

Stellungnahme Drucksache 20/1771

Bericht zu Suiziden und zur Suizidprävention in Schleswig-Holstein Bericht der Landesregierung

z.Hd. Katja Rathje-Hoffmann, Vorsitzende des Sozialausschusses

IHRISS e.V. wurde freundlicherweise aufgefordert zum Bericht „Suizidalität und Suizidprävention in S-H“ Stellung zu nehmen. In unserer Funktion als feministisches und frauenspezifisches niedrigschwelliges Treff- und Beratungsangebot, kommen wir dem gerne nach.

Da sich unsere Arbeit besonders mit der Lebenswelt von psychisch kranken Frauen auseinandersetzt, nehmen wir im Folgenden auch nur auf diese Gruppe von Menschen Bezug und berichten zum Teil aus unserer professionellen Sicht aus zweiter Hand von den Erfahrungen unserer Klient*innen.

Allgemeine Prävention:

Bevor wir uns auf spezifische Angebote beziehen, richten wir einmal den Blick auf allgemeine Prävention von Suizidalität.

Um Menschen in dieser Gesellschaft ein lebenswertes Leben zu ermöglichen, müssen zuallererst menschliche Grundbedürfnisse bedacht werden. Wir nehmen in unserer Arbeit und in den Anfragen, die Frauen bei uns stellen in den letzten Jahren, und im Besonderen seit der Corona-Pandemie, wahr, dass sie die Lebensbedingungen für viele Frauen erheblich verschlechtert haben. Die Pandemie war ein Brennglas auf verschiedenen schon vorher bestehenden Problemen. Viele unserer Klient*innen sind durch die Pandemie nachhaltig vereinsamt. Die Gruppe ‚psychisch kranke Frauen‘ war bereits vorher eine gesellschaftliche Randgruppe. Chronifizierte psychische Krankheiten führen für die meisten Menschen dazu, dass eine Teilhabe am Arbeitsleben langfristig nicht möglich ist. Teilhabe am Arbeitsleben führt nicht nur zu besseren finanziellen Bedingungen, sondern auch zu menschlichen Kontakten. So war es für die meisten unserer Klient*innen während der Pandemie so, dass zwischenmenschliche Kontakte auf ein minimales reduziert waren. Alleinstehende Menschen waren während der Pandemie ein Haushalt und konnten in weiten Teilen der Zeit nur auf einen weiteren Haushalt treffen. Die Nachwirkungen davon sind für die meisten von ihnen bis heute zu spüren, vor allem beziehen sich die Problematiken auf soziale Isolation und damit einhergehende (verschlimmerte) soziale Ängste.

Einsamkeit ist wissenschaftlich bewiesen einer der größten Negativfaktoren für psychische Krankheiten. Ein weiterer ist Armut und soziale Bedingungen, die zu immer weiterer Zuspitzung beider Problematiken führen.

Daher ist es aus unserer Sicht im Sinne einer ganzheitlichen Suizidprävention von unabdingbarer Wichtigkeit die sozialen Bedingungen vor allem für marginalisierte Gesellschaftsgruppen nachhaltig zu stärken. Armutsprävention und die Herstellung von Bedingungen, in denen Menschen nicht immer weiter vereinsamen ist Suizidprävention.

Krisenintervention

IHRISS e.V. im speziellen der Treff und die Beratungsstelle ist konzeptionell verankert keine Kriseninterventionseinrichtung. Trotzdem kommt es in den letzten Jahren immer mal wieder dazu, dass wir Frauen in Krisensituationen kurzfristig beraten, weil ihnen die Alternativen in der Stadt keine richtigen Alternativen bieten.

So gibt es beispielsweise die PIA des ZIP, die grundsätzlich eine Anlaufstelle für nicht-versorgte Menschen darstellt. In der Praxis gestaltet es sich aber wohl häufiger so, dass die Sprechstunde, die offiziell um 9 Uhr morgens beginnt schon vor 8 voll belegt ist und Menschen, die später kommen nicht am gleichen Tag aufgenommen werden können. Für Menschen in einer starken Krise stellt die frühe Uhrzeit und das ‚Sich-auf-den-Weg-machen‘ ohnehin bereits eine große Herausforderung dar. Nachdem diese geschafft wurde, dann trotzdem abgewiesen zu werden führt bei einigen Menschen zu großer Frustration und einer Verstärkung der ohnehin schon sehr belastenden Gefühle.

Dass es im ZIP keine ausgewiesene Frauenstation gibt, ist für viele unserer (schwer traumatisierten) Klient*innen ein Grund sich sogar in suizidalen Krisen nicht einweisen zu lassen, weil die Angst vor Retraumatisierung in diesem Kontext zu groß ist.

Wir begrüßen sehr, dass sich der SPDI in Kiel wieder sehr gut aufgestellt hat. Von unseren Klient*innen hören wir trotzdem, dass es an Sprechzeiten in den Abendstunden und am Wochenende fehlt, da meistens dies die Zeiten sind, in denen schwere Gefühle am schlechtesten auszuhalten sind. Auch die Möglichkeit, dass die Polizei informiert wird und wohlmöglich in der eigenen Wohnung auftaucht, ist für traumatisierte Klient*innen in Krisensituationen ein Hindernis sich vertraulich an den SPDI zu wenden.

In Kiel gibt es über die Integrierte Versorgung der Brücke SH ein sogenanntes Krisenzimmer. Für Klient*innen der Brücke ist dieses eine sehr gute Möglichkeit das eigene Zuhause in Krisensituationen für wenige Tage zu verlassen, ohne sich einweisen zu lassen. Es wäre sehr wünschenswert, dass Kiel ein ähnliches Angebot auch für Menschen bereithalten könnte, die nicht Klient*innen der Brücke sind bzw in keine anderen professionellen Hilfsstrukturen verankert sind.

*Fachärzt*innenversorgung*

Ein weiteres Element der Versorgungsstruktur, das wir mit Sorge betrachten, ist die Versorgung durch Fachärzt*innen. Viele niedergelassene Psychiater*innen gehen in Rente, was für viele unserer Klient*innen in den letzten 2 Jahren dazu geführt hat, dass sie (für kurze Zeit oder auch länger) ohne Facharztanbindung waren, obwohl sie auf Psychopharmaka angewiesen sind.

Die Möglichkeit auch kurzfristig eine*n Psychiater*in für beispielsweise eine medikamentöse Intervention in schweren Krisen aufzusuchen ist in Kiel dieser Zeiten kaum gegeben.

Wir beobachten auch, dass die niedergelassenen Therapeut*innen in Kiel häufig sehr lange Wartezeiten haben. Wie im Bericht erwähnt, ist es Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen häufig nicht gut möglich sich an die kurzen Sprechzeiten zu halten, in denen Therapeut*innen erreichbar sind. Es besteht zwar die Möglichkeit über die Terminservicestelle

zumindest einen Termin zu einer Sprechstunde in sehr kurzer Zeit zu erhalten. Es gibt aber über die TSS beispielsweise keine Möglichkeit ein präferiertes Geschlecht der behandelnden Person anzugeben. Für Frauen mit schweren Traumatisierungen oder anderen schwerwiegenden Diagnosen, stellt ein männlicher Arzt besonders in Krisensituation eine emotionale Bedrohung dar.

Weitergehend ist es unsere Erfahrung, dass sich die Wartezeiten auf eine langfristige Therapie mit den Diagnosen PTBS, KPTBS, Dissoziativer Persönlichkeitsstörungen, also Traumatherapie im weitesten Sinne für unsere Klient*innen in Kiel gerade weit über den angegebenen durchschnittlichen 142 Tagen bewegen. Die gefühlte Aussichtslosigkeit langfristige, therapeutische Hilfe zu erhalten ist ein sehr häufiges Thema von Menschen, die sich an uns wenden, was nicht selten zu einer absoluten Aussichtslosigkeit und damit zu akuten Krisen führt.

Die durchschnittlichen Wartezeiten, die im Bericht angegeben werden, sind unserer Meinung nach relativ verzerrt. Wenn beispielsweise die Zeiträume zwischen Kontaktaufnahme (Sprechstunde) und Probatorik beleuchtet werden, lässt diese Betrachtung vollkommen außen vor, dass es viele Therapeut*innen gibt, die so voll belegt sind, eine so volle Warteliste haben, dass sie nicht einmal Erstgespräche im Rahmen einer Sprechstunde anbieten.

Verfasst von:

IHRISS e.V. Treffpunkt und Beratung für Frauen mit und ohne Psychiatrieerfahrung