

Psychiatrieplanung Jahresbericht 2017/ 2018

Impressum:

Fachdienst: Sozialpsychiatrie

Ansprechpartnerin: Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern

04551 951-480

Stand: August 2018

Vorwort

2012 erschien der Basisbericht zur regionalen Psychiatrie- und Suchthilfeplanung des Kreises Segeberg. Er stellt die Grundlage der Entwicklung der psychosozialen und medizinisch-psychiatrischen Versorgung dar.

Psychiatrieplanung ist einer enormen dynamischen Entwicklung mit neuen und häufig wechselnden Herausforderungen unterworfen. Dies macht eine regelmäßige Anpassung unter Einbeziehung von Kooperierenden und Hilfeanbieter*innen notwendig.

Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, erfolgt ein jährlicher Bericht über die Veränderungen und Veränderungsnotwendigkeiten in der psychiatrischen Versorgung einschließlich einflussnehmender Faktoren wie neue Gesetzesgrundlagen.

Wir freuen uns, Ihnen den Jahresbericht 2017/18 präsentieren zu können. In diesem Jahresbericht haben wir uns dem Schwerpunktthemen „Forensik“ und „Gerontopsychiatrie“ gewidmet.

Mit Hilfe des Psychiatrieplans soll eine Wissensmultiplikation erfolgen und eine Entscheidungshilfe für eine aktive Auseinandersetzung und Mitgestaltung des Themas durch Politik, Verwaltung, Einrichtungen und Bürger*innen gegeben werden.



Jan Peter Schröder
Landrat



Dr. Sylvia Hakimpour-Zern
Leiterin Fachdienst Sozialpsychiatrie

Anmerkung und Dank

Auch dieses Jahr hat wieder eine Kerngruppe aus dem Fachdienst Sozialpsychiatrie Kreis Segeberg den Psychiatrieplan, Jahresbericht 2017/18, mit viel Engagement im Auftrag des Arbeitskreises Gemeindenahe Psychiatrie erarbeitet.

Zum Redaktionsteam gehörten Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen und Leiterin des Fachdienst Sozialpsychiatrie, Frau Andrea Köhne, Diplom-Sozialpädagogin und Herr Dr. Ernst Lange, Facharzt für Rechtsmedizin mit langjähriger psychiatrischer Berufserfahrung.

Unser Dank gilt dem Landrat Herrn Jan Peter Schröder, den Vertreter*innen aus Verwaltung und Politik sowie den Kostenträgern, Leistungsanbietern und Expert*innen innerhalb der Sozialpsychiatrie, die uns beim Erstellen des Psychiatrieplanes unterstützt haben.

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

Das Team des Psychiatrieplans, Jahresbericht 2017/18

Inhalt

1 Was bewegt den Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie?.....	7
2 Was bewegt den Arbeitskreis Gerontopsychiatrie?	16
3 Was bewegt den Gemeindepsychiatrischen Verbund?.....	17
4 Was bewegt die Kreispolitik?.....	20
5 Was bewegt den Fachdienst Sozialpsychiatrie und den Fachdienst Gesundheit?..	20
5.1 Änderungsnotwendigkeiten im sozialpsychiatrischen Krisendienst	20
5.2 Projekt „Verrückt? Na und!“	21
5.3 Segeberger Workshop für Kinder- und Jugendgesundheit	23
5.4 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	24
5.5 Ambulante Psychiatrische Krankenpflege	26
5.6 Neue Standards in der Fachaufsicht – Handlungsempfehlungen des Sozialministeriums und der AG Gesundheitsdienste des Schleswig-Holsteinischen Landkreistages und Städteverbandes Schleswig Holstein	26
5.7 Unterbringungsplan PsychKG – Kinder und Jugendliche nach Elmshorn/ Schleswig	28
5.8 Einstweilige Unterbringung gemäß § 126a STPO – Abgrenzung zum Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen (Psychisch-Krankengesetz- PsychKG)	29
5.9 Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit	31
6 Was bewegt den Fachdienst Eingliederungshilfe?	33
7 Was bewegt den Fachdienst Soziale Sicherung?	35
8 Was bewegt den Fachdienst Betreuungsbehörde?.....	37
9 Was bewegt das Jobcenter?.....	40
10 Was bewegt die Leistungsanbieter?.....	44
10.1 Das Psychiatrische Zentrum Rickling	44
10.2 Die Segeberger Kliniken GmbH	59
10.3 Die Regio Kliniken GmbH	62
10.4 Was bewegt den Betreuungsverein Kreis Segeberg e.V.?	64
11 Was bewegt die Psychiatrieerfahrenen, deren Angehörige und die Selbsthilfe? .	65
11.1 Die Psychiatrieerfahrenen	65
11.2 Die Angehörigen - Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern	65
11.3 Die Selbsthilfe	67
12 Was bewegt die Leistungsanbieter der Suchthilfe?	70

13 Was bewegt sich in der interkulturellen Psychiatrie / Migrationspsychiatrie?	79
13.1 Einleitung	79
13.2 Stellungnahme des LAK Psychiatrie und Migration zum Landespsychiatriebericht 2016	79
13.3 Sucht und Migration	80
13.4 Was bewegt das Team „Beratung und Betreuung“ aus dem Fachdienst Grundsatz- und Koordinierungsangelegenheiten Soziales und Asyl?	82
13.5 Migrationsarbeit im Fachdienst Sozialpsychiatrie	85
13.6 Was bewegt Behandler*innen und betreuende Einrichtungen in der Migrationsarbeit?	87
13.6.1 Beitrag einer psychotherapeutisch tätigen Ärztin	87
13.6.2 Beitrag des Einrichtungsträgers ELELE	90
14 Sonderthema: Forensik	95
14.1 Einleitung des Psychiatrieplanungsteams	95
14.2 Beitrag aus Sicht der allgemeinpsychiatrischen Klinik	97
14.3 Wahrnehmung der Fachaufsicht über den Maßregelvollzug	101
14.4 Beitrag aus Sicht einer Eingliederungshilfeeinrichtung	104
15 Sonderthema Gerontopsychiatrie.....	105
15.1 Einleitung des Psychiatrieplanungsteams	105
15.2 Das Kompetenzzentrum Demenz in Schleswig-Holstein.....	105
15.3 Beitrag aus Sicht der Gerontopsychiatrischen Klinik.....	108
15.4 Was bewegt den Pflegestützpunkt im Kreis Segeberg?.....	111
15.5 stationäres Reha-Angebot für pflegende Angehörige - Rehabilitation nach dem Ratzeburger Modell.....	115
15.6 Datenerhebung der Gesundheitsplanerin zum Thema gerontopsychiatrische Patient*innen in stationären Pflege-einrichtungen	118
16 Zusammenfassende Handlungsempfehlungen, wichtige Fakten und Ausblick..	127
17 Anhang: Glossar.....	133

1 Was bewegt den Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie?

Es informieren Frau Andrea Köhne, Sozialpädagogin im Fachdienst Sozialpsychiatrie, Geschäftsführung im AK Gemeindenahe Psychiatrie, und Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Leiterin des Fachdienstes Sozialpsychiatrie, Vorsitzende im AK Gemeindenahe Psychiatrie, beide Kreis Segeberg, Stand 14.05.2018:

Der Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie tagte im Jahr 2017 insgesamt 3 Mal, im Jahre 2018 bislang 1 Mal, 2 weitere Sitzungen sind im Mai und September 2018 geplant. Die Sitzungen fanden am 01.02.2017 im Psychiatrischen Zentrum Rickling, am 03.05.2017 in der Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Norderstedt sowie am 27.09.2017 im Kreishaus in Bad Segeberg statt. In 2018 tagte der Arbeitskreis am 31.01.2018 erneut im Psychiatrischen Zentrum Rickling.

Auszug aus der 74. Sitzung vom 01.02.2017:

Vorstellung der **Station „Interkulturelle Psychiatrie“ im Psychiatrischen Zentrum Rickling:** Die heutige Behandlungsstation hält 24 Plätze vor, aktuell belaufen sich die jährlichen Anfragen für stationäre Behandlungen auf ca. 850. Das Behandlungsteam besteht aus 6 türkischsprachigen (auch kurdische) Ärzt*innen und Psycholog*innen und aus 3 arabisch sprechenden Ärzt*innen und 3 Psycholog*innen. In der angegliederten Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) belaufen sich die Anfragen auf ca. 10 000 pro Jahr. Behandelt und betreut werden in der PIA der „Interkulturellen Psychiatrie“ aktuell ca. 2000-3000 Patient*innen. Die Station „Interkulturelle Psychiatrie“ zeichnet sich unter anderem durch ein kultursensibles Milieu aus. Sowohl den Patient*innen als auch den Angehörigen gelingt so eine bessere Akzeptanz der Behandlung. Die Therapien und Behandlungen werden gemischtgeschlechtlich durchgeführt. Ebenso ist das Personal gemischtgeschlechtlich und kommt aus unterschiedlichen Religionen. Aufgrund der großen Anfragezahlen liegen zwischen den psychotherapeutischen Behandlungsterminen teilweise 4-12 Monate. In der Zwischenzeit versucht man, die Patient*innen mit anderen psychosozialen Angeboten zu unterstützen. Patient*innen aus dem Kreis Segeberg haben Vorrang in der Behandlung. Ansonsten erfolgt eine Selektion nach akutem Bedarf und Krankheitsbildern. Der Oberarzt Herr Dr. Kaya macht auf die Lücke zwischen der stationären Behandlung und der ambulanten Behandlung in der Psychiatrischen

Institutsambulanz aufmerksam. Es gäbe einen großen Bedarf an Anschlussbehandlungen, wie z.B. die tagesklinische Behandlung oder neue Behandlungsformen wie das Hometreatment.

Ins Psychiatrische Zentrum kommen auch viele von Abschiebung bedrohte Menschen, die das spezialisierte Krankenhaus als letzten Anker nutzen.

Die leitende Psychologin der **Psychosomatischen Klinik der Segeberger Kliniken**, Frau Koc-Gündüz, informiert über das türkischsprachige Angebot der Segeberger Kliniken. Hier gibt es auf der Akutstation 2-3 Patient*innen und im Reha-Bereich ca. 10 Patient*innen. Maximal könnten 20 türkischsprachige Patient*innen in der Psychosomatik behandelt werden, die Patient*innen sind nicht gesondert untergebracht, sondern auf den allgemeinen Stationen integriert.

Des Weiteren erfolgte eine Vorstellung des **„Regionalen Netzwerkes zur Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen im Kreis Segeberg“**

In Schleswig-Holstein gibt es mittlerweile 6 regionale Netzwerke, seit 2016 bereits im Kreis Segeberg.

Die Mitarbeiter*innen aus dem Fachdienst Soziales und Asyl kritisieren, dass die durch den Bund finanzierten Projekte sehr aufwendig in der Realisierung sind. Es gebe im Bereich Flüchtlinge zudem eine regelrechte „Projektitis“. Hilfreicher wäre es, das Geld den Kommunen frei zur Verfügung zu stellen, damit diese die vorhandenen Strukturen stärken und ausbauen können. Die Kommunen wünschen sich hier mehr Konstanz in der Finanzierung (s. auch Kapitel 6 Jahresbericht 2016/17 zur Psychiatrieplanung).

Auszug aus der 75. Sitzung vom 03.05.2017:

Frau Herschel, im Mai 2017 noch Leiterin der **Tagesklinik für Erwachsene Nordstedt**, berichtete, dass die Patient*innenzahlen seit 2017 stetig nach oben gingen. Mittlerweile werden 3 Patient*innengruppen in der Tagesklinik betreut. Die Oberärztin Frau Gromoll ergänzt, dass in der Tagesklinik vor allem chronisch psychisch kranke Menschen aufgenommen werden. Zur Zusammenarbeit mit der Tagesklinik für Kinder und Jugendliche erklärt Frau Gromoll, dass die Eltern dieser Kinder nicht selten zur Beratung in die Erwachsenenklinik kommen.

Herr Dr. Heise, Leiter der Tagesklinik in Kaltenkirchen, stellt das seit November 2016 bestehende neue **Tagesklinische Angebot für junge Erwachsene in der Tages-**

linik Norderstedt vor. Es handelt sich um ein Kooperationsprojekt der Tagesklinik Norderstedt und der Tagesklinik Kaltenkirchen unter der ärztlichen Leitung von Herrn Dr. Heise. Dieses pädagogisch therapeutische Spezialangebot richtet sich vor allem an 18 bis 25jährige Patient*innen, die Entwicklungsverzögerungen bzw. Reifeverzögerungen aufweisen. Im Vordergrund der Behandlung stehen sozialtherapeutische Gruppen einschließlich Haushaltstraining und berufliches Kompetenztraining. Die Therapie dauert länger (10-12 Wochen) als bei den Erwachsenen, da es sich um längere Prozesse der Nachreifung handelt. Ausschlusskriterien sind wie auch in der Erwachsenen Tagesklinik eine akute Psychose oder akute Eigen- oder Fremdgefährdung. Derzeit gibt es eine Warteliste mit ca. 2-3 Monaten Wartezeit. Eine ambulante Nachsorge der jungen Patient*innen ist sichergestellt. Außerdem ist eine Intervallbehandlung, d.h. eine spätere Wiederaufnahme, möglich.

Frau Dr. Streitferdt, ärztliche Leiterin und Herr Pflantz, psychologischer Leiter der **psychiatrischen Tagesklinik Norderstedt für Kinder und Jugendliche**, berichten über die Tagesklinik. Aktuell gibt es hier 15 Plätze für Kinder und Jugendliche zwischen 7 und 18 Jahren. In der Tagesklinik gibt es 3 Therapiegruppen (7-12 Jahre, 12-14 Jahre, 15-18 Jahre). Die Multifamilientherapie wurde in der Tagesklinik ausgebaut. Es finden aktuell 4 verbindliche Termine pro Aufenthalt statt.

Die zuletzt angekündigte traumapädagogische Fortbildung der Teammitglieder ist erfolgt. Die Tagesklinik hat lange Zeit eng vernetzt mit dem Projekt Schulabsentismus zusammen gearbeitet. In der Tagesklinik gibt es eine PIA. Seit Herbst 2016 ist auch eine Beschulung in der Tagesklinik möglich. Derzeit gibt es eine Warteliste mit ca. 3 Monaten Wartezeit, bei den jüngeren Kindern (zwischen 7-12 Jahren) auch länger. Herr Kahlke berichtet, dass in enger Zusammenarbeit mit Dr. Jung (Schleswig), Dr. Seuter und Frau Vetter (Elmshorn) **im Psychiatrischen Zentrum Rickling eine neue Station für junge Erwachsene (U21)** mit 10 Betten eröffnet wurde. Insbesondere Entgiftungen können auf dieser Station erfolgen.

Die vorgestellten Angebote für junge Erwachsene stehen nicht in Konkurrenz miteinander, sondern erweitern vielmehr das bisher rudimentäre Versorgungsangebot für diese Altersgruppe. Im Vordergrund der Angebote steht die pädagogische Ausrichtung mit viel Bewegungsangeboten und Familienausflügen [vgl. hierzu Kapitel 10.1 und 10.3].

Frau Dr. Hakimpour-Zern stellt die aktuelle Situation von **Kindern psychisch kranker/ suchtkranker Eltern** im Allgemeinen und die Versorgung im Kreis Segeberg dar. Ab Herbst 2017 wird eine Gesundheitsplanerin im Fachdienst Gesundheit eingestellt. Neben vielen anderen Aufgaben soll diese das neu geplante Netzwerk für Kinder psychisch kranker/ suchtkranker Eltern aufbauen und koordinieren. Frau Dr. Hakimpour-Zern informiert weiterhin über das neue Bundespräventionsgesetz. In Absprache mit den anderen Gesundheitsämtern Schleswig-Holsteins plant der Kreis Segeberg, bei den Krankenkassen entsprechende Präventionsgelder zu beantragen [vgl. hierzu Kapitel 11.2].

Im Folgenden wird über die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen von psychisch kranken Eltern berichtet. Herr Kahlke beschreibt aus Sicht eines Erwachsenen-Behandlers die Grenzen und eigenen Ängste im Kontakt mit den betroffenen Kindern. Im Psychiatrischen Zentrum Rickling stellt man sich diesen Fragen seit einiger Zeit. Ideen wurden gesammelt, zum Beispiel die Möglichkeiten der Qualifizierung von Erwachsenen-Behandlern, das heißt, wie sie in Kontakt mit den Kindern treten können ohne diese zu pathologisieren oder zu verletzen. Man hat im Rahmen der Diskussion im PZR unterschiedliche beispielhafte Situationen gesammelt aus Interviews mit heute zum Teil erwachsenen Kindern, um sich diesen Fragen anzunähern. Es soll ein Leitfaden (Flyer) für den Umgang mit den Kindern erstellt werden. Außerdem will man Informationsmaterial für Lehrkräfte und evtl. auch Hausarzt*innen zusammenstellen. Der weitere Ausbau und die Gestaltung der Netzwerkarbeit kann und sollte nicht ohne Beteiligung der Kinder- und Jugendhilfe und des Kinder- und Jugendhilfe-Ausschusses stattfinden.

Auszug aus der 76. Sitzung vom 27.09.2017

Als Gäste zum Thema "**Versorgung forensischer Patient*innen/ Übergang vom Maßregelvollzug in die Gemeindepsychiatrie**" sind Frau Guse, Diplompädagogin und Bezugstherapeutin der Forensischen Institutsambulanz (FIA) Schleswig der HELIOS Kliniken, und Herr Hoffmeyer, leitender Psychologe der FIA Neustadt der AMEOS Klinik, eingeladen.

Herr Hoffmeyer stellt den aktuellen „Entlassungsprozess forensischer Patienten“, wie es in der AMEOS-Klinik Neustadt praktiziert wird, vor. Die aktuelle durchschnittliche Verweildauer forensischer Patient*innen in Schleswig-Holstein beträgt aktuell 9 Jahre, vor 5 Jahren betrug die durchschnittliche Verweildauer noch 12 Jahre. Im Bun-

desvergleich handelt es sich jedoch weiterhin um relativ lange Verweildauern. Gleichfalls ist aber auch anzumerken, dass der Anteil der forensischen Patient*innen mit schweren Delikten in Schleswig-Holstein höher liegt als im Bundesdurchschnitt. Ca. 27% der Straftaten richten sich gegen Leben oder betreffen Körperverletzungen. Ein möglicher Grund hierfür könnte die relativ liberale Gesetzes-Sprechung in Schleswig-Holstein sein. Das heißt, es braucht in Schleswig-Holstein möglicherweise schwerwiegende Gründe (schwere Delikte), bis jemand in die forensische Klinik eingewiesen wird. Dementsprechend länger sind dann aber auch die Verweildauern dieser Patient*innen.

Herr Hoffmeyer erläutert im Weiteren die rechtlichen Veränderungen, die in der Folge mehr Entlassungen und auch Erfordernisse in der (gemeindepsychiatrischen) Weiterversorgung der forensischen Patient*innen bedeuten. Anders als früher, sind die Gerichte jetzt unter Berücksichtigung der Verhältnismäßigkeit aufgefordert, genauer zu prüfen, ob jemand in einer forensischen Klinik verbleiben muss. Die §§63ff StGB regeln neu, dass eine jährliche gerichtliche Anhörung stattzufinden hat. Außerdem muss alle 3 Jahre eine externe Begutachtung der forensischen Patient*innen erfolgen. Und es ist neu geregelt, dass bei forensischen Patient*innen mit einer Unterbringung ohne Höchstfrist eine Überprüfung nach 6 Jahren und nach 10 Jahren erfolgen muss. „Sind zehn Jahre der Unterbringung vollzogen, so erklärt das Gericht die Maßregel für erledigt, [...] wenn nicht die Gefahr besteht, dass der Untergebrachte erhebliche Straftaten begehen wird, durch welche die Opfer seelisch oder körperlich schwer geschädigt werden.“ [§67d StGB, Abs.6 i.V.m. Abs.3].

Gem. §64 StGB ist die Aufenthaltsdauer in der Forensik ohnehin auf 2 bis maximal 3 Jahre befristet.

Normalerweise gibt es bei forensischen Patienten*innen, die sowohl nach §63 als auch nach §64 StGB untergebracht sind, geregelte Entlassungen, d.h. dem Gericht werden Vorschläge der weiteren Unterbringung bzw. Wiedereingliederung unterbreitet. Die Entscheidung über die jeweilige Maßnahme liegt dann alleine beim Gericht. Ca. 80-85% der Patienten aus der Forensik Neustadt werden in Einrichtungen entlassen. Üblicherweise findet ein Probewohnen von 6 Monaten bis zu einem Jahr statt.

In der forensischen Klinik Neustadt stehen aktuell 245 Betten zur Verfügung, pro Jahr gibt es etwa 20 bis 30 Entlassungen.

Die AMEOS Klinik hat für Personen mit sexuellen Störungen, die entlassen werden müssen, eine eigene *Spezialstation* mit dem Namen *KOMPASS* eröffnet. Außerdem hat die AMEOS Klinik eine eigene *Eingliederungshilfe-Einrichtung DOCK I* für Menschen mit Sexualstörungen und Intelligenzminderungen mit 24 Plätzen eröffnet. Diese Einrichtung hat die Möglichkeit, dass Patienten nach BGB geschlossen untergebracht werden können. Grund für die Eröffnung der eigenen Spezialstation und der EGH-Einrichtung war, dass es keine anderen geeigneten Einrichtungen für Sexualstraftäter gab und gibt.

Die FIA Neustadt existiert seit 2005. Die Rückfallquote der entlassenen Patienten liegt bei 3%-4% bezogen auf das Anlassdelikt. Eventuell gibt es aber Deliktverschiebungen. In Schleswig-Holstein liegt die Dauer der Führungsaufsicht bei mindestens 2 Jahren bis maximal 5 Jahren. Eine unbefristete Führungsaufsicht wird in Schleswig-Holstein derzeit nicht angeordnet.

Die FIA Schleswig hält beispielsweise einen Mitarbeiter vor, der speziell Substanzrückfälle kontrollieren kann. Allerdings wird von Seiten der FIA kritisiert, dass der Umgang mit Substanzrückfällen sehr schwierig ist, da die zuständigen Strafvollstreckungskammern relativ inkonsequent auf derartige Rückfälle reagieren.

Insgesamt wird eine engere Zusammenarbeit der forensischen Kliniken und der Allgemeinpsychiatrie gewünscht. Herr Petersen von der Führungsaufsicht ergänzt, dass es im ländlichen Raum wie dem Kreis Segeberg auch keine Angebote für Erwachsene im Rahmen eines Antigewalttrainings gibt. Es gibt lediglich Angebote in Neumünster und Kiel.

Weitere Einblicke in das Thema Forensik bietet das Kapitel 14 dieses Jahresberichtes.

Auszug aus der 77. Sitzung vom 31.01.2018

Im Arbeitskreis berichteten Herr Andreas Steimann, leitender Oberarzt, Herr Dr. phil. Jean Hermanns, leitender Therapeut, Frau Werner, Ärztin und Frau Domke, Therapeutin zum Thema **Sucht- Station U21 des Psychiatrischen Zentrums Rickling.**

Die Suchtpsychiatrische Behandlung ist ein Angebot für junge Erwachsene, die durch Alkohol, Drogen, exzessive Mediennutzung oder Glückspiel Probleme haben. Der Start in ein eigenständiges und eigenverantwortliches Leben ist oft nur schwer möglich. Psychische Begleiterkrankungen wie zum Beispiel Depression, ADHS, PTBS oder Ängste werden soweit möglich mitbehandelt.

Seit April 2017 können bis zu 10 junge Erwachsene ab 16 Jahren auf der Station 14B behandelt werden. Besonders die Patient*innen, die eine Reifeverzögerung aufweisen, können durch dieses Angebot profitieren. Eine Akutbehandlung kann nicht erfolgen. Eine klinikinterne Beschulung kann nicht angeboten werden, jedoch ein kognitives Training je nach Bildungssituation [vgl. hierzu Kapitel 10.1].

Die Aufnahme erfolgt auf eigenem Wunsch nach einem Vorgespräch. Der Schwerpunkt in der inhaltlichen Arbeit ist stark erzieherisch, pädagogisch geprägt und weißt eine familienähnliche Struktur auf. Kernthemen sind neben der Entgiftung die Emotionsregulation, Eigenverantwortung, Identitätsfindung, Bindung-Autonomie, Trauer und Akzeptanz, Tagesstruktur und Veränderung schaffen für die Zukunft. Vor Entlassung wird individuell eine weiterführende Maßnahme wie Tagesklinik, Entwöhnungsbehandlung, amb. Suchtbehandlung etc. besprochen.

Das Team wird fachlich durch Frau Vetter, Chefärztin der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie der Regio Klinik Elmshorn, supervidiert.

Herr Dr. Jung, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie der Helios Klinik Schleswig befürwortet das Konzept für die jungen Erwachsenen, äußert aber Kritik zur Aufnahme der 16-jährigen Jugendlichen. Hier sei die klassische kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung in Hinblick auf die Differenzialdiagnostik, klinische Beschulung, Angehörigenarbeit, sowie gezielte Perspektivplanung für Ausbildung und Beruf für die weitere Persönlichkeitsentwicklung entscheidend.

Durch den fachlichen Austausch zwischen dem Psychiatrischen Zentrum Rickling, der Regio Klinik Elmshorn und der Helios Klinik Schleswig soll diese Thematik weiter

betrachtet werden. Ferner werde über den Austausch auch die zukünftige Notfallversorgung, insbesondere die Verfahren nach PsychKG und BGB erörtert.

Auf dem **Behandlungsschwerpunkt „18 plus“ – Behandlung für junge Erwachsene im Psychiatrischen Krankenhaus Rickling** - werden unter der oberärztlichen Leitung von Dr. Wimmer volljährige Patient*innen ohne im Fokus stehender Suchtproblematik behandelt, z. B. junge Menschen mit sozialer Phobie, Depression, Angststörung, Defiziten in der sozialen Kompetenz.

Auch die **Schön Klinik Bad Bramstedt** hält neu **spezielle Therapieangebote für Jugendliche** vor. Die Oberärztin Frau Jens, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie berichtet, dass sich das Angebot an Jugendliche zwischen 15 und 17 Jahren und ihre Familien mit dem Schwerpunkten Essstörungen und Depressionen richtet. Hierfür stehen aktuell 14 Plätze zur Verfügung. Eine Aufstockung auf 22 Betten wäre möglich. Die Behandlung und Therapiedauer umfasst zwischen 8 und 14 Wochen. Eine Aufnahme erfolgt über Vorgespräche und richtet sich derzeit an Patient*innen von privaten Krankenversicherungen und Selbstzahler*innen. Für gesetzlich versicherte Jugendliche kann ggf. über ein Kostenerstattungsverfahren eine Behandlung möglich gemacht werden. Die Jugendlichen reisen bundesweit an, u. a. aus Bayern und Sachsen.

Eine stundenweise Beschulung ist über die Klinikschule des Klinikum Bad Bramstedts möglich. Gespräche mit der Familie werden ca. alle vier Wochen geführt. Begleitende psychische Erkrankungen sind auch hier ADHS, Soziale Ängste, beginnende Persönlichkeitsstörungen etc. Häufiges Thema in der Behandlung ist die Emotionsregulation, soziale Unsicherheiten und Suizidalität. Eine Zusammenarbeit mit den zuständigen Jugendämtern wird ausgebaut, um ggf. weitere Hilfen einzuleiten.

Frau Vetter aus der **RegioKlinik Elmshorn** weist darauf hin, dass die gesetzlich versicherten Jugendlichen in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie keine schlechtere Versorgung erhalten. Sie betont, dass Kinder – und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik **ein** Fachgebiet für sie seien, bei dem ein gemeinsamer Versorgungsauftrag bestünde. Ein Alleingang der Psychosomatik wird von ihr kritisch gesehen.

Frau Mohr, Dipl. Psychologin im **Behandlungsschwerpunkt junge Erwachsene in der Tagesklinik Norderstedt**, berichtet, dass die Tagesklinik seit Oktober 2017

auf inzwischen 15 Plätzen junge Menschen im Alter zwischen 18 und 25 Jahre, in Einzelfällen ab 16 Jahren, mit Entwicklungskrisen in der Umbruchphase des Erwachsen-Werdens, behandelt. Hierzu können Angst und Depressionen, somatoforme Störungen, Essstörungen, Zwangserkrankungen, Suchtmittelmissbrauch sowie auch dissoziale Entwicklungen gehören, die zu einer scheinbaren Perspektivlosigkeit führen können. Häufig besteht eine Reifeverzögerung.

Frau Dr. Hakimpour-Zern stellt **zusammenfassend** fest, dass sich das stationäre und teilstationäre Angebot mit der fachlichen Vernetzung der Träger für die Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlung im Kreis deutlich verbessert hat. Nun heißt es, die ambulant tätigen Akteure sowie die Behörden mit einzubinden. Dies ist auch der Grund, warum zum heutigen Arbeitskreis gezielt der Schulpsychologische Dienst, die Erziehungsberatungsstellen, die Jugendämter, der Vorsitzende des Jugendhilfeausschusses und auch iuvo und die GSHN Kiel als Jugendhilfeeinrichtungen eingeladen wurden. Leider konnten nicht alle Eingeladenen kommen, die Anwesenden wünschen sich jedoch explizit, bei Sitzungen des AKs, die die Themen der Kinder- und Jugendlichen berühren, erneut eingeladen zu werden.

Des Weiteren erfolgte ein **Austausch über die Zusammenarbeit bei Unterbringung von Minderjährigen gemäß BGB/PsychKG**. In der kurzen Diskussionsrunde wird zusammenfassend festgehalten, dass die Unterbringung nach BGB bei Minderjährigen Vorrang hat. Die Unterbringung von Minderjährigen nach §1631b BGB bedarf der familiengerichtlichen Genehmigung und kann ohne eine medizinische Behandlungsindikation nicht erfolgen. Nur im Eilfall und bei unmittelbarer Gefahr für die/den Minderjährige/n oder Dritte, kann nach PsychKG eine Unterbringung zur Gefahrenabwehr erfolgen. Das Jugendamt ist für dieses Verfahren zuständig und kann den zuständigen amtsärztlichen Bereitschaftsdienst zur Prüfung hinzuziehen.

2 Was bewegt den Arbeitskreis Gerontopsychiatrie?

Es informiert Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Leiterin des Fachdienstes Sozialpsychiatrie, Kreis Segeberg, Stand 11.05.2018:

Der Arbeitskreis Gerontopsychiatrie tagte am 22.03.2017, 08.11.2017 und 09.05.2018. Den Vorsitz hat Herr Ulrich Mildenerger vom Pflegestützpunkt inne, als Vertreter wurde Herr Dr. Florian Gal aus dem Psychiatrischen Zentrum Rickling gewählt.

Es wurden u. a. folgende Themen behandelt:

- Bedarf einer gerontopsychiatrischen Schulung von Pflegepersonal, Erhebung durch den Fachdienst Sozialpsychiatrie
- Begleitung demenzkranker Menschen im frühen Stadium, phasengerechte Demenzberatung im Psychiatrischen Zentrum Rickling
- Erfahrungsaustausch hinsichtlich der neuen Begutachtungsrichtlinien in der Pflege
- Projekt „Übergang vom Erwerbsleben in die Rente für Menschen mit Behinderungen/ Module zur Tagesbetreuung nach dem Bremer Modell“ - ein Modell auch für gerontopsychiatrische Erkrankte?
- Besichtigung der Musterwohnung Demenz des Kompetenzzentrum Demenz in Norderstedt
- Versorgung von Menschen mit Demenz in Dänemark - was können wir lernen?
- es wurden Veranstaltungs-und Ausbildungshinweise gegeben.

3 Was bewegt den Gemeindepsychiatrischen Verbund?

Es berichtet der Vorstand des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, Frau Gudula Lühle (Regionalleiterin Südholstein bei der Stiftung Das Rauhe Haus), Herr Thorsten Scheske (Leiter der Sozialpsychiatrischen Initiativen der NGD, Vorstandstätigkeit endete zum 31.12.2017) und Herr Markus Straube (Leiter der ATP und Bereichsleiter „Wohnen und Fördern“, Landesverein für Innere Mission Schleswig-Holstein), Stand Januar 2018:

Zu Beginn möchte der Gemeindepsychiatrische Verbund Herrn Scheske anlässlich seines Ausscheidens einen herzlichen und großen Dank für 12 Jahre Vorstandstätigkeit aussprechen und ihm für seine Zukunft alles Gute wünschen.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV) ist ein Zusammenschluss von Einrichtungen, Personen und Verbänden, die an der psychiatrischen Versorgung im Kreis Segeberg beteiligt sind. Der Verbund hat sich auf der Basis des § 17 SGB I verpflichtet, eine adäquate Versorgung aller im Kreis Segeberg lebenden psychisch kranken und behinderten Menschen anzustreben. Die Vernetzung und Kooperation zwischen den im Kreis Segeberg tätigen Einrichtungen untereinander und mit den Kostenträgern ist eine der Hauptaufgaben des GPV. Dabei soll er auch auf eventuell vorhandene Lücken und Bedarfe im System der Gemeindepsychiatrischen Versorgung hinweisen. Um die Partizipation von Betroffenen zu fördern, ist dem GPV eine Vertretung der Psychiatrieerfahrenen und deren Angehörigen innerhalb des Gremiums besonders wichtig.

Folgende Sitzungen fanden im Jahr 2017 statt:

1. Sitzung am 15.02.2017 in Norderstedt (Norderstedter Werkstätten)

In der ersten Sitzung hat sich der GPV mit der aktuellen psychiatrischen Versorgungssituation im Kreis Segeberg beschäftigt. Anhand einer Abfrage bei den Mitgliedsorganisationen des GPV im Jahr 2016 wurden die Bedarfe aus Sicht der jeweiligen Einrichtungen und Dienste erfasst und die Bearbeitung im Gremium in dieser Sitzung fortgesetzt. Dabei ging es im Schwerpunkt um fehlende ambulante Psychotherapieplätze, vor allem für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und auch für Menschen mit geistigen Behinderungen sowie um das Thema des mangelnden Wohnraums für diesen Personenkreis.

Nach Abschluss der Diskussion wurde deutlich, dass dieser Prozess mangels Ressourcen nicht weitergeführt werden kann. Die erhobenen Ergebnisse werden allerdings in die zukünftige Arbeit des GPVs einfließen und bieten wichtige Anhaltspunkte für den weiteren Diskurs zur psychiatrischen Versorgung im Kreis Segeberg. In dieser Sitzung wurde zudem per Antrag des Kreises Segeberg und anschließender Abstimmung die Geschäftsführung des GPV vom Sozialpsychiatrischen Dienst auf den Vorstand des GPV übertragen.

Der Vorstand des GPVs dankt dem Sozialpsychiatrischen Dienst für die fast 15-jährige Unterstützung in der Geschäftsführung.

2. Sitzung am 06.09.2017 in Warder (Gemeinschaftsunterkunft der Johanner)

Die zweite Sitzung stand im Zeichen der Flüchtlingsbewegung und deren Auswirkung auf die Psychiatrie. Es fand eine Diskussion und Erfahrungsaustausch zum folgenden Fragestellungen statt: *„Zwei Jahre nach der „Fluchtbewegung“! Welche Erfahrungen machen wir in unseren Einrichtungen? Kommen die Menschen im sozialpsychiatrischen Netz an?“*

Hier einige aufgeworfene Fragen und Ergebnisse der Diskussion:

- Es wird berichtet, dass es schwierig ist, Geflüchteten zu erklären, was eine gesetzliche Betreuung ist.
- Es fehlt an der Sprachkompetenz an allen „Ecken und Enden“.
- Fraglich: OVG- Ausschuss und Sozialausschuss: die Schnittstelle ist nicht ganz geklärt. Wo werden die Leistungen verhandelt? Bezahlbarer, barrierefreier Wohnraum fehlt. Das wird als Aufgabe der Zukunft gesehen.
- Es gibt jetzt schon Anfragen für geschlossene Unterbringung von Geflüchteten im EGH-Bereich (Wohnen und Fördern) des Psychiatrischen Zentrums in Rickling.
- Bundetherapeutenkammer geht davon aus, dass 40 % der Geflüchteten eine psychische Störung haben. Die WHO sagt, dass 15 % schon mit einer Behinderung eingereist sind.
- Integrationskurse- auch hier sind die Wartezeiten sehr lang.

- Der Kreis bietet Dolmetscher an. Kreismittel für Honorarkräfte seien vorhanden. Es gibt im Netz unzählig viel Informationsmaterial, auch in mehreren Sprachen z.B. Dolmetscherverzeichnis mit anerkannten Dolmetschern.
- Bei Behördengespräch: Dolmetscher muss vereidigt und anerkannt sein, um kulturelle Verfärbungen bei Übersetzungen zu vermeiden.
- Es gibt Personen, die nach einem psychiatrischen Aufenthalt nicht zurück in die Unterkunft gehen wollen, da sie Angst vor einer Abschiebung haben.
- Es fehlen vor allem Traumatherapeut*innen mit Sprachkompetenz.
- Geflüchtete erhalten Grundversorgung über § 3 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) / Analogleistungen zum SGB XII. Nach 15 Monaten erhalten sie eine Gleichstellung, allerdings nur bei dauerhaftem Aufenthalt. Bei Krankenkassen gibt es eine Gleichbehandlung mit gesetzlich Versicherten
- Vernetzung und unbürokratische Hilfestellungen sind wichtig. Die gremienübergreifende Zusammenarbeit gibt es schon.
- In der Ausländerbehörde werden derzeit Stellen nachbesetzt. Es gibt dort Fachkräftemangel und sehr hohe Arbeitsbelastung. Von daher ist nur eine eingeschränkte Zusammenarbeit möglich.
- KIA - Koordinierungsstelle zur integrationsorientierten Aufnahme von Flüchtlingen im Kreis Segeberg: Frau Andrasch und Frau Kühle sind dort Ansprechpartner*innen.

GPV-Schwerpunkte für das Jahr 2018:

- Bundesteilhabegesetz (BTHG)
- GPV- Wie effektiveren wir die Arbeit dieses Verbundes? Neue Wege der Zusammenarbeit?

4 Was bewegt die Kreispolitik?

Es informiert das Psychiatrieplanungsteam des Fachdienstes Sozialpsychiatrie, Kreis Segeberg, Stand Juli 2018:

Herr Rudolf G. Beeth, Vorsitzender des Sozialausschusses, Kreistag des Kreises Segeberg, ist mit Ende der letzten Legislaturperiode aus seinem Amt ausgeschieden und wird damit nicht mehr am Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie mitwirken.

Wir danken Herrn Beeth für die langjährige Zusammenarbeit.

In der konstituierenden Sitzung des neuen Kreistags am 11.6.2018 wurde Herr Dr. Christopher Schmidt zum neuen Vorsitzenden des Sozialausschusses gewählt.

5 Was bewegt den Fachdienst Sozialpsychiatrie und den Fachdienst Gesundheit?

5.1 Änderungsnotwendigkeiten im sozialpsychiatrischen Krisendienst

Es informiert Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Leiterin des Fachdienstes Sozialpsychiatrie, Kreis Segeberg, Stand 13.03.2018:

Gemäß §7 Psychisch-Kranken-Gesetz Schleswig-Holstein (PsychKG) können psychisch kranke Menschen gegen oder ohne ihren Willen in einem geeigneten Krankenhaus untergebracht werden, wenn und solange sie in Folge ihrer Krankheit ihr Leben, ihre Gesundheit oder Rechtsgüter anderer erheblich gefährden und die Gefahr nicht anders abgewendet werden kann.

Während tagsüber zu den Geschäftszeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes eine sozialpädagogische und ärztliche Kraft zur Krisenintervention an den Ort des Geschehens fährt, konnten bislang nachts und am Wochenende insbesondere mildere Mittel zur Gefahrenabwehr nicht am Ort des Geschehens geprüft werden. Stattdessen wurden Betroffene zur Gefahrenerforschung, Krisenintervention und ggf. vorläufigen zwangsweisen Unterbringung ins psychiatrische Krankenhaus Rickling im Krankenwagen in Begleitung der Polizei gebracht. Hier wurde bei Bedarf ein ärztliches Gutachten erstellt. Der Kreisbereitschaftsdienst konnte dann weitere Maßnahmen ergreifen.

Um dem Gesetz vollends konform zu entsprechen und um das Krisenmanagement für die betroffenen psychisch kranken Menschen zu verbessern, wurde nun ab

01.03.2018 ein Krisendienst rund um die Uhr eingeführt. Jetzt wird durch die GSHN Kiel ein externer sozialpädagogischer Krisendienst gestellt, der die Arbeitszeiten abdeckt, die außerhalb der Behördenzeiten liegen. Es handelt sich hierbei um die Zeiten montags bis donnerstags zwischen 16:00 und 08:00 Uhr sowie an Wochenenden von Freitag 13:00 Uhr bis Montag 08:00 Uhr sowie die Feiertage. Dem Bereitschaftsdienst der Kreisverwaltung wird dabei eine sozialpädagogische Kraft an die Seite gestellt, die im Krisenfall zur Krisenintervention an den Ort des Geschehens fährt. Der Bereitschaftsdienst kann dabei nur über die Polizei erreicht werden. Auf Grund des vorherrschenden Fachkräftemangels konnte bislang noch kein ärztlicher Bereitschaftsdienst zur Krisenabdeckung rund um die Uhr bereitgestellt werden. Die Amtsärzt*innen sind daher weiterhin montags bis freitags von 08:00 bis 18:00 Uhr im Einsatz. Es ist jedoch gelungen, bereits einige externe ärztliche Honorarkräfte einzuwerben. Diese sind ab 01. März 2018 von Freitag 13:00 Uhr bis Montag 08:00 Uhr tätig, so dass Wochenenden als auch Feiertage abgedeckt werden können. Bezüglich des Einsatzes von weiteren ärztlichen Fachkräften werktags in der Nacht bemüht sich der Kreis Segeberg, weiter in die Facharzt-Akquise zu gehen. Die Umstellung auf einen 24-stündigen Krisendienst 7 Tage pro Woche wird eine Unterstützung für die Verwaltungskraft der Kreisverwaltung sein und hoffentlich bewirken, dass ein Teil der Betroffenen bereits im häuslichen Setting ihre Krise bewältigen können. Die Polizei wird sich allerdings darauf einstellen müssen, dass sie in der Zeit der Krisenintervention zur Gefahrenabwehr vor Ort bleiben muss. Dies wird einen möglicherweise erheblichen Mehraufwand für die Polizei zur Folge haben.

5.2 Projekt „Verrückt? Na und!“

Es informiert Herr Jörg Schmidt, ehemaliger Sozialpädagoge im Fachdienst Sozialpsychiatrie, Kreis Segeberg, ehemaliger Koordinator des Projektes, Stand 04.12.2017:

In der Regionalgruppe Segeberg arbeiten sechs Genesungsbegleiter*innen als persönliche Expert*innen zusammen mit drei fachlich versierten Kräften, die die Gesamtmoderation übernehmen. Im Jahr 2017 wurden 19 ganze Schultage durchgeführt, dabei wurden ca. 475 Schülerinnen und Schüler erreicht. Außerdem gab es wieder eine Beteiligung an den Jugendgesundheitstagen des Kreises Segeberg, dabei wurden 14 Klassen mit insgesamt 286 Schülerinnen und Schüler für das Thema

„seelische Gesundheit“ sensibilisiert. Zusätzlich wurden in dem Zeitraum 35 Lehrkräfte erreicht. Die Regionalgruppe hat im Jahr 2017 bereits so viele Anfragen von Schulen aus dem Kreisgebiet bekommen, dass sie an ihre Kapazitätsgrenzen stößt. Es fanden drei Regionalgruppen-Treffen statt, an denen die geleisteten Schultage reflektiert und die nächsten Termine geplant wurden.

Außerdem hat sich das Projekt mit einem Stand bei dem jährlich stattfindenden Segeberger Workshop für Kinder- und Jugendgesundheit präsentiert. Auch hierbei wurde deutlich, dass viel Interesse von der Fachöffentlichkeit an dem Projekt besteht.

Als neue Koordinatorin für die Regionalgruppe Segeberg wurde Frau Dr. Anna Walther berufen. Frau Dr. Walther ist studierte Gesundheitswissenschaftlerin und somit besonders für die Aufgabe der Koordinatorin geeignet. Die Umbesetzung wurde notwendig, da der bisherige Koordinator Herr Schmidt den Kreis Segeberg verlassen hat.

Auf Landesebene übernimmt die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein e.V. die Aufgabe der Landeskoordination. Frau Mareike Mattsson vernetzt zusammen mit ihrer Kollegin Frau Dorothee Michalschek die bestehenden Regionalgruppen in Schleswig-Holstein und beabsichtigt, weitere Kreise für die Gründung einer Regionalgruppe zu gewinnen.

Durch weitere **Förderungen** der Barmer GEK konnte der finanzielle Zuschuss für einen Schultag auf 150 Euro erhöht werden. Zusätzlich prüfen die Unfallkassen und die Rentenversicherungsträger, inwieweit sie das Projekt unterstützen können.

2016 gab es bundesweit 63 Regionalgruppen, es wurden 534 Schultage durchgeführt und ca. 15.000 Schüler*innen erreicht. Zusätzlich gibt es Regionalgruppen in Österreich, Tschechien und der Slowakei. Dort nahmen ca. 5000 Schüler*innen an dem Projekt teil.

Das Projekt „Verrückt? Na und!“ wächst weiter. Damit alle Anfragen von Schulen, die aus dem Kreis Segeberg kommen, Berücksichtigung finden können, werden weitere Expert*innen, insbesondere Fachkräfte für die Moderation, gesucht, die an dem Projekt mitarbeiten wollen.

Aufgrund personeller Engpässe werden im ersten Halbjahr 2018 keine Schulprojekttage stattfinden können. Zur Festigung des Erlernten wurde ein Kreativwettbewerb im Winter 2017/ 2018 ausgeschrieben. Teilnahmeberechtigt sind alle Schulklassen,

die bereits an dem Projekt „Verrückt? Na und!“ teilgenommen haben. Es soll ein Bild oder eine Collage zum Thema „Verrückt? Na und!“ gestaltet werden. Hierdurch werden die Schüler*innen angeregt, sich noch einmal mit dem Thema auseinanderzusetzen. Ziel ist eine nachhaltige Sensibilisierung für das Thema Psychische Erkrankung.

5.3 Segeberger Workshop für Kinder- und Jugendgesundheit

Es informiert Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Leiterin des Fachdienstes Sozialpsychiatrie, Kreis Segeberg, Stand 09.01.2018:

Am 29.11.2017 wurde in der Jugendakademie Segeberg der 11. Segeberger Workshop für Kinder- und Jugendgesundheit veranstaltet. Diesjährige Themen waren:

1. Kinder und Jugendliche im Kontext häuslicher Gewalt
Referentin: Diplom-Psychologin Babara Eibelshäuser, Traumafachberaterin und KIK-Koordinatorin aus der Frauenfachberatungsstelle Segeberg
2. Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung mit oder ohne Hyperaktivität
Referent: Dr. med. Jan Hendrik Puls, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie aus Kiel
3. Kinder psychisch kranker/ suchtkranker Eltern
Referentin: Frau Dr. med. Anna Christina Schulz-Dubois, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, imland Klinik Rendsburg

Die Themen trafen den Puls der Zeit. Mehr als 170 Teilnehmer*innen informierten sich über die psychosoziale Gesundheit betroffener Kinder und Jugendlicher, suchten Möglichkeiten der Unterstützung für die Beeinträchtigten und deren Familien.

Die Teilnehmenden kamen aus unterschiedlichsten Berufen: Lehrkräfte, Erzieher*innen, sozialpädagogische Kräfte, Ärzt*innen und andere beruflich oder privat mit Kindern und Jugendlichen Tätige waren gekommen, um Vernetzungsarbeit und Wissensmultiplikation zu leisten. Deutlich wurde, dass insbesondere der Workshop für Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern hohe Bedarfe aufzeigte und damit nur Auftakt und Impuls einer weiteren Reihe von notwendigen Unterstützungsaktivitäten sein konnte.

Im Jahre 2018 findet am 21.11.2018 der 12. Segeberger Workshop für Kinder- und Jugendgesundheit statt. Die Themen werden wieder aus dem psychosozialen und

medizinischen Bereich zur Unterstützung von Kindern und deren Familien gewählt werden.

5.4 Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung

Es informiert Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Leiterin des Fachdienstes Sozialpsychiatrie, Kreis Segeberg, Stand 28.12.2017:

Im Deutschen Ärzteblatt vom 17. November 2017 wird berichtet, dass Psychiatrische Kliniken ab 01.01.2018 die Möglichkeit haben, schwer psychisch Kranken Hometreatment durch Klinikteams anzubieten.

Gerade Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen fällt es schwer, Hilfen anzunehmen. Je hochschwelliger die Hilfen sind, desto schwieriger ist es, eine Compliance zur Behandlungsnotwendigkeit aufzubauen. Hier stoßen tagesklinische und stationäre Versorgungen an ihre Grenzen. Gefordert wird daher seit langem mehr Vernetzung zwischen ambulanter und stationärer Hilfe mit aufsuchender Behandlung für Patient*innen, zum Beispiel mit psychotischen Erkrankungen und schweren affektiven Störungen.

Das Psychiatrische Zentrum Rickling führte mit Hilfe von Herrn Schwarz, ehemaliger leitender Chefarzt, Gespräche mit Kassenärztlichen Akteuren [siehe auch Psychiatrieplan Kreis Segeberg, Jahresbericht 2016/ 201, S. 1-2].

Bundesweit wird ab Januar 2018 die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung als Behandlungsbaustein abrechenbar sein. Dieser neue Versorgungsbaustein ermöglicht einen flexiblen Umgang mit den individuellen Bedürfnissen der psychisch kranken Patient*innen. Die Versorgung übernimmt ein multiprofessionelles Klinikteam. Vorreiter im Rahmen von Modellprojekten war unter anderem das Klinikum Itzehoe im Kreis Steinburg, welches die Stationsäquivalente Behandlung im Rahmen des „Regionalen Psychriebudget“ (Modellprojekt nach § 64b SGB V) vor einigen Jahren eingeführt hat. Die Patient*innen werden anstelle einer stationären Behandlung ambulant behandelt und intensiv betreut bzw. es wird der Klinikaufenthalt verkürzt und im Anschluss eine ambulante Behandlung durchgeführt.

Die Patient*innen müssen die Indikation für eine stationäre Behandlung haben. Diese kann sich aus der Erkrankung sowie im Speziellen aus seiner besonderen Lebenssituation und eigenen Präferenzen ergeben.

Die Bedingungen für die stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlungen sind klar von den Krankenkassen gemäß § 115d SGB V definiert:

- *Das Therapieziel muss bei einem Krankenhauspatienten am Ehesten im häuslichen Umfeld zu erreichen sein.*
- *Die Verantwortung für die Behandlungsplanung und Durchführung liegt bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie bzw. bei einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie.*
- *Das Behandlungsteam besteht aus Ärztlichem Dienst, Pflegerischen Dienst und mindestens 1 Vertreter der Psychologen oder Spezialtherapeuten.*
- *Garantiert sein muss, dass das Behandlungsteam im Krisenfall schnell intervenieren und der Patient die Klinik jederzeit kurzfristig erreichen kann.*
- *Sichergestellt werden muss, dass alle im häuslichen Umfeld lebenden Menschen mit der Behandlung einverstanden sind.*
- *Das behandelnde Krankenhaus kann, besonders um die Behandlungskontinuität zu gewährleisten oder wegen Wohnortnähe, auch an der ambulanten psychiatrischen Behandlung teilnehmende Leistungserbringer oder andere Krankenhäuser beauftragen.*

Es muss sich zeigen, ob so sämtliche Bedarfe abgedeckt werden. Die Krankenkassen erhoffen sich durch diese Maßnahme eine Senkung der stationären Belegungszahlen.

Vorteile für die Sozialpsychiatrie wäre eine Gewährleistung der Behandlungskontinuität im Sozialraum. So kann der Zugang zur Behandlung beispielsweise bei psychisch kranken Elternteilen, die wegen ihrer Kinder häufig eine stationäre Aufnahme scheuen, ermöglicht werden. Ein weiteres Beispiel sind Patient*innen, die sich aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung nicht aus dem häuslichen sicheren Ort entfernen können.

Für die Behandlung ergibt sich die Möglichkeit, mit niedergelassenen Leistungserbringern zu kooperieren und damit eine neue Art der vernetzten Behandlung zu schaffen.

Die zukünftige Umsetzung und der Erfolg der Vereinbarung hängen von der angemessenen Regelung der Abrechnungsmodalitäten ab.

Weiterer Kritikpunkt ist, dass die Einbeziehung der niedergelassenen Vertrags-ärzt*innen und Psychotherapeut*innen bislang nicht geregelt ist. Es wird befürchtet, dass durch die Ambulantisierung eine Art Parallelstruktur aufgebaut wird, ohne die vorhandenen Kompetenzen des ambulanten Sektors mit einzubinden. Es sollte eine verbindliche Vernetzung mit Niedergelassenen erfolgen. Eventuell ist auch ein gemeinsames Finanzierungssystem für eine sektorenübergreifende Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Störungen sinnvoll.

5.5 Ambulante Psychiatrische Krankenpflege

Es berichtet Herr Frank Vilsmeier, Landesvorsitzender der Bundesfachvereinigung Leitender Krankenpflegepersonen der Psychiatrie Hamburg/Schleswig-Holstein und Stellv. Vorsitzender Pflegerat Schleswig-Holstein, Stand 01.12.2017:

In der Sitzung des Gemeinsamen Landesgremiums am 20.02.2017 wurde das Thema Ambulante Psychiatrische Krankenpflege erneut aufgerufen.

Im Ergebnis beschloss das Gemeinsame Landesgremium, unter Organisation des Sozialministeriums eine Arbeitsgruppe aus den Vertreter*innen der Dachorganisation medizinischer Pflegeberufe, der Ärztekammer Schleswig-Holstein, der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein und der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein einzuberufen und deren Ergebnisse in der nächsten gemeinsamen Sitzung vorzustellen. Laut Herrn Vilsmeier wurde der Termin aus verschiedenen Gründen vom Ministerium noch nicht anberaumt.

5.6 Neue Standards in der Fachaufsicht – Handlungsempfehlungen des Sozialministeriums und der AG Gesundheitsdienste des Schleswig-Holsteinischen Landkreistages und Städteverbandes Schleswig Holstein

Es informiert Herr Dr. Ernst Lange, Arzt im Fachdienst Sozialpsychiatrie, Kreis Segeberg, Stand 30.01.2018:

Die Unterbringung psychisch kranker Menschen nach dem PsychKG bedeutet einen schwerwiegenden Eingriff in durch das Grundgesetz verbrieft Grundrechte. Die Anordnung und die Durchführung bedürfen einer besonders sorgfältigen öffentlichen Überprüfung und Kontrolle durch die zuständige Aufsichtsbehörde. Mit der Privatisierung der Kliniken/Klinikabteilungen wurde gemäß § 13 Abs. 3 PsychKG in Verbin-

dung mit § 24 Abs. 1 des Allgemeinen Verwaltungsgesetzes für das Land Schleswig-Holstein die Befugnis übertragen. Mit der Übertragung der Aufgabe, die Unterbringung von psychisch Kranken in der Handlungsform des öffentlichen Rechts durchzuführen, fällt den Kreisen/kreisfreien Städten die Aufgabe der Aufsichtsbehörde zu. Diese unterstehen hinsichtlich der Ausführung des PsychKG der Fachaufsicht des Landes. Die Kreise und kreisfreien Städte sind als Träger der Aufgabe zur Erfüllung nach Weisung gehalten, die Fachaufsicht des Landes unverzüglich bei möglichen Risiken und Gefahren zu informieren.

Die Beleihung der Kliniken/Klinikabteilungen mit ordnungsrechtlichen Aufgaben erfordert eine fachlich qualifizierte Beaufsichtigung der Aufgabenerledigung durch die Beliehenen von Seiten der Kreise und kreisfreien Städte. Fachaufsicht ist die Aufsicht über die Recht- und Zweckmäßigkeit der Aufgabenerfüllung. Neben der Einhaltung der rechtlichen Vorgaben ist die Aufsicht damit auch berufen, die fachgerechte Erfüllung der Aufgaben zu überwachen. Sie kann hierzu fachlich-inhaltliche Vorgaben machen und deren Einhaltung überprüfen und nötigenfalls durchsetzen.

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein hat im November 2016 einen Diskussionsentwurf zum Thema Fachaufsicht erarbeitet. Dieser Entwurf wurde im Juni 2017 vom Facharbeitskreis Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsdienste im Schleswig-Holsteinischen Landkreistag und dem Städteverband Schleswig-Holstein überarbeitet und mündete im Juli 2017 in die Endfassung eines Konzeptes ein, das mit einer Empfehlung des Landessozialministeriums von Schleswig-Holstein für die Ausgestaltung der Fachaufsicht ausgestattet werden soll. Die hierin definierten Grundsätze zur Ausübung der Fachaufsicht sollen den fachaufsichtsführenden Organisationen Orientierung geben und ein einheitliches Verständnis von Fachaufsicht fördern. Sie sind nicht als rechtlich zwingende Vorgabe zu verstehen. Vielmehr sind Gestaltung, Auswahl und Einsatz der Aufsichtsinstrumente innerhalb rechtlicher Grenzen von den zuständigen Organisationseinheiten frei bestimmbar.

5.7 Unterbringungsplan PsychKG – Kinder und Jugendliche nach Elmshorn/ Schleswig

Es informiert Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Leiterin des Fachdienstes Sozialpsychiatrie, Kreis Segeberg, Stand 08.05.2018:

Im Sommer 2017 wurde vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein eine Aktualisierung und Fortschreibung des Unterbringungsplanes nach §13, Abs. 2, Satz 2 des Psychisch-Kranken-Gesetzes angekündigt. Der Kreis Segeberg trug daraufhin folgende Anregungen vor:

1. für die nach dem PsychKG unterzubringenden Kinder, Jugendlichen und Heranwachsenden aus dem Kreis Segeberg schlägt der Kreis eine Unterbringung in den RegioKliniken Elmshorn vor, um damit die Wegstrecken gegenüber der bisherigen Unterbringung im Helios-Klinikum in Schleswig erheblich zu verkürzen.
2. Benennung von Kliniken für die Behandlung somatischer Erkrankungen im Rahmen der Sonderfallregelung des Erlasses. Hintergrund ist, dass bei psychisch Kranken, bei denen somatische Leiden (z. B. akuter Herzinfarkt) im Vordergrund steht, keine Rechtspflicht der somatischen Kliniken zur Aufnahme besteht. Vor dem Hintergrund regte der Kreis Segeberg an, für diese Sonderfälle bestimmte Kliniken bereits im Erlass festzulegen.

Zum Punkt 2 konnte der Kreis Segeberg keine Durchsetzung erwirken, jedoch wurde ein neuer Erlass zum Krankenhaus-Unterbringungsplan am 01.10.2017 erlassen, bei dem für die Unterbringung von psychisch kranken Minderjährigen im Kreis Segeberg nun die RegioKliniken Elmshorn benannt wurden. Die Umsetzung dieses Erlasses bewirkte jedoch, dass nicht nur Minderjährige gemäß PsychKG nach Elmshorn gebracht wurden, sondern sich der Rettungsdienst auch bei sonstigen akuten psychiatrischen Krankheitsfällen nach Elmshorn orientierte. Nach kürzester Zeit signalisierte die zuständige Chefarztin Frau Vetter „Land unter“. Die Zuständigkeit für 3 Kreise (Steinburg, Pinneberg und Segeberg) ist derzeit nicht zu bewältigen. Es ist zwar eine Bettenaufstockung in Planung, diese wird jedoch frühestens 2020 durch Umbau des Krankenhauses ermöglicht werden können.

Das Ministerium entsprach mit einem neuen Erlass vom 23. März 2018 dem Vorschlag von Frau Vetter, RegioKliniken Elmshorn, und Herrn Dr. Jung, Chefarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Schleswig, den Kreis in der Zuständigkeit aufzutei-

len. Es werden nun die Minderjährigen aus Norderstedt, Ellerau, Henstedt-Ulzburg und Kaltenkirchen nach Elmshorn zugeführt werden, der Restkreis nach Schleswig. Der Sozialpsychiatrische Dienst hat dafür Verständnis, dass eine Aufstockung der Betten mit etwas Vorlaufzeit erst stattfinden kann. Er betont jedoch, dass noch vor 2020 eine erneute Prüfung in Abstimmung mit dem Jugendamt erfolgen soll. Hintergrund ist, dass für alle betroffenen Kinder und Jugendlichen die Fahrzeit zur Klinik so gering wie möglich gehalten wird.

Auch Herr Dr. Boris Friege, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst im Kreis Segeberg, äußerte hierzu seine Bedenken: Von den genannten Zielkliniken für nach PsychKG unterzubringende Kinder und Jugendliche ist Schleswig nach Elmshorn, Lübeck und Kiel leider die von allen vom Kreis Segeberg am weitesten entfernte. Im Hinblick auf die Rettungsmittelverfügbarkeit und einzuhaltende Hilfsfristen hält er es für angezeigt, in Abstimmung mit dem Krankenhausreferat zu prüfen, ob im Unterbringungsplan für den Ostbereich des Kreises Segeberg nicht auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Lübeck oder Kiel im Unterbringungsplan festgelegt werden kann.

5.8 Einstweilige Unterbringung gemäß § 126a STPO – Abgrenzung zum Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen (Psychisch-Krankengesetz-PsychKG)

Es informiert Herr Dr. Ernst Lange, Arzt im Fachdienst Sozialpsychiatrie, Kreis Segeberg, Stand 30.01.2018:

Gemäß § 7 PsychKG können psychisch kranke Menschen gegen oder ohne ihren Willen in einem geeigneten Krankenhaus untergebracht werden, wenn und solange sie in Folge ihrer Krankheit ihr Leben, ihre Gesundheit oder Rechtsgüter anderer erheblich gefährden und die Gefahr nicht anders abgewendet werden kann. Eine Gefahr besteht insbesondere dann, wenn sich die Krankheit so auswirkt, dass ein schadenstiftendes Ereignis unmittelbar bevorsteht oder unvorhersehbar ist, jedoch wegen besonderer Umstände jederzeit damit gerechnet werden muss.

Dem gegenüber lautet die Rechtsgrundlage für die einstweilige Unterbringung nach § 126a StPO wie folgt:

Sind dringende Gründe für die Annahme vorhanden, dass jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 des Strafgesetzbuches) begangen hat und dass seine Unterbringung in einem psy-

chiatischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt angeordnet werden wird, so kann das Gericht durch Unterbringungsbefehl die einstweilige Unterbringung in einer dieser Anstalten anordnen, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert.

Im Vergleich der beiden aufgezeigten Unterbringungsmodalitäten wird deutlich, dass bei § 126a StPO der Eigengefährdungsaspekt unberücksichtigt bleibt. Viel mehr wird hier der Schwerpunkt auf die Absicherung der öffentlichen Sicherheit gelegt. Die öffentliche Sicherheit gebietet die vorläufige Unterbringung nach § 126a StPO aber nur dann, wenn eine Wahrscheinlichkeit höheren Grades und nicht nur die einfache Möglichkeit schwerer Störungen des Rechtsfriedens besteht. Es muss sich um Taten von solcher Schwere handeln, dass der Schutz der Allgemeinheit die einstweilige Unterbringung gebietet. Geboten ist danach eine mit aller Sorgfalt vorzunehmende Gesamtwürdigung der Täterin/des Täters und der Tat unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit und eine Prognose, dass von der Täterin/dem Täter in Folge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er/ sie deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist. Hierfür bedarf es einer negativen Gefährlichkeitsprognose. Mit einer Wahrscheinlichkeit hohen Grades muss danach anzunehmen sein, dass die Täterin/ der Täter in Folge des fortdauernden krankhaften Zustandes in Zukunft erhebliche rechtswidrige Taten begehen werde und daher für die Allgemeinheit gefährlich sei.

Der Verfahrensablauf des § 126a StPO im Kreis Segeberg sieht initial eine Fallmeldung der Polizei bei der Staatsanwaltschaft beim Landgericht Kiel vor. Diese lässt die Voraussetzungen für den weiteren Verfahrensweg gutachterlich prüfen – hierfür kann eine polizeiliche Ingewahrsamnahme der Täterin/des Täters bis zu 24 Stunden rechtlich zulässig sein. Nach gutachterlicher Bestätigung der vorliegenden Voraussetzungen erfolgt der Antrag der Staatsanwaltschaft beim zuständigen Haftgericht auf eine vorläufige Unterbringung in einer Anstalt des Maßregelvollzugs. Nach durchgeführter vorläufiger Unterbringung erfolgt regelmäßig eine umfangreiche psychiatrische Begutachtung, die die Frage nach weiter bestehenden Voraussetzungen für den Maßregelvollzug in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) oder in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) prüft.

Der Verfahrensweg des § 126a StPO wird im Gegensatz zum PsychKG offensichtlich sehr selten beschritten. Dies mag unter anderem den höheren Voraussetzungen und damit verbundenen bürokratischen Schwellen im Vergleich zum PsychKG-Verfahren

geschuldet sein. Der Sozialpsychiatrische Dienst des Kreises Segeberg plant in Zusammenarbeit mit der Polizeidirektion Bad Segeberg einen runden Tisch mit allen Verfahrensbeteiligten des § 126a StPO , um eine Sensibilisierung für diesen Verfahrensweg als geeignetere Maßnahme bei streng definierten Voraussetzungen zu erreichen.

5.9 Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit

Es informiert Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Leiterin des Fachdienstes Sozialpsychiatrie, Kreis Segeberg, Stand 13.03.2018:

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist gemäß PsychKG auch für Vernetzungsarbeit zuständig. Der Fachdienst betreibt Öffentlichkeitsarbeit, berät neben Einzelpersonen auch Institutionen, initiiert thematisch notwendige Fortbildungen im Kreis Segeberg, ist Impulsgeber und Unterstützer in Sachen Projektarbeit, trägt zur Evaluation und Qualität der sozialpsychiatrischen Versorgung im Kreis Segeberg bei.

In diesem Zusammenhang gab es intensive Arbeitsgespräche mit der Gesundheitsplanerin des Kreises Segeberg, Frau Dr. Anna Walther, die eine Abfrage im Bereich der gerontopsychiatrischen Pflege durchführte (siehe Kapitel 15.5).

Sowohl die Leiterin des Fachdienstes als auch ihre Mitarbeiter*innen sind im Rahmen von Schnittstellenarbeit oftmals für Arbeitskreise und Gremien angefragt worden. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Sozialpsychiatrie nicht mehr als Randgebiet wahrgenommen wird. Der Sozialpsychiatrische Dienst wird jedes Jahr für ca. 40 solcher Arbeitskreise und Gremien angefragt bzw. hat selbst den Vorsitz und ist aktives Mitglied. Zu nennen ist hierbei beispielhaft der Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie, das Netzwerk zur Versorgung traumatisierter Flüchtlinge, der Gemeindepyschiatrische Verbund, der Arbeitskreis Gerontopsychiatrie, die §4-Eingliederungshilfegruppe, die Pflegekonferenz, der Qualitätszirkel im Psychiatrischen Zentrum Rickling, die Landesarbeitsgruppe für Kinder psychisch kranker Eltern, die Landesarbeitsgruppe „Verrückt? Na und!“, die Kuratoriumssitzungen der Beratungsstellen, die unabhängige Beschwerdestelle sowie das Projekt des Jobcenters „Rehapro“ und viele andere mehr.

Zur Öffentlichkeitsarbeit gehört auch die Unterstützung von Kreiseinwohner*innen in der Suche nach geeigneten Behandlungen und Beratungsstellen. Diesbezüglich wurde der Psychosoziale Wegweiser, der erstmalig 2003 veröffentlicht wurde, in

seiner 4. Auflage 2018 neu überarbeitet. Er kann über die Homepage des Kreises abgerufen werden.

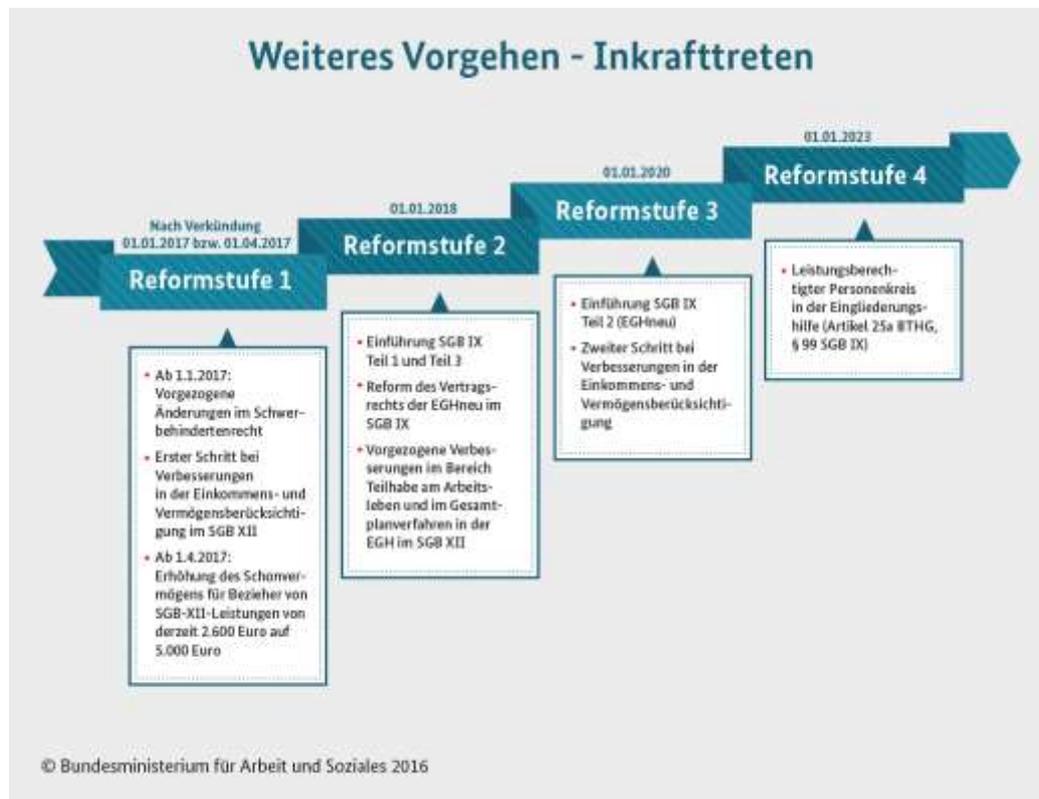
Für die Zukunft wird vorgeschlagen, dass ggf. in Zusammenarbeit mit dem Sozial- und Jugendbereich des Kreises eine zeitgemäße Internetseite eingerichtet wird z. B. nach dem Vorbild der Stadt Lübeck <http://www.psychosozialer-wegweiser-luebeck.de/> .

6 Was bewegt den Fachdienst Eingliederungshilfe?

Es berichtet Frau Susanne Stürwohldt, Sozialplanerin im Fachdienst Eingliederungshilfe, Kreis Segeberg, Stand 17.05.2018:

Das **Bundesteilhabegesetz** wurde am 16.12.2016 vom Bundestag beschlossen. Bis zum letzten Moment wurden noch Änderungen eingearbeitet. Durch das BTHG wird das Recht der Leistungen für Menschen mit Behinderung neu gestaltet und stellt damit die bislang größte Reform des SGB IX seit dessen Entstehung im Jahr 2001 dar.

Nach Verkündung im Bundesgesetzblatt am 23.12.2016 tritt das BTHG nun stufenweise in Kraft:



Einzelne Regelungen werden in verschiedenen Projekten erprobt.

Der Eingliederungshilfe des Kreises Segeberg hat sich um Teilnahme beworben und im Rahmen des **Programms** „Förderung von regionalen Projekten in den Bundesländern zur **modellhaften Erprobung** der zum 01. Januar 2020 in Kraft tretenden Verfahren und Leistungen nach (...) BTHG einschließlich ihrer Bezüge zu anderen Leistungen der sozialen Sicherung nach (...) BTHG“ den Zuschlag erhalten.

Schwerpunkte des Projektes im Kreis Segeberg sind:

- Umsetzung der Regelung des Rangverhältnisses von Leistungen der EGH und Leistungen der Pflege bei Leistungstatbeständen, die von beiden Leistungssystemen erfasst sind (§§ 91 Abs. 3 und 103 SGB IX) sowie
- Abgrenzung der neuen Leistungen der EGH nach Artikel 1 Teil 2 von den Leistungen nach dem 4. Kapitel SGB XII (Fachleistungen vs. existenzsichernde Leistungen),

Daneben ist der Fachdienst Eingliederungshilfe daran interessiert, dass ein **Modellvorhaben „Förderung von Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation“** (§ 11 SGB IX) im Kreis Segeberg gefördert wird. Bei dem unter dem Titel „rehapro“ [Vgl. <https://www.modellvorhaben-rehapro.de>] laufende Programm ist das Jobcenter antragsberechtigt. Ziel ist u. a., die stetig hohen Zugänge in die Erwerbsminderungsrente und in die Eingliederungs- bzw. Sozialhilfe durch vorherige präventive und rehabilitative Maßnahmen zu bremsen. Zielgruppe sind Menschen mit psychischen, seelischen und gesundheitlichen Unterstützungsbedarfen. Ziel ist, diesen frühzeitig passgenaue Unterstützungsangebote unterbreiten zu können.

Die für Anfang 2018 angekündigte Förderrichtlinie wurde am 04.05.2018 bekannt gegeben. Das Jobcenter ist Antragsteller und übernimmt die Koordinierung.

Das zum 01.01.2016 in Schleswig-Holstein eingeführte **Budget für Arbeit** wurde als Regelleistung in das BTHG (vgl. oben) aufgenommen. Das Land Schleswig-Holstein hat sich erfreulicherweise entschieden, die teilweise weitergehenden Landesregelungen zum Teil weiterzuführen. Es erfolgt somit eine Aufstockung der Leistungen aus Mitteln der Ausgleichsabgabe des Integrationsamtes.

Für das Thema der **Tagesstrukturierung für ältere Menschen mit Behinderung** in Norderstedt konnte noch keine befriedigende, abschließende Lösung gefunden werden.

In 2017 haben sich einzelne Mitarbeitende des Fachdienstes Eingliederungshilfe weiter mit dem Thema **„Ambulante, teilstationäre oder stationäre Hilfen für erwachsene Menschen mit Alkoholabhängigkeit“** in einer Arbeitsgruppe mit Kolleg*innen des Fachdienst Sozialpsychiatrie, der Hilfe zur Pflege und der Betreuungsbehörde befasst.

Im Mai 2017 hat es diesbezüglich einen Austausch in einer Einrichtung in Rickling gegeben. Im Ergebnis ist die Arbeitsgruppe im Sommer 2017 mehrheitlich zu der

Auffassung gelangt, dass die Angebote im Kreis Segeberg ausreichend sind. Für wenige schwierigere Einzelfälle gelingt es bislang Lösungen zu finden.

Die Sozialplanung arbeitet an einer „**Bestands- und Bedarfsanalyse** der Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe im Kreis Segeberg“. Die Analyse des Bestandes inkl. Angaben zu den Nutzenden ist abgeschlossen [Vgl. <http://kreis-se.info/bi/vo020.asp?VOLFDNR=2604> sowie <http://kreis-se.info/bi/to020.asp>].

Im weiteren Prozess werden, im Sinne niedrigschwelliger **Partizipation**, Nutzer*innen der Angebote zu drei regionales Workshops eingeladen. Im April 2018 hat der erste Workshop stattgefunden. Die Teilnehmenden kamen aus verschiedenen Einrichtungen und Dienste und repräsentieren das breite Spektrum der Leistungsberechtigten der Eingliederungshilfe. Erfreulicherweise haben auch Personen mit psychischen Beeinträchtigungen teilgenommen, die erfahrungsgemäß schwerer zu erreichen sind.

Die **Mitwirkung von Menschen mit Behinderung**, auch im öffentlichen Raum, soll weiter gestärkt werden. Menschen, die an Mitwirkung interessiert sind, sind eingeladen, sich an dem Prozess beim Kreis Segeberg zu beteiligen. Das gilt auch für Menschen mit psychischen Behinderungen.

7 Was bewegt den Fachdienst Soziale Sicherung?

Es berichtet Frau Sabine Klein, Hilfeplanerin in der Hilfe zur Pflege, Fachdienst Soziale Sicherung, Kreis Segeberg, Stand 04.02.2018:

Durch zugehende Hilfeplanung der Hilfe zur Pflege fielen 2017 weiterhin immer wieder Fälle mit **Verwahrlosungsproblematik** auf. Es ist den Pflegediensten nicht zuzumuten, unter diesen Bedingungen Patient*innen zu pflegen. Die Organisation der Grundsanierung des Wohnumfeldes benötigt aufgrund von umfänglich zu klärenden Sachverhalten teilweise einen langen zeitlichen Vorlauf. Die dringend notwendigen Hilfeleistungen können daher oftmals erst verzögert einsetzen.

Bei **Entlassung aus dem Krankenhaus** wird das gesamte Spektrum der ambulanten Unterstützungsmöglichkeiten weiterhin nicht durchgehend genutzt. Das Wissen über Pflege ohne Pflegestufe nach Krankenhausaufenthalt (§37-39 SGB V) ist noch zu wenig verbreitet. Die Regionale Pflegekonferenz befasste sich in einer Arbeitsgruppe mit dem **Entlassungsmanagement** im Kreis Segeberg. Dazu laufen Pla-

nungen einer Arbeitsgruppe an einem kleinen Projekt mit exemplarischen Mitwirkenden.

Mit Einführung **des Pflegestärkungsgesetzes II 2017** wurde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Im Fokus der Betrachtungen stehen zukünftig die Selbstständigkeit und die Fähigkeiten pflegebedürftiger Menschen. Diese erweiterte Betrachtung führt zu größeren Schnittmengen zwischen den Leistungsarten. Die Schnittmenge der Hilfeleistungen der Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege wird mit dem **Bundesteilhabegesetz** größer werden.

Entlastungsleistungen der Pflegekasse nach §45b SGB XI, werden nicht durchgehend genutzt. Anspruch darauf besteht schon ab Pflegegrad 1 monatlich in Höhe von 125€ als Sachleistung (nur bei Anbietern, die einen Vertrag mit der Pflegekasse haben). Beispielsweise hauswirtschaftliche Leistungen könnten damit schon bei geringer Pflegebedürftigkeit genutzt werden, um den Verbleib in der Häuslichkeit zu unterstützen. Bei Menschen mit psychischen Erkrankungen ist diese Unterstützung noch nicht ausreichend bekannt. Die Leistungsinhalte der Entlastungsangebote sind bei den Pflegekassen erhältlich.

Körperbehinderte Menschen haben weiterhin Schwierigkeiten, eine bedarfs- und altersgerechte Wohn- und Betreuungsform zu finden.

Problematisch entwickelte sich der **Fachkräftemangel** im Bereich Pflege und hauswirtschaftlichen Leistungen. Vielfach können die Pflegedienste nur Patient*innen neu annehmen, die sowohl hauswirtschaftliche, als auch pflegerische Leistungen in Anspruch nehmen. Es gibt im Kreis Segeberg über die Pflegedienste hinaus, Anbieter, die sich auf hauswirtschaftliche- und Betreuungsleistungen spezialisiert haben.

SeniorenNetz

Umfangreiche Informationen und Kontaktadressen rund um Senioren- und Pflegethemen z. B. von ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeheimen finden Sie auf der Internetseite des Kreises Segeberg unter SeniorenNetz.

8 Was bewegt den Fachdienst Betreuungsbehörde?

Es berichten Frau Kristina Höhne-Wawra und Frau Susanne Matthiessen, Mitarbeiterinnen der Betreuungsbehörde, Kreis Segeberg, Stand 03.01.2018:

Gemäß §1896 BGB kann eine rechtliche Betreuung für eine volljährige Person eingerichtet werden, wenn diese aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen kann.

Zum Stichtag 01.12.2017 waren im Kreis Segeberg 3872 rechtliche Betreuungen eingerichtet. Voraussetzung für die Einrichtung der rechtlichen Betreuung war bei 30,7 % eine psychische Erkrankung gefolgt von einer geistigen Behinderung bei 27,1 % der rechtlich betreuten Menschen. Die Gruppe der psychisch erkrankten Menschen stellt damit den größten Anteil der Personen, für die eine rechtliche Betreuung eingerichtet ist.

Ausgehend von einem steten demografischen Wandel ist auch die Auseinandersetzung mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, an psychischen oder/und somatischen Erkrankungen zu leiden, notwendig.

Unabhängig vom Alter der Erkrankten ist es oftmals erforderlich, bei Entscheidungsprozessen Hilfe und Unterstützung zu bekommen.

Zumeist wird diese durch Angehörige geleistet. Wenn es sich um rechtlich relevante oder lebensbedrohliche Entscheidungen handelt, ist es notwendig, eine Vorsorgevollmacht und ggf. auch eine Patientenverfügung vorzulegen, um als Angehörige tätig werden zu dürfen. Dies ist oftmals eine belastende Situation für Angehörige, die mit Unsicherheiten und Zweifel einhergehen.

Zu den Aufgaben der Betreuungsbehörde gehört im Vorfeld die Aufklärung und Beratung bei der Erstellung einer Vorsorgevollmacht, sowie die Unterstützung der Bevollmächtigten.

Liegt keine Vorsorgevollmacht vor und ein Handlungsbedarf entsteht, wird in der Regel geprüft, ob eine rechtliche Betreuung erforderlich ist. Diese soll vorrangig durch Angehörige geführt werden. Ist das nicht möglich, wird von der Betreuungsbehörde ein ehrenamtlicher- oder Berufsbetreuer vorgeschlagen, der ebenfalls von der Betreuungsbehörde beraten wird.

Sowohl Angehörige als auch familienferne Betreuer*innen sind daran gebunden, im Sinne einer evtl. erstellten Patientenverfügung zu entscheiden. Sollte diese nicht

vorhanden sein, muss der mutmaßliche Wille der Erkrankten zugrunde gelegt werden. Dabei sind früher geäußerte Wünsche, ethische und religiöse Überzeugungen der Betroffenen zu berücksichtigen (§1901a BGB).

Bei einer psychischen Erkrankung oder auch einer fortgeschrittenen Demenz ist es mitunter notwendig auch Entscheidungen gegen den (mutmaßlichen) Willen der Erkrankten zu treffen. Z.B., wenn Betroffene desorientiert sind, sich selbst in der vertrauten Umgebung nicht mehr zurechtfinden, aber dennoch zu unterschiedlichen Tages- und Nachtzeiten das Haus verlassen und sich dabei gefährden. Oder, wenn eine psychische Erkrankung zu Wahnvorstellungen führt und die Betroffenen sich selbst oder anderen ein Leid zufügen.

Die Voraussetzungen für eine Behandlung und Unterbringung in einer geschlossenen Institution (Krankenhaus, Psychiatrie, Seniorenheim) sind in den §§1906 und 1906a BGB ausgeführt und müssen durch entsprechend geschulte, psychiatrisch erfahrene Ärzt*innen sowie dem zuständigen Amtsgericht überprüft werden. Vor der Betreuungsgerichtlichen Genehmigung müssen die Betroffenen persönlich angehört werden. Die alleinige Entscheidung durch bevollmächtigte Angehörige oder Betreuer*innen ist nicht zulässig. Davon betroffen sind auch mechanische Vorrichtungen wie z.B. Gurte zur Fixierung, Bettgitter, Stecktische am Stuhl u. ä.

Es muss im Vorfeld zwingend versucht werden, die Betroffenen *„ernsthaft und mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks“* [§1906a BGB] von der Notwendigkeit der Maßnahme zu überzeugen. Andere weniger belastende Maßnahmen sind immer vorrangig zu versuchen und müssen ausgeschlossen werden, bevor eine Zwangsmaßnahme erfolgen darf.

Dieselben Voraussetzungen gelten für eine medikamentöse Behandlung, die gegen den Willen einer erkrankten Person erfolgen soll. Zusätzlich zu den oben genannten Voraussetzungen konnte bislang eine Zwangsmedikation nur in Kombination mit einer geschlossenen Unterbringung stattfinden.

In einer Pressemitteilung teilte das Bundesverfassungsgericht jedoch bereits im August 2016 wie folgt mit:

„Es verstößt gegen die Schutzpflicht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG, dass hilfsbedürftige Menschen, die stationär in einer nicht geschlossenen Einrichtung behandelt werden, sich aber nicht mehr aus eigener Kraft fortbewegen können, nach geltender

Rechtslage nicht notfalls auch gegen ihren natürlichen Willen ärztlich behandelt werden dürfen."

Daraufhin wurde das Gesetz zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten am 22. Juni 2017 vom Bundestag und am 7. Juli 2017 vom Bundesrat in geänderter Fassung verabschiedet. Es trat am 22. Juli 2017 mit folgenden Änderungen in Kraft:

- *Verbesserung des Grundrechtsschutzes von Betroffenen durch Einführung eines Antragsrechtes auf Feststellung einer Rechtsverletzung (sogenannte Fortsetzungsfeststellungsbeschwerde) für Verfahrensbeistand und Verfahrenspfleger der Betroffenen zwecks gerichtlicher Feststellung, dass eine erledigte Maßnahme innerhalb eines Betreuungsverfahrens rechtswidrig war (§ 62 Abs. 3 und § 317 Abs. 1 FamFG n.F.). Dies betrifft etwa Fälle, in denen Betroffene ohne die erforderlichen Voraussetzungen in Pflegeheimen fixiert oder ruhiggestellt werden. Eine entsprechende Feststellung war bisher lediglich für eine andauernde Maßnahme möglich.*
- *Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betroffenen, indem eine Zustimmung des Betreuers zu einer ärztlichen Maßnahme (an Stelle des betreuten Patienten) nur dann erfolgen darf, wenn die ärztliche Maßnahme dem zu beachtenden Patientenwillen entspricht.*
- *Vermeidung von ärztlichen Zwangsbehandlungen durch ein zweistufiges Genehmigungsverfahren, wonach in einem ersten Schritt grundsätzlich nur über die zwangsweise Verbringung in ein Krankenhaus entschieden werden soll. Erst in einem zweiten Schritt soll darüber entschieden werden, ob die Genehmigung der Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme erteilt werden darf.*
- *Ambulante Zwangsmaßnahmen bleiben aber weiterhin ausgeschlossen (§1906a Abs. 1 Nr. 7 BGB), denn ärztliche Zwangsmaßnahmen werden an das Erfordernis eines stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus, in dem die gebotene medizinische Versorgung des Betreuten einschließlich einer erforderlichen Nachbehandlung sichergestellt ist, gebunden.*
- *Konkretisierung des Überzeugungsversuchs bei Zwangsbehandlungen im Sinne der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts durch die Formulie-*

„zuvor ernsthaft, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks versucht wurde“ (§ 1906a Abs. 1 Nr. 4 BGB n.F.[45]). Damit soll dem Überzeugungsgespräch zu mehr Wirksamkeit verholfen werden. Es soll nicht ausreichend sein, schnell zu sagen: „Das wäre aber wichtig“, und das Gespräch damit als erledigt anzusehen.

Für die Betroffenen ist somit eine medikamentöse Behandlung gegen ihren Willen auch möglich, ohne sie noch zusätzlich geschlossen unterbringen zu müssen.

9 Was bewegt das Jobcenter?

Es berichtet Herr Stefan Stahl, Bereichsleiter Markt & Integration, stellvertretender Geschäftsführer, Jobcenter Kreis Segeberg, Stand 02.03.2018:

Im Rahmen des **beschäftigungsorientierten Fallmanagements** arbeiten wir mit Menschen, die verschiedene Herausforderungen in Ihrem persönlichen Bereich haben und die sich nach einem Informationsgespräch über das Fallmanagement bereit erklärt haben, diese Schwierigkeiten gemeinsam mit der/dem Fallmanager/in zu bearbeiten.

Meistens ist es eben nicht so, dass Menschen einfach nicht arbeiten wollen, sondern es stehen ihnen Situationen im Wege, die so belastend sind, dass der „Kopf für Arbeit nicht frei ist“.

Die Erfahrung zeigt, dass der Großteil der Kundschaft dieses freiwillige Unterstützungsangebot gerne in Anspruch nimmt, was auch bedeutet, dass sie wesentlich häufiger im Jobcenter erscheint als zuvor.

Der Zugang zum beschäftigungsorientierten Fallmanagement erfolgt niedrighschwellig, die Räumlichkeiten sind den Klientinnen und Klienten schon bekannt, was es Ihnen erleichtert, den ersten Schritt zu machen.

Der Kontakt zum Fallmanagement wird in der Regel von der bisher zuständigen Integrationsfachkraft hergestellt.

Sporadisch erfolgt dies auch über Netzwerkpartner oder andere Abteilungen des Jobcenters.

Zunächst geht es dann darum, ein Arbeitsbündnis herzustellen, der Fokus liegt dabei speziell auf der (Wieder-) Entdeckung der Ressourcen sowie der Analyse der bisherigen beruflichen Biographie.

An dieser Stelle geht es darum, zu klären, welche Ansätze die Klientin/der Klient in der Vergangenheit nutzen konnte, um einer regelmäßigen beruflichen Tätigkeit nachzugehen und wie diese Stärken in der jetzigen Lebenssituation wieder aktiviert werden können.

Aufgrund der hohen Anzahl von Menschen, die eine Integrationsfachkraft betreut (Betreuungsschlüssel rund 1:250), steht dort in der Regel nicht so viel Zeit für die Beratung der jeweiligen Person zur Verfügung. Mit dem Übergang in das Fallmanagement ergibt sich hiermit ein anderes Setting (Betreuungsschlüssel 1:75). Es finden häufiger Beratungstermine statt und es werden vermehrt auch Themen bearbeitet, die auf den ersten Blick keinen direkten Zusammenhang mit der konkreten Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit zu haben scheinen.

Es dauert oft eine nennenswerte Zeit bis deutlich geworden ist, welchen Beitrag das Fallmanagement zur Unterstützung der Klientinnen und Klienten leisten kann.

Grundsätzlich hat das Fallmanagement eine koordinierende und beratende Rolle. In sehr vielen Fällen vertrauen die Menschen den Fallmanagern auch sehr private Angelegenheiten an. Hier ist die Aufgabe des Fallmanagements zu erkennen, in welchem Umfang diese im Rahmen des beschäftigungsorientierten Fallmanagements bearbeitet werden können und wann eine Weiterleitung an Fachstellen angezeigt ist, da das Fallmanagement hier an die Grenzen seines Auftrages und seiner fachlichen Möglichkeiten kommt.

Der Aufbau des Arbeitsbündnisses kann aufgrund der o.g. Aspekte durchaus einen langen Zeitraum in Anspruch nehmen.

Im Anschluss werden die konkreten Ziele, die ein/e Klient/in als erstes erreichen will, gemeinsam identifiziert und darauf aufbauend dann konkrete Schritte festgelegt. Hier kommt in erster Linie das psychosoziale Netzwerk zum Tragen.

Ein großer Anteil der Klient*innen im Fallmanagement berichtet von psychischen Problemen, viele haben auch mit einer Suchtproblematik zu kämpfen.

Daher ist es wichtig, niedrigschwellig Kontakt zu den jeweiligen Fach- und Beratungsstellen herzustellen.

Wir haben gute Erfahrungen damit gemacht, dass - wenn wir die jeweiligen Ansprechpersonen, Abläufe sowie Räumlichkeiten der Einrichtungen schon kennen gelernt haben und diese den Klient*innen entsprechend darstellen können - die „Schwellenangst“ im Vorfeld schon genommen werden kann.

Leider haben wir festgestellt, dass nicht alle professionellen Beschäftigten im psychosozialen Netzwerk einer Kooperation mit dem Jobcenter offen gegenüber stehen, was dann leider die Unterstützung des jeweiligen Klienten oder der Klientin erschweren kann.

Lange Wartezeiten bei Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen stellen weitere Herausforderungen dar.

Neben in der Regel monatlichen Gesprächen mit den Klientinnen und Klienten findet im Rahmen des beschäftigungsorientierten Fallmanagements auch die Begleitung zu anderen Stellen, beispielsweise zur Sprechstunde der Eingliederungshilfe, der Schuldnerberatung, zum PKH Rickling oder der ATS, statt. Auch erfolgen Besuche der Klient*innen, wenn diese an einer Arbeitsgelegenheit oder an anderen Unterstützungsangeboten des Jobcenters teilnehmen.

Das Angebot der Begleitung zu Terminen erfolgt regelmäßig und wird unterschiedlich ausgeprägt von den Klientinnen und Klienten genutzt.

Wenn alle Menschen die Begleitung des Fallmanagers oder -managerin regelmäßig in Anspruch nehmen würden, wäre das bei einer Betreuung von 75 Menschen nicht ausreichend umsetzbar.

Viele der monatlichen Gespräche im Jobcenter finden unter Beteiligung von anderen unterstützenden Personen statt.

Vertreten sind dabei unter anderem Personen der ambulanten Betreuung, der Familien- und Bewährungshilfe oder der Suchtberatung.

In dem Rahmen kann dann besprochen werden, welche konkreten Schritte zur Verbesserung seiner Situation der Klient unter Beteiligung welcher Akteure unternimmt.

Es gab ebenfalls schon Dreiergespräche mit dem sozialpsychiatrischen Dienst, um in Sinne der Klientin/des Klienten eine gemeinsame Fallbearbeitung- bzw. Koordination zu erreichen.

Wenn die Klientel eine ausreichende Stabilität erreicht hat, folgen konkrete berufliche Schritte. Dies kann zunächst auch ein Ehrenamt oder eine stundenweise Tätigkeit wie z.B. ein Nebenverdienst sein.

Die zur Verfügung stehenden niedrigschwelligen Unterstützungsangebote wie beispielsweise Arbeitsgelegenheiten und auch die Kontakte zum Arbeitgeberservice der

Agentur für Arbeit (z.B. Einstieg über ein Praktikum) können in dem Rahmen genutzt werden.

In vielen Fällen ist es im Rahmen des beschäftigungsorientierten Fallmanagements mittelfristig zu Arbeitsaufnahmen gekommen. Das beschäftigungsorientierte Fallmanagement dauert in der Regel maximal 24 Monate. Aufgrund der Komplexität der Problematiken und der Dauer des Aufbaus eines Arbeitsbündnisses ist es aber in einer nennenswerten Anzahl von Fällen notwendig, dass die Betreuung verlängert wird.

Ein Blick in die nahe Zukunft: Rehapro

Dem Inklusionsgedanken folgend bezweckt dieses Bundesprojekt Ideen zu entwickeln und modellhaft umzusetzen für eine Verbesserung der gesellschaftlichen und beruflichen Teilhabe. Insgesamt werden den Jobcentern und den Rentenversicherungsträgern dafür in einem Zeitraum von 5 Jahren bundesweit jeweils 500 Mio. € zur Verfügung gestellt.

Nach Ablauf der 5 Jahre soll mithilfe einer obligatorischen wissenschaftlichen Projektbegleitung eine Verstetigung erfolgreicher Handlungsansätze erfolgen.

Das Jobcenter verfolgt mit Unterstützung der Behindertenbeauftragten des Kreises das Ziel, durch Nutzung eines ausgeprägten Netzwerks denjenigen eine bessere Unterstützung zukommen zu lassen, die heute nachhaltige Schwierigkeiten bei einer raschen (Wieder-)Eingliederung in das Erwerbsleben haben.

Bisher (Stand 02.03.2018) konnte ein Netzwerk begründet werden bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Bundesagentur für Arbeit (Reha- Bereich), der Eingliederungshilfe und dem sozialpsychiatrischen Dienst des Kreises, der Deutschen Rentenversicherung und der Krankenkasse (um die wesentlichen Akteure zu nennen), die sich für eine Zusammenarbeit bei diesem Projekt interessieren. Eine grobe Projektskizze existiert bereits. Eine Konkretisierung wird erfolgen, sobald die Förderrichtlinie des Bundes veröffentlicht wurde. Bei Erteilung eines Zuschlags ist mit einem Projektstart im 3. Quartal 2018 zu rechnen.

10 Was bewegt die Leistungsanbieter?

Hier haben Anbieter die Möglichkeit, über Ihre Tätigkeit zu informieren und ggf. Impulse zu setzen. Der Inhalt dieser Berichte spiegelt nicht automatisch die Meinung des Psychiatrieplanungsteams oder des AK Gemeindenahe Psychiatrie wider.

10.1 Das Psychiatrische Zentrum Rickling

Es berichtet Herr Nikolas Kahlke, leitender Chefarzt des Psychiatrischen Zentrums Rickling, Landesverein für Innere Mission Schleswig-Holstein, Stand 26.01.18:

Das Psychiatrische Zentrum: ein nachgefragtes Netzwerk

Wenn die Seele akut erkrankt, wenn die Sucht das Leben beherrscht, wenn nach der Krankenhausentlassung noch Behandlung oder Begleitung benötigt wird, wenn die chronische psychische Erkrankung zu Rückzug und Verlust von Lebensqualität führt, wenn im Alter die Seele leidet oder Erinnerungen und Fähigkeiten verloren gehen, dann ist professionelle und menschliche Unterstützung gefragt. Unsere Arbeit für Menschen mit seelischen Erkrankungen orientiert sich am Bedarf und an den Möglichkeiten des Einzelnen. So bietet das Psychiatrische Zentrum eine große Bandbreite an Hilfen, sei es durch Behandlung, Rehabilitation, Pflege, Eingliederung, Beschäftigung, Wohnen oder ambulante Begleitung.

Zum Psychiatrischen Zentrum gehören:

- das Psychiatrische Krankenhaus Rickling,
- die Tageskliniken und Institutsambulanzen für Psychiatrie und Psychotherapie,
- der Rehabilitations- und Pflegebereich,
- der Bereich Wohnen und Fördern ,
- die Ambulante und Teilstationäre Psychiatrie (ATP),
- die Gesundheits- und Krankenpflegeschule, ab 1.8. als generalistische Pflegeberufeschule
- der Heidehof – Wohnheim für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke.

Das Psychiatrische Zentrum war als sozialpsychiatrisch ausgerichtetes Netzwerk differenzierter Behandlungs-, Pflege- und Betreuungsangebote im Berichtszeitraum wieder sehr nachgefragt.

Gewachsene Tradition und gelebte Offenheit für Innovation sind die Basis der Arbeit und Weiterentwicklung des Psychiatrischen Zentrums. Für den Berichtszeitraum ist eine wachsende Vielfalt der Angebote und Aktivitäten im Hinblick auf Spezialisierung und Anpassung unserer Angebote und Strukturierung erneut kennzeichnend.

Der Anspruch zur aktiven Mitgestaltung einer ambulanten Behandlung und Versorgung der psychisch beeinträchtigten Menschen im Kreis Segeberg begleitet unser Handeln. Der von uns unterstützte Antrag des Kreistages an den Landkreistag zur Etablierung ambulanter Pflegestrukturen in Schleswig-Holstein ist nunmehr vom »Gemeinsamen Landesgremium« zur Entwicklung medizinischer Versorgungsstrukturen angenommen worden. In einer Arbeitsgruppe sollten in 2017 die Möglichkeiten einer möglichst flächendeckenden häuslichen psychiatrischen Krankenpflege erörtert werden.

Psychiatrisches Krankenhaus Rickling

Die anhaltend hohe und weiter wachsende Inanspruchnahme des Psychiatrischen Krankenhauses Rickling zeigt die große Akzeptanz, die das spezialisierte Behandlungsangebot in der Region und darüber hinaus erfährt. Dieses ist im Berichtszeitraum weiterentwickelt worden.

Ein wichtiges Ereignis im Psychiatrischen Krankenhaus Rickling war der Bau und der Bezug des Ersatzbaus für Haus 3. Dort sind zwei neue Stationen entstanden. Das Gebäude beheimatet im Erdgeschoss die Aufnahmestation – offen und geschlossen – ein erheblicher Gewinn an Komfort und Raum für die Menschen, die dort unsere Hilfe benötigen.

Nachdem die Interkulturelle Psychiatrie das Obergeschoss des Ersatzbaus bezogen hatte, wurde es möglich, die Bettenzahl für dieses sehr nachgefragte Behandlungsangebot auf 24 zu erhöhen. Es richtet sich an Menschen mit türkischem, kurdischem und arabischem Hintergrund, die an einer psychischen Erkrankung leiden und stationäre Hilfe benötigen. Die Behandlung ist kultursensibel und multilingual ausgerichtet.

Zum Team gehören Mitarbeiter*innen mit eigener Migrationserfahrung, die die Herkunftssprache der Klient*innen sprechen und ein Verständnis für unterschiedliche religiöse und traditionelle Wertvorstellungen haben, somit schneller Zusammenhän-

ge erkennen, handeln und Zugänge zum Hilfesystem dementsprechend gestalten und schaffen können.

U 21 – die suchtpsychiatrische Behandlung von Heranwachsenden und jungen Erwachsenen im Psychiatrischen Krankenhaus Rickling

Seit April 2017 bietet das Psychiatrische Krankenhaus Rickling auf Station 14B mit 10 Plätzen eine besondere Behandlung für junge Süchtige mit psychischen Erkrankungen an. Damit wird eine Lücke in der psychiatrischen Versorgung von Menschen geschlossen, die sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht mehr gut aufgehoben fühlen, die aber mit den Methoden der Erwachsenenpsychiatrie noch nicht erreicht werden können. Die Erkrankten sind zwischen 16 und 21 Jahren alt und bleiben etwa sechs Wochen in der Behandlung. Der Unterschied zum klassischen Suchttherapieangebot ist das sehr viel stärkere therapeutisch-pädagogische Vorgehen. Um ein Beispiel zu nennen: Wenn wir bei erwachsenen Patient*innen erwarten, dass sie zu einer bestimmten Uhrzeit zu den Therapien erscheinen, dann liegt das Ziel bei den U21-Patient*innen darin zu lernen, pünktlich zu erscheinen. Wir gestehen ihnen da also auch ein nicht altersadäquates Verhalten zu – Pünktlichkeit sollten sie nämlich eigentlich schon gelernt haben – und helfen ihnen beim Einüben von passendem Verhalten. So wird die Grundlage für den weiteren suchtspezifischen Prozess gelegt. Die Bereitschaft, etwas zu verändern und das Leben noch einmal neu zu sortieren, muss von den Betroffenen selbst kommen. Und das ist oftmals gar nicht so einfach, denn viele Patient*innen sind bereits als Kinder psychiatrisch behandelt worden und haben eine tiefe Ablehnung gegenüber Therapie entwickelt. Um diese Haltung zu verändern, muss Vertrauen aufgebaut werden.

Die Chancen, nach der Behandlung ein abstinentes Leben zu führen, sind besser, je kürzer die Abhängigkeit bereits besteht. Bei unseren Patient*innen sind das meist nur wenige Jahre, das ist also günstig. Denn das Gehirn ist noch nicht so tief geprägt durch die Sucht, und Neues kann noch leichter gelernt werden. Allerdings ist ein Suchtverlauf oft schwieriger, je jünger ein Mensch bei Beginn der Abhängigkeit ist. Dann ist das Gehirn noch nicht ausgereift und viel empfindlicher, die Stoffwechseleingriffe durch die Substanzen sind viel schwerwiegender. Im Umgang mit den Patient*innen zeigt sich, dass viele doch psychiatrisch etwas schwerer krank sind. Bei diesen Patient*innen wird oftmals der Suchtstoff als eine Form der Selbstmedikation genutzt, um vor tiefgreifenden Problemen zu fliehen, den Defiziten nicht ins

Gesicht blicken zu müssen, Langeweile und Leere ertragen zu können. Das sind dann besondere psychosoziale Problemlagen.

Das Team ist kein „klassisches Pflorgeteam“, hat sehr wohl aber Pflegekräfte. Die Kolleg*innen heißen bei uns PEETs – die Großbuchstaben stehen für **p**flegerisch-**e**rzieherisch-**e**rgotherapeutisches **T**eam. Und damit zeigt sich noch einmal wieder unser Konzept: Wir arbeiten sehr stark multiprofessionell. Ganz wichtig sind neben den Gesprächstherapien als Gruppen- und Einzeltherapien die nonverbalen Therapien wie Ergo-, Musik- und Kunsttherapie, Mototherapie und Sport sowie Physiotherapie. Sie bieten einen anderen Zugang über die Tätigkeit, über die körperliche Erfahrung und über das Erleben. Jeder Patient und jede Patientin hat drei Bezugs-PEETs, so dass wirklich in allen drei Arbeitsschichten ein persönlicher Ansprechpartner oder -partnerin vor Ort ist, der/die auch im Stationsalltag an den therapeutischen Themen dran bleibt. So ist auch die Zeit abseits der eigentlichen Behandlungen therapeutisch genutzt. In der »Zielegruppe« formulieren die Patient*innen die Ziele ihres Aufenthalts. Zu Beginn ist das ein übergeordnetes Ziel, wie »Ich möchte keine Drogen mehr nehmen«. Wöchentlich müssen sie dann kleine konkrete Ziele entwickeln, also beispielsweise regelmäßig Sport zu machen, um körperlich wieder fit zu werden. Ein weiterer Punkt ist es, ein altersadäquates Freizeitverhalten zu entwickeln. Viele haben den richtigen Zeitpunkt, so mit 12 oder 13 Jahren, verpasst, ein gutes Konzept für ihre Freizeit zu bekommen, zum Fußball zu gehen, in die freiwillige Feuerwehr oder Ähnliches. Denn immer bleibt die Frage: Was mache ich eigentlich mit meiner Zeit, wenn ich nicht konsumieren kann? Oft muss man auch Langeweile aushalten lernen. In der Emotionsregulationsgruppe besprechen wir, welche Gefühle auftauchen können, wenn man sich nicht durch Drogen wegdröhnt oder – bei Langeweile – hochpusht. Mancher entdeckt hier nach Jahren des Konsums große Gefühle der inneren Leere oder die Kehrseite davon: Überforderung durch ein Zuviel von allem. Wir helfen den jungen Menschen, sich zu entdecken und Konzepte zu entwickeln, mit Frust und allen anderen Gefühlen umzugehen. Am Ende der meist sechs Wochen, die die Patient*innen hier sind, kommt die Perspektivplanung: Wir entwickeln einen Plan für die Zeit nach der Entlassung und mit Hilfe unserer Sozialpädagog*innen gucken die jungen Leute, welcher Weg für sie der Richtige ist. Das kann etwa das Behandlungsangebot für junge Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen der Tagesklinik in Norderstedt sein, eine Suchttherapie in

einer Rehabilitationseinrichtung oder eine betreute Wohngemeinschaft. Wir entwickeln Ideen, wie es beruflich weitergehen soll, ob sie sich an die Jugendhilfe wenden oder ob sie vielleicht auch etwas ganz anderes brauchen.

Eine Patientin der Station berichtet:

»Ich bin jetzt seit vier Wochen hier in der Behandlung. Die Therapie ist ganz schön anstrengend und auch mal nervig. Mit Drogen habe ich angefangen, als ich 14 war, jetzt bin ich 16. Erst habe ich nur Cannabis geraucht. Gleich beim ersten Rauchen hat mir das so gut gefallen, dass ich das tolle Gefühl, die Freiheit, die Entspannung sofort wieder haben wollte. Danach habe ich dann auch andere Sachen ausprobiert, Speed, Kristalle, Tabletten, eigentlich alles Drogen, von denen man schön wach wird und viel Energie bekommt. Mit denen habe ich dann Party gemacht. Cannabis habe ich geraucht, um wieder runter zu kommen und gut schlafen zu können.

In der Schule hatte ich zu dem Zeitpunkt schon Schwierigkeiten. Ich hatte auf nichts mehr Lust, habe die Schule geschwänzt und leider auch meinen Hauptschulabschluss nicht geschafft. Nach der Schule bin ich in eine Berufsbildende Maßnahme des Arbeitsamts gekommen. Dort hat man mich beim Kiffen erwischt, dann hat eine der Lehrerinnen dort mit mir gesprochen. Dabei bin ich zu dem Entschluss gekommen, dass ich mit Drogen aufhören möchte. Ich bin zur Suchtberatungsstelle der ATS in Kaltenkirchen gegangen und die Mitarbeiter dort haben erst mit mir gesprochen und dann mit mir und einigen Jugendlichen einen Besuch in der Suchttherapie in Rickling gemacht. Im Frühling wurde die Behandlung für Jugendliche und junge Erwachsene dort ganz neu eröffnet. Ich bin mit meiner Mutter zu einem Gesprächstermin dorthin gegangen. Die Therapeutin hat mich befragt, wie ernst es mir damit ist aufzuhören. Ich konnte sie überzeugen.

Wenn ich aus dem Krankenhaus entlassen werde, will ich clean bleiben, unbedingt! Weil das Leben ohne Drogen viel schöner ist! Seit ich keine Drogen mehr nehme, bin ich viel wacher geworden und nehme meine Umwelt anders wahr. Ich habe wieder angefangen zu lesen. Und im Moment male ich für meine Mutter ein Bild. Meine Eltern sind ganz stolz auf mich, dass ich den Entzug jetzt durchziehe. Der Kontakt zu ihnen war lange Zeit nicht gut. Ich war ihnen durch die Finger geglitten.

Ich würde gern in einer Bäckerei im Verkauf arbeiten. Eines Tages möchte ich eine Familie haben, einen lieben Mann, Kinder. Ich möchte arbeiten und ganz normal leben. Das ist mein Wunsch. Das geht nur ohne Drogen.«

Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie

Die Behandlung in den Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Bad Segeberg, Kaltenkirchen und Norderstedt erfährt weiterhin eine steigende Nachfrage. So konnte die Zahl der Behandlungsplätze in Norderstedt um 10 auf 30 und in Bad Segeberg von 26 auf 31 erhöht werden. Auch in den angegliederten Institutsambulanzen zeigte die Nachfrage den großen Bedarf an psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Hilfe.

Neues Behandlungsangebot für junge Erwachsene

In Kooperation mit dem Team der Tagesklinik Kaltenkirchen gibt es seit November 2016 in der Tagesklinik in Norderstedt einen neuen Behandlungsschwerpunkt für junge Patient*innen am Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter. Denn in den letzten Jahren war die Zahl von Patient*innen in der Altersgruppe der 17- bis 25-Jährigen deutlich gestiegen, bei denen strukturelle Reifeverzögerungen, depressive Verstimmungen, Angststörungen sowie Persönlichkeitsakzentuierungen im Vordergrund stehen. Das Behandlungskonzept, für das 15 Plätze zur Verfügung stehen, hat eine vorwiegend pädagogisch-psychologische Ausrichtung.

Junge Erwachsene haben altersspezifische Lebensthemen, die sie bewegen. Sie sind in Schwellensituationen und noch sehr in der Selbstfindung. Fragen wie „Wer bin ich?“, „Was möchte ich beruflich machen?“ bewegen sie. Viele erleben gerade die erste Lebenspartnerschaft oder haben Liebeskummer. Nicht wenige leben noch bei den Eltern, die manchmal zu fürsorglich sind und ihre Kinder in der Entwicklung hemmen. Genauso gibt es die sozial Vernachlässigten. Die Krisen stehen oft im Zusammenhang mit diesen Themen. Manche brechen die Schule oder die Ausbildung ab, sie verweigern sich dem Leistungsdruck, den sie empfinden. Vor allem männliche junge Erwachsene, aber auch junge Frauen, ziehen sich dann häufig an den Computer zurück und / oder entwickeln eine Cannabisabhängigkeit. Junge Frauen leiden zudem oftmals unter Essstörungen. Mobbing in der Schule oder am Ausbildungsplatz ist ein Thema, aus dem dann soziale Bewertungsängste entstehen. Gearbeitet wird im Bezugstherapeut*innensystem. Die jungen Patient*innen bekommen viel Tagesstruktur. Sie kochen mit den anderen zusammen, gehen zusammen einkaufen. Am wichtigsten sind die positiven Erfahrungen mit den Gleichaltrigen, das Gefühl, nicht allein zu sein, zu einer Gruppe zu gehören. Es gibt viele, die zu Hause den ganzen Tag vor dem PC sitzen und online sind, Spiele spielen. Hier

in der Gruppe ist das dann oft ganz schnell kein Thema mehr. Das ist ein wichtiger Entwicklungsschritt.

Ein Schwerpunkt liegt auf Ergotherapie, in der die Patient*innen vor allem Alltagskompetenzen trainieren, wie etwa die Haushaltsführung, Kochen. Wichtig sind auch die Entspannungsgruppen. In der Psychoedukation lernen die jungen Menschen über ihre Erkrankung, z. B. was hinter ihrem problematischen Konsumverhalten steht, was eine Depression ist oder Angststörungen sind. Daneben beraten wir die jungen Leute, in ihrer individuellen Lebenssituation einen guten Weg zu finden. Wenn sie noch bei den Eltern wohnen, empfehlen wir unter Umständen einen Auszug in eine Wohngemeinschaft oder eine Einzelwohnung. Wir führen gegebenenfalls Gespräche mit den Eltern, manchmal auch mit den Geschwistern – wenn die Patient*innen einwilligen. Wir beraten vor allem auch bei der Berufsfindung und helfen bei der Wohnungssuche – zurzeit bei dem schwierigen Wohnungsmarkt kein leichtes Unterfangen.

Ein Patient der Tagesklinik für junge Erwachsene berichtet:

»Es geht hier um meine Problemthemen. Ich verstehe mich mit den anderen Patienten gut, habe sogar Freundschaften geschlossen, weil hier viele in meinem Alter sind, und die Therapeuten können sehr gut auf uns eingehen. Ich hatte vor vier Jahren schon einmal einen stationären Aufenthalt in einer Klinik, die nicht dieses Angebot für junge Menschen hat. Hier gefällt es mir viel besser! Man fühlt sich einfach besser verstanden. Ich hatte nach der Schule, mit dem Abschluss der Fachhochschulreife, ein zu geringes Selbstbewusstsein, um klare Entscheidungen zu treffen. Ich habe zwei Ausbildungen angefangen und wieder abgebrochen. Ich verspürte einen großen Leistungsdruck und habe Depressionen bekommen, habe mich zurückgezogen, saß viel vor dem PC, war im Internet unterwegs, habe PC-Spiele gespielt, Fernsehen geguckt – also eine richtige Mediensucht entwickelt.«

Sein Thema sei „Selbstfindung, eine Perspektive für meinen Lebensweg entwickeln“ und er findet, das Behandlungsprogramm unterstütze ihn hier sehr.

»Der Tagesablauf hier in der Klinik zielt darauf ab, dass wir möglichst selbständig etwas tun: Wir machen unser Frühstück selbst, kochen zusammen – ich hatte zuvor noch nie selbst gekocht! Was gekocht wird, besprechen wir gemeinsam. Und finden Kompromisse: Heute kochen wir das, was die einen wollen, morgen das, was die anderen wollen. Und dabei findet man heraus, was man selbst eigentlich am liebs-

ten möchte. Aber auch all die anderen therapeutischen Angebote nutze ich, Entspannungsübungen zum Beispiel. Die Depressionen und das problematische Medienkonsumverhalten habe ich bewältigt. Nun möchte ich im Bereich Informatik etwas machen«.

Therapien der Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie

Psychische Erkrankungen können die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit sehr stark beeinträchtigen. Ziel der Behandlung in den Tageskliniken ist es, das seelische Gleichgewicht der Patient*innen zu stabilisieren und ihren Weg aus der Erkrankung zu ermöglichen. Beispielhaft ist dafür die Freizeitgestaltung. In dieser ermutigen wir die Patient*innen, unter Anleitung und in kleinen Gruppen die Gestaltung freier Zeit für zwei Stunden an einem Nachmittag in die Hand zu nehmen. Das fällt vielen Patient*innen ausgesprochen schwer, wirkt letztlich aber gut. Hier werden Kontakte geknüpft, die auch nach der Behandlung weiter bestehen, Erlerntes aus den Gruppen kann umgesetzt und im Rahmen der Behandlung nachbesprochen werden.

Eine Patientin berichtet:

»Die Therapien haben mir geholfen, auch zuhause im Alltag besser auf mich zu achten. Vorher fühlte ich mich in meiner Depression wie »einbetoniert«, konnte keine Freude mehr empfinden, keine Gefühle mehr wahrnehmen – und wenn, dann vor allem Wut, Ärger, Angst. Jetzt ist alles weiter geworden und die Freude – auch an kleinen Dingen – kehrt langsam zurück. Und ich bin wieder voller Zuversicht: Jetzt geht es wieder bergauf.

Die kognitive Verhaltenstherapie hier hat mir viel gebracht. Sie gibt mir das Handwerkszeug für den Alltag, damit ich rechtzeitig gegenlenke, wenn wieder schlechte Gefühle aufkommen. Ich hatte zuvor vergessen, neben dem ganzen Stress und Ärger auf mich und meine Bedürfnisse zu achten. Aufmerksamer mit mir umzugehen, das habe ich hier wieder gelernt. Auch die anderen unterstützenden Therapien haben mir dabei sehr geholfen. Obwohl mir das zunächst gar nicht bewusst war. Bei der Ergotherapie dachte ich, was soll das denn jetzt? Die Sachen, die man da macht, stehen nachher doch nur rum. Dann merkte ich aber schnell, wie gut mir die Ergotherapie tut. Ich habe wieder gelernt, etwas in Ruhe zu machen, mir Zeit zu lassen, mit Spaß und nicht mit überzogenem Leistungsanspruch an Dinge heranzugehen. Ich habe früher schon gern Hand- oder Bastelarbeiten angefertigt, habe aber leider neben Arbeit, Stress und Ärger diesen Tätigkeiten einfach keinen Raum mehr

gegeben. Neben den zahlreichen therapeutischen Angeboten ist auch die eigenständige Freizeitgestaltung in der Tagesklinik gut für mich. Ich habe wieder gelernt, Entscheidungen zu treffen, das konnte ich vorher nicht mehr. Wir wurden gefordert, aber jederzeit auch verständnisvoll aufgefangen, wenn es mit der Umsetzung der gelernten Dinge nicht auf Anhieb klappte. Jederzeit wurden wir gut umsorgt und angeleitet. Gut leben bedeutet für mich im Gleichgewicht zwischen den täglichen Verpflichtungen und meinem Wohlbefinden zu leben. Sich ohne Schuldgefühle auch mal Pausen gönnen. Nicht immer nur funktionieren zu müssen. Und mit Freude den Alltag gestalten. Mich durch Achtsamkeit auch an kleinen Dingen erfreuen, wie etwa an dem kleinen Eisvogel, den mein Mann kürzlich fotografiert hat. Dies gelingt mir allmählich wieder, und das ist für mich für ein ›gutes Leben‹ ganz wichtig.«

Ambulante und Teilstationäre Psychiatrie – ATP

Alle Betreuungsangebote der Ambulanten und Teilstationären Psychiatrie (ATP) im Kreis Segeberg werden weiterhin stark nachgefragt. Dabei waren vermehrte Anfragen von jungen Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen zu verzeichnen. Die Mitarbeitenden betreuten im Berichtszeitraum psychisch erkrankte Menschen in verschiedenen Maßnahmen und Einrichtungen: in den Tagesstätten, Arbeits- und Beschäftigungsprojekten, Therapeutischen und Sozialtherapeutischen Wohngemeinschaften, im Betreuten Leben in Gastfamilien sowie im Ambulant Betreuten Wohnen. Die Begegnungstätten in Kaltenkirchen, Wahlstedt, Norderstedt und Bad Segeberg sind ein wichtiges niedrighschwelliges Angebot – insbesondere für chronisch psychisch erkrankte Menschen, um sich auszutauschen und gemeinsam an Aktivitäten teilzunehmen.

Ein Bewohner berichtet:

»Ich kam am 1. Juni 2014 hierher in die Wohngemeinschaft. Meine Diagnose lautete: Angststörungen, Depression, Alkoholabhängigkeit. Die Wohngemeinschaft hat mir sehr geholfen, vor allem die Begleitung durch einen Bezugsbetreuer, aber auch das Miteinander. Man ist mit sich nicht alleine! Wir unternehmen viel zusammen, Konsole, Kinobesuche. Montags wird auch zusammen gekocht. Alle haben Probleme, aber wir reden nicht permanent darüber. Wenn aber akut Probleme auftreten, dann schon. Eigentlich sind wir eine ganz normale WG. Jeder hat sein eigenes Zimmer mit Bad.

Ich arbeite im Erlebniswald Trappenkamp, in der GaLa-Gruppe (Garten- und Landschaftsbau) der SeWoWe (Segeberger Wohn- und Werkstätten). Das mache ich seit 2012. Ich hatte nichts gelernt und in Neumünster in einer Zeitarbeitsfirma im Bereich Montage und Dienstleistungsservice gearbeitet. Dann wurden meine Probleme zu groß, vor allem der Alkoholkonsum. Ich habe dann Hilfe erst von der ATS (Ambulante und Teilstationäre Suchthilfe) erhalten und war in der Therapeutischen Wohngemeinschaft SPRUNGBRETT. Anschließend kam ich zu den Segeberger Wohn- und Werkstätten, wo ich dann im Berufsbildungsbereich angefangen habe. Als ich damit fertig war, bin ich dort geblieben. Die Arbeit in der GaLa gefällt mir sehr gut. Die verschiedenen Angebote haben mir gut geholfen. Der Anfang war erst noch ziemlich holperig, ich hatte viele Rückfälle und seelische Krisen. Das Team hier hat mir sehr den Rücken gestärkt. Seit vielen Monaten schon bin ich nicht mehr rückfällig geworden, meine Diagnosen stehen nicht mehr so im Vordergrund, auch wenn ich psychisch manchmal schlechte Tage habe. Mein Ziel ist, dass ich in einer eigenen Wohnung leben kann. Am liebsten schon im nächsten Frühjahr. Das Problem ist der Wohnungsmarkt, es gibt kaum passende Wohnungen. Irgendwann möchte ich mit meiner Lebensgefährtin und unseren beiden Kindern zusammenziehen, die in Hamburg wohnen. Aber erst wenn ich noch stabiler geworden bin. Ein gutes Leben ist für mich, wenn ich Arbeit habe und es mit der Familie läuft, wenn der Kontakt weiter bestehen bleibt und wir uns gut verstehen.«

Neue Perspektiven mit der »Perspektive«

An Arbeit teilzuhaben ist ein wichtiger Baustein für ein gutes Leben. Durch die »Perspektive« konnten im zurückliegenden Berichtszeitraum besonders viele Menschen in eine anschließende Ausbildung, Anstellung oder andere Beschäftigungsformen vermittelt werden. Es ist ein Arbeits- und Beschäftigungsprojekt der Ambulanten und Teilstationären Psychiatrie (ATP) in den Sozialkaufhäusern Bad Segeberg und Bad Bramstedt, die in Bad Segeberg von der Beschäftigung und Qualifizierung Ostholstein gGmbH (BQOH) und in Bad Bramstedt von der Diakonie Altholstein betrieben werden. Das Angebot richtet sich an Menschen mit einer psychischen Erkrankung und/oder einer Suchterkrankung, die hier so weit qualifiziert werden, dass sie anschließend eine Beschäftigung aufnehmen können. Das kann etwa eine Ausbildung oder eine Berufstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sein.

Die Sozialpädagog*innen der ATP betrachten gemeinsam mit den Teilnehmer*innen deren persönliche Situation und versuchen, ressourcenorientiert ganz individuelle Lösungen zu entwickeln. Ziel ist es, die Selbstständigkeit und Eigenverantwortung der Teilnehmer*innen zu fördern, so dass sie wieder am sozialen Leben in der Gesellschaft teilhaben können. Und dazu gehören Arbeit und der persönlichkeitssteigernde Wert, den jeder Mensch durch Arbeit, durch Verdienst, durch Sozialkontakte während des Arbeitstages erlebt, mit dazu. In verschiedenen Trainings- und Beschäftigungsprogrammen – von der Spendenannahme und -aufbereitung über Holz- und Computerwerkstätten sowie hauswirtschaftlichen Tätigkeiten bis hin zu Upcycling von Gegenständen – gibt es Möglichkeiten, seine Fähigkeiten zu erproben oder neu zu entdecken. Begleitet wird die Arbeit im Sozialkaufhaus von Einzel- und Gruppengesprächen, in denen die Teilnehmer*innen ihre Erfahrungen beleuchten und auch Wissen über ihre Erkrankungen und den Umgang mit ihnen erlangen. Eine Teilnehmerin berichtet:

Die Belastung in ihrem Beruf als Altenpflegerin war so stark, dass sie erkrankte. Vor drei Jahren bekam sie schwere Panikattacken, konnte zwei Jahre das Haus nicht mehr verlassen.

»Fünf Monate war ich dann Patientin in der Tagesklinik Kaltenkirchen, mein Mann oder meine Schwiegermutter mussten mich hinbringen und abholen, denn alleine hätte ich den Weg nicht bewältigen können. Nach Ende der Behandlung dort habe ich einen Platz in der ›Perspektive‹ bekommen. Hier bin ich seit August 2016, zu Anfang nur für zwei Stunden täglich. Mein Arbeitsbereich im Sozialkaufhaus sind die Kinderspiele. Jeden Tag kommt noch eine Stunde in der Gruppe hier im TriO hinzu, wo wir verschiedene Themen besprechen. Wir lernen auch die Hintergründe unserer Erkrankungen kennen und wie wir besser mit ihnen umgehen können. Wöchentlich hat jeder Teilnehmer ein Einzelgespräch für persönliche Angelegenheiten, die man in der Gruppe nicht besprechen möchte. Mittlerweile komme ich schon für drei Stunden Arbeit in das Sozialkaufhaus, ich steigere mich also langsam. Die jeweiligen Ziele werden regelmäßig mit Mitarbeitern vom Arbeitsamt besprochen. Diese Termine bereiten die Bezugsbetreuer mit uns vor.

Nach den Jahren Zuhause, in denen ich mich selbst durch meine Erkrankung von allen Sozialkontakten ferngehalten habe, genieße ich den Umgang mit den anderen netten Teilnehmern und auch mit den Kunden im Sozialkaufhaus sehr. Für meine

Kinder freue ich mich, dass sie jetzt eine Mutter haben, die ihre Rolle wieder viel besser erfüllen kann, die sie versorgt und unterstützt, so wie Kinder es erleben sollen. Jetzt kann ich mein Leben wieder selbst gestalten, das hat einen ganz großen Wert für mich. Ich habe hier in der Perspektive so viel Positives für mich erlebt, das möchte ich auch gern anderen Menschen erzählen.«

Wohnen und Fördern

Die Entwicklung des Bereichs von einer ehemaligen Pflegeeinrichtung zu einer Einrichtung der Eingliederungshilfe war im Berichtszeitraum geprägt durch die fortschreitende Umsetzung der Ziele, Teilhabe von Menschen zu ermöglichen und den Betreuungsalltag so zu gestalten, dass Menschen ihre Selbstbestimmung und Selbständigkeit erproben und entwickeln können. Dabei wird das Bezugsbetreuungssystem gut angenommen.

Zu dieser positiven Entwicklung gehört, dass mehr Menschen die stationären Bezüge verlassen und wieder mit weniger Betreuungsbedarf in ihren Heimatkommunen leben und sich mehr Bewohner*innen im »Wohnen und Fördern« an der Gestaltung des Lebensumfeldes und des Betreuungsalltags beteiligen. Insgesamt haben sich strukturierende Bausteine in der Alltagsgestaltung der Wohnbereiche und des Förderns gefestigt. Für Bewohner*innen wird es selbstverständlicher, dass diese Bausteine zu ihrem persönlichen Alltag gehören. Das bedeutet, an regelmäßigen Terminen teilzunehmen, wie z. B. an Gruppengesprächen und Kochgruppen, aber auch sich an Pflichten wie Küchendiensten und Reinigungsaufgaben in den Gemeinschaftsbereichen zu beteiligen.

Ein Bewohner berichtet:

Eine gelungene Aufführung zeigte die Theatergruppe »Krimis-Krams« im Juni 2016: Rund 35 behinderte und nichtbehinderte Akteur*innen agierten auf, vor und hinter der Bühne in dem Stück »Chaos im Computerclub«, überzeugend und voller Leidenschaft.

»Theaterspielen ist für mich genau das Richtige, weil es schon immer meine Leidenschaft war, ich schon immer gut auswendig lernen konnte und mich gerne in andere Rollen hineinversetze. Es entspannt mich und macht mir viel Spaß. Es ist ein schönes Hobby. Hier fühle ich mich frei und kann meine Gedanken und Bewegungen so einsetzen, wie ich es will. Ich kann vom Alltag abschalten und spiele mich in meine

Rolle hinein. Ich bin dann voll und ganz die Person, die ich spiele. Ich mag die Menschen, die mit mir in dieser Gruppe sind. Besonders wichtig ist für mich, dass ich mit ihnen Erfahrungen und Gedanken austauschen kann. Und dass ich meine Ideen für das Stück mit einbringen darf. Die Zusammenarbeit im Team ist etwas ganz besonderes für mich. Es ist ein schöner Zusammenhalt in der Gruppe. Ich bin im Team voll angenommen worden. Lampenfieber habe ich eigentlich nicht. Nur ganz kurz vor dem Auftritt, wenn die Zuschauer sich auf ihre Plätze setzen und zu Beginn klatschen. Wenn sich der Vorhang hebt, bin ich voll in meiner Rolle und habe keine Zeit mehr für Lampenfieber. Wenn am Ende der Applaus kommt, bin ich glücklich und fühle mich in meinem Tun wertgeschätzt und bin stolz auf das, was ich tue.«

Rehabilitations- und Pflegebereich

Im Rehabilitations- und Pflegebereich ist die Fachpflegeeinrichtung für chronisch psychisch Kranke (275 Plätze) darauf ausgerichtet, psychisch Erkrankte mit höherer Pflegebedürftigkeit zu versorgen und bei schweren Beeinträchtigungen auch geschützte Wohnbereiche anzubieten. Die Psychiatrische Pflege Lindenhof hat mit insgesamt 120 Plätzen in drei spezialisierten Wohnbereichen ihren Schwerpunkt in der Betreuung von – auch jüngeren – psychisch kranken Menschen, die einen eher niedrigen körperlichen Pflegebedarf haben und dafür mehr auf aktivierende Pflege, soziale Betreuung und Förderung angewiesen sind.

Wenn alle Heilkunst nicht mehr greift, wenn das Leben zu Ende geht, gehen wir, gemeinsam mit Spezialisten der Palliativversorgung auch in diesen Zeiten, so gut wir können, diesen Weg gemeinsam. Dabei hilft uns die fachliche Spezialisierung in unseren gerontopsychiatrischen Wohngruppen, die sich in speziellen Seminaren und Fortbildungen darauf vorbereitet haben.

Auch in Zeiten veränderter gesetzlicher Rahmenbedingungen ist dafür zu sorgen, dass die besonderen Belange unserer Bewohner*innen gesehen und berücksichtigt werden. Die Änderungen der Pflegeversicherungsgesetze, durch die aus Pflegestufen nun Pflegegrade geworden sind, sind durch unsere Fachleute in der Umstellungsphase intensiv begleitet worden. Dabei ist wichtig, dass Definitionen, die vielleicht eher für psychisch weniger beeinträchtigte Menschen gedacht sind, auch jüngere Menschen mit schweren seelischen Beeinträchtigungen angemessen abbilden.

Der Heidehof

Der Heidehof bietet als Wohnheim Hilfen für chronisch suchtkranke Frauen und Männer, die aufgrund einer langjährigen Suchtmittelabhängigkeit an psychischen, körperlichen sowie sozialen Folgeschäden leiden. Der suchtmittelfreie Betreuungsrahmen umfasst individuelle, jeweils auf die Problemstellungen des einzelnen Bewohners abgestellte psychosoziale und sozialtherapeutische Unterstützung in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit. Die sozialtherapeutischen Maßnahmen haben das Ziel, den Bewohner*innen des Heidehofes ein weitgehend suchtmittelfreies und soweit wie möglich selbstständiges Leben zu ermöglichen. Als Ergänzung zu den bisher angebotenen Beschäftigungsmöglichkeiten wurde das Gebäude „Rethwisch 5“ auf dem Heidehofgelände in Betrieb genommen. Darin befindet sich neben einem Fitnessraum, einer Trainingsküche, einem Multifunktionsraum sowie einem PC-Raum eine weitere Werkstatt für die Montage von Fahrrädern. Die mittlerweile vorhandene Vielzahl an diesen Angeboten zur Beschäftigung ist sicher ein Aspekt, der unseren Bewohnenden eine abwechslungsreiche Tages- und Wochenstruktur und somit ein Stück „gutes Leben“ ermöglicht. Da das „Sich-Wohlfühlen“ aus unserer Sicht einen großen Einfluss darauf hat, dass die Bewohner*innen die Abstinenz wahren, sind wir über den Bewohnerbeirat sehr regelmäßig im Gespräch, um über Wünsche, Kritik und andere Belange zeitnah informiert zu sein. Erweitert haben wir die Möglichkeit, an Veranstaltungen und Ausflügen auch am Wochenende teilzunehmen, was bei den Bewohnenden auf sehr positive Resonanz stößt.

Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflegeschule

Im September 2016 haben 12 Auszubildende ihre Gesundheits- und Krankenpflegeexamen mit zum Teil herausragenden Ergebnissen abgelegt. Vier Auszubildende wurden im Landesverein übernommen. Es gelang eine 100-prozentige Vermittlung am Arbeitsmarkt. Im Oktober 2016 begannen 26 Auszubildende ihren beruflichen Einstieg in eine Pflegekarriere.

Im Frühsommer 2017 gelang mit der Einführung des Projektes „Einen Tag alt sein – gut leben im Alter“ ein weiterer Schritt hin zur modernen Erlebnispädagogik in der Ausbildung. Vielfältige alltagsnahe Settings stellen die Auszubildenden vor reale Aufgaben, Herausforderungen, Frage- und Problemstellungen. Deren Umsetzung,

Lösung oder Internalisierung fördert eine positive Veränderung und Weiterentwicklung der eigenen persönlichen und beruflichen Professionalität.

Am 22. März 2017 erteilte das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung die Zustimmung zur Durchführung eines Modellprojektes. Hiermit wird es möglich, im Landesverein am Standort Rickling die zukunftsorientierte generalistische Pflegeausbildung anzubieten. Wenn unsere Vorbereitungen erfolgreich verlaufen, werden wir damit im Herbst 2018 als Pilotschule für generalistische Pflege in Schleswig-Holstein beginnen.

Maleratelier: Freude am kreativen Ausdruck

Das Maleratier auf dem Lindenhof in Rickling ist ein offenes Angebot im Psychiatrischen Zentrum, in dem Patient*innen, ehemalige Patient*innen sowie Bewohner*innen aus den Bereichen Rehabilitation und Pflege sowie Wohnen und Fördern kreativ arbeiten können. Im Maleratier wird nicht mit therapeutischem Auftrag gearbeitet und es ist grundsätzlich offen für jede gestalterische Absicht. Was Kunst ist und was nicht, ist hierbei kein Kriterium. Gleichzeitig ist es auch ein Treffpunkt. Als Ort der Begegnung steht das Maleratier allen offen und soll auch im Sinne der Inklusion Menschen mit unterschiedlichen Lebenserfahrungen zusammenführen. Unsere Aufgabe ist, Hemmschwellen bei den Besucher*innen abzubauen und allen, die Interesse haben, Motivation und technische Hilfe zu geben, einen künstlerischen Ausdruck für sich zu entwickeln. Häufig kommen Menschen dorthin und wollen bloß einmal gucken. Nach dem ersten Kaffee und einem zaghaften Kontakt sind die Besucher*innen ermutigt, selbst kreativ zu werden, oft nur in ganz kleinem Maße, etwa indem man unterschiedliche Striche mit Aquarellfarbe malt und sieht, dass eine Landschaft dabei entsteht. Es gibt für jeden Menschen die richtige künstlerische Technik. Die eine malt mit zartesten Aquarellfarben, der andere arbeitet seriell und malt immer wieder mit Filzstift die gleiche Schablonenform aus. Der Dritte skulptiert mit Holz oder arbeitet mit Ton. Hier wird gemeinsam die Freude am kreativen Ausdruck gelebt. Viele Besucher*innen malen richtig schöne Bilder für zu Hause, das ist dann eine gute Erinnerung an die Zeit im Krankenhaus. Andere lassen ihre Werke bewusst hier bei uns. Sie haben dann mit etwas abgeschlossen – und auch das ist gut so. Oft sind ganz erstaunliche Entwicklungen zu erkennen, wenn die Menschen zur Ruhe kommen und in ihrem schöpferischen Tun ihre Lebensgeschichte beleuch-

ten. So kann die freie Arbeit im Maleratelier dann auch eine willkommene Ergänzung zur therapeutischen Auseinandersetzung mit Lebensfragen sein.

Ein Besucher berichtet:

»Als ich vor vier Jahren auf dem Thetmarshof einzog, bin ich sehr bald ins Maleratelier gegangen. Ich bin gelernter Steinbildhauer, habe auch einige Semester Kunst studiert, und die Atmosphäre im Maleratelier hat mich sofort angezogen. Für mich ist die kreative Arbeit dort ein guter Ausgleich zu meiner Tätigkeit auf dem Friedhof, dort mache ich von Montag bis Donnerstag Gartenarbeiten, was mir gut gefällt, die frische Luft, die körperliche Betätigung. Aber das Kreative muss für mich auch immer sein. Ich arbeite gern plastisch, beispielsweise mit Ton. Ich habe Masken geformt, sie hängen jetzt an einem schmalen Durchgang an der Tür. Gern zeichne ich auch Portraits, auch als Auftragsarbeit. Gutes Leben bedeutet für mich, dass ich kreativ arbeiten kann und dadurch zufrieden werde.«

Eine Patientin berichtet:

»Die Arbeit im Maleratelier schenkt mir Seelenfrieden. Denn sie versöhnt mich ein wenig mit meinem schwachen Selbstbewusstsein. Ich lerne durch die Kunst, die ich mache, dass ich sehr wohl etwas wert bin und auch stolz sein kann auf meine Skulpturen. Am liebsten arbeite ich mit Holz, denn das ist für mich der perfekte Werkstoff, das ist Natur, das riecht toll und das Holz kann auch meine Aggressionen gut ertragen. Wenn ich ein Stück Holz sehe, dann fühle ich sofort, welche Form in ihm steckt. Und ich freue mich so sehr, dass das Holz mich zurückliebt. Das hört sich vielleicht blöd an, aber das ist so! Und auch wenn während der Arbeit was wegspringt, ist das für mich in Ordnung, denn das ist die Antwort des Werkstücks auf mein Tun. Es sagt mir, wie ich arbeiten soll.«

10.2 Die Segeberger Kliniken GmbH

Es berichten Herr Dr. med. Felix de Courbière und Herr Prof. Dr. med. Lutz Götzmann, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Segeberger Kliniken GmbH, Bad Segeberg, Stand 18.12.2017:

Die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Segeberger Kliniken GmbH plant im Rahmen eines neuen Behandlungsmoduls eine Verbesserung der stationären Versorgung chronischer Schmerzpatient*innen. Chronische Schmerzen gelten als komplexe klinische und gesellschaftliche Herausforderung. Betroffen ist ein Großteil der Bevölkerung, Hochrechnungen zufolge etwa 8 Millionen Bundesbür-

ger*innen, was deutschlandweit Kosten von geschätzt 25 Mrd. Euro verursacht [Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.]. Das als eigenständiges Störungsbild bewertete chronische Schmerzsyndrom lässt sich in den herkömmlichen Kategorien, ob eine Krankheit klassisch biomedizinisch oder psychisch aufzufassen ist, nicht ausreichend abbilden. Gemäß dem biopsychosozialen Modell unterliegen Krankheit und Gesundheit einem Prinzip sich gegenseitig beeinflussender und begrenzender Wechselwirkungen von biologischen und psychosozialen Faktoren. Dies gilt insbesondere für die Schmerzstörung. Bezeichnend ist hierbei, dass kaum ein direkter Zusammenhang besteht zwischen Ausmaß einer körperlichen Schädigung und dem Schmerzerleben selbst. Die Verarbeitung körperlicher Schmerzen hängt im Wesentlichen von den persönlichen Ressourcen, sozialen Bedingungen, Begleiterkrankungen, Vorerfahrungen und Perspektiven der Patienten ab, welche die anhaltenden Schmerzen in all ihren Facetten seines innerseelischen, zwischenmenschlichen und körperlichen Erlebens integrieren müssen. Dieser Prozess kann jedoch erheblich zur Ausbildung einer erhöhten Empfindsamkeit gegenüber den Schmerzen beitragen. Dies lässt sich sowohl anhand neurobiologischer Veränderungen, wie auch an einer veränderten Wahrnehmung und an einem überforderten Verhalten im Umgang mit den Schmerzen belegen. Die Patienten sind wie in einem „Teufelskreis“ gefangen, wo jeder Versuch, dem Schmerz zu entkommen, zu einer Verfestigung ihrer Störungen führt. Wie dies genau geschieht, ist von Fall zu Fall unterschiedlich. Auch das Ausmaß der Beeinträchtigung von Körperfunktionen und gesellschaftlicher Teilhabe kann interindividuell erheblich variieren, auch dann, wenn nach den in unserem Gesundheitssystem gängigen diagnostischen Klassifikationen ein und dieselbe Krankheit vorliegt.

Was die Behandlung betrifft, gibt es zwar eine große Anzahl bewährter Ansätze, doch diese kommen bei chronischen Schmerzen an die Grenzen ihrer effektiven Wirksamkeit. Im Grunde gibt es nur eine wegweisende Methode, welche von allen wissenschaftlichen Fachgesellschaften wiederholt wird: Den Patienten zu einem eigenverantwortlichen, aktiven und gesundheitsfördernden Bewältigungsstil verhelfen. Es gibt jedoch keine Standardrezepte, wie diese Motivation zu einem aktiven, gesundheitsförderndem Lebensstil sicher gelingen kann.

Unser neu entwickelter Ansatz in einem stationären Setting ist es, die Schmerzen innerhalb eines biopsychosozialen Kontinuums aufzufassen. Bei manchen Pati-

ent*innen mag es reichen, auf der biologischen Ebene die Schmerzen zu erklären; trotzdem profitieren sie oft im hohen Maße von einem psychologischen Bewältigungstraining. Bei vielen Betroffenen ist es jedoch sinnvoll, den komplexen Schmerzprozess auch von einer „höheren“ Ebene, nämlich derjenigen des Erlebens und Verhaltens, aus zu betrachten und in einen Zusammenhang mit der lebensgeschichtlichen Entwicklung und den zwischenmenschlichen Beziehungen zu bringen. Wie neuere Forschungsarbeiten zeigen, besteht hier ein enger Zusammenhang zwischen psychosozial bedingten Veränderungen der neurobiologischen Stressregulation und der Chronifizierung von Schmerzen. Bei nicht wenigen Patient*innen spielt zudem eine psychische Komorbidität eine gewichtige Rolle. In deren Rahmen können die Wahrnehmung und Interaktionsstile so verändert sein, dass hierdurch das Schmerzerleben und -verhalten stark beeinflusst werden.

Um der Multidimensionalität chronischer Schmerzen gerecht zu werden, wird eine interdisziplinäre Vorgehensweise gefordert, die sich in Form einer multimodalen Schmerztherapie durchsetzt. Zwei Kernelemente sind dabei wesentlich: Diagnostik auf mehreren Ebenen und multimodale Therapie. Das biopsychosoziale Assessment soll einen individuellen Behandlungsplan im Sinne einer „maßgeschneiderten“ Kombination von Maßnahmen ebnet, wie dies von der Ad-hoc-Kommission „Multimodale interdisziplinäre Schmerztherapie“ gefordert wird. In unserem Konzept orientieren wir uns an diesen Vorgaben. Ein Team aus Ärzt*innen, Psycholog*innen, Physio- und Ergotherapeut*innen, sowie Mitarbeiter*innen der Pflege sorgt dafür, dass die Befunde in einer interdisziplinären Schmerzkonferenz multidimensional abgestimmt werden. Die interdisziplinäre Sicht einer Schmerzkonferenz ermöglicht es, den ureigenen Anspruch der Psychosomatik einzulösen, verschiedene, unter Umständen divergierende Perspektiven dergestalt zu integrieren, dass ein individuelles Profil der Patienten entsteht, welches als Grundlage eines individuellen Behandlungskonzepts dient. Der ärztliche Einsatz soll bei diesem Behandlungskonzept weitestgehend unter edukativen und supportiven Aspekten erfolgen. Psychotherapeutisch wird neben den Grundlagen des etablierten Schmerzbewältigungstrainings vor allem auf die biografisch geprägten Aspekte der (unbewussten) Beziehungsgestaltung und der damit zusammenhängenden schmerzaufrechterhaltenden Affektregulation Wert gelegt. Einen weiteren Schwerpunkt bilden bewegungs- und kreativtherapeutische Aktivitäten, ergänzt durch physikalische Maßnahmen, das Vermitteln von Entspannungs-

und Achtsamkeitstechniken und Körperwahrnehmung, sowie die grundlegende psychoedukative Arbeit.

Durch Aufklärung und Erweiterung des Verständnisses psychosozialer Einflüsse auf den Schmerz werden die Patient*innen in ihrem eigenverantwortlichen Umgang mit den Schmerzen bestärkt und in einem kreativen, ressourcenorientierten Lösungsansatz unterstützt. Damit einhergehend wird eine Verbesserung der Körperwahrnehmung und des Körpererlebens angestrebt, sowie die Regulation psychovegetativer Anspannungszustände und das Wiedererlangen von mehr Vertrauen in die körperliche Belastbarkeit. Neben der Verbesserung der Introspektion auf körperlicher und seelischer Ebene ist hierfür eine Optimierung der Regulierung von Grundbedürfnissen und deren Kommunikation zentral.

Zurzeit befinden wir uns im Aufbau des Projektes „Psychosomatische Schmerzmedizin“, wobei erste Erfahrungen bei der auf den Schmerz fokussierten Integration der verschiedenen Modalitäten sehr optimistisch stimmen. Geplant ist es, mit der gewonnenen Erfahrung ein stationäres Behandlungsmodul anzubieten, welches eine regelmäßige psychosomatische Akutversorgung chronischer Schmerzpatient*innen durch ein eingespieltes Behandlungsteam gewährleistet. Es ist uns zudem ein großes Anliegen, in den Austausch mit den ambulanten Behandler*innen auf allgemeinärztlicher, schmerzmedizinischer, psycho- und soziotherapeutischer Seite zu treten, sowie ein Netzwerk mit allen an Schmerztherapie interessierten Behandler*innen zu etablieren, um die interdisziplinäre Therapie, den Transfer in den Alltag und den Anschluss an eine ambulante Nachbehandlung unserer Patient*innen zu optimieren.

10.3 Die Regio Kliniken GmbH

Es berichtet Frau Dr. Silke Streitferdt, ärztliche Leiterin der Tagesklinik und Psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik Norderstedt, Stand 03.01.2018:

In der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik werden 15 Patient*innen im Alter von 6-18 Jahren behandelt.

Das Leitungsteam besteht aus der ärztlichen Leiterin Frau Dr. Silke Streitferdt und dem psychologischen Leiter Herrn Peter Pflantz.

Die Klinikschule wurde inzwischen um einen Gymnasiallehrer erweitert, so dass nun alle Lehrstunden besetzt sind und alle Patient*innen entsprechend unterrichtet werden können.

In der Institutsambulanz erfolgt die Erstvorstellung der Patient*innen, Indikationsstellung, Beratung und ggf. therapeutische Begleitung bis zur teil- oder vollstationären Klinikaufnahme in Norderstedt oder Elmshorn.

Ebenso erfolgt übergangsweise nach teilstationärer Behandlung in der Institutsambulanz eine nachstationäre Betreuung.

Für Adoleszente ab 15 Jahren gibt es die Möglichkeit, an einer ambulanten wöchentlichen Therapiegruppe poststationär teilzunehmen.

Für Kinder bis 12 Jahren gibt es ab Januar 2018 die Möglichkeit, poststationär an einer ambulanten wöchentlichen Psychodramagruppe teilzunehmen.

In Planung ist im Rahmen der tagesklinischen Behandlung, dass auch Eltern mit Kleinkindern tagesklinisch behandelt werden.

Des Weiteren besteht ein ambulantes Behandlungsprogramm „Lütte Lüüt“ für Eltern mit verhaltensauffälligen Kleinkindern, das auf dem Konzept der Multifamilientherapie, des Circle-of-Security und dem SAFE-Bindungsprogramm nach Brisch, basiert.

Die durchführenden Kolleg*innen sind auch für das SAFE-Programm für Kinder psychisch kranker Eltern ausgebildet.

Die Zusammenarbeit zwischen den Tageskliniken und Institutsambulanzen für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche wurde auf gemeinsame Fallbesprechungen erweitert, so dass individuelle Absprachen über kurze Wege erfolgen können und gemeinsame/parallele Behandlungen von Eltern und Kindern besser aufeinander abgestimmt werden können.

In Planung ist es, die Angebote für die Eltern und Kinder noch in gemeinsamen Projekten zu erweitern.

Das Flüchtlingsprojekt aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie Elmshorn wurde auf den Kreis Segeberg erweitert.

Durch Mittel des Landes Schleswig-Holstein können wir im Modellprojekt „Regionales kinder- und jugendpsychiatrisches/-psychotherapeutisches Erstversorgungsangebot für Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrung“ für minderjährige unbegleitete Schutzsuchende aber auch für Kinder und Jugendliche in Familien mit Fluchterfahrung eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung anbieten. Es können sich Kinder und Jugendliche und Familien an uns wenden. Als Fachkräfte stehen wir bei fallbezogenen Anfragen zur Verfügung. Ab Frühjahr 2018 findet eine Sprechstunde in der Ambulanz der Tagesklinik in Norderstedt statt. Einrichtungen, die mehrere

Kinder/Jugendliche betreuen, können wir im Rahmen des Projekts „Mobile Sprechstunde“ vor Ort versorgen und bieten Konsiltermine mit Patient*innen und Fallbesprechungen in der Einrichtung an. Zusätzlich finden für spezielle Zielgruppen Gruppenangebote statt.

10.4 Was bewegt den Betreuungsverein Kreis Segeberg e.V.?

Es berichtet Frau Christel Müller, Geschäftsführerin beim Betreuungsverein Kreis Segeberg e.V., Stand 22.12.2017:

Der Betreuungsverein Kreis Segeberg e.V. ist umgezogen und ist seit dem 01.02.2017 unter folgender Anschrift zu erreichen: Betreuungsverein Kreis Segeberg e.V., Schlüskamp 32a, 24576 Bad Bramstedt, Tel.: 04192 8162350, www.btv-segeberg.de

Wir haben uns gut in Bad Bramstedt eingelebt und unsere neue Geschäftsstelle wird von vielen Bürger*innen aufgesucht.

Doch wir sind auch an weiteren Standorten im Kreis Segeberg mit Sprechstunden vertreten:

Sprechstunde Bad Segeberg:

Sie finden uns im Rathaus Bad Segeberg, Lübecker Str. 9, Raum 1.20, jeden 1. und 3. Donnerstag im Monat in der Zeit von 15:00 bis 17:30 Uhr.

Es ist eine offene Sprechstunde. Sie können uns auch weiterhin unter der Telefonnummer 04551 967636 erreichen.

Sprechstunde Norderstedt:

Sprechstunden in Norderstedt finden wie bisher jeden 2. und 4. Mittwoch im Monat statt in der Zeit von 16:00 bis 18:00 Uhr in den Räumen des Pflegestützpunktes Kreis Segeberg, Heidbergstraße 28 (in Kooperation mit dem Betreuungsverein im Landesverein für Innere Mission, Rickling).

Sprechstunde Kaltenkirchen:

Dies ist ab Februar 2018 ein **neues Angebot:**

Die Sprechstunde in Kaltenkirchen findet an jedem 2. Dienstag im Monat in der Zeit von 9:30 bis 12:30 Uhr im Beratungszentrum Kaltenkirchen, Flottkamp 13b statt.

An den Betreuungsverein können sich wenden:

- Alle ehrenamtliche Betreuer und Betreuerinnen (Angehörige und Andere)
- Bevollmächtigte Personen

- Ratsuchende Menschen, die eine Vollmacht, Betreuungsverfügung oder Patientenverfügung erstellen möchten
- Einrichtungen, die Referent*innen zu den genannten Themen suchen
- Außerdem beantworten wir alle Fragen zum Thema Betreuungsrecht.

11 Was bewegt die Psychiatrieerfahrenen, deren Angehörige und die Selbsthilfe?

Hier haben Psychiatrieerfahrene, deren Angehörige und Freunde die Möglichkeit, über Erkrankungen, ihre Auseinandersetzung damit und ihr (ehrenamtliches) Engagement zu informieren und ggf. Impulse zu setzen. Der Inhalt dieser Berichte spiegelt nicht automatisch die Meinung des Psychiatrieplanungsteams oder des AK Gemeindenahe Psychiatrie wider.

11.1 Die Psychiatrieerfahrenen

Im Kapitel „Was bewegt die Leistungsanbieter?“ kommen in dem Beitrag des Psychiatrischen Zentrums Rickling [Vgl. Kapitel 10.1] Psychiatrieerfahrene zu Wort, die über ihre Erfahrungen mit ihrer Krankheit und deren Behandlung berichten.

11.2 Die Angehörigen - Kinder psychisch kranker und suchtkranker Eltern

Es informiert Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Leiterin des Fachdienstes Sozialpsychiatrie, Kreis Segeberg, Stand 08.05.2018:

Wie bereits im letzten Psychiatrieplan 2016/17 dargestellt, benötigen Kinder, deren Angehörige von psychischer Erkrankung, Sucht oder auch von anderer chronischer Erkrankung betroffen sind, Unterstützung.

Die Kinder und Jugendlichen sind gefährdet, selbst suchtkrank oder psychisch krank zu werden. Manche entwickeln auch körperliche, kognitive oder soziale Störungen. Man muss davon ausgehen, dass ca. 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche in suchtblasteten Familien aufwachsen. Eine ähnliche Datenlage gibt es für Kinder psychisch kranker Eltern. Da es Elternteile mit Doppeldiagnosen gibt, bei denen sowohl eine Sucht- als auch eine psychiatrische Erkrankung vorliegen, wird die Gesamtanzahl betroffener Kinder auf 3,8 Mio in Deutschland beziffert. Somit hat ca.

jedes 3. Kind der insgesamt 12 Millionen Kinder in Deutschland Erfahrungen mit einem psychisch oder suchterkrankten Elternteil [Christiansen, Andeng, Donati, 2014].

Den Kindern wird im Alltag oftmals eine Verantwortung für die Familie auferlegt, die ihrem Alter nicht gerecht wird. Kinder haben nicht mehr den Raum, unbeschwert Kind sein zu dürfen. Es gibt Konflikte und Spannungen innerhalb der Familie und im sozialen Umfeld. Die Kinder und Jugendlichen müssen mit dem unberechenbarem Verhalten des psychisch erkrankten oder suchtkranken Elternteils umgehen. Dies löst Ängste, Unsicherheit, Scham und Schuldgefühle aus.

Hier ist es Aufgabe der Lebenswelt, für die Kinder verantwortlich da zu sein. Lebenswelt bedeutet: Neben der Familie und engen privaten Bezugspersonen sollten Erzieher*innen aus Kitas, Lehrkräfte, hausärztliche Praxen, Beratungsstellen und Behörden wie Jugendamt und Sozialpsychiatrischer Dienst präventiv und fürsorglich zusammenarbeiten. Hierfür sind eine Transparenz der beteiligten Akteure, eine Vernetzung und ein Konzept zur Versorgung und Prävention notwendig.

Eine derartige Vernetzung ist nicht nur im Kreis Segeberg, sondern Schleswig-Holstein-weit von Belang. Verantwortlich sind neben Gemeinde, Kreis und Land gemäß Bundespräventionsgesetz auch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV).

Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern und Herr Dr. Michael Hamschmidt sind für Landkreistag und Städteverband beratende Mitglieder der Steuerungsgruppe zur Landesrahmenvereinbarung Schleswig-Holstein im Rahmen des Bundespräventionsgesetzes. Sie haben initiieren können, dass zum Aufbau eines landesweiten Netzwerkes die Koordinierungsstelle für Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) tätig wird. Es handelt sich um eine Prävention und Gesundheitsförderung für vulnerable Gruppen und ist somit eine der Kernaufgaben der KGC. Gespräche und Recherchen zum Aufbau dieses Netzwerkes unter Frau Mareike Mattson bzw. i. V. durch Frau Dorothee Michalschek (Mitarbeiterinnen der KGC) laufen bereits. Ein erstes Treffen fand am 29.01.2018 statt, ein zweites ist für den 04.06.2018 geplant.

Da auch weitere Gesundheitsämter im Bereich Kinder psychisch kranker/suchtkranker Eltern tätig werden wollen, fanden im Jahre 2017 drei Arbeitstreffen statt, zu denen auch Vertreter*innen der gesetzlichen Krankenversicherung, des Ministeriums, der Landesstelle für Suchtfragen und der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung SH sowie verschiedene Projektanbieter im Bereich psychischer

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen eingeladen waren. Hier ging es explizit um Fragen zur Antragsstellung von Präventionsgeldern i. R. einer Kooperation von gesetzlicher Krankenversicherung und Kommunen.

Es stellte sich heraus, dass zuallererst eine Notwendigkeit besteht, die Basis eines regionalen Netzwerkes zu schaffen, um dann ggf. im nächsten Schritt gezielt durch den Kreis Projektanträge für Präventionsgelder am Besten in Kooperation mit einem Projektanbieter zu stellen.

Die Gesundheitsplanerin Frau Dr. Anna Walther und Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern organisieren für den Kreis Segeberg in den Jahren 2018/2019 runde Tische, zu denen regionale Akteure eingeladen werden und ein Konzept spezifisch für den Kreis erarbeitet wird. Der runde Tisch ist Teil einer neu zu etablierenden Gesundheitskonferenz im Kreis Segeberg.

Festes Mitglied dieses runden Tisches wird auch die „Arbeitsgemeinschaft für Kinder psychisch kranker Eltern“ sein, die initiativ vom Psychiatrischen Zentrum Rickling mit Frau Andrea Rothenburg in Kooperation gegründet wurde. Frau Rothenburg ist Regisseurin und Initiatorin der bundesweiten Kampagne für Kinder psychiatrieeffahrener Eltern (KKPE). Über die Aktivitäten der AG wurde bereits im letzten Psychiatrieplan. Jahresbericht 2016/2017, Kapitel 15, berichtet.

11.3 Die Selbsthilfe

Es informiert Frau Sabine Ivert-Klinke, Koordinatorin der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KIS), der Arbeiterwohlfahrt in Bad Segeberg, Stand 20.12.2017:

Eine Frage kristallisierte sich 2017 deutlich als das zentrale Anliegen im Bereich der Menschen mit psychischen Erkrankungen heraus: **Wie bekomme ich einen ambulanten Therapieplatz?** Nach dem stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik würden sie in ein Loch fallen. Nach Wochen, umgeben von anderen Betroffenen und Behandler*innen, seien sie plötzlich wieder allein, so beschreiben ehemalige Patient*innen ihre Erfahrung. Vermissen werden vor allem die Tagesstruktur und die sozialen Kontakte. Über Whats App halten immer mehr Ehemalige Kontakt zu Mitpatient*innen, aber es reicht vielen nicht aus. Mit dieser Vorgeschichte kamen 2017 die meisten neuen Teilnehmer*innen in eine der Selbsthilfegruppen zu psychischen Erkrankungen. Erleichterung gibt es in den Gruppen, weil die Betroffenen hier ihr Leid mit anderen teilen können. Einen Therapieplatz

ersetzen kann eine Teilnahme nicht. Es tut einfach gut, zu hören, dass auch andere getröstet wurden oder eine Absage erhalten haben, weil die Praxen überlaufen sind. Oft wurde eine Wartezeit bis zu acht Monaten genannt. „Die wissen doch, dass wir mit so einer Situation nicht umgehen können. Wir fühlen uns abgelehnt. Es kostet viel Kraft, es nicht persönlich zu nehmen, wenn nicht einmal zurück gerufen wird“, so beschreiben psychisch Kranke, wie sie das Herumtelefonieren auf der Suche nach einem Platz bei einem niedergelassenen Therapeuten oder einer Therapeutin empfinden.

Daraus entwickeln sich Diskussionen um Themen wie mangelndes Selbstwertgefühl und Zukunftsängste bis hin zu Suizidgedanken. Etliche Teilnehmer*innen sind wütend, weil sie gern wieder zurück an den Arbeitsplatz und ins „normale“ Leben möchten, aber die Hilfe, die sie aus ihrer Sicht brauchen, nicht erhalten. In den Gruppen wird viel Motivationsarbeit geleistet und Mut zugesprochen, doch wieder zum Telefonhörer zu greifen und in Therapiepraxen anzurufen oder nach Alternativen zu suchen, sei es ambulante Betreuung zu beantragen oder Ergotherapie zu machen.

Die neu eingeführte Servicenummer der Kassenärztlichen Vereinigung hat laut den Berichten aus Selbsthilfegruppen keine Verbesserung für Betroffene erbracht. Die psychisch Kranken wünschen sich eine Therapeutin oder einen Therapeuten in ihrer Nähe, weil sie sich insbesondere in schlechten Phasen nicht in der Lage sehen, weite Anfahrtswege zu bewältigen und schon gar nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Doch als zumutbar gilt eine Wegstrecke von bis zu 50 Kilometern.

Am häufigsten wird die Diagnose Depressionen genannt, wenn Interessierte bei der KIS nach einer Selbsthilfegruppe fragen. In der Regel haben sie eine gesicherte Diagnose und sind psychiatriee erfahren. Nur wenige haben eine Einzeldiagnose. Bei vielen werden die Depressionen von Ängsten, einer Suchterkrankung, einer Persönlichkeitsstörung oder ADHS begleitet. Zwangsgedanken und Zwangsstörungen wurden ebenfalls häufiger genannt. Zugenommen hat der Anteil an Gruppenteilnehmer*innen, die zunächst eine schwere chronische Erkrankung hatten und dann Depressionen entwickelt haben. Auch die Pflege eines Lebenspartners oder die schwere Erkrankung eines nahestehenden Menschen werden immer öfter als Auslöser für die eigenen psychischen Probleme genannt. Verbunden damit ist meistens das Gefühl der Isolation.

Rückzug sei nicht gut, sie wünschen sich mehr Kontakte zu Menschen, die verstehen, wie es ihnen geht, aber es solle auch nicht immer über Krankheit gesprochen werden. Mit diesem Wunsch kommen die meisten Suchenden zu KIS. Immer mehr psychisch Kranke möchten gar nicht in eine monothematisch ausgerichtete Gruppe. Das Konzept, eine **Gruppe für Menschen mit unterschiedlichen psychischen Problemen** anzubieten, wird ebenfalls gut angenommen. Seit etlichen Jahren gibt es eine solche Gruppe in Bad Segeberg. In 2017 hat sich eine neue Gesprächsrunde für Menschen mit Depressionen, Ängsten und anderen seelischen Problemen in Henstedt-Ulzburg gegründet.

Guten Zuspruch finden Selbsthilfegruppen, die sich als psychosoziale Gruppe für Gleichgesinnte verstehen. Psychiatrieerfahrung ist keine Voraussetzung für diese Gruppen. Nicht alle sind klassische Gesprächskreise. Einige bieten eine Mischung aus Gesprächen und gemeinsamen Aktivitäten. Auch die Gruppen, die für verschiedene Themen sowie für Menschen mit und ohne Diagnose offen sind, verstehen sich als Selbsthilfegruppen. Sie legen großen Wert auf den geschützten Rahmen, wie die Vertraulichkeit und den wertschätzenden Umgang miteinander.

Ebenso wie für sich selbst, wünschen sich viele psychisch Kranke auch **Unterstützung für ihre Angehörigen**. Sie gehen davon aus, dass Lebenspartnerin oder -partner, Eltern oder Geschwister sie besser verstehen würden, wenn sie mehr über die Erkrankung und ihre Symptome wüssten. Kontakte zu anderen Kindern, die es auch kennen, dass Mutter oder Vater sich zurückziehen, schlecht ansprechbar oder impulsiv sind, lautet meistens der Wunsch von erkrankten Eltern für ihren Nachwuchs. Eltern machen sich Sorgen, dass ihre Kinder leiden und womöglich später selbst erkranken. Den meisten psychisch Kranken ist bewusst, dass die Erkrankung nicht nur ihr Leben, sondern auch das ihrer nächsten Angehörigen verändert.

In der Selbsthilfekontaktstelle melden sich Angehörige sowohl, um für sich Hilfe zu suchen als auch, um Informationen für den oder die Betroffene über unterstützende Angebote wie Selbsthilfegruppen einzuholen.

Nur wenige Gruppen für psychisch Kranke öffnen sich auch für Angehörige. Schon gar nicht, wenn Betroffene dauerhaft mit einem Angehörigen in die Gruppe kommen wollen. Um den ersten Besuch in der Gruppe zu erleichtern, sind Angehörige nach vorheriger Absprache willkommen. Angeboten werden auch einzelne Termine, zu denen auch Angehörige willkommen sind.

Etablierter ist die Angehörigenarbeit im Suchtbereich. Gruppen richten sich von vornherein an Angehörige und Betroffene oder es werden regelmäßig Angehörigentreffen, beispielsweise parallel zum Treffen für die Betroffenen, angeboten. Bewährt hat sich das Angebot der angeleiteten Angehörigengruppen des Psychiatrischen Zentrums Rickling, sowohl für den Bereich der psychischen Erkrankungen als auch für die Suchterkrankungen. Freie Angehörigengruppen haben sich bisher im Kreis Segeberg nicht langfristig etablieren können. Zu Vorträgen oder ähnlichen Veranstaltungen mit Informationen zu psychischen Krankheiten oder Konzepten wie Achtsamkeit kommen durchaus Angehörige oder auch Angehörige und Betroffene gemeinsam. Derartige Angebote hat KIS auch für 2018 geplant.

12 Was bewegt die Leistungsanbieter der Suchthilfe?

Hier haben Anbieter die Möglichkeit, über Ihre Tätigkeit zu informieren und ggf. Impulse zu setzen. Der Inhalt dieser Berichte spiegelt nicht automatisch die Meinung des Psychiatrieplanungsteams oder des AK Gemeindenahe Psychiatrie wider.

Es berichten für die Träger der Suchthilfe Herr Dr. Hans-Jürgen Tecklenburg aus der ATS, Herr Dr. Jean Hermanns aus dem Psychiatrischen Zentrum Rickling, beide Landesverein für Innere Mission Schleswig-Holstein, sowie Frau Christina Schmidt vom Sozialwerk Norderstedt e.V., Stand Dezember 2017:

Aufbauend auf den Suchthilfeplan des Kreises Segeberg 2012 werden im Folgenden einige der in 2017 aktuellen Themen, Schwerpunkte und Fragen aus der Arbeit der Suchthilfe im Kreis Segeberg dargestellt.

Zur ambulanten Suchthilfe im Kreis Segeberg

Mit der sozialräumlichen Ausrichtung der Struktur der Suchthilfe mit Schwerpunkten der Angebote in den Sozialräumen Bad Bramstedt, Bad Segeberg, Kaltenkirchen und der Stadt Norderstedt (und weiteren Außensprechstunden in Trappenkamp, Bornhöved, Wahlstedt, Henstedt-Ulzburg sowie „Anlaufpunkten“ im Stadtgebiet Norderstedt) ist eine Struktur umgesetzt worden, die die Angebote der Suchtberatung

im erweiterten Umfeld der Bürgerinnen und Bürger des Kreises Segeberg erreichbar macht.

Die Angebote sind in allen Regionen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Beratungskontingente stark ausgelastet. Die differierende Zahl an erreichten Personen in den Regionen hat, vor dem Hintergrund der gedeckelten Budgets, zur Folge, dass in stark nachgefragten Regionen die mögliche Zahl an Beratungskontakten pro Kopf im Durchschnitt deutlich sinkt. Die in Konzepten der Träger beschriebenen Beratungsansätze und möglichen Zusatzangebote sind wegen der Notwendigkeit, das Angebot der „Grundberatung“ vorzuhalten, qualitativ und quantitativ nur sehr begrenzt zusätzlich umsetzbar.

Hierbei bieten im Wesentlichen nur die zum Teil von Kommunen, entsprechend ihren Möglichkeiten im Rahmen freiwilliger Leistungen, vorgenommenen Verstärkungen von Angeboten und die von Trägern der Suchthilfe initiativ eingeworbenen Mittel für Zusatzprojekte die Möglichkeit, auf besondere Bedarfe vor Ort zu reagieren bzw. die Möglichkeit, besondere Zielgruppen anzusprechen oder innovativ fachliche Ansätze weiter zu entwickeln.

Dank der Unterstützung aus Landesmitteln (Strukturvertrag soziale Hilfen) konnte auch 2017 die **Psychosoziale Begleitung Substituierter** (PSB) im Kreis Segeberg in Zusammenarbeit mit den 3 Substitutionsambulanzen des Landesvereins an den Standorten Bad Segeberg, Kaltenkirchen und Norderstedt fortgesetzt und auch durch die „ATS Fachstelle Glücksspiel“ weitere Angebote für die Bevölkerung im Kreis Segeberg vorhalten werden.

Nachdem im Januar 2017 der Bundestag einstimmig die Freigabe von Cannabis als Medizin auf Rezept beschlossen hat, besteht aus Sicht der Suchthilfe die dringende Notwendigkeit, die Prävention, aber auch die Angebote für konsumierende Jugendliche (und Erwachsene), deutlich zu verstärken, um dem Eindruck einer „Harmlosigkeit“ der Droge Cannabis durch entsprechende Aufklärung entgegenzuwirken. Erfreulicherweise konnten hier über die ATS freiwillige Projektmittel des Landes für ein kreisübergreifendes **Projekt zur Cannabisthematik** („Cannabis: Fit oder Breit“) eingeworben werden. Dieses Projekt beinhaltet neben der spezifischen Netzwerkarbeit mit Bewährungshilfe, Polizei, pädagogischen Fachkräften usw. ein der allgemeinen Suchtberatung nachgelagertes Kursangebot für konsumierende Jugendliche mit dem Ziel der Überprüfung und Veränderung des eigenen Konsumverhaltens. In

einer regional ausgerichteten Fachtagung in Kaltenkirchen, mit dem Fokus auf schulische Zusammenhänge, konnten Fachleute und Multiplikatoren aus unterschiedlichsten Bereichen der Bewährungshilfe und Polizei, der offenen Jugendarbeit, der Schule und berufsbildender Maßnahmen sich über den aktuellen Sachstand informieren und „Handwerkszeug“ für einen konstruktiven Umgang mit Betroffenen in den eigenen Arbeitsfeldern erhalten. Ob eine Neuauflage dieser Angebote 2018 mit Unterstützung des Landes erneut möglich wird, ist offen. Die Aufnahme entsprechender spezifischer Angebote bei einer Fortschreibung der Verträge für die Suchtberatung wäre wünschenswert.

In Norderstedt konnte das **Projekt „Familie am Start“** mit Unterstützung des Diakonischen Werkes Schleswig-Holstein und in Kooperation mit dem Jugendamt der Stadt Norderstedt zum Jahresbeginn eine Fachtagung zur Thematik „Fetales Alkoholsyndroms (FAS)“ unter Schirmherrschaft der Bundesdrogenbeauftragten Frau Marlene Mortler durchführen. Die mit weit über 140 Teilnehmer*innen gut besuchte Fachtagung verdeutlichte in plastischer Weise die Gefahren des Alkoholkonsums Schwangerer und die möglichen Folgen dauerhafter Schäden und lebenslanger Beeinträchtigungen für die noch ungeborenen Kinder. Im Rahmen des Projektes konnte mit dem Aufbau eines „FAS-Netzwerkes“ in Norderstedt, unter Einbeziehung der „Frühen Hilfen“, begonnen und eine Reihe von Kleinstkindern mit ihren Eltern erreicht werden. Mit dem Jugendamt der Stadt Norderstedt ist eine entsprechende Erweiterung des Auftrages der „Fachstelle Kleine Riesen“ für 2018 nun im Gespräch. Im Jahr 2017 wurde im Bundestag die besondere Situation und Belastung dieser Kinder und Jugendlichen diskutiert und über alle Fraktionen hinweg die Weiterentwicklung entsprechender Angebote befürwortet. Angebote der Unterstützung für Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien, wie die Fachstellen „Kleine Riesen[®]“ sollten, wie in Vorjahren gefordert, neben Norderstedt auch in den 3 anderen Sozialräumen im Kreis Segeberg realisiert werden. Die „**Fachstellen Kleine Riesen**“ sind hier als Projekt besonders benannt, da diese bereits 2011 als „Modell der Prävention für Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen“ bundesweit ausgezeichnet wurden. Auch in den Sozialräumen Ost, West und Nord sollten entsprechende niedrighschwellige Angebote, die es Kindern und Jugendlichen bzw. deren Erziehungsberechtigten möglich machen auch ohne Offenlegung und Antragstellung gegenüber dem Jugendamt konkrete Hilfe und Unterstützung in Anspruch zu neh-

men, vorgehalten werden. Es besteht in der Suchthilfe immer noch Hoffnung, dass in 2018 die vor rund 5 Jahren bereits beantragten notwendigen Projekte noch eine Realisierungschance erhalten könnten.

Nicht erst seit dem aktuellen Anstieg der Migration und Flucht von Menschen nach Deutschland beschäftigt sich die Suchthilfe mit der Frage, wie **Menschen mit Migrationshintergrund** erreicht werden können. Besondere Risikofaktoren, von denen Menschen mit Migrationshintergrund betroffen sein können, sollten von der Suchthilfe mit bedacht werden: Der Migrationsstatus kann Konsequenzen für gesundheitliche Entwicklung und gesellschaftliche Teilhabe haben. Migrant*innen können Erfahrungen von Isolation, Rassismus und Diskriminierung gemacht haben und von widersprüchlichen Werte- und Orientierungssystemen verunsichert sein. Des Weiteren können Informationsdefizite bzgl. des Hilfesystems vorliegen oder durch ein anderes Verständnis von Gesundheit und Krankheit im besonderen Maß Gefühle von Hilflosigkeit, Angst und Scham mit der Inanspruchnahme professioneller Suchthilfe vorliegen.

Nachdem 2016/2017 durch die Nutzung eines EU-Projektes bereits Schulungen für Mitarbeiter*innen der Suchthilfe zur kultursensiblen Arbeit in Anspruch genommen werden konnten, hat sich in der Bietergemeinschaft Norderstedt das Sozialwerk 2017 besonders des Themas „Migration und Sucht“ angenommen. Die Auseinandersetzung mit dem Thema „Interkulturelle Öffnung in der ambulanten Suchtkrankenhilfe“ hat deutlich gemacht, dass Zugangsbarrieren nur durch umfassende Bemühungen, die Suchthilfe und Migrationshilfe miteinander zu verzahnen, abgebaut werden können. Die Mitarbeiter*innen des Sozialwerks Norderstedt e.V. und der ATS haben im ersten Schritt in 2016 und 2017 Teamsitzungen der Migrationsberatung der Diakonie sowie des Willkommensteams (Koordination der ehrenamtlichen Tätigkeiten für Flüchtlinge) besucht und so mit der Vernetzung und Bedarfserhebung begonnen, eine Präventionsveranstaltung für jugendliche Geflüchtete im Jugendzentrum MuKu Buschweg fand statt.

Das Sozialwerk hat 2017 für die Durchführung des Projekts „Migration und Sucht in Norderstedt“ Mittel zur Umsetzung suchtspezifischer gesundheitspolitischer Maßnahmen beantragt. Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein hat hier Landesmittel zur Verfügung gestellt. Eine Tagesveranstaltung und ein halbtägiges Follow up, zu denen Menschen

mit Migrationshintergrund (Vertreter*innen verschiedener Communities), hauptamtliche Mitarbeiter*innen der Sucht- und Migrationsberatung und der Flüchtlingshilfe als auch ehrenamtliche Mitarbeiter*innen aus den Bereichen Sucht, Migration und Flucht eingeladen wurden, fanden statt. Im Einzelnen wurden folgende Ziele verfolgt:

- Träger- und verbandsübergreifende Vernetzung der ambulanten Suchthilfe mit der Migrationsberatung und Flüchtlingshilfe,
- Verbesserung der Kooperation zwischen Haupt- und Ehrenamtlichen aus den Bereichen Sucht und Migration,
- Vermittlung von Kultursensibilität in der Suchthilfe,
- Sensibilisierung für suchtspezifische Themen in der Migrations- und Flüchtlingshilfe,
- Steigerung der Beratungs- bzw. Behandlungsaufnahme bei von Sucht betroffenen Menschen mit Migrationshintergrund und deren Angehörigen,
- Schaffung zugeschnittener Angebote der Suchthilfe für diese Menschen.

Auf der Impulsveranstaltung im Sommer 2017 stellte zunächst die gewonnene Referentin der Institution Sucht.Hamburg (unterstützt durch Ehrenamtliche) das Projekt „Herkunft-Ankunft-Zukunft“ vor. Dieses Projekt ist in Hamburg gut etabliert und basiert auf dem Diversity Ansatz. Menschen verschiedener Sprachgruppen werden dabei von fortgebildeten Keypersons erreicht und für suchtspezifische Themen sensibilisiert, sodass Menschen mit Migrationshintergrund besser von der Suchthilfe erreicht werden können. Sollte dieser Ansatz, eine Schulung von Muttersprachlern zu suchtspezifischen Themen, damit diese Menschen ihres eigenen sprachlichen und kulturellen Hintergrundes erreichen können, auch in Norderstedt oder anderen Teilen des Kreises verfolgt werden, bedarf es hier zusätzlicher personeller und finanzieller Ressourcen.

Im Rahmen des Projekts „Sucht und Migration in Norderstedt“ wurde der Vernetzung der Haupt- und Ehrenamtlichen aus beiden Arbeitsbereichen besondere Bedeutung beigemessen. Hierfür ist die Voraussetzung, gegenseitig die jeweiligen Arbeitsbereiche und Organisationsstrukturen zu kennen und Ansprechpartner*innen zu vereinbaren. Es wurde ein halbjährlicher Austausch vereinbart, der wenn möglich und durch finanzielle Mittel gesichert, auch weiterhin von der Fachreferentin begleitet werden sollte.

Um zukünftig gut zusammenarbeiten zu können, wurde ein Bedarf an Fortbildung und Fachberatung festgestellt. Es scheint wichtig, zunächst die Haupt- und Ehrenamtlichen im Bereich Migration über das Thema Sucht und das Suchthilfesystem zu informieren, bevor konkrete Veranstaltungen für die Zielgruppe geplant werden. Umgekehrt besteht auch ein Bedarf an Fortbildung und Fachberatung zu migrations-spezifischen Themen auf Seiten der Suchthilfe. Eine Konkretisierung und Ausgestaltung soll in 2018 erfolgen.

Für die konkrete Suchtberatung ist die Sprachbarriere ein zentrales Thema. Hier scheint es notwendig, in Zusammenarbeit mit der Migrationsberatungsstelle der Diakonie eine grundsätzliche Lösung zu finden, wie eine gute und verbindliche Zusammenarbeit mit Sprachmittlern aussehen und finanziert werden kann.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass mit dem Projekt „Migration und Sucht“ in Norderstedt ein guter Anfang für eine kultursensible Suchthilfe in Norderstedt gemacht wurde, um zukünftig mehr Menschen mit Migrationshintergrund in der Suchthilfe zu erreichen.

Mit Unterstützung der Aktion Mensch und erheblicher Eigenmittel hat der Landesverein für Innere Mission in den vergangenen Jahren das **Projekt „Tandem“, ein Kooperationsprojekt der Behindertenhilfe und der Suchthilfe** realisiert. Die Inklusion von Menschen mit Behinderungen und die Integration in „normale Lebensbezüge“ außerhalb von Einrichtungen beinhaltet einerseits die Chance auf eine deutlich verbesserte Teilhabe an der Gesellschaft, aber auch die damit verbundenen Risiken zu beachten. In einer weniger durch Betreuung in Einrichtungen „behüteten“ Lebensgestaltung bieten auch für Menschen mit Behinderungen Suchtmittel „verführerische“ Genuss- und „Lösungsmöglichkeiten“ mit dem Risiko mittel- und langfristiger Schädigungen und dem normalen Risiko auch von Abhängigkeitsentwicklungen. Im Projekt „Tandem“ wurden sowohl spezifisch notwendige Anpassungen des Beratungssettings (zugehender Ansatz, einfache Sprache, Langfristigkeit, usw.) der Suchthilfe entwickelt und eingesetzt, Informations- bzw. Präventionsangebote für die betreuenden Beschäftigten in den Einrichtungen der Behindertenhilfe als auch der Prävention für Menschen mit Behinderung selbst entwickelt. In einer gemeinsam mit der Landesstelle für Suchtfragen in Schleswig-Holstein organisierten landesweiten Fachtagung wurde das Thema „Sucht und Behinderung“ landesweit thematisiert. Die teilnehmenden Fachkräfte der Tagung verabschiedeten dabei die sogenannte

„Ricklinger Erklärung“, in der Vorschläge und Forderungen für die spezifische Begleitung von Menschen mit Behinderungen im Rahmen der Inklusion aufgestellt wurden.

Bei Fortschreibung bzw. Neufassung der Budgets für die Suchthilfe im Kreis Segeberg soll nach Aussagen aus der Kreisverwaltung ein entsprechender Mehrbedarf für diese spezifischen Angebote in den Sozialräumen diskutiert und ggf. vorgesehen werden. Inwieweit bis dahin die im Projekt entwickelten Kenntnisse und Erfahrungen durch die Nachfrage und die zur Verfügung-Stellung entsprechender Ressourcen aus den Einrichtungen der Behindertenhilfe oder durch sonstige Projektmittel aufrechterhalten werden können, bleibt für das kommende Jahr leider offen.

Die vom Land im Rahmen freiwilliger befristeter Mittel unterstützten **„Fachstellen für Mediennutzung und Mediensucht“**, von denen eine von der ATS auch im Kreis Segeberg vorgehalten wird, konnte 2017 die Arbeit fortsetzen und hier neben der Beratung von Betroffenen und deren Familienangehörigen auch durch Präventionsangebote im betrieblichen Bereich aktiv werden. In Kontakten mit dem Sozialministerium wurde, vorbehaltlich entsprechender Rahmenvorgaben und Entscheidungen der Landespolitik, inhaltlich eine positive Bewertung der bisherigen Arbeit und die Möglichkeit einer Fortführung der Fachstellen im kommenden Jahr angedeutet.

Teilstationäre und stationäre Angebote

In aufwendigen Verhandlungen mit der KOSOZ wurden für den Bereich der ambulant aufsuchenden Hilfen für chronisch Suchtkranke, der ambulanten Betreuung im eigenen Wohnraum, die Voraussetzungen für die vom Kreis gewünschte **Umstellung der Finanzierung auf „Fachleistungsstunden“** geschaffen. Die Umsetzung des gemeinsamen Ziels einer flexiblen bedarfsorientierten ambulanten Unterstützung von Menschen erfordert auf Seiten der Leistungserbringer erheblichen Zusatzaufwand bei der Einführung und Umsetzung notwendiger EDV-gestützter Dokumentations- und Abrechnungssysteme. Dies wird wohl auch auf Seiten des Kreises über die etablierte Hilfeplanung hinaus entsprechende Verwaltungskapazitäten erfordern. Die bisherige Umsetzung erfolgte hier zwischen Leistungserbringern und Kostenträger in einer kooperativen Grundhaltung und Zusammenarbeit - inwieweit dies dann auch zu einer spürbaren Verbesserung für die Hilfeberechtigten führt, bleibt späteren Bewertungen vorbehalten.

Suchtkranke, die nicht mehr der vollstationären Behandlung und Betreuung bedürfen, aber ambulant nicht hinreichend stabil sind, können im Kreis Segeberg durch Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe **Angebote der teilstationären Betreuung** in Einrichtungen, wie z.B. dem „SPRUNGBRETT“, der „Psychosozialen Wohngemeinschaft Flott“ oder den „Psychosozialen Wohngemeinschaften (für Menschen mit Mehrfachdiagnosen)“, ein gestuftes Unterstützungssystem erhalten. Ebenso wie bei vollstationären spezifischen Einrichtungen der Suchthilfe, fordern veränderte gesetzliche Grundlagen und hier insbesondere das neue Bundesteilhabegesetz (BTHG) zukünftig erhebliche Anpassungen sowohl von Konzepten als auch Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen. Viele Abstimmungen und Ausführungsbestimmungen sind dabei noch in der Entwicklung.

Beachtet werden sollte bei den notwendigen Umstellungen, dass auch zukünftig eine Kopplung von Assistenz (Betreuungs)- und Beherbergungsleistungen vollzogen wird, um grundlegende Rahmenbedingungen, wie die notwendige Suchtmittelfreiheit der Wohnumgebung als „Schutzraum“ für Betroffene, aufrechterhalten zu können. Eine Kopplung mit dem Mietrecht würde diese Hilfe nicht mehr umsetzbar erscheinen lassen.

Unabhängig von den Forderungen, die die Umstellung auf das neue BTHG mit sich bringt, gibt es für Menschen mit einer suchtbedingten Behinderung (ebenso wie für Menschen mit psychischen Erkrankungen) auch bei einem erfolgreichen Verlauf der Betreuung und Reintegration in den bisherigen Einrichtungen bereits seit einiger Zeit ganz erhebliche Probleme, **geeigneten Wohnraum** zu finden bzw. (bei entsprechender Hilfebedürftigkeit) insbesondere diese im Rahmen der durch die Grundversicherung vorgegebenen Mietobergrenzen auch zu bekommen. Durch die soziale Schwäche dieser Zielgruppen besteht oft das zusätzliche Problem, dass entsprechend bezahlbarer Wohnraum in den Städten und Gemeinden häufig nur in wenigen Objekten zentriert ist und damit die Gefahr von „Ghettobildung“ besteht. Die bisherige Entwicklung zeigt, dass das Marktgeschehen allein keine hinreichenden Anreize für die Schaffung bezahlbaren Wohnraums bietet und hier ergänzend auch politische Entscheidungen notwendig werden.

Angebote für Menschen mit Suchterkrankungen im Psychiatrischen Zentrum Rickling wurden 2017 zielgruppenspezifisch weiterentwickelt. So konnte nach einer längeren Vorbereitungsphase im April dieses Jahres für suchtblastete Heranwachsende die

Station Sucht U – 21 eröffnet werden. Dieses spezielle Angebot schließt die von Jugend- und Suchthilfe oftmals beklagte Lücke der suchtpsychiatrischen Angebote zwischen Kinder- bzw. Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie. Hier können junge Erwachsene bzw. Heranwachsende mit problematischem Suchtmittelkonsum oder auch Computer- bzw. Mediengebrauch nach einem obligatorischen Vorgespräch stationär-psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe finden, die von Entzugsbehandlung bis zur Behandlung parallel vorliegender psychischer Störungen (sog. Komorbidität) reicht. Teil der Behandlung ist zudem ein intensives Bemühen um nachfolgende Unterstützung durch therapeutische, rehabilitative und Jugendhilfemaßnahmen. Die bei minderjährigen Heranwachsenden nötige jugendpsychiatrische Begleitung wird durch eine Kooperation mit der entsprechenden Abteilung der RegioKlinik Elmshorn gewährleistet.

Die seit längerem etablierte **spezielle Cannabisstation** ist weiterhin sehr stark frequentiert, hier finden Patient*innen mit einer Cannabisabhängigkeit und mit durch den Cannabiskonsum ausgelösten oder verursachten psychischen Erkrankungen (u.a. Angsterkrankungen, Depressionen, Psychosen) differenzierte Behandlungsmöglichkeiten. Als besonderer Schwerpunkt hat sich in den letzten Jahren auch die Behandlung von cannabisabhängigen Patient*innen mit einer Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) erwiesen. Bei dieser Gruppe von Patient*innen ist eine intensive psychiatrisch-psychologische Diagnostik sowie die Erarbeitung eines individuellen Behandlungsplans erforderlich, der medikamentöse, psychotherapeutische und rehabilitative Elemente umfasst. Ein weiterer wachsender Schwerpunkt ist die Arbeit mit Patient*innen mit zusätzlich zum Cannabiskonsum bestehendem intensiven Amphetamin- und sog. Partydrogenmissbrauch, der immer häufiger zu zusätzlichen psychischen Auffälligkeiten führt.

Auch **Patient*innen mit Migrationshintergrund** nutzen die suchtpsychiatrischen Behandlungsangebote des Psychiatrischen Zentrums Rickling. Hier ist neben dem Cannabiskonsum und Alkoholmissbrauch (bes. bei Migrant*innen aus dem russischen Sprachraum) als Behandlungsanlass häufig die Abhängigkeit von opioidhaltigen Schmerzmitteln zu nennen.

13 Was bewegt sich in der interkulturellen Psychiatrie / Migrationspsychiatrie?

13.1 Einleitung

Es berichtet Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Leiterin des Fachdienstes Sozialpsychiatrie, Kreis Segeberg, Stand 27.11.2017:

In den letzten 2 Ausgaben des Psychiatrieplanberichtes Kreis Segeberg wurde über die notwendige Versorgung traumatisierter Flüchtlinge berichtet. Der Fachdienst Sozialpsychiatrie engagiert sich seit Februar 2016 im Netzwerk zur Versorgung traumatisierter Flüchtlinge im Kreis Segeberg sowie seit vielen Jahren intermittierend im Landesarbeitskreis Psychiatrie und Migration in Schleswig-Holstein.

Darüber hinaus ist es wichtig, Menschen mit Migrationshintergrund, die unter anderen psychiatrischen Krankheitsbildern als einem Trauma leiden, ebenso kulturspezifisch zu unterstützen. Dabei wird Migrationspsychiatrie nicht als isoliertes Fachgebiet verstanden, sondern als integraler Bestandteil einer qualifizierten und differenzierten Versorgungsstruktur im Land Schleswig-Holstein. Es handelt sich hierbei um einen Baustein einer auf hoher fachlicher Qualität und Inklusion fußenden Sozialpsychiatrie.

Auch das Land hat sich in seinem Psychiatriebericht 2016 zum Thema Migrationspsychiatrie geäußert.

13.2 Stellungnahme des LAK Psychiatrie und Migration zum Landespsychiatriebericht 2016

Es berichtet Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Leiterin des Fachdienstes Sozialpsychiatrie, Kreis Segeberg, Stand 27.11.2017:

Der **Landesarbeitskreis Psychiatrie und Migration in Schleswig-Holstein** hat folgende konstruktive Kritik in Form von Thesen zum Psychiatriebericht Schleswig-Holstein 2016 und der Darstellung von Versorgungsdefiziten in der interkulturellen Psychiatrie abgegeben:

1. Ausgangspunkt für einen Landespsychiatrieplan muss eine zusammenfassende Darstellung des Zusammenhangs von Migration, rechtlichem und sozialem Status und psychischer Erkrankung sein.

2. Wichtig ist die Darstellung der sprachlichen und soziokulturellen Zugangsbarrieren und der Hürden innerhalb der medizinischen Behandlung, der psychotherapeutischen Versorgung sowie der sozialpädagogischen Nachsorge und Prävention.
3. Die Analyse muss deshalb erweitert werden auf die Eingliederungshilfe für psychisch und suchterkrankte Migrant*innen und auf die niedrigschwellige psychosoziale Beratung.
4. Die Herausforderungen einer dauerhaft angemessenen sozialpsychiatrischen Versorgung über die Erstversorgung von Flüchtlingen und über die Generationengrenzen hinaus sind fachlich und regional differenziert zu bewältigen.
5. Neben den zeitweilig besonders umfangreichen Umsiedlungs- und Fluchtbewegungen (z.B. auch der 80er und 90er Jahre) ist auch die fortlaufende Arbeits- und Bildungsmigration vor allem aus dem EU-Raum mit ihren spezifischen Anforderungen zu berücksichtigen.
6. Neben dem aktuell natürlich besonders wichtigen und präsenten Thema der Traumatisierung von Flüchtlingen sind alle übrigen Ausprägungen psychischer und Suchterkrankungen angemessen zu versorgen.
7. In allen Migrant*innengruppen gibt es selbstverständlich sprachliche, religiöse, soziale sowie alters- und geschlechtsspezifische Differenzierungen, die auch im Kontext psychischer Erkrankung und sozialpsychiatrischer Versorgung wichtig sind.

Schleswig-Holstein und damit auch der Kreis Segeberg stehen ganz am Anfang einer qualifizierten und inkludierten Versorgung dieser Klientel.

13.3 Sucht und Migration

Es berichtet Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Leiterin des Fachdienstes Sozialpsychiatrie, Kreis Segeberg, Stand 27.11.2017:

Mit den aus Ländern wie Syrien, Irak, Afghanistan oder Nordafrika nach Deutschland geflüchteten Menschen wird auch die Suchtpolitik vor neue Herausforderungen gestellt. Erfahrung aus Aufnahmeeinrichtungen belegen, dass bei geflüchteten Menschen ein teilweiser riskanter bzw. missbräuchlicher Suchtmittelkonsum betrieben wird. Oftmals ist eine Abhängigkeitserkrankung schon manifest. Im Landesarbeitskreis Migration und Psychiatrie wurde berichtet, dass Flüchtlinge oftmals Cannabis

bzw. Marihuana in extrem hohen Tagesdosierungen einnehmen, die für „deutsche Verhältnisse“ sehr unüblich sind. Hierdurch sind Gespräche mit den intoxikierten Flüchtlingen kaum führbar. Der psychosoziale Zugang ist darüber hinaus durch kulturelle Unterschiede (ethnisch, religiös, sozial) erschwert. Auch müssen alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede in der Behandlung und Prävention Berücksichtigung finden.

Die **90. Gesundheitsministerkonferenz** hat sich mit der Versorgung von Migrant*innen befasst. Hier ging es explizit um das Thema Suchthilfe und Prävention bei geflüchteten Menschen. Es erfolgte ein Beschluss am 21./22.06.2017 in Bremen, der besagt, dass auch bei geflüchteten Menschen Suchtprävention zu leisten sei. Hierbei muss der kulturelle Hintergrund, Alter und Geschlecht Berücksichtigung finden im Sinne einer Lebenswelt orientierten Maßnahme mit bedarfsgerechten Beratungsangeboten und erforderlichenfalls passgenauen Maßnahmen der Suchthilfe. Ziel sei es, dies im bestehenden System zu leisten, ohne Sonderstrukturen zu schaffen. Zur Unterstützung dieses Vorhabens bitten die Gesundheitsminister*innen über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) geeignete Präventionsmaterialien in verschiedenen Sprachen zu entwickeln und den Fachkräften auf kommunaler Ebene zur Verfügung zu stellen. Es sollten Studien zur Verbesserung der Datenlage erfolgen und im Rahmen von Integrations- und Orientierungskursen das Thema aufgegriffen werden. Des Weiteren seien Bund, Länder und Kommunen gefordert, im Rahmen einer sektorenübergreifenden Strategie Konzepte zu entwickeln, die Sucht- und Migrationsarbeit miteinander zu verzahnen. Als mögliche Maßnahme wird dabei die Einrichtung niedrigschwelliger und kultursensibler Lotsendienste genannt. Außerdem wird es für notwendig gehalten, den in der Suchthilfe und -prävention tätigen Fachkräften interkulturelle Kompetenzen durch geeignete Schulungsmaßnahmen zu vermitteln. Im Weiteren sollten die in den Aufnahmeeinrichtungen beschäftigten Personen zum Thema Suchtprävention und -hilfe geschult werden.

Seitens des Landkreistages wurde zum 15.01.2018 der Kreis Segeberg aufgefordert zu informieren, in welcher Form die Sucht- und Migrationsarbeit bereits verzahnt sei, ob entsprechende Konzepte bereits vorliegen und die tätigen Fachkräfte über interkulturelle Kompetenzen verfügen (siehe vorheriges Kapitel).

Die Verwaltung des Kreises Segeberg nahm den Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz und die Anfrage des LKT zum Anlass, in seinen Gremien das Thema Sucht und Migration intensiv zu behandeln. So wurde im Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie am 31.01.2018 das Thema mit den Fachleuten aus der Sucht- und Migrationsberatung diskutiert.

Ebenso wurde dieses Thema als Programmpunkt für das Netzwerktreffen zur Versorgung traumatisierter Flüchtlinge im September 2018 auf die Agenda genommen.

13.4 Was bewegt das Team „Beratung und Betreuung“ aus dem Fachdienst Grundsatz- und Koordinierungsangelegenheiten Soziales und Asyl?

Es berichtet Frau Karin Kühle, Sozialpädagogin im Fachdienst Grundsatz- und Koordinierungsaufgaben Soziales und Asyl, Kreis Segeberg, Stand 25.01.2018:

Das Team „Beratung und Betreuung“ des Fachdienstes besteht derzeit aus 7 Mitarbeiter*innen mit verschiedenen Professionen und unterschiedlichen Nationalitäten.

Aufgrund der Mitarbeiter*innen mit Migrationshintergrund ist es möglich, die Beratung und Betreuung in verschiedenen Sprachen - in der Muttersprache der Klient*innen - anzubieten. Hierdurch entsteht in der Regel sofort eine besondere und positive Beratungsatmosphäre.

In Einzelfällen begleiten die Kolleg*innen die Klient*innen z.B. bei Arztterminen, im Krankenhaus, zur Bank etc.. Die Mitarbeiter*innen übersetzen auch in anderen behördlichen Zusammenhängen bzw. werden von anderen Fachdiensten und kommunalen Behörden zu Gesprächen als Übersetzer-/Dolmetscher*innen hinzugebeten z. B. von der Ausländerbehörde, dem Jugendamt, dem Gesundheitsamt, Standesamt usw.

Das Team „Beratung und Betreuung“ des Fachdienstes hat verschieden Funktionen und Aufgabenstellungen:

- Flüchtlingsberatung und -betreuung
- Freiwilligenmanagement
- Koordinierungsstelle zur integrationsorientierten Aufnahme von Flüchtlingen (KiA).

Flüchtlingsberatung und -betreuung

In der Beratung und Betreuung werden Flüchtlinge und Migrant*innen in ihren Fragestellungen zum Thema Asyl und dem Lebensalltag in Deutschland beraten und betreut.

Hierfür gibt es die Beratung von neuankommenden Flüchtlingen im Rahmen der Willkommenskultur, Unterstützung bei Fragen zum Asylverfahren und zur Asylanerkennung, Beratung zum Familiennachzug, Hilfe beim Ausfüllen von Anträgen, Kontaktherstellung, Weitervermittlung zu beteiligten Institutionen und Behörden.

Die Beratung und Betreuung ist konkrete Hilfestellung für den einzelnen Menschen - in den offenen Sprechzeiten oder nach Vereinbarung. Im Besonderen ist Frau Karin Kühle zuständig für Problemstellungen bei psychischen Erkrankungen, Sucht und Migration, Behinderungen. Sie berät in Deutsch und Englisch.

Freiwilligenmanagement

Das Freiwilligenmanagement ist in der Beratung und Begleitung von ehrenamtlich Helfenden tätig. Hierfür wird unter anderem an zuständige Ansprechpartner*innen in allen Belangen des Ehrenamtes in der Flüchtlingshilfe vermittelt. Es werden die Helferkreise vor Ort unterstützt, kreisweite Austauschtreffen organisiert, Informationsveranstaltungen, Seminare sowie Fortbildungen für ehrenamtlich Helfende u.s.w. durchgeführt.

Koordinierungsstelle zur integrationsorientierten Aufnahme von Flüchtlingen (KiA)

Die KiA wurde 2015 im Rahmen des Flüchtlingspaktes vom Land Schleswig- Holstein ins Leben gerufen. Ziel ist es, ein lokal abgestimmtes Aufnahme- und Integrationsmanagement aufzubauen und die Verteilung der Flüchtlinge an den örtlichen Gegebenheiten und Bedarfen auszurichten. Hierfür bringt die KiA alle Beteiligten in der Flüchtlingsarbeit zusammen. Sie koordiniert die Arbeit mit Flüchtlingen in den Bereichen Unterbringung, Betreuung und Integration, steht in engen Kontakt mit den Städten, Ämtern und Gemeinden sowie der Bundesagentur für Arbeit und dem Jobcenter.

Es gibt folgende Schwerpunkte:

- Unterstützung der kulturellen und religiösen Integration
- Wie finden Geflüchtete eine Arbeit oder Ausbildung?
- Sprache
- Wohnen und Gesundheit

Die KiA übernimmt dabei keine Einzelfallbearbeitung, sondern nur strukturierende und koordinierende Tätigkeiten.

Im Rahmen des Schwerpunktes Wohnen und Gesundheit ist im Februar 2016 das „Netzwerk zur Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen“ in Kooperation mit dem PARITÄTISCHEN SH und dem Fachdienst Sozialpsychiatrie entstanden und seitdem aktiv.

Im Jahr 2017 wurde sich im Netzwerk und innerhalb eines Fachtages mit folgenden Themen auseinandergesetzt:

- Informationen über aktuelle Landeserlasse und Bundesgesetzgebung, insbesondere im Kontext von Durchführungen aufenthaltsbeendender Maßnahmen mit Erfahrungsaustausch über die Auswirkungen auf die psychosoziale Beratung und therapeutische Betreuung.
- Umgang mit Traumatisierten anhand der Open Space-Methode
- Vorstellung der landesweiten unabhängigen mobilen Rückkehrberatung
- Vorstellung des Partizipationsprojektes für Migrant*innen der Segeberger Kreisverwaltung
- Soziokulturelle und religiöse Aspekte in der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen
- Interkulturelle Kommunikation, transkulturelle Kompetenz und Resilienz
- Die Bedeutung der Arbeit von Migrant*innenorganisationen in der Versorgung Geflüchteter

13.5 Migrationsarbeit im Fachdienst Sozialpsychiatrie

Es berichtet Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Leiterin des Fachdienstes Sozialpsychiatrie, Kreis Segeberg, Stand 08.05.2018:

Die Zusammenarbeit im **regionalen Netzwerk zur Versorgung traumatisierter Flüchtlinge** wurde weiter intensiviert und auf die Netzwerke anderer Kreise ausgedehnt. Der erste **Schleswig-Holstein übergreifende Fachtag** zum Thema „Interkulturalität in der Versorgung traumatisierter Flüchtlinge“ fand am 21.06.2017 in Bad Segeberg statt. Neben dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Schleswig-Holstein waren als weitere Kooperationspartner die Kreise Ostholstein, Steinburg, Herzogtum Lauenburg, Plön und die Hansestadt Lübeck tätig. Knapp 130 Teilnehmerinnen und Teilnehmer profitierten von dieser Fachtagung.



Von links: Jutta Ziegler Netzwerk Kreis Plön, Jörg Schmidt und Dr. Sylvia Hakimpour-Zern Netzwerk Kreis Segeberg, Frau Krystina Michalski vom PARITÄTISCHEM, Katharina Euler Netzwerk Kreis Ostholstein, Sandra Stadniczuk Netzwerk Kreis Steinburg, Eberhard Jänsch-Sauerland Netzwerk Ostholstein, Andreas Bockholt Netzwerk Kreis Herzogtum Lauenburg, 21.06.2017 in Bad Segeberg.

Der nächste Fachtag findet am 13. Juni 2018 in Neumünster statt. Veranstalter*innen des Netzwerkes sind diesmal neben dem Paritätischen und dem Kreis Segeberg auch die Kreise Ostholstein, Plön, Stormarn, Herzogtum Lauenburg, Flens-

burg-Schleswig, Steinburg und Rendsburg-Eckernförde sowie die kreisfreien Städte Flensburg und Lübeck. Titel der Fachtagung ist „Die transkulturelle Kompetenz in der medizinisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung von Geflüchteten in Schleswig-Holstein“. Als Referent*innen sind u. a. Herr Jens Leutloff, Islamwissenschaftler, sowie Frau Dr. Solmaz Golsabahi-Broklawski aus dem medizinischen Institut für transkulturelle Kompetenz in Bielefeld eingeladen.

Das regionale Netzwerk des Kreises Segeberg trifft sich in der Regel 3mal jährlich. Hier findet ein Austausch zwischen professionell und ehrenamtlich Tätigen statt. Das Netzwerk dient u. a. dazu, Vorurteile und fehlendes Wissen abzubauen und konstruktiv zusammenzuarbeiten. Die Verwaltung wird derzeit vertreten durch Mitarbeiter*innen des Fachdienstes Sozialpsychiatrie und dem Fachdienst Grundsatz- und Koordinierungsangelegenheiten Soziales und Asyl. Von den Teilnehmenden wurde wiederholt die aktive Beteiligung der Ausländerbehörde gefordert.

2018 wurde die Versorgung von minderjährigen Flüchtlingen thematisiert. Hier wurde durch Dipl. Psych. Ralph Kortewille das Modellprojekts „Regionales kinder- und jugendpsychiatrisches/-psychotherapeutisches Erstversorgungsangebot für Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrung“ vorgestellt. Weitere Themen waren bzw. sind 2018 noch die Unterstützung von Kindern psychisch kranker Eltern, Gewährleistung der Krisenversorgung in der Landesunterkunft Boostedt als Ausreisezentrum, das Integrationsgesetz der Landesregierung, Antistigmata-Arbeit in den Communities, Migration und Sucht sowie das Thema Flüchtlinge mit Behinderung.

Im Umgang mit Migrantinnen und Migranten ist der Erwerb einer interkulturellen Kompetenz notwendig. Der Fachdienst Sozialpsychiatrie organisierte diesbezüglich eine Fortbildung mit dem sozialpädagogischen Einrichtungsträger ELELE. Aufgrund der Komplexität des Themas konnte nur eine Einführung gegeben werden. An der Fortbildung nahmen neben Mitarbeiter*innen des Fachdienstes Sozialpsychiatrie auch Kolleg*innen aus der Betreuungsbehörde, Hilfe zur Pflege, Eingliederungshilfe und der Koordinierungsstelle für Asylbewerber teil. Von extern wurden darüber hinaus Kolleg*innen der Suchthilfe und der ambulanten psychiatrischen Pflege eingeladen.

Die Fachdienstleiterin Frau Dr. Hakimpour-Zern nimmt am Landesarbeitskreis Psychiatrie und Migration teil, der für den 21.04.2018 einen Fachtag zum Thema organisierte.

13.6 Was bewegt Behandler*innen und betreuende Einrichtungen in der Migrationsarbeit?

Hier haben Anbieter die Möglichkeit, über Ihre Tätigkeit zu informieren und ggf. Impulse zu setzen. Der Inhalt dieser Berichte spiegelt nicht automatisch die Meinung des Psychiatrieplanungsteams oder des AK Gemeindenahe Psychiatrie wider.

13.6.1 Beitrag einer psychotherapeutisch tätigen Ärztin

Es berichtet Frau Dr. Sylvia Collier, in Bad Segeberg niedergelassene Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Stand 19.02.2018:

Ohne Wert, ohne Zukunft, ohne Hoffnung

- verwaltet, vergessen, abgeschoben -

Stumm sind sie, nicht nur weil sie noch nach Jahren kein Deutsch sprechen, nein auch in ihren Familien bleibt ungesagt, was ihnen widerfahren ist. Ich berichte hier von Frauen, denen ich in meiner psychotherapeutischen Praxis begegne, traumatisierte Frauen, die als Flüchtlinge nach Deutschland gekommen sind zumeist mit ihren Ehemännern und Kindern aus angeblich sicheren Herkunftsländern wie dem Kosovo oder Armenien. Sie alle waren neben Verfolgung ihrer Männer vor allem selber Opfer sexueller Gewalt ohne auf den Schutz einer Staatsmacht und Verfolgung der Täter rechnen zu können. Diese Frauen können selbst im engsten Familienkreis nicht über die Vergewaltigung sprechen, denn sie befürchten zu Recht, von den Männern und den Angehörigen geächtet und ausgestoßen zu werden. Ihre Kultur hat ihnen seit ihrer Kindheit vermittelt, dass sie wertlos sind, wenn sie sexuellen Kontakten außerhalb der Ehe ausgesetzt waren. Nur die Einbindung in ein Familiensystem bietet ihnen Schutz und sichert ihre Existenz im Herkunftsland. So versuchen sie mit begrenztem Erfolg, die traumatischen Ereignisse zu verdrängen, immer in der Angst, es könne doch jemand von der Vergewaltigung erfahren. deshalb wird die Tat auch bei der Anhörung nicht aktenkundig und ich erfahre auch erst nach langem Aufbau eines Vertrauensverhältnisses, was ihnen geschehen ist.

Die Erzählung ihres Leidens lässt dann die alten Bilder und Ängste wieder derart in den Vordergrund treten, dass sie kaum den Alltag bewältigen können, mit allen Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung reagieren. Es besteht ein Dauererregungszustand aus dem heraus Albträume den Schlaf stören, chronische Schlaflosigkeit bewirken, aus kleinem Anlass Gefühle und szenische Erinnerungen

sie überschwemmen, als wenn sie noch in der damaligen Situation stecken, es kommt zu Verkennung der an sich undramatischen Realität und einer ständigen Wachsamkeit und Schreckhaftigkeit, überall Gefahren zu erwarten. Sie reagieren dann mit Vermeidung und sozialem Rückzug. Die Anpassung an neue Situationen ist stark herabgesetzt, es besteht eine Auffassungs - und Konzentrationsstörung. All das verstärkt das Gefühl von Wertlosigkeit, Hilflosigkeit und Abhängigkeit. Sie haben keine Hoffnung, dass sie selber jemals einen Einfluss auf eine Veränderung ihrer Lebensverhältnisse nehmen könnten. Sie existieren weiter, weil ihre Kinder sie brauchen und ihre Männer ihr Funktionieren erwarten, in einer dauerhaften Depression gefangen, die sich auch in körperlichen Schmerzen ausdrückt, für die es nicht immer eine somatische Erklärung gibt, sie dann aber als Symptom, über das man reden kann, in Behandlung bringt..

In der Anfangszeit in Deutschland findet sich noch ein Rest Hoffnung auf einen Neuanfang zumindest in physischer Sicherheit, der sie zu einer gewissen Anpassung an die neue Lebenssituation befähigt. Aktivitäten stabilisieren das Selbstwertgefühl, lenken die Aufmerksamkeit auf die alltäglichen Aufgaben. Arbeit und die Notwendigkeit des Aufbaus einer Existenz haben nach dem 2. Weltkrieg auch den traumatisierten deutschen Frauen geholfen, zu einem Gefühl von Selbstwirksamkeit zurück zu finden, das Schicksal selber beeinflussen zu können. Dann zeigt sich aber, dass ohne Bleibeperspektive, mit der ständigen Angst, in ein Heimatland abgeschoben zu werden, in dem die Gefahr der Retraumatisierung durch die dort weiterhin lebenden Täter besteht, diese Frauen wie in einem inneren Gefängnis leben mit Erwartung ihres Todesurteils. Sie dürfen weder an einem Deutschkurs teilnehmen, noch eine Arbeit aufnehmen, zumeist trauen sie sich ohne Begleitung nicht einmal auf die Straße. Es wird eine Integration in die deutsche Gesellschaft verhindert, denn sie und ihre Familien sollen ja in ihr Herkunftsland zurückkehren.

Ich begleite einige dieser Frauen schon über Jahre und erlebe, wie sich die posttraumatische Belastungsstörung inzwischen zu einer Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung ausweitet. Die Daueranspannung lässt alle Gefühle außer der allgegenwärtigen Angst abstumpfen. Es entwickelt sich eine Gleichgültigkeit gegenüber der Umwelt, selbst familiäre Bindungen verlieren an Bedeutung. Die Kraft sich irgendwie noch für das eigene Wohlbefinden einzusetzen, schwindet, Apathie und Erstarrung machen sich breit, es entsteht ein völliger sozialer Rückzug, der Gedanke

an Suizid ist ständig vorhanden mit dem Wunsch, dadurch der hohen inneren Anspannung zu entgehen. Es kommt zu dissoziativen (tranceähnlichen) Zuständen, in denen jeder Kontakt zur Außenwelt abgeschnitten ist, aus dem heraus Selbstverletzungen und parasuizidale Handlungen erfolgen. In dieser Situation sind die Frauen hochgradig gefährdet, ohne Aufsicht sich umzubringen, sei es durch spontane Impulshandlungen oder indem sie aufhören, sich selber zu versorgen. Es treten zunehmend auch stressbedingte schwere körperliche Erkrankungen auf.

Mich macht es betroffen, diesen Frauen keine Perspektive anbieten zu können, die ihnen ein menschenwürdiges Leben erlaubt, das auf der Hoffnung aufbaut, mit ihren bleibenden Einschränkungen in Ruhe alt werden zu dürfen. Stattdessen droht ihnen trotz langjährigem Aufenthalt in Deutschland die Abschiebung in eine Zukunft, der sie nicht gewachsen sind ohne eine soziale Einbindung, denn ihre Kinder dürfen inzwischen in Deutschland bleiben, sind vielfach gut sozial integriert. Alte Kontakte ins Herkunftsland sind abgerissen oder weiterhin sogar mit Gefahren behaftet. Diese Frauen leben isoliert, treten nicht in Erscheinung, sind Gegenstand der Verwaltung, ohne eigenes Gesicht und individuelles Schicksal. Auch hier in Deutschland sind sie erneut Opfer, ohne sich je etwas haben zuschulden kommen zu lassen.

Mir ist es ein Anliegen, diesen Altfällen, deren Anzahl überschaubar ist, eine Stimme zu geben, für deren Sicherheit und Menschenwürde eine Lobby zu schaffen, die sich einsetzt dafür, nach den vielen Jahren der Ungewissheit eine dauerhafte Duldung zu erwirken. An meinen anderen Patientinnen, deren Asylantrag bewilligt wurde, konnte ich miterleben, wie sich die innere Anspannung milderte und sich ganz langsam wieder eine Lebensperspektive abzeichnete, in der sogar teilweise eine Bearbeitung des Traumas möglich wurde und die Behandlungsbedürftigkeit sank. Es gibt einen Ermessensspielraum der Behörden, der in den Kreisen von Schleswig-Holstein unterschiedlich ausgeschöpft wird. Eine Verlängerung der Duldung jeweils nur für einen Monat seit Jahren stellt eine nicht zu rechtfertigende Praxis dar, die dem im Herkunftsland erlittenen Trauma unnötig weiteres schweres Leid hinzufügt.

13.6.2 Beitrag des Einrichtungsträgers ELELE

Es berichtet Frau Birgül Karabulut, Einrichtungsleiterin von ELELE - Hand in Hand zurück ins Leben, Stand 21.03.2018:

Kultursensible und kulturspezifische Arbeit in unserer Einrichtung ELELE - Hand in Hand zurück ins Leben

Unsere Einrichtung wurde 2012 von zwei Kolleg*innen gegründet, die erkannten, dass Menschen mit Migrationshintergrund oft den Zugang zu existierenden Hilfen nicht finden. Gründe hierfür sind vielfältig. ELELE möchte unterstützen und bietet kultursensible und kulturspezifische ambulante Hilfen nach SGB XII Eingliederungshilfe, ambulante Hilfen nach SGB VIII Jugendhilfe und das Sozialraumprojekt „Nokta“ an. Wir leisten Dolmetscherdienste in den Sprachen kurdisch, türkisch, arabisch und farsi. Außerdem bieten wir Fortbildungsmodule zum Thema „kultursensible und kulturspezifische Arbeit“ an.

Zurzeit sind 25 Mitarbeiter*innen aus den Kulturkreisen kurdisch, türkisch und arabisch mit einer eigenen Migrationsgeschichte bei Elele beschäftigt. Der Grund für diese Wahl liegt in dem Einrichtungskonzept. Es ist vorgesehen, alle Klient*innen muttersprachlich zu betreuen.

Sprachbarrieren

Die muttersprachliche Behandlung ist bei der Bedeutung der Sprache in der „sprechenden Medizin“ und der Psychologie für ca. 70% aller Patient*innen besonders erwünscht, insbesondere bei der schwierigen Artikulation seelischer Befindlichkeiten, aber selbst in Großstädten wie Berlin bei weitem noch nicht flächendeckend darstellbar [s.a. Berliner Initiative und Erklärung, Machleidt 2009].

Es ist wissenschaftlich bewiesen, dass Menschen, die unter einer psychischen Erkrankung leiden, die Sekundärsprache verlernen und sich besser in ihrer Muttersprache artikulieren können.

Aus diesem Grund suchen viele Menschen die Hilfe bei ELELE, wo sie sich muttersprachlich und ausführlich artikulieren können und der Zugang nicht durch Sprachbarrieren behindert ist.

Diskriminierungserfahrungen

Durch die direkten und indirekten Diskriminierungserfahrungen in den verschiedenen Migrationsphasen, die Stigmatisierungen und Scham ist vielen Migrant*innen der Zugang ins Gesundheits- und Sozialsystem nicht möglich. Alle Mitarbeiter*innen

der Einrichtung ELELE haben selbst Migrationshintergrund. Daher ist die Hemmschwelle zur Einrichtung ELELE niedriger oder sogar nicht vorhanden. Die Hilfesuchenden werden mit einer ihnen bekannten Art empfangen und verspüren das Gefühl: Wir sind alle gleich. Die Menschen fühlen sich dazugehörig und nicht fremd oder anders.

Kulturbarrieren

Der Umgangsstil, Hierarchien, Umgang mit Problemen, Verhandlungsstil, Nähe/Distanz und vieles mehr sind in allen Kulturen unterschiedlich strukturiert. Die dadurch entstehenden Unsicherheiten bilden für die meisten Menschen mit Migrationshintergrund unüberwindbare Barrieren und verschließen den Zugang zu vielen Lebensbereichen. Zum Beispiel könnte eine kulturelle Barriere sein, dass die Idee des Seelenlebens unterschiedlich erfasst und behandelt wird. Der Ausdruck „Meine Arme sind schwer“ wäre ein Beispiel dafür, wie sich psychische Überlastung ausdrückt. Durch eine *wörtliche* Übersetzung ist diese Aussage nicht zu decodieren.

Zugang zum Gesundheits- und Sozialsystem

Die Barrieren zum und im Sozial- und Gesundheitswesen insgesamt, die einer qualitativ gleichwertigen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund im Wege stehen, sind bereits seit den 1990er Jahren bekannt. So suchen Menschen mit Migrationshintergrund seltener oder zu spät ärztliche Hilfe auf und sind medizinisch schlechter versorgt. Gründe, die den Weg in das Versorgungssystem verhindern oder verzögern, sind Unwissenheit bezüglich der Versorgungsmöglichkeiten im deutschen Gesundheitssystem, aufenthaltsrechtliche Faktoren, Verständigungsschwierigkeiten und kulturelle Missverständnisse. Auch Diskriminierungserfahrungen, Stigmatisierung und Scham können Ursachen für die Unterversorgung sein.

Wenn die ethnisch-kulturelle Zugehörigkeit als irrelevant betrachtet wird, werden bedeutsame Daten der sozialen Vorgeschichte, die sich auf Ethnizität und Migration der Kranken beziehen, nicht ausfindig gemacht. In diesem Falle beginnt die Exploration der Person erst im Aufnahmeland und es werden nur Fakten eruiert, die sich auf die dominante Kultur, also auf die des Aufnahmelandes beziehen [vgl. Zarifoglu/Zeiler, 1997:308 f.].

Aufgabenfelder bei Klient*innen mit Migrationshintergrund

Bei der Arbeit mit Menschen, die einen Migrationshintergrund haben, kommen zusätzliche Arbeitsfelder für die Mitarbeiter*innen von Elele hinzu, aber keine fallen

weg. Es ist unabdingbar, die Unterschiede und Mehrbelastungen von Menschen mit Migrationshintergrund und ihren psychischen Erkrankungen zu kennen und auf dieser Basis kulturspezifisch, kultursensibel zu arbeiten, Psychoedukation¹ zu leisten, die Emotionslogik der Migration zu kennen, transkulturell zu agieren und Krankheit als kulturellen Code zu verstehen. Dabei kommt der Kultursensibilität große Bedeutung zu.

Kultursensibilität

Der erste Schritt in der Arbeit mit Migrant*innen ist die Kultursensibilität. Ohne die nötigen interkulturellen Kompetenzen ist die Arbeit unmöglich. Die hilfeschuchenden Menschen sind sehr oft schon vorbelastet mit Diskriminierungserfahrungen, umso wichtiger ist der detaillierte, kultursensible Umgang mit diesen Menschen, um ihnen überhaupt den Zugang zu ermöglichen. Hierbei geht es nicht nur darum zu wissen, dass gläubige Muslime kein Schweinefleisch essen, oder evtl. die Mädchen nicht am Schwimmunterricht teilnehmen dürfen, sondern die Menschen mit einer Selbstverständlichkeit anzunehmen, ein Stück Heimat spüren zu lassen, so dass sie sofort ein Wohlbefinden spüren. Dies kann nur entstehen, wenn die Mitarbeiter*innen sich sehr gut in diesen Kulturkreisen auskennen und ausreichend Kenntnisse über diese Kulturkreise besitzen und nicht nur die Eisspitze des Kulturkreises wahrnehmen und kennen. Die Kausalität der einzelnen Faktoren der Kultur muss internalisiert sein. „Denn nicht selten sind subjektive Erklärungsansätze für psychische Störungen, Krankheitsverständnisse und damit in entscheidendem Maße auch Behandlungserwartungen stark von kulturellen Einflüssen abhängig/geprägt. Die Migrationserfahrung selbst kann auch potentiell pathogen wirken und Behandlungsverläufe beeinflussen“ [vgl. Positionspapier DGPPN 2012].

Aus diesem Grund muss das gesamte Konzept einer Einrichtung, wie in unserem Beispiel die Einrichtung ELELE, kultursensibel aufgebaut sein und jeder Mitarbeiterin oder jedem Mitarbeiter muss ausreichend Freiraum im Handeln zur Verfügung gestellt werden, um flexibel handeln zu können, ohne sich später erklären zu müssen, weil Vorgesetzte oder Kolleg*innen unwissend sind.

Kulturspezifität

Der zweite Schritt in der Arbeit mit Migrant*innen ist die Kulturspezifität. In der Zu-

¹ Unter Psychoedukation wird die Vermittlung der Ursachen und Merkmale von psychischen Krankheiten im pädagogischen Prozess verstanden.

sammenarbeit mit psychisch erkrankten Migrant*innen geht es nicht nur darum zu wissen, welche Besonderheiten die Kultur dieser Menschen hat, sondern darum, auch diesen Menschen mit diesen Besonderheiten zu antworten. Zum Beispiel ist bekannt, dass im türkisch-kurdisch-arabischen Raum älteren Menschen die Hände geküsst werden sollte. Das bedeutet aber nicht, jedem, der älter ist, die Hände zu küssen, sondern genau zu wissen, wann es gemacht werden sollte, um das Gesicht des Gegenübers zu wahren. Denn im türkisch-kurdisch-arabischen Kulturkreis ist das Wahren des Gesichtes fast allen anderen Punkten übergeordnet. Betroffenen droht bei Nicht-Beachtung die Gefahr, Prestige und Ansehen zu verlieren. Dies ist für Menschen, die aus einem kollektivistischen Kulturkreis kommen, gleichzusetzen mit einer gesellschaftlichen Tötung.

Des Weiteren müssen Mitarbeiter*innen von ELELE neue bzw. dieser Kultur angepasste Methoden entwickeln und anwenden, die nicht zu den klassischen europäischen bzw. westlichen Lösungs- und Handlungsmethoden gehören. Die speziellen Instrumente einsichtsorientierter Therapien treten oft in diesen Kulturkreisen, welche eine körperliche Interpretation seelischer Abnormität besitzen, in den Hintergrund und andere, wie die Beziehung des Kranken zum Leib², das aktive Handeln, die Umgestaltung des sozialen Kontextes treten in den Vordergrund. Aber auch das Distanzieren der Mitarbeiter*innen von partnerschaftlichen Beziehungsmodellen und das Anwenden von direktiven therapeutischen Techniken kann sinnvoll einzusetzen sein [vgl. Zarifoglu/Zeiler, 1994: 312 f.]. Hier wird deutlich, dass die Wissenschaft und die Hochschulen bislang nicht kulturspezifisch orientiert sind. In Lehrplänen werden diese Punkte wenig, zum Teil überhaupt nicht berücksichtigt und gelehrt.

Transkulturalität

Mitarbeiter*innen, die mit Migrant*innen arbeiten und auch beide Kulturen sehr gut kennen, haben die Aufgabe, transkulturell zu arbeiten und Brücken zwischen beiden Kulturen zu bauen. Es geht nicht ausschließlich darum, den Migrant*innen die deutsche Kultur zu vermitteln, sondern auch darum, der dominanten Kultur die „andere“ Kultur näherzubringen, um Vorurteile, Stigmatisierungen und Stereotype vorzubeugen oder abzubauen.

² Leiblichkeit bedeutet hier die Berücksichtigung körperlicher, psychischer und sozialer Umstände des Menschen.

Bedarfsanalyse

In unserer praktischen Arbeit können wir im Fachbereich sozialpsychiatrische Arbeit für Menschen mit Migrationshintergrund und Flüchtlingen folgende Punkte als Bedarfsermittlung für den Kreis Segeberg und darüber hinaus in Schleswig-Holstein feststellen:

- Eröffnung eines ELELE-Büros im Kreis Segeberg
- Errichten einer Tagesstätte nach dem ELELE-Konzept
- Aufbau einer Erziehungsberatungsstelle nach dem ELELE-Konzept
- Aufbau einer Sozialpsychiatrischen bzw. allgemeinen Beratungsstelle nach dem ELELE-Konzept
- Einführung psychologischer Schuleignungstests nach dem ELELE-Konzept
- Einrichtung einer Muttersprachlichen TASK-FORCE-Einheit im Sinne einer Psychosozialen Beratungs- und Begleitungsstelle für Flüchtlinge (hierfür hat das ELELE-Tam ein eigenes Konzept ausgearbeitet, dass alle wichtigen Punkte für ein erfolgreiches und erfolgversprechendes Arbeiten berücksichtigt. Es werden keine Sprachmittler*innen benötigt und so kann eine direkte und kostengünstigere Arbeit garantiert werden).
- Bidirektionale Vermittlung von interkultureller Kompetenz (für Flüchtlinge und für Ehrenamtler*innen/Personal)
- Niedrigschwelliges kultursensibles psychologische/psychotherapeutisches Angebot zur Vermeidung stationärer Behandlung
- Durch hochqualifiziertes erfahrenes Team passgenaue Orientierungsleitfäden (administrative, behördliche und berufliche Integration)
- Kultursensible und kulturspezifische Gruppenangebote

14 Sonderthema: Forensik

Hier haben Psychiatrieerfahrene, deren Angehörige, Freunde und Fachleute die Möglichkeit, über Erkrankungen, ihre Auseinandersetzung damit und ihr (ehrenamtliches) Engagement zu informieren und ggf. Impulse zu setzen. Der Inhalt dieser Berichte spiegelt nicht automatisch die Meinung des Psychiatrieplanungsteams oder des AK Gemeindenahe Psychiatrie wider.

14.1 Einleitung des Psychiatrieplanungsteams

Es informiert Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Leiterin des Fachdienstes Sozialpsychiatrie, Kreis Segeberg, Stand 11.05. 2018:

Das Thema Forensik beschäftigt derzeit die Sozialpsychiatrische Landschaft sehr. Im Maßregelvollzug befinden sich psychisch- und/oder suchtkranke Straftäterinnen und Straftäter, die nach §63 oder §64 Strafgesetzbuch (StGB) wegen einer Straftat verurteilt wurden. Die häufigsten Delikte laut der Forensischen Institutsambulanz Neustadt sind Körperverletzung (26,9%), Sexualdelikte (25,6%), Straftaten gegen das Leben (23,1%) und Brandstiftungsdelikte (11,5%). Das Gericht ordnet die Unterbringung an, wenn die Schuldfähigkeit der oder des Beschuldigten bei der Tatbegehung vermindert oder aufgehoben war und von ihr oder ihm die Gefahr erheblicher rechtswidriger Taten ausgeht. Die Betroffenen weisen unterschiedliche Krankungsbilder auf: Laut der Forensischen Institutsambulanz Neustadt liegen hier als häufigste Diagnosen eine schizophrene Störung (46,2%), eine Persönlichkeitsstörung (38,7%) und eine Störung der sexuellen Orientierung (14,1%) vor. Des Weiteren weisen 15,4% eine Intelligenzminderung und 58% als Komorbidität eine Suchterkrankung auf.

Der Maßregelvollzug hat zum Ziel, die untergebrachten Menschen durch ärztliche, psychotherapeutische und sonstige geeignete therapeutische Maßnahmen zu behandeln. Sie sollen auf ein selbstständiges, in die Gemeinschaft eingegliedertes Leben außerhalb der Maßregelvollzugseinrichtung vorbereitet werden. Gleichzeitig dient der Maßregelvollzug dem Schutz der Allgemeinheit.

Im Vollzug der Unterbringung gemäß §63 StGB weist Schleswig-Holstein im Bundesvergleich lange Unterbringungsdauern aus [vgl. hierzu Kapitel 1]. Hier liegt die Aufgabe gegenwärtig und in der Zukunft darin, immer wieder nach verantwortbaren Wegen zu suchen, die die Unterbringungsdauer soweit als möglich beschränkt.

Eine der schwierigsten Aufgaben des Maßregelvollzugs gem. §63 StGB ist dessen Beendigung: nämlich Menschen, die lange Jahre in geschlossenen Einrichtungen gelebt haben und die oftmals noch unter schweren psychiatrischen Erkrankungen leiden, ein Leben außerhalb der forensischen Einrichtung zu ermöglichen. Hier geht es immer wieder darum, schrittweise Übergänge aufzubauen und Settings zu finden, in denen die (ehemaligen) Untergebrachten gut aufgehoben sind. [siehe auch Psychiatriebericht 2016 der Landesregierung Schleswig-Holstein, Seite 101-108].

Für die Entlassung aus der Forensik war bis vor kurzem eine positive Gefährdungsbeurteilung durch einen Sachverständigen unabdingbar. Dieses Gutachten musste besagen,, dass eine Gefährdungslage nicht mehr vorliegt. Nach der Reform des Maßregelvollzugs muss zukünftig durch regelmäßige Sachverständigengutachten begründet werden, warum jemand weiter in der Forensik *bleiben* muss. Eine automatische lebenslange Unterbringung ist so nicht mehr möglich. Es ist nunmehr möglich geworden, dass ein Gericht, unter Berücksichtigung der Unverhältnismäßigkeit, entscheidet, dass der/ die Untergebrachte zu entlassen ist.

Es wird nun für die nächsten Jahre eine „Entlassungswelle“ aus der Forensik befürchtet. Für die Gemeindepsychiatrie, vor allem vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungsverpflichtung im Gemeindepsychiatrischen Verbund, wird diese gesetzliche Neuerung eine große Herausforderung darstellen, da es verlässliche Strukturen im Gemeinwesen braucht, um ehemals forensische Patient*innen zu behandeln, zu betreuen, zu unterstützen und zu begleiten. Ebenso sind fach-und sozialpädagogische sowie sexualmedizinische und fachärztliche Kompetenz ist dabei dringend erforderlich.

Im Kreis Segeberg tagte hierzu der Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie [vgl. hierzu Kapitel 1], das Psychiatrische Zentrum Rickling veranstaltete zwei wissenschaftliche Abende. Auch der AK Psychiatrie des Landkreistages und Städteverbandes behandelte das Thema in seinen Sitzungen 2017. Der Fachdienst Sozialpsychiatrie organisierte mit der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen ein Seminar für Teilnehmer*innen aus Gesundheitsämtern weit über Schleswig-Holstein hinausreichend im Februar 2018.

Am 20.09.17 waren darüber hinaus rund 70 Kolleginnen und Kollegen bei der Veranstaltung „Segel setzen“ des bundesweiten Netzwerkes Sozialpsychiatrischer Dienste in Hannover dabei, um sich über Grenzgebiete zwischen Sozialpsychiatrie

und Forensik auszutauschen. Die Teilnehmer*innen beschäftigten sich u. a. mit Fragen wie z. B. „Wann ist Fremdgefährdung und Gewalttätigkeit krankhaft?“ und „Was kommt nach dem Maßregelvollzug?“.

In diesem Kapitel wird versucht, das Thema aus verschiedensten Perspektiven zu beleuchten. Wir hoffen, die Leserinnen und Leser können am Ende eine innere Haltung zu den Menschen und deren Lebenssituation entwickeln. Wir wollen zum Nachdenken anregen, wie forensische Klientel als Teil einer Kommune in ihr (wieder) Platz finden könnte.

14.2 Beitrag aus Sicht der allgemeinspsychiatrischen Klinik

Es informiert Herr Dr. Wolfram Schreiber, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie, SP Forensische Psychiatrie, leitender Arzt der Abteilung Rehabilitation und Pflege, Psychiatrisches Zentrum Rickling, Landesverein für Innere Mission Schleswig-Holstein, Stand März 2018:

Der forensische Patient, eine Herausforderung für die gemeindepsychiatrische Versorgung

Ist ein forensisch untergebrachter Patient eigentlich eine Herausforderung für die gemeindepsychiatrische Versorgung? Ich denke schon, wenn man sich vor Augen führt, dass Menschen, die irgendwann einmal forensisch auffällig werden, die meiste Zeit ihres Lebens nicht in einer Maßregeleinrichtung verbringen, sondern in anderen Bezügen lebten, in ihrer eigenen Häuslichkeit, ihrer eigenen Familie und in ihren gemeindenahen Bezügen. Darüber hinaus haben rund 75 Prozent aller Personen, die im Maßregelvollzug untergebracht sind, bereits Voraufenthalte in der Allgemeinspsychiatrie hinter sich. 24 Prozent von ihnen waren einmal, 38 Prozent mehr als sechsmal in psychiatrischer Behandlung. Dabei überrascht es nicht, dass lediglich 19 Prozent freiwillig, aber 51 Prozent auf Grund einer Zwangseinweisung in die psychiatrische Behandlung gekommen sind.

In Schleswig-Holstein wurden ca. 320 Menschen (Stand 2014), die auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung im Maßregelvollzug untergebracht werden, in Schleswig bzw. in Neustadt behandelt. Ein Gericht kann eine Maßregel nach § 64 StGB anordnen, wenn die Tat in Folge eines Hanges, im Übermaß berauschende Substanzen zu sich zu nehmen, begangen wurde. Dagegen gelten für die Unterbringung nach § 63

StGB (Unterbringung in einem Psychiatrischen Krankenhaus) andere Voraussetzungen. Wurde eine Tat auf Grund einer Abhängigkeit, also eines Hanges, begangen, so ist es nicht von Bedeutung, ob dadurch die Schuldfähigkeit des Täters beeinträchtigt war. Dies ist jedoch bei einer Unterbringung nach § 63 StGB eine unbedingte Voraussetzung. Das heißt, dass ein Gericht - sachverständig beraten - sicher feststellt, dass zu mindestens eine erhebliche Einschränkung der Schuldfähigkeit beim Täter angenommen wird. Eine weitere Voraussetzung für diese Unterbringungen im Maßregelvollzug ist, dass davon auszugehen ist, dass eine erhebliche Gefährdung von diesen Patienten ausgeht.

Eine Maßregel wird nach § 64 StGB für längstens 2 Jahre angeordnet, danach ist der Mensch aus dieser Maßregel zu entlassen, unabhängig davon, ob der Zweck dieser Behandlung bereits erreicht wurde, oder nicht. Bei einer Unterbringung nach § 63 StGB ist zunächst die Dauer der Maßregel unbegrenzt und war dies auch bis vor kurzem. Die Gesetzeslage hat sich in diesem Zusammenhang jedoch geändert. Ein nach § 63 StGB untergebrachter Patient war zunächst solange untergebracht, bis Gutachter ihm bescheinigten, dass die „durch die Taten zu Tage gebrachte Gefährlichkeit“ nicht weiter fortbesteht. Das konnte in der Vergangenheit dazu führen, dass Menschen viele Jahre bzw. Jahrzehnte untergebracht blieben. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte und letztlich auch das Bundesverfassungsgericht stellten zuletzt 2017 klar, dass eine solche quasi "unendliche" Unterbringung mit den Menschenrechten nicht vereinbar ist. So verlangt jetzt eine Gesetzesänderung eine Abwägung der Verhältnismäßigkeit: Immer dann, wenn die Maßregel die Dauer der Unterbringung, die mutmaßliche Haftzeit, zu der der Täter sonst verurteilt worden wäre, erheblich überschreitet, ist eine längere Unterbringung nur noch in Ausnahmefällen vertretbar.

Das führt nun konkret dazu, dass einige lange untergebrachte Menschen auf Grund dieser Gesetzeslage aus der Maßregel zu entlassen sind, selbst wenn die zur Unterbringung geführte Erkrankung und möglicherweise auch eine bestehende Gefährlichkeit immer noch fortbestehen. Solche, vielleicht viele Jahre untergebrachte Menschen haben, wenn sie denn entlassen werden müssen, oft genug keine tragfähigen sozialen Bezüge in ihrem privaten Umfeld mehr. Stattdessen sind sie auf das Versorgungssystem voll- und teilstationärer Wohnformen, ambulanter Behandlung und

Betreuung und nicht zuletzt auch auf die Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie angewiesen.

Genau hier tun sich Herausforderungen für die Versorgungssysteme, auch die des Kreises Segeberg auf. Der dann in die Freiheit entlassene ehemalige Patient hat dann auch die Freiheit, seinen Lebensmittelpunkt frei zu wählen.

Unterstellt man, dass die ehemaligen Behandler*innen und Therapeut*innen recht haben, stellen sich schnell Fragen, wie man mit einer akuten Krise umgeht, wie eine Eigen- oder Fremdgefährdung zu beurteilen ist, wie der Wiedereingliederungsgedanke mit dem des Sicherheitsbedürfnisses in Einklang zu bringen ist, wie fachlich geeignete und spezialisierte Angebote vorgehalten werden können und vieles mehr. Das Gesetz für psychisch Kranke, was zur Anwendung kommt, wenn eine unmittelbare Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt, greift oft genug zu kurz, weil bei der forensischen Klientel von einer langdauernden Behandlungsnotwendigkeit und möglicherweise auch von einer länger dauernden Destabilisierung mit Gefährdungspotential auszugehen ist. Es findet (fast) nur Anwendung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Das Betreuungsrecht zielt nicht auf eine Fremdgefährdung. Darüber hinaus sind die Möglichkeiten einer medikamentösen Behandlung gegen oder ohne den Willen des Betroffenen sehr eingeschränkt.

Welche Angebote sieht unser gemeindepsychiatrisches Versorgungssystem bisher vor:

1. Die forensischen Kliniken stellen sich diesen Herausforderungen, in dem sie ambulante Übergangsmodelle anbieten. Dabei befindet sich der Patient formal noch in der Maßregel, wird jedoch schrittweise in weniger gesicherte Wohn- und Betreuungsformen übergeleitet. Dabei wird über die forensische Institutsambulanz die Kontinuität der psychiatrischen Versorgung sichergestellt. In diesem Rahmen können Probewohnformen auch ausprobiert werden, wobei die forensische Klinik die Verantwortung weiter übernimmt. Die Finanzierung dieser Probewohneinrichtung übernimmt das Land.
2. Es gibt spezialisierte Einrichtungen, zum Teil auch geschlossenen Wohnformen, in denen, wenn die Eigengefährdung überwiegt, eine Unterbringung nach dem Betreuungsrecht auch längerfristig möglich ist.
3. Es bilden sich vernetzte Strukturen für die multiprofessionelle Behandlung und Betreuung für die Versorgung dieser Patienten.

4. Das Versorgungssystem aus niedergelassenen Kolleg*innen, Krankenhausbehandler*innen und Anbietern von Wiedereingliederungsmaßnahmen stellt sich zunehmend der Herausforderung, auch für diese Menschen Wohn- und Betreuungsformen zur Verfügung zu stellen, die einerseits die hohe fachliche Herausforderung für Patienten mit schweren psychiatrischen Erkrankungen, Suchtformen und Persönlichkeitsstörungen bewältigen, andererseits diesen Patienten auch ein verlässliches Angebot für eine gelungene Wiedereingliederung in die Gesellschaft anbieten.

Darüber hinaus gibt es spezielle Patientengruppen mit besonderen Betreuungs- und Behandlungsbedarfen wie zum Beispiel Menschen mit sexueller Devianz, schwerster Persönlichkeitsverformung und fortdauerndem dysfunktionalen oder dissozialem Verhalten. Hier ist es von großer Bedeutung, die im gemeindepsychiatrischen System vorhandenen Fachlichkeiten möglichst vielen zur Verfügung zu stellen. Hierzu zählen auch Angebote der Universitäten Kiel, Lübeck und Hamburg mit z. B. ihren sexualspezifischen Angeboten.

Forensische Ambulanzen der forensischen Kliniken widmen sich zunehmend der Prävention und Fortbildung.

Nicht zuletzt wird uns in der Kommune auch eine Patienten-/Personengruppe erreichen, die auf Grund kulturspezifischer Besonderheiten spezifische Anforderungen an das Hilfesystem stellen. Menschen aus anderen kulturellen Bezügen benötigen neben dem bisher Gesagten auch eine geeignete Sprachvermittlung, entweder durch Angebote des Spracherwerbs und der Sprachverbesserung oder durch Dolmetscher*innen und Sprachvermittler*innen, die aber für forensische Patienten den besonderen Anforderungen an Qualität und gerichtliche Akzeptanz genügen müssen.

Auch das Psychiatrische Zentrum Rickling bietet Angebote zu Diagnostik, Therapie und Unterstützung an. Menschen, die ihren Lebensmittelpunkt und ihre sozialen Bezüge im Kreis Segeberg haben, können bei Bedarf für sie geeignete Betreuungs-, Wohn- und Pflegeangebote in Anspruch nehmen.

14.3 Wahrnehmung der Fachaufsicht über den Maßregelvollzug

Es informiert in Form einer Kurzdarstellung Herr Michael Morsch, der Beauftragte für den Maßregelvollzug aus dem Ministerium für Soziales, Gesundheit Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein, Stand 08.01.2018:

Gründe der Etablierung einer Fachaufsicht über den Maßregelvollzug

Die Wahrnehmung der Fachaufsicht über den Maßregelvollzug durch die oberste Landesgesundheitsbehörde ist eine Konsequenz der zum 01.01.2005 erfolgten Beleihung privatrechtlich verfasster Einrichtungen des Maßregelvollzugs zur Durchführung der Aufgaben nach dem Maßregelvollzugsgesetz SH (Umwandlung der Fachkliniken Schleswig und psychatrium Gruppe von Anstalten des öffentlichen Rechts in Gesellschaften des privaten Rechts durch das Gesetz zur Umwandlung psychiatrischer Einrichtungen und Entziehungsanstalten vom 24.09.2004).

Grundzüge des Beleihungsmodells:

durch Beleihung wird eine privatrechtliche Gesellschaft (GmbH) zum Träger der öffentlichen Verwaltung (mittelbare Staatsverwaltung)

- durch Beleihung wird die staatl. Aufgabe nicht aus dem Bereich des Staates herausverlagert, sondern ein Privater in den Bereich des Staates hinein verlagert
- zwar findet keine organisatorische Eingliederung statt, aber der Private wird durch ein engmaschiges System in den Bereich der öffentlichen Verwaltung angegliedert.
- dadurch kommt es zu einer Verbesserung der Bedingungen für die psychiatrische Versorgung: Effektivität und Effizienz werden gesteigert, moderne betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte sorgen für eine Kostensenkung

Fachaufsicht i.S. der Beleihungsverwaltungsakte:

Das Ministerium hat die Fachaufsicht über die beliehenen Kliniken inne.

Es muss bei Bedarf Tag und Nacht erreichbar sein, um bei besonderen Vorkommnissen schnell handeln zu können. Dazu gehört auch die Information der Hausspitze und des parlamentarischen Raums.

Die Fachaufsicht hat klar definierte Rechte wie z. B. ein uneingeschränktes Zugangs- und Kontrollrecht, das jederzeitige direkte Weisungsrecht oder auch die prä-

ventive Ausgestaltung bis hin zu „Weisungen für den Notfall“ (Ziffer 9 ff. BeleihungsVA)

Inhalte der Fachaufsicht:

Als mögliche Mittel der Fachaufsicht kommen in Betracht:

- regelmäßige Fachaufsichtsbesprechungen in den Einrichtungen im 14 tägigen Turnus (Informationsfluss über relevante Entwicklungen u.a. bei Personal und Bauangelegenheiten, Klärung rechtlicher Einzelfragen, Gelegenheit für Vor-Ort- Inaugenscheinnahmen, Gelegenheit für Patientengespräche),
- Anforderung von Berichten beispielsweise zu einzelnen Vorgängen (z.B. Beschwerden oder Gerichtsverfahren) oder zu grundsätzlichen Verfahrensweisen (z.B. therapeutische Konzeptionen, Entlassungsvorbereitungen; Forensische Ambulanz)
- Regelwerke (z.B. Erlass zum Umgang mit besonderen Vorkommnissen oder in Form einer Vereinbarung zur Öffentlichkeitsarbeit),
- Weisungen (z.B. zur Umsetzung von Gerichtsentscheidungen oder zum rechtmäßigen Zustandekommen von Lockerungsentscheidungen)
- Genehmigungen (z.B. Hausordnungen, Verfahrensanweisungen)
- oder auch Ersatzvornahmen

Weiterer Inhalt der Fachaufsicht ist die Rechtsweiterentwicklung: dies betrifft sowohl die Mitwirkung im Bundesratsverfahren bei bundesgesetzlichen Regelungen als auch die Erarbeitung landesgesetzlicher Regelungen. So wurde 2008 das Maßregelvollzugsgesetz grundlegend novelliert, um eine weitere Anpassung des Gesetzes an die Aufgabenwahrnehmung durch Beleihung sicherzustellen und um die Rechtsfortschreibung im Bereich des Maßregelvollzugs zu berücksichtigen. 2015 erfolgte die gesetzliche Hereinnahme von ärztlichen Zwangsbehandlungen auf dem Gebiet des Maßregelvollzugs.

Die Fachaufsicht Maßregelvollzug hat außerdem Verbindung zu halten zu anderen Ministerien im Land (z.B. in interministeriellen Arbeitsgruppen oder generell bei Rechtsänderungen) und zum Parlament (z.B. Petitionsausschuss und Sozialausschuss des Landtages, beispielsweise wegen der Besuchskommissionsberichte oder wegen Berichtsanträgen zu besonderen Vorkommnissen im Maßregelvollzug). Außerdem ist es Aufgabe der Fachaufsicht, die Besuchskommission nach Maßgabe des Maßregelvollzugsgesetzes zu unterstützen.

Eine weitere wichtige Aufgabe der Fachaufsicht ist die Qualitätssteigerung bei der Behandlung durch Personalanpassungen an geänderte Behandlungskonzeptionen sowie die Modernisierung und Erweiterung der baulichen Rahmenbedingungen für die Behandlung. Mit der Umsetzung des Investitionsprogramms (Kabinettsentscheidung vom 14.12.2004) für beide forensischen Kliniken in Neustadt und Schleswig wird unter präventiven Gesichtspunkten auf die qualitative Verbesserung des therapeutischen Milieus in beiden Einrichtungen und damit zugleich auf die Verbesserung der inneren und äußeren Sicherheit abgezielt.

Auch für Personalmaßnahmen insbesondere wenn aufgrund konzeptioneller oder baulicher Neuausrichtungen Personalmehrungen beantragt werden, zeichnet die Fachaufsicht verantwortlich. Zusätzlich ist bei jeder Personaleinstellung in den beiden forensischen Kliniken seitens der Fachaufsicht eine Beurteilung der persönlichen und fachlichen Eignung nötig, um die Vollzugskräfte im Maßregelvollzug mit der nötigen demokratischen Legitimation auszustatten.

Außerdem ist die Fachaufsicht ein Bindeglied zwischen beiden Maßregelvollzugseinrichtungen sowie zu Fachaufsichten und Maßregelvollzugskliniken in anderen Ländern.

14.4 Beitrag aus Sicht einer Eingliederungshilfeeinrichtung

Es berichtet Frau Karoline Hiemer, Dipl. Sozialpädagogin, Geschäftsführerin Kastanienhof GmbH, Dorfstr. 8, 24635 Daldorf, Stand März 2018:

Nachsorge ehemaliger forensischer Patienten im sozialtherapeutischen Wohnen Kastanienhof

Im Verlauf der Einrichtungsgeschichte haben wir schon sehr früh damit begonnen, mit den forensischen Abteilungen der Fachkliniken zusammen zu arbeiten. Wir sind überzeugt, dass straffällig gewordene psychisch erkrankte Menschen und ehemals suchtmittelabhängige Menschen nicht ausgegrenzt werden sollten und die Grundannahme der Psychiatriereform für sie ebenfalls gilt.

Die Übernahme der Verantwortung ist uns durchaus bewusst, denn diese haben wir zum einen für die anderen Bewohner*innen, zum anderen auch gegenüber dem nahen Umfeld in unserem Dorf. Die Aufnahmevoraussetzungen beziehen sich insbesondere auf die Motivation der Person, abstinent und straffrei bleiben zu wollen. Der betroffene Personenkreis sollte in einer relativ kleinen Einrichtung übersichtlich bleiben und die Schwere der Delikte darf einen gewissen Rahmen nicht überschreiten. Ziel ist es in der Zusammenarbeit mit der forensischen Institutsambulanz und der Bewährungshilfe, ein Behandlungs- und Betreuungsangebot zu schaffen, das eine psychische Stabilisierung ermöglicht und festigt. Dazu gehört auch die Aufgabe, Veränderungen rechtzeitig wahrzunehmen, um Rückfälle zu vermeiden. Die Auflagen für den Aufenthalt bei uns sind ganz klar geregelt und formuliert. Regelbrüche werden mit den zuständigen Therapeut*innen und der Bewährungshilfe sofort besprochen, so dass interveniert werden kann.

Unsere psychosoziale Betreuung, das sozialtherapeutische Angebot und die tagesstrukturierten Maßnahmen sind konzeptionell für alle Bewohner*innen individuell abgestimmt.

Die Kooperation zwischen den involvierten Institutionen ist das Wesentlichste und ist bisher immer erfolgreich umgesetzt worden. Nach meist langjährigen Aufenthalten in den Kliniken, gehen wir mit den betroffenen Bewohner*innen schrittweise in die neu gewonnenen Freiheiten.

15 Sonderthema Gerontopsychiatrie

15.1 Einleitung des Psychiatrieplanungsteams

Es informiert Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Leiterin des Fachdienstes Sozialpsychiatrie, Kreis Segeberg, Stand 08.05.2018:

In Zeiten des demographischen Wandels tun wir gut daran, uns mit dem Thema der älter werdenden psychiatrisch erkrankten Klientel zu beschäftigen.

Während es Betroffene gibt, die uns seit Jahrzehnten in der Gemeinde als psychisch beeinträchtigt und unterstützungsbedürftig bekannt sind, die nun durch das Altern zusätzliche Problematiken zu verkraften haben, erlebt ein anderer großer Teil der bis dahin psychisch gesunden Bevölkerung durch das Alter bedingte neue Veränderungen wie z. B. einen dementiellen Abbau oder eine Altersdepression.

Ist der Kreis Segeberg für die Unterstützung und Versorgung dieser Menschen gut aufgestellt? Die folgenden Beiträge sollen diese Frage näher beleuchten und einige Handlungsfelder aufzeigen.

15.2 Das Kompetenzzentrum Demenz in Schleswig-Holstein

Es informiert Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Leiterin des Fachdienstes Sozialpsychiatrie, Kreis Segeberg, Stand 08.05.2018:

In Schleswig-Holstein leben mittlerweile ca. 57.600 Menschen mit Demenz – die Anzahl steigt kontinuierlich. Dies stellt für die bestehenden ambulanten und stationären Angebotsstrukturen für Diagnostik, Behandlung und Pflege eine besondere Herausforderung dar.

Das Kompetenzzentrum Demenz ist ein Projekt der Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein e.V. Selbsthilfe Demenz / Landesverband, gefördert durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit Jugend, Familie und Senioren in Schleswig-Holstein und den Spitzenverband der Pflegekassen.

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

Das Kompetenzzentrum Demenz wird die Vernetzung der in Schleswig-Holstein beteiligten Akteure voranbringen und ausbauen.

Neben den ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen sollen Wohlfahrtsverbände, niedergelassene Ärzt*innen Betreuer*innen, Sozialarbeiter*innen, ehrenamtliche Helfer*innen und andere Akteure in den einzelnen Kommunen eingebunden und als Multiplikator*innen aktiv werden. Nicht zuletzt sind aber auch die Betroffenen und ihre Angehörigen Teil des Netzwerkes.

Es bestehen folgende Aufgaben:

1. Beratung und Begleitung

- Fachliche Unterstützung der Pflegestützpunkte des Lande Schleswig-Holstein, anderer Beratungsstellen, Angehörigengruppen, regionalen Alzheimer Gesellschaften und Anbietern von Angeboten zur Unterstützung im Alltag.
- Beratung und Unterstützung beim Aufbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten, Angehörigengruppen und anderen Selbsthilfeangeboten.
- Hilfen bei der Umsetzung neuer und bestehender Rechts- und Gesetzesvorgaben.
- Begleitung und Einrichtung von fachbezogenen Arbeitskreisen (z.B. zu den Themen: Demenz und geistige Behinderung, Ergotherapie, Menschen mit beginnender Demenz, Migration, Logopädie).

2. Aufbau demenzfreundlicher Strukturen und Netzwerke

- Unterstützung bei der Schaffung demenzfreundlicher Strukturen in den Kommunen (z.B. durch Schulung von Multiplikatoren bei Polizei, Feuerwehr, Banken, Hospizen, Kommunalverwaltung, Krankenhäusern, Bibliotheken).
- Unterstützung beim Aufbau, Initiierung von landesweiten Netzwerken verschiedener Berufsgruppen und anderer beteiligter Akteure auf regionaler und landesweiter Ebene
- Unterstützung der „Allianz für Menschen mit Demenz“ in Schleswig-Holstein.
- Förderung und Unterstützung bei der Entwicklung neuer Konzepte zur Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz, insbesondere für alleinstehende Menschen mit Demenz und/ oder für Menschen mit Demenz in ländlichen Räumen.

3. Wohnen und Leben

- Beratung und Unterstützung bei der inhaltlichen Konzeption und Umsetzung von ambulanten Wohnprojekten und stationären Wohngruppen.

- Beratung und Unterstützung bei der inhaltlichen Konzeption und Umsetzung von speziell errichteten „Demenzstationen“ in stationären Einrichtungen im Krankenhaus.
- Informationen und Unterstützung in der Wohnraumberatung und über mögliche Unterstützung in der Häuslichkeit.
- Angebot einer Musterwohnung für Menschen mit Demenz für Führungen und Fortbildungen sowie Online-Präsentationen mit virtuellem Rundgang.

4. Fortbildung und Qualifizierung

- Qualifizierungsangebote für Pflege- und Betreuungskräfte, Ehrenamtliche und pflegende Angehörige.
- Schulungen für Ehrenamtliche und Nachbarschaftshelfer*innen nach §45 SGB XI (30 Stunden/ 20 Stunden)
- Unterstützung von stationären Einrichtungen und ambulanten Pflegediensten durch individuelle Inhouse-Schulungen.

5. Öffentlichkeitsarbeit

- Durchführung von bedarfsgerechter, überregionaler Öffentlichkeitsarbeit.
- Informationsveranstaltungen mit Unterstützung der regionalen Strukturen, auch für spezielle Zielgruppen (z. B. ältere Bürger*innen, Jugendliche).
- „Demenzwegweiser“ für alle Kreise und kreisfreien Städte.
- Die Entwicklung, Veröffentlichung und Aktualisierung von landesbezogenen Handreichungen oder Informationsbroschüren zu verschiedenen Themen im Handlungsfeld Demenz.

6. Bündelung von Kompetenz, Wissen und Informationen

- Erfassung, kontinuierliche Fortschreibung und Veröffentlichung der landesweiten Angebote für Menschen mit Demenz, deren Angehörige und der an der Betreuung und Pflege beteiligten Akteure unter Berücksichtigung neuer Zugangswege.

Das Kompetenzzentrum Demenz ist zu erreichen unter:

Hans-Böckler-Ring 23c, 22851 Norderstedt

Tel. 040 – 609 264 20, Email: info@demenz-sh.de

www.demenz-sh.de oder www.alzheimer-sh.de

15.3 Beitrag aus Sicht der Gerontopsychiatrischen Klinik

Es berichtet Herr Dr. Florian Gal, leitender Oberarzt, Psychiatrisches Krankenhaus Rickling, Landesverein für Innere Mission Schleswig-Holstein, Stand 02.03.2018:

Phasengerechte Arbeit mit Angehörigen dementiell erkrankter Menschen

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels erwarten wir immer mehr alte und weniger junge Menschen in Schleswig-Holstein. 2030 werden fast 36% der Menschen in unserem Bundesland 60 Jahre und älter sein. Der Kreis Segeberg gehört zu den Regionen mit der stärksten Zunahme an älteren Menschen. Gegenüber 2011 wird die Gruppe der über 65-Jährigen um fast ein Drittel ansteigen.

In Deutschland leben momentan ca. 1,6 Millionen Menschen mit einer dementiellen Erkrankung, zwei Drittel davon leiden an einer Alzheimer-Demenz. Knapp 60.000 Menschen sind laut Landesregierung schätzungsweise in Schleswig-Holstein an Demenz erkrankt.

Hauptursache einer Alzheimer-Demenz stellt ein erhöhtes Lebensalter da. Alle fünf Jahre verdoppelt sich das Krankheitsrisiko und nimmt von ca. 1% in der Altersgruppe der 65-69 jährigen auf über 40% unter den über 90 jährigen zu.

Allein im Kreis Segeberg sind nach fachlichen Schätzungen ca. 5.000 Menschen von Demenz betroffen.

Prognostisch erwarten wir in Deutschland für das Jahr 2050 fast eine Verdopplung auf 3 Millionen Menschen mit Demenz.

Zwei Drittel der an Demenz erkrankten Menschen leben zu Hause und werden von Angehörigen gepflegt. Wenn ein Mensch also an einer Demenz erkrankt, betrifft das auch die Angehörigen.

Im Verlauf der Krankheit erleben die Angehörigen psychische, physische, soziale und finanzielle Belastungen.

Wichtig ist es, frühzeitig Wissen über die Erkrankung und den Umgang mit den Betroffenen zu erwerben, sowie Unterstützung in Anspruch zu nehmen, bevor die Belastung zu groß wird. Es ist nachgewiesen, dass gut geschulte Angehörige den Behandlungserfolg fördern.

Das Psychiatrische Zentrum Rickling hat eine lange Tradition in der Arbeit mit Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen wie z. B. Depression oder Suchterkrankungen. Auch Trauerbegleitung und Trauerarbeit werden durch Seelsorger*innen und Therapeut*innen angeboten.

Zusätzlich finden regelmäßig Angehörigengruppen in Rickling und Bad Segeberg statt.

Auf Grundlage dieser bestehenden Angehörigenarbeit haben wir ein Modell zur phasengerechten Arbeit mit Angehörigen dementiell erkrankter Menschen entwickelt.

Ein Mensch mit einer leichten Demenz hat andere Probleme als ein Mensch mit einer schweren Demenz. Angehörige eines Menschen mit einer leichten Demenz haben andere Fragen als Angehörige von Menschen mit einer schweren Demenz. In unserem Modell stellen wir vor, wie in den unterschiedlichen Phasen auf die jeweiligen Probleme der Angehörigen eingegangen werden kann.

Leichte Demenz

Betrachten wir das Stadium einer leichten Demenz, so ist der Betroffene u.a. über seine zunehmende Vergesslichkeit irritiert und verunsichert. Gerade, wenn diese Defizite des Kurzzeitgedächtnisses Auswirkungen auf das tägliche Leben haben, kommt es häufig zu Konflikten mit den Angehörigen.

Diese sind ebenfalls irritiert und verunsichert und wissen oft nicht, wie sie sich verhalten sollten.

Zu diesem Zeitpunkt ist es wichtig, Informationen über die Erkrankung und den Umgang mit den Erkrankten zu geben. Bei bestehenden Konflikten sollten die Gefühle geklärt werden.

Dies weist Parallelen zu der Arbeit mit Angehörigen depressiv erkrankter Menschen auf.

Wir vermitteln den Angehörigen:

- Akzeptieren Sie die Erkrankung!
- Haben Sie Geduld!
- Überfordern Sie sich nicht!
- Nehmen Sie Professionelle Hilfe an!
- Verzichten Sie auf gutgemeinte Ratschläge!
- Achten Sie auf tägliche Routinen!
- Nehmen Sie es nicht persönlich!

Ziel ist, den Druck bei Betroffenen und Angehörigen zu reduzieren.

Mittelschweres Stadium

Im mittelschweren Stadium nimmt das Erinnerungsvermögen weiter ab. Defizite im Langzeitgedächtnis und Orientierungsstörungen nehmen zu. Die erkrankten Menschen werden oft unruhig und wollen die Wohnung verlassen. Die Betroffenen werden zunehmend hilflos.

Auch die Angehörigen sind häufig hilflos, sehr gefordert und häufig überfordert. Wichtig ist, die eigene Belastungsgrenze zu beachten. In diesem Zusammenhang entstehen oft Schuldgefühle. Konkrete Unterstützungsangebote sollten angeboten und diese auch akzeptiert und angenommen werden.

Dies weist Ähnlichkeiten zur Angehörigenarbeit von Menschen mit Suchterkrankungen auf. Auch hier kommen Menschen häufig in einen Zustand der Überforderung und haben Schuldgefühle, wenn sie sich abgrenzen und auf sich achten.

Wir vermitteln den Angehörigen:

- Werden Sie für sich selbst aktiv!
- Akzeptieren Sie ihre begrenzten Kräfte und Möglichkeiten!
- Pflegen Sie auch Ihre eigenen Interessen!
- Leben Sie auch Ihr eigenes Leben!
- Holen Sie sich professionelle Hilfe!

Ziel ist, Schuldgefühle zu reduzieren und Selbstfürsorge zu stärken.

Schweres Stadium

Im Stadium der schweren Demenz kommen körperliche Defizite hinzu. Häufig ist ein Sprachzerfall zu beobachten und die Erkrankten benötigen rund um die Uhr Betreuung und Pflege. Die Kontrolle über wichtige Körperfunktionen geht verloren. Die Angehörigen durchlaufen dabei häufig einen Trauerprozess. Als Angehörige/r erlebt man die Persönlichkeitsveränderung sowie den zunehmenden körperlichen und kognitiven Verfall.

Der Partner, Elternteil oder Angehörige geht verloren. Jetzt zu trauern ist ein normaler psychischer Prozess. Diese Belastung kann emotional und zeitlich sehr stark sein und über das normale Maß hinausgehen. Es besteht das Risiko einer pathologischen Trauerreaktion. Depression und Herz-Kreislauferkrankungen können entstehen. Im Rahmen eines Trauerprozesses ist es notwendig, nach einer bestimmten Zeit loszulassen zu können. Dazu gehört, den Verlust zu akzeptieren. Dies wird bei

dem Verlust der geliebten Person durch die Demenz erschwert, da die Person weiterhin physisch anwesend ist.

Als hilfreich und wirksam haben sich psychotherapeutische Unterstützungsangebote erwiesen.

Wir vermitteln den Angehörigen:

- Erkennen dieser Zusammenhänge
- Sensibilisierung für die eigene Situation
- Elemente der Trauerarbeit
- Hilfe in eigenen Überforderungs-Situationen

Ziel ist die Begleitung und das Verabschieden der Erkrankten unter Wahrung der eigenen Kräfte. Es gilt, den Beginn eines neuen Lebensabschnitts vorzubereiten.

Stand der Umsetzung:

Aktuell finden interne Schulungen für Mitarbeiter*innen innerhalb des Landesvereins für Innere Mission zum Thema phasengerechte Angehörigenarbeit statt. Auch werden externe Vorträge für Angehörige zu diesem Thema angeboten.

15.4 Was bewegt den Pflegestützpunkt im Kreis Segeberg?

Es informiert Herr Dr. Ulrich Mildenberger, Leiter des Pflegestützpunktes (PSP) im Kreis Segeberg, Stand Februar 2018:

Wie so viele andere Institutionen auch bewegt den PSP der demografische Wandel - nicht so sehr das Zuviel von älteren Menschen, sondern das Zuwenig von Jüngeren! Und damit auch deutlich spürbar – gerade in den ländlich geprägten Teilen des Kreises Segeberg – die langsam wachsende Schwierigkeit, ein Netzwerk der Unterstützung für die hilfebedürftigen Menschen aufzubauen. Es gelingt in den allermeisten Fällen immer noch, auch aufgrund eines immer noch hohen Engagements von Angehörigen, aber es wird deutlich schwieriger.

Aber zunächst ein paar Sätze zur Geschichte und den Angeboten:

Der PSP im Kreis Segeberg ist hervorgegangen aus der Beratungsstelle für ältere Bürger und ihre Angehörigen, die 1980 als erste Einrichtung ihrer Art in Deutschland in Norderstedt gegründet wurde. Hervorgegangen aus einem Forschungsprojekt, das die „Situation pflegender Angehöriger chronisch alterskranker Menschen“ untersucht hat, wurde ein erstes Konzept zur psychosozialen Beratung und Begleitung

entwickelt. Schon in den Anfangsjahren wurde für die Mitarbeiter*innen deutlich, dass gerade die Angehörigen von demenzkranken Menschen Unterstützung in Form von Beratung und Begleitung benötigen. In den Folgejahren (späte 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts!) hat die Beratungsstelle mit anderen mittlerweile bundesweit entstandenen Angehörigenberatungsstellen und Alzheimer Gesellschaften zunehmend Ideen „beratungsflankierender Angebote“ entwickelt. Heute bekannt als Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz, ehrenamtliche Helferkreise für die häusliche Betreuung von Menschen mit Demenz, Schulungen für Angehörige, Schulungen für Ehrenamtliche, Tanzcafés, Urlaubsreisen etc.

In 2008 ist die damalige Beratungsstelle im PSP aufgegangen, hat aber die wesentlichen Schwerpunkte aus der vorherigen Arbeit transportiert. D.h. das größte Aufgabengebiet blieb weiterhin das Themenfeld „Demenz“. Etwa die Hälfte unserer Klient*innen oder deren Angehörige haben eine Demenzerkrankung und in diesem Zusammenhang einen Beratungs- und Unterstützungsbedarf.

Allgemeiner formuliert sind die Zielgruppen der Arbeit des PSP Menschen mit Informations-, Beratungs-, Unterstützungs- und Hilfebedarf in allen Fragen rund um die Themenbereiche Alter, Behinderung, Krankheit und Pflege. Damit ist der Pflegestützpunkt Ansprechpartner für Pflegebedürftige, Angehörige, Ehrenamtliche, aber auch Dienste und Institutionen im Pflegebereich.

Die Beratung erfolgt grundsätzlich kostenlos, vertraulich, unabhängig und auf Wunsch auch anonym. Sie findet sowohl telefonisch als auch persönlich statt, und zu einem nicht geringen Teil auch als Hausbesuch.

Der PSP ist mit seinem Beratungsangebot in allen größeren Orten des Kreises präsent und so für den Großteil der Bewohner und Bewohnerinnen erreichbar. Im Verlaufe der letzten Jahre ergeben sich nur minimale Schwankungen in der räumlichen Verteilung der Klient*innen. In 2016 verteilten sich die Klient*innenanfragen auf die Orte:

Norderstedt	34,5 %
Bad Bramstedt	8,0 %
Bad Segeberg	9,3 %
Kaltenkirchen	9,1 %
Übrige Orte u. Gemeinden	39,1 %

Die regelmäßigen regionalen Angebote lassen sich folgendermaßen darstellen:

Bad Bramstedt:

- Wöchentlich offene Sprechstunde, bei nichtbesetztem Büro Anrufweiterechtung nach Norderstedt
- Angehörigengesprächsgruppe (Angehörige Demenzerkrankter)
- Angehörigenkurs Demenz (in Koop. mit Alzheimer Gesellschaft)
- Ehrenamtlicher Besuchsdienst „Rinkieker“
- Geschäftsführung des Arbeitskreises Demenz Bad Bramstedt

Bad Segeberg:

- Wöchentlich offene Sprechstunde, bei nichtbesetztem Büro Anrufweiterechtung nach Norderstedt
- Angehörigengesprächsgruppe (Angehörige Demenzerkrankter)
- Angehörigenkurs Demenz (in Koop. mit Alzheimer Gesellschaft)
- 4 Gruppen „Nachbarn für Nachbarn“

Kaltenkirchen:

- Wöchentlich offene Sprechstunde, bei nichtbesetztem Büro Anrufweiterechtung nach Norderstedt
- Angehörigengesprächsgruppe (Angehörige Demenzerkrankter)
- Angehörigenkurs Demenz (in Koop. mit Alzheimer Gesellschaft)
- 1 Gruppe „Nachbarn für Nachbarn“
- Ehrenamtlicher Besuchsdienst „Rinkieker“
- Geschäftsführung des Arbeitskreises Demenz Kaltenkirchen

Norderstedt:

- Sprechstunden an 4 Tagen/Woche
- Angehörigengesprächsgruppen
- Angehörige von Demenzerkrankten (2 Gruppen)
- Angehörige im Pflegeheim
- Angehörigenkurs Demenz (in Koop. mit Alzheimer Gesellschaft)
- Geschäftsführung des Arbeitskreises Demenz Norderstedt

Für den gesamten Kreis:

- Telefonische und persönliche Erreichbarkeit an 5 Tagen/Woche
- Hausbesuche bei Bedarf im gesamten Kreis Segeberg
- Informations- und Vortragsveranstaltungen
- Mitarbeit Regionale Pflegekonferenz
- Moderation/Vorsitz im Arbeitskreis Gerontopsychiatrie

Eine weitere Gruppe des ehrenamtlichen Besuchsdienst „Rinkieker“ begleitet der PSP in Wahlstedt.

Zudem ist aus dem **Demografieprojekt „Segeberg 2030“** (siehe auch Kapitel 4.6.1, Psychiatriebericht Kreis Segeberg des Jahres 2014/15) die Idee hervorgegangen, in den ländlichen Bereichen des Kreises Segeberg verstärkt ehrenamtliche Unterstützungsstrukturen für die älter werdenden Menschen aufzubauen. Der Pflegestützpunkt hat die Aufgabe vom Kreis Segeberg übertragen bekommen. Dieses Projekt wird ausschließlich vom Kreis Segeberg finanziert und geht über die eigentliche Aufgabe „Pflegestützpunkt“ hinaus. Aktuell sind insbesondere die Ämter Trappenkamp/Bornhöved und Trave-Land mit ihren vielen kleinen Gemeinden und Dörfern Ziel für die Suche nach „Kümmerern“ und „Rinkiekern“.

Ein weiteres Feld, das den PSP bewegt und das wir hier kurz skizzieren möchten, ist eine aus unserer Sicht **wachsende Zahl von älter werdenden Menschen, die mit der alltäglichen Organisation ihres Lebens überfordert sind**. Ohne ausreichende soziale Netzwerke und persönliche Beziehungen, vielleicht nach dem Tod eines Lebenspartners oder enger Freunde, oder mit dem Beginn einer Demenz oder einer anderen psychischen Erkrankung werden die Menschen einsamer, ziehen sich immer mehr zurück, sind für längere Zeit kaum mehr sichtbar oder zumindest unauffällig. Irgendwann werden sie dann für ihr Umfeld doch wieder auffällig – weil etwas nicht funktioniert. Die Treppe wird nicht mehr gemacht, der Müll nicht richtig entsorgt, Nachbarn werden abgewiesen, Misstrauen wächst, Hygiene wird auffällig, es dringt Geruch aus der Wohnung. Hinweise auf Probleme und Missstände erleben die Betroffenen als Angriff und ziehen sich noch mehr zurück. Angebote der Hilfe und Unterstützung weisen die Betroffenen weit von sich. Anträge auf Sozialleistungen (z.B. Wohngeld) werden nicht mehr gestellt und es kommt zu finanziellen Schieflagen.

Ein Begriff, der dieses wachsende Phänomen gut beschreibt, nennt diese die „sich selbst vernachlässigenden Personen“. Vielfach fallen diese Personen aus den üblichen Hilfesystemen (Pflegeversicherung, Betreuungsrecht, Hilfe zur Pflege etc.) heraus, weil sie keine Hilfe wollen, weil sie zu misstrauisch oder ängstlich sind oder nicht mehr verstehen, aber gleichzeitig noch sehr selbstbestimmt in der Ablehnung von Hilfsangeboten sind.

15.5 stationäres Reha-Angebot für pflegende Angehörige - Rehabilitation nach dem Ratzeburger Modell

Es berichtet Herr Synan Al-Hashimy, Chefarzt des AMEOS Reha Klinikums Ratzeburg, Rehabilitationsklinik für pflegende Angehörige, Röpersberg 47, 23909 Ratzeburg, Stand März 2018:

Stationäre psychosomatische Rehabilitation und Vorsorge für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz unter Mitnahme des Demenzbetroffenen.

Eine Demenz verändert nach und nach die Betroffenen - aber auch alle, die mit ihnen zusammenleben: Angehörige leben mehr und mehr ein Leben für den Anderen, kompensieren dessen nachlassende Fähigkeiten und übernehmen schließlich die ganze Verantwortung. Sie kümmern sich rund um die Uhr, können den Betroffenen nicht mehr allein lassen, sind vor allem auch nachts gefordert.

Seelisch krank macht pflegende Angehörige die (vermeintliche) Undankbarkeit des Pflegebedürftigen, die fehlende Anerkennung durch die Umwelt, ihr Verlust aller sozialen Aktivitäten, Einsamkeit sowie der uneindeutige Verlust (z.B. aus dem Partner wird Patient). Weil sie keine ruhige Minute mehr haben, vernachlässigen pflegende Angehörige ihre eigenen Bedürfnisse vollkommen.

Diagnose Demenz – Bedeutung für Angehörige

Die Angehörigen, die sich um ein demenzbetroffenes Familienmitglied *kümmern*, tragen oft schwer an ihrem Schicksal - es sind die Partner/in oder die Kinder, meist die Töchter. Sie gehen durch ein Wechselbad von widerstreitenden Gefühlen: Sie trauern, weil sie einen geliebten Menschen verlieren. Partner*innen sind wütend und enttäuscht, weil sie sich den gemeinsamen Lebensabend anders vorgestellt hatten. Sie schämen sich für den Betroffenen und haben deshalb wiederum Schuldge-

fühle. Sie werden geplagt von Zukunftsängsten und von der Sorge um den immer hilfloser werdenden geliebten Menschen.

Typische Symptome für Überlastung

Pflegende Angehörige, die mit einem demenzbetroffenen Familienmitglied leben, leiden unter einer großen körperlichen und seelischen Erschöpfung und unter mindestens einer somatischen Krankheit (z.B. Magen-, Glieder-, Herzbeschwerden). Sie können depressive Episoden haben, ihr Immunsystem ist signifikant schwach und Ihr Medikamentenkonsum (Schlaf- und Beruhigungsmittel, Schmerzmittel, Psychopharmaka) ist erhöht.

Gesund bleiben trotz Pflege eines Demenzkranken

„Pflege kann nur gut gehen, wenn es dem Pflegenden selbst gut geht, das sagt die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) in ihrer Leitlinie.

Dafür zu sorgen, dass es einem selbst gut geht, ist aber leichter gesagt als getan. Pflegende Angehörige hören immer wieder gute Ratschläge wie zum Beispiel: „Pflegen Sie weiterhin soziale Kontakte und Hobbys!“ oder „Nehmen Sie regelmäßig Auszeiten!“ Aber in der Praxis ist das für sie oft ganz unmöglich, denn sie fühlen sich ja verantwortlich für ihn.

Die meisten können also nicht dafür sorgen, dass es ihnen selbst gut geht. Aber sie können die Fähigkeiten, Methoden und Mittel für eine angemessene Selbstpflege erlernen: In der psychosomatischen Rehabilitation nach dem Ratzeburger Modell befähigen wir pflegende Angehörige, sich selbst zu helfen, Hilfe anzunehmen, kein schlechtes Gewissen zu haben, wenn man an sich selbst denkt und für sich selbst sorgt.

Das Ratzeburger Modell

Pflegende Angehörige erhalten in der Rehabilitationsklinik für pflegende Angehörige, einem Fachbereich des AMEOS Reha Klinikums Ratzeburg, eine stationäre psychosomatische Rehabilitation oder Vorsorgebehandlung, die sie wieder zu Kräften kommen lässt und ihnen neuen Lebensmut schenkt. Die Behandlung umfasst psychotherapeutische Gespräche, Ergo-, Physio-, Kunst-, Musiktherapie, Information (Demenzschulung), Sozialberatung, Entlastung und Auszeit.

Das Modellhafte am Ratzeburger Modell ist, dass die Rehabilitanden ihr demenzbetroffenes Familienmitglied/Partner*innen mitbringen können. Das bietet keine

andere Reha-Einrichtung für Rehabilitanden und ihre demenzbetroffenen Familienmitglieder. Diese werden versorgt, betreut und gefördert im Angehörigenbegleitbereich (ab Pflegegrad 2), der zur Klinik gehört. Bis Pflegegrad 2 können sie auch im Doppelzimmer mit dem Rehabilitanden untergebracht werden – pflegende Angehörige können aber auch allein in das AMEOS Reha Klinikum Ratzeburg kommen. Während der Reha können Rehabilitand und demenzbetroffener Angehöriger einander jederzeit sehen und erleben sich ohne Versorgungsbelastung in einem geschützten Rahmen. Dieses besondere Angebot erzeugt einen tiefgreifenden und nachhaltigen Effekt auf die Fähigkeit unserer Rehabilitanden, nach der Reha Entlastungsangebote anzunehmen.

Pflegende Angehörige sind durch die komplette Übernahme der Verantwortung und die Rund-um-die-Uhr-Betreuung kaum noch in der Lage, die Verantwortung für den Demenzbetroffenen in die Hände anderer Menschen zu geben. Es ist also wichtig, einen für sie kontrollierbaren Ablöseprozess in Gang zu setzen, um so überhaupt die Voraussetzungen für ein Nachdenken über sich selbst zu schaffen.

Versorgung von demenzbetroffenen Begleitpersonen

Ab Pflegegrad 2 werden demenzbetroffene Begleitpersonen in einem Angehörigenbegleitbereich aufgenommen, der direkt in der Rehabilitationsklinik für pflegende Angehörige liegt. Hier stehen 26 Einzelzimmern auf zwei Etagen bereit. Sie erhalten im Rahmen der Tagesbetreuung im Angehörigenbegleitbereich die MAKS-Therapie. Die Abkürzung steht für **m**otorische, **a**lltagspraktische und **k**ognitive Aktivierung, die auch **s**oziale/spirituelle Bedürfnisse anspricht. Es handelt sich um eine multimodale, nichtmedikamentöse, ressourcen-erhaltende Aktivierung für Menschen mit Demenz. Die MAKS-Therapie wurde mit Förderung des Bundesgesundheitsministeriums und der Deutschen Alzheimer Gesellschaft am Universitätsklinikum Erlangen entwickelt und erfolgreich auf ihre Wirksamkeit getestet.

Wir konnten feststellen, dass die Aktivierung ausgeglichener macht und so herausforderndes Verhalten mindert. Wir verschaffen den Demenzbetroffenen mit der MAKS-Therapie Erfolgserlebnisse, fördern ihr soziales Verhalten und heben ihre Stimmung nachhaltig. Das kann pflegende Angehörige wirksam entlasten.

15.6 Datenerhebung der Gesundheitsplanerin zum Thema gerontopsychiatrische Patient*innen in stationären Pflegeeinrichtungen

Es berichtet Frau Dr. Anna Walther, Gesundheitsplanerin, Fachdienst Gesundheit, Kreis Segeberg, Stand Mai 2018:

Gerontopsychiatrische Patient*innen in stationären Pflegeeinrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen im Kreis Segeberg sowie Informationsbedürfnis zu diesem Thema

Hintergrund:

Auch wenn für Deutschland keine aktuellen repräsentativen Untersuchungen von psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter vorliegen (1), können auf Basis einiger Untersuchungen Aussagen zur Häufigkeit von psychischen Erkrankungen im höheren Alter gemacht werden. Rund ein Viertel der 65-Jährigen und Älteren leiden schätzungsweise an einer psychischen Störung irgendeiner Art (2). Hierbei dominieren Demenz und Depression die psychischen Störungen im höheren Lebensalter. Die demenzielle Erkrankung kann als eine Erkrankung des Alters angesehen werden. Während bei den 65- bis 69-Jährigen weniger als 2 % von einer Demenzerkrankung betroffen sind, sind es bei den 90-Jährigen und Älteren bereits über 30 %. Unter anderem aufgrund des erwarteten Anstiegs der Lebenserwartung kann von einem Anstieg an demenziellen Erkrankungen in Zukunft ausgegangen werden. Daraus folgt auch eine wachsende Anforderung an die pflegerische Versorgung der erkrankten Personen (3).

Das Bewusstsein für das Vorhandensein einer Depression im Alter ist in den letzten Jahren gestiegen. Für Deutschland konnte gezeigt werden, dass die Häufigkeit einer depressiven Symptomatik³ zwar mit zunehmendem Alter abfällt, jedoch in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen immer noch 6,1 % betrug (7,7 % Frauen; 4,2 % Männer). 5,9 % der Frauen und 2,7 % der Männer gaben eine diagnostizierte Depression in den letzten 12 Monaten an (4). Im Deutschen Alterssurvey von 2014 berichteten ein Drittel der 70- bis 85-Jährigen mindestens leichte depressive Symp-

³ Depressive Symptome wurden schriftlich mit dem Depressionsmodul des „Gesundheitsfragebogens für Patienten“ erfasst, der deutschen Version des „Patient Health Questionnaire“. Eine depressive Symptomatik besteht bei ≥ 10 Punkten

tome und 7,8 % klinisch auffällige Symptome (5). Eine weitere Studie zeigte, dass die Häufigkeit irgendeiner affektiven Störung in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen bei 5,9 % lag, bipolare Störungen wurden hierbei lediglich bei 0,1 % bzw. 0,0 % festgestellt (6).

Auch Suchterkrankungen im höheren Alter stellen keine Seltenheit dar.

Schätzungsweise rund 2-3 % der Männer und 0,5-1 % der Frauen sind von Alkoholmissbrauch oder einer Alkoholabhängigkeit betroffen (7). In der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren wiesen 2015 17,9 % der Männer und 12,2 % der Frauen einen riskanten Alkoholkonsum⁴ auf (8). Es ist davon auszugehen, dass eine Alkoholabhängigkeit im Alter selten oder spät wahrgenommen wird. Dies liegt u. a. auch in der Schwierigkeit der Differentialdiagnostik zwischen Suchterkrankung im Alter, Depression und einer beginnenden Demenz begründet (7). Aber auch weitere substanzbezogene Suchterkrankungen sind von Bedeutung. Mit dem Alter wächst die Gefahr von Multimedikation, so haben ca. die Hälfte der 70- bis 79-Jährigen in den letzten sieben Tagen fünf oder mehr Präparate zu sich genommen. Auch die Verschreibung von Benzodiazepinen und Opioidanalgetika steigt mit dem Alter kontinuierlich an, deren Langzeitbehandlung ein hohes Suchtpotenzial aufweist (9). Zwischen 5-10 % weisen einen problematischen Gebrauch von Psychopharmaka und/oder anderen Analgetika auf (7). Das Erkennen von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit ist vor dem Hintergrund des oben beschriebenen Verordnungsgeschehen und der schwierigen Differenzierung zwischen begründeter Arzneimittelanwendung und Medikamentenmissbrauch nicht einfach und daher ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen (9). Es ist darauf hinzuweisen, dass die Baby-Boom-Generation einen höheren Substanzkonsum aufweist als andere Generationen und genau diese Generation wird in naher Zukunft pflegebedürftig, sodass anzunehmen ist, dass die Bedeutung einer Substanzgebrauchsstörung im höheren Alter eher zunehmen als abnehmen wird. Dies wiederum führt zu neuen und höheren Anforderungen an die stationäre Altenhilfe. Die Betreuungs- und Pflegekonzepte müssen entsprechend auf die Bedürfnisse von Menschen mit einer Suchtproblematik und/oder Suchthistorie angepasst werden. Dies umfasst auch eine Schulung der Mitar-

⁴ Riskanter Alkoholkonsum bei Männern entspricht > 20g Reinalkohol/Tag und bei Frauen > 10g Reinalkohol/Tag

beiter*innen zur Entstehung und den Folgen von Suchterkrankungen sowie den Umgang mit suchtkranken älteren Menschen (7).

Zwar weisen Angsterkrankungen, Zwangsstörungen und Schizophrenie laut Literatur keine hohen Häufigkeiten im höheren Lebensalter auf, für eine umfassende Abbildung der psychischen Erkrankungen sind diese jedoch ebenfalls zu berücksichtigen. Die 12-Monatsprävalenz jeglicher Angststörung betrug in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen 11,1 %, wobei der größte Anteil auf spezifische Phobien entfiel (8,4 %) (6). Es wird jedoch beschrieben, dass eine valide Diagnostik von Angststörungen im höheren Alter schwierig ist, sodass ca. 50 % der Fälle bei älteren Menschen übersehen werden (10).

Der Anteil an 65- bis 79-Jährigen mit einer Zwangsstörung in den letzten 12 Monaten betrug 1,1 %. Diese Erkrankung nimmt im Laufe der Lebensspanne deutlich ab (6).

Zwar sind Neuerkrankungen einer Schizophrenie nach dem 65. Lebensjahr extrem selten, jedoch zeigen rund 85 % aller Schizophrenie-Erkrankungen einen mehr oder minder chronischen Verlauf und diese Patienten erreichen heute deutlich häufiger ein höheres Lebensalter als noch vor wenigen Jahrzehnten (11).

Weltweit und auch für Deutschland beträgt der Anteil der Menschen, die im Laufe ihres Lebens an einer Schizophrenie erkranken durchschnittlich 1 % (12). Die Erkrankung verändert sich häufig mit dem Alter, teilweise führt das Altern bei einer schizophrenen Psychose zu einer Beruhigung oder Besserung der Symptomatik. Mit Änderung der Symptomatik und durch das Hinzukommen von körperlichen Erkrankungen verändert sich auch der Versorgungs- und Betreuungsbedarf der Erkrankten, ein hohes Maß an psychosozialer Unterstützung bleibt jedoch auch im Alter bestehen. Traditionelle Einrichtungen der Altenhilfe sind kaum ausreichend auf die Versorgung vorbestehender psychischer Beeinträchtigungen der Schizophrenie-Erkrankten vorbereitet und können den älteren Schizophrenie-Patient*innen kaum gerecht werden (11).

Es ist darauf hinzuweisen, dass bei allen psychischen Erkrankungen das häufige Vorhandensein einer weiteren psychischen Erkrankung nicht zu vernachlässigen ist. Die **nachfolgend dargestellte Befragung** sollte im Wesentlichen zwei Fragen näher beleuchten. Einerseits galt es das Ausmaß an Menschen mit psychischen Erkrankungen in Pflegeeinrichtungen im Kreis Segeberg festzustellen. Andererseits

ging es um die Erfassung der Informationsbedürfnisse der Einrichtungen zu psychischen Erkrankungen und im Umgang mit psychisch erkrankten Bewohner*innen.

Methodik:

Es wurden 59 stationäre Pflegeeinrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen im Kreis Segeberg schriftlich angeschrieben. Der Fragebogen war an die Pflegedienstleitung adressiert. Die Befragung erfolgte im November/ Dezember 2017. Die Einrichtungen hatten die Möglichkeit den Fragebogen postalisch oder per Fax zurückzusenden. Die Auswertung erfolgte anonymisiert, d. h. ein Rückschluss auf die einzelnen Einrichtungen ist nicht möglich. Eine Erinnerung der Einrichtung an die Befragung fand nicht statt.

Ergebnisse:

N=34 Einrichtungen haben den Fragebogen ausgefüllt zurückgesendet und wurden in die Auswertung eingeschlossen. Dies entspricht einem Rücklauf von 57,6 %. 28 Einrichtungen (=84,9 %) gaben an, ausschließlich vollstationäre Pflegeplätze anzubieten, 4 Einrichtungen (=12,1 %) waren ausschließlich Tageseinrichtungen und eine Einrichtung (=3,0 %) gab an sowohl vollstationäre als auch Tagespflegeplätze anzubieten. 10 Einrichtungen (=29,4 %) stellten ausgewiesene Wohngruppen bzw. Plätze für psychisch erkrankte Personen zur Verfügung.

Die Einrichtungen versorgten jeweils zwischen 14 und 395 Patienten, der Mittelwert betrug 71,4 Patient*innen/pro Einrichtung. Alle Einrichtungen gaben an, Patient*innen mit ärztlich festgestellten psychiatrischen Erkrankungen zu versorgen. Insgesamt wurden 1466 Patient*innen mit psychiatrischen Erkrankungen in den Einrichtungen versorgt. Hierbei betrug das Minimum 5 Patient*innen, das Maximum 395 Patient*innen und der Mittelwert 48,9 Patient*innen. Dies bedeutet, dass gerontopsychiatrische Patient*innen einen Anteil von 3,4 bis 100 % an allen Bewohnern pro Einrichtung ausmachten (Mittelwert 62,6 %).

Die Verteilung auf die unterschiedlichen Erkrankungen ist in Tabelle 1 aufgeführt.

Tabelle 1: Anzahl an Patient*innen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen

Versorgen Sie Patient*innen mit folgenden psychiatrischen Erkrankungen in Ihrer Einrichtung? Wenn ja, schätzen Sie bitte die Anzahl der Patient*innen.			
	N _{ausgewertet}	N (%) ja	Wenn ja, Anzahl Patienten je Einrichtung (MW, Min-Max)
(Alters)Depression	34	32 (94,1)	9,1 (1-50)
Angsterkrankungen	31	21 (67,7)	3,3 (1-10)
Bipolaren Erkrankungen	31	14 (45,2)	3,9 (1-20)
Psychosen/Schizophrenie	32	26 (81,3)	4,7 (1-30)
Suchterkrankungen	30	22 (73,3)	6,1 (1-25)
Zwangserkrankungen	29	12 (41,4)	2,5 (1-7)
Demenz	34	34 (100)	29,0 (6-80)

Neben den in Tabelle 1 aufgeführten Erkrankungen wurden von den Einrichtungen weitere folgende Erkrankungen angegeben: Delir, Huntington, Parkinson, Apoplex, Epilepsie, Thalamusblutung mit Hemiparese eines Armes.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung bezüglich des Fortbildungsinteresses dargestellt. 24 Einrichtungen (=70,6 %) gaben an, dass Mitarbeiter*innen im vergangenen Jahr an Fortbildungen zum Thema gerontopsychiatrische Patienten teilgenommen haben. Hiervon gaben mehr als die Hälfte (62,5 %) der Einrichtungen an, dass die derzeit angebotenen Fortbildungen nicht ausreichend sind.

Die 10 Einrichtungen, die im vergangenen Jahr an keiner Fortbildung zum Thema gerontopsychiatrische Patienten teilgenommen haben, gaben folgende Gründe hierfür an (Mehrfachantworten waren möglich).

Tabelle 2: Gründe für keine Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen im letzten Jahr

aufgelistete Gründe	Zutreffend N (%)
kein entsprechendes Angebot gefunden	5 (50)
kein Interesse am Thema	0 (0)
wir haben kein gerontopsychiatrisches Klientel	1 (10)
unsere Mitarbeiter*innen sind ausreichend aus- bzw. fortgebildet	1 (10)

Im Freitext wurden außerdem organisatorische Gründe wie „Betreiberwechsel“, „hoher Krankenstand“ oder „andere wichtige Themen“ angeführt.

Mehr als die Hälfte aller Einrichtungen (61,8 %) schätzten Fortbildungsveranstaltungen zu gerontopsychiatrischen Themen als sehr wichtig, mehr als ein Drittel (35,3 %) als wichtig und 2,9 % als weniger wichtig ein.

Das Informationsbedürfnis zu einzelnen Krankheitsbildern und zu weiteren Themen ist in Tabelle 3 aufgeführt.

Tabelle 3: Informationsbedürfnis zu Fortbildungsveranstaltungen der Einrichtungen zu gerontopsychiatrischen Themen

Wie wichtig sind Ihnen in gerontopsychiatrische Fortbildungsveranstaltungen Informationen zu			
	N _{ausgewertet}	N (%) sehr wichtig/wichtig	N (%) weniger wichtig/unwichtig
...gerontopsychiatrischen Erkrankungen			
(Alters)Depression	34	32 (94,1)	2 (5,9)
Angsterkrankungen	34	28 (82,4)	6 (17,6)
Bipolaren Erkrankungen	32	17 (53,1)	15 (46,9)
Psychosen/Schizophrenie	32	23 (71,9)	9 (28,1)
Suchterkrankungen	32	25 (78,1)	7 (21,9)
Zwangserkrankungen	34	16 (47,1)	18 (52,9)
Demenz	34	29 (85,3)	5 (14,7)
...folgenden gerontopsychiatrischen Themen			
Umgang mit gerontopsychiatrischen Patient*innen	34	25 (73,5)	9 (26,5)
Kommunikation mit Angehörigen von gerontopsychiatrischen Patient*innen	34	29 (85,3)	5 (14,7)
Austausch mit anderen Pflegeeinrichtungen über gerontopsychiatrischen Patient*innen	34	17 (50,0)	17(50,0)

Als weitere wichtige Themen wurden in Freitextangaben folgende benannt: „Umgang mit herausforderndem Verhalten“, „Herausforderndes Verhalten: Zwangsschreien“, „Validation“, „Gerontopsychiatrische Bewohner mit erhöhtem Sexualtrieb“, „Wirkungsweise psych. Medikationen / Wechselwirkung“, Gewalt in der Pflege, „Übergriffe Patient-Pflegepersonal“, „Aufbau eines geschlossenen Bereiches für Bewohner mit Hinlauftendenz“.

Der überwiegende Anteil an befragten Einrichtungen (79,4 %) würde an gerontopsychiatrischen Fortbildungsveranstaltungen, die ihrem Interesse entsprechen, teilnehmen. 17,6 % würden eher an solchen Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen und 2,9 % würden nicht teilnehmen.

Die Anzahl der Teilnehmer*innen schwankt zwischen 3-30 Mitarbeiter*innen, der Mittelwert liegt bei 9,48 Personen.

Die Möglichkeit der Freitextangabe wurde von zwei Einrichtungen genutzt. Eine Einrichtung erwähnt, dass hausinterne Schulungen zum Thema „Umgang mit Demenzkranken“ regelmäßig stattfinden. Eine andere Einrichtung erwähnt das Thema der Selbstpflege („Personal muss lernen für sich etwas zu tun, Arbeit mit diesen Menschen bedarf einer hohen kognitiven Anspannung“) und die Zusammenarbeit mit Ämtern „Zusammenarbeit mit Ämtern wie Heimaufsicht fördern um angstfrei in der Pflege zu arbeiten“.

Diskussion und Ausblick:

Die Befragung unter stationären Pflegeeinrichtungen und Tagespflegeeinrichtungen im Kreis Segeberg hat gezeigt, dass insgesamt 1466 Patient*innen mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen in den, an der Befragung teilgenommenen 34 Einrichtungen versorgt werden. Demenz und (Alters)Depression dominieren hierbei das Versorgungsgeschehen. Psychosen/ Schizophrenien, Suchterkrankungen und Angsterkrankungen sind ebenfalls von hoher Bedeutung für die Einrichtungen. Menschen mit bipolaren Erkrankungen und Zwangserkrankungen werden ebenfalls versorgt, sind jedoch im Verhältnis zu den oben genannten Erkrankungen weniger stark vertreten. Dies spiegelt sich auch im Informationsbedürfnis in Bezug auf die Erkrankungen wider: Von besonderer Bedeutung sind Informationen zu (Alters)Depression und Demenz, gefolgt von Informationswünschen zu Angst- und Suchterkrankungen sowie Psychosen/Schizophrenie. Insgesamt werden Fortbildungsveranstaltungen zu gerontopsychiatrischen Themen eine hohe Bedeutung eingeräumt: 97,1 % aller Einrichtungen bewerteten Fortbildungen zu gerontopsychiatrischen Themen als sehr wichtig oder wichtig. Knapp 80 % der Einrichtungen gaben an, dass Mitarbeiter*innen ihrer Einrichtung zu Fortbildungsveranstaltungen mit relevanten Themen teilnehmen würden. Mehr als die Hälfte der Einrichtungen, die im

vergangenen Jahr an Fortbildungsveranstaltungen teilgenommen haben, halten dies nicht für ausreichend.

Die Ergebnisse zeigen eindrücklich, dass das bisherige Fortbildungsprogramm zum Themenkomplex gerontopsychiatrische Patient*innen von Pflegeeinrichtungen im Kreis Segeberg als nicht ausreichend wahrgenommen wird. Auf Basis dieser Befragung wird der Sozialpsychiatrische Dienst des Kreises Segeberg gemeinsam mit Kooperationspartnern überlegen, wie Fortbildungsveranstaltungen zukünftig weiter ausgebaut werden können, um dem bestehenden Informationsbedürfnis von Einrichtungen zu diesem Thema gerecht zu werden.

Literaturangaben

1. Haupt M, Wolter D, Gutzmann H. Psychische Störungen im höheren Lebensalter. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P, Hrsg. Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2017: 2849–73
2. Saß A-C, Wurm S, Ziese T. Somatische und psychische Gesundheit. In: Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: RKI; 2009: 31–62
3. Robert Koch-Institut. Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI; 2015
4. Busch MA, Maske UE, Ryl L et al. Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2013;56: 733–739
5. Wolff JK, Tesch-Römer C. Glücklich bis ins hohe Alter? Lebenszufriedenheit und depressive Symptome in der zweiten Lebenshälfte. In: Mahne K, Wolff JK, Simonson J, Tesch-Römer C, Hrsg. Altern im Wandel. Wiesbaden: Springer; 2017: 171–83.
6. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Met al. Twelve-months prevalence of mental disorders in the German Health Interview and Examination Survey for Adults - Mental Health Module (DEGS1-MH): a methodological addendum and correction: DEGS1-MH: a Methodological Addendum and Correction. Int J Methods Psychiatr Res; 2015;24(4): 305–13
7. Gärtner C, Nartschenko V. Chronifizierter Substanzmissbrauch im Alter – Probleme und Herausforderungen. In: Müller SV, Gärtner C, Hrsg. Lebensqualität im Alter. Wiesbaden: Springer; 2016: 313–29
8. Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.). Alkoholatlas Deutschland 2017; 2017

Verfügbar unter:

http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/sonstVeroeffentlichungen/Alkoholatlas-Deutschland-2017_Doppelseiten.pdf

9. Mühlig S, Neumann-Thiele A, Teichmann C et al. Epidemiologie und Versorgungsepidemiologie. In: Maercker A, Hrsg. Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2015: 43–70
10. Risch AK, Wilz G. Angststörungen. In: Maercker A, Hrsg. Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2015: 139–58
11. Fey T. Älter werden mit psychotischen Erkrankungen. In: Lebensqualität im Alter. Müller SV, Gärtner C Hrsg. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2016: 299–31
12. Gaebel W, Wölwer W. Schizophrenie. Berlin: RKI; 2010

16 Zusammenfassende Handlungsempfehlungen, wichtige Fakten und Ausblick

- Es gibt einen **Bedarf** an akuten psychiatrischen **stationären Behandlungsplätzen** insbesondere im Bereich der interkulturellen Psychiatrie, der dringend gedeckt werden muss [vgl. hierzu Kapitel 1].
- Im Kreis Segeberg sollte es dringend Angebote für Erwachsene im Rahmen eines **Antigewalttrainings** geben. Derzeit gibt lediglich Angebote in Neumünster und Kiel [vgl. hierzu Kapitel 1].
- Der **Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie** freut sich auf eine gute Zusammenarbeit mit dem neuen Vorsitzenden des Sozialausschusses, Herrn Dr. Christopher Schmidt. Neben diesem und der Vorsitzenden des OVG-Ausschusses, Frau Rosemarie Jahn, wird aufgrund wiederkehrender Kinder- und Jugendpsychiatrischer Themen empfohlen, dass auch Frau Cordula Schultz, Vorsitzende des Jugendhilfe-Ausschusses, zukünftig an den Sitzungen des Arbeitskreises teilnimmt [vgl. hierzu Kapitel 1 und 4].
- Der **Sozialpsychiatrische Krisendienst** wurde im Jahre 2018 erweitert um eine 24-stündige Erreichbarkeit durch sozialpädagogische Kräfte und eine Wochenendbesetzung mit Honorarärzt*innen. Der Krisendienst sollte weiter ausgebaut werden, sodass eine 24stündige Abdeckung nicht nur durch sozialpädagogische Kräfte, sondern auch durch die ärztlichen Kräfte erfolgt. Leider gestaltet sich dies durch Fachkräftemangel zu einem schwierigen Unterfangen [vgl. hierzu Kapitel 5.1].
- Das Schulpräventionsangebot „**Verrückt? Na und!**“ ist erfolgreich und soll weiter ausgebaut werden [vgl. hierzu Kapitel 5.2].
- Am 21.11.2018 veranstaltet der Kreis den **12. Segeberger Workshop für Kinder- und Jugendgesundheit** mit psychosozialen Themen wie Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten und Sucht. Professionell und ehrenamtlich

mit Kindern und Jugendlichen Tätige aus dem Kreis Segeberg werden zur Teilnahme aufgerufen [vgl. hierzu Kapitel 5.3].

- Eine **Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung** sollte in Kooperation mit den niedergelassenen Behandler*innen zur Gewährleistung der Behandlungskontinuität im Sozialraum etabliert werden [vgl. hierzu Kapitel 5.4].
- Der Kreis Segeberg fordert weiterhin die Stärkung der **ambulanten psychiatrischen Krankenpflege**. Dies kann nur in der Auseinandersetzung bzw. der Zusammenarbeit von Gesundheitsministerium und den Krankenkassen geschehen [vgl. hierzu Kapitel 5.5].
- Den Kreisen und kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein fällt die Aufgabe der Aufsichtsbehörde gegenüber den Krankenhäusern zu, die gemäß PsychKG psychisch kranke Menschen geschlossen unterbringen. Die Kreise und kreisfreien Städte wiederum unterstehen hinsichtlich der Ausführung des **PsychKG** der **Fachaufsicht** des Landes. Im Juli 2017 entstand ein **neues Konzept** zur intensivierten und landesweit vereinheitlichenden Ausgestaltung der Aufsicht, das vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung empfohlen wurde [vgl. hierzu Kapitel 5.6].
- Im Kreis Segeberg gab es im Jahre 2018 eine Veränderung in der Zuständigkeit der Kliniken zur **Unterbringung von Minderjährigen nach PsychKG**. Neben Schleswig ist nun die **Kinder- und Jugendpsychiatrie in Elmshorn** speziell für den Bereich Norderstedt, Henstedt-Ulzburg, Ellerau und Kaltenkirchen zuständig. Der Kreis Segeberg setzt sich in der Fortschreibung des Unterbringungsplans dafür ein, dass auch der Restkreis in den Folgejahren nicht mehr in Schleswig, sondern in dichtergelegenen Kliniken Unterbringungsplätze erhält [vgl. hierzu Kapitel 5.7].
- Die **Zusammenarbeit** zwischen Fachdienst Sozialpsychiatrie, Kliniken, Polizei und Gericht wurde u. a. im Bereich **Forensik** intensiviert und soll auch für weitere Themen ausgebaut werden [vgl. hierzu Kapitel 5.8 und 14].

- Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit leistet der Fachdienst Sozialpsychiatrie Unterstützung von Einwohner*innen in der Suche nach geeigneten Behandlungen und Beratungsstellen. Diesbezüglich wurde der **Psychosoziale Wegweiser 2018 neu überarbeitet**. Er kann über die Homepage des Kreises abgerufen werden. Für die Zukunft wird empfohlen, dass ggf. in Zusammenarbeit mit dem Sozial- und Jugendbereich des Kreises eine zeitgemäße Internetseite eingerichtet wird z. B. nach dem Vorbild der Stadt Lübeck www.psychosozialer-wegweiser-luebeck.de [vgl. hierzu Kapitel 5.9].
- Mit dem **Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes** wird das Recht der Leistungen für Menschen mit Behinderung neu gestaltet und stellt damit die bislang größte Reform des SGB IX seit dessen Entstehung im Jahr 2001 dar. Für den Kreis bedeutet die Umgestaltung der Verfahrensabläufe eine große Herausforderung. Dabei wird die Mitwirkung von Menschen mit Behinderung, auch im öffentlichen Raum, weiter gestärkt. Diese werden explizit vom Fachdienst Eingliederungshilfe eingeladen, sich an dem Prozess beim Kreis Segeberg zu beteiligen [vgl. hierzu Kapitel 6].
- Das **Jobcenter** bewirbt sich beim Bund auf ein **Projekt** namens **Rehapro**, welches die gesellschaftliche und berufliche Teilhabe von psychisch beeinträchtigten Menschen fördern soll. Der Fachdienst Sozialpsychiatrie und der Arbeitskreis Gemeindenaher Psychiatrie unterstützen das Vorhaben und hoffen auf eine Bewilligung durch den Bund [vgl. hierzu Kapitel 9].
- Hinsichtlich der Ausbildung in der **Gesundheits- und Krankenpflegeschule** des Psychiatrischen Krankenhauses Rickling erteilte das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung am 22. März 2017 die Zustimmung zur Durchführung eines Projektes. Hiermit wird es möglich, im Landesverein am Standort Rickling die zukunftsorientierte **generalistische Pflegeausbildung** anzubieten. Die Pilotschule startet voraussichtlich im Herbst 2018. [vgl. hierzu Kapitel 10.1].

- Die Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie der **Segeberger Kliniken GmbH** plant im Rahmen eines neuen Behandlungsmoduls eine Verbesserung stationärer **Behandlung chronischer Schmerz-patient*innen**, die oftmals psychosomatische Komorbiditäten aufweisen. Ein zudem großes Anliegen ist es, in den Austausch mit den ambulanten Behandler*innen auf allgemeinärztlicher, schmerzmedizinischer, psycho- und soziotherapeutischer Seite zu treten, sowie ein Netzwerk mit allen an Schmerztherapie interessierten Behandler*innen zu etablieren, um die interdisziplinäre Therapie, den Transfer in den Alltag und den Anschluss an eine ambulante Nachbehandlung der Patient*innen zu optimieren [vgl. hierzu Kapitel 10.2].
- In der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik der Regio Kliniken GmbH Norderstedt werden 15 Patient*innen im Alter von 6-18 Jahren behandelt. In Planung ist im Rahmen der tagesklinischen Behandlung, dass auch **Eltern mit Kleinkindern tagesklinisch behandelt** werden. Zudem ist geplant, die Angebote für die Eltern und Kinder noch in gemeinsamen Projekten zu erweitern [vgl. hierzu Kapitel 10.3].
- **Jedes 3. Kind** der insgesamt 12 Millionen Kinder in Deutschland hat Erfahrungen mit einem **psychisch oder suchterkrankten Elternteil**. Die Kinder und Jugendlichen sind gefährdet, selbst suchtkrank oder psychisch krank zu werden. Manche entwickeln körperliche, kognitive oder soziale Störungen. Der Kreis Segeberg sollte diese Klientel unterstützen. Der Fachdienst Sozialpsychiatrie und der Fachdienst Gesundheit bauen daher in Kooperation mit dem Jugendamt und externen Akteuren ein Netzwerk zur Prävention und besseren Versorgung der Betroffenen auf. Neben der notwendigen Finanzierung durch den Kreis werden Präventionsgelder zur Implementierung bei den Krankenkassen beantragt [vgl. hierzu Kapitel 11].

- Das **Beratungswesen Suchthilfe** und die ausführenden Einrichtungen werden seit Kurzem durch den **Fachdienst Sozialpsychiatrie** betreut und gelenkt. Hierdurch ergibt sich eine fachliche Begleitung, in Folge eine bessere Abstimmung der Leistungen zwischen den Leistungsträgern und eine bedarfsgerechte Steuerung [vgl. hierzu Kapitel 12].
- In der Flüchtlingsarbeit stand zunächst eine Erstversorgung der traumatisierten Menschen im Fokus. Ziel ist nun eine dauerhaft angemessene sozialpsychiatrische Versorgung über die **Erstversorgung von Flüchtlingen** und über die Generationsgrenzen hinaus. Es sollten alle Ausprägungen psychischer und Suchterkrankungen angemessen versorgt werden. Eine Vernetzung zwischen Migrations-, Suchthilfe und Sozialpsychiatrie muss weiter wachsen. Kultursensible Fertigkeiten müssen von den Helfer*innen größtenteils noch erworben werden. Hierbei geht es nicht nur um Akutbehandlung, sondern neben einer niedrigschwelligen psychosozialen Beratung auch um **Eingliederungshilfe für psychisch und suchterkrankte Migrant*innen**. Der Einrichtungsträger ELELE ist derzeit der einzige Anbieter für kultursensible und kulturspezifische Arbeit, der ausschließlich mit Kräften arbeitet, die einen eigenen Migrationshintergrund haben. Es wird die engere Zusammenarbeit mit dieser und möglicherweise noch folgenden spezifisch arbeitenden Einrichtungen im Kreis Segeberg empfohlen [vgl. hierzu Kapitel 13].
- Im **regionalen Netzwerk zur Versorgung traumatisierter Flüchtlinge** findet ein Austausch zwischen professionell und ehrenamtlich Tätigen statt. Die Verwaltung wird derzeit vertreten durch Mitarbeiter*innen des Fachdienstes Sozialpsychiatrie und dem Fachdienst Grundsatz- und Koordinierungsangelegenheiten Soziales und Asyl. Es ist dringend die aktive **Beteiligung der Ausländerbehörde notwendig**, damit Vorurteile und fehlendes Wissen abgebaut werden können bzw. an einem gegenseitigen Verständnis und konstruktiver Zusammenarbeit gearbeitet werden kann [vgl. hierzu Kapitel 1 und 13].

- Im Maßregelvollzug befinden sich psychisch- und / oder suchtkranke Straftäter*innen, die nach § 63 oder § 64 Strafgesetzbuch (StGB) bei verminderter oder aufgehobener Schuldfähigkeit wegen einer Straftat verurteilt wurden. Schleswig-Holstein weist im Bundesvergleich lange Unterbringungsauern auf. Nach der Reform des Maßregelvollzugs muss zukünftig durch regelmäßige Sachverständigen-Gutachten begründet werden, warum jemand weiter in der Forensik bleiben muss. Eine automatische lebenslange Unterbringung ist so nicht mehr möglich. Ein Gericht kann nunmehr unter Berücksichtigung der Unverhältnismäßigkeit trotz ungünstiger medizinischer Prognose entscheiden, dass der /die Untergebrachte zu entlassen ist.

Es wird für die nächsten Jahre eine **“Entlassungswelle“ aus der Forensik** befürchtet. Die Betroffenen sind auf das Versorgungssystem voll- und teilstationärer Wohnformen, ambulanter Behandlung und nicht zuletzt auch auf die Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie angewiesen. Genau hier tun sich Herausforderungen für die Versorgungssysteme, auch die des Kreises Segeberg, auf. Es stellen sich schnell Fragen, wie man mit einer akuten Krise umgeht, wie eine Eigen-oder Fremdgefährdung zu beurteilen ist, wie der Wiedereingliederungsgedanke mit dem des Sicherheitsbedürfnisses in Einklang zu bringen ist, wie fachlich geeignete und spezialisierte Angebote vorgehalten werden können und vieles mehr. [vgl. hierzu Kapitel 14].

- Der demographische Wandel und das Wissen um psychiatrische Erkrankungen im Alter stellen uns vor die Herausforderung, die gerontopsychiatrische Versorgung kurz- und langfristig zu planen. In einer Befragung der Pflegeeinrichtungen zeigte sich der dringende Bedarf an **Fortbildung im Bereich Gerontopsychiatrie**. Der Sozialpsychiatrische Dienst des Kreises Segeberg wird gemeinsam mit Kooperationspartnern eine Fortbildungsveranstaltung initiieren, um dem bestehenden Informationsbedürfnis von Einrichtungen zu diesem Thema gerecht zu werden [vgl. hierzu Kapitel 15].

17 Anhang: Glossar

§4-AG – Arbeitsgruppe Eingliederungshilfe mit Teilnehmer*innen aus Verwaltung, Einrichtungsträgern und Politik gemäß §4 SGB XII

§4 SGB XII – regelt Zusammenarbeit der Träger der Sozialhilfe mit anderen Stellen, deren gesetzliche Aufgaben den gleichen Zielen dienen oder die an Leistungen beteiligt sind oder beteiligt werden sollen

2. Chance – Integrationsprojekt für Schüler*innen mit schulverweigernder Haltung

Ad-hoc-Kommission „Multimodale interdisziplinäre Schmerztherapie“ –

Kommission der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

ADHS – Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom

Adoleszente – Heranwachsende, Jugendliche

AMIF-Netzwerk - Netzwerk zur Verbesserung der Aufnahmebedingungen für Flüchtlinge in Schleswig-Holstein, Projektlaufzeit 01.01.2015 bis 31.12.2017, gefördert durch den Asyl-, Migrations-, Integrationsfond der Europäischen Union

AMSOC – Ambulante Sozialpädagogik Charlottenburg e.V., bieten u.a. Patenschaften für Kinder psychisch erkrankter Eltern an

ATP – Ambulante und Teilstationäre Psychiatrie

ATS - Ambulante und Teilstationäre Suchthilfe

BÄK – Bundesärztekammer

Beleihungsregeln – Gesetzesgrundlagen für die Übertragung öffentlich rechtlicher Aufgaben auf Dritte (s. Landesverwaltungsgesetz Schleswig-Holstein)

bFM - beschäftigungsorientiertes Fallmanagement

BGB - Bürgerliches Gesetzbuch

BTHG – Bundesteilhabegesetz

BZGA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Case-Manager - koordinierende Bezugsperson

Circle-of-Security – Gruppentraining unter Zuhilfenahme von Lehrvideos zur Verbesserung der Eltern-Kind-Bindung

Compliance (Medizin) – „Therapietreue“ von Patient*innen als Oberbegriff für ihr kooperatives Verhalten im Rahmen der Therapie, heute auch unter dem Begriff *Adhärenz* zu finden

Crowding – Begriff aus der Sozialpsychiatrie, um eine objektiv messbare Dichte zu beschreiben, z.B. Gruppengröße oder räumliche Enge

DEGAM – Deutsche Gesellschaft für Allgemein-und Familienmedizin

Desiderata – Lebensweisheit, Lebensregeln

Devianz – ein von der Norm abweichendes Verhalten

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

DHS - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

DRV - Deutsche Rentenversicherung

ELELE –Einrichtungsträger, bietet Wiedereingliederung von Menschen mit psychischer Erkrankung auf Grundlage des SGB XII an. Betreuung und Begleitung auch für Menschen mit Migrationshintergrund, kultursensibel und muttersprachlich (türkisch, kurdisch und arabisch).

Empowerment – Selbstkompetenz im Sinne von Selbstverantwortung und Selbstbestimmung

Ex-In - Experte durch Erfahrung

Famulatur – ein in Deutschland durch die Approbationsordnung für Ärzt*innen vorgeschriebenes Praktikum zwischen dem 1. und 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung von insgesamt viermonatiger Dauer

G-BA - Gemeinsamer Bundesausschuss

GDG - Gesundheitsdienstgesetz

GKV - Gesetzliche Krankenversicherung

GPV - Gemeindepsychiatrischer Verbund

Hometreatment –interdisziplinäre (medizinisch, pflegerisch, pädagogisch, ergotherapeutisch etc.) sozialpsychiatrische Behandlung im eigenen Wohnraum für ambulant behandelte und behandelbare Patienten (vgl. dem gegenüber *stationsäquivalente Leistungen*). Wird im Kreis Segeberg als Leistung der Psychiatrischen Institutsambulanzen erbracht.

IAB - Institut für Arbeitsmarkt-und Berufsforschung

IBM - einheitlicher Bewertungsmaßstab

IQSH – Institut für Qualitätsentwicklung an Schulen Schleswig-Holsteins, Einrichtung des Ministeriums für Schule und Berufsbildung des Landes Schleswig-Holstein (MSB) zur Unterstützung von Lehrkräften und Schulen, Schüler*innen möglichst optimal zu fördern und zu fordern unter Vorhalten vielfältiger Qualifizierungs- und Beratungsleistungen

JustiQ - Jugend stärken im Quartier, ein Projekt zur Hilfe der Re- (Integration) in die Schule

KBV - Kassenärztliche Bundesvereinigung

KGC – Koordinierungsstelle für gesundheitliche Chancengleichheit

KIS - Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen der AWO

KKPE - **K**ampagne **K**inder **P**sychiatrie **E**rfahrener

Kleine Riesen – Projekt für Kinder u. Jugendliche in suchtselasteten Familien

Komorbidität – Begleiterkrankung neben einer anderen Grunderkrankung

Kompass - Suchtprävention in Schulen, Modellprojekt

Konsil – Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen werden durch eine entsprechende Fachkraft patientenbezogen beraten

KoSoz - Koordinierungsstelle soziale Hilfen

LVWG – Landesverwaltungsgesetz

MAKS Demenz Therapie – **m**otorisch, **a**lltagspraktische und **k**ognitive Aktivierung, auch **s**oziale/spirituelle Bereiche einschließend

Multifamilientherapie (MFT) - Systemische Familiengruppentherapie von Eia Asen, Familien lernen von- und miteinander, handlungsorientiert

NBA - neues Begutachtungsassessment im Pflegestärkungsgesetz II

NoBIG - Norderstedter BildungsGesellschaft, eine gemeinnützige Gesellschaft der Stadt Norderstedt

OST- Substitutionsgestützte Behandlung (opiate substitution treatment)

OVG – Ausschuss für Ordnung, Verkehr, Gesundheit

Pädagogische Assistenz – einfache Assistenzleistungen, die neben den sozialpädagogischen Fachleistungen erbracht werden können, hierzu gehört z.B. Anleitung und Unterstützung im Haushalt, gemeinsames Einkaufengehen, etc.

PARITÄTISCHE, Der - Paritätischer Wohlfahrtsverband Schleswig-Holstein e.V.

Personalkommunikative Maßnahmen: Arbeit mit unmittelbaren Zielgruppen und mit Multiplikator*innen i.R. der Präventionsarbeit, im Gegensatz zu den Massenkommunikativen Maßnahmen, wie z.B. Kampagnen in Printmedien oder audiovisuellen Medien (TV, Kino), Plakate, Broschüren

Personalkommunikative Maßnahmen in der Suchtprävention: Unter dieser Begrifflichkeit versteht man in der Suchtprävention Projekte und Angebote die von Fachkräften (Personen) mit definierten Zielgruppen nach entsprechenden Konzepten erbracht werden. Personalkommunikative Maßnahmen stehen damit in Abgrenzung zu massenmedialen (Plakataktionen, TV- und Kinospots, etc.) oder strukturellen Maßnahmen (Beschränkung der Zugriffsmöglichkeiten (Beispiel: Alkopops und Minderjährige), steuerliche (Erhöhung Tabak- und Alkoholsteuer, etc.) und sonstigen gesetzlichen Maßnahmen (Cannabispräparat für Schwerstkranke).

PKR – Psychiatrisches Krankenhaus Rickling

Projekt Perspektive 12+2 – Projekt in Kooperation von Jobcenter und Eingliederungshilfe, Maßnahme für psychisch kranke Menschen in Sozialkaufhäusern

PSAG - Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft

PSB - Psychosoziale Begleitung

Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) – multiprofessionelles ambulantes Behandlungsangebot psychiatrischer Fachkrankenhäuser und psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, welche gemäß § 118 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind

psychiatrische Tagesklinik – Einrichtung der ambulanten und/oder teilstationären Betreuung von Patient*innen

PsychKG – Psychisch-Kranken-Gesetz Schleswig-Holstein

Psychoedukation – ist die Aufklärung von Patient*innen über ihre psychische Erkrankung, Vermittlung von Wissen über Ursachen und Merkmale der Erkrankung

PTBS – Posttraumatische Belastungsstörung

PZR – Psychiatrisches Zentrum Rickling

Rehapro – Bundesprojekt zur Inklusion, angesiedelt beim Jobcenter

Richtlinienpsychotherapie – tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, geht auf die Begründung der Psychoanalyse durch Sigmund Freud zurück mit Fokus auf Konflikten und Entwicklungsstörungen und Klärung der Ursachen

SAFE-Bindungsprogramm nach Brisch – Elternkurs von Pro. Dr. med. Karl Heinz Brisch zur Entwicklung einer sicheren Eltern-Kind-Bindung

Schmerzkonferenz - medizinisches und psychologisches Fachpersonal besprechen in einer gemeinsamen Runde Behandlungsempfehlungen für individuelle Einzelfälle

Schulabsentismus – wissenschaftliches Wort für „Fehlen im Unterricht“

Schulverweigerung – wiederholte, ganztägige, unentschuldigte Abwesenheit von schulpflichtigen Schüler*innen in der Schule oder die passive Verweigerung, z. B. durch Nichtbeteiligung am Unterricht oder Störung von Unterricht, auch anzweifelbar entschuldigtes Fernbleiben, etwa durch Krankmeldungen von Eltern oder Ärzt*innen bei Bagatell- oder vorgetäuschten Erkrankungen

SGB - Sozialgesetzbuch

SpDi – Sozialpsychiatrischer Dienst

StPO - Strafprozessordnung

Stationsäquivalente Leistungen - bezeichnet die intensive außerklinische Behandlung von Patient*innen im eigenen Wohnraum durch das zuständige Krankenhausteam. Die Leistungen ersetzen damit gleichwertig eine stationäre Behandlung

und setzen die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit, also eine Einweisung voraus (vgl. hierzu *Hometreatment*).

Stationsäquivalente Leistungen - bezeichnet die intensive außerklinische Behandlung von Patient*innen im eigenen Wohnraum durch das zuständige Krankenhaussteam. Die Leistungen ersetzen damit gleichwertig eine stationäre Behandlung (vgl. hierzu *Hometreatment*).

Tagespflege – soziale Einrichtung zur täglich zeitlich begrenzten Pflege, Begleitung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen, Leistung der Hilfe zur Pflege bzw. Pflegekassen

Tagesstätte – soziale Einrichtung zur täglich zeitlich begrenzten Begleitung, Förderung und Betreuung für Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung, Leistung der Eingliederungshilfe

Tagesstätte, gerontopsychiatrisch - speziell auf gerontopsychiatrische Bedarfe eingestellte Tagesstätte

TIPInetz - Netzwerk zur Unterstützung von Kindern aus seelisch- oder suchtbelasteten Familien im Kreis Ostholstein

Traumapädagogik – Sammelbegriff für die pädagogischen Ansätze und Methoden bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, insbesondere in der stationären Kinder- und Jugendhilfe

TRIO - Treffpunkt im Ort

UMA - unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, andere Abkürzung auch **UMF**

Verrückt? Na und! – Präventionsprojekt an Schulen

WfbM – Werkstatt für behinderte Menschen

ZERA – steht für **Z**usammenhang zwischen **E**rkrankung, **R**ehabilitation und **A**rbeit, Gruppentrainingsprogramm zur Unterstützung der beruflichen Rehabilitation von Menschen mit einer psychischen Erkrankung bei Nordwork, der Werkstatt für psychisch behinderte Menschen bei den Norderstedter Werkstätten