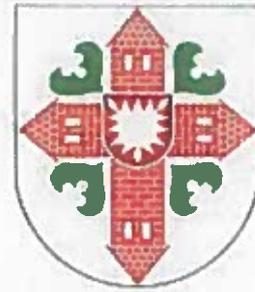


Kreis Segeberg



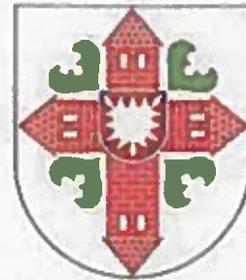
Fachdienst Gesundheit

Basisbericht 2012

Psychiatrieplan

Suchthilfeplan

Kreis Segeberg



Fachdienst Gesundheit

Psychiatrieplan 2012

Vorwort

Sehr geehrte Bürgerinnen und Bürger,

wir sind stolz, Ihnen heute den ersten regionalen Psychiatrieplan des Kreises Segeberg vorzustellen. Der Psychiatrieplan 2012 analysiert den Bedarf der Hilfsangebote für psychisch kranke Menschen im Kreis Segeberg. Eine Bestandsaufnahme der bereits vorhandenen Hilfsstrukturen im Kreis diente dabei als Ausgangspunkt.

Die erreichte Angebotsstruktur, ergänzt um die noch geplanten Maßnahmen, bietet ein sehr differenziertes, leistungsstarkes und gemeindenahes System der Hilfen. Anpassungen und Ergänzungen, die sich aus der weiteren Entwicklung ergeben, sollen zukünftig verstärkt in den Gemeinden und Städten konzipiert werden. Der Plan dient dazu, die Versorgung in Qualität und Quantität zu optimieren.

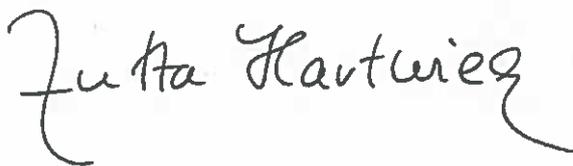
Die Veröffentlichung dieses Psychiatrieplanes gibt allen mit psychisch erkrankten Menschen und deren Situation befassten Personen und Institutionen die Gelegenheit, sich mit Anregungen und Erfahrungen aus dem eigenen Wirkungsbereich einzubringen. Mit dem Psychiatrieplan wird zudem interessierten Personen aus Fachwelt, Politik und Öffentlichkeit ein aussagekräftiges Werk über die Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen im Kreis vorgelegt.

Die laufenden Diskussionen und Planungen in den gemeindepsychiatrischen Gremien werden in diesem regionalen Psychiatrieplan für den Kreis Segeberg veröffentlicht und auch der Koordinierungsstelle soziale Hilfen, der Krankenhausplanung und der Kassenärztlichen Vereinigung für deren weitere Versorgungsplanung zur Verfügung gestellt.

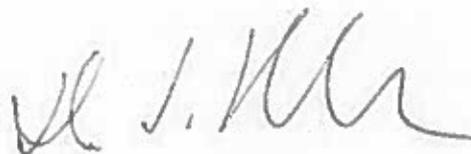
Psychiatrieplanung stellt einen dynamischen Prozess mit der Notwendigkeit regelmäßiger Anpassung dar. Wir gehen davon aus, dass eine fachliche und politische Diskussion zur weiteren Entwicklung der bestehenden Angebote in Gang kommen wird, die den personenzentrierten Ansatz und die Gemeindenähe unter dem Aspekt begrenzter Ressourcen berücksichtigt.

Wir freuen uns auf eine konstruktive Zusammenarbeit von Kostenträgern und Leistungserbringern, um weiterhin die Hilfen für psychisch erkrankte und behinderte Menschen optimal anzupassen.

Bad Segeberg, den 21.06.2012



Jutta Hartwig
Landrätin



Dr. Sylvia Hakimpour-Zern
Leiterin Fachdienst Gesundheit

Inhalt

Vorwort.....	2
Inhalt.....	3
1. Einführung.....	5
2. Daten und Besonderheiten im Kreis Segeberg.....	6
3. Verbreitung psychischer Erkrankungen und deren sozioökonomische Bedeutung.....	8
4. Geschichte und Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung.....	10
4.1 <i>Psychiatriereform</i>	10
4.2 <i>Sozialraumorientierung</i>	12
4.3 <i>Kooperation, Koordination und Vernetzung</i>	13
5. Bausteine der gemeindepsychiatrischen Versorgung (in funktionaler Betrachtungsweise).....	15
5.1 <i>Hilfekoordination, Beratung und Krisenmanagement</i>	15
5.1.1 <i>Sozialpsychiatrischer Dienst</i>	15
5.1.2 <i>Krisendienst</i>	17
5.1.3 <i>Betreuungsbehörde</i>	18
5.1.4 <i>Hilfeplanung</i>	19
5.1.5 <i>Betreuung am Übergang</i>	20
5.2 <i>Behandlung</i>	22
5.2.1 <i>Ambulante Hilfen</i>	22
5.2.2 <i>Teilstationäre Hilfen</i>	25
5.2.3 <i>Stationäre Hilfen</i>	26
5.2.4 <i>Neue Versorgungsmodelle</i>	28
5.3 <i>Pflege</i>	31
5.3.1 <i>Ambulante psychiatrische Krankenpflege</i>	31
5.3.2 <i>Psychiatrische Pflegeheime</i>	33
5.4 <i>Wohnen</i>	34
5.4.1 <i>Ambulante Betreuung im eigenen Wohnbereich</i>	35
5.4.2 <i>Therapeutische Wohngemeinschaften/ Hausgemeinschaften</i>	36
5.4.3 <i>Psychosoziale Wohnheime</i>	37
5.4.4 <i>Andere Wohnangebote</i>	37
5.5 <i>Arbeit</i>	40
5.5.1 <i>Bundesagentur für Arbeit</i>	40
5.5.2 <i>Jobcenter</i>	41
5.5.3 <i>Integrationsfachdienst</i>	42
5.5.3 <i>Integrationsbetriebe</i>	42
5.5.5 <i>Zuverdienst und Zuverdienstfirmen</i>	43
5.5.6 <i>Kooperation von Jobcenter und Eingliederungshilfe</i>	44
5.5.7 <i>Berufliche Rehabilitation</i>	44
5.5.8 <i>Berufsförderungswerke</i>	45
5.5.9 <i>Berufsbildungswerke</i>	45
5.5.10 <i>Werkstätten für seelisch behinderte Menschen</i>	46
<i>Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, Tagesstrukturierung, Selbsthilfe</i>	48
5.6.5 <i>Begegnungsstätten</i>	48
5.6.6 <i>Treffpunkte im Ort (TriOs)</i>	48
5.6.7 <i>Tagesstätten</i>	49
5.6.8 <i>Selbsthilfe, Angehörigengruppen, ehrenamtliche Hilfe</i>	49

6. Spezielle Versorgungsangebote	51
6.1 <i>Prolog</i>	51
6.2 <i>Suchtkranke</i>	51
6.3 <i>Kinder- und Jugendpsychiatrie</i>	52
6.4 <i>Psychisch kranke alte Menschen (Gerontopsychiatrie)</i>	55
6.5 <i>Genderaspekt in der Psychiatrie</i>	59
6.6 <i>Psychische Erkrankungen bei Migrantinnen und Migranten</i>	62
6.7 <i>Geistige Behinderung und psychische Erkrankungen</i>	66
7. Zusammenfassende Bewertung und Handlungsempfehlung	68
8. Quellenverzeichnis	70
Danksagung	74

1. Einführung

Im Psychiatrieplan 1990 des Landes Schleswig-Holstein formulierte die Landesregierung Ziele und Planungsschritte für ein zeitgemäßes, gemeindenahes System von Hilfen für psychisch Kranke und behinderte Menschen.

Die zuletzt im Psychiatrieplan 2000 des Landes Schleswig-Holstein veröffentlichten Leitlinien der gemeindepsychiatrischen Versorgung wurden inzwischen ergänzt und weiterentwickelt durch den Grundsatz der Inklusion. An die Stelle eigener Versorgung und Lebensräume in der Gesellschaft soll eine Einbeziehung von psychisch Kranken in normale Lebenswelten gefördert werden.

Im Jahre 2003 wurde der erste Psychosoziale Wegweiser für den Kreis Segeberg vom Sozialpsychiatrischen Dienst veröffentlicht. Seitdem wurde ein umfangreiches gemeindepsychiatrisches Netz ausgebaut, sodass in den Jahren 2009 und 2010 Neuauflagen notwendig wurden.

Im Sommer 2009 hat der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes an Hand der verfügbaren Planungsgrundlagen und der laufenden Diskussionen in den Arbeitskreisen und Gremien den Entwurf eines Psychiatrieplanes für den Kreis Segeberg begonnen. Der Plan wurde im Juni 2012 den Mitgliedern des Arbeitskreises Gemeindenahe Psychiatrie für Änderungsvorschläge und Ergänzungen vorgelegt. Hieraus entstand die vorliegende abgestimmte Fassung, die einen Überblick über das vorhandene Angebot und nicht abgedeckte Bedarfe gibt.

Aufgeführt sind auch statistische Daten, die einen Überblick über die Verbreitung von psychischen Erkrankungen im Kreis und in der Gesellschaft geben.

Zukünftige Aufgabe von Politik, Verwaltung, Kostenträgern und Dienstleistern liegt in der Koordinierung der Hilfen, insbesondere Abstimmung der Hilfeangebote auch auf besondere Bedarfe. Auf neue Problemlagen müssen neue Antworten gefunden werden. Eine Fortschreibung der Psychiatrieplanung ist somit unabdingbar.

Im Folgenden wird aus Gründen der flüssigeren Lesbarkeit und in Ermangelung einer befriedigenden Sprachregelung überwiegend die männliche Sprachform benutzt. Es sind jedoch regelhaft auch die weiblichen Personen gemeint.

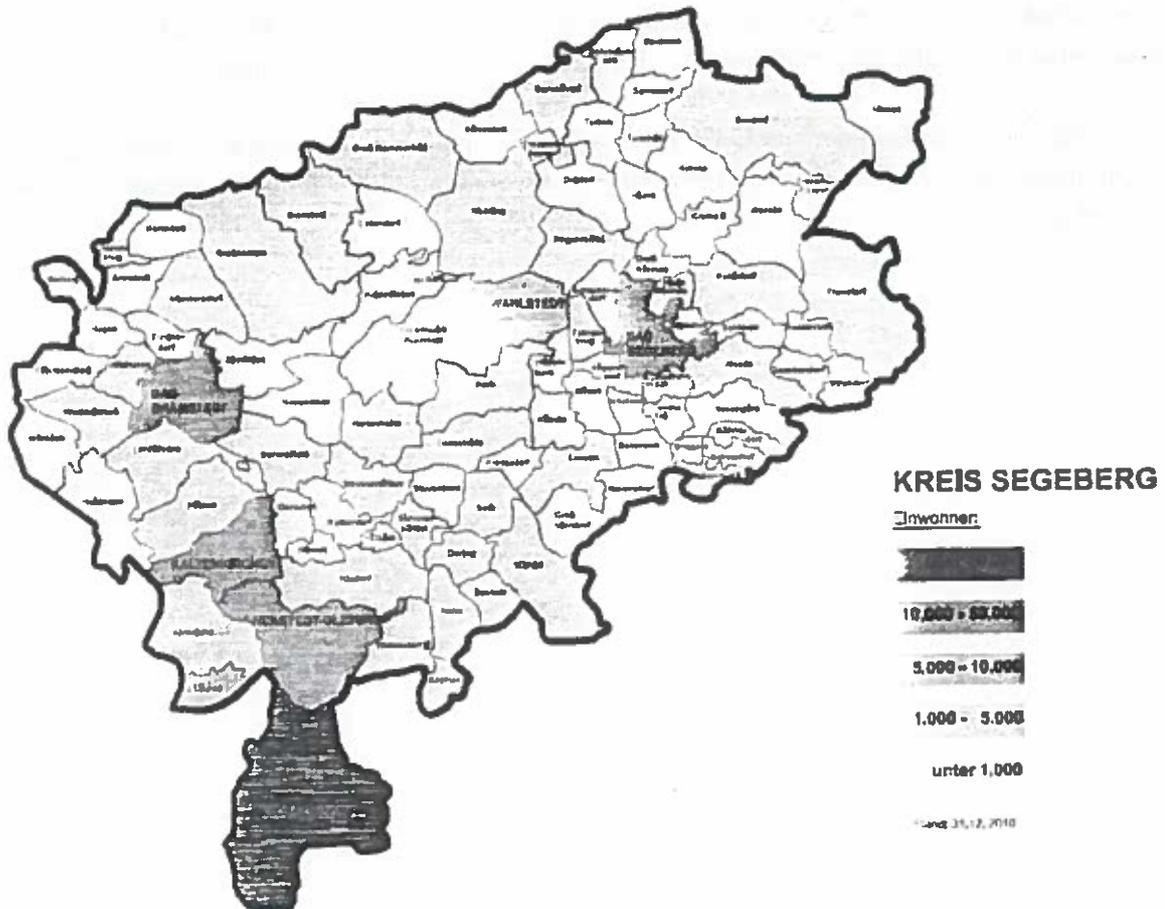
2. Daten und Besonderheiten im Kreis Segeberg

Der Kreis Segeberg liegt im südholsteinischen Raum im Städtedreieck Hamburg, Lübeck und Kiel. Ein kleiner Rückblick in die Geschichte zeigt, dass das Gebiet des heutigen Kreises Segeberg bereits seit der Steinzeit ununterbrochen besiedelt gewesen war. Die deutsche Besiedlung des östlichen Kreisgebietes begann mit der Errichtung der Burg Segeberg im Jahre 1134. Bereits im 15. Jahrhundert wurde aus der "Vogtei Segeberg", einem Militär- und Verwaltungsbezirk, das "Amt Segeberg". Erst nach der Einverleibung Schleswig-Holsteins in die preußische Monarchie wurde 1867 der Kreis Segeberg gebildet. Dieser war zunächst vor allem landwirtschaftlich geprägt.

Erst nach dem Zweiten Weltkrieg, der die Bevölkerungszahl durch Flüchtlingszuströme beträchtlich ansteigen ließ, entwickelte sich eine ausgewogene Wirtschaftsstruktur.

Die Stadt Norderstedt wurde dem Kreisgebiet ab 1. Januar 1970 zugeordnet. Norderstedt ist mit derzeit fast 72.000 Einwohnern die fünftgrößte Stadt Schleswig-Holsteins. Aufgrund der stetig wachsenden Bevölkerungszahlen erhielt sie am 1. Januar 2005 den Status einer großen kreisangehörigen Stadt.

Der Kreis Segeberg ist gemessen an der Einwohnerzahl die drittgrößte Gebietskörperschaft in Schleswig-Holstein. 2009 lebten im Kreis Segeberg auf einer Fläche von 1.344 km² etwa 258.000 Einwohner. Im südwestlichen und westlichen Kreisgebiet, in der „Metropolregion Hamburg“, haben sich überregionale Siedlungsstrukturen und Wirtschaftsschwerpunkte entwickelt. Währenddessen ist der Mittel-, Nord- und Ostteil des Kreises auch heute überwiegend landwirtschaftlich geblieben. Wirtschafts- und Siedlungsschwerpunkte gibt es hier in Bad Segeberg/ Wahlstedt und Bornhöved/ Trappenkamp.



Hinsichtlich der Bevölkerungsentwicklung prognostizieren die Statistikämter Schleswig-Holstein und Hamburg für den Kreis Segeberg eine stagnierende bzw. leicht steigende Einwohnerzahl bis zum Jahr 2025. Bei der Anzahl an älteren Bewohnern über 60 Jahre rechnet man im Zeitraum von 1995 bis 2025 mit mindestens einer Verdoppelung.

Als sozialpsychiatrische Besonderheit im hiesigen Landkreis ist die Entstehung des heutigen Psychiatrischen Zentrums Rickling zu nennen. Bereits 1887 eröffnete der Landesverein für Innere Mission in Rickling die erste stationäre Einrichtung für Suchtkranke in Schleswig-Holstein: die „Trinkerheilstätte Salem“. In den dreißiger Jahren des 20. Jahrhunderts verlagerte sich der Schwerpunkt in den Ricklinger Einrichtungen hin zur psychiatrischen Versorgung. Dabei wuchs in den Jahren von 1935 bis 1941 die Zahl der Patienten in den - damals so genannten - "Ricklinger Anstalten" von ca. 400 auf 950, wobei der überwiegende Teil aus Hamburg kam. In der Zeit des Nationalsozialismus wurde die Einrichtung teilweise beschlagnahmt und ein Konzentrationslager eingerichtet.

In den 70er Jahren erfolgte der Übergang von der lange Jahre eher bewahrenden Psychiatrie zum Fachkrankenhaus mit sozialpsychiatrischer Ausrichtung. Anfang der 80er Jahre wurde auch politisch die Dezentralisierung der klinisch-psychiatrischen Versorgung in Schleswig-Holstein vorangetrieben. So wurden im Jahr 1981 dem Psychiatrischen Krankenhaus Rickling 150 Betten der Standardversorgung für den Kreis Segeberg zugesprochen, die zuvor in der Fachklinik Heiligenhafen zugewiesen waren.

Seit Mitte der 80er Jahre wurde das Versorgungsspektrum um ambulante und teilstationäre Angebote wie Suchtberatungsstellen, Tageskliniken und ambulant betreutes Wohnen erweitert. 1998 wurde das „Psychiatrische Krankenhaus Rickling“ in das „Psychiatrische Zentrum Rickling“ umbenannt, da die bisherige Namensgebung das gewachsene komplexe Angebot nicht mehr ausreichend zum Ausdruck brachte.

3. Verbreitung psychischer Erkrankungen und deren sozioökonomischer Bedeutung

Verbreitung psychischer Erkrankungen

Psychische Erkrankungen können jeden treffen und stellen eine schwere Belastung für die Betroffenen, deren Familien und das soziale Umfeld dar mit oftmals beträchtlichen sozialen und ökonomischen Folgen. Nach Angaben des Gesundheitsberichts für Deutschland wurde die Häufigkeit psychischer Erkrankungen lange unterschätzt.

Wie die „Global Burden of Disease Study 2000“ zeigte, waren im Jahr 2000 20% der europäischen Bevölkerung durch eine psychische Störung belastet. 2006 erhöhte sich diese Quote auf 27% der EU-Bevölkerung. Dabei lag mindestens eine psychische Störung vor wie z.B. eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, Depression, psychosomatische Störung, Demenz oder Schizophrenie.

Das Lebenszeitrisko, irgendwann einmal an einer psychischen Störung zu erkranken, liegt allerdings mit über 50% der Bevölkerung wesentlich höher. Ausmaß und Folgen sind dabei höchst variabel: Einige Menschen erkranken nur episodisch, über Wochen oder Monate, andere längerfristiger. Ca. 40% der Betroffenen haben chronische Verläufe - über Jahre hinweg oder gar von der Adoleszenz bis an ihr Lebensende.

Trotz des großen Anteils psychiatrischer Erkrankungen in der Bevölkerung werden immer noch Vorurteile und Stigmatisierung gegenüber psychisch kranken Menschen geäußert und stellen dadurch ein Hindernis für die Behandlung dar.

Als mögliche Gründe für die Zunahme psychischer Erkrankungen werden von Fachleuten unter anderem die zunehmende soziale Verunsicherung, die Häufung von Krisen und Konflikten und Überlastungssymptome benannt. Andere Experten meinen hingegen, dass die Menschen nicht häufiger seelisch erkranken als früher, sondern ihre psychischen Probleme lediglich schneller entdeckt und häufiger behandelt werden.

Am Beispiel der Depression lassen sich für den Kreis Segeberg nachfolgende Schätzungen ableiten: Laut Max-Planck-Institut besteht für Depressionen eine Jahresinzidenz von etwa 13,5% bei Frauen bzw. 4,4% bei Männern. Jährlich erkranken demnach rund 18.000 Frauen und 5.000 Männer im Kreis Segeberg an einer Depression. Das Max-Planck-Institut geht von einer Lebenszeitprävalenz von 10-18% aus. Somit erkranken innerhalb ihres Lebens ca. 47.000 Bürger an einer Depression. Gefürchtete Folge einer Depression ist der Selbstmord. Es verstirbt etwa einer von sieben schwer depressiven Patienten durch Suizid. 40% bis 70% aller Suizide sind auf Depressionen zurückzuführen.

Sozioökonomische Bedeutung psychischer Erkrankungen

Im Jahr 2006 entstanden der deutschen Volkswirtschaft durch Krankheiten direkte Kosten in Höhe von insgesamt rund 236 Milliarden Euro. Mit Krankheitskosten von insgesamt rund 26,7 Milliarden Euro (11,3%) lagen im Jahr 2006 psychische und Verhaltensstörungen auf Rang 3 hinter Krankheiten des Kreislaufsystems (14,9%) und Krankheiten des Verdauungssystems (13,8%).

Nach Hochrechnungen der Weltbank und der US-amerikanischen Harvard University zum „global burden of disease“ werden depressive Erkrankungen im Jahr 2020 an zweiter Stelle aller Erkrankungen stehen, wenn man deren sozioökonomische Bedeutung für die Gesellschaft betrachtet.

Aus dem Kreis Segeberg wurden 2007 laut Krankenhausdiagnosestatistik insgesamt 3883 stationäre Behandlungsfälle mit der Hauptdiagnose „psychische und Verhaltensstörungen“ gezählt.

Aus volkswirtschaftlicher Sicht gehen mit Krankheit – neben den direkten, monetär bewerteten Kosten – zusätzliche potentielle Verluste für die deutsche Volkswirtschaft einher, die aus Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigem Tod der erwerbstätigen Bevölkerung resultieren. Sie werden in Form von verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren berechnet und stellen eine kalkulatorische Kennzahl dar. Im Jahr 2006 gingen rund 4,0 Millionen Erwerbstätigkeitsjahre durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder vorzeitigem Tod verloren. Hier ist ein Anstieg zu den Vorjahren zu beobachten.

An erster Stelle der verursachenden Krankheiten lagen 2006 laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes in Deutschland die Verletzungen und Vergiftungen (21,9%). An zweiter Stelle folgten erstmalig die psychischen und Verhaltensstörungen mit 16,1% der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre. Bedeutsame Krankheiten waren hierbei u.a. Depressionen, Schizophrenie sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol.

Die Hauptmasse der gesamten gesundheitsökonomischen Kosten von psychischen Störungen sind deshalb keine direkten, sondern indirekte Kosten des Gesundheitssystems. So haben die gemeinsamen Analysen des European Brain Council und der ECNP-Arbeitsgruppe ergeben, dass psychische Störungen jedes Jahr fast 300 Milliarden Euro Gesamtkosten ausmachen, von denen allein 132 Milliarden Euro mit indirekten Kosten (krankheitsbedingte Ausfalltage, früherer Eintritt in den Ruhestand, vorzeitige Sterblichkeit und verringerte Arbeitsproduktivität wegen psychischen Problemen) zusammenhängen. Nur 110 Milliarden Euro werden demgegenüber für direkte Kosten (Hospitalisierung und Hausbesuche von Patienten) ausgegeben. Die Kosten für die medikamentöse Therapie - als die am häufigsten eingesetzte Behandlungsart - beanspruchen dagegen nur 4% der Gesamtkosten von psychischen Störungen; die für psychotherapeutische Leistungen liegen weit unter 1%.

4. Geschichte und Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung

4.1 *Psychiatriereform*

Als die „Störenden“, die „Abwegigen“ und die „Irren“ wurden im Mittelalter psychisch kranke Menschen tituliert und damals bereits von sogenannten „Stadtärzten“ behandelt und versorgt. In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts folgte dann eine Vielzahl von psychiatrischen Anstaltsgründungen, meist in ländlicher Idylle weitab vor den Toren der größeren Städte. In Regionen mit erhöhter Bevölkerungsdichte reichte die Behandlung in den Anstalten nicht aus, so dass ein Teil der schwierigen Patienten „vor Ort“ versorgt wurden. Durch Mangel an Angeboten durch freie Träger übernahm diese wichtige Aufgabe der öffentliche Gesundheitsdienst.

In einzelnen Städten wurde bereits vor dem 1. Weltkrieg die „Fürsorgestelle für Gemüts- und Nervenkranken“ (z. B. 1914 Frankfurt/Main) eingerichtet. Diese Einrichtungen sind die Vorläufer der heutigen kommunalen sozialpsychiatrischen Dienste gewesen.

Ab 1933 setzte sich zunehmend die nationalsozialistische Ideologie, von der Fürsorge zur Gesundheitsführung, durch. Gesundheit wurde mit Leistungsfähigkeit und Krankheit mit Leistungsminderung gleichgesetzt. Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (GzVeN) vom 14. Juli 1933 veränderte die Arbeit mit kranken Menschen in ganz bedeutender Weise. Nicht Hilfe, sondern Selektion durch Zwangssterilisation bis hin zur Tötung und „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ waren die Konsequenzen der damaligen Zeit. Durch das „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ von Juli 1934 wurden den ambulanten Diensten weitgehend die rechtliche Grundlage ihrer therapeutischen und fürsorglichen Arbeitsansätze entzogen. Es kam zu einer weitgehenden Beschränkung der psychiatrischen Tätigkeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf Begutachtung, Beratung, Maßnahmen zur Gefahrenabwehr und Sicherung der öffentlichen Ordnung. Der Gedanke der Fürsorge und Wiedereingliederung der psychisch kranken Menschen in die Gemeinde und in ihr soziales Umfeld ging weitgehend verloren.

Erst in den 60er Jahren, mit der Heidelberger Denkschrift (1965), die von einem nationalen Notstand der psychisch Kranken sprach, führte 1970 zur Errichtung der Enquetekommission. Die Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete führten zu einem Perspektivenwechsel, die auch 30 Jahre danach noch die gültigen Anforderungen an eine psychiatrische Versorgung darstellen.

Die 4 Hauptempfehlungen lauten:

1. Bedarfsgerechter Ausbau wohnortnaher Hilfen im ambulanten, komplementären, rehabilitativen, teilstationären und stationären Bereich, wie z.B. Selbsthilfegruppen und Beratungsdienste,
2. Sicherstellung der bedarfsgerechten statt angebotsorientierten Versorgung, insbesondere für chronisch psychisch und mehrfach erkrankte Menschen, dabei getrennte Versorgung für psychisch Kranke und geistig Behinderte,
3. Hinwirken auf das Funktionieren einer für die gemeindepsychiatrische Versorgungsstruktur unabdingbare Koordination und Kooperation aller beteiligten Dienste und Einrichtungen,
4. Abbau sozialrechtlicher Hindernisse, die einem auf einander abgestimmten Zusammenwirken unterschiedlicher Leistungsträger und einer Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch kranken Menschen entgegenstehen.

1988 wurden diese Aussagen durch einen Bericht der Expertenkommission bestätigt. Im Mittelpunkt der Betrachtung soll zukünftig die individuelle Problematik des einzelnen psychisch kranken Menschen stehen.

Dessen Grundbedürfnisse sind:

1. Das Grundbedürfnis auf medizinisch-soziale Grundversorgung: Funktionsbereich Behandlung und Rehabilitation,
2. das Grundrecht auf eine angemessene Wohnung: Funktionsbereich Hilfen im Bereich Wohnen,
3. das Grundbedürfnis nach sinnvoller Betätigung, Entfaltung der Persönlichkeit, Teilnahme am beruflichen Leben: Funktionsbereich Hilfen im Arbeitsleben,
4. das Grundbedürfnis nach menschlichen Kontakten und Teilhabe an den Rechten: Funktionsbereich Hilfen zur sozialen Teilhabe und Verwirklichung materieller Rechte.

Der Expertenbericht spricht im Zusammenhang mit den Grundbedürfnissen von Funktionsbereichen. Die funktionellen Ressourcen des Menschen und die funktionellen Defizite des psychisch Kranken sind Ausgangspunkt und Zentrum des Hilfeansatzes. Eine Forderung war daher die konsequente Umwandlung von der angebotsorientierten hin zur personenzentrierten Versorgung.

Die Gefahr einer angebotsorientierten Versorgungsstruktur ist, dass psychisch kranke Menschen in der Gemeinde ohne qualifizierte Hilfe leben oder auch Über- und Fehlversorgungen entstehen.

Ein weiterer Entwicklungsschritt im Sinne der Psychiatriereform ist die Ausweitung der **Ambulantisierung**. Hier wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass ein selbstbestimmtes Leben mit einem individuellen Wohnbereich beginnt. Ziel ist neben dem Erhalt größtmöglicher Selbständigkeit eine Kostenersparnis für den Kostenträger. Es gibt im Kreis Segeberg mittlerweile ein breites Angebot an ambulanten Diensten wie den Sozialpsychiatrischen Dienst, Suchtberatungsstellen, psychosoziale Zentren mit Begegnungsstätten, Tagesstätten, ambulant betreutes Wohnen und Institutsambulanzen.

2005 bis 2007 nahm der Kreis Segeberg am Bundesmodellprojekt „**Persönliches Budget**“ teil. Mit dieser neuen Leistungsform können behinderte Menschen auf Antrag anstelle von Dienst- und Sachleistung eine Geldleistung oder Gutscheine erhalten, um sich die für die selbstbestimmte Teilhabe erforderlichen Assistenzleistungen selbst zu beschaffen. Die behinderten Menschen sind Experten in eigener Sache. Sie können den Einkauf von Leistungen eigenverantwortlich, selbständig und selbstbestimmt regeln. Rechtsgrundlage des persönlichen Budgets ist § 17 Abs. 2 – 6 SGB IX.

4.2 Sozialraumorientierung

Sozialraumorientierung (SRO) ist die Bezeichnung für ein Konzept, Lebenswelten so zu gestalten und Verhältnisse zu schaffen, die es Menschen ermöglichen, besser in schwierigen Lebenslagen zurechtzukommen. Sozialraumorientierung ist fünf Prinzipien verpflichtet: Orientierung am Willen der Menschen, Unterstützung von Eigeninitiative und Selbsthilfe, Konzentration auf die Ressourcen der Menschen und des Sozialraumes, zielgruppen- und bereichsübergreifende Sichtweise sowie Kooperation und Koordination. Im behördlichen Sinne meint Sozialraumorientierung eine von Verwaltung und Politik definierte Raumeinteilung in Stadtteile oder Regionen, die häufig mit der Implementierung von Sozialraumbudgets verbunden wird. Die einzelnen Prinzipien im Detail:

1. Orientierung am Willen des Menschen

Die Inhalte sozialräumlicher Arbeit begründen sich aus den Interessen und dem Willen von Menschen im Hinblick auf Veränderungen, die sie selbst aktiv erreichen möchten. Dies funktioniert nur mittels Partizipation.

2. Unterstützung von Eigeninitiative und Selbsthilfe

Die Eigenaktivität der Menschen wird systematisch durch Unterstützung gefördert. Dadurch können sie im Rahmen ihrer Möglichkeiten Selbstbestimmung entwickeln und ihre Bürgerrechte wahrnehmen.

3. Konzentration auf die Ressourcen

.....der Menschen

Die Kompetenzen der Menschen selbst und die ihnen nahe stehenden Personen werden zum Ausgangspunkt sozialräumlicher Arbeit. Gleichzeitig entwickeln die Menschen über diese Tätigkeit für die eigenen Belange ihre Handlungsfähigkeit weiter, so dass diese Lernerfolge wiederum zu mehr Unabhängigkeit von Hilfe führen können.

Im Kontakt mit Menschen mit Behinderung oder Pflegebedürftigkeit lernen auch die anderen Bewohner des Sozialraumes dazu, so dass sie in der Folge Unterstützer werden können.

.....des Sozialraumes

Im Sozialraum können vielfältige Ressourcen erschlossen werden. Dazu gehört die Gestaltung von barrierefreien Angeboten von Trägern, Einrichtungen, Vereinen, Initiativen, Behörden, Gewerbe, Gremien usw.

Wie Erfahrungen zeigen, kann mit professionellem Anstoß und entsprechender Begleitung ein gewisses Maß an Bereitschaft zu nachbarschaftlicher Hilfe sowie zum bürgerschaftlichen Engagement erreicht werden.

4. Zielgruppen- und bereichsübergreifende Sicht- und Handlungsweise

Sozialräumliche Arbeit richtet den Blick auf die Lebensbedingungen der unterschiedlichen Menschen eines Wohngebietes, nicht auf ihre Zugehörigkeit zu einer ggfs. problematischen Zielgruppe. Menschen sind in der Regel Mitglieder mehrerer Zielgruppen, deren Bedeutung für das eigene Leben wechseln kann. Ausgangspunkt von Aktivitäten sind immer die gemeinsamen Interessen der beteiligten Personen.

5. Bedeutung von Kooperation und Koordination

Die Kooperation der verschiedensten Akteure im Wohnquartier führt zu Vielfalt und reichhaltigem Leben. Systemische Arbeit über alle Träger- und Institutionsgrenzen hinweg zu koordinieren, ist sehr aufwändig, jedoch im Hinblick auf die Ziele der Sozialraumorientierung lohnend.

Sozialraumorientierung ist eben mehr als die Organisation von Angeboten in trügereigenen Räumen in Wohnortnähe.

4.3 Kooperation, Koordination und Vernetzung

Die zunehmende Vielzahl und Vielfalt der psychosozialen und psychiatrischen Dienste und Einrichtungen erforderte und erfordert eine Zusammenarbeit und Vernetzung der vorhandenen Anbieter in der Region. Bis heute haben sich daher verschiedenste Arbeitskreise und Verbände gebildet.

Als erstes sozialpsychiatrisches Netzwerk ist hier die **Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Kreis Segeberg (PSAG)** zu nennen, die bereits 1978 auf Initiative des Sozialpsychiatrischen Dienstes gebildet wurde. Grundlage für die Gründung war der Expertenbericht zur Psychiatrie-Enquete, der in einer seiner Hauptempfehlungen die Koordination und Kooperation aller beteiligten Dienste und Einrichtungen forderte im Hinblick auf das Funktionieren einer gemeindepsychiatrischen Versorgungsstruktur.

Die PSAG war und ist eine unabhängige und informelle Arbeitsgemeinschaft, arbeitet bis heute in einer Selbstorganisation und dient als Treffpunkt vor allem für Mitarbeiter und Ehrenamtliche aus allen Bereichen der psychiatrischen Versorgung und Behindertenarbeit. Die PSAG steht aber auch den Psychiatrieerfahrenen (Patienten/ Klienten) und Angehörigen sowie anderen interessierten Bürgern zur Verfügung.

Erst 1989 wurde gemäß des Psychisch-Kranken-Gesetzes für Schleswig-Holstein (PsychKG) der Arbeitskreis „Dezentrale Psychiatrie“ gegründet, der 2000 in den **Arbeitskreis „Gemeindenahe Psychiatrie“** umbenannt wurde. Aufgabe des Arbeitskreises unter Geschäftsführung des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist die Aufstellung und Fortschreibung eines regionalen Psychiatriekonzeptes und die Herausgabe eines Verzeichnisses aller regionalen Hilfsangebote. Der erste Psychosoziale Wegweiser im Kreis Segeberg erschien 2003, eine Überarbeitung erfolgte 2009 und 2010.

Neben den offiziellen und abstimmungsberechtigten Mitgliedern gemäß den Empfehlungen des Landespsychiatrieplans 2000 für Schleswig-Holstein sind ständige Gäste aus verschiedenen Institutionen und Verwaltungsbereichen anwesend. Weitere Sachkundige können bei besonderen Themen auf Beschluss des Arbeitskreises eingeladen werden. Der Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie kann aus seinen Mitgliedern Untergruppen bilden.

So besteht seit 2001 der **Unterarbeitskreis "Gerontopsychiatrie"**. Mitglieder dieses Arbeitskreises sind sowohl Sozialpsychiatrische Einrichtungen als auch Pflegeeinrichtungen und andere Schnittstellen, die sich insbesondere mit Fragestellungen zur gerontopsychiatrischen Versorgung im Kreis Segeberg beschäftigen.

Auf Initiative der PSAG haben sich im Jahr 2002 zunächst 15 Einrichtungen, Personen und Verbände, die an der psychiatrischen Versorgung im Kreis Segeberg beteiligt sind, zu einem **Gemeindepsychiatrischen Verbund** zusammengeschlossen. Mittlerweile ist der GPV auf 25 Mitglieder angewachsen. Die Verbundmitglieder haben sich verpflichtet, die Versorgung aller im Kreis Segeberg lebenden psychisch kranken und behinderten Menschen anzustreben. Die Vernetzung und Kooperation der im Kreis Segeberg tätigen Einrichtungen und Kostenträger ist eine der Hauptaufgaben des GPV. Ein gegenseitiges Kennenlernen der unterschiedlichen Einrichtungen und ihrer Konzeptionen stand in den Anfangszeiten des GPV im Vordergrund – nun soll an gemeinsamen Fortbildungen und trägerübergreifenden Konzepten gearbeitet werden. Während der Arbeitskreis "Gemeindenahe Psychiatrie" seinen Schwerpunkt in der Koordination und regionalen Psychiatrieplanung hat, liegt der Schwerpunkt des GPV in der Umsetzung und Ausführung der Hilfen.

Im Auftrag des Arbeitskreises Gemeindenahe Psychiatrie wurde unter Federführung des GPV 2004 eine **unabhängige Beschwerdestelle** für Nutzer von psychiatrischen, psychosozialen und psychotherapeutischen Diensten, Einrichtungen und Praxen im Kreis Segeberg gegründet. Die Beschwerdestelle wendet sich an alle Menschen, die Schwierigkeiten haben mit psychiatrischen Kliniken, Sozialpsychiatrischen Diensten, psychiatrischen oder psychotherapeutischen Praxen, psychologischen Beratungsstellen, gesetzlicher Betreuung, Einrichtungen der psychiatrischen Betreuung, Versorgung und Pflege. Die Beschwerdestelle will vor allem Psychiatrieerfahrene und Angehörige bei der Wahrnehmung ihrer Interessen gegenüber den zuvor genannten Einrichtungen unterstützen.

Während der Arbeitskreis „Gemeindenahe Psychiatrie“ das gesamte sozialpsychiatrische Versorgungsspektrum koordinieren soll, hat sich für den Bereich der Eingliederungshilfe seit 2005 ein eigenes Koordinierungssystem herausgebildet. Hintergrund war die Kommunalisierung der Eingliederungshilfe und damit die Übertragung von umfassenden Aufgaben des überörtlichen Trägers an die örtlichen Träger der Sozialhilfe.

Hierfür wurde bereits 2005 eine erste Hilfeplanerin im Sozialamt des Kreises Segeberg beschäftigt. Bis heute sind insgesamt 6 Hilfeplaner im Kreis tätig. Auf Anregung des GPV entstand im Kreis Segeberg auch eine neue Arbeitsgruppe „Eingliederungshilfe“ nach §4 SGB XII unter der Geschäftsführung des Kreissozialamtes.

Auf Landesebene arbeitet seit 2006 außerdem die **Koordinierungsstelle Soziale Hilfen (Kosoz)**. Alle schleswig-holsteinischen Landkreise einschließlich des Kreises Segeberg bildeten eine Verwaltungsgemeinschaft zur Koordinierung und Sicherstellung der neu vom Land übertragenen Aufgaben und richteten die Kosoz ein. Die Verhandlung und der Abschluss von Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen gehören neben der Entwicklung von Standards für eine bedarfsgerechte, effektive und wirtschaftliche Leistungserbringung und der Weiterentwicklung der individuellen und regionalen Hilfeplanung zu den wesentlichen Aufgaben der Kosoz. Hierfür hat sie in enger Abstimmung mit den Kreisen und kreisfreien Städten bereits ein Konzept zur Hilfeplanung entworfen (Kosoz-Verfahren). Die Umsetzung des Hilfeplankonzeptes im Kreis Segeberg soll im Kapitel 5.1.4 Hilfeplanung näher betrachtet werden.

5. Bausteine der gemeindepsychiatrischen Versorgung (in funktionaler Betrachtungsweise)

5.1 *Hilfekoordination, Beratung und Krisenmanagement*

Durch die Zunahme an psychischen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung in den letzten Jahren können viele Beratungsstellen neben einer Beratung keine zusätzlichen Hilfen wie eine dauerhafte qualifizierte Langzeitbetreuung kranker und behinderter Menschen mehr leisten. Umso wichtiger ist es, dass jeder Kreis und jede kreisfreie Stadt, zur Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung, Hilfe und Beratung anbietet. Insbesondere bei Menschen mit psychischen Erkrankungen ist durch das erhöhte Risiko des Suizids eine qualifizierte Beratung in Problemsituationen von hoher Bedeutung. Um den psychisch kranken Menschen und deren Umfeld helfen zu können, wurden beim Kreis Segeberg verschiedene Anlaufstellen für Betroffene eingerichtet. Bei Bedarf werden eine qualifizierte Beratung geleistet, bei Krisenbewältigung unterstützt und Hilfen koordiniert.

5.1.1 Sozialpsychiatrischer Dienst

Psychisch erkrankte Menschen benötigen aufgrund ihrer Erkrankung vielfältige Hilfe in den verschiedenen Bereichen der Lebensführung.

Beratung, Begleitung, tagesstrukturierte Angebote oder Beschäftigungsmaßnahmen in Einrichtungen können den psychisch Erkrankten helfen, diese zu überwinden.

Seit der Verabschiedung des Gesetzes für Psychisch Kranke 1979 wurde in allen Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins Sozialpsychiatrische Dienste (SpD) in den Gesundheitsämtern eingerichtet. Der Sozialpsychiatrische Dienst soll durch das offene Verständnis für psychische Erkrankungen und der Beachtung medizinischer sowie sozialer Aspekte, eine ganzheitliche Betrachtung des Betroffenen ermöglichen und somit eine neutrale und unabhängige Anlaufstelle für Menschen mit psychischer Erkrankung bieten.

Der Sozialpsychiatrische Dienst des Fachdienstes Gesundheit Kreis Segeberg ist daher eine Beratungs- und Betreuungsstelle für psychisch kranke Menschen. Insbesondere Menschen

- in akuten Krisen/Notsituationen
- mit Suizidgedanken
- mit seelischen Problemen
- mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen
- mit Suchtproblemen
- mit altersbedingten seelischen Störungen (z. B Demenz, Alterdepression)

finden beim Sozialpsychiatrischen Dienst Beratung und Hilfe durch professionelle Fachkräfte. Nicht nur der Betroffene selbst, sondern auch sein soziales Umfeld kann sich an den Sozialpsychiatrischen Dienst wenden, um geeignete Hilfe bei Problemen zu bekommen.

Das Team, geleitet von einer Fachärztin für öffentliches Gesundheitswesen, besteht aus einer Ärztin mit Psychiatrieerfahrung, einem Facharzt für Rechtsmedizin mit langjähriger Psychiatrieerfahrung und vier Sozialarbeitern/ Sozialpädagogen. Der Sozialpsychiatrische Dienst berät und informiert entsprechend der Problemlage über mögliche Hilfen und Unterstützungen unter Berücksichtigung der jeweiligen persönlichen- und Umfeldressourcen. Durch die Zusammenarbeit mit Ärzten, Kliniken und Beratungsstellen kann bei Bedarf schnell vermittelt werden. Auf Wunsch erfolgt die Begleitung des Betroffenen durch alle Hilfen. Der Sozialpsychiatrische Dienst hat jedoch keinen Behandlungsauftrag. Alle Angebote des Sozialpsychiatrischen Dienstes sind kostenlos und vertraulich.

Beratungsgespräche können telefonisch oder persönlich geführt werden. Bei Bedarf werden auch Hausbesuche gemacht, so dass ein Gespräch in einer für den Betroffenen vertrauten Umgebung stattfinden kann.

Der Sozialpsychiatrische Dienst hält werktags am Vormittag eine telefonische Sprechstunde vor. In Notsituationen kann auch direkt der sozialpädagogische Krisendienst konsultiert werden. Nachmittags finden in der Regel aufsuchende Hilfen statt.

Eine weitere Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist die psychosoziale Begleitung. Dies betrifft vor allem Menschen mit einer psychischen Erkrankung, die institutionelle Hilfen anderer Einrichtungen aus verschiedenen Gründen nicht in Anspruch nehmen können (z.B. wegen eingeschränkter Absprachefähigkeit, unzureichender Krankheitseinsicht) oder bei denen die verfügbaren Hilfen nicht ausreichen. Die Kapazität des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Kreis Segeberg reicht nicht aus, um den notwendigen Bedarf an Begleitung vollständig abzudecken.

Während einer Krisenintervention kann die Anwendung von Zwangsmaßnahmen nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) erfolgen, um einen psychisch kranken Menschen und sein soziales Umfeld vor gravierenden Schäden (für Leben, Gesundheit oder Rechtsgüter) zu bewahren, wenn die Gefährdung nicht anders abzuwenden ist.

Psychisch kranke Menschen wenden sich mit verschiedenen Fragestellungen an den Sozialpsychiatrischen Dienst. Im Vordergrund stehen die Suche nach geeigneten Hilfen, aber auch Fragen zum Umgang mit Konfliktkonstellationen im sozialen Umfeld, Fragen zur Erkrankung, Schwierigkeiten in Einrichtungen und Behörden sowie sozialrechtliche Fragen. Der Bedarf an Hilfen ist daher unterschiedlich, oft genügt eine ambulante Beratung, wobei in anderen Fällen eine intensivere Therapie in einer psychiatrischen Klinik oder Tagesklinik nötig ist. Im Falle fehlender Ressourcen wird ggf. die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung angeregt.

Angehörige und Menschen aus dem näheren Umfeld des psychisch kranken Menschen sowie Einrichtungen, Institutionen und Behörden treten mit Fragen zum Verständnis psychischer Erkrankung, zum Umgang und Verhalten gegenüber psychisch kranker Menschen, zu Hilfemöglichkeiten, Problemlösungen in umschriebenen Konfliktfeldern, zur Einschätzung von Gefährdungspotenzialen u. ä. an den Sozialpsychiatrischen Dienst heran.

Der Sozialpsychiatrische Dienst hat das Ziel, das Ausmaß und die Folgen seelischer Erkrankungen zu begrenzen durch die Vermeidung von Krisen, die Vermittlung bedarfsgerechter Hilfen und den Erhalt oder die Wiedererlangung sozialer Integration. Dies gelingt durch Unterstützung in Form von Beratung und Hilfen sowie dem Abbau von Berührungängsten und Stigmatisierung gegenüber Menschen mit psychischen Problemen. Die Hilfe zur Selbsthilfe hat Vorrang vor Fremdhilfe und dem Eingriff in die Selbstbestimmungsrechte. Der Betroffene soll durch die Unterstützung wieder in der Lage sein, sein Leben eigenständig und selbstverantwortlich zu führen.

Um diese Ziele zu erreichen, gehören zu einer erfolgreichen Beratung im Allgemeinen die Erhebung der Anamnese und die diagnostische Einschätzung, des Weiteren die Kenntnisnahme persönlicher und umfeldbezogener Ressourcen sowie der Wünsche und Ziele des Betroffenen. Grundlage der Tätigkeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist das Schleswig-Holsteinische „Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen“ (PsychKG), das Landesverwaltungsgesetz (LVwG), das Gesundheitsdienstgesetz (GDG) und das Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG).

5.1.2 Krisendienst

Bestimmte Situationen im Leben eines Menschen können belastend wirken. Fehlen dem Menschen in dieser Situation persönliche und/oder soziale Ressourcen, um erschwerte Lebenszeiten zu bewältigen, kann dieses zu einer persönlichen Krise führen. Entsteht eine Krise, befindet sich der Mensch in einem seelischen Ungleichgewicht, das er selbst aus eigener Kraft nicht überwinden kann. Oftmals reagieren die Betroffenen mit starken Stimmungsschwankungen, Ambivalenzen und Gefühlen der Spannung oder Angst.

Krisenauslösende Situationen können familiäre Konflikte, Trennungs- und Verlustängste, Suchtprobleme, Angst- und Panikzustände oder Suizidgedanken sein. Besonders gefährdet, in eine Krise zu geraten, sind Menschen mit einer psychiatrischen Vorerkrankung.

Der sozialpsychiatrische Krisendienst ist Teil des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Kreis Segeberg und richtet sich an alle hilfeschuchenden Menschen, die ihre derzeitige Situation als psychische Krise wahrnehmen.

Angehörige, Personen aus dem persönlichen Umfeld sowie Einrichtungen und Institutionen, die sich mit dem Betroffenen befassen, können sich ebenfalls in einer bestehenden Krisensituation an den Krisendienst wenden.

Der Krisendienst zur Bewältigung von psychiatrischen Not- und Krisenfällen besteht aus einem Team von vier Sozialpädagogen/ Sozialarbeitern. Sie werden bei Bedarf unterstützt durch die diensthabenden, psychiatrieeerfahrenen Amtsärzte.

Eine erste Einschätzung des akuten Hilfebedarfs hat zunächst Priorität. Hierbei kann der Krisendienst z.B. telefonischen Kontakt zum Betroffenen oder dessen sozialen Umfeld aufnehmen. Unter Umständen reicht ein anschließendes Entlastungsgespräch aus, um die krisenhafte Situation zu entschärfen.

Kann dem Betroffenen mit einem telefonischen Entlastungsgespräch nicht geholfen werden, besteht die Möglichkeit eines persönlichen Gespräches im Amt oder im häuslichen Umfeld in Gegenwart des diensthabenden Amtsarztes, ggf. unter Hinzuziehung des sozialen Umfelds (Angehörige, Hausarzt, Pflegedienst etc.).

Sollten die hinzugezogenen Hilfen nicht ausreichen und eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung vor Ort nicht abwendbar sein, ist ggf. eine Unterbringung nach dem Psychisch- Kranken Gesetz (PsychKG) als hoheitliche Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes, auch gegen den Willen des Betroffenen, zu seinem Schutz notwendig. Für eine geschlossene Unterbringung muss neben einem ärztlichen Attest durch einen in der Psychiatrie erfahrenen Arzt eine richterliche Entscheidung eingeholt werden.

Insgesamt soll jedoch durch frühzeitiges und multiprofessionelles Handeln die Notwendigkeit einer Unterbringung nach PsychKG möglichst vermieden werden.

Der Sozialpsychiatrische Krisendienst im Kreis Segeberg ist werktags tagsüber erreichbar. Außerhalb dieser Zeiten kann über die Polizei oder den hausärztlichen Notdienst Hilfe angefordert werden. Ist eine Eigen- oder Fremdgefährdung nicht auszuschließen, kann eine psychiatrische Begutachtung im zuständigen Psychiatrischen Krankenhaus Rickling erfolgen.

Aus fachlicher Sicht ist die Einrichtung eines sozialpsychiatrischen Krisendienstes mit 24-stündiger Erreichbarkeit im Kreis Segeberg anzustreben, insbesondere vor dem Hintergrund der Nichteinreichbarkeit alternativer Hilfsangebote an Feiertagen, Wochenenden und außerhalb der werktäglichen Sprechzeiten.

Die personelle Kapazität des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Kreis Segeberg reicht für die Sicherstellung eines Rund-um-die-Uhr-Krisendienstes nicht aus. In anderen Kreisen und Städten Schleswig-Holsteins wird diese Aufgabe beispielsweise durch Finanzierung zusätzlicher fachlich geeigneter Honorarkräfte oder die Ausgliederung des Krisendienstes an private Anbieter sichergestellt. Hierdurch kann eine Reduktion der Quote an Zwangseinweisungen erreicht werden.

5.1.3 Betreuungsbehörde

Am 1.1.1992 ist das neue Betreuungsgesetz in Kraft getreten und löste damit das alte Entmündigungsgesetz ab.

Nach § 1896 Abs. 1 BGB kann für einen Volljährigen, der aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen bzw. seelischen Behinderung seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen kann, ein Betreuer bestellt werden.

Die Bestellung erfolgt entweder auf eigenen Antrag des Betroffenen oder von Amts wegen auf Anregung anderer. Die zweitgenannte Alternative schließt die Möglichkeit ein, einen Betreuer notfalls auch gegen den im Verfahren erklärten Widerstand des Betroffenen bestellen zu können.

§ 1896 Abs. 2 besagt: "Ein Betreuer darf nur für Aufgabenkreise bestellt werden, in denen die Betreuung erforderlich ist. Die Betreuung ist nicht erforderlich, soweit die Angelegenheiten des Volljährigen durch einen Bevollmächtigten oder durch andere Hilfen, bei denen kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, ebenso gut wie durch einen Betreuer besorgt werden können".

Die Betreuungsanregungen erfolgen mehrheitlich aus dem familiären oder sozialen Umfeld der Betroffenen. Bei akuten Erkrankungen sind es die behandelnden Ärzte. Nur in Einzelfällen beantragen Betroffene selber eine Betreuung.

Die Betreuungsbehörde hat ihren Sitz im Kreishaus in Bad Segeberg. Zusätzlich hält sie in Norderstedt eine wöchentliche Sprechstunde in der Beratungsstelle für ältere Bürger (Pflegerstützpunkt) vor.

Die Aufgaben der Betreuungsbehörde sind u.a.:

- Beratung von Bürgern und anderen Institutionen zu Betreuungsführungen und Vollmachten, Vorsorgeregelungen
- Betreuungsgerichtshilfe (ermittelnde und beratende Tätigkeiten im Betreuungsverfahren, Sozialbericht, Beteiligung am Gerichtsverfahren)
- Suche nach geeigneten Betreuern und Benennung gegenüber Betreuungsgerichten
- Beratung, Unterstützung und Fortbildung von Betreuern
- Anhörungs- und Beschwerderechte im Betreuungs- und Unterbringungsverfahren
- Vorführung von Betroffenen zum Vormundschaftsgericht und zur Untersuchung durch Sachverständige
- Unterstützung von Betreuern bei der Zuführung von Betreuten zur freiheitsentziehenden Unterbringung
- Übernahme von Betreuungen durch Behördenmitarbeiter oder die Betreuungsbehörde selbst
- Förderung der Tätigkeit von Einzelpersonen und Vereinen im Betreuungswesen

Sachlich zuständig für das Betreuungsverfahren sind die Betreuungsgerichte in Bad Segeberg, Norderstedt und Neumünster. Sie schalten zur Sachverhaltsaufklärung nicht nur die Betreuungsbehörde ein, sondern auch einen ärztlichen Sachverständigen und müssen darüber hinaus die Beteiligungsrechte der Betroffenen berücksichtigen und sie persönlich anhören.

Die Verfahrensabläufe sind komplex und führen dazu, dass zwischen Betreuungsanregung und Betreuungsbestellung häufig mehrere Wochen vergehen. In dringenden Fällen kann das Betreuungsgericht im Rahmen einer einstweiligen Anordnung den Verfahrensweg zur Beschlussfassung verkürzen und die erforderlichen Ermittlungen nachträglich einholen.

Zum 31.12.2009 bestanden im Kreis Segeberg 3.649 Betreuungsbeziehungen bei 3.371 Betreuungsfällen. In 825 Verfahren sind neue Betreuungen eingerichtet worden. Die Betreuzahl hat sich im Verhältnis zum Jahr 2008 nur geringfügig erhöht, weil neben den neu eingerichteten Betreuungen eine ähnlich hohe Zahl an betreuten Personen verstorben ist.

Die Betreuungen werden mehrheitlich ehrenamtlich geführt und unterteilen sich dementsprechend in folgende Gruppen:

Angehörige	1.730	47,4 %
sonstige Ehrenamtliche	435	11,9 %
Berufsbetreuer	1.034	28,3 %
Betreuungsbehörde	12	0,3 %
Vereinsbetreuer	438	12,0 %

Bei den Krankheitsbildern, die zur Einrichtung einer rechtlichen Vertretung führen, sind vor allem die geistigen Behinderungen, die psychischen Erkrankungen und altersbedingten Erkrankungen zu nennen.

Die zuständigen Betreuungsrichter haben die Betreuungsbehörde im Jahre 2009 in 1.002 Fällen eingeschaltet und mit umfangreichen Ermittlungen zum Betreuungsbedarf und der Eignung von Betreuungspersonen beauftragt.

Vielfach konnte die Betreuungsbehörde durch Beratung der Betroffenen und Maßnahmen im Vorfeld dazu beitragen, dass rechtliche Vertretungen nicht eingerichtet werden mussten. In Neuverfahren oder bei Betreuungswechseln wurden den Vormundschaftsgerichten geeignete Betreuer genannt, die bereit waren, entweder ehrenamtlich oder beruflich rechtliche Vertretungen zu übernehmen.

5.1.4 Hilfeplanung

Im Kreis Segeberg wurde im Jahr 2005 erstmals die Hilfeplanung durch Sozialpädagogen im Kreissozialamt etabliert. In Ergänzung zu den Sachbearbeitern im Fachdienst Eingliederungshilfe arbeiten heute 6 Hilfeplaner. Sie gestalten für Minderjährige und Erwachsene mit körperlicher, geistiger und/ oder seelischer Behinderung die individuelle Hilfeplanung.

Im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen werden Leistungen nach den § 53 und 54 ff des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch gewährt. Voraussetzung für die Hilfestellung ist unter anderem eine wesentliche seelische Behinderung und die in der Folge bedingte Einschränkung zur Teilhabe an der Gesellschaft. Auch wenn Menschen von einer wesentlichen seelischen Behinderung bedroht sind, können Leistungen gewährt werden. Zudem muss nach Art und Schwere der Behinderung Aussicht bestehen, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt wird.

Aufgabe der Eingliederungshilfe ist nach §53 Abs. 3 SGB XII, eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Außerdem können Maßnahmen der Eingliederungshilfe eine drohende Behinderung verhüten.

Ein weiterer Personenkreis sind Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten mit psychischen Störungen. Gemäß §67 SGB XII können ihnen ebenfalls Hilfen gewährt werden.

Das Hilfeplanverfahren im Kreis Segeberg läuft wie folgt ab:

Anträge sind mit allen erforderlichen Unterlagen (u.a. Sozialhilfahauptantrag, ärztliche Unterlagen/Gutachten, Einkommens- und Vermögensnachweise) beim zuständigen Kostenträger zu stellen. Nach Eingang sämtlicher Unterlagen wird geprüft, ob noch ein amtsärztliches Gutachten erforderlich ist. Dann wird entschieden, ob in einem Erstgespräch alle Fragen geklärt werden können oder darüber hinaus eine Hilfeplanung erfolgt.

Das Hilfeplanverfahren wird nach dem sogenannten Kosoz-Verfahren durchgeführt. Beteiligte sind Antragsteller, Hilfeplaner des Kreises, die Einrichtung, ggf. der gesetzliche Betreuer und weitere Dritte.

Die aktuelle Situation wird ermittelt und der Bedarf von Leistungen zur Teilhabe geprüft. Wird ein Bedarf zur Teilhabe festgestellt, werden Zielvereinbarungen getroffen und diese in der Regel in einem schriftlichen Hilfeplan festgeschrieben. Nach der erfolgten Hilfeplanung wird dann der schriftliche Bescheid erstellt. Die zu überplanenden Lebensbereiche werden je Einzelfall festgeschrieben. Dieses können u.a. folgende sein: Gesundheit, Wohnen, Arbeit/Beschäftigung/Ausbildung, Sozialer Lebensraum und Finanzen/Institutionen. In

der Regel wird zeitnah entschieden. Manchmal sind jedoch umfänglichere und zeitaufwändige Abstimmungsprozesse erforderlich.

Im Fachdienst Eingliederungshilfe werden somit Hilfeplaner eingesetzt, für die personenzentrierte, bedarfsgerechte Hilfestaltung im Vordergrund steht. Grundsätze der Selbstbestimmung und Entfaltung der Persönlichkeit unter Berücksichtigung der individuellen Wünsche, Fähigkeiten und Bedarfe werden im Hilfeplanverfahren berücksichtigt, um zu einer passgenauen Hilfe zu kommen.

Im Vergleich zu den anderen Kreisen in Schleswig-Holstein ist der Kreis Segeberg der Kreis mit der höchsten Ambulantisierungsquote.

5.1.5 Betreuung am Übergang

Gemäß Landespsychiatrieplan 2000 handelt es sich bei der Betreuung am Übergang um eine ambulante psychosoziale Betreuung. Diese soll in Form von Einzelfallhilfe, Beratung und Begleitung eine nahtlose Überleitung von Betroffenen von einer Betreuungsform in eine andere sicherstellen und somit auch Aufnahmen in stationäre Einrichtungen vermeiden. Vorteil der Betreuung am Übergang ist ein erster schneller Zugang zum Hilfesystem ohne bürokratische Hürden und komplizierte Antragsverfahren.

Die Planung und Finanzierung der Betreuung am Übergang liegt in der Zuständigkeit der Kreise und kreisfreien Städte. Diese Aufgabe der Daseinsfürsorge wird pauschal ohne personenbezogene Leistungsentgelte durch Zuschüsse der Kommunen und des Landes finanziert.

Die Zuschüsse des Landes für die Betreuung am Übergang sind als Angebot Mitte der 80er Jahre im Rahmen des „sozialen Bürgerprogramms“ entstanden und werden heute im Sozialvertrag II geregelt. Hier ist ebenfalls die Finanzierung der Begegnungsstätten für psychisch kranke Menschen geregelt, wobei das Land nur noch 3% der Kosten trägt.

Zur Zielgruppe der Betreuung am Übergang gehören vor allem Menschen, die (noch) nicht die eigentlich erforderliche Hilfe in Anspruch nehmen bzw. die vor dem Hintergrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind, Kontakt und Unterstützung anzunehmen oder die nur diese Form der niederschweligen Hilfe z.B. auch aufgrund fehlender Krankheitseinsicht zulassen. Die Betreuung am Übergang ist auch für Menschen geeignet, bei denen bereits ein Eingliederungshilfe-Antragsverfahren läuft, die auf Therapieplätze warten oder andere Wartezeiten überbrücken müssen. Auch Menschen, die im Rahmen einer psychosozialen Krise nur kurzfristig Hilfe benötigen, dient die Betreuung am Übergang. In den Beratungen kann über Hilfsmöglichkeiten inner- und außerhalb des Kreises informiert werden und auch weitergehende Hilfen abgeklärt und vorbereitet werden, wobei diese Hilfen nicht zwingend im Rahmen der Eingliederungshilfe liegen müssen.

Die Betreuung am Übergang kann in Form von niederschweligen Kontakten auch bereits vor einer Klinikentlassung erfolgen. Im Anschluss können nachgehende Hausbesuche oder auch Beratungstermine in Dienststellen oder anderen Orten vereinbart werden. Inhaltlich wird z.B. Hilfe bei Wohnungsangelegenheiten, Unterstützung bei Behördenangelegenheiten, Begleitung zu Ärzten oder anderen Hilfestellen geleistet. Auch die Unterstützung im sozialen Umfeld, die Angehörigenberatung und Krisenberatung sind Aufgaben dieser niederschweligen Betreuungsform.

Die Betreuung am Übergang wird durch eine pauschale Finanzierung ermöglicht. Sie ist niederschwellig durch den Wegfall von Antragstellung, Verordnung und Leistungsbewilligung des Kostenträgers. Psychisch kranke Menschen, die einen Hilfebedarf im Rahmen z.B. der ambulanten Betreuungsform der Eingliederungshilfe haben, diesen aber beispielsweise aufgrund fehlender Krankheitseinsicht und mangelnder Compliance ablehnen, profitieren von diesem Angebot. Im Vergleich setzen die Soziotherapie oder die ambulante psychiatrische Krankenpflege, beides Krankenkassenleistungen nach SGB V, eine Behandlungseinsicht und -akzeptanz voraus. Sie werden deshalb von dieser Personengruppe häufig zunächst nicht in Anspruch genommen.

Im Frühjahr 1999 hatte die Landesregierung Schleswig-Holstein die Träger der Betreuung am Übergang und der Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion und auch die primär planungs- und kostenzuständigen Kommunen zu einer Bilanzierung der bisherigen Arbeit eingeladen, es erfolgte eine Diskussion über Defizite und mögliche Weiterentwicklungsformen der Angebote. Im Ergebnis wurde u.a. festgehalten, dass die Pauschalfinanzierung für diese niederschwelligsten Angebote unbedingt zu erhalten ist. Sie bilden den Kern einer gemeindenahen sozialpsychiatrischen Versorgung, arbeiten im Sinne einer Koordinierungsstelle und haben Lotsenfunktion. Insbesondere die Betreuung am Übergang kann die Compliance für die sonstigen Hilfsangebote versuchen sicherzustellen.

Gemäß dem Landespsychiatrieplan 2000 hielten alle Kreise und kreisfreien Städte Schleswig-Holsteins mit Ausnahme des Kreises Segeberg die Betreuung am Übergang vor.

Eine niederschwellige Beratung und Begleitung wird in wenigen Fällen vom Sozialpsychiatrischen Dienst gemäß dem PsychKG (Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen) sichergestellt. Diese Form der Hilfe ähnelt inhaltlich der Betreuung am Übergang, die aber eine freiwillige Leistung gemäß dem Sozialvertrag II darstellt und nicht vom Sozialpsychiatrischen Dienst übernommen wird. Hierfür ist im Sozialpsychiatrischen Dienst weder eine ausreichende personelle noch eine finanzielle Ausstattung vorhanden. Vor Einführung der Hilfeplanung in 2005 gab es im Kreis Segeberg ein Instrument, welches es ermöglichte, dass Betroffene, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nicht oder noch nicht in der Lage waren, Hilfe zu beantragen, vorzeitige Unterstützung durch die späteren Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen. Es handelte sich um die sogenannte „Einbindungserklärung“, in der das Kreissozialamt eine kurzfristige, vorläufige Kostenübernahme zusicherte, unabhängig davon, ob eine spätere Eingliederungshilfe gewährt wurde.

Nach Einführung der Hilfeplanung im Kreis Segeberg wurden die Hilfen im Rahmen der Einbindungserklärung von Seiten der Eingliederungshilfe ersatzlos gestrichen. Damit fehlt für die oben beschriebenen psychisch kranken Menschen ein niedrigschwelliges Hilfsangebot.

Anzumerken ist, dass es seit 2009 für die Gruppe der suchtkranken Menschen des Kreises als zeitnahe, niedrigschwelliges Angebot die „aufsuchende Suchtberatung für Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten im Kreis Segeberg“ gem. § 67 SGB XII gibt, welches der Einbindungserklärung ähnlich ist, allerdings nicht trägerunabhängig ist. Diese „Aufsuchende Suchtberatung“ wird ausschließlich durch die Ambulante und Teilstationäre Suchthilfe (ATS) des Landesvereins für Innere Mission Schleswig-Holstein erbracht. Die ATS unternimmt zeitnah einen ersten Hausbesuch und kann bis zu 7 weitere persönliche Kontakte leisten. Dem oben beschriebenen Personenkreis wird somit überhaupt erst ermöglicht, am bestehenden (Sucht)Hilfesystem teilhaben zu können. Die Hilfestellung umfasst – einzelfallorientiert – alle Lebensbereiche und dient sowohl der Aufklärung über Hilfsmöglichkeiten als auch der ggf. notwendigen Unterstützung bei der Antragstellung für weitergehende Maßnahmen. Hierbei schließt sich nicht zwingend eine Eingliederungshilfemaßnahme an, sondern häufig auch Behandlungsmaßnahmen nach SGB V oder eine medizinische Rehabilitation gem. SGB VI.

Die Vermittlung an die ATS erfolgt durch Gesundheits-, Sozial- oder Ordnungsbehörden sowie das medizinische Versorgungssystem (niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser).

Es wird empfohlen, auch für die Personengruppe der psychisch kranken Menschen eine solche zeitnahe, niedrigschwellige, aufsuchende Hilfe zu etablieren.

5.2 Behandlung

Psychische Störungen ergeben sich oftmals durch ein Wechselspiel zwischen dem Menschen und seiner Umwelt. Bei der Behandlung von psychisch kranken Menschen spielen daher somatische, psychische, pädagogische und soziale Aspekte eine wesentliche Rolle. Durch die verschiedenen Elemente der Behandlung soll der Betroffene seine Ressourcen stärken und wieder aktiv und selbständig werden. Die Behandlung psychisch erkrankter Menschen sollte, wenn möglich, ambulant erfolgen, um einen realitätsnahen Bezug zwischen Therapie und Krankheit herstellen zu können. Psychiatrische Behandlungen dienen nicht nur der Beseitigung von Krankheitssymptomen durch ärztliche Heilmaßnahmen, sondern umfassen auch Hilfen zur Beseitigung und Kompensation von Krankheitsfolgen.

5.2.1 Ambulante Hilfen

5.2.1.1 Niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten

Die ambulante psychiatrische Behandlung erfolgt oftmals in den Praxen der niedergelassenen Ärzte für Psychiatrie/Neurologie und/oder Psychotherapie. Sie stellen ein wesentliches Element in der ambulanten psychiatrischen Versorgung dar. Schwerpunkte in der Behandlung sind die Diagnostik, intervenierende Hilfen und die kontinuierliche Weiterbehandlung der Patienten.

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein trifft auf der Basis der Einwohnerstruktur eines Gebietes Aussagen über den kassenärztlichen Versorgungsbedarf. Der Orientierungswert der Kassenärztlichen Vereinigung für eine Nervenarzt-Praxis pro Einwohnerzahl liegt im Kreis Segeberg bei 34.947 Einwohnern. Dies wäre bei ca. 258.800 Einwohnern ein Bedarf an 8 Fachärzten. Im Kreis Segeberg gibt es mit Stand vom Januar 2012 10 niedergelassene Fachärzte für Neurologie und/oder Psychiatrie. Hier verfügt ein Arzt jedoch nur über einen halben Versorgungsauftrag, so dass auf dem Planungsblatt 9,5 Nervenärzte ausgewiesen sind. Zusätzlich gibt es im Kreis Segeberg 2 Facharztpraxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Unter dem Begriff Nervenärzte fasst die Kassenärztliche Vereinigung Praxissitze mit verschiedenen Facharztqualifikationen zusammen. Darunter findet sich der Facharzt (FA) für Nervenheilkunde, FA für Neurologie, FA für Psychiatrie, FA für Neurologie und Psychiatrie und FA für Psychiatrie und Psychotherapie.

Nach den Richtlinien über die Bedarfsermittlung besteht somit im Kreis Segeberg eine bedarfsgerechte Versorgung durch niedergelassene Fachärzte.

Obwohl die Anzahl der Nervenärzte für Erwachsene laut Kassenärztlicher Vereinigung als ausreichend deklariert wird, muss zu bedenken gegeben werden, dass viele Niedergelassene ausschließlich neurologisch tätig sind, was somit eine reale Unterversorgung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung nach sich zieht. Lange Wartezeiten von bis zu 3 Monaten bei Erstkontakt sind die Folge.

Durch das Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind der kassenärztlichen psychotherapeutischen Versorgung seit dem Jahr 1999 neue Partner zugewachsen. Aus ökonomischer Sicht teilen sich nun ärztliche und psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Aufgabe der psychotherapeutischen Versorgung gleichartiger Patientengruppen.

Insgesamt sind nach Stand Januar 2012 im Kreisgebiet 9,5 niedergelassene Fachärzte für Neurologie und/oder Psychiatrie für Erwachsene, 29 tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapeuten sowie 20 Verhaltenstherapeuten tätig.

Für die Kinder- und Jugendpsychotherapie können wir im Kreis Segeberg 7 tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapeuten sowie 3 Verhaltenstherapeuten verzeichnen.

Wartezeiten bis zum Therapiebeginn betragen in der Regel 6 Monate und länger.

Aufgrund langer Wartezeiten wird die psychiatrische Versorgung oftmals durch die Hausärzte kompensiert. Seit 2005 ist in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin die Teilnahme am Kurs „Psychosomatische Grundversorgung“ verpflichtend.

5.2.1.2 Institutsambulanzen

Eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) ist ein ambulantes Behandlungsangebot psychiatrischer Fachkrankenhäuser und psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die gemäß § 118 S. Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind. Sie bilden zusammen mit den niedergelassenen Fachärzten und Psychologen ein ambulantes Versorgungsnetzwerk für psychisch erkrankte Menschen. Es handelt sich oftmals um Patienten mit schweren oder chronischen Verläufen ihrer Erkrankung und um Patienten, die kürzlich aus der stationären Behandlung entlassen worden sind.

Ziel ist die Verkürzung und Vermeidung der stationären Behandlungszeiten sowie eine Kontinuität der Behandlung zu gewährleisten. Neben der ärztlichen Betreuung und Behandlung der Patienten verrichtet eine psychiatrische Pflegefachkraft Arbeit am Übergang.

Kostenträger der ambulanten psychiatrischen Behandlung sind die Krankenkassen.

Im Kreis Segeberg hält der Landesverein für Innere Mission in Schleswig-Holstein drei Institutsambulanzen für Erwachsene vor. Standorte sind:

- das Psychiatrische Zentrum Rickling (PZR)
- die Tagesklinik Bad Segeberg
- die Tagesklinik Kaltenkirchen

Eine Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche besteht im Kreis Segeberg nicht. Die jungen Patienten müssen lange Wege in benachbarte Kreise auf sich nehmen.

5.2.1.3 Soziotherapie

Soziotherapie ist eine Behandlungsleistung der Krankenkassen gemäß § 37 a SGB V für schwer und langfristig psychisch kranke Menschen. Psychisch erkrankte Menschen sind meist aufgrund ihrer Krankheit nicht in der Lage, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen und werden dadurch immer wieder zur stationären Behandlung in Krankenhäuser aufgenommen oder fallen komplett durch das Versorgungsnetz.

Zielgruppe der Soziotherapie sind Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wie Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, schizoaffektiven Störungen oder schweren depressiven Episoden mit psychotischen Symptomen. Der Betroffene muss ein Mindestmaß an Belastbarkeit, Motivationsfähigkeit, Kommunikations- und Absprachefähigkeit aufweisen, um einen Erfolg erzielen zu können.

Die Soziotherapie beinhaltet für den Patienten Motivationsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen zum Abbau psychosozialer Defizite und Aufbau von Persönlichkeitsressourcen. Krankheitsbedingte Belastungen oder Beeinträchtigungen werden dadurch verringert oder beseitigt bzw. alltagspraktische Handlungsfähigkeiten verbessert. Der Patient kann durch die verschiedenen Methoden seine Krankheit besser wahrnehmen und kann Möglichkeiten zum Selbstmanagement, dem Erkennen von Frühwarnzeichen und dem Umgang mit Krisensituationen erlernen um so Rückfällen und Isolierung vorzubeugen. Gegebenfalls wird auch das soziale Umfeld des Betroffenen mit einbezogen, um die soziotherapeutische Arbeit zu unterstützen.

Die Soziotherapie ist auf 120 Stunden innerhalb von drei Jahren begrenzt.

Soziotherapie wird von Fachärzten, die von der kassenärztlichen Vereinigung (KV) zur Verordnung von Soziotherapie zugelassen sind, verordnet. Diese erstellen zusammen mit dem Soziotherapeuten einen Therapieplan. Die Soziotherapie ist daher eine koordinierte Unterstützung für psychisch schwer Erkrankte auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. Der Patient soll hierdurch in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. Dazu motiviert die soziotherapeutische Fachkraft den kranken Menschen zu notwendigen gesundheitlichen Maßnahmen. Der

Betreuungsplan und die Verordnung der Soziotherapie ist die vorgeschriebene Grundlage der Zusammenarbeit von Patient, Arzt und Soziotherapeuten.

Soziotherapeutische Leistungen können Einzelpersonen oder Einrichtungen anbieten, die eine Zulassung der Krankenkasse haben. Als geeignet gelten anhand der Richtlinien Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Fachkrankenschwäger mit mindestens dreijähriger psychiatrischer Berufserfahrung. Davon muss mindestens ein Jahr im psychiatrischen Krankenhaus mit Regionalversorgungspflicht und ein Jahr in der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung in Vollzeit absolviert sein. Die geringe Vergütung der soziotherapeutischen Fachleistungsstunde steht in krassem Gegensatz zur fachlich geforderten Expertise. Diese Bedingungen gestalten sich als Nadelöhr: Im Kreis Segeberg gibt es keinen Anbieter für Soziotherapie.

5.2.1.4 Ergotherapie

Ergotherapie wird vom Arzt als Heilmittel gemäß § 32 SGB V verordnet. Sie ist eine Rehabilitationsform für Menschen, die durch Krankheit oder eine Behinderung eingeschränkte Körperfunktionen im motorischen, sensorischen und psychischen Bereich verbessern oder kompensieren möchten.

Ziel ist es, dass der Patient wieder seine Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alltags- und Berufsleben durch die Wiederherstellung oder Verbesserung der Einschränkung körperlicher, geistiger oder psychischer Fähigkeiten erlangt. Ergotherapie ist für jede Altersstufe geeignet und kann bei unterschiedlichen gesundheitlichen Problemen helfen. Sie beinhaltet verschiedene Trainings- und Kreativangebote, Methoden zum Kompetenzerwerb und die Arbeitstherapie.

Menschen mit einer psychischen Erkrankung können durch eine Ergotherapie ihre persönlichen Ressourcen wieder reaktivieren. Es werden Grundleistungen wie Antrieb, Motivation, Belastbarkeit oder Ausdauer gestärkt.

Im Kreis Segeberg sind nach Stand November 2011 13 Ergotherapeuten zu verzeichnen. Anzumerken ist aber, dass Ergotherapiepraxen zum Teil auf spezielle Krankheitsbilder, z.B. der Neurologie und Pädiatrie, ausgerichtet sind und somit für psychisch Kranke nicht zur Verfügung stehen.

5.2.2 Teilstationäre Hilfen

Teilstationäre Behandlungen sind medizinische Maßnahmen, die weniger als 24 Stunden durchgeführt werden. Der Patient wird nur an einem Teil des Tages stationär behandelt. Die restliche Zeit des Tages oder der Nacht wird der Patient in der Regel nach Hause entlassen. Während einer teilstationären Behandlung hat der Patient im Krankenhaus Anspruch auf die Verpflegung und Versorgung. Diese Behandlungsart kann in regulären Krankenhäusern, aber auch in Tages- und Nachtkliniken erfolgen. Bei der teilstationären Behandlung hat der Patient im Gegensatz zur stationären Behandlung keinen Anspruch auf Krankenhaustagegeld.

5.2.2.1 Tageskliniken

In einer Tagesklinik werden Menschen mit psychischen Erkrankungen aufgenommen, die eine vollstationäre Behandlung nicht oder nicht mehr benötigen, jedoch mit einer ambulanten Behandlung nicht ausreichend betreut sind. Die Patienten nehmen an einem Therapieprogramm teil wie in einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Akutklinik, kehren aber täglich im Anschluss daran in ihr gewohntes häusliches und soziales Umfeld zurück. Im Unterschied zur ambulanten Behandlung ist im teilstationären Setting eine höhere Therapiedichte gewährleistet.

Ziel ist die Stabilisierung der seelischen Gesundheit. Es soll grundsätzlich eine realistische Lebensperspektive unter Einschluss eines angemessenen Umgangs mit der Erkrankung erarbeitet werden. Für jeden Patienten wird ein individueller Behandlungsplan erstellt, der die Bedürfnisse und Möglichkeiten des Einzelnen berücksichtigt. Zur Individualität des Behandlungsplanes gehört auch, dass psychisch kranke Menschen die Leistungen der Tagesklinik in unterschiedlicher wöchentlicher Stundenzahl in Anspruch nehmen können. Entsprechend variiert auch die Behandlungsdauer, die durchschnittlich 5-6 Wochen beträgt.

Das Durchschnittsalter der Patienten beträgt ca. 45 bis 55 Jahre, ca. 80 % der Patienten sind Frauen.

Schwerpunktdiagnosen in der Behandlung sind depressive Erkrankungen - zumeist mit einer Co-Morbidität im Sinne von Persönlichkeitsstörungen und Angststörungen. Patienten mit einer bipolaren oder schizophrenen Erkrankung sind eher selten in der Behandlung.

Ausgenommen von der tagesklinischen Behandlung sind Menschen, die akut suizidal sind, bei denen die Suchtmittelabhängigkeit akut im Vordergrund steht oder die schwere hirnorganische Veränderungen haben.

Zum Therapieprogramm können folgende Leistungen gehören:

- Einzel- und Gruppenpsychotherapie
- Medikamentöse Behandlung
- Sozialpädagogische Beratung und Hilfestellung
- Psychoedukation (Informationsgruppen)
- Soziales Kompetenztraining
- Ergotherapie, Werk- und Arbeitstherapie
- Kunsttherapie, Musiktherapie
- Freizeit- und Sportaktivitäten
- Konzentrations- und Entspannungsverfahren
- Angehörigenberatung
- Lichttherapie

Die Zuweisung zur teilstationären psychiatrischen Behandlung kann durch den Haus- oder Facharzt sowie im Anschluss an eine stationäre Behandlung durch den Krankenhausarzt erfolgen. Die Kosten der Behandlung trägt die jeweilige Krankenkasse.

Im Kreis Segeberg hält der Landesverein für Innere Mission in Schleswig-Holstein zwei Tageskliniken vor. Standorte sind in Kaltenkirchen und Bad Segeberg. Ein weiterer Standort ist in Norderstedt aufgrund eines hohen Bedarfes geplant. Problematisch erweist sich hier die Grundstückssuche und die Finanzierung.

Die Tagesklinik in Kaltenkirchen verfügt über 29, die Tagesklinik Bad Segeberg über 18 Behandlungsplätze. Sie arbeiten in einem interdisziplinären Team. Hierzu gehören beispielsweise Ärzte für Psychiatrie und

Psychotherapie, Psychologen, Diplompädagogen, Krankenpflegekräfte, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten, Werktherapeuten und Musiktherapeuten.

5.2.3 Stationäre Hilfen

5.2.3.1 Psychiatrisches Krankenhaus

Im vollstationären Rahmen einer psychiatrischen Klinik oder einer psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses werden Diagnostik, Behandlung und Kriseninterventionen durchgeführt. Hier arbeitet ein multiprofessionelles Team aus Ärzteschaft, Pflegekräften, Psychologen, Sozialpädagogen, Musik-, Ergo-, Bewegungstherapeuten u. s. w. Das stationäre Setting bietet einen sicheren, beschützenden Rahmen für psychisch kranke Menschen.

Erkrankungen aus dem psychiatrischen Formenkreis bedürfen in akuten Episoden oftmals temporär einer vollstationären Unterbringung im Sinne einer Krisenintervention oder eines Behandlungsintervalls zur Stabilisierung. Eine Krisenintervention dauert durchschnittlich wenige Tage bis etwa zwei Wochen. Eine stationäres Diagnostik- und Behandlungsintervall beträgt durchschnittlich etwa sechs bis acht Wochen.

Prinzipiell haben alle Menschen bei freier Willensbestimmung eine freie Krankenhauswahl. Es besteht eine Aufnahmepflicht zur vollstationären Unterbringung in den im Landesplan festgelegten zuständigen psychiatrischen Krankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen. Dies gilt insbesondere für stationäre Aufnahmen im Rahmen einer Zwangsmaßnahme nach PsychKG, bei der ein psychisch kranker Mensch auch gegen oder ohne seinen Willen wegen akuter Eigen- oder Fremdgefährdung unterzubringen ist.

Im Kreis Segeberg nimmt das Psychiatrisch Krankenhaus Rickling mit 282 Betten die psychiatrische und psychotherapeutische Regionalversorgung für psychisch kranke Erwachsene wahr. Weitere psychiatrische Kliniken und psychiatrische Abteilungen finden sich in den Nachbarkreisen und -städten.

Im Kreis Segeberg gibt es keine psychiatrische Klinik für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Fachkliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie liegen zumeist wohnortfern in den Nachbarkreisen und -städten. Bei einer Eigen- oder Fremdgefährdung von Kindern oder Jugendlichen besteht nach dem Landesplan eine Aufnahmepflicht im Schlei-Klinikum FKSL, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie in Schleswig. Im Gegensatz zu psychisch kranken Erwachsenen sollten stationäre Unterbringungen und Behandlungen psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, bei fehlender Freiwilligkeit, vorrangig nach dem Bundesgesetzbuch (BGB §1631) auf Antrag des sorgeberechtigten Eltern beim zuständigen Familiengericht durchgeführt werden. PsychKG sollte bei Nichterreichbarkeit oder bei aktueller Unzurechnungsfähigkeit der sorgeberechtigten Eltern angewendet werden.

Eine Dezentralisierung der landesweiten psychiatrischen Versorgung, festgelegt im Landespsychiatrieplan von Schleswig-Holstein 1990, wurde im August 1998 abgeschlossen.

Der Unterbringungsplan wird vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales erlassen und dem aktuellen Stand der bestehenden vollstationären psychiatrischen Kliniken und Abteilungen angepasst, zuletzt im September 2009 mit Gültigkeit vom 1. Oktober 2007 bis 30. September 2012.

Im Unterbringungsplan Teil 1 ist die Versorgungspflicht der psychiatrischen Abteilungen und psychiatrischen Kliniken für den jeweiligen Kreis bzw. die kreisfreie Stadt festgelegt. Teil 2 des Unterbringungsplanes beschreibt Sonderfälle.

Die Versorgungsverpflichtung der zuständigen psychiatrischen Kliniken und psychiatrischen Abteilungen darf für psychisch kranke Menschen anderer Regionen kein Ausschlusskriterium darstellen. Alle psychiatrischen Krankenhäuser und psychiatrischen Abteilungen sind einbezogen in die Regionalversorgung.

Zu den Sonderfällen zählen:

- In begründeten Einzelfällen, wenn vor der psychischen Krankheit eine gleichzeitige somatische Erkrankung vorrangig behandelt werden muss, kann die Unterbringung in einem anderen Krankenhaus vollzogen werden, das geeignet ist, die somatische Erkrankung zu behandeln. Anschließend erfolgt die Weiterbehandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus.
- Für die Aufnahme von psychisch Kranken, die gleichzeitig an Tuberkulose erkrankt sind, ist die Fachklinik Heiligenhafen (Infektionsstation) zuständig - abweichend von der Versorgungspflicht und dem Unterbringungsplan.
- Unabhängig von den Einzugsbereichen können die Kliniken für Psychiatrie der Universitätskliniken Kiel und Lübeck nach dem PsychKG Unterzubringende in besonderen Einzelfällen aufnehmen.
- Für nach dem PsychKG unterzubringende Kinder und Jugendliche ist landesweit die Fachklinik Schleswig zuständig mit Ausnahme des Gebietes der Hansestadt Lübeck. In besonderen Einzelfällen ist die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Kiel zuständig.

5.2.3.2 Psychosomatische Kliniken

Nach der Musterweiterbildungsverordnung der Bundesärztekammer umfasst die psychosomatische Medizin die Erkennung, psychotherapeutische Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Verursachung psychosoziale und psychosomatische Faktoren einschließlich dadurch bedingter körperlich-seelischer Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind.

Seit etwa 1935 beschäftigt sich die psychosomatische Medizin als eigenes Fach mit systematischer wissenschaftlicher Forschung. In der Approbationsordnung von 1970 wurden die psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland (BRD) scheinpflichtige Unterrichtsfächer. Es entstanden daraufhin die ersten eigenen Abteilungen für psychosomatische Medizin. 1978 wurde in der ehemaligen DDR der „Facharzt für Psychotherapie“ geschaffen, 1992 in der BRD (Musterweiterbildungsverordnung der Bundesärztekammer) der „Arzt für Psychotherapeutische Medizin“ eingeführt neben dem bestehenden Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und dem Nervenarzt (Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie). 2003 änderte der Deutsche Ärztetag diese Bezeichnung in „Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“.

Auch für psychosomatische Erkrankungen gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“.

Die stationäre Psychosomatik umfasst einerseits integrative und interdisziplinäre Konzepte an Universitätskliniken und öffentlichen Krankenhäusern, andererseits auch Angebote in psychosomatischen Rehabilitationskliniken sowie psychosomatische Akuteinrichtungen.

In Schleswig Holstein wurde im Psychiatrieplan 1990 beschrieben, dass psychotherapeutische/psychosomatische Kompetenz in allen medizinischen Disziplinen wünschenswert ist mit Erforderlichkeit einer speziellen Bettenkapazität für stationäre psychotherapeutische/psychosomatische Behandlungen.

Ein von der Landesregierung erarbeiteter Orientierungsrahmen wurde im Sommer 1996 von den an der Krankenhausplanung Beteiligten zustimmend zur Kenntnis genommen. Mit Fortschreibung des Krankenhausplanes im Jahr 2000 wurde die Disziplin „Psychotherapeutische Medizin“ als eigenständiges medizinisches Fachgebiet in den Krankenhausplan aufgenommen.

Im Kreis Segeberg sind im Rahmen der stationären Versorgung zu nennen:

- Segeberger Kliniken, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
44 Patienten werden für Behandlungen nach §39 (§108) SGB V mit Einweisungsscheinen stationär aufgenommen, im Einzelfall auch in Form von Akutbehandlungen. Daneben werden 150 Betten für psychosomatische Rehabilitationsmaßnahmen der Rentenversicherer und der Krankenkassen nach § 40 (§ 111) SGB V vorgehalten. Eine Erhöhung auf insgesamt 390 Betten wurde beantragt (Stand Januar 2012).
- Schön Klinik Bad Bramstedt
230 Krankenhausbetten gem. § 108 SGB V, 55 Reha-Betten gem. § 111 SGB V, 148 „sonstige“ Betten.

5.2.4 Neue Versorgungsmodelle

5.2.4.1 Integrierte Versorgung

Das bisherige Vertrags- und Versorgungssystem hat für psychisch erkrankte Menschen viele Nachteile. Das ambulante Versorgungsangebot ist schwer zu überschauen. Auch die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Institutionen ist häufig unbefriedigend. Viele Behandlungen und Kriseninterventionen werden immer noch stationär in der psychiatrischen Klinik durchgeführt, obwohl es seit Jahren – in ganz Europa – andere, lebensweltorientierte Behandlungsmöglichkeiten gibt. Der besondere Bedarf chronisch kranker Menschen und ihr Recht auf eine Behandlungsmöglichkeit in ihrem Lebensumfeld werden somit systematisch vernachlässigt. Hierdurch entstehen oftmals Zeit- und Reibungsverluste an den Übergängen, suboptimale Behandlungsergebnisse, Doppelversorgung für die einen, Unterversorgung für die anderen Patienten und nicht zuletzt unnötige Kosten.

Integrierte Versorgung ist die Idee einer neuen „sektorenübergreifenden“ Versorgungsform im Gesundheitswesen. Sie fördert eine stärkere Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Behandlungsformen (Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser), um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und gleichzeitig die Gesundheitskosten zu senken.

Im Jahr 2000 wurde ins SGB V (Krankenversicherung) der § 140 a-d neu eingefügt. Er erlaubt den Krankenkassen, frei ausgestaltbare Verträge unmittelbar mit Leistungserbringern über eine interdisziplinäre sektorübergreifende Versorgung bestimmter Patientengruppen abzuschließen.

Die in § 140 a-d SGB V beschriebene Integrierte Versorgung verfolgt zunächst nicht kostenträgerübergreifende Komplexeleistungen. Es geht ausschließlich um die Integration und bessere Verknüpfung von SGB-V-Leistungen in der Verantwortung der Krankenkassen (Krankenhausversorgung, vertragsärztliche/vertragspsychotherapeutische Leistungen, medizinische Rehabilitation, ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie, sozialpädiatrische Leistungen, Heilmittel wie z.B. Ergotherapie, Hilfsmittel, Arzneimittel). Dennoch besteht damit erstmals eine rechtliche Grundlage für das Schnüren individueller, bedarfsgerechter Behandlungs- und Versorgungspakete, die dem multidimensionalen Charakter seelischer Erkrankungen besser gerecht werden.

Besondere Vorteile für die Patienten, die sich in einen solchen integrierten Behandlungsvertrag einschreiben, sind verbindliche, transparente Behandlungsverträge, eine 24-stündige Erreichbarkeit der Hilfsdienste sowie Rückzugsräume als Alternativen zu Klinikaufenthalten.

Die Regelversorgung besteht davon unberührt weiter. Der Patient kann sich für die Teilnahme an diesem Programm seiner Kasse entscheiden, d.h. er hat eine zusätzliche Wahlmöglichkeit.

Bundesweit gibt es derzeit ca. 150 Verträge im Bereich der Versorgung von psychischen oder Suchterkrankungen. Sie werden zurzeit überwiegend von Kliniken und niedergelassenen Ärzten getragen, Gemeindepsychiatrische Träger bilden derzeit noch eine Minderheit.

In Schleswig-Holstein und in Hamburg wird im Sinne einer Integrierten Versorgung das NetzWerk psychische Gesundheit über die Abitato Managementgesellschaft seelische Gesundheit gGmbH organisiert. Es bestanden zunächst ausschließlich Verträge mit der Techniker Krankenkasse. Beteiligte Gesellschafter sind die Brücke Schleswig-Holstein gGmbH, Die Brücke Lübeck gGmbH, Kieler Fenster, Nussknacker e. V. und Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll. Es handelt sich um etablierte Träger in Schleswig-Holstein und Hamburg mit langjähriger Erfahrung in ambulanter sozialpsychiatrischer Behandlung und Begleitung.

Die Leistungen des NetzWerks psychische Gesundheit können von Mitgliedern der Krankenkassen Techniker KK, DAK und KKH Allianz in Anspruch genommen werden. Seit Juni 2010 gibt es das Angebot in Lübeck und Umgebung, seit Oktober 2010 in Kiel und Umland, seit Februar 2011 im Kreis Plön, seit April 2011 in Neumünster und Umgebung sowie seit August 2011 im Kreis Pinneberg, im südlichen Kreis Steinburg und in Bad Bramstedt (örtlicher Ansprechpartner: Brücke Schleswig-Holstein gGmbH). Eine weitere Ausweitung des Netzwerkes auf den Kreis Segeberg befindet sich derzeit nicht in Planung.

Haben sich Patienten bei der entsprechenden Krankenkasse für das NetzWerk eingeschrieben, werden Sie in ihrer Versorgungs-Region zu einem ersten Gespräch mit einem persönlichen Ansprechpartner eingeladen. Nach Bedarf werden auf die persönliche Situation abgestimmte Versorgungsleistungen angeboten. Im Fall einer Krise kann sich der Patient direkt an die zuständige Kontaktstelle wenden. Diese ist 24 Stunden täglich erreichbar - auch am Wochenende und an Feiertagen.

Im NetzWerk psychische Gesundheit gibt es folgende Angebote:

- häusliche Betreuung, Behandlung und Pflege, auch zur Entlastung von Angehörigen,
- verschiedene ambulante Gruppenangebote,
- Ergotherapie und Psychotherapie,
- fachärztliche Behandlung,
- ambulante Krisenintervention,
- außerhäusliche Rückzugsräume mit Wohnatmosphäre für psychiatrische Behandlungen und Betreuung - bei Bedarf rund um die Uhr, um einen Aufenthalt in der Klinik zu vermeiden,
- im äußersten Notfall: Sollte ein stationärer Aufenthalt notwendig werden, bleibt der Kontakt bestehen. Die ambulante Behandlung wird nach der Entlassung fortgeführt.

Es bleibt abzuwarten, ob sich weitere Krankenkassen dieser Versorgungsform anschließen. Außerdem muss sich herausstellen, ob alle chronisch psychisch kranken Menschen mit diesem Versorgungsmodell erreicht werden können, insbesondere die Patienten mit mangelnder Krankheitseinsicht.

5.2.4.2 Hometreatment

Das Modell der ambulanten psychiatrischen Akutbehandlung basiert auf der Erkenntnis, dass akute psychiatrische Krisen nicht in jedem Fall einer stationären Behandlung bedürfen, sondern bei günstigen Rahmenbedingungen auch im Wohnumfeld der betroffenen Patienten erfolgreich ambulant behandelt werden können. Der Vorteil einer ambulanten Behandlung liegt darin, den Menschen, die zu einer stationären Krankenhausbehandlung nicht motiviert werden können, einen psychiatrischen Klinikaufenthalt zu ersparen. Eine weitere Option ist die vorübergehende Übernahme eines Patienten nach kurzzeitiger stationärer Intensivbehandlung zur Reduktion der vollstationären Verweildauer mit anschließender Überleitung in die ambulante vertragsärztliche Behandlung.

Die Zielgruppe sind Patienten in schweren psychischen Krisen oder in akuten Phasen einer psychiatrischen Erkrankung, die auf eine Komm-Struktur der konventionellen psychiatrisch-psychotherapeutischen Angebote nicht ansprechen. Ausschluss für Hometreatment ist eine akute Selbst- und/oder Fremdgefährdung.

Die personenzentrierten Komplexleistungen werden bedarfsgerecht von einem mobilen, multiprofessionellen Krisenteam (Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen, Sozialpädagogen, Soziotherapeuten, Ergotherapeuten etc.) erbracht. So wirken die Leistungen funktional zusammen.

Sie können wohnortnah und damit lebensfeldbezogen ihre Wirkung erzielen. Die Hilfe ist umfassend und bedarfsgerecht, flexibel und individuell unter der größtmöglichen Selbstbestimmung des Patienten und einer Beziehungskonstanz.

Des Weiteren können die Familienangehörigen oder Betreuer in das Behandlungskonzept im Sinne eines familientherapeutischen Ansatzes einbezogen werden.

Hometreatment wird von einigen Fachkliniken in der Bundesrepublik Deutschland nach britischem und skandinavischem Vorbild innerhalb der letzten Jahre zunehmend betrieben. In Schleswig-Holstein ist im Kreis Herzogtum Lauenburg das Psychiatrische Krankenhaus Geesthacht unter der Leitung von Dr. Heissler Vorreiter.

Für die Kostenträger bedeutet die Vermeidung von stationären Aufenthalten auch bei einer intensiven ambulanten Betreuung in der Regel eine erhebliche Kostenersparnis.

Die Finanzierung kann z.B. über ein regionales Budget (so im Bereich des Psychiatrischen Krankenhauses Geesthacht) als SGB-V-Leistung laufen oder auch über das ambulante Einzelvergütungssystem der Psychiatrischen Institutsambulanz zuzüglich eines von den Krankenkassen bezahlten tagesklinischen Satzes (so z.B. im Bereich des Bezirkskrankenhauses Günzburg).

5.3 Pflege

5.3.1 Ambulante psychiatrische Krankenpflege

Die ambulante psychiatrische Fachpflege ist ein gemeindeorientiertes Versorgungsangebot. Sie soll dazu beitragen, dass psychisch kranke Menschen ein würdiges, eigenständiges Leben in ihrem gewohnten sozialen Kontext führen können. Durch die Fachpflege vor Ort soll das Umfeld beteiligt und die soziale Integration gewährleistet werden. Dazu gehört auch die Arbeit mit den Angehörigen, die in die Behandlung einbezogen und entlastet werden sollen. Die ambulante psychiatrische Fachpflege kann wiederkehrende Klinikaufenthalte, die von den Betroffenen und dem sozialen Umfeld häufig als stigmatisierend empfunden werden, vermeiden.

Ambulante psychiatrische Fachpflege ist aufsuchend tätig und damit Verbindungsglied zwischen Beratungsstellen, Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen, Ärzten, Therapeuten, Tageskliniken, betreutem Wohnen und anderen psychosozialen Diensten und Angeboten in der Gemeinde. Die ambulante psychiatrische Fachpflege soll mit ihren flexiblen, aufsuchenden Angeboten Behandlungsabbrüchen vorbeugen.

Zielgruppen für die Verordnung von ambulanter psychiatrischer Fachpflege sind in erster Linie die Diagnosegruppen Schizophrenie und schwere affektive Störungen. Ausgeschlossen sind Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Zwangs- und großenteils auch Angsterkrankungen. Dies führt in der Praxis leider zu nicht immer sachgerechten Einschränkungen.

Die Häufigkeit der Besuche orientiert sich an dem Bedarf der Patienten. Die Aufgaben sind:

- Aufbau einer professionellen, tragfähigen Beziehung;
- Feststellung, Beobachtung und Dokumentation des Hilfebedarfs und dessen Entwicklung im Pflegeprozess;
- Hilfe bei der Bewältigung von Alltagsanforderungen (z.B. beim Einkaufen, Kochen, Körperpflege);
- Schaffung einer stützenden Tagesstruktur;
- Wahrnehmen und Beobachten von Krankheitszustand und -entwicklung;
- Unterstützung ärztlicher Behandlung;
- Unterstützung und Förderung der eigenen Verantwortlichkeit der Patienten durch Gespräche;
- Förderung eines bewussten, aktiven Umgangs mit der Beeinträchtigung durch Information und Beratung;
- Erkennen von Krisensituationen (z.B. Suizidalität, familiäre Probleme);
- frühzeitige Krisenintervention (z.B. engmaschige Betreuungs- und Gesprächsangebote, Entspannungsübungen);
- aktive Einbeziehung der Angehörigen und des sozialen Umfeldes, Beratung und Unterstützung;
- Koordination und Vermittlung von Hilfen;
- Förderung eines eigenverantwortlichen Umgangs mit Medikamenten und der Compliance;
- Erkennen der Wirkung und Nebenwirkungen von Medikamenten;
- praktische Unterstützung der Patienten zur Erreichung ihrer Ziele.

Das ambulante Arbeitsfeld stellt somit erhöhte Anforderungen an die Fachpflegekräfte, die sich im Gegensatz zur stationären Arbeit in sehr komplexen Strukturen behaupten müssen.

Da die Einsätze oft allein und ohne den sonst üblichen institutionellen Hintergrund erfolgen, müssen die Pflegekräfte in der Lage sein, sehr differenziert die Situation der Patienten einschätzen zu können und eigenständig zu arbeiten.

Das erste Modellprojekt für ambulante psychiatrische Pflege gemäß SGB V entstand bereits 1980 in Nordrhein-Westfalen. Entsprechend §37 SGB V kann ambulante Pflege zur Vermeidung und Verkürzung von Krankenhausaufenthalten und zur Sicherstellung der Behandlung durch die niedergelassenen Nervenärzte verordnet werden. Die Richtlinien HKP (Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in der vertragsärztlichen Versorgung) nach §92 Abs.1 Satz 2 Nr.6 und Abs.7 SGB V schaffen seit 2000 eine einheitliche Grundlage für die ambulante psychiatrische Pflege in ganz Deutschland. Da die Richtlinien aber keine Umsetzungsbestimmungen enthalten und diese von jedem potenziellen Leistungserbringer einzeln ausgehandelt werden müssen, besteht bis heute keine flächendeckende Versorgung in Deutschland.

Ab 2004 wurde die ambulante psychiatrische Pflege im Rahmen von integrierten Versorgungsverträgen (SGB V §§ 140 ff.) an einzelnen Standorten im Bundesgebiet etabliert. Diese besonderen Verträge ermöglichten Vergütungsmodelle, Übergangsregelungen und Diagnoseneinschlüsse, die von den Richtlinien HKP oder den Standardverträgen deutlich positiv abweichen.

Hiermit wurde bereits vor Verabschiedung der Richtlinien eine innovative Versorgungsstruktur geschaffen, die sich in Leistungsfähigkeit und Kosteneffizienz positiv von der Regelversorgung abhebt.

Im Kreis Segeberg ist der *HMW-Pflegedienst* im Bereich Norderstedt der einzige ambulante Dienst mit psychiatrischer Fachpflege im Sinne des SGB V.

Das elfte Sozialgesetzbuch (§14 SGB XI) beinhaltet seit 1995 auch Pflege bei psychiatrischen Krankheitsbildern. Seit dem Jahr 2002 haben pflegebedürftige Menschen mit einem besonderen zusätzlichen Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung auch Anspruch auf so genannte „Pflegeergänzungsleistungen“ gemäß §45 SGB XI. Dieser zusätzliche Bedarf besteht häufig bei pflegebedürftigen Menschen mit einer geistigen Behinderung oder einer psychischen Erkrankung mit z. B. demenzbedingten Fähigkeitsstörungen. Viele der 29 im Kreis Segeberg ansässigen Pflegedienste bieten diese Leistung an.

5.3.2 Psychiatrische Pflegeheime

Psychiatrische Pflegeheime sind von den Pflegekassen anerkannte psychiatrische Einrichtungen. Sie dienen der Betreuung und Pflege von Menschen mit ausgeprägten psychischen Behinderungen, die nicht krankenhausbearbeitungsbedürftig sind, die aber dauernde therapeutische Zuwendung, Versorgung und Kontrolle benötigen. Einige Heime verfügen auch über geschlossene Unterbringungsmöglichkeiten gemäß BGB. Zum großen Teil leben in diesen Einrichtungen auch ältere psychisch kranke Menschen und Menschen mit Doppeldiagnosen.

Die Aufnahme in einem Pflegeheim erfolgt in der Regel aus einer psychiatrischen Klinik heraus. Die Sozialarbeiter der dortigen Sozialdienste kennen einige zum Teil psychiatrisch spezialisierte Heime, in die sie im Bedarfsfall über den direkten Kontakt verlegen können. Hierfür reicht die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, der in einem ärztlichen Gutachten häufig nach Aktenlage die stationäre Versorgung befürwortet. Eine weitere Beurteilung der Angemessenheit der anvisierten Betreuungsform, wie dies in Form von Hilfeplankonferenzen in der Eingliederungshilfe erfolgt, findet nicht statt. Durch die Verlegung in ein Pflegeheim ist der psychisch kranke Mensch aus dem System der Eingliederungshilfe gefallen. Der Weg zurück in ein ambulantes Setting oder in eine stationäre Einrichtung der Eingliederungshilfe gelingt in der Regel nur in Ausnahmefällen.

Gründe für die Unterbringung psychisch kranker Menschen in Heimen sind:

- die psychiatrische Pflegebedürftigkeit (Motivation zur Grundpflege und Haushaltsführung ist nicht mehr ausreichend, z.B. bei Verwahrlosung),
- die Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung (z.B. bei Fremd- und/oder Selbstgefährdung),
- die mangelnde soziale Kompetenz (fehlende Absprachefähigkeit und Integrierbarkeit),
- das fehlende Rehabilitationspotential bzw. die Unveränderbarkeit des Zustands,
- der eigene Wunsch des Menschen und
- der Mangel an geeigneten ambulanten Fachpflegekräften.

Neben individuellen Merkmalen wird die Entscheidung für die Versorgungsform „Heim“ von strukturellen Faktoren beeinflusst. Die nachklinische Hilfeplanung und Suche nach einer geeigneten Betreuungsform findet häufig unter einem enormen zeitlichen Druck seitens des MdK statt. In Kliniken erfolgt lediglich eine Akutbehandlung und die Menschen werden entlassen, ohne dass die Maßnahmen geprüft oder die Rehabilitationsziele annähernd erreicht werden konnten. Erschwerend kommt hinzu, dass viele ambulante Einrichtungen weder strukturell, konzeptionell noch organisatorisch auf die Betreuung dieser schwierigen Menschen eingestellt sind. Darüber hinaus ist die Hilfe im ambulanten Bereich häufig zu konzept- bzw. trägerorientiert statt personenzentriert. Somit stehen geeignete Plätze entweder kaum oder nicht zeitnah zur Verfügung.

Bevor eine Entscheidung für eine stationäre Pflege gefällt wird, sollte eine Maßnahme der Eingliederungshilfe als Mittel der Wahl in Betracht gezogen werden. Eine schnelle Hilfe in Akutsituationen wird allerdings im System der Eingliederungshilfe häufig durch die Langwierigkeit der Steuerungsprozesse behindert. Pflegeheime sind von Wohnheimen der Eingliederungshilfe zu unterscheiden, auch wenn in beiden Einrichtungen pflegebedürftige Personen dauerhaft untergebracht sein können. In Wohnheimen untergebrachte Menschen können auch pflegebedürftig sein. Im Vordergrund steht dort jedoch die Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und der Teilhabe in der Arbeitswelt.

Im Kreis Segeberg gibt es folgende psychiatrische Pflegeheime:

Bergheim Boostedt:

Das Bergheim Boostedt ist ein psychiatrisches Pflegeheim mit einer gerontopsychiatrischen Abteilung. Die Einrichtung verfügt über ca. 98 vollstationäre Plätze. Im Bergheim Boostedt gibt es zwei Betreuungs- und Pflegeschwerpunkte. Etwa ein Drittel der Bewohner sind chronisch psychisch Kranke, zwei Drittel der Bewohner sind alte Menschen mit einer demenziellen Erkrankung.

Pflegeheim König:

Diese kleine Einrichtung in Kisdorf verfügt über 3 Pflegeplätze für psychisch kranke Menschen.

Rehabilitations- und Pflegebereich des Landesvereins für Innere Mission in Rickling:

Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung bietet der Rehabilitations- und Pflegebereich ein individuell abgestimmtes vollstationäres Pflege-, Wohn-, Betreuungs-, Arbeits- und Beschäftigungsangebot. In den drei räumlich getrennten Zentren Thetmarshof, Falkenhorst und Lindenhof befinden sich insgesamt 25 Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen. Derzeit leben hier ca. 630 Bewohner in überschaubaren Wohngruppen und Stationen. Es gibt beispielsweise Wohngruppen für geistige behinderte Menschen, für mehrfach behinderte Menschen mit neuropsychiatrischen Erkrankungen und für Menschen, die unter Sucht und Psychose leiden. Außerdem gibt es eine gerontopsychiatrische Abteilung. Die einzelnen Häuser verfügen auch über geschlossene Plätze.

Mederius GmbH Bimöhlen:

Bei dieser Einrichtung handelt es sich um ein psychiatrisches Wohn- und Pflegeheim mit ca. 90 überwiegend geschlossenen Plätzen. Die Einrichtung ist in mehrere Hauskomplexe aufgeteilt. Es gibt einen geschlossenen Gebäudekomplex im „Entenbusch“, der für Bewohner bis zum 45. Lebensjahr vorgesehen ist. In der „Dorfstraße“ gibt es einen offenen Bereich für diesen Personenkreis. Im Reihenhaus „Lange Reihe“ wohnen Bewohner des mittleren bis höheren Lebensalters und die „Villa am Dorfplatz“ steht für Bewohner mit Mehrfachbehinderungen zur Verfügung.

Haus Waldeck in Bad Bramstedt:

Diese Einrichtung verfügt über insgesamt ca. 80 Pflegeplätze, wobei davon 40 geschlossene Plätze sind. In der Einrichtung werden auch Pflegebedürftige mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen versorgt.

5.4 Wohnen

Das Wohnen ist ein elementarer Lebensbereich des Menschen. Deshalb kommt dem Wohnen, vorrangig dem Erhalt der eigenen Wohnung, in der psychiatrischen Arbeit eine zentrale Bedeutung zu. Dabei geht es nicht nur um das „Dach über dem Kopf“, sondern darum, sich sicher und zugehörig zu fühlen, sozial integriert zu sein.

Psychisch kranke Menschen, die Probleme im sozialen Umfeld hatten, wurden lange Zeit in psychiatrische Großkrankenhäuser mit ihren Langzeitstationen eingewiesen und dort betreut. Dies führte oftmals zum weitgehenden Verlust der sozialen Bindungen. Seit der Psychiatrie-Enquete 1975 vollzog sich ein Wandel der Strukturen mit der Schaffung wohnortnaher Angebote im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich. Hierdurch ist es gelungen, vielen Erkrankten ein Wohnen im Kreisgebiet zu sichern, Kontakte zu erhalten bzw. neu zu schaffen.

Weiterhin müssen aber psychisch kranke Menschen häufig gegen ihren Wunsch auf ein eigenständiges Wohnen verzichten. Im stationären Bereich sind Verlegungen außerhalb des Kreisgebietes notwendig. Da im Rahmen der Sozialraumorientierung angestrebt wird, alle psychisch kranken Bürger soweit wie möglich an ihrem Wohnort einzugliedern und zu unterstützen, müssen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden.

Dies ist primär die Aufgabe der Kostenträger unter Einbeziehung der Anbieter. Die institutionszentrierte Sichtweise wird so zu einem personenzentrierten Ansatz hin entwickelt, der differenziert auf die Wohn- und Lebensbedürfnisse des Einzelnen eingeht.

Ziel ist es, einerseits soweit wie möglich den Betroffenen die eigene Wohnung zu erhalten, andererseits auch schwer chronisch kranken Menschen ein entsprechendes stationäres Angebot anbieten zu können. Hierzu bedarf es einerseits eines konsequenten Ausbaus der ambulanten Betreuung, andererseits einer Weiterentwicklung der Wohnheimstrukturen, sowohl baulich, als auch personell und konzeptionell.

Im Laufe der letzten Jahre wurden zunehmend der Inklusionsgedanke und die Sozialraumorientierung vorangetrieben.

Die Idee dabei ist, inklusive Wohnprojekte zu schaffen, in denen Menschen mit und ohne Behinderung wohnen und eine Pflege und Betreuung angeboten werden. Das Verbleiben in der Häuslichkeit soll so lange wie möglich gewährleistet werden, unabhängig davon, ob der Bedarf aufgrund des Alters, der Behinderung oder noch nicht eingetreten ist. Dafür muss die Leistung Wohnen unabhängig von einem Teilhabe- bzw. Pflegebedarf gesehen werden. Dies ist nur mit der Wohnungswirtschaft gemeinsam zu entwickeln.

Das Diakonische Werk des Kirchenkreises Altholstein bietet allen Bürgern Beratung bei Wohnungssuche und anderen Wohnungsnotlagen. Der Allgemeine Soziale Dienst des Kreises Segeberg und der Stadt Norderstedt berät bei allgemeinen Fragen hinsichtlich erforderlicher Unterstützung im Haushalt. Schließlich weisen örtliche Ordnungsämter Wohnraum in Notlagen (z.B. nach Zwangsräumung) zu und organisieren Unterbringungen von Haustieren.

5.4.1 Ambulante Betreuung im eigenen Wohnbereich

Ambulantes betreutes Wohnen ist ein Leistungsangebot der Eingliederungshilfe zur Förderung der selbständigen Lebensführung volljähriger behinderter Menschen in eigenem Wohnraum. Es bildet eine wichtige Grundlage, die gesellschaftliche Teilhabe und Integration des behinderten Menschen zu ermöglichen und zu fördern, um stationäre Leistungen der Eingliederungshilfe zu vermeiden bzw. den behinderten Menschen im Anschluss an eine solche Maßnahme in seiner Wohn- und Lebenssituation zu unterstützen. Die ambulante Betreuung bietet u.a. Hilfen im lebenspraktischen Bereich, Unterstützung bei Behördengängen und finanziellen Regelungen oder bei Arztbesuchen.

Zu den Zielsetzungen des ambulant betreuten Wohnens gehören u.a. das Erreichen eines höchstmöglichen Maßes an Eigenständigkeit bis hin zum Wohnen ohne Begleitung, Unterstützung im Erwerb von Selbständigkeit, eigener Handlungskompetenz sowie die Förderung an der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Im Kreis Segeberg hält die Ambulante und Teilstationäre Psychiatrie (ATP) des Landesvereins für Innere Mission in Schleswig-Holstein mit Büros in Norderstedt, Wahlstedt, Kaltenkirchen, Bad Bramstedt und Bad Segeberg ambulante Behandlungsplätze vor.

Weitere Anbieter sind neben dem Christlichen Jugenddorfwerk Deutschland (CJD) Segeberg mit Sitz in Bad Bramstedt sowie dem Helmstedt.Meyer.Westphal-Pflegedienst (HMW-Pflegedienst) in Norderstedt, der ein spezielles Behandlungsangebot für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline Persönlichkeitsstörung, vorhält, das Rauhe Haus mit Sitz in Kattendorf und die Wohngruppe Högersdorf e.V.. Schließlich sind noch Sozialpsychiatrische Initiativen der Norddeutschen Gesellschaft für Diakonie e.V. (Sozialpsychiatrische Initiativen) in Bad Bramstedt zu nennen.

Innerhalb der letzten Jahre ergänzen einige Einzelanbieter, zum Teil auch aus Nachbarkreisen und –städten, das ambulante Betreuungsangebot. Darüber hinaus bestehen noch weitere Angebote durch Einzelanbieter im Rahmen des persönlichen Budgets.

Ambulante Hilfen im eigenen Wohnraum für Menschen mit einer Suchterkrankung oder für Menschen mit der Doppeldiagnose psychische Erkrankung und Suchtproblematik werden von der ATP in Bad Segeberg, Efeustraße, angeboten. Dies gilt auch für Menschen mit einer geistigen Behinderung bei zusätzlichem Vorliegen der genannten Erkrankungen.

5.4.2 Therapeutische Wohngemeinschaften/ Hausgemeinschaften

Diese Wohn- und Hausgemeinschaften sind zumeist teilstationäre Angebote der Eingliederungshilfe gemäß dem Sozialgesetzbuch (SGB) XII. Therapeutische Wohngemeinschaften befinden sich meist in großzügigen Wohnhäusern mit Einzelzimmern in guter Wohnlage. Sie dienen der Förderung einer möglichst selbständigen Lebensführung bei den psychisch kranken Menschen, die eine intensivere tagesstrukturierende Begleitung benötigen im Vergleich zu ambulant Betreuten. Die Hilfen werden durch ein Team von erfahrenen Mitarbeitern aus unterschiedlichen Berufsgruppen erbracht. In den Wohngemeinschaften werden Gruppen- und Einzelangebote vorgehalten, u.a. zu den Themen Freizeit, Beschäftigung, Alltagsbewältigung, Training sozialer Fertigkeiten, Erkennung von Frühsymptomen und Selbsthilfearbeit. Zielsetzung ist eine Wiederbefähigung des betroffenen Menschen zum eigenständigen Leben in einer eigenen Wohnung.

5.4.2.1 Teilstationäre therapeutische Wohngemeinschaften

Im Kreis Segeberg hält die Ambulante und Teilstationäre Psychiatrie (ATP) teilstationäre therapeutische Wohngemeinschaften in Bad Segeberg (17 Plätze an drei Standorten), Wahlstedt (6 Plätze), Norderstedt (12 Plätze an 2 Standorten, davon 4 Plätze für Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung) sowie Kaltenkirchen (4 Plätze) vor.

Sozialtherapeutische Wohngemeinschaften als teilstationäres Spezialangebot für Menschen, die an einer psychischen Erkrankung mit zusätzlicher Suchtproblematik leiden, bieten in Bad Segeberg die ATP (10 Plätze) sowie die sozialtherapeutische Wohngemeinschaft „Haus am Ihlsee“ (7 Plätze) an. Des Weiteren gibt es spezielle Wohngemeinschaften für Suchtkranke und Wohngemeinschaften für geistig behinderte Menschen mit psychischen Erkrankungen.

5.4.2.2 Ambulant betreute Haus- und Wohngemeinschaften

Im Zuge der Ambulantisierung wurden einige teilstationäre Wohngemeinschaften in ambulante Haus- und Wohngemeinschaften umgewandelt. Im Unterschied zu den teilstationären Wohngemeinschaften ist der zur Verfügung stehende Wohnraum nicht zwingend an eine Eingliederungshilfemaßnahme gebunden. Zumeist tritt der Leistungsanbieter als Vermieter, der Hilfeempfänger als Mieter auf.

Eine ambulant betreute Wohngemeinschaft besteht in Bad Bramstedt (6 Plätze) über den Anbieter Norddeutsche Gesellschaft für Diakonie e. V. (NGD) – Sozialpsychiatrische Initiative. Das „Rauhe Haus“ (Stiftungsbereich Behindertenhilfe, Region Nord) hält ambulante Haus- und Wohngemeinschaften an jeweils zwei Standorten, in Henstedt-Ulzburg und Norderstedt, vor.

5.4.3 Psychosoziale Wohnheime

Es handelt sich um vollstationäre Wohnheime, die sowohl als Übergangseinrichtung mit Betonung der therapeutischen Hilfen, als auch als Wohnheime mit Akzentuierung begleitender und unterstützender Angebote dienen. Vorrangiges Ziel des Betreuungskonzeptes ist eine grundlegende Eingliederung jedes Bewohners in die Gemeinschaft und die möglichst weitreichende Rehabilitation. Diese umfasst die Förderung von selbstständigem Wohnen und Arbeiten innerhalb und außerhalb der Einrichtungen.

Wichtiges Ziel ist der Aufbau einer vertrauensvollen, tragfähigen Beziehung des Bewohners zu einer festen Bezugsperson. Nur ein intensiver menschlicher Austausch kann die Fähigkeit, Konflikte anzunehmen und auszutragen, auf Dauer verbessern. Das Wissen, in einer Gemeinschaft zu leben, und die Erfahrung, mit Problemen nicht alleine zu sein, jederzeit einen Ansprechpartner zu haben, kann entscheidend zu einer angstfreien Bewältigung des Alltags und seiner belastenden Situationen beitragen.

Nachfolgend werden die in unserem Landkreis angesiedelten vollstationären Wohnheime aufgeführt:

- Das „Haus an der Au“ der NGD in Boostedt ist eine Übergangseinrichtung. Sie liegt auf einem ehemaligen Bauernhof und bietet Platz für 14 Erwachsene Frauen und Männer. 4 Plätze stehen in der Trainingswohnung zur Verfügung.
- Das psychosoziale Wohnheim „Falkenhorst“ des Landesvereins für Innere Mission in Schleswig-Holstein bietet in Rickling/ Kühlen Platz für 20 Menschen.
- Der „Kastanienhof“ in Daldorf stellt als sozialtherapeutisches Wohnheim für Eingliederung insgesamt 30 Plätze für Menschen mit einer wesentlichen seelischen Erkrankung und / oder Suchtproblematik.

5.4.4 Andere Wohnangebote

5.4.4.1 Betreutes Leben in Gastfamilien – Familienpflege

Unter psychiatrischer Familienpflege wird die Aufnahme und längerfristige psychosoziale Betreuung chronisch psychisch Kranker in Gastfamilien verstanden. Ansprechpartner im Hintergrund ist ein multiprofessionelles Betreuungsteam z. B. aus Psychologe, Sozialpädagoge, Krankenschwester. Das Team bietet den chronisch Kranken eine „zweite Familie“.

Mit dem Leben in der Gastfamilie wird eine stabile soziale Basis geschaffen. Kontinuierliche psychosoziale Begleitung und ambulante fachärztliche Anbindung sind allerdings Voraussetzung und Bedingung. Bei der psychiatrischen Familienpflege handelt es sich um eine ambulante Maßnahme mit vollstationären Versorgungselementen, da die Gastfamilien auch während der Nacht die Betreuung des Kranken sicherstellen können. Die Gastfamilien erhalten für die Aufnahme des chronisch psychisch Kranken sowohl eine professionelle Betreuung als auch eine finanzielle Entschädigung. Dieses Projekt dient der Erhaltung lebenspraktischer Fähigkeiten des Kranken.

Im Kreis Segeberg bietet die Ambulante und Teilstationäre Psychiatrie (ATP) des Landesvereins für Innere Mission in Schleswig-Holstein bis zu 16 Betreuungsverhältnisse der beschriebenen Art an. Das Angebot ist geeignet für chronisch seelisch kranke oder geistig behinderte Menschen, die nicht oder noch nicht in der Lage sind, allein zu leben und deshalb eine intensive, aber nicht unbedingt professionelle Unterstützung benötigen. Gast und Gastfamilie erhalten aber intensive Betreuung, Begleitung und Beratung durch die ATP.

5.4.4.2 Wohngemeinschaften der Stiftung „Gemeinschaft Gemeinsam Leben“

Herr Dr. Jürgen Schall, Psychiater und Pastor, eröffnete 1980 eine Wohngruppe mit seelischen Leidenden. 1983 entstand daraus der gemeinnützige Verein Gemeinsam Leben e. V. Im weiteren Verlauf wurde die unabhängige Stiftung „Gemeinschaft Gemeinsam Leben“ entwickelt. Um die Praxis von Herrn Dr. Schall und den geschaffenen Wohnbereichen entwickelte sich ein eigenständiges Netzwerk aus ärztlicher Versorgung, einem Leben miteinander, gestützt durch viel ehrenamtliches Engagement. Wohnbereiche finden sich auf dem Hof Neversdorf, in Oering und in Bad Segeberg. Die Stiftung „Gemeinschaft Gemeinsam Leben“ begleitete die Wohngemeinschaften, wobei die Bewohner der WGs ihr Leben autonom gestalteten. Es wurden keine Eingliederungshilfen in Anspruch genommen. Für die Kosten kam jeder selbst auf, wobei die Mieten sozial angepasst wurden. Es gab in den Wohngruppen keine Betreuer oder Betreute, sondern jeder bekam bei Bedarf Hilfe oder leistete Hilfe für die Anderen.

Circa im Jahr 2006 veränderte sich die Struktur, da Herr Dr. Schall sich aus persönlichen Gründen zurückziehen musste. Durch die ehrenamtliche Arbeit allein konnte die Betreuung nicht mehr sichergestellt werden. In Kooperation mit dem Rauhen Haus wurde ein Projekt ins Leben gerufen, das eine nicht einzelfallbezogene Unterstützung gewährte. Die Finanzierung erfolgte über einen Pauschalbetrag des Kreissozialamtes, der jährlich neu beantragt und bewilligt werden musste.

Da die jährliche Bewilligung keine Planungssicherheit bot, wurde entschieden, eine Umstellung auf Einzelfallhilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe vorzunehmen. In dieser Übergangssituation mussten die Bewohner Anträge auf Eingliederungshilfe beim Kreis stellen. Damit ging die Niederschwelligkeit dieses Angebotes verloren. Es werden nun individuelle Zielvereinbarungen festgelegt und Verlaufskontrollen durchgeführt.

5.4.4.3 Lebens- und Arbeitsgemeinschaften

Lebens- und Arbeitsgemeinschaften sind vollstationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) XII. Hier leben Menschen mit einer geistigen und/oder einer psychischen Behinderung. Durch die Teilhabe an realen Lebens- und Arbeitsprozessen findet Integration und Inklusion für diese Menschen statt. Häufig handelt es sich um anthroposophische Einrichtungen. Diese weisen kleine, überschaubare Wohneinheiten auf. Betreuer und Betreute leben meistens zusammen in einem Haus. Wohnen und Arbeit sind in der Regel räumlich verbunden, es gibt Arbeitsplätze im landwirtschaftlich/gärtnerischen, im handwerklichen/kunsthandwerklichen Bereich und im Dienstleistungsbereich. Auch eine weitgehende Selbstversorgung der Gemeinschaft wird durch entsprechende Arbeitsplätze, z.B. in der Hauswirtschaft, der Haustechnik angestrebt. Die Aufenthaltsdauer ist grundsätzlich nicht begrenzt. Ziel ist es aber in Einzelfällen, Arbeitsmöglichkeiten in der Umgebung zu erschließen und selbständige Wohnmöglichkeiten zu organisieren.

Nachfolgend werden die im Kreis Segeberg angesiedelten vollstationären Einrichtungen aufgeführt:

- Werkgemeinschaft Bahrenhof e.V. in Bahrenhof mit 43 Plätzen. In der Werkgemeinschaft Bahrenhof leben erwachsene Menschen mit schwerer, primär geistiger Behinderung, teilweise zusätzlich mit psychischen Störungen.
- Sozialtherapeutische Lebensgemeinschaft e.V. Eichenhof in Alveslohe mit 33 Plätzen. In vier Häusern leben erwachsene Menschen mit überwiegend geistiger und/oder Mehrfachbehinderung.
- Lebensgemeinschaft Gut Müssen in Krems II. Auf dem Gut Müssen leben Menschen mit psychischen, geistigen oder Lernbehinderungen. In drei Häusern leben 8 Menschen zusammen mit ihrer Betreuungsfamilie. Ein teilstationärer Bereich mit derzeit 2 Plätzen ist auch vorhanden.
- Hof Ehlers in Hasenmoor mit der Hofstelle Rodenbek in Heidmühlen hat insgesamt 33 Plätze. Auf den zwei Höfen leben seelisch und geistige behinderte Jugendliche und Erwachsene. Es gibt verschiedene Arbeitsbereiche und einen Hofladen.
- Wohngruppe Högersdorf e.V. in Högersdorf. Die Wohngruppe Högersdorf ist seit 1985

Träger einer stationären Lebens- und Arbeitsgemeinschaft mit 9 Plätzen im vollstationären Bereich für erwachsene Menschen mit geistigen und psychischen Behinderungen. Zudem bestehen zwei therapeutische Wohngemeinschaften mit insgesamt 9 Plätzen und eine kleine Wohneinheit für Menschen, die nur eine ambulante Betreuung benötigen.

- Sozialpädagogische Initiative Nahe e.V., Wohngruppe Miteinander in Nahe. In der Wohngruppe Miteinander leben erwachsene Menschen mit Behinderungen. Es gibt eine vollstationäre Einrichtung mit 9 Einzelzimmern. Außerdem wird eine Zweizimmer-Trainingswohnung vorgehalten.
- Hofgemeinschaft Weide-Hardebek in Hardebek. In dieser Hofgemeinschaft leben seelisch und geistige behinderte Jugendliche und Erwachsene. Auch psychisch kranke Menschen können in Ausnahmefällen aufgenommen werden. Die vollstationäre Einrichtung ist auf vier Standorte verteilt:
 - Siedlung Hardebek und
 - Hof Johanneskamp in Hardebek mit insgesamt 36 Plätzen,
 - Hof Weide in Bimöhlen mit 27 Plätzen sowie
 - die Weider Werkstätten in Hasenmoor mit 5 Plätzen.

5.4.4.4 Pilothaftes Wohnprojekt in Kaltenkirchen

2008 gingen die Lebenshilfe Kaltenkirchen und das Bauunternehmen Böttcher aus Oersdorf neue Wege in der Wohnungswirtschaft in Kaltenkirchen. Die Suche nach bezahlbarem Wohnraum für die Klienten des Ambulanten Betreuten Wohnens ergab eine Kooperation zwischen der Lebenshilfe Kaltenkirchen und dem Bauunternehmen Böttcher, in der die beiden Unternehmen gemeinsam ein Wohnprojekt mit drei Gebäuden, das in Schleswig-Holstein von dem Innenministerium als Pilotprojekt eingestuft wurde, realisierten.

Es wurde ein Quartier mit 60 Wohnungen errichtet. Die 2-4 Zimmerwohnungen stehen Menschen zur Verfügung, die gerne nachbarschaftlich wohnen möchten und Interesse haben, sich in eine neu entstehende Mietergemeinschaft einzubringen. Das Wohnprojekt – generationsübergreifend, familien- und kinderfreundlich - wendet sich an Menschen unterschiedlicher Altersgruppen, an Einzelpersonen, Paare und Familien.

Die Wohnungen selber sind ausnahmslos barrierefrei gestaltet. Acht Wohnungen sind schwerbehindertengerecht und damit auch für Menschen, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, uneingeschränkt nutzbar.

Ziel des Projektes ist es, eine durch Lebendigkeit und Respekt geprägte Kultur des Zusammenlebens von Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen und mit unterschiedlichen Wohnwünschen und Bedarfen zu ermöglichen.

Zur erfolgreichen Umsetzung dieses Anspruchs tragen verschiedene Maßnahmen und Angebote bei. So fungiert ein Quartiersmanager als Ansprechpartner, Anlauf- und Koordinationsstelle für Mieter, interessierte Bürger und externe Kooperationspartner (Vereine, Initiativen, Dienstleister, Behörden). U.a. werden von hier aus Serviceleistungen wie z.B. Pflegeleistungen und Unterstützung beim Einkauf koordiniert.

Den Mietern stehen bei Bedarf die ambulanten Unterstützungs- und Pflegeleistungen der Lebenshilfe Kaltenkirchen und des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) zur Verfügung. Die Lebenshilfe, die in Kaltenkirchen bereits über 40 Klienten im eigenen Wohnraum betreut, und das DRK verfügen über langjährige Erfahrungen in der ambulanten Betreuung und Pflege.

Die als Cafe betriebene Gemeinschaftsfläche dient als Begegnungsstätte und als Veranstaltungszentrum. Das Vorhaben ist als Inklusionsprojekt vom Land Schleswig-Holstein anerkannt und wird von dem Landesverband der Lebenshilfe im Rahmen einer Wirkungsprüfung begleitet. Eine Förderung durch die Aktion Mensch ist beantragt.

5.5 Arbeit

Die Expertenkommission der Bundesregierung hat folgende Aussage getroffen: „Für psychisch kranke und behinderte Menschen sind aus therapeutischen und humanitären Gründen unbedingt Möglichkeiten der Teilhabe an Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung zu schaffen.“ Arbeit erfüllt in unserer Gesellschaft verschiedene Funktionen. Zum Einen können Menschen durch eine Beschäftigung in der Regel ihren Lebensunterhalt bestreiten. Arbeit kann Selbstbestätigung und gesellschaftliche Anerkennung mit sich bringen. Besonders bedeutsam ist jedoch auch die Rolle der Arbeit als Möglichkeit des Kontakts mit anderen Menschen, der Möglichkeit zur Kommunikation und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Übereinstimmend haben vielfältige Untersuchungen bestätigt, dass längerfristige Beschäftigungslosigkeit die Gefahr von sozialer Isolation und gesundheitlicher Risiken erhöht. Diese Erkenntnis belegt in besonderer Weise die Bedeutung von Arbeit und Beschäftigung auch und gerade für seelisch kranke und behinderte Menschen. Bis auf wenige Ausnahmen sind jedoch die Bedingungen in der Arbeitswelt für die speziellen Probleme psychisch Kranker nicht angemessen.

Psychische Erkrankungen können sich in unterschiedlichen Leistungsbeeinträchtigungen äußern, manchmal auch in Stärken und Fähigkeiten. Die mit schweren seelischen Störungen oft einhergehende Verunsicherung des Selbstwertgefühls kann mit Antriebsminderung, Störungen der Willensbildung und sozialen Ängsten einhergehen. Im Arbeitsleben äußert sich dies z. B. durch mangelnde Motivation, geringe Belastbarkeit, veränderte Selbsteinschätzung, Probleme im Umgang mit Kollegen, Vorgesetzten und Kunden. Bedeutsam sind besonders Defizite in Grundarbeitsfähigkeiten wie Konzentration, Arbeitstempo, Arbeitsqualität, Lern- und Entscheidungsfähigkeit.

Mit dem Begriff des mittlerweile weitgehend anerkannten „personenzentrierten Ansatzes“ eng verknüpft ist die „koordinierende Bezugsperson“ (Case-Manager). Damit ist eine Begleitperson gemeint, die, falls notwendig, auch über verschiedene Betreuungsformen und möglichst über einen längeren Zeitraum hinweg berät. Im Bereich Arbeit und Beschäftigung kommt einer solchen Bezugsperson mehr Gewicht zu als im Bereich Wohnen und Selbstversorgung.

Die Erfahrung zeigt, dass ein langsames und kleinschrittiges sowie langfristiges Vorgehen tragfähigere Ergebnisse erzielt. Eine große Gefahr ist Nichtberücksichtigung von Leistungsschwankungen und langfristigen Belastungsgrenzen in der Planung.

5.5.1. Bundesagentur für Arbeit

Die Bundesagentur für Arbeit ist größter Dienstleister am Arbeitsmarkt. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung führt sie ihre Aufgaben, im Rahmen des für sie geltenden Rechts, eigenverantwortlich durch. Zu den Aufgaben der Bundesagentur für Arbeit gehört die Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben von behinderten Menschen, die besonderer Hilfe bedürfen. Es werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Gewährt werden Leistungen nach dem Arbeitslosengeld (ALG) I. Wer weniger als ein Jahr arbeitslos ist und entsprechend in die Arbeitslosenversicherung eingezahlt hat, bekommt das Arbeitslosengeld I und Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) III. In der Regel wird Arbeitslosengeld I nicht länger als ein Jahr gezahlt, danach bekommt man Arbeitslosengeld (ALG) II. Mit dem Arbeitslosengeld I verbinden sich vielfältige Ansprüche an die Arbeitsagentur. Sie hat im Prinzip eine umfassende Beratungsverpflichtung. Die Agentur für Arbeit kann Leistungsfähigkeit und Kenntnisse von Betroffenen mit verschiedenen Maßnahmen fördern. Häufig sind dies Angebote bei freien Anbietern, die in Gruppen durchgeführt werden. Sie kann solche Maßnahmen aber auch im Einzelfall individuell in Betrieben

fördern.

Geschäftsstellen der Agentur für Arbeit finden sich in Bad Segeberg, Norderstedt und Kaltenkirchen.

5.5.2 Jobcenter

Zum 01.01.2011 haben der Kreis Segeberg und die Bundesagentur für Arbeit, vertreten durch die Agentur für Arbeit Neumünster, das Jobcenter Kreis Segeberg als „Gemeinsame Einrichtung“ im Sinne des Sozialgesetzbuch (SGB) II gebildet. Das Jobcenter ist die Nachfolgeorganisation der ehemaligen Arbeitsgemeinschaft („ARGE“).

Das Sozialgesetzbuch II sieht Geld-, Sach- und Dienstleistungen für die Leistungsberechtigten vor, welche durch das Jobcenter im Auftrag der zuständigen Kostenträger Kreis Segeberg und Agentur für Arbeit erbracht werden. Leistungsberechtigt sind grundsätzlich alle Personen, die ihren Lebensunterhalt, d.h. ihren gesetzlich durch das Sozialgesetzbuch II festgestellten Bedarf, nicht oder nicht vollständig aus eigenen Einkünften oder eigenem Vermögen decken können.

Die Arbeit im Jobcenter gliedert sich grob in zwei Bereiche, die Leistungsgewährung sowie den Bereich Markt & Integration mit seinen Integrationsfachkräften. Die Hilfeplanung wird durchgeführt von der Integrationsfachkraft. Bundesweit kommen etwa 180 Leistungsberechtigte auf eine Integrationsfachkraft. Manche Jobcenter haben spezialisierte Integrationsfachkräfte für bestimmte Problemgruppen, so auch für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Dies hängt wesentlich von der Größe eines Jobcenters ab. Einige Jobcenter delegieren ihre Aufgaben auch an spezialisierte Dienste und Anbieter. Der klassische Dienst für die Vermittlung in Arbeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist der Integrationsfachdienst.

Mit den Hartz-Gesetzen wurde die Erwerbsfähigkeit als eine der wesentlichen Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch II festgelegt. Wer mindestens drei Stunden täglich unter üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein kann, gilt als erwerbsfähig. Die Erwerbsfähigkeit wird von der Agentur für Arbeit festgestellt. Wer dies nicht ist, der gilt als „vollständig erwerbsgemindert“, also erwerbsunfähig und somit ggf. leistungsberechtigt nach dem Sozialgesetzbuch XII. Bei unterschiedlicher Auffassung zwischen Agentur für Arbeit und Kommune entscheidet die Agentur für Arbeit abschließend auf der Basis eines für sie verbindlichen Gutachtens der Rentenversicherung (§44 a SGB II).

Das Jobcenter Kreis Segeberg ist mit Standorten in Kaltenkirchen, Norderstedt und Bad Segeberg vertreten. Spezielle Hilfen für seelisch behinderte Menschen werden im Bereich des sogenannten „beschäftigungsorientierten Fallmanagements“ (bFM) angeboten. Das Konzept des bFM sieht vor, dass Menschen mit multiplen Vermittlungshemmnissen, deren Aufdeckung mitunter Teil der Herausforderung ist, das Angebot einer intensiven persönlichen Betreuung auf freiwilliger Basis im Jobcenter erhalten. Das bFM arbeitet mit einem Betreuungsschlüssel von 1:75 und hat den Abbau dieser Vermittlungshemmnisse zum Ziel. Hierbei geht es darum, die Beschäftigungsfähigkeit der Betroffenen wesentlich zu erhöhen bzw. wieder herzustellen. Die Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt ist das Ziel allen Handels im Integrationsbereich des Jobcenters.

5.5.3 Integrationsfachdienst

Der Integrationsfachdienst bietet im Sinne des Sozialgesetzbuches IX Menschen mit Behinderungen Beratung und Unterstützung an. Voraussetzung ist eine anerkannte Schwerbehinderung (Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50) oder eine Gleichstellung (GdB 30 oder GdB 40). Ein Schwerpunkt ist die Planung der beruflichen Eingliederung und Vermittlung auf dem ersten Arbeitsmarkt, ein anderer die Unterstützung von Menschen, die aufgrund ihrer Beeinträchtigung Schwierigkeiten am Arbeitsplatz haben oder nach längerer Arbeitsunfähigkeit wieder an ihren Arbeitsplatz zurück möchten. Die Mitarbeiter stehen für eine persönliche Einzelberatung zur Verfügung. Bei Bedarf ist eine längerfristige Unterstützung möglich. Es können gemeinsame Gespräche mit Arbeitgebern, Kollegen und Angehörigen vereinbart werden. Auch eine Begleitung bei Behördengängen ist möglich. Das Angebot ist für die o. g. Nutzer kostenlos und vertraulich. Für Arbeitgeber besteht die Möglichkeit einer umfassenden Beratung und Unterstützung in allen Fragen der Beschäftigung psychisch behinderter Menschen einschließlich der Umgestaltung von Arbeitsplätzen auf der Grundlage einer Analyse der individuellen Arbeitsplatzanforderung.

Der Integrationsfachdienst AWO Neue Arbeit gGmbH ist zuständig für die Kreise Stormarn und Segeberg. Er hat seinen Hauptsitz in Ahrensburg. Nebenstellen sind in Norderstedt und in der Kreisverwaltung Segeberg eingerichtet.

Der Integrationsfachdienst wird seit 2004 durch das Integrationsamt finanziert. Seitdem erfolgt in der Regel keine Beratung mehr für psychisch kranke Menschen ohne eine anerkannte Schwerbehinderung oder Gleichstellung. Die Anerkennung einer Schwerbehinderung ist gerade für psychisch kranke Menschen oft mit Ängsten der Stigmatisierung verbunden. Auch wegen fehlender Krankheitseinsicht wird ein Antrag auf Schwerbehinderung häufig nicht gestellt.

Bis Ende 2010 konnte die ARGE (Jobcenter) auch nach 2004 dem Integrationsfachdienst der AWO psychisch kranke Menschen ohne anerkannte Schwerbehinderung zuweisen. Aufgrund bundesrechtlicher Änderungen gibt es diese Möglichkeit nicht mehr.

Der Integrationsfachdienst bekam im Jahr 2009 insgesamt 90 Klienten von der ARGE zugewiesen. Hiervon waren 24 Menschen psychisch krank, 13 von ihnen ohne eine anerkannte Schwerbehinderung oder Gleichstellung.

5.5.4 Integrationsbetriebe

Integrationsbetriebe sind normale Unternehmen mit einem zusätzlichen Angebot. Sie bieten Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderung, die ohne eine besondere Unterstützung oder einen besonderen Rahmen nicht in der Lage sind, sich im allgemeinen Arbeitsmarkt zu behaupten. In diesem Sinne sind sie „soziale Unternehmen“. Gleichwohl bewegen sie sich im wirtschaftlichen Wettbewerb und fordern von ihren Beschäftigten ein Maß an Leistung, das im Durchschnitt 60 – 70 % der normalen Leistungsfähigkeit beträgt.

Mit Stand September 2007 existierten in Deutschland 560 Integrationsunternehmen. Diese beschäftigten über 20.000 Menschen, darunter viele behinderungsbedingt auf Teilzeitstellen. Die gesamte Wirtschaftsleistung der Betriebe dürfte bei etwa einer halben Milliarde Euro liegen.

Integrationsunternehmen bieten reguläre Arbeitsplätze zu regulären Bedingungen. Dies sind nach

ortsüblichem oder Tariflohn bezahlte sozialversicherungspflichtige Beschäftigungen. Die Unternehmen sind bemüht um Dauerarbeitsverhältnisse.

Die Geschäftsfelder sind vielfältig. Industrielle Produktion, Dienstleistung, Einzelhandel, Gastronomie und viele andere gehören hierzu. Damit der nicht selten hohe Arbeits- und Termindruck bewältigt werden kann, sind mindestens die Hälfte der Mitarbeiter Menschen ohne Behinderung.

Im Jahr 2000 wurden in einer Novellierung des Schwerbehindertengesetzes die Integrationsprojekte gesetzlich fundiert. Ein Jahr später erfolgte mit geringer Modifikation die Überleitung in das Sozialgesetzbuch IX. Der Gesetzgeber hat hier eine Definition gefunden, die den besonderen Förderstatus der Firmen möglich macht, ohne einen neuen Einrichtungstypus zu schaffen. Dies hätte dem Normalisierungsprinzip und dem Anspruch auf Einordnung in den allgemeinen Arbeitsmarkt widersprochen. Der Wortlaut des entscheidenden § 132 Sozialgesetzbuch IX lautet, „Integrationsprojekte sind rechtlich und wirtschaftlich selbständige Unternehmen oder unternehmensinterne oder von öffentlichen Arbeitgebern im Sinne des § 71 Abs. 3 geführte Betriebe (Integrationsbetriebe) oder Abteilungen (Integrationsabteilung) zur Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, deren Teilhabe an einer sonstigen Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufgrund von Art oder Schwere der Behinderung oder wegen sonstiger Umstände voraussichtlich trotz Ausschöpfens aller Fördermöglichkeiten und des Einsatzes von Integrationsfachdiensten auf besondere Schwierigkeiten stößt.“ Die Einbindung in den ersten Arbeitsmarkt und das psychosoziale Know-How im Umgang mit der Zielgruppe macht Integrationsprojekte auch für die Leistungsträger der Behindertenhilfe und die Arbeitsmarktpolitik interessant. Die Erfahrungen der letzten Jahre, belegt durch einige empirische Untersuchungen, zeigen, dass Integrationsfirmen kostendeckend wirtschaften können, wenn sie nach einer Anlaufphase von zwei bis drei Jahren mindestens 70 % der Betriebskosten durch Eigenleistung erwirtschaften.

Im Kreis Segeberg begann bereits im Jahr 2000 die Zusammenarbeit zwischen der NGD-Gruppe (Norddeutsche Gesellschaft für Diakonie e.V.) und den Hako Werken mit der Gründung des zukunftsweisenden Integrationsunternehmens di.hako.dip. Die Hako-Gruppe produziert und vertreibt weltweit professionelle Reinigungstechnik. Inzwischen wurden zwei weitere Integrationsunternehmen, di.hako.tec (2003) und di.hako.log (2007) nach dem Schwerbehindertenrecht (gem. § 132 ff., Sozialgesetzbuch IX), gemeinsam aufgebaut. Derzeit sind 45 Mitarbeiter bei di.hako beschäftigt, davon 25 mit einer Behinderung. Das Integrationsamt Schleswig-Holstein fördert das Projekt mit 2,0 Mio. €. Diese Mittel stammen aus der Ausgleichsabgabe, die von Arbeitgebern entrichtet wird, die keine schwerbehinderten Menschen beschäftigen.

Neben den genannten Hako-Gruppen existiert ein Integrationsbetrieb in Norderstedt, die Autopflege und Co gGmbH.

In den Integrationsbetrieben werden Arbeitsplätze für behinderte Menschen geschaffen und die Öffentliche Hand wird entlastet, da aus Leistungsempfängern Leistungsträger werden.

5.5.5 Zuverdienst und Zuverdienstfirmen

Die bestehenden Zuverdienstmöglichkeiten in der Bundesrepublik sind sehr unterschiedlich. Umgesetzt werden sie meist durch Integrationsfirmen (Integrationsprojekte nach Sozialgesetzbuch IX) und Zuverdienstfirmen oder in Form von Arbeitsprojekten, die unter dem Dach eines Vereines oder unter der Regie von stationären oder ambulanten Einrichtungen betrieben werden.

Im Kreis Segeberg gibt es z.B. die Diele Högersdorf gGmbH, die einen sehr hohen Anteil an Mitarbeitern mit Behinderung hat. Dieser Betrieb nimmt sozialrechtlich eine Zwischenposition ein.

5.5.6 Kooperation von Jobcenter und Eingliederungshilfe

2012 wurde das Projekt „Maßnahmen für psychisch kranke Menschen in Sozialkaufhäusern“ von Jobcenter und Eingliederungshilfe im Rahmen des Beschäftigungsprojektes „ Perspektive 2+12“ ins Leben gerufen. Bereits seit 2007 bestehen in Bad Segeberg und seit 2009 in Bad Bramstedt Sozialkaufhäuser, die aus Maßnahmen des Jobcenters bezahlt werden. Langzeitarbeitslose arbeiten hier im Rahmen von 1- € -Jobs im Lager, im Verkauf, in der Buchhaltung und in der Möbelaufbereitung. Der Träger in Bad Bramstedt ist die Diakonie Altholstein. Im Sozialkaufhaus Bad Segeberg gibt es einen neuen Träger, die Beschäftigung und Qualifizierung Ost Holstein gGmbH (BQOH gGmbH), deren Gesellschafter der Deutsche Kinderschutzbund Kreisverband Ostholstein e.V. ist.

Während das Jobcenter die Arbeitsqualifizierung vornimmt, wird die Eingliederungshilfe die Tagesstruktur und die sozialpädagogische Betreuung vor Ort sichern. Hierzu werden Sozialpädagogen vom Landesverein für Inneren Mission in Schleswig-Holstein (ATP / ATS) herangezogen werden. Die finanzielle Klärung befindet sich in der Hand der KOSOZ.

Das Projekt soll eine Laufzeit von zwei Jahren haben. Es wird für 9 Betreute in Bad Bramstedt und für 18 Betreute in Bad Segeberg eingerichtet werden. Hierdurch sollen Menschen, die gleichzeitig SGB II Leistungen und Eingliederungshilfe nach SGB XII erhalten, näher an den Arbeitsmarkt herangeführt werden.

5.5.7 Berufliche Rehabilitation

Es ist Aufgabe der Rehabilitationsträger, die Finanzierung der Rehabilitationsmaßnahmen sicherzustellen und die dafür erforderlichen Leistungen bereit zu halten. In diesem Rahmen sind sie verpflichtet, die behinderten Menschen umfassend über die möglichen Maßnahmen zu informieren und zu beraten. Angestrebt wird eine umfassende Rehabilitation durch ein nahtlos ablaufendes Verfahren. Umfasst das Verfahren mehrere Maßnahmen oder sind mehrere Träger daran beteiligt, so ist ein Gesamtplan zur Rehabilitation aufzustellen gemäß Rehabilitationsangleichungsgesetz vom 07.08.1974 (BGBl. I 1881).

Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger) gemäß § 6 Abs. 1 SGB IX können sein:

- Träger der gesetzlichen Krankenversicherung,
- Bundesagentur für Arbeit (Agentur für Arbeit),
- Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- Träger der gesetzlichen Rentenversicherung,
- Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge,
- Träger der öffentlichen Jugendhilfe,
- Träger der (öffentlichen) Sozialhilfe (SGB XII).

In die Regelungen zur Zusammenarbeit und Sicherstellung einer möglichst nahtlosen Rehabilitation behinderter Menschen bis hin zum konkreten Arbeitsplatz sind auch die Integrationsämter mit ihren auf die Gruppe der schwerbehinderten Menschen bezogenen Leistungen zur Begleitenden Hilfe im Arbeitsleben eingebunden (vgl. z. B. §10 Abs. 2, §11 Abs. 3, § 13 Abs. 5 und § 22 Abs. 1 Satz 3 SGB IX).

Die Träger der Sozialhilfe sind formell keine Rehabilitationsträger gemäß Rehabilitationsangleichungsgesetz. Jedoch leisten sie umfangreiche soziale Rehabilitation als Eingliederungshilfe gemäß der §§ 53 ff. SGB XII i. V. mit dem SGB IX.

Die **Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation** berät und unterstützt in allen Fragen der beruflichen und medizinischen Rehabilitation. Betroffene Bürger des Kreises Segeberg können sich in Norderstedt und Bad Oldesloe beraten lassen.

5.5.8 Berufsförderungswerke

Berufsförderungswerke (BFW) sind außerbetriebliche und überregional aufnehmende Bildungseinrichtungen der beruflichen Rehabilitation, die der Aus- und Weiterbildung von erwachsenen behinderten Menschen dienen, die in der Regel bereits berufstätig waren und die jeweiligen leistungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllen. Das Leistungsangebot reicht von Information, Beratung und Diagnostik, u.a. im Rahmen von Maßnahmen der Berufsfindung und Arbeitserprobung, über berufsbezogene Bildungsmaßnahmen zur Qualifizierung bis hin zu Hilfen zur beruflichen Eingliederung. Jedes Berufsförderungswerk bietet im Rahmen der Aus- bzw. Weiterbildung eine ausgewählte Palette an Berufsfeldern an. Im Einzelfall sind bestimmte Berufswünsche nur in einem anderen weit entfernt liegenden Berufsförderungswerk realisierbar. Die Einrichtungen verfügen neben den Bildungsstätten über medizinische, psychologische und soziale Fachdienste, die notwendige begleitende Hilfen ermöglichen und bieten darüber hinaus Freizeit- und Sportmöglichkeiten. Zudem werden Wohnangebote vorgehalten.

In einem Aufnahmeverfahren wird geprüft, ob folgende Eignungsvoraussetzungen vorliegen:

- eine ausreichende Motivation für die jeweilige Ausbildung,
- entsprechende intellektuelle, berufspraktische und körperliche Fähigkeiten,
- eine gewisse Selbständigkeit,
- ein konstantes Arbeits- und Lernverhalten,
- Belastbarkeit für einen achtstündigen Ausbildungstag,
- ggf. Internatsfähigkeit und
- ein ausreichendes Maß an Krankheitseinsicht.

Diese Zugangsvoraussetzungen sind für viele psychisch behinderte Menschen zu hoch. Daneben ist zu berücksichtigen, dass die Berufsförderungswerke in der Regel große und komplexe Einrichtungen sind mit üblicher Weise 500 – 700 Plätzen im Ausbildungsbereich. Diese Rahmenbedingung beinhaltet vor allem für diejenigen psychisch behinderten Menschen ein Hindernis, die überschaubare Strukturen benötigen. Im Kreis Segeberg und den Nachbarkreisen wird kein Berufsförderungswerk für psychisch kranke Menschen vorgehalten.

5.5.9 Berufsbildungswerke

Berufsbildungswerke sind Einrichtungen der beruflichen und gesellschaftlichen Rehabilitation. Sie dienen der erstmaligen Berufsausbildung vornehmlich jugendlicher Behinderter.

Das Leistungsangebot umfasst berufsvorbereitende Maßnahmen (Berufsfindung, Arbeitserprobung, Förderlehrgänge) und die Berufsausbildung. Die Berufsbildungswerke verfügen, wie die Berufsförderungswerke, über medizinische, psychologische und soziale Fachdienste, die notwendige begleitende Hilfen anbieten sowie über Freizeit- und Sportmöglichkeiten.

In Schleswig-Holstein bestehen Berufsbildungswerke in Husum, Neumünster und Timmendorfer Strand mit Ausbildungsmöglichkeiten auch für psychisch kranke Menschen.

Ein wichtiger Bereich ist die Angehörigenarbeit. Dabei wird am Beispiel des Berufsbildungswerkes (BBW) Neumünster darauf hingewiesen, dass nur 65% der jungen Menschen aus dem Elternhaus kommen, die anderen 35 % aus Heimen oder betreuten Einrichtungen.

Im Gegensatz zu der in der Psychiatriereform geforderten wohnortnahen Versorgung sind Berufsbildungswerke per se nicht nach diesem Ansatz aufgebaut. Das Vorhalten von Förder- und

Ausbildungsangeboten in hinreichender Anzahl, Qualität und Vielfalt erfordert auch eine gewisse Größe der Einrichtung, die nur in einem zentralisierten, überörtlichen Angebot realisiert werden kann. Auch der Arbeitsmarkt ist nicht nach dem Prinzip der Gemeindenähe organisiert, sondern fordert vielmehr ein hohes Maß an Flexibilität und Mobilitätsbereitschaft. Andererseits kann bei den jungen Menschen mit einer psychischen Behinderung durch die räumliche Distanz auch die Verselbstständigung im Sinne einer Abnabelung vom Elternhaus gefördert werden.

Im Kreis Segeberg werden in den Werkstätten für behinderte Menschen berufsfördernde und berufsbildende Maßnahmen vorgehalten. Standorte sind Bad Segeberg, Henstedt-Ulzburg und Norderstedt.

5.5.10 Werkstätten für seelisch behinderte Menschen

Werkstätten für seelisch behinderte Menschen (WfbM) werden oft auch als ein besonderer Arbeitsmarkt bezeichnet. Sie sind Einrichtungen zur Teilhabe am und Eingliederung in das Arbeitsleben. Die gesetzlichen Grundlagen sind im Sozialgesetzbuch IX, Sozialgesetzbuch XII (Eingliederungshilfe) und in der Werkstättenverordnung (WVO) festgelegt. Werkstätten für seelisch behinderte Menschen beschäftigen Menschen mit vielfältigen Behinderungen. Laut Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für seelisch behinderte Menschen waren dies im Jahr 2011 bundesweit 291.711 Menschen, in Schleswig-Holstein 12.246 Menschen. Der Anteil der psychisch Kranken liegt bei etwa 20 %. Um ihren spezifischen Bedürfnissen Rechnung zu tragen, wurden in den letzten Jahrzehnten eigene Werkstätten bzw. Abteilungen für diesen Personenkreis gebildet.

Werkstätten für seelisch behinderte Menschen sind gemeinnützig und stellen sich als „normale Betriebe“ dar, die sich durch Herstellung und Vertrieb eigener Produkte auszeichnen. Dadurch sind diese mit Dienstleistungen am Marktgeschehen gewerblich beteiligt und arbeiten mit Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarktes zusammen.

Viele Werkstätten sind zertifiziert und verfügen über ein Qualitätsmanagement.

Die Werkstätten für seelisch behinderte Menschen konkurrieren am Markt mit anderen Anbietern, ihre Basisfinanzierung ist dabei jedoch gesichert. Jede WfbM hat eine Versorgungspflicht für ihr Einzugsgebiet. Menschen, die die Voraussetzungen des § 136 SGB IX erfüllen, haben einen Rechtsanspruch auf einen Werkstattplatz, der individuell gestaltet werden kann und zeitlich nicht befristet ist.

Ein Schwerbehindertenausweis ist für psychisch behinderte Menschen für die Aufnahme in eine Werkstatt für seelisch behinderte Menschen nicht zwingend erforderlich, wohl aber die eindeutige Feststellung einer wesentlichen, nicht nur vorübergehenden psychischen Behinderung gemäß §§ 53 ff. SGB XII. Vor der Aufnahme wird geklärt, welche Möglichkeiten dem behinderten Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch zur Verfügung stehen. Nur, wenn eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgeschlossen ist, darf die Werkstatt aufnehmen. Voraussetzung für die Aufnahme ist weiterhin, dass der behinderte Mensch in der Lage ist, ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen. Eine Aufnahme in den Arbeitsbereich erfolgt in der Regel nur, wenn zuvor das Eingangsverfahren in einer WfbM durchlaufen wurde. Beim Eingangsverfahren handelt es sich um eine Orientierungsphase. Während dieser Zeit können unterschiedliche Arbeitsbereiche kennengelernt, verschiedene Tätigkeiten und Werkstoffe erprobt werden. Gemeinsam wird ein Fähigkeits- und Neigungsprofil erstellt, auf dessen Basis ein individueller Eingliederungsplan erarbeitet wird.

Neben vielfältigsten Arbeitsangeboten bietet der Arbeitsbereich der WfbM die Möglichkeit, früher Erlerntes sowie durch berufliche Bildung neu erworbenes Wissen und Können zu erhalten, zu festigen und auszubauen. Psychisch behinderten Menschen wird ermöglicht, ihre Persönlichkeit zu entwickeln und Selbstvertrauen zu gewinnen. Die Fähigkeit zum selbständigen Lösen von Problemen wird gelernt bzw. wiedererlernt und die Selbständigkeit gestärkt. Eigenschaften wie Antrieb, Motivation, Konzentration, Kritikfähigkeit,

Selbständigkeit, Flexibilität, Verantwortungsbewusstsein, Gemeinschaftsfähigkeit oder Hilfsbereitschaft können sich entwickeln und gefördert werden.

Die Beschäftigung im Arbeitsbereich der WfbM ist im Regelfall auf Dauer angelegt. Gelegentlich ist schon im Vorfeld der Aufnahme der Ausschluss einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt geklärt. Oftmals bestätigt sich dies auch nach Abschluss der Tätigkeit im Berufsbildungsbereich. Grundsätzlich besteht für Beschäftigte im Arbeitsbereich einer Werkstatt dennoch die Möglichkeit, z.B. über Qualifizierungsprogramme, Praktika, Arbeitserprobungen, ausgelagerte Arbeitsgruppen oder Einzelarbeitsplätze einen Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt zu finden.

Beschäftigte im Arbeitsbereich der WfbM stehen in einem arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis. Arbeitnehmerschutzgesetze finden daher auch auf sie Anwendung, beispielsweise die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall.

Das Arbeitsentgelt der Beschäftigten setzt sich aus einem Grundlohn und einem leistungsabhängigen Steigerungsbetrag zusammen.

Kostenträger für Leistungen im Arbeitsbereich der WfbM ist in der Regel der überörtliche Träger der Sozialhilfe (§ 42 SGB IX). Er trägt im Rahmen der Eingliederungshilfe die für den Werkstattplatz entstehenden Kosten. Der Kostenträger für den Arbeitsbereich trägt auch die Beiträge zur Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung. Beiträge zur Arbeitslosenversicherung werden nur in Ausnahmefällen gezahlt, weil Beschäftigte der WfbM dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen. Das in der Werkstatt erzielte Einkommen wird nicht auf die Erwerbsminderungsrente, die viele psychisch behinderte Menschen erhalten, angerechnet.

Im Kreis Segeberg befinden sich Werkstätten für psychisch behinderte Menschen in Bad Segeberg, Henstedt-Ulzburg sowie Norderstedt. Die beiden erstgenannten Städte verfügen über Werkstätten mit jeweils 36 Plätzen. Sie bieten qualifizierte Arbeitsplätze in den Bereichen Büroservice und Papierverarbeitung, im Garten- und Landschaftsbau sowie in der Textilverarbeitung an. Die Werkstatt für psychisch behinderte Menschen der Norderstedter Werkstätten „Nordwork“ hat 40 Arbeitsplätze in den Bereichen Möbelrestauration und Altmöbelaufbereitung, Grafik, Textildruck und Büroservice. Weitere 20 Arbeitsplätze gibt es im Haus CONTOR in der Norderstedter Innenstadt. Hauptziel dieser Beschäftigungsplätze, die höhere Anforderungen an die Beschäftigten stellen, aber noch den Schutz eines Werkstattplatzes beinhalten, ist eine Vermittlung auf den ersten Arbeitsmarkt.

5.6 Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, Tagesstrukturierung, Selbsthilfe

5.6.5 Begegnungsstätten

Begegnungsstätten bieten psychisch kranken Erwachsenen die Möglichkeit der „Begegnung“ mit anderen Menschen. Sie bieten Hilfestellung bei der Tages- und Wochenstrukturierung und wenden sich vor allem an Menschen, die von Rückzug und Vereinsamung bedroht sind. In den Begegnungsstätten werden vielfältige Gruppenangebote vorgehalten, wie z.B. Kreativgruppen, Spielrunden, Gartengruppen, gemeinsame Ausflüge und Feste. Es gibt meist eine kleine Cafeteria, in der zu günstigen Preisen z.B. Kaffee und Kuchen angeboten werden, teilweise besteht auch die Möglichkeit eines günstigen Mittagstisches.

Diese Einrichtungen stehen allen psychisch kranken Menschen zur Verfügung, auch denen, die beispielsweise keine oder noch keine Krankheitseinsicht haben. Die Nutzung der Begegnungsstätten setzt im Gegensatz zu den vielfältigen Angeboten der Eingliederungshilfe keine komplizierten Antragsverfahren und die damit zwingend erforderliche Einstufung als Behinderter oder von einer wesentlichen Behinderung Bedrohter voraus. Begegnungsstätten sind daher ein unverzichtbarer Bestandteil der gemeinde-psychiatrischen Versorgung.

Die Begegnungsstätten sind niedrigschwellige Kontaktangebote, die zum Teil am Wochenende geöffnet haben. Die Idee dieser Angebote entstand Mitte der 80er Jahre im Rahmen des „Sozialen Bürgerprogramms“. Das Land Schleswig-Holstein hatte sich seit 1990 an der Finanzierung dieser Einrichtungen mitbeteiligt. Ein Teil der Finanzierung ist im sogen. Sozialvertrag II, geschlossen zwischen dem Land und den Wohlfahrtsverbänden, geregelt. Ab dem Jahre 2012 ist eine Verteilung dieser Gelder über die Kommunen geplant.

Mittlerweile finanziert nahezu ausschließlich der Kreis Segeberg die Begegnungsstätten mit einem jährlichen Pauschalbetrag ohne personenbezogene Leistungsentgelte. Der Landesverein für Innere Mission in Schleswig-Holstein ist Träger der Begegnungsstätten im Kreis Segeberg. Durch Engagement der Leistungsträger und des Kreises Segeberg können die Begegnungsstätten derzeit noch weiter existieren. Der Besuch einer Begegnungsstätte ist bislang kostenfrei. Ein Selbstkostenbeitrag wird ggf. für Ausflüge und Verpflegung erhoben.

Im Kreis Segeberg gibt es Begegnungsstätten in Bad Segeberg, Wahlstedt und Norderstedt. Sie sind alle integriert in die Psychosozialen Zentren der ATP (Ambulante und Teilstationäre Psychiatrie), unter deren Dach sich zum Teil auch das Ambulante Betreute Wohnen und die Tagesstätten befinden. Selbsthilfegruppen haben ebenfalls die Möglichkeit, Räumlichkeiten des Psychosozialen Zentrums als Treffpunkt zu nutzen.

5.6.6 Treffpunkte im Ort (TriOs)

Die TriOs im Kreis Segeberg schaffen niedrigschwellige Anlauf- und Kontaktmöglichkeiten, bieten Beratungs- und Betreuungsmöglichkeiten und intensivieren damit die Gemeinwesenorientierung. Entstanden sind die TriOs seit 2008 im Rahmen der Umsetzung des Inklusionsgedankens.

Die Angebote in den TriOs richten sich in erster Linie an Menschen mit geistigen oder psychischen Behinderungen oder mit Suchterkrankungen. Auch Angehörige können sich über Hilfsmöglichkeiten informieren.

TriOs befinden sich in Bad Bramstedt, Bad Segeberg, Wahlstedt und Kaltenkirchen. Die Trägerschaft aller TriOs liegt beim Landesverein für Innere Mission Schleswig-Holstein. Das TriO in Kaltenkirchen wird in Kooperation mit dem Rauhen Haus betrieben.

Seit Auslaufen der Inklusionsmittel versuchen die Träger unter großen Anstrengungen, die TriOs eigenständig aufrecht zu erhalten. Die Zukunft der TriOs ist ungewiss und richtet sich maßgeblich nach den weiteren Entwicklungen der Haushalte.

5.6.7 Tagesstätten

Tagesstätten bieten im Unterschied zu Kontakt- und Beratungsstellen psychisch behinderten Menschen nach einem festgelegten Programm entsprechend den Bedürfnissen des Einzelfalls durch tagesstrukturierende Hilfen Alltagsgestaltung und die Eingliederung in die Gemeinschaft.

Das Angebot richtet sich speziell an schwer gestörte psychisch Kranke und behinderte Bürger mit chronischem Krankheitsverlauf, für die ohne dieses Angebot der Aufenthalt in einer Klinik oder einem Heim notwendig wäre. Gleichzeitig sind diese Menschen mit der Arbeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder einer vergleichbaren beschützten Tätigkeit überfordert. Ebenso können sie mit offenen Angeboten wie Kontaktstellen nicht hinreichend versorgt werden.

Experten empfehlen Tagesstätten mit einer Kapazität von 15 bis 20 Personen.

Tagesstätten sind Einrichtungen zur teilstationären Betreuung im Sinne der §§ 53 ff SGB XII und sollen Leistungen der sozialen Rehabilitation erbringen.

Diese Leistungen werden den Hilfebedürftigen einkommens- und vermögensabhängig vom örtlichen Sozialhilfeträger gewährt.

Im Kreis Segeberg werden von der Ambulanten und Teilstationären Psychiatrie (ATP) drei Tagesstätten mit jeweils 18 Plätzen in Bad Segeberg (Psychosoziales Zentrum), Norderstedt (Psychosoziales Zentrum) und Kaltenkirchen vorgehalten.

In Tagesstätten gibt es an Werktagen arbeitstherapeutische Angebote in den Bereichen Holz- und Näharbeiten. Neben der individuellen Beratung und Unterstützung der Klienten gibt es auch Gruppenangebote wie Hauswirtschaftsgruppe mit Gestaltung eines Mittagstisches, Backgruppe, Ergotherapie, Töpfern und kreatives Werken sowie Ausflüge. Bei Bedarf steht für die Hin- und Rückfahrt zur Wohnung auch ein Fahrdienst zur Verfügung.

5.6.8 Selbsthilfe, Angehörigengruppen, ehrenamtliche Hilfe

Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen, die gemeinsam ihre Probleme oder Anliegen bewältigen möchten, um ihre persönlichen Lebensumstände zu verändern. Sie richten sich nach Krankheiten, psychischen oder sozialen Problemen und bieten Raum für den Austausch von Erfahrungen und Informationen, wodurch sie einen wichtigen Aspekt der gesamtgesundheitlichen Angebotstruktur darstellen. Selbsthilfegruppen bieten psychisch kranken Menschen in besonderer Weise Hilfe und Unterstützung und können so langfristig den Weg aus der Isolation öffnen. Betroffene erfahren in diesem Rahmen durch die Reflektion der eigenen Sicht und der Sicht anderer Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung und der Bewältigung der damit verbundenen Probleme. Die Menschen erfahren, dass sie mit ihrer Krankheit, die oft in der Gesellschaft tabuisiert wird, nicht allein sind. Betroffene können sich auch ein Stück weit gegenseitig Halt und Unterstützung geben. Darüber hinaus bietet die Selbsthilfegruppe die Chance, gemeinsam aktiv zu sein. Selbsthilfegruppen sind auch eine wichtige Informationsbörse und bieten Patienten die Chance, sich besser

über ihre Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten zu informieren. Durch das Zuhören und das Ermutigen können gemeinschaftlich Lösungen für Probleme gefunden werden. Alle Gruppen treffen sich aus eigener Initiative in regelmäßigen Abständen, wobei die Art, der Inhalt und die Dauer der Treffen in der Entscheidungsfreiheit der einzelnen Gruppen liegen. Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe erfolgt freiwillig und liegt im Ermessen der Betroffenen. Einige Selbsthilfegruppen sind jederzeit auch für neue Teilnehmer offen, andere wiederum haben einen geschlossenen Teilnehmerkreis. Deshalb ist es sinnvoll, sich vorher mit dem Ansprechpartner in Verbindung zu setzen. Die Gruppeninhalte und Gesprächsthemen werden in allen Gruppen streng vertraulich behandelt.

Aktuell gibt es im Kreis Segeberg ca. 12 Selbsthilfegruppen für psychisch erkrankte Menschen. Einige werden unterstützt von verschiedenen professionellen Einrichtungen. Hierzu gehört der Landesverein für Innere Mission in Schleswig-Holstein, das Diakonische Werk Segeberg und die AWO in Bad Segeberg. Die AWO ist seit 2009 Träger der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KIS) im Kreis Segeberg.

Angehörigenarbeit ist ebenfalls ein wichtiger Baustein der gemeindepsychiatrischen Versorgung. Durch das Zusammenleben mit einem psychisch erkrankten Menschen entstehen für die unmittelbaren Angehörigen besondere Belastungen, ohne dass sie darauf vorbereitet sind. Infolge der zunehmend verkürzten Verweildauer bei stationärer Krankenhausbehandlung entstehen, besonders bei schwierigen Krankheitsverläufen, neue Belastungen für die Angehörigen.

Angehörigengruppen werden oftmals von professionellen Helfern angeleitet. Sie informieren u.a. über die Krankheitsbilder, deren Behandlung und Prognose. Mit Hilfe der Angehörigengruppen soll ein besseres Zusammenleben mit den psychisch erkrankten Menschen erreicht werden, das wiederum einen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben kann.

Im Vordergrund des Gruppengesprächs stehen die Belastungen, Gefühle und Probleme der Angehörigen. Die teilnehmenden Angehörigen lernen Unterschiede und Gemeinsamkeiten in Problemlagen und Verhaltensweisen kennen, schaffen Verbindungen und im Idealfall sogar eigene soziale Netzwerke. Die Angehörigengruppe ist damit ein zentraler Bestandteil der Angehörigenarbeit.

Aktuell gibt es im Kreis Segeberg 3 Angehörigengruppen, die alle fachlich angeleitet werden von Ehrenamtlichen oder Mitarbeitern des Landesvereins für Innere Mission in Schleswig-Holstein.

Zusätzlich veranstaltet im Kreis Segeberg die ATP (Ambulante und Teilstationäre Psychiatrie) gemeinsam mit den Volkshochschulen Bad Segeberg und Norderstedt kostenlose Psychoseseinare. Im Psychoseseinar treffen sich Psychiatrie-Erfahrene (Betroffene), Angehörige und professionelle Mitarbeiter der Psychiatrie. Es soll das gleichberechtigte Gespräch zwischen diesen 3 Gruppen stattfinden. Termine gibt es mehrmals im Jahr.

Die Selbsthilfe- und Angehörigengruppen dienen den betroffenen Menschen vor allem dazu, die eigenen individuellen Belange zu klären. Beide Personengruppen sind aufgrund ihrer Erfahrung jedoch auch als Experten in den verschiedenen Arbeitskreisen und Kommissionen des Kreises Segeberg geschätzt. So gibt es Angehörige und/ oder Psychiatrie-Erfahrene im Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie, im Gemeindepsychiatrischen Verbund, in der Begehungskommission und in der Beschwerdestelle.

Im Jahre 2003 wurde auf Initiative des GPV die „Arbeitsgruppe Psychiatrie-Erfahrene im Kreis Segeberg“ gegründet. Sie traf sich ca. 4mal jährlich in unterschiedlichen Einrichtungen des Kreises Segeberg. Es wurden Referenten eingeladen, um mit den Teilnehmern über ausgewählte aktuelle Themen zu sprechen. Weitere Ziele waren die Förderung der Selbstbestimmung, Stärkung des Teilhabegedankens und Vernetzung untereinander. Der Arbeitskreis ruht seit 2008 (letzte Gruppe am 29.11.2007) mangels Beteiligung der Psychiatrie-Erfahrenen.

In Schleswig-Holstein gibt es seit 1987 den „Landesverband Schleswig-Holstein der Angehörigen & Freunde psychisch Kranker e.V.“ mit einer Ansprechpartnerin für den Kreis Segeberg. Die Psychiatrie-Erfahrenen sind seit 1995 ebenfalls im „Landesverband der Psychiatrieerfahrenen e.V.“ organisiert. Beide Verbände haben ihren Sitz in Kiel.

6. Spezielle Versorgungsangebote

6.1 Prolog

Von der Allgemeinpsychiatrie abzugrenzen sind Fachbereiche, die spezielle Versorgungsangebote durch spezialisierte Fachkräfte und -einrichtungen erfordern. Diese sind u.a. die Bereiche Suchterkrankungen, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, psychischen Erkrankungen bei Migranten und Menschen mit gleichzeitig bestehender geistiger Behinderung. Ein weiterer Themenkomplex sind geschlechtsspezifische Hilfen im Sinne des Gender Mainstreaming.

Die folgenden Ausführungen geben einen Überblick. Hierbei unterstützten qualifizierte Fachleute aus verschiedenen Einrichtungen im Kreis Segeberg die Psychiatrieplaner.

In der Fortführung der Psychiatrieplanung sollen die Inhalte in den fachspezifischen Gremien wie z. B. dem Arbeitskreis Gerontopsychiatrie aktualisiert werden. Da derzeit nicht zu jedem Fachbereich eigenständige Arbeitskreise existieren, sollten Unterarbeitsgruppen aus dem Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie und Gemeindepsychiatrischer Verbund gebildet werden, die sich für die Weiterführung der einzelnen Unterkapitel des Psychiatrieplanes primär verantwortlich zeigen.

6.2 Suchtkranke

Für den Bereich der Suchtkrankenhilfe hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte ein eigenes, umfangreiches Suchthilfesystem herausgebildet. Die Darstellung und Bewertung dieser Angebote erfordert ein detailliertes Fachwissen. Daher hat der Kreis Segeberg diese umfangreiche Aufgabe an die Experten der Ambulanten und teilstationären Suchthilfe (ATS) des Landesvereins für Innere Mission in Schleswig-Holstein unter Federführung von Herrn Dr. Tecklenburg übertragen.

Es wurde ein umfangreicher eigenständiger Suchthilfeplan erstellt, der als Teilplan der Gesamtpsychiatrieplanung zu verstehen ist.

6.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat seit 1968 den Status eines eigenen ärztlichen Fachgebietes und ist damit eine junge Disziplin der allgemeinen Psychiatrie. Der Titel „Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie“ wurde 1992 mit der neuen Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer eingeführt. Ihr Aufgabengebiet wurde in den Richtlinien der Bundesärztekammer definiert:

Das Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie umfasst die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter und bei Heranwachsenden - auch unter Beachtung ihrer Einbindung in das familiäre und soziale Lebensumfeld.

Aufgrund der Ergebnisse der Bindungsforschung und der Erkenntnisse in der Hirnforschung wird heute davon ausgegangen, dass an psychopathologischen Störungen biologische, konstitutionelle, entwicklungspsychologische und psychosoziale Wirkfaktoren beteiligt sind. Aufgrund der Vielfältigkeit von Ursachen und Auslösern ist eine hohe Fachkompetenz und Vernetzung bei allen erforderlich, die mit Kindern und Jugendlichen im Gesundheitswesen arbeiten. Neben dem Gesundheitssystem ist gleichermaßen das Kinder- und Jugendhilfesystem mit der Versorgung betraut.

Durch die gesetzlichen Regelungen des § 35a SGB VIII hat sich der Kompetenzbereich der Kinder- und Jugendhilfe ausdrücklich hinsichtlich der Zuständigkeit für die von einer seelischen Behinderung bedrohten und seelisch behinderten jungen Menschen erweitert.

Die große Bedeutung sozialpädagogischer Kompetenz im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gründet sich auf der Annahme, dass ein großer Teil des Klientels verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche sind, deren Störungen keinen Krankheitswert haben, die die soziale Integration aber dennoch gravierend einschränken und behindern.

Zu bedenken ist, dass die Kinder und Jugendlichen von heute die jungen Eltern von morgen sein werden mit entsprechenden Verantwortlichkeiten wiederum in der Erziehung ihrer Kinder.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie führte 2003 aus, dass die seelische Gesundheit eine notwendige Voraussetzung für eine gute psychosoziale und psychosomatische Entwicklung und stabile Persönlichkeitsentwicklung von Kindern und Jugendlichen ist. Ihre Förderung ist damit von hohem gesellschaftlichem Nutzen. Die Prävention und Behandlung körperlicher und seelischer Krankheiten von Kindern und Jugendlichen muss eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe bleiben und weiterhin allen Kindern und Jugendlichen zugänglich sein.

In Deutschland wurde zwischen 2003 und 2006 die Gesundheit von Mädchen und Jungen bis zum 17. Lebensjahr durch das Robert-Koch-Institut im Rahmen einer repräsentativen Studie an 17.641 Kindern und Jugendlichen aus 167 Städten und Gemeinden untersucht (Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS). In der BELLA-Studie, dem Modul „Psychische Gesundheit“ des deutschen Kinder- und Jugendgesundheitsurveys, wurde eine repräsentative Stichprobe im Umfang von 2863 Familien mit Kindern im Alter von 7-17 Jahren vertiefend zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten befragt. Die Auftretenshäufigkeit psychischer Auffälligkeiten wurde anhand der Angaben über Symptome und Belastungen im Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) und weiterer standardisierter Screening-Verfahren ermittelt. Bei 21,9 % der Kinder und Jugendlichen ergab sich aufgrund von psychischen Auffälligkeiten ein Diagnostikbedarf. Ängste wurden bei 10% der Kinder und Jugendlichen festgestellt. Anzeichen für eine Depression gab es bei 5,4% der Kinder und Jugendlichen. Störungen des Sozialverhaltens lagen bei 7,6% der Kinder und Jugendlichen vor. Eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung wurde bei 2,2% der Minderjährigen diagnostiziert. Jungen und Mädchen waren in gleicher Weise von emotionalen Störungen wie Ängsten und Depressionen oder sozialem Rückzug betroffen. Jungen im Grundschulalter zeigten häufiger als Mädchen Symptome, die auch das soziale Umfeld oder die Familie erheblich beeinträchtigen können. Dies sind

z.B. Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität und Disziplinstörungen in der Schule, Wutanfälle oder Zerstörung fremden Eigentums.

Laut Ravens-Sieberer et al. 2007 erhielten im Bundesdurchschnitt nur 48% der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen die erforderliche Therapie. Diese Zahl ist umso erstaunlicher, da Kinder und Jugendliche wie keine andere Altersgruppe, von zahlreichen Sozialisationsinstanzen (z.B. Kindergarten, Schule, Einrichtungen der Jugendhilfe, Beratungseinrichtungen, Jugendzentren, etc.) umgeben sind, die diese Bedarfe registrieren und die erforderlichen Schritte einleiten müssten.

Deutliche Unterschiede zeigten sich auch in den Auffälligkeiten und ebenfalls in den Ressourcen der Kinder und Jugendlichen bezogen auf den sozioökonomischen Status der Familie und ihre Migrationsvorgeschichte. Kinder mit einem niedrigen sozioökonomischen Status waren häufiger von psychischer Erkrankung betroffen als Kinder mit einem hohen sozioökonomischen Status. Psychisch auffällige Kinder und Jugendliche kamen deutlich häufiger aus Familien, in denen ein hohes Konfliktpotential besteht, aus Familien, in denen die Erziehenden ihre eigene Kindheit als nicht harmonisch erfahren haben oder aus Familien, in denen die Partnerschaft der Eltern unglücklich ist. Weiterhin wachsen diese Kinder häufiger als gesunde Kinder in einem „Ein-Eltern-Haushalt“ auf, und es kommt häufiger vor, dass ein Elternteil psychisch krank ist.

Diese Risikofaktoren wirken kumulativ, das bedeutet, dass mit der Anzahl der Risikofaktoren auch der Anteil der Kinder und Jugendlichen steigt, die Hinweise auf psychische Auffälligkeiten zeigen. Das Auftreten mehrerer Risikofaktoren beeinträchtigt die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erheblich. Aus diesem Grund sollten sich Interventionen gezielt an Risikogruppen wenden und über Hilfen informieren.

Kinder und Jugendliche mit einem erhöhten Risiko oder einer sich bereits entwickelnden Symptomatik psychischer Auffälligkeiten sollten möglichst frühzeitig erkannt werden, damit ihnen für eine gesunde Entwicklung rechtzeitig Hilfe und Unterstützung zuteil wird und die Störung nicht bis ins Erwachsenenalter persistiert. Zum Beispiel erhöhen Angststörungen im Kindesalter das Risiko einer psychischen Störung im Erwachsenenalter. Bei einer Zwangsstörung berichten bis zur Hälfte der erwachsenen Patienten, dass ihre Erkrankung im Kindes- und Jugendalter begonnen hat. Die Befunde zeigen deutlich, dass frühe psychische Störungen vielfältige negative Effekte auf viele Bereiche des Lebens haben (z.B. akademische Erfolge, berufliche Karriere, Partnerschaft und Familienleben). Bleibt eine adäquate Behandlung einer psychischen Störung im frühen Verlaufsprozess aus, ist das Risiko für eine lebenslange Leidensgeschichte und Beeinträchtigung stark erhöht.

Kreis Segeberg

Aufgrund rechtlicher Regelungen, dem § 35a SGB VIII und dem Kinderschutzgesetz vom 01.04.2008, sind alle beteiligten Professionellen zu einer Zusammenarbeit verpflichtet. Zu den Kooperationsaufgaben von Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie gehört auch die Beratung von nicht medizinisch geführten Institutionen, wie z.B. Kindertagesstätten und Schulen. Die notwendige Multiprofessionalität birgt die Gefahr der Zersplitterung von Zuständigkeiten ohne verantwortliche Koordination. Deshalb ist die Einrichtung von Entscheidungsgremien, in denen es zu verbindlichen Abmachungen kommt, unerlässlich.

Seit 2005 gibt es zwei eigenständige Jugendämter im Kreis Segeberg, da die Stadt Norderstedt im Rahmen des Modellprojektes „große kreisangehörige Stadt“ ein unabhängiges Jugendamt unterhält. Hierdurch erhöht sich der organisatorische Aufwand für alle anderen kooperierenden Stellen und Institutionen.

18,5% der Bevölkerung im Kreis Segeberg sind unter 18 Jahre (Stand 2008). Von diesen 47.730 Kindern und Jugendlichen bedürfen etwa 10.500 einer Diagnostik aufgrund von psychischen Auffälligkeiten. Eine behandlungsbedürftige psychische Störung haben 4.600 Kinder und Jugendliche. Obwohl eine Abnahme des Bevölkerungsanteils der unter 18-Jährigen bis 2025 prognostiziert wird, kann aufgrund gesellschaftlicher

Entwicklungen nicht mit einer Abnahme der absoluten Zahlen psychischer Erkrankungen in dieser Altersgruppe gerechnet werden.

Laut Landespsychiatrieplan 2000 gab es für den Kreis Segeberg im Zeitraum 1990 -1999 keine von der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen sowie von der kassenärztlichen Vereinigung ausgesprochenen Ermächtigungen für Ärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Aktuell arbeiten im Kreis Segeberg drei niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater in Bad Segeberg und Norderstedt. Die Praxis in Bad Segeberg wird als sozialpsychiatrische Schwerpunktpraxis geführt.

Ambulante Psychotherapie wird von zehn Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten angeboten, im Jahr 2000 waren es lediglich zwei Therapeuten. Bei langen Wartezeiten ist der Bedarf an ambulanter ärztlicher und psychotherapeutischer Hilfe noch nicht gedeckt.

Gemeindenahе und bedarfsgerechte Versorgung ist nach wie vor vorrangig durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten sicherzustellen. Besonders in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen ist es wichtig, den Grundsatz ambulant vor stationär umzusetzen, damit soziale Bindungen erhalten und in die therapeutischen Prozesse einbezogen werden können. Dieser Grundsatz ist umso dringender zu realisieren, je jünger das Kind ist.

Hier ist die Kassenärztliche Vereinigung mit ihrem Sicherstellungsauftrag für eine ambulante Versorgung nach wie vor in der Pflicht.

Die Notfall- und stationäre Versorgung erfolgt im Schlei-Klinikum, Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, in Schleswig. Hier ist auch die zuständige Institutsambulanz angesiedelt. Das Schlei-Klinikum liegt ca. 100 km von Bad Segeberg und ca. 95 km von Norderstedt entfernt. Währenddessen ist die Regio-Klinik Elmshorn nur ca. 68 km von Bad Segeberg und ca. 23 km von Norderstedt entfernt. Da für den Kreis Segeberg bislang kein Versorgungsauftrag besteht, müssen psychisch kranke Minderjährige in der Regel die längere Anfahrt nach Schleswig auf sich nehmen.

Eine gemeindenahе, also ortsnahe, psychiatrische Versorgung ist dringend erforderlich. Schon 1988 verlautete das Bundesfamilienministerium, dass zu große Entfernungen die Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtungen beeinträchtigen. Sie stören die sozialen Bezüge zu den Familien während der Behandlung, behindern angemessene Behandlungsformen (z.B. in Tageskliniken oder Familientherapie) und stützen auch die Vorurteile gegenüber psychisch kranken und behinderten Kindern und Jugendlichen. Eine weite Entfernung zwischen Wohn- und Behandlungsort führt im Vergleich mit geringen Entfernungen zu einer Verlängerung der stationären Behandlungsdauer. Die Ansprüche an die Erreichbarkeit sind vor allem dann hoch, wenn die Mitarbeit der Eltern erforderlich ist. Dennoch ist davon auszugehen, dass für die Versorgung spezieller Gruppen Kompromisse zwischen einer gemeindenahen Versorgung und einer Spezialversorgung geschlossen werden müssen, um die notwendige Fachlichkeit zu wahren.

Derzeit gibt es kein teilstationäres Behandlungsangebot für psychisch kranke Minderjährige im Kreis Segeberg. Bereits 2007 wurde Norderstedt als Standort für die Errichtung einer Psychiatrischen Tagesklinik mit einer Abteilung für Kinder und Jugendliche ausgewählt. Mit Ausschreibung 2008 bekamen der Trägerverbund Psychiatrisches Zentrum Rickling und die Regio-Klinik Elmshorn den Zuschlag. Eine Finanzierung des Gebäudes ist gesichert durch Landesmittel und verbindliche Zusagen der Krankenkassen. Der dringend erforderliche Bau dieser Tagesklinik verzögert sich oder droht sogar zu scheitern, obwohl ein passendes Grundstück im Stadtteil Friedrichsgabe gefunden wurde, da der von der Stadt Norderstedt verlangte Grundstückspreis die zur Verfügung stehenden Mittel des Trägerverbundes übersteigt (Stand Januar 2012).

Heilpädagogische Kinderheime

Die Schule am Kastanienweg in Bad Segeberg bildet zusammen mit ihrer Außenstelle in Bad Bramstedt ein Förderzentrum für emotionale und soziale Entwicklung. Die sächsische Trägerschaft ist seit dem 22. September 1983 auf das „Diakoniehilfswerk Schleswig-Holstein“ in Form der heilpädagogischen Kinderheime in Bad Segeberg und Bad Bramstedt übertragen. Die Schule wird auch von Kindern mit psychischen Erkrankungen

besucht, die schwerwiegende Störungen im emotional-sozialen Bereich aufzeigen und in ihrem jetzigen Entwicklungsstand die Regelschulen nicht besuchen können. Wohnorte dieser Kinder sind neben Kleinstheimen in der Umgebung sowie Stamm- und Pflegefamilien die heilpädagogischen Kinderheime in Stipsdorf und Bad Bramstedt. Die Kindersiedlung in Stipsdorf bietet 50 Plätze, zusätzlich werden zwei Außenwohngruppen in Bad Segeberg mit insgesamt 11 Plätzen vorgehalten. Das heilpädagogische Kinderheim in Bad Bramstedt verfügt über 27 Plätze.

6.4 Psychisch kranke alte Menschen (Gerontopsychiatrie)

Der Bereich „Gerontopsychiatrie“ umfasst die Behandlung und Betreuung psychisch erkrankter alter Menschen, bei denen die Symptome der psychischen Erkrankung im Vordergrund der Hilfe stehen. Statistischen Erhebungen zur Folge sind 25 % der über 65-jährigen Menschen psychisch eingeschränkt und 15 % psychiatrisch behandlungsbedürftig. Für den Kreis Segeberg mit seinen ca. 32,9% über 65-Jährigen (Stand 2008) entspräche dies ca. 12.800 psychiatrisch behandlungsbedürftigen alten Menschen. Prognostiziert wird bis zum Jahre 2025 ein Anstieg dieser Personengruppe auf 44,1%, was einer Anzahl von etwa 17.100 psychiatrisch behandlungsbedürftiger Menschen entspricht.

In der gerontopsychiatrischen Versorgung können drei Hauptzielgruppen benannt werden:

- die erstmals im Alter psychisch erkrankten Menschen,
- die älter werdenden chronisch psychisch kranken Menschen und
- die Gruppe der demenzkranken Menschen.

Erstmals im Alter psychisch erkrankte Menschen:

Depressionen im Alter sind mit ca. 50 – 60% der Diagnosen führend. Mit ca. 35% stehen die Demenzen an zweiter Stelle der psychiatrischen Diagnosen, gefolgt von Angststörungen und Substanzabhängigkeiten.

Älter werdende chronisch psychisch kranke Menschen:

Menschen mit einer wesentlichen, nicht nur vorübergehenden seelischen Behinderung benötigen langjährig, oftmals ein Leben lang, Unterstützung. Diese wird ihnen zunächst in Form von Eingliederungshilfe in unterschiedlichster Form gewährt. Dabei muss auf individuelle altersgerechte Versorgungsaspekte eingegangen werden.

Auch die Menschen, die in einer stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe leben, können mit zunehmendem Alter einen Pflegebedarf entwickeln. Steht irgendwann die Pflege im Vordergrund, muss die Entscheidung getroffen werden, ob der seelisch behinderte Mensch in eine Pflegeeinrichtung wechselt. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass es keine Komplex-Einrichtungen mehr im Kreis Segeberg gibt, die sowohl Plätze der Eingliederungshilfe, als auch Pflegeplätze anbieten können. Kritisch anzumerken ist, dass betroffene chronisch psychisch kranke Menschen durch Wechsel der Kostenträger, von der Eingliederungshilfe zur Pflegekasse, von einer Entwurzelung aus ihrem vertrauten sozialen Umfeld bedroht sind. Stellen solche Lebensraumwechsel bereits für seelisch gesunde Senioren eine Belastung dar, so gilt dies umso mehr für chronisch seelisch Erkrankte.

Es wird angeregt, dass die bereits begonnene Diskussion bezüglich der Versorgung dieser Zielgruppe z.B. im Gemeindepsychiatrischen Verbund zwischen Einrichtungs- und Kostenträgern und in der Pflegekonferenz fortgesetzt wird.

Demenzkranken Menschen:

Besonders bedeutungsvoll erscheint die prognostizierte Entwicklung der Demenzerkrankungen. Zurzeit sind in Deutschland rund 1 Millionen Menschen von einer Demenz betroffen. Darunter sind – vor allem in Folge der höheren Lebenserwartung – zwei Drittel weiblich.

Die Krankheitskosten pro Kopf für psychische und Verhaltensstörungen sind gerade bei älteren und hoch betagten Frauen deutlich höher als bei Männern, insbesondere in den (teil-) stationären Pflegeeinrichtungen. Grund hierfür könnte sein, dass psychische Krankheiten, insbesondere Demenzerkrankungen, einen hohen Betreuungsaufwand erfordern, der von Familienangehörigen nur schwer zu erbringen ist.

Auf jeden Einwohner entfielen im Jahr 2006 durchschnittliche Krankheitskosten von Rund 2870,- €. Diese Kosten stiegen mit dem Lebensalter überproportional an: Bei den unter 15-jährigen lagen die Krankheitskosten im Jahr 2006 mit rund 1260,-€ pro Kopf unter dem Durchschnitt. Die Krankheitskosten der Hochbetagten von 85 Jahren und mehr lagen bei 14.370,- € pro Kopf.

In Schleswig-Holstein muss heute von etwa 38.000 an Demenz erkrankten Personen ausgegangen werden. Bis 2050 wird sich diese Zahl auf etwa 77.000 verdoppeln. Da gleichzeitig die Bevölkerungszahl sinkt, werden dann statt 1,3 Personen heute 3,3 Personen pro 100 Einwohner an Demenz erkrankt sein.

Für den Kreis Segeberg ergäbe dies bei derzeit ca. 260.000 Einwohnern eine Zunahme der an Demenz Erkrankten von aktuell 3380 Personen auf 8580 Personen.

Die Zahl der Neuerkrankungen an Demenz in Schleswig-Holstein steigt von heute jährlich 10.000 auf 22.000 im Jahre 2050 an. Erkrankten heute jährlich 360 pro 100.000 Einwohner an Demenz, wird dieser Anteil bis 2050 auf 918 steigen, eine Zunahme von 155%.

Mit Anstieg der Neuerkrankungen geht auch ein steiler Kostenanstieg einher. Hierbei machen die indirekten Kosten den höchsten Anteil an krankheitsbedingten Belastungen aus. Es handelt sich dabei vor allem um die familiären Betreuungsleistungen der Angehörigen, die durchschnittlich mit 6-10 Stunden täglich veranschlagt werden. Bei den direkten ausgabenwirksamen Kosten bilden die Aufwendungen für die stationäre Langzeitbetreuung mit 50 – 75% der Gesamtaufwendungen den größten Anteil.

Mit zunehmender Krankheitsschwere ist die häusliche Versorgung demenzkranker älterer Menschen häufig nicht mehr möglich, so dass jährlich ein Viertel der zuvor in Privathaushalten Betreuten in Heime umziehen. Ca. 20 – 35 % der demenzerkrankten Menschen werden bis zum Tod in der eigenen Häuslichkeit versorgt. Die Verweildauer der in Heimbetreuung demenzerkrankten Menschen beträgt bei einer großen individuellen Streuung durchschnittlich 3 Jahre. Der Anteil demenzkranker Menschen in Pflegeheimen wird durchschnittlich mit 50 – 70 % der Heimbewohner angegeben.

Der spezielle Aspekt in der Pflege und Betreuung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen liegt darin, dass sich die Betroffenen aufgrund ihrer Erkrankung nur noch begrenzt den jeweiligen Situationen anpassen können. Die erforderliche Anpassung muss deshalb von den Pflegenden gestaltet werden, z.B. durch eine Sicherung und Orientierung vermittelnde Milieugestaltung und durch eine biografiebezogene pflegerische Begleitung.

In der Pflege demenzkranker Menschen sind Wohlbefinden und Sicherheit eine notwendige Voraussetzung der pflegerischen Versorgung. Die besondere Herausforderung an Angehörige, an der pflegerischen Versorgung beteiligte Berufsgruppen und ehrenamtlich engagierte Bürgerinnen und Bürger sowie Trägerverbände, Kostenträger und Politik besteht darin, die Begleitung und Pflege aus der Sicht des Erkrankten zu gestalten und zu etablieren.

Versorgung im Kreis Segeberg

Die medizinische Behandlung wird durch die Gerontopsychiatrische Station am Psychiatrischen Zentrum Rickling (38 Betten) gewährleistet. Die Gerontopsychiatrische Station in Rickling bietet zudem Gedächtnissprechstunden an, in denen Betroffene Rat und Hilfe zur Früherkennung von Hirnleistungsstörungen erhalten.

Die Psychosomatische Abteilung der Segeberger Kliniken GmbH hält ein spezielles Behandlungsprogramm bei psychosomatischen Störungen im höheren Lebensalter vor (4 – 5 Betten).

Die Basisarbeit in der ambulanten Versorgung leisten hauptsächlich die Hausärzte, die selten zeitnah an niedergelassene Neurologen und Psychiater oder die Gedächtnissprechstunde im Psychiatrischen Zentrum

Rickling überweisen. Die medizinische Versorgung ist hierbei nicht immer bedarfsdeckend und bedarfsgerecht, da Allgemeinärzte häufig nicht auf die speziellen Anforderungen der gerontopsychiatrischen Versorgung vorbereitet sind. Neben Ausbau stationärer Behandlungskapazitäten ist vor allem eine umfangreichere Qualifizierung der niedergelassenen Allgemeinärzte erforderlich, um aufgrund frühzeitig gesicherter Diagnosen auch frühzeitig angemessene Behandlungen einleiten zu können.

Eine niedrigschwellige Beratung bietet die „Sprechstunde für Ältere“ an der Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bad Segeberg. Ein Arzt und eine Sozialpädagogin sind hier tätig. Betroffene und Angehörige können auch ohne ärztliche Überweisung Rat und Hilfe einholen.

Die ambulante Nachsorge, Beratung und Betreuung gerontopsychiatrisch Erkrankter wird im Kreis Segeberg vom Pflegestützpunkt, der „Beratungsstelle für ältere Bürger und ihre Angehörigen“ geleistet. In Einzelfällen übernimmt sowohl der Allgemeine Soziale Dienst des Kreises Segeberg und der Stadt Norderstedt als auch der Sozialpsychiatrische Dienst die Beratung und Weitervermittlung.

Alle drei Dienste sind personell so knapp besetzt, dass nicht selten in der konkreten Einzelfallberatung oder –betreuung auf den jeweils anderen Dienst verwiesen wird. Dies führt zu einer Verunsicherung der Bürger, Verzögerung der Einleitung und Umsetzung von Hilfen sowie letztlich zur Unterversorgung der betroffenen älteren Bürger.

Verschiedene Träger bieten unter Federführung des Pflegestützpunktes teilweise in Kooperation insgesamt 8 Gesprächsgruppen für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen sowie 7 Betreuungsgruppen für Demenzerkrankte an. Auch eine Begegnungsstätte für ältere Bürger kann in Bad Segeberg aufgesucht werden.

Die gerontopsychiatrische Tagesstätte ist eine teilstationäres Angebot der Eingliederungshilfe gem. SGB XII. Eine solche Einrichtung bietet älteren Menschen, die gleichzeitig eine psychische Erkrankung haben (auch Demenzerkrankungen) und die von Isolation und Wiedererkrankung bedroht sind, verschiedene Hilfen zur Tages- und Wochenstrukturierung an. An Werktagen gibt es verschiedene arbeitstherapeutische Angebote und Beschäftigungsangebote. Im Kreis Segeberg gibt es derzeit keinen Anbieter für eine solche spezialisierte Tagesstätte.

Seit dem Jahr 2002 haben pflegebedürftige Menschen mit einem besonderen zusätzlichen Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung in der häuslichen Versorgung auch Anspruch auf so genannte „Pflegeergänzungsleistungen“ gemäß § 45 SGB XI. Dieser zusätzliche Bedarf besteht häufig bei Menschen mit einer geistigen Behinderung oder einer psychischen Erkrankung mit z. B. demenzbedingten Fähigkeitsstörungen. Im Kreis Segeberg existieren insgesamt 29 ambulante Pflegedienste inkl. Zweigstellen. Von diesen bieten ca. die Hälfte „Pflegeergänzungsleistungen“ an.

Es ist in den nächsten Jahren mit einem spürbaren Anstieg der Inanspruchnahme von ambulanten Pflegeleistungen zu rechnen.

Im Kreis Segeberg arbeiten derzeit 5 Tagespflegeeinrichtungen. Die Tagespflege ist ein Angebot für ältere Menschen, die aufgrund körperlicher Behinderung oder psychischer Veränderung tagsüber der Pflege und Betreuung bedürfen und in der eigenen Häuslichkeit nicht in ausreichendem Umfang versorgt werden können, insbesondere bei Berufstätigkeit der pflegenden Angehörigen. Die Tagespflege kann dazu beitragen, eine dauerhafte stationäre Unterbringung hinauszuzögern oder zu verhindern. Insgesamt stehen in Norderstedt in 2 Tagespflegeeinrichtungen 32 Plätze, in Groß Niendorf 9 Plätze, in Bimöhlen 14 Plätze und in Boostedt 15 Plätze zur Verfügung. Weitere Tagespflegeeinrichtungen befinden sich in der Planung, z.B. in Fahrenkrug.

Der Kreis Segeberg zählt insgesamt 59 vollstationäre Pflegeeinrichtungen. Davon sind 17 Heime gerontopsychiatrisch ausgerichtet. 8 Einrichtungen halten 375 Plätze für geschlossene Unterbringungen gemäß BGB vor. Es gibt bereits zahlreiche Einrichtungen, die sich für die Pflege und Betreuung demenziell Erkrankter qualifiziert haben.

Darüber hinaus gibt es erste spezialisierte gerontopsychiatrische Fachpflegeeinrichtungen. Hierzu gehört das „Haus Ilse“ mit 66 geschlossenen Plätzen in Norderstedt. Das „Haus Wahlstedt“ mit 36 Plätzen in Wahlstedt nimmt ausschließlich Pflegebedürftige auf, bei denen eine mittelschwere bis schwere Demenz diagnostiziert wurde.

In den nächsten Jahren wird der Bedarf an stationären Behandlungsplätzen im Kreis Segeberg für die gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen steigen. Da der Anteil demenzkranker Menschen in Pflegeheimen durchschnittlich 50-70% ausmachen wird, ist es fraglich, ob die Einrichtung weiterer Facheinrichtungen speziell für Demenzerkrankungen die Grundversorgung dieses Personenkreises sicherstellen würde. Bei der Versorgung der demenziell Erkrankten steht oftmals nicht die Pflege sondern die Betreuung der Betroffenen im Vordergrund. Daher ist nicht unbedingt eine höhere Ausstattung an Pflegefachpersonal notwendig. Stattdessen können seit 2008 gemäß §87b SGB XI zusätzlich nicht pflegerisch tätige Betreuungskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden. Dieses Personal ist zuständig für die Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohner mit erheblicher oder in erhöhtem Maße eingeschränkter Alltagskompetenz. Im Kreis Segeberg haben bereits 50 von 60 Einrichtungen entsprechende Vereinbarungen mit der Pflegekasse geschlossen.

Im Kreis Segeberg ist die gerontopsychiatrische Behandlung im stationären Setting aktuell gesichert. In der teilstationären Versorgung fehlen eine Tagesklinik mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt und eine gerontopsychiatrische Tagesstätte.

Aufgrund des demografischen Wandels nimmt der Anteil der Hochbetagten in den nächsten Jahren erheblich zu. Damit steigt auch der Anteil psychisch erkrankter alter Menschen. Gerontopsychiatrische Versorgung wird zukünftig alltägliche Aufgabe eines jeden Pflegedienstes und einer jeden Senioreneinrichtung sein. Daher müssen alle an der Versorgung beteiligten Dienste und Einrichtungen ausreichend Personal vorhalten und entsprechend qualifizieren.

Seit 2010 besteht das Kompetenzzentrum Demenz in Norderstedt. Es ist ein Projekt der Alzheimer Gesellschaft S.-H. e.V., gefördert durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein und den Spitzenverband der Pflegekassen.

Das Kompetenzzentrum Demenz soll in den nächsten Jahren die Versorgungsstrukturen des Landes Schleswig-Holstein für Demenzerkrankte ausweiten, verbessern und qualitätsgesichert erhalten. Lücken in der Versorgung sollen erkannt und geschlossen werden. Insbesondere wird dabei die Situation in den ländlichen und den bisher strukturell benachteiligten Räumen im Fokus stehen. Dieses soll durch die Bündelung aller übergreifenden koordinierenden Aufgaben geschehen. Die bestehenden regionalen Hilfsangebote sollen fachlich durch Information, Beratung und Qualifizierung unterstützt werden.

Das Kompetenzzentrum fördert aktiv die Vernetzung der in Schleswig-Holstein beteiligten Akteure. Neben den ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen sollen Wohlfahrtsverbände, niedergelassene Ärzte, Betreuer, Sozialarbeiter, ehrenamtliche Helfer und andere Akteure in den einzelnen Kommunen eingebunden und als Multiplikatoren aktiv werden. Nicht zuletzt sind aber auch die Betroffenen und ihre Angehörigen Teil des Netzwerkes.

Was ist Gender Mainstreaming?

Während die deutsche Sprache nur das Wort „Geschlecht“ kennt, differenziert die englische Sprache in „sex“ für das biologische Geschlecht und „gender“ für das soziale Geschlecht.

„Gender“ meint Geschlecht in der Vielfalt seiner sozialen Ausprägungen. Frauen und Männern werden aufgrund ihrer Geschlechtszugehörigkeit traditionell unterschiedliche und ungleiche soziale Positionen zugewiesen. Als „die“ Frauen oder „die“ Männer werden sie als Geschlechtsgruppen vereinheitlicht wahrgenommen.

Die tatsächliche Vielfalt in der Realität zeichnet ein konträres Bild. Das gleichstellungspolitische Ziel ist daher, die Zwänge traditioneller Positionszuweisungen zu vermeiden und Frauen und Männern stattdessen Chancen zu eröffnen, ihre Lebensgestaltung individuell zu wählen.

„Mainstreaming“ bedeutet, ein Thema alltäglich und selbstverständlich zu machen, also in den Hauptstrom („mainstream“) von Prozessen und Aufmerksamkeiten zu integrieren. Mit Gender Mainstreaming soll die Gleichstellung von Frauen und von Männern in allen Bereichen und auf allen Ebenen von einer randständigen Nebenaufgabe zu einem Querschnittsthema werden.

Die Bundesrepublik ist im Europarecht dem Ziel der Gleichstellung verpflichtet.

Aufgabe der Gemeinschaft ist es, die Gleichstellung von Männern und Frauen zu fördern. Das Europarecht verdeutlicht, dass es bei „Gender“ um die Verschiedenheit von Frauen und Männern geht. So zielt Art. 13 EGV auf „Diskriminierungen aus Gründen des Geschlechts, der Rasse, der ethnischen Herkunft, der Religion oder der Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Ausrichtung“.

Gender Mainstreaming und Psychiatrieplanung

Die Beachtung geschlechtsspezifischer Sichtweisen in allen Formen der Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen sehen bereits die Psychiatriepläne 1990 und 2000 des Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein vor.

Psychische Gesundheit und Krankheit von Männern und Frauen sind nicht nur ein Produkt biologischer Unterschiede, sondern insbesondere auch Folge gesellschaftlicher Rollenerwartungen und gesellschaftlich geprägter Verhaltensweisen.

Im Sinne des Gender Mainstreaming sollten alle Konzepte der Versorgung auf ihre geschlechterspezifische Struktur hin betrachtet werden. Eine Rolle spielen hier z.B. unterschiedliche Vorerkrankungsrisiken durch Arbeitsbelastungen bei Männern und Frauen sowie Unterschiede in der spezifischen Suchtgefährdung.

Geschlechterunterschiede in der Erkrankungshäufigkeit

Am deutlichsten ausgeprägt sind die Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz von Suchterkrankungen. Laut einer in 2004 groß angelegten epidemiologischen Studie in sechs europäischen Ländern sind Männer weitaus häufiger Opfer von Alkohol, Tabak und sonstigen Drogen. Bei der weiblichen Bevölkerung ist eine steigende Tendenz zu beobachten. Männer begehen doppelt so häufig Suizid, im Lebensalter von über 50 Jahren sogar drei- bis viermal so häufig wie Frauen. Umgekehrt leiden Frauen signifikant häufiger an Angsterkrankungen, beinahe dreimal so häufig an posttraumatischer Belastungsstörung und neunmal so häufig an Essstörungen (siehe Grafik).

Gender Angebote vor dem Hintergrund unterschiedlicher Sozialisation

Die Berücksichtigung von Gender Mainstreaming erfordert das gleichzeitige Vorhalten von gemischtgeschlechtlichen, frauenspezifischen, aber auch männerspezifischen Angeboten. Für Männer gilt, ihre besonderen Erziehungs-, Sozialisations- und Lebensrealitäten in psychiatrischen Hilfeangeboten zu berücksichtigen. Hierbei sind überfordernde und krankmachende Ansprüche des gültigen Männerbildes einzubeziehen.

Auch die Lebensrealitäten von Frauen machen frauengerechte Erklärungs-, Therapie- und Praxiskonzepte im System der psychiatrischen Hilfen erforderlich. Zu diesen Sozialisations- und Lebensrealitäten gehören die Arbeitsteilung der Geschlechter mit den Konsequenzen der Familienorientierung von Frauen und die damit oftmals einhergehende ungesicherte berufliche und wirtschaftliche Existenz. Ein weiterer Faktor ist die Hierarchie zwischen den Geschlechtern mit der mangelnden Anerkennung weiblicher Identität und die Erfahrungen von sexualisierter Gewalt.

Leitlinien „Hilfen für psychisch kranke und behinderte Frauen“

Als erstes Bundesland bestehen in Schleswig-Holstein seit Mitte 1995 die Leitlinien „Hilfen für psychisch kranke und behinderte Frauen“.

Diese Leitlinien sollen zur Sensibilisierung von Beschäftigten, Trägern und anderen Verantwortlichen aller Hilfeangebote für die Notwendigkeit geschlechtsspezifischer Sichtweisen beitragen. Ziel ist, eine entsprechende Konzeptionierung in Einrichtungen zu erreichen und Frauen in der Wahrnehmung ihrer bestehenden Rechte zu bestärken.

Beim Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales wurde hierfür eine Arbeitsgruppe „Frauen und Psychiatrie“ gegründet. Diese hat die Landesregierung kontinuierlich während der Arbeit am Psychiatrieplan 2000 begleitet und beraten. Danach hat diese themenbezogene AG ihre Arbeit mit dem konkreten Arbeitsinhalt „Überarbeitung der Leitlinien „Hilfen für psychisch kranke und behinderte Frauen““ fortgesetzt und dabei die Ergebnisse einer Fachveranstaltung aus dem Jahr 2000 zu Umsetzungsaktivitäten und Erfahrungen mit diesen ersten Leitlinien aus 1995 einbezogen. Mit der Veröffentlichung der „Leitlinien für frauengerechte Angebote – Psychiatrie und Suchthilfe“ im Februar 2002 war der Auftrag der AG erfüllt. Seit dieser Zeit hat sie nicht mehr getagt.

Gender Mainstreaming in den psychiatrischen Einrichtungen im Kreis Segeberg

Einrichtungen mit Kontaktstellen- und Beratungsfunktion

Im Kreis Segeberg gibt es Frauenberatungsstellen in Bad Segeberg, Norderstedt und Kaltenkirchen. Diese Einrichtungen, die einerseits Raum für Frauen im wörtlichen Sinne, andererseits Frauen gesellschaftlichen Platz und die Möglichkeit zur Auseinandersetzung über Ungleichheits- und Gewaltverhältnisse zwischen den Geschlechtern verschaffen, werden als frauenspezifische Einrichtungen vom Land gefördert. Im Rahmen der aktuellen politischen Diskussion zu Einsparmaßnahmen in Schleswig-Holstein ist zu befürchten, dass diese niedrighwelligen, wichtigen Einrichtungen nicht mehr aufrecht zu erhalten sind.

Die Frauenberatungsstellen können bei speziellen Problemlagen an den Sozialpsychiatrischen Dienst oder an die Begegnungsstätten und TriOs vermitteln.

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist paritätisch mit Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen besetzt. Bei spezieller Indikation wird der oder dem Ratsuchenden eine Beratung durch Mann oder Frau ermöglicht.

In den Begegnungsstätten und TriOs der ATP sind einige Gruppen genderspezifisch vorhanden. Frauen- bzw. Müttergruppen gibt es in Norderstedt, Bad Bramstedt und Bad Segeberg, eine Männergruppe in Norderstedt.

Teil- und vollstationäre psychiatrische Krankenhausversorgung

Eine im Jahre 1998 bei allen psychiatrischen Krankenhäusern/Abteilungen und Tageskliniken in Schleswig-Holstein durchgeführte Umfrage ergab, dass ca. 40 Prozent der Krankenhäuser getrennt geschlechtliche Stationen unterhalten.

Das Psychiatrische Zentrum Rickling bietet spezielle therapeutische Angebote für Frauen an und ermöglicht bei Indikation die Wahl einer Behandlung durch eine Frau oder einen Mann. In der Klinik gibt es auch spezielle Angebote für heroin- und kokainabhängige Mütter/ Väter mit ihren Säuglingen oder Kleinkindern.

In der Psychosomatischen Abteilung der Segeberger Kliniken kann Müttern und Vätern, die bezüglich der Versorgung ihrer Kinder unabhkömmlich sind, ein psychosomatischer Krankenhausaufenthalt oder eine Rehabilitationsmaßnahme ermöglicht werden. Die Klinik bietet diesbezüglich eine ganztägige Betreuung für Kinder im Alter von 1-12 Jahren an.

Hilfen zur Arbeit

Spezielle Beschäftigungsangebote für psychisch kranke und behinderte Frauen oder Männer im Sinne des Gender Mainstreaming gibt es im Kreis Segeberg nicht.

6.6 Psychische Erkrankungen bei Migrantinnen und Migranten

In Deutschland leben ca. sieben Millionen Menschen mit einem ausländischen Pass, das sind etwa 8 % der Gesamtbevölkerung. Der Ausländeranteil im Kreis Segeberg beträgt ca. 5%, er liegt damit wie in den meisten ländlichen Regionen unter dem Bundesdurchschnitt, ist aber ansteigend. Die etwa 13.500 Ausländer kommen aus rund 150 Staaten.

Über 15 Millionen Menschen in Deutschland haben mindestens einen Elternteil, der nach Deutschland immigriert ist. Die Zahl der Asylbewerber und Flüchtlinge ist zwar seit Mitte der 90er Jahre drastisch zurückgegangen. 2009 beantragten nur noch etwa 20.000 Menschen Asyl in Deutschland, im Vergleich waren es 1992 noch ca. 438.000 Asylbewerber. Für die Zukunft wird aber ein erneuter Anstieg von 25% prognostiziert. Dies hängt u.a. mit den weltweit immer wieder neu aufflammenden Krisen oder anhaltenden Bürgerkriegen zusammen. Die Zahl von "illegalen Migranten" in Deutschland schätzt man auf ca. 500.000 bis 1 Million Menschen.

Migration ist für viele Menschen mit Belastungen und kritischen Lebensereignissen verbunden, die das Risiko erhöhen, psychisch krank zu werden. Hierzu gehören vor allem: Identitätskrisen, Entwurzelungsgefühle, unklare Zukunftsperspektiven, unsicherer Aufenthaltsstatus, traumatische Erlebnisse auf der Flucht, prekäre Wohn- und Arbeitssituationen, unterdurchschnittliche Einkommen, wenige Sozialkontakte, Verständigungsprobleme, spezifische Generationskonflikte insbesondere in Familien mit hoher kultureller Distanz zur hiesigen Kultur und Diskriminierung durch die einheimische Bevölkerung.

Migranten erkranken daher fast 60 % häufiger an Depressionen im Vergleich zu Einheimischen. Somatoforme Störungen, also körperliche Beschwerden ohne feststellbare organische Ursache, treten bei Migranten fast doppelt so oft auf.

Ein mehr oder minder starker "Ausschluss" aus der deutschen Gesellschaft durch sprachliche und kulturelle Unterschiede hat nicht selten auch mangelnde Kenntnisse des sozialen und medizinischen Systems in Deutschland zur Folge, weshalb es nicht verwundert, dass Migranten nur in sehr geringem Maße die sozialen und Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen.

Eine erfolgreiche psychiatrische oder psychosomatische Behandlung erfordert im Vergleich zur somatischen Behandlung noch vielmehr eine ausreichende sprachliche Verständigung und ein "kulturübergreifendes"

Verständnis. Daher stellt die Psychiatrische Versorgung von Migranten besondere Herausforderungen an die Behandler und Betreuer in medizinischen und psychosozialen Regeleinrichtungen. Interkulturelle Kompetenzen wie Sprachkompetenz, Kulturkompetenz und Migrationsfachwissen sind häufig immer noch unzureichend in der psychiatrischen Praxis vorhanden. In der Diagnostik können sprachliche Lücken oft durch Angehörige, meistens aber durch die Heranziehung von Dolmetscherdiensten geschlossen werden. Im weiteren Klinikablauf stehen diese Dienste oder eigenes fremdsprachiges Personal meist nicht zur Verfügung. Außerdem gibt es eine uneinheitliche Rechtsprechung zur grundsätzlichen Verpflichtung des Arztes, einen Dolmetscher heranzuziehen und vor allem gibt es keine Kostentragungspflicht der Krankenkassen. Das derzeitige Finanzierungssystem für Psychiatrie und Psychosomatik über die Bundespflegesatzverordnung sieht keine Berücksichtigung der Dolmetscherkosten vor. Da aber wie bereits oben beschrieben die sprachliche Verständigung Voraussetzung ist, sollte im neuen Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen geprüft werden, ob durch den Dolmetschereinsatz und die speziellen Versorgungsangebote für Migranten ein erhöhter Behandlungsaufwand entsteht. Insbesondere für das Gelingen einer Psychotherapie sind muttersprachliche Psychotherapeuten für Migranten, die nicht hinreichend Deutsch sprechen, Voraussetzung. Die Kassenärztliche Vereinigung könnte prüfen, inwieweit ein besonderer Bedarf an fremdsprachlichen Therapeuten besteht und diesen entsprechende Zulassungen erteilen. Alternativ zu den muttersprachlichen Therapeuten kommt nur der Einsatz von speziell qualifizierten Dolmetschern in Frage, die aufgrund der hohen Emotionalität der Therapie oft gesonderte Supervision brauchen. Angehörige sind für die therapeutische Arbeit nicht geeignet.

Auf Landesebene arbeitet seit 2001 der Arbeitskreis "Migration und Psychiatrie in Schleswig-Holstein", der sich mit speziellen Fragestellungen der sozialpsychiatrischen Versorgung von Migranten in Schleswig-Holstein beschäftigt und für die interkulturelle Öffnung und Entwicklung von kultursensibler Handlungskompetenz im Bereich des psychosozialen Gesundheitswesens eintritt. An diesem Arbeitskreis nehmen auch Vertreter von psychiatrischen Einrichtungen des Kreises Segeberg teil. Im Jahr 2007 hat dieser Landesarbeitskreis "Leitlinien zur psychiatrischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein" veröffentlicht. Diese Leitlinien sollen Orientierung geben für eine Weiterentwicklung der landesweiten und regionalen sozialpsychiatrischen Versorgung für psychisch erkrankte Zuwanderer in Schleswig-Holstein.

Zu den wesentlichen Forderungen gehören z.B.:

- Entwicklung gezielter interkultureller Konzepte für Einrichtungen mit Schaffung von multikulturellen Teams, Nutzung und Gestaltung von Netzwerken
- Fort- und Weiterbildung von Allgemeinmedizinern, die in der Versorgung von Migranten mit 90% dominieren
- Aufbau sprachlicher und "ethnomedizinisch" spezialisierter Kompetenzen im Land
- Kooperation mit Migrationsdiensten, sowie die aktive Einbeziehung von Experten der jeweiligen Kultur in die Hilfeplanung.

Neben den notwendigen Aktivitäten im Bereich der interkulturellen Öffnung bestehender Einrichtungen sieht der LAK Psychiatrie und Migration in seinen „Leitlinien für eine kultursensible Hilfeplanung“ von 2012 einen dringenden Bedarf, in der kommunalen Hilfeplanung der Eingliederungshilfe die kultursensible Handlungskompetenzen zu erweitern. Seit der Regionalisierung der Eingliederungshilfe im Jahr 2007 sind die Beratungsstellen der Kreise und kreisfreien Städte für die Erstberatung und Bewilligung der Hilfen zuständig.

Viele Migranten haben einen erschwerten Zugang zu den hiesigen Hilfen, z. B. durch kulturspezifische Krankheits- und Bewältigungskonzepte, Sprachbarrieren und Erfahrungen im Umgang mit psychisch Erkrankten im Herkunftsland. Sie verfügen oft über ein geringes Wissen über Krankheitsbilder und das deutsche Hilfesystem. Besonders psychosoziale Hilfen nach westeuropäischem Standard sind oft völlig unbekannt, genauso wie personenzentrierte Hilfeplanung.

Ziel ist, alle Prozesse in der Hilfeplanung auf Kulturkompetenz zu überprüfen und entsprechende Kriterien in die Leistungsvereinbarungen mit den Leistungserbringern einzubringen.
Hierfür fordert der Landesarbeitskreis eine aktive Personalentwicklung zur Förderung von kultursensiblen und kompetenten Mitarbeitern.

Der Zugang zu den Beratungs- und Vermittlungsdiensten der Hilfeplanung soll für Migranten niederschwellig organisiert sein, z. B. mit Hilfe von mehrsprachigen Informationsmaterialien.

Kulturmittler, Multiplikatoren und Kulturexperten sind in die Hilfeplanung einzubeziehen. Die mindestens einmalige Konsultation eines Kulturexperten soll Pflichtbestandteil bei der kulturspezifischen Anamnese und der Hilfeplanung sein.

2007 wurde in Schleswig-Holstein das Gesundheitsprojekt "Mit Migranten für Migranten– Interkulturelle Gesundheitslotsen in Schleswig-Holstein" (MiMi) gestartet. Hier werden interkulturelle Gesundheitslotsen geschult, die dann mehrsprachige Informationsveranstaltungen in den Lebenswelten der Migranten zu ausgewählten Themen durchführen, u.a. zum Thema "Seelische Gesundheit". Projektstandorte sind die drei kreisfreien Städte Kiel, Lübeck und Neumünster. Eine Zusammenarbeit zwischen MiMi und dem Gesundheitsamt des Kreises Segeberg zum Thema Kinder- und Jugendgesundheit erfolgte bereits 2010. Eine Kooperation zum Thema „Seelische Gesundheit“ ist dringend angeraten.

Im Rahmen des Projektes MiMi wurde ein Gesundheitswegweiser für Schleswig-Holstein in 15 Sprachen veröffentlicht, der über die wesentlichen Möglichkeiten für Migranten im deutschen Gesundheitssystem informiert und erste Anlaufstellen benennt. Die Teilnehmer der MiMi-Informationsveranstaltungen erhalten je ein kostenloses Exemplar.

Der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. hat in 2003 eine umfangreiche Informationsbroschüre mit Erstinformationen für Familien psychisch Kranker auch in russischer und türkischer Sprache veröffentlicht, die aufgrund der großen Nachfrage seit Aug. 2010 vergriffen ist.

Solche mehrsprachigen Informationsblätter sollten dringend in den Migrationsberatungsstellen und vor allem in der Ausländerbehörde des Kreises ausliegen.

Im Kreis Segeberg gibt es erste spezifische sozialpsychiatrische Versorgungsangebote und Modellprojekte für russisch- und türkischsprachige Migranten:

Seit 2007 besteht die psychiatrische Institutsambulanz Rickling für türkischsprachige Migranten.

Am 01.01.2010 nahm die Station für türkischsprachige Migranten im Psychiatrischen Zentrum Rickling ihren Betrieb offiziell auf.

Die Station erfüllt den Auftrag einer kulturspezifischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung. Dieses in seiner Art einzige stationäre Angebot in Schleswig-Holstein hält 8 Betten vor, geplant ist eine Aufstockung auf mindestens 16 Betten. Bis dahin werden bei Überlastung die türkischsprachigen Patienten auf anderen Stationen des Psychiatrischen Zentrums in Rickling aufgenommen und türkischsprachig konsiliarisch betreut. Derzeit bestehen für diese Station ca. 400 Anmeldungen im Quartal aus ganz Deutschland, was zu Aufnahme-Wartezeiten bis zu 6 Monaten führt.

Die Station für türkischsprachige Migranten wird neben deutschsprachigem Personal von nachfolgend benanntem türkischsprachigem Personal versorgt:

- ein Facharzt für Psychiatrie und Neurologie,
- ein Psychologe,
- ein Sozialpädagoge,
- eine sozialpädagogische Assistentin,
- eine Angestellte im Bundesfreiwilligendienst (Bufdi),
- zwei Krankenschwestern und
- eine Sekretärin.

In nächster Zeit soll zusätzlich die Einstellung einer Ärztin sowie einer Psychologin erfolgen (Stand Januar 2012).

In der Psychosomatischen Abteilung der Segeberger Kliniken gibt es ein muttersprachliches stationäres Behandlungsangebot für türkischsprachige Migranten mit psychosomatischen und psychischen Störungen.

In der Ambulanten und Teilstationären Psychiatrie (ATP) des Landesvereins für Innere Mission in Schleswig-Holstein stehen mittlerweile auch türkischsprachige Mitarbeiter zur Verfügung, die Einzelmaßnahmen im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens wahrnehmen.

Die Ambulante und Teilstationäre Suchthilfe (ATS) initiierte bis Ende November 2009 das 5-jährige Suchthilfeprojekt "Drehscheibe". Es handelte sich um ein Modellprojekt zur Betreuung und Weitervermittlung russischsprachiger Menschen mit Suchtproblemen. Dieses Projekt wurde finanziert von der Deutschen Behindertenhilfe - Aktion Mensch e.V.. Mittlerweile ist dieses spezielle Angebot in der suchtpsychiatrischen Behandlung im Psychiatrischen Zentrum integriert, wird betreut von zwei muttersprachlichen Mitarbeitern der Fachklinik und steht in Einzelfällen auch der ATP und der ATS zur Verfügung.

Im Psychiatrischen Zentrum Rickling arbeiten auch Mitarbeiter, deren Muttersprache beispielsweise polnisch, russisch oder türkisch ist. Es werden hausinterne Fort- und Weiterbildungen im Hinblick auf die Problemstellung türkischsprachiger Migranten durchgeführt.

In Schleswig-Holstein haben rund 32.000 Menschen über 65 Jahren einen Migrationshintergrund. Diese Gruppe wird in den nächsten Jahren signifikant zunehmen und damit die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken, ebenfalls steigen.

Zurzeit bestehen jedoch für demenzerkrankte Migranten und ihre Angehörigen noch viele Zugangsbarrieren. Häufig herrscht Unwissenheit über die Krankheit Demenz, über mögliche Entlastungs-/Unterstützungsangebote und über Ansprüche, die Erkrankte und Angehörige nutzen können.

Das landesweite Kompetenzzentrum Demenz mit Sitz in Norderstedt hat den Auftrag, die Versorgungsstrukturen des Landes Schleswig-Holstein für Menschen mit Demenz und deren Angehörige auszuweiten, zu verbessern und qualitätsgesichert zu erhalten.

Zum Thema Demenz und Migration finden Veranstaltungen mit Multiplikatorwirkung statt.

Aus dem Großraum Hamburg haben sich ambulante Pflegedienste auf die Versorgung kranker alter Migranten spezialisiert. In Norderstedt werden so Pflegeergänzungsleistungen gemäß §45 SGB XI für psychisch kranke Migranten z.B. aus Armenien, Kasachstan, Russland, Afghanistan, Polen etc. erbracht.

Das Gesundheitsamt Lübeck hat in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis „Migration und Gesundheit“ des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales unter der Geschäftsführung der Ärztekammer Schleswig-Holstein einen Versorgungsatlas erstellt. Er beinhaltet ein Verzeichnis niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten mit Muttersprachkenntnissen für Schleswig-Holstein. Hiermit wurde den Migrationsfachberatungsstellen und anderen Institutionen die Möglichkeit eröffnet, im Einzelfall Hilfesuchende gezielt an muttersprachliche Ärzte und Psychotherapeuten weiterzuvermitteln.

Mit dem Versorgungsatlas wurde der Grundstein für ein wichtiges Informationsmodul gelegt, das in weiteren Auflagen ständig aktualisiert und ergänzt werden soll.

6.7 Geistige Behinderung und psychische Erkrankungen

In Deutschland leben etwa 500.000 Menschen mit einer geistigen Behinderung. Die Mehrzahl von ihnen ist leicht bis mäßig geistig behindert, die Minderzahl ist schwer oder schwerstbehindert.

Es ist weiterhin feststellbar, dass die Zahl geistig behinderter Menschen trotz medizinischer Entwicklungen nicht rückläufig ist – sondern vielmehr ansteigt.

Ursachen dafür sind unter anderem extrem früh geborene Babys und die Steigerung des durchschnittlichen Lebensalters behinderter Menschen.

Menschen mit einer geistigen Behinderung haben überdurchschnittlich häufig zusätzliche chronische Krankheiten und Behinderungen sowie Risiken für akute Erkrankungen aller Art. Dazu gehört auch die überdurchschnittliche Belastung mit psychischen Störungen oder krankheitswertigen Verhaltensauffälligkeiten.

Die Krankheitshäufigkeit psychischer Störungen bei leichter geistiger Behinderung liegt bei ca. 50 %, bei schwerer geistiger Behinderung schon bei ca. 75 %.

Auch wenn bei geistig behinderten Menschen die gleichen psychischen Erkrankungen oder Verhaltensauffälligkeiten auftreten können wie bei Nichtbehinderten, so ist die Diagnosestellung doch mit besonderen Schwierigkeiten verbunden, da die Symptome häufig nicht genauen klinischen Definitionen entsprechen und geistig behinderte Menschen oft nicht in der Lage sind, ihre Befindlichkeit zu verbalisieren. Die Wahrnehmung und Deutung bestimmter Symptome setzt eine gute Beziehung und intensive Nähe sowie eine hohe Fachlichkeit des Betreuungspersonals voraus. Psychische Störungen werden häufig nicht erkannt oder als pädagogisches Versagen der beteiligten Bezugspersonen abgewertet.

Eine besondere Entwicklung zeigt sich auch in der zunehmenden Würdigung einer notwendigen Diagnostik zur Klärung des Hilfebedarfes. Die MIT (Modularisierte ICF basierte Teilhabeplanung der Segeberger Wohn- und Werkstätten) bildet z. B. die Kerndaten für seelisch Behinderte heraus und hat bedarfsgerechte Befundbögen für die bedeutenden Lebensbereiche Wohnen, Tagesstrukturierung, Arbeit und Freizeit entwickelt. Hierdurch ergeben sich hinreichende Antworten betreffend des notwendigen Betreuungs- und Hilfebedarfes in der Versorgung ambulanter-, teil- und vollstationärer Einrichtungen.

Zusätzlich ist zu beachten, dass in der ambulanten Behandlung eine hausärztliche Versorgung oftmals nicht ausreicht. Die Betreuung über niedergelassene Fachärzte, psychiatrische Institutsambulanzen und im Einzelfall die Behandlung in einer psychiatrischen Klinik muss gewährleistet sein.

Die üblichen Psychopharmaka wirken bei geistig Behinderten häufig anders, schwächer oder stärker, manchmal sind auch paradoxe Wirkungen zu bemerken.

Noch Anfang der 1990iger Jahre war die Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen der Behindertenhilfe und den psychiatrischen Krankenhäusern eher durch Misstrauen geprägt. Die psychiatrischen Krankenhäuser hatten die Erfahrung gemacht, dass Menschen mit geistiger Behinderung oder starkem autistischen Syndrom, die sie in einer Notfallsituation behandelt hatten, nicht mehr von den Wohneinrichtungen oder Elternhäusern zurückgenommen wurden und zum Teil jahrelang in den psychiatrischen Krankenhäusern verblieben. Das Stigma „Psychiatrie“ verhinderte auch die erfolgreiche Suche nach einem neuen Wohnplatz, sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen.

Die Behindertenhilfe im Kreis Segeberg, deren Angebote von Trägern der konfessionellen und nichtkonfessionellen freien Wohlfahrtspflege getragen werden, befindet sich seit längerem in einem Wandel der Rahmenbedingungen (ambulant vor stationär, Dezentralisierung, De-Institutionalisierung der Hilfeformen, Aufbau gemeindenaher Angebote, persönliches Budget etc.).

Im Kreis Segeberg setzt sich die Behindertenhilfe in besonderem Maße für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem Psychiatrischen Zentrum Rickling ein. So treffen sich seit den 1990er Jahren regelmäßig Mitarbeiter der Region Nord des Rauhen Hauses innerhalb eines Arbeitskreises mit den Psychiatern des Psychiatrischen Krankenhauses Rickling.

Der Rehabilitations- und Langzeitbereich des PZR hält im Bereich Falkenhorst ein besonderes offenes und geschlossenes sozialpsychiatrisches Pflege- und Betreuungsangebot vor, da herkömmliche Einrichtungen mit Menschen

- mit geistiger Behinderung und zusätzlichem besonderen Betreuungs- oder Pflegebedarf
- und Mehrfachbehinderung, deren starke Verhaltensauffälligkeiten auch zu einer akuten Eigen- bzw. Fremdgefährdung führen kann,

oft an konzeptionelle Grenzen stoßen.

Der Bereich im PZR definiert sich daher neben der engen Anbindung an das Psychiatrische Krankenhaus mit einer Spezialstation für Menschen mit geistiger Behinderung bei psychischer Störung auch als fester Bestandteil der Versorgungslandschaft im Kreis Segeberg und Schleswig-Holstein.

Weitere Einrichtungen im Kreis Segeberg, in denen auch geistig behinderte Menschen mit einer zusätzlichen psychiatrischen Erkrankung leben, sind:

- alle Lebens- und Arbeitsgemeinschaften (siehe Kapitel 5.4.4.3),
- das Rauhe Haus mit seinen Haus- und Wohngemeinschaften, Hilfezentrum Kattendorf, Hilfezentrum Gräflingsberg,
- stationäre Wohngemeinschaften der Norderstedter Werkstätten,
- Wohnstätte Am Wilden Moor des Lebenshilfe-Werks Norderstedt Wohnstätte GmbH,
- Wohnstätte Kamper Weg der Lebenshilfe Kaltenkirchen gGmbH,
- Landesverein für Innere Mission Schleswig-Holstein mit der Wohnstätte Wahlstedt, Haus Kronsheide und dazugehörigen Außenwohngruppen,
- Verein zur Förderung der seelischen Gesundheit, Brücke Segeberg e.V. (ehemals Hof Fünfeichen Hartenholm),
- Wohnstätte für Behinderte des DRK-Kreisverbands Segeberg e.V.,
- Wohnhaus Henstedt-Ulzburg und Wohnhaus Moorhof in Kayhude der Alsterdorf Assistenz ost gGmbH

Das Regelversorgungssystem sollte sich bei Menschen mit geistiger Behinderung auf eine bedarfsgerechte, verlässliche und konstante Versorgung einrichten, die sich nicht nur am gesellschaftlichen Wandel orientiert, sondern auch die Wünsche und Bedürfnisse des jeweiligen Menschen beinhaltet. Damit die vielfältigen Angebote unterschiedlicher Anbieter für alle betroffenen Menschen nutzbar sind, ist eine Vernetzung und Zusammenarbeit der Anbieter wünschenswert.

7. Zusammenfassende Bewertung und Handlungsempfehlung

Die Versorgungsstrukturen für psychisch kranke und behinderte Menschen werden im Kreis Segeberg umfangreich ambulant und stationär, hochqualifiziert sowie bedingt niederschwellig vorgehalten. Dabei wurden und werden auch weiterhin bei der Entwicklung der Hilfen die geforderten Bedingungen berücksichtigt:

- ambulant vor stationär,
- gemeindenaher Versorgung,
- Koordination und Vernetzung aller Hilfen.

Die therapeutischen Angebote sind im Kreis Segeberg mit Versorgungsschwerpunkt in Rickling, Bad Segeberg, Kaltenkirchen und Norderstedt vorhanden. Es besteht ein Netz an Fachärzten, Psychotherapeuten, Tageskliniken und Fachkliniken mit Institutsambulanzen und Spezialabteilungen.

Dennoch sind die Wartezeiten für einen ambulanten Termin beim niedergelassenen Facharzt und beim Psychotherapeuten nach wie vor als deutlich zu lange einzustufen. Behandlungen in Krisensituationen sind häufig nur stationär möglich. Eine Nachbetreuung kann nach stationären Aufenthalten häufig nicht zeitnah realisiert werden.

Es fehlt an niedrigschwelligen Hilfen, wie etwa einer Betreuung am Übergang sowie an aufsuchender Betreuung über die psychiatrischen Institutsambulanzen (Hometreatment).

Zunehmend werden die vorgehaltenen Hilfen nach dem Grundprinzip der Sozialraumorientierung umgesetzt. Ziel ist, Versorgungslücken außerhalb bisheriger Ballungszentren zu schließen. Es sollen dabei die Möglichkeiten einer wohnortnahen Versorgung mit all ihren Facetten – stationäres, ambulantes, teilstationäres Wohnen – berücksichtigt werden.

Die Steuerung erfolgt durch den Kostenträger. Anregungen und Entscheidungshilfen liefern entsprechende Arbeitskreise, in denen die Anbieter eingebunden sind.

In der individuellen Hilfeplanung sollte der Wille des Betroffenen in den Vordergrund gestellt werden.

Beratungsstellen wie die Pflegestützpunkte, der Sozialpsychiatrische Dienst und der Allgemeine Soziale Dienst zeigen personelle, zeitweise besorgniserregende Unterversorgungen. Dies birgt in Einzelfällen die Gefahr, Betreuungen, Beratungen und Kriseninterventionen trotz eigener Zuständigkeit auf den anderen Hilfeleister abzuschieben, was zu einer erheblichen Verunsicherung mit Verzögerungen im Krisenmanagement beitragen kann.

Die Anzahl der Hilfesuchenden in den Beratungseinrichtungen haben in den letzten Jahren zugenommen, nicht zuletzt aufgrund zunehmender psychosozialer Problematiken. Dies führt dazu, dass die klassische langfristige sozialpädagogische Betreuungsarbeit erheblich reduziert werden muss, um Krisenangebote und Vermittlungsleistungen zu bedienen.

Als kreisübergreifende Problematik ist ein Fachkräftemangel unterschiedlicher Professionen zu beklagen: Es mangelt sowohl an psychiatrischen Fachärzten im Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendbereich, als auch an psychologischen Psychotherapeuten.

Dem sollte durch entsprechende frühzeitige Ausbildungsförderung bereits im Studium begegnet werden. Die Kassenärztliche Vereinigung unterscheidet in der Vergabe der ärztlichen Praxissitze nicht zwischen den Fachbereichen Neurologie und Psychiatrie. Hierdurch resultiert eine reale Unterversorgung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung, da viele Niedergelassene ausschließlich neurologisch tätig sind. Abhilfe würde eine bedarfsgerechte Vergabe dieser Praxissitze schaffen.

Überlegungen sind auch im Hinblick auf die fehlende Versorgung durch ambulante psychiatrische Krankenpflege anzustellen. Fachausbildungen müssen gefördert und ein finanzieller Anreiz für die Ausübung der dringend erforderlichen Dienstleistungen geschaffen werden.

Schließlich sollten Krankenkassen durch Reformierung der Ausübungs- und Abrechnungsgrundlagen der Psychotherapie das bestehende Nadelöhr für Psychotherapeuten erweitern.

In den Wohnstätten für seelisch behinderte Menschen fällt eine zunehmende Überalterung des Klientels auf. Hieraus ergeben sich Fragen nach Versorgungsangeboten für alt gewordene Menschen in den Wohnstätten und der grundsätzlichen Entwicklung dieser Einrichtungen.

Mit dieser Thematik beschäftigt sich u.a. auch die Arbeits- und Sozialministerkonferenz.

Die Kostenträger der Eingliederungshilfe und die Pflegekassen sind aufgerufen, Absprachen zu treffen.

Zielsetzung ist, dass behinderte Menschen in ihren Einrichtungen alt werden können. Hierfür muss ein neues Seniorenkonzept in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe und der Pflege erarbeitet werden.

Eine Untergruppe des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV), die „Arbeitsgruppe für Menschen über 65 Jahre“, wird sich mit dem Thema weiter beschäftigen.

Für chronisch psychisch kranke Menschen fehlt es grundsätzlich an Beschäftigungsmöglichkeiten, nicht zuletzt auf dem ersten Arbeitsmarkt.

Die dringliche Schaffung von Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch kranke und behinderte Menschen auf dem ersten Arbeitsmarkt sollte ein gemeinschaftlich praktiziertes Konzept von Bundesagentur für Arbeit, Integrationsfachdiensten und dem Kreis als Träger der Eingliederungshilfe sein.

Erste Projekte wie die Arbeit psychisch Kranker in Sozialkaufhäusern wurden vom Jobcenter in Kooperation mit der Eingliederungshilfe initiiert.

Niedrigschwellige Hilfen wie Begegnungsstätten und Treffpunkte im Ort (TriO) sind wichtige Elemente der gemeindepsychiatrischen Versorgung. Der Bedarf übersteigt das derzeitige Angebot. Niedrigschwellige Hilfen stellen freiwillige Leistungen der Sozialträger dar. Daher besteht die Gefahr, dass diese dringend erforderlichen Angebote kostenbedingt eingestellt werden. Hier ist dringend Handlungsbedarf gegeben.

Die Problemkomplexität in Familien mit seelisch erkrankten oder entwicklungsauffälligen Kindern hat zugenommen. Es gilt, die stationäre und notfallgerechte Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Die Planung und Fertigstellung der Tagesklinik in Norderstedt muss vorangetrieben werden. Auch gilt es, sich Kindern psychisch kranker Eltern intensiver anzunehmen, um Folgeschäden zu vermeiden oder zumindest abzumildern.

8. Quellenverzeichnis

Alonso et al., 2004: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) 2004

Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e. V., Stand vom 01.11.2011: Belegte Plätze nach Behinderungsart in den Mitgliedseinrichtungen der BAG:WfbM

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn, März 2000: Berufsbildungswerke

Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2004: Aktion psychisch Kranke: Individuelle Wege ins Arbeitsleben. Abschlussbericht zum Projekt „Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker“

Bundestherapeutenkammer, BPtK-Standpunkt vom 14. Juni 2010: Reformbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten

Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V., Factsheet 1/2010, 3/2010 und Factsheet 4/2010, Oppelnerstr. 130 53119 Bonn

Dr. Patrycja Stein, Dr. Rupert Lanzenberger, O. Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Siegfried Kasper, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Wien, Clinicum neuropsych 03/09

Fachdienst Gesundheit Kreis Segeberg, Bad Segeberg 2010: Protokoll der 52. Sitzung des AK Gemeindenahe Psychiatrie Kreis Segeberg vom 15.09.2010

Fachdienst Gesundheit Kreis Segeberg, Bad Segeberg 2010: Vorläufiges Konzept des Sozialpsychiatrischen Dienstes Kreis Segeberg

Fachplan Gerontopsychiatrie für Schleswig-Holstein, Stand 19.02.2002: Empfehlungen des Forums Gerontopsychiatrie Schleswig-Holstein zur Verbesserung der Lebens-, Betreuungs- und Pflegesituation gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen

Fischer, Gerd, Pflegedirektor Bezirkskliniken Schwaben, Bezirkskrankenhaus Günzburg, Aufsatz aus dem Jahre 2009, „Der Demente in der Akutklinik, Home-Treatment - Psychiatrische Akutbehandlung im häuslichen Umfeld“

Fritz Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung, Beske, F., Katalinik, A., Peter, E., Pritzkolet, R. Schriftreihe Band 114, S. 116 – 118., Schmidt-Klaunik Verlag Kiel, 2009: Morbiditätsprognose 2050. Ausgewählte Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig-Holstein

Gesundheitsamt Stadt Münster, November 2008, Gesundheitsberichte Band 14: Psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Münster

<http://www.abitato.de>, Abfrage März 2012

<http://www.arnsberg.de/selbsthilfe/was-ist-das.php>, Stand 20.11.2011

<http://www.bptk/aktuell/einzelseite/artikel/bptk-fordert-2.html>, Abruf am 7.9.2011: Bundestherapeutenkammer fordert bessere psychotherapeutische Versorgung von Migranten.

- <http://www.bruderhausdiakonie.de/sozialpsychiatrie/>, Stand 7.11.2011
- <http://www.cecuc.de/lexikon/pkv/1406-teilstationaere-behandlung.htm>, Stand 20.11.2011
- <http://www.demenz-sh.de/>, Stand 13.01.2012, Kompetenzzentrum Demenz Schleswig-Holstein
- <http://www.dgvt.de>, Abruf am 7.9.2011: ECNP-Pressemitteilung vom 01.12.2005: Psychische Störungen in Deutschland und der EU - Größenordnung und Belastung
Hans-Ulrich Wittchen, Professor der Klinischen Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden stellt am 1. Dezember 2005 anlässlich des 1. Deutschen Präventionskongresses die weltweit größte und umfassendste Bestandsaufnahme zur psychischen Gesundheit in Europa vor.
- http://www.hako.com/trappenkamp_de, Presse-Information der Hako-Werke GmbH vom 23.7.2009
- <http://www.krankenpflege-journal.com/psychiatrie-/127-271007bastraseroquel2.html>, Stand 20.11.2011
- <http://www.lebenshilfe-kaltenkirchen.de>, Stand 26.1.2011
- <http://www.pflegeheimundalternativen.de>, Abfrage Oktober 2011
- <http://www.psychiatrie.de>, Psychiatrienetz, September 2011: Materialien und Kommunikationsangebote für Betroffene, Angehörige und in der Psychiatrie Arbeitende
- <http://www.psychiatrie.de/dgsp/stellungnahmen/stellungnahme-zur-entwicklung-der-ambulanten-psychiatrischen-versorgung/>, Stand 20.11.2011
- <http://www.psychiatrischeszentrum.de>, Abfrage März 2012
- http://www.rki.de/cin_151/nn_196910/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/Psychische_Gesundheit,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Psychische_Gesundheit.pdf, Stand 20.11.2011
- <http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/konzepte/I52/I5272.htm>, Abfrage 2011
Konzept Sozialpsychiatrischer Krisendienst
- <http://www.soziotherapie.de/sozio.php>, Abfrage Mai 2012
- <http://www.tagesklinik-kaltenkirchen.de/>, Stand 20.11.2011
- http://www.vpp.org/meldungen/06/61004_gesundheit.html, Stand 20.11.2011
- <http://www.wegweiser-kommune.de>, Oktober 2011: Wegweiser Kommune. Indikatoren des Politikfeldes „Demographische Entwicklung/Bevölkerungspotential“ für den Kreis Segeberg
- <http://www.wikipedia.de>, Abfrage 2011:
- Stichwort „ambulante psychiatrische Pflege“,
 - Stichwort „Pflegeheim“
 - Stichwort „Integrierte Versorgung“

Kreis Pinneberg, Pinneberg 2005: Psychiatrieplan 2005 - 2010

Kreis Segeberg, Bad Segeberg 2008: Bevölkerungsentwicklung und Prognose in den Kommunen des Kreises Segeberg

Kreis Segeberg, Bad Segeberg 2010: Konzept zur Entwicklung und Steuerung in der Eingliederungshilfe

Kreis Segeberg, Bad Segeberg 30.08.2010: Leistungs- und Prüfungsvereinbarung gemäß § 75 Abs. 3 SGB XII zwischen dem Kreis Segeberg und der Hofgemeinschaft Weide-Hardebek

Kreis Segeberg: Pflegebedarfsplan Kreis Segeberg 2006-2010

Kreis Segeberg, Bad Segeberg 2006: Psychiatrieplanung – Bericht zur Bestandserhebung 2006

Kreis Segeberg, Bad Segeberg 2010: Psychosozialer Wegweiser – Verzeichnis der Hilfsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen/ Behinderungen

Kreis Steinburg, Itzehoe 2003: Konzept des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Kreises Steinburg

Landesarbeitskreis Migration und Psychiatrie, Kiel 2007: Leitlinien zur psychiatrischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein

Landeshauptstadt Kiel, Kiel/ Lüneburg 2004: Gutachten zur Psychiatrieplanung für die Landeshauptstadt Kiel

Landkreis Dahme-Spreewald, Lübben 2009: Psychiatrieplan

Landkreis Lüneburg, Lüneburg 2008: Sozialpsychiatrischer Plan

Meckleburg, Hermann und Storck, Joachim, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 2008: Manfred Becker in: Handbuch Berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein, Kiel 1999: Fachplan Gerontopsychiatrie für Schleswig-Holstein – Teilfortschreibung des Landesaltenplanes

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein, Kiel, September 1999: Psychiatrieplan 2000, Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, Kiel 2007: Bericht der Landesregierung - Umsetzung des Landesausführungs-gesetzes zum Sozialgesetzbuch XII (AG SGB XII)

Murray CJL, Lopez AD, Cambridge 1996: The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health organization and the World Bank. Global burden of disease and Injury Series, Vol I

Murray CJL, Lopez AD, Cambridge 1996: Global Health statistics. MA, Harvard School of Public health on behalf of the World Health organization and the World Bank. Global burden of disease and Injury Series, Vol II

Neue Arbeit gGmbH, September 2009: Wenn die Behinderung den Job gefährdet, Informationen für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Integrationsfachdienst Stormarn und Segeberg

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. ger. Heike Dech, Alice Salomon Hochschule Berlin, DGSP 2007, Vortrag „Hometreatment“, PDF-Datei

Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft im Kreis Paderborn, Paderborn 2001: Andere Kulturen - anderes Krankheitsverständnis bei psychisch kranken und abhängigkeitskranken Migranten

Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 48, Krankheitskosten

T. Berhe, Dr. phil. B. Puschner, R. Killian, T. Becker, Springer Medizin Verlag, Der Nervenarzt 2005/7, "Home treatment" für psychische Erkrankungen

Vock, Rubina, Zaumseil, Manfred, Zimmermann, Ralf-Bruno und Manderla, Sebastian, Mabuse-Verlag Berlin, 2007: Mit der Diagnose „Chronisch psychisch krank“ ins Pflegeheim? Eine Untersuchung in Berlin

Zank, Susanne und Heidenblut, Sonja, 2009: Depression - Versorgung von Depressionen im Alter

Danksagung

Diese Psychiatrieplanung entstand durch intensive Zusammenarbeit innerhalb des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Zum Autorenteam gehörten Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen und Leiterin des Fachdienst Gesundheit, Frau Andrea Köhne, Sozialpädagogin, Herr Dr. Ernst Lange, Facharzt für Rechtsmedizin mit langjähriger Psychiatrieerfahrung und Frau Birgit Tille, Ärztin mit Psychiatrieerfahrung insbesondere im Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie. Um diesen Plan zu erstellen, waren umfangreiche Recherchen erforderlich. Hierfür waren wir auf eine enge Kooperation mit unterschiedlichen Vertretern aus Verwaltung und Politik sowie Kostenträgern, Leistungsanbietern und Experten innerhalb der Sozialpsychiatrie angewiesen. Unser besonderer Dank gilt unserer Landrätin Frau Jutta Hartweg. Für ihre Mitwirkung, Beratung und Unterstützung bedanken wir uns des Weiteren bei allen nachfolgend Genannten sowie allen anderen „stillen“ Helfern.

Studentin der Gesundheitswissenschaften

Frau Annette Leoniuk

Kassenärztliche Vereinigung

Frau Susanne Bach-Nagel

Politik

Frau Jutta Althenhöner

Medcomm

Frau Katharina Silies

Verwaltung

Frau Elke Andrasch

Herr Dr. Boris Friege

Herr Jan Hauke Heinze

Frau Carina Knauff

Herr Roman Koch

Frau Brigitte Löwen

Frau Sabine Maletz-Diestelkamp

Herr Klaus Opitz

Frau Annett Rohwer

Frau Christine Scheunemann

Frau Christine Schröder

Herr Bernd Spelling

Herr Stefan Stahl

Frau Denise Wiedom

Versorger

Landesverein für Innere Mission in Schleswig-Holstein:

Herr Dr. Ali Kaya

Herr Michael Kosmahl

Herr Hans-Joachim Schwarz

Herr Markus Straube

Herr Dr. Hans-Jürgen Tecklenburg

Ehemaliger Leiter der Wohngruppe Högersdorf:

Herr Ulrich Jordan

Sozialpsychiatrische Initiativen:

Herr Thorsten Scheske

Rauhes Haus:

Herr Klaus Volke

Niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater

Herr Dr. Christoph Barchewitz

Beratung und Betreuung

Pflegestützpunkt Kreis Segeberg, Beratungsstelle

für ältere Bürger und ihre Angehörigen:

Herr Ulrich Mildemberger

Ministerium

Frau Petra Gollnick

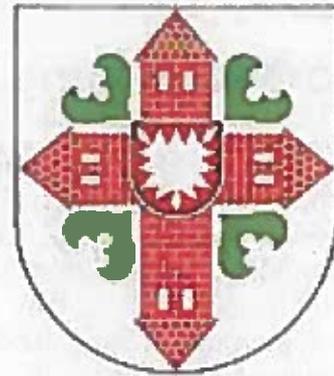
Herr Dr. Benedikt Müller-Lucks

Frau Silke Seemann

Der Psychiatrieplan 2012 kann auch über die Homepage des Kreises unter www.segeberg.de als pdf-Datei bezogen werden.

Kreis Segeberg

Fachdienst Gesundheit



Suchthilfeplan 2012

Vorbemerkung

Die Hilfe für Menschen, die von Suchterkrankungen betroffen oder hiervon bedroht sind, die Verbesserung ihrer Lebenssituation und die ihrer Angehörigen ist eine Gemeinschaftsaufgabe, der sich der Kreis Segeberg in Zusammenarbeit mit Kommunen und weiteren zuständigen Kostenträgern ausdrücklich stellt.

Grundlage ist die gesetzliche Verpflichtung entsprechend dem Gesundheitsdienstgesetz des Landes Schleswig-Holstein sowie die in verschiedenen Sozialgesetzbüchern (§ 16a SGB II, §§ 53 ff. SGB XII) vorgeschriebenen spezifischen Aufgaben, die über die Verpflichtung des Kreises Segeberg für die allgemeine Daseinsfürsorge der Einwohner und Einwohnerinnen hinausgehen. Der hier vorliegende Suchthilfeplan ist ein Unterplan des Psychiatriekonzeptes des Kreises Segeberg und ist damit eingebunden in den nach dem Psychischkranken-Gesetz erstellten Psychiatrie- und Suchthilfeplan des Landes Schleswig-Holstein und versteht sich als notwendige regionale Präzisierung und Ausgestaltung.

Der Kreis Segeberg steht aufgrund der Verbreitung von Suchterkrankungen in der Bevölkerung in der Verpflichtung, ein abgestimmtes kreisweit flächendeckendes Versorgungssystem ambulanter, teilstationärer und stationärer Hilfen in einem bedarfsgerechten angemessenen Umfang vorzuhalten. Zielrichtung des hier vorgelegten Suchthilfeplanes ist dabei die Beschreibung und Festlegung von Rahmenbedingungen für die notwendige und fachlich angemessene Versorgung der Bevölkerung des Kreises Segeberg mit ambulanten, teilstationären und stationären Suchthilfeangeboten. Der Suchthilfeplan beinhaltet auch Aussagen zur aktuellen Bedarfssituation.

**Arbeitsgruppe „Psychiatrieplanung“
Fachdienst Gesundheit Kreis Segeberg**

Suchthilfeplan des Kreises Segeberg Stand 2012

Ansprechen statt Schweigen.....	2
1. Begriffsklärung und Daten zur Verbreitung im Kreis Segeberg.....	5
2. Zielsetzung des Suchthilfeplans des Kreises Segeberg.....	6
3. Gender.....	7
4. Bausteine der ambulanten Versorgung.....	7
4.1. Suchtberatung.....	7
4.2. Suchtprävention.....	9
4.3. Arbeit für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien.....	11
4.4. Niedrigschwellige Angebote.....	11
4.5. Substitution.....	12
4.6. Weitere Angebote.....	13
5. Allgemeine und übergreifende Angebote und Hilfen.....	13
5.1 Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreises Segeberg.....	13
5.2 Jugendschutz und Jugendpflege.....	14
5.3 Selbsthilfe und ehrenamtliche Hilfe.....	14
6. Suchtspezifische Maßnahmen im Rahmen der Eingliederungshilfe.....	15
6.1 Ambulante Betreuung im eigenen Wohnraum.....	16
6.2 Teilstationäre Betreuung.....	16
6.2.1 Wohngemeinschaften.....	16
6.2.2 Arbeits- und Beschäftigungsangebote.....	17
6.3 Vollstationäre Betreuungsangebote.....	18
6.3.1 Übergangseinrichtungen.....	18
6.3.2 Wohnheime.....	18
6.3.3. Unterbringung bei Abstinenzunfähigkeit.....	19
7. Medizinische und rehabilitative Angebote.....	19
7.1 Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen.....	19
7.2 Entzugs- bzw. Suchtpsychiatrische Akutbehandlung.....	20
7.3 Rehabilitation.....	21
7.3.1 Ambulante Rehabilitation.....	21
7.3.2 Tagesklinik.....	22
7.3.3 Stationäre medizinische Rehabilitation.....	23
8. Zielgruppen.....	24
__spezifische Versorgungsangebote.....	24
8.1 Förderung der Wiedereingliederung von suchtkranken Langzeitarbeitslosen.....	24
8.2 Suchtkranke Menschen mit Migrationshintergrund,.....	24
8.3 Spezifische weitere Hilfen für Kinder und Jugendliche.....	25
8.3.1. Modellprojekt Kompass.....	25
8.3.2 „Soziale Trainingskurse Sucht“.....	26
8.3.3 „Kleine Riesen“ ein Projekt für Kinder in suchtbelasteten Familien.....	26
8.4 Suchtkranke alte Menschen.....	26
8.5 Hilfen für chronisch mehrfachgeschädigte Suchtkranke.....	28
8.6 Sucht und weitere psychiatrische Diagnosen - Komorbidität.....	28
8.7 Betriebliche Suchthilfe.....	29
8.8 Mediensucht.....	29
9. Aktuelle Entwicklung, Problemfelder und Bedarfe.....	30

Ansprechen statt Schweigen

Sucht ist eines der großen gesundheitspolitischen Probleme unserer Gesellschaft - ein Problem über das im persönlichen Umfeld allerdings häufig nur hinter vorgehaltener Hand gesprochen wird - ein Thema, das viele Menschen, auch im Kreis Segeberg, selbst oder in Ihren Familien persönlich betrifft. So lauten z.B. aktuelle Schätzungen, dass jedes 7. Kind in Deutschland in einer Familie aufwächst, bei dem ein oder beide Elternteile an einer Abhängigkeit erkrankt sind. Immer noch ist Sucht allerdings ein Thema, das persönlich nicht gerne auf den Tisch gebracht wird. Immer noch schwingen schnell Fragen nach persönlicher Schwäche oder Versagen mit, wenn über „den“ Süchtigen gesprochen wird. Vermutlich auch, weil diejenigen, die erfolgreich ihren „Ausstieg“ aus ihrer Abhängigkeit schaffen, damit immer noch eher selten - als positives Modell - in die Öffentlichkeit treten.

Sucht ist ein Phänomen nicht nur der heutigen Zeit. Schon 1887, also vor genau 125 Jahren, wurden Menschen im heutigen Gebiet des Kreises Segeberg im damals neuen „Landesverein für Innere Mission“ aktiv, um die damals erste Hilfeeinrichtung im norddeutschen Raum für „trunksüchtige“ Menschen, die „Trinkerheilanstalt Salem“ zu begründen. Aus einer ersten Hilfeeinrichtung für Menschen mit Alkoholproblemen, die auch damals eher am „Rande der Gesellschaft“ wahrgenommen wurden und ersten engagierten Ehrenamtlichen in ihren Selbsthilfegruppen, ist seit Ende des vorletzten Jahrhunderts heute im Kreis Segeberg ein abgestuftes System von Angeboten zur Bewältigung verschiedenster Suchtprobleme entwickelt worden, um denjenigen, die selbst oder in ihren Familien an den zerstörerischen Folgen einer Sucht leiden, die notwendige, qualifizierte Hilfestellung für ein lebendiges, suchtmittelfreies, gesünderes Leben anzubieten. Damals wie heute gilt dabei die Erkenntnis, dass die allermeisten der von Sucht Betroffenen den Weg aus Ihrer Erkrankung nur mit Unterstützung anderer nachhaltig finden. Dann aber heutzutage mit sehr gutem Erfolg! Gilt doch Abhängigkeit unter Fachleuten heute als eine chronische Erkrankung mit der besten Prognose in Richtung einer gesundheitlichen und gesellschaftlichen Stabilisierung. Zur Hilfe hinzu treten heute vielfältige Strategien der Suchtprävention, die geeignet sind eine Gefährdung oder gar Erkrankung erfolgreich zu verhindern und durch die damit viel persönliches Leid, aber auch gesellschaftliche Folgekosten, vermieden werden können.

Zum nachfolgenden ersten „Suchthilfeplan für den Kreis Segeberg“, der erfreulicher Weise in diesem „Jubiläumsjahr“ der ersten Schaffung eines spezifischen Hilfsangebotes für Suchtkranke im norddeutschen Raum vorgelegt werden konnte, haben eine Reihe in ihrer Arbeit engagierter KollegInnen unterschiedlicher Suchthilfeeinrichtungen im Kreis beigetragen. Beigetragen in der Hoffnung, dass dieser „Suchthilfeplan“ einerseits Grundlage für die weitere - permanent notwendige - Diskussion über Verbesserungs- und Optimierungsmöglichkeiten bestehender bzw. noch notwendiger Angebote wird und dass dieses Papier andererseits auch den von Sucht betroffenen Menschen und Ihren Angehörigen im Kreis Segeberg eine gute Orientierung über die z. Zt. bestehenden unterschiedlichen Hilfsmöglichkeiten bietet. Es sind Wege aus einer Abhängigkeit vorhanden und jedem ist der Mut zu wünschen, diese wo nötig auch persönlich zu gehen. Viele, besonders die ehrenamtlich Tätigen in den Selbsthilfegruppen, können bestätigen, wie sehr es sich persönlich, aber auch für unsere Gesellschaft insgesamt, lohnt!

Dr. Hans-Jürgen Tecklenburg
ATS Landesverein für Innere Mission in Schleswig-Holstein

1. Begriffsklärung und Daten zur Verbreitung im Kreis Segeberg

Mit dem im Folgenden verwendeten Begriff „Sucht“ werden sowohl stoffgebundene Abhängigkeiten in Bezug auf Alkohol, Medikamente, illegale Drogen, Schnüffelstoffe usw., als auch stoffungebundene Süchte, wie z. B. das pathologische Glücksspiel, die Mediensucht und verschiedene Problematiken aus dem Bereich der Essstörungen sowie anderer verhaltensbezogener Abhängigkeitsformen bezeichnet. Grundlage für die Diagnose Abhängigkeit sind die in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der 10. Revision (ICD 10) verzeichneten Kriterien. Ergänzend, teilweise auch alternativ, werden im deutschsprachigen Raum die Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen; DSM IV) herangezogen, ein verbreitetes Klassifikationssystem der American Psychiatric Association.

Epidemiologie

Werden allgemein zugängliche Zahlen und Schätzungen zur Epidemiologie von Abhängigkeiten auf Bundesebene ¹auf die Bevölkerungszahl des Kreises Segeberg (258.342 Einwohner; Stand:01.06.2010) umgerechnet, ist im Kreisgebiet mit rund **5.200** Alkoholabhängigen zu rechnen, wobei weitere **8.000** Menschen Alkohol stark missbräuchlich verwenden und damit in der Gefahr sind, eine eigene Abhängigkeitserkrankung auszuprägen. Zwischen **23.000** und **38.000** Bürger und Bürgerinnen des Kreises Segeberg konsumieren Alkohol in einer für die persönliche gesundheitliche Entwicklung riskanten Form. Neben der Zunahme hochriskanten Alkoholkonsums durch Kinder und Jugendliche („Komasaufen“) ist in jüngster Zeit die Problematik älterer Menschen mit manifester Abhängigkeit in den Focus der Aufmerksamkeit gerückt. So wird die Zahl abhängigkeitskranker Menschen über 60 Jahre auf gerundet 20% (1200 Personen) im Kreis Segeberg geschätzt.

In Bezug auf Medikamentenabhängigkeit belaufen sich Schätzungen auf rund **6.000** Personen, die überwiegend durch das medizinische Versorgungssystem „versorgt“ und „stabilisiert“ werden.

Die Zahl der von illegalen Drogen Abhängigen ist (naturgemäß) am schwierigsten festzustellen. Bundesweite Schätzungen legen nahe, dass im Kreis Segeberg rund **2.500** Personen zu sogenannten harten Drogen greifen, darüber hinaus konsumieren rund **9.600** Personen Cannabis (Marihuana und Haschisch), davon rund **900** in einer Form, dass vom Vollbild einer Abhängigkeit nach den Kriterien des DSM IV ausgegangen werden muss.

Die Zahl der pathologischen Glücksspieler im Kreisgebiet ist entsprechend den Schätzungen der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) bei mindestens **900** Personen anzusetzen. Laut Veröffentlichung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) üben darüber hinaus weitere rund **900** Personen Glücksspiel in einer problematischen Weise aus. Medienabhängigkeit in den verschiedenen Ausdrucksformen ist ein neues Phänomen, das seit wenigen Jahren Anlass für Personen ist, auch Suchtberatungsstellen aufzusuchen. Hierzu liegen bislang keine

¹ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: Daten – Zahlen - Fakten 2010;
Einwohnerzahl der Bundesrepublik 2009: 82,2 Millionen

belastbaren Schätzungen vor. Ebenso ist die Zahl derjenigen, die Essstörungen in einer Form ausgeprägt haben, die ein Suchtkonzept nahelegt, aktuell nicht belastbar einzuschätzen.

Die zahlenmäßig größte Gruppe sind, mit rund **66.000** Personen, die RaucherInnen. Die früher gesellschaftlich eher indifferente bis verharmlosende Bewertung des Suchtmittels Nikotin wurde in den vergangenen Jahren doch zunehmend kritischer gesehen. Bei nachgewiesenen erheblichen Folgeschäden durch Nikotinabhängigkeit sind, ausgehend von Zahlen für das Bundesgebiet, im Kreis Segeberg rund **15.000** Personen als Nikotinabhängig einzuschätzen.

2. Zielsetzung des Suchthilfeplans des Kreises Segeberg

Eine ausreichende Versorgung der Menschen mit Angeboten der Suchthilfe liegt in der politischen Verantwortung der zuständigen Gremien und setzt eine konstruktive Kooperation und Abstimmung zwischen Kreis, Kommunen und Land voraus. Dabei sollen Kirchen, Religionsgemeinschaften des öffentlichen Rechts sowie Verbände der freien Wohlfahrtspflege angemessen beteiligt werden und, soweit sie schon Aufgaben im Bereich der Suchthilfe übernommen haben, vorrangig mit den zuständigen Kostenträgern zusammenarbeiten bzw. notwendige weitere Aufgaben übertragen bekommen.

Ziel des Kreises Segeberg ist es, ein in den verschiedenen Regionen vergleichbares Grundangebot ambulanter Dienstleistungen (Prävention und Beratung) für alle Suchtformen anforderungsgerecht sicherzustellen. Teilstationäre und vollstationäre Leistungen sind entsprechend dem im Kreis vorhandenen Bedarf vorzuhalten und durch notwendige ambulante Zusatzangebote zu ergänzen. Ziel aller dieser Angebote ist der Grundgedanke einer Aktivierung des in Frage kommenden Personenkreises und der Unterstützung der Entwicklung einer tragfähigen „Hilfe zur Selbsthilfe“.

Ein weiteres Ziel des Kreises Segeberg ist es, in Zusammenarbeit mit den in der ambulanten Suchthilfe tätigen Trägern zu transparenten nachvollziehbaren Standards für die Grundversorgung (Prävention und Beratung) entsprechend des Bedarfes zu kommen und diese auch zukünftig sicherzustellen.

Die Träger der Einrichtungen der Suchthilfe vollziehen die ihnen vom Kreis Segeberg übertragenen Aufgaben auf der Grundlage fachlich fundierter Konzeptionen und sind für die inhaltliche Ausgestaltung der Leistungen verantwortlich. Eine Steuerung durch den Kreis erfolgt über mehrjährige Leistungs- und Zuwendungsvereinbarungen. Erbrachte Leistungen sind aufgrund geschlossener Dokumentationsvereinbarungen zu erfassen und im Rahmen abgestimmter, auf wesentliche Daten begrenzter Berichte vorzulegen.

Die Angebote der Suchtberatung können von BürgerInnen auch anonym und kreisweit aufgesucht werden. Die Einrichtungen sind aufgefordert, den Zugang zu ihren Hilfeangeboten allen BürgerInnen im Rahmen der zur Verfügung gestellten Ressourcen frei zu ermöglichen, bei erkennbar ortsfremden Ratsuchenden ist jedoch immer auch auf wohnortnahe Angebote hinzuweisen.

Für BürgerInnen, bei denen das ambulante Beratungsangebot nicht hinreichend zu einer Sicherung des Überlebens bzw. der selbstverantwortlich gestalteten Teilhabe an der Gesellschaft ausreichen, werden spezifische ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote von den damit vom Kreis beauftragten Trägern vorgehalten und gemeinsam mit dem Kreis weiterentwickelt.

3. Gender

Die Entwicklung und Stabilisierung der Geschlechtsidentität, geschlechtsspezifische Verhaltensweisen, die Übernahme von Rollenmustern usw. bedingen eine geschlechtsdifferenzierte Herangehensweise sowohl in der Prävention als auch in der Hilfe für Menschen mit Suchtproblemen.

So bedingen der Zusammenhang zwischen Suchtmittelgebrauch und sexuellen Missbrauchs- und Gewalterfahrungen die Notwendigkeit einer auch frauenspezifischen Suchtarbeit, die mit einer ganzheitlichen Sicht auf weibliche Lebenserfahrungen und Zusammenhänge frauenspezifische Zugangsweisen und Unterstützungsangebote anbietet. Daher sollte in jeder Einrichtung mindestens eine Frau als Ansprechpartnerin für Mädchen und Frauen zur Verfügung stehen.

Auch bei Männern hat sich die Sichtweise von einer bloßen Kritik am tradierten Rollenverständnis hin zu einer Beachtung von spezifischen Bedingungen der Identitätsentwicklung von Jungen und Männern weiter entwickelt. Männerspezifische Suchtarbeit nimmt die, auch in den Statistiken der deutschen Hauptstelle für Suchtfragen sichtbare deutlich stärkere Krankheitsbelastung von Männern im Bereich des Alkohol- und Drogenmissbrauchs, aber auch der Glücksspielabhängigkeit auf und wendet sich den Ursachen im Zusammenhang mit Schwierigkeiten im Umgang und Ausdruck von Gefühlen, Selbstunsicherheit usw. zu. In der Suchthilfe ist es daher unerlässlich, dass in jeder Einrichtung mindestens ein Mann als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Sollte dieses, auf Grund des spezifischen Fachkräftemangels, nicht überall realisiert werden können, ist zumindest eine feste Kooperationsvereinbarung zwischen entsprechenden Einrichtungen zu entwickeln, um ein solches Angebot vorzuhalten.

4. Bausteine der ambulanten Versorgung

4.1. Suchtberatung

Kern des Angebotes ist die persönliche „Beratung“ durch qualifizierte Fachkräfte. Der Beratungsansatz der Sucht- und Drogenberatungsstellen ist ausstiegsorientiert und richtet sich gleichermaßen an jugendliche, jungerwachsene und erwachsene Abhängige, von Abhängigkeit Bedrohte sowie deren Angehörige bzw. Personen des nahen sozialen Umfeldes (z.B. Arbeitgeber).

Neben der Konsumfreiheit sind dabei der Erhalt oder die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sowie die Förderung der selbstverantwortlich gestalteten Partizipation am gesellschaftlichen Leben oberstes Ziel der Suchtberatung.

Beratung kann sowohl als Einzel-, Paar- oder Gruppenangebot entsprechend der jeweiligen inhaltlichen Notwendigkeit umgesetzt werden. In der Beratung wird mit den betroffenen Menschen individuell und lösungsorientiert gearbeitet. Entsprechend der Schwere der Störung bzw. auch weiterer Erkrankungen ist Ziel der

Beratungsphase auch die Vermittlung in geeignete weitere qualifizierte Hilfen. Beratung respektiert, außer in einer Phase krankheitsbedingt verminderter Steuerungsfähigkeit mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, die Verantwortung des/der KlientIn für das eigene Leben und unterstützt damit die „Hilfe zur Selbsthilfe“.

Die Aufgabe der Suchtberatung erfordert einen besonderen Vertrauensschutz. MitarbeiterInnen unterliegen der Schweigepflicht nach § 203 StGB sowie bei Tätigkeit in einer anerkannten Einrichtung der Drogenhilfe den erweiterten Schutzvorschriften einschließlich des Zeugnisverweigerungsrechts. Durch die Delegation der Aufgabe der Suchtberatung an fachlich qualifizierte Träger der Freien Wohlfahrt hält der Kreis Segeberg ein niedrighschwelliges, auch anonym zugängliches nutzbares Angebot vor.

Regional werden Angebote im Auftrag des Kreises Segeberg auf Grund des vorhandenen Bedarfes aus kommunalen Mitteln verstärkt.

Ist-Situation

An folgenden Orten werden Angebote der Suchtberatung im Kreis Segeberg vorgehalten:

Ort	Träger	Anmerkung
Bad Bramstedt	Therapiehilfe e.V.	Teil des Familienbüros
Bad Segeberg	ATS	
Bornhöved	ATS	Teil des Familienbüros
Kaltenkirchen	ATS	
Norderstedt	Sozialwerk e.V. / ATS	
Trappenkamp	ATS	Außensprechstunde Familienbüro Bornhöved
Wahlstedt	ATS	finanziert über Drittmittel

Aktueller Bedarf

Nach Paragraph 8 des Gesundheitsdienstgesetzes ist die Sicherstellung der Suchtberatung eine pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe der Kreise und kreisfreien Städte. Aufgrund der hohen Zahl der vorhandenen Betroffenen gilt es hier, ein Angebot vorzuhalten, das sowohl den raschen und wohnortnahen Zugang zu Angeboten der Beratung und Vermittlung sichert, andererseits die begrenzten Ressourcen des Kreises in die Planung einbezieht. Anhaltzahlen wie die der deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, die bereits Anfang der neunziger Jahre (DHS, Rahmenplan 1992) eine personelle Ausstattung der ambulanten Suchthilfe mit mindestens einer Fachkraft auf zehntausend Einwohner vorgesehen hat, können hier - wie in anderen Kreisen bereits realisiert - einen Anhaltspunkt für eine sachgerechte Ausstattung bieten.

Durch die Notwendigkeit der Erreichbarkeit ist für den Kreis Segeberg aufgrund der Flächenstruktur ein dezentrales System geboten. Dabei sollen die ambulanten Einrichtungen zur Sicherstellung eines qualifizierten Angebotes nicht unter eine personelle Mindestbesetzung, wie sie z. B. auch von Kostenträgern der ambulanten Rehabilitation vorgegeben werden, sinken. Sollten einzelne Träger aufgrund der

übertragenen Aufgaben nicht in der Lage sein, entsprechende personelle Mindestbesetzungen aufrecht zu erhalten, sind durch verbindliche Kooperationen mit anderen Trägern diese Voraussetzungen zu schaffen.

Zusätzlicher Beratungsbedarf besteht an allen gelisteten Standorten auch aufgrund der sich abzeichnenden Probleme hinsichtlich eines exzessiven Gebrauchs „neuer“ Medien (Internet / PC). Siehe hierzu auch 8.8 Mediensucht. Die Beratungsnachfrage übersteigt an (fast) allen Standorten regelmäßig seit Jahren die mit Trägern vereinbarten Angebote.

4.2 Suchtprävention

Prävention ist Gemeinschaftsaufgabe. Auch wenn Suchtprävention auf ein bestimmtes in der Konsequenz problematisches Verhalten ausgerichtet ist, lassen sich die Zielsetzungen der Suchtprävention in viele Arbeitsfelder integrieren und sind bei strukturellen Entwicklungen zu beachten.

Auf Grund der hohen Gefährdung durch legale und illegale Drogen sowie stoffungebundene Suchtformen kommt der Suchtprävention auch perspektivisch ein hoher Stellenwert zu. Wie von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen² zusammengestellte Untersuchungen aufzeigen, kann Suchtprävention, wenn sie fachlichen Standards genügt, hochwirksam sein. Entwicklungen in den letzten Jahren wie die weitere Verringerung des Einstiegsalters hinsichtlich des Konsums von Alkohol sowie die destruktive Wirkung neu aufkommender Abhängigkeitsformen, wie Computer- bzw. Mediensucht, verstärken die Notwendigkeit noch intensiverer Präventionsbemühungen.

Schwerpunkt der Prävention sind dabei Angebote für Kinder, Jugendliche und Jungerwachsene, ohne spezifische Angebote für andere Altersgruppen hierdurch auszuschließen.

Angebote der spezifischen Suchtprävention durch beauftragte Träger werden in der Regel in Projektform durchgeführt und dienen als externer fachlicher Input insbesondere in Schulen, Kindergärten und Einrichtungen der freien Jugendarbeit. Die Zusammenarbeit mit diesen Einrichtungen bietet die Gewähr dafür, dass durch die Einbindung vieler Personen in personalkommunikative Maßnahmen die Mittel effektiv eingesetzt werden.

Grundlegendes Ziel der Suchtprävention ist die Verhinderung der Entstehung von Suchtmittelmissbrauch und Suchterkrankungen sowie die Abwendung und Verringerung deren individueller und gesellschaftlicher Folgen. Ziele der Prävention sind neben der Förderung eines suchtmittelfreien Lebensstils insbesondere das Hinauszögern des Einstiegs in den Suchtmittelkonsum, die Förderung eines selbstkritischen, kontrollierten Umgangs mit suchtbegünstigenden Stoffen und Verhaltensweisen sowie das Erkennen individueller, persönlicher und sozialer Grenzen und Risiken. Neben dieser primären, auf das Verhalten des Individuums ausgerichteten suchtpreventiven Arbeit, gehören auch Maßnahmen der Verhältnisprävention, die unter der Berücksichtigung der Lebenszusammenhänge auf eine positive Beeinflussung bzw. Veränderung suchtgefährdender Strukturen vor Ort abzielt, zum Auftrag der Prävention.

² www.dhs.de

Durch die enge Kopplung suchtpräventiver Angebote mit der Suchthilfe können Präventionsfachkräfte beauftragter Träger aktuelle Trends und Themen bei Gefährdeten und Betroffenen zeitnah aufnehmen und für die Entwicklung spezifischer Angebote nutzen. Durch die enge Zusammenarbeit der Präventionsfachkräfte mit der Beratung haben diese auch eine wichtige Brückenfunktion, die Betroffenen den Zugang zu notwendigen Beratungsangeboten erleichtert.

Ist-Situation

Neben den Angeboten im Rahmen des gesetzlichen Auftrages des Jugendschutzes werden vom Kreis auch selbst entsprechende Kampagnen und Maßnahmen koordiniert sowie spezifische Angebote exemplarisch im Kreisgebiet realisiert.

Auf Grund der in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegenen Bedeutung und Akzeptanz der Suchtprävention übersteigt der Bedarf die Nachfrage erheblich. Hier ist das Engagement einer ganzen Reihe von Kommunen im Kreis positiv hervorzuheben, die aus eigenen Mitteln entsprechende Angebote vor Ort verstärken, aber auch das bürgerschaftliche Engagement von Vereinen, Serviceorganisationen und engagierten Einzelpersonen ist ausdrücklich anzuerkennen, die in diesem Problemfeld für eine Verbesserung der Bedarfsdeckung eintreten.

Neben den erwähnten Aufgaben im Rahmen des kreiseigenen Jugendschutzes werden suchtpräventive Angebote im Kreis Segeberg von Trägern an folgenden Standorten angeboten:

- Suchtprävention in den Familienbüros Bad Bramstedt und Bornhöved
- Suchtprävention der ATS an den Standorten: Bad Segeberg, Kaltenkirchen und Norderstedt

Aktueller Bedarf

Neben den Problemen durch stoffliche Suchtmittel („Komasaufen“; „Kiffen“) wird vor dem Hintergrund eines zunehmend problematischen PC-/Internetgebrauchs bei vielen Jugendlichen auch in diesem Bereich ein erhöhter Bedarf an qualifizierten Präventionsmaßnahmen aus vielen schulischen und außerschulischen Einrichtungen bei den regional zuständigen Trägern und in den Kommunen angemeldet.

Auch im Bereich der Prävention von Essstörungen besteht eine erhebliche Nachfrage nach geschlechtsspezifisch ausgerichteten Präventionsangeboten.

Für eine wirksame schulische Prävention sind innerhalb der Schulen Suchtpräventionskonzepte zu entwickeln und (mit der notwendigen inhaltlichen Flexibilität) im Schulkonzept so zu verankern, das neben notwendigen externen Impulsen durch Facheinrichtungen auch eigene Aktivitäten und Schwerpunkte in den schulischen Alltag integriert werden.

4.3. Arbeit für Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien

Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien haben nachweislich ein erheblich erhöhtes Risiko der Entwicklung eigener Suchtgefährdung und sind durch die suchtspezifisch veränderten und belasteten Familienstrukturen in ihrer natürlichen Entwicklung überdurchschnittlich häufig beeinträchtigt und gefährdet. Die Arbeit mit diesem Personenkreis stellt damit eine Querschnittsaufgabe sowohl für den Bereich der Jugend- als auch der Suchthilfe dar.

Träger der Jugendhilfe sind gefordert, in ihren Angeboten und Einrichtungen hinreichende Kompetenzen zur Erkennung von Suchtgefährdung und Abhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen sowie betroffenen Familien aufzubauen und diese, wo nötig, in fachlich qualifizierte Angebote der Suchthilfe zu vermitteln bzw. eine solche Nutzung nahe zu legen. Träger der Suchthilfe sind aufgefordert, ihre spezifische Kompetenz in die Entwicklung und Umsetzung von Angeboten für belastete Kinder und Jugendliche einzubringen und, wo notwendig, eigene spezifisch ausgerichtete Angebote zu entwickeln.

Neben individuellen Hilfen sind für Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien auch niedrigschwellige Angebote vonnöten, die einen geschützten, gegebenenfalls auch anonymen Zugang garantieren. Solche niedrigschwelligen Angebote sind von erfahrenen, qualifizierten Trägern der Suchthilfe in ihrer spezifischen Fachkompetenz umzusetzen. Teilweise bahnt das Jugendamt die ersten Kontakte.

Ist-Situation

Im Kreis Segeberg bestehen z. Zt. folgende Angebote:

Fachstelle „Kleine Riesen“ der ATS in Norderstedt – finanziert über das Jugendamt der Stadt Norderstedt

Gruppenangebot der ATS in Bad Segeberg – finanziert über Drittmittel

Aktueller Bedarf

Da es sich bei der beschriebenen Zielgruppe um Kinder und Jugendliche mit dem höchsten Gefährdungspotential bezüglich der Ausbildung einer späteren eigenen Abhängigkeit handelt, sollten an den Standorten Bad Segeberg und Kaltenkirchen analog der Regelung in Norderstedt Fachstellen mit entsprechend differenziertem Angebot etabliert werden.

4.4 Niedrigschwellige Angebote

Niedrigschwellige Angebote, z. B. in Form von zugehender und aufsuchender Arbeit, richten sich an gefährdete und - häufig bereits chronifiziert - abhängige SuchtmittelkonsumentInnen und beziehen sich auf basale Hilfen im psychosozialen und medizinischen Bereich. Niedrigschwellige Hilfen stellen ein Kontaktangebot zu „hilfefernen“ Bevölkerungsgruppen dar, wobei es zunächst um die Sicherstellung elementarster Lebens- und Überlebensbedürfnisse geht.

Auch wenn Angebote im Bereich z. B. der Hygiene, des Essens, der medizinischen Grundversorgung nicht an die Bereitschaft gebunden sind, Suchtberatung in Anspruch zu nehmen oder sich auf den Ausstieg zu orientieren, steht in der Praxis die begründete Erfahrung und Hoffnung hinter diesen Angeboten, durch die Verbesserung der individuellen Lebenssituation auch die Voraussetzungen für einen Ausstieg aus der Sucht zu entwickeln und zu schaffen. Formen niedrigschwelliger Hilfen können „Kontakt- und Anlaufstellen“, aber auch Angebote der „Streetwork“ sein.

Ist-Situation

Niedrigschwellige Angebote der Suchthilfe werden im Kreis Segeberg z. Zt. überwiegend durch kommunales und/oder bürgerschaftliches Engagement sichergestellt. Beispiele hierfür sind:

- „Anlaufstelle“ der ATS in Kaltenkirchen
- Sprizentausch in Wahlstedt, Bad Segeberg, Kaltenkirchen, Norderstedt

Aktueller Bedarf

Insbesondere an der Schnittstelle Suchthilfe / Wohnungslosenhilfe ist ein Bedarf niedrigschwelliger, d. h. auch aufsuchender Angebote feststellbar. Da viele Wohnungslose auch ein Suchtproblem aufweisen, ist bei dieser Zielgruppe eine zugehende suchtspezifisch ausgerichtete Arbeit zur Veränderung der sozialen Situation erforderlich.

4.5 Substitution

Bei vorliegender Opiatabhängigkeit wird die ärztlich verantwortete und verordnete Abgabe von Drogenersatzstoffen (z. B. Subutex, Methadon, Polamidon) entsprechend den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und des Betäubungsmittelgesetzes als Substitution bezeichnet.

Originärer Bestandteil der Substitutionsbehandlung ist die sogenannte psychosoziale Begleitung (PSB). Ziel der Substitution ist die Minderung individueller gesundheitlicher, sozialer aber auch gesellschaftlicher Folgeprobleme auf Grund der Drogenabhängigkeit durch Verringerung des Beschaffungsdrucks für den Einzelnen und der hierin häufig begründeten Kriminalität.

Die ärztlichen medizinischen Leistungen werden von den Krankenkassen als zuständige Kostenträger übernommen. Die PSB wird bei steigenden Substituiertenzahlen aus - in der Höhe in den vergangenen Jahren rückläufigen - Mitteln des Landes Schleswig-Holstein finanziert. In Verhandlungen 2011 / 2012 zwischen den kommunalen Spitzenverbänden und dem Land sollen Aufgaben- und Mittelverteilung der bislang landesfinanzierten Angebote neu geregelt werden. Daneben kommen individuelle Maßnahmen im Rahmen und nach Vorgaben der Eingliederungshilfe in Betracht.

Ist-Situation

Die ärztliche Versorgung zu substituierender Patienten ist originäre Aufgabe niedergelassener Ärzte. Im Kreisgebiet gibt es ca. 12 niedergelassene Praxen mit entsprechend qualifizierten Ärzten/Ärztinnen in Bad Segeberg, Norderstedt, Kaltenkirchen, Hartenholm, Bad Bramstedt und Klein Rönkau. Dies ist für eine flächendeckende Versorgung nicht ausreichend. Vor diesem Hintergrund wird zur Deckung des vorhandenen Bedarfs vom Landesverein für Innere Mission in Bad Segeberg, Rickling und Kaltenkirchen z. Zt. ein unterstützendes Angebot in Form von „Substitutionsambulanzen“ durch hierfür ermächtigte eigene ärztliche MitarbeiterInnen vorgehalten. Die psychosoziale Betreuung wird über die Sucht- und Drogenberatungsstellen der ATS in Bad Segeberg, Kaltenkirchen und Norderstedt kreisweit flächendeckend vorgehalten.

Aktueller Bedarf

Kritisch ist nach wie vor die ärztliche Versorgung für die Substituierten im Süden des Kreises. Etliche in Norderstedt und Umgebung lebende Substituierte müssen, mangels Alternative, zurzeit in Hamburg ärztlich behandelt werden. Die psychosoziale Betreuung als konkrete Ausstiegshilfe ist bei diesem Konstrukt defizitär. Vor diesem Hintergrund stellt sich weiterhin die Frage der Installierung einer Drogenambulanz in der Stadt Norderstedt und - aufgrund der hohen Nachfrage - der weiteren Verbesserung dieses Ausstiegsangebotes in Kaltenkirchen.

4.6 Weitere Angebote

Neben den voranstehend dargestellten Angeboten der Grundversorgung in den (zukünftigen) sozialräumlichen Strukturen des Kreises Segeberg sind Träger der Suchthilfe frei, spezifische Angebote für besondere Zielgruppen regional zu entwickeln, zu erproben und vorzuhalten.

Die Finanzierung solcher spezifischen Angebote erfolgt außerhalb der öffentlichen Finanzierung der Suchthilfe durch die dann zuständige Kostenträger bzw. Dritt- und Eigensatzmittel der Träger.

5. Allgemeine und übergreifende Angebote und Hilfen

5.1 Sozialpsychiatrischer Dienst des Kreises Segeberg

Die Aufgabenstellung des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist begründet und beschrieben in Vorgaben des Psychischkranken-Gesetzes des Landes Schleswig-Holstein. Zielgruppe sind im Schwerpunkt chronisch psychisch Kranke und behinderte Menschen einschließlich der Suchtkranken. Der Sozialpsychiatrische Dienst führt auch Hausbesuche durch, wenn die spezielle soziale oder gesundheitliche Situation des Betroffenen dieses erfordert. Der Sozialpsychiatrische Dienst wird häufig durch öffentliche Institutionen wie Polizei oder kommunale Ämter, aber auch durch Angehörige angefordert. Vorrang haben freiwillige Angebote der Hilfe in Krisensituationen. In Ausnahmefällen können allerdings auch ordnungsrechtliche Maßnahmen nach dem PsychKG notwendig werden, sofern eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung durch den/die Betroffene/n vorliegt.

Neben der Aufgabe der Beratung, der Betreuung und des Krisenmanagements ist der Sozialpsychiatrische Dienst auch zuständig für die Koordination, Vernetzung und Weiterentwicklung der psychiatrischen Hilfen im Kreis. Hier ist eine enge Abstimmung mit allen Beteiligten, sowohl der Leistungserbringer als auch der Kostenträger, aber auch mit Vertretern der Psychiatrie- und Suchterfahrenen im Rahmen geeigneter Arbeitskreise und in Abstimmung mit anderen Gremien des Kreises notwendig.

5.2 Jugendschutz und Jugendpflege

Durch das Jugendschutzgesetz werden den Gebietskörperschaften Verpflichtungen zur Überwachung und Einhaltung des Kinder- und Jugendschutzes auferlegt. Durch die Berufung und Besetzung der Stelle der Jugendschutzbeauftragten kommt der Kreis Segeberg diesen Verpflichtungen bereits seit mehreren Jahrzehnten nach. Neben Aufgaben des vorbeugenden Jugendschutzes, die beispielhaft unter dem Punkt 4.2 (Suchtprävention) beschrieben wurden, nimmt der Kreis seine Gesamtverantwortung auch durch Maßnahmen im Rahmen des ordnungsrechtlichen Jugendschutzes, gemeinsam mit Polizei, Ordnungsämtern und anderen Beteiligten wahr. Dazu gehören auch flankierende restriktive Maßnahmen mit dem Ziel, die Einhaltung des Jugendschutzgesetzes zu überwachen bzw. entsprechende Verstöße zu ahnden.

5.3 Selbsthilfe und ehrenamtliche Hilfe

Bereits weit vor der offiziellen sozialrechtlichen Anerkennung von Alkoholismus als Krankheit (1968), haben sich in diesem Bereich von Sucht „Betroffene“ aber auch „Angehörige“ zu Abstinenz- und Selbsthilfegruppen zusammengefunden.

Selbsthilfegruppen arbeiten unabhängig von der konkreten Ausgestaltung der Treffen unter den wesentlichen Voraussetzungen:

- Persönliche Betroffenheit
- Vertraulichkeit
- Freiwilligkeit
- Gleichheit aller und
- Ehrenamtlichkeit

Auf dieser Grundlage können die Mitglieder der Gruppen in ihren Treffen erfahren, dass sie mit ihren Erfahrungen nicht alleine sind, die häufig vorhandene Isolation überwinden und konkrete Schritte für ein sinnerfülltes Leben unternehmen. Auch im Kreis Segeberg haben sich viele Selbsthilfegruppen den „Abstinenzverbänden“ bzw. -organisationen (Anonyme Alkoholiker, Blaues Kreuz in der evangelischen Kirche, Guttempler Deutschland, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe) angeschlossen oder sind teilweise aus diesen heraus entstanden. Daneben gibt es aber auch Gruppen, die teilweise ebenfalls bereits seit Jahrzehnten erfolgreich regional arbeiten und sich keinen überregionalen Organisationen angeschlossen haben.

Selbsthilfegruppen sind in ihrer Bedeutung für die Stabilisierung des Ausstiegs aus der Sucht und der langfristigen Stabilisierung eines suchtfreien Lebensstils wichtiger

und unverzichtbarer Bestandteil des gesamten Hilfesystems. Selbsthilfegruppen sind eigenständig und unabhängig. Diese Gruppen sind Ausdruck ehrenamtlichen, bürgerschaftlichen Engagements Suchtkranker und deren Angehöriger für sich selbst und die Gesellschaft. „Selbsthilfe“ ist und kann kein Ersatz für ein bedarfsgerecht ausgebautes System der professionellen Suchthilfe sein. Die Aktivitäten der ehrenamtlich Engagierten sind nicht „steuerbar“ oder „funktionalisierbar“ und entwickeln auch ganz eigene, unverzichtbare Qualitäten für die effektive gesellschaftliche Teilhabe von Suchtkranken und deren Angehörigen. Daher sollten diese Gruppen z. B. durch die Möglichkeit der unentgeltlichen Nutzung von öffentlichen Räumen unterstützt werden.

Ist-Situation

Im Kreisgebiet sind über 20 Gruppen bekannt, die im Schwerpunkt von Menschen mit Alkohol- und Medikamentenproblemen gegründet und besucht / gestaltet werden. Bei anderen Suchtformen, wie Glücksspiel oder Drogenabhängigkeit, bestehen im Kreisgebiet kaum spezifische Angebote.

Aktueller Bedarf

Für einzelne Abhängigkeitsformen (Drogen / Glücksspiel), aber auch für betroffene Jugendliche und junge Erwachsene, wäre die Förderung der Gründung spezifischer Gruppen wünschenswert.

6. Suchtspezifische Maßnahmen im Rahmen der Eingliederungshilfe

Menschen mit einer Suchterkrankung sind infolge ihrer Erkrankung durch eine wesentliche, nicht nur vorübergehende Behinderung bedroht bzw. von einer (Schwer-)Behinderung im Sinne des Versorgungsrechtes betroffen. Damit haben Menschen mit einer Suchterkrankung einen individuellen Rechtsanspruch auf Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe des SGB XII.

Nach Bekanntwerden des Hilfebedarfs eines Bürgers / einer Bürgerin prüft der Kreis Segeberg in einem geregelten Verfahren die Anspruchsberechtigung sowie die Art und den Umfang der notwendigen Hilfen. Diese werden in einem formalen Hilfeplanverfahren beschrieben, festgelegt und qualifiziert im Rahmen von Zielvereinbarungen mit den Betroffenen und dem beauftragten externen Leistungserbringer abgestimmt.

Im Kreis Segeberg werden für Suchtkranke ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfen vorgehalten, die im Rahmen vertraglicher Vereinbarungen zwischen Kreis und freien Trägern bedarfsgerecht entwickelt wurden und werden.

6.1 Ambulante Betreuung im eigenen Wohnraum

Die ambulante Betreuung im eigenen Wohnraum richtet sich insbesondere an Personen, die durch das Angebot der ambulanten Suchtberatung - auf Grund der Schwere und häufigen Chronifizierung der Erkrankung - nicht bzw. nicht mehr erreicht werden, die ein solches Angebot nicht aufsuchen können bzw. deren umfangreicher Hilfebedarf hierüber nicht zu decken ist.

Im Rahmen einer Zielhierarchie geht es bei Maßnahmen der ambulanten Betreuung, insbesondere bei chronisch suchtkranken Menschen, um eine Sicherung des Überlebens, eine Verbesserung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (z. B. durch Reduktion der Art und des Ausmaßes von Rückfälligkeit), um Stabilisierung einer eigenständigen Lebensführung (Vermeidung teil- bzw. vollstationärer Unterbringung) und um die Integration in Gesellschaft und Arbeit. Das Angebot steht auch Menschen offen, die im Anschluss an eine Entwöhnungsmaßnahme für einen Übergangszeitraum entsprechende Hilfen zur Stabilisierung ihrer Abstinenz und zur Bewältigung ihrer sozialen Probleme benötigen.

Die ambulante Betreuung Suchtkranker im eigenen Wohnraum stellt eine notwendige Unterstützung zur Aktivierung und Verselbständigung Betroffener dar und dient der Vermeidung weitergehender stationärer Betreuung und/oder Behandlung.

Ist-Situation

Der Kreis Segeberg hat mit freien Trägern Vereinbarungen geschlossen, die eine kreisweite Umsetzung des Angebotes bedarfsgerecht sicherstellen.

Aktueller Bedarf

Das Angebot ist flexibel und bedarfsgerecht ausgebaut.

6.2 Teilstationäre Betreuung

6.2.1 Wohngemeinschaften

Psychosoziale Wohngemeinschaften sind Einrichtungen für Menschen, die mit ambulanten Hilfen alleine keine hinreichende Stabilisierung erfahren, für die auf Grund vorhandener Ressourcen eine vollstationäre Betreuung jedoch (noch) nicht notwendig ist. Psychosoziale Wohngemeinschaften bieten damit Menschen ein durch das Abstinenzprinzip geregeltes suchtfreies Lebensumfeld, in dem sie darin unterstützt werden, sich mit ihrer Suchtproblematik aktiv auseinander zu setzen und die persönlichen und sozialen Bedingungen für ein langfristig suchtmittelfreies, gesellschaftlich integriertes, selbstständiges Leben zu schaffen. Wohngemeinschaften nutzen einerseits die therapeutischen Effekte der Gruppe, betonen und stützen andererseits die individuelle Verantwortung für die eigene Lebensgestaltung unter dem Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe.

Ist-Situation

Im Kreis Segeberg gibt es mehrere Einrichtungen mit spezifischen Hilfeangeboten für Alkohol- und Medikamentenabhängige, für Menschen mit Doppeldiagnosen (Sucht-

und psychiatrische Erkrankung) sowie, als Modellprojekt des Landes begonnen, ein Angebot für substituierte Drogenabhängige.

Einrichtungen im Kreis Segeberg:

- Rehabilitationseinrichtung „SPRUNGBRETT“ – 38 Plätze in Bad Segeberg, Rickling, Kaltenkirchen, Norderstedt
- Psychosoziale Wohngemeinschaft „Flott“ für substituierte Drogenabhängige - 8 Plätze in Kaltenkirchen
- Sozialtherapeutische Wohngemeinschaft für Menschen mit Doppeldiagnosen - 22 Plätze in Bad Segeberg und Norderstedt

Aktueller Bedarf

Aufgrund veränderter Krankheitsbilder und der Zunahme von Personen, die mehrere suchtpsychiatrische Diagnosen aufweisen, ist ein Ausbau des Angebotes für Menschen mit Doppeldiagnosen notwendig. Zusätzlich ist weiterer Betreuungsbedarf für Menschen gegeben, die auf längere Zeit eine teilstationäre Unterbringung benötigen, bei denen jedoch ein reduziertes sozialtherapeutisches Angebot gegenüber einer vollstationären Unterbringung auszureichen scheint.

6.2.2 Arbeits- und Beschäftigungsangebote

Arbeitstrainings- und Beschäftigungsprojekte sind teilstationäre Einrichtungen der Wiedereingliederung für suchtabhängige Menschen, die ihre Sucht überwinden und sich gesellschaftlich reintegrieren wollen. Sie bieten für Menschen, die in der Regel im eigenen Wohnraum leben, einen Rahmen, unter suchtmittelfreien Bedingungen ein spezifisches Training mit dem Ziel der Reintegration ins Arbeitsleben zu absolvieren. Unabhängig von der konkreten Tätigkeit ist wesentliches Ziel von Arbeits- und Beschäftigungsprojekten, die häufig im Verlauf der Suchterkrankungen verlorenen sogenannten „primären Arbeitstugenden“ (Pünktlichkeit, Verlässlichkeit, Genauigkeit, Akzeptanz von Anweisungen usw.) neu einzuüben und zu stabilisieren sowie in Arbeitszusammenhängen wichtige Schlüsselqualifikationen wie Teamfähigkeit, soziale Kompetenz usw. zu trainieren, so dass eine Einbindung auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wieder gelingen kann.

Ist-Situation

Aktuell existieren keine teilstationären Angebote.

Aktueller Bedarf

Es gibt auch im Kreis Segeberg eine nicht unerhebliche Anzahl von Personen, häufig im Leistungsbezug der Jobcenter oder der Grundsicherung, die durch eine spezifische Förderung in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe bzw. auf dem Weg zu einer selbstverantworteten Lebensführung gestärkt werden müssten und könnten. Eine erste Abstimmung über die jeweilige Zuständigkeit (bei Orientierung am Bedarf der Zielgruppe) der Kostenträger nach SGB II und XII wurde im Kreis Segeberg zum Jahreswechsel 2011 / 2012 vorgenommen.

Ziel ist die Entwicklung eines abgestuften Systems teilstationärer Betreuung mit:

- tagesstrukturierenden Angeboten (gemäß § 53 ff. SGB XII) als Hilfe insbesondere für Menschen mit einem langfristigen, nicht auf die kurzfristige Vermittlung in Arbeit ausgerichteten Hilfebedarf und
- ambulant unterstützte / betreute Arbeitsplätze in verschiedenen regional gestreuten Unternehmen im Kreis Segeberg.

6.3 Vollstationäre Betreuungsangebote

6.3.1 Übergangseinrichtungen

Insbesondere bei chronisch mehrfach beeinträchtigten Menschen sind Möglichkeiten der Lebensführung so eingeschränkt, dass eine angemessene Selbstfürsorge (Ernährung, Kleidung, Tagesstruktur) nicht mehr gewährleistet ist, bei denen aber noch vorhandene Ressourcen hinreichend Erfolg versprechend erscheinen, um den Versuch einer sozialen und beruflichen Wiedereingliederung zu wagen. In diesen Einrichtungen wird ein konzentriertes und strukturiertes (sozial-)therapeutisches Betreuungsangebot realisiert, das neben einer Bearbeitung der Sucht auch die Einübung lebenspraktischer Fähigkeiten der Versorgung und Selbstversorgung sowie der sozialen Stabilisierung innerhalb eines suchtmittelfreien Lebensraumes beinhaltet.

Ziel ist die selbstbestimmte, eigenständige, abstinenten Lebensführung im eigenen Wohnraum. Überwiegend wird dieses Ziel durch abgestimmte Zwischenschritte mit geringerer Betreuungsintensität verwirklicht.

Ist-Situation

Im Kreis Segeberg hält der „Heidehof“ in Rickling im Rahmen einer differenzierten Binnenstruktur „Übergangsplätze“ vor.

Aktueller Bedarf

Bei teilweise bestehenden erheblichen Wartezeiten ist ggf. mittelfristig eine Aufstockung der Platzzahl erforderlich.

6.3.2 Wohnheime

Das Angebot eines sozialtherapeutischen Wohnheimes richtet sich an chronisch mehrfach beeinträchtigte suchtkranke Menschen, die auf Grund der Schwere ihrer Suchterkrankung längerfristig, gegebenenfalls auch dauerhaft, auf die Hilfe einer stationären Einrichtung angewiesen sind. Ziel ist in erster Linie der Erhalt der Abstinenz und eines regelmäßigen Tagesablaufs sowie der Aufbau von Selbstversorgungskompetenzen und damit der Vermeidung eines vorzeitigen Pflegebedarfs. Trotz des Ziels der Verselbständigung kann auf Grund vorhandener Defizite teilweise eine Beheimatung notwendig werden. Bei erfolgreichen Schritten der Verselbständigung besteht häufig langfristig die Notwendigkeit weiterer unterstützender teilstationärer oder auch ambulanter Hilfen.

Ist-Situation

Im Kreis Segeberg bietet das Psychiatrische Zentrum Rickling über:

- das Wohnheim 'Heidehof' und
- den Rehabilitations- und Pflegebereich, Haus „Thetmarshof“

insgesamt 81 Wohnheimplätze für chronifizierte, mehrfachgeschädigte Suchtkranke an.

Aktueller Bedarf

Insbesondere für die Betreuung substituierter Drogenabhängiger mit akutem Pflegebedarf fehlen Plätze, die die spezifischen Bedarfe qualifiziert decken.

6.3.3. Unterbringung bei Abstinenzunfähigkeit

Bei schwerem Verlauf der Suchterkrankung kann bei chronisch mehrfach beeinträchtigten Menschen die Abstinenzfähigkeit weitestgehend aufgehoben sein. Insbesondere Menschen ohne jegliche soziale Bindungen leben hier teilweise destruktive Konsummuster, ohne die an sich vorhandene Motivation zu einer besseren Selbstfürsorge umsetzen zu können.

Diese Personen, die z. T. nicht selten bereits in einem atypischen Lebensalter in Pflegeeinrichtungen untergebracht werden und dort häufig problematische Betreuungsverläufe aufweisen, bedürfen einer strukturierten pädagogisch-therapeutischen Betreuung, um zu einer gesundheitsbewussteren, teilweise sogar wieder selbstständigen Lebensführung zu gelangen. In diesem Zusammenhang wurden jetzt erste positive Erfahrungen mit Einrichtungen gemacht, in denen ein Programm „fremdkontrolliertes“ Trinken umgesetzt wird.

Ist-Situation

Zurzeit gibt es keine spezifischen Einrichtungen im Kreis Segeberg.

Aktueller Bedarf

In Anbetracht einer steigenden Nachfrage sollte auch im Kreis Segeberg die Einrichtung einer vollstationären Einrichtung diskutiert werden, die eine kontrollierte Alkoholvergabe im Konzept als Möglichkeit innerhalb des Betreuungsangebotes vorsieht.

7. Medizinische und rehabilitative Angebote

7.1 Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen

Medizinische Versorgungsaufgaben im Bereich der Suchthilfe übernehmen zu einem sehr großen Teil niedergelassene Allgemeinärzte/Innen und andere Fachärzte/Innen, die häufig auf Grund der teils erheblichen somatischen und psychischen Begleiterkrankungen Betroffener und deren Angehörige zu den ersten Anlaufadressen gehören. So zeigen Untersuchungen beispielhaft, dass rund 20%

der PatientInnen, die eine Allgemeinarztpraxis aufsuchen, durch einen Alkoholmissbrauch erheblich gesundheitlich belastet sind: Wichtige Aufgabe behandelnder Ärzte ist damit auch die Erkennung von Suchtgefährdung und die Überleitung der Patienten in fachspezifische und effiziente Weiterbehandlung und Hilfe.

Ist-Situation

Der Kreis verfügt über ein gut ausgebautes Versorgungsnetz im Bereich niedergelassener Allgemeinärzte/Innen

Aktueller Bedarf

Hinsichtlich der Entwicklung fachlich angemessener Handlungsstrategien der suchtspezifischen Qualifizierung der Ärzte/Innen besteht in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung / Ärztekammer ebenso Entwicklungsbedarf wie hinsichtlich der Strukturen, um eine Zusammenarbeit mit den Angeboten der Suchthilfe im Kreisgebiet möglichst verbindlich zu regeln.

7.2 Entzugs- bzw. Suchtpsychiatrische Akutbehandlung

Mit einer Abhängigkeitserkrankung (Alkohol, Medikamente oder illegale Drogen) sind häufig somatische und psychische Krisen und Komplikationen verbunden, die - nicht zuletzt wegen der oft bestehenden vitalen Gefährdung - eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich machen. Indikationen für eine solche Behandlung sind u. a. erhebliche somatische Intoxikationsfolgen, das 'Absetzen' der Substanz bzw. der Entgiftungswunsch des Patienten sowie das Auftreten zusätzlicher psychischer Störungen (sog. Komorbidität).

Für die Entzugs- bzw. stationäre suchtpsychiatrische Behandlung sind in Schleswig-Holstein überwiegend psychiatrische Kliniken und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zuständig.

Im Rahmen einer solchen spezifischen, auch als qualifizierter Entzug bezeichneten Behandlung sind Maßnahmen zur Förderung der Behandlungsmotivation hinsichtlich der Inanspruchnahme rehabilitativer und weiterer psychosozialer Hilfen daher von besonderer Wichtigkeit. Hierzu halten die Kliniken suchtherapeutisch versierte multiprofessionelle Teams vor und sind eng mit den Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchthilfe vernetzt.

Auf Grund der unterschiedlichen „Lebenswelten“ und Interaktionsmuster hat sich im stationären klinischen Setting die Trennung von Entgiftungsangeboten für Alkohol- und Medikamentenabhängige und Abhängige illegaler Drogen bewährt.

Ist-Situation

Das zuständige Regelversorgungs Krankenhaus für den Kreis Segeberg (einschließlich Norderstedt) ist das Psychiatrische Krankenhaus in Rickling, das für den Bereich der qualifizierten Entzugsbehandlung bei Abhängigkeit von illegalen Drogen sowie der Behandlung von Abhängigkeitserkrankten mit weiteren

psychiatrischen Störungen (Komorbidität) auch für weitere Regionen Schleswig-Holsteins zuständig ist.

Die Angebote werden, nicht zuletzt aufgrund der fachlichen Differenzierung / Spezialisierung, intensiv nachgefragt. Das Psychiatrische Zentrum Rickling (PZR) hat für Patienten mit substanzbezogenen Störungen bislang folgende Schwerpunktangebote entwickelt:

- Alkohol und Medikamente
- illegale Drogen (insbes. Heroin bzw. Opiate)
- sogenannte „Beikonsumentgiftungen“ bei substituierten Drogenabhängigen
- Cannabis bedingte Störungen
- Komorbidität (Sucht und psychiatrische Störung, insbes. Sucht bei Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, affektiven Störungen, ADHS)

In Schleswig-Holstein wird damit durch das PZR eines der differenziertesten Angebote fachlich qualifizierter Entzugsbehandlung vorgehalten.

Aktueller Bedarf

Das Angebot wird vom Psychiatrischen Krankenhaus in enger Abstimmung mit den an der Versorgung und Behandlung Beteiligten, einschl. der Selbsthilfeverbände, sowie den zuständigen an der Planung beteiligten staatlichen Stellen und Gremien fortlaufend überprüft und an die sich ändernde Bedarfe angepasst.

7.3 Rehabilitation

7.3.1 Ambulante Rehabilitation

Nachdem die Suchtberatungsstellen des Landesvereins für Innere Mission bereits Ende der 80iger Jahre an entsprechenden Modellprojekten teilgenommen haben, wurden diese bereits 1991 als erste Einrichtung in Schleswig-Holstein entsprechend der damaligen „Empfehlungsvereinbarung ambulante Rehabilitation Sucht (EVARS)“ von den Rentenversicherungen und Krankenversicherungsträgern anerkannt. In der weiteren Fortschreibung der Rahmenvereinbarungen zur Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen wurde die „ambulante Rehabilitation Sucht“ in die seit 2000 gültige „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ (zwischen Renten- und Krankenversicherungen) als Standardangebot bei Alkohol-, Medikamenten- und auch bei Drogenabhängigkeit aufgenommen. Neben dem Angebot für stoffgebundene Suchtformen wird seit 2002 auch bei pathologischem Glücksspiel ein Angebot der ambulanten Rehabilitation an drei in Schleswig-Holstein hierfür anerkannten Einrichtungen angeboten. Der „Therapieverbund Glücksspiel (TG)“ der ATS des Landesvereins für Innere Mission gehörte zu den bundesweit ersten hierfür anerkannten Einrichtungen.

Die Anerkennung von Einrichtungen durch die zuständigen Kostenträger setzt bestimmte qualitative Standards voraus (Interdisziplinäres Team: Arzt, Diplom-PsychologIn, Diplom-SozialarbeiterIn/Diplom-SozialpädagogIn mit suchtspezifischer Zusatzausbildung) sowie eine personelle Mindestausstattung (2,5 Stellen Fachkraft, u. a.) und ein anerkanntes wissenschaftlich fundiertes Konzept.

Die ambulante Rehabilitation richtet sich insbesondere an Menschen, die noch eine hinreichende Stabilität in ihrer Abstinenzentscheidung unter ambulanten Bedingungen umsetzen können und stellt inzwischen ein bewährtes und erfolgreiches Angebot zum dauerhaften Ausstieg aus der Sucht dar. Nach Klärung der Voraussetzungen in einer allgemeinen Beratungsphase an einer Suchtberatungsstelle sowie nach Stellung eines umfangreichen Antrages an den zuständigen Kostenträger (in der Regel Rentenversicherung) kann, nach entsprechender Bewilligung, das Angebot der ambulanten Rehabilitation von den Patienten und Patientinnen wahrgenommen werden. In den anerkannten Einrichtungen im Kreis Segeberg werden (teilweise) auch geschlechtsdifferenzierte Angebote vorgehalten.

Das Angebot ist vorrangig in Gruppen mit ergänzenden Einzelgesprächen und ggf. verschiedenen Indikationsangeboten umzusetzen. Während der ambulanten Rehabilitation nehmen die Rehabilitanden weiterhin ihre Aufgaben am Arbeitsplatz bzw. in der Erziehungsverantwortung für ihre Kinder wahr und führen die Rehabilitation damit zusätzlich zu ihren allgemeinen Verpflichtungen und Belastungen im Alltag durch.

Das Angebot der ambulanten medizinischen Rehabilitation wird zu Lasten der Rentenversicherung bzw. Krankenkasse erbracht und ist damit für den Kreis kostenneutral.

Ist-Situation

Im Kreis Segeberg bestehen an folgenden Orten entsprechende Angebote:

- Bad Bramstedt (Therapiehilfe e.V. in Zusammenarbeit mit Kirchenkreis Rantzeu-Münsterdorf)
- Bad Segeberg - (ATS)
- Kaltenkirchen - (ATS)
- Norderstedt - (ATS in Kooperation mit dem Sozialwerk Norderstedt e.V.)

Im Bereich der spezifischen Angebote für pathologisches Glücksspiel bestehen an folgenden Orten von den Kostenträgern anerkannte Angebote:

- Kaltenkirchen - Therapieverbund Glücksspiel (TG)
- Bad Segeberg - Therapieverbund Glücksspiel (Außenstelle)

Aktueller Bedarf

Bei entsprechendem Bedarf ist in Norderstedt ein zusätzliches Angebot für pathologisches Glücksspiel geplant.

7.3.2 Tagesklinik

Rehabilitation kann bei Suchtkranken auch im Rahmen ganztägiger ambulanter Rehabilitation bzw. spezieller tagesklinischer Angebote durchgeführt werden.

Ist-Situation

Zurzeit bestehen im Kreis Segeberg keine spezifischen Angebote. Teilweise werden von Rehabilitanden Hamburger Angebote genutzt.

Aktueller Bedarf

Ein Bedarf ist zu diskutieren.

7.3.3 Stationäre medizinische Rehabilitation

Für Personen mit einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit bzw. einer Glücksspielabhängigkeit stehen in Schleswig-Holstein 3 von den zuständigen Kostenträgern anerkannte Rehabilitationseinrichtungen mit überregionalem Einzugsbereich zur Verfügung:

- ❖ Fachklinik Nordfriesland - Bredstedt
- ❖ Fachklinik Freudenholm-Ruhleben – Schellhorn
- ❖ AHG Klinik - Lübeck

Für Rehabilitanden mit einer Drogenproblematik stehen in Schleswig-Holstein mehrere, teilweise auf spezielle Personengruppen ausgerichtete, Angebote ebenfalls mit überregionalem Einzugsbereich zur Verfügung:

- ❖ Fachklinik Sillerup, Kreis SL - FL
- ❖ Fachklinik Bokholt - Hanredder ; Kreis Pi
- ❖ Posthof - Fockbek; Kreis RD
- ❖ Do it - Stadt Lübeck (Ortsteil Travemünde)
- ❖ Fachklinik Life Challenge - Kreis OH.

Essstörungen werden in der Diagnostik aufgrund einer Vereinbarung überwiegend den „allgemeinen psychiatrischen Störungen“ zugeordnet. Allerdings bestehen in einer Vielzahl von Einzelfällen mit einem suchtspezifischen Behandlungsansatz gute Behandlungserfolge bei Bulimie, Anorexie sowie (eingeschränkt) auch bei Adipositas. Deshalb sei der Vollständigkeit halber erwähnt, dass bei Essstörungen im Kreis Segeberg ein entsprechendes, auch überregional nachgefragtes, Angebot in der Schön Klinik Bad Bramstedt realisiert wird.

Ist-Situation

Im Kreis Segeberg sind spezifische Angebote zur stationären Rehabilitation bei stoffgebundenen Suchtmitteln bzw. pathologischen Glücksspiel nicht vorhanden. Für Menschen mit pathologischem Computergebrauch wurde 2011 in der Schön Klinik in Bad Bramstedt ein neuer Behandlungsschwerpunkt geschaffen. Sie können zur stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung oder zur Rehabilitation aufgenommen werden.

Aktueller Bedarf

Ein Bedarf ist zu diskutieren.

8. Zielgruppen

spezifische Versorgungsangebote

Entsprechend dem Bedarf wurde im Kreis Segeberg eine Reihe von spezifischen Angeboten entwickelt, die sich an spezifische Personengruppen richten. Durch die besondere Ausrichtung der Angebote wird hier eine verbesserte und vertiefte Ansprache mit einer erhöhten Chance der Erreichbarkeit der Personengruppen und der Stärkung einer Veränderungsmotivation aus der Sucht erreicht.

8.1 Förderung der Wiedereingliederung von suchtkranken Langzeitarbeitslosen.

Ausgehend von positiven Erfahrungen im Rahmen eines durch die Europäischen Sozialfonds (ESF) geförderten Sonderprojektes hat sich ein spezieller zugehender Ansatz bei suchtblasteten langzeitarbeitslosen Personen bewährt. Nach Auslaufen der Sonderförderung wird das vom Landesverein für Innere Mission realisierte Angebot seit 2008 als soziale Begleitmaßnahme vom Kreis Segeberg weiter gefördert. Im Rahmen von Sprechstunden und seit 2009 in einer Erweiterung auch im Rahmen aufsuchender Tätigkeit in der Häuslichkeit der vom Jobcenter benannten KundInnen werden jährlich rund 140 Langzeitarbeitslose in der Klärung einer möglichen Suchtblastung unterstützt und auf dem Weg zu einer Reintegration am Arbeitsmarkt spezifisch gefördert.

Als teilstationärer Baustein soll Anfang 2012 das Projekt „Perspektive“ in Abstimmung zwischen Jobcenter, Kreis Segeberg und freien Trägern an den „Sozialkaufhäusern“ in Bad Segeberg und Bad Bramstedt, das auch an suchtblastete Personen gerichtet ist, mit der Umsetzung beginnen.

Aktueller Bedarf

Vor dem Hintergrund der bereits vorhandenen positiven Erfahrungen im ambulanten Bereich soll das Arbeitsangebot - wie bereits im Kapitel 6.2.2 Arbeits- und Beschäftigungsangebote dargestellt - weiterentwickelt werden.

8.2 Suchtkranke Menschen mit Migrationshintergrund,

Im Rahmen der „qualifizierten Entzugsbehandlung“ im Kreis wurde in vergangenen Jahren der Anteil überwiegend russischsprachiger deutschstämmiger Übersiedler auffällig. Ohne weitergehende Angebote wurde häufig ein „Drehtüreffekt“ in der Entgiftung beobachtet. Gefördert aus Mitteln der „Aktion Mensch“ und unterstützt vom Landesverein für Innere Mission wurde das Projekt „Drehscheibe“ 2005 von der ATS in Zusammenarbeit mit dem Psychiatrischen Zentrum umgesetzt. Durch die im Rahmen des Projektes Drehscheibe akquirierten Sondermittel wurde die Anbindung dieses Personenkreises an das ambulante und stationäre Hilfesystem deutlich verbessert. Durch die Übernahme von Dolmetscherfunktionen entsprechend geschulter MitarbeiterInnen, aber auch durch spezifische, den kulturellen Hintergrund

der Patienten berücksichtigende Interventionen konnte eine deutliche Verbesserung der Behandlungsergebnisse und auch der Vermittlungsquote in psychosoziale und Rehabilitationsangebote, die ebenfalls den kulturellen Hintergrund einbeziehen, erreicht werden.

Nach Auslaufen der Projektförderung wird das Angebot vom Landesverein für Innere Mission im Psychiatrischen Zentrum in Rickling in Kooperation mit der ATS zunächst noch fortgeführt.

Für türkischsprachige, insbesondere drogenabhängige Personen konnte im Rahmen des qualifizierten Entzuges im Psychiatrischen Krankenhaus in Rickling zusätzlich ein spezifisches, auch türkischsprachiges Angebot eingerichtet und umgesetzt werden. Auch hier besteht die Zielrichtung dieses Angebotes darin, die Akzeptanz und Effektivität der suchtpsychiatrischen Behandlung zu erhöhen und die Inanspruchnahme weiterer notwendiger Therapie- und Rehabilitationsangebote zu fördern.

Aktueller Bedarf

Vor dem Hintergrund der positiven Erfahrungen sollten die Angebote in die Regelversorgung übernommen werden.

8.3 Spezifische weitere Hilfen für Kinder und Jugendliche

8.3.1. Modellprojekt Kompass

Unterstützt aus Mitteln der Aktion Mensch und unterstützt vom Landesverein für Innere Mission wurde 2006 das Modellprojekt Kompass mit einem spezifischen Angebot der „Schul- und Krisensprechstunden“ an mehreren Ganztagschulen im Kreisgebiet Segeberg begonnen. Die Schul- und Krisensprechstunden an den Standorten Norderstedt, Sülfeld und Bad Segeberg werden von Kindern und Jugendlichen intensiv wahrgenommen. Neben der Unterstützung bei der Bewältigung vieler unterschiedlicher Probleme stellt sich dieses Angebot als besonders niedrigschwellig auch bei Kindern und Jugendlichen mit ersten Erfahrungen und Auffälligkeiten im Umgang mit Suchtmitteln dar. Im Rahmen einer sekundärpräventiven Zielsetzung werden hier gefährdete Kinder und Jugendliche frühzeitig erreicht und in weitergehende Angebote der Beratung und Betreuung eingebunden.

Aktueller Bedarf

Nach Auslaufen der Projektförderung im Januar 2011 ist die Fortsetzung des Angebotes an bisherigen Standorten z.T. stark gefährdet. Vor dem Hintergrund der positiven Erfahrungen auch in Bezug auf eine Frühintervention bei Suchtgefährdung, sollten „Schul- und Krisensprechstunden“ regelhaft an allen Ganztagschulen im Kreisgebiet etabliert werden.

8.3.2 „Soziale Trainingskurse Sucht“

Von der ATS des Landesvereins wurde für straffällig gewordene Jugendliche, bei denen der Konsum von Alkohol bzw. Drogen in engem Zusammenhang mit ausgeübten Straftaten stand, in Zusammenarbeit mit der Jugendgerichtsbarkeit das spezifische Angebot eines „sozialen Trainingskurses“ entwickelt. Dieser Trainingskurs hat als Ziel, die Teilnehmer zu einer Überprüfung ihrer Konsumgewohnheiten und zur Reflektion ihrer Motive und Handlungen, die zu Straftaten führten, anzuleiten. Hierdurch soll einer Fortsetzung und Wiederholung des devianten Verhaltens entgegen gewirkt werden.

Aktueller Bedarf

Analog dem Trainingskurs für straffällig gewordene Jugendliche sollten weitere Angebote für jugendliche Drogenkonsumenten und gewaltauffällige Jugendliche im Vorfeld einer strafrechtlichen Verurteilung initiiert werden.

8.3.3 „Kleine Riesen“ - ein Projekt für Kinder in suchtbelasteten Familien

Das Projekt geht auf die besondere Problematik von Kindern und Jugendlichen ein, bei denen die Alkohol-, Drogen-, Medikamenten- oder Spielsucht von Angehörigen das ganze Familienleben bestimmt.

Ziele des Projektes sind der Aufbau und die Unterstützung angemessener Konflikt- und Problemlösungsstrategien sowie Hilfen in krisenhaften Alltagssituationen für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Die durch Suchtkrankheiten betroffenen Eltern sollen in ihren Versorgungs- und Erziehungsaufgaben unterstützt werden.

Offizieller Start dieses Suchthilfeprojektes „Kleine Riesen“, das bereits 2002 modellhaft in Quickborn begann, lag im Jahr 2008 in Norderstedt.

Ein Ausbau auf den gesamten Kreis Segeberg ist wünschenswert.

8.4 Suchtkranke alte Menschen

Schätzungen gehen davon aus, dass in der Bundesrepublik bis zu 400 000 Personen über 60 Jahren von einem Alkoholproblem betroffen sind und bei rund 2 Millionen Menschen ein zumindest kritischer Gebrauch psychoaktiver Medikamente bis hin zur Abhängigkeit vorhanden ist. Für den Kreis Segeberg bedeutet dies eine Zahl von rund 1.200 „älteren“ Menschen mit einem Alkoholproblem und rund 6.000 Menschen mit einem kritischen Medikamentengebrauch. Der Konsum illegaler Drogen wie Kokain, Heroin oder Cannabis ist bei älteren Menschen über 60 Jahren zurzeit noch kaum verbreitet. Allerdings steigt die Zahl der pflegebedürftigen Personen mit einer bekannten Heroinabhängigkeit u. a. aufgrund von Folgeerkrankungen durch den intravenösen Konsum. Hier besteht auch schon in jüngeren Jahren teilweise erheblicher Pflegebedarf.

Gerade bei älteren Menschen werden substanzbedingte Störungen oftmals nicht wahrgenommen, bzw. werden im Verborgenen ausgelebt, oder von Angehörigen und anderen Menschen im nahen Umfeld der Betroffenen stillschweigend hingenommen. Zudem gibt es eine Reihe von Vorurteilen (mangelnde Veränderungsbereitschaft, Zumutung, Hoffnungslosigkeit usw.), die eine Ansprache Älterer verhindern. Daneben besteht für Betroffene selbst auch eine hohe Schamschwelle bei der Inanspruchnahme geeigneter Hilfen.

Auch bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit, der bei substanzbedingten Suchterkrankungen häufig deutlich früher zu verzeichnen ist als bei hiervon unbelasteten Personen, gibt es kaum geeignete Angebote. Bereits 1996 wurde bei einer spezifischen Untersuchung von Scholz³ der Anteil von suchtgefährdeten Bewohnern von Altenpflegeeinrichtungen, insbesondere aufgrund der häufigen Verwendung von psychotropen Medikamenten, auf rund ein Viertel geschätzt. Viele dieser Personen in der Untersuchung blieben bei sonst allgemein üblichen eher unspezifischen diagnostischen Vorgehensweisen unentdeckt.

Aktueller Bedarf

Zum Thema suchtkranker älterer Menschen besteht auch im Kreis Segeberg Handlungsbedarf auf verschiedenen Ebenen:

Prävention: Spezifische Aufklärung und direkte Information für ältere Menschen und deren Angehörige im Sinne von Primär- als auch von Sekundärprävention.

Schulung: MitarbeiterInnen in Heimen sollten in der Erkennung von Abhängigkeitserkrankung und zum Umgang mit suchtkranken Menschen gezielt geschult werden. Pflegedienste und andere ambulante Versorgungsstrukturen sollten, zur Vermeidung von Coabhängigkeit und zur Aktivierung von Verhaltensänderung bei den Betreuten, sowohl im Umgang mit suchtkranken Menschen geschult, als auch Fallbezogen die Möglichkeit gezielter Hilfestellungen z. B. durch Supervision erhalten.

Beratung: Altersangemessene Beratungskonzepte sind weiter zu entwickeln. Spezifische Angebote, um ältere Menschen direkt zu erreichen, sind fachlich wenig entwickelt bzw. fehlen auch komplett. In geringem Maße besteht bei älteren Menschen mit nicht zu weit fortgeschrittener Alkoholabhängigkeit die Möglichkeit, diese in die bestehenden Programme zu integrieren. Diese Option ist jedoch für die in Folge ihrer Alkoholabhängigkeit körperlich/geistig eingeschränkten KlientInnen sowie bei (der wesentlich häufigeren) Medikamentenabhängigkeit kaum gegeben.

Behandlung und Rehabilitation: Qualifizierung psychosozialer und medizinischer Fachkräfte für den Umgang mit suchtkranken Menschen zur Vermeidung von Coabhängigkeit und zur Aktivierung von Verhaltensänderung.

Ambulante und stationäre Pflege: Erst, wenn alle medizinischen und rehabilitativen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, sollen die Maßnahmen zur Pflege eingesetzt werden. Es ist eine Qualifizierung von MitarbeiterInnen und Einrichtungen (zur Erkennung von Abhängigkeitserkrankung und zum Umgang mit suchtkranken Menschen, zur Vermeidung von Coabhängigkeit, zur Aktivierung zur Verhaltensänderung usw.) notwendig.

³ Scholz, H (1996) Abhängigkeitserkrankung in :Zaprutoczzky, Fischhoff, (Hrsg: Handbuch der Gerontopsychiatrie, Springer, Wien S. 337-346

8.5 Hilfen für chronisch mehrfachgeschädigte Suchtkranke

(aufsuchende Suchtberatung)

Chronische mehrfach geschädigte Suchtkranke können im ambulanten Bereich nur mit besonderem Aufwand erreicht werden. Ein Spezifikum Ihrer Situation ist häufig ein massiver Rückzug aus allen sozialen Bezügen und Bindungen, die - selbst bei Erhalt einer Wohnung - zu einer erheblichen Isolierung führen. Andererseits ist bei Verlust des Wohnraums und bei Nutzung von Unterbringungsmöglichkeiten der Kommunen, ohne erhebliche zugehende Arbeitseinsätze, regelhaft von einer weiteren Verfestigung der Situation auszugehen, die zu einer dauerhaften Hilfebedürftigkeit und eines häufig auch frühen Auftretens stationärer Pflegebedürftigkeit führen können.

Für den Kreis Segeberg besteht bei Bekanntwerden entsprechender Hilfebedürftigkeit aufgrund der gesetzlichen Grundlagen zwingend Handlungsnotwendigkeit. Die chronisch mehrfach geschädigten Klienten werden vom Sozialpsychiatrischen Dienst, dem Allgemeinen Sozialen Dienst und bei Bedarf vom Pflegestützpunkt aufgesucht. Aufgrund der beschränkten Ressourcen dieser zuständigen Dienste wurde zusätzlich das Instrument der „aufsuchenden Suchtberatung“ eingeführt. Es wurde eine entsprechende Vereinbarung mit dem Landesverein für Innere Mission getroffen, um den gesetzlichen Verpflichtungen nachzukommen.

Aktueller Bedarf

Das Instrument der aufsuchenden Suchtberatung zeigt erhebliche Erfolge im Hinblick auf die Aufnahme weiterführender Beratung und Reintegrationsmaßnahmen und sollte daher dauerhaft fortgesetzt werden.

8.6 Sucht und weitere psychiatrische Diagnosen - Komorbidität

In den letzten Jahren zeigt sich in spezifischen Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen bundes- bzw. sogar europaweit eine starke Zunahme von Suchtkranken mit zusätzlicher psychiatrischer Diagnose. Die Verfügbarkeit insbesondere auch von illegalen Drogen kann bei Menschen mit beginnenden oder manifesten psychischen Störungen häufiger als früher zu entsprechendem Substanzmissbrauch führen. Zudem sind der vermehrte Konsum sog. Bio- und Partydrogen und vor allem der extrem angestiegene Missbrauch von Cannabis nach allgemeiner, fachlicher Auffassung für die Zunahme sog. substanzinduzierter Psychosen verantwortlich.

Die häufig komplexen Krankheitsbilder erfordern spezifische Qualifikationen im Bereich der suchtpsychiatrischen (Akut-) Behandlung, der Rehabilitation aber auch der Beratung und Eingliederungshilfe. Sowohl Behandlungs- als auch Betreuungsangebote sind laufend zu überprüfen und ggf. um spezifische konzeptionelle Elemente und zusätzliche Module zu erweitern.

Aktueller Bedarf

Für die im Bereich der Suchthilfe tätigen psychosozialen Fachkräfte sind weitere Qualifizierungsangebote ebenso notwendig wie auch die enge weitere Zusammenarbeit zwischen (allgemein-) psychiatrischen und Suchthilfeeinrichtungen.

8.7 Betriebliche Suchthilfe

Suchterkrankungen von Mitarbeitern sind aus Gründen der „Fürsorgeverpflichtung“ von Arbeitgebern aber auch betriebswirtschaftlich ein Problem sowohl von Klein- und Mittel- aber auch von Großbetrieben. Während einzelne Großbetriebe im Kreis Segeberg eigene professionelle betriebliche Strukturen aufgebaut haben, sind insbesondere Klein- und Mittelbetriebe auf ein funktionierendes Netz öffentlicher ambulanter Beratungsstellen und einen raschen Zugang zu Beratung und Vermittlung angewiesen. Ein gut ausgebautes Netz entsprechender Hilfen stellt damit auch einen wichtigen Standortfaktor für den Kreis Segeberg dar!

Während Kleinbetriebe hier also auf den direkten Zugang zu entsprechenden Suchtberatungsangeboten angewiesen sind, sind mittlere Betriebe wie z. B. die Kreisverwaltung Segeberg oder die Stadtverwaltung Norderstedt ergänzend dazu übergegangen, innerbetrieblich das Vorgehen in Betriebs- oder Dienstvereinbarungen festzulegen und auch eigene „nebenamtliche“ Strukturen zur Verstärkung der Prävention und Einzelfallhilfe aufzubauen. Diese nebenamtlichen Ansprechpartner bedürfen der weiteren Unterstützung und Qualifizierung, um innerhalb ihrer Betriebe möglichst effizient wirksam werden zu können. Dieses kann in Form von Arbeitskreisen, aber auch spezifischen Fortbildungsangeboten, geschehen.

Angebote im Kreis Segeberg:

- „Arbeitskreis betriebliche Suchthilfe“ koordiniert über die ATS in Kaltenkirchen (Projektfinanziert).
- Jährliche Fachtagung des Fachverbundes betriebliche SuchtArbeit in Rickling

Aktueller Bedarf

Qualifizierung von weiteren betrieblichen AnsprechpartnerInnen (bei Betriebsgrößen ab 50 bis 100 MitarbeiterInnen häufig schon sinnvoll) in der Region; Fortsetzung der Angebote zur Vernetzung mit ambulanten Fachstellen

8.8 Mediensucht

Eine Vollversorgung der Bevölkerung mit elektronischen Medien ist in der Bundesrepublik faktisch erreicht. Haushalte, in denen Kinder und Jugendliche leben, sind zu 98 % und mehr mit Fernsehen und Computer ausgestattet, mehrheitlich besteht ein Internetzugang. Mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen besitzen einen eigenen Computer mit ebenfalls einem eigenen Internetzugang. Fast 2 /3 der

12 bis 19-jährigen Internetnutzer machen inzwischen Erfahrungen mit „Onlinecommunity“, 41 % besuchen diese Plattformen täglich (Stand 2008).

Sowohl im Bereich Arbeit als auch im Bereich Freizeit tragen eine Vielzahl von sinnvollen Anwendungen der elektronischen Medien zum heutigen Lebensstil bei. Diese Entwicklung bewirkt sowohl für Kinder als auch Jugendliche aber auch für Erwachsene die Notwendigkeit der Ausprägung spezifischer Schlüsselqualifikationen und Kompetenzen, um die moderne Informationstechnologie zu beherrschen.

Daß dies nicht jedem gelingt, zeigt eine zurzeit zwar noch verhältnismäßig geringe, aber doch stetig anwachsende Zahl von Menschen, die aufgrund exzessiver Mediennutzung, hier insbesondere der „exzessive Konsum“ von Computerspielen, von internetbasierten Rollenspielen (World of Warcraft „WOW“), von „chatrooms“, aber auch von internetgestützten Glücksspiel- oder Sexangeboten, individuelle Verpflichtungen vernachlässigen. In Einzelfällen sind (extreme) körperliche Vernachlässigung (einschließlich Mangelernährung), Scheitern der schulischen Laufbahn, Verlust von Ausbildungs- bzw. Arbeitsplätzen, Vernachlässigung der Betreuung eigener Kinder (bis hin zur Kindeswohlgefährdung) auch im Kreis Segeberg zu beobachten.

Sowohl Betroffene als auch Angehörige benötigen hier spezifische kompetente Hilfe, die eine besondere Kenntnis des „Suchtmittels“ voraussetzt. Der Landesverein für Innere Mission konnte 2012 die Einrichtung einer ersten „Fachstelle für Mediennutzung und Medienabhängigkeit“ mit Zuständigkeit auch für den Kreis Segeberg im Rahmen einer Projektfinanzierung erreichen. Über diese Fachstelle sollen sowohl Fachkräfte in den Suchtberatungsstellen spezifisch geschult als auch spezifische eigene Angebote der Beratung und Vermittlung vorgehalten werden.

Ein Angebot der ambulanten Rehabilitation bei Mediensucht wird im Kreis Segeberg von den zuständigen Kostenträgern im Rahmen von Einzelfallentscheidungen über den „Therapieverbund Glücksspielsucht“ zurzeit bereits ermöglicht. Bei stationärem Behandlungsbedarf kann in erste spezifische rehabilitative Angebote entsprechender Fachkliniken, bislang zumeist allerdings außerhalb Schleswig-Holsteins, vermittelt werden. Seit Ende 2011 bietet die Schön Klinik Bad Bramstedt neu ein stationäres Behandlungsangebot an.

Aktueller Bedarf

Perspektivisch ist ein erheblicher, höherer Bedarf an Beratung aber auch an Rehabilitation und nachgehender Betreuung erkennbar.

9. Aktuelle Entwicklung, Problemfelder und Bedarfe

Nach § 8 des Gesundheitsdienstgesetzes ist die Sicherstellung der Suchtberatung eine pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe der Kreise und kreisfreien Städte. Mit dem hier vorliegenden Suchthilfeplan hat der Kreis Segeberg in dieser Form erstmals Rahmenbedingungen für die notwendige und angemessene Versorgung der Bewohner des Kreises im Bereich Suchthilfe definiert.

Der Plan soll zum einen verdeutlichen, wie sich der Kreis dem wachsenden Problem der Suchtstörungen bzw. den entsprechenden Problemen der hiervon betroffenen Bürgerinnen und Bürgern des Kreises stellt. Zum anderen zielt der Plan auf eine nachvollziehbare und transparente Darstellung der verschiedenen Behandlungs- und Unterstützungsangebote für Suchtkranke in ihrer Gesamtheit und Struktur. Er zeigt auf, dass neben der Befriedigung gesetzlicher Ansprüche auch mit sogenannten freiwilligen Leistungen in die „soziale Infrastruktur“ des Kreises investiert werden sollte.

Die im Rahmen dieses Suchthilfeplans erfolgte Bestandsaufnahme bietet zudem die Grundlage für eine Weiterentwicklung der bedarfsgerechten Versorgung Suchtkranker und von Suchtmittelmissbrauch Betroffener und ihrer Familien an. Hierzu sind in einzelnen Kapiteln Bedarfe und Weiterentwicklungsperspektiven bereits ausgeführt worden.

Ziel ist und muss sein, den mit einer Suchterkrankung regelhaft verbundenen Prozess der sozialen Destabilisierung entgegen zu wirken und damit letztlich auch das Eintreten der Leistungspflicht des Kreises (z.B. im Bereich der Grundsicherung, der Jugend- oder der Eingliederungshilfe) und der Pflegekassen, für z. T. lebenslang bestehende Ansprüche zu vermeiden oder zu mindern.

Aufgrund der hohen Zahl der in der bundesdeutschen Gesellschaft – und damit auch im Kreis Segeberg - vorhandenen durch Abhängigkeit und Suchtmittelmissbrauch Betroffenen (und deren Angehörigen) ist es für den Kreis erforderlich, hinreichend Mittel einzusetzen, um sowohl den raschen und wohnortnahen Zugang zu Angeboten der Beratung und Vermittlung zu sichern, als auch hierüber die von anderen zuständigen Kostenträgern zur Verfügung gestellten Behandlungs- und Betreuungsangebote für die Bewohner des Kreises zu erschließen.

Für den Kreis Segeberg ist aufgrund seiner Flächenstruktur zur Sicherstellung der Erreichbarkeit der ambulanten Angebote in den jeweiligen sozialräumlichen Strukturen ein dezentrales System geboten. Dabei sollten Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe zur Sicherstellung eines qualifizierten und differenzierten Angebotes allerdings nicht weiter unter eine personelle Mindestbesetzung, wie sie z. B. auch von den Kostenträgern für die ambulante Rehabilitation vorgegeben wird, sinken. Eine Versorgung im „sozialen Nahraum“ könnte auch über ergänzende Angebote z. B. in Form von Außensprechstunden hinreichend sichergestellt werden. Anhaltzahlen, wie die der deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, die bereits Anfang der neunziger Jahre eine personelle Ausstattung der ambulanten Suchthilfe mit einer Fachkraft auf zehntausend Einwohner vorgesehen hat, können hier (vergleichbar dem Kreis Pinneberg) einen Anhaltspunkt für eine sachgerechte und transparent nachvollziehbare Ausgestaltung und Planung der Grundversorgung mit Angeboten der ambulanten Suchthilfe bieten.

Der Kreis Segeberg beabsichtigt, Initiativen hinsichtlich des Problems des zunehmenden Suchtmittelmissbrauchs älterer und alter Menschen zu unterstützen. In diesem Bereich sind zielgruppenspezifische präventive und therapeutische Angebote zu entwickeln, die den Betroffenen über die MitarbeiterInnen der

ambulanten und stationären Altenhilfe, die niedergelassenen Mediziner sowie das sonstige Gesundheitswesen aktiv nahegebracht werden sollen. Als besondere Herausforderung erkennt der Kreis Segeberg die Problematik älterer Suchtkranker vor allem mit körperlicher Pflegebedürftigkeit. In diesem Bereich sollen Angebote entwickelt werden, die Fehlplatzierungen z.B. in der Altenhilfe oder Gerontopsychiatrie, mit entsprechend erhöhten Folgekosten, vermeiden helfen sowie die spezifisch notwendige Hilfe bereit stellen.

Neue Herausforderungen ergeben sich auch im Bereich der teil- und vollstationären Versorgung bei erheblich körperlich, psychisch und sozial beeinträchtigten Suchtkranken, insbesondere bei solchen mit zusätzlicher psychiatrischer Komorbidität. Diese Personengruppe benötigt spezifische Unterstützung hinsichtlich beider Störungsbereiche. Damit bestehen hohe qualitative und quantitative Anforderungen an eingesetzte Fachkräfte. Neben der Überprüfung und Entwicklung weiterer spezifischer Konzeptionen, ist dieser Entwicklung auch durch hinreichende Ressourcen für die notwendige weitere Qualifizierung bereits eingesetzter MitarbeiterInnen zu begegnen.

Der Kreis Segeberg wird, in Verbindung mit von ihm beauftragten Trägern der Angebote der Suchthilfe, den vorgelegten Suchthilfeplan regelmäßig überprüfen und fortschreiben.