



Suizid und Suiziprävention

SOZIALPSYCHIATRISCHER PLAN 2023

des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

VORWORT



Sehr geehrte Leser*innen,

die Tatsache, dass die Suizidzahlen in Deutschland in den letzten vierzig Jahren zurückgehen, lässt darauf schließen, dass immer mehr Menschen in verzweifelten Situationen mit suizidalen Gedanken das Hilfesystem erreichen oder ihr Umfeld sensibler auf sie reagiert und entsprechend handelt. Das ist eine gute Nachricht.

Dass aber immer noch über 9.000 Menschen im Jahr in Deutschland durch Suizid sterben, mahnt uns auch, nicht nachzulassen, die Suizidprävention im Blick zu haben.

Denn jeder einzelne Suizid ist einer zu viel. Er bedeutet, dass sich ein Mensch in einer Situation gesehen hat, in der er keinen anderen Ausweg mehr wusste, als seinem Leben ein Ende zu setzen. Er bedeutet, dass Hilfe für die betroffene Person nicht zu erreichen war. Und er bedeutet meistens auch, dass jemand ganz allein von dieser Welt gegangen ist.

Bei jungen Menschen ist der Suizid eine der häufigsten Todesursachen. Es muss uns aufrütteln, dass bereits Jugendliche, die eigentlich ganz am Anfang ihres Lebens stehen, so verzweifelt sind, dass sie keine Alternative mehr sehen.

Aber auch, dass ältere Menschen zunehmend verzweifeln, weil sie sich verlassen und verloren und nicht mehr als Teil der Gesellschaft fühlen, muss uns aufhorchen lassen.

Und auch diejenigen, die durch Suizid Menschen verloren haben und mit nagenden Fragen nach dem Warum zurückbleiben, benötigen die Möglichkeit der Verarbeitung und eine Offenheit, die das Gespräch ermöglicht.

Mit den Artikeln zu diesem sehr sensiblen Thema werden wir erinnert, dass wir alle etwas tun können, das Thema Suizidalität wahrzunehmen und aus der Tabuzone zu holen und damit gesamtgesellschaftlich suizidpräventiv zu handeln.

Dr. Andrea Hanke
Regionsrätin
Dezernentin für Soziales, Teilhabe,
Familie und Jugend

ZUSAMMENSETZUNG DER FACHGRUPPE

„Sozialpsychiatrischer Plan“ des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

Torsten Köster

STEP gGmbH Niedersachsen
Fachabteilungsleitung Beratung
Odeonstr. 14, 30159 Hannover
– Sprecher der Fachgruppe –

Catrin Lagerbauer

Region Hannover
Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst
Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund
Gradestraße 20, 30163 Hannover

Martin Buitkamp

Region Hannover
Dezernat für Soziales, Teilhabe, Familie und Jugend
Stabsstelle Sozialplanung
Hildesheimer Str. 18, 30169 Hannover

Matthias Eller

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

Katrin Krone

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

Monika Lüpke

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

Nina Minnich

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

Dr. Thorsten Sueße

Region Hannover
Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst
Gradestraße 20, 30163 Hannover

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT

(Dr. Andrea Hanke – Dezernentin für Soziales, Teilhabe, Familie und Jugend) 3

ZUSAMMENSETZUNG DER FACHGRUPPE „SOZIALPSYCHIATRISCHER PLAN“

des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover 4

■ EINLEITUNG

Wenn die Verbindung zum Leben abreißt... und wie sie sich wiederherstellen lässt

(Catrin Lagerbauer / Thorsten Sueße) 9

Das Thema Suizid und Suizidprävention im Verein Psychiatrie-Erfahrener Hannover e.V.

(Klaus-Dieter Behringer / Monika Neveling / Nicole Niemann) 13

■ SCHWERPUNKTTHEMA 2023: Suizid und Suizidprävention

Suizidalität und Suizidprävention

(Sina Müller / Reinhard Lindner / Hannah Müller-Pein / Georg Fiedler) 16

„Was habe ich mit der eigenen Suizidalität als hilfreich erlebt?“ – ein Erfahrungsbericht

(Merle Meier) 21

Suizidprävention und Umgang mit Suizidalität im Sozialpsychiatrischen Dienst

(Thorsten Sueße) 24

Der Krankenhaussuizid – Betrachtungen aus Sicht der in den Kliniken tätigen Behandler

(Christian Tettenborn) 26

Suizidalität im höheren Lebensalter

(Karen Claus) 28

Suizidprävention durch den Psychosozialen/Psychiatrischen Krisendienst

(Ulrike Jamroszczyk / Catrin Lagerbauer / Frank Möller / Andrea Seidel) 32

Suizidalität – auch ein Thema in der Notfallseelsorge

Ein Interview mit Pastor Tim Kröger

(Catrin Lagerbauer / Tim Kröger) 33

■ REGIONALE PSYCHIATRIEBERICHTERSTATTUNG

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Regionale Psychiatriebereichterstattung (Catrin Lagerbauer / Martin Buitkamp) | 39 |
| Die Hilfsangebote des Sozialpsychiatrischen Dienstes während der COVID-19-Pandemie in den Jahren 2020 und 2021 (Thorsten Sueße) | 43 |

■ SOZIALPSYCHIATRISCHER VERBUND

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Der Sozialpsychiatrische Verbund und seine Gremien (Catrin Lagerbauer / Thorsten Sueße) | 53 |
| Tätigkeitsberichte der Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes | |
| Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG) (Moritz Radamm) | 55 |
| Bericht des Regionalen Fachbeirates (RFP) (Catrin Lagerbauer) | 57 |
| Berichte der Fachgruppen des Verbundes | |
| Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ (Oliver Weidner / Uffe Vajhøj) | 59 |
| Fachgruppe „Sozialpsychiatrischer Plan“ (Torsten Köster) | 60 |
| Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“ (Andreas Tänzer) | 61 |
| Fachgruppe „Fort- und Weiterbildung im Verbund“ (Catrin Lagerbauer) | 62 |
| Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Erkrankung“ (Michaela Albrecht / Günter Pöser) | 63 |
| Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“ (Markus Heller) | 63 |
| Fachgruppe „Sucht und Drogen“ (Frank Woike) | 64 |
| Fachgruppe „Inklusion“ (Marco Schomakers / Katrin Kuhn / Sabrina Böcker) | 65 |
| Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“ (Birgit Dietl) | 66 |
| Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“ (Thorsten Sueße) | 67 |
| Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“ (Alla Minasova) | 68 |
| Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ (Henning Kurth / Frauke Gossé / Ulla Neubacher / Katharina Pätzold) | 69 |
| Fachgruppe „Soziale Teilhabe“ (Birgitt Theye-Hoffmann / Ulrich Ehrhardt) | 71 |

Berichte der Sektor-Arbeitsgemeinschaften

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Sektor-Arbeitsgemeinschaft Neustadt (Sabine Böhland / Frederik Müller) | 73 |
| Sektor-Arbeitsgemeinschaft Mitte (ehemals Königstraße) (Sabine Böhland) | 74 |
| Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen (Christoph Dietrich) | 75 |
| Sektor-Arbeitsgemeinschaft List (Christoph Dietrich) | 75 |
| Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße (Sabine Tomaske) | 76 |
| Sektor-Arbeitsgemeinschaft Burgdorf | 77 |
| Sektor-Arbeitsgemeinschaft Groß Buchholz (Luisa Posnien / Heiko Graf-Warnecke) | 77 |
| Sektor-Arbeitsgemeinschaft Laatzen (Bastian Kornau) | 78 |
| Sektor-Arbeitsgemeinschaft Freytagstraße (Bastian Kornau) | 78 |
| Sektor-Arbeitsgemeinschaft Ronnenberg-Empelde (Alena Rebmann) | 79 |
| Sektor-Arbeitsgemeinschaft Deisterstraße (Torsten Molle)..... | 80 |
| Bericht der Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle für Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen / Ombudsstelle (Jürgen Gundlach) | 80 |

■ SONDERTEIL:

Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche und deren Familien

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Umgang mit suizidalen Krisen in der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien der Region Hannover (Tanja Magesching) | 83 |
| Die Arbeitsgemeinschaft Suizidprävention für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Hannover (Melanie Kieback)..... | 86 |
| Behandlung suizidaler Krisen bei Kindern und Jugendlichen im stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Setting (Tobias Hartwich)..... | 88 |
| Ambulante Versorgung | |
| Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover (Nina Minnich) | 91 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Sozialpädiatrisches Zentrum – AUF DER BULT, Hannover (Nina König / Hendrik Langen) | 93 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

Stationäre Versorgung

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Region Hannover, KRH-Psychiatrie Wunstorf (Anette Redslob-Hein) | 96 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Kinderkrankenhauses AUF DER BULT, Hannover (Burkhard Neuhaus) | 97 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| AMEOS Klinikum Hildesheim, Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Hildesheim (Eva-Maria Franck)..... | 98 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

Eingliederungshilfe

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Eingliederungshilfe für junge Menschen mit Behinderungen aus einer Hand im Fachbereich Teilhabe (Petra Beimes)..... | 99 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|



EINLEITUNG

Wenn die Verbindung zum Leben abreißt ... und wie sie sich wiederherstellen lässt
 von **Catrin Lagerbauer (Psychiatriekoordinatorin der Region Hannover)** und **Dr. Thorsten Sueße (Leiter des Fachdienstes Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover)**

Über den Tod und das Sterben wird nicht gern gesprochen. Der Tod durch Suizid ist ein noch größeres Tabuthema. Und Suizidgedanken mit anderen zu kommunizieren, fällt Betroffenen vor dem Hintergrund, was das Thema auslösen kann, schwer – wenn sie überhaupt eine Möglichkeit sehen, sich auszudrücken. Niemand, der nicht selbst von Suizidgedanken betroffen ist oder war, kann wohl nachempfinden, wie es ist, wenn das Leben nicht mehr aushaltbar ist, wenn als einziger Weg, seelisches Leiden zu beenden, der Abschied vom Leben gesehen wird und man bereit ist, das Lebensende selbst herbeizuführen.

In psychiatrischen Arbeitsfeldern gehört Suizidalität in ihrer unterschiedlichen Ausprägung in den Alltag. Sie wahrzunehmen, anzusprechen, mit den Betroffenen auszuhalten und überwinden zu helfen, gehört zur psychiatrischen Professionalität. Häufig gelingt es, dass betroffene Menschen darüber einen Weg zurück in das Leben finden. Und manchmal gelingt das nicht.

Am Leben verzweifelte Menschen finden nicht immer den Weg in das Hilfesystem, zu dem neben den psychiatrischen Angeboten auch Unterstützungen wie Selbsthilfe, Seelsorge, Lebensberatungsstellen, etc. gehören. Nahestehende Personen wie Angehörige, Freund*innen, Kolleg*innen sind vor dem Hintergrund, sie nicht zu sehr belasten zu wollen, oft nicht über die eigene seelische Verfassung informiert.

Suizidversuche erschüttern, da sie die tiefe Verzweiflung der suizidalen Menschen deutlich machen. Jedes Überleben birgt die Chance auf eine Veränderung im Leben mit der notwendigen Hilfe. Jeder vollzogene Suizid lässt Fragen zurück. Suizid ist wie wohl keine andere Todesursache für die Hinterbliebenen mit der unklaren Frage nach der Schuld behaftet.

Auch das macht die Thematisierung so schwer. Jede Perspektive ist anders und kann unter Umständen die Perspektive anderer ungewollt verletzen. Suizidalität weckt sehr vielschichtige Emotionen, die auch nicht immer in Worte zu fassen sind. Die angefragten Autor*innen der Artikel zum Schwerpunktthema haben sich teilweise sehr intensiv im Vorfeld in Gesprächen genau über dieses Spannungsfeld ausgetauscht. Unsicherheiten, sich nicht richtig auszudrücken, waren ebenso wahrzunehmen wie große Nähe zum Thema, die zu sehr belastet, als dass sie öffentlich mitgeteilt

werden kann. Dennoch war klar, dass das Thema in die Öffentlichkeit gehört, weil es viele Menschen in unterschiedlicher Form betrifft und dennoch immer noch tabuisiert wird.

Wir danken den Autor*innen, die sich mit einem Artikel zum Thema an dieser Veröffentlichung beteiligt haben, vor diesem Hintergrund besonders.

Die thematische Spanne von der Suizidprävention zum Suizid und den Folgen für die Mitbetroffenen ist weit. Es findet sich nur ein Ausschnitt der verschiedenen Perspektiven im Folgenden wieder. Die Hilfsangebote für Menschen in seelischen Notlagen, die suizidgefährdet sind, sind genauso unvollständig dargestellt wie die Angebote für Hinterbliebene nach Suizid. Neben allgemeinen Informationen und Beschreibungen von Angeboten liegt der Schwerpunkt der vorliegenden Artikel vor allem auf Erfahrungen und macht auf diese Art und Weise das Thema greifbarer. Die Artikel beziehen sich zudem nicht ausschließlich auf die professionell-psychiatrischen Seite.

Die Fachgruppe Sozialpsychiatrischer Plan hat das Thema „Suizid und Suizidprävention seit 2016 fünf Mal im Arbeitskreis Gemeindepсихиатрии als ein mögliches Schwerpunktthema zur Wahl gestellt. Das zeigt zum einen die durchgehende Aktualität, aber vielleicht auch da schon die besondere Herausforderung, da es erst in der Sitzung im April 2022 mit knapper Mehrheit von den Mitgliedern des Sozialpsychiatrischen Verbundes gewählt wurde.

Wir freuen uns, dass wir nun dem Thema in diesem Sozialpsychiatrischen Plan Raum geben. Denn die Beiträge machen deutlich: Viele Menschen kommen auf unterschiedliche Weise mit dem Thema Suizidalität in Berührung oder sind von einem Suizid mitbetroffen. Es ist ein Thema, das aus der Tabuzone herauskommen muss. Suizidprävention benötigt genauso Enttabuisierung, Haltung, Sensibilität und Zeit - und ist eine Aufgabe für uns alle.

Zum Inhalt

- Zu Beginn geben Monika Neveling, Nicole Niemann und Klaus-Dieter Behringer (ab S. 13) vom **Verein Psychiatrie-Erfahrener Hannover e. V. (VPE)** Einblick, wie das Thema Suizidalität im VPE bewegt.

Mitglieder der Gesprächsgruppe „Panik, Ängste und Depression“ berichten eigene Erfahrungen aus suizidalen Krisen, insbesondere auch mit den zur Verfügung oder auch nicht zur Verfügung stehenden Hilfen in diesen Situationen. Zudem machen sie deutlich, dass Tabuisierung und Stigmatisierung es schwer machen, sich offen zu äußern.

- Vom **Nationalen Suizidpräventionsprogramm (NaSPro)** berichten Sina Müller, Reinhard Lindner, Hannah Müller-Pein und Georg Fiedler (ab S. 16) zum einen zu Daten zur Entwicklung von Suizidzahlen und Verteilung von Suizidgeschehen in den Altersgruppen der Bevölkerung Deutschlands. Sie weisen aber vor allem auch darauf hin, wie vielschichtig das Suizidgeschehen ist und dass Suizidprävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, die Information und Haltung bedarf. Beratungsangebote zur Suizidprävention müssen vermehrt zur Verfügung stehen und dürfen nicht schwerer in Anspruch zu nehmen sein als Beratung zu assistiertem Suizid. Suizidzahlen haben in den letzten Jahren abgenommen, sind aber immer noch zu hoch.
- **Merle Meier** gestattet uns einen Einblick in ihr eigenes Erleben mit Suizidalität (ab S. 21). Ein überlebter Suizidversuch verändert ihr Leben. Sie reflektiert die Unterstützungsmaßnahmen vor und nach dem Suizidversuch und erklärt, wie wichtig Akzeptanz von Erkrankung auf dem Weg zur Veränderung ist. Mit der Frage „Was war das Gute im Schlechten?“ blickt sie auf ihre Erfahrungen, und zeigt, wie sie ihre Erkenntnisse heute für andere Menschen in verzweifelten Situationen zur Verfügung stellt.
- Im **Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi)** ist das Thema Suizidalität in der alltäglichen Arbeit immer präsent. Thorsten Sueße erklärt (ab S. 24), wie die Mitarbeiter*innen in Notfallsituationen, zu denen der SpDi hinzugerufen wird, handeln und Entscheidungen über das weitere Vorgehen treffen, um Menschen in einer suizidalen Phase zu schützen. Er erläutert auch, dass vom SpDi in jedem Klient*innenkontakt erwartet wird, mögliche latente oder akute Suizidalität mitzudenken

und ggf. abzuklären. Entsprechende Erfahrung und Sensibilität ist dafür unabdingbar.

- Behandlung von psychischen Erkrankungen ist ein wichtiger Baustein in der Suizidprävention. Wenn dennoch Suizide auch während oder unmittelbar nach einer (teil-)stationären Behandlung in einer Klinik geschehen, sind neben in erster Linie den nahestehenden Personen auch alle Mitglieder des Behandlungsteams und Mitpatient*innen mitbetroffen. Christian Tettenborn (ab S. 26) schreibt aus Sicht eines behandelnden Arztes einer **psychiatrischen Klinik**, was in diesem Fall wichtig ist zu tun und warum Nachbearbeitung mit den Mitbetroffenen unbedingt notwendig ist.
- Statistiken belegen, dass die Suizidraten in der Bevölkerung im höheren Lebensalter steigen. Erlebte Verluste, Selbstaufgabe und Lebensmüdigkeit im wahrsten Sinne des Wortes spielen dabei eine erhebliche Rolle. An zwei Fallbeispielen aus der **stationären Altenpflege** macht Karen Claus (ab S. 28) deutlich, wie die älteren Menschen in diesen Situationen erreicht und im Leben gehalten werden können. Zeit für Zuwendung ist auch hier entscheidend.
- In der Region Hannover wird das Angebot der sozialpsychiatrischen Versorgung für Menschen in Krisensituationen durch den **Psychosozialen/Psychiatrischen Krisendienst (PPKD)** am Wochenende und an Feiertagen ergänzt. Ulrike Jamroszczyk, Catrin Lagerbauer, Frank Möller und Andrea Seidel (ab S. 32) erklären, wie die niedrigschwellige Beratung des PPKD in akuten Krisensituationen, bei Hilferufen von Angehörigen und für chronisch erkrankte Menschen mit dem Bedarf an Struktur auch am Wochenende suizidpräventiv wirksam ist.
- In einem Interview (ab S. 33) beantwortet Pastor Tim Kröger Fragen von Catrin Lagerbauer zu der Arbeit der **Notfallseelsorge** bzgl. des Schwerpunktthemas dieses Sozialpsychiatrischen Plans. Überwiegend wenn ein Suizid erfolgt ist, ist die Notfallseelsorge da, um den Angehörigen und Mitbetroffenen beizustehen. Da zu sein, wenn

Fassungslosigkeit und vielschichtige Emotionen die zurückbleibenden Menschen bewegen, ist ebenso die Aufgabe wie Aufarbeitung und Stärkung der Einsatzkräfte, die nach einem Suizid vor Ort sind.

- Die Dokumentation von sozialpsychiatrischen Angeboten und ihrer Inanspruchnahme ist erforderlich, um Schlüsse für Planungen in der Angebotsstruktur ziehen zu können. Die Datenerhebung für die **Regionale Psychiatrieberichterstattung** (ab S. 39) wird sich jedoch perspektivisch verändern. Mit Vereinfachungen in der Datenerhebung soll die Datenmenge über die vorhandenen sozialpsychiatrischen Angebote vergrößert werden. Das Ziel ist die Möglichkeit, eine „Versorgungslandkarte des Sozialpsychiatrischen Verbundes“ darstellen zu können. Die Umstellung wird noch Zeit brauchen. Im aktuellen Bericht greifen Catrin Lagerbauer und Martin Buitkamp daher auf die nach bisherigen Bedingungen eingereichten Daten der Mitgliedsorganisationen aus dem Jahr 2021 zurück und stellen die sozialpsychiatrische Versorgungssituation in der Region Hannover in Teilbereichen vor.
- Über die Arbeit des **Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi)** berichtet Thorsten Sueße in seinem Beitrag (ab S. 43). Die Anzahl der vom SpDi betreuten Personen steigt über die letzten Jahre stetig an. Erstmals haben 2020 mehr Frauen als Männer Kontakt zum SpDi gehabt. Bei den Diagnosen der zu betreuenden Personen sind wie zuvor – außer im Jahr 2018 – die Schizophrenien an erster Stelle. Die Anzahl der vertragsärztlichen Behandlungen durch den SpDi und der aufsuchenden Tätigkeiten (Hausbesuche) sind in den Berichtsjahren 2019 und 2020 angestiegen. Außerdem ist die Anzahl der SpDi-Notfalleinsätze bei Kindern und Jugendlichen im Umland niedriger als in der Stadt Hannover, wozu der Beitrag eine mögliche Erklärung anbietet.
- Auf die allgemeine Darstellung der **Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes** folgen die Tätigkeitsberichte der einzelnen Gremien, die wichtiger Bestandteil des Sozialpsychiatrischer Plans

sind, weil sie das breite Spektrum der im Sozialpsychiatrischen Verbund diskutierten und bearbeiteten Themen abbilden und die Aktivität des Verbundes dokumentieren (ab S. 53).

Suizid ist eine der häufigsten Todesursachen bei jungen Menschen. Daher widmen sich die ersten drei Artikel im **Sonderteil Kinder und Jugendliche** (ab S. 83) auch dem Schwerpunktthema. Diesen folgen weitere Berichte aus dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich.

- Eine wichtige Anlaufstelle für junge Menschen in suizidalen Krisen und ihre Bezugspersonen ist **Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien**. Tanja Magesching beschreibt (ab S. 83), wie diesen Situationen in der Beratungsstelle mit dem multiprofessionellen Team begegnet wird und worauf es ankommt. Enttabuisierung und Offenheit ist auch hier entscheidend. Eine besondere Herausforderung bei der Arbeit mit den betroffenen Jugendlichen besteht darin, dass immer die Eltern einzubeziehen sind.
- Vor dem Hintergrund, dass die meisten Suizidversuche im Jugendalter und in der Adoleszenz durchgeführt werden und der vollzogene Suizid die zweithäufigste Todesursache bei jungen Menschen ist, ist die **Arbeitsgemeinschaft Suizidprävention** (S. 86) regionsweit tätig. Melanie Kieback beschreibt die suizidpräventive Arbeit der AG in Schulen.
- Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in suizidalen Krisensituationen in der **Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie** erklärt Tobias Hartwich am Beispiel des Klinikum Region Hannover (KRH) Wunstorf (ab S. 88). Er betont die Wichtigkeit der Beziehungsarbeit von Seiten des multiprofessionellen Teams. Sicherungsmaßnahmen beeinflussen die Beziehungsarbeit, so dass fortwährend eine Abwägung zwischen Bündnisfähigkeit/Vertrauen und Sicherung erfolgen muss. Die stationären Behandlungen sollten so kurz wie möglich gehalten werden, um die Reintegration in das soziale Umfeld zu erleichtern.
- Nina Minnich, Teamleiterin der **Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien** (ab S. 91) erläutert in ihrem Beitrag die Auswirkungen der Pandemie und der aktuellen Versorgungslage auf die Arbeit der Beratungsstelle.
- Nina König und Hendrik Langen stellen das Angebot des **Sozialpädiatrischen Zentrums Auf der Bult** Hannover vor (ab S. 93) und gehen auf die aktuellen Entwicklungen in ihrem Arbeitsfeld ein.
- Die stationären, teilstationären klinischen Behandlungen sowie die Behandlungen über Institutsambulanzen (ab S. 93) werden von drei Versorgungskliniken sichergestellt.
 - Das Angebot der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung des **KRH Wunstorf** stellt die Cheförztn, Anette Redslob-Hein vor. Burkhard Neuhaus, Chefarzt der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des **Kinderkrankenhauses Auf der Bult** erklärt die Zuständigkeit und das Angebot seiner Klinik. Die Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Hildesheim des **AMEOS Klinikums Hildesheim** wird von der Cheförztn, Eva-Maria Franck, beschrieben. Alle drei weisen auf die besondere Schwierigkeit der Versorgung von Kindern und Jugendlichen hin, die nach der Behandlung eine außerfamiliäre Unterbringung benötigen.
 - In ihrem Bericht zur **Eingliederungshilfe (EGH) für junge Menschen mit Behinderungen** erklärt Petra Beimes (ab S. 99) wie sich der Fachbereich Teilhabe der Region Hannover aufgestellt hat, um mit Blick auf die rechtlichen Veränderungen bzgl. der Zusammenfassung von Bedarfsermittlung und Leistungsgewährung jeglicher EGH für junge Menschen im SGB VIII gut vorbereitet zu sein.

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.

Was ist aus unserer Sicht im Jahr 2023 innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes sonst noch Thema?

Die Rückkehr zu vermehrten Präsenzveranstaltungen haben in vielen Gremien die Diskussionen um die Fachthemen wieder intensiviert. Den gesamten Sozialpsychiatrischen Verbund beschäftigt die schwierige Fachkräfte-Situation. Es stellt sich an vielen Stellen die Frage, wie die Unterstützung, Begleitung und Versorgung psychisch kranker Menschen aller Altersgruppen aufrechterhalten und verbessert werden kann. Es ist auch deutlich, dass manche Personengruppen nach wie vor nicht durch notwendige Angebote erreicht werden. Über Erhalt, bzw. Erhöhung der Attraktivität von Arbeit im sozialpsychiatrischen Bereich und konzeptionelle Überlegungen mit dem Fokus auf umfassende Versorgungsstrukturen wird im Sozialpsychiatrischen Verbund weiter zu diskutieren sein. Der Austausch wird hoffentlich in der Folge zu erforderlichen Entwicklungen führen.

Folgende Themenfelder und Vorhaben waren und sind derzeit bereits in Diskussion oder Planung:

- Die Versorgung der wohnungslosen Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen ist nicht erst seit dem Sozialpsychiatrischen Plan des letzten Jahres ein an vielen Stellen diskutiertes Thema. Projektideen, die sich nicht umsetzen ließen, werden unter neuen Voraussetzungen auf den Prüfstand gestellt.
- Es werden Gespräche zur eventuellen Installation eines Gemeindepsychiatrischen Zentrums (GPZ) in der Region Hannover geführt.
- Eine Fachtagung zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen an der Schnittstelle von Psychiatrie und Jugendhilfe ist aus dem Regionalen Fachbeirat heraus in Planung.

- Wie sich die Gründung eines Netzverbundes im Rahmen der KSVPsych-RL gestalten lässt, wird mit Spannung erwartet.
- Die Veranstaltungen des Bündnisses gegen Depression sind im Herbst des letzten Jahres wieder von über 1.000 Personen besucht worden. Erstmals hatte auch die Fachtagung „Gute Arbeit ist die beste Medizin“ nach 2019 wieder stattgefunden und war mehr als ausgebucht. Die Veranstaltungsplanung wird auch vor dem Hintergrund personeller Veränderungen in der Lenkungsgruppe des Bündnisses fortgeführt.

Das Thema Suizid und Suizidprävention im Verein Psychiatrieerfahrener Hannover e. V. von Nicole Niemann, Monika Neveling, Klaus Dieter Behringer (VPE Hannover e. V.)

Das Suizidrisiko ist bei allen psychischen Erkrankungen erhöht - mal mehr, mal weniger ausgeprägt. Trotz Medikamentengabe und gemeinschafts- und familienbasierender Intervention und Begleitung sowie psychiatrischer Begleitung lassen sich Suizide, wenn der Gedanke einmal gefasst ist und sich scheinbar kein anderer Ausweg finden lässt, aus unserer Sicht nicht wirklich verhindern. Suizidalität, also eine Suizidgefährdung, beschreibt einen psychischen Zustand, in welchem die Gedanken, Phantasien und auch Handlungen des Betroffenen darauf ausgerichtet sind, den eigenen Tod herbeizuführen. Dieser Zustand kann anhaltend, wiederholt oder auch nur in krisenhaften Situationen erlebt werden.

Tabu und Stigmatisierung

Zudem ist Suizidalität oft auch ein Tabu-Thema und gefährdete Menschen haben ein Problem, mit Bekannten, Freunden oder auch mit einem Arzt oder Therapeuten darüber zu sprechen. Teilweise aus Angst nicht ernst genommen zu werden oder auch aus Angst vor einer Einweisung in die Klinik und vor Ausgrenzung. Ein großes Problem ist auch als psychisch krank stigmatisiert zu werden und einen Autonomieverlust zu erfahren durch zwangsweise Einweisung und Behandlung in einer Klinik. Das Reden über einen mög-

lichen Freitod wird oft vermieden, manchmal auch bewundert, aber auch als Drohung verachtet.

Der Suizid eines Vereinsmitglieds

Erst kürzlich erreichte uns die erschütternde Nachricht: *Ein Vereinsmitglied hat sich umgebracht.*

Das Mitglied hatte sich, wie viele der anderen Mitglieder auch, seit Corona aus dem Vereinsleben und der Kontaktstelle etwas zurückgezogen. Nur ein Mitglied, mit dem er auch eng befreundet war, hatte lange Zeit noch Kontakt zu ihm. Viele nächtliche Anrufe wurden geführt, bis sich der Freund auch ein wenig abwendete, da er sich keinen Rat mehr wusste.

Erst nach der Nachricht vom Suizid erfuhren wir, was geschehen war. Unser Mitglied war seit längerer Zeit schon in der geschlossenen Psychiatrie. Die Gründe hierfür waren neben Endzeitphantasien Ängste durch die Coronakrise und letztlich auch der Krieg. Unser Mitglied wollte von der geschlossenen Abteilung in eine offene wechseln. Dies war der Person sehr wichtig. Dies gelang aber zunächst nicht. Erst als sich Menschen einsetzten, die dem Mitglied nahestanden, gelang es doch. Nun, auf der offenen Station, hatte die Person auch die Möglichkeit, Ausgang zu bekommen. Dieser Ausgang wurde als Chance begriffen und unser Mitglied sprang von einer Brücke. Eine Tragödie für alle Beteiligten.

Vermehrte Kontaktaufnahmen zum VPE in Krisenzeiten

Aus unserem Alltag im VPE können wir berichten, dass sich seit März 2020 deutlich mehr Hilfesuchende bei uns gemeldet haben als in der Zeit davor. Neben Mitgliedern des VPE auch sehr viele externe Menschen, die sich vermehrt telefonisch mit uns in Verbindung gesetzt haben.

Erfahrungen von Mitglieder der Selbsthilfegruppe „Panik, Ängste und Depression“ von Klaus Dieter Behringer zum Thema:

Teilnehmer*in 1: Eines unserer Mitglieder sieht eine Gefahr durch Hochhäuser. Sie könnten dazu verleiten, runter zu springen. Man denkt an nichts Anderes mehr als an den Suizid. Diese Teilnehmer*in ist erst durch ärztliche Hilfe da rausgekommen. Man braucht sehr viel Geduld. Andere können es nicht nachvollziehen, wenn es einem so schlecht geht, dass der

einzige Ausweg der Suizid scheint.

Teilnehmer*in 2: Der/die Teilnehmer*in hat Angst, dass die Suizidgedanken in der Öffentlichkeit, z.B. in der Bahn, ausbrechen. Dann hätte man keinen Psychiater als Ansprechpartner.

Teilnehmer*in 3: In einem solchen Fall ist man nicht mehr Herr der eigenen Sinne. Für den/die Partner*in war das sehr belastend. Das Mitglied hat Angst in so eine Situation reinzukommen.

Teilnehmer*in 4: Dem Mitglied ging es so schlecht, dass der/die Partner*in den RTW holen musste. Die Polizei hatte dabei helfen müssen. Das Mitglied wurde dann in der Geschlossenen aufgenommen. Da bekam unser Mitglied nur Medikamente, wie z.B. Tavor. Das hatte dann geholfen. Als sehr hilfreich hatte das Mitglied die Gespräche der Mitpatienten*innen empfunden. Beim Psychiater bekommt man auch nur Medikamente. (bis auf einen Teilnehmer stimmten andere dieser Aussage zu). Du willst in diesem Zustand einfach nicht mehr. Das Mitglied hatte große Angst nicht mehr aus der Psychiatrie herauszukommen, oder dass der Suizid nicht funktioniert.

Teilnehmer*in 5: Der/die Teilnehmer*in hat Suizid nur als letzten Ausweg gesehen. Man kommt da nicht wieder raus, erst durch stationäre Behandlung, später ambulant. Für dieses Mitglied war es wichtig, wieder ein Ziel zu haben.

Teilnehmer*in 6: Das Mitglied hatte die 116 117 gewählt. Da unser Mitglied aber keinen Dringlichkeitscode hatte, bekam er keine Hilfe.

Teilnehmer*in 7: Es wird einem in der Klinik nicht wirklich geholfen (war in der geschlossenen Abteilung, im Jahr 2020), es wird mit einem nicht gesprochen. Die Hilfen sind keine echten Hilfen.

Teilnehmer*in 8: Als die Symptome unser Mitglied fast handlungsunfähig gemacht haben, hatte es den Soz.Psych.Dienst (SPDi) angerufen. Er bat um ein Gespräch. Der/die Teilnehmer*in wurde jedoch nur gefragt, ob er/sie denn keinen Psychiater hätte. Schließlich gab man ihm die Telefonnummer eines anderen SPDi. Wenn er/sie lebensmüde ist, so ist er/sie nicht suizidal, sondern müde/ erschöpft vom Leben. Die Krankheitssymptome laugen einen manchmal aus. Man ist einfach nur erschöpft. Dank Tagesklinik (Intervalltherapie, 22 Wochen) ist er/sie wieder da rausgekommen. Später beim VPE viel Unterstützung und Hilfe durch Gespräche durch

hauptamtliche Mitarbeiterin bekommen. Und Angebote wie Teestube, Ausflüge.

Wie merkt man, dass jemand suizidale Gedanken hat?

Erste Alarmzeichen für Angehörige oder Freunde sind Suiziddrohungen und -ankündigungen, Äußerungen von großer Hoffnungslosigkeit, Äußerungen wie: Es hat doch alles keinen Sinn. Oder auch wenn Menschen anfangen, ihre Angelegenheiten ordnen zu wollen.

Auch wenn sich Menschen immer mehr zurückziehen, ihre Hobbys vernachlässigen, unter andauernden Schlafstörungen leiden oder innerer Unruhe oder eventuell Schuldgefühle äußern wie z. B: „Ich bin doch sowieso nur eine Belastung für meine Mitmenschen“, sollte man sehr wachsam sein.

Prävention braucht Sensibilisierung

Aus unserer Sicht ist eine Sensibilisierung für nahestehende Personen von Menschen mit Suizidgedanken extrem wichtig. Dies gilt aber auch für Hausärzte, Psychiater, Betreuer etc. Bei nahestehenden Personen wie Angehörigen können zudem Schuldgefühle, Überforderung und Hilfslosigkeit entstehen.

Bei der Diagnostik der Suizidalität sind folgende Gesichtspunkte von Bedeutung: Risikofaktoren: Psychische Krankheit (insbesondere Depression, Sucht oder Schizophrenie in der akuten Phase), psychosoziale Krisen (Trennung, Tod einer nahestehenden Person), wenig soziale Beziehungen, vorhergehende Suizidversuche, Suizide in der Familie.

Zur Prävention von Suizidalität ist unseres Erachtens eine Fortbildung zur Früherkennung in medizinischen, psychosozialen Berufen in Zeiten von globalen Krisen und Konflikten von immenser Bedeutung.



stock.adobe.com - WöGi

SCHWERPUNKTTHEMA 2023: SUIZID UND SUIZIDPRÄVENTION

Suizidalität und Suizidprävention¹

von Sina Müller, Reinhard Lindner, Hannah Müller-Pein (Universität Kassel, Institut für Sozialwesen, Nationales Suizidpräventionsprogramm) und Georg Fiedler (Deutsche Akademie für Suizidprävention e.V.)

In Deutschland nehmen sich jährlich mehr als 9.000 Menschen das Leben. Die Anzahl der Suizidversuche wird auf weit über 100.000 geschätzt. Betroffen von Suizidalität und Suiziden sind auch An- und Zugehörige, Freunde und Freundinnen, Kollegen und Kolleginnen und alle im beruflichen Kontext mit Suiziden konfrontierten Personen. Suizidprävention umfasst Hilfen und Unterstützung auch für diesen Personenkreis.

Das suizidale Erleben kann als ein Ausdruck der Zuspitzung einer sehr belastenden und konflikthaften seelischen Entwicklung verstanden werden. Sie ist geprägt durch Gefühle von Ausweglosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit und tiefer Verzweiflung.

„Suizidgefährdete haben oft große Schwierigkeiten, sich mit ihren Suizidgedanken an andere zu wenden, weil sie fürchten, von der Umwelt abgelehnt und entwertet oder zwangsweise hospitalisiert zu werden.“

Die Verzweiflung kann auch in Wut, Ärger und Hass umschlagen. Symptome wie Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Antriebslosigkeit und allgemeines körperliches Unwohlsein begleiten oft das suizidale Erleben. Auslöser des suizidalen Erlebens sind vorrangig intra- und interpersonelle Konflikte, Trennungen oder der Verlust von bedeutenden Bezugspersonen, Kränkungen, berufliche Probleme, schwere Erkrankungen sowie Vereinsamung und Selbstwertverlust, vor allem im höheren Lebensalter. Dabei ist nicht die objektive Schwere zum Beispiel eines äußeren Ereignisses für die suizidale Befindlichkeit maßgeblich, sondern wie

es subjektiv erlebt wird. Suizidgefährdete haben oft große Schwierigkeiten, sich mit ihren Suizidgedanken an andere zu wenden, weil sie fürchten, von der Umwelt abgelehnt und entwertet oder zwangsweise hospitalisiert zu

werden. Auch in laufenden psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen bleibt die suizidale Befindlichkeit deshalb häufig unerwähnt (Fiedler et al. 2020).

¹ Der Beitrag ist eine gekürzte und bearbeitete Fassung von: Fiedler, G. et al. (2021): Suizidalität und Suizidprävention in Deutschland – ein Blick auf den gegenwärtigen Stand. In: Schneider, B. et al. (Hg.): Suizidprävention Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven. Kassel, 17–39.

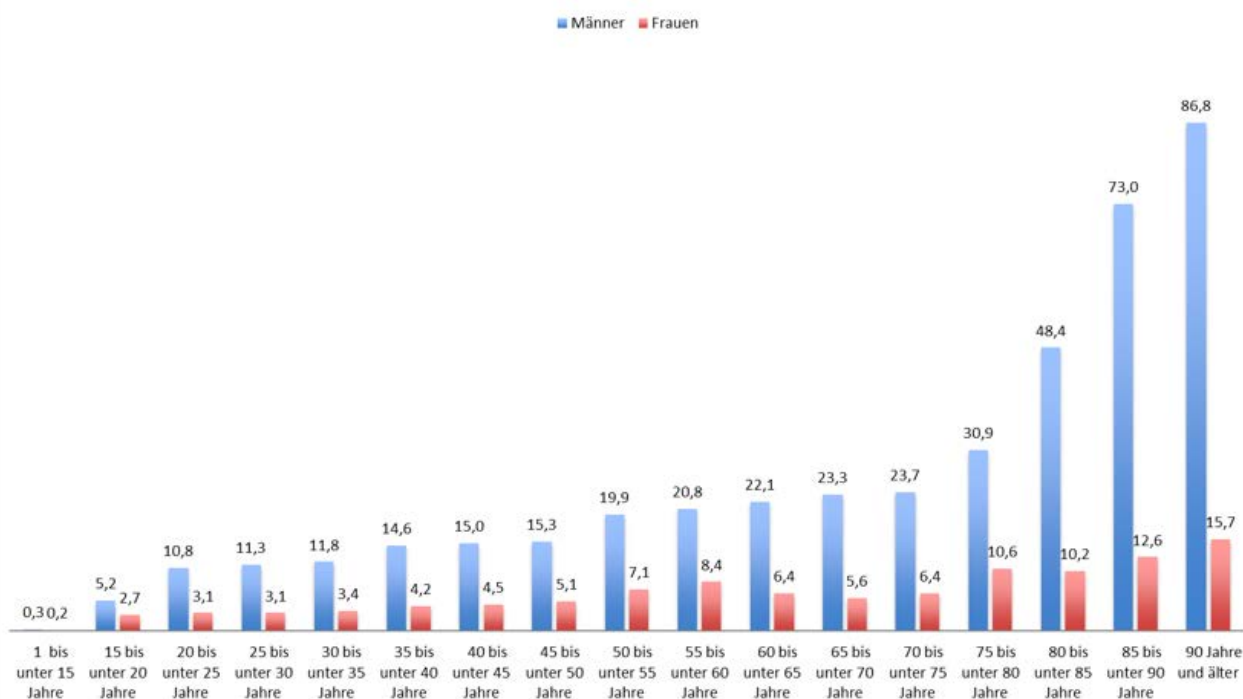
Suizidalität ist ein komplexes Phänomen – Suizidprävention eine komplexe Aufgabe

Suizidalität ist ein menschliches Geschehen und Erleben, dessen Verständnis sich im kulturellen Kontext wandelt. Erklärungsmodelle psychopathologischer, psychodynamischer, biologischer, epidemiologischer, soziologischer oder philosophischer Art können allein das Phänomen nicht erklären. In unserem Kulturkreis wurde der Suizid jahrhundertlang als „Sünde“ angesehen und ist tabuisiert. Die durch Suizid Verstor-

benen wurden z.B. noch vor 50 Jahren oft außerhalb christlicher Friedhöfe beigesetzt. Im 19. Jahrhundert wurde Suizidalität in die Nähe von psychischer Erkrankung gebracht (Wolfersdorf 1995:2). Das Verständnis des Suizids in der Gegenwart ist weiter gefasst: Es umfasst die Interaktion von individuell-psychologischen, interpersonellen, biologischen, kulturellen und gesellschaftlichen Einflüssen auf suizidale Handlungen. Daraus folgt, dass ein Suizid auch nie auf eine einzige Ursache zurückgeführt werden kann.

Insgesamt versterben in Deutschland wesentlich mehr Menschen durch Suizid als durch Verkehrsunfälle, AIDS, illegale Drogen und Gewalttaten zusammen.

Suizide pro 100.000 Einwohner im Jahre 2020 nach Lebensalter



Quelle: Statistische Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 19.11.2021 • Darstellung und Berechnung: H. Müller-Pein & K. Wache, Universität Kassel, 2021

In Deutschland steigt das Suizidrisiko, mit dem Lebensalter (das sog. „Ungarische Muster“). In allen Altersgruppen sterben deutlich mehr Männer durch Suizid als Frauen. Beträgt die Suizidrate 2020 bei 20 bis 25-jährigen Männern noch 10,8 (Frauen 3,1) steigt sie bei den 85 bis 90jährigen Männern auf 73,0 (Frauen 12,6).

Das durchschnittliche Lebensalter eines Suizids liegt bei ca. 58 Jahren – mit steigender Tendenz.

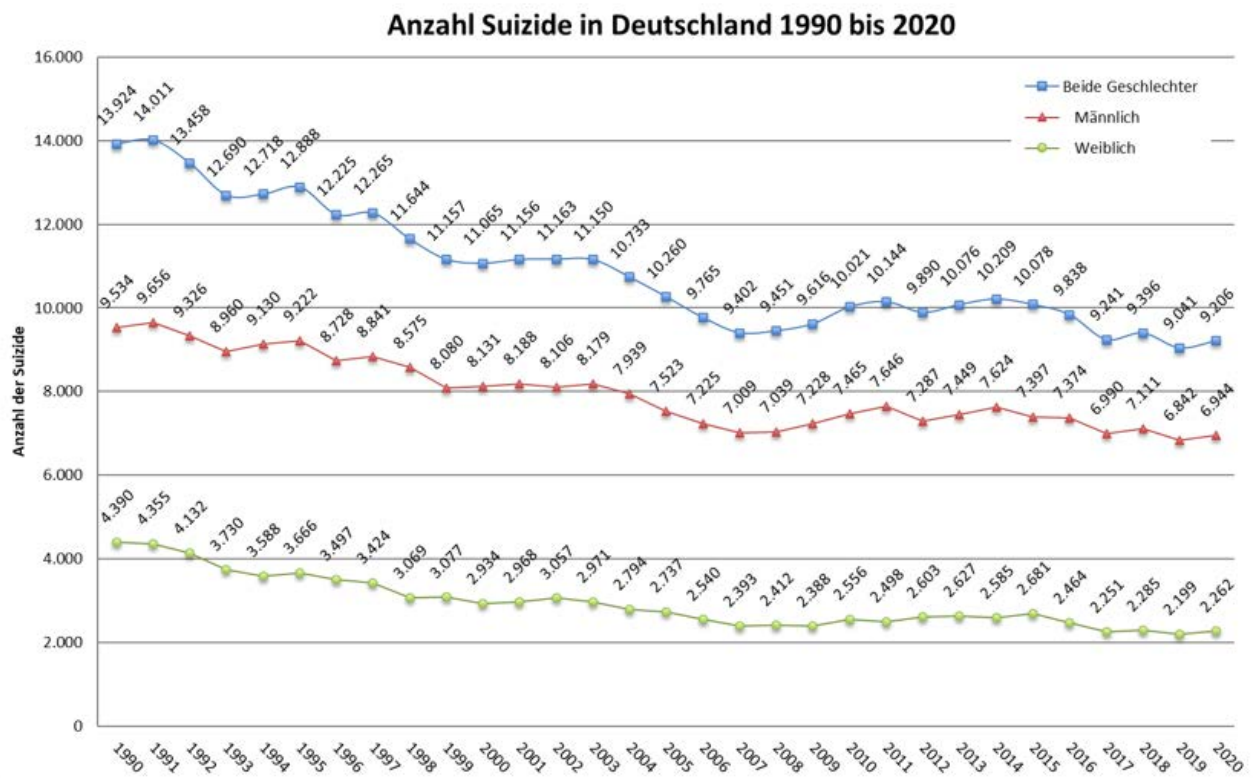
In Deutschland starben im Jahr 2020 deutlich mehr Menschen durch Suizid (9.206) als durch Verkehrsunfälle, Mord und Totschlag, illegale Drogen und AIDS zusammen (~ 6.950).

Todesursachen 2020

| | | |
|-----------------|--------------|-------------------------------------------------------------|
| Illegale Drogen | 1.581 | Quelle: Statistisches Bundesamt ¹ |
| Mord | 280 | Quelle: Statistisches Bundesamt ¹ |
| Totschlag | 1.994 | Quelle: Statistisches Bundesamt ¹ |
| Verkehrsunfälle | 2.724 | Quelle: Statistisches Bundesamt ¹ |
| AIDS | ~ 380 | Quelle: Robert Koch Institut (Zahlen von 2019) ² |
| Suizid | 9.206 | Quelle: Statistisches Bundesamt ¹ |

¹ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Stand November 2021 ² Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts, Stand November 2021; Darstellung und Berechnung: H. Müller-Pein & K. Wache, Universität Kassel, 2021

Der Höchststand der Anzahl der Suizide war im Jahr 1981 und lag damals bei 18.825. Seitdem sank die Anzahl der Suizide deutlich.



Quelle: Statistisches Bundesamt • Gesundheitsberichterstattung des Bundes • www.gbe-bund.de • Datenblätter vom 19.11.2021 • Darstellung und Berechnung: H. Müller-Pein & K. Wache, Universität Kassel, 2021

Wer Suizidgedanken hat, möchte nicht unbedingt sterben

Ein nachhaltiger Grundirrtum über Suizidalität ist, dass jene, die Suizidwünsche äußern, auch unbedingt die Intention haben zu sterben (World Health Organization, 2014). Vielmehr wollen sie unter den gegebenen – oder von ihnen so erlebten – Umständen nicht mehr weiterleben. Insofern drückt die Vorstellung eines Suizids zunächst ein Bedürfnis nach Veränderung aus, wobei gleichzeitig keine Möglichkeit dazu gesehen wird. Dies kann zu einem Zustand der Hoffnungslosigkeit führen. Durch eine Veränderung der aktuellen Situation, sei sie durch aktives Handeln (z.B. durch die Minderung physischen Leidens oder eine Änderung der psychosozialen Situation) oder durch eine im Rahmen sozialer Kontakte gelungene innere, subjektive Neubewertung der Situation durch die Betroffenen selbst würden sie durchaus weiterleben. Dies zeigen unterschiedliche Studien im Rahmen der palliativen Versorgung oder der Beratung und Psychotherapie (Kremeike et al., 2019; Briggs et al., 2018). Dieses ambivalente Verhältnis sowohl zum Suizid als auch zum Leben als ein wesentliches Charakteristikum der Suizidalität ist somit eine Grundvoraussetzung der Suizidprävention (Fiedler et al., 2020).

Suizidalität ist vor diesem Hintergrund individuell kein über die Zeit beständiges Phänomen. Von allen Personen, die einen Suizidversuch überlebten, unternahmen mindestens 70 % keinen weiteren Suizidversuch. Nur 10% der Menschen nach einem Suizidversuch verstarben in den folgenden Jahren durch Suizid (Owens et al., 2002).

Suizidprävention ist möglich

Suizidalität ist keine statisch auftretende Problematik. Dies zeigen die Unterschiede von Suizidraten in unterschiedlichen Kulturkreisen und in unterschiedlichen Subkulturen, bis hin zu den unterschiedlichen Suizidrisiken der Einwohnerinnen und Einwohner deutscher Bundesländer. Nicht zuletzt dem deutlichen Rückgang der Suizidraten in Deutschland von ihrem Höchststand 1982 auf deren Tiefststand 2019 zeigen die Beeinflussbarkeit (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2021).

Im Vordergrund steht das Angebot – und nicht der Zwang – zur Hilfe

Die Ansätze der Suizidprävention haben sich verändert. Im Vordergrund steht heute das Verständnis der individuellen Umstände der Betroffenen und das Angebot – und nicht der Zwang – zur Hilfe. Über die Annahme oder Ablehnung von Hilfe entscheiden die Betroffenen selbst. Suizidgedanken als Ausdruck einer existentiellen Notlage müssen ernst genommen werden – nur so sind stützende Kontakte möglich.

Der aktuelle Stand der Suizidprävention in Deutschland

Die Politik auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene hat durch ihre Diskussionen, Entschließungen und Beschlüsse einen großen Einfluss auf die allgemeinen Haltungen zum Suizid in der Gesellschaft sowie Folgen für die Finanzierung und Durchführung suizidpräventiver Maßnahmen. Religiöse, ethische und philosophische Institutionen, aber auch die Rechtsprechung, Kunst und Kultur bestimmen mit, wie Suizidalität in unserer Gesellschaft rezipiert wird. Wissenschaft und Forschung beeinflussen das Wissen über den Suizid und entwickeln präventive Maßnahmen. Die Verbreitung von öffentlichen Informationen, Diskussionen und deren Rezeption in den Medien, in der Kunst, Literatur, Theater und Film vermittelt über traditionelle, neue und soziale Medien, wirkt auf gesamtgesellschaftliche und individuelle Einstellungen zum Suizid. Zudem haben Unternehmen und Institutionen auf den Umgang mit Suizidalität sowohl in ihrem Einflussbereich aber auch in der Öffentlichkeit Einfluss.

Suizidprävention ist möglich. Suizidalität ist ein komplexes Phänomen. Suizidprävention ist eine gesellschaftliche Aufgabe. Suizidprävention ist auf verschiedenen Ebenen notwendig. Suizidprävention muss Angehörige und weitere Betroffene einbeziehen.

Vernetzung ist ein Kernelement von Suizidprävention

2001 wurde von der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) das Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro) gegründet

Grundsätze und Ziele des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro)

Suizidprävention ist möglich. Die unterschiedliche Suizidproblematik in verschiedenen Ländern und Kulturen sowie zahlreiche Studien zur Suizidprävention zeigen Möglichkeiten der gezielten Beeinflussung der Suizidraten. In verschiedenen nationalen Programmen, regionalen Initiativen und einzelnen Projekten konnte eine deutliche Reduktion der Anzahl der Suizide erreicht werden.

Suizidalität ist ein komplexes Phänomen. Suizidalität umfasst gesellschaftlich- kulturelle, individuell-psychologische und biologische Aspekte. Suizid und Suizidalität berühren u. a. Philosophie, Religionswissenschaften, Rechtswissenschaften, Soziologie, Literaturwissenschaften, Medienwissenschaften, Pädagogik, Psychologie, Medizin, Biologie und Neurowissenschaften. Suizidprävention ist daher nur interdisziplinär unter Beteiligung aller betroffenen Berufsgruppen sowie auch Laien möglich.

Suizidprävention ist eine gesellschaftliche Aufgabe. Um nachhaltig zu wirken und die Tabuisierung suicidalen Verhaltens zu brechen, müssen sich die Einstellungen gegenüber suicidalen Verhalten ändern. Der Wandel der Einstellungen entlastet Suizidgefährdete und ihre Angehörigen und öffnet Wege für eine bessere Prävention und Versorgung suicidalgefährdeter Menschen. Um dieses Ziel zu erreichen, ist die Beteiligung möglichst vieler gesellschaftlicher Institutionen notwendig.

Suizidprävention ist auf verschiedenen Ebenen notwendig. Ein nationales Suizidpräventionsprogramm soll Rahmenbedingungen schaffen, die ein generelles suicidalpräventives Klima bewirken und Forschung und praktisches Handeln stimulieren. Wirksam ist Suizidprävention überwiegend dort, wo Menschen miteinander in Beziehung stehen. Das Nationale Suizidpräventionsprogramm soll dazu befähigen, auf die Suizidproblematik einzugehen und wirkungsvolle, regional angepasste Strukturen für eine bessere universelle Prävention (allgemeine suicidalpräventive Maßnahmen), selektive (Erkennung und Behandlung suicidalgefährdeter Menschen) und indizierte Prävention (Versorgung von Personen nach einem Suizidversuch) zu schaffen. Jeder, der Hilfe sucht, sollte unkompliziert und schnell qualifizierte Hilfe erhalten.

Suizidprävention muss die Angehörigen und weitere Betroffene miteinbeziehen. Von jedem Suizid bzw. Suizidversuch sind laut WHO im Durchschnitt mindestens sechs Angehörige betroffen, die oft auch selbst Hilfe benötigen, derzeit aber selten finden können. Suizidales Verhalten von Angehörigen führt aufgrund von depressiven Syndromen mit Gedanken an Schuld häufig zu weiterem suicidalen Verhalten. Ebenso berücksichtigt werden müssen weitere nahestehende Menschen (z. B. Arbeitskolleginnen und -kollegen, Mitschülerinnen und -schüler), in Ausübung ihres Berufes mit Suiziden konfrontierte Menschen (z.B. Ärzteschaft, Therapeutinnen und Therapeuten, Angehörige von Pflegeberufen, der Polizei, der Feuerwehr u.v.a.m.) sowie Zeuginnen und Zeugen suicidalen Handlungen.

(www.suizidpraevention.de). In den folgenden Jahren wurde diese Initiative in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO/Europe) weiterentwickelt und im Jahr 2017 neu organisiert (<https://www.suizidpraevention.de/ueber-uns.html>). Das Programm orientiert sich an Grundsätzen und Zielen die allgemein für die Suizidprävention gelten sollten (siehe Kasten oben).

Auf der Basis seiner Grundsätze entwickelte das NaSPro ein bundesweites Netzwerk unter der Beteiligung zahlreicher Akteurinnen und Akteure. Das Netzwerk wird durch die Beteiligung von zahlreichen Institutionen und Verbänden durch die zum NaSPro gehörende Allianz für Suizidprävention unterstützt (<https://www.suizidpraevention.de/allianz/>). Den Kern des Netzwerks bilden die Arbeitsgruppen des NaSPro. In ihnen kooperieren Expertinnen und Exper-

ten der Suizidprävention (aus Forschung und Praxis) mit Fachpersonal der Interventions- bereiche (z. B. Bundesapothekerkammer, jugendschutz.net, Deutscher Presserat, Justizvollzug, Deutsche Bahn AG, Polizei, Bundeswehr etc.). Die Arbeitsgruppen erheben Problemfelder und entwickeln Lösungsvorschläge, Empfehlungen (<https://www.suizidpraevention.de/medienportal.html>), Materialien (<https://www.suizidpraevention.de/materialien.html>), Curricula, Stellungnahmen u.v.a.m.. Die Arbeitsgruppen umfassen

Die Politik muss maßgebend an der Förderung der Suizidprävention in Deutschland beteiligt sein! Das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) fordert gemeinsam mit Verbänden der Suizidprävention und der Palliativ- und Hospizarbeit eine gesetzliche Fundierung der Suizidprävention.

auf die Gesellschaft insgesamt orientierte Themen (z.B. Mittelrestriktion, Medien und Öffentlichkeitsarbeit, Vernetzung), auf bestimmte Zielgruppen (z. B. Alte Menschen, Kinder und Jugendliche, Hinterbliebene, Migration, Justizvollzug) sowie auf die Versorgung bezogene (z.B. Medizinische Versorgung, Niedrigschwellige Versorgung) und kooperieren auch miteinander. Das NaSPro veranstaltet regelmäßige Tagungen unter Beteiligung der Allianz für Suizidprävention und des wissenschaftlichen Beirats. Gefördert wird das NaSPro vom Bund bei einzelnen Projekten, wie Tagungen und einzelnen Broschüren, der Projektförderung zur Erstellung dieses Berichtes sowie in geringem Umfang durch Spenden. Die Leitung und die Arbeitsgruppen arbeiten überwiegend ehrenamtlich. Reisekosten werden maßgeblich durch Spenden

finanziert oder von den beteiligten Institutionen und Verbänden getragen. Diese finanzielle Situation erfordert ein sehr hohes persönliches Engagement aller Beteiligten und gestaltet die Aufrechterhaltung der Struktur des NaSPro als eine große Herausforderung.

Die Politik muss maßgebend an der Förderung der Suizidprävention in Deutschland beteiligt sein! Das Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) fordert gemeinsam mit Verbänden der Suizidprävention und der Palliativ- und Hospizarbeit eine gesetzliche Fundierung der Suizidprävention.

Besorgnis erregen besonders die vorgesehenen Beratungsangebote in den vorliegenden Gesetzentwürfen zur Regelung des assistierten Suizids. Beziehungsorientierter langfristiger Beratungsangebote bedarf es in Deutschland. Diese gibt es bereits an vielen Stellen. Allerdings nicht in hinreichender Anzahl und ausreichender finanzieller Förderung. Diese Angebote müssen gefördert werden. Angebote der Suizidprävention dürfen nicht schwerer erreichbar sein als der Zugang zum assistierten Suizid.²

„Was habe ich mit der eigenen Suizidalität als hilfreich erlebt?“ – ein Erfahrungsbericht von Merle Meier

„In meinem Kopf existieren nur finstere Gedanken. Ich bin nichts wert und die ganze Welt ist dunkel. Ich habe kein Körpergefühl mehr. Ich fühle nicht, ob ich gesundheitlich fit oder krank bin. Ich bin immer nur müde, kraftlos und ausgepowert, obwohl ich mich überhaupt nicht angestrengt habe. Ich bin schon al-

2 Literatur

- Briggs, S., & Lindner, R. (2018). Therapeutische Arbeit mit suizidalen Jugendlichen: die psychodynamische Kurzpsychotherapie (TAPP). *Suizidprophylaxe* 45(4), 125-134.
- Fiedler, G., Lindner, R., Althenhöfer, A., Gans, I., Gerisch, B., Richter, M., & Götze, P. (2020). Das Hamburger Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete. Suizidalität, Psychotherapie und gesellschaftliche Intervention. *Forum Psychoanalyse*, 36, 123-139.
- Kreimeke, K., Perrar, K.M., Lindner, R., Bostroem, K., Montag, T., ... Voltz, R. (2019). Todeswünsche bei Palliativpatienten – Hintergründe und Handlungsempfehlungen. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 20, 323-335.
- Owens, D., Horrocks, J., & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *Systematic review*. *BR J Psychiatry*, 181, 193-199.
- Schneider, B., Lindner, R., Giegling, I., Müller, S., Müller-Pein, H., Rujescu, D., Urban, B., Fiedler, G. (Hrsg.) (2021) *Suizidprävention Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven*. Kassel: Deutsche Akademie für Suizidprävention.
- Statistisches Bundesamt (statista) (2021). Suizide. Abgerufen von <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=previous&levelindex=1&step=1&titel=Ergebnis&levelid=1665385988520&acceptscookies=false#abreadcrumb>.
- WHO (World Health Organisation) (2014). *Suizidprävention. Eine globale Herausforderung*. Deutsche Depressionshilfe.
- Wolferdsdorf, M. (1995). Suizidalität – Begriffsbestimmung und Entwicklungsmodelle suizidalen Verhaltens. In *Suizidalität – Die biologische Dimension*. Edited by M.K.

lein deshalb geschafft, weil ich die ganze Zeit nur schwere Gedanken in meinem Kopf habe. Ich halte das kaum aus.“³

So fühlte ich mich, als ich begann, über Suizid nachzudenken. Ich konnte diese Schwere nicht mehr ertragen. Ich vegetierte dahin und jeder neue Tag war eine Qual, jede Nacht die Hölle: schwere Gedanken raubten mir den Schlaf. Gibt es daraus ein Entrinnen? – Nein! Ich war zutiefst davon überzeugt, dass niemand auf der Welt wahrhaftig nachvollziehen kann, wie es mir wirklich ging. Auf Anraten meines Hausarztes musste ich eine Tagesklinik besuchen. „Das wird dir guttun, Merle! Die Therapien haben zum Ziel, dass du wieder im normalen Alltag klarkommst, zur Arbeit gehst, dich mit Freunden triffst...“ Na, wenn er meint. Jedoch war das Gegenteil der Fall. Die verschiedenen Krankheitsbilder, die sich bei den anderen Teilnehmenden zeigten, machten mir Angst. Der eine Mann rastete regelmäßig aus, schrie und warf Sachen durch die Gegend. Die alte Oma erbrach sich beim Mittagessen am Esstisch. Überall, wo ich hinschaute, löste es blankes Entsetzen bei mir aus. Die Suizidgedanken nahmen Formen an. Mehr und mehr. Es gab niemanden, mit dem ich mich austauschen konnte, der auch so traurig war wie ich.

Was wäre gewesen, wenn...?

Was mir stattdessen geholfen hätte? Ich denke, eine Selbsthilfegruppe für depressiv erkrankte Menschen hätte mir sehr gutgetan. Ich hätte, wider Erwarten, festgestellt, dass ich eben nicht allein auf dieser Welt von dieser Schwermütigkeit betroffen bin. Ich hätte erfahren, dass es Menschen gibt, denen es ähnlich bzw. genauso geht wie mir. Vielleicht hätte mir das Mut gemacht. Die Psychopharmaka, die ich Tag für Tag schluckte, zeigten überhaupt keine Wirkung. Es ging mir an jedem neuen Tag wieder schlecht, ich fühlte mich erbärmlich.

Dann kam der Tag, als ich versuchte, mir das Leben zu nehmen. Nach vier Wochen Lebensgefahr wachte ich auf der Intensivstation auf und konnte – und wollte –

nicht wahrhaben, dass ich tatsächlich noch lebte, mit einer frisch dazugewonnenen Querschnittslähmung.

Die Psychiaterin suchte das Gespräch mit mir und änderte meine Medikation.

Was dann geschah, war erstaunlich: Nach wenigen Tagen ging es mir

psychisch gut! Trotz der fatalen Situation. Ich hatte Lebensmut und Power, in die Zukunft zu blicken. Das ist noch heute ein schwerer Gedanke für mich: Was wäre gewesen, wenn vor meinem Suizid die Medikation geändert worden wäre? Könnte ich heute noch laufen? Passiert ist passiert. Jetzt nützt es nichts mehr, diesem Gedanken hinterher zu trauern.

Meinen Klient*innen rate ich heute, Medikamente zu nehmen, wenn die Therapie nicht mehr greift. Ich betone nachdrücklich, sie mögen durchhalten, die Medikamente ggf. zu wechseln bzw. zu verändern, bis sich eine Besserung einstellt. Das ist möglich!

Als ich in der Reha lernen musste, mit meiner Rollstuhlsituation zurecht zu kommen, sah ich Menschen mit noch schwerwiegenderen Behinderungen. Sie konnten nicht nur ihre Beine nicht bewegen, sondern auch ihre Arme nicht. In diesem Moment dachte ich: „Mein Gott, geht es mir gut!“. Verschlimmerungsfragen können uns aufzeigen, dass es eben noch schlimmer kommen kann, so dass das eigene gefühlte Leid kleiner wird.

Nicht allein – auf dem Weg zur Akzeptanz

Verwandte und Freunde haben bei der Begleitung eines Leidensweges eine unwahrscheinlich große Bedeutung. Sie geben einem das Gefühl, nicht allein zu sein, sie sind einfach immer da. Sie bilden das Fundament, damit neue Hoffnung entstehen kann.

Perspektiven, die ich zum Glück hatte, in Form einer Ausbildungsstelle, sind wegweisend und gehören zum angesprochenen Fundament. So bildet sich nach und nach ein Gerüst, an dem man sich festhalten kann.

„Ich war zutiefst davon überzeugt, dass niemand auf der Welt wahrhaftig nachvollziehen kann, wie es mir wirklich ging.“

Jahre nach meinem Suizidversuch habe ich ein Achtsamkeitscoaching gemacht. Ich wurde angeleitet, das, was ist, und wie sich das Leben zeigt, anzunehmen. Das Wort dafür heißt Akzeptanz. Tränen rollten mir über mein Gesicht, löste sich doch der Widerstand auf, der sich jahrelang gezeigt hatte. Indem der Widerstand verschwand und ich mich selbst und meine Situation annahm bzw. akzeptierte, wurde ich handlungsfähig. Mein Leben wurde plötzlich bunter und leichter. Ich begann, meine Träume zu verwirklichen und zu leben.

Der Einfluss der eigenen Erfahrung auf das heutige (berufliche) Leben

Das hatte zur Folge, dass ich mich bewusst fortgebildet habe: allein die Weiterbildung als systemische Therapeutin brachte mir hinsichtlich der Selbstreflexion mehr als so manche Stunde beim Psychotherapeuten. Ich ging zwar regelmäßig einmal in der Woche dorthin, ohne aber wirklich voranzukommen.

Als ich Heilpraktikerin für Psychotherapie wurde, verstand ich die Zusammenhänge und Hintergründe des Krankheitsgeschehens und konnte meine eigene, vergangene Erkrankung noch besser nachvollziehen. Daraus entstand der Wunsch, andere Menschen zu unterstützen, denen es ähnlich ergeht wie es mir ergangen war.

Bei der Arbeit in der sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche konnte ich das, was ich gelernt hatte, umsetzen. So war es ein tiefgreifendes Erlebnis, ein junges Mädchen in ihrer Depression zu begleiten und sie wieder lächeln zu sehen.

Ich bin in diesen Momenten auf Augenhöhe mit meinen Klient*innen. Ich weiß, wie es wirklich ist, sich so zu fühlen, wie sie es gerade erleben. Das spüren die Betroffenen und nehmen die Hilfestellung nach meiner Erfahrung gern an. Meine Lebensaufgabe erschließt sich mir aus meiner Vergangenheit: Ich möchte etwas weitergeben aus meinen Erfahrungen, so dass ich einen Beitrag leisten kann, dass die Klient*innen nicht in diesem dramatischen Ausmaß, so wie ich es erleben musste, durch ihre Krankheit gehen. Ich möchte sie dabei unterstützen, ihre Stärken zu sehen, daran zu denken, was sie einst gut konn-

ten, ihnen aufzeigen, worauf sie stolz sein können. Sie sollen wissen, dass sie wunderbare Menschen sind, die zurzeit eine schwere Last zu tragen haben, die aber weniger wird, wenn sie daran arbeiten und sich Zeit lassen. Sie sollen spüren, dass hinter der Dunkelheit ein Regenbogen auf sie wartet.

„Erst wenn ich den Ist-Stand akzeptiere, kann ich handlungsfähig werden und für mich sorgen. Akzeptanz ist hierbei nicht zu verwechseln mit Aufgeben! Wenn ich akzeptiere, dann fange ich im Grunde richtig an!“

Akzeptanz ist für mich ein großes Stichwort in Bezug auf psychische Erkrankungen: Die Erkrankungen wollen uns etwas sagen, es besteht eine Not, sie haben eine Signalfunktion. Wenn ich dann aber dagegen anarbeite, befinde ich mich im Widerstand zur Krankheit. Das hilft nicht und vergrößert noch den Schmerz. Wenn ich sie jedoch annehme, kann ich behutsam dafür sorgen, dass die Krankheit wieder gehen kann. Achtsamkeitstraining kann eine sehr hilfreiche Intervention darstellen! Bei meiner Arbeit ist Achtsamkeit die Grundlage. Erst wenn ich den Ist-Stand akzeptiere, kann ich handlungsfähig werden und für mich sorgen. Akzeptanz ist hierbei nicht zu verwechseln mit Aufgeben! Wenn ich akzeptiere, dann fange ich im Grunde richtig an!

In Bezug auf mein Lieblingsthema „Resilienz“ schaue ich heute anders auf die Dinge. Ich stelle mir die Frage: „Was war das Gute im Schlechten?“ und nehme meine schwere Depression und den Suizidversuch von damals an und akzeptiere meine Rollstuhlsituation. Denn ohne dieses Leid wäre ich nicht die Frau von heute, die ihr Leben liebt und so lebt, als wäre heute der letzte Tag.

Suizidprävention und Umgang mit Suizidalität im Sozialpsychiatrischen Dienst von Thorsten Sueße (Fachdienstleiter Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover)

Aufgabenspektrum

Der Sozialpsychiatrische Dienst wird – auch im folgenden Artikel – üblicherweise mit den vier Buchstaben „SpDi“ abgekürzt. Das Kürzel könnte in diesem Fall jedoch ebenso zutreffend „Suizidpräventions-Dienst“ bedeuten.

Suizidalität und vor allem Suizidprävention begleiten sämtliche therapeutisch tätigen Mitarbeitenden im SpDi durchgängig ... täglich ... bei jedem Kontakt mit Klient*innen.

Natürlich geht das Tätigkeitsfeld des SpDi weit über die anlassbezogene Abklärung akuter Suizidalität hinaus. Das multiprofessionelle Team berät psychisch Erkrankte und ihnen nahestehende Personen, stellt Diagnosen, ermittelt den Hilfebedarf, bahnt den Weg zu anderen psychosozialen Institutionen, begleitet und behandelt chronisch Erkrankte, die vom vertragsärztlichen System nicht oder nicht ausreichend erreicht werden. Allerdings wird bei all diesen Tätigkeiten unausgesprochen erwartet, dass die SpDi-Mitarbeitenden immer zusätzlich im Blick haben, ob möglicherweise bei der von ihnen betreuten Person gerade in diesem Moment latente oder akute Suizidalität eine Rolle spielen.

In manchen Situationen ist es nicht notwendig, explizit nach suizidalen Gedanken zu fragen. Die Entscheidung der Mitarbeitenden, wann sie gezielt danach fragen und wann sie darauf verzichten, beruht in der Regel auf einer entsprechenden jahrelangen (Berufs-) Erfahrung. Letztendlich geht es darum, akute Suizidalität rechtzeitig zu erkennen und darüber zeitnah mit Betroffenen ins Gespräch zu kommen.

Psychiatrische Notfallbereitschaft

Beim SpDi melden sich beispielsweise Angehörige mit ihrer Sorge, ein Familienmitglied könnte suizidge-

fährdet sein. Derartige Hilfeersuche kommen ebenso von Behörden, ambulanten psychosozialen Diensten oder der Polizei. Geht es um die Abklärung akuter Suizidalität, ist Eile geboten. Noch am selben Tag nimmt der SpDi mit der betroffenen Person Kontakt auf, was häufig im Rahmen eines Hausbesuches passiert. Beteiligt sind die Professionen Medizin und Sozialpädagogik bzw. Fachkrankenpflege, vonseiten der SpDi-Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche kann zudem die Psychologie mit im Boot sein.

Die Sicherstellung der ambulanten psychiatrischen Versorgung (inklusive Krisenintervention bei Suizidalität) liegt in der Verantwortung der

niedergelassenen Ärzt*innen bzw. – beim Vorliegen einer aktuellen Überweisung – der Psychiatrischen Institutsambulanzen. Typischerweise kümmert sich die psychiatrische Notfallbereitschaft des SpDi um diejenigen Klient*innen, die aktuell in (suizidalen) Krisen keine Hilfe vonseiten der vorrangig zuständigen Behandler*innen erhalten können.

Krisenintervention und Suizidprävention

Im Kontakt mit suizidgefährdeten Klient*innen geht es den SpDi-Mitarbeitenden zunächst darum, eine Vertrauensbasis herzustellen und eine Vorstellung davon zu erhalten, was die jeweiligen Klient*innen psychisch belastet und wie diese ihre soziale Situation erleben. Dabei spielen Beziehungen zu anderen Menschen, zudem die Wohnungs- und Beschäftigungssituation, die Finanzen und die seelische und körperliche Gesundheit sowie die Frage nach Suizidversuchen in der Vorgeschichte eine wichtige Rolle. Ob eine stationäre Krisenintervention für notwendig erachtet wird, hat mit dem mutmaßlichen Schweregrad der Suizidalität und der Absprachefähigkeit zu tun. Bei Klient*innen, die als akut suizidgefährdet eingeschätzt werden, einer stationären Aufnahme jedoch nicht zustimmen, regen die SpDi-Mitarbeitenden eine Zwangsunterbringung an, indem ein entsprechendes ärztliches Zeugnis erstellt wird, welches der Ordnungsbehörde bzw. dem Betreuungsgericht als Entscheidungsgrundlage für die Verfügung einer Unterbringung dient.

Bei allen Tätigkeiten des SpDi wird unausgesprochen erwartet, dass die Mitarbeitenden immer im Blick haben, ob möglicherweise bei der von ihnen betreuten Person gerade in diesem Moment latente oder akute Suizidalität eine Rolle spielen.



Für alle SpDi-Mitarbeitenden gilt in Bezug auf Klient*innen-Daten eine strikte Verschwiegenheitspflicht gegenüber anderen Personen und jeglichen Institutionen.

Sollte keine stationäre Einweisung erfolgen, beraten die SpDi-Mitarbeitenden die Betroffenen und ihnen nahestehenden Personen darüber, welche Maßnahmen im Falle einer Verschlechterung des psychischen Befindens hilfreich sein könnten. Eine Möglichkeit besteht darin, den SpDi erneut um Hilfe zu bitten.

Für alle SpDi-Mitarbeitenden gilt in Bezug auf Klient*innen-Daten eine strikte Verschwiegenheitspflicht gegenüber anderen Personen und jeglichen Institutionen. Die absolute Ausnahme ist die Datenweitergabe zur Abwendung akuter Lebensgefahr. Darüber hinaus werden auch alle Hinweise von Dritten im Zusammenhang mit hilfsbedürftigen Personen vom SpDi stets vertraulich behandelt.

Die unterschiedlichen Zuständigkeitszeiten der psychiatrischen Notfallbereitschaft des SpDi erklären sich dadurch, dass in der Landeshauptstadt die Ärzt*innen in den Erwachsenen-Beratungsstellen über eine vertragsärztliche Ermächtigung verfügen und daher Teil des vertragsärztlichen Systems sind. Die Ärzt*innen

des SpDi für Erwachsene im Umland der Region Hannover haben keine Ermächtigung erhalten.

Während sich beim SpDi auf dem Gebiet der Stadt Hannover ein Duo verschiedener Professionen mit täglich wechselnder Besetzung zentral um psychiatrische Notfälle kümmert, sind dafür im Umland der Region immer Mitarbeitende derjenigen SpDi-Beratungsstelle zuständig, in deren Einzugsgebiet („Sektor“) sich der Notfall gerade ereignet.

Es gibt eine Beratungsstelle des SpDi für Kinder und Jugendliche (im Stadtgebiet Hannover), deren psychiatrische Notfallbereitschaft sich auf das gesamte Regionsgebiet erstreckt.

Über die Zentrale des SpDi (Tel. 0511-616 43284) oder die Regionsleitstelle (Tel. 0511-19222) kann der Kontakt zur SpDi-Notfallbereitschaft hergestellt werden. Es ist auch möglich, diesbezüglich die Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche oder die Erwachsenen-Beratungsstellen im Umland direkt zu kontaktieren.

Abklärung von Suizidalität außerhalb der Dienstzeiten des SpDi

Außerhalb der Dienstzeiten des SpDi liegt die Zuständigkeit für die Abklärung akuter Suizidalität beim ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung (Tel. 116 117) bzw. in ganz dramatischen Situationen beim Rettungsdienst (Tel. 112). Ergänzt

Dienstzeiten der psychiatrischen Notfallbereitschaft des SpDi

Auf dem Gebiet der Landeshauptstadt Hannover für Erwachsene:

| | |
|------------------------------|------------------|
| Montag, Dienstag, Donnerstag | 8:00 – 18:00 Uhr |
| Mittwoch, Freitag | 8:00 – 13:00 Uhr |

Im Umland der Region Hannover für Erwachsene:

| | |
|-----------------------|------------------|
| Montag bis Donnerstag | 9:00 – 15:00 Uhr |
| Freitag | 9:00 – 12:30 Uhr |

In der gesamten Region Hannover für Kinder und Jugendliche:

| | |
|-----------------------|------------------|
| Montag bis Donnerstag | 9:00 – 15:00 Uhr |
| Freitag | 9:00 – 12:30 Uhr |

werden die Angebote an Wochenenden und Feiertagen tagsüber durch den Psychosozialen/Psychiatrischen Krisendienst in der Region Hannover, welcher mit sozialpädagogischen und krankenpflegerischen Fachkräften besetzt ist (Freitag von 15 bis 20 Uhr, Samstag, Sonntag und an Feiertagen von 12 bis 20 Uhr).

Der Krankenhaussuizid – Betrachtungen aus Sicht der in den Kliniken tätigen Behandler

von Christian Tettenborn (stellvertretender ärztlicher Direktor Klinikum Wahrendorff)

Unter den laut statistischem Bundesamt für das Jahr 2020 ausgewiesenen ca. 9200 durch Suizid verstorbenen Menschen befindet sich auch eine – statistisch nur unzureichend erfasste – Anzahl von Patientinnen und Patienten, die sich während oder kurz nach Ende der Behandlung in einer psychiatrischen Klinik oder Fachabteilung suizidierten. Die psychosomatischen Kliniken und Abteilungen und entsprechenden Rehabilitationskliniken dürfen in diesen Zusammenhang natürlich nicht unerwähnt bleiben, obgleich die Thematik in der Literatur einen stärkeren Fokus auf die psychiatrischen Kliniken setzt.

Unter dem Begriff des Krankenhaussuizids werden die Suizide, die sich während einer stationären oder tagesklinischen Behandlung oder während einer Beurlaubung bzw. Belastungserprobung ereignen, gezählt. Formal ist hier auch die zahlenmäßig noch sehr wenig in Anwendung befindliche stationsäquivalente Behandlung zu berücksichtigen. Ferner werden zu meist auch die Suizide, die sich innerhalb von 24 Std. nach Entlassung oder Entweichung aus der Klinik bzw. nach Verlegung in andere Formen medizinischer Behandlung ereignen, in diese Definition einbezogen. Da diese Definition naturgemäß ihre Limitationen aufweist, bedarf es vor entsprechender statistischer-wissenschaftlicher Betrachtung der Rückversicherung, dass Konsens betreffend einer gleichen Anwendung der genannten Kriterien besteht.

Es soll bei den folgenden Betrachtungen weniger auf die häufig zugrundeliegenden psychischen Er-

krankungen oder Versuche der psychodynamischen Hypothesenbildung zur Entwicklung einer in Suizidhandlungen führenden kognitiven Einengung oder den möglichen Verlauf einer suizidalen Krise eingegangen werden. Vielmehr soll auf Rahmenbedingungen und möglichem Umgang mit Suizidalität und Suiziden während der Klinikbehandlung hingewiesen werden. Dabei soll versucht werden, die Perspektiven innerhalb eines multiprofessionellen Teams aber auch die anderer Mitbetroffener zu berücksichtigen.

Neben der Ausbildung und Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stellen Berufserfahrung und personelle Kontinuität in der therapeutischen Beziehung wesentliche präventive Faktoren dar.

Erforderliche Rahmenbedingungen für Suizidprävention in der Klinik

Wichtig ist es, immer vorab wieder daran zu erinnern, dass den Behandlern eine fortlaufende Abschätzung bestehender Risikofaktoren- bzw. Risikokonstellationen (u. a. Art der psychischen Erkrankung, frühere Suizidversuche, begleitende körperliche Erkrankungen, demographische Faktoren wie Alter und Geschlecht, psychosoziale Faktoren wie Einsamkeit sowie akute Krisenfaktoren) obliegt. Diese kann nur gelingen, wenn es im Rahmen der therapeutischen Begegnung vertrauensvoll und haltgebend gelingt, Suizidgedanken auszusprechen, ohne die Sorge tragen zu müssen, durch deren Offenbarung einen Abbruch der therapeutischen Beziehung zu riskieren. Auch mit schützender Intention eingeleitete Maßnahmen, wie z. B. die Verlegung auf eine geschützt-geführte Station, müssen wohl bedacht und – wo als nicht vermeidbar angesehen – klar erläutert werden, um die subjektiv erlebte Ausweglosigkeit der betroffenen Person nicht weiter zu fördern.

Zu bedenken ist, dass eine Intensivbetreuung auf einer geschützt-geführten Station oder eine 1:1 Betreuung ohne Einwilligung einen erheblichen Eingriff in die persönliche Freiheit der Patientinnen und Patienten darstellt. Die Achtung der Autonomie und die möglichst mitverantwortliche Partizipation der betroffenen Patientinnen und Patienten an derartigen Be-

handlungsentscheidungen muss immer Gegenstand des Diskurses sein.

Naturgemäß sind alle Maßnahmen, die der Suizidprävention dienen, zu begrüßen und einzufordern. Neben der Ausbildung und Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (z. B. im Rahmen von Einarbeitungskonzepten und innerbetrieblicher Fort- bzw. Weiterbildungen) stellen Berufserfahrung und personelle Kontinuität in der therapeutischen Beziehung wesentliche präventive Faktoren dar. Hier ist auch eine der wesentlichen Herausforderungen in der Gegenwart und Zukunft zu sehen, da die Entwicklung von Verfügbarkeit und längerfristiger Bindung von entsprechenden Fachkräften aller Professionen zunehmend begrenzt sein wird. Die therapeutische Haltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist neben den baulichen Möglichkeiten der Milieugestaltung als wesentlich zur Erkennung und Prävention von Suizidalität zu erachten.

Mitbetroffenheit und Handlungsnotwendigkeiten nach Krankenhaussuizid

Im Alltag einer psychiatrischen Klinik sind der Erfahrung nach alle in den Behandlungskontext einbezogenen Berufsgruppen mit dem Umgang mit Suizidalität oder gar dem Erleben eines vollendeten Suizids konfrontiert. Ein vollendeter Suizid eines Patienten oder einer Patientin während einer Klinikbehandlung ist eines der herausforderndsten Ereignisse, mit denen die Mitglieder eines multiprofessionellen Behandlungsteams während ihrer therapeutischen Tätigkeit konfrontiert werden können.

Als Mitbetroffene sind zuerst Angehörige, aber auch Freunde, Betreuer oder Kollegen zu bedenken. Neben den direkt in die Behandlung involvierten Personen sind Mitpatientinnen und Mitpatienten und eher zufällige Zeugen des Geschehenen, wie z. B. Reinigungs- oder Servicekräfte, als Mitbetroffene anzusehen. Je nach Suizidort und -methode können Besucher der Klinik, Rettungskräfte oder wie im Falle

von Bahnsuiziden z. B. Lokführer unerwartet von dem (Mit-)erleben eines Suizids betroffen sein.

Tritt trotz aller Versuche einer Risikoeinschätzung unter den therapeutisch zu dem Zeitpunkt als angemessenen erachteten Rahmenbedingungen (z. B. im Rahmen eines Ausgangs oder einer Beurlaubung) ein Suizid auf, ist regelmäßig eine tiefe Erschütterung der involvierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu beobachten.

Ein vollendeter Suizid eines Patienten oder einer Patientin während einer Klinikbehandlung ist eines der herausforderndsten Ereignisse, mit denen die Mitglieder eines multiprofessionellen Behandlungsteams während ihrer therapeutischen Tätigkeit konfrontiert werden können.

Deshalb ist es wichtig, dass es klare Handlungs-

anweisungen gibt (Wer informiert wen? Einbeziehung der Leitungskräfte des ärztlichen und pflegerischen Dienstes, etc.), damit die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einer derartig belastenden Situation auf einer professionellen Ebene wissen, was zu tun ist.

Die eigene Belastung der Einzelnen ist der Erfahrung nach sehr unterschiedlich und es hat sich bewährt, hier im Nachgang Beratungsangebote oder Ansprechpartner zur individuellen Nachbesprechung zu implementieren. Die Nachbesprechung eines Suizids innerhalb eines Behandlungsteams muss regelmäßig erfolgen. Hierbei ist eine Fehlerkultur, die einen verantwortungsvollen Umgang mit möglichen Defiziten erlaubt unabdingbar, um einem Klima der anhaltenden Verunsicherung vorzubeugen. Es ist wichtig – auch angesichts möglicher Schuld- bzw. Versagensgefühle der Mitarbeitenden – die Grenzen des therapeutischen Handelns zu reflektieren. Dies auch, um eine weiterhin fortgesetzt annehmende Position zu erarbeiten, auch künftig durch Beziehungsangebote einen suizidalen Menschen zu erreichen.

Wichtig ist die zeitnahe Benachrichtigung der Angehörigen und umgehende Klärung, durch wen diese zu informieren sind. Dies wird mitunter durch die regelhaft im Rahmen der Meldepflichten hinzugezogene Polizei übernommen, sollte aber in der konkreten Situation klar abgesprochen werden, damit es diesbezüglich zu keiner wesentlichen Verzögerung kommt. Die Mitteilung sollte nur durch Mitarbeiter erfolgen, die in der Situation selber hinreichend stabil und erfahren sind.

Das Angebot einer Nachbesprechung sollte den Angehörigen zu einem späteren Zeitpunkt unter Hinzuziehung von Leitungskräften der Klinik stets unterbreitet werden. Die Zusicherung, dass weitere Gespräche auch im Falle verzögert auftretender Fragen weiterhin angeboten werden, können Entlastung bedeuten. Die Beratung über mögliche Hilfsangebote (z. B. Selbsthilfeorganisationen, Psychotherapeutische Angebote) müssen im Rahmen der Fürsorge – da wo gewünscht – selbstverständlich sein.

Für die Kommunikation mit den Mitpatientinnen und Mitpatienten muss ebenfalls zeitnah nach einem Suizid ein Vorgehen festgelegt werden. Hier gilt es zunächst einen Eindruck zu gewinnen, wie die Verbindung des Verstorbenen zu den Mitpatientinnen und Mitpatienten war.

Ein Suizid sollte gegenüber den Mitpatientinnen und Mitpatienten nicht verschwiegen oder tabuisiert werden, wenn sowohl das Ereignis ohnehin offenkundig ist und durch persönlichen Kontakt Wissen und Betroffenheit in der Patientengruppe besteht. Eine Atmosphäre der Heimlichkeit gilt es zu vermeiden. Die mitunter rasante Übermittlung derartiger Informationen über digitale Medien zwischen im Austausch stehenden Patientinnen und Patienten darf hier nicht unterschätzt werden. Auch die Verfügbarkeit von Presse- oder Polizeinachrichtportale mag ohnehin mitunter Rückschlüsse auf ein Suizidereignis z. B. aus einer Beurlaubungssituation liefern. Eine mögliche Maßnahme kann die zeitnahe Einberufung einer therapeutisch begleiteten Gruppensitzung sein, bei der unter Wahrung gebotener Aspekte der Schweigepflicht über das Ereignis aber auch die eigene Betroffenheit der Teammitglieder Gegenstand des Austausches sein kann.

Wichtig ist immer die Einschätzung, welche Mitpatientinnen oder Mitpatienten einen intensiveren Bedarf der Nachbegleitung haben. Dies kann z.B. durch deren eigene durch das Ereignis nunmehr im Sinne möglicher Nachahmung intensiviertere Suizidalität begründet sein. Es können aber auch Schuld- oder Versagensgefühle auftreten, beispielsweise, weil unter den Patienten zuvor über anstehende Suizidüberlegungen gesprochen wurde.

Es sollte zudem ein Austausch im Team darüber erfolgen, ob möglicherweise kürzlich auf andere Stationen verlegte oder entlassene Patientinnen und Patienten enge Bezugspersonen eines Verstorbenen waren und auch hier evtl. Bedarf der Nachsorge besteht.

Nachbearbeitung ist wichtig – und immer anders

Die Komplexität der denkbaren Themen und Konstellationen weist die Grenzen eines starren Ablaufs einer derartigen Nachbearbeitung auf. Die authentisch-nahbare Reaktion und Kommunikation der Teammitglieder ist ein wesentlicher Schlüssel dafür, einen hilfreichen Austausch für die Mitpatientinnen und Mitpatienten anzubieten. Es muss dabei verbindlich vermittelt werden, dass auch zu einem späteren Zeitpunkt noch Gesprächsangebote bestehen, da viele Erlebnisreaktionen auch verzögert auftreten können.

Im Nachgang eines Suizidereignisses sind multiprofessionell besetzte Suizidnachbesprechungen zu fordern. Die Analyse der Ereignisse und Abläufe, eine Hypothesenbildung zu möglichen auslösenden Faktoren und Ableitung künftiger Verbesserungen sollte Gegenstand der Nachbesprechung sein. Erforderlich ist hierbei eine Atmosphäre ohne etwaige Schuldzuweisungen und die Nachsorge für die Mitbetroffenen.

Suizidalität im höheren Lebensalter

von Karen Claus (Caritas Forum Demenz – Gerontopsychiatrisches Kompetenzzentrum & Landesfachstelle Demenz)

Laut dem Bundesamt für Statistik starben im Jahr 2020, 9.206 Personen in Deutschland durch eine suizidale Handlung. Im Jahr zuvor lag die Anzahl bei 9.041. Somit kann die Aussage getroffen werden, dass ein leichter Anstieg von Suiziden zu verzeichnen ist. Davon liegt der Anteil mit rund 75% bei Männern deutlich höher als bei Frauen. Schaut man dabei auf das durchschnittliche Alter, lag es zu diesem Zeitpunkt bei beiden Geschlechtern bei knapp 59 Jahren. Die gewählte Methode zeigt sich bei beiden Geschlechtern gleich. Hier wird überwiegend der Freitod durch Erhängen, Strangulieren oder Ersticken gewählt.

Suizid im höheren Lebensalter ist ein Thema, das gesamtgesellschaftlich gesehen mehr in den Fokus rücken sollte. Die Zahlen der Statistik sprechen für sich.

Wie wird Suizid definiert? Was ist Suizidalität?

Wann spricht man eigentlich von einem Suizid? In der psychiatrischen Fachliteratur finden wir viele Definitionen, doch kann zusammenfassend Suizid als eine absichtlich herbeigeführte Beendigung des eigenen Lebens, durch eine aktive oder passive Handlung bezeichnet werden.

Die Suizidalität hingegen umfasst alle Gedanken und Handlungen, bei denen es darum geht, den eigenen Tod anzustreben oder diesen in Kauf zu nehmen. Wenn Selbsttötungsgedanken über einen längeren Zeitraum anhalten, ist das für die Betroffenen gleichzeitig mit einem langen Leidensweg verbunden. Nicht immer müssen diese Gedanken konstant vorhanden sein. Manchmal reicht ein akut kurzfristiges Ereignis aus, um die Gedanken an einen Suizid oder deren Versuch auszulösen oder zu manifestieren. Häufig geschieht die Umsetzung eines Suizids in Folge einer Kurzschluss-handlung und ohne vorherige Warnzeichen.

Wie können wir verstehen, dass Menschen in belastenden Lebenssituationen diesen Schritt der Selbsttötung wählen? Es scheint immer darauf anzukommen, wie die eigene Situation durch die Betroffenen empfunden und eingeschätzt wird. Doch was beschäftigt diese Menschen? Holen sie sich Hilfe oder hätten wir als Außenstehende helfen können?

Wie würden wir selbst in diesen Situationen reagieren und was macht es mit uns? Suizid wirft viele Fragen auf, auch für das soziale Umfeld, für die Menschen, die zurückbleiben. Oftmals werden diese Fragen und letztlich auch die nach dem „Warum“ nie beantwortet.



Suizid im höheren Lebensalter ist ein Thema, das gesamtgesellschaftlich gesehen mehr in den Fokus rücken sollte. Die statistischen Zahlen sprechen für sich.

Eigene Erfahrungen aus der stationären Altenpflege

Ich blicke auf nunmehr 25 Jahre Berufserfahrung in der stationären Altenpflege zurück und möchte im Folgenden, anhand von zwei Fallbeispielen aus der Praxis, deutlich machen, vor welchen Herausforderungen beteiligte Akteure stehen und die Frage beleuchten, ob und inwieweit präventive Maßnahmen ergriffen werden können. Personen und Handlungen sind zum Schutz der Betroffenen anonymisiert.

| Suizid im höheren Lebensalter | | | |
|-------------------------------|-----------|--------|--------|
| | Insgesamt | Männer | Frauen |
| 60 bis 65 | 809 | 623 | 186 |
| 65 bis 70 | 686 | 542 | 144 |
| 70 bis 75 | 554 | 507 | 215 |
| 80 bis 85 | 878 | 678 | 200 |
| 85 bis 90 | 562 | 433 | 129 |
| 90 und älter | 294 | 199 | 95 |

Auszug aus dem Bundesamt für Statistik 2020, Altersklasse 60>

Fallbeispiel Frau W.

Frau W. zog im August 2017, ein. Die Tochter hatte einen Einrichtungswechsel gewünscht. Aus dem Arztbrief konnten wir entnehmen, dass eine vaskuläre Demenz bekannt war sowie Depressionen mit leichten Episoden und affektiven Störungen. Das Pflegepersonal gab in den ersten Tagen die Rückmeldung, dass Frau W. sich völlig zurückziehe, für Einzel- oder Gruppenangebote schwer zu motivieren sei und die Einnahme der Speisen lieber in ihrem Zimmer, anstatt im Gemeinschaftsraum der Einrichtung einnehme. Einen persönlichen Zugang zu Frau W. bekam nur das Betreuungspersonal, dadurch konnten einige biografische Daten erhoben werden. In Gesprächen gab sie diesem immer wieder zu verstehen, dass sie sich einsam fühle und Ängste hätte. Sie gab an, ihren täglichen Gang in die Kapelle zu vermissen, die es in der anderen Einrichtung gab. In einer terminierten Fallbesprechung wurden mit allen am Prozess beteiligten Pflege- und Betreuungskräften weitere Maßnahmen eruiert, um eine wunsch- und bedürfnisorientierte Versorgung zu gewährleisten, und um die Integration in das Heimgeschehen weiterhin zu fördern. In den folgenden Tagen nahmen die Ängste, nicht mehr in das gewohnte Umfeld zurückzukönnen, deutlich zu. Immer wieder suchte Frau W. diesbezüglich das Gespräch zu ihrer Tochter.

Einige Tage später kam es bei einem routinemäßigen Rundgang durch die Bezugspflegekraft zu einem Vorfall. Frau W. saß auf der Bettkante und hatte dabei das Kabel der Klingelanlage um den Hals gewickelt. Sie wirkte dabei sehr entschlossen und gab zu verstehen, dass sie seit ihrem Umzug keinen Sinn mehr in ihrem Leben sehe und lieber tot wäre. Dabei hielt sie die Klingel weiterhin fest in ihrer Hand. Die Pflegekraft versuchte deeskalierend auf Frau W. einzuwirken, wurde dabei aber vehement zurückgewiesen. Daher wurde ich hinzugerufen. Als ich das Zimmer betrat, wirkte Frau W. auf mich sehr ängstlich, wütend und verzweifelt. Sie saß weinend auf ihrem Bett, ihr Blick war starr. Durch validierende Gespräche gelang es mir, einen Zugang zu Frau W. zu erhalten. Im weiteren Verlauf ließ diese auch zu, dass ich das Kabel von ihrem Hals lösen konnte.

Nachdem ich mich überzeugt hatte, dass durch die versuchte Strangulation kein bedrohlicher Gesundheitszustand vorlag, bat ich die Pflegekraft bei Frau W.

zu bleiben, um in weiteren Gesprächen beruhigend auf sie einzuwirken. Ich informierte die Tochter umgehend und bat zusätzlich den Hausarzt um einen Besuch seiner Patientin. Dieser kam zeitnah zur Visite. Als er das Zimmer betrat, fing Frau W. sofort an zu lächeln und ihre Angespanntheit löste sich sichtlich. Es war klar zu erkennen, dass Frau W. sich freute, einer ihr vertrauten Person gegenüber zu sitzen. Nach einem intensiven und persönlichen Gespräch mit ihr gab der Hausarzt uns und der Tochter zu verstehen, dass er vorerst von keiner weiteren Eigengefährdung ausgehe. Abschließend betonte er mit Nachdruck gegenüber der Tochter, dass die Mutter sehr traurig sei, da sie sich aus ihrem gewohnten Umfeld herausgerissen fühle. Er verschrieb für den Bedarf ein leichtes Beruhigungsmittel und bat um sofortige Kontaktaufnahme, sollte sich der Vorfall wiederholen. In den Folgetagen kam es zu einem weiteren Strangulationsversuch mit einem Schnürsenkel. Der Hausarzt wurde darüber umgehend in Kenntnis gesetzt. Er empfahl die sofortige Rückverlegung in das vorherige Wohnumfeld. Dies besprach er auch mit der Tochter. Leitungskräfte, Personal und Tochter waren sich einig, dieser Empfehlung nachzukommen. Der Wunsch nach ihrer vertrauten Umgebung löste die suizidalen Gedanken aus. Die Rückverlegung wurde durch die Tochter eingeleitet und umgesetzt.

Fallbeispiel Herr S.

Im Oktober 2019 zog Herr S. in unsere Einrichtung. Er hatte sich seit dem Tod der Mutter stark zurückgezogen und trank wohl offensichtlich wieder vermehrt Alkohol. Seine Schwester war mit der zusätzlichen Betreuung ihres Bruders überfordert. Die Verbindung der Geschwister wurde als sehr eng beschrieben. Aus den ärztlichen Unterlagen waren folgende Diagnosen zu entnehmen: bekannte Depression und Korsakow Syndrom. Das Pflegepersonal gab in den folgenden Tagen die Rückmeldung, dass Herr S. oft nervös und überfordert wirke. Zu anderen Bewohnern suchte er offensichtlich keinen Kontakt. Er hatte Schwierigkeiten in der örtlichen und situativen Orientierung, ließ sich diesbezüglich aber Hilfestellung geben. Zu den Betreuungsrunden „Bingo“ und „Leserunde“ ließ er sich motivieren und nahm aktiv daran teil. Bei der pflegerischen Versorgung wünschte er keine Unterstützung und betonte immer wieder, dass er kei-

nem zur Last fallen wolle. Herr S. zog sich oft in sein Zimmer zurück, um zu lesen. Der Nachtdienst gab während der Dienstübergabe die Rückmeldung, dass er sich seit Tagen, intensiv mit einem Lexikon beschäftigte. Er blätterte gedankenverloren und wirkte dabei sehr ängstlich und verstört. Dabei erzählte er vermehrt über den Krieg, die Entstehung des Deutschen Reiches und stellte diesbezüglich auch Fragen gegenüber dem Personal. Zwei Fragen beschäftigten ihn am meisten: „Was würden Sie tun, wenn hier der Krieg ausbrechen würde? Wen würden Sie beschützen?“. Seine Beweggründe für die Affinität zu diesem Thema konnte er nur schwer beantworten, auch seine Ängste konnte er dabei nicht klassifizieren.

Wir hielten aus diesem Grund telefonische Rücksprache mit der Schwester. Auch sie konnte uns dazu keine Auskünfte geben, sicherte uns jedoch zu, ihren Bruder in den nächsten Tagen abzuholen, um mit ihm etwas zu unternehmen.

Herr S. wirkte in den folgenden Tagen weiterhin sehr ruhig und in sich gekehrt, wobei er in den Nächten immer wieder Gespräche mit derselben Thematik zum Pflegepersonal suchte.

Am Folgetag holte die Schwester ihren Bruder ab, um mit ihm zum Friedhof zu fahren. Am Grab der Mutter kam es wohl auch zur Sprache, was den Bruder derzeit beschäftigen und welche Ängste ihn bewegen. Er wirkte bei dieser Unter-

haltung sehr durcheinander, betonte dabei immer wieder, dass er „es“ beenden müsse. Trotz Fragen der Schwester ging er nicht weiter darauf ein. Es war deutlich zu spüren, dass diese Situation Herrn S. belastet. Darum beschloss die Schwester, noch einen gemeinsamen Kaffee einzunehmen, um ihren Bruder anschließend in die Pflegeeinrichtung zurückzufahren. In der Wohnung angekommen kam es zu einer psychotischen Episode, bei dem der Bruder zuerst seine Schwester bedrohte und dann sich selbst schwerwiegend verletzte, mit dem Ziel sich zu töten. Der herbei gerufene Rettungsdienst brachte ihn in ein Krankenhaus. Es wurde als zusätzliche Diagnose zu der bekannten Depression mit suizidalen Gedanken

eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis gestellt. Nach Adaption der Medikation erfolgte die Rückverlegung in unsere Einrichtung.

Präventive Maßnahmen

Wie in beiden Fallbeispielen beschrieben, ist es wichtig, den Betroffenen in seinen Aussagen und vorherrschenden Situation ernst zu nehmen. Alle Beobachtungen sollten in jedem Fall adressatengerecht weitergeleitet werden. Eine medizinische Behandlung und psychologischer Beistand sollten ebenfalls angeboten werden.

Um den professionell Tätigen mehr Sicherheit zu vermitteln, wurde in beiden Fällen das Angebot einer Supervision unterbreitet, welches sehr positive Resonanz fand. Des Weiteren wurden Schulungen zu dem Thema „Umgang mit Suizid und suizidalen Gedanken“ durchgeführt. Dabei wurde der Schwerpunkt auf die möglichen Ursachen, die Risikogruppen und präventive Maßnahmen gelegt. Ein für die Einrichtung erstellter Pflegestandard zu dem Thema „Suizid im höheren Lebensalter“ wurde daraufhin erstellt und etabliert.

In der Arbeit mit älteren Menschen wird immer wieder deutlich, dass Menschen im höheren Lebensalter oft zur Selbstaufgabe neigen und sich im wahrsten Sinne des Wortes lebensmüde fühlen. Mitarbeitende in der Pflege brauchen ausreichend Zeit, um suizidpräventiv arbeiten zu können.

In der Arbeit mit älteren Menschen wird immer wieder deutlich, dass Menschen im höheren Lebensalter oft zur Selbstaufgabe neigen und sich im wahrsten Sinne des Wortes lebensmüde fühlen. Amtliche Statistiken weisen keine Suizidalität

durch indirekte Handlungen auf, wie z.B. das Einstellen von Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr oder die Nichtbefolgung ärztlicher Maßnahmen mit dem Vorsatz zu sterben. Daher kann bei der Suizidalität in dieser Altersklasse von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden. Die Ursachen dafür sind als vielfältig zu beschreiben. Zusammengefasst, ist es meist ein Zusammenspiel aus einschneidenden Lebensereignissen, Multimorbidität, Persönlichkeitsfaktoren, zunehmender Abhängigkeit und der Angst vor einer schmerzhaften Erkrankung.

Daher ist es eine wichtige Aufgabe, suizidale Äußerungen von älteren Menschen ernst zu nehmen, die Ursachen zu

erkennen und über mögliche Hilfsangebote aufzuklären. Mitarbeitende in der Pflege brauchen ausreichend Zeit sowie Haltung, Wissen und Empathie, um umfassend und angemessen suizidpräventiv in der Betreuung älterer Menschen tätig sein zu können.⁴

Suizidprävention durch den Psycho-sozialen/Psychiatrischen Krisendienst von Ulrike Jamroszczyk, Catrin Lagerbauer, Frank Möller, Andrea Seidel (Psychosozialer/Psychiatrischer Krisendienst der Region Hannover)

Der Psychosoziale/Psychiatrische Krisendienst (PPKD) in der Region Hannover bietet an Wochenenden und Feiertagen das Angebot des Gesprächs und der Beratung bei hoher psychischer Belastung. Das gilt für Menschen in psychischen Krisen, aber auch für ihre Angehörigen.

Die Seelhorst-Stiftung ist Trägerin des PPKD, die Organisation erfolgt in enger Kooperation mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst der Region Hannover. Die Region Hannover fördert den Krisendienst über Zuwendungen.

Im PPKD sind nebenberuflich Mitarbeitende tätig, die in ihren hauptberuflichen Kontexten mit psychisch belasteten Menschen zu tun haben und von daher in sozialpsychiatrischer Arbeit und Beratung erfahren sind. An den Wochenenden und an Feiertagen sichern jeweils drei von ihnen die Ansprechbarkeit im PPKD. Der PPKD arbeitet überwiegend mit telefonischer Beratung, aber auch im persönlichen Kontakt. Die Räumlichkeiten können aufgesucht werden oder die Mitarbeitenden führen bei Bedarf Hausbesuche durch. Fachärzt*innen sowie Psycholog*innen sind nicht Teil des Teams.

Bei aller Individualität der Krisen, lassen sich drei Szenarien exemplarisch darstellen, in denen Suizidalität in unterschiedlicher Ausprägung eine Rolle spielt und der PPKD suizidpräventiv tätig ist.

Gesprächsangebot bei zugespitzter psychischer Belastung

Hilfesuchende Personen melden sich im PPKD, weil sie psychisch unter Druck stehen, sie verzweifelt sind, sich Ängste entwickelt haben. Mit der Situation verbundene suizidale Gedanken werden häufig zu Beginn des Gesprächs geäußert. Sie sind vielleicht nicht akut und mit konkreten Planungen versehen, aber sie sind ein Ausdruck der Verzweiflung und somit oft der Einstieg in das Gespräch. Durch das Ernstnehmen dieser Situation und der Ängste und empathisches Zuhören ist es in diesen Fällen möglich, die Spannung aus der Situation zu nehmen. Es gilt, die Selbstregulation der Emotionen bei den Anrufenden zu erwirken und durch gezielte Beratung weitere Hilfen aufzuzeigen. In psychisch belasteten Phasen die Möglichkeit des Gesprächs zu haben, bedeutet für die Betroffenen

Das Gefühl, mit den Gedanken nicht allein zu sein, verstanden und professionell beraten zu werden, vermittelt Sicherheit.

das Gefühl, mit ihren Gedanken nicht allein zu sein. Das, verbunden mit dem Gefühl des Verstandenwerdens und der professionellen Beratung, vermittelt Sicherheit. Wenn die Betroffenen nach dem Gespräch mitteilen können, dass sie sich entlastet fühlen, suizidale Gedanken in den Hintergrund getreten sind und sie die Beratung zu Hilfsangeboten verstanden und angenommen haben, ist eine Krisenintervention abgeschlossen.

Bei für die Mitarbeitenden am Telefon unklar bleibenden Situationen oder auf Wunsch der Anrufenden werden diese entweder in die Räumlichkeiten des PPKD zu einem persönlichen Gespräch gebeten oder sie werden von zwei Mitarbeitenden aufgesucht. Sollte sich eine Beruhigung der psychischen Belastungssituation nicht herbeiführen lassen, wird bei Bedarf ein Kontakt zu einer Klinik hergestellt und in notwendigen Einzelfällen auch dorthin begleitet. In den allermeisten Fällen kann eine Klinikaufnahme

4 Literatur

[https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft%20Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html)
Trebert, (1997): Psychiatrische Altenpflege- Ein praktisches Lehrbuch, 4 Auflage

verhindert werden und mit der Krisenintervention bis zur Möglichkeit der Inanspruchnahme eines ambulanten Angebots nach dem Wochenende überbrückt werden. Damit bedeutet die Arbeit des PPKD an dieser Stelle auch die Entlastung der Psychiatrischen Kliniken zugunsten der akut suizidalen Krisen anderer.

Hilferufe von Angehörigen

Angehörige - auch Freund*innen, Bekannte – die bemerken, dass sich eine Person gedanklich ganz akut und konkret mit Suizid beschäftigt, bitten im PPKD um Hilfe.

Diese Anrufe der Angehörigen sind besonders dringlich, wenn die Person in der Situation von den Angehörigen nicht mehr erreicht werden kann. Sie erfordern eine schnelle Entscheidung bezüglich der entsprechenden Intervention. Die Mitarbeitenden des PPKD sind hier zum einen gefordert, durch die Kontaktaufnahme zu den Betroffenen selbst – in der Regel als Hausbesuch – und/oder Kliniken und der Polizei schnell zu handeln. Es geht um Zurückhalten, Gesprächsangebot, Sicherheit vermitteln, Hilfe organisieren. Zum anderen gilt es aber auch, die Angehörigen zu stärken, sie mit ihrer Angst nicht allein zu lassen und zu Hilfsangeboten zu beraten.

Die Sicherheit, sich auch am Wochenende an jemanden wenden zu können, wirkt bei chronisch psychisch kranken Menschen suizidpräventiv.

Regelmäßige Anrufe bei chronischen psychischen Erkrankungen

Chronisch psychisch kranke Menschen, die eine feste Struktur und Ansprache benötigen, um sich nicht zu allein und unsicher zu fühlen, nutzen regelmäßig den Anruf am Wochenende beim PPKD, wenn kein anderes geeignetes Gesprächsangebot für sie zur Verfügung steht. Der Anruf erfolgt dann nicht aus einer sich akut zugespitzten psychischen Krise heraus, sondern dient der Rückversicherung und Struktur. Ein kurzer, verlässlicher Gesprächskontakt reicht oft aus, um relativ stabil durch das Wochenende zu kommen. Suizidale Gedanken sind in diesen Telefonaten in der Regel nicht Thema und dennoch lässt sich auch diese Intervention als eine Maßnahme der Suizidpräventi-

on einordnen. Die empfundene Sicherheit, auch an den Wochenenden nicht allein zu sein, stabilisiert den Alltag der Betroffenen. Erwartungsgemäß würde sich bei einigen der regelmäßig Anrufenden die Gesamtsituation im Rahmen der psychischen Erkrankung, in der eine latente Suizidalität eine Rolle spielt, ohne diese Verlässlichkeit destabilisieren und zu krisenhaften Entwicklungen führen.

Niedrigschwellig und professionell – ohne medizinische Intervention

Ein Anruf im PPKD bedeutet einen niedrigschwelligen Zugang zu professioneller Beratung in Krisensituationen an Wochenend- und Feiertagen. Die Beratung kann auf Wunsch auch anonym in Anspruch genommen werden. Die Mitarbeitenden sind in sozialpsychiatrischer Arbeit erfahren und durch die verschiedenen hauptberuflichen Kontexte mit den Versorgungsstrukturen in der Region Hannover gut vertraut. Dadurch ist eine gezielte Beratung zu weiterführenden Hilfsangeboten gewährleistet.

Der PPKD bietet keine fachärztliche Versorgung an. Bei der Entscheidung, dass eine Krise nur mit medizinischer Intervention abgewendet werden kann, wird immer an die zuständige psychiatrische Klinik vermittelt.

Suizidalität – auch ein Thema in der Notfallseelsorge

Ein Interview mit Pastor Tim Kröger von Catrin Lagerbauer (Psychiatriekoordinatorin der Region Hannover)

Pastor Tim Kröger ist Schulseelsorger an der Kooperativen Gesamtschule in Neustadt a.Rbge., unterrichtet dort auch Religion und ist zudem Koordinator der Notfallseelsorge in Neustadt und für den Sprengel Hannover-Land.

(Der evangelisch-lutherische Sprengel Hannover ist die Kirchenregion in und um die Landeshauptstadt Hannover sowie Nienburg, Stolzenau-Loccum und Grafschaft Schaumburg und umfasst insgesamt 210 Kirchengemeinden)

C.L.: Herr Kröger, für welchen räumlichen Bereich sind Sie als Koordinator der Notfallseelsorge zuständig?

T.K.: Ich bin mit einem Kollegen zusammen für die Koordination der Notfallseelsorge im Sprengel Hannover zuständig. In meinem Zuständigkeitsbereich liegen die Notfallseelsorgebereiche Burgdorf, Burgwedel/Langenhagen, Garbsen/Seelze, Neustadt/Wunstorf.

C.L.: Was beinhaltet die Aufgabe der Koordination?

T.K.: Notfallseelsorge wird über die Kirchenkreise organisiert. Wenn vor Ort jemand nicht erreicht werden kann, werden wir Koordinatoren informiert. Wir sind innerkirchlich gut vernetzt und finden oft gute Wege, jemanden vor Ort für den jeweiligen Notfall zu erreichen. Zum Teil fahren wir auch selber raus. Zudem schulen wir auch intern die Mitarbeitenden und bieten Fortbildungen und Supervision an.

C.L.: Wie wird die Notfallseelsorge benachrichtigt?

T.K.: Die Alarmierung geschieht immer über die 112. Ganz selten bekomme ich direkt Anrufe, weil sie z.B. im Krankenhaus meine Telefonnummer kennen. Das hat mit der regionalen Verbundenheit hier vor Ort zu tun. Aber in der Regel sagen wir auch, dass es so sein soll, dass die Rettungsdienste, die Polizei, die Notärztinnen und Notärzte und die Feuerwehr uns über die Leitstelle alarmieren sollen.

C.L.: Wie ist die Notfallseelsorge besetzt?

T.K.: Rufbereitschaften sind durchweg über das ganze Jahr besetzt - 365 Tage, 24 Stunden. Richtigerweise muss man sagen, „weitgehend besetzt“, denn die Personallage ändert sich und die Besetzung wird schwieriger. In den allermeisten Fällen können Anfragen aber bedient werden. In jedem Kirchenkreis sind es zwischen 10 und 20 Mitarbeitende. Bei uns in Neustadt sind es 10 Hauptamtliche und 6 Ehrenamtliche aus anderen Berufsfeldern.

C.L.: Da schließt sich gleich meine nächste Frage an. Nämlich die nach der Qualifikation. Es sind nicht nur Pastorinnen und Pastoren in der Notfallseelsorge tätig?

T.K.: Die Hauptamtlichen sind Pastorinnen und Pastoren und Diakoninnen und Diakone. Für uns ist diese

Tätigkeit aber auch naheliegend, da wir beruflicherseits mit Sterben und Tod immer wieder zu tun haben, so dass gute Grundvoraussetzungen bestehen, diesen Dienst der Gesellschaft unentgeltlich anzubieten.

C.L.: Und die Ehrenamtlichen? Gibt es bestimmte Qualifikationen, die sie mitbringen müssen?

T.K.: Das ist ganz spannend. Wir sagen natürlich, dass es gut ist, wenn man in seinem Beruf schon mit Menschen zu tun hat und damit die Umgangsformen mit Menschen oder auch mit Gruppen kennt, aber wir haben auch Verwaltungsangestellte, wir haben auch einen Landwirt, der sehr gut qualifiziert ist und als Küster im kirchlichen Kontext tätig ist. Eine Affinität zur Kirche ist eine wichtige Voraussetzung für die Mitarbeitenden in der Notfallseelsorge. Auch wenn das Angebot überkonfessionell ist und unabhängig jeglicher kulturellen Backgrounds, ist für uns Mitarbeitende selber die Kirchenmitgliedschaft Voraussetzung. Notfallseelsorge ist eben auch ein Angebot der Kirche für die Gesellschaft. Und das ist für mich persönlich die Voraussetzung, für eine verantwortliche Begleitung, weil der Glaube in einer Notfallsituation keine Rolle spielt, aber als persönliche Kraftquelle für die Belastbarkeit und die Resilienz meines Erachtens elementar ist.

Ehrenamtliche sind in der Notfallseelsorge ausgebildet. Sie haben eine seelsorgerische Grundausbildung genossen und dann noch eine spezielle Ausbildung für die Notfallseelsorge. Und es gibt immer auch Fortbildungen.

C.L.: Wer schult die Notfallseelsorge?

T.K.: Wir schulen intern. Aber wir nehmen immer auch externe Expertinnen und Experten wie Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder auch Sozialarbeitende, die Schwerpunktthemen haben, hinzu, um uns fortzubilden. Also, wir „braten nicht nur im eigenen Saft“, sondern ziehen andere Fachbereiche hinzu. Jetzt hatten wir zum Beispiel gerade eine Fortbildung zum Thema „Personen unter Zug“, für die wir die leitende Psychologin der Deutschen Bahn aus Frankfurt gewinnen konnten. Sie konnte uns fachlich, aber auch organisatorisch für das Einsatzgebiet an der Schiene und an den Bahnhöfen weiterbilden.

C.L.: Sie haben gesagt, dass die Notfallseelsorge über die Leitstelle gerufen wird. Wie kommt es,

wenn wir jetzt auf das Thema Suizid oder Suizidandrohung kommen, zu der Entscheidung, Sie anzurufen?

T.K.: Es ist so, und das hat sich auch bewährt, dass wir nie kommen, ohne gefragt worden zu sein, also ohne dass ein Wunsch oder eine Notwendigkeit erkannt oder explizit geäußert wird. Angedrohte Suizide sind für uns eher selten eine Einsatzsituation. Was häufiger vorkommt, ist der vollzogene Suizid, denn in der Regel geschieht ein Suizid im Stillen und Geheimen, zumindest bis er vollzogen ist. Und dann ist es oftmals so, dass Ärztinnen/Ärzte oder die Polizei, die vor Ort sind, erkennen, dass wir hilfreich sein könnten. Aber auch Angehörige äußern selber den Wunsch nach Begleitung. Wir betreuen dann die Betroffenen oder wir vermitteln zwischen den Angehörigen und den Einsatzkräften. Ein aggressiver Akt wie ein Suizid erzeugt bei den Hinterbliebenen Aggressionen, die sich oftmals gegen die Einsatzkräfte richten können. Wir als Außenstehende erläutern dann die Zusammenhänge und versuchen die Situation zu beruhigen.

C.L.: Als jemand ohne Uniform?

T.K.: Ohne Uniform, ja. Wir tragen Namensschilder mit unserem Logo und fokussieren uns auf unsere Aufgabe, für die Betroffenen da zu sein und sie psychosozial abzuholen, zu begleiten und zu stärken.

C.L.: Gibt es ein bestimmtes Vorgehen, wie Sie dann auf die Menschen zugehen? Gibt es bestimmte Kriterien, die Sie auch denjenigen vermitteln, die Sie ausbilden?

T.K.: Ja. Wir stellen uns vor und sagen „Wir sind jetzt für Sie da“. Wir gehen mit den Betroffenen aus der unmittelbaren Einsatzsituation heraus, um eine ruhige Atmosphäre zu ermöglichen. Dann stellt sich in der Regel die Phase ein, in der das Nicht-Wahrhaben-Wollen dessen, was gerade passiert ist, das Nicht-Realisieren-Können des Unfassbaren, die Situation bestimmt. Die Reaktionen sind in solchen Situationen so unterschiedlich wie die Menschen. Von extrovertierten bis zu introvertierten Reaktionen ist alles möglich. Diese unterschiedlichen Reaktionsmuster zu erkennen und sie abzufedern, ist unsere Hauptaufgabe. Wir nehmen uns dabei selber ganz zurück. Wir legen bildlich gesprochen einen unsichtbaren Schutzmantel um die Betroffenen, damit sie das Ge-

fühl haben, nicht haltlos weiter in die Tiefe und die Ungewissheit zu stürzen.

C.L.: Es klingt so, als wäre die physische Anwesenheit wichtiger als das Sprechen in der Situation?

T.K.: Das ist in der Regel so, weil Worte die Betroffenen nur ganz begrenzt erreichen. Und es ist auch eine Situation, in der einem wirklich die Worte fehlen. Das ist das, was das Schwierigste und das Herausforderndste ist für die begleitenden Notfallseelsorgerinnen und Notfallseelsorger: Einfach den Mund zu halten, aufmerksam zu beobachten, was gerade passiert. Es gilt, die Betroffenen wahrzunehmen, ihnen Gelegenheit zu geben, sich wiederzufinden und das Gefühl zu vermitteln, dass sie begleitet und professionell unterstützt sind und nicht haltlos ins Bodenlose stürzen. Es gilt, die verschiedenen Stufen zu begleiten, die die Betroffenen in der Situation durchleben, um sie dann wieder zu stärken und ihre eigenen Ressourcen langsam wieder zu aktivieren. Aber das ist ein Prozess, der sich über ein, zwei, manchmal auch vier Stunden hinzieht. Da ist es wichtig, keine Fragen zu stellen. Diese Ausfragerei hilft nicht, weil mit jeder Frage natürlich auch eine Intention einfließt und damit an der Bedürftigkeit der Betroffenen vorbeigehen kann.

C.L.: Wenn Sie sich um die Angehörigen kümmern, gibt es da auch die komplette Ablehnung? Haben Sie das schon erlebt, dass Sie jemand wegschickt?

T.K.: Das ist unterschiedlich. In der Regel werden zunächst der Rettungsdienst und die Polizei wahrgenommen. Später erst kommt die Notfallseelsorge ins Spiel, wenn wir den Impuls zu einem Rückzug in einen ruhigen Raum geben oder ähnliches. Und dann kann es sein, dass das nicht gewollt wird. Und dann gehen wir natürlich. Aber das ist mir persönlich noch nie widerfahren.

In der Regel ist es so, dass unsere Anwesenheit gewünscht und akzeptiert und erstmal angenommen wird. Die Betroffenen sind ja oft handlungsunfähig, laufen ziellos in der Wohnung herum. Die Polizei braucht Ruhe bei der Ermittlungsarbeit, wenn sie dabei durch die Anwesenheit der Angehörigen gestört wird, kommen die Bitten, den Raum zu verlassen, oft nicht an, weil die Betroffenen für Sprache gar nicht zugänglich sind. Dann ist es gut, wenn die Notfallseelsorge da ist.

C.L.: Gibt es Zahlen über die Einsätze dieser Art im Jahr?

T.K.: Wir machen eine Aufrechnung über alle Einsätze, die wir im Jahr fahren. Aber das betrifft eben alle Einsätze, nicht nur Suizide. Für die Hannoversche Landeskirche haben wir eine Steigerung der Einsätze in 2021 auf 2000. In Neustadt sind wir z.B. ca. 25-30 Mal im Jahr unterwegs. In der LHH sind es 150 bis 200 Einsätze im Jahr. Wir unterscheiden zwischen häuslichen und außerhäuslichen Einsätzen und wer uns alarmiert hat - Polizei, Rettungsdienst, Feuerwehr oder andere.

C.L.: Bleibt es nach einem Einsatz bei diesem einmaligen Kontakt?

T.K.: Ja. Wir wirken darauf hin, dass die Notfallseelsorger und Notfallseelsorgerinnen, wie es die Bezeichnung sagt, für den Notfall da sind. Es ist wichtig, dass wir einen Anfang und auch ein Ende des Einsatzes haben. Das sollte in der Regel der Fall sein, da es sonst zu Überforderungen kommen kann. Denn für uns ist der Einsatz in der Notfallseelsorge ein Sonderdienst, den wir zu unseren sonstigen Tätigkeiten zusätzlich übernehmen.

Wenn man örtlich bekannt ist oder über die Intensität eines Einsatzes eine Beziehung entstanden ist, wird man schon mal für eine weitere Begleitung angefragt. Da wir gut vernetzt sind, helfen wir dann weiter, indem wir an andere Stellen weitervermitteln, insbesondere wenn Kinder betroffen sind, die Begleitung suchen. Es kommt manchmal vor, dass wir weiter unterstützen oder auch eine Trauerfeier gestalten, aber das soll die Ausnahme bleiben.

C.L.: Sie haben gesagt, wenn ein Einsatz abgeschlossen ist, melden Sie sich wieder einsatzbereit bei der Leitstelle. Das heißt, Sie haben einen Dienstplan und es kann wirklich auch dazu kommen, dass jemand in einem Dienst zwei Notfälle hintereinander begleitet? Der Dienst wechselt also nicht nach einem Notfall?

T.K.: Wir haben eine zeitliche Einteilung. Aber ich achte sehr darauf, dass ich nach jedem Einsatz informiert werde – über Email oder telefonisch. Ich frage dann nach, ob ein weiterer Einsatz möglich ist, weil es wichtig ist, dass Seelsorge auch für Seelsorger und Seelsorgerinnen stattfindet. In Einzelfällen sage ich auch, dass ich für die weitere Nacht übernehme.

Wenn der Kollege/die Kollegin denkt, am nächsten Tag weiter den Dienst übernehmen zu können, meldet er/sie sich selbst aktiv. Hier sehe ich meine Aufgabe als Leitender, dass ich achtgebe, dass die eingesetzten Mitarbeitenden ihre Belastungsgrenzen nicht überschreiten.

C.L.: Gibt es Austausch zwischen den Seelsorgern und Seelsorgerinnen und Supervision?

T.K.: Ja, wir machen regelmäßig Supervision, insbesondere für die Ehrenamtlichen, die noch eine intensivere Betreuung in Anspruch nehmen können. Das ist ein weiterer Aspekt meiner leitenden Tätigkeit, dafür zu sorgen, dass das stattfindet. Gerade von den Ehrenamtlichen wird das dankbar angenommen.

C.L.: Sie haben gesagt, dass Sie bei angedrohten Suiziden weniger hinzugerufen werden?

T.K.: Ja, das ist sehr selten, weil da die Vorgehensweise sehr klar ist und sehr eigen. Das ist eine polizeiliche Lage, in der speziell ausgebildete Polizisten und Polizistinnen hinzugerufen werden und neben der Sicherung der Menschen auch die Kontaktaufnahme und Kommunikation im Blick haben. Es kommt manchmal vor, dass sie bewusst Unterstützung suchen, oder es wird von den suizidalen Menschen der Wunsch nach einem Seelsorger geäußert. Das gab es schon. Da muss man sich dann im Vorgehen gut mit den polizeilichen Kräften absprechen.

C.L.: Und für die Angehörigen werden Sie dann nicht hinzugerufen?

T.K.: Notfallseelsorge könnte da sehr hilfreich sein, weil Angehörige in einer solche Situation ja extrem belastet und überfordert sind. Die Einsatzkräfte haben aber mit sich und der akuten Lage zu tun und in der Regel nicht die Angehörigen im Blick, so dass es deshalb nur selten zu einer Kontaktaufnahme zu uns kommt.

C.L.: Gibt es Einsätze, die Ihnen besonders in Erinnerung sind, weil sie Sie besonders berührt haben?

T.K.: Wenn ich hier durch Neustadt fahre, ist das jeder Einsatz, bei dem ich ein Suizidgeschehen begleitet habe. Das sind Situationen, die sehr emotional sind und die man nicht vergisst.

C.L.: Wenn sich Menschen das Leben genommen haben, müssen ja die Angehörigen informiert werden...

T.K.: Ja, da werden wir häufig von der Polizei hinzugerufen, um die Todesnachricht zu überbringen. Dieser wichtige Aspekt findet in der Ausbildung der Polizistinnen und Polizisten meines Erachtens wenig Berücksichtigung. Oft werde ich für Fortbildungen und Workshops zu dieser Thematik von Polizeiinspektionen angefragt. Diese Arbeitstreffen dienen auch dem persönlichen Kennenlernen der Einsatzkräfte und deren Vorgehensweise. Da kann es nicht genug Kontakte im Vorfeld geben, um dann im Ernstfall gut zusammenzuarbeiten.

C.L.: Was ist für Sie die größte Herausforderung im Einsatz?

T.K.: Die größte Belastung für die Notfallseelsorgerinnen und -seelsorger ist, das Leid mit auszuhalten und dass man empathisch bleibt, aber trotzdem eine professionelle Distanz bewahrt. Dieses Wechselspiel sollte man beherrschen. Und insofern ist es wichtig, dass man Ehrenamtliche, die in der Notfallseelsorge mitarbeiten wollen, nach ihrer psychischen Belastbarkeit befragt. Aber auch nicht jeder Seelsorger/jede Seelsorgerin ist für diese Situationen geeignet. Und es gibt Lebensphasen, in denen man weniger resilient ist, um die Tätigkeit auszuüben, z.B. wenn man selbst in einer persönlichen Trauersituation oder in einer Lebenskrise ist. Dann ist man für solche Belastungssituationen nicht gut geeignet. Das geht allen - auch mir - mal so. Dann muss man auch mal ein paar Wochen Auszeit nehmen.

C.L.: Ist es hilfreich oder eher belastend, an dem Ort, an dem man selbst auch lebt und sich bewegt und die betroffenen Menschen in anderen Situationen wiedertreffen kann, als Notfallseelsorger tätig zu sein?

T.K.: Wenn es so ist, dass man bekannt ist, was bei mir hier vor Ort der Fall ist, dann wird das sehr dankbar angenommen. „Endlich sind Sie da“ höre ich dann häufiger. Das öffnet Türen und wirkt positiv auf die Situation. Aber andererseits waren wir einmal nicht da, weil wir nicht gerufen wurden. Die Person ist dann aus der Kirche ausgetreten, weil sie gesagt hat: „Einmal habe ich die Kirche gebraucht, und dann war sie nicht

da.“ Es ist tragisch, wenn wir Erwartungshaltungen nicht erfüllen können, weil wir uns ja auch bemühen, den Menschen zu entsprechen. In diesem Fall hatte der Einsatzleiter die Situation falsch gedeutet. Er hatte die Frage nach dem Bedarf an Seelsorge gestellt, aber nicht erkannt, dass der betroffene Angehörige in der Situation nicht in der Lage war, für sich eine Entscheidung zu treffen. Das ist leider passiert. Es zeigt aber grundsätzlich, dass es von Vorteil ist, wenn man sich kennt. Schwieriger wird es, wenn man selbst Betroffener ist. Wenn man die Familie, zu der man gerufen wird, persönlich kennt. Dann muss ich mich deutlich abgrenzen und darauf achten, dass ich die Distanz wahre. Das alles hat zwei Seiten. Es macht vielleicht eine Tür auf, aber es ist ebenso wichtig sich im Nachgang deutlich abzugrenzen. Das war in meinen ersten Amtsjahren eine wichtige Erfahrung. Ich habe früher oft Nachsorge geleistet und dann wurde mir einmal gesagt „Bitte kommen Sie nicht wieder. Mit Ihnen tritt immer wieder der Tod unseres Angehörigen ins Haus“. Ich meinte es immer gut, aber die Betroffenen haben mir dann zum Glück klargemacht, dass es nicht gut für sie ist, wenn ich weiterhin zu ihnen komme. Ich bin derjenige, mit dem sie den Schrecken ihres Lebens verbinden. Das muss man eben auch wissen und akzeptieren. Dann ist es aber gut, wenn ich sie jetzt auf dem Fußballplatz oder bei der Feuerwehr oder sonst wo in der Stadt treffe, dann grüßt man sich und man erkennt eine Verbundenheit zueinander – aber dann ist es auch gut. Dann bleibe ich auf Distanz.

C.L.: Um noch einmal auf eine ganz spezielle Situation zu kommen: Wenn ein Suizid auf der Schiene passiert, dann ist das ja ein besonders dramatisches Geschehen – auch für die Einsatzkräfte. Werden sie in solchen Situationen auch für die Einsatzkräfte gerufen?

T.K.: Ja. Das passiert. Nach dem Abarbeiten der wichtigsten Aufgaben am Einsatzort denkt der Einsatzleiter daran, dass er bald wieder einrückt und möchte dann auch Notfallseelsorge für die Feuerwehrleute zur Verfügung haben. Das heißt, wir werden für Einsatzsituationen an den Schienen gerufen, aber auch für die Feuerwehrleute, wenn sie ins Gerätehaus zurückfahren. Am Ort des Suizids sprechen wir mit den Zugbegleitenden und betreuen die Fahrgäste. Wir gucken dann

mit unseren Augen auch auf die Reisenden und erkennen oftmals schon, wo Bedarf ist. Und wir sorgen für die, die sich am wenigsten, um sich selber kümmern können – und das sind die Verstorbenen. Wir halten Totenwache oder decken den Leichnam ab.

Für die Nachsorge der Feuerwehrleute ist eine spezielle Ausbildung erforderlich. Wir bieten nach sehr belastenden Einsätzen Nachgespräche nach ca. einer Woche an. Dann haben sich die unmittelbaren Eindrücke entschärft, die körpereigenen Abwehrmechanismen der meisten Einsatzkräfte sind erfolgreich aktiv geworden, so dass ein Abschlussgespräch hilft, das Geschehene abzulegen. Sollte bei einigen weiter Unterstützungsbedarf sein, bieten wir Gespräche an oder vermitteln an therapeutische Einrichtungen.

C.L.: Diese Nachgespräche sind auch wichtig, damit die Einsatzkräfte weitermachen können und nicht immer mit der Angst fahren, oder?

T.K.: Ja. Es reicht oft schon, dass sie wissen, dass jemand da ist, wenn sie persönliche Unterstützung benötigen. Das reicht, um sie so resilient zu machen, dass sie den nächsten Einsatz wieder gut fahren können. Und es ist tatsächlich auch so, dass 95 bis 97% der Einsatzkräfte die Einsätze abarbeiten und mit körpereigenen Abwehr- oder Verarbeitungsmechanismen eigenständig verarbeiten. Und wenn die familiäre Situation gut ist, sie ein soziales Netz haben, wenn sie im besten Fall auch noch sportlich sind und sich ausgewogen ernähren, dann sind die drei wichtigsten Kriterien erfüllt, die sie schützen, um selber mit den belastenden Situationen zurechtzukommen. Und ihnen das in Erinnerung zu rufen hilft, dass sie „entspannt“ wieder in den Alltag gehen können.

C.L.: Wenn Schülerinnen oder Schüler sich suizidieren, sind Sie dann im Rahmen der Notfallseelsorge auch in den Schulen tätig oder sind dann die Krisenteams der Schulpsychologie in der Schule, um das Geschehen dort aufzuarbeiten?

T.K.: Wir sind im guten Kontakt mit der Schulpsychologie. Wir wissen voneinander, dass wir unterschiedliche Kompetenzen haben und uns in Einsatzsituationen gut ergänzen. Gerade hier vor Ort ist die Notfallseelsorge sofort da. Wir wissen manchmal schon abends, was passiert ist. Die Schulpsychologie ist dann erst am nächsten Morgen erreichbar und entsprechend später

in der Schule. Das heißt, die ersten Aktivitäten sind in der Hand der Notfallseelsorge. Manchmal werden wir abends von Schulleitern/Schulleiterinnen angerufen. Dann meistens auch direkt und nicht über die Leitstelle, weil man gut vernetzt ist. Wir besprechen dann schon die Vorgehensweise für den nächsten Tag und verabreden uns früh am nächsten Morgen in der Schule, um gemeinsam zu überlegen, wie das Vorgehen sein kann.

C.L.: In diesen Fällen sind Sie in der Schule – gemeinsam mit der Schulpsychologie – also auch suizidpräventiv tätig, wenn man die „Ansteckung“ des Geschehens in bestimmten Gruppen betrachtet?

T.K.: Gerade in schulischen Situationen ist die Dynamik nach dem Bekanntwerden eines Schüler-Suizids sehr vielfältig und oftmals auch sehr emotional. Da agieren sich über eine solche Nachricht auch ganz andere psychische Belastungen der Schüler und Schülerinnen aus, so dass sie die aktuelle Situation auf ihre persönliche Befindlichkeit übertragen und es zu übersteigerten Reaktionen kommen kann. Da ist es gut, wenn von Anfang an ganz offensiv von Seiten der Schulleitung damit präventiv umgegangen wird. Hilfreich ist es, dass die Schule offen und transparent ist, aber auch vorab alle möglichen Betroffenheitsgruppen entsprechend einschätzt und vorbereitet, wie man mit ihnen umgeht.

Ich bin im Beruf im schulischen Bereich tätig. In der Notfallseelsorge ist das ein Spezialgebiet. Gerne komme ich Anfragen von Schulen nach und biete Fortbildungen für Notfallteams an Schulen, um sich auf solche Situationen vorzubereiten.

C.L.: Herr Kröger, herzlichen Dank für das Gespräch und den Einblick in Ihre Tätigkeit in der Notfallseelsorge!



REGIONALE PSYCHIATRIEBERICHTERSTATTUNG

Regionale Psychiatrieberichterstattung

von Catrin Lagerbauer (Psychiatriekoordinatorin der Region Hannover) und Martin Buitkamp (Region Hannover, Dezernat für Soziale Infrastruktur, Stabsstelle Sozialplanung)

Zielsetzung

Die regionale Psychiatrieberichterstattung in der Region Hannover hat zum Ziel, die Situation psychiatrischer Versorgung in der Region darzulegen. Durch Abgleich von Bedarf und Angebot kann ggf. mit entsprechenden Interventionen einer Unter-, Über- oder auch Fehlversorgung entgegengesteuert werden.

Die Datenerhebung – und was sich perspektivisch daran ändert

Die Daten in der Region Hannover werden bisher durch drei Datenblätter erhoben, von denen die Blätter A und B die Angebotsstruktur und das Blatt C (s. Anlage) die Nachfragestruktur abbilden. Institutionen, die Mitglied im Sozialpsychiatrischen Verbund sind, stellen ihre Daten über die Datenblätter jährlich zur Verfügung. Ein entsprechendes EDV-Programm zur

Datenspeicherung, -aufbereitung und -auswertung wird vom Zentrum für Informationsmanagement der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) bereitgestellt. Die Dateneingabe erfolgt durch die Institutionen direkt in das Programm (Sozialpsychiatrisches Informationsmanagement System SIM), über die MHH auf der Grundlage aufgelisteter Daten in einer entsprechend formatierten Excel-Tabelle oder durch Dritte nach Übermittlung in Papierform. Auf der Grundlage der Dateneingabe können Berechnungen nach bisher 28 Kennzahlen erfolgen, die sich sowohl auf einzelne Angebote und die dort betreuten Personengruppen als auch auf die Sozialstruktur der Einzugsgebiete und Indikatoren zur regionalen Versorgung in definierten Angebotsformen beziehen.

Von den im Sozialpsychiatrischen Plan 2022 angekündigten Veränderungen wird mit der Erhebung der Daten für das Jahr 2023 ein zentraler Punkt umgesetzt. Ziel dabei ist eine möglichst vollständige Abbildung der Angebote im sozialpsychiatrischen Verbund und der sozialpsychiatrischen Versorgungssituation in der Region Hannover. Um dies zu erreichen, werden die Daten für das Erhebungsjahr 2023 nicht mehr über

die Datenblätter A (Trägerinformationen) und B (Angebotsinformationen) erfasst, sondern zugehend von der Region Hannover per eigenem Fragebogen bei den Träger*innen und Angebotsverantwortlichen eingeholt. Durch die aktive Abfrage von Seiten der Region Hannover bei den Mitgliedern des Sozialpsychiatrischen Verbundes und durch den direkten Kontakt, der die Möglichkeit von Rückfragen und Abstimmung beinhaltet, soll eine unterschiedliche Interpretation von Fragestellungen vermieden werden und eine validere Datengrundlage geschaffen werden.

Die abzufragenden Informationen werden gestrafft und den Bedingungen der Angebote besser angepasst. In der Vergangenheit führten die Komplexität und unklare Fragestellungen zu häufig fehlenden oder nicht auswertbaren Angaben. Die Basisdaten werden sich auf die Angebotsformen, Platz- bzw. Klient*innenzahlen, Stellenanteile verschiedener Berufsgruppen und die Versorgungssektoren beziehen. In einer daraus zu erstellenden „Versorgungslandkarte des Sozialpsychiatrischen Verbundes“ können dann in den folgenden Jahren weitere Angebotsinformationen einfließen, um die Versorgungsqualität und ihre Entwicklung beobachten und bewerten zu können. Durch die Reduzierung auf Basiszahlen wird es zwar weniger, aber aussagekräftigere Kennzahlen zur Angebotssituation geben, die dann weiterhin für interessierte Träger*innen aus dem SIM abrufbar sein werden.

Der Erhebungsweg für die Klient*innendaten (Datenblatt C) bleibt unverändert, d.h. hier sind die Träger*innen und Angebotsverantwortlichen weiter aufgerufen, die Daten entweder per Datenblatt oder per Eingabe ins SIM bereitzustellen. Damit bleiben die wichtigen angebotsbezogenen Informationen zur Inanspruchnahme und zur Struktur der Klientel, einschließlich des Psychosozialen Risikoscores, erhalten. Mittelfristig wird es auch im Datenblatt C Anpassungen geben, das Instrument bleibt aber in seiner Grundstruktur bestehen.

Auswertungen der Klient*innendaten für das Erhebungsjahr 2021

Insgesamt wurden für 2021 Angaben für 14 Angebotsformen mit 19.326 Datensätzen (2020: 19.144) in das System eingepflegt. Die Datenblätter C des SpDi

für den Erwachsenenbereich nahmen dabei 68,4% bezogen auf alle Angebote ein und ermöglichen damit die Auswertung auf der breitesten Grundlage. Die nächstgrößeren Anteile an Datensätzen haben in der Auswertung die Angebotsformen Qualifizierte Assistenz (zuvor: Ambulant Betreutes Wohnen) und die Suchtberatungsstellen. Da die Angaben über die Klientel dieser drei Angebotsformen wie schon in den früheren Erhebungen annähernd vollständig sind und für einen großen Anteil der Klientel Informationen zur Risikostruktur vorliegt, verfolgt die Berichterstattung die Ausprägung des durchschnittlichen psychosozialen Risikos der Klientel über die Jahre. Dazu dient der Psychosoziale Risikoscore (psR). Wird der psR bei Erstkontakt mit der Nutzung der sozialpsychiatrischen Angebote in Verbindung gebracht, kann daraus ein Zielgruppenbezug der Angebote abgeleitet werden.

Psychosozialer Risikoscore

Der psR soll eine Aussage darüber treffen, wie schwer die Problematik und die damit verbundene soziale Desintegration psychisch erkrankter Menschen ist. Der Wert wird als Summenscore ermittelt aus Angaben zu Diagnose, Alter bei Ersterkrankung, der Dauer der Erkrankung und der Dauer seit dem letzten Klinikaufenthalt in Verbindung mit Angaben zur Wohn- und Arbeitssituation, Anzahl sozialer Kontakte und der Form des finanziellen Lebensunterhaltes. Die Höhe des Wertes gibt Auskunft darüber, wie hoch das Risiko für einen komplizierten Verlauf der Erkrankung ist.

In der Fachgruppe Sozialpsychiatrischer Plan wurde die Aussagekraft des psR kritisch diskutiert: Erstens kann und soll der für einzelne Klient*innen errechnete Risikoscore die individuelle Sicht auf einzelne Lebenssituationen und auf personenbezogene Bedarfe nicht ersetzen. Zweitens ist der Einfluss von in Anspruch genommenen Unterstützungsangebote auf den Verlauf des Risikowertes bei den Einzelnen nicht in dem Wert abgebildet. Und drittens sollte das Maß in Einzelpunkten an veränderte/neuere Erkenntnisse in der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen angepasst werden. Dennoch ist der Risikoscore als ein robustes und umfassendes Maß über die verschiedenen Angebotsformen (ambulant, teilstationär, stationär) hinweg nach wie vor gut dazu geeignet,

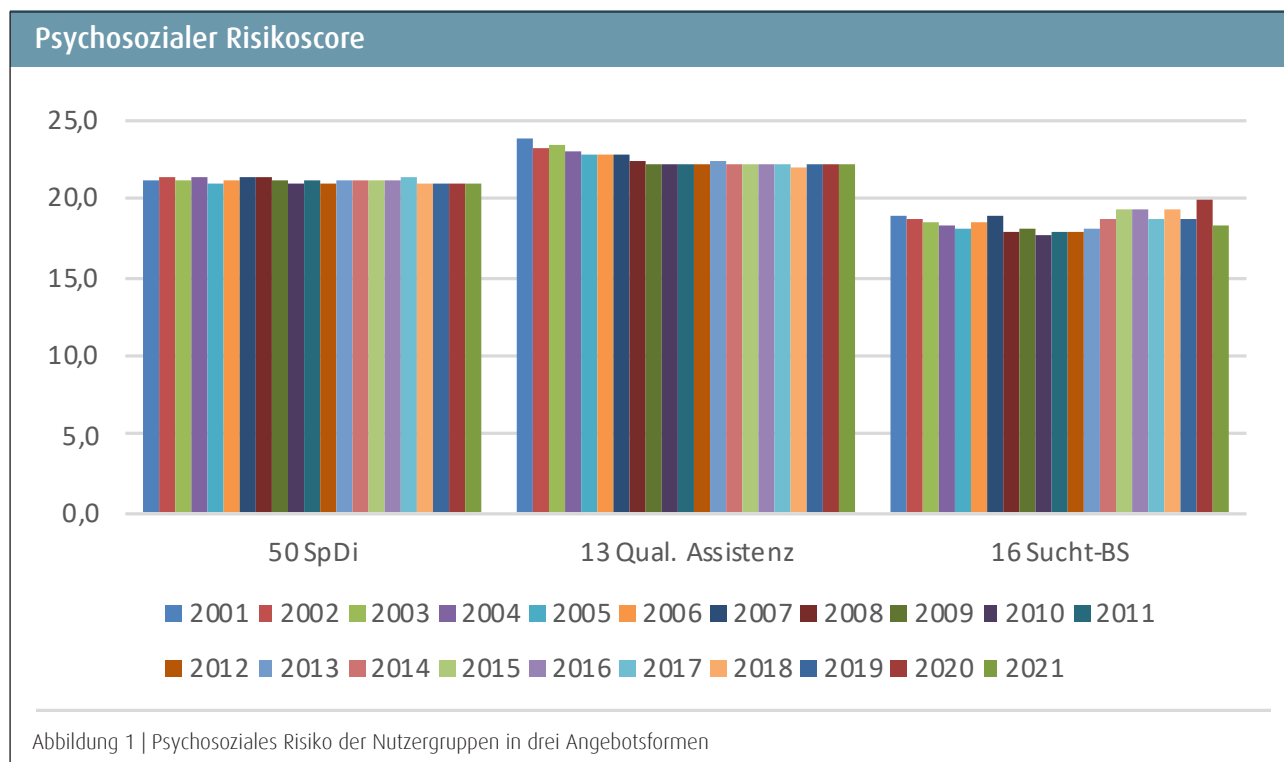
die Risikolagen in den verschiedenen Angebotsformen sowie den Zielgruppenbezug der Angebote über die Zeit beobachten und vergleichen zu können.

Der psR hat sich seit 2001 in den benannten drei großen Angebotsformen, wie in der Abbildung 1 dargestellt, entwickelt. Er weist bei vorhandenen Schwankungen grundsätzlich auf einen hohen Zielgruppenbezug hin. Im SpDi ist dieser durchgehend und in der Qualifizierten Assistenz seit 2009 sehr stabil. In der Suchtberatung liegt das Niveau seit 2014 höher als vorher und das Risikoniveau ist von stärkeren jährlichen Schwankungen geprägt. Der Frage nach den Gründen für die Schwankungen, insbesondere nach dem deutlich erkennbaren Abfall des Wertes in 2021 im Vergleich zu 2020, wird in dem diesjährigen Austauschgespräch der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention mit der Region Hannover nachgegangen. In der Diskussion wird sich erwartungsgemäß erklären, ob die Schwankungen an anderen Erkrankungsgraden der anfragenden Menschen, veränderten äußeren Bedingungen der Arbeit in den Suchtberatungsstellen oder an institutionsbedingten Datenerhebungsvoraussetzungen liegen.

Wer nutzt welches Angebot?

Eine Betrachtung weiterer Merkmale (z.B. der Geschlechter- und Altersstruktur) der Klientel der Angebotsformen gibt zusätzliche Hinweise darauf, welche Gruppen in den Angebotsformen jeweils erreicht werden. Um zufällige Effekte auszuschließen, werden dabei nur die Daten von Angebotsformen (AF) mit mindestens zwei Hilfsangeboten und mehr als 100 eingebrachten Datensätzen dargestellt. Das sind:

- AF 13** - Qualifizierte Assistenz
(Ambulant Betreutes Wohnen)
- AF 16** - Beratungsstellen Sucht
- AF 19** - sonstige ambulante Leistungen
- AF 23** - Tagesstätten
- AF 24** - Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)
- AF 33** - besondere Wohnformen (stat. Einr.) für psychisch kranke Menschen
- AF 36** - besondere Wohnformen (stat. Einr.) Schwerpunkt Sucht
- AF 50** - Sozialpsychiatrischer Dienst



Die Tabellen 1 und 2 zeigen die Entwicklung der Zahlen von 2020 auf 2021. Zu den in der ersten Spalte aufgeführten Angebotsformen sind in der zweiten Spalte die Anzahl der Angebote aufgenommen, die Datenblätter C (DB C) eingebracht haben.

Das sind pro Angebotsform nicht immer alle der im Sozialpsychiatrischen Verbund zur Verfügung stehenden Angebote. Beim SpDi liegen für alle 12 Einzelangebote (Beratungsstellen) vollständige Datenblätter

vor. In der dritten Spalte findet sich die Anzahl der pro Angebotsform eingebrachten Datenblätter C. In den Spalten vier bis zehn finden sich die Daten zu den ausgewerteten Merkmalen. Erstmals in der Tabelle für 2021 aufgeführt werden können Daten zur Angebotsform „sonstige ambulante Leistungen. Dahinter verbergen sich z.B. rechtliche Betreuungen, haushaltsnahe Dienstleistungen, Selbsthilfe, Ergotherapie, etc.

Tabelle 1: Merkmale der Nutzer*innengruppen nach Angebotsform 2020

| AF | Angebote mit DB C | Anzahl DB C | Anteil Männer | Anteil Frauen | <45 Jahre | ≥65 Jahre | Rechtl. Betreuung | Mittelwert Risikoscore | Quartale in Betreuung |
|----|-------------------|-------------|---------------|---------------|-----------|-----------|-------------------|------------------------|-----------------------|
| 13 | 22 | 1.591 | 54% | 46% | 45% | 7% | 57% | 22,2 | 3,7 |
| 16 | 6 | 1.804 | 73% | 27% | 58% | 3% | 5% | 19,8 | 1,9 |
| 23 | 7 | 250 | 48% | 52% | 44% | 4% | 58% | 23,2 | 3,2 |
| 24 | 2 | 205 | 68% | 32% | 47% | 1% | 55% | 23,3 | 3,2 |
| 33 | 8 | 251 | 44% | 56% | 46% | 8% | 67% | 24,3 | 3,7 |
| 36 | 1 | 76 | 91% | 9% | 51% | 4% | 16% | 26,9 | 2,5 |
| 50 | 12 | 12.910 | 53% | 47% | 45% | 15% | 42% | 21,0 | 1,7 |

Tabelle 2: Merkmale der Nutzer*innengruppen nach Angebotsform 2021

| AF | Angebote mit DB C | Anzahl DB C | Anteil Männer | Anteil Frauen | <45 Jahre | ≥65 Jahre | Rechtl. Betreuung | Mittelwert Risikoscore | Quartale in Betreuung |
|----|-------------------|-------------|---------------|---------------|-----------|-----------|-------------------|------------------------|-----------------------|
| 13 | 23 | 2.060 | 52% | 48% | 44% | 7% | 54% | 22,1 | 3,6 |
| 16 | 8 | 2.440 | 70% | 30% | 59% | 5% | 3% | 18,4 | 1,8 |
| 19 | 5 | 188 | 70% | 30% | 45% | 20% | 18% | 27,7 | 3,0 |
| 23 | 8 | 244 | 47% | 53% | 45% | 5% | 59% | 22,6 | 3,3 |
| 24 | 2 | 207 | 66% | 34% | 44% | 1% | 57% | * | 3,9 |
| 33 | 7 | 209 | 47% | 53% | 56% | 8% | 70% | 24,8 | 3,6 |
| 36 | 2 | 150 | 78% | 22% | 32% | 15% | 84% | 26,8 | 3,5 |
| 50 | 12 | 13.227 | 53% | 47% | 45% | 15% | 42% | 20,9 | 1,6 |

*Es lagen keine/unzureichende Angaben zum psR vor

Der Anteil von Frauen in besonderen Wohnformen (AF 33) war 2020 erstmals höher als der Anteil von Männern. Diese Tendenz ist auch 2021 so geblieben. In besonderen Wohnformen mit dem Schwerpunkt Sucht (AF 36) ist der Anteil der Männer zwar noch deutlich höher als der der Frauen, er ist jedoch erstmals unter 80% gesunken.

Es lebten 2021 mit einem Anstieg um 10% deutlich mehr jüngere Menschen in besonderen Wohnformen (AF 33) als noch 2020. In den besonderen Wohnformen mit dem Schwerpunkt Sucht (AF 36) ist dagegen der Anteil der Bewohner*innen über 65 von 4% auf 15% gestiegen bei einer deutlichen Reduzierung des Anteils jüngerer Menschen um 19%. Hier ist im Bereich der rechtlichen Betreuung die größte Veränderung festzustellen. Im Jahr 2020 betrug der Anteil der Betreuung 16% im Gegensatz zu den aktuellen 84%. Zu diesen Veränderungen ist im Rahmen des Arbeitskreises Gemeindepesychiatrie ein Austausch mit Vertretungen der entsprechenden Institutionen geplant, um eine Einschätzung zu den Hintergründen dieser Entwicklungen zu bekommen.

Ausblick

Die Fachgruppe Sozialpsychiatrischer Plan verspricht sich von den oben genannten Veränderungen in den nächsten Jahren eine umfangreichere Darstellung des sozialpsychiatrischen Angebots in der Region Hannover. Eine durchgehende Entwicklung des Angebots konnte in der Vergangenheit mangels Datenmenge nicht durchgehend dargestellt werden. Die Neuerungen bedeuten somit zwar theoretisch einen Bruch in der Vergleichbarkeit der vergangenen Jahre, da sich Items in der Datenabfrage ändern. In der Praxis ermöglichen diese jedoch eher einen Anfang einer tatsächlichen Entwicklungsabbildung in den nächsten Jahren. Voraussetzung dafür ist nach wie vor die Bereitschaft der Mitgliedsinstitutionen im Sozialpsychiatrischen Verbund, sich weiterhin und erstmals an der veränderten Form der Datenabfrage zu beteiligen. In diesem Zusammenhang hoffen wir sehr, dass die Vereinfachungen bzgl. der Angebotsdaten (Datenblätter A und B) die Teilnahme erleichtert. In den nächsten Jahren soll auch der in früheren Berichten schon begonnene Ansatz einer regionalen Differenzierung der Inanspruchnahme der Angebote und der des psychosozialen Risikos weiter ausgebaut werden. Hierzu

werden zusätzliche Daten von anderer Stelle eingeholt und mit den Auswertungen der Datenblätter in Zusammenhang gesetzt.

Es gilt, Versorgungslücken zu erkennen, regionale Unterschiede zu verdeutlichen und diese im Sozialpsychiatrischen Verbund zu diskutieren und positiv zu beeinflussen. Wir hoffen hier auf die Mithilfe aller Mitglieder des Verbundes!

Die Hilfsangebote des Sozialpsychiatrischen Dienstes während der COVID-19-Pandemie in den Jahren 2020 und 2021

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, ärztliche Behandlungen, Kriseninterventionen, therapeutische Gruppen, Bedarfsermittlungsgespräche oder Überweisungen und Weitervermittlungen an andere soziale/medizinische Institutionen. Zum Aufgabenspektrum gehören insbesondere auch Hausbesuche. Das gesamte Angebot richtet sich vor allem an diejenigen psychisch schwerkranken Personen, die nicht oder nicht ausreichend vom vertragsärztlichen System erreicht werden.

Der SpDi verfügt gemeindenah über elf Beratungsstellen für Erwachsene, eine Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche sowie eine Zentrale.

Aufgrund der COVID-19-Pandemie waren die Bürger*innen der Region Hannover ab dem ersten Quartal 2020 von verschiedenen einschneidenden Schutzmaßnahmen betroffen, wie allgemeinen Kontaktbeschränkungen oder einem „Lockdown“, der von März bis Mai 2020 sowie von November 2020 bis Mitte 2021 lief.

Anzahl der betreuten Personen

Tabelle 1: Anzahl der vom Erwachsenen-SpDi betreuten Personen 2009 – 2021

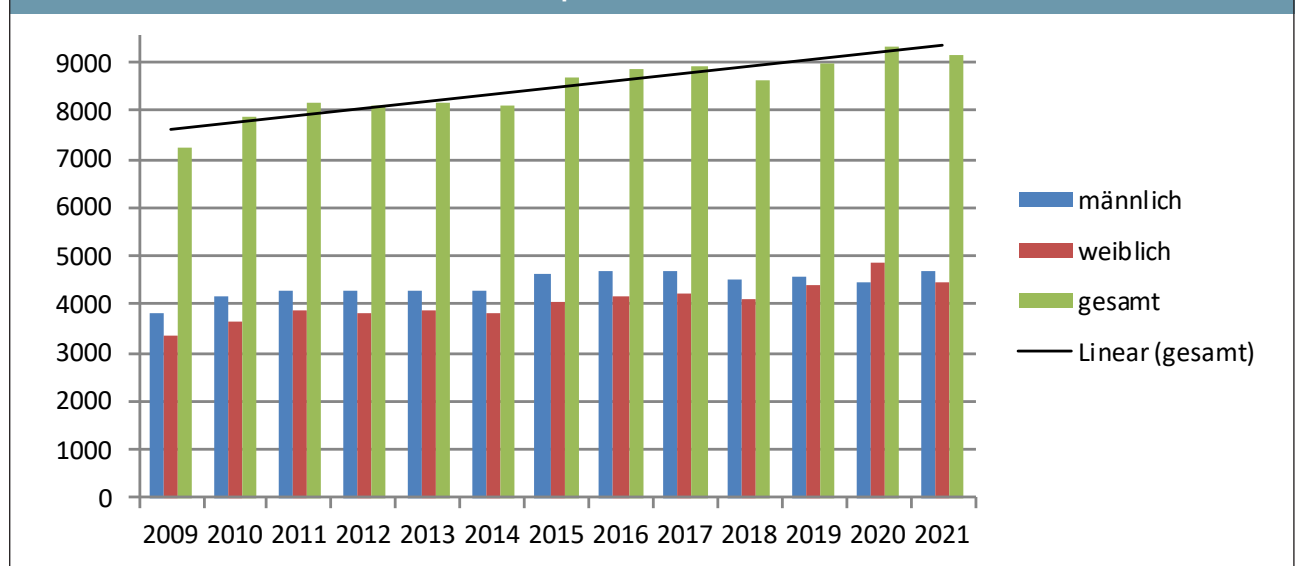


Tabelle 1 zeigt, dass von den SpDi-Beratungsstellen für Erwachsene der Region Hannover im Jahr 2020 insgesamt 9315 Personen und im Jahr 2021 insgesamt 9161 Personen betreut worden sind. Zu den betreuten Personen gehören auch solche, bei denen der SpDi (ausschließlich) den Bedarf an Eingliederungshilfe ermittelt hat. Im ersten „Corona-Jahr“ 2020 wurden erstmalig mehr Frauen (konkret 351 mehr Frauen) als Männer beraten, 4833 Frauen im Jahr 2020, 4452 Frauen im Jahr 2021. Die Anzahl der betreuten Männer lag weiterhin in einem sehr hohen

Bereich (4482 Männer im Jahr 2020, 4692 Männer im Jahr 2021 – lediglich im Jahr 2017 wurden mehr Männer betreut: 4694). In den ausgewerteten Jahresstatistiken lag der Anteil der Männer am SpDi-Klientel ansonsten stets etwas über dem der Frauen. Gegenüber den Vorjahren ist die Anzahl der betreuten Personen 2020 und 2021 weiterhin angestiegen, obwohl die Landeshauptstadt seit 2018 bei der Hilfebedarfsermittlung für Eingliederungshilfe zum Teil auf die Beteiligung des Sozialpsychiatrischen Dienstes verzichtet.

Tabelle 2: Anzahl der vom SpDi für Kinder und Jugendliche betreuten Personen 2017 – 2021

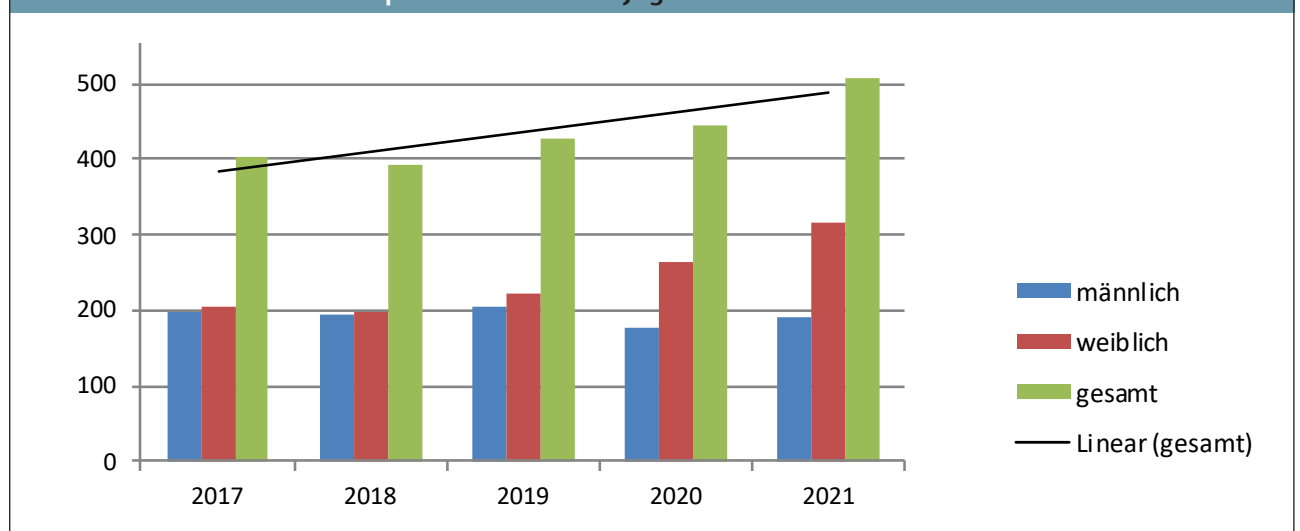


Tabelle 2 ist zu entnehmen, dass die Anzahl der betreuten Personen auch in der SpDi-Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche eine steigende Tendenz zeigt: 404 im Jahr 2017, 391 im Jahr 2018, 428 im

Jahr 2019, 443 im Jahr 2020 und 508 im Jahr 2021. Wobei während der beiden „Corona-Jahre“ 2020 und 2021 die Anzahl der versorgten Jungen leicht sinkt und die Anzahl der Mädchen merklich ansteigt.

Altersgruppen der betreuten Personen

Tabelle 3: Alter der vom Erwachsenen-SpDi betreuten männlichen Personen 2017 – 2021

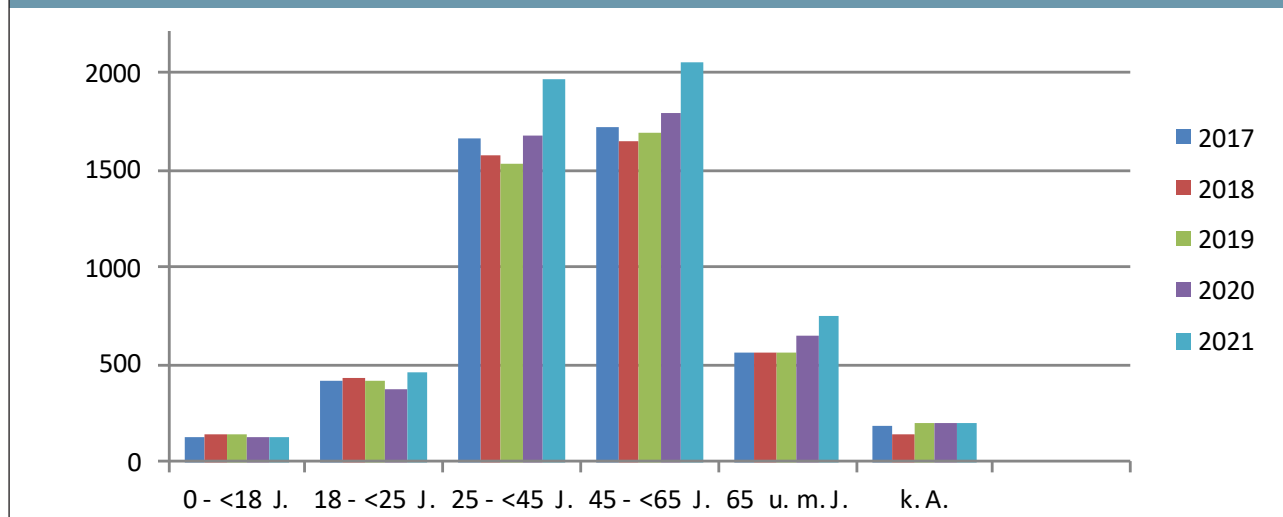
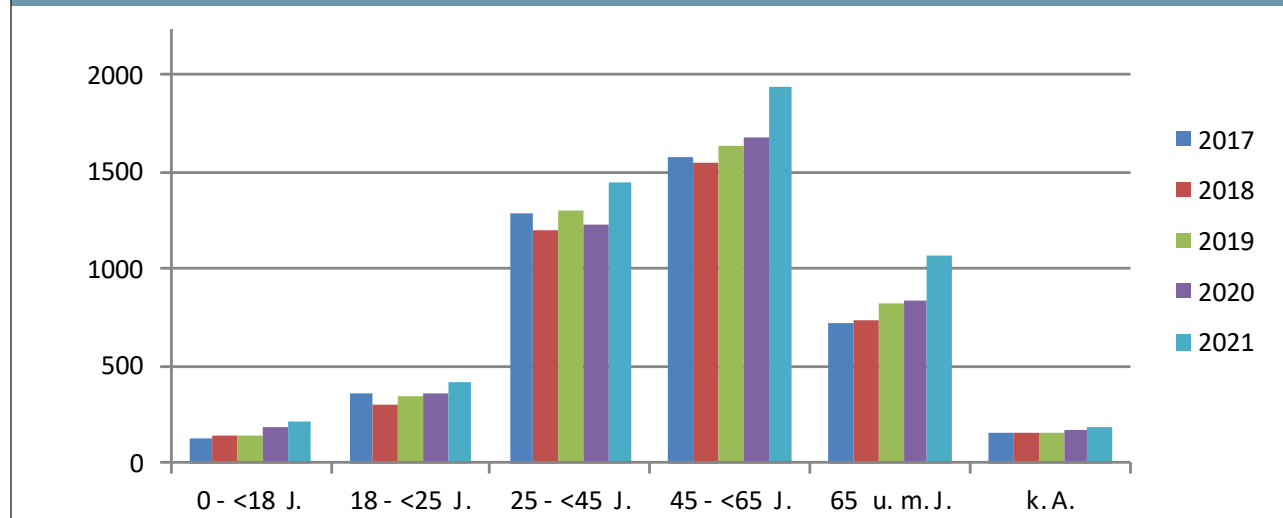


Tabelle 4: Alter der vom Erwachsenen-SpDi betreuten weiblichen Personen 2017 – 2021



Erwartungsgemäß haben die SpDi-Beratungsstellen für Erwachsene laut der **Tabellen 3 und 4** am häufigsten mit Personen in der Altersgruppe von 25 bis unter 65 Jahren zu tun. Im Vergleich zu den Männern ist der Anteil der Frauen im Alter zwischen 45 und unter 65 Jahren höher. Die prozentuale Verteilung der vom SpDi betreuten Altersstufen ist insgesamt stabil,

wobei im „Corona-Jahr“ 2021 die Anzahl der betreuten Personen ab 65 Jahren gegenüber dem Vorjahr bei den Frauen um 229 und den Männern um 102 Personen gestiegen ist. Ein kleiner Anteil von Personen unter 18 Jahren hat gelegentlich auch Kontakt zu den Beratungsstellen für Erwachsene.

Psychiatrische Diagnosen

Tabelle 5: Psychiatrische Diagnosen der vom Erwachsenen-SpDi betreuten männlichen Personen 2017 – 2021

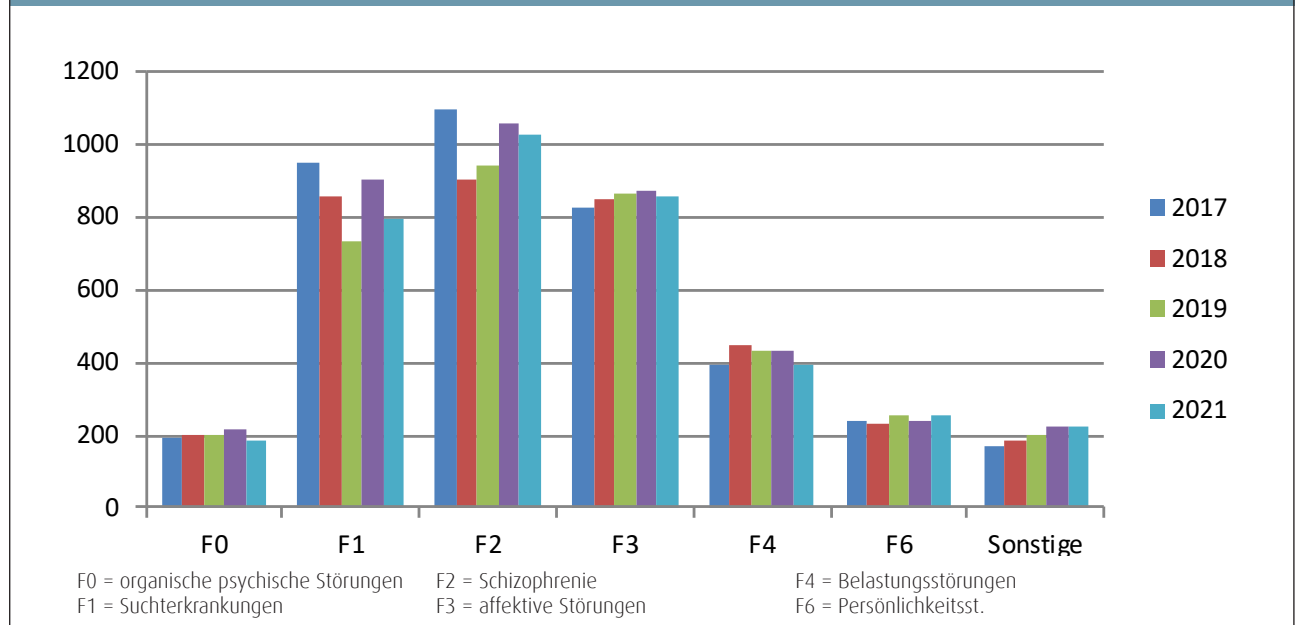
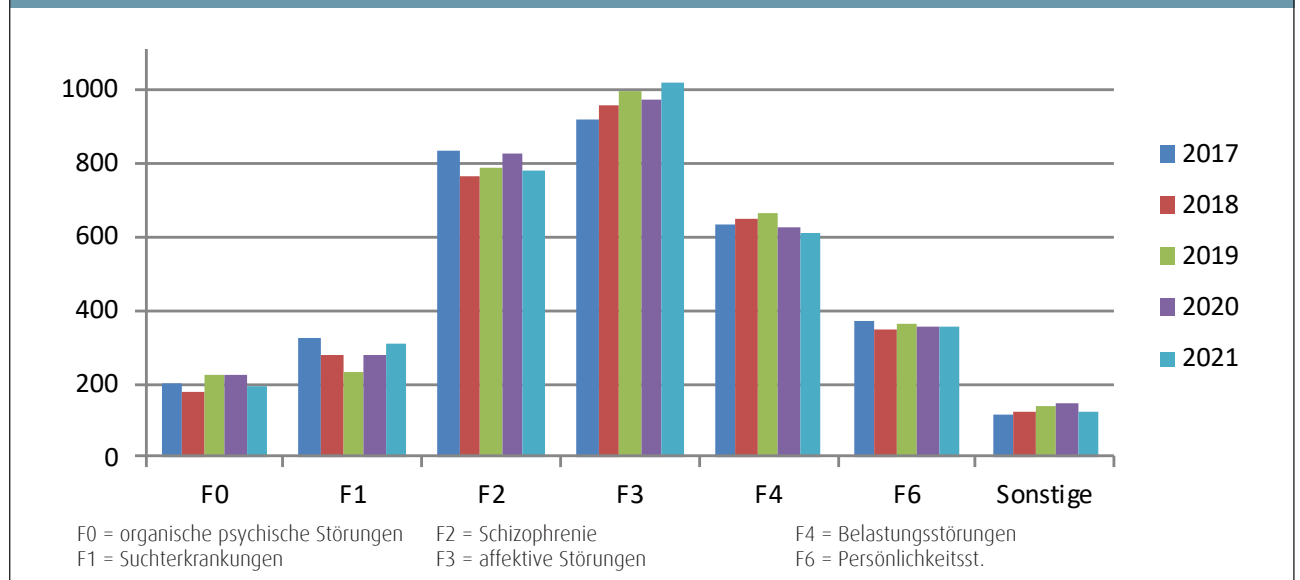


Tabelle 6: Psychiatrische Diagnosen der vom Erwachsenen-SpDi betreuten weiblichen Personen 2017 – 2021

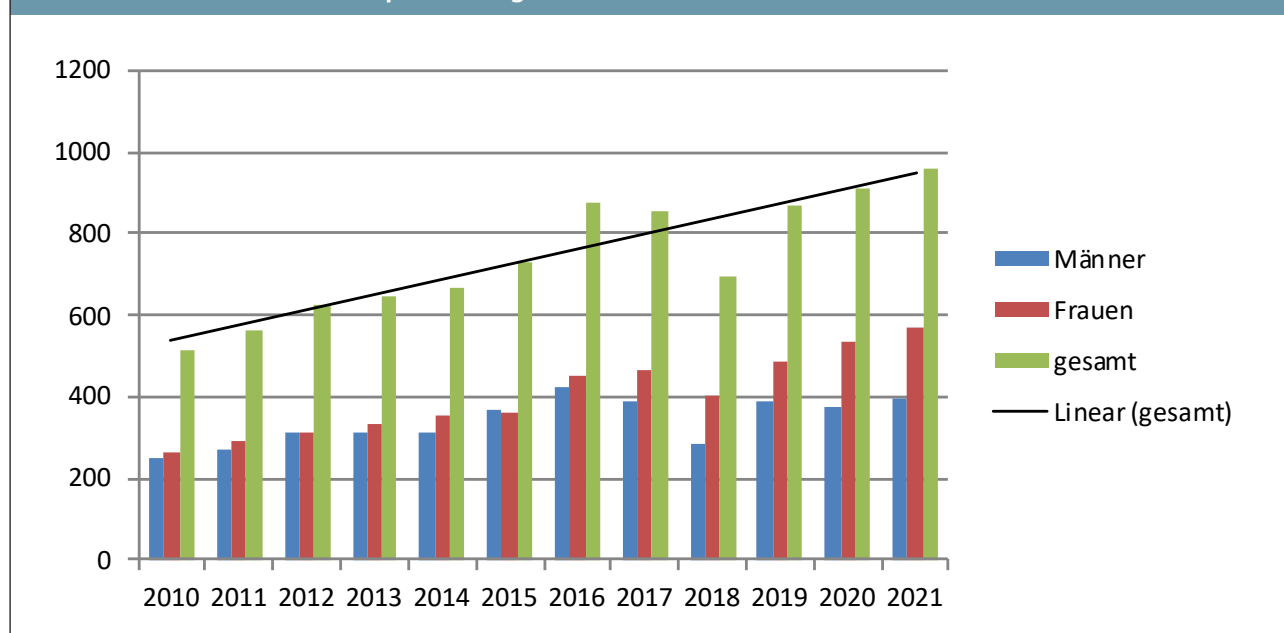


Wie den **Tabellen 5 und 6** zu entnehmen ist, sind die drei häufigsten Diagnosen bei den vom Erwachsenen-SpDi betreuten männlichen Personen Schizophrenie, Suchterkrankungen und affektive Störungen. Bei den affektiven Störungen handelt es sich um de-

pressive und manische Erkrankungen. Bei den betreuten weiblichen Personen sind die Diagnosen affektive Störungen, Schizophrenie und Belastungsstörungen am häufigsten gestellt worden.

Vertragsärztliche Behandlung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst

Tabelle 7: Anzahl der vom SpDi vertragsärztlich behandelten Personen 2010 – 2021

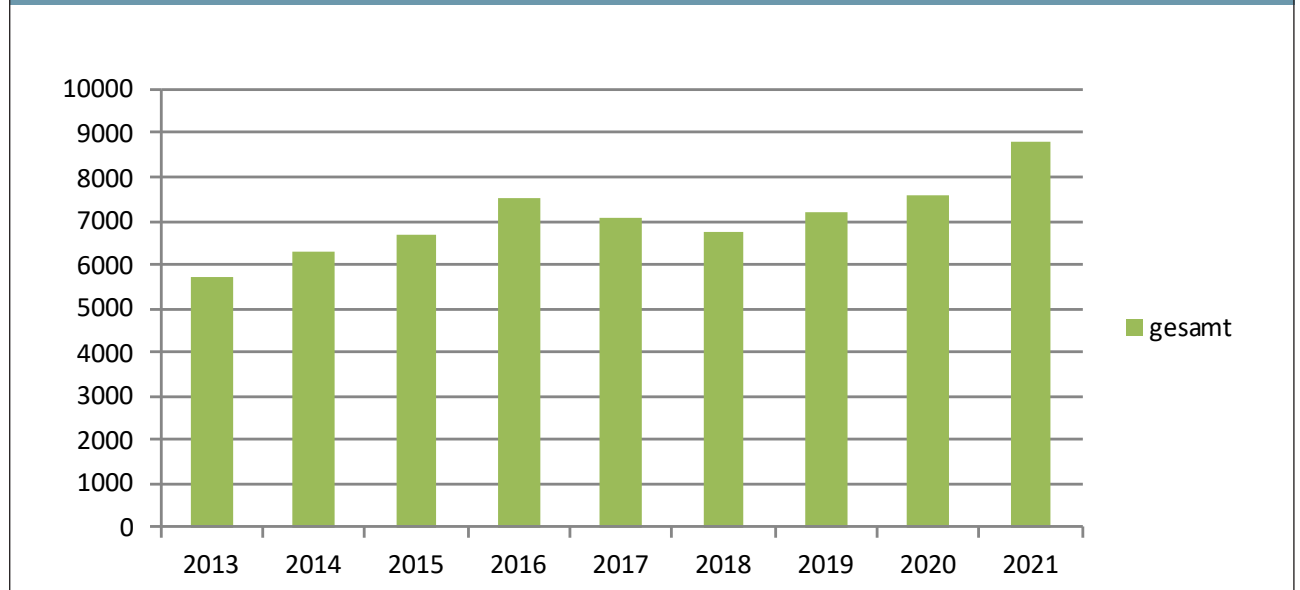


Die Ärzt*innen der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen für Erwachsene auf dem Gebiet der Landeshauptstadt verfügen über eine Ermächtigung, um diejenigen psychisch (schwer-)kranken Personen, die nicht oder nicht ausreichend von den Nervenarztpraxen erreicht werden, vertragsärztlich behandeln zu können. Seit dem 1. Oktober 2017 beschränkt sich die vertragsärztliche Ermächtigung auf die Verordnung von Psychopharmaka, häuslicher psychiatrischer

Krankenpflege und ambulanter Ergotherapie. Die Anzahl der in den letzten beiden Jahren behandelten Personen ist **gemäß Tabelle 7** gegenüber 2019 weiter angestiegen (870 Personen im Jahr 2019, 912 Personen im Jahr 2020 und 961 Personen im Jahr 2021). Für das Umland der Region Hannover hat der SpDi – trotz entsprechender Beantragungen – nie eine vertragsärztliche Ermächtigung erhalten.

Aufsuchende Tätigkeit

Tabelle 8: Vom Erwachsenen-SpDi außerhalb der Dienststelle erbrachte Hilfeleistungen ("Hausbesuche") 2013 – 2021

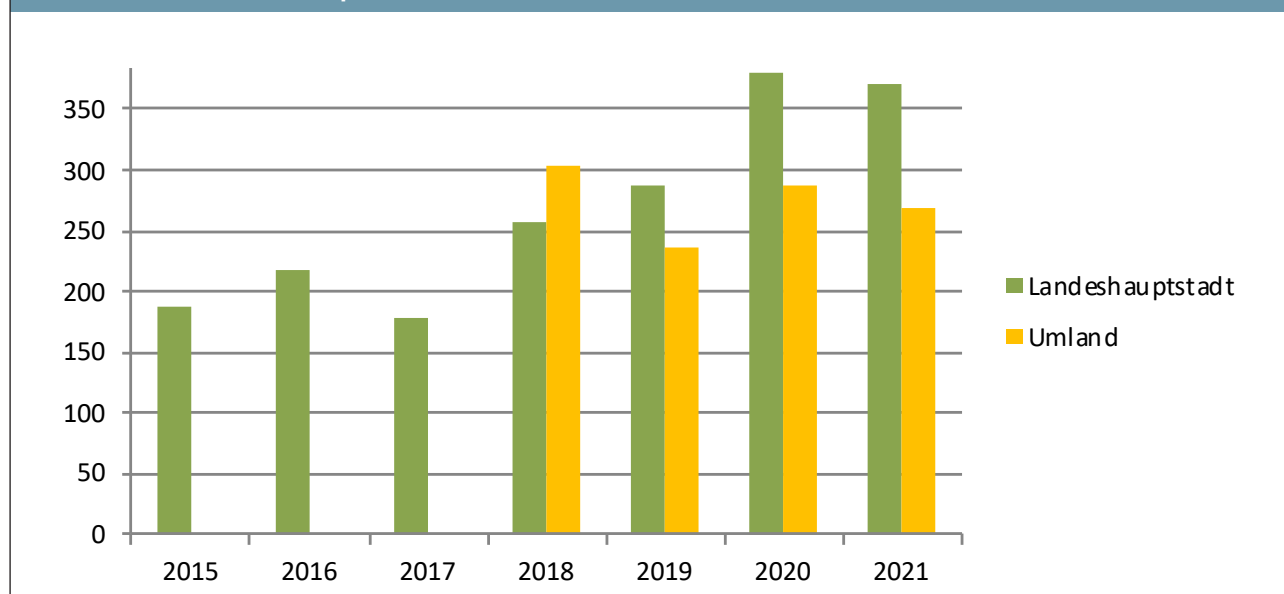


Eine Kernkompetenz des SpDi ist seine aufsuchende Tätigkeit, also die Erbringung von Hilfeleistungen außerhalb der Dienststelle (wie Untersuchung und Beratung von psychisch kranken Personen in deren Wohnung oder z. B. in Polizeikommissariaten oder sonstigen Behörden). Die Anzahl der auswärts erbrachten Hilfeleistungen hat sich in den letzten fünf Jahren – wie **Tabelle 8** zeigt – auf einem hohen Niveau eingependelt und in den „Corona-Jahren“ 2020

und 2021 die bisherigen Höchstwerte erreicht: 7589 (2020) und 8832 (2021). Eine mögliche Erklärung für die Zunahme von Hausbesuchen gerade in der Zeit der COVID-19-Schutzmaßnahmen besteht darin, dass der SpDi an den Stellen vermehrt durch Hausbesuche eingesprungen ist, wo andere bisher unterstützende Institutionen während des „Lock-Downs“ ihre Angebote reduziert haben.

Psychiatrische Notfalleinsätze insgesamt – Vergleich Landeshauptstadt und Umland

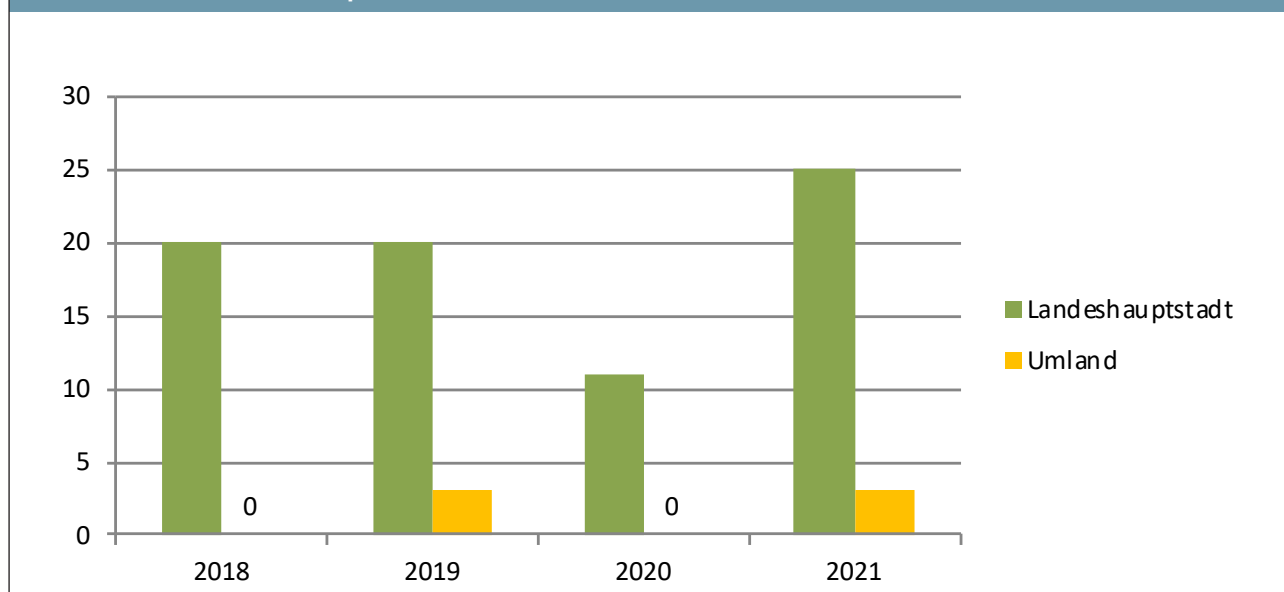
Tabelle 9: Psychiatrische Notfalleinsätze des SpDi für Erwachsene in Landeshauptstadt und Umland 2015 – 2021



Die Anzahl der SpDi-Notfalleinsätze im Erwachsenenbereich (**siehe Tabelle 9**) auf dem Gebiet der Landeshauptstadt hat eine deutlich steigende Tendenz, insbesondere auch während der letzten beiden „Corona-Jahre“ (286 im Jahr 2019, 379 im Jahr 2020 und 370 im Jahr 2021). Für das Umland der Region

Hannover werden gesonderte Statistiken von Notfalleinsätzen des SpDi für Erwachsene erst seit 2018 geführt. Die Anzahl der psychiatrischen Notfalleinsätze ist dabei weitgehend stabil: 303 Einsätze im Jahr 2018, 237 im Jahr 2019, 288 im Jahr 2020 und 268 im Jahr 2021.

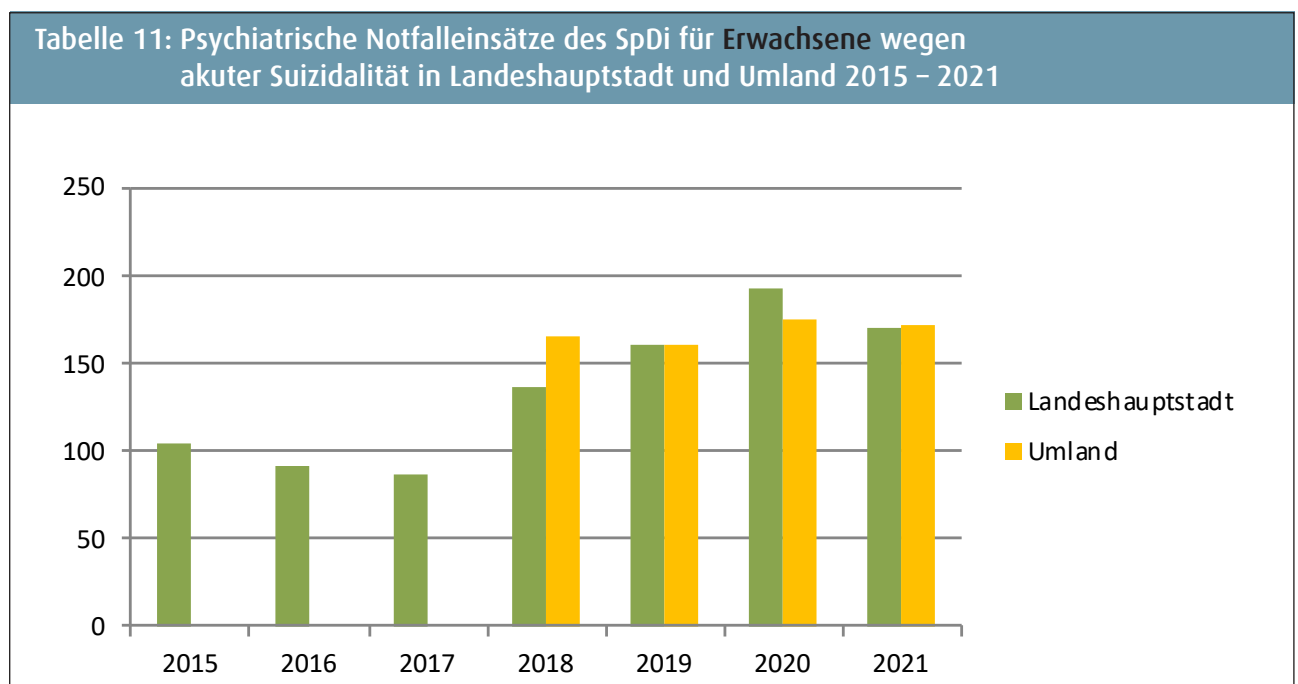
Tabelle 10: Psychiatrische Notfalleinsätze des SpDi für Kinder und Jugendliche in Landeshauptstadt und Umland 2018 – 2021



Auch erst seit 2018 erfasst die SpDi-Notfallstatistik Einsätze der Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche (**siehe Tabelle 10**). 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: Auf dem Gebiet der Landeshauptstadt jeweils 20 in den Jahren 2018 und 2019, 11 im Jahr 2020 und 25 im Jahr 2021. Im Umland hatte die SpDi-Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche keine Notfalleinsätze in den Jahren 2018 und 2020, allerdings jeweils 3 Notfalleinsätze in den Jahren 2019 und 2021.

Die Unterschiede bei der Häufigkeit der Notfalleinsätze zwischen Landeshauptstadt und Umland könnten möglicherweise darin begründet sein, 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) Hilfesuchen an den SpDi wenden. Aufgrund dieser Interpretation der statistischen Ergebnisse überlegt der SpDi für Kinder und Jugendliche derzeit, im Umland zukünftig vermehrt Präsenz zu zeigen.

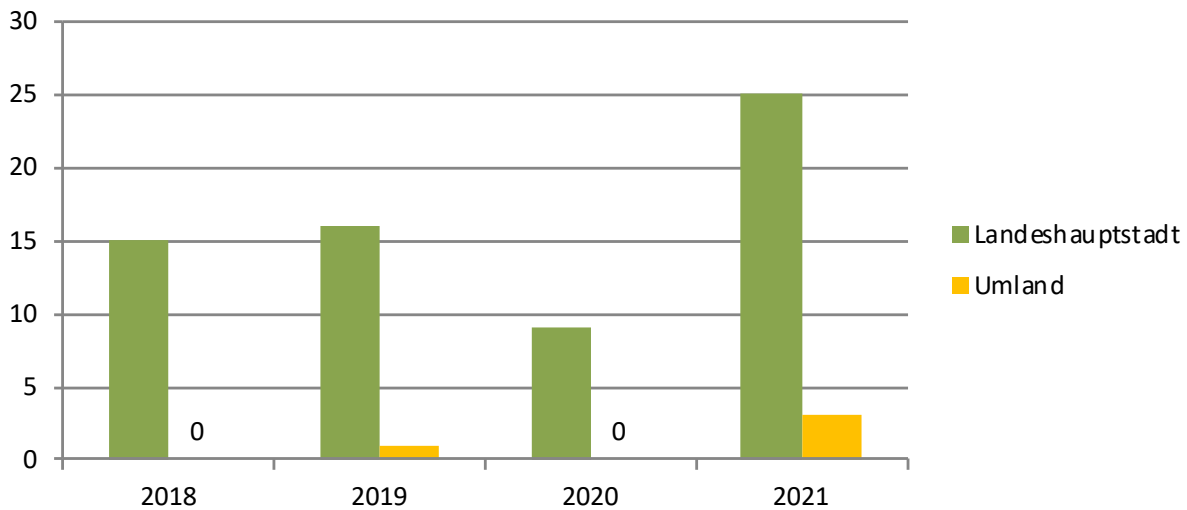
Psychiatrische Notfalleinsätze wegen Suizidalität – Vergleich Landeshauptstadt und Umland



Wie **Tabelle 11** zeigt, haben die SpDi-Beratungsstellen für Erwachsene auf dem Gebiet der Landeshauptstadt in den letzten Jahren zunehmend mit Notfalleinsätzen wegen akuter Suizidalität zu tun (160 Einsätze im Jahr 2019, 192 im Jahr 2020 und 170

Einsätze im Jahr 2021). Die Anzahl der Notfalleinsätze des Erwachsenen-SpDi im Umland wegen akuter Suizidalität ist in den letzten vier Jahren annähernd gleich: 166 Einsätze im Jahr 2018, 161 im Jahr 2019, 175 im Jahr 2020 und 172 im Jahr 2021.

Tabelle 12: Psychiatrische Notfalleinsätze des SpDi für Kinder und Jugendliche wegen akuter Suizidalität in Landeshauptstadt und Umland 2018 – 2021

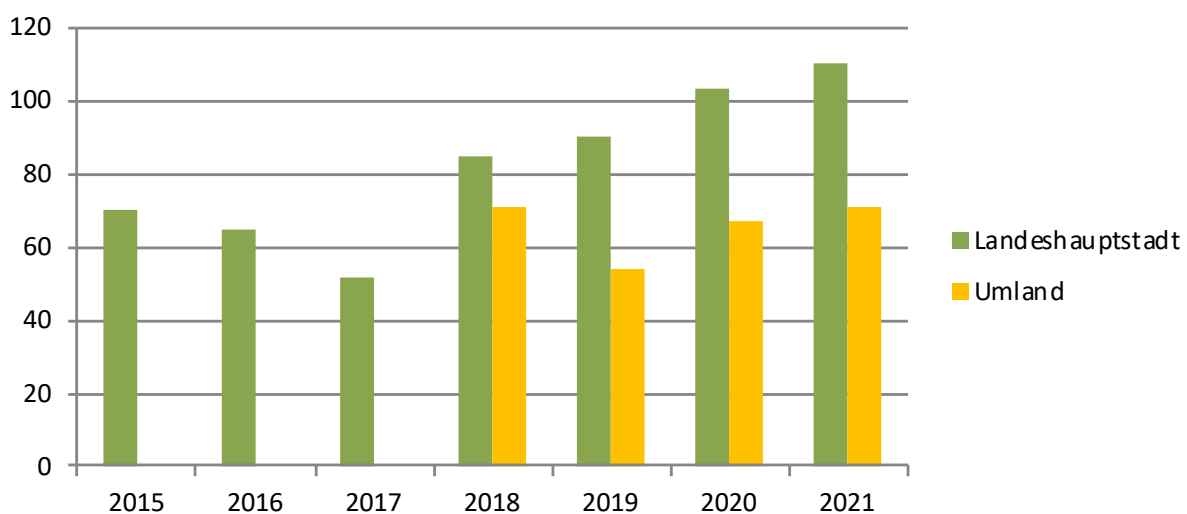


Demgegenüber fand bei Kindern und Jugendlichen folgende Anzahl von Notfalleinsätzen wegen akuter Suizidalität statt (**siehe Tabelle 12**): Auf dem Gebiet der Landeshauptstadt 16 im Jahr 2019, 9 im Jahr 2020

und 25 im Jahr 2021. Im Umland keine entsprechenden Einsätze in den Jahren 2018 und 2019, 1 Einsatz 2019, 3 Einsätze 2021.

Psychiatrische Notfalleinsätze mit Zwangseinweisung – Vergleich Landeshauptstadt und Umland

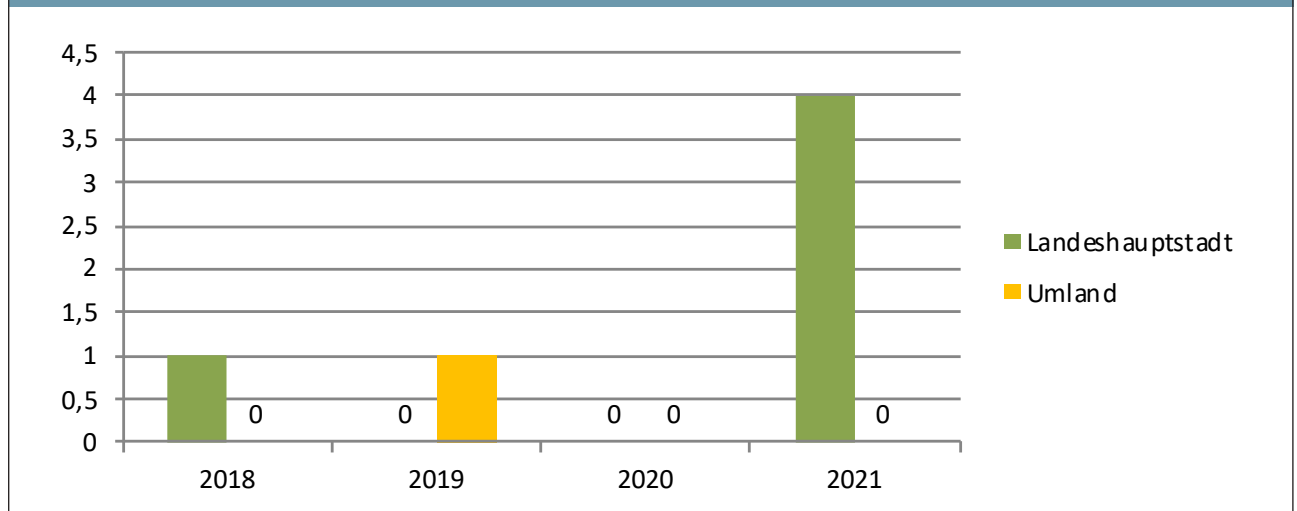
Tabelle 13: Psychiatrische Notfalleinsätze des SpDi für Erwachsene mit veranlasster Zwangseinweisung in Landeshauptstadt und Umland 2015 – 2021



Die Anzahl der Zwangseinweisungen während der SpDi-Notfalleinsätze ist in der Landeshauptstadt bei Erwachsenen in den letzten Jahren ebenfalls gestiegen (**Tabelle 13**): 85 im Jahr 2018, 90 im Jahr 2019, 103 im Jahr 2020 und 110 im Jahr 2021. Dem-

gegenüber ist die Anzahl der vom SpDi veranlassten Zwangseinweisungen im Umland annähernd gleich hoch: 71 im Jahr 2018, 54 im Jahr 2019, 67 im Jahr 2020 und 71 im Jahr 2021.

Tabelle 14: Psychiatrische Notfalleinsätze des SpDi für Kinder und Jugendliche mit veranlasster Zwangseinweisung in Landeshauptstadt und Umland 2018 – 2021



Bei Kindern und Jugendlichen gab es hingegen fast keine vom SpDi veranlassten Zwangseinweisungen (**siehe Tabelle 14**): Auf dem Gebiet der Landeshauptstadt 1 im Jahr 2018, jeweils keine in den

Jahren 2019 und 2020, 4 im Jahr 2021. Im Umland ist in der Zeit lediglich eine Zwangseinweisung 2019 veranlasst worden.

Veränderungen im Klientel der Beratungsstellen

Eine Abfrage innerhalb des SpDi ergab, dass die folgende Klientel den SpDi seit 2020 vermehrt um Hilfe ersuchte:

- Junge Menschen, deren Ausbildungssituation sich verändert hat
- Junge Mütter, die psychosozial überlastet wirken
- Menschen mittleren Alters mit Jobverlust
- Menschen, die (isoliert) vermehrt Alkohol konsumieren oder stundenlang vor dem PC sitzen
- Medizinisches Personal mit psychischen Problemen
- Ältere Menschen, deren Hilfesystem weggebrochen ist

An speziellen Problemen gaben die Klient*innen 2020 häufig an:

- Sicherung des Lebensunterhalts wird zum Problem
- Versorgung mit Nahrungsmitteln hat sich verschlechtert

- Soziale Isolation
- Zunahme von Ängsten
- Fehlende Tagesstruktur

Modifizierung der Hilfsangebote während der COVID-19-Pandemie

Seit März 2020, dem ersten „Lockdown“ wegen der COVID-19-Pandemie, wurden bestehende Hilfsangebote in den SpDi-Beratungsstellen den veränderten Rahmenbedingungen durch die Schutzmaßnahmen angepasst: Klient*innen wurden häufiger zuhause angerufen, Beratungsgespräche fanden während gemeinsamer Spaziergänge statt, Gruppenangebote wurden im Sommer zwischen den „Lockdowns“ im Freien abgehalten.

Die Verordnung häuslicher psychiatrischer Krankenpflege stieg kontinuierlich an.



DER SOZIALPSYCHIATRISCHE VERBUND

§ 8

Sozialpsychiatrischer Verbund

- (1) ¹ Die 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) ¹ Sozialpsychiatrischer 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) und **Thorsten Sueße** (Leiter Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover)

Organisationsstruktur:

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

Die 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"> • Delegiertenversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes § 8 NPsychKG • Vernetzung der in der Region Hannover tätigen Initiativen und Einrichtungen • Einsetzung und Beauftragung der Fachgruppen • Wahl des Vorstandes alle 2 Jahre • Beteiligung bei Erstellung und Fortschreibung des Sozialpsychiatrischen Plans § 9 NPsychKG | <ul style="list-style-type: none"> • Der RFP berät den/ die Dezentern*in für Soziale Infrastruktur der Region Hannover in allen sich aus dem NPsychKG und bzgl. der sozialpsychiatrischen Versorgung ergebenden Fragen | <ul style="list-style-type: none"> • Die Fachgruppen beteiligen sich mit ihren spezifischen Themenstellungen am Sozialpsychiatrischen Verbund und erarbeiten hierzu Lösungsvorschläge • Wahl der Sprecher*in für die jeweilige Fachgruppe • Turnusmäßige Vorstellung ihrer Arbeit im AKG | <ul style="list-style-type: none"> • Einzelfallbezogene Koordination und Vernetzung der bestehenden sektorbezogenen ambulanten, stationären Hilfen • Mitarbeit an der Erkennung und Behebung von ungedecktem Versorgungsbedarf • Sicherung und Verbesserung des Versorgungsangebotes, insbesondere für chronisch psychisch kranke Bewohner*innen des Einzugsgebietes | <ul style="list-style-type: none"> • Unabhängige Beschwerdeannahme und Vermittlungsstelle für Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige, bzw. nahestehende Personen • Zuständigkeit für das Gebiet der Region Hannover • Die Ombudsstelle arbeitet unabhängig, 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"> • Dezentern*in für Soziale Infrastruktur der Region Hannover als Vorsitzende*r • 5 durch die Dezentern*in benannte Mitglieder • 4 vom AKG zur Berufung durch die Dezentern*in vorgeschlagene Mitglieder (je 1 Vertreter*in der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen, 1 Sprecher*in des AKG, 1 Vertreter*in der freien und gemeinnützigen Träger*innen) | <ul style="list-style-type: none"> • Der AKG setzt die Fachgruppen ein • Die personelle Zusammensetzung wird von den Fachgruppen selbst festgelegt | <ul style="list-style-type: none"> • Dezentrale Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes (für den Vorsitz und die Geschäftsführung) und die übrigen Anbieter*innen dezentraler Hilfen in den jeweiligen Sektoren, sowie Vertreter*innen der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen | <ul style="list-style-type: none"> • bis zu 6 ehrenamtliche Mitglieder (1 Vertreter*in der Psychiatrie-Erfahrenen, 1 Vertreter*in der Angehörigen, 1 Bürger*in mit sozialem Engagement, 1 Bürger*in mit juristischen Sachkenntnissen, 2 weitere) • ein*e Mitarbeiter*in des SpDi • beratend: Fachärzt*in für Psychiatrie aus dem SpDi, Psychiatriekordinator*in • Die Berufung erfolgt alle 2 Jahre durch den/ die Dezentern*in für soziale Infrastruktur |

Der AKG hat sich eine Geschäftsordnung gegeben, die zuletzt im September 2018 aktualisiert wurde. Die stimmberechtigten Mitglieder wählen im zweijährigen Turnus den aus 3 Personen bestehenden Vorstand aus ihrer Mitte. Die letzte Wahl fand im Dezember 2021 statt.

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 Leistungsträger*innen und Leistungserbringenden im Interesse der Betroffenen
- Qualifizierung der Verbundmitglieder
- Entwicklung von Qualitätsstandards und gegenseitigen Verpflichtungen
- Information der Politik und der Öffentlichkeit

Neuaufnahmen in 2022 und Mitgliederanzahl

Es hat keine Neuaufnahmen im Jahr 2022 gegeben.

- Derzeit sind 112 Organisationen Mitglied im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover.

Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG)

von Moritz Radamm (Vorsitzender des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie)

Als Vollversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes tagt der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie jeweils am ersten Donnerstag im Monat für anderthalb Stunden. Die Sitzungen sind fach-öffentlich, so dass Bürger*innen, die keiner der Mitgliedsorganisationen angehören, teilnehmen können. Hinsichtlich der zunehmenden Spezialisierung und Differenzierung der Angebote in den Bereichen Beratung, Behandlung und Betreuung sind entsprechend unterschiedliche Anbieter*innen mit vielfältigen Angeboten für psychisch kranke Menschen aus der Region Hannover weiterhin vertreten. Die Mitgliedschaften des Vereins Psychiatrie Erfahrener (VPE), des EX-IN Niedersachsen e.V. und der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e.V. (AANB) sind wesentlicher Bestandteil des AKG. Erfahrene, EX-IN Genesungsbegleiter*innen und Angehörige sind dadurch frühzeitig und nachhaltig im fachlichen Diskurs beteiligt und beeinflussen die Entwicklung im gesamten Versorgungsbereich des Sozialpsychiatrischen Verbundes. In der Dezember-Sitzung des AKG werden alle Teilnehmer*innen zu ihren Themenwünschen befragt, um diese in die Planung für das kommende Jahr einzubeziehen.

Die Sitzungen wurden unter Einhaltung der Pandemiemaßnahmen bis einschließlich April 2022 als digitale Veranstaltungen über Webex mittlerweile routiniert durchgeführt. Eine Herausforderung 2022 bestand darin, aus der gewohnten digitalen Veranstaltung wieder zu einer Präsenzveranstaltung zurückzukehren. Trotz des Wechsels von Digital- zu Präsenzveranstaltungen (letztere 2022 auch noch an unterschiedlichen Tagungsorten), konnte kontinu-

ierlich eine hohe Teilnehmer*innenzahl festgestellt werden. Den einzigen Ausfall gab es bezeichnenderweise bei einer geplanten Präsenzveranstaltung aufgrund eines Stromausfalls.

Im Rückblick wird sicherlich niemand sagen, dass das Jahr 2022 ein unbeschwertes war. Nach mehr als zwei langen Jahren der Pandemie verursacht der russische Präsident einen unmenschlichen Krieg in der Ukraine mit gravierenden Auswirkungen weltweit. Nicht nur der Krieg vor unserer Haustür mit all dem Leid, sondern auch eine damit verbundene historische Inflation und drohende Energieknappheit konfrontieren uns und die Menschen mit psychischen Erkrankungen mit für unsere Generation nie gekannten Unsicherheiten. Die Teilnehmer*innen des AKG hat geeint, dass sie Verantwortung getragen haben, Menschen mit Teilhabebeeinträchtigungen auch in den vergangenen drei Jahren zu beraten, zu behandeln und zu betreuen. Dazu gehörte es auch, sich unerschrocken und kreativ für die Rahmenbedingungen einzusetzen, die es möglich machen, adäquate Hilfsangebote vorzuhalten und im Sinne der Betroffenen zu gestalten. Hierfür war der persönliche Austausch wichtig. Es wurde bei den Veranstaltungen über vielfältige Themen der Sozialpsychiatrie referiert – beispielsweise Armut und psychische Gesundheit. Die vollständige Themenliste sehen Sie hier:

03.02.2022 - Webex

• Suizidalität bei jungen Menschen

- Prävention, Beratungsangebote und Kooperation der AG Suizidprävention für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Hannover (Frau Kieback – Ev. Beratungszentrum, Diakonisches Werk Hannover, Frau Deubel – Schulpsychologie, Regionales Landesamt für Schule und Bildung, Frau Minnich – Sozialpsychiatrische Beratungsstelle der Region Hannover für Kinder, Jugendliche und Familien)
- Behandlungsmöglichkeiten bei Suizidalität von Kindern und Jugendlichen in der Klinik (Herr Dr. Hartwich – Leitender Oberarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie des KRH Wunstorf)

03.03.2022 - Webex

• Armut und psychische Gesundheit

- Ein Erfahrungsbericht (Herr David, Autor von „Keine Aufstiegsgeschichte – Warum Armut psychisch krank macht“)
- Erfahrung aus einer Schuldnerberatungsstelle (Herr Wenzel, Caritas Schuldnerberatungsstelle Hannover)

• Information über Wegfall eines Angebots umfangreicher Demenz-Diagnostik in Hannover

(Frau Jaster, Alzheimer Gesellschaft Hannover e.V.)

• Vorstellung FASD-Beratungsstelle

(Frau Voß, Johanniter-Unfall-Hilfe e.V., Beratungsstelle „aufgeklärt“)

07.04.2022 - Webex

• Vorstellung der Themenauswahl für das Schwerpunktthema des Sozialpsychiatrischen Plans 2023

(Herr Köster, Sprecher der Fachgruppe Sozialpsychiatrischer Plan)

• Arbeit von und mit Angehörigen psychisch kranker Menschen:

- Die Arbeit der AANB e.V. – Angebote, Anliegen der Angehörigen, Schwierigkeiten und Lösungsmöglichkeiten (Frau Kuhlmann, Frau Kleeblatt, beide AANB e.V.)
- Angehörigenarbeit in den Erwachsenenberatungsstellen des Fachdienstes Sozialpsychiatrischer Dienst (Frau Tomaske, Region Hannover)
- Angehörigenarbeit in der Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche des Fachdienstes Sozialpsychiatrischer Dienst (Frau Minnich, Region Hannover)
- Angehörigenarbeit im Projekt KipkE (Frau Herz, Region Hannover)
- Angehörigenarbeit in Form Triologischer Gespräche (Frau Brandes, KRH Wunstorf)

05.05.2022 Haus der Region

Armut und psychische Gesundheit –

- Bericht aus der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Niedersachsen (Herr Dr. Moritz von Gliszczynski, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.)

02.06.2022 Haus der Region

- **Vorstellung Sozialpsychiatrischer Plan 2022**
(Frau Lagerbauer)
- **Regionale Psychiatrieberichterstattung – gestern, heute, morgen**
(Frau Lagerbauer, Herr Buitkamp – Region Hannover)

07.07.2022 Freizeitheim Vahrenwald

- **Cannabis (legal, illegal, halblegal?)**
Aktuelle Entwicklungen, Haltungen, Angebote und Perspektiven – Was brauchen wir in der Region Hannover? (Herr Köster, Step gGmbH)
- **Vorstellung des Projektes ReHa Top**
(Frau Kluwe, Jobcenter Region Hannover, Herr Dr. Kohrs, Bildungswerk der niedersächsischen Wirtschaft)

01.09.2022 Freizeitheim Vahrenwald

- **10 Jahre EX-IN Niedersachsen e.V. – Einblicke**
(Frau Aumann, Frau Simonsen – Vorstand EX-IN Niedersachsen e.V.)
- **Situation therapeutischer Unterstützung für Kinder und Jugendliche –**
Abstimmung über Positionspapier der Fachgruppe Kinder und Jugendliche und dessen Weiterleitung (Frau Kurtz, Frau Schellworth, Herr Eller – Fachgruppe Kinder und Jugendliche)
- **Stellenwert der Ombudsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover?**
(Herr Gundlach – Mitglied der Ombudsstelle)

06.10.2022 Haus der Region

- **Vorstellung Projekt StArT NEW**
(Frau Rückriem, Region Hannover)
- **Problematik bzgl. (Nicht-)Behandlung psychisch kranker Menschen, wenn keine Behandlungseinsicht vorliegt – aus der Perspektive Angehöriger**
(Herr Siegmund, AANB e.V.)

03.11.2022

Ausfall aufgrund von Stromausfall im Freizeitheim Vahrenwald

01.12.2022 Haus der Region

- **Update – Organisationsstruktur und Zuständigkeiten im Fachbereich Teilhabe**
(Frau Rosenhahn – Leiterin Fachbereich Teilhabe)
- **Vorstellung des Niedersächsischen Behindertengleichstellungsgesetzes (NBGG) und seinen Neuerungen**
(Frau Thiel – Beauftragte für Menschen mit Behinderungen der Region Hannover)
- **Themensuche 2023**

In jeder AKG-Sitzung gehören zudem der Bericht einer der 13 Fachgruppen des Sozialpsychiatrischen Verbundes in abgestimmter Reihenfolge sowie aktuelle Mitteilungen der teilnehmenden Institutionen zur Tagesordnung.

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 NPsychKG 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, der zudem Frau Dr. Hanke im RFP vertreten kann,
- die Psychiatriekoordinatorin, Frau Lagerbauer, als Geschäftsführerin des RFP
- die Leiterin des Fachbereichs Teilhabe, Frau Rosenhahn.

Von der Dezernentin auf jeweils 3 Jahre 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 Leistungserbringer, Frau Lüpke, - und zudem
- als Vertreterin der psychiatrischen Kliniken, Frau Prof. Dr. Graef-Calliess,
- als Experte der Suchthilfe, Herr Köster.

Sitzungstermine

In der Regel tagt der RFP einmal im Quartal. Im Berichtszeitraum hat es themenbedingt zum Teil zusätzliche Sitzungen mit externen Gästen gegeben (s.u.).

Themen

Anknüpfend an die Gespräche des RFP mit den Leitungen der Psychiatrischen Kliniken in 2021 wurde die Diskussion um die Möglichkeiten, die die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen und psychotherapeutischem Behandlungsbedarf (KS-VPsych-RL) bietet, in 2022 fortgesetzt. Hierzu fanden im Februar 2022 und September 2022 weitere Austauschtreffen statt. Der Kreis wurde dazu um Vertretungen der niedergelassenen Fachärzt*innen, der Ärztekammer, der Psychotherapeutenkammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen erweitert. Im September-Treffen wurde zudem externe Expertise von Herrn Dr. Krebs, Geschäftsführer der Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (PIBB) einbezogen. Die Umsetzbarkeit der Richtlinie - insbesondere auch die Suche nach Netzwerkpartner*innen – wird im Weiteren vor allem durch die niedergelassenen Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen, als in der KSVPsychRL genannte „Hauptverantwortliche“, geprüft. Die Bereitschaft zur Kooperation in einem der Richtlinie entsprechenden Netzwerk von Seiten der Kliniken und dem Sozialpsychiatrischen Dienst ist gegeben.

Im April hat sich der RFP zu den Folgen des Krieges in der Ukraine sowie den weiteren Auswirkungen

durch die Pandemie auf die vertretenen Bereiche ausgetauscht. Die Planung des Fachtages „Gewalt in Institutionen“ wurde erneut aufgegriffen und einige Mitglieder verabredeten sich zur weiteren Vorbereitung. Leider konnte aus Kapazitätsgründen eine konkrete Planung für einen Fachtag in der ersten Jahreshälfte 2023 noch nicht stattfinden.

Analog zu den Besuchen in den Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene in 2019 wurden für 2022 Besuche in den drei Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Versorgungsauftrag für die Region Hannover geplant. Dazu fand in der Juli-Sitzung eine thematische Vorbereitung mit Fachleuten aus der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien, der Teilhabeplanung für junge Menschen und dem Fachbereich Jugend statt. Die Besuche erfolgten dann im Oktober im AMEOS-Klinikum Hildesheim, im November im Kinderkrankenhaus Auf der Bult sowie im Dezember im KRH Wunstorf unter Beteiligung der genannten Fachleute von Seiten der Regionsverwaltung.

Themen waren vor allem die Versorgungslücken zwischen den Bereichen klinischer Behandlung und pädagogischer Betreuung im Rahmen der Jugendhilfe und/oder Eingliederungshilfe. Die Ressourcen sind in allen Bereichen knapp bzw. aufgebraucht, Angebote fehlen. Die Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen und herausforderndem Verhalten spitzt sich dramatisch zu. Ein weiterer Austausch des RFP mit den Klinikleitungen sowie auch eine gemeinsame Veranstaltung zur Information von Politik und Öffentlichkeit über die Situation ist im Gespräch.

Ausblick

Der RFP wird sich bei entsprechender Rückmeldung von den niedergelassenen Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen bzgl. der Umsetzung der KSVPsychRL bei Bedarf mit weiterer Diskussionsbereitschaft einbringen.

Aus den Gesprächen in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie hat sich die Idee entwickelt, einen Fachtag zum Thema „Versorgung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen in der Region Hannover“ vorzubereiten. Da aus allen bei den Klinikbesuchen beteiligten Fachrichtungen Einigkeit besteht, dass es

eine konzeptionelle Erweiterung des Versorgungsangebotes und ausreichende Kapazitäten braucht, um der dramatischen Versorgungssituation zu begegnen, soll der Fachtag zum einen der Darstellung der Situation, aber auch dem Austausch über mögliche Handlungsschritte dienen. Daher sollen auch Vertretungen von entscheidungstragenden Stellen eingeladen und einbezogen werden.

Dieser Fachtag ist aufgrund der Aktualität aus Sicht des RFP derzeit vorrangig. Der Fachtag zum Thema „Gewalt in Institutionen“ wird daher zu einem späteren Zeitpunkt geplant.

Berichte der Fachgruppen des AKG

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

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

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

Sitzungstermine

Unverändert seit 2001 arbeitet die Fachgruppe im Sozialpsychiatrischen Verbund und trifft sich vierteljährlich mit festem Tagungsort in der Gradenstraße 20 in Hannover.

Teilnehmerkreis

Es nehmen in der Regel zwischen 10 und 20 Personen an den Treffen teil. Vertreten sind Integrationsfachdienste, Rehabilitationseinrichtungen, Werkstätten für behinderte Menschen, Bildungsträger, ambulante Praxen für Ergotherapie, Kliniken, Leistungsträger (DRV, Jobcenter, Agentur für Arbeit) und Selbsthilfegruppen. Die Fachgruppe ist offen für weitere Interessenten und konnte im vergangenen Jahr einen Zuwachs an neuen Teilnehmern verzeichnen.

Bearbeitete Themen

Besuch FG Inklusion

Die FG Inklusion brachte den Anwesenden zu Beginn das Thema Inklusion näher, berichtete von der eigenen Fachgruppenarbeit und die Relevanz des Themas. Durch gezielte Fragestellungen kam mehrfach eine rege Diskussion über die Thematik und deren Umsetzungsmöglichkeiten in Gang, ohne dass dies zu konkreten Absprachen geführt hätte. Ursache hierfür war u.a. die Komplexität des Themas an sich. Als ein Ergebnis der Diskussion blieb aber die Übereinkunft über eine grundsätzlich stärkere Berücksichtigung des Themas Inklusion sowohl in der Ausrichtung der FG als auch in der Bearbeitung der Themen.

Vorstellung ReHaTOP

Mitarbeiter*innen des JobCenters Region Hannover und des Bildungswerkes der Niedersächsischen Wirtschaft informierten die Mitglieder der Fachgruppe über das Unterstützungsangebot ReHaTOP, das sich in Zusammenarbeit mit der MHH an erwerbsfähige ALGII-Empfänger*innen mit einer (vermuteten) psychischen Beeinträchtigung oder einer Abhängigkeitserkrankung richtet.

Das Angebot bildet einen weiteren Baustein in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen in der Region Hannover auf dem Weg in bzw. zurück in die Arbeitswelt. Für die Fachgruppe war hierbei vor allem die Information über die Zugangswege wichtig. Auch wurde über die Möglichkeit der beratenden Kontaktaufnahme für Personen, die sich aktuell in anderen Maßnahmen oder Beratungskontexten befinden, jedoch von ReHaTOP ggf. ebenfalls oder besser profitieren könnten, informiert. Mitarbeiter*innen dieser Maßnahme werden zukünftig an den Fachgruppensitzungen teilnehmen, um die Vernetzung im System voranzutreiben.

Vorbereitung der kommenden 5. Auflage des REHA-SCOUT

Seit September 2022 läuft die Informationssammlung zu Veränderungen bei den bereits im REHA-SCOUT gelisteten Angeboten. Hierzu erfolgt Anfang Februar 2023 ein letzter Aufruf im AKG im Rahmen des Fachgruppenberichtes. Zu Mitte April 2023 sollen alle Rückmeldungen verarbeitet sein, damit der Druck freigegeben werden kann. Vorliegen soll die neue Auflage zum 30. Juni 2023, sodass in der AKG-Sitzung am 06. Juli 2023 die Vorstellung des REHA-SCOUTS in seiner 5. Auflage erfolgen kann.

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 dann der Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie (AKG) als Vollversammlung des Sozialpsychiatrischen Verbundes (SpV) seine Entscheidung trifft.

Die Pflege und Weiterentwicklung der Datenblätter A, B, C als Grundlage der regionalen Psychiatrieberichterstattung ist das zweite zentrale Thema der Fachgruppe. Darüber hinaus diskutieren wir in der Fachgruppe, träger- und angebotsübergreifend immer wieder aktuelle Themen und Entwicklungen, die mitunter auch maßgeblich in die verschiedenen Arbeitsfelder einwirken.

Sitzungstermine

Die Sitzungen, über die ein Protokoll verfasst wird, fanden im letzten Jahr wieder ausschließlich in Präsenz statt. Die Fachgruppe trifft sich regelmäßig am letzten Donnerstag jeden Monats. Es mussten nur vereinzelt Sitzungen entfallen.

Teilnehmende

An der Arbeit der Fachgruppe haben sich regelmäßig beteiligt: Herr Dr. Sueße, Frau Lagerbauer, Herr Buitkamp, Herr Eller, Frau Minnich (alle Region Hannover), Frau Lüpke (Mohrmühle GmbH), Frau Cabrera Antoranz (beta89) sowie Herr Köster (STEP gGmbH) als Sprecher der Fachgruppe. Frau Cabrera wurde im Februar 2022 zur stellvertretenden Fachgruppensprecherin gewählt, nach ihrem Ausscheiden übernahm in der zweiten Jahreshälfte Frau Lagerbauer diese Funktion. Frau Krone (Balance e.V.) konnte im Oktober als neues Mitglied der Fachgruppe gewonnen werden. Die Fachgruppe ist offen für weitere Mitglieder, insbesondere von Seiten der Betroffenen und Anbieter, soweit sie kontinuierlich mitarbeiten wollen.

Bearbeitete Themen

Aus der Diskussion um mögliche Schwerpunktthemen für den neuen Sozialpsychiatrischen Plan ergaben sich folgende Vorschläge für die Themenauswahl im AKG:

- Suizid und Suizidprävention
- Gewalt in der Psychiatrie
- Gerontopsychiatrische Versorgung

In der Aprilsitzung 2022 wählte der AKG aus diesen Vorschlägen das Thema „Suizid und Suizidprävention“ als Schwerpunktthema dieses Sozialpsychiatrischen Plans. In den folgenden Sitzungen konkretisierten wir das Schwerpunktthema in Form von Einzelartikeln, die verschiedene Aspekte des Themas beleuchten. Erneut gelang es, Autoren aus verschiedenen Institutionen dafür zu gewinnen, Beiträge zu verfassen.

Die Diskussion um die Weiterentwicklung der bundesweit einmaligen Berichterstattung auf Grundlage der Datenblätter A, B und C setzte die Fachgruppe mit fachlicher Unterstützung durch Herrn Buitkamp in 2022 fort. Maßgeblich zielen die diskutierten Veränderungen darauf ab, die Benutzerfreundlichkeit, insbesondere der Datenblätter A und B, zu verbessern und damit eine höhere Teilnahmequote zu erreichen. Die inhaltliche Validität und Aussagekraft des Psychosozialen Risikoscores aus dem Datenblatt C wurde abgesichert. Auch im Datenblatt C sind Veränderungen geplant worden, die die Anzahl der Fragen reduzieren werden, ohne die Aussagekraft der Befragung zu verändern.

Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“ von Andreas Tänzler (Sprecher der Fachgruppe)

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

Sitzungstermine

Die Fachgruppe trifft sich seit nunmehr 20 Jahren regelmäßig alle 2 Monate für 2 Stunden im Haus der Region in Hannover. 2022 konnten die Treffen ganz überwiegend wieder in Präsenz stattfinden.

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 und der Bewährungshilfe. Durch eine Betreuungsrichterin und einen Rechtsanwalt wird auch juristische Expertise interdisziplinär bereichernd eingebracht. Aktuell fehlt leider wieder ein Psychiatrie-Erfahrener.

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

Bearbeitete Themen

Im Mittelpunkt der Arbeitstreffen standen auch 2022 intensive Einzelfallbesprechungen, die von den Teilnehmer*innen aus ihrer Alltagspraxis eingebracht und dann multidisziplinär diskutiert werden können.

Das Verständnis für vielfach belastete Biographien eröffnet fast immer einen konstruktiven Zugang zu den betroffenen Menschen.

Zahlreiche Teilnehmende der Fachgruppe haben sich im Mai 2022 an einer Fachtagung zum Thema „Forensische Psychiatrie und Allgemeine Psychiatrie – Versorgungsaufträge, Vernetzung und Prävention“ in der KRH Psychiatrie beteiligt. Ronald Kogge, Rechtsanwalt aus Hannover, beleuchtete in einem Vortrag die veränderten Rahmenbedingungen von BGB, PsychKG und Zwangsmedikation. Dem Fachpublikum aus ganz Deutschland konnte auch die Arbeit unserer Fachgruppe vorgestellt werden. Unser interdisziplinärer, multiprofessioneller Ansatz fand viel Anerkennung. Intensiv diskutierten die Expertinnen und Experten über Präventionsmöglichkeiten die bereits im Vorfeld forensischer Unterbringung ein weiteres Abgleiten in psychische Erkrankungen mit entsprechenden Fehlgängen verhindern können. Beispiele aus anderen europäischen Ländern verweisen auf die Wirksamkeit intensiver, konsequenter, aufsuchende ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfen.

Die unter der Pandemie zuletzt immer deutlicher offenkundig werdenden Fehlentwicklungen in der Versorgungspsychiatrie erscheinen 2022 noch verschärft. Das Entgeltsystem (PPPRL) honoriert nicht die längerfristige stationäre Behandlung der in der Landespsychiatrieplanung besonders hervorgehobenen schwer und chronisch psychisch Erkrankten mit komplexem Hilfebedarf. Auch das ambulante Hilfesystem ist weiterhin nicht gut auf diese Patientengruppe ausgerichtet.

Vor diesem Hintergrund nimmt die Zahl der überwiegend männlichen Psychosekranken bzw. Patienten mit Mehrfachdiagnosen, die forensisch untergebracht werden, weiter zu. Andere geraten längerfristig in Wohnungslosigkeit und fallen aus dem Versorgungssystem heraus.

Die Forensische Klinik in Wunstorf (Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB) soll aller Voraussicht nach 2023 insgesamt 44 zusätzliche Behandlungsplätze erhalten. Das schützt vor weiterer Überbelegung und Kollaps. Aus einem sozialpsychiatrischen Blickwinkel bleiben allerdings die Ausschöpfung aller Präventionsmöglichkeiten sowie

die Verbesserung ambulanter Versorgungsangebote für psychisch komplex Erkrankte gerade angesichts des immer deutlicher hervortretenden Fachkräftemangels der Königsweg.

Auch 2022 standen bei einer Reihe vorgestellter Kasuistiken Geflüchtete bzw. migrierte Patienten im Mittelpunkt. Oft sind die Betroffenen im Vorfeld von Eskalationen in Asylunterkünften oder Wohnungsloseneinrichtungen fehlplatziert.

Der Nachfrage nach Plätzen in fachlich gut betreuten Wohngemeinschaften steht ein zu geringes Angebot gegenüber.

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.

Die sozialpsychiatrischen Dienste beteiligen sich weiterhin mit hohem Engagement an der Fachgruppe. Ihre deeskalierenden Interventionen kommt in der Präventionsarbeit zur Vermeidung forensischer Patientenkarrieren unverändert eine Schlüsselfunktion zu.

Fachgruppe „Fort- und Weiterbildung im Verbund“

von Catrin Lagerbauer (Sprecherin der Fachgruppe)

Die Aufgabe dieser Fachgruppe ist es, die Verstärkung und Weiterentwicklung von Fort- und Weiterbildungen in der Region Hannover im Blick zu haben und zu bearbeiten.

Sitzungstermine

Die Fachgruppe tagte vierteljährlich für 2 Stunden über ein digitales Format. Die Sitzung im Februar fiel aus. Der Turnus wird sich in 2023 ändern s.u.

Teilnehmende

Mitarbeiter*innen folgender Einrichtungen:

APS-Akademie für Pflege und Soziales, Caritas Forum Demenz, Hannoversche Werkstätten, Hochschule Hannover – Fakultät V., KRH-Akademie, KRH-Psychiatrie Wunstorf und Langenhagen, Mosaik gGmbH Inklusiv Leben, Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover.

Bearbeitete Themen

Es erfolgte regelhaft der Austausch über die aktuellen Entwicklungen in den Weiterbildungseinrichtungen.

Die personellen Ressourcen in den sozialpsychiatrischen Institutionen sind zunehmend eingeschränkt. In der Folge gibt es immer mehr Schwierigkeiten, Mitarbeiter*innen für Fort- und Weiterbildungen freizustellen. Im Gegensatz dazu werden jedoch gut ausgebildete Fachkräfte überall gebraucht. Es stellt sich die Frage, wie Fortbildungsangebote niedrighschwelliger zu gestalten sind, z.B. in digitaler Form und in zeitlich begrenzten Modulen, so dass eine Abwesenheit vom Arbeitsplatz zeitlich minimiert werden kann. Aus der Fachgruppe heraus wurden die Institutionen auch im Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie dazu aufgerufen, eigene Fortbildungsangebote für andere zu öffnen und sich mit dem Ziel der qualitativen Verbesserung der Versorgungsstruktur durch Fort- und Weiterbildung zu vernetzen. Zudem wurde um die Mitarbeit in der Fachgruppe geworben. Vertretungen aus zwei weiteren Institutionen konnten so gewonnen werden.

Die Sorge um situationsbedingte Reduzierung von Weiterqualifizierungen für Mitarbeiter*innen in den sozialpsychiatrischen Einrichtungen hat die Diskussion in der Fachgruppe besonders geprägt.

Ausblick

In 2023 wird sich die Frequenz der Fachgruppen-Sitzungen verringern. Zunächst ist von einem halbjährlichen Rhythmus auszugehen. Die Treffen bieten dann ein Forum, um sich über den aktuellen Stand auszutauschen und zu reagieren, wenn es neue Ideen und Entwicklungen gibt.

Frau Hüttermann als engagierte Sprecherin der Fachgruppe ist im November 2022 in den Ruhestand gegangen. Die Sprecher*innen-Funktion muss in der nächsten Sitzung im Mai neu besetzt werden.

Bericht der Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Erkrankung“

von Michaela Albrecht und Günter Pöser (Sprecherin/Sprecher 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 Interessierte aus den Tätigkeitsfeldern Wohnen, Arbeit, Tagesstruktur in der Psychiatrie, sowie Mitarbeiter*innen der entsprechenden Leistungsträger.

Sitzungstermine:

Die Fachgruppe tagt jeden letzten Mittwoch in den geraden Kalendermonaten bei der Region Hannover in der Gradestraße 20. Im Jahr 2022 konnte auch wieder eine Exkursion stattfinden.

Bearbeitete Themen:

23.02.2022 (Präsenzveranstaltung)

Die Suche nach einem/einer neuen Sprecher*in der Fachgruppe war erfolgreich. Frau Katrin Bastiansen stellt sich heute als neue Sprecherin der Fachgruppe vor. Corona und der Umgang mit Impfungen und Testungen in den Einrichtungen ist weiterhin ein beherrschendes Thema.

Wir beginnen Fallbeispiele vorzustellen, um mit Hilfe der Fachkompetenz der Anwesenden Hilfsangebote zu generieren (Brainstorming, Ideensammlung).

27.04.2022 (Videokonferenz)

Diskussion über das Gelingen inklusiver Wohnformen und den damit verbundenen gesellschaftlichen Wandel (Grundlage Studium Aufsatz „Praxis u. Management“, Teilhabe 1/2022, Jg.61, S.22-28)

29.06.2022 (Präsenzveranstaltung)

Exkursion in die Wohneinrichtung der Diakonie Himmelsthür in der Podbielskistraße in Hannover. Wohnbereichsleitung, Herr Pflug, und Fachbereichsleitung, Herr Lück, geben interessante Einblicke in die Arbeit mit den Bewohner*innen und zeigen das Haus. Danke an dieser Stelle für die Organisation, Frau Jürgens!

31.08.22 (ausgefallen)

Frau Bastiansen gibt bekannt, dass sie aufgrund eines Ortswechsel aus persönlichen Gründen das Sprecheramt aufgeben muss. Die Sprecher*insuche geht weiter. Der stellvertretende Sprecher Günter Pöser wird im Oktober in den Ruhestand verabschiedet werden. Michaela Albrecht wird zum Jahresende ausscheiden.

26.10.2022 (Präsenzveranstaltung)

Es gibt einen Impulsvortrag des Frauennotruf Hannover e.V.: „Sexualisierte Gewalt bei Frauen mit geistiger Behinderung“ mit anschließender reger Diskussion: Ein neues Sprecherinnen-Duo findet sich – Frau Kraune von der Diakonie Himmelsthür und Frau Gaschler von den Hannoverschen Werkstätten gGmbH übernehmen dankenswerterweise diese Funktion.

Ausblick:

Die Fachgruppe wird weiterbestehen und es wird hoffentlich lebhaftere Diskussionen in den nun wieder möglichen Präsenzveranstaltungen geben. Im nächsten Jahr wird es weitergehen mit „Fallbesprechungen“. Wir werden Fragen aufwerfen mit dem Ziel, in der fachlich kompetenten Gruppe gemeinsam Handlungsideen und Lösungen zu entwickeln. Einladungen an Referenten sind geplant und – sofern möglich – wird es wieder eine Exkursion geben.

Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“ von Markus Heller (Sprecher der Fachgruppe)

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

Sitzungstermine:

Die Fachgruppe trifft sich regulär alle 4 Monate, jeweils am zweiten Freitag des Februar, Juni und Oktober für 2 Stunden.

In 2022 haben 2 Sitzungen stattgefunden.

Teilnehmendenkreis:

An den Sitzungen beteiligten sich durchschnittlich 12 Teilnehmende, welche teilstationäre und stationäre Einrichtungen, wie Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen, ambulante Einrichtungen, wie Pflegedienste oder Ergotherapiepraxen oder Beratungsstellen und Pflegestützpunkte vertreten.

Bearbeitete Themen:

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

Ein Schwerpunktthema im Jahre 2022 bildete die Auswirkung der Coronapandemie auf die Personal- und Versorgungslage in den Einrichtungen. Die hohen Krankheitsfälle erforderten bei den Mitarbeitenden eine erhöhte Flexibilität und führten zu einer erheblichen Mehrbelastung und Personalengpässen. Im stationären Bereich führten die notwendigen Verlegungen häufig zu Fehlbelegungen.

Insbesondere im ambulanten Bereich war eine erhöhte Anfrage in den Beratungsstellen zu verzeichnen, der Anstieg gerontopsychiatrischer Fälle wurde sehr deutlich.

Aus der Fachgruppe heraus bildete sich die Arbeitsgruppe „Wochen(n) der Demenz der Fachgruppe Gerontopsychiatrie, vertreten durch Teilnehmer*innen der Region und Stadt Hannover, der Alzheimer Gesellschaft Hannover und der Landesfachstelle Caritas Forum Demenz, welche die Koordination von vielen Veranstaltungen in Stadt und Region rund um den Welt-Alzheimerstag am 21.9.2022 planten und koordinierten.

Ebenso beteiligten sich Mitglieder der Fachgruppe Gerontopsychiatrie an der Arbeitsgruppe „Netzwerk geschlossene Einrichtungen“, eine niedersachsenweite Arbeitsgruppe, die sich mit Problematiken in geschlossenen und geschützten Heimen befasst, sowie an der AG 2 Gerontopsychiatrie des Landesfachbeirates Niedersachsen, die sich derzeit mit der

Erstellung von Versorgungspfaden für systemsprengende psychisch erkrankte Personen befasst.

Auch im Jahre 2022 nahm die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen eine zentrale Stellung in den Sitzungen ein. Diese wurden anhand eines vorgegebenen Rasters durchgeführt und boten die Möglichkeit, über den interdisziplinären Austausch nicht nur zu einem gemeinsamen Fallverstehen zu gelangen, sondern darüber hinaus Ansätze und Leistungsangebote anderer Institutionen kennenzulernen und Synergien zu schaffen.

Ausblick:

Auch im Jahr 2023 wird ein Schwerpunkt der Fachgruppe weiterhin darin bestehen, nach Vorgabe des Landespsychiatrieplans die interdisziplinäre Vernetzung zu fördern und zu systematisieren, um Betroffenen und Angehörigen den Zugang in das Hilfesystem zu erleichtern und im Sozialraum bedarfsgerechte Hilfen zu ermöglichen.

Fachgruppe „Sucht und Drogen“ von Frank Woike (Beauftragter Sucht und Suchtprävention der Landeshauptstadt Hannover)

Fachgruppe

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 Drogenhilfe und Drogenbekämpfung, neue Projektüberlegungen und aktuelle Situationen zu diskutieren.

Sitzungstermine

4 Sitzungen pro Jahr (einmal pro Quartal)

Teilnehmende

Knapp 50 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

Zweimal hat sich der Runde Tisch in 2022 mit dem Thema Substitution befasst:

a) Sicherstellung der Substitution

Trotz gleichbleibender Anzahl der Plätze für Substituierte gibt es Fragestellungen zur Sicherstellung, weil zum einen das Durchschnittsalter der behandelnden Ärzt*innen inzwischen knapp 60 Jahre beträgt. Auch die zeitnahe Suche nach einem Platz gestaltet sich für Suchtkranke und die Einrichtungen als zeitaufwändig. Als Idee wurde über einen Qualitätszirkel von Sozialarbeit und Suchtmedizin gesprochen, der in regelmäßigen Abständen stattfinden soll, um grundsätzliche und alltägliche Probleme zu lösen.

b) Substitution in der Pflege

Auch das Durchschnittsalter der Substituierten steigt kontinuierlich. Daraus ergeben sich auch neue Herausforderungen in Bezug auf die Pflegebedürftigkeit (Umgang in Pflegeheime, aufsuchende Substitution wegen Immobilität oder nach Krankenhausaufenthalt). Aufgrund der Finanzierung müssen auch Suchtkranke ab dem Pflegegrad 2 bisherige Einrichtungen nach § 67 SGB XII verlassen. Perspektivisch soll die Pflege Substituierter in speziellen Einrichtungen abgedeckt werden. Dazu müssen bisherige Kapazitäten ausgebaut werden.

Außerdem ist der Crackkonsum im öffentlichen Raum ein bestimmendes Thema gewesen.

In den letzten Jahren gibt es eine steigende Zahl von Crackkonsument*innen besonders auf öffentlichen Flächen rund um den Hauptbahnhof, verbunden mit einer zunehmenden Verelendung. Ein fehlender Konsumraum, fehlendes Substitutionsangebot und ein erhöhter Bedarf an Straßensozialarbeit sind vorrangige Aufgaben, um den Suchtkranken zu helfen und den öffentlichen Raum zu entlasten. Außerdem sind mehr als die Hälfte der Konsument*innen obdachlos. Sämtliche Übernachtungsangebote der Suchthilfe sind komplett belegt. Zusätzlich steigt der Bedarf an Tagesschlafplätzen und vor allem an Möglichkeiten für tagesstrukturierende Maßnahmen. Für diese Fülle an Aufgaben werden bis Ende 2022 Konzepte entwickelt, um die Suchthilfe in den nächsten Jahren breiter aufzustellen. Zusätzlich zur lokalen Ebene gab es eine intensive Kooperation mit anderen Großstädten wie Hamburg, Frankfurt und Bremen, um bundesweite Modellpro-

jekte (zum Beispiel zur Erforschung von Möglichkeiten zur Substitution) und gesetzliche Veränderungen zu beantragen. Dadurch sollen durch den Bund mehr Handlungsspielräume und Unterstützung für die kommunalen Herausforderungen geschaffen werden.

Fachgruppe „Inklusion“

von Marco Schomakers, Katrin Kuhn, Sabrina Böcker (Sprecher/Sprecherinnen 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 Sozialpsychiatrischen Verbundes erfassen und weitere Impulse auf dem Weg der Inklusion geben.

Sitzungstermine

Der Sprecher*innenkreis trifft regelmäßig zur Abstimmung sowie Vor- und Nachbereitung der Termine in den Fachgruppen (s.u.)

Bearbeitete Themen

Seit Juni 2021 ruht die Fachgruppe. In einem gemeinsamen Gespräch mit der Psychiatriekoordinatorin und dem Sprecher*innenkreis bestand Einigkeit, dass das Thema „Inklusion“ als Querschnittsthema im Sozialpsychiatrischen Verbund verankert sein muss und die inklusive Haltung der Arbeit des Verbundes und seiner Gremien die Grundlage dafür stellt. Es entstand die Idee, ein Leitbild für den Sozialpsychiatrischen Verbund zu entwickeln und dieses zukünftig regelmäßig fortzuschreiben.

Im Juli und November 2021 stellten die Sprecher*innen der Fachgruppe die Überlegungen im AKG zur Verfügung und erhielten den Auftrag, ein solches Leitbild zu erarbeiten.

Um dieses Leitbild zu entwickeln, gilt es zunächst, einen Überblick über den thematischen IST-Stand in den einzelnen Fachgruppen des Sozialpsychiatrischen Verbundes zu erlangen. Dazu wurde ein Gesprächsleitfaden entwickelt, der in allen Fachgruppen gemeinsam bearbeitet wird.

Die Grundlage für den Gesprächsleitfaden ergibt sich aus der UN-BRK, insbesondere die Ziele der Partizipati-

on und der Barrierefreiheit kommen hier zum Tragen. Partizipation bedeutet in unserem Kontext die Frage nach der Möglichkeit für Betroffene, an den Gremien und Sitzungen teilzunehmen und teilzuhaben.

Dafür müssen wir uns auch mit den Barrieren beschäftigen, die der Teilhabe im Wege stehen, und mit der Frage, wie diese beseitigt werden können. Der Fragebogen dient dabei nicht der Kontrolle, sondern soll vor allem die Auseinandersetzung mit diesen Zielen und eine Diskussion in den einzelnen Gremien anregen.

Das Vorhaben wurde im September beim Treffen der Fachgruppensprecher*innen vorgestellt. Im zweiten Halbjahr 2022 haben bereits zwei Befragungen in den Fachgruppen „Arbeit und Rehabilitation“ und „Fort- und Weiterbildung“ stattgefunden. Weitere Termine sind bis zum Jahresende und im Jahr 2023 geplant. Die Verfasser*innen besuchen die einzelnen Fachgruppen und gehen mit den Beteiligten ins Gespräch. Die Ergebnisse werden protokolliert, ausgewertet und stellen die Grundlage für das Leitbild Inklusion dar.

Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“ von Birgit Dietl (Sprecherin der Fachgruppe)

Das Ziel der Fachgruppe ist die Erarbeitung von und der Austausch zu fachlichen und aktuellen Themen, die für den Fachgruppenbereich Kinder und Jugendliche im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover von Relevanz sind.

Es geht darum, Einblicke zu ermöglichen in die verschiedenen Arbeitsbereiche der Teilnehmenden mit dem Ziel der Transparenz, Information und Interessensbündelung von Forderungen der Teilnehmenden und deren Bereiche gegen die Auswirkungen der gesellschaftlichen Krise.

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. Die Fachgruppensitzungen fanden in 2022 im März digital über Webex und an den übrigen Terminen in Präsenz statt. An den Sitzungen nahmen jeweils ca. 20 Personen teil.

Teilnehmende:

Die Fachgruppe erlebte in den letzten Jahren eine Kontinuität in den Sprecher*innenpositionen. Frau Susanne Bödeker (Sozialarbeiterin der Fab – Freie Jugendhilfe), Herr Matthias Eller (Sozialarbeiter der sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien der Region Hannover) und Frau Dietl (Leitung der Abteilung Sozialdienst des Kinder- und Jugendkrankenhauses Auf der Bult) arbeiten gern und fachlich gut miteinander.

Weitere Teilnehmende der Fachgruppe sind Vertretungen von:

- AfW – Arbeitsgemeinschaft für Wohngruppen und sozialpädagogische Hilfen e.V. Hannover,
- BAF e.V.- Bildungsmaßnahmen im Arbeits- und Freizeitbereich
- Ameos Hildesheim, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- ASD Langenhagen
- Beta 89
- FaB – Fachanbieter für Betreuungen
- FIPS – Ambulante psychiatrische Fachpflege
- Gesellschaft für pädagogisch-psychologische Beratung e.V., Sallstraße,
- GIS
- HKA, Auf der Bult, Kinder- und Jugendkrankenhauses, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
- HKA, Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
- KRH, Klinikum Region Hannover, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Wunstorff
- LH Hannover, Fachbereich Jugend und Familie,
- Mosaik Schulbegleitung
- Niedersächsische Landesschulbehörde, Regionalabteilung Hannover,
- Pestalozzi- Stiftung
- Schulen: IGS Kronsberg, Peter-Ustinov-Schule
- Stadt Langenhagen, Allgemeiner Sozialer Dienst, Eingliederungshilfe
- Stephansstift- Evangelische Jugendhilfe
- Step Jugendhilfe
- Region Hannover, Allgemeiner Sozialer Dienst, Eingliederungshilfe
- Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien
- Region Hannover, Psychiatriekoordination des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Bearbeitete Themen:

- **Suizidalität und deren Korrelation in Bezug auf die pandemische Situation der letzten zwei Jahre**, Vortrag von Dr. med. Eva-Maria Franck, Chefarztin der Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, zertifizierte Sachverständige forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie (BAG, BJKPP, DGKJP), AMEOS Klinikum Hildesheim. Dargestellt wurden in dem Vortrag die Folgen der Pandemie für die Kinder- und Jugendlichen und die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken. „Feststellen konnten wir, dass die Anfragen zur Notfallvorstellung und die Indikationsstellung für eine stationäre Behandlung stiegen. Phänomenal fiel auf, dass mehr Kinder und Jugendliche mit depressiven Reaktionen auch mit schweren suizidalen Krisen vorgestellt und aufgenommen wurden. Dies ordneten wir als Folge der Reduktion der sozialen Kontakte, der Isolation und des Strukturverlustes, infolge Schul- und KITA-Schließungen sowie allgemeiner Kontaktbeschränkungen ein.“ Zitat/ Fr. Dr. Franck
- **Initiierung eines regionalen Bündnisses gegen Schulvermeidung** (in Anlehnung an das Göttinger Modell), Herr Dr. Burkhard Neuhaus, MBA, Chefarzt Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, AUF DER BULT, Kinder- und Jugendkrankenhaus, Hannover
- **Vorstellung des Positionspapiers der Fachgruppe zur Situation therapeutischer Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche**, Frau Vivien Kurtz und Herr Matthias Eller, SPDI Region Hannover
Das Ziel ist die Verbesserung der psychosozialen Versorgungssituation im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich in Bezug auf psychotherapeutische Angebote. Wiederholt wurde in der Fachgruppe festgestellt, dass es durch die Pandemie zu enormen Belastungen in den Familien kommt. Es erfolgte ein Austausch über die unzureichende Versorgungssituation. Unter anderem wurde darauf hingewiesen, dass es lange Wartezeiten auf Behandlung im ambulanten und stationären Bereich gibt. Die Situation spitze sich auch durch den erheblichen Fachkräftemangel zu.

- **Austausch und Berichte zur Situation der einzelnen Fachbereiche, Einrichtungen und Institutionen**

- **Überblick über die inhaltlichen Aufgaben des Kommunalen Sozialdienstes (KSD)** und die derzeitigen organisatorischen Herausforderungen, Vortrag von Herrn Rene Seiser, Bereichsleitung des Kommunalen Sozialdienstes der Landeshauptstadt Hannover

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

Sitzungstermine

Zweimal im Jahr jeweils mittwochs (am 23.03.2022 und 23.11.2022) im Haus der Teilhabe (Gradestr. 20).

Teilnehmende

Sozialpsychiatrischer Dienst (Leitung, Psychiatriekoordination), Ordnungsbehörde und Betreuungsstelle der Region Hannover, Feuerwehr Hannover, Rettungsdienst Hannover, Amtsgericht Hannover, Koordination Wohnungslosenhilfe Hannover, Straßensozialarbeit Hannover, Klinikum Wahrenndorff, Klinikum Region Hannover Psychiatrie Langenhagen.

Bearbeitete Themen und Ergebnisse

- Die Region Hannover hat unter Mitwirkung der Fachgruppe ein digitales Formular für das ärztliche Zeugnis zur gerichtlichen Unterbringung gemäß §§ 16, 17 NPsychKG erfolgreich eingeführt. Sämtliche Verbesserungsvorschläge der Fachgruppe sind bei der Gestaltung des Formulars berücksichtigt worden. Das Formular steht zum Herunterladen auf der Website des Fachdienstes Sozialpsychiatrischer Dienst zur Verfügung.
- Die Aktenführung im Zusammenhang mit dem Unterbringungsverfahren gemäß NPsychKG erfolgt bei der dafür zuständigen Stelle im Team 52.01 der Region Hannover inzwischen komplett elektronisch. Lediglich in Eilfällen werden ausnahmsweise noch Faxe versandt.
- Es kommt immer wieder vor, dass nach Betreuungsrecht untergebrachte Patient*innen die psy-

chirurgische Klinik unerlaubt verlassen oder nach Konsiliaruntersuchungen in somatischen Krankenhäusern nicht in die Psychiatrie zurückkehren wollen. Die Polizeidirektion Hannover und das Team Betreuungsangelegenheiten der Region haben zur Frage der Rückführung ein Ablaufschema für ihre jeweilige Zuständigkeit erarbeitet.

- Die Polizeidirektion Hannover verfügt inzwischen über eine Durchwahlnummer zur KVN-Bezirksstelle Hannover, um diese bei psychiatrischen Notfällen nutzen zu können.
- Das Team Straßensozialarbeit der Stadt Hannover hat sein Hilfsangebot vorgestellt. Es kümmert sich für ihre Klientel (wohnungslose Personen) unter anderem um die Weitervermittlung in entsprechende Unterstützungssysteme, klärt ggf. Leistungsansprüche und leistet Beziehungsarbeit. Da das Team über kein eigenes medizinisches Personal verfügt, werden bei medizinisch-psychiatrischem Bedarf der versorgten Klientel jeweils medizinische Fachkräfte anderer Institutionen (z. B. Rettungsdienst, Sozialpsychiatrischer Dienst) hinzugerufen.
- Um zu verhindern, dass wohnungslose Menschen während der kalten Jahreszeit auf der Straße erfrieren, sind auch 2022/23 in der Stadt Hannover von verschiedenen Institutionen umfangreiche Hilfen angeboten worden.

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

Nach zwei Jahren Pandemie ist die Nachfrage nach sozialpsychiatrischen Versorgungssystemen so groß wie nie zuvor. Die Pandemie hat viele Fragen aufgeworfen, mit viel Mühe aufgebaute Hilfsmaßnahmen eingeschränkt und den Zugang zu dem sozialpsychiatrischen Versorgungssystem durch die Corona-Maßnahmen erschwert. Die Integration von Migrant*innen in das sozialpsychiatrische Versorgungssystem wurde zu einer noch dringlicheren Frage und deshalb ist es erfreulich zu berichten, dass sich die Fachgruppe, mit Rücksicht auf alle Hygiene-Maßnahmen, auch im Jahr 2022 kontinuierlich getroffen hat, um ein Drittel der in Hannover lebenden Bevölkerung mit Migrations-

geschichte (Statistik aus dem Jahr 2021) nicht außen vor zu lassen.

Sitzungstermine

Die Sitzungstermine im Jahr 2022 fanden unter Berücksichtigung der aktuellen Hygieneregeln wieder in Präsenz statt. Wie vor der Pandemie waren es die geplanten vier Sitzungen, jeweils eine pro Quartal. Jede Sitzung wurde von 15:00-17:00 Uhr taktiert. Die vier Sitzungen fanden an folgenden Tagen statt:

- 22.03.22
- 22.06.22
- 20.09.22
- 13.12.22.

Teilnehmende

Die Teilnehmendenzahl schwankte im Jahr 2022 zwischen 10 – 15 Teilnehmer*innen.

Folgende Einrichtungen aus den Vorjahren, waren auch dieses Jahr wieder vertreten:

Ambulante Hilfen für Menschen mit Behinderung, beta 89, Caritasverband Hannover, DRK Wohnheim Tresckowstraße, Ethno-Medizinisches Zentrum e.V., Institut für transkulturelle Betreuung e.V., Klinikum der Region Hannover Psychiatrie Wunstorff, PIA am Schwarzen Bär, Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge e.V., Perspektiven GbR, STEP gGmbH, SpDi Region Hannover, Psychiatriekoordinatorin der Region Hannover, Koordinationsstelle Sozialplanung Dezernat für Soziales und Integration der Landeshauptstadt Hannover Neu dazugewonnen hat die Fachgruppe im Jahre 2022 folgende Einrichtungen:

Laien Helferkreis e. V., Frauen-Treffpunkt e. V.

Das Wachsen der Fachgruppe betont den Bedarf nach Vernetzung und gibt gleichzeitig den Erfolg wieder. Jede neue Einrichtung bereichert das Ziel der Fachgruppe und jede langjährig teilnehmende Einrichtung sichert die Strukturen und festigt das System.

Bearbeitete Themen

Erfahrungsberichte der Einrichtungen mit der Corona Pandemie und den Flüchtlingen aus der Ukraine:

Unter dem Thema Corona-Pandemie und die Auswirkungen auf die Arbeit der Fachgruppenmitglieder wurde sich ausgetauscht, wie die Einrichtungen diese Zeit erlebt und überlebt haben. Vorwiegend wurde berichtet, dass die Arbeit unter Corona viel schwieriger geworden

ist. Gewohnte Abläufe mussten aufgrund der erforderlichen Maßnahmen angepasst werden. Einige Vorgaben sorgten auch unter den Fachkräften für Kopfschütteln. Zudem machte der Umgang mit dem kommenden Flüchtlingsstrom aus der Ukraine den Fachkräften Sorgen, da es bereits zuvor zu massiven Wartezeiten und Engpässen in der medizinischen Versorgung kam. Einige Einrichtungen berichteten über die Benachteiligung schon anwesender Flüchtlinge gegenüber den Neuankömmlingen. Des Weiteren entstanden Unsicherheiten in den Einrichtungen wegen steigender Fallzahlen, ausfallenden Fachkräften, Mängel bei der Planung und Terminverweigerungen oder langen Wartezeiten bei Fachärzten. Die Bereitschaft, auch die ankommenden Flüchtlinge so gut es geht zu versorgen, ist groß. Viele Einrichtungen sind zwar voll ausgelastet und kämpfen noch mit Personalmangel und verfügbaren Kapazitäten, doch die ehrenamtliche Bereitschaft, Hilfe für Geflüchtete zu schaffen ist vorhanden und unterstützt die Einrichtungen. Es bleibt ein Balanceakt, schnell helfen zu wollen und dauerhaft helfen zu können.

Abschließend wurden Modelle guter Praxis in der Pandemie-Zeit vorgestellt. Diese reichen von hilfreichen und informativen Flyern in Muttersprache bis hin zu gut organisierten mobilen Impfteams und Informationsveranstaltungen mit Hilfe von Dolmetschern.

Wachsende Zahlen an Flüchtlingen und Migranten erhöhen den Bedarf an Dolmetschereinsätzen:

Die Nachfrage nach Dolmetschern wird immer größer und nimmt einen immer wichtigeren Teil in der sozialpsychiatrischen Versorgung der Migrant*innen ein. Die psychischen Erkrankungen erschweren das Erlernen neuer Sprache und die Sprachbarriere erschwert den Weg zum Verständnis der Versorgung und damit dem Heilprozess der psychischen Erkrankung.

Aus diesem Grund gab es besonderen Zuspruch, dass sich das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. am 20.09.22 vorgestellt hat. Da die Anfragen nach Dolmetschereinsätzen jetzt schon steigen, aber durch Personalmangel und abrupten Anstieg an Flüchtlingszahlen, dieser Bedarf an Dolmetscher noch nicht gedeckt ist, können Anfragen für Einsätze momentan nur schriftlich gestellt und bearbeitet werden. Das EMZ arbeitet stetig daran seinen Dolmetscherpool zu erweitern.

Aussichten für das Jahr 2023:

Die Fachgruppe hat sich in diesem Jahr auch praktischen Fallbesprechungen gewidmet und konnte mit gemeinsamen Bemühungen besondere Fälle bearbeiten und deren Entwicklung mitverfolgen.

Die medizinische Versorgung der Flüchtlinge und Migrant*innen ist weiterhin nicht nur durch die Sprachbarriere, sondern auch durch einen sehr komplexen bürokratischen Akt in der Kostenversorgung geprägt. Auch im nächsten Jahr sind die Hilfseinrichtungen gut gefordert und müssen sich auf Inflation, Personalmangel und weitere Flüchtlingsströme einstellen. Netzwerkarbeit wird dabei unabdingbar, um die Gesamtsituation mit den richtigen Maßnahmen stemmen zu können und zu entzerren.

Im Jahr 2023 sind die Sitzungen der Fachgruppe im Café Allerlei, im kargah e. V. und in anderen Einrichtungen eingeplant. Die nächsten Termine finden an folgenden Tagen statt:

- 21.03.2023
- 20.06.2023
- 19.09.2023
- 12.12.2023

Auch im nächsten Jahr freuen sich die Teilnehmer*innen auf intensiven Austausch, Neuzuwachs und Verbesserung des Fachgruppenziels der Integration von Flüchtlingen und Migrant*innen in sozialpsychiatrisches Versorgungssystem der Region Hannover.

Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“

von Henning Kurth (Sprecher der Fachgruppe), Frauke Gossé (stellvertretende Sprecherin der Fachgruppe), Ulla Neubacher und Katharina Pätzold (Mitglieder der Fachgruppe)

Wir sehen unsere Aufgabe darin, die psychiatrische Versorgung für Menschen, die wohnungs- oder obdachlos sind, zu ermöglichen, bzw. positiv weiter zu entwickeln und den Zugang ins Psychiatrische Hilfesystem zu erleichtern.

„Die Hilfe für wohnungslose psychisch kranke Menschen ist nicht ausreichend. Die psychiatrischen Angebote werden größtenteils nicht angenommen oder

sie erreichen die wohnungslosen Menschen nicht. Sie sind oft nicht niedrigschwellig genug und nicht auf unser Klientel abgestimmt. Aus unserer Sicht wird nicht nur ein Psychiater benötigt, der bei Bedarf einweist oder Medikamente verschreibt. Es fehlen niedrigschwellige Gesprächsangebote von (sozialpsychiatrischem) Fachpersonal. Durch einen vereinfachten Zugang könnten Fragen zu den psychischen Problemen gestellt werden, Lösungswege erarbeitet werden, über Behandlungsformen gesprochen werden usw.“ Ulla Neubacher, Zentrale Beratungsstelle Hannover

Sitzungstermine

Die Fachgruppe trifft sich regulär alle zwei Monate, jeweils am dritten Mittwoch jedes ungeraden Monats, von 14:00 bis 16:00 Uhr.

Teilnehmende

1993 haben sich erstmalig ca. 15 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und der Psychiatrischen Versorgung im Werkheim e.V. in der Büttnerstraße, in Hannover zusammengefunden. Seit diesem Zeitpunkt finden regelmäßig mehrmals im Jahr Treffen statt, um über die Situation und Versorgung wohnungsloser Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu sprechen.

Im Jahr 2022 gab es fünf Treffen in Präsenz im Rahmen in einem ausreichend großen Raum in der Gradestraße 20 im Haus der Teilhabe der Region Hannover.

Bearbeitete Themen

Das Schwerpunktthema 2022 war im Wesentlichen die Zusammenarbeit der Akteure in der Wohnungslosenhilfe und somit auch der Teilnehmenden an unserer Fachgruppe.

Wir konnten erkennen, dass sich einige Arbeitsgruppen mit ähnlichen Fragestellungen beschäftigen. Exemplarisch sei hier der Beitrag der Mitarbeitenden des Bereichs Soziale Hilfen in Wohnungslosigkeit der Landeshauptstadt Hannover (LHH) unter der Koordination von Frau Katharina Pätzold aufgeführt.

Der heutige Arbeitskreis „Professionelle Hilfen auf der Straße“ ist aus dem Austausch in der Fachgruppe Psychiatrie & Obdachlosigkeit entstanden. Der Arbeitskreis tagt monatlich. Eingeladen sind Straßensozialarbeitende aus der Wohnungslosen- bzw.

Suchthilfe, Mitarbeitende des SpDi, der Feuerwehr, der Polizei, des städtischen Ordnungsdienstes sowie Betreuungsrichter*innen.

Bei akutem Handlungsbedarf in Einzelfällen, kann eine Fallkonferenz einberufen werden, die eine gemeinsame Betrachtung aus verschiedenen Perspektiven ermöglicht. Zwei Mitarbeitende des Bereichs „Soziale Hilfen in Wohnungslosigkeit“ der LHH (Team Straßensozialarbeit und Koordination der Wohnungslosenhilfe) nehmen zudem seit 2022 regelmäßig an der Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“ teil, woraus wiederum der Kontakt zu dem Chefarzt einer psychiatrischen Klinik entstanden ist, der dem Arbeitskreis mit seiner Expertise einen Vormittag zur Verfügung stand. Über diese Verbindungen wird eine gute Netzwerkarbeit möglich und hilft dort, wo Hilfe gebraucht wird.

Große Hoffnung hatte unsere Fachgruppe auch auf das Projekt „StArT NEW“ gesetzt. Dieses wurde uns von Frau Rückriem, Fachplanung des FB Soziales der Region Hannover vorgestellt. Ziel dieses Projektes ist die niedrigschwellige, fachliche Unterstützung im Bereich der psychiatrischen Erkrankungen für wohnungslose Menschen. Für dieses Projekt hat sich die Region Hannover um Fördermittel aus dem Europäischen Hilfsfond, EhAP, beworben. Leider wurde die Förderung dieses Projektes jedoch aufgrund der Kostenstruktur abgelehnt.

Die Fachgruppe hatte dieses Projekt, Sozialarbeit mit Fachpsychiatrischer Kompetenz in Kooperation mit dem SpDi, grundsätzlich begrüßt, jedoch bemängelt, dass ärztliche psychiatrische Kompetenz nur mittelbar durch den SpDi hätte hinzukommen sollen. Wir haben den Bedarf deutlich größer eingeschätzt.

Auf Initiative zweier Mitarbeiter der PIA KRH Psychiatrie Langenhagen gibt es in mehreren Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe das Angebot, bei Bedarf den Kontakt mit diesen Mitarbeitern aufzunehmen.

Der Netzwerkgedanke und die Kenntnis, dass sich mehrere Arbeitskreise mit der Thematik Wohnungslosigkeit und psychiatrische Erkrankungen befassen, führte zur Einladung von Herrn Woike, Suchtbeauftragter der LHH. Bei diesem Treffen wurde sich über die Möglichkeiten der Zusammenarbeit ausgetauscht

und die Absicht hierzu bekräftigt.

Innerhalb der Fachgruppe gibt es einen regen Austausch über Einzelfall-Gestaltungen und die Situation im Helfefeld (Pandemie, Ukrainekrieg und Folgen für die von Obdachlosigkeit betroffenen Menschen).

Es werden weiterhin psychisch kranke wohnungslose Menschen häufig nach einem Klinikaufenthalt in die Obdachlosigkeit entlassen. Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe wöhnen sich, besonders bei schweren psychischen Erkrankungen, mit diesen Menschen überfordert. Es droht die Verelendung auf der Straße. Insbesondere bei Menschen mit einer Psychose und fehlender Krankheitseinsicht ist die Eskalation vorprogrammiert.

Einrichtungen der Eingliederungshilfe lassen sich häufig nicht auf diese schwierige Klientel ein, mangelt es bei diesem Personenkreis oft auch an hinreichender Motivation, sich betreuen zu lassen.

Somit bestehen weiterhin unsere Forderungen nach:

- der Möglichkeit der fachärztlichen, sozialpsychiatrischen Versorgung
- konkreten sozialpsychiatrischen Hilfen,
- spezifischen Wohnformen (Hotel Plus) für unsere Klientel im Raum Hannover
- auf die wohnungslose Klientel bezogene Zuwege, zur bedarfs- und klientengerechten, umfänglichen Versorgung.
- diese spezifischen Hilfen sind mit Ressourcen ausgestattet in bestehende Strukturen, vereinbart einzubinden.

Psychisch krank und obdachlos ohne angemessene, klientelbezogene sozialpsychiatrische, gesicherte Versorgung ist keine Option!

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, das Miteinander im Austausch, die Vernetzung und die Reflexion aktueller Themen zu fördern, die sich im Rahmen der Eingliederungs-

hilfe 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 im Fachbereich Teilhabe in der Gradestr. 20 in Präsenz. Sollten Präsenztermine aufgrund aktueller Rahmenbedingungen nicht möglich sein, finden die Sitzungen im Videoformat statt. In den Einladungen werden entsprechende Hinweise gegeben.

Teilnehmende:

An der Fachgruppe nehmen Leistungserbringende der Eingliederungshilfe (ambulante Assistenz, besondere Wohnformen, Tagesstätten, Werkstätten), Kontaktstellen, Betätigungsangebote, Psychiatrische Pflege und weitere komplementärer 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. 25 - 30 Personen an den Sitzungsterminen teil.

Bearbeitete Themen:

Nachdem die Sitzungen Anfang 2022 noch im Videoformat stattfanden, war es im Laufe des Jahres möglich, auf Präsenztermine umzustellen und wieder in den direkten persönlichen Austausch zu kommen.

Themenschwerpunkte der Fachgruppe waren in diesem Jahr neben dem mobilen Coaching und dem Umgang mit Menschen mit Mehrfachdiagnosen in den Bereichen Sucht und Psychiatrie u.a. der Landesrahmenvertrag zur Erbringung von Leistungen der Eingliederungshilfe in Niedersachsen, dessen Auswirkungen, das niedersächsische Gesamt- und Teilhabeplanverfahren (B.E.Ni. 3.0) und die strukturellen Veränderungen bei den Leistungsträgern in der Stadt und der Region Hannover.

Zur Thematik des Landesrahmenvertrags hielt Frau Koch, Referentin der Lebenshilfe Niedersachsen, einen Vortrag mit anschließender Diskussion. Auch die strukturellen Veränderungen bei den Leistungsträgern wurden in der Fachgruppe vorgestellt, so dass ein erster Austausch dazu gegeben war.

Ziel und Wunsch in der Fachgruppe ist der weitere konstruktive Dialog zur positiven Umsetzung der Veränderungen in der Eingliederungshilfe auf kommunaler Ebene für alle Beteiligten. Bereits erprobte und ggf. anzupassende Formate, wie die AG Qualitätsstandards im AbW, besetzt mit VertreterInnen der Leistungserbringenden, der Stadt und Region Hannover, der BedarfsermittlerInnen und der Angehörigen sowie eine Austausch- und Arbeitsgruppe der besonderen Wohnformen können hier Formate und Foren für die künftige Gestaltung, den Austausch und die Entwicklung gemeinsamer Standards zur Umsetzung der Änderungen bieten.

Darüber hinaus stellen in den Sitzungen Teilnehmende das eigene Angebot bzw. das eigene Aufgabenfeld vor, so dass sich die Bandbreite der Teilnehmenden abbildet und die Kenntnis voneinander vertieft werden kann. In diesem Jahr fanden Vorstellungen des Frauenwohnheims Gartenstraße, der besonderen Wohnform und der Tagesstätte der Betreuungskette Am Seelberg, der Step Therapieschule sowie der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen statt.

Ausblick:

Im Januar 2023 ist ein Gespräch zum Thema Inklusion in der Fachgruppe Soziale Teilhabe mit den Sprecher*innen der Fachgruppe Inklusion geplant.

Ergänzend zu den zusammengetragenen Themenwünschen der Teilnehmenden (Umsetzung und Auswirkungen Landesrahmenvertrag, kompensatorische Assistenzleistungen, Unabhängige Teilhabeberatung, Berichtswesen nach B.E.Ni, Vorstellung des sozialpsychiatrischen Dienstes nach den strukturellen Veränderungen, ...) werden bereits im vergangenen Jahr geplante Themen (Auseinandersetzung mit den Veränderungen des Betreuungsrechts sowie das Thema Gewaltschutz und Gewaltschutzkonzepte) mit in die

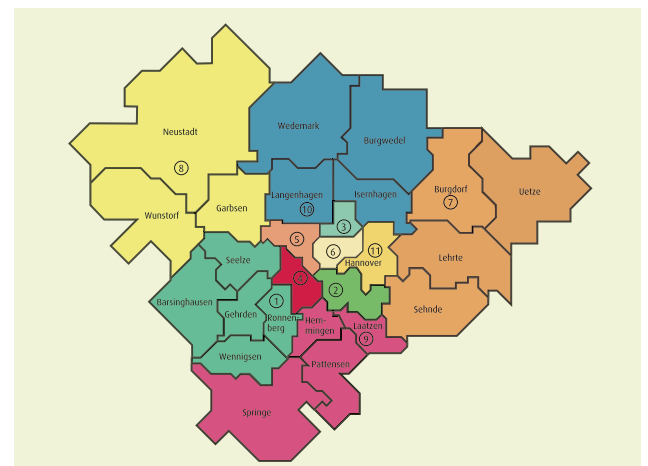
Planung für das nächste Jahr genommen.

Die Vorstellung der Teilnehmenden im kollegialen Rahmen der Fachgruppe hat die Zusammenarbeit bereichert und soll fortgesetzt werden.

An einer evtl. entstehenden fachgruppenübergreifenden AG Versorgungslücken junge Erwachsene/Adoleszenz werden sich Teilnehmende der Fachgruppe beteiligen. Neben den geplanten Themen gibt es in den Sitzungen stets die Möglichkeit aktuelle Themen und Fragestellungen einzubringen und aufzugreifen.

Berichte der Sektor-Arbeitsgemeinschaften (SAG):

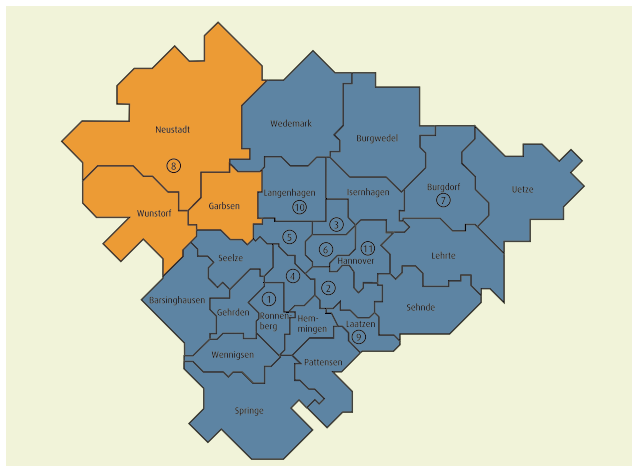
Die Sektor-Arbeitsgemeinschaften (SAG) dienen der sozialräumlichen Vernetzung der ambulanten, teilstationären und vollstationären Angebote für psychisch kranke Menschen. Sie orientieren sich an den Einzugsgebieten (Sektoren) der 11 dezentral und bürgernah arbeitenden Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen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



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

Sektor der Beratungsstelle:

Die Städte Neustadt, Wunstorf und Garbsen sowie die dazugehörigen Gemeinden



Sitzungstermine:

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

Das Gemeindepsychiatrische Koordinierungsgespräch ist von seiner Ausrichtung und seinen Inhalten wie eine Sektorarbeitsgemeinschaft zu werten und wird von uns auch als vergleichbares Angebot gesehen und genutzt.

Darüber hinaus führt unsere Beratungsstelle Koordinierungsgespräche mit einzelnen Behörden wie dem Amtsgericht Neustadt, dem Jugendamt Garbsen und Neustadt, der Familien- und Erziehungsberatungsstelle und den Polizeidienststellen Neustadt, Wunstorf und Garbsen durch. Diese Treffen finden ein- bis zweimal jährlich statt. Bei Bedarf erfolgen zusätzlich Termine mit Pflegestützpunkten, Anbietern von Leistungen der Eingliederungshilfe, Kirchengemeinden und anderen Diensten und Behörden in unserem Zuständigkeitsgebiet. Hospitationen von regionsinternen als auch regionsfremden Fachkräften erfolgen nach Absprache.

Teilnehmende:

Zum „Gemeindepsychiatrischen Koordinierungsgespräch“ werden Akteur*innen des stationären, teilstationären und ambulanten Hilfe- und Versorgungssystems rund um psychische Erkrankungen eingeladen.

Bearbeitete Themen:

In den Austausch- und Netzwerktreffen geht es zum einen um die Beibehaltung, Pflege und Intensivierung der bereits erreichten Zusammenarbeit mit den Agierenden des Hilfe- und Versorgungssystems des Sektors der Beratungsstelle Neustadt.

Zum anderen geht es um den Austausch hinsichtlich bestehender Versorgungslücken und aktuelle Themen wie z.B. die Auswirkungen der pandemiebedingten Einschränkungen des Hilfesystems sowie deren Auswirkungen auf die entsprechende Klientel. Mögliche Lösungswege sollten erarbeitet werden, um entstandene Versorgungslücken zu kompensieren.

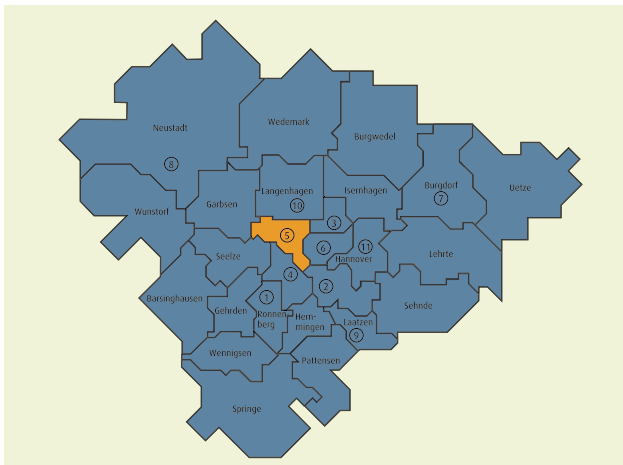
Aufgrund der im Jahr 2021 und 2022 weiterhin bestehenden Auswirkungen und Einschränkungen der Covid-19-Pandemie konnten sowohl die Gemeindepsychiatrischen Koordinierungsgespräche als auch die Austausch-/Netzwerktreffen nur eingeschränkt stattfinden bzw. mussten entfallen.

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Mitte (ehemals Königstraße)

von Sabine Böhland (Region Hannover –
Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle:

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



Sitzungstermine:

Aufgrund der räumlichen Enge in der Beratungsstelle Königstr. wurde beschlossen, dass die erste Sektor-AG im Jahr 2022 erst nach dem Umzug in die neuen Räumlichkeiten in der Vahrenwalder Str. 4 stattfinden sollte. Am 27.10.2022 konnten wir die Teilnehmer*innen in unserem Gruppenraum der Beratungsstelle Mitte begrüßen.

Teilnehmenden-Kreis:

Die Teilnehmer*innen der Sektor- Arbeitsgemeinschaft am 27.10.2022 setzten sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern von:

ZBS Hannover, Straßensozialarbeit LHH, Kommunalen Senioren Service, DRK Unterkunft Wörthstr., FB Soziales/EGH der LHH, Stadtbezirksmanagement LHH, Frauenwohnheim Hannover e.V., JobCenter, pHPK Birkenhof, Polizei-Zentraler Kriminaldienst, PROCASA, Frauennotunterkunft Vinnhorster Weg, beta Tagesstätte, Balance Wohnen gGmbH, PIA Königstr. sowie der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Mitte.

Bearbeitete Themen:

Aufgrund der langen Pause wurde kein thematischer Schwerpunkt für diese erste Sitzung festgelegt.

Entwicklungen wie die Herauslösung der EGH aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst, personelle Veränderungen sowie die Schaffung einer Freizeitgruppe in der Beratungsstelle Mitte wurden erörtert.

beta89 berichtete über ein neues Angebot für psychisch erkrankte junge Erwachsene. Die Tagesstätte hält einen Bereich vor für 18-30jährige, die einen anderen Themenschwerpunkt setzen und somit andere Angebote benötigen als z.B. ältere Teilnehmende. Geeignete Räumlichkeiten werden derzeit gesucht.

Die psychiatrische Institutsambulanz (PIA) des KRH Langenhagen in der Königstraße bietet inzwischen Unterstützung für wohnungslose Menschen durch sowohl aufsuchende Tätigkeit als auch eine rasche Ermöglichung eines ärztlich(-psychiatrischen) Termins in der PIA Königstraße.

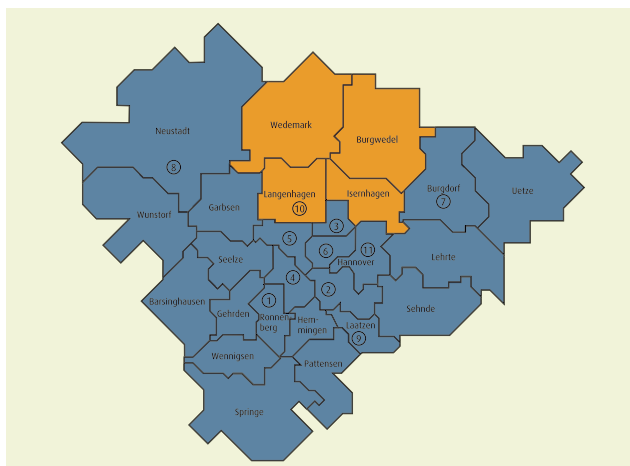
Ein längerer Austausch fand über die Situation in der Obdachlosen-/Wohnungslosenhilfe statt. Berichtet wurde u.a. über eine erlebte Zunahme von Gewalt/Aggression, lange Wartezeit auf stationäre Entgiftungsplätze sowie die Versorgungsplanung in den kommenden Wintermonaten.

Die Sektor AG diente darüber hinaus dem Austausch zu Fragestellungen wie Somatische Pflegedienste für (ehemals) wohnungslose Menschen. Umgang mit langen Bearbeitungszeiten in der EGH. Informationen zu Fortbildungsangeboten mit psychiatrischem Schwerpunkt. Haus- und fachärztliche Versorgungssituation. Es wurden Themenwünsche für das nächste Jahr gesammelt und Termine für 2023 festgelegt, bevor ein Rundgang durch die neuen Räumlichkeiten erfolgte. Wir freuen uns sehr, dass im nächsten Jahr wieder regelmäßige Treffen alle 2 Monate und ein intensiver Austausch möglich sein werden und bedanken uns bei allen Beteiligten für die gute und engagierte Zusammenarbeit.

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

Sektor der Beratungsstelle:

Der Sektor der Beratungsstelle Langenhagen umfasst die Städte und Gemeinden Langenhagen, Isernhagen, Burgwedel und Wedemark. Im Einzugsgebiet der Beratungsstelle leben ca. 127 000 Einwohner*innen.



Sitzungstermine:

Aufgrund der Covid-19-Pandemie und der damit einhergehenden Kontaktbeschränkungen fanden in der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Langenhagen die Treffen der SAG nicht in der üblichen Frequenz (viermal jährlich jeweils mittwochs von 15:00 bis 17:00 Uhr) statt.

Am 28.10.22 konnte die Sektorarbeitsgemeinschaft glücklicherweise wiederaufgenommen werden.

Teilnehmende:

Rechtliche Betreuer*innen, 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, Beratungsstelle Region Hannover, AUE Kreativschule, Pro Casa Ambulant betreutes Wohnen, Senioren- und Pflegestützpunkt Nord, Kirchensozialarbeit Diakonie Hannover-Land

Bearbeitete Themen:

- Herauslösung der Bedarfsermittlung aus dem Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst
- Arbeiten in und unter der Pandemie
- Vorstellung WIN-e.V.
- Reform des Betreuungsrechts

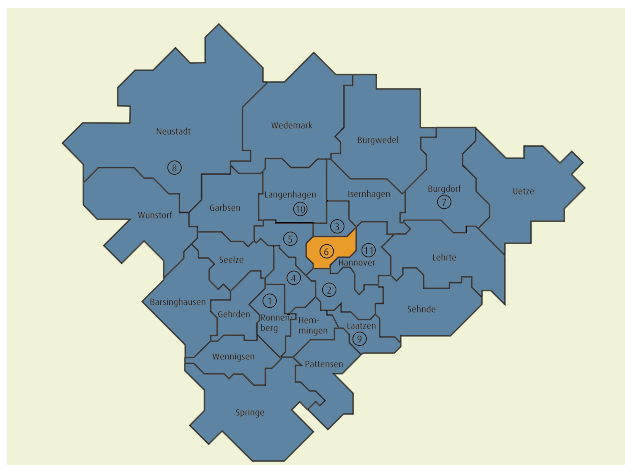
Angedachte Themen für das kommende Jahr sind die Vorstellung des psychiatrischen/ psychosozialen Krisendienstes der Region Hannover, der Umgang mit psychisch erkrankten (gefährlichen) Menschen, die Reform des Betreuungsrechts und die Vorstellung der geplanten Tagesstätte für Menschen in der Adoleszenz. 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 Christoph Dietrich (Region Hannover – Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle:

Der Sektor der Beratungsstelle List umfasst die Stadtteile/-bezirke List, Zoo sowie anteilig die Stadtteile Oststadt und Lahe. Im Einzugsgebiet der Beratungsstelle leben ca. 67000 EinwohnerInnen.



Sitzungstermine:

In der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle List konnten die Treffen der SAG aufgrund der Corona-Pandemie weiterhin nicht in der üblichen Frequenz stattfinden. Die letzte SAG-Sitzung fand am 20.01.2020 statt. Das Team der Beratungsstelle List plant für 2023 wieder regelmäßige Treffen.

Teilnehmende:

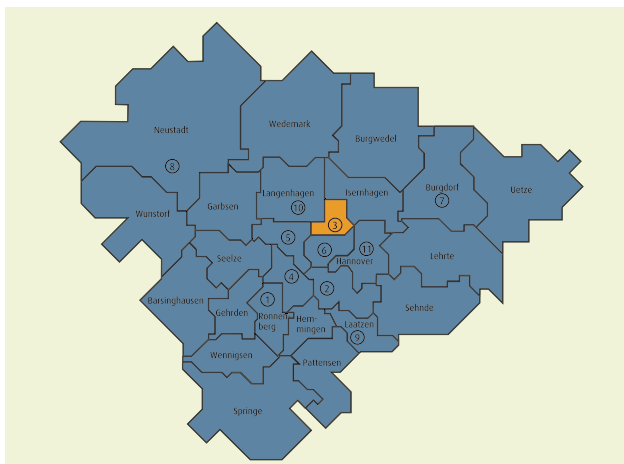
Betreuungsstelle - Region Hannover, Senioren Service – Landeshauptstadt Hannover, KSD – Fachbereich Jugend und Familie, AHMB e.V., Gemeinschaft für Integration (GFI, GmbH), AWO (betreutes Wohnen), BAF e.V. – Verein für Bildungsmaßnahmen im Arbeits- und Freizeitbereich, Balance (betreutes Wohnen), beta89 e.V., Hannoversche Werkstätten GmbH, Autismus AlltagsAssistenz (AAA), Vahrenheider Werkstatt, ITB e.V., WERTE e.V., FIPS e.V., Wohnheim Ferdinand Wallbrecht Straße, GmbH, rechtlicher Betreuer, MHH Tagesklinik.

Bericht zur Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße

von Sabine Tomaske (Region Hannover – Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle:

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



Sitzungstermine:

Die Frequenz der Treffen konnte aufgrund der Corona-Pandemie nicht aufrechterhalten werden. Insgesamt fanden bis einschließlich Oktober 2022 drei Sitzungen statt.

Teilnehmende:

Regelmäßige Teilnehmer*innen der Sektor-AG waren: Mitarbeiter*innen der Beratungsstelle Plauener Straße, des ambulant betreuten Wohnens von Beta '89, die Hannoversche WohnAssistenz, die Gesellschaft für Integration, Möwe und E. A. Wilkening Pflegeheime (ambulant betreutes Wohnen), Balance und AHMB e.V., Mitglieder des VPE und der Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e. V., des AWO-Betätigungsangebotes, die Quartierskordinatorin von Wohnen+ und vom Pflegedienst Birkenhof. Ebenso teilgenommen haben Mitarbeiter*innen aus dem KRH Psychiatrie Langenhagen, Mitarbeiter*innen vom KSD Bothfeld, Mitarbeiter*innen des Werkheim e. V. und eine freiberuflich arbeitende gesetzliche Betreuerin, ein Mitarbeiter der Landeshauptstadt Hannover aus dem Bereich Teilhabe und eine Mitarbeiterin der Erziehungsberatungsstelle Plauener Straße.

Bearbeitete Themen:

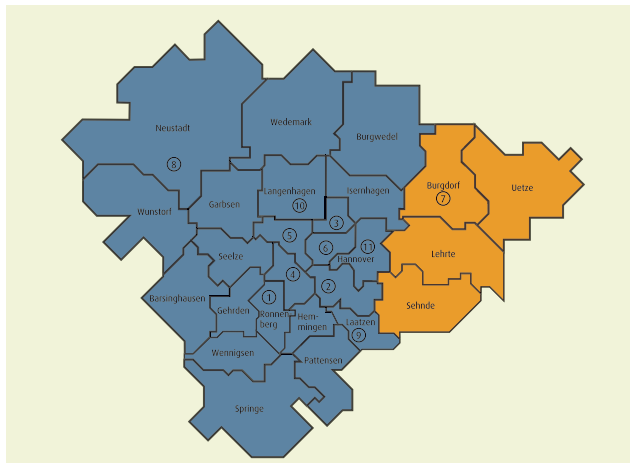
Thematisch befassten wir uns in diesem Zeitraum analog des Schwerpunktthemas des aktuellen Sozialpsychiatrischen Plans mit der Versorgung von wohnungslosen psychisch erkrankten Menschen. Herr Niculescu von der Clearingstelle für Gesundheitsversorgung berichtete über das Modellprojekt und Mitarbeiter*innen des Werkheims berichteten über das Projekt Housing First, da die Wohnungen im Sektor unserer Beratungsstelle verortet sind.

Das Team der Beratungsstelle Plauener Straße bedankt sich bei den Teilnehmer*innen der Sektor-Arbeitsgemeinschaft für die gute Zusammenarbeit und hofft, dass im Jahr 2023 wieder regelmäßige und konstruktive Treffen im Rahmen der Sektor-AG stattfinden können.

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Burgdorf

Sektor der Beratungsstelle:

Die Städte und Gemeinden Burgdorf, Uetze, Lehrte und Sehnde.



Sitzungstermine:

Keine

Teilnehmende:

Keine

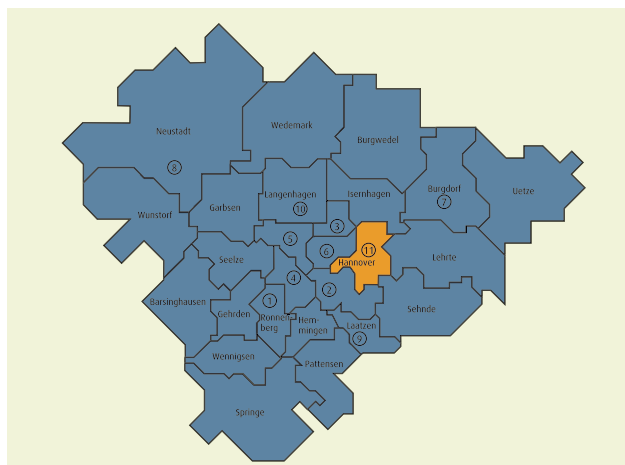
Bearbeitete Themen:

Keine

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Groß-Buchholz von Luisa Posnien und Heiko Graf-Warnecke (Region Hannover – Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle:

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



Sitzungstermine:

2022 konnte aufgrund der personellen Situation in der Beratungsstelle Groß-Buchholz die Sektor-AG, leider nur einmal am 19.05.2022 in den Räumlichkeiten der Jugendwerksiedlung in der Bollnäser Straße 18, 30629 Hannover stattfinden.

Teilnehmende:

Eingliederungshilfeeinrichtungen (ambulant, teilstationär, stationär-bzw. besondere Wohnformen), Pflegedienste (APP/hpKp), Kommunalen Seniorenservice LHH, Kontaktbereichsbeamt*innen Polizei, KSD LHH, HZE Team Misburg, Wohneinrichtung §67 SGB XII, Krankenwohnung, Sektorklinik MHH, Region Hannover Team Betreuungsangelegenheiten, JobCenter, Betätigungsangebote, Kontaktstellen, Inklusionseinrichtung, Quartierseinrichtung, LHH Fallkoordination EGH, LHH Bedarfsermittlungsdienst EGH, Fallmanagement EGH Region Hannover, Wohneinrichtung für geflüchtete Menschen, Tagesklinik für junge Menschen, u.a.

Bearbeitete Themen:

Der Sozialpädagogische Dienst der Jugendwerksiedlung stellte die Einrichtung, die Geschichte und Entwicklung des Vereins sowie die verschiedenen Hilfs- und Unterstützungsangebote vor.

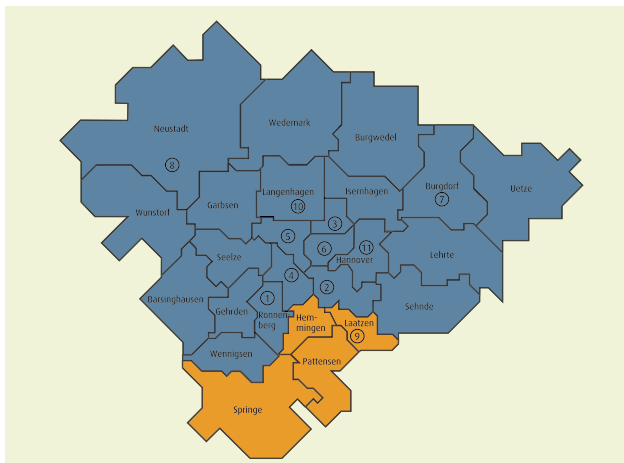
Bericht von Herrn Plank über die strukturellen Neuerungen der Eingliederungshilfe im Fachbereich Teilhabe der Region Hannover.

Austausch und eine kurze Vorstellungsrunde aller Teilnehmer*innen und neuer Angebote.

Sektor-Arbeitsgemeinschaften Laatzen von Bastian Kornau (Region Hannover – Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle:

Laatzen, Hemmingen, Pattensen sowie Springe



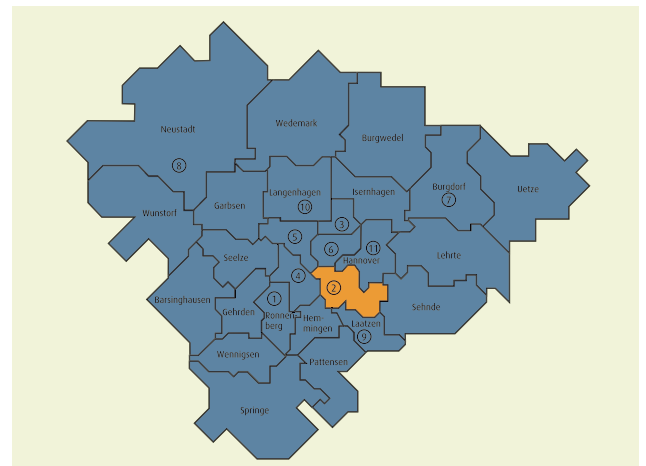
Sitzungstermine:

Aufgrund der Corona-Pandemie konnte im aktuellen Berichtszeitraum keine Sektor-AG der Beratungsstelle Laatzen stattfinden. Diese werden im Jahr 2023 verbindlich wieder starten.

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 05.10.2022, im Freizeitheim Döhren

Teilnehmende:

Jobcenter Region Hannover, KSD Bemerode, AWO BeA, NtfN, Aufkurs, Kontaktstelle GSS, FIPS Tagesstätte Laatzen, Tagesstätte Balance e.V., FB 80 Region Hannover, SPD Freytagstraße

Bearbeitete Themen:

Projektvorstellung „Aufkurs“

Bei „Aufkurs“ handelt es sich um ein niedrigschwelliges Angebot für junge Menschen unter 25 aus Landeshauptstadt Hannover sowie der Region, welche sich in prekären familiären oder außerfamiliären Wohn- und Lebensverhältnissen befinden, nicht an Arbeit, Ausbildung, Weiterbildungsangeboten oder Schule teilhaben und die vom Sozialsystem nicht oder nicht mehr erreicht werden.

Projektvorstellung „Umsteigen statt Aussteigen“

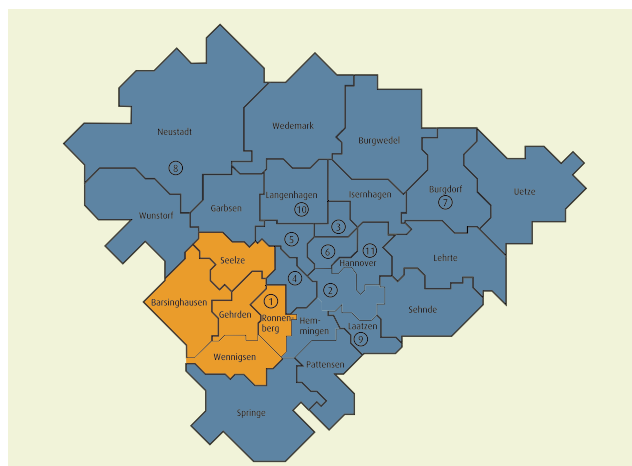
Das Projekt „Umsteigen statt Aussteigen“ der Region Hannover soll eine Brücke zwischen Unternehmen und Studienabbrechern und Studienabbrecherinnen schla-

gen. Angesprochen werden Studierende, die Zweifel an ihrem Studium haben und sich vorstellen können, eine duale Berufsausbildung in einem Betrieb aufzunehmen. Die Basis des Projektes bildet ein engmaschiges Netzwerk mit Partnern wie der Agentur für Arbeit Hannover, den Kammern, den Hochschulen, dem Jobcenter Region Hannover dem Niedersächsischen Studienkolleg Hannover und den Wirtschaftsförderungen der Landkreise Hildesheim, Nienburg und Schaumburg sowie – branchenübergreifend – mit Unternehmen.

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Ronneberg-Empelde von Alena Rebmann (Region Hannover – Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle:

Städte, Gemeinden und Stadtteile: Barsinghausen, Gehrden, Ronneberg, Seelze, Wennigsen und der Stadtteil Badenstedt der LHH.



Sitzungstermine:

Die Sektor AG findet in einem festen Turnus statt, jeweils am letzten Mittwoch des ersten Monats im Quartal in der Zeit von 14 Uhr bis 16 Uhr. Örtlich finden die Sitzungen in unterschiedlichen Räumlichkeiten der an der SAG teilnehmenden Institutionen statt. Aufgrund der Coronapandemie konnten im Jahr 2022 nur zwei Sitzungen stattfinden. Die Sitzungen fanden am 24.08.2022 und am 23.11.2022 jeweils in den Räumlichkeiten der Region Hannover in der Graustraße 20, 30163 Hannover statt.

Teilnehmende:

Vertretungen verschiedenster Einrichtungen nehmen an den Treffen der Sektor AG teil: Ambulante psychiatrische Pflegedienste, Ambulant Betreutes Wohnen, Ergotherapiepraxen, psychiatrische Tagesstätten, Betätigungsprojekte, JobCenter, Selbsthilfegruppen, Suchthilfeeinrichtungen, Wohnungslosenhilfe, gesetzliche Betreuer*innen, Team Betreuungsangelegenheiten und Pflegestützpunkte der Region Hannover, Soziale Dienste der oben genannten Städte und Gemeinden.

Bearbeitete Themen:

Zu einem SAG-Termin waren zwei Vertreter*innen der Beratungsstelle zu Gast, welche über ihre eigene Arbeit, über das Betreuungsrecht, Gesetzliche Betreuungen und betreuungsrechtliche Unterbringungen berichtet haben.

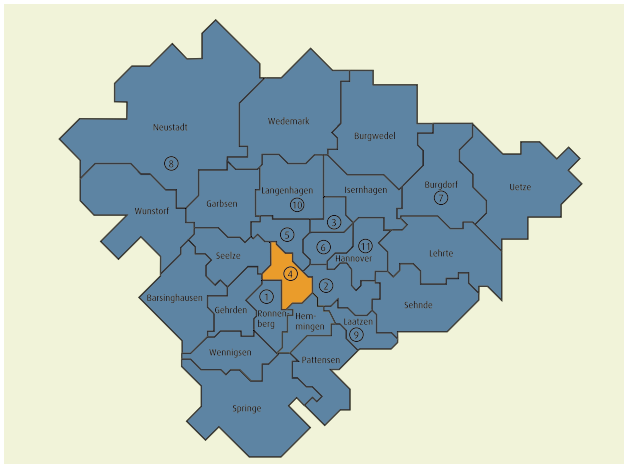
Beim zweiten Termin lag der Fokus auf Austausch, insbesondere hinsichtlich struktureller Veränderungen in der Eingliederungshilfe und psychiatrischen Pflege und der allgemeinen Versorgungsstruktur in Hannovers Umland.

Am Rande wurden auch die Veränderungen innerhalb des Sozialpsychiatrischen Dienstes jeweils berichtet. So etwa Veränderungen durch das BTHG und die interne Umstrukturierung des Dienstes.

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 finden in der Regel am 2. Mittwoch des 2. Monats im Quartal in den Räumen des SpDi in der Deisterstr. statt.

Im zurückliegenden Jahr 2022 sind die Treffen aufgrund der mit der Pandemie einhergehenden Bedingungen ausgefallen. Um die Treffen wieder zu ermöglichen, wurde das erste Treffen in 2023 im STZ Ricklingen geplant, um eine ausreichende Raumgröße sicherzustellen. Der Termin weicht mit dem 01.02.2023 aufgrund der externen Raumnutzung vom regelmäßigen Turnus ab.

Teilnehmende:

An der Sektor AG beteiligen sich regelmäßig Kolleg*innen aus dem kommunalen Sozialdienst, dem Seniorenservice, dem Jobcenter, einer psychologischen Beratungsstelle, der Polizei, Leistungsanbieter*innen aus der Eingliederungshilfe, der Wohnungslosenhilfe, der Migrationsberatung, aus Beschäftigungsprojekten und auch Berufsbetreuer*innen sowie Anbieter*innen für Ergotherapie.

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.

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 hat am 15. Februar 2005 ihre Arbeit als unabhängige Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle für Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen aufgenommen. Sie setzt sich bei Beschwerden für die Interessen psychisch erkrankter Personen ein und sucht durch Gespräche mit allen Beteiligten nach praktikablen Lösungen. Durch ihren Einsatz unterstützt und stärkt sie die Rechte seelisch behinderter Menschen und gibt ihnen eine „Stimme“. Die Ombudsstelle arbeitet nach dem Grundsatz „Miteinander reden hilft“. Dabei geht es nicht um Schuldzuweisungen. Wir setzen uns für die Interessen der Beschwerdeführer*innen ein und betrachten die Beschwerden lösungsorientiert – von allen Seiten. Wir sind unabhängige und neutrale Mittler*innen. Der wesentliche Schlüssel bei der Bearbeitung von Beschwerden ist, dass wir unvoreingenommen und mit der notwendigen Distanz die Fälle bearbeiten. Dabei treten wir nicht als Anklagende auf. Wir verstehen uns als Mediator*innen und Moderator*innen.

Mitglieder der Ombudsstelle

Die Mitglieder der Ombudsstelle engagieren sich ehrenamtlich und uneigennützig bei gleichberechtigtem Status. Sie werden für jeweils 2 Jahre von der Dezernentin für Soziales, Teilhabe, Familie und Jugend berufen. Die Ombudsstelle ist trialogisch besetzt und besteht aktuell aus 8 Mitgliedern. Sie setzt sich wie folgt zusammen:

- Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen.

- Vertreterin der Angehörigen von psychisch kranken Menschen.
- Bürgerin und Bürger mit sozialem Engagement.
- Bürgerin und Bürger mit rechtlichem Fachwissen.
- Mitarbeiterin aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst.

Zudem steht eine Fachärztin für Psychiatrie des Sozialpsychiatrischen Dienstes als beratendes Mitglied zur Verfügung.

Die Psychiatriekoordinatorin nimmt „per Amt“ obligatorisch an den Sitzungen teil.

Die Arbeit der Ombudsstelle

Die Ombudsstelle arbeitet

- Unabhängig
- Vertraulich
- Kostenlos

Bei der Bearbeitung der Beschwerden hat die Beratung und Begleitung vor Ort höchste Priorität, dadurch wird ein vertrauensvolles Miteinander geschaffen. Die Beschwerden sind generell schriftlich einzureichen. Es ist aber auch möglich, sie in einem persönlichen Gespräch oder Telefonat durch die Beschwerdeführer*innen zu verschriftlichen. Die Beschwerden dürfen erst nach Eingang einer Schweigepflichtentbindung und einer Vollmacht bearbeitet werden.

Beschwerdefälle

Die Anzahl der Beschwerden im Berichtszeitraum 2022 gingen zurück. Zur Bearbeitung sind uns 13 Beschwerden (Stand November 2022) eingereicht worden. Seit der Arbeitsaufnahme der Ombudsstelle sind über 500 Beschwerden bearbeitet worden.

Aufgrund des Rückgangs von Beschwerden finden künftig jährlich 6 Sitzungen (bisher 12) der Ombudsstelle statt. Sie können jedoch bedarfsorientiert nach Beschwerdeeingang erhöht werden (bis zu 6 weitere Sitzungen).

Erkenntnisse, Wünsche und Ausrichtung

Vorbemerkung: Der Rückgang der Beschwerden ist nach unseren Recherchen auch in anderen Beschwerdestellen in Niedersachsen zu verzeichnen.

Künftig werden wir quantitative und qualitative Analysen zur Beurteilung der „Beschwerdelandschaft“ erarbeiten und auswerten. Dadurch bekommen wir einen zielgerichteten Überblick über die „Beschwer-

delandschaft“. Vorgesehen hierfür sind als Pilot die Zeiträume 2023 / 2024. Wir bitten unsere Netzwerke um Unterstützung dieser Maßnahmen.

Mögliche Gründe für den Beschwerderückgang in der Ombudsstelle:

- Die Ombudsstelle ist bei Patient*innen, bei Angehörigen, in den Kliniken und bei Institutionen rund um psychisch erkrankte Menschen wenig bekannt.
- Die Implementierung eines internen Beschwerdemanagements im Versorgungssystem (insbesondere in Kliniken).
- Ängste und Verunsicherungen bei den Beschwerdeführer*innen. Dies zeigt sich anscheinend durch befürchtete „Androhungen von Repressalien“ oder durch Standpunkte der Beschwerdeführer wie „ich werde eh nicht ernst genommen“.
- Die Formulierung einer Beschwerde bei den Betroffenen stellt sich oft als unüberwindbare Hürde dar.
- Rückgang der Beschwerden durch die Corona-Pandemie.

Planungen und Wünsche der Ombudsstelle, dem zu begegnen:

- Eine enge Kooperation mit einrichtungsinternen Beschwerdemanagements wird angestrebt. Das Ziel dabei ist (fallweise) ein gemeinsamer Austausch über Lösungsansatzpunkte zum Umgang und zur Bearbeitung der einzelnen Beschwerden. Wir sind davon überzeugt, dass sich „interne und externe“ Sichtweisen ergänzen und zu guten Entscheidungen führen werden.
- Laufender Erfahrungsaustausch mit dem Beschwerdemanagement im Sinne von gegenseitigem Verständnis / Vertrauen.
- Unterstützung der Beschwerdeführer*innen bei der Beschwerdeeingabe durch vertraute Personen (z.B. Familie, Freund*innen)
- Refreshing von Informationen in Netzwerken, im Versorgungssystem, bei Patient*innen und deren Angehörigen.

Gern präsentieren wir unsere Zielsetzungen / unsere Arbeitsweise einschließlich Diskussionen interessierten Zielgruppen!

OMBUDSSTELLE: BESCHWERDEANNAHME- UND VERMITTLUNGSSTELLE DES SOZIALPSYCHIATRISCHEN VERBUNDES

In der Ombudsstelle arbeiten engagierte Bürger/-innen aus der Region Hannover ehrenamtlich, um die Interessen von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu vertreten. Sie werden dabei durch die Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes und Mitarbeiterinnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes unterstützt.

Wer kann die Ombudsstelle in Anspruch nehmen?

Betroffene und Angehörige aus der Region Hannover können sich mit Eingaben an die Ombudsstelle wenden, um eine Klärung herbeizuführen ... z.B. bei

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

Nicht möglich ist die Bearbeitung von Eingaben, wenn der Wohnsitz der Betroffenen außerhalb der Region Hannover liegt, von Eingaben die sich auf weiter zurückliegende Ereignisse beziehen und von Eingaben, bei denen bereits eine anwaltliche Vertretung besteht.

Wie kann der Kontakt zur Ombudsstelle aufgenommen werden?

Ansprechpartner sind:

VPE – Verein Psychiatrie- Erfahrener e.V.

0511 – 131 88 52

AANB – Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen e.V.

0511 – 62 26 76

SpV – Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover

0511 – 616 447 63

oder über eMail: Ombudsstelle.Psychiatrie@region-hannover.de

Was ist für die Bearbeitung erforderlich?

Nach der ersten Kontaktaufnahme sind für die weitere Bearbeitung erforderlich:

- Eine kurze schriftliche Schilderung des Sachverhaltes. Diese kann auch durch die Mitglieder der Ombudsstelle als Gesprächsprotokoll aufgenommen werden
- Eine Entbindung von der Schweigepflicht
- Eine Vollmacht, die die Mitglieder der Ombudsstelle berechtigt die Interessen der Betroffenen vertreten können

Wie arbeitet die Ombudsstelle?

Die Eingaben werden in den monatlich stattfindenden Sitzungen der Ombudsstelle besprochen.

Jeweils 2 der ehrenamtlichen Mitglieder der Ombudsstelle übernehmen die Bearbeitung eines Falles. Betroffene Einrichtungen erhalten vorab ein Schreiben der Geschäftsstelle.

Abhängig vom konkreten Anliegen wird Kontakt zu den Beteiligten aufgenommen:

- zur / zum Betroffenen/en
- zu den Angehörigen
- zu ggfs. weiteren wichtigen Bezugspersonen
- zur / zum rechtlichen Betreuer/in
- zur Einrichtung (Klinik, Heim, Ambulant betreutes Wohnen ...)

Ziel ist es ein oder mehrere gemeinsame Gespräche mit den Beteiligten herbeizuführen, in denen durch die Vermittlung der Ombudsstelle eine konstruktive Veränderung der Situation erarbeitet wird. Idealerweise werden konkrete Veränderungen vereinbart, so dass in der Folge eine Zusammenarbeit wieder möglich ist.

Wann ist die Arbeit der Ombudsstelle beendet?

Die Arbeit der Ombudsstelle ist beendet, wenn eine Klärung erfolgt ist.

Die Beteiligten erhalten dazu eine schriftliche Information durch die Geschäftsstelle.

Stand: November - 2019



SONDERTEIL: HILFEN FÜR PSYCHISCH KRANKE KINDER, JUGENDLICHE UND DEREN FAMILIEN

Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche und deren Familien

Einleitung

In diesem Sonderteil widmen sich die ersten drei Artikel dem Schwerpunktthema dieses Sozialpsychiatrischen Plans aus der Perspektive der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien, der AG Suizidprävention und aus der klinischen Perspektive des KRH Wunstorf.

Es folgen Informationen über bestimmte ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote für den Personenkreis der Kinder, Jugendlichen und deren Familien. Zudem wird die Teilhabepanung für junge Menschen bei der Region Hannover vorgestellt.

Wir möchten an dieser Stelle erneut auf den „Wegweiser Psyche für Kinder und Jugendliche“ aufmerksam machen, der 2021 veröffentlicht wurde und umfassende Informationen über die Unterstützungsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Belastungen beinhaltet. Der Wegweiser ist auf der Seite <https://www.hannover.de/Leben-in-der-Region-Hannover/Gesundheit/Beratungsstellen/Sozialpsychiatrischer-Verbund/>

Wegweiser-Psyche-f%C3%BCr-Kinder-und-Jugendliche-in-der-Region-Hannover abrufbar oder in der Druckversion über die Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes zu beziehen.

Umgang mit suizidalen Krisen in der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien der Region Hannover

von Tanja Magesching (Region Hannover – Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien)

Suizidalität ist ein Begriff, der verschiedene Arten der Beschäftigung mit dem Thema Selbsttötung beschreibt und sowohl Suizidgedanken, Suizidankündigungen als auch Suizidpläne umfasst. Somit beschreibt der Begriff Suizidalität also ein Verhalten, dass alle Phasen einer suizidalen Entwicklung, von wenig konkreten Gedanken bis zur konkreten Suizidhandlung, umfasst.

Das Vorhandensein suizidaler Gedanken vor dem 10. Lebensjahr wird in der Literatur und gemäß unserer Erfahrung, als seltenes Phänomen beschrieben, eine deutliche Zunahme ist mit Vollendung des 12. Lebensjahres zu verzeichnen. Unterschiedliche Studien zeigen, dass bis zu 30% der befragten Jugendlichen angaben, unter Suizidgedanken zu leiden und etwa 15% berichteten von Suizidversuchen. Bei Suizidversuchen und Suizidgedanken wird gerade im Jugendalter von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen. Seit Jahren sind Suizide die zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen zwischen dem 15. und 20. Lebensjahr¹.

Suizidale Krisenintervention – eine Aufgabe der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle

Seit der Gründung 2003 besteht ein Aufgabengebiet der sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien darin, hinsichtlich suizidaler Krisen von jungen Menschen beratend und intervenierend tätig zu sein. In unserem Tätigkeitsfeld haben wir daher regelmäßig mit jungen Menschen zu tun, die sich in einer akuten suizidalen Krise oder auch einer bereits langfristigen Beschäftigung mit dem Thema Selbsttötung befinden.

Das Auftreten von Suizidalität ist in unserem Beratungskontext nicht immer vorhersagbar. So gibt es einerseits Anmeldungen in der Beratungsstelle, in denen das Thema Lebensmüdigkeit und akute Suizidalität vorherrscht und eine Risikoeinschätzung

Nicht hinter jeder suizidalen Handlung oder jedem Suizidwunsch steht der Wille zu sterben – vielmehr verbirgt sich dahinter häufig, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen der Wunsch, dass sich etwas Belastendes verändern soll und somit letztlich auch ein Appell an das Leben.

mit entsprechender Intervention dringend erforderlich macht. Andererseits entwickeln sich aus Erstkontakten, bei denen zunächst weniger drängende

Probleme beschrieben werden, Themen, die mit Suizidalität im Zusammenhang stehen. Die vielfältigen Anforderungen der Pubertät und Adoleszenz können zu Reifungskrisen führen, die mit einer temporären Überforderung durch aktuell zu bewältigende Anforderungen in Verbindung stehen. Nicht hinter jeder suizidalen Handlung oder jedem Suizidwunsch steht der Wille zu sterben – vielmehr verbirgt sich dahinter häufig, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen der Wunsch, dass sich etwas Belastendes verändern soll und somit letztlich auch ein Appell an das Leben. Eine Herausforderung im Umgang mit suizidalen Kindern und Jugendlichen besteht daher in der Einschätzung nach der Bedeutsamkeit des Todeswunsches oder dem dringenden Wunsch nach Veränderungen, die notwendig sind, damit diese Kinder und Jugendlichen sich in der Lage sehen, weiterzuleben.

Bei Kindern und Jugendlichen sind sowohl die aktuelle Lebenssituation als auch Risikofaktoren sowie Belastungen im familiären/ sozialen/ schulischen Umfeld zur Risikoabschätzung von Bedeutung und werden im Gespräch exploriert. In diesen Gesprächen ist eine besondere Sensibilität für die große Bandbreite der Erscheinungsformen von Suizidalität im Kindes- und Jugendalter wichtig. Diese erstreckt sich beispielweise von offen bis verdeckt, von drastisch bis beherrscht oder auch von hypothetisch bis bereits in Planung. Es ist daher bedeutsam, das Thema Suizidalität nicht zu tabuisieren, sondern den Eindruck und die Thematik im Gespräch offen zu benennen und zu besprechen. Wichtig ist es dabei, die ratsuchenden Kinder und Jugendlichen nicht zu beschämen oder zu entwerten, keine übereilten Lösungsvorschläge zu erarbeiten und jeden geäußerten suizidalen Gedanken ernst zu nehmen.

Die Besonderheit, im Bedarfsfall auch Beratungs- und Krisengespräche außerhalb der Räumlichkeiten der Beratungsstelle anzubieten, besteht auch im Sozialpsychiatrischen Dienst für Kinder und Jugendliche. Wenn sich suizidale Krisen zuhause oder in der Schule ankündigen, besteht die Möglichkeit, aufsuchend tätig zu werden und eine Klärung und Krisenintervention vor Ort anzubieten. Mitunter werden die Fachkräfte des sozialpsychiatrischen Dienstes von der

Literatur

¹ Wewetzer, C., Quaschner, K. (2019). Suizidalität. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie - Band 27. Bern: Hogrefe

Polizei hinzugezogen, wenn sich suizidale Krisen im öffentlichen Raum zutragen. In diesen Situationen ist es notwendig, eine Einschätzung hinsichtlich der Dringlichkeit zu treffen. Wird die Distanzierung von Suizidplänen als uneindeutig und wenig überzeugend erlebt und sehen die Eltern sich nicht in der Lage, bei weiterhin hoher akuter Suizidalität und fehlender Suiziddistanzierung eine hinreichende Aufsicht zum Schutz zu gewährleisten, ist eine stationäre Aufnahme in die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik indiziert. Dazu wird zunächst eine stationäre Einweisung auf freiwilliger Basis angestrebt. Verbleibt die Freiwilligkeit der betroffenen Jugendlichen, so erfolgt, in Kooperation mit den Sorgeberechtigten, eine Unterbringung in eine Klinik auch gegen den Willen der Jugendlichen.

Die Situation ist allerdings mitunter vielschichtig, Probleme ergeben sich beispielweise dann, wenn die Sorgeberechtigten nicht erreichbar sind oder diese die Bedeutsamkeit der Suizidäußerungen als weniger dringend beurteilen. Dennoch sind solche Vorkommnisse sehr selten, sodass Unterbringungen zum Schutz des Kindes gegen den elterlichen Willen kaum auftreten. In den meisten Fällen können Eltern und die sozialen Bezugssysteme für die Not sensibilisiert und zu einer aktiven Mitarbeit und Unterstützung gewonnen werden.

Multiprofessioneller Umgang mit suizidgefährdeten jungen Menschen

Die oben angesprochenen Punkte erfordern ein besonderes Vorgehen im Umgang mit Suizidalität im Kindes- und Jugendalter. Die Anforderungen werden auf verschiedenste Weise, durch die methodische Vielfalt der Mitarbeitenden, die flexible Gestaltung der Arbeitsweisen und durch die Niedrigschwelligkeit des Angebotes von der Beratungsstelle abgedeckt. Das multiprofessionelle Team der Beratungsstelle, welches sich aktuell aus zwei Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, zwei Psychologinnen sowie vier Sozialarbeiter*innen zusammensetzt, die auf verschiedene Weiterbildungen und berufliche Vorkenntnisse zurückgreifen können, kann auf die Bedürfnisse der Klient*innen personen- und situationsabhängig reagieren. Darüber hinaus sorgen zwei Teamassistentinnen in der Anmeldung für einen wertschätzenden und empathischen telefonischen

Erstkontakt, wenn sich neue Klient*innen melden. Kinder und Jugendliche sind in ihre Familien, Freundeskreise, Schulklassen oder andere Peergruppen eingebettet, erleben Konflikte und Freundschaften, be- und entlasten einander und wirken vielfältig aufeinander ein. Diesem Umstand muss, wie bereits oben erwähnt, in der Klärung und Beratung suizidaler Krisen Rechnung getragen werden. Dabei erleben wir häufig, dass die Beschäftigung mit Suizidideen nicht durch ein einzelnes Ereignis initiiert wird, sondern auf Grundlage mehrerer belastender Faktoren in verschiedenen Lebensbereichen entsteht. Der Zusammenarbeit mit den sozialen Systemen kommt daher eine besondere Bedeutung zu und macht einen Unterschied zur Suizidalität im Erwachsenenalter deutlich, da das Einbeziehen von Erziehungsberechtigten unabdingbar ist.

Häufig liegen in den Familien Ressourcen und Fähigkeiten, die im Gespräch aufgedeckt und zur Entlastung nutzbar gemacht werden können. Eltern können dadurch wertvolle Möglichkeiten entdecken, ihren Kindern Hilfe und Stabilität zu bieten. Darüber hinaus dienen die Gespräche auch der Befähigung und Entlastung der Eltern, die den schleichenden Verlauf ihrer Kinder in die Depressivität und Suizidalität bemerkt haben, ohne sich wirksam und hilfreich erleben zu können.

Zur weiteren Entlastung der Kinder und Jugendlichen und deren Eltern werden meist Folgetermine vereinbart. Das Augenmerk liegt darauf, situationsangemessen Angebote zu unterbreiten, um für weitere Stabilisierung zu sorgen. Dies können beispielweise überbrückende Termine bis zum Beginn einer ambulanten Psychotherapie oder einer geplanten Aufnahme in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie sein.

Auswirkungen der Pandemie

Die letzten Jahre standen unter dem Zeichen der Covid19-Pandemie, die einschneidende Veränderungen für die gesamte Bevölkerung mit sich brachte. Kinder und Jugendliche waren hiervon in besonderem Maße betroffen. Die Organisation des Schulunterrichts und die Lockdown-Maßnahmen erschwerten es jungen Menschen, Freundschaften oder Kontakte zu halten. Dadurch bedingt waren entwicklungspsychologische Aufgaben der Adoleszenz, wie die Abgrenzung gegenüber den Eltern und Zuwendung zu einer Peergruppe,

Belastungen in der Schule und Familie oder der fehlende Anschluss an Freundschaften, gelegentlich auch eine berichtete Hoffnungs- und Orientierungslosigkeit gegenüber einer unsicher empfundenen Zukunft, sind oft ursächlich für die Zunahme an suizidalen Krisen in der aktuellen Zeit.

erschwert, wodurch weitere Belastungen entstanden. Auch Eltern waren angesichts der dynamischen Entwicklung des Pandemiegeschehens zum Teil sehr belastet, so dass die pädagogische und psychosoziale Begleitung ihrer Kinder zu einer besonderen Herausforderung und teilweise Überforderung führte.

Während es Studien zufolge innerhalb des Verlaufs der Corona-Pandemie in Deutschland zwar zu keiner Häufung von Suiziden kam, wurde während des zweiten Lockdowns jedoch ein Anstieg der Suizidversuche unter den 12- bis 17-jährigen festgestellt (², ³). Auch in unserer Beratungsstelle bemerkten wir eine Zunahme von Neuanmeldungen junger Klient*innen, die mit Suizidalität in allen Ausprägungen zu tun hatten. Ursächlich waren hierbei häufig Belastungen in der Schule und Familie oder der fehlende Anschluss an Freundschaften, gelegentlich auch eine berichtete Hoffnungs- und Orientierungslosigkeit gegenüber einer unsicher empfundenen Zukunft. Dies verschärft sich momentan weiter durch den seit Beginn 2022 herrschenden Krieg zwischen Russland und der Ukraine. Als Auswirkungen kann daher eine vermehrte Beschäftigung mit dem Thema Suizidalität im Beratungskontext und somit ebenso in der Lebenswelt junger Menschen festgestellt werden.

Zusammenfassend stellt das Thema suizidale Krisen von Kindern und Jugendlichen eine Herausforderung an die Gesellschaft und jeden Einzelnen dar. Die Zahlen des Bundesamtes für Statistik machen deutlich, dass Suizid im Jugendalter kein seltenes Ereignis ist, son-

dern zur zweithäufigsten Todesursache von Jugendlichen zählt. Überdies gibt es wohl kaum Symptome, die in Familien so viel Verunsicherung auslösen wie die Suizidalität eines Kindes oder Jugendlichen.

Durch seine Professionalität und aufgrund der flexiblen, niederschweligen Arbeitsweise stellt der Sozialpsychiatrische Dienst für Kinder, Jugendliche und deren Familien daher, sowohl in akuten Krisensituation als auch in der Präventionsarbeit, eine herausragende Stellung im psychiatrischen Versorgungssystem dar.

Die Arbeitsgemeinschaft Suizidprävention für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Hannover

von Melanie Kieback (Sprecherin der AG Suizidprävention für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Hannover)

Suizid ist eine der häufigsten Todesursachen bei jungen Menschen

Die Arbeitsgemeinschaft Suizidprävention gründete sich 1984 aufgrund sehr hoher Suizidzahlen in Deutschland. Knapp 2000 junge Menschen im Alter bis 25 Jahre nahmen sich zu dieser Zeit das Leben. Im Jahr 2020 endete das Leben von 508 jungen Menschen zwischen 10 und 25 Jahren durch einen Suizid (9206 Menschen aus allen Altersgruppen). Davon waren 380 männlich und 128 weiblich. Nimmt man die Altersgruppe von 25 bis 30 Jahren noch hinzu, ergibt sich eine Suizidrate von 874. Davon waren 672 männlich und 202 weiblich. Die Zahlen sind gesunken, aber die Not ist unseres Erachtens dennoch groß. Nach wie vor ist der Suizid die zweithäufigste Todesursache bei jungen Menschen. Nicht eingerechnet sind dabei Todesfälle durch Drogen und Verkehrsunfälle, von denen ein unbekannter Teil ein Suizid gewesen sein könnte. Während die Zahl der vollendeten Suizide bei Jungen/jungen Männern höher ist, so ist bei Mädchen/jungen Frauen eine größere Anzahl an Suizidversuchen zu verzeichnen.

Literatur

2 GmbH, D. R. Ä. D. Ä. (2022b, Mai 5). Keine Zunahme der Suizidhäufigkeit im Verlauf der Coronapandemie.

Deutsches Ärzteblatt, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/133973/Keine-Zunahme-der-Suizidhaeufigkeit-im-Verlauf-der-Coronapandemie>

3 GmbH, D. R. Ä. D. Ä. (2022b, März 31). Zweiter COVID-19-Lockdown: Zahl der Suizidversuche bei Jugendlichen in Deutschland ...

Deutsches Ärzteblatt. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/132970/Zweiter-COVID-19-Lockdown-Zahl-der-Suizidversuche-bei-Jugendlichen-in-Deutschland-nahm-zu>

In der Zeit der Jugend und Adoleszenz werden die meisten Suizidversuche unternommen. Daher sind junge Menschen als besonders gefährdet einzuschätzen. Zudem ist in den letzten Jahren insbesondere durch die Pandemie ein starker Anstieg an depressiven Phasen, Ängsten/Zukunftsängsten und sozialem Rückzug zu verzeichnen.

In der Zeit der Jugend und Adoleszenz werden die meisten Suizidversuche unternommen. Daher sind junge Menschen als besonders gefährdet einzuschätzen.

Ein Suizid betrifft immer auch das Umfeld – und ist trotzdem ein Tabuthema

Nach Studien der Weltgesundheitsorganisation WHO löst der Suizid eines Menschen bei mindestens 6 Menschen aus seiner direkten Umgebung seelisches und körperliches Leid aus. Dies geht nicht selten mit Suizidalität einher.

Nach wie vor ist Suizidalität ein Tabuthema. Es verunsichert, löst Angst, Ohnmacht und manchmal auch Wut im Freundeskreis, bei Eltern, aber auch bei Fachkräften aus dem schulischen und psychosozialen Kontext aus.

Aus diesem Grund ist die „Arbeitsgemeinschaft Suizidprävention für Kinder Jugendliche und junge Erwachsene“ seit 1984 aktiv.

Derzeit setzt sich die AG Suizidprävention aus 7 Einrichtungen zusammen:

- Schulpsychologie-Regionales Landesamt für Schule und Bildung
- Sozialpsychiatrischer Dienst für Kinder, Jugendliche und deren Familien der Region Hannover
- Jugend-, Familien- und Erziehungs-Beratungsstelle der Stadt Hannover
- Ev. Beratungszentrum Oskar-Winter-Straße des Diakonischen Werkes Hannover Beratungsstelle Osterstrasse
- Winnicott-Institut
- Drobs Hannover – STEP gGmbH

Es finden jährlich 6 – 8 Treffen zur Planung von Präventionsveranstaltungen, zur Intervention und zum fachlichen Austausch statt.

Die einzelnen Institutionen bieten in unterschiedlicher Gewichtung Krisenintervention, Einzel- und Familienberatung, Begleitung von Angehörigen und Freunden nach einem Suizid sowie Gespräche für Menschen, die Fragen zu Suizidalität haben oder sich konkret um jemanden Sorgen machen, an.

Alle gemeinsam haben wir im Bereich Suizidprävention die Fort- und Weiterbildung, Supervision, Planung von Fachtagen, Öffentlichkeitsarbeit und die Zusammenarbeit mit Schulen im Blick.

„Zwischen Höhenflug und Absturz“ – Suizidprävention mit Schulklassen

Jedes Jahr werden, im Rahmen der Veranstaltungsreihe des Bündnisses gegen Depression, Schulklassen ab dem 9. Jahrgang, an 2 Tagen in das Winnicott-Institut zu der Veranstaltung „Zwischen Höhenflug und Absturz“ eingeladen. Zudem findet die Veranstaltung an einigen Schulen vor Ort für den gesamten Jahrgang statt. Seit mehreren Jahren arbeiten wir für diese Aktion mit dem Improvisationstheater Improkokken zusammen.

Die Theatergruppe Improkokken führt mittels szenischer Darstellung lebendig, berührend, nachdenklich und positiv motivierend an das Thema heran. Dabei steht das Lebensgefühl Jugendlicher mit seinen Höhen und Tiefen, seinen krisenauslösenden Konflikten und Identitätsbemühungen im Mittelpunkt und es werden zudem Impulse für die Krisenbewältigung gegeben. Sie spielen drei Szenen ein, in denen es um jugendgerechte Probleme, wie Ausgrenzung/Homosexualität, Liebeskummer, psychische Erkrankung eines Elternteils, Leistungsdruck oder Streit und Unverständnis in der Familie/Freundeskreis geht. Im Verlauf spitzt sich die Situation immer mehr zu und es wird deutlich, dass sich suizidale Absichten entwickeln. Die Szene wird unterbrochen und es beginnt ein Gespräch mit den Jugendlichen – „Was habt ihr gesehen/wahrgenommen? Was hat die dramatische Entwicklung begünstigt und was hätte anders laufen müssen, damit es sich für die Hauptperson nicht so ausweglos anfühlt?“ An dieser Stelle haben die Jugendlichen dann aktiv die Möglichkeit mitzuwirken, indem sie den Verlauf der Szene verändern. Diese „neue“ Szene wird dann nochmal gespielt, häufig durch die Jugendlichen selbst. D.h. sie erleben direkt, was in einer Krise hilfreich und entlastend sein kann.

Im Anschluss wird in Workshops besprochen, was die Jugendlichen zu dem Thema Suizidalität und den dargestellten Problematiken noch beschäftigt.

Es ist sehr unterschiedlich intensiv und auch unterschiedlich, ob persönliche Erfahrungen geteilt werden. Immer geht es jedoch um Fragen: "Was kann ich tun, wenn mir jemand von Suizidgedanken erzählt? Darf ich ein Geheimnis behalten? Was ist hilfreich, was nicht? Welche Kraftquellen und Ressourcen habe ich, um Krisen zu meistern? Welche Hilfsmöglichkeiten bietet das psychosoziale Netzwerk?" Sie lernen die Beratungsstellen/ Institutionen kennen, was die Hemmschwelle senken kann, sich professionelle Hilfe zu holen.

Botschaft des Workshops: Jeder Mensch erlebt Krisen. Daran können wir nichts ändern. Aber wir können lernen, mit ihnen umzugehen, indem wir entdecken, was uns stärkt, schützt und motiviert

Am Ende des Workshops ist uns diese Botschaft wichtig: Es gibt einen anderen Weg als den Suizid. Jeder Mensch erlebt Krisen in seinem Leben. Daran können wir nichts ändern. Aber wir können lernen, mit ihnen umzugehen, in dem wir entdecken, was uns stärkt, schützt und motiviert, wer für uns da ist und wo wir professionelle Hilfe finden können.

Suizidprävention mit Lehrkräften und Schulsozialarbeiter*innen

Die Veranstaltung beinhaltet auch einen Workshop für die Lehrkräfte und Schulsozialarbeiter*innen. Das Erkennen von Signalen, das Verstehen von Auslösern und Motiven, die Vermittlung von hilfreichem Begegnen/ Handeln im Kontakt mit jungen Menschen in Krisen/ suizidalen Krisen und das Entwickeln eines Hilfenetzes, „Nie im Alleingang“, sind dabei die Inhalte.

Nur durch Aufklärung, Auseinandersetzung und Gespräche über suizidale Gefährdung können Vorurteile, Ängste und Hilflosigkeit, die das Thema mit sich bringen, abgebaut werden und Sicherheiten im Umgang mit Menschen in suizidalen Krisen gewonnen werden. Das ist das Ziel unserer Präventionsarbeit!

Behandlung suizidaler Krisen bei Kindern und Jugendlichen im stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Setting

von Tobias Hartwich (Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des KRH Psychiatrie Wunstorf)

Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen stellt kein seltenes, sondern eher ein selten erkanntes Problem dar. In Schultichproben wurden von 36,6 – 39,4 % der befragten Schüler*innen von Suizidgedanken und von 6,5 – 9 % von Suizidversuchen berichtet⁴. Daten des statistischen Bundesamtes zur Folge waren 2020 in Deutschland vollendete Suizide bei 15 Jungen und 10 Mädchen im Alter von 10 bis 15 Jahren und von 105 Jungen und 50 Mädchen im Alter von 15 bis 20 Jahren zu verzeichnen⁴. Verlässliche Daten zu der Anzahl von nicht vollendeten Suiziden sind leider statistisch aufbereitet nicht zu eruieren. Die Mehrzahl der Suizide bzw. Suizidversuche im Kinder- und Jugendalter erfolgen durch Missbrauch von Medikamenten, wobei analog zu Erwachsenen harte Suizidmethoden eher von männlichen Jugendlichen gewählt werden. Aus der subjektiven Betrachtung eines Klinikarztes ist es in den letzten Jahren zu einer zunehmenden Fallzahl an notfallmäßigen Vorstellungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gekommen, bei denen es galt, die Suizidalität abzuklären. Anfragen dieser Art machen einen Großteil der Notfallkontakte aus. Ob diese Entwicklung jedoch auf einen sensibleren Umgang mit Suizidalität oder eine zunehmende Belastung der Altersgruppe zurückzuführen ist, ist nicht valide zu eruieren.

Herausforderung für die klinische Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Behandlung von Kindern bzw. Jugendlichen mit suizidalen Krisen stellt eine besondere Herausforderung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie dar. Die Zugangswege zur Behandlung erfolgt selten aus einer bestehenden kinder- und jugendpsychiatrischen oder -therapeutischen Behandlung, sondern oft aufgrund aktueller Offenbarung der Suizidalität in therapeutischen Erstkontakten oder im familiären Haushalt, zunehmend auch aus Schulen und aus somatischen Intensivstationen nach Überwachung und Behand-

lung bei Medikamenten-Intoxikationen. Das hat zur Folge, dass die Vorstellung der betroffenen Jugendlichen aus einer akuten Notlage heraus erfolgt und weder die Jugendlichen noch das Familiensystem sich mit einer Behandlung auseinandergesetzt haben. Häufig befinden sich die Betroffenen und deren Sorgeberechtigten zudem durch die Entdeckung oder Offenlegung der Suizidalität in einer emotionalen Belastungssituation und Verunsicherung, die im Klärungsprozess berücksichtigt werden muss.

Kontakt, Vertrauen und Beziehung – Grundpfeiler der Behandlung

Im Folgenden wird der Ablauf einer kriseninterventivischen Behandlung beschrieben, wie sie in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des KRH Psychiatrie Wunstorf erfolgt. Zu anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken wird es dabei im Detail aufgrund der Räumlichkeiten und therapeutischen Ausrichtungen etwas abweichende Abläufe geben, was jedoch nicht die grundlegende Art der Behandlung betrifft.

Nach Verbringung in die Klinik zur Abklärung der Suizidalität durch den Rettungsdienst oder Sorgeberechtigte erfolgt ein diagnostisches Gespräch in der Institutsambulanz oder direkt auf der Krisenstation. Bei dem Gespräch muss zunächst eine vertrauensvolle Atmosphäre geschaffen werden, damit eine Beziehung zu der/dem Jugendlichen aufgebaut werden kann. In dem Gespräch gilt es, Informationen zu sammeln und einen Eindruck zu gewinnen, um die Suizidalität und das damit verbundene aktuelle Umsetzungsrisiko einschätzen zu können. In der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik wird dazu neben dem explorativen Gespräch mit der/dem Betroffenen und den Bezugspersonen auch eine standardisierte Einschätzung der Basissuizidalität nach den NGASR-Kriterien⁴ zur Hilfe genommen und eine Einschätzung der Suizidalität nach der Skala der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention⁴ (DGS) getroffen, anhand derer die weitere Behandlung geplant und vorbereitet wird. Die DGS-Skala differenziert in 6 Stufen von keinen Suizidgedanken (Stufe 0) bis zu Umsetzungsversuchen suizidaler Handlungen (Stufe 5) und ermöglicht damit eine gestaffelte Abstufung der bestehenden Gefähr-

dungslage. In der Klinik wird durch die Kinder bzw. Jugendlichen eine Selbsteinschätzung anhand einer Schulnoten-orientierten Skala von 1 – 6 mit jugendsprachlich angepassten Kategorisierungen getroffen.

Da ein breites Spektrum von Jugendlichen mit Suizidalität vorgestellt werden, erfolgt anhand der festgestellten Gefährdungslage ein ebenso breites Spektrum von therapeutischen Maßnahmen bzw. Empfehlungen. Bei Fällen mit leicht ausgeprägter Symptomatik, bei der anhand der anamnestischen Angaben keine schwere psychische Erkrankung oder Risikofaktoren und auch keine Umsetzungsideen suizidaler Gedanken vorliegen, wird eine umgehende stationäre Behandlung meist nicht erforderlich und eher eine weitere ambulante Behandlung vertretbar und zielführend.

In anderen schwer gelagerten Fällen mit z.B. Suizidankündigung oder deutlichen Hinweisen auf eine Suizidplanung, ist meist eine stationäre Unterbringung zur Sicherung des Überlebens, unter Umständen auch gegen den Willen der/des Betroffenen im Rahmen einer Unterbringung gemäß §1631 b BGB, erforderlich.

Wenn eine stationäre Behandlung erforderlich ist, sind in dem Behandlungsrahmen mehrere Hürden zu nehmen:

Die/der Jugendliche ist in einer emotionalen Not-situation mit einem in der Regel vollkommen unbekanntem Umfeld konfrontiert und steht vor der Herausforderung, dass ihr/ihm unbekannte Personen sich für ihr seelisches Befinden interessieren, was erst einmal fremd ist. Auch der Umstand, dass Übernachten außerhalb der Familie bzw. gewohnten Umgebung meist nur aus Klassenfahrten oder Ferienfreizeiten vertraut ist, wo vertraute Freund*innen mit dabei sind, sollte dem Behandlungsteam immer vor Augen sein. Diese Hürden müssen von der/dem Jugendliche*n und dem Behandlungsteam genommen werden, um in eine tragfähige Beziehung miteinander zu gelangen. Die Kontaktgestaltung ist vielschichtig und abhängig von der wahrgenommenen Gefährdungslage der/des Jugendlichen.

Sollte eine Gefährdungslage anzunehmen sein, bei der mit suizidalen Handlungen auch im Rahmen der Station zu rechnen ist und kein tragfähiges Bündnis

mit der/dem Jugendlichen getroffen werden kann, dann bleibt zunächst nur eine engmaschige Begleitung im ständigen Sichtkontakt und Unterbringung in einem Überwachungszimmer. Unter einem Überwachungszimmer ist ein Raum zu verstehen, der durch ein Sichtfenster mit einem Dienstzimmer verbunden ist, durch das die/der Jugendliche durch einen Mitarbeiter im ständigen Sichtkontakt gehalten wird. In seltenen Fällen ist der Selbsttötungsdrang auch soweit ausgeprägt, dass eine direkte 1:1-Betreuung erforderlich ist, bei der die betroffenen Jugendlichen im direkten Kontakt betreut werden. Dies dient dazu, suizidale Handlungen wie z.B. Strangulationsversuche mit Kleidungsstücken zu verhindern, was meist allein durch die Präsenz einer/eines Mitarbeiter*in erreicht werden kann. In einzelnen Fällen reicht dieser Schutz leider nicht aus, so dass auch vorübergehende Fixierungen erforderlich werden können.

Intensive Überwachungsmodalitäten können und sollten kein dauerhafter Zustand sein, da damit eine deutliche Einschränkung der persönlichen Freiheit und Intimsphäre verbunden ist.

Intensive Überwachungen werden jedoch auch von einem Teil der Jugendlichen als entlastend erlebt, da durch die damit verbundene relative Unmöglichkeit der Umsetzung von Suizidhandlungen eine gedankliche Entlastung wahrgenommen wird. Durch den intensiven Betreuungsrahmen ist auch ein intensiverer Austausch mit den Mitarbeiter*innen des Pflege- und Erziehungsdienstes verbunden, womit der Aufbau einer Beziehung, sowie der Abbau von Unsicherheiten und Ängsten gefördert wird. Die Notwendigkeit der intensiven Maßnahmen wird täglich ärztlich/therapeutisch überprüft und zusammen mit den Mitarbeiter*innen des Pflege- und Erziehungsdienstes und mit den Jugendlichen besprochen. Hierbei wird die Gefährdungslage überprüft, die Bündnisfähigkeit eingeschätzt und eine individuelle Absprache mit den Jugendlichen getroffen. Diese orientieren sich insbesondere in der Anfangsphase an der Qualität der Beziehung und der Tragfähigkeit des Lebens-Bündnisses. Ziel der Abspra-

chen ist es, einen Betreuungsrahmen zu generieren, in dem die betroffenen Jugendlichen sich geschützt und wahrgenommen fühlen und ein Suizidversuch nicht zu erwarten ist. Dies klingt erstmal etwas vage, insbesondere in Hinsicht des Schutzes der Jugendlichen. Man muss sich jedoch stets vor Augen führen, dass auch unter hochstrukturierten Bedingungen eine suizidale Handlung nie auszuschließen ist. Eine 100-prozentige Sicherung ist nicht herstellbar und überzogene Sicherungsmaßnahmen machen letztlich den Beziehungsaufbau schwer bis unmöglich. Insbesondere der Beziehungsaufbau und das Erreichen eines Behandlungsbündnisses stellen aber den präventivsten Anteil der zur Verfügung stehenden Maßnahmen dar. Um dieses Ziel erreichen zu können, muss eine vertrauensvolle Ebene geschaffen werden, in dem man

den Jugendlichen eben dieses Vertrauen schenkt. In der Praxis wird dieses mit einer individuell abgestuften Übertragung der Selbstverantwortung aus dem Modus der Überwachung umgesetzt. Zum

Beispiel erfolgt ein Wechsel aus der Überwachung mit einem sogenannten An- und Abmeldestatus. Hierbei wird mit den Jugendlichen besprochen, dass sie/er sich bei jedem Wechsel des Aufenthaltsortes auf der Station bei einem Mitglied des Behandlungsteams melden muss. Damit ist sichergestellt, dass es zu mehreren Kontakten am Tag kommt, in denen die/der Jugendliche üben kann, mit Mitarbeiter*innen Kontakt aufzunehmen und die Mitarbeiter*innen wiederum einen Eindruck gewinnen können, wie es der/dem Jugendlichen geht. Hierbei darf man nicht vergessen, dass viele betroffene Jugendliche einen sozialen Rückzug im Vorfeld hatten und soziale Kontakte auch erstmal wieder geübt werden müssen. Da die Jugendlichen ihr emotionales Erleben auch oft mit sich ausgemacht und sich nicht mehr mitgeteilt haben, fehlen dann auch die Routine und sprichwörtlich die Worte, um ihr emotionales Erleben überhaupt auszudrücken. Um dies zu unterstützen, wird mit den Jugendlichen ebenso individuell vereinbart, dass sie mehrfach am Tag einen kurzen Gesprächskontakt zu den Mitarbeiter*innen suchen sollen. Da einigen das Verbalisieren ihrer Stimmung schwerfällt, wird ihnen

Der Beziehungsaufbau und das Erreichen eines Behandlungsbedürfnisses stellen den präventivsten Anteil der zur Verfügung stehenden Maßnahmen dar.

als unterstützendes Hilfsmittel ein Stimmungsprotokoll zur Verfügung gestellt. Hierbei tragen sie etwa stündlich ihre Stimmung auf einer Stimmungsskala ein und machen dazu Notizen. Diese Notizen können dann als Hilfe in den reflektierenden Gesprächen dienen oder wenn die Scheu vor der direkten Kommunikation noch groß ist, auch anfangs noch zur nonverbalen Kommunikation dienen.

Diese intensiven Maßnahmen sind in der Regel nur für wenige Tage erforderlich, da sich meist eine belastbare Beziehung und ein tragfähiges Behandlungsbündnis aufbaut und die Jugendlichen in das reguläre Stationssetting der Krisenstation integriert werden können.

In dem Stationssetting erhalten die Jugendlichen gruppentherapeutische Angebote mit Gesprächsgruppen, psychoedukativen Angeboten, Bewegungs- und Ergotherapie.

Auch die Eltern oder Haupt Bezugspersonen werden zeitnah, meist nach etwa 3 Tagen, im Rahmen eines runden Tisches mit in die Behandlung einbezogen, um eine Perspektive zu entwickeln, über das Symptombild aufzuklären und offene Fragen zu klären. Bei Bedarf von Unterstützungsangeboten oder schulischen Klärungen wird in die Behandlung auch der Sozialdienst zur Beratung und Unterstützung mit einbezogen.



Die Einbeziehung der Sorgeberechtigten ist ebenso wichtig, um auch deren Sorgen und Ängste in dem Kontext zu besprechen und eine Gesamtperspektive zu finden.

Durch das Behandlungssetting gelingt es oft, eine stationäre Krisenintervention auf wenige Tage bis wenige Wochen zu begrenzen, bis die/der betroffene Jugendliche hinreichend stabilisiert ist und wieder in eine ambulante Betreuung überführt werden kann. Medikamentöse Einstellungen auf ein Antidepressivum sind in den meisten Fällen im Rahmen der Kri-

senintervention nicht erforderlich. Je nach Symptomatik wird den Jugendlichen jedoch im Einvernehmen mit den Sorgeberechtigten eine Bedarfsmedikation angeboten. Wenn sich in der Stabilisierungsphase abbildet, dass eine längerfristige stationäre oder teilstationäre Behandlung indiziert erscheint, wird diese vorbereitet und nach Indikation direkt in diese übergeleitet oder elektiv geplant.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es im stationären Rahmen zu vielen krisenintervenitorischen Behandlungen von Jugendlichen mit suizidalen Krisen kommt. Dabei stellt der Beziehungsaufbau und die Möglichkeit, bislang unbesprechbaren emotionalen Krisen besprechbar zu machen, den Kern der Behandlung dar, um Lösungsansätze für die zur Krise führende Belastung zu finden. Die Einbeziehung der Sorgeberechtigten ist ebenso wichtig, um auch deren Sorgen und Ängste in dem Kontext zu besprechen und eine Gesamtperspektive zu finden. In den meisten Fällen können stationäre Kriseninterventionen zeitlich kurz gehalten werden, so dass eine zeitnahe Reintegration der Jugendlichen in den Alltag möglich wird.⁴

Ambulante Versorgung

Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover
 von Nina Minnich (Region Hannover – 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 als solche zuständig für die Beratung des Personenkreises sowie für Kriseninter-

⁴ Quellenangaben

Becker M., Correll CU.: Suicidality in childhood and adolescence. Dtsch Arztebl. Int 2020; 117: 261-7, DOI 10.3238/arztebl.2020.0261
 Statistisches Bundesamt, Online-Recherche

Kozel B, Grieser M, Rieder P, Seifritz E, Abderhalden Ch: Nurses' Global Assessment of Suicide Risk – Skala (NGASR): Die Interrater-Reliabilität eines Instrumentes zur systematisierten pflegerischen Einschätzung der Suizidalität. Zeitschrift für Pflegewissenschaft und psychische Gesundheit, 2007, 1(1):17-26 ISSN 1662-503X

Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention, www.suizidprophylaxe.de

ventionen. Die Beratungsstelle ist für die gesamte Region Hannover tätig.

Personelle Situation

Trotz des sich abzeichnenden Fachkräftemangels ist es gelungen, die offene Psycholog*innenstelle in der Beratungsstelle zeitnah zu besetzen, ebenso wurde die Anleitung für die Sozialarbeitenden im Anerkennungsjahr wieder aufgenommen. Es ist im weiteren Verlauf des Jahres gelungen, die 0,5 Arztstelle durch eine Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie nach kurzer Vakanz nachzubesetzen.

Fallzahlen und aktuelle Problemlagen

Die Anzahl der zu beratenden Jugendlichen in der Beratungsstelle ist von 2020 auf 2021 um 72% und somit deutlich gestiegen. Die Zahlen aus 2022 lagen bei Berichterstellung noch nicht vor. Bezogen auf das Geschlechterverhältnis hat sich insgesamt ein Wandel vollzogen. Inzwischen nehmen mehr weibliche Jugendliche den Kontakt zur Beratungsstelle auf als männliche.

Es sind weiterhin eher Jugendliche aus schwerbelasteten Multiproblemfamilien, die den Kontakt zur Beratungsstelle suchen. Durch die enge Zusammenarbeit mit den Netzwerkpartner*innen vor Ort gelingt

es, die Kontaktaufnahme zur Beratungsstelle niederschwellig zu gestalten und möglichst zeitnah einen Termin anzubieten.

In den Beratungsgesprächen wird zunehmend der Druck deutlich, unter dem die Jugendlichen leiden. Ob sich dieses ausschließlich mit den Folgen der Covid 19 Pandemie in Verbindung bringen lässt, ist zwar unklar, deutlich ist jedoch zu erkennen, dass Jugendliche durch die erlebten Einschränkungen einen Teil ihrer Selbstwirksamkeit verloren haben. Kontakteinschränkungen, fehlender Schulbesuch und Freizeitaktivitäten, Alleinsein, etc. haben Jugendlichen in einer der wichtigsten Entwicklungsphasen die Möglichkeit des Austausches mit Gleichaltrigen verwehrt. Dazu gehört auch das Erlernen von Konfliktbewältigung. Sie erleben sich zunehmend hilflos gegenüber den alltäglichen Anforderungen. Die daraus resultierenden Störungsbilder wie depressive Episoden, Zwangssymptome, soziale Phobien und Ängste, sowie Suizidalität haben zugenommen.

Aktuelle Versorgungslage und ihre Auswirkungen auf die Beratungsstellentätigkeit

Im Hinblick auf die aktuelle Versorgungslage wird die besondere Stellung der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle nochmals deutlich. In einer Zeit, in der

| | Jahr | Anzahl Personen | Anzahl Vorgänge |
|-----------|------|-----------------|-----------------|
| Gesamt | 2020 | 292 | 1822 |
| männlich | 2020 | 109 | 615 |
| weiblich | 2020 | 182 | 1205 |
| unbekannt | 2020 | 1 | 2 |

| | | | |
|-----------|------|-----|------|
| Gesamt | 2021 | 505 | 3060 |
| männlich | 2021 | 189 | 863 |
| weiblich | 2021 | 315 | 2181 |
| divers | 2021 | 0 | 0 |
| unbekannt | 2021 | 1 | 16 |

Familien vermehrt eine unzureichende telefonische Erreichbarkeit von psychotherapeutischen und psychiatrischen Praxen berichten, in der sich Warteplätze auf Erstgespräche bei niedergelassenen Psychotherapeuten verdoppeln⁵ und gleichzeitig psychische Belastungen bei Kindern und Jugendlichen, auch bedingt durch die Covid 19-Pandemie und damit verhängte Maßnahmen, wachsen⁶, ist es umso wichtiger, die hilfeschuchenden Kinder und Jugendlichen überbrückend zu betreuen.

Die Wartezeiten der Kinder- und Jugendpsychiatrien sind immens, das System akut überlastet. Die daraus resultierenden Folgen für die Jugendlichen und ihre Familien sind verheerend.

Die Aufgabe der Beratungsstelle ist es zunehmend geworden, die Zeiten vor und nach einer stationären Behandlung und bis zum Beginn einer weiterführenden therapeutischen Maßnahme zu überbrücken. Hier kommen die oben angesprochenen Probleme der langen Wartezeiten für ambulante Psychotherapien, erneut zum Tragen. Würde diese Überbrückungsarbeit nicht bestehen, würden sicherlich in einigen Fällen durch Klinikaufenthalte erfolgte Stabilisierungen oder Behandlungserfolge gefährdet sein.

Die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien stellt daher weiterhin eine wichtige Schnittstelle im Versorgungssystem von psychisch belasteten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien dar, die nicht nur die betroffenen Klient*innen stützt, sondern auch belasteten Angehörigen zur Seite steht.

Sozialpädiatrisches Zentrum Auf der Bult Hannover

von Nina König und Hendrik Langen (Sozialpädiatrisches Zentrum Auf der Bult Hannover)

Beschreibung der Versorgungssituation – Wartezeiten

Das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) ist nach § 119 SGB V eine institutionelle Sonderform interdisziplinärer ambulanter Krankenbehandlung unter ärztlicher Leitung. Es ist zuständig für die Untersuchung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Kontext mit dem sozialen Umfeld einschließlich der Beratung und Anleitung von Bezugspersonen. Zum Behandlungsspektrum gehören insbesondere chronische Krankheiten, Entwicklungsstörungen, drohende und manifestierte Behinderungen sowie Verhaltensstörungen und seelische Störungen.

Es besteht weiterhin eine sehr hohe Nachfrage bzgl. der Angebote des SPZ.

2021/2022 stand unverändert die große Herausforderung der Versorgung unserer Patientinnen und Patienten unter den besonderen Infektionsschutzmaßnahmen im Zuge der Corona-Pandemie im Vordergrund. Die dringend erforderlichen SPZ-spezifischen Interventionen konnten für das regionale und überregionale Einzugsgebiet aufrechterhalten werden. Auch spezielle Diagnostiken, wie z.B. Autismusdiagnostik, konnten kontinuierlich angeboten werden.

Trends bzw. Entwicklungen im Kinder- und Jugendbereich

Das SPZ Hannover ist beteiligt an zahlreichen innovativen Behandlungsmethoden, u.a. im Bereich seltener Erkrankungen, z.B. im Rahmen des TSC-Zentrums Hannover und des Neuromuskulären Zentrums Hannover (jeweils in Kooperation mit der MHH) sowie im Bereich der differenzierten Behandlung mit Botulinumtoxin und der intrathekalen Baclofentherapie. Auch die Kooperation mit der Neuropädiatrie und der

⁵ Plötner, M., Moldt, K., In-Albon, T. et al. Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapie* 67, 469–477 (2022).

⁶ Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M. et al. Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 31, 879–889 (2022).

Dermatologie unseres Kinderkrankenhauses Auf der Bult konnte weiter vertieft werden.

Die Sprechstunde für frühkindliche Regulationsstörungen ist mittlerweile fester Bestandteil der SPZ-Versorgung. Die Sprechstunde für Unterstützende Kommunikation (UK) hat sich wieder fest etabliert.

2021 wurde eine spendenfinanzierte psychologische Krisenintervention für Eltern schwer und akut erkrankter Kinder eingeführt, die von zwei SPZ-Psychologinnen ausgeführt und im Kinder- und Jugendkrankenhaus angeboten wird.

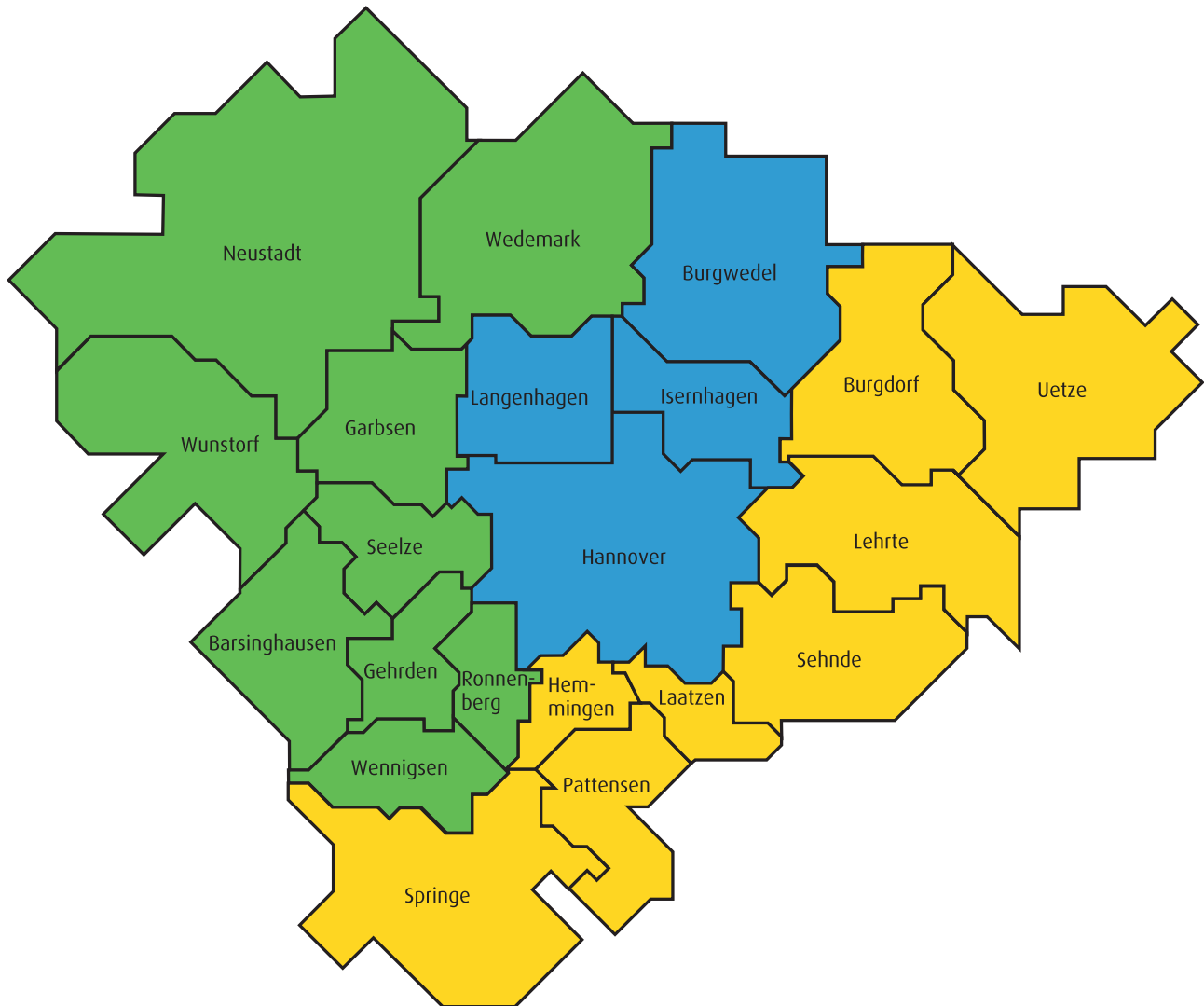
Perspektiven und Empfehlungen

Zu beobachten ist weiterhin eine stetige Zunahme an sehr komplexen Behandlungsfällen, sowohl in Bezug auf die medizinischen Fragestellungen (viele seltene und oft sehr schwere Erkrankungen) sowie in Bezug auf psychosoziale und interkulturelle Aspekte. Durch den Krieg in der Ukraine steigt die Anmeldezahl geflüchteter Kinder und Jugendlicher mit hohem Behandlungsbedarf.

Deutlich festzustellen ist eine zunehmende Systembelastung in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen, auch im Bereich der Leistungserbringer in der Eingliederungshilfe, so dass die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten zunehmend schwieriger und umfangreicher wird.

Stationäre Versorgung

Die regionale Zuständigkeit der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie für die Region Hannover.



KRH-Psychiatrie Wunstorf

Abteilung für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und
Psychotherapie

Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT Hannover

Abteilung für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, -psychotherapie
und -psychosomatik

AMEOS Klinikum Hildesheim

Niedersächsische Fachklinik
für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und
Psychotherapie

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Region Hannover, KRH Psychiatrie Wunstorf von Anette Redslob-Hein (Chefärztin)

Regionale Zuständigkeit

Die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikums Region Hannover Psychiatrie Wunstorf versorgt die Landkreise Nienburg und Schaumburg sowie die (nord-)westliche Region Hannover.

Die Klinik

Die Klinik kann bis zu 38 Patienten vollstationär versorgen. Im Februar 2019 wurden aufgrund des hohen Bedarfs zusätzliche 8 Betten für eine Akut- und Aufnahmestation zunächst in einem Ersatzbau in Betrieb genommen, da der geplante Neubau sich weiterhin verzögerte.

Auf vier Stationen, die am Alter orientiert und gemischtgeschlechtlich belegt werden, finden Kinder und Jugendliche zur Krisenintervention, Diagnostik und Therapie aus dem gesamten Spektrum kinder- und jugendpsychiatrischer Krankheitsbilder Aufnahme. Die Stationen werden offen geführt, die Akut- und Aufnahmestation kann als fakultativ zu schließende Station bei Bedarf auch vorübergehend einen sichernden Rahmen gewähren.

Zusätzlich gibt es eine Tagesklinik mit 18 Plätzen, aufgeteilt in jeweils eine Station mit 9 Plätzen für Kinder und eine Station mit 9 Plätzen für Jugendliche sowie eine große Institutsambulanz mit eigenem Personalstamm.

Die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikums Region Hannover Psychiatrie Wunstorf ist akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover und bildet Studierende der Medizin im Rahmen von Famulaturen und PJ aus. Zudem Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut*innen in Ausbildung im Rahmen der klinischen Tätigkeit, mit deren Ausbildungsinstituten Kooperationsverträge bestehen. Auch in den übrigen Berufsgruppen werden regelmäßig Praktika und Hospitationen ermöglicht. Durch die KRH-Akademie gibt es für alle Mitarbeiter*innen umfassende Fort- und Weiterbildungsangebote.

Zur Versorgungssituation und Veränderungen

Die Belegung im stationären Bereich war in der KJPP Wunstorf Ende 2020 und bis Mitte 2021 weiterhin sehr hoch, die Klinik sehr hoch ausgelastet. Ende Juni 2021 mussten dennoch für den Rest des Jahres 2021 elektive stationäre Betten aufgrund von Personalmangel im Pflege- und Erziehungsdienst vorübergehend außer Betrieb genommen werden. Daher mussten stationär vorrangig Notaufnahmen versorgt werden mit Intensivierung ambulater Nachsorge, ambulater Versorgung und Folge deutlich längerer Wartezeiten für elektive Aufnahmen.

Wie bereits im Vorjahr war weiterhin eine sinkende Anzahl von stationären Anfragen im Kinderbereich auffällig sowie zahlreiche Notaufnahmen schwer und komplex erkrankter Jugendlicher.

In 2021 hat die KJPP Wunstorf trotz vorübergehender Unterbringung der Station in einem Ersatzbau bis zur Realisierung des Neubaus, auf der fakultativ geschützten Akut- und Aufnahmestation das komplette Spektrum ggf. notwendiger deeskalativer Maßnahmen zur Abwendung erheblicher Eigen- und/oder Fremdgefährdung inklusive ggf. notwendiger Fixierungen übernommen, so dass Verlegungen unter 14-Jähriger in die KJPP Hildesheim und über 14-Jähriger in geschützte Bereiche der Erwachsenenpsychiatrie nicht mehr erfolgen mussten/müssen.

Die bereits für 2018 angestrebte Realisierung eines Neubaus mit 8 Betten für die geschützte Akut- und Aufnahmestation sowie eine weitere Therapiestation konnte Ende September 2021 mit dem Spatenstich beginnen. Eine Inbetriebnahme ist für Ende 2023/Anfang 2024 angestrebt.

Entwicklung / Trend / neue Projekte

Die Notwendigkeit der vorübergehenden Außerbetriebnahme stationärer Kapazitäten hat eine Anpassung des Belegungs- und Krisenmanagements erforderlich gemacht und Impulse für eine Intensivierung und Anpassung tagesklinischer Modelle gesetzt sowie zur Ambulantisierung.

Als problematisch gestaltete sich unter diesen Bedingungen verschärft, wie bereits im Vorjahr, auch weiterhin die Vermittlung von Kindern und Jugendlichen

mit schweren psychischen Störungen und Hilfebedarf nach § 35a KJHG sowie mit geistigen Beeinträchtigungen und expansiven Verhaltensstörungen in entsprechende Einrichtungen der Jugendhilfe oder Behindertenhilfe. Hier besteht ein erheblicher zusätzlicher Bedarf an geeigneten Plätzen

In der Psychiatrie Wunstorf konnte mittlerweile auf der Kinderstation das Safewards-Modell (komplexe Intervention zur Vermeidung von Konflikten, Gewalt und Zwangsmaßnahmen) mit bereits deutlich erkennbarem positiven Effekt etabliert werden. Weitere Stationen sollen folgen. Des Weiteren ist die KJPP regelmäßig an den Berufsgruppen- und abteilungsübergreifenden multiprofessionellen systemischen SYMPA-Inhouseschulungen beteiligt, um möglichst viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, vorrangig auch aus dem Pflege- und Erziehungsdienst, systemisch zu schulen.

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik am Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT Hannover

von Burkhard Neuhaus (Chefarzt)

Regionale Zuständigkeit

Die Abteilung am Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT Hannover stellt die Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung der Gemeinden Hannover, Langenhagen, Isernhagen und Burgwedel sicher. Darüber hinaus gibt es eine Inanspruchnahme der Behandlungsschwerpunkte auch über die Region Hannover hinaus.

Die Klinik

Wir unterhalten drei Jugendlichenstationen, eine Kinderstation, eine Tagesklinik in Hannover, eine Therapiestation für drogenabhängige Jugendliche, eine beschützende Station und eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanz. Das Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT liegt unmittelbar am Naherholungsgebiet „Alte Bult“. Alle Stationen verfügen über einen großzügigen Außenbereich, der altersgemäße Aktivitäten ermöglicht.

In Celle unterhält die Abteilung eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Tagesklinik und Ambulanz im Innenstadtbereich (Fritzenwiese 12).

Wir pflegen eine enge Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe, niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kinderärzten und vielen weiteren für die Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher wesentlichen Fachleuten.

Das Kinder- und Jugendkrankenhaus AUF DER BULT ist Akademisches Lehrkrankenhaus der MHH. Zudem bestehen intensive Kooperationen mit den Ausbildungsinstituten für Kinder- und Jugendpsychotherapie. Die Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und Psychosomatik engagiert sich erheblich und über den eigenen Bedarf hinaus bei der Ausbildung von Medizinstudenten und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Sozialarbeitern, Pflegekräften und Erziehern. Wir fördern hierdurch nachhaltig die Versorgung mit Fachkräften für die seelische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Niedersachsen.

Behandlungsangebot

Neben der Pflichtversorgung bestehen besondere Behandlungsschwerpunkte für Essstörungen, insbesondere Anorexia nervosa, Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen (Therapiestation „Teen Spirit Island“), Psychotraumathe- rapie und Schulvermeidung.

Eine besondere Versorgungsqualität wird bezüglich psychosomatischer Erkrankungen durch die intensive Zusammenarbeit mit der kinderheilkundlichen Abteilung im Hause sichergestellt. Bereits vor einigen Jahren hat die Therapiestation für drogen-konsumierende und abhängigkeitserkrankte Jugendliche „Teen Spirit Island“ ihr Behandlungsspektrum um Angebote für medienabhängige Jugendliche eröffnet, die gut in Anspruch genommen werden.

Die Spezialambulanz für drogenabhängige Jugendliche jeden Donnerstag in unserer Institutsambulanz in Hannover hat eine hohe Nachfrage.

Aktuell besondere Herausforderungen

Wir verzeichnen im zeitlichen Zusammenhang mit der Corona- Pandemie eine erhöhte durchschnittliche Erkrankungsschwere, die die stationäre und tagesklinische Therapie zusätzlich aufwändiger macht. Die Wartezeiten sind saisonal unterschiedlich, um die Sommerferien konnte auch 2022 zeitweilig zeitnah aufgenommen werden.

Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird, trotz der attraktiven Arbeitsbedingungen, die Gewinnung von Fachkräften zunehmend schwieriger. Dies führte 2022 zu Einschränkungen des Versorgungsangebotes.

Eine besondere Herausforderung stellt in zunehmendem Maß die poststationäre Versorgung von Patienten dar, die im Anschluss an die Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Unterbringung in der Jugendhilfe benötigen. Obwohl die Erforderlichkeit einer außerfamiliären Unterbringung meist länger mit den Jugendämtern kommuniziert ist, kommt es zu Situationen, in denen die Patienten in suboptimale oder provisorische Jugendhilfemaßnahmen entlassen werden müssen. Dies beeinträchtigt häufig den längerfristigen Behandlungserfolg. Seitens der Leitungen der Jugendämter ist das Problem erkannt. Grund ist ein Mangel an geeigneten Jugendhilfeanbietern, besonders für Jugendliche mit drohender seelischer Behinderung. Auch für abhängigkeitskranke und geistig behinderte Minderjährige besteht ein erheblicher zusätzlicher Bedarf an geeigneten Jugendhilfe- bzw. Rehabilitationsplätzen. Es besteht der Eindruck, dass auch in diesem Bereich in zeitlichem Zusammenhang mit der Covid19-Pandemie weitere Verschlechterungen eingetreten sind.

AMEOS Klinikum Hildesheim Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Hildesheim von Eva-Maria Franck (Chefärztin)

Regionale Zuständigkeit

Das AMEOS Klinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein Krankenhaus der psychiatrisch- psychotherapeutischen Vollversorgung für Kinder und Jugendliche

mit Aufnahmeverpflichtung für die Landkreise Hildesheim, Hameln/Pyrmont, Celle, Salzgitter, Goslar, Northeim sowie Teilen der Region Hannover. Neben dem Hauptstandort in Hildesheim, mit 84 stationären und 16 tagesklinischen Plätzen, werden in den Außenstellen Alfeld, Goslar und Hameln wohnortnah die Patienten ambulant und auf 38 teilstationären Behandlungsplätzen versorgt.

Die Hildesheimer Kinder- und Jugendpsychiatrie stellt mit einem komplexen und anspruchsvollen Angebot die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in einem der größten Sektoren Niedersachsens sicher. Und unserem eigenständigen klinischen Sozialdienst gelingt es sehr gut mit den Jugendämtern, kommunalen Sozialdiensten und Jugendhilfeträgern sowie Jugendhilfeeinrichtungen zusammenzuarbeiten und die Vernetzung unserer Patienten in deren Lebenswelt zu gewährleisten.

Behandlungskonzept und -angebot

Das Behandlungskonzept ist vorwiegend verhaltens- und familientherapeutisch sowie psychodynamisch und traumatherapeutisch ausgerichtet. Zudem wird ein umfangreiches Angebot von Spezialtherapien wie Ergotherapie, Logopädie, Kunst- und Musiktherapie sowie ein vielfältiges sport- und lerntherapeutisches Angebot, Psychomotorik und Heilpädagogik und auch tiergestützte Therapie angeboten. Das großzügige Außen- und Sportgelände mit einem Hallenbad wird rege genutzt und lädt zu altersentsprechenden Aktivitäten ein. Die Lage der Klinik direkt am Wald, einem der Naherholungsgebiete der Stadt, bietet einen guten Erholungsraum, der von besuchenden Familien gerne genutzt wird.

Wir pflegen eine regelmäßige Zusammenarbeit mit allen wesentlichen Fachleuten der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslandschaft, wie niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und Psychotherapeuten, Allgemein- und Kinderärzten sowie auch ambulant vor Ort mit Jugendhilfeeinrichtungen und Jugendhilfeträgern.

Studierenden der Medizin, Psychologie, Sozialpädagogik sowie Sozialarbeit bieten wir Hospitationen und berufsspezifische Praktika an. Weiterhin führen wir regelmäßig im Frühjahr ein KJP-Intensiv als spezi-

alisiertes Ausbildungsprogramm für interessierte Medizinstudierende durch.

Überregionale Behandlungsschwerpunkte bestehen für Jugendliche im Alter von 14-18 Jahren mit Emotionsregulationsstörungen, Impulsivität, Depressionen und Traumafolgestörungen auf der DBT-A Station LEUCHTURM und einer Station für SCHULVERMEIDER ab einem Alter von 13 bzw. 14 Jahren mit jeweils 10 Behandlungsplätzen. In beiden Bereichen erfolgt die Aufnahme elektiv, da das strukturierte aktivierende psychotherapeutische Setting mit einer zugrundeliegenden entwicklungsfördernden erzieherischen Haltung, auf die Bereitschaft und Motivation des Patienten und der Eltern baut.

Nach Rücksprache und bei vorhandenen Kapazitäten nehmen wir auch auf Basis §1631b BGB untergebrachte Patienten aus anderen Kliniken auf.

Der gesamte beschützende Intensivbereich der Klinik (K1-K3) zeichnet sich durch eine grundlegend an SAFEWARDS ausgerichtete Haltung und ein reizarmes beruhigendes Setting aus.

Hinzu kommen als Besonderheit ambulante Sprechstunden für Patienten mit sexuell auffälligem Verhalten, psychotischen Störungen und hyperkinetischen Störungen, z.T. bis zum 21. Lebensjahr. Ergänzt werden diese Spezialsprechstunden durch Gruppenangebote, bei denen das erzieherische Verhalten im Kontakt im Fokus steht, wie interaktive Gruppen und spezialisiertes Training, beispielsweise STEP® oder auch lerndiagnostische Angebote.

Die Auslastung der Klinik ist, wie in allen Kinder- und Jugendpsychiatrien, gut.

Besondere Problematiken erfordern besondere Vernetzung und Kooperation

Komplex sind insbesondere die Behandlungsfälle, die wiederholt aus Jugendhilfeeinrichtungen oder aus anderen Sektoren in Jugendhilfeeinrichtungen unseres Sektors entlassen werden und die im Rahmen von Kriseninterventionen in der Klinik betreut werden müssen. Um Drehtüreffekte und eine Chronifizierung sowie Fehlentwicklungen zu vermeiden, pflegen wir

besonders bei diesen Patienten eine enge Vernetzung und am Wohl des Kindes orientierte Zusammenarbeit und Kooperation mit den beteiligten Akteuren in einem regelmäßigen fachübergreifenden Austausch.

EINGLIEDERUNGSHILFE

Eingliederungshilfe für junge Menschen mit Behinderungen aus einer Hand im Fachbereich Teilhabe

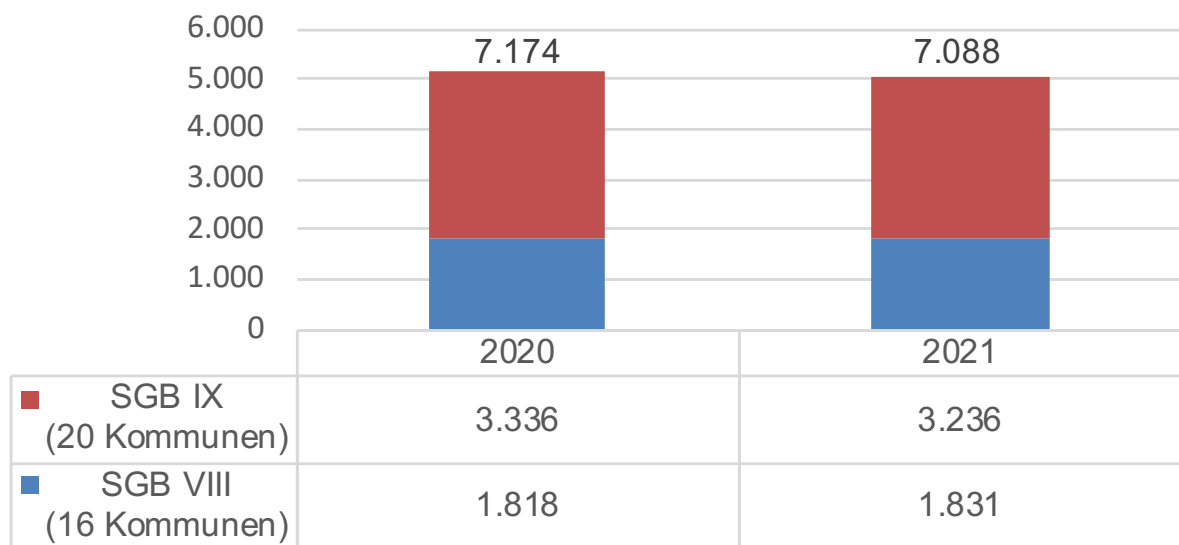
von Petra Beimes (Region Hannover, Fachbereich Teilhabe, Team Fachsteuerung)

Die Region Hannover leistet für junge Menschen mit (drohender) seelischer Behinderung Eingliederungshilfe nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch – SGB VIII. Für junge Menschen mit einer (drohenden) geistigen Behinderung, einer (drohenden) körperlichen Behinderung und/oder einer (drohenden) Sinnesbeeinträchtigung leistet die Region Hannover Eingliederungshilfe nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX.

Bei den Leistungen handelt es sich durchweg um sogenannte Sachleistungen, d.h. die Region Hannover finanziert konkrete Förder- oder Unterstützungsmaßnahmen für die jungen Menschen. Die Leistungen werden hauptsächlich für Minderjährige gewährt, können aber unter bestimmten Voraussetzungen auch für junge Volljährige weitergewährt werden.

Die Abgrenzung zwischen der Jugendhilfe SGB VIII und Eingliederungshilfe SGB IX im Bereich der Leistungen für junge Menschen mit Behinderungen ist ein komplexer und für die Antragstellenden nur schwer nachvollziehbarer Vorgang. Auch führt die bisherige Trennung in Leistungen für junge Menschen mit seelischer Behinderung und junge Menschen mit anderen Behinderungen dazu, dass die Leistungsangebote mit den zwei verschiedenen Trägern (Jugendhilfe und Eingliederungshilfe) getrennt verhandelt und abgeschlossen werden und in der Folge auch getrennt belegt werden. Der Hilfebedarf der jungen Menschen ist dagegen oft nicht so präzise in die eine oder andere Kategorie sortierbar.

Geleistete Eingliederungshilfen für junge Menschen



Hinweis: Die Daten können sich im Vergleich zu vorherigen und künftigen Auswertungen noch verändern.

Nach langen Diskussionen ist auf Bundesebene daher inzwischen entschieden worden, die Leistungen für junge Menschen mit Behinderungen insgesamt im SGB VIII zusammenzufassen und neu auszugestalten (sog. „Große Lösung“). Art, Inhalt, Umfang und Leistungsberechtigung für diese neue Leistung werden in der Zeit bis zum Inkrafttreten der Reform im Jahr 2028 ausgearbeitet werden. Ein Baustein der Vorbereitung besteht in der Einführung der Verfahrenslotsen, die im kommenden Jahr bevorsteht.

Eltern und andere Erziehungsberechtigte sowie junge Menschen bekommen dadurch eine verbindliche Ansprechperson in Bezug auf Leistungen der Eingliederungshilfe sowohl nach SGB VIII als auch SGB IX und werden von einer Stelle durch das gesamte Verfahren gelotst.

In der Region Hannover werden die Leistungen nach dem SGB VIII für junge Menschen mit Behinderungen seit dem 1. Januar 2020 für die Leistungsberechtigten aus den 16 Städten und Gemeinden ohne eigenes Jugendamt rechtskreisübergreifend im Fachbereich Teilhabe erbracht. Hier erfolgt gleichsam im Vorgriff auf die „Große Lösung“ eine rechtskreisübergreifende

Beratung und Antragsbearbeitung wie aus einer Hand unabhängig vom Alter und der Beeinträchtigung.

Für die jungen Menschen aus Burgdorf, Hannover, Laatzen, Langenhagen und Lehrte besteht die Trennung zwischen Leistungen durch die örtlichen Jugendämter und den Träger der Eingliederungshilfe (Region Hannover, Fachbereich Teilhabe) bis einschließlich 2027 im bisherigen Umfang weiter.

Für junge Menschen aus den 20 Umlandkommunen erbringt der Fachbereich Teilhabe bis einschließlich 2027 im bisherigen Umfang die Leistungen nach dem SGB IX und für junge Menschen aus Hannover die Landeshauptstadt Hannover.

Die rechtskreisübergreifende Fallbearbeitung im Fachbereich Teilhabe startete 2020 mit einem Verwaltungsteam für junge Menschen und drei Teams für die Teilhabe- und Gesamtplanung. Die Erfahrungen der letzten zweieinhalb Jahre haben gezeigt, dass eine rechtskreisübergreifende Bearbeitung in zwei bestehenden unterschiedlichen Rechtssystemen ein hohes Maß an Kooperationsbereitschaft, hohe Fachkompetenz in beiden Rechtsgebieten und

ein ganzheitliches Verständnis der Problemlagen aller jungen Menschen mit Behinderung erfordert. Diese Voraussetzungen entwickeln wir im Rahmen unserer täglichen Arbeit und durch gezielte Fortbildungen nach und nach und sind auf einem guten Weg.

Ein Meilenstein auf diesem Weg ist die Überprüfung der bisherigen Organisationsstruktur, der Abläufe und sonstigen Rahmenbedingungen für Hilfen für junge Menschen mit Behinderungen.

Rahmenbedingungen, mit denen der Fachbereich umgehen muss, sind die konstant hohen Fallzahlen und die Auswirkungen des Fachkräftemangels. Dieser führt nicht nur zu personellen Engpässen im Fachbereich Teilhabe, sondern auch bei den Leistungserbringenden. Die Versorgung der jungen Menschen mit den geplanten Maßnahmen stockt daher oft, weil sich die Bearbeitung der Anträge verzögert oder weil zeitnah kein bedarfsgerechtes Leistungsangebot bereitgestellt werden kann.

Der Fachbereich Teilhabe hat sich daher zum 1. November 2022 mit einer neuen Struktur, optimierten Prozessen und neuen Serviceelementen auf den weiteren Weg begeben. Durch die Umstrukturierung hat sich sowohl die Bearbeitung der Anträge, die Teilhabe-, Gesamt- und Hilfeplanung sowie die Leistungsgewährung verändert.

Teil dieser Veränderung ist der bereits im ersten Halbjahr 2022 eingeführte Teilhabeservice. Dieser Service dient als zentrale Anlaufstelle für Menschen mit Behinderungen aus der Region Hannover und berät und unterstützt bei Fragen im Zusammenhang mit allen Leistungen zur Teilhabe – nicht nur für junge Menschen und nicht nur für Leistungen des Fachbereichs Teilhabe. Das Angebot wird seit seiner Einführung rege genutzt, die Inanspruchnahme übertrifft die Erwartungen bei Weitem.

Die Fallarbeit für junge Menschen mit einer (drohenden) Behinderung erfolgt seit November 2022 in vier multiprofessionell zusammengesetzten Teams. Wichtige Änderung ist auch, dass die Teams jeweils für Menschen aus bestimmten Bereichen der Region Hannover verantwortlich sind. Das betrifft sowohl

Menschen, die bei Antragstellung in einem bestimmten Bereich leben, als auch Menschen, die zu Beginn und während des Leistungsbezugs in den Bereich wechseln. Der Vorteil dieser neuen Regelung ist, dass die Planenden die Umweltfaktoren im jeweiligen Regionalraum, in dem sich die Menschen tatsächlich aufhalten, kennen und die örtlichen Begebenheiten bei der Planung der Leistungen mit den Menschen berücksichtigen können. Natürlich hat diese Vorgehensweise ihre Grenzen bei den gesetzlichen Regelungen zur Zuständigkeit.

Darüber hinaus werden in einem neuen Team die Aufgaben der Fachsteuerung gebündelt. In der Fachsteuerung werden alle übergreifenden Tätigkeiten des Sicherstellungsauftrages nach § 95 SGB IX zusammengefasst, damit eine bedarfsgerechte Versorgung der Menschen mit Behinderungen durch Leistungen der Eingliederungshilfe erreicht werden kann. Dazu gehören neben den Verhandlungen nach SGB IX auch Aufgaben des Fachcontrollings und der Fachplanung.

ANHANG

| Autor*innen: | |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Albrecht, Michaela | Ergotherapeutin und Arbeitswissenschaftlerin Heimleitung Einrichtungen für psychisch Genesende Mohmühle GmbH Haus Mohmühle - Haus Schwanenwik - Mohmühle Ambulant Kaltenweider Str 45-47, 30900 Wedemark Stellvertretende Sprecherin der Fachgruppe „Geistige Behinderung und Psychische Erkrankung“ E-Mail: michaela.albrecht@haus-schwanenwik.de |
| Behringer, Klaus Dieter | VPE Hannover e. V. Rückertstr. 17, 30169 Hannover E-Mail: vpehannover@arcor.de |
| Beimes, Petra | Dipl. Sozialwissenschaftlerin, Dipl. Verwaltungswirtin/FH komm. Leitung des Teams Fachsteuerung Region Hannover, Fachbereich Teilhabe -Team Fachsteuerung Gradestraße 20, 30163 Hannover E-Mail: Petra.Beimes@region-hannover.de |
| Böcker, Sabrina | BA Soziale Arbeit, Geschäftsführung Mosaik- inklusiv Leben Bleekstraße 26, 30559 Hannover Sprecherin der Fachgruppe „Inklusion“ E-Mail: sabrina.boecker@mosaik-inklusive-leben.de |
| Böhland, Sabine | Dipl. Sozialarbeiterin /Sozialpädagogin Region Hannover, Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst Teamleitung 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 Str. 18, 30169 Hannover E-Mail: martin.buitkamp@region-hannover.de |
| Birgit Dietl | Diplom Sozialpädagogin/ Sozialarbeiterin, Abteilungsleiterin Sozialdienst Auf der Bult, Kinder- und Jugendkrankenhaus Janusz- Korczak-Allee 12,30173 Hannover Sprecherin der Fachgruppe Kinder und Jugendliche E-Mail: Dietl@hka.de |
| Claus, Karen | examinierte Pflegefachkraft, Pflegedienst- und Heimleitung, Referentin Caritas Forum Demenz & Landesfachstelle Demenz Vahrenwalder Str. 271, 30179 Hannover E-Mail: Karen.Claus@Caritas-Hannover.de |
| Dietrich, Christoph | Staatl. anerk. Sozialarbeiter/Sozialpädagoge B.A. Region Hannover, Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst Teamleitung Sozialpsychiatrischer Dienst Nord Podbielskistr. 158, 30177 Hannover · E-Mail: Christoph.Dietrich@Region-Hannover.de |
| Ehrhardt, Ulrich | Geschäftsführer Betreuungskette Am Seelberg GmbH, Denickeweg 5, 30629 Hannover stellvertretender Sprecher Fachgruppe Soziale Teilhabe, Mitglied Vorstand AKG E-Mail: ulrich.ehrhardt@seelberg-hannover.de |
| Fiedler, Georg | Diplom Psychologe Geschäftsführendes Vorstandsmitglied der Deutschen Akademie für Suizidprävention e.V. E-Mail: info@akademie-suizidpraevention.de |

| | |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Franck, Dr. Eva-Maria | Chefärztin Fachklinik KJP Hildesheim Mitglied des Landesfachbeirates AMEOS Klinikum Hildesheim Akademisches Lehrkrankenhaus für Pflege der FOM Hochschule Essen Goslarsche Landstr. 60, D-31135 Hildesheim E-Mail: efra.kjp@hildesheim.ameos.de |
| Gossé, Frauke | Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin – Suchtmedizin, KRH-Psychiatrie Wunstorf Klinik für Suchtmedizin und Psychotherapie, PIA Deisterstraße 17B, 30449 Hannover Stellvertretende Sprecherin der Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ E-Mail: frauke.gosse@krh.eu |
| Graf-Warnecke, Heiko | Dipl.-Sozialpädagogen/-arbeiter Region Hannover, Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst Teamleitung Sozialpsychiatrischer Dienst Ost Rotekreuzstr. 12, 30627 Hannover E-Mail: Heiko.Graf-Warnecke@region-hannover.de |
| Gundlach, Jürgen | Mitglied der Ombudsstelle Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischer Verbund der Region Hannover Gradestraße 20, 30165 Hannover E-Mail: juergengundlach@yahoo.de |
| Hanke, Dr. Andrea | Region Hannover Regionsrätin Dezernentin für Soziales, Teilhabe, Familie und Jugend Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover |
| Hartwich, Dr. med. Tobias | Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, leitender Oberarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des KRH Psychiatrie Wunstorf Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf Südstr. 25, 31515 Wunstorf E-Mail: Tobias.Hartwich@krh.eu |
| Heller, Markus | Geschäftsführer Ambulantes Zentrum Hannover Ricklinger Str. 5c, 30449 Hannover Sprecher der Fachgruppe „Gerontopsychiatrie“ E-Mail: m.heller@ambulantes-zentrum-hannover.de |
| Jamroszczyk, Ulrike | Dipl.-Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Langenhagen, Ostpassage 7A, 30853 Langenhagen E-Mail: Ulrike.Jamroszczyk@region-hannover.de |
| Kieback, Melanie | Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Ev. Beratungszentrum Diakonisches Werk Hannover gGmbH Sprecherin der AG Suizidprävention für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Hannover E-Mail: Melanie.Kieback@dw-h.de |
| König, Nina | Diplom-Psychologin, Leitung Psychologie Sozialpädiatrisches Zentrum Hannover Auf der Bult Hannover Janusz-Korczak-Allee 8, 30173 Hannover E-Mail: spzinfo@hka.de |

| | |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Köster, Torsten | Dipl.-Sozialpädagoge/-arbeiter, Suchttherapeut Fachabteilungsleiter Beratung STEP gGmbH, Odeonstr. 14, 30159 Hannover Sprecher der Fachgruppe „Sozialpsychiatrischer Plan“ E-Mail: torsten.koester@step-niedersachsen.de |
| Kornau, Bastian | Sozialarbeiter /-pädagogin M.A. Region Hannover, Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst Teamleitung Sozialpsychiatrischer Dienst Süd Freytagstraße 12A, 30169 Hannover E-Mail: bastian.kornau@region-hannover.de |
| Kuhn, Katrin | Dipl.-Sozialarbeiterin/-pädagogin, Casemanagerin DGCC, Leitung Ambulante Hilfen GiS, Kaiserallee 9, 30175 Hannover Sprecherin der Fachgruppe „Inklusion“ E-Mail: katrin.kuhn@gis-service.de |
| Kurth, Henning | Dipl.-Sozialpädagoge/-arbeiter Werkheim e.V. Büttnerstr. 9, 30165 Hannover Sprecher der Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ E-Mail: Kurth@werkheim.de |
| Lagerbauer, Catrin | Psychiatriekoordinatorin Beauftragte für Suchtfragen Region Hannover, Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund Gradestraße 20, 30163 Hannover E-Mail: Catrin.Lagerbauer@region-hannover.de |
| Langen, Dr. Hendrik | Chefarzt Sozialpädiatrisches Zentrum Auf der Bult Hannover, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Schwerpunkt Neuropädiatrie und Psychotherapie Janusz-Korczak-Allee 8, 30173 Hannover E-Mail: spzinfo@hka.de |
| Lindner, Prof. Dr. med. Reinhard | Professor für Theorie, Empirie und Methoden der Sozialen Therapie Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin Geschäftsführende Leitung des Nationalen Suizid- präventionsprogramms, Universität Kassel, Institut für Sozialwesen Fachgebiet Theorie, Empirie und Methoden der Sozialen Therapie Arnold-Bode-Straße 10 34127 Kassel E-Mail: info@naspro.de |
| Magesching, Tanja | Diplom Psychologin Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien Podbielskistr. 164, 30177 Hannover E-Mail: Tanja.Magesching@region-hannover.de |
| Meier, Merle | Sozialpädagogin, systemische Therapeutin und Beraterin, Mediatorin, Heilpraktikerin (HP) Region Hannover, Team Arbeits- und Gesundheitsschutz Hildesheimer Straße 17, 30169 Hannover E-Mail-Adresse: Merle.Meier@region-hannover.de |
| Minasova, Alla | Dipl.-Sozialpädagogin Geschäftsführung Ambulante Hilfen für Menschen mit Behinderung e. V. Eintrachtweg 19, 30173 Hannover E-Mail: a.minasova@ahmb.de |
| Minnich, Nina | Dipl.-Sozialpädagogin/-arbeiterin Region Hannover, Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst Teamleitung Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien Podbielskistr. 164, 30177 Hannover E-Mail: Nina.Minnich@region-hannover.de |

| | |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Möller, Frank | Krankenpfleger/Praxisanleiter Medizinische Hochschule Hannover Carl Neuberg Strasse 1, 30625 Hannover E-Mail: Frank.moeller@mh-hannover.de |
| Molle, Torsten | Dipl.-Sozialpädagoge/-arbeiter Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Deisterstraße, Deisterstr. 85 A, 30449 Hannover, E-Mail: Torsten.Molle@region-hannover.de |
| Müller, Frederik | B. A. Soziale Arbeit, Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Neustadt Ernst-Abbe-Ring 8, 31535 Neustadt E-Mail: Frederik.Müller@region-hannover.de |
| Müller, Sina | Soziologin (M. A.), Wissenschaftliche Mitarbeiterin Leitung der Geschäftsstelle des Nationalen Suizidpräventionsprogramms, Universität Kassel, Institut für Sozialwesen, Fachgebiet Theorie, Empirie und Methoden der Sozialen Therapie Arnold-Bode-Straße 10 34127 Kassel E-Mail: geschäftsstelle@naspro.de |
| Müller-Pein, Hannah | Sozialpädagogin (M.A.), Wissenschaftliche Mitarbeiterin Medien- und Kommunikationsbeauftragte des Nationalen Suizidpräventionsprogramms, Universität Kassel, Institut für Sozialwesen, Fachgebiet Theorie, Empirie und Methoden der Sozialen Therapie Arnold-Bode-Straße 10 34127 Kassel E-Mail: presse@naspro.de |
| Neubacher, Ulla | Dipl. Sozialpädagogin, Sozialtherapeutin Sucht Zentrale Beratungsstelle Diakonisches Werk Hannover gGmbH Berliner Allee 8, 30175 Hannover E-Mail: u.neubacher@zbs-hannover.de |
| Neuhaus, Dr. Burkhard | Chefarzt, MBA Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik AUF DER BULT Kinder- und Jugendkrankenhaus Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover E-Mail: Neuhaus@hka.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 |
| Pätzold, Katharina | Sozial- und Organisationspädagogin (M.A.) Landeshauptstadt Hannover Fachbereich Gesellschaftliche Teilhabe/Koordinatorin Wohnungslosenhilfe, Fachberatung und Projekte Hamburger Allee 25, 30161 Hannover E-Mail: HYPERLINK "mailto:Katharina.Paetzold@hannover-stadt.de" Katharina.Paetzold@hannover-stadt.de |
| Pöser, Günter | Ergotherapeut, Sozial-Betriebswirt bis 10/2022: Klinikum Wahrenndorff Leitung der Heiminternen Tagesstruktur / Tagesförderstätte und Tagesstätte Wara Gasse 4a, 31319 Sehnde Stellvertretender Sprecher der Fachgruppe „Geistige Behinderung und psychische Erkrankung“ E-Mail: poeser@wahrenndorff.de |
| Posnien, Luisa | B.A. Sozialarbeiterin (SiA) Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Groß-Buchholz Rotekreuzstr. 12, 30627 Hannover E-Mail: Luisa.Posnien@region-hannover.de |

| | |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Moritz Radamm | Klinikleiter – Fachabteilungsleiter Behandlung Klinik am Kronsberg – STEP gGmbH Debberoder Str. 61. 30539 Hannover E-Mail: Moritz.Radamm@step-hannover.de |
| Rebmann, Alena | B.A. Soziale Arbeit Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Ronnenberg Chemnitzer Str. 2, 30952 Ronnenberg-Empelde E-Mail: sozialpsychiatrie-bs05.1@region-hannover.de |
| Redslob-Hein, Anette | Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie, Chefärztin KRH Psychiatrie Wunstorf, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Südstraße 25, 31515 Wunstorf E-Mail: Anette.Redslob@krh.eu |
| Schomakers, Marco | Dipl.-Sozialpädagoge/-arbeiter Arbeiterwohlfahrt Region Hannover e.V. Wohnheim „Nordfelder Reihe“ - Einrichtungsleitung Nordfelder Reihe 25, 30159 Hannover Sprecher der Fachgruppe „Inklusion“ E-Mail: marco.schomakers@awo-hannover.de |
| Seidel, Andrea | Fachkrankenschwester Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Deisterstraße, Deisterstr. 85 A, 30449 Hannover, E-Mail: Andrea.Seidel@region-hannover.de |
| Sueße, Dr. med. Thorsten | Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin, Systemischer Therapeut (SG) Fachdienstleiter Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover Gradenstraße 20, 30163 Hannover Sprecher der Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“ E-Mail: Thorsten.Suesse@region-hannover.de |
| Tänzer, Andreas | Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie Chefarzt und Leiter des Maßregelvollzuges der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Wunstorf Klinikum Region Hannover, Psychiatrie Wunstorf Südstr. 25, 31515 Wunstorf Sprecher der Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“ E-Mail: Andreas.Taenzer@krh.eu |
| Tettenborn, Dr. med. Christian | Stv. ärztlicher Direktor, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie Wahrendorff Klinikum Rudolf-Wahrendorff-Str. 11, 31319 Sehnde E-Mail: christian.tettenborn@wahrendorff.de |
| Theye-Hoffmann, Birgitt | beta89 Betreutes Wohnen 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/-arbeiterin Region Hannover - Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Plauener Straße Plauener Str. 12A, 30179 Hannover E-Mail: Sabine.Tomaske@Region-Hannover.de |
| Vajhøj, Uffe | Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagogin beta-REHA Günther-Wagner-Allee 13, 30177 Hannover Sprecher der Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ E-Mail: vajhøj@beta89.de |

| | |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Weidner, Oliver | Dipl.-Ergotherapeut, Leitung Ergotherapie, Ergotherapeutische Ambulanz und Praxis, Klinikum Region Hannover GmbH KRH Psychiatrie Langenhagen Rohdehof 3, 30853 Langenhagen Sprecher der Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ E-Mail: oliver.weidner@krh.eu |
| 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 und Druck:

Region Hannover, Team Medien und Gestaltung

Titel:

Karte: Matthias Rößler, Titelbild: stock.adobe.com – WoGi
Modifikation: Region Hannover, Team Medien und Gestaltung

Stand:

03.2023

Auflage:

600

ISSN:

1865-7699