Der Anteil der Männer am SpDi-Klientel liegt in unseren ausgewerteten Jahresstatistiken stets etwas über dem der Frauen. Der Tabelle ist außerdem zu entnehmen, dass die Anzahl der betreuten Personen in den letzten zehn Jahren immer mehr zugenommen hat.

TAB. 1 | Anzahl der vom SpDi betreuten Personen (2008-2017)



TAB. 2 | Alter der vom SpDi 2017 betreuten Personen



TAB. 3 | Psychiatrische Diagnosen der 2017 vom SpDi betreuten Personen

F0 = organische psychische Störungen

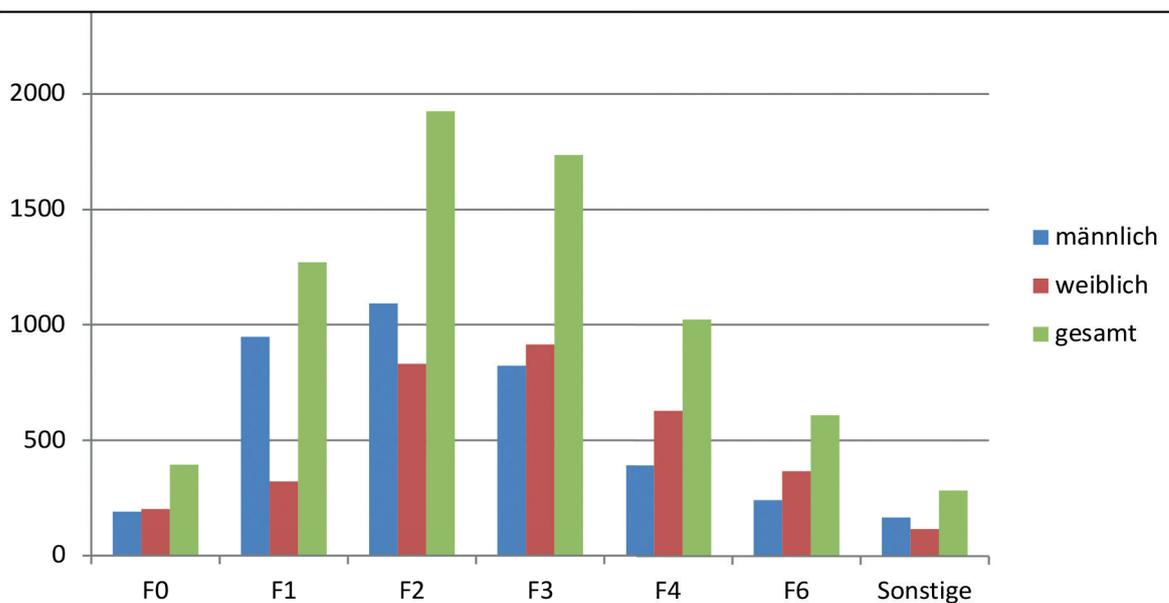
F2 = Schizophrenie

F4 = Belastungsstörungen

F1 = Suchterkrankungen

F3 = Affektive Störungen

F6 = Persönlichkeitsstörungen



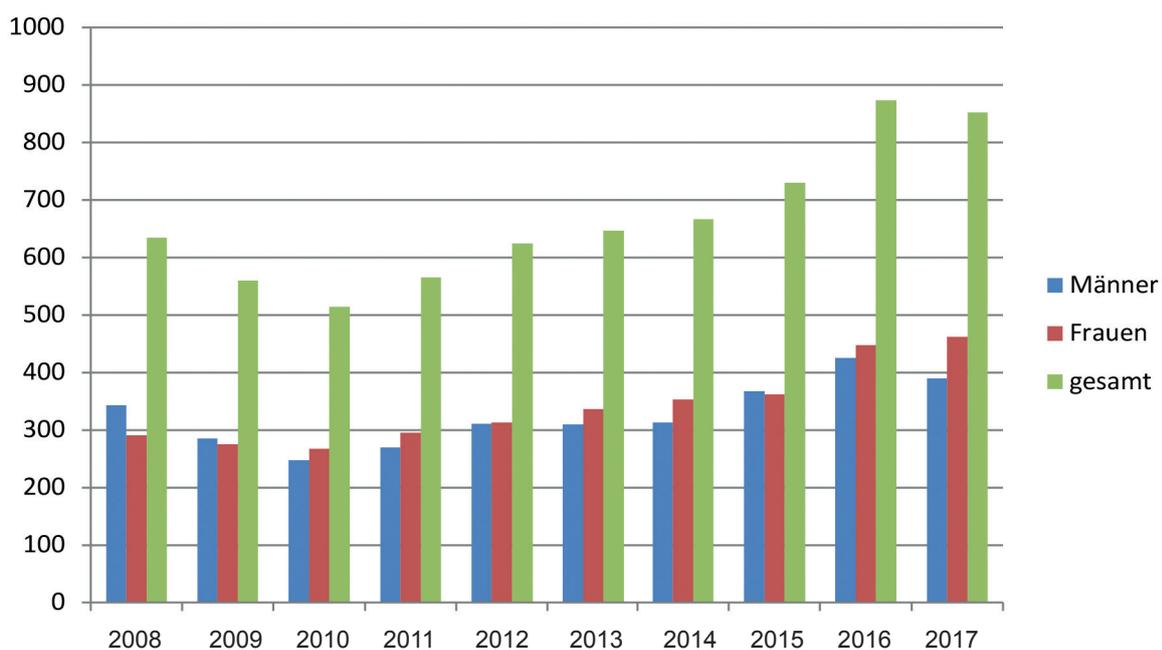
Erwartungsgemäß hat der SpDi laut **Tabelle 2** am häufigsten mit erwachsenen Personen in der Altersgruppe von 25 bis unter 65 Jahren zu tun. Im Vergleich zu den Vorjahren ist die prozentuale Verteilung der vom SpDi betreuten Altersstufen insgesamt stabil.

Wie **Tabelle 3** zu entnehmen ist, betreut der SpDi am häufigsten Personen, die erkrankt sind an einer Schizophrenie oder einer affektiven Störung (mit depressiven und/oder manischen Symptomen). Bei den anderen häufig versorgten psychischen Krankheiten handelt es sich um Suchterkrankungen (Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen), neurotische bzw. Belastungsstörungen (wie z. B. Angststörungen, akute Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen oder posttraumatische Belastungsstörungen) und Persönlichkeitsstörungen (wie z. B. die emotionalinstabile Störung vom Borderline-Typ). Gegenüber dem Vorjahr ist die Versorgung von Personen mit Belastungsreaktionen, Schizophrenie und insbesondere affektiven Störungen angestiegen, deutlich zurückgegangen die von Personen mit organischen psychischen Störungen.

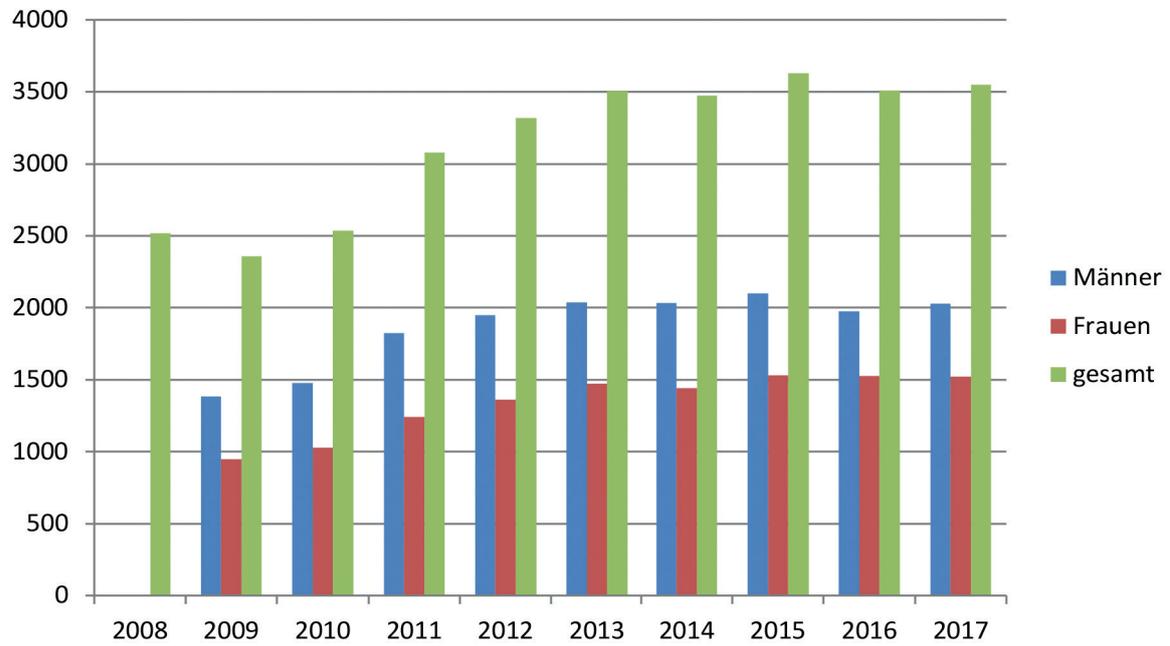
Die Ärztinnen und Ärzte der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen für Erwachsene auf dem Gebiet der Landeshauptstadt verfügen über eine Ermächtigung, um diejenigen psychisch (schwer-)kranken Personen, die nicht oder nicht ausreichend von den niedergelassenen Nervenärzten erreicht werden, vertragsärztlich behandeln zu können. Seit dem 1. Oktober 2017 beschränkt sich die vertragsärztliche Ermächtigung auf die Verordnung von Psychopharmaka, ambulante psychiatrische Pflege und Ergotherapie. Die Anzahl der in den letzten drei Jahren behandelten Personen lag gemäß **Tabelle 4** insgesamt bei 730 (2015), 873 (2016) und 852 (2017).

Für das Umland der Region Hannover hat der SpDi – trotz entsprechender Beantragungen – nie eine vertragsärztliche Ermächtigung erhalten.

**TAB. 4 | Anzahl der vom SpDi vertragsärztlich behandelten Personen**



TAB. 5 | Vom SpDi durchgeführte Bedarfsermittlung für Eingliederungshilfe



TAB. 6 | Vom SpDi außerhalb der Dienststelle erbrachte Hilfeleistungen („Hausbesuche“)



Die Anzahl der vom SpDi durchgeführten Hilfeplanungen für Eingliederungshilfe hat sich momentan weiterhin auf einem hohen Plateau eingependelt (**Tabelle 5**). 2017 waren es 3550 personenzentrierte Hilfeplanungen (für 2027 Männer und 1523 Frauen), 2016 waren es 3510 (für 1977 Männer und 1526 Frauen) und 2015 waren es 3630 (für 2100 Männer und 1530 Frauen).

Eine Kernkompetenz des SpDi ist seine aufsuchende Tätigkeit, also die Erbringung von Hilfeleistungen außerhalb der Dienststelle (wie Untersuchung und Beratung von psychisch kranken Personen in deren Wohnung oder z. B. in Polizeikommissariaten oder sonstigen Behörden). In den letzten Jahren ist die Anzahl der auswärts erbrachten Hilfeleistungen – wie **Tabelle 6** zeigt – wieder angestiegen: von 5705 (2013) über 6672 (2015) und 7504 (2016) bis zuletzt 7073 (2017).

In dem dargestellten Berichtszeitraum von 2008 bis 2017 haben Patientenzahlen und vom SpDi erbrachte Leistungen kontinuierlich zugenommen, wobei die Anzahl der im SpDi Beschäftigten in diesem Zeitraum nicht nennenswert gestiegen ist.

Das Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland hat im Jahr 2018 eine fachliche Empfehlung zu Leistungsstandards und Personalbedarf im SpDi herausgegeben. Sollte sich auch die Region Hannover den fachlichen Empfehlungen anschließen, ließe sich damit der zukünftige Personalbedarf des SpDi angemessen errechnen angesichts zu erwartender Aufgabenzuwächse (wie z. B. im Bereich der Bedarfsermittlung für Eingliederungshilfe im Zuge des neuen Bundesteilhabegesetzes).

## Bericht der Fachsteuerung Eingliederungshilfe

von Catrin Lagerbauer und Henning Henß-Jürgens  
(Region Hannover – Sozialpsychiatrischer Dienst)

Bereits im letzten Sozialpsychiatrischen Plan ange-deutete Veränderungen nach dem BTHG können zu diesem Zeitpunkt zumindest zum Teil nach ersten Erfahrungen beschrieben werden. Es geht vor allem um die Themen Bedarfsermittlung im Rahmen der Eingliederungshilfe mit neuem Instrument (B.E.Ni.) und um zukünftige Zuständigkeiten der bisherigen Leistungsträger Region Hannover und Landeshauptstadt Hannover sowie den daraus folgende Änderungen in der Bearbeitung von Anträgen. Offene Fragen gibt es nach wie vor. Auch die der perspektivischen Aufgaben der Fachsteuerung bei der Umsetzung einer ausschließlichen sozialräumlichen Bearbeitung schließt sich an.

Die im Folgenden beschriebenen Auswirkungen beziehen sich vor allem auf diese Aufgaben der Fachsteuerung Eingliederungshilfe im Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi):

- Zentrale, multiprofessionelle Eingangsfallbesprechung aller Anträge auf Eingliederungshilfe (EGH) aus Region Hannover und Landeshauptstadt Hannover (LHH)
- Klärung von Zuständigkeiten bei nicht ausreichenden Informationen
- Beratung bei offensichtlicher Notwendigkeit anderer Maßnahmen außerhalb der EGH bei Antragstellung
- Gesamtüberblick über ein breitgefächertes Angebot von Einrichtungen und Maßnahmen innerhalb und außerhalb der Region und die Entwicklung dessen
- Durchführung von Hilfskonferenzen (ca. 30 % der gesamten Hilfskonferenzen im SpDi, s. Grafiken)
- Durchführung von Clearingkonferenzen
- Qualitätssicherung im Hilfskonferenzverfahren
- Beratung vor und im Verfahren für alle Beteiligten (Antragsteller, rechtliche Betreuer, Mitarbeiter SpDi, etc.)
- Weitere Aufgaben wie Gremien- und Konzeptarbeit, etc.

Das vom Land Niedersachsen auf der Grundlage des BTHG, in dem die Bedarfsermittlung nach ICF festge-

geschrieben ist, entwickelte „Bedarfsermittlungsinstrument Niedersachsen“, kurz B.E.Ni., wurde zum Jahreswechsel 2017/2018 eingeführt. Es handelt sich um einen umfangreichen Formularsatz (B.E.Ni.-Bögen A – D), der im Rahmen der Bedarfsermittlung zu nutzen ist. Die bisherigen Hilfeforenzprotokolle wurden durch die B.E.Ni.-Bögen abgelöst. Während die Hilfeforenzprotokolle bisher „nur“ in Anlehnung an ICF gestaltet waren, sind die nun auszufüllenden B.E.Ni.-Bögen sehr detailliert. Die Hilfebedarfe werden darin in 9 Lebensbereichen nach ICF beschrieben.

Die neuen Formulare wurden im November 2017 bekannt und sind für alle Anträge auf Eingliederungshilfe ab dem 01.01.2018 zu nutzen. Mitte 2018 wurden die ersten Bögen durch eine überarbeitete Form ersetzt. Weitere Änderungen sind zu erwarten. Erstmals galt es für den SpDi der Region Hannover bei der Bedarfsermittlung ein Instrument zu nutzen, das nicht selbst auf der Grundlage der eigenen Praxis konzipiert wurde. Zudem haben sich in diesem Zuge Begrifflichkeiten verändert. Statt zu einer „Hilfeforenz“ werden die Klienten nun zu einem „Bedarfsermittlungsgespräch“ eingeladen. Das bisherige „Hilfeforenzverfahren“ ist nun das „Gesamtplanverfahren“, bzw. „Teilhabeplanverfahren“

Die Umstellung auf die neuen Formulare war eine große Herausforderung. Zum einen galt es, sich in kurzer Zeit mit den inhaltlichen Anforderungen und dem Umfang vertraut zu machen. Zum anderen stellte sich vor allem die Frage, wie die Bögen im Bedarfsermittlungsgespräch mit den Klienten bedient werden können, ohne eine zusätzliche Belastung aller Beteiligten zu erzeugen. Die Aufgabe, rechtlich formale Vorgaben zu erfüllen und dennoch die Klienten nicht mehr als bisher mit Gesprächslänge und Formalitäten zu belasten, galt es (und gilt es auch noch) zu lösen.

Die Fachsteuerung hat sich entschieden, die Bedarfsermittlungsgespräche in gleicher Form wie zuvor zu führen und die daraus gewonnenen Informationen im Nachhinein in die B.E.Ni.-Bögen einzupflegen. Das gilt insbesondere für den Bogen B, der „Beeinträchtigungen, Aktivität und Teilhabe“ in den 9 Lebensbereichen umfasst. Die Empfehlung für dieses Vorgehen

gilt auch für alle Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen.

Die Bearbeitung der B.E.Ni.-Bögen bedeutet einen erheblichen Mehraufwand für alle Mitarbeiter in der Bedarfsermittlung (nach dem Gespräch). Neben der geforderten detaillierten Darstellung der Bedarfe in den verschiedenen Lebensbereichen gilt es, dennoch ein Gesamtbild des Bedarfes daraus erkennen zu lassen.

Aus Sicht der Fachsteuerung folgt aus der Umstellung auf die Bedarfsermittlung mit den B.E.Ni.-Bögen aktuell:

- Da bisher keine weiteren entscheidenden Veränderungen im gesamten Verfahren erfolgt sind, handelt es sich derzeit nur um ein Austauschen von Formularen in der Bedarfsermittlung, was folgende Auswirkungen hat:
- Die Bearbeitungszeiten sind länger. In der Folge sind weniger Bedarfsermittlungsgespräche im SpDi möglich (Die Personalanpassungen erfolgen zeitverzögert und bisher nicht ausreichend).
- Wartezeiten für Antragsteller verlängern sich dadurch.
- Gesprächsinhalte stehen dem Klienten (und ggf. Betreuern und Maßnahmeanbietern) nach dem Gespräch nicht mehr in Form eines umfassenden Hilfeforenzprotokolls zur Verfügung.
- Die Aufspaltung des Hilfebedarfs in viele Lebensbereiche verhindert in vielen Fällen das „runde Bild“, das den Bedarf nachvollziehbar darstellt (kausale Zusammenhänge werden getrennt dargestellt)
- Die Formulare sind unübersichtlich und schwer lesbar. Damit ist fraglich, ob das Gesamtbild für die zuständigen Leistungsträger nachvollziehbar ist. Zum anderen ist die Vorbereitung auf ein Folgegespräch erschwert.

### Auswertbarkeit der Daten

Die vom Land Niedersachsen in Aussicht gestellte Auswertbarkeit der B.E.Ni.-Bögen wird von der Fachsteuerung in Frage gestellt. Die Einstufung der Schwere der Problematik erfolgt mit Kreuzen pro Lebensbereich, die theoretisch auswertbar wären. In jedem Lebensbereich werden jedoch verschiedene Items zusammengefasst, die in ihrer Problematik un-

terschiedlich ausgeprägt sein können. In den aktuellen B.E.Ni.-Bögen sind zwar mehrere Kreuze pro Lebensbereich möglich, diese sind den einzelnen Items aber nicht zuzuordnen. Eine Auswertung ist daher eher unkonkret.

Zum anderen stellt sich die Frage, wie durch die Kategorisierung einzelner Items und deren quantitativer Bewertung ohne Berücksichtigung der individuellen Dynamik eines Krankheitsgeschehens eine Auswertung erfolgen kann, die zu einer entsprechenden Maßnahmeempfehlung führt. Eine Stellungnahme zu der ersten Version der B.E.Ni.-Bögen wurde dem Land Niedersachsen von der Fachsteuerung zur Verfügung gestellt. Ob sie Beachtung gefunden hat, ist fraglich. Die zweite Version war zu diesem Zeitpunkt vermutlich bereits erarbeitet.

### Fundierte Erstberatung

In der Fachsteuerung fällt bei Sichtung der Anträge immer wieder auf, dass bei zahlreichen Anträgen eine fachlich fundierte Beratung, die eine Hinführung zu passgenauen Hilfen auch außerhalb der EGH ermöglicht, im Vorfeld fehlt. In der Folge wird in diesen Fällen derzeit erstmals im Bedarfsermittlungsgespräch beraten. Aus fachlicher Sicht muss diese Beratung vor der Antragstellung erfolgen, um ggf. ein zeitintensives Verfahren zu vermeiden und geeignete Hilfen für Klienten früher installieren zu können. Bei der derzeitigen Antragsform in der EGH (Bekanntwerden eines Bedarfes reicht aus) muss bei jedem Antrag eine Bedarfsermittlung mit den B.E.Ni.-Bögen erfolgen. Die Frage, wie ein Antrag auf EGH zukünftig gestaltet sein muss und welche Informationen im Vorfeld vorliegen müssen, ist noch nicht beantwortet.

### Multiprofessionelle Arbeitsweise

Der Formularsatz B.E.Ni. erfordert eine Bearbeitung von Ärzten und Sozialpädagogen des Sozialpsychiatrischen Dienstes gemeinsam mit den Fallmanagern der Verwaltungsteams.

In der Fachsteuerung ist die enge Zusammenarbeit mit der Verwaltung bereits seit 2006 Teil des Konzeptes. In der Region Hannover wurde diese Kooperation auch für die regionalräumliche Bearbeitung in den Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen konzipiert und

sukzessive umgesetzt. Seit Oktober 2018 besteht bei allen Hilfebedarfsermittlungen von Antragstellern in der Region Hannover eine Beteiligung des Fallmanagements Verwaltung (eine personelle Anpassung in den Verwaltungsteams hat bereits stattgefunden).

Die Bearbeitung von Anträgen auf Eingliederungshilfe bei der LHH als überörtlicher Sozialhilfeträger hat sich in 2018 wie folgt verändert:

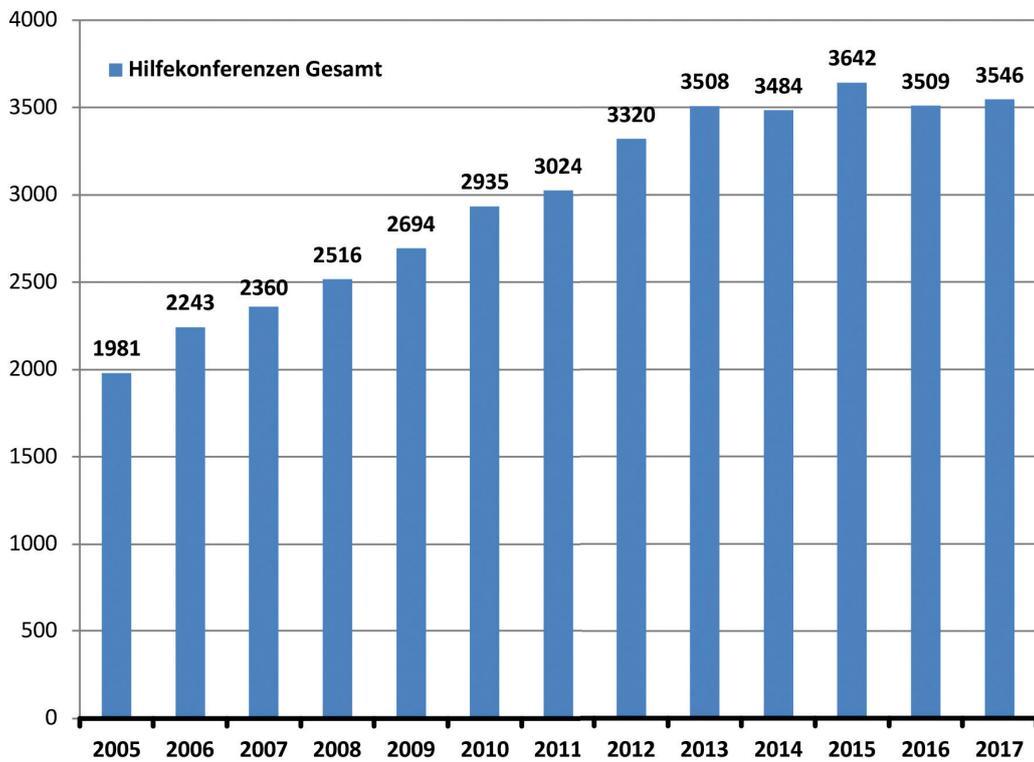
Für alle teilstationären und stationären Maßnahmen von erwachsenen Antragstellern bis zum 60. Lebensjahr wird die Bedarfsermittlung seit dem 01.01.2018 von Sozialpädagogen und Fallmanagern der Verwaltung der LHH, ohne Beteiligung der Sozialpädagogen des SpDi, durchgeführt. Gleiches gilt für die Eingangsfallbesprechungen. Ausschließlich fachärztliche Einschätzungen und Stellungnahmen erfolgen teilweise durch den SpDi – überwiegend im Rahmen dieser Eingangsfallbesprechungen. In Einzelfällen nehmen die Fachärzte des SpDi an den Bedarfsermittlungsgesprächen mit der LHH teil.

Die Bearbeitung von Anträgen auf Eingliederungshilfe bei der LHH als örtlicher Sozialhilfeträger (bei (teil-)stationären Maßnahmen für Menschen über 60 Jahren und ambulanten Maßnahmen) wird wie bisher durchgeführt.

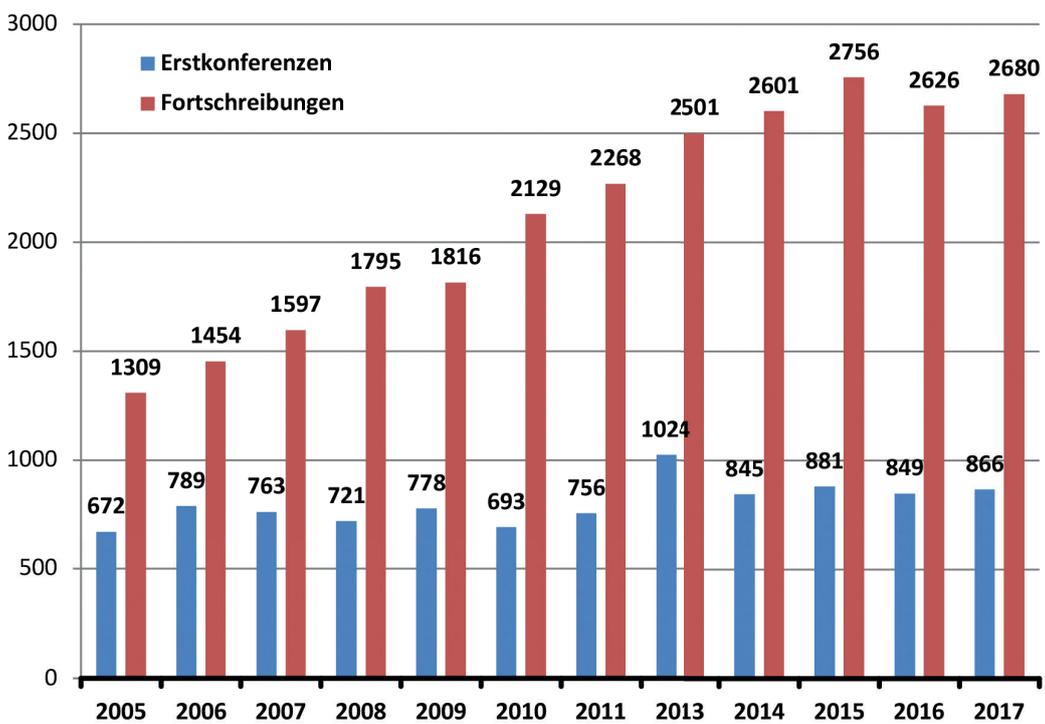
Die Ungleichheit der Bearbeitung von Anträgen bei der LHH und der Region wird von der Fachsteuerung deshalb kritisch gesehen, da der Erfahrungshintergrund aus dem psychiatrischen Kontext und die Kopplung an sozialpsychiatrische Arbeit im Rahmen des NPsychKG bei einem großen Teil der Klienten in der Bedarfsermittlung und Hilfeplanung nun fehlt.

Da das Land Niedersachsen bisher nicht entschieden hat, wer ab 2020 Träger der Eingliederungshilfe sein wird, bleibt die weitere Entwicklung bzgl. der Fallbearbeitung unklar und konzeptionelle Überlegungen haben keine klare Grundlage.

### Fallzahlenentwicklung HK's SpDi Gesamt 2005-2017



### Entwicklung Fallzahlen Erstkonferenzen und Fortschreibungen – SpDi 2005-2017



### Entwicklung der Fallzahlen 2005 bis 2017

Prognosen zu Fallzahlen im SpDi sind aktuell nur eingeschränkt möglich. Zudem bleiben die Auswirkungen der neuen Bearbeitungsform (B.E.Ni.) abzuwarten. Es handelt sich bei den folgenden beiden Grafiken um die letzten Zahlen, die auf der Grundlage des bisherigen Hilfekonferenzverfahrens erhoben wurden. Sie zeigen die Fallzahlentwicklung im bisherigen Hilfekonferenzverfahren fortschreibend zum letzten Sozialpsychiatrischen Plan. Die Fachsteuerung hat nach wie vor ca. 30 % aller Hilfeplanungen im Sozialpsychiatrischen Dienst durchgeführt (in 2017). entspricht das 1057 Hilfekonferenzen, davon 481 Erst- und 576 Folgekonferenzen).

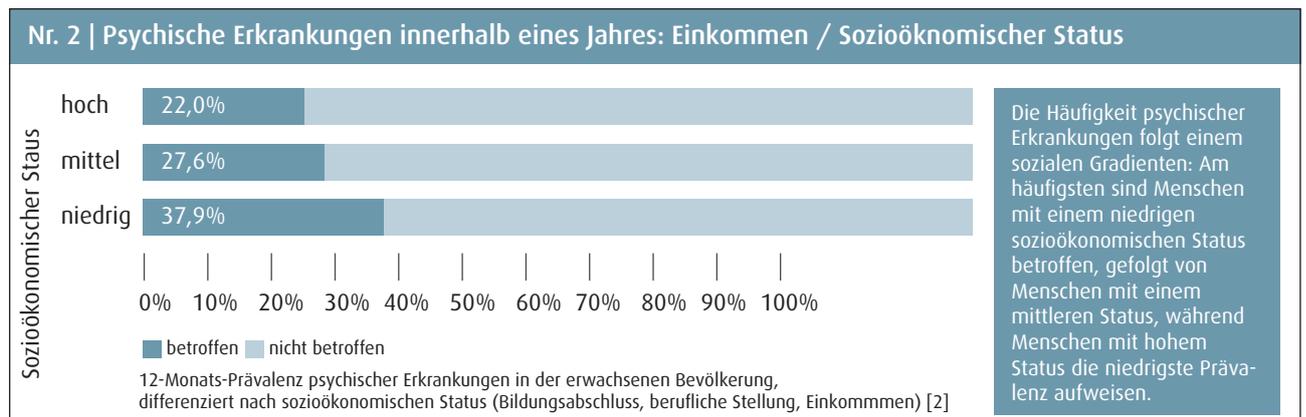
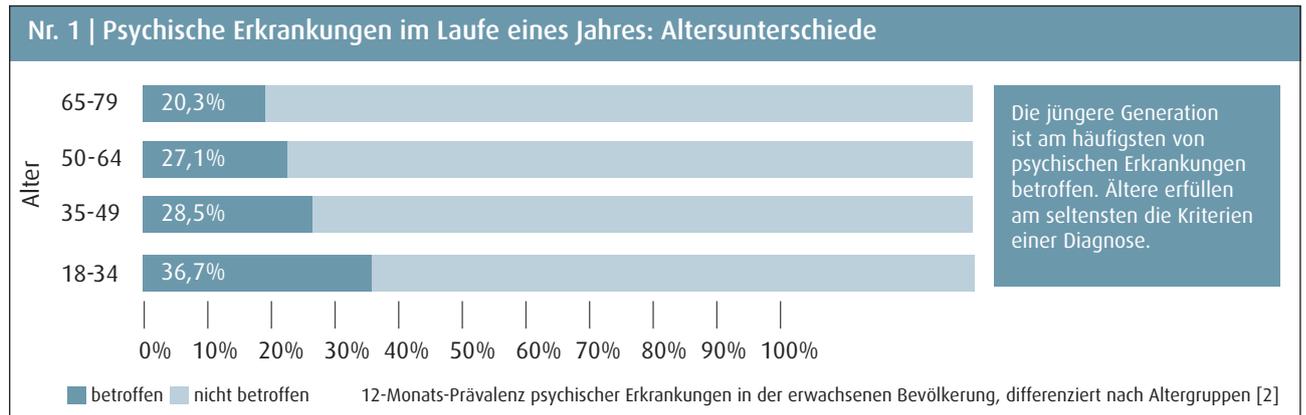
### Ausblick

Die Veränderung von der zentralen (in der Fachsteuerung) und sozialräumlichen (in den Beratungsstellen) Bearbeitung von EGH-Anträgen im SpDi bisher hin zu einer ausschließlich sozialräumlichen Bearbeitung in den Beratungsstellen bedeutet erhebliche strukturelle Veränderungen.

Die Überleitung aller Bedarfsermittlungsgespräche in die Beratungsstellen erfordert eine personelle Umgestaltung und eine Anpassung des Personalschlüssels an die neuen Herausforderungen. Die Beratungsstellenarbeit bekommt durch die Zunahme der EGH-Arbeit einen anderen Zuschnitt. Im EGH-Bereich geht die zentrale Übersicht über Antrags- und Angebotsgeschehen im gesamten Regionsgebiet mit der Aufteilung von Eingangsfallbesprechungen in die einzelnen Sozialräume verloren. Sozialräumliche Angebote außerhalb der EGH können jedoch in jedem Einzelfall intensiver einbezogen werden, und alle Antragsteller werden den zuständigen Beratungsstellen bekannt.

Offen ist, wer die Bedarfsermittlungen bei Klienten, bei denen der Leistungsträger die Region Hannover ist, die aber Eingliederungshilfe außerhalb der Region in Anspruch nehmen und demnach keinem Sozialraum der Region zuzuordnen sind, zukünftig durchführt. Geklärt ist auch noch nicht, ob die Ebene der Clearingkonferenzen (bisher Aufgabe der Fachsteuerung) auch im Gesamtplanverfahren erhalten bleibt. Die Fachsteuerung ist damit konfrontiert, dass bei all diesen offenen Fragen unklar ist, ob oder welche Aufgaben dort verbleiben. Die Konzeptarbeit wird durch diese Unsicherheit beeinflusst.

## Zahlen im Bundesvergleich für Sie zusammengestellt:

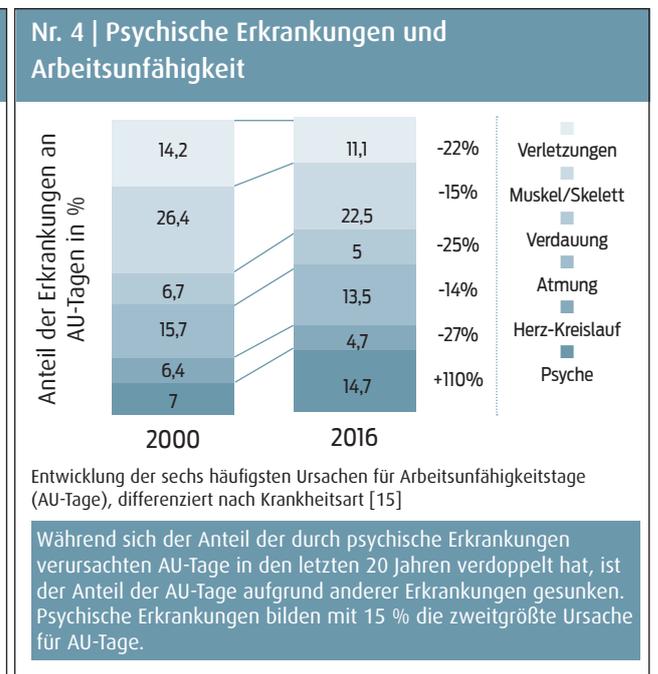


### Nr. 3 | Psychische und körperliche Erkrankungen treten oftmals gemeinsam auf

Erkrankung	Prävalenz (in %)
Chronische Schmerzen	21-32
Diabetes mellitus	24
Epilepsie	55
HIV-Infektion	30
Hyperthyreose	31
Krebserkrankungen	20-38
Koronare Herzerkrankung	16-19
Morbus Parkinson	28-51
Schlaganfall	46

Prävalenz der Depression bei ausgewählten körperlichen Erkrankungen [13,14]

Psychische und körperliche Funktionen stehen in enger wechselseitiger Beziehung (biopsychosoziales Krankheitsmodell). Dementsprechend treten psychische Störungen oftmals gemeinsam mit schweren oder chronisch verlaufenden körperlichen Erkrankungen wie beispielsweise Multipler Sklerose, Diabetes mellitus, Krebs, chronischem Gelenkrheuma oder unfallbedingten körperlichen Behinderungen auf.



Quelle: Dossier Psychische Erkrankungen in Deutschland – DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.) 2018, S. 12; 19 und 20

Primärquellen: 2. Jacobi Fu.a. (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). Nervenarzt 85:77-87

Grafik Körperliche und psychische Erkrankungen | 13. Rundell JR, Wise MG (1996) Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry. American Psychiatric Press Washington, D. C. | 14. Caeiro L, Ferro JM, Santos CO, Figueira ML (2006) Depression in acute stroke. J Psychiatry Neurosci 31(6):377-83 [15].

Bundespsychotherapeutenkammer (2016) BPTk-Studie zur Arbeitsunfähigkeit – Psychische Erkrankungen und Krankengeldmanagement.

Aktualisierte Auswertungen zur Arbeitsunfähigkeit 2000-2016. <https://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/psychische-e-12.html>.

Zugegriffen: 10.07.2018



## SOZIALPSYCHIATRISCHER VERBUND

### Der Sozialpsychiatrische Verbund und seine Gremien

von Uwe Blanke (Psychiatriekoordinator/Drogenbeauftragter der Region Hannover) und Thorsten Sueße (Leiter Sozialpsychiatrischer Dienst 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 bis dahin zu einem regelrechten Markenzeichen gewordenen Bezeichnung „Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie“ (AKG) für die Vollversammlung des gemeinsamen Sozialpsychiatrischen Verbundes. Diese Bezeichnung wurde nach ihrer Gründung von der Region Hannover übernommen. Als Struktur und Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes haben sich entwickelt und bewährt:

- Der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG), die Vollversammlung des SpV, tagt monatlich.
- Der Regionale Fachbeirat Psychiatrie (RFP) berät die Dezernentin für Soziale Infrastruktur der Region Hannover und tagt vierteljährlich.

- Die 13 Fachgruppen (FG) des AKG haben im Durchschnitt 20 Mitglieder, arbeiten themenspezifisch, und berichten dem AKG regelmäßig.
- Die Sektor-Arbeitsgemeinschaften (SAG) dienen der sozialräumlichen Vernetzung und arbeiten in den Einzugsgebieten (Sektoren) der Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes.
- Die Beschwerdeannahme und Vermittlungsstelle / Ombudsstelle ist ehrenamtlich besetzt und tagt monatlich.

Die Übersicht über die Gremien des SpV finden Sie auf Seite 77.

Der AKG hat sich eine Geschäftsordnung (siehe Seite 78 ff) 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 des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover und stellt die kontinuierliche Fortschreibung und Veröffentlichung des Sozialpsychiatrischen Plans sicher

**§ 8****Sozialpsychiatrischer Verbund**

(1) Die Landkreise und kreisfreien Städte bilden Sozialpsychiatrische Verbände. Im Sozialpsychiatrischen Verbund eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt sollen alle Anbieter von Hilfen im Sinne des § 6 und jeweils zwei Personen vertreten sein, die von den Selbsthilfeorganisationen Betroffener und Angehöriger psychisch Kranker benannt werden. Der Sozialpsychiatrische Dienst führt die Geschäfte des Sozialpsychiatrischen Verbundes.

(2) Der Sozialpsychiatrische Verbund sorgt für die Zusammenarbeit der Anbieter von Hilfen und für die Abstimmung der Hilfen. Die Sozialpsychiatrischen Verbände in benachbarten Versorgungsgebieten sollen zu diesem Zweck zusammenarbeiten.

(3) Plant ein Anbieter von Hilfen oder dessen Träger eine wesentliche Änderung des Angebots an Hilfen, so hat er den Sozialpsychiatrischen Verbund hierüber unverzüglich zu unterrichten.

Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) vom 16. Juni 1997 | Novelliert: 21.09.2017

**§ 9****Sozialpsychiatrischer Plan**

Der Sozialpsychiatrische Dienst erstellt im Benehmen mit dem Sozialpsychiatrischen Verbund einen Sozialpsychiatrischen Plan über den Bedarf an Hilfen und das vorhandene Angebot. Der Sozialpsychiatrische Plan ist laufend fortzuschreiben.

Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) vom 16. Juni 1997 | Novelliert: 21.09.2017

**Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Verbundes**

Die Psychiatrie-Enquete (Deutscher Bundestag 1975) lenkte das Interesse 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 stellen. 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 auf dieser Grundlage:

- Analyse und Dokumentation der jeweils bestehenden Rahmenbedingungen
- Orientierung in Bezug auf die Menschen mit besonders schweren Beeinträchtigungen
- Orientierung auf Lebens- und Behandlungsmöglichkeiten im gemeindenahen Rahmen
- Einbezug der Perspektiven von Betroffenen und Angehörigen
- bei Bedarf Entwicklung von neuen Angebotsinhalten
- Vernetzung der Leistungen und Angebote im Sinne der Betroffenen
- Themenspezifische Zusammenführung von Leistungsträgern und Leistungserbringern im Interesse der Betroffenen
- Qualifizierung der Verbundmitglieder
- Entwicklung von Qualitätsstandards und gegenseitigen Verpflichtungen
- Information der Politik und der Öffentlichkeit

**102 aktive Mitgliedsorganisationen**

Seit der Gründung im Jahr 1997 wurden insgesamt 110 Mitgliedsorganisationen (Leistungsträger, Leistungserbringer, Betroffenen- und Angehörigenorganisationen) in den Sozialpsychiatrischen Verbund aufgenommen. Davon sind weiterhin 102 Mitglieder aktiv. Die anderen haben zwischenzeitlich entweder ihre Tätigkeit eingestellt und oder sind Fusionen eingegangen.

## 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 die Dezernentin/den Dezernenten 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 Sprecherin/Sprecher 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 Bewohnerinnen/ Bewohner 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>• Leiterin/Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes</li> <li>• Vertreterinnen/Vertreter der Selbsthilfegruppen und Berufsverbände</li> <li>• Sprecherinnen/ Sprecher der Fachgruppen</li> <li>• Gäste mit beratender Stimme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dezernentin/ Dezernent für Soziale Infrastruktur der Region Hannover als Vorsitzende/r</li> <li>• 4 durch die Dezernentin/Dezernenten in benannte Mitglieder</li> <li>• 4 vom AKG zur Berufung durch die Dezernentin/den Dezernenten in vorgeschlagene Mitglieder (je 1 Vertreterin/Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen, 1 Vorsitzende/ Vorsitzender des AKG, 1 Vertreterin/Vertreter 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 Vertreterinnen/Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Max. 7 ehrenamtliche Mitglieder (1 Vertreterin/Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen, 1 Vertreterin/Vertreter der Angehörigen, 1 Bewohnerin/Bewohner mit sozialem Engagement, 1 Bewohnerin/Bewohner mit juristischen Sachkenntnissen, 2 weitere)</li> <li>• Die Berufung erfolgt alle 2 Jahre durch die Dezernentin/den Dezernenten für soziale Infrastruktur</li> </ul>
Geschäftsordnung vom 07.02.2002 / 07.02.2019	Geschäftsordnung vom 03.07.2003 / 07.06.2012			Geschäftsordnung vom 15.03.2006 / 01.01.2016

## **GESCHÄFTSORDNUNG**

### **des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie ( AKG ) als Delegiertenversammlung des Sozialpsychi- atrischen Verbundes der Region Hannover**

#### **I. Präambel**

Diese Geschäftsordnung regelt die Modalitäten der Sitzungen des AKG als Delegiertenversammlung 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**

##### **Mitgliedschaft**

(1) Der AKG, als Vollversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover, setzt sich aus stimmberechtigten und beratenden Mitgliedern sowie ständigen Gästen zusammen. Über Aufnahme und Status neuer Mitglieder entscheidet auf schriftlichen Antrag der AKG.

(2) Stimmberechtigtes Mitglied des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover kann jede natürliche und juristische Person sein, die Hilfen für psychisch Kranke im Sinne des § 6 Abs. 1 NPsychKG an-

bietet, oder die die Interessen von Selbsthilfeorganisationen von Betroffenen oder von Angehörigen psychisch Kranker vertritt (§ 8 NPsychKG), die sich zu den Grundsätzen und Zielen des Verbundes verpflichtet und die nach Abstimmung entsprechend III. / § 6 dieser Geschäftsordnung aufgenommen wird.

(3) Die Mitgliedschaft der stimmberechtigten Mitglieder endet

- a. mit dem Tod des Mitgliedes
- b. durch freiwilligen Austritt
- c. durch Ausschluss
- d. mit dem Ende der aktiven Tätigkeit bei juristischen Personen

Der freiwillige Austritt erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber der Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes.

Ein Mitglied kann, wenn es gegen die Interessen des Sozialpsychiatrischen Verbundes grob fahrlässig oder vorsätzlich verstoßen hat, durch Beschluss aus dem Sozialpsychiatrischen Verbund ausgeschlossen werden.

Vor der Beschlussfassung ist dem Mitglied die Gelegenheit zu geben, sich zum Sachverhalt zu äußern.

Eine etwaige schriftliche Stellungnahme des Mitgliedes ist in der Mitgliederversammlung zu verlesen.

(4) Der Sozialpsychiatrische Verbund nutzt die Fachkenntnis von Organisationen und Personen, die nicht nach § 6 NPsychKG zum Kreis der Anbieter von Hilfen zählen, deren Aufgaben und Sachkenntnis jedoch von Bedeutung für das Versorgungssystem sind. Diese Organisationen und Personen werden als beratende Mitglieder direkt durch den Vorstand aufgenommen. Alle Mitglieder des Verbundes haben dazu das Vorschlagsrecht. Beratende Mitglieder sind nicht stimmberechtigt. Die Mitgliedschaft der beratenden Mitglieder ist zeitlich begrenzt und zeitlich unbegrenzt möglich. Das Ende der Mitgliedschaft der beratenden Mitglieder erfolgt nach den Bestimmungen des § 2 (Abs. 3).

##### **§ 3**

##### **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 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.

(4) Der AKG kann aktuelle Fragestellungen zur Diskussion und Erarbeitung von Lösungsvorschlägen an Fachgruppen verweisen

(5) Der AKG setzt im Bedarfsfall Fach- oder Arbeitsgruppen ein, deren Tätigkeit zeitlich begrenzt ist und sich auf eine konkrete Aufgabenstellung bezieht. Für die Bildung dieser Fachgruppen ist jeweils ein Mehrheitsbeschluss des AKG erforderlich.

(6) 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.

#### § 4

##### 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. Sitzungen

#### § 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 Verbundes 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 gegeben 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 stimmberechtigte 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 07.02.2019 beschlossen.

## Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG) 2018

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 gleichbleibend hohen Beteiligung. Im Berichtszeitraum gehörten dem AKG 102 stimmberechtigte Mitglieder, sowie nichtstimmberichtigte Mitglieder und Gäste mit beratender Stimme an. Im AKG sind 87 Anbieter, die mehr als 220 Angebote für psychisch Kranke in der Region Hannover erbringen vertreten. Insgesamt gab es im letzten Jahr eine leichte Angebotserweiterung, die weitere Entwicklung wird von der Umsetzung des BTHG beeinflusst werden.

Besondere Merkmale im Kontext des inzwischen auch im Nds. Landespsychiatrieplan geforderten dialogischen Prozesses und der Partizipation sind im AKG die Mitgliedschaft und aktive Beteiligung des Vereins Psychiatrie-Erfahrener (VPE), des EX-IN Niedersachsen e.V. und der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker (AANB). Psychiatrie-Erfahrene, EX-IN Genesungsbegleiter und Angehörige sind nicht zuletzt dadurch frühzeitig und nachhaltig in den fachlichen Diskurs eingebunden und können auf die psychiatrisch-psychotherapeutische Entwicklung Einfluss nehmen.

Der 2016 vom Nds. Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung herausgegebene Landespsychiatrieplan Niedersachsen (LPP) hat in den Fachgruppen des AKG sowie in den AKG-Sitzungen einen regen Diskussionsprozess in Gang gesetzt und zur Überprüfung der Ist-Situation beigetragen. Die LPP-Forderung zur Entwicklung Gemeindepsychiatrischer Zentren (GPZ) in der Region Hannover ist aus vielfachen Gründen bisher nicht verwirklicht worden.

Das Schwerpunktthema des Sozialpsychiatrischen Plans 2018 „Zwangmaßnahmen und -behandlungen in der Psychiatrie“ führte im Zusammenhang mit dem 2018 novellierten Nds. Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) zu einem intensiven Informations- und Sachstandsaustausch. 2019 ist eine Fortsetzung dieser Diskussion geplant, um langfristig mit allen Akteuren eine weitere Reduzierung von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen in der Region Hannover zu erreichen.

Weiterhin haben im Berichtszeitraum durchschnitt-

lich rund 80 Personen an den Sitzungen des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie teilgenommen. Damit zeichnet sich kontinuierlich ein hohes Interesse an der Teilnahme ab. Dies ist insofern bemerkenswert, als das Gremium über keinerlei Entscheidungsgewalt verfügt. Die große Beteiligung kann als Ausdruck der besonderen Qualität des regelmäßigen fachlichen trialogischen Austausches von aktuellen Themen verstanden werden.

Bewährt hat sich dabei weiterhin, in der Dezember-Sitzung des AKG die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu ihren Themenwünschen zu befragen und diese in die Planung für das kommende Jahr einzubeziehen.

Folgende Themen wurden bearbeitet:

#### ■ 01.02.2018

- Sachstand Umsetzung BTHG in der Region Hannover, Gesamt- und Teilhabeplanung mit B.E.N.I. (Frau Beimes – Region Hannover)
- Sachstand Neuerungen im Hilfeplanverfahren – Zuständigkeiten in der Region Hannover und der Landeshauptstadt Hannover (Frau Feuerhahn, Herr König)
- Medikamententests in der KJP Wunstorf in den 60er/70er Jahren – Mitteilungen zum Sachstand (Prof. Dr. Sieberer – KRH Psychiatrie Wunstorf)
- HAKIP – Hannoversches Präventionsprojekt für Kinder Psychisch kranker Eltern (Herr Younes – BAF e.V.)

#### ■ 01.03.2018

- Kurzbericht regionaler Fachbeirat Psychiatrie (RFP) (Herr Dr. Elgeti)
- „Psyche, Mensch, Gesellschaft“ – Verabschiedung von Herrn Jordan, Dezernent für soziale Infrastruktur der Region Hannover (Frau Kirschnick-Tänzer)
- 50 Jahre Psychiatriereform in der Region Hannover – ein Versuch die Psychiatrische Versorgung gut zu organisieren (Herr Dr. Elgeti)
- Sachstand EUTB – Antrag der Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. in Kooperation mit VPE (Herr Menkhaus / Frau Kalter – Johanniter LV Niedersachsen / Bremen)

#### ■ 05.04.2018

- Kurzbericht FG Dokumentation einschl. Abstimmung zum Schwerpunktthema für den Sozialpsychiatrischem Plan 2019 (Herr Blanke)

- Das Novellierte Niedersächsische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für Psychisch Kranke (NPsychKG)
- §§ 4-13 Sozialpsychiatrischer Dienst Herr Dr. Sueße (Region Hannover)
- §§ 14-29 Unterbringung Frau Loer (Betreuungsgericht Hannover)
- §§ 30-31 Besuchskommission Herr Landmann (Besuchskommission)
- „Betätigungsangebote“ – die Weiterentwicklung der bisherigen Zuverdienstprojekte in der Region Hannover (Frau Rosenhahn und Herr Blanke – Region Hannover)

#### ■ 03.05.2018

- Sozialpsychiatrischer Plan 2018 – Zwangsmaßnahmen und -behandlungen in der Psychiatrie (Herr Blanke – Region Hannover)
- Stellungnahme des Vereins Psychiatrie-Erfahrener Hannover e.V. zum Schwerpunktthema (Frau Neveling, Frau Niemann, Herr Wolter – VPE Hannover)
- Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e.V. (Frau Seelhorst – AANB e.V.)
- Das novellierte NPsychKG §§ 14-29 (2. Teil) – (Frau Loer – Betreuungsgericht Hannover)
- Das Budget für Arbeit in der Region Hannover Herr Dyszack – Region Hannover)
- Vorstellung Team 50.02 – Neue Zuständigkeiten NPsychKG (Herr Hellweg – Region Hannover)

#### ■ 07.06.2018

- Die Entwicklung von Unterbringungen nach dem novellierten NPsychKG aus Sicht der Psychiatrischen Versorgungskliniken mit Versorgungsauftrag für die Region Hannover
- KRH-Psychiatrie Wunstorf und KRH-Psychiatrie Langenhagen: Herr Prof. Dr. Sieberer, Frau PD Dr. Graef-Calliess, Herr Dr. Bartusch
- Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der MHH: Herr Prof. Dr. Bleich, Herr Prof. Dr. Frieling, Herr PD Dr. Dr. Wedegärtner
- Klinikum Warendorff – Sehnde: Herr Dr.- Tettenborn
- Burghofklinik Rintel: Herr Prof. Dr. Dietrich

#### ■ 02.08.2018

- Kurzbericht der FG Forensische Psychiatrie einschl.

der Vorstellung der „Arbeitshilfe zur Risikoeinschätzung von Fremdgefährdung“ (Herr Tänzer – Klink für Forensische Psychiatrie KRH Psychiatrie Wunstorf)

- Die Vermeidung von Zwang(-sbehandlung) im ambulanten Bereich – Beispiele guter Praxis (Herr Sandau – KRH Langenhagen)
- Krisenpass für Menschen mit Psychiatrie Erfahrung Neuauflage 2018 (Herr Blanke – Region Hannover)
- Sachstand Bearbeitung der Hilfebedarfsermittlung im SpDi (B.E.N.I.) (Frau Lagerbauer – Region Hannover)
- Sachstand Weiterbildung Fachkraft für sozialpsychiatrische Betreuung (FSB) und Sozialpsychiatrische Fachweiterbildung (SPF) KRH Weiterbildungszentrum

#### ■ 05.09.2018

- Kurzbericht der FG Migration und Psychiatrie (Herr Kimill – EMZ Hannover) einschl. Vorstellung des neuen Wegweisers Sozialpsychiatrie (Herr Blanke – Region Hannover)
- Teilnahme und Vorstellung von Frau Dr. Hanke (Dezernentin für Soziale Infrastruktur – Region Hannover)
- Entwicklung und Struktur des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover (Herr Blanke – Region Hannover)
- Änderung der Geschäftsordnung des AKG – § 2 Mitgliedschaft (Herr Blanke – Region Hannover)
- Fachweiterbildung Sozialpsychiatrie an der KRH Akademie (Herr Sandau – KRH Psychiatrie Langenhagen)

#### ■ 01.11.2018

- Kurzbericht der FG Arbeit und Rehabilitation – einschl. Vorstellung des REHA – SCOUT, 3. Überarbeitete und erweiterte Auflage 2018 (Herr Weidner – KRH Psychiatrie Langenhagen, Herr Vajhøj – beta REHA)
- Psychiatrische häusliche Krankenpflege – die neue pHKP – Richtlinie vom 19.07.2018 (Herr Dase, Herr Tschirner – Pflegedienst Caspar & Dase GmbH)
- Vorstellung der Beauftragten der Region Hannover für Menschen mit Behinderung (Frau Thiel – Region Hannover)

#### ■ 05.12.2018

- Kurzbericht der FG Psychiatrie und Obdachlosigkeit (Frau Dr. Gossé – KRH Psychiatrie Wunstorf)
- Kooperationserfahrungen in der Arbeit mit psy-

chisch kranken wohnungslosen Menschen (Frau Dr. Gossé – KRH-Psychiatrie Wunstorf und Frau Makarowski – Caritas Verband)

- Glücksspiel – Beratungs- und Therapieangebote (Frau Quast – Diakonieverband Hannover und Frau Schnurka – STEP gGmbH)
- 10 Jahre Bündnis gegen Depression in der Region Hannover – Bilanz der Aktionswochen (Herr Blanke – Region Hannover)
- Themenplanung 2020

Die Übersicht der Themen lässt erkennen, dass der AKG weiterhin regelmäßig Impulse zur Qualitätsentwicklung gibt, aktuelle Themen des psychiatrischen / psychosozialen Alltags aufnimmt und vertieft und damit zugleich für alle Teilnehmenden eine wichtige Funktion in der gegenseitigen Qualifizierung erfüllt.

### Bericht des Regionalen Fachbeirats Psychiatrie (RFP)

von Hermann Elgeti

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

Der Regionale Fachbeirat Psychiatrie (RFP) berät die Dezernentin für Soziale Infrastruktur (Frau Dr. Hanke), die den Vorsitz führt, in allen das NPsychKG betreffenden Fragen; seine Arbeit ist in einer 2012 aktualisierten Geschäftsordnung geregelt. Als Vertreter der Dezernentin nimmt inzwischen auch der Leiter des Fachbereichs Soziales, Herr Heidorn, regelmäßig an den Sitzungen teil. Der RFP tritt in der Regel in dreimonatlichen Abständen zusammen, wegen des Wechsels an der Spitze des Dezernats fanden im Berichtsjahr allerdings nur drei Sitzungen statt, und zwar am 1. März, 25. Juni und 25. Oktober. Für jeden Termin wird im Vorhinein die Besprechung eines Schwerpunktthemas verabredet, zu dem ggf. zusätzlich Experten eingeladen werden, die in das Thema einführen und mitdiskutieren.

Die Mitglieder des RFP werden von der Dezentralistin für die Dauer von drei Jahren persönlich berufen, die gegenwärtige Berufungsperiode endet im August 2020. Mitglieder auf Vorschlag des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (Vollversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes, SpV) sind derzeit dessen Sprecherin Frau Kirschnick-Tänzer, als Vertreterin der Leistungserbringer Frau Lüpke sowie Herr von Seckendorff (Nachfolger von Herrn Wolter) für die Nutzenden psychiatrischer Hilfen und Frau Kleeblatt für deren Angehörige. Weitere Mitglieder sind der Leiter (Herr Dr. Sueße) und der Psychiatriekoordinator (Herr Blanke) des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) der Region sowie ein leitender Klinikarzt (Herr Prof. Dr. Sieberer) (und ein Experte aus der Suchthilfe (Herr Westermann)). Als Geschäftsführer unterstützt Herr Dr. Elgeti den RFP organisatorisch, er ist für Einladungen und Protokolle zuständig.

Schwerpunktthema aller drei Sitzungen in Berichtsjahr war die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) in der Region Hannover. Das BTHG war Ende 2016 vom Bundestag verabschiedet worden und stand bereits im Mai 2017 auf der Tagesordnung des RFP. Die Regelungen des Gesetzes treten in verschiedenen Stufen bis 2023 in Kraft, und zu einer Reihe von Rahmenbedingungen für die Umsetzung fehlen noch Vorgaben von Seiten des Landes Niedersachsen. Angesichts der Komplexität der Materie und der Ungewissheit im Hinblick auf die Umsetzung in der Region gibt es unter den Leistungserbringern, Leistungsempfängern und deren Umfeld viel Unsicherheit. Dagegen hilft nur eine kontinuierliche, transparente und verständliche Information, wie der jeweils aktuelle Sachstand ist und was man erwarten kann. Leitgedanken der Region Hannover im Teilhabe- und Gesamtplanverfahren sind Dezentralität (Regionalraumorientierung) und Multiprofessionalität (enge Kooperation der Verwaltungsteams und Fachdienste). Ein weiteres Schwerpunktthema im März 2018 waren die Aktivitäten der Region Hannover zur Unterstützung von Kindern psychisch kranker Eltern. Außerdem 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 auch die Umsetzung

des Landespsychiatrieplans, die psychosoziale Betreuung von Flüchtlingen, Arbeitsmöglichkeiten für psychisch Kranke/ Zuverdienst-Arbeitsplätze“, sozialpsychiatrische Qualifizierung und Nachwuchsgewinnung, fachärztliche Krisenintervention und Notfallversorgung in der Region sowie die angestrebte Einrichtung Gemeindepsychiatrischer Zentren.

**BERICHTE DER FACHGRUPPEN DES AKG**  
**Die Fachgruppen werden durch den AKG eingesetzt und beauftragt. Sie dienen der themenbezogenen, institutions- und berufsgruppenübergreifenden Vernetzung innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover. Aktuell arbeiten 13 Fachgruppen.**

**Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“**  
 von Oliver Weidner und Uffe Vajhøj  
 (Sprecher der Fachgruppe)

Die Fachgruppe hat die Aufgabe, relevante Themen der Bereiche Arbeit und Rehabilitation unter Berücksichtigung der Interessen der vertretenen Einrichtungen und deren Klientel in Hinblick auf die aktuelle Situation und möglicher Neuerungen auf fachlicher wie gesetzgeberischer Seite aufzugreifen und zu bearbeiten. Zusätzlich bietet die Fachgruppe Raum für den fachlichen Austausch, der Bearbeitung von Fallbeispielen im interdisziplinären Expertenteam sowie der Bildung und Pflege von Netzwerken.

**Sitzungstermine:**

Unverändert seit 2001 arbeitet die Fachgruppe im Sozialpsychiatrischen Verbund und trifft sich vierteljährlich mit festem Tagungsort im Haus der Region.

**Teilnehmerkreis:**

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 und konnte im vergangenen Jahr einen Zuwachs an neuen Teilnehmern verzeichnen.

## Bearbeitete Themen:

### Budget für Arbeit:

In zwei aufeinander folgenden Treffen der Fachgruppe wurde das Thema Budget für Arbeit behandelt. Durch die Neuregelung der Verfahrensweise war es aus Sicht der Fachgruppe erforderlich, nach erfolgter ausführlicher Information über die Veränderungen, offene Fragen zu bearbeiten. Es wurde deutlich, dass aus Sicht der Zielgruppe und der unterstützenden Dienste weitere Schritte Seitens der Gesetzgebung erforderlich sind, um das Instrument Budget für Arbeit funktional zu gestalten und marktfähig in die Umsetzung zu bringen. Es wurde im Zuge der Bearbeitung aber auch deutlich, dass viele erforderliche Regelungen Seitens der Verwaltung noch nicht erlassen bzw. noch nicht erarbeitet wurden.

### reha-scout:

Die dritte Auflage des reha-scout wurde nach gut einem Jahr der Vorbereitung veröffentlicht. Neben einer Auffrischung des Layouts wurde im Rahmen der Vorbereitungen diskutiert, das Angebotsverzeichnis durch weitere Angebotsformen zu ergänzen. Dies wurde für die aktuelle Auflage aus Zeitgründen aber verworfen und wird nun in die Vorbereitung für die 4. Auflage aufgenommen.



Download:  
[www.hannover.de/spv](http://www.hannover.de/spv)

### Ausblick:

Die Fachgruppe wird das Thema Budget für Arbeit weiterhin regelmäßig auf die Tagesordnung bringen, um über die Entwicklung auf dem Laufenden zu bleiben. Mögliche weitere Themen sind niederschwellige Arbeitsangebote für psychisch erkrankte Menschen und/oder die ambulante ergotherapeutische Versorgung mit einem besonderen Augenmerk auf erforderliche Wirksamkeitsnachweise durch die Leistungserbringer sowie eine zuverlässige Heilmittelversorgung zur Gewährleistung einer möglichst umfänglichen Vorbereitung psychisch erkrankter Menschen auf die unterschiedlichen Arbeitsmärkte und Betätigungsangebote.

## Fachgruppe „Sozialpsychiatrischer Plan“

von Hermann Elgeti

(Sprecher der Fachgruppe)

Die Fachgruppe unterstützt den Sozialpsychiatrischen Dienst bei der Erstellung und laufenden Qualitätsverbesserung des jährlichen Sozialpsychiatrischen Plans der Region Hannover. Hierzu werden mögliche Schwerpunktthemen diskutiert und eine Vorauswahl getroffen, aus der dann der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie als Vollversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes (SpV) seine Entscheidung trifft. Auch Fragen zur wirksameren Nutzung der regionalen Psychiatrieberichte für die Qualitätsentwicklung gemeindepsychiatrischer Versorgung spielen eine große Rolle. Im Vergleich zu den übrigen Fachgruppen des SpV ist die Arbeit sehr pragmatisch entlang dieser Aufgaben ausgerichtet, daneben werden eher diskursiv auch übergreifende Fragestellungen thematisiert.

### Sitzungstermine:

Die Sitzungen, über die ein Protokoll verfasst wird, finden in der Regel am letzten Donnerstag eines Monats von 8.30 bis 10.30 Uhr im Haus der Region statt. Im Berichtsjahr gab es neun Sitzungstermine: 25. Januar, 22. Februar, 12. April, 31. Mai, 26. Juli, 30. August, 27. September, 25. Oktober und 29. November.

### Teilnehmerkreis:

An der Arbeit der Fachgruppe haben sich im Berichtsjahr regelmäßig beteiligt: Herr Dr. Sueße und Herr Blanke, Herr Dr. Elgeti (Sprecher der Fachgruppe), Herr Eller und Herr Pohl (alle Region Hannover), Frau Lüpke (Mohmühle GmbH) sowie Herr Köster (STEP gGmbH). Als Gast ist Herr Piel (Psychiatriereferat im Sozialministerium) zu den Sitzungen eingeladen. Ausgeschieden ist im Berichtsjahr Herr Meister (360° e.V.), dazugekommen Frau Cabrera Antoranz (beta89). Die Fachgruppe ist offen für weitere Mitglieder, soweit sie kontinuierlich mitarbeiten wollen.

### Bearbeitete Themen:

Schwerpunkt der Arbeit im Berichtsjahr war die Organisation des Sozialpsychiatrischen Plans 2019 einschließlich Vorauswahl und inhaltlicher Ausgestaltung seines Schwerpunktthemas. Aus den drei intern pro-

risierten Vorschlägen wählte der Arbeitskreis Gemeindepesychiatrie am 5. April das Thema „Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) in der Region Hannover“ aus. Zur Behandlung seiner verschiedenen Aspekte konnten zahlreiche Autoren gewonnen werden. Darüber hinaus wurde der Informations- und Meinungsaustausch zu unterschiedlichen Themen im Kontext der Fachgruppenarbeit fortgesetzt. Das bot den Mitgliedern manche Anregung und trägt zur Motivation bei, sich an der Fachgruppenarbeit zu beteiligen. Im Übrigen haben die Mitglieder der Fachgruppe im Berichtsjahr den Begriff „Dokumentation“ aus deren Namen gestrichen, da sie diesen Aspekt in ihrem Verständnis von Planung als Zirkelprozess (Konzept und Planung, Umsetzung, Dokumentation und Berichterstattung, Evaluation) integriert sehen.

### Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“

von Andreas Tänzer

(Sprecher der Fachgruppe)

Kernaufgabe der 2003 gegründeten Fachgruppe sind Vernetzung, Dialog und Stärkung der Kooperationsbeziehungen zwischen Forensischer Psychiatrie und Gemeindepesychiatrie. Besonders häufig stehen chronisch psychisch Kranke bzw. Mehrfachkranke mit drohender Desintegration und Straffälligkeit im Fokus, bei denen forensische Patientenkarrieren im Sinne einer Prävention vermieden werden können. Einen weiteren Schwerpunkt bildet die Förderung der Wiedereingliederung ehemaliger forensischer Patienten aus Maßregelvollzug und Strafvollzug in das gemeindepesychiatrische Versorgungssystem.

#### Sitzungstermine:

Die Fachgruppe trifft sich regelmäßig alle 2 Monate für 2 Stunden im Haus der Region in Hannover.

Im August 2018 konnte die Fachgruppenarbeit erneut im gemeindepesychiatrischen Arbeitskreis vorgestellt und diskutiert werden.

#### Teilnehmerkreis:

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kommen aus den Forensischen Kliniken, den regionalen psychiatrischen Fachkliniken, Sozialpsychiatrischen Diensten und Institutsambulanzen, den Justizvollzugsanstal-

ten, sowie aus dem Kreis der Anbieter im Verbund (Wohnheime, Wohngemeinschaften, Betreutes Wohnen, WfbM, Tagesstätten, RPK), aus der Gruppe der rechtlichen Betreuerinnen/Betreuer und der Bewährungshilfe. Durch einen Vorsitzenden Richter des Landgerichtes, eine Betreuungsrichterin und einen Rechtsanwalt wird auch juristische Expertise interdisziplinär bereichernd eingebracht.

Die auch in der forensischen Psychiatrie erfreulicherweise mehr Einzug findende dialogische Ausrichtung wird durch einen Psychiatrie-Erfahrenen und eine Angehörigenvertreterin gefördert.

Entsprechend den Anregungen des Landespsychiatrieplanes haben auch 2018 jeweils drei Vertreterinnen/Vertreter aus den angrenzenden Landkreisen Schaumburg und Nienburg an den Fachgruppentreffen teilgenommen. Von Ihnen kommt positives Feedback.

#### Bearbeitete Themen:

Im Mittelpunkt der Arbeitstreffen stehen wie in den Jahren zuvor intensive Einzelfallbesprechungen, die von den Teilnehmer\*innen aus ihrer Alltagspraxis eingebracht und dann konstruktiv und wertschätzend multidisziplinär diskutiert werden können. Das Verständnis für schwierige Biographien eröffnet oft den Zugang zu den betroffenen Menschen.

Die sicher prononcierte Botschaft von FREESE, der zu Folge bei 75-80% der forensischen Patienten bei stationären Voraufenthalten in den Versorgungskliniken die Chancen für gewaltpräventive Maßnahmen und damit der Verhinderung einer Forensifizierung nicht ausreichend genutzt werden konnten, ist inzwischen in der allgemeinpsychiatrischen Landschaft ganz offensichtlich angekommen.

Die Diskussion hat sich in den letzten Jahren auf zwei Themenfelder fokussiert: Wie kann das allgemeine Versorgungssystem Patienten mit einem hohen Gewaltisiko rechtzeitig identifizieren? Und welche Behandlungsoptionen können die Risiken mindern? Oft geht es um ein besser funktionierendes Risikomanagement in eskalierenden Situationen mit Fremdgefährdung, häufig auch um eine Optimierung der Versorgungsangebote. Krisen in der Reintegration nach einer längeren Unterbringung zu meistern, ist nicht

nur im Maßregelvollzug, sondern auch nach Entlassung aus dem Justizvollzug von entscheidender Bedeutung. Auch hier ist die Diskussion einzelner Kasuistiken sehr hilfreich und fast immer für alle Beteiligten Gewinn bringend.

Insgesamt zeigt sich eine weiter wachsende Sensibilisierung aller betroffenen Akteure aus den unterschiedlichen Versorgungs- und Behandlungskontexten für den Umgang mit Menschen in einem Zwangskontext. Überlegungen zu deeskalierenden Behandlungsansätzen und die Stärkung von sehr niederschwelligen Angeboten nehmen in den Gesprächen einen immer breiteren Raum ein. Insbesondere Mitarbeiter\*innen aus den SPDi's engagieren sich in den letzten Jahren intensiv in der forensikpräventiven Fallarbeit.

Inzwischen zeigen sich in einigen Einzelfällen aber auch die von einigen Experten bereits befürchteten kritischen Auswirkungen der 2016 erfolgten Gesetzesnovelle des § 63 StGB. Die stärkere Gewichtung von Verhältnismäßigkeitsaspekten durch die Juristen soll die bundesweit zu langen Unterbringungsauern verkürzen. In Niedersachsen wird dieser Ansatz durch eine von politischer Seite intendierte restriktivere Lockerungspraxis zum Teil konterkariert. In der Region Hannover ist die Zahl der zur Entlassung anstehenden sog. Probewohner, die in der Gemeinde in ihrem Entlassungssetting eng begleitet und erprobt werden können, vor diesem Hintergrund rückläufig.

Die Patienten, deren Unterbringung juristisch erledigt wird, weil keine konkreten Behandlungsaussichten aber auch keine besonders hohe Gefährlichkeit attestiert wird, belasten das allgemeinspsychiatrische Versorgungssystem. Sie sind oft wenig behandlungsmotiviert, zeigen häufiger Suchtmittelrückfälle und werden von psychiatrischen Wohnheimen entweder gar nicht aufgenommen oder nach wiederholten Zwischenfällen wieder entlassen. Der resultierende Ausschluss aus der Versorgung erhöht das Risiko erneuter Straffälligkeit. Insgesamt formiert sich hier gerade eine kleine Gruppe schwieriger Klienten, mit denen keiner zu tun haben möchte und die durch alle Netze fallen.

In der Region stehen weiterhin zu wenige Plätze in Wohngemeinschaften und psychiatrischen Wohnheimen für psychisch Kranke bereit, die mit Sexualstraftaten vorbelastet sind. Der inzwischen dramatische Wohnraumangel wirkt sich bei den schwierigen, chronisch kranken bzw. den aus einer Maßregel entlassenen Klienten besonders intensiv aus. Sie finden als letzte oder eben gar nicht eine geeignete Wohnunterkunft. Auch diese Entwicklung bremst den Abfluss aus der Forensik.

#### **Ausblick:**

Mit den skizzierten Themen wird sich die Fachgruppe auch 2019 auseinandersetzen haben. Zusätzlich wollen wir auch das Thema der häuslichen Gewalt stärker in den Fokus rücken.

---

### **Fachgruppe „Fort- und Weiterbildung im Verbund“ von Uwe Blanke (Sprecher der Fachgruppe)**

In der Region Hannover hatte es seit Jahren kein berufsgruppenübergreifendes langfristiges Qualifizierungsangebot für Fachkräfte in ambulanten und stationären psychischen Einrichtungen mehr gegeben. 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) 2014 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 Rahmenanforderungen für ein Curriculum. Ergebnis war der Vorschlag für eine Architektur der Fachweiterbildung Sozialpsychiatrie, die dem KRH-Ausbildungszentrum zur Verfügung gestellt wurde. Zum April und im Oktober 2017 konnten der ersten beiden Kurse der neu gegründeten und von der Region Hannover geförderten Fachweiterbildung am KRH-Bildungszentrum ihre Arbeit aufnehmen. Die Fachgruppe hat jetzt die Funktion eines Beirates für diese Weiterbildung übernommen und arbeitet darüber hinaus trägerübergreifend an der Weiterentwicklung von Fortbildungsmodellen für die nächsten Jahre.

**Sitzungstermine:**

Die Fachgruppe tagt vierteljährlich für 2 Stunden im Haus der Region.

**Teilnehmerkreis:**

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter folgender Einrichtungen: APS-Akademie für Pflege und Soziales, Caritas Forum Demenz, Hochschule Hannover – Fakultät V., KRH-Akademie, KRH-Psychiatrie Wunstorf, Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover, STEP gGmbH

**Bearbeitete Themen:**

- Kontinuierliche Beratung der KRH-Akademie bei der Realisierung und Weiterentwicklung des Projektes.
- Austausch über die Entwicklungen in den Weiterbildungseinrichtungen.
- Bedeutung der Pflegekammer für die Entwicklung der Fort- und Weiterbildungsangebote in der ambulanten und stationären Psychiatrie.
- Entwurf des Landes Niedersachsen zur Änderung der Weiterbildungsverordnung in den Gesundheitsberufen, einschließlich des damit verbundenen Überganges der Befugnisse für alle Pflegeberufe auf die Pflegekammer Niedersachsen.

**Ausblick:**

Für das Jahr 2019 ist erneut geplant alle niedersächsischen Anbieter von 2-jährigen psychiatrischen Fachweiterbildungen (entsprechend der bisherigen Verordnung über die Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen) einzuladen, um die Gründung einer Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) auf den Weg zu bringen. Eine LAG sollte zum einen den fachlichen Austausch unter den Fort- und Weiterbildungsstätten fördern und zum anderen sollte sie deren Position gegenüber dem Land Niedersachsen und der Pflegekammer Niedersachsen stärken.

**Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Erkrankung“**

von Jana Koch

(Sprecherin der Fachgruppe)

Die Fachgruppe versteht ihre Aufgaben u.a. im Vertreten der Interessen der Zielgruppe, im Aufzeigen von Handlungsbedarfen sowie im Hinwirken auf einen Ausbau des bestehenden Versorgungssystems durch einen kooperativen und institutionsübergreifenden Zusammenschluss multiprofessioneller Fachleute.

**Sitzungstermine:**

Die Fachgruppe tagt jeden letzten Mittwoch in den geraden Kalendermonaten; die Sitzungstermine waren am 21.02., 25.04., 27.06., 29.08. und 28.11.2018.

**Teilnehmende Einrichtungen:**

An der Fachgruppe nehmen unterschiedliche Anbieter ambulanten und stationärer Angebote aus der gesamten Region, Mitarbeiter Leistungsträger, Mitarbeiter der Bedarfsermittlung und Mitarbeiter des Ministeriums für Soziales teil:

Lebenshilfe Peine-Burgdorf, Lebenshilfe Seelze, GfI, Sozialpsychiatrischer Dienst, Team Teilhabeplanung und Sozialmedizin, Annastift Leben und Lernen, Klinikum Warendorff, Hannoversche Werkstätten, GbA, Diakonie Himmelsthür, GiS, HTF, Haus Mohmühle, Mosaik – inklusiv Leben, Lebenshilfe Hannover, Sozialministerium, Perspektiven GmbH, Caritas, FAA, Lebenshilfe Wunstorf

**Bearbeitete Theme:**

Seit vielen Jahren steht die schlechte Versorgungssituation für Menschen mit seelischer Erkrankung und geistiger Behinderung im Fokus dieser Fachgruppe.

Die aktuell bevorstehenden Veränderungen im Zusammenhang mit der Einführung des Bundesteilhabegesetzes haben auch für den Personenkreis dieser Menschen zahlreiche Fragen aufgeworfen:

- Werden die speziellen Anforderungen an Einrichtungen, Mitarbeitende und Netzwerke ausreichend berücksichtigt werden?
- Bestehen eventuell sogar Chancen, den Wandel zu nutzen und es entstehen neue Leistungstypen?
- Wie lässt sich dies mit dem neuen Bedarfsermittlungsinstrument sowie im entsprechenden Ermitt-

lungsverfahren berücksichtigen?

- Diese und weitere Fragestellungen beschäftigen die Mitglieder nicht nur im Arbeitsalltag sondern auch im Rahmen der Fachgruppenteilnahme.

Die Inhalte der Fachgruppe widmeten sich somit bereits im Jahr 2018 mit dem Bundesteilhabegesetz aber auch mit der existierenden Angebotsstruktur. Im Einzelnen konnte die Fachgruppe Frau Beimes von der Region Hannover als Gast gewinnen, die zum aktuellen Stand der Bedarfsermittlung und des Teilhabe- bzw. Gesamtplanverfahrens berichtet hat. Ein kooperativer Austausch hat stattgefunden, wobei festgehalten werden kann, dass bei sehr vielen Fragen noch nicht gleichermaßen viele Antworten entstehen können, da die gesetzlichen Veränderungen selbstverständlich nicht nur die Einrichtungen vor große Veränderung stellt. Die Fragestellung der Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe hat hierbei eine zentrale Bedeutung, so dass es erfreulich ist, dass trotz dieser Veränderung und der offenen Fragen ein gegenseitiger, offener Austausch stattfinden kann. Ebenfalls zur Thematik des Bundesteilhabegesetzes hat Herr Steinsiek vom Landesverband der Lebenshilfe in der Fachgruppe referiert. Der Wunsch nach Informationen, Austausch und Diskussion zu den damit verbundenen Themen bleibt sicherlich weiterhin aktuell und ist auch im Jahr 2019 ein wichtiges und zu bearbeitendes Thema.

Neben diesen Inhalten gab es im Jahr 2018 wieder eine Exkursion. Das Angebot „Klosterhof“ der Diakonie Himmelsthür wurde besucht. Eine sehr gute Organisation und interessante Führung hat es den zahlreichen Teilnehmenden ermöglicht, Eindrücke dieses besonderen Angebots (für Menschen mit einer erworbenen Hirnschädigung) kennenzulernen.

Schließlich haben die Mitarbeiter des MZEB (Medizinisches Zentrum für erwachsene Menschen mit Behinderung) das dortige Angebot in der Fachgruppe vorgestellt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Versorgungslage immer wieder durch sinnvolle und notwendige Angebote erweitert wird. Dennoch fehlt es an einer strukturierten Berücksichtigung der Interessen der Menschen, die dieser Zielgruppe entsprechen.

#### **Ausblick:**

Daher wird sich die Fachgruppe auch im nächsten Jahr wieder mit der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes und den damit gegebenenfalls vorhandenen Möglichkeiten beschäftigen. Eine relevante Fragestellung ist sicherlich, inwiefern ein geeigneter Leistungstyp entstehen kann. Die ICF-orientierte Bedarfsermittlung und ihre Möglichkeit, die konkreten Bedürfnisse der Menschen mit psychischer Erkrankung und geistiger Behinderung darzustellen, zählen ebenfalls zu den vorgesehenen Themen.

Letztendlich bleibt anzumerken, dass trotz der Wichtigkeit des BTHGs der Blick über den „Tellerrand“ nicht vernachlässigt werden sollte. Die schwierige Versorgungssituation spiegelt sich nicht ausschließlich in der Eingliederungshilfe sondern auch im Gesundheitssystem wieder. Insofern wird sich die Fachgruppe auch mit Fragestellungen aus anderen (Leistungs)bereichen beschäftigen, Möglichkeiten nutzen, um neue oder bestehende Angebote kennenzulernen und voraussichtlich erneut eine Exkursion durchführen.

---

### **Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“**

von Markus Heller  
(Sprecher der Fachgruppe)

Die Fachgruppe Gerontopsychiatrie hat sich zum Ziel gesetzt, einen differenzierten Blick auf die unterschiedlichen Bedarfe von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter zu entwickeln und interdisziplinäre, kostenträgerübergreifende Hilfesysteme zu schaffen.

#### **Sitzungstermine:**

Die Fachgruppe Gerontopsychiatrie tagte im Jahr 2018 insgesamt drei Mal.

#### **Teilnehmerkreis:**

An den Sitzungen beteiligten sich durchschnittlich 25 Teilnehmerinnen und Teilnehmer welche teilstationäre und stationäre Einrichtungen, wie Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen, ambulante Einrichtungen, wie Pflegedienste, Ergotherapiepraxen oder Beratungsstellen und Pflegestützpunkte vertraten.

**Bearbeitete Themen:**

Die Vorstellungsrunden zu Beginn der Sitzungen stellen ein wichtiges Mittel dar, um einen Überblick über die vertretenden Institutionen sowie aktuelle Themen und Fragestellungen zu erhalten.

Um den Kenntnisstand über aktuelle Entwicklungen zu vertiefen, wurden 2018 mehrere Referenten zu Fachvorträgen eingeladen. So stellte Herr Gimmler vom Kommunalen Seniorenservice Hannover den Demenzparcours „Hands on dementia“ vor. Es handelt sich um einen interaktiven Weg, Demenz zu begreifen.

Ebenso stellte Frau Dr. Maren Preuss von der LVG das niedersachsenweite Projekt „Leben in Balance-Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Pflegebedürftigen in (teil-)stationären Einrichtungen“ vor.

Das bereits im Jahre 2017 vorgestellte Modellprojekt der Gesundheitsregion Region Hannover, welches zum Ziel hat, die verschiedenen Bereiche der Gesundheitsversorgung besser miteinander zu vernetzen, wurde im Jahre 2018 wieder in der Fachgruppe aufgegriffen. Es erfolgte eine Vorstellung der bisherigen Schritte und Erfolge der demenzsensiblen Kommune Burgwedel.

Auch im Jahre 2018 nahm die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen eine wichtige Stellung in der Fachgruppe ein. Es zeigte sich, dass sich hierüber ein gemeinsames Fallverstehen entwickelte und Lösungswege erarbeitet wurden, welche in den folgenden Sitzungen noch einmal reflektiert wurden.

Besonders hervorzuheben war der Vortrag einer Betroffenen, welche ihren Lebensgefährten seit Jahren mit seiner Demenz begleitet. Die persönlichen Sorgen und Schwierigkeiten sowie Versorgungslücken im Hilfesystem wurden hier sehr anschaulich aus der Betroffenenperspektive dargestellt.

**Ausblick:**

Die sehr gute Beteiligung und konstruktive Zusammenarbeit der Teilnehmer im Jahre 2018 zeigt, dass weiterhin ein sehr großes Interesse an einem interdisziplinären Austausch besteht. Zukünftige Schwerpunkte der Fachgruppe werden weiterhin darin bestehen, nach Vorgabe des Landespsychiatrieplans die interdisziplinäre Vernetzung durch die Vorstellung

verschiedener Instanzen und Institutionen und deren bedarfsbezogene Kooperation und Verknüpfung zu fördern.

**Fachgruppe „Sucht und Drogen“**

von Frank Woike

(Runder Tisch „Sucht und Drogen“)

Der Runde Tisch Sucht und Drogen hat die Aufgabe, die unterschiedlichen Aktivitäten im Bereich von Drogenhilfe und Drogenbekämpfung, neue Projektüberlegungen und aktuelle Situationen zu diskutieren.

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 als Fachgruppe anzuerkennen und deren Voten in die Psychiatrieplanung mit einzubeziehen (s. Geschäftsordnung des AKG).

**Sitzungstermine:**

4 Sitzungen pro Jahr (einmal pro Quartal)

**Teilnehmerkreis:**

Knapp 50 Personen und Institutionen aus den Bereichen der Sucht- und Drogenhilfe, Parteien, Polizei, Staatsanwaltschaft, Justiz, Ärzteschaft, Kostenträger, Jobcenter, Landesministerien, Verwaltung und Selbsthilfegruppen

**Bearbeitete Themen:****a) Sucht und illegale Drogen im öffentlichen Raum:**

Die Situation der zunehmenden Verringerung öffentlicher Flächen (besonders in der Innenstadt) und der Sanierung von öffentlichen Plätzen hat den Runden Tisch durchgehend im Jahr beschäftigt. Die Verdrängung und auch mögliche Duldung einzelner Gruppen, sowie die Einhaltung von Regeln hat die Diskussion der Stadtgesellschaft und der Fachkräfte beschäftigt. In diesem Zusammenhang waren folgende Aspekte von besonderer Bedeutung:

- Verlängerung der Öffnungszeiten des Drogenkonsumraums „Stellwerk“ an Werktagen um jeweils 2 Stunden und zukünftig auch an Sams- und Sonntagen (inkl. eines Mittagstisches) für jeweils 6 Stunden.
- Aufstellen von 2 Spritzenautomaten, um auch außerhalb der Öffnungszeiten von Suchthilfeeinrich-

tungen eine kontinuierliche Versorgung von sterilem Material wie Kanülen, Spritzen, Rauchfolien etc. zum Selbstkostenpreis zu ermöglichen.

- nach wie vor ist die Versorgung von Wohnraum und Notschlafplätzen für suchtkranke Menschen unzureichend. Dies belegen auch zahlreiche Beschwerden vor und in Gebäuden, sowie in Parkhäusern. Dazu sind Forderungen an die Politik formuliert, um diese Situation zu verbessern.
- die Gefahr von Überdosierungen hat durch stark schwankende Wirkstoffgehalte der Drogen im Straßenverkauf zugenommen.

**b) Kinder aus suchtblasteten Familien** sind die größte bekannte Risikogruppe für eine spätere eigene Erkrankung. Für diese Arbeit existiert ein gut ausgebauten Netz unterschiedlichster Professionen. Aktuelle Zahlen belegen, dass die Überprüfung einer Kindeswohlgefährdung trotzdem nicht automatisch zu einer Herausnahme aus der Familie führt. Es wird geschaut, ob stabilisierende Maßnahmen für die Erwachsenen und auch für die Kinder innerhalb der Familie möglich sind. Das gleiche gilt auch für Kinder aus Familien, in denen mindestens ein Elternteil substituiert wird.

**c) Die Aufnahme der Computerspielabhängigkeit (online und offline) in den ICD-11-Katalog** ab dem Jahr 2022 stellt die Kommunen vor die Aufgabe, das Angebotsspektrum und die Konzepte von Fachstellen auf diese Entscheidung hin zu überprüfen. Zum jetzigen Zeitpunkt lässt sich noch nicht abschätzen, ob und in welcher Höhe es zu einer Zunahme der Fallzahlen kommen wird. Auch liegen nach Auskunft des Kriminologischen Forschungsinstitutes (KFN) noch keine gesicherten Erkenntnisse zu einem Mischkonsum mit stoffgebundenen Süchten bzw. psychischen Komorbiditäten, wie z.B. einer Depression, vor.

## Fachgruppe „Inklusiver Sozialraum“

Marco Schomakers

(Sprecher der Fachgruppe)

Die Fachgruppe Inklusion beschäftigt sich mit der Umsetzung der Inklusion im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover. Sie will den aktuellen

Stand der Inklusion in den Einrichtungen und Diensten des AKG erfassen und weitere Impulse auf dem Weg der Inklusion geben.

### Sitzungstermine:

Die Fachgruppe tagt an jedem 3. Montag in ungeraden Monaten, 15.00 – 17:00 Uhr im Haus der Region. Das Feld der Teilnehmenden ist weit gestreut, es sind neben interessierten Einzelpersonen Vertreterinnen und Vertreter des ambulant betreuten Wohnens, Tagesstätten, Werkstätten für behinderte Menschen, stationärem Wohnen, gesetzliche Betreuung, psychiatrischen Kliniken, Beschäftigungsangebote, der Region Hannover, psychosoziale Beratung und Begleitung, Pflege und Assistenz und der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung zu den Sitzungen anwesend.

### Bearbeitete Themen:

Im Jahr 2018 hat sich die Fachgruppe mit verschiedenen Einrichtungen und Diensten auseinandergesetzt. Es fand eine Vorstellung der „Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB)“ statt, in der wir über die Aufgaben und Möglichkeiten informiert der EUTB informiert wurden. Es gab Sitzungen mit verschiedenen Vertreter/-innen der Verwaltung der Region Hannover. Die Stabstelle Inklusion der Region Hannover und die Stelle für „Wohnen im Alter und mit Behinderung“ haben sich in der FG vorgestellt und es wurden die Möglichkeiten einer weiteren Kooperation besprochen. Es gab eine längere Auseinandersetzung zur Frage der Ausstattung eines inklusiven Sozialraumes.

Geplant ist, die neue Beauftragte der Region Hannover für Menschen mit Behinderungen und ggf. die Beauftragte der Landeshauptstadt Hannover zu einer Sitzung der FG wie auch den Verein Psychiatrieerfahrener (VPE) und die Landesarbeitsgemeinschaft Autismus Niedersachsen als eine der Vertretungen von Betroffenen einzuladen, um auch hier Fragen der Inklusion zu diskutieren.

Im Sommer hat ein Treffen einer Arbeitsgruppe zur Planung einer möglichen Befragung zu Themen der Inklusion stattgefunden. Hier gab es erste Schritte und wichtige Ergebnisse für eine Befragung zu Inklusionsthemen. Neben Teilnehmer/-innen der FG Inklusion

war auch das Ethnomedizinische Zentrum aufgrund der dort vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen für Studien beteiligt. Es wurde über die Konzeption einer Vorstudie zur Klärung des weiteren Vorgehens gesprochen und Erfahrungen aus Workshops zum Thema Inklusion in einer tagesstrukturierenden Einrichtung zu Inklusionsthemen besprochen.

Seit dem Sommer beschäftigt sich die Fachgruppe wieder mit der Frage des Amtes des Sprechers der Fachgruppe, da Frank Meister (360°-Fachgesellschaft für soziale Integration e. V.) aus gesundheitlichen Gründen vom Amt des Sprechers der Fachgruppe zurückgetreten ist. In der Diskussion über die Wahl für das Amt des Sprechers/ der Sprecherin zeigte sich eine große Übereinstimmung darin, dass es die FG weiter geben soll, um die Thematik der Inklusion der Menschen mit seelischen Behinderungen weiter in die Landeshauptstadt und die Region Hannover, wie auch in den AKG zu tragen. Im November wurde eine Gruppe von drei Personen als Sprecher/-innen der FG gewählt: Katrin Kuhn (Gemeinnützige Gesellschaft für inklusive Serviceleistungen mbH (GiS), Sabrina Böcker (Mosaik gemeinnützige GmbH inklusiv Leben), Marco Schomakers (Arbeiterwohlfahrt Region Hannover e.V.).

#### **Ausblick:**

Die Fragestellung nach „Teilhabe-Barrieren für Menschen mit psychischen Erkrankungen“ wird uns auch weiterhin begleiten. Weiterhin wünschen wir uns mehr Beteiligung, insbesondere von Betroffenen und deren Verbänden. Das breite Spektrum der Teilnehmenden mit den verschiedenen Perspektiven der Einrichtungen, Dienste, aus der Verwaltung, von Fachleuten und als Vertreter/-innen der Betroffenen belebt die stattfindenden Diskussionen immer wieder und führt zu einem lebendigen, fruchtbaren und sehr dynamischen Austausch.

## **Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“**

von Birgit Dietl

(Sprecherin der Fachgruppe)

#### **Sitzungstermine:**

Es fanden 4 Treffen im Kalenderjahr statt.

3 Sitzungen, über die ein Protokoll verfasst wurde, fanden für 2 Stunden im Haus der Region statt. Im September nahm die Fachgruppe an einem Fachtag des Koordinationszentrums Kinderschutz im Stadtteilzentrum KroKuS auf dem Kronsberg teil.

#### **Teilnehmerkreis:**

An den Sitzungen der Fachgruppe nahmen regelmäßig zwischen 15 - 20 Fachkräfte unterschiedlicher Träger teil.

- AfW- Arbeitsgemeinschaft für Wohngruppen und sozialpädagogische Hilfen e.V. Hannover: Heilpädagogische -therapeutische Wohngruppe Lichblick
- BAF e.V. – Verein für Bildungsmaßnahmen im Arbeits- und Freizeitbereich
- FaB - Fachanbieter für Betreuungen gGmbH
- Gesellschaft für pädagogische und psychologische Beratung e.V. , Sallstraße
- AUF DER BULT – HKA, Kinder-und Jugendkrankenhaus/ KKH, Sozialpädiatrisches Zentrum/ SPZ
- KRH, Klinikum Region Hannover, Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Wunstorf
- LH Hannover, Fachbereich Jugend und Familie/ Heimverbund, KSD: Eingliederungshilfen, Clearingstelle, Jugend- und Familienberatung,
- Niedersächsische Landesschulbehörde, Regionalabteilung Hannover, Dezernat 5 – Schulpsychologie
- Pestalozzi-Stiftung
- Stadt Langenhagen, Allgemeiner Sozialer Dienst, Bereich seelische Behinderung
- Stephansstift – Evangelische Jugendhilfe
- Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche, Allgemeiner Sozialer Dienst, Eingliederungshilfe
- Beta 89
- IGS Kronsberg
- IGS Roderbruch
- Peter-Unstinov Schule
- Kinderschutzzentrum
- u.a.

### Bearbeitete Themen:

Ein regulärer Bestandteil der Sitzungen war der Austausch über Aktuelles aus den teilnehmenden Einrichtungen und Institutionen.

1. Sitzung: Herr Kleine-Huster, Didaktischer Leiter der IGS Kronsberg bat mit der Anfrage: „Wie können wir von schulischer Seite den Kontakt und eine Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie grundsätzlich besser gestalten?“ um Gehör. In den letzten Jahren wurde in der Fachgruppe das Thema „Schnittstellenproblematik zwischen Jugendhilfe, Schule sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie“ wiederholt diskutiert, allerdings ohne anwesende Schulvertreter. Daher traf Herr Kleine – Husters Anliegen auf verstärktes Interesse. In einer angeregten Diskussion wurde die Bereitschaft deutlich, sich in der kommenden Sitzung intensiv mit den jeweiligen Vertretern von Jugendhilfe, Schule und KJP auszutauschen und Möglichkeiten sowie erste Maßnahmen zur besseren Vernetzung zu erarbeiten. Interessierte Mitglieder der Fachgruppe kamen zu einer Untergruppe zusammen und bereiteten das Thema für die folgende Fachgruppensitzung vor. Mitglieder der Vorbereitungsgruppe waren: Herr Kleine- Huster von der IGS Kronsberg; Frau Haller, Schulleiterin der Peter-Ustinov-Schule, Frau Hollegah, Schulsozialarbeiterin der IGS Roderbruch und Frau Bödeker, Familiensozialarbeiterin von FaB gGmbH.

2. Sitzung: Es erfolgte eine Einführung zum Thema „Kooperation zwischen Schulen, Jugendhilfe sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie“ Mit Unterstützung der Methode des World Café wurde anschließend das Thema lebhaft und vielseitig zu nachfolgenden Fragestellungen diskutiert: Was erhoffe ich mir von einer besseren Kooperation? Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, damit Kooperation gelingen kann? Welche Bedingungen stehen einer gelungenen Kooperation oft entgegen? Wie könnte ich selbst zu einer besseren Kooperation beitragen? Welche Maßnahmen können wir selbst ergreifen, um Kooperation zu fördern? Die Ergebnisse der verschiedenen Unterthemen wurden im Plenum vorgestellt und diskutiert.

3. Sitzung: Teilnahme der Fachgruppe am Fachtag des Koordinierungszentrums Kinderschutz Hannover zum

Thema „Wenn die Situation verrückt ist - Kooperation im Kinderschutz zwischen der Jugendhilfe und der Erwachsenenpsychiatrie“

4. Sitzung: Herr Blanke, Psychatriekoordinator/Drogenbeauftragter der Region Hannover gab einen Input zum Landespsychiatrieplan. Des Weiteren wurden die Ergebnisse des World-Cafés der 2. Fachgruppensitzung zum Thema „Kooperation zwischen Schulen, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe“ in einem Informationspapier von Herrn Kleine-Huster (Didaktischer Leiter der IGS Kronsberg) zusammengefasst und in einer Diskussionsrunde auf ihre Umsetzbarkeit geprüft.

### Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“ von Thorsten Sueße (Sprecher der Fachgruppe)

#### Sitzungstermine:

Zweimal im Jahr jeweils mittwochs (am 14.03.2018 und 12.09.2018) im Haus der Region, Hildesheimer Str. 20.

#### Teilnehmerkreis:

Sozialpsychiatrischer Dienst (Leitung und Psychiatriekoordination), Ordnungsbehörde (Team Fachaufsicht Sozialhilfe der Region Hannover), Kassenärztliche Vereinigung (KVN), ärztliche Leitung Rettungsdienst, Feuerwehr Hannover, Polizeidirektion Hannover, Amtsgericht Hannover, Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf, Klinikum Wahrenndorff, Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker.

#### Bearbeitete Themen und Ergebnisse:

- Die ordnungsbehördliche Zuständigkeit bei der Region Hannover für (die Beantragung von) Zwangseinsweisungen gemäß NPsychKG ist im Februar 2018 ins Team 50.02 - Fachaufsicht Sozialhilfe - gewechselt. Die bisherigen Telefon- und Faxnummern im Unterbringungsverfahren bleiben weiterhin gültig. Herr Hellweg, Leitung 50.02, ist zum stellvertretenden Sprecher der Fachgruppe gewählt worden.
- Sachstand bezüglich Verabredungen zu den Wartezeiten in psychiatrischen Notfallsituationen:

Die KVN teilt mit, dass der Umstand, dass sich eine psychisch kranke Person zur ärztlichen Abklärung akuter Eigen- oder Fremdgefährdung in einer Polizeiwache aufhält, nicht mehr automatisch dazu führt, dass bei der Triage (Erstellung einer Rangfolge für eilige ärztliche Einsätze) der ärztliche Einsatz hinten-an gestellt wird. Die individuelle Entscheidung des diensthabenden Arztes über die Priorisierung seiner Einsätze bleibt davon unberührt.

Auf entsprechende Nachfragen der Polizei erhält diese von der Regionsleitstelle inzwischen eine Rückmeldung zur ungefähr einzukalkulierenden Wartezeit bis zum Eintreffen des KVN-Bereitschaftsarztes in der Polizeidienststelle.

Bei langen Wartezeiten empfiehlt die KVN abzuwägen, den Patienten ggf. von der Polizeidienststelle in eine ärztliche Bereitschaftspraxis zu fahren und dort zur Abklärung vorzustellen.

Es ist eine Handlungsanleitung von der Polizeidirektion Hannover erarbeitet worden, wie vonseiten der Polizei bei Einsätzen mit psychiatrischen Notfällen, in denen eine Einweisung in eine psychiatrische Klinik notwendig erscheint, zu verschiedenen Tageszeiten umzugehen ist (z. B. ist es bei sehr langen Wartezeiten im jeweiligen Einzelfall möglich, dass die Polizei die psychisch kranke Person direkt in die zuständige psychiatrische Fachklinik bringt, nachdem die Polizei dort zuvor angerufen hat).

Ein Jahr nach Erstellung dieser Handlungsanleitung hat die Polizei im August 2018 die Wartezeiten psychisch kranker Personen in ihren Dienststellen bei Vorliegen einer Notfallsituation in den zurückliegenden 12 Monaten ausgewertet. Ein Ergebnis: Die Wartezeiten auf den Arzt des KVN-Bereitschaftsdienstes haben sich gegenüber dem Vorjahr im Durchschnitt von 2:33 h auf 1:48 h verringert.

Die Präsentation der Evaluationsergebnisse fürs Folgejahr durch die Polizeidirektion Hannover in der FG Krisen- und Notfalldienst ist für Oktober 2019 vorgesehen.

Wenn in einer psychiatrischen Notfallsituation im ambulanten Kontext außerhalb einer medizinischen Einrichtung in angemessener Zeit kein Arzt zur Erstellung eines ärztlichen Zeugnisses gemäß § 18 NPsychKG zu bekommen ist, werden die betroffenen psychisch kranken Personen stattdessen in ein

Allgemeinkrankenhaus gefahren (dort findet ein allgemeinärztliches Screening statt, wie in der Notfallsituation weiter zu verfahren ist). Die Krankenhäuser müssen sich dafür zuvor für zuständig erklärt haben. In manchen Fällen ist es durchaus sinnvoll, wenn eine psychisch kranke Person vor Aufnahme in einer psychiatrischen Fachklinik in einem Allgemeinkrankenhaus körpermedizinisch durchgecheckt worden ist.

- Für die Nachsorge psychisch kranker Personen ist es wichtig, dass die psychiatrischen Kliniken ihrer gesetzlichen Verpflichtung (gemäß § 27 Abs. 3 NPsychKG) nachkommen, über die bevorstehende Entlassung bisher nach NPsychKG bei ihnen untergebrachter Personen die Region Hannover zu unterrichten. Um den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) ggf. um eine ambulante Nachsorge entlassener nicht zwanguntergebrachter Patienten bitten zu können, sollte das Personal der psychiatrischen Kliniken daran denken, sich vom Patienten vor seiner stationären Entlassung eine schriftliche Schweigepflichtentbindung gegenüber dem SpDi geben zu lassen.
- Ein Hausverbot gegenüber einer bestimmten Person kann nicht im Falle einer erforderlichen Aufnahme aufgrund eines Notfalls gelten. In diesen Fällen muss zuvor eine Ersatzregelung von dem betreffenden Krankenhaus getroffen worden sein (welches Krankenhaus ist stattdessen verbindlich zur Aufnahme bereit?).
- Überarbeitung des bisherigen Krisenpasses: Es ist angeregt worden, sich in verschiedenen Runden des Sozialpsychiatrischen Verbundes mit der Überarbeitung des Krisenpasses zu beschäftigen. Inhaltliche Leitfrage an die/den Inhaberin/Inhaber des Krisenpasses: Was denken Sie, was andere Menschen wissen sollten, wenn Sie wieder in eine Krise kommen?  
Vorschläge für zu diskutierende Änderungen:
  - Die Diagnose(n) ergänzen (evtl. in beschreibender Form)
  - Woran ist zu erkennen, dass ich eine akute Krise habe?
  - Ggf. die Rubrik Behandlungsvereinbarung um Zeilen verringern, weil diese so selten vorkommt
  - Letzter Klinikaufenthalt

- Was hilft in der Krise (außer Medikamenten)? Informationen über hilfreiche persönliche und soziale Ressourcen (z. B. Skills) stärker berücksichtigen
- Die Bezeichnung „Krisenpass“ durch eine andere (ansprechendere) Bezeichnung ersetzen
- Den Teil über die pharmakologischen Informationen begrenzen
- Den Begriff für die Inhaber/innen des Krisenpasses – bisher „Psychiatrie-Erfahrene“ – durch einen anderen Begriff ersetzen

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

Aufgrund des wachsenden Anteils von Menschen mit Migrationshintergrund (Ausländer, Aussiedler/Spätaussiedler, Asylbewerber/Flüchtlinge etc.), wird diese Bevölkerungsgruppe zu einer immer wichtigeren Zielgruppe für gemeindepsychiatrische Angebote in der Region Hannover.

Im Jahr 2005 lebten 258 Tsd. (22,9%) Menschen mit einem Migrationshintergrund in der Region Hannover. Ihr Anteil stieg im Jahr 2012 auf 277 Tsd. (24,4%) an. Im Jahr 2017 nahm der Anteil der Migranten weiter zu und betrug ca. 311 Tsd. (26%) Personen (Statistikstellen Stadt und Region, 2017).

Die Fachgruppe Migration und Psychiatrie arbeitet seit ihrer Gründung im Jahr 2006 sehr kontinuierlich zum Thema „Integration von Migranten in das sozialpsychiatrische Versorgungssystem der Region Hannover“. Hierzu hat sich die Fachgruppe folgende Ziele gesetzt: Sensibilisierung, Vernetzung, Bedarfserhebung, Konzeptentwicklung und Aufklärung/Information zur Thematik Migration und Psychiatrie im Kontext des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover.

#### **Sitzungstermine:**

Im Jahr 2018 haben insgesamt 4 Sitzungstermine (06.02.2018, 08.05.2018, 07.08.2018, 06.11.2018) stattgefunden. Diese fanden wechselnd bei unterschiedlichen teilnehmenden Institutionen der Fachgruppenmitglieder statt. Jede Sitzung hatte einen Umfang von 1,5 Std im Durchschnitt.

#### **Teilnehmerkreis:**

- Ambulante Hilfen für Menschen mit Behinderungen e.V.
- Caritasverband Hannover e.V.
- Deutsches Rotes Kreuz, Flüchtlingsunterkunft
- DRK Wohnheim Tresckowstraße
- Ethno-Medizinisches Zentrum e.V.
- Institut für transkulturelle Betreuung e.V.
- Klinikum der Region Hannover Psychiatrie Wunstorf, PIA am Schwarzen Bär
- Klinikum der Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf
- Klinikum Wahrenndorff, Zentrum Transkulturelle Psychiatrie & Psychotherapie
- Landeshauptstadt Hannover, Integrationsmanagement, FB 50
- Landeshauptstadt Hannover, Koordinierungsstelle Zuwanderung Osteuropa
- Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge e.V.
- Perspektiven GbR
- Psychiatriekoordinator der Region Hannover
- Sozialpsychiatrischer Dienst, Freitagstr.
- Sozialpsychiatrischer Dienst, Laatzen
- Sozialpsychiatrischer Dienst, Peinerstr.
- Sozialpsychiatrischer Dienst, Plauenerstr.
- Sprecherin des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie
- SuPA GmbH

#### **Bearbeitete Themen:**

Förderung der Vernetzung und des fachlichen Austausches zwischen den Mitgliedsorganisationen der Fachgruppe:

Um die Vernetzung zwischen den Fachkräften, Institutionen und Angeboten zum Themenfeld Migration und Sozialpsychiatrie zu verbessern wurden im Jahr 2018 schwerpunktmäßig auf Wunsch der Mitglieder die Sitzungen der Fachgruppe wechselnd bei unterschiedlichen Mitgliedsorganisationen der Fachgruppe durchgeführt. Dabei hat die gastgebende Einrichtung jedes Mal ihr Konzept, ihre Angebote (mit Schwerpunkt Migration) sowie die Mitarbeiterstruktur vorgestellt. Im Jahr 2018 haben sich folgende Einrichtungen vorgestellt:

- Institut für transkulturelle Betreuung (Betreuungsverein) e.V.
- Sozialpsychiatrischer Dienst, Plauener Str.
- Sozialpsychiatrischer Dienst, Laatzen

- DRK Flüchtlingswohnheim Tresckowstr.
- Insgesamt wird diese Vorgehensweise von den Teilnehmern der Fachgruppe sehr positiv bewertet, da viele Mitglieder dadurch nun ein differenzierteres Bild von den Angeboten und den Einrichtungen, die schwerpunktmäßig psychiatrisch Migranten/-innen versorgen gewinnen konnten. Im Folgejahr soll diese Vorgehensweise fortgeführt werden.

### Wegweiser Sozialpsychiatrie für die Region Hannover

- Die Region Hannover hat das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. beauftragt einen Wegweiser zur sozialpsychiatrischen Versorgung zu erstellen. Der Wegweiser soll sich an alle Bürger/-innen der Region Hannover wenden, unabhängig von Herkunft, Geschlecht, Alter und gesundheitlicher Beeinträchtigung. Die Idee dazu wurde in der Fachgruppe Migration und Psychiatrie entwickelt und verfolgt das Ziel, mehr Aufklärung und Transparenz über den Aufbau und die Angebote des sozialpsychiatrischen Versorgungssystems zu vermitteln.
- Ende Februar 2018 wurden alle Arbeiten am Wegweiser vom EMZ abgeschlossen und die fertigen Dateien der Region Hannover übergeben werden, die dann den Satz, Layout sowie den Druck realisiert haben.
- Am 06.09.2018 wurde der fertige Wegweiser von Herrn Kimil (Sprecher der FG) und Herrn Blanke (Psychiatriekoordinator) beim Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie im Rahmen des „Berichts über die Aktivitäten der FG Migration und Psychiatrie im Jahr 2018“ den Mitgliedern des AKG vorgestellt.
- Der fertige deutsche Text wurde in 7 weitere Sprachen übersetzt und von der Region Hannover gedruckt und veröffentlicht. Gedruckte deutsche Versionen können beim Sozialpsychiatrischen Ve-bund/Frau Kintrup (Tel. 0511/616 44763) bestellt werden.



- Über die Internetseite der Region Hannover Download: [www.hannover.de/spv](http://www.hannover.de/spv) in folgenden Sprachen:  
Deutsch, Englisch, Polnisch, Russisch, Serbokroatisch, Türkisch, Arabisch, Far

### Sonstige Themen

- die 2018 auf der Agenda der Fachgruppe gestanden haben:
- Im Rahmen der Fachgruppe Migration und Psychiatrie wurden im Jahr 2018 erste Fallbesprechungen durchgeführt. Das soll auch in 2019 fortgeführt werden.
- Das Thema „Unterbringung chronisch kranker Flüchtlinge“ ist weiterhin ein wichtiges Thema und wurde immer wieder bei den Sitzungen der FG Migration und Psychiatrie im Jahr 2018 thematisiert.
- Auf Wunsch von Mitgliedern der FG Migration und Psychiatrie hat Herr Hogh von der Region Hannover vom Team Zentrale Aufgaben der Eingliederungshilfe (Grundsatz Eingliederungshilfe) am 07.08.2018 eine Übersicht zur Eingliederungshilfe bei Behinderungen gegeben.

### Bericht der Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit von Frauke Gossé und Henning Kurth (Sprecherin und Sprecher der Fachgruppe)

#### Aufgabenstellung:

Seit 1993 besteht die Aufgabe der Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit darin, die psychiatrische Versorgung für Menschen mit psychischen Auffälligkeiten, die wohnungslos oder obdachlos sind, zu ermöglichen bzw. weiterzuentwickeln. Die vorhandenen Hilfestrukturen können durch unsere Klientennichtimvollen Umfang genutzt werden. Sowohl in der Wohnungslosenhilfe, als auch in der Psychiatrie, bestehen weiterhin Lücken der Bedarfsdeckung.

„Die Hilfestrukturen konnten und können den Betroffenen, die in den jeweiligen anderen Hilfesystemen auftreten, nicht die bedarfsgerechte Unterstützung bieten, die notwendig sind. Hier fehlt es nach wie vor an klaren Absprachen und nachhaltigen Kooperationsverträgen in der Region Hannover“. (vgl. Jahresbericht der FG 2017)

Die Übergänge aus dem / in das jeweilige andere Hilfesystem gelingt in der Regel, nicht reibungslos – dies liegt an dem besonderen Klientel als auch an den Hilfesystemen, welche dementsprechend nicht besonders auf das Klientel abgestimmt sind.

Dies wurde uns in dem vergangenen Jahr erneut drastisch vor Augen geführt.

Einen Großteil des FG Austauschs bestimmte der Fall einer psychisch kranken, obdachlosen Frau:

Frau M. war augenscheinlich psychisch krank und wohnungslos, zum Teil hilflos und lehnte erforderliche Hilfe ab, sie hielt sich im Nahbereich des Bahnhofs auf. Im Januar, Februar 2018, wurden über die Streetworker der Wohnungslosenhilfe und der Stadt Hannover wiederholt die vorhandenen Hilfen angefordert. Rettungsdienst, Polizei und Sozialpsychiatrischer Dienst waren vor Ort, zu Aufnahmen in eine stationäre Behandlung (Krankenhaus) war es zunächst nicht gekommen. Trotz Kälte, es waren draußen Minusgrade, wurde die Betroffene nicht in ein psychiatrisches Krankenhaus aufgenommen. Die Unterbringung nach NPsychKG, die vom 'SpDi angeregt wurde, wurde im ersten Versuch vom zuständigen Feuerwehr B Beamten abgelehnt. Die Straßensozialarbeiter verdeutlichten dennoch weiter die Dringlichkeit, trotzdem kam es vorerst zu keiner Maßnahme. Durch erneute Initiative des 'SpDi wurde letztlich erheblich verspätet seitens des Betreuungsgerichts ein Beschluss zur Krankenhauseinweisung gegen den Willen der Betroffenen gefasst. In Folge der Inkontinenz der Frau und ihrer Weigerung, Hilfen anzunehmen, sowie den winterlichen Temperaturen mussten beide Beine bis zu den Knien amputiert werden. Mittlerweile ist Frau M. erneut in der Krankenwohnung „Die Kurve“, einer Krankenstation der Wohnungslosenhilfe, untergekommen.

#### **Sitzungstermine:**

Die Fachgruppe trifft sich alle 2 Monate am jeweils dritten Mittwoch von 14.00 Uhr bis 16.00 Uhr im Monat in den Räumen des Werkheimes Hannover e.V..

#### **Teilnehmerkreis:**

In der Fachgruppe haben sich aus der Region ca. 15 Einrichtungen der Psychiatrischen Versorgung und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe zusammengefunden. Seit 2016 unterstützt uns eine Vertreterin des sozialpsychiatrischen Dienstes und eine Institutambulanz ist vertreten durch die PIA Deisterstr. der KRH-Psychiatrie Wunstorf. Wir alle arbeiten sehr konstruktiv und mit viel Beharrlichkeit weiterhin daran, für diese Personengruppe hilfreiche Veränderungs-

prozesse in Gang zu setzen oder in Gang zu halten. In diesem Rahmen hat sich zum Beispiel eine Zusammenarbeit zwischen der Straßenambulanz der Caritas und der PIA Deisterstraße des KRH Wunstorf entwickelt, deren Ziel es ist, Wohnungslosen den Zugang zu psychiatrischer Komplexbehandlung möglichst niederschwellig zu ermöglichen.

Das Sprecherteam der Fachgruppe hat sich geändert:

- Uwe Reichertz-Boers, Fachgruppensprecher seit den Anfangstagen hat seine Funktion abgegeben, - die Fachgruppe sagt Danke!
- Frauke Gossé, KRH Psychiatrie Wunstorf, PIA Hannover- Deisterstraße, hat seine Funktion übernommen.

#### **Bearbeitete Themen:**

- Schnittstellenprobleme wohnungslos / psychisch krank
- Das Bundesteilhabegesetz wurde gestreift, soll im nächsten Jahr vertieft werden
- Fallbeispiel, fristlose Kündigung aus einer kommunalen Unterkunft bei psychischer Erkrankung
- Regelaufnahme von AusländerInnen in die Hilfe gem. § 67 SGB XII
- Fallbeispiel aus dem Bereich Streetwork (s.o.). „Der Fall selber macht aber auch erneut deutlich, dass es in Hannover keinen Raum für ein selbstbestimmtes Leben für wohnungslose Menschen mit psychiatrischen Problemen analog dem Hotel Plus in Köln gibt“ aus dem Protokoll der FG April 2018
- Unterbringung gegen den Willen von sich gefährdenden obdachlosen Personen, Austausch mit Frau Richter Eicke
- „Pilotprojekt Niederschwelliges Wohnangebot für Wohnungslose“ LH Hannover
- Entstehung eines „Kriseninterventionsteam“ für psychisch kranke Wohnungslose

#### **Ausblick:**

Der Zugang zur psychiatrischen Versorgung von Wohnungslosen wird die FG weiter beschäftigen. Hoffnung haben wir in Bezug auf die beiden zuletzt genannten Projekte, dass es gelingt, konkret vereinbarte Hilfestrukturen für unsere Klientel in der Region Hannover zu entwickeln.

Wer an den genannten Inhalten mitarbeiten und auch an kontinuierlichen Fallbesprechungen und Informa-

tionsveranstaltungen teilnehmen möchte, ist hierzu herzlich eingeladen und willkommen.

---

## **Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“ von Manfred Willems und Birgitt Theye-Hoffmann (Sprecher/Sprecherin der Fachgruppe)**

In der Fachgruppe finden ein regelmäßiger Austausch und die Bearbeitung aktueller Themen der unterschiedlichen Akteure im Bereich der Eingliederungshilfe statt. Durch die verschiedenen Perspektiven der Teilnehmenden, die multiprofessionelle Zusammensetzung und die enge Vernetzung mit der AG Qualitätsstandards im ABW können in der Fachgruppe sowohl aktuelle Fragen als auch grundlegende Entwicklungen und sich daraus ergebende Veränderungen im Bereich der Eingliederungshilfe kooperativ besprochen und Handlungsbedarfe erörtert werden.

### **Sitzungstermine:**

Die Fachgruppensitzungen finden in den ungeraden Monaten am 3. Mittwoch von 9.00 bis 11.00 Uhr im Haus der Region statt.

### **Teilnehmer\*innenkreis:**

Neben ambulanten, teilstationären und stationären Leistungserbringern nehmen regelmäßig auch Betroffene und Angehörige von Betroffenen, der Sozialpsychiatrische Dienst sowie einige Anbieter, die neben Eingliederungshilfeleistungen auch Leistungen aus dem Bereich der Pflege anbieten, teil. Ergänzt wurden die Sitzungen durch externe Referenten. An den Sitzungen beteiligen sich durchschnittlich ca. 25 Personen. Mitte letzten Jahres gab es einen Wechsel in der Sprecherfunktion; Herr Willems von den Hannoverischen Werkstätten wurde stellvertretender Sprecher der Fachgruppe, Frau Theye-Hoffmann von beta89 wurde zur neuen Fachgruppensprecherin gewählt.

### **Bearbeitete Themen:**

Am Anfang des vergangenen Jahres hat sich die Fachgruppe mit dem Landespsychiatrieplan beschäftigt und hier insbesondere mit den Schwerpunkten der Selbsthilfe und der Teilhabe am Arbeitsleben. Daraus folgte die Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten, Chancen und auch Herausforderungen der Teilhabe am Arbeitsleben, dem Budget für Arbeit sowie dem Jobcoaching.

Zum Thema der medizinischen Versorgung stellte sich das Medizinische Zentrum für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) in der Fachgruppe vor. Ebenso stellte sich AktivDabeiSein mit einem Vortrag und Austausch zur Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) vor.

Insbesondere hat sich die Fachgruppe im Laufe des Jahres immer wieder intensiv mit dem Bundesteilhabegesetz und den daraus resultierenden Veränderungen sowie dem niedersächsischen Bedarfsermittlungsinstrument (B.E.Ni.-Bögen) beschäftigt. Die kurzfristige Einführung der B.E.Ni.-Bögen und die daraus resultierenden Veränderungen in der Bedarfsermittlung, die bei allen Beteiligten zu Verunsicherungen, Verzögerungen und Herausforderungen in der Umsetzung führten, konnten in der Fachgruppe im konstruktiven Dialog miteinander thematisiert werden.

Nach dem Fachtag ‚Zukunft des ABW – Veränderungen konstruktiv nutzen‘ im Frühjahr 2018, der sich mit dem BTHG, dem aktuellen Stand der Umsetzung und den Perspektiven auseinandersetzte sowie dem engen Austausch mit der AG Qualitätsstandards im ABW ergab sich in der Fachgruppe eine Debatte zur Profilschärfung der sozialen Teilhabeleistung in der Eingliederungshilfe. An dieser Thematik wird aktuell in Arbeitsgruppen der Fachgruppe gearbeitet, deren Ergebnisse im Frühjahr 2019 im Plenum der Fachgruppe vorgestellt werden sollen.

Als neues Thema in der Fachgruppe ist im vergangenen Jahr die Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht entstanden. Dies ist für die Anbieter von ambulant betreuten Wohngemeinschaften genauso ein neues Thema wie für die Heimaufsicht gegenüber dem ABW. Es zeigt sich, dass das Thema Wohnformen häu-

fig aus Sicht der stationären Angebote gedacht wird und die bisherigen Erfahrungen aus der Sicht der ambulanten Anbieter eher weniger einfließen. Auch hier stellt sich die Fachgruppe als ein Ort heraus, bei dem alle Beteiligten, stationäre wie ambulante Anbieter, von einem gemeinsamen Erfahrungsaustausch profitieren und voneinander lernen.

**Ausblick:**

In der Fachgruppe werden auch 2019 die Veränderungen durch das Bundesteilhabegesetz diskutiert. Sie bietet ein Forum für ambulante und stationäre Einrichtungen und deren unterschiedlichen Umsetzungsfragen. Insbesondere die Teilnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes fördert die Zusammenarbeit der Akteure und trägt somit zu einer gelungenen Zusammenarbeit bei. Für 2019 wurde angeregt, dass auch die Verwaltung regelmäßig an der Fachgruppe teilnimmt, womit dann alle Akteure der Eingliederungshilfe, Betroffene und Angehörige in der Fachgruppe vertreten wären. Wie wichtig dies ist, zeigte sich gerade in den letzten Sitzungen bei den Themen Bedarfsermittlung, Kostenzusagen, Teilhabeplanverfahren usw.

Insgesamt ist sehr positiv hervorzuheben, dass die Fachgruppe einen regen fachlichkonstruktiven Austausch führt und somit neben grundsätzlichen Themen auch Alltagsthemen gut abarbeiten kann.

Weitere Themen für 2019 werden die Ergebnisse der Arbeitsgruppen, die Auswertung des Datenblatt C, Rahmenbedingungen unterschiedlicher Wohnformen, die Ausgestaltung der Fachleistung und die Auswirkungen der Umsetzung des BTHG für Betroffene sein.

## BERICHTE DER SEKTOR-ARBEITSGEMEINSCHAFTEN (SAG)

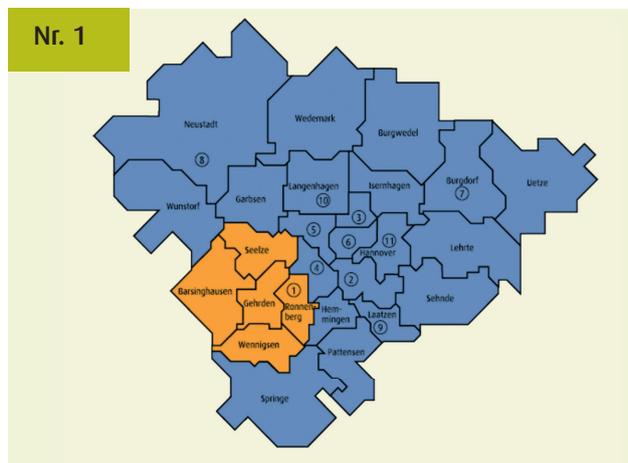
Die Sektor-Arbeitsgemeinschaften (SAG) dienen der sozialräumlichen Vernetzung der ambulanten, teilstationären und vollstationären Angebote für psychisch kranke Menschen. Sie orientieren sich an den Einzugsgebieten (Sektoren) der 11 dezentral und bürgernah arbeitenden Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen in der Region Hannover. Den Beratungsstellen obliegt auch die Organisation und Durchführung der Sektor-Arbeitsgemeinschaften.

### Sektor-Arbeitsgemeinschaft Ronnenberg-Empelde

von Erika Bödeker

(Region Hannover – Sozialpsychiatrischer Dienst)

Bericht über die im Jahr 2018 durchgeführten SAG im Sektor der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Ronnenberg-Empelde mit den zugehörigen Städten, Stadtteilen und Gemeinden: Barsinghausen, Gehrden, Ronnenberg, Seelze, Wennigsen und dem Stadtteil Badenstedt der LHH.



### Sitzungstermine der SAG 2018:

Die SAG tagte – jeweils von 14:00 bis 16:00 Uhr - am 21.02.2018 in der Betreuungsbehörde, Region Hannover, Marktstr. 45 in Hannover und am 20.06.2018 in den Räumen der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Empelde.

### Teilnehmerkreis der SAG:

Besucht wird die SAG von unterschiedlichen Institutionsvertreter\*innen und Berufsgruppen, mit denen wir in der täglichen Arbeit vernetzt sind, wie z. B. Berufsbetreuer\*innen, Mitarbeiter\*innen aus Eingliederungshilfeeinrichtungen und -diensten; Sozialarbeiter\*innen der Städte und Gemeinden; Kranken- und Gesundheitspfleger\*innen eines psychiatrischen Pflegedienstes; Fallmanager\*innen der Jobcenter; Ergotherapeut\*innen; Kolleg\*innen der Betreuungsstelle der Region Hannover; ehrenamtliche Laienhelfer\*innen vom Steg e. V., sowie vom Lichtblick der Petrusgemeinde in Barsinghausen; Kolleg\*innen anderer Beratungsstellen, wie z. B. Sucht- und Lebensberatungsstellen; Kolleginnen aus dem Senioren- und Pflegestützpunkt der Region Hannover.

Die Teilnehmerzahl beträgt durchschnittlich ca. 25 Personen.

### Bearbeitete Themen:

Frau Weiden stellte die Arbeit der Betreuungsbehörde der Region Hannover vor und anschließend wurden Fragen ausführlich besprochen.

Frau Lagerbauer von der Region Hannover, Steuerung und Koordination von Hilfeleistungen, erklärte den Einsatz der neuen B.E.Ni Bögen und Fragen der Anwesenden wurden beantwortet.

Jede SAG hat zusätzlich einen TOP: Neues aus den Institutionen/Verschiedenes, welcher den Austausch der Kolleg\*innen ermöglicht.



## Bericht zur Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße

von Sabine Tomaske

(Region Hannover – Sozialpsychiatrischer Dienst)

Nr. 3



### 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 2018 vier Sitzungen statt

### Teilnehmerkreis:

Regelmäßige Teilnehmer der Sektor-Arbeitsgemeinschaft waren neben den Mitarbeitern der Beratungsstelle, Mitarbeiter des Kommunalen Sozialdienstes und des Kommunalen Seniorenservices, 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), FIPS gGmbH, Balance, 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, Mitarbeiter des Vereins zur Förderung seelisch Behinderter sowie Mitarbeiter des Werkheim e. V., Mitarbeiter vom Birkenhof ambulante Pflegedienste und Mitarbeiter des Instituts für transkulturelle Betreuung e. V., ebenso wie Mitarbeiter der Praxis für Ergotherapie Havekost, eine Mitarbeiterin der gemeinnützigen Gesellschaft für Behindertenarbeit mbH (Tagesstätte

Vielfältig) und Mitarbeiter der Mosaik gGmbH inklusiv Leben und Mitarbeiter des AWO-Zuverdienstprojekts.

### Bearbeitete Themen:

Thematisch befassten wir uns in den Treffen mit folgenden Tagesordnungspunkten:

- Eine Mitarbeiterin der AWO stellt die Arbeit der Familienbildung vor.
- Ein Mitarbeiter stellt den Pflegedienst Casablanca vor.
- Das Projekt ReStart berichtet über die Arbeit mit Menschen in prekären Wohnsituationen.
- Die Tagesstätte Werte e. V. am Bischofsholer Damm stellt seine Arbeit vor Ort vor.
- Erfahrungsaustausch der Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit dem neuen Bedarfsermittlungsverfahren.

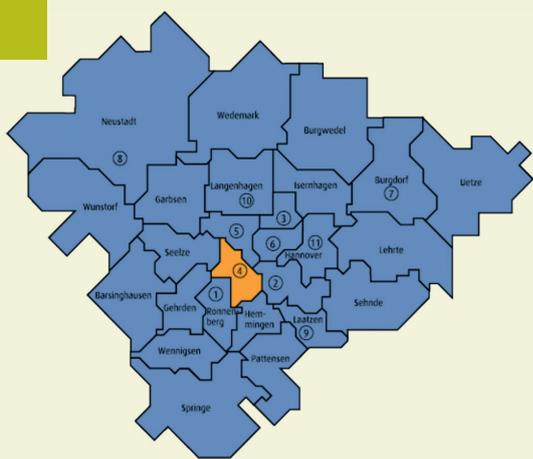
Wir befassten uns in einer Sitzung schwerpunktmäßig ansonsten aber auch immer wieder mit dem neuen Bedarfsermittlungsverfahren, welches seit Jahresbeginn in der Region Hannover bzw. im Land Niedersachsen Anwendung findet. Erfahrungen zeigen, dass das Verfahren trotz Bemühen der Beteiligten länger dauert als zuvor. Das Verfahren scheint defizitorientiert, Stärken und Ressourcen werden kaum noch abgefragt, kleinschrittige Erfolge aus den Entwicklungsberichten finden sich in dem Bogen C nicht wieder. Der Zeitaufwand für die Terminkoordinierung hat zugenommen. Die Länge des Zeitraums ohne Kostenanerkennung lag teilweise zwischen zwei und vier Monaten. Terminkoordinierungen, teilweise mit dem Fallmanagement waren z. T. schwierig, Klienten erscheinen zunehmend verängstigt und wollen an diesem Ermittlungsverfahren nicht teilnehmen. Der bürokratische Aufwand steigt stetig, wünschenswert wäre, wenn die Entwicklungsberichte den B.E.Ni-Bögen in Zukunft angepasst werden würden. Ein erneuter Austausch über dieses Thema wird im Frühjahr 2019 aus dem Teilnehmerkreis gewünscht.

Das Team der Beratungsstelle Plauener Straße bedankt sich bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Sektor-AG für die gute Zusammenarbeit und freut sich auf eine weitere interessierte und rege Teilnahme im Jahr 2019.

## Sektor-Arbeitsgemeinschaft Deisterstraße von Doris Rolfes Neumann (Region Hannover – Sozialpsychiatrischer Dienst)

Der Sektor Hannover Süd-West mit der sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Hannover Linden-Süd umfasst die Stadtteile Ricklingen, Oberricklingen, Wettbergen, Mühlenberg, Ahlem, Limmer und Linden mit einer Gesamt Einwohnerzahl von ca. 150.000 Menschen und einem recht hohen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund. In unserem Sektor befinden sich auch weiterhin mehrere – jeweils vom DRK geführte – Flüchtlingsunterkünfte.

Nr. 4



### Sitzungstermine:

Die Sektor AG Süd-West traf sich wie auch in den vergangenen Jahren jeweils am zweiten Mittwoch des zweiten 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. Die August Sitzung musste angesichts der hohen Raumtemperaturen sowie verschiedenster Absagen ausfallen.

Im Jahr 2018 nahmen erneut Mitarbeiter verschiedenster Einrichtungen an den Treffen der Sektor AG teil, so Vertreter verschiedener ambulanter psychiatrischer Pflegedienste, des ambulant betreuten Wohnens, von Ergotherapiepraxen, von psychiatrischen Tagesstätten, von Zuverdienstprojekten, dem Fallmanagement des JobCenters sowie des Jugend JobCenters Hannover, von Senioreneinrichtungen sowie vom KSD und der Polizei sowie der psychiatrischen Institutsambulanzen am schwarzen Bären und der Deisterstraße.

### Bearbeitete Themen:

Welches waren in diesem Jahr von den Teilnehmern der Sektor-AG Süd-West bearbeitete Themen, zum Teil von externen Referenten angeregt? Immer wieder wurde das Thema Hilfeplanungen im Rahmen der Wiedereingliederungsmöglichkeiten besprochen. Auch wurde wiederholt die Situation der Zuverdienstmöglichkeiten angesprochen. Das Aufnahmemanagement der Wahrendorffschen Kliniken stellte sich vor ebenso wie die Wohnschule Mosaik. Darüber hinaus gab es Raum zur Besprechung von Themen der einzelnen Teilnehmer unter anderem jetzt aktuell die Erweiterung des Angebotes der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege. Auch wurden Themen aus den Sitzungen des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie sowie zum Teil aus verschiedenen Fachgruppen des sozialpsychiatrischen Verbundes vorgetragen. Ziel der einzelnen Sitzungen war erneut in diesem Jahr neben der Information durch die Referenten eine möglichst rege Diskussion zu den einzelnen Themen sowie ggf. Berichte aus den verschiedenen Einrichtungen anzuregen.

### Ausblick:

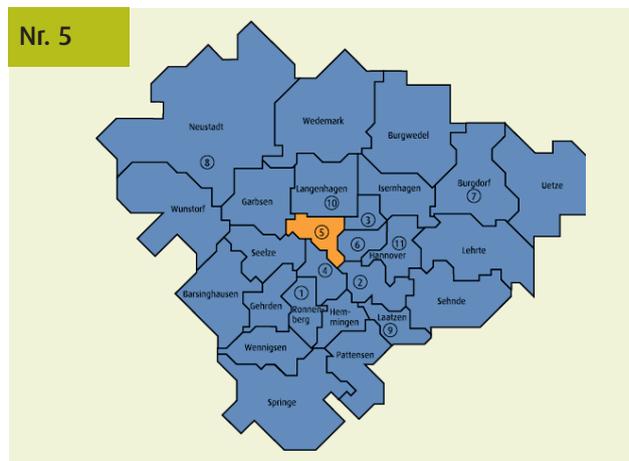
Diese Diskussionskultur sollte auch in 2019 fortgesetzt werden. Vermutlich werden u. a. Hilfeplanungen sowie Veränderungen im Rahmen der pHKP (psychiatrische Häusliche Krankenpflege) Thema sein.

## Sektor-Arbeitsgemeinschaft Königstraße von Andreas Roempler (Region Hannover – 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 1.153063\* (31. März. 2018) EinwohnerInnen in mehrere Beratungsstellen-Sektoren aufgeteilt, für die jeweils Ärztinnen, SozialarbeiterInnen und Fachpflegekräfte tätig sind.

### Zuständigkeit für die Stadtteile:

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



### Sitzungstermine:

In der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle, Königstraße 6, fanden die Treffen der SAG regelmäßig (außer in der Sommerpause) alle zwei Monate, in der Regel, jeweils am ersten Mittwoch des entsprechenden Monats in der Zeit ab 14:00 Uhr –15:30 Uhr statt.

### Teilnehmerkreis:

Die Teilnehmer der Sektor- Arbeitsgemeinschaft setzen sich zusammen aus Vertretern von: AHMB e.V., AWO (betreutes Wohnen), BAF e.V. -, Balance (be-

treutes Wohnen), beta – Zuverdienst, beta Tagesstätte, Betreuungsstelle - Region Hannover, ErA, Ergotherapeutische Ambulanz – Königstraße, FaBel, GfI mbH, Hannoversche Werkstätten GmbH (Autismus Alltags Assistenz), Hannoversche Werkstätten, JobCenter, Künstlerhaus Aue, Bunthus, KSD - Fachbereich Jugend und Familie - Landeshauptstadt Hannover, Kommunalen Seniorenservice – Landeshauptstadt Hannover, Mosaik gem., MöWE ABW, Polizei Hannover (Kontaktbeamte), Verein Psychiatrie-Erfahrene Hannover e.V. (VPE), WERTE e.V.

### Bearbeitete Themen:

Bedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe „Bedarfsermittlungsinstrument Niedersachsen - B.E.Ni.“ wird vorgestellt.

Der Formularsatz Bögen: A, B, C und D werden vorgestellt.

Die Grundlage der Bedarfsermittlung, die ICF, kann auf der Internetseite

<http://www.dimdi.de/static/de/klasi/icf/> kostenlos heruntergeladen werden.

Informationsveranstaltungen, Vortrag, mit anschließender Diskussion über

- Depression, Schizophrene Psychosen, Neurosen/ Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankung, PTBS vs. Borderline-Störung (Herr Kapels)

JobCenter-Fallmanagement

- Leistet aufsuchende Arbeit. Ziel: Tätigkeit auf dem 1. - 2. Arbeitsmarkt
- Zusätzliche Angebote: Fitnessstudio, Ernährungsberatung, etc., die von den Betroffenen kaum genutzt werden.

Informationen

- Neuer Flyer der Fachstelle Sucht und Prävention (neue Medien)
- Flyer „Hannoversches Präventionsprojekt für Kinder psychisch erkrankter Eltern“ – HaKip (das Projekt läuft weiter)
- Flyer der AG Gender und Depression zur Fachtagung „Pflegen und gesund bleiben – geht das?“
- Flyer „Segel setzen 2018 - Leistungsstandards und Personalbedarf Sozialpsychiatrischer Dienste“
- Der WEGWEISER Sozialpsychiatrie wurde besprochen

und verteilt. ( Der Wegweiser ist in weiteren 7 Sprachen erhältlich: englisch, polnisch, russisch, serbokroatisch, türkisch, Fasi)

- Bündnis gegen Depression / Veranstaltungen und Aktionen 2018

Vorstellungen

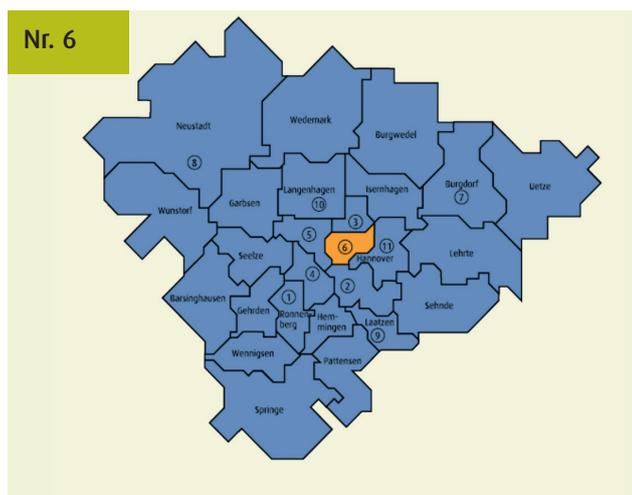
- Kunsttherapeutische Malgruppe / uE-Kreativschule e.V.

## Sektor-Arbeitsgemeinschaft List

von Yuanyuan Zhang

(Region Hannover - Sozialpsychiatrischer Dienst)

Der Sektor von der Beratungsstelle List umfasst die Stadtteile/-bezirke List, Zoo, anteilig Oststadt und zum Teil Lahe. Im Einzugsgebiet der Beratungsstelle leben ca. 78.000 EinwohnerInnen.



### Sitzungstermine:

In der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle List fanden die Treffen der SAG regelmäßig alle drei Monate, jeweils am dritten Montag des ersten Monats im Quartal in der Zeit ab 12:00 Uhr - 13:00 Uhr statt. In 2018 am 15.01. in der Tagesstätte für psychische Gesundheit (Werte e.V., Bischofsholer Damm 81), am 16.04. in der Tagesstätte Balance (Goethestraße 23), am 20.08. in der Vahrenheider Werkstatt Hannover (Dornierstraße 10) und am 15.10. in der BS List.

### Teilnehmerkreis:

Betreuungsstelle - Region Hannover, Senioren Service – Landeshauptstadt Hannover, KSD - Fachbereich Jugend und Familie, 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., Hannoversche Werkstätten GmbH, Autismus AlltagsAssistenz (AAA), Vahrenheider Werkstatt, ITB e.V., Künstlerhaus Aue, Mosaik GmbH, Werte e.V., FIPS e.V., Wohnheim Ferdinand Wallbrecht Straße, GmbH, CarePool, Pflegedienst, rechtliche Betreuer, MHH-Tagesklinik.

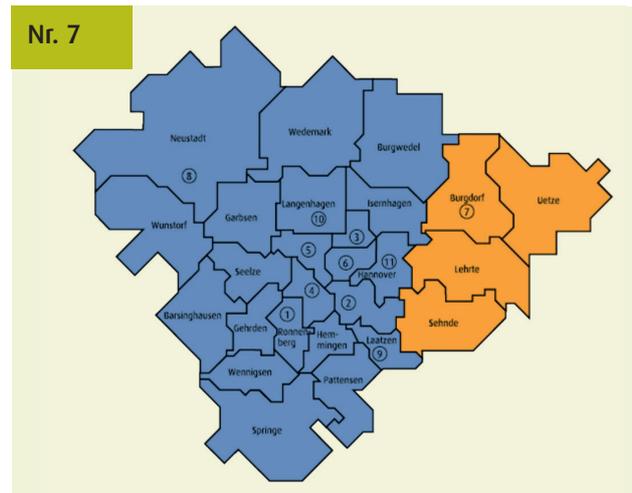
### Bearbeitete Themen:

- Erfahrungsaustausch über die aktuelle ambulante Versorgungsstruktur
- Neues Gruppenangebot „Lesekreis List“, in der BS List, 14-tägig donnerstags, 11.00 Uhr – 12:30 Uhr
- Die Arbeit der Tagesstätte für psychische kranke Menschen (Vorstellungen der Tagesstätten Werte e.V. und Balance)
- Die Arbeit der Vahrenheider Werkstatt Hannover
- Diskussion und Auswirkung der neuen Regelungen (u.a. Bedarfsermittlungsinstrument Niedersachsen, B.E.Ni.) zum Teilhabe- und Gesamtplanverfahren im Rahmen des BTHG.
- Fallvorstellungen mit dem Schwerpunkt „Umgang mit dem schwierigen Patientinnen und Patienten“.

## Sektor-Arbeitsgemeinschaft Burgdorf

Im Einzugsgebiet der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Burgdorf findet keine Sektor-Arbeitsgemeinschaft statt.

Die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle ist zuständig für Burgdorf, Uetze, Lehrte, Sehnde und andere Gemeinden.



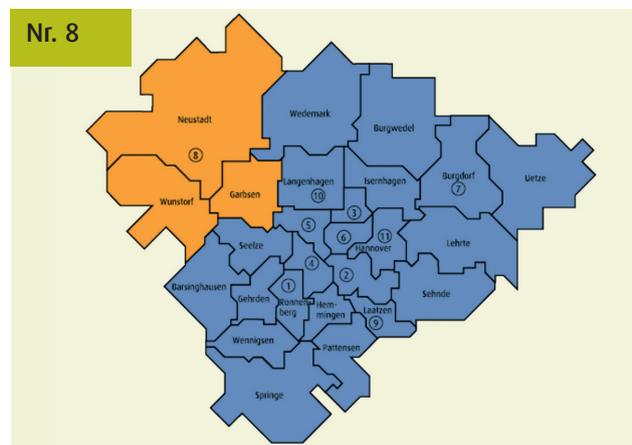
### Sitzungstermine:

keine

## Sektor-Arbeitsgemeinschaft Neustadt

von Dr. med. Alexandra Schubert und  
Frederik Müller  
(Region Hannover – Sozialpsychiatrischer Dienst)

Die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle in Neustadt am Rübenberge, Team 50.10.08 versorgt die Städte Neustadt, Wunstorf und Garbsen sowie die dazuge-



hörigen Dörfer. In unserem Einzugsgebiet befindet sich als große psychiatrische Klinik das Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf, welche neben den drei benannten Städten auch weitere Gebiete rund um die Region Hannover versorgt.

### Sitzungstermine:

Im KRH Wunstorf findet seit Jahren ein Gemeindepsychiatrisches Koordinierungsgespräch im Quartalsabstand statt.

Darüber hinaus führt unsere Beratungsstelle Koordinierungsgespräche mit einzelnen Behörden wie dem Amtsgericht Neustadt, dem Jugendamt Garbsen und Neustadt, der Familien- und Erziehungsberatungsstelle und den Polizeidienststellen Neustadt, Wunstorf und Garbsen durch. Diese Treffen finden ein- bis zweimal jährlich statt.

### Teilnehmerkreis:

Zu diesem Gespräch werden Akteure und Anbieter des stationären, teilstationären und ambulanten Hilfe- und Versorgungssystems rund um psychische Erkrankungen eingeladen.

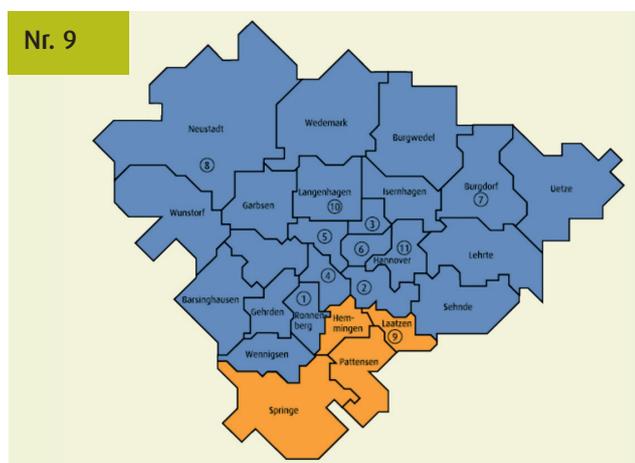
### Bearbeitete Themen:

Es erfolgt dabei ein reger Austausch zwischen den benannten Institutionen zu wechselnden aktuellen Tagesordnungspunkten, wie z.B. Berichte aus den Institutsambulanzen und Tageskliniken oder Berichte aus den Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen, Diskussionen zur Entwicklung der Behandlungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder des Entlassmanagements aus der Klinik unter Beachtung der Neuerungen im Datenschutz, Bildung neuer Arbeitsgruppen, die Vorstellung neuer Anbieter und Angebote sowie der Bekanntgabe von Terminen und Veranstaltungen für das nächste Quartal. Im gemeinsamen Dialog werden neue Strukturen, Entwicklungen und Abstimmungen des psychiatrischen Versorgungssystems besprochen und erarbeitet, sodass auf etwaige Veränderungen und Entwicklungen zeitnah reagiert werden kann, mit dem Ziel, die Qualität der Zusammenarbeit zu optimieren. Wir als Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover nehmen diese Termine regelmäßig wahr und bringen uns aktiv mit ein. Das Gemeindepsychiatrische Koordinierungsgespräch ist daher von seiner Ausrich-

tung und seinen Inhalten wie eine Sektor-Arbeitsgemeinschaft zu werten und wird von uns auch als vergleichbares Angebot gesehen und genutzt.

### Sektor-Arbeitsgemeinschaften Laatzten von Dr. Horst-Peter Michel (Region Hannover – Sozialpsychiatrischer Dienst)

Die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Laatzten ist zuständig für Springe, Hemmingen, Pattensen und Laatzten.



#### Sitzungstermine:

Am 23.10.2018 traf sich die Sektor-Arbeitsgemeinschaft Laatzten/Hemmingen in den neuen Räumen der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Laatzten, Würzburger Str. 17.

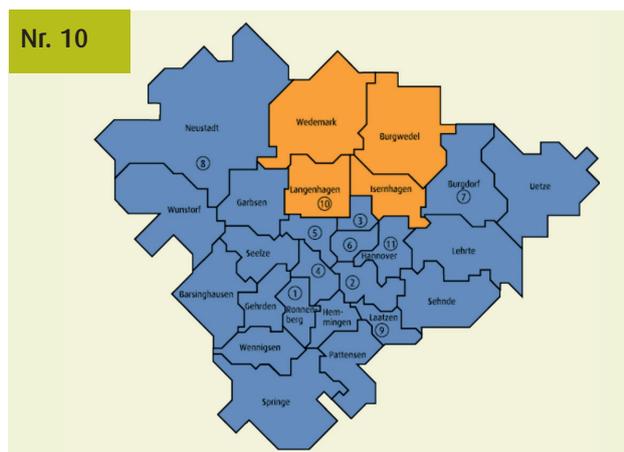
#### Bearbeitete Themen:

Die 32 Teilnehmerinnen und Teilnehmer stellten ihre jeweilige Institution vor und wiesen auf neue Angebote und Veränderungen hin.

Da der Termin der Sektor-Arbeitsgemeinschaft in die Aktionswoche des Bündnisses gegen Depression fiel, wurde ein Vortrag zu MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) gehalten. Dieses Verfahren, sowie das daraus abgeleitete MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy) haben sich in der Rezidivprophylaxe von depressiven Störungen bewährt. Anschließend wurde auch noch praktisch geübt. Allen Beteiligten sei an dieser Stelle noch einmal herzlich für die engagierte Mitarbeit in der Sektor-Arbeitsgemeinschaft gedankt.

### Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen von Dr. med. Birgit Birschel (Region Hannover - Sozialpsychiatrischer Dienst)

Die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Langenhagen als Veranstalter der Sektor-AG ist zuständig für die Bezirke Langenhagen, Isernhagen, Burgwedel und Wedemark



#### Sitzungstermine:

Die Sektor-Arbeitsgemeinschaft tagt viermal jährlich mittwochs in der Zeit von 15:00 bis 17:00 Uhr.

#### Teilnehmerkreis:

Die Sektor-Arbeitsgemeinschaften waren mit jeweils ca. 15 bis 25 Teilnehmer\*innen sehr gut besucht. Es nehmen an ihr überwiegend regelmäßig Vertreter\*innen von Behörden und beratenden Institutionen der Stadt Langenhagen und Region Hannover (Amtsgericht, Team Betreuungsangelegenheiten der Region Hannover, Job-Center) Krankenhaussozialdiensten, Berufsbetreuer\*innen, Mitarbeiter\*innen von Anbietern von Ambulant betreutem Wohnen, der KRH Psychiatrie Langenhagen, Ambulanten psychiatrischen Pflegediensten, Suchtberatung, Polizei Langenhagen u.a. teil.

#### Bearbeitete Themen in diesem Jahr:

- Neuerungen des NPsychKG, Vortrag Frau Dr. Hauser
- Vortrag von Frau Petra Tengler, Geschäftsführerin der Selbsthilfe für Wohnungslose Hannover e. V.
- Vortrag der Beratungsstelle Autismus Ambulanz in einem Beitrag von Frau Dipl.-Soz.Päd. Anke Spetzke
- Vorstellung der Tätigkeit von Herrn Jansen vom Institut für Coaching und Training Burgwedel

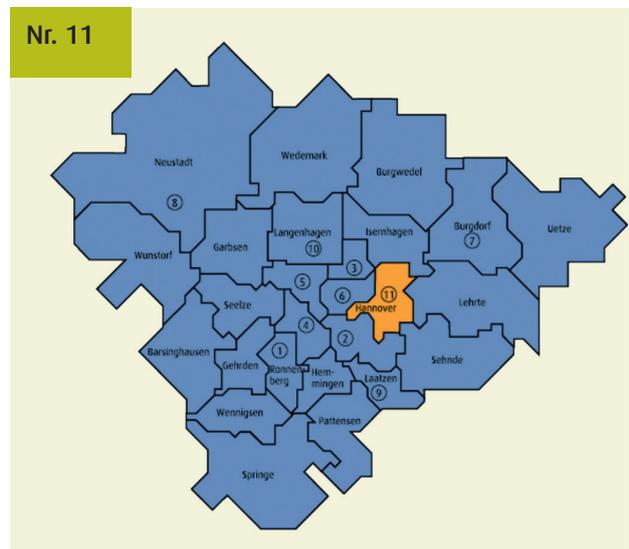
Das Team der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Langenhagen freut sich auf eine weiterhin rege und interessierte Teilnahme im Jahr 2019!

## Sektor-Arbeitsgemeinschaft Groß-Buchholz

von Richard Plank  
(Region Hannover – Sozialpsychiatrischer Dienst)

### Sektor der Beratungsstelle:

Kleefeld, Heideviertel, Kirchrode, Anderten, Misburg,  
Teile von Lahe und Groß-Buchholz



### Sitzungstermine:

22.02.2018 im AHMB e.V. Hannover; 24.05.2018 im  
Seniorenbüro Kommunalen Seniorenservice der LHH  
Roderbruch, Café Carré; 23.08.2018 Bethel im Nor-  
den, Birkenhof, Pflegeheim Anna- Meyberg-Haus;  
22.11.2018 in der Tagesstätte Balance e.V. Hannover,  
jeweils von 12:00 bis 14:00 Uhr.

### Teilnehmerkreis:

Eingliederungshilfeeinrichtungen (ambulant, teilsta-  
tionär, stationär), Pflegedienst (APP/hPKP), Kom-  
munaler Seniorenservice LHH, Kontaktbereichsbe-  
amte Polizei, JobCenter, KSD LHH, HZE Team Misburg,  
Wohneinrichtung §67 SGB XII, Frauen-unterkunft LHH  
Roderbruch, Sektorklinik, Region Hannover Team  
50.07 (Betreuungsstelle), Betätigungsangebote, Kon-  
taktstellen, Inklusionseinrichtung, Quartierseinrich-

tung, Einrichtungen für Menschen mit Demenz, ges.  
Betreuer\*innen

### Bearbeitete Themen:

- Vorstellung der Angebote der gastgebenden Einrich-  
tungen.
- Vorstellung neuer Angebote im Sektor.
- Neue Gruppenangebote (Freizeitgruppe, Koch-  
gruppe) der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle  
Groß-Buchholz für junge Menschen von 18 – 30 Jah-  
ren.
- Die prekäre und schwierige Situation des Woh-  
nungsmarktes bindet viele Ressourcen und wirkt er-  
schwerend bei den Genesungs- und Entwicklungs-  
prozessen. Teilweise löst dies Krisen aus und führt  
in zunehmenden Fällen auch zu Räumungsklagen  
und Klinikeinweisungen. Frühzeitige und enge Zu-  
sammenarbeit aller Beteiligten im Sektor kann dem  
in Einzelfällen entgegenwirken.
- Die BTHG Umsetzung und damit verbundene Verän-  
derungen nehmen viel Raum ein und führen zu Ver-  
unsicherungen. Es besteht der Wunsch, den Zugang  
zu Hilfen für die Betroffenen so niedrigschwellig wie  
möglich zu halten. Auf der Sektor Ebene ist die prak-  
tizierte enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit  
aller Beteiligten hilfreich.
- Die Zusammenarbeit und Kooperation mit dem Ju-  
gendhilfebereich gewinnt zunehmend an Bedeu-  
tung, da die Anzahl der gemeinsamen Fälle steigt.

## Bericht der Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle / Ombudsstelle für Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen von Jürgen Gundlach (Mitglied der Ombudsstelle)

### Vorbemerkungen

Die Ombudsstelle hat ihre Arbeit bereits Anfang 2005 aufgenommen. Das Besondere ist, dass sich in der Ombudsstelle BürgerInnen aus der Region Hannover ehrenamtlich engagieren. Sie vertreten uneigennützig Interessen von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Unterstützt werden sie durch die Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes und MitarbeiterInnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

### Rahmenbedingungen

Für die BeschwerdeführerInnen ist wichtig und für die Ombudsstelle unumstößlich, dass die Unterstützungen nach drei Grundsätzen erfolgen:

- Unabhängig
- Vertraulich
- Kostenlos

Nur unter diesen Voraussetzungen ist eine erfolgreiche Arbeit zu leisten und vertrauensvoll umsetzbar. Hiermit wird eine „innere Bindung“ zwischen den BeschwerdeführerInnen und den Mitgliedern der Ombudsstelle gefördert. Der verfolgte Kurs, eine individuelle „Beratung und Begleitung vor Ort“, hat sich von Beginn an bewährt. Er ist effizient und schafft ein gutes und vertrauliches Miteinander. Jeder Beschwerdegund wird „ernsthaft menschlich“ hinterfragt und systematisch lösungsorientiert bearbeitet.

Die Eingaben (Beschwerden) werden ausnahmslos in den monatlichen Sitzungen vorurteilsfrei bearbeitet, diskutiert und von zwei Mitgliedern der Ombudsstelle übernommen. Die Wahrung des Interesses der BeschwerdeführerInnen steht dabei stets im Vordergrund. Natürlich ist jeder Fall individuell zu bewerten und zu bearbeiten. Ohne großen bürokratischen Aufwand wird jede Beschwerde objektiv betrachtet, die vorgebrachten Argumente werden sorgsam herausgearbeitet und grundsätzlich wird für alle Seiten nach einem zufriedenstellenden Lösungsansatz gesucht und vermittelt.

Jede Beschwerde ist schriftlich einzureichen, anonymisierte Beschwerden werden nicht bearbeitet. Grundsätzlich kann die Beschwerdebearbeitung nur dann erfolgen, wenn eine „Schweigepflichtsentbindung und Vollmacht“ vorliegt.

### Beschwerdefälle – leicht steigende Tendenz im Jahr 2018

Seit Februar 2005 hat die Ombudsstelle über 400 Beschwerden bearbeitet und verfolgt. Die Beschwerden sind in den letzten Jahren tendenziell leicht rückläufig. Daraufhin sind Ende 2017 neue Flyer entwickelt und verteilt worden. Auch ein Informationsschaubild informiert übersichtlich über die Arbeitsweise der

**BESCHWERDEANNAHME & VERMITTLUNGSSTELLE / OMBUDSSTELLE**  
 des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover



### Wir unterstützen psychisch Erkrankte und deren Angehörige bei

- **Beschwerden**  
über die Unterbringung oder Behandlung
- **Problemen**  
im Umgang mit z.B. Heimen, Behörden, Praxen
- **Schwierigkeiten**  
mit gesetzlichen oder anderen Betreuern

... und das selbstverständlich

✓ unabhängig
✓ vertraulich
✓ kostenlos

### Sie erreichen uns:

- **Verein Psychiatrie-Erfahrener e.V. (VPE)**  
Tel.: 05 11 | 131 88 52
- **Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen (AANB)**  
Tel.: 05 11 | 62 26 76
- **Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover**  
Tel.: 05 11 | 616 -447 63  
Peiner Str. 4 | 30519 Hannover  
E-Mail: Ombudsstelle.Psychiatrie@region-hannover.de

Gefördert durch die



**Region Hannover**

© K.C. - stock.adobe.com

Ombudsstelle. Diese neuen Instrumentarien haben sich bewährt.

Seit Anfang 2018 hat sich die Anzahl der eingegangenen Beschwerden wieder erhöht. Bis Ende 2018 sind insgesamt 36 Eingaben erfolgt. Das entspricht einer Steigerung um 33 1/3% im Vergleich zum Vorjahr (27 Eingaben). Die Beschwerdeanlässe sind vielfältig. Sie richten sich überwiegend gegen BetreuerInnen, Kliniken, Wohnheime, Hilfekonferenzen, gerichtliche Beschlüssen und Leistungszusagen.

#### **Mitglieder der Ombudsstelle:**

Die Mitglieder der Ombudsstelle werden jeweils für den Zeitraum von 2 Jahren durch die Dezernentin für Soziale Infrastruktur berufen.

- Klaus Behringer  
Vertreter/in des Vereins Psychiatrie Erfahrener e.V. (VPE)
- Gisela Kuhlmann  
Vertreter/in der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen in Niedersachsen und Bremen e.V. (AANB)
- Elisabeth Beinert und Rudolf Breske  
Bürger/in der Region Hannover mit rechtskundigem Hintergrund
- Manon Guthmann und Jürgen Gundlach  
Bürger/in der Region Hannover mit sozialem Engagement
- Sabine Tomaske  
Vertreter/in des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover
- Therese Schäfer  
Fachärztin im Sozialpsychiatrischen Dienst – Beratendes Mitglied
- Uwe Blanke  
Psychiatriekoordinator der Region Hannover / Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes – Organisation der Ombudsstelle



## SONDERTEIL: HILFEN FÜR PSYCHISCH KRANKE KINDER, JUGENDLICHE UND DEREN ELTERN

### Einleitung

von Stefan Pohl und Matthias Eller  
(Sozialpsychiatrischer Dienst)

In diesem Sonderteil für die Betreuung der Kinder und Jugendlichen im Verbund der Region Hannover finden Sie Berichte von ambulanten sowie stationären Trägern der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sowie der Eingliederungshilfen. Wir haben auf den folgenden Seiten die Berichte der wichtigsten Einrichtungen im Versorgungsgebiet zusammengestellt. Wir bedanken uns bei den Anbietern für die aussagekräftigen Texte.

### Ambulante Versorgung

#### Niedergelassene kinder- und jugendpsychiatrische Praxen

von Rainer F. Janitzek  
(Sprecher der niedergelassenen KJPP Ärzte)

Im Vergleich zum Vorjahr haben sich hinsichtlich der Versorgungssituation in der Region Hannover durch kinder- und jugendpsychiatrische Praxen keine wesentlichen Veränderungen ergeben. Z. Zt. wird die

Region durch 21 Praxen versorgt, davon 18 mit einer Sozialpsychiatrie-Vereinbarungs Zulassung. Die übrigen 3 Praxen arbeiten weiterhin überwiegend psychotherapeutisch. In mehreren sozialpsychiatrischen Praxen werden angestellte Fachärzte neben dem Praxisinhaber beschäftigt sowie weitere Fachkräfte wie PsychotherapeutInnen, HeilpädagogInnen usw. Im Schnitt liegen die Behandlungszahlen im Quartal weiterhin bei ca. 300 Patienten pro Arzt.

#### Entwicklungen / Trends / neue Projekte:

- Wie schon im letztjährigen Bericht vermerkt, spielen schulische Probleme bei der Vorstellung der Kinder in den Praxen eine große Rolle. Der Trend zum Einsatz von Schulassistenten bei nicht nur autistischen Störungen ist weiter vorhanden.
- Jedes Jahr sorgen politische Einflüsse und bürokratische Regelungen für zusätzliche Arbeit. So mussten im letzten Jahr die Praxen die technischen Voraussetzungen für die elektronische Gesundheitskarte schaffen, was z. T. zu erheblichen Problemen mit der Datenverarbeitung führte.
- Aufgrund der Diskussion über lange Wartezeiten in den Facharztpraxen wurden zudem Terminservicestellen eingerichtet, was in den Praxen dazu führt, dass Termine für durch die Terminservicestellen der kassenärztliche Vereinigung zugewiesenen Patienten

ten freigehalten werden müssen, was vermutlich auf Dauer die Wartezeit in den Praxen für alle Patienten verlängern wird.

- Positiv hat sich der Kampf um eine bessere Vergütung für die Sozialpsychiatrievereinbarung entwickelt. Diese wird zum 1. Januar 2019 erhöht. Die Vereinbarung hat zudem eine Anpassungsklausel, so dass bei steigenden Kosten die Vergütung entsprechend angepasst wird.
- Seit Einführung der Sozialpsychiatrievereinbarung im Jahr 1991 ist dies die 1. Erhöhung der Vergütungspauschale.

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

von Verena Handtke (Diplom Sozialpädagogin)

Unsere Beratungsstelle verzeichnete im Berichtszeitraum einen weiteren Rückgang der Anmeldungen von minderjährigen Flüchtlingen (Umas) im Vergleich zu den Jahren 2015/2016.

Dagegen gab es einen Anstieg der Anmeldungen von Migranten aus (Teil-)familien, die sich anfangs nicht auffällig zeigten, aber das psychiatrische Versorgungssystem in Anspruch nahmen, nachdem sie bereits einige Zeit hier lebten. Die hiesige, psychiatrische Versorgungslandschaft ist für viele dieser Ratsuchenden zunächst fremd und schwierig zu begreifen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Eltern oftmals mit eigener Traumatisierung zu kämpfen hatten. Infolgedessen entstand – mit unserer Beteiligung – aus der Fachgruppe für Kinder und Jugendliche die AG ‚Uma‘, die es sich u.a. zur Aufgabe gemacht hat, eine Übersicht von Angeboten für minderjährige Flüchtlinge sowie für kulturspezifische, sprachrelevant anerkannte Diagnostikverfahren zu erstellen, die über die Verteiler des Sozialpsychiatrischen Verbundes und der Fachgruppe zur Verfügung gestellt werden sollen.

Nach wie vor wurden in unserer Beratungsstelle viele Betreuungen von minderjährigen Klienten aus hochbelasteten Familiensystemen durchgeführt, in denen ein Elternteil häufig psychisch erkrankt oder

suchterkrank ist. Nicht selten sind in diesem Zusammenhang Vorschädigungen wie Störungen während der Schwangerschaft oder Bindungsstörungen, bei denen rein pädagogische Hilfen allein nicht effektiv sind. Bzgl. der Häufigkeit sowie der Schwere der Fälle hat sich die Verteilung auf beide Geschlechter angeglichen.

Die Anzahl anonymer Fallberatungen sowohl für Eltern, Lehrerinnen und Lehrer und für Fachpersonal der Jugendhilfe hat deutlich zugenommen und wurde von uns als fester Bestandteil in die Arbeit integriert. In unserer Clearingfunktion konnten wir unser Netzwerk nutzen und geeignete psychiatrische oder Angebote der Jugendhilfe empfehlen und/oder vermitteln. Auf dem Hintergrund unserer Erfahrungen, dass häufiger Situationen eskalieren, wenn mit Interventionen zu lange gewartet wird, konnten durch die Fallberatung passgenaue Hilfen erarbeitet werden und überstürzte, unreflektierte oder mit zu hohen Erwartungen besetzte Einweisungen in Kliniken vermieden werden.

Bei unterschiedlichen Veranstaltungen in Schulen informierten wir über das Angebot unserer Beratungsstelle sowie über psychiatrische Erkrankungen. Im Oktober fand zum wiederholten Mal eine erfolgreiche, einwöchige Aktion des Arbeitskreises Suizidprävention mit der Mitarbeit eines unserer Kollegen zum Thema „Zwischen Höhenflug und Absturz – Suizidale Krisen und Depression bei Jugendlichen“ mit anschließenden themenbezogenen Workshops statt, bei der die Improvisationstheatergruppe „Improkokken“ mitwirkte.

Zum Thema Übergang zum Erwachsenenalter und damit zur Eingliederungshilfe registrierten wir mehr Angebote der Leistungserbringer, wie z.B. eine Tagesklinik sowie ein stationäres Jugendhilfeangebot für Adoleszente.

## Beratungsstellen für Eltern, Kinder und Jugendliche – Fachbereich Jugend

von Matthias Möller (Diplom Supervisor, Leitung)

Familien- und Erziehungsberatungsstellen unterstützen durch ihre Leistungen Kinder, Jugendliche, Eltern sowie junge Erwachsene. Dazu bietet die Region Hannover eine flächendeckende und gleichmäßige Versorgung durch Beratungsstellen an. Die Angebote umfassen:

- Familienberatung
- Erziehungsberatung
- Frühe Beratung für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern
- Jugendberatung
- Trennungs-/Scheidungsberatung
- Psychotherapeutische Interventionen
- Gruppenangebote
- Prävention

Die personellen Ressourcen werden über einen Bedarfsindikator im Zuständigkeitsgebiet der Region

Hannover als Jugendhilfeträger gesteuert, so dass die Klientel mit einem erwarteten höheren Beratungsbedarf (Alleinerziehende, Kinder und Jugendliche mit Mindestsicherungsleistungen und Migrationshintergrund sowie Eltern mit niedrigem Bildungsgrad) stärker profitiert.

Neben den regionseigenen Beratungsstellen sind auch Beratungsstellen freier Träger an der Grundversorgung beteiligt. Unterstützt werden die Familien- und Erziehungsberatungsangebote durch Fachberatungsstellen mit einem thematischen Schwerpunkt, z.B. Sexualität, Gender, Gewalt). Sie alle sind vernetzt im Netzwerk Familienberatung ([www.hannover.de/netzwerkfamilienberatung](http://www.hannover.de/netzwerkfamilienberatung)).

Im Berichtsjahr wurden insgesamt annähernd 6.800 Beratungsfälle gezählt. Die Landeshauptstadt Hannover ist hier einbezogen. Es sind dabei nicht alle freien Träger berücksichtigt, die für die Landeshauptstadt Beratungsleistungen erbringen.

### Beratungsfälle im Netzwerk Familienberatung 2017

Beratungsstellen	Grundversorgung durch Familien-/Erziehungsberatungsstellen				Ergänzende Versorgung	Gesamt
	FEBS Region Hannover	Freie Träger Umland	Freie Träger LH Hannover	FJFEs Bs LH Hannover		
VERSORGUNGSGEBIET					Fachberatungsstellen	
Nord	46	657	51		100	854
Ost	724	19	35		58	836
Süd-West	740	138	109		175	1.162
Nord-West	558	381	64		149	1.152
Mitte (LHH)	11	45	648	1.296	657	2.657
unbekannt						130
GESAMT	2.079	1.240	907	1.296	1.139	6.791

Die Tabelle differenziert die Beratungsfälle nach den Versorgungsgebieten (Teilregionen) der Region Hannover und nach den Leistungserbringern (Familien- und Erziehungsberatungsstellen der Region Hannover, Erziehungsberatungsangebote freier Träger, Jugend-, Familien- und Erziehungsberatungsstellen der Landeshauptstadt; die Fallzahlen der Fachberatungsstellen sind gesammelt erfasst). Beratungsanlässe bzw. Gründe für die Hilfestellung waren vor allem familiäre Konflikte. Dazu zählen Problemlagen durch Trennung und Scheidung der Eltern genauso wie z.B. Konflikte zwischen Eltern und ihren pubertierenden Kindern.

Die Fachberatungsstellen konnten viele Beratungsanlässe nicht in die vorgegebene Jugendhilfestatistik einordnen. Dies wird im nächsten Jahr nachgebessert. Ansonsten sind auch hier die familiären Konflikte häufig. Die hohe Zahl der Kindeswohlgefährdungen ist vor allem durch die Beratungen zum Thema sexueller Missbrauch zu erklären.

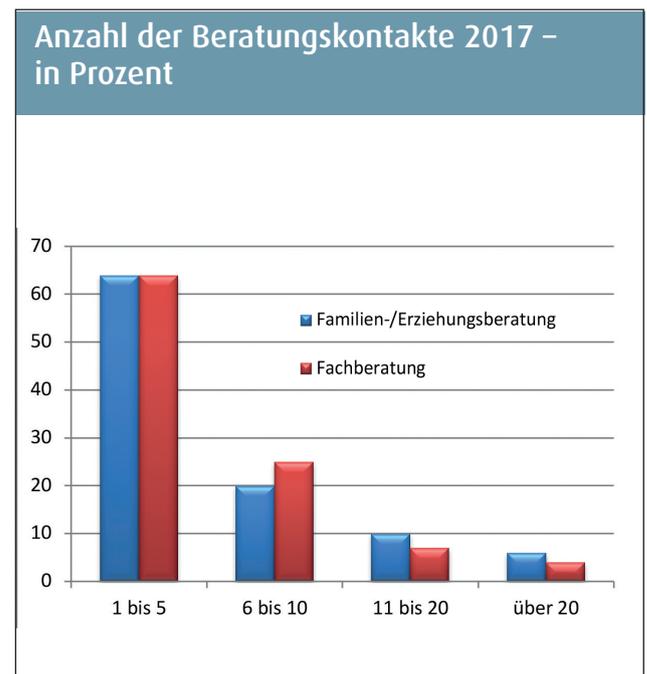
In fast 2/3 aller Fälle reichen für eine Beratung maximal 5 Sitzungen aus. In über 80% der Fälle endet der Beratungskontakt nach max. 10 Sitzungen. Die Anzahl der Beratungskontakte ist nicht identisch mit der Beratungsdauer, weil die Kontakte in unregelmäßigen Zeitabständen stattfinden. In der Regel finden die Sitzungen mit Eltern und Familien im 14-tägigen bis monatlichen Abstand, die Sitzungen mit jungen Menschen in kürzeren, oft wöchentlichen Abständen statt, die sich im Laufe der Beratungen aber vergrößern können.

Die Familien- und Erziehungsberatungsstellen sind engagierte Partner im Kontext früher Hilfen. In zahlreichen Kommunen der Region Hannover beteiligen sie sich an einem Kita-Konzept der Sozialpädiatrie durch Sprechstunden für Eltern und Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen. Außerdem bieten sie durch ihre frühe Beratung schnelle ambulante Hilfen für Eltern mit sogenannten Schreibbabys. Präventiv wirken

auch die Vorträge für Eltern in Kindertageseinrichtungen. Ein Kurskonzept für Eltern sozial benachteiligter Kinder ist in der Planung.

Kinder aus Familien mit psychisch kranken Eltern sind eine Zielgruppe, die bisher noch wenig erreicht wurde. Die Jugendhilfe hat hier einen deutlichen Bedarf erkannt. Die Familien- und Erziehungsberatungsstellen beteiligen sich an einem Projekt des Fachbereichs Jugend der Region Hannover zum Thema „Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern“. Darüber hinaus wurden Fortbildungsveranstaltungen geplant und Gruppenangebote für betroffene Kinder konzipiert. Eine gute Vernetzung mit der Erwachsenenpsychiatrie wird als ein wesentlicher Baustein für das Gelingen angesehen.

Als wichtige Themen werden weiterhin der exzessive Medienkonsum von Kindern, Jugendlichen und jungen Eltern sowie Mobbing unter jungen Menschen angesehen. In Planung ist eine verbesserte Kooperation zwischen den Familien-/Erziehungsberatungsstellen und den Fachberatungsstellen mit ihren Angeboten für spezielle Themen.



## Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gem. § 35a SGB VIII im Fachbereich Jugend der Region Hannover

von Ramona Heuer und Katrin Deiters-Winkler  
(Region Hannover – Fachbereich Jugend)

Im Team Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gem. § 35a SGB VIII werden im Wesentlichen folgende Aufgaben wahrgenommen:

- fachspezifische/sozialpädagogische Beratung leicht bis schwerstgestörter psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, deren Eltern sowie junger Volljähriger gem. § 35a SGB VIII;
- Antragsbearbeitung, Teilhabepflicht und Gewährung von Hilfen gem. § 35a SGB VIII für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche sowie junge Volljährige inkl. Hilfeplanung gem. § 36 SGB VIII;
- Kooperation mit ASD, Kinder- und Jugendpsychiatrien, niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und -psychiatern, Sozialpsychiatrischem Dienst, Gesundheitsamt, Fachbereich Soziales, Jobcenter, Schulen, Lerntherapeuten, etc. sowie
- Diagnostikangebot durch geeignete Fachkräfte im Zusammenhang mit Teilleistungsstörungen.

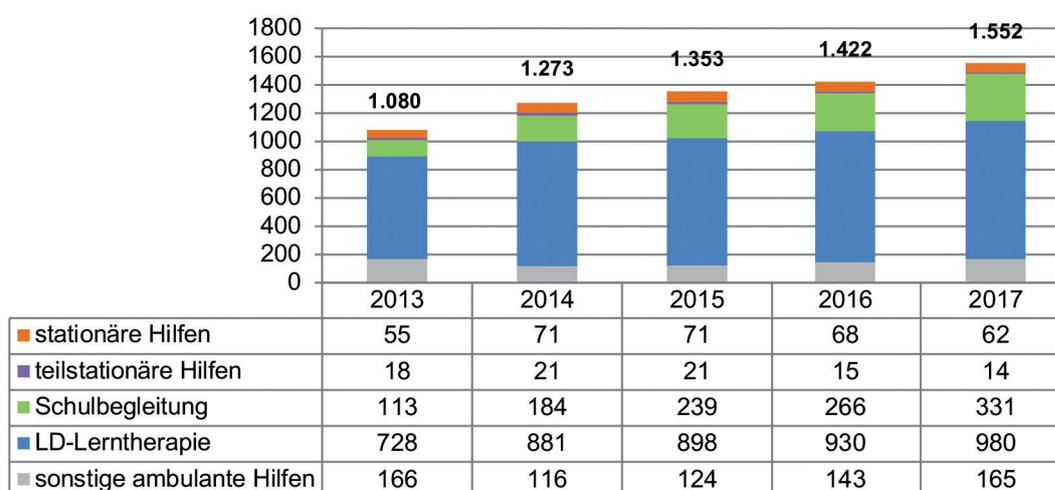
Die Arbeit der „Eingliederungshilfe“ stand 2017 vor allem unter dem Eindruck deutlich steigender Fallzahlen im Bereich der „Schulbegleitungen“ sowie von zunehmenden Schwierigkeiten für Kinder, die durch verschiedene extreme Verhaltensweisen auffallen, geeignete stationäre Settings zu finden.

Das Jahr 2017 war durch die Nachbesetzung von Vakanzen und der damit verbundenen Einarbeitung von insgesamt fünf neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geprägt. Das Team wurde zum 01.09.2017 vom Team „Pflegekinderdienst“ organisatorisch getrennt und erhielt eine eigene Teamleitung.

Zum Jahreswechsel erfolgte eine weitere organisatorische Anpassung: Fachkräfte vom Team „Beratungsstellen für Eltern, Kinder und Jugendliche“, welche die Diagnostik bei Teilleistungsstörungen (Legasthenie / Dyskalkulie) durchführen, wurden ab 01.01.2018 dem Team „Eingliederungshilfe § 35a“ zugeordnet.

Nachfolgend wird die Entwicklung der „Eingliederungshilfen“ gem. § 35a SGB VIII in den Jahren 2013 – 2017 dargestellt. Die Anzahl der Hilfen stieg in den letzten fünf Jahren kontinuierlich. Diese Entwicklung spiegelt einen bundesweiten Trend wider, da im Zuge der Umsetzung der „inkluisiven Beschulung“ insbesondere die „Schulbegleitungen“ kontinuierlich steigen. Der

Geleistete Eingliederungshilfen gem. § 35a SGB VIII für Minderjährige nach Hilfearten



Anstieg ist aber auch auf längere Laufzeiten bei Legasthenie- und Dyskalkulie-Behandlungen zurückzuführen.

## **Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gem. § 35 a SGB VIII im Fachbereich Jugend der Landeshauptstadt Hannover**

von Wolfgang Sievers

(Landeshauptstadt Hannover – Fachbereich Jugend)

Anträge auf Eingliederungshilfe werden in den Dienststellen des Kommunalen Sozialdienstes (KSD) im Fachbereich Jugend und Familie der Landeshauptstadt Hannover bearbeitet. Rechtsgrundlage für die Bearbeitung der Hilfefälle für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche ist der § 35 a SGB VIII.

Bei der Eingliederungshilfe handelt es sich nicht um eine Hilfe zur Erziehung (HzE), sondern um eine eigenständige Leistung nach dem SGB VIII. Anspruchsberechtigt ist das Kind/ der/ die Jugendliche/ der/ die junge Erwachsene selbst und nicht die Personensorgeberechtigten (im Antragsverfahren handelt der gesetzliche Vertreter g. § 1626 BGB).

In jedem Fall, in dem im Rahmen der Jugendhilfe Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII beantragt wird, erfolgt eine Einzelfallprüfung. Der individuelle Bedarf und die daraus resultierende erforderliche Leistungsgewährung werden durch die zuständige Fachkraft im Zusammenwirken mit Eltern, Kind, Schule, Fachärzten und durchführendem Dienst im Rahmen der Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII im jeweiligen Einzelfall festgelegt.

Kinder und Jugendliche haben einen Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

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

Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall

- in ambulanter Form, z. B. der Einsatz einer Schulassistentin, Autismus spezifische Therapie, flexible Einzelbetreuung, systematische Übungsbehandlung bei Vorliegen einer Teilleistungsstörung (Legasthenie/ Dyskalkulie),
  - in teilstationären Einrichtungen, z. B. Tagesgruppe, STEP-Schule,
  - durch geeignete Pflegepersonen und in vollstationärer Wohnform, z. B. therapeutische Wohngruppe, geleistet.
- Bereich der Eingliederungshilfen gem. § 35 a SGB VIII sind stetig steigende Fallzahlen in der Hilfeform „Schulassistentin“ zu verzeichnen. Zwischen 2013 bis 2017 sind die Fallzahlen in dieser Hilfeform um 62,18 % gestiegen. Zu einem großen Teil lässt sich der Anstieg bei den geleisteten Schulassistentinnen auf die Einführung der inklusiven Beschulung ab 2013 zurückführen. Auffällig dabei ist, dass einige Schülerinnen/ Schüler, die bis 2013 eine Förderschule ohne eine zusätzliche Schulassistentin besucht haben, mit dem Wechsel auf die Regelschule nun doch eine Schulassistentin benötigen.
- Leistungen der Eingliederungshilfe in Form der Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung sind nach § 10 Abs. 1 SGB VIII grundsätzlich nur in den Fällen nachrangig zu prüfen, in denen das öffentliche Schulsystem die angemessene Beschulung der behinderten Kinder nicht mit eigenen Mitteln bzw. eigenem Personal sicherstellt. Es ist Aufgabe der Schule für alle Kinder, also auch für behinderte Kinder, eine geeignete öffentliche (kostenfreie) Beschulung anzubieten, z. B. durch Einsatz von zusätzlichen Förderschulkräften und/ oder pädagogischen MitarbeiterInnen im Regelschulbereich, ggf. verbunden mit der Erarbeitung zieldifferenter Lehrpläne für einzelne (behinderte) Kinder. Tritt Jugendhilfe hier für seelisch behinderte Kinder in die Hilfe ein, handelt sie als sogenannter „Ausfallbürge“, da die betroffenen Kinder und Jugendlichen sonst keine Unterstützung bekämen.

---

## **Sozialpädiatrisches Zentrum** von Michael Wachtendorf (Leitender Diplom Psychologe)

Das Zeitfenster für die durchschnittlichen Regelwartezeiten im medizinischen und psychologischen Bereich gestaltete sich wie im Vorjahr uneinheitlich. Mitarbeiterspezifische Gründe (Schwangerschaften, Erkrankungen etc.) mussten kompensiert werden. Die Wartezeiten für junge Kinder und/oder spezifische Anmeldegründe konnten weiterhin auf angemessenem Niveau gehalten werden. Die oftmals sehr zeitintensive Diagnostik und weitere Betreuung von Flüchtlingsfamilien hat zu einer erhöhten Arbeitsbelastung der Mitarbeiter geführt.

Es sind weitere spezialisierte Angebote in einzelnen Bereichen entstanden.

Es wird eine multiprofessionell (Pädiater, Kinder- u. Jugendpsychiater, Psychologen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und bei Bedarf Logopäden) geleitete Regulationssprechstunde mit Beratung zu Ess- und Fütterstörungen angeboten.

Erweiterung des Angebotes im Bereich der Diagnostik von Autismus-Spektrum-Störungen. Hierbei wurden zusätzlich 4 Psychologen in der Durchführung der „Dagnostischen Beobachtungsskala für Autistische Störungen (ADOS)“ geschult.

Der Bereich der Psychoedukation nimmt weiterhin einen breiten Raum ein.

Die Anmeldezahlen von Flüchtlingskindern haben nochmals deutlich zugenommen. Neben den Sprachproblemen in diesem Bereich nimmt auch die Zahl der Kinder, die mehrsprachig aufwachsen, weiterhin zu. Es kommt in diesem Zusammenhang nicht nur häufig zu Sprachproblemen, sondern vermehrt auch zu deutlichen Entwicklungsproblemen auf allen Ebenen.

Da die professionelle Untersuchung und die umfassende Betreuung von Flüchtlingsfamilien deutlich mehr Ressourcen beanspruchen als geplant, müssen in diesem Bereich personelle, strukturelle und finanzielle Anpassungen stattfinden.

Der Prozess der Inklusion ist sicher noch nicht abgeschlossen. In diesem Zusammenhang wären mehr Transparenz und eindeutige Vorgaben seitens der Kultusbehörden sehr zielführend und könnten für die Be-

ratungskompetenz unserer Mitarbeiter zweckdienlich sein.

---

## **10 Jahre Alkoholprävention bei Kindern und Jugendlichen** **HaLT – Hart am Limit in der Region Hannover**

von Andre Heckert  
(Region Hannover – Team Jugend- und Familienbildung | Jugendschutz | HaLT)

„Saufen bis der Arzt kommt“ lautete im Frühjahr 2007 die Titelstory des „stern“ über hemmungslose Trinkexzesse von Jugendlichen.<sup>i</sup> In der Tat war in den Notaufnahmen die Zahl der jugendlichen Patientinnen und Patienten mit einer Alkoholvergiftung zu diesem Zeitpunkt kontinuierlich angestiegen. Nicht ohne Grund: Veranstalter animierten mit Alkoholflatrates ihr junges Publikum zu steigendem Konsum und die Getränkeindustrie hatte mit fertigen, bunten, süßen und hippen Mixgetränken die jugendliche Partyszene entdeckt. Zwar bestanden Zugangsbeschränkungen für Hochprozentiges nach dem Jugendschutzgesetz, diese stellten für Jugendliche aber offensichtlich keine besondere Hürde dar. Die Supermarktpreise für Spirituosen waren und sind zudem nach wie vor extrem niedrig, was viele zum schnellen „Vorglühen“ vor dem Partygang animiert.

In Hannover und Umgebung wurden und werden die meisten Minderjährigen in die Notaufnahme des Kinder- und Jugendkrankenhauses „Auf der Bult“ eingeliefert. Nach mehreren Vorfällen mit randalierenden betrunkenen Jugendlichen in der überfüllten Notaufnahme wendete sich die Klinik im Frühjahr 2007 mit einem Hilferuf an die Öffentlichkeit. Die Jugendhilfeträger von Stadt und Region Hannover erhielten den Auftrag die Alkoholprävention in den Fokus der Prävention zu stellen.<sup>ii</sup> In der Landeshauptstadt entsteht Ende 2007 die Präventionskampagne „Mehr fun - weniger Alkohol“ mit mehreren universalpräventiven Bausteinen, die teilweise bis heute bestehen.

---

<sup>i</sup> Gruner + Jahr, stern Nr. 17/2007

<sup>ii</sup> Region Hannover, Beschlussdrucksache II 319/2007

### HaLT verzahnt reaktives und proaktives Handeln

Der präventive Jugendschutz der Region Hannover stieß nach einer Analyse von bestehenden Konzepten zur Alkoholprävention auf ein damals noch in der Erprobung stehendes Modelprojekt namens „HaLT – Hart am Limit“. Dieses basiert auf einem kommunalen Netzwerk und vereinigt sowohl die Intervention bei Alkoholvorfällen als auch eine proaktive Komponente. Völlig neu an HaLT war eine bestehende Lücke zwischen der Suchtberatung mit ihrer „Komm-Struktur“ und der universellen Suchtprävention, die Jugendliche unabhängig von ihrem Trinkverhalten meist medial oder in der Schule anspricht, zu schließen. Ein sogenanntes Brückengespräch (heute Sofortintervention) soll mit einem aufsuchenden Beratungsangebot gefährdete Jugendliche noch im Krankenhaus erreichen. Also in einem Moment wo aufgrund des frischen Vorfalls eine hohe Veränderungsmotivation besteht. Der Jugendschutz empfahl dem Jugendhilfeausschuss im Herbst 2007 mit der Umsetzung des HaLT Projektes in der Region Hannover dem Problem zu begegnen.

Ein Netzwerk aus Kinderkliniken, Suchtberatungseinrichtungen, den Jugendhilfeträgern, Ordnungsbehörden und Polizeiinspektionen entstand. Dieses Netzwerk bildet inzwischen den Projektbeirat, der heute noch einmal im Jahr zur Zielbestimmung zusammen kommt. Im reaktiven Projektbaustein findet 2008 das erste Beratungsangebot im Kinderkrankenhaus statt. Die Suchtberatungsstellen prisma, Drobs und das Neue Land beraten im Wechsel an den Wochenenden Jugendliche und auch deren Eltern noch im Krankenhaus. Ab 2010 kamen die Kinderklinik der Medizinischen Hochschule Hannover und die Kinderklinik des Klinikums in Neustadt sowie die Guldene Sonne als vierte Beratungseinrichtung hinzu.

Da die Motivation zur Auseinandersetzung mit dem Alkoholvorfall nur in der Krankenhaussituation sehr hoch ist und danach schnell abnimmt, ist die Beratung am Krankenbett das ideale Setting. Dies verlangt allerdings eine Rufbereitschaft bei den Beratungseinrichtungen, die nur bei einem hohen Fallaufkommen

wirtschaftlich zu rechtfertigen ist. Die Fälle während der Woche und die nur wenigen Fälle an der Medizinischen Hochschule verlangten nach einem anderen Weg. Hier sollen Ärzte und Pflegepersonal eine Schweigepflichtentbindung erwirken. Bei Erteilung werden die Jugendlichen und deren Eltern von der Beratungsstelle zu einem Gespräch eingeladen. Die Jugendhilfeträger in der Region Hannover finanzierten die Beratungen anfangs allein. Nachdem bundesweit mehr und mehr HaLT Projekte entstanden, gelang es der Landesstelle Suchtgefahren Niedersachsen und der HaLT-Bundesebene über gute Lobbyarbeit mit den Krankenversicherungsträgern landesweite und bundesweite Rahmenvereinbarungen abzuschließen, die die Beratungskosten der Suchthilfeträger einzelfallbezogen in den meisten Fällen absichern.

Das Ursprungsprojekt der „Villa Schöpflin Stiftung“ (heute HaLT Servicecenter) versorgt die Projektstandorte früher wie heute mit Zertifizierungsschulungen, Materialien und Konzeptbausteinen.

### Erkenntnisse durch HaLT

Das Brückengespräch wird anhand eines Gesprächsleitfadens geführt und anonymisiert ausgewertet. Von daher eignet sich HaLT zur systematischen Analyse der Trinksituation bei Jugendlichen. Anders als die eingangs zitierte bekannte Schlagzeile des stern vermuten lässt, war der Vollrausch meist nicht das Ziel des Trinkanlasses. Gerade den jüngeren 13- bis 15-jährigen Jugendlichen war die intensive Wirkung von Hochprozentigem häufig vorher nicht bewusst. Mehr als die Hälfte der jüngeren Patienten sind Mädchen, während bei den Älteren dann häufiger männliche Jugendliche im Krankenhaus landen. Diese sogenannten Spaßtrinker, bei denen der Alkoholnotfall eher einen Unfall darstellt, lernen in der Regel aus der Situation. Bei ca. 10 bis 20 Prozent der Betroffenen, besteht weiterer Beratungsbedarf. Sie gehören zur Risikogruppe. Diese zeichnet sich etwa durch sehr frühen Konsum aus, durch Mehrfachauffälligkeiten, durch eine hohe Alkoholtoleranz (hohe Promillewerte bei geringen Ausfallerscheinungen) sowie durch Verstärkungsmotive (ich mag es betrunken zu sein) oder Bewältigungsmotive (Alkohol hilft mir) beim Trinken. Jugendliche aus den HaLT Beratungen weisen signifikant höhere psychosoziale Belastungen, wie Gewalt-

<sup>iii</sup> Region Hannover, Informationsdrucksache II 437/2007

terfahrungen, Cannabiskonsum oder Schulausschluss auf, als die Durchschnittsbevölkerung.<sup>iv</sup>

### Einhaltung des Jugendschutzes verbessern

Im proaktiven Projektteil ist es das Ziel, die Einhaltung der Jugendschutzbestimmungen zu verbessern. Fast alle Betroffenen Minderjährigen gaben an, Spirituosen konsumiert zu haben. So gesehen hat an einer Stelle immer die Einhaltung von gesetzlichen Regeln nicht funktioniert. Im Jahr 2009 wurden in Niedersachsen Alkoholtestkäufe durch einen Erlass rechtlich ermöglicht. Anfangs war die Fehlerquote in der Region Hannover in Kiosken, Supermärkten oder Tankstellen mit 53 Prozent (in der Landeshauptstadt lag sie noch weit darüber) erschreckend hoch. Durch kontinuierliche weitere Kontrollen, die bei Verstößen auch mit Bußgeldern belegt werden, konnte die Quote später auf ca. 30 Prozent gesenkt werden. Die Fehler bestanden häufig in einer Rechenschwäche beim Altersabgleich. Der Jugendschutz entwickelte ein Schulungsmodul für Auszubildende im Einzelhandel, das seitdem kontinuierlich an den Berufsbildenden Schulen durchgeführt wird und die Alterskontrolle verbessern kann.

<sup>iv</sup> Villa Schöpflin Stiftung, HaLT Handbuch für die Praxis, 2017

### Bier und Schnaps ist nicht das Gleiche - Universelle Prävention ist notwendig

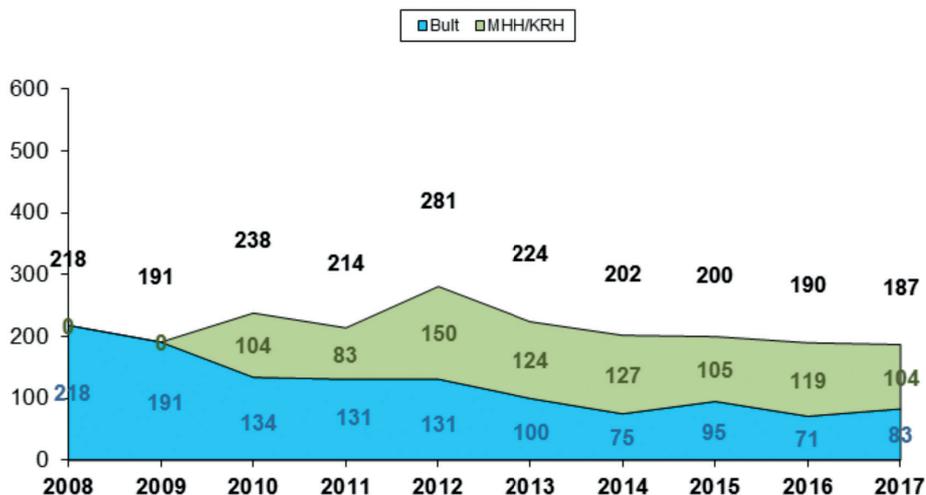
Da jedes Jahr eine neue Generation von Jugendlichen heranwächst, die meist im Alter von 13 bis 14 Jahren erste Alkoholerfahrungen sammelt, ist es notwendig in diesem Alter gezielt präventive Angebote in den Schulen durchzuführen. Neben Informationen zu Regeln und Wirkung, soll vor allem das Risikobewusstsein gestärkt werden und im Notfall Hilfe in der Peer-group funktionieren. Um viele Jugendliche erreichen zu können, wird inzwischen mit evaluierten Präventionsmodulen aus dem Koffer gearbeitet, die von vielen Suchtpräventionsfachstellen identisch angeboten werden können. Die Partysimulation „Tom & Lisa“ ergänzt bundesweit das HaLT Programm.

### HaLT und die Prävention tragen Früchte

Da in den letzten 10 Jahren weder an der Steuer-schraube noch an den Abgabebestimmungen für Alkohol Veränderungen vorgenommen worden, kann man annehmen, dass es die verstärkten Präventionsbemühungen sind, die seit 2012 einen Rückgang der Alkoholintoxikationen bei Jugendlichen im Bundesgebiet bewirken.

Dass dies kein Selbstläufer ist, zeigen jedoch auch regional wieder ansteigende Werte seit dem Jahr 2016.

## Stationäre Fälle Alkoholintoxikationen 2008-2017



Stationäre Fälle Alkoholintoxikationen (F10.0 Diagnose) Minderjähriger in der Region Hannover 2008-2017

Eine Erfahrung aus den vielen Gesprächen mit Schülerinnen und Schülern in der Region Hannover ist, dass eine Party ohne Alkohol kaum vorstellbar scheint und gerade auch die hochprozentigen Getränke einen sehr hohen Stellenwert bei 15- oder 16-jährigen haben. Hinzu kommt, dass es teils sehr gefährlich naive Vorstellungen von Jugendlichen über scheinbar mögliche Trinkmengen gibt. In unseren Schulworkshops berichten wir von einer 13-jährigen HaLT Patientin, die bei einem Trinkspiel beinahe an einer Alkoholvergiftung vor den Füßen ihrer beteiligten Freundinnen gestorben wäre. Das Mädchen hatte am Ende 4,6 Promille im Blut. Die Präventionsklassen schätzen regelmäßig, dass das Mädchen wohl 1 bis 3 Flaschen Wodka getrunken habe. Damit liegen sie extrem daneben, es war lediglich eine gute halbe Flasche. Statt diese Erfahrung allein dem Selbstversuch in der Peergroup zu überlassen, ist deshalb eine gute Präventionsarbeit unabdinglich. Geschichten aus Situationen die im HaLT Brückengespräch im Krankenhaus berichtet worden, können dabei einen eindrücklichen Gegenpol zu den meist lustigen Alkoholerlebnissen und Mythen bilden, die in den Cliques kursieren.



HaLT hat sich in der Region Hannover vom Projekt zum Programm verstetigt. Das Beratungsangebot, wie auch die in den Schulen etablierten Präventionsangebote sind gesichert. Es gibt eine bewährte Netzwerkstruktur - auch bundesweit, die die Präventionsforschung und die Qualitätssicherung vorantreibt.

In Lörrach, wo vor 15 Jahren die Villa Schöpflin den Grundstein für das HaLT Modellprojekt legte, ist inzwischen das HaLT Servicecenter entstanden, das für die vielen Standorte zum Jubiläum ein überarbeitetes Praxishandbuch und mit [www.halt.de](http://www.halt.de) eine Webseite im modernen frischen Look bereitgestellt hat. Hans Schöpflin, Unternehmer, Geldgeber der Schöpflin Stiftung und vor Jahren von einem Suchtfall betroffener Vater, erklärte bei der Jubiläumsfeier zum Thema befristeter Finanzierung von Projekten, dass es aus un-

ternehmerischer Sicht viel Sinn macht, in etwas das gut und erfolgreich ist, weiter zu investieren.

## STATIONÄRE VERSORGUNG

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

von Anette Redslob  
(Chefärztin)

#### Regionale Versorgungstruktur:

Die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf versorgt die Landkreise Nienburg und Schaumburg sowie die (nord-)westliche Region Hannover und kann bis zu 30 Patienten vollstationär versorgen. Sie gliedert sich in drei Stationen, die am Alter orientiert und gemischtgeschlechtlich belegt werden. Es finden Kinder und Jugendliche zur Krisenintervention, Diagnostik und Therapie aus dem gesamten Spektrum kinder- und jugendpsychiatrischer Krankheitsbilder Aufnahme. Die Stationen werden offen geführt, die Jugendlichenstation kann als fakultativ zu schließende Station bei Bedarf auch vorübergehend einen sichernden Rahmen gewähren.

Zusätzlich gibt es eine Tagesklinik mit 18 Plätzen, aufgeteilt in jeweils eine Station mit 9 Plätzen für Kinder und eine Station mit 9 Plätzen für Jugendliche sowie eine große Institutsambulanz mit eigenem Personalstamm.

#### Zur Versorgungssituation und Veränderungen:

Die Belegungssituation im stationären Bereich war in der KJPP Wunstorf in 2017 über lange Phasen angespannt und im Vergleich zum Vorjahr ist es zu weiteren Fallzahlsteigerungen gekommen, insbesondere auch durch eine deutliche Zunahme von Notaufnahmen im Kinderbereich.

Ein in 2015 gestellter Antrag auf Fördermittel zur Realisierung eines Neubaus mit zusätzlichen 8 Betten für eine besonders geschützte Akutstation sowie einer

weiteren Therapiestation wurde in 2017 bewilligt, so dass in 2018 externe Ausschreibungen erfolgen konnten. Ein Beginn der Baumaßnahme wird für Ende 2018 angestrebt. Eine aufgrund der angespannten Belegungslage geplante vorläufige Inbetriebnahme der zusätzlichen 8 Betten in einem Ersatzbau (Umbau der zentralisierten Küche) konnte wegen baulicher Verzögerungen noch nicht umgesetzt werden.

### Entwicklungen / Trends / neue Projekte:

- Weiterhin noch einmal gestiegene Fallzahlen bei einer deutlichen Zunahme an Notaufnahmen insbesondere auch im Kinderbereich.
- Anhaltend hoher Anteil an Kindern und Jugendlichen mit Schulabsentismus auf der Therapiestation für ältere Kinder und Jugendliche und in der Tagesklinik für Jugendliche.
- Der Anteil an Notaufnahmen von (unbegleiteten) minderjährigen Geflüchteten in Krisensituationen ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich zurückgegangen.
- Die in der Institutsambulanz eingerichteten Spezialprechstunden für Kinder und Jugendliche bei Verdacht auf Autismus-Spektrum-Störungen sowie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern mit Schlaf-, Schrei- oder Fütterstörungen werden weiterhin gut angenommen.
- Ein Angebot, das in der Erwachsenenpsychiatrie behandelten Eltern, die sich Sorgen um ihre Kinder machen, unkompliziert und niedrigschwellig ermöglicht, sich zur Beratung in der KJPP vorzustellen, wird besser angenommen, seit die Beratung in den Räumen der KJPP erfolgt.

### Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik am Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT Hannover

von Burkhard Neuhaus  
(Chefarzt)

#### Regionale Versorgungsstruktur:

Die Abteilung am Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT Hannover stellt die Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung der Gemeinden Hannover, Langenhagen, Isernhagen und Burgwedel sicher. Darüber hinaus gibt es eine Inanspruchnahme der Be-

handlungsschwerpunkte auch über die Region Hannover hinaus.

Hierzu unterhalten wir drei Jugendlichenstationen, eine Kinderstation, eine Tagesklinik in Hannover, eine Therapiestation für drogenabhängige Jugendliche, eine beschützende Station und eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanz. Das Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT liegt unmittelbar am Naherholungsgebiet „Alte Bult“. Alle Stationen verfügen über einen großzügigen Außenbereich, der altersgemäße Aktivitäten ermöglicht.

In Celle unterhält die Abteilung eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Tagesklinik und Ambulanz im Innenstadtbereich (Fritzenwiese 12).

Wir pflegen eine enge Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe, niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kinderärzten und vielen weiteren für die Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher wesentlichen Fachleuten.

Das Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT ist Akademisches Lehrkrankenhaus der MHH. Zudem bestehen intensiv gepflegte Kooperationen mit den Ausbildungsinstituten für Kinder- und Jugendpsychotherapie. Die Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und Psychosomatik engagiert sich erheblich und über den eigenen Bedarf hinaus bei der Ausbildung von Medizinstudenten und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Sozialarbeitern, Pflegekräften und Erziehern. Wir fördern hierdurch nachhaltig die Versorgung mit Fachkräften für die seelische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Niedersachsen.

Neben der Pflichtversorgung bestehen besondere Behandlungsschwerpunkte für Essstörungen, insb. Anorexia nervosa, Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen (Therapiestation „Teen Spirit Island“), Psychotherapie und Schulvermeidung. Eine besondere Versorgungsqualität wird bezüglich psychosomatischer Erkrankungen durch die intensive Zusammenarbeit mit der kinderheilkundlichen Ab-

teilung im Hause sichergestellt. Bereits vor einigen Jahren hat die Therapiestation für drogenkonsumierende und abhängigkeitserkrankte Jugendliche „Teen Spirit Island“ Ihr Behandlungsspektrum um Angebote für medienabhängige Jugendliche eröffnet, die gut in Anspruch genommen werden.

#### **Entwicklungen / Trends / neue Projekte:**

Besonders die „offene Sprechstunde“ ohne Anmeldung für drogenabhängige Jugendliche jeden Donnerstag ab 15.00 Uhr in unserer Institutsambulanz in Hannover hat eine hohe Nachfrage.

Wir verzeichnen eine volle Auslastung bei rückläufigen Liegedauern, was zu verkürzten Wartezeiten führt. Die Wartezeiten sind saisonal unterschiedlich, um die Sommerferien konnte im Vorjahr zeitweilig zeitnah aufgenommen werden.

Eine besondere Herausforderung stellt unverändert die poststationäre Versorgung von Patienten dar, die im Anschluss an den Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Unterbringung in der Jugendhilfe benötigen. Obwohl die Erforderlichkeit einer außerfamiliären Unterbringung meist länger mit den Jugendämtern kommuniziert ist, kommt es zu Situationen, in denen die Patienten in suboptimale oder provisorische Jugendhilfemaßnahmen kommen. Dies beeinträchtigt häufig den Behandlungserfolg. Seitens der Leitungen der Jugendämter ist das Problem erkannt. Grund ist ein Mangel an geeigneten Jugendhilfeanbietern, besonders für Jugendliche mit drohender seelischer Behinderung. Insbesondere im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen und bei geistig Behinderten besteht ein erheblicher zusätzlicher Bedarf an geeigneten Jugendhilfe- bzw. Rehabilitationsplätzen.

#### **AMEOS Klinikum**

##### **Niedersächsische Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Hildesheim**

Das AMEOS-Klinikum hat für die Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie keinen Bericht vorgelegt.

## ANHANG

Autorinnen und Autoren	
Beimes, Petra	Region Hannover Fachbereich Soziales Team Zentrale Angelegenheiten der Eingliederungshilfe Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover E-Mail: petra.beimes@region-hannover.de
Beins, Wolfram	Dipl.-Sozialarbeiter/-Sozialpädagoge Geschäftsführender Leiter der Psychosozialen Beratungsstelle - Diakonie Celle Fritzenwiese 7, 29221 Celle Vorsitzender des Landesfachbeirates Psychiatrie Niedersachsen E-Mail: Wolfram.Beins@evlka.de
Birschel, Dr. med. Birgit	Region Hannover Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Ostpassage 7A, 30853 Langenhagen E-Mail: Birgit.Birschel@region-hannover.de
Blanke, Uwe	Region Hannover Sozialpsychiatrischer Dienst Psychiatriekoordinator   Drogenbeauftragter Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund Peiner Str. 4, 30519 Hannover E-Mail: Uwe.Blanke@region-hannover.d
Bödeker, Erika	Dipl.-Sozialpädagogin Region Hannover Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Chemnitzer Str. 2, 30952 Ronnenberg-Empelde E-Mail: Erika.Boedeker@region-hannover.de
Boers, Uwe	Geschäftsführer der SuPA GmbH Dipl.-Sozialpädagoge Königstr. 6, 30175 Hannover E-Mail: umreich@web.de
Deiters-Winkler, Katrin	Region Hannover Fachbereich Jugend Team 51.22 - Eingliederungshilfe § 35 a SGBVIII Leitung Hildesheimer Str. 265, 30519 Hannover E-Mail: Katrin.Deiters-Winkler@region-hannover.de
Dietl, Birgit	Dipl.-Soz.Päd. / Soz.Arb Leiterin des Krankenhaussozialdienstes Auf der Bult, Kinder- und Jugendkrankenhaus Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover Sprecherin der Fachgruppe „Kinder- und Jugendliche“ im Sozialpsychi- atrischen Verbund der Region Hannover, E-Mail: Dietl @hka.de
Dyszack, Thomas	Region Hannover Fachbereich Soziales -Team 50.03 und Team 50.04 Fallmanagement Verwaltung in den Leistungsteams der Eingliederungshilfe Hildesheimer Straße 20, 30169 Hannover E-Mail: Thomas.Dyszack@region-hannover.de

Elgeti, Dr. Hermann	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Sozialmedizin Region Hannover Dezernat für soziale Infrastruktur – Stabsstelle Sozialplanung (II.3) Sprecher der Fachgruppe „Sozialpsychiatrischer Plan“ E-Mail: Hermann.Elgeti@region-hannover.de
Eller, Matthias	Dipl.-Sozialpädagoge Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien Podbielskistr. 168, 30177 Hannover E-Mail: Matthias.Eller@region-hannover.de
Forstmeier, Marion	Region Hannover Fachbereich Soziales Team 50.01 – Zentrale Aufgaben der Eingliederungshilfe Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover E-Mail: Marion.Forstmeier@region-hannover.de
Gossé, Frauke	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Oberärztin – Suchtmedizin KRH-Psychiatrie Wunstorf Südstr. 25, 31515 Wunstorf Sprecherin der Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ E-Mail: frauke.gosse@krh.eu
Gundlach, Jürgen	Mitglied der Ombudsstelle Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischer Verbund der Region Hannover Peiner Str. 30519 Hannover E-Mail: juergengundlach@yahoo.de
Handtke ,Verena	Dipl.-Sozialpädagogin, Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien Podbielskistr. 168, 30177 Hannover E-Mail: Verena.Handtke@region-hannover.de
Hanke, Dr. Andrea	Region Hannover Regionsrätin Dezernentin für Soziale Infrastruktur Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover
Heckert, Andre	Dipl.-Soz.Päd. / Soz.Arb, Jugendschutzfachkraft Region Hannover, Team Jugend- und Familienbildung Jugendschutz HaLT Am Jugendheim 7, 30900 Wedemark E-Mail: Andre.Heckert@region-hannover.de
Heller, Markus	Geschäftsführer, Ambulantes Zentrum Hannover Ricklinger Str. 5c, 30449 Hannover Sprecher Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“ E-Mail: m.heller@ambulantes-zentrum-hannover.de
Heuer, Ramona	Region Hannover Fachbereich Jugend – Team 51.22 Eingliederungshilfe § 35 a SGBVIII – Leitung Hildesheimer Str. 265 30519 Hannover E-Mail: Ramona.Heuer@region-hannover.de

Henß-Jürgens, Henning	Diplom. Sozialpädagogin / Sozialarbeiter Region Hannover - Sozialpsychiatrischer Dienst Peiner Straße 4, 30519 Hannover E-Mail: Henning.Henss-Juergens@region-hannover.de
Janitzek, Rainer F.	Dipl. Päd., Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie Brabeckstr. 167b, 30539 Hannover E-Mail: kontakt@praxis-janitzek.d
Johanning-Schönfeld, Ulrike	Fachkrankenschwester für Psychiatrie Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Freytagstr. 12 A, 30169 Hannover E-Mail: Ulrike.Johanning-Schoenfeld@region-hannover.de
Kimil, Ahmet	Dipl.-Psychologin, Psychologischer Psychotherapeut (VT) Ethno-Medizinisches Zentrum Sprecher der Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“ Königstr. 6, 30175 Hannover E-Mail: akimil@ethnomed.com
Kirschnick-Tänzer, Sabine	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie Sprecherin des „Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie“ Südstr. 25, 31515 Wunstorf Email: sabine.kirschnick-taenzer@krh.eu
Kleeblatt, Birgit	Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen Niedersachsen / Bremen - AANB e. V. Wedekindplatz 3, 30161 Hannover E-Mail: Birgit.Kleeblatt@t-online.de
Klingsporn, Thomas	STEP gGmbH Gebietsleiter Region Hannover/Lüneburg Calenberger Esplanade 6, 30169 Hannover E-Mail: klingsporn@step-niedersachsen.de
Koch, Jana	Diplom. Sozialpädagogin / Sozialarbeiterin Hannoversche Werkstätten gem. GmbH Leitung Ambulante Angebote Hildesheimer Str. 29, 30169 Hannover E-Mail: jana.koch@hw-hannover.de
König, Michael	Landeshauptstadt Hannover Fachbereich Soziales   Fachdienstleitung   50.2 FFB Fachdienst, Fachberatung und Bedarfsermittlung für Menschen mit Behinderung Hamburger Allee 25 , 30161 Hannover E-Mail: Michael.Koenig@Hannover-Stadt.de
Kurth, Henning	Dipl.-Sozialpädagoge/-arbeiter Werkheim e.V. Sprecher der Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ Büttnerstr. 9, 30165 Hannover E-Mail: Kurth@werkheim.de
Lagerbauer, Catrin	Dipl.-Sozialpädagogin Region Hannover - Sozialpsychiatrischer Dienst Peiner Straße 4, 30519 Hannover E-Mail: Catrin.Lagerbauer@region-hannover.de

Lengl, Bernhard	Dipl. Soz. Päd. (FH) / Betriebswirt (VWA) Geschäftsführer Landesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen (LAG:WfbM) Niedersachsen Gruppenstr. 4, 30159 Hannover E-Mail: bernhard.lengl@lag-wfbm-niedersachsen.de
Lüpke, Monika	Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Arbeitswissenschaftlerin Psychologische Geschäftsführung, Einrichtungen für psychisch Genesende GmbH, Haus Mohmühle Mohmühle 1, 30900 Wedemark E-Mail: monika.luepke@haus-mohmuehle.de
Michel, Dr. Horst-Peter	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Sudewiesenstr. 4, 30880 Laatzen E-Mail: Horst-Peter.Michel@region-hannover.de
Möller, Matthias	Dipl.-Sozialarbeiter, Dipl. Supervisor, Region Hannover - Fachbereich Jugend Leitung Familien- und Erziehungsberatung Spittaplatz 5 , 31303 Burgdorf E-Mail: Matthias.Moeller@region-hannover.de
Müller, Frederik	B. A. Soziale Arbeit, Region Hannover Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Ernst-Abbe-Ring 8, 31535 Neustadt E-Mail: Frederik.Müller@region-hannover.de
Neuhaus, Dr. Burghard	Kinder- und Jugendkrankenkrankenhaus AUF DER BULT - Abteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover
Neveling, Monika	Dipl.- Pädagogin, VPE Hannover e.V. Rückertstr. 17, 30169 Hannover E-Mail: vpehannover@arcor.de
Niemann, Dr. Nicole	VPE Hannover e. V. Rückertstr. 17, 30169 Hannover E-Mail: vpehannover@arcor.de
Plank, Richard	Diplom. Sozialpädagoge / Sozialarbeiter Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Rotekreuzstr. 12, 30627 Hannover E-Mail: Richard.Plank@region-hannover.de
Pohl, Stefan	Dipl.-Psychologe Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche & deren Familien Podbielskistr. 168, 30177 Hannover E-Mail: Stefan.Pohl@region-hannover.de
Redslob, Anette	Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie, Chefarztin Klinikum Region Hannover Psychiatrie Wunstorf – Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Südstr. 25, 31515 Wunstorf E-Mail: Anette.Redslob@krh.eu

Roempler, Andreas	Sozialarbeiter, Region Hannover Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Königstraße 6, 30175 Hannover E-Mail: Andreas.Roempler@region-hannover.de
Rolfes-Neumann, Doris	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Deisterstr. 85 A, 30449 Hannover E-Mail: sozialpsychiatrie-bs04@region-hannover.de
Schomakers, Marco	Diplom. Sozialpädagoge / Sozialarbeiter Arbeiterwohlfahrt Region Hannover e.V. Wohnheim „Nordfelder Reihe“ - Einrichtungsleitung Sprecher der Fachgruppe „Inklusion“ Nordfelder Reihe 25, 30159 Hannover, E-Mail: marco.schomakers@awo-hannover.de
Schubert, Dr. med. Alexandra	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Ernst-Abbe-Ring 8, 31535 Neustadt E-Mail: Alexandra.Schubert@region-hannover.de
Sievers, Wolfgang	Landeshauptstadt Hannover Fachbereich Jugend und Familie, Kommunaler Sozialdienst Fachleitung für Eingliederungshilfe g. § 35 a SGB VIII, Blumenauer Str. 5-7, 30449 Hannover E-Mail: Wolfgang.Sievers@Hannover-Stadt.de
Strahl, Astrid	Dipl. Grafik-Designerin, Psychoanalytische Kunsttherapeutin Geschäftsführung und Leitung buntHus gGmbH Bultstr. 9, 30159 Hannover E-Mail: a.strahl@bunthus.de
Sueße, Dr. Thorsten,	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Systemischer Therapeut (SG) Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover Sprecher der Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“ Peiner Str. 4, 30519 Hannover, Thorsten.Suesse@region-hannover.de
Tänzer, Andreas	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Forensische Psychiatrie Chefarzt der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Wunstorf Sprecher der Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“ Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf Südstr. 25, 31515 Wunstorf E-Mail: Andreas.Taenzer@krh.eu
Theye-Hoffmann, Birgit	beta89 Betreutes Wohnen Abteilungsleiterin Sprecherin Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“ Rotermundstraße 27, 30165 Hannover E-Mail: theye-hoffmann@beta89.de
Thiel, Sylvia	Beauftragte für Menschen mit Behinderungen Region Hannover Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover E-Mail: Sylvia.Thiel@region-hannover.de

Tomaske, Sabine	Dipl.-Sozialpädagogin/-Sozialarbeiterin Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Plauener Str. 12A, 30179 Hannover E-Mail: Sabine.Tomaske@Region-Hannover.de
Vajhøj, Uffe	Dipl. Sozialarbeiter/-pädagogin beta-REHA Sprecher der Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ Günther-Wagner-Allee 13, 30177 Hannover E-Mail: vajhoj@beta89.de
Michael Wachtendorf	Sozialpädiatrisches Zentrum Janusz-Korczak-Allee 8, 30173 Hannover E-Mail: Wachtendorf@hka.de
Weidner, Olive	Dipl.-Ergotherapeut, Leitung Ergotherapie, Ergotherapeutische Ambulanz und Praxis, Klinikum Region Hannover GmbH KRH Psychiatrie Langenhagen Sprecher der Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ Rohdehof 3, 30853 Langenhagen E-Mail: oliver.weidner@krh.eu
Andrea Widmer	Andrea Widmer Lebenshilfe Peine-Burgdorf GmbH Mittelstraße 13, 31303 Burgdorf E-Mail: andrea.widmer@lhp.de
Willems, Manfred	Dipl. Sozialwirt / Dipl. Soz.päd./-arb. Geschäftsführer Hannoversche Werkstätten gGmbH Stellv. Sprecher der Fachgruppe „Soziale Wiedereingliederung“ Thurnithstraße 1, 30519 Hannover E-Mail: manfred.willems@hw-hannover.de
Woike, Frank	Landeshauptstadt Hannover Dez.III/Beauftragter Sucht und Suchtprävention Sprecher der Fachgruppe „Sucht und Drogen“ Hamburger Allee 25, 30161 Hannover, E-Mail: frank.woike@hannover-stadt.de
Zhang, PD Dr. med.Yuanyuan	Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle List Podbielskistr. 158, 30177 Hannover E-Mail: YuanPDDr.med.Zhang@Region-Hannover.de

## Fachbegriffe

Besuchskommission	Die Besuchskommissionen werden niedersächsischem Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung berufen. Bei den Besuchen der Krankenhäuser und Einrichtungen prüfen die Besuchskommissionen, ob bei allen Maßnahmen gegenüber den Kranken oder Behinderten auf deren Zustand besondere Rücksicht genommen wird. Sie berichten dem Ausschuss mindestens einmal jährlich.
EX-IN	Ein spezifische Ausbildung von psychiatrie-erfahrenen Menschen, die dafür qualifiziert, als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in psychiatrischen Einrichtungen als GenesungsbegleiterIn tätig zu werden.

Fixierung	Fesselung von Patientinnen und Patienten durch mechanische Vorrichtungen (Gurte, Riemen etc.) zu deren eigener Sicherheit oder dem Schutz anderer Personen. Fixierungen müssen immer dokumentiert werden bedürfen immer der richterlichen Genehmigung
Forensische Psychiatrie	Die Forensische Psychiatrie ist das Teilgebiet der Psychiatrie, das sich mit der Behandlung, der Begutachtung und mit der Unterbringung von psychisch kranken Straftätern befasst.
Genesungsbegleiter	Siehe EX-IN
Inanspruchnahmeziffer	Bezeichnet den Grad der Nutzung von Angeboten in Bezug auf eine festgelegte Größe (z.B. 100.000 Einwohner).
Inklusion	„Einschluss“ - im Gegensatz zu Ausschluss oder Ausgrenzung. Im Vergleich schafft Integration lediglich innerhalb bereits bestehender Strukturen einen Raum für benachteiligte Menschen. Durch Inklusion dagegen sollen gesellschaftliche Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass sie allen Menschen mit ihren unterschiedlichen Fähigkeiten von Anfang an besser gerecht werden.
Institutsambulanzen	Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) ist nach § 118 / SGB V die multiprofessionell arbeitende Ambulanz psychiatrischer Fachkrankenhäuser / Abteilungen. Ihr Auftrag ist die Behandlung von Patientinnen und Patienten, die die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind.
Kasuistik/en	Beispielhafte Beschreibung/en von Einzelfällen in der Medizin.
Kognitive Beeinträchtigungen	Beeinträchtigung der Denkleistung
Konsiliare, konsiliarisch	Die konsiliarische Zusammenarbeit bezeichnet in der Medizin eine beratende Tätigkeit, um z.B. Meinung einer bestimmten Fachdisziplin nutzen zu können
Maßregelvollzug	Im Maßregelvollzug (forensische Psychiatrie) werden nach § 63 und § 64 des deutschen Strafgesetzbuches unter bestimmten Umständen psychisch kranke oder suchtkranke Straftäter nach den Maßregeln der Besserung und Sicherung untergebracht.
Peers	Als Peergroup bezeichnet man im englischen Sprachraum eine Gruppe von Menschen mit gemeinsamen Interessen, Alter, Herkunft oder sozialem Status mit einer wechselseitigen Beziehung zwischen Individuum und Gruppe. In der Psychiatrie steht der Begriff Peers für Psychiatrie-Erfahrene, die andere durch ihre Erfahrung unterstützen.
Peerberater_in oder Peer-Counselling	Beratung Betroffener durch Betroffene
Psychiatrie	Medizinische Fachdisziplin, die sich mit der Vorbeugung, Diagnostik und Behandlung von psychischen Störungen beschäftigt. Sie hat sich aus der Nervenheilkunde entwickelt. Der Begriff „Psychiatrie“ wurde 1808 von dem in Halle wirkenden Arzt Johann Christian Reil geprägt und setzt sich aus den griech. Wörtern (psyche) für „Seele“ und (iat-rós) für „Arzt“ zusammen.

Psychische Krankheiten	Zustandsbilder, die durch krankheitswertige Veränderungen des Erlebens und Verhaltens gekennzeichnet sind. Dies kann mit Abweichungen der Wahrnehmung, des Denkens, Fühlens oder auch des Selbstbildes (Selbstwahrnehmung) einhergehen. Psychische Erkrankungen sind häufig mit persönlichem Leidensdruck oder Belastungen im sozialen und beruflichen Zusammenhängen verbunden. Da es sich um Erkrankungen handelt können die Betroffenen diese nur in begrenztem Maß durch eigene Bemühungen beeinflussen. Psychische Störungen gehören laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu den weitverbreitetsten Erkrankungen.
Recovery-Orientierung   Recovery-Modell	Das Recovery-Modell ist ein Konzept der „Wiedergesundung“ von psychischen Störungen und Suchtkrankheiten, welches das Genesungspotential der Betroffenen hervorhebt und unterstützt.
Resilienz	Die Fähigkeit, Krisen zu bewältigen und sie durch Rückgriff auf persönliche und/oder sozial vermittelte Ressourcen / Stärken als Anlass für Entwicklungen zu nutzen.
Rezidivprophylaxe	Gesamtheit aller medizinischen Maßnahmen zur Abwendung eines Wiederauftretens einer Erkrankung
S3-Leitlinie	Leitlinien dienen in der Medizin dazu die ÄrztInnen bei der Behandlung zu unterstützen. Sie geben auf der Grundlage klinischer Studien Empfehlungen. S3 steht für die höchste Qualitätsstufe der Entwicklungsmethodik.
Triage	Erstellung einer Rangfolge für eilige ärztliche Einsätze
Trialog, Trialogisch	Gleichberechtigter Erfahrungsaustausch zwischen Patienten, Angehörigen und Professionellen / Therapeuten, z. B. in Psychoseminaren
Unterbringung	Die zwangsweise Aufnahme in eine psychiatrische Klinik.

## Verzeichnis der Abkürzungen

AANB e.V.	Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e.V.
AKG	Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie – Vollversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes (§ 8 NPsychKG) in der Region Hannover
BAG GPV	Bundesarbeitsgemeinschaft gemeindepsychiatrischer Verbände
BGH	Bundesgerichtshof
B.E.Ni.	Bedarfsermittlungsinstrument Niedersachsen
BTHG	Bundesteilhabegesetz
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
EGH	Eingliederungshilfe nach dem SGB
EMZ	Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover e.V.
EUTB	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung

EX-IN	Ein spezifische Ausbildung von psychiatrie-erfahrenen Menschen, die dafür qualifiziert, als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in psychiatrischen Einrichtungen als GenesungsbegleiterIn tätig zu werden.
FLS	Fachleistungsstunden = Einheit nach der Leistungen in der Eingliederungshilfe vergütet werden.
GPZ	Gemeindepsychiatrische Zentren
HBM-T	Verfahren der Zuordnung von Leistungsberechtigten zu Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Hilfebedarf im Bereich Tagesstruktur
HBM-W	Verfahren der Zuordnung von Leistungsberechtigten zu Gruppen für Leistungsberechtigte mit vergleichbarem Hilfebedarf im Bereich Wohnen
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die deutschsprachige Übersetzung lautet Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
JUH	Johanniter Unfallhilfe
KVN	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
LPPN	Landespsychiatrieplan Niedersachsen
NPsychKG	Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke
RFP	Regionale Fachbeirat Psychiatrie
pHKP	psychiatrische Häusliche Krankenpflege SGB V – Leistung (ärztliche Verordnung erforderlich)
RPK	RPK-Einrichtungen bieten medizinisch-berufliche Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit psychischen Erkrankungen.
SMART	Abkürzung aus dem Projektmanagement für die Formulierung von Zielen: Spezifisch: Ziele müssen eindeutig benannt werden Messbar: Ziele müssen im Ergebnis messbar sein Attraktiv: Ziele müssen für die Person erstrebenswert sein Realistisch: Ziele müssen erreichbar sein Terminiert: Der Zeitpunkt der Zielerreichung oder -überprüfung ist festzulegen
SPP	Sozialpsychiatrischer Plan
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
SpV	Sozialpsychiatrischer Verbund
UN-BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen – Übereinkommen für Menschen mit Behinderungen
VPE e.V.	Verein Psychiatrie-Erfahrener Hannover e.V.
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen





**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)

Gestaltung und Druck:  
Region Hannover, Team Medienservice

Titel:  
Karte Matthias Rößler, Bild: © radachynskyi-Adobe.Stock.com,  
Modifikation Region Hannover, Team Medienservice

Stand:  
01.2019

Auflage:  
750

ISSN 1865-7699