

**ZUKUNFTSVISIONEN IN ZEITEN
DES RESSOURCENMANGELS**



SOZIALPSYCHIATRISCHER PLAN 2025

des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

Sozialpsychiatrischer Dienst



Region Hannover

VORWORT



Sehr geehrte Leser*innen,

die Grenzen von Ressourcen sind überall sichtbar und spürbar. Sowohl finanziell als auch personell sind die Systeme erschöpft. Bei allen Schwierigkeiten, die diese Situation an so vielen Stellen mit sich bringt, ist sie doch auch eine Chance, über Veränderungen nachzudenken, den Blick schweifen zu lassen und neue Optionen in den Blick zu nehmen – Zukunftsvisionen zu entwickeln.

Der diesjährige Sozialpsychiatrische Plan beschäftigt sich genau damit. Es geht um die Aufrechterhaltung und auch Neuausrichtung der Begleitung, Behandlung und Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Denn die psychischen Belastungen und Erkrankungen nehmen zu und die Hilfesysteme haben keine Kapazitäten mehr. Es ist darum zwingend erforderlich, Visionen zu entwickeln, wie dem begegnet werden kann – und diese im besten Fall auch umzusetzen.

Sie werden von Mahnungen an unser aller Verantwortung genauso lesen wie über Chancen, die sich durch neues Denken und neue Wege ergeben. Auch Beispiele bereits umgesetzter Visionen werden beispielhaft beschrieben.

Es geht um Visionen, die nicht an den aktuellen Gegebenheiten vorbeigedacht werden, sondern diese als Grundlage nutzen.

Wir müssen realistischerweise davon ausgehen, dass sich die materiellen Ressourcen nicht positiv verändern werden. Umso wichtiger, dass im sozialpsychiatrischen Versorgungssystem verstärkt auf Kooperationen und Synergien gebaut wird.

Dr. Andrea Hanke

Regionsrätin
Dezernentin für Soziales, Teilhabe,
Familie und Jugend

ZUSAMMENSETZUNG DER FACHGRUPPE

„Sozialpsychiatrischer Plan“ des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

- Torsten Köster**
Paritätische Suchthilfe Niedersachsen
Odeonstraße 14, 30159 Hannover
– Sprecher der Fachgruppe –

Catrin Lagerbauer
Region Hannover
Sozialpsychiatrischer Dienst
Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund
Gradestraße 20, 30163 Hannover

Katrin Krone
Balance e. V.
Birkenweg 82, 30827 Garbsen-Berenbostel

Nina Minnich
Region Hannover
Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder,
Jugendliche & deren Familien
Podbielskistr. 164, 30177 Hannover

- Dr. Thorsten Sueße**
Region Hannover
Sozialpsychiatrischer Dienst
Gradestraße 20, 30163 Hannover

Ana Carina Cabrera Antoranz
FIPS GmbH
Bahnhofstr. 17a, 31275 Lehrte

Martin Buitkamp
Region Hannover, Dezernat für Soziales,
Teilhabe, Familie und Jugend
Hildesheimer Straße 18, 30169 Hannover

Lukas Kirsch
Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst
Gradestraße 20, 30163 Hannover

Inhalt

VORWORT 3

ZUSAMMENSETZUNG DER FACHGRUPPE 4

EINLEITUNG

Wer geht ran?
von Catrin Lagerbauer 8

Was verbinden die Mitglieder des VPE mit der Frage nach Zukunftsvisionen in Zeiten des Ressourcenmangels? Ergebnisse aus verschiedenen Gesprächen
von Nicole Niemann und Monika Neveling 11

Zukunftsvisionen der Angehörigen in Zeiten des Ressourcenmangels
vom Autorenkollektiv der AANB 14

SCHWERPUNKTTHEMA 2025: ZUKUNFTSVISIONEN IN ZEITEN DES RESSOURCENMANGELS

Ein Plädoyer für eine menschenwürdige, vernetzte und regionale psychosoziale Versorgung
von Kirsten Kappert-Gonthier 18

Der Sozialpsychiatrische Verbund – eine Ressource, keine Vision!
von Catrin Lagerbauer..... 23

Wie kann Genesungsbegleitung in Zeiten des Ressourcenmangels beitragen?
von Dr. Carsten Dette, Elke Duchscherer, Karen Skodda, Henrike Warnecke 25

**Zukunftsvisionen in der psychiatrischen Versorgung:
Die Integration ambulanter Versorgung durch Gemeindepsychiatrische Zentren**
von Sabine Böhland..... 32

Wie können Netzwerke von Eingliederungshilfe und Sozialpsychiatrischen Dienst in Zukunft effektiv Teilhabe ermöglichen?
von Henning Henß-Jürgens..... 34

Zukunftsvisionen in Zeiten des Ressourcenmangels – Perspektiven für eine nachhaltige und effektive Versorgung von psychisch erkrankten Menschen am Beispiel von ReHaTOP (Region Hannover – Teilhabe – Orientierung – Prävention)
von Stefanie Kluwe..... 36

Alera: Eine innovative App als Ergänzung in der psychischen Gesundheitsversorgung
von Finn Borchers..... 40

Netzwerke auf Grundlage der KSVPsych-Richtlinie als Wegbereiter einer zeitnahen Versorgung
von René Engelmann 42

RPB – REGIONALE PSYCHIATRIEBERICHTERSTATTUNG

Regionale Psychiatrieberichterstattung
von Martin Buitkamp 46

Der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover – Berichtsjahr 2024
von Thorsten Sueße..... 62

Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien
des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover
von Nina Minnich..... 68

Bericht über die Situation der niedergelassenen Fachärzte für
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Niedersachsen
von Thomas Duda 70

DER SOZIALPSYCHIATRISCHE VERBUND

Der Sozialpsychiatrische Verbund und seine Gremien
von Catrin Lagerbauer 72

Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG)
von Moritz Radamm 75

Bericht des Regionalen Fachbeirates Psychiatrie (RFP)
von Catrin Lagerbauer 77

Berichte der Fachgruppen des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“
von Stefanie Kluwe, Maria Chiara Miotti, Dirk Ballosch 79

Fachgruppe „Sozialpsychiatrischer Plan“
von Torsten Köster 80

Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“
von Ulrike Vogel 81

Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störung“
von Daniela Kraune 82

Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“
von Cordula Bolz 83

Runder Tisch/Fachgruppe „Sucht und Drogen“
von Frank Woike 84

Fachgruppe „Inklusion“
von Katrin Kuhn und Marco Schomakers 85

Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“
von Matthias Eller..... 86

Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“
von Thorsten Sueße..... 87

Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“
von Alla Minasova..... 89

Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“
von Silvia Fleßner, Christina Günther und Sabine Tomaske 91

Fachgruppe „Soziale Teilhabe“
von Birgitt Theye-Hoffmann und Ulrich Ehrhardt 92

Berichte der Sektor-Arbeitsgemeinschaften (SAG)

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Neustadt
von Frederik Müller 93

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Mitte
von Sabine Böhland..... 95

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen
von Christoph Dietrich 96

Sektor-Arbeitsgemeinschaft List
von Christoph Dietrich 97

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße
von Sabine Tomaske..... 97

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Burgdorf
von Janine Duckert und Marko Meier..... 98

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Groß-Buchholz
von Borge Borchert..... 99

Sektorarbeitsgemeinschaft Laatzen/Hemmingen & Springe/Pattensen
von Bastian Kornau 100

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Freytagstraße
von Bastian Kornau 101

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Ronnenberg-Empelde
von Torsten Köster 102

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Deisterstraße
von Torsten Molle 103

Bericht der Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle für Psychiatrie-Erfahrene
und ihre Angehörigen / Ombudsstelle
von Jürgen Gundlach 104

ANHANG

Datenbogen 1 „Angebotsbezogene Informationen“ 106

Datenbogen 2 „KlientInnenbezogene Informationen“ 109

Datenbogen 2 „KlientInnenbezogene Informationen KJP“ 111

Autor*innen 113



EINLEITUNG

Wer geht ran?

von Catrin Lagerbauer (Psychiatriekoordinatorin)

Im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie wurde in der Sitzung am 06. Juni 2024 das Thema „Zukunftsvisionen in Zeiten des Ressourcenmangels“ als Schwerpunktthema des diesjährigen Sozialpsychiatrischen Plans gewählt.

Ressourcenmangel, Fachkräftemangel, Geldmangel, ... darüber wird häufig und in vielen verschiedenen Kontexten gesprochen. Und es treibt uns auch in der Sozialpsychiatrie um. Umso wichtiger, sich mit der Zukunft zu beschäftigen – gern auch visionär. Was können wir denn tun? Was müssen wir tun? Und was haben wir schon getan, um dem Mangel zu begegnen? Das Thema ist groß, wichtig – und herausfordernd. Es geht u.a. um Haltung, Verantwortung, Risiko und Nutzen.

Es haben sich auch in diesem Jahr wieder Autor*innen gefunden, die Ihre Gedanken und praktischen Erfahrungen zu dem Schwerpunktthema teilen.

Zum Inhalt:

- Wünsche zu psychiatrischer Behandlung und Begleitung der Zukunft haben Nicole Niemann und Monika Neveling vom **Verein Psychiatrie-Erfahrener (VPE)** bei den Mitgliedern des Vereins eingefangen. Die Stationsäquivalente Behandlung ist dabei ein wichtiges Thema. Zudem weisen sie auf die Wichtigkeit der Vernetzung in einem gestuften Hilfesystem hin und welche Rolle der VPE und seine Kontaktstelle dabei einnehmen (können).
- Das Autor*innenkollektiv **Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Niedersachsen und Bremen (AANB e.V.)** appelliert eindringlich, die Versorgung psychisch erkrankter Menschen aufrechtzuerhalten, um Folgen der Erkrankungen mit erheblichen Abwärtsspiralen aufzuhalten. Angehörige sind eine der wichtigsten Ressourcen in der sozialpsychiatrischen Versorgung. Sie weisen in ihrem Beitrag u.a. auf die Notwendigkeit von Orientierung im Hilfesystem und Unterstützung für sich selbst hin.
- Daran, dass wir vor dem Hintergrund der Geschichte zwar bereits einiges erreicht haben, aber noch lange nicht am Ziel einer durchweg menschenrechtsbasierten Psychiatrie sind, erinnert in ihrem Beitrag Frau Kappert-Gonthier, 1. Vorsitzende der

Aktion Psychisch Kranke (APK) und MdB Bündnis 90/Die Grünen. Sie mahnt unsere Verantwortung an, in den Kommunen zielgerichtete Maßnahmen zur Versorgung vor allem schwer-psychisch erkrankter Menschen zu ergreifen.

- Für die Organisation des **Sozialpsychiatrischen Verbundes (SpV) der Region Hannover** ist Catrin Lagerbauer als Psychiatriekoordinatorin verantwortlich. Sie nimmt die Verpflichtung aus dem NPsychKG und die Aufgaben des SpV in den Blick. Sie sieht die gemeinsame Verantwortung und Möglichkeit der Mitglieder, den SpV zu nutzen und zu Antworten auf einige herausfordernde Fragen der aktuellen und zukünftigen Zeit bzgl. der sozialpsychiatrischen Versorgung zu kommen.
- Was ist **Genesungsbegleitung**? Welche Erfahrungen werden gemacht? Davon berichten Karin Skodda und Elke Duchscherer, die als Genesungsbegleiterinnen in der KRH Psychiatrie Wunstorf tätig sind. Henrike Warnecke und Carsten Dette als Projektleitungen Genesungsbegleitung in der Klinik ergänzen die Perspektiven der Einbettung der Genesungsbegleitung in die Klinikstruktur und benennen Herausforderungen und Bedeutung.
- Kooperation von Sozialpsychiatrischem Dienst und Psychiatrischer Klinik unter einem Dach - das ist die Grundlage des **Gemeindepsychiatrischen Zentrums (GPZ)** in Neustadt a. Rbge. Sabine Böhlend ordnet das Angebot GPZ als ein Versorgungsmodell der Zukunft ein, mit dem psychisch kranke Menschen individuell und umfassend versorgt werden können.
- Wie **Netzwerke von Eingliederungshilfe und Sozialpsychiatrischem Dienst** wirksam sein können, um Teilhabe effektiv zu ermöglichen, beschreibt Henning Henß-Jürgens in seinem Beitrag. Es bestehen innerhalb des Fachbereichs Teilhabe der Region Kooperationsabsprachen der beiden Fachdienste, um im Einzelfall aber auch übergreifend Erkenntnisse für weiteres Handeln zielführend zu nutzen.
- Von einer Vision zum Projekt – Stefanie Kluwe berichtet über **ReHa TOP (Region Hannover Teilhabe – Orientierung – Prävention)**. Mit dem auf
- enger Kooperation unterschiedlicher Komponenten beruhenden Konzept werden langzeitarbeitslose psychisch kranke Menschen unterstützt, ihre gesundheitliche Situation zu verbessern und neue Lebens- und Berufsperspektiven zu erarbeiten.
- Um ein Beispiel digitaler Unterstützung bei psychischer Belastung geht es bei der Vorstellung von Alera – einer innovativen **App der Alera GmbH**. Finn Borchers erklärt die Entwicklungsidee und die Möglichkeiten (und Grenzen) dieses Angebotes.
- Die KSVPsych-Richtlinie des G-BA bietet die Grundlage für **Versorgungsnetzwerke im SGB V-Bereich** wie sie von René Engelmann von IVP-Networks beschrieben werden. Angebote aus der Region Hannover beteiligen sich an dem Netzwerkverbund Mittel- und Südniedersachsen „psychisch-gut-versorgt“.
- Für eine zukunftsweisende Angebotsplanung ist die Beteiligung der Verbundmitglieder bei der **Regionalen Psychiatrieberichterstattung** die Grundlage. Die Erhebungsinstrumente wurden über die letzten zwei Jahre angepasst. Martin Buitkamp fasst einzelne Ergebnisse der Erhebung mit den neuen Datenbögen aus dem Berichtsjahr 2024 zusammen.
- Über die Arbeit des **Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi)** berichtet Thorsten Sueße in seinem Beitrag. Die ausgewerteten Zahlen zeigen, dass die Inanspruchnahme des SpDi weiterhin hoch ist. Notfalleinsätze sind 2024 im Vergleich zu 2023 insgesamt angestiegen – sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen (bei Letzteren bezogen auf die Stadt Hannover). Auch die vertragsärztlichen Behandlungen in den Beratungsstellen für Erwachsene in der Landeshauptstadt sind gestiegen.
- Nina Minnich ergänzt die datenbasierte Berichterstattung des SpDi um die Spezifika der **Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien des Sozialpsychiatrischen Dienstes**. Die Belastungen der jungen Menschen aus der Corona-Pandemie wirken weiter nach. Es zeigen sich

komplexe Problemlagen, die die Kooperation mit anderen Versorgungsangeboten immer wichtiger werden lassen. Die Beratungsstelle begleitet das Projekt HAVEN (s.u.) auch unter diesem Aspekt.

- Der Bericht über die Situation der niedergelassenen **Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie** in Niedersachsen von Thomas Duda beschreibt die Versorgungssituation aus dieser Perspektive und benennt Gründe für eine Überlastung des Versorgungssystems.
- Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie, Regionaler Fachbeirat Psychiatrie, Fachgruppen, Sektor-Arbeitsgemeinschaften und die Ombudsstelle sind die **Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes**. Sie bilden die Grundlage von Vernetzung und fachlichem Austausch im Verbund. Die Tätigkeitsberichte der einzelnen Gremien sind wichtiger Bestandteil des Sozialpsychiatrischen Plans. Sie dokumentieren das breite Spektrum der im Sozialpsychiatrischen Verbund diskutierten Themen.

Allen Autor*innen sei an dieser Stelle für ihre Beiträge herzlich gedankt. Das Redaktionsteam hat bei den Artikelanfragen keine Vorgaben zu gendergerechter Sprache gemacht. Die Artikel wurden in diesem Sinne nicht überarbeitet, sondern die Entscheidungen zur Verwendung unterschiedlicher Formen geschlechterspezifischer oder -neutraler Sprache akzeptiert.

Regelmäßige Leser*innen des Sozialpsychiatrischen Plans werden sicher den **Sonderteil Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche und deren Familien** vermissen.

Die Thematik der jungen Menschen mit psychischen Erkrankungen und Krisen soll zukünftig stärker als bisher auf ein Schwerpunktthema bezogen werden. Der Sonderteil kommt also wieder – voraussichtlich im Sozialpsychiatrischen Plan 2026 – jedoch mit einer neuen Ausrichtung, die aktuell in gedanklicher Vorarbeit in der Fachgruppe Sozialpsychiatrischer Plan steckt.

Was ist im Jahr 2025 innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes sonst noch Thema?

- Der Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi) hat eine neue Leitung.

21 Jahre war Herr Dr. Thorsten Sueße Leiter des SpDi. Er hat sich mit einem eindrucksvollen Vortrag über seine vor 40 Jahren veröffentlichte Studie zur NS-Euthanasie in der Region Hannover in der Sitzung des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie am 05. Juni 2025 aus dem Sozialpsychiatrischen Verbund verabschiedet. Bei seiner Verabschiedung aus der Region am 25. Juni 2025 hat er mit seinem Vortrag „Der SpDi im Fadenkreuz - Ein Ausblick von der Gegenwart über die Vergangenheit in die Zukunft“ seine sozialpsychiatrischen Gedanken, seine Haltung und seine Fragen für die Zukunft an Kolleg*innen des SpDi, aber auch anderer Teams und Fachbereiche, übergeben.

Mit einer Übergabezeit seit dem 01. Mai hat Herr Lukas Kirsch zum 01. Juli 2025 die Fachdienstleitung übernommen.

Herr Kirsch ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und war vor dem Wechsel zur Region Hannover als Oberarzt in der Klinik für Allgemeinpsychiatrie und zuletzt auch als kommissarischer leitender Oberarzt der KRH Psychiatrie Wunstorf tätig.

- Aktuell ist die öffentliche Diskussion um eine Registrierung psychisch erkrankter Menschen und eine Verschärfung des NPsychKG (Niedersächsisches Gesetzes über Hilfsmaßnahmen für psychisch Kranke) ein Thema, das auch den Sozialpsychiatrischen Verbund (SpV) umtreibt. Der SpV hat sich in seiner Sitzung im Juli 2025 entschieden, mit einem Schreiben an das Land Stellung zu beziehen und sich klar gegen ein Register auszusprechen sowie gesetzliche Änderungen in Abstimmung mit fachlicher psychiatrischer Expertise zu überlegen.

- Die Berichte zur angespannten psychiatrischen Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen durch erheblich gestiegene Fallzahlen im Versorgungssystem – vor allem in und nach der Corona-Pandemie – haben dazu geführt, in einem Projekt den Ist-Stand der Angebote für junge Menschen in der Region Hannover zu erfassen, um einen Ausgangspunkt für eventuelle Angebotsanpassungen zu haben. Das Projekt HAVEN ist im Fachbereich Teilhabe angesiedelt und wird auf Seite XX beschrieben.

- Die Personengruppe der jungen Erwachsenen wurde in den Fachgruppen des Sozialpsychiatrischen Verbundes als eine Gruppe identifiziert, für die augenscheinlich geeignete Angebote fehlen. Übergänge in ein anderes Hilfesystem wegen der altersbedingten veränderten Zuständigkeit führen nicht selten zu Begleitungsabbrüchen. Die fachgruppenübergreifende Arbeitsgruppe Adoleszenz hat sich 2023 gebildet, um sich dieser Problematik zu widmen. Nach Austausch und Information über verschiedene Perspektiven steht die Frage im Raum, ob es ausschließlich Angebotslücken gibt oder es sich nicht doch an vielen Stellen um Informationslücken handelt, weil die verschiedenen Systeme nicht genug voneinander wissen und folglich an den Schnittstellen nicht ausreichend kooperiert wird. Die AG bereitet daher einen Fachtag für Fachkräfte am 08. Oktober 2025 im Haus der Region vor mit dem Titel Lost & Found - Junge Menschen mit psychischen Erkrankungen an der Schnittstelle von SGB VIII und SGB IX verstehen, beraten und begleiten.

- Der Sozialpsychiatrische Dienst hat in Kooperation mit der Selbsthilfe am 10. Oktober 2024, dem Welttag der Seelischen Gesundheit, auf dem Kröpcke in Hannover auf das Thema Seelische Gesundheit aufmerksam gemacht. Trotz des sehr schlechten Wetters haben viele Menschen – angelockt von Informationsmaterial, Waffelduft, Kinderschminken, Speedberatung, Glücksrad und Chor – das Gespräch gesucht. Auch in diesem Jahr am 10. Oktober dient die wiederholte Aktion auf dem Kröpcke der Information über psychische Erkrankungen in der Öffentlichkeit und soll damit

die Entstigmatisierung psychisch erkrankter Menschen fördern.

Was verbinden die Mitglieder des VPE mit der Frage nach Zukunftsvisionen in Zeiten des Ressourcenmangels? Ergebnisse aus verschiedenen Gesprächen von Nicole Niemann und Monika Neveling (VPE Hannover e.V.)

Die VPE-Mitglieder sind eine mannigfaltige Mischung von Menschen mit unterschiedlichsten Diagnosen und einem ganz individuellen Umgang damit. Es gibt viele, die bereits seit Jahrzehnten erkrankt sind und andere, die ihre erste Krise erlebt und gemeistert haben. Daher gibt es auch ganz persönliche Geschichten, die die Menschen erzählt haben.

Die Bedeutung von Kontaktstellen

Zusammenfassend kann man zu Beginn sagen, Kontaktstellen spielen in der Psychiatrielandschaft von Hannover eine sehr entscheidende Rolle für die betroffenen Menschen. Obwohl die Mitglieder unterschiedlichste Diagnosen haben, eint sie der Umstand, häufig allein oder sogar einsam zu sein. Je breiter Kontaktstellen in der Region Hannover aufgestellt sind, desto besser empfinden Betroffene das.

Wenn ein Mensch nicht mehr arbeiten kann, hat er oftmals Probleme mit seiner Tagesstruktur und es kommt vor, dass man sich im Tag einfach verliert. Jeden Tag aufs Neue. Wenn man jedoch die Möglichkeiten hat, Kontaktstellen mit ihren unterschiedlichen Angeboten und Öffnungszeiten zu nutzen, hat man etwas vor. Vielleicht verabredet man sich auch regelmäßig mit anderen Betroffenen und hat so einen Termin und unternimmt etwas. Kontaktstellen werden als Anlaufpunkt (Anker) beschrieben.

Besonders wird hier geschätzt, dass man mit verschiedenen Menschen in Kontakt kommen kann und Gespräche führt. Sei es zu Themen, die die eigene Diagnose betreffen oder sich schlichtweg mit den Dingen des Alltags beschäftigen. Gespräche sind in jeder Hinsicht bei den Mitgliedern des Vereins hoch ge-

wichtet, da sich viele Mitglieder isoliert fühlen und/oder auch sind. Besonders wertvoll ist es den befragten Menschen, gemeinsam Mahlzeiten einzunehmen. Es schmeckt besser als alleine, man unterhält sich nebenbei und es ist förderlich für das Seelenwohl eines jeden Einzelnen.

Auch die Angebote von Gesellschaftsspielen – gerne die analogen wie Kniffel oder das Kartenspiel – in den Kontaktstellen sind sehr beliebt. „Zitat: Ich gehe sehr gerne und oft dorthin, wo Menschen gemeinsam essen und klönen, dass fühlt sich dann für eine Zeitlang so „normal“ an. Bevor ich dann wieder alleine in meiner Wohnung bin.“

Wie sollte sich psychiatrische Behandlung verändern? – Gesprächsergebnisse

Eine Zukunftsvision ist z. B. die Stationsäquivalente Behandlung (StäB). Auch hierzu wurden einige Mitglieder des VPE befragt. Aus Sicht der Betroffenen ist das eine sehr gute Möglichkeit, die sich auch viele bereits in der Vergangenheit gewünscht hätten. Es bestand Einigkeit, dass die Situationen aller Betroffenen sehr individuell sind und entsprechend unterschiedlich Bedürfnisse in der Behandlung bestehen. Auch der Schweregrad der Krise ist entscheidend. Bei leichten bis mittelschweren Krisen ist die Behandlung zu Hause in jedem Falle wünschenswert.

Die Vorteile, statt in einer Klinik zu Hause behandelt werden zu können, werden von den VPE-Mitgliedern wie folgt zusammengefasst:

Man verliert nicht seine gewohnte Umgebung, dies gibt Sicherheit. Gerade in einer Krise ist das Gefühl erdrückend, dass die seelische Welt aus den Fugen geraten ist, sicherlich nicht zu 100 %, da es immer auch gesunde Anteile in einem Menschen gibt. Das Gefühl der Vertrautheit in der eigenen bekannten Umgebung kann da sehr helfen und beruhigen.

Auch die Versorgung mit Mahlzeiten ist ein Vorteil. Man kann essen, was und wann man möchte, dies gibt einem das Gefühl von Selbstständigkeit und Eigenverantwortung.

Oftmals wurde in den Gesprächen auch die Qualität des eigenen Bettes als Vorteil angeführt. Das eigene Bett bietet viel mehr Behaglichkeit als ein Krankenhausbett. Diese Erfahrung kann sicherlich auch jeder nachvollziehen, der schon einmal im Krankenhaus lag. Zu Hause kann man schneller genesen, als in der Klinik.

Hinzu kommt, dass man zu Hause nicht auf Menschen trifft, die noch kränker sind als man selbst. So wird berichtet, dass Mitpatienten auch zur Belastung werden können, man wird beschimpft, oder die Mitpatienten schreien herum und man kann nicht schlafen. Diesen Umstand führen viele Mitglieder als nicht zuträglich an. Das müsste man zu Hause eben nicht „aushalten“. Gerade dieses Aushalten wird als schwer empfunden, wenn man selbst nicht stabil bzw. in der Krise ist.

Ein Mitglied berichtete ausführlich über die erste Krise und dass eine StäB sehr geholfen hätte.

Das VPE-Mitglied geriet vor einiger Zeit in eine Krise. Die betroffene Person fühlte sich kraft- und energie-los, mutlos und hätte sich eine intensiv aufsuchende akupsycheiatrische Behandlung gewünscht. Zumal die Angehörigen und das Umfeld des Mitglieds ebenfalls überfordert waren und an ihre eigenen Grenzen stießen. In der Folge stand dann die stationäre Aufnahme im Raum. Da es die erste Krise des Mitglieds war, kam nun noch die Angst, die Ungewissheit und die Fragen dazu: Was passiert mit mir überhaupt in einer Klinik, wie ist das da, was passiert da mit mir? Und wie komme ich da jetzt hin?

In einer Krise ist man nicht mehr wirklich handlungsfähig, d.h. man kann sich nicht ganz einfach eine Busverbindung herausuchen, die einen in die Klinik bringt. Man ist schlichtweg überhaupt gar nicht mehr in der Lage Bus zu fahren. Ein Angehöriger des Mitglieds erklärte sich in der Situation bereit, den Transport in die Klinik per Auto zu übernehmen. „Glück gehabt!“ sagte das VPE-Mitglied rückblickend, „es ist nicht selbstverständlich, dass Menschen aus dem Umfeld einem in einer Krise behilflich sind.“

Das VPE-Mitglied erklärte weiter, dass es gerade in der ersten Zeit sehr geholfen hätte, wenn jemand nach Hause gekommen wäre, als Beistand und unterstützend in den eigenen vier Wänden. Schön wäre es auch, wenn der betroffenen Person dann im Zuge von StäB, Lösungen im Sinne von Anlaufstellen, Beratungsangebote etc. aufgezeigt werden würden, um überbrücken zu können.

Gestuftes Hilfesystem als Weg

Psychotherapeutisch gesehen sind Ressourcen Potenziale eines Menschen. Sie umfassen beispielsweise Fähigkeiten, Charaktereigenschaften, Kompetenzen, positive Erinnerungen und Erfahrungen, Fertigkeiten und Kenntnisse, Neigungen und Stärken.

Eine große Herausforderung in den jetzigen Zeiten ist es, unter der Berücksichtigung und Nutzung der besten verfügbaren Informationen, Entscheidungen zu treffen oder Empfehlungen zu geben, um eine bedarfsgerechte und patientenorientierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen und steigender Nachfrage zu gewährleisten.

Eine gut gestufte Versorgung im psychiatrischen Netzwerk wäre ein Weg für die Zukunft.

Gestufte Versorgung im Hilfesystem bedeutet, dass man gut vernetzt ist, um vom Bedarf des Patienten aus unterschiedliche Versorgungsmodelle schaffen zu können. Das heißt auch, an verschiedene Anbieter weiterzuleiten, um Therapieangebote zu strukturieren und zu koordinieren. Nur ein gestuftes Vorgehen innerhalb eines gut vernetzten Hilfesystems kann diese Kriterien erfüllen.

Die Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen hat neben der Symptomreduktion auch die Stärkung der eigenen Ressourcen im Sinne von Empowerment und Recovery-Konzepten sowie die Ermöglichung von Teilhabe in allen Lebensbereichen zum Ziel.

Da psychische Erkrankungen in engem Zusammenhang mit der sozialen Umgebung und deren Bedingun-

gen stehen, ist die Einbeziehung des Lebensumfeldes von wesentlicher Bedeutung.

Durch Resilienz mit den Inhalten wie Achtsamkeit, Selbstfürsorge, Selbstbewusstsein wie auch soziale Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, durch Gespräche und gemeinsame Aktivitäten, kann der psychisch kranke Mensch gestärkt und seine Ressourcen geweckt werden. Intensität, Dauer und Umfang der jeweiligen Maßnahme müssen am Schweregrad und Verlauf der Erkrankungen ausgerichtet werden.

Die durch die multiprofessionellen Leistungserbringer zu übernehmenden Aufgaben sind verbindlich festzulegen. Dabei beschreiben die Modulangebote einen Versorgungspfad, der bei geringem Bedarf Selbsthilfe- und Beratungsangebote vorsieht und bei steigendem Bedarf zunehmend intensive und komplexe ambulante sowie auf der letzten Stufe stationäre medizinische Versorgung.

Der VPE sieht sich bei dem Versorgungspfad mit den niedrigschwelligen Angeboten im Selbsthilfebereich durchaus auch als Unterstützer bei Resilienz durch kleinere Aufgaben in der Teestube, die das Selbstbewusstsein stärken. Auch durch die Gruppenangebote und Freizeitaktivitäten aktiv Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu betreiben.

Zukunftsvisionen der Angehörigen in Zeiten des Ressourcenmangels vom Autorenkollektiv der AANB (Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Niedersachsen und Bremen e.V.)

Eine demografische Umwälzung kommt auf unsere Gesellschaft zu. Die Babyboomer verlassen die Erwerbsarbeit und werden die Sozialsysteme durch vermehrte Inanspruchnahme belasten. Neben diesem rein fiskalischen Effekt kommt aber auch ein gravierender Fachkräftemangel auf die Gesellschaft zu. Viele medizinische und pflegerische Fachkräfte können nicht in dem Umfang durch qualifizierten Nachwuchs ersetzt werden. Dies wirkt sich auch auf die psychiatrische Versorgungslandschaft aus. Wirtschaftliche Krisen, weltpolitische Spannungen und eine gerade überwundene Pandemie mit schockartiger Auswirkung auf unser Wirtschafts- und Gesundheitssystem bewirken den augenblicklichen und zukünftigen Mangel an finanziellen Ressourcen.

Wie können sich überhaupt Zukunftsvisionen bei dieser alarmierenden Situation entwickeln lassen? Die von psychischer Erkrankung Betroffenen dürfen nicht unversorgt gelassen werden. Wir brauchen Versorgungsangebote mit breiter Ausrichtung, damit möglichst viele aus den Abwärtsspiralen herausgeholt werden, die als Folge von psychischen Erkrankungen entstehen können.

Selbststigmatisierung, Verlust des sozialen Umfelds, Verlust der Arbeit, Suchterkrankung, Verschuldung, Obdachlosigkeit und Verelendung, physische Folgeschäden der psychischen Erkrankung – aus Angehörigensicht muss eine hoffnungsvolle Perspektive für die Gesundung von psychisch erkrankten Menschen gegeben bleiben. Dieses Ziel darf einer knappen Ressourcenausstattung nicht geopfert werden.

Können die gemeindepsychiatrischen Verbünde auf kommunaler Ebene die Ressourcenknappheit überbrücken, wenn Sie nur gut funktionieren?

Die Vernetzung der verschiedenen Leistungsanbieter ist wichtig. Der Angehörigenverband AANB wünscht sich jedoch dabei zusätzliche Angebote, wie die Empowerment- und Recovery Colleges, die aus Mitteln der Krankenversorgung oder kommunalen Daseinsfürsorge finanziert werden müssen. Das Bundesland Bremen macht es vor: Mit dem sog. „Trägerbudget“ für die Eingliederungshilfe (SGB IX) für Empowerment-Colleges, in denen durch Lernangebote Genesung unterstützt wird – sowohl für die betroffenen Erkrankten als auch für deren Angehörige.¹

Ambulant vor stationär

Dass stationäre Versorgung nicht mehr in dem bislang gewohnten Umfang angeboten werden soll, wird in Fachkreisen stetig wiedergegeben. Der internationale Vergleich zeigt, dass wir noch immer eine starke Dominanz an stationärer Versorgung haben². Eine Transformation zu mehr ambulanten Versorgungsformen ist erfolgreich eingeleitet worden. Psychiatrische Kliniken haben ambulante Strukturen (PIA, Intensiv-Ambulante Behandlung und StäB) aufgebaut³. Tagesklinische Versorgung und aufsuchende Hilfen wie Krisenintervention, Home Treatment im eigenen persönlichen Umfeld kommen den Bedürfnissen der betroffenen Erkrankten und ihrer Angehörigen sehr entgegen. Sie helfen, den Drehtüreffekt der wiederholten Krankenhausaufnahme und der damit einhergehenden Traumatisierung zu vermeiden.

Nicht unerwähnt bleiben dürfen an dieser Stelle die Sozialpsychiatrischen Dienste und Beratungsstellen, die einen wichtigen Beitrag bei aufsuchender Krisenintervention und in der Angehörigenberatung leisten.

Schwer psychisch erkrankte Menschen mit Einschränkungen der Teilhabe fallen bislang häufig durch die Maschen der Regelversorgung. Mit der Gemeindepsychiatrischen Basisversorgung (GBV) für schwer Erkrankte ist eine neue Versorgungsform in einem Forschungsvorhaben des Innovationsfonds erprobt worden⁴. Für 24 Monate wurden der Aufbau und die Umsetzung leistungsträgerübergreifender Ver-

1 Vgl. Newsletter des Psychiatrieverlags vom 21.05.2025 Neuigkeiten aus der Sozialpsychiatrie
2 Vgl. Driessen (2025) S. 48
3 Vgl. Holke und Heuchemer (2025) S. 29
4 Vgl. Pressemitteilung des GBA Innovationsfonds vom 11.04.2025

sorgungsansätze in 12 Modellregionen getestet. Als ambulant-aufsuchende psychosoziale Gesamtversorgung, die alle individuell erforderlichen Hilfen miteinander vernetzt. Damit wird der vom GBA in der KSVPsych-Richtlinie beschriebene berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Netzwerkverbund ergänzt.

Für Angehörige ist es oft schwierig, das gesamte Unterstützungssystem unseres Erkrankten zu organisieren. In der GBV oder dem Netzwerkverbund übernehmen Fachleute die Koordination von Psychiater, APP/Pflege, ABW, Ergotherapie etc. Das ist nicht nur eine wichtige Entlastung für die Angehörigen und die schwer Erkrankten selber, die das alles auch nicht hinbekommen. Es ist sicher auch „ressourcenschonender“, wenn der Netzwerkverbund – bzw. – die Organisation übernimmt und Fehler vermeidet und keine finanziellen Ressourcen „verschwendet“ werden.

Ausbildungsoffensive und Attraktivitätssteigerung

Für eine zukünftig demografie-feste psychiatrische Versorgungsstruktur wird das aber nicht ausreichen. In der ambulanten vertragsärztlichen Niederlassung fehlen zunehmend psychiatrische Fachärzte und Psychotherapeuten.⁵ Erhebliche Wartezeiten auf Therapieplätze sind die Folge, was nicht hinnehmbar ist. Die Stärkung der Attraktivität dieser wichtigen medizinischen, psychotherapeutischen und pflegerischen Fachberufe in Verbindung mit einer Ausbildungsoffensive ist gefordert.

Angehörigenakademie

Das erkrankte Familienmitglied hat nach einem Klinikaufenthalt oft einen langen Weg des Lernens mit Unterstützungsmöglichkeiten vor sich. Der Erkrankte muss lernen, mit seiner Krankheit und gegebenenfalls auftretenden psychotischen Schüben umzugehen. Die anderen Familienmitglieder fangen diese Episoden oft unvorbereitet und ohne medizinische Kompetenz auf. Die Angehörigen-Selbsthilfe versucht hier durch ehrenamtlich Tätige Beratung und Hilfestellung zu geben. Wir wünschen uns hier mehr ausgebildete und

5 Vgl. Wolter (2024) S. 19
6 Vgl. Sielaff (2025) S. 49 ff
7 Vgl. Löhr und Kromüller (2025) S. 35

angestellte EX-IN Angehörigenbegleiter⁶ als professionelle Beratungsinstanz und Peer-Begleitung bei der Erstbetreuung von Angehörigen, die von einer akuten psychotischen Erkrankung eines Familienmitglieds betroffen sind. Unerfahrene Angehörige können durchaus folgenschwere Fehler in ihrer Begleitung des erkrankten Familienmitgliedes machen und damit den Leidensweg des Erkrankten noch verlängern. Daneben werden ggf. die Sozialsysteme unnötig finanziell belastet durch falsche Weichenstellungen.

Diese Beratung und Peer-Begleitung ist zum Beispiel auch durch niederschwellige Bildungsangebote einer Angehörigenakademie zu leisten. Des Weiteren sind auch die Kliniken bei einem verantwortungsvollen Umgang mit den Angehörigen gefordert. Psychoedukation für Angehörige und Angehörigengruppen an Kliniken sind oft nicht etabliert. Die Angehörigen brauchen aber Unterstützung auf Augenhöhe. Sie sind die wichtigste Ressource des Erkrankten bzw. oft die einzigen Bezugspersonen, die geblieben sind.

Berufliche Integration

Parallel zur medizinischen Versorgung sind die Maßnahmen der sozialen Teilhabe und der beruflichen Rehabilitation bzw. Integration wichtige Bausteine einer persönlichen Stabilisierung Psychiatrieerfahrener. Es braucht mehr Arbeitsplätze unterstützter Beschäftigung, in denen Psychiatrieerfahrene angemessen in das Arbeitsleben integriert werden und vor Krankheitsverschlechterung geschützt werden. Als ein niederschwelliges Bildungskonzept werden Recovery- und Empowerment-Projekte eine bedeutende Rolle bei der Überwindung der Ressourcenknappheit zuerkannt⁷.

Der Angehörigenverband AANB setzt sich sehr für die Etablierung von Recovery- und Empowerment-Projekten ein. Die von Erkrankung Betroffenen und ihre Angehörigen können sich selbst in eine sinnstiftende gemeinsame Aufgabe und gemeinsame Projektarbeit begeben. Diese niederschwellige Bildungsarbeit ermöglicht dialogische Psychoedukation für Ange-

hörige und von Erkrankung Betroffener, mit der ernstgemeinten Teilhabe Psychiatrieerfahrener, die als bezahlte Genesungsbegleiter (Experienced Involvement) Wissen an andere Betroffene und deren Angehörigen weitergeben können.

Das in der Landeshauptstadt Hannover etablierte Projekt ReHa-TOP zählt als ein wegweisendes Integrationsprojekt unter Beteiligung des Job-Centers und der MHH.

Prävention und Aufklärung

Die psychischen Erkrankungen nehmen aktuell zu, wobei überdurchschnittlich mehr junge Menschen betroffen sind. Jedes fünfte Kind hat auch infolge der Corona-Pandemie psychische Auffälligkeiten. Unsere Gesellschaft braucht auch mehr Prävention zur Vermeidung von Behandlung.

Bereits in allgemeinbildenden Schulen und Betreuungseinrichtungen sollte mehr Aufklärung und Wissensvermittlung zu psychischen Erkrankungen geleistet werden. Wissensverbreitung hilft, Erkrankungen früh zu erkennen und schwere Krankheitsverläufe zu verhindern. Pädagogische Fachkräfte sollten bereits in ihrer Ausbildung entsprechende Kompetenzen erwerben. Vom Kultusministerium unterstützt, richtet sich **www.jugendlichestaerken-niedersachsen.de** an Jugendliche ab 14 Jahren und will niederschwellig aufklären sowie eigene Handlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten aufzeigen.⁸

Das deutsche Zentrum Präventionsforschung Psychische Gesundheit (DZPP) hat mit DUDE – Du und Deine Emotionen ein Programm zur verbesserten Emotionsregulierung und Verminderung von selbstverletzendem Verhalten entwickelt, das an Schulen in der Gruppenarbeit eingesetzt werden kann⁹.

Digitalisierung

Können digitale Medien oder KI bei der Diagnostik oder Behandlung helfen?

Ja, es gibt vielversprechende Ansätze, die in Forschungsprojekten getestet werden. Spezialisierte Gesundheits-Apps, digitale Unterstützungssysteme in der Arzt-Patienten Kommunikation (recovery cat)¹⁰, oder computerassistierte Früherkennungssysteme (CARE)¹¹ können Betroffenen eine spezieller wirksame und effektivere Behandlung ermöglichen. „X-Can“ ist ein digitales zielgruppenorientiertes Präventionsprogramm bei Cannabiskonsum, das in Gestalt eines serious games interaktiv über die Risiken des Konsums aufklärt und Strategien zur Selbstregulation vermittelt¹². Auch dieses Programm kann in Schulen und Jugendzentren oder individuell eingesetzt werden.

Cannabisfreigabe

Der Angehörigenverband AANB fordert eine Überprüfung der Cannabis-Freigabe, da Jugendliche bei intensivem Konsum eine gravierende irreversible Schädigung der psychischen Gesundheit erfahren können¹³.

Ausgrenzung und Diskriminierung entgegenwirken

Durch einseitige Berichterstattung in der Presse wird psychische Erkrankung mit Gewalttaten in Verbindung gebracht. Hier muss Aufklärung entgegengesetzt werden. Statistisch erwiesen sind psychisch erkrankte Menschen nicht häufiger gewalttätig als die übrige Bevölkerung¹⁴.

Obdachlosigkeit entgegenwirken

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind stärker von Wohnungslosigkeit bedroht als die Durchschnittsbevölkerung¹⁵. Die von Obdachlosigkeit Betroffenen haben so gut wie keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Der Nationale Aktionsplan gegen Wohnungslosigkeit ist von der letzten Bundesregierung nicht in dem erforderlichen Umfang vorangebracht worden. Das Bemühen der Housing first Projekte muss zur Linderung dieses Elends verstärkt in Gang gesetzt werden.

Literaturverzeichnis

Newsletter des Psychiatrieverlags vom 21.05.2025 Neuigkeiten aus der Sozialpsychiatrie

Driessen (2025) Martin Driessen „Wieviel ambulant ist möglich?“ ambulante Intensivbehandlung in der Krankenhauspsychiatrie und -psychotherapie in: KU Gesundheitsmanagement 4/2025 S. 48 - S.50

Holke und Heuchemer (2025) Jörg Holke und Peter Heuchemer „Klinische und außerklinische Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland“ in: Psychosoziale Umschau 02 2025 S. 28 – S.29

Pressemitteilung des GBA Innovationsfonds vom 11.04.2025

Wolter (2024) Dirk K. Wolter „Psychiatrie ohne Psychiater?“ in: Psychosoziale Umschau 03 2024 S. 18 - S.21

Sielaff (2025) Gyöngyvér Sielaff „Dem eigenen Leben die Hand leise wieder hinhalten“ Resilienzförderung in der Psychiatrie für Angehörige durch Angehörige: Die Angehörigenbegleitung. in: Sozialpsychiatrische Informationen 55 Jahrgang 2/2025 S. 49 – S. 53

Löhr und Kronmüller (2025) Michael Löhr und Thomas Kronmüller „Neue Impulse für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung“ Ambulantisierung und Recovery-Orientierung als Leitprinzipien für eine zukunftsfähige Psychiatrie in: KU Gesundheitsmanagement 4/2025 S. 35-S.37

Pressemitteilung vom 08.04.2025 Ulrich Schubert Nds. Kultusministerium

Bürger und Romanos (2025) Arne Bürger und Marcel Romanos „Evidenzbasierte Prävention für mentale Gesundheit über die Lebensspanne“ Reduktion psychischer Erkrankungen als Ziel des Deutschen Zentrums für Präventionsforschung Psychische Gesundheit (DZPP) in: KU Gesundheitsmanagement 4/2025 S. 42 –S.44

Schäfer (2024) Cornelia Schäfer „Ein Werkzeug (auch) zur Selbstermächtigung in: Psychosoziale Umschau 02 2024 S.24 - S 25.

Schäfer (2025) Cornelia Schäfer „Das Übel an der Wurzel gepackt? Wie die Psychiatrie mit dem Frühinterventionsprogramm CARE beginnende Psychosen aufhalten will“ in: Psychosoziale Umschau 01 2025 S. 20 – S. 21.

Willert (2025) Anna Willert „Cannabis und Psychose – es ist kompliziert“ in: Psychosoziale Umschau 01 2025 S.18.

Bürger und Romanos (2025) Arne Bürger und Marcel Romanos „Evidenzbasierte Prävention für mentale Gesundheit über die Lebensspanne“ Reduktion psychischer Erkrankungen als Ziel des Deutschen Zentrums für Präventionsforschung Psychische Gesundheit (DZPP) in: KU Gesundheitsmanagement 4/2025 S. 42 –S.44

DGSP (2022) Fact Sheet: „Gewalttrisiko und psychische Erkrankung“ Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)

Krauß (2025) Joachim Krauß „Obdach- und Wohnungslosigkeit überwinden“ in: Psychosoziale Umschau 01 2025 S. 30 – S. 32

8 Vgl. Pressemitteilung vom 08.04.2025 Nds. Kultusministerium
9 Vgl. Bürger und Romanos (2025) S. 42 f
10 Vgl. Schäfer (2024) S. 24
11 Vgl. Schäfer (2025) S. 21
12 Vgl. Bürger und Romanos (2025) S. 43
13 Vgl. Willert (2025) S. 18
14 Vgl. DGSP (2022) Fact Sheet
15 Vgl. Krauß (2025) S. 30



SCHWERPUNKTTHEMA 2025: ZUKUNFTSVISIONEN IN ZEITEN DES RESSOURCENMANGELS

Ein Plädoyer für eine menschenwürdige, vernetzte und regionale psychosoziale Versorgung
von Kirsten Kappert-Gonthier (MdB, Bündnis 90/ Die Grünen, 1. Vorsitzende der Aktion Psychisch Kranke e.V.)

In diesem Jahr feiern und gedenken wir 80 Jahre Kriegsende und damit auch 80 Jahre Befreiung vom nationalsozialistischen Terrorregime. Das Gedenken an das Ende des Zweiten Weltkriegs muss neben dem Erinnern an das Unvorstellbare auch ein Prüfstein dafür sein, ob unsere Gesellschaft aus der Geschichte wirklich gelernt hat.

Dabei finde ich es entscheidend, nicht nur auf das Offensichtliche zu blicken – etwa auf Gerichte oder politische Institutionen –, sondern auch auf die weniger beachteten Kontinuitäten.

In der Medizin, insbesondere in der Psychiatrie, waren die personellen und strukturellen Brüche nach 1945 erschreckend gering. Die Ordinarien und Chefarzte (hier ist kein Gendern notwendig, denn es waren Männer) waren überwiegend noch dieselben wie vor 1945. Der sozialdarwinistische Geist war ungebrochen. Noch lange nach der Verkündung des Grund-

gesetzes 1949 wurden Menschen in psychiatrischen Einrichtungen auf eine Weise behandelt, die in eklatantem Widerspruch zu Artikel 1 steht: „Die Würde des Menschen ist unantastbar.“

Obwohl die systematischen „Euthanasie“-Morde beendet waren, kam es bis in die 1950er-Jahre zu zahlreichen Todesfällen durch Unterversorgung, Mangelernährung und schwere Arbeit. Psychiatrie war vielerorts eher Verwahrung als Hilfe – und blieb es teilweise über Jahrzehnte. Inklusiv der damit verbundenen Ausgrenzung, Abwertung und Stigmatisierung.

Psychiatrie-Enquête: Ein verspäteter Aufbruch

Erst 1971, mit der Einsetzung der sogenannten Psychiatrie-Enquête durch den Bundestag, begann ein systematischer Veränderungsprozess. Die Psychiatrie-Enquête wurde durchgesetzt gegen die Psychiatrie, die noch in faschistischen Kontinuitäten verhaftet war. Die Ergebnisse der Enquête wurden 1975 – 30 Jahre nach Kriegsende – vorgelegt. Das war auch die Geburtsstunde der Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK), einer bundesweiten Vereinigung von Fachleuten und Abgeordneten des Deutschen Bundestags, die bis heute an Konzepten für eine bessere psychiatrische Versorgung arbeitet und dabei vor allem die im

Blick hat, die sonst zu oft aus dem Blick geraten: die schwer und chronisch psychisch Kranken.

Die Kernforderungen der Enquête sind bis heute wegweisend:

1. Soziale und rechtliche Gleichstellung von psychisch Kranken mit körperlich Kranken.
2. Gemeindenähe, regionale Versorgung – Verantwortung vor Ort.
3. Der Aufbau eines psychosozialen Netzwerks – multiprofessionell, therapeutisch und rehabilitativ.

Und ja, seither ist viel geschehen: Sozialpsychiatrische Dienste, betreutes Wohnen, multiprofessionelle Teams, Recovery-Ansätze und ambulante Alternativen zur Klinik sind etabliert. Große „Bettensäle“ sind Geschichte. Dennoch: Wir sind weit entfernt von einer flächendeckend menschenrechtsbasierten Versorgung.

Eine menschenrechtsbasierte Psychiatrie ist keine Utopie. Sie ist Verpflichtung aus der Geschichte.

Krise im Hilfesystem: Was auf dem Papier steht, ist noch keine Realität

Psychische Erkrankungen nehmen deutlich zu. Die Ursachen sind vielfältig. Die Kriege führen zu Re-Traumatisierung von Personen, die aus Kriegsgebieten geflohen sind oder früher noch den 2. Weltkrieg erlebt haben. Soziale Drucksituationen, Belastungen durch Inflation oder Wohnungsnot setzen auch die Seele unter Druck, die Klimakrise lässt durch ungewohnte Hitzeperioden Depressionen, Angsterkrankungen, auch Suizide und Aggressivität nach oben schnellen. Einsamkeit ist häufig. Aktuell fühlt sich jede dritte Person in Deutschland psychisch belastet – Tendenz steigend. Nicht jede dieser Personen benötigt professionelle Hilfe, immer mehr aber brauchen Unterstützung. Das psychosoziale Versorgungssystem steht unter Druck.

Flächendeckende Krisendienste fehlen vielerorts. Gemeindepsychiatrische Verbünde sind die Ausnahme, nicht die Regel. Sozialpsychiatrische Dienste fahren vielerorts gar nicht mehr raus. Beteiligung von Betroffenen? Noch zu oft Lippenbekenntnis.

Und die Mitarbeitenden im Hilfesystem fühlen sich ebenfalls oft überlastet, überfordert – können dem Druck selbst oft kaum noch standhalten.

Inmitten dieser Herausforderungen droht gleichzeitig ein besorgniserregender politischer Rückfall: Rechtsextreme Kräfte sitzen im Bundestag, autokratische Tendenzen greifen weltweit um sich. „Nie wieder“ ist also keine historische Formel, sondern ein Imperativ für die Gegenwart. In Zeiten des Druckes drohen die Menschen, die ohnehin an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden, weiter aus dem Blick zu geraten.

Gegen Stigmatisierung – für Menschenrechte

Ein öffentlicher Diskurs, der psychisch krank mit gefährlich gleichsetzt, ist nicht nur falsch, sondern gefährlich. Forderungen nach Registern für „gefährliche psychisch Kranke“, wie sie von der Innenministerkonferenz geäußert wurden, wären ein massiver Rückschritt. Sie erhöhen das Stigma, schrecken von Hilfesuche ab – und verschärfen letztlich die Probleme, die sie zu lösen vorgeben.

Die aktuelle Beschlusslage der Gesundheitsministerkonferenz hebt sich hier wohltuend ab in ihrer Differenziertheit und der Suche nach sinnvollen und zielführenden Maßnahmen, wie eine vertiefte und ressortübergreifende Kooperation zur Verbesserung des Informationsflusses mit den Sicherheitsbehörden gestaltet werden sollte. Betont wird, dass die wirksamste Prävention gegen Gewalttaten durch psychisch erkrankte Menschen mit Neigung zu fremdgefährdendem Verhalten eine bedarfsgerechte und verlässliche Behandlung ist.

Was jetzt zu tun ist

Drei Leitprinzipien stehen im Zentrum:

1. Menschenrechte sichern und ausbauen
2. Regionalität und verbindliche Vernetzung

3. Beteiligung von Betroffenen in allen Phasen

- Zwangsreduktion: Zwangsmaßnahmen stehen im Widerspruch zur UN- Behindertenrechtskonvention. Ihr Abbau ist unbedingt notwendig – auch wenn dies juristische und ethische Dilemmata mit sich bringt, denen sich die Fachwelt gemeinsam mit juristischer Expertise stellen muss.
- Teilhabe stärken: Die schwer und chronisch Erkrankten fallen zu oft durch das Netz. Um sie aufzufangen und passgenaue Angebote zu schaffen, braucht es:
 - Verbindliche gemeindepsychiatrische Verbünde
 - Regionale Versorgungsstrukturen
 - Flächendeckende Krisendienste
 - Die Überführung des erfolgreichen Regionalbudgets aus dem Modellstatus in die Regelversorgung. Ein Regionalbudget ermöglicht sektorübergreifende, flexible Hilfen – evidenzbasiert und kostenneutral (s. Infokasten 1)
- Betroffenenbeteiligung verpflichtend verankern:
 - Genesungsbegleiter*innen („EX-IN“) sind keine Laien, sondern Expert*innen in eigener Sache, bereichern Teams und verbessern die Versorgung
 - Die Perspektive von Betroffenen ist unverzichtbar bei Planung, Durchführung und Evaluation von Hilfen für psychisch Kranke.

Eine Anregung zum weiteren Nachdenken

Wenn wir uns der Aufgabe stellen, dass zunehmend mehr Menschen Hilfe im psycho- sozialen Versorgungssystem suchen und zu oft nicht die passenden Hilfen erhalten und gleichzeitig das Hilfesystem an seine Kapazitätsgrenzen kommt, ist es an der Zeit groß zu denken. Die WHO liefert uns ein sehr gutes Modell, ursprünglich entwickelt für Krisensituationen, entlang dessen sich Ideen für ein Versorgungssystem der Zukunft entwickeln lassen.

MHPSS – Mental Health and Psychosocial Support

Der Grundgedanke der MHPSS-Pyramide (s. Infokasten 2) ist es, frühe Hilfen niederschwellig anzubieten.

Je komplexer der Hilfebedarf wird, desto qualifizierte Angebote sind vorzuhalten.

In Deutschland behandeln wir psychische Krisen üblicherweise innerhalb des SGB V-Systems, durch hochqualifizierte Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen. Die Expertise von Pädagogik, Sozialarbeit, psychiatrischer Pflege, Kunsttherapie und anderen könnte aber, wenn sie frühzeitig in Anspruch genommen werden könnte, deutlich zur Prävention, Krisenreduktion und Früh-Intervention beitragen.

Trotz der seit vielen Jahren hervorragenden Erfahrungen mit multiprofessionellen Teams im stationären oder ambulanten Setting, bleibt das Hilfesystem gekennzeichnet durch viele Sektorbrüche und SGB V-Dominanz.

Trotz der seit vielen Jahren hervorragenden Erfahrungen mit multiprofessionellen Teams im stationären oder ambulanten Setting bleibt das Hilfesystem gekennzeichnet durch viele Sektorbrüche (auch durch die verschiedenen Sozialgesetzbücher) und SGB V-Dominanz. Die Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen SGB V und SGB IX-Bereich bleibt oft lückenhaft und hängt häufig an einzelnen Personen, die sich der verbindlichen Vernetzung verschreiben. Es fehlen zu oft Strukturen, die sicherstellen, dass die Zugänge niedrigschwellig sind und von Betroffenen je nach Hilfebedarf die richtige Hilfestufe erreicht wird. Die Folge ist, dass viele Menschen in der Krise entweder keine oder keine passgenauen Hilfen finden, das Hilfesystem innerhalb des SGB V aber aus allen Nähten platzt.

MHPSS bietet

- mehr Prävention
- niedrigschwellige Zugänge
- psychosoziale Hilfen, die früh greifen – und kommunal koordiniert sind
- gezielteren Einsatz von Ressourcen
- passgenaue Hilfen für die Betroffenen

Was Kommunen jetzt tun können

Die Gestaltung einer menschenrechtsbasierten Psychiatrie ist keine alleinige Aufgabe von Bund oder Ländern. Sie entscheidet sich vor Ort. Kommunen sind Dreh- und Angelpunkt psychosozialer Versorgungslandschaften.

Was Kommunalpolitik konkret leisten kann:

- Gemeindepsychiatrische Verbünde initiieren und verbindlich gestalten
- Sozialpsychiatrische Dienste stärken – personell und konzeptionell
- Regionale Krisendienste aufbauen oder fördern
- Betroffenenvertretung in kommunale Gremien holen
- Mit Kliniken über Regionalbudgets sprechen – Modellprojekte aktiv befördern
- EX-IN-Projekte fördern, inklusive Qualifizierung und Honorierung
- Den Diskurs prägen: gegen Stigmatisierung, für Menschenrechte
- Betriebliche Gesundheitsförderung
- Stadtentwicklung an den Bedürfnissen von Menschen ausrichten – aktiv Bewegungs- und Begegnungsräume schaffen

(s. Infokasten 3)

Fazit: Nie wieder wird zu jetzt handeln

In einer Welt, die sich erneut den autoritären Kräften zuwendet, muss Demokratie konkret werden – gerade dort, wo Menschen besonders schutzbedürftig sind. Eine menschenrechtsbasierte Psychiatrie ist keine Utopie. Sie ist Verpflichtung aus der Geschichte. Und sie beginnt in der Kommune.

Psychisch kranke Menschen haben ein Recht auf Hilfen, die stärken – nicht verwahren. Die schützen – nicht stigmatisieren. Die Teilhabe ermöglichen – nicht ausschließen. Gesundheit entwickelt sich im Alltag. Es lohnt sich, in die Förderung der seelischen Gesundheit zu investieren, um Krisen vorzubeugen und bevor das Hilfesystem notwendig wird. Das hilft den einzelnen Menschen und unserer Demokratie.

Die Aufgabe ist groß. Sie beginnt mit politischem Willen. Vor Ort.

Infokasten 1:

Regionalbudget – Was steckt dahinter?

Rechtsgrundlage: § 64b SGB V (Modellvorhaben)

Ziel: Behandlungsformen flexibel nach individuellem Bedarf einsetzen ohne Sektorengrenzen (ambulant, teilstationär, stationär).

Ergebnisse (laut Studien):

- Weniger Zwangsmaßnahmen
- Höhere Zufriedenheit der Patient*innen und Mitarbeitenden
- Kostenneutralität im Vergleich zur Regelversorgung

Infokasten 2:

MHPSS Pyramide (Mental Health and Psychosocial Support)

Die MHPSS Pyramide ist ein international anerkanntes Modell zur Strukturierung von psychosozialer Unterstützung in humanitären Notlagen. Sie besteht aus vier aufeinander aufbauenden Ebenen, die verschiedene Interventionsformen für das psychische Wohlbefinden darstellen.

Ebene 1: Basisdienste und Sicherheit
Ziel: Lebenssicherung und Schutz schaffen
Beispiele: Unterkunft, Nahrung, medizinische Versorgung, Sicherheit

Ebene 2: Gemeinschafts und familienbasierte Unterstützung
Ziel: Soziale Verbundenheit und Alltagsstruktur stärken
Beispiele: Schulprogramme, Freizeitaktivitäten, Selbsthilfegruppen

Ebene 3: Nicht spezialisierte Unterstützung
Ziel: Personen mit erhöhtem Bedarf durch geschulte Helfer unterstützen
Beispiele: Psychologische Erste Hilfe, Gespräche mit Sozialarbeiter*innen

Ebene 4: Fachspezifische Hilfe
Ziel: Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen durch Fachpersonal
Beispiele: Psychotherapie, psychiatrische Versorgung, Medikation

Hinweis: Alle Ebenen sind wichtig und ergänzen sich effektiv. MHPSS Programme beinhalten idealerweise alle vier Ebenen.

Infokasten 3:

Was Kommunalpolitik konkret tun kann:

- Einrichtung oder Stärkung gemeindepsychiatrischer Verbünde
- Kommunale Koordination psychosozialer Hilfen verbessern
- Beteiligung von Betroffenen strukturell verankern (z.B. in Gesundheitskonferenzen)
- Krisendienste (24/7) kommunal mit aufbauen
- Projekte mit Genesungsbegleiter*innen (EX IN) fördern
- Öffentlich gegen Stigmatisierung psychischer Erkrankungen Position beziehen

Der Sozialpsychiatrische Verbund – eine Ressource, keine Vision!
von Catrin Lagerbauer (Psychiatriekoordinatorin der Region Hannover)

Der Sozialpsychiatrische Verbund der Region Hannover ist keine Vision – er ist eine richtig große reale Sache:

Groß im wahrsten Sinne des Wortes bezogen auf die räumliche Größe der Region mit ihren 1,2 Millionen Einwohner*innen sowie der daraus resultierenden Anzahl der Mitgliedsorganisationen. Groß auch bezogen auf die unterschiedlichen aktiven Gremien und die Vielfalt der thematischen Auseinandersetzungen. Und letztendlich groß bezogen auf das Engagement derjenigen, die diese Gremien und Diskussionen am Leben erhalten. In Zeiten des viel beschriebenen Ressourcenmangels ist das nicht unbedingt selbstverständlich.

Netzwerken – gerade jetzt

Immer, wenn ich mich darauf vorbereite, die Arbeit des SpV der Region Hannover in verschiedensten Kontexten vorzustellen, bin ich wieder von Neuem beeindruckt, was es alles zu berichten gibt. Von der Entstehung und Entwicklung bis zur heutigen Struktur wird die Vielfältigkeit und Stabilität dieses Netzwerkes deutlich. Der Hannoversche Verbund hatte in seiner Entstehungsgeschichte Vorreiterfunktion. Die gremienbasierte Struktur des SpV macht es auch in diesem sehr großen Netzwerk möglich, Wege zueinander zu verkürzen und effektiv nutzen zu können – sei es, dass z.B. in Sektor-Arbeitsgemeinschaften auf die Zusammenarbeit in räumlicher Nähe geschaut wird oder dass sich in Fachgruppen zu spezifischen Themen ausgetauscht wird. Dazu gibt es monatlich die Möglichkeit, im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG), der großen Delegiertenversammlung des SpV, zusammenzukommen und aktuelle sozialpsychiatrische Themen in den Blick zu nehmen.

Netzwerken, wenn es personell eng ist, wird oft als Widerspruch gesehen. Jeder Termin in einer Fachgruppe oder in anderen Gremien erfordert natürlich Zeit, die erstmal gar nicht „übrig“ ist. An manchen Stellen führt das zu spürbarer Reduzierung von Teilnahme. Dennoch sind in den Gremien des SpV (s. Seite 74)

weiterhin viele Menschen aktiv, die sich miteinander vernetzen, um sich auszutauschen, sich gegenseitig zu beraten und die sozialpsychiatrischen Themen zu diskutieren. Das lässt den Schluss zu, dass von dem Austausch gut profitiert werden kann. Erkenntnisse aus den Diskussionen und neue Informationen und Ideen können in die eigene Arbeit einfließen und neue Wege eröffnen. Wenn Ressourcen überall knapp werden, ist gerade die Vernetzung gut investierte Zeit, um bestimmte Fragen teilen und Themen gemeinsam angehen zu können.

Nutzen wir unseren SpV ausreichend?

In aktuellen Diskussionen frage ich mich manchmal, ob wir uns unseres SpV, seinem Auftrag und seinen Möglichkeiten eigentlich immer bewusst sind.

Der SpV ist nicht nur ein unverbindlicher Zusammenschluss, sondern erhält seinen Auftrag aus dem Niedersächsischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG): „Der Sozialpsychiatrische Verbund sorgt für die Zusammenarbeit der Anbieter von Hilfen und für die Abstimmung der Hilfen.“ (§ 8 (2)1 NPsychKG)

„Der Sozialpsychiatrische Verbund sorgt für die Zusammenarbeit der Anbieter von Hilfen und für die Abstimmung der Hilfen.“ (§ 8 (2)1 NPsychKG)

Nun ist es aber so, dass Zusammenarbeit und Abstimmung nicht immer gut funktionieren. Wir stellen häufig fest, dass die vorhandenen Angebote nicht für alle Menschen geeignet sind und es Situationen gibt, die in unseren bestehenden, abgegrenzten Systemen nicht zu klären sind. Dabei geht es in der Regel um (fehlende) Begleitung, Beratung, Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen aller Altersgruppen, die wir mit unserer Angebotsstruktur nicht erreichen, die in unserem überlasteten System keinen Platz mehr bekommen oder die gar nicht im Hilfesystem ankommen. Menschen, die schwer psychisch erkrankt sind, besonders herausfordernd im Verhalten sind oder die, weil sie (noch) nicht sehr auffällig sind, an System-Schnittstellen aus dem Blick geraten.

Wir arbeiten in einem versäulten Hilfesystem. Jede Organisation hat ihren Rahmen mit Zuständigkeiten, Möglichkeiten und Grenzen der Angebotsgestaltung. Die finanziellen Rahmen werden von den zuständigen Leistungsträger*innen bestimmt. Diese Rahmenbedingungen haben ihre Berechtigung und geben den Organisationen auch Sicherheit. Änderungen im Leistungssystem durchzusetzen ist in der Regel langwierig und schwierig.

Kreative Ideen für neue Lösungen, die sich durch die praktischen Erfahrungen und den Austausch ergeben, die aber zunächst gegenüber Leistungsträger*innen nicht in ihrer Wirksamkeit belegt werden können, bleiben dabei jedoch viel zu oft auf der Strecke.

Wenn Übergänge zwischen den Systemen nicht so gelingen, wie sie eigentlich sollten, führt das zu Frustration bei den psychisch erkrankten Menschen genauso wie bei den Mitarbeitenden in den Institutionen. Es ergeben sich die Fragen, warum wir immer an diesem Punkt scheitern und es nicht weitergeht und letztendlich die Frage, wer Verantwortung an dieser Hürde übernimmt.

Frustration verringert Ressource, verringerte Ressource fördert Frustration - Was können wir tun, um aus dieser Spirale herauszukommen? Fehlt es an Verbindlichkeit und aktiver Kooperation, wenn es um herausfordernde Situationen und das Schließen von Versorgungslücken geht?

Der SpV als Aufgabe und Chance

Die Größe des hiesigen SpV bedeutet zwar auch eine gewisse Unübersichtlichkeit in der Angebotslandschaft und lädt zudem ein, sich in der Menge zu verstecken, aber er ist vor allem eine große Chance. Wir haben viel, auf das wir zurückgreifen können, wenn es um die Entwicklung sozialpsychiatrischer Ziele geht: Dialogische Ausrichtung, umfangreiche sozialpsychiatrische Expertise mit allen Perspektiven, strukturierte Organisation in Gremien. Wir sollten vielleicht öfter den Mut finden, neben dem Benennen und Diskutieren von Problemen, diese aktiv anzugehen und neue Wege auszuprobieren. Z.B. Wege wie

- Gemeinsame Verantwortung mehrerer Träger*innen bei der Begleitung in besonderer Wohnform, wenn besonders herausforderndes Verhalten eine Einrichtung allein an den Rand ihrer Möglichkeiten bringt
- Verlagerung von intensiver psychiatrischer Behandlung in das Wohnumfeld von psychisch erkrankten Menschen statt einer stationären Aufnahme (Stationsäquivalente Behandlung) auch in Kombination mit ambulanten Unterstützungsmaßnahmen
- Bedingungslose Begleitung durch reines Dasein mit dem zunächst einzigen Ziel des Vertrauensaufbaus – auch auf der Straße
- Vermehrte Integration von Genesungsbegleitung in vielen Aufgabenfeldern
- Vermehrt Stellungnahmen zu öffentlich diskutierten Themen
- ...

Es lohnt sich, sich daran zu erinnern, dass wir eine gemeinsame Verantwortung haben, die Aufgaben im Sinne des NPsychKG zu erfüllen:

- 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
- Einbeziehung der Perspektiven von Betroffenen und Angehörigen
- bei Bedarf Entwicklung von neuen Angebotsinhalten
- Vernetzung der Leistungen und Angebote im Sinne der Betroffenen
- Themenspezifische Zusammenführung von Leistungsträger*innen im Interesse der Betroffenen
- Qualifizierung der Verbundmitglieder
- Entwicklung von Qualitätsstandards und gegenseitigen Verpflichtungen
- Information der Politik und der Öffentlichkeit

(<https://www.hannover.de/Leben-in-der-Region-Hannover/Gesundheit/Beratungsstellen/Sozialpsychiatrischer-Verbund>)

Wenn Verbund nicht nur als Wort, sondern bewusst als Auftrag gemeinsamen Handelns – vor allem auch in Einzelsituationen – verstanden wird und wenn Größe als Stärke genutzt wird, sind dann nicht neue Ideen, innovative Projekte, gemeinsame Vertretung gegenüber Öffentlichkeit, etc. möglich, um Sozialpsychiatrie in Bewegung zu halten und weiter voranzugehen?

In einer Zeit, in der Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen eher zu- als abnimmt, muss es doch zudem ein zentrales Ziel des SpV sein, mit gut abgestimmten, personenzentrierten, zielführenden Angeboten zu unterstützen, aber auch zu informieren, aufzuklären und damit Entstigmatisierung zu fördern.

... „Zukunftsvisionen“. Gemeint sind meist kühne, in manchen Fällen phantastisch wirkende Konzepte, Entwürfe und Ideale, deren Verwirklichung geplant wird und die in dafür empfänglichen Kreisen Begeisterung auslösen.
(aus Wikipedia)

Der Ruf nach Interventionen durch Leistungsträger*innen und Politik ist gerechtfertigt. Aber zwischen Einzelinstitution und Politik steht der SpV mit all seinen Möglichkeiten. Nutzen wir sie und entwickeln und verwirklichen wir gemeinsam Zukunftsvisionen für die Sozialpsychiatrie in der Region Hannover.

Mit „wir“ meine ich auch „wir“ – als Psychiatriekoordinatorin sehe ich mich genauso in der Verantwortung, an zukunftsweisenden Veränderungen mitzuwirken wie alle Mitglieder des SpV. Auf geht's!

Wie kann Genesungsbegleitung in Zeiten des Ressourcenmangels beitragen?

von Dr. Carsten Dette, Elke Duchscherer, Karen Skodda, Henrike Warnecke (KRH Psychiatrie Wunstorf)

Mit diesem Beitrag möchte die Projektgruppe `Genesungsbegleitende` der KRH Psychiatrie Wunstorf GmbH Sie zu einem Perspektivwechsel einladen. Zunächst nimmt eine Genesungsbegleitende Rückblick zur Entwicklungsgeschichte. Es folgt eine Fallvignette. Wir möchten uns weiterhin mit der Frage einer möglichen Integration in multiprofessionelle Teamkonstellationen im klinischen Kontext, einem aktuellen Stand beschäftigen und versuchen, einen Ausblick in die Zukunft zu geben.

Perspektivwechsel durch EX-IN (Karen Skodda, Genesungsbegleiterin)

Als ich das erste Mal in die Psychiatrie kam, war ich schon älter, so Ende 40. Mir ging es grottenschlecht, Übelkeit und ein Sausen in den Ohren wie ein fahrender D-Zug. Der Druck war enorm und es ging nichts mehr. Ich fand nur ein Ventil, das Heulen. Ich heulte endlos. Als mein Mann nicht mehr weiterwusste, brachte er mich in die Psychiatrie, jemand musste mir doch helfen. Als wir anriefen, hieß es, kommen Sie doch einfach vorbei. Man empfing uns unbeeindruckt, zeigte mir mein Bett, es war spät am Abend. Als mein Mann ging, fiel die Tür krachend zu, sie wurde verschlossen. Da lag ich nun, jenseits der Grenze zum Leben, da, wo ganz andere Regeln gelten, im Meer der Verrücktheit. Ich wusste vorher nichts von Psychiatrie. Ich hatte furchtbare Angst.

Die nächsten drei Tage schlurfte ich durch die langen mit Neonlicht verhangenen Gänge, man gab mir Beruhigungsmittel. Kein Mensch sprach mit mir, nur die verschleierte Augen hinter dem Glaskasten, man beobachtete mich. Wenn ich heulte, bekam ich wieder Beruhigungsmittel. Nach einer endlosen unwirklichen Zeit zwischen Wachen und Schlafen sollte ich auf eine offene Station verlegt werden, aber nur, wenn ich mich nicht umbringe. Darüber hatte ich nicht nachgedacht. Die nächsten Wochen auf der offenen Station war ich störrisch und ungerecht. Ich wollte nur zurück

in mein altes Leben, auf jeden Fall dort funktionieren in jener Welt, die mich krankgemacht hat. In den nächsten vier Jahren habe ich diese Prozedur dreimal mitgemacht, nichts half. Als ich die Psychiatrie das letzte Mal verließ, war ich psychisch krank. Ich hatte eine Diagnose, irgendwas zwischen Depression und emotionaler Instabilität, man war sich da nicht so einig.

Ich wartete ab, mein Leben änderte sich, der Mann ging nach 30 Ehejahren, die Kinder zogen in die Welt hinaus. Meinen Job konnte ich nicht mehr ausüben, viel zu stressig. Die Leere blieb, doch langsam begann sich das vielgepriesene Wort Akzeptanz in mein Unterbewusstsein einzunisten. Es fühlte sich nachher gar nicht mehr so schlimm an. Auch das vielgefürchtete Stigma der Verrücktheit in dieser Gesellschaft begann seine Bedrohung zu verlieren. Ich bin gestrauchelt, na und? Konnte dem Druck des Lebens nicht mehr standhalten, zumindest nicht so, wie ich mir dieses einst vorgestellt hatte. Stress und Druck tun mir nicht gut, das ergaben drei Jahre ambulante Psychotherapie. Aber es geht auch anders, wenn ich meine Lebensumstände an meine Verrücktheit anpasse, so weit wie möglich, dann fühle ich mich gar nicht mehr so verrückt.

In der ambulanten Ergotherapie – ich war selig, dass es ambulante Hilfen gab, nie wieder stationäre Psychiatrie – sprach mich eine Mitpatientin an, ob ich schon mal was von EX-IN gehört hätte? Einer Ausbildung, in der man lernt, seine Psychiatrieerfahrungen als Ressource zu betrachten, mit der man Menschen in einer akuten Krise helfen kann. Der Makel wird sozusagen umgedeutet in eine Fähigkeit, verbunden mit einer sinnstiftenden beruflichen Perspektive. Ich blieb zunächst skeptisch, ist EX-IN etwa eine Sekte oder steckt da irgendein rechtes Gedankengut hinter?

Der Makel wird sozusagen umgedeutet in eine Fähigkeit, verbunden mit einer sinnstiftenden beruflichen Perspektive.

Das erste Mal begann ich, Psychiatrie von außen zu betrachten, also dem Versuch der Gesellschaft, mit

dem Anderssein umzugehen. Dabei stellte ich fest, dass die Idee der Psychiatrie und die Verhältnisse dort nicht an sich gut oder schlecht sind, sondern immer abhängig von den sozialen, gesellschaftlichen und politischen Bedingungen und vor allem dem Menschenbild der jeweiligen Zeit. Da kann man also zum Besseren mitgestalten. EX-IN hatte mich überzeugt, ich begann die Ausbildung ein Jahr später. Das war nicht leicht, anstrengend, konfliktreich und manchmal auch etwas schwer nachzuvollziehen, war ja auch nicht mehr die Jüngste. Nur weil Menschen die Erfahrung als Patient:in in der Psychiatrie verbindet, bilden sie längst keine homogene Gruppe. Auch in der Verrücktheit behalten wir unsere Individualität. Das Ich-Wissen wird zum Wir-Wissen, eine der Grundthesen von EX-IN, hat aus meiner Sicht nicht so sehr geklappt. Aber ich bleibe zuversichtlich und bin gespannt auf meine weitere Arbeit in der KRH Psychiatrie Wunstorf.

Im Folgenden gebe ich eine kurze Zusammenfassung der Entstehungsgeschichte von EX-IN:

Psychiatrie ist ein Ort, wo Menschen, die sich gerade in einer psychischen Krise befinden, auf Augenhöhe und in menschenwürdiger Art und Weise die bestmögliche Hilfe bekommen sollen. Dies ist jedoch keinesfalls selbstverständlich, denkt man zurück an die Schreckensherrschaft der Nazis mit Euthanasie und Zwangssterilisierungen oder auch viel später an die Ergebnisse der Psychiatrie-Enquete, die in den 70er und 80er Jahren die Verhältnisse in den Psychiatrien in Deutschland offengelegt hatten.

Seit den 60er Jahren entwickelte sich in Europa die sogenannte Reformpsychiatrie durch die Pioniere Mosher, Basaglia und Ciompi, die in den 70ern und 80ern eine Vielzahl von Vereins- und Verbandsgründungen zur Stärkung der Interessen von Psychiatrieerfahrenen, deren Angehörigen und der in der Psychiatrie Tätigen nach sich zog.

Mit der Sozialpsychiatrie entstand die Leitidee der Partizipation, 1987 initiiert durch die Bildhauerin Dorothea Buck, die als Patientin selbst noch die Situation in der Psychiatrie in der Vorkriegsgeschichte miterlebte und von den Nazis zwangssterilisiert wurde. Gemeinsam mit dem Psychologen Thomas Bock

organisierte sie 1989 an der Hamburger Universitätsklinik das erste „Psychoseseminar“, eine Veranstaltung, in der sich Psychiatrieerfahrene, Angehörige und in der Psychiatrie Tätige gleichberechtigt und auf Augenhöhe austauschen sollten. Inzwischen gibt es in Deutschland weit über 100 solcher Psychoseseminare, auch „Trialoge“ genannt.

1991 kam es zur Gründung des Bundesverbands der Psychiatrieerfahrenen und 1994 schrieb sich der 14. Weltkongress für Soziale Psychiatrie in Hamburg die Partizipation und das Empowerment als integrale Bestandteile psychiatrischen Handelns auf seine Fahnen. Das Fundament für EX-IN (Experienced Involvement – Experte aus Erfahrung) und damit eine Ausbildung von Psychiatrie-Erfahrenen zu bezahlten Fachkräften im psychiatrischen System war geboren.

Vertreterinnen aus sechs europäischen Ländern entwickelten 2005, gefördert als Leonardo Da Vinci-Projekt, das Curriculum für die EX-IN-Ausbildung, das Psychiatrieerfahrene darin bestärkt und lehrt, ihre Krisenerfahrungen und deren Bewältigung als etwas „Wertvolles“ zu betrachten, zu reflektieren und später als Genesungsbegleiter:in mit Patient:innen und Kolleg:innen zu arbeiten.

Die Idee von EX-IN beruht also nicht nur auf der Forderung, Menschen mit Psychiatrieerfahrungen in die Behandlung mit einzubeziehen, um dort ihre Interessen besser vertreten zu können. Vielmehr verfügen diese über ein besonderes Einfühlungsvermögen gegenüber Menschen, die sich in einer akuten Krise befinden. Ihnen sind der Schmerz und das Gefühl von Verlust und Hoffnungslosigkeit, aber auch die Möglichkeit der Genesung vertraut. Im Leitbild von EX-IN ist von einem „empathischen und aktiven Verstehen“ die Rede, das häufig ein Gefühl von Verbundenheit und Vertrauen nach sich zieht, welches wiederum den Patient:innen auf seinem/ihrer Weg zur Genesung helfen kann.

Und so kommen wir zu einem weiteren gedanklichen Grundstein von EX-IN: Die Leitideen der Recoverybewegung. Zwei bekannte Vertreterinnen dieser Bewegung waren Patricia Deegan aus den USA und Diane Rose aus England, die ebenfalls Erfahrungen als Patientinnen in der Psychiatrie machen mussten.

Recovery heißt so viel wie Genesung, Gesundung oder Wiedererlangung von Gesundheit. Zielsetzung dabei ist nicht die absolute Symptombefreiheit, sondern ein zufriedenes und aktives Leben auch mit psychischen Problemen. Dabei steht die eigene Entscheidung über den Genesungsprozess und die Verantwortung für sich selbst im Vordergrund. Nach den EX-IN-Grundsätzen heißt es dazu:

Jeder Mensch

- hat das Potenzial zur Genesung
- kann grundsätzlich eigenverantwortlich handeln
- kann und soll an eigenen Entscheidungen, die ihn betreffen, beteiligt sein
- weiß, was hilfreich für ihn ist

Niemand, so EX-IN, könne diese Werte besser vermitteln, an Patient:innen und Mitarbeiter:innen weitergeben, als Menschen, die bereits die Erfahrung einer psychischen Erkrankung gemacht, sich im Hilfesystem befunden haben und vor allem auf eine ganz eigene Weise daran genesen sind bzw. wieder zu mehr Lebenszufriedenheit gefunden haben.

Salutogenese, Empowerment und Recovery sind demnach die Hauptbestandteile der Ausbildung. Hinzu kommen Dialog und die Aufbaumodule Selbsterforschung, Assessment, Beraten und Begleiten, Fürsprache, Krisenintervention sowie Lernen, Lehren und Forschen. Die Ausbildung beinhaltet noch zwei Praktika, ein Portfolio und eine Abschlusspräsentation. Bei erfolgreicher Teilnahme erhalten die Absolvent:innen ein Zertifikat des Dachverbandes als „EX-IN Genesungsbegleiter:in“.

Die EX-IN-Ausbildung startete 2005 zunächst in Bremen und Hamburg, wird aber inzwischen an 36 Standorten in Deutschland angeboten, ein Bildungsangebot, „das unser Verständnis über psychische Krisen und deren Bewältigung verändert, prägt und gestaltet – ebenso das gesellschaftliche Miteinander.“¹ so EX-IN.

Der EX-IN Niedersachsen e.V. wurde 2012 von Absolvent:innen der ersten EX-IN-Ausbildung in Hannover gegründet. Neben der Ausbildung, die er ausrichtet,

versteht er sich als Anlaufstelle für Menschen, die sich für die Ausbildung in Niedersachsen interessieren und als Plattform für ausgebildete Genesungsbegleitende zur Unterstützung, Vernetzung, kollegialen Weiterbildung und zur möglichen Anbahnung von Arbeitsstellen.

Inzwischen werden Genesungsbegleiter:innen in zahlreichen ambulanten, teilstationären und stationären Bereichen der Psychiatrie eingesetzt. Auch in der Fort- und Weiterbildung, um psychiatrischen Fachkräften die neuen Sichtweisen zu vermitteln, sind sie zu finden. Aber es gibt noch Hürden, der Weg ist noch längst nicht beschritten. Ein festes Berufsbild gibt es nicht, auch sind viele psychiatrische Abteilungen noch nicht auf den Einsatz von Genesungsbegleiter:innen und ihre Aufgaben vorbereitet.

In der KRH Psychiatrie Wunstorf machen zurzeit sechs Genesungsbegleitende ihre Erfahrungen, wozu im Folgenden eine genesungsbegleitende Kollegin berichtet:

Ein Beispiel aus der Praxis der Genesungsbegleitung in der Klinik: Umgang mit Rollstuhlabhängigkeit und Bewegungsangst bei einer Patientin mit Gangunsicherheit (Elke Duchscherer, Genesungsbegleiterin)

Die Patientin, Frau A., Anfang vierzig, war im Laufe ihrer Behandlung aus dem geschützten Bereich auf eine offene alltagspsychiatrische Station verlegt worden. Aufgrund der Struktur dieser Station, bei der Patientinnen und Patienten verschiedene Fachbereiche auf dem weitläufigen Klinikgelände für Untersuchungen und Therapien aufsuchen müssen, wurde Frau A. zunächst ein Rollstuhl zur Verfügung gestellt.

Sie zeigte bei Aufnahme eine deutliche Gangunsicherheit und konnte nur wenige Schritte gehen, weshalb der Rollstuhl notwendig geworden war, um beispielsweise spezialtherapeutische Angebote in anderen Gebäuden erreichen zu können. In der Folgezeit nutzte Frau A. den Rollstuhl jedoch dauerhaft und verbrachte zunehmend mehr Zeit im Bett. Ich äußerte frühzeitig die Befürchtung, dass sich ihre Muskulatur dadurch weiter abbauen könne. Eine geplante Maßnahme war,

ihr den Rollstuhl nach einigen Wochen wieder abzunehmen, um diesen Prozess zu stoppen.

Diese Ankündigung löste bei Frau A. eine starke Reaktion aus: Sie verweigerte sämtliche Mahlzeiten sowie die Flüssigkeitsaufnahme, beteiligte sich nicht mehr an Gruppenangeboten, isolierte sich zunehmend. Stattdessen lag sie im Bett und ernährte sich ausschließlich von Cola und Süßigkeiten, die ihr von Mitpatientinnen und -patienten mitgebracht wurden.

In einem persönlichen Gespräch berichtete ich ihr von einer eigenen früheren Erfahrung, bei der ich einen Rollstuhl abholen sollte und von einem dauerhaft auf einen Rollstuhl angewiesenen Patienten begleitet wurde: Auf meine scherzhafte Frage, ob wir ein Rennen fahren wollten, fragte der Patient damals besorgt, ob ich den Rollstuhl überhaupt nutzen dürfe? Ich erklärte, dass ich herausfinden wolle, wie es sich anfühlt, auf einen Rollstuhl angewiesen zu sein – außerdem hätte ich die „Lizenz“ dazu. Der Patient stimmte dem kleinen Experiment zu. Als ich mich in den Rollstuhl setzte, wurde mir bewusst, wie sehr sich die Perspektive verändert: Die Sichtweite ist eingeschränkt, man sieht nur auf Sitzhöhe, viele Gegenstände sind nicht mehr vollständig wahrnehmbar – das Gefühl körperlicher Abhängigkeit und Einschränkung wurde spürbar.

Diese persönliche Erfahrung teilte ich jetzt mit Frau A., woraufhin sie mir offen mitteilte, dass sie große Angst davor habe, wieder zu gehen. Schon vor der stationären Aufnahme sei das Gehen aufgrund ihres Übergewichts sehr mühsam gewesen.

Als der Stationsarzt nun aber angeordnet hatte, den Rollstuhl ab sofort nicht mehr zur Verfügung zu stellen und das multiprofessionelle Team diese Entscheidung mittragen sollte, legte ich als Genesungsbegleiterin mein „Veto“ ein. Ich betonte, dass ein sofortiger Entzug nicht zielführend sei, da bereits ein erheblicher Muskelabbau vorliegen könnte. Stattdessen plädierte ich dafür, der Patientin zunächst gezielte Physiotherapie anzubieten, um einen behutsamen Muskelaufbau zu ermöglichen.

Dieser Vorschlag wurde angenommen, und Frau A. begann mit regelmäßiger physiotherapeutischer Be-

handlung. „Schritt-weise“ konnte sie ihre Mobilität verbessern. Obwohl ihr der Verzicht auf den Rollstuhl anfangs recht schwergefallen war, schaffte Frau A. es schließlich, davon abzulassen, sich zu lösen und als sie aus dem Krankenhaus entlassen wurde, war sie darauf nicht mehr angewiesen.

Genesungsbegleitende in der Teamkonstellation eines psychiatrischen Krankenhauses (Henrike Warnecke, Projektgruppenleitung Genesungsbegleitende, Sozialpädagogin)

In der modernen psychiatrischen Versorgung gewinnen Genesungsbegleitende (EX-IN) zunehmend an Bedeutung – auch vor dem Hintergrund multiprofessioneller Zusammenarbeit und knapper personeller Ressourcen-. Als Teammitglied kann ich feststellen, erleben, wie diese Expert:innen, ihre eigenen Erfahrungshintergründe der Krisen- und (partiellen) Genesungen einbringen und damit ein tiefes Verständnis und eine Glaubwürdigkeit schaffen, die im therapeutischen Alltag andernfalls oft schwer herzustellen sind. In der Praxis zeigt sich, dass Genesungsbegleitende oft Brücken bauen zwischen Patient:innen und Fachpersonal, zwischen eigener Unsicherheit und Vertrauen, zwischen dem eigenen Krankheitserleben und der Entwicklung neuer Perspektiven – weil sie selbst erlebt haben, wie ein Weg aus der Krise aussehen kann. Insbesondere in belastenden Systemen, in denen personelle Ressourcen knapp und Zeitfenster eng sind, leisten sie einen wichtigen Beitrag: Sie bieten Gespräche an, hören zu, begleiten – und tun dies nicht „über“ die Betroffenen, sondern mit Ihnen auf Augenhöhe.

In der Praxis zeigt sich, dass Genesungsbegleitende oft Brücken bauen zwischen Patient:innen und Fachpersonal.

Die Integration von Genesungsbegleitenden in bestehende Teams ist dabei ein Prozess, der Zeit, Haltung und Struktur braucht. In vielen Einrichtungen, so auch im klinischen Alltag, kann es zunächst ungewohnt sein, dass eine Person mit eigenem Erfahrungshintergrund plötzlich Teil des Teams ist. Diese neue Rolle

kann Fragen aufwerfen: Was darf sie? Was sind ihre Aufgaben? Wie sprechen wir über Belastungen oder Krisen, wenn jemand im Team ist, der selbst betroffen war?

Offene Kommunikation und das Formulieren wechselseitiger Erwartungen sind hierbei entscheidend. Teams, die frühzeitig in den Integrationsprozess eingebunden werden, entwickeln eher ein gemeinsames Verständnis für die Rolle der Genesungsbegleitenden. Dabei ist es besonders wichtig, dass auch die Genesungsbegleitenden selbst Begleitung erhalten – z.B. durch kollegiale Beratungen, eine sorgfältige, strukturierte Einarbeitung und den offenen Austausch untereinander, beispielsweise durch gemeinsame Intervision und Projektgruppentreffen. Es braucht Raum für Austausch, Klärung von Rollen und eine insgesamt offene Grundhaltung. Wenn dies gelingt, entsteht ein Team, dass nicht nur multiprofessionell, sondern auch erfahrungsbasiert arbeitet und dem Recovery-Gedanken entspricht.

Die besondere Rolle von Genesungsbegleitenden liegt gerade in ihrer Position „zwischen“ den professionellen Berufsgruppen und Patient:innen. Sie nehmen damit eine nahezu notwendige „Sonderstellung“ ein.

In diesem Zusammenhang sollte jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass Genesungsbegleitende keine vollständige Integration und Verschmelzung mit dem Behandlungsteam erfahren sollen – oder können. Ihre besondere Rolle liegt gerade in ihrer Position „zwischen“ den professionellen Berufsgruppen und den Patient:innen. Sie nehmen dabei eine Art bewusste „Sonderstellung“ ein, die nicht nur erlaubt, sondern nahezu notwendig ist, um auch mal im Sinne der Betroffenen irritierende Impulse zu setzen. Manchmal kann dies, wie das Fallbeispiel von Frau A. zeigt, auch durch vermeintlich „unkonventionelle Methoden“ (hier durch einen durch ein Rollstuhllernen ermöglichten wortwörtlichen Perspektivwechsel) geschehen. Genesungsbegleitende dürfen – und sollen – nicht in Gänze mit dem Team mitschwingen, sondern

auch widersprechen, Veto einlegen und kritisch auf Routinen und Strukturen schauen. Die Aufgabe sollte sein, nicht nur unterstützend, sondern auch herausfordernd zu wirken, damit sich die Systeme (hier die Krankenhauswelt) im Sinne der Patientenorientierung weiterentwickeln können.

Genesungsbegleitende sollen dabei nicht als „Ersatz“ für Fachpersonal verstanden werden, sondern stellen eine wichtige Ergänzung der Behandlungsteams dar, die die Patient:innenperspektive stärkt. Ihre Sichtweise kann neue Impulse geben und dazu beitragen, dass Hilfesysteme näher an den Menschen bleiben, für die sie da sind.

Genesungsbegleitung – die besondere Stellung in einer „Zwischenwelt“

(Dr. Carsten Dette, Projektgruppenleitung Genesungsbegleitende, Arzt)

Die Genesungsbegleiterin Frau Duchscherer beschrieb einen Fall (Frau A.) in stationärer Versorgungslandschaft. Im Arbeitsprojekt und ihrem Einsatz sind die Genesungsbegleitenden der KRH Psychiatrie Wunstorf in den Teams der Stationen und Tageskliniken „die Neuen“. Sie kommen als Einzelne in professionalisierte Kontexte, in diesem Falle einer Krankenhausinstitution und werden dort von etablierten Mitarbeiter:innen, anderen Berufsgruppenangehörigen, den Patient:innen unter der Frage betrachtet, ob und wie sie passen oder auch nicht hinein passen, unter Umständen auch beurteilt.

In dieser besonderen Konstellation, ihrem Dasein in einer Art „Zwischenwelt“ sind Genesungsbegleitende befähigt, sich dem Gegenüber, den sog. „Professionellen“ und Patient:innen anders zu zeigen, zu öffnen, sich einzulassen. Sie bringen spezifische, Kompetenzen der eigenen Lebensgeschichte mit und ein.

Sie sind Menschen, die ihre Erfahrungen mit seelischen Ausnahmezuständen reflektiert und zum Teil Grenzzustände als etwas Normales erlebt haben; somit wird die Betroffenen-Perspektive auf andere Art und stärker berücksichtigt. Die Einbindung des bzw. der Einzelnen in die eigene Therapie wird befördert. Diese Erweiterung der Behandlungsebenen schließt

an die geschilderte sozialpsychiatrische Geschichte an und versucht, die Erwartungen und Forderungen psychisch erkrankter Menschen und ihren Angehörigen als gleichberechtigte Partner:innen in die Behandlungsprozesse einzubeziehen, gerechter zu werden.

Es ist zu begrüßen, dass die Genesungsbegleitung Einzug in die Richtlinie zur Personalausstattung für stationäre psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gefunden hat (dort mit der Anlage 5), wobei es weiterhin eine besondere, durchaus mit gewisser Ambivalenz einhergehende Herausforderung bleiben wird, ein eigenständiges Berufsbild fortzuentwickeln und zu etablieren.

Mit einer Professionalisierung kann nicht die Anpassung an das psychiatrische Versorgungssystem gemeint sein, sondern erfordert anhaltende Sensibilisierung und Anerkennung für die besonderen Befähigungen, Spezifika der Genesungsbegleitenden: Dass diese Menschen zum einen eigene Krisen, seelische Ausnahmezustände des Lebens überstanden und reflektiert haben und zum anderen ganzheitlich ihre Lebens- und Berufserfahrungen in die Begegnung, ihre Arbeit mit betroffenen Klient:innen und Mitarbeiter:innen einbringen, hat einen hohen, vielfältigen Stellenwert.

In der Ausbildung – in Deutschland im Wesentlichen über den Verein EX-IN (Experienced-Involvement) etabliert – wird ein Schwerpunkt darauf gelegt, eigene Stärken und Ziele zu entdecken, zu entwickeln und zu profilieren. Und gleichzeitig bleiben die Erfahrungen, das Wissen eigener und prinzipieller Verletzbarkeit, ein Respekt vor Krisenerfahrungen, vielleicht auch um gegenwärtige Krisennähe. Von Klient:innen wird dieser Beitrag oftmals authentischer erlebt, als Beschreibungen, u. U. Beurteilungen der „professionell“ Tätigen. In der Vorbereitung dieses Beitrages machte ein Genesungsbegleiter erweiternd dafür aufmerksam, dass ein wichtiger Implementierungsgrund für Genesungsbegleitung das fachliche Eingeständnis ist, dass in der psychiatrischen Arbeit der professionellen Kräfte kognitive, emotionale und motivationale Lücken hin zum Klienten verblieben, die auch bei höchster Motivation der Mitarbeitenden von ihnen

selbst nicht geschlossen werden könnten, sondern nur durch Mitarbeit von Betroffenen selbst, um Vertrauen und Verständigung zu erweitern. So könne die akut stützende, therapeutische und psychoedukative Arbeit des „Anbieters“ wirksamer werden.

Es gibt mittlerweile zahlreiche Untersuchungen, die sich der Thematik des Einsatzes von Genesungsbegleitenden angenommen haben, zu welchen Effekten dies für Patient:innen führe? Die Ergebnisse dazu bleiben oft auch aufgrund methodischer Limitationen noch begrenzt. Studienlagen geben bislang keine verlässlichen Hinweise darauf, ob und wie sich Genesungsbegleitung auf eine Symptomreduktion auswirken könnte. Zur Frage der Anzahl stationärer (Wieder) Aufnahmen, der Wirkung in Notfallsituationen, einer Behandlungsadhärenz sind sowohl positive, als auch negative Ergebnisse berichtet. Die S-3 Leitlinien „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ verweisen darauf, dass sich das Inanspruchnahmeverhalten der Patient:innen zugunsten einer gezielteren Behandlung und gleichzeitigen Reduktion von Krisenbehandlungen verändern lässt.

Eine besondere Bedeutung wird dem Peer-Support für psychologische, dem Recovery-Prozess zugeordnete Wirkung zugeschrieben: Es können positive Effekte für den Selbstwert, die Selbstwirksamkeit erwartet werden. Die Wahrnehmung der Autonomie wird gefördert. Begünstigt werden eine gegenseitige Unterstützung, ein ebenbürtiger Austausch und die Verminderung einer Skepsis gegenüber psychischer Erkrankung sowie deren Stigmatisierung. Die Therapiepläne können deutlicher individualisiert erwo-gen, ausgerichtet werden und zu einem sinnerfüllten, zufriedenstellenden Behandlungsverlauf psychisch erkrankter Menschen beitragen. Gerade im institutionell-hierarchisch gekennzeichneten Gefüge eines Krankenhauses spielt dies eine besondere Rolle und stärkt Patienten Anliegen und -rechte.

Darüber hinaus sind Faktoren, Einflüsse zu bedenken, welche Auswirkungen die Beteiligung Genesungsbegleitender auf übergeordneten Ebenen, die Mitarbeiter:innen unterschiedlicher Berufsgruppen im Krankenhaus, deren Beziehungsgestaltungen (untereinander) und zu Patient:innen haben. Mehrheitlich

werden positive Veränderungen der Kommunikation und eine bessere Zusammenarbeit beschrieben. Diese Effekte sind im Kontext der psychiatrischen Versorgung, die häufiger mit Fragen um zwangsweise Behandlungsformen, damit verbundenen komplexen Therapiekonstellationen, die von Machtunterschieden gekennzeichnet sind, von großer Relevanz. Sie können den Beteiligten andere Begegnungsebenen eröffnen, verbessern das Verständnis gegenseitiger Bedürfnisse und gemeinsame Entscheidungsfindungen. In diesem spezifischen Gefüge bleiben Rollenerwartungen an Genesungsbegleitende im therapeutischen Alltag sinnvoller- und notwendigerweise zu einem gewissen Anteil ambivalent, diffus.

Neben den hier geschilderten Bezugspunkten der Genesungsbegleitenden im stationären Versorgungsbereich gibt es vielfältige Hinweise, dass ihr Einsatz auch und besonders in komplementären Versorgungsstrukturen hilfreich und günstig ist. Besonderer Nutzen in der Kontaktaufnahme und Gestaltung eines therapeutischen Bündnisses zu Klient:innen wäre auch beim Aus- und Aufbau ambulanter Behandlungsformen (Hometreatment, StäB) zu erwarten.

Wenn es gelingt, ein Berufsbild im Sinne einer professionalisierten Identitätsbildung breiter zu etablieren, können günstige Effekte für die psychiatrische Krankenversorgung erwartet werden.

Wenn es gelingt, ein Berufsbild im Sinne einer professionalisierten Identitätsbildung breiter zu etablieren, können günstige Effekte für die psychiatrische Krankenversorgung erwartet werden. So ist in die Behandlungsempfehlungen der S3 Leitlinien „Psychosoziale Therapien“ aufgenommen worden:

„Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollte Peer-Support* unter Berücksichtigung ihrer Wünsche und Bedarfe zur Stärkung des Recovery-Prozesses und zur Förderung der Beteiligung an der Behandlung angeboten werden (Evidenzebene: Ib, Empfehlungsstärke: B Ergebnis der Abstimmung: Konsens März/April 2018)“.

Genesungsbegleitung wird zukünftig und anhaltend, auch in Zeiten eines Ressourcenmangels, diese differenzierten Betrachtungsebenen erfordern. Auswirkungen ihres Tätigseins werden vielfach nicht konkret, effizient messbar, werden können, sondern eher erfass- und erlebbar bleiben. Deshalb möchten wir mit den Worten eines Genesungsbegleiters schließen:

„Genesungsbegleitende sind immer selbst betroffene Menschen, deren Leistungsfähigkeit durch ihre Verwundbarkeit begrenzt war und oft auch bleibt. Die eingebrachte Erfahrung nutzt sowohl persönlich dem Genesungsbegleiter und (ehemaligem) Klienten, so dann den Klienten, die er nun begleitet als auch dem „Betrieb“. Im Zweifel stehen „Experten aus Erfahrung“ nicht zwischen Mitarbeitern und Betroffenen, sie sind durch ihre Psychiatrieerfahrung qualifizierte und durch ihre Anstellung privilegierte Betroffene, sowohl im Verhältnis zu den Betroffenen als auch im Verhältnis zu den anderen Mitarbeitern“ (Th. Kreissl).

Lit. Verz.:

- D. Schmidt et al., Übersehene Professionalität – Individuelle Gelingensfaktoren von Peer- und Genesungsbegleitung, Nervenarzt, Springer Verlag, 2024.
- G. Utschakowski et al., Experten aus Erfahrung, Psychiatrie Verlag, 2015.
- G. Utschakowski et al., Mit Peers arbeiten, Psychiatrie Verlag, 2015.
- DGPPN, S3 Leitlinien „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“, Springer Verlag, 2. Aufl., 2019.
- P. Walde, B. Völlm, Effekte von Genesungsbegleitung in der Psychiatrischen Versorgung: Ein Systematischer Review of Reviews, Thieme Verlag, Psychiatr. Praxis, 2025.
- K. Heumann et al., Kompetenzen und Rollen(-erwartungen) von Genesungsbegleitern in der psychiatrischen Versorgung – Ein partizipativer Forschungsbericht, Thieme Verlag, Psychiatr. Praxis, 2018.
- P. Schwerin, Expert*innen aus Erfahrung – Peer- und Genesungsbegleitung in der psychiatrischen Versorgung, Bachelorarbeit, Hochschule Merseburg, 2024.
- C. Lange et al., Recovery-orientierte Behandlung und Genesungsbegleitung in der Psychiatrie, Springer Verlag, Nervenarzt, 2024.
- Richtlinie Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL), GBA, Bundesanzeiger, 2024.

Zukunftsvisionen in der psychiatrischen Versorgung: Die Integration ambulanter Versorgung durch Gemeindepsychiatrische Zentren **von Sabine Böhland (Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover)**

Die psychiatrische Versorgung befindet sich in einem dynamischen Wandel, der durch gesellschaftliche Veränderungen, technologische Fortschritte und neue wissenschaftliche Erkenntnisse geprägt ist. Dabei steht sie nicht nur in der Region Hannover vor großen Herausforderungen. Die prognostische Zunahme psychischer Erkrankungen, ein wachsender Fachkräftemangel, die Veränderung der Altersstruktur hin zu einer immer älter werdenden Gesellschaft und eine gleichzeitige Unterversorgung insbesondere in ländlichen Gebieten geben beispielhaft einen Ausblick auf die kommenden Jahre und Jahrzehnte.

Gesellschaftlich wird gleichzeitig der Ruf nach mehr Integration, Entstigmatisierung und einer stärkeren Lebensqualität für die Betroffenen immer lauter. Die stationäre Behandlung erscheint heute nicht mehr als die wirksamste, kehren doch Patient*innen in genau das gewohnte Umfeld zurück, in dem sie mit den gleichen Belastungen konfrontiert sind, die ihre psychische Gesundheit beeinträchtigt haben. Der Ruf nach Innovation ist schon länger zu hören, der Ruf nach Integration therapeutischer Angebote in den Alltag der Patient*innen, sodass eine kontinuierliche Betreuung in gewohnter Umgebung ermöglicht wird.

Diesem Wandel zu begegnen bedarf es mehr denn je eines Schulterschlusses zwischen ambulanten und teilstationären Angeboten, durch den Synergieeffekte institutionsübergreifend sinnvoll genutzt und Ressourcen eingespart werden können.

Es bedarf mehr denn je eines Schulterschlusses zwischen ambulanten und teilstationären Angeboten, durch den Synergieeffekte institutionsübergreifend sinnvoll genutzt und Ressourcen gespart werden können.

Die Trennung zwischen stationären und ambulanten Versorgungsstrukturen wird zunehmend verschwinden, sodass Patient*innen durch durchgängige und nahtlose Behandlungsprozesse profitieren können. Die Gründung des Gemeindepsychiatrischen Zentrums in Neustadt a. Rbge. ist auf diesem Weg ein Baustein in einer modernen psychiatrischen Versorgungslandschaft.

Das Gemeindepsychiatrische Zentrum (GPZ) Neustadt

Gemeindepsychiatrische Zentren sind bereits heute ein innovatives Modell, das ambulante, teilstationäre und manchmal auch stationäre Angebote unter einem Dach vereint. Sie bieten mit ihrer Anbindung an die lokale Gemeinschaft und der Möglichkeit einer aufsuchenden Unterstützung eine integrative und patient*innenzentrierte Versorgung.

Das GPZ Neustadt wurde im September 2024 als Zusammenschluss einer Tagesklinik und Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) des KRRH Wunstorf sowie der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Neustadt der Region Hannover gegründet. Das Einzugsgebiet des GPZ umfasst neben Neustadt a. Rbge. auch Wunstorf und Garbsen. Unter einem Dach in der Lindenstr. 77a finden Patient*innen und ihre Bezugspersonen nicht nur eine diagnostische und therapeutische Versorgung, sondern auch unterstützende Dienstleistungen wie Sozialarbeit und Beratung.

Gruppenangebote sowohl für Patient*innen als auch für Angehörige runden die aktuellen Tätigkeitsschwerpunkte ab.

Der ländlich weitläufige Standort wurde nach einer Bedarfserhebung gewählt, um insbesondere die Menschen zu erreichen, denen der Zugang zu einer Versorgung erschwert ist. In Neustadt a. Rbge. leben überproportional viele ältere Menschen, die lange Anfahrtswege in Kauf nehmen müssen, um z. B. zu niedergelassenen Facharztpraxen zu gelangen. Gleichzeitig finden sich im Sektor nur wenige ambulante Angebote wieder, die niederschwellig insbesondere schwersterkrankte Menschen erreichen.

Durch den Zusammenschluss der beiden Institutionen ist es nun möglich, die Menschen in ihrem Wohnumfeld zu versorgen und Wege in eine tagesklinische Behandlung zu verkürzen. Dabei spielt die verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit eine wesentliche Rolle.

In dem GPZ arbeitet ein Team aus Psychiater*innen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen, Ergotherapeut*innen, Krankenpflegekräften und Medizinischen Fachangestellten eng zusammen. Die Kooperation der verschiedenen Disziplinen ermöglicht eine individuell zugeschnittene Hilfe, die neben der psychiatrischen Symptomatik alle Aspekte des Lebens der Patient*innen berücksichtigt. Gleichzeitig schafft der Zusammenschluss der Institutionen mit einer durchlässigen Versorgungsstruktur eine Kontinuität in Behandlung und Begleitung, die oftmals im Tandem (jeweils ein*e Mitarbeitende*r von SpDi und PIA) sichergestellt wird.

Der Ausbau des GPZ Neustadt durch die Kooperation mit weiteren Netzwerkpartner*innen wie z. B. psychiatrische häusliche Krankenpflege (PHKP), Anbieter*innen einer Kontaktstelle, Ergotherapiepraxen und die Einbindung von Menschen mit Psychiatrieerfahrung ist perspektivisch ein weiterer wichtiger Schritt in eine umfassende wohnortnahe Versorgung.

Zukünftig könnten GPZ noch stärker in die lokale Infrastruktur integriert werden, indem sie nicht nur für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, sondern auch für Menschen mit milden bis mittelschweren Symptomen sowie für die Prävention und Früherkennung psychischer Störungen eine wichtige Rolle spielen.

Ambulante Versorgung im Fokus der Zukunft

Die moderne psychiatrische Versorgung wird sich in der Zukunft mehr denn je auf eine ambulante und teilstationäre Unterstützung fokussieren, die die Menschen ganzheitlich in ihrem Wohnumfeld betrachtet und eine soziale Integration weitestgehend aufrechterhält. Dieser Ansatz findet sich insbesondere in der KRRH Psychiatriestrategie 2030 wieder, die Teil der Medizinstrategie 2030 ist. Mit Blick auf die bereits genannten Herausforderungen erscheint dieses Vor-

gehen insbesondere aus Sicht der Betroffenen und Angehörigen begrüßenswert, bedeutet es doch einen wesentlichen Schritt zur Entstigmatisierung.

Aber auch in vorhandenen Strukturen wird es Veränderungen geben, die die Chance bieten, die psychiatrische Behandlung flexibler und zugänglicher zu gestalten.

Telemedizinische Angebote, wie virtuelle Konsultationen und Online-Therapien, könnten die räumlichen Barrieren zwischen Patient*innen und Therapeut*innen abbauen und somit auch Menschen in ländlichen Regionen oder mit eingeschränkter Mobilität besser erreichen. Digitale Tools wie Apps zur Selbsthilfe oder psychotherapeutische Programme könnten in die Gesamtversorgung integriert werden, ohne dass die nötige Kontinuität in der Behandlung verloren ginge. Zudem könnten KI-gestützte Apps und Programme Patient*innen dabei helfen, Symptome zu überwachen oder den Therapieprozess zu optimieren.

Der Recovery-Ansatz, der auf die Stärkung der Selbstbestimmung und der individuellen Ressourcen abzielt, wird zunehmend als zentraler Bestandteil der Therapie betrachtet.

Notwendig dafür ist die verstärkte Beteiligung der Betroffenen an ihrer eigenen Behandlung. Der Recovery-Ansatz, der auf die Stärkung der Selbstbestimmung und der individuellen Ressourcen abzielt, wird zunehmend als zentraler Bestandteil der Therapie betrachtet.

In den GPZ könnten Patient*innen mehr als bisher eingebunden werden in Entscheidungsprozesse, gemeinsam mit ihren Therapeut*innen individuelle Behandlungspläne entwickeln und via App ihre Behandlungsverläufe einsehen. Während der Projektphase des GPZ Cuxhaven wurde genau dieser Umgang erfolgreich erprobt und ermuntert zum Nachahmen.

Prävention und frühe Intervention sind wichtig

Ein weiteres zentrales Zukunftsziel in der psychiatrischen Versorgung ist die verstärkte Prävention und frühe Intervention. Informations- und Sensibilisierungsprogramme unterstützen die Förderung eines offenen Umgangs mit psychischen Erkrankungen, so dass psychische Gesundheit stärker als Teil der allgemeinen Gesundheitsvorsorge betrachtet würde.

Frühe Interventionen bei den ersten Anzeichen psychischer Erkrankungen könnten verhindern, dass sich Störungen verstärken und chronisch werden. Diese Maßnahmen wären nicht nur für die betroffenen Personen, sondern auch für das Gesundheitssystem insgesamt von Vorteil, da sie langfristig die Zahl der schweren Krankheitsverläufe und stationären Aufenthalte verringern könnten.

Ich hoffe sehr, dass uns eine Versorgung in einer ambulanten Landschaft gelingt, in der psychische Erkrankungen frühzeitig erkannt werden, die Lebensqualität der Betroffenen steigt und die Integration in die Gesellschaft gelingt. Eine Versorgung, die die Menschen nicht nur als Patient*innen sieht, sondern als aktive Mitgestalter*innen ihrer eigenen psychischen Gesundheit.

Wie können Netzwerke von Eingliederungshilfe und Sozialpsychiatrischen Dienst in Zukunft effektiv Teilhabe ermöglichen?

Henning Henß-Jürgens (Fachdienst Eingliederungshilfe, Team Fachsteuerung)

Die Verbesserung der Teilhabe von Menschen mit seelischen Behinderungen ist sowohl das Ziel der Eingliederungshilfe als auch des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Leistungen der Eingliederungshilfe für Erwachsene fördern überwiegend die Möglichkeiten zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und am Arbeitsleben. Im Bereich der jungen Menschen stehen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und an Bildung im Vordergrund.

Der Sozialpsychiatrische Dienst fördert mit seinen Hilfestellungen oftmals primär die Inanspruchnahme von medizinischen und/oder anderen sozialen Hilfen für die Klient*innen. Dadurch werden die Grundvoraussetzungen für mehr Möglichkeiten zur Teilhabe geschaffen oder verbessert.

Ein Netzwerk von Eingliederungshilfe und Sozialpsychiatrischem Dienst ergänzt sich daher in seinen Unterstützungsleistungen, um Teilhabe für die Klient*innen zu verbessern.

Ein Netzwerk von Eingliederungshilfe und Sozialpsychiatrischem Dienst ergänzt sich daher in seinen Unterstützungsleistungen, um Teilhabe für die Klient*innen zu verbessern.

Kooperationsvereinbarung

Anfang 2025 wurde eine Kooperationsvereinbarung zwischen dem Fachdienst Eingliederungshilfe und dem Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst geschlossen.

Zielsetzung dieser Netzwerkarbeit war, ist und wird sein, Transparenz über (neue) rechtliche Grundlagen und interne Abläufe zu schaffen, Kooperationen zu stärken und damit mittel- bis langfristig Teilhabe für den Personenkreis zu verbessern, beispielhaft durch eine gezieltere (reife) Antragstellung oder Prozessbeschleunigungen durch Informationsaustausch.

Die Vereinbarung beschreibt die Ausgestaltung von Kooperation der Fachdienste für Einzelfälle, aber auch eine fallübergreifende und strukturelle Kooperation.

Einzelfallbezogen soll die Kooperation eine optimale und zeitnahe Inanspruchnahme von Leistungen aus beiden Rechtskreisen für die Klient*innen fördern.

Fallübergreifend sollen Kenntnisse über die jeweils anderen Versorgungssysteme, deren Inhalte und Rahmenbedingungen ausgetauscht werden, um In-

formationslücken vorzubeugen und einzelfallbezogen Beratungskompetenzen zu unterstützen.

Kooperation Eingliederungshilfe – Sozialpsychiatrischer Dienst im Einzelfall

Für die Einzelfallarbeit wird in der Kooperationsvereinbarung beschrieben über welche Zugangswege und unter welchen Voraussetzungen sich die Mitarbeitenden der Fachdienste zu einem Einzelfall austauschen können, wenn dies für die Klient*innen und die weitere Fallarbeit sinnvoll und /oder notwendig erscheint. Die dafür wichtigste Voraussetzung ist die Zustimmung der Klient*innen dazu, mittels einer Schweigepflichtentbindung.

Informationen und Erkenntnisse aus der jeweiligen Fallbearbeitung in den Fachdiensten, können bei Vorlage der Schweigepflichtentbindung an die Mitarbeitenden des anderen Fachdienstes übermittelt werden, damit Klient*innen zeitnah von zusätzlichen Hilfsangeboten profitieren können oder die jeweilige Fallbearbeitung im Interesse der Klient*innen unterstützt werden kann.

Beispielhaft kann dies der Fall sein, wenn sich aus einem laufenden Beratungskontext beim sozialpsychiatrischen Dienst der Bedarf für Maßnahmen der Eingliederungshilfe oder deren Anpassung ergibt. Sowie, wenn sich im Rahmen der Bedarfsermittlung der Bedarf für eine Ausweitung der Unterstützungsmaßnahmen für Klient*innen auf Hilfsangebote des Sozialpsychiatrischen Dienstes abzeichnet.

Für die Klient*innen kann sich durch diese Kooperation somit im Optimalfall eine schnellere Anpassung ihrer Hilfen und ein kürzerer Informationsweg erreichen lassen, mit der Zielsetzung Teilhabe im Einzelfall zu verbessern.

Kooperation Eingliederungshilfe – Sozialpsychiatrischer Dienst übergreifend

Einzelfallübergreifend sollen bestehende Netzwerk-Austauschformate durch Mitarbeitende aus den Fachdiensten genutzt und bedarfsorientiert erweitert werden.

Für die praktische Umsetzung haben sich in einem ersten Schritt die vorhandenen Netzwerkformate des Sozialpsychiatrischen Dienstes und des Sozialpsychiatrischen Verbundes als hilfreich erwiesen.

Mitarbeitende aus den regionalen Fallteams der Eingliederungshilfe nehmen an den Sektorarbeitsgemeinschaften der jeweiligen Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen teil, die in ihrem zuständigen Regionalraum liegen.

So wurden die Mitarbeitenden des Sozialpsychiatrischen Dienstes und weitere Netzwerkakteur*innen (z.B. Leistungserbringende) im Rahmen der Sektorarbeitsgemeinschaften über wesentliche Neuerungen in der Eingliederungshilfe (z. B. neue Regelleistungsvereinbarung für Assistenzleistungen, rechtliche Auslegung des persönlichen Budgets usw.), die Abläufe und Erfordernisse bei der Beantragung von Eingliederungshilfen und die strukturelle Aufstellung des Fachdienstes Eingliederungshilfe informiert.

Andersherum erfahren die Mitarbeitenden des Fachdienstes Eingliederungshilfe über dieses Format Neuerungen oder wichtige Informationen aus der regionalen sozialpsychiatrischen Versorgung, welche sie mit in ihr Regionalteam oder Berufsgruppentreffen nehmen können. Somit wird Wissen für die Einzelfallarbeit aufgebaut.

Weiterhin nehmen aktuell Mitarbeitende aus dem Team Fachsteuerung (Fachdienst Eingliederungshilfe) und einem Regionalteam u.a. an der Fachgruppe Soziale Teilhabe des Sozialpsychiatrischen Verbundes teil. Ein zielgerichteter Ausbau der Teilnahme von Mitarbeitenden aus dem Fachdienst Eingliederungshilfe an diesen Formaten des Sozialpsychiatrischen Verbundes wird derzeit vorbereitet.

Netzwerkarbeit wird als ein zentraler Schlüssel gesehen, um zukünftig die Teilhabemöglichkeiten der Klient*innen zu verbessern.

Ausblick

Netzwerkarbeit wird von hier aus als ein zentraler Schlüssel gesehen, um zukünftig die Teilhabemöglichkeiten der Klient*innen zu verbessern. An bestehenden Netzwerkstrukturen wie dem sozialpsychiatrischen Verbund und seinen Arbeitsgruppen wird der Fachdienst Eingliederungshilfe zukünftig mehr teilnehmen.

Die Chance besteht darin, neue Erkenntnisse aus der Versorgungslandschaft zu erhalten und Rückschlüsse für Interventionen auf der Einzelfallebene oder der strukturellen Ebene zu ziehen. Beispielhaft kann die Initiierung neuer Austauschformate erforderlich sein, um Versorgungslücken früher zu identifizieren, Zugänge für den Personenkreis zu Leistungen und Hilfen aus den beiden Rechtskreisen weiter zu beschleunigen oder Zugangshürden zu reduzieren.

Darüber hinaus wird es eine Aufgabe der Fachdienstes Eingliederungshilfe sein, zukünftig eigene Netzwerkformate zu entwickeln und zu etablieren (wo erforderlich), mit der Zielsetzung, u.a. mehr Informationen über die Versorgungssituationen der Klient*innen zu erhalten und daraus abgeleitet Maßnahmen zur Intervention zu entwickeln.

Für den Personenkreis der Menschen mit einer seelischen Behinderung wird der Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst dabei ein zentraler Netzwerkakteur sein.

Zukunftsvisionen in Zeiten des Ressourcenmangels – Perspektiven für eine nachhaltige und effektive Versorgung von psychisch erkrankten Menschen am Beispiel von ReHaTOP (Region Hannover – Teilhabe – Orientierung – Prävention) von Stefanie Kluwe (Jobcenter Region Hannover)

Der gesellschaftliche Wandel, demografische Veränderungen, technologische Innovationen und nicht zuletzt der zunehmende Ressourcenmangel stellen das Gesundheits- und Sozialsystem vor enorme Herausforderungen. Besonders im Bereich der psychischen Gesundheit, der sozialpsychiatrischen Versorgung

und der Integration psychisch erkrankter Menschen in den Arbeitsmarkt und die Gesellschaft sind innovative Ansätze und nachhaltige Strategien gefragt. Die Frage lautet: Wie kann eine gute Versorgung in Zeiten knapper Ressourcen aussehen? Welche Veränderungen sind möglich? Und wie können Netzwerke ihre Wirkung entfalten, um eine nachhaltige Versorgung sicherzustellen?

In diesem Kontext ist es essenziell, die verschiedenen Perspektiven des Klientels, der Kostenträger*innen sowie des Netzwerkes zu verstehen, wertzuschätzen und miteinander zu verzahnen. In diesem Prozess werden Visionen für eine realistische, aber auch innovative Versorgung formuliert, die den aktuellen Herausforderungen gerecht werden. Das Projekt ReHaTOP des Jobcenters Region Hannover für psychisch erkrankte Bürgergeldempfänger*innen dient hierbei als Beispiel für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit und zeigt, wie eine solche Vision Wirklichkeit werden kann.

Innovation und Kooperation

Das Projekt ReHaTOP wurde vom Jobcenter Region Hannover konzipiert und basiert auf den Rechtsgrundlagen §16 SGB II i.V.m. §45 SGB III für den Part des Bildungsträgers sowie §16 SGB II i.V.m. §32 SGB III für den medizinisch-psychologischen Part. Seit Anfang 2022 wird das Projekt gemeinsam mit dem Bildungswerk der Niedersächsischen Wirtschaft (BNW) und der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) als Projektpartner umgesetzt.

Langzeitarbeitslosigkeit gefährdet die gesellschaftliche Teilhabe, fehlende gesellschaftliche Teilhabe gefährdet die Beschäftigungsfähigkeit. Dieser Teufelskreis ist auch im Jobcenter Region Hannover erkennbar: psychische Auffälligkeiten oder gar Erkrankungen bis hin zum vollständigen Rückzug aus dem Beratungskontext betreffen eine stetig steigende Zahl von Bürgergeldempfänger*innen.

Komplexen Problemlagen trägt ReHa TOP Rechnung durch arbeitsmarktorientierter Beratung kombiniert mit pädagogischer Betreuung und medizinisch-psychologischer Begleitung.

ReHaTOP trägt diesem Phänomen Rechnung, indem betroffene Menschen gezielt angesprochen werden und ihnen eine arbeitsmarktorientierte Beratung kombiniert mit pädagogischer Betreuung und medizinisch-psychologischer Begleitung angeboten wird. Ziel ist es dabei, die Lebensqualität sowie die Erwerbsfähigkeit der Teilnehmenden zu erhalten oder wiederherzustellen und die medizinische Versorgungssituation zu verbessern. Ist dies mittelfristig nicht zu erreichen, sollen die Projektteilnehmenden Angebote erhalten, die sie bei ihrer Salutogenese unterstützen und ihre gesellschaftliche Teilhabe verbessern. Dieser Personenkreis soll so langfristig ebenfalls die Möglichkeit zur Rückkehr ins Arbeitsleben erhalten.

Die Perspektive der Teilnehmenden von ReHaTOP – Ein Weg zu mehr Unterstützung, Selbstbestimmung und Gesundheit

In einer zunehmend komplexen Welt, in der soziale, gesundheitliche und berufliche Herausforderungen miteinander verwoben sind, ist es für die Projektteilnehmer*innen wichtiger denn je, schnelle, passgenaue und ganzheitliche Unterstützung zu erhalten. Die angebotenen Maßnahmen und Angebote sind darauf ausgerichtet, den individuellen Bedürfnissen gerecht zu werden und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben nachhaltig zu fördern.

ReHaTOP sieht konkret vor, betroffene Menschen zusammenzubringen und Ihnen zunächst Gelegenheit zu geben, durch die medizinisch-psychologische Begutachtung der MHH Erkenntnisse zu ihrer psychischen Disposition zu gewinnen. Die hierbei gewonnenen Aufschlüsse werden genutzt, um den Teilnehmenden im Rahmen von wöchentlich 100 unterschiedlichen Gruppenmodulen (z.B. Zielfindung, Stressbewältigung, Ressourcen aber auch berufspraktische Erpro-

bungen im handwerklichen Bereich) ganz individuell abgestimmt Gelegenheit zu geben, ihre gesundheitliche Situation zu verbessern und positive Selbsterfahrungen im eigenen Tun zu machen. Die Vielfalt der Angebote wird als Chance gesehen, um individuelle Ressourcen zu fördern und neue Perspektiven zu eröffnen. Unterschiedliche Ansätze und Methoden ermöglichen es, auf die vielfältigen Lebenslagen der Teilnehmer*innen einzugehen und kreative Lösungen zu entwickeln.

In Rückkopplungsgesprächen mit den Tandems, bestehend aus Fallmanager*innen des Jobcenters sowie Sozialpädagog*innen des BNW, erhalten die Teilnehmenden zudem Hinweise zum Aufbau einer sinnvollen Tagesstruktur, dem Erwerb von Schlüsselkompetenzen, zu Beschäftigungs- bzw. Weiterbildungsmöglichkeiten u.v.m. Dabei wird stets versucht, auf vorhandenen Ressourcen der Teilnehmenden aufzubauen und diese gezielt zu stärken.

Ein weiteres, zentrales Ziel ist die Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe. Durch eine gezielte, multiprofessionelle Förderplanung werden Barrieren abgebaut und die Selbstbestimmung gestärkt. Gleichzeitig wird das Gesundheitsbewusstsein erhöht: Die Teilnehmer*innen lernen, ihre Gesundheit aktiv zu fördern, Risiken zu erkennen und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu entwickeln.

Resilienz-Training hilft den Teilnehmenden, belastbare Ressourcen zu entwickeln, um mit Stress, Rückschlägen und Unsicherheiten besser umgehen zu können. Die Stärkung der Selbstwirksamkeit – also des Glaubens an die eigene Fähigkeit, Veränderungen herbeizuführen – ist ein weiterer wichtiger Baustein. Sie fördert das Selbstvertrauen und die Motivation, aktiv an der eigenen Entwicklung zu arbeiten.

Nicht zuletzt spielt die Erfahrung von sinnstiftender Arbeit eine bedeutende Rolle. Arbeit, die als sinnvoll erlebt wird, wirkt stabilisierend und trägt dazu bei, das Selbstwertgefühl zu stärken. Sie gibt Halt, schafft Struktur im Alltag und fördert die soziale (Re)-Integration.

Die Perspektive der Kostenträger*innen – Nachhaltigkeit und Effizienz im Fokus der Prävention und Budgetkontrolle

Kostenträger*innen (z.B. das Jobcenter Region Hannover, Sozialämter oder Träger der medizinischen und beruflichen Rehabilitation) müssen die Ihnen zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen optimal einsetzen. Investitionen in Prävention und Frühinterventionen sind langfristig kostensparend und entlasten das System.

Dabei gilt es, innovative, evidenzbasierte Programme zu fördern, die nachweislich wirksam sind. Präventive Handlungsansätze und Maßnahmen, die frühzeitig psychische Probleme erkennen und behandeln, sind im Ressourcenmangel besonders wertvoll.

Präventive Handlungsansätze und Maßnahmen, die frühzeitig psychische Probleme erkennen und behandeln, sind im Ressourcenmangel besonders wertvoll.

Der Ausbau interdisziplinärer und sektorenübergreifender Netzwerke ist ein Schlüssel zur Verbesserung der Versorgung. Durch den gemeinsamen Blick auf die generelle Problematik und das Individuum, gemeinsame Fallbesprechungen, geteilte Daten und klare Kommunikationswege können Doppelstrukturen vermieden und Ressourcen gebündelt werden. Pilotprojekte wie ReHaTOP zeigen, dass wertschätzende Netzwerkarbeit die Versorgungssituation erheblich verbessern kann.

Der Druck der Kostensenkung auf Kostenträger*innen kann notwendige Innovationen hemmen. Daher müssen Anreize geschaffen und bürokratische Hürden abgebaut werden, um qualitativ hochwertige, präventive und sektorenübergreifende Leistungen zu fördern. Versorgungsmodelle müssen flexibel sein und sich an den individuellen Lebenslagen ausrichten. Modular aufgebaute Angebote, die je nach Bedarf kombiniert werden, können Ressourcen optimal nutzen.

Netzwerkkoordination – Ein Schlüssel zur Effizienz und Zusammenarbeit

Das Projekt ReHaTOP zeigt, wie Netzwerkarbeit eine zentrale Rolle bei der Umsetzung einer guten medizinisch-sozialen Versorgung spielen kann. Es verbindet Akteure aus dem Gesundheits-, Sozial- und Arbeitsmarktbereich, um psychisch erkrankte Bürgergeldempfänger*innen gezielt zu unterstützen.

Ein zentraler Aspekt der Netzwerkkoordination war und ist weiterhin das Gewinnen neuer Netzwerkpartner*innen, um nachhaltige Synergien zu erschaffen.

Hierbei ist es entscheidend, die Bedürfnisse und Interessen der Partner*innen zu verstehen und aufzuzeigen, wie solch ein Projekt einen Mehrwert für alle Beteiligten schaffen kann. Durch gezielte Ansprache und persönliche Gespräche wurden Kooperationen aufgebaut, die die Basis für eine erfolgreiche Netzwerkstruktur bilden. Auch durch eine Kommunikation auf Augenhöhe und den Austausch von Good Practices kann das Netzwerk gestärkt und die Zusammenarbeit intensiviert werden.

ReHaTOP basiert auf einem abgestimmten, sektorenübergreifenden Ansatz, der individuelle Bedarfe berücksichtigt, Barrieren abbaut und Ressourcen bündelt. Das Projekt demonstriert, dass durch klare Kommunikation, gemeinsame Zielsetzung und kontinuierliche Evaluation nachhaltige Verbesserungen erreicht werden können.

Solche Modelle sind Vorbilder für weitere Initiativen und Projekte, die in Zeiten knapper Ressourcen innovative und wirksame Versorgungskonzepte entwickeln können. Dabei ist Transparenz in den Strukturen und Prozessen unerlässlich, um Vertrauen zu schaffen und die Zusammenarbeit zu fördern. Durch klare Kommunikation und offene Informationsweitergabe können alle Akteure ihre Rollen und jeweiligen Verantwortlichkeiten besser verstehen. Die Verbesserung der sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe ist dabei ein zentrales Anliegen, um soziale Isolation zu vermeiden und die (Re)-Integration in die Gemeinschaft zu fördern.

Für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit ist ein klares politisches Mandat notwendig, das die jeweiligen Träger*innen in ihrer Arbeit unterstützt und den unbedingten Willen zur Kooperation signalisiert. Die Kenntnis des aktuellen theoretischen und praxisbezogenen Diskussionsstandes, sozialgesetzlicher Rahmenbedingungen sowie sozialraumorientierter Konzepte sind für alle Akteure unerlässlich. Nur so kann eine bedarfsgerechte, nachhaltige Versorgung gestaltet werden, die den lokalen sozialpolitischen Zielen entspricht.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es sich bei der Netzwerkkoordination um einen dynamischen Prozess handelt, der Engagement, Flexibilität und eine klare Vision erfordert. Durch die Etablierung eines starken Netzwerkes können die Herausforderungen im Gesundheits- und Sozialwesen effektiver angegangen und gebündelt und dadurch die Lebensqualität der Menschen nachhaltig verbessert werden.

Die Zukunft liegt in integrierten und flexiblen Beratungs- und Versorgungskonzepten, die auf Prävention, Partizipation und Netzwerkarbeit setzen.

Fazit

In Zeiten des Ressourcenmangels ist eine nachhaltige, effiziente und klientenzentrierte Betreuung und Versorgung nur durch gemeinsame Anstrengungen aller Akteure möglich. Die Zukunft liegt in integrierten und flexiblen Beratungs- und Versorgungskonzepten, die auf Prävention, Partizipation und Netzwerkarbeit setzen. Projekte wie ReHaTOP zeigen, dass sektorenübergreifende Zusammenarbeit wirksam sein kann, wenn sie strategisch geplant, wertschätzend kommuniziert und kontinuierlich weiterentwickelt wird.

Nur durch eine gemeinsame Vision, die die Bedürfnisse des Klientel in den Mittelpunkt stellt sowie durch innovative, nachhaltige Ansätze kann man den aktuellen gesellschaftlichen und politischen Herausforderungen begegnen und eine gute Beratung, Begleitung und Versorgung für alle sichern.

ReHaTOP erfüllt seine vorgesehene Aufgabe ausgesprochen gut: es fördert betroffene Bürgergeldempfänger*innen bei der gesellschaftlichen Teilhabe, bietet Lebens- und Berufsorientierung und unterstützt Menschen mit psychischen Einschränkungen oder Erkrankungen bei der Gesundung. Damit verhindert es gleichzeitig, dass Störungen weiter chronifizieren.

Die multiprofessionelle Konzeption des Projekts hat sich als sehr erfolgreiches Merkmal etabliert. Die unterschiedlichen Blickwinkel der Projektpartner*innen erlauben eine ganzheitliche Beratung und Betreuung der psychisch belasteten Menschen. Sie zeigt aber auch, dass die Abkopplung vom Arbeitsmarkt in vielen Fällen reversibel ist. Zahlreiche psychisch erkrankte Menschen verfügen nicht nur über ein prinzipielles Beschäftigungspotenzial. Eine der Intentionen des Projektes ist es, zur Gesundung der Teilnehmenden beizutragen. So wird im Projekt zwischen beschäftigungsfähigen Menschen und solchen, die zunächst eine vertiefte sozial- medizinische Unterstützung benötigen, unterschieden. Es wird sehr individuell und zielgerichtet mit den Teilnehmenden gearbeitet und auf die Person und ihre Anforderungen ein individueller Hilfeplan erstellt, der kontinuierlich dem Betreuungs- und Begleitungsprozess angepasst wird.

Die einzigartige Kombination aus arbeitsmarktlischer Beratung, psychologischer Beurteilung und sozialpädagogischer Begleitung ermöglicht eine gezielte Unterstützung von langzeitarbeitslosen Menschen mit psychischen Erkrankungen und zeigt nach über 3 Jahren Laufzeit deutliche Erfolge.

So sind zum letzten Evaluationszeitpunkt 30.06.2024 von 405 Teilnehmenden, die die medizinisch-psychologische Beurteilung der MHH durchlaufen haben, 172 Anschlussmaßnahmen nach Projektende entstanden. Das Gros entfällt dabei auf die Aufnahme von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungen, anderen passgenauen Aktivierungsmaßnahmen, Fort- und Weiterbildungen aber auch Ausbildungen und Umschulungen.

Ohne gezielte Maßnahmen und eine frühzeitige Unterstützung drohen weitere soziale Isolation, gesundheitliche Verschlechterungen und die Verschärfung

von Vermittlungshemmnissen. Zudem werden durch den nachhaltigen Präventionscharakter dauerhaft Kosten im Gesundheits- und Sozialsystem eingespart.

Insgesamt zeigt das Beispiel ReHaTOP, dass mit Engagement, Innovation und einer klaren Vision das Gesundheits- und Sozialsystem den Herausforderungen des Ressourcenmangels begegnen und die gesellschaftliche Teilhabe sowie die Gesundheit der Menschen nachhaltig sichern kann.

Alera: Eine innovative App als Ergänzung in der psychischen Gesundheitsversorgung von Finn Borchers (Alera GmbH)

Unsere Gesellschaft steht vor zunehmend komplexen Herausforderungen. Globale Krisen, soziale Unsicherheiten und ein steigender Leistungsdruck tragen dazu bei, dass psychische Belastungen und Erkrankungen kontinuierlich zunehmen. Immer mehr Menschen suchen Unterstützung, doch häufig stoßen sie dabei auf Hürden: begrenzte Kapazitäten in der psychotherapeutischen Versorgung, lange Wartezeiten, ein erschwerter Zugang zu Hilfe und fehlende Orientierung, wo überhaupt Unterstützung zu finden ist. Gleichzeitig zeigt sich ein wachsendes Interesse an digitalen Lösungen, die neue, niedrighschwellige Wege eröffnen und Versorgungslücken schließen können.

Hier setzt unsere Idee an: Mit Alera entwickeln wir in Hannover eine digitale Anwendung, die auf psychologischer Grundlage arbeitet und Menschen in belastenden Situationen schnell, individuell und ortsunabhängig zur Seite steht.

Idee, Vision und Ziel (-Gruppen) von Alera

Alera richtet sich insbesondere an Menschen, die erste Anzeichen psychischer Belastungen erleben, bereits eine Therapie absolviert haben oder sich auf eine vorbereiten möchten. Ziel ist es, die psychische Gesundheitsversorgung durch ein digitales Angebot sinnvoll zu ergänzen. Viele Menschen möchten zunächst anonym, ohne großen Aufwand und in einem geschützten

Digitale Angebote können Hemmschwellen senken und einen ersten Zugang zu Hilfen ermöglichen

Rahmen über ihre Belastung sprechen, bevor sie den Schritt in eine klassische Psychotherapie wagen. Digitale Angebote können genau hier ansetzen, Hemmschwellen senken und einen ersten Zugang zu Hilfe ermöglichen. Studien zeigen, dass digitale Interventionen bei leichten bis mittleren depressiven Episoden in ihrer Wirksamkeit mit klassischen Face-to-Face-Therapien vergleichbar sein können (Larionov et al., 2023). Viele Nutzerinnen und Nutzer berichten außerdem, dass sie sich im Gespräch mit einer App oder einem KI-basierten System wohler fühlen als in einem Erstgespräch mit einer fremden Person, insbesondere aufgrund der Anonymität, der Kontrolle über das Gesprächstempo und der Möglichkeit, jederzeit und überall auf Unterstützung zugreifen zu können.

Die Vision von Alera ist eine psychische Gesundheitsversorgung, die so zugänglich, selbstverständlich und individuell ist wie die Versorgung körperlicher, physischer Beschwerden. Mithilfe künstlicher Intelligenz gestaltet Alera psychologische Gespräche dynamisch, flexibel und an den jeweiligen Lebenskontext angepasst.

Dabei werden bewährte Methoden wie die kognitive Verhaltenstherapie oder metakognitive Ansätze aufgegriffen und praxisnah umgesetzt. Die App reagiert auf familiäre Konstellationen, berufliche Belastungen, persönliche Ziele und soziale Beziehungen, sie folgt keinem starren Schema, sondern richtet sich nach den realen Herausforderungen der Nutzerinnen und Nutzer. Unser Anspruch ist es, Symptome nicht nur zu lindern, sondern Ressourcen zu stärken, Motivation aufzubauen und Rückfällen vorzubeugen. Dabei versteht sich Alera stets als Ergänzung zu professioneller Versorgung, nicht als Ersatz.

Gleichzeitig braucht es eine klare Abgrenzung: Alera ist nicht geeignet für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, insbesondere bei psychotischen Symptomen, akuter Suizidalität oder Realitätsverlust. Bei entsprechenden Warnsignalen verweist die App

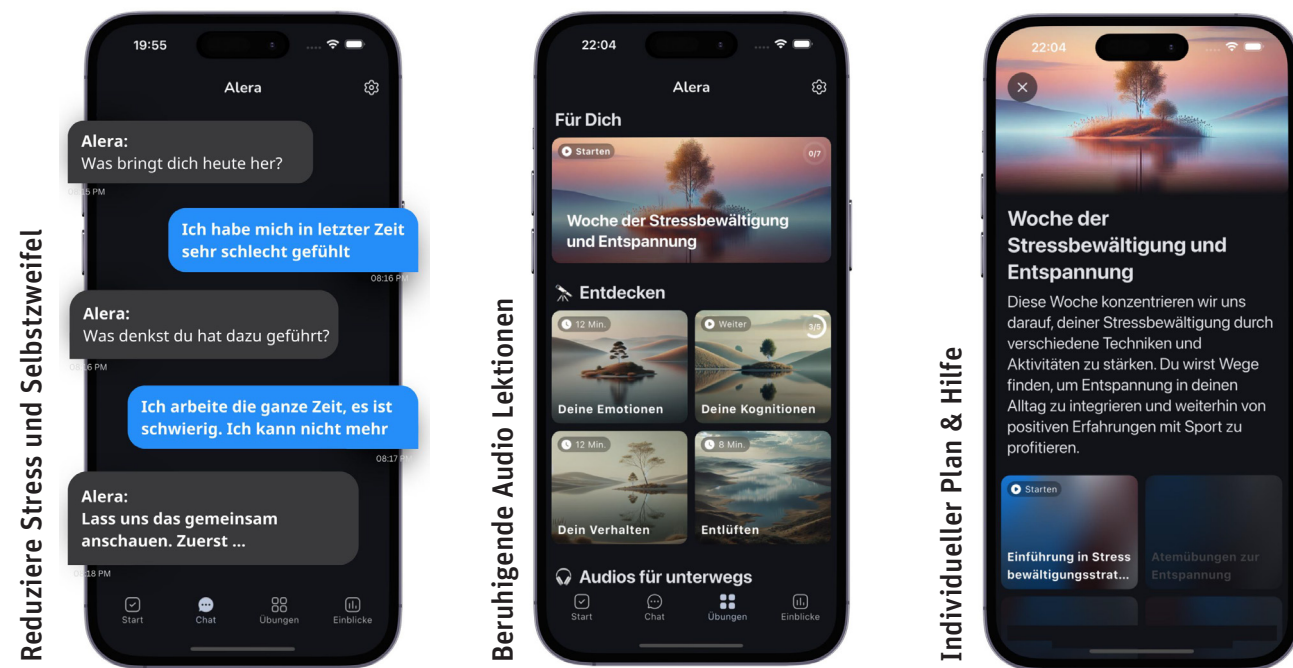
automatisiert an Notfalldienste, Beratungsstellen oder Fachpersonal und beendet das Gespräch. Geeignet ist Alera hingegen für Menschen mit leichten bis mittleren depressiven Episoden (beispielsweise gemäß ICD-10: F32.0, F32.1), Anpassungsstörungen oder stressbedingten Belastungsreaktionen.

Einbettung von Alera in bestehende Versorgungsstrukturen

Wir sehen Alera als unterstützenden Baustein innerhalb des bestehenden Versorgungssystems. Die App kann zur Überbrückung von Wartezeiten auf einen Therapieplatz konkrete Hilfe bieten, beispielsweise durch strukturierte Selbsthilfefinhalte, Psychoedukation oder emotionale Stabilisierung. Sie hilft, sich auf eine Therapie vorzubereiten, motiviert zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe und kann nach Abschluss einer Behandlung die erlernten Strategien festigen. Durch regelmäßige Check-ins und Stimmungsverläufe erkennt Alera frühzeitig Anzeichen psychischer Belastung, kann so zur Prävention beitragen und langfristig die psychische Stabilität fördern.

Besonderes Augenmerk legen wir auf ethische Verantwortung, Datenschutz und Qualität. Unsere Anwendung entspricht den Kriterien der Datenschutzgrundverordnung und verwendet verschlüsselte Datenübertragung sowie strenge Zugriffskontrollen. Die psychologische Integrität der Nutzerinnen und Nutzer hat höchste Priorität.

Inhaltlich orientieren wir uns an den Standards für digitale Gesundheitsanwendungen, auch wenn wir derzeit keine Aufnahme in das offizielle Verzeichnis digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) anstreben. Die damit verbundenen regulatorischen Hürden, insbesondere im Umgang mit KI-basierten Inhalten, sowie der hohe Kostenaufwand sprechen gegen eine kurzfristige Zulassung. Dennoch verfolgen wir das Ziel, Alera bis 2026 als Medizinprodukt der Klasse I zertifizieren zu lassen. Dabei orientieren wir uns weiterhin an DiGA-Kriterien wie Evidenzbasierung, Patientensicherheit und Wirksamkeit.



Um die Integration in bestehende Versorgungsstrukturen zu fördern, arbeiten wir aktiv mit regionalen Akteurinnen und Akteuren zusammen. Ziel ist eine nahtlose Einbindung in das bestehende Unterstützungsnetz und die gezielte Weiterleitung an geeignete Angebote im Ernstfall.

Aktuell erreichen wir Nutzerinnen und Nutzer vor allem über soziale Medien, insbesondere TikTok, Instagram und YouTube. Diese Plattformen sind zentrale Anlaufstellen für viele junge Menschen, die sich mit mentaler Gesundheit beschäftigen und nach niedrigschwelliger Unterstützung suchen. Über diese Kanäle schaffen wir Sichtbarkeit, bauen Vertrauen auf und ermöglichen den Erstkontakt zu Alera. Perspektivisch planen wir den Ausbau von Kooperationen mit Hochschulen, Krankenkassen und Fachinstitutionen, um Reichweite und Akzeptanz weiter zu stärken.

Ausblick

Wir entwickeln Alera kontinuierlich weiter, im Dialog mit Betroffenen, Fachkräften und der Wissenschaft. Dabei verstehen wir unsere App als Teil eines größeren Ganzen: einer psychischen Gesundheitsversorgung, die Lücken schließt, individuelle Wege der

Unterstützung eröffnet und dazu beiträgt, dass Menschen mit psychischen Belastungen wieder Stabilität und Lebensqualität gewinnen.

Netzwerke auf Grundlage der KSVPsych-Richtlinie als Wegbereiter einer zeitnahen Versorgung von René Engelmann (IVPNetworks GmbH)

Psychische Gesundheit ist ein zentrales Gut unserer Gesellschaft – individuell wie auch volkswirtschaftlich. Doch die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung steht angesichts steigender Bedarfe und limitierter Ressourcen zunehmend unter Druck. Wie kann unter diesen Bedingungen eine zukunftsfähige Versorgung gelingen?

Der Sozialpsychiatrische Plan 2025 der Region Hannover stellt diese Frage unter das Leitmotiv „Zukunftsvisionen in Zeiten des Ressourcenmangels“. Eine vielversprechende Antwort liegt in der bildenden Kraft von Versorgungsnetzwerken, wie sie durch die KSVPsych-Richtlinie ermöglicht werden. Sie eröffnen

die Chance auf eine zeitnahe, koordinierte und multiprofessionelle Versorgung – und bieten damit das Potenzial für eine strukturell und inhaltlich nachhaltige Transformation der psychiatrischen Versorgung in Deutschland.

Die KSVPsych-Richtlinie: Ein neuer Versorgungsstandard

Mit der 2021 verabschiedeten Richtlinie zur Koordinierten und Strukturierten Versorgung psychisch kranker Menschen (KSVPsych-RL)¹ hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) einen wegweisenden Schritt unternommen. Ihr Ziel: eine integrierte, berufsgruppenübergreifende Versorgung für Menschen mit komplexem psychiatrischem oder psychotherapeutischem Behandlungsbedarf – koordiniert im ambulanten Bereich und über Sektorengrenzen hinweg.

Herzstück der KSVPsych-RL ist die koordinierte Zusammenarbeit zwischen Fachärzt:innen, Psychotherapeut:innen, psychiatrischer Pflege, Sozialdiensten und weiteren relevanten Akteuren. Damit wird ein fließender Übergang zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung angestrebt. Die Richtlinie legt außerdem den Fokus auf Patientenzentrierung, Flexibilität, aufsuchende Versorgungsanteile.

Dabei ist eine zentrale Innovation neben dem fachärztlich-therapeutischen Bezugssystem, dass in Zeiten knapper Ressourcen erstmals auch koordinative Aufgaben an nichtärztliches Personal delegiert werden können. Dadurch entstehen in den Praxen neue Strukturen zum Beispiel durch qualifizierte MFA und/oder Sozialarbeiter:innen, die als Lots:innen zur Verfügung stehen. Hier laufen die Fäden zusammen und es gibt verbindliche Ansprechpartner:innen für die Betroffenen, deren Angehörige und allen Netzverbund- und Kooperationspartner.

Kernpunkte der Netzverbünde sind fließende Übergänge der verschiedenen Versorgungskomponenten, Lots*innen für Betroffene, Angehörige und Netzverbund sowie Kooperationspartner*innen und zeitnahe Vermittlung.

Neupatient:innen sollen binnen 7 Werktagen in eine sogenannte Eingangssprechstunde vermittelt werden. Auch hier halten die Netzverbünde zentrale Patientenlots:innen vor, die dies innerhalb der Netzverbünde koordinieren. Dabei unterstützt die gemeinsame „KSVPsych-Plattform“ über die die digitale Kommunikation im Netzverbund gelingt.

Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen: Regionen als Vorbilder

Besonders in Niedersachsen – und hier exemplarisch in der Region Hannover – sowie in Nordrhein mit dem NPPV-Projekt, hat sich die sektorenübergreifende Versorgung längst etabliert. In Hannover wurde bereits früh das Konzept des „Assertive Community Treatments“ umgesetzt – ein Modell mit aufsuchender psychiatrischer Pflege und enger multiprofessioneller Abstimmung. Auch ist die Dichte psychiatrischer Fachpflegekräfte hier bundesweit führend.

Diese Regionen zeigen: Wo vorhandene Strukturen auf Innovationsbereitschaft treffen, gelingt Transformation. Für andere Bundesländer dienen sie als reale Blaupause und Erfahrungsquelle.

1. Das Konzept „Psychiatrievereinbarung“ der IVPNetworks GmbH:

Bereits vor Einführung der KSVPsych-RL etablierte die IVPNetworks GmbH (IVP) zusammen mit zahlreichen Krankenkassen koordinierte Versorgungsmodelle im Rahmen besonderer Versorgungsformen (§ 140a SGB V). Insbesondere in Niedersachsen entstanden flächendeckend regionale Netze mit multiprofessionellen Teams, aufsuchender Fachpflege, 24/7-Krisendiensten und intensiver Zusammenarbeit. Das Konzept erwies sich als so erfolgreich, dass es bundesweit Verbreitung fand – IVP ist heute Deutschlands größter Anbieter koordinierter psychiatrischer Versorgung.

2. Innovationsfondsprojekt NPPV (2017–2021):

In NRW wurde im Rahmen des Innovationsfondsprojekts NPPV der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein erstmals eine berufsübergreifende, koordinierte Versorgung für über 14.000 schwer psychisch oder neurologisch Erkrankte erfolgreich umgesetzt. Auch hier holte man sich als Unterstützer für die Themen



Abbildung 1: Netzverbünde in Zusammenarbeit mit der IVPNetworks GmbH (stand Juli 2025)

Netzwerkmanagement, Koordination und IT-Prozesssteuerung die Managementgesellschaft IVP dazu. Die Ergebnisse waren überzeugend: verbesserte Versorgungsqualität, weniger Klinikaufenthalte, hohe Patientenzufriedenheit. Die Erfahrungen flossen direkt in die Ausgestaltung der KSVPsych-RL ein.

Umsetzung in Deutschland: Zwischen Dynamik und Herausforderungen

Die Implementierung der KSVPsych-Richtlinie schreitet voran, gestaltet sich aber regional sehr unterschiedlich. Während in manchen Regionen bereits funktionierende Netzwerke etabliert sind, stehen andere noch am Anfang.

Eine begleitende Evaluation des G-BA zeigt ebenfalls, dass der Aufbau von Kooperationsstrukturen nicht

sprunghaft stattfindet, sondern Zeit braucht: „Dies konnte über alle Versorgungsbereiche hinweg beobachtet werden und trifft nicht nur für die KSVPsych-Versorgung zu. Bestehende Strukturen, wie z. B. Praxisnetze, Netzwerke aus vorausgehenden IV-Verträgen oder Innovationsfonds-Projekten, erleichtern jedoch die Gründung.“ (Quelle: G-BA 2024)

Stand Juli 2025 sind uns 26 Netzverbünde bekannt, von denen 21 mit der IVP zusammenarbeiten; weitere sind in konkreter Gründungsvorbereitung:

Seit Start der Versorgung nach KSVPsych-RL wurden dort über 28.000 Patienten und Patientinnen in die neue Versorgungsform integriert. Allein in den niedersächsischen Netzverbünden werden derzeit über 6.000 Betroffene versorgt.

Best Practice: Der Netzverbund „Psychisch-gut-Versorgt“

Die Gründung erfolgreicher Netzwerke im Sinne der KSVPsych-RL setzt mehr voraus als rechtliche Rahmenbedingungen. Es braucht eine gemeinsame fachliche Haltung und verbindliche Prinzipien.

Ein herausragendes Beispiel für eine erfolgreiche und zukunftsweisende Netzwerkbildung im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung ist der Netzverbund „Psychisch-gut-Versorgt“ in Mittel- und Südniedersachsen. Dieses umfangreiche Versorgungsnetzwerk vereint derzeit (Stand 2025) insgesamt 77 fachärztliche und psychotherapeutische Praxen sowie über 20 psychiatrische Fachpflagedienste und zahlreiche weitere Kooperationspartner:innen (z.B. Ergotherapiepraxen und Kliniken), die gemeinsam rund 1.300 Patient:innen in koordinierter Behandlung begleiten.

Die Gründung erfolgreicher Netzwerke im Sinne der KSVPsych-RL setzt mehr voraus als rechtliche Rahmenbedingungen. Es braucht eine gemeinsame fachliche Haltung und verbindliche Prinzipien.

die Umsetzung individueller Behandlungspläne effektiv und alltagsnah zu gewährleisten.

Der Verbund zeigt: Gute Versorgung gelingt, wenn Struktur, Haltung und Zusammenarbeit Hand in Hand gehen.

Fazit: Vision trifft Realität

Die Herausforderungen im Bereich der psychiatrischen Gesundheitsversorgung sind komplex – und sie nehmen zu. Doch es gibt Lösungen, die funktionieren. Die KSVPsych-Richtlinie bietet einen realistischen und praxisbewährten Rahmen, um Versorgung neu zu denken: multiprofessionell, patientenzentriert, flexibel und effizient.

Die Netzwerke, die sich aus dieser Richtlinie heraus bilden – wie etwa „Psychisch-gut-Versorgt“ – zeigen eindrucksvoll, dass Zukunftsvisionen auch unter Ressourcenmangel realisierbar sind, wenn Kooperation, Haltung und strukturelle Voraussetzungen zusammenspielen.

Quellen:

www.ksvpsych.de

Damit versorgt der Netzverbund nicht nur die meisten Patient:innen, sondern gilt mit einer Reichweite von Soltau bis Hann. Münden als der derzeit größte Netzverbund seiner Art in Deutschland.

Besonders hervorzuheben ist die enge Einbindung aller psychiatrischen Pflagedienste in Hannover, was eine flächendeckende, vernetzte Versorgung über Regionsgrenzen hinweg ermöglicht. Eine weitere Stärkung des Netzwerks ist durch die geplante Anbindung an den Sozialpsychiatrischen Dienst Hannover vorgesehen – eine Kooperationsvereinbarung ist derzeit in Abstimmung.

Die Koordination der Versorgung übernehmen zentrale Patientenlots:innen der IVP, unterstützt von den etablierten nichtärztlichen Koordinationspersonen der Praxen. Diese arbeiten eng mit den Praxen und weiteren Kooperationspartner:innen zusammen, um

G-BA 2024: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5658/2021-09-02_KSVPsych-RL_Erstfassung_Zwischenbericht-Evaluation.pdf



REGIONALE PSYCHIATRIEBERICHTERSTATTUNG

Regionale Psychiatrieberichterstattung von Martin Buitkamp (Region Hannover, Dezernat für Soziales, Teilhabe, Familie und Jugend, Stabsstelle Sozialplanung)

Zielsetzung

Das Ziel der regionalen Psychiatrieberichterstattung in der Region Hannover ist die Darstellung der Angebotsstruktur und der Inanspruchnahme der sozialpsychiatrischen Angebote. Es geht darum, nach Möglichkeit Unter-, Über- oder auch Fehlversorgung sichtbarzumachen und dieser ggf. entgegenzusteuern.

Datenerhebung

Die Psychiatrieberichterstattung basiert auf Informationen, die jährlich bei den Trägern der Angebote im Sozialpsychiatrischen Verbund für das Vorjahr erhoben werden. Diese setzen sich zusammen aus Basisdaten zu den Angeboten (z.B. Inanspruchnahme, Personalstrukturen), erhoben mit dem 2023 eingeführten Datenbogen 1, und aus Daten zu den Klient*innen der Angebote (z.B. Alter, Geschlecht, Gesundheitsmerkmale und die soziale Situation), er-

hoben mit dem 2024 eingeführten Datenbogen 2. Die Datenbögen finden Sie im Anhang.

Die Daten können entweder als Fragebogen übermittelt, als importierfähige Excel-Datei bereitgestellt, oder direkt in das Erfassungsportal SIM (Sozialpsychiatrisches Informationsmanagement) der Medizinischen Hochschule online eingegeben werden. Im SIM laufen alle Daten zusammen und werden dort auch für die vorherigen Jahre gehostet.

Der angestrebten Verbreiterung der Datenbasis und Steigerung der Aussagekraft der Daten ist die Erhebung für das Jahr 2024 nähergekommen, da die Beteiligung an der Befragung gegenüber 2023 wieder deutlich zugenommen hat (siehe dazu die beiden Abschnitte„Stichprobe 2024“). Leider standen dem gegenüber 2024 aber keine spezifischen Informationen aus den Datenbögen 1 und 2 für den SpDi für Erwachsene zur Verfügung, was seine Gründe z.T. noch in der Umstellung der Software im SpDi hat. Zu den Klient*innenstrukturen des SpDi im Jahr 2024 wird daher auf das Folgekapitel „Der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover – Berichtsjahr 2024“ verwiesen.

Sozialpsychiatrische Angebotsstruktur in der Region Hannover – Überblick

Im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover sollen nach § 8 des NPsychKG alle Anbieter von Hilfen zur „Vermittlung oder Durchführung frühzeitiger und umfassender psychosozialer Beratung und Betreuung sowie frühzeitiger und umfassender medizinischer und psychotherapeutischer Beratung und Behandlung“ (§ 6 NPsychKG) vertreten sein. Das zentrale Ordnungsschema für die Berichterstattung und zur Analyse der Versorgungslandschaft ist die Systematik der Angebotsformen (AF). Diese wurde ursprünglich für den Aufbau einer niedersachsenweiten Psychiatrieberichterstattung der Landkreise/kreisfreien Städte erstellt, so dass in der Region Hannover nicht jede Angebotsform vertreten sein muss.

Die Systematik grenzt auf einer ersten Ebene die Versorgungsbereiche ambulant (einschl. Beratungsangebote), teilstationär/tagesstationär und stationär/besondere Wohnform ab. Auf einer zweiten Ebene werden dann die Angebotsformen nach den Kriterien Art der Hilfen, bestimmte Ziel- und Altersgruppen sowie nach unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen der Hilfen zusammengefasst. 2024 waren im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover 344 Einzelangebote¹ von 103 Trägern vertreten (s. Tabelle 1). Der Bereich AF 40 bis AF 49 umfasst den Versorgungsbereich der vertragsärztlichen Behandlung im Rahmen des SGB V. Da aus diesem Bereich keine Daten verfügbar sind, wird er in die Berichterstattung grundsätzlich nicht mit einbezogen.

Tabelle 1: Anzahl der im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover vorhandenen Angebote 2024 und 2023

Versorgungsbereich ↓	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	Anzahl Angebote 2024	Anzahl Angebote 2023	Diff.
Ambulant	Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), ambulant-aufsuchender Dienst für Erwachsene	10	21	21	
	Psychiatr. Inst.-Ambulanz (PIA) bzw. amb.-aufs. Dst. für Kinder und Jugendliche	11	3	3	
	Psychosoziale Kontakt-/Beratungsstelle	12	23	22	+1
	Ambulant betreutes Wohnen/qual. Assistenz, Eingliederungshilfe (SGB IX)	13	40	42	-2
	Ambulante psych. Pflege (SGB V+XI)	14	7	11	-4
	Arbeitstherapie, Integrationsfachdienst (SchwBG), and. spezielle Hilfen zur Arbeit/Ausbildung	15	11	10	+1
	Beratungsstellen Sucht	16	19	18	+1
	Beratungsstellen KJP, z.B. Jugendpsych. Dienst, ambulante Hilfen (SGB VIII)	17	13	8	+5
	Beratungsstellen Gerontopsychiatrie (Demenzsprechstunden, amb. geriatrisch-psychiatrische Pflege)	18	3	4	-1
	Sonst. ambulante Leistungen (Selbsthilfegruppe, amb. nachgehende Hilfen, ...)	19	47	44	+3

1 Die Abgrenzung von Einzelangeboten der Träger ist nicht immer ganz einheitlich. I.d.R. wird ein Einzelangebot eines Trägers grundsätzlich nur einer Angebotsform und nur einem räumlichen Standort zugeordnet.

Versorgungsbereich ↓	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	Anzahl Angebote 2024	Anzahl Angebote 2023	Diff.
Teilstationär	Teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik der Allgemeinpsychiatrie	20	13	12	+1
	Teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik der Kinder-Jugend-Psychiatrie	21	3	3	
	Teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik der Gerontopsychiatrie	22	1	3	-2
	Teilstationäre Eingliederungshilfe, Tagesstätte (SGB IX)	23	23	23	
	Werkstatt für seelisch beh. Menschen (SGB IX)	24	16	12	+4
	Teilstationäre med. Reha (SGB IX)	25	10	11	-1
	Tagesklinik Sucht gemäß SGB V und VI, andere spez. Angebote für Suchtkranke	26	2	2	
	Tagesstätte KJP (z.B. Sonderkindergarten oder Tagesbildungsstätte für autistische Kinder), andere spezielle komplementäre Angebote für Kinder und Jugendliche	27	2	2	
	Tagesstätte Gerontopsychiatrie, spez. kompl. Angebote für alte Menschen (z.B. gerontopsychiatr. Tagespflege-Einr.)	28	1	1	
	STL (sonstige teilstationäre Leistungen)	29	2	4	-2
Stationär	Psych. Klinik, vollstationäre Behandlung nach SGB V in einer Klinik für Erwachsene	30	16	15	+1
	Psych. Klinik KJP, vollstationäre Behandlung (SGB V) in der Kinder-Jugend-Psychiatrie	31	3	3	
	Forensische Klinik, vollstationäre Behandlung in einer Klinik des Maßregelvollzugs	32	2	2	
	Wohnheim Eingliederungshilfe (SGB IX)	33	26	25	+1
	Psych. Pflegeheim, Eingliederungshilfen gemäß SGB XII oder stationäre Pflege gemäß SGB XI in einem psychiatrischen Pflegeheim oder einer entsprechenden Wohngruppe	34	7	7	
	Wohnheim für Wohnungslose (SGB XII)	35	5	5	
	Wohnheim Sucht	36	9	8	+1
	Wohnheim KJP (SGB VIII)	37	3	4	-1
	Wohnheim Gerontopsychiatrie, spez. kompl. Angebote für alte Menschen (z.B. gerontopsychiatr. Pflegestation)	38	0	0	
	Sonstige stationäre Leistungen	39	1	1	
	SpDi Erwachsene	50	11	11	
	SpDi Kinder/Jugendl.	51	1	1	
Gesamtsumme			344	338	+6

Seit 2023 sind im Sozialpsychiatrischen Verbund im Saldo 6 Angebote hinzugekommen. Der Zuwachs an Angeboten findet sich v.a. im Bereich ambulanter Leistungen, AF 17 (BS KJP) und 19 (sonst. amb. Leistungen, z.B. Soziotherapie §37a SGB V). Weiterhin sind einige Angebote der ‚Werkstätten für seelisch behinderte Menschen‘ (AF 25) neu.

2024 ist mit dem Gemeindepsychiatrischen Zentrum (GPZ) in Neustadt ein integriertes Versorgungsangebot neu hinzugekommen, das ambulante und tagesklinische Angebote/Hilfen kombiniert: Die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle des SpDi, die Psychiatrische Institutsambulanz und die Psychiatrische Tagesklinik arbeiten unter einem Dach eng zusammen. Aufgrund der Datenverwaltung ist noch nicht abschließend geklärt, wie diese neuen Hilfen in die Systematik der Angebotsformen eingegliedert werden.

Angebotsbezogene Informationen²: Stichprobe 2024

In die aktuelle Erhebung für das Jahr 2024 konnten Daten für 72 Angebote (einschl. SpDi für Kinder/Jugendliche, ohne SpDi für Erwachsene) im Sozialpsychiatrischen Verbund einbezogen werden, und damit für deutlich mehr Angebote als im Vorjahr (2023: 45 Angebote). 71 Angebote (ohne SpDi) stammen aus 16 Angebotsformen (2023: 10 Angebotsformen). Durch die erfreulicherweise zugenommene Teilnahmebereitschaft der Träger hat sich die Datenbasis verbreitert, ist aber von einem vollständigen Abbild der Versorgungsbereiche noch ein ganzes Stück entfernt. Es bleibt eine vordringliche Aufgabe, bei den Basisdaten der Angebote zur Inanspruchnahme und zum Personaleinsatz mindestens für die in Tabelle 2 aufgeführten, aktuell an der Erhebung teilnehmenden Angebotsformen, eine Vollerhebung realisieren zu können. Damit könnte auch die Spanne an unterschiedlichen Angeboten (z.B. für besondere Zielgruppen) innerhalb der Angebotsformen besser abgebildet werden. Die Tabelle 2 zeigt den aktuellen Stand.

Tabelle 2: Anzahl der erfassten Angebote und der im Verbund vorhandenen Angebote 2024

Versorgungsbereich ↓	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	Anzahl vorhandene Angebote 2024	Anzahl erfasste Angebote 2024
Ambulant	Psychosoziale Kontakt-/Beratungsstelle	12	23	5
	Ambulant betreutes Wohnen/qual. Assistenz, Eingliederungshilfe (SGB IX)	13	40	17
	Ambulante psych. Pflege (SGB V+XI)	14	7	1
	Arbeitstherapie, Integrationsfachdienst (SchwBG), and. spezielle Hilfen zur Arbeit/Ausbildung	15	11	3
	Beratungsstellen Sucht	16	19	7
	Beratungsstellen KJP, z.B. Jugendpsych. Dienst, ambulante Hilfen (SGB VIII)	17	13	1
	Beratungsstellen Gerontopsychiatrie (Demenzsprechstunden, amb. geriatrisch-psychiatrische Pflege)	18	3	1
	Sonst. ambulante Leistungen (Selbsthilfegruppe, amb. nachgehende Hilfen, ...)	19	47	4
	Summe		163	39

2 Erhoben mit Datenbogen 1.

Versorgungsbereich ↓	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	Anzahl vorhandene Angebote 2024	Anzahl erfasste Angebote 2024
Teilstationär	Teilstationäre Eingliederungshilfe, Tagesstätte (SGB IX)	23	23	10
	Werkstatt für seelisch beh. Menschen (SGB IX)	24	16	7
	Teilstationäre med. Reha (SGB IX)	25	10	3
	Summe		49	20
Stationär	Wohnheim Eingliederungshilfe (SGB IX)	33	26	6
	Wohnheim für Wohnungslose (SGB XII)	35	5	3
	Wohnheim Sucht	36	9	2
	Wohnheim KJP (SGB VIII)	37	3	1
	Summe		43	12
SpDi	SpDi Erwachsene	50	11	-
	SpDi Kinder/Jugendl.	51	1	1
Gesamtsumme			267	83

Derzeit kann noch nicht von einer für die einzelnen Angebotsformen repräsentativen Zahl von erfassten Angeboten ausgegangen werden, allerdings bietet sich in den AF 13, 16 und 23 (auch im Hinblick auf die Zahl der durch die Angebote versorgten Klient*innen) schon eine breitere Perspektive. ➔ Alle sich anschließenden Zahlen und Analysen zu den Angeboten beziehen sich ausdrücklich nur auf die erfassten Angebote.

Strukturen der Inanspruchnahme

a) Beratungsangebote und ambulante Hilfen

Für die Ambulanten Leistungen/Beratungsangebote wurde erhoben, ob es als sog. Komm- oder Gehstruktur umgesetzt wird. Eine stärkere Aussagekraft kann dieses Merkmal im Zusammenhang mit den räumlichen Standorten der Angebote und den Wohnorten der Klient*innen entfalten. Solche Analysen werden für spätere Erhebungsjahre angestrebt.

Die Zuordnung der Komm-/Gehstruktur zu den jeweiligen Angebotsformen sind eindeutig: Alle Beratungsstellen – Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen (AF12), Suchtberatungsstellen (AF16), Beratungsstellen KJP (AF17), Beratungsstellen Gerontopsychiatrie (AF18) werden ausnahmslos von den Hilfesuchenden

aufgesucht. Dies gilt ebenso für die Angebote zur Arbeitstherapie/Integrationsfachdienst (AF15). Aufgesucht werden die Klient*innen an ihren Wohnorten innerhalb der Angebote des Ambulant betreuten Wohnen/der qual. Assistenz (AF13) und der ambulanten psychiatrischen Pflege (AF14). Auch bei den ‚Sonstigen ambulanten Leistungen‘ finden sich aufsuchende Hilfen, z.B. rechtliche Betreuungen für psychisch beeinträchtigte Menschen nach § 1814 BGB.

Über die Inanspruchnahme der Angebote liegen erstmals, im Rahmen der erfassten Angebote, fast vollständige Angaben vor. Auf die Beratungsangebote (AF 12, 16, 17 und 18) entfielen 2024 3.453 erwachsene Klient*innen und zusätzlich 70 Klient*innen eines KJP-Angebotes. Die durchschnittliche Kontaktzahl im Erhebungsjahr variiert je nach Angebotsform zwischen 3,1 und 5,5, wobei die Kontakte mit den älteren Klient*innen häufiger sind.

Tabelle 3: Beratungsangebote und Ambulante Angebote: Anzahl Klient*innen und durchschnittliche Zahl der Beratungs-/Hilfekontakte je Klient*in 2024

Versorgungsbereich ↓	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	N	Anzahl Klient*innen	Durchschn. Beratungs-/Hilfe-Kontakte je Klient*in
Ambulant: Beratung	Psychosoziale Kontakt-/Beratungsstellen	12	3	137	3,1 (1,1-6,8)
	Beratungsstellen Sucht	16	7	3.101	4,9 (1,8-8,8)
	Beratungsstellen KJP, z.B. Jugendpsych. Dienst, ambulante Hilfen (SGB VIII)	17	1	70	-
	Beratungsstellen Gerontopsychiatrie (Demenzsprechstunden, amb. geriatrisch-psychiatrische Pflege)	18	1	213	5,5
	Summe / gesamt		12	3.523	
Sonst. Ambulant	Ambulant betreutes Wohnen/qual. Assistenz, Eingliederungshilfe (SGB IX)	13	17	2.204	160,5 (38,8-1.034,5)
	Ambulante psych. Pflege (SGB V+XI)	14	1	1.014	11,4
	Arbeitstherapie, Integrationsfachdienst (SchwBG), and. spezielle Hilfen zur Arbeit/Ausbildung	15	2	649	1,7
	Sonst. ambulante Leistungen (Selbsthilfegruppe, amb. nachgehende Hilfen, ...)	19	3	733	31,5
	Summe / gesamt		23	4.600	

Auf die ambulanten Hilfen (AF 13, 14, 15 und 19) entfielen 4.600 Klient*innen. Bei den Kontakten handelt es sich in diesem Fall um die Summe der Hilfekontakte zwischen den Fachkräften und den Klient*innen im Jahr 2024.

b) Teilstationäre und stationäre Angebote

Die teilstationären Einrichtungen verzeichneten am Jahresende 2024 1.305 belegte Plätze, die stationären Einrichtungen 634 belegte Plätze.

Tabelle 4: Teilstationäre und stationäre Angebote: Anzahl der belegten Plätze am Jahresende und Spanne der belegten Plätze der Angebote 2024

Versorgungsbereich ↓	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	N	Anzahl belegte Plätze am Jahresende	Spanne belegte Plätze der Angebote
Teilstationär	Teilstationäre Eingliederungshilfe, Tagesstätte (SGB IX)	23	9	292	15-60
	Werkstatt für seelisch beh. Menschen (SGB IX)	24	7	890	23-371
	Teilstationäre med. Reha (SGB IX)	25	3	123	27-50
	Summe / gesamt		19	1.305	
Stationär	Wohnheim Eingliederungshilfe (SGB IX)	33	5	171	7-64
	Wohnheim für Wohnungslose (SGB XII)	35	3	226	40-128
	Wohnheim Sucht	36	2	186	61-125
	Wohnheim KJP (SGB VIII)	37	1	51	
	Summe / gesamt		11	634	

Die Angebote der Eingliederungshilfe (AF 23) betreuen meist zwischen 30 bis 40 Klient*innen, die Werkstätten (AF 24) sind überwiegend deutlich größer mit bis zu 371 Plätzen.

Versorgungsräume

61 der erfassten 71 Angebote (80 Prozent) versorgen das gesamte Regionsgebiet, die übrigen fokussieren auf bestimmte Städte/Gemeinden. In einem Fall ist es ausschließlich das Gebiet der Stadt Hannover, in 7 Fällen neben der Stadt Hannover weitere Kommunen im Umland, oft zusätzlich direkt an die Stadt Hannover angrenzend oder in räumlich zusammenhängenden Sektoren. In 2 Fällen werden nur Kommunen im Um-

land versorgt. Höhere Anteile von Einrichtungen mit einer Beschränkung auf bestimmte Kommunen finden sich bei den ‚Psychosozialen Kontakt-/Beratungsstellen‘ (AF12), dem ‚Ambulant betreuten Wohnen/qual. Assistenz‘ (AF 13) und Angeboten der ‚Arbeitstherapie, Integrationsfachdienst, and. spezielle Hilfen zur Arbeit/Ausbildung‘ (AF 15).

Personalressourcen und Qualifikationsgruppen

Auf die erfassten Angebote im sozialpsychiatrischen Verbund entfielen 2024 insgesamt 690 Vollzeitäquivalente (VZÄ) eingesetztes Gesamtpersonal (einschl. Verwaltung und sonst. Overhead):

Tabelle 5: Summe des Personaleinsatzes insges. in den AF und durchschnittlicher Personaleinsatz je Angebot (Spanne) in VZÄ 2024

Versorgungsbereich ↓	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	N	Summe Personal-einsatz insges. in den AF (in VZÄ)	Durchschnittl. Personaleinsatz je Angebot (in VZÄ)
Ambulant: Beratung	Psychosoziale Kontakt-/Beratungsstellen	12	5	4,8	1,0 (0,5-1,6)
	Beratungsstellen Sucht	16	7	33,7	4,8 (1,5-15,4)
	Beratungsstellen KJP, z.B. Jugendpsych. Dienst, ambulante Hilfen (SGB VIII)	17	1	15,0	
	Beratungsstellen Gerontopsychiatrie (Demenzsprechstunden, amb. geriatrisch-psychiatrische Pflege	18	1	1,5	
	Summe / gesamt		14	55,0	
Sonst. Ambulant	Ambulant betreutes Wohnen/qual. Assistenz, Eingliederungshilfe (SGB IX)	13	16	191,4	12,0 (2,0-35,5)
	Ambulante psych. Pflege (SGB V+XI)	14	1	22,0	
	Arbeitstherapie, Integrationsfachdienst (SchwBG), and. spezielle Hilfen zur Arbeit/ Ausbildung	15	3	11,3	3,8 (1,8-7,5)
	Sonst. ambulante Leistungen (Selbsthilfegruppe, amb. nachgehende Hilfen, ...)	19	3	32,1	10,7 (2,0-19,1)
	Summe / gesamt		24	256,8	
Teilstationär	Teilstationäre Eingliederungshilfe, Tagesstätte (SGB IX)	23	9	46,3	5,1 (1,8-11,8)
	Werkstatt für seelisch beh. Menschen (SGB IX)	24	7	91,7	13,1 (3,1-38,9)
	Teilstationäre med. Reha (SGB IX)	25	3	30,5	10,2 (7,5-12,5)
	Summe / gesamt		19	168,5	

Versorgungsbereich ↓	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	N	Summe Personal-einsatz insges. in den AF (in VZÄ)	Durchschnittl. Personaleinsatz je Angebot (in VZÄ)
Stationär	Wohnheim Eingliederungshilfe (SGB IX)	33	6	77,6	12,9 (2,2-31,3)
	Wohnheim für Wohnungslose (SGB XII)	35	3	27,4	9,1 (1,6-13,1)
	Wohnheim Sucht	36	2	50,3	25,2 (14,8-35,5)
	Wohnheim KJP (SGB VIII)	37	1	54,4	
	Summe / gesamt		12	209,7	

Auf die erfassten Angebote entfielen insgesamt 628,5 Fachkraftstellen (VZÄ). Um den Einsatz des Fachpersonals noch weiter spezifizieren zu können, werden die VZÄ für folgende vier Qualifikationsstufen gesondert erhoben:

Tabelle 6: Berufs-/Tätigkeitsgruppen nach Qualifikationsstufen

Stufe	Berufs-/Tätigkeitsgruppen:
a)	Mediziner*innen, Psycholog*innen, (Sozial-) Pädagog*innen und Vergleichbare dieser Qualifikationsgruppe
b)	Krankenpfleger*innen, Ergotherapeut*innen, Heilerziehungspfleger*innen und Vergleichbare dieser Qualifikationsgruppe
c)	Medizinische Fachangestellte, Teamassistenzen, Facharbeiter*innen (Werkstatt) und Vergleichbare dieser Qualifikationsgruppe
d)	Praktikant*innen ab einer Praktikumsdauer von 3 Monaten

Der Einsatz von Fachkräften der Stufe a) an allen eingesetzten Fachkräften liegt über alle Angebote bei 56,6 Prozent, auf Stufe b) entfallen 21,2 Prozent, auf Stufe c) 19,5 Prozent und auf Stufe d) 2,7 Prozent.

(>= 80 Prozent) von eingesetzten Mediziner*innen, Psycholog*innen, (Sozial-) Pädagog*innen etc. finden sich in den Beratungsstellen AF 12, 16 und 17, im ‚Ambulant betreuten Wohnen‘ (AF 13) und der ambulanten ‚Arbeitstherapie/Integrationsfachdienst‘ (AF 15), sowie in den ‚Wohnheimen für Wohnungslose‘ (AF 35) und denen der ‚KJP‘ (AF 37).

Die Anteile streuen auch innerhalb der Versorgungsbereiche stark, weswegen in der Tabelle 7 auf Zwischensummen verzichtet wird. Sehr hohe Anteile

Tabelle 7: Anteile des Personals in den Qualifikationsstufen am gesamten Fachpersonal 2024 in VZÄ 2024

Versorgungsbereich ↓	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	N	Qualifikationsstufen des Fachpersonals Anteil in % am gesamten Fachpersonal (in VZÄ)			
				a)	b)	c)	d)
Ambulant: Beratung	Psychosoziale Kontakt-/Beratungsstellen	12	5	81,7		18,3	0,0
	Beratungsstellen Sucht	16	7	89,6		3,5	7,0
	Beratungsstellen KJP, z.B. Jugendpsych. Dienst, ambulante Hilfen (SGB VIII)	17	1	93,1			6,9
	Beratungsstellen Gerontopsychiatrie (Demenzsprechstunden, amb. geriatrisch-psychiatrische Pflege	18	1	66,7	33,3		

Versorgungsbereich ↓	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	N	Qualifikationsstufen des Fachpersonals Anteil in % am gesamten Fachpersonal (in VZÄ)			
				a)	b)	c)	d)
Sonst. Ambulant	Ambulant betreutes Wohnen/qual. Assistenz, Eingliederungshilfe (SGB IX)	13	16	85,9	10,6	2,4	1,1
	Ambulante psych. Pflege (SGB V+XI)	14	1		100,0		
	Arbeitstherapie, Integrationsfachdienst (SchwBG), and. spezielle Hilfen zur Arbeit/ Ausbildung	15	3	88,5	7,1	4,3	
	Sonst. ambulante Leistungen (Selbsthilfegruppe, amb, nachgehende Hilfen, ...)	19	4	59,5	5,4	32,4	2,7
Teilstationär	Teilstationäre Eingliederungshilfe, Tagesstätte (SGB IX)	23	10	51,0	32,9	5,6	10,6
	Werkstatt für seelisch beh. Menschen (SGB IX)	24	7	6,3	4,2	89,5	
	Teilstationäre med. Reha (SGB IX)	25	3	65,9	8,1	26,1	
Stationär	Wohnheim Eingliederungshilfe (SGB IX)	33	6	20,1	62,4	13,5	4,0
	Wohnheim für Wohnungslose (SGB XII)	35	1	100,0			
	Wohnheim Sucht	36	2	23,1	59,2	14,8	3,0
	Wohnheim KJP (SGB VIII)	37	1	96,8			3,2

In der ‚Ambulanten psychiatrischen Pflege‘ (AF 14), den ‚Wohnheimen der Eingliederungshilfe‘ (AF 33) und den ‚Wohnheimen Sucht‘ bestimmen Krankenschwester*innen, Ergotherapeut*innen, Heilerziehungspfleger*innen etc. das Bild.

Klient*innenbezogene Informationen³: Stichprobe 2024
In der aktuellen Erhebung für das Jahr 2024 gingen Daten von insgesamt 6.218 Klient*innen ein, darunter 397 aus dem SpDi für Kinder/Jugendliche. Dies waren wieder deutlich mehr Daten als 2023. Individuelle Klient*innenmerkmale können in bestimmten Versor-

gungsbereichen/Angebotsformen entweder nicht erhoben werden, liegen nicht ohne weiteres vor oder können nicht aus den Statistiken der Träger exportiert werden. Daher kann hier eine Vollerhebung nicht das Ziel sein. Erstrebenswert wäre allerdings eine Verbreiterung der Informationen für bestimmte Angebotsformen, so dass für diese dann annähernd repräsentative Aussagen möglich sind. ➔ Alle sich anschließenden Zahlen und Analysen zu den Klient*innenstrukturen beziehen sich ausdrücklich nur auf die für die Angebote erfassten Klient*innen.

3 Erhoben mit Datenbogen 2.

Tabelle 8: Anzahl der erfassten Angebote mit den erfassten Klient*innen 2024

Versorgungsbereich ↓	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	Anzahl erfasste Angebote 2024	Anzahl erfasste Klient*innen 2024
Ambulant	Ambulant betreutes Wohnen/qual. Assistenz, Eingliederungshilfe (SGB IX)	13	20	2.156
	Beratungsstellen Sucht	16	8	2.307
	Sonst. ambulante Leistungen (Selbsthilfegruppe, amb, nachgehende Hilfen, ...)	19	1	155
	Summe		29	4.618
Teilstationär	Teilstationäre Eingliederungshilfe, Tagesstätte (SGB IX)	23	11	427
	Werkstatt für seelisch beh. Menschen (SGB IX)	24	7	121
	Teilstationäre med. Reha (SGB IX)	25	1	48
	Teilstationäre KJP, Sonderkindergarten (SGB VIII+V)	27	1	15
	Summe		19	611
Stationär	Wohnheim Eingliederungshilfe (SGB IX)	33	5	161
	Stationäre Eingliederungshilfe oder stationäre psych. Pflege (SGB IX+XI)	34	1	106
	Wohnheim Sucht	36	3	276
	Wohnheim KJP (SGB VIII)	37	1	49
	Summe		10	592
SpDi	SpDi Erwachsene	50	11	-
	SpDi Kinder/Jugendl.	51	1	397
Gesamtsumme			129	6.218

Regionale Versorgungsstrukturen, Geschlechter- und Altersverteilungen der Klient*innen
In der aktuellen Erhebung wurde erstmals die Kommune des Wohnortes⁴ der Klient*innen erhoben.⁵ Perspektivisch können mit diesen Informationen im Zusammenhang mit den Standorten der einzelnen Angebote Analysen zu kommunalen Versorgungsstrukturen durchgeführt werden. An dieser Stelle wird in einer zusammenfassenden Perspektive dargestellt, mit welchen Anteilen die (erfassten) Verbundangebo-

te a) die Einwohner der Stadt Hannover, b) der Umlandkommunen, c) der Nachbarlandkreise der Region Hannover, und d) im Weiteren aus Niedersachsen oder darüber hinaus versorgen:

59 Prozent der Klient*innen der Verbundangebote kamen 2024 aus der Stadt Hannover, 38 Prozent aus den Umlandkommunen, 2 Prozent aus Nachbarlandkreisen und 0,1 Prozent aus dem sonstigen Bundesgebiet. Bei einer ähnlich großen Bevölkerungszahl von Stadt

4 Bei stationärer Behandlung fällt darunter der eigentliche Wohnort.
5 Es wurde die Postleitzahl des Wohnortes der Klient*innen erfasst. Im Umland der Region Hannover lassen sich diese bruchlos den Städten/Gemeinden zuordnen. Für die Stadt Hannover umfassen die Postleitzahlbezirke Einheiten, die etwas kleiner geschnitten sind als die Stadtbezirke.

Hannover und den Umlandkommunen ergibt sich die größere Häufigkeit für die Stadt Hannover grundsätzlich durch eine Konzentration der Angebote in Hannover. Bei zwei Angebotsformen lässt sich eine größere Versorgungsfunktion der Verbundangebote für die

Nachbarlandkreise erkennen, v.a. bei den Angeboten der ‚Teilstationären med. Reha (SGB IX)‘ (AF 25) und in geringerer Ausprägung bei den ‚Beratungsstellen Sucht‘ (AF 16).

Tabelle 9: Geschlechterverteilung der erfassten Klient*innen 2024 (N=6.210)

Versorgungsbereich ↓	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	Geschlecht Anteil in %		
			männlich	weiblich	divers
Ambulant	Ambulant betreutes Wohnen/qual. Assistenz, Eingliederungshilfe (SGB IX)	13	48,7	50,7	0,6
	Beratungsstellen Sucht	16	68,7	31,2	0,1
	Sonst. ambulante Leistungen (Selbsthilfegruppe, amb, nachgehende Hilfen, ...)	19	36,1	63,9	
Teilstationär	Teilstationäre Eingliederungshilfe, Tagesstätte (SGB IX)	23	51,6	46,7	1,6
	Werkstatt für seelisch beh. Menschen (SGB IX)	24	71,1	28,9	
	Teilstationäre med. Reha (SGB IX)	25	45,8	54,2	
	Teilstationäre KJP, Sonderkindergarten (SGB VIII+V)	27	73,3	26,7	
Stationär	Wohnheim Eingliederungshilfe (SGB IX)	33	51,6	48,4	
	Stationäre Eingliederungshilfe oder stationäre psych. Pflege (SGB IX+XI)	34	58,5	41,5	
	Wohnheim Sucht	36	80,4	19,2	0,4
	Wohnheim KJP (SGB VIII)	37	24,5	75,5	
SpDi	SpDi Erwachsene	50	-	-	-
	SpDi Kinder/Jugendl.	51	36,5	63,3	0,3

In den meisten Angebotsformen sind Männer als Klient*innen in der Mehrzahl oder es gibt ein ungefähr ausgeglichenes Geschlechterverhältnis. Ausnahmen bestehen in den ‚Sonst. ambulanten Leistungen‘ (AF 19) und den Angeboten der KJP (Wohnheime AF 37

und SpDi für Kinder/Jugendliche AF 51), in denen Frauen bzw. Mädchen deutlich überrepräsentiert sind. Auf die ‚Teilstationäre KJP‘ trifft dies nicht zu, hier könnte aber eine Verzerrung durch kleine Fallzahlen (n=15) vorliegen.

Tabelle 10: Altersverteilung der erfassten Klient*innen 2024 (N=6.210)

Versorgungsbereich ↓	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	Altersgruppen in %				
			<18 J.	18-<25 J.	25-<45 J.	45-<65 J.	65+ J.
Ambulant	Ambulant betreutes Wohnen/qual. Assistenz, Eingliederungshilfe (SGB IX)	13	2,4	4,5	36,3	47,3	9,6
	Beratungsstellen Sucht	16	2,7	13,2	43,9	34,8	5,4
	Sonst. ambulante Leistungen (Selbsthilfegruppe, amb, nachgehende Hilfen, ...)	19	12,3	3,2	7,7	9,7	67,1
Teilstationär	Teilstationäre Eingliederungshilfe, Tagesstätte (SGB IX)	23	2,3	11,2	34,2	44,3	8,0
	Werkstatt für seelisch beh. Menschen (SGB IX)	24		3,3	41,3	52,1	3,3
	Teilstationäre med. Reha (SGB IX)	25		8,3	50,0	41,7	
	Teilstationäre KJP, Sonderkindergarten (SGB VIII+V)	27	100,0				
Stationär	Wohnheim Eingliederungshilfe (SGB IX)	33		8,1	49,7	32,3	9,9
	Stationäre Eingliederungshilfe oder stationäre psych. Pflege (SGB IX+XI)	34			2,8	42,5	54,7
	Wohnheim Sucht	36		4,0	32,6	50,7	12,7
	Wohnheim KJP (SGB VIII)	37	36,7	63,3			
SpDi	Erwachsene	50	-	-	-	-	-
	Kinder/Jugendliche	51	81,3	18,0	0,8		

Die Altersverteilungen liefern erwartbare Ergebnisse für die Angebotsformen, die Schwerpunkte liegen meist in der Altersgruppe 25 bis unter 45 Jahre oder 45 bis unter 65 Jahre. Bei den Pflege-Leistungen (AF 34) und den ‚Sonst. ambulanten Leistungen‘ (AF 19) – letztere AF umfasst nur ein Angebot hauswirtschaftlicher Dienstleistung – liegt der Altersschwerpunkt bei über 65 Jahren.

Gesundheitsmerkmale der Klient*innen

Die psychiatrische Hauptdiagnose ist das Leitmerkmal der gesundheitlichen Situation der Klient*innen. Die Einzeldiagnosen wurden in vier Kategorien zusammengefasst, die die Erkrankung im Hinblick auf das Risiko langwieriger Behandlungen und von Langzeithospitalisationen in vier Schweregraden (1-4) abstufen:

Tabelle 11: Psychiatrische Hauptdiagnosen der erfassten Klient*innen in vier Schweregraden (1-4) 2024 (N=5.559)

Versorgungsbereich ↓	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	Schwere der Erkrankung (psych. Hauptdiagnose) in %			
			1 neurot./ psycho- somat. Stör. (F32.0/1, F33.0/1, F4, F5)	2 Suchterkr. (F1x.1/2/8) o. Persön- lichkeits- stör. (F30.0, F34.0/1/8, F6)	3 schizo- phrene/ wahnhafte Stör. (F2) oder affektive Psychose (F30.1/2, F31, F32.2/3, F33.2/3)	4 organ. psych. Stör. (F0, F1x.0/3/ 4/5/6/7)
Ambulant	Ambulant betreutes Wohnen/qual. Assistenz, Eingliederungshilfe (SGB IX)	13	26,5	38,0	30,7	4,8
	Beratungsstellen Sucht	16	0,3	99,5	0,2	0,0
	Sonst. ambulante Leistungen (Selbsthilfegruppe, amb. nachgehende Hilfen, ...)	19	11,1	11,1	22,2	55,6
Teilstationär	Teilstationäre Eingliederungshilfe, Tagesstätte (SGB IX)	23	12,2	42,3	42,3	3,1
	Werkstatt für seelisch beh. Menschen (SGB IX)	24	18,0	27,0	46,8	8,1
	Teilstationäre med. Reha (SGB IX)	25	60,9	10,9	4,3	23,9
	Teilstationäre KJP, Sonderkinder- garten (SGB VIII+V)	27	85,7		7,1	7,1
Stationär	Wohnheim Eingliederungshilfe (SGB IX)	33	5,7	20,9	72,8	0,6
	Stationäre Eingliederungshilfe oder stationäre psych. Pflege (SGB IX+XI)	34		8,5	26,4	65,1
	Wohnheim Sucht	36	0,4	74,2	17,8	7,6
	Wohnheim KJP (SGB VIII)	37	93,5	6,5		
SpDi	SpDi Erwachsene	-	-	-	-	-
	SpDi Kinder/Jugendl.	51	2,0	27,0	64,9	6,1

Die Einrichtungen des ‚Ambulant betreuten Wohnens‘ (AF 13) haben mit einem breiten Spektrum von leichten bis hin zu schwereren psychischen und Verhaltensstörungen zu tun. In den stationären Einrichtungen (AF 33) dominieren die schwereren Störungen, wie Schizophrenie/wahnhafte Störungen, bipolare affektive Störungen und schwere depressive Episoden/

Störungen. In Verbindung mit höherem Alter treten vermehrt organisch-psychiatrische Störungen (z.B. Demenz, Folgen von Suchterkrankung) hinzu. Den Zusammenhang zwischen der Schwere der Erkrankung (psych. Hauptdiagnose) und dem Alter zeigt die folgende Grafik:

Schwere der Erkrankungen nach Altersgruppen

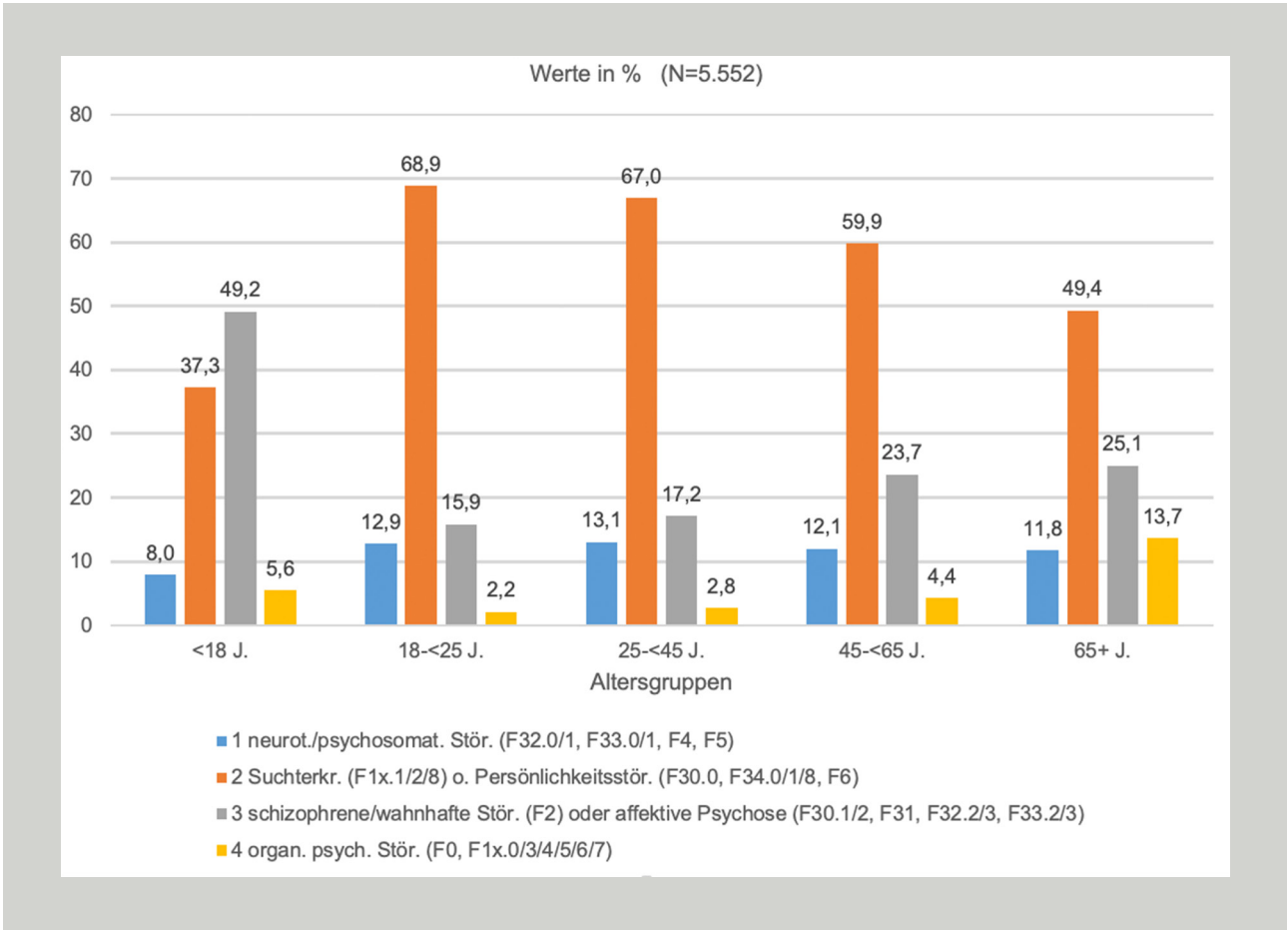


Diagramm 1: Psychiatrische Hauptdiagnosen (in vier Schweregraden) der erfassten Klient*innen nach Altersgruppen 2024

Bei den Kindern und Jugendlichen wird das Krankheitsgeschehen v.a. durch schizophrene/wahnhafte Störungen und affektive Psychosen bestimmt.

Soziale Situation der Klient*innen

Ein wichtiges Merkmal für die soziale Integration der Klient*innen ist die Wohnsituation. Die Wohnsi-

tuation wurde in vier Kategorien zusammengefasst, die den Grad an sozialer Integration und das Angewiesensein auf Unterstützung/Hilfen beim Wohnen in vier Graden (1-4) abstufen. Da die Wohnsituation während der Behandlung erhoben wird, entfallen Klient*innen mit stationären Hilfen i.d.R. auf die Kategorie 3 ‚Wohnen in besonderen Wohnformen‘.

Tabelle 12: Wohnsituation der erfassten Klient*innen in vier Stufen 2024 (N=5.581)

Versorgungsbereich ↓	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	Wohnsituation in %			
			1 Wohnen in eigener Whg. mit Partner/in Familienstrukturen, einschl. WG	2 Allein- wohnen in eigener Whg.	3 Wohnen in besonderen Wohnfor- men bzw. in Whg. des Leistungs- erbringers	4 ohne festen Wohnsitz (einschließl. Wohnungs- losen-Eintr.)
Ambulant	Ambulant betreutes Wohnen/qual. Assistenz, Eingliederungshilfe (SGB IX)	13	30,4	66,4	2,7	0,4
	Beratungsstellen Sucht	16	36,1	55,6	6,6	1,7
	Sonst. ambulante Leistungen (Selbsthilfegruppe, amb. nachge- hende Hilfen, ...)	19	46,3	50,5	3,2	
Teilstationär	Teilstationäre Eingliederungshilfe, Tagesstätte (SGB IX)	23	27,1	59,5	10,3	3,1
	Werkstatt für seelisch beh. Men- schen (SGB IX)	24	27,0	42,6	30,4	
	Teilstationäre med. Reha (SGB IX)	25	68,8	27,1	4,2	
Stationär	Wohnheim Eingliederungshilfe (SGB IX)	33	1,2	0,6	96,9	1,2
	Stationäre Eingliederungshilfe oder stationäre psych. Pflege (SGB IX+XI)	34			100,0	
	Wohnheim Sucht	36			100,0	
	Wohnheim KJP (SGB VIII)	37			100,0	
SpDi	SpDi Erwachsene	50	-	-	-	-
	SpDi Kinder/Jugendl.	51	83,8	5,4	9,5	1,4

In den meisten Versorgungsbereichen ist das Allein- wohnen die häufigste Form. Nur ein kleinerer Anteil der Klient*innen hat ein Wohnumfeld mit Unterstüt- zung durch Partner*in, Familie oder Mitbewohner*in- nen. Klient*innen in den Versorgungsbereichen ‚Teilstationäre Eingliederungshilfe, Tagesstätte‘ (AF

23) und Klient*innen der ‚Beratungsstellen Sucht‘ sind öfter von Wohnungslosigkeit betroffen. Die Wohnsitua- tion hängt von der Schwere der Erkrankung ab, wie das folgende Diagramm zeigt:

Wohnsituation nach schwere der Erkrankung

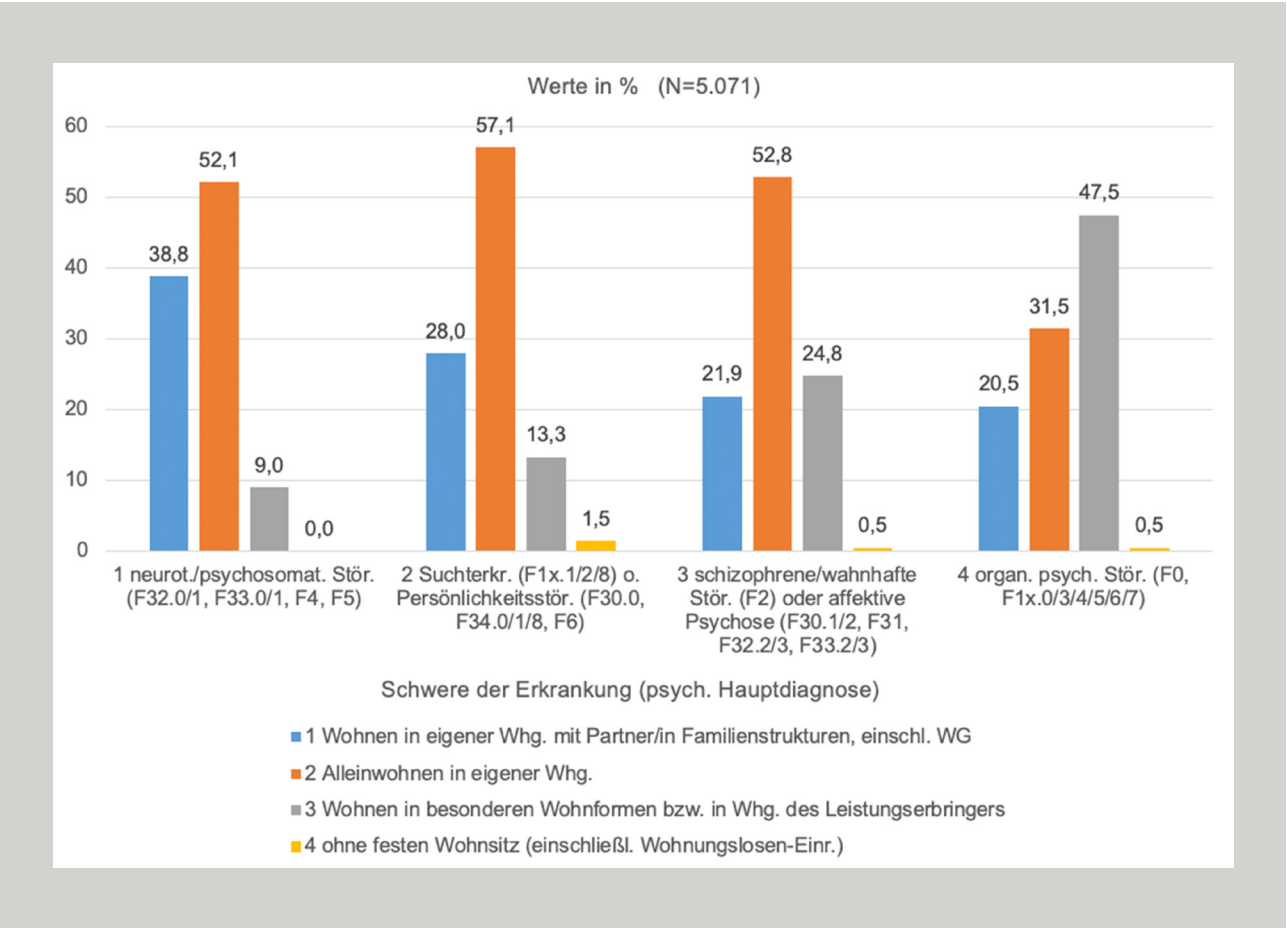


Diagramm 2: Wohnsituation (in vier Stufen) der erfassten Klient*innen nach Psychiatrischen Hauptdiagnosen (in vier Schweregraden) 2024

Mit der Schwere der Erkrankung nimmt das unterstüt- zende private Wohnumfeld ab und die stationäre Un- terbringung zu.

Der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover – Berichtsjahr 2024
von Thorsten Sueße (Fachdienstleiter 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 oder Überweisungen und Weitervermittlungen an andere soziale/medizinische Institutionen.

Anzahl der betreuten Personen

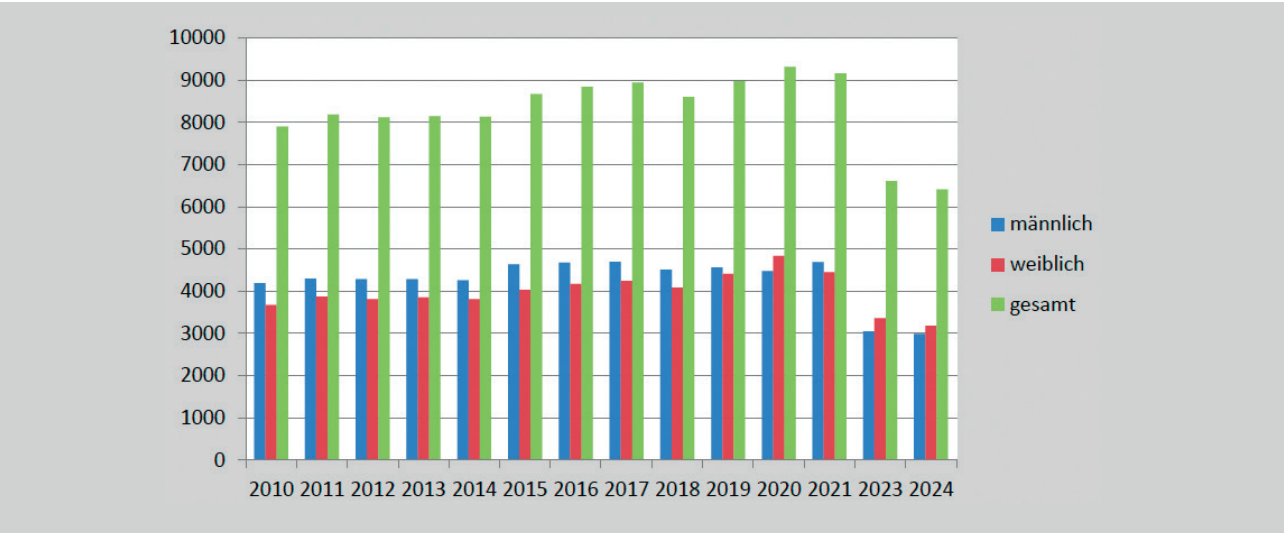


Tabelle 1: Anzahl der vom SpDi betreuten Personen

Tabelle 1 zeigt, dass vom SpDi der Region Hannover im Jahr 2024 insgesamt 6408 Personen betreut worden sind, wobei die Anzahl der betreuten Frauen (3187) das zweite Jahr in Folge über dem der Männer (2988) lag. Bei 233 betreuten Personen liegen uns keine Angaben zum Geschlecht vor. Die geringere

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.

Aufgrund einer Softwareumstellung liegen für das Jahr 2022 weitgehend keine verlässlichen Zahlen vor.

Zahl der betreuten Personen gegenüber den aufgeführten Vorjahren bis 2021 erklärt sich dadurch, dass der SpDi seit Ende 2022 nicht mehr für die Ermittlung des Eingliederungshilfebedarfs bei Menschen mit seelischer Behinderung zuständig ist.

Altersgruppen der betreuten Personen

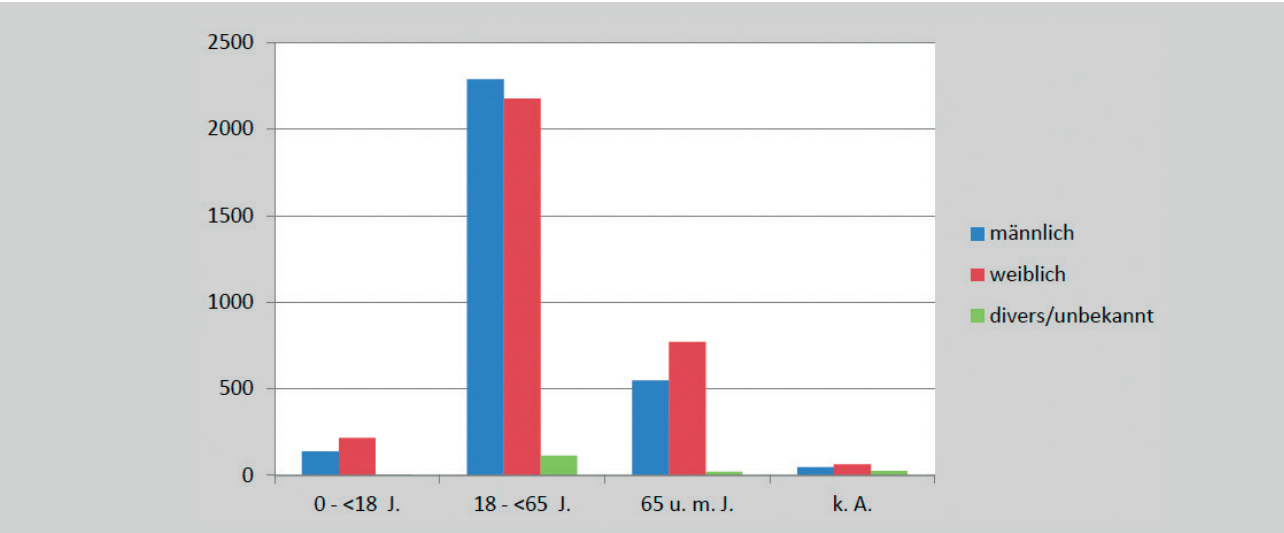


Tabelle 2: Alter der vom SpDi betreuten Personen 2024

Erwartungsgemäß hat der SpDi der Region Hannover (elf Beratungsstellen für Erwachsene, eine für Kinder und Jugendliche) laut **Tabelle 2** am häufigsten mit Personen in der Altersgruppe von 18 bis unter 65 Jahren zu tun, wobei in dieser Gruppe mehr Männer (2288) als Frauen (2177) betreut werden. Da Frauen eine höhere Lebenserwartung haben, überwiegen in

der Altersgruppe ab 65 Jahre wiederum Frauen (771) gegenüber Männern (548). In der Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche sind als Klient*innen ebenfalls mehr Mädchen (216) als Jungen (138), in Betreuung, da sich Mädchen mit psychischen Problemen in der Regel eher professionelle Hilfe suchen als Jungen.

Psychiatrische Diagnosen

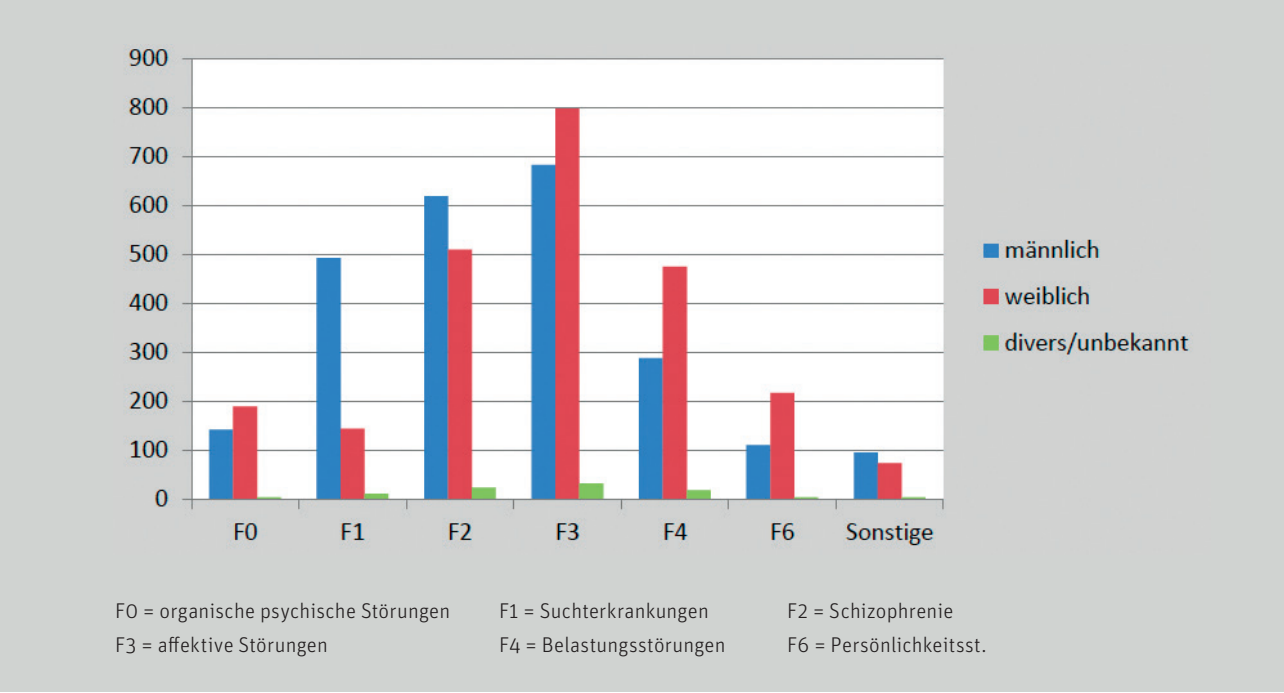


Tabelle 3: Psychiatrische Diagnosen der vom SpDi betreuten Personen 2024

Wie **Tabelle 3** zu entnehmen ist, betreut der SpDi wie schon in den vergangenen Jahren am häufigsten Personen, die an einer affektiven Störung (mit depressiven und/oder manischen Symptomen) oder an einer Schizophrenie erkrankt sind, wobei mehr Frauen wegen einer Depression und mehr Männer we-

gen einer Schizophrenie versorgt werden. Deutliche Geschlechtsunterschiede bei den diagnostizierten Krankheitsbildern finden sich zudem bei Belastungs- und Persönlichkeitsstörungen (mehr Frauen) und bei Suchterkrankungen (mehr Männer).

Vertragsärztliche Behandlung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst

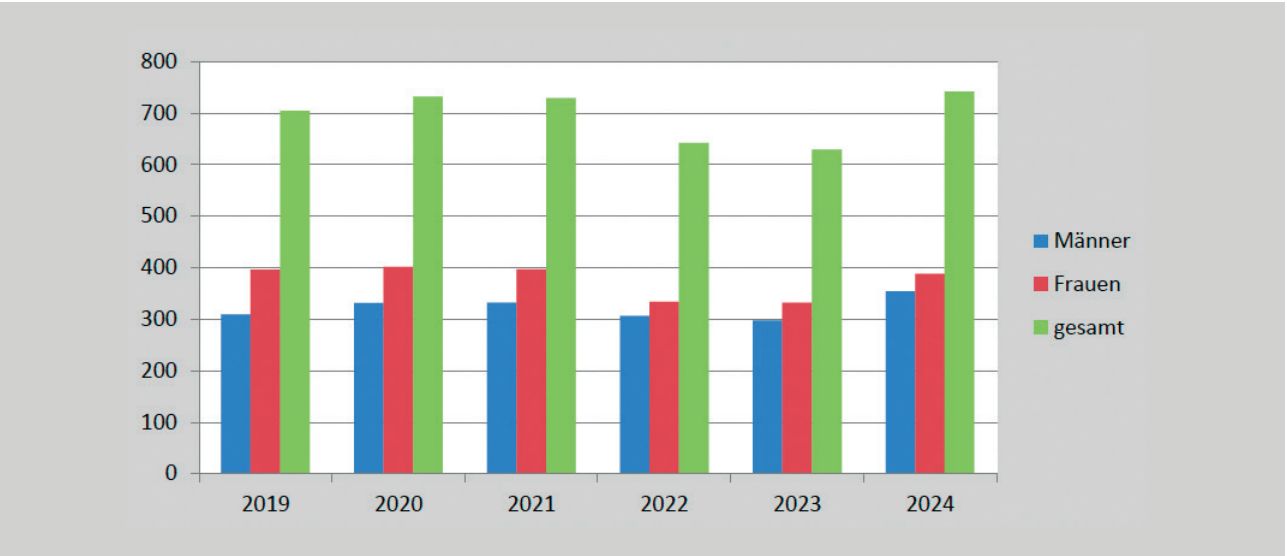


Tabelle 4: Anzahl der vom SpDi vertragsärztlich behandelten Personen 2019 – 2024

Die Ärzt*innen der SpDi-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 Nervenarztpraxen erreicht werden, vertragsärztlich behandeln zu können. Seit dem 1. Oktober 2017 beschränkt sich die vertragsärztliche Ermächtigung auf die Verordnung von Psychopharmaka, häuslicher psychiatrischer Krankenpflege und Ergotherapie. Die Anzahl der im Jahr 2024 behandelten Personen (742) ist gemäß **Tabelle 4** gegenüber den

Vorjahren sowohl bei den Männern (354) als auch bei den Frauen (388) leicht angestiegen. Personen mit bekannter diverser Geschlechtsidentität sind nicht vertragsärztlich behandelt worden (seit 2019 lediglich 2 im Jahr 2022).

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

Psychiatrische Notfalleinsätze – Vergleich Landeshauptstadt und Umland



Tabelle 5: Psychiatrische Notfalleinsätze des SpDi für Erwachsene in Landeshauptstadt und Umland

Da für die Notfalleinsätze des SpDi gesonderte Statistiken erhoben werden (für das Umland erst ab 2018), liegen uns in diesem Fall auch Daten für das Jahr 2022 vor. Die Anzahl der SpDi-Notfalleinsätze im Erwachsenenbereich (siehe **Tabelle 5**) in der Landeshauptstadt (409) und im Umland (343) ist gegenüber den Vorjahren angestiegen.

Dabei handelt es sich um Einsätze, in denen ein multiprofessionelles Team zwecks Abklärung akuter Eigen- und Fremdgefährdung noch am selben Tag der Benachrichtigung durch Hinweisgeber*innen an den Ort des Geschehens ausrückt. Hier geht es um Diagnostik, ambulante Krisenintervention und ggf. Einweisung der in Not befindlichen Person ins Krankenhaus.

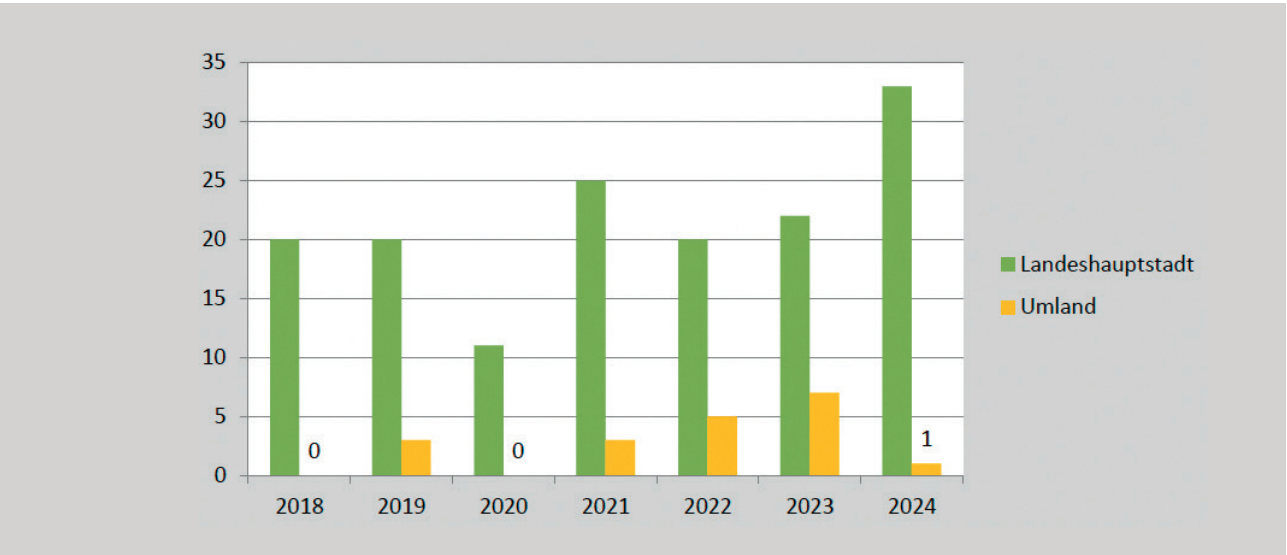


Tabelle 6: Psychiatrische Notfalleinsätze des SpDi für Kinder und Jugendliche in Landeshauptstadt und Umland

Auch erst seit 2018 erfasst die SpDi-Notfallstatistik Einsätze der Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche (siehe Tabelle 6). Da Krisen bei Kindern und Jugendlichen häufig bereits innerhalb der Familie, in der Schule oder durch das Jugendamt erfolgreich begegnet wird, kommen Notfalleinsätze des SpDi bei minderjährigen Personen sehr viel seltener vor: Im Jahr 2024 rückte das Team der SpDi-Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche 33 mal in der Landeshauptstadt und 1 mal im Umland zum Notfalleinsatz aus.

Die Unterschiede bei der Häufigkeit der Notfalleinsätze zwischen Landeshauptstadt und Umland beruhen möglicherweise darauf, dass die SpDi-Beratungsstelle

für Kinder und Jugendliche ihren Standort zentral in Hannover hat, weshalb sich Familien im Umland aufgrund der räumlichen Entfernung zur Beratungsstelle seltener mit ihren (akuten) Hilfersuchen an den SpDi wenden. Als erste Maßnahme, um im Umland vermehrt Präsenz zu zeigen, hat die SpDi-Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche im Jahr 2023 regelmäßig einmal in der Woche eine Außensprechstunde in Garbsen eingerichtet.

Weder im Erwachsenen- noch im Kinder- und Jugendbereich ist ein Notfalleinsatz des SpDi durch eine Person mit diverser Geschlechtsidentität ausgelöst worden.

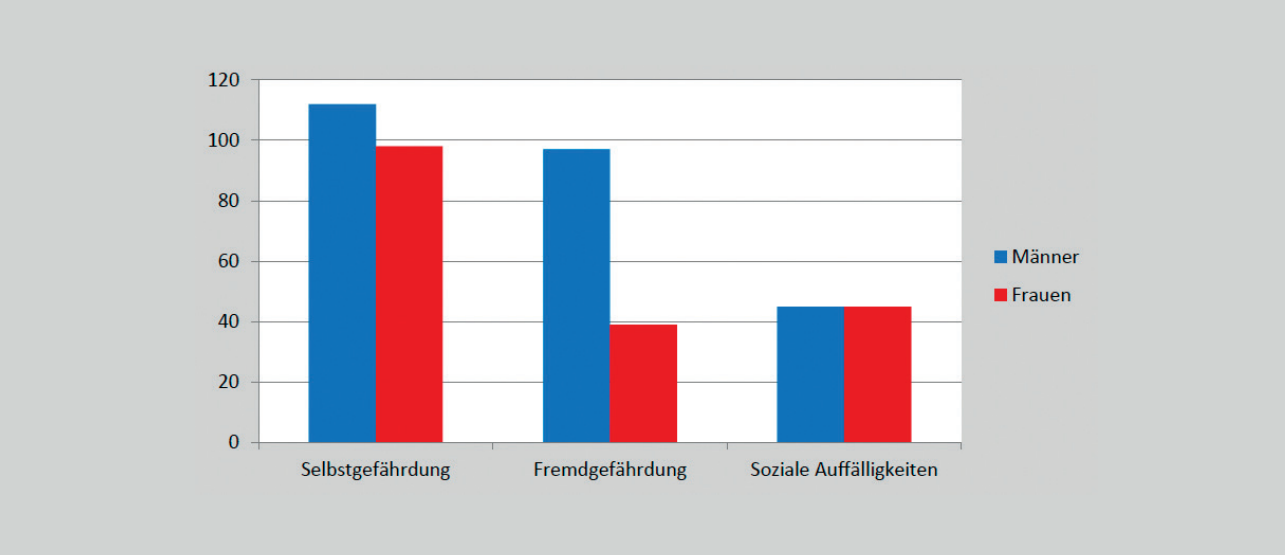


Tabelle 7: Gründe für die psychiatrischen Notfalleinsätze des SpDi für Erwachsene in der Landeshauptstadt 2024

Wie **Tabelle 7 und 8** verdeutlichen, ist die Abklärung akuter Selbstgefährdung bei Erwachsenen der häufigste Grund für die psychiatrischen Notfalleinsätze des SpDi. Im Erwachsenenbereich handelt es sich dabei mehr um männliche Personen, im Kinder- und Jugendbereich (siehe **Tabelle 9**) lösen vermehrt weibliche Personen Notfalleinsätze wegen Selbstgefährdung aus.

In der Statistik ist zu berücksichtigen, dass bei 22 Männern und 21 Frauen in der Landeshauptstadt gleichzeitig Eigen- und Fremdgefährdung als Auslöser für den jeweiligen Notfalleinsatz fungierte. Im Umland boten gleichzeitig 25 Männer und 10 Frauen gleichzeitig Eigen- und Fremdgefährdung.

Im SpDi für Kinder- und Jugendliche gab es vier Einsätze, bei denen sowohl Eigen- als auch Fremdgefährdung gleichzeitig als Grund für das sofortige Ausrücken des Notfallteams genannt wurde (betrif jeweils 2 Jungen und 2 Mädchen).

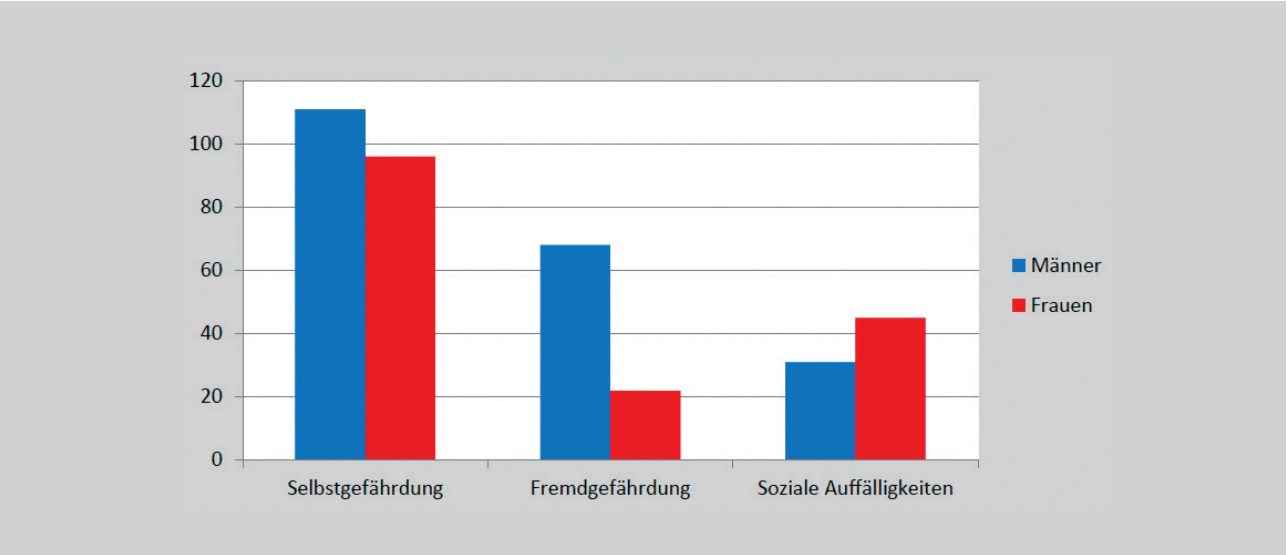


Tabelle 8: Gründe für die psychiatrischen Notfalleinsätze des SpDi für Erwachsene im Umland 2024

Fremdgefährdung als Auslöser eines Notfalleinsatzes kommt bei erwachsenen Männern erwartungsgemäß häufiger vor als bei Frauen. Dafür ist bei sozialen Auf-

fälligkeiten, die die psychiatrische Notfallbereitschaft des SpDi auf den Plan ruft, der Anteil an Frauen und insbesondere Mädchen höher als der der Männer.

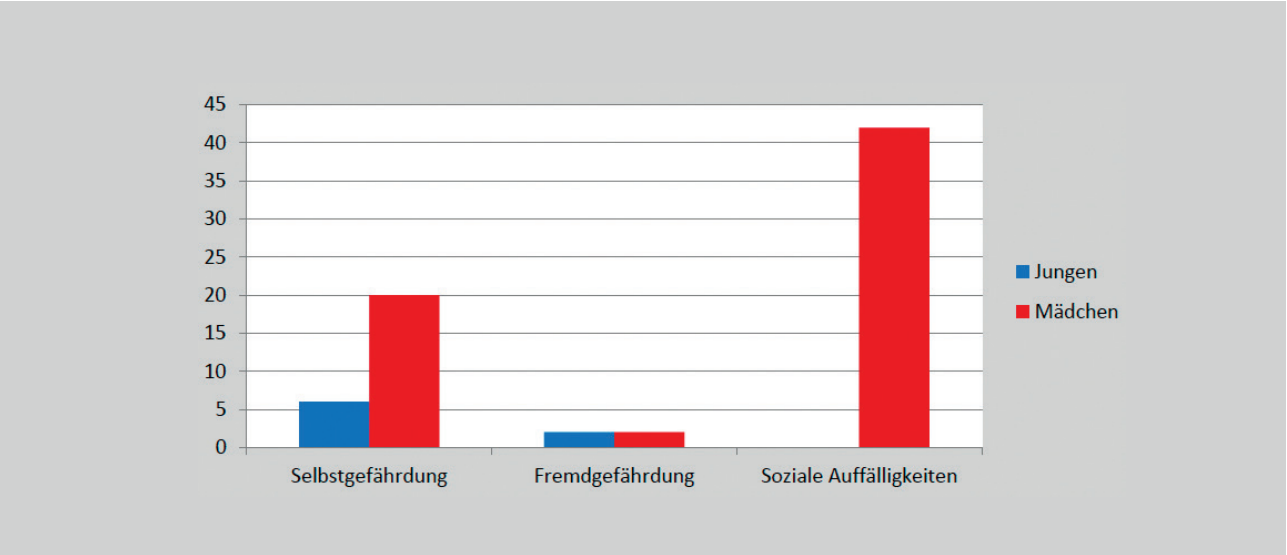


Tabelle 9: Gründe für die psychiatrischen Notfalleinsätze des SpDi für Kinder und Jugendliche in der gesamten Region Hannover 2024

Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover
von Nina Minnich (Teamleitung Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien)

Die Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien ist eine altersgruppenspezifische Abteilung des Fachdienstes Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover. Sie ist zuständig für die Beratung der jungen Menschen und deren soziales Umfeld sowie für Kriseninterventionen. Der Zuständigkeitsbereich erstreckt sich über die gesamte Region Hannover.

Fallzahlen und aktuelle Problemlagen

Im Berichtszeitraum ist es zu keiner gravierenden Fallzunahme im Vergleich zum Vorjahr gekommen, jedoch ist eine deutliche Zunahme der Komplexität der Fälle zu beobachten. Viele der Kinder und Jugendlichen, die die Beratungsstelle aufsuchen, kommen aus hochbelasteten Lebenskontexten, in denen sich psychische, familiäre, schulische und sozialräumliche Problemlagen überlagern. Die Fälle lassen sich nicht mehr isoliert betrachten – häufig ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Jugendhilfe, Schulen, Ärzt*innen, Kliniken sowie Familiengericht und anderen Akteur*innen notwendig. Die Auswirkungen der Corona Pandemie sind weiterhin spürbar, die Sensibilisierung für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen besteht weiterhin im System.

Der Beratungsbedarf wächst, während gleichzeitig niedrigschwellige therapeutische Hilfen kaum oder gar nicht verfügbar sind.

Die ambulante psychotherapeutische Versorgung hat ihre Kapazitätsgrenzen erreicht: Viele Familien berichten von monatelangen Wartezeiten für Erstgespräche.

In dieser Lücke wird die sozialpsychiatrische Beratungsstelle nach Gesprächsterminen angefragt, um auch nach erfolgter stationärer Behandlung eine erreichte Stabilisierung nicht zu gefährden.

Die Beratungsstelle übernimmt zunehmend überbrückende Gespräche, systemische Fallklärung und Krisenintervention, um eine drohende Chronifizierung zu verhindern – allerdings ohne den Anspruch oder die Möglichkeit, eine psychotherapeutische Behandlung zu ersetzen. Es zeigt sich immer wieder, wie entscheidend ein belastbares Netzwerk und verbindliche Kooperationsstrukturen für eine erfolgreiche Arbeit sind. Vor diesem Hintergrund nehmen die Kolleg*innen der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle regelmäßig an den Sektor- AG's des Erwachsenendienstes teil. In diesem Rahmen kann auch die Weiterleitung von volljährigen Jugendlichen in das „andere System“ gestärkt und ausgebaut werden.

Ausblick

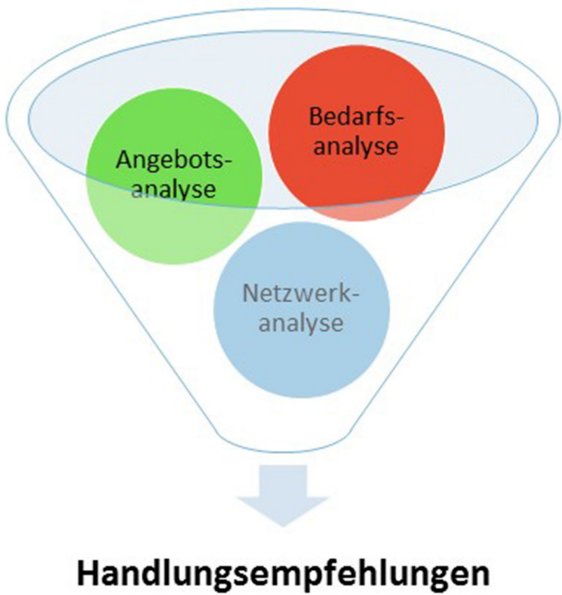
Die sozialpsychiatrische Beratungsstelle steht auch künftig vor der Herausforderung, komplexer werdenden Problemlagen mit begrenzten Ressourcen zu begegnen. Perspektivisch braucht es dringend auskömmliche Versorgungsangebote und eine bedarfsorientierte Weiterentwicklung ambulanter Therapieangebote.

Zudem ist eine konzeptionelle Auseinandersetzung mit der Personengruppe der jungen Erwachsenen dringend erforderlich. Ziel muss es sein, langfristig tragfähige Angebotsstrukturen für diese Altersgruppe zu etablieren und den Übergang zwischen Jugendhilfe, Jugendpsychiatrie und Erwachsenenversorgung fließender zu gestalten, um die jungen Menschen in dem Übergang der Hilfesysteme nicht zu verlieren.

HAVEN KJP – Hannoversche Angebots- und Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche mit Psychischen Auffälligkeiten oder Erkrankungen

Um den im Beratungsalltag erlebten Versorgungslücken zu begegnen, ist mit "HAVEN KJP – Hannoversche Angebots- und Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche mit Psychischen Auffälligkeiten oder Erkrankungen" am 01.01.2025 ein zweijähriges Projekt gestartet mit dem Ziel die Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten und Erkrankungen im Alter von 6-18 Jahren im gesamten Regionsgebiet zu ermitteln.

Wie Ergebnisse schaffen?



Teilprojekt A Angebotsaufnahme, -analyse	Teilprojekt B Bedarfsanalyse	Teilprojekt C Netzwerkanalyse
<ul style="list-style-type: none">• Ist-Situation der Versorgung, Begleitung und Beratung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Belastungen• „Blick hinter die Kulissen“ Was machen die Angebote? Für wen sind sie?	<ul style="list-style-type: none">• Zugang A: Kinder und Jugendliche• Zugang B: Eltern• Zugang C: Versorgungssystem• Zugang D: Schule	<ul style="list-style-type: none">• Netzwerk Ist-Aufnahme• Netzwerk Aufbereitung

Der Anstieg der Fallzahlen in der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien während der Pandemie und die Darstellung der Versorgungssituation von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen im Sozialpsychiatrischen Plan 2022 führte zu einem großen Interesse seitens der Regionspolitik. Die Gremien erteilten daraufhin den Auftrag, dieses Thema in den Fokus zu rücken und eine Bedarfsermittlung zu beauftragen.

Das Projekt "HAVEN KJP" nimmt den IST-Stand der bestehenden Angebote als Basis für Entwicklungen, bietet die Chance das Thema zu betrachten, hat einen „neutraler Blick“ auf die hochkomplexen Strukturen und lädt ein zum Netzwerkaufbau.

Bericht über die Situation der niedergelassenen Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Niedersachsen
von Thomas Duda (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -Psychotherapie-)

Im 1. Quartal 2025 waren in Niedersachsen 129 Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung tätig. Diese versorgten im 1. Quartal 2025 insgesamt 51809 Patienten. Von Quartal zu Quartal ist eine stetig wachsende Fallzahl zu verzeichnen bei gleichbleibender Anzahl der FachärztInnen.

Sozialpsychiatrie-Vereinbarung und KJ-KSVPsych-RL

Die weitaus meisten niedersächsischen Praxen arbeiten im Rahmen der „Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, SPV)“, die eine umfassende diagnostische und therapeutische interdisziplinäre Versorgung unter Einbezug komplementärer Berufsgruppen, wie z. B. Psychologen, Sozialpädagogen, Heilpädagogen, etc. ermöglicht.

Seit April 2024 ist neben der sogenannten klassischen (psychotherapeutisch) ausgerichteten Praxis und der sozialpsychiatrischen Praxis mit der „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung

insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf - Kinder und Jugendliche (KJ-KSVPsych-RL)“ ein weiteres Versorgungsangebot im SGB V verankert.

Da sich Leistungen der KJ-KSVPsych-RL mit denen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung ausschließen, ist zu erwarten, dass die sozialpsychiatrischen Praxen mit ihren umfassenden Versorgungsstrukturen und -angeboten ein eher begrenztes Interesse an der Richtlinie entwickeln werden. Für die klassischen Praxen dagegen könnte die Kooperation mit niedergelasse-

nen Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen und weiteren Berufsgruppen und Institutionen einen Mehrwert im Versorgungsangebot darstellen. Die Entwicklung bleibt abzuwarten.

Versorgungsstruktur nach Kassensitzen

In den meisten Bezirksstellen der KVN sind die Planungsbereiche für zusätzliche Zulassungen gesperrt. Niederlassungsmöglichkeiten finden sich lediglich in den KV- Bezirken Bremerhaven-Niedersachsen (1 Sitz), Emsland (0,5 Sitze), Hamburg- Umland-Süd (1,5 Sitze), Osnabrück (1 Sitz) und in Ost-Friesland (1 Sitz). 105,5 in eigener Praxis tätigen FachärztInnen stehen 22,75 angestellten ÄrztInnen gegenüber (Stand Juli 2025).

Im Bereich der Bezirksstelle Hannover sind 27,25 ÄrztInnen tätig (21 Niedergelassene und 6,25 angestellte ÄrztInnen). Hier besteht eine prozentuale Überversorgung von 168%, entsprechend 9,4 Arztsitzen. Damit stellt die Bezirksstelle Hannover hinter Göttingen und Lüneburg an dritter Stelle der am besten kinderpsychiatrisch versorgten Planungsbereiche in Niedersachsen.

Die prekäre Versorgungssituation im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie resultiert aus einer massiven Zunahme der Fallzahlen bei relativ gleichbleibender Arztzahl. Im 3. Quartal 2019 haben 125 Kinder- und JugendpsychiaterInnen in Niedersachsen 38940 PatientInnen versorgt, im 1. Quartal 2025 behandelten 129 Kinder- und JugendpsychiaterInnen 51809 PatientInnen. Das entspricht einer Fallzahlsteigerung vom 33%, bei einer Arztzunahme von 3,2%.

Oder anders: 1/2019 hat ein Arzt im Quartal 311,52 Patienten behandelt, 1/2025 waren es 401,62! Über die Zunahme der Vorstellungen kann letztlich nur spekuliert werden. Offensichtlich ist Kindheit und Jugend zunehmend ein Risikofaktor für psychische Gesundheit geworden, wobei aus wissenschaftlich nicht abgesicherte Sicht 4 Faktoren eine große Rolle spielen:

- 1. Der zunehmende Bindungs- und Beziehungsverlust familiärer Systeme

- 2. Der massiv zunehmende Medienkonsum (nicht nur auf Kinder- und Jugendseite, sondern auch der erwachsenen Bezugspersonen
- 3. Veränderungen im System Schule (vorrangig eine völlig fehlverstandene „Inklusion“ besonders förderbedürftiger SchülerInnen.
- 4. Die Pathologisierung und Psychiatisierung „normaler“ Entwicklungsthemen und -schwierigkeiten mit daraus folgendem Outsourcing auf den Bereich Psychotherapie. Damit in Verbindung steht m.E. ein Kompetenzverlust von Familie und Schule mit der Forderung Schwierigkeiten sollen durch Psychotherapie behoben werden. Die Pädagogik verliert zunehmend an Bedeutung.

Sicher finden sich noch eine Menge weiterer Faktoren, über die spekuliert werden kann. Der Ruf nach mehr ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen ist dabei verständlich, sinnvoll sollte es m.E. jedoch sein, sich über die Ursachen der Zunahme an Behandlungsfällen Gedanken zu machen. Bei einer gefahrenträchtigen Unfallstelle, die regelmäßig zu Beinbrüchen führt, würde niemand ernsthaft mehr Chirurgen fordern.

Aktuelle Themen im Austausch des Berufsverbandes

Die niedersächsischen KollegInnen, die im Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP) organisiert sind, treffen sich viermal im Jahr, um sich über aktuelle, berufspolitische Themen auszutauschen und sich fortzubilden.

Im vergangenen Jahr standen dabei immer wieder zwei Entwicklungen im Vordergrund der Diskussion:

- 1. Die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) stellt aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht eine große Herausforderung dar. Da die ePA vom Versicherten geführt wird, der in den oftmals komplexen familiären Strukturen unserer PatientInnen nicht zwangsläufig Mitglied der Familienstruktur sein muss, müssen nicht nur datenschutz- und persönlichkeitsrechtliche Aspekte sorgsam geprüft werden.

Die gerade neu gefasste Regelung, dass ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen nicht verpflichtet sind, bei unter 15-jährigen Kindern Daten in die ePA zu übermitteln, sofern dem erhebliche therapeutische Gründe entgegenstehen und / oder gewichtige Gründe für die Gefährdung des Wohles des Kindes oder eines Jugendlichen vorliegen, stellt einen Schritt in die richtige Richtung dar, ist aber aus Sicht der Niedergelassenen unzureichend, da die Gruppe der 16- 17-jährigen davon ausgenommen ist. Gerade bei dieser Patientengruppe kann es nicht sein, dass z. B. ein Arztbrief über eine Jugendliche, die über ihren Vater versichert ist, zu dem sie keinen Kontakt hat und haben will, diesem u. U. zugänglich ist.

- 2. Die zweite Entwicklung betrifft die Rolle der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kontext der Einführung der inklusiven Schule in Niedersachsen. Es entsteht zunehmend der Eindruck, dass Inklusion in vielen Fällen nur über die Einführung von Integrationshelfern und Schulbegleitern, etc. umgesetzt werden kann. Da die Institution Schule offensichtlich weder über die personellen und finanziellen Mittel verfügt, entsprechende Angebote zu schaffen, kommt der §35a des SGB VIII zum Tragen, der als Voraussetzung das Vorliegen einer drohenden oder eingetretenen seelischen Behinderung definiert, die über eine entsprechende kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik festzustellen und ein Gutachten zu bescheinigen ist. Die Androhung einer Schule, Kinder ohne Schulbegleitung nicht zu beschulen, stellt keine Seltenheit mehr dar, teilweise erfolgen mehrmonatige Suspendierungen vom Unterricht, wenn kein Schulbegleiter zur Verfügung steht.

Kinder mit sonderpädagogischem Unterstützungsbedarf in den Bereichen „Lernen“ und / oder „Sozial-emotionale Entwicklung“ sind nicht zwangsläufig psychisch krank. Hier bedarf es einer klaren Abgrenzung unseres Fachgebietes, um eine „Psychiatisierung“ dieser Kinder zu verhindern.



DER SOZIALPSYCHIATRISCHE VERBUND

§ 8

Sozialpsychiatrischer Verbund

- (1) ¹Die Landkreise und kreisfreien Städte bilden Sozialpsychiatrische Verbünde.² 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.³ Der Sozialpsychiatrische Dienst führt die Geschäfte des Sozialpsychiatrischen Verbundes.
- (2) ¹Sozialpsychiatrische Verbund sorgt für die Zusammenarbeit der Anbieter von Hilfen und für die Abstimmung der Hilfen.² Die Sozialpsychiatrischen Verbünde 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

Der Sozialpsychiatrische Verbund und seine Gremien

von Catrin Lagerbauer (Psychiatriekoordinatorin der Region Hannover)

Der Auftrag, Sozialpsychiatrische Verbünde zu organisieren wurde 1997 in das NPsychKG aufgenommen:

Die beiden auf dieser Grundlage in der Landeshauptstadt und im Landkreis Hannover gegründeten Verbünde haben sich bereits 1998 zusammengeschlossen – 3 Jahre vor der Regionsbildung. Der heutige Sozialpsychiatrische Verbund (SpV) der Region Hannover besteht demnach bereits seit 27 Jahren. Es sind aktuell 1XX Mitgliedsorganisationen mit XXX Angeboten im SpV aufgestellt.

Organisationsstruktur:

Im SpV der Region Hannover hat sich eine Struktur mit folgenden Gremien bewährt:

- Der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG), die Vollversammlung des SpV, tagt monatlich.
- Der Regionale Fachbeirat Psychiatrie (RFP) berät die Dezernentin für Soziales, Teilhabe, Familie und Jugend der Region Hannover und tagt ca. vierteljährlich.

- Die 12 Fachgruppen (FG) des AKG haben im Durchschnitt 20 Mitglieder, arbeiten themenspezifisch und berichten dem AKG regelmäßig.
- Themenbezogen können temporär Unterarbeitsgruppen (UAG) gebildet werden.
- 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 mindestens alle 2 Monate.

Die Übersicht über die Gremien des SpV finden Sie auf Seite XX. Informationen zu Organisation und Inhalt der einzelnen Formate schließen sich auf den Seiten XX bis XX an.

Für die Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover hat der Sozialpsychiatrische Dienst eine Geschäftsstelle eingerichtet. Er stellt zudem die kontinuierliche Fortschreibung und Veröffentlichung des Sozialpsychiatrischen Plans sicher.

§ 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 Kernaufgaben der Verbundarbeit in der Region Hannover sind:

- 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 Leistungserbringenden im Interesse der Betroffenen
- Qualifizierung der Verbundmitglieder
- Entwicklung von Qualitätsstandards und gegenseitigen Verpflichtungen
- Information der Politik und der Öffentlichkeit über die Arbeit der einzelnen Gremien wird regelmäßig in der Vollversammlung, dem AKG, berichtet. Hier werden auch Entscheidungen des Verbundes per Mitgliederabstimmung getroffen.

Der AKG hat eine Geschäftsordnung, die zuletzt im Februar 2019 aktualisiert wurde. Die stimmberechtigten Mitglieder wählen im zweijährigen Turnus den aus 3 Personen bestehenden Vorstand aus ihrer Mitte. Die letzte Wahl fand im Dezember 2023 statt.

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
Aufgaben:	Aufgaben:	Aufgaben:	Aufgaben:	Aufgaben:
<ul style="list-style-type: none">• Delegiertenversamm- lung des Sozialpsychi- atrischen Verbundes §8 NPsychKG• Vernetzung der in der Region Hannover tätigen Initiativen und Einrichtungen• Einsetzung und Beauf- tragung der Fachgrup- pen• Wahl des Vorstandes alle 2 Jahre• Beteiligung bei der Erstellung und Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Plans §9 NPsychKG	<ul style="list-style-type: none">• Der RFP berät den/ die Dezernent*in für Soziales, Teilhabe, Familie und Jugend der Region Hannover in allen sich aus dem NPsychKG und bzgl. der sozialpsychiat- rischen Versorgung ergebenden Fragen	<ul style="list-style-type: none">• Die Fachgruppen beteiligen sich mit ihren spezifischen Themenstellungen am Sozialpsychiatrischen Verbund und erarbei- ten hierzu Lösungs- vorschläge• Wahl der Sprecher* innen für die jeweilige Fachgruppe• Turnusmäßige Vorstellung ihrer Arbeit im AKG	<ul style="list-style-type: none">• Einzelfallbezogene Koordination und Ver- netzung der bestehen- den sektorbezogenen ambulanten, stationä- ren Hilfen• Mitarbeit an der Erken- nung und Behebung von ungedecktem Versorgungsbedarf• Sicherung und Verbesserung des Ver- sorgungsangebotes, insbesondere für chro- nisch psychisch kranke Bewohner*innen des Einzugsgebietes	<ul style="list-style-type: none">• Unabhängige Be- schwerdeannahme und Vermittlungsstelle für Psychiatrie-Erfah- rene und Angehörige, bzw. nahestehende Personen• Zuständigkeit für das Gebiet der Region Hannover• Die Ombudsstelle arbeitet unabhän- gig, vertraulich und kostenlos
Zusammensetzung:	Zusammensetzung:	Zusammensetzung:	Zusammensetzung:	Zusammensetzung:
<ul style="list-style-type: none">• Anbieter*innen von Hilfen gemäß § 6 NPsychKG• Leiter*in des Sozialpsychiatrischen Dienstes• Vertreter*innen der Selbsthilfegruppen und Berufsverbände• Sprecher*innen der Fachgruppen• Gäste mit beratender Stimme	<ul style="list-style-type: none">• Dezernent*in für Soziales, Teilhabe, Familie und Jugend der Region Hannover als Vorsitzende*r• 5 durch den/die De- zernent*in benannte Mitglieder• 4 vom AKG zur Beru- fung durch den/die Dezernenten*in vorge- schlagene Mitglieder (je 1 Vertreter*in der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen, 1 Sprecher*in des AKG, 1 Vertreter*in der freien und gemein- nützigen Träger)	<ul style="list-style-type: none">• Der AKG setzt die Fachgruppen ein• Die personelle Zusammensetzung wird von den Fach- gruppen selbst festgelegt	<ul style="list-style-type: none">• Dezentrale Beratungs- stellen des Sozial- psychiatrischen Dienstes (für den Vorsitz und die Geschäftsführung) und die übrigen Anbie- ter*innen dezentraler Hilfen in den jeweili- gen Sektoren, sowie Vertreter*innen der Psychiatrie- Erfahrenen und der Angehörigen	<ul style="list-style-type: none">• bis zu 6 ehrenamt- liche Mitglieder (1 Vertreter*in der Psychiatrie-Erfahre- nen, 1 Vertreter*in der Angehörigen, 1 Bürger*in mit sozialem Engagement, 1 Bür- ger*in mit juristischen Sachkenntnissen, 2 weitere)• ein*e Mitarbeiter*in des SpDi• beratend: Fachärzt*in für Psychiatrie aus dem SpDi, Psychiat- riekoordinator*in• Die Berufung erfolgt alle 2 Jahre durch den/ die Dezernent*in für Soziales, Teilhabe, Familie und Jugend

**Bericht des Arbeitskreises
Gemeindepsychiatrie (AKG)
Moritz Radamm (Vorsitzender des Arbeitskreises
Gemeindepsychiatrie)**

Der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG) im Sozialpsychiatrischen Verbund tagt weiterhin regelmä- ßig am ersten Donnerstag im Monat für anderthalb Stunden. Die Sitzungen sind fach-öffentlich, sodass auch Bürger:innen ohne Zugehörigkeit zu einer Mit- gliedsorganisation teilnehmen können. Dies fördert den offenen fachlichen Austausch und die Beteiligung unterschiedlicher Perspektiven.

Die Vielfalt der Angebote in der Region Hannover bleibt eine wichtige Ressource, insbesondere ange- sichts der zunehmenden Differenzierung in den Be- reichen Beratung, Behandlung und Betreuung. Die Mitgliedschaften des Vereins Psychiatrie Erfahrener (VPE), des EX-IN Niedersachsen e.V. und der Arbeits- gemeinschaft der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Niedersachsen und Bremen e.V. (AANB) sind weiterhin essenzieller Bestandteil des AKG. Die Einbindung von Expert:innen durch Erfahrung, Ge- nesungsbegleitenden und Angehörigen stellt sicher, dass die Entwicklung im gesamten Versorgungsbe- reich aktiv mitgestaltet wird.

Schwerpunkthemen und Entwicklungen 2024
Im vergangenen Jahr wurden im AKG zentrale Themen diskutiert, die die psychiatrische Versorgung und so- ziale Unterstützung betreffen:

Fachkräftemangel und Personalbindung
Der Mangel an qualifizierten Fachkräften stellt eine der größten Herausforderungen in der psychiatri- schen Versorgung dar. Ein Onlinevortrag zur Personal- gewinnung und -bindung bot Einblicke in innovative Strategien für eine zukunftsfähige Versorgung.

Kündigungen in besonderen Wohnformen
Über mehrere Sitzungen hinweg wurden sowohl die Auswirkungen als auch rechtliche und praxisorien- tierte Lösungen für betroffene Personen diskutiert. Ein Vorschlag für den Umgang mit diesem Thema im Sozialpsychiatrischen Verbund wurde erarbeitet.

Finanzielle Unsicherheiten und Versorgungslücken
Unklare und nicht immer ausreichende finanzielle Rahmenbedingungen erschweren die Planung und Umsetzung bedarfsgerechter Angebote. Der AKG setzt sich für eine stärkere Vernetzung ein, um innovative und tragfähige Finanzierungsmodelle zu entwickeln.

Innovation durch Austausch und Best-Practice-Mo- delle
Der kontinuierliche Austausch zwischen den Fach- gruppen und Akteur:innen der Sozialpsychiatrie för- dert Innovationen und ermöglicht die Übertragung erfolgreicher Modelle in andere Bereiche. Die Rund- reise der Fachgruppe Inklusion und die Arbeit der AG Adoleszenz sind Beispiele für diesen offenen Wissen- stransfer.

Sozialpsychiatrischer Plan 2025
Die strategische Weiterentwicklung der psychiatri- schen Versorgung in der Region wurde in mehreren Sitzungen thematisiert. Die Wahl eines Schwerpunk- themas für den kommenden Plan soll die langfristige Ausrichtung der Sozialpsychiatrie stärken.

Herausforderungen und Ausblick
Die psychische Gesundheit der Bevölkerung bleibt weiterhin ein zentrales Anliegen. Die Belastung durch psychische Erkrankungen nimmt zu, insbesondere bei vulnerablen Gruppen. Trotz eines ausdifferenzierten Hilfesystems bestehen Versorgungsengpässe, insbe- sondere für junge und komplex erkrankte Menschen.

Die finanzielle Sicherstellung der psychiatrischen Versorgungsangebote bleibt eine Herausforderung. Der AKG setzt sich dafür ein, die Vernetzung weiter zu intensivieren – trägerübergreifend, berufsgruppen- übergreifend und koordiniert. Die Teilnehmer:innen des Verbundes sind gefordert, innovative Ansätze zu entwickeln und bestehende Strukturen flexibel anzu- passen, um den zukünftigen Anforderungen gerecht zu werden.

Auch 2024 wurden die Sitzungen wieder im Haus der Region durchgeführt und erreichten eine konstante Teilnehmerzahl zwischen 60 und 90 Personen.

Die kontinuierliche Arbeit des AKG zeigt, dass fachlicher Austausch, praxisnahe Diskussionen und eine enge Vernetzung essenziell sind, um die psychiatrische Versorgung in der Region Hannover nachhaltig zu gestalten.

Chronologische Themenübersicht
der Sitzungen 2024

1. Februar 2024

- Bericht der Fachgruppe Migration (Frau Minasova)
- Vorstellung des Ambulanz- und Aufnahmezentrums im KRH Psychiatrie Wunstorf (Frau Kloppenburg, Herr Rodiek)
- Kündigungen in besonderen Wohnformen – Erfahrungsberichte und Diskussion (Frau Albrecht, Herr Unger, Herr Horn)

7. März 2024

- Kündigungen in besonderen Wohnformen, Teil 2 – rechtliche Möglichkeiten und Grenzen (Herr Stein)
- Bericht der Fachgruppe Forensische Psychiatrie (Frau Vogel)
- Reisebericht der Fachgruppe Inklusion (Frau Böcker, Frau Kuhn, Herr Schomakers)

7. April 2024

- „Verrückt? Na und! Seelisch fit in der Schule“ – Ein Präventionsprogramm für Hannover? (Frau Bonecke, Frau Deppe)
- Kündigungen in besonderen Wohnformen, Teil 3 – Vorschlag für den Umgang im SpV (Frau Lagerbauer)

2. Mai 2024

- Onlinevortrag: Personalgewinnung und Personalbindung in einer sich verändernden Arbeitswelt (Prof. Dr. Ingmar Maurer)
- Bericht der Fachgruppe Geistige Behinderung und Psychische Störung (Frau Kraune)

6. Juni 2024

- Sozialpsychiatrischer Plan 2025 – Bericht der Fachgruppe und Wahl des Schwerpunktthemas (Herr Köster)
- Einblicke in die Praxis der Genesungsbegleitung (Herr Kreissl, Frau Duchscherer, Herr Rengstorf)

1. August 2024

- Fachgruppe Inklusion – Perspektiven nach der Rundreise (Frau Böcker, Frau Kuhn, Herr Schomakers)
- Vorstellung Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ) Neustadt (Frau Böhland, Frau Horn, Herr Kirsch)
- Herausforderungen in der Sucht- und Drogenhilfe (Herr Woike)

5. September 2024

- Vorstellung Sozialpsychiatrischer Plan 2024 (Frau Lagerbauer)
- Aktuelles zur Regionalen Psychiatrieberaterstattung (Herr Buitkamp)
- Wie geht's ReHaTOP? (Frau Kluwe, Frau Jacobi, Frau Teuber)
- Vorstellung der Wohnstätte Hannover Leinemasch (Herr Meyer Hanke, Frau Spacek)
- Bericht AG Adoleszenz (Frau Minnich)

7. November 2024

- Tod und Sterben in Versorgungseinrichtungen der Sozialpsychiatrie (Frau Bohlen-Bruchmann, Edna Holz)
- WfbM-Reform Entgeltsystem – Ergebnisse der Studie (Herr v. Oertzen)
- Ankündigung Veränderung Psychiatrieberaterstattung (Herr Köster)

5. Dezember 2024

- Sachstand zum Projekt „Take 5 for Life“ der MHH (Saskia Hamers)
- Bericht der Fachgruppe Kinder und Jugendliche (Frau Bödeker, Herr Eller)

Bericht des Regionalen
Fachbeirates Psychiatrie (RFP)
von Catrin Lagerbauer (Psychiatriekoordinatorin
der Region Hannover)

Der Regionale Fachbeirat Psychiatrie (RFP) berät die Dezernentin für Soziales, Teilhabe, Familie und Jugend, Frau Dr. Hanke, „in allen für die Region Hannover relevanten Fragestellungen, die sich in Bezug auf die sozialpsychiatrische Versorgung, das NPsych-KG sowie aktuell erforderliche sozialpolitische Entscheidungen ergeben“ (Geschäftsordnung des RFP 02/2020).

Mitglieder

Frau Dr. Hanke führt den Vorsitz des RFP.

Weitere Mitglieder sind vor dem Hintergrund ihrer Tätigkeit bei der Region Hannover

- der Leiter des Fachdienstes Sozialpsychiatrischer Dienst, Herr Dr. Sueße (ab 01.07.2025 Herr Kirsch)
- die Psychiatriekoordinatorin, Frau Lagerbauer, als Geschäftsführerin des RFP
- die Leiterin des Fachbereichs Teilhabe, Frau Rosenhahn

Von der Dezernentin berufene Mitglieder sind auf Vorschlag des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG):

- der Vorstandsvorsitzende des AKG, Herr Radamm
- als Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen, Herr von Seckendorff
- als Vertreterin der Angehörigen, Frau Kuhlmann
- als Vertreterin der Leistungserbringenden, Frau Theye-Hoffmann

sowie

- als Vertreter der psychiatrischen Kliniken, Herr Dr. Tettenborn (bis Juni 2024 Frau Prof. Dr. Graef-Calless)
- als Experte der Suchthilfe, Herr Woike (bis Juni 2024 Herr Köster)

Eine Berufenungsperiode beträgt drei Jahre.

Sitzungstermine

Der RFP tagt 3-4x im Jahr. Zu bestimmten Themen finden zusätzliche Sitzungen mit externen Gästen statt.

Themen

Regelhaft werden im RFP die Themen, die in den Bereichen der Mitglieder aktuell am meisten diskutiert werden, ausgetauscht.

Zudem werden zu bestimmten Themen Gäste eingeladen, die entsprechende fachliche Inputs geben und mit der Runde in den Austausch gehen.

Auch durch regelmäßige Treffen des RFP mit den Leitungen der psychiatrischen Kliniken kommen Themen in den RFP, die für die gesamte sozialpsychiatrische Versorgung hoch relevant sind und durch das Gremium weiter verfolgt werden.

Bereits im Sozialpsychiatrischen Plan 2024 wurde über die Behandlung des Themas **Situation der Psychiatrischen Kliniken auf der Grundlage der aktuellen Personalrichtlinie (PPP-RL)** berichtet. An ein Austauschtreffen zwischen den Leitungen der Kliniken mit dem RFP hatte sich bereits Anfang 2024 zunächst ein Gespräch in diesem Rahmen mit dem Regionspräsidenten, Herr Krach, angeschlossen. Auf seinen daraus resultierenden Brief, den er gemeinsam mit dem Oberbürgermeister Braunschweigs an den Bundesgesundheitsminister geschrieben hat, folgte keine Reaktion.

Im vergangenen Berichtszeitraum kam es im Februar 2025 auf Initiative von Frau Dr. Hanke dann zu einem Gespräch mit dem Niedersächsischen Minister für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung, Herrn Dr. Philippi. Der Minister zeigte sich sehr offen für die Problematik, die sich durch die engen Rahmenbedingungen der PPP-RL für die klinische psychiatrische Behandlung ergeben, und hat die weitere Thematisierung in bundespolitischen Gremien in Aussicht gestellt. Ihm wurde dazu ein abgestimmtes Papier mit Vorschlägen zur Anpassung der Richtlinieninhalte aus der Region Hannover zur Verfügung gestellt.

In der Zwischenzeit sind einige dieser Vorschläge in der PPP-RL wiederzufinden. Die angedrohten Sank-

tionszahlungen der Kliniken bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben der Richtlinie werden nach aktuellem Stand jedoch – nach vorherigen Aussetzungen – ab 2026 umgesetzt. Die weitere Entwicklung bleibt vor dem Hintergrund der neuen Regierungsbildung abzuwarten.

Zu der **Entwicklung des ersten Netzverbundes Niedersachsens auf der Grundlage der KSVPsych-RL „PsyVitHa“**, das nach intensiven vom RFP 2022 initiierten Austauschgesprächen im April 2023 gestartet hat, haben Herr Dr. Beerboom und Herr Dase aus dem Netzwerk im November 2024 dem RFP berichtet. Das Fazit aus den ersten Erfahrungen ist, dass die Richtlinie eine gute Grundlage bietet, um psychiatrische Versorgung zu optimieren. Es bestehen jedoch auch enorme Herausforderungen, die eine ideale Umsetzung derzeit noch verhindern. Weitere Anpassungen sind notwendig und auch vorgesehen.

Der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover ist dem Netzwerk PsyVitHa beigetreten. In der Zwischenzeit ist der Beitritt in einen weiteren Netzwerkverbund geplant („psychisch gut versorgt“ Netzwerkverbund Mitte- und Südniedersachsen).

Der RFP hat sich zudem zu den Themen **Teillegalisierung von Cannabis** und dem Cannabisgesetz (Mai 2024) sowie der **Situation Drogenkonsumierender in der Landeshauptstadt Hannover (LHH)** mit Schwerpunkt Crack-Konsum (Februar 2025) informiert. Herr Woike, Beauftragter für Sucht und Suchtprävention der LHH und neues Mitglied im RFP, berichtete u.a. von der Zunahme von Drogennotfällen, die sich in Zusammenhang mit der Zunahme von synthetischen Drogen auf dem Markt in Verbindung bringen lassen. Die Konsumierenden wissen meist nicht mehr, was ihr Stoff in welcher Dosierung beinhaltet und es kommt vermehrt zu Überdosierungen. Die LHH ist bestrebt, dieser Entwicklung mit verschiedenen Projekten zu begegnen, z.B. Drug Checking, Substitution bei Crack-Konsum.

Ausblick

Es zeigt sich, dass einzelne sozialpsychiatrische Themen durch die Initiierung über den RFP Wege der weiteren Diskussion finden. Der RFP wird sich auch perspektivisch mit den herausfordernden Themen beschäftigen und im Rahmen der Möglichkeiten Impulse für notwendige Veränderungen setzen und Entwicklungen beobachten.

Die digitale Unterstützung für Menschen in psychischen Krisen ist beispielsweise eines der Themen, die im Weiteren im RFP ausgetauscht werden.

Der RFP bietet in seiner trialogischen, multiprofessionellen Besetzung die Möglichkeit alle Perspektiven in der Diskussion einzubeziehen.

Berichte der Fachgruppen des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Die Fachgruppen werden durch den AKG eingesetzt und beauftragt. Sie dienen der themenbezogenen- und berufsgruppenübergreifenden Vernetzung innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover. Regelmäßig berichten die Fachgruppensprecher*innen im AKG über die Arbeit der aktuell 11 Fachgruppen.

Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ von Stefanie Kluwe, Maria Chiara Miotti, Dirk Ballosch – Sprecher*innen der Fachgruppe)

Im September 2024 gab es einen Wechsel im SprecherInnen-Team der Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“. Nach langjähriger und wertvoller Arbeit von Oliver Weidner (2009-2024) und Uffe Vajhøj (2018-2024) bedanken wir uns herzlich für ihr Engagement und ihre bedeutenden Beiträge. Seitdem bilden Stefanie Kluwe (Jobcenter), Dirk Ballosch (Jobcenter) und Maria Chiara Miotti (Wahrendorff) das neue Sprecher-Tridem und setzen die Arbeit der Fachgruppe fort.

Die Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ besteht seit 2001 und verfolgt das Ziel, die arbeits- und rehabilitationsbezogene Versorgung psychisch erkrankter Menschen kontinuierlich zu verbessern. Wir greifen aktuelle Diskurse auf und berücksichtigen sowohl fachliche als auch gesetzgeberische Entwicklungen. Ein zentrales Anliegen ist es, den Austausch zwischen den unterschiedlichen AkteurInnen im Verbund – wie dem Jobcenter, der Agentur für Arbeit, den Integrationsfachdiensten, Werkstätten für behinderte Menschen, Kliniken, Beratungsstellen, Rentenversicherungen und Selbsthilfegruppen – zu intensivieren und die alltäglichen Herausforderungen aus unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten.

Sitzungstermine

Unsere regelmäßigen Treffen finden vierteljährlich statt, jeweils von 15:00 bis 17:00 Uhr (in der Regel im Haus der Region, Hildesheimer Str. 20, Hannover).

Die nächsten Termine sind:

03. September 2025

03. Dezember 2025

In diesen Treffen besprechen wir Bedarfe und Schwerpunkte, lernen regionale Versorgungsangebote kennen und greifen konkrete Fallbeispiele auf. Ziel ist es, voneinander zu lernen, miteinander ins Gespräch zu kommen, Synergien zu schaffen und gemeinsam neue Perspektiven zu entwickeln. Besonders wichtig ist uns, durch unsere Arbeit einen Beitrag zu leisten, damit Menschen eine sinnstiftende Tätigkeit nachgehen können, die Selbstwirksamkeit jedes Einzelnen gefördert wird und soziale Teilhabe ermöglicht wird.

Teilnehmende

Es nehmen in der Regel ca. 15 Mitarbeitende aus Rehabilitationseinrichtungen, Werkstätten für behinderte Menschen, Integrationsfachdienste, Bildungsträger, Kliniken, Selbsthilfegruppen aber auch Leitungsträger wie z.B. Jobcenter, Agentur für Arbeit, Region Hannover und die DRV.

Bearbeitete Themen

Das Jahr 2024 begann mit einer intensiven Auseinandersetzung mit den 30-jährigen Erfahrungen des IPS-orientierten Modells bei beta-REHA. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind oft vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen, und die psychiatrische Behandlung bietet Unterstützung bei der (Wieder)Aufnahme einer Tätigkeit im allgemeinen Arbeitsmarkt. IPS hat sich als besonders wirkungsvolles Verfahren erwiesen, um Menschen zu helfen, eine Arbeitsstelle zu finden und zu halten. Besondere Ergebnisse wurden in akuten und postakuten psychiatrischen Settings erzielt, insbesondere bei der Identifikation von Patienten, Setting- und Programmmerkmalen, die mit der (Wieder)Aufnahme von Arbeit verbunden sind.

Am Jahresende 2024 widmeten wir uns der bevorstehenden Veränderung des Rehaprozesses im SGB II und SGB III, mit besonderem Fokus auf die Stärkung der Bedürfnisse aller Leistungsberechtigten durch eine verstärkte Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit und dem Jobcenter. Ab dem 01.01.2025 übernimmt die Agentur für Arbeit die Federführung der Teilhabeplanung im SGB III. Im SGB II bleibt die Inte-

grationsverantwortung beim Jobcenter. Trotz Prozessoptimierungen berichten die KollegInnen aus dem Jobcenter und der Agentur für Arbeit von anhaltenden Herausforderungen bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt.

Ausblick

Mit dem Wechsel im SprecherInnen-Team möchten wir im Jahr 2025 eine Neuorientierung in der Fachgruppe anstoßen. Welche Themen wollen wir künftig behandeln? Welche Kompetenzen fehlen uns noch, und wer möchte aktiv mitwirken? Wir laden alle Interessierten ein, Teil dieser Arbeitsgruppe zu werden und sich aktiv an der Weiterentwicklung der Arbeit und Rehabilitation im sozialpsychiatrischen Verbund zu beteiligen. Gemeinsam können wir die Versorgung und Unterstützung psychisch erkrankter Menschen im Arbeitsumfeld stärken und weiter verbessern.

Lassen Sie uns zusammen die Zukunft gestalten!

Fachgruppe „Sozialpsychiatrischer Plan“ von Torsten Köster (Sprecher der Fachgruppe)

Die Fachgruppe unterstützt den Sozialpsychiatrischen Dienst bei der Erstellung und laufenden Qualitätsverbesserung des jährlich erscheinenden Sozialpsychiatrischen Plans der Region Hannover. Hierzu werden mögliche Schwerpunktthemen diskutiert und eine Vorauswahl getroffen, aus der der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG) als Vollversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes (SpV) das Schwerpunktthema auswählt. Des Weiteren beschäftigt sich die Fachgruppe mit der Regionalen Psychiatrieberichterstattung und der dafür verwendeten Erhebungsinstrumente.

Sitzungstermine

Die Fachgruppe trifft sich monatlich, jeweils am letzten Donnerstag eines Monats von 8:30-10:30 Uhr in der Gradestr. 20, Hannover. 2024 fanden zehn Sitzungen statt.

Teilnehmende

An der Arbeit der Fachgruppe haben sich regelmäßig beteiligt: Herr Dr. Sueße, Herr Buitkamp, Frau Minnich, Herr Eller (bis Juni 2024), Frau Lagerbauer und Herr Köster (alle Region Hannover), Frau Cabrera Antoranz (fips e.V.) sowie Frau Krone (Balance e.V.).

Die Fachgruppe ist offen für weitere Mitglieder, soweit sie kontinuierlich mitarbeiten wollen.

Bearbeitete Themen

Regionale Psychiatrieberichterstattung

Nachdem im Vorjahr bereits der Datenbogen 1 neu aufgelegt wurde, haben wir in 2024 die Überarbeitung des Datenbogen 2 abgeschlossen. Wir haben die Anzahl der Fragestellungen deutlich reduziert, die Antwortmöglichkeiten in den Kategorien aktualisiert und das Layout modernisiert, mit dem Ziel die Benutzerfreundlichkeit zu verbessern. Die Möglichkeit zur Ermittlung eines Risikoscores ist wie in den Vorjahren weiterhin möglich, aber nicht mehr so sehr im Fokus. Zukünftig sollen vielmehr alle Datenbögen in die Auswertung einfließen können, und die Betrachtung zu einzelnen Fragestellungen/ Themenbereichen im Fokus der Berichterstattung stehen.

Mit den Veränderungen in den Datenbögen zielen wir darauf ab, das Erhebungsinstrument für eine datenbasierte Psychiatrieberichterstattung inhaltlich weiterzuentwickeln und attraktiv zu halten.

Die Liste der Angebotsformen dient u.a. als strukturelle Grundlage der Berichterstattung. Sie wurde zum Ende letzten Jahres überprüft, aktualisiert und soll zu Ende dieses Jahres auf der Homepage des Sozialpsychiatrischen Verbundes zur Verfügung stehen.

Sozialpsychiatrischer Plan

Neben der Veröffentlichung des Sozialpsychiatrischen Plans 2024 mit dem Schwerpunktthema „Seelische Gesundheit in der Sozialpsychiatrie“ hat sich die Fachgruppe mit der Vorbereitung des Sozialpsychiatrischen Plans 2025 beschäftigt. In der Vorauswahl des möglichen Schwerpunktthemas erarbeiteten wir drei Vorschläge.

Die Themen

- Digitalisierung in der Sozialpsychiatrie – Chancen, Risiken und Nebenwirkungen
- Partizipation und Transparenz – Alles ist möglich – nichts geht mehr
- Zukunftsvisionen in Zeiten des Ressourcenmangels

wurden dem Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie in der Juni Sitzung 2024 vorgestellt. Der AKG wählte daraus das Thema „Zukunftsvisionen in Zeiten des Ressourcenmangels“ als Schwerpunktthema für den Sozialpsychiatrischen Plan 2025.

In den folgenden Sitzungen konkretisierten wir das Schwerpunktthema in Form von möglichen Themen und Autoren für Einzelartikel. Erneut gelang es zahlreiche Autoren aus verschiedenen Institutionen dafür zu gewinnen, Beiträge zu verfassen.

Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“ von Ulrike Vogel (Sprecherin der Fachgruppe)

Zentraler Fokus der 2003 gegründeten Fachgruppe sind weiterhin Erfahrungsaustausch, Perspektivwechsel, Vernetzung, Dialog und Stärkung der Kooperationsbeziehungen zwischen Forensischer Psychiatrie und der allgemeinen Psychiatrie im ambulanten und stationären Versorgungsgebiet.

Im Fokus stehen chronisch psychisch Kranke bzw. Mehrfachkranke mit drohender oder bereits erfolgter Desintegration und Straffälligkeit, um forensische Patientenkarrieren präventiv vermeiden zu können.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Förderung der Wiedereingliederung ehemaliger forensischer Patienten aus Maßregelvollzug und Strafvollzug in das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem.

Sitzungstermine

Die Fachgruppe trifft sich regelmäßig alle 2 Monate für 2 Stunden in der Gradestraße in Hannover.

Teilnehmende

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kommen aus den regionalen psychiatrischen Fachkliniken, Sozialpsychiatrischen Diensten und Institutsambulanzen, den Justizvollzugsanstalten, den Forensischen Kliniken, sowie aus dem Kreis der Anbieter im Verbund (Wohnheime, Wohngemeinschaften, Betreutes Wohnen, WfbM, Tagesstätten, RPK), aus der Gruppe der rechtlichen Betreuerinnen/Betreuer, Betreuungsstelle und der Bewährungshilfe. Durch eine Betreuungsrichterin und einen Rechtsanwalt wird auch juristische Expertise interdisziplinär bereichernd eingebracht. Die überaus bedeutsame Perspektive eines Psychiatrie-Erfahrenen wird durch einen Genesungsbegleiter mit eingebracht.

Vor dem Hintergrund der überregionalen Vernetzung der Forensischen Nachsorge nehmen seit etlichen Jahren dankenswerterweise auch Vertreterinnen/Vertreter aus den angrenzenden Landkreisen Schaumburg und Nienburg an den Fachgruppentreffen teil.

Bearbeitete Themen

Im Mittelpunkt der Arbeitstreffen standen auch 2024 sorgfältig anonymisierte Einzelfallbesprechungen, aus prä- und postforensischer Perspektive, die von den Teilnehmer*innen aus ihrer Alltagspraxis eingebracht und dann multidisziplinär diskutiert werden können. Diese sind nicht an die Kenntnis der gesamten Biografie geknüpft, sondern können auch explizit als kurze Fallvignetten dargestellt werden. Fallgebungen sind ausdrücklich auch von nicht regelmäßig Teilnehmenden gewünscht und können über die Fachgruppensprecherin bzw. deren Vertretung angemeldet werden.

Weiterhin erfolgt fachlicher Input durch Berichte der Teilnehmenden aus Fachtagungen, Fachmedien und anderen Quellen.

Häufiges Thema sind erheblicher Aufnahme- und Belegungsdruck sowohl in der Allgemeinen als auch der Forensischen Psychiatrie. Die Unterbringungszahlen gemäß § 126 a StPO und § 63 StGB nehmen bundesweit fortlaufend zu, mittlerweile ist im Bundesgebiet jedes 4. bis 5. psychiatrische Krankenhausbett ein forensisches. Die Forensische Klinik in Wunstorf wird

die bereits geplante weitere Station mit 22 Betten statt 2024 erst 2025 eröffnen können.

Die bereits beschriebene Zahl überwiegend männlicher Psychoseerkrankten, die forensisch untergebracht werden, ist konstant bzw. weiter zunehmend (≥75%). Auch 2024 standen bei einer Vielzahl vorgestellter Kasuistiken Geflüchtete bzw. migrierte Patient*Innen im Mittelpunkt. Hier wäre zu beleuchten, ob gerade diese Personengruppe im bestehenden Versorgungssystem mit mehr „Komm“- als aufsuchenden Angeboten unterversorgt ist.

Die Gestaltung sozialer Empfangsräume nach stationären Behandlungen gestaltet sich zunehmend herausfordernder, hier wäre eine Entlastung durch Schaffung entsprechender gut ausgestatteter psychiatrischer Wohneinrichtungen wünschenswert.

Die Versorgungspsychiatrie könnte auch weiterhin enger mit der forensischen Psychiatrie vernetzt sein. Unser verfügbares Knowhow im Risikomanagement im Umgang mit fremdaggressivem Verhalten wird nicht oft genug abgerufen. Auch wenn wir uns eines regen Zuspruchs erfreuen: Das Beratungsangebot der Fachgruppe darf noch häufiger aus allen Settings der Versorgungslandschaft genutzt werden.

In einigen Bundesländern werden bereits präforensische Ambulanzen im Schulterschluss von Allgemeiner und Forensischer Psychiatrie etabliert; es bleibt zu hoffen, dass die Voraussetzungen derartiger Projekte auch in Niedersachsen geschaffen werden.

Ein (kleiner, weil weit entfernter...) Leuchtturm ist für mich der Hamburger Psychiatrieplan 2025, der eine klare, bedarfsorientierte und in enger Vernetzung geplante Versorgungsbereitschaft ausdrückt:

„Mit der Drucksache 22/12831 hat die Hamburgische Bürgerschaft den Senat ersucht:

1. „weiterhin das Ziel zu verfolgen, Strukturen und Leistungen der Psychiatrie in Hamburg konsequent an den Bedürfnissen der betroffenen Personen, ihrer Angehörigen und Nächsten auszurichten und diese partizipativ und sozialraumorientiert so zu

gestalten, dass die Anwendung von Zwang nach Möglichkeit ausgeschlossen wird;

2. den im Jahr 2019 vorgelegten Psychiatriebericht im Austausch mit wichtigen Akteuren des Hamburger Hilfesystems zu einem Hamburger Psychiatrieplan weiterzuentwickeln und in diesem Rahmen folgende Schwerpunkte zu verfolgen: a. darauf hinzuwirken, dass die Früherkennung und Frühintervention bei psychischen Erkrankungen gestärkt wird, um Chronifizierung zu vermeiden, b. darauf hinzuwirken, dass insbesondere Maßnahmen mit dem Ziel entwickelt werden, forensische Krankheitsverläufe zu vermeiden und die Fallzahlen der Forensischen Psychiatrie perspektivisch zu senken, c. aufsuchende Angebote, zum Beispiel durch den sozialpsychiatrischen Dienst, in der psychiatrischen Versorgung zu befördern, d. regionale Verbünde nach gemeindepsychiatrischen Prinzipien für eine verbindliche rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit und Vernetzung zu befördern, e. die Möglichkeiten zur Installation einer Psychiatriekoordination für Hamburg zu prüfen...“

Auch wenn in einem Flächenland wie Niedersachsen andere Voraussetzungen vorliegen als in einem Stadtstaat wäre es zumindest für die regionale Versorgung vielleicht lohnenswert, den Blick auf die dortigen Überlegungen und Planungen zu werfen.

**Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störung“
von Daniela Kraune (Sprecherin der Fachgruppe)**

Ziel der Fachgruppe ist es, die Interessen der Zielgruppe aufzuzeigen und Handlungsbedarfe festzustellen. Die Fachgruppe wirkt darauf hin, das bestehende Versorgungssystem auszubauen und die Kooperation und institutionsübergreifende Zusammenarbeit der multiprofessionellen Fachleute zu fördern.

Teilnehmende
In der Fachgruppe treffen sich Mitarbeitende der Leistungserbringenden aus den Bereichen Wohnen und Arbeit sowie Kolleg*innen von Beratungsstellen, die

mit Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankung tätig sind.

Sitzungstermine
Die Fachgruppe tagt jeden letzten Mittwoch in den geraden Kalendermonaten. Im Jahr 2024 haben die Termine in der Gradestraße 20 stattgefunden.

Bearbeitete Themen

- 28.02.2024**
- Evaluation der Gruppenentwicklung -> mittels einer IST-Stand-Analyse zeigt sich, dass es bei den Gruppenteilnehmenden an Interdisziplinarität fehlt. Vor allem die mangelnde Teilnahme von Vertretenden aus psychiatrischen Kliniken wird bedauert.
 - Austausch zur psychiatrischen Versorgungslage von Menschen aus dem Personenkreis der Fachgruppe -> übereinstimmend stellt die Gruppe fest, dass es relevante Versorgungslücken für die Menschen mit geistiger Behinderung bei psychiatrischen Erkrankungen gibt. Ebenso fehlen angemessene Netzwerkstrukturen zwischen den Leistungserbringern der Eingliederungshilfe und den Fachkliniken.
 - Jahresplanung 2025

- 24.04.2024**
- Kündigung von Wohn- und Betreuungsverträgen durch den Leistungserbringer -> Austausch und Diskussion anhand von Praxisbeispielen und Feedback aus dem AKG
 - Aktuelle Situation Verpreislichung von Fachleistungen im Spannungsfeld HMB und BENI -> Erfahrungsaustausch und Diskussion

- 26.06.2024**
- Vorstellung der Wohn- und Beschäftigungsangebote in der Eingliederungshilfe im Unternehmen Warendorff
 - Kollegiale Fallberatung

- 28.08.2024**
- Kurzvorstellung der Diakonie Himmelsthür e.V. als „Großunternehmen“ der Eingliederungshilfe

- Eingliederungshilfe in Zeiten von politischem, gesellschaftlichem und sozialem Wandel -> Austausch und Diskussion zu Möglichkeiten und Grenzen / Ressourcen und Hindernissen

- 16.10.2024**
- Vorstellung „Inklusives Wohnprojekt Wiesenau“ -> eine eigentlich geplante Exkursion hat aufgrund äußerer Umstände nicht stattfinden können, so dass sich die Gruppe für eine Vorstellungspräsentation und Austausch im Rahmen des Gruppentreffens entschieden hat.
 - Reflexion der Gruppentreffen in 2024 und Ausblick auf 2025

Ausblick
Bedauerlicherweise ist es nicht gelungen die Fachgruppe sowohl personell, als auch interdisziplinär so zu stärken, dass eine für die Mitglieder, aber auch für den Verbund mehrwertige Arbeitsfähigkeit gewährleistet ist.

Aus diesem Grund haben Frau Lagerbauer und Frau Kraune (Fachgruppensprecherin) nach gründlicher Abwägung entschieden, die Gruppe vorerst ruhen zu lassen.

Für die Zukunft ist vorgesehen die Anliegen und Themen, welche sich für den Personenkreis dieser Fachgruppe ergeben, punktuell und anlassbezogen in den bestehenden Gruppen im Verbund zu platzieren.

**Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“
von Cordula Bolz (stellv. Sprecherin der Fachgruppe)**

Die Fachgruppe Gerontopsychiatrie hat sich zur Aufgabe gemacht, die Zusammenarbeit mit allen Akteuren in der Gerontopsychiatrie zu verbessern. Sie möchte Kompetenzen und Ressourcen bündeln, sowie Angebote in der Gerontopsychiatrie sichtbar machen.

Sitzungstermine
In 2024 haben 4 Treffen der Fachgruppe stattgefunden. Die Sitzungen haben im vergangenen Jahr in

verschiedenen teilnehmenden Einrichtungen stattgefunden, um diese kennenzulernen.

Teilnehmende

An den Sitzungen beteiligten sich durchschnittlich 10-12 Personen, die stationäre Einrichtungen, wie Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, teilstationäre und ambulante Einrichtungen, wie Pflegedienste, Ergotherapiepraxen und Beratungsstellen, vertreten haben.

Bearbeitete Themen

In der Fachgruppe stand in 2024 das Thema „schwer erreichbares Klientel“ im Focus. Dafür wurden die Sitzungen inhaltlich folgendermaßen gestaltet:

- Was sind schwer erreichbare Klienten in den verschiedenen Arbeitsbereichen? Sammlung und Selbstverständnis
- Input zum Thema durch das Caritasforum Demenz
- Präsentation zweier Ergotherapiepraxen im Kontext schwererreichbare Klientel. Im Vordergrund standen die Möglichkeiten therapeutischer Unterstützung für ältere Menschen in Verwahrlosung und mit Messiesyndrom.
- Inwieweit können haushaltsnahe Dienstleistungen und zugehende Betreuung dazu beitragen, schwierige Lebenssituation positiv zu lenken? - Vorstellung eines spezialisierten Haushaltsdienstleisters mit sozialpädagogischem Hintergrund.
- Relevante Fallbesprechungen

Schwer erreichbares Klientel ist ein weiterhin sehr relevantes Thema für die Fachgruppe, da diese Personengruppe am stärksten unter den Veränderungen in der gesamten Pflegelandschaft leidet. In Zukunft werden besondere Angebote und eine leichte Zugänglichkeit benötigt, um Menschen, die sonst unter dem Radar verschwinden, ein Angebot zu machen. Die Fachgruppe hat sich deshalb für 2025 vorgenommen, Kontakt zur Fachgruppe Obdachlosigkeit aufzunehmen und über eine bessere Verzahnung zu beraten. Außerdem gibt es ein großes Interesse aus der Gruppe besondere Angebote, die sich an ältere Obdachlose richten, kennenzulernen.

Ausblick

Auch in Zukunft will die Fachgruppe das Expertenwissen der Teilnehmenden nutzen für Fallbesprechungen und kollegiale Beratung. Inzwischen wurde dazu eine Systematik zur Fallbesprechung erprobt, die sich sehr bewährt hat. Auf diese Weise können die Teilnehmende auch ganz praxisnahe Ideen für ihr jeweiliges Arbeitsfeld mitnehmen.

Runder Tisch/Fachgruppe „Sucht und Drogen“

von Frank Woike (Beauftragter Sucht und Suchtprävention der Landeshauptstadt Hannover)

Der „Runde Tisch Sucht und Drogen“ der Landeshauptstadt Hannover erfüllt die Funktion als Fachgruppe „Sucht und Drogen“ im Sozialpsychiatrischen Verbund. Er hat die Aufgabe, die unterschiedlichen Aktivitäten im Bereich von Suchthilfe und Drogenbekämpfung, neue Projektüberlegungen und die aktuelle Situation darzustellen und zu diskutieren.

Sitzungstermine

4 Sitzungen pro Jahr (einmal pro Quartal)

Teilnehmende

Knapp 60 Personen und Institutionen aus den Bereichen der Sucht- und Drogenhilfe, Parteien, Polizei, Staatsanwaltschaft, Justiz, Jobcenter, Ärzt*innen-schaft, Kostenträger, Landesministerien, Verwaltung und Selbsthilfegruppen

Bearbeitete Themen

Kontrollierte Abgabe von Cannabis

Dieses Thema hat den Runden Tisch in zweifacher Sicht beschäftigt: Durch die kontrollierte Abgabe stieg der Präventions- und Beratungsbedarf sowohl in Schulen, als auch bei Eltern und Anbauvereinigen signifikant an. Außerdem stellen sich, auch aufgrund der nicht immer eindeutigen juristischen Formulierungen, Fragen zur korrekten Auslegung des Gesetzes. Da für Jugendliche der Kauf von Cannabis verboten bleibt, haben Themen wie synthetische Cannabinoide, neue psychoaktive Stoffe (NPS) und Bestellungen

im Internet weiterhin eine große Bedeutung für diese Altersgruppe.

Gleichzeitig wurde das Modellvorhaben zur Einführung von Modellshops für den Verkauf von Cannabis zu wissenschaftlichen Zwecken in der Stadt Hannover vorgestellt und diskutiert. Dieses Projekt ist auf fünf Jahre angelegt und ist als Angebot ausschließlich für Bürger*innen gedacht, die ihren ersten Wohnsitz in der Stadt Hannover haben. Das wissenschaftliche Interesse konzentriert sich auf die Aspekte, ob eine kontrollierte Abgabe zu einem veränderten Konsumverhalten führt und ob mit dem Angebot der Schwarzmarkt kleiner wird. Auch die Preisgestaltung und Angebote zur harm reduction sind Argumente für dieses Vorhaben. Für die Modellshops in Hannover und Frankfurt am Main wurde Ende 2024 ein gemeinsamer Antrag an die Bundesagentur für Landwirtschaft und Ernährung geschickt.

Drug checking

Durch den neuen § 10b im BtMG ist nun auch ein drug checking sowohl für den Freizeitbedarf/Eventkonsum als auch für illegale Drogen im öffentlichen Raum möglich. Das bundesweit erste Projekt dazu in Berlin hat über ihren Start und ihr Konzept beim Runden Tisch berichtet. In dem persönlichen Gespräch mit der Übermittlung des Testergebnisses ist auch ein Beratungsangebot verbunden. Außerdem werden die Testergebnisse im Netz veröffentlicht (<https://drugchecking.berlin/aktuelle-warnungen>).

Für das Land Niedersachsen ist eine entsprechende Verordnung im Verfahren. Für die Stadt Hannover ist ein konkreter Probelauf für Selbsttestungen für das Jahr 2025 in Planung (offene Drogenszene).

Substitution Crack und Tagesstruktur

Im gesamten Jahr lief der bundesweite Austausch von Großstädten, die sich daran beteiligen möchten. Derzeit gibt es neun interessierte Kommunen. Sehr schwierig gestaltet sich die Kostenübernahme der Substitution sowohl für Versicherte wie auch für Nichtversicherte. Für die Tagesstruktur gibt es für Hannover konkrete Vorschläge wie Tagesschlafplätze, ein Freizeitcafé, Beratungsräume und ein Angebot für Frauen. In Hannover gestaltet sich die Suche nach

einer geeigneten Immobilie als sehr herausfordernd. Über den jeweiligen Verlauf wurde beim Runden Tisch berichtet.

Fachgruppe „Inklusion“

von Katrin Kuhn und Marco Schomakers (Sprecherin und 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.

Bearbeitete Themen

Es finden aktuell keine öffentlichen Treffen der Fachgruppe statt. Im Sozialpsychiatrischen Verbund besteht Einigkeit darüber, dass das Thema „Inklusion“ als Querschnittsthema verankert ist und die inklusive Haltung der Arbeit des AKG und seiner Organe die Grundlage dafür stellt.

Die Sprecher*innen der Fachgruppe erhielten den Auftrag, den dazugehörigen Prozess zu begleiten. Deshalb fanden zwischen September 2022 und Juli 2023 Fachgespräche in insgesamt 10 Fachgruppen des Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie statt. In den Gesprächen wurde mit einem Gesprächsleitfaden ein IST-Stand zum Thema Inklusion in den Fachgruppen erhoben.

Die Grundlage für den Gesprächsleitfaden ergibt sich aus der UN-BRK, insbesondere die Ziele der Partizipation und der Barrierefreiheit kamen hier zum Tragen.

Im März 2024 wurden die Ergebnisse der Fachgespräche im Plenum des AKG vorgestellt und das weitere Vorgehen geplant. In Abstimmung mit der Psychiatriekoordinatorin und dem Sprecher*innenkreis der Fachgruppen wurde entschieden, die Befragung nach einiger Zeit zu wiederholen, um den Fortgang des Prozesses zu dokumentieren und weitere Änderungsimpulse zu setzen. Die Fortführung der Befragung ist aktuell für 2026 geplant.

Bis dahin tagt die Fachgruppe in unregelmäßigen Abständen, bei Bedarf auch mit der Psychiatriekoordinatorin, um den Fortgang des Prozesses zu begleiten und fungiert als Ansprechpartner für das Thema Inklusion im Sozialpsychiatrischen Verbund.

Da Frau Böcker als ein langjähriges Mitglied der Sprecher*innengruppe Anfang 2025 aus dem Gremium ausgeschieden ist, ist aktuell die weitere personelle Besetzung zu klären.

**Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“
von Matthias Eller (Sprecher der Fachgruppe)**

Die Fachgruppe versteht sich als Fachgremium, das die Bedarfe von Kindern und Jugendlichen diskutiert, Lösungsmöglichkeiten erarbeitet und durch die Verbundarbeit eine Öffentlichkeit herstellt, die auch von den Entscheidungsträger*innen und Gremien wahrgenommen wird. Der Austausch findet vor dem Hintergrund der jeweiligen teilnehmenden Institutsvertreter*innen statt.

Sitzungstermine

Die Fachgruppe tagt im vierteljährlichen Rhythmus, jeweils am ersten Mittwoch im März, Juni, September und Dezember von 15 bis 17 Uhr in der Gradenstraße (Region Hannover).

Teilnehmende

Mitglieder der Fachgruppe sind Mitarbeitende unterschiedlichster Institutionen aus dem sozialpsychiatrischen und dem Jugendhilfe-Bereich:

- AfW- Arbeitsgemeinschaft für Wohngruppen und sozialpädagogische Hilfen e.V. Hannover, Heilpädagogische-therapeutische Wohngruppe Lichtblick
- AMEOS Hildesheim
- Autismus- Zentrum Hannover GmbH
- ASD Langenhagen
- AWO
- BAF e.V.- Bildungsmaßnahmen im Arbeits- und Freizeitbereich
- Beta 89
- ESTA e.V.

- FaB gGmbH– Fachanbieter für Betreuungen
- Fachhochschule Hannover Winnicott- Institut
- FIPS – Ambulante psychiatrische Fachpflege
- Gesellschaft für pädagogisch-psychologische Beratung e.V., Sallstraße,
- gGiS mbh
- HKA, Auf der Bult, Kinder- und Jugendkrankenhaus, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
- HKA, Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
- Inuit e. V. – Sozialpädagogische Familienhilfe
- KRH, Klinikum Region Hannover, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Wunstorf
- LH Hannover, Fachbereich Jugend und Familie, Heimverbund,
- LH Hannover, Fachbereich Jugend und Familie, Jugend- und Familienberatung
- Lichtblick
- Niedersächsische Landesschulbehörde, Regionalabteilung Hannover,
- Paritätische Suchthilfe Niedersachsen (Wohngruppe Nordhafen)
- Pestalozzi- Stiftung
- POLAT Soziale Dienste
- Region Hannover, Allgemeiner Sozialer Dienst, Eingliederungshilfe
- Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und
- Jugendliche
- Region Hannover, Psychiatriekoordination des Sozialpsychiatrischen Verbundes
- Regionales Landesamt für Schule und Bildung (RLSB) Hannover
- Schulen: IGS Kronsberg, Peter-Ustinov-Schule
- Sozialpädiatrisches Zentrum Hannover, Auf der Bult
- Stadt Langenhagen, Allgemeiner Sozialer Dienst, Eingliederungshilfe
- Stephansstift- Evangelische Jugendhilfe
- Unterstützerkreis Flüchtlingsunterkünfte Hannover e.V.
- Violetta e.V.

Die Fachgruppe wird von drei Sprecher*innen moderiert und organisiert.

Im Mai 2025 hat das Sprecher*innen-Team gewechselt.

Bearbeitete Themen

Vorstellungsrunde und Bericht der teilnehmenden Mitglieder

Die Vorstellungsrunde und Bericht aus den jeweiligen Einrichtungen ist fester Bestandteil im Ablauf der Fachgruppe.

Ein Ziel der Fachgruppe besteht darin die jeweiligen Arbeitsweisen der unterschiedlichen Träger im ambulanten sowie stationären Bereich aus Teilen der Psychiatrie, sowie aus Teilen der Jugendhilfe kennenzulernen und mögliche Verbesserungen in der Versorgung anzustoßen.

Schulvermeidung

Frau Schulze (LHH 51.24) berichtet über die Inhalte und Ergebnisse aus der externen Arbeitsgruppe „Schulvermeidung“.

Intervisionsgruppe „Kinder psychisch kranker Eltern“

Frau Mezian (Fachplanung der Landeshauptstadt Hannover) stellt die Arbeitsweise der alten, nicht mehr existenten „Systemische Intervisionsgruppe “ vor und wirbt für einen Neustart.

Bedarf an Psychotherapeut*innen bei Kindern und Jugendlichen

Es wird auch über die Wartezeiten und Zugänge in den niedergelassenen Kinder- u. Jugendpsychiatrischen Praxen gesprochen. Weiter wurden die Wartezeiten in den drei Kliniken der Region und Engpässe im KSD und in den ASD der Region Hannover thematisiert.

Zugänge und Nutzung der ambulant psychiatrischen Pflege in der Region Hannover

Frau Jannusik (Ambulant Psychiatrische Pflege, FIPS) erklärt die Zugänge und wirbt für dieses Angebot.

Inhalte und Zielrichtung der Fachgruppe

Unter dem Eindruck, dass sich die Beteiligung an den Fachgruppensitzungen in den letzten Jahren reduziert hat, wird über die (Neu-)Ausrichtung der Fachgruppe unter Einbezug der 2023 entwickelten „Visitenkarte“

diskutiert, auch um gezielt potentielle Mitglieder einzuladen und für die Mitarbeit zu werben.

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

Sitzungstermine

Zweimal im Jahr jeweils mittwochs (am 24.04.2024, 18.12.2024 und 28.05.2025) im Haus der Region in Hannover (Hildesheimer Straße 20).

Teilnehmende

Sozialpsychiatrischer Dienst (Leitung, Psychiatriekoordination), Ordnungsbehörde und Beratungsstelle der Region Hannover, Feuerwehr Stadt Hannover, Rettungsdienst Stadt und Region Hannover, Amtsgericht Hannover, Polizeidirektion Hannover, Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Straßensozialarbeit und Koordination Wohnungslosenhilfe Stadt Hannover, Klinikum Wahrendorff, Klinikum Region Hannover Psychiatrie Langenhagen, Verein Psychiatrie-Erfahrener, Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen.

Bearbeitete Themen und Ergebnisse

- Die Vertreter*innen der „Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Niedersachsen und Bremen“ (AANB) wünschen sich in der Region Hannover eine zentrale Stelle für die psychiatrische Notfallversorgung, die 24 Stunden an 7 Tagen erreichbar ist und den jeweiligen Notfall über Tage verfolgt (wobei z. B. eine „Ticketnummer“ vergeben wird).
- Nach ihrer Auffassung sollte der KVN-Bereitschaftsdienst schneller vor Ort sein als bisher. Mit dem SpDi tagsüber sind die Erfahrungen insgesamt gut.
- Die Vertreterinnen des VPE Hannover e. V. bekunden, dass sie einschätzen könnten, wenn im Tagestreff des VPE eine anwesende Person in eine Krise zu geraten drohe. Viele Betroffene würden ihren Hilfebedarf einsehen und sich freiwillig in eine psychiatrische Klinik begeben. Manche Personen in einer akuten psychotischen Krise würden sich selbst nicht für psychisch krank halten und dadurch zu einer merklichen Belastung für andere

psychisch kranke Menschen im Tagestreff des VPE werden. Manchmal müsste der VPE für derartige Personen mit schwierigen Verhaltensweisen ein Hausverbot aussprechen. Falls das Hausverbot nicht befolgt würde, werde auch die Polizei und der Rettungsdienst hinzugerufen. Das Hinzuziehen der Polizei setze die Menschen in derartigen Krisen immer sehr unter Druck, da diese sofort eine Zwangsunterbringung befürchten würden. In solchen Krisensituationen im VPE-Tagestreff bestehe der Wunsch, dass sehr schnell eine kompetente ärztliche Person vor Ort komme. Insofern hätte der VPE gerne eine Direktdurchwahl, um darüber eine entsprechende ärztliche Hilfe herbeizurufen.

- Im September 2024 ist das erste Gemeindepsychiatrische Zentrum (GPZ) in der Region Hannover eröffnet worden, Standort Neustadt a. Rbge, Lindenstraße 77a, direkt gegenüber dem Allgemeinen Krankenhaus. Es handelt sich beim GPZ Neustadt um eine Kooperation des Fachdienstes SpDi der Region Hannover mit der KRH-Psychiatrie Wunstorf. Innerhalb eines Gebäudes befindet sich eine SpDi-Beratungsstelle, eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) und eine Psychiatrische Tagesklinik (TK). Angeboten werden zukünftig institutionsübergreifende gemeinsame Hausbesuche und Gruppentherapien, außerdem gemeinsame Dienstbesprechungen und eine gemeinsam genutzte Dokumentationssoftware. Die Nutzung der GPZ-Angebote ist freiwillig. Jede einzelne Institution (SpDi, PIA, TK) kann auch unabhängig voneinander genutzt werden.
- Es wird in der Fachgruppe betont, dass ein sicher diagnostiziertes Alkoholentzugsdelir mit Wahnsymptomatik auf jeden Fall einer stationären Behandlung bedarf (auf freiwilliger Basis oder aufgrund einer Zwangseinweisung).
- Sollte eine sofortige Unterbringung voraussichtlich körperliche Zwangsmaßnahmen erfordern, so ist in der Regel das Unterbringungsverfahren gemäß BGB vom zeitlichen Ablauf her zu „schwerfällig“, sodass in diesen Fällen die Unterbringung gemäß NPsychKG vorrangig infrage kommt.
- Die Polizei kann den ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVN nicht ausdrücklich zur Erstellung eines ärztlichen Zeugnisses für eine NPsych-

KG-Unterbringung einbestellen, da es sich bei der Erstellung dieses Zeugnisses nicht um eine vertragsärztliche Leistung handelt. Momentan ist es daher zwingend notwendig, dass die Polizei in psychiatrischen Krisensituationen den KVN-Bereitschaftsdienst immer mit dem Anliegen hinzubittet, dass sich die Bereitschaftsärzt*innen um die ärztliche Diagnostik und Krisenintervention der in Not geratenen psychisch kranken Person kümmern, wozu der Bereitschaftsdienst wiederum verpflichtet ist. Ist der ärztliche Bereitschaftsdienst vor Ort und kommt zu der Einschätzung, dass eine Zwangsunterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus notwendig ist, hat er bisher auch das ärztliche Zeugnis gemäß § 18 NPsychKG erstellt und dafür eine Zusatzvergütung der Region Hannover erhalten. Die Vertreter der Polizeidirektion Hannover monieren, dass eine „falsche“ Auftragsformulierung durch die Polizei dazu führen kann, dass der KVN-Bereitschaftsdienst bei einer psychiatrischen Krisensituation nicht tätig und die Polizei über das Nicht-Erscheinen jedoch im Unklaren gelassen wird und Stunde um Stunde vergeblich wartet. Die Polizei hält es für nicht tragbar, dass eine „ungünstige Formulierung“ vonseiten der Polizei zu einer fehlenden Verbindlichkeit des KVN-Bereitschaftsdienstes führt. Daraus leiten die Vertreter der Polizei die Forderung ab, dass die Polizei – unabhängig davon, wie sie ihren Wunsch nach Erscheinen der fahrenden Bereitschaft der KVN formuliert – stets priorisiert zu bedienen ist, da aus Sicht der Polizei zunächst immer die symptom-basierte Untersuchung der festgehaltenen Person dringend erforderlich ist. Die Mitglieder der Fachgruppe erwarten von der Region Hannover als für die Gefahrenabwehr zuständige Behörde, dass sie sich darum kümmert, dass die Erstellung des ärztlichen Zeugnisses im Unterbringungsverfahren gemäß NPsychKG angemessen zügig erfolgt.

- Zum 1. Juli 2025 wird der ärztliche Bereitschaftsdienst der KVN in der Region Hannover und ganz Niedersachsen neu organisiert und komplett von den Johannitern (mit von ihnen angestellten Fachkräften) übernommen. Niedergelassene Ärzt*innen können sich daran freiwillig beteiligen, müssen es aber nicht („von der Pflicht zum

Recht“). Ein Grund für die Neuorganisation des Bereitschaftsdienstes war die zu geringe und damit nicht effektive Auslastung des bisherigen fahrenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Künftig wird auch nicht-ärztliches Personal im fahrenden Bereitschaftsdienst zum Einsatz kommen (z. B. für Katheter-Wechsel), wobei die Möglichkeit besteht, ärztliche Fachkräfte per Telefon oder Video hinzuzuziehen. Innerhalb von 30 Minuten soll es ermöglicht werden, dass nach Kontaktaufnahme eine hilfesuchende Person mit einer ärztlichen Fachkraft per Telefon oder Video verbunden wird. Die Region Hannover wird einem gemeinsamen Einsatzgebiet mit den Landkreisen Celle, Nienburg und Schaumburg zugeordnet. Die Johanniter betreiben zwei Wachen, von denen aus die Fahrzeuge zum Einsatz starten. Es wird vonseiten der FG betont, dass bei Bekanntwerden einer psychiatrischen Notfallsituation stets die Notwendigkeit besteht, dass sich eine Ärztin oder ein Arzt vor Ort um eine Diagnosestellung kümmert. Erst danach kann entschieden werden, ob eine stationäre Unterbringung gemäß NPsychKG erforderlich ist oder nicht. Die Region Hannover erklärt ihre Bereitschaft, durch eine angemessene finanzielle Vergütung zu ermöglichen, dass Ärzt*innen das notwendige ärztliche Zeugnis gemäß § 18 NPsychKG in angemessener Zeit erstellen.

- Der B-Dienst der Feuerwehr Hannover hat im Mai 2025 angeregt, dass auf dem Formular des ärztlichen Zeugnisses gemäß § 18 NPsychKG eine Rubrik eingerichtet wird, in der der B-Dienst stichwortartig seine eventuelle Ablehnung der Unterbringung begründen kann. Diese allgemein zu begrüßende Anregung soll umgesetzt werden.

Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“ Von Alla Minasova (Sprecherin der Fachgruppe)

Die Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“ widmet sich seit ihrer Gründung im Jahr 2006 zentralen Fragestellungen an der Schnittstelle von Migration und psychosozialer Versorgung. Ihr Fokus liegt insbesondere auf folgenden Aspekten:

- Integration von Menschen mit Migrationshintergrund in das sozialpsychiatrische Versorgungssystem,
- transkulturellen Öffnung psychosozialer Dienste und Einrichtungen

Menschen mit Migrationsbiografie stellen eine bedeutende Zielgruppe innerhalb der sozialpsychiatrischen Versorgung in der Region Hannover dar. Der Zugang zu geeigneten Hilfsangeboten sowie eine kultursensible, ressourcenorientierte Unterstützung sind wesentliche Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte psychosoziale Begleitung.

Die Fachgruppe versteht sich als interdisziplinäres Forum für Fachkräfte aus verschiedenen Institutionen und Professionen. Sie trägt dazu bei, migrationspezifische Perspektiven in die Weiterentwicklung des Versorgungssystems einzubringen, strukturelle Hürden abzubauen und den fachlichen Austausch zu fördern.

Die Fachgruppe hat sich folgende Ziele gesetzt:

- Informationsvermittlung über die psychosoziale Lage von Migrant*innen und Geflüchteten in der Region Hannover
- Sensibilisierung für transkulturelle Fragestellungen in Gesellschaft, Fachöffentlichkeit und Versorgungssystem
- Förderung einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung für Menschen mit Migrations- oder Fluchterfahrung
- Ausbau der Vernetzung von interessierten Fachkräften und Behandler*innen
- Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen und Trägern
- Förderung des Erfahrungsaustauschs unter den Beteiligten
- Strukturierte Vernetzung und Entwicklung gemeinsamer Strategien

Sitzungstermine

Die Fachgruppe hat sich im Jahr 2024 viermal an folgenden Terminen von 15:00 -17:00 Uhr getroffen:

19.03.2024, 18.06.2024, 17.09.2024, 17.12.2024

(jeden dritten Dienstag des letzten Monats im Quartal).

Teilnehmende

Im Jahr 2024 schwankte die Zahl der Teilnehmenden pro Sitzung zwischen 10 und 15 Mitarbeiter*innen aus verschiedenen Einrichtungen der psychosozialen Versorgung in der Region Hannover. Die beteiligten Organisationen bringen unterschiedliche fachliche Perspektiven ein und tragen so zur bereichsübergreifenden Vielfalt und Qualität der Arbeit in der Fachgruppe bei.

Vertreten waren u. a. folgende Einrichtungen:

- Ambulante Hilfen für Menschen mit Behinderung
- DRK Wohnheim
- Ethno- Medizinisches Zentrum e.V.
- Institut für transkulturelle Betreuung e.V.
- Klinikum der Region Hannover Psychiatrie Wunstorf
- Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge e.V.
- Perspektiven GbR
- SpDi Region Hannover
- Psychiatriekoordinatorin der Region Hannover
- Laienhelferkreis e. V.
- Frauen-Treffpunkt e. V.
- Paritätische Suchthilfe Niedersachsen
- kargah e. V.
- Caritas

Diese regelmäßige und engagierte Teilnahme bildet die Grundlage für einen konstruktiven Austausch, die Entwicklung gemeinsamer Lösungsansätze sowie die nachhaltige Vernetzung im Feld Migration und Psychiatrie.

Bearbeitete Themen

Die Verbesserung der Vernetzung zwischen Einrichtungen und Angeboten im Arbeitsfeld Migration und Sozialpsychiatrie stellt einen zentralen Schwerpunkt der Fachgruppe dar. Im Jahr 2024 fanden alle Treffen in unterschiedlichen Mitgliedsorganisationen statt. Dabei hatten der kargah e. V., die sozialpsychiatrische Beratungsstelle Plauener Straße, die Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Drobs Hannover (Paritätische Suchthilfe Niedersachsen) sowie die ema gGmbH die Gelegenheit, ihre jeweiligen Konzepte,

Angebote, Projekte sowie aktuellen Bedarfe zu präsentieren.

Durch die regelmäßige Teilnahme der Psychiatriekoordinatorin Frau Lagerbauer an den Sitzungen der Fachgruppe ist zudem ein wichtiger institutioneller Austausch sichergestellt. Auf diesem Wege können gemeinsam erarbeitete Fragestellungen in zuständige Gremien eingebracht werden, um dort gezielte Unterstützung und weiterführende Impulse zu erhalten.

Ausblick

Die Integration von Migrant*innen in das sozialpsychiatrische Versorgungssystem wird auch künftig ein zentraler Arbeitsschwerpunkt der Fachgruppe bleiben. Der fachliche Austausch, das Lernen voneinander sowie gemeinsame Fallbesprechungen stellen weiterhin tragende Säulen der Zusammenarbeit dar.

In den kommenden Sitzungen werden sich die Teilnehmenden verstärkt mit folgenden Themen befassen:

- Entwicklung von fachlichen Konzepten zur transkulturellen psychosozialen Versorgung
- Erwerb und Vertiefung von Fachkompetenzen, insbesondere durch Fort- und Weiterbildungsangebote
- Querschnittsarbeit zur Verankerung migrations-sensibler Perspektiven in bestehenden Versorgungsstrukturen und Netzwerken

Die Fachgruppe versteht sich dabei weiterhin als Plattform für interdisziplinäre Zusammenarbeit und Impulsgeberin für die Weiterentwicklung einer inklusiven und kultursensiblen sozialpsychiatrischen Praxis in der Region Hannover.

Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“

von Silvia Fleßner, Christina Günther und Sabine Tomaske (Sprecherinnen der Fachgruppe)

Die Fachgruppe setzt sich mit dem Thema der psychiatrischen Versorgung wohnungsloser Menschen auseinander. Der aktive Austausch durch Teilnehmende aus den unterschiedlichsten Institutionen der Obdachlosenhilfe und der Sozialpsychiatrie führt zu mehr Verständnis für die jeweiligen Arbeitsbereiche und zu einer besseren Zusammenarbeit.

Die Hilfsangebote für wohnungslose, psychisch erkrankte Menschen werden weiterhin als nicht ausreichend/bedarfsdeckend eingeschätzt.

Ein großes Problem ist, neben allgemein mangelnden bezahlbarem Wohnraum, auch der Mangel an Plätzen in der stationären Eingliederungshilfe, welcher wiederum mitunter durch Mangel an Wohnraum bedingt ist. Personen, die eigentlich in einer eigenen Wohnung leben könnten, finden keine. Da diese nicht in die Obdachlosigkeit entlassen werden sollen, sind die Plätze in den stationären Einrichtungen dann weiterhin belegt. Personen, die sich durch einen Klinikaufenthalt soweit stabilisiert haben, dass sie eigentlich in eine besondere Wohnform ziehen könnten, müssen entweder in der Klinik verbleiben (wobei die Kosten von der Krankenkasse dann aber nicht mehr übernommen werden) oder in die Obdachlosigkeit entlassen werden. Sowohl in der Obdachlosigkeit als auch in Einrichtungen der Hilfen nach § 67 SGB XII droht eine erneute Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes, da eine ausreichende Behandlung der psychischen Erkrankung und passende notwendige Begleitung nicht zur Verfügung stehen.

Es wurde bei von Obdachlosigkeit betroffenen, psychisch erkrankten Personen zudem eine deutliche Steigerung einer körperlichen Degeneration, vor allem durch parasitären Befall, festgestellt. Eine medizinische Versorgung ist nicht ausreichend gegeben bzw. auch aufgrund der fehlenden hygienischen Bedingungen nicht möglich.

Sitzungstermine

Die Fachgruppe trifft sich regulär jeweils am dritten Mittwoch der ungeraden Monate von 14:00 bis 16:00 Uhr.

Teilnehmende

Die Fachgruppe besteht seit 1993 und setzt sich aus Vertreter*innen verschiedenster Institutionen der Wohnungslosenhilfe und der Sozialpsychiatrie sowie der Landeshauptstadt und der Region Hannover zusammen. Im Jahr 2024 gab es insgesamt 6 Treffen, die im Werkheim in der Büttnerstraße stattgefunden haben und bei denen über die Versorgung wohnungsloser Menschen mit einer psychischen Erkrankung gesprochen wurde. Die Liste der Teilnehmenden wurde überarbeitet.

Es besteht das Anliegen der Fachgruppe, dass möglichst dieselben Personen einer Institution zu den Treffen kommen, da ein Austausch so effektiver erscheint und die Kommunikation miteinander erleichtert wird, wenn sich die Anwesenden untereinander kennen und an frühere Themen angeknüpft werden kann. Auch Frau Lagerbauer als Psychiatriekoordinatorin hat, wie gewünscht, regelmäßig an den Sitzungen teilgenommen.

Im Jahr 2024 kam es aufgrund von Renteneintritt zu einem Wechsel der drei Sprecher*innen der Fachgruppe

Bearbeitete Themen

Ein großes Thema im Jahr 2024 ist das so genannte Projekt „2030“, welches sich mit der Abschaffung der Obdachlosigkeit beschäftigt. Das gemeinsam formulierte Ziel der Europäischen Union, der Bundesregierung und auch der Landeshauptstadt Hannover lautet: „Kein Mensch muss 2030 mehr auf der Straße leben, weil jeder Zugang zu einem gesicherten Wohnraum hat – 24 Stunden, 7 Tage die Woche“.

Um dies überhaupt umsetzen zu können, bedarf es einer intensiven Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachbereiche sowie eine systematische Einbindung und Beteiligung von Personen aus dem Bereich der Wohnungslosenhilfe, Wohnungswirtschaft, etc. und selbstverständlich auch den Betroffenen selbst.

Die eigens hierfür gegründeten 21 Arbeitsgruppen befanden sich im Sommer 2024 im aktiven Arbeitsprozess und einige Teilnehmende, die auch Mitglieder in dieser Fachgruppe sind, haben über den aktuellen Stand berichtet.

Derzeit stellen sich reihum alle Institutionen, die an der Fachgruppe teilnehmen, nacheinander vor. Hierdurch soll ein besseres Verständnis und Bild von den Arbeitsbereichen der anderen Teilnehmenden entstehen und Kooperationen sowie ein Austausch untereinander gefördert werden. Des Weiteren werden auch gezielt Einrichtungen, Anbieter und Projekte eingeladen, um ihre Aufgaben und das Arbeitsfeld vorzustellen. Neuaufnahmen und eine weitere Teilnahme an der Fachgruppe sind immer möglich.

Es finden immer wieder ausführliche Fallbesprechungen statt, um die Handlungsoptionen, aber auch die (rechtlichen) Grenzen zu erörtern und aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten.

Ausblick

Die Vorstellung der einzelnen Institutionen, in denen die Teilnehmenden der Fachgruppe tätig sind, soll im Jahr 2025 fortgeführt werden.

Zudem wollen wir eine Neuausrichtung der Fachgruppe bewirken. Es findet derzeit ein reger Austausch dazu statt, was wir mit der Fachgruppe erreichen wollen und wie die von uns festgestellten Bedarfe zur Schließung von Versorgungsdefiziten an die Politik herangetragen werden kann.

Fachgruppe „Soziale Teilhabe“
von Birgitt Theye-Hoffmann und Ulrich Ehrhardt
(Sprecherin und stellvertretender Sprecher der Fachgruppe)

Die Fachgruppe Soziale Teilhabe hat das Ziel, die Kenntnis voneinander und das Miteinander im Austausch und in der Reflexion aktueller Themen zu fördern, die sich im Rahmen der Eingliederungshilfe und angrenzender Bereiche der sozialen Teilhabe ergeben. Hierbei entwickeln die Beteiligten die

Sitzungsthemen gemeinsam, so dass diese aus den unterschiedlichen Perspektiven und fachlicher Kompetenz mit multiprofessionellem Blickwinkel diskutiert und bearbeitet werden können.

Sitzungstermine

Die Fachgruppe trifft sich jeweils am 3. Mittwoch in den ungeraden Monaten von 9.00 bis 11.00 Uhr in den Räumen des Anbieters Mosaik gGmbH, Plathnerstr.3a, Hannover.

Teilnehmende

In der Fachgruppe nehmen Leistungserbringende der unterschiedlichen Formate in der Eingliederungshilfe (ambulante Assistenz, besondere Wohnformen, Tagesstätten, Werkstätten), Kontaktstellen, Betätigungsangebote, Psychiatrische Pflege und weitere komplementäre Dienste teil. Ebenso gehören VertreterInnen der Leistungsträger der Landeshauptstadt Hannover und der Region Hannover, Angehörige und Betroffene zum Kreis der Teilnehmenden.

Eingeladene ReferentInnen ergänzen die Prozesse zu den unterschiedlichen Themen mit ihrer Expertise.

Durchschnittlich nehmen ca. 30 Personen an den Sitzungsterminen teil.

Bearbeitete Themen

Im zurückliegenden Jahr waren die Sitzungen geprägt von den grundlegenden Veränderungen im Bereich der Qualifizierten Assistenzleistungen. Die große Sorge aus dem Vorjahr, dass es mit der Umstellung der Verträge zum Jahreswechsel 2024/25 zu Versorgungslücken und Qualitätseinschränkungen kommen könnte, hat sich verstärkt, auch wenn eine valide Evaluierung noch aussteht. In der FG erfolgte hierzu ein reger kreativer Austausch unter fortlaufender Einbeziehung der AG Qualität.

Zusätzlich beschäftigte sich die FG mit der Versorgungslandschaft im Bereich junger KlientInnen, der Schnittstelle zur Versorgung pflegebedürftiger psychisch kranker Menschen, der Wohnungslosenhilfe und den Beschäftigungs- und Arbeitsangeboten im Bereich der Teilhabe.

Teil der Sitzungen ist es, dass die Teilnehmenden umlaufend ihre jeweiligen Angebote bzw. Aufgabengebiete vorstellen. In den Vorstellungen bildet sich die gesamte Bandbreite der Fachgruppe ab.

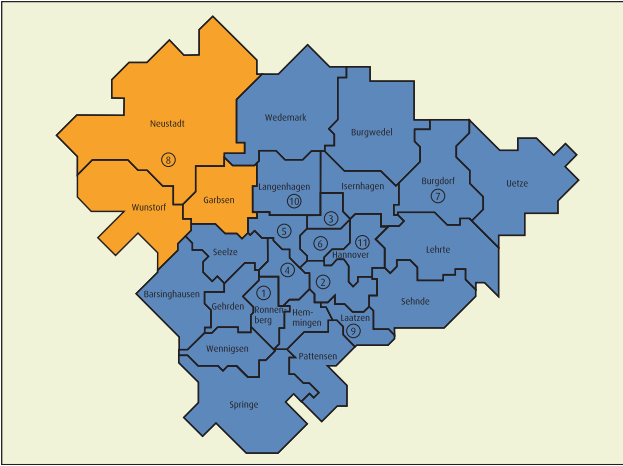
Ausblick

Der für alle bereichernde Fachaustausch zur Versorgungsstruktur der sozialen Teilhabe wird fortgesetzt ebenso wie die fokussierte Reflektion der Entwicklungen in der Qualifizierten Assistenz, den kompensatorischen Assistenzleistungen und der weiteren Umsetzung des BTHG in den besonderen Wohnformen. Die aktuellen Themen der Teilnehmenden finden auch im kommenden Jahr vorrangige Berücksichtigung.

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 arbeitenden Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen in der Region Hannover. Die Beratungsstellen sind für die Organisation und Durchführung der Sektor-Arbeitsgemeinschaften verantwortlich.

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Neustadt
von Frederik Müller (Region Hannover –
Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle
Neustadt, Wunstorf, Garbsen

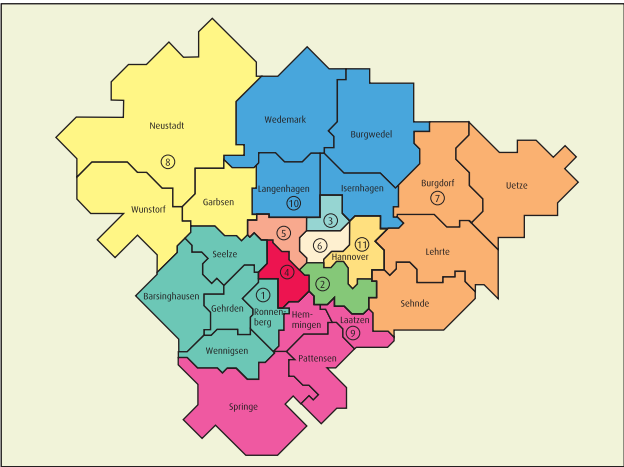


Sitzungstermine

Bisher wurde die SAG für den Versorgungssektor der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Neustadt, durch das quartalsmäßig stattfindende Gemeindepsychiatrische Koordinierungsgespräch des KRH Psychiatrie Wunstorf ersetzt.

Seit 2024 richtet die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Neustadt eine eigene SAG aus, die erstmalig am 15.05.2024 im Rahmen einer größeren Auftaktveranstaltung stattfand. Bei der Auftaktveranstaltung wurde ebenfalls das in Neustadt neu gegründete GPZ (Gemeinde-Psychiatrische-Zentrum) bestehend aus dem KRH Psychiatrie Wunstorf und der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Neustadt vorgestellt, welches am 01.09.2024 eröffnet wurde.

Weiter wurde bei der Auftaktveranstaltung gemeinsam über die zukünftige Ausrichtung der SAG diskutiert. Die Idee war die SAG aufgrund des großen Versorgungssektors zukünftig regional aufzuteilen und jeweils eine eigene SAG für die Bereiche Neustadt, Wunstorf und Garbsen zu veranstalten. So fanden in den Räumlichkeiten der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Neustadt am 06.11.2024 die SAG für den Bereich Neustadt, am 13.11.2024 für den Bereich



Wunstorf und am 20.11.2024 für den Bereich Garbsen statt.

Dabei wurde aber deutlich, dass eine regionale Aufteilung der SAG nicht praktikabel ist, da ein Großteil der teilnehmenden Akteur*innen überregional tätig bzw. zuständig ist.

Es wurde vereinbart, dass die SAG ab 2025 zweimal im Jahr in großer Runde, gemeinsam mit den drei Versorgungsbereichen Neustadt, Wunstorf und Garbsen stattfindet.

Weiter fand eine Themensammlung für die Inhalte zukünftiger SAG Veranstaltungen statt, wobei für den nächsten SAG Termin der Schwerpunkt auf den Bereich „altersspezifische Störungsbilder bei jungen Erwachsenen“ gelegt wurde.

Der erste SAG-Termin dieses Jahr fand am 12.03.2025 in den Räumlichkeiten des KRH Neustadt statt.

Teilnehmende

Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Neustadt, KRH Wunstorf-GPZ-PIA Neustadt, Balance Wohnen gGmbH, Stadt Wunstorf-Obdachangelegenheiten, Stadt Wunstorf-Soziale Dienste, Projekt Jugend Stärken, Tagesstätte Wunstorf Ex & Job, Caspar & Dase GmbH, GPZ Neustadt-Tagesklinik, Balance e.V., Region Hannover, Jobcenter Garbsen, Stadt Garbsen Seniorenarbeit, RE StaRT Hannover, Stadt Neustadt-Soziale Dienste, Jobcenter Neustadt, Jobcenter Wunstorf, Neue Burg, Projekt SprungBrett, Ev. Jugendwerkstatt Garbsen, AWO BeA Hannover, AufKurs Hannover, Region Hannover-Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendhilfe, Polizei Garbsen, Polizei Neustadt, Region Hannover-Sozialpsychiatrische Beratungsstelle-KJP, Region Hannover-JUST Best, Polizei Wunstorf, KRH Psychiatrie, Region Hannover-Pflegestützpunkt, Region Hannover-EGH, APP Birkenhof, Caritas Hannover, AHMB e.V., Betreuungsverein-Lebenshilfe, Erziehungsberatungsstelle Garbsen, Betreuungsverein Freundeskreis, Beratungsstelle f. Erziehungs- und Lebensfragen

Bearbeitete Themen

Beim SAG-Termin am 12.03.2025 ging es inhaltlich schwerpunktmäßig um den Bereich „altersspezifische Störungsbilder bei jungen Erwachsenen“. Diesbezüglich gab es durch die Mitarbeiter*innen der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien einen Vortrag zu entsprechenden Störungsbildern und sozialen Problemen sowie eine Vorstellung der Arbeitsgruppe Adoleszenz und Infos zu einem diesbezüglichen Fachtag im Oktober 2025.

Weiter haben sich die Anbieter vom Projekt SprungBrett, AUFKURS! und Pro Beruf / Jugend stärken (Just Best) vorgestellt, die allesamt schwerpunktmäßig im Bereich junger Erwachsener tätig sind.

Aus zeitlichen Gründen musste auf eine Vorstellung des Angebots RE_StaRT verzichtet werden bzw. auf den nächsten SAG Termin verschoben werden.

In Folge des Vortrags sowie der Angebotsvorstellungen, fand jeweils ein Austausch mit den Teilnehmenden der SAG statt.

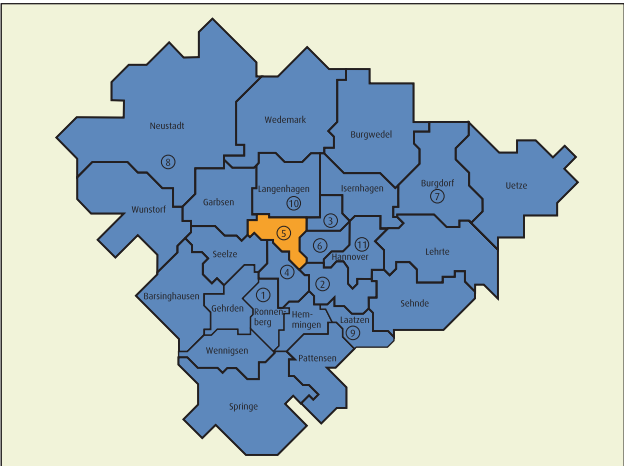
Es wurde im Rahmen der SAG deutlich, dass diese ein gutes Format darstellt, damit sich die verschiedenen Akteur*innen des Versorgungssektors kennenlernen und vernetzen können sowie durch fachlichen Input zu verschiedenen Themenbereichen neue Impulse vermittelt werden.

Das Team der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Neustadt bedankt sich bei allen Teilnehmer*innen für das Engagement, Interesse und den fachlichen Input.

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Mitte von Sabine Böhlend (Region Hannover – Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle:

Brink-Hafen, Burg, Hainholz, Herrenhausen, Ledenburg, Leinhausen, Marienwerder, Hannover-Mitte, Nordhafen, Nordstadt, Oststadt, Stöcken, Vahrenwald, Vinnhorst.



Sitzungstermine:

Die SAG Mitte wurde 2024 von vorher zweimonatigen Treffen auf 4 Termine pro Jahr reduziert. Die Arbeitsgemeinschaft traf sich am 25.01., 28.03, 25.07. und 21.11.2024. In 2025 fand das erste Treffen am 27.02.2025 statt.

Teilnehmende:

Regelmäßig Teilnehmende der Sektor- Arbeitsgemeinschaft setzten sich in 2024 zusammen aus Vertreter*innen von:

AANB, AHMB e.V., Amtsgericht Hannover, AUFKURS, AWO Integrationsfachdienst, Balance Tagesstätte e.V., Balance Wohnen gGmbH, beta89 Tagesstätte, bfw – Unternehmen für Bildung, Birkenhof APP Bethel im Norden, Bremermann Gesundheitsdienste, DRK Notschlafstelle Vinnhorster Weg, DRK Soziale Dienste, Dr. med. Ernst-August-Wilkening ABW, DÜK Tagesaufenthalt, Familien-Coaching-Center, Frauenwohnheim Hannover e.V., JobCenter, Johanniter-Unfallhilfe e.V., Klinikum Wahrenndorff, Kobra e.V., KRH Psychiatrie Langenhagen, Lebenshilfe, LHH FFB u. EGH, LHH

Kommunaler Seniorenservice, LHH KSD Bothfeld/Vahrenheide, LHH – Stadtbezirksmanagement, LHH Straßensozialarbeit, Neues Land Clearingstation, NTFN, PIA Königstr. KRH Psychiatrie Langenhagen, Polizeikommissariat Stöcken, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Mitte, SRH Berufliches Trainingszentrum Hannover, VPE, ZBS (Sucht-)beratung und Kontaktladen „Mecki“.

Bearbeitete Themen:

Zum Auftakt des neuen Jahres berichtete Frau Eicke, Richterin am Amtsgericht Hannover, über das Betreuungsrecht und stand mehr als 25 interessierten Teilnehmenden in der Beratungsstelle Mitte für Fragen zur Verfügung.

Im März stellte ein Kollege der AWO Region Hannover e. V. die Aufgaben des Integrationsfachdienstes und das Budget für Arbeit ausführlich vor. Ein lebhafter Austausch über die Möglichkeiten und Abgrenzungen in Bezug auf vorrangige Leistungen und andere Unterstützungsangebote füllte die begrenzte Zeit.

Im Juli wurden die Angebote des Berufsfortbildungswerks – gemeinnützige Bildungseinrichtung der DGB GmbH (bfw) vorgestellt, insbesondere die Unterstützung durch das Familiencoaching.

Das Chancen.net(zwerk) berichtete über das Angebot, Menschen bei der Suche nach einem Job, einer Ausbildung oder einer Weiterbildung zu unterstützen.

Ebenso wurden die vielfältigen Angebote des Klinikum Wahrenndorff näher erläutert.

Aufgrund der räumlichen Enge in der Beratungsstelle bei mehr als 25 Teilnehmenden musste nach Ausweichmöglichkeiten gesucht werden, so dass das Folgetreffen im November in den Räumlichkeiten der LHH stattfinden konnte. Da viele neue Kolleg*innen die Angebote des Sozialpsychiatrischen Dienstes nicht kannten, wurden die Aufgaben, Möglichkeiten und Grenzen erläutert.

Darüber hinaus wurde im Hinblick auf den bevorstehenden Winter die Hilfe für obdachlose Menschen an kalten Tagen von Kollegen der LHH vorgestellt.

Zum Jahresbeginn 2025 wurde die Arbeitsgemeinschaft durch die neuen Räumlichkeiten des Klinikum Wahrendorff geführt und intensiv über die vielfältigen therapeutischen Angebote und die unterschiedlichen stationären Unterstützungsmöglichkeiten informiert.

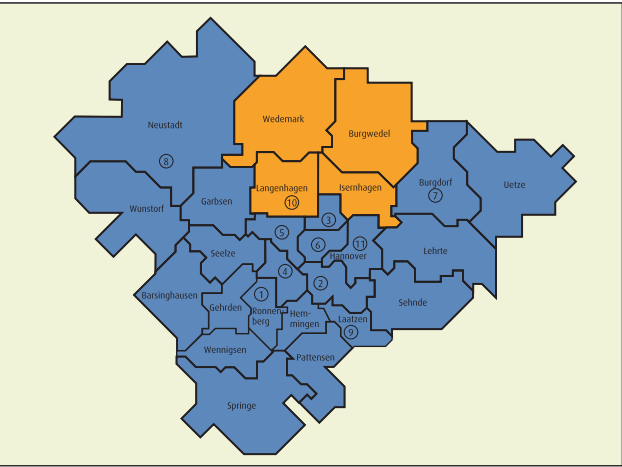
Das zunehmende Interesse an der SAG verdeutlicht, wie wichtig die Zusammenarbeit im Netzwerk ist, um sich gegenseitig zu unterstützen und Synergieeffekte gewinnbringend zu nutzen.

Herzlichen Dank für das Engagement aller Teilnehmer*innen!

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen
von Christoph Dietrich (Region Hannover – Fach-
dienst Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle

Der Sektor der Beratungsstelle Langenhagen umfasst die Städte und Gemeinden Langenhagen, Isernhagen, Burgwedel und Wedemark.



Sitzungstermine

Die Treffen der SAG fanden 2024 in der üblichen Frequenz (viermal jährlich jeweils mittwochs von 15:00 bis 17:00 Uhr) statt.

Teilnehmende

rechtliche Betreuerinnen und Betreuer, Jobcenter Langenhagen, Stadt Langenhagen FB Soziales Asyl/ Obdach, beta 89, PIA Königstraße, Pestalozzi Stiftung, Lebensberatungsstelle Isernhagen, Gemeinde Isernhagen, Jobcenter Burgwedel, ASD Langenhagen, WIN e.V. – KSG Hannover, AWO BeA, APP Birkenhof, Betreuungsstelle Region Hannover, Senioren- und Pflegestützpunkt Nord, Kirchensozialarbeit Diakonie Hannover-Land, Alzheimer Gesellschaft Hannover, Andersraum e.V., Einrichtungen für psychisch Erkrankte - Haus Mohrmühle & Haus Schwanenwik, Pflegedienst Caspar & Dase GmbH, Desideria Care e.V., Paritätische Suchthilfe Niedersachsen, Mentara APP GmbH, Sewo e.V., Klinikum Wahrendorff, Polizeikommissariat Langenhagen, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien

Bearbeitete Themen

- Entwicklungen im Bereich der Eingliederungshilfe
- Vorstellung neuer Anbieter & Leistungserbringer im Regionalraum
- Das NPsychKG (Niedersächsisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke)
- Ein Rückblick sowie Blick in die Zukunft der Arbeit der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Langenhagen mit den im Sektor tätigen Akteur*innen

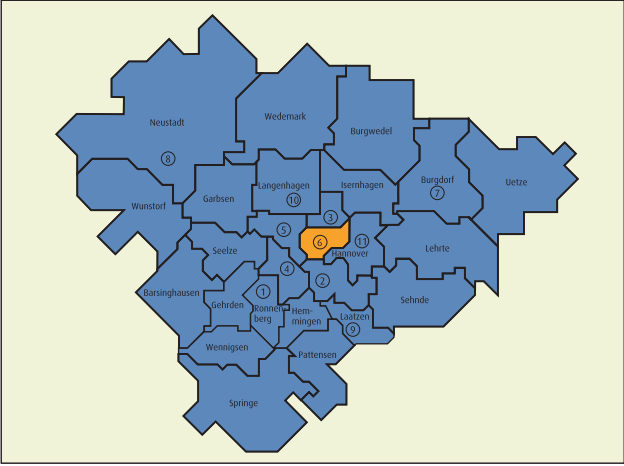
Angedachte Themen für das kommende Jahr sind ein Blick auf Hilfen zur Überwindung bei sozialen Schwierigkeiten gemäß §§ 67-69 SGB XII sowie die Vorstellung der Aufgaben und Arbeitsweisen der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien. Darüber hinaus besteht auch die Möglichkeit Fallbesprechungen durchzuführen.

Die Beratungsstelle Langenhagen bedankt sich für die rege Teilnahme und freut sich auf weitere Treffen im kommenden Jahr.

Sektor-Arbeitsgemeinschaft List
von Christoph Dietrich (Region Hannover – Fach-
dienst Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle

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



Sitzungstermine

Die Treffen der SAG fanden 2024 in der üblichen Frequenz (viermal jährlich jeweils montags von 12:00 bis 13:30 Uhr) statt.

Teilnehmende

Sozialdienst der MHH, AWO Betätigungsangebote, beta89, Betreuungsstelle Region Hannover, Seniorenservice der LHH, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien, Ergotherapie in Hannover, Hannoversche Werkstätten, Polizeidirektion Hannover, VPE Hannover e. V., Jobcenter Region Hannover, Jugendjobcenter Region Hannover, Gemeinwesenarbeit List Nord/ Ost LHH, Wohnheim Ferdinand-Wallbrecht-Straße, RE_StaRT, Wahrendorff Tagesklinik für junge Erwachsene, Landeshauptstadt Hannover Eingliederungshilfe, AHMB e.V. rechtl. Betreuer*innen

Bearbeitete Themen

- Vorstellung des Jobcenters für Arbeitssuchende unter 25 Jahren
- Klient*innenversorgung des Wohnheims Ferdinand Wallbrecht Straße

- Angebote der Ergotherapie in Hannover
- Die Arbeit der Fachstelle für Wohnungserhalt

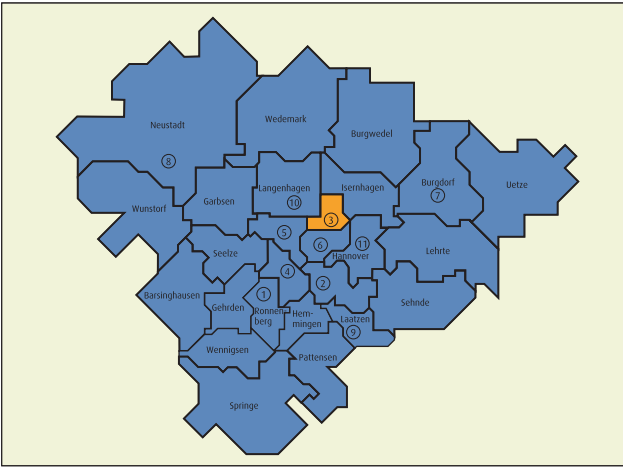
Angedachte Themen für das kommende Jahr sind die Vorstellung des Sozialdienstes der MHH, die Entwicklungen im Bereich Eingliederungshilfe und die Arbeit der Betreuungsbehörde. Darüber hinaus besteht auch die Möglichkeit Fallbesprechungen durchzuführen.

Die Beratungsstelle List bedankt sich für die rege Teilnahme und freut sich auf weitere Treffen im kommenden Jahr.

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße
von Sabine Tomaske (Region Hannover – Fach-
dienst Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle

Die Stadtteile Bothfeld, Isernhagen-Süd, Sahlkamp, Vahrenheide, und Teile Vahrenwalds der Landeshauptstadt Hannover



Sitzungstermine

In der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Plauener Straße fanden bis einschließlich Mai 2025 vier Sitzungen im Rahmen der Sektor-Arbeitsgemeinschaft statt.

Teilnehmende

Regelmäßige Teilnehmende der Sektor-Arbeitsgemeinschaft waren Mitarbeitende der Beratungsstelle Plauener Straße, der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche der Region Hannover, Mitarbeitende von Beta 89 und Balance, des AWO-Betätigungsangebotes, die Quartierskoordination von Wohnen+ und vom Pflegedienst Birkenhof und Caspar & Dase. Ebenso teilgenommen haben Mitarbeitende aus dem KRH Psychiatrie Langenhagen, Mitarbeitende vom KSD Bothfeld, Mitarbeitende der Landeshauptstadt Hannover aus dem Bereich Teilhabe und Mitarbeitende aus der Familien- und Erziehungsberatungsstelle Plauener Straße sowie Mitarbeitende von ReHaTOP, des Jobcenters Mengendamm und des Jugend-Jobcenters. Als neue Teilnehmende begrüßten wir eine Mitarbeiterin des Sozialdienstes der Herschelschule und einen Mitarbeiter der Oskar-Kämmer-Schule (gemeinnützige Bildungsgesellschaft).

Bearbeitete Themen

Thematisch befassten wir uns in diesem Zeitraum mit der aktuellen Situation im Bereich der Eingliederungshilfe in der Region Hannover. Hierzu war Herr Henß-Jürgens (Region Hannover EGH) zu einer Sitzung eingeladen, nachdem wir uns vorher in dem Teilnehmendenkreis über die Versorgungssituation von psychisch erkrankten Menschen (und deren Angehörigen) in unserem Sektor/Region Hannover ausgetauscht haben.

Ergebnisse dieses Austausches war: lange Wartezeiten für Erwachsene und Kinder im Bereich der EGH (teilweise bis zu einem Jahr).

Längere Wartezeiten auch bis zum Einsatz von häuslicher psychiatrischer Pflege.

Außerdem war ein Thema die Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen in unserem Sektor. Hierzu besuchten wir den Kommunalen Sozialdienst Bothfeld. Die Mitarbeitenden stellten uns ihre Arbeitsinhalte und damit verbundene herausfordernde Situationen vor. Anschließend berichtete uns eine Mitarbeiterin aus der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche über die Ar-

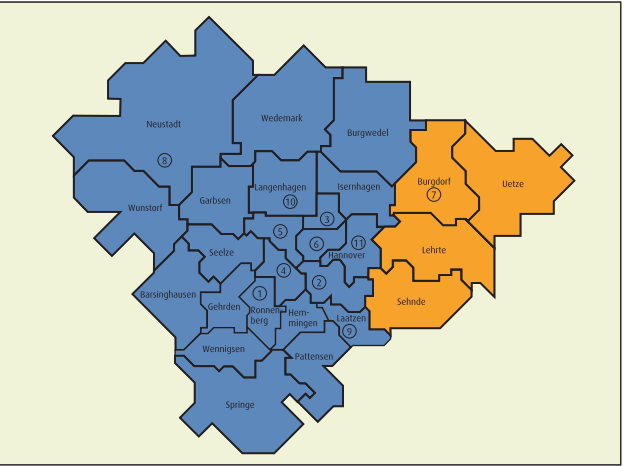
beitsinhalte der Beratungsstelle. Insgesamt zeigen sich ähnliche Versorgungsengpässe. Im Bereich der Kinder und Jugendlichen fehlt es an kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen und deswegen an Unterstützungsmöglichkeiten. Dies führt zu einem höheren Aufkommen bei Kriseninterventionen und Notfällen und auch (ähnlich im Erwachsenenbereich) vermehrt Anfragen zu überbrückender Hilfe.

Das Team der Beratungsstelle Plauener Straße bedankt sich bei den Teilnehmenden der Sektor-AG für die gute Zusammenarbeit und die zahlreiche Teilnahme an den Sitzungen. Wir hoffen, dass weiterhin regelmäßige und konstruktive Treffen im Rahmen der SAG stattfinden werden.

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Burgdorf von Janine Duckert und Marko Meier (Region Hannover – Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor und Beratungsstelle

Die Städte Burgdorf, Lehrte, Sehnde und die Gemeinde Uetze zählen zum Zuständigkeitsgebiet der Beratungsstelle Burgdorf. Im Einzugsgebiet der Beratungsstelle leben ca. 120 000 Einwohner*innen.



Sitzungstermine

Die SAG fand im Jahr 2024 an 3 Terminen in den Räumlichkeiten des DRK – Aktiv- Treff in Burgdorf statt. Das Treffen ist von ca. 25 Interessierten besucht worden. Weitere SAG-Treffen werden jährlich mit 3-4 Treffen, in den Räumlichkeiten des DRK stattfinden.

Teilnehmende

Die Teilnehmenden der SAG setzten sich aus folgenden Institutionen zusammen:

Eingliederungshilfe (Region Hannover), Betreuungsbehörde (Region Hannover), Senioren und Pflegestützpunkt (Region Hannover), Assistenz beim Wohnen (FIPS, Lebenshilfe Peine-Burgdorf), Fachärzte*innen für Psychiatrie und Neurologie, Jobcenter (Burgdorf, Hannover), Frauenhaus Burgdorf, AWO Frauenberatung, Diakonie Hannover-Land (Fachstelle für Sucht, Wohnungsnothilfe, Schuldnerberatung), Stadt Burgdorf (Flüchtlingsozialarbeit), Oskar-Kämmer-Schule, Polizei Burgdorf, Gemeinde Uetze (Sozialarbeit), Tagesstätte FIPS, Stadt Lehrte (Fachdienst Soziales, Partizipation und Teilhabe, Erwachsenenarbeit), Drogenberatungsstelle (DroBel), Gesetzliche Betreuer.

Bearbeitete Themen

Die Treffen dienen in erster Linie zur besseren Vernetzung verschiedenster Institutionen im Sektor der Beratungsstelle. Es haben sich mehrere Institutionen innerhalb unserer Sitzungen vorgestellt, mit anschließendem Austausch:

- Betreuungsstelle Region Hannover
- Eingliederungshilfe Erwachsene Ost
- Tageswohnung Burgdorf

Im Rahmen eines Fachaustauschs haben die Teilnehmer die Möglichkeit, Fragen und anonymisierte Fallbeispiele zu diskutieren. Dadurch können und konnten im Plenum gemeinsam Lösungsmöglichkeiten zusammengetragen werden.

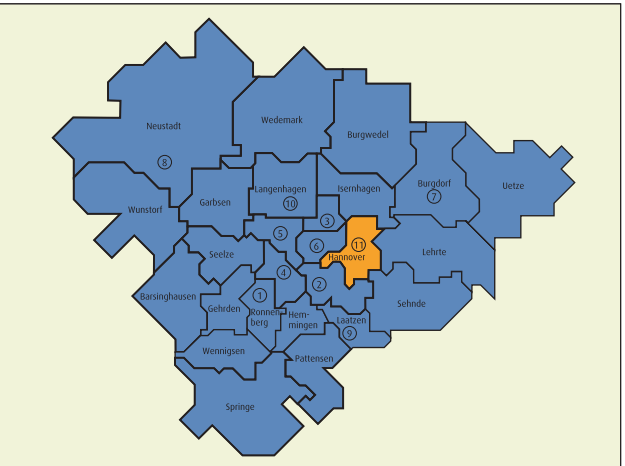
Weiter soll geschaut und diskutiert werden, was es Neues im Sektor zu berichten gibt (neue Anbieter, Umstrukturierungen vorhandener Institutionen, Verbesserung der Kommunikation untereinander um

schneller Unterstützung für unsere Klienten zu gewährleisten).

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Groß-Buchholz von Börge Borchert (Region Hannover – Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle

Stadtteile Kleefeld, Heideviertel, Kirchrode, Anderten, Misburg-Nord, Misburg-Süd und Lahe



Sitzungstermine

Geleitet durch die Mitarbeitenden der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Groß-Buchholz fand die Sektor-AG 2024 an drei Sitzungsterminen statt.

Teilnehmende

Regelmäßige Teilnehmer*innen der Sektor-AG waren: Mitarbeiter*innen der Beratungsstelle Groß-Buchholz, AWO BeA, Mitglieder des VPE, ReHa-Top, Mitarbeiter*innen vom Jobcenter, Sozialdienst MHH, LHH-KSD Misburg-Anderten, Mitarbeiter*innen des FB Senioren, Hannoversche Werkstätten (ambulant betreutes Wohnen), Krankenwohnung „Die Kurve“, AfW Jugend- und Familienhilfe, LHH Fallkoordination, Betreuungskette am Seelberg, Polizei Hannover-Misburg, SeWO e.V., Re-Start, Jugendwerksiedlung, Pflegedienste, Tagesklinik für junge Menschen, Betätigungsangebote, Jugendzentrum Mengendamm, FIPS Tagesstätte, buntHus Tagesstätte, Tagesstätte Balance

Bearbeitete Themen

Zum Anfang von 2024 beschäftigte sich die SAG thematisch mit den Problemen unserer jüngeren Klienten. Volljährige Jugendliche haben andere Problemstellungen als Erwachsene. Eine Vernetzung beim Übergang von Klient*innen in Hilfeeinrichtungen für Erwachsene ist wichtig.

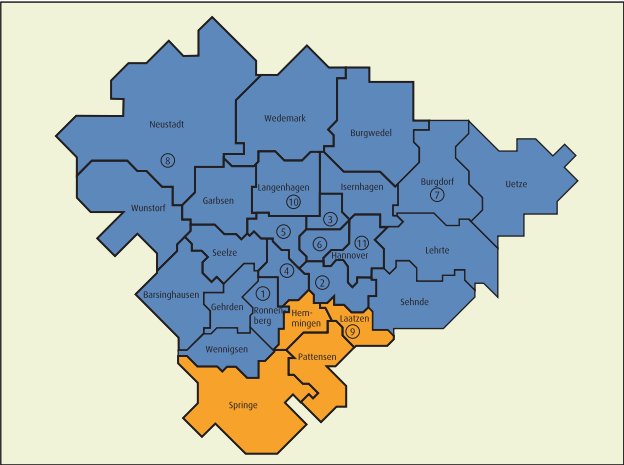
Einen weiteren Schwerpunkt legten wir auf die Vorstellung einiger Institutionen und deren Angebote. Auf Wunsch stellte auch der SpDi sich noch einmal umfassend mit den bestehenden Hilfemöglichkeiten vor. Mitte des Jahres berichtete das Wohnheim mit Außenwohngruppe Hannover-Kleefeld von Dr. med. Anne Wilkening ausführlich über ihre Einrichtung und informierte über die Voraussetzungen für eine Aufnahme.

Die darauffolgende Sektor-AG fand in den Räumlichkeiten von der Tagesstätte Balance statt. Die Einrichtung stellte sich und die vielseitigen Angebote für ihre Teilnehmenden vor und die Räumlichkeiten konnten besichtigt werden.

Außerdem wurde sich in jeder Sektor-AG intern ausgetauscht, Fallbesprechungen durchgeführt und neue Teilnehmer*innen mit neuen Angeboten vorgestellt.

Sektorarbeitsgemeinschaft Laatzen/Hemmingen & Springe/Pattensen von Bastian Kornau (Region Hannover – Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle Laatzen, Hemmingen, Pattensen & Springe



Sitzungstermine Laatzen/Hemmingen Donnerstag, den 14.03.2024 im Stadthaus Laatzen

Donnerstag, den 19.09.2023 im Stadthaus Laatzen

Teilnehmende Sozialdienst Stadt Laatzen; Dr. med. E.-A. Wilkening GmbH; Werkheim; Team Betreuungsangelegenheiten der Region Hannover; Diakonieverband Hannover-Land; SPN Calenberger Land; DVHL Schuldnerberatung; amb. Hospizdienst; FIPS Tagesstätte Laatzen; ASD Laatzen; EGH Laatzen; Living Quarter; Caspar & Dase; Treffpunkt Laatzen; Frauenzentrum Donna Clara; Klinikum Wahrenndorff

Sitzungstermine Springe/Pattensen Donnerstag, den 07.03.2024 im DRK-Haus Springe

Dienstag, den 10.09.2024 im DRK-Haus Springe

Teilnehmende Caspar & Dase GmbH; Frauenberatung Springe; Team Betreuungsangelegenheiten der Region Hannover; Polizei Springe; Jobcenter Springe; Klinikum Wahrenndorff; Paritätische Suchthilfe Nds.; Jugendhilfestation Springe der Region Hannover; Sozialdienst Stadt

Springe; Bremermann Gesundheitsdienste; Balance Wohnen gGmbH; SPN Calenberger Land; Dr. med. E.-A. Wilkening GmbH

Bearbeitete Themen

Im Rahmen der Sektorarbeitsgemeinschaften fanden zu verschiedenen Themen Austausch und Diskussionen statt. Neben den aktuellen Anliegen der Teilnehmenden wurde sich mit einigen Inhalten intensiver auseinandergesetzt.

Vorstellung der Arbeitsgruppe Häusliche Gewalt & Hochrisikofälle

- Durch zwei Beamtinnen der Polizei Laatzen wird die Arbeitsgruppe zum Thema Häusliche Gewalt & Hochrisikofälle vorgestellt. In dieser werden aktuelle Fälle aus dem Bezirk der Polizei Laatzen vorgestellt und mit den Teilnehmenden aus unterschiedlichen Hilfeeinrichtungen (z.B. SpDi, Frauenberatung, etc.) besprochen und mögliche Interventionen geplant und initialisiert.

Veränderungen im Bereich der Eingliederungshilfe (EGH) am Beispiel der Region Hannover

- Durch Henning Henß-Jürgens (Fachlicher Grundsatz 52.22) vom Fachbereich Teilhabe (52) wurde über die veränderte Finanzierung als auch Administration im Bereich der Eingliederungshilfe im Land Niedersachsen referiert. Am Beispiel der Region Hannover wurden die sozialrechtlichen-administrativen Abläufe und Praktiken der Bedarfsermittlung näher beschrieben. Hier ging es auch um die als immer aufwendiger empfundene Verwaltungsarbeit in der EGH, die langen Wartezeiten bei der Antragsbearbeitung und die schwierige Versorgungslage in den ländlichen Teilen der Region Hannover. Vor allem durch die Veränderung bei der Finanzierung im Bereich der Qualifizierten Assistenz (hier v.a. die verkürzten Fahrzeiten) ist ein Rückgang bei der Zahl von Leistungsanbietern und damit auch der Versorgungsqualität zu verzeichnen.

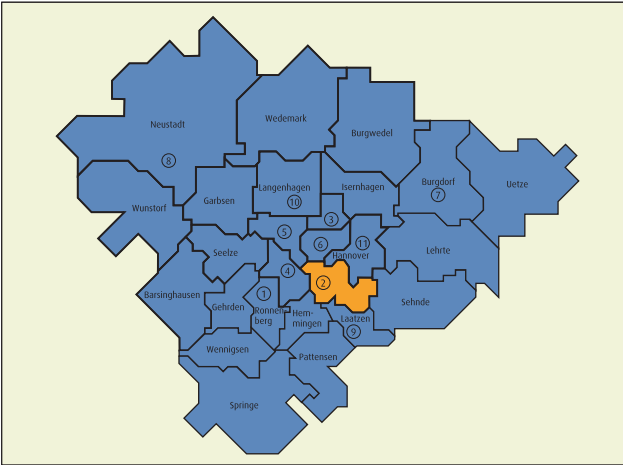
Neuerungen Im Betreuungsrecht

- Durch das Team Betreuungsangelegenheiten der Region Hannover wurde ein Vortrag zu Neuerungen im Betreuungsrecht und dessen Auswirkungen im Bereich der rechtl. Betreuung.

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Freytagstraße von Bastian Kornau (Region Hannover – Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle

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



Sitzungstermine Mittwoch, den 12.06.2024 in der Beratungsstelle Freytagstraße

Mittwoch, den 13.11.2024 in der Beratungsstelle Freytagstraße

Teilnehmende Region Hannover Team 52.22, 57.23; KSD Bemerode & Mitte; Dr. med. Anne M. Wilkening GmbH; ReStaRT; Tagesstätte Balance; Kontaktstelle Gruppe Soziale Selbsthilfe, Einzelfallhilfe KSH; Diakonie Himmelsthür; AWO BeA; Das Stift – Ambulanter; Pflegedienst; Birkenhof Jugendhilfe; Jobcenter Freundallee;

DRK Dezentrale Beratung Wohnungslosenhilfe; PK Döhren; PK Südstadt; AHMB, qualifizierte Assistenz; NTFN

Bearbeitete Themen

Im Rahmen der Sektorarbeitsgemeinschaften fanden zu verschiedenen Themen Austausch und Diskussionen statt. Neben den aktuellen Anliegen der Teilnehmenden wurde sich mit zwei Themen intensiver beschäftigt.

Veränderungen im Bereich der Eingliederungshilfe (EGH) am Beispiel der Region Hannover

- Durch den Fachdienst EGH des Fachbereich Teilhabe wurde über die veränderte Finanzierung als auch Administration im Bereich der Eingliederungshilfe im Land Niedersachsen referiert. Am Beispiel der Region Hannover wurden die sozialrechtlichen-administrativen Abläufe und Praktiken der Bedarfsermittlung näher beschrieben. Hier ging es auch um die als immer aufwendiger empfundene Verwaltungsarbeit in der EGH, die langen Wartezeiten bei der Antragsbearbeitung und die schwierige Versorgungslage in den ländlichen Teilen der Region Hannover. Vor allem durch die Veränderung bei der Finanzierung im Bereich der Qualifizierten Assistenz (hier v.a. die verkürzten Fahrzeiten) ist ein Rückgang bei der Zahl von Leistungsanbietern und damit auch der Versorgungsqualität zu verzeichnen.

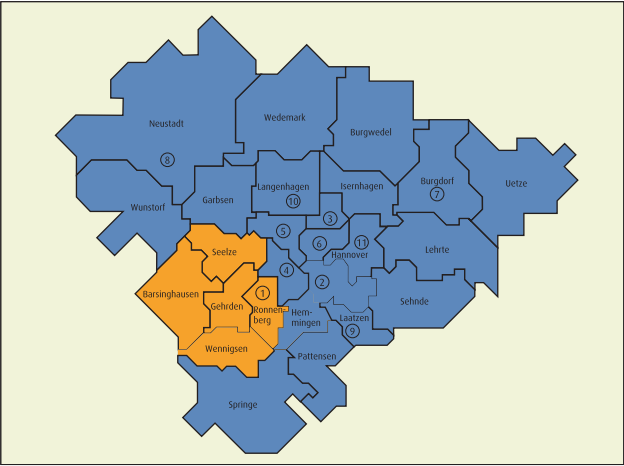
Vorstellung der Arbeit der Einzelfallhilfen des Kommunalen Seniorenservice

- Der Kommunale Seniorenservice der Landeshauptstadt Hannover umfasst neben der Bereitstellung von diversen Angeboten und Hilfeleistungen für Menschen ab dem 60. Lebensjahr die Krisenintervention. Durch die Mitarbeitenden dieses Dienstes werden die Menschen versorgt, welche z.B. über Polizei oder nach Meldung von anderen Institutionen oder Bürger*innen als unversorgt und hilflos bewertet werden. Durch aufsuchende Arbeit und die Kooperation mit anderen Stellen (z.B. dem Sozialpsychiatrischen Dienst) sollen Bedarfe ermittelt und Hilfen installiert werden. Ziel dieser Hilfen ist die Abwendung von Notlagen und der Erhalt der selbstständigen Lebensführung in der eigenen Wohnung.

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Ronnenberg-Empelde von Torsten Köster (Region Hannover – Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle

Städte und Gemeinden: Barsinghausen, Gehrdren, Ronnenberg, Seelze, Wennigsen und der Stadtteil Badenstedt der LHH



Sitzungstermine

In 2024 hat die Sektor-AG an vier Terminen stattgefunden. Planmäßig finden die Sitzungen jeweils am letzten Mittwoch des ersten Monats im Quartal von 14-16 Uhr statt. Je nach Themenschwerpunkt findet die Sitzung in unterschiedlichen Räumlichkeiten der an der SAG teilnehmenden Institutionen im Sektor statt.

Teilnehmende

Anbieter für Ergotherapie, Qualifizierte Assistenz, Tagesstätten, Suchthilfe, psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP), spezielle Beratungsangebote.

Mitarbeitende des ASD Region Hannover, des FD Eingliederungshilfe, des Klinikums Region Hannover Psychiatrie Wunstorf, der Kontaktbeamt*innen der Polizei, der JobCenter, der Wohnungslosenhilfe, von Beschäftigungsprojekten, der gesetzlichen Betreuer*innen, des Kommunalen Seniorenservice der LHH, der Soziale Dienste der o.g. Städte und Gemeinden, etc.

Bearbeitete Themen

Die SAG dient der Vernetzung von Institutionen im Bereich der Sozialpsychiatrie. Wir nutzen die gemeinsamen Sitzungen zum allgemeinen Austausch über Neuerungen und Veränderungen bei den beteiligten Einrichtungen und ihren Angeboten. Aber auch zur Information über Entwicklungen, die die Versorgungssituation psychisch kranker Menschen betreffenden Themen. Jede Sitzung hat zusätzlich ein Schwerpunktthema zu dem wir Referierende einladen:

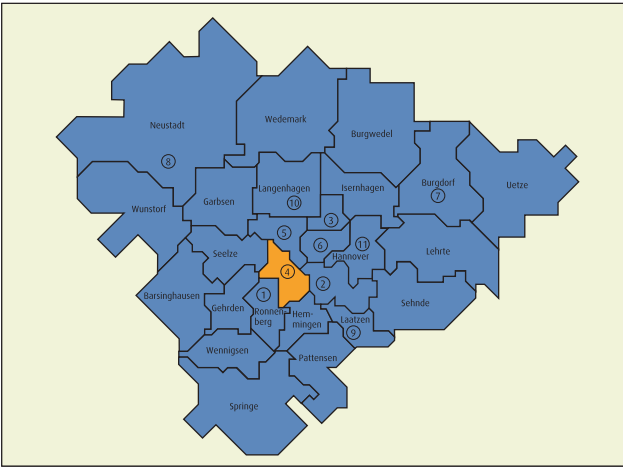
- Im Januar informierte ein Mitarbeiter des JobCenter Barsinghausen zu den Neuerungen im Kontext der Einführung des Bürgergelds.
- Im April informierte eine Mitarbeiterin des Männerbüros Hannover zu Aufgaben, Angeboten, Haltung und Konzepten der Institution.
- Im August waren wir zu Gast in Seelze im „Ecki“, wo wir zur Arbeit dieses besonderen Integrationsprojekts informiert wurden. Einen zweiten Schwerpunkt bot der Beitrag des Ambulanz- und Aufnahmезentrums (AAZ) des Klinikums Wunstorf. Zwei Mitarbeiterinnen berichteten über dieses noch relativ neue Angebot im Klinikum und weitere geplante Veränderungen im KRH Wunstorf.
- Im Oktober trafen wir uns im Waldhof in Barsinghausen und erfuhren über Angebote für Kinder und Jugendliche aus der Perspektive des Waldhofs, des Allgemeinen Sozial Dienstes und der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche

Wir freuen uns sehr über die rege Teilnahme an den Treffen im letzten Jahr. Beiträge und Rückmeldungen zu Themenwünschen sind uns immer willkommen. Vorschläge können gerne auch per Mail an die Beratungsstelle gesendet werden.

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Deisterstraße von Torsten Molle (Region Hannover – Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle

Stadtteile Ahlem, Bornum, Davenstedt, Mühlenberg, Limmer, Linden-Nord, Linden-Mitte, Linden-Süd, Oberricklingen, Ricklingen und Wettbergen



Sitzungstermine

Die Treffen der SAG finden in der Regel am 2. Mittwoch des 2. Monats im Quartal in der Zeit von 13:30 Uhr bis 15.00 Uhr in den Räumlichkeiten des SpDi in der Deisterstr. 85a in Linden-Süd statt. Im zurückliegenden Jahr 2024 wurde ein Termin zur Besichtigung der Räumlichkeiten von ReHaTOP genutzt.

Teilnehmende

An der Sektor AG beteiligen sich Kolleg*innen aus dem kommunalen Sozialdienst, dem Seniorenservice, des Jobcenters, der Betreuungsstelle, einer psychologischen Beratungsstelle, der Polizei, Leistungsanbieter aus der Eingliederungshilfe, der Wohnungslosenhilfe, der Flüchtlingshilfe, der Migrationsberatung, aus Beschäftigungsprojekten, Berufsbetreuerinnen sowie Anbieter für Ergotherapie, psychiatrische Pflege und Qualifizierte Assistenz.

Bearbeitete Themen

Die Arbeitsgemeinschaft nutzt die Treffen zu einem allgemeinen Austausch über Neuerungen und Veränderungen hinsichtlich der Angebotsstruktur der beteiligten Einrichtungen aber auch zur Information über

spezielle, die Versorgungssituation psychisch kranker Menschen betreffenden Themen.

Im Berichtszeitraum wurde bspw. das Angebot Re-HaTOP vorgestellt und die Räumlichkeiten besichtigt, Kolleginnen der Betreuungsstelle der Region referierten über Änderungen des Betreuungsrechts und die damit verbundenen Auswirkungen auf Arbeitsinhalte. Des Weiteren wurde von Kolleginnen der AWO über das Angebot von -Menschen in Krisen- als Teil der 67er Hilfe berichtet. Vorschläge zu den TOP können per Mail oder telefonisch der Beratungsstelle mitgeteilt werden.

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

Die Ombudsstelle nahm vor 20 Jahren ihre Arbeit auf und blickt voller Stolz auf dieses Jubiläumsjahr. Der erste Sitzungstag als unabhängige Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle für Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen war am 15. Februar 2005.

Seit dieser Zeit setzt sich die Ombudsstelle bei Beschwerden und Konflikten für die Interessen psychisch erkrankter Personen ein und strebt durch Vermittlungsgespräche unter Einbindung aller Beteiligten einvernehmliche Lösungen an, um ein Miteinander weiter zu ermöglichen.

Die Ombudsstelle unterstützt und stärkt die Rechte seelisch behinderter Menschen nach dem Grundsatz „Miteinander reden hilft“. Es geht dabei nicht um Schuldzuweisungen! Durch unseren Einsatz möchten wir das Verhältnis der Parteien untereinander verbessern und behandeln die Beschwerdefälle durch den Blick von außen als neutrale Mittler. Die Beschwerden werden stets lösungsorientiert mit Respekt, Distanz und Neutralität behandelt.

Mitglieder der Ombudsstelle

Die Mitglieder der Ombudsstelle engagieren sich ehrenamtlich und uneigennützig – und das bei gleichberechtigtem Status. Sie werden für jeweils 2 Jahre von der Dezernentin für Soziales, Teilhabe, Familie und Jugend berufen.

Die Ombudsstelle ist trialogisch und aktuell mit folgenden Mitgliedern besetzt:

- ein Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen
- eine Vertreterin der Angehörigen von psychisch kranken Menschen
- ein Bürger mit sozialem Engagement
- eine Bürgerin mit rechtlichem Fachwissen
- eine Mitarbeiterin aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst

Zudem steht ein Facharzt für Psychiatrie des Sozialpsychiatrischen Dienstes als beratendes Mitglied zur Verfügung.

Die Psychiatriekoordinatorin hat die Geschäftsführung der Ombudsstelle inne. Sie ist für die Organisation und Moderation der Sitzungen sowie die Annahme der Beschwerden in der Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes zuständig.

Die Arbeit der Ombudsstelle

Beschwerden können über den Verein Psychiatrie-Erfahrener Hannover e.V. (VPE), die Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Niedersachsen und Bremen e.V. (AANB) oder die Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes eingebracht werden.

Die Eingaben erfolgen in der Regel schriftlich. Es ist jedoch auch die möglich, die eigene Situation in einem persönlichen Gespräch oder einem Telefonat zu schildern. Eine Verschriftlichung für die weitere Bearbeitung erfolgt dann durch die Beschwerdeaufnehmenden.

Die Ombudsstelle darf erst dann tätig werden, wenn von den Beschwerdeführenden eine Schweigepflichtentbindung und eine Vollmacht – persönlich unter-

schrieben – vorliegt. Das dafür vorgesehene Formular beinhaltet auch die Kontaktinformationen der Personen, mit denen Vermittlungsgespräche geführt werden sollen, bzw. von denen weitere Informationen zur Situation zur Verfügung stellen können.

Bei der Bearbeitung der Beschwerden hat die Beratung und Begleitung vor Ort höchste Priorität. Dadurch wird ein vertrauensvolles Miteinander geschaffen.

Die Ombudsstelle arbeitet

- unabhängig
- vertraulich
- kostenlos

Beschwerdefälle

Die Anzahl der Beschwerden im Jahr 2024 ist mit 17 Eingängen gegenüber dem Vorjahr (12) angestiegen. Im ersten Halbjahr 2025 gab es bereits 11 Eingänge.

Nicht alle Beschwerden werden nach der Eingabe durch die Ombudsstelle weiter bearbeitet. Gründe können u.a. sein, dass ein Gespräch über die Situation schon als ausreichend hilfreich empfunden wird und keine Schweigepflichtentbindung / Vollmacht erteilt wird oder, dass es sich in bestimmten Fällen um bereits laufende Rechtsverfahren handelt, in denen eine Vermittlung mit dem Ziel der weiteren Zusammenarbeit nicht mehr im Raum steht.

Die Ombudsstelle hat bereits Mitte 2022 auf den Rückgang der Beschwerdeeingaben reagiert und ihren Sitzungszyklus reduziert. Die Sitzungen finden seitdem alle 2 Monate statt. Situationsbedingt – je nach Beschwerdeeingang – kann jedoch die Sitzungsfrequenz erhöht werden. Falls es die Beschwerdelage erfordert, treffen sich die Mitglieder monatlich, um neue Eingaben zu erörtern und zu verteilen oder auch um sich zu komplizierten Vermittlungsverläufen auszutauschen.

Ausblick

Die Öffentlichkeitsarbeit der Ombudsstelle soll weiter verstärkt werden. Es erscheint uns nach wie vor wichtig, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Angehörigen durch eine unabhängige Stelle

die Möglichkeit haben, konfliktbelastete Situationen mit Institutionen zu klären, um wieder zielführend zusammenarbeiten zu können und in das Unterstützungssystem wieder Vertrauen zu fassen.

ANHANG –
Datenbogen 1 „Angebotsbezogene Informationen“

Regionale Psychiatrieberichterstattung im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover		
Datenbogen 1	Angebotsbezogene Informationen	Berichtsjahr 2024
Trägerdaten Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen		
1. Trägercode		
2. Trägername		
3. Trägeradresse:		
PLZ		
Ort		
Straße		
Hausnummer		
4. Ansprechpartner*in Träger:		
Nachname		
Vorname		
Telefonnummer		
eMail		
5. Welche Leistungsarten bieten Sie im Sozialpsychiatrischen Verbund an? → Mehrfachantwort möglich		
ambulant		
teilstationär		
stationär		
6. Wie viele Angebote bieten Sie im Sozialpsychiatrischen Verbund insgesamt an?		

! Hinweis:
Bitte füllen Sie für jedes Ihrer Angebote einen Datenbogen 1 (insgesamt 3 Seiten) aus. Für die Trägerdaten (diese Seite) ist es ausreichend, wenn Sie diese einmalig, also z.B. auf dem Bogen für Ihr erstes Angebot, eintragen. Bitte vergessen Sie nicht auf den Seiten 2 und 3 jeweils den Angebotscode einzutragen.

Regionale Psychiatrieberichterstattung im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover		
Datenbogen 1	Angebotsbezogene Informationen	Berichtsjahr 2024
Angebotsdaten Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen		
1. Angebotscode		
2. Angebotsname		
3. Angebotsadresse:		
PLZ		
Ort		
Straße		
Hausnummer		
4. Liefert der/die Angebotsverantwortliche die Daten?		
Ja → dann bitte 5. ausfüllen		
Nein (Träger o.a. liefert die Daten)		
5. Ansprechpartner*in Angebot:		
Nachname		
Vorname		
Telefonnummer		
eMail		
6. Zu welcher Leistungsart gehört das Angebot?		
ambulant		
teilstationär		
stationär		
7. Zu welcher Angebotsform gehört das Angebot? → siehe Liste Angebotsformen		

Regionale Psychiatrieberichterstattung im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover		
Datenbogen 1	Angebotsbezogene Informationen	Berichtsjahr 2024
Angebotsdaten Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen		
➔ Bitte hier den Angebotscode noch einmal eintragen:		
<input type="checkbox"/> Nur für ambulante oder Beratungs-Angebote:		
8. Wie viele persönlichen Beratungs-Kontakte (einschl. telefonisch und online durchgeführte) entfielen im Laufe des Vorjahres auf das Angebot?		
➔ Bitte summieren Sie alle Beratungs-Kontakte auf.		
9. Wie viele Klient*innen wurden im Laufe des Vorjahres durch das Angebot insgesamt versorgt?		
➔ Bitte geben Sie die Zahl der Klient*innen mit mind. einem persönlichen Beratungs-Kontakt im Jahr (s.o.) an.		
10. Kommen die Klient*innen in Ihre Einrichtung („Kommstruktur“) oder suchen Sie die Klient*innen auf („Gehstruktur“)?		
Kommstruktur		<input type="checkbox"/>
Gehstruktur		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nur für teilstationäre Angebote:		
11. Wie viele Plätze des Angebots waren am 31.12. des Vorjahres insgesamt belegt?		
<input type="checkbox"/> Nur für stationäre Angebote:		
12. Wie viele Plätze des Angebots waren am 31.12. des Vorjahres insgesamt belegt?		
<input type="checkbox"/> Für alle Angebote:		
13. Mit wie vielen Stellen (Vollzeitäquivalente/VZÄ) wird das Angebot insgesamt umgesetzt (einschl. Leitungsfunktionen, Verwaltung und Service)?		
➔ VZÄ bitte ggfs. mit Nachkommastellen eintragen.		
Wie viele Stellen (VZÄ) davon entfallen auf die folgenden Qualifikationsstufen des Fachpersonals?		
➔ Geben Sie bitte nur die Stellen(anteile) an, die im direkten, regelmäßigen Kontakt mit den Klient*innen/Patient*innen stehen.		
a) Mediziner*innen, Psycholog*innen, (Sozial-) Pädagog*innen und Vergleichbare dieser Qualifikationsgruppe		
b) Krankenpfleger*innen, Ergotherapeut*innen, Heilerziehungspfleger*innen und Vergleichbare dieser Qualifikationsgruppe		
c) Medizinische Fachangestellte, Teamassistenzen, Facharbeiter*innen (Werkstatt) und Vergleichbare dieser Qualifikationsgruppe		
d) Praktikant*innen ab einer Praktikumsdauer von 3 Monaten		
14. Welches Gebiet der Region Hannover versorgen Sie mit Ihrem Angebot?		
Generell die gesamte Region Hannover		<input type="checkbox"/>
Eine/mehrere Städte/Gemeinden innerhalb der Region Hannover		<input type="checkbox"/>
Falls nur eine/mehrere Städte/Gemeinden – welche?		

ANHANG –
Datenbogen 2 „KlientInnenbezogene Informationen“

Regionale Psychiatrieberichterstattung im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover		
Datenbogen 2	Klient*innenbezogene Informationen	Berichtsjahr 2024
Angebot Bitte ausfüllen		
Angebotscode		
Angebotsname		

! Hinweis:

Bitte beziehen Sie alle Angaben auf den Stand bei Ende des o.a. Berichtsjahres bzw. bei Ende der letzten Behandlung/Betreuung im Berichtsjahr. Tragen Sie bei allen Fragen jeweils nur eine Zahl ein. Wählen Sie in den Abschnitten „Gesundheitsmerkmale“ und „Soziale Situation“ jeweils die Zahl aus, die auf die Situation des / der Klient*in am ehesten zutrifft. Nur wenn Sie keinerlei Informationen haben, wählen Sie die Option „9 = ... unbekannt“.

Grunddaten des /der Klient*in		Bitte die entsprechende Zahl eintragen	
1. Geschlecht		männlich = 1 weiblich = 2 divers = 3 Geschlecht unbekannt = 9	
2. Altersgruppe		unter 18 Jahre = 0 18 bis unter 25 Jahre = 1 25 bis unter 45 Jahre = 2 45 bis unter 65 Jahre = 3 65 und mehr Jahre = 4 Alter unbekannt = 9	
3. Postleitzahl des Wohnortes		PLZ hier eintragen ➔ ➔ Bei stationärer Behandlung die PLZ des eigent-lichen Wohnortes bzw. bei Wohnungslosigkeit eine „8“ eintragen. PLZ unbekannt = 9 Klient*in ist wohnungslos = 8	

Gesundheitsmerkmale		Bitte die entsprechende Zahl eintragen	
4. Psychiatrische Hauptdiagnose		trifft nicht zu (keine psychische Störung) = 0 neurot. / psychosomat. Stör. (F32.0/1, F33.0/1, F4, F5) = 1 Suchterkr. (F1x.1/2/8) o. Persönlichkeitsstör. (F30.0, F34.0/1/8, F6) = 2 schizophrene / wahnhafte Stör. (F2) oder affektive Psychose (F30.1/2, F31, F32.2/3, F33.2/3) = 3 organ. psych. Stör. (F0, F1x.0/3/4/5/6/7) = 4 psychiatr. Diagnose unbekannt = 9	
5. Alter bei der ersten psychischen Erkrankung		trifft nicht zu (keine psychische Störung) = 0 65 und mehr Jahre = 1 45 bis unter 65 Jahre = 2 25 bis unter 45 Jahre = 3 unter 25 Jahre = 4 Alter bei Ersterkrankung unbekannt = 9	

6. Dauer seit der ersten psychischen Erkrankung	trifft nicht zu (keine psychische Störung)	= 0	
	unter 1 Jahr	= 1	
	1 bis unter 5 Jahre	= 2	
	5 bis unter 10 Jahre	= 3	
	10 und mehr Jahre	= 4	
	Dauer seit Ersterkrankung unbekannt	= 9	
7. Dauer seit dem letzten psychiatrischen Klinik-aufenthalt	trifft nicht zu (bisher kein Klinikaufenthalt / keine StäB)	= 0	
	10 und mehr Jahre	= 1	
	5 bis unter 10 Jahre	= 2	
	1 bis unter 5 Jahre	= 3	
(auch tagesklinische Behandlung oder Stationsäquivalente Behandlung StäB)	unter 1 Jahr / gegenwärtig in der Klinik / in einer StäB	= 4	
	Jahr des letzten Klinikaufenthaltes / der StäB unbekannt	= 9	

Soziale Situation		Bitte die entsprechende Zahl eintragen	
8. Wohnsituation	Wohnen in eigener Whg. mit Partner / in Familienstrukturen, einschl. WG	= 1	
	Alleinwohnen in eigener Whg.	= 2	
	Wohnen in besonderen Wohnformen bzw. in Whg. des Leistungserbringers	= 3	
	ohne festen Wohnsitz (einschließl. Wohnungslosen-Eintr.)	= 4	
	Wohnsituation unbekannt	= 9	
9. Arbeitssituation	Vollzeittätigkeit in Beruf oder Familie, Schul- oder Berufsausbildung in einer Regeleinrichtung	= 1	
(einschließlich schulische oder berufliche Ausbildung)	Teilzeittätigkeit, auch geringfügige Beschäftigung (Minijob)	= 2	
	beschützte Arbeit (z.B. WfbM, Arbeitstherapie), med.-berufl. Reha (z.B. RPK), Fördermaßnahmen SGB II, Sonderschule o.ä.	= 3	
	ohne Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit	= 4	
	Arbeitssituation unbekannt	= 9	
10. Häufigkeit sozialer Kontakte	in der Regel täglich	= 1	
➔ Gemeint sind alle sozialen Kontakte, z.B. auch am Arbeitsplatz oder beim gemeinsamen Wohnen, aber nicht im Rahmen der (sozial-)therapeutischen / pädagogischen Interventionen.	mindestens wöchentlich	= 2	
	mindestens monatlich	= 3	
	sporadisch oder nie	= 4	
	Häufigkeit sozialer Kontakte unbekannt	= 9	
11. Einkommenssituation	ausschließlich eigenes Einkommen aus Arbeit / Vermögen	= 1	
➔ Bei Kombinationen von Einkommensquellen (z.B. Arbeitseinkommen und Bürgergeld, Renten, ...) die jeweils höchste Antwortkategorie (1-4) eintragen.	(auch Krankengeld, Ausbildungsvergütung, BAföG)	= 2	
	Alters-, Berufs- / Erwerbsunfähigkeitsrente, Pension, Arbeitslosengeld (ALG 1)	= 3	
	ausschließlich Unterstützung durch Partner, Angehörige oder sonstige Bezugspersonen	= 4	
	Bürgergeld / Grundsicherung / Hilfe zum Lebensunterhalt, Asylbewerberleistungen (auch Mitglieder von Bedarfsgemeinschaften), Leistungen im Rahmen stat. Jugendhilfe	= 9	
	Einkommenssituation unbekannt	= 9	

ANHANG –
Datenbogen 2 „KlientInnenbezogene Informationen KJP“

Regionale Psychiatrieberichterstattung im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover		
Datenbogen 2 - KJP	Klient*innenbezogene Informationen	Berichtsjahr 2024

Erläuterung: Dieses Datenblatt orientiert sich am Standard-Fragebogen zur Psychiatrieberichterstattung. In die vorgesehenen Felder bitte nur die Ziffer eintragen, die nach der Legende für die betroffene Person die am ehesten zutreffende Merkmalsausprägung bezeichnet. **Es wird der Stand bei Ende des Berichtsjahres bzw. bei Ende der letzten Behandlung/Betreuung im Berichtsjahr dokumentiert.**

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

1.1 Code-Nr. des eigenen Hilfsangebotes

1.2 Dauer der Behandlung/Betreuung im eigenen Hilfsangebot im Berichtsjahr
Anzahl der Tage angeben bei teil- oder vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung bzw. Rehabilitation in der Klinik (nur Krankenhausaufenthalte); bei unbekannter Dauer: 999 eintragen
Anzahl der Quartale angeben bei allen übrigen Hilfsangeboten; bei unbekannter Dauer: 9 eintragen

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

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

2.2 Alter
0 = unter 18 Jahre; 1 = 18 bis unter 25 Jahre; 2 = 25 bis unter 45 Jahre; 3 = 45 bis unter 65 Jahre; 4 = 65 und mehr Jahre; 9 = Alter unbekannt / unklar

2.3 Einzugsgebiet des (letzten) Wohnortes, gegebenenfalls unabhängig von einem gegenwärtigen Klinik- oder Heimaufenthalt
1 = BS Ronnenberg-Empelde;
2 = BS H-Freytagstraße;
3 = BS H-Plauener Straße;
4 = BS H-Deisterstraße;
5 = BS H-Mitte;
6 = BS H-List / Podbielskistraße;
7 = BS Burgdorf;
8 = BS Neustadt;
9 = BS Laatzen;
10 = BS Langenhagen;
11 = BS H- Groß Buchholz / Roderbruch
90 = Wohnadresse in der Region Hannover ohne Sektor-Zuordnung 1-11;
91 = Wohnadresse in einer benachbarte Kommune;
92 = Wohnadresse außerhalb der Nachbarschaft der Region Hannover in Niedersachsen;
93 = außerhalb Niedersachsens;
94= ohne festen Wohnsitz
90= Wohnadresse unbekannt/unklar

2.4 juristische Flankierung der Hilfen
0 = trifft nicht zu (keine juristische Flankierung oder minderjährig); 2 = Vormundschaft / gesetzliche Betreuung; 3 = Unterbringungsgesetz/Heimaufenthaltsgesetz; 4 = Maßnahmenvollzug/ JGG; 9 = juristische Flankierung unbekannt/unklar

2.5 Zuständigkeit für Fallkoordination (Clinical Casemanagement)
0 = nein; 1 = ja (siehe auch Abschnitt 4.); 9= unbekannt/unklar
Erläuterung: "ja" bedeutet, dass der Bezugstherapeut des hiesigen Angebotes federführend (in Absprache mit dem Patienten und ggf. anderen Beteiligten) auch weitere Hilfen, falls erforderlich, plant und koordiniert. **Dann bitte zusätzlich Abschnitt 4. ausfüllen!**

3. psychiatrisch relevante und soziodemographische Merkmale

3.1. Schweregrad der sozialen Beeinträchtigung
1 = nicht nennenswert (befriedigende soziale Anpassung); 2 = leicht bis mäßig in mindestens einem Bereich; 3 = deutlich; 4 = tiefgreifend bzw. schwerwiegend (benötigt ständige Betreuung); 9 = Schweregrad unbekannt / unklar

3.2. Alter bei Ersterkrankung
0 = trifft nicht zu (keine psychische Störung); 1 = 65 und mehr Jahre; 2 = 45 bis unter 65 Jahre;
3 = 25 bis unter 45 Jahre; 4 = unter 25 Jahre; 9 = Alter bei Ersterkrankung unbekannt / unklar

3.3. Dauer seit Ersterkrankung
0 = trifft nicht zu (keine psychische Störung oder Jahr der Ersterkrankung unbekannt / unklar);
1 = unter 1 Jahr; 2 = 1 bis unter 5 Jahre; 3 = 5 bis unter 10 Jahre; 4 = 10 und mehr Jahre

3.4. Dauer seit letztem Klinikaufenthalt / gegenwärtiger Klinikaufenthalt
0 = trifft nicht zu (bisher kein Klinikaufenthalt); 1 = 10 und mehr Jahre; 2 = 5 bis unter 10 Jahre;
3 = 1 bis unter 5 Jahre; 4 = unter 1 J. / ggw. in Klinik; 9 = Jahr letzter Klinikauf. unbekannt/unklar

3.5. Wohnsituation
1 = Wohnen von Kindern in (Pflege-)Familie; eigenständiges Wohnen von Erwachsenen mit Partnern / Angeh. einschl. WG; 2 = Alleinwohnen in eigener Wohnung; 3 = Wohnen von Kindern / Erwachsenen im Heim / in Wohnung des Reha-Trägers, Strafvollzug;
4 = ohne festen Wohnsitz (einschl. Wohnungsloseneintr.); 9 = Wohnsit. unbekannt/unklar

3.6. Arbeitssituation, einschl. (vor-)schulische oder berufliche Ausbildung
0 = trifft nicht zu, da Kleinkind; 1 = Tätigkeit in Beruf o. Familie, KiTa, Schul- oder Berufsausbild. in Regeleinr. mit regelmäßiger Teilnahme; 2 = KiTa, Schul- oder Berufsausbildung in Sondereinr. mit regelmäßiger Teilnahme; 3 = med.-berufliche Rehabilitation oder beschützte Arbeitstätigkeit mit regelmäßiger Teilnahme; 4 = überwiegende Abwesenheit in Regel- oder Sondereinr. (z.B. Schule) bzw. ganz ohne Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit; 9= Arbeitssituation unbekannt/unklar

3.7. Schweregrad der belastenden sozialen Umstände
1 = höchstens gering ausgeprägt; 2 = deutliche Belastung bei vorhandenen unterstütz. soz. Beziehungen sowohl intra- als auch extrafamiliär; 3 = deutliche Belastungen bei vorhandenen unterstütz. soz. Bez. extra- o. intrafamiliär; 4 = deutliche Belastungen ohne unterstützende soz. Beziehungen; 9 = Schweregrad der belastenden sozialen Umstände unbekannt / unklar

3.8. vorrangiger Lebensunterhalt (LUH) der Eltern
1 = eigenes Einkommen aus Arbeit/Vermögen (auch Krankengeld und Zahlungen gem. BAföG); 2 = Alters-, BU-, EU-Rente, Pension, Arbeitslosengeld, Karenzgeld, Bezieher von Versicherungsleistungen; 3 = durch Partner, Angeh. o. sonst. Bezugspersonen; 4 = Grundsicherung/Sozialhilfe zum LUH, im Rahmen von stat. Jugend- bzw. Eingliederungshilfe; 9 = LUH unbekannt/unklar

4. weitere psychiatrische Versorgungsleistungen im Berichtsjahr (ohne eigenes Hilfsangebot!)

		4.0 keine weiteren psychiatrischen Versorgungsleistungen im Berichtsjahr
med. Behandl.	amb.	4.1 <u>Quartale</u> in ärztl.-psychotherapeut. Praxis (z.B. niedergel. Psychiater / Psychotherapeut)
		4.2 <u>Quartale</u> in ärztl. geleiteten Institutionen (z.B. Institutsamb. / Sozialpsychiatrischer Dienst)
		4.3 <u>Quartale</u> in sonst. Behandl.- / Reha.-Einrichtungen (z.B. amb. Reha., Sozio-, Ergother.)
	klinisch	4.4.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung
		4.4.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung
		4.5.0 <u>Tage</u> in teilstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation
		4.5.1 <u>Tage</u> in vollstationärer psychotherapeutisch-psychosomatischer Rehabilitation
kompl. Versorgung	Wohnen	4.6 <u>Quartale</u> in ambulanter Eingliederungshilfe
		4.7 <u>Quartale</u> in stationärer Eingliederungshilfe
		4.8 <u>Quartale</u> in ambulanter Hilfe nach SGB VIII & SGB XII
		4.9 <u>Quartale</u> in stationärer Hilfe nach SGB VIII & SGB XII
	Arbeit	4.10 <u>Quartale</u> Betreuung im Arbeitsleben oder Schule (z. B. Legasthenieförderung)
		4.11 <u>Quartale</u> in beruflicher oder schulischer Rehabilitation
		4.12 <u>Quartale</u> in gesonderten Berufsschulen
		4.13 <u>Quartale</u> in teilstationären Maßnahmen (z. B. Tagesgruppe)

ANHANG –
Autor*innen

Autor*innen:	
AANB e.V.	Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Erkrankter Menschen in Niedersachsen und Bremen e.V., Wedekindplatz 3, 30161 Hannover.
Bolz, Cordula	Diplom-Sozialgerontologin Koordination amb. Betreuung und Beratung bei Demenz, Kompetenzzentrum Demenz Landeshauptstadt Hannover Heinemanhof 2, 30559 Hannover Sprecherin der Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“ E-Mail: cordula.bolz@hannover-stadt.de
Borchers, Finn	Finn Borchers, Wirtschaftsingenieur, Bachelor of Science Geschäftsführung Alera GmbH Ursula-Greve-Weg 9, 30900 Wedemark E-Mail:finn@alera.app
Borchert, Börde	Diplom-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Groß Buchholz Rotekreuzstr. 12, 30627 Hannover E-Mail: Boerge.Borchert@region-hannover.de
Böhland, Sabine	Dipl. Sozialarbeiterin /Sozialpädagogin Teamleitung Region Hannover, Teamleiterin Sozialpsychiatrischer Dienst Nordwest, Vahrenwalder Str. 4, 30165 Hannover E-Mail: sabine.boehland@region-hannover.de
Buitkamp, Martin	Dipl. Sozialwissenschaftler/MPH, Sozialplaner Region Hannover, Dezernat für Soziales, Teilhabe, Familie und Jugend Hildesheimer Straße 18, 30169 Hannover E-Mail: martin.buitkamp@region-hannover.de
Dette, Dr. Carsten	Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Leitender Oberarzt KRH Psychiatrie Wunstorf, Südstr. 25, 31515 Wunstorf E-Mail: carsten.dette@krh.de
Dietrich, Christoph	Staatl. anerk. Sozialarbeiter/Sozialpädagoge B.A. Region Hannover, Teamleiter Sozialpsychiatrischer Dienst Nord, Podbielskistr. 158, 30177 Hannover E-Mail: Christoph.Dietrich@Region-Hannover.de
Duchscherer, Elke	Genesungsbegleiterin KRH Psychiatrie Wunstorf GmbH Südstr. 25, 31515 Wunstorf E-Mail: elke.duchscherer@krh.de
Duckert, Janine	Sozialpädagogin Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Burgdorf Schillerslager Str. 38, 31303 Burgdorf
Duda, Thomas	Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie Godehardsplatz 8, 31134 Hildesheim Vorsitzender der Regionalgruppe Niedersachsen des bkjpp E-Mail: duda@praxis-duda.de

Autor*innen:	
Ehrhardt, Ulrich	Geschäftsführung Betreuungskette Am Seelberg GmbH und Sozialpsychiatrisches Zentrum Seelberg GmbH, Denickeweg 5, 30629 Hannover Vorstandsmitglied des AKG, stellvertr. Sprecher der Fachgruppe „Soziale Teilhabe“ E-Mail: ulrich.ehrhardt@seelberg-hannover.de
Eller, Matthias	Dipl. Sozialpädagoge/ Sozialarbeiter Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien Podbielskistr. 164, 30177 Hannover Sprecher der Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“ E-Mail: Matthias.Eller@Region-Hannover.de
Engelmann, René	René Engelmann Leitung Netzwerkmanagement IVPNetworks GmbH Conventstr. 8-10, 22089 Hamburg E-Mail:rengelmann@ivpnetworks.de
Fleßner, Silvia	Werkheim e. V, Werkheim e.V., Büttnerstraße 9, 30165 Hannover, Sprecherin der Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ E-Mail: flessner@werkheim.de
Gundlach, Jürgen	Mitglied der Ombudsstelle Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischer Verbund der Region Hannover Gradestraße 20, 30165 Hannover E-Mail: juergengundlach@yahoo.de
Günther, Christina	Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Mitte Vahrenwalder Str. 4, 30165 Hannover Sprecherin der Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ E-Mail: christina.guenther2@region-hannover.de
Hanke, Dr. Andrea	Region Hannover Regionsrätin Dezernentin für Soziales, Teilhabe, Jugend und Familie Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover
Henß-Jürgens, Henning	Region Hannover, Team Fachsteuerung, Fachdienst Eingliederungshilfe, Gradestr. 20, 30163 Hannover, E-Mail: Henning.Henss-Juergens@region-hannover.de
Kappert-Gonther, Dr. Kirsten	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Deutscher Bundestag, Platz der Republik 1, 11011 Berlin MdB (Bündnis 90/Die Grünen) 1. Vorsitzende der Aktion Psychisch Kranke e.V. kirsten.kappert-gonther@bundestag.de
Kluwe, Stefanie	Netzwerkkordinatorin, ReHa-TOP, Jobcenter Region Hannover, Kirchhorster Str. 31, 30659 Hannover Sprecherin der Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ E-Mail: Stefanie.Kluwe@jobcenter-ge.de
Köster, Torsten	Dipl. Sozialarbeiter / Sozialpädagoge, Suchttherapeut Stellvertretender Abteilungsleiter Paritätische Suchthilfe Niedersachsen Sprecher der Fachgruppe „Sozialpsychiatrischer Plan“ E-Mail: torsten.koester@ps-nds.de
Kornau, Bastian	Sozialarbeiter /-pädagoge M.A. Region Hannover, Teamleitung Sozialpsychiatrischer Dienst Süd Freytagstraße 12A, 30169 Hannover E-Mail: bastian.kornau@region-hannover.de

Autor*innen:	
Kuhn, Katrin	Dipl.-Sozialarbeiterin/-pädagogin, Casemanagerin DGCC, GiS, Vordere Schöneworth 14, 30167 Hannover Sprecherin der Fachgruppe „Inklusion“ E-Mail: katrin.kuhn@gis-service.de
Kraune, Daniela	Fachbereichsleitung Wohnen Diakonie Himmelsthür Wohnen Am Klosterhof / Fliedner 3 / Bischofskamp / Angoulemeplatz / Stadtfeld Galgenbergblick 3, 31135 Hildesheim Sprecherin der Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Störung“ E-Mail: daniela.kraune@dh-himmelsthuer.de
Lagerbauer, Catrin	Psychiatriekordinatorin Beauftragte für Suchtfragen Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund Gradestraße 20, 30163 Hannover E-Mail: Catrin.Lagerbauer@region-hannover.de
Meier, Marko	Dipl. Sozialarbeiter/Sozialpädagoge Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Burgdorf Schillerslager Str. 38, 31303 Burgdorf
Minasova, Alla	Dipl. Sozialpädagogin Geschäftsführung Ambulante Hilfen für Menschen mit Behinderung (AHmB) e.V. Eintrachtweg 19, 30173 Hannover Sprecherin der Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“ a.minasova@ahmb.de
Minnich, Nina	Dipl. Sozialpädagogin/-arbeiterin Region Hannover, Teamleitung Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendli- che und deren Familien Podbielskistr. 164, 30177 Hannover E-Mail: Nina.Minnich@region-hannover.de
Miotti, Maria Chiara	Sozial- und Organisationspädagogin Organisations- und Netzwerkmanagerin Klinikum Wahrenndorff Matthias-Wilkening-Weg 6, 31319 Sehnde Sprecherin der Fachgruppe Arbeit und Rehabilitation E-Mail:maria.miotti@Wahrenndorff.de
Molle, Torsten	Dipl. Sozialpädagoge/-arbeiter Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Deisterstraße Deisterstraße 85A, 30449 Hannover
Müller, Frederik	B. A. Soziale Arbeit, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Neustadt Ernst-Abbe-Ring 8, 31535 Neustadt E-Mail: Frederik.Müller@region-hannover.de
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

Autor*innen:	
Radamm, Moritz	Abteilungsleiter Behandlung, Beratung, Jugendhilfe Paritätische Suchthilfe Niedersachsen gGmbH Odeonstr. 14, 30159 Hannover Vorsitzender des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie E-Mail: moritz.radamm@ps-nds.de
Schomakers, Marco	Diplom Sozialpädagoge / Sozialarbeiter Einrichtungsleitung Arbeiterwohlfahrt Region Hannover e.V. Wohnheim „Nordfelder Reihe“ Nordfelder Reihe 25, 30159 Hannover Sprecher der Fachgruppe „Inklusion“ E-Mail: marco.schomakers@awo-hannover.de
Skodda, Karen	Genesungsbegleiterin KRH Psychiatrie Wunstorf GmbH Südstr. 25, 31515 Wunstorf E-Mail: karen.skodda@krh.de
Sueße, Dr. Thorsten	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Systemischer Therapeut (SG) Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover (bis 30.06.2025) Gradestraße 20, 30163 Hannover Sprecher der Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“
Theye-Hoffmann, Birgitt	beta89 e.V. Abteilungsleitung ABW Walderseestraße 6, 30163 Hannover Sprecherin der Fachgruppe „Soziale Teilhabe“ Mitglied AG Qualitätsstandards im ABW E-Mail: theye-hoffmann@beta89.de
Tomaske, Sabine	Dipl.-Sozialpädagogin/-Sozialarbeiterin Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Plauener Str. 12A, 30179 Hannover Sprecherin der Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ E-Mail: Sabine.Tomaske@Region-Hannover.de
Vogel, Ulrike	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie Chefärztin und Leiterin des Maßregelvollzuges Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie KRH Psychiatrie Wunstorf Südstr. 25, 31515 Wunstorf Sprecherin der Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“
Warnecke, Henrike	Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin B. A. Projektgruppenleitung Genesungsbegleitung KRH Psychiatrie Wunstorf GmbH Südstr. 25, 31515 Wunstorf E-Mail:henrike.warnecke@krh.de
Woike, Frank	Landeshauptstadt Hannover Dez.III/Beauftragter Sucht und Suchtprävention Hamburger Allee 25, 30161 Hannover Sprecher der Fachgruppe „Sucht und Drogen“ E-Mail: frank.woike@hannover-stadt.de



Region Hannover

IMPRESSUM

Region Hannover
Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst 52.90
Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbundes
Gradestraße 20
30163 Hannover

www.sozialpsychiatrischer-verbund-region-hannover.de
www.hannover.de/spv

Gestaltung:

Region Hannover, Team Mediendesign

Druck:

Region Hannover, Servicehub Gestaltung und Digitaldruck

Titel:

Karte: Matthias Rößler, Titelbild: stock.adobe.com – Midnight Studio

Stand:

09.2025

Auflage:

600

ISSN:

1865-7699