

Kreis Segeberg



Psychiatrieplan

Jahresbericht 2015/16

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.

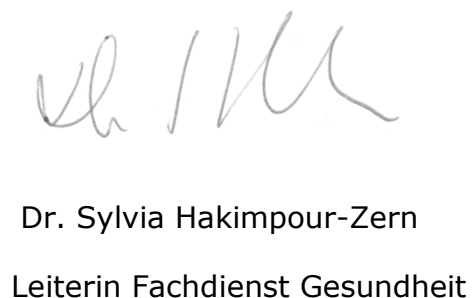
Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, erfolgt ein jährlicher Bericht über die Veränderungen und Veränderungsnotwendigkeiten in der psychiatrischen Versorgung einschließlich einflussnehmender Faktoren wie neue Gesetzesgrundlagen.

Wir freuen uns, Ihnen den Jahresbericht 2015/16 präsentieren zu können. Als Innovation wurde ein Glossar zur besseren Verständlichkeit eingeführt, das von Jahr zu Jahr erweitert wird. In diesem Jahresbericht haben wir uns dem Schwerpunktthema Psychiatrie und Migration entsprechend der großen Bedeutung und Aktualität gewidmet, weil es eine enorme Herausforderung für alle Entscheidungsträger und Hilfeleister darstellt.

Ziel der Autor*innen ist es, eine Wissensmultiplikation und Entscheidungshilfe zu geben für eine aktive Auseinandersetzung und Mitgestaltung des Themas durch Politik, Verwaltung, Einrichtungen und Bürger*innen.



Jan Peter Schröder
Landrat



Dr. Sylvia Hakimpour-Zern
Leiterin Fachdienst Gesundheit

Anmerkung und Dank

Auch dieses Jahr hat wieder eine Kerngruppe aus dem Sozialpsychiatrischen Dienst, Kreis Segeberg den Psychiatrieplan, Jahresbericht 2015/16, mit viel Engagement erarbeitet.

Zum Team der Autorinnen und Autoren gehörten Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen und Leiterin des Fachdienst Gesundheit, 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 2015/16

Inhalt

1 Was bewegt den Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie?	1
1.1 Psychosomatische Tagesklinik der Segeberger Kliniken	1
1.2 Statement der Eingliederungshilfe zum Thema gerontopsychiatrische Tagesstätte und Tagespflege	2
1.3 Vorstellung der Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Norderstedt.	3
1.4 Vorstellung der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, - psychotherapie und –psychosomatik Norderstedt.....	4
1.5 Projekt „Aktion Sinneswandel“	5
1.6 Ambulante Psychiatrische Krankenpflege	6
1.7 Ausblick	6
2 Was bewegt den Arbeitskreis Gerontopsychiatrie?	7
3 Was bewegt den Gemeindepsychiatrischen Verbund?	10
3.1 Sitzungen im Jahr 2015	10
3.2 Ziele des Gemeindepsychiatrischen Verbundes für 2016	12
4 Was bewegt den Fachdienst Gesundheit?.....	14
4.1 Neue Verankerung des Fachdienstes Gesundheit im Fachbereich III Soziales, Jugend, Bildung, Gesundheit	14
4.2 Trennung des Fachdienstes Gesundheit in einen Fachdienst Gesundheit und Fachdienst Sozialpsychiatrie.....	15
4.3 Personelle Ressourcen im Sozialpsychiatrischen Dienst	16
4.4 Änderungsnotwendigkeiten im sozialpsychiatrischen Krisendienst	17
4.5 Projekt „Verrückt? Na und!“	17
4.6 Segeberger Workshop für Kinder- und Jugendgesundheit.....	19
4.7 Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit	20
4.8 Veränderungen in der Angebotsstruktur.....	21
4.8.1 Schulabsentismus.....	21

4.8.2 Zwischenbericht zum Projekt "Aufsuchende niedrigschwellige sozialpsychiatrische Betreuung"	23
4.9 Projekt „Kreis Segeberg 2030“	27
4.10 Beleihung der Krankenhäuser unter besonderer Berücksichtigung des § 13 PsychKG SH	30
5 Was bewegt den Fachdienst Eingliederungshilfe und den Fachdienst Soziale Sicherung?	33
5.1 Was bewegt den Fachdienst Eingliederungshilfe?	33
5.2 Was bewegt den Fachdienst Soziale Sicherung?	34
6 Was bewegt den Betreuungsverein Kreis Segeberg e. V. und den Fachdienst Betreuungsbehörde?	37
6.1 Was bewegt den Betreuungsverein Kreis Segeberg e.V.?	37
6.2 Was bewegt den Fachdienst Betreuungsbehörde?	39
7 Was bewegt die Leistungsanbieter?.....	42
7.1. Das Psychiatrische Zentrum Rickling.....	42
7.1.1 Das Psychiatrische Krankenhaus Rickling	42
7.1.2 Die Psychiatrischen Tageskliniken	44
7.1.3 Der Rehabilitations- und Pflegebereich mit psychiatrischer Pflege Lindenhof, der Fachpflegeeinrichtung für chronisch psychisch Kranke und der internen psychiatrischen Institutsambulanz	46
7.1.4 Wohnen und Fördern Thetmarshof-Falkenhorst	47
7.1.5 Psychosoziales Wohnheim Falkenhorst	48
7.1.6 Der Heidehof.....	48
7.1.7 ATP- Ambulante und Teilstationäre Psychiatrische Versorgung	49
8 Was bewegt die Psychiatrieerfahrenen, deren Angehörige und die Selbsthilfe?	51
8.1 Die Psychiatrieerfahrenen	51
8.2 Die Angehörigen	55

8.2.1 Welche Unterstützung erhalten Angehörige von Menschen mit einer psychischen Erkrankung?	55
8.2.2 Die Angehörigengruppen in Rickling und Bad Segeberg	57
8.2.3 Die Angehörigengruppe Norderstedt	58
8.3 Die Selbsthilfe	60
9 Was bewegt die Suchthilfe?	62
9.1 Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe – Statusbericht 2014	62
9.2 Was bewegt die Träger der Suchthilfe 2015/2016?	63
9.2.1 Ambulante Suchthilfe im Kreis Segeberg	63
9.2.2 Teilstationäre und stationäre Angebote im Kreis Segeberg	68
9.2.3 Ausblick	70
10 Sonderthema: Psychiatrische und Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen, Asylsuchenden und Migrant*innen	72
10.1 Einleitung	72
10.2 Standpunktpapier DGSP zur Psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden	75
10.3 Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland	77
10.4 Bundesfachverband Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge	79
10.5 Der Landesarbeitskreis Migration und Psychiatrie	81
10.6 Projekt zur Psychotherapeutischen, psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen	83
10.7 Regionales Netzwerk zur Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen im Kreis Segeberg	86
10.8 Was bewegt den Fachdienst „Grundsatz- und Koordinierungsangelegenheiten, Soziales und Asyl?	87
10.9 Psychiatrische Behandlung von Flüchtlingen und Migrant*innen	89

10.10 Suchterkrankungen bei Migrant*innen und Flüchtlingen	101
10.11 Projekt „Erste Hilfen für tiefe Wunden“ – Qualifizierung von Migrant*innen aus Krisenländern zu psychosozialen Ersthelfer*innen bzw. „kultursensiblen Therapiebegleiter*innen“	102
11 Zusammenfassende Handlungsempfehlungen und Ausblick 2016/ 2017.....	103
12 Anhang: Glossar	107

1 Was bewegt den Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie?

Es informiert Frau Andrea Köhne, Sozialpädagogin im Sozialpsychiatrischen Dienst, Kreis Segeberg:

Der Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie tagte im Jahr 2015 insgesamt 3 Mal. Die Sitzungen fanden in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Segeberger Kliniken, im Psychiatrischen Zentrum Rickling und in der neuen Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Norderstedt statt. In allen Sitzungen war die Psychiatrieplanung ein wichtiges Thema. Es wurde über die engere Beteiligung neuer Akteure wie z. B. Politik, Psychiatrieerfahrene und Angehörige diskutiert.

Sitzungsthemen waren u. a. das Präventionsprojekt „Verrückt? Na und!“ und die aufsuchende niedrigschwellige sozialpsychiatrische Betreuung in Norderstedt. Diese Themen werden in anderen Kapiteln dieses Psychiatrieplanberichtes genauer beleuchtet.

Weitere Sitzungsthemen aus dem Arbeitskreis werden nachfolgend dargestellt:

1.1 Psychosomatische Tagesklinik der Segeberger Kliniken

In der 1. Sitzung war der Arbeitskreis erstmalig zu Gast in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Segeberger in Bad Segeberg. Die Klinik bietet 44 stationäre Plätze für die Akutbehandlung und 150 Plätze im Rehabilitationsbereich an. Die im August 2014 neu eröffnete Psychosomatische Tagesklinik ist inzwischen in eine neu renovierte Jugendstilvilla in der Kurhausstraße 77 in Bad Segeberg eingezogen. Hier stehen 18 Behandlungsplätze zur Verfügung.

Chefarzt Herr Prof. Dr. med. Lutz Götzmann stellte dem Arbeitskreis die neue Psychosomatische Tagesklinik vor. Hintergrund der Neueröffnung einer Psychosomatischen Tagesklinik war der Beschluss der Beteiligtenrunde zur Krankenhausplanung Ende 2013, der den Ausbau der psychosomatischen Versorgung in Schleswig-Holstein vorsah. Daraufhin erhielten 5 Krankenhausträger in Schleswig-Holstein den Zuschlag für den Aufbau neuer

psychosomatischer Tageskliniken mit insgesamt 75 Plätzen, Hierzu gehörten neben den Segeberger Kliniken die Diakonissenanstalt Flensburg, die ZIP gGmbH Standort Lübeck, das Westküstenklinikum Heide und das Klinikum Itzehoe. Zusätzlich wurde die bestehende psychiatrische Tagesklinik der ZIP GmbH am Standort Kiel mit ihren 20 Plätzen in eine psychosomatische Tagesklinik umgewandelt. Die Schönklinik in Bad Bramstedt, die sich seinerzeit ebenfalls mit einem entsprechenden Konzept beworben hatte, erhielt keinen Zuschlag.

Die Psychosomatische Tagesklinik hat werktags von 9-16 Uhr geöffnet. Es ist ein Ziel, die Wartezeiten für die Aufnahme möglichst kurz zu halten. Als Besonderheit bietet die Tagesklinik spezifische Angebote für Türkisch sprechende Mitbürger*innen und behandlungsbedürftige Eltern mit Kindern an. Eine Aufnahme von Kindern bis 12 Jahre ist möglich. Diese können von 9-16 Uhr in der Kinderbetreuung der Segeberger Kliniken betreut werden.

Die Mitglieder erfuhren ebenfalls die wichtigsten Eckpunkte zu den beiden stationären Behandlungsschwerpunkten „Rehabilitation für Trauernde“ und „Psychosomatische Rehabilitation für türkischsprachige Migranten“.

1.2 Statement der Eingliederungshilfe zum Thema gerontopsychiatrische Tagesstätte und Tagespflege

Frau Rohwer vom Fachdienst Eingliederungshilfe gibt im Arbeitskreis ein Statement zum Thema gerontopsychiatrische Tagesstätte und Tagespflege ab:

Eine Auswertung der Pflegestatistik 2013 habe erbracht, dass der Kreis Segeberg im Vergleich zum Landesdurchschnitt mehr Pflegebedürftige ohne Pflegestufe, aber mit eingeschränkter Alltagskompetenz hat. Die Statistik sagt, dass der Anteil der Pflegebedürftigen ohne Pflegestufe mit eingeschränkter Alltagskompetenz (Anteil an allen Pflegebedürftigen) beim Kreis Segeberg bei 6,5 %, im Landesdurchschnitt bei 5,8 % liegt. Die Eingliederungshilfe führt das unter anderem auf die Einführung der Hilfeplanung in der Pflege zurück. Hier wurden Betroffene beraten und ermutigt, Anträge beim MDK zu stellen. Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz können seit 2013 Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Damit können Betreuungs- und Entlastungsleistungen finanziert werden.

Unter anderem könnten die Patient*innen in der Tagespflege betreut werden. Im Kreis Segeberg stehen jedoch nur für 0,54 % aller Pflegebedürftigen Tagespflegeplätze zur

Verfügung, der Landesdurchschnitt liegt bei 1,36 %. Hier ist also ein Potential zum Ausbau vorhanden. Durch die geänderten Rahmenbedingungen des Pflege neu ausrichtungsgesetzes und des 1. Pflegestärkungsgesetzes gibt es Chancen, dass neue Tagespflegestätten im Kreis Segeberg eröffnen. Laut Pflegestatistik 2013 gab es im Kreis Segeberg 43 teilstationäre Pflegeplätze. Nach Auskunft des Fachdiensts Soziale Sicherung stehen im Mai 2015 bereits 66 Plätze zur Verfügung. Es gibt weitere Anfragen aus Wahlstedt, Trappenkamp, Norderstedt sowie Bad Segeberg, Tagespflegeplätze zu eröffnen.

Schaut man sich nun die Entwicklung im Kreis Segeberg und in der Gesetzgebung an, gibt es große Chancen, über Tagespflege die gerontopsychiatrischen Patient*innen gut zu betreuen. Aufgrund der Ausbaudynamik wird sich die Tagespflege deutlich besser sozialräumlich ausrichten, als es bei einer einzigen Tagesstätte im Kreis Segeberg möglich wäre. Insofern werden mehr Personen von den sozialraumnahen Angeboten der Tagespflege profitieren können. Des Weiteren kann bei einer wesentlichen Zunahme des Pflegebedarfs ein belastender Wechsel in ein anderes Setting vermieden werden.

Im Projekt „Kreis Segeberg 2030 – Demographie und Daseinsvorsorge“ wurde der Ausbau der Tagespflege ebenfalls als mögliches Ziel identifiziert.

1.3 Vorstellung der Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Norderstedt

Frau Herschel, ärztliche Leiterin der Psychiatrischen Tagesklinik für Erwachsene, stellte dem Arbeitskreis das Behandlungskonzept der im Januar 2015 eröffneten Tagesklinik Norderstedt vor.

Organisatorisch gehört die Tagesklinik Norderstedt zum Psychiatrischen Zentrum Rickling des Landesvereins für Innere Mission Schleswig-Holstein, Chefarzt ist Herr Kahlke. Die Tagesklinik Norderstedt ist neben den Standorten Kaltenkirchen und Bad Segeberg die 3. Psychiatrische Tagesklinik im Kreis Segeberg.

Angeschlossen ist auch eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), wo nach Beendigung der tagesklinischen eine ambulante ärztliche Weiterbehandlung erfolgen kann. Eine Richtlinienpsychotherapie ist über die PIA derzeit nicht möglich. Es werde aber schon sehr frühzeitig bei Behandlungsbeginn auf die

Anmeldung zu einer ambulanten Therapie bei niedergelassenen Therapeut*innen hingewirkt, da die Wartezeiten hier nicht selten mehrere Monate betragen.

Für die Aufnahme in die Tagesklinik ist eine Überweisung vom Hausarzt oder der Hausärztin erforderlich, da im Vorfeld vor allem körperliche Ursachen der psychischen Störung ausgeschlossen werden müssen.

Die Tagesklinik verfügt über 20 Plätze, die derzeit mit 25 bis 28 Patient*innen belegt sind. Im Jahresschnitt liegt die Belegung bei über 20 Plätzen.

Die Behandlungsdauer beträgt in der Regel 6 Wochen. Das Angebot wird überwiegend von Frauen in Anspruch genommen.

Die Wartezeit für einen ersten ambulanten Gesprächstermin liegt bei ca. 3 Wochen. Man erwarte aber einen weiteren Anstieg der Anfragen, da die Tagesklinik noch nicht bei allen Fachkräften - insbesondere den überweisenden Ärzt*innen - bekannt ist (Stand Oktober 2015).

1.4 Vorstellung der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und –psychosomatik Norderstedt

Frau Streitpferd, leitende Oberärztin der Tagesklinik, und ihr Stellvertreter Dipl.-Psychologe Herr Pflantz stellten die Einrichtung vor, die ebenso wie die Tagesklinik für Erwachsene im Januar 2015 eröffnet wurde.

Organisatorisch gehört die Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und –psychosomatik Norderstedt zum Klinikum Elmshorn der Regio Kliniken GmbH. Chefärztin ist Frau Vetter.

In der Tagesklinik für Kinder und Jugendliche gibt es 12 Patient*innenplätze für die Altersgruppe 6 – 18 Jahre zuzüglich einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA). Kindern im Vorschulalter von 3 – 6 Jahren wird die Teilnahme an einer Eltern-Kind-Gruppe angeboten. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt ca. 12 Wochen.

Das therapeutische Team der Tagesklinik besteht aus insgesamt 7 Mitarbeiter*innen (Vollzeit- und Teilzeitstellen) und 5 Mitarbeiter*innen im Pflege- und Erziehungsdienst. Letztere werden vor allem im Bereich Traumapädagogik geschult. Im therapeutischen Team laufen aktuell Schulungen im Bereich Traumatherapie.

Voraussetzung für eine Aufnahme in der Tagesklinik sind ein oder auch mehrere Vorgespräche, in denen nicht nur das Kind oder der Jugendliche, sondern auch das beteiligte System (Eltern, Schule etc.) eingebunden wird. Entscheidend für eine Behandlung in der Tagesklinik ist vor allem das psychosoziale Funktionsniveau. Das heißt, es ist weniger die Symptomatik entscheidend, sondern wie schwer die Belastungsfaktoren wie Schule, Freunde, Eltern etc. ausgeprägt sind. Nach einer Wartezeit von derzeit ca. 3 Monaten ist eine Aufnahme in der teilstationären Behandlung unter Berücksichtigung der aktuellen Gruppenkonstellation möglich.

In der Tagesklinik werden alle Störungen behandelt mit Ausnahme von Sucht, Psychose, akuter Suizidalität und geistiger Behinderung. Störungen können zum Beispiel sein: ADHS, expansive und dissoziale Verhaltensweisen, Zwangsstörungen, Depressionen, Angststörungen, Autismus, Anorexie, PC- und Internetsucht in Verbindung mit sozialen Ängsten.

Eine ärztliche Weiterbehandlung und psychosoziale Nachbetreuung der entlassenen Patient*innen kann in der PIA erfolgen, eine weiterführende ambulante Psychotherapie ist nicht möglich. Eine zeitige Kontaktaufnahme zu niedergelassenen Therapeut*innen wird daher schon während der tagesklinischen Behandlung empfohlen, da es lange Wartezeiten bei Psychotherapeut*innen gibt.

1.5 Projekt „Aktion Sinneswandel“

Bereits im Jahr 2003 startete der Landesverein das Antistigma-Projekt „Psychiatrie geht in die Schule“. Schüler*innen im Alter ab 15 Jahren sollten mit der Thematik Psychiatrie vertraut gemacht, Vorurteile reduziert und Hilfemöglichkeiten aufgezeigt werden. In den mehrtägigen Seminareinheiten fanden Gespräche mit den Psychiatrieerfahrenen und den Mitarbeiter*innen des Psychiatrischen Zentrums Rickling (PZR) statt. Informationen wurden vermittelt. Vor den Seminareinheiten mit den Schülern hat es Fortbildungsveranstaltungen und Gespräche mit ihren Lehrern gegeben.

Das Schulprojekt ist mittlerweile Teil der Antistigma-Arbeit „Aktion Sinneswandel“. Die Schüler*innen der 9. und 10. Klassen kommen jetzt für einen Projekttag direkt ins PZR (keine Veranstaltungen in den Schulen). Ca. 25 Schulklassen nutzen dieses Angebot jährlich. Inhaltlich werden zunächst Informationen vermittelt. Kreative Plakatarbeiten bilden dann die Grundlage für das Gespräch mit

den Psychiatrieerfahrenen. Außerdem finden Besuche im Maleratelier und auf Stationen des PZR statt.

Neben dem Schulprojekt gehören verschiedene Polizeiprojekte, die Biographie-Ausstellung und die Filmtage in Norderstedt zu der „Aktion Sinneswandel“. Außerdem findet vierteljährlich ein Forum der Aktion statt.

1.6 Ambulante Psychiatrische Krankenpflege

Frau Dr. Hakimpour-Zern berichtet, dass sich aus dem Sozialministerium Frau Gollnick positiv zur Resolution „Ambulante Psychiatrische Krankenpflege“ geäußert habe und dass auch bereits Aktivitäten in Flensburg bekannt sind. Frau Rohwer kann ergänzen, dass über die Sitzungen der Sozialamtsleiter Schleswig-Holsteins landesweit ebenfalls Bewegung stattfindet. Eine aktuelle Anfrage von Frau Dr. Hakimpour-Zern im Februar 2016 an den Landkreistag und den Städtetag Schleswig-Holstein über den aktuellen Stand nach Eingabe der Resolution wurde noch nicht beantwortet (Stand April 2016).

1.7 Ausblick

In 2016 wurden und werden folgende Themen im Arbeitskreis behandelt:

- Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen
- „Hometreatment“ im Psychiatrischen Zentrum Rickling
- Projekt „Tandem“ der ATS
- Versorgung forensischer Patient*innen

2 Was bewegt den Arbeitskreis Gerontopsychiatrie?

Es informiert Frau Aloisia Böhmer, Sozialpädagogin im Sozialpsychiatrischen Dienst, Kreis Segeberg, es ergänzt das Psychiatrieplanerteam:

Im Jahr 2015 tagte der AK Gerontopsychiatrie im März 2015 und im November 2015. Die ursprünglich angedachten 3 bis 4 Termine konnten nicht eingehalten werden.

Bei der 1.Sitzung in 2015 am 03.04.2015 ging es hauptsächlich um die Angebotsstrukturen im Kreis Segeberg für den Bereich Gerontopsychiatrie, bei der in einer umfangreichen Recherche die Angebote für den Kreis Segeberg zusammengetragen wurden, um das Angebotsspektrum zu aktualisieren. Dabei wurde deutlich, wie schwierig es ist, die verschiedenen Daten der unterschiedlichen Institutionen zusammenzuführen und zu systematisieren. Grundlage für die Aktualisierung bildete der Psychosoziale Wegweiser des Kreises Segeberg, erstellt vom SpDi. Bedauerlicherweise konnte die fortlaufende Aktualisierung wegen Zeitmangels nicht aufrechterhalten werden, sodass es für die vorhandenen Angebotsstrukturen beim Stand Februar 2015 blieb.

Einen weiteren Schwerpunkt in dieser Sitzung bildete die Diskussion um die Einrichtung einer gerontopsychiatrischen Tagesstätte im Kreis Segeberg, die es derzeit im Kreis noch nicht gibt. Dabei wurde besonders intensiv über den tatsächlichen Bedarf einer solchen Tagesstätte diskutiert. Insbesondere im Hinblick auf Abgrenzung zu bereits vorhandenen Tagespflegeeinrichtungen wurde speziell die Frage, welche Angebote bzw. Zielgruppen eine gerontopsychiatrische Tagesstätte hat, die in einer Tagespflege keine Berücksichtigung finden, erörtert.

Da diese Fragen bei dieser Sitzung nicht abschließend beantwortet werden konnten, wurden diese Fragestellungen in weiteren Gremien diskutiert. Im AK Gemeindenahe Psychiatrie wurde die Auffassung vertreten, dass der Bedarf für eine gerontopsychiatrische Tagesstätte durch Fakten und Zahlen untermauert werden sollte. Ansonsten sei der Ausbau der Tagespflegeeinrichtungen im Kreis Segeberg dringend unterstützenswert, da auch hier der Bedarf bei weitem noch nicht gedeckt sei. Die Aufgabenstellungen – insbesondere die Bedarfsermittlung für die gerontopsychiatrische Tagesstätte - wurde vom AK Gemeindenahe Psychiatrie an den AK Gerontopsychiatrie zurück verwiesen.

Daher stand auch bei der Sitzung des AK Gerontopsychiatrie am 04.11.2015 diese Fragestellung erneut im Mittelpunkt. Erneut wurde festgestellt, dass für die

gerontopsychiatrische Tagesstätte eine fundierte Bedarfsermittlung nötig ist. Es wird angedacht, die Bedarfsermittlung vom Projekt Segeberg 2030 durchführen zu lassen. Bezüglich der Tagespflegeeinrichtung wurde einhellig festgestellt, dass mehr Plätze benötigt werden.

Bereits Ende des Jahres 2014 wurde deutlich, dass die Arbeit für den Arbeitskreis Gerontopsychiatrie aufgrund knapper Personalressourcen sowohl im Sozialpsychiatrischen Dienst als auch durch hohe Arbeitsbelastung des Moderators Herrn Mildenberger in dem ursprünglich angedachten Umfang nicht weitergeführt werden kann. Es wurde sich darauf geeinigt, dass der AK nunmehr 2-mal im Jahr tagt und das Protokoll zukünftig durch die Mitglieder im Wechsel zu erstellen ist.

Auch inhaltlich ergaben sich dadurch Konsequenzen. Durch die reduzierten Möglichkeiten der Vorbereitung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst wird es im Jahr 2016 schwerpunktmäßig um den fachlichen Austausch der bei den Sitzungen anwesenden Mitglieder gehen. Der Sozialpsychiatrische Dienst wird sich künftig auf die administrativen Aufgaben beschränken und keine inhaltliche Vorbereitung mehr leisten.

Im Jahr 2016 übernahm Frau Bianca Schotter, Sozialpädagogin im Sozialpsychiatrischen Dienst, die Geschäftsführung des AK Gerontopsychiatrie. Dieser tagte im Februar 2016, Themen waren u. a. das neue Pflegestärkungsgesetz II, Entlassungsmanagement der Krankenhäuser sowie die Vorstellung des Bremer Modells (Weiteres dazu im nächsten Jahresbericht).

Im neuen Begutachtungsassessment (NBA) wird Pflegebedürftigkeit definiert als gesundheitliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und Abhängigkeit von personeller Hilfe. Körperliche, psychische und geistige Einschränkungen werden gleichberechtigt betrachtet.

Es wird die Pflegebedürftigkeit in Modulen (Bereichen) überprüft. Dabei wird begutachtet, ob personelle Hilfe in folgenden Modulen 1-6 erforderlich ist:

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Fähigkeit zur Selbstversorgung
5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

Die neuen Begutachtungsrichtlinien treten ab 01.01.2017 in Kraft. Es bleibt abzuwarten, in wieweit das neue Pflegestärkungsgesetz II den psychisch Kranken besser gerecht wird.

Im Frühjahr 2017 soll das Pflegestärkungsgesetz III folgen. Es sieht vor, dass die Pflege zu den Gemeinden und Kreisen zurückkehrt. Damit werden die Kommunen wieder stärker in die Pflege eingebunden, ihre Gestaltungsmöglichkeiten bei der Planung und Steuerung von Pflegeangeboten sowie bei der Beratung gestärkt werden.

Im Kern geht es um den Ausbau wohnortnaher Beratungs- und Fallmanagement-Strukturen, um Schaffung eines breiten Spektrums altersgerechter Wohnformen, eine aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung und die Ergänzung der staatlichen Leistungen um Geld- und Sachleistungen der Kommunen oder auch freiwilliger Helfer und Spender.

Zunächst sollen die Ansätze für fünf Jahre in 60 Modellkommunen erprobt werden. Die Vertreter der kommunalen Spitzenverbände haben ein Konzept angekündigt, wie sie Beratungsaufgaben der Pflegekassen übernehmen und mit kommunalen Dienstleistungen vernetzen können. Auch bei der Pflegeplanung wollen die Kommunen mitentscheiden.

3 Was bewegt den Gemeindepsychiatrischen Verbund?

Es berichtet der Vorstand des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, Frau Gudula Lühle (Regionalleiterin Schleswig-Holstein beim Rauhen Haus), Herr Thorsten Scheske (Leiter der Sozialpsychiatrischen Initiativen der NGD) und Herr Markus Straube (Leiter der ATP und Bereichsleiter „Wohnen und Fördern“, Landesverein für Innere Mission Schleswig-Holstein), Stand Februar 2016:

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.

3.1 Sitzungen im Jahr 2015

Auch im Jahr 2015 tagte der GPV wieder in verschiedenen Gasteinrichtungen.

Den Auftakt der diesjährigen Sitzungen machte ein Besuch auf dem „Kattendorfer Hof“, einer Wohneinrichtung der Behindertenhilfe der Stiftung Das Rauhe Haus.

Thema dort war die Fortsetzung des Schwerpunktes „Schnittstellen und Zuständigkeitswirrwarr der SGBs“ aus 2014. Frau Sabine Klein und Frau Wickie Chorowsky, beide Hilfeplanerinnen im Kreis Segeberg, haben am Beispiel von „Hilfeplanung in der Hilfe zur Pflege nach SGB XII unter besonderer Berücksichtigung der Schnittstelle Eingliederungshilfe und Pflege“ berichtet.

Zurzeit gäbe es in Schleswig-Holstein ca. 12 Hilfeplaner*innen in der Hilfe zur Pflege. Diese würden nicht nach einem einheitlichen Konzept arbeiten und seien zum Teil auch im Gesundheitsamt oder in der Eingliederungshilfe angesiedelt.

Die Gründung einer Schleswig-Holstein weiten Arbeitsgruppe im Sinne eines Qualitätszirkels zur Erarbeitung von Standards wird vom Psychiatrieplanerteam angeraten.

Die Hilfe zur Pflege kommt nach allen Hilfsmöglichkeiten der Pflegeversicherung (SGB XI) und nach Einsatz der eigenen finanziellen Mittel gemäß SGB XII als letzte professionelle Unterstützungsmöglichkeit im Pflegesystem in Frage. Zur Schnittstellenfrage wurde erläutert, dass im Bereich der ambulanten Hilfen eine Kombinationsleistung aus Maßnahmen der Eingliederungshilfe (EGH) und der Hilfe zur Pflege (HzP) möglich ist. Im teilstationären und stationären Bereich sei eine solche Kombination bisher nicht möglich. Dort kommt nur ein Entweder-Oder in Frage. Es wurde mehrheitlich ein Bedarf an stationären Versorgungskonzepten für die Zielgruppe der eingliederungshilfebedürftigen Menschen, die gleichzeitig pflegebedürftig sind, gesehen.

Im Sommer 2015 fand die nächste Sitzung des GPV im Sozialtherapeutischen Wohnheim Kastanienhof in Daldorf statt.

Schwerpunktthema war hier der aktuelle Stand (April/ Mai 2015) zum Bundesteilhabegesetz. Eingeladen war Herr Henning Leuckfeld, Referent im Diakonischen Werk Schleswig-Holstein. Er berichtete anschaulich über die mögliche Ausgestaltung des neuen Gesetzes. Dabei gab er den Teilnehmenden Einblicke in die Hintergründe, Interessen und Absichten der Verhandlungspartner und warf ebenso einen Blick auf die möglichen Auswirkungen in der täglichen Arbeit. Für weitere Informationen wurde auf die Internetseite www.gemeinsameinfachmachen.de hingewiesen.

Die letzte Sitzung des Jahres fand in der Wohngruppe „Miteinander“ in Nahe statt.

Aufgrund des in der Öffentlichkeit und in den Medien vorherrschenden Themas „Flüchtlinge“ hat der GPV dies zu seinem Schwerpunkt in der November-Sitzung 2015 gemacht und einen Blick auf die Versorgung von psychisch erkrankten Migrant*innen gewagt. Herr Witthinrich, Geschäftsführer der Brücke Elmshorn, stellte als Vorsitzender des Landesarbeitskreises „Migration und Psychiatrie“ diesen Arbeitskreis vor. Im weiteren Verlauf wurden die „Leitlinien zur Psychiatrischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein“ erläutert. Anschließend wurde ohne konkretes Ergebnis über mögliche sozialpsychiatrische Bedarfe von Migrant*innen diskutiert.

In 2016 sieht der GPV im Bereich der Eingliederungshilfe seiner Mitgliedseinrichtungen noch keinen akuten Handlungsbedarf. Allerdings gibt es jetzt schon einen hohen Bedarf an therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten für traumatisierte Flüchtlinge, der derzeit nicht gedeckt werden kann.

3.2 Ziele des Gemeindepsychiatrischen Verbundes für 2016

Der GPV möchte in 2016 mit seinen Mitgliedern den psychiatriepolitischen Diskurs im Kreis Segeberg neu beleben. Er möchte ein Forum sein, das sich eng an den Zielen und den Bedarfen von Teilhabe und Inklusion psychisch erkrankter und behinderter Menschen orientiert.

Das Gremium möchte seiner Aufgabe, möglichst optimale Bedingungen für seine Zielgruppe zu fördern, gerecht werden. Nach Ansicht des GPV geht es im Rahmen der Versorgungsverantwortung mehr denn je darum, den gesamtgesellschaftlich steigenden Zahlen von psychischen Erkrankungen mit einer sorgfältigen, in die Zukunft gerichteten Psychiatrieplanung zu begegnen.

Die Diskussionen im GPV werden sich deshalb auch auf den „Psychiatrieplan“ des Kreises Segeberg selbst richten. Durch Impulse und Anregungen möchte der GPV die Psychiatrieplanung im Kreis unterstützen. Dabei möchten wir folgenden Fragen nachgehen:

Zur Darstellung der IST-Situation

Berücksichtigt der Psychiatrieplan die tatsächlichen Bedarfe im Kreis?

Wie wird die IST-Situation evaluiert? Wie kann man in Zukunft die Versorgung der Menschen mit psychischer Erkrankungen und Behinderungen evaluieren, damit sie im Psychiatrieplan Berücksichtigung finden?

Zur Evaluation der heutigen Angebotsstrukturen

Wie sehen die derzeitigen Angebote im Kreis aus? Was fehlt? Nach welchen Kriterien wird über Änderungen entschieden?

Der GPV wünscht sich hier eine umfängliche Liste aller Anbieter der „psychiatrischen Landschaft“ in den Bereichen SGB V, XI, XII.

Spiegelt der Psychiatrieplan die psychiatriepolitische Meinung und Erkenntnisse im Kreis Segeberg wider?

Aus Sicht des GPV wären hier zukunftsweisende Stellungnahmen der Kreistagsfraktionen zur Psychiatrieplanung sinnvoll.

Zur Prognose des zukünftigen Bedarfs und Beschreibung des SOLL-Zustandes

Der GPV empfiehlt, den Psychiatrieplan als einen zukunftsorientierten **Plan** (prognostischer Leistungsbedarf und Planung des SOLL-Zustandes) zu formulieren und weniger als eine Beschreibung der derzeitigen Versorgungslandschaft, wie es derzeit im Schwerpunkt der Fall ist.

Ergänzend merkt Herr Rudolf G. Beeth, Vorsitzender des Sozialausschusses Kreis Segeberg, an, dass nach seiner Auffassung psychiatrische Probleme auch Vermittlungshemmnisse auf dem Arbeitsmarkt im Sinne des SGB II sind, so dass dieser Bereich konsequent in den Psychiatrieplan aufzunehmen ist.

4 Was bewegt den Fachdienst Gesundheit?

4.1 Neue Verankerung des Fachdienstes Gesundheit im Fachbereich III Soziales, Jugend, Bildung, Gesundheit

Es informiert Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Leiterin des Fachdienst Gesundheit, Kreis Segeberg:

Zum 01.05.2015 wurde das Gesundheitsamt als Einheit, bestehend aus dem Fachdienst „Gesundheit“ und dem Fachdienst „Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz“, getrennt und zwei verschiedenen Fachbereichen zugeordnet. Bis dahin war das Gesundheitsamt unter der Fachbereichsleitung von Herrn Dr. Warlies im Fachbereich IV geführt worden. Während nun der Fachdienst „Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz“ im Fachbereich II (Ordnungswesen, Straßenverkehr, Verbraucherschutz) tätig ist, ist der Fachdienst „Gesundheit“ dem Fachbereich III (Soziales, Jugend, Bildung, Gesundheit) zugeordnet. Die Fachbereichsleitung wurde nach dem Ruhestand von Herrn Dr. Hoffmann neu von Frau Karin Grandt, ehemals Fachbereichsleitung I, ausgefüllt.

Durch die Neuordnung ist es der Fachdienstleiterin Frau Dr. Hakimpour-Zern möglich, mit den anderen Leitungen wie z. B. der Sozialen Sicherung, Betreuungsbehörde, Eingliederungshilfe oder Jugendamt direkt zusammen zu arbeiten. Es ergeben sich neue Möglichkeiten der Netzwerkarbeit. Dies ist als außerordentlich positiv zu werten.

Gleichzeitig ist jedoch kritisch anzumerken, dass der Amtsärztliche Dienst mit seiner gutachterlichen Tätigkeit, der bislang unabhängig in einem eigenen Fachbereich immer seine Neutralität in Gutachtenangelegenheiten betonen konnte, nun durchaus Gefahr läuft, nicht mehr als neutral wahrgenommen zu werden, denn Auftraggeber wie die Eingliederungshilfe, Soziale Sicherung oder Jugendamt sind demselben Fachbereich untergeordnet.

Gegenüber dem zahnärztlichen Dienst wurde aus der Bürgerschaft die Sorge heran getragen, dass die dichten Bezüge zum Jugendamt dazu führen könnten, dass ein schlechter Zahnstatus von Kindern direkt ans Jugendamt weiter gemeldet werden würde. Dies ist allein schon aus datenschutzrechtlichen Gründen nur im Falle der Kindeswohlgefährdung unter Abwägung aller anderen Mittel möglich.

Weiterer Kritikpunkt ist, dass die enge Zusammenarbeit mit dem Fachdienst „Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz“ durch fehlende gemeinsame Besprechungszeit schwieriger geworden ist. So ist z. B. eine enge Zusammenarbeit bei Patienten mit Vermüllungssyndrom unbedingt notwendig.

Es bleibt abzuwarten, wie weit sich durch diese Veränderungen das Bild des neutralen beratenden Gesundheitsamtes in den Augen der Bürger*innen verändert. Außerdem muss sich zeigen, ob sich weitere gute Zusammenarbeiten im Fachbereich fest organisieren lassen.

Ein Beispiel für eine gute Zusammenarbeit kann aktuell schon genannt werden: Mit Frau Karin Kühle aus dem Fachdienst „Grundsatz- und Koordinierungsangelegenheiten Soziales und Asyl“ wird ein Netzwerk zur Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen im Kreis Segeberg aufgebaut.

4.2 Trennung des Fachdienstes Gesundheit in einen Fachdienst Gesundheit und Fachdienst Sozialpsychiatrie

Es informiert Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Leiterin des Fachdienst Gesundheit, Kreis Segeberg:

Aufgrund der in den letzten Jahren deutlichen Mehrarbeit der Fachdienstleiterin durch neue gesetzliche Aufgaben und zunehmendes Personal beantragte Frau Dr. Hakimpour-Zern, unterstützt von ihrer Fachbereichsleiterin Frau Karin Grandt und dem Landrat, die Trennung des Fachdienstes Gesundheit. Es soll zum einen ein Fachdienst Gesundheit bestehen bleiben, der unter neuer Fachdienstleitung Aufgaben des Kinder- und Jugendmedizinischen sowie des Amtsärztlichen Dienstes übernimmt und den Infektionsschutz sowie die Umweltmedizin vom Fachdienst 53.30 unterstützt. Frau Dr. Hakimpour-Zern stellt sich ihrerseits zur Verfügung, den Bereich Sozialpsychiatrie sowie die Gesundheitsförderung weiter als Fachdienstleitung zu betreuen. Hierfür wurde ein Personalmehrbedarf einer 0,8 Vollzeitstelle zur Besetzung eines Sekretariates im Sozialpsychiatrischen Dienst sowie eine 1,0 Vollzeitstelle ärztliches Personal im FD Gesundheit als notwendig erachtet. Eine entsprechende Beschlussvorlage wurde vom OVG-Ausschuss und dem Hauptausschuss empfohlen. Der Kreistag beschloss die Trennung im Jahre 2016, die bis April 2016 noch nicht stattfand, da sich das Bewerbungsverfahren für die Fachdienstleiterstelle verzögerte.

4.3 Personelle Ressourcen im Sozialpsychiatrischen Dienst

Es informiert Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Leiterin des Fachdienst Gesundheit, Kreis Segeberg:

Gegen Ende des Jahres 2015 ging eine in Vollzeit tätige Mitarbeiterin in den wohlverdienten Ruhestand. Als neue Mitarbeiterinnen in Teilzeit konnten zwei Sozialpädagoginnen hinzugewonnen werden. Beide Kolleginnen werden, soweit es die Ressourcen zulassen, in die Projektarbeit „Verrückt? Na, und!“ eingearbeitet werden.

Aufgrund der ansteigenden Arbeit im Hinblick auf Asylbewerber*innen und deren psychische Problematiken erhält der Fachdienst befristet auf 2 Jahre ab Juni 2016 Unterstützung durch eine weitere sozialpädagogische Halbtagskraft.

Als Ansprechpartner für Psychiatrie und Migration wird sich der Sozialpädagoge Herr Jörg Schmidt zur Verfügung stellen. Er wird zusammen mit Frau Dr. Hakimpour-Zern Teil des regionalen Netzwerkes zur Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen im Kreis Segeberg sein.

Seit Januar 2016 besteht neu ein Sekretariat als zentraler Anlaufpunkt für den Sozialpsychiatrischen Dienst. Das Team wird durch eine neue Sekretärin in Teilzeit unterstützt, die ausgebildete Krankenschwester ist.

Für den Fachdienst Gesundheit interessierten sich im letzten Jahr erneut eine Medizinstudentin, die eine Famulatur unter anderem im Sozialpsychiatrischen Dienst absolvierte, sowie eine Sozialpädagogik studierende Kollegin, die 4 Wochen hospitierte. Aufgrund des Nachwuchsmangels war das Team des Sozialpsychiatrischen Dienstes froh, jungen aufstrebenden Kolleginnen die gemeindenahe Psychiatrie „schmackhaft“ machen zu können. Die Beteiligung und Förderung von Nachwuchskräften muss als Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Zusammenarbeit mit dem Personalamt weiter vorangetrieben werden.

4.4 Änderungsnotwendigkeiten im sozialpsychiatrischen Krisendienst

Es informiert Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Leiterin des Fachdienst Gesundheit, Kreis Segeberg:

Nach intensivem Austausch mit Herrn Dr. Jörg Grothkopp, Direktor des Amtsgerichtes Bad Segeberg, wirkte er darauf hin, dass das Procedere der Unterbringung von Menschen im Kreis Segeberg nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz Schleswig-Holstein außerhalb der Behördenzeiten zu verändern ist.

Derzeit ist der sozialpsychiatrische Krisendienst nur werktags erreichbar. Bereits im Psychiatriebasisbericht 2012 wurde von dem Planerteam darauf hingewiesen, dass aus fachlicher Sicht die Einrichtung eines sozialpsychiatrischen Krisendienstes mit 24-stündiger Erreichbarkeit im Kreis Segeberg anzustreben ist, insbesondere vor dem Hintergrund der Nichterreichbarkeit alternativer Hilfsangebote an Feiertagen, Wochenenden und außerhalb der werktäglichen Sprechzeiten.

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

Die Änderung des Verfahrens im Kreis Segeberg befindet sich nun in der Abstimmung. Hierfür müssen Haushaltsgelder zur Verfügung gestellt werden. Start des neuen Bereitschaftsdienstes sollte im Jahre 2017 sein.

4.5 Projekt „Verrückt? Na und!“

Es informiert Herr Jörg Schmidt, Sozialpädagoge im Sozialpsychiatrischen Dienst, Kreis Segeberg:

Im Januar 2015 fand an zwei Tagen die Moderator*innenausbildung in Bad Segeberg statt. Die Interessierten kamen aus den Kreisen Ostholstein, Schleswig, Schleswig/Flensburg, Segeberg und Nordfriesland. Für den Kreis Segeberg wurden 12 Moderatorinnen und Moderatoren ausgebildet. Hiervon sind 6 Personen

Professionelle und 6 Personen psychiatrieeerfahrene Expertinnen und Experten in eigener Sache.

Im Februar fand in Wetzlar ein deutschlandweites Netzwerktreffen aller Regionalgruppen statt. Dort wurde deutlich, dass das Projekt 2014/2015 enorm gewachsen ist. Allein in Schleswig-Holstein sind 2015 drei weitere Kreise hinzugekommen. In Deutschland gab es Ende 2014 55 Regionalgruppen, es wurden ca. 11500 Schüler/innen und 850 Lehrer/innen erreicht.

Im März 2015 stellte der Kreis Segeberg sein Projekt „Verrückt? Na und!“ beim Landesverein für Gesundheitsförderung in Kiel vor. Ziel dieser Vernetzung ist es, das Projekt landesweit in Schleswig-Holstein bekannter zu machen. Daraus hat sich eine Zusammenarbeit mit der Aktion „Kinder- und Jugendschutz“ in Schleswig-Holstein entwickelt. Bei der Veranstaltungsreihe „*Was ist los? - Was kann ich tun?*“ (Fortbildungsreihe für Schulsozialarbeiter/innen und Lehrer/innen) wurde das Projekt im November 2015 ebenfalls vorgestellt.

Im Kreis Segeberg haben wir mit dem Projekt im Jahr 2015 ungefähr 300 Schüler/innen und ungefähr 20 Lehrer/innen erreicht, die Gemeinschaftsschule in Kisdorf will das Projekt fest in den achten Klassen installieren.

Wir haben an den Kinder- und Jugendgesundheitstagen in Bad Segeberg und in Kaltenkirchen teilgenommen und den Kinder- und Jugendworkshop im November 2015 mitgestaltet. Im Kinder- und Jugendworkshop haben wir zusätzlich ca. 130 Professionelle aus den unterschiedlichsten Bereichen der Kinder- und Jugendarbeit erreicht.

Es fand ein Austausch mit den Schulsozialarbeitern der Stadt Segeberg statt. Außerdem wurde die Entwicklung des Projektes im Arbeitskreis „Gemeindenahe Psychiatrie“ vorgestellt. Durch eine Kollegiale Beratung im Juni 2015 wurde zusätzlich der Aufbau der Regionalgruppe in Ostholstein unterstützt.

Gemeinsam als Projektgruppe/Regionalgruppe fand ein Besuch im Psychiatrischen Zentrum in Rickling und ein Planungstreffen in Norderstedt statt.

Wichtig ist weiterhin, das Projekt im Kreis und im Land bekannt zu machen und weitere Schulen als Partner zu gewinnen. Langfristiges Ziel für die Regionalgruppe Segeberg ist es, alle achten Klassen im Kreis mit dem Projekt zu erreichen.

4.6 Segeberger Workshop für Kinder- und Jugendgesundheit

Es informiert Frau Dr. Hakimpour-Zern, Leiterin des Fachdienst Gesundheit, Kreis Segeberg:

Am 02.11.2015 fand der 9. Segeberger Workshop für Kinder- und Jugendgesundheit in der Jugendakademie in Bad Segeberg statt. Die Veranstaltung wurde von der Ärztekammer Schleswig-Holstein mit insgesamt 5 Fortbildungspunkten der Kategorie C bewertet. Des Weiteren war die Fortbildung vom IQSH als Lehrerfortbildung anerkannt. Wie jedes Jahr wurden 3 Themen in Impulsreferaten, dann in vertiefenden Workshops behandelt.

Das erste Thema war das Schulprojekt „Verrückt? Na, und!“, welches Herr Jörg Schmidt zusammen mit Frau Hanna Straschewski, einer Expertin in eigener Sache, vorstellte.

Der zweite Workshop lautete „Elternarbeit im interkulturellen Kontext“, vorgestellt von der interkulturellen Beraterin Frau Barbara Heyken aus Hamburg.

Das dritte und am meisten besuchte Workshopthema war „Schulverweigerung“, vorgetragen von Herrn Dr. Jan-Hendrik Puls, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie aus Kiel. Bekannterweise ist Schulverweigerung ein heterogenes Phänomen. Es hat weitreichende Folgen: $\frac{3}{4}$ der betroffenen Kinder und Jugendlichen weisen später psychische Störungen mit und ohne körperliche Symptome auf und haben Schwierigkeiten in der sozialen Integration. Etwa 25% der Schülerschaft ist betroffen. Neben rechtlichen Folgen ist es wichtig, die Frage nach den Ursachen zu stellen und Interventionsmöglichkeiten zu schaffen und zu nutzen. Unterschiedliche Gründe der Schulverweigerung sind die Schulangst, die Schulphobie und das Schule schwänzen. Herr Dr. Puls gab nach Input-Vortrag Gelegenheit zum interdisziplinären Austausch. Zum Ende gingen die Teilnehmer*innen aus Schule, Kita, Jugendamt, Gesundheitsamt und anderen mit Kindern arbeitende Tätige mit neuen Erkenntnissen und „Handwerkzeugen“ für die Arbeit nach Hause.

Der nächste 10. Segeberger Workshop für Kinder- und Jugendgesundheit findet am 22.11.2016 in der Jugendakademie in Bad Segeberg statt.

4.7 Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit

Es informiert Frau Dr. Hakimpour-Zern, Leiterin des Fachdienst Gesundheit, Kreis Segeberg:

Der Sozialpsychiatrische Dienst setzt sich gemäß Psychisch-Kranken-Gesetz Schleswig-Holstein für die stärkere Koordinierung der Hilfen für psychisch kranke Menschen ein. Vorgesehen ist insbesondere die Stärkung der Zusammenarbeit der regionalen Hilfeanbieter sowie Aufbau von Netzwerken und Arbeitskreisen. Ein hierfür typisches Werkzeug ist der Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie.

Im Rahmen der Flüchtlingsproblematik sind nun weitere Vernetzungsnotwendigkeiten gegeben. Der Sozialpsychiatrische Dienst gründete daher in Zusammenarbeit mit dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Schleswig-Holstein e. V. (Der Paritätische) und dem Fachdienst „Grundsatz- und Koordinierungsangelegenheiten Soziales und Asyl“ ein **regionales Netzwerk zur Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen im Kreis Segeberg**. Auftakt hierzu war eine Fachtagung, die am 24.02.2016 im Kreishaus stattfand. Weitere Termine sind für das gesamte Jahr 2016 in Planung. Ansprechpartner*innen für die Verwaltung sind Frau Karin Kühle vom Fachdienst „Grundsatz- und Koordinierungsangelegenheiten Soziales und Asyl“ sowie Herr Jörg Schmidt und Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern vom Fachdienst „Gesundheit“.

Während dieses regionale Netzwerk - wie der Name schon sagt- Helfer*innen vor Ort koordinieren und unterstützen soll, findet auf Landesebene ein Landesarbeitskreis „Migration und Psychiatrie“, der überörtlich Thematiken bearbeitet, statt. Zukünftig wird hier eine regelmäßige Teilnahme durch Herrn Jörg Schmidt oder Frau Dr. Hakimpour-Zern beabsichtigt.

Eine intensive Vernetzungsarbeit fand des Weiteren mit dem **ambulanten psychiatrischen Pflegedienst HMW aus Norderstedt** statt. Dieser bietet seit 2015 aufsuchende niedrigschwellige sozialpsychiatrische Betreuung in Norderstedt, Henstedt-Ulzburg und Umgebung an. Näheres ist im Kapitel 4.6.2 zu lesen. Dem Sozialpsychiatrischen Dienst war es möglich, dem Pflegedienst HMW entsprechend zu betreuende Bürger*innen zu vermitteln. Der Pflegedienst reflektierte mehrmals mit Frau Dr. Hakimpour-Zern über die Aufgaben und Notwendigkeiten dieser niedrigschwelligen Hilfe.

Innerhalb des Fachbereiches III „Soziales, Jugend, Bildung, Gesundheit“ wurde in Rahmen von Strategierunden und Konferenzen die Zusammenarbeit

intensiviert. Dies fand sowohl auf Fachdienstleiterebene als auch in der direkten Arbeit an der betroffenen Klientel statt. So trafen sich beispielsweise aus dem Bereich Hilfe zur Pflege Frau Sabine Klein, aus der Eingliederungshilfe Frau Wickie Chorowski sowie aus dem Amtsärztlichen Dienst Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern zu individuellen Fallgesprächen.

Am 12.04.2016 fand ein Treffen zwischen Mitarbeiter*innen des Psychiatrischen Zentrums Rickling, des Sozialpsychiatrischen Dienstes und Herrn Richter Wolfgang Wittek statt. Thema war das **neue PsychKG** und damit einhergehende Problematiken u. a. in der medikamentösen Zwangsbehandlung. Es soll ein **Qualitätszirkel** aus den Teilnehmenden dieses Treffens gegründet werden, der 2mal jährlich zusammenkommt.

Wie bereits im letzten Jahr bot die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in engmaschiger Zusammenarbeit mit Frau Dr. Hakimpour-Zern im November 2015 eine zweitägige **Fortbildung zum Thema Sozialpsychiatrie** an. Das Seminar fand in der Kreisfeuerwehrzentrale in Bad Segeberg statt. U.a. referierten Herr Dr. Roland Rautenstrauch aus dem Hochsauerlandkreis und Herr Richter Mark Petit aus Oldenburg in Holstein zu Themen wie „Krisenintervention durch Unterbringung, rechtliche Grundlagen und praktische Handhabung“ sowie „Sozialpsychiatrie in einem großen Flächenkreis, Effizienz trotz knapper Ressourcen“. Die Teilnehmenden waren Sozialpädagog*innen sowie Ärzt*innen aus Sozialpsychiatrischen Diensten unterschiedlicher Bundesländer. Aufgrund des Erfolges dieser Veranstaltung wird sie fortgesetzt. Die nächste Veranstaltung findet voraussichtlich im Februar 2017 statt.

4.8 Veränderungen in der Angebotsstruktur

4.8.1 Schulabsentismus

Es informiert Frau Birgit Tille, Ärztin im Kinder- und Jugendärztlichen Dienst, Kreis Segeberg:

Ein Pilotprojekt mit kollegialen Fallberatungen im multiprofessionellen Team zum Thema Schulabsentismus ist im Jahr 2015 in Norderstedt angelaufen. Drei Norderstedter Schulen (Gemeinschaftsschule Ossenmoorpark mit der Außenstelle Auriekelstieg und die Gemeinschaftsschule Harksheide) nehmen zunächst für ein Jahr mit 4-6 Terminen in der Gemeinschaftsschule Ossenmoorpark teil. Es

werden jeweils drei Fälle von Schulabsentismus anonymisiert besprochen. Mögliche unterstützende Maßnahmen und Handlungsstrategien im kurz-, mittel- und langfristigen Verlauf können die Mitarbeiter*innen der Schulen in eigenem Ermessen nutzen. Jede Schule benennt u. a. aus ihren Reihen eine/n Absentismusbeauftragte/n, der später in anderen schulinternen Fallbesprechungen beratend tätig sein kann. Die Evaluation übernimmt der Schulpsychologische Dienst.

Das Konzept wurde maßgeblich von Frau Helena Schütze aus dem Schulpsychologischen Dienst in Zusammenarbeit mit einer Arbeitsgruppe 'Absentismus-Netzwerk', die sich regelmäßig in der Gemeinschaftsschule Ossenmoorpark traf, erstellt. Diese Arbeitsgruppe war von der Schulleitung der Gemeinschaftsschule Ossenmoorpark ins Leben gerufen worden.

Die Teilnehmer*innen des Netzwerkes sind:

- falleingebende Lehrkräfte, Schulsozialpädagog*innen und Absentismus-Beauftragte der jeweiligen drei Schulen,
- der Schulpsychologische Dienst,
- das Jugendamt (Frau Jutta Heptner),
- die Tagesklinik in Norderstedt (leitende Oberärztin Frau Silke Streitpferdt, bzw. stellvertretend leitende Diplom-Psychologe Herr Peter Pflantz),
- das Gesundheitsamt (Frau Birgit Tille) und
- unterstützende Systeme in Norderstedt wie das Zentrum für Kooperative Erziehungshilfe (ZKE, ein Kooperationsprojekt des Schulamtes des Kreises Segeberg, des Förderzentrums Erich Kästner-Schule und des Jugendamtes Norderstedt, in dem besondere Hilfen für Schülerinnen und Schüler mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf im Bereich der emotionalen und sozialen Entwicklung angeboten werden) und
- das NoBiG- Projekt „JustiQ“ (Jugend stärken im Quartier, Nachfolger von der „2. Chance“); Die NoBiG (Norderstedter Bildungsgesellschaft) ist eine gemeinnützige Gesellschaft der Stadt Norderstedt und Mitglied im Jugendaufbauwerk in Schleswig Holstein.
- Bedarfsweise können auch Polizei, Ordnungsamt und die Fachberatung Kinderschutz der Stadt Norderstedt eingeladen werden.

Die Koordination haben der Kriminalpräventive Rat der Stadt Norderstedt (Ansprechpartner Herr Banse, Polizist im Ruhestand, mit ehrenamtlicher Tätigkeit)

und die Schulleitung der Gemeinschaftsschule Ossenmoorpark (aktuell Herr Hesse) inne.

Viele Schulen im Kreis Segeberg beschäftigen sich mit dem Thema „Absentismus“. Neben dem o.g. Pilotprojekt gibt es eine weitere Arbeitsgruppe „Absentismus-Konferenz“ an der Dietrich-Bonhoeffer-Schule in Kaltenkirchen, die sich ebenfalls im multiprofessionellen Team im Austausch mit dem Jugendamt sowie bedarfsweise mit dem Gesundheitsamt regelmäßig zur Optimierung der dortigen Konzepte trifft.

4.8.2 Zwischenbericht zum Projekt "Aufsuchende niedrigschwellige sozialpsychiatrische Betreuung"

Bereits im „Basisbericht Psychiatrieplan 2012“ wurde die Notwendigkeit dieser niedrigschwelligen ambulanten Versorgung (damals unter der Bezeichnung „Betreuung am Übergang“) dargestellt. Die notwendige Etablierung dieser niedrigschwelligen ambulanten Betreuung wurde ebenfalls im „Jahresbericht des Psychiatrieplan 2013“ erneut bekräftigt. Hier wurde seinerzeit vorgeschlagen, dass bei freiwerdenden Landesmitteln im Rahmen des Strukturausgleichs auf die Verwendung der Gelder für eine solche aufsuchende niedrigschwellige Hilfe im Rahmen eines Projektes hingewirkt werden sollte.

Ende 2014 wurde die Verwendung einer Summe von 12.000€ für das nun als „Ambulante psychosoziale Betreuung am Übergang“ benannte Konzept für die Region Norderstedt/ Henstedt-Ulzburg beschlossen.

Mitte 2015 hat der HMW-Pflegedienst aus Norderstedt dann die Projektarbeit aufgenommen. Der jetzige Projektname wurde mit "Aufsuchende niedrigschwellige sozialpsychiatrische Betreuung" festgelegt.

Es berichtet nun Herr Norbert Westphal, Krankenpfleger im HMW-Pflegedienst, als Anbieter dieser Leistung.

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

Projektbeschreibung:

Das Projekt "Aufsuchende niedrigschwellige sozialpsychiatrische Betreuung" ist eine Maßnahme der dezentralen Psychiatrie und wird durch den Kreis Segeberg vergeben. Es verfolgt das Ziel, nicht zugängliche, psychisch erkrankte Menschen, die durch das bisherige soziale Netz nicht erreicht werden können, aufzufangen. Durch pragmatische und vor allem unbürokratische Weise soll Zugang zu ihnen gefunden und Hilfestellung gegeben werden. Schwer psychisch erkrankte Menschen erkennen, aufgrund fehlender Krankheitseinsicht oder mangelnder Compliance, ihren Hilfebedarf häufig nicht (z.B. ambulante Eingliederungshilfe) und lehnen jeglichen Kontakt sowie Antragstellung, Verordnung und Leistungsbewilligung des Kostenträgers ab. Auch die Soziotherapie oder die ambulante psychiatrische Krankenpflege (beides Krankenkassenleistung nach SGB V) setzen eine Behandlungseinsicht und Akzeptanz voraus, die häufig von dieser Personengruppe nicht in Anspruch genommen wird. Die "Aufsuchende niedrigschwellige sozialpsychiatrische Betreuung" kann die Compliance für die oben genannten Hilfen bahnen und bei Etablierung einen neuen Kern der gemeindenahen sozialpsychiatrischen Versorgung darstellen. Die Hilfe ist in der Regel kurzfristig. Im Durchschnitt kann von 10 Kontakten pro Person ausgegangen werden.

Problematik :

Bei psychisch kranken Menschen sind die Gründe für die Ablehnung jeglicher Hilfestellung und eine Nichtzuführung in die Hilfesysteme vielfältig. Häufig lassen Misstrauen und schwere Krankheitssymptome keine Kontakte zu. Nicht selten besteht große Scham, anderen einen Einblick in das oft verwahrloste Umfeld zu geben und eine tief verwurzelte Angst, die Eigenständigkeit zu verlieren. Die Furcht, durch Fremdbestimmung aus dem bekannten Umfeld gerissen zu werden und eine nicht gewollte Lebensform verordnet zu bekommen, ist oft größer als das gefühlte Leid. Hinzu kommt die Überforderung und Demotivierung durch bürokratische Abläufe. Diese Patientinnen und Patienten sind anfänglich mit jeder Veränderung überfordert und könnten durch ein niedrigschwelliges Angebot Vertrauen aufbauen, um dann weitere Hilfe zuzulassen. Bei diesen schwer zugänglichen Menschen erfordert der Aufbau einer Vertrauensbasis ein hohes Maß an professioneller Fachkompetenz, verbunden mit Flexibilität und der richtigen Einschätzung von Nähe und Distanz.

Aufgabe:

Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben bleibt schwer zugänglichen Patientinnen und Patienten derzeit eine niedrigschwellige soziale und psychiatrische Behandlung verwehrt.

Dies betrifft volljährige und psychisch erkrankte Personen mit fehlender Krankheitseinsicht oder mit laufendem Eingliederungshilfesantragsverfahren sowie auf den Therapiebeginn oder sonstige wartende Personen. Ebenfalls betroffen sind Menschen mit psychosozialen Krisen oder jene, die stationär psychiatrisch behandelt werden und kurz vor der Entlassung stehen. Diese Patientinnen und Patienten sind vorwiegend übergangsweise hilfsbedürftig und sollen einen ersten schnellen Zugang zum Hilfesystem im Raum Norderstedt und Henstedt-Ulzburg erhalten, ohne bürokratische Hürden.

Durch die persönlichen Besuche soll zunächst Kontakt geschaffen und Vertrauen aufgebaut werden. In dem Rahmen kann über weitergehende Hilfsmöglichkeiten innerhalb und außerhalb des Kreises beraten werden, ggf. erfolgt eine Vermittlung in länger angelegte Hilfesysteme. Diese Hilfen könnten eine Eingliederungshilfe nach SGB XII, Hilfe zur Pflege nach SGB XII, psychiatrische Krankenpflege nach SGB V, fachpsychiatrische Anbindung nach SGB V, Pflegesachleistungen nach SGB XI oder bei Nichtbeherrschbarkeit einer psychischen Krise im ambulanten Setting Begleitung bis in die stationäre Behandlung gemäß SGB V sein. Bei stationär behandelten Patientinnen und Patienten erfolgt vor Klinikentlassung eine erste Kontaktaufnahme mit nachgehenden Hausbesuchen. Diese können bei Wohnungs- und Behördenangelegenheiten unterstützt werden sowie zu niedergelassenen Ärzten oder anderen Hilfestellen begleitet werden. Im Sinne der Sozialraumorientierung erfolgt eine Unterstützung im sozialen Umfeld, Angehörigen- und Krisenberatung.

Projektumsetzung:

Das Projekt "Aufsuchende niedrigschwellige sozialpsychiatrische Betreuung" wurde vorerst im Zeitraum vom 01.06.2015 bis zum 31.12.2015 umgesetzt. Die Patientinnen und Patienten werden der „HMW - Gesundheit & Pflege GbR“ durch den Sozialpsychiatrischen Dienst im Einzugsgebiet Norderstedt und Henstedt-Ulzburg zugeteilt und umgehend aufgesucht.

Das Projekt startete anfänglich sehr verhalten mit der ersten Patienten-anfrage Mitte/ Ende Juni 2015. Ab August mehrten sich die Anfragen. In den ersten vier

Monaten ergab sich so eine Bilanz von sechs aktiven Kontakten sowie weiteren drei noch laufenden. Dabei sind die bisher erfahrenen Diagnosespektren sehr unterschiedlich. Sie umfassen Depression, Psychose, Angststörung, Verwahrlosung, bipolare Störung und Alkoholismus. Daraus resultierend sind die Hilfestellungen auch individuell.

Allen gemein sind die Kontaktaufnahme und der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung. Im Anschluss erfolgt, je nach erkanntem Gesundheitszustand, die Einleitung der dringend benötigten Hilfe. Dazu gehören bspw.:

- Vermittlung von Fertigkeiten im Umgang mit der Krankheit, den daraus resultierenden Beeinträchtigungen und Lebenskrisen, Aufbau und Stärkung von Bewältigungsstrategien, Akzeptanz vorhandener Einschränkungen und Grenzen
- Begleitung zum Haus- und Facharzt
- Beantragung von Pflege- und Krankenversicherungsleistungen
- Anregung zur Beantragung von gesetzlichen Betreuern
- Vorbereitung und Begleitung zur Arge und dem MDK
- Einleitung von Maßnahmen, die der Verwahrlosung entgegen wirken, wie z.B. Entrümpelung
- Kontaktherstellung zum Vermieter, um Wohnungsverlust zu vermeiden
- Beantragung von Eingliederungshilfen nach SGB XII
- Papiere der Person sortieren und Erstellung von Finanzübersichten

Die bisherigen neun Anfragen konnten mit sozialpsychiatrischen Methoden erfolgsbringend umgesetzt werden. Zudem wurden wirtschaftliche Krisen durch Anträge für Pflegesachleistung sowie gesetzliche Betreuung abgewandt. Die Patienten haben nach jahrelanger Ablehnung Hilfe angenommen und ein neues Lebensgefühl sowie Sicherheit und soziale Kontakte erfahren.

Ausblick Projekt "Aufsuchende niedrigschwellige sozialpsychiatrische Betreuung"

Es informiert das Psychiatrieplanerteam:

Für das Jahr 2016 wurden von der Politik weitere Projektgelder in Höhe von 21.000 Euro bewilligt. Dieses Geld soll für aufsuchende niedrigschwellige sozialpsychiatrische Betreuung im Bereich Bad Bramstedt, Kaltenkirchen und Umgebung eingesetzt werden. Derzeit läuft noch die Ausschreibung (Stand April 2016).

4.9 Projekt „Kreis Segeberg 2030“

Es berichtet Frau Sandra Kind, Koordinatorin des Projektes „Kreis Segeberg 2030“, Kreis Segeberg:

Seit etwa 2 Jahren läuft das Projekt „Kreis Segeberg 2030“, das einen Bestandteil im Leitprojekt der Metropolregion Hamburg zur Daseinsvorsorge und Demografie darstellt. Das Projekt endet Mitte 2016.

Im Kreis Segeberg wollen wir uns mit den Auswirkungen des demografischen Wandels auf den Kreis und den zukunftsfähigen Grundlagen für die Lebenswelt der Menschen im Kreis Segeberg auseinandersetzen. Dabei sind Seniorinnen und Senioren und Menschen mit Behinderung unsere wesentlichen Zielgruppen.

Fünf Themenfelder stehen auch für die eingerichteten Arbeitsgruppen:

- „Pflege/Senioren“,
- „Menschen mit Behinderung“,
- „Planen/ Wohnen“,
- „ÖPNV/Mobilität“ und
- „Gesundheit“.

In diesen Arbeitsgruppen sind die Mitglieder der zuständigen politischen Fachausschüsse des Kreises, Vertreterinnen und Vertreter der Kommunen, externe Experten sowie Kolleginnen und Kollegen aus der Kreisverwaltung beteiligt.

Die Zwischenbilanz der für die Psychiatrieplanung relevanten **Arbeitsgruppe „Menschen mit Behinderung“** wird in Stichworten kurz dargestellt:

Ausgangslage – Bedarfe

Derzeit leben im Kreis Segeberg ca. 48.000 Menschen mit einer festgestellten Behinderung (GdB ≥ 20) sowie etwa 2.500 Menschen, die Unterstützung der Eingliederungshilfe benötigen (Stand: 2013). Eine vollständige Erfassung der Gruppe der Menschen mit Behinderung ist dennoch statistisch schwer abgrenzbar. Weiter steigende Lebenserwartung für Menschen mit angeborenen Behinderungen sowie erste Rentengeneration von Menschen mit Behinderung (seit Verbreichen des Nationalsozialismus) lassen die Anzahl v.a. der älteren Menschen mit Behinderung in Zukunft weiter anwachsen.

Das bedeutet:

- Umstellung für Institutionen wie Werk- oder Wohnstätten sowie für Gesellschaft, Wirtschaft und jeden einzelnen,
- Größere Notwendigkeit für Sensibilisierung und Antistigma-Arbeit,
- Wachsender Bedarf nach passgenauen Unterstützungsangeboten und -strukturen v.a. in der Lebensphase Rente sowie in den Übergängen Beruf-Rente, Schule-Beruf und WfbM-1. Arbeitsmarkt.

Die Arbeitsgruppe legte den Fokus zunächst auf drei Projekte:

1. Tagesstruktur/trägerübergreifende Tagesbetreuung für berentete und kurz vor der Rente stehende Menschen mit Behinderungen

Ist:

Im Kreis Segeberg gibt es zurzeit kein Konzept zur Tagesstruktur für berentete und kurz vor der Rente stehende Menschen mit Behinderung.

Gute Erfahrungen zur „trägerübergreifende Tagesbetreuung für alt gewordene geistig und mehrfach behinderte Menschen“ gibt es in Bremen.

Soll:

Es sollte ein 2-Milieu-Prinzip (Trennung von „Wohnung“ und Tagesstruktur“) im Kreis Segeberg verfolgt werden.

Die Zielgruppe ist alle Leistungsberechtigten der EGH, die aus der Werkstatt für behinderte Menschen oder vergleichbarer Tagesstruktur ausgeschieden sind (in der Regel ab Vollendung des 55. Lebensjahres); mit der Option der Öffnung für andere Zielgruppen nach einer Erprobungsphase.

Eine Erprobung in der Stadt Norderstedt wird angestrebt.

Umsetzung/nächste Schritte:

- Erstellung eines Konzeptentwurfs des Kreises
- Vorstellung des Konzeptes vor den Leistungsanbietern (im Rahmen der § 4 SGB XII-AG)
- Erarbeitung eines Angebotsbalkens

2. Übergangmanagement Beruf/Rente

Ist:

Zu viele Stellen wirken mit unterschiedlichen Interessenlagen an dem „Ausstieg“ mit: Rentenversicherungsträger, Jobcenter, Arbeitsagenturen, Krankenkassen, Träger der örtlichen Hilfeleistungen, Wohlfahrtsverbände, Arbeitsmarktakteure etc.

Ein flexibler Arbeitsausstieg ist nur sehr unvollständig geregelt.

Soll:

Eine adäquate, gebündelte Beratung muss rechtzeitig vor dem „Einstieg“ in den „Ausstieg“ erfolgen. Dabei sollten die Arbeitgeber ihr eigenes Know-How weitergeben können. Die Arbeitnehmer sollten sich in individuellen Stufenmodellen auf einen gelungenen Umstieg vorbereiten können.

Schließlich sollte der Start in eine andere Tagesstruktur ermöglicht werden.

Umsetzung/nächste Schritte:

- Erstellung einer Liste aller an den Prozessen Beteiligten
- Einladung zum Runden Tisch mit Arbeitsmarktpartnern und Sozialversicherungsträgern
- Ziel: Klärung, welche aktiven oder auch passiven Rollen zu vergeben sind u. a. auch, wie Betroffene an die Hand genommen werden müssen

3. Veranstaltung(-reihe) Sensibilisierung (Antistigmata-Arbeit) - Niedrigschwellige Informationsveranstaltungen/-aktionen zur Sensibilisierung und Antistigmata-Arbeit

Ist:

Es besteht ein dringender Handlungsbedarf, über alle Behinderungsarten mehr aufzuklären und durch die Sensibilisierung eine Basis für Inklusion zu schaffen und Ausgrenzung zu vermeiden.

Soll:

Es sollten bereits vorhandene Sensibilisierungsmaßnahmen weiter unterstützt und für alle Behinderungsarten (seelisch, körperlich, geistig) ausgeweitet werden. Für eine erfolgreiche und langfristige Sensibilisierung ist eine Koordinatorenstelle, angesiedelt im Gesundheitsamt, notwendig.

Die Kostendeckung könnte evtl. durch Personalressourcen des Kreises oder durch Sozialsponsoring erfolgen.

Umsetzung/nächste Schritte:

- Einwerbung einer Koordinatorenstelle
- Erarbeitung eines Konzeptes
- Kontaktaufnahme zu Hochschulen, Vernetzung

Als Ansprechpartnerin für das Projekt „Kreis Segeberg 2030“ fungiert Frau Sandra Kind (Tel.: 04551/951213, sandra.kind@kreis-segeberg.de) bis Juli 2016.

4.10 Beleihung der Krankenhäuser unter besonderer Berücksichtigung des § 13 PsychKG SH

Es informiert Herr Dr. Ernst Lange, Arzt im Sozialpsychiatrischen Dienst, Kreis Segeberg:

Mit Wirkung vom 29.05.2015 ist die Änderung des PsychKG Schleswig-Holstein in Kraft getreten. Besonders gravierend fällt hier die **Änderung des § 13 Abs. 3 Satz 4** für den Kreis ins Gewicht. Hiernach bedarf die Beschäftigung des Personals der nicht öffentlichen Krankenhausträger, das am Vollzug der Unterbringung beteiligt ist, der Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Hinblick auf die **fachliche und persönliche Eignung**. Hintergrund dieser Änderung ist ein Hinweis des Schleswig-Holsteinischen Richterverbandes, dass die Beleihungsregeln nicht mehr den Anforderungen des Bundesverfassungsgerichtes genügen. Organe und Beliehene der staatlichen und kommunalen Verwaltung bedürfen zur Ausübung von Staatsgewalt einer Legitimation, die auf die Gesamtheit der Staatsbürger zurückgeht. Die aktuellen Regelungen des PsychKG und des Maßregelvollzugsgesetzes beinhalten zwar die notwendige Fachaufsicht und das Weisungsrecht der Aufsichtsbehörde (sachlich-inhaltliche Legitimation), es fehlte allerdings die vom BVerfG vorgeschriebene organisatorisch-personelle Legitimation (vgl. Bundesverfassungsgericht vom 18.01.2012). Um diese Ungenauigkeit zu beheben, wurde der o.g. Satz 4 in §13 Abs. 3 PsychKG eingefügt.

Diese verfassungsrechtliche Änderung der Beleihungsregeln kann grundsätzlich begrüßt werden. In der Praxis ist jedoch nun sowohl eine organisatorisch-personelle, als auch eine sachlich-inhaltliche Beurteilung des Personals der nicht öffentlichen Krankenhausträger, die am Vollzug der Unterbringung beteiligt sind, vorzunehmen, um so als Aufsichtsbehörde die Zustimmung in Hinblick auf die fachliche und persönliche Eignung des Personals geben zu können. Ferner stellt sich auch die Problematik, zu Beginn nun auch das Bestandspersonal zu überprüfen.

Eine Übergangsregelung sieht das Gesetz leider nicht vor. Es wurde mit dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung eine Einigung erzielt, wie das Verfahren aus § 13 Abs. 3 Satz 4 PsychKG SH abzuwickeln ist bzw. anhand welcher Unterlagen die Prüfung der fachlichen und persönlichen Eignung der Beschäftigten erfolgen soll. Ein Erlass wurde nicht erteilt.

Es müssen nun die betroffenen Mitarbeiter*innen der Unterbringungsklinik des Kreises Segeberg, dem Psychiatrischen Krankenhaus Rickling, in ihrer Eignung vom Fachdienst Gesundheit überprüft werden. Auch in somatischen Krankenhäusern können Unterbringungen vorgenommen werden, wenn vor der Zuführung zur Psychiatrischen Klinik eine Behandlung aus somatischen Gründen indiziert ist. Somit wird die Überprüfung der Beschäftigten auch in den 2 somatischen Kliniken, dem AK Segeberger Kliniken GmbH in Bad Segeberg und die Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH und Co. KGaA in Henstedt-Ulzburg, notwendig. Hierdurch ist ein hoher Verwaltungsaufwand entstanden, der durch Personalwechsel weiter fortbestehen wird.

Eine fehlende Beleihung des Personals kann erhebliche rechtliche Konsequenzen strafrechtlicher Natur und auch Schadensersatzansprüche nach sich ziehen.

Umso befremdlicher wirkt es, dass der Gesetzgeber zur rechtlichen Absicherung aller Beteiligten keine Übergangsfrist vorgesehen hat und seitens des Ministeriums ein entsprechender Erlass noch aussteht.

Für den anfallenden Mehraufwand durch die Aufarbeitung des vorhandenen Personalbestandes hinsichtlich seiner Eignung erfolgte seitens des Ministeriums eine grundsätzliche Konnexitätszusage. Dies wird aber auch für die laufenden Personalwechsel als erforderlich erachtet, da es sich um eine neue Aufgabe handelt, die so bis zur Änderung im PsychKG Schleswig-Holstein nicht enthalten war. In § 1 Abs. 1 Satz 2 des Konnexitätsausführungsgesetzes Schleswig-Holstein wird wie folgt ausgeführt:

„Als Aufgabenübertragung nach Satz 1 gelten auch durch Gesetz oder Verordnung zusätzlich gestellte Anforderungen an die Erfüllung bestehender Aufgaben“. Um einen solchen Fall handelt es sich bei der Gesetzesänderung zweifellos.

Die vorliegende Problematik wird deutlich durch eine Verweigerung der Unterbringung gemäß PsychKG Schleswig-Holstein durch einen Richter am Amtsgericht Oldenburg aufgrund einer fehlenden Beleihung der Ameos-Klinik

Neustadt, wodurch die am Vollzug beteiligten Personen zur Ausübung hoheitlicher Gewalt nicht legitimiert gewesen seien.

In der Gesamtschau ist es unabdingbar erforderlich, dass, auch unter Beachtung der Handlungsempfehlung des Ministeriums vom 10.07.2015 und des Vorschlages der AG Gesundheitsdienste, zumindest per Verwaltungsvorschrift eine Übergangsfrist geschaffen wird. Auch sollte, zwecks einheitlicher landesweiter Handhabung, die Vorgabe eines einheitlichen Textes für die Beleihung durch das Ministerium erfolgen. Ein Minimalkonsens zwischen den Beteiligten könnte die Grundlage für eine solche ministeriale Verordnung darstellen.

5 Was bewegt den Fachdienst Eingliederungshilfe und den Fachdienst Soziale Sicherung?

Es berichtet Frau Annett Rohwer, Leiterin des Fachdienst Eingliederungshilfe, Kreis Segeberg, Stand Februar 2016:

5.1 Was bewegt den Fachdienst Eingliederungshilfe?

Der Fachdienst Eingliederungshilfe hat am 21.01.2015 einen großen **Fachtag zum Thema Inklusion** durchgeführt. Die Ergebnisse waren Grundlage für die Entwicklung eines Aktionsplanes Inklusion für den Kreis Segeberg. Ein Unterausschuss des Sozialausschusses hat unter Beteiligung des Netzwerkes Inklusion in zahlreichen Sitzungen den Aktionsplan erarbeitet. Die Verabschiedung erfolgte 2016. Die einzelnen Maßnahmen sind für alle Menschen gedacht und werden somit auch Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu Gute kommen.

Durch den gerontopsychiatrischen Arbeitskreis ist die Frage von **tagesstrukturierenden Maßnahmen** an die Eingliederungshilfe herangetragen worden. Im Kreis Segeberg ist im Vergleich zu anderen Gebietskörperschaften das Angebot der Tagespflege unterrepräsentiert. Ziel ist es, dass diese Angebote auch für den Personenkreis der Gerontopsychiatrie ausgebaut werden. Vorteil der Tagespflege ist, dass sozialräumliche Angebote im Gesamtkreis entwickelt werden können.

Die Eingliederungshilfe bietet für die Erstberatung von erwachsenen Menschen mit Behinderung **Sprechtage** in Norderstedt, Kaltenkirchen und Bad Segeberg an. In 2015 wurde dies auch für Henstedt-Ulzburg eingeführt.

Die Eingliederungshilfe beteiligt sich an dem **Demographieprojekt Segeberg 2030**. In 2015 wurden die Zwischenergebnisse vorgestellt. Als eine Maßnahme für die Eingliederungshilfe wurde u.a. das Seniorenmodell „Tagesstrukturierende Maßnahmen für älter werdende Menschen mit Behinderung“ beschlossen. Grundlage für die Entwicklung war ein Modell in Bremen, das in der Praxis bereits erprobt wird. Dazu wurden im Jahr 2015 intensive Vorüberlegungen und Recherchen durchgeführt. Im Kreis Segeberg wird zunächst für die Modellregion Norderstedt in 2016 ein Konzept entwickelt werden.

Der Kreis Segeberg hat an Vorbereitungen zu dem Thema **„Budget für Arbeit“** mit dem Integrationsamt und dem Ministerium für Soziales, Gesundheit,

Wissenschaft und Gleichstellung teilgenommen. Daraus wurden erste Hinweise des Integrationsamtes entwickelt. Das „Budget für Arbeit“ soll in 2016 starten. Ein Budget kann gewährt werden, wenn Menschen aus der Werkstatt in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis auf dem ersten Arbeitsmarkt wechseln. Der Arbeitgeber erhält einen Lohnkostenzuschuss von 70%.

5.2 Was bewegt den Fachdienst Soziale Sicherung?

Es berichtet Frau Sabine Klein, Hilfeplanerin in der Hilfe zur Pflege, Stand Februar 2016:

Frau Klein beschäftigt sich mit den **teilstationären Versorgungslücken für Menschen ab 50 Jahren mit langjähriger Alkoholproblematik**. Bei dieser Klientel liegt der Pflegebedarf oftmals noch unterhalb von Pflegestufe I. Für die pflegerelevante Unterstützung stehen Pflegeversicherungsleistungen im Rahmen der eingeschränkten Alltagskompetenz im ambulanten Umfeld zur Verfügung, die aber oft aus Unkenntnis nicht genutzt werden. Hier besteht nach wie vor hoher Beratungsbedarf sowohl für die Betroffenen, als auch für das begleitende Umfeld. Vielfach wird dieser Personenkreis dann in einem Pflegeheim untergebracht. Im Pflegeheim werden diverse Aktivitäten angeboten, woran wenig bis gar kein Interesse besteht. Nach langjähriger Gruppentherapieerfahrung besteht vielfach der Wunsch, nicht mehr therapiert zu werden und einfach nur „in Ruhe gelassen zu werden“. Es fehlen teilstationäre Wohnangebote mit Unterstützung im Bereich Hauswirtschaft, Essensversorgung und im Umgang mit Behördenangelegenheiten. **Unter Einbeziehung der Leistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz und dem Wohngruppenschuss (SGB XI) ist es notwendig, neue Wohnformen für diesen Personenkreis zu erproben.**

Bezüglich der „**zugehenden Suchtberatung**“ musste nach Veränderungen in der Anbieterlandschaft mit neuer vertraglicher Übereinkunft festgestellt werden, dass bei Anforderung der Leistung in Anlehnung an die vorherige Praxis (5 Beratungseinsätze nach dem Konzept zugehender Suchtberatung mit Beseitigung der Zugangshindernisse zu sozialen Leistungen und Überleitung ins Hilfesystem) über den neuen Angebotsumfang keine Kenntnis bestand. Nach Ablehnung einer Suchtbehandlung durch den Klienten sah der Anbieter den Auftrag als erfüllt an.

Weitere Unterstützung als Ermöglichung zum Zugang zum Hilfesystem, wie im Hilfeplan vorgesehen, wurden nicht als originäre Aufgabe gesehen. Es bleibt zu diskutieren, in welchem Ausmaß aufsuchende Suchtberatung auszugestalten ist unter Rücksichtnahme individueller Problematiken. Das aktuelle Vorgehen entspricht nicht dem ehemaligen Versorgungsauftrag. Außerdem erschien es Frau Klein bedenklich, dass es bei einem ihr bekannten Einzelfall zu einer Verquickung persönlicher und beruflicher Interessen bei dem Mitarbeiter des Anbieters kam. Er nutzte den Zugang zum Klienten, um sich als dessen gesetzlichen Betreuer bestimmen zu lassen. Hier ist eine grundsätzliche Klärung von Interessenslagen notwendig.

Bei **älteren Menschen mit Behinderung, die in eigener Häuslichkeit leben**, wird nach Beendigung des Werkstattbesuches beobachtet, dass durch den Wegfall der Tagesstrukturierung (Mittagessensversorgung, soziale Kontakte, Freizeitgestaltung) eine Überforderung in der selbständigen Haushaltsführung und dem Gesundheitsmanagement (Arztbesuche, Tabletteneinnahme, Körperpflege und Erkennen von Erkrankungen) zu Tage tritt, da die tägliche Ansprache und Unterstützung fehlt. Hier ist der gezielte Einsatz der Leistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz (SGB XI) in Kombination mit ambulanter Eingliederungshilfe noch umfassender notwendig. Es besteht hoher Informations- und Beratungsbedarf.

Bei vielen Menschen mit Behinderung führt eine vorzeitige Alterung und Pflegebedürftigkeit beim Leben im Wohnheim zu zunehmender Überlastung der Mitarbeiter*innen, so dass der Umzug in ein Pflegeheim stattfindet, obwohl der Altersunterschied zu den hochaltrigen Bewohner*innenn nicht bedarfsgerecht ist. Altersgerechte Freizeitaktivitäten und Unterstützung bei Kontakten zum bisherigen sozialen Umfeld werden konzeptionell nicht vorgehalten.

Unter Einbeziehung der Leistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz und dem Wohngruppenzuschuss (SGB XI) ist es notwendig, neue Wohnformen für diesen Personenkreis zu erproben.

Aufgrund des vermehrten Flüchtlingszuzuges besteht des Weiteren ein Bedarf an mehrsprachigem Pflegepersonal, besonders im Bereich der Demenzbetreuung.

Entwicklung von Kompetenzen in kultursensibler Pflege ist dringend notwendig.

Der Aufbau von Tagespflegeangeboten wird im Kreis Segeberg gezielt vorangetrieben und beworben. Ein Informationsflyer ist bei Frau Simone David, Fachdienst Soziale Sicherung, erhältlich.

Angebote für zusätzliche Betreuungsleistungen (gemäß §45b SGB XI Pflegeversicherung) stehen sowohl als Gruppenangebot, als auch als Einzelbetreuung durch ambulante Pflegedienste, vermehrt zur Verfügung und werden angenommen.

Bisher bereits bekannte Versorgungslücken sind leider weiter vorhanden. So besteht der Bedarf an teilstationären und vollstationären Angeboten für **junge Menschen mit hohem, teilweise auch psychiatrischem Pflegeaufwand**. Für junge Pflegebedürftige (z. B. nach Schlaganfall oder Hirnblutung) gibt es im Kreis Segeberg kaum Angebote. Daraus folgt oftmals die Unterbringung in Pflegeheimen gemeinsam mit hochaltrigen Menschen. Die wenigen vorhandenen Angebote sind ebenfalls an Pflegeheime angegliedert und nennen sich „Angebote für Junges Wohnen“. Die Konzepte sind auf Anforderung von Pflegeheimen ausgerichtet. Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wird damit nicht ermöglicht.

6 Was bewegt den Betreuungsverein Kreis Segeberg e. V. und den Fachdienst Betreuungsbehörde?

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

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

Im Psychiatrieplan haben Vereine die Möglichkeit, über Ihre Tätigkeit zu informieren und ggf. Impulse zu setzen. Der Inhalt dieser Berichte spiegelt nicht automatisch die Meinung des Psychiatrieplanerteams oder des AK Gemeindenahe Psychiatrie wieder.

Seit 1992 gibt es das Betreuungsgesetz (§§1896 – 1908 BGB). Es löste das alte Vormundschaftsrecht ab. Seitdem können volljährige Menschen in unserem Land nicht mehr entmündigt werden.

Kann ein volljähriger Mensch seine Angelegenheiten nicht oder teilweise nicht alleine erledigen, weil er

- psychisch erkrankt oder
- geistig, seelisch oder körperlich behindert ist

kann das Betreuungsgericht einen Betreuer bestellen.

Durch die gesetzliche Betreuung wird niemand mehr geschäftsunfähig. Die Wünsche und das Wohl des zu betreuenden Menschen sind die Richtschnur für das Handeln des rechtlichen Betreuers. So steht es im Gesetz (§1901 BGB).

Zurzeit gibt es ca. 4.500 Menschen im Kreis Segeberg, die einen gesetzlichen Betreuer an ihrer Seite haben. Über 50% von ihnen leiden unter einer psychischen Erkrankung, einer Suchterkrankung oder an einer Demenz.

Die meisten Betreuungen, nämlich fast 60%, werden von ehrenamtlichen Betreuern und Betreuerinnen geführt. Davon sind fast 50% Angehörige.

Daneben gibt es engagierte Bürgerinnen und Bürger, die sich ehrenamtlich betätigen möchten und genau hier ihre verantwortungsvolle Herausforderung gefunden haben. Der Gesetzgeber hat dies auch so vorgesehen. Betreuungen sollen nur im Ausnahmefall hauptberuflich geführt werden. *(Die Zahlen entstammen der Statistik der Betreuungsbehörde Kreis Segeberg, Stichtag 31.12.2015).*

In diesem Zusammenhang haben sich seit 1992 im ganzen Land Betreuungsvereine gegründet, damit es Institutionen gibt, die für die Beratung, Fortbildung und praktische Unterstützung der ehrenamtlichen Betreuer und Betreuerinnen zuständig sind.

Außerdem sollen die Betreuungsvereine laufend interessierte und engagierte Bürgerinnen und Bürger für das Ehrenamt Betreuung gewinnen.

So wurde 1994 der Betreuungsverein Kreis Segeberg e.V. gegründet.

- Der Verein ist für den ganzen Kreis Segeberg zuständig und führt an verschiedenen Standorten Sprechstunden durch.
- Der Verein hat vier hauptamtliche Mitarbeiter*innen und zurzeit ca. 170 Mitglieder.
- Seine Geschäftsstelle befindet sich in Bad Segeberg in der Lindenstraße 8.
- Neben der Beratung, Fortbildung und Unterstützung der ehrenamtlichen Betreuer*innen hat der Betreuungsverein auch die Aufgabe über das Thema „Selbstbestimmte Vorsorge“ zu informieren. Wir bieten Vorträge zu den Themen Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung an.
- Wir beraten und helfen bei der Erstellung einer Vorsorgevollmacht.
- Auf Wunsch übernehmen wir die Registrierung von Vollmachten, Betreuungsverfügungen und Patientenverfügungen bei der Bundesnotarkammer für eine ermäßigte Gebühr.

An den Betreuungsverein können sich also wenden:

- Alle ehrenamtlichen Betreuer*innen (Angehörige und Andere)
- Bevollmächtigte Personen
- Ratsuchende Menschen, die eine Vollmacht, Betreuungsverfügung oder Patientenverfügung erstellen möchten
- Einrichtungen, die Referenten zu den genannten Themen suchen

Außerdem beantworten wir alle Fragen zum Thema Betreuungsrecht.

Um eine qualifizierte Beratung und Unterstützung zu gewährleisten, führen unsere Mitarbeiter*innen selbst gesetzliche Betreuungen und nehmen an Fortbildungen teil.

Der Betreuungsverein Kreis Segeberg e.V. ist Mitglied

- im Paritätischen Wohlfahrtsverband Schleswig-Holstein e.V. und

- beim Betreuungsgerichtstag e.V.

In folgenden Organisationen und Arbeitsgemeinschaften ist der Betreuungsverein vertreten:

- Interessengemeinschaft Betreuungsvereine Schleswig-Holstein (IGB)
- Gemeindepsychiatrischer Verbund Kreis Segeberg (GPV)
- Arbeitskreis Gerontopsychiatrie Kreis Segeberg

Der Betreuungsverein Kreis Segeberg e.V. wird vom Justizministerium Schleswig-Holstein und vom Kreis Segeberg finanziell gefördert.

Die Broschüre „Das Betreuungsrecht“ informiert ausführlich über verschiedene Bereiche des Betreuungsgesetzes, z.B.

- Unter welchen Voraussetzungen wird ein Betreuer bestellt?
- Welche Aufgaben hat ein Betreuer?
- Auswirkung und Dauer der gesetzlichen Betreuung.

Die Broschüre ist bei Betreuungsverein kostenlos erhältlich. Herausgeber ist das Ministerium für Justiz, Kultur und Europa des Landes-Schleswig-Holstein (<http://www.mjke.schleswi-holstein.de>).

Weitere Informationen, auch zu unseren Veranstaltungen und Sprechstunden, finden Sie unter: Betreuungsverein Kreis Segeberg e.V. www.btv-segeberg.de

6.2 Was bewegt den Fachdienst Betreuungsbehörde?

Es berichtet Frau Katja Lohmeier, Leiterin der Betreuungsbehörde, Kreis Segeberg, Stand Februar 2016:

Allgemeine Veränderungen im Betreuungsrecht seit 2012/13:

Für Erwachsene, die aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen bzw. seelischen Behinderung ihre rechtlichen Angelegenheiten nicht mehr oder nur noch teilweise selbst besorgen können und keine ausreichende Vorsorge für ihre rechtliche Vertretung getroffen haben, kann eine gesetzliche Betreuung angeordnet werden. Dies ergibt sich aus § 1896 BGB.

Zum 01.07.2014 ist das „Gesetz zur Stärkung der Funktionen der Betreuungsbehörde“ in Kraft getreten und hat die bisherige Aufgabenwahrnehmung verändert.

Auszug aus der Presseerklärung des Bundesministeriums der Justiz (BMJ) vom 05.07.2013 zur Gesetzesänderung:

„Angesichts der steigenden Zahl von hilfsbedürftigen Menschen muss gewährleistet sein, dass ein rechtlicher Betreuer nur dann bestellt wird, wenn dies auch erforderlich ist. Jede Betreuung greift in das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen ein. Das Gesetz zielt auf eine Beschränkung der Betreuungen auf das wirklich Erforderliche.

Eine rechtliche Betreuung ist nicht erforderlich, wenn andere Hilfen und Assistenzen zur Unterstützung des hilfebedürftigen Betroffenen ausreichen oder eine Vorsorgevollmacht erteilt werden kann. ...

Durch die verpflichtende Anhörung der Betreuungsbehörde im Betreuungsverfahren sollen andere Hilfen und Assistenzen, die eine Betreuung vermeiden können, besser genutzt werden können. Die Betreuungsbehörde hat künftig einen qualifizierten Bericht für das Gericht zu erstellen. ...

Auch nach Inkrafttreten des Zweiten Betreuungsrechtsänderungsgesetzes im Juli 2005 sind die Betreuungszahlen weiter gestiegen. Lag die Zahl der Betreuungen 2004 noch bei etwa 1,15 Millionen, beträgt sie mittlerweile etwa 1,3 Millionen. Es ist vor diesem Hintergrund ein wichtiges Anliegen, dass gerade auch unter Berücksichtigung der UN-Behindertenrechtskonvention das Selbstbestimmungsrecht kranker und behinderter Menschen stärkere Beachtung findet. Das Gesetz greift dieses Anliegen auf.“

Die erheblichsten gesetzlichen Neuerungen sind die nun obligatorische Sozialberichterstattung sowie die Information und Beratung im Vorfeld von Betreuung und die Vermittlung anderer Hilfen.

Die rechtliche Betreuung bedeutet einen Eingriff in die Selbstbestimmung der betroffenen Menschen. Sie muss daher sorgsam auf ihre tatsächliche Erforderlichkeit geprüft werden.

Ist eine rechtliche Betreuung erforderlich, so ist sie eine wertvolle Schutz- und Unterstützungsleistung für Menschen mit einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung.

Bei der Prüfung der Erforderlichkeit hat die Betreuungsbehörde eine wichtige Aufgabe. Das Betreuungsgericht beauftragt die Betreuungsbehörde, die Situation und den Hilfebedarf der betroffenen Person darzustellen und ggf. eine geeignete

Person (vorzugsweise Angehörige oder andere Vertrauenspersonen) als Betreuer/in vorzuschlagen. Die Wünsche der betroffenen Person und der Angehörigen werden dabei besonders berücksichtigt.

Von besonderem Gewicht ist dabei auch, ob andere Hilfen oder das Erteilen einer Vollmacht die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung entbehrlich macht.

Für die Sozialberichterstattung der Betreuungsbehörde wurden vom Gesetzgeber Kriterien vorgegeben. Der Bericht soll sich insbesondere auf die persönliche, gesundheitliche und soziale Situation des Betroffenen beziehen sowie die Sichtweise des Betroffenen zur Einrichtung der Betreuung und zur Betreuerauswahl darstellen.

Die Erforderlichkeit der Betreuung einschließlich der Prüfung geeigneter anderer Hilfen ist darzustellen und zu begründen.

Die Betreuungsbehörde soll, wenn keine Betreuung eingerichtet wird, nicht nur zu anderen Hilfen informieren, sondern ist verpflichtet, diese zu vermitteln. Dabei arbeitet die Betreuungsbehörde mit den zuständigen Sozialleistungsträgern zusammen.

Die Beratungspflichten der Betreuungsbehörde wurden durch die Gesetzesänderung auch hinsichtlich der Beratung von Betreuern und Bevollmächtigten umfassender geregelt und außerdem zu Vorsorgeregungen gestärkt und ausgeweitet.

Es findet in der Regel eine aufsuchende Arbeit, möglichst in der gewohnten Umgebung des betroffenen Menschen, statt.

Daten und Fakten aus dem Kreis Segeberg:

Die Betreuungsbehörde bietet nicht nur in Bad Segeberg, sondern auch in Norderstedt und Kaltenkirchen regelmäßig offene Sprechstunden an, in denen insbesondere die Beratung zu Vorsorgeregungen nachgefragt wird.

Im Kreis Segeberg bestand am 31.12.2015 für 4175 Menschen eine rechtliche Betreuung. Die Voraussetzungen für die Einrichtung bestanden beispielsweise bei 1185 Menschen aufgrund von psychischer Erkrankung, bei 1053 Menschen aufgrund einer geistigen Behinderung. Aufgrund einer Demenz bestanden 993 Betreuungen und aufgrund akuter Erkrankung wie beispielsweise eines Schlaganfalls bestanden am Stichtag für 674 Menschen rechtliche Betreuungen.

7 Was bewegt die Leistungsanbieter?

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

Auf die Informationen des Anbieters HMW-Pflegedienst im Kapitel 4.8.2 , des Betreuungsvereins im Kapitel 6.1 und der Träger der Suchthilfe im Kapitel 9.2 sei in diesem Zusammenhang hingewiesen.

7.1. Das Psychiatrische Zentrum Rickling

Es berichtet Herr Nikolas Kahlke, leitender Chefarzt des Psychiatrischen Zentrum Rickling, Landesverein für Innere Mission Schleswig-Holstein, Stand Februar 2016:

Auch im Jahr 2015 hat sich unser Psychiatrisches Zentrum, das als sozialpsychiatrisch ausgerichtetes Netzwerk differenzierter Behandlungs-, Pflege- und Betreuungsangebote in der Region und mit Bedeutung über die Region hinaus sehr nachgefragt ist, weiterentwickelt.

7.1.1 Das Psychiatrische Krankenhaus Rickling

Die anhaltend hohe Inanspruchnahme der Leistungen unseres Psychiatrischen Krankenhauses Rickling zeigt die große Akzeptanz, die das spezialisierte Behandlungsangebot in der Region und darüber hinaus erfährt.

Dies trifft insbesondere auch auf das Angebot der **Abteilung für Migrationspsychiatrie** zu, für die wir weitere Mitarbeiter*innen mit entsprechendem kulturellem Hintergrund und sprachlichen Fähigkeiten gewinnen konnten. In Vorbereitung auf die abzusehende exponentiell wachsende Bedarfssituation in der Bewältigung schwerer, akuter Krisen wie auch anhaltender, möglicherweise erst verzögert auftretender schwerer Traumafolgestörungen bei Flüchtlingen und Migrant*innen, haben wir unsere seit Jahren bewährten Konzepte weiterentwickelt und versuchen, der aktuellen Bedarfssituation durch noch mehr Flexibilität und Ressourcen gerecht zu werden. So stehen für 2016 sowohl für die Ambulanz wie auch für die stationäre Behandlung neue und größere Räumlichkeiten zur Verfügung.

Weiter gearbeitet wurde auch an der Entwicklung besonderer Behandlungskonzepte wie zum Beispiel für die Behandlung von affektiven Störungen bei Patientinnen und Patienten der **Altersgruppe 60plus**: Für diese

Klientel bieten wir so zum Beispiel auch geschlechtsspezifisch eine Männergruppe an, um noch differenzierter auf die Situation eingehen zu können.

Eine Weiterentwicklung der suchtpsychiatrischen Abteilung ist das Screening und gezielte **Behandeln stoffungebundener Süchte** als Komorbidität.

Der von den Stationen für Affektive Störungen, für Gerontopsychotherapie und der Institutsambulanz im vergangenen Jahr konzeptionierte

Behandlungsschwerpunkt „Traumafolgestörungen“ konnte im Laufe des Jahres praktisch umgesetzt werden in Form eines multimodalen Gruppenpsychotherapieangebots.

An dem **Modellprojekt "Familiale Pflege"** der Universität Bielefeld, gefördert von der AOK Rheinland/Hamburg und der AOK NORDWEST, sind wir auf Initiative unserer Pflegedienstleitung beteiligt: Angehörige werden durch entsprechend geschultes Pflegepersonal gut vorbereitet, wenn Familienmitglieder nach dem Krankenhausaufenthalt in der häuslichen Umgebung unterstützt werden müssen. Auch wenn dafür eine vorhandene oder zu erwartende Pflegestufe, die ja bislang eher bei körperlichen als bei psychischen Einschränkungen erreicht wird, Voraussetzung ist, haben wir auch solche Patientinnen und Patienten. Es ist sehr wichtig, in dieses Modellprojekt auch Erfahrungen aus der Psychiatrie einfließen zu lassen.

Vor allem an Angehörige gerichtet ist die Entwicklung eines Moduls „Phasengerechte Beratung und Schulung für Angehörige von an Alzheimer Demenz erkrankten Menschen“. Die Herausforderungen im Umgang mit der Krankheit sind in den verschiedenen Krankheitsphasen sehr unterschiedlich. Dies trifft sowohl auf die Bedürfnisse der Patient*innen zu als auch auf die Anpassungsleistung, die Partner*innen, soziales Umfeld und Familie erbringen müssen, um nicht von Hilflosigkeit und Überforderung erfasst zu werden. Das Modul der phasengerechten Beratung geht auf die teils eklatanten Unterschiede ein, die im Verlauf der Erkrankung z. B. in Bezug auf den Kontakt zu den Erkrankten entstehen.

Nachdem die **Ethikgruppe des Psychiatrischen Zentrums** sich zunächst auf den Krankenhausbereich konzentriert hat, findet sie mittlerweile im gesamten Psychiatrischen Zentrum zunehmend gute Resonanz. Sie hat die Aufgabe, für ethische Fragestellungen im Alltag zu sensibilisieren, leistet ethische Fallberatungen und wird sich unter der leitenden Moderation von Pastorin Martina

Zepke-Lembcke, die außerdem in der bundesweiten Arbeitsgemeinschaft "Ethik in der Psychiatrie" mitarbeitet, auch mit ethischen Leitlinien befassen.

7.1.2 Die Psychiatrischen Tageskliniken

Tagesklinik Kaltenkirchen

Die Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Kaltenkirchen wurde 1994 eröffnet und ist somit die am längsten bestehende der drei Tageskliniken des Landesvereins für Innere Mission in Schleswig-Holstein. Mittlerweile stehen hier 29 Plätze zur Verfügung. Angegliedert ist eine stetig gewachsene Institutsambulanz, die im Schnitt etwa 600 Patienten im Quartal versorgt. Zusammen mit der Tagesstätte der ATP in Kaltenkirchen bietet sich hier ein gut vernetztes psychosoziales Zentrum, das mit einem großen Maß an Flexibilität eine sehr hohe Anzahl psychisch beeinträchtigter Menschen mit einem Team von insgesamt 21 Mitarbeitern versorgt.

Tagesklinik Bad Segeberg

Die 2008 eröffnete Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bad Segeberg hat ihr multiprofessionelles Team auf 20 Mitarbeiter vergrößert und arbeitete im vergangenen Jahr mit von 18 auf 26 Plätze erweiterter Kapazität. Die anhaltend hohe Nachfrage macht hier eine Kapazitätserweiterung notwendig. Neben der hier ebenfalls angegliederten psychiatrischen Institutsambulanz mit weiter wachsender Nachfrage, besteht seit diesem Jahr ein **neues Pilotprojekt „Home Treatment“** mit aufsuchender Tätigkeit in häuslicher Umgebung.

Ebenso wie bei den anderen Tageskliniken sehen wir hier die besonders enge Zusammenarbeit und den wertvollen kollegialen Austausch mit den niedergelassenen Ärzten und Psychologen als Schlüssel zum Erfolg.

Tagesklinik Norderstedt

Am 02.01.2015 nahm die neue Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie beim Umspannwerk 6 in Norderstedt ihren Betrieb auf. Dem vorausgegangen waren jahrelange Planungen von Seiten des Landesvereins für Innere Mission. Bereits im Dezember 2014 war die Leiterin von ihrer Tätigkeit in der Institutsambulanz in Rickling freigestellt, um alle niedergelassenen Ärzte in Norderstedt und die Facharztkollegen in der Umgebung besuchen zu können. Bei diesen Besuchen entstanden erste persönliche Kontakte und ein plastischer Eindruck von den verschiedenen Wohngegenden und sozialen Gegebenheiten in

der Region, wobei auch auf langjährige Kontakte und Erfahrungen anderer Teile des Psychiatrischen Zentrums und des Landesvereins für Innere Mission zurückgegriffen werden konnte.

Konzeptionell orientiert an den bestehenden erfolgreichen Angeboten der Segeberger und Kaltenkirchener Tageskliniken, wurde mit einem gruppentherapeutischen Setting mit psychotherapeutischem Schwerpunkt für zunächst 20 Behandlungsplätze begonnen. Schon nach wenigen Wochen war absehbar, dass die genannte Platzzahl nicht dem tatsächlichen Bedarf entspricht. Wir werden daher für das kommende Jahr ebenfalls eine Kapazitätserweiterung beantragen müssen. Inhaltlicher Schwerpunkt liegt hier in der Behandlung von Depressionen, aber auch Angst- und Zwangserkrankungen oder die Integration in den Alltag nach stationärer Behandlung einer Psychose stehen auf dem Behandlungsplan. Dieser wird detailliert nach sorgfältiger Diagnostik in der ersten Behandlungswoche erstellt. Darin enthalten sind psychoedukative Gruppen, in denen die Patienten Hintergrundwissen über ihre Erkrankung erhalten, damit sie verstehen, wie sich ihr Denken, Fühlen und Handeln unter dem Einfluss einer psychischen Erkrankung verändert und was sie selbst zu ihrer Gesundheit beitragen können. Weiterhin werden wöchentliche einzeltherapeutische Gespräche sowie eine psychologisch geleitete Gesprächsgruppe angeboten. In den wöchentlichen Visiten ergibt sich die Gelegenheit, über eine differenzierte medikamentöse Behandlung oder eine möglicherweise notwendige somatische Diagnostik zu sprechen.

Gruppenangebote, wie das soziale Kompetenztraining, in denen man in Rollenspielen übt, mit Menschen in Beziehung zu treten oder seine Rechte durchzusetzen, ergänzen das Programm. Ebenso ist das Erlernen eines Entspannungsverfahrens möglich. Für alle Patient*innen gibt es ein spielerisches Wahrnehmungs- und Bewegungsangebot. Kreative Angebote, wie Ergo- und Musiktherapie unterstützen die Patient*innen, einen Weg zu ihren Gefühlen und Selbstheilungskräften zu finden. Bei bestehenden sozialen Problemen begleitet die Sozialarbeiterin die Patient*innen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt vier bis sechs Wochen.

Die direkte Nachbarschaft zur Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie nutzen beide Seiten für kurze Wege bei der Vermittlung von Eltern oder Kindern in die jeweilig andere Profession. Im kommenden Jahr ist auch ein gemeinsames ambulantes Eltern-Kind-Projekt geplant.

7.1.3 Der Rehabilitations- und Pflegebereich mit psychiatrischer Pflege Lindenhof, der Fachpflegeeinrichtung für chronisch psychisch Kranke und der internen psychiatrischen Institutsambulanz

Im Rehabilitations- und Pflegebereich mit der Psychiatrischen Pflege Lindenhof und Fachpflegeeinrichtung für chronisch psychisch Kranke konnte ab Januar 2015 für die individuelle Bewohnerversorgung das Angebot der zusätzlichen Betreuung ausgebaut werden. Mit einem neuen Personalschlüssel haben seit Jahresanfang nicht nur Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, sondern alle Pflegeversicherten in stationären Pflegeeinrichtungen mit einem Pflegebedarf von mindestens einer Minute Anspruch auf zusätzliche Betreuung.

In der Psychiatrischen Pflege Lindenhof galt es, eine dem besonderen Schwerpunkt entsprechende Konzeption schrittweise auf den Weg zu bringen und umzusetzen.

In der Fachpflegeeinrichtung für chronisch psychisch Kranke ist es das Ziel, das Angebot mit einer klaren Profilierung spezieller fachlicher Schwerpunkte, wie zum Beispiel in der Palliativpflege, auszudifferenzieren und entsprechend bekanntzumachen. Dieses ist ein Bereich, der besonders eng mit dem somatisch ausgerichteten Teil des Krankenhauses verzahnt ist und andererseits aber auch sehr eng mit der Ethikgruppe zusammenarbeitet.

Die für beide Pflegeeinrichtungen erstmals getrennten Prüfungen der Qualität durch den MDK wurden mit der Bestnote 1,0 bestanden.

Eine Besonderheit der beiden Pflegeeinrichtungen innerhalb des Psychiatrischen Zentrums ist die fach- und hausärztliche Versorgung der Bewohner der SGB XI und SGB XII-Bereiche durch die interne psychiatrische Institutsambulanz. Die dadurch gegebene Behandlungskontinuität - fachlich und personell - bedeutet für alle Bewohner*innen, insbesondere aber für Menschen mit schweren und chronischen psychischen Störungen, dass die ärztliche Behandlung auf einem genauso hohen fachlichen Niveau stattfindet wie die pflegerische und pädagogische Begleitung.

Die Angebote der psychiatrischen Pflege bewähren sich als vorbereitende Maßnahme auf die weitergehende Verselbständigung und den entsprechenden Wechsel in den Bereich „Wohnen und Fördern“ der Eingliederungshilfe. Wie bereits erwähnt, wurde das Angebot der Fachpflege erweitert um den Bereich der

palliativen Versorgung in enger Kooperation mit der gerontopsychiatrischen Abteilung und auch der Ethikgruppe.

7.1.4 Wohnen und Fördern Thetmarshof-Falkenhorst

Der Bereich **Wohnen und Fördern** hat seit dem 01.01.2014 seine Arbeit aufgenommen. In diesem Bereich werden insgesamt 265 psychisch erkrankte Menschen in folgenden Einrichtungen betreut:

- Stationäres Wohnen
- Geschütztes Wohnen
- Teilstationäres Fördern
- Werkstatt für psychisch behinderte Menschen

Diese Angebote sind in einem Prozess von ca. 2 Jahren nach Gesprächen und Verhandlungen mit Kostenträger und Politik aus dem alten Rehabilitations- und Pflegebereich hervorgegangen und folgen nun der Logik der Eingliederungshilfe. Teilhabe von Menschen mit psychischen Behinderungen zu ermöglichen, ihre Selbstbestimmung und Selbstständigkeit zu fördern sowie Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen sie sich erproben und entwickeln können, gehörte auch 2015 zu den Zielen, die im Bereich der Eingliederungshilfe, im Wohnen und Fördern Thetmarshof-Falkenhorst, verfolgt wurden.

Die Einrichtung Teilstationäres Fördern ist hervorgegangen aus der Beschäftigungstherapie an den Standorten Thetmarshof, Lindenhof und Falkenhorst. Für einen wachsenden Teil der hier betreuten Menschen gibt es den Übergang in eine Werkstattbeschäftigung.

Für das Wohnen und Fördern war der zurückliegende Zeitraum geprägt durch organisatorische Veränderungen und Schaffung neuer Strukturen sowie durch Implementierung der konzeptionellen Inhalte. Bei den möglichen Neueinstellungen wurde auf pädagogische Qualifikationen geachtet. Mit der positiven Aufbruchsstimmung stellen sich mit den neuen Anforderungen auch eine andere Betreuungskultur und für die Bewohner*innen teils sehr intensiv erlebte und kommunizierte Innenansichten ein. So wird der Alltag auch immer mehr „gemeinsame Sache“.

Neu ist auch, dass die Sozialzentren „Burg“ (am Standort Falkenhorst) und „Scheune“ (am Standort Thetmarshof) jeden Tag geöffnet sind. Eine Kochgruppe, basteln, Einkaufsfahrten, Schwimmen und einiges mehr wird hier angeboten.

Diese Angebote können auf einem ausgehängten Plan eingesehen werden, oder man kann einfach nur so hingehen und Bewohner aus dem PSW (Psychosozialem Wohnheim) oder aus anderen Wohnbereichen treffen.

Gesamtbetrachtet ist es uns gelungen, mit dieser Veränderung eine zeitgemäße Weiterentwicklung der sozialpsychiatrischen Betreuungslandschaft trotz „exklusiver Lage“ zu schaffen. Sie wird den tatsächlichen Bedarfen und Bedürfnissen psychisch kranker Menschen besser gerecht.

7.1.5 Psychosoziales Wohnheim Falkenhorst

Ebenfalls Leistungen der Eingliederungshilfe erbringt das Psychosoziale Wohnheim Falkenhorst, das seine rehabilitative Arbeit erfolgreich fortsetzen konnte. Das zeigt sich zum Beispiel daran, dass fünf von sieben Personen, die zwischen Mai 2014 und Mai 2015 die Maßnahme beendeten, in eine selbstständigere Lebensweise gewechselt sind. Auffallend war außerdem eine hohe Nachfrage gerade jüngerer psychisch kranker Menschen, bzw. deren Betreuer*innen, die sich direkt an die Einrichtung wandten, da die ambulante Betreuungsdichte und -angebote nicht mehr ausreichten. Erfahrungsgemäß ist es besonders die Vielfalt an therapeutischen und lebenspraktischen Gruppenangeboten in der Ergotherapie, an Werk- und Bastelarbeiten, therapeutischer Arbeit in der Hauswirtschaft und der Respekt allen Bewohner*innen gegenüber – unabhängig z.B. von ethnischer oder kultureller Herkunft, Religion oder Weltanschauung – , die sowohl das Einleben wie auch später die Verselbstständigung wesentlich mittragen.

7.1.6 Der Heidehof

Die Einrichtung für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitserkrankte ist weiterhin durchgehend voll belegt und führt sogar eine Warteliste. Bewährt hat sich ein neues Dokumentationssystem, das insbesondere eine sehr differenzierte, auf die Fähigkeiten, Einschränkungen und Wünsche individuell ausgerichtete Maßnahmenplanung beinhaltet. Vergrößert hat sich die Auswahl an handfesten Beschäftigungs- und Fördermöglichkeiten – ob an der frischen Luft beim Gemüseanbau oder der Gartenpflege, in der Holz- und in der neu entstandenen eigenen Fahrradwerkstatt.

7.1.7 ATP- Ambulante und Teilstationäre Psychiatrische Versorgung

Die ATP betreute im Berichtszeitraum psychisch erkrankte Menschen in folgenden Maßnahmen und Einrichtungen:

- Tagesstätten,
- Arbeits- und Beschäftigungsprojekten,
- Therapeutische und sozialtherapeutische Wohngemeinschaften,
- Betreuten Leben in Gastfamilien sowie
- Ambulant Betreuten Wohnen,

insgesamt ca. 360 Menschen. Die Begegnungsstätten in Kaltenkirchen, Wahlstedt, Norderstedt und Bad Segeberg erreichten als niedrigschwelliges Angebot über tausend Menschen.

Alle Betreuungsangebote der ATP sind weiterhin gut ausgelastet und werden gut nachgefragt. Herausforderungen, die sich aus dem Berichtszeitraum ergeben, sehen wir vor allem in den Bereichen „Teilhabe am Arbeitsleben“ sowie mehr Angebote für junge Erwachsene und Klient*innen mit Kindern. Darüber hinaus ergeben sich erste Anzeichen für den Bedarf von tagesstrukturierenden Angeboten für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen, die nicht zu der Gruppe der Demenzerkrankten gehören.

Positiv ist, dass das **Arbeits- und Beschäftigungsprojekt „Perspektive“** in Zusammenarbeit mit den Sozialkaufhäusern in Bad Segeberg und Bad Bramstedt um ein weiteres Maßnahmenjahr verlängert werden konnte. In mehreren Fällen gelang hier eine Vermittlung auf den ersten Arbeitsmarkt.

Die Betreuungsangebote in den therapeutischen und sozialtherapeutischen Wohngemeinschaften sind gut eingebunden in die sozialräumlichen Begebenheiten. Auch hier zeigt sich, dass das Thema Arbeit und Beschäftigung für die Klienten immer mehr an Bedeutung gewinnt.

Als Beispiele für die gut sozialräumliche Vernetzung der ATP-Angebote ist zu nennen: die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe, der VHS in Kaltenkirchen, der Schuldnerberatungen, die Mitarbeit an den „Inklusionsinitiativen“ des Kreises Segeberg, sowie den anderen Trägern der Eingliederungshilfe.

Immer wichtiger werden Einrichtungen wie das Beratungszentrum in Bad Segeberg oder das „Haus der Beratung“ in Kaltenkirchen. An beiden Standorten ist die ATP mit niedrigschwelligem Angeboten vertreten und durch die kurzen Wege zu

anderen Hilfs –und Beratungsangeboten ist eine schnelle passgenauere Unterstützung für Menschen mit psychischen Erkrankungen möglich.

Aus diesen Verbindungen und in enger Abstimmung mit den Hilfeplanern des Kreises Segeberg konnte so z. B. im Jahr 2014 ein **Wohngemeinschaftsangebot für junge psychisch kranke Erwachsene in Norderstedt** an den Start gehen. Dieses Angebot hat sich im Jahr 2015 gut entwickelt und wird sehr gut nachgefragt.

An allen Standorten der ATP sind seit 2012 Klientenbeiräte gewählt worden. Die regelhafte Einbeziehung von betreuten Menschen in Form von Beschwerdemanagement, Mitgestaltung von Freizeitaktivitäten und der Stärkung der Mitwirkung bei der Gestaltung von neuen Formen der Betreuung hat sich im Jahr 2015 weiter stabilisiert. Sie hat mittlerweile einen Status von „Selbstverständlichkeit“ erreicht, darüber sind wir sehr froh und wollen hier weiter das „inklusive“ Denken und Handeln erfahrbar machen.

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

Hier haben Betroffene, 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 Psychiatrieplanerteams oder des AK Gemeindenahe Psychiatrie wider.

8.1 Die Psychiatrieerfahrenen

Es berichtet Christian Dorp, Psychiatrieerfahrener und Experte in eigener Sache, ehrenamtlich im Projekt „Verrückt? Na und!“ des Kreises Segeberg tätig:

Es handelt sich im Folgenden um einen Beitrag, der nicht den Anspruch hat, für alle Psychiatrieerfahrenen zu sprechen, sondern meinen ganz individuellen Genesungsweg vorstellt. Ich hoffe, es wird deutlich, was für mich als bipolar erkrankten Menschen hilfreich war.

Im September 1999 wechselte ich nach viermonatigem Psychiatrieaufenthalt in Alsterdorf (Hamburg) in die Nachsorgeeinrichtung „Wohngruppe Miteinander“ (Biohof) in Nahe im Kreis Segeberg. Es war der Beginn meines fünfzehnjährigen Aufenthaltes in Nahe und meines dort sich entwickelnden Genesungsweges.

In den ersten zwei Jahren musste ich mich erst einmal von den Nachwirkungen der Manie 1998 / 99 erholen sowie von der Enttäuschung, trotz aller Vorsicht zum vierten Mal in meinem Leben den Boden der Realität verloren zu haben.

Zunächst galt es, den Anforderungen, die die tägliche Arbeit und das Miteinander auf dem Hof an mich stellten, nachzukommen und täglich gegen die morgendliche Antriebsschwäche und die depressiv-resignative Stimmung anzukämpfen.

Neben der klar vorgegebenen Wochenstruktur und dem regelmäßigen Arbeitsablauf hatten vor allem die Gespräche mit meinem damaligen Bezugsbetreuer Henning Ritter in den ersten Jahren in Nahe eine heilsame Wirkung: Unter seinem Einfluss erstarb mein bisheriger intensiver Herzenswunsch, besondere spirituelle Größe erreichen zu wollen, völlig. Stattdessen erwachte ein Verlangen, ein ganz normaler Mensch mit einem gesunden, skeptischen und realitätsnahen Denken zu werden und in der Welt der „Normalen“ bestehen zu können. Dazu bedurfte es der Integration in das dörfliche Leben, die in den folgenden Jahren auch gelingen sollte. So habe ich mehrere Jahre im Gospelchor

der Naher Kirchengemeinde mitgesungen. Auch der Eintritt in den Tischtennisverein war ein wichtiger Schritt, denn ich konnte dort, wie überhaupt in den täglichen Begegnungen, die Erfahrung machen, dass ich trotz meiner Unsicherheit, Zurückhaltung und Schweigsamkeit akzeptiert wurde.

Solche Erfolge in meinem Alltag erzeugten bald eine Zunahme von Phasen der Zufriedenheit und des Glücks, und schließlich erlebte ich das innere Wunder, mich auch mit allen Schattenseiten und Schwächen annehmen zu können.

So konnte ich im Jahr 2005 eine eigene Wohnung beziehen und bis zum Jahr 2010 einer ehrenamtlichen Tätigkeit in einem Altersheim nachgehen.

In diesen Jahren war ich relativ glücklich, denn ich hatte mir in Nahe ein umfängliches soziales Netzwerk aufbauen können und erstmals seit meiner Jugend ein deutliches Heimatgefühl errungen. Neben den Beziehungen zu Menschen in Nahe und Itzstedt waren mir vor allem auch Mitarbeiter und Besucher der ATP in Norderstedt sowie die Mitglieder der Selbsthilfegruppe für Bipolare in Henstedt-Ulzburg wichtig.

Diese sozialen Bezüge waren dann in Gefahr durch den manischen Höhenflug, den ich 2010 / 2011 noch einmal durchleben musste.

Nach über zehn Jahren geriet ich in eine von mir nicht mehr zu kontrollierende Manie, in der ich die Illusion entwickelte, in allem, was ich tat, für die göttliche Welt einzutreten. Wieder einmal war ich der Einzelkämpfer gegen den größtenteils unwissenden Rest der Welt.

Alle Bedenken und Sorgen aus dem Bekannten- und Verwandtenkreis prallten an mir ab oder wurden mit aggressiver Abwehr beantwortet. Dieses häufige aggressive Auftreten bewirkte, dass mein soziales Netzwerk schrumpfte und ich neben der ATP nur noch wenige Anlaufstellen hatte.

Als ich, bedingt durch mein aggressives Verhalten, letztlich in einen Verfolgungswahn geriet, hatte ich nur noch den Wunsch, in einem Krankenhaus – es war dann Rickling – Schutz zu finden. Dort kam ich nach der Einnahme von Medikamenten Stück für Stück wieder zu Verstand und der Einsicht, manisch gewesen zu sein.

Die Einnahme der Medikamente war notwendig und hilfreich. Aber auch in Rickling hatte ich den Eindruck – wie früher in anderen Psychiatrien –, dass Gespräche mit Psychologen bzw. Ärzten nicht ausreichend stattfanden. Gespräche hätten mir

geholfen, mich zu ordnen und zu reorganisieren. Stattdessen war ich überwiegend auf mich gestellt und konnte allein aufgrund meiner langjährigen, schmerzhaften Erfahrungen Maßnahmen ergreifen, die zu einer Stabilisierung meines Inneren und meiner sozialen Bezüge führten.

Das Besondere meiner Entwicklung in der Folgezeit war, dass ich zum ersten Mal nach einer Manie nicht (!) depressiv wurde. Statt wie sonst innerlich wehklagend auf einem Scherbenhaufen der manischen Verfehlungen und Illusionen zu sitzen und wie bisher zu flüchten, machte ich mich nun nach und nach daran, auf die betroffenen Menschen in meinem Umfeld zuzugehen und meine verrückten Verhaltensweisen zu erklären bzw. mich zu entschuldigen. Ich entwickelte im Gegensatz zu früher eine Trotzhaltung, in der ich mir sagte, dass auch ich, wie alle anderen Menschen, ein Recht habe, Fehler zu machen und dass es sich bei mir um eine Krankheit handelt. So konnte ich die dunkle Last der Manie stückweise loswerden und phasenweise wieder uneingeschränkt glücklich sein.

In der folgenden Zeit konnte ich an das vor Jahren errungene Gefühl der Selbstakzeptanz wieder anknüpfen. Auch habe ich gelernt, meine Grenzen schneller und besser zu erkennen. Weiterhin kreise ich weniger um mich selbst, bin interessierter an der Welt und habe meine Gedanken weitgehend im Griff. Wichtig ist auch, dass ich verinnerlicht habe, dass die kleinen Schritte und Erfolge zählen und machbar sind. Bei all diesen inneren Prozessen half mir auch die ExIn-Ausbildung, die ich 2012 / 2013 in Hamburg machen durfte.

Wenn ich auch bisher nicht als ExInler gearbeitet habe, so bedeutete dieses Fortbildungsjahr einen enormen geistig-seelischen Fortschritt für mich. Vor allem mein Selbstbewusstsein und mein Selbstwertgefühl sind durch ExIn gestiegen. Ich habe mich mit den Themen Empowerment, Recovery, Resilienz und Salutogenese auseinandersetzen können. Diese Themen haben mir gezeigt, dass jeder Betroffene auf einem individuellen Genesungsweg ist. Dabei wurde mir deutlich, dass ich frei bin, meinen ganz eigenen Weg zu gehen. Vor allem durch die schriftliche Arbeit an meiner Lebensbeschreibung habe ich weitere Schritte gemacht, meine Kenntnis über mich selbst zu erweitern und meine Stärken und Schwächen zu durchschauen. Ganz wichtig war dabei, meinen Hang zu Perfektionismus als hinderlich zu erkennen und seitdem nach und nach abzubauen. Und ich konnte in der ExIn-Kleingruppenarbeit erkennen, wie nützlich, fruchtbar und bereichernd es ist, wenn mehrere ihr Wissen zusammenlegen. Ich bin dabei, meine männliche Seite auch in gesunden Phasen stärker zu leben, so

dass es nicht nötig ist, sie in übertriebenem Maße nur in psychotischen Episoden auszuleben.

Seit dem Jahre 2001 bin ich mehr oder weniger regelmäßiger Besucher der Begegnungsstätte der ATP Norderstedt.

Früher, zu Zeiten der Begegnungsstätten-Mitarbeiter Marion Petersen und Matthias Kock, war es üblich, dass Selbstinitiative (z. B. das Durchführen von Gruppenangeboten oder Sonntagscafeteria in Eigenregie) gefördert wurde. Diese Selbstinitiativen und der wertschätzende Umgang der besagten Mitarbeiter trugen zu einem vielfältigen Angebot der Begegnungsstätte und zu Wachstumsprozessen bei vielen Beteiligten bei.

Durch den mittlerweile geringeren zeitlichen Rahmen in der Begegnungsstätte ist gerade für psychisch erkrankte, einsame Menschen die Möglichkeit, Freunde zu finden, kleiner geworden.

Wegen des Mitarbeiterwechsels 2010 / 2011 sind auch viele Besucher der Begegnungsstätte der ATP Norderstedt weggeblieben. Mir scheint, in dieser Phase hat das wirtschaftliche über das sozial-menschliche Prinzip gewonnen. Diese Entwicklung, die die Interessen von psychisch erkrankten Menschen nicht ausreichend wahrnimmt, hat mich sehr empört. Aus finanziellen Gründen wurden Mittel für Freizeitaktivitäten (Ausflüge etc.) gekürzt. Die soziale Teilhabe hat darunter in mehrererlei Hinsicht sehr gelitten.

Als besonders schlimm empfinde ich, dass selbst in Notsituationen spontane Gespräche von Besuchern der Begegnungsstätte mit professionellen Helfern nicht mehr möglich sind!

Zum Schluss möchte ich in Dankbarkeit gegenüber der geistigen Welt erwähnen, dass ich seit vier Jahren auch in spiritueller Hinsicht psychosefrei wachsen kann und zum ersten Mal in meinem Leben die Erfahrung einer ernsthaften Partnerschaft machen darf.

Ein großer Dank geht, stellvertretend für viele Menschen, die mich in den letzten Jahren begleitet haben,

- an den Gründer des Biohofes Rüdiger von Hanxleden und die jetzige Leiterin Corinna Dierfeld für ihren unermüdlichen Einsatz für Menschen mit Behinderungen,

- an Marion Petersen für ihre, wie schon erwähnt, wertschätzende Zuwendung an uns Betroffenen und an
- Sylvia Träbing-Butzmann, der Öffentlichkeitsarbeiterin in Rickling, für ihr großes Engagement für das Biografieprojekt der Aktion Sinneswandel, an dem ich 2014 teilnehmen durfte.

8.2 Die Angehörigen

8.2.1 Welche Unterstützung erhalten Angehörige von Menschen mit einer psychischen Erkrankung?

Es berichtet die Angehörige einer erkrankten Person im Kreis Segeberg, die anonym bleiben möchte:

Bei Recherchen im Internet findet man verschiedene Angebote der Selbsthilfe für Angehörige psychisch kranker Menschen. An verschiedenen Standorten des Kreises Segeberg werden Angehörigengruppen angeboten.

Die von mir besuchte Angehörigengruppe, welche unter professioneller Leitung stattfindet, besteht seit vielen Jahren. Einmal monatlich findet ein Treffen statt, zu dem wir Teilnehmer regelmäßig erscheinen. Der gemeinsame Austausch steht bei den Treffen im Mittelpunkt; die professionelle Leitung lenkt den Gesprächsverlauf, beteiligt sich aus objektiver Sicht und gibt ggf. fachlichen Rat.

In unserer Gruppe können wir nur selten neue Teilnehmer begrüßen. Immer wieder stellt sich bei unseren Treffen die Frage, warum dieses Angebot von so wenigen Menschen angenommen wird.

Im Genesungsprozess eines Betroffenen können Angehörige eine Ressource darstellen. Doch benötigen sie dabei evtl. frühzeitig Unterstützung, um nicht selbst in eine Überforderungssituation zu gelangen.

Sind die bestehenden Angebote zur Unterstützung Angehöriger zu wenig bekannt? Und wie können Angehörige psychisch kranker Menschen möglichst frühzeitig erreicht werden?

Erwachsenen Angehörigen vermag noch die Eigenverantwortung zuteilwerden, sich selbst um entsprechende Hilfe zu kümmern, wenn eine nahestehende Person psychisch erkrankt.

Doch welche Unterstützung gibt es für Kinder, deren Mutter und/oder Vater von einer psychischen Erkrankung betroffen ist?

Diesbezügliche Recherchen ergeben erheblich weniger Ergebnisse.

Die psychische Erkrankung eines Elternteils hat unweigerlich Einfluss auf die gesamte familiäre Lebenssituation. Krankheitsbedingte, spezielle Verhaltensweisen des Betroffenen, Stimmungsveränderungen oder auch Abwesenheiten durch Krankenhausaufenthalte können von erwachsenen Angehörigen, im Wissen um die Erkrankung, entsprechend eingeordnet werden. Von Kindern kann eine derart komplexe Leistung nicht erwartet werden. Zudem sind Kinder, durch ihre Bindung zu den Eltern, in besonderem Maße von der Erkrankung eines Elternteils mit betroffen.

Das Risiko, selbst eine Erkrankung zu entwickeln, ist bei Kindern, deren Eltern von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, deutlich erhöht. Doch nicht nur vor diesem Gesichtspunkt, sondern auch um eine altersgerechte Entwicklung der Kinder und die Bindung zu dem betroffenen Elternteil zu begünstigen, ist eine angemessene Unterstützung angehöriger Kinder von Bedeutung.

Im Rahmen meiner Arbeit als Ergotherapeutin erfahre ich auch aus professioneller Sicht die Auswirkungen psychischer Erkrankungen, sowohl von Seiten betroffener Elternteile, als auch von Seiten angehöriger Kinder. **Die Ausweitung der Angehörigenarbeit im Bereich von Kindern psychisch erkrankter Eltern halte ich deshalb für durchaus förderungswürdig.**

8.2.2 Die Angehörigengruppen in Rickling und Bad Segeberg

Es berichten Herr Reiner Hasch, leitender Sozialpädagoge im Psychiatrischen Krankenhaus Rickling, sowie Herr Nikolas Kahlke, leitender Chefarzt des Psychiatrischen Zentrums Rickling, Landesverein für Innere Mission Schleswig-Holstein:

Frühere Theorien über die Entstehung psychischer Erkrankungen und die Aufrechterhaltung ihrer Symptome sprachen den Angehörigen der Betroffenen zumindest eine Beteiligung daran zu. So ist zwar der Begriff der "schizophrenogenen Mutter" (Fromm-Reichmann, 1948) wissenschaftlich längst überholt, die Theorie der "expressed emotions" (Brown, 1972) führt nicht mehr zur Zuweisung von Schuld an die Familie.

Und doch ist in Gesprächen mit Angehörigen psychisch erkrankter Menschen immer wieder die Frage zu hören: "Was habe ich, was haben wir falsch gemacht?". Spätestens seit dem "Freispruch der Familie" (Dörner, 1982) wissen wir um die Not, um das Leid auch der Angehörigen, wenn ein Familienmitglied psychisch erkrankt. Angehörige sind oft verständlicherweise unsicher im Umgang mit dem durch die Erkrankung veränderten Verhalten. Eltern, Partner machen sich Sorgen um die Zukunft. Was kann ich tun, um zu helfen? Was überfordert unseren Sohn, soll ich meiner Frau jetzt alles abnehmen? Wie kann es nach der akuten Krankheitsphase weiter gehen? Diese und viele andere Fragen bewegen die Angehörigen beispielsweise während eines stationären Krankenhausaufenthaltes. Aber auch langfristig gibt es einen Bedarf nach Austausch mit anderen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden, denn mit der Kollegin am Arbeitsplatz oder dem Nachbarn lässt sich auch heute noch nicht so einfach über psychische Erkrankung sprechen, wenn die eigene Familie betroffen ist. Trotz zahlreicher Bemühungen, das Stigma "psychisch krank" zu entkräften, berichten viele Angehörige von Unverständnis und Vorurteilen des Umfeldes.

Aber nicht nur die Angehörigen psychisch erkrankter Menschen brauchen Hilfe, Beratung und Unterstützung, die Psychiatrie braucht die Angehörigen auch. So wie sich auf einem langen Weg erfreulicherweise das Verhältnis der "Profis" zu den von der Erkrankung betroffenen Menschen inzwischen in Richtung Partnerschaft verändert hat, gehört die Einbeziehung der Angehörigen in den Behandlungs- und Betreuungsprozess zum psychiatrischen Standard. Ohne die Angehörigen laufen viele Behandlungsansätze ins Leere, sie müssen etwas über die Erkrankung, die

Behandlung und über einen adäquaten Umgang mit den Symptomen erfahren, um den erkrankten Menschen unterstützen zu können. Weiterhin ist wissenschaftlich belegt, dass eine emotionale Entlastung der Angehörigen eine erhebliche Bedeutung für den Verlauf psychischer Erkrankungen haben kann.

Seit vielen Jahren gibt es im Kreis Segeberg, ergänzend zu Einzelkontakten mit Therapeuten, Betreuern u.a., Angebote für Angehörige psychisch erkrankter Menschen, in Gruppen über diese Themen zu sprechen. So finden sowohl im Psychiatrischen Krankenhaus Rickling (zweimal im Monat) als auch in der Jugendakademie Bad Segeberg (einmal im Monat) abends Angehörigengruppen statt. Ein weiteres Angebot gibt es in der Stadt Norderstedt.

Aufgrund der Altersstruktur der Bevölkerung wächst die Anzahl Angehöriger von Menschen mit Demenzen sehr stark. Nun sind aber die Herausforderungen an die Angehörigen sehr unterschiedlich und hängen auch stark ab vom Demenzstadium der Betroffenen. Daher hat die Abteilung für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie begonnen, ein Manual zu entwickeln, mit dem Profis und Betroffene gezielt auf die Herausforderungen in den Phasen eingehen können. Dieser Ansatz empfiehlt sich überall dort, wo Angehörige beraten werden oder auch in Gruppen zu dem Thema. Als erläuterndes Beispiel sei erwähnt, dass erfahrungsgemäß die Angehörigen von Menschen, bei denen gerade erst die Verdachtsdiagnose gestellt wurde, ganz andere Sorgen und Fragen haben, als Angehörige von Menschen, die in einem späten Stadium schon rund um die Uhr gepflegt werden und mit denen vielleicht die direkte Kommunikation nicht mehr möglich ist. Bei Fragen können Sie sich an den Leitenden Oberarzt Dr. Florian Gal wenden.

8.2.3 Die Angehörigengruppe Norderstedt

Es berichtet Frau Sabine Seitz, Sozialpädagogin im Sozialpsychiatrischen Dienst Kreis Segeberg:

Die Gruppe für Angehörige von psychisch kranken Menschen wurde im Mai 1997 gegründet. Frau Sabine Seitz, damals Sozialpädagogin des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Bereich Norderstedt, und der damalige Leiter der ATP Norderstedt, der Diplom-Psychologe Herr Henning Fröschner, wollten Angehörigen aus Norderstedt und Umgebung die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch geben.

Die Gruppe traf sich 14-tägig montags, in der Zeit von 19-21Uhr, in den Räumen der ATP im Alten Kirchenweg in Norderstedt. Eine Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel war somit gegeben. Die Gruppe wurde als offene Gruppe ohne erforderliche An- oder Abmeldung geführt.

Schon zu Beginn zeigte sich, dass die Angehörigen Raum für das gemeinsame Gespräch suchten und ihre Erlebnisse mit den kranken Angehörigen mitteilen und teilen wollten. Eine Gruppengröße von mehr als 8-10 Teilnehmer ließ dafür keinen Raum. In der Regel bestand die Gruppe aus 4-8 Teilnehmer*innen. Sie wurden teilweise durch Pressemitteilungen oder ausgelegte Flyer bei niedergelassenen Ärzt*innen und psychosozialen Einrichtungen aufmerksam. Des Weiteren wurde im Krankenhaus Rickling oder beim Gesundheitsamt sowie der KISS (Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen) auf das Angebot hingewiesen.

Neben Teilnehmer*innen, die mehrere Jahre die Gruppe mit oder auch ohne Unterbrechungen aufsuchten, gab es Menschen, die bereits nach einigen Sitzungen eine Entlastung durch die Gruppe erfahren hatten.

In den Anfangsjahren bestand in regelmäßigen Abständen der Bedarf an Informationsvermittlung über psychische Erkrankungen und die Behandlungsmöglichkeiten. Hierzu wurde ein Oberarzt des psychiatrischen Zentrums Rickling zur Gruppe eingeladen. Mit der zunehmenden Vernetzung der Gesellschaft wurde auch bei der Angehörigengruppe deutlich, dass die Menschen hierzu das Internet nutzen. Außerdem ist eine Teilnehmerin im Angehörigenverband Hamburg tätig und konnte die Gruppe mit vielfältigen Informationen zu diesen Themen versorgen.

Sozialrechtliche Probleme, die im Zusammenleben mit psychisch kranken Angehörigen eine große Rolle spielen, konnten durch die Moderator*innen aber auch durch die Teilnehmer*innen selbst immer im einzelnen Gespräch besser als durch Informationsveranstaltungen gelöst werden.

In den vergangenen Jahren hat sich gezeigt, dass Angehörige psychisch Kranker immer noch nicht offen über die Erkrankung ihrer Partner*innen, Eltern oder Kinder reden können. Sowohl im Freundeskreis, in der Nachbarschaft, beim Arbeitgeber und sogar im eigenen Familienkreis findet eine Stigmatisierung und Tabuisierung statt.

Angehörigengruppen sind häufig der einzige Ort, an dem Betroffene Gehör und vor allem Verständnis für ihre Situation finden.

Im Kreis Segeberg sollte auch weiterhin wohnortnah allen Angehörigen die Möglichkeit zu solchen Gruppentreffen angeboten werden.

Die Angehörigengruppe in Norderstedt wird seit November 2015 von zwei Mitarbeiter*innen der ATP moderiert.

8.3 Die Selbsthilfe

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

Die Selbsthilfe ist als vierte Säule im Gesundheitswesen verankert. Sie ergänzt das System aus stationärer und ambulanter psychiatrischer und medizinischer Versorgung. Einen möglichst niedrighschwelligem Zugang zur Selbsthilfe im Kreis Segeberg bietet die Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KIS), die finanziell von den Gesetzlichen Krankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung und dem Land gefördert wird. Selbsthilfe ist bunt und vielfältig, wie die Menschen, die sich in Gruppen, Vereinen oder überregionalen Organisationen engagieren. Sie bildet insofern die Gesellschaft mit ihren regionalen Besonderheiten ab. Im Kreis Segeberg zeichnet sich dies in der wachsenden Zahl der psychosozialen Gruppen ab. Seit Bestehen der KIS mit Hauptsitz in Bad Segeberg haben sich vor allem Gruppen für Menschen mit Depressionen, Ängsten, Persönlichkeitsstörungen, psychischen Problemen nach Lebenskrisen sowie einige im Bereich der chronischen Krankheiten gegründet. Einen Schwerpunkt in der Selbsthilfe bilden die Suchtgruppen, die sich vor allem an Alkoholiker richten.

Von knapp 100 Selbsthilfegruppen im Kreis Segeberg sind 64 im psychosozialen Bereich anzusiedeln. Eine psychiatrische Diagnose als gemeinsames Thema haben davon nur 40 Gruppen, wobei 25 auf den Bereich Sucht entfallen.

Die meisten Menschen, die sich an die KIS wenden und eine Selbsthilfegruppe suchen, leiden unter Depressionen. Diese Entwicklung hält seit Jahren an. Wichtig ist ein ausführliches Beratungsgespräch. Daraus ergibt sich nicht immer die Vermittlung in eine bestehende Gruppe, sondern oft ein Informationsgespräch über Möglichkeiten professioneller Hilfe und somit an die stationären und ambulanten Facheinrichtungen. Ängste, Persönlichkeitsstörungen wie Borderline

und AD(H)S bei Erwachsenen sind Themen, zu denen ebenfalls verstärkt Gruppen gesucht werden.

Vermeehrt wünschen sich Interessierte keine spezifische Selbsthilfegruppe für „ihre“ Diagnose. Sie suchen den Austausch mit Menschen in ähnlichen Situationen, aber es soll nicht immer um die Krankheit gehen. Vor diesem Hintergrund sind bereits vier gemischte Gruppen im psychosomatischen Bereich entstanden, in denen sich Menschen treffen, die unterschiedliche Probleme haben, seien es Depressionen, Ängste, Einsamkeit oder auch Probleme, soziale Kontakte zu knüpfen. Immer häufiger fragen Angehörige nach Unterstützungsangeboten. Darunter sind Lebenspartner*nnen oder Eltern von psychisch Kranken, aber ebenso auch von langfristig chronisch erkrankten Menschen und Behinderten.

Allen Selbsthilfegruppen ist gemein, dass sie ihren Mitgliedern einen geschützten Rahmen für den Austausch mit anderen bieten möchten. Die Teilnahme ist in der Regel kostenlos und auf jeden Fall freiwillig. Die KIS unterstützt die Neugründung von Gruppen, vermittelt Interessierte, berät bestehende Gruppen und bietet Fortbildung im Selbsthilfebereich an. Um noch flexibler auf Anfragen reagieren zu können, nimmt die KIS ab 2016 am **In-Gang-Setzer-Projekt** teil. Ziel ist es, geschulte Ehrenamtliche zur Unterstützung von Selbsthilfegruppen einsetzen zu können. Menschen mit psychischen Problemen fällt es schwer, Aufgaben wie die Verwahrung des Schlüssels, frühzeitiges Aufschließen und ähnliches zu übernehmen. Für diese organisatorischen Fragen haben sich die In-Gang-Setzer in anderen Bundesländern oder gar dem Kreis Herzogtum-Lauenburg bewährt. Außerdem wird KIS ab Januar 2016 14-tägig Sprechstunden zur Selbsthilfe in Kaltenkirchen anbieten.

9 Was bewegt die Suchthilfe?

9.1 Moderne Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe – Statusbericht 2014

Es informiert Herr Dr. Ernst Lange, Arzt im Sozialpsychiatrischen Dienst, Kreis Segeberg:

Seit mehr als 15 Jahren dokumentieren die Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe Schleswig-Holstein ihre Arbeit mit Hilfe eines computergestützten Dokumentationssystems. Für die Mitarbeiter*innen ist diese Form der Aktenführung mittlerweile ein unverzichtbarer Bestandteil ihrer Arbeit geworden. Gleichzeitig ermöglichte die Abkehr von der „klassischen“ Handakte die Erstellung von standardisierten Statistiken, welche sowohl den Einrichtungen selbst, als auch Trägern, Kommunen, Kreisen und dem Land zur Verfügung gestellt werden konnten. Die elektronische Dokumentation erwies sich im Laufe der Jahre als ein wichtiges Instrument, um Art und Umfang der Arbeit mit suchtkranken Menschen konkret beschreiben und somit auch belegen zu können. Die auf ihrer Basis durchgeführten statistischen Analysen gaben darüber hinaus wertvolle Hinweise darauf, ob und in welcher Weise sich die zu betreuende Klientel im Zeitverlauf verändert und wie das Hilfeangebot entsprechend angepasst werden sollte.

Von Beginn an wurde dieser Prozess wissenschaftlich begleitet, und die erhobenen Daten sind nach wissenschaftlichen Maßstäben ausgewertet worden. Um die Ergebnisse sowohl den Einrichtungen selbst als auch der interessierten Fachöffentlichkeit zur Verfügung stellen zu können, sind diese in jährlich erscheinenden Berichten dargestellt, beschrieben und diskutiert worden. Der vorliegende Bericht ist bereits der 16. Jahresbericht. Doch während in den zurückliegenden 3 Jahren ausschließlich Trendanalysen dargestellt und diskutiert worden sind, enthält auf Wunsch der Projektgruppe „Dokumentation Sucht“ der diesjährige Bericht die Beschreibung der Klient*innen des Jahres 2014 sowie Aussagen über die Formen und den Umfang der von ihnen nachgefragten Maßnahmen.

Exemplare des aktuellen Statusberichtes 2014 werden auf Anfrage bei der Herausgeberin übersendet:

Landesregierung Schleswig-Holstein
Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung
Adolf-Westphal-Straße 4
24143 Kiel

Ansprechpartnerin: Christine Brandes, VIII 446, Telefon 0431 988-5452, E-Mail:
christine.brandes@sozmi.landsh.de

9.2 Was bewegt die Träger der Suchthilfe 2015/2016?

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

Es berichten Herr Dipl. Psych. Dr. Hans-Jürgen Tecklenburg (Leiter der Ambulanten und teilstationären Suchthilfe, Landesverein für Innere Mission Schleswig-Holstein), Herr Dr. phil. Jean Hermanns (Leitender Therapeut der Suchtpsychiatrischen Abteilung im Psychiatrischen Krankenhaus Rickling, Landesverein für Innere Mission Schleswig-Holstein), Herr Thomas Mayer (Leiter des Sozialwerks Norderstedt e. V.) und Frau Anja Lohse (Leiterin der Therapiehilfe e.V.), Stand Januar 2016:

Der Bericht des Vorjahres konnte dazu genutzt werden, sowohl die aus allgemeinen Statistiken vorhandene Datenlage zur Verbreitung von Suchterkrankungen auf den Kreis Segeberg zu spezifizieren und zu aktualisieren als auch Zielsetzungen und aktuelle Versorgungsinstitutionen zu beschreiben.

Der nachfolgende Bericht teilt sich auf in Anmerkungen zur ambulanten Suchthilfe, zu teilstationären und stationären Versorgungsangebote im Kreis und schließt mit einem kurzen ergänzenden Ausblick auf die weitere Entwicklung.

9.2.1 Ambulante Suchthilfe im Kreis Segeberg

Das 2014 durchgeführte Vergabeverfahren des Kreises Segeberg für die Beratungsleistungen hatte im Bereich der Suchtberatung zum Ergebnis, dass bis auf Veränderungen im Sozialraum Nord die langjährig aufgebauten **Strukturen** weiter genutzt werden konnten. Durch die im Verfahren vorgegebene Veränderung der Zuordnung zu Sozialräumen wurden Angebote, die im Familienzentrum

Bornhöved bis dahin von der Ambulanten und Teilstationären Suchthilfe (ATS) des Landesvereins für Innere Mission realisiert wurden, zum Jahreswechsel an den dann ab 2015 für den Sozialraum Nord zuständigen Träger Therapiehilfe e.V. verlagert.

Die Suchtberatungsstellen in Bad Bramstedt und Bornhöved sind täglich geöffnet. Im Sozialraum Nord werden in Bad Bramstedt, Bornhöved und Trappenkamp wöchentliche Sprechstunden durchgeführt.

Im Sozialraum „West“ konnten die bis dahin ausschließlich in Kaltenkirchen vorgehaltenen Angebote der Suchtberatung, nach Fertigstellung der Räume des „Hauses der sozialen Beratung in Henstedt-Ulzburg“, 2015 durch eine Außensprechstunde der ATS in der Gemeinde Henstedt-Ulzburg ergänzt werden. Im Sozialraum Norderstedt wurden durch die „Bietergemeinschaft“ von Landesverein für Innere Mission und Sozialwerk Norderstedt e.V. die Beratungsangebote beider Träger noch enger gekoppelt und weitere Bedarfssprechstunden im Stadtgebiet eingerichtet.

Angebote der **Suchtberatung** werden in allen Suchtberatungsstellen überwiegend in Form von Einzel- bzw. Familiengesprächen nachgefragt. In Kaltenkirchen (ATS) und Norderstedt (Sozialwerk und ATS) werden seit langem auch gut nachgefragte Angehörigengruppen angeboten. Neben der Terminvereinbarung per Telefon bzw. Mail bestehen in den Einrichtungen kurzfristige Kontakt- und Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen der sogenannten „offenen Sprechstunden“. Die zur Verfügung stehenden Kapazitäten sind sehr stark nachgefragt, so dass für kurzfristige Termine vorwiegend die Sprechstunden genutzt werden bzw. von den Einrichtungen andere Möglichkeiten der Krisenintervention organisiert werden.

Bis 2014 wurden im Rahmen der **„Psychozialen Begleitmaßnahmen“** spezifische Mittel **für die Suchtberatung in den Jobcentern** des Kreises Segeberg in Bad Segeberg, Kaltenkirchen und Norderstedt zur Verfügung gestellt. Dieses Projekt wurde 2014 beendet und die Aufgabe im Rahmen des Vergabeverfahrens mit ausgeschrieben. Im Rahmen der Vergabe war von den Trägern vertraglich zuzusichern, in Abstimmung mit den Jobcentern Sprechstunden an den jeweiligen Standorten (für potentielle Ratsuchende aus

dem Sozialraum für den Zuständigkeit besteht) anzubieten. Die Umsetzung dieser Anforderung wurde, soweit vorher noch nicht realisiert, Anfang 2015 kooperativ mit dem Jobcenter abgestimmt. Von der Therapiehilfe werden ab 2015 Sprechstunden in den Jobcentern Bad Segeberg und Kaltenkirchen, von der ATS in Bad Segeberg, Kaltenkirchen und Norderstedt realisiert. Inwieweit sich diese Veränderungen auf das Angebot der „aufsuchenden Suchtberatung“ auswirken, lässt sich nach den ersten drei Quartalen 2015 seitens der Träger der Suchthilfe (aufgrund noch unzureichender Daten) noch nicht beantworten. Für eine sachgerechte Bewertung wäre es sinnvoll, wenn das Jobcenter hierzu eigene Daten zur Vermittlung (entsprechend dem abgestimmten Verfahren: Zuweisungsbogen) zur Verfügung stellen könnte. Bei der ATS besteht ein erster vorläufiger Eindruck, dass im Vergleich zu Vorjahren, auch unter Berücksichtigung des veränderten reduzierten regionalen Zuständigkeitsbereichs, ein Rückgang der Zuweisungen von Kund*innen der Jobcenter in die Angebote der Suchtberatung zu verzeichnen ist. Belastbare Daten liegen hier frühestens ab 2016 vor.

Auch wird das Angebot der Fachberatung zu aktuellen Fällen bzw. Fortbildung zu übergreifenden suchtspezifischen Fragestellungen für Mitarbeiter*innen und Führungskräfte im Kreis Segeberg vorgehalten.

Im Bereich der **Suchtprävention** sind die Möglichkeiten der Umsetzung von suchtpreventiven Angeboten aus Mitteln des Kreises durch die zur Verfügung gestellten Ressourcen für Netzwerkarbeit und Prävention festgelegt. Die hierdurch zur Verfügung stehenden Ressourcen reichen allerdings bei weitem nicht für die Bedarfsdeckung aus. Im Rahmen der Forschung zur Suchtprävention ist belegt, dass wirksame suchtpreventive Angebote für Kinder und Jugendliche bestimmten Rahmenbedingungen (alters- und geschlechtsdifferenzierte Ansprache, Kontinuität, Differenzierung der Themen, Verbindlichkeit in der Kooperation von Schulen und Einrichtungen der Suchthilfe, Entwicklung schul- bzw. einrichtungsspezifischer Präventionskonzepte u.a.) genügen sollten. Nur punktuelle - dann oft anlassbezogene „Feuerwehreinsätze“ - sind im Hinblick auf die Zielsetzung der Suchtprävention deutlich weniger wirksam.

Vor dem Hintergrund des aus Einrichtungen und Schulen geäußerten Bedarfs haben Kommunen, zum Teil bereits seit vielen Jahren, Angebote der Suchtprävention in ihren Einrichtungen unterstützt und gefördert. In

Kaltenkirchen, Henstedt-Ulzburg und 2015 neu auch in Norderstedt ist der Rahmen durch vertragliche Regelungen oder anderenorts auch durch mehrjährige Mittelzusagen (Bad Bramstedt) verbindlich vereinbart. Aufgrund der bekannten schwierigen Lage der öffentlichen Haushalte sind der Umfang und die Art der Angebote der Suchtprävention für Kinder und Jugendliche in den Gemeinden und Städten des Kreises allerdings sehr unterschiedlich. Gerade für strukturell eher schwache bzw. überdurchschnittlich belastete Gemeinden scheint es ausgesprochen schwierig, die für Prävention benötigten „freiwilligen Mittel“ ausreichend zur Verfügung zu stellen. Dieses hat zur Folge, dass bestimmten Entwicklungen, wie z.B. dem seit Jahren steigenden Anteil von Cannabiskonsument*innen mit problematischen Konsummustern oder Kindern und Jugendlichen mit problematischem Mediennutzungsverhalten, regional sehr unterschiedlich durch Präventionsprojekte angesprochen werden können. Die Chance von Kindern und Jugendlichen, durch Präventionsangebote eigenes Verhalten bzw. eigene Entwicklungen frühzeitig zu reflektieren und zu überprüfen, hängt - verkürzt formuliert - von der Kassenlage der Gemeinde oder des Schulträgers ab.

Die Mittel für die Suchtprävention sind für die Verwendung im Bereich „Kinder und Jugendliche“ vorgesehen. Es besteht allerdings auch ein hoher Bedarf an Präventionsveranstaltungen, die sich an Erwachsene richten.

Die ATS des Landesvereins hat in den vergangenen Jahren, gemeinsam mit anderen diakonischen Trägern in Kiel und Schleswig, die „**Fachstelle für Mediennutzung und Mediensucht**“ entwickeln und mit Unterstützung des Deutschen Hilfswerks etablieren können. Zum Ende der Projektlaufzeit bestand das hohe Risiko, dass diese Fachstellen trotz intensiver Nutzung auch im Kreis Segeberg ihre Arbeit hätten einstellen müssen. Durch das Engagement von Landespolitiker*innen, auch aus dem Kreis Segeberg, sowie des Sozialministeriums konnte für 2015 eine Verlängerung der Arbeit, die u.a. auch ein internetgestütztes Beratungsangebot (www.suchtonline.de) enthält, erreicht werden. Ob dieses auch für das kommende Jahr gelingt, ist nicht zuletzt aufgrund der erheblichen anderen aktuellen Belastungen des Landes noch nicht absehbar. Sowohl Beratungs- als auch Präventionsangebote der Fachstelle für Bürger*innen des Kreises Segeberg wären über die bisher für die Suchthilfe im Kreis Segeberg zur Verfügung stehenden Mittel nicht abdeckbar.

Eine besondere Problematik stellt der **Zugang von behinderten Menschen zur Suchtberatung** dar. Häufig wurden aus Einrichtungen der Behindertenhilfe erst in einem sehr späten Stadium, bzw. bei aktuellen Krisen- und Notfällen, im Einzelfall Suchthilfeleistungen abgerufen.

Zwischen Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Suchthilfe im Landesverein für Innere Mission wurde diese Problematik erkannt und 2014 konnte mit Unterstützung der Aktion Mensch und des Landesvereins für Innere Mission das **Modellprojekt „Tandem“** begonnen werden. In der Umsetzung dieses Projektes, das neben Sprechstunden in Werkstätten und Einrichtungen für behinderte Menschen individuelle Beratungsmöglichkeiten für Betroffene und Schulungen für Mitarbeiter*innen der Einrichtungen der Behindertenhilfe vorsieht, wurde deutlich, dass auch Mitarbeiter*innen im Bereich der Suchthilfe spezifische Kenntnisse benötigen, um konstruktiv mit den Problemen der behinderten Klient*innen umgehen zu können. Einen besonderen Stellenwert haben in diesem Arbeitsfeld die aufsuchende, nachgehende Kontaktaufnahme sowie die abgestimmte enge Vernetzung mit Mitarbeiter*innen der Einrichtungen. Allein in 2015 wurden mehr als 50 Klient*innen (unabhängig vom Budget des Kreises Segeberg) über dieses Modellprojekt versorgt.

Die Entscheidung des Kreises Segeberg, die Mittel für die **psychosoziale Begleitung Substituierter** zu belassen, ermöglicht die weitere psychosoziale Begleitung der Patient*innen und die Aufrechterhaltung der Struktur der Vergabe durch niedergelassene Ärzt*innen und ermächtigte Ärzt*innen des Landesvereins in den „Vergabestellen“ in Bad Segeberg und Kaltenkirchen. Nachdem der einzige in Norderstedt in der Vergabe aktive Arzt seine Tätigkeit 2015 aufgegeben hat, konnte die Versorgungslücke nur durch die Einrichtung einer weiteren „Vergabestelle“ in den Räumen der psychiatrischen Tagesklinik in Norderstedt geschlossen werden.

Eine psychosoziale Betreuung Substituierter kann derzeit im Sozialraum Nord wegen der Nichtberücksichtigung bei der Vergabe entsprechender Landesmittel nicht durchgeführt werden. Die betroffenen Klient*innen sind derzeit gezwungen, auf eigene Kosten in andere Regionen des Kreises auszuweichen.

9.2.2 Teilstationäre und stationäre Angebote im Kreis Segeberg

Die **Suchtpsychiatrische Abteilung des Psychiatrischen Zentrums Rickling** wird weiterhin sehr stark hinsichtlich der Durchführung von Akut- und Komplexbehandlungen von suchtkranken und komorbiden Patient*innen aus dem Kreis Segeberg in Anspruch genommen. Hierunter fallen Entzugs- und sog. Beikonsum-Entgiftungen von opiatsubstituierten Patient*innen, ebenso wie Behandlungen von Patient*innen mit akuter psychischer und Sucht-Erkrankung in Kombination. Besonders zugenommen haben schwere psychotische Störungen im Zusammenhang mit **Cannabiskonsum bzw. –abhängigkeit** insbesondere bei jüngeren Patient*innen, die nachfolgend oftmals längerfristig psychisch beeinträchtigt bleiben.

Aufgrund der häufigen Nachfrage ist von einem deutlichen Bedarf an stationären suchtpsychiatrischen Behandlungen von **unter 18-jährigen Patient*innen** mit problematischem Cannabiskonsum bzw. –abhängigkeit, z.T. auch Mischkonsum mit Amphetaminen, auszugehen, dem im herkömmlichen kinder- und jugendpsychiatrischen System offenbar nicht ausreichend bzw. z.T. auch fachgerecht begegnet werden kann.

Das Psychiatrische Zentrum hat innerhalb der suchtpsychiatrischen Abteilung aufgrund entsprechender Aufnahmen und Nachfragen mit dem Aufbau eines Akutbehandlungsangebotes für sog. „stoffungebundene Süchte“, insbesondere **Medienabhängigkeit** und Spielsucht, begonnen. Menschen geraten aufgrund dieser Störungen offensichtlich immer häufiger in Krisen- und Konfliktsituationen, die stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfestellungen bedürfen.

Ein weiterer Trend ist die Zunahme von Behandlungen von **Patient*innen im Seniorenalter**, bei denen zum einen auf das Alter zugeschnittene Therapieinhalte vorzuhalten sind und die zum anderen häufig zusätzlich somatisch-internistischen Behandlungsbedarf aufweisen. Die etablierte sehr intensive Zusammenarbeit mit den Einrichtungen der ambulanten, teilstationären und stationären Suchthilfe und -rehabilitation hat sich als sehr hilfreich bei der notwendigen umfassenden Hilfestellung für suchtkranke und komorbide Patient*innen erwiesen. Hier ist

insbesondere auf die Notwendigkeit der „nahtlosen“ Übergänge in die anderen Hilfearten und entsprechende zeitnahe Kostenzusagen hinzuweisen.

Unklar ist im Augenblick noch, inwiefern die **Veränderungen im Entgeltsystem** für stationär psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlungen (PEPP) die Versorgungssituation suchtkranker Patient*innen verändern wird. Es steht zu befürchten, dass sich die geplante sog. „Fallzusammenführung“ negativ insbesondere für chronisch Suchtkranke auswirken wird.

Durch die strukturellen Veränderungen im Bereich des Psychiatrischen Zentrums und die Verstärkung der Bemühungen um Reintegration auch chronisch Suchtkranker in die Gesellschaft, einschließlich der Stabilisierung des eigenständigen Wohnens, steigt der **Bedarf an Plätzen im Bereich teilstationärer Betreuung und therapeutisch begleiteten Wohnens** für den Übergang. Erschwerend stellt sich bei dieser Personengruppe die Situation am Wohnungsmarkt dar. Finanzierbarer Wohnraum ist allgemein ausgesprochen knapp und in bestimmten Bereichen (Westen des Kreises Segeberg und der Stadt Norderstedt) so gut wie nicht mehr vorhanden. Personen mit erheblichen sozialen Belastungen (Verschuldung, „Schufa“-Einträge, etc.), wie sie chronisch Suchtkranke häufig in ihrer Biographie und aktuellen Lebenssituation haben, sind auf dem Wohnungsmarkt selbständig kaum noch erfolgreich. Auch sozial eingestellte Vermieter sind nur schwer zu motivieren, vorhandenen Wohnraum an diese Personengruppe zu vergeben, zumal auch viele andere Menschen bezahlbare Wohnungen suchen. Diese Problematik erfordert auch zukünftig gemeinsame Anstrengungen von Kreis, Wohnungswirtschaft und Trägern.

Erfreulich ist, dass Anfang 2015 in Norderstedt die neue Einrichtung **„Adaption START Norderstedt“** der ATS des Landesvereins die Arbeit aufnehmen konnte. Diese Einrichtung ist von der Deutschen Rentenversicherung für die Durchführung von medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation im Bereich der sogenannten „Adaption“ anerkannt. Für Menschen nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung, bei denen erhebliche Fragen hinsichtlich der Reintegration in Arbeit bestehen, stellt die Adaption die Möglichkeit dar, über eine Clearingphase und die Absolvierung begleiteter Berufspraktika in Betrieben, die

Integration in Arbeit (und Wohnung) erfolgreich zu bewältigen. Bereits in der ersten Aufbauphase der Einrichtung konnten, dank der guten Vernetzung der ATS vor Ort und der Unterstützung durch zahlreiche regionale Betriebe, für die bislang eingebundenen Rehabilitanden gute Ergebnisse, bis hin zur Anstellung auf dem 1. Arbeitsmarkt, erzielt werden.

9.2.3 Ausblick

Die Problematik der Erreichbarkeit chronisch mehrfach geschädigter Suchtkranker durch ambulante Angebote besteht fort. Zunehmend werden bei Personen mit Langzeitkonsummustern bzw. stark exzessiven, autoaggressiven Konsummustern neben der Suchterkrankung auch erhebliche psychische Begleiterkrankungen wahrgenommen und diagnostiziert. Häufig ist bei diesen Personen das Ziel der Abstinenz ein „Fernziel“. Vorrangig geht es um Sicherung des Überlebens, Stabilisierung der Gesundheit und Inanspruchnahme notwendiger ärztlicher medizinischer Behandlungen, Reduzierung von schädlichen Konsummustern, Erhalt der Selbständigkeit in der eigenen Wohnung, Teilhabe an der Gesellschaft und die Anbindung an Sucht- und Selbsthilfe. Neben den Angeboten des sozialpsychiatrischen Dienstes, der häufig erst in zugespitzten Krisensituationen eingeschaltet wird, sollten auch andere Angebote - analog zum Angebot der „aufsuchenden niedrigschwelligen sozialpsychiatrischen Betreuung für psychisch Kranke“ -, das als Modellprojekt in der Region Norderstedt 2015 neu gestartet wurde, geprüft und für Suchtkranke weiter entwickelt werden.

Aus Sicht der Psychiatrieplaner*innen sollte zunächst geprüft werden, in wieweit die aktuelle vertragliche Ausgestaltung diese Hilfen schon implementieren bevor weitere Projekte initiiert werden.

Die **Unterstützung für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien** bzw. auch von Kindern und Jugendlichen mit eigenen ausgeprägten suchtgefährdenden Konsummustern ist im Kreis Segeberg, bis auf die Arbeit der stark nachgefragten „Fachstelle Kleine Riesen“ in Norderstedt weiterhin defizitär. Hierzu ist in den Sozialräumen weiter an bedarfsgerechten Lösungen zu arbeiten.

Die hohe Nachfrage nach **vollstationärer Betreuung für chronisch kranke Menschen mit Sucht- und psychiatrischen Mehrfachdiagnosen** besteht fort und wird aktuell durch ein abgestimmtes Zusammenwirken der Bereiche der Fachpflegeeinrichtung für chronisch psychisch Kranke, des Wohnens und Förderns und des Heidehofes im Psychiatrischen Zentrum gedeckt. Um für die hier betreuten Menschen einen gelingenden Übergang in die Selbständigkeit zu sichern, ist der Bedarf an Plätzen in teilstationären Betreuungsformen im weiteren Verlauf zu prüfen und ggf. anzupassen.

10 Sonderthema: Psychiatrische und Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen, Asylsuchenden und Migrant*innen

10.1 Einleitung

Es informiert Herr Dr. Ernst Lange, Arzt im Sozialpsychiatrischen Dienst, Kreis Segeberg mit Recherchen von Bundeszahlen, Chancen und Probleme der Flüchtlinge:

Die nachfolgende Lagedarstellung wurde – falls nicht anders angegeben – im September/Oktober 2015 gefertigt und basiert auf den in diesem Zeitraum vorgelegenen Informationen. Aufgrund der Dynamik in der Gesamtlage sowie nachträglicher statistischer Bereinigungen kann es zu Änderungen der Daten kommen.

Niemandem fällt es leicht, seine Heimat zu verlassen. Doch weltweit sind 60 Mio. Menschen auf der Flucht – das besagen die Statistiken des UN-Flüchtlingshilfswerks UNHCR. Es sind Menschen, die vor Bürgerkriegen fliehen, vertrieben wurden oder der Armut entkommen wollen. Seit dem 2. Weltkrieg waren noch nie so viele Menschen gleichzeitig auf der Flucht. Die meisten Menschen bleiben innerhalb ihres Heimatlandes oder fliehen ins Nachbarland. Die größte Last der Konflikte in Syrien und dem Irak tragen deshalb die angrenzenden Staaten: Millionen sind in die Türkei und den Libanon geflüchtet. Hunderttausende machen sich aber auch auf den Weg nach Europa. Deutschland und Schweden sind dabei die beliebtesten Ziele der Flüchtlinge, wohlhabende Länder mit einer florierenden Wirtschaft und gut funktionierenden Sozialsystemen. Im Laufe des Jahres 2015 könnten 800.000 bis 1 Mio. Flüchtlinge in Deutschland eintreffen.

Der Flüchtlingsstrom hat in Deutschland viele Behörden unvorbereitet getroffen. Waren es 2013 noch 127.000 Asylanträge, so stiegen diese 2014 auf 202.000. 2015 wird mit 800.000 bis 1 Mio. Flüchtlingen die vier- bis fünffache Quote des Vorjahres erwartet. Mit diesem Anstieg hatte niemand gerechnet. In den Bundesländern, Städten und Gemeinden, die für die Unterbringung verantwortlich sind, fehlen vielerorts geeignete Unterkünfte. Flüchtlinge müssen inzwischen in Schulturnhallen, Zelten und Containern untergebracht werden. Beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge

(BAMF), das für die Asylverfahren zuständig ist, häufen sich unter dessen hunderttausende von Anträgen.

Die größte Gruppe der Flüchtlinge stammt aus Syrien. Das Land wird seit mehreren Jahren von einem Bürgerkrieg erschüttert. Von Januar bis Juli 2015 stellten 42.100 Syrer einen Antrag auf Asyl in Deutschland. Die meisten von ihnen dürfen bleiben – 86 % der Anträge wurden positiv beschieden. Daneben gibt es viele Flüchtlinge aus den Staaten des Westbalkans (sogenannte sichere Herkunftsländer wie Kosovo, Albanien, Serbien und Mazedonien).

Laut dem Flüchtlingshilfswerk lag Deutschland im Jahr 2014 zwar als Zuwanderland auf Platz 2, was die absolute Zahl der Asylanträge (etwa 202.000 im Jahr 2014) betrifft. Doch die absolute Zahl der Flüchtlinge lag in vielen Ländern weit höher: Auf Platz 1 lag die Türkei, die fast 1,6 Mio. Flüchtlinge vor allem aus dem benachbarten Syrien aufgenommen hat. Auf Platz 2 lag Pakistan mit etwa 1,5 Mio. Flüchtlingen, auf Platz 3 der Libanon mit etwa 1,2 Mio. Flüchtlingen.

Berücksichtigt man die Bevölkerungszahl der Gastländer, dann war die Belastung des kleinen Libanons mit 4 Mio. Einwohnern besonders hoch: Hier kamen im Jahr 2014 auf 1.000 Einwohner 232 Flüchtlinge, in Jordanien waren es 87. In der Türkei kamen auf 1.000 Einheimische 21 Flüchtlinge, in Schweden 15 und auf Malta 14. Zum Vergleich: Deutschland hat 2014 bezogen auf 1.000 Einwohner 2,5 Flüchtlinge aufgenommen. Diese Zahl dürfte für das Jahr 2015 bei 10 – 12 liegen.

Die Zuteilung zu einer Erstaufnahme-Einrichtung für Flüchtlinge hängt zum einen von deren aktueller Kapazität ab. Daneben spielt auch eine Rolle, in welcher Außenstelle des Bundesamtes das Heimatland des Asylsuchenden bearbeitet wird, denn nicht jede Außenstelle bearbeitet jedes Herkunftsland. Zudem bestehen Aufnahmequoten für die einzelnen Bundesländer. Diese legen fest, welchen Anteil der Asylbewerber jedes Bundesland aufnehmen muss und werden nach dem sogenannten „**Königsteiner Schlüssel**“ festgesetzt. Er wird jedes Jahr entsprechend der Steuereinnahmen und der Bevölkerungszahl der Länder berechnet. Die Verteilungsquote für Schleswig-Holstein beträgt in 2015 3,38791 %.

Der Gesamtzugang Asylsuchender nach Schleswig-Holstein betrug in 2015 statistisch bereinigt 55.000 (Stand 8.2.2016). Der Anteil unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge wird dabei auf 2500 geschätzt. Schleswig-Holstein will die Kapazität der Erstaufnahmeeinrichtungen weiter ausbauen und zwar auf bis zu 25.000 Plätze.

In den Vorjahren stieg der Gesamtzugang von Flüchtlingen von 1328 in 2010 auf 3904 in 2013 und auf 7620 in 2014. In der Gesamtzugangsstatistik 2015 wurden im Vergleich zu den Vorjahren neben der Zahl derjenigen Personen, die in den Erstaufnahmeeinrichtungen in Schleswig-Holstein registriert wurden und für deren Aufnahme das Land zuständig ist, auch diejenigen Personen erfasst, die sich zeitweilig in den Erstaufnahmeeinrichtungen aufhielten, jedoch z. B. über das Verteilsystem „EASY“ (**E**rstverteilung der **A**sylbegehrenden auf die Bundesländer) in andere Bundesländer weitergeleitet wurden.

Zu den sechs zugangsstärksten Herkunftsländern in Schleswig-Holstein zählten in 2015 in absteigender Reihenfolge Syrien, Afghanistan, Irak, Albanien, Eritrea und Iran (Stand 8.2.2016). Dabei beträgt der Anteil sicherer Herkunftsländer am Gesamtzugang nur 12,27 % gegenüber 62,96 % der Länder mit einer sicheren Bleibeperspektive.

Auf den Kreis Segeberg sollten in 2015 insgesamt 2.600 Asylbewerber verteilt werden. Zwischenzeitlich war mit 1.900 gerechnet worden. Für 2016 stellt sich der Kreis insgesamt auf bis zu 4.000 zugewiesene Flüchtlinge ein. Dabei rechnet man jährlich mit einem Anteil von mindestens 200 unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Die Steigerungen haben Folgen, denn es fehlen Unterkünfte in den Städten und Dörfern. Der Kreis unterstützt und kümmert sich, schafft Unterbringungen z. B. in Schackendorf und Warder.

Die Bundesregierung und die Bundesländer haben sich auf eine Finanzierung der Kosten geeinigt, die durch die Flüchtlingskrise entstehen (Bericht der Nachrichtenagentur Reuters). Grundlage der Vereinbarung sei, dass der Bund pro Asylbewerber und Monat 670,00 € an die Länder überweise. Die Länder rechnen auf der Grundlage des Modells den Angaben zufolge für 2016 mit Kosten von 5,2 Milliarden Euro für 1 Mio. erwartete Flüchtlinge im kommenden Jahr. Ende des Jahres 2016 würden jedoch die tatsächlichen Kosten mit dem Bund auf der Grundlage der Flüchtlingszahlen abgerechnet. Demnach übernimmt der Bund die Kosten während der Unterbringung in den Erstaufnahmeeinrichtungen. Hinzu kämen 350 Mio. Euro für sonstige Ausgaben in der Erstaufnahme. 2016 ergäbe dies bei einer Flüchtlingszahl von 800.000 und einer durchschnittlichen Verfahrensdauer von 6 Monaten rund 4,1 Milliarden Euro.

10.2 Standpunktpapier DGSP zur Psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden

Es informiert Herr Dr. Ernst Lange, Arzt im Sozialpsychiatrischen Dienst, Kreis Segeberg:

Die Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP) nimmt in ihrem aktuellen Positionspapier Stellung zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden.

Die DGSP ist der größte berufsgruppenübergreifende unabhängige Fachverband sozialpsychiatrisch tätiger Menschen in Deutschland. Dem Verband gehören ca. 2.500 Mitglieder an. In fast allen Bundesländern bestehen Landesverbände. Seit über 40 Jahren setzt sich die DGSP für die Entwicklung einer menschenwürdigen Psychiatrie unter Berücksichtigung des gesellschaftlichen, ökonomischen und politischen Kontextes ein. Sie fühlt sich daher herausgefordert durch die Not der Menschen in Kriegs- und Krisengebieten weltweit. Sie sieht sich in der Verantwortung für die Menschen, die in Europa und Deutschland um Schutz, Hilfe und Unterstützung nachsuchen.

In diesem Kontext stellt die DGSP nachfolgende Anforderungen an einen würdevollen Umgang mit Asylsuchenden und Flüchtlingen aus sozialpsychiatrischer Sicht (Stand Mai 2015):

„Unabhängig von der Entscheidung über Asyl- oder Flüchtlingsschutz zeigt sich sozialpsychiatrische Grundhaltung in der Übernahme von Verantwortung für Menschen aus Kriegs- und Krisengebieten, die psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Hilfe bedürfen.

Flüchtlinge sind häufig in ihren Fähigkeiten zur Selbstsorge und Selbstschutz durch das Erlebte eingeschränkt. Vor allem Anderen brauchen sie einen sicheren Platz für sich und ihre Familie, einen gesicherten aufenthaltsrechtlichen Status und eine grundlegende materielle Absicherung. Für Menschen mit Behinderungen muss gesichert sein, dass sie ohne Diskriminierung und Bedrohung in Deutschland leben können. Erst dann kann therapeutische Hilfe wirksam werden.

Sozialpsychiatrie weiß um die Folgeproblematik von Institutionalisierung, Kasernierung und gesellschaftlicher Exklusion in Gemeinschaftsunterkünften. Sie hat Erfahrungen mit der Integration von Asylsuchenden und Flüchtlingen zur

Überwindung von Massenunterkünften, die die Menschenwürde ihrer Insassen bedrohen und sie retraumatisieren können.

Flüchtlinge und Asylsuchende werden ähnlich marginalisiert wie Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen. Sie sind unmittelbar bedroht durch rassistische Hetze. Den besten Schutz dagegen bietet tragfähige Toleranz im sozialen Nahraum sowie in gesamtgesellschaftlicher Hinsicht.

Der Zugang zu einer medizinischen Versorgung muss Asylsuchenden und Flüchtlingen über die Notversorgung hinaus und ohne den Umweg über die fachlich hierfür nicht qualifizierten Sozialämter gewährt werden. Verzögerungen notwendiger Hilfen durch Genehmigungs- und Gutachtenpflicht müssen durch Aushändigung von Versicherungskarten der Krankenkassen aufgehoben werden. Die Finanzierung von Dolmetschern muss gewährleistet sein.

Ein (kultur-) sensibles Vorgehen ist zu beachten, um hiesige Versorgungsangebote versteh- und annehmbar erscheinen zu lassen. Die Hilfsangebote sind aufsuchend und vor Ort zu gestalten.

Neben den Sprachbarrieren sind kulturelle und religiöse Besonderheiten, mögliche Traumata, die anhaltend prekäre Unterbringungs- und Rechtssituationen von Flüchtlingen und Asylsuchenden zu beachten. Insbesondere sind der Schutz und der Hilfebedarf der Familien mit Kindern und der jugendlichen unbegleiteten Flüchtlinge zu beachten. Es bedarf der Kooperation und Vernetzung mit Hilfsorganisationen für Flüchtlinge wie etwa die bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfZ). Zudem ist eine enge Verknüpfung mit ehrenamtlichen Helfern vor Ort sinnvoll.

Notwendige psychiatrische Zwangsmaßnahmen beinhalten die Gefahr der Retraumatisierung und bedürfen der konsequenten und fachlichen Nachsorge.

Mitarbeitende sozialpsychiatrischer Arbeitsfelder kommen angesichts der komplexen Aufgabenstellung häufig an ihre fachlichen und emotionalen Grenzen. Insbesondere interkulturelle Kompetenzen sind zu fördern und spezifische Weiterbildungen, kollegiale Beratungen und Supervisionen anzubieten.

Abschiebungen psychisch erkrankter Flüchtlinge aus psychiatrischen Einrichtungen dürfen nicht stattfinden. Eine dienstbezüglich vorschubleistende ärztliche Gutachterpraxis ist auf das Schärfste zu verurteilen.“

10.3 Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland

Es informiert Herr Dr. Ernst Lange, Arzt im Sozialpsychiatrischen Dienst, Kreis Segeberg:

Die **Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e. V.)** ist ein Dachverband. Seit fast 20 Jahren bündelt die BAfF die Interessen der Zentren, fördert den fachlichen Austausch und vertritt gemeinsame Anliegen gegenüber Politik und Zivilgesellschaft.

Die Psychosozialen- und Behandlungszentren spielen eine zentrale Rolle bei der Versorgung von vulnerablen und traumatisierten Menschen und sind mit ihren Komplexleistungen effektiv auf die Bedürfnisse dieser besonderen Personengruppe eingestellt. Zum einen bedarf das multimodale, integrierte Behandlungs- und Beratungsspektrum, wie es die Psychosozialen Zentren aktuell anbieten, einer öffentlich finanzierten Basisförderung, die dauerhaft strukturell verankert sein muss.

Zum anderen ist eine geregelte Kostenübernahme der Angebote der spezialisierten Einrichtungen durch die Leistungsträger der Gesundheitsregelversorgung erforderlich, z. B. durch die Erstattung der Kosten für Psychotherapien einschließlich der hierfür notwendigen Dolmetscherkosten.

Mit dem vorliegenden Versorgungsbericht geht die BAfF der Frage nach, in wieweit für Geflüchtete, die mit psychischen Belastungen kämpfen, auf dem Versorgungsgebiet der BRD adäquate Behandlungsangebote zugänglich, verfügbar und tatsächlich erreichbar sind.

Die Ergebnisse einer Datenerhebung in den Psychosozialen Zentren werden dargestellt und vor dem Hintergrund völker- und europarechtlicher Verpflichtungen sowie der wissenschaftlichen Befunde zum Versorgungsbedarf erläutert. Der Bericht schließt mit nachfolgend wiedergegebenen konkreten Forderungen der BAfF für gesundheits- und sozialpolitische Interventionen, die aus diesen Analysen folgen.

Die BAfF fordert:

- Alle Geflüchteten bundesweit müssen unabhängig von Aufenthaltsstatus und Aufenthaltsdauer ab dem 1. Tag ihrer Einreise eine vollwertige Krankenversicherungskarte erhalten. Entsprechend anzupassen sind § 5, Abs.1 SGB V oder § 264 Abs.2 SGB V.
- die Finanzierung von notwendigen Dolmetscherleistungen und notwendigen Fahrkosten – verankert im SGB V.
- ein sinnvolles Verfahren von Feststellung, Bedarfsermittlung, Erstversorgung und Behandlung. Dieses Verfahren muss auf allen Stufen die vorhandenen Ressourcen und Akteur*innen berücksichtigen – aber auch neue Ressourcen erschließen und Leistungsträger einbeziehen. Nur so kann eine möglichst effiziente Versorgung sichergestellt werden.
- eine grundlegende institutionelle Förderung der Komplexleistungen der Psychosozialen- und Behandlungszentren. Die Bundesregierung muss hier endlich politisch gestaltend und steuernd tätig werden.
- eine Institutsermächtigung für die Psychosozialen- und Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Anlehnung an § 118 SGB V oder auch § 140 SGB V (integrierte Versorgung). Die Bundesregierung muss durch Gesetzgebung oder unterstützend in Richtung der GKV tätig werden.
- eine Regelung für die Abrechnung notwendiger ambulanter Psychotherapien für Geflüchtete, im AsylbLG wie über die GKV – z. B. durch Sonderbedarfsgenehmigungen für Psychotherapien mit Geflüchteten, wenn nötig mit Dolmetschereinsatz.

Impressum:

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e. V.), Paulsenstr. 55 bis 56, 12163 Berlin

Autorinnen: Jenny Baron und Silvia Schriefers (Erscheinungsdatum: 2015)

10.4 Bundesfachverband Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge

Es informiert Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Leiterin des Fachdienst Gesundheit, Kreis Segeberg:

Der Gesamtzugang Asylsuchender nach Schleswig-Holstein betrug in 2015 statistisch bereinigt 55.000 (Stand 8.2.2016). Der Anteil unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge (UMA) wird dabei auf 2500 geschätzt.

Im Kreis Segeberg lebten zum Stichtag 31.12.2015 1923 minderjährige Flüchtlinge. Darüber hinaus wurden im Jahr 2015 492 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge vom Jugendamt des Kreises Segeberg registriert, am 14.04.2016 wurden noch 368 UMA vom Jugendamt betreut. Die hohe Zahl der Abgänge resultiert aus dem Eintritt der Volljährigkeit, der Fortsetzung von Reisewegen, Familienzusammenführungen außerhalb des Kreises sowie Umverteilung auf Bundes- und Landesebene. (Quelle: Jugendamt Kreis Segeberg)

Seit 1998 setzt sich der **Bundesfachverband Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge** (B-UMF) für die Rechte von Jugendlichen ein, die ohne sorgeberechtigte Begleitung nach Deutschland kommen. Der B-UMF ist ein eingetragener Verein, der von einem dreiköpfigen Vorstand geleitet wird. In Berlin sitzt die Bundesgeschäftsstelle. Insgesamt besteht der Verband aus über 220 Mitgliedern, darunter ca. 60 Organisationen.

Der B-UMF formuliert dabei verschiedene, aber miteinander verknüpfte **Ziele**:

- Verbesserung der Aufnahmesituation
Noch immer werden unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in Gemeinschaftsunterkünften ohne spezielle Betreuung untergebracht. Der Zugang zu Einrichtungen der Jugendhilfe wird ihnen zum Teil verwehrt. Eine bundesweit einheitliche altersspezifische Versorgung hat sich bislang - trotz geltender Gesetzeslage - nicht durchsetzen können. Der B-UMF setzt sich auf den verschiedenen politischen Ebenen für eine Verbesserung dieser Situation ein.
- Gesellschaftliche Beteiligung
Junge Flüchtlinge durchlaufen einen schwierigen Prozess der Ankunft in Deutschland. Ihrer Integration werden große Hürden in den Weg

gestellt. Trotzdem gelingt es vielen Jugendlichen, an dieser Gesellschaft teilzuhaben, ihre Träume und Ziele zu verwirklichen. Der B-UMF unterstützt junge Flüchtlinge für ihre Anliegen einzutreten, ihre Stimme zu erheben – sei es im Rahmen von Fachtagungen, Kundgebungen, in unserer Geschäftsstelle oder in der Mitarbeit an Publikationen.

- **Vermittlung von Wissen – Fachtagungen und Schulungen**
Die spezielle Situation von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen, ihre Bedürfnisse, ihre rechtliche Situation sowie der Zugang zu Schulen und Ausbildung verlangt, dass sich die beteiligten Fachkräfte kontinuierlich miteinander auseinandersetzen und über Erfahrungen und Erfolge in der alltäglichen Arbeit austauschen. Der B-UMF organisiert daher regelmäßig Fachtagungen zu verschiedenen Themen und versucht, das Wissen an alle Beteiligten weiterzugeben.
- **Vernetzung der Fachöffentlichkeit**
Arbeit mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen findet in der Regel auf der kommunalen Ebene statt. Hier gilt es, voneinander zu lernen, sich gegenseitig zu unterstützen und Best-Practise-Modelle zu entwickeln. Der B-UMF hat ein Netzwerk geschaffen, welches Mitarbeitende aus der Flüchtlings- und Jugendarbeit, politisch Interessierte und Engagierte, Kinderrechtsorganisationen und kommunale Behörden zusammenbringt. Neueste Informationen, wichtige Anliegen und gemeinsame Veranstaltungen finden hier leicht ihren Weg in die ganze Bundesrepublik.
- **Politische Überzeugungsarbeit**
Einige Politiker quer durch alle Parteien sind sich mittlerweile bewusst geworden, wie dringlich das Anliegen des B-UMFs ist – aber leider sind sie noch in der Minderzahl. Darum bemüht sich der B-UMF aktiv darum, die Anliegen unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge immer wieder den beteiligten politischen Parteien nahe zu bringen. Nur so lassen sich wirksame Veränderungen der Gesetzeslage erzielen.

10.5 Der Landesarbeitskreis Migration und Psychiatrie

Es informiert Frau Andrea Köhne, Sozialpädagogin im Sozialpsychiatrischen Dienst Kreis Segeberg:

2002 wurde der Landesarbeitskreis „Psychiatrie und Migration“, der auf Anregung des „Landespsychiatrieplans SH 2000“ entstanden ist, gegründet. Hier erörtern Mitarbeiter*innen aus den Bereichen der medizinischen und der psychosozialen Versorgung sowie der Migrationssozialberatung grundsätzliche und aktuelle Probleme aus den Arbeitsfeldern. Es ist ein lockerer Zusammenschluss zum Informations- und Meinungsaustausch.

Der Landesarbeitskreis (LAK) fungiert seit 2015 als Untergruppe des LAK „Migration und Gesundheit“ des Landes, ist allerdings weiterhin „informell“ organisiert.

Im Jahr 2007 hat dieser Landesarbeitskreis "Leitlinien zur psychiatrischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein" veröffentlicht. Diese Leitlinien sollen Orientierung geben für eine Weiterentwicklung der landesweiten und regionalen sozialpsychiatrischen Versorgung für psychisch erkrankte Zuwanderer in Schleswig-Holstein.

Neben den notwendigen Aktivitäten im Bereich der interkulturellen Öffnung bestehender Einrichtungen sieht der LAK „Psychiatrie und Migration“ in seinen „Leitlinien für eine kultursensible Hilfeplanung“ von 2012 einen dringenden Bedarf, in der kommunalen Hilfeplanung der Eingliederungshilfe die kultursensible Handlungskompetenzen zu erweitern.“

Der LAK arbeitet derzeit erneut an den „Leitlinien zur sozialpsychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in SH“ als einen Entwurf für den Psychiatriebericht SH 2015.

Auszug aus dem ENTWURF: „Leitlinien zur sozialpsychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Migrantinnen und Migranten in SH“:

„Folgende Maßnahmen zur weiteren Innovation und zur Verstetigung der Grundversorgung für Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein sind dringend erforderlich:

1. *Zugang erleichtern durch Verbesserung der interkulturellen Kompetenz*
 - *Erleichterung des Zugangs von Migrantinnen zur psychiatrischen, psychotherapeutischen und allgemein-medizinischen Regelversorgung durch Vorhalten von kultursensiblen Fachpersonal.*
 - *Gezielte interkulturelle Konzepte für Einrichtungen entwickeln,*
 - *Netzwerke nutzen und gestalten.*

2. *Sprachliche und kulturelle Barrieren senken*
 - *Fortbildungsangebote für DolmetscherInnen und SprachmittlerInnen*
 - *Einrichtungen bzw. das Fachpersonal auf den Einsatz von Dolmetschenden vorbereiten*
 - *Finanzierung von DolmetscherInnen und SprachmittlerInnen*
 - *Zulassung fremdsprachiger PsychotherapeutInnen und Finanzierung fremdsprachiger Psychotherapie.*
 - *Einstellung von Fachkräften mit mehrsprachiger Kompetenz*

3. *Netzwerke nutzen und ausbauen*
 - *Einbeziehung von Angehörigen auf Wunsch der Hilfesuchenden*
 - *Förderung von Selbsthilfegruppen*
 - *Einbeziehung von Migrantenselbstorganisationen*
 - *Finanzierung von KulturmittlerInnen*
 - *Einbeziehung von Migrationssozialberatungsstellen*
 - *Öffentlichkeitsarbeit durch Informationen über psychische Erkrankungen und das regionale gemeindepsychiatrische klinische und ambulante Versorgungsangebot durch muttersprachliche Medien*
 - *Entwicklung von interkultureller Öffnung, interkultureller Kompetenz und eines entsprechenden Netzwerkes als Aufgabe der in den Kreisen und kreisfreien Städten etablierten Arbeitskreise für gemeindenaher Psychiatrie*

4. *Interkulturelle Ausbildung und Forschung*
 - *Weiterentwicklung der Ausbildungs- und Studiengänge sowie der Fort- und Weiterbildung durch Integration Interkultureller Fachkompetenz*
 - *Weiterentwicklung einer kultursensiblen diagnostischen Kompetenz*
 - *Förderung von Forschungsvorhaben zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in Schleswig-Holstein*

5. *Versorgung von Flüchtlingen sicherstellen*

- *Umsetzung von Zielgruppen gerechten Konzepten der Traumapädagogik- und therapie*
- *Traumapädagogische Fortbildung für ÄrztInnen, MitarbeiterInnen der Jugendhilfe und der Eingliederungshilfe sowie weitere beteiligte medizinische, pflegerische und pädagogische Fachkräfte*
- *Regionale Traumadiagnostik, therapeutische Intervention und Fachberatung*
- *„Zentrale“ und „regionale“ vernetzte interkulturelle Fachkompetenz*

6. *Aufbau eines Kompetenzzentrums SH*

zur Koordinierung und Weitergabe von Expertenwissen im Bereich der Flüchtlingsarbeit und Migration, Aufenthaltsgesetze und Dolmetscherdienste und interkulturelle Kompetenz“

10.6 Projekt zur Psychotherapeutischen, psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen

Es informiert Frau Andrea Köhne, Sozialpädagogin im Sozialpsychiatrischen Dienst, Kreis Segeberg:

Nach 14 Jahren Arbeit wurde im November 2010 aufgrund der Streichung der Gelder die Arbeit von REFUGIO, dem Zentrum für Folter-, Flucht- und Gewaltopfer e.V. in Kiel, eingestellt. Der damalige Vorstand hatte den PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband Schleswig-Holstein gebeten, zumindest teilweise die Arbeit von REFUGIO weiterzuführen.

Von 2011 bis Ende 2014 war es möglich, ein über den Europäischen Flüchtlingsfond (EFF) finanziertes „Projekt zur psychotherapeutischen, psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen in Schleswig-Holstein“ in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP) in Kiel durchzuführen.

In diesem Projekt gelang es, ein landesweites Psychotherapeut*innennetz und einen Dolmetscherpool aufzubauen. Eine Sozialpädagogin konnte für die psychosoziale Beratung eingestellt werden, Psychotherapeuten konnten auf Honorarbasis im Projekt mitarbeiten.

Seit 2015 finanziert das *Land Schleswig-Holstein* mit ca. 100.000 € und der *PARITÄTISCHE* mit ca. 10.000 € Eigenmitteln das „Projekt zur psychotherapeutischen, psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen“. Ziel ist es, den Betroffenen geeignete Hilfen vor Ort zu bieten und Ansprechpartner*in für Behörden, Ärzt*innen und weitere Akteur*innen im Gesundheitswesen und der sozialen Arbeit zu sein.

Derzeit werden ca. 120 Fälle im Rahmen dieses Projektes betreut.

Der Aufbau eines Regionalen Netzwerkes im Kreis Segeberg ist ebenfalls Aufgabe des PARITÄTISCHEN.

Zum näheren Verständnis hier ein Auszug aus der Pressemitteilung des PARITÄTISCHEN Schleswig-Holstein vom 13.11.2015:

„Menschen das Ankommen in Deutschland zu erleichtern, darum bemüht sich auch das AMIF-Netzwerkprojekt. Der aus EU und Landesmitteln gespeiste Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds will mit Netzwerkprojekten unterschiedlicher Träger die Aufnahme- und Willkommensbedingungen verbessern.

Das Projekt besteht aus vier Teilprojekten, in denen mehrere Akteure mit unterschiedlichen Zielsetzungen eingebunden sind. Damit aus den vielen einzelnen Aktivitäten ein stimmiges Gesamtprojekt wird, haben der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband Schleswig-Holstein und das Diakonische Werk Schleswig-Holstein die Koordination übernommen.

*Im **ersten Teilprojekt** sollen Gesellschaft und Institutionen auf ihre Aufgaben vorbereitet werden. Sowohl Verwaltungen und Zivilgesellschaft als auch viele Institutionen sind noch nicht ausreichend auf die vielfältigen Aufgaben im Zusammenhang mit Flüchtlingen eingestellt. So wird die Aufnahmegesellschaft durch Öffentlichkeitsarbeit und Fachveranstaltungen über die Lebenssituation von Flüchtlingen und Fluchtursachen informiert; notwendig ist eine Vernetzung der Kooperationspartner im Projekt*

*Das **zweite Teilprojekt** wendet sich direkt an die Flüchtlinge in der Erstaufnahmeeinrichtung in Neumünster. Sie erhalten u.a. eine Erstorientierung sowie Informationen über das Asylverfahren. „Dabei vermitteln wir auch erste, basale Deutschsprachkenntnisse im Rahmen unseres regelmäßigen Cafébetriebes. Durch den direkten Kontakt können darüber hinaus besonders schutzbedürftige*

Personen identifiziert und beraten werden", so Michael Frenzel von der Diakonie Altholstein.

Das **dritte Teilprojekt** hat die ehrenamtliche Hilfe vor Ort im Blick. Regionale Initiativen für Flüchtlinge sollen in ihren Strukturen und Möglichkeiten gestärkt werden. „Ohne das ehrenamtliche Engagement vor Ort geht es nicht. Wir stärken die Strukturen dieser Initiativen und vermitteln Grundlagenwissen etwa über Fluchtursachen und Aufenthaltsrecht“, so Andrea Dallek vom Flüchtlingsrat Schleswig-Holstein.

Das **vierte Teilprojekt** kümmert sich speziell um die Verbesserung der Behandlung traumatisierter Flüchtlinge. Fachkräfte in den Regeldiensten des Gesundheitswesens und der Sozialen Arbeit werden im Rahmen von Schulungen für die Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen qualifiziert. Zusätzlich werden in allen Landkreisen Runde Tische - Regionale Netzwerke initiiert, die sich mit dem Thema Trauma und Flucht befassen. Thema ist auch die Interkulturelle Öffnung bei allen Akteuren.

„Alle Teilprojekte im AMIF sind gut und wichtig – allerdings viel zu gering bemessen“, so Krystyna Michalski vom PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband. „Das Konzept für den aktuellen Projektzeitraum wurde Mitte letzten Jahres entworfen und basiert auf den Zahlen von 2013 und 2014. Seitdem sind die Flüchtlingszahlen in Schleswig-Holstein auf das Achtfache gestiegen. Kamen 2014 rund 7.500 Menschen als Flüchtlinge, werden es 2015 voraussichtlich 60.000 sein. Und aus einer Erstaufnahmeeinrichtung sind mittlerweile 14 geworden.“

Im Rahmen des 4. Teilprojektes werden mit Unterstützung des PARITÄTISCHEN die Netzwerke in den Regionen Schleswig-Holsteins aufgebaut, so auch das Netzwerk für den Kreis Segeberg, welches mit einem Fachtag am 24.2.2016 gestartet ist.

10.7 Regionales Netzwerk zur Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen im Kreis Segeberg

Es informiert Frau Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Leiterin des Fachdienst Gesundheit, Kreis Segeberg:

Am 24.02.2016 fand im Kreistagssitzungssaal die erste Fachtagung zum Aufbau eines regionalen Netzwerkes zur Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen im Kreis Segeberg statt.

Die meisten Flüchtlinge, die im Kreis Segeberg Schutz gefunden haben, kommen aus Kriegsgebieten und anderen Krisenherden. Es ist davon auszugehen, dass rund $\frac{1}{4}$ aller Flüchtlinge durch Krieg, Verfolgung, Folter und/ oder sexuelle Gewalt traumatisiert sind. Viele von ihnen sind behandlungsbedürftig.

Der Fachdienst Grundsatz- und Koordinierungsangelegenheiten Soziales und Asyl organisierte zusammen mit dem Fachdienst Gesundheit in Kooperation mit dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Schleswig – Holstein e.V. diese Auftaktveranstaltung zum Aufbau eines Hilfenetzwerkes.

Es meldeten sich 75 Teilnehmer*innen an. Die Interessierten kamen aus Hilfeeinrichtungen wie der Drogenhilfe, der Migrationssozialberatung oder dem Diakonischen Werk. Andere Teilnehmer*innen waren Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen aus dem Kreis Segeberg, ehrenamtlich tätige Menschen sowie Mitarbeiter*innen der Kreisverwaltung, der Bundesagentur für Arbeit sowie interessierte Politiker*innen.

Statt der angemeldeten 75 Teilnehmer*innen erschienen ca. 100 Personen. Dies war dem Umstand geschuldet, dass kurz zuvor eine Presseinformation auf die Veranstaltung hinwies und somit Interessierte unangemeldet zur Fachtagung erschienen.

Die Fachtagung begann mit Impulsvorträgen zu Flüchtlingen in Segeberg durch Frau Karin Kühle, Koordinatorin und Flüchtlingsbetreuerin aus dem Kreis. Es folgten ein Vortrag von Dr. Michael Brune aus Hamburg zur psychiatrischen Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen sowie ein Vortrag von Hajo Engbers, Psychotherapeut des PARITÄTISCHEN über unterstützende Angebote. Schließlich endete die Vortragsreihe durch Frau Krystyna Michalski, Koordinatorin der Flüchtlingshilfe des PARITÄTISCHEN Schleswig-Holstein, die Möglichkeiten und Chancen der Netzwerkarbeit aufzeigte.

In anschließenden Vertiefungsarbeitsgruppen wurden Impulse für die zukünftige Netzwerkarbeit gegeben. Es wurden Bedarfe identifiziert, wie z. B. das Transparentmachen schon bestehender Hilfen und Herausarbeiten noch fehlender Unterstützungsnotwendigkeiten. Es wurde klar der dringende Bedarf an Fortbildungen und Qualitätszirkeln aufgezeigt sowie der Wunsch, dass der Kreis einen übergeordneten Netzwerkkoordinator zur Verfügung stellt.

Ein Großteil der Teilnehme*rinnen zeigten sich motiviert, an Folgeveranstaltungen teilzunehmen. Diese werden am 25.05., 20.07. und 16.11.2016 jeweils von 14.00 bis 17.00 Uhr im Kreishaus stattfinden und weiter begleitet werden durch Frau Karin Kühle und Frau Dr. Hakimpour-Zern aus dem Kreis Segeberg sowie Frau Michalski vom PARITÄTISCHEN Schleswig-Holstein e. V.

Des Weiteren ist, organisiert durch den Paritätischen, in Kooperation mit den Kreisen Steinburg und Ostholstein, die sich ebenfalls im Aufbau eines Netzwerkes befinden, eine Schulung noch im Sommer 2016 zur „Therapie zu Dritt“ für Ärzt*innen und weitere Interessierte geplant. Die Veranstaltung soll in Bad Segeberg stattfinden.

10.8 Was bewegt den Fachdienst „Grundsatz- und Koordinierungsangelegenheiten, Soziales und Asyl?“

Es berichtet Frau Karin Kühle, Sozialpädagogin im Bereich der Flüchtlingsbetreuung/ Koordinierungsstelle zur integrationsorientierten Aufnahme von Flüchtlingen (KiA), Kreis Segeberg:

Die Datenlage zur psychiatrischen Versorgung von Flüchtlingen im Kreis Segeberg ist leider mangelhaft. Grundsätzlich werden zu den psychiatrischen Gesundheitsdaten keine Statistiken geführt, die einer objektiven Beurteilung entgegenkommen.

Im Verwaltungsbereich des Fachdienstes befassen sich Frau Carina Knauff und Frau Saskia Heise mit den Fragestellungen im Bereich der medizinischen Versorgung. Von ihnen konnte Frau Kühle in Erfahrung bringen, dass 2015 von Januar bis Ende Oktober 20 Anträge zur Psychotherapie von Flüchtlingen gestellt wurden.

Es ist nicht ersichtlich, welche Anträge bewilligt, teilgenehmigt, oder abgelehnt wurden. Es wird nicht zwischen Erst – und Folgeantrag unterschieden. Es gibt

keine Zahlen dazu, von wie vielen Asylsuchenden probatorische Sitzungen in Anspruch genommen wurden, ohne anschließend die Weiterführung der Therapie zu beantragen.

Des Weiteren gibt es zurzeit keine Statistiken, zu wie vielen psychiatrischen Klinikaufenthalten es gekommen ist. Auch wird nicht erfasst, wer mehrfach einer Versorgung bedurfte und wie lang die einzelnen Aufenthalte waren.

Frau Kühle stellt ihre Erfahrungen und Eindrücke zu diesem Themenbereich dar:

- Das Thema in seiner Komplexität wird zu wenig wahrgenommen.
- Die Zugänge zu den Therapiemöglichkeiten sind nicht niedrighschwellig
 - u.a. erfolgt Hilfe nur auf Antragstellung,
 - auch die Fahrtkosten und Dolmetscherkosten müssen sofort mit beantragt werden,
 - Anträge zur Weiterbewilligung benötigen häufig sehr viel Zeit, in denen der Flüchtling unversorgt ist,
 - das Hilfe - System ist für die Asylsuchenden nicht leicht zu vermitteln,
 - die Anzahl von Therapeut*innen und Dolmetscher*innen ist begrenzt und schränkt die Angebotsstruktur zusätzlich ein
- Es gibt keinen Überblick, wie viele Asylsuchende in psychiatrischer Behandlung mit einer medikamentösen Behandlung versorgt sind. Es gibt keinen Überblick, inwieweit das ausreichend zur Genesung oder nur eine Symptombehandlung ist, oder was noch benötigt wird.
- Es gibt keine speziell ausgerichteten Strukturen, die eine psychoedukative Versorgung von Flüchtlingen berücksichtigt
- Eine vernetzte, sozialraumorientierte Angebotsstruktur ist kaum vorhanden.
- Den Flüchtlingen, die sich in psychiatrische und psychologische Behandlung begeben, wird nicht selten aus unterschiedlichen Richtungen unterstellt, dies zum Zwecke ihres Aufenthaltes in Deutschland zu „missbrauchen“.
- Eine kultursensible Betreuung der Flüchtlinge durch die Akteure in diesem Themenbereich ist immer noch häufig gar nicht gegeben bzw. zu verbessern.
- Die Flüchtlinge selber kommen häufig aus Kulturen, in denen psychische Erkrankungen ganz anders als in Deutschland bewertet werden. D.h. diese Erkrankungen sind hoch schambesetzt, sind Tabuthemen oder

werden verharmlost. Sie werden oftmals als vorübergehend erachtet und sind häufig damit verbunden, eine Schwäche und Blöße zu zeigen.

- Bei den anderen Flüchtlingen aus diesem Kulturkreis wird sich dementsprechend über erkrankte Menschen „lustig“ gemacht, oder die Personen werden als vom Teufel besessen gemieden etc.
- Der geschlechtsspezifische Aspekt und mögliche Unterschiede muss noch besser hinterfragt, beobachtet und analysiert werden.
- Psychische Erkrankungen bringt das Ehrenamt in der Betreuung von Flüchtlingen an und über Grenzen.
- Es gibt eine Tendenz „Alles“ zu einem Trauma zu machen, ohne zu wissen, was ein Trauma ist.

10.9 Psychiatrische Behandlung von Flüchtlingen und Migrant*innen

Über seine Erfahrungen berichtet Herr Dr. med. Ali Ekber Kaya, Leitender Oberarzt im Landesverein für Innere Mission in Schleswig-Holstein, Abteilung für Migrationspsychiatrie und –psychotherapie, Ärztlicher Leiter Psychiatrische Institutsambulanz für Migrantinnen, Stand 10.02.2016:

Die größte Flüchtlingswelle in der Nachkriegsgeschichte unseres Landes stellt auch den Bereich der psychosozialen, psychiatrischen- und psychotherapeutischen Versorgung vor gewaltige Herausforderungen, die, falls nicht entsprechend differenzierte und auf die Bedarfe der Flüchtlinge adaptierte Hilfsangebote heute schon entwickelt werden, in den nächsten Jahren unsere gesamte Gesellschaft, aber insbesondere das Gesundheitssystem mit massiven Problemen belasten werden. Denn schon heute gibt es genügend wissenschaftliche Evidenz und Empirie darüber, dass eine interkulturelle Öffnung des psychosozialen Versorgungssystems und eine Implementierung von kultursensiblen Angeboten präventiv wirksam sind und eine erfolgreiche Integration in allen Feldern der Gesellschaft fördern. Gute Betreuungs- bzw. Behandlungsergebnisse sind Voraussetzung für Lebensqualität von psychisch belasteten, insbesondere traumatisierten Flüchtlingen. Auch die sozialen und die makroökonomischen Folgen, wie Einspareffekte in der Behandlungs- und Betreuungskette - denn „integrieren kann sich jemand, der auch gesund ist“- sind zu bedenken.

Die unerwartet hohe Zahl von Flüchtlingen stellt jede Kommune mit allen Beteiligten des Hilfesystems vor massive logistische Herausforderungen. So ist z. B. die Beschaffung ausreichender und menschenwürdiger Unterkünfte bei sehr knappen Ressourcen eine gewaltige Aufgabe. Ohne die erfreulich hohe Akzeptanz bei den Bürger*innen und die wohl von ihnen weltweit einzigartigen, ehrenamtlich organisierten Hilfsangebote, könnte diese Aufgabe niemals bewältigt werden. Denn innerhalb kürzester Zeit muss unser Land schon jetzt über eine Millionen Menschen mit einer für uns sehr fremden Kultur, Konfession und Lebensanschauung in unsere Gesellschaft integrieren.

Dabei sollte nicht vergessen werden, dass auch für die Flüchtlinge unsere Lebenskultur mit allen ihren Aspekten sehr fremd ist und einen hohen Anpassungsdruck darstellt. Gerade der Anpassungsprozess stellt, selbst nach einer sicheren Ankunft nach einer für viele Menschen traumatisierenden Flucht, einen enormen Einfluss auf die Akkulturation und zumeist sogar einen Stressor bei der Entwicklung einer psychischen Störung selbst für Flüchtlinge ohne wesentliche Gesundheitsprobleme dar.

Allerdings wird davon ausgegangen, dass 20 - 40 % der Flüchtlinge unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leiden [Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M. & Neuner, F. (2006). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35 (1), 12-20-aus einer Pressemitteilung der Bundestherapeutenkammer 01.02.2016].

In einer kürzlich erschienen Pressemitteilung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom 01.02.2016 heißt es, dass „viele der Menschen, die in Deutschland Asyl suchen, in ihrem Heimatland und auf der Flucht traumatische Ereignisse erlebt haben. Die häufigsten traumatischen Erfahrungen, so gaben erwachsene Flüchtlingen in Deutschland an, seien: Gewalt gegenüber anderen miterlebt (70 Prozent), Leichen gesehen zu haben (58 Prozent), Opfer von Gewalt geworden (55 Prozent) oder gefoltert worden zu sein (43 Prozent) und insgesamt 60 % von ihnen litten neben der o.g. PTBS an weiteren psychischen Störungen wie Depressionen, Störungen, Somatoformen-, Angst- und Suchtstörungen [Richter, K., Lehfeld, H., Niklewski, G. (2015). Warten auf Asyl: Psychiatrische Diagnosen in der zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern. Gesundheitswesen. Online-Publikation].

Unserer Einschätzung nach bedeutet dies nicht, dass auch alle diese Menschen eine Traumafolgestörung wie eine s. g. PTBS, eine Depression oder eine Suchterkrankung entwickeln. Denn das Erleben eines Traumas per se führt nicht unbedingt zur Entwicklung einer psychischen Störung, sondern (neben individuell-biographischen und biologischen Resilienzfaktoren) sind es vielmehr die alltäglichen Lebensumstände, in denen die Flüchtlinge nach der Ankunft leben, die eine Folgestörung verhindern können. Es gibt Umstände, die eine gesunde Verarbeitung begünstigen und zu einer s. g. „Integration des Traumas in das Selbst“ eines Menschen führen können.

Wenn allerdings eine solche schwere psychische Störung doch vorhanden ist, die eine psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie erfordert, so sollte diese muttersprachlich und durch interkulturell kompetentes Personal durchgeführt und in einem Setting stattfinden, das soziokulturelle Aspekte berücksichtigt und den besonderen Bedürfnissen der Migranten Rechnung trägt.

Bei der sehr hohen Anzahl von Menschen, die eine Behandlung benötigen, und der sehr geringen Zahl von mehrsprachigem Fachpersonal muss allerdings auch auf Übersetzer gestützte Konzepte zugegriffen werden, wenn dies auch eine unteroptimale Lösung darstellt. Dabei sollte eine kultursensible Schulung des Übersetzungspersonals als unabdingbar gelten.

Es ist auch hinreichend bekannt, dass dabei Umstände, die eine „Normalität“ und „Bekanntheit“ für den Betroffenen widerspiegeln, Vertrauen und ein Gefühl der „Sicherheit“ schaffen, Faktoren, die übrigens nicht nur bei der Behandlung einer Traumafolgestörung als elementar gelten, sondern schon im Voraus der Entwicklung einer psychischen Störung präventiv entgegenwirken. Denn Kenntnisse über Muttersprache und primäre Sozialisationskultur bieten zumeist den einzigen Zugang zum inneren Erleben eines Menschen. Migrant*innen und Flüchtlinge kommen aus „Kulturen, in denen verbaler Ausdruck von seelischen Prozessen und Gefühlen unüblich ist, wo sich die Seele ihren Ausdruck v.a. über den Körper in psychosomatischer Form sucht“ [Koop 2002]. Dieser Aspekt ist gerade bei der Behandlung von Migrant*innen aus dem orientalischen Kontext von ausgeprägter Bedeutung, besonders, wenn Ausnahmezustände im Rahmen von schweren Konflikten in den Aufnahmezentren auftreten, die dann zu überreaktiven Maßnahmen führen können. So entwickelt sich eine Kaskade, die am Ende weder den Patient*innen noch den Behandlern hilft. Als Beispiel können hier die Einweisungen in eine geschlossene Abteilung psychiatrischer

Einrichtungen genannt werden, die sehr oft im Gesamtkontext zu Retraumatisierungen mit kontraproduktiven medizinischen Maßnahmen führen können. Hier sollte bedacht werden, dass die meisten Flüchtlinge solche Einrichtungen kaum kennen und den Aufenthalt in diesen eher als erneute Beraubung ihrer Freiheit wahrnehmen. Diese können dann auch einer erfolgreichen späteren sozialen Integration entgegenstehen, da sie zu meist eher einen Teufelskreis initiieren, als dass sie ein Problem lösen.

So möchten wir als Einrichtung durch unsere fachliche Kompetenz auch als „Lotse“ und „Brücke“ zwischen den Migrant*innen, Flüchtlingen und der Gesellschaft wirken und unseren Beitrag für eine erfolgreiche Integration der Flüchtlinge und Migrant*innen anbieten.

Es ist anzunehmen, dass der allergrößte Teil dieser Menschen in unserem Land bleibt und sehr bald den Status eines „Migranten“ oder einer „Migrantin“ erhalten wird, so wie viele der seit Jahren bereits hier lebenden Migrant*innen wiederum zumeist die Flüchtlinge von gestern waren.

Die uns zugänglichen Zahlen machen jedoch deutlich, dass diese Bevölkerungsgruppe bei weitem nicht in dem Maße Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nimmt, der ihrem Anteil an der Bevölkerung entspricht. Im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie ist dieses Missverhältnis noch deutlicher. Weiterhin gibt es berechtigte Gründe für die Annahme, dass gerade die Häufigkeit psychischer Störungen in dieser Bevölkerungsgruppe als überproportional häufig einzuschätzen ist. Das Statistische Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein gibt den Anteil von Personen mit Migrationshintergrund über das gesamte Land mit knapp 13 % der Bevölkerung an (auf der Bundesebene knapp 20 %), in den Ballungszentren des Landes beträgt dieser Anteil mindestens 20 %, in einzelnen Gebieten ist der Anteil sogar deutlich höher.

Vor dem Hintergrund dieser Zahlen, aber auch gestützt auf Erfahrungen aus dem stationären, teilstationären und ambulanten Arbeitsfeld, stellten wir fest, dass die in der Fläche bestehenden psychiatrischen psychotherapeutischen Angebote sich sowohl qualitativ als auch quantitativ als nicht ausreichend erwiesen haben.

Alle Expert*innen sind sich darüber einig, dass der Grund für einen Teil der Defizite in der nicht ausreichenden Berücksichtigung kultur- und migrationspezifischer Gesichtspunkte im Hinblick auf Vorbereitung, Organisation,

Durchführung aber auch Erfolg und Nachhaltigkeit der angebotenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen liegt.

Unter der berechtigten Annahme, dass sich die Inanspruchnahme der psychiatrisch- psychotherapeutischen Hilfesysteme durch die genannten Bevölkerungsgruppen weiter erhöhen wird - zumindest in Richtung eines Anteils, der ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung entspricht - werden auf die Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe zugeschnittene Behandlungsangebote zunehmende Bedeutung haben. Spezialisierte, von der Zielgruppe akzeptierte Behandlungsangebote werden Leidenswege und „Behandlungskarrieren“ verkürzen und häufige Fehlplatzierungen im somatischen Versorgungssystem vermeiden helfen. Insofern kommt diesen Entwicklungen auch unter ökonomischen Gesichtspunkten eine hohe Bedeutung bei.

Unser Ende 2010 initiiertes stationäres Behandlungsangebot unter dem Motto „Ein Stück Heimat in der Fremde“ war eine konsequente Folge des ambulanten Angebotes im Rahmen unserer Institutsambulanz, das schon nach sehr kurzer Zeit eine starke Nachfrage aus Schleswig Holstein, Hamburg und in Einzelfällen auch aus anderen Bundesländern nach sich zog.

Das Behandlungsangebot ist ein kultursensibel-, multilingual- (hauptsächlich türkisch, kurdisch, arabisch, russisch, aserbeidschanisch) und multiprofessionell (Ärzt*innen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen, Pflegepersonal, Ergotherapeut*innen, Verwaltungspersonal; weitere ärztlich-therapeutische muttersprachliche Kompetenz liegt in den verschiedenen Abteilungen noch für rumänisch, russisch, serbokroatisch ebenfalls vor) organisiertes ganzheitliches Konzept, welches ebenfalls zu einer unerwarteten überregionalen Nachfrage geführt hat. Das Gros der Patient*innen stammt aus dem orientalischen Kontext, was unter Berücksichtigung spezifischer migrationsspezifischer Risikofaktoren nicht verwunderlich ist. Da im Kreis Segeberg jedoch der Anteil der Menschen mit orientalischem Hintergrund vergleichsweise gering ist, kommen unsere Patient*innen zumeist aus anderen Städten und Kreisen wie Lübeck, Kiel, Neumünster, Flensburg etc. Durch die sehr gute Vernetzung in den einzelnen ethnisch – konfessionell recht unterschiedlichen Subcommunities und den sehr guten Behandlungserfolgen, wird das Angebot beinahe aus allen Teilen des Landes frequentiert.

Aktuell umfasst die spezialisierte Station 10 Betten. Darüber hinaus werden im Durchschnitt 10 - 15 weitere stationäre Patient*innen in den anderen Abteilungen unseres Hauses von unserem muttersprachlichen Team mitbehandelt. Der größte Teil der Patient*innen leidet an schweren affektiven Störungen, dazu kommen oft PTBS oder Persönlichkeitsstörungen. Knapp die Hälfte der Patient*innen weisen diverse stationäre Vorbehandlungen auf und haben aufgrund u.a. kulturspezifischer Faktoren durch Fehleinschätzungen und Fehlbehandlungen keine suffiziente Therapie erhalten. Aktuell warten enorm viele Patient*innen auf eine stationäre Behandlung, wobei seit knapp einem Jahr nur in Ausnahmefällen Patient*innen (wie akute Verlegungen aus den umliegenden Kliniken, Einweisungen durch niedergelassene Kolleg*innen oder Kriseninterventionen für Patient*innen, die an die eigene Institutsambulanz gebundenen sind) in die Warteliste aufgenommen werden. Selbst diese Zahl, welche nur einen geringen Anteil aller Anfragen darstellt, entspricht in etwa 13 % aller stationär behandelten Fälle im Psychiatrischen Zentrum Rickling (3960 Fälle im Jahre 2015). Interessanterweise entspricht dies Zahl exakt dem Anteil aller „Migrant*innen“ in Schleswig-Holstein [Knapp 363 000 Menschen, Statistikamt Nord, 2012]. Die neue Flüchtlingswelle ist dabei nicht berücksichtigt; die Zahl der in Schleswig-Holstein aufgenommenen Fälle für 2015 wird mit 60.000 Menschen beziffert [Ministerium für Inneres und Bundesangelegenheiten SH]. Allerdings beträgt der Anteil der Migrant*innen aus dem orientalischen Kontext (türkisch, kurdisch, arabisch), der für sich genommen die größte für die psychiatrisch- psychotherapeutisch relevante Population darstellt, an der gesamten Migrantenpopulation 25 %. Damit müsste ihr Anteil im stationären Bereich ebenfalls um die 3,5 % betragen; mit 13 % aller stationärer Betten zeigt sich somit eine um vierfach höhere Nachfrage als demographisch zu erwarten wäre.

Die statistischen Daten unserer kultursensibel und multilingual organisierten Institutsambulanz sind noch beeindruckender: So haben knapp die Hälfte aller behandelten Patient*innen einen Migrationshintergrund (Stand.08.02.2016). Trotz sehr langer Wartezeiten selbst zwischen zwei regulären einzelnen ambulanten Kontakten und für eine ambulante Behandlung sehr langen Wegstrecken von in manchen Fällen weitaus mehr als 100 km bleibt die Adhärenz weiterhin ungebrochen und auf höchstem Niveau.

Im Jahre 2015 nahmen wir 56 Patient*innen mit einem Asylstatus auf, wobei in den letzten Monaten aus allen Landesteilen die Nachfrage insbesondere durch

Migrantenorganisationen, niedergelassene Kollegen und ehrenamtliche Helfer nach einer Behandlung von Patient*innen in unserer Abteilung für Migrationspsychiatrie und -psychotherapie massiv angestiegen ist.

So werden immer mehr Patient*innen vorgestellt, die aufgrund einer psychischen Dekompensation mit Eigengefährdung im Vorwege entweder schon eine ortsnahe stationäre Behandlung erfahren haben und diese jedoch zumeist nach kurzer Zeit abbrechen oder direkt aus den Erstaufnahmeeinrichtung zu uns begleitet werden. Die oben beschriebenen Zahlen sprechen sicherlich einerseits für die Akzeptanz bei den Patient*innen und der „Richtigkeit“ der Konzeption unseres Angebotes, andererseits auch für die Einzigartigkeit im gesamten Norden , und dies trotz des „Standortnachteils“ zumindest für diese Population unserer Bevölkerung, da der Lebensmittelpunkt dieser Menschen außerhalb vom Kreis Segeberg in den Ballungszentren liegt. Nichtsdestoweniger bedeutet dies, dass der Kreis Segeberg neben vielen erfolgreichen Angeboten eine weitere Attraktion in der Gesundheitslandschaft entwickeln konnte.

Neben einer deutlichen Vergrößerung des Gebäudes der Institutsambulanz wird im Sommer 2016 unsere Abteilung für Migrationspsychiatrie und –psychotherapie ein neues Gebäude mit 22 Betten beziehen.

Die hohe fachliche Akzeptanz dieses Angebotes drückt sich auch in laufenden Anfragen zur Verlegung aus anderen Krankenhäusern und Universitätskliniken aus. In diesem Zusammenhang scheint es, dass unser Angebot gegenwärtig alternativlos ist. Hier steht ein psychiatrisch-psychotherapeutisch kompetentes multiprofessionelles Team mit der nötigen sprachlichen und soziokulturellen Kompetenz zur Verfügung.

Die Hemmschwelle zur stationären psychiatrischen Behandlung ist aufgrund o. g. Gründe sehr hoch. Wie auch weiterhin aus eigener Erfahrung bekannt, praktizieren viele Patient*innen ein frustantes sogenanntes Ärztehopping im somatischen Bereich und untermauern damit viele stereotype Vorstellungen ("mediterranes Ganzkörperschmerzsyndrom" usw.) oder werden in psychosomatische Kliniken verlegt, wo meistens ein unbefriedigendes Ergebnis erzielt wird.

Nun gibt es verschiedene Gründe für eine derartige positive Resonanz:

Entgegen den vorhandenen gleichwertigen diagnostischen und therapeutischen Zugangsmöglichkeiten in nicht-psychiatrischen Disziplinen ist in unserem Bereich der „sprechenden“ Medizin die Möglichkeit, seine Emotionen in seiner

Muttersprache formulieren zu können, sehr wichtig, aber nicht die einzig wichtige Bedingung für eine erfolgreiche Therapie.

Es wäre sehr ambitioniert zu erwarten, dass Menschen, die in Jahrzehnten die deutsche Sprache nicht lernen konnten, im Rahmen einer psychischen Krise ihre Emotionen in einer fremden Sprache ausdrücken. Es ist auch bekannt, dass die sekundär erworbene Sprache und Kultur im Rahmen eines neurobiologischen Stresses, denn darum handelt es sich bei einer schweren psychischen Störung wie einer Depression oder einer Posttraumatische Störung, als erstes zerfällt. Damit rückt die Muttersprache und primäre Sozialisationskultur in den Vordergrund und bietet den einzigen Zugang zum inneren Erleben eines Patienten/einer Patientin, die zumeist hier bekannte psychiatrische Strukturen kaum kennen. Dieser Aspekt ist gerade bei der Behandlung von Flüchtlingen aus dem Nahen Osten von ausgeprägter Bedeutung, da selbst die grundlegenden Instrumente wie Sprache aber auch die kultursensible Konzeption des Settings noch bedeutsamer sind als nur formelle und gängige Instrumentarien einer psychiatrischen Therapie. Die meisten dieser Menschen finden aktuell nur Eingang in die psychiatrische Versorgung, wenn sie Ausnahmestände wie im Rahmen von schweren traumatischen Erlebnisinhalten erleben. Und gerade bei der Therapie von traumatisierten Menschen ist ein Aspekt als *Conditio-sine-qua-non* anzusehen: das Gefühl der „Sicherheit und Geborgenheit“. Denn es ist von elementarer Bedeutung, wie der Patient die Atmosphäre des klinischen Settings vorfindet. Die Verfügbarkeit von muttersprachlichem Personal und architektonische Gegebenheiten, der erste Eindruck und das Gefühl „im eigenen Zuhause aus der Heimatregion“ zu sein, wirkt zunächst identitätsstiftend, was wiederum die Behandlung positiv beeinflussen kann.

Unser Team besteht zu ca. dreiviertel aus "einheimischem Personal" und Personal mit eigener Migrationserfahrung, das die Herkunftssprache der Klient*innen spricht und ein Verständnis für unterschiedliche religiöse und traditionelle Wertvorstellungen hat, somit Zusammenhänge schneller erkennen, handeln und Zugänge zum Hilfesystem dementsprechend gestalten und schaffen kann.

Das traditionelle Krankheitsverständnis, das kollektivistische Selbstbild, die Bedeutung der Familie sowie die migrationsspezifischen Ursachen stellen die Betreuungsarbeit von Menschen mit Migrationshintergrund vor besondere Herausforderungen.

So zielt die Arbeit unserer Einrichtung nicht isoliert auf den Patienten, sondern betrachtet den Menschen ganzheitlich, und zwar nicht nur im engeren Sinne des Wortes, sondern das ganze System des Klienten. Das Therapieangebot für diese Zielgruppe ist sehr oft durch eine höhere Dichte an administrativen Arbeiten belastet, weil die psychisch erkrankten Migrant*innen entweder der Amtssprache Deutsch nicht ausreichend mächtig sind oder sich im gesellschaftlichem Versorgungssystem nicht zurechtfinden. In der traditionellen Arbeit werden von der akademischen Autorität (als solche werden die Therapeut*innen betrachtet) schnelle und direkte Lösungen erwartet. Neben den grundsätzlich auch bei Einheimischen gültigen Handlungsansätzen, wie z. B. eine empathische, reflektierende und annehmende Haltung, was grundsätzlich kulturübergreifend gilt, sind hier zusätzliche Bedingungen notwendig, die sich aus den oben dargestellten soziokulturellen Besonderheiten ergeben. Das erklärt, warum Migranten*innen viel seltener in freiwilliger psychiatrischer Behandlung sind, aber häufiger per Zwangsmaßnahmen eingewiesen werden und oft erst in einem chronifizierten Stadium des Versorgungssystems erreichen. Folgende Faktoren können oft zu Problemen und Konflikten und nicht selten zur Ablehnung von einheimischen Therapeut*innen führen:

- Signifikante Unterschiede des Krankheitsmodells, kulturspezifischer Krankheitsäußerungen im engeren Sinne, ein eher ganzheitliches, nicht dichotomes Körper-Seelen-Bild, so ist der ganze Mensch krank, nicht ein einzelnes Organ, Nebenbeschwerden werden in gleicher Intensität vorgetragen: "Ich bin krank", was nicht als Mangel an Differenziertheit gilt,
- magische Vorstellungen in traditionellen patriarchalischen Kulturen, Krankheitsursache als Folge eher äußerer Umstände (Krankheit als Strafe einer höheren Instanz wie : Ahnen, Dämonen , Ginn (Geschöpfe Allahs) als menschliches Fehlverhalten, Krankheit als gottgegeben, unbeeinflussbar, schicksalhaft),
- eine magische Sichtweise der Krankheit, die als Störung der Interaktion in der Familie und der Community interpretiert wird und durch negative Einwirkungen von Mitmenschen hervorgerufen wurde
- von den okzidental Lebensweisen sich signifikant unterscheidende moralische, ethische und religiöse Wertvorstellungen und distinkte Unterschiede der Familienhierarchie.

Es werden beispielsweise belastende Lebenssituationen verschwiegen aus Angst, dass ein einheimischer Therapeut die Situation nach den eigenen Werten und Normen betrachtet und in der Folge für den Patienten nicht akzeptable Verhaltensweisen oder Konsequenzen fordert. So kommt es in der therapeutischen Beziehung zum Widerstand, zur Verslossenheit, zur Skepsis und auch zur Angst, was zuletzt nicht selten zu Ablehnung oder Abbruch der Betreuung führt oder dazu, dass solche Einrichtungen erst gar nicht aufgesucht werden. Aus unseren jahrelangen beruflichen Erfahrungen in der Arbeit mit psychisch kranken Migranten*innen wissen wir, dass eine derartige Konstellation sehr oft zu Aggravation und sogar zur Dekompensation der psychischen Erkrankung führt. Eine weitere Besonderheit in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund ist die Identifikation mit dem kollektivistischen Gesellschaftssystem. Hofstede [2004] vergleicht kollektivistisch und individualistisch orientierte Kulturen. In einer kollektivistischen Gesellschaft ist die Identität im sozialen Netzwerk begründet, man wird in eine Gruppe hineingeboren und muss sich loyal verhalten. Beziehungen sind wichtig, auch im Arbeitskontext verhält man sich ähnlich einer familiären Bindung. Übertretungen von Regeln führen zum Gesichtsverlust nicht nur der Person selbst, sondern der ganzen Gruppe. In der ambulanten und stationären Therapiearbeit mit psychisch kranken Migranten*innen müssen daher die Mitglieder der sozialen Gruppe der Betroffenen bzw. der Großfamilie mit einbezogen werden, wenn es um die Eingliederung und die Genesung des psychisch kranken Menschen geht. So sollten/können Mitglieder aus der eigenen Community mit in das Hilfesystem einbezogen werden.

Bereits genannte Aspekte und neueste Untersuchungen ergeben, dass Lebensentwürfe und Ziele, Wertvorstellungen, Gesundheitsverhalten und Stressbewältigungsmuster soziokulturell determiniert sind. Um eine erfolgreiche Arbeit mit psychisch kranken Migranten*innen durchführen zu können, sind Kenntnisse der Herkunftssprache, das Wissen über spezielle kulturelle Sozialisationsbedingungen und die besonderen Anforderungen, die diese Person in der Migration zu bewältigen hat, sowie transkulturelle Kompetenzen wichtig.

Interkulturelle Teams bieten in besonderer Weise die Chance, bedarfsorientierte Angebote für spezielle Zielgruppen unter den Migrant*innen zu erarbeiten und transkulturelle Kompetenzen durch Reflexion zu stärken und weiter zu entwickeln [Pawkowisch 2001]. Interkulturelle Teams in psychosozialen und medizinischen Fachdiensten sind bisher eher eine Ausnahme, obwohl in Einrichtungen mit

muttersprachlichen Angeboten der Anteil dieser aufsuchenden Migrant*innen stark angestiegen ist und weiter ansteigt.

Dabei sind Migrant*innen sicherlich nicht automatisch die besseren Fachkräfte, ihre Landsleute fassen jedoch eher zu ihnen Vertrauen, fühlen sich verstanden und aufgehoben. Die Kluft zwischen Behandelnden und Behandelten wird nicht noch durch eine zweite – die der fehlenden Identifikation und Verständigung – vergrößert. Mit zunehmender Behandlung von Fachkräften mit Migrationshintergrund werden Migrant*innen damit belohnt, dass ihre Selbstwahrnehmung und die Fremdwahrnehmung von ihren Leiden sich decken und somit Kommunikation und Therapie möglich werden.

Die vom Haus zur Verfügung gestellten spezifischen Möglichkeiten, aber auch die im stationären Alltag praktizierte wertschätzende Haltung des einheimischen Personals, die Akzeptanz für das "Fremde" und die Annahme, dass die Patient*innen, welche nicht der deutschen Sprache ausreichend mächtig sind, primär da sind, um ihre psychische Störung behandeln zu lassen, und nicht sich zunächst "zu integrieren", führt dazu, dass ein weiterer Stressor, nämlich die von Patient*innen eher oft artikulierte und als belastend empfundene Forderung, Empfindungen und Emotionen auf Deutsch ausdrücken zu müssen, wegfällt.

Dass Emotionen kulturbeeinflusst sind, bedarf hier keiner weiteren Betonung. An dieser Stelle soll jedoch einem möglichen Missverständnis, dass Migrant*innen nur Migrant*innen und deutsche Fachkräfte nur deutsche Patient*innen behandeln sollen, vorgebeugt werden. Es geht langfristig um die Zusammenführung zweier Erfahrungsbereiche in ein transkulturelles Ganzes und nicht um die Spaltung in monokulturelle Lager. Gerade die lang andauernde Zusammenarbeit in interkulturellen Teams macht auch Nichtmigrant*innen durch die gesamten Erfahrungen und den Austausch mit Kolleg*innen zu interkulturell kompetenten Fachkräften.

Unsere Erfahrungen im Rahmen der Institutsambulanz und der Station für Patient*innen mit Migrationshintergrund haben unsere Erwartungen weit übertroffen. Ein weiteres Mal wurde die Komplexität der Materie bewiesen: so kamen die Patient*innen nicht, nur um das persönliche Leid vorzutragen, sondern sie boten ein Ensemble von Fragestellungen, die sie sonst "nicht zum Ausdruck bringen" können und wollen. Uns ist selbstverständlich klar, dass die Versorgung dieser Klientel enorme organisatorische, administrative sowie nicht

zuletzt finanzielle Rahmenbedingungen erfordert, für deren erfolgreiche Verwirklichung die Unterstützung aller in das Gesundheitswesen involvierten Institutionen notwendig ist. Wie die Entwicklung in Ländern zeigt, die sich früher als Deutschland für eine interkulturelle Öffnung entschieden haben, kommen Entwicklungen in dieser Richtung nicht nur Migrant*innen und Menschen aus fremden Kulturen zugute, sondern allen hier Lebenden, denn die Zunahme kultureller Vielfalt und Unterschiedlichkeit scheint ein unaufhaltsamer Prozess zu sein.

10.10 Suchterkrankungen bei Migrant*innen und Flüchtlingen

Es berichtet Herr Dipl. Psych. Dr. Hans-Jürgen Tecklenburg, Leiter der Ambulanten und Teilstationären Suchthilfe, Landesverein für Innere Mission Schleswig-Holstein:

Aktuell ist die „**Flüchtlingsthematik**“ das dominierende Thema in allen sozialen Bereichen. Es steht zunächst die Versorgung von Grundbedürfnissen wie Unterkunft, medizinische Versorgung usw. im Vordergrund. Leistungen der Suchthilfe werden benötigt und abgerufen. Im stationären Bereich sind erste Aufnahmen von Flüchtlingen mit vorrangig psychischen Erkrankungen und z.T. begleitenden Suchtdiagnosen bei akuter Behandlungsnotwendigkeit zu beobachten. In der ambulanten Suchthilfe sind Flüchtlinge aktuell noch Einzelfälle. Bei den ersten Klient*innen der ambulanten Suchthilfe zeigte sich die Problematik einer Suchtgefährdung oder Abhängigkeit vorrangig im Zusammenhang mit Medikamenten (Schmerzmittel und andere psychotrope Substanzen), deren missbräuchliche Einnahme z.T. in erlittenen Traumatisierungen im Herkunftsland bzw. bei der Flucht wurzelt.

Ein deutlicher Anstieg der Nachfrage von Flüchtlingen im ambulanten Bereich ist zu erwarten, insbesondere wenn nach einer ersten Stabilisierung der Lebensverhältnisse aufgrund bereits erworbener Verhaltensmuster, oder auch der in der deutschen Gesellschaft vorhandenen permissiven Haltung zu Suchtmitteln wie Alkohol, diese Suchtmittel als „Mittel“ zur Veränderung und Verbesserung der eigenen Befindlichkeit „entdeckt“ werden. Dies wird für alle Bereiche der Suchthilfe neue Anforderungen hinsichtlich Sprach- und interkultureller Kompetenz zur Folge haben, für die aktuell noch Lösungen entwickelt werden müssen.

10.11 Projekt „Erste Hilfen für tiefe Wunden“ – Qualifizierung von Migrant*innen aus Krisenländern zu psychosozialen Ersthelfer*innen bzw. „kultursensiblen Therapiebegleiter*innen“

Es informiert Frau Andrea Köhne, Sozialpädagogin im Sozialpsychiatrischen Dienst, Kreis Segeberg:

Herr Peter Delius, niedergelassener Psychiater in Lübeck und 1. Vorstandsvorsitzender des Vereins „epunkt – Das Lübecker Bürgerkraftwerk“ entwickelte das Projekt „Erste Hilfen für tiefe Wunden“.

Angesichts der zunehmenden Zahl psychisch traumatisierter Flüchtlinge sollen Migrant*innen aus Krisenländern zu psychosozialen Ersthelfer*innen („kultursensible Therapiebegleiter*innen“ (KTB)) qualifiziert werden. Zugangsvoraussetzung ist sichere Zweisprachigkeit.

Die kulturelle und ethnische Feldkompetenz der „Ersthelfer*innen“ soll die Orientierungs- und Versorgungsinfrastruktur für psychisch traumatisierte Flüchtlinge mit Bleibeperspektive nachhaltig verbessern.

Die etwa einjährige Qualifizierung der Ersthelfer*innen geschieht ehrenamtlich durch Psychotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen und Psychiater*innen in Lübeck.

Die Ersthelfer*innen erhalten eine exzellente Qualifizierung, ihre Tätigkeit ist im Projektverlauf ehrenamtlich (mit Aufwandsentschädigung).

Der Verein möchte das Projekt durch Gelder des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge finanzieren. Die Entscheidung über die Bewilligung dieses Projektes dauert beim BAMF ca. 12 Monate, also bis Oktober 2016. Aufgrund der Dringlichkeit wird daher versucht, das Projekt über Lübecker Stiftungen schon eher zu starten.

Aus Sicht von Herrn Delius macht Psychotherapie bei Flüchtlingen erst Sinn, wenn der Bleibestatus gesichert ist, da es aufgrund der drohenden Abschiebung ansonsten immer wieder zu Retraumatisierungen kommen würde.

11 Zusammenfassende Handlungsempfehlungen und Ausblick 2016/ 2017

- Die Resolution zur ambulanten psychiatrischen Krankenpflege hat ihren Eingang im Landkreistag und Städtetag Schleswig-Holstein gefunden. Eine Rückmeldung erfolgte bislang nicht. Inwieweit die politischen Forderungen des Kreises Segeberg umgesetzt werden, ist daher dringend weiter bei Landkreistag und Ministerium zu verfolgen.
- Im gerontopsychiatrischen Bereich wird der Ausbau der Tagespflege begrüßt. Es muss darauf geachtet werden, dass neben dem Schwerpunkt Demenz auch andere gerontopsychiatrische Krankheitsbilder in der Konzeption Berücksichtigung finden. Darüber hinaus wurde nach dem Bedarf einer gerontopsychiatrischen Tagesstätte gefragt. Hierzu werden die Daten aus dem Projekt „Kreis Segeberg 2030“ einfließen. Als weitere Optimierung der Versorgung wird sich der AK Gerontopsychiatrie mit dem Bremer Modell und der Übertragung auf psychisch kranke Menschen im Kreis Segeberg beschäftigen.
- Im Rahmen des neuen Pflegestärkungsgesetzes II wird die Umsetzung im Bereich der Pflegebedarfsermittlung 2017 erfolgen. Wir hoffen, dass die Pflegebedarfe der psychisch kranken Menschen hierdurch besser abgebildet werden.
- Wir begrüßen das Vorhaben des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, sich in die Psychiatrieplanung einzubringen.
- Der Psychosoziale Wegweiser des Kreises Segeberg ist 2017 zu aktualisieren. Hierfür müssen die Fachdienst Eingliederungshilfe und die Hilfe zur Pflege die Versorgerlandschaft transparent machen und Veränderungen dem AK Gemeindenahe Psychiatrie regelmäßig zeitnah melden.

- Der Kreis Segeberg hat ein neues Konzept zum Sozialpsychiatrischen Krisendienst gem. PsychKG Schleswig-Holstein mit einer 24-stündigen Erreichbarkeit erstellt. Für den Haushalt 2017 müssen Gelder eingeworben werden, um die Umsetzung im Jahr 2017 möglich zu machen.
- Die Änderungen im Psychisch-Kranken-Gesetz, welche im Mai 2015 ohne Übergangsfristen in Kraft getreten sind, haben viele Verwaltungsressourcen abverlangt und fordern diese weiter ein. Es werden Personalressourcen gebunden, die nicht vollständig über Konnexität ausgeglichen werden. Es wird von der FDL Sozialpsychiatrie verfolgt werden, ob hierdurch ein Stellenmehrbedarf im Bereich Verwaltung des Sozialpsychiatrischen Dienstes entsteht.
- Weitere Probleme in der therapeutischen und rechtlichen Umsetzung des Psychisch-Kranken-Gesetz werden zukünftig in einem 2mal jährlich tagenden Qualitätszirkel diskutiert.
- Am 22.11.2016 findet der 10. Segeberger Workshop zur Kinder- und Jugendgesundheit statt. Thema wird u.a. der Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen sein.
- Es wurden weitere 21.000 € für die Verwendung im Projekt „Aufsuchende niedrigschwellige sozialpsychiatrische Betreuung“ bewilligt. Nach erfolgreicher Trägerbesetzung soll die Region Bad Bramstedt, Kaltenkirchen und Umgebung versorgt werden. Bei Erfolg des Projektes ist das Restgebiet im Kreis Segeberg in Folge mit einer aufsuchenden niedrigschwelligen sozialpsychiatrischen Betreuung auszustatten.
- Das Psychiatrische Zentrum Rickling etabliert ein neues „Hometreatment“ über die Institutsambulanzen. Die Einigung über Abrechnungsmodalitäten mit den Krankenkassen steht kurz bevor. Seit Oktober 2015 läuft die Arbeit bereits in Rickling, Bad Segeberg und

Umgebung als Projekt. Die Ausweitung auf die Norderstedter Institutsambulanz ist angedacht.

- Das vom Fachdienst Eingliederungshilfe begrüßte neue Projekt „Budget für Arbeit“ startet 2016. Ein solches Budget kann gewährt werden, wenn Menschen aus der Werkstatt in ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis auf dem ersten Arbeitsmarkt wechseln. Einem Bericht zu diesem Projekt wird im nächsten Psychiatrieplan 2016/2017 erwartungsvoll entgegen gesehen.
- Zurzeit sind in Schleswig-Holstein ca. 12 Hilfeplaner*innen in der Hilfe zur Pflege tätig. Diese arbeiten bislang nicht nach einem einheitlichen Konzept. Die Gründung einer Schleswig-Holstein-weiten Arbeitsgruppe im Sinne eines Qualitätszirkels zur Erarbeitung von Standards wird für das Jahr 2017 angeraten.
- Der Fachdienst Soziale Sicherung fordert im Bereich der Pflege neue Konzepte und Plätze für teilstationäre Wohnformen. Zielgruppe sind Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und gleichzeitiger Pflegestufe 0, wie z.B. Menschen über 50 mit Alkoholproblematik. Der Fachdienst Eingliederungshilfe wird sich mit dieser Thematik ebenfalls näher im 2. Halbjahr 2016 auseinandersetzen.
- Es wird die Unterstützung des Engagements der Psychiatrieerfahrenen, deren Angehörigen und Freunde gefordert. Dabei muss auch die Teilnahme von Ehrenamtlichen in Gremien, Arbeitskreisen und Projekten angemessen und einheitlich honoriert werden.
- Es ist eine Verstärkung der Angehörigenarbeit im Bereich „Kinder psychisch kranker Eltern“ notwendig.

- Das „In Gangsetzer“-Projekt der AWO schafft 2016 neue Möglichkeiten zur Erstgründung und Aufrechterhaltung von Selbsthilfegruppen.
- Im nächsten Berichtszeitraum 2016/17 wird ein runder Tisch mit Suchthilfeträgern und Kostenträgern geplant, um die Umsetzung einer „aufsuchenden, niedrighschwelligigen Suchthilfe“ vor dem Hintergrund der derzeitigen Verträge zu evaluieren.
- Bereits im letzten Psychiatrieplan empfohlen wir die kreisweite Etablierung des Projektes „Kleine Riesen“. Diese Forderung besteht fort.
- Die Netzwerkgründung zur Versorgung traumatisierter Flüchtlinge im Kreis Segeberg ist erfolgt. Es wurde klar der dringende Bedarf an Behandler*innenlisten, Dolmetscher*innenpools, Fortbildung aller beteiligten Personengruppen und Gründung von Qualitätszirkeln aufgezeigt sowie der Wunsch, dass der Kreis einen übergeordneten Netzwerkkoordinator zur Verfügung stellt. Der Sozialpsychiatrische Dienst ist Teil des Netzwerkes und wird u. a. die aus dem Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie hervorgehenden Vorschläge in das Netzwerk einbringen.
- Bei aller Wichtigkeit des Themas Psychiatrie und Migration dürfen die anderen vielschichtigen und großen Problemfelder der Gemeindepsychiatrie nicht aus den Augen verloren werden.

12 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

ATP – Ambulante Teilstationäre Psychiatrie

ATS - Ambulante Teilstationäre Suchthilfe

BÄK – Bundesärztekammer

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

bFM - beschäftigungsorientiertes Fallmanagement

BGB - Bürgerliches Gesetzbuch

Case-Manager - koordinierende Bezugsperson

Compliance (Medizin) – „Therapietreue“ einer Patientin/ eines Patienten als Oberbegriff für deren / dessen kooperatives Verhalten im Rahmen der Therapie

DHS - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

DRV - Deutsche Rentenversicherung

Ex-In - Experte durch Erfahrung

Famulatur – ein in Deutschland durch die Approbationsordnung für Ärzte 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 – ambulante interdisziplinäre (medizinisch, pflegerisch, pädagogisch, ergotherapeutisch etc.) sozialpsychiatrische Behandlung im eigenen Wohnraum

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

KIS - Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen der AWO

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

Kompass - Suchtprävention in Schulen, Modellprojekt

KoSoz - Koordinierungsstelle soziale Hilfen

LVWG – Landesverwaltungsgesetz

NBA - neues Begutachtungsassessment im Pflegestärkungsgesetz II

NoBIG - Norderstedter BildungsGesellschaft, eine gemeinnützige Gesellschaft der Stadt Norderstedt

OST- Substitutionsgestützte Behandlung (opiate substitution treatment)

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

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

PTBS – Posttraumatische Belastungsstörung

PZR – Psychiatrisches Zentrum Rickling

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

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 Ärzten bei Bagatell- oder vorgetäuschten Erkrankungen

SGB - Sozialgesetzbuch

SpDi – Sozialpsychiatrischer Dienst

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 älterer und behinderter Menschen, Leistung der Eingliederungshilfe

Tagesstätte, gerontopsychiatrisch - speziell auf gerontopsychiatrische Bedarfe eingestellte Tagesstätte

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