

**Gewalt und Gewaltschutz
in der Sozialpsychiatrie –**
im Spannungsfeld zwischen
Beteiligung, Schutz und Recht



Sozialpsychiatrischer Plan 2026
des Sozialpsychiatrischen Verbundes
der Region Hannover

Sozialpsychiatrischer Dienst



**Region
Hannover**

Vorwort



Sehr geehrte Leser*innen,

so sehr wir uns das Gegenteil wünschen – es passiert immer wieder, dass gewalttätiges Handeln sich Bahn bricht. Menschen verletzen, demütigen, stigmatisieren und sie werden verletzt, gedemütigt, stigmatisiert.

Gerade in Situationen, die von Krisen, Unsicherheiten und emotionalem oder auch zeitlichem Druck geprägt sind, ist die Gefahr von Grenzüberschreitungen jeglicher Art besonders groß.

In der sozialpsychiatrischen Versorgung sind solche Situationen Alltag. Sowohl Menschen mit psychischen Erkrankungen als auch Mitarbeitende in den verschiedenen Angebotsbereichen kommen in Situationen, in denen sie Gewalt erfahren oder ausüben. Eine sensible Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalt und Gewaltschutz ist wichtig. Jede Reaktion auf ein Gewaltereignis sollte einen differenzierten Blick auf Hintergründe und präventive Maßnahmen beinhalten.

Es geht um Haltung, Wertschätzung, Verantwortung und Transparenz und letztendlich um Rahmenbedingungen, die all das wirksam sein lassen.

Der vorliegende Sozialpsychiatrischen Plan geht aus verschiedenen Perspektiven auf diese Themen ein. Sie werden von Gewaltschutzkonzepten genauso lesen wie von Einflussfaktoren durch rechtliche Maßnahmen und öffentliche Diskussionen. Es werden zudem Rahmenbedingungen in der psychiatrischen Versorgung beschrieben, die zeigen, wo Ressourcen fehlen, um wirksam präventiv arbeiten zu können.

Was uns Menschen mit psychischen Erkrankungen, ihre Angehörigen und Fachleute aus den unterschiedlichen Bereichen in dieser Ausgabe aber vor allem mitteilen, ist, dass wir alle Verantwortung tragen – einzeln und als Gesellschaft. Wir können und müssen Einfluss nehmen, in dem wir Versorgungsstrukturen unterstützen und mit gegenseitigem Respekt in allen Lebensbereichen das Miteinander wertschätzender und sicherer gestalten.

Anne Spiegel

Regionsrätin,
Dezernentin für Soziales,
Teilhabe, Familie und Jugend

§ 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

Das Redaktionsteam – Mitglieder der Fachgruppe Sozialpsychiatrischer Plan

Auf der Grundlage des §9, NPsychKG wird im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover jährlich der Sozialpsychiatrische Plan veröffentlicht.

Die Erstellung der Publikation wird von der Fachgruppe „Sozialpsychiatrischer Plan“ als Redaktionsteam begleitet.

Torsten Köster

Paritätische Suchthilfe Niedersachsen
Odeonstraße 14, 30159 Hannover
Sprecher der Fachgruppe

Catrin Lagerbauer

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

Martin Buitkamp

Stabsstelle Sozialplanung der Region Hannover
Dezernat für Soziales, Teilhabe, Familie und Jugend
Hildesheimer Straße 18, 30169 Hannover

Ana Carina Cabrera Antoranz

FIPS GmbH
Bahnhofstraße 17a, 31275 Lehrte

Lukas Kirsch

Region Hannover,
Leitung Sozialpsychiatrischer Dienst
Gradestraße 20, 30163 Hannover

Katrin Krone

Balance e.V.
Birkenweg 82, 30827 Garbsen

Nina Minnich

Region Hannover,
Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für
Kinder, Jugendliche und deren Familien
Podbielskistraße 164, 30177 Hannover

Inhalt

- 1 Vorwort
- 3 Zusammensetzung der Fachgruppe

Einleitung

- 8 Das Schwerpunktthema im Spannungsfeld zwischen öffentlicher Wahrnehmung und sozialpsychiatrischem Verständnis
von Catrin Lagerbauer und Lukas Kirsch
- 12 Das Thema „Gewalt und Gewaltschutz in der Sozialpsychiatrie – im Spannungsfeld von Beteiligung, Schutz und Recht“ aus der Perspektive des Vereins Psychiatrie-Erfahrener
von Nicole Niemann und Monika Neveling
- 14 Das Thema „Gewalt und Gewaltschutz in der Sozialpsychiatrie – im Spannungsfeld zwischen Beteiligung, Schutz und Recht“ aus Angehörigenperspektive
von einem Autor*innen-Team des AANB e.V.

Schwerpunktthema 2026: Gewalt und Gewaltschutz in der Sozialpsychiatrie

- 16 Gewalt und Gewaltschutz in der Sozialpsychiatrie – oder: Wider die Versicherheitlichung der Gesundheitspolitik
Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank und Tommy Stöckel
- 21 Gewalt in der sozialpsychiatrischen Arbeit: Ein Balanceakt zwischen Vertrauen und Zwang im Sozialpsychiatrischen Dienst
von Mitarbeitenden einer Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle
- 23 Die Einführung von Schutzkonzepten in Einrichtungen der Eingliederungshilfe – von der Vorgabe zur Umsetzung und den Erfahrungen
von Katrin Krone und Torsten Köster
- 27 Novellierung NPsychKG – im Spannungsfeld zwischen Gefahrenabwehr, Prävention und Hilfe
von Lukas Kirsch
- 31 Safe-Assessment: Ein institutionelles Gewaltschutzkonzept
von Dörte Taubald, Cordula Schweiger, Katrin Friedrich
- 35 Erleben von und Umgang mit Gewalt in der psychiatrischen Klinik
von Catrin Lagerbauer und Lukas Kirsch
- 46 Einführung des Landesrahmenkonzepts „Früherkennung und Bedrohungsmanagement“ in der Polizei Niedersachsen
von Deborah Hildebrandt

- 50 Zwischen Empathie und Exklusion:
Mediendarstellung von psychischer Krankheit
von Madeleine Sittner und Sven Speerforck
- 54 Safewards in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des AMEOS Klinikum Hildesheim
von Eva-Maria Franck und Katja Schlebusch
- 57 Jugendforensik Oldenburg – Gewaltprävention, Deliktbearbeitung und Resozialisierung
Ein Gespräch von Nina Minnich und Catrin Lagerbauer mit Bettina Hackenbroch-Hicke und Markus Wild
- 70 Freiheitsentziehende Maßnahmen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe
von Sven Homann und Kerstin Tübing

Regionale Psychiatrieberichterstattung

- 76 Regionale Psychiatrieberichterstattung
von Martin Buitkamp
- 91 Der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover – Berichtsjahr 2025
von Martin Buitkamp und Lukas Kirsch
- 98 Sozialpsychiatrische Versorgungsbedarfe und soziale Determinanten im regionalen Zusammenhang
von Martin Buitkamp
- 106 Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover
von Nina Minnich

Der Sozialpsychiatrische Verbund

- 110 Der Sozialpsychiatrische Verbund und seine Gremien
von Catrin Lagerbauer
- 112 Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG)
von Moritz Radamm
- 116 Bericht des Regionalen Fachbeirates Psychiatrie (RFP)
von Catrin Lagerbauer

Berichte der Fachgruppen

- 118 **Fachgruppe Arbeit und Rehabilitation**
von Dirk Ballosch, Stefanie Kluwe und Chiara Miotti
- 120 **Fachgruppe Forensische Psychiatrie**
von Ulrike Vogel
- 121 **Fachgruppe Gerontopsychiatrie**
von Catrin Lagerbauer
- 122 **Fachgruppe Inklusion**
von Katrin Kuhn und Marko Schomakers
- 123 **Fachgruppe Kinder und Jugendliche**
von Regina Jannusik, Manuela Schellworth, Lara Espenhain
- 125 **Fachgruppe Krisen- und Notfalldienst**
von Lukas Kirsch
- 125 **Fachgruppe Migration und Psychiatrie**
von Elena Kromm, Alla Minasova
- 127 **Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit**
von Silvia Fleßner, Christina Günther und Sabine Tomaske
- 128 **Fachgruppe Soziale Teilhabe**
von Birgitt Theye-Hoffmann und Katrin Krone
- 130 **Fachgruppe Sozialpsychiatrischer Plan**
von Torsten Köster
- 131 **Runder Tisch/Fachgruppe Sucht und Drogen**
von Frank Woike
- 132 **Fachgruppenübergreifende Arbeitsgruppe Adoleszenz**
von Dana Heiden

Berichte der Sektor-Arbeitsgemeinschaften

- 134 **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Neustadt**
von Frederik Müller
- 135 **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Mitte**
von Sabine Böhland
- 137 **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen**
von Christoph Dietrich
- 138 **Sektor-Arbeitsgemeinschaft List**
von Christoph Dietrich

- 139 **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße**
von Sabine Tomaske
- 140 **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Burgdorf**
von Janine Duckert und Marko Meier
- 141 **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Groß-Buchholz**
von Börge Borchert
- 142 **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Laatzen/Hemmingen
& Springe/Pattensen**
von Bastian Kornau
- 143 **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Freytagstraße**
von Bastian Kornau
- 144 **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Ronnenberg-Empelde**
von Simon Steinberg
- 145 **Sektor-Arbeitsgemeinschaft Deisterstraße**
von Torsten Molle
- 146 **Bericht der Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle für
Psychiatrie-Erfahrene und ihre Angehörigen / Ombudsstelle**
von den Mitgliedern der Ombudsstelle

Anhang

- 149 **Datenbogen 1 - Angebotsbezogene Informationen**
- 152 **Datenbogen 2 - Klient*innenbezogene Informationen**
- 154 **Die Autor*innen**

Einleitung



Das Schwerpunktthema im Spannungsfeld zwischen öffentlicher Wahrnehmung und sozialpsychiatrischem Verständnis

von **Catrin Lagerbauer (Psychiatriekoordinatorin)** und **Lukas Kirsch (Fachdienstleiter Sozialpsychiatrischer Dienst)**

Gewalt ist ein vielfältiges Thema. Sie wird erlebt und ausgeübt in unterschiedlichster Form und Ausprägung: körperlich, verbal, strukturell, formal, sichtbar, unsichtbar, unbeabsichtigt, bewusst... Ob eine Handlung als Gewalt empfunden wird, entscheidet vor allem das Erleben der davon betroffenen Person.

Die Auseinandersetzung mit dem Thema in diesem Sozialpsychiatrischen Plan ist eine differenzierte und multiperspektivische. Vor allem geht es um die Frage, was gewalttätiges Handeln im psychiatrischen Kontext fördert und wie solches vermieden und damit aktiv Gewaltschutz erreicht werden kann – für alle.

In der sozialpsychiatrischen Arbeit spielt der Umgang mit Gewalt immer eine Rolle. Sie wird

ausgeübt und erfahren von Mitarbeitenden, von Menschen mit psychischer Erkrankung und von Menschen und Institutionen in der Umgebung beider Personengruppen.

Die öffentlich sehr einseitig geführte Diskussion um Gewalttaten, die (ausschließlich) in den Zusammenhang mit psychischer Erkrankung gestellt werden, sowie die daraus gezogenen Schlussfolgerungen und Forderungen nach „Risikoregistern“ und Verschärfungen des NPsychKG waren zunächst nicht ausschlaggebend für die Themenwahl dieses Sozialpsychiatrischen Plans. Sie haben im Verlauf aber natürlich in den Artikeln Einfluss genommen.

Gewalt ist Realität – nicht nur, aber auch in der Psychiatrie. Und realistisch ist auch, dass die Belastung durch gewalttätige Grenzüberschreitungen zunimmt. In dieser Ausgabe wird auf Ursachen und Rahmenbedingungen, die gewalttätiges Handeln fördern, genauso eingegangen wie auf Möglichkeiten und Notwendigkeiten, die nachhaltig Gewalt reduzieren können. Es wird anders als in der öffentlichen Debatte dargelegt, dass nicht die psychische Erkrankung verantwortlich für gewalttätiges Handeln ist, sondern dass es multifaktoriell entsteht. Gewaltprävention

beginnt nicht erst in der akuten Konfliktsituation. Ein wertschätzender, offener Umgang miteinander sowie die ressourcenorientierte Begleitung sind die wichtigsten Schutzfaktoren.

Es ist die gemeinsame Aufgabe aller Beteiligten und Verantwortlichen, die entsprechenden Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, um nachhaltig das Sicherheitsgefühl aller zu stärken.

Neben den Artikeln aus verschiedenen Perspektiven zum Schwerpunktthema dieses Sozialpsychiatrischen Plans erfahren Sie durch die Beiträge aus den verschiedenen Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes alles Wichtige von der vielfältigen thematischen Arbeit unseres Netzwerks.

Zusammenfassung des Inhalts:

Im **Verein Psychiatrie-Erfahrener** haben viele Mitglieder schon Gewalt in unterschiedlichster Form erlebt. Nicole Niemann und Monika Neveling haben diese Erfahrungen eingefangen und fassen [ab Seite 12](#) zusammen, was es aus dieser Perspektive für eine wirksame Gewaltprävention braucht. Die Anerkennung und Einbeziehung der Expertise der Psychiatrie-Erfahrenen in Präventionsinstrumente würde diese wirklich wirksam werden lassen.

Die Ausstattung und Zugänglichkeit in das Hilfesystem zu verbessern, ist für das Autor*innenkollektiv der **Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Niedersachsen und Bremen (AANBe.V)** ein wichtiger Baustein der Gewaltprävention. Behandlungsnotwendigkeiten gegen den Willen der Menschen mit psychischen Erkrankungen lösen Ambivalenzen und emotionale Dilemmata bei den Angehörigen aus – sie leiden mit unter dem Zwang und wünschen sich doch nichts mehr, als dass die Behandlung positiv wirkt ([ab Seite 14](#)).

Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank und Dr. Tommy Stöckel von der **Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) e.V.**

nehmen Stellung zu der aktuellen Diskussion zu psychischer Erkrankung und Sicherheit, warnen vor Folgen der „Versicherheitlichung“ der Gesundheitspolitik und zeigen auf, was es stattdessen braucht ([ab Seite 16](#)).

Der Sozialpsychiatrische Dienst bewegt sich in seiner alltäglichen Arbeit immer in dem Spannungsfeld zwischen niedrigschwelligem Beratungsangebot und Kontrollinstanz nach dem NPsychKG. Mitarbeitende einer **Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle** beschreiben, wie diese Gratwanderung gelingen kann und dass Vertrauen und Zwang sich nicht ausschließen müssen ([ab Seite 21](#)).

Für **Einrichtungen der Eingliederungshilfe** besteht seit Juli 2021 nach § 37a SGB IX die Pflicht, Gewaltschutzkonzepte vorzuhalten. Um zu erfahren, wie die Umsetzung dessen funktioniert, was das für die Arbeit in den Institutionen und für die Menschen, die die Angebote der Institutionen in Anspruch nehmen, bedeutet, sind Katrin Krone und Torsten Köster mit den Teilnehmenden der Fachgruppe Soziale Teilhabe in den Austausch gegangen. [Ab Seite 23](#) fassen sie die Ergebnisse zusammen.

Die **Novellierung NPsychKG** beschäftigt den Sozialpsychiatrischen Verbund seit dem ersten Gesetzentwurf sehr. Lukas Kirsch wirft [ab Seite 27](#) die Frage nach Verhältnismäßigkeit, Stigmatisierung und dem tatsächlichen präventiven Nutzen bzgl. der Aspekte „Dauergefährdung als Unterbringungs Voraussetzung“ und „Ausweitung des Datenaustausches“ auf und macht auf die Gefahren aufmerksam, die das Gesetz auch mit sich bringen kann.

Ein Konzept zum Umgang mit Gewalt, Gewaltprävention und Deeskalation in allen Bereichen der Einrichtung hat das **Klinikum Wahrendorff** mit dem Safe Assessment Wahrendorff eingeführt. Dörte Taubald, Cordula Schweiger und Katrin Friedrich beschreiben die Maßnahmen, Schritte und Voraussetzungen, die es braucht, um das Konzept für Prävention, Intervention und Nachsorge umzusetzen ([ab Seite 31](#)).

Wie kann eine Aufnahmesituation in der **psychiatrischen Klinik** erlebt werden, welche Formen von Gewalt spielen eine Rolle und was würde die Situation weniger belastend gestalten? Diesen und anderen Fragen von Catrin Lagerbauer und Lukas Kirsch stellen sich eine Patientin, ein Oberarzt und ein Fachkrankenpfleger der KRH Psychiatrie Wunstorf in einem Gespräch **ab Seite 35**.

Bestimmte multifaktorielle Belastungsfaktoren können bei einzelnen Menschen zu einem besonders riskanten Krisenverlauf führen, der in einer Gewalttat münden kann. Um bei Hinweisen darauf präventiv wirken zu können, wurde für die **Polizei Niedersachsen** das Rahmenkonzept „Früherkennung und Bedrohungsmanagement“ (FEBM) entwickelt, das Deborah Hildebrandt **ab Seite 46** erklärt.

Dass es bei **medialer Berichterstattung** über psychischen Erkrankungen nicht ausschließlich um Informationsvermittlung geht, legen Madeleine Sittner und Sven Speerforck vom Universitätsklinikum Leipzig dar (**ab Seite 50**). Medien beeinflussen das öffentliche Bild von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch die Form der Berichterstattung. „Worte schaffen Wirklichkeiten“ – und damit Grundlagen für zum einen u.a. Aufklärung und Interesse, aber auch zum anderen Verletzung und Stigmatisierung.

Mit dem Ziel Zwangsmaßnahmen in der Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie (KJP) zu verringern, hat die **KJP des AMEOS Klinikum Hildesheim** das Safewards Modell etabliert. Dr. Eva-Maria Franck und Katja Schlebusch erklären das milieutherapeutische Konzept (**ab Seite 54**) und was es braucht, um die nachweislich positiven Effekte auch nachhaltig sein zu lassen.

Junge Menschen mit psychischen Erkrankungen, die Straftaten begangen haben, lernen in der **Jugendforensischen Klinik in Oldenburg**, ihr gewalttätiges Verhalten zu verändern. Wie geht das? Nina Minnich und Catrin Lagerbauer lassen es sich von Bettina Hackenbroch-Hicke und Markus Wild erklären (**ab Seite 57**). Es geht um das Ziel Resozialisierung statt Anpassung unter dem Motto „Handle in eigener Freiheit richtig“.

In den **freiheitsentziehenden Maßnahmen der Jugendhilfe** geht es nicht um das „Wegsperrten und Sichern“ schwieriger junger Menschen, sondern um eine am Wohl des Kindes/Jugendlichen ausgerichtete Handlungsalternative und die intensive pädagogische Begleitung – um die Beziehung. Sven Homann und Kerstin Tübing erklären **ab Seite 70**, dass der strukturelle Vorteil der freiheitsentziehenden Maßnahmen in der verlässlichen Erreichbarkeit der jungen Menschen liegt, wodurch kontinuierliche Beziehungsarbeit möglich wird.

Für die **Regionale Psychiatrieberichterstattung** werden Daten von Mitgliedern des Sozialpsychiatrischen Verbundes erhoben. Als Instrument der Datenerhebung dienen zwei Datenbögen, die in den letzten Jahren angepasst und damit vereinfacht wurden. Leider ist die Datenlage dennoch unter den Erwartungen geblieben. Martin Buitkamp fasst **ab Seite 70** zusammen, was aus den zur Verfügung gestellten Daten des letzten Jahres sowohl Angebots- als auch Klient*innenspezifisch abzulesen ist.

Der Sozialpsychiatrische Dienst hat in 2025 ca. 500 Personen mehr betreut als im Vorjahr. Daten aus dem Dokumentationssystem des SpDi zu Altersstrukturen, diagnostischen Einordnungen, Notfallgeschehen und Zusammenhängen mit sozialen Merkmalen der betreuten Personen stellen Martin Buitkamp und Lukas Kirsch **ab Seite 91** dar.

Martin Buitkamp bringt die Versorgungsbedarfe der Klient*innen des SpDi **ab Seite 98** zudem in einen sozialen und regionalen Bezug in der Region Hannover und weist auf unterschiedliche Ergebnisse bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen hin.

Entwicklungen im ambulanten psychiatrischen Hilfesystem für junge Menschen skizziert Nina Minnich **ab Seite 106** aus der Perspektive der **Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien der Region Hannover**. Zudem beschreibt sie das Projekt HAVEN KJP des Fachbereichs Teilhabe, mit dem gesundheitsbezogene Versorgungs- und Bedarfslagen von Kindern und Jugendlichen mit psychischen

Auffälligkeiten und Erkrankungen in der Region Hannover aktuell analysiert werden.

Arbeitskreis Gemeindepsychiatrie, Regionaler Fachbeirat Psychiatrie, Fachgruppen, Sektor-Arbeitsgemeinschaften und die Ombudsstelle sind die **Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes**. Sie bilden die Grundlage von Vernetzung und fachlichem Austausch im Verbund. Die Tätigkeitsberichte der einzelnen Gremien sind wichtiger Bestandteil des Sozialpsychiatrischen Plans. Sie dokumentieren das breite Spektrum der im Sozialpsychiatrischen Verbund diskutierten Themen **ab Seite 110**.

Ein herzliches Dankeschön geht an alle Autor*innen, die sich an dieser Veröffentlichung beteiligt haben.

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 im Jahr 2026 innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes sonst noch Thema?

- **Der Sozialpsychiatrische Dienst befindet sich in einem Organisationsprozess.** Vor dem Hintergrund seiner dezentralen Arbeitsweise, der begrenzten personellen Ressourcen und den steigenden Anforderungen soll mit einer Anpassung der Organisationsstruktur die bisherige qualitativ hochwertige sozialpsychiatrische Arbeit aufrechterhalten bleiben. Dazu ist es notwendig, im Stadtgebiet Hannover drei Beratungsstellen mit kleineren Einzugsgebieten zu zweien zusammenzulegen. Die Beratungsstelle Plauener Straße geht dabei in den Beratungsstellen List und Groß-Buchholz auf. Die personellen Ressourcen

können so effektiver auch für die aufsuchende Arbeit eingesetzt werden und sichern die Handlungsfähigkeit der Beratungsstellen in Zeiten personeller Engpässe.

Ein angepasstes Sektorenmodell mit 5 Beratungsstellen im Umland und 5 in der Landeshauptstadt (bisher 6) ist ausgerichtet auf die Erreichbarkeit, orientiert sich an Stadtteilgrenzen und balanciert das mit Daten der letzten Jahre belegte Aufkommen von SpDi-Einsätzen sowie Klient*innenzahlen aus.

Des Weiteren wird mit einer Aufwertung der Ebene der Teamleitungen in den einzelnen Sektoren die Führungs- und Entscheidungsfähigkeit und die Ansprache und Verantwortung für Mitarbeitenden gestärkt.

Ein zentrales Steuerungsteam unterstützt die Fachdienstleitung und sichert zudem eine verlässliche Vertretung, was bei der Position der Fachdienstleitung mit umfangreichen Aufgaben und Wirken nach außen von besonderer Bedeutung ist.

Im Sozialpsychiatrischen Plan des nächsten Jahres werden die dann umgesetzten Veränderungen genauer beschrieben.

- Das **Bündnis gegen Depression** hat sich entschieden, eine Pause bei der Organisation der jährlichen Veranstaltungsreihe einzulegen. Die Bündnispartner*innen möchten die Schaffenspause nutzen, um mit neuen kreativen Ideen zum Jubiläumsjahr 2028 neu zu starten. Das Bündnis gegen Depression gibt es dann seit 20 Jahren in der Region Hannover.

Das Thema „Gewalt und Gewaltschutz in der Sozialpsychiatrie – im Spannungsfeld von Beteiligung, Schutz und Recht“ aus der Perspektive des Vereins Psychiatrie-Erfahrener

von Nicole Niemann und Monika Neveling

Präventive Maßnahmen und therapeutische Versorgung

Die wirksamste Maßnahme zur Gewaltprävention bei Menschen mit psychischen Erkrankungen ist eine qualifizierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Nachweislich senkt eine konsequente Therapie das Risiko für Gewalthandlungen deutlich.

Präventiv wirksam sind zugleich Projekte und Angebote, die soziale Integration und Teilhabe fördern. Das Risiko für aggressives oder gewalttätiges Verhalten entsteht häufig aus der Wechselwirkung von Krankheit und zusätzlichen Belastungsfaktoren – insbesondere dem Konsum von Alkohol oder Drogen, erfahrenem Leid durch Gewalt, sozialer Isolation, Armut oder Wohnungslosigkeit.

Niedrigschwelliger Zugang und Beziehungsarbeit

Gewaltprävention setzt voraus, dass flexible, niedrigschwellige und bedarfsgerechte Behandlungsmöglichkeiten stabil angeboten werden. Menschen in belasteten Lebenslagen benötigen Unterstützung, um Hilfe in Anspruch nehmen zu können. Zentrale Elemente sind die Stärkung der Beziehungsarbeit, der Aufbau von Vertrauen und die gezielte Förderung der individuellen Lebenssituation.

Umgang mit aggressiven oder behandlungsverweigernden Menschen

Eine besondere Herausforderung stellen Personen dar, die in der Vergangenheit durch Aggressivität oder Gewaltbereitschaft aufgefallen sind und sich gegen eine Behandlung aussprechen. Vorrangig sollten Maßnahmen greifen, um Betroffene zur freiwilligen Mitwirkung zu motivieren.

Bei hochgradigem Aggressionspotenzial ist jedoch zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Behandlung gegen den Willen vorliegen. Gegenwärtig endet eine Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung meist unmittelbar mit dem Abklingen akuter Symptomatik – auch dann, wenn eine stabile Besserung noch nicht erreicht ist.

Gesellschaftliche Verantwortung und rechtlicher Rahmen

Diese Situation bleibt eine Herausforderung sowohl für das Versorgungssystem als auch für die Gesellschaft. Gewaltprävention in der Sozialpsychiatrie ist daher nicht allein Aufgabe der Behandlungseinrichtungen. Sie erfordert abgestimmte Konzepte zwischen Versorgung, Beteiligung, Schutz und rechtlichen Rahmenbedingungen.

Bezug zur Novellierung des Psychisch-Kranken-Gesetzes (NPsychKG)

Mit der aktuellen Novellierung des NPsychKG wird der rechtliche Rahmen für Eingriffe wie Unterbringung, Zwangsmaßnahmen und Sicherung neu definiert. Aus Sicht der Betroffenen ist wesentlich, dass gesetzliche Regelungen einen tatsächlichen Schutz der Persönlichkeitsrechte gewährleisten und nicht allein Sicherheitsinteressen folgen.

Es bleibt eine zentrale Aufgabe, im Vollzug des NPsychKG den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu wahren und jede Form unfreiwilliger Behandlung oder Fixierung als äußerstes Mittel zu gestalten. Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass Betroffene in Krisen frühzeitig Hilfe erhalten, bevor eine Eskalation zur Gefährdung führt.

Der Verein Psychiatrie Erfahrener (VPE) Hannover bietet eine klare, praxisnahe Perspektive auf Gewalt und Gewaltschutz in der Sozialpsychiatrie. Aus Sicht des Vereins steht die Betroffenenenerfahrung im Zentrum, die Zwangsmaßnahmen und deren rechtliche Grundlage kritisch beleuchtet.

Gewalt aus VPE-Sicht

Der VPE Hannover beschreibt Gewalt in der Sozialpsychiatrie als vielschichtig: Sie umfasst nicht nur körperliche Übergriffe, sondern auch Zwangseinweisungen, Fixierungen, Medikationsdruck und das Gefühl der Entmündigung. Schutz wird vom Verein als Frage der persönlichen Würde und Autonomie verstanden, die durch institutionelle Kontrolle oft verletzt wird.

NPsychKG aus Vereinsperspektive

Das Niedersächsische Psychisch-Kranken-Gesetz (NPsychKG) gilt dem VPE Hannover als ambivalentes Instrument. Es soll Gefahren abwehren, legitimiert jedoch Eingriffe gegen den Willen Betroffener – von Unterbringungen bis zur Zwangsmedikation. Der Verein betont, dass solche Maßnahmen in der Praxis häufig traumatisch wirken und Misstrauen statt Sicherheit erzeugen.

Positionen des Vereins

Der VPE Hannover setzt auf gegenseitige Hilfe als Alternativen zu zwangsorientierten Ansätzen. Der Verein fördert Austauschgruppen, Krisenpläne und psychiatrieferne Beratung, um Gewalt durch Vertrauen und freiwillige Begleitung zu verhindern. Echte Prävention entsteht für den Verein dort, wo Betroffene als Expert*innen anerkannt werden.

Gewalt und Gewaltschutz in der Sozialpsychiatrie – Sicht des VPE Hannover

Der Verein Psychiatrie Erfahrener Hannover beleuchtet Gewalt in der Sozialpsychiatrie aus der Erfahrung seiner Mitglieder. Zwangseinweisungen, Fixierungen und erzwungene Medikation stellen für den Verein zentrale Gewaltformen dar. Das NPsychKG, das solche Maßnahmen regelt, wird als zweiseitiges Schwert gesehen: Es verspricht Schutz, erzeugt aber oft Ohnmacht und Verletzung.

Das Thema „Gewalt und Gewaltschutz in der Sozialpsychiatrie – im Spannungsfeld zwischen Beteiligung, Schutz und Recht“ aus Angehörigenperspektive

von einem Autor*innen-Team des AANB e.V.

Die Kritik am Entwurf des NPsychK(H)G anlässlich der Anhörung im niedersächsischen Landtag deckt es auf: Die Forderung nach mehr Gefahrenabwehr überzeichnet die Verhältnisse. Bei denen, die zu Gewalttaten neigen, handelt es sich um eine sehr kleine Gruppe von Menschen mit psychischer Erkrankung. Wenn sie in Ausnahmesituationen Gewalttaten ausführen, wurde das durch fehlende Therapie, Obdachlosigkeit oder Drogenkonsum begünstigt. Damit diese Ausnahmesituationen verhindert werden können, braucht es mehr Vorsorge, konsequente Therapie und Teilhabe. Das Hilfesystem sollte besser ausgestattet und leichter zugänglich werden.

Aus der Angehörigenperspektive ergibt sich ebenfalls diese Forderung. Angehörige leiden mit dem psychisch erkrankten Menschen. Insbesondere wenn von ihnen Gewalt ausgeht oder sie Opfer von Gewalt werden, wenn an ihnen Zwangsbehandlung oder Nötigung zu einer Behandlung ausgeübt wird. In gewalttätigen Ausnahmesituationen können auch Angehörige Opfer der Gewalt sein. Mit großer Ambivalenz erfüllt es Angehörige, wenn beim Erkrankten eine Behandlung gegen den Willen erforderlich wird.

Für Angehörige psychisch Erkrankter ist es eine besondere Herausforderung – wenn die Betroffenen ihre Erkrankung nicht erkennen können, werden sie Sinn und Notwendigkeit einer Behandlung nicht einsehen. Hier einen Zugang in die medizinische Versorgung zu schaffen, ist für alle Beteiligten sehr konfliktbehaftet. Die Grenzen für die Anwendung von Zwang sind äußerst eng gesetzt. Nur bei unmittelbarer Gefahr für andere oder sich selbst, wird eine Einweisung gegen den

Willen des Betroffenen möglich sein. Die Anwendung von Zwang wird aller Wahrscheinlichkeit nach traumatisch erlebt, was sich negativ auf den zukünftigen Behandlungsweg und Behandlungserfolg auswirken muss. Für den Erkrankten stellt sich die Situation als bedrohlich dar, der er sich ganz natürlich widersetzen wird. Mit allen Mitteln, die ihm zur Verfügung stehen.

Es ist wichtig, dass die Behandlung konsequent fortgeführt wird, auch wenn die Symptome unter der Medikamenteneinwirkung abklingen, eine freiheitsentziehende Maßnahme nicht mehr gerechtfertigt ist und der Patient die Entlassung wünscht. Wurde eine Behandlung unter Zwang und gegen den Willen des Patienten begonnen, müssen Wege gefunden werden, die eine Behandlung verbindlich fortsetzen lassen. Der Patient darf sich nicht selbst überlassen werden.

Behandlung ist Beziehungsarbeit und benötigt Zeit und personelle Ressourcen. Für eine erfolgversprechende Behandlung braucht der Erkrankte Vertrauen in den Behandler und in die Therapie. Gelingt es, eine gute Beziehung herzustellen, wird der weitere Behandlungsverlauf stabil auf eine Genesung hinauslaufen können.

Leider erleben wir derzeit eine große mediale Aufmerksamkeit in Bezug auf die eigen- oder fremdgefährdenden Ausnahmesituationen psychisch Erkrankter. Damit und mit dem im Gesetzesvorhaben angelegten Datenaustausch zwischen Krankenhäusern, Polizei und kommunalen Behörden geht die Gefahr einer zusätzlichen Stigmatisierung psychischer Erkrankungen einher. Seltene Fälle mit Gewaltextzessen dürfen nicht dazu führen, dass die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen zunimmt und damit die Bereitschaft der von Krankheit Betroffenen abnimmt, sich in Behandlung zu begeben.

Nicht beziehungsstiftend sind aber fallweiser Datenaustausch zwischen Behandler, SpDi und Polizei und auf Gewaltabwehr eingestellte Hilfesysteme. So müssen mit Sicherheitskräften ausgestattete Krankenhausnotaufnahmen, Therapiezentren oder Beratungsstellen für den

psychisch erkrankten Menschen besonders bedrohlich wirken. Hier sind durch Deeskalationstraining geschulte pflegerische und ärztliche Mitarbeitende gewünscht, die selbstsicher, ruhig und offen kommunizieren können. Auch der Ansatz einer aufsuchenden Hilfe und Behandlung kann hilfreich sein, weil in einigen Krankheitsbildern die Motivation fehlt, eigenständig Hilfen aufzusuchen.

Durch den Gesetzesentwurf kommt auf die Sozialpsychiatrischen Dienste eine neue Aufgabenzuweisung zu. Aus der Angehörigenperspektive begrüßen und wünschen wir, dass weitere personelle Ressourcen und zusätzliche finanzielle Mittelausstattung den Sozialpsychiatrischen Diensten zur Verfügung gestellt werden. Sie sollen frühzeitig niederschwellig beraten und begleiten, bei akuten Krisen rasch intervenieren, Fallkonferenzen koordinieren und aktive Netzwerke organisieren. Gemäß der regionalen Versorgungsverpflichtung sind Gemeindepsychiatrische Verbünde zu schaffen, in denen die Institutionen für Behandlung, Pflege, Eingliederungshilfe, Jugend-, Wohnungs- und Obdachlosenhilfe bestmöglich für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen und deren Angehörigen funktionieren. Die Gemeindepsychiatrischen Zentren (GPZ) in Niedersachsen sind ein gewünschtes niederschwelliges Angebot, was derzeit leider nur an wenigen Orten besteht. Ein weiterer flächendeckender Ausbau ist gewünscht.

Schwerpunktthema 2026: Gewalt und Gewaltschutz in der Sozialpsychiatrie



Gewalt und Gewaltschutz in der Sozialpsychiatrie – oder: Wider die Versicherheitlichung der Gesundheitspolitik

von Tommy Stöckel und Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. – DGPPN)

Es kommt etwas ins Rutschen. Seit anderthalb Jahren ist die Debatte um psychische Erkrankungen geprägt von einem Ruf nach mehr Sicherheit. Neben einem gesamtgesellschaftlichen Gefühl der Unsicherheit ist dies vor allem auf eine Reihe von Gewalttaten durch psychisch erkrankte Menschen seit 2024 zurückzuführen.

Den Ton der Debatte setzte der damalige CDU-Generalsekretär Carsten Linnemann im Nachgang des Anschlags in Magdeburg. In einem Radiointerview am 30. Dezember 2024 erklärte er: „Wir haben große Raster angelegt für Rechtsextremisten,

für Islamisten, aber offenkundig nicht für psychisch kranke Gewalttäter. Das ist ein großes Defizit in Deutschland.“¹ Diese Forderung wurde u. a. aufgegriffen von der Berliner Gewerkschaft der Polizei. Diese sprach sich im Februar 2025 dafür aus, eine Datenbank zu erstellen, die Überschneidungen von polizeibekannten Gewalttättern, relevanten psychischen Krankheiten sowie dem Status eines Asylantrags bei Geflüchteten aufzeigen soll. Die Datenbank sollte Wahrscheinlichkeiten für zukünftige Gewalttaten aufzeigen können. Aus Sicht der Polizei steige die Gefahr für eine Straftat, wenn beispielsweise bei einer polizeibekannten straffällig gewordenen Person eine psychiatrische Diagnose eingetragen wird – die Datenbank würde dann eine Warnung ausgeben.² Auch wenn Forderungen nach solchen Registern nach breiter Kritik relativiert wurden, verstummten Rufe nach Gesetzesverschärfungen auf Landesebene nicht. In der Folge wurden im Bundesrat Entschließungsanträge mit Forderungen nach bundesweitem Austausch von Gesundheitsdaten zur frühzeitigen Risikoerkennung verabschiedet.³

¹ Vgl. Beitrag des Deutschlandfunks vom 30. Dezember 2024

² Vgl. Beitrag von rbb24 vom 01. Februar 2025

³ Vgl. Entschließung des Bundesrates (717/25): Menschen mit psychischen Erkrankungen schützen, Gefahrenpotenziale erkennen durch bundesweiten Austausch vom 28. November 2025

Wollte man die derzeitige Debatte pointiert zusammenfassen, wie also die Themen Gewalt und psychische Erkrankungen verhandelt werden, muss man schlussfolgern: Es droht eine Versicherheitlichung (von Teilen) der Gesundheitspolitik. Versicherheitlichung meint, dass bestimmte originär gesundheitspolitische Themen, Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Versorgung, primär als Sicherheitsproblem verhandelt werden.

Daraus folgend versprechen die vorgeschlagenen vermeintlichen Lösungen eine Erhöhung der Sicherheit durch Datenaustausch mit Sicherheitsbehörden oder der Kontrolle durch Risikoerkennung und -prognose. Die Verunsicherung der Bevölkerung nach der Häufung von Gewalttaten durch psychisch erkrankte Menschen und die Bereitschaft der Politik Maßnahmen zu ergreifen, um die Risiken zu vermindern und das Sicherheitsempfinden der Menschen zu verbessern, sind absolut nachvollziehbar. Die Versicherheitlichung der Thematik ist aber dennoch aus zwei Gründen problematisch: Einerseits betreibt sie eine Engführung und Verzerrung des Themas Gewalt im psychiatrischen Kontext. Und andererseits hat die Debatte das Potenzial das Gegenteil dessen zu erreichen, was sie eigentlich beabsichtigt.

Die derzeitige Debatte stellt eine Engführung dar, weil sie ausblendet, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen mindestens genau so häufig – wenn nicht häufiger – Opfer von Gewalttaten, denn Täter sind.⁴ Medial rückt der Zusammenhang von Patientinnen- und Patientenwohl und Selbstbestimmung als zentrale Orientierungspunkte der modernen Psychiatrie, gerade im Falle der krankheitsbedingten Beeinträchtigung der Selbstbestimmungsfähigkeit, in den Hintergrund.

Dies wirft besonders dann komplexe medizinische, ethische und juristische Fragen auf, wenn Patientinnen oder Patienten ihre eigene Gesundheit oder Dritte gefährden. Legt man einen weiten Gewaltbegriff zugrunde, dann gehört in den Zusammenhang auch die (medial und politisch erzeugte) Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Hierbei trifft die derzeitige Tendenz zur Versicherheitlichung auf langfristige Entwicklungen.

Einstellungen zu psychischen Erkrankungen sind dynamisch und unterscheiden sich je nach Krankheitsbild: In Deutschland ruft eine Depression weniger negative Gefühle und Distanzierung bei anderen Menschen hervor im Vergleich zu vor 30

Jahren. Im Gegensatz dazu hat die Stigmatisierung von Menschen mit Schizophrenien oder von Menschen mit Suchterkrankungen im gleichen Zeitraum zugenommen.⁵ Nach Schomerus et al. (2023) liegt der Grund für diese unterschiedlichen Entwicklungen u. a. in der Berichterstattung: „Während die Berichterstattung über die Schizophrenie in den Printmedien vor allem auf Verbrechen

fokussiert und kaum Therapiemöglichkeiten erwähnt, zeichnen diese Medien ein wesentlich ausgewogeneres Bild von der Depression.“⁶ An dieser Stelle drohen die derzeitigen enggeführten Debatten wie ein Katalysator die skizzierten langfristigen Tendenzen zu beschleunigen.

Dies ist nicht nur mit Blick auf die Entstigmatisierung grundsätzlich zu bedauern, sondern ebenfalls im Hinblick auf die virulente Thematik der Gewaltprävention. Denn auch wenn sich die allermeisten Gewalttaten nicht auf eine psychische Erkrankung zurückführen lassen und die weit überwiegende Mehrheit der Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht gewalttätig ist,

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

⁴ Vgl. Marr C et al. (2024), Sariaslan A et al. (2020)

⁵ Vgl. Schomerus et al. (2023)

⁶ Vgl. Schomerus et al. (2023)

besteht bei bestimmten psychischen Erkrankungen ein statistisch erhöhtes Risiko, Gewalttaten zu begehen. Bei Schizophrenien und andere Psychosen, Substanzkonsumstörungen und schweren Persönlichkeitsstörungen ist dies belegt; wobei auch hier gilt, dass die überwiegende Mehrheit der Menschen, die an diesen Erkrankungen leiden, nicht gewalttätig ist.⁷ Und wichtiger noch: Die Diagnose einer psychischen Erkrankung kann und darf nie die Frage nach alternativen oder ergänzenden sozialen, politischen oder religiösen Motiven verhindern – ansonsten droht eine unangemessene Entpolitisierung der Debatte.

Die Gefahr einer zunehmenden Versicherunglichung liegt genau hier: Indem eine versicherunglichete Gesundheitspolitik psychische Erkrankungen vor allem als ein Sicherheitsrisiko versteht, welches durch Datenaustausch mit Sicherheitsbehörden oder durch Risikoerkennung und -prognose gemindert werden soll, trägt sie zu einer (weiteren) Stigmatisierung bestimmter psychischer Erkrankungen bei. Diese Stigmatisierung wirkt sich behandlungsverhindernd aus, und zwar bei Menschen mit genau jenen Erkrankungen, die tatsächlich ein statistisch erhöhtes Risiko für Gewalttaten aufweisen! Dabei ist die Evidenz eindeutig: „Die beste Maßnahme, um Gewalttaten durch Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verhindern, ist deren konsequente Behandlung.“⁸ Eine Versicherunglichung der Gesundheitspolitik kann zu mehr Stigmatisierung und dadurch zu weniger Behandlungsbereitschaft führen, und so – kontraindentional – die Gefahr von Gewalttaten erhöhen.

Versicherunglichung in Novellierungen von Psychisch-Kranken-(Hilfe-)Gesetzen

Als Reaktion auf die oben genannten Gewalttaten lassen sich in den politischen Reaktionen, besonders in den angestoßenen oder bereits abgeschlossenen Novellierungen von Psychisch-Kranken-(Hilfe-)Gesetzen (PsychK(H)G), Tendenzen zur Versicherunglichung feststellen.

In der im Dezember 2025 beschlossenen Änderung des Hessischen PsychKHG werden psychiatrische Kliniken verpflichtet, bei der Entlassung von Patientinnen und Patienten, die wegen einer Fremdgefährdung untergebracht waren, die zuständige Polizeibehörde zu informieren. Dies gilt für alle Personen, bei denen nicht näher bestimmte Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie – möglicherweise (!) – in absehbarer Zeit in einer nicht näher bestimmten Form die Gesundheit oder andere bedeutende Rechtsgüter Dritter gefährden könnten. Die Vorschrift geht weit über das legitime Ziel hinaus, dass die zuständige Polizeibehörde in besonderen Einzelfällen Informationen erhält, in denen bei Entlassung konkrete Anhaltspunkte für eine weitere Gefährdung Dritter vorliegen.

Ähnliches ließ sich im Referentenentwurf des Niedersächsischen PsychKHG beobachten, der die Meldepflichten an die Sicherheitsbehörden massiv ausweitet. Und trotz einiger Verbesserungen im Zuge der Verbändebeteiligung bleibt die zentrale Kritik an den Gesetzentwurf erhalten: Meldepflichten und Datenübermittlungen an Sicherheitsbehörden müssen streng begrenzt und an hohe Voraussetzungen geknüpft werden, um Stigmatisierung zu vermeiden und die Behandlungsbereitschaft nicht zu gefährden. In Nordrhein-Westfalen sind bei der PsychKHG Novellierung gleichfalls Aspekte der Versicherunglichung festzustellen: Ausgesprochen kritisch bewertet die DGPPN auch hier die erhebliche Ausweitung des Datenaustausches mit Sicherheitsbehörden und den Ausländerbehörden, da diese zu weit gefasst sind und Meldeerfordernisse über umrissene Einzelfälle ausweiten.

Zugleich enthält aber sowohl der Entwurf aus Niedersachsen als auch der Entwurf aus Nordrhein-Westfalen aus Sicht der DGPPN gute Ansätze zur Prävention von Gewalttaten, die sich dem Paradigma der Versicherunglichung entziehen. Dies betrifft in Niedersachsen die Stärkung der Sozialpsychiatrischen Dienste, in Nordrhein-Westfalen

die Festschreibung einer rechtsübergreifenden Zusammenarbeit der Träger der Hilfen wie auch der Zusammenschluss der Träger der Hilfen in gemeindepsychiatrischen Verbänden. Und damit steht die Frage im Raum: Wie kann dann eine wirksame und vor allem nicht-stigmatisierende Prävention von Gewalttaten umgesetzt werden?

Bausteine wirksamer Gewaltprävention

Die DGPPN hat sich mit dieser Frage umfassend in zwei Papieren befasst.⁹ Leitend ist der Gedanke, dass der wirksamste Schutz vor gewalttätigem Verhalten im Kontext psychischer Erkrankungen nicht in einer Ausweitung der sicherheitspolitischen Gefahrenabwehr liegt, sondern in der frühen Diagnostik, der leitliniengerechten Behandlung und der sozialräumlich vernetzten Begleitung und Unterstützung. Die Empfehlungen umfassen eine Reihe unterschiedlicher Bausteine zur wirksamen und nachhaltigen Gewaltprävention: Vorsorge, Beratung und Hilfe für vulnerable Gruppen, bedarfsadaptierte längerfristige aufsuchende Behandlung, Einbindung Forensisch-psychiatrischer Expertise, Etablierung von Kriseninterventionsdiensten, Stärkung Sozialpsychiatrischer Dienste, verbindliche Verantwortungsgemeinschaften auf regionaler Ebene, und als Ultima Ratio die Unterbringung zur Behandlung.

Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung sollte gestuft erfolgen. In diesem Sinne ist als Teil der gesundheitlichen psychosozialen Daseinsvorsorge ein niedrigschwelliges Beratungs- und Unterstützungssystem vorzuhalten. Dabei sollte ein Augenmerk auf Personengruppen liegen, die eine hohe Vulnerabilität für die Entwicklung bzw. Aufrechterhaltung einer schweren psychischen Erkrankung haben. Dazu zählen zum Beispiel

Menschen, die in sozialer Marginalisierung, wohnungslos oder in prekären Wohnverhältnissen leben, oder Menschen mit Fluchtbiografie.

Die Prävention von Gewalttaten gelingt durch eine frühzeitige Behandlung. Dafür braucht es neben den regulären ambulanten und (teil-)stationären Behandlungsangeboten nach SGB V zusätzliche flexible und bedarfsadaptierte ambulante einschl. aufsuchende Angebote. Ein weiterer Baustein für eine gelingende Gewaltprävention liegt in der Einbeziehung forensisch-psychiatrischer Expertise in die allgemeinspsychiatrische Versorgung; erfolgen könnte dies durch die Einrichtung von forensisch-psychiatrischen Konsil-/ Liaisonangeboten für pflichtversorgende Kliniken. Zudem sollten sogenannte Präventionsstellen nach Bayerischem Modell bundesweit etabliert werden. Diese sind komplementäre spezialisierte Betreuungsangebote für gewaltrisikogefährdete Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Sie nutzen forensisch-psychiatrische Expertise, sind aber keine forensischen Einrichtungen.

Schutz vor gewalttätigem Verhalten im Kontext psychischer Erkrankungen liegt nicht in einer Ausweitung der sicherheitspolitischen Gefahrenabwehr, sondern in der frühen Diagnostik, der leitliniengerechten Behandlung und der sozialräumlich vernetzten Begleitung und Unterstützung.

Eine wichtige institutionelle Klammer für Präventions- und Behandlungsangebote sind die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDis). Aus Sicht der DGPPN sollten diese multiprofessionell und sozialraumbezogen arbeitenden Dienste vier Kernaufgaben abdecken: niedrigschwellige Beratung und Begleitung, Krisenintervention, Planung von Hilfen im Einzelfall sowie Koordination und Netzwerkarbeit. So verstanden, obliegt den SpDis eine elementare Rolle in der kommunalen Daseinsvorsorge. Um sie flächendeckend erfüllen zu können, müssen die SpDis weiter gestärkt werden. Eingebettet sein sollte der SpDi, zusammen mit den SGB-V- und SGB-IX-Angeboten, mit niedrigschwelligen psychosozialen

⁷ Vgl. DGPPN (2025)

⁸ Vgl. DGPPN (2025)

⁹ Vgl. DGPPN (2025) und DGPPN (2026)

Beratungsangeboten sowie der Wohnungs- und Obdachlosenhilfe in einer Verantwortungsgemeinschaft für die Region. Die DGPPN empfiehlt, dass sich dieses gemeindepsychiatrische Netzwerk auf gesetzlicher Grundlage zu einem verbindlich-koperativ gestalteten Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) zusammenschließt.

Angesichts der derzeitigen, einseitig auf Sicherheit und Kontrolle fokussierten politischen Debatte muss deutlich unterstrichen werden: Eine öffentlich-rechtliche Unterbringung kann nur als ultima-ratio-Maßnahme in einem wie oben skizzierten gestuften Versorgungssystem eingebettet sein. Für eine Unterbringung müssen aus Sicht der DGPPN zwingend folgende drei Kriterien gemeinsam erfüllt sein: (1) Vorliegen einer psychischen Erkrankung, (2) krankheitsbedingte Einschränkung/Aufhebung der Selbstbestimmungsfähigkeit, und (3) Bestehen einer erheblichen, gegenwärtigen Gefahr für die Person selbst und/oder Dritte.

Den aktuell kursierenden Forderungen einer massiven Ausweitung des Datenaustausches zwischen Sicherheits- und Gesundheitsbehörden setzt die DGPPN eine Differenzierung nach Meldepflichten und Melderechten entgegen. Melderechte seitens der Krankenhäuser an Sicherheitsbehörden würden eine sichere rechtliche Basis für eine Informationsübermittlung bedeuten, wenn etwa zum Zeitpunkt der Beendigung der Unterbringung nach fachärztlicher Einschätzung eine erhebliche Fremdgefährdung zwar nicht mehr gegenwärtig vorliegt, aber mit hoher Wahrscheinlichkeit in der nächsten Zukunft zu erwarten ist. Meldepflichten sind aus Sicht der DGPPN nur in begründeten Einzelfällen – und bei medizinischen Daten ausschließlich gegenüber schweigepflichtgebundenen Stellen (z. Bsp. SpDi, weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte) – zu rechtfertigen. Diese Unterscheidung vermeidet unverhältnismäßig breit gefasste und vor allem für die Behandlung hinderliche, weil stigmatisierende, Meldungen an Sicherheitsbehörden. Gleichzeitig ermöglicht sie aber, dass die relevanten Informationen in begründeten Fällen die zuständigen Stellen erreichen.

Diese skizzierten Bausteine werden aus Sicht der DGPPN der Komplexität des Themas Gewalt und Gewaltschutz bei psychischen Erkrankungen deutlich gerechter als der aktuelle Schwerpunkt gesundheitspolitischer Lösungsvorschläge. In einem Wort: Die beste Maßnahme, um Gewalttaten durch Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verhindern, ist deren konsequente Behandlung; die Versicherheitlichung der Gesundheitspolitik ist es nicht.

Literaturverzeichnis

Beitrag des Deutschlandfunks vom 30. Dezember 2024. (<https://www.deutschlandfunk.de/debatte-um-ausweisungsrecht-interview-carsten-linnemann-cdu-generalsekretaer-dlf-7b43985c-100.html>)

Beitrag von rbb24 vom 01. Februar 2025 (<https://www.rbb24.de/politik/beitrag/2025/01/straftaten-psychische-erkrankungen-forderungen-polizei-datenbank-gefluechtete.html>)

Entschließung des Bundesrates (717/25): Menschen mit psychischen Erkrankungen schützen, Gefahrenpotenziale erkennen durch bundesweiten Austausch vom 28. November 2025 (https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2025/0701-0800/717-25.pdf?__blob=publicationFile&v=1)

Marr C et al. (2024) Marr C Webb RT, Yee N, Dean KA Systematic Review of Interpersonal Violence Perpetration and Victimization Risk Examined Within Single Study Cohorts, Including in Relation to Mental Illness in: Trauma Violence Abuse. 2024 Jan;25(1) S. 130 – S. 149

Sariaslan A et al. (2020) Risk of Subjection to Violence and Perpetration of Violence in Persons With Psychiatric Disorders in Sweden. JAMA Psychiatry 77: 359–367

Schomerus et al. (2023) Schomerus, G., Spahlholz, J. & Speerforck, S. Die Einstellung der deutschen Bevölkerung zu psychischen Störungen in: Bundesgesundheitsblatt 66 2023 S. 416 – S. 422

DGPPN (2025) Prävention von Gewalttaten. Aggressives und gewalttätiges Verhalten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen: Wie hoch ist das Risiko und wie lässt es sich begrenzen? Prävention von Gewalttaten – Stellungnahmen und Positionen – Aktuelles – DGPPN

DGPPN (2026) Versorgung stärken, Gewalt verhindern. Umsetzungsempfehlungen der DGPPN auf der Basis des Positionspapiers Prävention von Gewalttaten DGPPN Empfehlungen zu Regelungen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung in den PsychKHGs – Stellungnahmen und Positionen – Aktuelles – DGPPN

Gewalt in der sozialpsychiatrischen Arbeit: Ein Balanceakt zwischen Vertrauen und Zwang im Sozialpsychiatrischen Dienst

von Mitarbeitenden einer Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle

Aggression und Gewalt begegnen uns in unserer sozialpsychiatrischen Arbeit auf unterschiedliche Art und Weise. Es gehört zu unserem Arbeitsalltag, dass wir uns damit auseinandersetzen.

Wir betrachten Gewalt und Gewaltprävention in der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes aus verschiedenen Perspektiven. Da ist die Gewalt, die andere erleben, die sich hilfesuchend an uns wenden. Natürlich auch die, die wir als Mitarbeitende erleben und die, die wir in Ausübung unserer Tätigkeit in Form von formaler Gewalt selbst anwenden müssen.

Oft erreichen uns Meldungen besorgter Bürger*innen, die Aggressionen von sich psychisch auffällig verhaltenden Menschen beobachten oder selbst von Bedrohungen und Übergriffen betroffen sind. Sie wünschen sich, dass der SpDi hilft, Aggressionen zu stoppen oder Gewalthandlungen zu verhindern. Doch unser Handeln ist dabei stets an gesetzliche Rahmenbedingungen gebunden (wie zum Beispiel die Schweigepflicht) und in seinen Möglichkeiten begrenzt. Zudem obliegen die unmittelbare Gefahrenabwehr und die Sicherung von akut gefährlichen Situationen der Polizei und ist nicht Teil unserer Tätigkeit.

Wir selbst erleben z. B. Beschimpfungen und Bedrohungen, teils auch körperliche Attacken von Menschen, die in einer erheblichen Krisensituation sind und sich in ihrem Erleben gegen uns wehren müssen.

Als Abteilung der Region Hannover mit hoheitlichen Aufgaben nach dem NPsychKG üben wir Gewalt als Behörde aus, wenn wir Einweisungen

gegen den Willen der betroffenen Menschen in die psychiatrische Klinik initiieren.

Trotz der Bedeutung dieser Themen möchten wir betonen: Aggression und Gewalt dominieren unseren Arbeitsalltag nicht. Ein respektvoller, wertschätzender und zielorientierter Umgang ist die Regel. Daher möchten wir uns in diesem Artikel auf eine zentrale Frage konzentrieren: Wie gelingt es uns, im Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle verantwortungsvoll zu handeln?

Hilfe und Kontrolle

Der Sozialpsychiatrische Dienst steht vor einem schwierigen Balanceakt: Einerseits sollen wir durch aufsuchende Arbeit und Beratung Vertrauen zu psychisch erkrankten Menschen aufbauen. Andererseits obliegt uns gemäß dem NPsychKG die Aufgabe, bei Eigen- oder Fremdgefährdung Betroffene und Dritte zu schützen – notfalls auch durch die Einleitung von Zwangsmaßnahmen.

Die Doppelfunktion von Vertrauen und Kontrolle wirft grundlegende Fragen auf:

- Wie kann Vertrauen entstehen, wenn der gleiche Dienst, der Unterstützung anbietet, auch Zwangsmaßnahmen einleiten kann?
- Wie gehen wir mit der Ambivalenz um, gleichzeitig Helfer*innen und Kontrollinstanz zu sein?

Für viele Betroffene ist der Sozialpsychiatrische Dienst die erste Anlaufstelle in einer Krise. Durch aufsuchende Gespräche, Krisenintervention und die Vermittlung von Hilfsangeboten versuchen wir, deeskalierend zu wirken und freiwillige Lösungen zu finden. Doch genau diese Vertrauensbasis gerät ins Wanken, sobald wir die Funktion der Kontrollinstanz einnehmen müssen. Denn nach dem NPsychKG obliegt uns die Prüfung, ob die Voraussetzungen für eine zwangsweise Unterbringung oder Behandlung vorliegen, also eine Einweisung gegen den ausdrücklichen Willen der Klient*innen.

Der SpDi agiert im Spannungsfeld zwischen Vertrauen, Schutz und Zwang.

Zwangsmaßnahmen haben zwar das ausdrückliche Ziel, die Genesung der Klient*innen durch adäquate Behandlung in einem sicheren, haltgebenden Rahmen bestmöglich zu unterstützen und kommen nur zum Tragen, wenn von den Klient*innen unmittelbare, akute Gefahr für sich oder andere ausgeht und eine freiwillige Behandlung abgelehnt wird.

Dennoch: allein die Andeutung, dass eine solche Maßnahme möglich sein könnte, kann bei Klient*innen Misstrauen auslösen. Die Sorge, dass ihre Äußerungen gegen sie verwendet oder an Dritte weitergegeben werden könnten, ist nicht unbegründet. Daher müssen wir besonders sensibel agieren: Wir müssen klar kommunizieren, wann wir in der Rolle der Helfer*innen und wann in der Rolle der Kontrollinstanz handeln.

Vertrauen trotz Zwang – ein Fallbeispiel

Frau XY leidet seit Jahren unter einer schizoaffektiven Störung. In psychotischen Phasen ernährt sie sich nicht mehr ausreichend, was ihre Familie in große Sorge versetzt. Durch die Fürsorge der Angehörigen fühlt sich Frau XY jedoch bevormundet, es kommt zu verbalen und tätlichen Auseinandersetzungen. Mehrere Kontaktversuche des SpDi und der Versuch einer erneuten Anbindung an die psychiatrische Versorgung scheitern. Die Situation spitzt sich zunehmend zu, Frau XY äußert lebensmüde Gedanken. Aufgrund akuter Suizidalität wird schließlich eine Unterbringung nach NPsychKG eingeleitet.

Nach einer sechswöchigen stationären Behandlung ist Frau XY stabil und zeigt sich offen für einen Kontakt zu uns. Sie kann ihr Verhalten in der psychotischen Phase reflektieren. Im Nachgang können wir mit ihr die Krisensituation aufarbeiten, Frühwarnzeichen identifizieren und Möglichkeiten der Frühintervention etablieren.

Dieser Fall zeigt: Der SpDi steht vor der Aufgabe, die Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen zu

vermitteln, ohne die Beziehung vollständig und nachhaltig zu zerstören. Durch das aktive Suchen des Gesprächs nach einer Krise ergibt sich die Möglichkeit, die Situation nachträglich aufzuarbeiten, das Vertrauensverhältnis wiederherzustellen und Absprachen für zukünftige Krisen zu treffen.

Prävention bleibt unsere oberste Priorität. Ein enger Austausch mit der Klinik, weiteren Akteur*innen des Hilfesystems, Zugehörigen und Betreuer*innen ist dabei unerlässlich.

Reflexion und Grundhaltung

Auch unser eigener innerer Konflikt wird in der gemeinsamen Aufarbeitung mit Klient*innen sichtbar – besonders dann, wenn der Alltag uns unter Zeitdruck setzt. Gerade in Momenten hoher Anspannung, wenn etwa mehrere Notfälle gleichzeitig anstehen, kann es passieren, dass strukturiertes Handeln Vorrang vor individueller Zuwendung gewinnt. Doch genau diese Situationen fordern uns auf, uns später

bewusst Zeit zu nehmen: für eine Nachbetrachtung, in der wir unsere Rollen hinterfragen, den Sinn unseres Tuns prüfen – und vor allem unsere Grundhaltung reflektieren, die unter Stress leicht in den Hintergrund rückt.

Denn eine wertschätzende, offene und empathische Grundhaltung ist die Basis für jede therapeutische Beziehung. Sie ist geprägt von:

- Wertschätzung und Offenheit
- Toleranz und einem therapeutischen Gleichgewicht von Nähe und Distanz
- Sensibler Wahrnehmung von Verhalten und Verhaltensänderungen
- Selbstreflektiertem Umgang mit eigenen Affekten, Einstellungen und Motivationen

Gelingt es uns, niedrigschwellig und vorbehaltlos eine Beziehung zum Gegenüber aufzubauen, ist bereits viel erreicht. So können wir uns einfühlen und verstehen, warum unser Gegenüber aktuell

Der SpDi steht vor der Aufgabe, die Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen zu vermitteln, ohne die Beziehung vollständig und nachhaltig zu zerstören.

ärgerlich, angespannt oder wütend ist. Das Gespräch wird so zu einem zentralen Werkzeug der Deeskalation.

Dabei macht es einen Unterschied, ob wir die Klient*innen bereits kennen: Bei Vorkontakten hilft uns die Erfahrung, schneller zu verstehen und gezielt zu reagieren. Doch unser Alltag konfrontiert uns auch mit unbekannten Personen in akuten Krisen – hier sind wir gefordert, nicht nur die Situation zu managen, sondern auch die langfristigen Folgen möglicher Zwangsmaßnahmen im Blick zu behalten.

Ein Spannungsfeld, das bleibt

Der Sozialpsychiatrische Dienst bewegt sich in einem Spannungsfeld, das sich nicht vollständig auflösen lässt. Wir sind gefordert, diesen Spagat im Einzelfall auszuhalten und verantwortungsvoll zu gestalten. Unsere Aufgabe ist es, Vertrauen aufzubauen – selbst wenn wir gleichzeitig die Möglichkeit und Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen im Hintergrund wissen.

Denn eines ist klar: Hilfe und Kontrolle sind nicht immer Gegensätze, sondern können zwei Seiten derselben Medaille sein und sich sinnvoll ergänzen. Unser Ziel bleibt es, durch eine wertschätzende Grundhaltung, klare Kommunikation und reflektiertes Handeln Vertrauen zu schaffen – auch in einem System, das Zwang nicht ausschließen kann.

Um diesen Weg konsequent weiterzugehen, wünschen wir uns, Genesungsbegleitung künftig stärker in unsere Arbeit einzubeziehen. Durch die Einbindung von Menschen mit eigenen psychischen Krisenerfahrungen können wir nicht nur den Zugang zu den Betroffenen erleichtern, Brücken bauen und ihre Perspektive direkt einbinden – sondern damit auch Partizipation stärken, den Beziehungsaufbau erleichtern und Gewaltrisiken reduzieren.

Unsere Haltung und unser professionelles Handeln bedeuten den größtmöglichen Gewaltschutz – für uns Mitarbeitende und für die Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Die Einführung von Schutzkonzepten in Einrichtungen der Eingliederungshilfe – von der Vorgabe zur Umsetzung und den Erfahrungen

Ein Austausch in der Fachgruppe Soziale Teilhabe im März 2026 von Katrin Krone und Torsten Köster, Mitglieder der Fachgruppe

Entstigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen in der Gesellschaft!

Mit dieser Forderung endete unser Austausch zum Thema „Schutzkonzepte in Einrichtungen der Eingliederungshilfe“ in der Fachgruppe Soziale Teilhabe.

Dieses Anliegen, das zunächst gar nicht so sehr mit dem Thema zusammenzuhängen scheint, ist und bleibt für alle im gemeindepsychiatrischen Verbund Beteiligten weiterhin von essentieller Bedeutung.

Aus dieser Perspektive betrachtet, zeigt sich die gesetzliche Anforderung, ein Schutzkonzept für Nutzer*innen vorzuhalten, nicht mehr vorrangig als zusätzliche bürokratische Last. In den Vordergrund kann die Aufgabe rücken, die Vulnerabilitäten, Benachteiligungen und Gefährdungen von Menschen mit Behinderungen wahrzunehmen, konzeptionell aufzugreifen und mit Achtsamkeit und Sensibilität zu beantworten.

Von der Vorgabe...

Seit Juli 2021 sind Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach § 37a SGB IX verpflichtet, geeignete Maßnahmen zum Schutz der Nutzer*innen vor Gewalt zu entwickeln und umzusetzen:

„Die Leistungserbringer treffen geeignete Maßnahmen zum Schutz vor Gewalt für Menschen mit

Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen, insbesondere für Frauen und Kinder mit Behinderung und von Behinderung bedrohte Frauen und Kinder. Zu den geeigneten Maßnahmen nach Satz 1 gehören insbesondere die Entwicklung und Umsetzung eines auf die Einrichtung oder Dienstleistungen zugeschnittenen Gewaltschutzkonzeptes.“

Schutzkonzepte werden individuell erarbeitet, sollten aber folgende Komponenten beinhalten:

- Kenntnisse und ein gemeinsames Verständnis über verschiedene Formen der Gewalt,
- Leitbilder und ethische Selbstverpflichtungen,
- partizipative Strukturen sowie
- Maßnahmen zur Prävention und zum Umgang mit Gewalt

Ziel ist es, einen sicheren Rahmen für Nutzer*innen von Angeboten und Institutionen zu schaffen, Machtgefälle auszugleichen und Selbstbestimmung zu gewährleisten.

Die Umsetzung der gesetzlichen Anforderung stellte für alle Einrichtungen zunächst eine große Aufgabe dar. Inhaltlich wurde dies sehr befürwortet, war aber auch mit einem deutlichen Mehraufwand an zeitlichen und personellen Ressourcen verbunden. Der Aufwand war insbesondere zu Beginn sehr hoch, bleibt im reduzierten Umfang aber auch weiter bestehen, wenn man die Schutzkonzepte in den Angeboten lebt. Dann bedarf es einer regelmäßigen Beschäftigung mit den Inhalten, einer möglichst dialogischen Diskussion und Weiterentwicklung der enthaltenen Maßnahmen.

... zur Umsetzung und den Erfahrungen

Wege hin zur Entwicklung und Umsetzung gibt es viele und auch die daraus resultierenden Erfahrungen dürften angesichts der individuellen Gestaltung unterschiedlich sein. Dem wollten wir in der Fachgruppe Soziale Teilhabe genauer auf den Grund gehen – natürlich ohne dabei repräsentativ sein zu können. Ca. 30 Teilnehmende aus den verschiedenen Feldern der Eingliederungshilfe – Leistungserbringer und Leistungsträger – brachten sich bei dem gemeinsamen Austausch ein.

Die vielleicht spannendste Frage ist die, mit der wir eingestiegen sind:

Wie präsent ist das Schutzkonzept in den jeweiligen Einrichtungen?

Verbunden mit einer Skalierung von 1 bis 10 (1 = gar nicht präsent, 10 = sehr präsent) zeigten sich zwei Schwerpunkte in der Wahrnehmung der Teilnehmenden: Im Bereich 3-4 und im Bereich 6-8 kam es zu einer jeweils ähnlich starken und insgesamt hohen Besetzung. Nur sehr vereinzelt gab es Positionierungen in den Randbereichen 1-2 und 9-10.

Im Austausch wurde deutlich, dass die wahrgenommene Präsenz des Schutzkonzeptes in der Einrichtung von folgenden Aspekten beeinflusst wird:

- Entwicklungsstadium des Konzeptes
- Kontext der Entwicklung und Implementierung
- Einbindung in den betrieblichen Alltag

Der aktuelle Stand der Entwicklung von Schutzkonzepten in den Einrichtungen ist unterschiedlich. Während einige Anbieter weiterhin im Aufbau sind, befinden sich andere bereits bei der Erarbeitung einer Version 2.0.

Eine hohe Präsenz wird dem Schutzkonzept in den Einrichtungen dann zugesprochen, wenn es aktuell (wieder) in Bearbeitung ist, also wenn es in Arbeitsgruppen, im Rahmen von Fachtagen, etc. aufgegriffen und bearbeitet wird. Dabei ist zusätzlich von Bedeutung, wie hoch der Grad der Beteiligung von Mitarbeitenden und Nutzer*innen bei der Erstellung / Überarbeitung ist. Die Einschätzung, dass die Bewusstheit für das Schutzkonzept mit dem Grad der Beteiligung steigt, wird von den Anwesenden geteilt. Dort, wo der Schritt der Beteiligung (noch) nicht stattgefunden hat, wird von einer geringeren Präsenz des Konzeptes ausgegangen.

Um ein Schutzkonzept nachhaltig bewusst zu halten, sind strukturelle Verankerungen, wie z.B. ein fester Punkt in den Dienstbesprechungen und/oder in Leitungsrunden förderlich. Auch

die Veröffentlichung des Schutzkonzeptes auf der Internetseite zeigt eine weitere Möglichkeit, dem Thema nachhaltig Sichtbarkeit zu verleihen. Präsenz erhalten Schutzkonzepte auch durch daraus resultierenden Maßnahmen, wie z.B. Fortbildungen zu Themen des Gewaltschutzes oder Deeskalationstrainings, aber auch im Kontext von Fallbesprechungen.

Einen durchaus diskutablen Aspekt der Diskussion wollen wir aber auch nicht unerwähnt lassen:

Als Hypothese wurde eingebracht, dass es auch positiv gewertet werden kann, wenn das Schutzkonzept nicht immer allgegenwärtig im Bewusstsein der Mitarbeitenden ist: Die Handlungsabläufe und Maßnahmen des Schutzkonzeptes nicht ständig nutzen zu müssen, weil es nur selten zu entsprechenden Situationen von Gewalt kommt, könnte auch Zeichen eines gelingenden Gewaltschutzes sein.

Wie hilfreich ist das Schutzkonzept bzw. sind die daraus abgeleiteten Maßnahmen für die tägliche Arbeit?

Bei der skalierenden Zuordnung zu dieser Frage zeigten sich nur wenig Unterschiede zu der vorhergehenden Frage nach der Präsenz, so dass ein Zusammenhang vermutet wird, zwischen der institutionellen Gegenwärtigkeit eines Schutzkonzeptes und seiner als hilfreich wahrgenommenen Wirksamkeit.

Als hilfreich werden v.a. die konkreten Maßnahmen, die aus dem Konzept abgeleitet werden, wahrgenommen. Also Orientierungshilfen, Verfahrensabläufe, etc., die helfen, in schwierigen Situationen handlungssicher agieren zu können.

Gleichzeitig wird in der Praxis auch deutlich, dass im konkreten Fall immer wieder neu und personenbezogen eine individuelle Einschätzung getroffen und ein Umgang erarbeitet werden muss. Individuelle Perspektiven und Maßstäbe der Fachkräfte und daraus resultierende Unstimmigkeiten werden durch Arbeitshilfen des Schutzkonzeptes nicht aufgelöst. Jedoch können sie einen Orientierungsrahmen bieten, um professionell fundiert

Maßnahmen einzuleiten und Entscheidungen zu treffen.

Ein hilfreiches Schutzkonzept sollte auch die verschiedenen Schutz-Perspektiven berücksichtigen:

- den Schutz der Nutzer*innen vor übergriffigem Verhalten des Personals,
- den Schutz der Nutzer*innen vor struktureller/institutioneller Gewalt,
- und auch den Schutz der Nutzer*innen vor Gefährdungen untereinander.

Da das Schutzkonzept, so wie es gesetzlich gefordert ist, lediglich den Schutz der Nutzer*innen fokussiert, stellt sich die Frage nach dem Schutz der Mitarbeitenden, die auch gefährdet sein können und – je nach Tätigkeitsfeld – auch gefährdet sind.

Hierzu bestehen unterschiedliche Standards in den Einrichtungen, abhängig vom jeweiligen Risikopotential. Allerdings sind diese Maßnahmen in erster Linie nicht dem Schutzkonzept nach § 37a SGB IX zuzuordnen, sondern dem Bereich der Arbeitssicherheit. Trotzdem besteht vielfach der Wunsch nach mehr Berücksichtigung dieser Schutz-Perspektive, wenn in den Angeboten über Gewaltschutz gesprochen wird. Die Einbeziehung der Mitarbeitenden-Schutz-Perspektive im Rahmen des Schutzkonzeptes wird in der Austauschrunde, im Sinne einer umfassenden systemischen Konzeptualisierung, als sinnvoll und empfehlenswert angesehen.

Was waren / sind die wesentlichen Herausforderungen bei der Erstellung und Einführung des Schutzkonzeptes?

Die Antwort dazu kam prompt und wurde in der Runde allgemein geteilt:

- Der hohe Aufwand an zeitlichen und personellen Ressourcen
- Die partizipative Erstellung / Umsetzung des Schutzkonzeptes

Beide Punkte klangen auch vorher schon mehrfach an.

Zeitliche und personelle Ressourcen

Vor allem die Erstellung und Implementierung des Schutzkonzeptes ist verbunden mit einem erheblichen Aufwand. Arbeitsgruppen und / oder Fachtage benötigen umfängliche personelle Kapazitäten und lassen das Schutzkonzept, auch wenn der inhaltliche Wert nicht in Frage gestellt ist, dann doch als umfangreiche (Zusatz-) Aufgabe erscheinen. Hat das Schutzkonzept einen

Ein präsent und aktives Schutzkonzept benötigt regelmäßiges Nachschärfen und Nacharbeiten

praxistauglichen Status Quo erreicht, reduziert sich der Aufwand. Ein präsent und aktives Schutzkonzept benötigt allerdings regelmäßiges Nachschärfen und Nacharbeiten, so dass ein zusätzlicher Aufwand bleibt. Wie bereits erwähnt, sind einige Leistungserbringer bereits mit einer Version 2.0 beschäftigt.

Partizipation

Das Thema Partizipation, wird als ausgesprochen sinnvoll, und auch als herausfordernd und aufwändig bewertet. Zwei Perspektiven sind dabei zu betrachten: Zum einen die Partizipation von Mitarbeitenden – die Einbeziehung aller Kolleg*innen bei der Erarbeitung des Konzeptes. Zum anderen die Beteiligung von Nutzer*innen – von der Information und/oder Befragung bis zur Mitgestaltung. Dies wurde und wird unterschiedlich gelöst.

Einige Teilnehmende berichteten in dem Kontext von gemeinsamen Workshops und Arbeitsgruppen (Mitarbeitende und Nutzer*innen). Es gab auch Beispiele für punktuelle Aktionen, z.B. in Form von qualitativen Interviews bzw. Befragungen von Nutzer*innen. Einige Einrichtungen haben sich in der Erarbeitung und Implementierung des Schutzkonzeptes auf die Partizipation der Mitarbeitenden konzentriert, und beabsichtigen in einem zweiten Schritt unter Einbeziehung der Nutzer*innen nachzuschärfen.

Teilweise fand die Erstellung und Implementierung von Schutzkonzepten auch in Top-down-Prozessen statt:

- 1. Erstellung des Konzeptes auf Leitungsebene
- 2. Anpassung auf unterschiedliche Arbeitsbereiche mittels Einbeziehung von Mitarbeitenden
- 3. Ausdifferenzierung von Maßnahmen unter Beteiligung von Nutzer*innen

Unabhängig vom jeweiligen Vorgehen zeigten sich vergleichbare Herausforderungen. Auf Mitarbeitenden-Ebene wurde die Auseinandersetzung mit dem Begriff und den Formen von Gewalt als längerer und intensiver Prozess wahrgenommen. Insbesondere der Prozess der Operationalisierung also der Vertiefung des Themas, der Umsetzung von Maßnahmen und der Thematisierung im Alltag wurde als hilfreich bewertet und hat zu einem deutlichen Erkenntnisgewinn geführt.

Auf der Ebene der Nutzer*innen war es notwendig, die unterschiedlichen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen zu berücksichtigen, damit Teilhabe am Prozess gelingen konnte. Leichte Sprache, METACOM-Karten, zeitlich angepasstes Vorgehen, etc. waren wichtige methodische Maßnahmen, um Nutzer*innen wirksam einbeziehen zu können. Darüber hinaus wurden alternativ, je nach Tätigkeitsfeld, Erziehungsberechtigte und Lehrkräfte befragt, um eine breite Basis für die Erstellung des Schutzkonzeptes zu erhalten.

Insgesamt wird deutlich, dass das Schutzkonzept, so wichtig es auch ist, für die Leistungserbringenden eine umfassende Aufgabe darstellt, die vor dem Hintergrund der jeweiligen institutionellen Gegebenheiten sehr unterschiedlich angegangen wurde und einen fortlaufenden Prozess (mit Mehraufwand) zur Folge hat, der in der Personalbemessung stärker berücksichtigt werden sollte.

Was hat sich seit der Einführung des Schutzkonzeptes verändert und was braucht es noch?

Die Implementierung von Schutzkonzepten wird insgesamt mit einer deutlichen Sensibilisierung für Gewaltdynamiken und Machtstrukturen verbunden. Wie bereits erwähnt, stellt bereits die Auseinandersetzung mit dem Thema einen wichtigen Prozess dar.

Die Implementierung von Schutzkonzepten wird insgesamt mit einer deutlichen Sensibilisierung für Gewaltdynamiken und Machtstrukturen verbunden.

In der Folge wurden bereits vorhandene Strukturen und Prozesse, wie das Beschwerdemanagement, interne Meldeverfahren, gemeinsamer Umgang, usw., geprüft, nachgeschärft und konzeptionell eingebunden. Letztendlich bieten die im Rahmen des Schutzkonzeptes erarbeiteten Verfahrensabläufe und Orientierungshilfen insgesamt mehr Handlungssicherheit.

Im Weiteren besteht v.a. das Anliegen, dass Schutzkonzepte an Präsenz gewinnen und noch nachhaltiger und umfassender im Alltag angewendet werden. Dass sie vor allem – aber nicht nur – bei den Mitarbeitenden im Bewusstsein sind, zunehmend Bedeutung erlangen und vom Wirkungskreis ausgedehnt werden können. Wenn sie auf flankierende Bereiche des eigenen Tätigkeitsfeldes (z.B. das familiäre Umfeld von Nutzer*innen oder das weitere Hilfesystem) ausstrahlen, kann dies dem Sinn und Zweck von Schutzkonzepten förderlich sein und uns dem Ziel der „Entstigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen in der Gesellschaft“ schrittweise näherbringen.

Novellierung NPsychKG – im Spannungsfeld zwischen Gefahrenabwehr, Prävention und Hilfe

von Lukas Kirsch (Fachdienstleiter Sozialpsychiatrischer Dienst)

Die Novellierung des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG) steht im Kontext einer gesellschaftlichen und politischen Debatte, die durch schwerwiegende Gewalttaten ausgelöst wurde, bei denen die Täter*innen psychisch auffällig waren oder sich im Vorfeld der Tat in psychiatrischer Behandlung befanden. In dem aktuell vorliegenden Gesetzentwurf stehen folglich die Anpassungen der Unterbringungs Voraussetzungen sowie Intensivierung der Zusammenarbeit und des Datenaustausches zwischen Kliniken, Sozialpsychiatrischen Diensten und Polizei besonders im Fokus. Insbesondere die Einführung der „Dauergefährdung“ als Unterbringungs Voraussetzung und die erweiterte Datenübermittlung an die Polizei mit dem Ziel, die Gefahrenabwehr zu stärken und die Sicherheit zu erhöhen, werfen Fragen nach Verhältnismäßigkeit, Stigmatisierung und dem tatsächlichen präventiven Nutzen auf.

Was heißt „Dauergefährdung“ und Ausweitung des Datenaustausches?

Der Gesetzentwurf sieht vor, die Möglichkeit einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung zu erweitern, indem neben der bisherigen Voraussetzung auch eine sogenannte „Dauergefährdung“ als Unterbringungsgrund eingeführt wird. Bisher war eine Unterbringung nur dann zulässig, wenn eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für die betroffene Person oder Dritte vorlag (akute Eigen- oder Fremdgefährdung). Die neue Regelung soll nun eine Unterbringung auch dann ermöglichen, wenn „...eine Gefahr für Leib oder Leben... für Dritte ... zwar unvorhersehbar, aber wegen besonderer Umstände des Einzelfalls jederzeit zu erwarten ist...“.

Ein weiterer zentraler Punkt des Gesetzentwurfs betrifft die Ausweitung des Datenaustauschs zwischen Kliniken, Sozialpsychiatrischen Diensten und Sicherheitsbehörden. Hier soll die Möglichkeit geschaffen werden, dass Unterbringungseinrichtungen und Sozialpsychiatrische Dienste der Polizei Daten übermitteln können, wenn „... Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass von dem Menschen mit einer psychischen Erkrankung in absehbarer Zeit ohne Behandlung eine erhebliche Gefahr für das Leben, die Gesundheit oder andere hochrangige Rechtsgüter Dritter ausgehen könnten und konkrete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der Mensch mit einer psychischen Erkrankung eine zur Abwehr der Gefahr notwendige Behandlung nicht wahrnehmen wird.“ Bei Vorliegen einer erheblichen Fremdgefährdung im zurückliegenden Jahr, die bereits zu einer Schädigung Dritter geführt hat, muss eine Datenübermittlung an die Polizei erfolgen. Zudem sollen Polizei, Sozialpsychiatrischer Dienst, Klinik und Wohnsitzgemeinde bei Feststellung eines erheblichen Fremdgefährdungspotenzials verpflichtend Fallkonferenzen einberufen.

Zur Auswirkung der veränderten Unterbringungsvoraussetzungen

Die Erweiterung der Unterbringungsvoraussetzungen bei „Dauergefährdung“ und die Ausweitung des Datenaustauschs mit Sicherheitsbehörden sind vor dem Hintergrund der jüngsten Gewalttaten und der damit verbundenen öffentlichen Diskussion und Forderung nach mehr Sicherheit erstmal nachvollziehbar.

Allerdings birgt der Fokus auf Gefahrenabwehr und Datenaustausch auch Risiken in der Versorgung von schwer psychisch erkrankten Menschen.

Die Einführung der „Dauergefährdung“ als Unterbringungsvoraussetzung zielt darauf ab, Lücken

im bisherigen System zu schließen, in denen Personen, bei denen eine latente Fremdgefährdung vorliegt, bisher nicht untergebracht werden konnten, weil keine akute Eigen- oder Fremdgefährdung vorlag. Dies kann in gut begründeten Einzelfällen auch sinnvoll sein. Die Unterbringung nach NPsychKG bleibt aber eine Freiheitsentziehung und greift damit in ein Grundrecht ein. Sie darf daher nur als letzte Möglichkeit eingesetzt werden.

Mit der Absenkung der Schwelle zur Unterbringung geht jedoch die Gefahr einher, dass sich Menschen aus Angst davor nicht mehr hilfessuchend an psychiatrische Institutionen wenden.

Zusätzlich stehen auch die zur Aufnahme verpflichteten nach NPsychKG beliehenden Sektorkliniken vor der Herausforderung, Menschen, die aufgrund einer „Dauergefährdung“

untergebracht sind, keine Behandlungsbereitschaft haben und auch keine entwickeln oder nicht behandelbar sind, in der Klinik „verwahren“ zu müssen, ohne dass hier ein Ende der Unterbringung abzusehen ist. Denn es stellt sich die Frage, wann eine „Dauergefährdung“ verantwortlich als überwunden erklärt werden kann, wenn keine Behandlung erfolgen konnte.

Es besteht also die Gefahr, dass eine Unterbringung nicht mehr primär der Hilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen, sondern vorrangig der Gefahrenabwehr dient. Das Vertrauen der Betroffenen in das Behandlungssystem würde damit erheblich sinken.

Der wirtschaftliche Aspekt für die Kliniken, die bei fehlender Behandlungsmöglichkeit eine Ablehnung der Kostenerstattung durch die Krankenkassen erwarten müssen („Verwahrung“ ist nicht Aufgabe der Krankenkasse) sei hier nur kurz erwähnt, obwohl er einen großen Einfluss auf Versorgungsstrukturen nehmen kann.

Es besteht also die Gefahr, dass eine Unterbringung nicht mehr primär der Hilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen, sondern vorrangig der Gefahrenabwehr dient. Das Vertrauen der Betroffenen in das Behandlungssystem würde damit erheblich sinken.

Zum Datenaustausch zwischen den Behörden

Die Intention bei der Novellierung des NPsychKG, die Zusammenarbeit und den Informationsaustausch zwischen Klinik, Sozialpsychiatrischem Dienst, Polizei und Wohnsitzgemeinde zu erweitern und zu stärken, ist in Teilen begrüßenswert. Insbesondere die frühzeitige verpflichtende Zusammenarbeit zwischen Klinik und Sozialpsychiatrischem Dienst in der gemeinsamen Entlassungsvorbereitung von Menschen, die nach NPsychKG untergebracht sind, kann dazu führen, dass die betroffenen Menschen nach der Entlassung aus einer stationären Behandlung die notwendigen ambulanten Hilfen auch zeitnah erhalten und somit erneute Krisen abgewendet werden können.

Auch die Möglichkeit, die Unterbringung mit Behandlungsaufgaben auszusetzen, kann ein probates Mittel sein, um die kleine Personengruppe, bei der eine Fortsetzung notwendiger therapeutischer Maßnahmen nach dem Klinikaufenthalt erwartungsgemäß eigeninitiativ nicht erfolgen wird, in der erforderlichen Behandlung zu halten.

Wie die DGPPN in ihrem Positionspapier „Prävention von Gewalttaten“ schreibt, kann eine konsequente fachgerechte Behandlung das Risiko der Begehung von Gewalttaten nachweislich reduzieren. Eine Verbesserung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sollte somit die wichtigste Rolle bei Prävention von Gewalt durch sie spielen.

Die verpflichtende erweiterte Datenübermittlung an die Polizei durch Sozialpsychiatrische Dienste und/oder Unterbringungseinrichtungen ist aus psychiatrischer Sicht aber durchaus auch kritisch zu sehen. Zwar ist nachvollziehbar, dass in Fällen einer konkreten Fremdgefährdung ein Informationsaustausch zwischen Klinik,

Sozialpsychiatrischem Dienst und Sicherheitsbehörden sinnvoll sein kann, um präventiv handeln zu können. Allerdings kann ein Austausch nur unter Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht erfolgen.

Der Austausch von Daten zwischen den genannten Akteur*innen mit dem Ziel, Gewalttaten durch psychisch erkrankte Menschen mit Fremdgefährdungspotential zu verhindern, kann auch einen gegenteiligen Effekt haben. Zum einen könnte die Weitergabe sensibler medizinischer Daten an die Polizei dazu führen, dass Betroffene aus Angst vor einer Stigmatisierung oder vor rechtlichen Kon-

sequenzen sich nicht mehr hilfessuchend an die psychiatrischen Hilfesysteme wenden. Zum anderen kann der Fokus auf Fremdgefährdung und Gefahrenabwehr im Rahmen der Novellierung des NPsychKG ein grundsätzlich negatives Bild

von psychischen Erkrankungen in der öffentlichen Wahrnehmung erzeugen. Dies würde nicht nur die Bereitschaft der Betroffenen, Hilfe in Anspruch zu nehmen, reduzieren, sondern auch die soziale Integration erschweren, was wiederum das Risiko der Begehung von Gewalttaten erhöhen kann.

Was es zum Gewaltschutz braucht

Zur Prävention von Gewalttaten durch psychisch erkrankte Menschen bedarf es einer Verbesserung der Präventions- und Behandlungsangebote für diese. Auch müssen die Teilhabemöglichkeiten und die soziale Integration für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ausgebaut und verbessert werden. Hierdurch lässt sich das Risiko von Gewalttaten reduzieren und die Behandlungsbereitschaft der Betroffenen erhöhen.

Es braucht für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und Gefährdungspotential ein spezialisiertes psychiatrisches Behandlungsangebot. Gemeindepsychiatrische Zentren können hier durch niederschwellige, aufsuchende

Statt einer Fokussierung auf Maßnahmen, die primär auf Gefahrenabwehr abzielen, braucht es eine Stärkung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen, den Ausbau von präventiven Maßnahmen und die Förderung der sozialen Teilhabe.

und bedarfsadaptierte Behandlungsangebote einen wichtigen Baustein in der Versorgung darstellen, da sie dort wirksam sind, wo Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch das psychiatrische Hilfesystem nicht oder nicht ausreichend erreicht werden.

Auch die Sozialpsychiatrischen Dienste spielen in der Versorgung von schwer erreichbaren Menschen eine zentrale Rolle. Sie nehmen eine wichtige Schnittstellenfunktion zwischen stationärer und ambulanter Versorgung ein. Daher ist die Stärkung dieser im Gesetzentwurf sehr zu begrüßen. Allerdings braucht es eine auskömmliche Finanzierung und ausreichende personelle Ressourcen, damit Sozialpsychiatrische Dienste diese Rolle auch wirksam ausfüllen können.

Menschen mit psychischen Erkrankungen, die sich in der Vergangenheit im Rahmen ihrer Erkrankung aggressiv oder gewaltbereit gezeigt haben, werden durch die bestehenden Angebote in der Regelversorgung nicht ausreichend erreicht. Hier braucht es zusätzliche niederschwellige, aufsuchende und nachgehende Hilfen, die flexibel auf aktuelle Bedarfe reagieren können. Parallel zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung dient auch die Förderung der sozialen Integration und Teilhabe von Menschen mit schweren psychischen Störungen und die Verbesserung der Lebensbedingungen von Menschen in prekären Lebenssituationen der Reduktion des Gewalttrisikos.

Fazit

Nachweislich weist nur ein geringer Prozentsatz psychisch kranker Menschen tatsächlich ein erhöhtes Gewaltpotenzial auf. Der Großteil der psychisch erkrankten Menschen ist nicht gewalttätig oder gefährlich.

Die öffentliche Diskussion um Sicherheit und die Erweiterung der Unterbringungsvoraussetzungen bei „Dauergefährdung“ birgt die Gefahr der Gleichsetzung von „psychisch erkrankt“ und „gefährlich“ in der gesellschaftlichen Wahrnehmung und kann somit zu einer wachsenden Stigmatisierung der gesamten Gruppe psychisch erkrankter

Menschen führen. In der Folge könnte hierdurch das Vertrauen in das psychiatrische Versorgungssystem gefährdet werden und zu einem Behandlungshemmnis bei den Betroffenen führen. Zudem besteht die Gefahr, dass die Unterbringung nicht mehr primär der Hilfe für einen betroffenen Menschen, sondern der Gefahrenabwehr dient.

Die Novellierung des NPsychKG steht vor der Herausforderung, den Spagat zwischen Gefahrenabwehr und dem Schutz der Rechte sowie der bestmöglichen Versorgung psychisch erkrankter Menschen zu meistern. Die Einführung der „Dauergefährdung“ als Unterbringungsvoraussetzung und die Ausweitung des Datenaustauschs mit Sicherheitsbehörden zielen darauf ab, präventiv gegen potenzielle Gewalttaten durch psychisch erkrankte Menschen vorzugehen. Doch diese Maßnahmen bergen auch die genannten Risiken.

Statt einer Fokussierung auf Maßnahmen, die primär auf Gefahrenabwehr abzielen, braucht es eine Stärkung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen, den Ausbau von präventiven Maßnahmen und die Förderung der sozialen Teilhabe. Nur so lässt sich das Gewaltisiko nachhaltig senken, ohne die Vertrauensbasis im psychiatrischen Hilfesystem zu gefährden.

Literatur

Nds. Landtag, Drucksache 19/9722: Entwurf eines Gesetzes zur Regelung von Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Niedersachsen

DGPPN (2025a): Prävention von Gewalttaten. Aggressives und gewalttätiges Verhalten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen: Wie hoch ist das Risiko und wie lässt es sich begrenzen?

DGPPN (2026): Versorgung stärken, Gewalt verhindern

DGPPN (2026): Empfehlungen der DGPPN zu sinnvollen Regelungen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung in den Psychisch-Kranken-(Hilfe)-Gesetzen (Unterbringungsgesetzen) der Bundesländer

Safe-Assessment: Ein institutionelles Gewaltschutzkonzept

von Dörte Taubald, Cordula Schweiger, Katrin Friedrich (Klinikum Wahrendorff)

Im Klinikum Wahrendorff arbeitet eine interdisziplinäre Projektgruppe daran, mit dem „Safe-Assessment“ ein gesamtinstitutionelles Schutzkonzept zum professionellen Umgang mit Gewalt, Gewaltprävention und Deeskalation in der Begleitung, Behandlung und Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu implementieren.

Das Klinikum Wahrendorff ruht auf drei Säulen: Klinikum, Wohnen und Tagwerk. An zwei Krankenhausstandorten in Sehnde und Celle versorgen die Teams in 355 vollstationären Betten und 374 tagesklinischen Plätzen psychiatrisch und psychosomatisch erkrankte Patientinnen und Patienten. Im Bereich der Eingliederungshilfe bietet Wahrendorff Wohnen mit 1.076 Plätzen vielfältige Wohn- und Betreuungsangebote für Menschen mit seelischen, geistigen oder Mehrfachbehinderungen. Das Wahrendorff Tagwerk als weiterer Teil der Eingliederungshilfe gliedert sich in 28 Abteilungen, die Menschen mit psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen eine Tagesstruktur geben. Die Angebote reichen von Tagesstätte und Tagesförderstätten bis zur heiminternen Tagesstruktur.

Safe-Assessment gibt allen Unternehmensbereichen Wahrendorffs einen übergeordneten Rahmen. Zugleich bleibt es flexibel genug, um den bereichsspezifischen Anforderungen und den Besonderheiten der vielfältigen Arbeitsbereiche gerecht zu werden. Dabei bleibt der Blick auf alle Menschen in Wahrendorff ganzheitlich. So lassen sich Doppelstrukturen vermeiden. Im Ernstfall bietet dies klare Orientierung.

Für die Entwicklung des Konzepts dienten vor allem die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“, Artikel 16 der

UN-Behindertenrechtskonvention, das Positionspapier „Prävention von Gewalttaten“, die Empfehlung „Versorgung stärken, Gewalt verhindern“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) sowie § 3 des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) als Leitfaden.

Mehr Sicherheit für alle

Gewaltdynamiken können in unterschiedlichen Kontexten und Personenkonstellationen auftreten. Safe-Assessment adressiert dabei die Prävention von Gewalt als übergeordnetes Ziel, unabhängig von den beteiligten Personengruppen. Ein weiteres Ziel ist der Schutz des gesamten Wahrendorff-Netzwerks. Dies gilt gleichermaßen für die behandelten und betreuten Menschen, die Mitarbeitenden sowie für externe Partner, gesetzliche Betreuer und Angehörige.

Dabei versteht sich das Safe-Assessment als Konzept von Menschen für Menschen.

Die ethische Haltung als gemeinsamer Wertekodex

Gewaltschutz heißt in Wahrendorff nicht, Mauern zu errichten oder Klienten zu misstrauen. Vielmehr werden Selbstbestimmung, Autonomie und menschliche Würde gestärkt. Drei ethische Werte bilden das Fundament, das fest in der Unternehmenskultur verankert ist:

1. Möglich machen:

Mitarbeitende suchen kreative Lösungen für Sicherheit und Lebensqualität. Dabei sind bestehende Strukturen nicht als Hürden, Verbote und starre Regeln zu verstehen. So werden durch „thinking outside the box“ unkonventionelle und innovative Ansätze ausdrücklich mitgedacht und geprüft.

2. Frei denken:

Mitarbeitende sind sich der potentiellen Gewalt bewusst, die sie als Teil einer Institution ausüben könnten. Sie reflektieren ihre eigene Rolle sowie bestehende Machtstrukturen, Routinen und Vorurteile zugunsten Gewaltprävention und Gewaltverhinderung.

3. Individuell behandeln:

Mitarbeitende fokussieren stets den Klienten als Menschen. Präventions- und Deeskalationsmaßnahmen sind angepasst an die individuellen Voraussetzungen, Bedürfnisse und biografischen Besonderheiten.

Diese Werte ermöglichen eine Begegnung auf Augenhöhe und sichern eine professionelle therapeutische Begleitung. Alle Mitarbeitenden lernen sie von Anfang an im Onboarding-Prozess und fortlaufend im Arbeitsalltag kennen.

Die sechs Formen der Gewalt im Safe-Assessment

Gewalt zeigt viele Gesichter. Deshalb klärt das Safe-Assessment die Mitarbeitenden kontinuierlich auf und sensibilisiert, was Gewalt ist und welche Formen sie annehmen kann.

Zur Definition orientiert sich das Safe-Assessment an der WHO (World Health Organization, 2002) und unterscheidet sechs Formen der Gewalt, die sowohl im analogen als auch im digitalen Raum stattfinden können:

Physische Gewalt:

Direkte Angriffe auf den Körper (Schläge, Tritte, Spucken) sowie „aggressive Pflege“ (wie absichtlich zu kaltes Duschen oder verzögerte Inkontinenzversorgung).

Psychische Gewalt:

Machtausübung durch soziale Isolation, emotionale Erpressung, Gaslighting (gezielte Verunsicherung) oder Entzug von Lebensnotwendigkeiten.

Verbale Gewalt:

Demütigung und Einschüchterung durch Sprache, wie durch Beleidigungen, Sarkasmus vor Dritten, Drohungen oder strafendes Schweigen.

Sexualisierte Gewalt:

Grenzverletzungen, die von anzüglichen Blicken und Sprüchen am Arbeitsplatz über die Missachtung der Intimsphäre bis hin zu ungewollten Berührungen reichen.

Diskriminierende Gewalt:

Systematische, unberechtigte Abwertung oder Benachteiligung von Menschen aufgrund von Herkunft, Geschlecht, Alter, Religion oder Gesundheit.

Strukturelle Gewalt:

Unsichtbare Einschränkung der Autonomie durch starre, nicht medizinisch notwendige Regeln, Abläufe oder „Wenn-Dann“-Vorgaben.

Wissenschaftliche Begleitevaluation - Erhebung des Gewalterlebens

Safe-Assessment soll das Sicherheitserleben aller Beteiligten erhöhen und Gewalt im Idealfall vollständig verhindern, bevor sie überhaupt entsteht. Um dieses Ziel zu erreichen, wird die Einführung wissenschaftlich begleitetevaluert. Hierfür wurde im September 2025 eine anonyme Mitarbeitenden-Umfrage als Baseline-Erhebung durchgeführt und Mitarbeitende zu ihrem persönlichen Gewalterleben im Arbeitsalltag befragt. Die Umfrage wird im zweijährlichen Rhythmus wiederholt. Die Baseline-Erhebung stützt sich auf die Angaben von 539 Mitarbeitenden aus allen Unternehmensbereichen. Das entspricht einer Rücklaufquote von 30 Prozent. Die Risikoeinschätzung für Gewalt ergab einen Durchschnittswert von 1,45 (0 = niedrig, 5 = hoch). Dies deutet auf ein insgesamt mittleres Gewaltisiko bei Wahrendorff hin. Dennoch zeigen die Ergebnisse, dass Gewalt in allen Formen vorkommt – von subtilen verbalen Herabsetzungen über Sachbeschädigungen bis zu physischen Übergriffen. 72 Prozent der Mitarbeitenden berichteten, dass sie in den vergangenen vier Wochen mindestens einmal pro Woche verbale Gewalt erlebt haben. 46 Prozent erlebten mindestens einmal pro Woche physische Gewalt, 49 Prozent psychische Gewalt. Zu beachten ist, dass hierbei nicht nur Ereignisse erfasst werden, die den jeweiligen Mitarbeiter selbst betreffen, sondern auch Situationen, die miterlebt werden, ohne aktiv selbst involviert zu sein. Da das individuelle Sicherheitserleben auch durch das Miterleben von Gewaltvorfällen ohne unmittelbare Involvierung der eigenen Person beeinflusst wird, ist es wichtig, auch diese Ereignisse zur berücksichtigen.

Zudem wurde deutlich, dass das Erleben von Gewalt je nach Arbeitsbereich variiert und auch individuell unterschiedlich wahrgenommen wird. Erwartungsgemäß fällt die subjektive Belastung in der Verwaltung geringer aus als im direkten Klientenkontakt. Ebenso ist sie in offenen Bereichen niedriger als in geschützten Abteilungen.

Die Gewaltkonstellationen zeigen: Gewalt wird aus allen Richtungen erlebt. Betroffen sind alle Akteure der psychiatrischen Versorgung: Klienten, Mitarbeitende, Angehörige und externe Partner.

Weiterhin berichten Mitarbeitende, dass seitens der Klienten primär Krankheitssymptome, Substanzkonsum, unerfüllte Bedürfnisse oder Schwierigkeiten im Umgang mit emotionalen Ausnahmezuständen als potenzielle Gewaltauslöser im Fokus stehen. Auf Seiten der Mitarbeitenden selbst spielen Stress, Überforderung sowie eine teilweise unzureichende Unterstützung oder fehlende Fachkenntnisse eine Rolle. Strukturelle Rahmenbedingungen wie Personalmangel, Zeitdruck, räumliche Enge und institutionelle Vorgaben belasten die Situation zusätzlich.

Die Ergebnisse bilden somit einen klaren Arbeitsauftrag für das Safe-Assessment, um jede Gewaltkonstellation in alle Richtungen im Fokus zu behalten, Vorkommnisse zu reduzieren und im besten Fall gar nicht erst auftreten zu lassen.

Safe-Assessment von A bis Z

Safe-Assessment bündelt als gesamteinstitutionelles Gewaltschutzkonzept alle bestehenden und neuen Maßnahmen der Unternehmensbereiche unter einem gemeinsamen Dach. So entsteht ein klarer Maßnahmenkatalog für Prävention, Intervention und Nachsorge. Die beschriebenen Prozesse zählen zur Prävention. Ergänzend führte das Safe-Assessment den Haltungscheck und milieutherapeutische Raumkonzepte ein.

Sollte es trotz aller Prävention zu herausfordernden Situationen kommen, gibt Safe-Assessment im Bereich Intervention Orientierung und Unterstützung. Es setzt auf Deeskalation, das Personenalarmierungssystem und transparente Meldesysteme. Psychologische Entlastungsgespräche und der Einsatz von Safe Coaches gehören im Bereich Nachsorge zu den wichtigsten Maßnahmen.

Milieutherapeutische Raumgestaltung - Sicherheit zum Anfassen

Sicherheit lässt sich anfassen, bauen und gestalten. In Bereichen mit einem strukturell erhöhten Sicherheitsbedarf setzt Wahrendorff auf eine milieutherapeutische Raumgestaltung, die modernes Design mit wichtigen Schutzstandards im psychiatrischen Alltag verbindet. Ein konkretes

Beispiel aus dem Alltag sind Spezialmöbel in den Intensivzimmern der Akutpsychiatrie, welche besonderen Begleit- und Überwachungssituationen dienen. Diese belegen, dass Sicherheit nicht nach Zwangsmaßnahme oder Sterilität aussehen muss, sondern auch Wohnkomfort bedeuten kann, der den Stresspegel nachweislich senkt. Hier sind Sessel und Tische besonders verarbeitet und beschwert, sodass sie selbst im Zustand massiver motorischer oder emotionaler Erregung nicht zum Gegenstand selbst- oder fremdgefährdender bedrohlicher Situationen werden können. Zusätzlich bieten speziell gestaltete Tafelwände und Punching-Zonen in den Intensivzimmern Beschäftigung, Entlastung und Ablenkung, auch beim therapeutisch notwendigen Rückzug ins Zimmer.

Deeskalation ist professionelle Beziehungsarbeit

Das Ziel der Deeskalation im Safe-Assessment ist anspruchsvoll: Gezieltes Handeln soll eine potenziell herausfordernde Situation in eine gefahrenfreie Lage lenken. Im Idealfall entstehen dabei keine physischen, psychischen oder sonstigen Schäden.

Gewalt wird aus allen Richtungen erlebt. Betroffen sind alle Akteure der psychiatrischen Versorgung: Klienten, Mitarbeitende, Angehörige und externe Partner

Deeskalation ist dabei nicht nur ein Tool für Krisenzeiten. Sie ist professionelle Beziehungsarbeit im Hier und Jetzt. Sie entsteht nicht zufällig. Sie ist angewandte Psychologie, verbunden mit klarer Körpersprache.

Deshalb beginnt die erste Intervention der Mitarbeitenden nicht mit einem gesprochenen Wort. Sie beginnt mit der bewussten Positionierung im Raum. Dabei sollten die folgenden Kriterien beachtet werden:

- Bei potenziell kritischen Gesprächen wird darauf geachtet, sich niemals „einzukesseln“. Sowohl für die Mitarbeitenden als auch für die Klienten muss zu jedem Zeitpunkt ein freier Fluchtweg gewährleistet sein. Das Gefühl, in die Enge getrieben zu werden, ist einer der häufigsten Auslöser für eine Eskalation.
- Mitarbeitende werden geschult, eine leicht seitlich abgedrehte, offene Körperhaltung zur Deeskalation einzunehmen, die dem Gegenüber signalisiert, dass Raum angeboten wird und keine Eskalation gewünscht ist. Dabei bleiben die Hände offen und sichtbar, was unbewusstes Vertrauen schafft und die eigene Integrität schützt.

Das Personenalarmierungssystem

Sollten alle Präventionsmaßnahmen nicht greifen, gilt grundlegend weiter, dass Zwangsmaßnahmen jeglicher Art nur als letztes Mittel gewählt werden dürfen. Gleichzeitig zählt die

Verlässlichkeit der arbeitenden Teams in dem Moment. Zu diesem Zweck gibt es in Wahren-dorff das Personenalarmierungssystem.

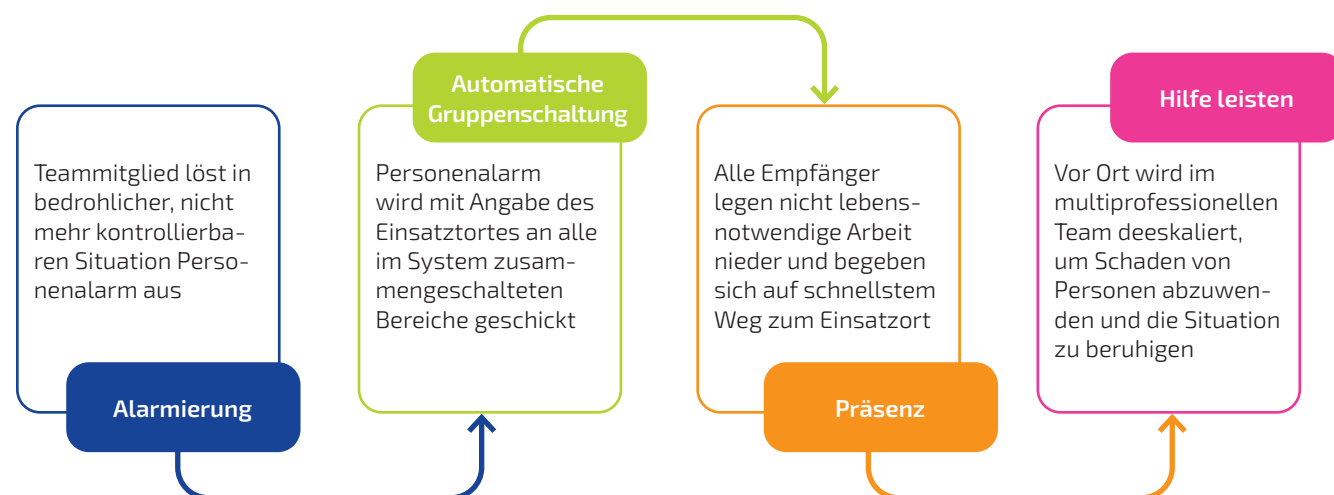
Alle Mitarbeitenden im direkten Klientenkontakt tragen das Handgerät während des gesamten Dienstes verpflichtend, funktionstüchtig und eingeschaltet am Körper.

Psychologische Entlastungsgespräche und Safe Coach

Nachsorge im Safe-Assessment bedeutet unter anderem kollegiale Solidarität. Sie soll die emotionale Sicherheit wiederherstellen und die Gesundheit der Mitarbeitenden erhalten. Dabei gilt: Die Aufarbeitung erfolgt ohne Schuldzuweisung. Im Fokus stehen „Lessons Learned“. So lassen sich die vorhandenen Abläufe für künftige Situationen optimieren.

Dafür gibt es zum einen die Möglichkeit zur Reflexion mit der Skala „Erfassung von Aggressionseignissen“ des „NAGS-Austria – Netzwerk Aggressionsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen“. Zum anderen wird auch das persönliche Gespräch im Team angeboten.

Im Bereich der Eingliederungshilfe von Wahren-dorff Wohnen und Wahren-dorff Tagwerk stehen Mitarbeitenden psychologische Kolleginnen und Kollegen als Ansprechpartner im Rahmen von Entlastungsgesprächen zur Verfügung. Im klinischen Setting sind hierfür die Safe Coaches als kollegiale Ansprechpartner zuständig. Safe



Erleben von und Umgang mit Gewalt in der psychiatrischen Klinik

Ein Gespräch von Catrin Lagerbauer und Lukas Kirsch (Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover) in der KRH Psychiatrie Wunstorf mit Frau B. (Patientin), Oliver Roitsch (Oberarzt) und Karl-Heinz Lewerenz (Krankenpfleger und Deeskalationstrainer)

Im Bereich der Sozialpsychiatrie sind es realistischere die Intensivstationen der psychiatrischen Kliniken, in denen Gewalt am häufigsten erlebt wird. Die unterschiedlichen Perspektiven auf Entstehung von Gewaltsituationen, Gewaltschutz und Gewaltverarbeitung wollen wir in diesem Gespräch erfragen.

Wir sprechen mit:

Frau B. – zum Zeitpunkt des Gesprächs Patientin auf einer weiterführenden Station in der Klinik

Herrn R. – verantwortlicher Oberarzt für die Akutstation, auf der Frau B. bei Ankunft aufgenommen wurde

Herrn L. – Krankenpfleger auf der aktuell behandelnden Station und Deeskalationstrainer in der Klinik

Frau B. stellt uns dafür dankenswerterweise ihre Erfahrung mit der eigenen Aufnahme- und Behandlungssituation zur Verfügung.

Frau B. ist vor drei Jahren an einer Psychose erkrankt. Sie ist Intensivschwester, war berufstätig und wohnhaft in der Schweiz, dort auch schon in stationärer Behandlung und lebt aktuell wieder in Deutschland.

Frau B. beschreibt ihre Aufnahmesituation so: Meine Aufnahmesituation war gewaltarm. Aber ich hatte einen Notfallpass, in dem stand, dass ich in der Krise in die Isolation möchte. Ich, bzw. meine Schwester, die mich begleitet hat, hatte aber keine Gelegenheit den Notfallpass abzugeben. Das war schade, denn die Reizarmut in der

Coaches sind speziell geschulte Mitarbeitende aus der Pflege und aus übergreifenden Tätigkeiten, die für psychische Erste Hilfe fortgebildet sind und als vertrauensvolle Ansprechpartner bereitstehen. Solche Gespräche sollen nach einer belastenden Situation möglichst schnell Unterstützung bieten. So soll das individuelle Belastungserleben früh sinken.

Es braucht den Mut zur kontinuierlichen Selbstreflexion, eine klare, wertschätzende Haltung und praxistaugliche Werkzeuge, die im Alltag für alle Menschen in Wahren-dorff funktionieren.

Im Team werden auch kollegiale Intervision und Supervision angeboten. In regelmäßigen Runden nutzt das Team seine gesamte Expertise und „Schwarmintelligenz“, um konkrete berufliche Krisensituationen systematisch zu reflektieren.

Auch externe Notfallkontakte für die erste Nachsorge von Wahren-dorff-Mitarbeitenden sind im Safe-Assessment gelistet. Sie können bei Bedarf jederzeit kontaktiert werden.

Safe-Assessment – Mehr Sicherheit für alle

Safe-Assessment als gesamteinstitutionelles Gewaltschutzkonzept von Wahren-dorff hat zum Ziel, die Sicherheit aller Menschen in der psychiatrischen Versorgung zu erhöhen. Dies betrifft Mitarbeitende, Klienten sowie extern eingebundene Personen gleichermaßen. Um den unterschiedlichen Unternehmensbereichen gerecht zu werden, gibt es bereichsspezifische Maßnahmen. Die Wirksamkeit der Maßnahmen wird durch regelmäßige Mitarbeitenden-Umfragen evaluiert. Es braucht den Mut zur kontinuierlichen Selbstreflexion, eine klare, wertschätzende Haltung und praxistaugliche Werkzeuge, die im Alltag für alle Menschen in Wahren-dorff funktionieren.

Quellen:

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). World report on violence and health. World Health Organization.

Isolation ist für mich wichtig in der Krise. In einem Patientenzimmer könnte ich nicht zur Ruhe kommen.

Das erste Aufnahmegespräch mit Arzt und Pflegekraft wurde in einem separaten Raum geführt. Es wurde auf mich eingegangen, aber ich konnte die Freiwilligkeitserklärung nicht unterschreiben, bzw. habe einen falschen Namen benutzt, weil ich schlechte Erinnerung an einen vorherigen Klinikaufenthalt hatte und nicht bleiben wollte. Trotzdem wusste ich, dass die Isolation mir guttut. Da ich dort aber zunächst nicht hinkam, habe ich mich „danebenbenommen“, bis die Isolation von Seiten der Mitarbeitenden initiiert wurde. Dazu gehörte, in das Dienstzimmer mit den gestellten Medikamenten zu treten, was verboten ist, und auffällig mit einem Kugelschreiber zu hantieren. Ich habe nicht darauf gehört, was mir gesagt wurde.

Herr R.:

Das Verhalten war für die Mitarbeitenden unverständlich und wurde als bedrohlich erlebt, weshalb der Schluss gezogen wurde, dass das Stationssetting im Tagesraum eine Reizüberflutung darstellt. So kam es zur Isolation.

Am nächsten Tag hat Frau B. mir gegenüber geäußert, dass sie Haloperidol als Notfallmedikation einnehmen wolle. Eigentlich ist so eine Aussage erstmal irritierend, weil Patient*innen gerade das in der Regel nicht wollen. Ich konnte mich aber daran aus einem Voraufenthalt erinnern und deshalb haben wir das Medikament gleich verabreicht. Frau B. ging es schnell besser.

Frau B.:

Ich lebe seit 2023 mit der Erkrankung und gehe regelmäßig zur Therapie. Ich weiß, dass manchmal Eskalationen geschehen müssen, damit etwas passiert und es mir wieder gut geht. Ich war auch schon in der Schweiz in Behandlung. Da habe ich viel zum Umgang mit meiner Erkrankung gelernt.

Herr L.:

Das klingt nach einer hohen Steuerungsfähigkeit trotz akuter Erkrankung. Sie sind da sehr therapieerfahren und reflektiert. Das ist nicht unbedingt

üblich. In der Regel fragen Patient*innen in einer Krisensituation eher nicht nach Psychopharmaka, sind demgegenüber eher skeptisch.

Die Notfallmedikation steht im Notfallpass, der ja nicht abgegeben werden konnte. Es war also Glück, dass sich an den Voraufenthalt erinnert wurde?

Herr R.:

Ich habe ehrlicherweise – wie auch die Kolleg*innen auf der Station – den Wunsch, den Notfallpass abzugeben, nicht verstanden. Leider ist es oft so, dass in Krisensituationen auf unterschiedlichen Ebenen zwischen Patient*innen und Behandlungsteam kommuniziert wird und Missverständnisse entstehen.

Auf der Station in Isolation zu kommen, bedeutet ja sicher für die meisten Patient*innen, eine Form von Gewalt zu erleben. Sie sagen, dass sie diese Maßnahme in der Krise brauchen. Fühlt es sich in der Situation auch tatsächlich hilfreich an oder doch als etwas Bedrohliches?

Frau B.:

Durch viel Psychotherapie habe ich gelernt, mir den Isolationsraum in Gedanken schön zu gestalten, damit es für mich, wenn ich wieder in die Isolation komme, nicht so schlimm wird. Ich gestalte ihn gedanklich in Farben, das Bett ist z.B. blau, etc. Ich sage mir, dass regelmäßig jemand kommt. Ich spiele mit meinen Klamotten, z.B. als wasche ich Wäsche, beschäftige mich mit Spielen. Diese Möglichkeiten gab es zumindest in der Klinik in der Schweiz (Spiele auf einem Bildschirm zu spielen und die Kleidung bei sich zu haben). In Wunstorf ist das anders. Ich hatte keinen Zugang zu meinen Sachen. Das hätte ich mir gewünscht.

Die Situation ist ja durch ein Missverständnis oder Nichtkommunikation über den Notfallpass entstanden. Formal handelt es sich bei der Isolierung in Ihrem Fall um eine Zwangsmaßnahme, also eine Form von Gewalt, auch weil es ja keine von Ihnen unterschriebene Freiwilligkeitserklärung gab.

Was bräuchte es denn, um so eine Situation zu vermeiden und ohne Zwang zu lösen?

Frau B.:

Bei psychotischen Episoden ist in der Krise eine 1:1-Betreuung ideal, bzw. wünschenswert, um auf die vorliegenden Bedürfnisse einzugehen. Ich möchte nicht urteilen, aber ich habe nur zwei Pflegekräfte gesehen. Da ist das personell natürlich nicht möglich. Auch ein ruhiger Raum (z.B. Snoezelraum) als Umgebung, um in Ruhe aufgenommen zu werden, wäre gut. Sicher ist das wenige Personal auch ein Grund, warum Dinge nicht machbar sind, wie z.B. mit meiner Schwester zu reden, die nicht auf die Station durfte, weil sie ihr Baby dabei hatte.

Ein sanfteres begleitetes Ankommen hätte die Zwangssituation vermeiden können?

Frau B.:

Genau. Und der Kontakt zu meiner Familie. Die war ja da und hätte noch Auskunft geben können. Wir haben uns gar nicht richtig verabschieden können. Auch für meine Angehörigen war das schwierig, mich abzugeben und nicht zu wissen, was hinter der Tür passiert.

Herr L.:

Was ich als typisch erlebe, ist, dass der Wechsel von der Aufnahme im AAZ (Ambulanz-Aufnahme-Zentrum) auf die geschützte Station nochmal in andere Räumlichkeiten nach dem ersten Vertrautmachen in der akuten Psychose herausfordernd ist. Die Akutaufnahme-Station ist in der Regel voll und laut. Dazu kommen, wie von Ihnen beschrieben, die wenigen personellen Ressourcen, die dann dazu führen können, dass z.B., wie bei Ihnen geschehen, die Chance, den Notfallpass an- und wahrzunehmen, vertan wird.

Im Rahmen meines Studiums habe ich mich sehr mit Deeskalation auseinandergesetzt und kenne die Modelle aus den Niederlanden und der Schweiz, in der Abschirmung/Isolation gleichzeitig Reize ausleben zu können, sich z.B. mit Spielen auf Tablets, Filmen, Musikhören zu beschäftigen. Die Reizabschirmung ist zwar hilfreich gegenüber

anderen Patient*innen, aber totale Reizarmut, wenn ich dann nur an die Wand, maximal aus dem Fenster schauen kann, tut ja auch nicht gut. Wie haben Sie das bei uns erlebt? Sie haben sich ja kreativ gedanklich Ihre eigene Welt in dem Raum gebaut. Aber wo wäre räumlich für uns Verbesserungsbedarf?

Frau B.:

Wichtig wäre eine eigene Toilette. Ich neige dazu, bei Aufregung häufig eine Toilette zu brauchen. Dann fühlt man sich unwohl. Vielleicht könnte man ein Care-Paket bekommen. Ich hätte gern eine Hose gehabt. Ich hatte eine Schutzhose an. Mir ist bewusst, dass das in der Situation notwendig war, ich kenne das aus meinem eigenen Berufsleben. Aber ich musste so auch über den Flur zur Toilette, wo auch noch Handwerker beschäftigt waren. Das war sehr unangenehm. Ich musste auch häufiger auf die Toilette, was ich nicht durch diese Wand kommunizieren konnte. Es gibt ja keinen Notfallknopf oder sowas.

Wie ist denn überhaupt Kommunikation in dem Raum nach draußen möglich?

Frau B.:

Es gibt eine kleine Scheibe in der Tür. Vor der Tür sitzt immer jemand. Dann habe ich durch die Scheibe immer versucht, Kontakt aufzunehmen und meine Bedürfnisse deutlich zu machen.

Nachts wurde ich dann von dem Raum in einen Kriseninterventionsraum verlegt, was auch ungünstig war. Ich brauche meinen Schlaf und ich habe auch geschlafen, meine ich, und wurde für diese Verlegung geweckt.

Herr R.:

Man muss ganz klar sagen, dass wir da noch viele bauliche Defizite auf dieser Intensivstation haben. Ich hatte die Gelegenheit im Rahmen eines praktischen Jahres in der Schweiz, geeignetere bauliche Bedingungen kennenzulernen. Ich war sehr beeindruckt von den baulichen Gegebenheiten, aber auch von den personellen Ressourcen, die diverse 1:1-Betreuungen in Krisensituationen ermöglicht haben.

In deutschen Kliniken sind die personellen Ressourcen generell deutlich geringer und räumlich sorgen natürlich große Tagesräume mit vielen Menschen in akuten Erkrankungsphasen für Reizüberflutungen.

Herr L.:

Aus meiner 23jährigen Erfahrung kann ich sagen, dass ich das früher auch anders erlebt habe. Da war die personelle Situation noch eine andere. Es waren jeweils sechs examinierte Pflegekräfte mit insgesamt viel Erfahrung auf den Akutstationen im Dienst.

Frau B.:

Und dann noch die Rotationen, das Wechseln des Personals... Das ist aber in der Schweiz auch in der Zwischenzeit angekommen. Ich kenne die Situation auch aus Sicht der Arbeitnehmerin, dass zunehmende Zeitarbeit ein großes Problem darstellt.

Können Sie etwas dazu sagen, wie Sie hier auf der Station, als Sie dann „angekommen“ waren, im Weiteren das Thema Gewalt und Gewaltschutz auch mit Blick auf andere Personen erlebt haben?

Frau B.:

Also ich muss sagen, dass ich es als sehr gewaltarm erlebt habe. Die Patient*innen haben sehr viele Freiheiten. Ich kenne es aus der Schweiz, dass sie sehr viel mehr Struktur und Regeln haben, denen sie sich anpassen müssen. Z.B. müssen alle an der täglichen Morgenrunde teilnehmen, alle haben Aufgaben, die sie zu erfüllen haben, und es wird massiv darauf hingewirkt, wenn die Patient*innen das nicht von sich aus tun. Die Patient*innen mussten aufstehen und wurden aus den Betten geholt, wenn sie es nicht getan haben. Hier wird das lockerer gesehen.

Herr L.:

Das ist spannend, denn das haben wir früher tatsächlich auch so gemacht, dass mehr Struktur vorgegeben wurde und wir auf die Einhaltung geachtet haben. Wir haben versucht, die starren

Regeln abzubauen, weil das ja auch immer wieder zu Eskalationen geführt hat.

Ist es denn eine individuelle Entscheidung, welche/r Patient*in welchen vorgegebenen Rahmen braucht und wo man sagt, dass krankheitsbedingt nicht zu viele Anforderungen gestellt werden?

Herr L.:

Wir sollten schon immer individuell auf die Patient*innen schauen. Bei klaren Signalen, dass an einem Angebot nicht teilgenommen werden will, würde ich gewähren lassen. Ich würde nicht in den Konflikt gehen, aber dennoch den Nutzen des Angebots erklären. Individuell muss man schauen, wer mehr Unterstützung und Motivation braucht und wer vielleicht auch sehr angespannt ist, und eher unter noch mehr Druck geraten könnte.

Frau B., Sie kennen ja nun beides – viel und weniger Struktur. Wie ist Ihre Beobachtung? Können Sie sagen, was sich wie auf das Stationsgeschehen auswirkt?

Frau B.:

Also, ich finde es gut, dass es hier keine Securies gibt. In der Schweiz gibt es die und die sind sehr brutal. Sie sind auf den Stationen integriert und auch als solche erkennbar – früher in Uniform wie bei der Bundeswehr, heute deeskalierender in schwarzer Kleidung, aber auch mit Handschellen. Wenn die wollen, können die alles machen.

Wie sind die Securies in den Stationsalltag eingebunden? Sind die nur präsent und agieren auf Signal oder haben die noch irgendwelche anderen Aufgaben auf der Station?

Frau B.:

Manche sind für das ganze Gelände zuständig, manche nur für die Station. Ich habe es z.B. mal erlebt, dass eine Patientin umgekippt ist. Und dann sind die dafür da, dass sie die anderen Patient*innen wegschicken damit das Personal in Ruhe seine Arbeit machen kann. Aber auch für Zwangsmedizierung sind die da. Da sind die sehr brutal. Ich habe das einmal erlebt, dass sie auf

mich zugekommen sind. Das hat Angst gemacht.

Herr R.:

Es wird vor dem Hintergrund einer erheblichen Zahl von Gewaltereignissen in den letzten Jahren in vielen Kliniken immer wieder mal diskutiert, ob Sicherheitsdienste zur Unterstützung des Klinikpersonals auf Stationen eingesetzt werden sollte. Für uns ist das ein wichtiges Feedback für so eine Diskussion, wenn Sie sagen, dass das etwas sehr Angstausslösendes ist.

Herr L.:

Auch auf unseren Deeskalationsschulungen wird häufig danach gefragt. Ich sage, fachlich geht das nicht, weil die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen eine ganz andere Ebene hat. Aber das Thema wird beim Personal natürlich immer mal aus Schutzaspekten heraus diskutiert. Das ist kein böser Wille, sondern entsteht aus einem Angsterleben heraus, das leider nicht immer offen und konkret kommuniziert wird.

Frau B.:

Was ich noch anbringen möchte: Es wäre hilfreich, wenn sich wenigstens einer einen Arztkittel besorgen würde. Ich nehme Medikamente eher von Ärzt*innen, wenn ich skeptisch bin. Die Medikamente hier sehen nämlich nicht so aus wie die, die ich in der Schweiz genommen habe. Wenn jemand einen Arztkittel anhat und ich das Namensschild lesen kann, gibt mir das Sicherheit. Da weiß ich, dass ich vertrauen kann.

Es ist also wichtig für Patient*innen, dass deutlich gemacht wird, wer auf der Station wer und mit welcher Funktion ist, damit sie wissen, wer auf einen zukommt?

Frau B.:

Genau. Ich war z.B. in der Visite ein bisschen überfordert. Es kommen dann auf einmal ganz viele rein, die stellen sich zwar auch vor, aber das ist in der Situation schwer zu erfassen.

Herr L.:

Ich finde den Gedanken mit dem Kittel spannend. Wir arbeiten ja milieuthérapeutisch gerade in

Alltagskleidung, um zu signalisieren, dass wir auf Augenhöhe mit Patient*innen arbeiten und uns als Menschen nicht unterscheiden. Das war ja das Bestreben der Sozialpsychiatrie im Gegensatz zur biologischen Psychiatrie, wo Ärzt*innen eher noch Kittel tragen.

Sehen Sie da auch Vorteile? Oder sehen Sie für sich nur Nachteile, Ärzt*innen nicht gleich als Ärzt*innen zu erkennen?

Frau B.:

Also, in einer akuten Psychose ist neutrale, schlichte Kleidung hilfreich. Denn wenn Kleidung gemustert ist, assoziiere ich etwas damit. Das beeinflusst mich.

Also, Herr R., ich weiß gar nicht, habe ich meine Medikamente genommen?

Herr R.:

Soweit ich weiß, ja. Sie waren ja auch glücklicherweise gar nicht so lange auf der Intensivstation, sondern relativ schnell auf eine offene Station verlegt worden.

Sie sind wirklich eine Expertin für sich selbst und wissen gut, was Ihnen hilft und was Ihre Situation verschlimmern kann. Das haben Sie dann im Verlauf auch sehr deutlich kommuniziert. Und ich hoffe, dass wir dann auch gut auf Ihre Wünsche eingegangen sind.

Herr L.:

Ich kann mich noch gut erinnern, dass uns die Kollegin bei der Verlegung auf unsere Station darauf aufmerksam gemacht hat, dass Sie sich Ihre Medikamente vor der Einnahme immer sehr genau ansehen. Es wurde deutlich gemacht, dass Ihnen das wichtig ist und damit war das für alle Kolleg*innen auch klar. Sowas zu kommunizieren ist hilfreich für das Team, aber ja auch für Sie. Sie müssen sich nicht unwohl fühlen, wenn Sie nochmal nachfragen und genau hinschauen, weil alle es wissen – auch um das Verhalten nicht fehlzuinterpretieren.

Es ist also als Konfliktvorbeugung wichtig, dass bei einem Settingwechsel die Informationen gut weitergegeben werden, damit Missverständnisse nicht auftreten können.

Herr R.:

Ja, wir haben besonders bei Frau B. darauf Wert gelegt, weil der Hintergrund auch ist, dass es sich um andere Medikamente als in der Schweiz handelt und sie sich an das andere Aussehen und die Menge gewöhnen musste.

Unsere Kommunikation darüber haben wir sicher auch dadurch verbessern können, weil ich die Medikamente aus der Schweiz aus meiner Zeit dort auch kannte und wir beide die Namen hin und her übersetzt haben.

Das zeigt auch, dass es Zeit braucht, um sich auf individuelle Kommunikation einzulassen, um Klarheit für beide Seiten zu erlangen, die wiederum Sicherheit für alle Beteiligten bringt.

Können Sie aus Ihrer Beobachtung heraus sagen, wie auch anders auf der Station Situationen entstehen, die dann eskalieren? Wie sich Stimmungen entwickeln, die sich dann für Sie oder auch für Mitpatient*innen nicht gut anfühlen?

Frau B.:

Ich hatte eine Situation auf der Station, da ist ein Mitpatient in mein Zimmer gekommen. Der hat einfach eine Toilette gebraucht. Die WCs im Tagesraum waren gerade wegen Reparaturen gesperrt. Aber das gehört sich ja nicht, dass er einfach in andere Zimmer geht. Für mich war die Situation aber ganz schlimm, weil es mich an ein Erlebnis erinnert hat, das schlimm für mich war. Das passierte zur Dienstübergabezeit, die Mitarbeitenden saßen zusammen und waren nicht so aufmerksam.

Wie ist das aus Patient*innenperspektive, wenn man weiß, jetzt sitzt das Team zusammen und eigentlich ist es nicht gut, die jetzt zu stören, aber ich habe gerade ein Bedürfnis oder einen Wunsch?

Frau B.:

Ich hatte Angst in der Situation und bin auch laut geworden. Ich möchte eigentlich gar nicht laut werden und rumschreien, aber in dieser Not musste ich schreien. Meine Mitpatientinnen in dem Zimmer konnten gar nicht reagieren. Die Mitarbeitenden sind dann gekommen und haben mich beruhigt. Ich brauchte auch keine Zusatzmedikation.

Das war ganz schwierig für mich, dass man sich so hilflos fühlt, wenn die Türen zu sind, wenn Übergabe ist.

Hatten Sie das Gefühl, dass Sie schwerer an die Hilfe kommen als wenn keine Übergabe gewesen wäre?

Frau B.:

Ja, schon. Sie haben mir dann noch gesagt, dass da ein Notfallknopf im Zimmer ist. Aber ich bin in dem Moment gar nicht auf die Idee gekommen, den zu nutzen.

Herr R.:

Wir haben es so empfunden, dass Sie sich sehr angemessen verhalten haben, indem Sie laut geworden sind. Das hatte den gleichen Effekt, als wenn Sie den Notfallknopf gedrückt hätten.

Herr L.:

Auch im Deeskalationstraining vermitteln wir es genauso, dass wenn mir jemand zu nahe kommt, ich versuche, das Gegenüber verbal zu erreichen, aber auch, dass ich auf mich aufmerksam mache, indem ich laut werde. Sie haben also intuitiv genau richtig gehandelt.

Frau B.:

Ich habe am ganzen Körper gezittert. Das hat wieder etwas aufgewühlt, was eigentlich schon in Schubladen ist. Das ist schade.

Konnten Sie die Situation im Nachgang besprechen? Haben Sie das Gespräch darüber nochmal gesucht?

Frau B.:

Ich hatte, ehrlich gesagt, Dinge, die ich wichtiger fand, zu besprechen, und habe nicht nochmal das Gespräch gesucht.

Herr R.:

In der Visite ist es nochmal angeklungen, dass die Situation etwas ausgelöst hat. Da haben Sie es angedeutet.

Herr L.:

Sie sind ja noch in der Klinik. Sie können nochmal überlegen, ob es in diesem Rahmen nicht gut wäre, das Gespräch doch nochmal zu suchen. Das muss ja nicht warten bis nach der Klinikbehandlung.

Sie haben gesagt, dass sowohl bauliche Gegebenheiten als auch personelle Ressourcen wichtig sind, um in Krisen angemessen zu reagieren und sie nicht eskalieren zu lassen. Wie gehen die Mitarbeitenden mit diesem Wissen um, aufgrund der gegebenen Rahmenbedingungen auf Krisen nicht immer so reagieren zu können wie man es sich wünschen würde?

Herr L.:

Bei uns im Personalrat war das schon häufig Thema. Da wurde auch kontrovers über den Sicherheitsdienst diskutiert. Es ist sehr bewusst, dass das Personal auf den Intensivstationen zu knapp ist im Verhältnis zu dem, was dort passiert. Man muss rückblickend sagen, dass das Deeskalationssystem zumindest für die Sucht-, Geronto- und Allgemeinpsychiatrie sehr spät implementiert wurde. Es wurde 2020 angefangen, Deeskalationstrainer*innen auszubilden. Wir bieten über das Jahr acht Basisschulungen an, was bei der Größe der Klinik fraglich ausreichend ist. Wir würden gern mehr machen. Aber es ist auch sehr ressourcenintensiv. Je mehr wir schulen, desto weniger Personal ist auf den Stationen – das eine bedingt das andere. Ich finde es als Deeskalationstrainer natürlich sehr sinnvoll den Kolleg*innen, insbesondere denen mit wenig Psychiatrieerfahrung, an die Hand zu geben, welche Möglichkeiten gibt es denn, auf Notfallsituation zu blicken. Wie erkenne ich Notfallsituationen? Was steckt hinter der Kommunikation der

Patient*innen? Wie wird sie bewertet, wenn sich jemand in der Krise nicht klar ausdrücken kann?

Ein aktuelles Thema ist auch die Form des Haltens von Patient*innen in Anspannungssituationen, aus denen sie nicht mehr herauskommen. Das Überwältigen von Patient*innen, um eine Fixierung durchzuführen, das aktuell noch mit viel Personalpräsenz passiert, kann man auch bei anhaltender verbaler Deeskalation mit alternativen Formen des Haltens ausüben (ProDeMa). Das sind Systeme, die auch in der S3 Leitlinie empfohlen werden. Aber es wird noch gefremdet mit dieser Methode. Das Thema muss mehr in die Psychiatrie gebracht werden, um zu entscheiden, wie mit solchen Situationen umgegangen werden soll.

Gibt es regelhaft Nachbesprechungen nach solchen Situationen im Team? Ist die Nachbesprechung ein gängiges Instrument oder wird situativ entschieden, ob eine Eskalation mit allen Beteiligten im Nachgang nochmal reflektiert wird?

Herr R.:

Das ist ein Instrument, das wir flächendeckend einführen wollen, aktuell noch situativ genutzt wird. Zunächst mit den Mitarbeitenden, die an der Fixierungssituation beteiligt waren, und mit etwas zeitlichem Abstand nach mindestens Teilstabilisierung auch mit den betroffenen Patient*innen. Dafür sind Standards entwickelt worden, die wir einsetzen werden.

Man muss einfach sagen, dass der Faktor der Personalressource ein ganz entscheidender ist. Durch die durchgeführten Deeskalationsschulungen gelingt es in vielen Situationen, dass es nicht zu einer Eskalation und Fixierung kommt. Das ist etwas sehr Wertvolles. Aber auf der anderen Seite sehen wir bei der seit vielen Monaten bestehenden Überbelegung der Psychiatrischen Kliniken, dass immer, wenn Fachpersonal verschiedener Berufsgruppen fehlt, Situationen schneller eskalieren. Es gibt immer weniger Mitarbeitende mit entsprechender Erfahrung, immer mehr Zeitarbeit ohne fachspezifische Erfahrungen. Das merken wir deutlich.

Die Zunahme von innerklinischen Gewaltvorfällen in den letzten Jahren wurde bereits benannt. Wir haben gesamtgesellschaftlich eine Zunahme von Gewalttaten. Wir haben aber auch diese mediale, politische Diskussion über Gewalttaten durch vermeintlich psychisch erkrankte Menschen, die ja auch Auswirkungen auf das NPsychKG genommen hat und wir haben gleichzeitig die Situation auf den Stationen mit der personellen Unterbesetzung und schwierigen baulichen Voraussetzungen und Überbelegung.

Wie wirkt sich das auf die Atmosphäre in den Stationsteams aus? Wie ist das Sicherheitsgefühl der Mitarbeitenden? Wie die Stimmung gerade auf den geschützten Stationen vor dem Hintergrund dieser großen Diskussion, die gerade geführt wird?

Herr R.:

Ich bin jetzt seit acht Jahren auf der Intensivstation zuständig und ich habe tatsächlich in dieser relativ kurzen Zeit subjektiv eine deutliche Zunahme von Gewaltbereitschaft in der Gesellschaft, aber dann auch in der Psychiatrischen Klinik als Teil der Gesellschaft erlebt. Ich erlebe hochengagierte Mitarbeitende, die um jede Deeskalation bemüht sind. Aber es gibt ganz viel bürokratische Hemmnisse. Ein Stück weit wird die Klinik gesellschaftlich umfunktioniert. Menschen, die aus anderen Gründen auffälliges Verhalten mit Gewalt zeigen, werden erstmal in die Psychiatrie geschickt, obwohl diese Probleme gar nicht psychiatrisch gelöst werden können. Hier müssten viel mehr Justiz, Polizei und vielleicht andere gesellschaftliche Akteur*innen handeln. In der Pandemiezeit sind zudem wichtige ambulante Angebote weggebrochen und Menschen mit psychischen Erkrankungen sind durch fehlende Versorgung in einen Chronifizierungsprozess geraten, teilweise mit Wohnungslosigkeit und erhöhter Frustration, die zu mehr Gewaltbereitschaft führt.

Für diese Menschen ist es nun besonders schwer, eine Entlassungsperspektive zu entwickeln und dafür auch Kostenträger zu finden. Da scheitert man oft auch mit viel sozialdienstlichem

Engagement und die Menschen werden dann kurze Zeit nach Entlassung wieder in derselben oder einer anderen Klinik aufgenommen. Das bindet sehr viele Ressourcen, die ja aber sehr begrenzt sind. Wir würden schon gern mehr Zeit in die Behandlung mancher Patient*innen investieren. Man ist aber doch immer in der Situation, dass man abwägen und priorisieren muss und nicht alles anbieten kann, was man fachlich eigentlich gern anbieten würde.

Herr L.:

Was ich wahrnehme, ist die deutlich auf negative Schlagzeilen ausgerichtete Medienberichterstattung. Ich finde auch die Kommunikation von seelischer Erkrankung in der Gesellschaft ist schwierig. Es wird Angst geschürt, die auch in der Pflege ankommt. Es wird schnell viel kritischer auf Situationen geschaut, in denen erfahrenere Kolleg*innen eher hinterfragen, was denn hinter diesen Ausbrüchen liegt und wie man beruhigend reagieren kann. Ich erlebe auch, dass sich das Pflegepersonal in der gesellschaftlichen Diskussion nicht genug gesehen fühlt. Berichterstattung über beispielsweise die Silvestervorfälle, die den Fokus auf das helfende Personal von Rettungsdiensten und Polizei hatte, ist wichtig, aber das Personal aus der Psychiatrie sieht sich da ein bisschen außen vor. Es übernimmt staatliche Aufgaben, wird aber nicht so wahrgenommen. Ich sehe da beide Seiten. Zum einen die Angst die zunimmt, andererseits auch das Nicht-Gesehenwerden.

Herr R.:

In den letzten Jahren sind wir intern davon weggekommen, die Psychiatrie sozusagen als „rechtsfreien Raum“ zu sehen. Wir kommunizieren deutlich mit den Mitarbeitenden, dass wir Erfassungsinstrumente haben für verbale und auch körperliche Gewalt und dass wir Mitarbeitende, wenn es wirklich eine Körperverletzung gab oder Drohungen, auch raten, Strafanzeige zu stellen. Genauso ermutigen wir Patient*innen, wenn sie Opfer geworden sind, das zu tun. Das habe ich vor zehn Jahren noch anders erlebt. Von Seiten der Justiz wird es auch juristisch manchmal so angenommen, dass es ein Berufsrisiko ist, wenn jemand bei Ausübung seiner Tätigkeit im Krankenhaus Opfer von Gewalt wird.

Es wird ja regelhaft die Selbstgefährdung auf der Station eingeschätzt. Gibt es auch Instrumente, die regelhaft angewendet werden, um die Fremdgefährdung einzuschätzen?

Herr R.:

Die Instrumente sind in der Entwicklung, aber sie sind noch nicht im Alltag etabliert.

Herr L.:

Es wird nach einem Assessment gesucht, das implementiert werden kann.

Was bräuchte es aus Ihrer Sicht, dieser gesellschaftlichen Entwicklung und diesem Gefühl von Angst und Unsicherheit, das in psychiatrischen Kliniken entsteht, entgegenzuwirken? Wir sprechen ja immer noch von einem Krankenhaus, an dem es für die Mitarbeitenden aber vor allem auch für diejenigen, die dort Hilfe suchen, einen sicheren Rahmen geben muss.

Frau B.:

Ich würde sagen, mehr Personal. Ich habe erlebt, dass im Nachtdienst nur zwei Mitarbeitende von einer Zeitarbeitsfirma da waren, die gar nicht in der Lage waren, auf mich einzugehen. Das hat mich so wütend gemacht, dass ich nicht geschlafen habe, was nicht förderlich ist bei meiner Erkrankung. Ich brauche dann einfach Gespräche, in denen man mich abholt und runterbringt. Wo man sagt „Ja, ich kann Sie verstehen“ – das ist ein einzelner Satz, der viel bewirken kann.

Ich habe mitbekommen, dass die von der Zeitarbeit waren. Man bekommt so viel als Patientin mit, was auch in den Büros gesprochen wird...

Herr L.:

Die Kommunikation von außen wie von innen, ist so ein wichtiges Thema. Von außen politisch, wie wird über Themen gesprochen, was gebe ich in die Gesellschaft rein. Sprache macht eben was. Intern kennen wir die Diskussion um eine Fotowand über Mitarbeitende, bei der es immer ganz viele Vorbehalte gibt, dass man nicht so viel von sich preisgeben will. Andererseits werden so viele viel weitreichendere Dinge im Dienstzimmer

besprochen, die Patient*innen mitbekommen, wo man sich fragen kann, wo die Hemmschwelle herkommt.

Mehr Personal ist wichtig, aber es muss auch erfahrenes Personal sein, das sich auskennt.

Frau B.:

Gute Einarbeitung ist wichtig.

Es wäre in meiner Situation wichtig gewesen, dass jemand verstanden hätte, dass es mir geholfen hätte, wenn ich an meine Sachen herangekommen wäre. Ich hatte ein Kissen im Koffer. Allein das Kissen wäre hilfreich für mich gewesen.

Herr L.:

Es muss Mitarbeitenden bewusst sein, welche Macht man hat, den Schlüssel zu haben, ihn aber nicht für die Patientin zu nutzen.

Herr R.:

Angemessene personelle Ressourcen sind notwendig, um die individuelle Betreuung der Menschen zu gewährleisten. Und es ist ja auch eine Frage der Bedarfsplanung. Eine dauerhafte Überbelegung zeigt in Krisenzeiten einen hohen Bedarf, es wird aber von Seiten der Politik und Krankenkassen nicht darauf reagiert. Die Sparpolitik spitzt sich, meiner Ansicht nach, zu. Es kann nicht alles ambulant abgefangen werden. Die Kenntnisse, dass es hohe Prävalenzen von psychischen Erkrankungen gibt und weiter geben wird, sind da. Eine gute Ausstattung, um Menschen auskömmliche Unterstützung anbieten zu können und sie z.B. auch wieder zur Arbeit zu befähigen, nützt allen – individuell, gesellschaftlich und wirtschaftlich.

Frau B.:

Ich möchte auch wieder arbeiten! In der Schweiz wurde es mir mit meiner Diagnose verwehrt. Ich hoffe, in Deutschland wird es klappen. Ich arbeite gerne und habe meinen Job leidenschaftlich gern gemacht.

Was bräuchte es denn aus Ihrer Sicht von der Umgebung um die Klinik herum, damit Sie dieses Ziel erreichen können, sich gut unterstützt fühlen und auch Klinikbehandlung vielleicht weniger notwendig wäre?

Frau B.:

Mit ist bewusst, dass ich mit meiner Erkrankung sicher nicht wieder auf einer Intensivstation arbeiten könnte, weil das zu stressig ist. Aber es ist z.B. aktuell eine Stelle als Praxisanleiterin ausgeschrieben. Da würde ich mir Unterstützung vom Sozialdienst wünschen bei Bewerbungen. Der Sozialdienst ist ja sehr aktiv, hat schon viel für meine Weiterbehandlung organisiert. In der Schweiz gibt es sowas wie einen kostenlosen Sozialdienst nach der Klinik. Die unterstützen bei formalen Angelegenheiten, in denen man zunächst überfordert ist.

Ich bekomme aktuell durchgehend Jobangebote von der Arbeitsagentur, obwohl ich in der Klinik bin und mich nicht bewerben kann.

Es wäre also schon mal hilfreich, wenn es mehr Wissen gebe. Die Arbeitsverwaltung sollte wissen, dass man sich nicht bewerben kann, wenn man nicht arbeitsfähig ist.

Frau B.:

Ja, es ist schon schwierig, dass ich die Bewerbungen bekomme und Rechtsbelehrungen, was passiert, wenn ich mich nicht bewerbe.

Herr. L.

Das macht ja auch Druck und kann den Genesungsprozess negativ beeinflussen.

Was man heraushört, ist, dass es wichtig ist, in der Behandlung frühzeitig zu beginnen, die Zeit nach dem Klinikaufenthalt zu planen. Da gibt es wahrscheinlich zum einen wieder das Hindernis des mangelnden Personals und zum anderen die Frage, ob das „Draußen“ da auch kooperiert. Man kann sich ja in der Klinik noch so sehr bemühen, ohne die Kooperation der anderen Angebote kann es nicht gut gelingen.

Herr R.:

An dem Punkt ist es ein großer Gewinn, dass wir mittlerweile an vier Standorten Institutsambulanzen haben. Wir erleben es eben, dass eine Weiterversorgung außerhalb der Klinik viel zu lange dauert oder gar nicht gelingt. Mit dem GPZ ist ja auch die aufsuchende Arbeit wieder im Fokus. Damit kann man Menschen längerfristig begleiten und im besten Fall einen erneuten Klinikaufenthalt entbehrlich machen.

Ist dieser sogenannte Drehtüreffekt – Patient*innen waren in der Behandlung, konnten vielleicht aus unterschiedlichen Gründen nur kurz behandelt werden, und aufgrund fehlender nachgehender Behandlung und Betreuung entwickelt sich wieder eine Symptomatik, die eine Aufnahme kurz nach Entlassung wieder erforderlich macht – ein Grund, dass Frustration entsteht und vielleicht das auch gewaltfördernd ist, wenn immer die gleichen Mechanismen dazu führen, warum für Menschen der Genesungsprozess immer wieder abbricht, weil die Systeme außerhalb der Klinik nicht funktionieren?

Herr R.:

Das würde ich zu 100 % so unterschreiben und ich denke, dass das eher auch zu einer Abwärtsspirale führt. Weil die Menschen spätestens nach dem dritten Mal in eine ganz tiefe Resignation und vielleicht auch aggressive Gegenreaktionen fallen. Sie machen die Erfahrung, dass sie einfach nicht ans Ziel kommen, obwohl sie sich darum bemühen.

Es kann z.B. leider sein, dass außerhalb keine Praxis gefunden wird, die das Medikament verschreibt, das in der Klinik so gut geholfen hat...

Herr L.:

Das ist ein frustrierender Prozess. In kürzester Zeit vielleicht das dritte Mal wieder in die Klinik zu kommen, ist auch schamhaft. Da ist auch die Frage, wie wird darüber auf der Station kommuniziert. Ein unbedachtes „Ach, schon wieder hier“ macht ganz viel mit den Menschen.

Ich hatte es z.B. vor Kurzem, dass ein Patient gesagt hat, dass er nach der Klinik psychiatrische häusliche Krankenpflege (phKP) hatte und als die auslief, ging es ihm wieder schlecht. Das ist nur ein Beispiel.

Herr R.:

Es gibt viele Menschen die von phKP enorm profitieren und nach der Klinikbehandlung auf diese Unterstützung angewiesen sind, um ihren Alltag wieder zu bewältigen. Es ist aber nahezu unmöglich, eine Verlängerung für die Menschen nach vier Monaten genehmigt zu bekommen.

Frau B.:

Ich habe mich schon mehrmals stationär aufnehmen lassen, weil ich im Alltag einfach überfordert war und mich dann lieber in Sicherheit in die Klinik begeben habe.

Was bräuchten Sie, um nicht in die Klinik gehen zu müssen?

Frau B.:

Ich brauche einmal in der Woche ein Psychologen-Gespräch mit einer festen Bezugsperson. Leider hatte ich ein bisschen Pech mit Therapeutinnenabbrüchen. Die Wechsel waren ganz schlimm für mich. Stabilität gibt Sicherheit, die ich brauche, um wieder Perspektiven entwickeln zu können.

Ich musste in der Schweiz in einer Behindertenwerkstatt arbeiten, was sehr schlimm für mich war. In der Arbeitswelt waren die Erwartungen aufgrund meiner Ausbildung zu hoch. Es wurde nicht berücksichtigt, dass ich nicht die gleiche Leistung bringen kann wie vor der Erkrankung. Wenn man dann die Leistungen nicht erfüllt, weil man sich noch mit sich beschäftigen muss, werden Maßnahmen schnell abgebrochen. Ich hoffe, dass ich in Deutschland auf dem ersten Arbeitsmarkt etwas finde und nicht wieder in der Behindertenwerkstatt arbeiten muss.

Was macht die Frustration durch den Drehtüreffekt mit den Mitarbeitenden? Wie frustrierend ist es für Mitarbeitende, die die Patient*innen ja

auf einen guten Weg bringen wollten, mit dem Problem immer wieder konfrontiert zu sein?

Herr L.:

Das Frustrante ist, dass man merkt, dass man in der Arbeit gar nicht so wirksam sein kann – durch den ständigen Notfallmodus auf der geschützten Station noch mehr als auf der offenen Station. Aber auch da merken wir, dass die Gruppen-, Therapieangebote, wie z.B. Psychoedukation, die auch von der pflegerischen Seite wertvoll wären, sowie psychosoziale Interventionen, die begleitet werden könnten, einfach nicht stattfinden können, weil die Personaldecke zu dünn ist bei 2 Mitarbeitenden und 23 Patient*innen. Dann fragt man sich bei der Wiederaufnahme schon kritisch, was haben wir den Patient*innen auch geboten außer der Grundversorgung.

Gibt es auch die Erfahrung, dass man ein/e Patient*in mit der Behandlung auf einen guten Weg gebracht hat, aber das ambulante Hilfesystem, wenn es ein bisschen schwierig wird, schnell sagt „Stopp, das wird zu kompliziert“ und schnell wieder in die Klinik einweist, die es dann wieder richten soll?

Herr L.:

Ja, im AAZ wird schon deutlich, dass auch Menschen ankommen, bei denen man sich fragt, ob nicht eine ambulante oder tagesklinische Behandlung geeigneter und ausreichend wäre. Was wir auch kennen, dass wir Patient*innen auf einen guten Weg gebracht haben und bekommen sie dann aber nicht gut in weiterführende Versorgung vermittelt. Adäquate Angebote fehlen häufig.

Herr R.:

Und es gibt auch Angebote, die zwar auf dem Papier zur Verfügung stehen, aber wegen Unterfinanzierung nicht mehr darstellbar sind. Die Anbieter können gar nicht mehr so viele Menschen versorgen, weil es sich nicht mehr rechnet. Da braucht es Weichenstellungen der Politik auf kommunaler und Landesebene, um die Versorgung nicht immer auf das psychiatrische Krankenhaus abzuwälzen. Die ambulanten und teilstationären Angebote sind so wichtig.

Herr L.:

Man merkt häufig, dass aus dem ambulanten System schnell der Klinik zugewiesen wird, sobald eine F-Diagnose vorliegt. Gleiches gilt für Suizidalität, die viel Unsicherheit auslöst und bei der nicht geprüft wird, ob die Situation auch ambulant zu handeln wäre.

Eine provokative Frage: Nehmen gesündere Menschen den schwer erkrankten Menschen Behandlungskapazitäten weg?

Herr L.:

Ja, die Situation gibt es, dass auf einer offenen Station ein Bett frei wird, mit dem man die Intensivstation entlasten könnte und dann wird es doch mit jemanden von außen belegt. Die Überbelegung auf der Intensivstation wird dadurch nicht abgebaut. Und das passiert nicht selten. Speziell der gerontopsychiatrische Bereich ist deutlich unterversorgt.

Herr R.:

Auch die aktuelle Reduzierung der Vergütung der Psychotherapie ist ein völlig falsches Signal. Auch da wird deutlich, dass es Fehlanreize gibt. Menschen mit psychotischen Erkrankungen haben es extrem schwer Psychotherapieplätze zu bekommen. Die Menschen mit dem größten Bedarf fallen da durch das Raster. Da könnte man bei einer besseren Vergütung der Psychotherapeut*innen auch sagen, ein gewissen Kontingent muss für Menschen mit schwereren Erkrankungen zur Verfügung stehen. Das wäre eine hilfreiche Maßnahme.

Frau B.:

Es wäre auch gut, wenn es mehr Genesungsbegleitungen geben würde. Die gibt es ja auch hier in der Klinik. Ich habe sie in der Schweiz auch immer mit einbezogen.

Herr R.:

Genesungsbegleitungen sind hier in der Klinik gut etabliert.

Einführung des Landesrahmenkonzepts „Früherkennung und Bedrohungsmanagement“ in der Polizei Niedersachsen

von Deborah Hildebrandt,
Polizeidirektion Hannover

Ausgangslage

Schwere, zielgerichtete Gewaltstraftaten wie Messerangriffe, Amokfahrten oder Anschläge auf öffentliche Veranstaltungen stellen die Sicherheitsbehörden vor komplexe und vielschichtige Herausforderungen. Insbesondere das frühzeitige Erkennen möglicher Tatentwicklungen sowie der professionelle und rechtsstaatlich verantwortungsvolle Umgang mit potenziellen Gefährdungslagen erfordern strukturierte, zugleich aber differenzierte Ansätze.

Die intensive Befassung mit dem Themenkomplex innerhalb der Polizei Niedersachsen erfolgte vor dem Hintergrund bundesweiter Ereignisse – auch in Niedersachsen – sowie der Erkenntnis, dass bestehende Konzepte zwar zentrale Phänomenbereiche wie politisch motivierte Kriminalität, häusliche Gewalt oder den Umgang mit rückfallgefährdeten Sexualstraftäterinnen/Sexualstraftätern sowie Mehrfach- und Intensivtätern abdecken, jedoch nicht alle denkbaren Risikokonstellationen erfassen. Gleichzeitig zeigte sich, dass aufgrund des Fehlens eines allgemeinen interdisziplinären Bedrohungsmanagements bislang keine ausreichend etablierten Vernetzungsstrukturen zwischen den verschiedenen Behörden und Institutionen bestehen, wodurch ein zielgerichteter Austausch gefährdungsrelevanter Informationen erschwert wird.

Auswertungen vergangener Taten zeigen, dass schweren Gewalttaten mitunter komplexe und individuelle Krisenverläufe vorausgehen können. Diese sind häufig durch ein Zusammenspiel unterschiedlicher Belastungsfaktoren geprägt, etwa durch soziale Konfliktlagen, persönliche Ausnahmesituationen oder problematische

Lebensumstände. Gesundheitliche Beeinträchtigungen dürfen dabei weder pauschalisiert noch als eigenständige Erklärungsmuster herangezogen werden; sie begründen für sich genommen keinen Zusammenhang mit Gewalt und keinen Generalverdacht. Entscheidend ist vielmehr die sensible, einzelfallbezogene Betrachtung dynamischer Entwicklungen, um Risiken frühzeitig zu erkennen und geeignete präventive Maßnahmen – auch im Zusammenwirken mit anderen zuständigen Stellen – rechtzeitig zu ergreifen.

Vor diesem Hintergrund wurde unter Federführung des Landeskriminalamtes Niedersachsen ein landeseinheitliches Rahmenkonzept „Früherkennung und Bedrohungsmanagement“ (FEBM) für die Polizei Niedersachsen entwickelt, das erstmals ein einheitliches, systematisches und phänomenunabhängiges Risikomanagement etabliert. Es verfolgt das Ziel, individuelle Gefährdungskonstellationen anhand beobachteter verhaltensbezogener Anhaltspunkte, die auf das Risiko einer schweren, zielgerichteten Gewalttat hindeuten, sachlich und nachvollziehbar zu bewerten. Potenzielle Risiken sollen frühzeitig erkannt, Entwicklungen sensibel eingeordnet und geeignete Maßnahmen rechtzeitig eingeleitet werden.

Das Landesrahmenkonzept FEBM ist in der Polizei Niedersachsen am 01.04.2026 in Kraft getreten und bildet seither die verbindliche Grundlage für ein phänomenunabhängiges, strukturiertes Bedrohungsmanagement im Umgang mit komplexen Gefährdungslagen innerhalb der Polizei.

Landesrahmenkonzept FEBM

Unter Personen mit Risikopotenzial (PeRisikoP) werden Personen verstanden, bei denen auf Grundlage konkreter Anhaltspunkte eine Planung oder mögliche Durchführung einer schweren, zielgerichteten Gewalttat gegen eine unbestimmte

Anzahl von Menschen (bspw. Amok oder Anschlag) in Betracht kommt.

Maßgeblich ist dabei stets eine sorgfältige, einzelfallbezogene Bewertung – nicht die Zugehörigkeit zu bestimmten Personengruppen oder pauschale Annahmen. Weder bestimmte Lebensumstände, noch persönliche Krisen oder gesundheitliche Beeinträchtigungen begründen für sich genommen eine entsprechende Einstufung. Das Konzept setzt hierbei ausdrücklich auf differenzierte Betrachtung statt Generalisierung.

Das systematische und phänomenunabhängige Risikomanagement verfolgt das Ziel, individuelle Gefährdungskonstellationen anhand beobachteter verhaltensbezogener Anhaltspunkte, die auf das Risiko einer schweren, zielgerichteten Gewalttat hindeuten, sachlich und nachvollziehbar zu.

Ein wesentlicher Bestandteil des Konzepts ist die Netzwerkarbeit mit unterschiedlichen Behörden und Institutionen. Schulen, Jugendhilfe, Sozialdienste, kommunale Stellen, Gesundheitsbehörden sowie weitere Sicherheitsbehörden können – je nach

Einzelfall – wichtige Perspektiven einbringen. Oft entstehen gerade dort vertrauensvolle Kontakte, in denen Veränderungen im Verhalten oder belastende Entwicklungen frühzeitig wahrgenommen werden.

Die Zusammenarbeit erfolgt ausschließlich im Rahmen der geltenden gesetzlichen Bestimmungen sowie den bereits bestehenden Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten. Insbesondere der Datenaustausch mit externen Stellen unterliegt strengen datenschutzrechtlichen und fachgesetzlichen Vorgaben. Eine Informationsweitergabe erfolgt nur, wenn die entsprechende gesetzliche Grundlage vorliegt und die Übermittlung im konkreten Fall erforderlich ist.

Als Grundsatz des Landesrahmenkonzepts gilt die Gewährleistung eines sensiblen, verhältnismäßigen und rechtsstaatlichen Umgangs mit bereits vorliegenden oder rechtmäßig erlangten Informationen. Ein umfassender Informationszugriff oder eine anlasslose Datensammlung

stellen zu keinem Zeitpunkt einen legitimen Zweck der Maßnahme dar.

Workflow

Für die praktische Umsetzung sieht das Landesrahmenkonzept eine klar strukturierte Vorgehensweise mit unterschiedlichen Verantwortungsebenen vor.

Auf der ersten Ebene, der sog. Anwendungszielgruppe 1, sind alle Polizeibeamtinnen und -beamten sowie Angehörige der Netzwerkstrukturen FEBM sensibilisiert, mögliche Warnsignale zu erkennen. Hierzu zählen etwa deutliche Verhaltensveränderungen, ernstzunehmende Drohungen, Hinweise auf konkrete Tatfantasien oder andere Entwicklungen, die auf eine erhebliche Krisensituation hindeuten können. Solche Beobachtungen werden dokumentiert und für eine weitere Prüfung der sog. Anwendungszielgruppe 2 – den Sachbearbeitenden FEBM – zugeführt.

Auf der zweiten Ebene führen die besonders geschulten Sachbearbeitenden FEBM eine strukturierte Bewertung durch. Sie arbeiten dabei im Rahmen eines Vier-Augen-Prinzips in Tandems. Jede Fallbearbeitung liegt federführend bei einer Hauptsachbearbeitung, die die Informationsgewinnung koordiniert, relevante Erkenntnisse zusammenführt und den Fall kontinuierlich begleitet. Die Bewertung selbst erfolgt jedoch stets unter Einbeziehung einer zweiten qualifizierten Fachkraft, um eine fachliche Reflexion, Qualitätssicherung und Nachvollziehbarkeit der Einschätzung zu gewährleisten.

Inhaltlich wird geprüft, ob sich aus den vorliegenden Informationen belastbare Anhaltspunkte für ein relevantes Gefährdungspotenzial ergeben. Dabei werden sowohl mögliche Risikofaktoren als auch vorhandene Schutzfaktoren berücksichtigt. Die Bewertung stützt sich nicht

ausschließlich auf die zunächst vorliegenden Erkenntnisse, sondern auf eine fortlaufende Informationsgewinnung aus unterschiedlichen Quellen. Bereits im Rahmen der ersten Prüfungen können – sofern angezeigt – verhältnismäßige und einzelfallbezogene Maßnahmen ergriffen werden, um Risiken weiter aufzuklären oder zu begrenzen.

Ziel ist eine fachlich fundierte und nachvollziehbare Einschätzung, die bei Bedarf durch zusätzliche Fachexpertise abgesichert wird. Erst wenn sich im Rahmen dieser mehrstufigen und mit dem Vier-Augen-Prinzip abgesicherten Bewertung konkrete Hinweise auf eine erhebliche Gefährdungslage verdichten, erfolgt die Einstufung als Person mit Risikopotenzial im Sinne des Konzepts. Daran schließen sich weitergehende, individuell abgestimmte Maßnahmen an, die regelmäßig überprüft und der weiteren Entwicklung angepasst werden. Die Risikobewertung ist dabei kein statischer Akt, sondern ein fortlaufender Prozess.

Fallkonferenzen

Die Durchführung interdisziplinärer Fallkonferenzen ist sowohl im Rahmen der Prüfung als auch nach der Einstufung eine zentrale Maßnahme. Sie erfolgt in Zusammenarbeit mit den verschiedenen Institutionen und dient einer gemeinsamen Lageeinschätzung sowie der Entwicklung abgestimmter Handlungsoptionen, insbesondere im Hinblick auf geeignete Interventionsmöglichkeiten und Maßnahmen der Gefahrenabwehr. Fallkonferenzen sind somit kein auf Ausnahmefälle beschränktes Instrument, sondern grundsätzlich Bestandteil des Verfahrens. In besonders komplexen oder vielschichtigen Konstellationen kommt ihnen jedoch eine vertiefte Bedeutung zu, da hier unterschiedliche fachliche Perspektiven gezielt zusammengeführt und strukturiert ausgewertet werden können.

Ziel ist eine fachlich fundierte und nachvollziehbare Einschätzung, die bei Bedarf durch zusätzliche Fachexpertise abgesichert wird. Die Risikobewertung ist dabei kein statischer Akt, sondern ein fortlaufender Prozess.

Ziel der Fallkonferenzen ist es, Brüche im Informationsfluss zu vermeiden, Doppelarbeit zu verhindern und tragfähige, rechtssichere Lösungen zu entwickeln. Dabei gilt stets der Grundsatz der Erforderlichkeit und der gesetzlichen Zulässigkeit beim Informationsaustausch. Die Maßnahmen müssen sowohl dem Schutz potenzieller Opfer als auch den Rechten der betroffenen Person Rechnung tragen.

Polizeidirektion Hannover

In der Polizeidirektion Hannover sind derzeit insgesamt fünf Sachbearbeitende FEBM tätig, die gemeinsam an einem zentralen Standort in Hannover arbeiten. Dabei ist jeweils eine Sachbearbeitung den Polizeiinspektionen Burgdorf und Garbsen zugeordnet, während zwei Sachbearbeitende der Polizeiinspektion Hannover angehören. Eine der fünf Sachbearbeitenden ist als Koordinatorin eingesetzt. Sie nimmt neben der Fallbearbeitung insbesondere organisatorische und steuernde Aufgaben wie bspw. die Moderation von Fallkonferenzen oder die Initiierung und Weiterentwicklung der Netzwerkarbeit wahr.

Durch diese Zusammensetzung ist eine regionale Zuständigkeit sowie eine enge Anbindung an die jeweiligen örtlichen Gegebenheiten und Netzwerkstrukturen gegeben.

Die Bearbeitung der Prüffälle erfolgt grundsätzlich wohnortbezogen. Hauptverantwortlich ist jeweils der Sachbearbeitende, in dessen Zuständigkeitsbereich die zu überprüfende Person ihren Wohnsitz beziehungsweise ihren gewöhnlichen oder dauerhaften Aufenthalt hat. Hierdurch wird eine kontinuierliche Fallbearbeitung sowie eine möglichst ortsnahe Zusammenarbeit mit beteiligten Institutionen und Netzwerkpartnern gewährleistet.

Ausblick

Seit der Einführung des Konzeptes am 01.04.2026 befindet sich der Fachstrang FEBM in Hannover im sukzessiven Aufbau. Neben der Wahrnehmung der ersten Prüffälle liegt ein wesentlicher Schwerpunkt derzeit auf der Entwicklung und Etablierung einheitlicher Arbeitsstrukturen

sowie der organisatorischen Ausgestaltung des neuen Aufgabenbereichs. Gleichzeitig gilt es, gemeinsame Arbeitsweisen abzustimmen und verlässliche Strukturen innerhalb des Fachbereichs zu schaffen.

Vor diesem Hintergrund beabsichtigen die Sachbearbeitenden FEBM die Netzwerkarbeit mit den beteiligten Institutionen und Kooperationspartnern künftig weiter auszubauen und zu intensivieren. Ziel ist die Implementierung verlässlicher und dauerhaft tragfähiger Kooperationsstrukturen zwischen den beteiligten Behörden und Einrichtungen. Insbesondere eine Teilnahme der Sachbearbeitenden FEBM an Arbeitsgemeinschaften und fachübergreifenden Austauschformen wird angestrebt. Ferner ist beabsichtigt, die interdisziplinären Fallkonferenzen weiter zu etablieren und fortzuentwickeln.

Darüber hinaus ist vorgesehen, einheitliche und verlässliche Strukturen innerhalb der täglichen Arbeitsabläufe zu schaffen und nachhaltig zu festigen, um eine möglichst effiziente und abgestimmte Fallbearbeitung sicherzustellen. Ergänzend hierzu soll das fachliche Wissen der Mitarbeitenden durch regelmäßige Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen kontinuierlich erweitert und an aktuelle Entwicklungen angepasst werden.

Zwischen Empathie und Exklusion: Mediendarstellung von psychischer Krankheit

von Madeleine Sittner und Sven Speerforck,
Universitätsklinikum Leipzig

Wenn über psychische Erkrankungen berichtet wird, geht es nicht ausschließlich um Informationsvermittlung. Medien schaffen Bilder im Kopf, prägen gesellschaftliche Vorstellungen und beeinflussen, wie Menschen mit psychischen Erkrankungen wahrgenommen werden – von anderen, aber auch von sich selbst. Im Schwerpunktthema „Gewalt und Gewaltschutz in der Sozialpsychiatrie“ lohnt deshalb ein genauer Blick auf die Rolle der Medien. Denn Berichterstattung kann aufklären und entstigmatisieren. Sie kann aber auch verletzen, ausgrenzen und Angst erzeugen. Hinzu kommt ein berechtigtes journalistisches Interesse an aufklärender Berichterstattung über schwere Gewalttaten im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen.

Die Relevanz dieses Themas wird besonders deutlich beim Blick auf die gesellschaftliche Stigmatisierung psychischer Erkrankungen. Zwar hat sich die öffentliche Wahrnehmung psychischer Erkrankungen in den vergangenen Jahren verändert, doch diese Entwicklung verläuft nicht für alle Diagnosen gleichermaßen. Während Depression zunehmend als verständliche und behandelbare Erkrankung wahrgenommen wird, bleibt Schizophrenie weiterhin stark mit Angst, Fremdheit und Gefährlichkeit verknüpft (Schomerus et al. 2021).

Wie sehr Medienberichte dabei als belastend erlebt werden, zeigen Untersuchungen aus Deutschland bereits seit vielen Jahren. Befragte Menschen mit Schizophrenie äußerten starke Bedenken hinsichtlich der medialen Verknüpfung von Schizophrenie mit Kriminalität und der damit einhergehenden stigmatisierenden Prägung der

öffentlichen Wahrnehmung. Sie nehmen Medienberichte über Schizophrenie überwiegend als negativ wahr (Schulze & Angermeyer 2003). Menschen mit Schizophrenie und Depression erfahren Stigmatisierung zwar vor allem durch zwischenmenschliche Interaktionen, etwa durch Zurückweisung oder den Verlust von Freundschaften. Negative Darstellungen in den Medien werden jedoch als zweithäufigste Form der Stigmatisierung genannt (Holzinger et al. 2003). Die Auswirkungen reichen weit über einzelne Schlagzeilen hin-

Zwar hat sich die öffentliche Wahrnehmung psychischer Erkrankungen in den vergangenen Jahren verändert, doch diese Entwicklung verläuft nicht für alle Diagnosen gleichermaßen.

aus: In Deutschland haben 38 % der Menschen mit Schizophrenie und 37,4 % der Menschen mit Depression bereits konkrete Stigmatisierung durch Mediendarstellungen erlebt. Noch höher ist die erwartete Stigmatisierung – rund 70 % der Betroffenen rechnen mit negativen Reaktionen ihres Umfeldes (Holzinger et al. 2003). Damit wird deutlich, dass mediale Bilder nicht nur gesellschaftliche Vorurteile widerspiegeln, sondern die Lebensrealität Betroffener unmittelbar beeinflussen.

Eine wachsende Kluft in der Darstellung von Depression & Schizophrenie

In einer qualitativen Inhaltsanalyse wurden insgesamt 854 Print- und online-Artikel aus BILD, Spiegel und Süddeutscher Zeitung untersucht (Sittner et al., 2024). Verglichen wurde die Berichterstattung über Depression und Schizophrenie in den Jahren 2010 und 2020.

Die Ergebnisse zeigen eine deutliche Verschiebung: Depression erhielt 2020 wesentlich mehr mediale Aufmerksamkeit als noch zehn Jahre zuvor – und wurde zugleich differenzierter dargestellt. Schizophrenie hingegen wurde seltener thematisiert und dabei häufiger negativ konnotiert. Besonders auffällig war die Verbindung von Schizophrenie mit Gewalt. Im Jahr 2020 beschrieben 40 Prozent aller analysierten Artikel über Schizophrenie Betroffene als gefährlich, 15 Prozent stellten sie als unberechenbar dar. Schlagzeilen wie „Irrer Axtschläger greift Rentnerin an“

oder Berichte über bizarre Gewalttaten dominierten die Darstellung. Medizinische Informationen, Hinweise auf Behandlungsmöglichkeiten oder Perspektiven Betroffener spielten dagegen kaum eine Rolle.

Depression wurde dagegen überwiegend neutral oder sachlich beschrieben. Häufig ging es um Stress, Erschöpfung, Überforderung oder gesellschaftliche Belastungen. Im Zuge der COVID-19-Pandemie entstanden zahlreiche Berichte über psychische Belastungen durch Isolation, Unsicherheit und Leistungsdruck. Depression erschien dadurch zunehmend als etwas, das „jeden treffen kann“.

Genau darin liegt ein entscheidender Unterschied: Während Depression medial stärker an menschliche Erfahrungen angebunden wurde, blieb Schizophrenie vielfach mit dem Bild des „Anderen“ verbunden. Interessant ist auch, welche Ursachen psychischer Erkrankungen medial hervorgehoben werden. Bei Depression dominierten in den untersuchten Artikeln psychosoziale Erklärungen: Stress, Isolation, familiäre Belastungen oder die Auswirkungen der Pandemie. Dadurch erscheint Depression als nachvollziehbare Reaktion auf belastende Lebensumstände. Schizophrenie wurde dagegen überwiegend biologisch erklärt – etwa durch genetische Faktoren oder Störungen des Neurotransmitterhaushalts. Auf den ersten Blick wirkt dies entstigmatisierend, weil Schuldzuweisungen reduziert werden. Studien zeigen jedoch seit Jahren ein ambivalentes Bild: Biogenetische Erklärungen können gleichzeitig die Vorstellung verstärken, Betroffene seien dauerhaft „anders“, unberechenbar oder gefährlich.

Genau diese Verbindung findet sich auch in der Medienanalyse wieder. Parallel zur Zunahme biologischer Erklärungsmodelle nahm die Darstellung von Gefährlichkeit und Unberechenbarkeit zu.

Hinzu kommt, dass 2020 häufiger Alkohol- und Drogenkonsum als Ursache von Schizophrenie dargestellt wurde. Auch dies kann stereotype Bilder weiter verschärfen (Sittner et al., 2024)

Auch international wächst die Diskrepanz

Die in Deutschland durchgeführte Analyse steht nicht isoliert, sondern zeigt einen Trend, der auch international beobachtet wird.

Eine Analyse englischer Zeitungen lieferte Hinweise auf eine wachsende Diskrepanz in der Darstellung von Depression im Vergleich zu Schizophrenie zwischen 2008 und 2019 (Hilderley et al. 2020). Während die Anzahl der Artikel zunahm, die Stigmatisierungen psychischer Erkrankungen entgegenwirken, und die Wahrscheinlichkeit stigmatisierender Beiträge über Depression sank, stieg der Anteil stigmatisierender Artikel über Schizophrenie zuletzt wieder an.

Bereits eine frühere britische Langzeitanalyse hatte einen vergleichbaren Trend dokumentiert. Untersucht wurden 1.361 Artikel aus vier nationalen Tageszeitungen zu den Stichjahren 1992, 2000 und 2008 (Goulden et al. 2011). Über den Gesamtzeitraum sank der Anteil negativer Berichte deutlich, während Artikel zunahm, die psychische Erkrankungen erklären und einordnen. Diese Verbesserung betraf jedoch vor allem die Berichterstattung über Depression, Essstörungen und bipolare Störungen. Bei Schizophrenie blieb die Darstellung dagegen weitgehend unverändert: Sie erschien weiterhin überwiegend im Kontext von Gewalt, Gefährlichkeit und „bad news“. Während 2008 nur 28 Prozent der Artikel über Depression negativ konnotiert waren, lag dieser Anteil bei Schizophrenie bei 68 Prozent.

Auch außerhalb des europäischen Raums zeigt sich ein ähnliches Muster. Eine retrospektive Analyse von 385 Artikeln aus vier chilenischen Tageszeitungen zwischen 2000 und 2019 ergab insgesamt einen Rückgang stigmatisierender Berichterstattung über zwei Jahrzehnte (Grandón et al. 2021). Diese positive Entwicklung verteilte sich jedoch ungleich auf die einzelnen Diagnosen: Während Depression und Angststörungen seltener stigmatisierend dargestellt wurden, erwiesen sich Schizophrenie und bipolare Störung als die am stärksten stigmatisierten Diagnosen. Rund 31 Prozent der Artikel über Schizophrenie waren in Ton oder Inhalt stigmatisierend, knapp 29 Prozent

verknüpften die Erkrankung mit Gewalt. Hinzu kommt, dass Expert*innen die Berichterstattung dominieren, während Betroffene und Angehörige nur selten direkt zu Wort kommen.

Mit anderen Worten: Die positive Entwicklung der öffentlichen Diskussion über psychische Erkrankungen erstreckt sich nicht automatisch auf alle Diagnosen. Während Depression zunehmend enttabuisiert wird, bleibt Schizophrenie in vielen Medienberichten weiterhin mit Gefahr, Kontrollverlust und gesellschaftlicher Bedrohung verbunden.

Was Berichterstattung bei Betroffenen auslöst

Die Ergebnisse zur medialen Darstellung psychischer Erkrankungen sind besorgniserregend – nicht nur wegen des potenziellen Schadens für Betroffene, sondern auch, weil Medien für viele Menschen eine zentrale Informationsquelle darstellen (Moosbrugger et al. 2018).

Eine österreichische Studie untersuchte, wie Menschen Wissen über psychische Erkrankungen erwerben. Während 52 % der Befragten angaben, jemanden mit Depressionen persönlich zu kennen, lag dieser Wert bei Schizophrenie lediglich bei 18 %. Die Medien wurden gleichzeitig als wichtigste Informationsquelle über Schizophrenie genannt (Moosbrugger et al. 2018). Gerade dort, wo persönliche Erfahrungen fehlen, prägen mediale Darstellungen daher in besonderem Maße gesellschaftliche Vorstellungen.

Dass stigmatisierende Medienberichte negative Auswirkungen auf die Öffentlichkeit haben können, ist vielfach belegt (Kroll et al. 2003, Schomerus et al. 2007, Goulden et al. 2011, Rodrigues-Silva et al. 2017, Hildersley et al. 2020). Die Berichterstattung über eine von einer psychisch kranken Person begangene Straftat kann dazu führen, dass Leser*innen ihre Eindrücke auf die gesamte Gruppe der Betroffenen verallgemeinern (Angermeyer & Schulze 2001). Dies verringert

nachweislich die gesellschaftliche Akzeptanz, verstärkt den Wunsch nach restriktiven Maßnahmen (Thornton & Wahl 1996) und führt zu sozialer Distanzierung. Gleichzeitig werden negative Stereotype wie die Unberechenbarkeit psychisch erkrankter Menschen weiter verstärkt (Angermeyer & Schulze 2001).

Weniger sichtbar bleiben dabei die Konsequenzen, die durch gesellschaftliche Zuschreibungen entstehen. Wenn Menschen mit psychischen Erkrankungen dauerhaft mit Angstbildern verbunden werden, hat das konkrete Folgen für ihre Lebensrealität: bei Wohnungssuche, Arbeit, Beziehungen oder Behandlung. Stigmatisierende Berichterstattung kann soziale Isolation verstärken und damit genau jene Faktoren verschärfen, die psychische Krisen häufig mitbedingen. Viele Betroffene vermeiden es deshalb möglicherweise, ihre Diagnose offenzulegen – aus Angst vor Ablehnung im Beruf, im Freundeskreis oder im Gesundheitssystem. Die Folgen betreffen Selbstwertgefühl, soziale Teilhabe und Hilfesuche gleichermaßen. Wer befürchten muss, nach einer Diagnose als gefährlich oder unberechenbar wahrgenommen zu werden, sucht möglicherweise später Hilfe oder zieht sich sozial zurück.

Auch sprachliche Bilder spielen dabei eine wichtige Rolle. Die metaphorische Verwendung des Begriffs „schizophren“ – etwa zur Beschreibung widersprüchlicher politischer Entscheidungen oder gesellschaftlicher Entwicklungen – trägt dazu bei, Missverständnisse über die Erkrankung zu verstärken. Studien zeigen, dass dies die falsche Vorstellung fördern kann, Schizophrenie bedeute eine „gespaltene Persönlichkeit“ (Schomerus et al. 2007). Gleichzeitig besitzen Medien auch ein erhebliches Potenzial, die öffentliche Meinung positiv zu beeinflussen (Corrigan et al. 2013). Berichte über Genesungsprozesse und selbstbestimmte Lebenswege psychisch erkrankter Menschen fördern positive Überzeugungen darüber, dass Betroffene ihr Leben aktiv gestalten und eigene Ziele verfolgen können.

Gerade dort, wo persönliche Erfahrungen fehlen, prägen mediale Darstellungen daher in besonderem Maße gesellschaftliche Vorstellungen.

Zugleich tragen solche Darstellungen dazu bei, Ängste und Zwangsvorstellungen bei Leser*innen zu reduzieren.

Die Frage „Welches Bild zeichnen die Medien?“ ist deshalb weit mehr als eine medienwissenschaftliche Diskussion. Sie berührt zentrale Fragen von journalistischem Anspruch, öffentlichem Interesse, Teilhabe, Gewaltschutz und gesellschaftlicher Verantwortung.

Worte schaffen Wirklichkeit – und damit auch Bedingungen dafür, ob Menschen mit psychischen Erkrankungen als Teil der Gesellschaft wahrgenommen werden oder als Bedrohung von außen.

Literaturverzeichnis

- Angermeyer, M. C., & Schulze, B. (2001). Reinforcing stereotypes: How the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24(4–5), 469–486. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(01\)00079-6](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(01)00079-6)
- Corrigan, P. W., Powell, K. J., & Michaels, P. J. (2013). The effects of news stories on the stigma of mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(3), 179–182. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182848c24>
- Goulden, R., Corker, E., Evans-Lacko, S., Rose, D., Thornicroft, G., & Henderson, C. (2011). Newspaper coverage of mental illness in the UK, 1992–2008. *BMC Public Health*, 11, Article 796. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-796>
- Grandón, P., Fernandez Vega, D., Sanchez Onate, A. A., Vielma Aguilera, A. V., Villagran Valenzuela, L., Vidal Gutierrez, D., ... & Whitley, R. (2022). Mental disorders in the media: A retrospective study of newspaper coverage in the Chilean Press. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(7), 1351–1362. <https://doi.org/10.1177/00207640211023086>
- Hildersley, R., Stull, L. G., Wright, A. C., & Corrigan, P. W. (2020). "A tale of two illnesses": Newspaper coverage of mental illness in England 2008–2019. *Journal of Mental Health*, 29(5), 562–568. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1714006>

Holzinger, A., Dietrich, S., Heider, D., Angermeyer, M. C. (2003). Stigma as perceived by persons with schizophrenia and depression. *Psychiatric Services*, 54(10), 1405–1410. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.10.1405>

Kroll, M., Dietrich, S., & Angermeyer, M. C. (2003). Die Darstellung der Depression in deutschen Tageszeitungen: Eine Trendanalyse. *Psychiatrische Praxis*, 30(7), 367–371. <https://doi.org/10.1055/s-2003-43244>

Moosbrugger, R., Sator, M., Felhofer, A., & Kothgassner, O. D. (2018). Psychische Erkrankungen in Medienberichten: Befunde zur Darstellung und Wahrnehmung. *Communications*, 53(3), 324–336. <https://doi.org/10.5771/0010-3497-2020-3-324>

Rodrigues-Silva, N., Figueiras, M. J., & Moleiro, C. (2017). The impact of media representations on mental illness stigma: A systematic literature review. *Psychology, Community & Health*, 6(1), 1–18. <https://doi.org/10.5964/pch.v6i1.206>

Schomerus, G., Baumann, E., Schindler, S., & Angermeyer, M. C. (2021). Changes in continuum beliefs for depression and schizophrenia in the general population 2011–2020: A widening gap. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57, 1383–1392. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02272-4>

Schomerus, G., Kenzin, D., Borsche, J., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2007). The association of schizophrenia with split personality is not an ubiquitous phenomenon. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(9), 780–786. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0235-7>

Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma: A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56(2), 299–312. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00028-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00028-X)

Sittner, M., Rechenberg, T., Speerforck, S., Angermeyer, M. C., & Schomerus, G. (2024). „Broken souls“ vs. „mad as man“ – changes in the portrayal of depression and schizophrenia in the German media over 10 years. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 33, e37. <https://doi.org/10.1017/S204579602400043X>

Thornton, J. A., & Wahl, O. F. (1996). Impact of a newspaper article on attitudes toward mental illness. *Journal of Community Psychology*, 24(1), 17–25. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(199601\)24:1<17::AID-JCOP2>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(199601)24:1<17::AID-JCOP2>3.0.CO;2-H)

Safewards in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des AMEOS Klinikum Hildesheim

von Eva-Maria Franck (Chefärztin) und Katja Schlebusch (Pflegedienstleitung)

Anlässlich des chefärztlichen Wechsels 2019 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Hildesheim wurde als wesentlicher umzusetzender Punkt die Reduktion des Einsatzes von Zwangsmaßnahmen vereinbart. Mit Unterstützung des Sozialministeriums Niedersachsens, das Projekte zu dem Thema ausgeschrieben hatte, wurde dies ab 2020 umgesetzt.

Um Zwangsmaßnahmen, wie Isolierung und Fixierung, nachhaltig zu senken, benötigt man neben überschaubaren Techniken, ein Verständnis darüber, dass Zwangsmaßnahmen ein Problem für alle Beteiligten darstellen. Dies zum einen, da dadurch nachhaltig die Beziehung zu den Patienten beeinflusst wird. Zum anderen, weil die Durchführung von Zwangsmaßnahmen, die sich nicht immer vermeiden lassen, eine große Belastung für alle Beteiligten sind. Weiterhin ist auch Verständnis darüber erforderlich, dass nicht nur die Patienten, sondern auch die Behandelnden immer Akteur und Mitspieler sind. Darüber hinaus ist ein Perspektivwechsel auf die Seite der Patienten wesentlich.

Die Beziehungen zwischen den Patienten und den Behandlungsteams sind als interfraktionelles Geschehen zu begreifen. In diesem Geschehen wird eine Dynamik deutlich, die Übertragungen und Gegenübertragungen geschuldet ist. Und nicht selten sind die Reaktionen im Team ein Spiegel oder eine Projektionsfläche des seelischen Erlebens unserer Patienten. Der Perspektivwechsel auf die Seite des Patienten ist wichtig, da ein Verständnis darüber vorhanden sein sollte, dass der Patient in der Klinik auf ein ihm zumeist unbekanntes Feld trifft. Es ist ein Feld, das ihm fremd ist und das in der Praxis von vielen unausgesprochenen Regeln durchdrungen ist. Dieses Fremdheitserleben verunsichert und begünstigt Aggressionen, Konflikte und Gewalt. Aus diesem Grund sprechen wir

inzwischen nicht mehr von Regeln, sondern von wechselseitigen Erwartungen, die transparent sind und der allgemeinen gesellschaftlichen Praxis entsprechen.

Das Safewards Modell

Inzwischen ist in vielen psychiatrischen Kliniken das Safewards Modell etabliert, das auch evidenzbasiert ist. Es handelt sich um ein milieutherapeutisches Konzept, das Len Bowers am Kings College in London entwickelte. Es dient der Gewalt- und Konfliktprevention und wurde speziell für psychiatrische Einrichtungen ausgearbeitet. Das Safewards Modell stärkt die multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit, bezieht die Sicht der Patient*innen und deren Angehörigen ein und fördert damit die aktive Gestaltung des Zusammenlebens im Sinne der Partizipation aller.

Mittels zehn spezifischer Interventionen gelang es Konflikte, die Aggression oder Suizidalität nach sich ziehen können, zu reduzieren und die Zwangsmaßnahmen zu senken. Die Grundannahme des Konzeptes ist, dass das Verhalten von Patienten stark durch Ursachen wie Frustration, Angst, mangelnder Sicherheit oder Intransparenz beeinflusst wird. Gerade Psychiatrien, die nach Goffman zu den totalen Institutionen zählen, laufen Gefahr, dass Fehlverhalten und Gewalt eine Dynamik annehmen, die vermeintlich nur durch den Einsatz von legitimierten Zwangsmaßnahmen beendet werden können.

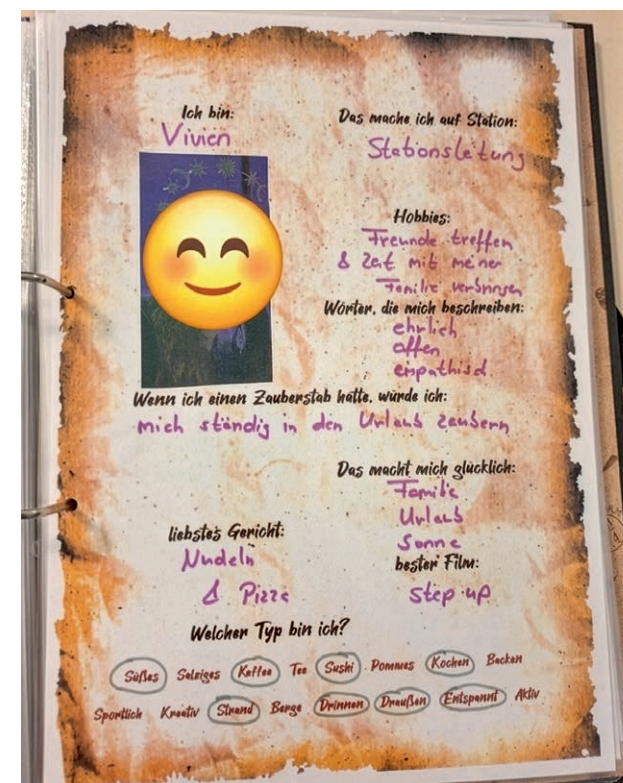
Das Prinzip Safewards steht für die permanente Arbeit an Präventivroutinen und bewirkt ein Stationsmilieu, das nachhaltig Gewalt, Aggressionen und Konflikte verringert und dem Einsatz von Zwangsmaßnahmen vorbeugt.

Interventionen, die umgesetzt werden:

- Gegenseitiges Kennenlernen
- Gegenseitige Erwartungen
- Positive Kommunikation
- Übermitteln schlechter Nachrichten
- Gemeinsame Unterstützungskonferenz
- Methoden zur Beruhigung
- Deeskalierende Gesprächsführung
- Verständnisvolle Kommunikation
- Sicherheit geben
- Entlassnachrichten

Im Folgenden werden exemplarisch Interventionen dargestellt:

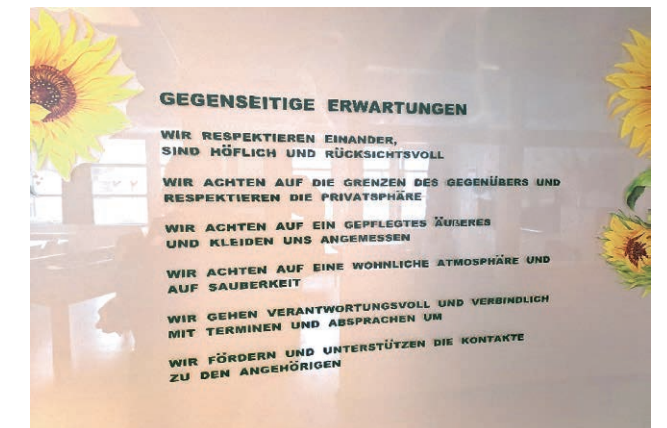
Gegenseitiges Kennenlernen



Kinder und Jugendliche kommen oft in einer akuten Krise auf die Station und erleben ein starkes Machtgefälle. Das Team weiß fast alles über sie, sie aber wissen nichts vom Team. Durch Steckbriefe von Mitarbeitenden, welche frei zugänglich für die Patienten auf der Station sichtbar sind, wird das Eis gebrochen. Ob es jetzt die Lieblingsmusik, Hobbys oder Lieblingsessen ist, es werden

Gemeinsamkeiten entdeckt, abseits der Erkrankung, welche direkt Gesprächsmöglichkeiten ergeben, ohne viel fragen zu müssen.

Gegenseitige Erwartungen



Statt verbotsorientierter Regelkataloge erarbeitet das Team gemeinsam mit den Patienten positiv formulierte Umgangsformen auf Augenhöhe. Was wir von den Patienten erwarten, können sie auch von uns erwarten. Dies wird immer wieder kommuniziert.

Positive Kommunikation

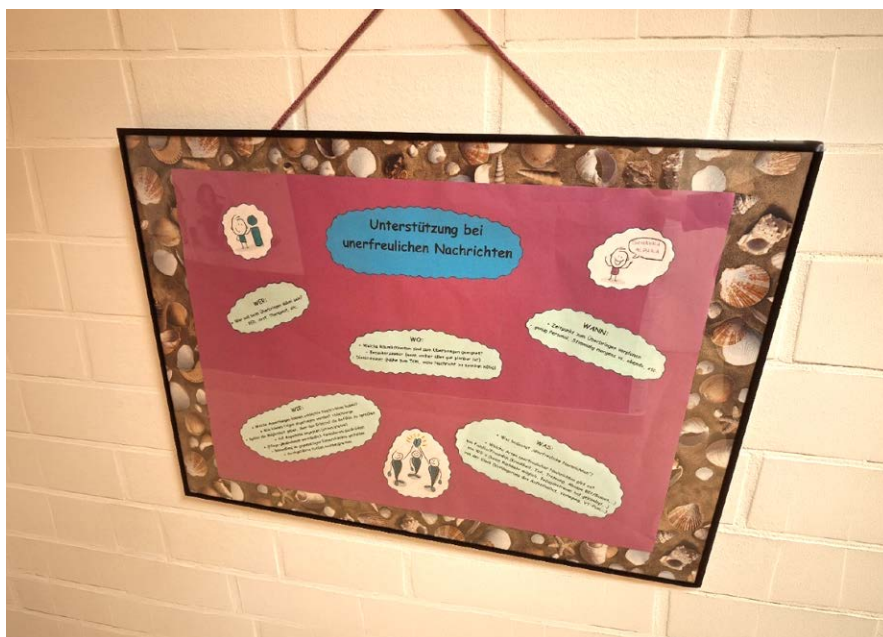
Oft neigen Teams dazu, nur über die Probleme und Vorfälle des Tages zu sprechen. Mehrmals in der Woche wird die Übergabe zu einer Positiv-Übergabe. Es wird ganz bewusst nur über etwas Positives über jede/n Patient*in berichtet. Dieses Positive wird auch den Patienten mitgeteilt.

Zudem gibt es täglich das wechselnde Positiv-Motto des Tages, welches sichtbar auf Station ausgehängt wird.



Übermitteln von schlechten Nachrichten

Patienten in der KJP erhalten regelmäßig Nachrichten, die sie emotional aus der Bahn werfen können. Bei dieser Intervention überlegt das Team im Vorfeld, wer überbringt die schlechte Nachricht? Wie fängt man den Patienten danach auf? Was kann passieren und wie können wir es verhindern? Welche Maßnahmen wären danach hilfreich? Wir beschäftigen uns mit einer möglichen Eskalation, bevor sie entsteht.



Erfahrungen, Erkenntnisse, Ergebnisse

Mittlerweile sind wir im 6. Jahr Umsetzung Safe-wards. Uns wurde deutlich, dass dieses Projekt lebendig gehalten, d.h. fortwährend aktualisiert werden muss, um zu bestehen. Es ist keine Praxis, die einfach strukturell verankert wird, sondern sie wird von einer Haltung getragen, die fortwährend diskutiert und lebendig gehalten werden muss. Neben Personalwechsel, der zu Wissensabfluss führen kann, besteht auch das Erfordernis, neue Mitarbeitende einzuführen. Safe-wards lebt in und von der täglichen Aktualisierung. Es gibt Verantwortliche für jede Intervention, die in kleinen Arbeitsgruppen die Praxis ausarbeiten und einfordern sollen. Bei uns haben die Teams die Interventionen verschieden umgesetzt. Es finden jährlich erneut Schulungstage zu dem Thema statt.

Wir sind ein gutes Stück vorangekommen, was sich in der nachweislichen Reduktion der Zwangsmaßnahmen zeigt. Allein in den ersten drei Jahren, konnten diese um mehr als 90 % reduziert werden. Zunächst gingen wir auch von einem Coroneffekt aus, inzwischen wird deutlich, dass die Situation weiterhin stabil ist, Zwangsmaßnahmen kommen in Einzelfällen zur Anwendung, sie lassen sich nicht vermeiden, aber sie erfolgen kürzer und sind eingebunden in eine ausweisbare transparente Nachbesprechungskultur mit den Beteiligten.

Jugendforensik Oldenburg – Gewaltprävention, Deliktbearbeitung und Resozialisierung

Ein Gespräch von Nina Minnich und Catrin Lagerbauer (Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover) in der Karl-Jaspers-Klinik mit Bettina Hackenbroch-Hicke, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Klinikdirektorin der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie und Markus Wild, Psychologe und Therapeutischer Leiter der Jugendforensik

Die Karl-Jaspers-Klinik ist eine Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bad Zwischenahn in der Nähe von Oldenburg. Sie hat insgesamt ca. 500 Behandlungsplätze, davon 127 Plätze in der forensischen Abteilung. Davon werden auf 24 Plätzen junge Männer in der jugendforensischen Klinik behandelt.

Die Jugendforensik ist baulich in einem eigenen Haus abgekoppelt von den anderen forensischen Stationen untergebracht. Diese Trennung zwischen Erwachsenen und Jugendlichen ist vom Gesetzgeber so vorgesehen.

Die Behandlung in der Jugendforensik ist eine Maßnahme des Maßregelvollzugs und wird im Auftrag des Gerichts ausgeführt und erfolgt unter genau definierten Voraussetzungen nach §§63 und 64 StGB in Verbindung mit § 93,7 Jugendgerichtsgesetz (JGG).

Das Konzept der jugendforensischen Klinik wurde von Mitarbeitenden der Erwachsenenforensik entwickelt, maßgeblich auch von Frau Hackenbroch-Hicke und Herrn Wild.

Die Nachfrage ist groß, die Jugendlichen werden aus ganz Niedersachsen in der Klinik untergebracht. Als einzige Jugendforensik Niedersachsens eröffnete die Klinik für forensische Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Mai 2016 und ist heute eine von 11 Einrichtungen mit zusammen ca. 300 Plätzen der Jugendforensik in ganz Deutschland.

Wie alt sind die Jugendlichen in Ihrer Abteilung?

Frau H.-H.:

Der Jüngste war, glaub ich, 15 Jahre alt. Und spätestens mit ungefähr 24 Jahren werden die jungen Erwachsenen in die Erwachsenenforensik überführt, wenn es nicht gelingt, sie vorher erfolgreich in Folgesettings zu entlassen.

Welche Schwerpunkte von Diagnosen, Gruppen von Störungsbildern gibt es in der Jugendforensik? Lässt sich das so klar formulieren?

Herr W.:

Es lässt sich aufgrund der Gesetzeskonstruktion formulieren. Um überhaupt in die Jugendforensik zu kommen, muss man ja gewisse Hürden überspringen im Rahmen seiner Gewalttätigkeit. Man muss eine gravierende psychische Störung haben, die so schwer ist, dass sie die eigene Steuerungsfähigkeit während der Tat beeinträchtigt hat. Das ist eine hohe Hürde und deswegen haben wir dann auch bestimmte Diagnosen und keine anderen. Wir haben z.B. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (oder im Jugendbereich heißen die dann Störungen des Sozialverhaltens), Intelligenzminderungen, Autismus und natürlich auch Psychosen.

Schlafstörungen, Depressionen, Angststörungen kommen in der Komorbidität vor, sind aber als alleinige Diagnose nicht ausschlaggebend.

Frau H.-H.:

Wir haben auch durchaus Patienten, die ADHS haben, aber es ist selten eine Eingangsdiagnose in diesem Sinne.

Herr W.:

Das liegt eher an dieser Konstruktion. Gewalttätigkeit ist natürlich ein Riesenthema. Und Sucht auch und Delikte aller Art. Nochmal zur Ergänzung: Es gibt 10 oder 11 Einrichtungen in Deutschland, das sind 300 Plätze bei ca. 85 Mio. Menschen. Und da merkt man schon, dass wir nur eine ganz, ganz kleine Population überhaupt hier haben, mit denen wir uns dann sehr intensiv befassen können. Aber die ist natürlich nicht repräsentativ.

Frau H.-H.:

Es bedarf also einer Diagnose und einer Straftat. Alle Patienten, die bei uns sind, haben sowohl einen bestimmten Schweregrad einer Erkrankung als auch eine i.d.R. schwere Straftat begangen und wurden von einem Gericht verurteilt, hier ihre Therapie zu machen.

Als wir eröffnet haben, hatten wir auch verzweifelte Mütter, die angerufen haben und über ihre schwierigen Kinder berichtet haben.

Aber die Forensik ist wirklich nur der Personen-Gruppe vorbehalten, die durch das Gericht zu einem Aufenthalt hier verurteilt wird. Sie haben entweder schwere Straftaten oder auch gehäuft Straftaten begangen, so dass dann irgendwann mal ein Gericht entschieden hat, dass bisherige Maßnahmen nicht ausreichend waren und eine Unterbringung in der Forensik erfolgen soll.

Sind es immer Straftaten, die mit Verletzungen anderer Menschen in Verbindung stehen? Oder gibt es auch Straftaten, die nicht gegen andere oder gegen die körperliche Verletztheit anderer Menschen gerichtet sind? Also z.B. so was wie Wirtschaftskriminalität, Betrug, etc. Ist das überhaupt relevant in der Jugendforensik?

Herr W.:

In der Jugendforensik und auch generell in der Forensik eher nicht, weil genau dieses Kriterium der Gefährlichkeit für die Allgemeinheit nicht da ist. Ein rein wirtschaftlicher Schaden – auch, wenn er groß ist – reicht eigentlich nicht aus. Es müssen in der Regel andere Personen als Opfer befürchtet werden oder es muss sie schon gegeben haben. Es muss zudem eine Gefährlichkeit da sein, dass wieder eine Person körperlich oder seelisch Schaden nimmt. Entscheidend für eine forensische Unterbringung ist, dass die Steuerungsfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung bei der Tat nicht gegeben war. Anderenfalls werden die Jugendlichen woanders untergebracht.

Gibt es Unterschiede in den Voraussetzungen zwischen Jugendforensik und Erwachsenenforensik?

Frau H.-H.:

Es gibt keine gesetzlichen Unterschiede, die Voraussetzungen sind gleich. Jede/r Patient*in wird durch ein Gericht verurteilt und vorher begutachtet. Die Gutachter*innen beraten das Gericht und stellen den Schweregrad der Erkrankung, die Einschränkungen der Einsichts- und Steuerungsfähigkeit und die Gefährlichkeit für die Allgemeinheit fest.

Aber es gibt dennoch eine große Zurückhaltung, Jugendliche zu einer Maßregelunterbringung insbesondere nach Paragraph 63 StGB zu verurteilen, weil die eben zeitlich nicht befristet ist und das insofern ein gewaltiger Eingriff in das Leben von einem jungen Menschen bedeutet. Das heißt, die Jugendrichter*innen sind durchaus zurückhaltend, über diese Maßnahme zu entscheiden. Deshalb sind die Straftaten der Patienten in der Jugendforensik eben auch so erheblich.

Herr W.:

Das ist sogar gravierender als in der Erwachsenenforensik oder im Strafvollzug. Alle Jugendlichen, die eine Tat vor dem 21. Lebensjahr begangen haben, können nach Jugendgerichtsgesetz verurteilt werden. Und nach diesem Gesetz ist die Höchststrafe, sogar bei Mord, 10 Jahre. Bei einem §63 StGB gibt es dann keine Befristung. Und das ist natürlich auch auf die Lebensspanne, die ein Jugendlicher überhaupt schon gelebt hat, viel gravierender. Das erklärt die Zurückhaltung.

Vergleicht man die Unterbringungszeiten zwischen Jugendanstalt und Jugendforensik, so sind die Unterbringungszeiten in der Forensik länger.

Man ist hier zwar länger, man hat allerdings mehr davon, das glaube ich zumindest. Wir können schon sagen, dass das das große Los ist, wenn man hier ist, weil man dann eine wirklich gute Chance hat, als junger Mensch auf einen anderen Weg zu kommen.

Frau H.-H.:

Wir hatten gerade gestern einen Patienten, der sich verabschiedet hat, weil er demnächst entlassen wird. Er hat gesagt, dass man hier nochmal

eine zweite Chance bekommt. Man wird nochmal neu auf die Bahn gesetzt mit guten Möglichkeiten, für die der Maßregelvollzug sorgt. Patienten werden tatsächlich sehr unterstützt in Bezug auf die Resozialisierung und all die Dinge, die dafür notwendig sind: Schulabschluss, Ausbildung finden und so weiter. Der Patient hat gesagt, die Möglichkeit bekommen zu haben, als „zweite Version von sich selbst“ nochmal ins Leben zu starten. Und das fand ich so eine schöne Beschreibung für die Chance, die das eben auch beinhaltet. Mit Erkenntnissen, die man dann über Therapiefortschritte vielleicht auch gewinnt, die man über sich hat in dieser Lebensphase, in der die jungen Menschen da bei uns sind.

Diese Rückkehr in die Gesellschaft, die ist ja immer das Ziel der Unterbringung. Dass die Patienten in der Gesellschaft ihren Platz finden können, dieses Mal ausgestattet mit ein paar mehr Fähigkeiten als sie vorher hatten

Das kann ja nur gelingen, wenn beide Seiten bereit sind, in Beziehung zu gehen, Beziehungen neu zu lernen und neue Wege und Konzepte für sich zu entwickeln. Wie kann das geschehen, ohne wieder straffällig zu werden?

Und wie gestaltet sich dabei die Außenorientierung, die Kontaktaufnahme zu nachsorgenden Institutionen, mit dem begleitenden Probewohnen, das im Rahmen des Maßregelvollzuges noch stattfindet, und dann hinterher die forensische Weiterbegleitung? Gibt es Unterschiede zwischen dem Erwachsenen- und Jugendbereich?

Herr W.:

Es ist alles intensiver im Jugendbereich. Wir haben mehr Personal, höhere Personalschlüssel. Wir versuchen, schneller zu sein. Wir machen unheimlich viele fördernde Angebote schon in der Einrichtung, also Schulabschlüsse, Alltagsfertigkeiten, Hauswirtschaft. Wir fördern alle möglichen Ressourcen, die wir finden können, und machen nebenher die psychotherapeutische und/oder medikamentöse Behandlung. Ansonsten ist es aber vergleichbar. Es gibt ein

Lockerungsprozedere. Wir initiieren relativ schnell das Öffnen und die Begleitung nach draußen.

Wenn man Resozialisierung ernst meint, muss man jemanden in das Setting setzen, in dem er sich dann auch bewähren soll. Aber damit sind sofort Risiken verbunden, die alle Leute heute scheuen. Und das ist das Problem, weil wir eigentlich viel mehr raus und was ausprobieren müssten. Aber dagegen steht die Sorge, dass etwas schiefgeht. Und auch gerade bei den jungen Leuten geht schon mal etwas schief. Man muss da sehr abwägen, aber wenn wir zu vorsichtig sind, schaffen wir es mit der Resozialisierung nicht wirklich. Dann schaffen wir Anpassung: Solange man hier drin ist und sich wohlgefällig verhält, sagen wir „wunderbar“. Sobald wir aber dann die Tür aufmachen, kommt das ganze Programm wieder zum Vorschein, das vorher im Kopf geblieben ist. Was in der Therapiezeit bearbeitet wurde, wird bei reiner Anpassung nicht wirklich übernommen und in die eigene Persönlichkeit integriert.

Wenn wir das aber wollen, müssen wir im Prinzip gerade mit den jungen Leuten auch damit arbeiten, dass die nochmal Fehler machen. Die sind jung und sie sind sowieso schon benachteiligt durch ihre Sozialisation und durch ihre psychischen Störungen. Sie müssen viele Dinge lernen und eben auch durch Praxis lernen, nicht nur theoretisch. Deswegen müssen wir damit klarkommen, dass wir immer auf einer Gratwanderung sind.

Wie wird das Bezugssystem der Jugendlichen mit einbezogen in Vorbereitung auf eine Entlassung? Kehren Jugendliche ins alte Umfeld zurück?

Frau H.-H.:

Wir sagen den Jugendlichen in der Regel, dass es gut ist, nicht unbedingt in das familiäre Umfeld zurückzukehren. Sie werden in der Zeit, in der sie bei uns sind, ja wirklich auch junge Erwachsene, in deren Alter es auch „dran ist“, nicht mehr zu Hause zu wohnen. Aber das bedeutet eben auch, dass viele dieser Jugendlichen und jungen Erwachsenen dann das erste Mal alleine wohnen und dabei natürlich Betreuungsbedarfe haben, die viel

größer sind als bei unseren erwachsenen Patienten*innen. Sie haben einfach noch nie selbst einen Haushalt geführt mit allem, was dazu gehört – z.B. auch mit den Nachbarn klarzukommen.

Wir raten unseren Patienten also eher, sich auf die eigenen Beine zu stellen.

Während des Aufenthaltes bei uns bemühen wir uns sehr, mit den Angehörigen zu kooperieren. Das heißt, die Angehörigen, wenn es denn welche gibt, sind sehr beteiligt an diesem Verlauf. Wir haben viele Jugendliche und junge Erwachsene mit Angehörigen, die sich interessieren.

Herr W.:

Und es gibt eben auch einen großen Teil, bei dem das nicht so ist, wo (in der Regel) Väter fehlen oder die Familien sich gar nicht kümmern oder wo es Pflegeeltern gibt. Es gibt Familien-Settings, die nicht förderlich sind. Aber bei den jungen Menschen entsteht auch in dieser Phase wieder eine große Sehnsucht nach dem Elternhaus, auch wenn sie eigentlich adoleszent sind, sich ablösen könnten.

Manchmal gab es auch ein gewalttätiges oder kriminelles Umfeld außerhalb der Familie, aber am Wohnort.

Frau H.-H.:

Wenn wir am Anfang dachten, dass das schwierig werden kann, dass wir für ganz Niedersachsen zuständig sind, also auch für Jugendliche vom anderen Ende von Niedersachsen, denken wir mittlerweile, dass das auch Vorteile haben kann. Der Abstand zum alten Umfeld bietet die Chance, an einem anderen Ort noch mal neu zu starten.

Können Sie schon sagen, dass der Großteil der jungen Menschen aus einem Umfeld kommt, in dem auch Gewalt schon ein Thema war, sei es jetzt in der Familie oder in dem Umfeld, in dem sie sich bewegt haben?

Herr W.:

Es kommt auf die Diagnosen an. Beim §64er Bereich, das ist der Paragraph, der die Suchtproblematik im

Rahmen des Delikts als Grundlage hat, ist es oft so, dass es ein kriminelles Umfeld gab. Es gibt aber auch andere, abrupte Delikte, dass jemand in der Psychose z.B. plötzlich jemanden schwer verletzt oder sogar umbringt.

Wir haben mehrere Patienten, die haben ein Delikt begangen, als zu einem bestimmten Punkt das Abwehrsystem zusammengebrochen ist, das sie hatten. Vielleicht waren sie vorher schon im Verhalten auffällig und dann begehen sie plötzlich eine schwere Gewaltstraftat. Und die kommen nicht unbedingt aus dem sozial problematischen Umfeld. Sie sind zwar vielleicht sonderlich gewesen und randständig, haben andere Belastungsfaktoren, aber nicht unbedingt ein kriminelles Umfeld.

Wir bekommen immer die Frage, ob die Patienten, die bei uns sind, alle vorher Gewalterfahrung gehabt hatten. Die jungen Menschen, die bei uns landen oder die gewalttätig werden, die haben oftmals eine negative Sozialisation erlebt und haben auch oft Gewalterfahrung. Aber wenn man es umdreht, werden die Kinder unserer Gesellschaft, die Gewalterfahrung haben, nur zu einem ganz kleinen Teil selbst gewalttätig. Also die allermeisten haben andere Bewältigungsstrategien und schaffen es irgendwie, resilient zu sein. Die, die aber gewalttätig werden, die haben oft so eine Vorgeschichte, das stimmt. Aber es ist nicht dieser Zusammenhang, der zwangsläufig dazu führt, dass man gewalttätig oder auffällig wird. Und wir haben natürlich ein unheimliches Missverhältnis zwischen den Geschlechtern. Das fällt erstaunlicherweise ganz oft in diesen Debatten unter den Tisch. Im sozialwissenschaftlichen Sektor ist das aber unglaublich signifikant. 95–99% der Forensik-Patienten sind männlich und das ist ja kein Zufall, das ist schon lange so und da müsste man eigentlich viel mehr hinschauen.

Frau H.-H.:

Im Kindergarten, in der Schule – überwiegend sind Frauen für Kinder die Bezugspersonen. Alleinerziehend sind auch überwiegend Frauen. Es fehlen den Jungen männliche Vorbilder. Dazu kommen bestimmte Vorstellungen darüber, was männlich ist. Wir beschäftigen uns viel damit, was alles

dazu gehört, ein männlicher Jugendlicher zu sein oder ein Mann zu werden.

Herr W.:

Es ist manchmal schon frustrierend, aber wir können mit den wenigen jungen Menschen hier intensiv arbeiten und dann sind wir konfrontiert mit diesen anderen Konkurrenzen in der Gesellschaft, also Social Media, Werbung, Raptex, Geld, dicke Autos, Mode und es ist ganz schwer dagegen anzustehen, unseren jungen Männern ein attraktives Alternativangebot zu machen in der Zeit hier.

Braucht es mehr Jugendforensik, um straffälligen Jugendlichen, die psychisch erkrankt sind, den Rahmen zu ermöglichen?

Frau H.-H.:

Das ist schwierig. Man könnte die Befürchtung haben, Angebot schafft Nachfrage. Wir glauben schon, dass es gut wäre, wenn es mehr jugendforensische Plätze gäbe, die auch wirklich zugeschnitten sind auf das, was diese jungen Leute brauchen. Wir glauben, dass es überhaupt nicht richtig ist, Jugendliche und Heranwachsende in einer Forensik unterzubringen, die sich nicht speziell diesem Alter widmet und die nicht die Fähigkeiten ganz konkret fördert, um die es geht.

Und das fängt an bei Schulabschlüssen, die absolut notwendig sind, um überhaupt die Chance zu haben, sich im Leben aufzustellen, bis hin zu dem Training ganz basaler Fähigkeiten, die es braucht, um später besser klarzukommen.

Ist eine Ausweitung forensischer Angebote Prävention?

Herr W.:

Für diesen kleinen Teil der Bevölkerung ist es eine Prävention, dass sie nicht wieder straffällig werden und für die Opfer, die möglicherweise dann keine werden, ist es auch gut. Wie gesagt, das gesellschaftliche Problem lösen wir an der Stelle nicht.

Ich glaube, wir könnten mehr daraus lernen. Also ich glaube, man könnte mal analysieren, was

denn eigentlich funktioniert bei dem, was wir machen. Wir haben natürlich einen hohen Personalaufwand und die Gesellschaft investiert viel Geld. Und ich glaube, das, was funktioniert, ist zum Beispiel, dass wir tatsächlich die jungen Männer, sind es ja bei uns, auch ein bisschen zu ihrem Glück zwingen. Wir „zwingen“ sie durch gutes Zureden und durch Aufpassen und Aufwecken, in den Tagesablauf und in eine Struktur reinzukommen, nicht die ganze Zeit zu versacken und dann vielleicht auch ihre Dinge erledigen und auch sich in eine Gemeinschaft einfügen. Wir haben in Wohngemeinschaften Selbstversorgung, so wie man das eigentlich in der Familie vielleicht machen würde, wenn es funktionieren würde. Und dass wir sie dann auch in die Schule bringen und dazu bringen, dass sie Abschlüsse machen. Und dann können sie was anfangen. Und wir halten sie fest, wir setzen ihnen Grenzen, aus denen wir sie auch nicht herauslassen. Die sind wirklich geschlossen untergebracht. Und dann kanalisieren wir sie auf diesen Weg, auf dem sie Fertigkeiten lernen, Struktur lernen, zur Schule gehen. Und das schafft die Gesellschaft so schon kaum noch. Nur bei uns...

Weil der Rahmen klar ist?

Herr W.:

Der Rahmen ist klar. Wir haben Regeln und Aufgaben in den Gruppen. Wir weisen darauf hin, wenden aber keinen tatsächlichen Zwang an. Wer partout nicht will, den lassen wir. Aber er kommt nicht voran. Wer sich nicht beteiligt und einbringt, merkt sehr schnell, dass er dann hinten dran ist, weil die anderen es ja machen. Sie sind erfolgreich und haben Spaß und sind wach. Und dann gammelt manch einer vielleicht ein paar Wochen auf der Station herum und kommt noch nicht in den Tritt und irgendwann kommt es dann, weil man findet, dass das doch der bessere Weg ist. Und das schaffen wir und wir bieten Beziehungen, positive Beziehungen. Und ich glaube, wenn die Gesellschaft das mehr machen würde, also ein bisschen Stringenz in dem Weg, die Grenzen einhalten, nicht diese Freiheit, die Verantwortung, ob du dann zur Schule kommst oder nicht. Dann kriegen die Eltern einen Brief vom Ordnungsamt,

dass sie was bezahlen sollen, das bezahlen sie aber nicht. Ja, dann war es das. Ich glaube, wir sind hier in der Jugendforensik stark damit, dass wir Grenzen setzen und vor allem die Beziehung halten – auch in schwierigen Phasen durchgehend. Das sind schon mal mindestens zwei sehr wesentliche Faktoren, die gar nicht forensisch zugeordnet werden müssten.

Ihr Bereich der Jugendforensik ist begrenzt mit einer besonderen Zielgruppe, die in den „Genuss“ kommt, klare Strukturen und feste Bindungen zu erfahren. Im Rahmen der Jugendhilfe erleben wir allgemein Jugendliche, die genau ihre Grenzen testen, die Systeme sprengen, die dann zwischen die Räder geraten und verloren gehen auf ihrem Weg. Da taucht dann immer wieder der Ruf nach geschlossenen Jugendhilfeeinrichtungen auf und die damit verbundene Sorge aufgrund der Historie. Was denken Sie dazu aufgrund der hiesigen Strukturen und Erfahrungen und des „Nicht-Weglaufen-Könnens?“

Herr W.:

Ich glaube, man muss aufpassen. Es gab diese Missstände in allen Institutionsformen. Die Psychiatrie kommt aus furchtbaren, finsternen Zeiten. Die Heime kommen daher, die Kirche. Es gibt überall diese furchtbaren Beispiele, aber die sind ja nicht vorrangig mit Grenzen verbunden, sondern mit Missbrauch. Grenzen sind eigentlich gut, aber wir müssen aufpassen, dass es nicht wieder zu Missbrauch führt. Es muss nicht so sein, wie es oft war. Und ich finde, das ist kein pauschales Gegenargument gegen geschlossene Einrichtungen oder gegen mehr Stringenz. Man muss nur bei mehr Stringenz darauf aufpassen, dass da Menschen sind, die keinen Machtmissbrauch betreiben. Dann kann das sehr gut funktionieren und auch sehr heilsam sein für die Menschen, glaube ich. Aber wenn man das Feld Mitarbeitenden und Leitungen überlässt, die da ihr Unwesen treiben und keiner merkt das zehn Jahre lang, das ist eine Katastrophe. Da haben zu Recht alle Angst vor. Und deshalb scheuen sich Gerichte auch, die Jugendlichen zum §63er zu verurteilen. Da geht es um die gleiche Angst, dass da jemand in so einer

Dunkelkammer verschwindet und wer weiß, was da passiert.

Sie haben gesagt, Sie wenden keine Gewalt an, um die Jugendlichen dazu zu bringen, irgendwie mitzumachen. Das kommt dann schon. Die Jugendlichen haben aber ja trotzdem einen gewaltsamen Rahmen, nämlich die strukturelle Gewalt, sie sind eingesperrt.

Herr W.:

Ich tue mich immer ein bisschen schwer damit, das strukturelle Gewalt zu nennen. Es ist ein fester Rahmen.

Wenn Sie jetzt bei uns auf eine Station kommen würden, würden Sie sehen: Die Patienten haben alle Einzelzimmer, fast wie Hotelzimmer. Und wir haben Freizeitangebote und eine nette Station und eine Küche pro sechs, sieben Patient*innen mit Selbstversorgung, mit gutem Essen. Also denen geht es schon gut und manche können das nach einer Weile sogar sagen. Wenn sie dann im Rahmen der Entlassung aus der Klinik gehen, formulieren sie oft, dass es die schönste Zeit hier war. Wir haben oft Kontakt zu Patienten, die mit uns in Kontakt bleiben, auch Jahre nachdem sie entlassen worden sind und immer mal wieder zu Besuch kommen oder bei uns noch Sport machen. Das ist schon ein Kompliment für unsere Arbeit, wenn sie zeigen, wie sehr sie diese Zeit bei uns geschätzt haben.

Wir schenken zum Abschied auch ein Fotoalbum mit Szenen aus dem Leben bei uns, weil wir das auch positiv besetzen wollen.

Das klingt fast familiär....

Herr W.:

Wir versuchen ganz bewusst, die Zeit hier in der Klinik so positiv zu besetzen. Natürlich ist es grundsätzlich erstmal unangenehm, gerade für Jugendliche, die in ihrer Sturm- und Drangzeit sind, die autonom sein möchten, aber eingegrenzt werden. Und ja, man könnte natürlich sagen, das ist eine strukturelle Gewalt.

Das mag sich im Laufe der Zeit ändern, aber am Anfang, wenn die jungen Menschen kommen, finden die das erstmal nicht toll, oder doch?

Herr W.:

Nein, das finden die nicht toll. Und wir wissen ja, was sie getan haben und wir kennen die Akten, die Vorgeschichte ziemlich gut und wissen auch, wie gewalttätig oder desolat diese Menschen waren.

Bei uns passiert dann aber an Grenzüberschreitungen unglaublich wenig.

Wie erklären Sie sich das?

Herr W.:

Wenn man sich das vorstellt, was das eigentlich für Menschen sind, was die für eine Vorgeschichte haben, ist es schon erstaunlich. Dieser feste Rahmen entspannt aber sofort, weil dieses dagegen Opponieren und Ankämpfen überhaupt keinen Sinn macht.

Bei uns in der Jugendforensik behandeln wir mit ganz wenig Medikation, vor allen Dingen mit wenig Akutmedikation und ganz wenig Isolation.

Wie ist es bei den Patienten untereinander? Wir haben ja vorhin auch über Männerbilder gesprochen. Gibt es „Revierkämpfe“ oder solche Dinge?

Frau H.-H.:

Patienten müssen sich nach der Aufnahme bei uns erstmal in der bestehenden Gruppe orientieren. Immer, wenn ein neuer Patient kommt, dann geht das schon so ein bisschen los: Wie wird er eingeschätzt von den anderen? Welchen Platz findet er in der Gruppe? Wer hat hier was zu sagen? Und so weiter. Das ist eben in so einer jugendlichen Gruppe auch woanders üblich und wichtig und findet immer statt.

Es ist aber allen klar, dass die Jugendforensik irgendwie Endstation ist. Hier bleibt man, egal was ist. Jede Krise wird innerhalb des Settings bearbeitet. Es gibt in der Regel keinen Wechsel der Einrichtung. Die Mutter kann ihren Sohn nicht

einfach rausholen. Es handelt sich um eine richterliche Unterbringung. Und dieses Wissen hat schon auch eine Wirkung bei allen.

Auch fürs Team gibt es nicht die Hoffnung, einen Jugendlichen, der sich schlecht verhält, irgendwo andershin loswerden zu können. Wir müssen das mit den Möglichkeiten, die wir haben, selbst lösen. Und das gelingt dann letztendlich auch.

Es geht also um viel Aushalten, viel Beziehungsarbeit und das Ringen um gemeinsame Lösungen mit dem Wissen, dass es kein „Ent-rinnen“ aus schwierigen Konstellationen gibt – eine große Herausforderung an Mitarbeitende. Wie schaffen Sie das?

Frau H.-H.:

Wir erleben auch ganz viel Erfolg und das tut den Teams natürlich gut. Wir erleben oft, dass ein Jugendlicher den nächsten Konflikt dann mal nachbesprechen kann oder auch zugeben kann, dass er etwas falsch gemacht hat oder irgendwie aufwacht und auf einmal Gefallen findet an Sachen oder an irgendwas teilnimmt und sagt: „Boah, das ist ja toll, da habe ich Lust, das mehr zu machen.“ Das macht uns als Team dann schon Spaß zu sehen und macht uns auch zufrieden.

Herr W.:

Überwiegend ist das so. 80 - 90 % des Tages sind positive Erlebnisse. Und das ist die Hoffnung, die Patienten in diesem Positiven mitzunehmen und ihnen zu sagen, der Tag kann hier aus ganz vielen positiven Elementen bestehen. Da gibt es auch mal einen Streit oder einen Konflikt, aber das ist eigentlich ein kleiner Teil im Verhältnis zu dem anderen. Und das Positive haben viele nicht oft so erlebt. Das ist, denke ich, attraktiv für Patienten und Mitarbeitende.

Wir geben den Patienten Feedback, wie wir sie einschätzen, wie wir sie sehen, wo sie sich noch verbessern können. Natürlich werden die Konflikte auch bearbeitet, aber die sind nicht der einzige Fokus. Wir reden nicht immer nur über Defizite, sondern beschäftigen uns im Alltäglichen überwiegend mit positiven Dingen. Probleme und

Defizite sind Thema in der Psychotherapie oder in den entsprechenden Gruppen. Es gibt für jeden Patienten einen individuellen Therapieplan, der wird auch regelmäßig fortgeschrieben. Es gibt Teambesprechungen dazu, Fallgespräche und Supervision.

Und es gibt regelmäßig Gutachten. Wenn jemand länger da ist, muss er nach einer gewissen Zeit wieder begutachtet werden. Das ist alles ein sehr transparenter und qualitätsdurchleuchteter Prozess, auch gerade aus diesen Erfahrungen der Vergangenheit. All das muss natürlich stattfinden und besprochen werden, sowohl die Psychotherapie als auch die medikamentöse Behandlung, wenn es eben eine Störung ist, bei der Medikamente was nützen können.

Frau H.-H.:

Es gibt das gesamte Angebot der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie erweitert um den Punkt der Deliktbearbeitung. Es gibt Einzelgespräche, Gruppengespräche, Psychoedukation, Suchtgruppen und alle möglichen Formen von psychotherapeutischen Gruppen.

Vieles findet in Gruppen statt, da gibt es dann eben auch spezialisierte Gruppenangebote für Deliktbearbeitung in einer manualisierten Form. Diese Beschäftigung mit der Straftat, die verlangen wir jedem Patienten hier ab und bringen ihn dazu, sich mit seinem Delikt wirklich ganz ausgiebig auseinanderzusetzen und auch zu reflektieren, welches Alltagsverhalten ist denn schon der erste Schritt wieder in den Kreislauf, der am Ende dann böse geendet hat. Wie früh muss man eigentlich anfangen, etwas anders zu machen, damit man nicht in Schwierigkeiten gerät.

Das Tatgeschehen ist nicht der Schwerpunkt im Alltag?

Herr W.:

Es kommt darauf an, wie weit ein Patient bereit ist, zu offenbaren, was er getan hat. Die Mitarbeitenden können das natürlich wegen der Schweigepflicht nicht. Wenn ein Patient sein Delikt offen kommuniziert, kann man darauf auch

im Alltagsleben auf der Station sehr oft Bezug nehmen. Man kann Hinweise geben auf eine Deliktdynamik, auf Verhalten, das am Ende wieder zu einem Delikt führen könnte. Die meisten sind sehr offen, wenn auch nicht jeder, und dann hat das schon eine gewisse Präsenz. Aber die Tat an sich, so wie sie im Urteil stehen, das ist kein wesentlicher Teil der Alltagsbehandlung. Das ist eher das Sozialverhalten auf der Station, das Beziehungsverhalten, die Kommunikation, die Interaktion zwischen uns und den Patienten und den Patienten untereinander, das ist das wesentliche Arbeitsfeld.

Frau H.-H.:

Wir probieren es immer sehr, dass in der Patientengruppe einige Patienten für die anderen Vorbild werden können. Wir arbeiten mit einem Stufensystem, das gutes Verhalten durch den Aufstieg in höhere Stufen fördert.

Die Bedingungen kommunizieren wir sehr offen, das System ist für alle transparent. In Stufe 1 sind die Patienten, die sozusagen am vorbildlichsten sind. Das sind schon fast unsere „heimlichen Mitarbeiter“. Wir fragen sie nach ihren Einschätzungen zu bestimmten Fragen, die das Stationsgeschehen betreffen. Sie dürfen Stationsrunden moderieren, dürfen alle möglichen Dinge auf der Station mitbestimmen und gestalten.

Die Patienten entwickeln sich möglichst über die Zeit von der Stufe 4 in diese Stufe 1. Nicht alle schaffen das, aber viele. Sie erreichen damit eine Reife, die wir dann von ihnen auch erwarten. Und es gelingt uns damit, dass die Patienten untereinander auch viel voneinander lernen und sich anschauen können. Es entspricht ja auch dem Bedürfnis dieser jungen Menschen, jemanden zu haben, an dem sie sich orientieren können, und der nicht Mitarbeitender und damit auf einer anderen Ebene ist.

Herr W.:

Das System gelingt gut und ein anderer Aspekt ist, dass das im Prinzip ein Schutz ist, dass keine informelle Hierarchie entsteht, wie sie in den Gefängnissen entsteht oder überhaupt in

dissozialen Subgruppen. Dort ist der Stärkste, der die Stricken zieht, im Hintergrund. Vorne agieren „Handlanger“. Das ist bei uns anders. Also wir fördern die Patienten durch therapeutisch sinnvolles Verhalten, durch funktionales Verhalten auf diese Stufe 1 am Ende. Sie dürfen dann auch umziehen auf eine andere Station, auf der es noch ein bisschen netter ist. Und da möchte jeder hin.

Hat das eine Sogwirkung?

Herr W.:

Durch unsere gelebte Transparenz ist das ein totaler Selbstläufer. Wir verhindern dadurch zudem, dass da nur die „grauen Eminenzen“ hinkommen, wie gesagt, diese dissozialen Menschen, dass die da landen. Da können dann auch mal Patienten sein, die normalerweise in so einem Milieu nicht das Sagen hätten. Vielleicht mal ein freundlicher, intelligenzschwacher Patient, der ist aber auf Stufe 1, weil er sich einfach gut benehmen kann und weil er die Regeln beherrscht und weil er keine größeren Konflikte mehr hat. Und dann ist das plötzlich ein Vorbildpatient und er ist selbst total zufrieden.

Welche Beteiligungsformate gibt es denn auch sonst, um die Jugendlichen zu motivieren und ihnen dieses Gefühl zu geben? Auch wenn es starre Rahmenbedingungen sind, wo erstmal keiner auf leichtem Weg sagen kann, du kommst hier raus und du kannst hier weg.

Was können die Jugendlichen hier im Sinne von Patientengruppen selbst gestalten, was wir sonst aus dem Jugend-Hilfe Kontext kennen?

Herr W.:

Aus diesem Frust, dass man selbst so wenig bewerkstelligen kann, entstehen oft viele Fehlverhaltensweisen und eben auch Delikte. Deswegen haben wir das von Anfang an so gemacht, dass die Patienten ganz viel selbst mitbestimmen können. Also wir haben jede Woche eine Stationsrunde, da sitzen alle Patienten und auch alle Mitarbeitende, die im Dienst sind. Das sind dann zwischen 45 und 55 Menschen, oft auch mit Gästen, die hospitieren. Diese Stationsrunde wird von Patienten

geleitet. Von Patienten der Stufe 1 und 2, die eben auf dieser Hierarchieleiter schon ein Stückchen herumgeklettert sind. Es gibt eine Flipchart, eine Tagesordnung, ab morgens können sie alle möglichen Anliegen dort aufschreiben, z.B. auch Lockerungswünsche. Die müssen sie da auch verteidigen, Sie müssen den Antrag stellen.

In der gesamten Runde?

Herr W.:

In der Runde wird über den Antrag nicht entschieden, aber sie müssen ihn dort verstellen und bekommen auch Rückmeldungen dazu aus der Runde. Sie können aber auch einen Zimmerwechsel beantragen oder irgendwas Atmosphärisches oder es soll zu Ostern einen besonderen Brunch geben oder eine Abendveranstaltung oder irgendwas.

Die Runde dauert anderthalb Stunden jede Woche. Das läuft immer ganz diszipliniert ab. Jeder kann sich da äußern.

Dann haben wir jeden Morgen Morgenrunden auf beiden Stationen. Das läuft ähnlich ab, die werden auch von Patienten geleitet.

Wir machen ein riesiges Angebot an therapeutischen, pädagogischen Maßnahmen, Schule, Sport, Ergotherapie. Patienten können sich die Dinge auch aussuchen, sie können Abendangebote mitgestalten. Gerade die Patienten der höheren Stufen bieten auch selbst etwas an, z.B. eine Spielegruppe oder sie kochen irgendwas Leckeres zusammen. Auch die Selbstversorgung ist eine Möglichkeit zu partizipieren: Gemeinsam planen, mit eigenem Budget einkaufen, kochen, aufräumen, etc.

Frau H.-H.:

Die Patienten können Konzepte einreichen. Ich erinnere mich noch, wie die Patienten abschaffen wollten, dass es abends eine festgelegte Nachtruhe gibt. Es gibt jetzt tatsächlich auf der Station mit den fortgeschrittenen Patienten keine Nachtruhe mehr. Wir hatten gesagt, wenn die Patienten das wollen, dann sollen sie uns ein Konzept

vorlegen, wie das gehen soll und wie wir sicherstellen, dass das auch funktioniert.

Die Patienten haben uns ein Konzept vorgestellt, mit dem waren wir im ersten Schritt nicht einverstanden. Dann wurde es nochmal überarbeitet und zum Schluss waren die Patienten erfolgreich. Die Nachtruhe im Sinne einer festen Zeit, ab wann die Patienten in ihren Zimmern und im Bett sein müssen wurde abgeschafft.

Das wollen wir ja auch, dass unsere Patienten lernen, dass sie, wenn sie sich einsetzen und dranbleiben, auch erfolgreich sein können..

Es ist ein ständiges Training mit Argumenten und Gegenargumenten und man weiß am Ende nicht, was dabei rauskommt. Aber der Lerneffekt ist, dass es sich lohnt, sich Argumente zu überlegen und „in den Ring“ zu steigen. Wenn es nicht gelingt, sich durchzusetzen geht es auch um Frustrationstoleranz.

Wenn wir in unserer Stationsversammlung Gäste haben, fragen wir immer nach Rückmeldungen. Von den Gästen hören wir fast immer dasselbe, dass sie völlig überrascht sind von dieser Disziplin und von der wohlwollenden Atmosphäre, in der miteinander gesprochen wird und dass sich alle ausreden lassen und die Patienten andert-halb Stunden stillsitzen, nicht rumwackeln, nicht stören. Das erwartet man nicht bei uns nicht.

Was für eine Leistung!

Herr W.:

Das ist ein dauerhaftes Training mit der Anwendung von guten Kommunikationsmethoden: Zuhören, Lernen, Perspektivwechsel, Argumentieren, Nicht-Laut-Werden.

Frau H.-H.:

Man muss sich immer melden, wenn man was sagen will und ich glaube, ein Teil des Geheimnisses ist, dass auch wir Mitarbeitenden uns melden müssen, wenn wir etwas sagen wollen. Patienten leiten diese Runde und auch ich als Leiterin der Klinik muss warten, bis ich dran bin. Die Moderation

und Leitung der Runde ist für die Patienten eine große Aufgabe, aber auch eine Auszeichnung.

Es geht immer um echte Anliegen, die die Patienten haben, und wir probieren auch in dieser Stationsrunde, Entscheidungen zu treffen. Wir sagen bei einem Anliegen nur sehr selten, dass wir das erstmal unter den Mitarbeitenden besprechen müssen und dann passiert vielleicht für die Patienten wochenlang nichts Erkennbares.

Wir probieren, diese Stationsrunde so zu besetzen, dass wir auch entscheiden können. Wir reden in der Runde miteinander, was wir zu dem Anliegen denken, und lassen alle mithören, wie unsere Entscheidungsprozesse laufen – auch bei kontroversen Diskussionen.

Herr W.:

Das ist eine große Herausforderung für das Team. Wir wünschen uns, dass auch das Team nicht das Gefühl hat, immer mit einer Stimme sprechen zu müssen. Wir erlauben uns, kontrovers zu diskutieren. Das ist real, das ist authentisch und die Patienten beobachten die Diskussion und schauen, wer setzt sich jetzt durch und warum? Die Erkenntnis kann sein, dass vielleicht auch mal die Person, mit der man eigentlich besonders in der Beziehung ist oder die sogar Bezugspflege ist, mal gegen das eigene Anliegen stimmt. Und jemand, den man eigentlich nicht so mag, ist für einen. Es geht also darum, auch diese Ambivalenzen auszuhalten

Das klingt nach einer Methode, die in dem Setting gut funktioniert. Wie aber gelingt es jungen Menschen, die Erkenntnisse und Erfahrungen mitzunehmen in die Kontexte außerhalb dieser Klinik? Situationen, die diesen geschützten Rahmen nicht haben?

Miteinander zu kommunizieren, sich gegenseitig und andere Meinungen auszuhalten, ohne sie niederzumachen, das können wir alle ja gar nicht mehr. Das ist ein gesamtgesellschaftliches Problem.

Frau H.-H.:

Die Patienten gehen, wenn die entsprechende Lockerungsstufe erreicht ist, in das Probewohnen. Sie wohnen dann woanders, sind aber noch unsere Patienten und wir begleiten sie weiter.

Danach werden sie aus dem Maßregelvollzug entlassen und werden über die forensische Institutsambulanz ein bis drei Jahre weiterbetreut.

Wir bekommen also schon noch recht lange mit, wie es sich „draußen“ weiterentwickelt.

Es gibt auch gute bundesweite Untersuchungen dazu, wie erfolgreich der Maßregelvollzug ist. Bezüglich der Rückfälligkeit in delinquentes Verhalten ist der Maßregelvollzug erfolgreicher als der Strafvollzug. Das muss auch so sein, weil wir viel mehr Power und Geld, letztendlich eine viel größere Investition in diese Personengruppe bringen.

Aber wir haben nicht nur unkomplizierte Verläufe. Es gibt natürlich auch Patienten, die noch mal wieder scheitern in irgendeiner Weise. Wir haben aber auch wirklich viele gute Verläufe, denen es tatsächlich gelingt, das aufrechtzuerhalten, was wir am Ende des Probewohnens hergestellt haben.

Es ist ja auch ein wichtiger Punkt, die psychische Erkrankung zu akzeptieren und in das Leben zu integrieren. Gerade bei jungen Leuten ist das ja sicher schwierig, oder?

Herr W.:

Bei manchen jungen Menschen ist es so, dass sich die Erkrankung tatsächlich noch ein bisschen „auswächst“, wenn es gut läuft. Die Suchterkrankungen bekommen wir zum Beispiel oft gut in den Griff, weil sie eben jung sind und noch gar nicht so chronisch krank waren. Wenn wir es hinbekommen, ein Leben zu gestalten, das auch anders attraktiv ist, dann schaffen manche Patienten das. Und bei manchen Störungen des Sozialverhaltens

oder Entwicklungsrückständen können wir auch verhindern, dass es sich zu einer chronischen Persönlichkeitsstörung entwickelt.

Bei einer Psychose muss man dann mit der Erkrankung leben. Wenn es eine drogeninduzierte Psychose war und die Patienten lassen die Finger von den Drogen, dann ist es auch okay. Aber ja, das gehört dazu.

Nochmal auf Ihre Frage zur Nachhaltigkeit: Wir betreiben natürlich einen unheimlichen Aufwand. Und ich glaube, es ist so wie in einer ganz normalen Erziehung von Kindern und Jugendlichen, wenn

wir es schaffen, sie auszustatten mit so viel Selbstwirksamkeit und gesunden, funktionalen Grundüberzeugungen, die wir vielleicht korrigiert haben in der Therapie, dann kann sich der junge Mensch später vielleicht trotz der Verführungen und der widerstrebenden Entwicklungen in der Gesellschaft behaupten. Dann müssen wir sie

aber richtig erreicht und motiviert haben, dass sie sich selbst verändern wollen. Und andere werden eventuell wieder kippen.

Wir haben so ein Motto bei uns, ein Erziehungsziel oder Entwicklungsziel, das unsere Patienten alle auswendig kennen: **Handle in eigener Freiheit richtig**. Das bekommen Sie ganz oft gesagt.

Am Anfang geht es darum, sich anzupassen, die Regeln zu befolgen und eine Struktur einzuhalten. Da muss man noch nicht ganz viel nachdenken und da reicht es, sich erstmal einzugewöhnen. Aber danach ist unser Ziel, diese Prozesskompetenzen zu fördern, dass Patienten einfach selbst entscheiden können und das Richtige tun. Das müssen wir ja alle. Und wenn man in Freiheit ist, muss man dauernd richtig entscheiden. Selbst, ob man an der Ampel anhält oder im Laden nicht doch mal irgendwas mitnimmt, was da so rumliegt, wenn keiner guckt. Für diese Entscheidungsfähigkeit braucht es Entscheidungsfreiheit. Und wir müssen eben diese Entscheidungsprozesse

Wir haben ein Motto bei uns, ein Erziehungsziel oder Entwicklungsziel, das unsere Patienten alle auswendig kennen: Handle in eigener Freiheit richtig.

schulen, so dass die jungen Menschen selber nachdenken und reflektieren und überlegen und Werte abwägen, vielleicht eine Versuchung gegen ein Risiko abwägen. Langfristige Ziele abwägen gegen ganz kurzfristige. Sowas müssen wir trainieren und deswegen müssen wir dann auch irgendwann darauf verzichten, die Patienten so sehr stark zu gängeln. Und so eine Institution wie unsere – unsere ist ja im Prinzip eine totale Institution, weil wir die totale Kontrolle haben für mehrere Jahre – neigt immer dazu, dass sie so totalitär kontrolliert und bestimmt und erlaubt und sanktioniert und streng wird. Und da müssen wir gegenarbeiten. Das wissen wir aber genau. Das haben wir auch sehr genau in den Konzepten verankert. Da achten wir sehr drauf, dass wir an einem bestimmten Punkt umsteigen. Dann geht es um das Anregen des eigenen Nachdenkens. Dann ist nicht mehr sehr viel Druck, sondern wer nicht kommen möchte, kann auch in seinem Zimmer bleiben. Der bekommt dann halt einen Regelverstoß notiert. Das ist eine Markierung, dass es nicht in Ordnung ist. Aber das war's. Es wird niemand gezwungen.

Hat das Konsequenzen?

Herr W.:

Oh, das hat Konsequenzen, das sind negative für den Patienten. Er bleibt dann eben länger hier. Wir haben eben den Vorteil, dass wir da ganz entspannt sein können, ohne dass es böse wird. Die Ansage: „Wenn Sie nicht möchten, dann bleiben Sie halt hier.“ reicht ja. Und das ist ja in einer Jugendhilfeeinrichtung nicht so.

Der Patient, der sich hier verweigert, sieht dann aber die anderen Patienten, die sich weiterentwickeln...

Das ist der soziale Druck?

Herr W.:

Es entsteht ein sozialer Druck oder Sog. Und wir müssen gar nicht mehr viel machen. Wir fragen dann mal, was möchten Sie denn in fünf Jahren haben? Und dann sagen alle: Einen Job, keine Suchstoffe mehr, keine Kriminalität, eine Wohnung,

vielleicht ein Auto, eine Frau. Dann spiegeln wir, dass das alles schwer zu erreichen sein wird, wenn man aus dem Zimmer nicht herauskommt. Bei fast allen funktioniert das. Und der Blick auf diejenigen, die schon weiter sind und bessere Bedingungen genießen können, hilft dabei.

Es gibt natürlich immer auch ein paar Patienten, bei denen funktioniert es nicht, vielleicht auch wegen der Schwere der psychischen Störung.

Frau H.-H.:

Unsere Patienten sind Menschen wie wir alle und wir Menschen funktionieren so, dass positive Anreize uns bestärken, weiterzumachen. Deshalb probieren wir, sehr viele positive Anreize zu setzen mit Sachen, die toll sind und Spaß machen. Wo man „leuchten“ kann, wo man irgendwie mal reden kann und 50 Leute hören einem zu oder wo man mal Applaus bekommt für etwas Gutes, was man geleistet hat. Und das funktioniert bei unseren Patienten genauso wie bei uns selbst auch.

Was wären aus Ihrer Sicht aus dem hochstrukturierten Setting heraus sinnvolle Präventionsangebote? Was könnten erste Schritte sein, um eine forensische Karriere, Straffälligkeit von Jugendlichen zu verhindern?

Herr W.:

Ich weiß nicht, ob Sie das leisten könnten, ob das überhaupt jemand leisten könnte. Ich habe den Eindruck, dass unsere Gesellschaften generell etwas sehr falsch macht. Wir haben eigentlich ganz viel Wissen darüber, wie sich Menschen gesund von einer Generation zur nächsten entwickeln können. Wir überlassen dann aber die Gestaltung in der Gesellschaft in Wirklichkeit Industrieunternehmen, die profitorientiert schlechte Gewohnheiten kultivieren und damit kann man wahnsinnig viel Geld verdienen. In Hate Speech in Social Media oder in Werbung mit all ihrer Verführung steckt so viel Geld, so viel Power und so viel Intelligenz. Es ist so schwer, dagegen anzukämpfen. Das schaffen die Schulen nicht, das schafft die Jugendhilfe nicht, das schaffen wir ganz am Ende der Kette auch nicht. Und ich glaube die Gesellschaft muss sich das mal überlegen, was sie eigentlich ihren

Kindern zumutet oder der jeweils nächsten Generation. Das ist wieder so eine Phrase, diese Phrase der Freiheit, die empfinde ich inzwischen ganz anders als früher. Ich glaube, unter dem Label von Freiheit wird heute viel propagiert, was eigentlich Verantwortungslosigkeit bedeutet. Und dann wundert man sich nach ein paar Jahren, was für furchtbare Nebeneffekte dabei herauskommen an Verrohung, an Verfall von Sitten, von Anstand, von Respekt, von Tugenden, von der Fähigkeit, Freizeit zu leben, von der Fähigkeit, zu genießen, Glück zu empfinden, Selbstwirksamkeit zu empfinden und aufzubauen, ohne auf das Handy zu gucken.

Wenn wir das so lassen, diese Kräfteverteilung, dann sind wir auf verlorenem Posten. Und auch das Gleiche, was in den Familien fehlt, das ist ja nichts Neues. Ich glaube, da können wir nichts Neues sagen. Das ist, wie gesagt, vor 40 Jahren auch schon so gewesen. Fehlende Väter, verwahrloste Wohnanlagen, keine Spielplätze, keine Grenzen, keine Perspektiven. Das sind die Zutaten, aus denen die Schicksale jedes Mal wieder gemacht werden.

Aber da können Sie ja auch nichts machen.

Naja, ich glaube, zum Teil können wir versuchen, gegen diesen Trend zu intervenieren, indem wir z.B. die Eltern, die zu uns kommen, die oftmals vollkommen hilflos sind wegen ihrer verlorenen Kinder und Jugendlichen, darin zu bestärken, Grenzen zu setzen und immer wieder wirklich im Kleinen zu üben, Nein zu sagen. Ich glaube, das ist das, was wir konkret in unserer Arbeit machen können. Oder den Jugendlichen selbst zurückzuspiegeln: Ist es eigentlich noch gesund, was du da tust? Oder zum Beispiel zum Stichwort Social Media zu sagen, „Das ist eine Wirklichkeit, aber ich biete dir mal eine andere.“ Und die heißt nicht, „Leg mal dein Handy weg“, sondern kritisch zu hinterfragen, „Was tust du da?“ Und das wären ja so die ersten kleinen Ansätze, wie nicht nur wir, sondern alle, die in der Beratung tätig sind, mit Jugendlichen und mit deren Eltern Impulse setzen können.

Frau H.-H.:

Also dieses Grenzen setzen ist auch anstrengend für die Eltern. Und es ist viel einfacher, das Kind laufen zu lassen und diese Grenzen nicht zu setzen – für den Moment erstmal. Und Eltern darin zu bestärken, das doch zu tun, ist sicher ganz notwendig.

Es gibt ja auch immer mehr Schulen, die das Schulfach Glück zum Beispiel haben, weil man es auch lernen muss, Zufriedenheit überhaupt zu empfinden. Was braucht man eigentlich alles, um glücklich sein zu können, was auch immer das ist.

Von Social Media sind unsere Patienten übrigens ganz abgeschnitten. Sie haben bei uns oft lange Zeit, (z.B. ein Jahr lang) gar keinen Zugriff und gar keine Möglichkeit, auf diese Weise in Kontakt zu bleiben oder zu konsumieren, was auch immer sie im Internet konsumiert haben.

Das wirkt zunehmend für Außenstehende gar nicht vorstellbar, dass das tatsächlich so ist und irgendwie auch für die Patienten funktioniert.

Herr W.:

Bei uns sind aber vor allem viele Menschen, Mitarbeitende, die sich um sie kümmern. Das finden viele dann doch sehr attraktiv, weil sie das wirklich vermisst haben – echte Menschen, die zuhören, die sich interessieren für sie. Das ist, glaub ich, schon sehr kostbar.

Frau H.-H.:

Ja, aber das Handy ist sozusagen das „erweiterte Ich“. Also fühlen sie sich erstmal auch um einen Teil ihrer Persönlichkeit beraubt. Diese Lücke wieder aufzufüllen mit anderem, das ist anfangs sehr intensiv.

Herr W.:

Ja, das ist sehr anstrengend, sich mit den Kindern und Jugendlichen auseinanderzusetzen. Und das war auch schon immer anstrengend. Die Verfügbarkeit der Technik heute bietet natürlich auch Beschäftigung für Kinder, die Eltern erstmal entlastet. Aber die Kinder bekommen eben nicht nur Ablenkung, sondern auch negativen Input.

Eigentlich müsste man ja noch mehr investieren, um das zu vermeiden.

Vor 30 Jahren gab's das gar nicht und dann hat man vielleicht in seinem Zimmer gesessen und hat einen Klotz an die Wand geschmissen oder ich weiß nicht was. Oder man hat sich gelangweilt, man hat sich bewegt. Es kann heute gar nicht mehr passieren, dass man sich langweilt. Und das ist alles nicht gut.

Frau H.-H.:

Wir sehen auch bei unseren Patienten, die im Pro-bewohnen sind, wie schwer es ihnen fällt, ihre Freizeit zu gestalten. Unsere Jugendlichen und jungen Erwachsenen haben oft gar keine Idee, was man denn machen könnte, um Freizeit zu gestalten, außer „in die Muckibude/ das Gym“ zu gehen. Und da, glaube ich, ist die Bedeutung von Vereinen und Sport und auch anderen Angeboten, wo man mit anderen Jugendlichen was erleben und unternehmen kann, unheimlich wichtig. Das hat auch der Patient, der sich am Mittwoch verabschiedet hat, gesagt, wie wichtig es für ihn war kennenzulernen, was man in seiner Freizeit machen kann. Das hatte er vorher gar nicht gewusst.

Wie schön zu hören, was für ein positives Erleben formuliert wird. Auch wenn der Weg ja leider über eine Straftat führen musste... Aber dass das angekommen ist, macht ja dann auch wieder ein Stück Hoffnung, zumindest für diesen einen Menschen.

Freiheitsentziehende Maßnahmen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe

von Sven Homann (Einrichtungsleitung Alexianer Westmünsterland GmbH – Martinistift), Kerstin Tübing (Assistentin der Einrichtungsleitung)

Vermutlich gibt es kaum einen anderen Jugendhilfebereich, über den in den letzten Jahrzehnten, neben der fachlich-sachlichen Diskussion, derart emotional debattiert wurde, wie der Bereich der freiheitsentziehenden Maßnahmen. Es entsteht beim Lesen der Fachliteratur oftmals der Eindruck, es ginge ausschließlich um ein Dafür- oder Dagegensein. Dabei wäre es sicherlich bedarfsgerechter, freiheitsentziehende Intensivpädagogik als das zu beschreiben, was sie ist: eine (neben vielen anderen) an sehr eindeutig definierte Voraussetzungen gebundene, pädagogische Maßnahme.

Wer wir sind:

Die Alexianer Westmünsterland GmbH – Martinistift

Die Alexianer Westmünsterland GmbH – Martinistift ist eine Einrichtung der stationären Kinder-, Jugend- und Familienhilfe gemäß § 45 SGB VIII im Kreis Coesfeld im südlichen Münsterland.

Insgesamt hat die Einrichtung siebzehn stationäre Wohngruppen, ambulante Hilfen und Westfälische Pflegefamilien. Davon sind insgesamt vierzehn Angebote intensivpädagogisch konzeptioniert. Wir arbeiten überwiegend mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die unterschiedlichste Angebote der Jugendhilfe durchlaufen haben, ohne dass dies zu einer Verhaltensveränderung beigetragen hat. In der Folge sind dies junge Menschen, die das (Jugendhilfe-u.a.) System weder als sie tragend, noch sie aushaltend erlebt haben.

Eine Erfahrung in der Jugendhilfe, welche wiederkehrend beschrieben und seit 2019 durch den Film „Systemsprenger“ einem breiteren öffentlichen Publikum zugänglich gemacht wurde.

Drei unserer intensivpädagogischen Wohngruppen arbeiten im Rahmen freiheitsentziehender Maßnahmen mit männlichen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Immer wieder treibt uns inhaltlich die Frage umher: „Freiheit in der geschlossenen Unterbringung – ein Widerspruch?“ (vgl. S. Pankhofer, 2024, S. 1), bzw. wie können wir diesen gestalten, damit er perspektivisch zu einer innerlich und äußerlich neugewonnen Freiheit beitragen kann?

Wie es wurde, was es ist

Zum historischen – rechtlichen Kontext

Das Jugendwohlfahrtsgesetz wurde 1990/91 durch das KJHG abgelöst. Die bis dahin geltende sogenannte Fürsorgeerziehung war geprägt von einem autoritär zu beschreibenden Erziehungsstils. Kinder und Jugendliche wurden kaum als individuelle Subjekte mit eigenen Anliegen, Bedürfnissen, Wünschen und individuellen Belangen wahrgenommen. Noch bis in die 60er Jahren war häufig die Heimerziehung der „Fürsorgeerziehung“ verbunden mit Freiheitsentzügen und strafender Orientierung. Fürsorgeerziehungsheime waren in der Regel große Einrichtungen, oft in ländlicher Abgeschiedenheit, zumeist mit durchorganisierten (straffen) Tagesstrukturen und ausdifferenzierten Strafsystemen (vgl. AGJ, 2015).

In dem Jahr 2000 wurde das in Art. 2 Abs. 2 S.1 GG verankerte Recht auf körperliche und seelische Unversehrtheit auch im BGB mit dem Recht auf gewaltfreie Erziehung niedergeschrieben. Seit 2012 gibt es das Bundeskinderschutzgesetz, welches unter anderem die Konkretisierung der Schutzaspekte für das Kindeswohl und die Bedeutung der Beteiligung der jungen Menschen in der Heimerziehung hervorhebt. 2021 wurde dies neu verabschiedet und als Meilenstein wurde im § 9 a SGB VIII die Ombudschaft im Prozess der Entscheidung über den Freiheitsentzug rechtlich gestärkt.

2017 wurde bereits im BGB mit dem § 1631b eine verpflichtende Bestellung eines Verfahrensbeistandes für das Kind im familiengerichtlichen Verfahren zum Freiheitsentzug bestimmt.

Aus unserem geschichtlich-gesellschaftlichen Hintergrund heraus betrachtet, könnte es als Zugewinn an Demokratiefähigkeit beschrieben werden, bei Regelungen, welche die Grundrechte tangieren, genauer hinzusehen/-hören und diese kategorisch abzulehnen. Jedoch ginge diese optimistisch ausgerichtete, aber eindimensionale Betrachtung von Wirklichkeit zu Kosten derer, die eine differenzierte und individualisierte Betrachtung ihrer belastenden Lebenssituation benötigen: nämlich die jungen Menschen, welche wie sogenannte „heiße Kartoffeln“ durch die verschiedenen Hilfesysteme gereicht werden (Psychiatrie, Jugendhilfe, Strafvollzug u. a.).

Offenbar hat jeder am Prozess Beteiligte Angst davor, sich die „Finger an den Problemlagen und Verhaltensweisen der jungen Menschen zu verbrennen“ (vgl. AGJ, 2015). Nicht erst heute, sondern auch gestern und vermutlich noch morgen benötigt die Jugendhilfe, wenn diese ihrem Anspruch auf Schutz nachkommen möchte, vielfältige und umfassende Angebote, um jungen Menschen mit hochriskantem Verhalten würdevoll begegnen und sie langfristiger begleiten zu können.

Wie wir handeln

Zum pädagogischen Kontext

Über viele Jahre hinweg war in der sozialpädagogischen Fachwelt eine ablehnende Haltung gegenüber den freiheitsentziehenden Maßnahmen zu beobachten. Erst in den letzten Jahren scheint es zum Teil möglich(er) zu werden, dass sich Raum für differenzierte Debatten über freiheitsentziehende Maßnahmen im fachlichen Kontext öffnen (vgl. Stellungnahme des Vereins GU 14 plus).

Die Unterbringung in einer freiheitsentziehenden Maßnahme bedarf der Genehmigung des jeweils örtlichen Familiengerichtes. Die Freiheit eines Menschen einzuschränken, ist ein rechtlich hoch komplexer Prozess. Nach Art. 104 des Grundgesetzes darf dieses Grundrecht nur aufgrund eines förmlichen Antrages und zeitlich befristet beschränkt werden. Einen solchen Antrag können ausschließlich die personensorgeberechtigten Personen stellen (im Übrigen ist dies auch bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen

vorgesehen). Alle Beteiligten, auch die jungen Menschen selber, sind zur Sache anzuhören.

Die zunehmend (wieder) populistisch aufgegriffene Haltung, schwierige und abweichende junge Menschen „wegzusperren“, ist nicht Aufgabe von freiheitsentziehenden Maßnahmen im Rahmen der Jugendhilfe. In Haltung und Ausrichtung geht es keineswegs um „das Wegsperren und Sichern von jungem Menschen“, sondern um eine am Wohl des Kindes/Jugendlichen ausgerichtete Handlungsalternative, die dem Kindeswohl und der Sicherstellung dessen Rechnung tragen soll (vgl. KVJS Jugendhilfe Service). In den Angeboten steht die Freiheitserprobung als oberstes pädagogisches Ziel. Der Beschluss zur freiheitsentziehenden Maßnahme bezieht sich auf die Art der Gestaltung der Unterbringung. Und hier gilt wie bei allen anderen Unterbringungen im Rahmen der Jugendhilfe: ohne Minimal Compliance keine Aufnahme.

Nur im persönlichen Kontakt, im Dialog können wir uns im pädagogischen entwicklungsförderlichen Milieu begegnen. An dieser Stelle wehren sich Einrichtungen immer wieder gegenüber Vorurteilen und führen berechtigterweise an, dass geschlossene Unterbringungen im Rahmen der Fürsorgeerziehung Probleme nicht gelöst, sondern diese lediglich organisiert haben (vgl. Pankhofer, 2024). Unserer pädagogischen Haltung zugrunde liegt der von Schlippe geprägte Begriff der „reifen Resignation“ oder auch der „radikalen Akzeptanz“ (vgl. Lemme/Körner 2022). Es geht vor dem eigenen Handeln zunächst um das Akzeptieren der Welt, des Erlebens oder des Verhaltens anderer. „Das bedeutet zunächst die Einsicht, dass niemand jemand anderen gegen dessen Willen verändern und schon gar nicht endgültig besiegen kann. In einer Kultur, die gerne Abläufe kontrolliert sowie vorhersehbar macht und kausale Gründe favorisiert, stellt dies für viele sicher eine Enttäuschung dar“ (vgl. Lemme/Körner, S.109).

Ein struktureller Vorteil freiheitsentziehender Maßnahmen liegt in der verlässlichen Erreichbarkeit der jungen Menschen, wodurch kontinuierliche Beziehungsarbeit möglich wird.

Ziel und Zweck der stationären Jugendhilfe und damit auch von freiheitsentziehenden Maßnahmen ist nicht Strafe oder Sühne, sondern die Sicherstellung einer therapeutisch-pädagogischen Erreichbarkeit. Gelingende Beziehung, Kooperation und Partizipation sind – wie in allen anderen stationären Maßnahmen auch – die Gelingens-Faktoren. Aber doch: wie sollen wir die Anzahl der Kinder, Jugendlichen und jungen Menschen erreichen, die für uns nicht erreichbar sind (die auf Treibe sind, die durch hochrisikobehaftetes Verhalten viele Krisenaufenthalte in der Psychiatrie haben, sich in ihrem Angebot hoch fremd- und autoaggressiv verhalten und die Maßnahmen wieder und wieder scheitern lassen, u.a.) Inwieweit diese Kinder und Jugendlichen sich frei fühlen, sei dahingestellt.

Ein struktureller Vorteil freiheitsentziehender Maßnahmen liegt in der verlässlichen Erreichbarkeit der jungen Menschen, wodurch kontinuierliche Beziehungsarbeit möglich wird. Anforderungen, Einschränkungen und die Bearbeitung belastender Themen erfolgen zeitlich hoch individuell – teils nach wenigen Wochen, teils erst nach mehreren Monaten.

Studien der Traumapädagogik haben bereits zu Beginn der 2000er Jahre darauf aufmerksam gemacht, dass viele eher irritierend wirkende Verhaltensweisen für die Betroffenen einen wichtigen Grund haben. Es handelt sich um Überlebensstrategien, die der junge Mensch aufgrund von Erfahrungen der physischen und psychischen Gewalt herausgebildet hat. Diese zunächst im Entstehen des Traumas entwickelten Muster, haben die Tendenz sich rasch auszubreiten. Im Gehirn haben sich dann bereits Veränderungen vollzogen, die es unmöglich machen, Alltagsstress gut und passend zu verarbeiten. Alltägliche Aufgaben können dann plötzlich zu einer riesigen Belastung werden (vgl. Reddemann, 2004). Fast alle Menschen schützen sich während des traumatischen Erlebens mit der „Dissoziation“.

Die verschiedenen Bereiche des Erlebens werden so auseinandergehalten. Im limbischen System werden automatisch das Prä-Frontalhirn und das biographische Gedächtnis heruntergefahren. Die Erfahrung wird in viele Einzelteile aufgesplittet und zunächst daran gehindert, weiter prozessiert zu werden. Später jedoch fordert der gesamte Organismus immer wieder dazu auf, das Erlebte zu verarbeiten. Im Grunde ist es nur „zwischen gespeichert“ und dadurch immer wieder leicht auszulösen, „triggerbar“ (vgl. Huber, 2016).

Ziel der Arbeit ist es, dass die jungen Menschen einen sicheren Ort erleben, an dem sie Worte für ihre Erfahrungen und Gefühle finden und sich trauen, erste Schritte in Richtung Beziehungsgestaltung zu gehen. Dieser haltgebenden Arbeitsbeziehung zwischen den Betreuenden und den jungen Menschen kann dann ein besonderer Stellenwert beigemessen werden. Sie ermöglicht neue Erfahrungen in der Begegnung. Wir wissen heute, dass gute Bindung ganze Quadratzentimeter Gehirnschubstanz wachsen lassen kann (vgl. Huber, 2016).

Mitunter ist die Unterbringung/das Vorortsein der haltgebende Faktor, welcher bis dato biographisch nicht für die jungen Menschen erlebbar war. Es werden perspektivisch mit ihnen die Voraussetzungen entwickelt, dass eigene Freiheit(er)lebbar wird. In den freiheitsentziehenden Maßnahmen liegt der Fokus auf der Freiheitserprobung. Partizipation, Beschwerde, Selbstwirksamkeitserlebnisse und Erfahrungen dazu schließen dies ein. Die Aufgabe zum Umgang mit der inneren sowie äußeren (dann) selbstbestimmten Welt kann nur gelingen, wenn es Orte gibt, an denen gemeinsam entwickelt werden kann, was hilfreich ist, um Veränderungsprozesse initiieren zu können. Von daher versteht es sich (fast) von selbst, dass an dieser Stelle Therapie (auch aufsuchend), Schule,

Beschäftigung und Pädagogik Hand in Hand arbeiten, um positive Entwicklungs- und Entfaltungsräume (an)bieten zu können. So kann eine sukzessive Integration des erschütternden Erlebens zunehmend zur Stabilisierung der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen beitragen. Für die pädagogischen Fachkräfte bedeutet dies, aktiv und aufsuchend die Beziehung zu gestalten, Interessen aufzugreifen und verlässliche Präsenz zu zeigen.

An die Stelle starrer Regelwerke treten individuelle Absprachen zu Freiheiten und Verantwortlichkeiten. Diese Vorgehensweise berücksichtigt die unterschiedlichen Fähigkeiten zur Regelinternalisierung und reduziert Überforderung. Transparente Begründungen wirken subjektiven Ungerechtigkeitserfahrungen entgegen.

Wir versuchen in unserer direkten klientenbezogenen Arbeit, Bezug auf das Leben jedes Einzelnen – hinsichtlich der Selbstwirksamkeit und des Erarbeitens einer intrinsischen Motivation – zu nehmen und zeigen eine deeskalierende Haltung in Bezug auf Konflikte, in denen die Kinder und Jugendlichen durch unseren Umgang damit möglichst ein Korrektiv kennenlernen sollen. An die Stelle starrer Regelwerke treten individu-

elle Absprachen zu Freiheiten und Verantwortlichkeiten. Diese Vorgehensweise berücksichtigt die unterschiedlichen Fähigkeiten zur Regelinternalisierung und reduziert Überforderung. Transparente Begründungen wirken subjektiven Ungerechtigkeitserfahrungen entgegen.

Die Praxis zeigt, dass starre Regelkataloge bei vielen jungen Menschen lediglich kurzfristige Anpassungsleistungen oder aber entsprechend oppositionelles Verhalten erzeugen. Nachhaltige Entwicklung setzt voraus, dass Sinnzusammenhänge verstanden und emotional nachvollzogen werden können.

Die Beschulung der Jungen erfolgt in der Regel zunächst intern, durch die Förderschule des Kreises Coesfeld, der Steverschule. Durch die Berufsförderung in der WerkstattSchule gibt es ein Angebot für Jugendliche im letzten Jahr der Vollzeitschulpflicht. Für Jungen, die bereits die

Schulpflicht beendet haben, bieten wir die Möglichkeit der Berufsqualifizierung oder der Ausbildung in einrichtungsinternen Werkstätten.

Um den Jugendlichen Alternativen zum Alltag bieten zu können, haben wir neben den gruppeninternen Freizeitangeboten auch die Möglichkeit, auf Angebote unserer Sport- und Erlebnispädagoginnen und -pädagogen zurückgreifen zu können. In unserer einrichtungsinternen Sporthalle, der Kegelbahn, dem Boulder- und Fitnessraum oder aber auch der Bogenschießanlage gibt es diverse Optionen, sich körperlich zu betätigen und zu beschäftigen.

Abschließend Was uns inhaltlich trägt

Es gibt für uns keine Antwort auf die Frage: „FEM – ultima oder optima ratio“, sondern die Anregung, mit Offenheit und Mut Ideen für die Arbeit mit biographisch schwer belasteten Kindern und Jugendlichen zu wagen. Dazu gehören sicherlich auch:

Einrichtungen, die bereit sind, Handeln mit Risiko – denn das beinhaltet die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit hochriskantem Verhalten – einzugehen.

Leitend ist dabei das Prinzip: Es muss erst auf das Beziehungskonto eingezahlt werden, bevor abgebucht wird. Beziehung wird somit als zentrale Voraussetzung für Kooperation, Regelakzeptanz und Veränderungsbereitschaft verstanden (vgl. Gahleitner, (2017). Die Voraussetzung hierfür sind eine reflektierte professionelle Haltung, institutioneller Rückhalt, Supervision, eine offene Kommunikations- und Feedbackkultur sowie angemessene strukturelle Rahmenbedingungen.

Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) (2015): Freiheitsentziehende Maßnahmen im aktuellen Diskurs. Konsequenzen für die Weiterentwicklung der Hilfen zur Erziehung. <https://agj.de>

Gahleitner, S.B. (2017): Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen. Weinheim. BeltzJuventa Verlag.

GU 14plus e. V., Heime mit freiheitsentziehenden Maßnahmen (o.J): Stellungnahme des Arbeitskreises GU14Plus. <https://www.gu14plus.de>.

Huber, M. (2016): Transgenerationale Weitergabe von Trauma – Psychotraumatologie

Vortrag „Systemisch begegnet Wissenschaft“; Dresden.

KVJS-Jugendhilfe-Service (2020): Schutz von jungen Menschen in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe. Grundlagenpapier für Angebotsformen mit und ohne freiheitsentziehende Maßnahmen. <https://www.kvjs.de>

Lemme, M./Körner, B. (2022): Die Kraft der Präsenz. Systemische Autorität in Haltung und Handlung. Heidelberg. Carl Auer Verlag.

Pankofer, S. (2024): Freiheit in der geschlossenen Unterbringung – ein Widerspruch?

In: EthikJournal 1/2024.

Reddemann, L. (2004): Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. Stuttgart: J.G. Cotta’sche Buchhandlung

Schmidt, M. G. (2005): Traumatischer Prozess und Persönlichkeitsstörungen. Verbindungen und Unterschiede. München: Auditorium Netzwerk.

Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Jugendhilfe. Ein Positionspapier der BAG Traumapädagogik (2011)

Regionale Psychiatrie-berichterstattung



Regionale Psychiatriieberichterstattung

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

Zielsetzung

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

Datenerhebung

Die Psychiatrieberichterstattung basiert auf Informationen, die jährlich bei den Trägern der Angebote im Sozialpsychiatrischen Verbund für das Vorjahr erhoben werden. Diese setzen sich zusammen aus Basisdaten zu den Angeboten (z.B. Inanspruchnahme, Personalstrukturen), erhoben mit dem 2023 eingeführten Datenbogen 1, und aus Daten zu den Klient*innen der Angebote (z.B. Alter, Geschlecht, Gesundheitsmerkmale und die soziale Situation), erhoben mit dem 2024 eingeführten Datenbogen 2. Die Datenbögen finden Sie im Anhang. (ab S. 148)

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

War im vorherigen Erhebungsjahr 2024 die Beteiligung gegenüber 2023 deutlich angestiegen, stehen für 2025 wieder weniger Informationen zu den Verbundangeboten zur Verfügung (siehe dazu im Kapitel „Stichprobe 2025“). Leider war es wie in den Vorjahren erneut nicht möglich, die Klient*innendaten (Datenbogen 2) des SpDi der Region Hannover nach den Standards der Verbunddaten auszuwerten. Für den SpDi für Erwachsene liegen zwar Gesundheits- und einige soziale Indikatoren vor, aber nicht in der geforderten Klassifizierung (Klassen 1-4), die eine Bewertung im Sinne von „Schwere“ oder „Risiko“ zulässt. Auch für den SpDi für Kinder/Jugendliche liegen für 2025 die Klient*innendaten in dieser Form nicht vor, weil der Erhebungsbogen (Datenbogen 2 für KJ) aktuell umgestellt wird. Die aus dem Fachverfahren des SpDi verfügbaren Daten zur Klientel des SpDi werden im nachfolgenden Beitrag „Der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover – Berichtsjahr 2025“ dargestellt.

Sozialpsychiatrische Angebotsstruktur in der Region Hannover – Überblick

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

Die Systematik grenzt auf einer ersten Ebene die Versorgungsbereiche ambulant (einschl. Beratungsangebote), teilstationär/tagesstationär und stationär/besondere Wohnform ab. Auf einer zweiten Ebene werden dann die Angebotsformen nach den Kriterien Art der Hilfen, bestimmte Ziel- und Altersgruppen sowie nach unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen der Hilfen zusammengefasst. 2025 waren im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover 352 Einzelangebote¹ von 103 Trägern vertreten (s. Tabelle 1). Der Bereich AF 40 bis AF 49 umfasst den Versorgungsbereich der vertragsärztlichen Behandlung im Rahmen des SGB V. Da aus diesem Bereich keine Daten verfügbar sind, wird er in die Berichterstattung grundsätzlich nicht mit einbezogen.

Tabelle 1: Anzahl der im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover vorhandenen Angebote 2025 und 2024

Versorgungsbereich	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	Anzahl Angebote 2025	Anzahl Angebote 2024	Veränderung
Ambulant	Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), ambulant-aufsuchender Dienst für Erwachsene	10	21	21	
	Psychiatr. Inst.-Ambulanz (PIA) bzw. amb.-aufs. Dst. für Kinder und Jugendliche	11	3	3	
	Psychosoziale Kontakt-/Beratungsstelle	12	22	23	-1
	Ambulant betreutes Wohnen/qual. Assistenz, Eingliederungshilfe (SGB IX)	13	40	40	
	Ambulante psych. Pflege (SGB V+XI)	14	7	7	
	Arbeitstherapie, Integrationsfachdienst (SchwBG), and. spezielle Hilfen zur Arbeit/Ausbildung	15	10	11	-1
	Beratungsstellen Sucht	16	20	19	+1
	Beratungsstellen KJP, z.B. Jugendpsych. Dienst, ambulante Hilfen (SGB VIII)	17	14	13	+1
	Beratungsstellen Gerontopsychiatrie (Demenz-sprechstunden, amb. geriatrisch-psychiatrische Pflege	18	3	3	
	Sonst. ambulante Leistungen (Selbsthilfegruppe, amb, nachgehende Hilfen, ...)	19	49	47	+2

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

Versorgungs- bereich	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	Anzahl Angebo- te 2025	Anzahl Angebo- te 2024	Verän- derung
Teilstationär	Teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik der Allgemeinpsychiatrie	20	13	13	
	Teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik der Kinder-Jugend-Psychiatrie	21	4	3	+1
	Teilstationäre Behandlung in einer Tagesklinik der Gerontopsychiatrie	22	1	1	
	Teilstationäre Eingliederungshilfe, Tagesstätte (SGB IX)	23	25	23	+2
	Werkstatt für seelisch beh. Menschen (SGB IX)	24	16	16	
	Teilstationäre med. Reha (SGB IX)	25	10	10	
	Tagesklinik Sucht gemäß SGB V und VI, andere spez. Angebote für Suchtkranke	26	2	2	
	Tagesstätte KJP (z.B. Sonderkindergarten oder Tagesbildungsstätte für autistische Kinder), andere spezielle komplementäre Angebote für Kinder und Jugendliche	27	2	2	
	Tagesstätte Gerontopsychiatrie, spez. kompl. Angebote für alte Menschen (z.B. gerontopsychiatr. Tagespflege-Eintr.)	28	1	1	
	STL (sonstige teilstationäre Leistungen)	29	2	2	
Stationär	Psych. Klinik, vollstationäre Behandlung nach SGB V in einer Klinik für Erwachsene	30	16	16	
	Psych. Klinik KJP, vollstationäre Behandlung (SGB V) in der Kinder-Jugend-Psychiatrie	31	5	3	+2
	Forensische Klinik, vollstationäre Behandlung in einer Klinik des Maßregelvollzugs	32	2	2	
	Wohnheim Eingliederungshilfe (SGB IX)	33	26	26	
	Psych. Pflegeheim, Eingliederungshilfen gemäß SGB XII oder stationäre Pflege gemäß SGB XI in einem psychiatrischen Pflegeheim oder einer entsprechenden Wohngruppe	34	7	7	
	Wohnheim für Wohnungslose (SGB XII)	35	5	5	
	Wohnheim Sucht	36	10	9	+1
	Wohnheim KJP (SGB VIII)	37	4	3	+1
	Wohnheim Gerontopsychiatrie, spez. kompl. Angebote für alte Menschen (z.B. gerontopsychiatr. Pflegestation)	38	0	0	
	Sonstige stationäre Leistungen	39	0	1	-1
SpDi	SpDi Erwachsene	50	11	11	
	SpDi Kinder/Jugendl.	51	1	1	
Gesamtsumme		352	344	+8	

Die in der Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes geführte Liste aller Angebote weist für 2025 in der Summe eine um 8 höhere Zahl aus als 2024. Dies bedeutet nicht unbedingt, dass Angebote zusätzlich eingerichtet wurden, teilweise wurden schon länger bestehende Angebote nachträglich eingepflegt, bestehende Angebote in getrennte Angebote aufgeteilt oder unspezifische Angebote wurden Angebotsformen anders zugeordnet.

Seit 2024 wurde mit dem Gemeindepsychiatrischen Zentrum (GPZ) in Neustadt ein neues integriertes Versorgungsangebot etabliert, das ambulante und tagesklinische Angebote/Hilfen umfasst: Die Sozialpsychiatrische

Beratungsstelle des SpDi, die Psychiatrische Institutsambulanz und die Psychiatrische Tagesklinik arbeiten unter einem Dach eng zusammen. Noch ist nicht abschließend entschieden, wie dieses integrierte Versorgungsangebot in die Systematik der Angebotsformen eingegliedert wird.

Angebotsbezogene Informationen²: Stichprobe 2025

Es muss vorausgeschickt werden, dass Daten aus bestimmten Angebotsformen bisher gar nicht zur Verfügung stehen. Daher führt die folgende Tabelle nur die AF auf, für die i.d.R. Daten geliefert werden. Damit reduziert sich die Zahl der potentiellen Angebote auf N=275.

Tabelle 2: Anzahl der erfassten Angebote und der im Verbund vorhandenen Angebote 2025

Versorgungs bereich	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	Anzahl vorhd. Angebote 2025	Anzahl erfasste Angebote 2025	Anzahl erfasste Angebote 2024
Ambulant	Psychosoziale Kontakt-/Beratungsstelle	12	22	7	5
	Ambulant betreutes Wohnen/qual. Assistenz, Eingliederungshilfe (SGB IX)	13	40	17	17
	Ambulante psych. Pflege (SGB V+XI)	14	7	2	1
	Arbeitstherapie, Integrationsfachdienst (SchwBG), and. spezielle Hilfen zur Arbeit/Ausbildung	15	10	3	3
	Beratungsstellen Sucht	16	20	9	7
	Beratungsstellen KJP, z.B. Jugendpsych. Dienst, ambulante Hilfen (SGB VIII)	17	14	1	1
	Beratungsstellen Gerontopsychiatrie (Demenz-sprechstunden, amb. geriatrisch-psychiatrische Pflege	18	3	1	1
	Sonst. ambulante Leistungen (Selbsthilfegruppe, amb. nachgehende Hilfen, ...)	19	49	-	4
	Summe	165	40	39	

2 Erhoben mit Datenbogen 1.

Versorgungs- bereich	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	Anzahl vorhd. Angebote 2025	Anzahl erfasste Angebote 2025	Anzahl erfasste Angebote 2024
Teilstationär	Teilstationäre Eingliederungshilfe, Tagesstätte (SGB IX)	23	25	12	10
	Werkstatt für seelisch beh. Menschen (SGB IX)	24	16	6	7
	Teilstationäre med. Reha (SGB IX)	25	10	-	3
	Tagesstätte KJP	27	2	1	-
	Summe	53	18	20	
Stationär	Wohnheim Eingliederungshilfe (SGB IX)	33	26	6	6
	Wohnheim für Wohnungslose (SGB XII)	35	5	-	3
	Wohnheim Sucht	36	10	2	2
	Wohnheim KJP (SGB VIII)	37	4	1	1
	Summe	45	9	12	
SpDi	SpDi Erwachsene	50	11	11	11
	SpDi Kinder/Jugendl.	51	1	1	1
Gesamtsumme	275	79	83		

In die aktuelle Erhebung für das Jahr 2025 konnten Daten für 68 Angebote (einschl. SpDi der Region Hannover) im Sozialpsychiatrischen Verbund einbezogen werden, und damit etwas weniger als im Vorjahr (2024: 83 Angebote einschl. SpDi der Region Hannover³). Damit liegt die Datenbasis für die Angebotsinformationen auf ähnlichem Niveau wie 2024, ist aber von einem vollständigen Abbild der Versorgungsbereiche noch ein ganzes Stück entfernt. Es bleibt eine vordringliche Aufgabe, bei den Basisdaten der Angebote zur Inanspruchnahme und zum Personaleinsatz mindestens für die in Tabelle 2 aufgeführten, aktuell an der Erhebung teilnehmenden Angebotsformen, eine Vollerhebung realisieren zu können.

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

Alle sich anschließenden Zahlen und Analysen zu den Angeboten beziehen sich ausdrücklich nur auf die erfassten Angebote.

³ Die vorhandenen Daten zum Angebot und zu den Klient*innen des SpDi für Erwachsene und für Kinder/Jugendliche 2025 werden in den nachfolgenden Beiträgen "Der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover -- Berichtsjahr 2025" und "Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover" dargestellt.

Strukturen der Inanspruchnahme

Beratungsangebote und ambulante Hilfen

Für die Ambulanten Leistungen/Beratungsangebote wurde erhoben, ob es als sog. Komm- oder Gehstruktur umgesetzt wird. Die Zuordnung der Komm-/Gehstruktur zu den jeweiligen Angebotsformen ist eindeutig: Die Beratungsstellen – Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen (AF 12), Suchtberatungsstellen (AF 16), Beratungsstellen KJP (AF 17) und die Beratungsstellen Gerontopsychiatrie (AF 18), außerdem Arbeitstherapie /Integrationsfachdienst (AF 15) haben eine Komm-Struktur und werden von den betreuten Personen aufgesucht. An ihren Wohnorten

aufgesucht werden die Klient*innen innerhalb der Angebote des Ambulant betreuten Wohnens/der qual. Assistenz (AF 13) und der ambulanten psychiatrischen Pflege (AF 14).

Über die Inanspruchnahme der Angebote liegen für den allergrößten Teil der erfassten Angebote Angaben vor. Auf die Beratungsangebote (s.o., AF 12, 16, 17 und 18) entfielen 2025 6.139 erwachsene Klient*innen und zusätzlich 70 Klient*innen eines KJP-Angebotes. Deutlich mehr Klient*innen wurden 2025 von den Angeboten der Psychosozialen Kontakt-Beratungsstellen gemeldet, 2024 waren es in dieser AF nur 137 Klient*innen.

Tabelle 3: Beratungsangebote und Ambulante Angebote: Anzahl Klient*innen und durchschnittliche Zahl der Beratungs-/Hilfekontakte je Klient*in 2025

Versorgungs- bereich	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	N	Anzahl Klient*innen	Durchschn. Beratungs-/ Hilfe-Kontakte je Klient*in
Ambulant Beratung	Psychosoziale Kontakt-/Beratungsstellen	12	4	3.192	2,9 (0,8-30,9)
	Beratungsstellen Sucht	16	9	2.637	6,1 (3,0-18,4)
	Beratungsstellen KJP, z.B. Jugendpsych. Dienst, ambulante Hilfen (SGB VIII)	17	1	70	-
	Beratungsstellen Gerontopsychiatrie (Demenzsprechstunden, amb. geriatrisch-psy- chiatrische Pflege)	18	1	240	8,3
	Summe / gesamt	15	6.139		
Sonst. Ambulant	Ambulant betreutes Wohnen/qual. Assis- tenz, Eingliederungshilfe (SGB IX)	13	16	1.735	63,5 (30,3-117,7)
	Ambulante psych. Pflege (SGB V+XI)	14	2	530	11,6 (2,8-23,0)
	Arbeitstherapie, Integrationsfachdienst (SchwBG), and. spezielle Hilfen zur Arbeit/ Ausbildung	15	3	657	-
	Summe / gesamt	21	2.922		

Weniger vertreten waren in der Stichprobe 2025 die ambulanten Hilfen AF 13 und AF 14. (2024: 2.204 bzw. 1.014). Bei den Kontakten handelt es sich in diesem Fall um die Summe der Hilfekontakte

zwischen den Fachkräften und den Klient*innen im Jahr 2025.

Versorgungsräume

55 der 66 Angebote (83 %), die zur Frage der Versorgungsräume Informationen geliefert haben, versorgen das gesamte Regionsgebiet. Die übrigen 11 Angebote fokussieren auf bestimmte Städte/Gemeinden. In einem Fall ist es ausschließlich das Gebiet der Stadt Hannover, in 5 Fällen sind es neben der Stadt Hannover weitere Kommunen im Umland, oft direkt an die Stadt Hannover angrenzend oder in räumlich zusammenhängenden Sektoren. In 4 Fällen werden nur Kommunen im Umland versorgt. Ein Angebot darunter machte keine Angabe zu den versorgten Gemeinden. Höhere Anteile von

Einrichtungen mit einer Beschränkung auf bestimmte Kommunen finden sich beim ‚Ambulant betreuten Wohnen/qual. Assistenz‘ (AF 13), Angeboten der ‚Arbeitstherapie, Integrationsfachdienst, and. spezielle Hilfen zur Arbeit/Ausbildung‘ (AF 15) und bei den ‚Beratungsstellen Sucht‘ (AF 16).

Personalressourcen und Qualifikationsgruppen

Auf die erfassten Angebote im Sozialpsychiatrischen Verbund entfielen 2025 insgesamt 696 Vollzeitäquivalente (VZÄ) eingesetztes Gesamtpersonal(einschl. Verwaltung und sonst. Overhead):

Tabelle 5: Summe des Personaleinsatzes insges. in den AF und durchschnittlicher Personaleinsatz je Angebot (Spanne) in VZÄ 2025

Versorgungs-Bereich	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	N	Summe Personaleinsatz insges. in den AF (in VZÄ)	Durchschnittl. Personaleinsatz je Angebot (in VZÄ)
Ambulant: Beratung	Psychosoziale Kontakt-/Beratungsstellen	12	6	8,9	1,5 (0,5-3,0)
	Beratungsstellen Sucht	16	9	31,1	3,5 (1,0-13,8)
	Beratungsstellen KJP, z.B. Jugendpsych. Dienst, ambulante Hilfen (SGB VIII)	17	1	15,0	-
	Summe / gesamt	16	55,0		
Sonst. Ambulant	Ambulant betreutes Wohnen/qual. Assistenz, Eingliederungshilfe (SGB IX)	13	15	169,0	11,3 (2,1-33,0)
	Ambulante psych. Pflege (SGB V+XI)	14	2	22,0	11,0 (8,0-14,0)
	Arbeitstherapie, Integrationsfachdienst (SchwBG), and. spezielle Hilfen zur Arbeit/Ausbildung	15	2	9,7	4,8 (2,0-7,7)
	Summe / gesamt	19	200,7		
Teilstationär	Teilstationäre Eingliederungshilfe, Tagesstätte (SGB IX)	23	12	56,4	4,7 (1,8-10,6)
	Werkstatt für seelisch beh. Menschen (SGB IX)	24	6	147,0	24,5 (6,1-69,6)
	Tagesstätte KJP	27	1	47,0	-
	Summe / gesamt	19	250,4		
Stationär	Wohnheim Eingliederungshilfe (SGB IX)	33	5	98,8	19,8 (4,8-39,7)
	Wohnheim Sucht	36	2	27,8	13,9 (13,0-14,8)
	Wohnheim KJP (SGB VIII)	37	1	63,2	-
	Summe / gesamt	8	189,8		

Darunter waren in den erfassten Angeboten insgesamt 535 Fachkraftstellen (VZÄ), das sind 77 Prozent des gesamten eingesetzten Personals.

Um den Einsatz des Fachpersonals noch weiter spezifizieren zu können, werden die VZÄ für folgende vier Qualifikationsstufen differenziert erhoben:

Tabelle 6: Berufs-/Tätigkeitsgruppen nach Qualifikationsstufen

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

Der Einsatz von Fachkräften der Stufe a) an allen eingesetzten Fachkräften liegt über alle Angebote bei 52,4 Prozent, auf Stufe b) entfallen 25,5 Prozent, auf Stufe c) 20,4 Prozent und auf Stufe d) 1,7 Prozent. Die Anteile streuen auch innerhalb der Versorgungsbereiche stark, weswegen in der Tabelle 7

auf Zwischensummen verzichtet wird. Sehr hohe Anteile (>= 80 Prozent) von eingesetzten Mediziner*innen, Psycholog*innen, (Sozial-) Pädagog*innen etc. finden sich in den Beratungsstellen der AF 12, 16 und 17, im ‚Ambulant betreuten Wohnen‘ (AF 13) und in der ambulanten ‚Arbeitstherapie/Integrationsfachdienst‘ (AF 15).

Tabelle 7: Anteile des Personals in den Qualifikationsstufen am gesamten Fachpersonal in VZÄ 2025

Versorgungs-Bereich	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	N	Qualifikationsstufen des Fachpersonals Anteil in % am gesamten Fachpersonal (in VZÄ)			
				a)	b)	c)	d)
Ambulant: Beratung	Psychosoziale Kontakt-/Beratungsstellen	12	7	92,4	1,8	5,8	0,0
	Beratungsstellen Sucht	16	9	98,2	0,0	1,8	0,0
	Beratungsstellen KJP, z.B. Jugendpsych. Dienst, ambulante Hilfen (SGB VIII)	17	1	93,1	0,0	0,0	6,9
	Beratungsstellen Gerontopsychiatrie (Demenzsprechstunden, amb. geriatrisch-psychiatrische Pflege)	18	1	66,7	0,0	33,3	0,0
Sonst. Ambulant	Ambulant betreutes Wohnen/qual. Assistenz, Eingliederungshilfe (SGB IX)	13	15	81,1	16,8	1,3	0,7
	Ambulante psych. Pflege (SGB V+XI)	14	2	0,0	100,0	0,0	0,0
	Arbeitstherapie, Integrationsfachdienst (SchwBG), and. spezielle Hilfen zur Arbeit/Ausbildung	15	3	88,9	7,0	4,1	0,0

Versorgungs-Bereich	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	N	Qualifikationsstufen des Fachpersonals Anteil in % am gesamten Fachpersonal (in VZÄ)			
				a)	b)	c)	d)
	Werkstatt für seelisch beh. Menschen (SGB IX)	24	6	13,9	1,7	84,4	0,0
	Tagesstätte KJP	27	1	47,4	47,8	0,0	4,8
Stationär	Wohnheim Eingliederungshilfe (SGB IX)	33	5	18,6	54,5	25,0	1,8
	Wohnheim Sucht	36	2	66,2	20,3	0,0	13,5
	Wohnheim KJP (SGB VIII)	37	1	73,7	0,0	0,0	26,3

In der ‚Ambulanten psychiatrischen Pflege‘ (AF 14), den ‚Tagesstätten KJP‘ (AF 27) und den ‚Wohnheimen der Eingliederungshilfe‘ (AF 33) macht der Anteil von Krankenpfleger*innen, Ergotherapeut*innen, Heilerziehungspfleger*innen etc. den prozentual größten Anteil am Fachpersonal aus.

Klient*innenbezogene Informationen⁴: Stichprobe 2025

In die aktuelle Erhebung für das Jahr 2025 konnten Daten von insgesamt 4.522 Klient*innen (ohne SpDi für Erw. und KJ) einbezogen werden. Dies waren deutlich weniger Daten als 2024 (N=5.821; ohne SpDi für Erw. und KJ). Grundsätzlich gilt,

dass individuelle Klient*innenmerkmale in bestimmten Versorgungsbereichen/Angebotsformen entweder nicht erhoben werden können, gar nicht vorliegen oder nicht ohne weiteres aus den Statistiken der Träger exportiert werden können. Daher kann hier eine Vollerhebung nicht das Ziel sein. Erstrebenswert wäre allerdings eine Verbreiterung der Informationen für bestimmte Angebotsformen, so dass für diese dann annähernd repräsentative Aussagen möglich sind.

Alle sich anschließenden Zahlen und Analysen zu den Klient*innenstrukturen beziehen sich ausdrücklich nur auf die für die Angebote erfassten Klient*innen.

Tabelle 8: Anzahl der erfassten Klient*innen und der im Verbund vorhandenen Angebote 2025

Versorgungs-Bereich	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	Anzahl Angebote 2025	Anzahl erfasste Klient*innen 2025
Ambulant	Ambulant betreutes Wohnen/qual. Assistenz, Eingliederungshilfe (SGB IX)	13	17	1.643
	Beratungsstellen Sucht	16	8	1.625
	Sonst. ambulante Leistungen (Selbsthilfegruppe, amb, nachgehende Hilfen, ...)	19	1	2
	Summe	26	3.270	

4 Erhoben mit Datenbogen 2.

Teilstationär	Teilstationäre Eingliederungshilfe, Tagesstätte (SGB IX)	23	12	433
	Werkstatt für seelisch beh. Menschen (SGB IX)	24	6	160
	Teilstationäre med. Reha (SGB IX)	25	1	35
	Teilstationäre KJP, Sonderkindergarten (SGB VIII+V)	27	1	19
	Summe	20	647	
Stationär	Wohnheim Eingliederungshilfe (SGB IX)	33	6	191
	Stationäre Eingliederungshilfe oder stationäre psych. Pflege (SGB IX+XI)	34	1	138
	Wohnheim Sucht	36	3	192
	Wohnheim KJP (SGB VIII)	37	1	84
	Summe	9	605	
SpDi	SpDi Erwachsene	50	11	5
	SpDi Kinder/Jugendl.	51	1	-
	Gesamtsumme	57	4.522	

Regionale Versorgungsstrukturen, Geschlechter- und Altersverteilungen der Klient*innen

In der Erhebung 2024 wurde erstmals die Kommune des Wohnortes⁶ der Klient*innen erhoben.⁷ Perspektivisch können mit diesen Informationen im Zusammenhang mit den Standorten der einzelnen Angebote Analysen zu kommunalen Versorgungsstrukturen durchgeführt werden. An dieser Stelle wird in einer zusammenfassenden Perspektive dargestellt, mit welchen Anteilen die (erfassten) Verbundangebote die Einwohner a) der Stadt Hannover, b) der Umlandkommunen und c) des übrigen Herkunftsgebietes (Niedersachsen, Bundesgebiet) versorgen.⁸

60 Prozent der Klient*innen der Verbundangebote kamen 2025 aus der Stadt Hannover, 35 Prozent aus den Umlandkommunen und 4 Prozent aus dem übrigen Bundesgebiet (überwiegend aus Niedersachsen/an die Region angrenzenden Landkreisen). 1 Prozent der Klientel war 2025 wohnungslos. Bei ähnlich großer Bevölkerungszahl von Stadt Hannover und den Umlandkommunen ergibt sich die größere Häufigkeit für die Stadt Hannover durch eine Konzentration der Angebote im Gebiet der Stadt Hannover.

5 Siehe Fußnote 3.

6 Bei stationärer Behandlung fällt darunter der eigentliche Wohnort.

7 Es wurde die Postleitzahl des Wohnortes der Klient*innen erfasst. Im Umland der Region Hannover lassen sich diese bruchlos den Städten/Gemeinden zuordnen. Für die Stadt Hannover umfassen die Postleitzahlbezirke Einheiten, die etwas kleiner geschnitten sind als die Stadtbezirke.

8 Für 4.320 Klient*innen lagen valide Informationen zur Postleitzahl bzw. zur Wohnungslosigkeit vor.

Tabelle 9: Geschlechterverteilung der erfassten Klient*innen 2025

Versorgungs-Bereich	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	Geschlecht Anteil in %		
			männlich	weiblich	divers
Ambulant	Ambulant betreutes Wohnen/qual. Assis- tenz, Eingliederungshilfe (SGB IX)	13	44,3	55,0	0,7
	Beratungsstellen Sucht	16	68,7	30,9	0,4
Teilstationär	Teilstationäre Eingliederungshilfe, Tages- stätte (SGB IX)	23	48,8	49,3	1,9
	Werkstatt für seelisch beh. Menschen (SGB IX)	24	65,6	34,4	
	Teilstationäre med. Reha (SGB IX)	25	32,4	67,6	
	Teilstationäre KJP, Sonderkindergarten (SGB VIII+V)	27	89,5	10,5	
Stationär	Wohnheim Eingliederungshilfe (SGB IX)	33	50,3	48,7	1,0
	Stationäre Eingliederungshilfe oder statio- näre psych. Pflege (SGB IX+XI)	34	61,6	38,4	
	Wohnheim Sucht	36	82,3	17,7	
	Wohnheim KJP (SGB VIII)	37	27,4	72,6	
SpDi9	SpDi Erwachsene	50	48,8	47,0	4,3
	SpDi Kinder/Jugendl.	51	37,5	61,9	0,6

In den meisten Angebotsformen sind Männer als Klient*innen in der Mehrzahl oder es gibt ein ungefähr ausgeglichenes Geschlechterverhältnis. Ausnahmen bestehen in der ‚Teilstationären med. Reha‘ (AF 25) und den Angeboten der KJP (Wohn-
heime AF 37 und SpDi für Kinder/Jugendliche AF

51), in denen Frauen bzw. Mädchen deutlich über-
repräsentiert sind. Auf die ‚Teilstationäre KJP‘ trifft dies nicht zu, hier könnte aber eine Verzerrung durch nur ein Angebot (‚Sozialpädagogische Ta-
gesgruppe‘) und eine geringe Fallzahl (n=35) vor-
liegen.

Tabelle 10: Altersverteilung der erfassten Klient*innen 2024

Versorgungs-Bereich	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	Altersgruppen in %				
			<18 J.	18-<25 J.	25-<45 J.	45-<65 J.	65+ J.
Ambulant	Ambulant betreutes Wohnen/ qual. Assistenz, Eingliederungs- hilfe (SGB IX)	13	-	4,2	39,2	47,6	9,0
	Beratungsstellen Sucht	16	0,6	14,1	36,3	34,4	4,7

9 Die Daten stammen aus dem Fachverfahren des SpDi..Siehe dazu den nachfolgenden Beitrag „Der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover – Berichtsjahr 2025“. Unter „divers“ fällt hier auch die Geschlechtsidentität intersexuell.

Teilstationär	Teilstationäre Eingliederungs- hilfe, Tagesstätte (SGB IX)	23	-	6,0	37,0	49,4	7,6
	Werkstatt für seelisch beh. Menschen (SGB IX)	24	-	6,3	39,0	50,9	3,8
	Teilstationäre med. Reha (SGB IX)	25	-	11,8	50,0	32,4	5,9
	Teilstationäre KJP, Sonderkin- dergarten (SGB VIII+V)	27	100,0	-	-	-	-
Stationär	Wohnheim Eingliederungshilfe (SGB IX)	33	-	8,4	47,6	39,3	4,7
	Stationäre Eingliederungshilfe oder stationäre psych. Pflege (SGB IX+XI)	34	-	-	3,6	44,9	51,4
	Wohnheim Sucht	36	-	2,6	43,2	50,0	4,2
	Wohnheim KJP (SGB VIII)	37	35,7	64,3	-	-	-
SpDi	Erwachsene	50	46,1	31,8	22,1		
	Kinder/Jugendliche	51	83,9	15,6	0,5	-	-

Die Altersverteilungen liefern erwartbare Ergeb-
nisse für die Angebotsformen, die Schwerpunkte
liegen meist in der Altersgruppe 25 bis unter 45
Jahre oder 45 bis unter 65 Jahre. Bei den Pflege-
leistungen (AF 34) liegt der Altersschwerpunkt
bei über 65 Jahren.

Gesundheitsmerkmale der Klient*innen

Die psychiatrische Hauptdiagnose ist das Leitmerk-
mal der gesundheitlichen Situation der Klient*in-
nen. Die Einzeldiagnosen wurden in vier Kategorien

zusammengefasst, die die Erkrankung im Hinblick
auf das Risiko langwieriger Behandlungen und
von Langzeithospitalisationen in vier Schweregraden
(1-4) abstufen. In die Analyse der Diagnosen wur-
den nur die Klient*innen ab 18 Jahre einbezogen da
der Erhebungsbogen (DB 2) für Kinder/Jugendliche
die gesundheitliche Situation abweichend erfasst.
Weiterhin liegen nicht für alle erwachsenen Kli-
ent*innen eine Hauptdiagnose vor, so dass für die
Analyse 4.127 Personen verbleiben.

Tabelle 11: Psychiatrische Hauptdiagnosen der erfassten Klient*innen in vier Schweregraden (1-4) 2025

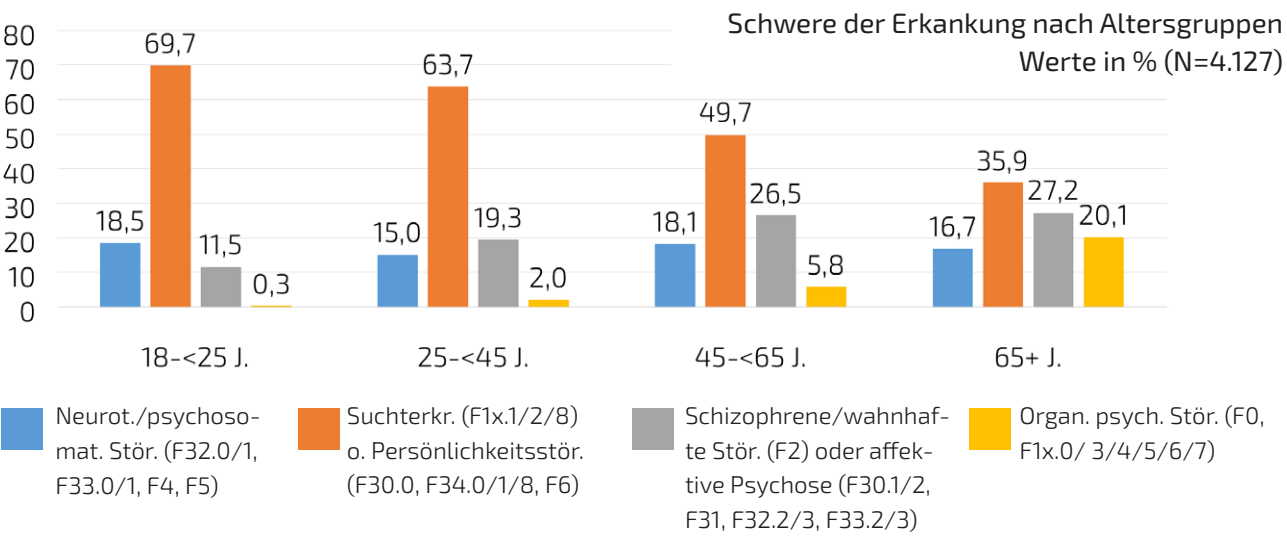
Versorgungs-Bereich	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	Schwere der Erkrankung (psych. Hauptdiagnose) in %			
			Neurot./psy- cho-somat. Stör. (F32.0/1, F33.0/1, F4, F5)	Suchterkr. (F1x.1/2/8)o. Persönlichkeits- stör. (F30.0, F34.0/1/8,F6)	Schizophrene/ wahnhafte Stör. (F2) oder affektive Psychose (F30.1/2, F31, F32.2/3, F33.2/3)	Organ. psych. Stör. (F0, F1x.0 /3 /4 /5 /6 /7)
Ambulant	Ambulant betreutes Wohnen/qual. Assis- tenz, Eingliederungshilfe (SGB IX)	13	35,1	30,6	28,9	5,5
	Beratungsstellen Sucht	16	0,1	99,7	0,1	-

Versorgungs-Bereich	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	Schwere der Erkrankung (psych. Hauptdiagnose) in %			
			Neurot./psycho-somat. Stör. (F32.0/1, F33.0/1, F4, F5)	Suchterkr. (F1x.1/2/8) o. Persönlichkeitsstör. (F30.0, F34.0/1/8, F6)	Schizophrene/wahnhafte Stör. (F2) oder affektive Psychose (F30.1/2, F31, F32.2/3, F33.2/3)	Organ. psych. Stör. (F0, F1x.0 /3 /4 /5 /6 /7)
Teilstationär	Teilstationäre Eingliederungshilfe, Tagesstätte (SGB IX)	23	13,8	33,7	50,6	2,0
	Werkstatt für seelisch beh. Menschen (SGB IX)	24	22,6	24,1	46,0	7,3
	Teilstationäre med. Reha (SGB IX)	25	58,8	8,8	26,5	5,9
Stationär	Wohnheim Eingliederungshilfe (SGB IX)	33	10,9	23,0	65,5	0,6
	Stationäre Eingliederungshilfe oder stationäre psych. Pflege (SGB IX+XI)	34	0,0	9,4	29,0	61,6
	Wohnheim Sucht	36	0,0	68,9	24,2	6,8
	Wohnheim KJP (SGB VIII)	37	75,5	15,1	9,4	0,0
SpDi	SpDi Erwachsene	50	-			
	SpDi Kinder/Jugendl.	51	-			

Die Einrichtungen des ‚Ambulant betreuten Wohnens‘ (AF 13) haben mit einem breiten Spektrum von leichten bis hin zu schwereren psychischen Erkrankungen zu tun. In den teilstationären und stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe (AF 23 und AF 33) dominieren die schwereren Störungen, wie Schizophrenie/wahnhafte Störungen, bipolare

affektive Störungen und schwere depressive Episoden/Störungen. In Verbindung mit höherem Alter treten vermehrt organisch-psychiatrische Störungen (z.B. Demenz, Folgen von Suchterkrankung) hinzu (AF 34). Den Zusammenhang zwischen der Schwere der Erkrankung (psych. Hauptdiagnose) und dem Alter zeigt das folgende Diagramm:

Diagramm 1: Psychiatrische Hauptdiagnosen (in vier Schweregraden) der erfassten Klient*innen nach Altersgruppen 2025



Während Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen eine dominante Rolle bei den jungen Erwachsenen haben, nimmt deren Bedeutung mit zunehmendem Alter ab; sie sind aber über alle Altersgruppen die häufigsten Diagnosen. Schizophrene/wahnhafte Störungen und affektive Psychosen nehmen bis zur Altersgruppe 45-<65 Jahre zu und bleiben im Alter auf konstant hohem Niveau. Neurotische/psychosomatische Störungen liegen in allen Altersgruppen auf einem ähnlichen Niveau.

Soziale Situation der Klient*innen

Ein wichtiges Merkmal für die soziale Integration der Klient*innen ist die Wohnsituation. Die Wohnsituation wurde in vier Kategorien zusammengefasst, die den Grad an sozialer Integration und das Angewiesensein auf Unterstützung/Hilfen beim Wohnen in vier Graden (1-4) abstufen. Da die Wohnsituation während der Betreuung erhoben wird, entfallen Klient*innen mit stationären Hilfen i.d.R. auf die Kategorie 3 ‚Wohnen in besonderen Wohnformen‘. Auch hier wurde die Analyse auf das Klientel ab 18 Jahre mit Angaben zur Wohnsituation beschränkt (N=4.393).

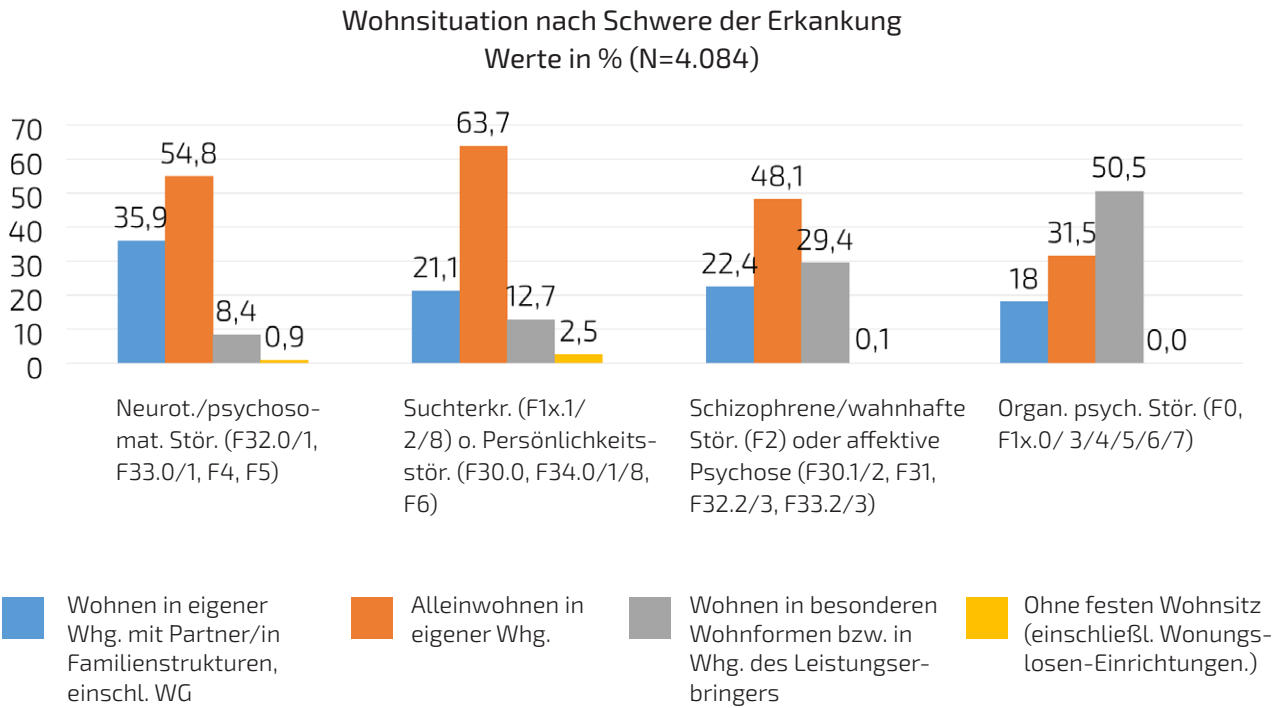
Tabelle 12: Wohnsituation der erfassten Klient*innen in vier Stufen 2025

Versorgungs-Bereich	Kurzbezeichnung der Angebotsform	AF Nr.	Wohnsituation in			
			Wohnen in eigener Whg. mit Partner/ in Familienstrukturen, einschl. WG	Alleinwohnen in eigener Whg.	Wohnen in besonderen Wohnformen bzw. in Whg. des Leistungserbringers	Ohne festen Wohnsitz (einschließl. Wohnungslosen-Einr.)
Ambulant	Ambulant betreutes Wohnen/qual. Assistenz, Eingliederungshilfe (SGB IX)	13	32,4	64,6	2,6	0,4
	Beratungsstellen Sucht	16	24,5	66,4	5,5	3,5
Teilstationär	Teilstationäre Eingliederungshilfe, Tagesstätte (SGB IX)	23	27,4	62,2	9,7	0,7
	Werkstatt für seelisch beh. Menschen (SGB IX)	24	46,7	42,0	10,7	0,7
	Teilstationäre med. Reha (SGB IX)	25	23,5	76,5	-	-
Stationär	Wohnheim Eingliederungshilfe (SGB IX)	33	-	-	100,0	-
	Stationäre Eingliederungshilfe oder stationäre psych. Pflege (SGB IX+XI)	34	-	-	100,0	-
	Wohnheim Sucht	36	1,6	1,1	97,4	-
	Wohnheim KJP (SGB VIII)	37	2,6	-	97,4	-
SpDi	SpDi Erwachsene	50	-			
	SpDi Kinder/Jugendl.	51	-			

In den meisten Versorgungsbereichen ist das Alleinwohnen die häufigste Form. Nur ein kleinerer Anteil der Klient*innen hat ein Wohnumfeld mit Unterstützung durch Partner*in, Familie oder Mitbewohner*innen. Klient*innen in den ambulanten Versorgungsbereichen AF 13 und AF 16 sowie in

den teilstationären Einrichtungen der AF 23 und AF 24 sind öfter von Wohnungslosigkeit betroffen. Die Wohnsituation hängt mit der Schwere der Erkrankung zusammen, wie das folgende Diagramm zeigt:

Diagramm 2: Wohnsituation (in vier Stufen) der erfassten Klient*innen nach Psychiatrischen Hauptdiagnosen (in vier Schweregraden) 2025



Mit der Schwere der Erkrankung nimmt das unterstützende private Wohnumfeld ab und die stationäre Unterbringung zu.

Der Sozialpsychiatrische Dienst der Region Hannover - Berichtsjahr 2025

von Martin Buitkamp (Stabsstelle Sozialplanung der Region Hannover) und Lukas Kirsch (Fachdienstleiter Sozialpsychiatrischer Dienst)

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) der Region Hannover erbringt für psychisch kranke

und ihnen nahestehende Personen ein breites Spektrum an Hilfen, wie beispielsweise Informations- und Beratungsgespräche, Kriseninterventionen, therapeutische Gruppen oder Überweisungen und Weitervermittlungen an andere soziale/medizinische Institutionen.

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

Anzahl der betreuten Personen 1

Abbildung 1: Anzahl der vom SpDi betreuten Personen nach Geschlecht 2008-2025

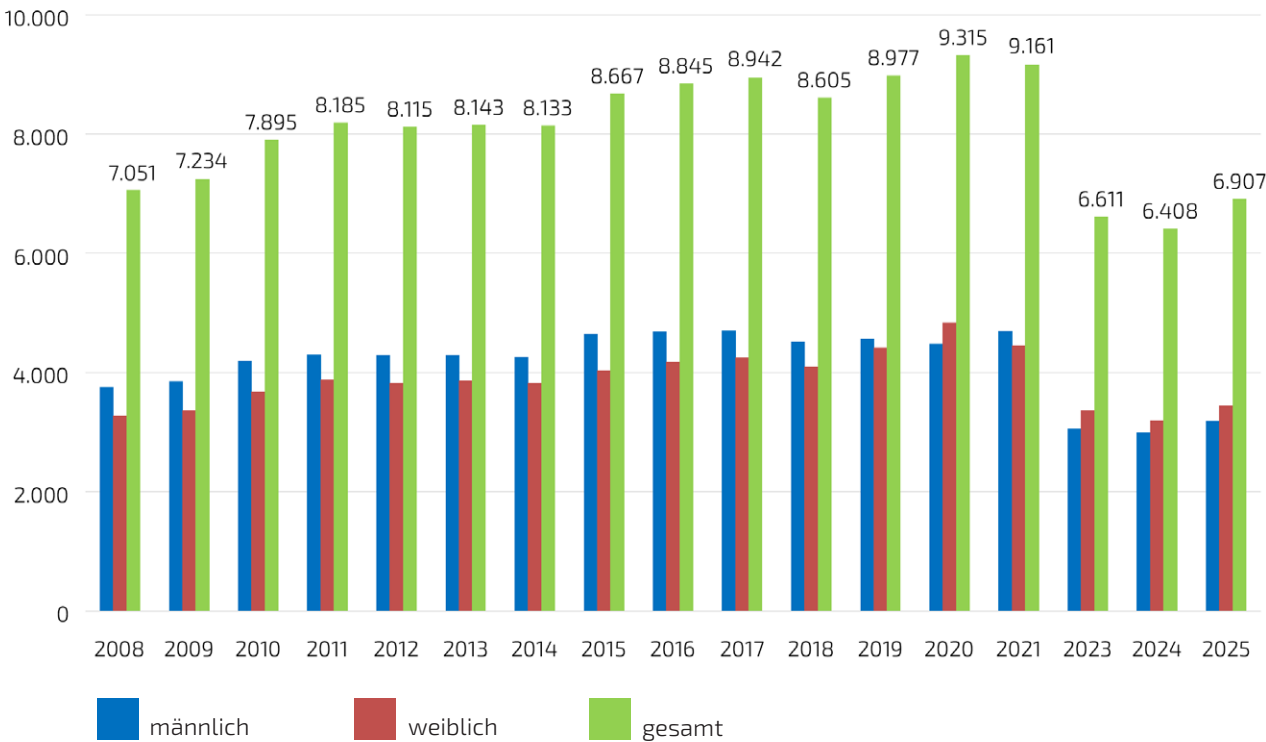


Abbildung 1 zeigt, dass vom SpDi der Region Hannover im Jahr 2025 insgesamt 6.907 Personen betreut worden sind und damit ca. 500 Personen mehr als im Vorjahr. 6.272 Personen wurden darunter von den elf Beratungsstellen des SpDi für Erwachsene (Erw.) und 635 von der

Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche (KJ) betreut. Ob dies nach dem Rückgang der Zahlen nach 2021, wegen des Wegfalls der Ermittlung des Eingliederungshilfebedarfs bei Menschen mit seelischer Behinderung, eine wieder ansteigende Tendenz repräsentiert, muss abgewartet werden.

1 Aufgrund einer Umstellung des Fachverfahrens von BADO-K auf Aeskulab liegen für das Jahr 2022 weitgehend keine verlässlichen Zahlen vor.

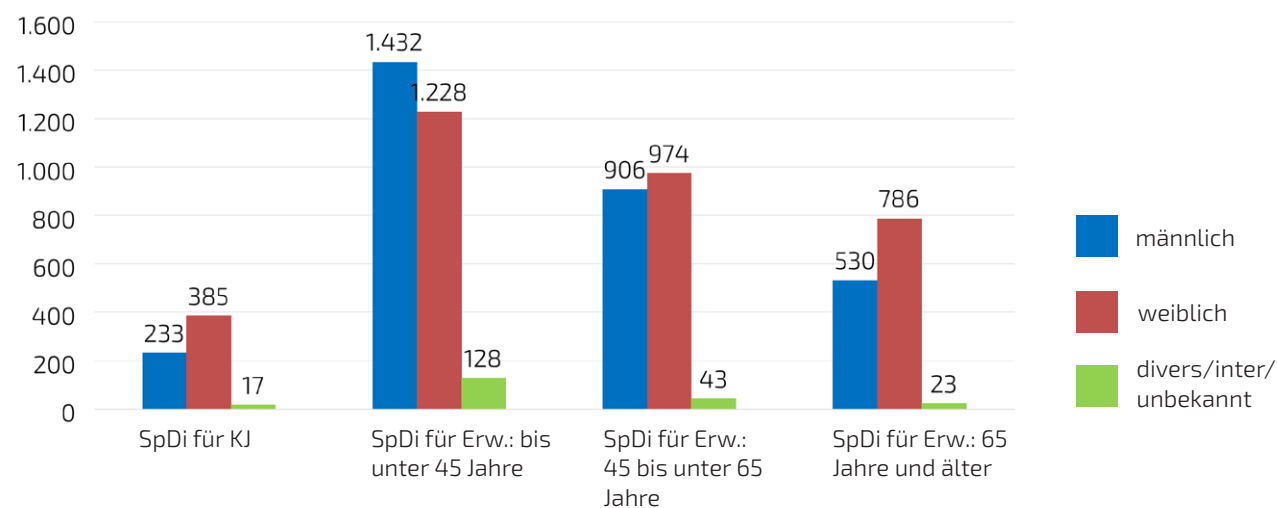
Von den insgesamt betreuten Personen hatten 6.012 im Jahr 2025 auch mindestens einen persönlichen Kontakt (dazu zählen auch Online- oder Telefonkontakte) mit einem Mitarbeitenden einer Beratungsstelle – im Schnitt hatten die Erwachsenen 4 Kontakte und die Kinder und Jugendlichen mehr als 5 Kontakte in dem Jahr.

Die Anzahl der betreuten Frauen (3.441) liegt seit 2023 das dritte Jahr in Folge über dem der Männer (3.175), bis 2021 war dieses Verhältnis langfristig (mit einer Ausnahme 2020) umgekehrt. Bei 255

Personen war das Geschlecht unbekannt bzw. die Angabe fehlte, insgesamt 19 Personen gaben eine diverse oder intergeschlechtliche Identität an. Das Geschlechterverhältnis der betreuten Personen im SpDi für Erw. bildet mit 49,0 zu 51,0 Prozent (m/w) nahezu das Verhältnis in der Gesamtbevölkerung ab (49,4 zu 50,6 % m/w). Insofern gibt es diesbezüglich keine Selektion in der Inanspruchnahme des SpDi bei den Erwachsenen, anders als im SpDi für KJ, in dem die Mädchen einen Anteil von 62 Prozent ausmachen.

Altersgruppen der betreuten Personen

Abbildung 2: Altersgruppen der vom SpDi betreuten Personen 2025



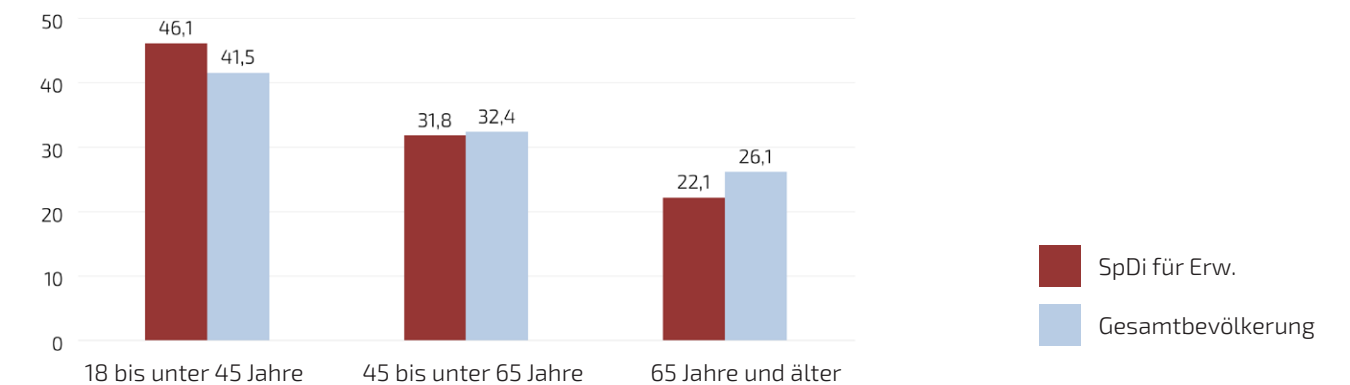
Für die Auswertung nach der Altersstruktur konnten 222 Personen des SpDi für Erw. nicht einbezogen werden, weil keine Angaben zum Alter vorlagen oder die Altersangabe unplausibel war. Die Altersverteilung der Klientel (**siehe Abbildung 2**) des SpDi für Erw. hat einen klaren Schwerpunkt in der Altersgruppe bis unter 45 Jahre. Nur in diesem Alter überwiegt die Gruppe der Männer die der Frauen, ansonsten sind es jeweils mehr Frauen. Dies trifft auch auf den SpDi für KJ ² zu, da sich

Mädchen mit psychischen Problemen in der Regel eher professionelle Hilfe suchen als Jungen. Die ausgeprägte Differenz bei den Senior*innen kann mit der höheren Lebenserwartung der Frauen begründet werden.

Der Vergleich der Altersstruktur des SpDi für Erw. mit der der Gesamtbevölkerung ab 18 Jahre (am Ort der Hauptwohnung³) ergibt, dass die Klientel des SpDi für Erw. jünger als die Gesamtbevölkerung ist:

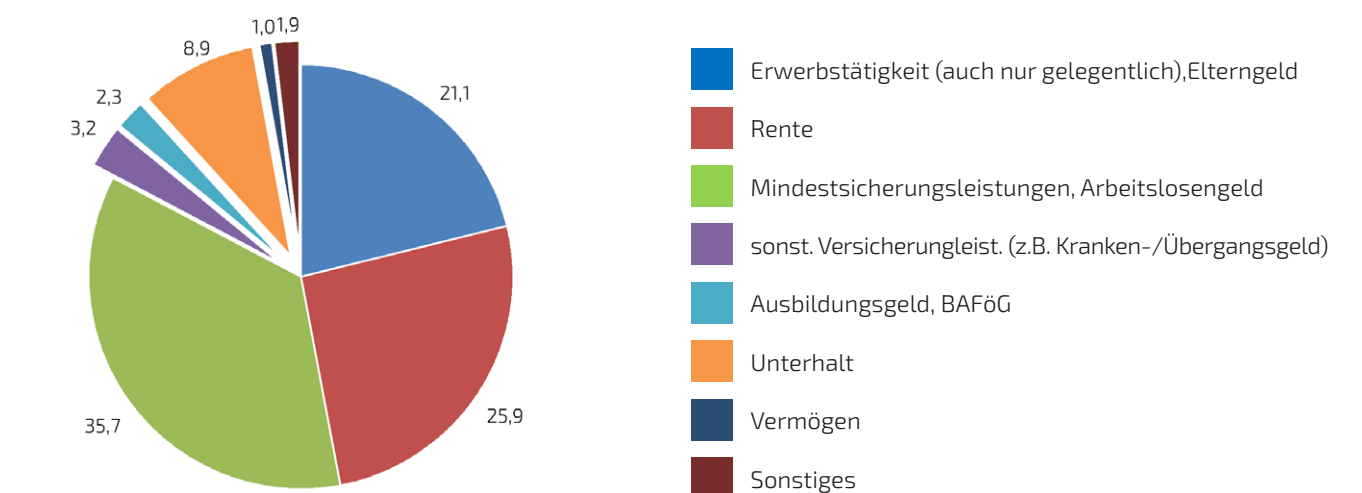
² Das Alter der vom SpDi für KJ betreuten Personen reichte 2025 bis bis 30 Jahre, in Einzelfällen auch darüber.

Abbildung 3: Vergleich Altersstruktur SpDi für Erw. mit der Gesamtbevölkerung ab 18 Jahre 2025 in %; N=6.050, N=1.006.353



Lebensunterhalt der betreuten Personen

Abbildung 4: Lebensunterhalte der vom SpDi für Erw. betreuten Personen 2025 in %; N=4.621 (k.A./unbekannt: 1.651)



Für einen großen Teil der vom SpDi für Erw. betreuten Personen liegen auch Informationen zu sozialen Hintergründen vor. Ein aussagekräftiger Indikator ist der Lebensunterhalt (der i.d.R. zu Beginn der Betreuung erhoben wird), der Auskunft über die Einkommenslage und die Abhängigkeit von Transferleistungen gibt. Mehr als ein Drittel der Klient*innen bezieht Mindestsicherungsleistungen – darunter fallen Bürgergeld, Grundsicherung im Alter, Sozialhilfe oder Asylbewerberleistungen – oder Arbeitslosengeld. Dieser Anteil ist verglichen mit der Mindestsicherungsquote in der Bevölkerung ab 18 Jahre in der Region Hannover (9,9 %) dreieinhalbmal so hoch.

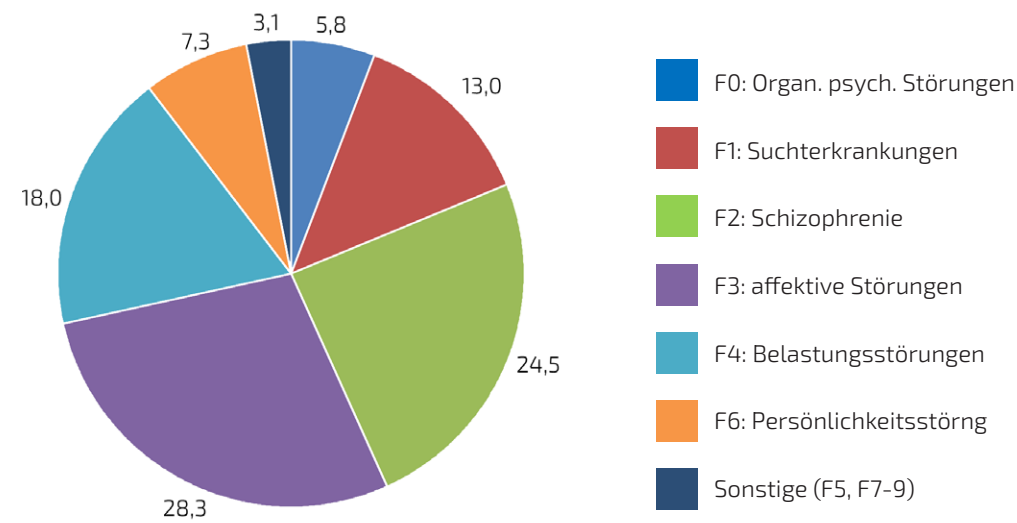
Auch der Anteil des Lebensunterhalts durch Rente liegt mit 25,9 Prozent deutlich höher als der Anteil der Altersgruppe ab 65 Jahre an der SpDi-Klientel. Entsprechend ist der Anteil von Personen, die ihren Lebensunterhalt durch Erwerbstätigkeit eigenständig sichern können, vergleichsweise niedrig.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der SpDi für Erw. einen Schwerpunkt bei der Versorgung von Menschen mit niedrigen materiellen Standards hat. Dieser Zusammenhang wird im Folgebeitrag anhand der regionalen Verteilung der SpDi-Klientel weiter analysiert.

³ Quelle: Melderegister der Statistikstelle der Region Hannover.

Psychiatrische Diagnosen

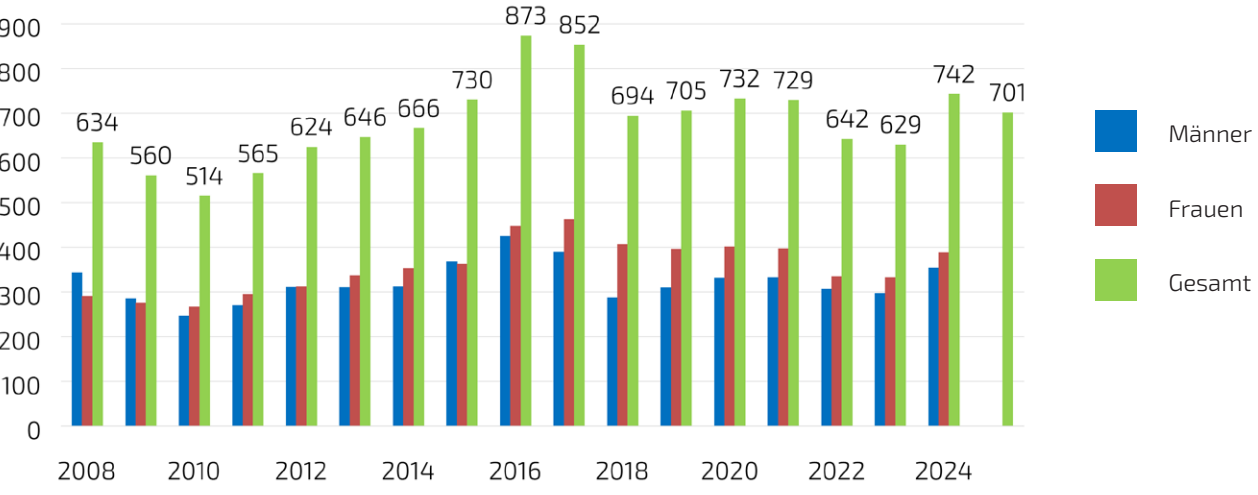
Abbildung 5: Anteil der Diagnosegruppen an allen psychiatrischen Hauptdiagnosen 2025 in %; N=3.331 Hauptdiagnosen (3.031 Personen)



Für das Jahr 2025 liegen im SpDi für Erw. 3.331 Hauptdiagnosen von 3.031 Personen vor⁴. Wie **Abbildung 5** zu entnehmen ist, betreut der SpDi wie schon in den vergangenen Jahren am häufigsten Personen, die an einer affektiven Störung (mit depressiven und/oder manischen Symptomen) oder an einer Schizophrenie erkrankt sind. Diese beiden Krankheits-/Störungsbilder machen mehr als die Hälfte aller Fälle mit vorliegender Diagnose aus.

Die Daten des letzten Jahres ergaben⁵: Mehr Frauen wurden wegen einer Depression und mehr Männer wegen einer Schizophrenie versorgt, deutliche Geschlechtsunterschiede fanden sich zudem bei Belastungs- und Persönlichkeitsstörungen (mehr Frauen) und bei Suchterkrankungen (mehr Männer). Diese Krankheits-/Störungsbilder folgen an dritter, vierter und fünfter Stelle der Häufigkeiten.

Abb. 6: Vertragsärztliche Behandlung durch den SpDi für Erw. in der Landeshauptstadt 2008-2025



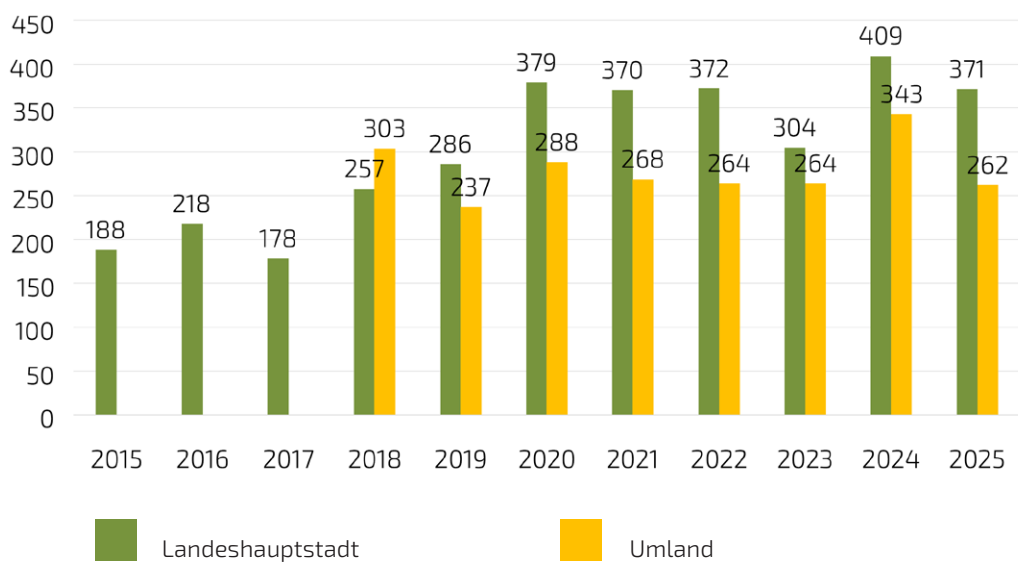
⁴ Es liegen z.T. mehrere psychiatrische Hauptdiagnosen für Personen vor.
⁵ Für 2025 konnten die Hauptdiagnosen nicht nach Geschlecht differenziert ausgewertet werden.

Die Ärzt*innen der SpDi-Beratungsstellen für Erw. auf dem Gebiet der Landeshauptstadt⁶ verfügen über eine Ermächtigung, um diejenigen psychisch (schwer-)kranken Personen, die nicht oder nicht ausreichend von den Nervenarztpraxen erreicht werden, vertragsärztlich behandeln zu können. Seit dem 1. Oktober 2017 beschränkt sich die vertragsärztliche Ermächtigung auf die Verordnung von Psychopharmaka, häuslicher psychiatrischer

Krankenpflege und Ergotherapie, wodurch der Rückgang in den Häufigkeiten ab 2018 erklärbar ist. Seitdem bewegt sich die Zahl der Behandlungen um die 700er-Marke mit leichten Einbrüchen 2022 und 2023. Leider liegen für 2025 keine geschlechterdifferenzierten Angaben vor, in den Vorjahren wurden i.d.R. mehr Frauen als Männer durch den SpDi vertragsärztlich behandelt.

Psychiatrische Notfalleinsätze⁷ – Vergleich Landeshauptstadt und Umland

Abbildung 7: Psychiatrische Notfalleinsätze des SpDi für Erw. in der Landeshauptstadt und im Umland 2015-2025

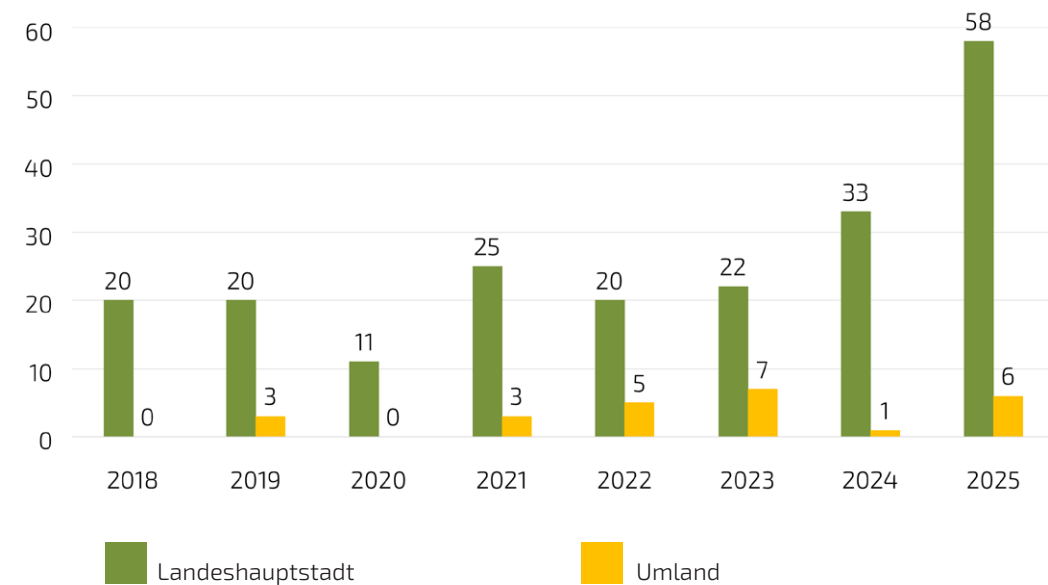


Die Notfalleinsätze des SpDi für Erw. werden für das Umland erst ab 2018 erhoben. Bei den Einsätzen rückt ein multiprofessionelles Team zwecks Abklärung akuter Eigen- und Fremdgefährdung noch am selben Tag der Benachrichtigung durch Hinweisgeber*innen an den Ort des Geschehens aus. Hier geht es um Diagnostik, ambulante Krisenintervention und ggf. Einweisung der in Not befindlichen Person ins Krankenhaus.

2025 hat die Zahl dieser Einsätze gegenüber 2024 deutlich abgenommen, liegt aber aktuell wieder auf dem Niveau der Jahre 2020 bis 2022. Seit 2019 ist die Zahl der Einsätze im Umland immer geringer als die in der Landeshauptstadt.

⁶ Für das Umland der Region Hannover hat der SpDi – trotz entsprechender Beantragungen – nie eine vertragsärztliche Ermächtigung erhalten.
⁷ Die Notfalleinsätze des SpDi werden in einer gesonderten Statistik erhoben, so dass hier auch Daten für das Jahr 2022 vorliegen.

Abb. 8: Psychiatrische Notfalleinsätze des SpDi für KJ in der Landeshauptstadt und im Umland 2018-2025



Generell erst seit 2018 erfasst die SpDi-Notfallstatistik Einsätze der Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche (siehe Abbildung 8). Notfalleinsätze des SpDi kommen bei Kindern und Jugendlichen gemeinhin relativ viel seltener als bei Erwachsenen vor, weil Krisen häufig bereits innerhalb der Familie, in der Schule oder durch das Jugendamt begegnet wird. Einsätze in den Umlandkommunen sind nach wie vor Einzelfälle, der Schwerpunkt liegt in der Landeshauptstadt. Und hier zeigt sich von 2024 auf 2025 eine starke Zunahme um rund 75 Prozent. Während das Team im Umland nur 6-mal ausrückte, musste es dies in der Landeshauptstadt 58-mal. Das muss bedenklich stimmen.

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

ihren Standort zentral in Hannover hat, weshalb sich Familien im Umland aufgrund der räumlichen Entfernung zur Beratungsstelle seltener mit ihren (akuten) Hilfeersuchen an den SpDi wenden. Als eine Maßnahme, um die Arbeit der Beratungsstellen KJP in den regionalräumlichen Netzwerken bekannt zu machen, nehmen die Mitarbeitenden der Beratungsstellen regelmäßig an den Sektor-Arbeitsgemeinschaften des SpDi teil.

Bei den Gründen der Notfalleinsätze (siehe Abbildungen 9 und 10) werden die jeweiligen Vorfälle einbezogen, so dass Personen bei Vorliegen mehrerer Gründe hier mehrfach gezählt werden. Bei 66 Personen lagen 2025 sowohl eine Selbst- als auch eine Fremdgefährdung vor, diese Zahl lag 2024 mit 78 Fällen höher. Im Bereich des SpDi für KJ (s.u.) kam dies nur bei einer Person vor (2024: bei 4 Personen).

Abb. 9: Gründe für die psychiatrischen Notfalleinsätze des SpDi für Erwachsene in der Landeshauptstadt 2025
N=404 Fälle (364 Personen)

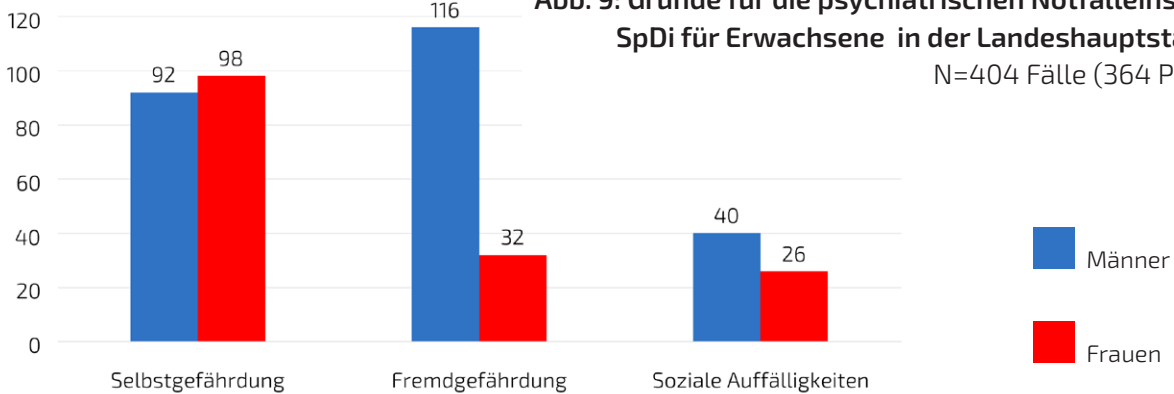
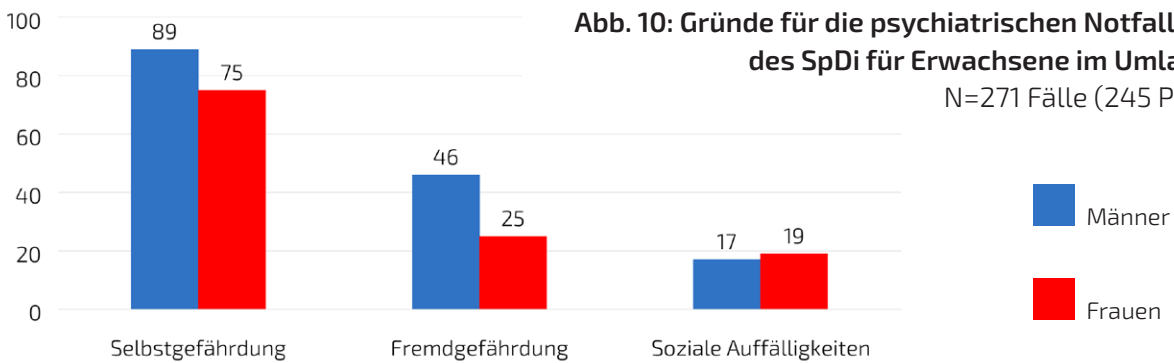


Abb. 10: Gründe für die psychiatrischen Notfalleinsätze des SpDi für Erwachsene im Umland 2025
N=271 Fälle (245 Personen)



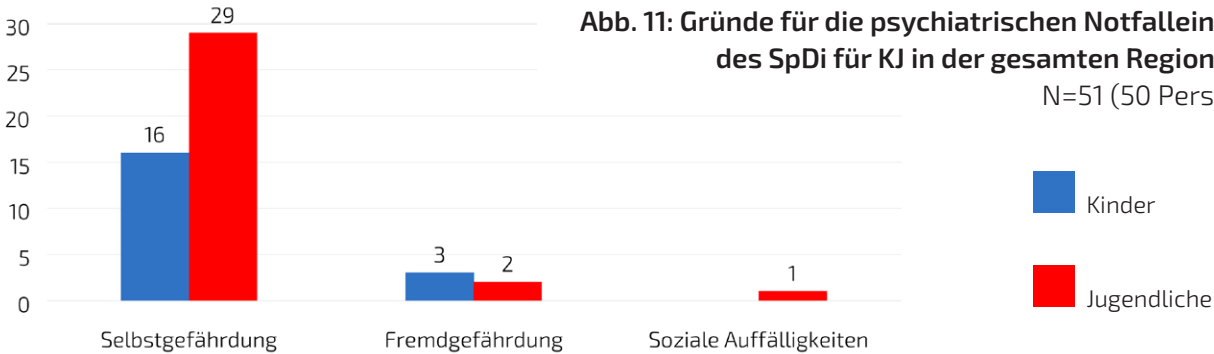
Die Abklärung akuter Selbstgefährdung ist bei Erwachsenen insgesamt (Landeshauptstadt und Umland) der häufigste Grund für die psychiatrischen Notfalleinsätze des SpDi. Gegenüber 2024 (N=417) haben diese Fälle 2025 (N=354) deutlich abgenommen. Das Geschlechterverhältnis ist vergleichsweise ausgeglichen, in der Landeshauptstadt überwiegen die Frauen etwas und im Umland die Männer bei diesem Grund.

Das Niveau bei den Fremdgefährdungen ist ungefähr gleichgeblieben, 2025 waren es 219 Fälle,

2024 226. Bei diesem Grund überwiegen durchgängig die männlichen Fälle. Und diese sind 2025 in der Landeshauptstadt deutlich von 97 (2024) auf 116 Fälle (2025) angestiegen. Soziale Auffälligkeiten als Grund sind weniger geworden, von 163 (2024) auf 102 (2025). In der Geschlechterverteilung ist kein einheitliches Muster erkennbar.

Wie in Abbildung 8 gezeigt, sind die Notfalleinsätze des SpDi für KJ stark angestiegen. Verantwortlich dafür sind die Anstiege der Fälle von Selbstgefährdung (siehe Abbildung 11).

Abb. 11: Gründe für die psychiatrischen Notfalleinsätze des SpDi für KJ in der gesamten Region 2025
N=51 (50 Personen)



Sozialpsychiatrische
Versorgungsbedarfe und
soziale Determinanten im
regionalen Zusammenhang

von Martin Buitkamp (Stabsstelle Sozialpla-
nung der Region Hannover)

Das Risiko einer psychischen Erkrankung oder Störung ist in der Bevölkerung ungleich verteilt. Menschen mit niedrigem sozialen Status haben ein höheres Risiko zu erkranken als Menschen mit höherem sozialen Status. Das Leben unter Ar-
mutsbedingungen und schlechten Teilhabechan-
cen/sozialer Ausgrenzung verursacht Stress und
psychische Belastungen. Das Risiko z.B. für De-
pressionen oder Schizophrenie ist bei Menschen
in benachteiligten Lagen deutlich erhöht. Neben
der Theorie der „sozialen Verursachung“, nach der
Armut zu psychischen Störungen/Erkrankungen
führt, wird auch die Theorie des „Sozialen Ab-
stiegs“, nach der psychische Erkrankung zu Armut
führen kann, durch z.B. Verlust des Arbeitsplatzes
oder der Wohnung, diskutiert.

Im Folgenden wird mit den Daten der Inan-
spruchnahme des SpDi dieser Zusammenhang
in regionaler Verteilung analysiert. Die Daten
der jeweiligen Wohnorte (Städte/Gemeinden)
der SpDi-Klient*innen repräsentieren in die-
sem Modell Bedarfslagen sozialpsychiatrischer
Versorgung aufgrund psychischer Belastun-
gen/Erkrankungen. Die Quoten des Bezugs
von Mindestsicherungsleistungen (Bürgergeld,
Grundsicherung im Alter, Sozialhilfe oder Asylbe-
werberleistungen)repräsentieren auf der anderen
Seite die jeweilige Armutsbetroffenheit der Be-
völkerung in den Wohnorten. Methodisch wurden
beide Daten zu vergleichbaren Quoten berechnet,
indem sie mit der entsprechenden Bevölkerungs-
zahl in Beziehung gesetzt wurden: Einerseits die

Fälle des SpDi für Erwachsene mit der jeweiligen
Bevölkerung ab 18 Jahre und die Fälle des SpDi
für KJ mit der jeweiligen Bevölkerung 0-17 Jah-
re⁸; andererseits die Fälle des Bezugs von Min-
destsicherungsleistungen bei Erwachsenen und
Kindern/Jugendlichen ebenfalls mit den entspre-
chenden Altersgruppen⁹. Abschließend wurde der
Zusammenhang der beiden Verteilungen über die
21 Städte/Gemeinden der Region Hannover ana-
lysiert.

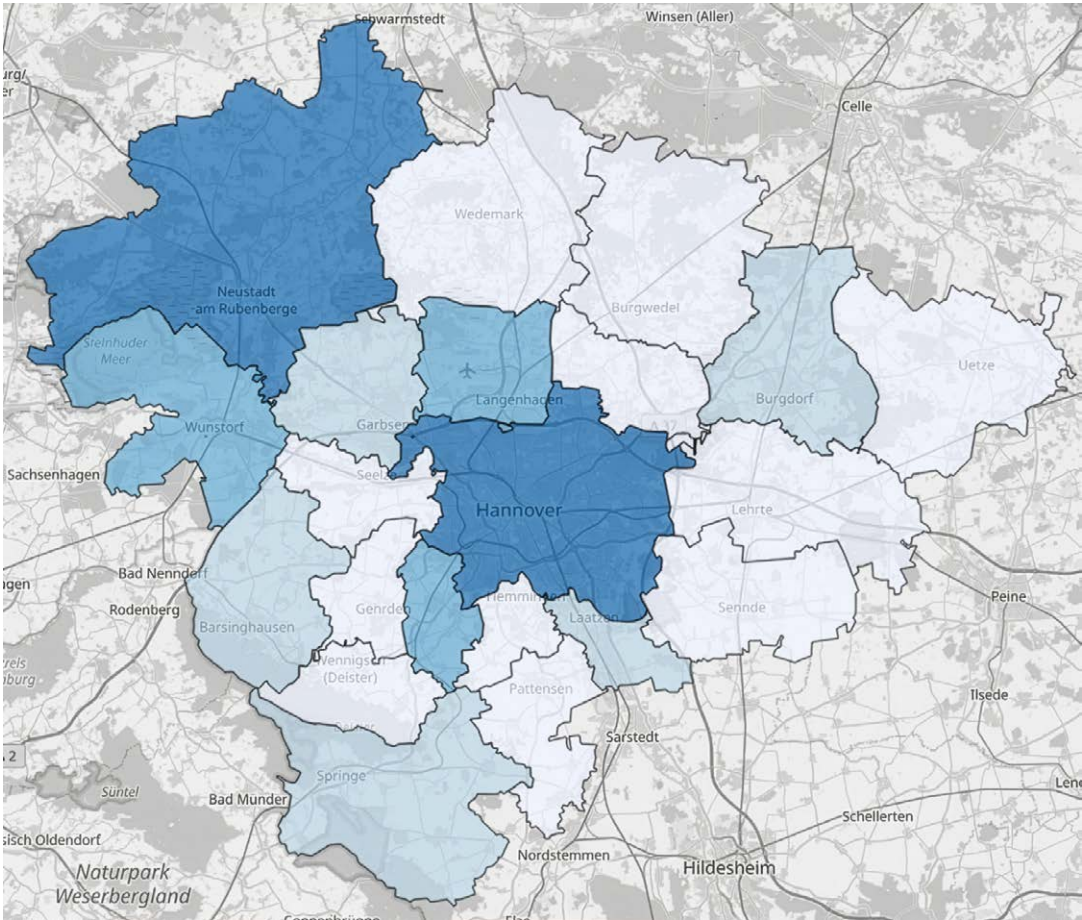
Der Ansatz unterliegt folgenden Einschränkungen:
Die Inanspruchnahmedaten des SpDi reprä-
sentieren nur einen bestimmten Ausschnitt des
gesamten Versorgungsgeschehens. Grundsätz-
lich bilden sie nur die Bedarfslagen ab, die im
Versorgungssystem auch „ankommen“ und dem-
entsprechend registriert werden. Als kommunaler
Basisdienst ist der SpDi auch gerade für Personen
zuständig, die im sonstigen (Fach-)Ärztessys-
tem keine adäquate Hilfe finden. Insofern korre-
spondiert die Inanspruchnahme des SpDi immer
mit der jeweiligen Quantität und Qualität des
sonstigen sozialpsychiatrischen Versorgungs-
angebotes in den Städten und Gemeinden. Und
letzteres lässt sich auch auf die Beratungsstel-
len des SpDi selbst übertragen, die regional un-
terschiedlich gut die Menschen mit psychischen
Problemen in ihren Zuständigkeitssektoren mit
ihrem Angebot erreichen. Eine weitere methodi-
sche Einschränkung liegt in der Größe der Unter-
suchungseinheiten (Städte/Gemeinden), die von
ihrer Bevölkerungsgröße zudem sehr heterogen
sind (Wennigsen mit 14.610 Einw. und die Landes-
hauptstadt mit 558.767 Einw.).

Trotzdem kann auch ein entsprechend einge-
schränkter Ansatz interessante Hypothesen z.B.
zum Einfluss der Versorgungsstrukturen erbrin-
gen.

⁸ Wegen der geringen Fallzahlen im SpDi wurde eine Quote auf 10.000 Einwohner berechnet.
⁹ Die Quote des Bezugs von Mindestsicherungsleistungen wurde auf 100 Einwohner berechnet.

SpDi für Erwachsene

Abbildung 1: Anteil der Klient*innen des SpDi für Erwachsene (Wohnort) an der
Bevölkerung (31.12.2025):



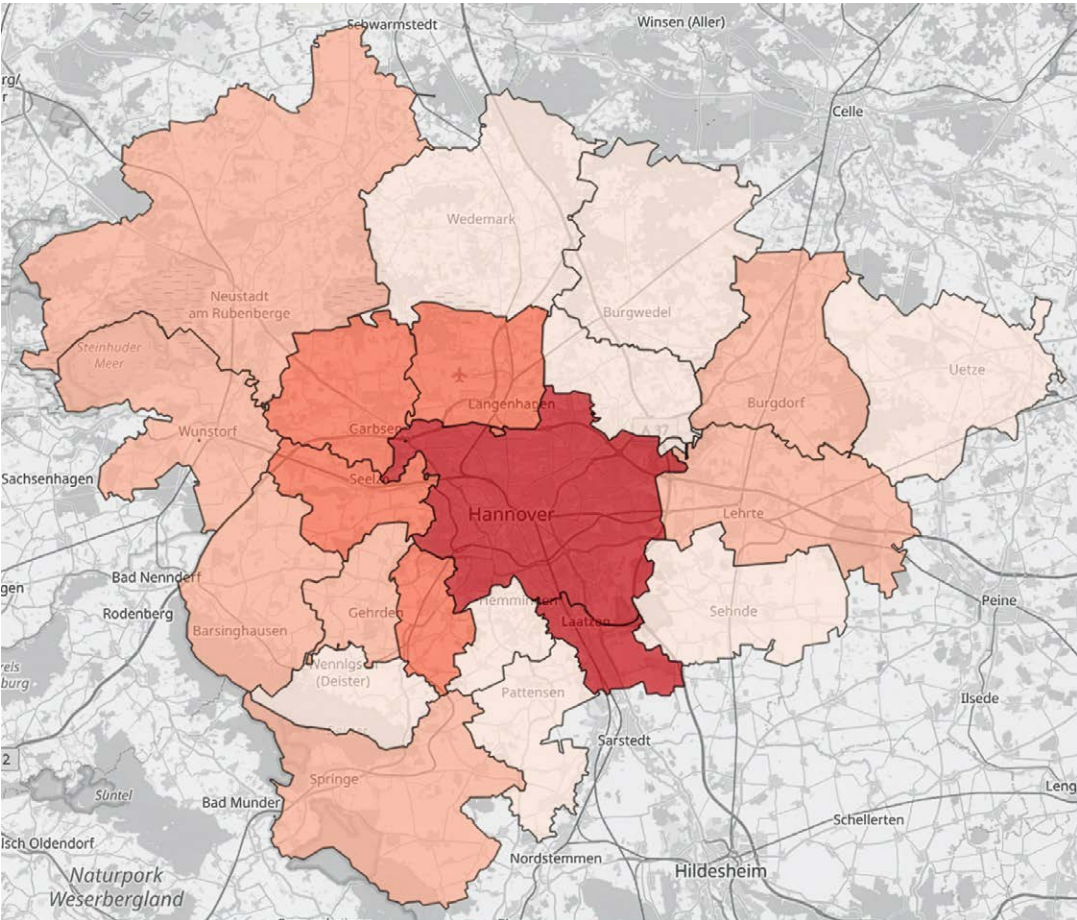
Anteil der Klient*innen des SpDi für Erwachsene an der Bevölkerung
18+ Jahre (je 10.000 Einw., Wohnort)

Klassen:	Wertebereich:	Anzahl Städte/Gemeinden:
	29,5 - <45,4	11
	45,4 - <58,6	5
	58,6 - <72,4	3
	72,4 - <114,2	2

Relativ hohe Quoten finden sich in der Landes-
hauptstadt (72,4), aber v.a. in Neustadt am Rü-
benberge (114,2). Mit sozialen Faktoren lässt sich
dieser hohe Wert nicht erklären, da die Mindest-
sicherungsquote in der Stadt mit 6,7 Prozent (s.
folgende Karte) unterdurchschnittlich ist. Eine

Erklärung der hohen Inanspruchnahme des SpDi
durch die Bevölkerung von Neustadt könnte in
dem besonderen Versorgungsmodell vor Ort mit
dem ersten Gemeindepsychiatrischen Zentrum
GPZ in der Region Hannover sein.

Abbildung 2: Anteil Erwachsene mit Mindestsicherungsleistungen an der Bevölkerung ab 18 Jahre (31.12.2025):



Anteil Personen 18+ Jahre mit Bezug von Mindestsicherungsleistungen an der Bevölkerung 18+ Jahre (in %)

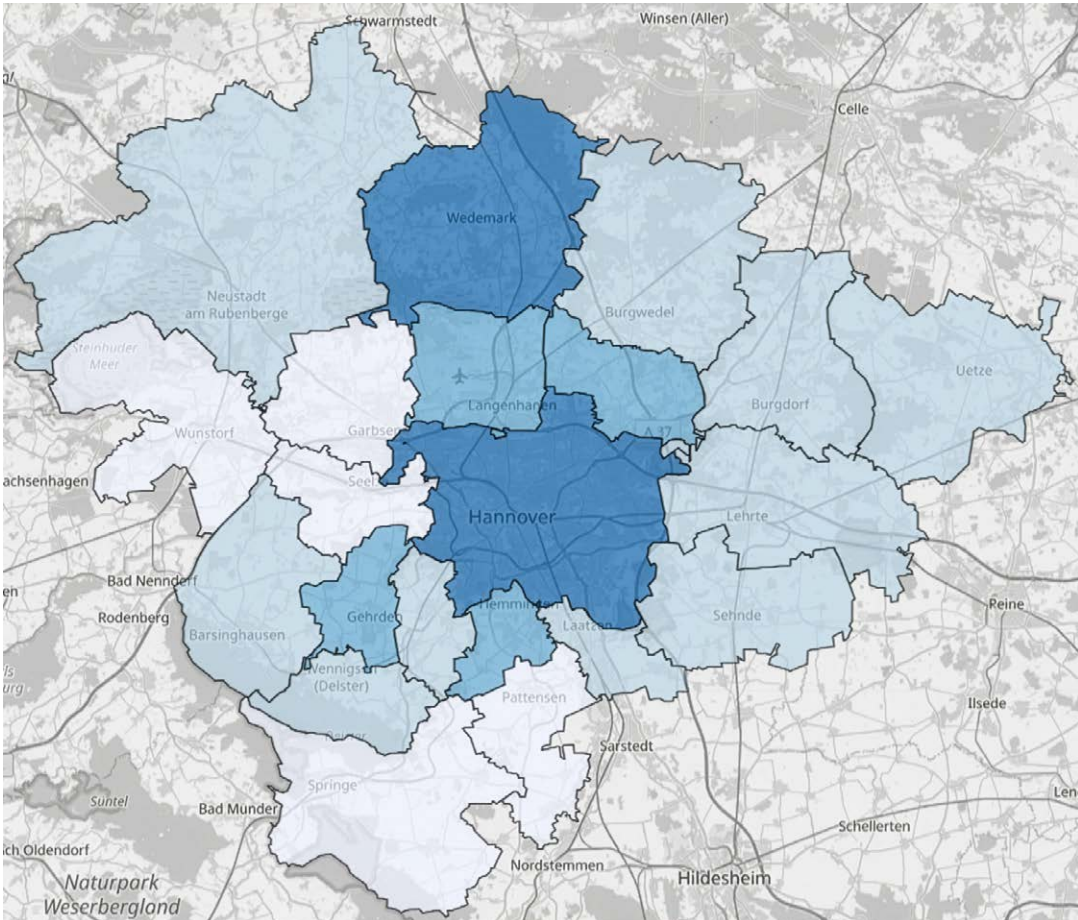
Klassen:	Wertebereich:	Anzahl Städte/Gemeinden:
	4,1 - <5,9	8
	5,9 - <8,7	7
	8,7 - <10,7	4
	10,7 - <12,7	2

Die Verteilung der Mindestsicherungsquote in der Region Hannover zeigt eine Überlagerung eines Zentrum-Peripherie-Gefälles mit einem West-Ost-Gefälle. Die höchsten Quoten weisen die Landeshauptstadt (12,7 %) und Laatzen (10,7 %) auf, in der zweiten Gruppe folgen

die verdichteten Städte im direkten Verbund mit Hannover (Langenhagen, Garbsen, Seelze und Ronnenberg. Sehr niedrige Quoten zeichnen z.B. Wedemark (4,1 %) oder Burgwedel (4,5 %) aus.

SpDi für Kinder/Jugendliche

Abbildung 3: Anteil Klient*innen des SpDi für Kinder/Jugendliche (Wohnort) an der Bevölkerung 0-17 Jahre (31.12.2025):



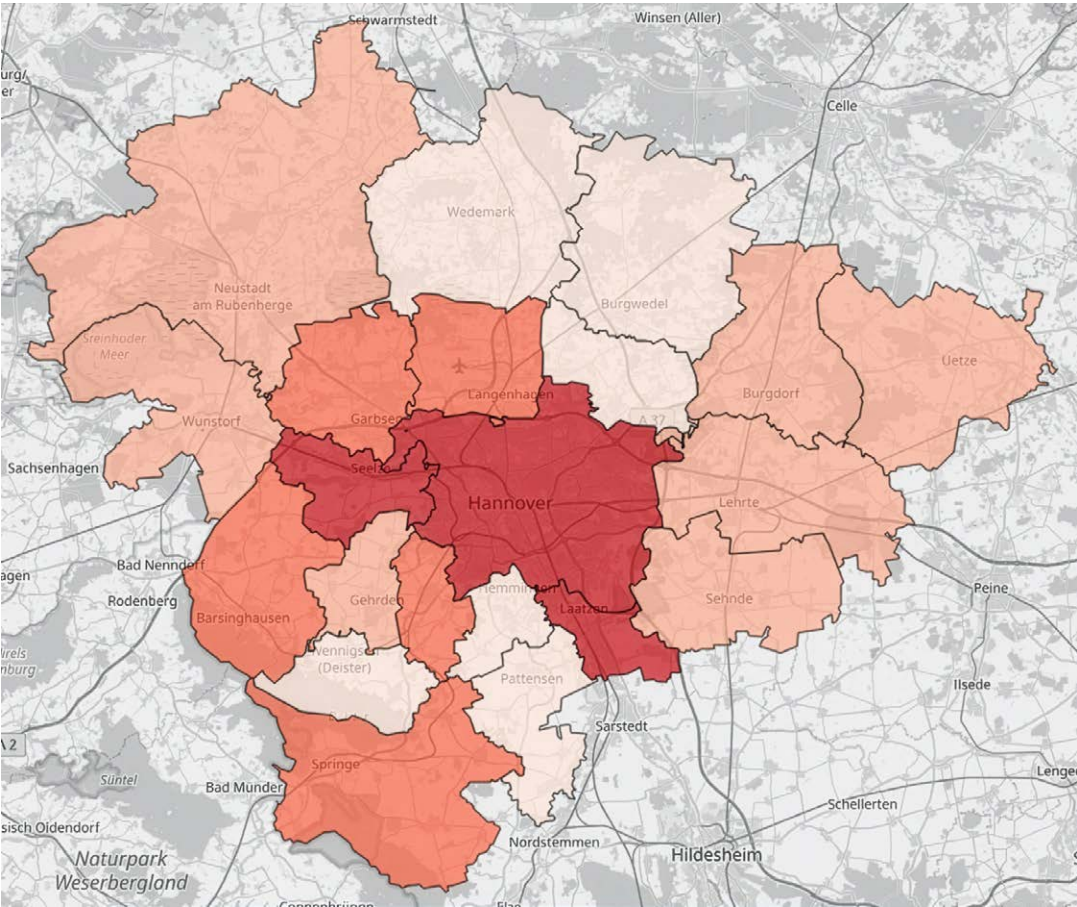
Anteil der Klient*innen des SpDi für Erwachsene an der Bevölkerung 18+ Jahre (je 10.000 Einw., Wohnort)

Klassen:	Wertebereich:	Anzahl Städte/Gemeinden:
	11,2 - 19,9	5
	19,9 - <27,3	10
	27,3 - <38,9	4
	38,9 - <47,5	2

In der Verteilung der Dichte der Klientel des SpDi-für Kinder/Jugendliche findet sich kein vergleichbares Muster wie bei der Gruppe der Erwachsenen. Die Quote von Neustadt am Rübenberge liegt im Durchschnitt (26,6). Eine sehr niedrige Inanspruchnahme des SpDi für Kinder/

Jugendliche ergibt sich in Pattensen (11,2) und überraschenderweise auch in Garbsen (16,6), das eine überdurchschnittliche Armutsquote bei den Kindern und Jugendlichen hat (s. folgende Karte). Hohe Quoten ergeben sich in der Landeshauptstadt und vor allem in der Kommune Wedemark.

Abbildung 4: Anteil Kinder/Jugendliche mit Mindestsicherungsleistungen an der Bevölkerung 0-17 Jahre (31.12.2025):



Anteil Personen 0-17 Jahre mit Bezug von Mindestsicherungsleistungen an der Bevölkerung 0-17 Jahre (in %)

Klassen:	Wertebereich:	Anzahl Städte/Gemeinden:
	7,9 - <10,6	6
	10,6 - <16	7
	16,0 - <19,4	5
	19,4 - <22,8	3

Das Verteilungsmuster der Kinder-/Jugendlichenarmut ähnelt in seiner Grundstruktur dem der Erwachsenenarmut (s.o.). Hohe Quoten weisen die Landeshauptstadt (22,8 %) und die sich räumlich anschließenden stark verdichteten Städte Laatzen (19,4 %) und Seelze (19,4 %) sowie

Langenhagen, Garbsen und Ronnenberg auf. Vergleichsweise stärker belastet als bei den Erwachsenen sind die Kommunen Barsinghausen und Springe.

Zusammenhang zwischen der Dichte der Klientel des SpDi (Wohnort) und Mindestsicherungsquoten auf räumlicher Ebene der Städte/Gemeinden

Abbildung 5: SpDi für Erwachsene:

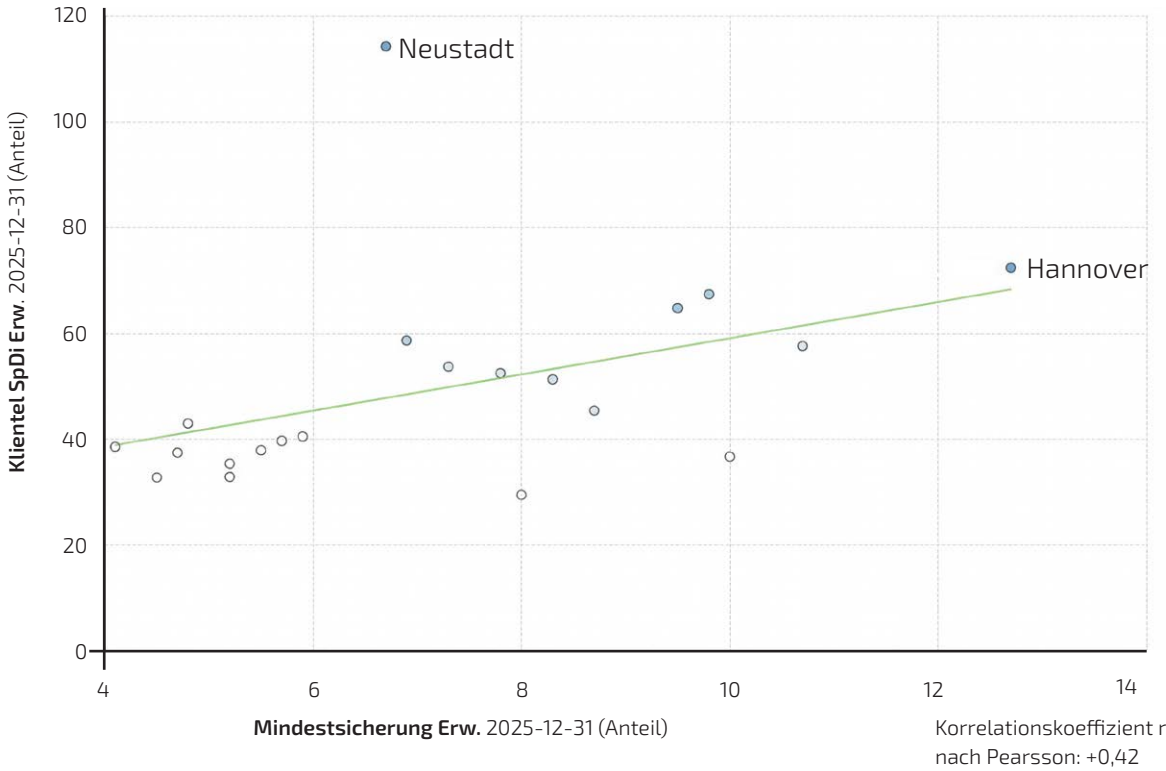
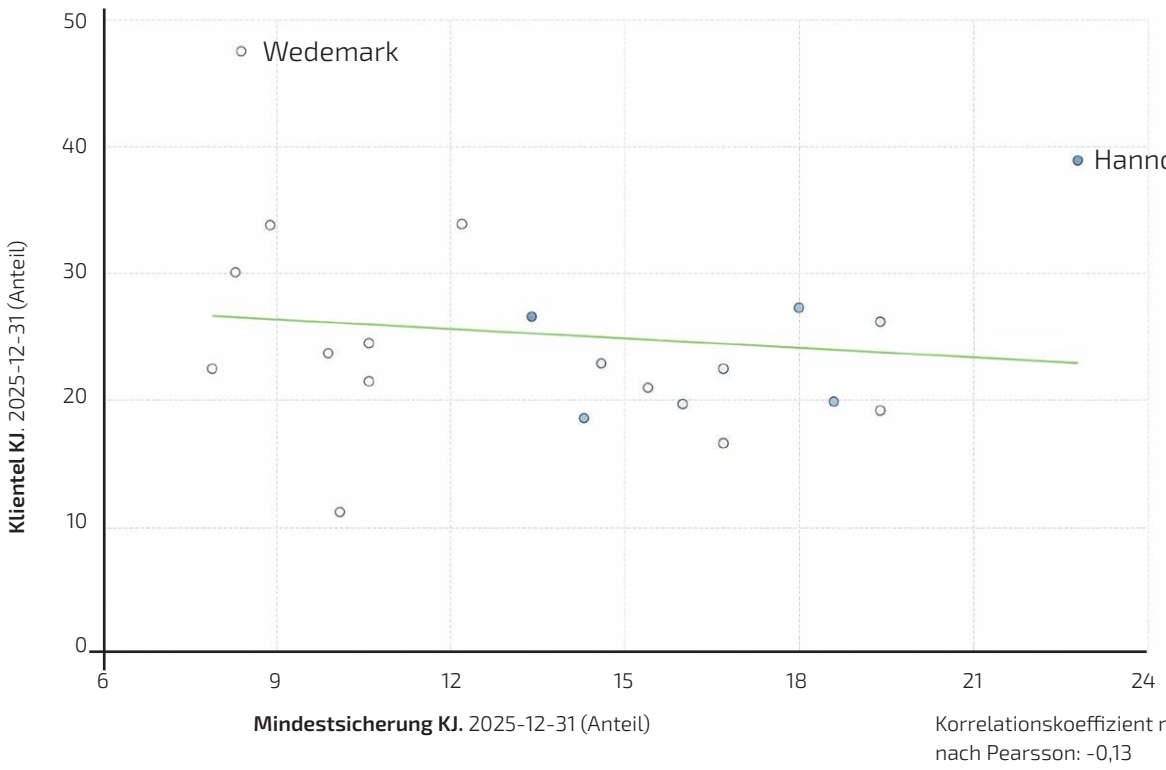


Abbildung 6: SpDi für KJ:



In den **Abbildungen 5 und 6** sind auf der x-Achse (waagrecht) die Mindestsicherungsquoten in den Städten/Gemeinden (in %) und auf der y-Achse (senkrecht) die Inanspruchnahmequoten des SpDi in der Wohnbevölkerung der Städte/Gemeinden (je 10.000 Einwohner) aufgetragen.

Im Fall des SpDi für Erwachsene ergibt sich ein positiver Zusammenhang zwischen dem Niveau des Bezugs von Mindestsicherungsleistungen und der Höhe der Inanspruchnahme des SpDi in den Städten/Gemeinden der Region. In der allgemeinen Tendenz bedeutet das, dass je höher der Anteil armer Menschen in der Stadt/Gemeinde ist, desto höher auch die Inanspruchnahme des SpDi ausfällt. Das bestätigt den Befund aus dem vorherigen Beitrag anhand der Klient*innendaten des SpDi für Erw., dass Empfänger von Transferleistungen in der Klientel stark überrepräsentiert sind. Der statistische Kennwert weist einen Zusammenhang mittlerer Stärke aus ($r=0,42$). Das bedeutet, dass es weitere Faktoren gibt, die die Inanspruchnahme des SpDi beeinflussen. In der Einleitung wurden Faktoren, die auf der Versorgungsseite liegen, genannt. Ein besonderes Beispiel, wie vermuteterweise die Angebotsstrukturen die Inanspruchnahmequote beeinflussen, liegt am Beispiel der Stadt Neustadt am Rübenberge vor: Das neue Gemeindepsychiatrische Zentrum könnte die Zugangshürden zum sozialpsychiatrischen Versorgungssystem für die Bevölkerung in Neustadt deutlich gesenkt haben. Im Gemeindepsychiatrischen Zentrum arbeitet die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle des SpDi mit der Psychiatrischen Institutsambulanz und der Psychiatrischen Tagesklinik unter einem Dach eng zusammen.

Im Fall des SpDi für Kinder/Jugendliche stellt sich das Verhältnis deutlich anders dar: Der Zusammenhang ist im Grunde nicht vorhanden mit einer leicht negativen Tendenz ($r=-0,13$). D.h. der Faktor Kinder-/Jugendlichen-Armut hat kaum einen Einfluss auf die Inanspruchnahme des SpDi für Kinder/Jugendliche, und wenn, dann mit leicht negativer Tendenz (höhere Inanspruchnahme von Kindern/Jugendlichen ohne Armutshintergrund). Ähnlich gelagert wie die Kommune Neustadt beim SpDi für Erw. zeigt sich hier die Kommune Wedemark: Eine geringe Armutsbelastung fällt mit einer hohen Inanspruchnahme des SpDi zusammen. Folgende Hypothesen können zur Erklärung beitragen:

- Einerseits könnten die Gründe für psychische Belastungen die Kinder und Jugendlichen stärker in der Breite betreffen und damit auch Kinder aus der Mittel- und Oberschicht. Das könnte beim übermäßigen Konsum von sozialen Medien oder durch Leistungsdruck in den Familien und Bildungseinrichtungen der Fall sein. Auch haben die Auswirkungen der Coronakrise die Kinder/Jugendlichen in der Breite getroffen, wenn auch stärker in benachteiligten Familien.
- Eine weitere Hypothese liegt beim Zugang der Kinder/Jugendlichen zum SpDi. Psychiatrische Störungen und Erkrankungen werden häufig in den Betreuungseinrichtungen (Kita, Schulsozialarbeit) oder durch das Jugendamt festgestellt. Von dort aus werden die Kinder/Jugendlichen im Rahmen der regionalen Netzwerke (z.B. Frühe Hilfen, sozialpädiatrisches Kita-Konzept) einer Behandlung zugeführt. Darunter befinden sich vermutlich gerade viele Kinder aus benachteiligten Familien. Dabei ist dann die Frage, inwieweit die SpDi-Beratungsstelle für Kinder/Jugendliche in diesen Prozess eingebunden ist und der Fall dort registriert wird. Für die Wedemark gibt es Hinweise auf eine gute Einbindung des SpDi in das dortige Netzwerk.

- Eine dritte Hypothese zielt auf die allgemein höheren Zugangshürden zu öffentlichen Angeboten für benachteiligte Familien. Darunter fallen auch Mobilitätshürden für Familien aus den Umlandkommunen, die bei der Lage der Beratungsstelle KJP in der Landeshauptstadt eine Rolle spielen dürften.

Eine Schlussfolgerung ist, dass die Daten der Inanspruchnahme des SpDi in der regionalen Verteilung bei den Kindern/Jugendlichen kein Anzeiger für sozialräumliche Schwerpunkte des Zusammenhangs von psychischen Belastungen/Störungen und Armut sind. Das stellt den in weiteren Untersuchungen der Region Hannover regelmäßig bestätigten positiven Zusammenhang auf der individuellen Ebene im Rahmen der Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen durch das Team Sozialpädiatrie nicht infrage. Das Ergebnis sollte Anlass geben, über die Zugangswege und eine bessere Erreichbarkeit des SpDi für benachteiligte Familien nachzudenken.

Weitere Analysen sollten sich daher mit den spezifischen regionalen Versorgungs- und Angebotsstrukturen unter Berücksichtigung der komplementären Angebote befassen. Die sozialräumlichen Analysen und Zusammenhänge sollten in stärker kleinräumlichen Betrachtungen (z.B. auf Ebene von Stadt-/Ortsteilen) vertieft und mit den Angebotsstrukturen räumlich verknüpft werden. Im Projekt HAVEN werden aktuell psychiatrische Versorgungs- und Bedarfslagen von Kindern und Jugendlichen in der Region Hannover analysiert (**s. S.108/109**)

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

von Nina Minnich
(Teamleitung Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien)

Die Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien ist eine altersspezifische Abteilung des Fachdienstes Sozialpsychiatrischer Dienst der Region Hannover (SpDi KJP). Sie ist als solche für die Beratung des beschriebenen Personenkreises sowie für Kriseninterventionen in der gesamten Region Hannover zuständig.

Aktuelle Versorgungslage und ihre Auswirkungen auf die Beratungsstellentätigkeit

Blickt man zurück auf die letzten 5 Jahre ist festzustellen, dass eine Veränderung der Zielgruppe bzw. Menschen, die sich an den SpDi KJP wenden oder dort ankommen, zu erkennen ist. Die Begleitung der Menschen aus dem Umland steigt an und liegt fast gleichauf mit der von jungen Menschen aus dem Stadtgebiet Hannover. Insgesamt versorgte die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle 643 Personen mit 4042 erbrachten Leistungen. Zu erwähnen ist, dass sich auch die Anzahl der Kriseninterventionen gesteigert hat.

Die Versorgungssituation im ambulanten psychiatrischen Hilfesystem für Kinder und Jugendliche hat sich im Berichtszeitraum weiter zugespitzt. Wartezeiten auf Erstgespräche bei niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen haben sich erneut verlängert, während gleichzeitig psychische Belastungen bei Kindern und Jugendlichen sowie deren Familien zunehmen. Diese Schere zwischen Bedarf und verfügbarem Angebot ist in der täglichen Beratungsarbeit deutlich spürbar.

Eine unmittelbare Folge dieser Unterversorgung ist das vermehrte Auftreten von Krisen. Familien, die über einen langen Zeitraum keinen Zugang zu notwendigen Hilfen finden, erreichen Beratungsangebote häufig erst dann, wenn aus einer handhabbaren Belastungssituation eine akute Krise geworden ist. Die Beratungsstelle nimmt in diesen Situationen eine wichtige Brückenfunktion wahr – kann strukturelle Versorgungslücken jedoch nicht ersetzen.

Zunehmend belastet zeigen sich dabei die Eltern. Viele von ihnen befinden sich in einem Überforderungsmodus, der nicht auf fehlende Fürsorge zurückzuführen ist, sondern auf das monatelange Kompensieren fehlender professioneller Unterstützung. Die Erschöpfung dieser Eltern ist ein direktes Abbild eines Systems, das sie zu oft allein lässt.

Jugendliche im digitalen Spannungsfeld

Neben den systemischen Herausforderungen zeigt sich in der Beratungsarbeit mit Jugendlichen eine wachsende Dynamik, die eng mit der Nutzung sozialer Medien verknüpft ist. Plattformen, wie TikTok oder Instagram, sind für viele Jugendliche zur ersten Anlaufstelle bei psychischen Fragen geworden, noch vor Eltern, Schule oder Fachkräften.

Die Beratungspraxis steht vor einer doppelten Herausforderung: Einerseits ermöglicht das digitale Angebot Jugendlichen, Zugang zu ihrer Innenwelt zu finden und ihr Erleben sprachlich auszudrücken. Andererseits stellt sich die Frage, wie wir Jugendliche in Präsenz erreichen, die sich primär im Netz aufhalten. Die Beratungsarbeit muss diese digitalen Vorerfahrungen daher sensibel, aber kritisch reflektieren.

Die zentrale Frage lautet:
Wie und mit welchen Angeboten und Methoden können wir Jugendliche erreichen?"

Abb. 1: Übersicht der Beratungen im Jahr 2020 (nach Alter und regionaler Zuordnung)

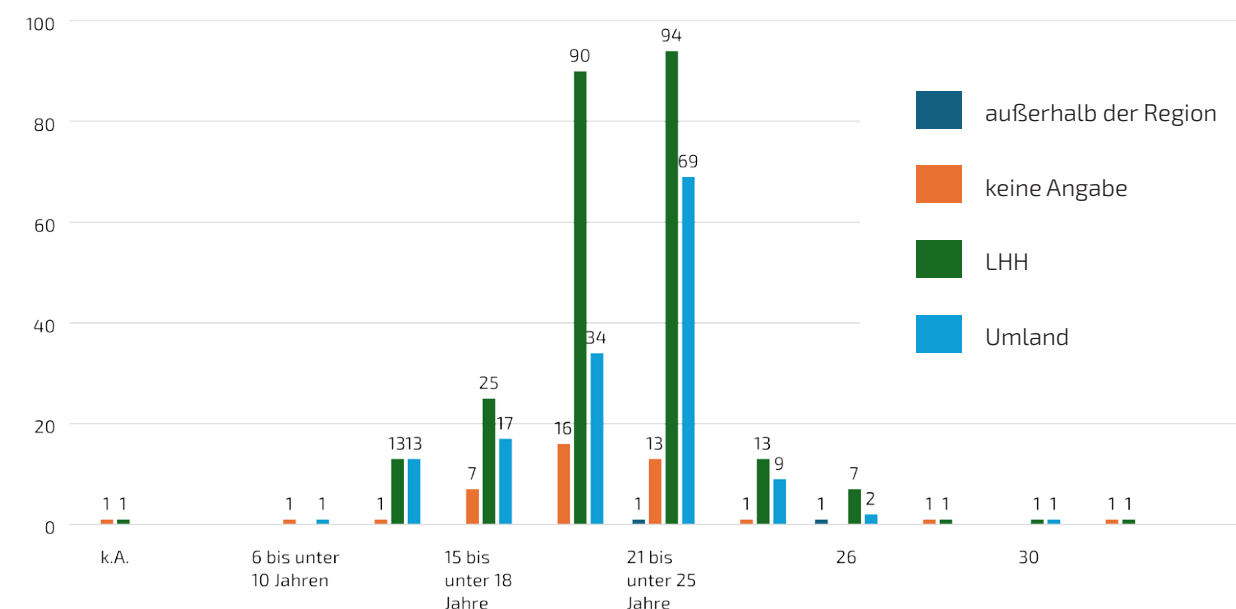
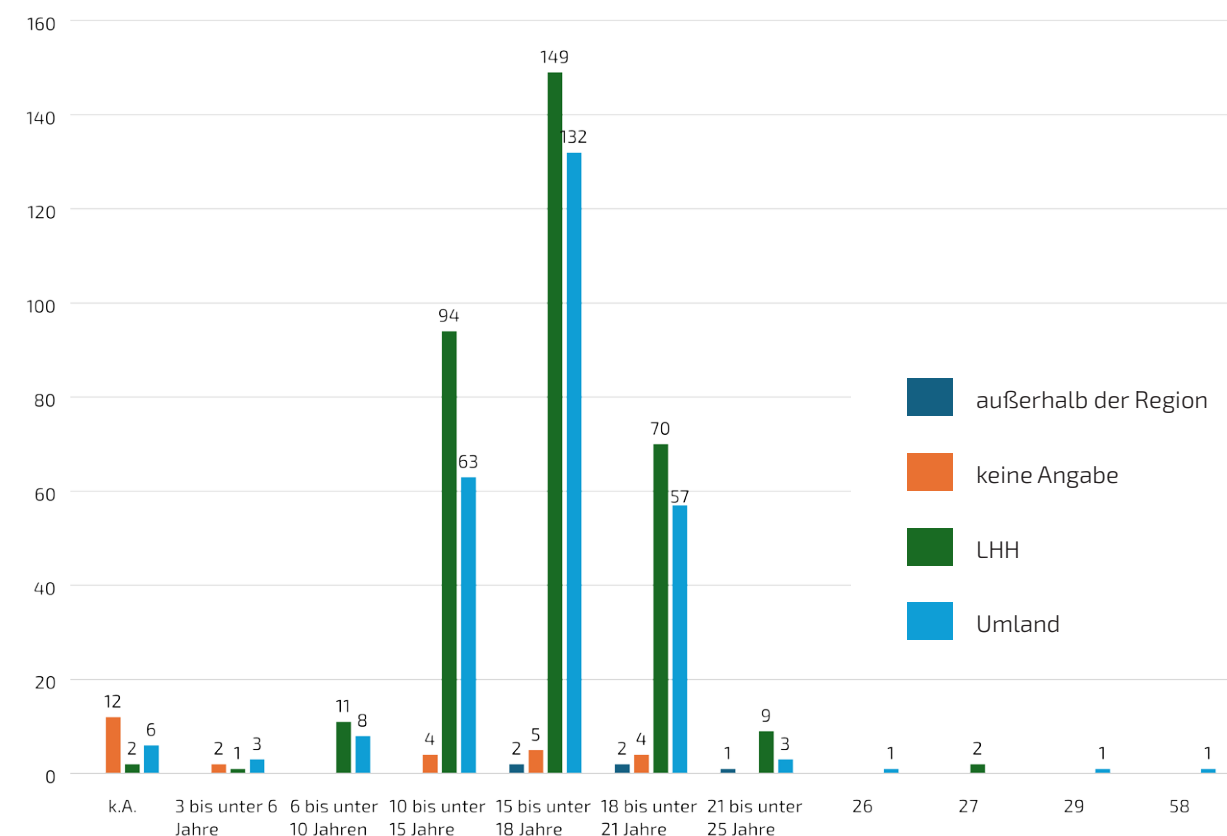


Abb. 2: Übersicht der Beratungen im Jahr 2025 (nach Alter und regionaler Zuordnung)



Rechtsextremismus als wachsende Herausforderung im schulischen Kontext

Ein weiteres Thema, das im Berichtszeitraum in der Beratungsarbeit zunehmend wahrgenommen wurde, betrifft rechtsextreme Tendenzen im schulischen Umfeld. Rechtsextreme Einstellungen, Aussagen und Symbole unter Schüler*innen erreichen die Beratungsstelle über ratsuchende Jugendliche ebenso wie über verunsicherte Eltern, Lehrkräfte und weitere Fachpersonen. Aus sozial-psychiatrischer Perspektive ist dabei bedeutsam, dass Radikalisierungsprozesse häufig Ausdruck von psychosozialer Not, Zugehörigkeitssuche oder belastenden Erfahrungen sind. Sie erfordern eine professionelle, haltgebende Reaktion – sowohl auf pädagogischer als auch auf psychosozialer Ebene.

Prävention als notwendige Antwort

Die beschriebenen Entwicklungen – die Zuspitzung der Versorgungslage, die Überforderung von Familien, die Risiken durch soziale Medien und Radikalisierungstendenzen an Schulen – machen deutlich, dass reaktive Hilfe allein nicht ausreicht. Prävention an Schulen muss als zentrales Element in der Versorgung verstanden und entsprechend gefördert werden. Frühzeitige Angebote zur Stärkung von Medienkompetenz und Resilienz sind hierbei notwendig.

Projekt „HAVEN KJP“

Das Projekt „Hannoversche Angebots- und Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit Psychischen Auffälligkeiten oder Erkrankungen“ (kurz: HAVEN KJP) hat die Aufgabe Impulse zur Verbesserung der Versorgungslage zu erarbeiten. Es ist ein Projekt des Fachbereichs Teilhabe der Region Hannover. Der SpDi KJP ist maßgeblich an der thematischen und organisatorischen Arbeit beteiligt. Das Projekt startete am 01. März 2025 und endet am 31. Dezember 2028. Im Fokus des Projektes stehen Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten bzw. psychischen Erkrankungen im Alter bis unter 18 Jahren, die in der Region Hannover leben.

Im Projekt HAVEN KJP werden gesundheitsbezogene Versorgungs- und Bedarfslagen analysiert. Die Analyse erfolgt in drei Teilprojekten: einer

Angebots-, Bedarfs- und Netzwerkanalyse. Die in den Projekten gewonnenen Erkenntnisse und Ergebnisse bilden die Grundlage für eine abgestimmte Koordination, strategische Weiterentwicklung und die Formulierung nachhaltiger Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungssituation.

Das erste Projektjahr, in welchem eine Literaturrecherche, eine Dokumentenanalyse, erste Datenerhebungen sowie der Aufbau des Netzwerkes im Fokus stand, ist beendet. **Folgende Beobachtungen können bereits festgehalten werden:**

(1) Gemeinsame Strategie zur Mentalen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Durch die Recherchen im letzten Jahr wurde deutlich, dass es zwar viele Ansätze, Daten und Erkenntnisse zur Versorgungssituation junger Menschen gibt, sie aber meist nicht systematisch miteinander verknüpft werden, sondern nebeneinander existieren. Eine fachbereichsübergreifende Strategie zur Mentalen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen für die Region Hannover liegt nicht vor.

Um eine nachhaltige Verbesserung der mentalen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu bewirken, ist ein abgestimmtes, fachbereichsübergreifendes Vorgehen aller relevanten Akteur*innen erforderlich. Daher gilt es, eine konzeptionell klar an den lokalen Bedarfen und Handlungsmöglichkeiten ausgerichtete Zielsetzung mit konkreten Umsetzungsschritten und messbaren Zielen zu erarbeiten.

(2) Ausbau von frühen Präventionsmaßnahmen zur Stärkung der mentalen Gesundheit

Die Analyse der bisherigen Angebotslandschaft zeigt, dass präventive, gesundheitsfördernde und niedrigschwellige Maßnahmen an den Übergängen (Geburt – Krippe – KiTa – Schule – weiterführende Schule – Ausbildung/Studium – Beruf) kaum vorhanden sind. Dabei sind gerade diese Übergänge komplexe Prozesse, die auf individueller, interaktioneller und kontextueller Ebene bewältigt werden müssen – mit weitreichenden Folgen für die Entwicklung.

Besonders kritisch sind normative Übergänge für sozial benachteiligte Familien, da sich hier gesundheitliche und soziale Risiken kumulieren können. Eine gelingende Übergangsbegleitung erfordert daher interdisziplinäre Zusammenarbeit, ressourcenorientierte Gesundheitsförderung (z. B. Setting-Ansatz) sowie gezielte Impulsinterventionen, um Transitionskompetenz zu stärken und Chancengleichheit zu schaffen.

(3) Barrieren bei Hilfsangeboten für Kinder und Jugendliche

Die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten wird durch verschiedene Faktoren erschwert: Individuelle Barrieren wie Scham oder fehlendes Wissen spielen dabei eine Rolle, ebenso wie strukturelle Probleme – etwa lange Wartezeiten oder schlechte Erreichbarkeit. Auch systemische Defizite, z. B. fehlende Psychiater*innen oder unklare Zuständigkeiten, verschärfen die Situation.

Besonders deutlich wird dies an:

- Wartezeiten von 0,5 bis 1,5 Jahren oder Aufnahmestopps bei Diagnostik- und Therapieangeboten,
- der Überlastung anderer Hilfesysteme, die so zu „Ausfallbürgen“ werden und die Lücken in der Versorgung nur notdürftig überbrücken,
- erschwerten Zugängen zum System – sei es durch Bürokratie, fehlende Orientierung, mangelnde Informationen oder regionale Ungleichheiten.

Um den Zugang zu psychischer Gesundheitsversorgung zu verbessern und das System zu entlasten, sollten die Möglichkeiten einer niedrigschwelligen digitalen Ansprache diskutiert werden. Gleichzeitig gilt es, Prävention und Gesundheitskompetenz durch frühzeitige Aufklärung zu stärken, um den Hilfebedarf langfristig zu senken.

(4) Stärkung der Netzwerkstrukturen

Die Versorgung psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher erfordert eine interdisziplinäre Vernetzung – etwa zwischen den Leistungsträgern nach SGB V, VIII und IX sowie kommunalen Hilfen.

Zwar bilden gesetzliche Grundlagen die Basis für eine solche Zusammenarbeit und legitimieren die Bereitstellung von Ressourcen. Doch allein die Existenz eines Netzwerks garantiert noch keine besseren Ergebnisse. Entscheidend sind vielmehr gemeinsame Ziele, Vertrauen zwischen den Akteur*innen und ausreichende Ressourcen. Oft ist dabei die Qualität der Beziehungen wichtiger als die schiere Anzahl der Beteiligten.

In der Region Hannover gibt es bereits eine Vielzahl formeller und informeller Netzwerke. Allerdings arbeiten diese häufig isoliert und ohne zentrale Bündelung oder Weitergabe von Informationen. Genau hier muss die zukünftige Entwicklung ansetzen: Es geht darum, die Hilfesysteme enger zu verzahnen, um mit den vorhandenen Ressourcen effektiver zu arbeiten – nach dem Prinzip „koooperatives ‚besser‘ statt undifferenziertes ‚mehr‘“.

Ende 2026 wird es erste zusammenfassende Erkenntnisse aus den Analysen geben. Mit diesen werden Impulse zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten oder Erkrankungen entwickelt.

Der Sozialpsychiatrische Verbund

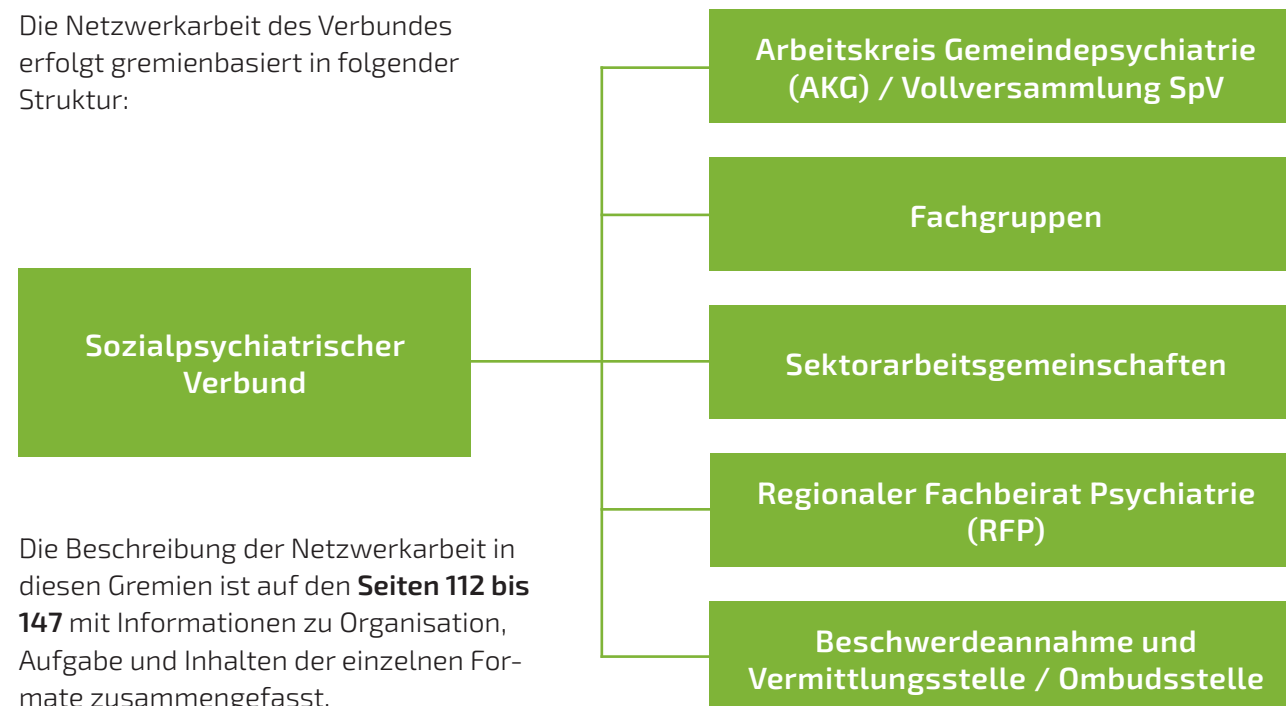


Der Sozialpsychiatrische Verbund und seine Gremien

von **Catrin Lagerbauer**
(Psychiatriekoordinatorin
der Region Hannover)

Der Sozialpsychiatrische Verbund (SpV) der Region Hannover besteht in seiner heutigen Form und Größe seit 1998. Zu dem Zeitpunkt haben sich die SpV der Landeshauptstadt und des Landkreises Hannover – bereits vor der Regionsbildung – zusammengeschlossen. Der SpV hat heute über 100 Mitgliedsorganisationen mit über 350 Angeboten.

Die Netzwerkarbeit des Verbundes erfolgt gremienbasiert in folgender Struktur:



Die Beschreibung der Netzwerkarbeit in diesen Gremien ist auf den **Seiten 112 bis 147** mit Informationen zu Organisation, Aufgabe und Inhalten der einzelnen Formate zusammengefasst.

Über die Arbeit der einzelnen Gremien wird regelmäßig in der Vollversammlung, dem AKG, berichtet. Hier werden auch Entscheidungen des Verbundes per Mitgliederabstimmung getroffen.

Der AKG hat eine Geschäftsordnung, die zuletzt im Februar 2026 aktualisiert wurde. Die stimmberechtigten Mitglieder wählen im zweijährigen Turnus den aus 3 Personen bestehenden Vorstand aus ihrer Mitte. Die letzte Wahl fand im Dezember 2025 statt.

Für die Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover hat der Sozialpsychiatrische Dienst eine Geschäftsstelle eingerichtet.

Die Geschäftsordnung des AKG und eine Liste der Angebotsformen und Einrichtungen der Mitglieder des SpV stehen auf www.hannover.de/spv als Download zur Verfügung

Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Die Kernaufgaben der Verbundarbeit in der Region Hannover sind:

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



§ 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 Der Sozialpsychiatrische 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

Bericht des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG)

Moritz Radamm
(Vorsitzender des Arbeitskreises
Gemeindepsychiatrie)

Gemeindepsychiatrie unter Druck – Verantwortung an den Grenzen der Systeme

Die Sitzungen des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG) im Jahr 2025 haben erneut verdeutlicht, wie stark sich die Rahmenbedingungen gemeindepsychiatrischer Versorgung verändern. Die diskutierten Themen reichten von Obdachlosigkeit, Migration und psychischer Gesundheit junger Menschen über Gerontopsychiatrie, Krisenversorgung und qualifizierte Assistenz bis hin zu Fragen gesetzlicher Regulierung und sektorenübergreifender Zusammenarbeit. Dabei zeigte sich eine Entwicklung, die sich bereits in den vergangenen Jahren angedeutet hatte: Die zentralen Herausforderungen liegen immer häufiger nicht mehr allein in einzelnen Krankheitsbildern oder Angebotsstrukturen, sondern an den Übergängen zwischen unterschiedlichen Hilfesystemen und Zuständigkeiten.

Belastungen an den Schnittstellen der Versorgung

Viele der im AKG behandelten Themen betrafen Situationen, in denen bestehende Systeme organisatorisch oder strukturell an ihre Grenzen geraten. Dies zeigte sich beispielsweise bei Fragen des Verbleibs psychisch erkrankter Menschen im Krankenhaus, obwohl eine akutstationäre Behandlung nicht mehr erforderlich war, geeignete Anschlussstrukturen jedoch fehlten, bei Kündigungen in besonderen Wohnformen, bei der Versorgung obdachloser psychisch erkrankter Menschen oder bei komplexen Unterstützungsbedarfen an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe, Eingliederungshilfe und medizinischer Versorgung.

Die Diskussionen machten deutlich, dass Versorgungsprobleme häufig weniger aus dem vollständigen Fehlen einzelner Angebote entstehen, sondern aus fehlender Verbindlichkeit, unklaren

Zuständigkeiten und einer zunehmenden Fragmentierung der Hilfesysteme. Gleichzeitig steigen die Anforderungen an Abstimmung und gemeinsame Fallsteuerung zwischen unterschiedlichen Akteur:innen deutlich an. Dies betrifft sowohl kommunale Strukturen als auch die Zusammenarbeit zwischen Kliniken, Sozialpsychiatrischem Dienst, Eingliederungshilfe, Suchthilfe und anderen Angeboten.

Dabei verändert sich auch die Rolle gemeindepsychiatrischer Netzwerke. Neben der klassischen Vernetzung einzelner Einrichtungen rücken koordinierende und steuernde Funktionen stärker in den Vordergrund. Fragen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit sowie der Übergänge zwischen unterschiedlichen Leistungsbereichen dürften künftig weiter an Relevanz gewinnen.

Veränderung der fachlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen

Im Verlauf des Jahres wurde zudem sichtbar, dass sich gemeindepsychiatrische Versorgung in einem Spannungsfeld zwischen Hilfeauftrag, Ressourcenknappheit und ordnungsrechtlichen bzw. sicherheitsbezogenen Anforderungen bewegt.

Besondere Bedeutung hatte hierbei die Diskussion um die Novellierung des Niedersächsischen Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (NPsychKG). Die im AKG und im Regionalen Fachbeirat Psychiatrie geführten Diskussionen betrafen unter anderem Fragen des Datenschutzes, der Datenweitergabe, der Krisenkoordination sowie die Rolle gemeindepsychiatrischer Strukturen innerhalb staatlicher Sicherheits- und Steuerungslogiken.

Die durch den Verbund erarbeitete Stellungnahme zum Gesetzentwurf machte deutlich, dass gemeindepsychiatrische Versorgung weiterhin auf vertrauensbasierte und niedrigschwellige Zugänge angewiesen bleibt. Gleichzeitig wurde darauf hingewiesen, dass neue gesetzliche Aufgaben und Koordinierungsanforderungen nur dann dauerhaft tragfähig umgesetzt werden können, wenn hierfür entsprechende personelle und strukturelle Ressourcen zur Verfügung stehen.

Strukturelle Entwicklungen und neue Ansätze

Neben den beschriebenen Belastungen wurden im AKG auch neue Entwicklungen und Modellansätze vorgestellt. Dazu gehörten unter anderem Gemeindepsychiatrische Zentren (GPZ), sektorenübergreifende Kooperationsmodelle, neue Formen qualifizierter Assistenz, niedrigschwellige Unterstützungsangebote sowie Ansätze der Krisenversorgung und Prävention.

Deutlich wurde dabei, dass zukünftige Versorgungskonzepte stärker koordinierende und verbindende Funktionen übernehmen müssen. Die Bedeutung gemeindenaher, flexibel kombinierbarer Unterstützungsformen dürfte dabei weiter zunehmen.

Gleichzeitig zeigte sich, dass innovative Ansätze allein strukturelle Engpässe nicht kompensieren können. Langfristig wird entscheidend sein, ob die bestehenden Systeme organisatorisch, personell und finanziell ausreichend stabilisiert werden können, um steigenden Anforderungen dauerhaft gerecht zu werden.

Ausblick

Die Diskussionen im Jahr 2025 haben verdeutlicht, dass sich die Gemeindepsychiatrie in einer Phase grundlegender Veränderungen befindet.

Für die kommenden Jahre wird insbesondere relevant werden, wie tragfähig die bestehenden Kooperations- und Steuerungsstrukturen unter den beschriebenen Bedingungen bleiben. Die Kernfrage wird sein, wie Verantwortung an den Grenzen der Systeme übernommen werden kann – dort, wo Zuständigkeiten enden, Hilfebedarfe komplexer werden und klassische Versorgungslogiken nicht mehr ausreichen.

Vor diesem Hintergrund erscheint auch die Schwerpunktsetzung des Sozialpsychiatrischen Plans 2026 zum Thema Gewalt und Gewaltschutz folgerichtig. Fragen des Gewaltschutzes betreffen nicht nur einzelne Einrichtungen oder Krisensituationen, sondern verweisen zunehmend auf strukturelle Anforderungen an das gesamte

Die Diskussionen zeigten darüber hinaus, dass rechtliche und politische Entwicklungen unmittelbare Auswirkungen auf die praktische Arbeit gemeindepsychiatrischer Versorgungssysteme haben.

Psychische Gesundheit im gesellschaftlichen Kontext

Die Themen des Jahres 2025 verdeutlichten außerdem, dass psychische Gesundheit im Zusammenhang gesellschaftlicher Entwicklungen betrachtet werden muss. Themen wie soziale Isolation, Wohnungslosigkeit, Schulvermeidung, Migration oder Suchterkrankungen junger Menschen beeinflussen die Diskussionen in den gemeindepsychiatrischen Strukturen. Prävention und frühzeitige Intervention gilt es einzubetten in auch nicht explizit psychiatrische kommunale Angebote. Es geht darum, psychische Belastungen zu mildern, drohende Erkrankungsentwicklungen frühzeitig zu erkennen und ihnen entgegenzuwirken sowie Folgen psychischer Erkrankung zu mildern. Psychische Erkrankungen treten häufig nicht isoliert auf, sondern stehen in engem Zusammenhang mit sozialen Belastungen, instabilen Lebenslagen oder fehlender gesellschaftlicher Teilhabe.

In diesem Zusammenhang gewinnt auch das Thema Gewalt und Gewaltschutz an Bedeutung. Fragen des Gewaltschutzes stehen häufig im Zusammenhang mit eskalierenden Belastungslagen, instabilen Hilfestrukturen oder unzureichend funktionierenden Übergängen zwischen Versorgungssystemen. Gleichzeitig steigen die Anforderungen an Einrichtungen und Dienste, sowohl Klient:innen als auch Mitarbeitende wirksam zu schützen und professionelle Handlungsfähigkeit auch in konflikthafter oder hochbelasteter Situationen sicherzustellen.

Die Diskussionen im AKG haben gezeigt, dass Fragen des Gewaltschutzes deshalb nicht isoliert betrachtet werden können. Sie stehen in engem Zusammenhang mit Personalressourcen, Qualifikation, Krisenintervention, Verlässlichkeit von Hilfestrukturen und der Fähigkeit unterschiedlicher Systeme zur Zusammenarbeit.

Versorgungssystem: auf personelle Stabilität, funktionierende Kooperationen, verlässliche Krisenstrukturen und die Fähigkeit, auch unter Belastung professionelle und sichere Rahmenbedingungen aufrechtzuerhalten.

Die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Verbundes und des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie bleibt vor diesem Hintergrund ein wichtiger Bestandteil regionaler Versorgungsentwicklung. Die kontinuierliche fachliche Vernetzung unterschiedlicher Akteur:innen wird auch zukünftig eine wesentliche Voraussetzung dafür sein, auf gesellschaftliche, fachliche und strukturelle Veränderungen angemessen reagieren zu können.

Chronologische Themenübersicht der Sitzungen 2025

6. Februar 2025

Selbsthilfe in der Region Hannover und die Arbeit der KIBIS
(Frau Nielsen)

Über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei Menschen mit Intelligenzminderung – das Konzept der SEED-Testung
(Frau Besser)

Bericht der Fachgruppe Soziale Teilhabe
(Herr Erhardt)

6. März 2025

Gerontopsychiatrische Behandlung in der Klinik und Vorstellung der Gedächtnisambulanz des KRH Wunstorf
(Herr MUDr. Zahon)

Vollstationäre Pflege psychisch beeinträchtigter Menschen – Balance zwischen Begleitung und Pflege
(Herr Ehrhardt)

Schulung Präventionsbeauftragte Vereine
(Frau Vicic, Frau Fiedler)

3. April 2025

Bericht der Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit
(Frau Günther, Frau Fleßner)

Kognitive Reserve und Demenzprävention: Neurobiologische Schutzfaktoren
(Herr Wagenhaus)

Substanz-Update – Was konsumieren junge Menschen heute?
(Frau Fiedler)

Sachstand zum Konzept Kündigungen in besonderen Wohnformen
(Frau Lagerbauer)

5. Juni 2025

Bericht der Fachgruppe Krisen- und Notfalldienst
(Herr Dr. Sueße)

Vor 40 Jahren veröffentlicht: Studie zur Durchführung der NS-Euthanasie in der preußischen Provinz Hannover
(Herr Dr. Sueße)

Verabschiedung Dr. Sueße; Übergang an Herrn Kirsch

3. Juli 2025

Bericht der Fachgruppe Arbeit und Reha
(Frau Kluwe, Frau Miotti, Herr Ballosch)

Öffentliche Diskussion zur Registrierung psychisch kranker Menschen und geplanten Änderungen des NPsychKG – Stellungnahme des Sozialpsychiatrischen Verbundes
(Frau Loer, Herr von Seckendorff, Frau Lagerbauer)

7. August 2025

Stigma psychischer Erkrankungen – aktuelle Trends und ihre Auswirkungen
(Prof. Dr. Schomerus)

Information des AKG-Vorstandes zur Stellungnahme des Verbundes an das Land (AKG-Vorstand)

Neue Rahmenbedingungen bei den Betätigungsangeboten
(Herr Mahlau)

4. September 2025

Verfahren zur Beendigung der Obdachlosigkeit in der Landeshauptstadt Hannover bis 2030
(Herr Koop)

Vorstellung des Angebots Empatia – ambulante Hilfen
(Herr Hamann, Herr Falkenberg)

2. Oktober 2025

Kostenübernahme bei vorübergehendem Verbleib im Krankenhaus nach Wegfall der Behandlungsbedürftigkeit
(Frau Peest, Herr Dr. Tettenborn)

Bericht der Fachgruppe Migration
(Frau Minasova, Frau Kromm)

Vorstellung Sozialpsychiatrischer Plan 2025
(Frau Lagerbauer)

6. November 2025

Rückblick Fachtag „Lost & Found“
(Frau Minnich, Herr Schomakers)

Bericht der Fachgruppe Sozialpsychiatrischer Plan
(Herr Köster)

Wahl des Schwerpunktthemas Sozialpsychiatrischer Plan 2026

Regionale Psychiatrieberichterstattung – erste Erkenntnisse nach der Veränderung, Ausblick
(Herr Buitkamp)

Qualifizierte Assistenz ein Jahr nach Systemumstellung – erste Auswirkungen aus Sicht der Leistungserbringenden
(Frau Theye-Hoffmann, Frau Krone)

4. Dezember 2025

Schulvermeidung – ein Prozess, kein Ereignis. Hintergründe, Erfahrungswerte und Einordnung
(Herr Thor)

Aktuelles zum Gesetzesentwurf NPsychKG – Stellungnahme des AKG
(Herr Radamm)

Aktualisierung der AKG-Geschäftsordnung

AKG-Vorstandswahlen 2025

Bericht des Regionalen Fachbeirates Psychiatrie (RFP)

von Catrin Lagerbauer

Der Regionale Fachbeirat Psychiatrie (RFP) berät die Dezernentin für Soziales, Teilhabe, Familie und Jugend „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

Vorsitzende des RFP ist die Dezernentin für Soziales, Teilhabe, Familie und Jugend. Bis Mai 2026 hatte Frau Dr. Hanke diese Position inne, mit dem Wechsel an der Spitze des Dezernates übernimmt Frau Spiegel.

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

- der Leiter des Fachdienstes Sozialpsychiatrischer Dienst, Herr Kirsch
- die Psychiatriekoordinatorin, Frau Lagerbauer, als Geschäftsführerin des RFP
- die Leiterin des Fachbereichs Teilhabe, Frau Rosenhahn

Von der Dezernentin berufene Mitglieder sind

- auf Vorschlag des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie (AKG):
- der Vorstandsvorsitzende des AKG, Herr Radamm
- als Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen, Herr von Seckendorff
- als Vertreterin der Angehörigen, Frau Kuhlmann (ab 01.07.2026 Frau Kleeblatt)
- als Vertreterin der Leistungserbringenden, Frau Theye-Hoffmann

sowie weitere Expert*innen

- als Vertreter der psychiatrischen Kliniken, Herr Dr. Tettenborn
- als Experte für die Suchthilfe, Herr Woike

Ab dem 01.07.2026 wird zudem die Expertise Kinder- und Jugendpsychiatrie vertreten sein durch:

- die Leitung der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder Jugendliche und deren Familien, Frau Minnich
- den Chefarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik Auf der Bult, Herr Dr. Neuhaus

Eine Berufungsperiode beträgt drei Jahre.

Sitzungstermine

In der Regel tagt der RFP einmal im Quartal. Bei Bedarf finden themenbedingt zusätzliche Sitzungen zum Teil auch mit externen Gästen statt.

Themen

Alle Mitglieder des RFP berichten in den Sitzungen regelmäßig die Themen, die in den jeweiligen Tätigkeitsbereichen aktuell in der Diskussion sind. Daraus ergeben sich auch die Themen, die dann im RFP im Weiteren intensiver diskutiert werden.

In 2025 haben wir uns durchgehend weiter mit dem Verlauf der Umsetzung der „Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal“ (PPP-RL) und deren Auswirkungen auf die klinische Versorgung – und damit auf die Gesamtversorgung – befasst.

Um sich dem Thema der digitalen Unterstützung für Menschen mit psychischen Krisen zu nähern, wurde die App „Alera“ im RFP vorgestellt. Die Grundidee ist es, die Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz zu überbrücken und damit eine Lücke im Versorgungssystem teilweise zu schließen. Im Anschluss folgte eine rege Diskussion über das Für und Wider, Chance und Gefahren digitaler KI-basierter Angebote.

Das Projekt HAVEN wurde vorgestellt (s. auch Bericht der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien). In dem Zusammenhang hat der RFP auch die Entscheidung über die Erweiterung der Expertise um den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie

getroffen, um die Fragestellungen der jungen Menschen dauerhaft präsent abzubilden. Zuvor waren Expert*innen bei entsprechend geplanten Sitzungsthemen zusätzlich eingeladen worden.

Zudem hat die Novellierung des NPsychKG auch den RFP in seinen Sitzungen beschäftigt. Sowohl die Debatte um den Begriff der „Dauergefährder*innen“ als auch der Datenaustausch und die Aufgaben von Kliniken und Sozialpsychiatrischem Dienst waren in der Diskussion.

Vor diesem thematischen Hintergrund wurde auch das Treffen mit den Leitungen der psychiatrischen Kliniken vorbereitet.

Treffen des RFP mit den Leitungen der psychiatrischen Kliniken der Region Hannover

Das Treffen mit den Klinikleitungen fand im Januar 2026 statt. **Themen waren:**

PPP-RL

Einzelne Kliniken haben bereits mit Angebotsreduzierung reagiert, um nicht in die Gefahr der Sanktionszahlungen zu kommen. Die PsychKG-Beleihung kann zukünftig für Kliniken ein wirtschaftliches Risiko darstellen. Politisch muss das Thema in verschiedenen Gremien weiter diskutiert werden.

Umgang mit Fremdgefährdung/Novellierung NPsychKG

Die Fokussierung auf und Erweiterung des Gefährdungsbegriffs führen in Verbindung mit den hohen Hürden der Behandlungsmöglichkeit gegen den Willen von Menschen mit aggressiven Verhalten zu Verwehr- statt Behandlungssituationen in der Klinik bis zur richterlichen Entscheidung. Das hat Auswirkungen auf die atmosphärische Situation auf den Stationen und auf die Finanzierung der Unterbringungen (keine Behandlung = keine Zuständigkeit der Krankenkassen). Der Sicherungsauftrag an die Kliniken bewegt sich damit in diesen Fällen außerhalb des Auftrags der Krankenversorgung, womit eine Verschiebung der Verantwortlichkeit für öffentliche Sicherheit stattfindet.

Auch nach erfolgter Behandlung führt die Fokussierung auf die Gefährdung und die Verantwortlichmachung der Klinik zu Unsicherheiten. Wann kann ein Mensch aus der Klinik entlassen werden? Wer hat die Verantwortung? Insbesondere die SpDi und die Kliniken werden mit der geplanten Änderung des NPsychKG vermehrt in die Pflicht der „Sicherung“ genommen.

Vor allem aber führt der öffentlich diskutierte Zusammenhang psychisch krank = gefährlich zu einer enormen Erhöhung der Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen, was sich wiederum auf Inanspruchnahme von Behandlungsmöglichkeiten auswirken kann.

Fehlbelegung in den Kliniken:

Schwer psychisch erkrankte Menschen, die besonders herausforderndes Verhalten zeigen, verbleiben häufig lange in der Klinik, weil kein passendes Anschlussangebot gefunden wird. Sie sind dort zum einen nicht richtig versorgt, zum anderen wird die Platzsituation für andere Menschen, die Behandlung brauchen, beeinflusst. Um gemeinsam im Sozialpsychiatrischen Verbund Lösungen für diese Situationen zu schaffen, geht es auch um die Frage, wie Kooperationen über bisher bestehende Grenzen hinweg gestaltet werden kann (Versäulung der Leistungen). Aus der Sitzung heraus hat sich eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich der Schnittstelle zwischen Klinik und komplementärem Angebot widmet und aus unterschiedlichen Perspektiven diskutiert, was es von welcher Stelle braucht, um Entlassungsmöglichkeiten und Bereitschaften der Weiterversorgung zu schaffen.

Ausblick

Der RFP geht in teilweise neuer Zusammensetzung und unter neuem Vorsitz in die nächste Berufungsperiode. Die Themen sind und bleiben groß und herausfordernd. Der RFP bietet einen guten Rahmen zum Austausch, bildet entscheidende Perspektiven ab und führt zu einem wichtigen Informationsgewinn im Dezernat.

Berichte der Fachgruppen



Berichte der Fachgruppen des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Die Fachgruppen dienen der themenbezogenen und berufsgruppenübergreifenden Vernetzung innerhalb des Sozialpsychiatrischen Verbundes der Region Hannover.

Sie werden durch den AKG eingesetzt und beauftragt. Die Fachgruppensprecher*innen berichten regelmäßig im AKG über die Arbeit.

Aktuell gibt es 11 Fachgruppen.

Fachgruppe Arbeit und Rehabilitation

von Dirk Ballosch, Stefanie Kluwe und Chiara Miotti (Sprecher*innen der Fachgruppe)

Die Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ ist 2001 aus dem Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover entstanden. Seitdem engagieren wir uns dafür, die Chancen von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf Arbeit, Rehabilitation und gesellschaftliche Teilhabe nachhaltig zu verbessern.

Unser Fokus liegt auf Austausch, Vernetzung und gemeinsamer Weiterentwicklung. Wir greifen aktuelle fachliche und gesetzliche Entwicklungen auf und bringen unterschiedliche Perspektiven zusammen.

Sitzungstermine

Wir treffen uns vierteljährlich, um Bedarfe sichtbar zu machen, regionale Angebote kennenzulernen und anhand von Fallbeispielen praxisnah zu arbeiten. Dabei geht es nicht nur um Information, sondern vor allem um Dialog, gegenseitiges Lernen und das Entwickeln gemeinsamer Ideen.

In der Regel tagen wir im Regionshaus (Hildesheimer Straße 20, 30173 Hannover) von 15:00 bis

16:30 Uhr. Gelegentlich finden die Treffen auch bei Mitgliedsorganisationen vor Ort statt. Die Termine liegen jeweils auf dem ersten Mittwoch im März, Juni, September und Dezember.

Teilnehmende

In der Fachgruppe arbeiten Akteurinnen und Akteure aus dem Jobcenter, der Agentur für Arbeit, Integrationsfachdiensten, Werkstätten für behinderte Menschen, Kliniken, Beratungsstellen, der Rentenversicherung sowie aus der Selbsthilfe eng zusammen. So entsteht ein Raum, in dem Erfahrungen geteilt, Herausforderungen offen besprochen und gemeinsam neue Lösungswege entwickelt werden.

Die Fachgruppe lebt vom Mitmachen. Wir laden alle Interessierten herzlich ein, sich einzubringen, Perspektiven zu teilen und die Weiterentwicklung aktiv mitzugestalten. Gemeinsam können wir Arbeit und Rehabilitation im Sozialpsychiatrischen Verbund inklusiver, vernetzter und zukunftsorientierter gestalten.

Bearbeitete Themen

Im Mittelpunkt steht für uns die Frage: Wie kann Teilhabe gelingen? Wir setzen uns dafür ein, dass Menschen Zugang zu sinnstiftender Arbeit erhalten, ihre Stärken einbringen können und Selbstwirksamkeit erleben. Arbeit verstehen wir dabei als einen zentralen Schlüssel für soziale Teilhabe und persönliche Entwicklung.

Folgende Themen beweg(t)en uns besonders:

- Möglichkeiten und Inanspruchnahme des Budgets für Arbeit
- Rechtliche Entwicklungen im Bereich der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) und deren Auswirkungen
- Einblick in die Arbeit des Berufsbildungswerks der Diakovere Annastift (Exkursion)
- Kennenlernen und fachliche Einordnung des Therapiezentrums im Klinikum Wahrendorff (Köthenwald, Exkursion)
- Bedeutung des ICF für die Teilhabe am Arbeitsleben

Ausblick

Im kommenden Jahr werden wir weiter aktuelle Diskurse aufgreifen und der Frage nachgehen, wie berufliche Teilhabe für Menschen mit psychischen Erkrankungen wirksam und individuell gestaltet werden kann. Zu erwarten ist, dass das Budget für Arbeit sowie das Budget für Ausbildung weiter an Bedeutung gewinnen. Die Fachgruppe wird beobachten, wie diese Instrumente genutzt werden, welche Zugangsbarrieren bestehen und wie Arbeitgeber:innen besser eingebunden werden können. Insbesondere die Diskussion um personenzentrierte Unterstützung, durchlässigere Übergänge und ein stärkeres trägerübergreifendes Fallmanagement dürfte die Praxis in den kommenden Jahren prägen.

Wir freuen uns sehr darüber, dass die Fachgruppe in den letzten Monaten gewachsen ist und sowohl das Interesse als auch das Engagement so groß ist! Gleichzeitig möchten wir betonen, dass wir jederzeit weitere engagierte Kolleginnen und Kollegen herzlich willkommen heißen!

Für 2027 plant die Fachgruppe außerdem:

- weitere Exkursionen zu innovativen Angeboten in der Region,
- den Austausch mit Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern des ersten Arbeitsmarktes,
- die Vorstellung gelungener Praxisbeispiele,
- sowie die stärkere Beteiligung von Betroffenen und Angehörigen an der fachlichen Diskussion.

Darüber hinaus wird der Reha-Scout der Region Hannover unter der Leitung von Oliver Weidner und Catrin Lagerbauer überarbeitet und voraussichtlich im Frühjahr 2027 veröffentlicht.

Was der Reha-Scout ist? Er dient als Leitfaden für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die Unterstützung bei Arbeit, Rehabilitation und Wiedereinstieg ins Berufsleben suchen. Er erklärt, welche Reha-Maßnahmen, Kostenträger, Einrichtungen und Zuständigkeiten es in der Region gibt. Herausgegeben wird er gemeinsam mit dem Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover und enthält ein Verzeichnis konkreter Angebote und Ansprechpartner.

Fachgruppe Forensische Psychiatrie

von **Ulrike Vogel (Sprecherin der Fachgruppe)**

Der zentrale Fokus der 2003 gegründeten Fachgruppe liegt weiterhin auf Erfahrungsaustausch, Perspektivwechsel, Vernetzung und Dialog sowie der Stärkung der Kooperation zwischen forensischer und allgemeiner Psychiatrie im ambulanten und stationären Versorgungssystem.

Besondere Aufmerksamkeit gilt chronisch psychisch erkrankten sowie mehrfach belasteten Menschen mit drohender oder bereits erfolgter sozialer Desintegration und Straffälligkeit. Ziel bleibt es, forensische Patientenkarrerien präventiv zu vermeiden. Ebenso stellt die Wiedereingliederung ehemaliger Patientinnen und Patienten aus Maßregelvollzug und Strafvollzug in das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem weiterhin einen zentralen Schwerpunkt dar.

Sitzungstermine

Die Fachgruppe trifft sich regelmäßig im zweimonatlichen Rhythmus für jeweils zwei Stunden in der Gradestraße in Hannover.

Teilnehmende

Die Zusammensetzung der Fachgruppe blieb unverändert multiprofessionell und interdisziplinär. Vertreten sind Mitarbeitende aus psychiatrischen Kliniken, Sozialpsychiatrischen Diensten, Institutsambulanzen, Justizvollzugsanstalten, forensischen Kliniken sowie Leistungserbringern im gemeindepsychiatrischen Verbund (Wohnangebote, WfbM, RPK, Tagesstätten), Vertreterinnen und Vertreter der rechtlichen Betreuung, der Bewährungshilfe sowie Jurist*innen bereichern weiterhin die Arbeit. Die Perspektive von Psychiatrie-Erfahrenen wird durch Genesungsbegleitung eingebracht.

Die überregionale Vernetzung, insbesondere mit angrenzenden Landkreisen, hat dankenswerterweise weiter Bestand.

Bearbeitete Themen

Im Mittelpunkt standen erneut anonymisierte Einzelfallbesprechungen aus prä- und postforensischer Perspektive. Diese ermöglichen eine niedrigschwellige, praxisnahe und interdisziplinäre Reflexion komplexer Behandlungs- und Betreuungssituationen.

Darüber hinaus wurden aktuelle Entwicklungen aus Fachliteratur, Fachtagungen und regionalen Versorgungsstrukturen eingebracht.

Betonen möchte ich erneut, dass Fallberichte auch von nicht regelmäßig Teilnehmenden sehr gerne eingebracht werden können, die im Vorfeld über die Fachgruppensprecherin bzw. deren Vertreterin angemeldet werden sollten.

Der anhaltend hohe Aufnahme- und Belegungsdruck sowohl in der allgemeinen als auch in der forensischen Psychiatrie bleibt ein zentrales Thema. Die steigenden Unterbringungszahlen nach § 63 StGB und § 126a StPO setzen sich fort. Parallel hierzu zeigt sich weiterhin ein wachsender Anteil psychotisch erkrankter, überwiegend männlicher Patienten im Maßregelvollzug.

Erkennbare Gemeinsamkeiten aus den Fallbesprechungen beruhten auf folgenden Themenfeldern:

1. Zunahme komplexer Mehrfacherkrankungen

Eine deutliche Herausforderung stellt die zunehmende Zahl von Patientinnen und Patienten mit Mehrfachdiagnosen (psychische Erkrankung, Suchterkrankung, soziale Problemlagen) dar. Diese Gruppe benötigt besonders intensive Versorgungsansätze.

2. Notwendigkeit aufsuchender Hilfen

Die Bedeutung aufsuchender und niedrigschwelliger Angebote wurde erneut hervorgehoben. Bestehende „Komm-Strukturen“ reichen für besonders vulnerable Gruppen – etwa wohnungslose oder migrierte Menschen – häufig nicht aus.

3. Migration und Versorgungslücken

Wie bereits in den Vorjahren standen auch 2026 Fälle mit Migrationshintergrund mehrfach im Fokus. Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede sowie strukturelle Hürden erschweren häufig den Zugang zur Regelversorgung und erhöhen das Risiko von Eskalationen.

4. Fehlende Wohn- und Nachsorgestrukturen

Die angespannte Situation auf dem Wohnungsmarkt sowie unzureichende Kapazitäten in spezialisierten Wohnformen erschweren weiterhin die Entlassung und nachhaltige Stabilisierung nach stationären oder forensischen Aufenthalten.

5. Prävention forensischer Verläufe

Vor dem Hintergrund steigender Unterbringungszahlen wurde die Notwendigkeit frühzeitiger Intervention, besserer Vernetzung und gezielter Präventionsangebote erneut betont – ein zentraler Ansatzpunkt zur Entlastung des Maßregelvollzugs.

Bedeutung von Kooperation und Vernetzung

Die Zusammenarbeit zwischen forensischer und allgemeiner Psychiatrie bleibt ausbaufähig. Insbesondere das vorhandene Know-how im Risikomanagement und im Umgang mit fremdaggressivem Verhalten könnte stärker systematisch genutzt werden.

Die Fachgruppe wird weiterhin als wichtige Plattform für diese Vernetzung wahrgenommen, ihr Beratungsangebot kann jedoch noch intensiver genutzt werden.

Fachgruppe Gerontopsychiatrie

von **Catrin Lagerbauer (Sprecherin der Fachgruppe)**

Die Menschen mit psychischen Erkrankungen im Alter im Blick zu haben, sich über deren Bedarfe sowie über die Versorgungsmöglichkeiten und

-notwendigkeiten und die Angebotsentwicklung auszutauschen, ist die Aufgabe der Fachgruppe Gerontopsychiatrie.

Sitzungstermine

An drei Terminen über das Jahr verteilt trifft sich die Fachgruppe. Die Termine werden jeweils zum Ende des Jahres für das folgende von den Mitgliedern abgestimmt. Die Sitzungen finden jeweils freitags von 9-11 Uhr im Haus der Region statt. Interessierte können die Termine über die Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes erfragen.

Teilnehmende

An den Sitzungen beteiligen sich aktuell durchschnittlich 10-12 Personen. Es handelt sich um Vertretungen von Region Hannover, Landeshauptstadt Hannover, Pflegeeinrichtungen, Pflegediensten, niedergelassener Fachärzt*innen, Kliniken, Caritas Forum Demenz, Ergotherapiepraxen und Beratungsstellen.

Bearbeitete Themen

Perspektive Fachgruppe

Die Fachgruppe hat sich in den letzten Sitzungen intensiv mit ihrer Perspektive beschäftigt. Nach der Verdeutlichung der Gremienstruktur des Sozialpsychiatrischen Verbundes und der Einbettung der Fachgruppen darin wurde unter dem Eindruck der quantitativ abnehmenden Beteiligung der Mitglieder offen die Frage diskutiert, ob es die Fachgruppe Gerontopsychiatrie als Austauschgremium weiterhin braucht. Einbezogen wurde die Kenntnis über andere Formate, die bestehen, wie z.B. das Netzwerk „Demenz aktiv“ der Landeshauptstadt Hannover, in dem viele gerontopsychiatrische Institutionen ebenfalls vertreten und aktiv sind.

Das Ergebnis der Diskussion fiel eindeutig aus:

Alle Beteiligten geben an, für ihre Arbeit von dem Austausch und den Informationen, die sie voneinander erhalten, zu profitieren. Die Vielschichtigkeit der psychischen Erkrankungen im Alter wird in der Fachgruppe abgebildet. Es geht sowohl um im Alter psychisch erkrankte Menschen als auch

um Menschen mit psychischen Erkrankungen, die älter werden. Die Fachgruppe aufzugeben, wäre ein schlechtes Signal für den Sozialpsychiatrischen Verbund und die Kooperationen in ihm.

Besondere Merkmale und Themen der Fachgruppe – eingebettet in den Sozialpsychiatrischen Verbund – und damit auch Abgrenzungsmerkmale zu anderen Formaten wurden gesammelt. Z.B.:

- Altwerden ist mehr als Demenz – die Fachgruppe befasst sich auch mit Demenz
- Vorbeugung psychischer Erkrankungen im Alter
- Prävention von Einsamkeit
- Weiterentwicklung von Versorgungsformaten in der Gerontopsychiatrie, z.B. geschützte Tagespflege

Da bestimmte Perspektiven in der Fachgruppe nicht aktiv vertreten sind, wird ausdrücklich um weitere Mitarbeit geworben. Insbesondere die Klinik-Perspektive und die des Sozialpsychiatrischen Dienstes fehlte zuletzt in der Kontinuität. Hier wird es Veränderung geben. Fallvorstellungen sollen weiter fester Bestandteil der Sitzungen sein. Zudem werden bestimmte Themen mit Inputreferaten präsentiert und dann diskutiert.

Demenzbeauftragte im Krankenhaus

In der letzten Sitzung wurde die Arbeit der Demenzbeauftragten des Klinikum Region Hannover (KRH) vorgestellt. Aida Kocan, Demenzbeauftragte im KRH Wunstorf, und Christiane Wolf, Demenzbeauftragte im KRH Großburgwedel, stellten ihre Arbeit vor.

Seit dem 01.07.2023 sind alle Krankenhäuser nach § 23 NKHG verpflichtet, Demenzbeauftragte zu benennen. Die Krankenhäuser sind verpflichtet die Arbeit der Demenzbeauftragten zu unterstützen, ihre Tätigkeit bekannt zu machen, ihnen Fortbildung, Räumlichkeiten und Sachmittel zur Verfügung zu stellen. Die Aufgaben umfassen Vertrauensbildung zwischen Betroffenen,

Angehörigen und Klinik, Einsatz für ganzheitliche, demenzsensible Versorgung, Beratung von Patient*innen und Angehörigen, Schulung des Klinikpersonals, etc.

Die Demenzbeauftragten beraten und unterstützen die Mitarbeitenden im Umgang mit demenzerkrankten Patient*innen. Die Beratung bezieht sich u.a. auf Kommunikation, Delirprävention, Angehörigenkontakte und Milieugestaltung.

Der politische Auftrag und das Ziel der Einrichtung von Demenzbeauftragten ist die flächendeckende Schaffung von demenzsensiblen Krankenhäusern.

Ausblick

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels ist die Personengruppe der älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen unbedingt weiter im Fokus zu behalten.

Die Fachgruppe arbeitet weiter und wird sich um Erweiterung des Aktivenkreises bemühen. Interessierte sind herzlich eingeladen!

Fachgruppe Inklusion

von Katrin Kuhn und Marko Schomakers (Sprecher*in der Fachgruppe)

Die Fachgruppe Inklusion beschäftigt sich mit der Umsetzung der Inklusion im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover. Sie will den aktuellen Stand der Inklusion in den Einrichtungen und Diensten des AKG erfassen und weitere Impulse auf dem Weg der Inklusion geben.

Bearbeitete Themen

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

Die Sprecher*innen der Fachgruppe erhielten den Auftrag, den dazugehörigen Prozess zu begleiten. Hierzu wurden in den Jahren 2022/23 in den Gremien des Sozialpsychiatrischen Verbundes Fachgespräche durchgeführt und die Ergebnisse im Plenum des AKG vorgestellt. Die Grundlage für den Gesprächsleitfaden ergab sich aus der UN-BRK, insbesondere die Ziele der Partizipation und der Barrierefreiheit kamen hier zum Tragen.

In Abstimmung mit der Psychiatriekoordinatorin und dem Sprecher*innenkreis der Fachgruppen wurde entschieden, die Fachgespräche nach einiger Zeit zu wiederholen, um den Fortgang des Prozesses zu dokumentieren und weitere Änderungsimpulse zu setzen. Die Fortführung der Fachgespräche ist für die zweite Jahreshälfte 2026 geplant und ist aktuell in Vorbereitung.

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

Fachgruppe Kinder und Jugendliche

von Regina Jannusik, Manuela Schellworth, Lara Espenhain (Sprecherinnen der Fachgruppe)

In der Fachgruppe Kinder und Jugendliche im Sozialpsychiatrischen Verbund haben sich Institutionen der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Institutionen und Träger der Jugendhilfe, Vertreter*innen von Schulen und ehrenamtlichen Organisationen aus der Region Hannover zusammengeschlossen. Diese Fachgruppe beschäftigt sich mit den Problemen der hiesigen Kinder und Jugendlichen und deren Versorgungsangebote und -lücken. Wir versuchen diese zu verbessern und uns

sozialpolitisch aufzustellen und den Kindern eine Stimme, im obigen Gremium der Region Hannover zu geben.

Sitzungstermine

Die Fachgruppe tagt im vierteljährlichen Rhythmus, jeweils am ersten Mittwoch im März, Juni, September und Dezember, von 15.00 – 17.00 Uhr in der Gradestraße, Hannover.

Teilnehmende

Zu den Teilnehmenden gehören u.A. Vertretungen von:

- Autismus Zentrum Hannover
- ASD Langenhagen
- Dachstiftung Diakonie
- Eingliederungshilfen der Stadt und Region Hannover
- Fachstelle für Menschen mit Behinderung
- Fachstelle Schulvermeidung der AWO
- FIPS Ambulante psychiatrische Pflege für Kinder und Jugendliche
- HKA Sozialpsychiatrisches Zentrum
- Koordinierte Schulassistenz
- Paritätische Suchthilfe
- Psychiatriekoordination des Sozialpsychiatrischen Verbundes
- Regionales Landesamt für Schule und Bildung
- Schulen
- Sozialdienste der Kliniken KJP
- Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche
- Unterstützerkreis Flüchtlingsunterkünfte
- Violetta
- Wohngruppen
- Träger von Jugendhilfen im ambulanten Bereich
- Verfahrenslotsen

Bearbeitete Themen

Geistige Behinderung und psychische Erkrankungen

Welche Hilfen gibt es für betroffene Kinder und Jugendliche von geistiger Behinderung und psychische Erkrankungen?

Wie ist die Zusammenarbeit und Vernetzung zwischen den professionellen Akteuren (Ärzte, SPZ, KJP, Jugendhilfe und Eingliederungshilfe)?

Wie kann die Teilhabe von den Betroffenen inkl. des Kinderschutzes gewährt werden?

Frau Dr. Brokate (lt. Ärztin des Teams med. Leistung der Eingliederungshilfe (Aufgaben, Stellungnahmen für Schulbegleitung, heilpädagogische Kindergärten, Intelligenztest, Legasthenie und Kalkulationsstörungen und psychische Auffälligkeiten bei geistiger Behinderung) referierte über ihre Erfahrungen und berichtet zu dem Sachstand der o. g. Fragestellungen mit dem Ergebnis, dass es nach wie vor **wenig Hilfen bzw. Fachkräfte** gibt, die diesen Kindern und jungen Menschen Unterstützung zukommen lassen können. Es fehlt an Spezialkliniken, Psychiater (spezialisiert auf geistige Behinderung und psychische Erkrankungen), Institutionen und Einrichtungen sowie an geeignete Schulen und Ausbildungsstätten für dieses Klientel. Dieses zieht sich in die Erwachsenenwelt hinein. Von daher besteht nur wenig Teilhabe und auch der Kinderschutz ist nicht wirklich gewährleistet, so die Feststellung unter den Teilnehmenden der Fachgruppe.

Autismusspektrum

Woran liegt es, dass die Fallzahlen im Bereich Autismusspektrum steigen?

Welche Hilfeangebote und Träger gibt es für Kinder und Jugendliche in der Region?

Wie wirkt sich das Störungsbild für die Betroffenen im Schulalltag aus? Hat sich Schule für das Thema Autismus besser aufgestellt und fortgebildet? Greifen die Hilfsmaßnahmen, um den Betroffenen und ihrem Umfeld mehr Erleichterung und Teilhabe zu gewähren?

Vorstellung von Pro School und der Autismus-Ambulanz Hannover, die zu den Fragestellungen referierten: Fallzahlen steigen, da der ICD 11 mehrere Zuschreibungen aufgrund von Symptomkombinationen zulässt. Es fehlt eine qualitative Erhebung zu diesem Thema. In der Realität zeigt

sich, dass Institutionen wie Schule, Jugendhilfe, Beratungsstellen etc. oft nicht über ausreichend Fachwissen verfügen, strukturell an ihre Grenzen kommen, hohe Zugangsbarrieren und mangelnde Koordination der Hilfe eine Teilhabe für die Betroffenen erschwerend sind.

Schule und Inklusion

Wie sieht die Inklusion in den Schulen aus und wie kann die Teilhabe der Kinder und Jugendlichen an Bildung und Sozialem durch Eingliederungshilfen gelöst werden?

Was für Möglichkeiten haben Schulen und wie ist eine bessere Vernetzung zwischen Leistungsanbietern, Schulen und Kostenträger möglich? Wie gestalten Schulen Inklusion?

Zu diesen Themen referierten Frau Meyer vom RZI in Langenhagen und Frau Wahl-Bartsch, Lehrerin und Inklusionsbeauftragte der LIGS in Langenhagen und berichteten über ihre Erfahrungen und gingen im Austausch mit den Teilnehmenden. Fakt ist, dass die Zahl der inklusiven Schüler steigen und immer mehr Schüler nicht mehr beschulbar sind. Schule und Lehrkräfte werden mit der Inklusion alleingelassen und fühlen sich nicht richtig ausgebildet. Die gesellschaftlichen Probleme und Anforderungen an Schule finden sich in der Ausbildung nicht wieder und den Schulen fehlt es an multiprofessionellem Personal, um den Kindern gerecht zu werden und eine Teilhabe an Bildung und Sozialem zu ermöglichen.

Projekt Haven KJP

Vorstellung des Projektes durch die Projektleitung Jeanett Bonecke: Hannoversche Angebots- und Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten oder Erkrankungen. Das Ziel einer Handlungsempfehlung zur Verbesserung der Versorgung wird angestrebt.

Kollegiale Fallberatung

Wir tauschen uns in den Sitzungen zu Fällen/ Situationen aus und bieten kollegiale Beratungen an.

Weitere Themen in diesem Jahr werden Schulbegleitung / Pooling und Sucht und Drogen sein.

Fachgruppe Krisen- und Notfalldienst

von Lukas Kirsch (Sprecher der Fachgruppe)

Sitzungstermine

Zweimal im Jahr jeweils mittwochs (28.05.2025 und 12.11.2025) im Haus der Region in Hannover (Hildesheimer Straße 20).

Teilnehmende

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

Bearbeitete Themen und Ergebnisse

- Zum 1. Juli 2025 wurde der ärztliche Bereitschaftsdienst der KVN in der Region Hannover und ganz Niedersachsen neu organisiert.
- Der fahrende ärztliche Bereitschaftsdienst wird in der Region Hannover durch die Johanner durchgeführt. Bevor dieser zum Einsatz kommt, erfolgt eine telemedizinische Abklärung des eingehenden Anrufs. Künftig wird auch nicht-ärztliches Personal im fahrenden Bereitschaftsdienst zum Einsatz kommen, wobei die Möglichkeit besteht, ärztliche Fachkräfte per Telefon oder Video hinzuzuziehen.
- Es wird vonseiten der FG betont, dass bei Bekanntwerden einer psychiatrischen Notfallsituation stets die Notwendigkeit besteht, dass sich eine Ärztin oder ein Arzt vor Ort um eine Diagnosestellung kümmert. Erst danach kann entschieden werden, ob eine stationäre Unterbringung gemäß NPsychKG erforderlich ist oder nicht.

- Die Umstellung des Bereitschaftsdienstes der KVN wurde nach der Umsetzung durch die Mitglieder der Fachgruppe positiv bewertet. Wartezeiten hätten sich deutlich verkürzt. Da mehr Fälle durch die Telemedizin abgearbeitet würden, bliebe mehr Zeit für den fahrenden ärztlichen Bereitschaftsdienst, sich um die Notfälle zu kümmern.
- Der B-Dienst der Feuerwehr Hannover hat im Mai 2025 angeregt, dass auf dem Formular des ärztlichen Zeugnisses gemäß § 18 NPsychKG eine Rubrik eingerichtet wird, in der der B-Dienst stichwortartig seine eventuelle Ablehnung der Unterbringung begründen kann. Diese Anregung soll umgesetzt werden.
- Die Fachgruppe hat sich kritisch zu dem Thema Umgang mit aggressivem und gewalttätigem Verhalten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen in Notfall- und Krisensituationen beschäftigt. Hintergrund war die mediale Diskussion hierüber und die anstehende Novellierung des NPsychKG mit Fokus auf Gefahrenabwehr. Der Hauptfokus auf Gefahrenabwehr des Gesetzentwurfes und die Aufweichung des Datenschutzes wurde in der Diskussion kritisch gesehen. Die Möglichkeit von gemeinsamen Fallbesprechungen wurde als sinnvoll erachtet, allerdings muss hierbei die Schweigepflicht gesichert sein. Auch wurde kritisch gesehen, dass der Entwurf zu wenig auf eine Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten und präventiver Maßnahmen abzielt.

Fachgruppe Migration und Psychiatrie

von Elena Kromm, Alla Minasova (Sprecherinnen der Fachgruppe)

Die Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“ widmet sich seit ihrer Gründung im Jahr 2006 zentralen Fragestellungen an der Schnittstelle von Migration und psychosozialer Versorgung.

Ihr Fokus liegt insbesondere auf folgenden Aspekten:

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

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

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

Die Fachgruppe hat sich folgende Ziele gesetzt:

- Informationsvermittlung über die psychosoziale Lage von Migrant*innen in der Region Hannover
- Bedarfsermittlung rund um die psychosoziale Versorgung von Migrant*innen
- Sensibilisierung für transkulturelle Fragestellungen in der Fachöffentlichkeit und dem Versorgungssystem
- Förderung einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung für Migrant*innen
- Ausbau der Vernetzung von interessierten Fachkräften und Einrichtungen
- Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen und Trägern

- Förderung des Erfahrungsaustauschs unter den Beteiligten
- Strukturierte Vernetzung und Entwicklung gemeinsamer Strategien

Sitzungstermine

Die Fachgruppe hat sich im Jahr 2025 viermal in Präsenz getroffen.

Die Sitzungen finden an den dritten Dienstagen des letzten Monats im Quartal zwischen 15:00 -17:00 Uhr statt.

Teilnehmende

Im Jahr 2025 schwankte die Zahl der Teilnehmenden pro Sitzung zwischen 10 und 15 Mitarbeiter*innen aus verschiedenen Einrichtungen der psychosozialen Versorgung in der Region Hannover. Die beteiligten Organisationen bringen unterschiedliche fachliche Perspektiven ein und tragen so zur bereichsübergreifenden Vielfalt und Qualität der Arbeit in der Fachgruppe bei.

Vertreten waren u. a. folgende Einrichtungen:

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

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

Bearbeitete Themen

Die Verbesserung der Vernetzung zwischen Einrichtungen und Angeboten im Arbeitsfeld Migration und Sozialpsychiatrie stellt einen zentralen Schwerpunkt der Fachgruppe dar. Im Jahr 2025 fanden alle Treffen in unterschiedlichen Mitgliedsorganisationen statt. Dabei hatten AHMB e. V. (Ambulante Hilfen für Menschen mit Behinderungen e. V.), das Klinikum Wahrendorff (Therapiebereich Kultursensible Psychiatrie und Psychotherapie), das Mädchen- und Frauenzentrum Garbsen e. V. sowie Ökumenische Bahnhofsmision Hannover e. V. die Gelegenheit, ihre jeweiligen Angebote, Projekte sowie die aktuellen Bedarfe zu präsentieren.

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

Ausblick

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

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

- Entwicklung von fachlichen Konzepten zur transkulturellen psychosozialen Versorgung, Planung von Angeboten zur besseren Orientierung im Versorgungssystem
- Erwerb und Vertiefung von Fachkompetenzen, insbesondere durch Fort- und Weiterbildungsangebote

- Querschnittsarbeit zur Verankerung migrationssensibler Perspektiven in bestehenden Versorgungsstrukturen und Netzwerken

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

Fachgruppe Psychiatrie und Obdachlosigkeit

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

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

Die Hilfsangebote für wohnungslose, psychisch erkrankte Menschen werden weiterhin als nicht ausreichend/bedarfsdeckend eingeschätzt. Ein großes Problem ist, neben allgemein mangelndem bezahlbarem Wohnraum, auch der Mangel an Plätzen in der stationären Eingliederungshilfe, welcher wiederum mitunter durch Mangel an Wohnraum bedingt ist. Personen, die eigentlich in einer eigenen Wohnung leben könnten, finden keine. Da diese nicht in die Obdachlosigkeit entlassen werden sollen, sind die Plätze in den stationären Einrichtungen dann weiterhin belegt. Personen, die sich durch einen Klinikaufenthalt soweit stabilisiert haben, dass sie eigentlich in eine besondere Wohnform ziehen könnten, müssen entweder in der Klinik verbleiben (wobei die Kosten dann von der Krankenkasse aber nicht mehr übernommen werden) oder in die Obdachlosigkeit entlassen werden, wo sie in der Regel

wieder dekompensieren, auch wenn sie in eine Einrichtung der Hilfen nach § 67 SGB XII überführt werden, da sie dort bzgl. ihrer psychischen Erkrankung nicht ausreichend versorgt werden können.

Sitzungstermine

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

Teilnehmende

Die Fachgruppe besteht seit 1993 und setzt sich aus Vertreter*innen verschiedener Institutionen der Wohnungslosenhilfe und der Sozialpsychiatrie sowie der Landeshauptstadt und der Region Hannover zusammen. Im Jahr 2025 gab es insgesamt 5 Treffen, die im Werkheim in der Büttnerstraße stattgefunden haben und bei denen über die Versorgung wohnungsloser Menschen mit einer psychischen Erkrankung gesprochen wurde.

Bearbeitete Themen

Die bereits in 2024 begonnene Diskussion und Ausarbeitung zu den Versorgungslücken für psychisch erkrankte obdachlose Menschen, die eigentlich nicht mehr in der Klinik verbleiben müssten, für die es aber auch keine Alternativen, z.B. in der Hilfe nach § 67 SGB XII, gibt, wurde in mehreren Sitzungen weiter vertieft. Es sollen in einem weiteren Schritt Zahlen und Daten aus den Kliniken gesammelt werden, um damit fundierte Forderungen an die Politik zu formulieren.

Die Forderung nach einem „Runden Tisch“ wurde diskutiert. Diese muss noch weiter ausgearbeitet werden und soll dann in den AKG eingebracht werden.

In einem Treffen referierte Frau RiAG Eicke zum Thema „Juristische Auslegung ambulant durchgeführter Zwangsbehandlung“. Im Anschluss fand eine rege Diskussionsrunde mit weiteren Fragen hierzu statt.

Derzeit stellen sich auch weiterhin reihum alle Institutionen, die an der Fachgruppe teilnehmen, nacheinander vor. Hierdurch soll ein besseres

Verständnis und Bild von den Arbeitsbereichen der anderen Teilnehmenden entstehen und Kooperationen sowie ein Austausch untereinander gefördert werden. Zudem werden auch wie früher schon gezielt Einrichtungen, Anbieter und Projekte eingeladen, um ihre Aufgaben und das Arbeitsfeld vorzustellen. Neuaufnahmen und eine weitere Teilnahme an der Fachgruppe sind immer möglich.

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

Ausblick

Die Vorstellung der einzelnen Institutionen, in denen die Teilnehmenden der Fachgruppe tätig sind, soll im Jahr 2026 fortgeführt werden.

Der dezidierte Austausch über die Versorgungsdefizite von obdachlosen Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nicht ausreichend durch die bereits vorhandenen Hilfen unterstützt werden können, und wie diese Problematik an die Politik herangetragen werden kann, wird fortgeführt.

Fachgruppe Soziale Teilhabe

von Birgitt Theye-Hoffmann und Katrin Krone (Sprecherinnen der Fachgruppe)

In der Fachgruppe Soziale Teilhabe findet regelmäßig ein Austausch zu aktuellen Themen in der Eingliederungshilfe und anderen Bereichen der sozialen Teilhabe statt. Ziele der Zusammenarbeit in der Fachgruppe sind:

- die Kenntnis voneinander, im Sinne eines hilfreichen Überblicks über die Leistungsangebote im Rahmen der Sozialen Teilhabe
- die Reflexion und Analyse aktueller Entwicklungen und ihrer Auswirkungen

- die aktive Kommunikation und Klärung von Themen im Sozialpsychiatrischen Verbund.

Durch die gemeinsame Entwicklung der Sitzungsschwerpunkte mit den Beteiligten fließen unterschiedliche Perspektiven und fachliche Kompetenzen in die Diskussionen und die Bearbeitungsprozesse ein und bereichern mit einem bereichsübergreifenden Blickwinkel die Diskussionen und den Austausch.

Sitzungstermine

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

Teilnehmende:

Der Kreis der Teilnehmenden setzt sich sowohl aus Vertreter*innen der Einrichtungen der Eingliederungshilfe (ambulante Assistenz beim Wohnen, besondere Wohnformen, Tagesstätten, Betätigungsangebote und Werkstätten) als auch aus Anbietern von Kontaktstellen, Psychiatrischer häuslicher Krankenpflege und anderer komplementärer Dienste zusammen.

Darüber hinaus bringen sich Vertreter*innen der Leistungsträger, wenn möglich auch Angehörige und Betroffene bereichernd in die Zusammenarbeit und aktive Gestaltung der Fachgruppe ein.

Eingeladene Referent*innen ergänzen die Prozesse und Diskussionen zu den unterschiedlichen Themen mit ihrer Expertise.

Durchschnittlich nehmen ca. 30 Personen an den Sitzungen teil.

Bearbeitete Themen

Im vergangenen Jahr setzte sich die Fachgruppe, ein Jahr nach Umstellung der Rahmenbedingungen der Assistenz beim Wohnen, intensiv mit der Standortbestimmung und den sich ergebenden Herausforderungen durch die Veränderungen auseinander. Dies geschah insbesondere mit Blick auf die Schwierigkeiten und Auswirkungen für die Leistungsberechtigten, die Zuspitzungen für die

Leistungserbringer, die zunehmende Belastung der Mitarbeitenden und die spürbaren Qualitätseinschränkungen in der Umsetzung der Maßnahmen.

Zur kompensatorischen Assistenz erfolgt ein enger Austausch mit der AG Qualitätsstandards in der Assistenz beim Wohnen, mit dem Ziel ein gemeinsames Verständnis und Rahmenbedingungen für diese Format zu entwickeln.

Ebenso erfolgte eine erste Diskussion der geplanten Veränderungen des NPsychKHG auf Grundlage einer vom VPE erarbeiteten Stellungnahme.

Gemeinsam wurden Ende des Jahres 2025 die Arbeitshemen für das kommende Jahr formuliert, so dass sich die Fachgruppe Anfang des neuen Jahres in einem regen Austausch mit ersten Erfahrungswerten zur Qualitätsprüfung am Beispiel einer Tagesstätte beschäftigte.

Nach dem Abschied von Ulrich Ehrhardt als Fachgruppensprecher wurde Frau Katrin Krone als seine Nachfolgerin in der Sprecher*innenfunktion gewählt.

Mit Blick auf das aktuelle Schwerpunktthema des diesjährigen Sozialpsychiatrischen Plans setzte sich die Fachgruppe mit dem Themen Gewalt und Gewaltschutz in der Sozialpsychiatrie bei der Entwicklung von Gewaltschutzkonzepten, deren Implementierung und ersten Erfahrungen in der Umsetzung auseinander.

Zuletzt stellte sich die Selbsthilfe in der Region Hannover vor (KIBIS) und über das Landeskriminalamt wurde über aktuelle Entwicklungen und Erscheinungsformen von Cyberkriminalität sowie typische Angriffsweg und Schutzmaßnahmen berichtet.

Ausblick:

Die gemeinsame Themensetzung, der stets bereichernde Fachaustausch und die aktive Mitarbeit werden auch in diesem Jahr fortgesetzt. U.a. werden uns weiterhin die Entwicklungen in Bezug auf das NPsychKHG, die sich verändernden

Rahmenbedingungen in der Eingliederungshilfe und die vielfältigen Angebote und Unterstützungsmöglichkeiten im Sinne der Sozialen Teilhabe beschäftigen.

Wir freuen uns über weitere engagierte und interessierte Teilnehmende.

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) das Schwerpunktthema des Berichts auswählt.

Darüber hinaus beschäftigt sich die Fachgruppe mit der Regionalen Psychiatrieberichterstattung und der dafür verwendeten Erhebungsinstrumente.

Sitzungstermine

Die Fachgruppe trifft sich monatlich, jeweils am letzten Donnerstag eines Monats von 8:30-10:30 Uhr in der Gradestr. 20, Hannover. 2025 fanden neun Sitzungen statt.

Die Sitzungen, über die ein Protokoll verfasst wird, finden meistens in Präsenz statt.

Teilnehmende

Die Fachgruppe besteht derzeit aus 7 Personen, 4 Mitarbeitenden der Region Hannover und 3 Mitarbeitenden von Anbietern, die im Sozialpsychiatrischen Verbund organisiert sind. Die Fachgruppe ist offen für weitere Mitglieder, insbesondere von Seiten der Betroffenen und Anbieter, soweit sie

eine kontinuierliche Mitarbeit gewährleisten können.

Bearbeitete Themen

Die Fachgruppe hat sich mit ihren inhaltlichen Schwerpunktthemen Themen, Regionale Psychiatrieberichterstattung und Erstellung des Sozialpsychiatrischen Plans, beschäftigt.

Regionale Psychiatrieberichterstattung

Nach der Umstellung im Bereich der Datensammlung auf die neuen Datenbögen 1 und 2, stand im letzten Jahr die Evaluation der Veränderung im Fokus unserer Arbeit. Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass die Zielsetzungen der Veränderungen noch nicht voll erreicht werden konnten. Es ist bisher nicht gelungen die Beteiligung nachhaltig zu erhöhen. Die Abfrage ist für die Nutzer schon mit deutlich weniger Aufwand verbunden als in den Vorjahren. Es braucht jedoch noch eine verbesserte Kommunikation mit den Angebotsverantwortlichen, um Dateneingabe und Lieferung umfassender und fristgerecht zu erreichen. Die Datenlieferung zu den Angeboten ist schon stärker verbessert als der Teil der Datenlieferung zu den Klienten/ Patienten, den wir ein Jahr später umgestellt haben. Inhaltliche Fragestellungen die uns 2025 erreichten wurden berücksichtigt und in den Datenbögen 2026 eingearbeitet.

Die strukturelle Grundlage der Psychiatrieberichterstattung ist die Liste der Angebotsformen. Sie wurde Ende 2024 aktualisiert und Ende 2025 zur Veröffentlichung aufgearbeitet.

Sozialpsychiatrischer Plan

Neben der Veröffentlichung des Sozialpsychiatrischen Plans 2025 mit dem Schwerpunktthema „Zukunftsvisionen in Zeiten des Ressourcenmangels“, haben wir uns bereits der Vorbereitung des Sozialpsychiatrischen Plans 2026 beschäftigt. Hier stellten wir im AKG unsere Vorschläge für das nächste Schwerpunktthema zur Abstimmung. In der November Sitzung wurde daraus das Thema „Gewalt und Gewaltschutz in der Sozialpsychiatrie“ als Schwerpunktthema für 2026 gewählt.

Die Konkretisierung des Schwerpunktthemas in Form der Auswahl von ca. 10 Artikelthemen und Autoren ist eine aufwändige und herausfordernde Aufgabe, mit der wir uns in der Fachgruppe beschäftigen.

Im letzten Jahr haben wir zudem eine Diskussion über Aufbau und Struktur unseres Plans begonnen, uns beschäftigt dabei zum einen die Fragestellung zur Umsetzung des Auftrags aus dem NPsychKG (Bedarf an Hilfen, vorhandene Hilfen, Fortschreibung), der Sonderteil Kinder- und Jugendliche und die Adressatenorientierung des Berichts.

Ausblick

Die inhaltliche Verbesserung der beiden Themenstellungen über den Weg struktureller Veränderungen wird durch die Fachgruppe weiter beschritten werden. Aufgrund der Komplexität der Themen und der Größe des Sozialpsychiatrischen Verbunds auf der einen Seite sowie der begrenzten zeitlichen Ressourcen in der Fachgruppenarbeit auf der anderen Seite benötigen die Veränderungen und Anpassungen oft lange Zeiträume. Die jährliche Veröffentlichung des Sozialpsychiatrischen Plans in der Region Hannover gibt uns dabei eine ambitionierte Taktung vor, so dass strukturelle Veränderungen meist nur in kleinen Schritten vorangehen und sich über mehrere Veröffentlichungen erstrecken.

Runder Tisch/Fachgruppe Sucht und Drogen

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

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

Projektüberlegungen und die aktuelle Situation darzustellen und zu diskutieren.

Sitzungstermine

4 Sitzungen pro Jahr (einmal pro Quartal)

Teilnehmende

Knapp 60 Personen und Institutionen aus den Bereichen der Sucht- und Drogenhilfe, Ratsfraktionen, Polizei, Staatsanwaltschaft, Justiz, Jobcenter, Ärzt*innenschaft, Kostenträger, Verwaltung und Selbsthilfegruppen

Bearbeiteten Themen

Die bearbeiteten Themen sind umfangreich und vielfältig. Eine Auswahl:

Medien

Der bewusste Umgang mit Medien und Apps war zweimal Thema des Runden Tisches. Einmal wurde die Entwicklung und Programmierung des Chatbots „SuchtGPT“ vorgestellt. Inzwischen ist der Bot online auszuprobieren. Die Testphase läuft bis zum 3. Quartal 2026. Außerdem wurde das im Mai 2026 beginnende und von der Villa Schöpflin entwickelte 21-tägige Programm „frei“ erläutert, welches sich sowohl an Jugendliche, als auch an deren Eltern richtet. Zentraler Punkt ist kein Verbot, sondern eine Auseinandersetzung mit den Risiken, sowie Vorschlägen für alternative Beschäftigungen.

Synthetische Opiode

Jugendliche und junge Erwachsene kommen häufiger in den Entgiftungskliniken an, weil sie eine Abhängigkeit von synthetischen Opioiden wie Tilidin, Codein oder Tramadol entwickelt haben. Vielfach liegt eine Konsumnaivität vor. Um diesem zu begegnen, ist ein Ausbau der Präventionsarbeit, insbesondere in Schulen, notwendig. Eine weitere Herausforderung ist das Fehlen geeigneter Angebote im Anschluss an die Entgiftung. In der Jugendhilfe ist oft der Konsum illegaler Drogen ein Ausschlusskriterium. Klassische Suchthilfeeinrichtungen haben ein deutlich höheres Durchschnittsalter, weshalb eine Vermittlung dorthin nicht sinnvoll ist.

Drug checking

Bei den Selbsttests im Drogenkonsumraum Stellwerk im Jahr 2025 wurde in 20% der Fälle Fentanyl als Beimischung gefunden. Synthetische Opioide haben eine deutlich höhere analgetische Potenz als Heroin. Dadurch sind Überdosierungen auch bei konsumerfahrenen Menschen festzustellen. Den Ergebnissen der Tests folgte eine Kurzintervention im Sinne der harm reduction vor dem Konsum. Aufgrund des hohen Suchtdrucks und sprachlicher Verständnisprobleme gab es auch eine hohe Ablehnungsquote der Tests. Inzwischen wurden die Testungen auch auf Nitazene ausgeweitet. Bei 10% der aktuellen Testungen wird dieses synthetische Opioid gefunden. Durch eine Kooperation mit dem Labor des LKA wird derzeit eine quantitative Analyse dieser Tests vorgenommen.

Insgesamt wird deutlich, dass durch die Selbsttests synthetische Opioide in Hannover den illegalen Drogen beigemischt werden und sich dadurch die Zahl der Drogennotfälle im und um den Drogenkonsumraum erhöht hat.

Es wird momentan an einem Frühwarnsystem gearbeitet, um weite Teile der Bevölkerung umgehend informieren zu können. Die Testergebnisse aus Hannover fließen auch in das bundesdeutsche Lagebild ein. In der Stadt Hannover gibt es Interesse, die Orte und Möglichkeiten für die Selbsttests auszuweiten. Dafür ist jedoch eine drug checking-Verordnung des Landes erforderlich. Für das Land Niedersachsen ist eine entsprechende Verordnung im Verfahren.

Fachgruppenübergreifende Arbeitsgruppe Adoleszenz

von Dana Heiden (Mitglied der Arbeitsgruppe)

Die Versorgung junger Erwachsener mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Unterstützungsbedarfen hat sich in den vergangenen

Jahren zunehmend als fachübergreifende Herausforderung erwiesen. Vor diesem Hintergrund wurde im März 2023 die fachgruppenübergreifende Arbeitsgruppe (AG) Adoleszenz gegründet.

Ziel der AG ist es, Versorgungspfade junger Erwachsener zu analysieren, Versorgungslücken zu identifizieren und die Zusammenarbeit der beteiligten Systeme zu stärken.

Teilnehmende

In der AG arbeiten Leistungserbringende der Eingliederungshilfe aus den Bereichen ambulante Assistenz, besondere Wohnformen und Tagesstätten sowie Fachkräfte der Sozialpsychiatrischen Dienste für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche, der Erwachsenenpsychiatrie und weiterer ambulanter und stationärer Versorgungssysteme zusammen.

Von Austausch über Organisation eines Fachtags zu „Und jetzt?“

Im Verlauf der bisherigen Arbeit wurde deutlich, dass insbesondere die Übergänge zwischen Jugendhilfe, Eingliederungshilfe und psychiatrischer Versorgung mit erheblichen Herausforderungen verbunden sind. Der Wechsel aus den Strukturen des SGB VIII in die Leistungen des SGB IX erfordert eine enge Abstimmung aller beteiligten Akteur*innen und birgt das Risiko des Verlustes gewachsener Bezugssysteme. Die UAG hat hierzu unterschiedliche fachliche Perspektiven zusammengeführt, rechtliche Rahmenbedingungen beleuchtet und den Austausch zwischen den Hilfesystemen gefördert. Einen besonderen Mehrwert stellte dabei die Beteiligung einer jungen Careleaverin dar, die ihre persönlichen Erfahrungen und Anregungen in die Arbeit eingebracht hat.

Ein bedeutender Meilenstein der AG war die Vorbereitung und Durchführung des Fachtages Adoleszenz der Region Hannover im Oktober 2025. Unter der Leitung der Sprecherinnen Nina Minnich und Fee Linn Lillak entwickelte eine kontinuierlich arbeitende Gruppe der AG ein umfangreiches Fachprogramm mit Vorträgen und Workshops.

Der Titel des Fachtags lautete „Lost & Found – Junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen an der Schnittstelle von SGB VIII und SGB IX verstehen, beraten und begleiten“. Es entstand eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit zahlreichen Kooperationspartner*innen und Ausstellenden, darunter das Queere Netzwerk Niedersachsen (QNN), die Junge Tagesstätte back_up von beta89, SprungBrett sowie die Klinik für Junge Erwachsene Warendorff.

Der Fachtag war vollständig ausgebucht und stieß auf außerordentlich großes Interesse. Die hohe Beteiligung und die positiven Rückmeldungen machten den Bedarf an einer kontinuierlichen fachlichen Auseinandersetzung mit dem Themenfeld Adoleszenz deutlich. Von den Teilnehmenden wurde insbesondere der Wunsch nach einer dauerhaften Vernetzung der Fachkräfte sowie nach einer Fortführung und Vertiefung der begonnenen Arbeit geäußert.

Auch die Ergebnisse der sechs Workshops verdeutlichten, dass die Herausforderungen in der Versorgung junger Erwachsener weit über einzelne Fachbereiche hinausreichen. Themen wie Übergangsmanagement, psychische Gesundheit, gesellschaftliche Teilhabe, Careleaving, queere Lebensrealitäten und niedrigschwellige Unterstützungsangebote erfordern eine kontinuierliche fachliche Bearbeitung und eine enge Vernetzung der beteiligten Systeme.

Die bisherigen Erkenntnisse der AG Adoleszenz verdeutlichen, dass durch den kontinuierlichen fachübergreifenden Austausch wichtige Versorgungslücken identifiziert und durch den Ausbau der Vernetzung zwischen den beteiligten Fachkräften bereits wertvolle Impulse für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen gesetzt werden konnten. Um diese positiven Entwicklungen langfristig zu sichern und weiter auszubauen, bedarf es einer dauerhaften organisatorischen Verankerung des Themenfeldes Adoleszenz innerhalb der sozialpsychiatrischen Verbundstruktur.

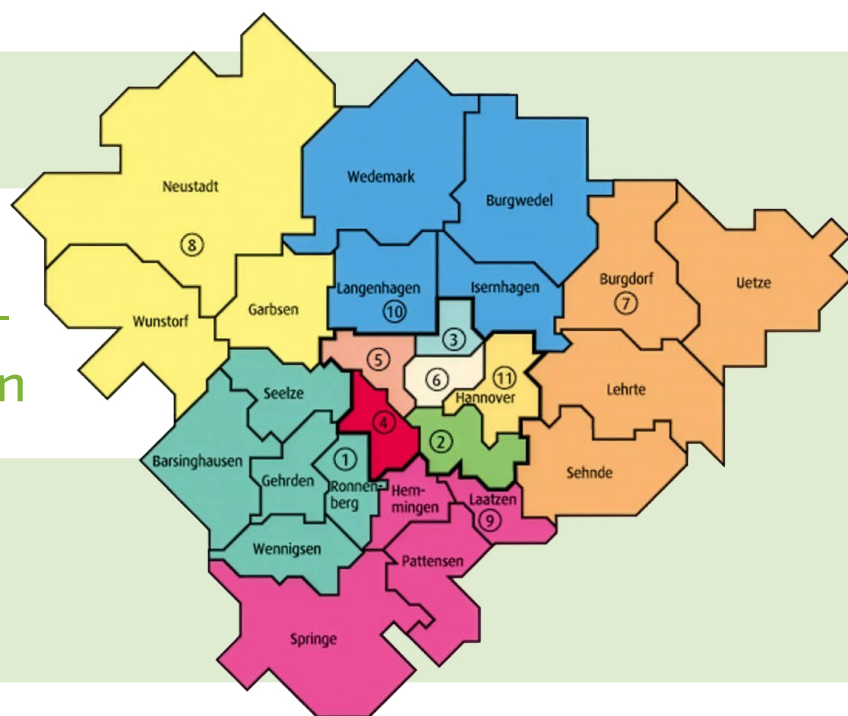
Ausblick

Die besondere Komplexität der Adoleszenzphase sowie die Vielzahl der beteiligten Hilfesysteme machen deutlich, dass hierfür eine eigenständige fachliche Plattform erforderlich ist.

Vor diesem Hintergrund beschäftigte sich die AG mit der Frage der Gründung einer eigenständigen Fachgruppe zum Thema Adoleszenz. Auf diese Weise könnten die bereits erfolgreich aufgebauten Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen nachhaltig gesichert und weiterentwickelt werden. Zugleich würde der fachübergreifende Austausch kontinuierlich fortgeführt und ein geeigneter Rahmen geschaffen, um aktuelle Entwicklungen sowie die Bedarfe junger Erwachsener systematisch aufzugreifen. Darüber hinaus könnte die Weiterentwicklung abgestimmter Versorgungspfade zwischen Jugendhilfe, Eingliederungshilfe und sozialpsychiatrischer Versorgung gezielt unterstützt werden. Ebenso bestünde die Möglichkeit, Erfahrungen und Impulse aus der Praxis kontinuierlich in die Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen einzubringen sowie regelmäßige Fachveranstaltungen und Austauschformate für Fachkräfte zu etablieren.

Angesichts der hohen fachlichen Relevanz des Themenfeldes, der erfolgreichen Arbeit der AG und des deutlich erkennbaren Bedarfs innerhalb der Fachöffentlichkeit stellt die Weiterentwicklung der AG zu einer eigenständigen Fachgruppe Adoleszenz einen konsequenten und zukunftsweisenden Schritt dar, um die Versorgung und Begleitung junger Erwachsener nachhaltig zu stärken.

Berichte der Sektor-Arbeitsgemeinschaften



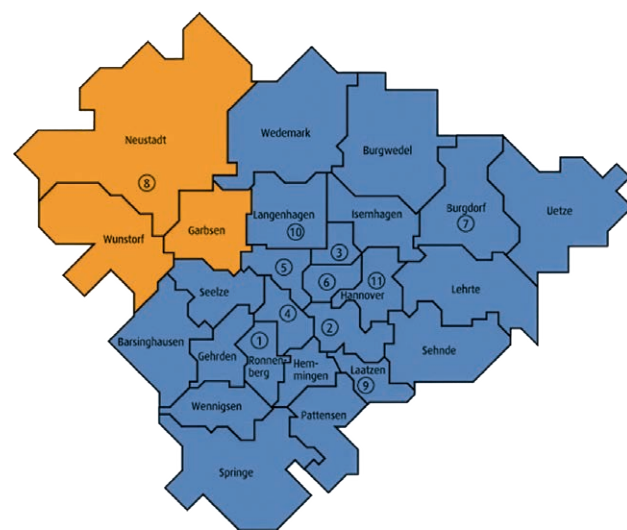
Berichte der Sektor-Arbeitsgemeinschaften (SAG) des Sozialpsychiatrischen Verbundes

Die Sektor-Arbeitsgemeinschaften (SAG) orientieren sich an den Einzugsgebieten (Sektoren) der 11 dezentral arbeitenden Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen in der Region Hannover. Sie dienen der Vernetzung der Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen innerhalb des jeweiligen Sektors und werden von den Beratungsstellen organisiert.

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Neustadt

von Frederik Müller (Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst)

Sektor der Beratungsstelle
Neustadt, Wunstorf, Garbsen



Sitzungstermine

Die SAG findet halbjährlich im großen Konferenzraum des KRH Neustadt statt, jeweils von 13.00 – 14.30Uhr.

Teilnehmende

Regelmäßige Teilnehmende der Sektor-Arbeitsgemeinschaft setzen sich u. a. zusammen aus Vertreter*innen von:

AHMB e.V., AufKurs!, AWO BeA – Betätigungsangebote für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, Balance e.V. – Tagesstätte Garbsen, Balance Wohnen gGmbH, Beratungsstelle für Erziehungs- und Lebensfragen Garbsen, Caritasverband Hannover e.V. – Suchtberatungsstelle Garbsen, Caspar & Dase GmbH, Ex+Job Arbeit und Freizeit GmbH – Tagesstätte Wunstorf, Freundeskreis Betreuungsverein e.V. Wunstorf, Jobcenter der Standorte Neustadt / Wunstorf / Garbsen, JUGEND STÄRKEN: Brücken in die Eigenständigkeit (JUST BEst), KRH Psychiatrie Wunstorf – Standort GPZ Neustadt (Tagesklinik + PIA), Lebenshilfe Betreuungsverein Wunstorf e.V., NEUE BURG GmbH, Polizeidienststellen Neustadt / Wunstorf / Garbsen, RE StaRT, Region Hannover – Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche, Region Hannover – Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien, Region Hannover – Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Neustadt, Senioren- und Pflegestützpunkt Unteres Leinetal in Wunstorf, SprungBrett, Stadt Garbsen – Allgemeine Sozial-, Senioren- und Behindertenberatung, Stadt Neustadt – Sozialpädagogische Hilfen, Stadt Wunstorf – Soziale Dienste

Bearbeitete Themen

Beim SAG-Treffen am 12.11.2025 ging es inhaltlich schwerpunktmäßig um den Austausch über den Umgang mit psychisch kranken „Gefährder*innen“, hinter dem Aspekt der anstehenden Novellierung des NPsychKG. Es fand diesbezüglich ein Vortrag mit anschließender Diskussionsrunde statt.

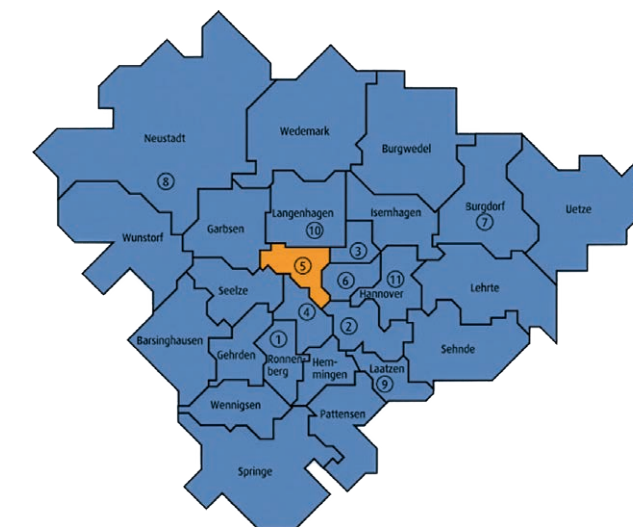
Das SAG-Treffen am 18.03.2026 fand in den Räumlichkeiten des Rathauses in Neustadt statt. Es stellten sich die beiden Fachdienste Soziale Arbeit und der Sozialpädagogischen Hilfen der Stadt Neustadt vor sowie das Team Eingliederungshilfe Erwachsene Northwest der Region Hannover. Der Anbieter Caspar & Dase GmbH stellte sein neues Angebot der Soziotherapie vor und die Vorstellung des Angebots von RE_StaRT wurde nachgeholt.

Die SAG stellt ein gutes Format dar, damit sich verschiedene Akteur*innen des Versorgungssektors kennenlernen und vernetzen können. Weiter können durch fachlichen Input und Angebotsvorstellungen neue Impulse vermittelt werden.

Das Team der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Neustadt bedankt sich bei allen Teilnehmenden für das Engagement.

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Mitte

von Sabine Böhland (Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst)



Sektor der Beratungsstelle

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

Sitzungstermine

Die SAG Mitte findet quartalsweise statt und traf sich in diesem Berichtszeitraum am 22.05.2025, 28.08.2025, 27.11.2025 und am 26.02.2026.

Teilnehmende

Regelmäßig Teilnehmende der Sektor-Arbeitsgemeinschaft setzten sich u. a. zusammen aus Vertreter*innen von:

AANB, Balance Tagesstätte e.V., Birkenhof APP Bet-hel im Norden, Bremermann Gesundheitsdienste,

DRK Unterkunft Wörthstr., DRK Soziale Dienste, DÜK Tagesaufenthalt, Frauenwohnheim Hannover e.V., Jobcenter, Karl-Lemmermann-Haus, Klinikum Wahrendorff, Kobra e. V., Kolpinghaus, KRH Psychiatrie Langenhagen, Lebenshilfe, LHH FFB u. EGH, LHH Kommunalen Seniorenservice, LHH KSD, LHH Koordination Wohnungslosenhilfe, LHH Straßensozialarbeit, MöWe GmbH, NTFN e.V., Paritätische Suchthilfe Niedersachsen Tagesstätte Hannover, Polizei, ProCasa, Region Hannover – Betreuungsstelle, RE-StaRT, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Mitte, VPE, ZBS (Sucht-)Beratung und Kontaktladen „Mecki“.

Bearbeitete Themen

Im Mai 2025 begrüßte uns die Tagesstätte Hannover von Balance e. V. in den Räumlichkeiten in der Goethestr. und stellte sowohl ihr umfassendes Angebot der Tagesstätte, der Ergotherapie als auch die Möglichkeiten in der Kontaktstelle vor.

Anschließend stellten Kolleg*innen von „Selbstbestimmt Leben Hannover e. V.“ die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EuTB) vor. Hier wurde der Empowerment-Ansatz deutlich: Rat-suchende zu befähigen, ihre Anträge auf Hilfen u. ä. selbständig zu stellen.

In den Folgemonaten durften wir dankenswerterweise wieder die Räumlichkeiten der LHH in der Hamburger Allee 25 nutzen. Da das Interesse an der SAG mit vielen Teilnehmenden weiterhin sehr groß ist, bietet der Gruppenraum der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Mitte leider nicht ausreichend Platz.

Im August 2025 stellten Mitarbeitende der Unterkünfte für obdachlose Menschen aus dem Kolpinghaus, Karl-Lemmermann-Haus, Paul-Oehlkers-Haus und der Wörthstr. die jeweiligen Strukturen, Aufnahmebedingungen und Herausforderungen vor. Psychische Erkrankungen spielen in allen Unterkünften eine nicht unerhebliche Rolle.

Das Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e. V. (NTFN) brachte den Teilnehmenden der SAG die teilweise prekäre Lage der

Betroffenen nahe, die eine erhöhte psychiatrische Morbidität aufweisen. Aber auch die eigene Situation als gemeinnütziger Verein in Zeiten rückläufiger Förderungen wurde verdeutlicht.

Ende November 2025 stellte dann die Eingliederungshilfe der LHH ihre Tätigkeit vor und stand für die Klärung diverser Fragen wie z. B. Bearbeitungszeiten, fachärztliche Stellungnahmen und Erreichbarkeit hilfreich zur Verfügung.

Anschließend berichtete die Tagesstätte Hannover der Paritätischen Suchthilfe Niedersachsen gGmbH über das Angebot, welches sich an Menschen mit Abhängigkeits- und/oder psychischen Erkrankungen richtet und Hospitationen von Betroffenen vor der Antragstellung begrüßt.

Im Februar 2026 konnte die geplante Vorstellung der Angebote der Psychiatrischen Institutsambulanz Königstr. vorerst nicht erfolgen, so dass Raum blieb für einen allgemeinen Austausch zu aktuellen Themen. Vorgestellt werden konnte spontan die Neueröffnung der Tagesstätte Hannover Leinemasch der Paritätischen Suchthilfe Niedersachsen gGmbH sowie das Digital-Café des Jobcenters, in dem Bürgergeldempfänger*innen sich digital fit machen können.

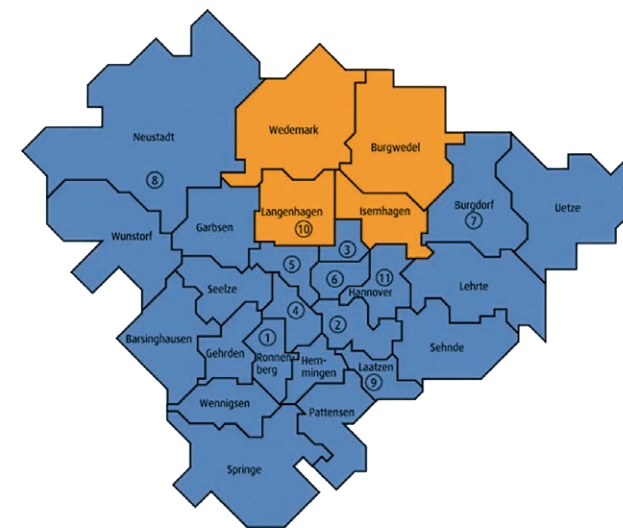
Mit Blick auf die Zukunft wurde der Entwurf des NPSychKHG thematisiert, der mit seinen konkreten Auswirkungen sicherlich in einer der nächsten SAG-Treffen vertiefter betrachtet wird. Aber auch die Zunahme der Fallzahlen, eine mangelnde spontane Handlungsmöglichkeit der Dienste in Krisensituationen und der „Angebots-Dschungel“ des Hilfesystems, der für Betroffene und Nahestehende zu wenig Orientierung bietet, benötigt in der kommenden Zeit mehr Beachtung.

Will man diesen Herausforderungen begegnen und das Hilfesystem effizienter und niederschwelliger gestalten, so ist die Zusammenarbeit im Netzwerk einer der wichtigsten Bausteine.

Daher freuen wir Mitarbeitenden der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Mitte uns auf das weitere gemeinsame Wirken und bedanken uns für das Engagement aller Teilnehmenden!

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Langenhagen

von Christoph Dietrich (Region Hannover – Sozialpsychiatrischer Dienst)



Sektor der Beratungsstelle

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

Sitzungstermine

Die Treffen der SAG fanden 2025 in der üblichen Frequenz (viermal jährlich jeweils mittwochs von 15:00 bis 17:00 Uhr) statt.

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, Betreuungsstelle Region Hannover, Senioren- und Pflegestützpunkt Nord, Kirchensozialarbeit Diakonie Hannover-Land, Alzheimer Gesellschaft Hannover, Andersraum e.V., Einrichtungen für psychisch Genesende – Haus Mohrmühle & Haus Schwanenwik, Pflegedienst Casper & Dase GmbH, Desideria Care e.V., Paritätische Suchthilfe Niedersachsen, Mentara APP GmbH, Sewo e.V., Klinikum Wahrendorff, Polizeikommissariat Langenhagen, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien

Bearbeitete Themen

Die erste Sektorarbeitsgemeinschaft des Jahres 2025 behandelte das Angebot der 67er-Hilfen nach SGB XII in der Region Hannover – vorgestellt durch Herrn Peyker (Region Hannover). Die Region Hannover ist für die Planung, Steuerung und Finanzierung dieser Leistungen zuständig. Leistungsanspruch haben Personen, welche unter besonderen Lebensverhältnissen (Obdachlosigkeit, Armut, Gewalt, Haftentlassung) und sozialen Schwierigkeiten (bspw. Probleme bei Wohnung, Arbeit, Beziehungen, Straffälligkeit) leiden, deren eigene Kräfte für die Bewältigung dieser Problematik jedoch nicht ausreichen. Ziele dieses Leistungsangebots sind die Stärkung der Selbsthilfe sowie die Ermöglichung an gesellschaftlicher Teilhabe. Der Angebotskatalog beinhaltet sowohl ambulante als auch stationäre Unterstützungsmaßnahmen. Der Input wurde durch Ausführungen von Mitarbeitenden der SeWo (Selbsthilfe für Wohnungslose e. V.) zu deren Hilfsangebot ergänzt.

Bei dem zweiten SAG-Treffen stellte Frau Kurtz – Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien – die Arbeit der Beratungsstelle vor. Die Beratungsstelle bietet kostenlose, anonyme und niedrigschwellige Beratung & Krisenintervention (auch akut am selben Tag). Sie besteht aus einem multiprofessionellen Team aus Psycholog*innen, Ärzt*innen und Sozialpädagog*innen. Auch Prävention (bspw. Vernetzung mit Schulen, Jugendämtern) ist ein wesentlicher Aspekt der Arbeit.

Betroffene, Eltern und Bezugspersonen sind angehalten, Warnsignale ernst zu nehmen und früh Hilfen aufzusuchen (auch bei Unsicherheit), da psychische Krisen häufig – gerade bei frühzeitiger Nutzung von Hilfsangeboten – gut behandelbar sind.

Das SAG-Treffen im September beinhaltete die Vorstellung des Flüchtlingsrates.

Der Flüchtlingsrat Niedersachsen setzt sich für die Rechte und Lebensbedingungen von Geflüchteten ein. Seine Arbeit umfasst unabhängige

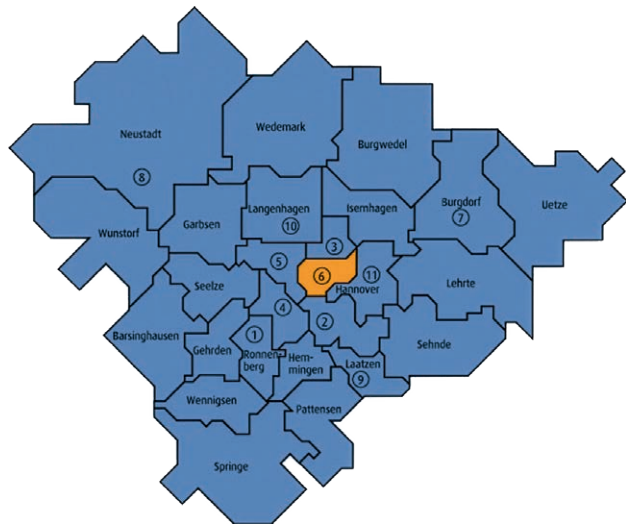
Beratung und Unterstützung, regionale und überregionale Vernetzung, Projekte zur Verbesserung von Aufnahmebedingungen, Integration und Antidiskriminierung, Öffentlichkeitsarbeit und politische Arbeit.

Die Sektorarbeitsgemeinschaft im Dezember 2025 bot die Möglichkeit das Angebot der Tagesstätte „back_up“ in deren Räumlichkeiten kennenzulernen. Frau Lillak (beta89 e.V.) gab einen Überblick über das an junge Erwachsene mit psychischen Erkrankungen gerichtete Unterstützungsangebot, welches diesen als Brücke zwischen Klinik und Alltag dienen soll. Dies soll durch tagesstrukturierende Angebote mit den Schwerpunkten auf Förderung von Selbstständigkeit, sozialer Teilhabe, Gesundheit und Perspektiventwicklung geschaffen werden.

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

Sektor-Arbeitsgemeinschaft List

von Christoph Dietrich (Region Hannover – Sozialpsychiatrischer Dienst)



Sektor der Beratungsstelle

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

Sitzungstermine

Die Treffen der SAG fanden 2025 dreimal (jeweils montags von 12:00 bis 13:30 Uhr) statt.

Teilnehmende

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

Bearbeitete Themen

Zum Auftakt des Jahres stellte Frau Schubert, Leiterin des psychiatrischen Sozialdienstes der MHH, die Struktur und Kernaufgaben des Sozialdienstes vor.

Die Klinik bietet stationäre, teilstationäre und ambulante psychiatrische Behandlung – von Akutpsychiatrie über Sucht und Gerontopsychiatrie bis zu Psychotherapie.

Die Aufnahme erfolgt situativ über die Notaufnahme, dem Belegungsmanagement oder der Psychiatrischen Institutsambulanz.

Es werden 152 Behandlungsplätze auf 10 Stationen sowie spezialisierte Ambulanzen (z. B. Suchtambulanz) vorgehalten.

Der Sozialdienst verfolgt den Ansatz einer ganzheitlichen Versorgung durch multiprofessionelle Teams – von der Krise bis hin zur sozialen Reintegration.

Das Ziel der sozialen Stabilisierung beinhaltet die Klärung von Finanzen, Wohnen, Arbeit aber auch die Vernetzung mit Hilfesystemen (z. B. Betreutes Wohnen, pHKP).

Das Entlassmanagement soll nahtlose Übergänge in die Nachsorge (Fachärzt*innen, Reha, Pflege) sowie in die berufliche Wiedereingliederung ermöglichen.

In einem weiteren SAG-Treffen ermöglichte Herr Henß-Jürgens, Fachbereich Teilhabe der Region Hannover, einen Einblick in die Eingliederungshilfe im Erwachsenenbereich.

Anspruch auf Eingliederungshilfe haben Menschen mit seelischen, geistigen, körperlichen oder Sinnesbehinderungen – auch wenn diese drohen. Leistungen der sozialen Teilhabe sind einkommens- und vermögensabhängig. Bei der Bedarfsermittlung, Zielsetzung und Gewährung von Leistungen stehen die individuellen Bedürfnisse und Vorstellungen der antragstellenden Person im Mittelpunkt. Der Antrag kann formlos – schriftlich oder mündlich – gestellt werden. Je nach gewöhnlichem Aufenthalt ist entweder die Region Hannover (Umland) oder die Landeshauptstadt Hannover (Stadtgebiet) zuständig. Beide haben spezifische Ansprechpartner*innen und Fallteams, die regional oder nach Behinderungsart organisiert sind.

Assistenzleistungen wurden zuletzt deutlich gekürzt. Durch die neue Regelleistungsvereinbarung in Niedersachsen gibt es weniger Zeit für direkte Betreuung, indirekte Tätigkeiten (wie Telefonate) und Fahrten.

Das Persönliche Budget soll mehr Selbstbestimmung ermöglichen. Statt Sachleistungen können Leistungsberechtigte ein Budget in Geldform erhalten, um selbst Verträge mit Leistungserbringenden abzuschließen. Die Qualitätsstandards bleiben dabei gleich – z. B. muss qualifizierte Assistenz weiterhin durch Fachkräfte erbracht werden.

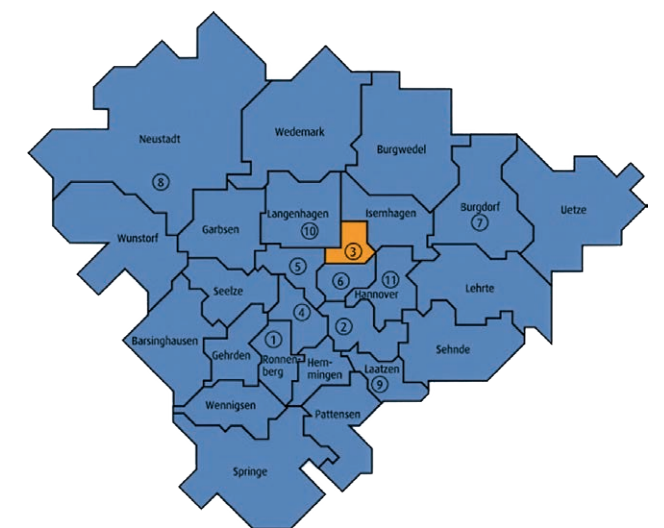
Das dritte SAG-Treffen diente allen Teilnehmenden dem Austausch miteinander, dem Kennenlernen voneinander, sowie der Planung für das kommende Jahr.

Angedachte Themen für das Jahr 2026 sind Einblicke in die Arbeit der Betreuungsbehörde zu erlangen, die Vorstellung zweier Tagesstätten der Paritätischen Suchthilfe Niedersachsen gGmbH und der Arbeit der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien.

Wir bedanken uns für die rege Teilnahme und freuen uns auf weitere Treffen im kommenden Jahr.

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Plauener Straße

von Sabine Tomaske (Region Hannover – Sozialpsychiatrischer Dienst)



Sektor der Beratungsstelle

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

Sitzungstermine

In der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Plauener Straße fanden bis einschließlich Mai 2026 vier Sitzungen im Rahmen der Sektor-Arbeitsgemeinschaft statt.

Teilnehmende

Regelmäßige Teilnehmende der Sektor-Arbeitsgemeinschaft waren Mitarbeitende der Beratungsstelle Plauener Straße, der Sozialpsychiatrischen

Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche der Region Hannover, Mitarbeitende von beta89 und Balance, des AWO-Betätigungsangebotes, die Quartierskoordination von Wohnen+ und vom Pflegedienst Birkenhof. Ebenso teilgenommen haben Mitarbeitende aus dem KRH Psychiatrie Langenhagen, vom KSD Bothfeld, Landeshauptstadt Hannover aus dem Bereich Teilhabe, aus der Familien- und Erziehungsberatungsstelle Plauener Straße, des Jobcenters Mengendamm, der Oskar-Kämmer-Schule, von REHA-TOP, des Jugend Jobcenters, von der Beratungsstelle RE_StaRT, der Vahrenheider Werkstatt und aus dem Seniorenservice der Landeshauptstadt Hannover. Als neue Teilnehmende begrüßten wir eine Mitarbeiterin aus dem Werkheim.

Bearbeitete Themen

Thematisch befassten wir uns weiterhin mit der Versorgungssituation von Jugendlichen und jungen Heranwachsenden. Hierzu besuchten wir die Oskar-Kämmer-Schule, eine gemeinnützige Bildungsgesellschaft. Wir hatten ebenfalls Gelegenheit uns die Tagesstätte für junge Menschen von beta89 e. V. „back_up Junge Tagesstätte“ vor Ort anzuschauen. Die Mitarbeitenden stellten uns ihre Arbeitsinhalte jeweils vor und damit verbundene herausfordernde Situationen.

In der Tagesstätte für junge Menschen kam die Frage auf, ob junge Menschen mit Migrationshintergrund dieses Angebot annehmen. Dieses wurde verneint und es entstand eine Diskussion, was Hinderungsgründe sein könnten, die Versorgungsangebote der Eingliederungshilfe anzunehmen.

In der Novembersitzung stellte uns ein Mitarbeiter die Einrichtung und Schwerpunkte von „Aktiv dabei sein e. V.“ vor.

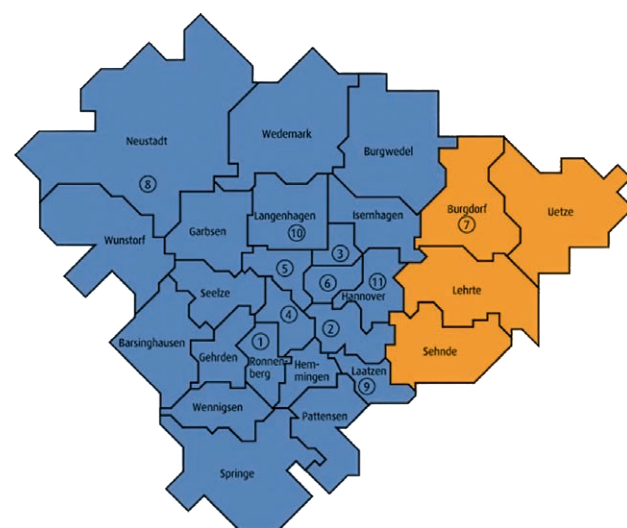
In unserer Sitzung im März dieses Jahres stellte ein Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle seine Arbeit in der psychiatrischen Sprechstunde im DRK Tagestreff Dornierstraße vor. Anschließend wurde im Teilnehmendenkreis diskutiert, wie die Versorgung von wohnungslosen psychisch erkrankten Menschen sichergestellt

werden kann. Zunehmend werden psychisch besonders schwer erkrankte Menschen aus der Klinik entlassen, die keinen Anschluss im Rahmen der Eingliederungshilfe oder andere Hilfen erhalten und in die Wohnungslosigkeit entlassen werden.

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

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Burgdorf

von Janine Duckert und Marko Meier (Region Hannover - Sozialpsychiatrischer Dienst)



Sektor der Beratungsstelle
Die Städte Burgdorf, Lehrte, Sehnde und die Gemeinde Uetze zählen zum Zuständigkeitsgebiet der Beratungsstelle Burgdorf.

Sitzungstermine

Die SAG fand im Jahr 2025 an 3 Terminen in den Räumlichkeiten des DRK – Aktiv- Treff in Burgdorf statt. Das Treffen ist von ca. 25 Interessierten besucht worden. Weitere SAG-Treffen werden

jährlich mit 3 Treffen, in den Räumlichkeiten des DRK's stattfinden.

Teilnehmende

Die Teilnehmenden der SAG setzten sich aus folgenden Institutionen zusammen:

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

Bearbeitete Themen

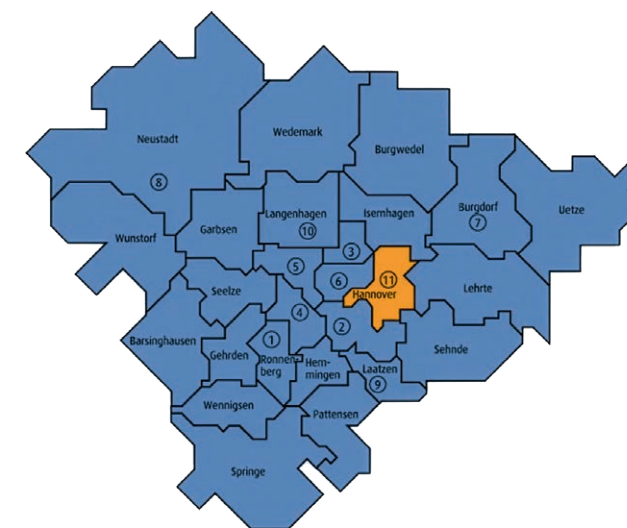
Die Treffen dienen in erster Linie der besseren Vernetzung verschiedener Institutionen im Sektor der Beratungsstelle. Es haben sich zwei Institutionen innerhalb unserer Sitzungen vorgestellt, mit anschließendem Austausch.

- Diakonieverband Hannover-Land (Fachstelle für Sucht Burgdorf)
- Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien

Im Rahmen eines Fachaustauschs haben die Teilnehmenden die Möglichkeit, Fragen und anonymisierte Fallbeispiele zu diskutieren. Dadurch können und konnten im Plenum gemeinsam Lösungsmöglichkeiten zusammengetragen werden. Weiter soll geschaut und diskutiert werden, was es Neues im Sektor zu berichten gibt (neue Angebote, Umstrukturierungen vorhandener Institutionen, Verbesserung der Kommunikation untereinander, um schneller Unterstützung für unsere Klient*innen zu gewährleisten).

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Groß-Buchholz

von Borge Borchert (Region Hannover - Sozialpsychiatrischer Dienst)



Sektor der Beratungsstelle
Stadtteile Kleefeld, Heideviertel, Kirchrode, Anderten, Misburg-Nord, Misburg-Süd und Lahe

Sitzungstermine

Geleitet durch die Mitarbeitenden der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle Groß-Buchholz fand die Sektor-AG 2025 an drei Sitzungsterminen statt.

Teilnehmende

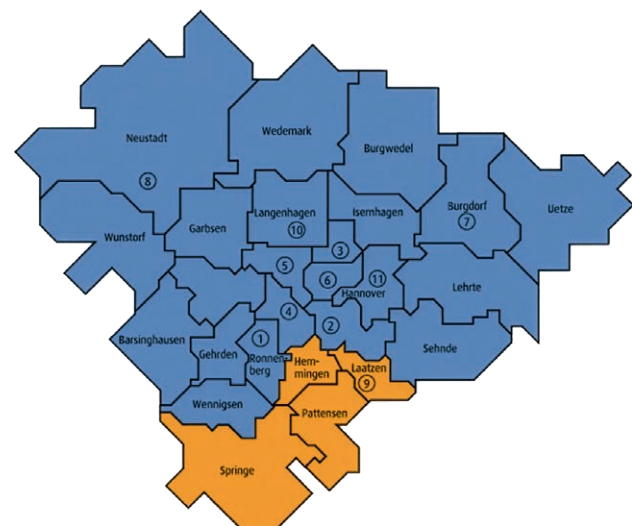
Regelmäßige Teilnehmende der Sektor-AG waren: Mitarbeiter*innen der Beratungsstelle Groß-Buchholz, AWO BeA, Mitglieder des VPE, ReHa-Top, Mitarbeiter*innen vom Jobcenter, Sozialdienst MHH, LHH-KSD Misburg-Anderten, Mitarbeiter*innen des FB Senioren, Hannoversche Werkstätten (ambulant betreutes Wohnen), Krankenwohnung „Die Kurve“, Mitarbeiter*innen der Betreuungsstelle RH, AfW Jugend- und Familienhilfe, LHH Fallkoordination, Betreuungskette am Seelberg, Polizei Hannover-Misburg, SeWO e.V., RE-StaRT, Jugendwerksiedlung, AHMB e.V. Pflegedienste, Tagesklinik für junge Menschen, Betätigungsangebote, Jugendzentrum Mengendamm, FIPS Tagesstätte, buntHus Tagesstätte, Tagesstätte Balance

Bearbeitete Themen

2025 ging es in der SAG thematisch u.a. um die Herausforderung der Betreuung von wohnungslosen Menschen mit psychiatrischem Kontext und dem spürbaren Zuwachs der Meldungen zu demenziell erkrankten Personen. Des Weiteren begleitete uns das Thema der Hürden einer klientenorientierten Vernetzung verschiedener Hilfeebringenden und Behörden unter Einbeziehung datenschutzrechtlicher Vorgaben. Einen größeren Input gab es zum Thema rechtliche Betreuung seitens der Beratungsstelle der Region Hannover. Einen weiteren Schwerpunkt legten wir auf die Vorstellung einiger Institutionen und den jeweiligen spezifischen Angeboten, sowie der Vorstellung neuer Einrichtungen und Maßnahmen. Zudem wurde das Netzwerk der SAG regelmäßig von den Teilnehmenden zu anonymisierten Fallbesprechungen genutzt, wodurch in mehrerer Hinsicht profitiert werden konnte.

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Laatzen/Hemmingen & Springen/Pattensen

von Bastian Kornau (Region Hannover,
Team Sozialpsychiatrischer Dienst)



Sektor der Beratungsstelle
Laatzen, Hemmingen, Pattensen und Springe

Sitzungstermine Laatzen/Hemmingen

Donnerstag, den 05.03.2025 im Stadthaus Laatzen
Donnerstag, den 09.10.2025 im Stadthaus Laatzen

Sitzungstermine Springe/Pattensen

Montag, den 17.03.2025 im DRK-Haus Springe
Dienstag, den 23.09.2025 im DRK-Haus Springe

Auszug aus Teilnehmendenkreis

Region Hannover SpDi KJP; Region Hannover FB 52 EGH; Frauenberatung Springe; Team Beratungsangelegenheiten der Region Hannover; Polizei Springe; Jobcenter Springe; Paritätische Suchthilfe Nds.; Sozialdienst Stadt Springe; SPN Calenberger Land; RE_StaRT; Amtsgericht Springe; Berufsbetreuer*innen

Bearbeitete Themen

Im Rahmen der Sektor-Arbeitsgemeinschaften fanden zu verschiedenen Themen Austausch und Diskussionen statt. Neben den aktuellen Anliegen der Teilnehmenden wurde sich mit einigen Inhalten intensiver auseinandergesetzt.

Veränderungen im Bereich der Eingliederungshilfe (EGH) am Beispiel der Region Hannover

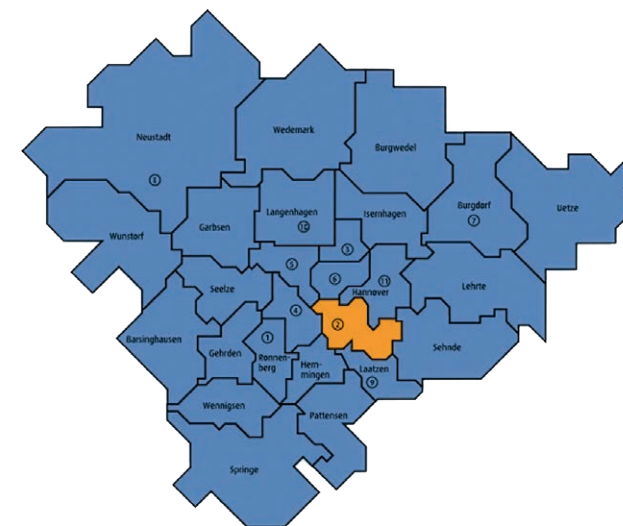
Durch Henning Henß-Jürgens (Fachlicher Grundsatz 52.22) vom Fachbereich Teilhabe (52) wurde über die veränderte Finanzierung als auch Administration im Bereich der Eingliederungshilfe im Land Niedersachsen referiert. Am Beispiel der Region Hannover wurden die sozialrechtlichen-administrativen Abläufe und Praktiken der Bedarfsermittlung näher beschrieben. Hier ging es auch um die als immer aufwendiger empfundene Verwaltungsarbeit in der EGH, die langen Wartezeiten bei der Antragsbearbeitung und die schwierige Versorgungslage in den ländlichen Teilen der Region Hannover. Vor allem durch die Veränderung bei der Finanzierung im Bereich der Qualifizierten Assistenz (hier v.a. die verkürzten Fahrzeiten) ist ein Rückgang bei der Zahl von Leistungsanbietern und damit auch der Versorgungsqualität zu verzeichnen.

Arbeit im Messiesystem – Vortrag von Herrn Ralf Moormeister, Jugendwerksiedlung e.V.

Durch Herrn Ralf Moormeister von der Jugendwerksiedlung e.V. wurde sich anhand eines Fachvortrages mit anschließender Fallbesprechung und Diskussion über die verschiedenen Arten und Ausprägungen des Phänomens des pathologischen Hortens „Messi-Syndrom“ intensiv auseinandergesetzt.

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Freitagstraße

von Bastian Kornau (Region Hannover,
Team Sozialpsychiatrischer Dienst)



Sektor der Beratungsstelle
Bemerode, Bult, Calenberger Neustadt, Döhren, Mitte, Mittelfeld, Seelhorst, Südstadt, Waldheim, Waldhausen, Wülfel.

Sitzungstermine

Mittwoch, den 05.03.2025 in der Beratungsstelle Freitagstraße
Mittwoch, den 02.07.2025 in der Beratungsstelle Freitagstraße
Mittwoch, den 10.12.2025 in der Beratungsstelle Freitagstraße

Teilnehmende

Region Hannover Beratungsstelle; KSD Bemerode & Mitte; Dr. med. Anne M. Wilkening GmbH; Re-StaRT; Kontaktstelle Gruppe Soziale Selbsthilfe, Einzelfallhilfe KSH; Diakonie Himmelsthür; Birkenhof Jugendhilfe; Jobcenter Region Hannover; DRK Dezentrale Beratung Wohnungslosenhilfe; DRK Soziale Dienste; PK Döhren; PK Südstadt; AHMB- Qualifizierte Assistenz; FIPS Tagesstätte; AWO BeA Betätigungsangebote; Klinikum Wahrenndorff Sozialdienst; Fachstelle Wohnungserhalt

Bearbeitete Themen

Im Rahmen der Sektor-Arbeitsgemeinschaften fanden zu verschiedenen Themen Austausch und Diskussionen statt. Neben den aktuellen Anliegen der Teilnehmenden wurde sich mit drei Themen intensiver beschäftigt.

Vorstellung der sog. 67er-Hilfen am Beispiel des DRK Begleiteten Wohnen Hannover

Durch das DRK Begleitetes Wohnen wurde die ambulante Hilfeleistung nach §67 SGB XII, die sog. 67er-Hilfe vorgestellt. Diese stellt ein niedrigschwelliges Unterstützungsangebot zur Überwindung besonders herausfordernder Lebenslagen in der Landeshauptstadt Hannover dar. Die Hilfe ist einkommens- und vermögensabhängig und muss über den Fachbereich Soziales beantragt werden. Ziel ist der Erhalt einer möglichst selbstständigen Lebensführung, wenn möglich in der eigenen häuslichen Umgebung.

Vorstellung der Arbeit des Fallmanagements beim Jobcenter Region Hannover

Durch eine Teilnehmerin aus der SAG wurde die Arbeit des Fallmanagements des Jobcenters der Region Hannover genauer vorgestellt. Dieses steuert und koordiniert die individuelle Unterstützung von Arbeitsuchenden und Leistungsbeziehenden. Es analysiert die persönliche Situation der Kunden, identifiziert Bedarfe und entwickelt maßgeschneiderte Integrationspläne (z. B. für Berufsberatung, Qualifizierung oder Vermittlung). Die Fallmanager*innen begleiten den gesamten Prozess, von der Antragsprüfung bis zur

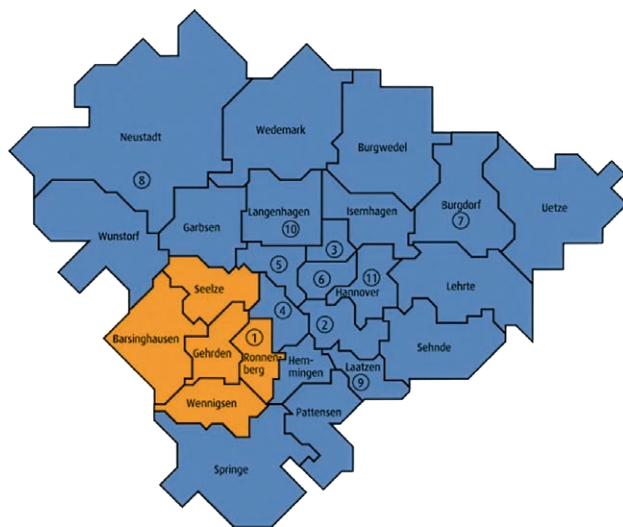
Arbeitsaufnahme, und arbeiten eng mit Arbeitgebern, Bildungsanbietern und anderen Akteuren zusammen. Ein Fokus liegt auf langzeitarbeitslosen oder besonders benachteiligten Personen, um deren Chancen auf dem Arbeitsmarkt zu verbessern.

Vorstellung der Arbeit der Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover

Durch Mitarbeitende der Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien des SpDi wurden deren Arbeitsweisen im Allgemeinen und die Begleitung von jungen Menschen im Übergang zur Erwachsenenpsychiatrie im Besonderen näher beleuchtet. Hier wurden vor allem die wenig ausgebauten Hilfsangebote für das Klientel der jungen Erwachsenen in Hannover und der Region als besondere Herausforderung herausgearbeitet.

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Ronnenberg-Empelde

von Simon Steinberg (Region Hannover – Fachdienst Sozialpsychiatrischer Dienst)



Sektor der Beratungsstelle

Städte und Gemeinden: Barsinghausen, Gehrden, Ronnenberg, Seelze, Wennigsen und der Stadtteil Badenstedt der LHH

Sitzungstermine

Im Jahr 2025 hat die Sektor-AG an zwei Terminen stattgefunden. Planmäßig finden die Sitzungen dreimal jährlich statt, jeweils am letzten Mittwoch des ersten Monats im Quartal – wobei der Sommer pausiert aufgrund der Ferienzeit. Je nach Themenschwerpunkt finden die Sitzungen in unterschiedlichen Räumlichkeiten der an der SAG teilnehmenden Institutionen im Sektor statt.

Teilnehmende

An der Sektor-Arbeitsgemeinschaft nehmen Akteure aus dem Einzugsgebiet teil, die in jedweder Form mit unserem Tätigkeitsfeld der Sozialpsychiatrie Berührungspunkte aufweisen. Dazu gehören u.a.:

Mitarbeitende der Eingliederungshilfe der Region Hannover, Leistungsanbieter der Eingliederungshilfe, Berufsbetreuer:innen, Mitarbeitende des KRH Wunstorf, Anbieter von psychiatrischer Fachpflege (phKp), Anbieter der Wohnungslosenhilfe, Mitarbeitende aus der Betreuungsstelle der Region Hannover, Mitarbeitende aus der §67er-Hilfe der Region Hannover, ASD Region Hannover, KSD der LHH, Sozialdienste der Städte und Gemeinden, Anbieter von Ergotherapie, Kontaktbeamt:innen der ansässigen PK, Mitarbeitende aus der Seniorenhilfe etc.

Bearbeitete Themen

Die Sektor-Arbeitsgemeinschaft verfolgt hauptsächlich das Ziel, die unterschiedlichen Akteure und Institutionen im Bereich der Sozialpsychiatrie untereinander zu vernetzen. Dabei werden die Sitzungen zum Austausch über Neuigkeiten oder Veränderungen untereinander genutzt. Neue Angebotsformen können in diesem Forum vorgestellt werden und auch eventuelle Sektor-spezifische Themen finden hier einen Raum. Darüber hinaus hat jede Sitzung einen Themenschwerpunkt, zu dem Referierende eingeladen werden.

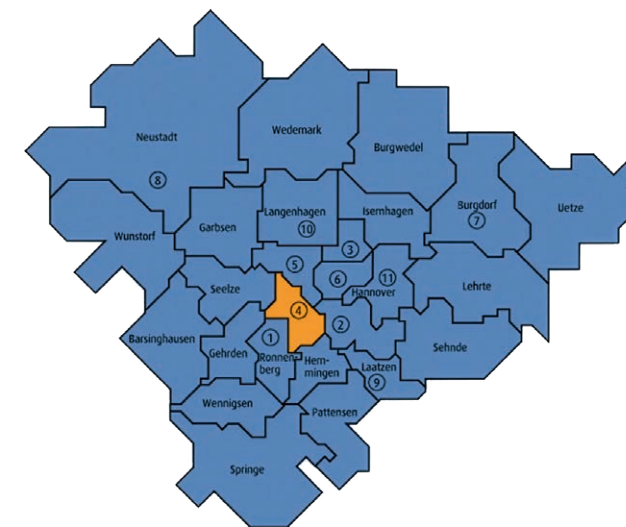
Im vergangenen Berichtszeitraum wurden in diesem Kontext Angebote von beta-REHA und ReHaTOP vorgestellt. Dabei ging es schwerpunktmäßig um sowohl medizinische als auch berufliche Rehamassnahmen für Menschen mit

psychischen Erkrankungen. Außerdem war der kommunale Seniorenservice der LHH (KSS) zu Gast, als es um das Thema „Versorgung von älteren Menschen im Sektor und der Umgang mit Einsamkeit“ ging.

Themenwünsche und auch Beiträge können dem Team der Beratungsstelle gerne per Mail zugesandt werden. Über die rege Teilnahme im vergangenen Jahr freuen wir uns sehr und hoffen auf einen weiteren erfolgreichen Austausch im neuen Jahr.

Sektor-Arbeitsgemeinschaft Deisterstraße

von Torsten Molle (Region Hannover – Sozialpsychiatrischer Dienst)



Sektor der Beratungsstelle

Stadtteile Ahlem, Bornum, Davenstedt, Mühlberg, Limmer, Linden-Nord, Linden-Mitte, Linden-Süd, Oberricklingen, Ricklingen und Wettbergen

Sitzungstermine

Die Treffen der SAG finden in der Regel am 2. Mittwoch des 2. Monats im Quartal in der Zeit von 13:30 Uhr bis 15:00 Uhr in den Räumlichkeiten des SpDi in der Deisterstr. 85a in Linden-Süd statt.

Anlassbezogen wurden in der Vergangenheit vereinzelt Termine als Exkursion zum Kennenlernen neuer Räumlichkeiten von Leistungsanbietern genutzt.

Teilnehmende

An der Sektor AG beteiligen sich Kolleginnen und Kollegen aus dem kommunalen Sozialdienst, dem Seniorenservice, des Jobcenters, der Betreuungsstelle, der Polizei, der Kriminalitätsofferhilfe, der Suchthilfe, Leistungsanbieter aus der Eingliederungshilfe, der Wohnungslosenhilfe, der Flüchtlingshilfe, der Migrationsberatung, aus Beschäftigungsprojekten, Berufsbetreuer*innen sowie Anbieter*innen für Ergotherapie, psychiatrische Pflege und Qualifizierte Assistenz.

Bearbeitete Themen

Die Arbeitsgemeinschaft nutzt die Treffen zu einem allgemeinen Austausch über Neuerungen und Veränderungen hinsichtlich der Angebotsstruktur der beteiligten Einrichtungen, aber auch zur Information über spezielle, die Versorgungssituation psychisch kranker Menschen betreffenden, Themen. Im Berichtszeitraum referierten bspw. Frau Wolf und Herr Mensch von RE_StaRT über die Versorgungssituation und schnell einsetzenden Unterstützungsmöglichkeiten von Menschen in sozialen Notlagen. Als weiteres Schwerpunktthema berichtete Herr Nietzsche über Hilfeangebote durch persönliche Betreuung seiner Organisation -Weisser Ring- für Opfer von Straftaten. Durch Herrn Matschke -Integrationsfachdienst der AWO- wurde das EGH-Angebot -Budget für Arbeit- vorgestellt.

Themenvorschläge können grundsätzlich jederzeit durch die Teilnehmerinnen angemeldet oder eben spontan eingebracht werden. So wird die SAG auch vereinzelt für anonyme Fallbesprechungen genutzt.

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

von den Mitgliedern der Ombudsstelle

Seit über 20 Jahren gibt es die Ombudsstelle bei der Region Hannover. Bei Beschwerden und Konflikten im sozialpsychiatrischen Kontext können sich Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Angehörigen an sie wenden.

Als unabhängige Beschwerdeannahme- und Vermittlungsstelle bietet sie neutrale Unterstützung an. Sie kann alternativ oder parallel zum internen Beschwerdemanagement von Institutionen genutzt werden.

In Gesprächen auf Augenhöhe mit allen Beteiligten werden Konflikte thematisiert und gemeinsam nach Lösungen gesucht. Die Begleitung und Moderation der Gespräche durch die Ombudsstellenmitglieder erfolgen stets mit Respekt, Distanz und Neutralität. Das Ziel ist, ein konstruktives Miteinander aller Seiten zu erreichen.

Mitglieder der Ombudsstelle

Die Mitglieder der Ombudsstelle engagieren sich ehrenamtlich und uneigennützig – und das bei gleichberechtigtem Status. Sie werden für jeweils 2 Jahre von der Dezernentin für Soziales, Teilhabe, Familie und Jugend berufen.

Die Ombudsstelle ist trialogisch und aktuell mit folgenden Mitgliedern besetzt:

- ein Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen
- eine Vertreterin der Angehörigen von psychisch kranken Menschen
- ein Bürger mit sozialem Engagement
- eine Bürgerin mit rechtlichem Fachwissen
- eine Mitarbeiterin aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst

Zudem steht ein Facharzt für Psychiatrie des Sozialpsychiatrischen Dienstes als beratendes Mitglied zur Verfügung.

Die Psychiatriekoordinatorin hat die Geschäftsführung der Ombudsstelle inne. Sie ist für die Organisation und Moderation der Sitzungen sowie die Annahme der Beschwerden in der Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes zuständig.

Die Arbeit der Ombudsstelle

Beschwerden können über den Verein Psychiatrie-Erfahrener Hannover e.V. (VPE), die Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Niedersachsen und Bremen e.V. (AANB) oder die Geschäftsstelle des Sozialpsychiatrischen Verbundes eingebracht werden.

Die Eingaben erfolgen in der Regel schriftlich. Es ist jedoch auch möglich, die eigene Situation in einem persönlichen Gespräch oder einem Telefonat zu schildern. Eine Verschriftlichung für die weitere Bearbeitung erfolgt dann durch die Beschwerdeaufnehmenden.

Die Ombudsstelle bedarf zum Tätigwerden einer von den Beschwerdeführenden persönlich unterschriebenen Schweigepflichtentbindung und Vollmacht. Das dafür vorgesehene Formular beinhaltet auch die Kontaktinformationen der Personen, mit denen Vermittlungsgespräche geführt werden sollen, bzw. von denen, die weitere Informationen zur Situation zur Verfügung stellen können. Die Schweigepflichtentbindung gilt ausschließlich im Rahmen der Bearbeitung der vorgebrachten Beschwerde und ist nach Abschluss der Vertretung in dem Beschwerdeanliegen nicht mehr gültig.

Die Ombudsstelle arbeitet

- unabhängig
- vertraulich
- kostenlos

Die Sitzungen der Ombudsstelle finden alle zwei Monate statt. In den Sitzungen werden die Beschwerdeeingänge gesichtet, es findet ein erster Austausch zu Fragestellungen und möglichen Vorgehensweisen statt und es wird festgelegt, wer sich für eine Angelegenheit verantwortlich fühlt. Im Beratungs-, bzw. Vermittlungsverlauf werden die Sitzungen auch zur gegenseitigen Beratung genutzt.

Falls es die Beschwerdelage durch viele Eingänge oder komplizierte Verläufe erfordert, wird die Sitzungsfrequenz auf monatliche Treffen erhöht.

Beschwerdefälle

Die Anzahl der Beschwerdeeingänge im Jahr 2025 lag bei 23 Eingängen (17 in 2024, 10 im ersten Halbjahr 2026). 9 der 2025 eingegangenen Beschwerden führten zu einer weiteren Bearbeitung. Die anderen Anliegen wurden entweder aus bestimmten Gründen von den Beschwerdeführenden zurückgezogen oder konnten aufgrund der Sachlage von der Ombudsstelle nicht verfolgt werden. Wenn z.B. an einer Lösung und weiteren Zusammenarbeit kein Interesse besteht oder bereits rechtliche Schritte eingeleitet wurden, kann die Ombudsstelle als Vermittlungsstelle nicht mehr tätig werden. Wenn sich Menschen von außerhalb der Region Hannover melden, muss an andere Stellen verwiesen werden. Das ist oft nicht einfach, da Ombudsstellen nicht flächendeckend zur Verfügung stehen. Auch kommt es vor, dass ein ausführliches Gespräch am Telefon bereits als entlastend erlebt wird und von einer weiteren Beauftragung der Ombudsstelle abgesehen wird. Es ist zudem davon auszugehen, dass manche Vollmachten – und damit schriftliche Beauftragungen – nicht eingereicht werden, weil sich die Situation nach der ersten Kontaktaufnahme bereits geklärt hat oder die Auftragserteilung gescheut wird, weil Ängste bestehen. An dieser Stelle kann gesagt werden, dass es bisher zu keiner Rückmeldung gekommen ist, die belegt, dass es für Beschwerdeführende nach einer Intervention der Ombudsstelle zu Nachteilen im Kontakt mit den Konfliktparteien gekommen ist.

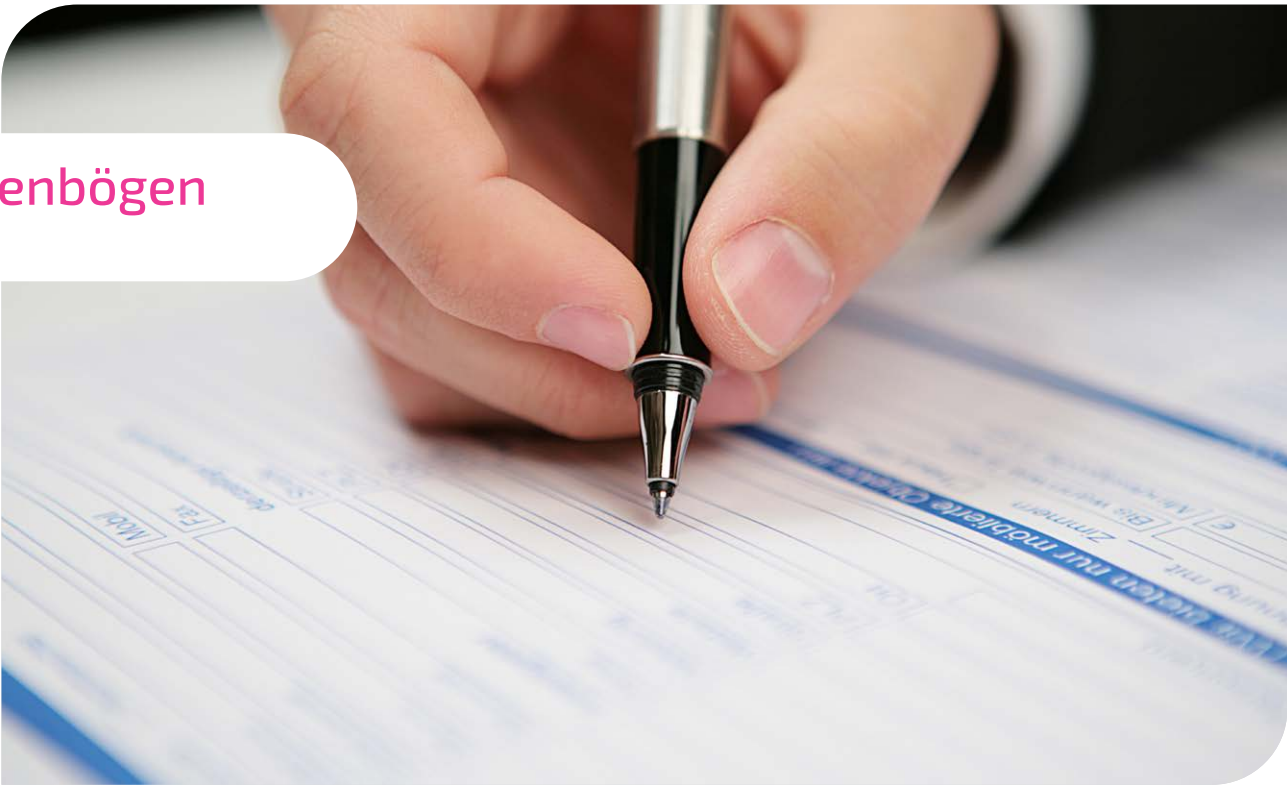
Fazit und Ausblick

Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Angehörigen haben durch die Ombudsstelle eine Möglichkeit, konfliktbelastete Situationen mit Institutionen mit Hilfe einer unabhängigen Stelle zu klären, um wieder zielführend zusammenarbeiten zu können und in das Unterstützungssystem wieder Vertrauen zu fassen. Jeder gelöste Konflikt kann so eine Unterstützungssituation sichern.

Institutionen, die auf die Ombudsstelle verweisen, bzw. durch ausliegendes Informationsmaterial aufmerksam machen, zeigen ihre Bereitschaft, sich einer Moderation von Konfliktgesprächen von außen zu stellen – und damit ein wichtiges Qualitätsmerkmal.

Für die Menschen in der Region Hannover ist eine weitere Verbreitung der Informationen über die Ombudsstelle und das Mutmachen, diese in Anspruch zu nehmen wünschenswert. Über die Region Hannover hinaus wäre es sinnvoll, wenn diese Form der Unterstützung flächendeckend zur Verfügung stünde. Beim BundesNetzwerk unabhängiger Beschwerdestellen Psychiatrie (BNuBP) sind unter <https://www.beschwerde-psychiatrie.de/liste.html> lediglich drei Beschwerdestellen in Niedersachsen aufgeführt...

Datenbögen



Datenbogen 1 „Angebotsbezogene Informationen“ // Seite 1

Regionale Psychiatrieberichterstattung im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover		
Datenbogen 1	Angebotsbezogene Informationen	Berichtsjahr 2025
Trägerdaten Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen		
1. Trägercode		
2. Trägername		
3. Trägeradresse:		
PLZ		
Ort		
Straße		
Hausnummer		
4. Ansprechpartner*in Träger:		
Nachname		
Vorname		
Telefonnummer		
eMail		
5. Welche Leistungsarten bieten Sie im Sozialpsychiatrischen Verbund an? ➔ Mehrfachantwort möglich		
ambulant	☐	
teilstationär	☐	
stationär	☐	
6. Wie viele Angebote bieten Sie im Sozialpsychiatrischen Verbund insgesamt an?		

! Hinweis:
Bitte füllen Sie für jedes Ihrer Angebote einen Datenbogen 1 (insgesamt 3 Seiten) aus. Für die Trägerdaten (diese Seite) ist es ausreichend, wenn Sie diese einmalig, also z.B. auf dem Bogen für Ihr erstes Angebot, eintragen. Bitte vergessen Sie nicht auf den Seiten 2 und 3 jeweils den Angebotscode einzutragen.

Datenbogen 1 „Angebotsbezogene Informationen“ // Seite 2

Regionale Psychiatrieberichterstattung im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover		
Datenbogen 1	Angebotsbezogene Informationen	Berichtsjahr 2025
Angebotsdaten Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen		
1. Angebotscode		
2. Angebotsname		
3. Angebotsadresse:		
PLZ		
Ort		
Straße		
Hausnummer		
4. Liefert der/die Angebotsverantwortliche die Daten?		
Ja → dann bitte 5. ausfüllen	☐	
Nein (Träger o.a. liefert die Daten)	☐	
5. Ansprechpartner*in Angebot:		
Nachname		
Vorname		
Telefonnummer		
eMail		
6. Zu welcher Leistungsart gehört das Angebot?		
ambulant	☐	
teilstationär	☐	
stationär	☐	
7. Zu welcher Angebotsform gehört das Angebot? → siehe Liste Angebotsformen		

Datenbogen 1 „Angebotsbezogene Informationen“ // Seite 3

Regionale Psychiatrieberichterstattung im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover		
Datenbogen 1	Angebotsbezogene Informationen	Berichtsjahr 2025
Angebotsdaten Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen		
→ Bitte hier den Angebotscode noch einmal eintragen:		
☞ Nur für ambulante oder Beratungs-Angebote:		
8. Wie viele persönliche Beratungs-Kontakte (einschl. telefonisch und online durchgeführte) entfielen <u>im Laufe des o.a. Berichtsjahres</u> auf das Angebot? → Bitte summieren Sie alle Beratungs-Kontakte auf.		
9. Wie viele Klient*innen wurden <u>im Laufe des o.a. Berichtsjahres</u> durch das Angebot insgesamt versorgt? → Bitte geben Sie die Zahl der Klient*innen mit mind. einem persönlichen Beratungs-Kontakt im Berichtsjahr an.		
10. Kommen die Klient*innen in Ihre Einrichtung („Kommstruktur“) oder suchen Sie die Klient*innen auf („Gehstruktur“)?		
Kommstruktur	☐	
Gehstruktur	☐	
☞ Nur für teilstationäre Angebote:		
11. Wie viele Plätze des Angebots waren am <u>31.12. des o.a. Berichtsjahres</u> insges. belegt?		
☞ Nur für stationäre Angebote:		
12. Wie viele Plätze des Angebots waren am <u>31.12. des o.a. Berichtsjahres</u> insges. belegt?		
☞ Für alle Angebote:		
13. Mit wie vielen Stellen (Vollzeitäquivalente/VZÄ) wird das Angebot insgesamt umgesetzt (einschl. Leitungsfunktionen, Verwaltung und Service)? → VZÄ bitte ggfs. mit Nachkommastellen eintragen.		
Wie viele Stellen (VZÄ) davon entfallen auf die folgenden Qualifikationsstufen des Fachpersonals? → Geben Sie bitte nur die Stellen(anteile) an, die <u>im direkten, regelmäßigen Kontakt mit den Klient*innen/Patient*innen stehen.</u>		
a) Mediziner*innen, Psycholog*innen, (Sozial-) Pädagog*innen und Vergleichbare dieser Qualifikationsgruppe		
b) Krankenpfleger*innen, Ergotherapeut*innen, Heilerziehungspfleger*innen und Vergleichbare dieser Qualifikationsgruppe		
c) Medizinische Fachangestellte, Teamassistenzen, Facharbeiter*innen (Werkstatt) und Vergleichbare dieser Qualifikationsgruppe		
d) Praktikant*innen ab einer Praktikumsdauer von 3 Monaten		
14. Welches Gebiet <u>der Region Hannover</u> versorgen Sie mit Ihrem Angebot?		
Generell die gesamte Region Hannover	☐	
Eine/mehrere Städte/Gemeinden innerhalb der Region Hannover	☐	
Falls nur eine/mehrere Städte/Gemeinden – welche?		

Datenbogen 2 „Klient*innenbezogene Informationen“ // Seite 1

Regionale Psychiatrieberichterstattung im Sozialpsychiatrischen Verbund der Region Hannover		
Datenbogen 2	Klient*innenbezogene Informationen	Berichtsjahr 2025
Angebot		Bitte ausfüllen
Angebotscode		
Angebotsname		

! Hinweis:

Bitte beziehen Sie alle Angaben auf den Stand bei Ende des o.a. Berichtsjahres bzw. bei Ende der letzten Behandlung/Betreuung im Berichtsjahr. Tragen Sie bei allen Fragen jeweils nur eine Zahl ein. Wählen Sie in den Abschnitten „Gesundheitsmerkmale“ und „Soziale Situation“ jeweils die Zahl aus, die auf die Situation des / der Klient*in am ehesten zutrifft. Nur wenn Sie keinerlei Informationen haben, wählen Sie die Option „9 = ... unbekannt“.

Grunddaten des /der Klient*in		Bitte die entsprechende Zahl eintragen	
1. Geschlecht	männlich	= 1	
	weiblich	= 2	
	divers	= 3	
	Geschlecht unbekannt	= 9	
2. Altersgruppe	unter 18 Jahre	= 0	
	18 bis unter 25 Jahre	= 1	
	25 bis unter 45 Jahre	= 2	
	45 bis unter 65 Jahre	= 3	
	65 und mehr Jahre	= 4	
	Alter unbekannt	= 9	
3. Postleitzahl des Wohnortes			
→ Bei stationärer Behandlung die PLZ des eigentlichen Wohnortes bzw. bei Wohnungslosigkeit eine „8“ eintragen.		PLZ hier eintragen	→
		PLZ unbekannt	= 9
		Klient*in ist wohnungslos	= 8

Gesundheitsmerkmale		Bitte die entsprechende Zahl eintragen	
4. Psychiatrische Hauptdiagnose	trifft nicht zu (keine psychische Störung)	= 0	
	neurot. / psychosomat. Stör. (F32.0/1, F33.0/1, F4, F5)	= 1	
	Suchterkr. (F1x.1/2/8) o. Persönlichkeitsstör. (F30.0, F34.0/1/8, F6), Autismus-Spektrum-Störung (F84.x)	= 2	
	schizophrene / wahnhaftige Stör. (F2) oder affektive Psychose (F30.1/2, F31, F32.2/3, F33.2/3)	= 3	
	organ. psych. Stör. (F0, F1x.0/3/4/5/6/7)	= 4	
	psychiatr. Diagnose unbekannt	= 9	
5. Alter bei der ersten psychischen Erkrankung	trifft nicht zu (keine psychische Störung)	= 0	
	65 und mehr Jahre	= 1	
	45 bis unter 65 Jahre	= 2	
	25 bis unter 45 Jahre	= 3	
	unter 25 Jahre	= 4	
	Alter bei Ersterkrankung unbekannt	= 9	

Datenbogen 2 „Klient*innenbezogene Informationen“ // Seite 2

6. Dauer seit der ersten psychischen Erkrankung	trifft nicht zu (keine psychische Störung)	= 0	
	unter 1 Jahr	= 1	
	1 bis unter 5 Jahre	= 2	
	5 bis unter 10 Jahre	= 3	
	10 und mehr Jahre	= 4	
	Dauer seit Ersterkrankung unbekannt	= 9	
7. Dauer seit dem letzten psychiatrischen Klinik-aufenthalt	trifft nicht zu (bisher kein Klinikaufenthalt / keine StäB)	= 0	
	10 und mehr Jahre	= 1	
	5 bis unter 10 Jahre	= 2	
	1 bis unter 5 Jahre	= 3	
	unter 1 Jahr / gegenwärtig in der Klinik / in einer StäB	= 4	
	(auch tagesklinische Behandlung oder Stationsäquivalente Behandlung StäB) Jahr des letzten Klinikaufenthaltes / der StäB unbekannt	= 9	

Soziale Situation		Bitte die entsprechende Zahl eintragen		
8. Wohnsituation	Wohnen in eigener Whg. mit Partner / in Familienstrukturen, einschl. WG	= 1		
	Alleinwohnen in eigener Whg.	= 2		
	Wohnen in besonderen Wohnformen bzw. in Whg. des Leistungserbringers ohne festen Wohnsitz (einschließl. Wohnungslosen-Eintr.)	= 3		
	Wohnsituation unbekannt	= 4		
		= 9		
9. Arbeitssituation	Vollzeittätigkeit in Beruf oder Familie, Schul- oder Berufsausbildung in einer Regeleinrichtung	= 1		
	(einschließlich schulische oder berufliche Ausbildung)	= 2		
	Teilzeittätigkeit, auch geringfügige Beschäftigung (Minijob)	= 3		
	beschützte Arbeit (z.B. WfbM, Arbeitstherapie), med.-berufl. Reha (z.B. RPK), Fördermaßnahmen SGB II, Sonderschule o.ä.	= 4		
	ohne Arbeits- oder Ausbildungstätigkeit	= 9		
	Arbeitssituation unbekannt	= 9		
10. Häufigkeit sozialer Kontakte	in der Regel täglich	= 1		
	→ Gemeint sind alle sozialen Kontakte, z.B. auch am Arbeitsplatz oder beim gemeinsamen Wohnen, aber nicht im Rahmen der (sozial-)therapeutischen / pädagogischen Interventionen.	= 2		
	mindestens wöchentlich	= 3		
	mindestens monatlich	= 4		
	sporadisch oder nie	= 9		
	Häufigkeit sozialer Kontakte unbekannt	= 9		
11. Einkommenssituation	ausschließlich eigenes Einkommen aus Arbeit / Vermögen	= 1		
	→ Bei Kombinationen von Einkommensquellen (z.B. Arbeitseinkommen und Bürgergeld, Renten, ...) die jeweils höchste Antwortkategorie (1-4) eintragen.	(auch Krankengeld, Ausbildungsvergütung, BAföG) Alters-, Berufs- / Erwerbsunfähigkeitsrente, Pension, Arbeitslosengeld (ALG 1)		= 2
	ausschließlich Unterstützung durch Partner, Angehörige oder sonstige Bezugspersonen	= 3		
	Bürgergeld / Grundsicherung / Hilfe zum Lebensunterhalt, Asylbewerberleistungen (auch Mitglieder von Bedarfsgemeinschaften), Leistungen im Rahmen stat. Jugendhilfe	= 4		
	Einkommenssituation unbekannt	= 9		

Die Autor*innen



AANB e.V. Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Erkrankter Menschen in Niedersachsen und Bremen e.V., Baumschulentallee 20-22, 30625 Hannover

Ballosch, Dirk Job Center Region Hannover, Jobcenter Region Hannover
Vahrenwalder Str. 245, 30179 Hannover, Telefon: 0511 6559-1000
dirk.ballosch@jobcenter-ge.de

Borchert, Borge Diplom-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge
Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Groß Buchholz
Rotekreuzstr. 12, 30627 Hannover
boerge.borchert@region-hannover.de

Böhland, Sabine Dipl. Sozialarbeiterin /Sozialpädagogin,
Region Hannover, Teamleiterin Sozialpsychiatrischer Dienst Northwest,
Vahrenwalder Str. 4, 30165 Hannover
sabine.boehland@region-hannover.de

Buitkamp, Martin Dipl. Sozialwissenschaftler/MPH, Sozialplaner
Region Hannover, Dezernat für Soziales, Teilhabe, Familie und Jugend
Hildesheimer Straße 18, 30169 Hannover
martin.buitkamp@region-hannover.de

Dietrich, Christoph Staatl. anerk. Sozialarbeiter/Sozialpädagoge B.A.
Region Hannover, Teamleiter Sozialpsychiatrischer Dienst Nord,
Podbielskistr. 158, 30177 Hannover
christoph.dietrich@region-hannover.de

Duckert, Janine Sozialpädagogin
Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Burgdorf
Schillerslager Str. 38, 31303 Burgdorf
janine.duckert@region-hannover.de

Espenhain, Lara Einrichtungsleitung, Sozialarbeiterin B.A.
Paritätische Suchthilfe Niedersachsen gGmbH
Wohngruppe Nordhafen
Schulenburg Landstraße 270, 30419 Hannover
Sprecherin der Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“
lara.espenhain@ps-nds.de

Fleißner, Silvia Werkheim e. V
Büttnerstraße 9, 30165 Hannover
Sprecherin der Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“
flessner@werkheim.de

Franck, Dr. Eva-Maria Chefärztin Fachklinik KJP Hildesheim
AMEOS Krankenhausgesellschaft Niedersachsen mbH
Goslarsche Landstraße 60, 31135 Hildesheim
efra.kjp@hildesheim.ameos.de

Friedrich, Katrin Soziologin M.A.
Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Klinikum Wahrendorff, Rudolf-Wahrendorff-Str. 22, 31319 Sehnde
katrin.friedrich@wahrendorff.de

Gouzoulis-Mayfrank, Prof. Dr. med. Euphrosyne Präsidentin der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und
Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
Reinhardtstraße 29, 10117 Berlin-Mitte

Günther, Christina Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Mitte,
Vahrenwalder Str. 4, 30165 Hannover
Sprecherin der Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“
christina.guenther2@region-hannover.de

Hackenbroch-Hicke, Bettina Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Klinikdirektorin Forensik
Psychiatrieverbund Oldenburger Land gGmbH
Karl-Jaspers-Klinik
Universitätsmedizin Oldenburg
Hermann-Ehlers-Straße 7, 26160 Bad Zwischenahn
bettina.hackenbroch-hicke@karl-jaspers-klinik.de

Heiden, Dana	Sozialarbeiterin B.A. back_up Junge Tagesstätte Kabelkamp 8 30179 Hannover heiden@beta89.de
Hildebrandt, Deborah	Polizeidirektion Hannover Dezernat 11/ 11.1 - Prävention Waterloostr. 9 30169 Hannover praevention@pd-h.polizei.niedersachsen.de
Homann, Sven	Einrichtungsleitung Alexianer Westmünsterland GmbH Alexianer Martinistift Buxtrup 11 48301 Nottuln S.Homann@alexianer.de
Jannusik, Regina	Fips GmbH, Ambulanter Fachpflegedienst, Hagenstr. 12, 31224 Peine Sprecherin der Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“ regina.jannusik@fips-ev.de
Kirsch, Lukas	Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Region Hannover Gradestraße 20, 30163 Hannover Sprecher der Fachgruppe „Krisen- und Notfalldienst“ lukas.kirsch@region-hannover.de
Kluwe, Stefanie	Netzwerkkoordinatorin, ReHa-TOP, Jobcenter Region Hannover Kirchhorster Str. 31, 30659 Hannover Sprecherin der Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“ stefanie.kluwe@jobcenter-ge.de
Köster, Torsten	Dipl. Sozialarbeiter/ Sozialpädagoge Suchttherapeut Stellvertretender Abteilungsleiter Paritätische Suchthilfe Niedersachsen gGmbH, Odeonstr. 14, 30159 Hannover torsten.koester@ps-nds.de
Kornau, Bastian	Sozialarbeiter /-pädagoge M.A. Region Hannover, Teamleitung Sozialpsychiatrischer Dienst Süd Freytagstraße 12A, 30169 Hannover bastian.kornau@region-hannover.de

Kromm, Elena	Psychologin Ethnomedizinisches Zentrum Hannover Freundallee 25, 30173 Hannover Sprecherin der Fachgruppe „Migration“ ekromm-kostjuk@ethnomed.onmicrosoft.com
Krone, Katrin	Diplompädagogin Transaktionsanalytikerin Traumapädagogin / -fachberaterin Pädagogische Stabstelle Balance Psychosoziale Angebote gGmbH, Birkenweg 82, 30827 Garbsen Sprecherin der Fachgruppe „Soziale Teilhabe“ k.krone@balance-gmbh.com
Kuhn, Katrin	Dipl. Sozarb./Sozpäd. und Casemanagerin DGCC, Leitung Ambulante Hilfen, GiS, Vordere Schöneworth 14, 30167 Hannover, Sprecherin der Fachgruppe „Inklusion“ katrin.kuhn@gis-service.de
Lagerbauer, Catrin	Psychiatriekordinatorin Beauftragte für Suchtfragen Region Hannover, Sozialpsychiatrischer Dienst Geschäftsstelle Sozialpsychiatrischer Verbund Gradestraße 20, 30163 Hannover catrin.lagerbauer@region-hannover.de
Lewerenz, Karl-Heinz	Pflegeexperte für Deeskalation, Praxisanleiter Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie KRH Psychiatrie Wunstorf Südstraße 25, 31515 Wunstorf karl-heinz.lewerenz@krh.de
Meier, Marko	Dipl. Sozialarbeiter/Sozialpädagoge Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Burgdorf Schillerslager Str. 38, 31303 Burgdorf marko.meier@region-hannover.de
Minasova, Alla	Dipl. Sozialpädagogin Geschäftsführung Ambulante Hilfen für Menschen mit Behinderung (AHmB) e.V. Eintrachtweg 19, 30173 Hannover Sprecherin der Fachgruppe „Migration und Psychiatrie“ a.minasova@ahmb.de

158

Die Autor*innen

Minnich, Nina

Dipl. Sozialpädagogin/-arbeiterin
Region Hannover, Teamleitung Sozialpsychiatrische Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und deren Familien
Podbielskistr. 164, 30177 Hannover
nina.minnich@region-hannover.de

Miotti, Maria Chiara

Sozial- und Organisationspädagogin
Organisations- und Netzwerkmanagerin Klinikum Wahrendorff
Matthias-Wilkening-Weg 6, 31319 Sehnde
Sprecherin der Fachgruppe „Arbeit und Rehabilitation“
maria.miotti@Wahrendorff.de

Molle, Torsten

Dipl. Sozialpädagoge/-arbeiter
Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Deisterstraße
Deisterstraße 85A, 30449 Hannover
torsten.molle@region-hannover.de

Müller, Frederik

B. A. Soziale Arbeit,
Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Neustadt
Lindenstr. 77a, 31535 Neustadt
frederik.müller@region-hannover.de

Neveling, Monika

Dipl.- Pädagogin,
VPE Hannover e.V.
Rückertstr. 17, 30169 Hannover
vpehannover@arcor.de

Niemann, Dr. Nicole

VPE Hannover e. V.
Rückertstr. 17, 30169 Hannover
vpehannover@arcor.de

Radamm, Moritz

Abteilungsleiter | Behandlung, Beratung, Jugendhilfe Paritätische Suchthilfe Niedersachsen gGmbH
Geschäftsstelle
Odeonstr. 14, 30159 Hannover
Vorsitzender des Arbeitskreises Gemeindepsychiatrie
moritz.radamm@ps-nds.de

Roitsch, Dr. Oliver

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Oberarzt der Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie
KRK Psychiatrie Wunstorf
Südstr. 25, 31515 Wunstorf
oliver.roitsch@krh.de

Die Autor*innen

159

Schellworth, Manuela

ASD Langenhagen,
Marktplatz 1, 30853 Langenhagen
Sprecherin der Fachgruppe „Kinder und Jugendliche“
manuela.schellworth@langenhagen.de

Schlebusch, Katja

AMEOS Klinikum Hildesheim
Akademisches Lehrkrankenhaus für Pflege der FOM Hochschule Essen
Goslarsche Landstr. 60, 31135 Hildesheim

Schomakers, Marco

Diplom Sozialpädagoge / Sozialarbeiter Einrichtungsleitung Arbeiterwohlfahrt Region Hannover e.V. Wohnheim „Nordfelder Reihe“
Nordfelder Reihe 25, 30159 Hannover
Sprecher der Fachgruppe „Inklusion“
marco.schomakers@awo-hannover.de

Schweiger, Cordula

Diplom Pflegefachwirtin
Pflegedirektorin Klinikum Wahrendorff
Rudolf-Wahrendorff-Str. 22, 31319 Sehnde
cordula.schweiger@wahrendorff.de

Sittner, Dr. med Madeleine

Ärztin in Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie
Stationsärztin der Tagesklinik
Universitätsklinikum Leipzig
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Simmelweisstraße 10, 04103 Leipzig
Madeleine.Sittner@medizin.uni-leipzig.de

Speerforck, PD Dr. med.habil. Sven

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
stellvertretender Klinikdirektor
Universitätsklinikum Leipzig
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Simmelweisstraße 10, 04103 Leipzig
sven.speerforck@uniklinik-leipzig.de

Spiegel, Anne

Region Hannover
Regionsrätin
Dezernentin für Soziales, Teilhabe, Jugend und Familie
Hildesheimer Str. 20, 30169 Hannover

Steinberg, Simon

Sozialarbeiter B.A.
Region Hannover Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Ronnenberg-Empelde
Chemnitzer Straße 2, 30952 Ronnenberg
simon.steinberg@region-hannover.de

Taubald, Dörte	Fachkraft für Sozialpsychiatrische Betreuung Traumazentrierte Fachberaterin Klinikum Wahrendorff Rudolf-Wahrendorff-Str. 22, 31319 Sehnde doerte.taubald@wahrendorff.de
Theye-Hoffmann, Birgitt	beta89 e.V. Abteilungsleitung beta-Assistenz beim Wohnen Walderseestraße 6, 30163 Hannover Sprecherin der Fachgruppe „Soziale Teilhabe“ Mitglied AG Qualitätsstandards im ABW E-Mail: theye-hoffmann@beta89.de
Tomaske, Sabine	Dipl.-Sozialpädagogin/-Sozialarbeiterin Region Hannover, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle Plauener Str. 12A, 30179 Hannover Sprecherin der Fachgruppe „Psychiatrie und Obdachlosigkeit“ sabine.tomaske@region-hannover.de
Tübing, Kerstin	Assistenz der Einrichtungsleitung Alexianer Westmünsterland GmbH Alexianer Martinistift Buxtrup 11, 48301 Nottuln k.tuebing@alexianer.de
Vogel, Ulrike	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Schwerpunkt Forensische Psychiatrie Chefärztin und Leiterin des Maßregelvollzuges Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie KRH Psychiatrie Wunstorf Südstr. 25, 31515 Wunstorf Sprecherin der Fachgruppe „Forensische Psychiatrie“
Wild, Markus	Dipl. Psychologe Therapeutische Leitung Jugendforensik Psychiatrieverbund Oldenburger Land gGmbH Karl-Jaspers-Klinik Universitätsmedizin Oldenburg Hermann-Ehlers-Straße 7, 26160 Bad Zwischenahn markus.wild@karl-jaspers-klinik.de
Woike, Frank	Landeshauptstadt Hannover Dez.III/Beauftragter Sucht und Suchtprävention Platz der Menschenrechte 1, 30159 Hannover Sprecher der Fachgruppe „Sucht und Drogen“ frank.woike@hannover-stadt.de

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 Servicehub Gestaltung und Digitaldruck

Bilder: Adobe Stock, Region Hannover

Stand: 09.2026

Auflage: 600

ISSN: 1865-7699



**Region
Hannover**