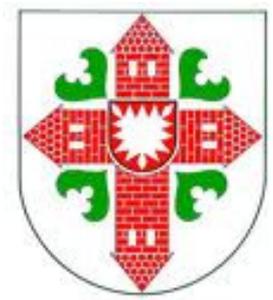


Kreis Segeberg



Psychiatrieplan

Jahresbericht 2013

Vorwort

Am 21.6.2012 wurde der erste regionale Psychiatrie- und Suchthilfeplan des Kreises Segeberg als Basisbericht vorgestellt. 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, Hilfeanbieterinnen und -anbietern 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 2013 präsentieren zu können. Ziel der Autorinnen und Autoren ist es, eine Wissensmultiplikation und Entscheidungshilfe zu geben für eine aktive Auseinandersetzung und Mitgestaltung des Themas durch Politik, Verwaltung, Einrichtungen, Bürgerinnen und Bürger.



Jutta Hartwieg
Landrätin



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 2013, 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, Frau Birgit Tille, Ärztin mit Psychiatrieerfahrung insbesondere im Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, Herr Marcus Eggert, Diplom-Sozialpädagoge und Herr Dr. Ernst Lange, Facharzt für Rechtsmedizin mit langjähriger Psychiatrieerfahrung.

Unser Dank gilt der Landrätin Frau Jutta Hartweg, den Vertreterinnen und Vertretern aus Verwaltung und Politik sowie den Kostenträgern, Leistungsanbietern und Expertinnen und Experten innerhalb der Sozialpsychiatrie, die uns in der Erstellung 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 2013

Inhalt

1. WAS BEWEGT DEN AK GEMEINDENAHE PSYCHIATRIE?	1
1.1. Projekt „Kleine Riesen“ der ATS (Ambulante und Teilstationäre Suchthilfe des Landesvereins für Innere Mission in Schleswig-Holstein)	1
1.2. Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) mit der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege Rickling	2
1.3. Ambulante und stationäre Behandlung für türkischsprachige Migrantinnen und Migranten	3
1.4. Pathologischer PC-Gebrauch/ Spielsucht	5
1.5. Fremdkontrolliertes Trinken im stationären Setting	6
1.6. Vorstellung der DRK-Sozialstation Henstedt-Ulzburg	8
1.7. Altwerden mit psychiatrischen Einschränkungen	9
2. WAS BEWEGTE DEN GEMEINDEPSYCHIATRISCHEN VERBUND?11	
2.1. Neue Vorsitzende	11
2.2. Grundsatzpapier „Senioren mit Behinderung im Kreis Segeberg – was nun? Grundlagen zur Teilhabe“	11
3. WAS BEWEGT DEN FACHDIENST GESUNDHEIT?	13
3.1. Personelle Ressourcen im Sozialpsychiatrischen Dienst	13
3.2. Vernetzungsarbeit	14
3.3. Segeberger Workshop für Kinder- und Jugendgesundheit	15
3.4. Neue Gesetzgebung	17
3.4.1. <i>Neue Gesetzgebung zur Zwangsbehandlung</i>	17
3.4.2. <i>Gesetzesentwurf der Landesregierung Schleswig-Holstein zur Änderung des Psychisch-Kranken-Gesetzes vom 27.08.2013</i>	19
3.5. Krankenhausplanung - Beteiligtenrunde gemäß §19 AG-KHG	22
3.5.1. <i>Stellungnahme zum Antrag der Schön Klinik Bad Bramstedt auf Einrichtung einer psychosomatischen Tagesklinik mit 30 Plätzen am Standort Bad Bramstedt</i>	22
3.5.2. <i>Stellungnahme zum Antrag auf Erhöhung der Planbettenzahl für das Psychiatrische Krankenhaus Rickling zur überregionalen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund</i>	23
3.6. Bau der Tagesklinik Norderstedt	24

3.7.	Weitere Veränderungen in der Angebotsstruktur im Kreis Segeberg	25
3.8.	Reform der Bedarfsplanung für niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeutenen	26
3.9.	Dokumentation	27
3.9.1.	<i>AG Dokumentation Psychiatrie</i>	27
3.9.2.	<i>AG Dokumentation Sucht - moderne Dokumentation der ambulanten Suchtkrankenhilfe</i>	28
4.	WAS BEWEGT DEN FACHDIENST EINGLIEDERUNGSHILFE UND DEN FACHDIENST SOZIALE SICHERUNG?	31
4.1.	Stiftung „Gemeinsam Leben“	31
4.2.	Neues Konzept des Psychiatrischen Zentrums Rickling - Abgrenzung der Bereiche Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege (Grundsatzpapier)	32
4.3.	Kommunalisierung und Verteilung der Gelder aus dem Sozialvertrag II	32
4.4.	Sozialraumorientierung der Eingliederungshilfe	34
4.4.1.	<i>Einführung von Sprechtagen der Eingliederungshilfe in den regionalen Teams</i>	34
4.4.2.	<i>TeilhabeKonferenz</i>	34
4.5.	Hilfe zur Pflege	35
5.	WAS BEWEGT DIE LEISTUNGSANBIETER?	37
5.1.	Schön Klinik Bad Bramstedt: Weitere Differenzierung und Erweiterung des Leistungsangebots	37
5.2.	Landesverein für Innere Mission Schleswig-Holstein	39
5.2.1.	<i>Geschichte des Psychiatrischen Zentrums Rickling</i>	39
5.2.2.	<i>Psychiatrisches Zentrum Rickling</i>	40
5.2.3.	<i>Neue Abrechnungssysteme DRG und PEPP</i>	42
5.2.4.	<i>ATP - Ambulante und Teilstationäre Psychiatrie</i>	45
6.	WAS BEWEGT DAS JOBCENTER	46
6.1.	Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement des Jobcenters	46
6.2.	IAB-Studie - Menschen mit psychischen Störungen im SGB II	49
7.	WAS BEWEGT DEN SCHWERBEHINDERTENBEAUFTRAGTEN?	50
7.1.	Die UN-Behindertenrechtskonvention	50

8. ZUSAMMENFASSENDE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN UND AUSBLICK 2014/2015	53
8.1. Handlungsempfehlungen	53
8.2. Ausblick 2014/2015	55

1. Was bewegt den AK Gemeindenahe Psychiatrie?

Aufgabe des Arbeitskreises Gemeindenahe Psychiatrie ist es, ein an den Bedürfnissen der psychisch kranken und behinderten Menschen orientiertes Netz psychiatrischer Hilfen aufzubauen und zu koordinieren. Es werden Empfehlungen an die Selbstverwaltungsgremien, die Leistungserbringer und die Verwaltung des Kreises Segeberg gegeben sowie Vorschläge zur Planung und Weiterentwicklung notwendiger Hilfen gemacht.

Die Geschäftsführung liegt beim Sozialpsychiatrischen Dienst, seit dem 12.09.2012 ist Frau Dr. Hakimpour-Zern, Leiterin des Fachdienstes Gesundheit, Vorsitzende des Arbeitskreises.

Am 05.12.2012, 20.03.2013 und am 20.11.2013 tagte der Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie. Die wichtigsten der hier erörterten Themen werden nachfolgend dargestellt und wegweisende Handlungsempfehlungen abgeleitet.

1.1. Projekt „Kleine Riesen“ der ATS (Ambulante und Teilstationäre Suchthilfe des Landesvereins für Innere Mission in Schleswig-Holstein)

Herr Dr. Tecklenburg sowie die Projektbeauftragte Frau Mehrer stellten im Rahmen der 59. Sitzung des AK Gemeindenahe Psychiatrie die Unterstützung für Kinder in suchtblasteten Familien über das Angebot der ‚Kleinen Riesen‘ vor. Das Projekt läuft seit Juli 2009, mittlerweile an den Standorten Norderstedt, Quickborn und Tornesch. Herr Dr. Tecklenburg erläuterte den Hintergrund des besonderen Unterstützungs- und Beratungsbedarfes der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen aus suchtblasteten Familien. Hingewiesen wurde auf die präventive Ausrichtung des Hilfsangebotes, welche insbesondere die Befähigung, Bestärkung, Sensibilisierung, Integration sowie eine ‚Wegführung‘ von destruktiven Verhaltensmustern beinhaltet.

Frau Mehrer erörterte die konkrete Ausgestaltung der Arbeit vor Ort am Beispiel Norderstedt. So gäbe es zum Zeitpunkt der Vorstellung drei altersdifferenzierte Gruppenangebote. Daneben sind jedoch auch ergänzend Einzelfallangebote vorgesehen. Das Projekt ist gleichermaßen eine Anlaufstelle für Betroffene, Angehörige, Eltern sowie sonstig Involvierte. Inhaltlich finden sich in Gruppen- und Einzelsettings insbesondere Möglichkeiten des kreativen Ausdrucks, der therapeutischen Hilfestellung, spielerische Gruppen- und Bewegungsangebote sowie altersadäquate Zurverfügungstellung von relevanten Informationen.

Die Referentin und der Referent verwiesen ausdrücklich auf die erfolgte Auszeichnung als „Modell guter Praxis“ durch das Bundesgesundheitsministerium und das positive Resultat beim bundesweiten Wettbewerb der Diakonie hin. Das Projekt „Kleine Riesen“ wurde im Jahr 2012 durch den Jugendhilfeausschuss der Stadt Norderstedt aufgrund seines Erfolges verlängert.

Die Vorstellung des Projektes im Kreissozialausschuss sowie im Ausschuss OVG mit der Intention der kreisweiten Etablierung wurde durch den AK Gemeindenahe Psychiatrie ausdrücklich empfohlen. Am 23.08.2012 fand eine Vorstellung im Sozialausschuss statt.

1.2. Die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) mit der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege Rickling

Die 61. Sitzung des Arbeitskreises Gemeindenahe Psychiatrie konnte am 05.12.2012 in den Räumlichkeiten des Psychiatrischen Krankenhauses Rickling (PKH-Rickling) stattfinden. Der leitende Chefarzt des PKH-Rickling Herr Schwarz, der Chefarzt der III. Abteilung Herr Kahlke sowie die hier besonders befasste Fachkrankenschwesterin Frau Weidemann erläuterten die Arbeitsweise, derzeitige Rahmenbedingungen sowie die besondere Ausgestaltung der PIA am Standort Rickling im Sinne einer ambulanten psychiatrischen Unterstützung Betroffener. Herr Schwarz skizzierte die bedeutsame Rolle der Institutsambulanz als einen wichtigen Eckpfeiler der nachhaltigen psychiatrischen Versorgung von Betroffenen. Seit 20 Jahren werden Patientinnen und Patienten, insbesondere nach stationärer Behandlung, über die Institutsambulanz wirksam ambulant behandelt.

Neben der fachärztlichen Versorgung erfolgt hier auch die Betreuung durch Sozialpädagoginnen und -pädagogen sowie Fachkräfte für Ergo- und Physiotherapie. Die Fachkrankenschwester Frau Weidemann beispielsweise unterstützt die Patientinnen und Patienten je nach Bedarf bei der Erledigung anfallender Angelegenheiten aus allen Lebensbereichen. Ferner wird die Bereitstellung der individuell notwendigen Medikation sichergestellt. In enger Vernetzung mit dem jeweiligen sozialen und professionellen Umfeld kann so eine sehr effektive und passgenaue Hilfestellung für die Betroffenen erfolgen. Dabei spielt der Kontakt zu den Angehörigen mitunter eine wichtige Rolle.

Ungefähr 3500 Patientinnen und Patienten werden jährlich in den 3 Psychiatrischen Institutsambulanzen im Kreis Segeberg (Kaltenkirchen, Bad Segeberg, Rickling) behandelt – bei steigender Tendenz.

Die Mitglieder des Arbeitskreises stellten dazu ausdrücklich die Notwendigkeit einer abgestimmten, an den genannten Schnittstellen betreuenden Arbeit im Sinne einer ambulanten psychiatrischen Krankenpflege heraus. Es handelt sich letztendlich um ein Leuchtturmprojekt, bei dem die Adhärenz/Compliance der Behandlungsbedürftigen deutlich gesteigert und infolge der Notwendigkeit stationärer Aufenthalte verringert werden kann.

Die Etablierung einer ambulanten psychiatrischen Krankenpflege oder einer Betreuung am Übergang ist dringend zur Ausweitung dieser passgenauen Hilfe indiziert.

1.3. Ambulante und stationäre Behandlung für türkischsprachige Migrantinnen und Migranten

Der Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie beschäftigte sich mit einem bundesweit einzigartigen stationären Behandlungskonzept im Kreis Segeberg.

Die Station für türkischsprachige Migrantinnen und Migranten im Psychiatrischen Krankenhaus Rickling behandelt neben der Institutsambulanz für Migrantinnen und Migranten derzeit etwa 500 Behandlungsbedürftige pro Jahr – eine bestehende Warteliste weist zurzeit ca. 200 Anfragen für einen stationären Behandlungsplatz aus mit einer Aufnahme-Wartezeit von ca. 5 Monaten. Bundesweit be-

stehen aktuell lediglich drei türkischsprachige Spezialambulanzen. Die Bereitstellung von besonderen stationären Kapazitäten erfolgt derzeit sogar ausschließlich im Psychiatrischen Krankenhaus Rickling. Das Einzugsgebiet der hiesigen Ambulanz ist daher auch stark über die regionalen Bezüge hinaus erweitert. So stammen etwa 85 % der Betroffenen nicht aus dem Kreisgebiet Segeberg. Neben Herrn Dr. Kaya als Leiter der Institutsambulanz sind eine Fachkrankenschwester sowie zwei Psychotherapeuten beschäftigt, die ebenfalls über die notwendigen Fremdsprachenkenntnisse verfügen. Zu den Besonderheiten der Behandlung dieser Zielgruppe gehört insbesondere eine Grundlagenarbeit, die u. a. sensibilisierende und informierende Tätigkeiten, auch in aufsuchender Form, beinhaltet. Relevante kulturelle Verschiedenheiten werden berücksichtigt, die sich bis zur individuellen Wahrnehmung von psychischen Erkrankungen erstrecken. Anders ausgeprägte familiäre Strukturen, Zugehörigkeit zu eher „wohlstandsfernen“ Milieus - 90 % beziehen Grundsicherung nach SGB II/XII - und eher statische Formen innerfamiliärer, kultureller Interaktion machen die Schaffung von speziellen Rahmenbedingungen notwendig. Dies wird im Psychiatrischen Krankenhaus Rickling bislang sehr gut umgesetzt.

Herr Dr. Kaya wies ausdrücklich auf den ansteigenden Bedarf nach psychiatrischer Versorgung der Klientel hin. Der Bedarf sei da, aber das entsprechende sozialpsychiatrische Versorgungsnetz fehle.

Der Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie stellte ausdrücklich die hohe Wertschätzung für das dargestellte Angebot der ambulanten, psychiatrischen Versorgung heraus. Das PKH Rickling ist offensichtlich visionär in der Rolle eines Vorreiters.

Der Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie fordert von den Vertreterinnen und Vertretern der zuständigen politischen Ausschüsse und Behörden, die bereits vorhandenen Kapazitäten zur ambulanten, teilstationären und stationären psychiatrischen Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund zu erweitern, um den Behandlungsbedarf zu decken.

1.4. Pathologischer PC-Gebrauch/ Spielsucht

Für die 62. Sitzung des AK Gemeindenahe Psychiatrie in der Schön Klinik Bad Bramstedt konnten mit dem Dipl. Psychologen Dr. Aalderink aus der Schön Klinik sowie dem langjährig erfahrenen Dipl. Sozialpädagogen der ATS, Fachstelle für Mediennutzung und Medienabhängigkeit, Herrn Leichsenring zwei versierte Referenten zur Thematik pathologischer PC-Gebrauch und Spielsucht gewonnen werden.

Herr Leichsenring zeigte die Arbeit und Struktur der Fachstelle für Mediennutzung und Medienabhängigkeit der ATS auf. Diese wurde seit 2006 in Bad Segeberg aufgebaut. Im Jahr 2012 konnten über die Fachstelle mehr als 100 Klientinnen, Klienten und Angehörige bei der Bewältigung eines pathologischen Mediennutzungsverhaltens unterstützt werden. Es erfolgt eine Beratung der Betroffenen sowie des sozialen Umfelds, eine Weitervermittlung in ambulante und stationäre Behandlung. Ferner wird Präventionsarbeit geleistet.

Beide Referenten wiesen übereinstimmend ausdrücklich auf den Aspekt der nachhaltig wirksamen „virtuellen Realitäten“ hin, denen sich Betroffene im Verlauf ihrer Erkrankung zunehmend hingeben und die im Rahmen der Behandlung mühsam wieder dekonstruiert werden müssen. Dies ist ein für die dargestellte Abhängigkeitserkrankung charakteristisches Merkmal.

Die Glücksspielsucht spielt seit Mitte der 1980er Jahre epidemiologisch zunehmend eine Rolle. Betroffene sind vorwiegend männlich. Aktuelle Entwicklungen zeigen jedoch auch Frauen zunehmend als Betroffene auf. Ferner ist eine Zunahme bei Erkrankten mit Migrationshintergrund und Komorbiditäten zu erkennen. Des Weiteren würden strafrechtlich relevante Sachverhalte im Sinne von Beschaffungskriminalität zunehmen.

Beratungs-, Behandlungs- und Therapieangebote der ATS wurden seit dem Jahr 2000 aufgebaut. Aktuell bestehen Anlaufstellen in Kaltenkirchen, Bad Segeberg, Bad Schwartau und Tornesch.

1.5. Fremdkontrolliertes Trinken im stationären Setting

Der Arbeitskreis befasste sich mit dem Thema des fremdkontrollierten Trinkens. Da im Nachbarkreis eine entsprechende stationäre Einrichtung existiert, wurde diese aufgesucht.

Die Stiftung Hamburger Arbeiterkolonie der Diakonie Schleswig-Holstein ist Trägerin des besuchten Schäferhofs in Appen im Kreis Pinneberg. Dieser bietet u.a. stationäre Hilfe für chronisch mehrfach beeinträchtigte alkoholranke Menschen (CMA) mit besonderen, langjährig bestehenden sozialen Schwierigkeiten wie z.B. vorzeitig gealterte Wohnungslose an. Durch eine feste Tagesstruktur mit gemeinsamen Mahlzeiten, ergotherapeutischen und sozialpädagogischen Angeboten sowie durch eine intensive individuelle Begleitung findet die Bewohnerschaft Halt und Orientierung.

Im Haus Raboisen, eine Einrichtung nach §53 ff. SGB XII, die im Juli 2007 eröffnet wurde, werden 12 stationäre Plätze vorgehalten. Aufnahmekriterien sind unter anderem:

- Lebens- und Gesundheitsgefährdung durch fehlende Abstinenzfähigkeit,
- deutliche Einschränkung der Selbstversorgungsfähigkeit,
- Schädigungen geistiger, körperlicher und/oder psychischer Art,
- drohende oder bestehende Wohnungslosigkeit,
- wiederholt gescheiterte Abstinenzversuche im klassischen Suchthilfesystem,
- Einschränkungen sozialer und alltagspraktischer Kompetenzen.

Besonderheit des Hauses Raboisen ist ein Verzicht auf ein Abstinenzgebot in Verbindung mit der Erlaubnis eines fremdkontrollierten Trinkens, d.h. Alkoholkonsum wird unter Einhaltung festgelegter Regelungen gestattet. So sind der Zeitpunkt der Ausgabe und die Trinkmenge (Bier) vertraglich festgelegt, nachdem ein Arzt entschieden hat, welche Alkoholmenge individuell tolerierbar ist. Es erfolgen regelmäßige ärztliche Untersuchungen und Einzelgespräche zur Reflexion des Trinkverhaltens mit Vereinbarungen von Zielveränderungen wie beispielsweise Reduktion von Trinkmenge und Verlängerung von Trinkpausen.

Zu den allgemein gültigen Regeln zählt im Weiteren, dass der Betroffene seinen Alkoholkonsum selbst finanziert und sich den Alkohol beim Personal abholt. Kauf und Konsum zusätzlicher Mengen ist nicht erlaubt. Weiterhin darf Alkohol nur auf dem Zimmer konsumiert werden. Horten, Verkauf oder Tausch von Alkohol ist nicht gestattet.

An Zielen werden verfolgt:

- Reduzierung des Alkoholkonsums,
- Verlängerung von Trinkpausen,
- Akzeptanz des eigenen Behandlungs- und Hilfebedarfs,
- Einsicht in die Grunderkrankung,
- Konstruktive Bearbeitung von Entgleisungen oder Rückfällen,
- Kontrollierter Konsum oder Abstinenz.

Zusammenfassend bleibt kritisch anzumerken, dass kontrolliertes Trinken in der vorgestellten Form keineswegs einfacher umsetzbar ist als der gänzliche Verzicht auf Alkohol, denn kontrolliertes Trinken erfordert eine Menge Selbstdisziplin – und zwar über einen sehr langen Zeitraum.

Kontrolliertes Trinken eignet sich nicht dazu, Probleme „hinunter zu spülen“. Probleme müssen ganz „nüchtern“ angegangen werden. Zudem ist in Krisenzeiten bei kontrolliert Trinkenden – wie auch bei Abstinenten – eine erhöhte Gefahr eines schweren Rückfalls gegeben.

Als für Betroffene mögliche positive Perspektive kann allerdings die durch das vorgestellte Setting erreichbare Lebenserhaltung, Schadensverminderung, Verlängerung von Abstinenzzeiten und Konsumreduktion angesprochen werden bis hin zu allerdings selten erreichbarer dauerhafter Abstinenz.

Die Frage, ob kontrolliertes Trinken bei Menschen mit Alkoholproblemen wünschenswert ist, hat schon über Jahrzehnte hinweg wie kaum eine andere die Gemüter von Betroffenen, Angehörigen, Therapeutinnen und Therapeuten sowie die Forschung bewegt. Ob dieses Konzept auch für den Kreis Segeberg anzustreben ist, wird noch zu diskutieren sein.

1.6. Vorstellung der DRK-Sozialstation Henstedt-Ulzburg

Zur 63. Sitzung des Arbeitskreises Gemeindenahe Psychiatrie wurde die Bereichsleitung ambulante Pflege des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) Kreis Segeberg, Frau Dagmar Kliewe, sowie die Dipl. Psychologin Frau Elisabeth Strathen, tätig für die DRK Sozialstation im Gemeinwesen Henstedt-Ulzburg, eingeladen, um die langjährig etablierten vielfältigen Betreuungs- und Beratungsangebote des DRK für ältere Mitbürgerinnen und Mitbürger sowie deren Angehörige vorzustellen.

Die Sozialstation in Henstedt-Ulzburg kann als eine gut etablierte, bereits im Jahr 1974 gegründete Einrichtung präsentiert werden. Historisch war diese zunächst im Rahmen eines Projektes als ‚Patienten- und Betroffenen-Treffpunkt‘ gegründet worden. In kontinuierlicher Weiterentwicklung, die die notwendige Anschaffung einer geeigneten Immobilie einschloss, konnte das Angebotsspektrum für den Sozialraum Henstedt-Ulzburg stetig erweitert werden. Dieses umfasst sowohl ambulante Pflegeleistungen, Betreuungs- und Beratungsleistungen gem. SGB XI als auch Leistungen der Behandlungspflege gem. SGB V. Daneben erfolgen Angehörigenberatungen sowie unterstützende Gruppenangebote.

Für die Klientel der Demenzerkrankten bzw. pflege- und/ oder unterstützungsbedürftigen Menschen werden verschiedene Gruppen sowie besonders fokussierte Impuls-Aktivitäten ausgerichtet wie z. B. der Besuch des „Gartens der Sinne“. Frau Elisabeth Strathen bietet ebenfalls eine Hospizgruppe an.

Ausdrücklich wurde auf den wertvollen, wirksamen und unverzichtbaren Beitrag von Ehrenamtlichen bei der Durchführung der Gruppen- und Betreuungsangebote hingewiesen. Herausfordernd sei hier bedauerlicher Weise die zu beobachtende Verknappung von ehrenamtlich Tätigen.

Zum Zeitpunkt der Vorstellung im Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie waren Entscheidungen zu den Fragestellungen der Finanzierung vorbenannter Gruppenangebote anhängig, die historisch gewachsen als überprüfungswürdig eingestuft wurden. Die Referentinnen betonten, dass vergleichbare Angebote auch für den Sozialraum Bad Segeberg in fortgeschrittener Planung befindlich seien.

Für das Jahr 2014 wurde am 31.10.2013 eine Fortführung der o.g. Förderung durch den Sozialausschuss des Kreistages beschlossen.

Der Fachbereich III „Soziales, Jugend, Bildung“ wird zukünftig im Rahmen der Kommunalisierung der Gelder aus dem Sozialvertrag II in enger Abstimmung mit dem Sozialausschuss verfolgen, ob die finanziellen Zuwendungen tatsächlich vorrangig für die niederschwellige Unterstützung psychisch kranker Menschen genutzt werden.

1.7. Altwerden mit psychiatrischen Einschränkungen

Am 20.11.2013 konnte die 64. Sitzung des Arbeitskreises in den Pflege- und Betreuungseinrichtungen Forsthaus GmbH in Bad Oldesloe stattfinden. Der Geschäftsführer der Einrichtung, Herr Alfred Anders, nahm nach Vorstellung der Einrichtung am thematischen Diskurs teil. Im Fokus der Sitzung stand die notwendige und adäquate Versorgung altwerdender Menschen mit psychiatrischen Einschränkungen insbesondere vor dem Hintergrund der gesamtgesellschaftlichen demographischen Entwicklung.

Herr Anders stellte die Forsthaus GmbH als eine heute quasi universal ausgerichtete Pflege- und Betreuungseinrichtung vor. Hier leben Menschen mit psychischen, geistigen und/ oder körperlichen Behinderungen. Entsprechend wird ein umfassendes Betreuungs-, Beschäftigungs-, Qualifizierungs- sowie Wohn- und Pflegeangebot vorgehalten. Seit 1962 existiert das Familienunternehmen. Zunächst als reine Pflegeeinrichtung gegründet, gelang es im Laufe der Jahre, die konzeptionelle Idee einer umfassenden Betreuungs- und Pflegeeinrichtung zu installieren.

Das Forsthaus bietet ca. 450 Plätze. Die Finanzierung erfolgt entlang der gesetzlichen Bestimmungen der SGB V, IX, XI, XII. Herr Anders stellte heraus, dass seine Einrichtung aufgrund der umfassend-integrierten Versorgung auch ein SGB-übergreifendes Setting durch hausinterne inkludierende Angebote ermöglichen kann. Bei einer Zustandsverbesserung oder -verschlechterung ist somit ein unbürokratischer Wechsel zwischen Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege möglich.

Im Folgenden präsentierte Herr Straube, 1. Vorsitzender des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV), das vom GPV erstellte Grundsatzpapier „Senioren mit Behinderung im Kreis Segeberg, Rente-was nun? Grundlagen zur Teilhabe“. Die Arbeitskreisteilnehmerinnen und -teilnehmer erzielten Einigkeit zu den im Grundsatzpapier aufgezeigten Anpassungsnotwendigkeiten (siehe Kapitel 2.2).

Die Arbeitskreisvorsitzende Frau Dr. Hakimpour-Zern stellte zusammenfassend für den Wirkungsbereich des Arbeitskreises Gemeindenahe Psychiatrie heraus:

- der Psychiatrieplan soll als im kommunalen Rahmen wirksames Medium den Diskurs protokollieren und publizieren;
- die Stelle eines ‚Zukunftsmanagers oder einer -managerin‘ (Nomenklatur umstritten) solle in der Kreisverwaltung zur nachhaltigen Koordinierung notwendiger Arbeitsprozesse geschaffen werden;
- ein Treffen der Sprecherinnen und Sprecher der beteiligten Facharbeitskreise GPV, AK Gemeindenahe Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Pflegekonferenz und AK §4-Eingliederungshilfe sowie die Vorsitzenden des Sozial- und OVG-Ausschusses sollen die Ziele konkret ausformulieren und Bedarfe an die Verwaltung und Politik melden;
- die konkrete Frage nach der Etablierung einer kreisweiten ambulanten psychiatrischen Krankenpflege soll in der AK-Sitzungslegislatur 2014 thematisiert werden.

2. Was bewegte den Gemeindepsychiatrischen Verbund?

Der Gemeindepsychiatrische Verbund ist ein Zusammenschluss von Einrichtungen, Personen und Verbänden, die an der psychiatrischen Versorgung im Kreis Segeberg beteiligt sind. Der Verbund hat sich verpflichtet, die Versorgung aller im Kreis Segeberg lebenden psychisch kranken und behinderten Menschen anzustreben. Die Vernetzung und Kooperation der im Kreis Segeberg tätigen Einrichtungen und Kostenträger ist eine der Hauptaufgaben des GPV.

2.1. Neue Vorsitzende

Die Geschäftsführung liegt seit Gründung beim Sozialpsychiatrischen Dienst. Mit Sitzung vom 12.06.2013 wurde ein neuer Vorstand des Gemeindepsychiatrischen Verbunds (GPV) gewählt. Dieser setzt sich nunmehr wie folgt zusammen:

1. Vorsitzender: Herr Markus Straube
2. Vorsitzender: Herr Thorsten Scheske
3. Vorsitzender: Herr Jens Imbeck-Schlegel

2.2. Grundsatzpapier „Senioren mit Behinderung im Kreis Segeberg – was nun? Grundlagen zur Teilhabe“

Durch den allgemeinen Anstieg der Lebenserwartung und auch historisch bedingt erreicht jetzt erstmals auch ein Großteil der Menschen mit Behinderung das Pensionsalter.

Der GPV beschäftigt sich daher konkret seit dem Jahr 2008 mit der Frage, was eigentlich mit diesen Menschen passiert, die aufgrund des erreichten Rentenalters nicht mehr in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung arbeiten können. Speziell zu diesem Thema organisierte der GPV einen eigenen Workshop. Ein Ergebnis dieses Austausches war, dass die oben beschriebene Personengruppe eine Vorbereitung auf das Alter und weitere Angebote im Alter braucht.

Im Jahr 2009 gründete sich im GPV dann die Unterarbeitsgruppe „AG Ü-65“, die später umbenannt wurde in die Arbeitsgruppe „Tagesstruktur für ältere Menschen mit Behinderung“. Diese Arbeitsgruppe, bestehend aus Mitgliedern der Politik, Verwaltung und den betroffenen Betreuungseinrichtungen, veröffentlichte im Sommer 2012 das Grundsatzpapier „Senioren mit Behinderung im Kreis Segeberg – was nun? Grundlagen zur Teilhabe“.

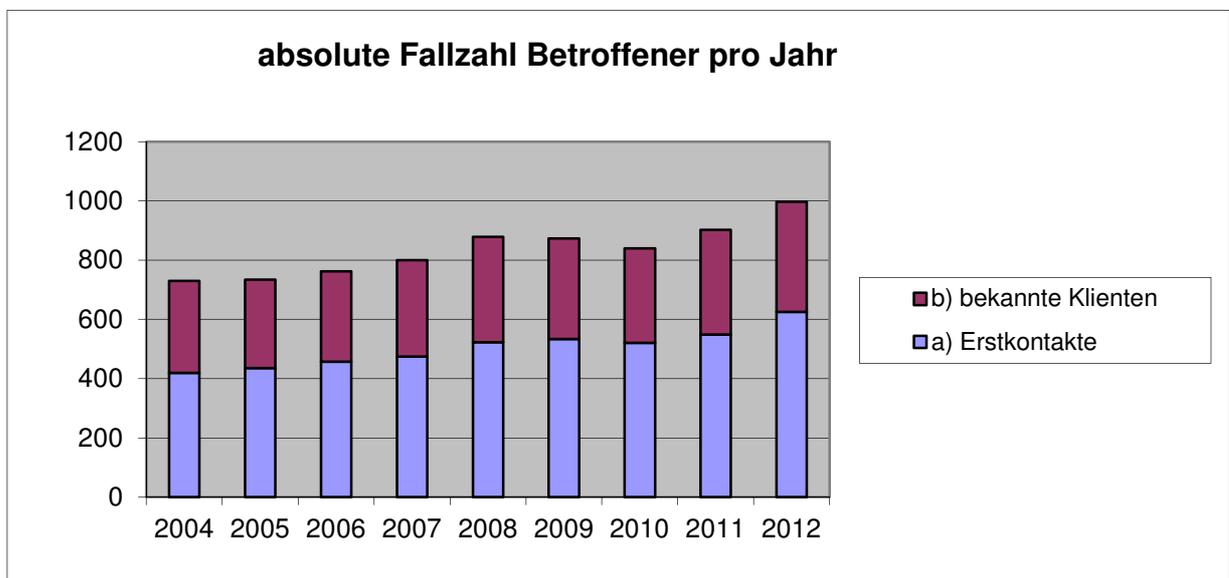
In diesem Grundsatzpapier werden Zielsetzungen, damit verbundene Herausforderungen und Anpassungsnotwendigkeiten herausgestellt. Ebenfalls werden Möglichkeiten der Zielumsetzung formuliert. Beispielsweise wird die Etablierung von „kommunalen Quartiersmanagern“ angeregt, die gemeinsam mit den Leistungsträgern, den vorhandenen Leistungserbringern und der Quartiersbevölkerung fachübergreifende und tagesstrukturierende Angebote für Ältere mit und ohne Behinderung planen.

Weiterhin wurde angeregt, dass der Kreis Segeberg einen „Zukunftsbeauftragten“ benennt, der mit Unterstützung einer neu zu bildenden regionalen Arbeitsgruppe die vorhandenen Angebote erhebt, koordiniert, fehlende Leistungen ermittelt und Konzepte mit durchlässigen Hilfen für alte Menschen mit und ohne Behinderung anregt.

3. Was bewegt den Fachdienst Gesundheit?

3.1. Personelle Ressourcen im Sozialpsychiatrischen Dienst

Im Sozialpsychiatrischen Dienst ist das Aufsuchen der Patientinnen und Patienten im häuslichen Setting ein wichtiger Bestandteil der ärztlichen Diagnostik und des sozialpädagogischen Vertrauensaufbaus. Die oftmals zurückgezogen lebenden Menschen werden hierdurch erreicht, eine Krankheits- und Behandlungseinsicht angestrebt sowie sozialpädagogische Beratungsangebote unterbreitet. Insgesamt ist ein Anstieg der bedürftigen Klienten zu verzeichnen.



Auch die Anzahl der Verfahren aus Zwangsunterbringungen gemäß PsychKG stieg im Jahre 2012 mit 344 Verfahren im Vergleich zu den Vorjahren weiter an. Das sozialpädagogische Personal kann aufgrund der Überlastung zunehmend seine Betreuungs- und Beratungsaufgaben nicht mehr wahrnehmen, da Kriseninterventionen bei Garantenstellung priorisiert sind.

Im Rahmen einer Organisationsuntersuchung wurde ein Personalmehrbedarf von 2 weiteren sozialpädagogischen Kräften neben einem zusätzlichen Bedarf im Bereich der Verwaltung bestätigt.

Eine sozialpädagogische Stelle wurde von der Politik bereits für das laufende Jahr 2013 bewilligt, der weitere Mehrbedarf wurde vom Kreistag positiv beschieden.

Eine Neubesetzung erfolgt nach Genehmigung des Haushalts 2014 durch das Land Schleswig-Holstein.

3.2. Vernetzungsarbeit

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist mit einem Arzt, einer Ärztin und 4 Sozialpädagoginnen und 2 Sozialpädagogen ein kleines Team, das für den gesamten Kreis Segeberg zuständig ist. Vier Mitarbeiterinnen sind in Teilzeit beschäftigt. Eine Sozialraumorientierung ist insofern nur in Ansätzen möglich. Vernetzungsarbeit ist bei solcher Arbeit unabdingbar, um Ressourcen zu bündeln und Synergieeffekte zu nutzen.

Das Team des Sozialpsychiatrischen Dienstes sowie 2 weitere Ärztinnen aus dem Fachdienst Gesundheit sind in diversen Arbeitskreisen und Gremien aktiv. Zu nennen sind hier regelmäßig tagende Arbeitskreise wie zum Beispiel der AK Gemeindenahe Psychiatrie, GPV, regionale Psychosoziale Arbeitskreise, PSAG Kreis Segeberg, Facharbeitskreis Psychiatrie des Landkreis- und Städtetages, Beschwerdestelle, Begehungskommission, AK Psychiatrieplanung, KIK-Runde, Arbeitsgruppe Psychosoziale Notfallversorgung, Regionaler sozialer Arbeitskreis Norderstedt für Kinder und Jugendliche, die Bundesarbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie im ÖGD, Gesamtnetzwerk Kinderschutz, Kuratorium Suchtberatungsstelle der ATS, Kuratorium Suchtberatungsstelle Sozialwerk Norderstedt, AK Gerontopsychiatrie, Landesarbeitskreis Migration und Psychiatrie, AG §4-Eingliederungshilfe, AK Sozialpsychiatrische Dienste, Sozialarbeitertreffen im Psychiatrischen Krankenhaus Rickling.

Darüber hinaus finden seit einigen Jahren engere Kooperationen mit dem Fachbereich III „Soziales, Jugend, Bildung“ statt. Der Sozialpsychiatrische Dienst und die Eingliederungshilfe besprechen wichtige Themen in jährlichen Teamtreffs. Gemeinsame Fortbildungen finden statt. Komplexe Problematiken werden in interdisziplinären Arbeitsgruppen bearbeitet wie z. B. die Grundlagen zur Etablierung eines stationären Eingliederungshilfebereichs im Psychiatrischen Zentrum

Rickling. Hier nahm neben dem Fachdienst Gesundheit und dem Fachdienst Eingliederungshilfe auch der Fachdienst Soziale Sicherung mit dem Schwerpunkt Hilfe zur Pflege teil.

In definierten Krisensituationen Minderjähriger mit Eigen- oder Fremdgefährdung arbeiten die Amtsärztinnen und der Amtsarzt mit den Jugendämtern Kreis Segeberg und Norderstedt zusammen. Die kinder- und jugendpsychiatrieerfahrene Ärztin des Fachdienstes Gesundheit bietet kollegiale Beratungen für die Jugendämter und die Schulen im Kreis an.

Der Verwaltungsbereitschaftsdienst des Kreises und der Ärztliche Leiter Rettungsdienst stehen im fachlichen Austausch mit den Ärztinnen und Ärzten des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Neue Kontakte wurden mit dem Jobcenter geknüpft. Das beschäftigungsorientierte Fallmanagement und der Sozialpsychiatrische Dienst werden zukünftig im Rahmen der Betreuung ihrer psychisch beeinträchtigten Klientel bei Bedarf kooperieren. Hier werden niederschwellige Hilfen angeboten.

3.3. Segeberger Workshop für Kinder- und Jugendgesundheit

Mit dem Segeberger Workshop für Kinder- und Jugendgesundheit greift der Kreis Segeberg in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsregion Segeberg und MedComm, Regionalmanagement Gesundheit Südholstein, seit 7 Jahren aktuelle Themen der Kinder- und Jugendgesundheit auf. Der Schwerpunkt der Themen liegt im Bereich der psychosozialen Gesundheit.

Die Veranstaltung richtet sich an alle, die pädagogisch oder medizinisch mit Kindern und Jugendlichen beruflich oder ehrenamtlich arbeiten. Der Workshop bietet damit Gelegenheit für einen interdisziplinären Austausch und hat das Ziel der Multiplikation.

Der 7. Segeberger Workshop für Kinder- und Jugendgesundheit am 06.11.2013 behandelte folgende Themen:

- Psychosoziale Gesundheit – Suchtverhalten im Kindes- und Jugendalter
Referent: Prof. Dr. Rainer Thomasius, Ärztlicher Leiter Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Neue Medien ja, aber wie? – zum Umgang mit gesunder und exzessiver Mediennutzung
Referent: Henning Fietze, Offener Kanal Schleswig-Holstein
- Hochbegabung – „Ein hochbegabtes Kind – Was (t)nun?“
Referentin: Andrea Momma, Praxis Kajsa Johansson, Hamburg

In der Evaluation wurde deutlich, dass die am Workshop Teilnehmenden einen hohen Bedarf an Information und Handlungsempfehlungen bezüglich kinder- und jugendpsychiatrischer Themen haben.

3.4. Neue Gesetzgebung

Auch die Legislative ist einem dynamischen Prozess unterworfen. Bürgerinitiativen, signalgebende Urteile oder auch sich politisch durchsetzende Meinungen leiten oftmals Veränderungen in der Gesetzgebung ein.

Bereits im Gesetzgebungsverfahren, später dann in der Umsetzung befassen sich die exekutiven Behörden wie z.B. der Sozialpsychiatrische Dienst mit der Materie. Durch neue Gesetze ergeben sich oftmals neue Handlungsspielräume, manchmal aber auch Einschränkungen. Nicht jede gut gemeinte Gesetzesänderung trägt zum Wohl der psychisch Kranken bei.

3.4.1. Neue Gesetzgebung zur Zwangsbehandlung

Auslöser für die Gesetzesnovelle war ein vom Bundesgerichtshof vom Sommer 2012 erlassenes Urteil in Bezug auf die Zwangsbehandlung psychisch Kranker.

Am 1. Februar 2013 billigte der Bundesrat das „Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme“. Geregelt ist die Zwangsbehandlung Betreuer künftig in §1906 des BGB, in dem bislang nur deren Unterbringung geregelt war. Voraussetzung für die Durchführung einer Zwangsmaßnahme ist nach dem neuen Gesetz zunächst, dass die Betroffenen „die Notwendigkeit der jeweiligen ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln“ können, mithin einwilligungsunfähig sind. Darüber hinaus muss die ärztliche Zwangsmaßnahme zum Wohl der Betreuten erforderlich sein, um „einen drohenden erheblichen und gesundheitlichen Schaden abzuwenden“. Weitere Voraussetzung ist, dass dieser Schaden nicht durch eine „andere, dem Betreuten zumutbare Maßnahme abgewendet werden“ kann. Schließlich muss „der zu erwartende Nutzen die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegen, und es muss vor der Einleitung der Zwangsmaßnahme versucht worden sein, den Betreuten von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen“.

Für die Einleitung einer Zwangsmaßnahme bedarf es nach dem neuen Gesetz immer der richterlichen Genehmigung. Eine ggf. vorliegende Einwilligung der Betreuerin oder des Betreuers allein ist nie ausreichend, und zwar auch nicht in

dringenden Fällen. In der Praxis müssen daher hoch erregte, aggressive oder massiv selbstgefährdete Betroffene bis zur wirksamen richterlichen Entscheidung fixiert werden. Dies ist ohne begleitende Medikation schwierig und in vielen Fällen unvertretbar, da die Fixierung ohne Medikation zum Teil eine erhebliche Gefahr für die Untergebrachten und die Umwelt darstellt. In diesem Fall kann also, entgegen der Gesetzeskonzeption, eine sofortige medikamentöse Behandlung unumgänglich sein. Die rechtliche Grundlage dafür bietet in Schleswig-Holstein das Psychisch-Kranken-Gesetz. Es erlaubt Fixierungen und Ruhigstellungen durch Medikamente, wenn die Gefahr besteht, dass der psychisch kranke Mensch gegen Personen gewalttätig wird, sich selbst tötet oder erheblich verletzt.

Ist auch diese Möglichkeit versperrt oder nicht hinreichend schnell verfügbar, bleibt im Ausnahmefall nur die sofortige Einleitung einer Medikation unter dem Aspekt eines rechtfertigenden Notstands.

Das neugeschaffene gerichtliche Verfahren zur Genehmigung der Zwangsmaßnahme nach BGB gleicht grundsätzlich dem Ablauf des Unterbringungsverfahrens. In der Regel wird das Gericht zunächst wegen Dringlichkeit im Eilt-Verfahren entscheiden. Vor der Genehmigung fordert das zuständige Gericht also ein ärztliches Zeugnis an und hört sodann die Betroffenen an.

Anders als bei der einstweiligen Unterbringung ist der Zwangsbehandlungsbeschluss im Eilt-Verfahren nicht auf 6, sondern auf 2 Wochen zu begrenzen. Der Beschluss kann auf bis zu 6 Wochen verlängert werden. In seinem Beschluss muss sich das Gericht dabei, im Gegensatz zu früher, auch zu Detailfragen der ärztlichen Behandlung äußern. Das Hauptsacheverfahren unterscheidet sich vom Eiltverfahren im Wesentlichen dadurch, dass hier eine schriftliche Begutachtung erforderlich ist. Die Begutachtenden im Hauptsacheverfahren nach BGB sollen dabei bisher unbeteiligte Ärztinnen und Ärzte sein. Die externen Gutachterinnen und Gutachter dürfen den kranken Menschen bisher nicht behandelt oder begutachtet haben. Sie dürfen auch nicht in der Einrichtung tätig sein, in der die Betroffenen untergebracht sind. Dies wird aufgrund fehlender Gutachterinnen und Gutachter kaum umzusetzen sein. Voraussichtlich werden wegen dieses Nadelöhrs als unangemessene Kompensation die Verfahren nach PsychKG stark zunehmen.

3.4.2. *Gesetzentwurf der Landesregierung Schleswig-Holstein zur Änderung des Psychisch-Kranken-Gesetzes vom 27.08.2013*

Aktuell bestehen bundesweite Bestrebungen, die Psychisch Krankengesetze der Länder zu reformieren.

Nachfolgend werden wesentliche Änderungen aus dem Gesetzentwurf der Landesregierung Schleswig-Holstein vom 27.08.2013 wiedergegeben.

Es ist geplant, dass der §8 des PsychKG eine umfangreiche Ergänzung erfährt. Die bisherige Regelung des Unterbringungsantrages soll um den „Antrag auf Anordnung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme“ durch den Kreis oder die kreisfreie Stadt erweitert werden.

Die inhaltliche Ausgestaltung der ärztlichen Zwangsmaßnahmen wird u. a. im neuen §14 Abs. 4-6 erläutert:

„(4) Eine Behandlung gegen den natürlichen Willen des untergebrachten Menschen (ärztliche Zwangsmaßnahme) mit dem Ziel, die fortdauernde Notwendigkeit einer Unterbringung nach §7 zu beseitigen, darf nur dann durchgeführt werden, wenn

1. der untergebrachte Mensch aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann,
2. sie im Hinblick auf das Behandlungsziel, das ihren Einsatz rechtfertigt, Erfolg verspricht,
3. mildere Mittel, insbesondere eine weniger eingreifende Behandlung, aussichtslos sind und
4. der zu erwartende Nutzen der Behandlung die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich feststellbar überwiegt.

Eine wirksame Patientenverfügung ist zu beachten.

(5) Eine ärztliche Zwangsmaßnahme setzt voraus, dass durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt

1. eine den Verständnismöglichkeiten des untergebrachten Menschen entsprechende Information über die beabsichtigte Behandlung und ihre Wirkungen vorausgegangen ist,
2. vor Beginn der Behandlung ernsthaft versucht wurde, eine auf Vertrauen gegründete, freiwillige Zustimmung des untergebrachten Menschen zu erreichen und
3. dem untergebrachten Menschen nach Scheitern des Gespräches zu 2. die Beantragung der gerichtlichen Anordnung nebst der Möglichkeit der Durchführung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme angekündigt worden ist.

Die Durchführung der Gespräche nach Satz 1 muss durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt dokumentiert werden.

(6) Die Behandlung muss von einer Ärztin oder einem Arzt angeordnet und durchgeführt werden. Sie muss ärztlich überwacht und dokumentiert werden.“

Bezüglich des Gesetzesentwurfes gab es vielerlei Kritik und konstruktive Änderungsvorschläge. So äußerte sich der schleswig-holsteinische Richterverband am 10.10.2013 kritisch hinsichtlich der Antragstellung zum Zwecke der ärztlichen Zwangsbehandlung durch das Gesundheitsamt des Kreises. Dieser empfiehlt stattdessen, die Antragsbefugnis dem Unterbringungskrankenhaus zu geben. Hiermit schließt sich der schleswig-holsteinische Richterverband den Empfehlungen des Betreuungsgerichtstages e. V. an.

Am 02.09.2013 erfolgte eine Stellungnahme des Fachausschusses Psychiatrie des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) zur Novellierung der PsychKGs in den Bundesländern. Hierin werden ausdrücklich alle Initiativen der Gesetzgeber in Bund und Ländern, die Rechte der von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen zu stärken und dem-

entsprechend das Unterbringungsrecht der Länder nicht nur an die aktuelle Rechtsprechung des BGH zur Zwangsbehandlung gemäß §1906 BGB anzupassen, sondern grundsätzlich im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention die Hilfen nach den PsychKGs weiter zu entwickeln, begrüßt. Wo bisher lediglich an eine Modernisierung eines rein ordnungsrechtlich ausgelegten Landesunterbringungsgesetzes gedacht ist, wird vom BVÖGD jedoch angeregt, zusätzlich ein Gesetz über Schutz- und Hilfsmaßnahmen für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erlassen, indem ein direkter Zusammenhang zwischen der Abwendung von zwangsweisen Unterbringungen und der Zugänglichmachung ambulanter Hilfen im erforderlichen Umfang hergestellt wird. Eine ausschließliche Regelung der Hilfen für psychisch kranke Menschen im jeweiligen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst ohne einen expliziten Auftrag zur Vermeidung von zwangsweisen Unterbringungen ist nicht zielführend.

3.5. Krankenhausplanung - Beteiligtenrunde gemäß §19 AG-KHG

Der Fachdienst Gesundheit nahm im Rahmen der Beteiligtenrunde gemäß §19 des Gesetzes zur Ausführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (AG-KHG) Stellung zu Anträgen der Schön Klinik Bad Bramstedt und des Psychiatrischen Zentrum Rickling.

3.5.1. Stellungnahme zum Antrag der Schön Klinik Bad Bramstedt auf Einrichtung einer psychosomatischen Tagesklinik mit 30 Plätzen am Standort Bad Bramstedt

Die Schön Klinik Bad Bramstedt plante 2013, indikationsgruppenspezifische Schwerpunkte im Bereich Depression, Ängste und Zwänge zu schaffen:

- Die depressiven Patientinnen und Patienten werden nach 3 unterschiedlichen Konzepten behandelt. Es wird in der Therapie die klassische Depression vom Burn-out sowie von der Depression im Alter differenziert. Diese sehr spezifische Hilfe erscheint innovativ und erfolgversprechend.
- Bei der Klientel mit Panikstörung liegt ein Schwerpunkt auf Exposition. Hier wird u.a. mit Co-Therapeutinnen und -Therapeuten außerhalb des klinischen Settings in Alltagssituationen ein Angstabbau erfolgen.
- Ein Alleinstellungsmerkmal ist darüber hinaus die spezifische tagesklinische Behandlung von Zwangserkrankungen, die von anderen Tageskliniken im Kreis Segeberg nicht abgedeckt wird.

Die Bewilligung von 30 Tagesklinikplätzen in Bad Bramstedt würde eine Bereicherung in der psychosomatischen und psychiatrischen Behandlungslandschaft darstellen. Hiermit könnten wohnortnahe Behandlungen erfolgen und somit ein vorhandener regionaler Engpass im Sinne der Sozialraumorientierung gemildert werden.

Die Schaffung einer Tagesklinik wurde daher vom Kreis Segeberg im Rahmen der Beteiligtenrunde gemäß § 19 AG-KHG ausdrücklich befürwortet.

Im Januar 2014 wurde die Tagesklinik in Bad Bramstedt vom Ministerium nach Befragung der Krankenhausplanungsbeteiligten vorerst abgelehnt. Es wurden 5

andere Tageskliniken in Schleswig-Holstein bewilligt, davon eine in Bad Segeberg. In 3 Jahren wird der Bedarf erneut evaluiert werden.

3.5.2. Stellungnahme zum Antrag auf Erhöhung der Planbettenzahl für das Psychiatrische Krankenhaus Rickling zur überregionalen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

Im Laufe der letzten Jahre ist ein ansteigender Bedarf an psychiatrischer Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund festzustellen, zumal oft das notwendige sozialpsychiatrische Versorgungsnetz vor Ort fehlt.

Seit ca. 5 Jahren besteht am Standort Rickling ein spezielles Angebot für türkisch sprechende Patientinnen und Patienten. Neben der ambulanten Versorgung sind vor 2 Jahren auch stationäre Kapazitäten geschaffen worden, die den besonderen Bedürfnissen dieser Zielgruppe entsprechen.

Feststellbar ist eine sehr hohe Nachfrage und Akzeptanz von der betreffenden Klientel mit Wartezeiten von ca. 5 Monaten. Im Herbst 2013 hielt die Station für türkischsprechende Migrantinnen und Migranten 8 Betten vor.

Der Antrag des Landesvereins für Innere Mission Schleswig-Holstein auf eine Erhöhung der Planbettenzahl zur überregionalen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund um 20 Betten wurde ausdrücklich vom Kreis in der Beteiligtenrunde unterstützt.

Leider wurde dem Antrag des Psychiatrischen Krankenhauses Rickling auf Bettenzahlerhöhung nicht im vollen Umfang stattgegeben. Am 15.10.2013 erfolgte eine Besichtigung durch das Ministerium mit dem Ergebnis der Bewilligung einer Bettenzahlerhöhung um 2 auf insgesamt 10 Betten.

3.6. Bau der Tagesklinik Norderstedt

Das teilstationäre und ambulante Behandlungsangebot für den Kreis Segeberg wird aktuell erweitert durch den Bau einer kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Tagesklinik sowie einer Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Frederikspark in Norderstedt.

In beiden Tageskliniken ist die Einrichtung einer Institutsambulanz geplant mit dem Schwerpunkt der Behandlungsnachsorge von Patientinnen und Patienten aus teilstationärer Behandlung.

Durch den Standort Norderstedt wird eine wohnortnahe Behandlungsmöglichkeit für Kinder, Jugendliche und Erwachsene des Kreises Segeberg geschaffen. Dies betrifft insbesondere den Raum Norderstedt. Auch die erforderliche und wichtige Zusammenarbeit mit den verschiedenen regionalen Hilfeanbietern wird so optimiert.

Mit Baubeginn am 22.10.2013 wurde die Inbetriebnahme frühestens für Ende 2014 veranschlagt. Die Kosten tragen der Landesverein für Innere Mission mit 3,0 Millionen Euro und das Land mit 2,6 Millionen Euro.

Die kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Tagesklinik in Norderstedt wird von dem Regio Klinikum Elmshorn, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, betrieben. Hier werden 12 Behandlungsplätze zur Verfügung stehen für Kinder und Jugendliche im Alter von 0-21 Jahren. Dabei soll der Behandlungsschwerpunkt Kinder und Jugendliche im Alter von 6-18 Jahren umfassen. Das Regio Klinikum Elmshorn bietet ab sofort für Kinder im Alter von 5-12 Jahren nach ambulantem Vorgespräch eine tagesklinische Behandlung am Standort Elmshorn an.

Die Kontaktadresse lautet:

Regio Klinikum Elmshorn, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,
Marktstr. 10, 25335 Elmshorn,

Telefon: 04121/262520, Telefax: 04121/2625220,

Email: kjp-reg@sana.de, www.regiokliniken.de

Die Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Norderstedt wird als dritter Standort neben den Tageskliniken in Bad Segeberg und Kaltenkirchen im Rahmen der Regionalversorgung des Kreises Segeberg unter der Leitung des Psychiatrischen Krankenhauses Rickling betrieben werden. 20 Behandlungsplätze stehen hier zur Verfügung.

Durch die enge örtliche Nähe beider Tageskliniken für Kinder, Jugendliche und Erwachsene ist eine gute Vernetzung, z.B. bei der Behandlung von Kindern mit psychisch kranken Eltern, gegeben. Geplant ist auch die Behandlung von Vorschulkindern in Begleitung ihrer elterlichen Bezugsperson. Die Cheförzantin der Regio Kliniken Elmshorn und der Chefarzt des Psychiatrischen Krankenhauses Rickling stehen im engen Austausch über die Umsetzung dieser Behandlungsmöglichkeiten.

Nicht behandelt werden können in der Tagesklinik Norderstedt Klientel mit akuter Eigen- oder Fremdgefährdung, Menschen mit bestehendem Alkohol-, Drogen-, Medikamentenmissbrauch und akut psychotische Menschen.

3.7. Weitere Veränderungen in der Angebotsstruktur im Kreis Segeberg

Die Lebens- und Arbeitsgemeinschaft Gut Müssen und die Hof- und Lebensgemeinschaft Fünf Eichen e.V. in Hartenholm sind als stationäre Eingliederungshilfen geschlossen worden.

Der Rehabilitations- und Pflegebereich des Psychiatrischen Zentrums Rickling ist ab 01.01.2014 umstrukturiert worden. Es wurden 265 der 660 Plätze der Hilfe zur Pflege als Plätze der Eingliederungshilfe umgewidmet. Betroffen davon sind Plätze in den Einrichtungen Thetmarshof und Falkenhorst.

Die ATP eröffnete 2013 eine neue Begegnungsstätte im Beratungszentrum Kaltenkirchen, Haus der sozialen Beratung, Flottkamp 13c in Kaltenkirchen. Die ATP zog aus den Räumlichkeiten des Trio Kaltenkirchen aus.

3.8. Reform der Bedarfsplanung für niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Diese Reform trat zum 01. Januar 2013 in Kraft. Neben einer Neueinteilung der Planungsgruppen, die sich künftig auf alle 23 Facharztgruppen bezieht, werden sich die bisher bestehenden 13 Planungsbereiche in Schleswig-Holstein nicht mehr starr an den Grenzen von Städten und Kreisen orientieren. Die Planungsgruppen werden für unterschiedliche Fachgruppen unterschiedlich groß sein.

Dabei gilt:

- Je spezialisierter eine Arztgruppe, desto größer der Raumzuschnitt.
- Regionaler Spielraum: Die Kassenärztlichen Vereinigungen können im Einvernehmen mit den Krankenkassen in ihren Bedarfsplänen feststellen, dass Planungsbereiche zu groß oder zu klein sind. Die Regionallandesausschüsse (Ärzteschaft, Krankenkassen) entscheiden, ob eine weitere Untergliederung oder eine Zusammenlegung sinnvoll wäre.

Der „Zulassungsausschuss für Ärzte“ setzt sich in Schleswig-Holstein jeweils aus 3 Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen sowie Ärztinnen und Ärzten zusammen und entscheidet über die Zulassungsanträge der Betroffenen sowie über Anträge auf Anstellung in einer Praxis.

Der Bedarf an Ärztinnen und Ärzten richtet sich nach der Bevölkerungsdichte in einem Planungsbereich. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen prüft für jede Fachgruppe, ob das bundesweit festgelegte Arzt-Einwohner-Verhältnis in Schleswig-Holstein einem Versorgungsgrad von 100% entspricht. Die Öffnung für neue Niederlassungen erfolgt erst dann, wenn der Versorgungsgrad unter 110% fällt. In Schleswig-Holstein wurden hierdurch Bedarfe für eine ambulante nervenärztliche Versorgung nur in den 3 Planungsbereichen Dithmarschen, Herzogtum Lauenburg und Plön errechnet.

In einem gesperrten Zulassungsbereich kann es ausnahmsweise zu weiteren Zulassungen kommen. Niederlassungswillige müssen dann beim Zulassungsaus-

schuss eine sogenannte „Sonderbedarfszulassung“ beantragen. Diese ist zum Beispiel möglich, wenn sich die Betroffenen auf bestimmte Leistungen spezialisiert haben, die andere Niedergelassene nicht in zumutbarer Entfernung erbringen können.

In Schleswig-Holstein wurden in 2012 für den Fachbereich Neurologie/Psychiatrie nur 2 Sonderbedarfsanträge gestellt, für den Fachbereich Psychiatrie in den letzten 3 Jahren lediglich 5 Anträge. Der im Kreis Segeberg letztmalig gestellte nervenärztliche Sonderbedarfsantrag reicht gar in das Jahr 2009 zurück.

Ursächlich für weiterhin bestehende Unterversorgung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung ist einerseits der fortdauernde Mangel an psychiatrischen und psychologischen Fachkräften. Andererseits unterscheidet die Kassenärztliche Vereinigung in der Vergabe der ärztlichen Praxissitze nach wie vor nicht zwischen den Fachbereichen Neurologie und Psychiatrie. Hierdurch resultiert eine reale Unterversorgung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung, da viele Niedergelassene ausschließlich neurologisch tätig sind.

3.9. Dokumentation

3.9.1. AG Dokumentation Psychiatrie

Im Kommunalisierungsvertrag, der Nachfolgeregelung des Sozialvertrags II, wurde festgelegt, dass jede Kommune mit den Verwendungsnachweisen auch Daten über die Inanspruchnahme der Angebote vorlegen muss (§6 Abs.4 Rahmenvertrag). Gleichzeitig wurde in §8 Abs.3 Rahmenvertrag vereinbart, dass die Dokumentationssysteme landesweit vereinheitlicht werden sollen. Dafür wurde unter Vorsitz des Landes eine Arbeitsgruppe installiert, an der die kommunalen Landesverbände und die Wohlfahrtsverbände beteiligt sind – die AG „Doku Psych“.

Von dieser Arbeitsgruppe wurde eine Dokumentationsstruktur erarbeitet und die Erstellung einer dazugehörigen IT-Lösung für die Dokumentation in den Einrichtungen durch ein Software-Unternehmen beschlossen. Der Auftrag wurde an die EEW-Protect GmbH, Kiel, vergeben.

In mehreren Kreisen bestehen Bedenken und Zweifel hinsichtlich der Praxistauglichkeit der vorgelegten Struktur und damit auch der Geeignetheit der Dokumentation als Leistungs-/Mittelverwendungsnachweis sowie als mögliche Grundlage für spätere Mittelzuweisungen. Diese Bedenken wurden auch von einigen Mitgliedern der Arbeitsgruppe mehrfach geäußert.

Da zu Nutzen, Aufwand und Qualität eines einheitlichen Dokumentationssystems insgesamt eine große Bandbreite an Meinungen -auch innerhalb der Kreise- vertreten wird, die Arbeitsgruppe aber versucht hat, hierzu eine Kompromisslösung zu entwickeln, stellte der Landkreistag die nach wie vor bestehenden Bedenken zurück und trug den in der Arbeitsgruppe gefassten Beschluss mit, allerdings mit der Maßgabe, dass keine weiteren Kosten durch die Einführung des neuen Dokumentationssystems auf die Kreise zukommen dürfen.

Auch die Mitgliedskörperschaften haben sehr deutlich zum Ausdruck gebracht, dass trotz Berücksichtigung einer Anschubfinanzierung durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung (MSGFG) weder die Leistungserbringer noch die Kreise finanzielle Mittel für die Unterhaltung der Software, für Support oder spätere Updates bereitstellen können. Die zu erstellende Software müsste demnach dauerhaft „wartungsfrei“ sein.

3.9.2. AG Dokumentation Sucht - moderne Dokumentation der ambulanten Suchtkrankenhilfe

Die AG Dokumentation Sucht, die sich aus Vertreterinnen und Vertretern des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung (MSGFG), der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein, des Städtetages Schleswig-Holstein, des schleswig-holsteinischen Landkreistages, der Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V. (LSSH), des Instituts für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung in Hamburg (ISD) und der freien Wohlfahrtsverbände zusammensetzt, begleitet und berät in Fragen der Dokumentation. Fortlaufend überprüft sie den Datensatz und tauscht sich über die jeweiligen Jahresberichte aus.

Mit dem Trendbericht 2011 wurde die jährliche Berichterstattung der „Modernen Dokumentation in der ambulanten Suchtkrankenhilfe“ fortgesetzt und 2013 veröffentlicht. Dabei erfolgte die Auswertung der Daten für das Jahr 2011 erstmals durch die LSSH. Bis zum Datenjahr 2010 hat das ISD die wissenschaftliche Aufbereitung und Analyse der erhobenen Daten vorgenommen und in den vorliegenden Jahresberichten veröffentlicht.

Der Trendbericht 2011 stellt ausschließlich die Entwicklungen in der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein in den Jahren 2005 – 2011 dar.

Die Klientel der Schleswig-Holsteinischen Suchtkrankenhilfe erweist sich hinsichtlich ihrer geschlechtlichen Zusammensetzung als sehr stabil. In dem hier zu betrachtenden Zeitraum der Jahre 2005 – 2011 stellen die männlichen Klienten jeweils Dreiviertel aller neuen Betreuten. Nach dem Jahre 2006 ist ein leichter Trend hinsichtlich eines Zuwachses des Anteils der Frauen zu erkennen.

Die substanzbezogenen Ergebnisse machen deutlich, dass für die Mehrheit der Klientel (51%) ein Alkoholproblem die Ursache für die Inanspruchnahme von Leistungen in den Beratungsstellen ist. Auch der Anteil der Cannabisabhängigen variierte innerhalb des betrachteten Zeitraumes kaum. Die entsprechenden Anteile lagen jeweils zwischen 13 und 15%.

Hinsichtlich der Betreuungen bei Opiatabhängigkeit ließ sich hingegen ein abfallender Trend feststellen: Lagen die entsprechenden Anteile im Jahr 2005 bei 27%, so waren es zwei Jahre später schon zwei Prozentpunkte weniger. Im aktuellen Berichtsjahr ist es nicht einmal jede fünfte Betreuung, die aufgrund eines Opiatproblems begonnen wurde (19%). Auch bezüglich des Anteils der Kokainabhängigen sind nur marginale Schwankungen feststellbar.

Wird hingegen die absolute Anzahl der neu begonnenen Betreuungen von Spielsüchtigen betrachtet, so haben sich diese bei pathologischen Glücksspielerinnen und -spielern im untersuchten Zeitraum mehr als verdoppelt (ein Zuwachs von 219%).

Bei den Wohnverhältnissen der betreuten Personen gab es nur geringe Veränderungen. Etwas mehr als zwei Drittel aller neu begonnenen Betreuungen betreffen Personen, die in einer eigenen Wohnung bzw. im eigenen Haus leben. Etwa jeder Siebte wohnte zum Zeitpunkt des Beginns der Betreuung noch bei den Eltern. Zwischen 8 und 11% der Betroffenen begannen ihre Betreuungen während eines Haftaufenthaltes.

Der Anteil der Erwerbstätigen zeigt sich weitgehend stabil. Während der Anteil der betreuten Personen unter ALG I- bzw. Sozialhilfebezug zwischen 2005 und 2011 um 4 respektive 10%-Punkte abnahm, stieg der Anteil der ALG II-Empfängerinnen und -Empfänger innerhalb dieses Zeitraums von 25 auf 32%.

Im Jahre 2005 berichteten nahezu die Hälfte aller Betreuten von Schulden – Männer mit einem Anteil von 52% deutlich häufiger als Frauen (34%). In den nachfolgenden Jahren ist dieser Anteil in beiden Klientengruppen bemerkenswert angestiegen – bei den Männern um 11 und bei den Frauen um 18%-Punkte. Offensichtlich sind vor allem Frauen mit Suchtproblemen in besonderem Maße von der schwierigen wirtschaftlichen Situation Deutschlands in den zurückliegenden Jahren betroffen gewesen bzw. nimmt insbesondere in dieser Geschlechtergruppe die Suchtproblematik starken Einfluss auf die wirtschaftliche Situation der Betroffenen.

Die Anteile planmäßig abgeschlossener Betreuungen haben von 42% im Jahr 2005 auf 57% im Jahr 2011 erheblich zugenommen. Ab dem Jahr 2006 schließen jährlich ca. zwei Drittel (im Trend nimmt dieser Anteil noch etwas zu) der Klientel erfolgreich ihre Betreuung ab. Der Anteil der abgebrochenen Betreuungen hat innerhalb dieses Zeitraumes hingegen leicht abgenommen.

Herausgeber der vorgestellten Trendanalyse 2011 ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein, Adolf-Westphal-Str. 4, 24143 Kiel.

4. Was bewegt den Fachdienst Eingliederungshilfe und den Fachdienst Soziale Sicherung?

Zur Erstellung dieses Kapitels bedurfte es ausführlicher Informationen aus dem Fachbereich III. Als Expertinnen und Experte äußerten sich hierzu Frau Annett Rohwer, Frau Elke Andrasch, Frau Maren Less, Frau Sabine Klein, Frau Simone David und Herr Jan Hauke Heinze.

4.1. Stiftung „Gemeinsam Leben“

In der Stiftung „Gemeinsam Leben“ in Neversdorf leben Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen an drei Standorten (Bad Segeberg, Neversdorf und Oering) gemeinsam in Wohngemeinschaftscharakter zusammen. Die Betreuung erfolgte bisher durch den Stiftungsgeber Dr. Schall und Frau Malin sowie durch gegenseitige Unterstützungsleistungen. Seit März 2007 wurde unter dem Titel „Profession unterstützt Ehrenamt“ über das Rauhe Haus aus Kreismitteln eine Unterstützung zur Koordination der ehrenamtlichen Arbeit sowie für Gruppenangebote gezahlt. Dieses Konzept kann zukünftig nicht weiter verfolgt werden, weil die Stiftungsgeber aus persönlichen Gründen die ehrenamtliche Betreuung der Menschen nicht mehr sicherstellen können. Zurzeit finden Gespräche mit der Stiftung, dem Fachdienst Eingliederungshilfe und der Koordinierungsstelle für soziale Hilfen (KOSOZ) statt, wie eine Umstrukturierung gestaltet werden kann.

4.2. Neues Konzept des Psychiatrischen Zentrums Rickling - Abgrenzung der Bereiche Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege (Grundsatzpapier)

Angestoßen durch das Benchmarking Soziales wurde festgestellt, dass im Kreis Segeberg überproportional viele Menschen der Pflegestufe 0 durch die Hilfe zur Pflege versorgt werden, obwohl eigentlich Eingliederungshilfe im Vordergrund steht.

Aus dieser Feststellung wurde im Kreis ein Umstrukturierungsprozess eingeleitet. Im Jahr 2013 wurde in einem intensiven fachlichen Austausch mit dem Landesverein für Innere Mission ein Grundsatzpapier zur Abgrenzung von Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege entwickelt. Dieses Grundsatzpapier dient der fachlichen Einschätzung, welche Personen aus dem Pflege- und Langzeitbereich des Landesvereins für Innere Mission und anderen Pflegeeinrichtungen des Kreises in dem Pflegebereich bleiben und welche Personen in die Eingliederungshilfe wechseln.

Ausdrücklich dient es nicht dazu, Menschen, die bisher in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe untergebracht sind, in Pflegeeinrichtungen wechseln zu lassen.

Im Rahmen der Neustrukturierung der Bereiche Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege im Psychiatrischen Zentrum Rickling werden neue Konzepte erarbeitet. Dies könnte die Chance beinhalten, Wohn- und Behandlungsbedingungen für bestimmte Personengruppen wie z. B. solche mit forensischer Vorgeschichte zu optimieren.

4.3. Kommunalisierung und Verteilung der Gelder aus dem Sozialvertrag II

Mit Wirkung zum 01.01.2012 erfolgte die Kommunalisierung der bis dahin durch das Land Schleswig- Holstein im Rahmen des Sozialvertrages II zur Verfügung

gestellten Fördermittel für Maßnahmen und Projekte der Suchtkrankenhilfe bzw. dezentralen Psychiatrie.

Im Jahr 2013 standen somit im Kreis Segeberg Landesmittel in Höhe von 169.134,49 EUR zur Verfügung. Dies entsprach gegenüber 2012 einer Steigerung um 24.605,54 EUR. Diese Steigerung resultierte aus einer im Rahmen der o.g. Kommunalisierung vorgenommenen mehrstufigen Neuverteilung unter den Kreisen und kreisfreien Städten anhand sozialdatengestützter Parameter.

Laut politischer Beschlussfassung vom 15.11.2012 konnten diese zusätzlichen Mittel vollumfänglich für den Aufbau einer Begegnungsstätte der ATP am Standort Kaltenkirchen eingesetzt werden. Hierdurch wurde das bestehende Angebot an den Standorten Bad Segeberg, Norderstedt und Wahlstedt regional ergänzt.

Folgende Angebote der dezentralen Psychiatrie wurden im Jahr 2013 aus ehemaligen Mitteln des Sozialvertrages II gefördert:

Maßnahme/ Projekt	Förderung 2013
DRK- Sozialstation Henstedt- Ulzburg	8.380,- EUR
ATP- Begegnungsstätten für psychisch Kranke in Bad Segeberg, Norderstedt und Wahlstedt	3.812,- EUR
ATP – Aufbau einer Begegnungsstätte für psychisch Kranke in Kaltenkirchen	24.605,54 EUR

Für das Jahr 2014 wurde am 31.10.2013 eine Fortführung der o.g. Förderung durch den Sozialausschuss des Kreistages beschlossen.

Im Jahr 2015 wird der dem Kreis Segeberg zustehende Anteil an den Landesmitteln im Zusammenhang mit der zuvor erwähnten mehrstufigen Neuverteilung erneut erhöht werden. Die Höhe der dann zur Verfügung stehenden Mittel wird voraussichtlich um ca. 12.000 EUR auf ca. 182.000,- EUR steigen. Im Laufe des Jahres 2014 werden Politik und Verwaltung über die Verwendung dieser zusätzlichen Mittel beraten und beschließen müssen.

Die Beschlüsse aus Politik und Verwaltung erfolgten ohne Einbezug des Arbeitskreises Gemeindenahe Psychiatrie. Da hier die Expertise bzgl. einer Bedarfsfeststellung von Hilfen besteht, sollte der Arbeitskreis für die Beratung über die Verwendung der Mittel zukünftig dringend mit einbezogen werden.

Die Psychiatrieplanung nannte bereits im Basisbericht 2012 die Notwendigkeit der Einrichtung niedrigschwelliger Hilfen in Form der Betreuung am Übergang. Im Unterschied zu anderen Kreisen und Städten ist die Betreuung am Übergang im Kreis Segeberg bislang noch nicht etabliert. Eine entsprechende Verwendung der Gelder wird von dem Psychiatrieplanteam des AK Gemeindenahe Psychiatrie ausdrücklich empfohlen.

4.4. Sozialraumorientierung der Eingliederungshilfe

4.4.1. Einführung von Sprechtagen der Eingliederungshilfe in den regionalen Teams

Die Eingliederungshilfe ist seit 2012 in drei regionale Teams (Segeberg, Kaltenkirchen und Norderstedt) zzgl. eines Teams für die Leistungen für Kinder unterteilt. Seit 2013 werden 14-tägig Sprechtage im Erwachsenenbereich in allen Teams angeboten. Hier finden Erstberatungen für Hilfesuchende statt.

4.4.2. Teilhabekonferenz

Der Fachdienst Eingliederungshilfe hat im Jahr 2012 im Raum Kaltenkirchen eine Teilhabekonferenz mit Menschen mit und ohne Behinderung, für Jung und Alt unter Beteiligung der Kommunalpolitik organisiert. Für das Jahr 2014 laufen die Planungen weiterer Teilhabekonferenzen in Norderstedt und Segeberg, zusätzlich soll es eine Konferenz zu dem Thema „Inklusive Bildung“ geben. Diese Teilhabekonferenzen sind auch für Menschen mit einer psychischen Erkrankung zugänglich.

4.5. Hilfe zur Pflege

Für Leistungen der Hilfe zur Pflege wurde im vergangenen Jahr ein Konzept zur Zugangssteuerung entwickelt und unter Einbeziehung von sozialraumorientierter Hilfeplanung umgesetzt. Ziel ist die Sicherstellung bedarfsgerechter und wirtschaftlicher Versorgung im Rahmen der Hilfe zur Pflege. Sozialräumliche Hilfeplanung bezieht freiwillige soziale Angebote in das Versorgungssetting mit ein. Eine neu erstellte Liste der vorhandenen Angebote im Kreis Segeberg wird in der Beratung genutzt. Darunter befinden sich unter anderem zugehende Angebote, die vielfältige Unterstützung in der eigenen Häuslichkeit bieten. Die aktualisierte Fassung findet sich auf der Internetseite des Kreises unter *www.segeberg.de*.

Die wichtigsten Themen der Hilfe zur Pflege werden im Folgenden dargestellt:

Die Umstrukturierung der Angebote des Landesvereines für Innere Mission wurde in Form einer Arbeitsgruppe unter Beteiligung von Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege, Amtsärztlichem Dienst und Beauftragten des Landesvereines für Innere Mission begleitet. Zukünftig werden Angebote der Eingliederungshilfe vorgehalten werden. Die Vertragsverhandlungen sind für die Eingliederungshilfe beendet, die Vergütungsverhandlungen im Bereich der Pflege waren im Januar 2014 noch im Prozess.

Zwischen Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege besteht eine vom Gesetzgeber nur unzureichend definierte Schnittmenge. Dies führt immer wieder im Einzelfall dazu, darüber zu entscheiden, welche Leistung im Vordergrund steht (Förderung oder Versorgung).

In SGB IX §12 Absatz 2 und Absatz 4 sollen Begutachtungen möglichst nach einheitlichen Grundsätzen durchgeführt werden. Um diesem Anspruch nachzukommen, hat der Fachdienst Soziale Sicherung des Kreises Segeberg seit 2013 in fachlicher Zusammenarbeit von Eingliederungshilfe, Hilfe zur Pflege, Dienstleistern und den politischen Gremien ein Grundsatzpapier verabschiedet. Dieses bietet strukturierte Kriterien, um die Entscheidung zu treffen, ob im Einzelfall Versorgung oder Förderung im Vordergrund steht. Diese Kriterien fließen in die Stellungnahme der Hilfeplanung ein.

Die Hilfe zur Pflege beschäftigt sich bei zunehmenden Anfragen mit der Problematik demenzkranker älterer Menschen mit Migrationshintergrund. Bezüglich einer ambulanten Versorgung wird ein steigender Bedarf an multikulturellem Pflegepersonal, besonders bei den jetzt hochbetagten Menschen mit Migrationshintergrund, beobachtet. Im Umkreis von Norderstedt gibt es einige interkulturelle Pflegedienste. Im ländlicheren Bereich besteht dahingehend ein Versorgungsdefizit. In der stationären Versorgung fehlen vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit fremdsprachigem Personal im Bereich der Betreuung Demenzerkrankter. Bei gezielter Abfrage konnten z.B. nur vereinzelt türkisch sprechende Pflegekräfte ausfindig gemacht werden.

Es besteht weiter die dringende Notwendigkeit des Aufbaus von ambulanter psychiatrischer Krankenpflege (SGB V).

Die Hilfe zur Pflege beschäftigt sich mit den Auswirkungen des Pflegeneuausrichtungsgesetzes 2013 §36 und §123 SGB XI. Die Einführung von zusätzlichen Betreuungsleistungen schafft die Möglichkeit, bei Pflegestufen unterhalb von I und erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zusätzliche Betreuungsleistungen auch in Form von Pflegeleistungen in Anspruch zu nehmen. Dies ermöglicht bereits bei noch nicht erreichter Pflegestufe Unterstützungsleistungen in der eigenen Häuslichkeit. Die zunehmende Nutzung der niedrigschwelligen Leistungen stärkt die ambulante Versorgung.

Des Weiteren finden Verhandlungen für ambulant betreute Wohngemeinschaften im Kreis Segeberg (z.B. für Demenzkranke) in Norderstedt, Fahrenkrug und Wensin statt.

5. Was bewegt die Leistungsanbieter?

Im Folgenden werden Beiträge einzelner Leistungsanbieter im Kreis Segeberg vorgestellt.

5.1. Schön Klinik Bad Bramstedt: Weitere Differenzierung und Erweiterung des Leistungsangebots

Es informierte Frau Astrid Reining, Abteilung PR und Marketing, Schön Klinik Bad Bramstedt.

Die Schön Klinik Bad Bramstedt ist die größte psychosomatische Fachklinik Deutschlands und gilt bundesweit als eine der erfolgreichsten Spezialkliniken für die Behandlung psychosomatischer Erkrankungen. Mehr als 50.000 Patientinnen und Patienten hat das Krankenhaus in den 20 Jahren seines Bestehens bereits behandelt, der Bedarf an Therapieplätzen ist in dieser Zeit kontinuierlich gestiegen.

Ende 2013 eröffnete die Schön Klinik Bad Bramstedt nach 18 Monaten Bauzeit ein zusätzliches Bettenhaus. Damit erweiterte das Fachkrankenhaus sein therapeutisches Angebot erneut und führte den hohen Spezialisierungs- und Differenzierungsgrad im Bereich der Psychosomatik fort.

Die Schön Klinik Bad Bramstedt bietet derzeit 500 Behandlungsplätze in der Akutbehandlung und der Rehabilitation an. Durch die Erweiterung kann das Krankenhaus sein Angebot noch weiter spezialisieren und differenzieren. Im Bereich Persönlichkeitsstörungen verfügt die Klinik z.B. mittlerweile über insgesamt sechs Stationen, auf denen sie Betroffene mit jeweils eigenen Therapieprogrammen und einem darauf spezialisierten interdisziplinären Team behandelt. Gerade Persönlichkeitsstörungen sind ein gutes Beispiel für die Vorteile ausdifferenzierter Behandlungsangebote. Das Spektrum des Störungsbildes reicht von primärer Borderline-Störung über Kombinationen mit Essstörungen oder ADHS bis zu anderen Impulskontrollstörungen wie etwa pathologischem Computergebrauch.

Ähnliche Spezialisierungen im Behandlungsangebot setzt die Schön Klinik Bad Bramstedt bereits in den Bereichen Depression, Burnout, Essstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen und Zwangserkrankungen um.

Einige dieser Therapiekonzepte sind in Deutschland so nicht oder kaum zu finden. Zu nennen sind beispielsweise das Behandlungsangebot speziell für ältere Menschen mit Depressionen („Depression 60+“) oder die Therapie bei pathologischem Computergebrauch. Neue Behandlungskonzepte kommen laufend hinzu und werden aus der Bedarfssituation heraus leitliniengerecht und nach aktuellen Forschungserkenntnissen entwickelt. Dazu zählen ein eigener Behandlungsschwerpunkt für Schmerzpatientinnen und -patienten, die zugleich eine Persönlichkeitsstörung haben (Februar 2014) sowie ein neuer Schwerpunkt im Bereich der Körperdysmorphen Störungen (Ende 2013).

Die in 2013 umgesetzten Baumaßnahmen folgen dem Prinzip der „Healing Architecture“. Nach dieser These beeinflusst die räumliche Qualität, geprägt durch eine Vielzahl von Einflussfaktoren wie Licht, Farbe, Geräusch und Orientierung, den Menschen sowohl psychisch als auch physisch. Sowohl das neu gebaute Bettenhaus als auch die modernisierten Bereiche im Bestand folgen diesem baulichen Konzept. Warme Farben, viel Tageslicht, große Räume und schalldämpfende Fußböden prägen das Erscheinungsbild der Klinik.

Die Weiterentwicklung zur Sektor übergreifenden Behandlung wird angestrebt.

Eine effiziente Krankenversorgung im Bereich der Psychosomatik erfordert spezifische und individuell zugeschnittene Therapieangebote, die sich nicht auf den stationären Sektor allein beschränken. Die Schön Klinik Bad Bramstedt setzt sich daher für die Sektor übergreifende Versorgung ein. Ziel ist es, neben der stationären Behandlung im Akut- und Rehabilitationsbereich auch ambulante und teilstationäre Angebote zu schaffen und somit eine wesentliche Lücke zwischen der ambulanten und stationären Behandlung zu schließen.

5.2. Landesverein für Innere Mission Schleswig-Holstein

5.2.1. Geschichte des Psychiatrischen Zentrums Rickling

Im Basisbericht Psychiatrieplan 2012 wurde auf die Entstehung des Psychiatrischen Zentrums Rickling eingegangen. Als Vervollständigung hierzu verfasste Pastor Gilde einen ergänzenden historischen Überblick.

Autor: Direktor Pastor Rüdiger Gilde, Landesverein für Innere Mission in Schleswig-Holstein

Als sozialpsychiatrische Besonderheit im hiesigen Landkreis ist die Entstehung des heutigen Psychiatrischen Zentrums des Landesvereins für Innere Mission zu nennen. Bereits 1887 eröffnete der Landesverein in Rickling die erste stationäre Einrichtung für Suchtkranke in Norddeutschland: die „Trinkerheilanstalt Salem“. In den dreißiger Jahren des 20. Jahrhunderts begann dann im Zusammenhang der Verlagerung der Arbeitsschwerpunkte die psychiatrische Versorgung in Rickling. Dabei wuchs durch einen Vertrag mit Hamburg in den Jahren von 1935 bis 1941 die Zahl der chronisch psychisch kranken Menschen in den damals so genannten „Ricklinger Anstalten“ von ca. 400 auf ca. 950, wobei der überwiegende Teil aus Hamburg kam.

Zu dem bitteren Unrecht in der Zeit des Nationalsozialismus gehört es, dass der Kreis Segeberg in Rickling im Juli 1933 das Konzentrationslager Kuhlen errichtete, in dem etwa 200 sog. Schutzhäftlinge rechtlos der Willkür des Wachpersonals der SA ausgeliefert waren. Zur Verstrickung des Landesvereins in dieses Unrecht ist festzustellen, dass dies KZ wie eine Einrichtung des Landesvereins betrieben wurde. Auf Anordnung des preußischen Innenministeriums wurde das KZ Kuhlen im Oktober 1933 aufgelöst, doch nur für einen Teil der Betroffenen bedeutete dies Entlassung aus der Schutzhaft. Andere wurden in staatliche Konzentrationslager überführt und zu Tode gebracht. Auch die planvolle Ermordung von Menschen mit Behinderungen in der NS-Zeit ging an Rickling nicht vorbei. Im Herbst 1941 wurde ein großer Teil der Einrichtung beschlagnahmt, um hier ein Ausweichkrankenhaus für Hamburg zu errichten. In diesem Zusammenhang wurden

im November 1941 aus Rickling 172 psychisch kranke Frauen in die Landesheilanstalt Pfafferode in Mühlhausen transportiert. Bis 1945 sind 156 der dorthin verbrachten Frauen zu Tode gebracht worden.

Von der in der Nachkriegszeit in den 50er und 60er Jahren weiter bewahrenden Psychiatrie erfolgte in den 70er Jahren der Übergang zum Fachkrankenhaus mit sozialpsychiatrischer Ausrichtung. Nach der Psychiatrie-Enquete wurde Anfang der 80er Jahre auch politisch die Dezentralisierung der klinisch-psychiatrischen Versorgung in Schleswig-Holstein vorgebracht. Dazu wurde schließlich 1988 dem Psychiatrischen Krankenhaus Rickling die psychiatrisch-klinische Grundversorgung für den Kreis Segeberg übertragen, die zuvor der Fachklinik Heiligenhafen zugewiesen war. Seit Mitte der 80er Jahre hat der Landesverein das Behandlungs- und Betreuungsspektrum im Kreis Segeberg um Suchtberatungsstellen, Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie um ambulante und teilstationäre psychiatrische Versorgungsangebote erweitert. 1998 erhielt das gesamte, vom Psychiatrischen Krankenhaus aus entwickelte Netzwerk den Namen „Psychiatrisches Zentrum“.

5.2.2. Psychiatrisches Zentrum Rickling

Es informierten Herr Hans-Joachim Schwarz, Leitender Chefarzt, und Herr Nikolas Kahlke, stellv. ltd. Chefarzt, Psychiatrisches Zentrum Rickling.

Das Psychiatrische Krankenhaus Rickling ist seit einem Jahr Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Lübeck. Gleich zu Beginn entschieden sich mehrere Studierende im Praktischen Jahr (PJ) für die psychiatrisch-psychotherapeutische Ausbildung bei uns in ihrem Wahl-Tertial. Von den Studierenden, Ausbilderinnen und Ausbildern wird diese Entwicklung sehr positiv angenommen. Generell zeigt sich, dass die Ausbildung bei uns sehr attraktiv ist. Es liegen ausreichende Bewerbungen für eine ärztliche Tätigkeit im Psychiatrischen Zentrum Rickling vor. Auch in den Bereichen Psychologische Psychotherapie, Sozialpädagogik, Ergotherapie und Pflege erfreut sich das Psychiatrische Zentrum weiterhin einer kontinuierlichen Nachfrage.

Die beantragte Erhöhung der Planbettenzahl des Psychiatrischen Krankenhauses wird in der nächsten Beteiligtenrunde erneut verhandelt. Wir werten die gegenwärtigen Signale als positiv, um auch in diesem Rahmen mehr Klientel mit türkischem Migrationshintergrund behandeln zu können.

Auf dem Gebiet fachlich inhaltlicher Weiterentwicklung bzw. Problemstellungen ist auf folgende Themen zu verweisen:

- Die Nachfrage nach Behandlung Cannabis bedingter seelischer Störungen nimmt zu.
- Insbesondere der Bedarf an ambulanter Nachbehandlung von Menschen mit ADHS im Erwachsenenalter ist steigend und kann durch unsere Kapazitäten nicht gedeckt werden.
- Die Weiterentwicklung des Angebotes von Psychotherapie für ältere Menschen wird gut angenommen, besonders die Öffnung für ehemalige Patientinnen und Patienten.
- Der Bedarf an Profilierung zu stationären und ambulanten Therapieangeboten für komplex gestörte Jungerwachsene mit Persönlichkeitsstörungen, häufig auch mit Medien-Suchtproblematik, wächst deutlich.

Die wachsende Kritik von Seiten der Krankenhäuser an den Fehlanreizen des neuen Entgeltsystems (PEPP) wird bislang politisch ignoriert. Die Vorbereitungen zur Umstellung sind eine Herausforderung an die Qualität unserer Arbeit und Zusammenarbeit, da wir nur so einem zu erwartenden Druck auf die Verweildauer begegnen und unsere Behandlungsvielfalt erhalten können werden.

Der Bau der Tagesklinik in Norderstedt hat begonnen. Wir rechnen mit einer Inbetriebnahme mit Beginn des Jahres 2015.

Die Umsetzung einer Neugliederung des bisherigen Rehabilitations- und Pflegebereiches des Zentrums in einen SGB XI- und SGB XII-Bereich steht unmittelbar bevor. Wir hoffen auf ausreichende Unterstützung der Kostenträger für das Bemühen, die Qualität der Eingliederungs- und Pflegeangebote für chronisch psychisch- und suchtkranke Menschen verbessern zu können.

5.2.3. *Neue Abrechnungssysteme DRG und PEPP*

Knapp sechs Jahre nachdem die Entgelte für die Behandlung somatischer Einrichtungen in stationären Einrichtungen auf das sogenannte DRG-System (Diagnosis-Related-Groups) umgestellt wurden, sollte 2010 auch die Vergütung psychiatrischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Leistungen reformiert werden mit dem sogenannten PEPP-Entgeltkatalog (pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen).

Bis dahin rechneten psychiatrische Einrichtungen vorwiegend nach der Bundespflegeverordnung ab. Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz sah vor, dass diese bis 2013 durch ein leistungsorientiertes, pauschaliertes Entgeltsystem ersetzt wird. Als Vorbild diente dabei die Einführung des DRG-Systems. Aufgrund der wesentlichen Unterschiede zwischen der Behandlung von psychischen und somatischen Erkrankungen sollte der neue Entgeltkatalog jedoch keine Fallpauschalen wie im DRG-System enthalten, sondern auf Tagespauschalen basieren.

Der erste Schritt der Vergütungsreform fand schon im November 2009 statt. Das Bundesgesundheitsministerium und das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) veröffentlichten einen erweiterten Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS). Dieser enthielt erstmals Abrechnungsziffern für psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen. Ab Januar 2010 waren alle psychiatrischen Einrichtungen verpflichtet, diesen OPS parallel zur bisherigen Codierung anzuwenden. Der OPS differenziert nach Patientengruppe, Art der Therapie und nach der behandelnden Berufsgruppe. Darüber hinaus existieren für den wöchentlichen Zeitbedarf stundengetaktete Codierungsziffern. Aus den so gewonnenen Daten errechneten sich die geplanten Tagespauschalen.

Folgender Zeitplan der Reform war angedacht:

Ab 01.01.2010 sollten alle psychiatrischen Einrichtungen verpflichtet werden, ihre Patientinnen und Patienten basierend auf dem erweiterten OPS und der Psych-PV einzuordnen und die Versorgung zu dokumentieren. Die gewonnenen Daten sollten dazu dienen, eine Vergütungssystematik zu erstellen und sie dem OPS anzupassen.

2010 wurde in Kalkulationskliniken eine Probekalkulation mit dem neuen Vergütungssystem durchgeführt.

2012 sollte eine Testversion des neuen Entgeltkataloges den psychiatrischen Einrichtungen zur Schulung und Erprobung zur Verfügung gestellt werden. Das neue Vergütungssystem war als lernendes System angelegt.

2013 sollte es schließlich zu einer budgetneutralen Umstellung auf das neue Entgeltsystem kommen.

Seitens der psychiatrischen Einrichtungen wurde kritisiert, dass durch den hierdurch erhöhten Verwaltungsaufwand weniger Zeit für die Behandlung bliebe. Kurzinterventionen in Minutengröße könnten nicht angemessen erfasst werden. Neben der Behandlung wurden leider nicht Unterstützungen bezüglich der Lebensumstände, der Familie und Arbeitsbedingungen mit abgebildet.

Darüber hinaus wären ambulante Versorgungsstrukturen, wie sie für viele psychiatrisch Erkrankte notwendig sind, bisher nicht im OPS abgebildet. Außerdem gäbe es für die ambulante Versorgung andere Modelle, wie Regionalbudgets oder integrierte Versorgungsverträge, die zu einer Enthospitalisierung und Entbürokratisierung beitragen sollten. Es wurde befürchtet, dass das neue Entgeltsystem PEPP diese Ansätze womöglich zerstören könnte.

Das OPS hatte darüber hinaus keine psychotherapeutischen Institutsambulanzen (PIA) berücksichtigt. Grund hierfür war u.a., dass die Vergütung dieser Institutsambulanzen bisher in den Händen der Länder lag, und somit eine bundesweite Regelung nicht existiert. Die noch existierende Psych-PV (Psychiatrie-Personalverordnung) regelte bisher den Personalbedarf an psychiatrischen Einrichtungen. Die stationären Psychiatrischen Einrichtungen befürchteten, dass dies durch die Neueinführung von einem pauschalierten Entgeltsystem in der Psychiatrie unterlaufen werden könnte. Werde der Personalbedarf nicht festgeschrieben, sondern wie beim DRG-System dem Wettbewerb überlassen, müsse mit einem weiteren Abbau der Personaldecke gerechnet werden.

Mit Datum vom 29.10.2012 hat das Bundesministerium für Gesundheit den Referentenentwurf für eine Verordnung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2013 vorgelegt und entsprechende Anhörungen durchgeführt. Mit der "Verordnung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2013 (Verordnung pauschalierende Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik 2013 - PEPPV 2013)" vom 19.11.2012 werden der PEPP-Entgeltkatalog sowie die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen für 2013 durch Ersatzvornahme für die optierenden Einrichtungen in Kraft gesetzt.

Aufgrund von Rückmeldungen der Fachverbände zur Eingruppierung von psychosomatisch behandelten Jugendlichen wurde für den PEPP-Entgeltkatalog noch eine - in der Kalkulation nur wenige Einzelfälle betreffende - Modifikation in der Zuordnung zur Strukturkategorie Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) vorgenommen.

Es informierte ergänzend Herr Nikolas Kahlke, stellv. lfd. Chefarzt, Psychiatrisches Zentrum Rickling über den aktuellen Stand des Abrechnungssystems PEPP Anfang des Jahres 2014:

Wie in den meisten anderen Krankenhäusern oder Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland, hat die Vorbereitung auf die Umstellung auf das geplante neue Entgeltsystem sehr viel Zeit und materielle Ressourcen beansprucht. Neben den technischen Fragen war für uns der folgende Punkt entscheidend: Durch den Aufbau des Entgeltsystems werden längere Behandlungen finanziell schlechter vergütet als kurze. Dadurch, so sind sich viele Fachleute einig, kann es passieren, dass gerade bei Behandlung schwer Erkrankter diese im neuen Entgeltsystem schlechter gestellt werden. Diese Auswirkungen wollten wir für unsere Klientel unbedingt vermeiden und haben gute Konzepte entwickelt, mit denen wir unsere Behandlungsqualität auch in dem neuen Entgeltsystem halten und verbessern möchten. Der Umstieg auf das neue System ist aber offensichtlich viel schwieriger als von der Gesetzgebung vorhergesehen. In der Phase der freiwilligen Umstellung, die noch dieses Jahr läuft, sind kaum Kliniken umgestiegen. Auch gibt es durch die Fachverbände sehr gut begründete Forderungen, die

Einführung eines neuen Entgelts nochmals zu verschieben. Durch den Wechsel in der Regierung liegt dazu noch keine Aussage vor.

Wir als Versorgungskrankenhaus für den Kreis Segeberg sind gut vorbereitet auf einen Umstieg und laufend mit der Weiterentwicklung beschäftigt. Auch unabhängig von einem neuen Entgeltsystem sehen wir Chancen und Notwendigkeiten, in unseren Behandlungsangeboten noch flexibler auf die Bedarfssituationen unserer Patientinnen und Patienten sowie deren Umfeld einzugehen. Entwicklungsbedarf sehen wir vor allem in der Abstimmung von Prävention, ambulanter und stationärer Behandlung, Nachbehandlung und in der Einbeziehung von Familie und sozialem Umfeld.

5.2.4. ATP - Ambulante und Teilstationäre Psychiatrie

Herr Markus Straube, ATP-Gesamtleitung, informierte über aktuelle Entwicklungen.

Es ist ein zunehmender Bedarf an Betreuungsangeboten für junge Erwachsene sowie für alleinerziehende psychisch erkrankte Frauen und deren Kinder festzustellen. Die Hilfesuche dieser Menschen nimmt signifikant zu. Hier braucht es enge Kooperationen mit den Angeboten des SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe).

Gleichzeitig begegnen uns in unserer Arbeit immer mehr Menschen, die sich zwischen allen „Gesetzbüchern“ bewegen, wenn es um notwendige Unterstützung geht.

Wir sind sehr froh, dass der Kreis Segeberg uns weiterhin beauftragt, ein Begegnungsstättenangebot in Norderstedt, Kaltenkirchen, Bad Segeberg und Wahlstedt vorzuhalten. Dieses Angebot ermöglicht einen niedrighwelligen Zugang, da es anonym und „unverbindlich“ genutzt werden kann.

Eine ähnliche Problematik sehen wir an der Schnittstelle zum SGB II (Grundsicherung für Arbeitssuchende). Die Möglichkeiten von psychisch kranken Menschen, im Rahmen ihrer Möglichkeiten eine Beschäftigung zu finden, bedarf ver-

mehrter „kreativer“ Ansätze, die über die Grenzen der Maßnahmelogiken von SGB II, SGB III und SGB XII hinausgehen.

Ein sinnvolles Beispiel dafür sind unsere „Arbeits- und Beschäftigungsprojekte PERSPEKTIVE“ in Bad Segeberg und Bad Bramstedt. Die Kooperationen zwischen den Sozialkaufhäusern vor Ort, dem Jobcenter, der Eingliederungshilfe und der ATP schaffen wertvolle Ansätze für optimierte personenzentrierte Hilfen. Wir freuen uns sehr, dass dieses Angebot auch im kommenden Jahr fortgesetzt werden kann.

6. Was bewegt das Jobcenter

6.1. Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement des Jobcenters

Es informierte insbesondere Frau Lea Dannheim, Mitarbeiterin des beschäftigungsorientierten Fallmanagements im Jobcenter Segeberg.

Für Menschen, die in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt sind, werden im Bereich des sogenannten „beschäftigungsorientierten Fallmanagements“ (bFM) Hilfen angeboten.

Das bFM gehört zu dem Bereich „Markt und Integration“ und damit zur Arbeitsvermittlung. Der zweite große Bereich im Jobcenter ist die Leistungsbewilligung (u.a. von Arbeitslosengeld II und Kosten der Unterkunft).

Am 01.01.2011 wurde das bFM im Jobcenter Kreis Segeberg an allen drei Standorten (Bad Segeberg, Kaltenkirchen, Norderstedt) eingeführt. Spezialisierte Fallmanagerinnen und -manager bieten ALG-II-Anspruchsberechtigten intensive Unterstützung an. Im April 2012 wurde die Anzahl der Beschäftigten auf insgesamt 8,5 Stellen aufgestockt, so dass für jede Kundengruppe (unter 25-, über 25- und über 50-jährige) das bFM angeboten wird. Der Betreuungsschlüssel im bFM beträgt 1:75. Somit ergibt sich eine Gesamtkapazität an Plätzen im bFM von 637.

Das bFM bietet langzeitarbeitslosen ALG-II Empfängerinnen und Empfängern mit schwerwiegenden multiplen Vermittlungshemmnissen ein Dienstleistungsangebot auf freiwilliger Basis mit intensiver Beratung und Unterstützung auf dem Weg in eine Beschäftigung. Die Vermittlungshemmnisse können in der Person liegen (z.B. Suchtproblematik, psychische Erkrankungen) oder in den Rahmenbedingungen (z.B. Schulden, Wohnungsnotlage, familiäre Probleme, Kinderbetreuung). Wenn mindestens drei Vermittlungshemmnisse vorliegen und die Kundschaft bereit ist, ihre Situation zu verändern, sind die Grundvoraussetzungen für die Betreuung im bFM gegeben.

In der Regel werden die Betroffenen von den Integrationsfachkräften aus der Arbeitsvermittlung vorgeschlagen. Kundenvorschläge können aber auch von den Kolleginnen und Kollegen aus dem Leistungsbereich oder von Netzwerkpartnern kommen. Die Teilnahme basiert auf Freiwilligkeit. Grundlage ist ein stabiles Arbeitsbündnis zwischen Kundschaft und Fallmanagement.

Im Rahmen des Assessments werden die für den Bereich Integration wichtigen Stabilisierungsbedarfe und Ressourcen gesammelt und erfasst, um daraus die arbeitsmarktrelevante Situation abzuleiten.

Ausgehend vom Assessment erfolgt die Integrationsplanung. Entsprechend werden auf der Grundlage der festgestellten Stabilisierungsbedarfe und Ressourcen gemeinsam mit den Betroffenen Lösungsansätze für die Annäherung an den Arbeitsmarkt erarbeitet. Diese werden in konkret messbaren Zielen mit längerfristiger Orientierung festgehalten und in Teilschritte und Aktivitäten unterteilt.

Die Umsetzung des Integrationsplanes stellt die Fallsteuerung dar. Zur Zielerreichung sind im Regelfall auch Leistungen Dritter erforderlich. Das Fallmanagement übernimmt eine Lotsenfunktion im Unterstützungsnetzwerk und garantiert dabei die passgenaue Vermittlung und Steuerung von Angeboten Dritter. Die Fallmanagerin und der Fallmanager behalten den Gesamtprozess im Blick.

Daraus ergibt sich eine Erweiterung der möglichen Lösungsansätze zur klassischen Vermittlungsarbeit und eine komplexere, bedarfsgerechtere Unterstützung wird möglich.

Während der Fallbetreuung wird alle sechs Monate überprüft, ob die Voraussetzungen für eine weitere Zusammenarbeit im bFM gegeben sind. Regulär soll die Betreuung im bFM einen Zeitraum von zwei Jahren nicht überschreiten. Gründe

für eine vorzeitige Beendigung der Zusammenarbeit können z.B. sein: die Voraussetzungen (s.o.) sind nicht mehr erfüllt, die Betroffenen wünschen keine Zusammenarbeit mehr, die Vermittlungshemmnisse sind abgebaut, Arbeitsaufnahme, Übergang Bezug Leistungen nach SGB XII, Erwerbsminderungsrente.

Netzwerkarbeit ist ein zentrales Element für erfolgreiche Zielerreichung im bFM. Im Fallmanagement erfolgen Ausbau, Pflege und Weiterentwicklung der vorhandenen Netzwerke. Hierzu eignet sich die Mitarbeiterschaft fortlaufend einen Überblick über das standortbezogene Hilfsangebot an, stellt Kontakte her und baut diese auf. Jede Fallmanagerin und jeder Fallmanager pflegt intensive Kontakte zu Netzwerkpartnern, vorrangig auf Fallebene, und hat Vertretungs- und Mittlerfunktion. Im Regelfall erfolgen die Anbahnung der Zusammenarbeit sowie die ggf. nötige vertragliche Absicherung (z.B. Kooperationsvereinbarung, Entscheidung über Finanzierung) auf der dem Fallmanagement übergeordneten Ebene. Erfahrungsgemäß entspricht dies häufig auch den Wünschen externer Netzwerkpartner und ist für eine positive Zusammenarbeit erforderlich. Zudem wirken die Fallmanagerinnen und -manager im Rahmen der fallbezogenen Netzwerkarbeit an der Gestaltung und Akquise neuer Angebote mit.

Speziell für psychisch Erkrankte konnte im Rahmen des bFM z.B. im Jobcenter Bad Segeberg eine Infoveranstaltung der Beratungsstelle KIS zum Thema Selbsthilfegruppen angeboten werden. Mit einigen Netzwerkpartnern (ATS, Verbraucherzentrale, Migrationssozialberatung) wird mit einem Pendelbrief gearbeitet, so dass die Zusammenarbeit mit Netzwerkpartnern und den Betroffenen gut koordiniert werden kann. Für Suchtkranke bzw. -gefährdete bietet die ATS eine offene Sprechstunde im Jobcenter an. Neben dem Projekt Perspektive 12+2 (Kooperation zwischen Jobcenter und Eingliederungshilfe), werden auch Maßnahmen vom Jobcenter initiiert für Klientel, die im Fallmanagement betreut wird, die sogenannten Aktivcenter. Im Oktober 2013 wurde an allen drei Standorten ein Aktivcenter gestartet. Die Maßnahme zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung ist ein niedrighschwelliges Angebot, Hilfesuchende im Vorfeld von Qualifizierung und Beschäftigung intensiv zu aktivieren und damit an den Beschäftigungsmarkt heranzuführen.

Mehrere Treffen zwischen dem bFM und dem Sozialpsychiatrischen Dienst konnten genutzt werden, um die Zusammenarbeit und die Angebote für die Betroffenen transparenter zu gestalten.

6.2. IAB-Studie - Menschen mit psychischen Störungen im SGB II

Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) gab Ende 2013 eine Studie über Menschen mit psychischen Störungen im SGB II heraus.

Der Bericht präsentiert Ergebnisse zur Situation von Leistungsempfängerinnen und -empfängern im Sozialgesetzbuch II (SGB II), die von psychischen Störungen betroffen sind.

Methodisch liegen diesem eine Literaturanalyse, (Sekundär-)Auswertungen von Daten der Sozialversicherung sowie Experteninterviews mit Beschäftigten der Arbeitsverwaltung (Jobcenter, Arbeitsagenturen, Fachdienste), von Sozialpsychiatrischen Diensten, Tageskliniken/Kliniken für Psychiatrie, Integrationsfachdiensten sowie Rehabilitationseinrichtungen/-diensten zu Grunde.

Krankenkassendaten zur Arbeitsunfähigkeit zeigen, dass mehr als ein Drittel der Versicherten im ALG-II-Bezug innerhalb eines Jahres mindestens eine psychiatrische Diagnose aufwies. Affektive und neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störungen sind dabei innerhalb der Indikationsgruppe am häufigsten. Die Arbeitsvermittlung schätzt den Anteil an ALG-II-Bezieherinnen und -Beziehern, die psychisch beeinträchtigt sind, abhängig vom jeweiligen Aufgabengebiet auf zwischen 5 Prozent und 40 Prozent; das Fallmanagement schätzt in ihrem Bereich den Anteil Betroffener auf die Hälfte bis zwei Drittel aller Fälle.

7. Was bewegt den Schwerbehindertenbeauftragten?

7.1. Die UN-Behindertenrechtskonvention

Der Schwerbehindertenbeauftragte im Kreis Segeberg, Herr Hans-Peter Schreiber, beschäftigt sich mit der UN-Behindertenrechtskonvention.

Die UN-Behindertenrechtskonvention konkretisiert die international bereits anerkannten Menschenrechte aus der Perspektive von Menschen mit Behinderungen und formuliert sie unter Einbeziehung ihrer Erfahrungen von sozialer Ausgrenzung und Bevormundung.

Die UN-Konvention stellt behinderte Menschen mit ihrem Wunsch nach Unterstützung für ein selbstbestimmtes Leben unter Beachtung der Fähigkeiten und Eigenschaften des Einzelnen in den Mittelpunkt der Regelungen. Sie deckt bei der Beschreibung der einzelnen Rechte alle Lebensbereiche ab, angefangen vom Recht auf Leben über Erziehung, Schule, Bildung, Arbeit und Beschäftigung, Gesundheit, Wohnen, Mobilität, Achtung der Privatsphäre, Zugang zur Justiz, Recht der freien Meinungsäußerung und Zugang zu Informationen, Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben bis hin zur Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport.

Ziel der UN-Konvention ist es, „den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern“ (Art. 1 UN-Konvention). Allen Menschen, so verschieden sie sind, soll gleichberechtigte Teilhabe und Teilnahme an unserer Gesellschaft ermöglicht werden.

Neben diesem Leitgedanken der Inklusion sind die Achtung der Autonomie und der sozialen Wertschätzung behinderter Menschen von besonderer Bedeutung. Behinderung wird nicht als etwas Negatives, sondern als normaler Bestandteil menschlichen Lebens und menschlicher Gesellschaft sowie als Quelle kultureller Bereicherung angesehen. Dabei werden die Wechselwirkungen zwischen Beeinträchtigungen bei einzelnen Menschen und den unterschiedlichen Hürden oder

Barrieren, die ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben entgegenstehen, in den Blick genommen. Behinderung ist danach kein individuell zu lösendes Problem oder Defizit. Vielmehr ist die Gesellschaft so barrierefrei oder zugänglich zu gestalten, dass möglichst Alle umfassend an ihr teilhaben können. Dies bedeutet, dass die Bereitstellung einer Leistung allein nicht mehr ausreichend ist. Es gilt zu prüfen, ob auch Menschen mit Behinderungen diese adäquat nutzen können.

Dieser Auftrag zur Gestaltung der Gesellschaft richtet sich dabei in erster Linie an die sogenannten Träger staatlicher Gewalt, d.h. an Verwaltungen, Körperschaften des öffentlichen Rechts, Parlamente und Gerichte. Sie haben die Konvention einzuhalten und umzusetzen.

Um den Gedanken der Inklusion zu verwirklichen, ist neben den Aktivitäten des Staates stets die gesamte Gesellschaft mit all ihren Akteurinnen und Akteuren gefordert.

Am 26. März 2009 ist in Deutschland die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in Kraft getreten. Die Bundesrepublik gehört zu den bisher 128 Staaten, die den völkerrechtlichen Vertrag unterschrieben haben, der die Menschenrechte für die Lebenssituation behinderter Menschen konkretisiert, um ihnen die gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

Wie die Verpflichtungen tatsächlich umgesetzt werden sollen, steht in den Aktionsplänen des Bundes und der Bundesländer.

Während Rheinland-Pfalz Vorreiter mit Einführung der UN-BRK am 26. März 2010 ist, sind Schleswig-Holstein und Sachsen in ihrer Planung die Schlusslichter.

Herr Schreiber ruft daher den Kreis Segeberg auf, einen Kommunalen Aktionsplan Inklusion auf den Weg zu bringen. Vorbild könnte die Gemeinde Henstedt-Ulzburg sein, die bereits einen Aktionsplan Inklusion hat.

Die Arbeitsgruppe Psychiatrieplanung ergänzt, dass für die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention und das Bestreben nach Inklusion die Voraussetzung Solidarität ist. Dem stehen jedoch die sich verschärfenden sozialen Unterschiede in unserer Gesellschaft, der Umbau der Sozialsysteme und die einseitige Betonung der Eigenverantwortlichkeit der Bürgerschaft im Wege. In dieser Situa-

tion ist es aus Sicht der Psychiatrieplanerinnen und -planer notwendig, insbesondere den psychisch erkrankten Mitbürgerinnen und Mitbürgern, die erkrankungsbedingt nicht in der Lage sind, die erforderlichen Hilfen aktiv in Anspruch zu nehmen, den Zugang zu den für sie erforderlichen Hilfen zu ermöglichen, vor allem da, wo die bestehenden Angebote nicht den Vorgaben von SGB I §17, SGB IX §17, SGB V §2a und SGB X §86 entsprechen.

Ziel ist, den besonderen Belangen psychisch erkrankter oder behinderter Menschen angemessen Rechnung zu tragen bzw. durch angemessene Abstimmung der Sozialleistungsträger den Zugang zu erforderlichen Leistungen nicht zu erschweren, sondern Barrierefreiheit zu gewährleisten.

8. Zusammenfassende Handlungsempfehlungen und Ausblick 2014/2015

8.1. Handlungsempfehlungen

- Aus Sicht des Psychiatrieplanteams ist es insbesondere vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention notwendig, den psychisch erkrankten Menschen, die erkrankungsbedingt nicht in der Lage sind, erforderliche Hilfen aktiv in Anspruch zu nehmen, den Zugang zu den für sie erforderlichen Hilfen zu ermöglichen, vor allem da, wo die bestehenden Angebote nicht den Vorgaben von SGB I §17, SGB IX §17, SGB V §2a und SGB X §86 entsprechen. Ziel ist, den besonderen Belangen psychisch erkrankter oder behinderter Menschen angemessene Rechnung zu tragen bzw. durch angemessene Abstimmung der Sozialleistungsträger den Zugang zu erforderlichen Leistungen nicht zu erschweren, sondern Barrierefreiheit zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang wird eine Optimierung der Schnittstellen- und Zusammenarbeit im Bereich SGB XII und XI, SGB XII und VIII sowie SGB XII und II dringend nahegelegt.
- Die Einrichtung einer Betreuung am Übergang ist dringend zur Ausweitung passgenauer, niederschwelliger Hilfe indiziert. Gelder stünden bei Bewilligung durch die Politik durch die Kommunalisierung der Gelder des Sozialvertrags II ab 2015 zur Verfügung.
- Für die Verwendung der o. g. Mittel soll zukünftig dringend der AK Gemeindenahe Psychiatrie als Gremium mit Expertise einbezogen werden.
- Dringend notwendig ist die Etablierung einer kreisweiten ambulanten psychiatrischen Krankenpflege.
- Bezüglich der DRK Sozialstation Henstedt-Ulzburg wird der Fachbereich III zukünftig verfolgen, ob die finanziellen Zuwendungen tatsächlich vorrangig für die niederschwellige Unterstützung psychisch kranker Menschen genutzt werden.

- Der Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie fordert von den Vertreterinnen und Vertretern der zuständigen politischen Ausschüsse und Behörden auf Landesebene, die bereits vorhandenen Kapazitäten zur ambulanten, teilstationären und stationären psychiatrischen Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund zu erweitern, um den Behandlungsbedarf zu decken.
- Das Projekt „Kleine Riesen“ für Kinder in suchtbelasteten Familien sollte kreisweit etabliert werden.
- Im Rahmen des demographischen Wandels wird angeregt, die Stelle eines so genannten Zukunftsmanagers oder -managerin in der Kreisverwaltung zur nachhaltigen Koordinierung notwendiger Arbeitsprozesse zu schaffen. Die Belange der Personengruppe mit psychiatrischen Einschränkungen sind dabei besonders zu berücksichtigen.
- Im Rahmen der Neustrukturierung der Bereiche Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege im Psychiatrischen Zentrum Rickling werden neue Konzepte erarbeitet. Dies bietet die Chance, Wohn- und Behandlungsbedingungen für bestimmte Personengruppen zu optimieren.
- Schaffung neuer ambulanter und teilstationärer psychosomatischer bzw. psychotherapeutischer Angebote wie z. B. eine Tagesklinik für Zwangserkrankte im Kreis Segeberg. Es wird weiterhin auf die kreisübergreifende Problematik des multiprofessionellen Fachkräftemangels hingewiesen, die bereits im Psychiatrieplanungsbasisbericht 2012 angemahnt wurde.
- Eine Umsetzung der in den neuen Gesetzesgrundlagen formulierten Handlungsrichtlinien bzgl. der Zwangsmaßnahmen im Rahmen des BGB erscheint schwierig. Eine Verschiebung der Hilfeerfüllung in den Bereich des PsychKG ist zu befürchten. Hier bedarf es einer Abstimmung in der Ausführung durch Gerichte, Begutachtende und Behandelnde.

8.2. Ausblick 2014/2015

- Der Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie wird sich in der Sitzungslegislatur 2014 mit dem Thema „ambulante psychiatrische Krankenpflege“ beschäftigen.
- Des Weiteren wird 2014 im Arbeitskreis Gemeindenahe Psychiatrie das Projekt „Ex-In“ vorgestellt. Idee dieses Projektes ist eine Qualifizierung und aktive Beteiligung psychiatrieerfahrener Menschen in der psychiatrischen Versorgung und in der Ausbildung.
- Aktivierung des AK Gerontopsychiatrie aufgrund der zunehmenden Bedürfnisse älter werdender psychisch Kranker.
- Bzgl. der Problematik „Altwerden mit psychiatrischen Einschränkungen“ war ein Sprechertreffen mit Beteiligung der Facharbeitskreise GPV, AK Gemeindenahe Psychiatrie, Gerontopsychiatrie, Pflegekonferenz und AK §4-Eingliederungshilfe sowie der Vorsitzenden des Sozial- und OVG-Ausschusses geplant. Federführend in der Organisation dieses ersten Treffens sollte der Sozialpsychiatrische Dienst als Geschäftsführung des AK Gemeindenahe Psychiatrie sein. Da die Inhalte jedoch bereits durch das neue Projekt „Demographie und Daseinsvorsorge – Kreis Segeberg 2030“ unter der Leitung von Frau Sandra Kind aus dem Landratsbüro abgebildet werden können, ist beabsichtigt, die o.g. Akteure in die dortigen Projektarbeitsgruppen mit einzubinden. Eine Auftaktveranstaltung fand am 28. Februar 2014 statt.
- Auch im Jahr 2014 wird der Segeberger Workshop für Kinder- und Jugendgesundheit ausgerichtet werden.
- Die Installation eines kreisweiten Gesundheitstages für Schülerinnen und Schüler der 8. Klasse u.a. mit dem Ziel der Aufklärung über psychiatrische Erkrankungen ist für 2015 angedacht.

- Ein weiteres Ziel ist, die Betreuung und Behandlung von Klientel mit forensischer Vorgeschichte im Kreis Segeberg zu optimieren.
- Fortschreibung des Psychiatrieplans als Jahresbericht 2014.

