

Vivantes Klinikum Neukölln

Jahres- und Qualitätsbericht 2024

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Jahres- und Qualitätsbericht 2024

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik im Vivantes Klinikum Neukölln

Inhalt

1 	Vorwort: Rückblick und Ausblick	5
2 	Struktur und Selbstverständnis der Klinik	13
3 	Patient*innendaten	19
3.1	Fall- und Patient*innendaten	19
3.2	Zuweisung und Zugangswege	21
3.3	Aufenthaltsdauer	22
3.4	Diagnosen	22
3.5	Alter und Geschlecht	24
3.6	Sozialdaten	26
3.7	Migration, Staatsangehörigkeit und Sprache	27
4 	Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	28

Schwerpunktthema: Geschichte der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Vivantes Klinikum Neukölln 1985 – 2006 **31**

5 	Leistungen des psychiatrischen Not- und Bereitschaftsdienstes in der Rettungsstelle und auf den Stationen der Klinik	43
6 	Leistungen des psychiatrischen Konsil- und Liaisondienstes	45
7 	Besondere Vorkommnisse	47
7.1	Tätliche Angriffe und erhebliche Drohungen	47
7.2	Selbstverletzungen, Suizidversuche und Suizide	49
7.3	Brände	49
7.4	Fehler bei der Medikamentenvergabe	50
8 	Zwangsmaßnahmen	51
8.1	Unterbringungen	51
8.2	Fixierungen	52
8.3	Medikamentöse Zwangsbehandlungen	54

Schwerpunktthema: Geschichte der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Vivantes Klinikum Neukölln 2007 – 2020 **57**

9 	Besondere Tätigkeiten	71
9.1	Mutter-Kind-Behandlungen	71
9.2	Angehörigensvisiten	71

9.3	Trialog in Neukölln	72
9.4	Genesungsbegleiter*innen	73
9.5	Patientenbrief	74
9.6	Systemische und Netzwerk-orientierte Methoden	74
9.7	Projekte zur Verbesserung der Betreuung älterer Menschen in Neukölln	76
9.8	Gedächtnissprechstunde	77
9.9	FINK (Frühintervention Neukölln) Adoleszenz- und Transitions- psychiatrie	77
9.10	Psychokardiologische Gruppe	79
9.11	Arbeitsgruppe Migration	80
9.12	Sprechstunde für Geflüchtete in seelischen Krisen	81
9.13	Tiergestützte Therapie: Lucy	81
9.14	Selbsthilfegruppen und ambulante Suchthilfe	82
9.15	Das Teupe-Projekt als Neuköllner Modell für gelungene Schnittstellenarbeit zwischen der Klinik, der Wohnungsnotfallhilfe und der Eingliederungshilfe	83
9.16	Bezirkliche und regionale Kooperationstreffen	83
9.17	Digitale Zeitschrift Nervenkritzel	84
9.18	Gremienarbeit	85
9.19	Disco	86
9.20	Teilnahme an wissenschaftlichen Studien	87
9.21	Feste und besondere Veranstaltungen	88
9.22	Gäste	90
10 	Qualitätssicherung	91
10.1	Basisdokumentation	91
10.2	Ereignisbezogene Dokumentationen	91
10.3	Fort- und Weiterbildung	91
10.4	Externe Supervision	92
10.5	Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen	92
10.6	Arbeitsgruppe Deeskalation	93
10.7	Arbeitsgruppe Allgemeine Psychotherapie	94
10.8	Komplikationskonferenzen	94
11 	Veranstaltungen	97
12 	Vorträge und Publikationen	99



1 | Vorwort: Rückblick und Ausblick

Liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

wieder einmal ist es dank einer disziplinierten „Mannschaftsleistung“ gelungen, dem neuen Jahr – in dem es vom ersten Tag an nicht an Herausforderungen mangelt – einen ausführlichen Bericht über das vergangene Jahr „abzutrotzen“. Der Qualitäts- und Jahresbericht 2024 ist dabei zugleich als Festschrift zum 40. Geburtstag, den unsere Klinik im Jahr 2025 begeht, angelegt.

Aus diesem Anlass haben wir uns entschieden, einen erstmals 2010 veröffentlichten Rückblick des ersten Chefarztes Prof. Dr. Erdmann Fähndrich auf die Anfangsjahre der Klinik erneut abzdrukken. Wir ergänzen diesen Text durch eine persönliche Rückschau von Frau Dr. Ingrid Munk, die die Klinik als Nachfolgerin von Herrn Fähndrich von Januar 2007 bis Februar 2020 geleitet hat, auf ihre „Neuköllner Jahre“.

Doch zunächst möchte ich in diesem Vorwort in gewohnter Weise das Vorjahr passieren lassen und (wir schreiben bereits Juni...) einen Ausblick auf 2025 unternehmen.

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

2024 konnten wir **57 neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**, die Hälfte davon aus dem Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege, in unserem Team begrüßen. Das ist natürlich vor allem eine erfreuliche Nachricht, weil sich darin auch die trotz des allgemeinen Fachkräftemangels insgesamt sehr gute Bewerberlage der Klinik ausdrückt. (Der Mitarbeiterbedarf in der Pflege kann dennoch nicht vollständig gedeckt werden.) Zugleich steht die Zahl für eine verglichen mit früheren Jahren auch bei uns angestiegene Mitarbeiterfluktuation (knapp jede sechste Stelle wird im Jahresverlauf neu besetzt). Damit verbunden sind zahlreiche Herausforderungen hinsichtlich des „Onboardings“ der neuen Kolleg*innen, der Gewährleistung eines stetig hohen Durchdringungsgrades wichtiger Informationen im rund 350köpfigen Klinikteam und der Bewahrung einer spezifischen Abteilungskultur. Eine multiprofessionelle Arbeitsgruppe widmet sich deshalb seit dem letzten Jahr intensiv dem Thema „**Willkommenskultur**“.

In den **ärztlichen und pflegerischen Leitungspositionen** haben sich 2024 einige Wechsel ergeben: Mit Dr. Felix Kruppenauer hat sich die ärztliche Leitungsrunde im Januar vergrößert. Er ist als Oberarzt u.a. für die Station 84 und den psychiatrischen Konsiliardienst im Klinikum Neukölln zuständig. Waltraud Fischer, langjährige Stationspflegeleitung der Kriseninterventionsstation, hat Berlin in Richtung ihrer schwäbischen Heimat verlassen. Ihre Nachfolgerin ist ihre bisherige Stellvertreterin Ellen Mertens. Auf der Station 84 hat Patrick Wurm die stellvertretende Stationspflegeleitung von Maria Richter übernommen. Gina Balz wurde zur kommissarischen Stationspflegeleitung der Station 92 ernannt. Christine Pape ist als Pflegeleitung der Tageskliniken ausgeschieden. Erwähnt werden soll auch, dass mit Laura Dmitrasinovic eine neue Chefärztsekretärin das Sekretariat und den medizinischen Schreibdienst leitet.

Neben dem eigentlichen Klinikbetrieb fanden im Jahr 2024 erneut zahlreiche Treffen mit externen Kooperationspartnern, öffentliche Veranstaltungen und Besuche statt. Exemplarisch erwähnt seien hier: **Kooperationstreffen** mit dem Teilhabefachdienst Neukölln, der Vivantes Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik, dem Sozialpsychiatrischen Dienst Neukölln, den Polizeiabteilungen 48 und 55 und den im Bezirk niedergelassenen Psychiater*innen und Nervenärzt*innen. Als Gäste konnten wir u. a. die Neuköllner Psychiatriekoordinatorin Monika Nobs, den Leiter der psychiatrischen Universitätsklinik Vilnius Prof. Arunas Germanavicius, die neue Landesbeauftragte für psychische Gesundheit Norma Kusserow, eine Delegation des Klinikums Weimar sowie eine Delegation der Bundestags- und Abgeordnetenhausfraktionen von Bündnis 90/Die Grünen begrüßen, die sich – aus ganz unterschiedlichen Perspektiven – über das Konzept der Klinik und ihre Arbeit informiert haben.

Mitte März 2024 war unsere Klinik Ausrichter*in der **Jahrestagung** der „Arbeitsgemeinschaft der Chefärzt*innen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern“ in Deutschland (**ackpa**). Einen sehr großen Publikumszulauf von Patient*innen, Angehörigen und Mitarbeiter*innen und eine enorme Resonanz in den sozialen Medien fand die Vorführung des Films „**Sonne und Beton**“ mit anschließendem Publikumsgespräch mit **Felix Lobrecht und Luvre47** im Juni des Jahres. Im selben Monat haben wir unser großes **Sommerfest** und – mit einer Sonderveranstaltung – den **40. Geburtstag unserer Kriseninterventionsstation** gefeiert.

Am 6. September fand unser traditioneller „**Tag der Psychiatrie**“, diesmal mit dem Thema „**Gemeinsame Sache machen – Kooperationsprojekte in der psychiatrischen Versorgung**“, statt. Gemeinsam mit den jeweiligen Kooperationspartnern wurden vorgestellt: unsere Psychokardiologische Gruppe (mit der Klinik für Kardiologie), unsere Transitionsprechstunde (mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik), das aufsuchende „PIA Flex“-Projekt für abhängigkeitskranke Menschen (mit der Suchtberatungsstelle Confamilia), das Modellprojekt Traumanetz Berlin (mit der Fachstelle Traumanetz Berlin), das niedrigschwellige Beratungs- und Behandlungsangebot für junge Erwachsene SüdFINK (mit dem Eingliederungshilfeträger ajb) und das Projekt „WOHNEN Plus“ (mit dem Erstaufnahmewohnheim „Die Teupe“ und der GEBEWO - Soziale Dienste - Berlin gGmbH). Im Rahmen der „**Woche der seelischen Gesundheit**“ im Oktober waren wir erneut am „**Markt der Möglichkeiten**“ im Klunkerkränich, u. a. mit einem Vortrag zum Thema „Arbeit und seelische Gesundheit“, beteiligt.

Vivantes Klinikum Neukölln

Der **Geschäftsführende Direktor des Vivantes Klinikum Neukölln**, Thomas Wüstner, hat Vivantes verlassen. Sein Nachfolger ist der bisherige Klinikmanager Thomas Wolff, der durch seine langjährige Zugehörigkeit mit dem Klinikum Neukölln bestens vertraut ist. Die bislang für die psychiatrische Klinik zuständige Klinikreferentin Dr. Franziska Thal ist an einen anderen Vivantes-Standort gewechselt. Ihre Nachfolgerin ist Mandy Sperling, bislang Personalreferentin, u. a. im Klinikum Neukölln.

Auch im Jahr 2024 fanden mehrere **Chefarzt-Wechsel** statt. Prof. Steven Warmann hat die Nachfolge von Prof. Bernd Tillig als Leiter der Klinik für Kinderchirurgie angetreten. Dr. Michael Göttling ist als Nachfolger von PD Dr. Volker Schilling neuer Chefarzt der Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde. Nach zuvor bereits kommissarischer Leitung ist Dr. Susanne Buder nun auch formal Chefarztin der Klinik für Dermatologie. Dr. Juliane Teich-Belohradsky hat als Nachfolgerin von Dr. Yonca Izat die kommissarische Leitung der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik an den Standorten Neukölln und Köpenick übernommen.

Besonders schmerzhaft war die Verabschiedung unseres langjährigen internistischen Konsilarztes Dr. Gerd van Ackeren in den Ruhestand. Ihm gilt – im Namen unserer

Patient*innen und der Mitarbeiter*innen der Klinik – großer Dank für seine geduldige Unterstützung, die stets durch fachliche Kompetenz und große Mitmenschlichkeit geprägt war.

Die Bauarbeiten am **Haus 50** schreiten – wie bei solchen Großprojekten üblich – langsamer voran als ursprünglich geplant. Der konkrete Eröffnungstermin steht noch nicht fest.

Vivantes - Netzwerk für Gesundheit

Dr. Alexander Hewer, Geschäftsführer Finanzmanagement, hat Vivantes verlassen. Dr. Gebhard von Cossel ist zu Vivantes zurückgekehrt und hat seine Tätigkeit als Direktor Medizinmanagement aufgenommen. Die finanzielle Situation von Vivantes ist - trotz deutlicher Leistungs- und Erlössteigerung gegenüber dem Vorjahr - schwierig. Für die nächsten Jahre wurde ein ambitioniertes Neuausrichtungs- und Sanierungskonzept auf den Weg gebracht. Der Tarifvertrag TV-PPV wurde Ende des Jahres kurz vor Ablauf verlängert und gilt in den psychiatrischen Kliniken nun für alle therapeutischen Mitarbeiter*innen, sofern sie einer der in der PPP-RL genannten Berufsgruppen angehören.

Bezirk Neukölln und Land Berlin

Die Gesamtsituation im psychosozialen Versorgungsnetz des Bezirks Neukölln war 2024 vergleichsweise stabil. Aus Sicht der Klinik ist es weiterhin in zahlreichen Fällen äußerst schwierig, für obdachlose Menschen mit krankheitsbedingtem herausforderndem Verhalten eine passende Wohn- und Betreuungsform im Anschluss an den Klinikaufenthalt zu organisieren. Das „Wohnen PLUS“-Projekt besteht weiterhin nur noch aus dem Kooperationsprojekt mit der GEBEWO und der ASOG-Einrichtung „Die Teupe“. Der Fortbestand letzterer ist wegen des absehbar auslaufenden Mietvertrags weiterhin gefährdet. Die Situation des Sozialpsychiatrischen Dienstes Neukölln hat sich unter der kommissarischen Leitung von Dr. Norbert Wienert gegenüber früheren Jahren deutlich stabilisiert.

Norma Kusserow, zuvor Psychiatriereferentin in der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, wurde zum 1. September 2024 zur neuen Landesbeauftragten für psychische Gesundheit ernannt.

Gedanken zum „Doppeljubiläum“ und Ausblick

Natürlich ist der **40. Klinikgeburtstag** im Jahr 2025 ein Anlass zur Freude. Die über Jahrzehnte gewachsene, vielgliedrige **Klinik** mit ihrem umfassenden, sektorübergreifenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsangebot ist aus dem **Bezirk Neukölln nicht mehr wegzudenken**. Sie übernimmt nicht nur wichtige medizinische Aufgaben, sondern hat als letzte Anlaufstelle für viele Menschen in psychischer und existenzieller Not auch eine bedeutende soziale Funktion für den Bezirk.

Bemerkenswerterweise ist die Klinik über **40 Jahre ihren Grundprinzipien treu geblieben**. Zu diesen gehören u. a. das sozialpsychiatrische Selbstverständnis, die Niedrigschwelligkeit des Zugangs zu Hilfe, die primäre Orientierung an den Bedarfen der Schwerkranken und an den konkreten Problemen und Herausforderungen im Bezirk Neukölln, die Arbeit mit offenen Türen, das Heimatstationsprinzip, die sektorübergreifende Beziehungs- und Behandlungskontinuität sowie der über allem stehende Anspruch, jede Patientin und jeden Patienten als ganzen Menschen mit all seinen Facetten zu sehen und Behandlungen individuell und patientenorientiert zu gestalten.

Zugleich ist die Klinik **bis heute ein lebendiger und dynamischer Ort**, an dem Behandlungsangebote im Sinne des sektorübergreifenden Gesamtkonzepts („**Neuköllner Modell**“) kontinuierlich weitentwickelt, **innovative Projekte** erprobt und wann immer sinnvoll und möglich verstetigt werden. Beispiele sind Deutschlands erste Intensiv-Tagesklinik mit 7-Tage-Betrieb; Home Treatment als Alternative zur vollstationären Behandlung, zunächst im Rahmen eines §64b-Modellprojekts, seit 2018 in Form der stationsäquivalenten Behandlung; das FINK-Projekt mit seinem umfassenden Beratungs- und Behandlungsangebot für junge Erwachsene; Mutter-Kind-Behandlungen; Angehörigenvisiten; die Arbeit mit Genesungsbegleiter*innen...

Ohne Zweifel ist die Klinik ein **Kind der Psychiatrie-Enquete**, die in diesem Jahr zu Recht gefeiert wird. Im September jährt sich die Vorlage des Abschlussberichts der Sachverständigen-Kommission zum 50. Mal. Auf dem Weg zur Umsetzung wichtiger Forderungen der Enquetekommission zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker wurden wichtige Etappenziele erreicht. Abgeschlossen ist das **Projekt der Psychiatriereform** aber keinesfalls; möglicherweise ist es aktuell sogar **bedrohter als noch vor wenigen Jahren**.

Bedrohungen sind aus verschiedenen Richtungen erwachsen: Zumindest in einer deutschlandweiten Perspektive gefährdet die Krankenhausreform in der Somatik die wohnortnahe, regionalisierte psychiatrische Versorgung. Außerhalb Berlins hat die Schließung kleinerer Allgemeinkrankenhäuser bereits die Verlagerung der bislang dort angesiedelten psychiatrischen Betten an das nächste große, für viele Patient*innen deutlich weiter entfernte Fachkrankenhaus zur Folge gehabt. In der Großstadt Berlin scheinen wir vor dieser Gefahr aktuell gefeit zu sein. Doch auch die hiesigen, mehrheitlich an Allgemeinkrankenhäuser angegliederten Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie stehen u. a. aufgrund des **Fachkräftemangels** und der drohenden **Sanktionen auf Grundlage der PPP-RL** unter erheblichem **Anpassungs- und Veränderungsdruck**. Gleichzeitig bindet die Einführung der Leistungsgruppen in der Somatik personelle Kapazitäten und Energien der Geschäftsführungen und Verwaltungen der Allgemeinkrankenhäuser, die dadurch für die eigentlich jetzt **dringlich auf den Weg zu bringenden Umstrukturierungen der psychiatrischen Kliniken** nicht oder nur eingeschränkt zur Verfügung stehen.

Sorge bereitet zudem die **veränderte öffentliche Wahrnehmung psychisch Kranker**. In einer gesellschaftlichen Situation, in der es Minderheiten und Randgruppen ohnehin häufig schwer haben, respektiert zu werden und zu ihren Rechten zu kommen, scheint die **Stigmatisierung psychischer Erkrankungen, insbesondere psychotischer Erkrankungen**, wieder zuzunehmen. Aufsehenerregende Gewalttaten von Menschen mit bekannten oder vermuteten psychischen Störungen, medial, aber z. T. auch von politischer Seite undifferenziert und verzerrt dargestellt, haben in vielen Köpfen das **Zerrbild einer zunehmenden Gewaltbereitschaft insbesondere schizophrener Erkrankter** und der damit einhergehenden Gefährdung der öffentlichen Sicherheit entstehen lassen. Überfüllte, mehrheitlich mit Menschen mit der Diagnose einer Schizophrenie belegte forensisch-psychiatrische Kliniken scheinen diesen Eindruck zu bestätigen. Ohne die Gefährdung, die von einer kleinen Zahl Erkrankter ausgeht, kleinreden zu wollen: **Was Not tut, ist eine besonnene, rationale und datenbasierte Analyse und Diskussion**. Diese sollte u. a. auch auf bestehende Lücken im Versorgungssystem, Einschränkungen des Zugangs zu Hilfsangeboten und gesellschaftliche Faktoren wie eine **zunehmende soziale Präkarisierung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen** – insbesondere in großstädtischen Milieus – fokussieren. (So ist etwa die Obdachlosigkeit als wichtiger gewaltbegünstigender Faktor unter den stationären Patient*innen unserer Klinik in der Zeit von 2013 bis 2023 von gut 5% auf über 21% gestiegen...).

Selbstkritisch müssen wir als in der Psychiatrie Tätige uns fragen, **warum wir die zahlreichen ungünstigen Entwicklungen so relativ laut- und widerspruchlos hinnehmen.** Auch gegen die **aktuellste Zumutung**, die mit den Stimmen der sog. „unparteiischen Mitglieder“ des G-BA getroffene Entscheidung, zum 01.01.2026 **Strafzahlungen gemäß den Regularien der PPP-RL** tatsächlich einzuführen, regt sich bislang kaum Widerstand. Psychiatrische Kliniken sollen nun für einen Mangel an Fachkräften haftbar gemacht werden, den sie gar nicht selbst zu verantworten haben. Das Rechtsprinzip „Keine Strafe ohne Schuld“ wird ausgehebelt. Regional drohen erhebliche Einschnitte beim Versorgungsangebot.

In den Kliniken arbeiten mittlerweile bis in die Chefarztespositionen Menschen, die mit vielen Errungenschaften der Psychiatrie-Enquete großgeworden sind und gelernt haben, diese als selbstverständlich hinzunehmen. Möglicherweise trübt das den Blick für deren Bedrohung. Zudem ächzen viele unter der zunehmenden Arbeitsverdichtung und sehen sich vornehmlich in einem adaptiven Verteidigungsmodus und nicht als aktiv Gestaltende und Mitbestimmende. Vielleicht ist es an der **Zeit für eine Repolitisierung der psychiatrisch Tätigen.** Zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen gilt es, Rückwärtsentwicklungen ebenso wie die unlautere politische Vereinnahmung psychiatrischer Themen zu verhindern. Die nächsten Jahre werden ohne Zweifel eine wichtige Zeit für die weitere Entwicklung der Psychiatrie in Deutschland sein.

Ich bin sehr froh, dass wir die anstehenden Aufgaben in Neukölln mit einem so großen, kompetenten und engagierten multidisziplinären Team angehen können. Mein Dank gilt auch in diesem Jahr all den klugen, offenherzigen und einsatzbereiten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, deren tägliche Arbeit und Idealismus die Grundlage dieses Qualitäts- und Jahresberichts sind. Natürlich danke ich insbesondere auch dessen zahlreichen Co-Autorinnen und -Autoren und – last but not least – meiner Stellvertreterin Dr. Monika Trendelenburg, in deren bewährten Händen erneut die Schlussredaktion lag.

Wieder einmal wünsche ich Ihnen beim Durchblättern und Lesen Vergnügen und Erhellung.



Dr. Olaf Hardt, Chefarzt



2 | Struktur und Selbstverständnis der Klinik

Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik verfügte 2024 über **194 Betten, 21 Plätze für stationsäquivalente Behandlung und 92 tagesklinische Plätze sowie eine Institutsambulanz**. Die vollstationären Behandlungsplätze befinden sich auf sieben allgemeinspsychiatrischen, offen/fakultativ geschlossen geführten Stationen (jeweils 24 bis 26 Betten) mit Aufnahmeverpflichtung, darunter eine Schwerpunktstation für Abhängigkeitskranke, und einer Kriseninterventionsstation mit 16 Betten. Die tagesklinischen Plätze verteilen sich auf eine Intensiv-Tagesklinik mit 7-Tage-Betrieb auf dem Klinikgelände, eine psychosomatische Tagesklinik mit Versorgungsauftrag für den Bezirk Neukölln in der Sonnenallee, zwei psychiatrische Tageskliniken in der Emser Straße (OT Neukölln) und der Riesestraße (OT Britz) sowie stationsintegrierte tagesklinische Plätze auf allen Stationen.

Zu den Besonderheiten der Klinik und ihrer Behandlungsangebote gehören u. a.

- das **sektorübergreifende Gesamtkonzept**
- die **Kriseninterventionsstation**,
- die **stationsäquivalente Behandlung**,
- die **Intensiv-Tagesklinik** mit 7-Tage-Betrieb,
- die Möglichkeit von **Mutter-Kind-Behandlungen** in allen Bereichen der Klinik,
- die qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen mit intensiver Motivationsförderung,
- das Frühinterventionsprojekt für junge Erwachsene (**FINK-Projekt**) und
- die besonderen Behandlungsangebote für ältere Patient*innen.

Die Klinik versteht sich – ihrem **sozialpsychiatrischen Selbstverständnis** geschuldet – als wichtiger Knotenpunkt im **Netzwerk der gemeindepsychiatrischen Versorgung** des Bezirks Neukölln. Sie bietet ambulante, teilstationäre, stationsäquivalente und vollstationäre Behandlungsmöglichkeiten, wobei der sektorübergreifenden Vernetzung der Angebote unter möglichst **hoher Beziehungs- bzw. Behandlungskontinuität** ein besonders hoher Stellenwert eingeräumt wird.

Wir arbeiten eng vernetzt mit den bezirklichen Gremien, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, den im Bezirk vertretenen Trägern der Eingliederungs- und Suchthilfe sowie den niedergelassenen Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen.

Die Klinik versteht sich als **Offene Psychiatrie**: nach innen setzt sie das Konzept der offenen Türen um, verzichtet damit auf konzeptionell geschlossene (euphemistisch: „geschützte“) Stationen, nach außen arbeitet sie in engem Austausch mit den Bürgern und Institutionen des Bezirks und legt Wert auf eine hohe Transparenz ihrer Arbeit. Besondere Berücksichtigung findet die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention mit dem Ziel der Inklusion und der Menschen- und Bürgerrechte für alle psychisch Kranken.

Als Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Allgemeinkrankenhaus ist die psychiatrische Klinik **Teil der medizinischen Versorgung, die durch das Vivantes Klinikum Neukölln gewährleistet wird**. Sie kooperiert eng mit den somatischen Kliniken. Dies gewährleistet wechselseitig sowohl eine qualitativ hochwertige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung somatisch Erkrankter als auch eine umfassende somatische Versorgung psychisch Kranker. Zudem besteht eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Psychosomatik, etwa in der Psychoonkologie und der Psychokardiologie.

Wir betreiben eine **interkulturelle bzw. transkulturelle Psychiatrie**: mehr als ein Drittel der Patient*innen hat einen Migrationshintergrund. Wir legen großen Wert auf die interkulturelle Kompetenz unseres Mitarbeiterteams. In der Klinik arbeiten Beschäftigte mit rund 20 verschiedenen Muttersprachen. Die interkulturelle Öffnung unserer Angebote und eine Sensibilisierung für die Dynamik transkultureller Prozesse verstehen wir als permanente Aufgabe.

Wir messen der **Milieuthérapie**, einer offenen, Vertrauen und Sicherheit vermittelnden Stationsatmosphäre, und der therapeutischen Gemeinschaft einen hohen therapeutischen Stellenwert bei. Unter den besonderen Bedingungen der psychiatrischen Behandlung versuchen wir, so viel gesundheitsfördernde Normalität wie möglich zu erhalten. Diesem **Normalitätsprinzip** folgend sind unsere Stationen hinsichtlich Diagnose, Alter und Geschlecht heterogen belegt. Dies ermöglicht ein **generationenübergreifendes therapeutisches Angebot** für volljährige Patient*innen jeden Alters. Wir legen Wert darauf, mit unseren Behandlungsangeboten sowohl altersgruppenspezifischen Bedarfen gerecht zu werden als auch die generationenübergreifende Begegnung von Patient*innen zu fördern. Die Kinder psychisch Kranker finden besondere Berücksichtigung.

Umfangreiche **diagnosespezifische therapeutische Angebote** (u. a. für Patient*innen mit Psychosen, Depressionen, Angsterkrankungen, Borderline-Störungen, Demenz- und Abhängigkeitserkrankungen) stehen stationsübergreifend zur Verfügung.

Um Beziehungskontinuität zu gewährleisten, erfolgen ggf. notwendige Wieder- aufnahmen auf dieselbe Station wie beim Voraufenthalt (**Heimatstationsprinzip**). Beziehungskontinuität wird auch durch eine enge **sektorübergreifende Verzahnung unserer Behandlungsbereiche** gesichert. So können die alltagspsychiatrischen Stationen auch teilstationäre oder längerfristige ambulante Behandlungen anbieten und sich mit ihren Teams an stationsäquivalenten Behandlungen von Heimatstations- patient*innen beteiligen. Eine wesentliche Rolle spielt in diesem Zusammenhang die psychiatrische Krankenpflege, die bei uns nach dem Prinzip der Bezugspflege organisiert ist.

In unserem **multidisziplinären Team** arbeiten Fach*ärztinnen, Ärzt*innen in Weiterbildung, Gesundheits- und Krankenpfleger*innen (incl. Pflegefachpersonen für Psychiatrie), psychologische Psychotherapeut*innen, Psycholog*innen, psychologische Psychotherapeut*innen in Ausbildung, Sozialarbeiter*innen, Ergo-, Kunst-, Gestaltungs-, Musik-, Tanz- und Physiotherapeut*innen sowie Genesungsbegleiter*innen. Die Qualität der Kooperation im multiprofessionellen Team bestimmt das therapeutische Milieu der Station wesentlich mit und wird durch regelmäßige externe Supervision unterstützt.

Im Zentrum unserer Arbeit stehen unsere Patient*innen, deren Erfahrungen und Expertenwissen wir mit Offenheit und Respekt begegnen und deren Bedürfnisse und Bedarfe wir ernst nehmen. Eine **personenzentrierte Sicht** ist Ausgangspunkt der gemeinsamen Planung einer individuell abgestimmten und umgesetzten **multiprofessionellen Komplexbehandlung**, deren mögliche Elemente neben der ärztlichen Behandlung und der psychiatrischen Fachpflege Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Musik-, Ergo-, Kunst-, Tanz-, Physio- und Soziotherapie sowie ggf. eine medikamentöse Therapie sind. Bei der Therapiezielplanung richten wir unser Augenmerk nicht nur auf Krankheitssymptome und deren Verlauf, sondern auch auf die Lebensgeschichte unserer Patient*innen, auf ihre sozialen Beziehungen sowie ihre aktuelle Lebens-, Wohn- und Arbeitssituation. Eine Orientierung der Behandlungsplanung an aktuellen psychiatrischen Leitlinien ist selbstverständlich.

Die **therapeutische Beziehung** bildet die Basis aller therapeutischen Bemühungen. Psycho- und Soziotherapie bauen auf den Stärken, Fähigkeiten und Möglichkeiten (= Ressourcen) der Patient*innen auf und sind auf die Förderung von Hoffnung, Autonomie und Selbstvertrauen ausgerichtet (Recovery-Orientierung).

Einem **integrativen Psychotherapieverständnis** folgend verbinden wir verhaltenstherapeutische, psychodynamische und systemische Formen des Verstehens und therapeutischen Handelns und gewichten diese individuell. Moderne Behandlungsansätze wie der „**Open Dialogue**“ und die „bedürfnisangepasste Behandlung“ kommen u. a. in Form von Reflecting Team-Gesprächen, Behandlungskonferenzen und Netzwerkgesprächen zum Einsatz.

Die Wiedereingliederung in das soziale Umfeld ist ein wichtiges Behandlungsziel. Dabei kommt dem umfangreichen Beratungs- und Hilfeangebot unserer Sozialarbeiter*innen, die in allen unseren Teams einen festen Platz haben, eine besonders wichtige Rolle zu.

Wo immer erwünscht und möglich werden **Angehörige und andere wichtige Bezugspersonen** in die Behandlung einbezogen, u. a. in Form von

- Angehörigenvisiten,
- Netzwerkgesprächen,
- ggf. sozialarbeiterischer Beratung sowie einer
- Kooperation mit dem Verband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.

Innerhalb der Vivantes - Netzwerk für Gesundheit GmbH ist die Klinik am fachlichen Austausch und der Konzeptentwicklung im Medical Board Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik beteiligt.

Die Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie kann (inklusive der Möglichkeit der Neurologie-Rotation) nach beiden gültigen Weiterbildungsordnungen (2004 und 2021) komplett im Haus absolviert werden.

Jenseits der fachlichen Aspekte im engeren Sinn sind wir beständig darum bemüht, unsere Klinik zu einem „**guten Ort**“ für **Patient*innen, Angehörige und Mitarbeiter*innen** zu machen und sie in diesem Sinn weiter zu entwickeln.

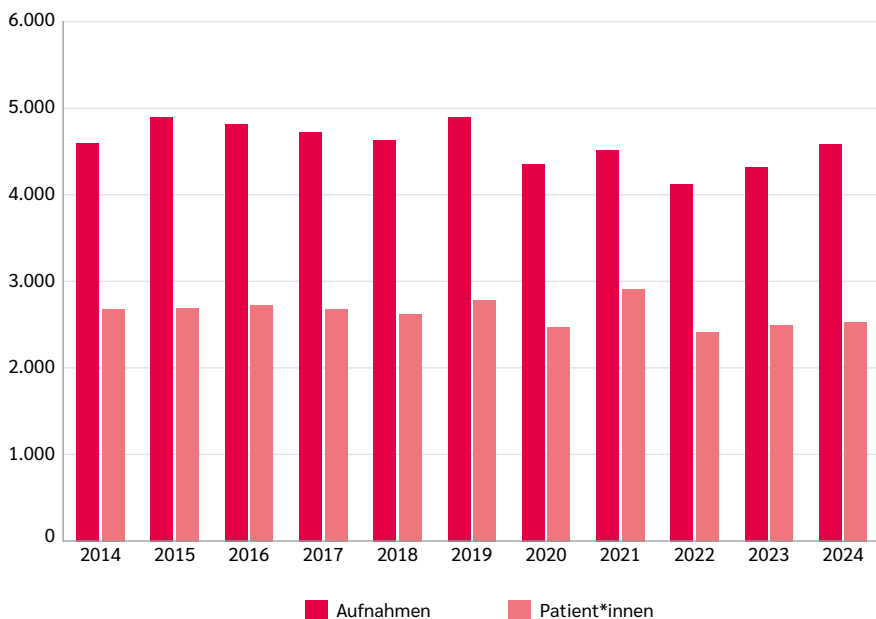




3 | Patient*innendaten

3.1 Fall- und Patient*innendaten

Im Laufe des Jahres 2024 erfolgten insgesamt 4559 Aufnahmen (3839 vollstationär in der Klinik, 198 stationsäquivalent und 720 tagesklinisch) zur Behandlung in unserer Klinik. Dabei handelte es sich um 2521 (2155 vollstationär in der Klinik, 140 stationsäquivalent und 594 tagesklinisch) behandelte Personen. Damit wurden Patient*innen im Jahresverlauf durchschnittlich 1,8-mal in einem der Teilbereiche aufgenommen.

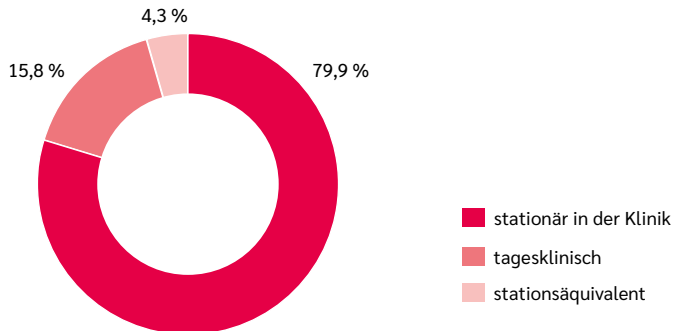


Fallzahlen der verschiedenen Stationsbereiche

	Fälle	
	Häufigkeit	%
Vollstationär in der Klinik	3.641	79,9
Kriseninterventionsstation (Station 29)	412	9,0
Allgemeinpsychiatrie (Stationen 81 – 86)		
Station 81	454	10,0
Station 82	479	10,5
Station 83	380	8,3
Station 84	387	8,5
Station 85 (Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen)	819	18,0
Station 92	312	6,8
Station 93	394	8,6
stationsäquivalent	198	4,3
tagesklinisch	720	15,8
TK Emser Straße	153	3,4
TK Riesestraße	123	2,7
TK Rudower Straße	144	3,2
Psychosomatische TK Sonnenallee	175	3,8
Tagesklinischer Status auf Station	125	2,7
Gesamt	4.559	100,0

Mit 198 stationsäquivalenten Behandlungen und 720 teilstationären Behandlungen ist der Anteil der nicht stationär in der Klinik behandelten Fälle nach einer deutlichen Steigerung von 2022 auf 2023 (4,3 Prozent für StäB bzw. 15,6 Prozent für teilstationär) weiter nur leicht auf 4,3 bzw. 15,8 gestiegen.

Behandlungsfälle



3.2 Zuweisung und Zugangswege

Ein nur geringer Anteil (ca. 12,5 Prozent) unserer Behandlungen erfolgte auf Einweisung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Wie schon in den Vorjahren, kamen gut die Hälfte der stationär behandelten Patient*innen ohne Einweisung ins Klinikum und wurden als Notfall aufgenommen (2.900 ausgewertete Behandlungsfälle).

Zuweisung (Einweisung, Verlegung bzw. Weiterleitung)

	%
Ohne Einweisung (über Rettungsstelle)	50,4
Unbekannt	20,2
Niedergelassener Arzt (nicht Nervenarzt oder Psychotherapeut)	7,3
Nervenarzt/Ärztl. Psychotherapeut	5,2
Eigene Institutsambulanz	4,9
Andere	2,6
Andere psychiatrische Klinik	2,5
Aus anderer Klinik	2,2
Interne Verlegung zwischen voll- und teilstationärer Behandlung	1,0
Sozialpsychiatrischer Dienst	0,8
Heim/TWG	0,6
Verlegung innerhalb Klinikum Neukölln	0,5
Berliner Krisendienst	0,4
KV-Notdienst	0,3
Psychologischer Psychotherapeut	0,3

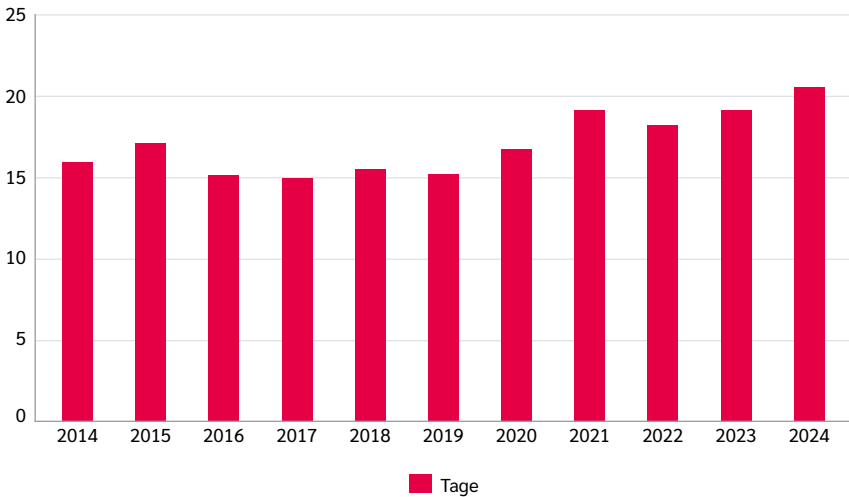
291 der Patient*innen (ca. 13 Prozent) wurden zur stationären Aufnahme von Polizeibeamt*innen in die Rettungsstelle gebracht bzw. begleitet, was praktisch dem Anteil der Vorjahre entspricht.

3.3 Aufenthaltsdauer

Die durchschnittliche Behandlungsdauer der im Jahr 2024 beendeten Behandlungen betrug im vollstationären Bereich 20,5 Tage, im stationsäquivalenten Bereich 39,8 Tage und im teilstationären Bereich 46,5 Tage.

Deutlich unterhalb des Gesamtdurchschnitts für vollstationäre Behandlungen lagen wie jedes Jahr die Behandlungsdauern auf der Kriseninterventionsstation mit 11,9 Tagen und der Schwerpunktstation für Abhängigkeitserkrankungen mit 10,8 Tagen.

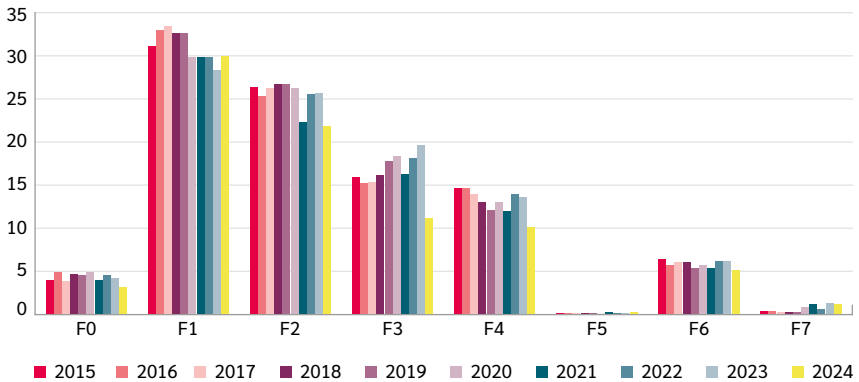
Durchschnittliche vollstationäre Aufenthaltsdauer im Verlauf der letzten Jahre



3.4 Diagnosen

Insgesamt blieb die Verteilung der psychiatrischen Hauptdiagnosen im Verlauf der letzten Jahre sehr konstant. Man kann sehen, dass knapp ein Drittel unserer Aufnahmen wegen Suchterkrankungen (F1) erfolgten und bei ca. einem Viertel die Diagnose einer Schizophrenie, einer schizotypen oder wahnhaften Störung (F2) als Hauptdiagnose vergeben wurde.

Verteilung der Diagnosen im Verlauf der Jahre



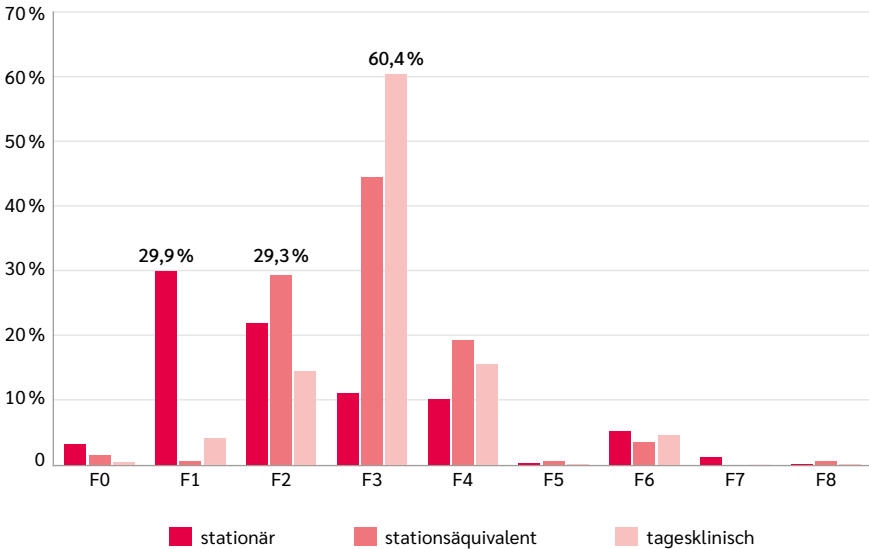
Psychiatrische Hauptdiagnose (Hauptgruppen nach ICD-10)

	2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%	Häufigkeit	%
F0	214	4,5	211	4,9	167	3,9	186	4,5	191	4,2	139	3,1
F1	1.540	32,5	1.288	29,7	1.273	29,7	1.218	29,7	1.286	28,2	1.355	29,9
F2	1.262	26,6	1.133	26,2	951	22,2	1.047	25,5	1.169	25,6	995	21,8
F3	838	17,7	791	18,3	696	16,2	740	18,0	896	19,6	502	11,1
F4	568	12,0	558	12,9	513	11,9	568	13,9	616	13,5	456	10,1
F5	5	0,1	2	0,0	9	0,2	5	0,1	4	0,1	7	0,2
F6	252	5,3	245	5,7	228	5,3	252	6,1	278	6,1	232	5,1
F7	11	0,2	33	0,8	46	1,1	23	0,6	53	1,2	52	1,1

Im Vergleich zwischen vollstationärer und stationsäquivalenter Behandlung zeigt sich für den stationsäquivalenten Bereich ein deutlich höherer Anteil an Patient*innen, die unter einer Diagnose aus den Hauptgruppen F2 oder F3 nach ICD 10 (29,3 und 44,4 Prozent) leiden.

Im teilstationären Behandlungsbereich werden über die Hälfte (60,4 Prozent) der Patient*innen aufgrund einer affektiven Störung (F3) behandelt.

**Verteilung der psych. Diagnosen (Hauptgruppen nach ICD10)
Vergleich stationär - stationsäquivalent- tagesklinisch**



3.5 Alter und Geschlecht

3.5.1 Alter

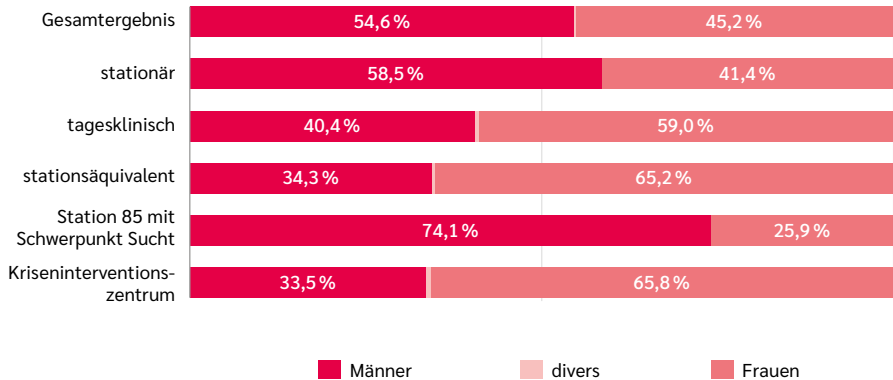
Das Durchschnittsalter der Patient*innen betrug 44,6 Jahre (2023: 44,9). 531 Patient*innen, das entspricht 12,0 % (2022: 12,6 %) waren 65 Jahre alt und älter, wovon 17, das entspricht 0,4 % (2022: 0,5 %) 90 Jahre und älter waren. Die älteste Patientin war 98 Jahre alt.

In teilstationärer Behandlung, wo das Durchschnittsalter etwas niedriger bei 40,5 (2022: 40,4) Jahren lag, waren 0,6 % (2022: 3,2 %) der Patient*innen 65 Jahre und älter.

Das Alter der Patient*innen in stationsäquivalenter Behandlung lag im Durchschnitt bei 47,5 (2022: 43,3) Jahren, wobei 21,1 % (2022: 16,8 %) der Patient*innen über 64 Jahre alt war.

3.5.2 Geschlecht

Geschlechterverteilung



Bei einem leichten „Männerüberhang“ bei den im Jahre 2024 behandelten Fällen (54,6 %), zeigten sich abhängig von den Behandlungsbereichen für die Geschlechterverteilung deutliche Unterschiede.

So überwogen auf der Schwerpunktstation für Abhängigkeitserkrankungen männliche Patienten wieder deutlich mit 74,1 %. Auf der Kriseninterventionsstation und in den Tageskliniken dagegen stellten Patientinnen mit 65,8 % bzw. 59,0 % die Mehrheit. 65,2 % der stationsäquivalent behandelten Personen waren Frauen.

Insgesamt wurden 10 behandelte Fälle in allen Bereichen als divers geführt.

3.6 Sozialdaten

Die Leistungen der Eingliederungshilfe spielen für viele unserer Patient*innen eine große Rolle. Die Mitarbeitenden dieser Hilfen sind daher wichtige Kooperationspartner. In ca. 17 % der Behandlungsfälle kamen die aufgenommenen Patient*innen aus einer Wohneinrichtung der Eingliederungshilfe.

Erneut erhoben wir an zwei Stichtagen (im Sommer- und im Winterhalbjahr) Daten zu Wohnungslosigkeit und Obdachlosigkeit. Dabei werden Menschen als obdachlos bezeichnet, wenn sie über keinen festen Wohnsitz verfügen und im öffentlichen Raum, im Freien oder in Notunterkünften übernachten. Als wohnungslos werden Menschen bezeichnet, die in einer Obdachloseneinrichtung, in Frauenhäusern oder bei Verwandten, Freunden unterkommen.

Im Durchschnitt der beiden Stichtage waren 2024: 8,6 % der stationären Patient*innen wohnungs- und 12,0 % obdachlos. Von Wohn- oder Obdachlosigkeit waren mehr als ein Viertel der Männer (26,4 %) betroffen. Diese sehr hohen Raten spiegeln sicherlich gesamt-gesellschaftliche aber auch bezirksspezifische Bedingungen wider.

Anteil der wohnungs- oder obdachlosen Patient*innen

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024		
							Frauen	Männer	Alle
Wohnungslos	6,4%	7,8%	8,2%	10,0%	10,7%	8,1%	6,8%	10,1%	8,6%
Obdachlos	12,5%	10,8%	11,8%	10,7%	11,3%	13,5%	6,8%	16,3%	12,0%
Kein fester Wohnsitz (Summe)	18,9%	18,6%	19,9%	20,7%	22,0%	21,6%	13,7%	26,4%	20,7%

Die besondere Sozialstruktur in Teilen des Bezirks bzw. die sozialen Bedingungen, unter denen Menschen mit psychischen Erkrankungen leben, spiegelt sich in unserer Basisdokumentation wider. Die Auswertung von 2.900 Dokumentationen zeigt, dass wir bei nur 23 % der Patient*innen des Jahres 2024 festhalten konnten, dass sie von einem eigenen Erwerbseinkommen leben. Auch wenn uns in nahezu einem Drittel der Fälle die Einkünfte nicht bekannt sind, so ist anzunehmen, dass sich hinter diesen Fällen kein größerer Anteil von Erwerbstätigen verbirgt.

Einkünfte

	Häufigkeit	%
unbekannt	883	30,46
eigenes Erwerbseinkommen	669	23,08
Arbeitslosengeld II	564	19,45
Rente/Pension	313	10,80
Anderes (z. B. Krankengeld)	131	4,52
Arbeitslosengeld I	116	4,00
Sozialhilfe/Grundsicherung	106	3,66
Partner/Familie/Freunde	105	3,62

3.7 Migration, Staatsangehörigkeit und Sprache

Von Migrationshintergrund spricht man, wenn ein Mensch in Deutschland lebt und nach 1950 eingewandert ist oder ganz oder teilweise von solchen Eingewanderten abstammt. Gut ein Drittel unserer Patient*innen (36,8 %) hatte einen solchen Migrationshintergrund. Dabei stammten an einem Stichtag Patient*innen aus über 40 Herkunftsländern, wobei mit Abstand die meisten davon (bzw. deren Vorfahren) aus der Türkei kamen. Gleichzeitig hatte 20,5 % unserer Patient*innen keine deutsche Staatsangehörigkeit.

Bei mehr als einem Viertel unserer Patient*innen (30,5 %) war Deutsch nicht die Muttersprache und bei 5,8 % aller Patient*innen war es deshalb nicht möglich, auf Deutsch ein therapeutisches Gespräch zu führen.

4 | Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)

In der Psychiatrischen Institutsambulanz werden Patient*innen behandelt, die aufgrund der Art, Schwere und Dauer ihrer psychischen Erkrankung auf eine umfassende, komplexe, multiprofessionell getragene ambulante Behandlung angewiesen sind.

Den Patient*innen steht ein vielfältiges Behandlungsangebot zur Verfügung, das ärztliche, psychologische und krankenschwägerische Einzelgespräche, ggf. auch fremdsprachig (u. a. türkisch, russisch und englisch), psychotherapeutische Gesprächsgruppen (Angstbewältigungsgruppe, Depressions- und Psychosegruppen, Metakognitives Training und Gesprächsgruppen für junge Erwachsene), Ergotherapie, Musiktherapie, Bewegungstherapie, Entspannungstraining und Tanztherapie umfasst. Besonders hervorzuheben sind zudem verschiedene Gruppenangebote für spezielle Patient*innen-Gruppen wie Borderline-Störungen, Menschen mit Störungen der Affektregulation, Patient*innen in der Adoleszenz.

Ein Teil der Behandlungen erfolgt nach vorherigem stationären oder teilstationären Aufenthalt durch die schon bekannten Behandler*innen auf der Station bzw. in der Tagesklinik, um die vertrauten therapeutischen Beziehungen nutzen zu können („stationsintegrierte PIA“). Die Mehrzahl unserer Ambulanzpatient*innen wird durch die Mitarbeiter*innen der Psychiatrischen Institutsambulanz am Standort Rudower Straße und der Ambulanz unseres Behandlungszentrums Emser Straße behandelt. Letzteres, mitten im Nord-Neuköllner Kiez gelegen und organisatorisch eng mit der Tagesklinik Emser Straße verbunden, bietet auch eine „Sprechstunde für Geflüchtete in seelischen Krisen“ an.

Inzwischen werden pro Quartal insgesamt ca. 1.300 Patient*innen in unserer Institutsambulanz behandelt. Das therapeutische Angebot richtet sich nicht nur an Menschen mit primär seelischen Erkrankungen, sondern auch an diejenigen, die in Zusammenhang mit einer schweren körperlichen Erkrankung länger anhaltend ihr seelisches Gleichgewicht verloren haben (Psychokardiologie, Psychoonkologie). Für diese Patient*innen ist die enge Zusammenarbeit mit den kardiologischen und onkologischen Abteilungen im Klinikum Neukölln von großem Vorteil. Ähnliches gilt auch für den Bereich der psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinn.

In Zusammenarbeit mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters am Standort Neukölln, wie auch mit dem Verein Kindergesundheitshaus e. V., gibt es ein Angebot für Eltern, die angesichts der seelischen Erkrankung ihres Kindes selbst in eine Krise geraten sind. Weiterhin wurde eine sog. Transitionssprechstunde etabliert, die den Übergang aus der kinder- und jugendpsychiatrischen in die erwachsenenpsychiatrische Behandlung unterstützt.

Die inzwischen fest etablierte Gedächtnissprechstunde bietet ein umfassendes diagnostisches Angebot für Menschen, bei denen der Verdacht auf eine Demenzerkrankung oder eine andere kognitive Störung besteht.

Die allgemeinspsychiatrische Station 85 mit dem Schwerpunkt für Abhängigkeitserkrankungen bietet im Rahmen der Institutsambulanz einmal im Monat eine aufsuchende psychiatrische Sprechstunde in den Räumlichkeiten der Suchberatungsstelle Confamilia (Vista – Verbund für integrative soziale und therapeutische Arbeit gGmbH) an. Ziel des niederschweligen PIA-Flex Angebotes ist eine Verbesserung des Zugangs zu psychiatrischen Behandlungsangeboten für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen oder problematischem Konsum.

WIK
ZIEHEN'S
DURCH,
ANSTATT
NUR DARÜBER
ZU
REDEN!



ENDLICH
FREI



Schwerpunktthema:
**Geschichte der Klinik für
Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik am
Vivantes Klinikum Neukölln
1985 – 2006**

von Erdmann Fähndrich

1. Die Situation in Berlin vor 1984

Die Psychiatrielandschaft in Berlin war bis 1961 von Strukturen geprägt, die weit ins 19. Jahrhundert reichten. Wilhelm Griesinger hatte den Kampf um eine Integration der klinischen Psychiatrie in das Allgemeinkrankenhaus Mitte des 19. Jahrhunderts gegen die Vertreter der Anstaltspsychiatrie – hier sei Laehr als einer der Protagonisten genannt – verloren. Abgesehen von kleinen psychiatrischen Abteilungen in den Universitätskliniken, die vor allem der Forschung und Lehre dienten, und einigen kleineren privaten Kliniken wie dem „Waldhaus“ in Zehlendorf waren vier große staatliche Heil- und Pflegeanstalten in Dalldorf/Wittenau (später Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik), Buch, Lichtenberg (heutiges Krankenhaus Königin-Elisabeth Herzberge) und Wuhlegarten/Biesdorf (später Wilhelm-Griesinger-Krankenhaus) für die Versorgung der Bevölkerung zuständig.

Als 1961 Berlin durch den Bau der Mauer geteilt wurde, lag nur noch die Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik im Westteil der Stadt. An den Städtischen Allgemeinkrankenhäusern Wenckeback (Tempelhof), Neukölln, Auguste-Viktoria-Krankenhaus (Schöneberg/Steglitz) gab es „Neurologisch-Psychiatrische Abteilungen“ i. d. R. mit nicht mehr als 10 psychiatrischen Betten, natürlich ohne jede Aufnahmeverpflichtung. Die Zeit war damals noch nicht reif, diese Abteilungen zu funktionsfähigen versorgungsverpflichteten psychiatrischen Abteilungen auszubauen. Folgerichtig wurde eine weitere Anstalt im Stile des 19. Jahrhunderts in Berlin-West gebaut – die Nervenlinik Spandau (NKS) mit fast 1000 Betten.

1982 versorgte die NKS die Bezirke Spandau, Charlottenburg, Wilmersdorf und Tempelhof, die KBoN war für die Bezirke Reinickendorf, Tiergarten, Moabit, Wedding, Neukölln und Kreuzberg zuständig, und die Waldhauslinik Nikolassee (heute Kliniken im Theodor Wenzelwerk TWW) war für Schöneberg, Steglitz, Zehlendorf aufnahmeverpflichtet.

Es kam die Zeit der politischen Bewegung der 68er Jahre. Zahlreiche Diskussionskreise bildeten sich – so auch ein Kreis junger, in den psychiatrischen Kliniken tätiger Ärzte. Daraus entstand 1970 der „Sozialpsychiatrische Arbeitskreis Berlin“ (SPAK), der in der Folgezeit zum Sammelbecken, Forum und Aktionszentrum der psychiatriekritischen, reformorientierten Bewegung in der Stadt wurde. Der SPAK verstand sich als regionaler Ableger des „Mannheimer Kreises“, einer Vorläuferorganisation der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP).

Er sah seine vorrangigen Aufgaben

- im Hinwirken auf eine grundlegende Reform der Struktur der psychiatrischen Versorgung im Sinne einer Dezentralisierung und Regionalisierung (Stichwort: Gemeindenähe)
- in der Fortbildung über neue, internationale Entwicklungen innovativer Psychiatrie
- in der Etablierung neuer (sozial)psychiatrischer Forschungsansätze (Epidemiologie, Versorgungsforschung u. ä.)

Deutschlandweit begann eine breite Diskussion über die Zustände in den Psychiatrischen Anstalten, die 1975 mit der Verabschiedung der Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages nicht ihren Abschluss aber doch einen Wendepunkt erreichte. Neben der Beseitigung der „elenden und menschenunwürdigen Verhältnisse“ (Enquete) in den Anstalten gewann das Konzept der gemeindenahen Versorgung (Sektorpsychiatrie) immer mehr an Bedeutung, hatten doch die Mütter und Väter der Enquete gefordert, „wo immer möglich“ Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zu errichten und durch diese die Region, in der sie liegen, versorgen zu lassen.

In Berlin (West) boten sich die Bezirke mit dem jeweiligen kommunalen Krankenhaus als Versorgungsregion geradezu an. Alles dauerte und alles ging schrittweise – aber es ging voran.

1984 legte der Berliner Senat die Grundlage für den Aufbau einer dezentralen psychiatrischen Versorgung im Westteil der Stadt. In diesem Kontext fiel auch die Entscheidung zur Gründung einer Psychiatrischen Abteilung am Krankenhaus Neukölln.

2. Die Situation in Neukölln:

Das Krankenhaus verfügte 1984 über eine psychiatrisch-neurologische Abteilung mit 74 Betten, von denen 64, d. h. der weit überwiegende Teil, neurologisch genutzt wurden. In baulicher Vorbereitung befand sich ein Kriseninterventionszentrum mit 12 Betten, das noch 1984 in Betrieb ging und speziell auf die Behandlung von Menschen in akuten psychosozialen Belastungssituationen mit suizidalen Krisen zugeschnitten war. Davon abgesehen war für die gesamte stationäre psychiatrische Behandlung der 320.000 Einwohner von Neukölln die Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik in Reinickendorf am anderen Ende von Berlin zuständig. Die ambulante Versorgung lag in den Händen weniger niedergelassener Nervenärzte. Betreutes Wohnen oder Tagesstätten für Psychisch Kranke gab es nicht. Chronisch Kranke, die nicht allein oder bei ihren Familien leben konnten, blieben dauerhospitalisiert in der Anstalt.

Eine vom Senat bereits Ende der 70er Jahre beauftragte „AG Psychiatrieplanung Neukölln“ legte 1982 in einem Planungsentwurf für eine zukünftige Psychiatrische Abteilung am Krankenhaus Neukölln folgende Eckpunkte fest:

1. **Gemeindenahe Vollversorgung**
2. **Eine bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten**
3. **Die Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken**
4. **Die Koordination stationärer und komplementärer Versorgungsbereiche (klinische und extramurale Versorgung).**

In diesem Entwurf wird (noch) eine Bettenmessziffer von 1 Bett pro 1000 EW genannt, somit wird von mehr als 300 Betten für die zukünftige Abteilung ausgegangen. Wenn man allerdings bedenkt, dass damals noch 2 bis 2,5 Betten auf 1000 EW die Regel waren, war dies bereits ein deutlicher, zu dieser Zeit wohl gerade noch allgemein akzeptierter Fortschritt in Richtung Enthospitalisierung i. S. der Enquete.

Weitere konzeptionelle Vorstellungen dieses Planungsentwurfs zeigen den damaligen Stand der psychiatriepolitischen Diskussion. Sie sollen hier kurz dargestellt werden, zeigen sie doch, wie rasant die Entwicklung dann ging, bzw.

wie wenig bis dahin auf dem Gebiet Psychiatrie passiert war. Dabei muss bedacht sein, dass die Mitglieder der AG junge, reformfreudige in der Psychiatrie Tätige waren!

- Stationsgrößen von 18 Betten (später Grundlage der PsychPV)
- Zwei Aufnahmestationen (je 18 Betten) nach Geschlechtern getrennt
- nachgeordnete Stationen heterogen belegt
- 12 Betten Krisenintervention
- Extra Funktionsbereich Sucht mit dreistufiger Struktur (Entgiftung, Entwöhnung, Langzeitbehandlung)
- Verbindlicher Einsatz von Beschäftigungstherapeuten (das war damals nicht selbstverständlich!), mit einem Personalschlüssel von 1:30
- Eigener Sozialdienst und Einbindung der Sozialarbeiter in die Stations-teams. Wie weit man damals jedoch noch von den späteren Vorstellungen der Funktion der Sozialarbeiter entfernt war, zeigt die für die Allgemeine Psychiatrie genannte Richtzahl für Sozialarbeiter von 1:125! Für den Reha-Bereich ging man von einem Sozialarbeiter für 50 Patienten aus und im Suchtbereich sollte das Verhältnis 1:30 betragen.
- Beteiligung an der ambulanten Versorgung über eine Psychiatrische Institutsambulanz. Dieser Vorschlag traf damals auf harten Widerstand der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung.

Um die zukünftigen Akteure nicht allzu sehr einzuengen, wurden keine detaillierten konzeptionellen Vorgaben gemacht, was aus heutiger Sicht des „Historikers“ bedauerlich ist, dem ersten Leiter der Abteilung dann jedoch große Gestaltungsmöglichkeiten eröffnete.

Die AG Psychiatrieplanung Neukölln favorisierte als Standort der Abteilung den Altbaubereich Rudower Straße. Als Alternative (falls räumlich die Kapazität in der Rudower Straße nicht reichen sollte) wurde vorgeschlagen, den Suchtbereich in das damals noch in Betrieb befindliche Britzer Krankenhaus an der Blaschkoallee zu legen.

Explizit wurde eine Trennung von Akutbereich in der Rudower Straße und einem Langzeitbereich im Britzer Krankenhaus abgelehnt (immerhin wurde noch in diesen Kategorien gedacht!).

3. Der Aufbau der Abteilung in Neukölln:

Mit dem Dienstantritt des ersten Chefarztes Prof. Dr. E. Fährdrich im Januar 1985 nahm die Psychiatrische Abteilung im Krankenhaus Neukölln ihre Arbeit auf. Zunächst bestand sie weiterhin aus der 1984 eröffneten Kriseninterventionsstation und einer kleinen, räumlich völlig unzureichend ausgestatteten Station mit 12 Betten, die bis dahin Teil der Neurologisch-psychiatrischen Abteilung waren und im Dachgeschoß, geradezu versteckt, in einem der Häuser im Südkamm des alten Krankenhauses lagen.

Das Ringen um den Standort

Das KH Neukölln bestand damals aus drei Standorten, dem Haupthaus in der Rudower Strasse mit dem im Bau befindlichen sog. Ersatzbau am Juchaczweg, dem Britzer Krankenhaus in der Blaschkoallee (Orthopädie, Dermatologie, Innere Medizin) und Krankenhaus Mariendorfer Weg (Frauenklinik, Kinderklinik, Innere Medizin-Geriatrie). Der Senat und alle Gruppen des KNK (Ärztlicher Leiter, Personalrat, Chefärzte) präferierten das Britzer Krankenhaus in der Blaschkoallee als Standort der Psychiatrischen Abteilung. Dabei waren die Motive völlig unterschiedlich. Der Senat hatte sich öffentlich festgelegt, dass nach der Eröffnung des Neubaus in die Altbauten in der Rudower Str. keine Betten mehr kommen sollten, der Personalrat wollte das Britzer Krankenhaus (und damit Arbeitsplätze) erhalten, die Chefärzte und die Krankenhausleitung wollten die Psychiatrie nicht im Haupthaus des Krankenhauses. 1985 entschied dann der Senat, dass die neue Abteilung im Britzer Krankenhaus errichtet werden soll. Diese Entscheidung war aus fachlicher Sicht unannehmbar, entsprach nicht den im Expertenbericht der Enquete niedergelegten Grundsätzen und konnte nicht akzeptiert werden. Es entbrannte ein erbitterter Kampf um den Standort. Nach intensiven Gesprächen mit allen im Abgeordnetenhaus vertretenen Parteien gelang es schließlich doch noch, im politischen Raum eine „Stimmung“ für den Standort Rudower Str. zu erzeugen. Die objektiven Gründe sprachen so eindeutig gegen den Standort Britzer Krankenhaus (Blaschkoallee) und für den Standort auf dem Gelände des Neuköllner Krankenhauses (Rudower Straße), dass es über mehrere Schritte gelang, den Beschluss umzubiegen und die Abteilung tatsächlich in den Standort Rudower Straße zu integrieren. Rückschauend

kann man vermuten, dass wohl bereits damals bei einigen Entscheidungsträgern die Einsicht Oberhand gewonnen hatte, dass die Standorte Britz und Mariendorfer Weg auf Dauer aus rein ökonomischen Gründen nicht zu halten sein würden.

1987 beschloss dann der Senat, den Betrieb der Psychiatrischen Abteilung „vorläufig“ mit 2 Stationen à 36 Betten im Altbaubereich („Nordkamm“) der Rudower Straße zu starten. Das war der Durchbruch. Danach ging alles ganz schnell:

- 1987 Umzug der vorhandenen 12-Bettenstation und Eröffnung der Stationen 81 und 82 im Altbaubereich (heute Pavillon P4). Jetzt standen 72 Betten allgemeinspsychiatrische Betten und 12 Betten Krisenintervention zu Verfügung. Von da ab wurde keine Neuköllner Patienten mehr notfallmäßig in die KBoN weitergeleitet. Die räumlichen Verhältnisse waren spartanisch. An finanzielle Mittel für Umbau, Renovierung, Mobiliar war nicht zu denken. Der Enthusiasmus des Neuanfangs trug über vieles hinweg.
- 1988 bewilligt der Hauptausschuss des Abgeordnetenhauses die Finanzmittel zum Umbau des Nordkamms und zur Errichtung der Abteilung mit 6 allgemeinspsychiatrischen Stationen.
- 1991 konnten die Stationen 81 und 82 in ihre neuen Räume im heutigen Pavillon P1 umziehen.
- Im August 1993 wurde die letzte Station (Station 85) in Betrieb genommen. Erst jetzt – acht Jahre nach Gründung der Abteilung konnte auch formal die Pflichtversorgung Neuköllns übernommen werden.

Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)

Von Anbeginn an wurde angestrebt, eine PIA zu betreiben, um die damals noch üblichen langdauernden Hospitalisierungen zu verhindern und dem Prinzip „ambulant vor stationär“ auch aus der Klinik heraus gerecht zu werden. Diese Pläne wurden vom Berufsverband der Berliner Nervenärzte damals vehement bekämpft, obwohl Neukölln mit niedergelassenen Psychiatern deutlich unterversorgt war.

Nach langwierigen Verfahren entschied der Berufungsausschuss für Ärzte am 4. Juli 1991, dass die Kommunalen Krankenhäuser analog zu den aus den Heil- und Pflegeanstalten hervorgegangenen Fachkrankenhäusern berechtigt seien, eine PIA zu betreiben. Dies galt jedoch nur für die kommenden zwei Jahre und musste dann jeweils erneut beantragt werden.

Trotzdem konnte auf dieser Grundlage die ambulante Behandlung von Patienten sichergestellt werden, die wegen der Schwere ihrer Erkrankung nicht in der Lage waren, eine Nervenarztpraxis aufzusuchen, oder die auf das komplexe therapeutische Angebot einer psychiatrischen Abteilung angewiesen waren. Erst 2001 wurde nach langer und intensiver Vorarbeit auf Bundesebene der § 118 im SGB V so geändert, dass auch Abteilungen an Allgemeinen Krankenhäusern dauerhaft eine PIA betreiben konnten.

Von Anfang an war die PIA stationsintegriert organisiert, d.h. der Patient kam auch nach der Entlassung auf „seine“ Station, die ambulante Behandlung geschah durch die gleichen Mitarbeiter, die auch die stationäre Behandlung getragen hatten.

Die Tageskliniken

Vom ersten Tag an war klar, dass tagesklinische Behandlung ein wichtiger Baustein der regionalen Versorgung sein würde. Die Suche nach geeigneten Räumlichkeiten gestaltete sich sehr schwierig. Schließlich gelang es mit Hilfe des Bezirksamtes, das gesamte Erdgeschoß eines ganz normalen Mietshauses in der Emser Straße (mitten in Nord-Neukölln) anzumieten und für die Bedürfnisse einer Tagesklinik herzurichten. Im Dezember 1990 nahm diese Tagesklinik mit 20 Behandlungsplätzen ihre Arbeit auf. Ernsthafte Probleme mit den anderen Hausbewohnern gab es nie. Die Tagesklinik ist ein völlig selbstverständlicher Teil des „Kiezes“.

1996 wurde die zweite Tagesklinik in der Riesestraße im Stadtteil Britz eröffnet. Im Gegensatz zur Tagesklinik Emser Straße handelt es sich hier um einen Neubau, der speziell für die Bedürfnisse einer Tagesklinik geschaffen wurde.

Die Vernetzung in der Versorgungsregion

Beim Start 1985 gab es in Neukölln zwar eine Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG), sie war jedoch lediglich eine Veranstaltung von Vertretern der verschiedenen Abteilungen des Bezirksamtes, da es keine Träger psychosozialer Einrichtungen in Neukölln gab. Dennoch beteiligte sich die Klinik von Anfang an in der PSAG, pflegte die Kontakte zur Bezirkspolitik und wurde dann auch tatkräftig unterstützt, als sich die Gelegenheit bot, ein ganzes Haus für ein Wohnprojekt (Übergangwohnheim Kirchgasse) zu bekommen. Auch ein Träger (UHW) war schnell gefunden. Im Mai 1987 bezogen die ersten Bewohner das Haus in der Kirchgasse. So ergab es sich, dass in Neukölln noch bevor Klinikbetten entstanden, eine komplementäre Einrichtung mit immerhin 29 Plätzen die Arbeit aufnahm.

Mit Anwachsen des komplementären Bereichs wurde die PSAG immer wichtiger für die Koordination der verschiedenen psychosozialen Hilfen. Mitarbeiter der Psychiatrischen Abteilung waren maßgeblich mit daran beteiligt, dass die PSAG sich eine verbindliche Struktur gab, mit der sie ihrem gesetzlichen Auftrag zur Mitwirkung an der Planung und Durchführung der psychosozialen Versorgung in Neukölln nachkommen konnte.

Die Umsetzung des Konzeptes

Der allmähliche Aufbau der Abteilung hatte den Vorteil, dass das Behandlungskonzept Schritt für Schritt gemeinsam entwickelt werden konnte. Folgende Grundsätze waren bei aller Diskussionsfreude vorgegeben:

- So viel Normalität wie möglich (Heterogenität der Stationsbelegung, offene Stationstüren)
- Beziehungskonstanz (Heimatstation, keine Verlegung innerhalb der Klinik, integrierte PIA),
- die Angehörigen mit in die Behandlung einbeziehen

Von Beginn an wurde Wert gelegt auf eine gute Kommunikation der Mitarbeiter untereinander und einen offenen Kommunikationsstil, was bei der geringen Zahl in der Startphase nicht schwerfiel. Es entstand eine offene, diskussionsfreudige und produktive Atmosphäre. Erstes Ergebnis eines langen und geradezu modellhaften, zeitweise durchaus kontrovers ausgetragenen Diskussionsprozesses war die Einführung externer Teamsupervisionen - einer damals noch ungewöhnlichen Einrichtung in psychiatrischen Kliniken, deren Finanzierung einer erheblich skeptischen Krankenhausleitung plausibel gemacht werden musste.

Mit dem Wachsen der Abteilung entwickelten sich verschiedene Strukturen, die diese produktive Kommunikation untereinander sicherstellen sollten, z. B. die monatliche Abteilungskonferenz aller Mitarbeiter, die Organisationsbesprechung, die themenbezogenen Arbeitsgruppen. Diese Atmosphäre des Miteinanders der Mitarbeiter untereinander und des Umganges mit den Patienten, kam unserem Anliegen „so viel Normalität wie nur möglich“ auf den Stationen zu ermöglichen, sehr entgegen. Die Abteilung hatte recht bald eine gewisse Anziehungskraft über Berlin hinaus, so dass kein Mangel an Bewerbungen bestand, was den Aufbau sehr erleichterte. Bald war eine einsatzfreudige, kreative Mitarbeiterschaft beisammen, die neben guter Patientenversorgung in verschiedenen Gruppen Konzepte entwickelte z. B. für die Bereiche Konsil-, Liaisondienst, Angehörigenarbeit, Mutter-Kind-Behandlung; aus vielen dieser Projekte gingen Publikationen (z. B. „PIA als Alternative zur vollstationären Behandlung“, „Die psychiatrische Abteilung im Urteil der Patienten“, „Die Angehörigenvisite als Teil des Routineangebotes einer Psychiatrischen Abteilung“, „Mutter-Kind-Behandlung“, „Basisdokumentation als Teil der Qualitätssicherung“) hervor.

So wurden im Laufe der Jahre mehr als 20 Publikationen von Mitarbeitern der Abteilung veröffentlicht.

Alle Berufsgruppen beteiligten sich an Arbeitsgruppen außerhalb der Klinik wie z. B. dem Beirat im Bezirk und beim Senator, der überregionalen AG „Zwang & Gewalt in der Psychiatrie“, der AG „Arzneimittelsicherheit in der Psychiatrie“.

In dieser Aufbruchsphase wurden auch die Dokumentationssysteme (BADO, Besondere Vorkommnisse, Fixierungen, Zwangsmedikationen, Patientenzufriedenheit usw.) entwickelt. Dabei wurde von Anfang an auf Alltagstauglichkeit und langfristige Anwendbarkeit geachtet.

Die so erhobenen Daten wurden regelmäßig auf den Abteilungskonferenzen an die Mitarbeiter zurückgemeldet und bildeten die Grundlage für die seit 1990 regelmäßig erstellten Jahresberichte. Auf diese Weise entwickelte sich ein regelmäßiges Monitoring zentraler Qualitätsindikatoren.

Die Geschichte der Klinik ist hiermit weder vollständig noch zu Ende erzählt. Neue Ideen und Impulse müssen sich jetzt in viel stärkerem Maße mit schon Vorhandenem, mit langjährig Erprobtem und alten Gewohnheiten auseinandersetzen. Darüber werden dann andere berichten müssen.

Der Autor: Prof. Dr. Erdmann Fährdrich leitete von 1985 – 2006 die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Vivantes Klinikum Neukölln.



5 | Leistungen des psychiatrischen Not- und Bereitschaftsdienstes in der Rettungsstelle und auf den Stationen der Klinik

Die Rettungsstelle des Vivantes Klinikum Neukölln ist mit ca. 40.000 Patient*innenkontakten jährlich ein zentraler Anlaufpunkt für die Notfallversorgung im Berliner Südosten. Sie ermöglicht auch Menschen, die Unterstützung in einer psychischen Krise benötigen, eine niedrighschwellige Kontaktaufnahme rund um die Uhr.

Die Anzahl der Patient*innen, die primär zur psychiatrischen Notfallbehandlung kamen, bewegte sich mit 6.431 Fällen weiterhin auf sehr hohem Niveau. Darüber hinaus wurden die Psychiater*innen in der Rettungsstelle häufig beratend von den Kolleg*innen anderer Fachrichtungen hinzugezogen, in 520 Fällen erfolgte eine konsiliarische Mitbehandlung durch unsere Abteilung. Auch die telefonischen Kontakte mit Ratsuchenden in den Notdiensten am Wochenende sowie im alltäglichen Betrieb der Rettungsstelle haben eine unverändert große Rolle gespielt.

Hinzu kommt noch die reguläre Versorgung auf den psychiatrischen Stationen in den nächtlichen Bereitschaftsdiensten und am gesamten Wochenende. Die Rettungsstelle ist zusätzlich zum ständigen psychiatrischen Dienstarzt/psychiatrischer Dienstärztin durch einen ärztlichen „Spätdienst“ sowie einen zweiten Wochenendtagdienst besetzt. Zu diesen Zeiten sind damit zwei Ärzt*innen in der Klinik und können sich dadurch die oben beschriebene Arbeit der Rettungsstelle, des Haupthauses und der eigenen Stationen aufteilen.

Sowohl zur Optimierung der aktuellen Situation in der hiesigen Rettungsstelle als auch zur Planung der neuen Rettungsstelle im sich aktuell im Bau befindlichen Haus 50 wurde eine Arbeitsgruppe der Neuköllner Geschäftsführung von Vivantes mit Mitarbeiter*innen der Rettungsstelle und verschiedenen beteiligten Fachabteilungen gebildet. Hieran nahm unsere Klinik teil, vertrat die eigenen Interessen und brachte sich zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit und Verbesserung der Rettungsstellensituation allgemein ein.



6 | Leistungen des psychiatrischen Konsil- und Liaisondienstes

Die Zahl der Konsile für andere Fachabteilungen des Klinikums lag 2024 ohne die Konsilleistungen in der Rettungsstelle mit 1.400 von uns über das Klinikdokumentationssystem ORBIS erfassten Leistungen weiterhin auf hohem Niveau und spiegelt die enge Kooperation unserer Klinik mit nahezu allen anderen Disziplinen in unserem Krankenhaus der Maximalversorgung wider.

Neben einer hohen Zahl von Patient*innen mit Suizidversuchen, Intoxikationen und schweren deliranten Syndromen ging es inhaltlich in diesen konsiliarischen Beratungen besonders häufig um die Behandlung von Unruhe- und Erregungszuständen, die Klärung der Einwilligungsfähigkeit und die Vorbereitung der Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung. Weitere häufige Themenfelder war die Beratung bezüglich einer Entzugsbehandlung, die Mitbehandlung von Angsterkrankungen und Depressionen, die Abklärung kognitiver Defizite sowie die Einleitung einer Ethikberatung.

Leistungen des psychiatrischen Konsil- und Liaisondienstes 2024

Abteilung	Anzahl konsiliarischer Untersuchungen
Internistische Abteilungen	833
Chirurgische Abteilungen	280
Dermatologie	65
Neurologie/Stroke Unit	121
HNO	21
Augenheilkunde	23
Gynäkologie/Geburtshilfe	53
Strahlentherapie	4
Summe	1.400



7 | Besondere Vorkommnisse

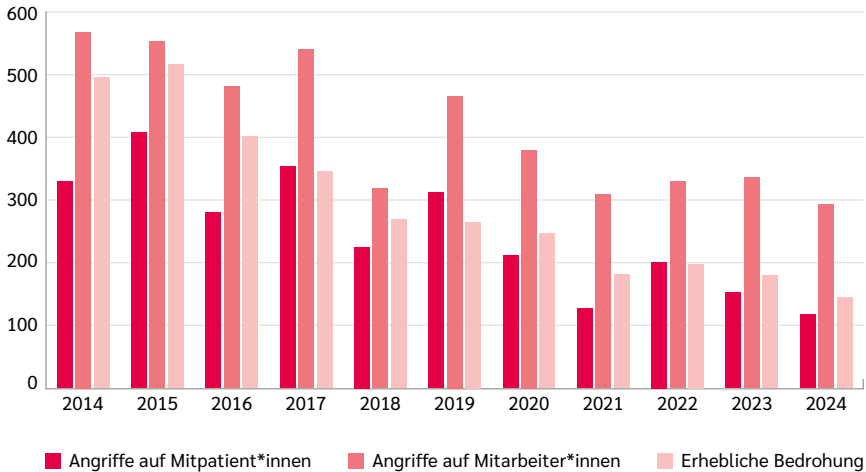
7.1 Tätliche Angriffe und erhebliche Drohungen

Aggressionsmanagement und Gewaltprävention sind in psychiatrischen Kliniken eine ständige Herausforderung. Da es uns sehr wichtig ist, tätliche Angriffe akribisch zu erfassen, dokumentieren wir alle diese Übergriffe seit vielen Jahren sehr genau. Wir werden weiter daran arbeiten, durch konsequente Analyse einzelner Situationen und allgemeiner Faktoren wirksame Strategien zur Deeskalation und Verhinderung gewalttätiger Übergriffe zu entwickeln.

Im Jahre 2024 kam es zu 118 dokumentierten Angriffen von Patient*innen auf Mitpatient*innen. Dabei handelte es sich natürlich um sehr unterschiedlich schwerwiegende Ereignisse, die wir sehr niedrigschwellig dokumentieren. Im Sinne einer Fürsorge für unsere Patient*innen gehört es zu einer unseren vorrangigen Aufgaben, diese Form von Gewalt einzugrenzen und zu reduzieren. Die schon für 2023 geplante Einführung einer Transponderschließanlage für die Stationen, sodass sich keine unbefugten Personen mehr in die Zimmer der Patient*innen Zutritt verschaffen können, verzögerte sich leider, wir erwarten aber im laufenden Jahr diese inzwischen begonnene Sicherheitsmaßnahme abschließen zu können.

In 293 Fällen wurden Mitarbeiter*innen von Patient*innen körperlich attackiert. Insgesamt kam es zu 392 protokollierten tätlichen Angriffen. In einigen Situationen wurden sowohl Mitpatient*innen als auch Mitarbeiter*innen angegriffen.

Zusätzlich zu den tätlichen Übergriffen zeigten in 145 Fällen Patient*innen erhebliches bedrohliches verbales oder nonverbales Verhalten. Die gesonderte Dokumentation von Bedrohungen dient dazu, unsere Aufmerksamkeit gegenüber dieser Form von Gewalt wach zu halten, Opfer als solche wahrzunehmen und diese Gewalt zum offenen Thema für Mitarbeiter*innen und Patient*innen zu machen. Strategien zur Deeskalation werden geschult.



Eine genauere Betrachtung der Einzelfälle zeigte, dass die tätlichen Angriffe von insgesamt 155 Patient*innen (100 Männern und 55 Frauen und 7 % unserer stationär behandelten Patient*innen) ausgingen. Eine Patientin verursachte 48 solcher schwerwiegenden Übergriffe.

Eine Betrachtung der Zahlen von 2024 zeigt, dass wir nicht nachlassen dürfen, alle deeskalierenden Maßnahmen aktiv fortzuentwickeln. So dürfte die Besetzung im Pflegebereich und die konsequente Umsetzung von patientenbezogenen deeskalierenden Maßnahmen, wie kurzfristigen Absprachen, Vereinbarungen und zusätzlichen Visiten essentiell sein. Angesichts der Tatsache, dass insbesondere einzelne Patient*innen einen so hohen Anteil dieser Übergriffe verursachten, werden wir uns weiter gezielt besonders diesen Situationen widmen. Die Behandlung dieser Patient*innen ist und bleibt eine herausfordernde Aufgabe für alle Mitarbeiter*innen der Klinik.

Tätliche Angriffe im Verlauf der vergangenen Jahre

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Tätliche Angriffe	921	723	843	521	712	559	418	495	466	392
Angriffe auf Mitpatient*innen	408	282	354	225	312	212	127	201	152	118
Angriffe auf Mitarbeiter*innen	553	481	540	319	466	380	309	330	336	392
Erhebliche Bedrohung	516	402	345	269	265	247	181	198	180	145

7.2 Selbstverletzungen, Suizidversuche und Suizide

7.2.1 Selbstverletzungen und Suizidversuche

Selbstverletzungen während der stationären Behandlung stellen unsere Behandlungsteams immer wieder vor große professionelle Herausforderungen. Im Laufe des Jahres 2023 wurden 64 Fälle von selbstverletzendem Verhalten auf Station dokumentiert. Dabei wurde dieses Verhalten allein von nur einer Patientin 14 Mal gezeigt. Es verletzten sich insgesamt 15 Patientinnen und 13 Patienten selbst.

2023 wurden auch 13 Versuche, sich während einer laufenden Behandlung das Leben zu nehmen, dokumentiert.

7.2.2 Suizide

Im Verlauf des Jahres 2024 suizidierte sich niemand während der laufenden stationären oder teilstationären Behandlung.

Die Zahl der Suizide schwankte in den letzten Jahren weiter zwischen 0 und 4 pro Jahr. Damit bewegen wir uns mit einer Suizidrate von ca. 50 pro 100.000 Aufnahmen in einem Bereich, wie ihn die Literatur für Suizide in stationärer psychiatrischer Behandlung widerspiegelt.

7.3 Brände

Im Berichtsjahr 2024 wurden mehrere kleine, selbstlimitierende Brandherde, wie zum Beispiel Mülleimer, gemeldet. Mehrfach wurde die Feuerwehr hinzugezogen.

Im Rahmen unseres Qualitätsmanagements werden alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mindestens einmal im Jahr zum Thema Brandschutz geschult. Wichtig sind insbesondere die Kenntnis der Abläufe im Brandfall und das Wissen um die Lagerungsorte der Feuerlöscher.

7.4 Fehler bei der Medikamentenvergabe

Ein wichtiger Teil unserer Qualitätssicherung besteht in der Dokumentation von Fehlern bei der Medikamentenvergabe. Im Jahr 2024 gab es 34 solcher dokumentierten Ereignisse. Allen dokumentierten Fällen wurde nachgegangen und mit den betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern überlegt, wie in der konkreten Situation der Fehler hätte vermieden werden können. So war es 2024 nach wie vor ein Problem, dass unsere Patient*innen die Medikamente von Mitpatient*innen erhielten und dies teilweise, obwohl sie nach Ihrem Namen gefragt worden waren. Eine offene Fehlerkultur und die fortlaufende Analyse der betroffenen Arbeitsabläufe sollen die Sicherheit bei der Medikamentenausgabe verbessern und die Anzahl solcher Zwischenfälle minimieren. Medikamentenverwechslungen werden immer wieder in der Komplikationskonferenz thematisiert. Bei den gesamten Fällen wurde weder eine intensivmedizinische Überwachung notwendig, noch traten bleibende Schäden auf.

8 | Zwangsmaßnahmen

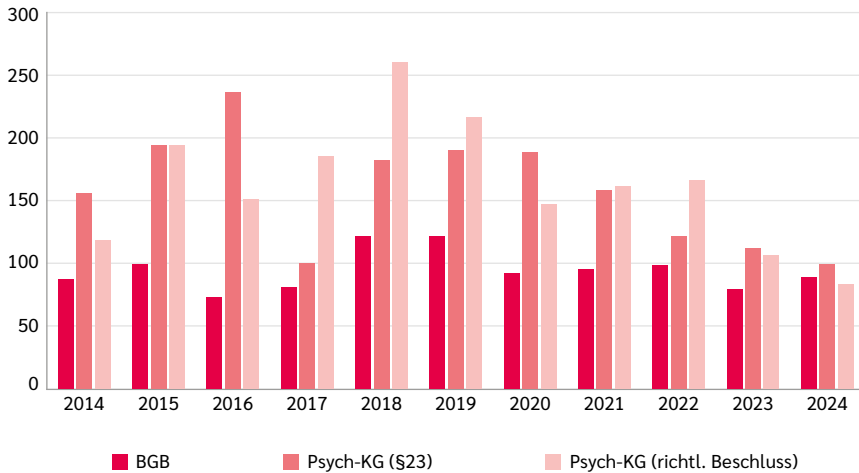
8.1 Unterbringungen

Für unsere Statistik haben wir – wie in den Vorjahren – drei Arten der Unterbringung unterschieden: Erstens Unterbringungen durch gesetzliche Betreuer*innen (nach Bürgerlichem Gesetzbuch und mit Genehmigung des Gerichtes), zweitens Unterbringungen durch das Bezirksamt, vertreten durch den Sozialpsychiatrischen Dienst (§23.1 PsychKG) oder Ärzt*innen der Klinik (§23.2 PsychKG) und drittens Unterbringungen nach PsychKG mit Beschluss des Amtsgerichts.

Es gab 89 Behandlungsfälle, in denen die Patient*innen nach dem Betreuungsrecht (BGB) in der Klinik untergebracht worden waren. Nach dem Gesetz für Psychisch Kranke (PsychKG) waren es 182 Behandlungsfälle. Diese letzteren teilen sich auf in 99 Fälle, in denen Patient*innen nach §23.1 durch den Sozialpsychiatrischen Dienst oder nach §23.2 PsychKG durch den ihn vertretenden diensthabenden Psychiater/die ihn vertretende diensthabende Psychiaterin untergebracht waren und in 83 Fälle, in denen Patient*innen durch ein Gericht für mehrere Tage oder Wochen nach PsychKG untergebracht wurden.

Betrachtet man die betroffenen Personen, zeigt sich, dass, auch wenn deutlich mehr Männer als Frauen nach PsychKG (richterlich: 91m/62w bzw. § 23: 54m/31w) untergebracht wurden, mehr Frauen als Männer nach BGB (33m/41w) untergebracht waren.

Anzahl der Unterbringungen im Verlauf der vergangenen Jahre



Anzahl der Unterbringungen und Anteil der von Unterbringungen betroffenen Behandlungsfälle

Unterbringungen	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	n	%	n	%	n	%*	n	%	n	%*	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BGB	99	2,1	73	1,7	81	1,8	121	3,1	121	3,0	92	2,4	95	2,6	98	2,9	79	2,0	89	2,3
§ 23 PsychKG	194	4,2	236	5,6	100	2,2	182	4,6	190	4,7	188	5,0	158	4,3	121	3,6	112	2,9	99	2,6
Richterl. PsychKG	194	4,2	151	3,6	185	4,1	260	6,6	216	5,3	147	3,9	161	4,4	166	5,0	106	2,8	83	2,2

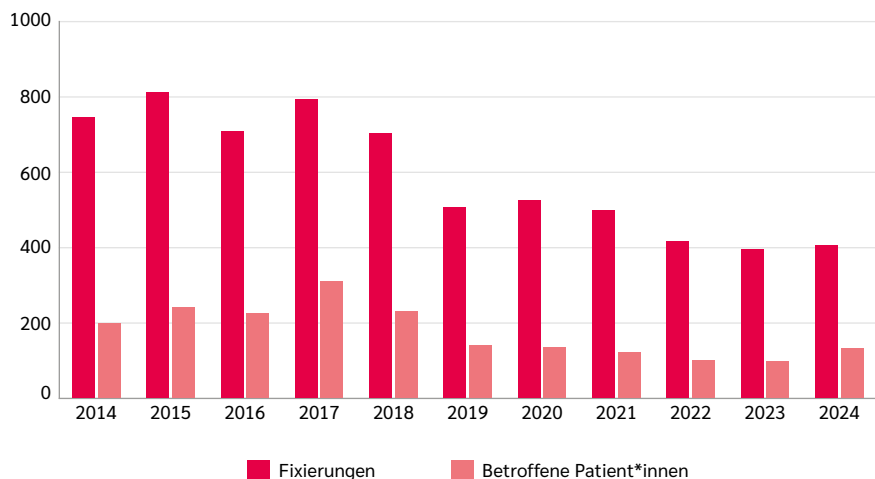
* Anteil an Behandlungsfällen

8.2 Fixierungen

Wir prüfen jede Fixierung und deren Indikation kritisch und suchen in jedem Einzelfall nach alternativen Lösungen, da Fixierungen einen erheblichen Eingriff in die Grundrechte und in die Autonomie eines Menschen bedeuten.

Trotzdem erfolgten im Jahr 2024: 404 Fixierungen. Betroffen davon waren insgesamt 132 Patient*innen (77 Männer und 55 Frauen); das sind 6,1 % der von uns stationär behandelten Personen. 49 Menschen wurden wiederholt fixiert, darunter eine Patientin 120 Mal.

Wir bemühen uns zudem, die Dauer von Fixierungen so kurz wie möglich zu halten, nehmen damit im Einzelfall ggf. auch das Risiko einer erneuten Fixierung in Kauf. Bei der Gesamtbeurteilung der Fixierungsereignisse müssen deshalb immer Häufigkeit und Dauer bedacht werden. Die durchschnittliche Fixierungsdauer betrug 259 Minuten.



Fixierungen im Verlauf der vergangenen Jahre

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Fixierungen	810	706	791	700	505	524	497	415	393	404
Betroffene Patient*innen	239	224	306	229	149	133	102	99	96	132

8.3 Medikamentöse Zwangsbehandlungen

Verschieden legitimierte Formen der medikamentösen Zwangsbehandlung wurden in diesem Kapitel zusammengefasst:

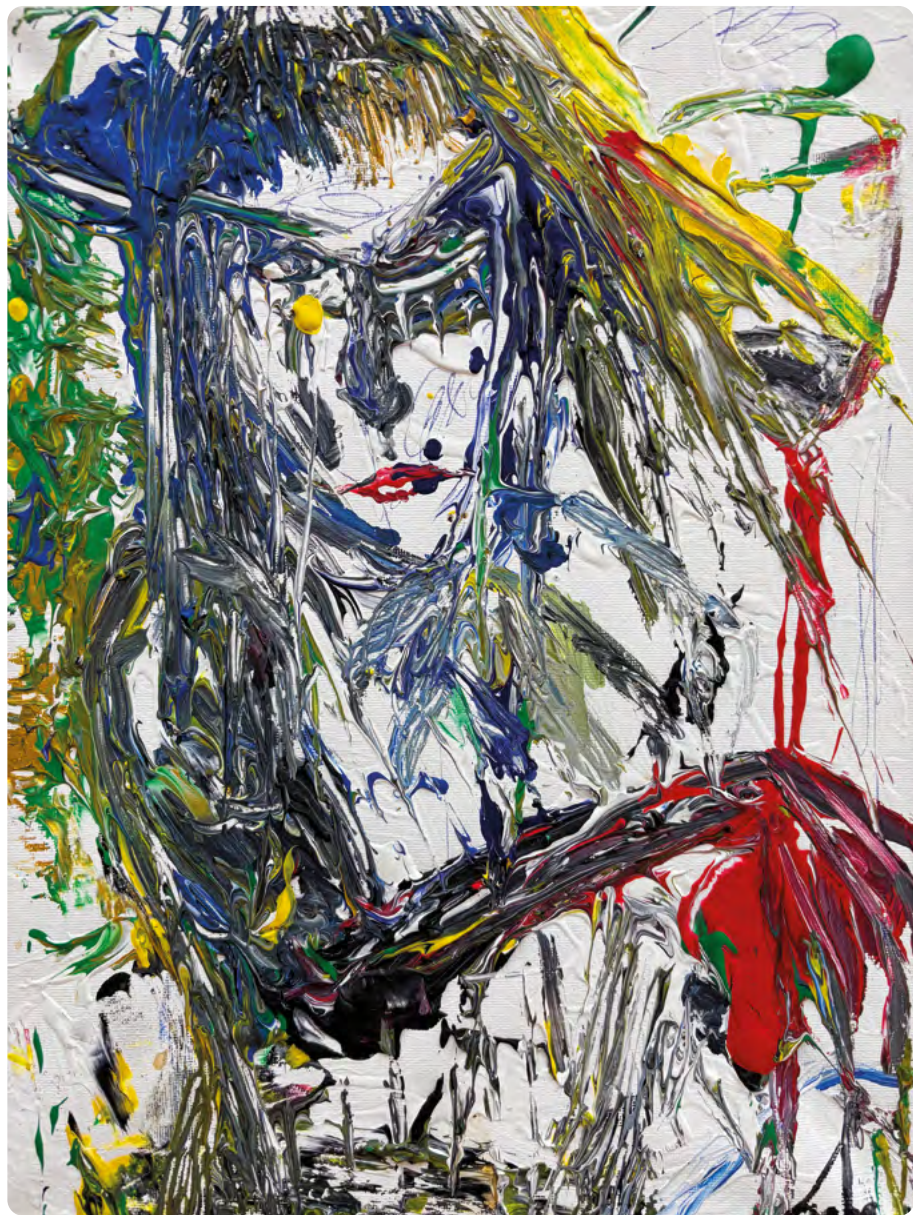
- Nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (§ 1906a) können Betreuer*innen mit richterlicher Genehmigung in Vertretung der Betroffenen in eine pharmakologische Zwangsbehandlung einwilligen.
- Bei der medikamentösen Zwangsbehandlung nach §28 (6) PsychKG erfolgt, anders als bei Zwangsbehandlungen nach BGB, nicht eine stellvertretende Einwilligung durch einen Vertreter der Behandelten, sondern die Wiedererlangung der Einwilligungsfähigkeit selbst wird vom Gesetzgeber als Ziel der Behandlung gefordert.
- Auch bei Gefahr im Verzug, Lebensgefahr oder gegenwärtiger erheblicher Gefahr für die Gesundheit der Behandelten darf (nach §28 (7) PsychKG) ebenfalls eine Zwangsbehandlung durchgeführt werden. Zur Fortführung dieser Behandlung bedarf es dann auch hier einer richterlichen Genehmigung.
- Eine dritte im PsychKG verankerte Form der medikamentösen Zwangsbehandlung ist die Sedierung während einer Fixierung, die im Gesetz unter §39 (2) als besondere Sicherungsmaßnahme bezeichnet wird.

Insgesamt wurde 2024 bei 18 Patient*innen eine medikamentöse Zwangsbehandlung nach dem Bürgerlichem Gesetzbuch durchgeführt. Zwangsbehandlungen nach PsychKG waren dagegen deutlich seltener und erfolgten nach § 28 (7) vier Mal und nach § 39 (2) 6 Mal.

Von medikamentöser Zwangsbehandlung betroffene Patient*innen

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
§1906 (3) BGB	20	30	26	19	26	26	(6m/12w)
§28 (6) PsychKG	2	17	5	7	5	0	(0m/0w)
§28 (7) PsychKG	13	9	13	5	1	3	(3m/1w)
§39 (2) PsychKG	32	12	6	4	6	5	(5m/1w)





Schwerpunktthema:
**Geschichte der Klinik für
Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik am
Vivantes Klinikum Neukölln
2007 – 2020**

von Ingrid Munk

Geschichte der Klinik 2007 – 2020

Kliniken arbeiten nicht im luftleeren Raum. Sie sind eingebunden in ein Netz von Gesetzgebung, sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen sowie nationalen und internationalen wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklungen, die sich in verschiedenen Versorgungsformen und in der therapeutischen Haltung gegenüber dem Patienten/der Patientin niederschlagen.

Strukturen schaffen den institutionellen Rahmen. Strukturen geben Halt, können aber auch zu zähen, veränderungsunwilligen Institutionen werden. Und vor allem: in überkommenen Strukturen, die auf herkömmlichen, teilweise falschen Vorstellungen von psychiatrischen Patient*innen und seelischen Erkrankungen beruhen, stoßen selbst engagierte Psychiatriemitarbeiter*innen an ihre Grenzen.

Patientenzentriertheit und Flexibilisierung als Ziele

Erdmann Fähndrich, der erste Leiter der Klinik seit 1985, hat dafür gesorgt, dass die Strukturen den großen Linien der Psychiatrieenquete mit flexiblierter, patientenzentrierter und sektorübergreifender Behandlung entsprachen. Die psychiatrische Klinik war von Anfang an Teil des gesamten Klinikums Neukölln. Das klingt wie eine Selbstverständlichkeit, war aber in den 80iger Jahren des letzten Jahrhunderts noch ein Novum und ist bis heute nicht flächendeckend in Deutschland umgesetzt. Es war und ist eine Grundregel, dass jeder Neuköllner, jede Neuköllnerin bei stationärem Behandlungsbedarf hier aufgenommen wird. Und „er/sie kommt durch die gleiche Tür wie die somatischen Patient*innen in die Klinik“, wie ein Slogan der Psychiatriereform mit dem Ziel der Entstigmatisierung und Gleichstellung körperlich und psychisch erkrankter Menschen lautete.

Die Bundesebene

Das Gesetz zur Einführung eines pauschalisierenden Entgeltsystems in Psychiatrie und Psychosomatik von 2012

- Die PEPPs

Es galt, die Ziele der Enquete weiter zu verfolgen: flexible, den Wünschen und Bedürfnissen der Patient*innen entsprechende Angebote zu schaffen. Die Politik sendete jedoch gegenläufige Signale: die stationäre Psychiatrie sollte der Somatik folgen, die seit 2003 nach DRGs abrechnete. Die kommenden Jahre waren durch den geschlossenen Widerstand der Fachöffentlichkeit gegen die Einführung pauschalisierter Entgelte in Psychiatrie und Psychosomatik (PEPPs) gekennzeichnet. Die PEPPs blieben; den Krankenhäusern wurde lediglich eine Optionsphase vor der allgemeinen Einführung der PEPPs eingeräumt. Immerhin konnte verhindert werden, dass die Behandlung schwerstkranker Patient*innen geringer vergütet wird als die Behandlung von deutlich weniger aufwendigen Patient*innen, die sich selbständig versorgen und eigenmotiviert Therapien aufsuchen können. Was nicht aufgehalten werden konnte: Entgelte sind unterschiedlich je nach Diagnose, die in der Psychiatrie gar nichts über den Aufwand aussagt, sowie Verweildauer, was Anreize schafft, Patient*innen früh, womöglich zu früh, zu entlassen.

- Modellprojekte nach § 64 b SGB V

Ein Erfolg war, dass zur Verbesserung der Behandlungsqualität sog. Modellprojekte nach § 64 b SGB V (s. u.) abgeschlossen werden konnten. Sie sahen keine Vergütung nach Einzelleistungen, wie mit PEPPs, vor, sondern über ein Globalbudget mit freier Wahl der Behandlungsmöglichkeiten, je nach Bedürfnissen und Erfordernissen im Einzelfall. Die Behandlung wird durch eine Jahrespauschale pro Patient*in vergütet.

Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen von 2017

Hier wurde die Abrechnung nach PEPPs verbindlich zur Auflage gemacht.

- Stationsäquivalente Behandlung

Ein deutlicher Fortschritt im Sinne einer Flexibilisierung der Behandlung war, dass als neue Krankenhausleistung die sog. Stationsäquivalente Behandlung in der Wohnung des/der Patient*in bei stationärer Behandlungsbedürftigkeit eingeführt wurde. Festgelegt ist darin, dass die Behandlung durch ein ärztlich geleitetes, multiprofessionelles Team erfolgen muss (s. u.)

- Richtlinie zur Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik PPP-RL von 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) erhielt im Gesetz von 2017 den Auftrag, eine neue Richtlinie zur Personalausstattung zu erarbeiten. Hintergrund war, dass die Ökonomisierung der Krankenhäuser in den vergangenen Jahrzehnten zu einem deutlichen Stellenabbau geführt hatte. Die geforderte Mindestpersonalbesetzung sollte nach Einführung durch die Kliniken nachgewiesen werden.

Das klingt zunächst überzeugend, allerdings: Die Erfassung und Dokumentation der erfragten Daten erfordert immensen zusätzlichen Aufwand. Und: die Richtlinie konterkariert eine sektorübergreifende Behandlerkontinuität, indem sie eine feste Zuordnung zur Mitarbeiterstellen zu jeweils nur einem Behandlungssektor erfordert.

Finanzielle Konsequenzen für die Nichtbesetzung von Stellen treten erst ab 1.1.2026 in Kraft, da sich das ursprünglich vorgeschriebene Erfassungs- und Dokumentationssystem der PPP-RL als unpraktikabel und irreführend erwiesen hatte.

Umwandlung von Planbetten

Dem zunehmenden ökonomischen Druck versuchten somatische Kliniken durch Erhöhung der Planbetten auszuweichen. Die DRGs produzierten durch ihre falsche Anreizsetzung das Gegenteil von dem, was politisch beabsichtigt gewesen war: durch Zunahme der Planbetten stiegen die Anzahl behandelter Patient*innen, der Umfang abgerechneter Leistungen sowie die Krankenhausbudgets deutlich an.

Auch in der Psychiatrie nahmen bundesweit die Bettenzahlen wieder zu – obwohl es doch im Gegenteil gerade ein Ziel der Psychiatriereform gewesen war, die Bettenzahlen zu reduzieren und Patient*innen nicht länger als erforderlich im Krankenhaus, sondern eher im gewohnten sozialen Umfeld zu behandeln.

Die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit behielt die Planung der Krankenhausbetten für die Psychiatrie bei: Grundlage blieb die Einwohnerzahl des zu versorgenden Sektors, korrigiert um einen sozialen Korrekturindex. Der Neuköllner Klinik wurden zwar mehr Krankenhausbetten zuerkannt, wir wandelten diese aber mit sozialpsychiatrischer Zielrichtung um:

- a. In eine Akut-Tagesklinik: die Tagesklinik Rudower Straße
Hier werden Patient*innen aufgenommen, die das intensive Angebot und die Leistungen vollstationärer Behandlung benötigen, aber zu Hause schlafen wollen und können und somit kein Bett in der Klinik brauchen. Die Patient*innen werden, wie auch im vollstationären Bereich, direkt ohne Warteliste über die Rettungsstelle aufgenommen.
- b. In den Stationen angegliederte tagesklinische Plätze zur sektor-, d. h. stationär-teilstationär-ambulant übergreifenden Therapie mit Behandlerkontinuität, d. h. das gleiche Team kann den/die Patient*in vollstationär, tagesklinisch und ambulant behandeln.
- c. Seit dies 2018 gesetzlich möglich war: in Plätze für stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld (s.u.)

Psychosomatik

Die enge Zusammenarbeit mit intensivem wechselseitigem Konsiliardienst ist Tradition im Klinikum Neukölln mit seinen 22 verschiedenen medizinischen Disziplinen. Seit 2012 gibt es eine gemeinsam von einer Kardiologin und einer Psychiaterin/Psychologin geleitete **Psychokardiologische Gruppe**.

Das Thema Psychosomatik wurde in der Klinik auch aus anderen Gründen aktuell: Was zunächst die Fachöffentlichkeit, dann auch die Gesundheitspolitik seit dem Jahrtausendwechsel kontrovers diskutierte, war die Stellung und Einbindung des Faches Psychosomatik in die Krankenhausplanung. Mit der Einführung des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin, später des Facharztes für Psychosomatische Medizin, wurden die Forderungen der psychosomatischen Fachgesellschaften nach stationären Behandlungsmöglichkeiten in der Akutmedizin lauter – wohlgermerkt als eine neue Krankenhausdisziplin neben der Psychiatrie. Schließlich setzten sie durch, dass bei der Krankenhausplanung der Länder grundsätzlich stationäre psychosomatische Angebote zu etablieren seien – eine global einzigartige Aufteilung der Fachgebiete Psychiatrie und Psychosomatik.

In Berlin entschied sich die Senatsverwaltung für eine Kompromisslösung: es wurden sektorbezogen keine Planbetten, sondern tagesklinische Plätze für Psychosomatik geschaffen.

Die für Neukölln vorgesehenen 22 tagesklinischen Plätze für Psychosomatische Medizin wurden unserer Klinik zugesprochen. Im Jahr 2018 konnten wir die Psychosomatische Klinik Sonnenallee, unsere 4. Tagesklinik, eröffnen.

Obdachlose Patient*innen

Nord-Neukölln entwickelte sich seit Beginn der 2000er Jahre zu einem angesagten Szene-Bezirk. Folge war eine zunehmende, wenn auch nur partielle Gentrifizierung. Der Wohnraum verknappte sich, die Mieten stiegen, und viele konnten diese gestiegenen Kosten nicht mehr begleichen. Das war umso dramatischer, als die Einwohner Neuköllns immer schon im Durchschnitt arm waren und in den letzten Jahrzehnten - gelinde gesagt - nicht reicher wurden. Viele Menschen fielen aus früher halbwegs haltenden Strukturen heraus. Die Folgen der sozialen Entwurzelung und Deprivation bekamen wir in der Klinik auf verschiedenen Ebenen zu spüren. Im Jahr 2019 lebten nur noch 16 % unserer Patient*innen von einem eigenen Erwerbseinkommen. Die Anzahl obdachloser Patient*innen nahm über die Jahre stetig zu; im Jahr 2019 hatten 19 % der Patient*innen keinen festen Wohnsitz.

- Projekt Wohnen plus

Um Patient*innen nicht in die Obdachlosigkeit entlassen zu müssen, wurde 2017 ein sektorübergreifendes Projekt von Klinik, Trägern der Eingliederungshilfe und Obdachloseneinrichtungen in Neukölln in der Teupitzer Straße realisiert, die „Teupe“.

Dort können mit individuell abgestimmten Betreuungskonzepten obdachlose Patient*innen wohnen, die z.B. wegen Verstoßes gegen die Hausregeln in anderen Obdachloseneinrichtungen Hausverbot haben - und das sind nicht wenige. Durch einen besseren Mitarbeiterschlüssel und gleichzeitigen Einbezug der Eingliederungshilfe können patientenzentrierte Angebote gemacht werden, die so manchem/r Patient*in wieder einen Boden unter den Füßen gaben. Die Klinik gewährleistet, dass diese Patient*innen bei krisenhaften Zuspitzungen niedrigschwellig stationär aufgenommen werden, ohne den Platz in der Einrichtung zu verlieren.

Die Klinik

Wie sieht ein sozialpsychiatrischer Ansatz im 21. Jahrhundert aus? Er verfolgt zunächst die Ziele der Psychiatrie-Enquete von 1973 weiter: Dehospitalisieren und ambulantisieren sowie die getrennten Sektoren ambulante und stationäre Versorgung im Sinne sektorübergreifender Behandlung verbinden. Bereits seit Gründung der Klinik 1985 gab es die stationsintegrierte Behandlung, d. h. Patient*innen hatten die Möglichkeit, vom gleichen Team sowohl stationär als auch nach Entlassung ambulant betreut zu werden. Dadurch konnte die Kontinuität von Behandlern gewährleistet werden – der entscheidende Faktor zur Verhinderung von Behandlungsabbrüchen und für eine mittel- und langfristige Stabilisierung und Gesundung des/der Patient*in.

- Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)

Durch die gesetzliche Möglichkeit der Einrichtung von psychiatrischen Institutsambulanzen an Allgemeinkrankenhäusern konnten seit dem Jahr 2000 psychiatrische Patient*innen auch ohne vorherigen stationären Aufenthalt ambulant behandelt werden. Voraussetzung ist eine chronische oder von Chronizität bedrohte Erkrankung und/oder ein komplexen Hilfebedarf. Die Nachfrage solcher Patient*innen nach Behandlung wuchs ständig. So wurde das Team der PIA zwischen 2007 und 2020 sukzessive vergrößert und die Räumlichkeiten erweitert. Durch die Eröffnung eines zweiten PIA-Standortes in der Etage über der Tagesklinik Emser Straße entstand dort ein ambulant-teilstationär sektorübergreifendes Behandlungszentrum. Später etablierte dort auch das STäB-Team (s. u.) einen zweiten Standort.

- Gewalt und Zwang

Körperlichen Angriffen durch Patient*innen auf Mitarbeiter*innen oder Mitpatient*innen konnte und kann teils nur mit Fixierungen als letztem Mittel begegnet werden. Ursachen lagen u. a. in der Überfüllung der Stationen mit über 100 % Belegung sowie in den sozialen Bedingungen im Bezirk.

Zur Gegensteuerung wurde ein **Deeskalationstraining** eingeführt: die Mitarbeiter*innen aller Berufsgruppen erhielten Schulungen in verbalen und praktischen Techniken zur Gewaltvermeidung. Sechs Mitarbeiter*innen wurden zu Deeskalationstrainer*innen ausgebildet und sorgten für eine kontinuierliche Fortbildung in der Klinik. Die Zahl der Übergriffe ging ab Anfang der 2020er Jahre zurück – auch ein Erfolg der Maßnahmen.

Berufsgruppenübergreifende Lösungen wurden auch in den regelmäßigen gemeinsamen **Tagungen von ärztlicher und pflegerischer Leitung** gesucht. Gewalt- und Zwangssituationen waren zudem häufig in den **Komplikationskonferenzen** auf der Tagesordnung, die seit 2007 als Teil des Qualitätsmanagements stattfinden. Hier werden, neben Gewalt- und Zwangssituationen, kritische Ereignisse wie Suizide, Suizidversuche, schwere Selbstverletzungen, aber auch Medikamentenverwechslungen oder „Behandlungssackgassen“ jeglicher Art gemeinsam aufgearbeitet.

- Der Neubau

Große Stationen mit mehr als 20 Betten, zudem durchschnittlich zu über 100 % belegt, erhöhen die Raten von Zwang und Gewalt sowohl gegenüber den Mitarbeiter*innen als auch zwischen den Patient*innen, wie es sich in internationalen Studien zeigt und in Neukölln bestätigt.

Durch Investitionszulagen des Landes Berlin und der Vivantes GmbH konnten ab 2017 zwei neue Stationen entsprechend moderner baulicher Standards zur Förderung eines entspannten Stationsmilieus geplant und 2020 eröffnet werden.

Die bauliche Situation der älteren Stationen bedarf demgegenüber weiterhin einer grundlegenden Sanierung.

Neue Perspektiven

Es geht in der Behandlung seelisch erkrankter Patient*innen nicht nur um Versorgungsstrukturen, sondern auch um gesellschaftliche Sichtweisen und professionelle Haltung. Welche Ideen waren seit der Jahrtausendwende aktuell?

Angestoßen durch soziologische Studien – etwa Goffmans Buch „Stigma“ – wurde deutlich, wie stark Stigmatisierung das Leben psychisch Erkrankter beeinflusst. Besonders gravierend: Selbst-Stigmatisierung kann die Prognose ebenso negativ beeinflussen wie die Erkrankung selbst. Auch Äußerungen und Handlungen von Mitarbeiter*innen der Psychiatrie tragen zur Stigmatisierung bei.

Dazu gehört auch die in vielen Lehrbüchern reproduzierte Feststellung einer negativen Prognose schizophrener Störungen, obwohl sie, wie Studien nachweisen, nicht stimmt. Der Blick von in der Psychiatrie Arbeitenden ist oft verzerrt, da sie meist nur die schwer Erkrankten sehen, die in der Klinik, oft mehrmals, behandelt werden müssen.

Auf der Basis dieser Erkenntnisse entwickelte sich die Recovery-Bewegung: Wie kann Genesung von schweren psychischen Krisen gelingen? Das Paradigma der Unheilbarkeit schizophrener Erkrankungen wurde in Frage gestellt.

Wir nahmen uns dieser Themen in den regelmäßigen Fortbildungen der Klinik an. Dort trugen auch Psychiatrieerfahrene – diese Bezeichnung ziehen viele ehemalige Patient*innen vor – und Angehörige vor und regten lebhaftere Diskussionen an.

Neue Gesprächsformen, gerade auch außerhalb des traditionellen Behandlungsraums, bewährten sich – etwa der **Trialog**, ein gleichberechtigter Austausch zwischen Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Professionellen, seit 2008 im Neuköllner Rathaus etabliert. 2023 feierte der Neuköllner Trialog sein 15-jähriges Bestehen.

Einen weiteren Impuls setzte die **Stimmenhörer-Bewegung**, die drei internationale Kongresse im Neuköllner Rathaus durchführte. Studien hatten gezeigt, dass viele Menschen Stimmen hören, ohne je psychiatrisch behandelt werden zu müssen. Die strenge Abgrenzung von gesund und krank geriet ins Wanken.

Open Dialogue

Zur Ausweitung unseres teambasierten therapeutischen Angebots entschieden wir uns für den in Skandinavien entwickelten Ansatz des Offenen Dialogs (Open Dialogue), der auf psychoanalytischen und systemischen Konzepten basiert (s. Kap 9.6).

So starteten wir 2011 einen zweijährigen Kurs mit acht zweitägigen Modulen, an dem 25 Mitarbeiter*innen aller Berufsgruppen aus allen elf Arbeitsteams teilnahmen. Dieser Kurs wurde seitdem alle zwei Jahre mit 25-30 Teilnehmer*innen durchgeführt, um sukzessive alle Mitarbeiter*innen darin zu schulen. Als grundlegend erwies sich dabei, Wege zu finden, die Module im Alltag der verschiedenen Teams zu üben und anzuwenden.

Home Treatment

Home Treatment, d.h. Behandlung in der Wohnung des/der Patient*in, als patientenzentrierter Ansatz ist ein wichtiger Baustein in der sozialpsychiatrischen Versorgung, war aber im Vergütungssystem zunächst nicht vorgesehen.

- Modellprojekt nach § 64 b SGB V

Erst seit 2012 war die Etablierung von sektorübergreifenden Modellprojekten nach § 64 b SGB V (s.o.) möglich,

2016 konnte die Klinik einen Vertrag über ein § 64 b-Projekt mit der Deutschen Allgemeinen Krankenkasse (DAK) abschließen. Basierend auf der stationsintegrierten Behandlung, die die Teams bisher schon praktiziert hatten, konnten jetzt auch Erfahrungen mit Home Treatment gemacht werden. Die Ergebnisse waren ermutigend.

Stationsäquivalente Behandlung (StäB)

Dementsprechend stand die Klinik mit einer Reihe von hochmotivierten Mitarbeiter*innen bereits in den Startlöchern, als 2016 die sog. Stationsäquivalente Behandlung (StäB) – als reguläre Kassenleistung ab 2018 – gesetzlich anerkannt wurde. Der von den Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft entworfene Regel- und Abrechnungskatalog für die stationsäquivalente Behandlung war allerdings derartig einschnürend und bürokratisch, dass er in Teilen die ursprüngliche Idee einer flexibilisierten Behandlung mit freiem Wechsel der Behandlungsart je nach Bedarf des/der Patient*in konterkarierte – aber wir konnten jetzt trotz aller Hindernisse mit Patient*innen aller Krankenkassen Behandlungen mit einem mobilen Team in der Wohnung des/der Patient*in durchführen.

Ein eigenes StäB-Team wurde gebildet, das dieses wegweisende Angebot mit viel Kreativität umsetzte und dessen Mitarbeiterzahl jährlich wuchs.

Die Stationsäquivalente Behandlung hat sich als so gewinnbringend für verschiedene Patientengruppen erwiesen, dass sie mittlerweile Eingang in die psychiatrische Krankenhausplanung des Landes Berlin gefunden hat mit der Auflage, einen bestimmten Prozentsatz der zugesprochenen Krankenhausbetten in Plätze für Akutbehandlung im häuslichen Umfeld umzuwandeln. Die Klinik verfolgt diesen Weg weiter und baut diese Behandlungsmöglichkeit aus.

Genesungsbegleiter*innen

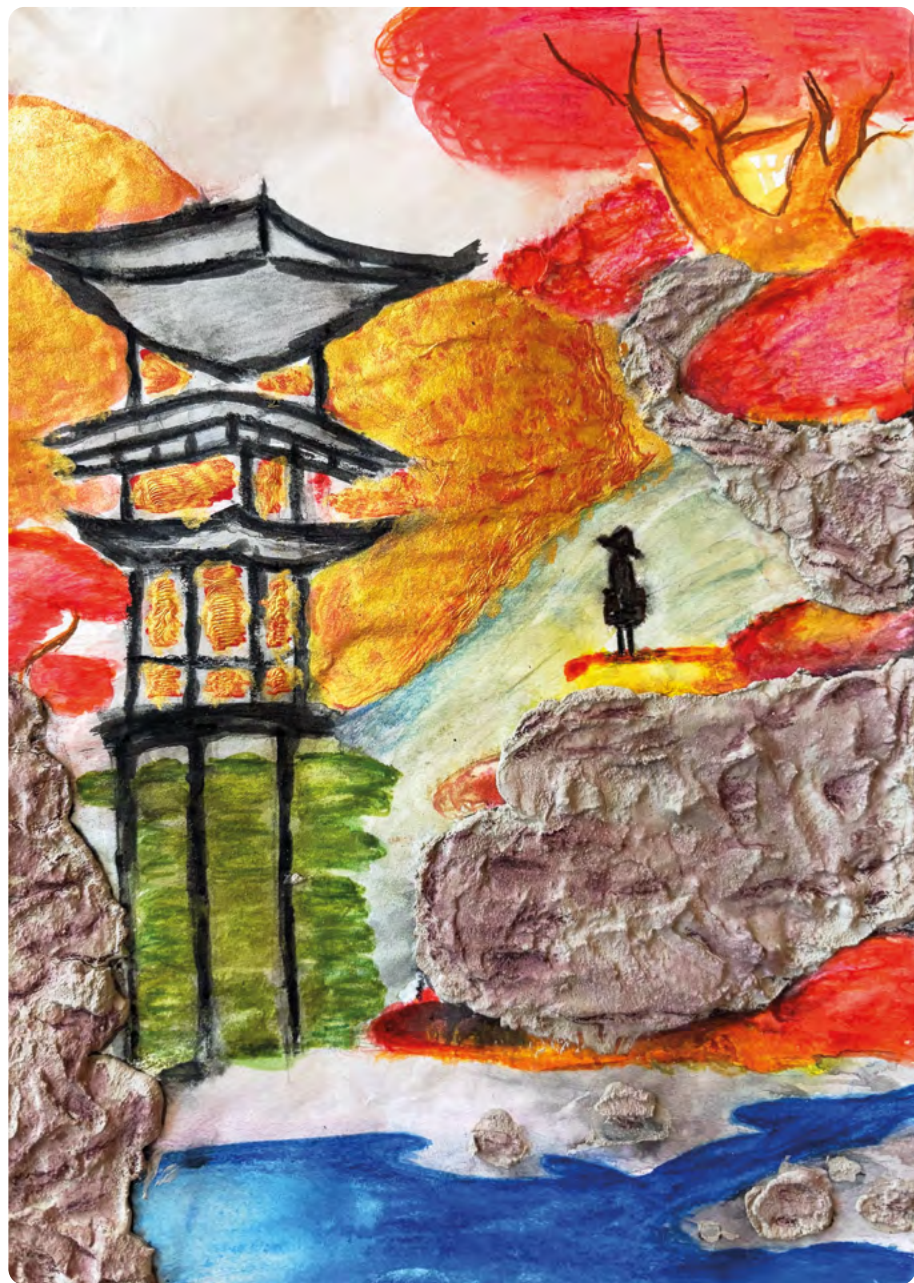
Im Trialog, bei den Stimmenhörern und in zahlreichen Selbsthilfeforen hatte sich gezeigt, wie wichtig die Begleitung und Unterstützung von Betroffenen untereinander ist. Daraus erwuchs bundesweit die Idee, die auch erfolgreich in die Tat umgesetzt wurde, eine eigene Profession zu schaffen; sie konnte erfolgreich umgesetzt werden: Psychatrieerfahrene unterstützen nach einer speziellen Ausbildung Patient*innen in ihrem Genesungsprozess, ihrer individuell verschiedenen Recovery. Die Klinik nahm die Idee auf: seit 2012 arbeiten sog. „Genesungsbegleiter“ oder „Peers“ in den Teams mit.

****Persönliche Anmerkung:**

Meine Arbeit hat mich stets erfüllt, aber auch viel von mir gefordert. Es hat mir Freude gemacht, Neues zu initiieren und gleichzeitig den Alltag im Blick zu behalten. Froh bin ich über die Realisierung der großen und kleineren Projekte, die sich in der Praxis bewährten. Ich möchte die Zeit in der Klinik nicht missen und denke gerne an sie zurück.

Ich danke den Mitarbeiter*innen aller Berufsgruppen, die die Behandlung der Patient*innen stets mit Kreativität und Engagement getragen haben. Auf meine Stellvertreter in der Leitung, zunächst Frau Mörchen, dann Herrn Hardt, konnte ich mich immer verlassen und wesentliche Entscheidungen vertrauensvoll mit ihnen beraten. In den gut 13 Jahren meiner Zeit als Chefärztin gelang es im ärztlichen Leitungsteam mit den Oberärzt*innen Frau Möhring, Frau Schütze, Frau Trendelenburg, Herrn Rout, Herrn Schötschel, Herrn Schulz und Herrn Windeck stets, neue Ansätze und Projekte mit der laufenden Arbeit gut zu verbinden und zu integrieren. Besonders hervorheben möchte ich die konstruktive Zusammenarbeit mit der psychiatrischen Pflegedienstleitung Frau Weidemüller und den Stationsleitungen, die eine wichtige Voraussetzung war, den Teamgedanken im Alltag mit Leben zu füllen. Meinem Nachfolger als Leiter der Klinik, Herrn Hardt, wünsche ich alles Gute in diesen anhaltend stürmischen Zeiten im Gesundheitswesen.

Die Autorin: Dr. Ingrid Munk leitete von 2007 bis Februar 2020 die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Vivantes Klinikum Neukölln.



9 | Besondere Tätigkeiten

9.1 Mutter-Kind-Behandlungen

Seit 1995 bieten wir in unserer Klinik diese spezielle Form der „Angehörigenarbeit“: „Rooming-in“ von Säuglingen mit ihren erkrankten Müttern, wenn bei erforderlicher stationärer Behandlung der Mutter die Mutter-Kind-Beziehung aufrechterhalten und ggf. auch gestärkt werden soll.

Wir konnten 2024 zwei Mutter-Kind-Behandlungen auf der Kriseninterventionsstation 29 durchführen, die nach ihrem Umzug ein speziell dafür ausgelegtes Einzelzimmer bietet.

Im Rahmen der stationsäquivalenten Behandlung (StäB) gibt es seit einigen Jahren ganz andere Möglichkeiten, Mütter ohne Trennung von Ihren Kindern aller Altersgruppen zu behandeln. So kommen auch Frauen in Behandlung, die für sich eine stationäre Behandlung sonst ausschließen.

2024 wurden 22 Frauen mit insgesamt 32 Kindern stationsäquivalent behandelt, was einen deutlichen Zuwachs zu 2023 bedeutet. Sechs Kinder war ein Jahr alt oder jünger, 26 Kinder zwischen 1 und 17 Jahren alt.

9.2 Angehörigenvisiten

Seit 1999 haben die **Angehörigenvisiten** als verbindliches, niedrighschwelliges Angebot einen festen Platz im Wochenplan der allgemeinspsychiatrischen Stationen. Üblicherweise nehmen die Patient*innen, ihre Angehörigen und Vertrauenspersonen, professionelle Helfer*innen und Behandler*innen an dem Gespräch teil. Häufiges Anliegen der Patient*innen ist der Wunsch, Unterstützung und Verständnis bei ihren Angehörigen zu finden. Häufige Themen der Angehörigen sind Aufklärung über die Art der Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten, die Frage, welcher Umgang mit der Situation für die Betroffenen am meisten hilfreich ist und wie die weitere Unterstützung nach einer Entlassung gestaltet werden kann.

Im Jahr 2024 fanden auf den allgemeinspsychiatrischen Stationen 567 Angehörigenvisiten mit 851 Angehörigen statt.

9.3 Trialog in Neukölln

Erfreulicherweise war der Neuköllner Trialog auch im Jahr 2024 sehr lebendig und insgesamt gut besucht. Dies ist unter anderem deswegen bemerkenswert, weil wir aus organisatorischen Gründen mehrfach den Veranstaltungsraum im Rathaus wechseln und einmalig in die VHS ausweichen mussten. Dabei gab es mal kleinere Runden, mal war es proppenvoll; und es haben sowohl viele Patient*innen als auch Mitarbeitende des Vivantes Klinikums aus unterschiedlichen Berufsgruppen teilgenommen. Highlights waren insbesondere: ein Abend mit Gästen vom Pop-up Institut, die sich für die Reduktion von Stigmata psychischer Erkrankungen engagieren und uns den selbstproduzierten Film „Gesichter einer Ausstellung“ vorgeführt haben, sowie ein Beitrag von Cyrille Kengne, Pfleger im KNK, zur Psychiatrie und dem Umgang mit seelischen Problemen in Westafrika. Aber auch bei den weniger „spektakulären“ Treffen gab es viel Denkwürdiges und Berührendes, und es sind Momente der Begegnung und Resonanz entstanden.

Für die Planung und Moderation sind unverändert Christine Hofmann (Genesungsbegleiterin), Nora von Gaertner (Ärztin) und Rasmus Overthun (Psychologe) verantwortlich. Marc Stammwitz und Torsten Hill haben sich dagegen leider aus unserem Kreis verabschiedet. Ihnen gilt unser Dank für ihr beherztes Mitwirken und Mitgestalten, zumal in der Phase des Neuanfangs des Neuköllner Trialogs nach der Corona-Zeit. Perspektivisch wollen wir uns nun darum bemühen, dass auch wieder die Angehörigenseite in unserem Team vertreten ist.

Ganz im Sinne der Grundideen des Trialogs besteht unser gemeinsames Anliegen weiterhin darin, einen Raum für ein freies Gespräch zu öffnen, zwischen Menschen mit seelischen Krisen-/Genesungserfahrungen, Angehörigen und Professionellen aus psychosozialen Einrichtungen. Der Trialog bietet die Chance, auf Augenhöhe (alle verstehen sich als Expert*innen) in einen persönlichen Austausch zu kommen – über Erfahrungen mit Krisen und Krankheit sowie mit dem Hilfesystem und im Speziellen der Psychiatrie. Das Ideal eines möglichst vielstimmigen und „herrschaftsfreien“ (nicht unbedingt konfliktfreien) Diskurses, in dem alle gehört werden und Wertschätzung erleben können, weist indes über die Trialog-Gespräche hinaus: Es mag bestenfalls Leitstern für die klinische Praxis sein, aber auch die Keimzelle und bereits gelebte Praxis einer gesellschaftlichen Vision, zumal in Zeiten der sozialen Spaltung und des Abbruchs des Gesprächs.

Zur Info:

Die Trialog-Treffen finden i. d. R. jeden dritten Montag im Monat statt. Fester Ort im neuen Jahr ist der BVV-Saal im Rathaus Neukölln.

Weiteres zum Neuköllner Trialog unter:

<https://www.trialog-psychoseseminar.de/seminare/trialog-in-neukoelln/>

9.4 Genesungsbegleiter*innen

Die Genesungsbegleitung in der Psychiatrie ist eine wichtige Unterstützung für Menschen, die sich auf dem Weg der Heilung befinden. Sie bietet individuelle Begleitung, um den Genesungsprozess zu fördern, Selbstständigkeit zu stärken und das Selbstvertrauen wieder aufzubauen.

Die Genesungsbegleitung in der Psychiatrie hat aber nicht nur positive Effekte auf die betreuten Personen, sondern auch auf die psychiatrischen Teams. Sie trägt dazu bei, die Motivation und das Engagement der Teams zu steigern, da sie sehen, wie ihre Arbeit direkt zur Verbesserung der Lebensqualität der Patient*innen beiträgt.

Das Erfahrungswissen von Menschen, die selbst seelische Krisen durchlebt haben, ist somit eine wertvolle Kompetenz, die das Fachwissen professionell ausgebildeter Mitarbeiter*innen wesentlich ergänzen kann. Die Zusammenarbeit mit Genesungsbegleiter*innen ermöglicht eine neue Qualität der Unterstützung in der psychiatrischen Behandlung.

Wir sind deshalb sehr froh, dass bereits seit 2016 Genesungsbegleiter*innen regulär in unserer Klinik beschäftigt sind.

Sowohl auf den alltagspsychiatrischen Stationen, wie auch im StäB Team ist die Genesungsbegleitung bereits fester Bestandteil. Neben den festen Stellen für Genesungsbegleiter*innen wurden auch diverse Praktika für Menschen, die sich in einer EX-IN-Ausbildung o. ä. befinden ermöglicht. Erklärtes Ziel unserer Klinik ist es, mittelfristig noch mehr Genesungsbegleiter*innen zu beschäftigen und dies als Standard zu etablieren.

9.5 Patientenbrief

Der Patientenbrief ist in den Tageskliniken Emser Straße und Riesestraße seit vielen Jahren fest etabliert und ersetzt den üblichen Arztbrief.

Der Patientenbrief ist das Ergebnis einer ganzen Reihe wechselseitiger Verständigungsschritte. Dazu gehören der schriftliche Aufnahmebefund, der von der Patientin bzw. vom Patienten kritisch gegengelesen und gemeinsam überarbeitet wird, die Vorstellung der Patientin/des Patienten im Team, an der sie/er selbstverständlich teilnimmt und die eigene Sichtweise einbringt, und die regelmäßigen Behandlungskonferenzen, in denen die therapeutischen Ziele gemeinsam überprüft, diskutiert und präzisiert werden.

Bereits vor der Entlassung wird im Idealfall die Rohfassung des Patientenbriefs und insbesondere die diagnostische Einschätzung, der psychische Befund, die Zusammenfassung des Behandlungsverlaufs, die Bewertung von Erfolgen und Schwierigkeiten sowie die weiteren Therapieempfehlungen mit den Patient*innen besprochen. Die Patient*innen werden aktiver in ihre Behandlung einbezogen, der Behandlungsprozess wird transparenter und das therapeutische Bündnis wird gefestigt.

9.6 Systemische und Netzwerk-orientierte Methoden

Open Dialogue – dialogische Praxis.

Sowohl auf den allgemeinspsychiatrischen Stationen als auch in den Tageskliniken sind mit Tandemgesprächen, Behandlungskonferenzen und Netzwerkgesprächen Elemente dialogischer Praxis Teil des Behandlungsangebotes und des therapeutischen Selbstverständnisses vieler Teammitglieder.

Wichtiges Element von Behandlungskonferenzen und Netzwerkgesprächen sind **Reflektionen** wie durch das „**Reflektierende Team**“, das von Tom Andersen in die Systemische Therapie eingeführt wurde. Therapeut*innen reflektieren vor den Patient*innen - statt ohne sie - ihre Gedanken zum therapeutischen Prozess. Nach Ankündigung äußern zwei oder mehrere Teammitglieder wertschätzend Gedanken über das Gehörte, über etwas, das sie berührt hat. Die Reflektionen sollen die Vielstimmigkeit der Standpunkte im Gespräch abbilden. Sie sollen als respektvolle Angebote an die

Teilnehmenden ohne Anspruch auf Objektivität oder gar „Wahrheit“ oder „Richtigkeit“ wahrgenommen werden können.

Alle Stimmen werden gehört – diese Haltung soll unsere Netzwerkgespräche prägen. Die Subjektivität von „Wahrheiten“ und die vielen inneren Stimmen in jeder Person sollen Raum erhalten.

In Netzwerkgesprächen haben die Behandelnden die Unsicherheit, die die Krisen der Patient*innen mit sich bringen, auszuhalten, da sie auf ihre Expertenrolle verzichten und das Netzwerkgespräch ergebnisoffen führen. Es wird die Expertise der Netzwerke für ihr Zusammenleben anerkannt und darauf vertraut, dass sich in den Gesprächen aus dem Netzwerk heraus ein konstruktiver Prozess entwickelt. So sollen die Menschen in Krisen mit ihren Netzwerken selbst wieder das Vertrauen gewinnen, dass sie handlungsfähig sind und Wege aus der Krise finden können, selbstverständlich mit unserer Begleitung.

Auf den allgemeinspsychiatrischen Stationen, in den Tageskliniken, in der Psychiatrischen Institutsambulanz und in StäB sind **Netzwerkgespräche** in unterschiedlicher Frequenz Bestandteile des Behandlungsangebots. Trotz des hohen organisatorischen Aufwands (es muss ein 90-minütiger Termin gefunden werden) und der fehlenden Abbildbarkeit der Leistung gelang es 2024 insgesamt 10 Mal, solche Netzwerktreffen zu realisieren.

In drei Tageskliniken waren **Behandlungskonferenzen** im Jahr 2024 fester Bestandteil des Behandlungsangebotes, ebenso in unterschiedlicher Intensität auf den allgemeinspsychiatrischen Stationen, z. T. auch statt der „klassischen“ Oberärzt*in-Visite. Wir besprechen in etwa 20 Minuten mit unseren Patient*innen die Behandlung auf der Station, planen die nächste Zeit gemeinsam, Teammitglieder reflektieren am Ende das Gehörte, die Patient*innen erhalten ein Protokoll. Z. T. kommen auch An- und Zugehörige dazu, so dass Austausch der Teams mit dem Netzwerk der Patient*innen höherfrequent gelingt, wenn auch kürzer als im Netzwerkgespräch.

Die Anwendung dieser Gesprächsformen, die in der Klinik einerseits fest etabliert, andererseits u. a. durch ständige Mitarbeiterfluktuation nicht selbstverständlich sind, werden wesentlich durch die **Open Dialogue-Fortbildung** unterstützt. Sie findet seit ihrem Beginn 2009 mit kurzen Pausen fortlaufend hier im Haus statt. Die Fortbildung steht nicht nur allen Kolleg*innen unserer Klinik, sondern auch Gästen aus anderen Vivantes Kliniken offen.

Der 7. Kurs, der 128 Unterrichtseinheiten an 8 Wochenenden umfasste und von November 2023 bis Februar 2025 lief, wurde zum zweiten Mal von Frau Dr. Sabine Schütze, langjähriger Oberärztin der Klinik mit internationaler Erfahrung als Open Dialogue-Trainerin, geleitet, unterstützt durch sechs Co-Trainer aus dem Haus: die Musiktherapeuten Eberhard Miesen und Johannes Kämper, die Dipl.-Psycholog*innen Leonie Klock und Rasmus Overthun, die Oberärzt*innen Sascha Augsten und Dr. Anne Möhring.

Um die Umsetzung der Open Dialogue-Haltung im Klinikalltag zu begleiten, fand der „Austausch zum Open Dialogue“ auch 2024 monatlich statt. Die Arbeitsgruppe widmet sich Fragen der Implementierung im Klinikalltag und der Intersession, bei der wir selbst dialogische Methoden anwenden und deren Wirkung dadurch weiter an uns selbst erfahren.

9.7 Projekte zur Verbesserung der Betreuung älterer Menschen in Neukölln

Demnzerkrankungen bei Patient*innen im Krankenhaus können für die Behandlung eine besondere Herausforderung darstellen. In Zusammenhang mit akuten Erkrankungen, dem Wechsel der gewohnten Umgebung und zahlreichen anderen Faktoren kann es zu einer Verstärkung der kognitiven Störungen kommen. Wir betrachten das Krankheitsbild Demenz als interdisziplinäre Aufgabe und widmen uns den Patient*innen mit der Schwerpunktsetzung Diagnostik und Behandlung, Prävention von Komplikationen sowie Schulung und poststationäre Versorgung.

Der Fokus der Überlegungen liegt darauf, wie wir stationäre Behandlungen möglichst kurzhalten und gefährdende Konstellationen vermeiden können. Auch ambulante und teilstationäre Kontakte mussten dementsprechend angepasst werden, die Möglichkeit einer Stationsäquivalenten Behandlung (StäB) Älterer wurde in unser Angebot implementiert.

Seit einigen Jahren nimmt unsere Klinik an einer Arbeitsgruppe zur Prävention und Verbesserung des Umgangs mit Delir gemeinsam mit verschiedenen Abteilungen des Vivantes Klinikum Neukölln und Ida-Wolff-Krankenhauses teil und bringt sich mit psychiatrischer Expertise ein.

9.8 Gedächtnissprechstunde

Die bereits seit Jahren im Rahmen unserer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) fest etablierte Gedächtnissprechstunde bietet ärztliche und psychotherapeutische Gespräche, klinische wie neuropsychologische Testungen und Untersuchungen, Beratungsgespräche für Betroffene und deren Angehörigen an.

Eine Sozialarbeiterin kann Empfehlungen zu weiteren Unterstützungsmöglichkeiten geben und bei Bedarf Kontakte zu anderen Trägern und sozialen Einrichtungen herstellen. Wir können somit Diagnostik, Therapie und Beratung sektorübergreifend im (teil-) stationären und ambulanten Rahmen an die jeweiligen Bedürfnisse der Patient*innen anpassen.

9.9 FINK (Frühintervention Neukölln) Adoleszenz- und Transitionspsychiatrie

Das Jahr 2024 war ein überaus erfolgreiches Jahr für das FINK Projekt. Im Januar wurde der 2. Platz bei der konzernweiten „Vivantes-ausgezeichnet“ erreicht. Im April darauf konnte im Rahmen der jährlich stattfindenden Tagung „Forum Akutpsychiatrie“ der „Quente-Preis“ gewonnen werden. Beide Auszeichnungen unterstreichen die Wichtigkeit und die Wertschätzung von innen und außen für das Projekt.

Unter dem Namen **FINK (Frühintervention Neukölln)** haben wir 2019 unser Behandlungsangebot für junge Patient*innen in unserer psychiatrischen Klinik zusammengefasst. Es setzt mit seinem problemzentrierten Angebot vor allem auf die frühzeitige Hilfestellung in seelischen Krisen u. a. durch niedrigschwellige einzel- und gruppentherapeutische Angebote. Ein besonderes Augenmerk gilt dabei den adoleszenzspezifischen Entwicklungsaufgaben, welche oftmals als herausfordernd erlebt werden und häufig vorschnell pathologisiert werden. Eine Identifikation mit einer Diagnose und damit Verlust von eigenen Veränderungskompetenzen kann dann gravierende Einschnitte in der aktuellen, aber auch zukünftigen Lebensführung bedeuten.

FINK (Frühintervention Neukölln)



Kooperationen:

KJP | AJB | Between The Lines | Fallmanagement Neukölln | Mental Health in MusicVerband

Abbildung aus einem Vortrag bei der Bundesagentur für Arbeit

Das „FINK Projekt“ setzt vor allem auf ambulante Angebote und stellt eine erste Anlaufstelle für junge Menschen in jeglichen seelischen Krisen dar. Die **Adoleszenzsprechstunde** fungiert dabei als das „Herzstück“ von FINK. Diese bietet eine Art „Clearing“, wobei gemeinsam mit dem/der Behandler*in eine erste Einschätzung vorgenommen und eventuell zu weiteren Maßnahmen beraten wird. Seit 2021 gibt es zudem eine FINK Kooperation mit der Kontakt- und Beratungsstelle „Südlicht“ unweit des Klinikcampus. Dort wird ebenfalls jungen Besuchern der KBS oder Patient*innen, welche die Klinik räumlich meiden wollen, eine niedrigschwellige psychiatrisch psychotherapeutische Beratung angeboten. Für letztere Gruppe eignet sich auch die ebenfalls 2021 eingeführte Sprechstunde im Behandlungszentrum „Emser Straße“, welches durch seinen Wohnungscharakter ebenfalls einen niedrigschwelligen Zugang zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Erstberatung bietet. Im Jahr 2024 wurden ca. 300 Patient*innen im Rahmen der Adoleszenzsprechstunde behandelt.

Die „**Adoleszenzgruppen 1 und 2**“ sind tiefenpsychologisch ausgelegte Gruppen. Es handelt sich um halboffene Gruppen und der Zugang erfolgt über ein Vorgespräch mit den Gruppenleiter*innen. Die „**Fertigkeitengruppe**“ ist eine niedrigschwellige Gruppe mit dialektisch – behavioraler Ausrichtung und steht auch stationären Patient*innen zur Verfügung.

Die „**Transitionssprechstunde**“ ist ein regelmäßig durchgeführtes interdisziplinäres Angebot. Gemeinsam mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik wird eine ausführliche Fallkonferenz in Anwesenheit der Patient*innen gehalten. Dabei können sowohl die Behandler*innen, als auch die Patient*innen von dem fächerübergreifenden Austausch profitieren und auch der jeweilige fachspezifische Sozialdienst kann bei Bedarf involviert werden. Ein weiterer Aspekt ist der Transitionsprozess als solcher. So können kinder- und jugendpsychiatrische Patient*innen vor Überleitung in die Erwachsenenpsychiatrie noch während der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung von ihrem zukünftigen Behandler*in besucht werden und so eine Transitionslücke vermieden werden.

Seit 2022 sind zwei neue Gruppenangebote für junge Erwachsene hinzugekommen:

1. Die **KLARTEXT-Gruppe**: Ein niedrighschwelliges Gesprächsangebot für stationäre Patient*innen, aber auch für Patient*innen aus der Intensiv-Tagesklinik und der stationsäquivalenten Behandlung.
2. Die **AKTIV-Gruppe**: Ein Angebot für stationäre Patient*innen zur Aktivierung mit Fokus auf körperliche Bewegung.

Neben den direkten Behandlungsangeboten setzt das FINK Projekt auf Vernetzung und öffentliche Präsenz zur Entstigmatisierung von seelischen Krisen. Kooperationen mit MiM (Mental Health in Music) oder „Between the Lines“ sind sicherlich nur der Anfang von zukünftig folgenden Vernetzungen.

2024 konnte darüber hinaus eine Kooperation mit dem „Annedore Berufsbildungswerk“ geschlossen werden, so dass nun auch das Thema Jobplacement im FINK eine deutliche Aufwertung erfährt.

9.10 Psychokardiologische Gruppe

In Kooperation mit der kardiologischen Abteilung besteht im Klinikum Neukölln seit 2011 eine spezifische Gruppentherapie für Menschen mit einer Herzerkrankung und daraus folgender psychischer Belastung.

In der 14-tägig stattfindenden ambulanten Gruppentherapie steht der Umgang mit der Herzerkrankung im Fokus. Betroffene haben hier die Möglichkeit, sich über den Zusammenhang von „Herz und Seele“ austauschen. Die Gruppe bietet Platz für bis zu 10 Personen und wird interdisziplinär von einer Fachärztin aus der Abteilung für Kardiologie und einer M. A. Psychologin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik geleitet.

Der Zusammenhang zwischen kardiologischer und psychischer Erkrankung ist bidirektional: Einerseits konnte nachgewiesen werden, dass eine depressive Erkrankung einen eigenständigen Risikofaktor für die Entwicklung einer Herzerkrankung darstellt (vgl. DGK-Positionspapier, 2013). Andererseits gibt es nach Herzerkrankungen eine hohe Prävalenz für psychische Störungen. Vor allem Ängste und depressive Verstimmungen, aber auch posttraumatische Belastungssymptome treten häufig auf und führen zu einem ungünstigeren Verlauf der kardialen Erkrankung. Die interdisziplinäre Gruppenleitung wird von den Teilnehmenden als bereichernd wahrgenommen. Beschwerden können so aus verschiedenen Perspektiven, im Sinne eines biopsychosozialen Ansatzes, betrachtet werden.

9.11 Arbeitsgruppe Migration

Neukölln ist, kulturell gesehen, ein vielfältiger Bezirk. 40 % der Neuköllner*innen haben einen Migrationshintergrund und sind – in unterschiedlichem Ausmaß – durch diesen kulturell geprägt. Menschen aus 160 Nationen sind in Neukölln beheimatet. In den letzten Jahren wurde der Bezirk zunehmend für Studierende und junge Arbeitnehmer*innen aus Europa und den Vereinigten Staaten attraktiv. Regelmäßige Stichtagserhebungen in unserer Klinik ergaben, dass durchgängig mehr als ein Drittel der stationären Patient*innen einen Migrationshintergrund hat und an den Stichtagen regelmäßig 25 und mehr Herkunftsländer erfasst wurden.

Um dieser kulturellen Vielfalt gerecht zu werden, gibt es bereits seit 2008 die AG Migration. Mitarbeiter*innen aus der Klinik setzen sich dafür ein, kultursensible Behandlungen zu gewährleisten. Dazu gehört die Berücksichtigung der verschiedenen Bedürfnisse der Patient*innen, die Erweiterung der interkulturellen Kompetenzen der Mitarbeiter*innen sowie die Vernetzung der Klinik mit den Migrant*innenverbänden und dem öffentlichen Gesundheitssystem.

9.12 Sprechstunde für Geflüchtete in seelischen Krisen

In unserem Selbstverständnis ist die psychiatrische Versorgung Geflüchteter, die im Bezirk Neukölln leben, integraler Bestandteil der Aufgaben des bezirklichen Hilfesystems und damit auch Teil unseres Versorgungsauftrags.

Die „Sprechstunde für Geflüchtete in seelischen Krisen“ wurde auch 2024 in der Zweigstelle unserer Institutsambulanz im Behandlungszentrum Emser Straße 31 angeboten. Es wird in diesem Rahmen ein erstes ärztliches Einzelgespräch zur diagnostischen Einordnung angeboten. Ein Psychologe der Institutsambulanz verfügt über Kompetenzen zur Behandlung von Traumafolgestörungen und arbeitet ebenfalls durch Dolmetscher vermittelt.

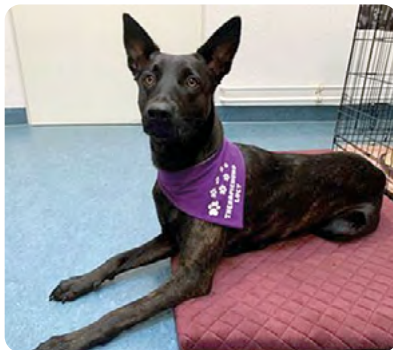
Schon bei der Anmeldung zur Sprechstunde wird geklärt, ob eine Sprachmittlung notwendig ist und ob ggf. Dolmetscher*innen zum Termin mitgebracht werden können. Andernfalls wird auch deren Verfügbarkeit durch uns sichergestellt – in der Regel über den Gemeindedolmetscherdienst, auf dessen reibungslose Zusammenarbeit wir auch in 2024 immer setzen konnten.

Die Geflüchteten stammen häufig aus Syrien, Afghanistan, Irak und dem Iran und vereinzelt aus verschiedenen afrikanischen Staaten. Die meisten Patient*innen kamen zu uns ohne psychiatrische Vorbehandlung, jedoch gab es in vielen Fällen eine ambulante Versorgung im psychosozialen Helfersystem, das eine Weiterleitung zur psychiatrischen Behandlung angestoßen hatte.

9.13 Tiergestützte Therapie: Lucy

Ein Hund kann Kontakt zu Patient*innen mit einer kaum zu übertreffenden Einfachheit, Klarheit, Bedingungslosigkeit und Wertfreiheit knüpfen – völlig unabhängig von Alter, Sozialstatus, Krankheiten und Behinderungen des Gegenübers. Die tiergestützte Therapie wurde 2010 im Vivantes Klinikum Neukölln von unserer Sozialarbeiterin Frau Susann Knapp implementiert. Der Groß-Elo Jacco war der erste Therapiehund in unserer Klinik und bis April 2019 im Einsatz.

Seit Januar 2024 ist Lucy – ein holländischer Schäferhund – in der Intensivtagesklinik Rudower Straße im Einsatz. Ihre Halterin Frau Dana Grande, Gesundheits- und Krankenpflegerin (Foto mit Lucy) absolvierte die Fachweiterbildung für tiergestützte Intervention.



Lucy ist offen, mutig, manchmal sogar witzig. Lucy ist eine Motivationstrainerin, sie fördert die Konzentration der Patient*innen und hilft dabei, die Motorik zu verbessern. Daneben geht es darum, Stress und Ängste abzubauen, von Schmerzen abzulenken. Grenzen zu setzen und zu erkennen, Förderung der Achtsamkeit, Selbstwirksamkeit, nonverbale und verbale Körpersprache zu verbessern. Letztlich lernen Patient*innen durch die Interaktion auch Verantwortung zu übernehmen.

9.14 Selbsthilfegruppen und ambulante Suchthilfe

Die Schwerpunktstation für Abhängigkeitserkrankungen (Station 85) pflegt eine Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen für abhängige Patient*innen. Mehrfach in der Woche stellt sich abends eine Gruppe auf der Station vor. Dabei sind verschiedene Organisationen vertreten (Lichtblicke, Guttempler, Klärwerk, Alternative Freizeit, Anderes Leben e. V., AA, AKB, WHU, Drogenstop, NA, CA). Des Weiteren findet eine Kooperation mit dem Selbsthilfeprojekt „Lotsennetzwerk Berlin“ statt. In regelmäßigen Abständen stellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Lotsennetzwerks ihr Projekt vor.

Neben Selbsthilfeprojekten stellen sich auch die Suchtberatungsstellen „Confamilia“ und unser Kooperationspartner die Entwöhnungsklinik - Vivantes Hartmut-Spittler-Fachklinik und die Fachklinik F42 der ADV-Reha gGmbH regelmäßig vor. Die Beschäftigungsstätte für Menschen mit Suchtproblemen „Donauwelle“ (Einrichtung von VISTA: Verbund für integrative soziale und therapeutische Arbeit gGmbH) informiert Patient*innen der Station 85 über ihr ambulantes Programm.

9.15 Das Teupe-Projekt als Neuköllner Modell für gelungene Schnittstellenarbeit zwischen der Klinik, der Wohnungsnotfallhilfe und der Eingliederungshilfe

Im Jahr 2016 wurde in enger Zusammenarbeit mit dem Bezirk ein neues Wohnprojekt („Das Teupe Projekt“) ins Leben gerufen. Es handelt sich um eine Kombination aus einer Einrichtung zur ordnungsrechtlichen Unterbringung (Erstaufnahmeheim „Die Teupe“) und ambulanten Leistungen der Eingliederungshilfe (GEBEWO - Soziale Dienste - Berlin) in Form eines therapeutisch betreuten Einzelwohnens. Um den Einsatz der Eingliederungshilfe zu beschleunigen, kann (erstmalig und modellhaft) der sog. Behandlungs- und Rehabilitationsplan auch erst in einem Zeitraum von sechs Monaten nach Beginn der Leistungserbringung erstellt werden.

Im Juli 2016 startete das Kooperationsprojekt mit zunächst fünf Plätzen. Im Januar 2018 konnte die Kapazität auf acht Plätze erweitert werden. Das Projekt und die Kooperation laufen sehr gut.

Zwischenzeitlich gab es eine richtige „Zitterpartie“ für das gesamte Projekt und vor allem für die dort lebenden Menschen. Die Vermieterin der Immobilie, in der sich die Erstaufnahmeeinrichtung „Die Teupe“ befindet wollte im Jahr 2023 den Mietvertrag zunächst nicht verlängern. Nach mehreren Verhandlungen, in die unter anderem auch der Bezirksstadtrat, Herr Hannes Rehfeldt involviert war, konnte GEBEWO - Soziale Dienste mit der Vermieterin eine Vertragsverlängerung vereinbaren.

9.16 Bezirkliche und regionale Kooperationstreffen

Eine gute Versorgung psychisch kranker Menschen gelingt nur, wenn alle wichtigen „Player“ regelmäßig zusammentreffen, um miteinander ins Gespräch zu kommen und sich auszutauschen.

Im Jahr 2024 fanden zahlreiche Treffen statt. Am 08.02.2024 fand ein Kooperations-treffen mit dem Teilhabefachdienst Neukölln und am 14.02.2024 mit dem Sozial-psychiatrischen Dienst Neukölln statt. Im September fand ein Kooperations-treffen mit der Vivantes Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik und im Oktober mit den Polizeiabschnitten 48 und 55 statt.

Mit den Mitarbeitenden des „Wohnen plus“ Projektes (GEBEWO - Soziale Dienste) fand ein Treffen am 30.04.2024 statt. Gemeinsam wurde über die Zukunftsperspektiven des Projektes und weitere Unterstützungsmöglichkeiten für die wohnungs- und obdachlosen Patient*innen im Bezirk gesprochen.

Im Januar fand ein Kooperations-treffen der Station 85 mit der Selbsthilfegruppe der Guttempler statt. Gemeinsam wurde eine Kooperation der Station 85 mit dem Projekt „Rückenwind“ vereinbart. Mit dem von der Selbsthilfe getragenen Projekt der Guttempler „Rückenwind“ wurden zehn Plätze zur ambulanten Versorgung von Menschen, die nach der Entzugsbehandlung auf eine Therapie warten und dabei auf ihrem Weg zur Abstinenz unterstützt werden sollen, geschaffen.

9.17 Digitale Zeitschrift Nervenkritzel

NERVENKRITZEL

Die seit 2019 erscheinende klinikinterne Zeitschrift versteht sich als Plattform zum Austausch über Psychatriveerbundenes, Kulturelles, Musikalisches und soll unter anderem die Möglichkeit bieten, sich vorzustellen, kennenzulernen und Angebote aus der Klinik, aber auch Interessantes aus der Gesellschaft publik zu machen.

Der NERVENKRITZEL versucht das Interesse für das Miteinander zu stärken und auch Neues aus der Klinik zu teilen, um der standortbezogenen Anonymität Widerstand zu leisten und die Verbundenheit durch Berichte über positive Ereignisse aus der Klinik zu stärken.

Bei Nachfragen, Interesse oder Beiträgen freuen wir uns über Emails an:

nervenkritzel@vivantes.de

9.18 Gremienarbeit

Unser Selbstverständnis als „gemeindenaher Psychiatrie“ bedeutet, dass die Klinik nach außen hin offen ist und die Zusammenarbeit mit allen anderen an der psychosozialen Versorgung des Bezirks beteiligten Einrichtungen pflegt. Das Berliner Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Psych-KG) sieht diese Mitarbeit in den Gremien der psychosozialen Versorgung (z. B. PSAG Neukölln) ausdrücklich vor.

Nachfolgend eine Liste der verschiedenen Tätigkeiten:

Frau Knapp Steuerungsgremium Alltagspsychiatrie des Bezirks
Frau Kohmann Neukölln
Sozialarbeiterinnen

Frau Stober-Wilcke Steuerungsgremium Sucht des Bezirks Neukölln
Sozialarbeiterin

Frau Renner Vertreterin in der FG Sucht der PSAG
Sozialarbeiterin

Frau Conseur Netzwerk Suizidprävention (überregional)
Sozialarbeiterin

Frau Kohmann AG der Krankenhaussozialdienste im Land Berlin
Herr Sander
Sozialarbeiter*in

Frau Strottheicher Vertreterinnen in der PSAG Neukölln
Frau Knapp FG Psychiatrie der PSAG
Sozialarbeiterinnen

Frau Kiko Geriatriisch-Gerontopsychiatrischer Verbund Neukölln
Sozialarbeiterin

Frau Stober-Wilcke Projektgruppe „Teupe-Projekt“
Frau Stefanie Renner
Sozialarbeiterinnen

Frau Kohmann
Sozialarbeiterin

Frauennetzwerk Neukölln

Frau Spalding
Sozialarbeiterin

Vertreterin in der FG Arbeit und Reha der PSAG

Dr. Olaf Hardt
Chefarzt

Mitglied des Geschäftsführenden Ausschuss des Arbeitskreises der Chefarzt*innen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland (ackpa)

Stellvertretender Sprecher der Arbeitsgemeinschaft der Chefarztinnen und Chefarzte Psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Fachkrankenhäusern in Berlin

Mitglied des Beirats für forensische Psychiatrie des Landes Berlin

Mitglied des Beirats für seelische Gesundheit des Bezirks Neukölln

Mitglied des Beirats der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (ApK) Landesverband Berlin e. V.

Mitglied des Beirats der BIP – Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin

Mitglied des Netzwerks „Steuerungs- und Anreizsysteme für eine moderne psychiatrische Versorgung“ u. a.

9.19 Disco

Circa alle drei Monate gibt es auf der Station 81 einen Disco-Abend. Im Jahr 2024 fand der Disco-Abend insgesamt 7 Mal statt. Zwei musikbegeisterte Kolleginnen aus der Pflege haben sich der Organisation der Disco-Abende angenommen. Der Aufent-

haltsraum wird mit Discolichtern geschmückt, eine alkoholfreie Bowle wird bereitet und Knabbereien eingekauft. Das Musikrepertoire ist breit gefächert, reicht von den 80er Jahren bis zur aktuellen Hitparade.

Die Patient*innen kommen aus der ganzen Abteilung. Die Organisatorinnen tanzen mit und animieren die Patient*innen zum Tanzen oder Mitklatschen. Der Disco-Abend endet traditionell mit dem Lied „Time to say goodbye“.

9.20 Teilnahme an wissenschaftlichen Studien

Durch wissenschaftliche Projekte und Studienteilnahme versuchen wir, einen Beitrag zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zu leisten. Vorwiegend beteiligen wir uns an Projekten der psychiatrischen Versorgungsforschung. Industriefinanzierte Studien, insbesondere sog. „Anwendungsstudien“ im Zusammenhang mit der Einführung neuer Psychopharmaka, werden an unserer Klinik nicht durchgeführt.

In Kooperation mit dem Labor Berlin startete im Jahr 2023 auf der allgemeinpsychiatrischen Station mit dem Schwerpunkt für Abhängigkeitserkrankungen (Station 85) eine Studie, bei der eine diagnostischen Pipeline für den Nachweis von Missbrauchssubstanzen aus Trockenblut etabliert werden soll. Die Station 85 war an der Vorbereitung und Planung mitbeteiligt. Die Studie wird bis Ende des Jahres 2024 durchgeführt.

Seit dem Frühjahr 2023 nimmt unsere Klinik an einer bundesweiten Studie „Evaluation von Online-Support für die Implementierung von klinischer Ethikberatung in der Psychiatrie“, die in Kooperation mit der BMBF-Forschungsgruppe Salus (unter anderem Ruhr Universität Bochum und LWL-Universitätsklinikum Bochum) durchgeführt wird, teil. Die Studie wird durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziert. Ziel der genannten Studie ist die Evaluation des Projekts, in dem psychiatrische Kliniken Unterstützung bei der Implementierung lokaler Strukturen von klinischer Ethikberatung erhalten. Dies soll dazu beitragen, das Angebot klinischer Ethikberatung in der Psychiatrie in Deutschland auszubauen. Der Abschluss der Studie ist auf Ende des Jahres 2024 terminiert.

9.21 Feste und besondere Veranstaltungen

Das große alljährliche Sommerfest für alle ambulanten und stationären (und ehemalige) Patient*innen, ihre Angehörigen und nicht zuletzt für alle Mitarbeitenden unserer Klinik fand im Jahr 2024 am 12. Juni statt. Die aufwändige Organisation lag vor allem in den Händen der Ergotherapeut*innen. Unter ihrer Anleitung wurden dafür schon im Vorfeld in der Ergotherapie von den Patientinnen und Patienten Plakate und Dekorationen hergestellt. Mehrere Mitarbeiter*innen boten Aktivitäten an. Besonders beliebt waren die vielen Spiel- und Sportgelegenheiten.

Zum Jahresabschluss werden von den Stationen und Tageskliniken Weihnachtsfeiern für die Patientinnen und Patienten organisiert. Die Plätzchen wurden im Vorfeld von den Patient*innen selbst in den Backgruppen gebacken.

Neben diesen traditionellen Festen gab es im Jahresverlauf weitere besondere Veranstaltungen.

Am 11.10.2024 im Rahmen der Woche der seelischen Gesundheit stellte die Klinik auf dem Markt der Möglichkeiten im Klunkerkranich ihre besonderen Behandlungsangebote vor. In diesem Jahr wurde zusätzlich ein Impulsvortrag zum Thema „Arbeit und Psyche – eine On-OFF Beziehung“ vorgetragen.

In der Intensivtagesklinik werden regelmäßig Gratskonzerte in Kooperation mit dem Musethica e.V. veranstaltet. Am 22.04.2025 spielte ein Saxophonquartett und am 28.10.2024 ein Hornquartett für die Patient*innen und Mitarbeitenden der Klinik. Es waren sehr gelungene und gut besuchte Konzerte.



Im Juni feierte die Kriseninterventionsstation 29 ihr 40-jähriges Jubiläum. Kolleg*innen aus der Klinik aber auch ehemalige Mitarbeitende kamen, um dem Team zu gratulieren.



Einen sehr großen Publikumszulauf von Patient*innen, Angehörigen und Mitarbeiter*innen und eine enorme Resonanz in den sozialen Medien fand die Vorführung des Films „Sonne und Beton“ mit anschließendem Publikumsgespräch mit Felix Lobrecht und Luvre47 am 10 Juni des Jahres.



9.22 Gäste

Als Gäste konnten wir im Berichtsjahr 2024 die Neuköllner Psychiatriekoordinatorin Monika Nobs, den Leiter der psychiatrischen Universitätsklinik Vilnius Prof. Arunas Germanavicius, die neue Landesbeauftragte für psychische Gesundheit Norma Kusserow, eine Delegation des Klinikums Weimar sowie eine Delegation der Bundestags- und Abgeordnetenhausfraktionen von Bündnis 90/Die Grünen begrüßen, die sich – aus ganz unterschiedlichen Perspektiven – über das Konzept der Klinik und ihre Arbeit informiert haben.

Am 13.08.2024 waren zum zweiten Mal ca. 25 Studierende des Studiengangs Hebammenwissenschaft der Charité im 4. Fachsemester in unserer Klinik zu einer halbtägigen Exkursion zu Gast. Dr. Babett Ramsauer, Leitende Oberärztin/Leitende Ärztin Kreißaal der Klinik für Geburtshilfe, Katharina Falk, Familienhebamme im Bezirksamt Neukölln, und Oberärztin Dr. Anne Möhring haben die perinatale Versorgung psychisch kranker Schwangerer und junger Mütter in Kooperation zwischen der Klinik für Psychiatrie und der Klinik für Geburtshilfe vorgestellt.

Im Berichtsjahr 2024 haben wir erneut zahlreiche Praktika, Famulaturen und Hospitationen in unserer Klinik ermöglichen können. Insgesamt 45 Gäste konnten wir 2024 im Laufe des Jahres bei uns begrüßen. 9 Medizinstudent*innen kamen für ein Tertial des praktischen Jahres und mehrere für Famulaturen (12) und längere Praktika oder Hospitationen.

Mehrere Diplom-Psychologinnen und -Psychologen absolvierten 2024 klinisch-psychiatrische Praktika im Rahmen ihrer Weiterbildung zu psychologischen Psychotherapeut*innen in unserer Klinik. Zahlreiche (10) Student*innen der Psychologie waren im Rahmen mehrwöchiger studienbegleitender Praktika zu Gast.

Auch in den Bereichen Ergotherapie (5), Musiktherapie (3), Tanztherapie (1) und Sozialarbeit (3) lernte eine große Zahl von Praktikant*innen und Hospitant*innen unseren Klinikalltag kennen. Zahlreiche Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege und zwei Genesungsbegleiter*innen absolvierten ihre psychiatrischen Praktikumseinätze auf unseren Stationen oder im StÄB-Team.

10 | Qualitätssicherung

10.1 Basisdokumentation

Zu jedem Behandlungsfall wird vom verantwortlichen Stationsarzt ein anonymisierter Dokumentationsbogen ausgefüllt. Dies geschieht inzwischen einheitlich in allen psychiatrischen Kliniken der Vivantes GmbH. Die Daten geben wertvolle Hinweise zu den psychiatrischen wie somatischen Diagnosen, wichtigen Behandlungsmodalitäten, zur sozialen Lage sowie der vor- und nachgeschalteten Behandlung. Die Auswertung der Datensätze bildet eine der wichtigsten Grundlagen für den vorliegenden Jahresbericht der Klinik.

10.2 Ereignisbezogene Dokumentationen

Auf gesonderten Dokumentationsbögen werden besondere Vorkommnisse (z. B. Suizidversuche, Bedrohungen, Gewaltanwendungen, Entweichungen), Zwangsbehandlungen, Fixierungen und Türschließungen erfasst. Alle Mitarbeiter*innen der Klinik sind hieran beteiligt und achten auf eine möglichst vollständige Erfassung und Beschreibung des Sachverhaltes. Einer der Oberärzte wertet die Bögen aus und stellt Ergebnisse in der Leitungsrunde und in der monatlichen Abteilungskonferenz, an der alle Mitarbeiter*innen teilnehmen, vor. Die detaillierten Ergebnisse aus 2024 finden sich in den entsprechenden Kapiteln des Jahresberichts.

10.3 Fort- und Weiterbildung

Die ärztlichen und psychologischen Mitarbeiter*innen gestalten 3x/Monat eine eigene Weiterbildungsveranstaltung. Als Grundlage dient der Weiterbildungskatalog der Ärztekammer Berlin für die Weiterbildung zur Ärztin bzw. zum Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Die Veranstaltung ist für alle Mitarbeiter*innen offen und wird von der Ärztekammer Berlin zertifiziert.

Einmal wöchentlich findet der sogenannte Journal Club statt, indem interessante Artikel aus Fachzeitschriften oder Fachbücher vorgestellt werden.

Die Psychotherapieweiterbildung mit dem Schwerpunkt tiefenpsychologische fundierte Psychotherapie wird in unserer Klinik in Kooperation mit dem Berliner Modell, einem Kooperationsverbund Berliner psychiatrischer Krankenhäuser und Abteilungen, angeboten. Aktuell nehmen insgesamt 12 Assistenzärzt*innen der Klinik am Berliner Modell teil.

Zu den wichtigen Bausteinen des Einarbeitungskonzepts gehört ein von Ober- und Fachärzt*innen der Klinik gestaltetes Curriculum für neue Assistenzärzt*innen, in dem über 10 bis 15 Termine hinweg wichtige, vor allem für die ersten Bereitschaftsdienste relevante Themen behandelt werden. Der Vortragsblock des Curriculums wird in regelmäßigen Abständen erneut angeboten, um die jeweils nachrückenden neuen Assistentzärtinnen und -ärzte möglichst rasch nach ihrem Eintritt in die Klinik zu schulen.

10.4 Externe Supervision

Zum Konzept unserer Klinik gehört die regelmäßige Teilnahme aller Berufsgruppen der Teams an der Supervision, die ein Teil des Qualitätsmanagements ist. Die Supervision ist ein Ort des Containments im Sinne von Halt, Reflektion, Verarbeitung und Orientierung. Sie hilft dem Team, Verwicklungen und Verstrickungen innerhalb der therapeutischen Beziehung zu lösen, einen stabilen Kontakt zum eigenen psychischen Erleben herzustellen und so arbeitsfähig zu bleiben.

Die Teams der Stationen, der Tageskliniken und das StäB-Team (Stationsäquivalente Behandlung-Team) haben eine eigene fortlaufende externe Supervision, an der alle Teammitglieder teilnehmen. Die Teilnahme ist für die Mitarbeiter*innen kostenfrei.

10.5 Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen

Die bewährte Neuköllner Tradition eines regelmäßigen Austausches mit in Neukölln niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Kolleg*innen und Ärzt*innen des sozialpsychiatrischen Dienstes wurde auch in 2024 fortgeführt. Im Berichtjahr fanden zwei Treffen am 17.04.2024 und am 13.11.2024 statt.

Der Austausch über die psychiatrische Versorgungssituation im Bezirk, aber auch die mitunter kontroversen Diskussionen über aktuelle Fachthemen tragen zu einer guten Zusammenarbeit bei.

10.6 Arbeitsgruppe Deeskalation

Im Jahr 2024 arbeitete die stations- und berufsübergreifende Arbeitsgruppe Deeskalation kontinuierlich daran, ein sichereres und harmonischeres Arbeitsumfeld zu fördern. Regelmäßige Treffen der Deeskalationstrainer*innen boten eine wertvolle Plattform, um Erfahrungen auszutauschen und neue Ansätze sowie Entwicklungen in der Deeskalationsarbeit zu diskutieren.

Besonders erfreulich war die Aufnahme neuer Kolleg*innen, die ihre Ausbildung erfolgreich abgeschlossen haben. Diese werden künftig das Team der Deeskalationstrainer*innen verstärken und dazu beitragen, die Fortbildungsangebote weiter auszubauen. Ein zentraler Schwerpunkt der Arbeitsgruppe lag auf der Verbesserung des stationären Milieus. Durch gezielte Strategien und Maßnahmen soll ein unterstützendes Umfeld geschaffen werden, das Aggressionen und Gewalt präventiv reduziert. Ein wichtiger Meilenstein in diesem Kontext war die Einführung einer **Mitarbeitersprechstunde**, die speziell für die Nachbetreuung nach belastenden Extremsituationen konzipiert wurde.

Mitarbeitersprechstunde: Psychologische Erstbetreuung

Trotz präventiver Deeskalationsmaßnahmen lassen sich verbale Aggressionen, tätliche Übergriffe und Suizidversuche im beruflichen Alltag nicht vollständig vermeiden. In solchen Fällen ist eine schnelle und angemessene psychologische Betreuung essenziell. Die am 01.12.2023 eingeführte Mitarbeitersprechstunde bietet betroffenen Mitarbeitenden eine strukturierte psychologische Erstbetreuung. Ziel ist es, akute Stressreaktionen zu lindern und die psychische Stabilität zu fördern. Gleichzeitig wird eine geregelte Nachsorge für Mitarbeitende gewährleistet, die psychisch belastenden Extremsituationen ausgesetzt waren. Diese Fürsorge ist ein zentraler Bestandteil einer gesundheitsorientierten und mitarbeiterfreundlichen Unternehmenskultur.

Rückblick und Perspektiven

Das Jahr 2024 war geprägt von enger Zusammenarbeit, kontinuierlicher Weiterbildung und nachhaltigen Fortschritten in der Deeskalationsarbeit. Die Implementierung neuer Maßnahmen und die Stärkung der vorhandenen Strukturen spiegeln das Engagement wider, ein wertschätzendes und sicheres Arbeitsumfeld zu schaffen. Mit Blick auf das kommende Jahr 2025 strebt die Arbeitsgruppe weitere Verbesserungen an, darunter die Einführung eines regelmäßigen Deeskalations-Newsletters sowie die Erweiterung der Basisschulungen. Beide Maßnahmen zielen darauf ab, die Deeskalationsarbeit weiter zu professionalisieren und langfristig zu verankern.

10.7 Arbeitsgruppe Allgemeine Psychotherapie

Die psychotherapeutische Ausbildung ist ein essenzieller Bestandteil der Facharztweiterbildung.

Die Integration der psychotherapeutischen Beziehung und Begegnung in den psychiatrischen Versorgungsalltag ist uns besonders wichtig, da die therapeutische Beziehung eine der wichtigsten Wirkfaktoren der Behandlung darstellt.

Neben den zahlreichen klinikinternen Fortbildungen findet wöchentlich die AG Allgemeine Psychotherapie statt.

Die AG richtet sich an alle Weiterbildungsassistenten*innen unabhängig ob diese sich bereits für eine tiefenpsychologisch fundierte, systemische oder verhaltenstherapeutische Ausbildung entschieden haben.

In der Arbeitsgruppe werden unterschiedliche Facetten der therapeutischen Beziehung in kasuistischer Weise erarbeitet und erste theoretische Grundlagen der Psychotherapie erörtert.

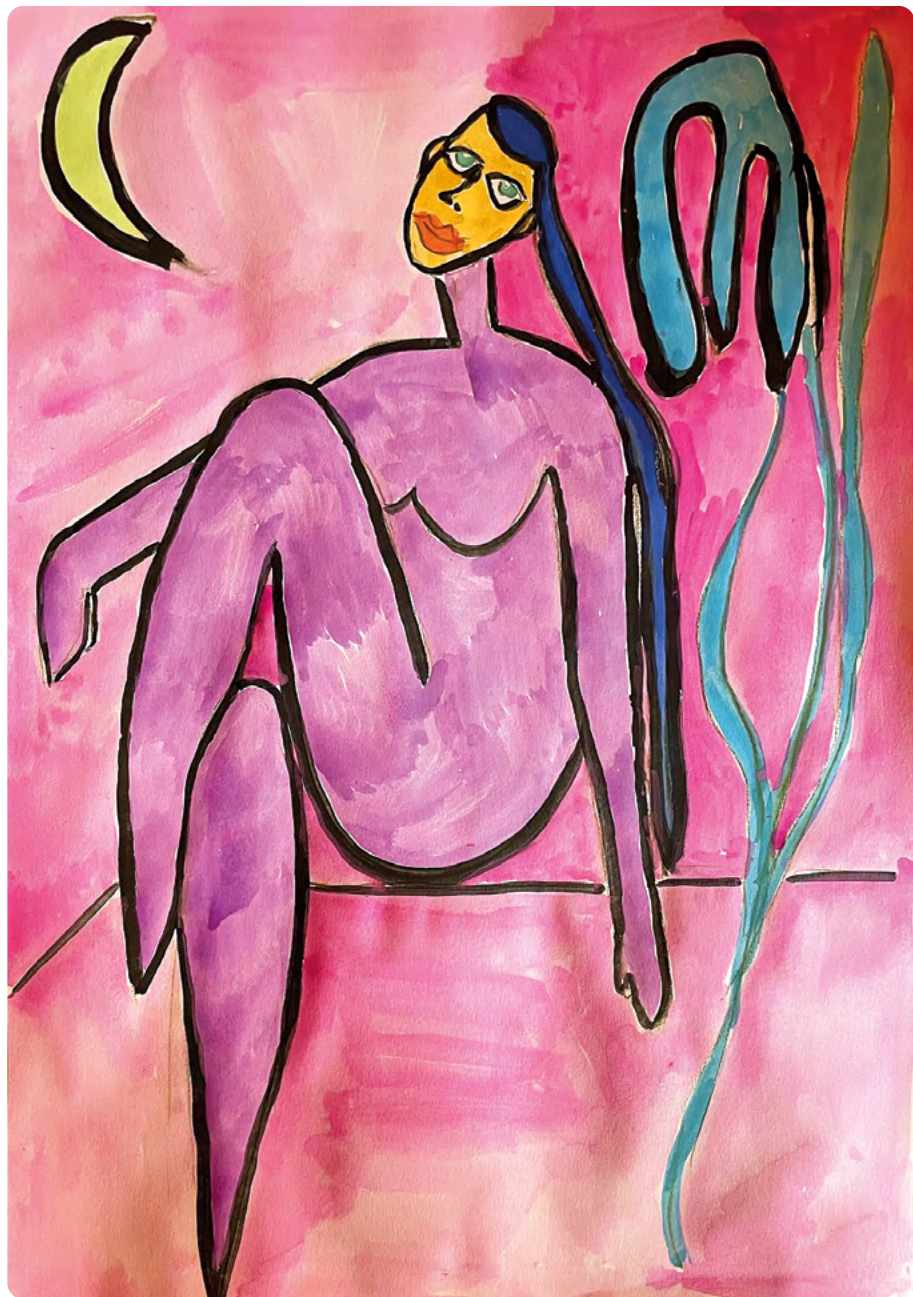
10.8 Komplikationskonferenzen

Komplikationskonferenzen sind abteilungsoffene Gesprächs- und Diskussionsrunden, in denen schwierige Behandlungssituationen, kritische Ereignisse und vermeintliche therapeutische Sackgassen in einem größeren Kreis von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besprochen werden.

Für die Komplikationskonferenzen hat sich ein besonderes Fishbowl-Setting bewährt, bei dem die Teilnehmenden in einem Innen- und einem Außenkreis sitzen. Im Innenkreis nehmen Mitarbeitende mit einem unmittelbaren Bezug zum besprochenen Thema Platz. Mit Unterstützung erfahrener Moderator*innen wird die aufgegriffene Situation zunächst möglichst detailliert und ggf. unter Herausarbeitung unterschiedlicher Perspektiven rekonstruiert und erörtert. Erst im zweiten Teil der Konferenz kommen die Teilnehmenden im Außenkreis, die bis dahin im Wesentlichen zugehört haben, zum Zug und können mit ihren aus der Beobachterposition entstandenen Fragen oder Anstößen die Diskussion bereichern.

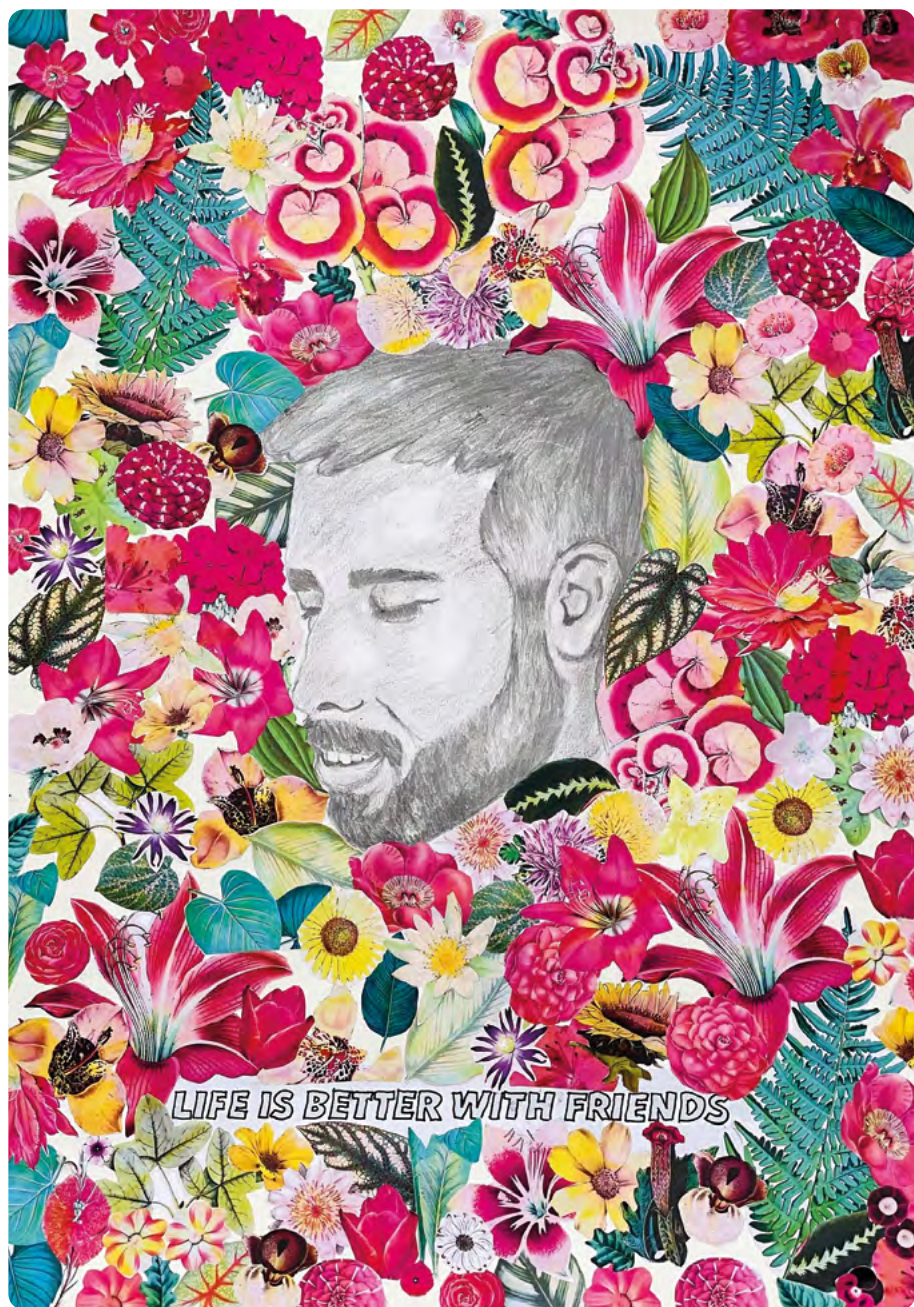
In den insgesamt vier Komplikationskonferenzen des Jahres 2024 wurden scheinbar festgefahrene Behandlungsverläufe, schwierige Fixiersituationen und Medikamentenverwechslungen besprochen.





11 | Veranstaltungen

- 18.01.2024** Dr. Lorenz Gold, CA der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtmedizin, Krankenhaus Angermünde
Neurologische Krankheitsbilder in Psychiatrie und Suchtmedizin
- 22.02.2024** Sven Reiners, Ärztlicher Leiter Krankenhaus des Maßregelvollzugs Berlin, Grundlagen der forensischen Psychiatrie – Begutachtung und Behandlung
- 14. – 15.03.2025** Jahrestagung der „Arbeitsgemeinschaft der Chefärzt*innen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern“ in Deutschland (ackpa)
- 21.03.2024** Dr. Patricia Hänel, Gesundheitskollektiv e.V. Berlin
Das GeKo-Stadtteil-Gesundheits-Zentrum Neukölln – ein innovatives medizinisches Versorgungsmodell
- 06.09.2024** **Tag der Psychiatrie 2024. Gemeinsame Sache machen – Kooperationsprojekte in der psychiatrischen Versorgung**
Herzensangelegenheiten-Eine psychokardiologische Gesprächsgruppe für Menschen mit Herzerkrankungen
Die Transitionssprechstunde Neukölln – ein fächerübergreifendes Angebot zur Begleitung des Übergangsprozesses
PIA Flex – Mobile suchtmmedizinische Versorgung in Kooperation mit der ambulanten Suchthilfe
Traumanetz Berlin – Verbesserung der Versorgung traumatisierter Frauen in der Allgemeinpsychiatrie, ein Modellprojekt
SüdFINK - Niedrigschwellige Beratung junger Erwachsener in seelischen Krisen. Ein Kooperationsprojekt der KBS Südlicht (ajb) und unserer Klinik
Chancen und Herausforderungen niedrigschwelliger Versorgung im Rahmen der Eingliederungshilfe – Vorstellung des Modellprojekts im Erstaufnahmewohnheim „Die Teupe“
- 19.09.2025** PD Dr. D. Schüpbach, G. Hauer, Deutsche Rentenversicherung
Berufliche Rehabilitation für psychisch Kranke
- 17.10.2025** Dr. Andreas Grabner, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Sozialpsychiatrischer Dienst Neukölln
Vorstellung des Sozialpsychiatrischen Dienstes

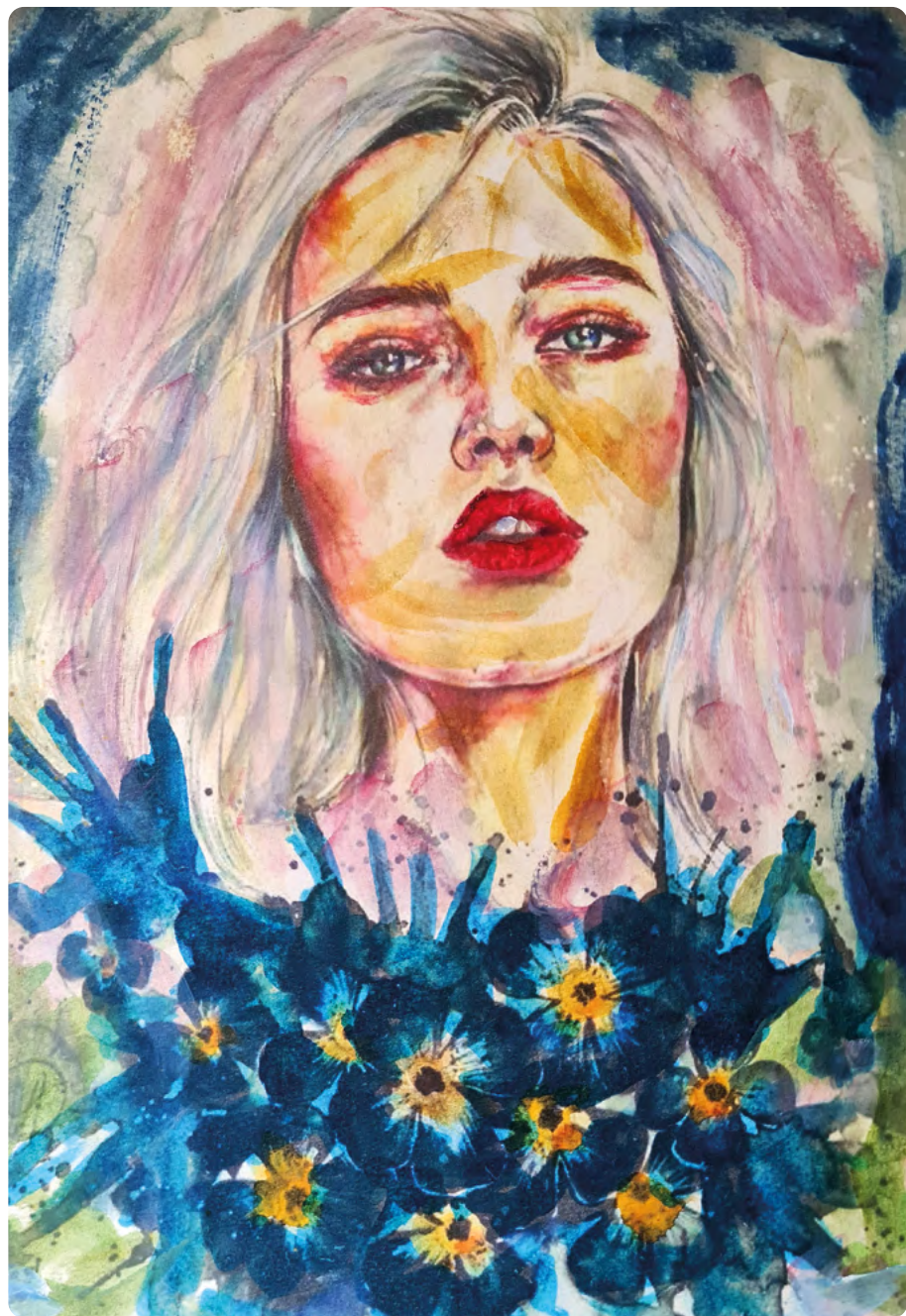


LIFE IS BETTER WITH FRIENDS

12 | Vorträge und Publikationen

Auch im Berichtsjahr 2024 haben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik an zahlreichen Vorträgen und Publikationen mitgewirkt. In dieser Jubiläumsausgabe des Jahresberichtes verzichten wir aus Platzgründen auf eine detaillierte Auflistung der Vorträge und Publikationen.





Vivantes Klinikum Neukölln
Rudower Straße 48
12351 Berlin
vivantes.de



[instagram.com/vivantes.berlin](https://www.instagram.com/vivantes.berlin)
[facebook.com/vivantes](https://www.facebook.com/vivantes)
[linkedin.com/company/vivantesgmbh](https://www.linkedin.com/company/vivantesgmbh)