



Bericht

der Landesregierung

Psychiatriebericht 2016

Federführend ist das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung

Psychiatriebericht 2016

Inhalt

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | Einleitung | 9 |
| 1.1 | Vom „Psychiatrieplan“ zum „Psychiatriebericht“ | 9 |
| 1.2 | Nicht mehr Erkrankungen, aber mehr Folgen | 9 |
| 1.3 | Veränderungstrends seit dem Psychiatrieplan 2000 | 10 |
| 1.4 | Gute Versorgung, weitere Perspektiven | 12 |
| 2. | Zusammenfassung | 13 |
| 3. | Vorgehen | 20 |
| 4. | Psychische Gesundheit in Schleswig-Holstein | 24 |
| 4.1 | Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Bundesrepublik..... | 24 |
| 4.2 | Psychische Erkrankungen in SH..... | 24 |
| 4.3 | Beeinträchtigungen durch seelische Belastungen..... | 25 |
| 4.4 | Häufigkeit psychischer Erkrankungen nach Art der Erkrankung..... | 26 |
| 4.5 | Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Erkrankungen | 27 |
| 4.6 | Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen | 31 |
| 4.7 | Schwerbehinderung wegen psychischer Leiden | 31 |
| 4.8 | Zusammenfassung | 32 |
| 5. | Rechtsentwicklung im Bereich der psychiatrischen Versorgung seit 2000 | 33 |
| 5.1 | Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) | 33 |
| 5.2 | Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) | 36 |
| 5.3 | Eingliederungshilfe (SGB XII) | 39 |
| 5.4 | Betreuungsrecht und Arztvertragsrecht (BGB)..... | 40 |
| 5.5 | Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) | 42 |
| 5.6 | Maßregelvollzug (MVollzG) | 43 |
| 5.7 | Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) | 44 |
| 6. | Psychiatrische Versorgungsangebote in Schleswig-Holstein..... | 47 |
| 6.1 | Öffentlicher Gesundheitsdienst..... | 47 |
| 6.2 | Offene niedrigschwellige Hilfen..... | 54 |
| 6.3 | Ambulante medizinische Versorgung – SGB V | 58 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 6.4 | Psychiatrische Krankenhausversorgung..... | 68 |
| 6.5 | Kinder- und Jugendpsychiatrie | 75 |
| 6.6 | Weitere SGB V-Leistungen..... | 77 |
| 6.7 | Suchthilfe in Schleswig-Holstein | 81 |
| 6.8 | Versorgung älterer Menschen..... | 83 |
| 6.9 | Leistungen für Menschen mit seelischer Behinderung (SGB XII)..... | 88 |
| 6.10 | Bildung/ Beruf/ Rehabilitation (SGB IX) | 92 |
| 6.11 | Maßregelvollzug | 101 |
| 7. | Querschnittsthemen und vertiefende Betrachtungen | 109 |
| 7.1 | Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention | 109 |
| 7.2 | Prävention und Gesundheitsförderung | 111 |
| 7.3 | Kinder psychisch kranker Eltern | 114 |
| 7.4 | Psychiatrie und Zwang | 117 |
| 7.5 | Beschwerdeanlaufstellen..... | 123 |
| 7.6 | Partizipation und Empowerment | 129 |
| 7.7 | Opferhilfe..... | 139 |
| 7.8 | Migration und Psychiatrie | 144 |
| 7.9 | Unrecht und Leid in der Psychiatrie 1949 bis 1975 | 148 |
| 8. | Quellenübersicht | 152 |

Anlagen

Handlungsfelder

Gliederung

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | Einleitung | 9 |
| 1.1 | Vom „Psychiatrieplan“ zum „Psychiatriebericht“ | 9 |
| 1.2 | Nicht mehr Erkrankungen, aber mehr Folgen | 9 |
| 1.3 | Veränderungstrends seit dem Psychiatrieplan 2000 | 10 |
| 1.4 | Gute Versorgung, weitere Perspektiven | 12 |
| 2. | Zusammenfassung | 13 |
| 3. | Vorgehen | 20 |
| 4. | Psychische Gesundheit in Schleswig-Holstein | 24 |
| 4.1 | Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Bundesrepublik..... | 24 |
| 4.2 | Psychische Erkrankungen in SH..... | 24 |
| 4.3 | Beeinträchtigungen durch seelische Belastungen..... | 25 |
| 4.4 | Häufigkeit psychischer Erkrankungen nach Art der Erkrankung..... | 26 |
| 4.5 | Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Erkrankungen | 27 |
| 4.6 | Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen | 31 |
| 4.7 | Schwerbehinderung wegen psychischer Leiden | 31 |
| 4.8 | Zusammenfassung | 32 |
| 5. | Rechtsentwicklung im Bereich der psychiatrischen Versorgung seit 2000 | 33 |
| 5.1 | Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) | 33 |
| 5.1.1 | GKV-Modernisierungsgesetz | 34 |
| 5.1.2 | GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz | 34 |
| 5.1.3 | GKV-Versorgungsstrukturgesetz | 34 |
| 5.1.4 | Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)..... | 35 |
| 5.1.5 | Präventionsgesetz | 35 |
| 5.2 | Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) | 36 |
| 5.2.1 | Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz..... | 37 |
| 5.2.2 | Pflege-Weiterentwicklungsgesetz | 37 |
| 5.2.3 | Pflege-Neuausrichtung-Gesetz | 38 |
| 5.2.4 | Erstes Pflegestärkungsgesetz | 38 |
| 5.2.5 | Zweites Pflegestärkungsgesetz | 39 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 5.2.6 | Ausblick: Drittes Pflegestärkungsgesetz | 39 |
| 5.3 | Eingliederungshilfe (SGB XII) | 39 |
| 5.4 | Betreuungsrecht und Arztvertragsrecht (BGB)..... | 40 |
| 5.4.1 | Patientenverfügung | 40 |
| 5.4.2 | Ärztliche Zwangsbehandlung..... | 41 |
| 5.4.3 | Patientenrechtegesetz | 42 |
| 5.5 | Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) | 42 |
| 5.6 | Maßregelvollzug (MVollzG) | 43 |
| 5.7 | Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) | 44 |
| 6. | Psychiatrische Versorgungsangebote in Schleswig-Holstein..... | 47 |
| 6.1 | Öffentlicher Gesundheitsdienst..... | 47 |
| 6.1.1 | Sozialpsychiatrische Dienste | 47 |
| 6.1.2 | Arbeitskreise für gemeindenahе Psychiatrie | 52 |
| 6.1.3 | Gemeindepsychiatrische Verbände | 53 |
| 6.2 | Offene niedrigschwellige Hilfen..... | 54 |
| 6.2.1 | Angebote in den Kreisen und kreisfreien Städten | 54 |
| 6.2.2 | Finanzierung der niedrigschwelligen Hilfen in den Kommunen mit Landeszuwendungen | 55 |
| 6.2.3 | Finanzierung von weiteren niedrigschwelligen Hilfsangeboten außerhalb des Rahmenstrukturvertrages | 57 |
| 6.3 | Ambulante medizinische Versorgung – SGB V | 58 |
| 6.3.1 | Berufsgruppen der medizinisch-psychotherapeutischen Versorgung..... | 58 |
| 6.3.2 | Versorgungssituation | 60 |
| 6.3.3 | Förderung von gruppentherapeutischen Angebote | 64 |
| 6.3.4 | Psychiatrischer Notdienst | 65 |
| 6.3.5 | Ambulante Psychotherapie | 65 |
| 6.3.6 | Integrierte Versorgung – NetzWerk psychische Gesundheit (NWpG) | 66 |
| 6.4 | Psychiatrische Krankenhausversorgung..... | 68 |
| 6.4.1 | Kapazitäten der stationären und teil-stationären Krankenhausversorgung; Zusammenarbeit mit Hamburg | 70 |
| 6.4.2 | Das Regionale Psychiatrie-Budget und Modellprojekte nach § 64b SGB V in Schleswig-Holstein | 71 |
| 6.4.3 | Psychosomatische Versorgung | 73 |
| 6.5 | Kinder- und Jugendpsychiatrie | 75 |
| 6.6 | Weitere SGB V-Leistungen..... | 77 |
| 6.6.1 | Soziotherapie | 77 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 6.6.2 | Ambulante psychiatrische Krankenpflege | 78 |
| 6.6.3 | Ergotherapie..... | 79 |
| 6.6.4 | Mobile Rehabilitation nach § 40 SGB V | 80 |
| 6.7 | Suchthilfe in Schleswig-Holstein | 81 |
| 6.8 | Versorgung älterer Menschen..... | 83 |
| 6.8.1 | Gerontopsychiatrische Versorgung..... | 83 |
| 6.8.2 | Demenzplan für Schleswig-Holstein | 85 |
| 6.8.3 | Pflegeleistungen (SGB XI)..... | 87 |
| 6.9 | Leistungen für Menschen mit seelischer Behinderung (SGB XII)..... | 88 |
| 6.10 | Bildung/ Beruf/ Rehabilitation (SGB IX) | 92 |
| 6.10.1 | Integrationsamt..... | 93 |
| 6.10.2 | Integrationsunternehmen..... | 96 |
| 6.10.3 | Integrationsfachdienste..... | 97 |
| 6.10.4 | Berufliche Rehabilitation | 98 |
| 6.10.5 | Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke | 100 |
| 6.11 | Maßregelvollzug | 101 |
| 6.11.1 | Durchführung des Maßregelvollzugs, Privatisierung | 101 |
| 6.11.2 | Fachaufsicht durch das Land..... | 102 |
| 6.11.3 | Entwicklung des Maßregelvollzugs..... | 102 |
| 6.11.4 | Entwicklung der Zahl der Patientinnen und Patienten im Maßregelvollzug ... | 103 |
| 6.11.5 | Entwicklung des Personals im Maßregelvollzug | 104 |
| 6.11.6 | Bauliche Entwicklung des Maßregelvollzugs | 106 |
| 6.11.7 | Behandlungskonzepte | 107 |
| 6.11.8 | Sicherheit im Maßregelvollzug..... | 107 |
| 6.11.9 | Zukunftstrends..... | 108 |
| 7. | Querschnittsthemen und vertiefende Betrachtungen | 109 |
| 7.1 | Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention | 109 |
| 7.2 | Prävention und Gesundheitsförderung | 111 |
| 7.3 | Kinder psychisch kranker Eltern | 114 |
| 7.4 | Psychiatrie und Zwang | 117 |
| 7.4.1 | Arten von Zwangsanwendung | 117 |
| 7.4.2 | Statistische Angaben..... | 118 |
| 7.4.3 | Unterbringung..... | 119 |
| 7.4.4 | Maßnahmen im Vollzug der Unterbringung..... | 120 |
| 7.4.5 | Ärztliche Zwangsbehandlung..... | 121 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 7.4.6 | Weitere Instrumente zur Stärkung der Selbstbestimmung | 121 |
| 7.4.7 | Entwicklungslinien | 122 |
| 7.5 | Beschwerdeanlaufstellen..... | 123 |
| 7.5.1 | Rechtsstellung der Betroffenen..... | 123 |
| 7.5.2 | Hilfsangebote | 123 |
| 7.5.3 | Psychisch erkrankte Menschen in Einrichtungen | 125 |
| 7.5.4 | Patientinnen- und Patientenombudsleute | 127 |
| 7.5.5 | Servicestellen für Rehabilitation..... | 127 |
| 7.5.6 | Sonstige Vertretungen | 127 |
| 7.6 | Partizipation und Empowerment | 129 |
| 7.6.1 | Selbstvertretung | 129 |
| 7.6.2 | Selbsthilfe..... | 135 |
| 7.7 | Opferhilfe..... | 139 |
| 7.7.1 | Psychotraumatologische Erstberatung | 139 |
| 7.7.2 | Traumaambulanzen..... | 139 |
| 7.7.3 | KIK | 141 |
| 7.7.4 | Frauenhäuser und Frauenberatungsstellen | 142 |
| 7.8 | Migration und Psychiatrie | 144 |
| 7.8.1 | Migration und Gesundheit..... | 144 |
| 7.8.2 | Flucht und Psychiatrie | 144 |
| 7.8.3 | Gesundheitskarte | 147 |
| 7.8.4 | Interkulturelle Gesundheitslotsen in Schleswig-Holstein | 147 |
| 7.8.5 | Arbeitskreis Migration und Gesundheit Schleswig-Holstein | 147 |
| 7.9 | Unrecht und Leid in der Psychiatrie 1949 bis 1975 | 148 |
| 7.9.1 | Aufarbeitung in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe | 148 |
| 7.9.2 | Aufarbeitung in Schleswig-Holstein | 149 |
| 8. | Quellenübersicht | 152 |

1. Einleitung

Der letzte Bericht der Landesregierung zur psychiatrischen Versorgung in Schleswig-Holstein war der „Psychiatrieplan 2000“ und liegt bereits 16 Jahre zurück. Es ist also Zeit, sich erneut einer Bestandsaufnahme der psychiatrischen Versorgung zu widmen, insbesondere da die vergangenen anderthalb Jahrzehnte nicht von Stillstand geprägt waren – im Gegenteil haben sich teilweise sehr weitreichende Entwicklungen der Versorgungslandschaft ergeben.

Ein konkreter Anstoß für die Erarbeitung des vorliegenden Berichtes war der Landtagsbeschluss „Psychiatrieplanung in Schleswig-Holstein“ vom 22. November 2013, der auf einen Antrag der regierungstragenden Fraktionen (LT-Drs. 18/1043) zurückgeht und die Landesregierung bittet, „die im ‚Psychiatrieplan 2000‘ formulierten Hilfen für psychisch kranke Menschen und für Menschen mit psychischen Behinderungen weiterzuentwickeln und die Psychiatrieplanung in dieser Legislaturperiode fortzuentwickeln.“

1.1 Vom „Psychiatrieplan“ zum „Psychiatriebericht“

Die Landesregierung hat Anfang 2014 einen ersten Zwischenbericht (LT-Drs. 18/1518) vorgelegt. Damit einher ging die Etablierung einer „Arbeitsgruppe Psychiatriebericht“, der insbesondere Vertreterinnen und Vertreter der Leistungserbringer, der Aufgabenträger, der Kostenträger und der Betroffenen und ihrer Angehörigen angehört haben. Mit dem Zwischenbericht konnte bereits ein Katalog für die maßgeblichen Fragestellungen der kommenden Berichterstattung vorgelegt werden. Zugleich wurde in diesem Zwischenbericht deutlich gemacht, dass sich die Rolle des Landes als Aufgabenträger gewandelt hat und wesentliche Aufgaben zur Förderung einer gemeindenahen Versorgung auf die Kommunen übertragen worden sind. Außer im Rahmen der Krankenhausplanung und des Maßregelvollzuges gibt es im Bereich der psychiatrischen Versorgung keine originäre Landesplanung mehr. Um diesen Wandel auch begrifflich fassbar zu machen, wird der vorliegende Bericht als „Psychiatriebericht 2016“ – und nicht mehr als „Psychiatrieplan“ – bezeichnet.

1.2 Nicht mehr Erkrankungen, aber mehr Folgen

Wird die Entwicklung der psychischen Gesundheit angesprochen, so herrscht der erste Eindruck vor, dass psychische Erkrankungen, Störungen und Behinderungen in der gesamten Gesellschaft erheblich zugenommen haben. Dies ist jedoch nur eingeschränkt zutreffend: Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen in den vergangenen anderthalb Jahrzehnten relativ stabil geblieben ist, dass sich aber die Aufmerksamkeit, die Sensibilität und der Umgang mit psychischen Erkrankungen ganz erheblich verändert hat: Untersuchungen des Robert Koch-Institutes zufolge waren Ende der 1990er Jahre bundesweit rund ein Drittel der Menschen in den letzten zwölf Monaten von einer psychischen Erkrankung betroffen, dieser Wert hat sich bis heute kaum verändert. Drastische Zuwächse gab es jedoch bei den Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tagen) und Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen. So hat sich die Anzahl der AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen in Schleswig-Holstein im Zeitraum von 2000 bis 2015 fast verdoppelt. Psychische Erkrankungen stellen nach den Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems heute die zweithäufigste Ursache für Arbeitsausfälle in Schleswig-Holstein dar. Zudem ist die Anzahl der Frühberentungen zwischen 2000 und 2014 um etwa 80 % gestiegen. Darüber hinaus hat sich die Anzahl der Anerkennungen von Schwerbehinderungen in Schleswig-Holstein aufgrund von Suchterkrankungen von 2003 bis 2015 mehr als verdoppelt und die Anerkennungen aufgrund von Neurosen, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen sogar mehr als verfünffacht.

Diese Entwicklungen deuten auf eine intensivere Auseinandersetzung mit der psychischen Gesundheit und einer Enttabuisierung psychischer Störungen hin. Damit einhergehend stei-

gen die Bereitschaft, entsprechende Behandlungen, Eingliederungsmaßnahmen und Sozialleistungen in Anspruch zu nehmen.

Es wird jedoch auch deutlich, vor welcher wichtigen und großen Herausforderung die Gesellschaft und ihre Teilbereiche im Umgang mit der psychischen Gesundheit auch weiterhin stehen. Dies wird umso deutlicher, wenn betrachtet wird, dass das Auftreten psychischer Beschwerden mit den drei Faktoren Alter, Geschlecht und sozialem Status verbunden ist: Junge Menschen leider tendenziell häufiger an psychischen Belastungen als ältere, Frauen häufiger als Männer und Menschen mit niedrigerem sozialen Status häufiger als jene mit einem höheren Sozialstatus.

Daraus leiten sich Anforderungen an unterschiedliche Bereiche von Staat und Gesellschaft ab. Die psychiatrische Versorgungslandschaft – im ambulanten wie im stationären Bereich – muss sich qualitativ und quantitativ auf die zugenommene Inanspruchnahme und die Bandbreite der Zielgruppen und deren besondere Bedürfnisse einstellen. Um individuelles Leid von Betroffenen und ihrer Angehörigen zu vermeiden und direkte wie indirekte Kosten zu reduzieren, werden Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung immer wichtiger. Wirtschaft und Arbeitswelt sind menschlich und finanziell erheblich von der Zunahme der Arbeitsunfähigkeitszeiten und der Frühberentungen infolge psychischer Belastungen betroffen und werden daher ein nachhaltiges Interesse an der Auseinandersetzung mit arbeitsbezogenen Präventionsansätzen haben. Wenn überdurchschnittlich häufig junge Menschen, vor allem Jugendliche und junge Erwachsene, an psychischen Belastungen leiden, wirkt sich dies nachhaltig im Schul- und Ausbildungssystem sowie bei der Kinder- und Jugendhilfe aus. Erhöhte Anforderungen stellen sich unter anderem aber auch an Leistungen der Eingliederungshilfe und Krankenpflegeleistungen.

1.3 Veränderungstrends seit dem Psychiatrieplan 2000

Soll die Entwicklung der psychiatrischen Versorgungslandschaft seit dem letzten Psychiatriebericht zusammenfassend beschrieben werden, so könnte dies mit den Schlagworten Kommunalisierung, Privatisierung und Verrechtlichung geschehen.

Kommunalisierung: Eine weitreichende Forderung der Psychiatrieenquete war die Abkehr von der Zentralisierung psychiatrischer Hilfsangebote hin zu einer möglichst dezentralen, gemeindenahen Angebotsstruktur. Diese Forderung ist in Schleswig-Holstein konsequent umgesetzt worden. Die Verantwortung der Kreise und kreisfreien Städte bei der Gestaltung der Angebote für psychisch kranke Menschen hat in den vergangenen Jahrzehnten erheblich an Bedeutung gewonnen. Sie halten sozialpsychiatrische Dienste vor, die unter anderem als erste Beratungsinstanz für Betroffene zur Verfügung stehen und in Krisensituationen intervenieren.

Die Kommunen koordinieren die Hilfsangebote für psychisch kranke Menschen vor Ort und richten hierzu Arbeitskreise für gemeindenaher Psychiatrie ein (§ 5 PsychKG). Sie treffen die Entscheidung über die Förderung offener niedrigschwelliger Hilfen. Zudem sind sie für die Einleitung und den Vollzug einer Unterbringung nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) verantwortlich. Parallel zu dieser Entwicklung hat die unmittelbare Gestaltungsverantwortung des Landes abgenommen. Das Prinzip einer an den jeweiligen örtlichen Gegebenheiten orientierten Gestaltung des Angebots ist weiterhin richtig. Andererseits hat sich gerade auch bei der Erstellung einer Bestandsaufnahme für diesen Bericht gezeigt, dass die Vielfältigkeit einen Überblick über das Versorgungsangebot erschwert und es weiterhin ein Bedürfnis nach einer koordinierenden oder vermittelnden Instanz auf Landesebene gibt. Hier ist zukünftig daran zu arbeiten, eine verlässliche und vergleichbare Datenbasis herzustellen und Formen einer institutionalisierten Begleitung oder Koordination zu entwickeln.

Privatisierung: Die seit den 1990er Jahren erfolgende Privatisierung im Gesundheitswesen hat auch vor der psychiatrischen Versorgung nicht halt gemacht. Die psychiatrischen Kliniken stellen das Rückgrat des Versorgungsspektrums für psychisch kranke Menschen dar.

Vor allem sie sind Gegenstand der Privatisierung. Bis auf wenige Ausnahmen werden die psychiatrischen Kliniken im Lande heute in privatrechtlichen Rechtsformen betrieben. Teilweise befinden sich diese noch im Eigentum der öffentlichen Hand, teilweise sind sie an kirchliche, gemeinnützige oder gewerbliche Träger veräußert worden.

Die Privatisierung hat dazu beigetragen, das Gesundheitssystem effizienter und leistungsfähiger zu machen. Andererseits gibt es gerade bei der stationären psychiatrischen Versorgung, die in besonders hohem Maße auf der persönlichen Betreuung durch Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegepersonal beruht, eine Grenze für Einsparpotenziale. Die Wirkmechanismen der Marktwirtschaft müssen entsprechend eingehegt und so gelenkt werden, dass sinnvolle Anreize für ein zeitgemäßes und sachgerechtes Versorgungsangebot und dessen Fortentwicklung gesetzt werden. Schleswig-Holstein hat hier mit seinen landesweit fünf Modellprojekten zur Psychiatriefinanzierung auf der Grundlage von Regionalbudgets viel Erfahrung gesammelt und nimmt damit bundesweit eine Vorreiterrolle ein. Mit aktiver Beteiligung Schleswig-Holsteins konnte das Inkrafttreten des „pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik“ (PEPP) abgewendet werden. Bei diesem Entgeltsystem wäre eine Kostenersatzung durch die Krankenversicherungen auf der Grundlage von diagnosebezogenen Fallpauschalen erfolgt, so dass ein starker Anreiz zu Leistungseinsparungen gesetzt worden wäre. Nun wird auf der Bundesebene – weiterhin mit engagierter Beteiligung der Landesregierung – mit Hochdruck an einem „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) gearbeitet, das diese Fehlsteuerung vermeidet und zudem die Festlegung von Mindeststandards für die Personalausstattung vorsieht. Die Weichen sind damit in die richtige Richtung gestellt, nun kommt es darauf an, in den konkreten Regelungen einen guten zielgenauen Gesetzentwurf auszuarbeiten.

Besondere – aber beherrschbare – Herausforderungen treten bei der Privatisierung des Psychiatrie-Sektors dort auf, wo die Einrichtungen zum Schutze der Patientinnen und Patienten oder der Allgemeinheit zur Ausübung hoheitlicher Gewalt ermächtigt werden müssen. Diese sogenannte Beleihung war wiederholt Gegenstand von Entscheidungen der Verfassungsgerichte; die Anforderungen an eine den Verfassungsgrundsätzen entsprechende Gestaltung der Beleihung haben sich entsprechend konkretisiert und fortentwickelt. Mit dem „Gesetz zur Änderung des Psychisch-Kranken-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes“ vom 7. Mai 2015 wurden die gesetzlichen Grundlagen der Beleihung verfassungsrechtlich gestärkt. Besondere Anforderungen stellt die Beleihung auch an die Wahrnehmung der Fachaufsicht über die beleiheten Einrichtungen – dies betrifft die Kreise und kreisfreie Städte für die dort befindlichen allgemeinpsychiatrischen Krankenhäuser sowie das Land hinsichtlich der forensischen Kliniken.

Rechtliche Entwicklungen: Auch das Kapitel zur Rechtsentwicklung dieses Berichtes spiegelt die Dynamik wider, der die Versorgung psychisch erkrankter Menschen weiterhin unterworfen ist. In vielen Bereichen hat es wichtige Gesetzesänderungen mit dem Ziel gegeben, die Situation von psychisch erkrankten Menschen zu verbessern, sei es bei der Finanzierung von Versorgungsleistungen (zum Beispiel durch die Einführung der Integrierten Versorgung mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 oder durch die erleichterte Errichtung von Außenstellen von Psychiatrischen Institutsambulanzen durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 23. Juli 2015), dem gleichberechtigten Zugang zu Pflegeleistungen (durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz, in Kraft seit dem 1. Januar 2016) oder der Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe (unter anderem durch einen Rechtsanspruch auf ein Persönliches Budget und im Rahmen des in der Erarbeitung befindlichen Bundesteilhabegesetzes). Ein Meilenstein ist die UN-Behindertenrechtskonvention, die am 3. Mai 2008 in Kraft getreten ist, nachdem sie von den erforderlichen 20 Staaten unterzeichnet worden war. In Deutschland ist sie seit dem 26. März 2009 gültig. Sie ist auf eine Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen ausgerichtet und verpflichtet die Unterzeichnerstaaten insbesondere auf eine Gleichbehandlung von Menschen mit seelischen, geistigen und körperlichen Behinderungen. Das Land arbeitet derzeit an einem Landesaktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK.

Die rechtliche Stellung von psychisch erkrankten Menschen hat sich in den vergangenen Jahrzehnten nachhaltig gewandelt, sei es durch die Einführung des Betreuungsrechtes anstelle des Vormundschaftswesens, durch die Stärkung der Patientenstellung im Rahmen ärztlicher Behandlungsverträge, durch die Einführung der Psychisch-Kranken-Gesetze in den Ländern, die die Unterbringung zur Gefahrenabwehr spezifischen Regeln unterworfen worden haben, oder – in jüngster Zeit – durch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes zum Schutz der körperbezogenen Selbstbestimmung bei ärztlichen Zwangsbehandlungen und den daraufhin ergangenen Gesetzesänderungen. Die Richtung ist eindeutig: es geht um die Anerkennung und Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes, um die Beschränkung und rechtliche Absicherung von Zwangsanwendung und um die Verbesserung der sozialen Integration.

1.4 Gute Versorgung, weitere Perspektiven

Der vorliegende Bericht zeigt, wie sich die Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Schleswig-Holstein weiterentwickelt hat. Die Bestandsaufnahme macht deutlich, dass das Land insgesamt gut aufgestellt ist. Angesichts der schon beschriebenen starken Veränderungen dieses Bereiches gibt es jedoch keinen Anlass, sich auf dem Erreichten auszuruhen. Weitere Herausforderungen liegen vor uns und müssen in der kommenden Zeit angegangen werden. Dafür stellen die im Psychiatrieplan 2000 formulierten „Leitlinien“ weiterhin eine geeignete Grundlage für das fachliche Handeln dar. Sie haben sich in der Praxis bewährt und werden in einem der nächsten Arbeitsschritte um die Aussagen der WHO-Deklaration von Helsinki aus dem Jahr 2005 und die UN-BRK ergänzt.

Jenseits der reinen Bestandsaufnahme enthält der Bericht zudem 15 Handlungsfelder. Mit den Handlungsfeldern werden Schlüsselbereiche identifiziert, in denen eine Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung notwendig erscheint.

Schließlich hat sich in den Beratungen der AG Psychiatriebericht gezeigt, dass es einen Bedarf an fortgesetztem Austausch und landesweiter Koordination gibt. Zusammen mit den anderen Akteurinnen und Akteuren und den Vertreterinnen und Vertreter der Betroffenen ist hierfür eine geeignete Form zu erarbeiten.

2. Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht gibt einen Überblick über das gegenwärtige Versorgungsangebot für psychisch kranke Menschen und Menschen mit psychischen Behinderungen.

Kapitel 4 stellt die **Entwicklung der psychischen Gesundheit in Deutschland und Schleswig-Holstein** dar. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Häufigkeit von Erkrankungen in den vergangenen anderthalb Jahrzehnten relativ stabil geblieben ist, dass sich die Auswirkungen bei Fehlzeiten in der Arbeitswelt, bei Frühberentungen und Anerkennungen von Schwerbehinderungen jedoch erheblich verändert haben:

- So sind nach Untersuchungen des Robert Koch-Institutes bundesweit rund ein Drittel der Menschen in den letzten zwölf Monaten von einer psychischen Erkrankung betroffen gewesen: der Wert hat sich seit Ende der 1990er Jahre bis zur letzten Befragung, die den Zeitraum 2008 bis 2011 abdeckt, nicht wesentlich verändert.
- Fast verdoppelt hat sich zwischen 2000 und 2015 hingegen der Umfang der Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund psychischer Erkrankungen: Im Jahr 2000 lag die durchschnittliche Zahl der Arbeitsunfähigkeits-Tage (AU-Tage) wegen psychischer Beschwerden bei 129 Tagen je 100 Versicherte – 2015 waren es bereits 245 Tage. Der Arbeitsausfall aufgrund psychischer Ursachen hat sich damit deutlich von der Entwicklung der Fehlzeiten aufgrund anderer Erkrankungen oder Verletzungen abgekoppelt. Psychische Erkrankungen sind damit in Schleswig-Holstein – nach Erkrankungen oder Verletzungen des Muskel-Skelett-Systems - die zweithäufigste Ursache für Arbeitsausfälle.
- Ebenso hat die Zahl der Frühberentungen bundesweit von 2000 bis 2014 erheblich zugenommen, nämlich um fast 80%. Der Anteil von Versicherten, der aufgrund einer psychischen Erkrankung erwerbsunfähig wird, liegt in Schleswig-Holstein höher als im Bundesgebiet Frauen sind dabei stärker betroffen als Männer.
- Bemerkenswert ist zudem der Anstieg der Schwerbehinderungen aufgrund psychischer Leiden. So hat sich die Anzahl der Menschen, denen eine Schwerbehinderung aufgrund von Neurosen, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen anerkannt worden ist, von 2003 bis 2015 etwa verfünffacht (von 2.537 auf 12.048). Besorgniserregend ist ebenso, dass sich in diesem Zeitraum die Anerkennung von Schwerbehinderung aufgrund von Suchterkrankungen mehr als verdoppelt hat (von 660 auf 1.378).

Kapitel 5 fasst die wichtigsten **Rechtentwicklungen** in verschiedenen Bereichen zusammen, die für die psychiatrische Versorgung von Bedeutung sind.

Im Leistungsbereich des Sozialgesetzbuches kam es zu zahlreichen Ausweitungen und Verbesserungen der Leistungen, die (auch) für Menschen mit psychischen Erkrankungen relevant sind. So sind im Recht der gesetzlichen Krankenversicherungen (SGB V) unter anderem folgende Verbesserungen beschlossen worden:

- Einführung der Integrierten Versorgung (GKV-Modernisierungsgesetz 2003)
- Verbesserung der (fach-) ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung durch eine Flexibilisierung der Bedarfsplanung in Hinblick auf landesspezifische Besonderheiten (GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2012)
- Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (Versorgungsstärkungsgesetz 2015)
- Förderung von Präventionsangeboten (Präventionsgesetz 2015)

Im Recht der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) ist in verschiedenen Gesetzen eine Stärkung und Ausweitung der anerkannten häuslichen Pflege beschlossen worden (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz 2001, Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008, Pflege-Neuausrichtungsgesetz 2013, Erstes Pflegestärkungsgesetz 2015). Die Gleichstellung von geistigen und psychischen Einschränkungen mit körperlichen Einschränkungen beim Zugang zu Pflegeleistungen erfolgte durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (2016).

Im Bereich der Eingliederungshilfe (SGB XII) ist bereits 2001 das persönliche Budget eingeführt worden und 2008 durch die Einführung eines Rechtsanspruchs gestärkt worden. Derzeit wird durch das Bundesteilhabegesetz eine umfassende Reform des Teilhaberechts angegangen.

Im Bereich des Zivilrechts (Betreuungsrecht und Arztvertragsrecht im BGB) wurde mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts (2009) die Patientenverfügung gesetzlich geregelt. Mit dem Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme (2013) erfolgte die Umsetzung der verfassungsrechtlichen Rechtsprechung zur ärztlichen Zwangsbehandlung. Im selben Jahr wurden mit dem Patientenrechtegesetz unter anderem die Verbindlichkeit der Behandlungseinwilligung und Aufklärungspflichten im Rahmen des Behandlungsvertrages geregelt.

Landesrechtlich wurden Anfang 2000 das Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen (Psychisch-Kranken-Gesetz, PsychKG) und das Maßregelvollzugsgesetz (MVollzG) eingeführt. Mit dem PsychKG hat der Landesgesetzgeber eine politische Grundentscheidung für die Schaffung gemeindeintegrierter Hilfesysteme getroffen; Planung und Koordinierung der Hilfen werden auf die Landkreise und kreisfreien Städte übertragen, der Aufbau gemeindepsychiatrischer Verbände angeregt. Mit dem MVollzG wird der Vollzug der strafrechtlichen Maßregeln gemäß §§ 63, 64 StGB in einem eigenen Landesgesetz geregelt. Durch die Gesetzgebung 2004 werden die Grundlagen für die Privatisierung der Maßregelvollzugseinrichtungen gesetzt. Mit dem Gesetz zur Änderung des Psychisch-Kranken-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes 2015 werden in beiden Gesetzen die Regelungen zur ärztlichen Zwangsbehandlung angepasst sowie die Zustimmung der Aufsichtsbehörde zur Beschäftigung des Personals in beliebigen Einrichtungen geregelt.

Kapitel 6 stellt die **Versorgungslandschaft für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Schleswig-Holstein** dar.

6.1 In Schleswig-Holstein nehmen die Kreise und kreisfreien Städte die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes gemäß § 3 Gesundheits-Dienstgesetz (GDG) in unmittelbarer eigener Verantwortung wahr. Ein Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi) ist ein fachlich selbstverantwortlich tätiges Fachgebiet, welches in der Regel beim Gesundheitsamt eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt angesiedelt ist. Der Leistungskatalog der SpDis umfasst fünf Kernaufgaben, nämlich

- die psychiatrische Begutachtung,
- die Beratung und Begleitung für psychisch kranke Menschen und ihrer Angehörigen,
- die Krisenintervention für psychisch kranke Menschen,
- das Beschwerdemanagement und die Fachaufsicht über die Kliniken sowie
- die Koordination der Hilfsangebote für psychisch kranke Menschen.¹

Die SpDis weisen sehr unterschiedliche Strukturen und personelle Ausstattungen auf.

¹ vgl. Facharbeitskreis „Psychiatrie“ der Arbeitsgemeinschaft „Gesundheitsdienst“ im Schleswig-Holsteinischen Landkreistag und dem Städteverband 2012

Zu den Aufgaben der Kreise und kreisfreien Städte gehört zudem auch die Einrichtung der Arbeitskreise für gemeindenahe Psychiatrie. Auf diese Weise soll eine bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt und regionale Versorgungslücken oder Aufgabenüberschneidungen im Bereich der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen vermieden werden.

6.2 Die offenen niedrigschwelligen Hilfen sind ein wichtiger Baustein in der Versorgung von Menschen mit und ohne Psychiatrieerfahrung. Sie leisten in vielen Fällen einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung der Betroffenen und helfen damit, weitergehende Hilfe- und Behandlungsbedarfe zu vermeiden. Die Gestaltung und Finanzierung der offenen niedrigschwelligen Hilfen ist eine originäre Aufgabe der Kommunen. Das Land unterstützt diese im Rahmen freiwilliger Leistungen.

6.3 Die ambulante medizinische Versorgung wird von Hausärztinnen und Hausärzten, niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten, ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern ausgeübt. Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung (KV SH) und ihrer Bedarfsplanung. Der aktuellen Bedarfsplanung kann entnommen werden, dass die Versorgung mit niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in SH grundsätzlich ausreichend ist, dennoch wird die Situation von Betroffenen oftmals anders wahrgenommen (zum Beispiel aufgrund langer Wartezeiten). Auf Landes- wie Bundesebene werden daher Bestrebungen unternommen, um die Bedarfsplanung anzupassen und die Versorgung zu verbessern.

Als Alternative zu einer stationären Krankenhausbehandlung werden Menschen mit einer psychischen Erkrankung in der Integrierten Versorgung mithilfe regionaler gemeindepsychiatrischer Netzwerke präventiv versorgt und in Krisenfällen ambulant behandelt. Durch eine engere Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen sollen unter anderem häufigere und längere Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Entsprechende Angebote gibt es für den Großraum Kiel sowie die Kreise Pinneberg und Steinburg, die Städte Henstedt-Ulzburg, Kaltenkirchen, Norderstedt, den südlichen Kreis Stormarn sowie den Großraum Lübeck.

6.4 Schleswig-Holstein verfügt über ein enges Netz stationärer und teilstationärer psychiatrischer Kliniken. In jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt gibt es für die betroffenen Menschen erreichbare Angebote. In Schleswig-Holstein verfügen 19 Kliniken über eine Fachabteilung für Psychiatrie mit insgesamt 1.961 Planbetten für rund 33.063 stationäre Patientinnen und Patienten jährlich. Die 19 Kliniken verfügen zudem in der Regel über jeweils eine psychiatrische Institutsambulanz. Die teilstationäre Versorgung wird in Schleswig-Holstein an 37 Standorten mit psychiatrischen Tageskliniken sichergestellt. Insbesondere durch den Ausbau der teilstationären Versorgung und die Einrichtung von Fachabteilungen für Psychiatrie an allgemeinversorgenden Krankenhäusern ist in Schleswig-Holstein das Ziel einer dezentralisierten, wohnortnahen stationären Versorgung erreicht worden.

Eine Besonderheit Schleswig-Holsteins ist, dass in aktuell fünf Landkreisen das Finanzierungssystem eines Regionalen Budgets für die psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung erprobt und durchgeführt wird. Die Modellprojekte haben durchgehend zu einer deutlichen Verlagerung von Behandlungsleistungen aus dem stationären in den teilstationären und ambulanten Bereich geführt. Die durchschnittliche jährliche Verweildauer ist (je nach Laufzeit und Ausgangssituation) bis auf die Hälfte des Ausgangswertes zurückgegangen. In allen Regionen liegt die Dauer der stationären Behandlung weit unter dem Durchschnitt zu dem Vergleichswert im Land Schleswig-Holstein bzw. dem Bundesgebiet. In den fünf Modellkrankenhäusern liegt die durchschnittliche Verweildauer zwischen 6,7 und 13,6 Tagen, der landesweite Durchschnitt liegt dagegen bei 19,3 Tagen.

6.5 Es gibt fünf Kliniken mit einer stationären Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 244 Planbetten für insgesamt 2.190 Patientinnen und Patienten jährlich. In 2015 betrug die durchschnittliche landesweite Verweildauer 31,9 Tage und die Auslastung der Betten lag mit 92% sehr hoch. In der Gruppe der Kinder und Jugendlichen stieg die Zahl der soge-

nannten F-Diagnosen zwischen 2006 und 2014 von 3.023 auf 4.387 Fälle, in der Altersgruppe der jungen Erwachsenen von 4.812 auf 5.972.

6.6 Zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V-Leistungen) gehören auch Angebote der Soziotherapie, der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege, der Ergotherapie und der mobilen Rehabilitation.

Eine Inanspruchnahme der Soziotherapie ist in Schleswig-Holstein jedoch nur eingeschränkt möglich, da es nach Auskunft der Krankenkassen nur zwei Einrichtungen gibt, mit denen ein entsprechender Vertrag geschlossen worden ist. Allerdings zeigt die Tatsache, dass Soziotherapie trotz dieser Bedingungen seit ihrer Einführung kontinuierlich durchgeführt wird, ihren hohen Stellenwert in der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.

Valide Angaben über die Inanspruchnahme der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege liegen nicht vor, jedoch ist das Versorgungsangebot insofern verbesserungsfähig, als es landesweit nur einen Anbieter mit einem entsprechenden Rahmenvertrag mit den Krankenkassen gibt.

6.7 Die dezentrale ambulante Suchtkrankenhilfe spielt eine wichtige Rolle in der Sucht- und Drogenpolitik des Landes SH. Im Rahmen freiwilliger Leistungen unterstützt das Land die Kommunen, die nach dem Gesundheitsdienstgesetz (GDG) für die Gestaltung und Finanzierung der ambulanten Suchtkrankenhilfe und der offenen Hilfen im sozialpsychiatrischen Bereich originär zuständig sind, bereits seit Jahrzehnten mit einem Finanzierungsanteil von 10 bis 15 % an der Gesamtförderung. Die Landesmittel in Höhe von rund 2,38 Mio. Euro fließen ungekürzt direkt an die Kommunen zur eigenverantwortlichen Verteilung an die ambulanten Einrichtungen.

6.8 Die psychiatrische Versorgung älterer Menschen (Gerontopsychiatrie) muss sich neben der Behandlung von psychischen Störungen wie Depressionen, Delir und Schizophrenie insbesondere mit der Demenz befassen. Die Zahl der in Schleswig-Holstein lebenden Menschen mit Demenz wird auf rund 53.500 geschätzt; dies entspricht etwa 8,5 % der Bevölkerung in SH im Alter von 65 Jahren und älter. Die Landesregierung hat einen eigenen Demenzplan vorgelegt. Ziel des Demenzplans ist es, eine Lebensumwelt zu beschreiben, die Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen soziale Teilhabe und ein möglichst selbstbestimmtes Leben ermöglicht. Dabei soll auf die – teilweise unterversorgten - ländlichen Regionen in Schleswig-Holstein ein verstärktes Augenmerk gelegt werden.

Für die Pflege älterer Menschen ist in Schleswig-Holstein in den letzten zehn Jahren ein stetiger Zuwachs an niedrigschwelligen Betreuungsangeboten zu verzeichnen. Während 2003 nur 20 Angebote registriert waren, sind es aktuell 210, davon 144 Angebote für Menschen mit Demenz (Stand: 31. Dezember 2015). Die Landesverordnung zur Anerkennung und Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote, Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen, ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe (Betreuungsangebotsverordnung - AFöVO) vom 3. Februar 2015 wird derzeit überarbeitet.

6.9 In Schleswig-Holstein bieten Dienste und Einrichtungen der Eingliederungshilfe ein breites Unterstützungsangebot für Leistungsberechtigte mit seelischer Behinderung. Zum Personenkreis der Leistungsberechtigten zählen Frauen und Männer mit (drohenden) seelischen Behinderungen aufgrund von Erkrankungen wie beispielsweise Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen oder Depressionen. Aufgabe der Unterstützungsleistungen ist es, die Teilhabebeeinträchtigungen und deren Folgen zu beseitigen, zu mindern oder zu begleiten. Den betroffenen Personen soll ein eigenständiges, selbstbestimmtes Leben in der Gesellschaft ermöglicht werden. Die Unterstützungsleistungen werden als ambulante Angebote, stationäre Wohnangebote oder als Angebote im Bereich Beschäftigung und Arbeit erbracht.

6.10 Zu den Hilfeleistungen für eine berufliche Rehabilitation von psychisch erkrankten und behinderten Menschen zählen die Berufsförderungswerke, die Berufsbildungswerke sowie die Berufsbildungsbereiche in den Werkstätten für Menschen mit Behinderung. Es existieren dabei keine speziellen Angebote abhängig von der jeweiligen Beeinträchtigung, vielmehr steht die Teilhabebeeinträchtigung bei der jeweiligen Unterstützungsleistung im Vordergrund.

In Schleswig-Holstein gibt es zwei eigenständige Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke an den Standorten Kiel und Lübeck. Dies sind Therapieeinrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die nach einer erfolgreichen Behandlung Schwierigkeiten haben, ihren Weg ins Arbeitsleben zu finden.

6.11 Die Unterbringung von Straftäterinnen und Straftäter im Maßregelvollzug erfolgt in Schleswig-Holstein an den Standorten Neustadt und Schleswig, wobei Frauen nur am Standort Schleswig behandelt werden. In Schleswig-Holstein wurden die ehemaligen psychiatrischen Landeskliniken 2004 an private Betreiber veräußert, die Verantwortlichkeit und Fachaufsicht liegt jedoch weiterhin beim Land. Während die Zahl der nach § 64 StGB (Suchterkrankung) Untergebrachten in der Zeit von 2004 bis 2015 bei erheblichen Schwankungen zwischen 61 und 107 lag (Jahresdurchschnittsbelegungen), ist die Anzahl der nach § 63 StGB Untergebrachten im selben Zeitraum von 240 auf 233 gefallen – mit einer Spitze bei 247 Untergebrachten. Der Maßregelvollzug ist seit Anfang des Jahrhunderts in seiner personellen und baulichen Ausstattung sowie konzeptionell erheblich fortentwickelt worden.

Kapitel 7 beleuchtet **zentrale Querschnittsthemen und vertiefende Betrachtungen**.

7.1 Die Landesregierung richtet ihre Politik bereits seit 2006, also bereits vor dem Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention, an der Leitorientierung Inklusion aus und hat diesen Grundgedanken durch eine Vielzahl von Projekten, Veröffentlichungen und Veranstaltungen in die Gesellschaft getragen. Mit dem Landtagsbeschluss vom 22. November 2013 hat sich das Land dazu entschlossen, einen Aktionsplan zu entwerfen, in dem die Ziele der UN-Konvention schrittweise erfasst und Handlungsmaßnahmen definiert werden. Für die Landesregierung ist die Entwicklung einer inklusiven Gesellschaft eine Querschnittsaufgabe, die alle Politikfelder und die Verantwortungsbereiche aller Ministerien der Landesregierung betrifft.

7.2 In Schleswig-Holstein gibt es eine Vielzahl von Akteurinnen und Akteuren, die Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung anbieten mit dem Ziel, die psychische Gesundheit zu stärken bzw. psychische Erkrankungen zu verhindern. Die Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein beteiligen sich in einem unterschiedlichen Umfang an Präventionsaufgaben. Durch das im Juli 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz wird die schleswig-holsteinische Präventionsstrategie deutlich gestärkt und soll in den nächsten Jahren sukzessive in allen Lebensbereichen umgesetzt werden.

7.3 Unter den Angehörigen stellen die Kinder psychisch kranker Eltern eine besonders vulnerable, also verletzbar Gruppe dar. In Schleswig-Holstein fanden in den vergangenen Jahren verschiedene landesweite Fachtagungen sowie regionale Seminar- und Veranstaltungsreihen zum Thema statt. In allen Kreisen und kreisfreien Städten gibt zumindest vereinzelt spezielle Angebote für Kinder psychisch kranker und/ oder suchterkrankter Eltern. Insgesamt ist jedoch festzuhalten, dass noch keine ausreichende Anzahl an Angeboten bestehen.

7.4 Psychiatrie und Zwang: Kaum eine andere Erscheinungsform öffentlicher Gewalt greift derart einschneidend in die Autonomie und Selbstbestimmungsrechte der Betroffenen ein, wie die zwangsweise Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und die Anwendung von Zwangsmaßnahmen im Rahmen des Unterbringungs Vollzuges. Im Bundesvergleich erfolgen in SH vergleichsweise viele betreuungsrechtliche und Unterbringungsverfahren nach dem PsychKG.

7.5 Beanstandungen und Beschwerden von (ehemaligen) Patientinnen und Patienten sowie von deren Angehörigen und Freunden werden von den unabhängig arbeitenden Beschwer-

destellen entgegengenommen. In den unabhängigen Beschwerdestellen arbeiten multiprofessionelle Teams, die aus beruflich tätigen Fachkräften sowie krisen- und psychiatriee erfahrenen Menschen und Angehörigen als Expertinnen und Experten in eigener Sache bestehen. Von den 15 Kreisen und kreisfreien Städte haben mittlerweile 13 eine unabhängige Beratungsstelle.

Im Kontext der stationären Einrichtungen schreibt § 26 PsychKG die Bildung einer Anliegensvertretung vor, die sich um die Belange der in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebrachten Menschen kümmert. Zur Anliegensvertretung zählt sowohl die Besuchskommission als auch eine Patientenfürsprecherin bzw. ein Patientenfürsprecher inklusive einer entsprechenden Vertretungsperson

7.6 Partizipation und Empowerment: Die volle und wirksame gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung ist ein Kernpunkt der UN-Behindertenrechtskonvention. Dazu gehört auch das Recht, dass Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung an allen sie betreffenden Entscheidungen gleichberechtigt und selbstbestimmt mitwirken können. Um die Interessen der Betroffenen beziehungsweise der Angehörigen und Freunde psychisch kranker Menschen zu vertreten, haben sich in Schleswig-Holstein der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen Schleswig-Holstein e.V. und der Landesverband der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e.V. gegründet.

In den Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins gibt es Selbsthilfegruppen für verschiedenste Zielgruppen von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Sie stellen eine notwendige Ergänzung zu professionellen (medizinischen) Versorgungsangeboten und einen wichtigen Bestandteil des Sozial- und Gesundheitswesens dar.

Trialogische Seminare, auch unter dem Begriff Psychosese minare bekannt, dienen dem Austausch der Erfahrungen von Psychiatriee erfahrenen, Angehörigen psychisch kranker Menschen und professionell tätigen Fachkräften aus psychiatrischen Arbeitsfeldern. Trialogische Seminare finden in Schleswig-Holstein an verschiedenen Standorten zu unterschiedlichen Themen statt.

Eine wichtige Rolle in der recoveryorientierten Versorgung spielt der Einsatz von Peerberatung, bei der Betroffene anderen Betroffenen auf ihrem Genesungsweg unterstützend zur Seite stehen. Mit der Ausbildung zur EX-IN-Genesungsbegleitung gibt es ein Modell, das den Recoverygedanken aufgreift und auch in Schleswig-Holstein zunehmend Beachtung findet.

7.7 Wenn Menschen Opfer von Gewalt oder Missbrauch werden oder miterleben müssen, wie Familienangehörigen oder Freunden Gewalt angetan wird, kann eine akute Belastungsreaktion oder eine posttraumatische Belastungsstörung die Folge sein. In den insgesamt fünf Traumaambulanzen in SH erhalten Opfer sowie Zeuginnen und Zeugen eine Soforthilfe durch eine frühzeitige Behandlung. Auf diese Weise sollen dauerhafte psychische Belastungen und Traumafolgestörungen vermieden werden. Auch die 16 Frauenhäuser und 23 Frauenberatungsstellen leisten einen wichtigen Beitrag zur psychosozialen Unterstützung von Mädchen und Frauen, die von häuslicher oder sexualisierter Gewalt betroffen sind.

7.8 De facto war Schleswig-Holstein im Jahr 2015 für etwa 35.000 Geflüchtete zuständig. Die gesundheitlichen Ressourcen und Risiken der Geflüchteten variieren je nach Herkunftsregion, Fluchterfahrungen und zuerkanntem Aufenthaltsstatus. Die Risiken für Traumatisierungen und andere seelische Probleme unterscheiden sich daher innerhalb der sehr heterogenen Gruppe der Geflüchteten deutlich. Zur Sicherstellung oder Unterstützung von gesundheitlichen Angeboten hilft das MSGWG insbesondere dabei, Probleme beim Zugang oder bei der Hinleitung zu adäquaten Gesundheitsleistungen zu lösen. Als Einzelmaßnahmen werden durch das Land gefördert:

- Das „Projekt zur psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen in Schleswig-Holstein“ des PARITÄTISCHEN.

- Die Einrichtung einer Spezialambulanz beim Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP gGmbH) als Teil der psychiatrischen Institutsambulanz in Kiel und Lübeck.
- Der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern im Rahmen von psychosozialen und traumapädagogischen Betreuungsangeboten.
- Die Förderung der Kosten für Simultan-Dolmetscherinnen und Dolmetscher für eine EMDR-Gruppenintervention bei Geflüchteten mit posttraumatischer Belastungsstörung im ZIP.

7.9 Kinder und Jugendliche, die zwischen 1949 und 1975 in Einrichtungen der Behindertenhilfe und Psychiatrie untergebracht waren, haben oftmals massives Leid und Unrecht erlitten. Gemeinsam mit dem Bund und den Kirchen beteiligt sich Schleswig-Holstein an der Errichtung der Stiftung Anerkennung und Hilfe. Mit dieser soll das in den Behindertenheimen und Kinder- und Jugendpsychiatrien verübte Unrecht und Leid öffentlich anerkannt und wissenschaftlich aufgearbeitet werden. Die Betroffenen sollen eine pauschale finanzielle Anerkennungsleistung erhalten. Darüber hinaus hat die Landesregierung die ehemalige Landespastorin Petra Thobaben beauftragt, um mögliche Orte des Geschehens in Schleswig-Holstein zu identifizieren, betroffene Personengruppen zu benennen und Strategien zu entwickeln, um diesen Gehör zur verschaffen.

3. Vorgehen

Nach dem Landtagsbeschluss vom 22. November 2013 wurde im MSGWG die Arbeit an einem neuen Psychiatriebericht aufgenommen. Um eine möglichst umfassende Einbeziehung von Leistungserbringern, Aufgabenträgern, Kostenträgern, Fach- und Berufsverbänden, Kammern sowie den Betroffenen selbst sowie ihrer Angehörigen zu gewährleisten, wurde eine „Arbeitsgruppe Psychiatriebericht“ eingesetzt. Dieser gehörten Vertreterinnen und Vertreter der folgenden Institutionen an:

- AOK Nordwest,
- Arbeitskreis Migration und Gesundheit,
- Ärztekammer Schleswig-Holstein,
- Betreuungsvereine Schleswig-Holstein,
- Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Nord,
- Bürgerbeauftragte für soziale Angelegenheiten,
- Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderung,
- Deutsche Rentenversicherung Nord,
- Deutscher Kinderschutzbund,
- Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein,
- Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein e.V.,
- Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände
- Landesverband Psychiatrieerfahrener e.V.,
- Landesverband Schleswig-Holstein der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e.V.,
- Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein,
- Sozialverband Deutschland,
- Schleswig-Holsteinischer Landkreistag,
- Städteverband Schleswig-Holstein,
- vdek Landesvertretung Schleswig-Holstein.

Die AG Psychiatriebericht wurde in insgesamt vier Sitzungen von Anfang an in die Erarbeitung einer Themensammlung sowie in den Erhebungs- und Auswertungsprozess durch Stellungnahmen und Beiträge in moderierten Gruppengesprächen intensiv eingebunden.

Im Januar 2014 konnte dem Landtag ein erster Zwischenbericht vorgelegt werden (LT-Drs. 18/1518), in dem der seinerzeitige, mit der AG Psychiatriebericht erarbeitete Arbeitsstand, die Festlegung auf eine Themensammlung sowie die weitere Planung zum Vorgehen dargelegt wurden.

Im Dezember 2014 wurde die Düsseldorfer Agentur COM.CAT als Auftragnehmerin mit der Bestandserhebung beauftragt.

Vor der Datenerfassung und -verarbeitung erarbeitete COM.CAT ein Datensicherheitskonzept, welches zur „Bestandserhebung des Versorgungsangebotes für psychisch kranke und behinderte Menschen in Schleswig-Holstein“ vorgelegt und mit dem Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz AöR (ULD) abgestimmt wurde. Anschließend erfolgte die Auswahl der zu Befragenden, welche sich im Einzelnen an der Themensammlung für eine Bestands-

aufnahme des bestehenden Versorgungsangebots (Drucksache 18/1518) orientierte, sowie die Durchführung der Befragung:

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Über die kommunalen Landesverbände erfolgte eine Befragung aller Kreise und kreisfreien Städte. Zudem wurden auch Routinedaten der Sozialberichterstattung (zum Beispiel die Benchmarkingberichte der Kreise, Daten der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS)) berücksichtigt.

Niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Daten wurden über die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, die Ärztekammer Schleswig-Holstein sowie die Psychotherapeutenkammer abgefragt.

Institutsambulanzen, Tageskliniken, Kliniken

Fragen zu den Institutsambulanzen, Tageskliniken und Kliniken ergingen an die Abteilung Qualitätssicherung und Sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (QS-V) im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), zudem wurde auf Daten der Krankenhausplanung zurückgegriffen.

Integrierte Versorgung

Die Einsteuerung der Fragen erfolgte über die Techniker Krankenkasse SH. Ergänzend wurden Daten der abitato Managementgesellschaft seelische Gesundheit gGmbH sowie der GWQ Service Plus AG Düsseldorf abgefragt.

Weitere SGB V-Leistungen

Fragen zur Soziotherapie, psychiatrischen Krankenpflege und mobilen Rehabilitation wurden über die KVSH, die Geschäftsleitung der AOK sowie über einschlägig aktive Interessenvertretungen und Verbände eingesteuert.

Niedrigschwellige Hilfen

Fragen zu den niedrigschwelligen Hilfen ergingen im Rahmen der Befragung der Kommunen. Zudem wurden Informationen aus den jeweiligen Haushaltsplänen (insbesondere zu Fragen der Kommunalisierung) herangezogen.

SGB XII-Leistungen (Eingliederungshilfe)

Die Einsteuerung der Fragen erfolgte über die kommunalen Landesverbände und die Koordinierungsstelle soziale Hilfen der Schleswig-Holsteinischen Kreise (KOSOZ).

SGB XI-Leistungen

Zur Erhebung im Rahmen der Bestandsaufnahme wurde auf Daten der Pflegestatistik zurückgegriffen.

Hilfen zur Arbeit

Daten wurden über das zuständige Fachreferat VIII 20 im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes SH (MSGWG) sowie die Agentur für Arbeit abgefragt. Zusätzlich und ergänzend wurden Fortbildungsveranstaltungen für die Vertreterinnen und Vertreter der Schwerbehinderten aufgenommen.

Rehabilitation

Zur Darstellung der Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) konnten zwei Einrichtungen identifiziert und beschrieben werden.

Maßregelvollzug

Daten wurden über das für die mitschreitende Fachaufsicht zuständige Fachreferat VIII 43 im MSGWG abgefragt. Darüber hinaus erfolgte eine gemeinsame Vorbereitung und Durchfüh-

rung eines Expertengesprächs in einer forensischen Einrichtung. Zudem wurden Daten der Einrichtungen übernommen.

Psychiatrie-Erfahrene

Fragen zur Beteiligung dieser Gruppe erfolgten im Rahmen der Befragung der Kommunen. Zudem erfolgte eine Erörterung und Abstimmung mit den Psychiatrieerfahrenen selbst zu Fragen der Selbstvertretung und Zielen sowie Aufgaben des Verbandes. Dazu wurden Fokusgruppengespräche durchgeführt, deren Ergebnisse mit den Beteiligten abgestimmt und validiert wurden.

Angehörige und Freunde psychisch kranker Menschen

Die Einsteuerung der Fragen erfolgte über den Landesverband der Angehörigen und Freunde psychisch kranker Menschen e.V.. Zudem wurden ein Experteninterview mit dem Vorsitz des Landesverbandes sowie ein Fokusgruppengespräch mit Vertreterinnen und Vertretern des Landesverbandes durchgeführt.

Selbsthilfe/ehrenamtliche bzw. bürgerschaftliche Hilfe

Befragt wurden der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e.V. und der Landesverband der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e.V..

Beschwerdestellen

Es erfolgte eine Aufnahme und Zusammenstellung von Beschwerdestellen. Ergänzend wurden Reha-Servicestellen, die Landesbürgerbeauftragte, der Landesbehindertenbeauftragte sowie Beiräte für Menschen mit Behinderung aufgenommen.

Finanzierung der klinischen Versorgung

Vorbereitet und ausgewertet wurde eine Befragung zur Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (PsychPV).

Epidemiologische Daten zur Verbreitung psychischer Erkrankung

Aufgenommen wurden Routinedaten der Gesundheitsberichterstattung (z.B. DESTATIS, Gesundheitsberichterstattungen des Bundes, Informationssystem zur beruflichen Rehabilitation (REHADAT)).

Darüber hinaus wurden Literaturrecherchen durchgeführt und weitere Anbieter, Träger und Koordinatorinnen und Koordinatoren befragt, darunter

- Kranken- und Pflegekassen,
- Berufsgenossenschaften,
- die Rentenversicherung Nord,
- die Deutsche Krankenhausgesellschaft,
- das Landesamt für Soziale Dienste (LAsD)
- der Weisse Ring,
- der Bundesverband Soziotherapie,
- der Bundesverband psychiatrische Krankenpflege,
- das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (INKAR)) sowie
- weitere Fachreferate des MSGWG.

Um eine Beteiligung von psychiatriee erfahrenen Menschen sowie ihrer Angehörigen und Freunde zu ermöglichen, führte COM.CAT. insgesamt vier Gruppengespräche mit jeweils 4 – 14 Männern und Frauen unterschiedlichen Alters durch. Im Rahmen dieser Fokusgruppen-

gespräche erhielten die Beteiligten Gelegenheit, die aus ihrer Sicht bestehenden Defizite der Versorgung zu benennen und zu erörtern und gezielte Vorschläge zur Verbesserung zu erarbeiten. Fokusgruppenteilnehmende waren jeweils Vertreterinnen und Vertretern des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V., des Landesverbands Schleswig-Holstein der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e.V., Sprecherinnen und Sprechern der Brücke Neumünster gGmbH sowie Klientinnen und Klienten der sozialpsychiatrischen Einrichtung des St. Nicolaiheim Sundsacker e.V. in Neukirchen.

Die Auswertung der verschiedenen Quellen erfolgte anschließend insbesondere im Sinne der Kontextualisierung der Angaben, einer thematischen Zuordnung, einer Beschreibung der Quellensituation und des Erhebungszeitraums. Die Fokusgruppengespräche wurden qualitativ nach Schlüsselbegriffen und Themensetzung beteiligtenorientiert ausgewertet. Routinedaten der Gesundheitsberichtserstattung wurden durch Sichtung und Quellenanalyse bearbeitet.

4. Psychische Gesundheit in Schleswig-Holstein

4.1 Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Bundesrepublik

Die öffentliche Wahrnehmung von psychischen Störungen hat sich in den letzten Jahren verändert. Angesichts ihrer weiten Verbreitung in der Bevölkerung und der damit einhergehenden individuellen, gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Folgen haben sie an Aufmerksamkeit und Bedeutung gewonnen.

Der Vergleich von Ergebnissen epidemiologischer Studien zeigt, dass psychische Störungen weit verbreitet sind. So hat der vom Robert-Koch-Institut im Zeitraum von 1997 bis 1999 durchgeführte Bundesgesundheitsurvey für die 18- bis 65-Jährigen eine 12-Monats-Prävalenz von psychischen Erkrankungen von 31,1 % ergeben.² Demnach war im oben genannten Betrachtungszeitraum etwa jede dritte Person im Verlauf der letzten 12 Monate von einer oder mehreren psychischen Erkrankungen betroffen. In der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, durchgeführt vom Robert-Koch-Institut im Zeitraum von 2008 bis 2011, lag der entsprechende Anteil bei 29,9 %.³ Auch wenn beide Studien nicht in allen Punkten direkt miteinander vergleichbar sind, so ist erkennbar, dass sich die 12-Monats-Prävalenz, also die Häufigkeit der Personen, die innerhalb von 12 Monaten an einer psychischen Erkrankung leiden, in den vergangenen Jahren nicht wesentlich verändert hat.⁴

4.2 Psychische Erkrankungen in SH

Spezielle Ergebnisse zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen der Bevölkerung Schleswig-Holsteins liegen aus zwei Bevölkerungsstudien vor, welche die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und von älteren Menschen in den Blick nahmen. Diese vom Gesundheitsministerium in Auftrag gegebenen Studien dienten der Landesregierung Schleswig-Holsteins dazu, repräsentative Daten zur gesundheitlichen Situation der genannten Zielgruppen zu gewinnen:

In den Jahren 2004 und 2005 führte das RKI ein Landesmodul zur Erhebung repräsentativer Daten zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein im Alter von 11 bis 17 Jahren durch. Die Erhebung erfolgte im Rahmen des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsveys (KiGGS), welcher repräsentative Informationen zur körperlichen, psychischen und sozialen Lage der Kinder- und Jugendbevölkerung in Deutschland erhebt. In Schleswig-Holstein haben 1.931 Kinder und Jugendliche zwischen 11 und 17 Jahren teilgenommen, davon 1.730 im Rahmen des Landesmoduls und 201 in der Kernstudie.⁵ Im KiGGS Modul Schleswig-Holstein wurden unter anderem mithilfe eines erprobten Fragebogens psychische Auffälligkeiten in vier Problembereichen erfragt, nämlich emotionale Probleme, Verhaltensauffälligkeiten, Hyperaktivitätsprobleme und Probleme mit Gleichaltrigen. Nach Einschätzung der Eltern sind insgesamt 28,4 % der untersuchten Kinder und Jugendlichen in mindestens einem der vier Problembereiche auffällig. Jungen werden dabei von ihren Eltern häufiger so eingeschätzt als Mädchen. Die Antworten der befragten Kinder und Jugendlichen weichen deutlich von den Antworten der Eltern ab. Demnach sind 15,8 % der Jungen und Mädchen in mindestens einem der vier Problembereiche auffällig. Sowohl bei der Eltern- als auch bei der Selbsteinschätzung ist der Anteil der Kinder mit einer Auffälligkeit in mindestens einem Problembereich bei einem höheren sozioökonomischen Status

² Jacobi et.al. 2014, S. 77

³ Jacobi et.al. 2014, S. 81

⁴ Jacobi et.al. 2014, S. 85f.

⁵ Vgl. RKI 2007, S. 5f.

niedriger. Hauptschülerinnen und –schüler sind am häufigsten auffällig, Gymnasiastinnen und Gymnasiasten am seltensten.⁶

Der am 23. Februar 2016 im Kabinett beschlossene und dem Landtag vorgelegte zweite Landeskinderschutzbericht (Teil 2 Schwerpunkt Kinderschutz) weist zudem auf Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) hin. Demnach versorgten die in Schleswig-Holstein tätigen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater im 4. Quartal 2010 12.125 Patientinnen und Patienten und die Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten 3.275 Patientinnen und Patienten, insgesamt also 15.400 Kinder und Jugendliche. Im 4. Quartal 2013 versorgten die Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und –psychiater bereits etwa 18.500 Patientinnen und Patienten und die Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten 7.100 Patientinnen und Patienten – zusammengefasst also 25.600 Mädchen und Jungen im Kindes- und Jugendalter. Diese Daten legen den Schluss nahe, dass psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen zunehmen.⁷

Mehr als 1000 ältere Personen ab 60 Jahren – stellvertretend für rund 783.000 ältere Menschen in SH – haben im Jahr 2011 an einer repräsentativen Befragung zu ihrer Lebens- und Gesundheitssituation teilgenommen. Dabei ergaben sich hinsichtlich der 12-Monats-Prävalenz von Depressionen oder depressiven Verstimmungen deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen:

So gaben 3,6% der männlichen und 6,3% der weiblichen Befragten an, dass bei ihnen innerhalb der vergangenen 12 Monate eine Depression oder eine depressive Verstimmung ärztlich diagnostiziert worden sei. Hochgerechnet sind das rund 28.000 Frauen und rund 13.000 Männer im Alter von 60 Jahren oder älter. Zudem zeigten sich deutliche Unterschiede nach Sozialstatus. Während 5,4% der Männer und Frauen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status angaben, während der letzten 12 Monaten von einer Depression oder einer depressiven Verstimmung betroffen gewesen zu sein, gaben dies nur 3,5% der Männer und Frauen mit einem hohen sozioökonomischen Status an.⁸

4.3 Beeinträchtigungen durch seelische Belastungen

Ergänzend zu den oben genannten umfassenden Untersuchungssurveys führt das RKI in regelmäßigen Abständen deutschlandweit telefonische Gesundheitsbefragungen durch. Zwischen März 2012 und März 2013 hat es bundesweit rund 26.000 Menschen ab 18 Jahren zu ihrem Gesundheitszustand und zu ihrem Gesundheitsverhalten befragt.⁹ Im Hinblick auf die psychische Gesundheit werden jene Menschen als seelisch belastet angesehen, die angaben, innerhalb der zurückliegenden vier Wochen aufgrund ihres seelischen Befindens in der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten eingeschränkt gewesen zu sein. Psychische Belastungen können einen Risikofaktor bei der Entstehung psychischer Störungen darstellen. 13,0 % der Frauen und 7,8 % der Männer waren bundesweit nach eigenen Angaben innerhalb der letzten vier Wochen seelisch belastet. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist signifikant. In allen betrachteten Altersgruppen sind die Anteile bei Frauen höher als bei Männern.

Ebenso ist der Sozialstatus ein signifikanter Faktor. Frauen und Männer aus den unteren Bildungsgruppen geben häufiger seelische Belastungen an als Befragte aus den oberen Bildungsgruppen.

Für die Analyse regionaler Unterschiede innerhalb Deutschlands fasst das RKI bevölkerungsarme Länder mit benachbarten Ländern zusammen. Die Befragungsergebnisse Schleswig-Holsteins werden mit denen von Hamburg, Niedersachsen und Bremen zusam-

⁶ Vgl. RKI 2007, S. 112ff.

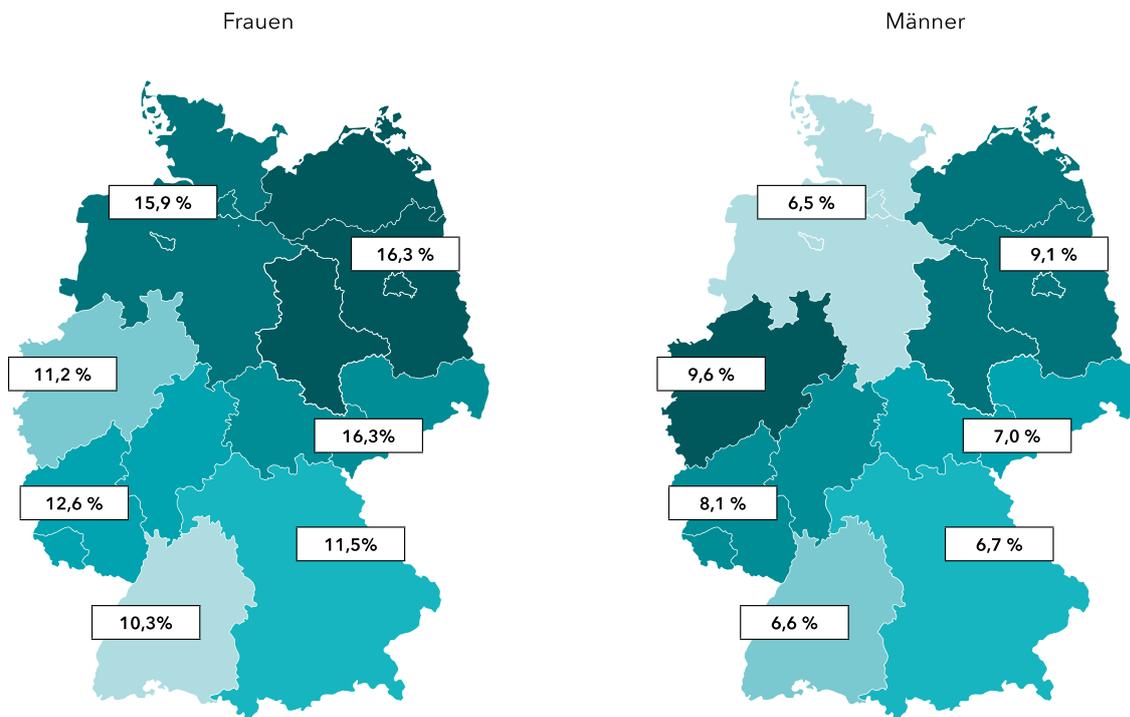
⁷ Vgl. LTSH-Drucksache 18/3910, S. 94

⁸ Vgl. MSGWG 2012, S. 38f.

⁹ Vgl. RKI 2014a, S. 11

mengefasst und gemeinsam ausgewertet. In dieser sogenannten Region Nord (West) liegen der Anteil von Frauen mit seelischer Belastung in den vergangenen 4 Wochen bei 15,9 % und der Anteil von Männern bei 6,5 %. In absoluten Zahlen ausgedrückt fühlen sich demnach in SH rund 195.000 Frauen (160.000 - 234.000) sowie rund 74.000 Männer (56.000 - 97.000) psychisch belastet.¹⁰ Die Abbildung 1 zu Punkt 4.3 gibt einen Überblick über die entsprechenden Anteile in den einzelnen Regionen Deutschlands.

Regionale Verteilung: Anteil der Frauen und Männer mit seelischen Belastungen innerhalb der letzten vier Wochen



| Robert Koch-Institut, Faktenblatt zu GEDA 2012: Seelische Belastungen | 2014

Abb. 1 zu 4.3 (RKI 2014a, S. 48)

4.4 Häufigkeit psychischer Erkrankungen nach Art der Erkrankung

Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen zählen Angststörungen, affektive Störungen (z. B. Depressionen) sowie psychische Störungen durch psychotrope Substanzen (z.B. Alkohol). Während Angststörungen und Depressionen bei Frauen deutlich häufiger diagnostiziert werden als bei Männern, ist es bei Alkoholstörungen umgekehrt. Hier sind wesentlich mehr Männer als Frauen betroffen.

Zum Thema „Depressionen“ hat das RKI die Ergebnisse seiner telefonischen Befragungen der Jahre 2012/2013 gesondert in einem Faktenblatt¹¹ zusammengestellt. Hieraus lässt sich für Deutschland Folgendes entnehmen:

- 10 % der Frauen und 6 % der Männer berichten, dass bei ihnen in den letzten 12 Monaten eine Depression oder depressive Verstimmung bestand, die von einem Arzt oder einer Ärztin beziehungsweise einer Psychotherapeutin oder einem Psychothe-

¹⁰ Vgl. RKI 2014a, S. 47f.

¹¹ Vgl. RKI 2014b

rapeuten diagnostiziert wurde. Der Geschlechtsunterschied ist insbesondere in den höheren Altersgruppen ab 45 Jahren zu beobachten.

- Hinsichtlich der 12-Monats-Prävalenz einer diagnostizierten Depression sind signifikante Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen festzustellen. Bei Frauen im Alter ab 65 Jahren liegt die Prävalenz in der unteren Bildungsgruppe fast doppelt so hoch wie in der oberen Bildungsgruppe. Bei Männern im Alter zwischen 45 und 64 Jahren ist die Prävalenz in der unteren Bildungsgruppe mehr als dreimal so hoch wie in der oberen Bildungsgruppe.

Betrachtet man die Hauptdiagnosen¹² der insgesamt 48.717 im Jahr 2013 in einer psychiatrischen Klinik oder Abteilung stationär untergebrachten Personen, zeigt sich, dass insbesondere die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol einen großen Anteil der Hauptdiagnosen ausmachen, gefolgt von den rezidivierenden depressiven Episoden und den depressiven Episoden. Einen geringeren Anteil an den Hauptdiagnosen machen hingegen die Schizophrenie und die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen aus. Die größte Alterskohorte bilden die 40 bis 60-Jährigen, gefolgt von den 20 bis 40-Jährigen. Der Abb. 1 zu 4.4 können die fünf häufigsten Hauptdiagnosen bei Krankenhauseinweisung nach Kohorten entnommen werden.

Häufigste Hauptdiagnosen bei Krankenhauseinweisungen

| Kohorten | Insgesamt | Davon | | | | |
|------------------|--|---|--|---------------------------|----------------------|---|
| Hauptdiagnose | F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen. | F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol | F33 Rezidivierende depressive Störung | F32 Depressive Episode | F20 Schizophrenie | F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen |
| Insgesamt | 48 717 | 13 481 | 5 728 | 4 802 | 3 095 | 2 553 |
| davon im Alter | | | | | | |
| 0 – 20 | 5 702 | 841 | 182 | 715 | 65 | 720 |
| 20 – 40 | 14 986 | 2 937 | 1 601 | 1 297 | 1 245 | 894 |
| 40 – 60 | 18 893 | 7 769 | 2 749 | 1 744 | 1 357 | 685 |
| 60 + | 9 136 | 1 934 | 1 195 | 1 046 | 426 | 252 |

| Statistikamt Nord; Krankenhausdiagnosestatistik | 2013

Abb. 1 zu 4.4 (Statistikamt Nord 2013)

Eine differenziertere Aufschlüsselung ist der Anlage zu 4.4 zu entnehmen („Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2010 (Fälle) nach ICD 10“ und Anhang 5 „Vollstationäre Patientinnen und Patienten der Krankenhäuser 2013 nach Hauptdiagnose und Altersgruppen“, a - d).

4.5 Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Erkrankungen

Wenn eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer aufgrund einer Erkrankung ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann, liegt eine Arbeitsunfähigkeit (AU) vor. Der Vertragsarzt bzw. die Vertragsärztin stellt eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zur Vorlage bei der Arbeitgeberin bzw. beim Arbeitgeber aus. Zudem erhalten auch die Krankenkasse entsprechende Meldungen. Diese enthalten im Gegensatz zu den Meldungen für die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber auch Angaben zur Diagnose und bilden die Grundlage für Auswertungen der Krankenkassen zu krankheitsbedingten Fehlzeiten ihrer Versicherten.

¹² Patientinnen und Patienten können über mehrere Diagnosen verfügen, in vielen Fällen ist aber eine Hauptdiagnose vorhanden. Mit Hauptdiagnose ist die Diagnose gemeint, die maßgeblich für den stationären Aufenthalt der Patientin bzw. des Patienten verantwortlich ist. Die Unterteilungen nach ICD-10 (F00-F99) beschreiben die jeweiligen Diagnosen.

In den vergangenen Jahren sind die Arbeitsunfähigkeitszeiten wegen psychischer Erkrankungen deutlich gestiegen. Beispielhaft zeigt dies eine Auswertung der Techniker Krankenkasse, der die Daten von rund 4,1 Millionen sozialversicherungspflichtig beschäftigten Mitgliedern zugrunde liegen. Der Auswertung zufolge entfallen etwa zwei Drittel aller Fehlzeiten auf fünf Diagnosegruppen, dazu gehören psychische Erkrankungen, Krankheiten des Verdauungssystems, Verletzungen und Vergiftungen, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems sowie Krankheiten des Atmungssystems. Die relativen Veränderungen für diese fünf Gruppen von Erkrankungen seit dem Jahr 2000 sind der Abbildung 1 zu Punkt 4.5 zu entnehmen:

Relative Veränderungen der Fehlzeiten in relevanten Diagnosegruppen – Berufstätige

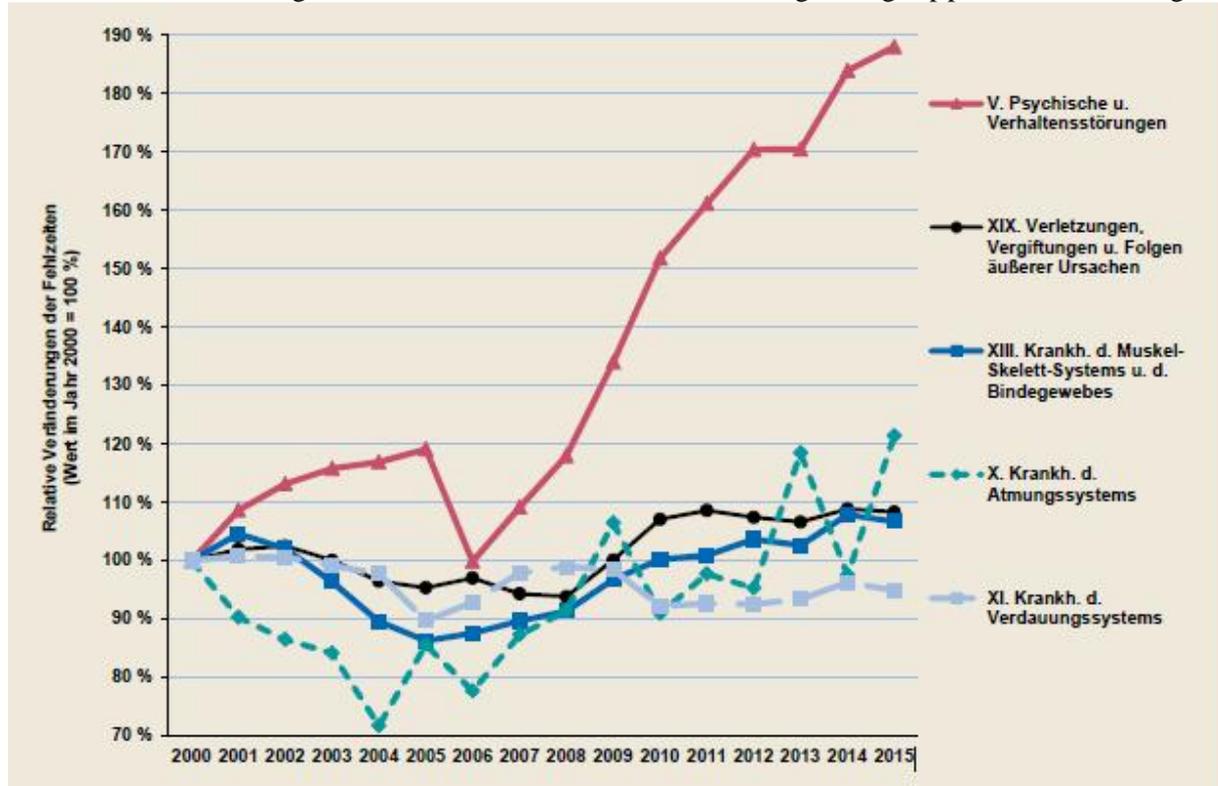


Abb. 1 zu 4.5 (entnommen aus TK 2016, S. 78)

Für das Ausgangsjahr 2000 wurde allen Gruppen ein Wert von 100 % zugeordnet. Besonders auffällig ist der starke Anstieg bei den psychischen Erkrankungen. Im Vergleich zum Jahr 2000 lagen die Fehlzeiten aufgrund einer diagnostizierten psychischen Erkrankung bei Berufstätigen im Jahr 2015 um rund 90 % höher. Im Jahr 2015 betrug die Zahl der AU-Tage pro 100 ganzjährig versicherten Personen 245, im Jahr 2000 hingegen 129.

Der DAK Gesundheitsreport 2016 für Schleswig-Holstein, erstellt durch das IGES Institut GmbH im Auftrag der DAK-Gesundheit, gibt Auskunft zu den AU-Tagen der Mitglieder der DAK-Gesundheit in SH. Berücksichtigt wurden alle im Jahr 2015 aktiv erwerbstätig gewesenen Personen, die wenigstens einen Tag lang Mitglied der DAK-Gesundheit waren und durch ihre Mitgliedschaft einen Anspruch auf Krankengeldleistungen der DAK-Gesundheit hatten. Die Datenbasis für das Berichtsjahr 2015 umfasst etwa 117.700 Mitglieder der DAK-Gesundheit in SH.¹³

¹³ Vgl. DAK 2016, S. 114

AU-Tage je 100 Versichertenjahre nach Krankheitsarten in SH im Vergleich zur DAK-Gesundheit insgesamt in 2015

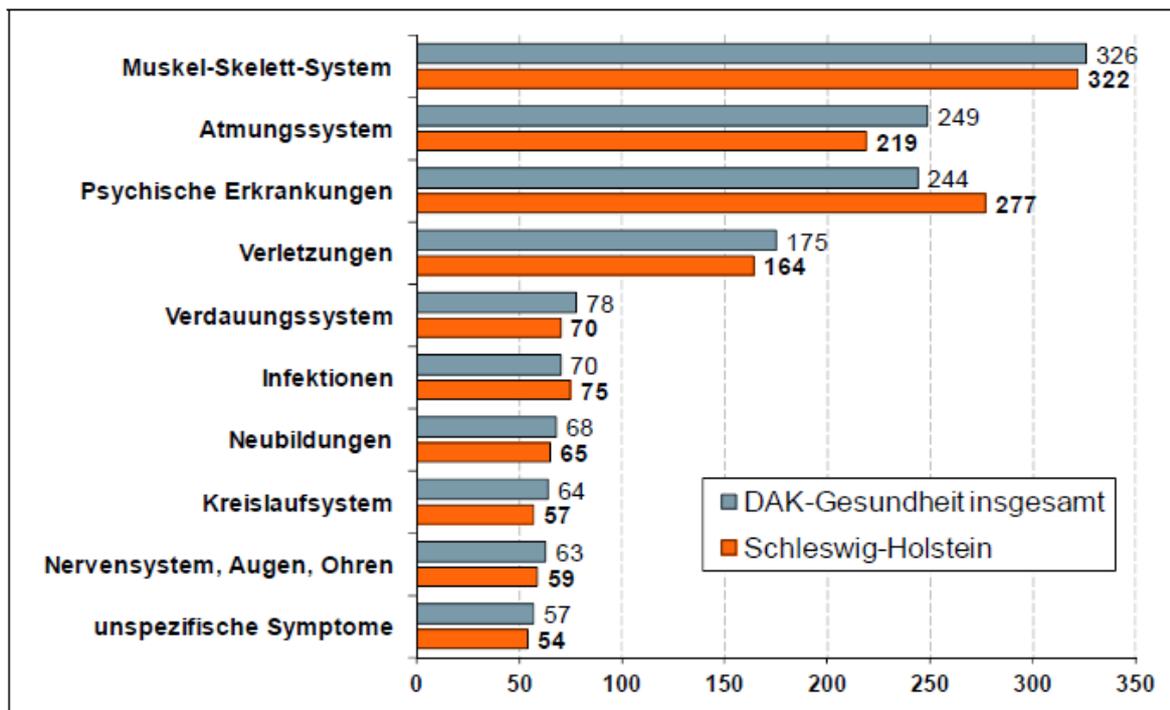


Abb. 2 zu 4.5 (entnommen aus DAK 2016, S. 13)

Wie der Abbildung 2 zu Punkt 4.5 entnommen werden kann, entfielen auf je 100 ganzjährig versicherte Mitglieder der DAK-Gesundheit im Jahr 2015 in Deutschland 244 AU-Tage aufgrund von psychischen Erkrankungen. Für SH lag die entsprechende Anzahl höher, nämlich bei 277 AU-Tagen. In SH sind bei den Versicherten der DAK-Gesundheit nach den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems die psychischen Erkrankungen für den Krankenstand am bedeutendsten. Bundesweit betrachtet liegen die psychischen Krankheiten hingegen an dritter Stelle in der Rangfolge der wichtigsten Krankheitsarten, direkt hinter den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und der Atemwege.¹⁴

Unterschiede im Hinblick auf Arbeitsunfähigkeitszeiten zwischen den Bundesländern lassen sich dem DAK-Gesundheitsreport Schleswig-Holstein 2013, der sich schwerpunktmäßig mit psychischen Erkrankungen beschäftigte, entnehmen. Auf je 100 ganzjährig versicherte Mitglieder der DAK-Gesundheit entfielen im Jahr 2012 in Deutschland knapp 204 AU-Tage aufgrund von psychischen Erkrankungen. Für SH lag die entsprechende Anzahl höher, nämlich bei etwa 218 AU-Tagen. Damit lagen die AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen im Jahr 2012 zwar über dem Bundesdurchschnitt, jedoch im Mittelfeld im Vergleich zu den übrigen Bundesländern (siehe Abbildung 3 zu 4.5).

¹⁴ Vgl. DAK 2016, S. 13

AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen je 100 Versicherungsjahre nach Bundesländern in 2012

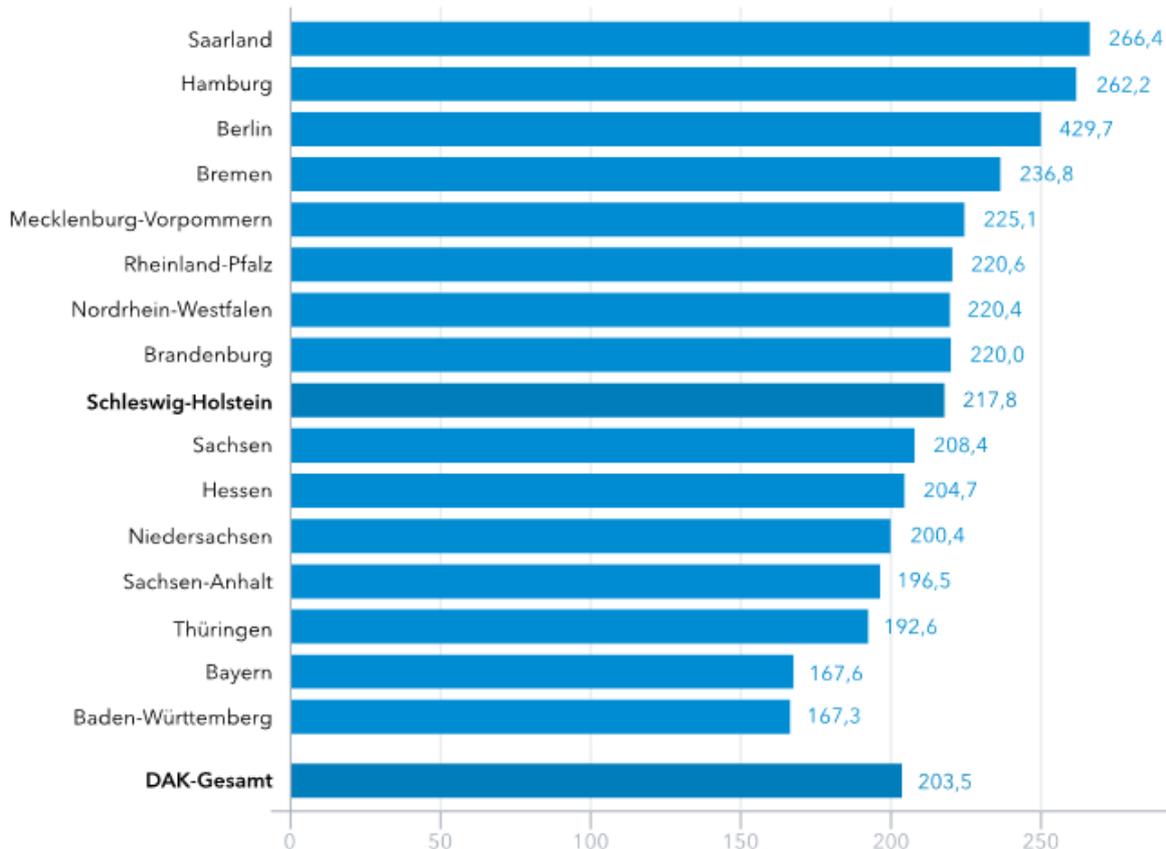


Abb. 3 zu 4.5 (MSGWG 2016, eigene Darstellung, angelehnt an DAK 2013, S. 99)

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) führt seit dem Jahr 1994 regelmäßig bundesweite Schätzungen der volkswirtschaftlichen Produktionsausfälle und Ausfälle an Bruttowertschöpfung aufgrund von Arbeitsunfähigkeit durch. Diese Schätzungen basieren auf Daten der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung des Statistischen Bundesamtes sowie auf Arbeitsunfähigkeitsdaten von rund 30 Millionen GKV-Mitgliedern. Für die Auswertung wird auf die Daten der Allgemeinen Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Ersatzkassen und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Träger der landwirtschaftlichen Krankenversicherung zurückgegriffen. Die aktuellsten Schätzungen der BAuA liegen für das Jahr 2014 vor.¹⁵

Die BAuA schätzt die Kosten für den Produktionsausfall aufgrund von Arbeitsunfähigkeit verursacht durch psychische Störungen bundesweit auf etwa 8,3 Milliarden Euro. Dabei sind die volkswirtschaftlichen Kosten noch höher zu veranschlagen, wenn berücksichtigt wird, dass die Beschäftigten durch ihre Arbeit Werte schaffen: So geht die BAuA davon aus, dass der Verlust an Bruttowertschöpfung durch Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen im Jahr 2014 bei 13,1 Milliarden Euro lag.¹⁶

Dies zeigt, dass hier ein großes Präventionspotential liegt. Können psychische Erkrankungen durch Prävention und Gesundheitsförderung vermieden beziehungsweise die Auswirkungen der Erkrankung verringert werden, sinken durch zugleich die volkswirtschaftlichen Kosten.

¹⁵ Vgl. BAuA 2016a, S. 1

¹⁶ Vgl. BAuA 2016b, S. 43, 46

4.6 Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen

Liegen gesundheitliche Einschränkungen vor, die eine Erwerbstätigkeit nicht nur vorübergehend sondern langfristig vermindern, kommt es zu einer Frühberentung. In diesen Fällen erhalten sozial-versicherungspflichtig Beschäftigte eine Erwerbsminderungsrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung.

Die Zahl von Frühberentungen aufgrund von psychischen Erkrankungen ist in Deutschland in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen, von rund 39.000 Fällen im Jahr 2000 auf rund 73.000 im Jahr 2014. Bezogen auf je 100.000 aktiv Versicherte waren das 102 Fälle im Jahr 2000 und 180 Fälle im Jahr 2014. Das entspricht einem Anstieg von 76%.

In SH gab es im Jahr 2014 2.771 Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen. Das entspricht einer Anzahl von 207 Fällen je 100.000 aktiv versicherter Personen. In SH liegt der Anteil von Versicherten, der aufgrund einer psychischen Erkrankung erwerbsunfähig wird, höher als im Bundesgebiet. Unter den weiblichen Beschäftigten waren es in SH im Jahr 2014 261 und unter den männlichen Beschäftigten 154 Fälle je 100.000 aktiv versicherter Personen.¹⁷

Wie sich die Anzahl der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in SH vom Jahr 2010 bis zum Jahr 2014 entwickelt hat, zeigt die Tabelle in der Anlage zu 4.6 im Anhang.

4.7 Schwerbehinderung wegen psychischer Leiden

Sind Menschen längerfristig durch ihre psychische Erkrankung beeinträchtigt, kann eine seelische Behinderung entstehen. Laut § 2 Abs.1 SGB IX sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist

„Eine seelische Behinderung liegt vor, wenn als Folge einer psychischen Erkrankung dauerhaft oder wiederkehrend Störungen auftreten und dadurch Alltagsbewältigung, Erwerbsfähigkeit und soziale Integration erheblich beeinträchtigt sind.“¹⁸

Ob ein Mensch als schwerbehindert gilt, hängt vom Grad der Behinderung ab. Mit diesem wird die Schwere einer Behinderung angegeben. Ein Mensch gilt als schwerbehindert, wenn ihm vom Landesamt für Soziale Dienste ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 zugesprochen wurde.

In Schleswig-Holstein waren dem Statistikamt Nord zufolge Ende 2015 insgesamt 21.050 Menschen aufgrund eines psychischen Leidens anerkannt schwerbehindert, davon 55 % Frauen und 45 % Männer. Drei Viertel von ihnen waren im Alter von 18 bis 65 Jahren. 48 % hatten einen Grad der Behinderung von 50 und 10 % einen von 100.¹⁹ Im Jahr 2003 waren es noch 9359 Menschen mit einer entsprechenden Anerkennung. Die Anzahl der Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung aufgrund eines psychischen Leidens ist somit im Zeitraum von 2003 bis 2015 um knapp 125 % gestiegen.²⁰

Auch der Anteil der Schwerbehinderungen an allen Behinderungen ist seit 2003 deutlich gestiegen: Machten im Jahr 2003 Schwerbehinderungen aufgrund psychischer Leiden nur gut 4,1% aller Behinderungen aus, waren es im Jahr 2015 bereits knapp 8 %.²¹

¹⁷ Auswertungen des Statistischen Bundesamtes, online abrufbar unter www.gbe-bund.de, Suchbegriffe: Rentenzugänge, verminderte Erwerbsfähigkeit, gesetzliche Rentenversicherung.

¹⁸ BIH 2012, S. 45

¹⁹ Vgl. Statistikamt Nord 2016a

²⁰ Vgl. Statistikamt Nord 2016b

²¹ Vgl. ebd.

Die meisten Behinderungen wegen psychischer Leiden wurden im Jahr 2015 aufgrund von Neurosen, Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (57 %) und Psychosen (rund 36 %) anerkannt. In knapp 7 % der Fälle besteht die Behinderung aufgrund einer Suchterkrankung. Der Anteil der Menschen mit einer Schwerbehinderung an allen Behinderungen lag Ende 2015 bei 8 %. Werden nur die 18 bis unter 65-Jährigen betrachtet, liegt ihr Anteil mit 14 % deutlich höher.²²

Wird die Anzahl der Menschen nach Art der schwersten Behinderung im zeitlichen Verlauf betrachtet, fällt auf, dass sich insbesondere die Anzahl der Menschen, die aufgrund einer Neurose, einer Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung die Anerkennung als Schwerbehinderte erhielten, drastisch gestiegen ist. Auch die Anzahl der Personen mit einer anerkannten Schwerbehinderung aufgrund einer Suchterkrankung ist stark gestiegen und hat sich von 2003 bis 2015 mehr als verdoppelt. Allerdings machen die Behinderung aufgrund einer Suchterkrankung nach wie vor nur einen relativ geringen Anteil der Behinderungen aufgrund psychischer Leiden aus.

Anzahl der schwerbehinderten Menschen in SH im Zeitraum von 2003 bis 2015 nach Art der schwersten Behinderung

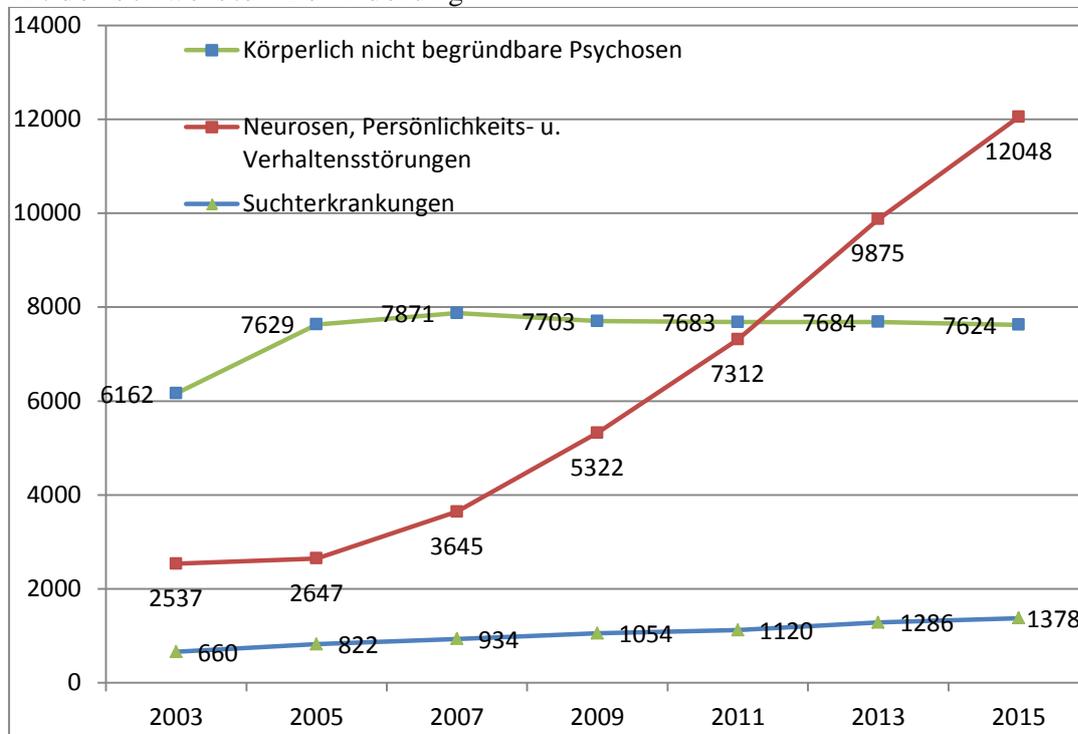


Abb. 1 zu 4.7 (Statistikamt Nord 2016, eigene Darstellung, siehe auch Anlage 1 zu 4.7)

4.8 Zusammenfassung

Die Entwicklung der tatsächlichen Häufigkeit psychischer Störungen auf der einen Seite und der Arbeitsunfähigkeitszeiten, der Frühberentungen und der Schwerbehinderungen aufgrund psychischer Störungen seit der Jahrtausendwende auf der anderen Seite geben ein zunächst widersprüchlich erscheinendes Bild ab: Zwar ist die Prävalenz von psychischen Störungen in Deutschland seit dem Jahr 2000 nicht nennenswert gestiegen (vgl. 4.1), doch hat sich die Zahl der Frühberentungen aufgrund von psychischen Erkrankungen von 2000 bis 2014 um knapp 80 % erhöht (vgl. 4.6). Auch bei den Fehlzeiten am Arbeitsplatz aufgrund von psychischen Erkrankungen lässt sich bundesweit ein ähnlich starker Anstieg beobachten wie Auswertungen einzelner Krankenkassen zeigen (vgl. 4.5). Diese Angaben gelten für das

²² Statistikamt Nord 2016a

Bundesgebiet, es ist aber davon auszugehen, dass sie auch auf die Bevölkerung Schleswig-Holsteins zutreffen. Zudem ist festzuhalten, dass die Anzahl der Menschen in SH, deren Schwerbehinderung aufgrund eines psychischen Leidens anerkannt ist, fortwährend steigt und sich von 2003 bis 2015 weit mehr als verdoppelt hat (vgl. 4.7). Parallel dazu ist auch der Anteil der Schwerbehinderungen aufgrund psychischer Leiden an allen Behinderungen gestiegen.

Erklärungen für diese scheinbar widersprüchlichen Entwicklungen können unter anderem in der Entstigmatisierung von psychischen Störungen liegen: Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen scheinen heute eher bereit zu sein, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Parallel dazu scheint sich auch das Diagnostikverhalten der Ärztinnen und Ärzte verändert zu haben. Dadurch werden psychische Störungen heute früher erkannt als noch vor einigen Jahren. Außerdem hat sich das Versorgungsangebot erweitert. Folglich erhalten heute mehr Menschen eine Diagnose und eine Behandlung als früher. Auch die Bereitschaft, einen Antrag auf Frühberentung oder Schwerbehinderung zu stellen, kann durch die zunehmende Enttabuisierung psychischer Störungen gestiegen sein. Der hohe Anstieg der Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund psychischer Störungen kann zudem auch darauf zurückgeführt werden, dass psychische Störungen früher nicht entdeckt oder nicht berücksichtigt wurden und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen stattdessen beispielsweise aufgrund muskuloskelettaler Erkrankungen ausgestellt wurden..

Psychische Störungen erhalten somit heute bei gleichbleibender Prävalenz mehr Aufmerksamkeit und werden von Ärztinnen und Ärzten seltener übersehen. Jedoch geben die Daten, die diesem Bericht zugrunde liegen keine Auskunft über die Angemessenheit und die Qualität der Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Festzustellen bleibt, dass psychische Beeinträchtigungen in den vergangenen Jahren erheblich an Bedeutung zugenommen haben und eine zunehmend große Herausforderung an die medizinische Versorgung sowie die sozialen Sicherungssysteme stellen. Zudem zeigt sich, dass die Faktoren Alter, Geschlecht und sozialer Status für die Belastung mit psychischen Störungen relevant sind: Junge Menschen sind tendenziell stärker Betroffen als ältere, Frauen stärker als Männer und Menschen mit einem niedrigeren sozialen Status stärker als Menschen mit einem höheren Sozialstatus.

5. Rechtsentwicklung im Bereich der psychiatrischen Versorgung seit 2000

Im Folgenden wird ein kursorischer Überblick über die Rechtentwicklungen seit dem Jahr 2000 gegeben, die für die psychiatrische Versorgung relevant sind. Dabei werden auch aktuelle und geplante Gesetzesänderungen berücksichtigt sowie deren Einfluss auf die Versorgungssituation von Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung dargestellt. Dazu wird zunächst die Rechtsentwicklung für die gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), im Bereich der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) und der Eingliederungshilfe (SGB XII) beschrieben, bevor anschließend die Entwicklungen im Betreuungsrecht (BGB), im Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG), im Maßregelvollzugsgesetz (MVollzG) und im Neuntes Buch (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen ausgeführt werden.

5.1 Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nimmt in Deutschland eine entscheidende Rolle im System der gesundheitlichen Sicherung ein. Sie stellt allen Versicherten – also auch Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung - die Sachleistungen zur Krankenbehandlung zur Verfügung, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen.

Im Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) sind alle Bestimmungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung zusammengefasst. Seit dem Jahr 2000 sind mehrere Reformen der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft getreten.

5.1.1 *GKV-Modernisierungsgesetz*

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der GKV (GKV-Modernisierungsgesetz-GMG) vom 14. November 2003 fand eine gesetzliche Weiterentwicklung statt. Dort wurde unter anderem die neue Versorgungsform der sogenannten Integrierten Versorgung verankert. Unter Integrierter Versorgung versteht man die interdisziplinär-fachübergreifende und sektorenübergreifende Versorgung der Versicherten. Um die Erkrankung der Patientin bzw. des Patienten vernetzt zu behandeln und die Übergänge von ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung zu koordinieren, kooperieren Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte, Krankenhäuser, Reha-Kliniken und andere zur Versorgung berechnete Leistungserbringer miteinander und sorgen für einen kontinuierlichen Wissensaustausch. Die Integrierte Versorgung soll dazu beitragen, die Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten zu erhöhen. Durch die sektorenübergreifende Vernetzung und Kooperation – so die Zielsetzung des Gesetzes - sollen zudem teure Doppel- und Mehrfachdiagnosen vermieden werden können, um die Gesundheitskosten zu senken.²³ Grundlage der Integrierten Versorgung sind die §§ 140 ff. des SGB V, nach denen Krankenkassen entsprechende Verträge (IV-Verträge) mit den Vertragspartnerinnen und -partnern abschließen können. Seit 2008 gibt es diese Versorgungs- und Behandlungsform auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen.

5.1.2 *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz*

Mit dem am 01. April 2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) werden die Beziehungen zwischen Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzten, Versicherten und Kassen sowie Kassen und Leistungserbringern transparenter, flexibler und noch stärker wettbewerblich ausgestaltet. Im Bereich der Gesundheitsversorgung wird die Integrierte Versorgung gestärkt.

5.1.3 *GKV-Versorgungsstrukturgesetz*

Kernpunkt des zum 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetzes - GKV-VStG) war es, Anreize für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu schaffen, sich in unterversorgten Regionen neu niederzulassen oder Praxen zu übernehmen. Der Bundesgesetzgeber hat auf Vorschlag der Länder beispielsweise entsprechende Weichenstellungen im GKV-VStG mit Regelungen zur Flexibilisierung der Bedarfsplanung mit regionalen Abweichungsmöglichkeiten, zu mehr Beteiligungsrechte der Länder im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und in den Landesausschüssen, zur Berücksichtigung sektorenübergreifender Aspekte wie die Möglichkeit, ein sektorenübergreifendes Gremium auf Landesebene zu errichten, zur Unterstützung neuer Kooperationsformen und mobiler Praxisausübung sowie zur Lockerung der Residenzpflicht getroffen. Diese Weichenstellung wird mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (s. 5.1.4) fortgesetzt, beispielsweise im Hinblick auf eine Stärkung der Arbeit der Ärztenetze, bei den Schnittstellenfragen zur Zusammenarbeit von Ambulant und Stationär, durch den geplanten Innovationsfonds und mit dem anstehenden Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung.

²³ vgl. BMG 2016a

Im Hinblick auf eine länderspezifische Bedarfsplanung werden der Selbstverwaltung mehr Freiheiten eingeräumt. So soll je nach Region die unterschiedliche Alterszusammensetzung der Bevölkerung berücksichtigt werden. Darüber hinaus müssen die einzelnen Planungsbe-
reiche künftig nicht mehr automatisch den Stadt- und Landkreisen entsprechen, sondern sollen bedarfsgerecht neu festgelegt werden. Diese Vorgaben sind bereits in die derzeitige Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA²⁴ eingeflossen. Insgesamt wurden dadurch zahlreiche neue Niederlassungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachgruppen so-
wie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein geschaffen.

5.1.4 *Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)*

Das am 23. Juli 2015 in Kraft getretene Versorgungsstärkungsgesetz sieht unter anderem eine Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie vor, um die ambulante psychotherapeutische Versorgung zu verbessern. Insbesondere sollen spezielle psychotherapeutische Sprechstunden eingerichtet werden, um den zeitnahen Zugang zum Versorgungssystem zu gewährleisten. Die Psychotherapie-Richtlinie ist am 16. Oktober 2015 in Kraft getreten. Die Regelungen, die sich auf die Einführung von psychotherapeutischen Sprechstunden beziehen, werden voraussichtlich am 01. April 2017 in Kraft treten.

Im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) hat der G-BA den Auftrag erhalten, auf der Basis eines wissenschaftlichen Gutachtes die Grundlage der Bedarfsplanung im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung neu zu überarbeiten. Die Ausschreibung eines solchen Gutachtens wird derzeit im G-BA, Unterausschuss Bedarfsplanung, vorbereitet.

Durch das Versorgungsstärkungsgesetz haben sich auch Neuerungen bei den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) ergeben. Das Angebot der PIA richtet sich an Versicherte, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärztinnen und Ärzten auf die Behandlung durch die Institutsambulanzen angewiesen sind. In den PIA können alle fachgebundenen Leistungen wie zum Beispiel psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen, Soziotherapie, psychiatrische häusliche Krankenpflege oder Laborleistungen erbracht werden. Als ein Ergebnis der Psychiatrie-Enquete erhielten seit dem Jahr 1976 alle psychiatrischen Fachkrankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen einen Anspruch auf Ermächtigung einer PIA zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung. Mit einer Novelle zu § 118 Abs. 2 SGB V wurden im Jahr 2000 auch psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zur Errichtung von PIA ermächtigt. Der Gesetzgeber erweiterte die Ambulanzen ab 2013 zudem auf die Psychosomatik.

Durch das GKV-VSG werden die Voraussetzungen für die Erteilung von Institutsermächtigungen für Außenstellen von PIA gelockert (neuer § 118 Abs. 4 SGB V). Institutsermächtigungen für Außenstellen sind künftig auch ohne die Feststellung einer (drohenden) Unterversorgung vom Zulassungsausschuss zu erteilen, soweit dies erforderlich ist, um eine ausreichende ambulante psychiatrische Versorgung und psychotherapeutische Versorgung sicherzustellen.

5.1.5 *Präventionsgesetz*

Das Präventionsgesetz ist seit dem 25. Juli 2015 in Kraft und schafft Rahmenbedingungen, um Angebote zur Gesundheitsprävention durch eine verbesserte Kooperation der Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung und durch eine stärkere Finanzierung zu fördern. Das Angebotsspektrum wird auch Angebote enthalten, die auf die Prävention von psychischen Erkrankungen gerichtet sind. Bereits Ende Oktober 2015 hat sich die Nationale Prä-

²⁴ /www.g-ba.de/informationen/richtlinien/4/

ventionskonferenz, getragen durch gesetzliche Kranken-, Unfall, Renten- und Pflegeversicherung, konstituiert. In der Nationalen Präventionskonferenz legen die Sozialversicherungsträger unter Beteiligung von Bund, Ländern und Kommunen, der Bundesagentur für Arbeit, der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, dem Deutschen Gewerkschaftsbund, der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. sowie der Vertretung der Patientinnen und Patienten nach § 140f SGB V gemeinsame Ziele fest und verständigen sich auf ein gemeinsames Vorgehen. Dadurch sollen die vielfältigen Ansätze in der Prävention und Gesundheitsförderung gebündelt und abgestimmt bei den Menschen vor Ort ankommen. Am 19. Februar 2016 wurden erstmals Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V verabschiedet.²⁵

Die Soziale Pflegeversicherung erhält einen neuen Präventionsauftrag, um künftig Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen mit gesundheitsfördernden Angeboten zu erreichen. Pflegebedürftige in häuslicher Pflege sowie ihre Angehörigen haben schon heute die Möglichkeit, gesundheitsfördernde Angebote der Krankenkassen in Anspruch zu nehmen.

Die Krankenkassen sollen künftig jährlich mindestens rund 490 Millionen Euro in Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention investieren, wobei allerdings bereits laufende Präventionsleistungen angerechnet werden. Dazu soll der Ausgabenrichtwert von derzeit 3,17 Euro auf 7 Euro je Versicherten und Jahr angehoben werden. Mit den neuen Leistungen der Pflegekassen im Umfang von rund 21 Millionen Euro werden zukünftig jährlich insgesamt etwa 511 Millionen Euro für primärpräventive und gesundheitsfördernde Leistungen bereitstehen.

5.2 Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)

Pflegebedürftigkeit ist in vielen Fällen gesetzlich versichert. Der Anspruch und die Leistungen aus dieser Versicherung sind im Wesentlichen im SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) und den Folgegesetzen geregelt. Dieses Gesetz verfolgt nicht das Kostendeckungsprinzip, sondern ist von Beginn an auf eine Anteilsfinanzierung pflegerischer Bedarfe angelegt (vgl. § 4 Abs. 2 SGB XI).

Im Grundsatz gilt, dass wer krankenversichert ist, automatisch auch Mitglied bei einer Pflegekasse ist. Menschen mit einer Behinderung sind in der gesetzlichen Sozialversicherung (Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Rentenversicherung) versichert, sofern sie in einem entgeltlichen Beschäftigungsverhältnis stehen. Soweit sie in einer Werkstätte für behinderte Menschen beschäftigt sind, sind sie auch dann versichert, wenn kein Arbeitsentgelt gezahlt wird. Dies gilt auch für Menschen mit einer Behinderung, die von den Werkstätten als Heimarbeiter beschäftigt werden. Zu den Beschäftigungen zählen auch Dienstleistungen für den Träger der Einrichtung.

Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer Krankheit oder Behinderung bei täglichen Verrichtungen pflegerische Hilfe benötigen. Der Hilfebedarf muss in erheblichem Maße und voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen.

Pflegebedürftige Menschen haben Anspruch auf häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege, allerdings räumt das Pflegeversicherungsgesetz der häuslichen Pflege aus Kostengründen den Vorrang ein. Ein Anspruch auf vollstationäre Pflege besteht daher nur, wenn eine häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist. Ob und in welcher Höhe Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung bestehen, hängt vom Ausmaß des täglichen Hilfebedarfs ab. Dieses wurde bis zur Verabschiedung des 2. Pflegestärkungsgesetzes in Pflegestufen 0 – 3 ausgedrückt; zukünftig werden die Pflegegrade 1 – 5 dafür verwendet.

Mit der Pflegeversicherung im Jahre 1995 wurde ein Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt, der schon von Anfang an als zu körperbezogen und zu eng kritisiert worden ist, weil er nur

²⁵ BMG 2016b

auf den Hilfebedarf bei bestimmten Verrichtungen abstellt und den allgemeinen Bedarf an Beaufsichtigung und Anleitung, Kommunikation und sozialer Teilhabe nicht oder nur unzureichend berücksichtigt. Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen erlangten trotz Hilfe- und Betreuungsbedarfs häufig keine oder eine niedrigere Pflegestufe als Menschen mit somatischen Erkrankungen und hatten somit weniger Leistungsansprüche. In der Folgezeit geriet dieser Personenkreis zunehmend in den Fokus der Gesetzgebung und eine Reihe von Reformen der Pflegeversicherung waren darauf ausgerichtet, spezifische Leistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz schrittweise einzuführen und auszubauen, um auf diese Weise die Versorgungssituation zu verbessern und Angehörige zu entlasten. Für Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen sind insbesondere folgende Gesetzesänderungen von Bedeutung:

5.2.1 *Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz*

Das Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz - PflEG) vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I, 2001, S. 3728) ist zum 1. Januar 2002 in Kraft getreten.

Mit dem Gesetz entstand für pflegebedürftige Versicherte mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung ein zusätzlicher Leistungsanspruch von 460 Euro pro Kalenderjahr, der bei häuslicher Pflege als Betreuungsleistungen für qualitätsgesicherte Angebote genutzt werden kann. Dazu gehören beispielsweise Tagespflege, Kurzzeitpflege, besondere Angebote ambulanter Pflegedienste sowie niedrigschwellige Betreuungsangebote. Darüber hinaus liefert das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz die gesetzliche Grundlage für die Förderung von niedrigschwelligem Betreuungsangeboten und Modellvorhaben für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf in Höhe von 20 Mio. Euro, anteilig finanziert durch die Pflegeversicherung sowie die Länder und Kommunen. Zudem wurden bestehende Beratungsangebote verbessert und erweitert, insbesondere durch zusätzliche Hausbesuche.

Zur Umsetzung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes hat die Landesregierung eine entsprechende Landesverordnung erlassen (Landesverordnung zur Durchführung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes vom 20. Februar 2003)²⁶, die die Anerkennung und Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote und Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen regelt. Diese wurde aufgrund bundesrechtlicher Änderungen in der Folgezeit mehrfach angepasst. Derzeit ist die Landesverordnung zur Anerkennung und Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote, Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen, ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe (Betreuungsangebotsverordnung - AFöVO) vom 3. Februar 2015 in Kraft, die 2016 erneut angepasst werden soll. Eine weitere Änderung ist nach Inkrafttreten der Zweiten Pflegestärkungsgesetzes 2017 vorgesehen.

Seit Inkrafttreten des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes und der landesrechtlichen Regelungen haben sich in Schleswig-Holstein neue und vielfältige Angebote sowie Strukturen zur Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen entwickelt.

5.2.2 *Pflege-Weiterentwicklungsgesetz*

Artikel 1 des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)²⁷ ist zum 1. Juli 2008 in Kraft getreten.

²⁶ GVOBl. Schl-H. S. 50

²⁷ Gesetz vom 28.05.2008, BGBl I, 2008, S. 874

Es beinhaltet die Einrichtung von Pflegestützpunkten zur besseren Vernetzung der Pflege und Beratung sowie Betreuung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen, die Einführung eines Rechtsanspruchs auf umfassende Pflegeberatung (Fallmanagement) durch die Pflegekassen sowie die Erhöhung des Betrages für zusätzliche Betreuungsleistungen bei häuslicher Pflege von bisher 460 Euro auf 1.200 Euro jährlich (Grundbetrag) und auf 2.400 Euro jährlich (erhöhter Betrag). Des Weiteren umfasst es eine Einbeziehung von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die keine Pflegestufe haben (sog. Pflegestufe 0), eine schrittweise Anhebung der ambulanten Sachleistungen, des Pflegegeldes und der stationären Leistungen sowie Leistungsverbesserungen bei der Tages- und Nachtpflege.

Ein weiterer wesentlicher Punkt des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes ist die Erhöhung der Fördermittel zum weiteren Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote sowie für ehrenamtliche Strukturen und die Selbsthilfe im Pflegebereich bei weiterhin anteiliger Finanzierung durch die Pflegeversicherung und die Länder und Kommunen. Darüber hinaus ist auch die Verbesserung der Betreuung und Aktivierung von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in vollstationären Pflegeeinrichtungen durch Finanzierung zusätzlicher Betreuungskräfte aus Mitteln der Pflegeversicherung Inhalt des Gesetzes.

5.2.3 *Pflege-Neuausrichtungsgesetz*

Das Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG)²⁸ ist zum 1. Januar 2013 in Kraft getreten.

Darin ist geregelt, dass Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe (sog. Pflegestufe 0) in die Gewährung von Pflegegeld und Pflegesachleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege einbezogen werden. Zugleich werden Pflegegeld sowie Pflegesachleistung für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in den Pflegestufe I und II erhöht. Zudem sollen ambulante Pflegedienste neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung gezielt auch Betreuungsleistungen als Sachleistungen anbieten. Außerdem werden zusätzliche Betreuungskräfte aus der Pflegeversicherung in teilstationären Pflegeeinrichtungen finanziert. Neue Wohn- und Betreuungsformen werden gefördert (Zuschlag für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen sowie Initiativprogramm zur Förderung neuer Wohnformen). Darüber hinaus erfolgt eine Verbesserung der Beratung durch die Pflegekassen und eine zeitgerechte Begutachtung.

5.2.4 *Erstes Pflegestärkungsgesetz*

Das Erste Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I)²⁹ ist zum 1. Januar 2015 in Kraft getreten.

Wesentliche Punkte dieses Gesetzes sind die Flexibilisierung und der Ausbau von Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie der Tages- und Nachtpflege zur Stabilisierung der häuslichen Pflege sowie der Ausbau bestehender Betreuungsleistungen in der ambulanten Pflege und die Einführung von Entlastungsleistungen zugunsten Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen. Des Weiteren werden die zusätzlichen Betreuungsangebote in stationären Pflegeeinrichtungen auf alle Pflegebedürftigen ausgedehnt und die Betreuungsrelation verbessert. Neue Entlastungsangebote, beispielsweise durch Ausbau der Hilfen zur Weiterführung des Haushalts, werden mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz eingeführt. Des Weiteren enthält das Gesetz die Möglichkeit zur flexiblen Nutzung des halben ambulanten Sachleistungsbetrags für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote im Wege

²⁸ Gesetz vom 23.10.2012, BGBl. I, 2012, S. 2246.

²⁹ Gesetz vom 17. Dezember 2014, BGBl. I, 2014, S. 2222.

der Kostenerstattung. Überdies sind der Ausbau der Zuschüsse für Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen und Vereinfachungen der Antragsvoraussetzungen bei der Anschubfinanzierung für ambulant betreute Wohngemeinschaften im Rahmen des Initiativprogramms Teil des Gesetzes.

5.2.5 *Zweites Pflegestärkungsgesetz*

Das Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)³⁰ ist zum 1. Januar 2016 in Kraft getreten.

Es beinhaltet die Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zum 1. Januar 2017, der einen gleichberechtigten Zugang zu allen Pflegeleistungen schafft, unabhängig davon, ob die pflegebedürftigen Menschen an körperlichen, geistigen oder psychischen Erkrankungen leiden. Anstelle der bisherigen drei Pflegestufen gibt es fünf Pflegegrade auf der Basis eines neuen Begutachtungsassessments. Für die bisherigen Leistungsempfängerinnen und -empfänger ist sichergestellt, dass sie reibungslos und ohne Benachteiligungen in das neue System übergeleitet werden. Zudem wird das Leistungsrecht angepasst. Demnach haben Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 - 5 einen Anspruch auf alle Regelleistungen. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten bei häuslicher Pflege einen Entlastungsbetrag von 125 Euro monatlich im Wege der Kostenerstattung für bestimmte Leistungen. Darüber hinaus wird die soziale Sicherung der Pflegepersonen (Rentenversicherung, Unfallversicherung, Arbeitslosenversicherung) angepasst und verbessert, ebenso wie die Information und Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen.

5.2.6 *Ausblick: Drittes Pflegestärkungsgesetz*

Aktuell befindet sich das Dritte Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) im Gesetzgebungsverfahren. Im Vordergrund stehen dabei die Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege sowie die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs der Pflegeversicherung in das Sozialhilferecht (SGB XII) und das soziale Entschädigungsrecht nach dem Bundesversorgungsgesetz.

5.3 **Eingliederungshilfe (SGB XII)**

In der Eingliederungshilfe besteht die Rechtsgrundlage für Leistungen für seelisch behinderte Menschen unverändert fort. Die im Jahr 2000 dafür geltenden Regelungen nach Unterabschnitt 7 im Abschnitt 3 des Bundessozialhilfegesetzes (Hilfen in besonderen Lebenslagen), kurz BSHG, wurden mit der Einführung des SGB XII zum 1. Januar 2005 nahezu unverändert übernommen. Die bereits mit der Novellierung des BSHG im Jahr 1999 begonnene Differenzierung der Angebote für Menschen mit seelischer Behinderung wurde fortgeführt. Ziel ist es, den betroffenen Personen ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. Die Hilfeplanung folgt dabei dem Individualisierungs- und dem Bedarfsdeckungsprinzip.

Als neue Leistungsform wurde mit dem SGB IX zum 1. Juli 2001 das sogenannte Persönliche Budget eingeführt, das sich als trägerübergreifendes Persönliches Budget in § 57 SGB XII wiederfindet. Es ermöglicht Leistungsempfängerinnen und -empfängern ein Budget anstelle von Dienst- oder Sachleistungen zu wählen. Aus dem Budget bezahlen sie die Aufwendungen, die zur Deckung ihres persönlichen Hilfebedarfs erforderlich sind. Seit 1. Januar 2008 besteht auf Leistungen in Form des Persönlichen Budgets ein Rechtsanspruch. Be-

³⁰ Gesetz vom 21. Dezember 2015, BGBl. I, 2015, S. 2424

sondere Bedeutung für die Fortentwicklung der Leistungen zur Teilhabe haben trägerübergreifende Persönliche Budgets als Komplexleistungen, das bedeutet, dass mehrere Leistungsträger unterschiedliche Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen in einem Budget erbringen.

Das sich derzeit im Gesetzgebungsverfahren befindliche Bundesteilhabegesetz sieht unter anderem die Überführung der Eingliederungshilfe in das SGB IX vor und beinhaltet eine umfassende Reform des Teilhaberechts. Das Gesetzesvorhaben sieht Verbesserungen von der Prävention über die Beratung bis hin zur gesellschaftlichen Eingliederung vor. Damit sollen mehr Autonomie und mehr Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen geschaffen werden.

5.4 Betreuungsrecht und Arztvertragsrecht (BGB)

Im Berichtszeitraum hat es vor allem zwei relevante Entwicklungen gegeben: Die gesetzliche Regelung der Patientenverfügung sowie die Einführung einer gesetzlichen Grundlage im Betreuungsrecht für ärztliche Zwangsbehandlungen.

5.4.1 *Patientenverfügung*

Mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts vom 29. Juli 2009³¹ wurde die Patientenverfügung in Deutschland erstmals gesetzlich geregelt. Dem Gesetz ging eine intensiv geführte rechtspolitische Diskussion über die Frage voraus, ob und in welcher Weise Festlegungen einer volljährigen Person für den Fall ihrer Behandlungsbedürftigkeit von Ärztinnen und Ärzten, Betreuerinnen und Betreuern und Gerichten beachtet werden müssen. Das Gesetz, das umgangssprachlich auch als „Patientenverfügungsgesetz“ bezeichnet wird, trat am 1. September 2009 in Kraft.

Eine Patientenverfügung liegt dann vor, wenn eine einwilligungsfähige volljährige Person für den Fall ihrer Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt hat, ob sie in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (§ 1901a Absatz 1 Satz 1 BGB). Treffen diese schriftlichen Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, ist die Betreuerin bzw. der Betreuer verpflichtet, dem Willen der betreuten Person Ausdruck und Geltung zu verschaffen (§ 1901a Absatz 1 Satz 2 BGB).

Wenn die begründete Gefahr besteht, dass die betreute Person aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet, bedarf die Einwilligung der Betreuerin bzw. des Betreuers in eine Untersuchung, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff der Genehmigung des Betreuungsgerichts (§ 1904 Absatz 1 BGB). Gleiches gilt auch für die Nichteinwilligung oder den Widerruf der Einwilligung der Betreuerin bzw. des Betreuers, wenn dadurch die begründete Gefahr besteht, dass die betreute Person aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet (§ 1904 Absatz 2 BGB). Solche Maßnahmen können beispielsweise eine Operation, die künstliche Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr, die maschinelle Beatmung, die Dialyse, die Bekämpfung einer zusätzlich auftretenden Krankheit sowie Maßnahmen der Reanimation sein.

Das „Patientenverfügungsgesetz“ zog damit einen (vorläufigen) Schlussstrich unter eine lange und überaus kontrovers geführte Diskussion über Reichweite und Grenzen des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende.

³¹ BGBl. I, S. 2286

5.4.2 *Ärztliche Zwangsbehandlung*

Der Bundesgerichtshof ging lange Zeit davon aus, dass die Behandlung einwilligungsunfähiger Betroffener gegen deren natürlichen Willen, die sogenannte ärztliche Zwangsbehandlung, während der gerichtlich genehmigten stationären Unterbringung möglich sei.³² Nachdem das Bundesverfassungsgericht im Jahr 2011 die Anforderungen an eine verfassungskonforme gesetzliche Grundlage für ärztliche Zwangsbehandlungen im Maßregelvollzug konkretisiert und klare und bestimmte Rechtsgrundlagen gefordert hatte,³³ hat der Bundesgerichtshof 2012 seine frühere Rechtsprechung aufgegeben und entschieden, dass das Betreuungsrecht zum damaligen Zeitpunkt keine den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügende Rechtsgrundlage für eine Zwangsbehandlung enthielt.³⁴

Mit dem Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme vom 18. Februar 2013³⁵ wurde die betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung mit Wirkung zum 26. Februar 2013 in § 1906 Absatz 3 und 3a BGB ausdrücklich geregelt. Damit wurde die vom Bundesverfassungsgericht und dem Bundesgerichtshof geforderte ausdrückliche Rechtsgrundlage geschaffen. Zugleich wurde das Familienverfahrensgesetz (FamFG) geändert, um die verfahrensrechtlichen Sicherungen zu schaffen.

Das Gesetz verwendet nicht den Begriff der Zwangsbehandlung. Stattdessen hat es den Begriff der ärztlichen Zwangsmaßnahme eingeführt und definiert sie als ärztliche Maßnahme, die dem natürlichen Willen der betreuten Person widerspricht. Da eine solche Zwangsmaßnahme mit einem erheblichen Eingriff in die Grundrechte der betreuten Person verbunden ist, soll sie unter strenger Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes nur als letztes Mittel erlaubt sein. Sie ist gemäß § 1906 Absatz 3 BGB nur zulässig, wenn

1. die betreute Person krankheitsbedingt die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann,
2. zuvor vergeblich versucht wurde, die betreute Person von der Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen,
3. die ärztliche Zwangsmaßnahme zum Wohl der betreuten Person erforderlich ist, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden,
4. der drohende erhebliche gesundheitliche Schaden nicht durch eine andere der betreuten Person zumutbare Maßnahme abgewendet werden kann und
5. der zu erwartende Nutzen der ärztlichen Zwangsmaßnahme die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegt.

Die Einwilligung der Betreuerin bzw. des Betreuers in eine ärztliche Zwangsmaßnahme bedarf zudem der Genehmigung des Betreuungsgerichts (§ 1906 Absatz 3a Satz 1 BGB), das ein Sachverständigengutachten über die Notwendigkeit der Maßnahme einzuholen hat, wobei der Sachverständige nicht der behandelnde Arzt sein soll (§ 321 Absatz 1 FamFG).

Die gesetzliche Regelung sieht vor, dass eine Zwangsbehandlung nur im Rahmen einer geschlossenen Unterbringung möglich ist. Mit Beschluss vom 26. Juli 2016 hat das BVerfG entschieden³⁶, dass diese Neuregelung mit der aus Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes folgenden Schutzpflicht des Staates unvereinbar sei, soweit sie für einwilligungsunfähige Betreute, denen schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigungen drohen, eine ärztliche Behandlung gegen ihren natürlichen Willen unter keinen Umständen ermögliche, sofern die Betreuten zwar stationär behandelt werden, aber nicht geschlossen untergebracht werden können, weil sie sich der Behandlung räumlich nicht entziehen wollen oder hierzu

³² BGH, Beschluss vom 1.2.2006, Az. XII ZB 236/05, BGHZ 166, 141 = NJW 2006, 1277.

³³ BVerfG, Beschluss vom 23.3.2011, Az. 2 BvR 882/09, BVerfGE 128, 282 = NJW 2011, 2113.

³⁴ BGH, Beschlüsse vom 20.6.2012, Az. XII ZB 99/12 und 130/12, BGHZ 193, 337 = NJW 2012, 2967.

³⁵ BGBl. I, S. 266.

³⁶ Az. 1 BvL 8/15.

körperlich nicht in der Lage sind. Das BVerfG hat den Bundesgesetzgeber aufgefordert, unverzüglich eine Neuregelung für diese Fallgruppe zu treffen. Zugleich hat es angeordnet, dass § 1906 Absatz 3 BGB bis zu einer gesetzlichen Neuregelung auch auf stationär behandelte Betreute anzuwenden ist, die sich einer ärztlichen Zwangsbehandlung räumlich nicht entziehen können.

Ob der (Bundes-) Gesetzgeber diese Entscheidung zum Anlass nehmen wird, die betreuungsrechtlichen Regelungen über ärztliche Zwangsmaßnahmen zu reformieren und für eine ambulante Zwangsbehandlung außerhalb einer geschlossenen Unterbringung zu öffnen, bleibt abzuwarten.

5.4.3 *Patientenrechtegesetz*

Durch das Patientenrechtegesetz vom 20. Februar 2013³⁷ wurde die Verbindlichkeit der Behandlungseinwilligung sowie die Aufklärungspflichten der Ärztin bzw. des Arztes im Rahmen der Regelungen über den Behandlungsvertrag in den §§ 630a ff. BGB geregelt. Der Behandlungsvertrag gilt selbstverständlich auch im Rahmen psychiatrischer Behandlungen.

5.5 Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG)

Für Menschen mit psychischen Krankheiten bestehen in Deutschland Gesetze der einzelnen Bundesländer über „Schutz“ und „Hilfen“ für psychisch kranke Menschen, welche das Recht psychisch Erkrankter, ein eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft zu führen, sicherstellen sollen. Gleichzeitig ermächtigen sie die zuständigen Behörden psychisch erkrankte Personen im Falle akuter Selbst- oder Fremdgefährdung gegen ihren Willen in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus unterzubringen.

Das schleswig-holsteinische Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG SH) ist am 1. April 2000 in Kraft getreten.

Aufgrund des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichtes zur ärztlichen Zwangsbehandlung vom 23. März 2011³⁸ wurden im PsychKG – wie auch im MVollzG – die Regelungen zur ärztlichen Zwangsbehandlung angepasst.³⁹

Der Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes⁴⁰ lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- Bei der medizinischen Zwangsbehandlung einer untergebrachten Person mit Neuroleptika handelt es sich um einen besonders schweren Eingriff in das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit und der Selbstbestimmung über den eigenen Körper. Dies gilt bei einer Behandlung gegen den Willen der betroffenen Person unabhängig davon, ob die Behandlung mit körperlichem Zwang durchgesetzt wird.
- Ungeachtet der Schwere des Grundrechtseingriffs ist dem Gesetzgeber nicht grundsätzlich verwehrt, solche Eingriffe zuzulassen. Als Rechtfertigung kommt aber nicht der Schutz Dritter, sondern nur das grundrechtliche Freiheitsinteresse der betroffenen Person selbst in Betracht, wenn diese zur Einsicht in die Schwere ihrer Krankheit und die Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen krankheitsbedingt nicht fähig ist. In diesen Fällen kann eine Zwangsbehandlung ausnahmsweise zulässig sein, wenn auf diese Weise die freie Selbstbestimmung der untergebrachten Person wiederhergestellt werden kann. Dies eröffnet aber keine "Vernunftthoheit" des Staates insbesondere in den Fällen, in denen der Betroffene eine aus ärztlicher Sicht erforderliche Be-

³⁷ BGBl. 2013 I v. 25.2.2013, S. 277

³⁸ s.o. Fußnote 33

³⁹ [Gesetz zur Änderung des Psychisch-Kranken-Gesetzes und des Maßregelvollzugsgesetzes](#) vom 07.05.2015, GVBl. 2015, S. 106.

⁴⁰ s.o. Fußnote 33

handlung ablehnt, ohne dass seine Entscheidungsfähigkeit krankheitsbedingt aufgehoben ist.

- Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit besagt, dass Zwangsmaßnahmen nur eingesetzt werden dürfen, wenn sie im Hinblick auf das Behandlungsziel Erfolg versprechen und mildere Mittel keinen Erfolg versprechen, das heißt, eine weniger eingreifende Behandlung aussichtslos ist. Daher muss vor einer Zwangsbehandlung versucht werden, die Person ohne Druck und mit dem nötigen Zeitaufwand von der Notwendigkeit der Behandlung zu überzeugen und ihre Zustimmung einzuholen.
- Die Zwangsbehandlung darf für die betroffene Person nicht mit unverhältnismäßigen Belastungen verbunden sein. Dies ist dann der Fall, wenn die Behandlung mit dem Risiko irreversibler Gesundheitsschäden verbunden ist.
- Die betroffene Person muss Gelegenheit haben, vor Schaffung vollendeter Tatsachen eine gerichtliche Entscheidung herbeizuführen und zwar auch wenn die Einwilligung der gesetzlichen Vertreterin bzw. des gesetzlichen Vertreters vorliegt. Wegen der Schwere des Grundrechtseingriffs sind besondere Sicherungen des gerichtlichen Verfahrens vorzusehen.
- Die Einschaltung einer rechtlichen Betreuung ist verfassungsrechtlich nicht geboten, da die Zwangsbehandlung durch die Zustimmung der Betreuerin bzw. des Betreuers nicht weniger belastend wird.
- Eine Zwangsbehandlung ist zeitlich zu begrenzen, ärztlich anzuordnen, zu überwachen sowie zu dokumentieren.
- Die gesetzlichen Voraussetzungen für die Zwangsbehandlung müssen hinreichend klar und bestimmt geregelt sein.

Diesen Vorgaben entsprechend sind Regelungen über die Durchführung ärztlicher Zwangsmaßnahmen eingeführt worden (§ 14 Abs. 4 bis 6 PsychKG). Die Zwangsbehandlung bedarf seither einer eigenen gerichtlichen Anordnung. Außerdem wurde bestimmt, dass in privatisierten Einrichtungen die Beschäftigung des Personals der Zustimmung der Aufsichtsbehörde, also des zuständigen Kreises bzw. der zuständigen kreisfreien Stadt, bedarf (§ 13 Abs. 3 PsychKG). Die Neuregelung ist am 29. Mai 2015 in Kraft getreten.

5.6 Maßregelvollzug (MVollzG)

Mit dem Maßregelvollzugsgesetz (MVollzG) des Landes Schleswig-Holstein vom 19. Januar 2000⁴¹ wurde der Vollzug der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) und in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) erstmals in einem selbständigen Gesetz geregelt. Durch das Gesetz zur Änderung des Maßregelvollzugsgesetzes vom 28. Mai 2003⁴² wurde eine Ermächtigung zur Durchführung erkennungsdienstlicher Maßnahmen (§ 5a) eingefügt.

Mit der Gesetzgebung des Jahres 2004⁴³ hat die Landesregierung die rechtlichen Grundlagen für die Umwandlung und Veräußerung der beiden bisherigen Landeskliniken in Neustadt und Schleswig geschaffen. Die Fachaufsicht über die allgemeinpsychiatrischen Abteilungen nehmen seitdem die beiden Kreise Ostholstein und Schleswig-Flensburg wahr. Mit dieser Rechtsänderung wurde zudem eine Landes-Besuchskommission als Anliegenvertretung der Patientinnen und Patienten des Maßregelvollzuges eingerichtet, die ihre Arbeit in jährlichen

⁴¹ GVOBl. Schl.-H. 2000, S. 14.

⁴² GVOBl. Schl.-H. S. 2003, 286.

⁴³ Gesetz zur Umwandlung psychiatrischer Einrichtungen und Entziehungsanstalten, Gesetz vom 29.09.2004, GVOBl. 2004, S. 350

Berichten dokumentiert (§ 16). Das Gesundheitsressort stellt diese Jahresberichte online zur Verfügung⁴⁴.

Mit der großen Novelle des Maßregelvollzugsgesetzes im Jahre 2008⁴⁵ verfolgte die Landesregierung im Wesentlichen drei Ziele:

1. Die Grundrechte der untergebrachten Menschen werden durch die Neuregelungen zur Informationsfreiheit und des persönlichen Besitzes (§ 12a) sowie zur Religionsausübung (§ 14a) gestärkt.
2. Alle Eingriffsbefugnisse der Einrichtungen des Maßregelvollzuges wurden mit Blick auf den verfassungsrechtlich garantierten Grundsatz der Verhältnismäßigkeit überprüft und durch eindeutige und abschließende Regelungen angepasst (unter anderem § 6 [Durchsuchung], § 7 [Besondere Sicherungsmaßnahmen], § 9 [Eingriffe in das Brief-, Post- und Fernmeldegeheimnis, in die Informations- und Besuchsrechte und in den persönlichen Besitz]). Sie führen im Ergebnis zu mehr Rechtssicherheit sowohl für die im Maßregelvollzug untergebrachten Menschen als auch für die in den Einrichtungen tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
3. Erstmals wurde zur Vorbereitung von gelingenden Entlassungen aus dem Maßregelvollzug ein sogenanntes Probewohnen als besondere therapeutische Erprobungs- und Wiedereingliederungsmaßnahme rechtlich etabliert (§ 17). Patientinnen und Patienten können am Ende des Maßregelvollzugs für die Zeit nach der Entlassung eine Wohnung oder Eingliederungshilfeeinrichtung außerhalb der Klinik beziehen. Das Probewohnen bereitet die Patientinnen und Patienten auf ein eigenständiges Leben außerhalb des Maßregelvollzugs vor. Auf diese Weise kann das Rückfallrisiko minimiert werden.

Ebenso wie im PsychKG sind mit der Novelle 2015 (siehe 5.5) Bestimmungen über ärztliche Zwangsbehandlungen im Maßregelvollzug geschaffen (§ 5 Abs. 6 und 7) sowie die Genehmigung der Beschäftigung des Personals durch die Aufsichtsbehörde aufgenommen worden (§ 3 Abs. 1c). Außerdem ist die Datenerhebung durch Videotechnik geregelt worden (§ 25).

Für eine künftige Novelle ist bereits absehbar, dass die gesetzliche Regelung zur Hausordnung einer Konkretisierung bedarf und dass die Gesetzesnorm bezüglich der Lockerungsentscheidungen verfassungskonform ausgestaltet werden soll.

5.7 Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX)

Mit dem SGB IX wurden das Rehabilitationsrecht (Teil 1) und das Schwerbehindertenrecht (Teil 2) zu einem besonderen Sozialgesetzbuch zusammengefasst.⁴⁶ Das Gesetz ist zum 1. Juli 2001 in Kraft getreten. Im Mittelpunkt des SGB IX stand von vornherein die Ermöglichung eines selbstbestimmten Lebens für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen. Ziel ist die Förderung ihrer Teilhabe an der Gesellschaft, insbesondere am Arbeitsleben. Der Personenkreis der seelisch behinderten Menschen ist in folgenden Normen des SGB IX besonders berücksichtigt:

Mit dem SGB IX wird klargestellt, dass bei der Koordinierung von Leistungen nach dem SGB IX den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter und von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen werden soll (§ 10 Abs.3 SGB IX). Außerdem wird der Leistungskatalog der medizinischen Rehabilitation dahingehend präzisiert und erweitert, dass gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 5 SGB IX erstmals Psychotherapie als ärztliche und psychothe-

⁴⁴ Vgl. MSGWG o.J.

⁴⁵ Gesetz zur Änderung des Maßregelvollzugsgesetzes, Gesetz vom 31.03.2008, in Kraft getreten am 25.4.2008, GVOBl. 2008 S. 158.

⁴⁶ Artikel 1 des Gesetzes vom 19.Juni 2001, BGBl. I S.1046.

rapeutische Behandlung sowie gemäß § 26 Abs.3 Satz 1 Nr.1, 2 und 5 SGB IX auch folgende Hilfen zu den Leistungselementen der medizinischen Rehabilitation gehören:

Nr. 1: Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,

Nr. 2: Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,

Nr. 5: Hilfen zur seelischen Stabilisierung und Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen.

Dementsprechend wurden auch die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gemäß § 33 Abs. 6 Nr.1, 2 und 5 SGB IX um die oben genannten Hilfen erweitert.

Darüber hinaus wird gemäß § 109 Abs.3 SGB IX gesetzlich ein besonderer Bedarf an arbeits- und berufsbegleitender Betreuung bei schwerbehinderten Menschen mit einer seelischen Behinderung anerkannt, die sich im Arbeitsleben besonders nachteilig auswirkt und allein oder zusammen mit weiteren vermittlungshemmenden Umständen die Teilhabe am Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erschwert.

In § 109 Abs.4 Satz 2 SGB IX wird geregelt, dass der Integrationsfachdienst auch für behinderte Menschen, die nicht schwerbehindert sind, tätig werden kann, wobei aber den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter und von einer seelischen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen werden soll.

Zur derzeit noch geltenden Definition von Behinderung ist auf § 2 Abs.1 SGB IX zu verweisen:

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“

Gemäß dem Gesetzesentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Stand: 23. Juni 2016) soll die Definition von Behinderung durch das Bundesteilhabegesetz wie folgt geändert werden:

„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“

Mit dem Neunten Gesetz zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch sind am 01. August 2016 folgende Rechtsänderungen in Kraft getreten:

Geändert wurde insbesondere § 132 SGB IX, der die Größe und die Zusammensetzung des für Integrationsprojekte vorgesehenen Personenkreises näher bestimmt. Gemäß Abs. 3 dieser Vorschrift müssen Integrationsunternehmen mindestens 25 Prozent schwerbehinderte Menschen beschäftigen.

Diese Vorschrift ist um einen 4. Absatz erweitert worden, wonach bei der Angabe, ob diese Quote erfüllt ist, nun auch die Anzahl der psychisch kranken beschäftigten Menschen angerechnet werden darf, die behindert oder von Behinderung bedroht sind und deren Teilhabe an einer sonstigen Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufgrund von Art und Schwere der Behinderung oder wegen sonstiger Umstände auf besondere Schwierigkeiten stößt.

Dementsprechend wurde auch § 133 SGB IX (Aufgaben der Integrationsprojekte) um einen Satz 2 ergänzt, wonach die dort aufgeführten Aufgaben auch in Bezug auf psychisch kranke Menschen im Sinne des § 132 Absatz 4 zu erfüllen sind (u.a. Angebot einer Beschäftigung und einer arbeitsbegleitenden Betreuung, Maßnahmen der beruflichen Weiterbildung, Unterstützung bei der Vermittlung in eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, geeignete Maßnahmen zur Vorbereitung auf eine Beschäftigung in einem Integrationsprojekt).

Mit diesen aktuellen Rechtsänderungen sind für Menschen mit einer seelischen Behinderung oder von einer seelischen Behinderung bedrohte Menschen neue Beschäftigungsmöglichkeiten eröffnet worden.

Erkenntnisse zur Umsetzung: Wegen der deutliche zugenommenen Wahrnehmung psychischer Erkrankungen und Behinderungen wird weiterhin eine Intensivierung der Beratung und Förderung des betroffenen Personenkreises erforderlich sein.

6. Psychiatrische Versorgungsangebote in Schleswig-Holstein

6.1 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Die Aufgaben und Zuständigkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes werden in Schleswig-Holstein im Gesundheits-Dienstgesetz (GDG) geregelt. Gemäß § 3 GDG nehmen die Kreise und kreisfreien Städte die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes in unmittelbarer eigener Verantwortung als sogenannte „pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe“ wahr, das heißt, sie bestimmen selbst wie sie der Verpflichtung nachkommen. Dabei sind sie der Fachaufsicht durch das Gesundheitsministerium des Landes unterworfen (§ 3 Absatz 3 S. 1 GDG). Eine Fachaufsicht umfasst nach Landesverwaltungsgesetz zusätzlich zur Rechtmäßigkeitsprüfung auch die Klärung der Zweckmäßigkeit der Aufgabenerfüllung.

Die Aufgaben zur Hilfe psychisch Kranker ebenso wie beispielsweise Aufgaben des Infektionsschutzes, der internationalen Gesundheitsvorschriften und der Hygienevorschriften werden von den Kreisen und kreisfreien Städten hingegen als Aufgaben zur Erfüllung nach Weisung wahrgenommen. Das bedeutet, dass Aufgaben wie vorgeschrieben erfüllt werden müssen. Auch hier greift die Fachaufsicht durch das Land.

6.1.1 Sozialpsychiatrische Dienste

Konzeptionelle Vorgaben

Ein Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi) ist ein fachlich selbstverantwortlich tätiges Fachgebiet, welches i.d.R. beim Gesundheitsamt eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt angesiedelt ist. Die Pflicht der Kreise und kreisfreien Städte zur Einrichtung eines SpDi ergibt sich aus § 4 Absatz 3 Psychisch-Kranken-Gesetz Schleswig-Holstein (PsychKG). Auch die Aufgaben und Hilfen ergeben sich nach dem PsychKG.

Die Angebote der SpDi richten sich in erster Linie an psychisch kranke Menschen, die aufgrund einer seelischen Krankheit, Behinderung oder aufgrund einer Störung von erheblichem Ausmaß, einschließlich einer Abhängigkeit von Rauschmitteln oder Medikamenten, stark beeinträchtigt sind. Insbesondere psychisch kranke Menschen mit Chronifizierungsgefahr oder chronischen Verläufen mit komplexem Hilfebedarf, schwankender Mitwirkung (Compliance) an der Behandlung und hohen Schwellenängsten sollen mit den Angeboten der SpDi erreicht werden. Darüber hinaus richtet sich das Angebot der SpDi auch an Angehörige, das soziale Umfeld sowie an Institutionen mit dem Ziel, Verständnis für die besondere Lage der psychisch kranken Menschen zu wecken und deren Bereitschaft zur Unterstützung des Hilfeprozesses zu fördern.

Im Rahmen des Facharbeitskreises „Psychiatrie“ der Arbeitsgemeinschaft „Gesundheitsdienst“ im Schleswig-Holsteinischen Landkreistag und dem Städteverband wurde ein Leistungskatalog der SpDi erarbeitet.

Dieser umfasst folgende fünf Kernaufgaben:

- die psychiatrische Begutachtung,
- die Beratung und Begleitung für psychisch kranke Menschen, deren Angehörigen, des sozialen Umfelds und mit ihnen befasste Institutionen,
- die Krisenintervention für psychisch kranke Menschen (Hilfen für psychisch kranke Menschen primär zur Vermeidung und erforderlichenfalls hinsichtlich der Durchführung der Unterbringung gemäß PsychKG)

- das Beschwerdemanagement und die Fachaufsicht über die Kliniken, die mit der Unterbringung gemäß PsychKG beliehen worden sind sowie
- die Koordination der Hilfsangebote für psychisch kranke Menschen.⁴⁷

Ein vertiefender Einblick in die fünf Kernaufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste kann der Anlage zu Punkt 6.1.1 entnommen werden. Die SpDi sind durch ihre Kernaufgaben ein wichtiger Baustein zum Aufbau und zur Verstärkung einer gemeindenahen Psychiatrie. Sie erbringen ihre Leistungen aufsuchend, lebensweltorientiert und gemeindenah. Sie sind vor allem beratend und begleitend tätig. Zudem werden Kriseninterventionen, zumeist in Form von Hausbesuchen, von den SpDi in der Regel durchgängig an 24 Stunden am Tag an 365 Tagen im Jahr angeboten. Liegen gewichtige Anhaltspunkte für eine Gefahr der betroffenen Menschen für sich oder andere vor, kann der SpDi den betroffenen Menschen auffordern, sich beraten und ärztlich untersuchen zu lassen oder kann selbst eine ärztliche Untersuchung mit Einwilligung des betroffenen Menschen durchführen. Gemäß § 3 Absatz 1 PsychKG zielen die Hilfen der SpDi darauf ab, eine Unterbringung zu vermeiden oder abkürzen und die Behandlung zu unterstützen. Sie sollen außerdem dazu beitragen, seelische Krankheiten oder Störungen von erheblichem Ausmaß sowie Abhängigkeiten von Rauschmitteln und Medikamenten rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln sowie psychisch kranke Menschen dazu zu befähigen, im Zusammenwirken mit der Behandlung die Dienste geeigneter Einrichtungen in Anspruch zu nehmen.

Dazu arbeiten die SpDi mit Körperschaften, Behörden, Organisationen und Personen zusammen, die seine eigenen Maßnahmen unterstützen und ergänzen. Hierzu zählen insbesondere Gemeinden, Krankenhäuser, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, Einrichtungen und Dienste der gemeindepsychiatrischen Versorgung, die Ordnungsbehörden, Träger der Sozialhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe sowie Verbände der Freien Wohlfahrtspflege.

Die SpDi in SH unterscheiden sich in ihrer Struktur, ihrer Größe und ihrem Aufgabenbereich. Ein direkter Vergleich der SpDi untereinander ist daher sehr schwierig. Unterschiede gibt es insbesondere beim Vergleich der Versorgungsdichte zwischen den Kreisen und den kreisfreien Städten. So ist die Versorgungsdichte in den ländlichen Gebieten geringer als in den Städten. Auch die Datenerhebung variiert in den einzelnen SpDi, so dass nur teilweise eine aussagekräftige Vergleichsmöglichkeit besteht. Unabhängig davon gilt aber, dass die SpDi ein unverzichtbarer Bestandteil des ambulanten psychiatrischen Versorgungsspektrums sind.

Personelle Situation der Sozialpsychiatrischen Dienste

Nach der Landesverordnung zum Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKGVO) werden die SpDi von Fachärztinnen oder Fachärzten für Psychiatrie und/ oder Nervenheilkunde, Ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten geleitet. Solange eine derartig aus- oder weitergebildete Ärztin oder ein derartig aus- und weitergebildeter Arzt nicht zur Verfügung steht, kann die Leitung des sozialpsychiatrischen Dienstes mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde von der zuständigen Amtsärztin oder vom zuständigen Amtsarzt wahrgenommen werden. Die SpDi zeichnen sich durch eine multiprofessionelle Besetzung aus. So arbeiten Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Arzthelferinnen und Arzthelfer, psychiatrisches Fachkrankenpflegepersonal, Ärztinnen und Ärzte für das öffentliche Gesundheitswesen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Verwaltungskräfte in den SpDi.

Die Angaben zur Personalbemessung unterscheiden sich zwischen den Kreisen und kreisfreien Städte erheblich. Unterschiedliche Zahlen bei der personellen Ausstattung ergeben sich beispielsweise durch die Organisation der Arbeitsprozesse, der Einbindung in die Eingliederungshilfe, sowie durchkommunale Kooperationsstrukturen, beispielsweise mit kreisangehörigen Kliniken.

⁴⁷ vgl. Facharbeitskreis „Psychiatrie“ der Arbeitsgemeinschaft „Gesundheitsdienst“ im Schleswig-Holsteinischen Landkreistag und dem Städteverband 2012

Bei der Befragung der Kreise und kreisfreien Städte, ob die erforderliche Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den SpDi noch gewährleistet werden könne, haben neun befragte Kommunen zustimmend geantwortet. In zwei Kreisen hänge demnach die Aufrechterhaltung einer ausreichend fachlichen Qualifikation vom Bestand einer Kooperation mit einer kreisangehörigen Klinik ab. In einem Kreis ist die Stelle einer Fachärztin bzw. eines Facharztes seit 10 Jahren vakant. Ein Kreis vermisst die nähere Definition des Begriffs „Qualifikation“. Zwei Befragte äußerten sich nicht. Insgesamt ergibt sich aus den Antworten der Befragten, dass es immer mehr Schwierigkeiten gibt, das erforderliche fachlich qualifizierte ärztliche Personal zu finden. Hinsichtlich der tätigen Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie des psychiatrischen Fachkrankenpflegepersonals kann die erforderliche Qualifikation bisher gewährleistet werden, zunehmende Schwierigkeiten gibt es hingegen bei der Besetzung der Leitungsfunktion.

Koordinationsaufgaben der sozialpsychiatrischen Dienste

Die SpDi in SH koordinieren unter anderem die Rufbereitschaftsdienste, die Arbeitskreise für gemeindenahere Psychiatrie (siehe Punkt 6.1.2) und die gemeindepsychiatrischen Verbünde (siehe Punkt 6.1.3) sowie deren Arbeitsgruppen, die regelmäßigen Berichterstattungen in den Sozial- und Gesundheitsausschüssen, die Unterbringungsprüfungen sowie das ehrenamtliche Engagement.

Kooperationen und Projekte

Alle Kreise und kreisfreien Städte kooperieren mit weiteren Dienststellen und Partnerorganisationen.

Dies sind beispielsweise

- Polizei- und Ordnungsbehörden,
- externe Dienststellen,
- Jobcenter,
- Leistungserbringer,
- Krankenkassen und Rentenversicherungsträger,
- Vertreterinnen und Vertreter aus dem Bereich der Selbsthilfen,
- Anbieter von trialogischen Seminaren,
- Fachärztinnen und –fachärzte und
- Ehrenamtliche.

In einigen Kommunen werden auf der Organisationsebene beispielsweise folgende Projekte verfolgt:

- Arbeit an papierloser Unterbringungsprüfung,
- Umsetzung des Budgets für Arbeit,
- Ausarbeitung eines Psychiatrieplans,
- Überarbeitung der Struktur der Suchtprävention,
- Zusammenfassung von Dienststellen,
- Durchführung von Netzwerkgesprächen.

Auf der Fachebene geht es dabei um Themen wie:

- Netzwerkarbeit,
- Gruppenangebote für Kinder psychisch kranker Eltern,
- Suchtprävention,
- Einführung von Home-Treatment und
- Ausbau systemischer Beratung.

Rufbereitschaft nach PsychKG

Krisen und Notfälle stellen sich für alle Beteiligten als sehr dramatisch dar und verlangen nach sofortiger Hilfe. Der Umgang der Beteiligten mit der Krise kann nicht nur den weiteren Verlauf der Krankheit prägen, sondern auch über das Vertrauen in die angebotenen Hilfen entscheiden. Die Kreise und kreisfreien Städte haben die Aufgabe, den Notdienst nach den örtlichen Gegebenheiten so zu organisieren, dass auch außerhalb der regulären Dienstzeiten durch Notdienst oder Rufbereitschaft eine medizinische Beratung und Begutachtung möglich ist.

Alle Kreise und kreisfreien Städte haben eine Rufbereitschaft eingerichtet, um auch außerhalb der Dienstzeiten abzuklären, ob eine Zwangseinweisung notwendig ist oder sich diese auf einem anderen Weg verhindern lässt (Krisenintervention).

Nicht in jeder psychiatrischen Krisensituation muss zwangsläufig eine Ärztin oder ein Arzt tätig werden. Im Rahmen psychosozialer Krisendienste können auch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Psychologinnen und Psychologen, Fachkrankenpflegekräfte und andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des SpDi schnell zur Stelle sein und gegebenenfalls die erforderlichen weiteren Hilfen einleiten. Die Begutachtung in Hinblick auf einen Unterbringungsantrag (vgl. § 8 PsychKG) sowie die gegebenenfalls erforderliche Verschreibung und Gabe von Medikamenten darf jedoch nur von einer Ärztin oder einem Arzt vorgenommen werden.

Eine von COM.CAT durchgeführte Befragung der Kreise und kreisfreien Städte über die Inanspruchnahme der Rufbereitschaft im Jahr 2014 und die Praxis im Hinblick auf die Einleitung einer Unterbringung nach dem PsychKG hat zunächst ergeben, dass eine vergleichende Darstellung aufgrund der unterschiedlichen Zählweisen kaum möglich ist. Die Antworten legen jedoch die Vermutung nahe, dass die Inanspruchnahme der Rufbereitschaft in unterschiedlichem Ausmaß zur Einleitung einer Unterbringung nach dem PsychKG führt.

Da die Vermeidung zwangsweiser Unterbringungen ein wichtiges Handlungsprinzip ist, geben diese Ergebnisse Anlass zu einer näheren Betrachtung der Unterschiede zwischen den Kommunen, einschließlich der Erhebung statistischer Daten. Hieraus könnten sich beispielhafte Schlussfolgerungen für die Arbeitsweise der sozialpsychiatrischen Dienste und die Ausgestaltung der Versorgungslandschaft ergeben, um die Zahl von Unterbringungen landesweit zu senken.

Öffentlich-rechtliche Unterbringungen nach PsychKG

Das Recht unterscheidet die zivilrechtliche Unterbringung nach § 1906 BGB auf Antrag einer bevollmächtigten Person bzw. einer Betreuerin oder eines Betreuers und die öffentlich-rechtliche Unterbringung nach § 8 PsychKG. Dabei schließen sich beide Unterbringungsformen gegenseitig nicht aus, sondern sie ergänzen einander. Die Unterbringung nach PsychKG ist das Notfallinstrument in der Krisenintervention.

Während im Jahr 2003 3.480 Menschen in SH nach PsychKG untergebracht wurden, waren es im Jahr 2011 bereits 5.083 Menschen. Die Zahl der Unterbringungen befindet sich auch in den Folgejahren auf einem ähnlichen Niveau.⁴⁸

Die Dauer der Unterbringungen wird vom überwiegenden Teil der Kreise und kreisfreien Städte nicht systematisch erfasst. Unterbringungen können nach Gerichtsbeschluss in der Regel zwischen einem Tag und sechs Wochen betragen. Verlängerungen sind auf Antrag des psychiatrischen Krankenhauses möglich. Ebenso ist eine Verkürzung möglich, wenn sich die Gesundheit des betroffenen Menschen soweit bessert, dass keine Anhaltspunkte mehr für Eigen- und/ oder Fremdgefährdung vorliegen. Die Dauer der Unterbringung hat sich in SH in den letzten Jahren verkürzt. Sie liegt im Schnitt bei einer bis maximal vier Wochen.

Vollzug der Unterbringung nach PsychKG

Die Entscheidung, eine Unterbringung zu beantragen, wird vom Kreis oder von der kreisfreien Stadt getroffen. Der Kreis oder die kreisfreie Stadt bestimmt, in welchem für die Behandlung der Erkrankung geeigneten Krankenhaus die Unterbringung erfolgt. Bei der Bestimmung des Krankenhauses ist der von der obersten Landesgesundheitsbehörde veröffentlichte Unterbringungsplan zu beachten. Darin sind die jeweiligen Einzugsbereiche festgelegt, welche auch der Tabelle 2 zu 6.1.1 entnommen werden können. Der Wunsch des betroffenen Menschen ist jedoch zu berücksichtigen. In begründeten Einzelfällen kann die Unterbringung in einem anderen Krankenhaus oder einer anderen Abteilung eines Krankenhauses erfolgen. Diese Öffnungsklausel hat insbesondere für Kinder und Jugendliche Bedeutung.

Für die Unterbringung von psychisch Kranken festgelegte Einzugsbereiche

| Einzugsbereich | Krankenhaus |
|-----------------------------|---|
| Stadt Flensburg | Ev. Lutherische Diakonissenkrankenhaus - Flensburg |
| Landeshauptstadt Kiel | AMEOS Klinikum Heiligenhafen Zentrum für Integrative Psychiatrie - ZIP GmbH Kiel |
| Hansestadt Lübeck | AMEOS Klinik Lübeck Zentrum für Integrative Psychiatrie - ZIP GmbH Lübeck |
| Stadt Neumünster | Friedrich-Ebert-Krankenhaus - Neumünster |
| Kreis Dithmarschen | Westküstenklinikum – Heide |
| Kreis Herzogtum Lauenburg | Johanniter Krankenhaus - Geesthacht |
| Kreis Nordfriesland | Diako Nordfriesland |
| Kreis Ostholstein | AMEOS Klinikum – Neustadt und Heiligenhafen |
| Kreis Pinneberg | Regio Kliniken - Elmshorn |
| Kreis Plön | AMEOS Klinikum - Heiligenhafen und Außenstelle Preetz |
| Kreis Rendsburg-Eckernförde | imland Klinik – Rendsburg |

⁴⁸ Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke ; Drs. 17/10712 vom 17.09.2012

| | |
|---------------------------|---|
| Kreis Schleswig-Flensburg | HELIOS Klinikum Schleswig |
| Kreis Segeberg | Psychiatrisches Krankenhaus - Rickling |
| Kreis Steinburg | Klinikum Itzehoe – Itzehoe |
| Kreis Stormarn | Heinrich-Sengelmann-Krankenhaus - Bargfeld-Stegen |

Tab.. 2 zu 6.1.1 (Unterbringungsplan der obersten Landesgesundheitsbehörde)

Fachaufsicht über beliebene Unternehmen

Die Kreise und kreisfreien Städte können ihrer Verantwortung für den Vollzug der Unterbringung auch dadurch nachkommen, dass sie ein privatrechtlich verfasstes Krankenhaus mit der Wahrnehmung der Aufgabe betrauen und dieses zur erforderlichen Ausübung des öffentlichen Rechts beleihen (§ 13 Abs. 3 S. 4 PsychKG). Die Landrätin oder der Landrat oder die Bürgermeisterin oder der Bürgermeister der kreisfreien Stadt ist dann die Aufsichtsbehörde und übt die unmittelbare Fachaufsicht über das Krankenhaus aus. Die Fachaufsicht wird sowohl zu Grundsatzfragen wie auch anlassbezogen tätig. Sie führt durch den SpDi zwei Mal im Jahr unangekündigte Begehungen in den unterbringenden Krankenhausabteilungen durch, nimmt Beschwerden entgegen und tauscht sich hierüber mit Besuchskommission und Beschwerdestellen (siehe auch Punkt 7.5.3) aus. Neben der räumlichen Situation und den hygienischen Bedingungen werden auch die personelle Ausstattung, die fachliche Qualifikation sowie die persönliche Eignung der Beschäftigten geprüft. Es wird Akteneinsicht genommen und Dokumentationen sowie Unterbringungsverläufe, insbesondere von Fixierungen, überprüft. Auf die Einhaltung der den untergebrachten Menschen zustehenden Rechte wird besonderes Augenmerk gelegt.

6.1.2 Arbeitskreise für gemeindenahe Psychiatrie

Die Kreise und kreisfreien Städte koordinieren die Hilfsangebote für psychisch kranke Menschen und richten gemäß § 5 PsychKG zu diesem Zweck Arbeitskreise für gemeindenahe Psychiatrie ein. Auf diese Weise soll eine bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt und regionale Versorgungslücken oder Aufgabenüberschneidungen im Bereich der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen vermieden werden. Dazu streben die Arbeitskreise für gemeindenahe Psychiatrie die Zusammenarbeit mit allen Verbänden und Netzwerken an. Die Geschäftsführung der Arbeitskreise für gemeindenahe Psychiatrie liegt bei den SpDi der Kreise und kreisfreien Städte. Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben haben alle Kreise und kreisfreien Städte einen Arbeitskreis für die gemeindenahe Psychiatrie eingerichtet.

Die Zusammensetzung und die Aktivitäten entsprechen insgesamt den Empfehlungen des Psychiatrieplans 2000.⁴⁹ Die Beteiligung variiert nach Aktualität, Interessenlagen und regional herausgearbeiteten Intentionen und Zielen in der gemeindenahen psychiatrischen Entwicklung. Je nach Erfordernis wird der Kreis der Beteiligten erweitert, beispielsweise um Vertreterinnen und Vertreter aus dem Bereich der Migration und der Gleichstellung.

Der Arbeitskreis setzt sich überwiegend zusammen aus je einer Vertreterin bzw. einem Vertreter

- des Sozial- und/ oder Gesundheitsausschusses des Kreises,
- des Kreisgesundheitsamtes (Sozialpsychiatrischer Dienst),
- des Kreissozialamtes,
- des Kreisjugendamtes

⁴⁹ vgl. Psychiatrieplan SH 2000, S. 7f.

- des regional zuständigen Fachkrankenhauses,
- der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,
- der betroffenen Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung,
- der Angehörigen von Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung
- sowie Vertreterinnen und Vertreter des Gemeindepsychiatrischen Verbundes.

Die Arbeitskreise für gemeindenahe Psychiatrie verfolgen folgende Aktivitäten:

1. Berichterstattung (z.B. Erstellung von Psychiatrieplänen, Darstellung von Arbeitsschwerpunkten, Erarbeitung von Sachstandsberichten)
2. Diskussion und Austausch (z.B. Stand der Inanspruchnahme von Soziotherapie, Entwicklungsaufgaben der regionalen psychiatrischen Versorgung, Durchführung von dialogischen Angeboten, Suchtprävention)
3. Vorstellung von Arbeitsformaten (z.B. Hausbesuche, Fortbildungen, Kontaktpflege mit europäischen Partnerregionen, Umgang mit Beschwerden, Durchführung von Fachtagungen, Vorstellung gemeinsamer Servicestellen)
4. Konzeptentwicklung (z.B. Erarbeitung von Vorschlägen zur Optimierung der Versorgungsleistung)
5. Kontaktpflege (z.B. Kontaktpflege mit Kooperationspartnerinnen und -partnern, Expertinnen und Experten sowie Wissenschaft, Sicherstellung der Beteiligung psychisch Erkrankter und ihrer Angehörigen, Einbindung von Beschäftigten sozialpsychiatrischer Einrichtungen)

Die Treffen richten sich nach den Notwendigkeiten vor Ort, üblich sind zwei bis vier Treffen pro Jahr.

6.1.3 *Gemeindepsychiatrische Verbünde*

Ein Gemeindepsychiatrischer Verbund ist ein freiwilliger Zusammenschluss aller an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Einrichtungen und Verbänden der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege im Kreis bzw. in der kreisfreien Stadt.

Ziele der gemeindepsychiatrischen Verbünde sind

- die Ausgestaltung der Hilfen in der Region,
- die Sicherstellung und Weiterentwicklung eines bedarfsgerechten Netzes an Hilfen für alle Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischen Behinderung,
- die Umsetzung der Ziele der regionalen Arbeitskreise gemeindenahe Psychiatrie sowie
- die Weiterentwicklung der regionalen Psychiatrieplanung.

In SH sind neun gemeindepsychiatrische Verbünde aktiv, ein Verbund befindet sich in Neugründung, zwei existieren in einer eigenständigen und vergleichbaren Form und in drei Kommunen ruht der Verbund. Die Besetzung der gemeindepsychiatrischen Verbünde variiert regional und thematisch. Die aktiven Verbünde befassen sich in regelmäßigen Treffen (ca. 1x - 4x im Jahr) mit aktuellen Themen der regionalen Versorgung von psychisch erkrankten Menschen. Es bilden sich darüber hinaus AGs zu thematischen Schwerpunkten wie etwa

Sucht, Migration oder die gerontopsychiatrische Versorgung. Zudem werden Fachvorträge veranstaltet und die Vernetzung der Akteurinnen und Akteure untereinander gefördert.

6.2 Offene niedrigschwellige Hilfen

Ein zentrales Merkmal der offenen niedrigschwelligen Hilfen ist der einfache Zugang für Betroffene (zum Beispiel psychisch kranke Menschen und deren Angehörige) ohne weitere Zugangsvoraussetzungen wie etwa dem Vorliegen einer bestimmten Diagnose oder einer Verpflichtung zur regelmäßigen Teilnahme. Die Angebote sind offen gestaltet und basieren auf der freiwilligen Teilnahme der Betroffenen. Zudem sind offene niedrigschwellige Hilfen durch ihre Wohnortnähe leicht erreichbar. Offene niedrigschwellige Hilfen sprechen daher auch Menschen an, die Schwierigkeiten haben, höherschwellige Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen.

6.2.1 Angebote in den Kreisen und kreisfreien Städten

Das Angebot an offenen niedrigschwelligen Hilfsangeboten in den Kreisen und kreisfreien Städten ist vielfältig. In Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion, mit Hilfe von Krisendiensten sowie durch (aufsuchende) Beratung und Betreuung am Übergang können betroffene Menschen wieder Zugang zu ihren positiven Ressourcen, Fähigkeiten und Fertigkeiten finden.

Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion, zu denen beispielsweise Begegnungsstätten und Treffpunkte gehören, bieten den Nutzerinnen und Nutzern vor allem Begegnung und Austausch mit anderen Psychiatrieerfahrenen und professionellen Fachkräften. Dies können zum Beispiel Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen und/ oder ehrenamtlich Tätige sein. Es wird eine Strukturierung des Tagesablaufs ermöglicht, um einer sozialen Isolierung vorzubeugen. Die Begegnungsstätten sind darüber hinaus niedrigschwellige Zugänge zu weiteren Hilfs- und Betreuungsangeboten. Der offene Treffpunkt einer Einrichtung ist ein kostenloses Angebot des Kontakts und der Begegnung. Weitere Angebote können die Organisation und Durchführung von gemeinsamen Aktivitäten sein, beispielsweise in Form von Kochgruppen, Sportgruppen und sonstigen freizeitpädagogischen Gruppen, in deren Rahmen die Betroffenen mit Gleichgesinnten in Kontakt treten und teilnehmen können. Gesprächs- und Erfahrungsgruppen gehören ebenfalls zu den Hilfsangeboten für psychisch kranke Menschen und deren Angehörige, die in Einrichtungen vorgehalten werden (bspw. Selbsthilfegruppen für psychisch kranke Frauen oder auch Angehörigengruppen).

Krisendienste leisten Unterstützung, wenn in akuten Notsituationen aufgrund von psychiatrischen Erkrankungen oder seelischen Belastungen Hilfe geboten ist. Sie sind in der Regel rund um die Uhr erreichbar. Hierzu zählen etwa der Bereitschaftsdienst der sozialpsychiatrischen Dienste, die Notfallseelsorge oder auch die Telefonseelsorge. Weitere Informationen zu den Krisendiensten der sozialpsychiatrischen Dienste finden sich im Kapitel zum öffentlichen Gesundheitsdienst dieses Berichts (siehe Punkt 6.1.1).

Beratungen bieten Informationen zu Therapiemöglichkeiten sowie die Vermittlung weiterer Unterstützungsleistungen. Angeboten werden die Beratungen in den Kreisen und kreisfreien Städten unter anderem von den sozialpsychiatrischen Diensten und/ oder in Kooperation mit weiteren Leistungserbringern. In vielen Fällen wird Beratung auch aufsuchend angeboten.

Ambulante psychosoziale Betreuung am Übergang soll in Form von Einzelfallhilfe, Beratung und Begleitung eine nahtlose Überleitung von Betroffenen von einer Betreuungsform in eine andere sicherstellen, aber auch Aufnahmen in stationäre Einrichtungen vermeiden.

Die kreisfreien Städte und Kreise stellen das Angebot offener niedrigschwelliger Hilfen in Form von Wegweisern als Adressenwerk mit Kurzbeschreibungen der entsprechenden Vereine und Institutionen zur Verfügung. Die jeweiligen Wegweiser werden von den Gesund-

heitsdiensten gepflegt und regelmäßig aktualisiert. Online zugänglich bieten zurzeit dreizehn Kreise und kreisfreie Städte ein derartiges Angebot an.

6.2.2 Finanzierung der niedrigschwelligen Hilfen in den Kommunen mit Landeszuwendungen

Die Finanzierung der offenen niedrigschwelligen Hilfsangebote sind originäre Aufgaben der Kommunen. Bei der finanziellen Unterstützung dieser Angebote mit Landesmitteln handelt es sich um freiwillige Leistungen, das heißt, es besteht keine gesetzliche Verpflichtung des Landes Schleswig-Holstein für die Gewährung von Zuwendungen in diesem Bereich.

In den Jahren 2000 bis 2007 erfolgte die Förderung von Projekten der offenen niedrigschwelligen Hilfen in Form von Einzelzuwendungen an die Trägereinrichtungen. Nach Kürzung der bis dahin vorgesehenen Landesmittel um 10 % wurde diese Form der Mittelvergabe ab 2007 durch den sogenannten Sozialvertrag II, einem Zuwendungsvertrag, abgelöst. Durch die mehrjährige Vertragslaufzeit wurde die Höhe der finanziellen Zuwendungen über mehrere Jahre sichergestellt.

Sozialvertrag II

Der Vertrag regelte in den Jahren 2007 bis 2011 große Teile der Förderung der ambulanten Suchtkrankenhilfe und den überwiegenden Teil der Förderung von Projekten der offenen Hilfen im sozialpsychiatrischen Bereich. Der Vertrag wurde am 21.12.2006 mit der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtsverbände geschlossen und hatte ursprünglich eine Laufzeit bis zum 31.12.2009. Die Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtsverbände erhielt die Landeszuwendungen im Wege der Festbetragsfinanzierung zur Weiterleitung an die Freien Wohlfahrtsverbände. Diese wiederum leiteten die Mittel an die Einrichtungen weiter. In den Jahren 2007 bis 2010 wurde für den Bereich der Förderung der offenen niedrigschwelligen Hilfen ein Betrag in Höhe von 846.500,00 Euro gewährt.

Zwischen dem Land Schleswig-Holstein und den Vertragspartner wurde vereinbart, welche Einrichtungen in welcher Höhe Landeszuwendungen erhielten. Für das Jahr 2011 gab es eine erneute Kürzung um 15 %.

Die Verteilung der Landeszuwendungen in den Jahren 2007 bis 2011 ist nachstehender Tabelle zu entnehmen:

Landeszuwendungen für die Jahre 2007 bis 2011

| Kommune | jährliche Zuwendung 2007 bis 2010 in Euro | Zuwendung 2011 in Euro |
|-----------------------------|---|------------------------|
| Stadt Flensburg | 29.547,00 | 25.114,95 |
| Stadt Kiel | 173.369,70 | 147.364,24 |
| Stadt Lübeck | 71.981,10 | 61.183,94 |
| Stadt Neumünster | 38.986,20 | 33.138,27 |
| Kreis Dithmarschen | 56.646,90 | 48.149,87 |
| Kreis Herzogtum Lauenburg | 50.684,90 | 43.082,17 |
| Kreis Nordfriesland | 71.144,60 | 60.472,86 |
| Kreis Ostholstein | 31.148,10 | 26.475,88 |
| Kreis Pinneberg | 67.184,80 | 57.107,08 |
| Kreis Plön | 44.872,20 | 38.141,37 |
| Kreis Rendsburg-Eckernförde | 76.317,20 | 64.869,62 |
| Kreis Schleswig-Flensburg | 41.479,20 | 35.257,33 |
| Kreis Segeberg | 14.344,50 | 12.192,82 |
| Kreis Steinburg | 7.797,60 | 6.627,96 |

| | | |
|----------------|------------|------------|
| Kreis Stormarn | 70.996,00 | 60.346,20 |
| Gesamtbetrag: | 846.500,00 | 719.525,00 |

Abb. 1 zu 6.2.2 (MSGWG, eigene Darstellung)

Nach zweimaliger Verlängerung des Vertrages wurde beschlossen, die Förderungen ab 2012 auf eine neue Grundlage zu stellen.

Rahmenvertrag mit den kommunalen Landesverbänden

Zum Beginn des Jahres 2012 trat der „Rahmenvertrag über die Grundsätze der Neustrukturierung und Kommunalisierung sozialer Hilfen in Schleswig-Holstein“ in Kraft. Dieser regelte die Förderung der ambulanten Suchtkrankenhilfe und der offenen Hilfen im sozialpsychiatrischen Bereich und wurde erstmals zwischen dem Sozialministerium und den kommunalen Landesverbänden, zu denen der Schleswig-holsteinische Landkreistag und der Städtetag Schleswig-Holstein zählen, geschlossen. Mit diesem Rahmenvertrag wird das gemeinsame sozialpolitische Ziel der Landesregierung und der Kommunen verfolgt, die Lebensqualität der Einwohnerinnen und Einwohner zu sichern und eine niedrigschwellige und kompetente Hilfe in sozialen Problemlagen und Konfliktsituationen zu gewährleisten. Der Rahmenvertrag hatte zunächst eine Laufzeit bis zum 31.12.2014.

Auf Grundlage dieses Vertrages wurden die Mittel zweckgebunden auf Grundlage von Zuwendungsverträgen, die zusätzlich mit den einzelnen Kommunen abgeschlossen wurden, zur Verfügung gestellt. Die Kommunen leiteten die Mittel anschließend direkt an die Träger weiter. Für das Jahr 2012 wurde den Kommunen im Vertrag aufgegeben, die Mittel - wie in den Jahren zuvor - auf Grundlage des Sozialvertrages II an die Einrichtungen weiterzuleiten. Ab 2013 erfolgte die Mittelverteilung des Landes nicht mehr getrennt, sondern in einer gemeinsamen Summe für den Psychiatrie- und Suchtbereich. Seit diesem Zeitpunkt obliegt es den Kommunen, in welchem Bereich und in welcher Höhe sie die Landesmittel gewähren. Die Tabelle 2 zu 6.2.2 umfasst daher die Gesamtförderung (Psychiatrie und Sucht) an die Kommune.

Seit 2015 gilt der sogenannte „Rahmenvertrag über die Grundsätze der Neustrukturierung und Kommunalisierung der Förderung sozialer Hilfen in Schleswig-Holstein“, kurz Rahmenstrukturvertrag soziale Hilfen. Die Regelungen entsprechen weitgehend denen des Vorgängervertrages. Zeitgleich wurden ab 2015 die letzten vorgenommenen Kürzungen der Landeszuwendungen größtenteils zurückgenommen, indem zusätzlich 300.000 Euro Landesmittel für spezifisch befristete Projekte im ambulanten Suchthilfebereich und der offenen Hilfen im sozialpsychiatrischen Bereich zur Verfügung gestellt wurden. Die Vergabe dieser Förderung erfolgt im Rahmen eines geordneten Ausschreibungsverfahrens über die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung. Dadurch können Einrichtungen eventuelle Defizite früherer Einsparungen wieder ausgleichen und das Land kann regional gezielt erforderliche Maßnahmen fördern. Um eine gerechte Verteilung der Landesmittel zwischen den Kommunen zu erreichen, wurde das sogenannte Indikatorenmodell entwickelt. Dieses kommt seit 2013 zur Anwendung.

Die Grundlage des Indikatorenmodells bilden drei Säulen:

- Bevölkerung: Hier werden die Einwohnerzahl und Bevölkerungsdichte betrachtet.
- Belastung und Bedarf: Die Anzahl der Leistungsempfängerinnen und Empfänger nach SGB II und SGB XII, die Anzahl der Empfängerinnen und Empfänger von Erwerbsunfähigkeitsrenten und die Anzahl der Krankenhausentlassdiagnosen F00 – F99 sowie die Anzahl der Substituierten sind hier ausschlaggebend.
- Versorgungsstruktur und Inanspruchnahme: Relevant sind hier die Anzahl der Nutzerinnen und Nutzer ambulanter und stationärer Wohnangebote, die Anzahl der Reha-Maßnahmen sowie die Inanspruchnahme der ambulanten Suchtkrankenhilfe und der offenen psychiatrischen Hilfen.

Die Verteilung der freiwilligen Landeszuwendungen in den Jahren 2012 bis 2017, ab 2013 unter Berücksichtigung des Indikatorenmodells, wird aus nachstehender Tabelle ersichtlich:

Mittelverteilung für die Jahre 2012 bis 2017 (Finanzierungsschlüssel)

| Kreisfreie Stadt/Kreis | Landesmittel in 2012 in Euro | Landesmittel in 2013 – 2014 (jährlich) in Euro | Landesmittel in 2015 – 2017 (jährlich) in Euro |
|-----------------------------|------------------------------|--|--|
| Flensburg | 139.864,95 | 125.242,01 | 117.930,53 |
| Kiel | 550.144,39 | 515.247,02 | 497.798,32 |
| Lübeck | 191.119,19 | 219.056,86 | 233.025,69 |
| Neumünster | 60.754,77 | 67.903,55 | 71.477,93 |
| Dithmarschen | 95.574,87 | 72.620,51 | 61.143,32 |
| Herzogtum Lauenburg | 90.512,17 | 84.097,41 | 80.890,02 |
| Nordfriesland | 156.910,03 | 119.871,28 | 101.351,89 |
| Ostholstein | 62.430,88 | 88.380,79 | 101.355,74 |
| Pinneberg | 147.411,46 | 186.381,94 | 205.867,18 |
| Plön | 59.561,37 | 46.567,54 | 40.070,62 |
| Rendsburg- Eckernförde | 178.898,73 | 177.514,43 | 176.822,27 |
| Schleswig-Flensburg | 96.457,33 | 107.471,37 | 112.978,38 |
| Segeberg | 122.789,52 | 147.134,49 | 159.306,98 |
| Steinburg | 52.061,18 | 47.865,91 | 45.768,27 |
| Stormarn | 102.865,92 | 102.064,56 | 101.663,88 |
| Summe | 2.107.356,76 | 2.107.419,67 | 2.107.451,02 |
| Glücksspielfachstellen u.a. | <u>267.517,63</u> | <u>267.517,63</u> | <u>267.517,63</u> |
| Gesamtsumme | 2.374.874,39 | 2.374.937,30 | 2.374.968,65 |

Abb. 2 zu 6.2.2 (LTSH-Umdruck 18/4809 vom 30. September 2015)

6.2.3 Finanzierung von weiteren niedrigschwelligen Hilfsangeboten außerhalb des Rahmenstrukturvertrages

Im Jahr 2011 wurde die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e.V. (LVGF) mit der Abwicklung der Gewährung von Zuwendungen nach dem Haushaltsrecht des Landes Schleswig-Holstein für Projekte außerhalb des Rahmenstrukturvertrages beauftragt. Zuvor konnten Anträge auf Grundlage der „Richtlinie zur Förderung der dezentralen Psychiatrie und der ambulanten Suchtkrankenhilfe“ direkt beim Sozialministerium gestellt werden.

Der LVGF standen seit 2011 jährlich 12.000 Euro für die Förderung von Projekten der niedrigschwelligen Hilfen auf Grundlage einer mit dem Sozialministerium geschlossenen Zielvereinbarung mit folgendem Inhalt zur Verfügung:

Zwendungszweck:

Ziel der Maßnahmen muss es sein, psychisch erkrankte Menschen und deren Angehörigen in einen Zustand zu versetzen, in dem krankheitsbedingte Benachteiligungen ausgeglichen, Selbsthilfekräfte gestärkt und die Teilnahme am sozialen Leben in der Gemeinschaft ermöglicht werden.

Gegenstand der Förderung:

1. Mitwirkung und Mitgestaltung der Angehörigen psychisch kranker Menschen. Gefördert werden:

- Begegnungsmaßnahmen für Angehörige psychisch kranker Menschen.
- Förderung des Erfahrungsaustausches der Angehörigen untereinander.
- Informationstreffen und Veranstaltungen.
- Teilnahme an Arbeitskreisen Gemeindenahe Psychiatrie u. ä.

2. Mitwirkung und Mitgestaltung der Psychiatrieerfahrenen:

Gefördert werden:

- Die Wahrnehmung verschiedener Angebote für Psychiatrieerfahrenere.
- Das Erstellen von Infomaterial.
- Aufwendungen für Geschäftsführung.
- Die Beratung und Betreuung von Psychiatrieerfahrenen.
- Öffentlichkeitsarbeit.
- Die Teilnahme an Fachgremien und lokalen Fachveranstaltungen.

3. Beschwerdestellen für psychisch kranke Menschen:

Beschwerdestellen stehen als Ansprechpartner für psychisch kranke Menschen zur Verfügung. Sie bieten Hilfe bei der Lösung von Problemen an, die in deren Alltag auftreten. Ziel ist somit die Unterstützung hilfebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen mit psychischen Erkrankungen und/oder Beeinträchtigungen.

4. Selbsthilfegruppen Essstörungen

Unterstützt und gefördert werden sollen Selbsthilfegruppen für Frauen und Männer mit Essstörungen.

6.3 Ambulante medizinische Versorgung – SGB V

6.3.1 Berufsgruppen der medizinisch-psychotherapeutischen Versorgung

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen wird in Schleswig-Holstein insbesondere von

- Hausärztinnen und Hausärzten,
- Nervenärzten, darunter Neurologinnen und Neurologen, Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie,
- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, darunter
 - Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten (nichtärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten),
 - ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten,
 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie von
- Heilpraktikerinnen und Heilpraktikern übernommen.

Hausärztinnen und Hausärzte

Hausärztinnen und Hausärzten kommt im Bereich der psychischen Erkrankungen eine besondere Rolle zu: Für Patientinnen und Patienten sind sie bei gesundheitlichen Problemen oft der erste Anlaufpunkt, daher sind sie frühzeitig mit den Symptomen einer psychischen Belastung oder Erkrankung konfrontiert. Gleichzeitig sind Hausärztinnen und Hausärzte durch einen oftmals langjährigen und vertrauensvollen Kontakt mit der Lebenssituation und dem sozialen Kontext vieler Patientinnen und Patienten vertraut.⁵⁰ Sie gewährleisten eine psychosomatische Grundversorgung. Darüber hinaus übernehmen sie eine Lotsenfunktion zu einer Fachärztin bzw. einem Facharzt oder einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten für eine weiterführende Behandlung.

Nervenärzte⁵¹

Unter dem Begriff Nervenarzt sind die Berufe der Fachärztin bzw. des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Fachärztin bzw. des Facharztes für Neurologie zusammengefasst. Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie haben zunächst Medizin studiert und anschließend eine mehrjährige Zusatzausbildung in einem oder mehreren zugelassenen psychotherapeutischen Verfahren absolviert. Sie diagnostizieren seelische Erkrankungen und übernehmen die Behandlung mit Psychopharmaka. Zudem nehmen sie psychotherapeutische Behandlungen vor. Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Neurologie hingegen befassen sich nicht mit seelischen Erkrankungen, sondern mit körperlichen Störungen des Nervensystems, welche jedoch psychische Symptome hervorrufen können.

Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

Ärztinnen und Ärzte absolvieren nach ihrem Medizinstudium eine 5-jährige Weiterbildung, um anschließend als Fachärztin bzw. Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie arbeiten zu können.

Psychotherapeutinnen und –therapeuten

Als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut dürfen sich gemäß § 1 Absatz 1 Psychotherapeutengesetz nur diejenigen Personen bezeichnen, die über eine Approbation, also eine staatliche Erlaubnis zur Ausübung eines Heilberufes, verfügen. Um mit einer gesetzlichen Krankenkasse abrechnen zu können, müssen sie zudem über eine Zulassung der Kassenärztlichen Vereinigung verfügen und ein psychotherapeutisches Verfahren anwenden, das sich wissenschaftlich als wirksam erwiesen hat und zugelassen ist. Dazu gehören gemäß §13 ff. der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) die psychoanalytisch begründeten Therapieverfahren, darunter die tiefenpsychologisch fundierte und die analytische Psychotherapie, sowie die Verhaltenstherapie.⁵² Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind für alle Erkrankungen zuständig, die durch psychotherapeutische Gespräche und Übungen behandelt werden können, beispielsweise Zwänge, Depressionen oder Suchterkrankungen.

Zur Psychotherapie berechtigt sind demnach folgende Berufsgruppen:

Ärztliche Psychotherapeutinnen und-therapeuten: Ärztliche Psychotherapeutinnen und –therapeuten sind Ärztinnen und Ärzte, die nach dem Studium eine mehrjährige Ausbildung in einem oder mehreren zugelassenen psychotherapeutischen Verfahren absolviert haben.

Psychologische Psychotherapeutinnen und –therapeuten: Psychologische Psychotherapeutinnen und –therapeuten (nicht-ärztliche Psychotherapeutinnen und –therapeuten) sind Psychologinnen und Psychologen mit einer mehrjährigen psychotherapeutischen Weiterbildung.

⁵⁰ Vgl. Gensichen u. Fankhänel 2011, S. 25 - 27

⁵¹ Vgl. im Hinblick auf die Bedarfsplanung auch § 12 Absatz 2 Nr. 6 der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA

⁵² G-BA: Psychotherapie-Richtlinie, online abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1099/PT-RL_2015-10-15_iK-2016-01-06.pdf

Medikamente werden von Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten nicht verschrieben.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten: Darüber hinaus können Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Pädagoginnen und Pädagogen sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen mit Therapeutenausbildung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie durchführen.

Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker: Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker verfügen nicht über eine Approbation und dürfen sich gemäß § 1 Absatz 1 Psychotherapeutengesetz demnach nicht als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut bezeichnen. Sie verfügen aber über eine Erlaubnis zur Ausübung von Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz, deren Kosten von den gesetzlichen Krankenkassen in der Regel nicht übernommen werden.

6.3.2 Versorgungssituation

Der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holsteins (KVSH) obliegt nach § 75 SGB V die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung. Diesem Sicherstellungsauftrag kommt die KVSH mit einer Vielzahl von Instrumenten nach.⁵³ Die KVSH hat im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erlassenen Richtlinien⁵⁴ einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung⁵⁵ aufzustellen und den jeweiligen Entwicklungen anzupassen (§ 99 SGB V).

Den zuständigen Landesbehörden, Patientenverbänden sowie dem Gemeinsamen Landesgremium nach §90a SGB V ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der aufgestellte oder angepasste Bedarfsplan ist dem zuständigen Landesministerium vorzulegen. Beanstandet es diesen nicht innerhalb von zwei Monaten, ist der Bedarfsplan in geeigneter Weise zu veröffentlichen.

Der paritätisch besetzte Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, an dessen Sitzungen Patientenvertreterinnen und -vertreter mit beratender Stimme teilnehmen, überprüft auf Grundlage des Bedarfsplans sowie nach den Bestimmungen in § 103 Abs. 1 bis 3 SGB V in Verbindung mit der Bedarfsplanungs-Richtlinie (Bpl-RI) die Versorgungsgrade in den einzelnen Planungsbereichen und entscheidet über die Verhängung oder Aufhebung von Zulassungssperren.

Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die gesetzlich versicherte Personen ambulant versorgen, benötigen eine entsprechende Zulassung („Arzt-sitz“). Wie viele Arztsitze es in einer Region gibt, regelt die Bedarfsplanung, die Anfang 2013 reformiert wurde⁵⁶. In der Bedarfsplanung wird festgelegt, wie viele Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einem bestimmten räumlichen Bereich tätig sein sollen. Räumliche Grundlage der Bedarfsplanung sind die sogenannten Planungsbereiche⁵⁷. Im Rahmen der Bedarfsplanung wird für jeden Planungsbereich und jede Gruppe der Ärztinnen und Ärzte konkret festgelegt, ob ein Planungsbereich offen oder gesperrt ist. Ein Planungsbereich gilt als überversorgt und damit gesperrt, wenn die Arztdichte einer be-

⁵³ Beispielhaft wird in diesem Zusammenhang auf die Statuten der KVSH über die Durchführung von Gemeinschaftsaufgaben und von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein (<http://www.kvsh.de/KVSH/index.php?StoryID=373>) verwiesen. Hier sind umfangreiche (finanzielle) Unterstützungsleistungen Seitens der KVSH festgehalten, die geeignet sind, niederlassungswilligen Ärztinnen und Ärzten bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten den Start in die freiberufliche Tätigkeit zu erleichtern.

⁵⁴ sog. Bedarfsplanungsrichtlinie, www.g-ba.de/informationen/richtlinien/4/

⁵⁵ www.kvsh.de/KVSH/index.php?StoryID=904

⁵⁶ im Rahmen des GKV-VStG, siehe auch unter 5.1.2

⁵⁷ Vgl. § 7 sowie § 12 der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA

stimmten Fachgruppe einen Wert von über 110 % erreicht⁵⁸ (also die Zahl der tatsächlich vorhandenen Ärztinnen und Ärzte bei über 110% des Wertes beträgt, der als für die Versorgung ausreichend berechnet worden ist). In diesen Fällen gilt ein Zulassungsstopp. Liegt die Arztdichte in einem Planungsbereich unter einem Wert von 110 %, können sich Ärztinnen und Ärzte der entsprechenden Fachgruppe dort niederlassen⁵⁹. Eine Unterversorgung wird angenommen, wenn der Versorgungsgrad der hausärztlichen Versorgung bei 75% oder weniger und in der fachärztlichen Versorgung bei 50 Prozent oder weniger liegt⁶⁰.

Der Bedarfsplan wird regelmäßig fortgeschrieben – zuletzt am 26.01.2016. Im Rahmen der Bedarfsplanung haben beispielsweise KVSH und Krankenkassen der besonderen Situation der ambulanten medizinischen Versorgung an der Westküste durch entsprechende Vereinbarungen und regionale Sonderlösungen Rechnung getragen⁶¹.

Eine Bedarfsplanung schafft zwar keine neuen Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die Rahmenbedingungen für eine Niederlassung (insbesondere in der Fläche) werden hierdurch aber entscheidend bestimmt.

KVSH und die Kassen haben sich darauf verständigt, dass der Plan kontinuierlich auf seine Auswirkungen hin überprüft werden soll, um gegebenenfalls rechtzeitig die Beschlussfassung eines neuen Bedarfsplans einzuleiten und so negativen Entwicklungen entgegenzusteuern. Dies gilt selbstverständlich auch für die ambulante psychotherapeutische Versorgung. Mit der nunmehr gültigen Bedarfsplanung hat sich der psychotherapeutische Versorgungsgrad gegenüber der bisherigen Planung verändert. So konnten Sitze hinzugewonnen und der räumliche Versorgungsschwerpunkt jenseits der Ballungsgebiete besser berücksichtigt werden. Es lag und liegt in Schleswig-Holstein aber weder eine Unterversorgung noch eine drohende Unterversorgung im Sinne der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA vor. Gleichwohl hat sich gezeigt, dass die derzeitige Bedarfsplanung im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung einer grundlegenden wissenschaftlichen Untersuchung und Analyse bedarf, um diese im Hinblick auf das Versorgungsgeschehen zielgruppengerecht überarbeiten zu können. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 16. Juli 2015 hat der G-BA den Auftrag erhalten, eine solche Überarbeitung vorzunehmen. Die Ausschreibung eines wissenschaftlichen Gutachtens wird derzeit im G-BA, Unterausschuss Bedarfsplanung, vorbereitet.

Der ebenfalls paritätisch mit Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen und der Ärzteschaft besetzte Zulassungsausschuss für Ärzte (§ 96 SGB V) entscheidet über die Zulassungsanträge der Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Schleswig-Holstein. Die Beschlüsse des Landesausschusses (z. B. über die Sperrung oder partielle Öffnung von Planungsbereichen) sind hierfür bindend.

Das heißt, dass nicht die KVSH, sondern der Zulassungsausschuss auf Grundlage der einschlägigen rechtlichen Vorgaben über die konkreten Zulassungsanträge von Ärztinnen und Ärzten bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entscheidet. Der Zulassungsausschuss ist auch kein Ausschuss der KVSH, sondern ein unabhängiges Gremium (wie die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 bzw. § 116b Abs. 3 i.V.m. § 90 SGB V). Bei der KVSH ist allein die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses angesiedelt.

Die Landesregierung ist zum einen mitberatend im Landesausschuss und erweiterten Landesausschuss (§ 90 Abs. 4 SGB V bzw. § 116b Abs. 3 i.V.m. § 90 Abs. 4 SGB V), sowie als Mitglied des Gemeinsamen Landesgremiums (§ 90a SGB V i.V.m. § 3 AG-GKV-VStG) als auch als Aufsichtsbehörde (§ 99 Abs. 1 SGB V) in die Planungsprozesse eingebunden.

⁵⁸ Vgl. §§ 23 ff. der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA

⁵⁹ vgl. §§ 28 ff. der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA

⁶⁰ vgl. § 29 der Bedarfsplanungsrichtlinie

⁶¹ siehe hierzu auch die textlichen Ausführungen im Bedarfsplan (www.kvsh.de/KVSH/index.php?StoryID=904)

Gleichzeitig obliegt dem MSGWG als für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde die Rechtsaufsicht über die KVSH und KZV SH gem. § 78 SGB V bzw. über die landesunmittelbaren Krankenkassen gem. § 90 SGB IV.

In Schleswig-Holstein arbeiten laut der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein (PKSH) insgesamt 1.145 Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Die PKSH erfasst dabei alle Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in SH, also nicht nur die niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die ihre Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen, sondern beispielsweise auch jene ohne Kassenzulassung, die ihr Angebot an Privatzahlerinnen und Privatzahler richten, Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Lehre und Forschung sowie angestellte Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die unter anderem in Kliniken, Institutsambulanzen oder Beratungsstellen tätig sind.

Den Planungsblättern zur Bedarfsplanung 2015/2016 der KVSH⁶² sind die Gesamtzahlen zu den oben genannten Gruppen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie den niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu entnehmen.

In Schleswig-Holstein sind laut Bedarfsplan 2015/2016 der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) insgesamt 1.903,75 Hausärztinnen und Hausärzte, 156,30 Nervenärztinnen und Nervenärzte sowie 51,30 Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie niedergelassen.

Die Gesamtzahl der bei der KVSH registrierten ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten liegt laut Bedarfsplan 2015/2016 in SH bei insgesamt 683,40 Vollzeitstellen, davon 150,90 ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten und 532,5 Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten (nicht-ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten). Es sind 100 Psychotherapeutinnen und -therapeuten registriert, die ausschließlich Kinder- und Jugendliche betreuen, davon 2 ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und 98 Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Diese sind auch in die Gesamtzahl der oben dargestellten Psychotherapeutinnen und -therapeuten einberechnet.

Der Großteil der niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist zwischen 41 und 65 Jahre alt (925 = ca. 81%). 130 Personen sind zwischen 25 und 40 Jahre alt.⁶³ Eine Altersgrenze gibt es in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung nicht mehr. Viele Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind über ein übliches Ruhestandsalter hinaus tätig. 166 Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind mindestens 65 Jahre alt und haben ihre Praxis noch nicht zur Übergabe ausgeschrieben. Andere in dieser Altersgruppe geben nur eine halbe Zulassung an eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger ab.

Nachbesetzungsprobleme, wie sie derzeit vor allem in der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen zu beobachten sind, gibt es jedoch in der psychotherapeutischen Versorgung derzeit nicht. Gleichwohl sind diese aufgrund des hohen Anteils älterer Psychotherapeutinnen und -therapeuten für die Zukunft nicht auszuschließen.

Grundlage der Bedarfsplanung sind vor allem die sogenannten Verhältniszahlen (Einwohner pro Ärztin/ Arzt bzw. Psychotherapeutin/ Psychotherapeut). Sie sind auf der Bundesebene festgelegt und bilden das zentrale Steuerungsinstrument der Bedarfsplanung. Ergänzend wird seit der Reform der Bedarfsplanung auch die demografische Entwicklung in einem Planungsbereich betrachtet und kann regionale Abweichungen von der bundesweiten Verhältniszahl begründen. Andere Indikatoren wie beispielsweise die Entwicklung der Diagnosen oder die Wartezeit auf einen Arzttermin oder bis zum Therapiebeginn werden bei der Be-

⁶² Die Bedarfsplanung 2015/2016 inklusive der dazugehörigen Planungsblätter können über die Internetpräsenz der KVSH unter folgendem Link abgerufen werden:

<https://www.kvsh.de/index.php?StoryID=904>.

⁶³ Vgl. KVSH 2014a

rechnung der Versorgungssituation hingegen nicht berücksichtigt. Dabei sind die Wartezeiten bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ein wichtiger Qualitätsindikator.⁶⁴ Die Wartezeiten auf ein Erstgespräch bzw. bis zum Beginn der Therapie bei einer Fachärztin bzw. einem Facharzt oder einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten werden nicht systematisch erfasst. Dies betrifft sowohl die ambulante als auch die stationäre Versorgung.

Der Bedarfsplanung 2015/2016 der KVSH kann entnommen werden, dass die Versorgung mit niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in SH grundsätzlich ausreichend ist. Eine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung besteht im gesamten Land nicht, vielmehr liegt der Versorgungsgrad in einigen Planungsbereichen weit über 100%.⁶⁴

Trotz der Zunahme der Zahl der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Folge der Reform der Bedarfsplanung sind unverändert langen Wartezeiten und lange Wege, insbesondere in ländlichen Regionen, zu beklagen. Ein Vergleich mit anderen ärztlichen Berufsgruppen (Hausärztinnen und Hausärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte) zeigt, dass die Problematik – neben der demografischen Entwicklung der niedergelassenen Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten sowie der Nervenärztinnen- und -ärzte - regionsbezogen zu bewerten ist.⁶⁵ So zeigt sich, dass beispielsweise die Westküste schlechter versorgt ist als es in Ballungsgebieten bzw. mit Bezügen zur Metropolregion der Fall ist. Dabei ist sicherlich auch der Effekt, dass Patientinnen und Patienten die Hausärztin bzw. den Hausarzt bei psychischen Beschwerden als erste Anlaufstelle aufsuchen⁶⁶, nicht zu unterschätzen.

Im Hinblick auf die oftmals von den Patientinnen und Patienten erfahrene Diskrepanz zwischen den Angeboten niedergelassener Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten und der auf der Basis der Bedarfsplanung festgestellten Versorgung bzw. Überversorgung wurden und werden vielfältige Ursachen genannt, die an dieser Stelle lediglich exemplarisch aufgezeigt werden sollen:

- Krankenkassen kritisierten die Angebotsabhängigkeit der Therapiewahl, die mangelnde Erfüllung der Versorgungsaufträge sowie eine zunehmende Konzentration der Therapeutinnen und Therapeuten auf Patientinnen und Patienten mit leichten und mittleren Störungen⁶⁷.
- Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind in ein umfangreiches schriftliches Antragsverfahren mit den Kostenträgern eingebunden. Es wird von teilweise 2,5 bis 4 Stunden Arbeitsaufwand pro schriftlichen Antrag gesprochen. Hinzu kommt eine teilweise aufwändige Dokumentation. Es wird insbesondere von den Kostenträgern kritisiert, dass nicht alle diese Tätigkeiten außerhalb der Behandlungsstunden, sondern innerhalb dieses Zeitbudgets erfolgen. In Bezug auf andere ärztliche Berufsgruppen, die den entsprechenden Dokumentationsaufwand außerhalb der Behandlungsstunden vornehmen – hat dies auch Auswirkungen auf die Wartezeiten. Der durchschnittliche Wert an Behandlungsstunden liegt etwa bei 28 Stunden pro Woche.
- Somatisch orientierte Fachärztinnen und Fachärzte bemängelten eine zu große Anzahl an Psychotherapeutinnen und -therapeuten und eine oft unnötig lange Behandlungsdauer.
Die psychotherapeutischen Berufsverbände sehen dagegen eine erhebliche Unterversorgung mit Psychotherapeutinnen und -therapeuten, vor allem in ländlichen Gebieten, und kritisierten die Beschränkung des Angebots auf die drei Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Therapie.

⁶⁴ Vgl. KVSH 2016

⁶⁵ siehe hinsichtlich der grundsätzlichen Aussage auch Walendzik et al. 2014, S. 135 - 146

⁶⁶ Vgl. Zok 2014, S. 1 – 8

⁶⁷ Siehe auch Melchinger 2008; vdek 2013; GKV-Spitzenverband 2013; TK 2013; ÄZ vom 10.05.2013

Diesen Ursachen wird auf verschiedenen Ebenen begegnet:

Vonseiten der KVSH wird auf der Grundlage der bisherigen Bedarfsplanung und den rechnerisch ermittelten Versorgungsgraden versucht, den vorhandenen Versorgungsumfang zu ermitteln. Der Versorgungsauftrag wird nicht von allen niedergelassenen Vertragspsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten voll ausgeschöpft. Aus diesem Grund führte und führt die KVSH in Abstimmung mit dem zuständigen Fachausschuss der Selbstverwaltung Gespräche mit Psychotherapeutinnen und -therapeuten, um die Bereitschaft zu fördern, volle Versorgungsaufträge (also volle Zulassungen) beispielsweise in halbe umzuwandeln, sodass Stellenanteile neu ausgeschrieben werden können. Weiterhin wurden auf Bundesebene verschiedene Konzepte vorgelegt: So wurde vonseiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein gemeinsam mit ärztlichen und psychotherapeutischen Verbänden erarbeitetes Konzept für eine bessere Versorgung von psychisch Kranken erarbeitet, in dessen Mittelpunkt eine intensive Kooperation von Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen und –therapeuten steht. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat zudem ein Rahmenkonzept vorgelegt, um eine differenzierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erreichen⁶⁸.

Darüber hinaus wurde dem G-BA durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) die Aufgabe zugewiesen, in seinen Richtlinien die Rahmenbedingungen für die Erbringung von ambulanter Psychotherapie zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung zu regeln und weiterzuentwickeln. Eine entsprechende Richtlinie wurde zwischenzeitlich erarbeitet⁶⁹, sie ist jedoch noch nicht in Kraft getreten. In der Richtlinie werden Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere die Einrichtung von Psychotherapeutischen Sprechstunden, die Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, die Förderung von Gruppentherapie und der Rezidivprophylaxe und die Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens festgeschrieben.

6.3.3 Förderung von gruppentherapeutischen Angeboten

Um die Wartezeiten zu verkürzen, haben die Techniker Krankenkasse (TK) und die BARMER GEK mit der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) einen Vertrag zur Förderung der Gruppentherapie geschlossen. Diese ist in vielen Fällen eine wirksame Alternative zur Einzeltherapie. Mit dem Vertrag soll es gelingen, das Angebot an psychotherapeutischer Behandlung deutlich zu erhöhen und Wartezeiten zu verkürzen. Darüber hinaus verzichten TK und BARMER GEK in der Regel auf das Gutachterverfahren und eröffnen den Therapeutinnen und Therapeuten die Möglichkeit, bei Bedarf für die Patientinnen und Patienten Gruppen- und Einzeltherapiestunden zu kombinieren.

Etwa 230 der insgesamt im Land zugelassenen 700 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben eine Fortbildung zur Gruppenpsychotherapie absolviert. Aber nur knapp 50 von ihnen haben in der Vergangenheit Gruppentherapien durchgeführt. Als Gründe hierfür nannten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einer Umfrage des Fachausschusses Psychotherapie der KVSH insbesondere das umständliche Antrags- und Gutachterverfahren, ein zu starres Reglement während des Behandlungszeitraumes und eine zu geringe Vergütung.⁷⁰

Wird eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung festgestellt, kann die Gruppentherapie in Form einer Verhaltenstherapie oder einer tiefenpsychologisch fundierten Psychothe-

⁶⁸ BPtK 2014

⁶⁹ Siehe G-BA, Unterausschuss Psychotherapie, Psychotherapie-Richtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie, www.g-ba.de/downloads/40-268-3856/2016-06-16_PT-RL_Aenderung_Strukturreform-amb-PT_Vorabversion-RL.pdf.

⁷⁰ Barmer GEK et.al. 2015, S. 2

rapie erfolgen. Das Angebot von TK und BARMER GEK gilt auch bei Therapien für Kinder- und Jugendliche. Bisher sind 71 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus ganz Schleswig-Holstein dem Vertrag beigetreten.

6.3.4 *Psychiatrischer Notdienst*

Psychische Krisen können jeden Menschen treffen, unabhängig von Alter, Bildung, Beruf, Herkunft und sozialem Status. Dabei kann eine Krise aus einer kurzfristig einwirkenden Belastung oder die Folge einer länger andauernden Belastung sein.

Besteht bei Menschen eine unmittelbare Selbst- oder Fremdgefährdung, gibt es folgende Möglichkeiten der Krisenintervention:

- den Rettungsdienst (112) oder die Polizei (110) verständigen,
- Kontakt mit einer Klinik mit psychiatrischer Abteilung aufnehmen,
- Kontakt mit dem ärztlichen Bereitschaftsdienst (bundesweite Tel.: 116 117) aufnehmen,
- sich an ein Hilfs- bzw. Beratungsangebot für akute Krisensituationen wenden oder
- die Telefonseelsorge anrufen, die mit einer anonymen und kostenlosen Beratung zu jeder Tages- und Nachtzeit unter den bundesweiten Telefonnummern 0800 - 1110111 oder 0800 – 1110222 erreichbar ist.

Darüber hinaus leisten die Sozialpsychiatrischen Dienste im Rahmen der in allen Kreisen und kreisfreien Städten etablierten Rufbereitschaft auch Kriseninterventionen (siehe auch 6.1.1).

6.3.5 *Ambulante Psychotherapie*

Zur Verbesserung der Psychotherapie hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 16. Juni 2016 eine Strukturreform der ambulanten Psychotherapie beschlossen. Die Regelungen sollen ab dem 1. April 2017 angewendet werden.

Mit den Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie werden neue Elemente in der Versorgung eingeführt. Dazu gehören

- die Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden,
- die psychotherapeutische Akutbehandlung oder Maßnahmen zur Vermeidung von Rückfällen (Rezidivprophylaxe),
- die Förderung der Gruppentherapie,
- die Bewilligung beziehungsweise Anzeige von Leistungen gegenüber den Krankenkassen sowie
- die Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.

Ziel der beschlossenen Strukturreform ist es, einen behandlungsbedürftigen Erkrankungsverdacht frühzeitig diagnostisch abzuklären, bei einer akuten psychischen Symptomatik

schnell und bürokratiearm intervenieren zu können und die Möglichkeit zur Stabilisierung von Behandlungserfolgen zu geben.⁷¹

6.3.6 *Integrierte Versorgung – NetzWerk psychische Gesundheit (NWpG)*

Als Alternative zu einer stationären Krankenhausbehandlung werden Menschen mit einer psychischen Erkrankung in der integrierten Versorgung mithilfe regionaler gemeindepsychiatrischer Netzwerke präventiv versorgt und in Krisenfällen ambulant behandelt. Durch eine engere Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen sollen unter anderem häufigere und längere Krankenhausaufenthalte vermieden werden.

Im März 2010 haben die Techniker Krankenkasse Schleswig-Holstein und die Abitato Managementgesellschaft für seelische Gesundheit das sogenannte NetzWerk psychische Gesundheit (NWpG) als Alternative zur herkömmlichen stationären psychiatrischen Behandlung gegründet. Aktuell finden hier circa 600 Menschen bei psychischen Erkrankungen und in Krisen umfassende ambulante Hilfe, darunter aufsuchende psychiatrische Betreuung und Behandlung, weitere außerklinische Angebote sowie akute Hilfestellung rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr.

Die Brücke Schleswig-Holstein gGmbH, die Brücke Lübeck gGmbH, das Kieler Fenster sowie die Stiftung Freundeskreis Ochsenzoll, der Nussknacker e.V., der Hafen e.V. und der Trägerverbund psychische Gesundheit gGmbH sind Leistungserbringer gemeindepsychiatrischer Behandlung und Versorgung in Schleswig-Holstein und Hamburg. Zusammen mit ihrer Tochtergesellschaft, der Abitato Managementgesellschaft für seelische Gesundheit gGmbH, sind sie Vertragspartner mehrerer großer und kleiner Krankenkassen (Techniker Krankenkasse, Kaufmännische Kasse KKH, DAK Schleswig-Holstein, Knappschaft, AOK Rheinland Hamburg, BKK Schleswig-Holstein, GWQ ServicePlus AG, Securvita BKK, Daimler BKK, BKK Voralb, Salus BKK, BKK IHV, BKK Aesculap) und setzen in Schleswig-Holstein und Hamburg die Integrierte Versorgung um.

Zu den Zielgruppen gehören berufstätige bzw. erwerbsfähige Menschen mit einer psychischen, aber noch nicht chronischen Erkrankung, deren Teilhabe am Erwerbsleben gewährleistet bleiben soll. Zusätzlich sollen chronisch erkrankte Menschen erreicht werden, um ihre Kompetenzen zu stärken, Krankheitsverläufe abzumildern und Krisen sowie stationäre Behandlungen zu vermeiden.

Folgende Ziele werden in der Integrierten Versorgung angestrebt:

- Erhöhung der Erkennungsrate psychischer Störungen,
- Verbesserung der Frühdiagnostik und Therapie,
- Senkung der Chronifizierungs- und Wiedererkrankungsraten durch verbesserte Patienteninformation, Diagnostik und aufsuchende Behandlung,
- Verminderung der Arbeitsunfähigkeitszeiten,
- Verkürzung der stationären Behandlungszeiten,
- Verbesserung der Schnittstellenübergänge,
- Stärkung des Selbsthilfepotentials der Patientinnen und Patienten,
- Unterstützung der Angehörigen und Stärkung des sozialen Umfeldes.

In den regionalen Teams arbeiten Ärztinnen und Ärzte, Psycho-, Sozio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Psychologinnen und Psychologen, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Fachkrankenpflegerinnen und Fachkrankenpfleger interdisziplinär und

⁷¹ Vgl. G-BA 2016

kooperativ zusammen. Behandlungsplanung und Qualitätsmanagement erfolgen unter der Federführung einer Fallmanagerin bzw. eines Fallmanagers. Alle Professionen sind nach Möglichkeit geschlechterparitätisch besetzt. Schlüsselkompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter liegen insbesondere in der Fähigkeit zum Case Management und zu komplexen multiprofessionellen Behandlungsplanungen, in der professionellen psychotherapeutischen Beziehungsgestaltung, die auch die Angehörigen einbezieht, in der Fähigkeit selbständig diagnostische und therapeutische Entscheidungen zu treffen und in der Fähigkeit zur Krisendiagnostik und Krisenintervention. Unterstützt werden sie durch spezielle Schulungen und eine fortlaufende Supervision.

Durch den ambulanten Behandlungsansatz werden kostenintensive stationäre Behandlungsaufenthalte vermieden. Langfristig reduziert sich dabei auch die Notwendigkeit von Behandlungen insgesamt. Durch den flächendeckenden Ausbau der Integrierten Versorgung ergibt sich auf diese Weise die Möglichkeit des Abbaus von stationären Behandlungsangeboten. Ein vorrangiges Behandlungselement in der Integrierten Versorgung ist die aufsuchende Behandlung, das sogenannte Home Treatment. Psychische Erkrankungen haben neben genetisch und biologisch bedingten Auslösefaktoren auch komplexe psychosoziale Ursachen. Aus diesem Grund findet die Behandlung im und unter Einbeziehung des unmittelbaren sozialen Umfeldes der Patientinnen und Patienten statt. Durch die Einbeziehung des sozialen Umfeldes und die Förderung des eigenen Wohlbefindens, beispielsweise durch soziale Kontakte, einer positiven Gestaltung der eigenen Häuslichkeit, durch Aktivitäten, Bewegung, Sport und eine adäquate Ernährung, wird das an der Krise beteiligte Gesamtsystem der Patientinnen und Patienten stabilisiert. Zusätzlich bleibt so das vertraute Lebensumfeld als stabilisierender Genesungsfaktor erhalten.

Notwendige Hilfen werden stets bedürfnisorientiert auf die individuelle Situation der einzelnen Patientin bzw. des einzelnen Patienten abgestimmt. Dies wird auch als „Need adapted Treatment“ bezeichnet. Ein zusätzliches, ebenso wichtiges Element der Behandlung sind die Rückzugsräume. Liegen Gründe vor, die eine aufsuchende Behandlung nicht möglich machen oder benötigt die Patientin bzw. der Patient vor allem in den Nachtstunden oder an den Wochenenden eine gesonderte Stabilisierung, so kann die Behandlung – vorübergehend – innerhalb der Rückzugsräume stattfinden.

Für Patientinnen und Patienten mit einem akuten Behandlungsbedarf stehen, je nach aktuellem und individuellem Bedarf, folgende Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung:

- 24-Stunden-Erreichbarkeit der regionalen Leitstelle,
- ärztliche medizinische Behandlung,
- Krisenintervention (zu Hause und möglichst unter Einbeziehung aller an der Krise beteiligten Personen),
- Hometreatment unter Einbeziehung und Beteiligung von Angehörigen,
- Soziotherapie,
- psychiatrische Krankenpflege,
- Behandlung in den Rückzugsräumen und Ausweitung der Behandlung auf alle individuell relevanten Lebensbereiche.

Zur weiteren Stabilisierung nach einer Krise oder als weitere präventive Maßnahmen werden folgende Interventionen angeboten:

- Koordination und Vermittlung ärztlicher Behandlung,
- Vermittlung von gemeindepsychiatrischen Angeboten (unter anderem Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen),

- Vermittlung/ Koordination in weiterführende Teilhabeleistungen, zum Beispiel Leistungen nach SGB II, III, VIII, XII.

Den Versicherten, die aufgrund einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung lange arbeitsunfähig waren oder die von Erwerbsunfähigkeit bedroht sind, stehen weitere Behandlungsleistungen zur Verfügung:

- Erarbeitung eines beruflichen Wiedereingliederungsplanes und Abstimmung mit der Arbeitsgeberin bzw. dem Arbeitgeber,
- Erweiterung und Stärkung persönlicher Kompetenzen im Umgang mit beruflichen Anforderungen,
- Interventionen im Betrieb zur Absicherung der Umsetzung bzw. zur Stabilisierung aller Beteiligten.

Zudem werden auch präventive Maßnahmen angeboten:

- Förderung und Stabilisierung eigener Ressourcen,
- Erweiterung der persönlichen Kompetenzen im Umgang mit Krisen durch individuell geeignete Angebote in allen relevanten Lebensbereichen (beispielsweise durch soziales Kompetenztraining, Psychoedukation und Ergotherapie),
- Erarbeitung eines individuellen Krisenmanagements,
- Vereinbarungen zu regelmäßiger Überprüfung.

Die Überschneidungen zwischen der Integrierten Versorgung und der Eingliederungshilfe sind gering. Abitato versorgt in Schleswig-Holstein den Großraum Kiel sowie die Kreise Pinneberg und Steinburg, die Städte Henstedt-Ulzburg, Kaltenkirchen, Norderstedt, den südlichen Kreis Stormarns sowie den Großraum Lübeck.

6.4 Psychiatrische Krankenhausversorgung

Schleswig-Holstein verfügt über ein enges Netz stationärer und teilstationärer psychiatrischer Kliniken. In jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt gibt es für die betroffenen Menschen erreichbare Angebote.

Innerhalb der Psychiatrie gibt es verschiedene Einrichtungen und Arten der Versorgung:

- Eine vollstationäre Versorgung erfolgt in psychiatrischen Kliniken und psychiatrischen Hauptabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern, in denen die Patientinnen und die Patienten rund um die Uhr versorgt und betreut werden. In der Regel sind diese Kliniken auch für die Notfallversorgung zuständig.
- Eine teilstationäre Versorgung erfolgt in Tageskliniken, die entweder zu einer psychiatrischen Klinik gehören oder aber selbst eine eigenständige Klinik sind. In Tageskliniken wird die Behandlung der Patientinnen und Patienten tagsüber überwiegend in Gruppentherapie durchgeführt. Der Tagesbetrieb findet in der Regel in der Zeit von 08:00 Uhr bis 16:30 Uhr statt. Die Patientinnen und Patienten verbringen die Nächte zu Hause und können so in ihrer gewohnten Umgebung bleiben. Eine Nachtbereitschaft bieten Tageskliniken nicht an.
- Innerhalb der Krankenhausversorgung gibt es die Möglichkeit der ambulanten Versorgung in den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) psychiatrischer (Tages-)Kliniken auf Grundlage des § 118 SGB V. Die Behandlung in den PIAs ist auf Patienten ausgerichtet, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen

zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf eine ambulante Behandlung durch diese Kliniken angewiesen sind.

Die Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer psychiatrischen Tagesklinik ist für die meisten psychisch kranken Menschen nur ein kurzer, vorübergehender Zeitabschnitt. Ambulante Hilfen stehen nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ im Vordergrund. Daher ist es erforderlich, das bereits vorhandene gesetzliche Instrumentarien in der ambulanten Versorgung – wie z.B. die Soziotherapie, die ambulante psychiatrische Krankenpflege, mobile Krisen-Interventions-Teams sowie das Home Treatment tatsächlich genutzt werden bzw. ausgebaut und weiterentwickelt werden.

Zwischen dem ambulanten Behandlungsangebot, dem psychosozialen Versorgungsnetz und der Inanspruchnahme von stationären und teilstationären Krankenhausleistungen besteht eine enge Wechselwirkung. Deshalb ist bei allen Aspekten einer psychiatrischen Krankenhausplanung wichtig, nicht nur die medizinische, sondern auch die psychosoziale Versorgungssituation zu berücksichtigen. Durch die ambulante Versorgung soll der Bezug zur Familie, zur Gemeinde, zum sozialen Umfeld und zur Lebenswelt aufrecht erhalten werden, denn diese sind als Gesundheitsressourcen anzusehen, die den Genesungsprozess und die berufliche Reintegration unterstützen können.

Psychiatrische und psychosomatische Standorte in SH – Stand 01/2016



Abb. 1 zu 6.4 (MSGWG 2016, eigene Darstellung)

In Schleswig-Holstein verfügen 19 Kliniken über eine Fachabteilung für Psychiatrie mit insgesamt 1.961 Planbetten für rund 33.063 stationäre Patientinnen und Patienten jährlich. In 2015 betrug die durchschnittliche landesweite Verweildauer 19,3 Tage. Zehn dieser Fachabteilungen verfügen auch über eine krankenhauplanerische Ausweisung für Psychosomatik. Die 19 Kliniken verfügen zudem in der Regel über jeweils eine psychiatrische Institutsambulanz. Die teilstationäre Versorgung wird in Schleswig-Holstein an 37 Standorten mit psychiatrischen Tageskliniken sichergestellt. Damit gibt es in Schleswig-Holstein eine flächende-

ckende stationäre psychiatrische Versorgung, die durch die Einbeziehung der PIAs bereits einen starken sektorenübergreifenden Charakter hat.

Insbesondere durch den Ausbau der teilstationären Versorgung und die Einrichtung von Fachabteilungen für Psychiatrie an allgemeinversorgenden Krankenhäusern ist in Schleswig-Holstein das Ziel einer dezentralisierten, wohnortnahen stationären Versorgung erreicht worden.

Insgesamt haben das Land SH und die Kommunen zwischen 2000 und 2015 für eine bedarfsgerechte und moderne Versorgungsstruktur in der Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie 105,56 Mio. Euro in den Ausbau und Modernisierung der Kliniken und Tageskliniken investiert.

Schleswig-Holstein war das erste Bundesland, in dem 2003 mit einem Regionalbudget ein modernes Versorgungskonzept ermöglicht wurde, indem die starren Grenzen zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgung aufgehoben wurden.

In Anlage 1 zu 6.4 befinden sich Einzelbeschreibungen der vollstationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen in Schleswig-Holstein. Die Daten entstammen den Qualitätsberichten der Krankenhäuser.

6.4.1 *Kapazitäten der stationären und teil-stationären Krankenhausversorgung; Zusammenarbeit mit Hamburg*

Zur Sicherstellung der Versorgung erstellt jedes Bundesland einen Krankenhausplan, in dem die sogenannten Plankrankenhäuser mit ihrem Versorgungsauftrag aufgenommen werden (§ 108 Abs. 2 SGB V). Darüber hinaus haben Krankenkassen die Möglichkeit mit Krankenhäusern sogenannte Versorgungsverträge abzuschließen. Dieses Instrument wird verhältnismäßig selten genutzt. Daher beziehen sich die Daten in diesem Kapitel – sofern nichts anderes vermerkt ist – ausschließlich auf Plankrankenhäuser des Krankenhausplanes Schleswig-Holstein.

Für die Beschreibung der stationären Versorgungskapazitäten sind neben der Zahl der Krankenhausbetten auch die durchschnittliche Verweildauer (Vwd), die Belegungstage sowie die Auslastung der Betten wesentliche Faktoren. Die sogenannte Normauslastung für die Krankenhausbetten wird im Krankenhausplan des Landes festgelegt, sie bestimmt die benötigten Bettenkapazitäten. Zunehmende Bedeutung für die Versorgung haben die teilstationären Kapazitäten (Tageskliniken), die die stationäre Versorgung ersetzen oder verkürzen sollen.

Krankenhausplanbetten und teilstationäre Plätze 2015 nach Fachabteilung

| | Planbetten | Vwd Tage | Auslastung in % | Teilstationäre Plätze |
|--|------------|----------|-----------------|-----------------------|
| Psychiatrische Fachabteilungen zusammen | 2.635 | | | 937 |
| Kinder-/Jugendpsychiatrie und – psychotherapie | 244 | 31,9 | 92,0 | 150 |
| Psychiatrie und Psychotherapie | 1.961 | 19,3 | 89,3 | 680 |
| Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik | 430 | 38,7 | 88,3 | 107 |

Tab. 1 zu 6.4.1 (Krankenhausstatistik des MSGWG; 31.12.2015)

Ein Überblick der einzelnen Betten in den Einrichtungen findet sich in der Anlage zu 6.4.1 („Anzahl der aufgestellten Betten“, 3 a – 3 d)

Eine Besonderheit ist die krankenhausplanerische Kooperation mit Hamburg. Viele schleswig-holsteinische Patienten und Patientinnen (2014: 3.876 stationäre Patientinnen und Patienten) lassen sich stationär oder teilstationär in Hamburg behandeln. In der Psychiatrie und Psychosomatik gibt es zudem eine nennenswerte Wanderungsbewegung von Hamburg nach Schleswig-Holstein (2014: 2.662 Patientinnen und Patienten).

Das Land Schleswig-Holstein arbeitet daher bereits seit Jahren grenzüberschreitend mit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg in der Versorgungsplanung von wohnortnahen Angeboten zusammen. Ein Beispiel für die länderübergreifende wohnortnahe Gesundheitsversorgung ist die am 10. Dezember 2015 auf dem Gelände der Asklepios Klinik Nord eröffnete neue psychiatrische Tagesklinik mit 30 Plätzen für psychisch kranke Menschen aus Schleswig-Holstein, finanziert vom Land SH und den schleswig-holsteinischen Kommunen. Sie verbessert das wohnortnahe psychiatrische Angebot für die Menschen im südlichen Schleswig-Holstein, die an der Stadtgrenze zu Hamburg leben.

Das Land Hamburg hat im Heinrich-Sengelmann Krankenhaus, im Krankenhaus Rickling und in der Fachklinik Bokholt Krankenhausplanbetten in den Hamburger Krankenhausplan aufgenommen.

6.4.2 Das Regionale Psychiatrie-Budget und Modellprojekte nach § 64b SGB V in Schleswig-Holstein

In aktuell fünf Landkreisen Schleswig-Holsteins (siehe Abb. 1 zu 6.4.2) wird seit dem Jahr 2003 das Finanzierungssystem eines Regionalen Budgets für die psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung erprobt und durchgeführt.

Das bundesweit erste Modellprojekt dieser Art wurde durch das Klinikum Itzehoe für den Kreis Steinburg vereinbart. Dabei handelt es sich um vertragliche Regelungen zwischen dem für die Region jeweils zuständigen Krankenhaus für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und allen dort tätigen Krankenkassen. Ursprünglich wurden diese Verträge gemäß Bundespflegesatzvereinbarung geschlossen, inzwischen basieren sie auf den Regelungen des § 64b SGB V. Die Laufzeit der Verträge beträgt jeweils 8 Jahre, die laufenden Modellprojekte enden im Jahr 2020.

Das wesentliche Prinzip besteht darin, ein jährliches Budget für die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen (mit Ausnahme der strafrechtlichen Unterbringung im Maßregelvollzug gemäß §§ 63, 64 StGB) zu vereinbaren, mit dem sowohl stationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen als auch ambulante und aufsuchende Leistungen umfasst werden, soweit sie durch das Krankenhaus erbracht werden. Die Entscheidung, welche Behandlung und in welchem Behandlungssetting jeweils erbracht wird, ist vor Ort nach der medizinisch-psychiatrischen Notwendigkeit zu treffen.

Die Modellprojekte haben durchgehend zu einer deutlichen Verlagerung von Behandlungsleistungen aus dem stationären in den teilstationären und ambulanten Bereich geführt. Die durchschnittliche jährliche Verweildauer ist (je nach Laufzeit und Ausgangssituation) bis auf die Hälfte des Ausgangswertes zurückgegangen. In allen Regionen liegt die Dauer der stationären Behandlung weit unter dem Durchschnitt zu dem Vergleichswert im Land Schleswig-Holstein bzw. dem Bundesgebiet. In den fünf Modellkrankenhäusern liegt die durchschnittliche Verweildauer zwischen 6,7 und 13,6 Tagen, der landesweite Durchschnitt liegt dagegen bei 19,3 Tagen.

Modellprojekte Regionales Budget in 5 Versorgungsregionen

| Region | Zuständige Klinik | Einwohner der Region (2015) | Beginn des Modellprojektes | Ende der aktuellen Laufzeit |
|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Kreis Steinburg | Klinikum Itzehoe | 130.000 | 2003 | 31.12.2020 |
| Kreis Rendsburg-Eckernförde | Imland-Kliniken Rendsburg | 268.000 | 2006 | 31.12.2020 |
| Kreis Dithmarschen | Westküstenklinikum Heide | 132.000 | 2008 | 31.12.2020 |
| Kreis Herzogtum Lauenburg | Johanniter-Krankenhaus Geesthacht | 187.000 | 2008 | 31.12.2020 |
| Kreis Nordfriesland | Fachkliniken Nordfriesland | 164.000 | 2009 | 31.12.2020 |

Abb. 1 zu 6.4.2 (MSGWG, eigene Darstellung)

Psychiatrische und psychosomatische Standorte in SH und Modellversuch nach § 64b SGB V

Psychiatrische und Psychosomatische Standorte in S-H und Modellversuch nach § 64b SGB V

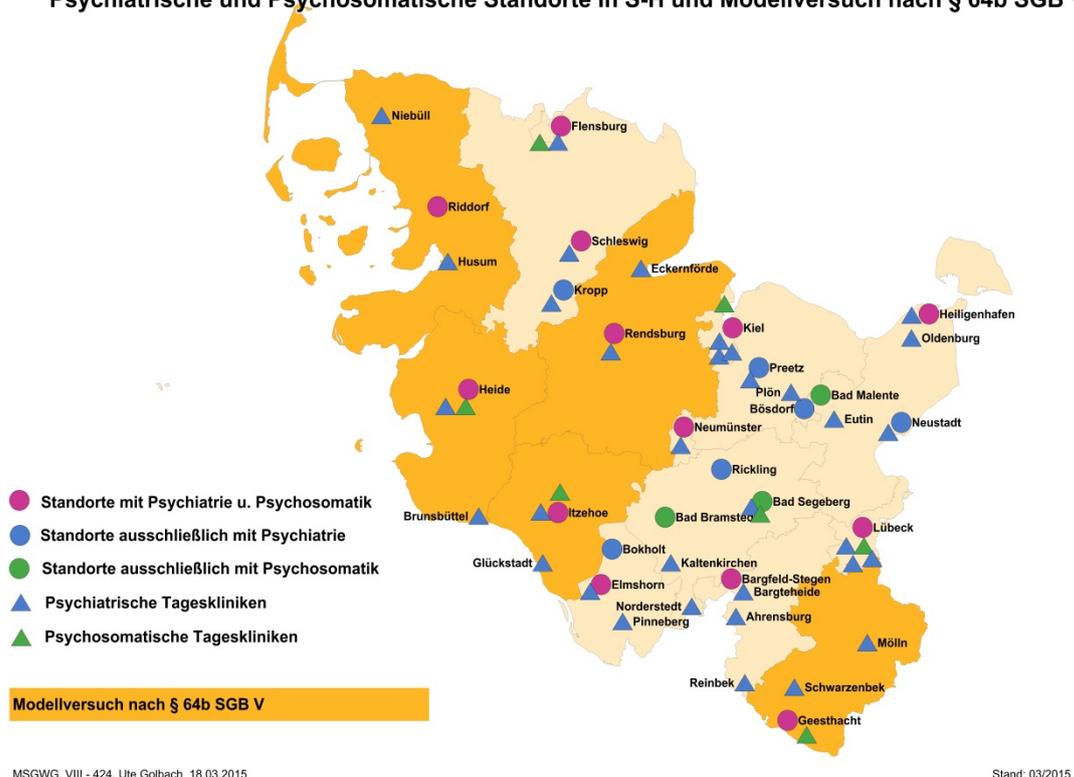


Abb. 2 zu 6.4.2 (MSGWG 2015, eigene Darstellung)

Darüber hinaus wurden verschiedene neue Behandlungsformen (unter anderem Home-Treatment) umgesetzt, die geeignet sind, stationäre Behandlung zu verkürzen oder zu vermeiden.

Dies wird zum Beispiel belegt in einer Evaluation für das Regionale Psychiatrie-Budget im Landkreis Dithmarschen, die im Rahmen einer Dissertation⁷², erfolgte. Die Evaluation zeigt, dass aus dem Modellprojekt Steuerungsansätze für die psychiatrische Versorgung resultieren, die relevante Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger, zu denen auch der Träger der Eingliederungshilfe gemäß § 12 SGB XII gehört, haben können. Auch in dieser Modellregion kam es bereits nach kurzer Zeit zu einer deutlichen Reduktion der stationären Behandlungskapazitäten. Die Dauer der stationären Behandlungszeiten nahm durchweg um mehr als ein Drittel ab. Parallel dazu gewann die ambulante Versorgung deutlich an Bedeutung.

Dieses Ergebnis entstand ohne Beeinträchtigung der Behandlungsqualität. Vielmehr konnten die soziale Integration und der Allgemeinzustand der Patienten nach der Entlassung verbessert werden. Zugleich gab es beim Personal eine höhere Arbeitszufriedenheit und weit weniger Notwendigkeit für Überstunden, vor allem beim Pflegepersonal.

Die beteiligten Kostenträger profitierten von der Planungssicherheit bezüglich der Kosten. Die Leistungserbringer konnten ihre Behandlungsmöglichkeiten deutlich flexibilisieren.

Bislang umfasst das Modellprojekt Regionales Psychiatrie-Budget lediglich den klinischen Versorgungsbereich. Zukünftig sollte eine Ausweitung des Finanzierungssystems auf die niedergelassenen Akteurinnen und Akteure der psychiatrischen Versorgung im Landkreis diskutiert werden. Der Referentenentwurf (Stand: 19. Mai 2016) für ein Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) auf Bundesebene nimmt mit der Idee des individuellen Budgets des versorgenden Krankenhauses Aspekte für eine moderne sektorenübergreifende Versorgung auf, die auch außerhalb der Regionalbudgets umgesetzt werden kann.

Insgesamt existieren mittlerweile 20 Modellprojekte vergleichbarer Art in insgesamt neun Bundesländern (Stand: Januar 2016). In Schleswig-Holstein umfassen die fünf Modellprojekte Regionen mit insgesamt 881.000 Einwohnerinnen und Einwohnern.

6.4.3 *Psychosomatische Versorgung*

Die Psychosomatik wird im Krankenhausplan Schleswig Holstein als eigenes Fachgebiet ausgewiesen. Die psychosomatische Versorgung wird in einer Kombination von dezentralen und zentralen Angeboten vorgehalten. Der aktuelle Krankenhausplan (2016) Schleswig-Holstein weist an 14 Standorten insgesamt 448 Planbetten für 4.109 psychosomatische Patientinnen und Patienten aus. Die mittlere Verweildauer beträgt 37,6 Tage. Zwei Fachkliniken und ein Allgemeinkrankenhaus bieten nur eine psychosomatische Versorgung und keine psychiatrische Versorgung an. Dies sind die Schön Klinik Bad Bramstedt, die Segeberger Kliniken und die Curtius-Klinik in Bad Malente.

Modellprojekt: Regionale Psychosomatische Versorgung in Schleswig-Holstein

Die Unterschiede in der Struktur der Krankenhausversorgung und der Krankenhausplanung für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie einerseits und der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie andererseits haben bei ähnlichen Krankheitsbildern zu einer teilweise sehr unterschiedlichen Versorgungssituation geführt. Im Rahmen der Erörterungen in der Krankenhausplanungsrunde wurde ein Mangel in der wohnortnahen psychosomatischen Versorgung in den Regionen festgestellt.⁷³

Die Landesregierung Schleswig-Holstein hat mit Erlass zum Krankenhausplan Schleswig-Holstein 2010 nach Beschluss der Beteiligtenrunde am 30. Juli 2013 einen Entwurf für ein

⁷² Evaluation des Regionalen Psychiatrie-Budgets im Landkreis Dithmarschen, Schleswig-Holstein; 2016, unveröffentlichte Dissertation aus dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie, Medizinische Fakultät Charité

⁷³ LTSH-Drucksache 18/1218

Konzept für die psychosomatische Versorgung in SH vorgelegt.⁷⁴ Zur Verbesserung einer flächendeckenden Versorgung und als Ergänzung zu den vorhandenen spezialisierten stationären Versorgungsangeboten werden tagesklinische (teilstationäre) Versorgungsangebote vorrangig an Kliniken angesiedelt,

- die möglichst die beiden Behandlungsbereiche Psychiatrie und Psychosomatik vorhalten und zugleich für die somatische Versorgung der Bevölkerung verantwortlich sind und
- die eine Kooperation mit einer somatischen Klinik sicherstellen, um die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit stark ausgeprägten somatischen Komponenten zu verbessern (zum Beispiel Psychokardiologie, Psychoonkologie und Psychoallergologie).

Auf der Basis dieses Konzeptes sind inzwischen fünf Tageskliniken für Psychosomatik entstanden:

- am Klinikum Itzehoe, Steinburg, seit Juni 2014,
- an den Segeberger Kliniken, Segeberg, seit Oktober 2014
- am Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP), Campus Lübeck, seit Oktober 2014
- an der Diakonissenanstalt Flensburg, Flensburg, seit Februar 2015
- am Westküstenklinikum Heide, Dithmarschen, seit Juli 2015.

Insgesamt wurden im Rahmen des Modellprojektes 75 neue Plätze geschaffen. Zusätzlich wurden 20 Plätze der psychiatrischen Tagesklinik der ZIP gGmbH am Standort Kiel in eine psychosomatische Tagesklinik mit in 20 Plätzen umgewandelt. Die einzige bis dahin bestehende psychosomatische Tagesklinik in Geesthacht mit 12 Plätzen (Regionalbudget Herzogtum-Lauenburg) wurde in das Modellprojekt einbezogen. Es stehen somit 107 Plätze an sieben Standorten für eine psychosomatische tagesklinische Behandlung zur Verfügung.

Das Modellprojekt soll ab 2017 evaluiert werden.

Im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes verankerte der Bundesgesetzgeber zwar grundsätzlich die Möglichkeit ab 2013 auch in der Psychosomatik Institutsambulanzen einzurichten (siehe auch Punkt 5.1.4), leider wurde jedoch versäumt, die tatsächlichen Versorgungsbedingungen zu berücksichtigen, sodass diese Regelung bis heute in keinem Bundesland umgesetzt werden konnte.

⁷⁴ LTSH-Drucksache 18/1218

6.5 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein gibt es fünf Kliniken mit einer stationären Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 244 Planbetten für insgesamt 2.190 Patientinnen und Patienten jährlich. In 2015 betrug die durchschnittliche landesweite Verweildauer 31,9 Tage und die Auslastung der Betten lag mit 92% sehr hoch.

In den vergangenen Jahren hat das Land mit der Ausweisung und dem Bau von Tageskliniken zusätzliche dezentralere Versorgungsangebote geschaffen. Mittlerweile gibt es an 12 Standorten psychiatrische Tageskliniken für Kinder und Jugendliche mit insgesamt rund 164 Plätzen. Die Tageskliniken haben den spezifischen Auftrag, die Einbeziehung der Familie und des Umfeldes umfassender als im vollstationären Bereich zu ermöglichen. In der Regel werden Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr in den Kliniken mit einer Kinder- und Jugendpsychiatrie versorgt. Dort haben sie Anspruch auf eine Schulversorgung. Die häufigste Größe einer Tagesklinik bietet 10 bis 12 Plätze, bevorzugt mit zwei Halbstationen oder getrennten Behandlungsgruppen. Darüber hinaus verfügen sowohl die Kliniken als auch die Tageskliniken in der Regel jeweils über eine psychiatrische Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche.

Die Standorte der Kinder- und Jugendpsychiatrien sind der Abbildung 1 zu 6.5 zu entnehmen.

Standorte der Kinder- und Jugendpsychiatrien in SH

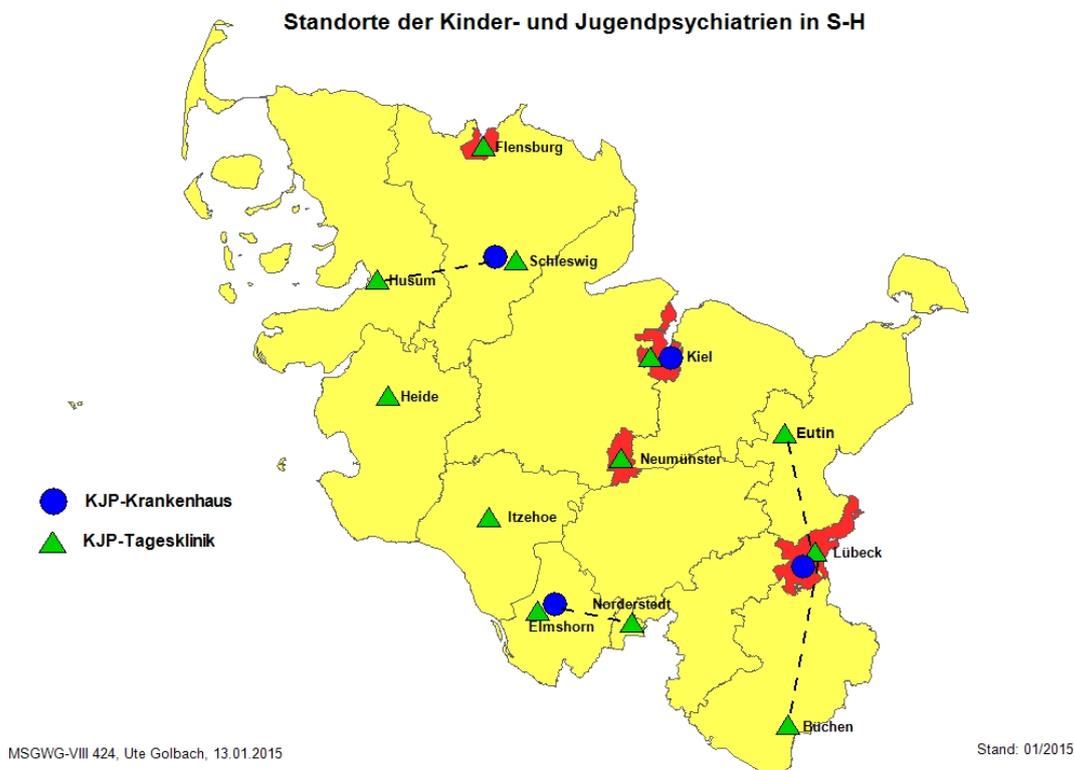


Abb. 1 zu 6.5 (MSGWG 2015, eigene Darstellung)

Zwischen 2006 und 2014 ist die Zahl der Diagnosen im Bereich der psychischen Erkrankungen stark angestiegen. In der Gruppe der Kinder und Jugendlichen stieg die Zahl der sogenannten F-Diagnosen zwischen 2006 und 2014 von 3.023 auf 4.387 Fälle, in der Altersgrup-

pe der jungen Erwachsenen von 4.812 auf 5.972. Dabei gibt es regional erhebliche Unterschiede. Eine Übersicht gibt die folgende Tabelle.

Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen nach der Krankenhausdiagnosestatistik

| Kreis | 2006 | | 2010 | | 2014 | | Veränderung 2006-2014 in % | | |
|---------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------------------------|-------------|-------------|
| | Altersgruppe | 0-17 | 18-25 | 0-17 | 18-25 | 0-17 | 18-25 | 0-17 | 18-25 |
| Flensburg | | 119 | 241 | 119 | 292 | 169 | 357 | 42,0 | 48,1 |
| Kiel | | 308 | 640 | 348 | 701 | 363 | 671 | 17,9 | 4,8 |
| Lübeck | | 219 | 453 | 272 | 547 | 310 | 555 | 41,6 | 22,5 |
| Neumünster | | 122 | 217 | 112 | 206 | 157 | 269 | 28,7 | 24,0 |
| Dithmarschen | | 139 | 226 | 184 | 243 | 219 | 285 | 57,6 | 26,1 |
| Hzgt. Lauenburg | | 183 | 222 | 186 | 294 | 257 | 237 | 40,4 | 6,8 |
| Nordfriesland | | 213 | 393 | 183 | 381 | 187 | 328 | -12,2 | -16,5 |
| Ostholstein | | 189 | 351 | 207 | 363 | 260 | 440 | 37,6 | 25,4 |
| Pinneberg | | 233 | 365 | 405 | 396 | 498 | 506 | 113,7 | 38,6 |
| Plön | | 133 | 94 | 168 | 158 | 194 | 193 | 45,9 | 105,3 |
| Rendsburg-Eckernförde | | 342 | 320 | 383 | 523 | 456 | 465 | 33,3 | 45,3 |
| Schleswig-Flensburg | | 278 | 392 | 329 | 449 | 414 | 552 | 48,9 | 40,8 |
| Segeberg | | 215 | 405 | 312 | 432 | 415 | 506 | 93,0 | 24,9 |
| Steinburg | | 214 | 249 | 238 | 239 | 236 | 275 | 10,3 | 10,4 |
| Stormarn | | 116 | 244 | 216 | 320 | 252 | 333 | 117,2 | 36,5 |
| Schleswig-Holstein | | 3.023 | 4.812 | 3.662 | 5.544 | 4.387 | 5.972 | 45,1 | 24,1 |

Abb. 2 zu 6.5 (Statistisches Landesamt, eigene Berechnungen)

Das MSGWG geht davon aus, dass es auch in den nächsten Jahren zu keinen sinkenden Fallzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kommen wird. Daher wird auch der neue Krankenhausplan ab 2017⁷⁵ einen weiteren Ausbau sowohl der tagesklinischen als auch der stationären Kapazitäten vorsehen.

Der Schutzbedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen und den Besonderheiten in deren Behandlung im Bereich der Psychiatrie wird in Schleswig-Holstein durch spezifische diagnostische und multimodale therapeutische Strategien im Besonderen Rechnung getragen. Eine enge Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe ist unabdingbar und sollte durch Kooperationsprojekte wie beispielsweise das Kooperationsprojekt „Grenzgänger“ (seit 2014 im Kreis Steinburg und Pinneberg) gestärkt werden. Dieses Projekt ist beispielgebend für die Förderung abgestimmter Verfahren zwischen Jugendhilfe und Kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit schweren oder anhaltenden psychischen Belastungen und Auffälligkeiten. Um angemessene und zielführende Verfahren der Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen zu entwickeln, ist zudem eine engere Einbindung der sozialpsychiatrischen Dienste, aber auch der Kliniken in die lokalen Netzwerke Kinderschutz gemäß § 8 Kinderschutzgesetz Schleswig-Holstein anzustreben.⁷⁶

⁷⁵ Zum 01.01.2017 soll für das Land Schleswig-Holstein ein neuer Krankenhausplan in Kraft treten. Dieser wird bis Ende 2016 erarbeitet und anschließend im Amtsblatt veröffentlicht.

⁷⁶ Lokale Netzwerke Kinderschutz finden sich in allen Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins. Der Steuerungsauftrag liegt beim öffentlichen Träger der Jugendhilfe. Die Jugendämter sind wiederum in den AK gemeindenahe Psychiatrie und den gemeindepsychiatrischen Verbänden vertreten.

6.6 Weitere SGB V-Leistungen

Das SGB V übernimmt neben der ambulanten fachärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung auch die nachfolgend beschriebenen ambulanten Leistungen für psychisch kranke Menschen, die einen wichtigen Beitrag zur Umsetzung des Prinzips „ambulant vor stationär“ leisten können.

6.6.1 *Soziotherapie*

Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie nach § 37 a SGB V soll ihnen die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll Patientinnen und Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Probleme abzubauen. Soziotherapie unterstützt einen Prozess, der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen einen besseren Zugang zu ihrer Krankheit ermöglicht, indem Einsicht, Aufmerksamkeit, Initiative, soziale Kontaktfähigkeit und Kompetenz gefördert werden. Damit soll das Ziel, erforderliche Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen, erreicht werden. Die so auch in der Soziotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) beschriebenen Ziele machen deutlich, dass die Soziotherapie überwiegend im sozialen Umfeld der Patientinnen und Patienten stattfindet und eine koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung ist.

Nach § 37a SGB V kann Soziotherapie verordnet werden, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist.

Der gesetzlichen Verankerung von Soziotherapie in § 37a SGB V im Jahr 2000 ist ein Modellprojekt „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“ vorausgegangen. Es wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiiert und in Trägerschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt.

Die aktuell geltende Soziotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 22. Januar 2015⁷⁷ ist am 15. April 2015 in Kraft getreten und hat die bis dahin geltende Soziotherapie-Richtlinie vom 23. August 2001 abgelöst.

Soziotherapie wird von einer Fachärztin bzw. einem Facharzt oder von psychiatrischen Institutsambulanzen verordnet. Die Befugnis zur Verordnung bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV SH). Neben dem Nachweis der fachlichen Kompetenz ist dazu auch die Kooperation mit einem gemeindepsychiatrischen Verbund oder einer vergleichbaren Versorgungsstruktur erforderlich. Geeignete Personen oder Einrichtungen, die die Anforderungen der geltenden Soziotherapie-Richtlinie erfüllen, können die soziotherapeutischen Leistungen erbringen, soweit die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen mit ihnen Verträge nach § 132b SGB V abgeschlossen haben.

Zur Durchführung der Soziotherapie ist gemäß § 1 Absatz 4 Soziotherapie-Richtlinie ein von der verordnenden Ärztin bzw. dem verordnenden Arzt zusammen mit der Patientin bzw. dem Patienten und den soziotherapeutischen Leistungserbringern zu erstellender soziotherapeutischer Behandlungsplan erforderlich. Darin werden unter anderem Trainingsschritte, Maßnahmen und Motivationsmethoden beschrieben, mit denen die Ziele des ärztlichen Behandlungsplans erreicht werden sollen. Die Dauer der Soziotherapie ist abhängig von der Erkrankung und ihrem Verlauf. Soziotherapie kann für bis zu 120 Stunden innerhalb von drei Jahren bewilligt werden.

In Teilen des Landes Schleswig-Holstein kann Soziotherapie grundsätzlich verordnet werden. So verfügten dem Qualitätsbericht 2014 der KV SH zufolge am 31. Dezember 2014 insgesamt 66 Fachärzte über eine Genehmigung zur Verordnung von Soziotherapie, ebenso

⁷⁷ BAnz AT 14. April 2015 B5

viele wie bereits im Jahr 2003.⁷⁸ Tatsächlich in Anspruch genommen werden kann die Soziotherapie jedoch kaum. Nach Auskunft der Krankenkassen gebe es in Schleswig-Holstein nur zwei Einrichtungen, mit denen ein Vertrag nach § 132b SGB V geschlossen wurde.⁷⁹ Auch der Landesverband Sozialpsychiatrie Schleswig-Holstein e. V. berichtet in 2016, dass es in seinen Reihen keinen Leistungsanbieter gebe, der aktiv Soziotherapie auf Basis eigener Verträge anbiete. Ein Mitglied in einem Kreis erbringe allerdings Leistungen der Soziotherapie aufgrund von Einzelfallentscheidungen der jeweiligen Krankenkassen.⁸⁰

Die bundesweiten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Soziotherapie sprechen ebenfalls für die eher geringe Inanspruchnahme dieser Leistung. Im Jahr 2010 wurden etwa 3,44 Mio. Euro für Soziotherapie verausgabt, im Jahr 2014 waren es 3,71 Mio. Euro. Der Anteil an den Gesamtaufwendungen der GKV liegt damit bei unter 0,002 %.⁸¹ Gleichzeitig zeigt die Tatsache, dass Soziotherapie trotz dieser Bedingungen seit ihrer Einführung kontinuierlich durchgeführt wird, ihren hohen Stellenwert in der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.

Unklar bleibt jedoch, ob mittlerweile andere Versorgungsbausteine die Leistung erbringen oder die strukturellen Bedingungen zur Nicht-Inanspruchnahme führen.

6.6.2 *Ambulante psychiatrische Krankenpflege*

Versicherte erhalten nach § 37 SGB V in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. Psychiatrische Krankenpflege leistet Beziehungsaufbau, führt Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen durch und entwickelt kompensatorische Hilfen für krankheitsbedingte Beeinträchtigungen der Aktivitäten, sogenannte Fähigkeitsstörungen.⁸²

Die Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) regelt Einzelheiten über die Anspruchsberechtigung, die verordnungsfähigen Maßnahmen und die Zusammenarbeit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und Pflegediensten. Erst im Jahr 2005 hat der G-BA die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie (HKP-Richtlinie) um die psychiatrische Krankenpflege ergänzt.

Häusliche psychiatrische Krankenpflege wird demnach von Fachärztinnen und Fachärzten für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin und Ärztinnen und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie verordnet. Hausärztinnen und Hausärzte dürfen häusliche psychiatrische Krankenpflege nur verordnen, wenn die Diagnose einer psychischen Erkrankung fachärztlich gesichert ist. Die Richtlinie legt auch fest, dass nur ein Teil der psychiatrischen Diagnosen mit häuslicher psychiatrischer Krankenpflege behandelt werden darf. Zudem müssen die Patientinnen und Patienten über eine ausreichende Behandlungsfähigkeit verfügen, um die Fähigkeitsstörungen im Pflegeprozess positiv beeinflussen zu können und das verfolgte Therapieziel umzusetzen.

⁷⁸ Vgl. KVSH 2014b

⁷⁹ vdek, März 2016

⁸⁰ Landesverband Sozialpsychiatrie Schleswig-Holstein e. V., Mail-Antwort vom 19. Februar 2016 (an COM.CAT)

⁸¹ Vgl. BGM 2011; BMG 2015

⁸² vgl. Ziff. 27a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Leistungen der häuslichen Krankenpflege als Anlage zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege, Neufassung vom 17. 09.2009, zuletzt geändert am 17. 12.2015, BAnz AT 18.03.2016 B3 vom 18.03.2016.

Die verordnende Ärztin bzw. der verordnende Arzt hat darüber hinaus einen Behandlungsplan zu erstellen, der die Indikation, die Beeinträchtigung der Aktivitäten, die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte (Frequenz und Dauer) festlegt. Für die Behandlungsdauer gilt eine Beschränkung auf 4 Monate.

In Schleswig-Holstein gibt es nach Mitteilung des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Schleswig-Holstein e. V. nur einen Anbieter mit einem Rahmenvertrag für häusliche psychiatrische Krankenpflege. Alle anderen Pflegedienste müssen nach Beantragung der Zulassung beim jeweiligen Kostenträger mit diesem über die Leistungsvergütungen und die Qualitätsanforderungen der Krankenkassen verhandeln.

Nach Auskunft der Krankenkassen kann eine Aussage zur Inanspruchnahme der Leistung nicht getroffen werden, da die bei der Genehmigung bzw. bei der Abrechnung der Leistungen benötigten Diagnosen bisher nicht vollständig mitgeliefert und erfasst wurden. Valide Aussagen sind daher nicht möglich.

Empfehlungen zur Weiterentwicklung

Um den Ansatz "ambulant vor stationär" verfolgen zu können und die bereits im Krankenhausplan Schleswig-Holstein 2010 getroffene Planungsaussage einlösen zu können, dass ambulante Hilfen ganz im Vordergrund stehen sollen, ist es erforderlich, die bereits vorhandenen gesetzlichen Instrumentarien zur Umsetzung zu nutzen und das Gespräch mit Leistungsträgern und Leistungserbringern zu suchen.

Damit könnte auch die vom Schleswig-Holsteinischen Landkreistag an das Gemeinsame Landesgremium zur Entwicklung medizinischer Versorgungsstrukturen in Schleswig-Holstein vorgetragene Resolution aufgegriffen werden.

Um zu einer verlässlichen Datenbasis zu kommen sollte die Datenerfassung bei den Krankenkassen stärker differenziert werden.

6.6.3 Ergotherapie

Nach der Definition des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e. V. unterstützt und begleitet Ergotherapie Menschen jeden Alters, die bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit eingeschränkt oder von Einschränkungen bedroht sind. Ergotherapeutische Maßnahmen zielen darauf ab, die Handlungsfähigkeit im Alltag, die gesellschaftliche Teilhabe und in der Folge eine Verbesserung der Lebensqualität (wieder-) herzustellen.⁸³ In der ambulanten und stationären Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen kommt der Ergotherapie als sozialtherapeutisches Behandlungsverfahren damit eine hohe Bedeutung zu.

Nach den Regelungen des SGB V gehört die Ergotherapie zu den Heilmitteln. Nach § 32 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Heilmitteln.

Die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) regelt unter anderem die Voraussetzungen der Verordnung, den Ort der Leistungserbringung, die Zusammenarbeit zwischen den Verordnenden und den Heilmittelerbringern und -erbringern sowie die Maßnahmen der Ergotherapie.

Nach dem Heilmittelkatalog der Krankenkassen, der Teil der Richtlinie ist, dient die ergotherapeutische Behandlung der gezielten Therapie von Störungen der psychosozialen und sozioemotionalen Funktionen (z. B. Antrieb, Willen, Realitätsbewusstsein, Selbsteinschätzung) und den daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen (z. B. Selbstversorgung, Alltagsbewältigung, zwischenmenschliche Interaktion/Kommunikation). Zu den Zielen, die in Einzel- und Gruppenbehandlung erreicht werden sollen, gehören beispielsweise die Verbesserungen des situationsgerechten Verhaltens, der Interaktionsfähigkeit, der eigenaktiven Tagesstrukturi-

⁸³ DVE 2007

rierung, der Selbständigkeit in der Selbstversorgung, der Belastungsfähigkeit und der Ausdauer. Zur Verordnung von Ergotherapie ist jede Vertragsärztin bzw. jeder Vertragsarzt berechtigt, wenn sie bzw. er die Maßnahmen überwachen, leiten und beenden kann. Die Verordnungsinhalte beschränken sich auf die Diagnose, die Leitsymptomatik, die genaue Bezeichnung des Heilmittels und die Anzahl und Frequenz der Leistung.

Die Erbringer von Ergotherapie, spezifisch ausgebildete Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, führen auf Grundlage der ärztlichen Verordnung eine Befunderhebung durch und erstellen einen individuellen Behandlungsplan.

Für Heilmittelerbringer, und damit auch für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, besteht keine Bedarfsplanung. Somit ist jede Anbieterin bzw. jeder Anbieter, die bzw. der über die zulassungsrelevanten räumlichen und personellen Voraussetzungen verfügt, berechtigt, Leistungen im Heilmittelbereich zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen.

Bei der Genehmigung bzw. bei der Abrechnung der Leistungen wurden nach Auskunft der Krankenkassen die Diagnosen bisher nicht komplett mitgeliefert und erfasst, sodass sich aus den vorhandenen Daten keine validen Aussagen zu Leistungserbringern und Inanspruchnahme der Leistungen im Bereich psychiatrischer Diagnosen machen lassen.

6.6.4 *Mobile Rehabilitation nach § 40 SGB V*

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (5.1.4) sind mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen wieder ausdrücklich in den § 40 Abs. 1 SGB V aufgenommen worden (BGBl. I S. 1211ff.). Vom GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene wurden unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Mobile Rehabilitation e. V. „Eckpunkte für die mobile indikationsspezifische Rehabilitation“ vom 05. April 2016 veröffentlicht. Sie sollen als Umsetzungshinweise zur Weiterentwicklung der mobilen Rehabilitation dienen und die Inanspruchnahme dieser besonderen Form der ambulanten Rehabilitation in geeigneten Fällen fördern.

Die BAG Mobile Rehabilitation e.V. betrachtet die mobile Rehabilitation als ein zukunftsorientiertes Konzept der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation, bei der ambulante aufsuchende Rehabilitationsleistungen durch ein interdisziplinäres Team unter ärztlicher Leitung auf der Basis einer vorherigen Rehabilitationsplanung in der Häuslichkeit des Menschen mit einem Rehabilitationsbedarfs erbracht. Dabei werden die wichtigen Kontextfaktoren, wie häusliche Umgebung, soziales Umfeld und Familie in die Rehabilitation unmittelbar einbezogen. Ressourcen können so erschlossen, Barrieren abgebaut und soziale Teilhabe erweitert werden. In der vertrauten Umgebung entfallen für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die schwierigen Gewöhnungs- und Transferprozesse, die beim Übergang von einer stationären Rehabilitation in die eigene Häuslichkeit auftreten. Für den Erfolg der Rehabilitation ist die enge Zusammenarbeit mit Kliniken, Pflegediensten, Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen und anderen Leistungserbringern mit ausschlaggebend. Insofern leistet die Mobile Rehabilitation immer auch einen wichtigen Beitrag zur Vernetzung der Versorgungsstrukturen in einer Region.

Nach dem Eckpunkte-Papier des GKV-Spitzenverbandes ist Anlass für eine mobile Rehabilitation eine Gesundheitsstörung mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe. Erhebliche Schädigungen mentaler Funktionen wie beispielsweise der Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, der Planung und Durchführung von Handlungen aber auch verhaltensbezogener Art wie zum Beispiel Angst, Wahn- oder Zwangssymptomatik, psychomotorische Unruhe weisen darauf hin, dass auch Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung zur Zielgruppe mobiler Rehabilitation gehören.

Die Antragstellung, Verordnung und Leistungsbewilligung bei der mobilen Rehabilitation entsprechen den allgemeinen Grundsätzen zum Rehabilitationsverfahren der Krankenkassen.

Rehabilitationseinrichtungen sind zur Erbringung der mobilen Leistungen zugelassen, wenn sie einen Versorgungsvertrag nach § 111c SGB V abgeschlossen haben. Dieser setzt ein strukturiertes Rehabilitationskonzept, ein multiprofessionelles Therapeutenteam, eine geeignete Ausstattung für die mobile Leistungserbringung, die Teilnahme an dem Qualitätssicherungsverfahren der gesetzlichen Krankenkassen und die Teilnahme an einer Basisdokumentation voraus.

Wie bei der ambulant psychiatrischen Krankenpflege und der Ergotherapie können auch für die mobile Rehabilitation nach § 40 SGB V keine validen Aussagen zu Leistungserbringern und Inanspruchnahme der Leistungen im Bereich psychiatrischer Diagnosen getroffen werden, da bei der Genehmigung bzw. bei der Abrechnung der Leistungen nach Auskunft der Krankenkassen die Diagnosen bisher nicht vollständig mitgeliefert und erfasst wurden.

6.7 Suchthilfe in Schleswig-Holstein

Die Sucht- und Drogenpolitik in Schleswig-Holstein beruht auf den vier Säulen, nämlich

- der Prävention,
- der Beratung und Therapie,
- der Überlebenshilfen und Schadensreduzierung sowie
- der Repression und Angebotsreduzierung, also einer Einschränkung der Verfügbarkeit von Suchtmitteln.

Die Landesregierung legt ein besonderes Augenmerk auf die Prävention. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen soll über fundierte und aufklärende Informationen ein adäquates Risikoproublembewusstsein aufgebaut werden. Dafür bedarf es der Unterstützung bei der Entwicklung der Lebenskompetenzen, die als Schutzfaktoren fungieren und eine selbstverantwortliche und begründete Entscheidung im Umgang mit potentiellen Suchtstoffen ermöglichen.

Die dezentrale ambulante Suchtkrankenhilfe spielt eine wichtige Rolle in der Sucht- und Drogenpolitik des Landes SH. Im Rahmen freiwilliger Leistungen unterstützt das Land die Kommunen, die nach dem Gesundheitsdienstgesetz (GDG) für die Gestaltung und Finanzierung der ambulanten Suchtkrankenhilfe und der offenen Hilfen im sozialpsychiatrischen Bereich originär zuständig sind, bereits seit Jahrzehnten mit einem Finanzierungsanteil von 10 bis 15 % an der Gesamtförderung.

Die Landesmittel in Höhe von rund 2,38 Mio. Euro fließen ungekürzt direkt an die Kommunen zur eigenverantwortlichen Verteilung an die ambulanten Einrichtungen. Die Verteilung der Mittel erfolgt nach einem neuen, gerechteren und bedarfsorientierten Verteilungsschlüssel, dem sogenannten Indikatorenmodell, welches unter wissenschaftlichen Aspekten entwickelt wurde (siehe auch 6.2).

Neben der Landesförderung an die Kommunen fördert das Land landesweite Projekte und Maßnahmen der ambulanten Suchthilfe mit mehr als 1 Mio. Euro über die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (LVGF). Zu diesen Projekten und Maßnahmen gehören beispielsweise Präventionsprojekte, die Suchtselbsthilfe, Suchthilfeprojekte im Rahmen von spezifisch befristeten Projekten, Forschungsprojekte im Bereich Glücksspiel sowie die Begleitung der Dokumentation.

Ferner wird die Landesstelle für Suchtfragen (LSSH) in ihrer überregionalen und vernetzenden Funktion inklusive der fachlichen Unterstützung des Gesundheitsministeriums über die LVGF gefördert. Zusätzlich erhalten die LSSH und das Institut für Forschung und Therapie Nord (IFT Nord) eine Landeszuwendung für Präventionskampagnen sowie für verschiedene eigene Projekte.

Suchthilfeprojekte im Rahmen von spezifisch befristeten Projekten werden über gesonderte Ausschreibungsverfahren vergeben.

Die vom Land gewährte Förderung erfolgt grundsätzlich im Rahmen einer Projektförderung, unabhängig davon, ob sie direkt an die Kommunen oder für landesweite Maßnahmen ergeht. Bei der finanziellen Förderung der landesweiten Projekte handelt es sich überwiegend um einzelne abgegrenzte Vorhaben, die sowohl zeitlich als auch sachlich limitiert sind.

Weitere Aspekte finden sich auch in der fachlichen Arbeit des Gesundheitsministeriums und der Umsetzung im Bereich der Suchthilfe wieder, beispielsweise

- die Förderung des Ehrenamtes,
- die Entwicklung von Strukturen im Bereich „Sucht und Arbeit“ und
- die Entwicklung und/ oder Umsetzung konkreter Konzepte im Bereich „Sucht und Migration“ bzw. „Geschlechtsspezifisches Beratungswesen“ sowie
- die Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen im Bereich des Nichtraucherschutzes und die Umsetzung gesetzlicher Schutzbestimmungen des Spielerschutzes.

Ein wesentlicher Schwerpunkt der Landesregierung liegt – wie bereits erwähnt – auf dem Bereich der Förderung von Prävention.

Zahlreiche Präventionsmaßnahmen werden im Bereich der Sucht mit Landesmitteln unterstützt. Zum Teil sind es verhaltenspräventive Projekte, die bereits seit vielen Jahren bzw. Jahrzehnten erfolgreich durchgeführt werden wie beispielsweise das Projekt „Klasse 2000“. Hier steht die Stärkung der Persönlichkeit und der Konfliktfähigkeit im Vordergrund. Auch der Wettbewerb „Be smart - don't start“ konnte flächendeckend implementiert werden. Durch diesen schulischen Wettbewerb soll sich der Einstieg von Kindern und Jugendlichen in das Rauchen verzögern oder bestenfalls ganz verhindert werden. Schulklassen verpflichten sich dabei, freiwillig für einen Zeitraum von 6 Monaten nicht zu rauchen.

Um zu einer Schärfung des Problembewusstseins und zu einem Imagewandel der legalen Suchtmittel beizutragen, sind zudem die auf Dauer und Nachhaltigkeit angelegten Landespräventionskampagnen Aktionsplan Alkohol Schleswig-Holstein sowie NICHTRAUCHEN. TIEF DURCHATMEN unverzichtbar. Im Rahmen dieser Kampagnen werden jährlich wechselnde Schwerpunktbereiche zur Alkohol- und Tabakprävention abgedeckt, aktuell beispielsweise durch das bundesweit einmalige Projekt „ICH (B)RAUCH DAS NICHT! - Der Wettbewerb für einen rauchfreien Start ins Berufsleben“, das sich an Auszubildende richtet.

Darüber hinaus reagiert die Landesregierung immer auch aktuell auf spezielle Bedarfe, zum Beispiel mit der Präventionsinitiative „Fair und gesund im Sport!“, in dem es um freiwillige Absichtserklärungen zum Verzicht auf Alkohol, Rauchen, Glücksspiel, Manipulation sowie Medikamentenmissbrauch im Sport geht, dem Präventionsprojekt „Partyprojekt-ODYSSEE“ mit dem Schwerpunkt im Bereich der illegalen Drogen oder dem Mediensuchtprojekt im Bereich Prävention und Beratung zum Thema Mediensüchte.

Das Projekt „Schulspiegel“ der LSSH lieferte Zahlen zum Konsum verschiedener Suchtstoffe und Verhaltenssüchte von Schülerinnen und Schülern speziell für Schleswig-Holstein, die dazu dienen, erforderliche Präventionsmaßnahmen zu erkennen, Konzepte zu entwickeln und diese umzusetzen. So wurden beispielsweise neue Präventionsprojekte zu den neuen illegalen Suchtstoffen wie Crystal Meth und zum Thema Konsum von E-Zigaretten und E-Shishas auf den Weg gebracht.

Eine Übersicht der stationären und ambulanten Suchthilfeeinrichtungen inklusive Rehabilitation sind in einem „Suchthilfeführer“ der LSSH⁸⁴ zusammengefasst und unter <http://www.lssh.de/index.php/suchthilfefuehrer> online abrufbar.

⁸⁴ LSSH 2015

6.8 Versorgung älterer Menschen

6.8.1 Gerontopsychiatrische Versorgung

Die Gerontopsychiatrie, ein Teilgebiet der Psychiatrie, beschäftigt sich mit älteren Menschen und ihren psychischen Erkrankungen. Dabei sind jedoch weder das Altern noch die ihm zugrunde liegenden Prozesse eindeutig definiert. Das bedeutet, dass die Altersgrenze, ab der Menschen der Gerontopsychiatrie zugeordnet werden, nicht genau festgelegt ist. Meist wird sie beim 65. Lebensjahr gezogen, manchmal aber auch schon beim 60. oder 55. Lebensjahr. Die Trennung von Altern und Krankheit sowie die Grenze, ab welchem Alter die Gerontopsychiatrie für Menschen mit einer psychischen Störung zuständig wird, sind grundlegende Fragen der Altersmedizin. Neben der Diagnostik und Therapie umfasst die Gerontopsychiatrie auch die Prävention aller psychischen Störungen im Alter, ungeachtet dessen, ob diese bereits seit langem bestehen oder erst durch den Altersprozess ausgelöst werden.⁸⁵ Die relevantesten gerontopsychiatrischen Störungsbilder werden im Folgenden dargestellt:

Die Demenz wird im Allgemeinen als Verlust erworbener Fähigkeiten durch organische Hirnkrankheiten definiert. Die Beeinträchtigungen umfassen das Wissen und Denken, die Urteilsfähigkeit und das Anpassen an neue Situationen. Somit stehen die kognitiven Funktionen im Mittelpunkt des Befundes. Neben der Alzheimer-Krankheit mit einem Anteil von ca. 60 % aller Demenzerkrankungen gibt es noch einige weitere Demenzen. Die häufigsten sind vaskuläre (gefäßbedingte) Demenzen, die Lewy-Körperchen-Demenz und die Frontotemporalen Demenzen. Sehr selten ist die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit.

Die Zahl der in Schleswig-Holstein lebenden Menschen mit Demenz wird nach den allgemein gebräuchlichen Prävalenzberechnungen auf rund 53.500 geschätzt. Dies entspricht circa 2 % der Bevölkerung in SH oder etwa 8,5 % der Bevölkerung in SH im Alter von 65 Jahren und älter. Zahlen zu Demenzerkrankungen basieren grundsätzlich auf Schätzungen, da diese statistisch nicht erfasst werden. Um das Vorkommen von Demenzerkrankungen schätzen zu können, werden Prävalenzraten, differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht, herangezogen (mittlere Prävalenzraten nach EuroCoDe auf der Grundlage europäischer Feldstudien und Meta-Analysen). Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen steigt mit zunehmendem Alter. Mit einer insgesamt höheren Lebenserwartung und der damit einhergehenden zunehmenden Zahl älterer Menschen in der Bevölkerung steigt auch die Zahl der an Demenz erkrankten Menschen stetig an. Während im Alter von 65 Jahren etwa 1,6 % der Männer und Frauen an einer Demenz leiden, sind es bei den über 90-Jährigen knapp 40,1 %. Diese Prognosen für die Zukunft beruhen allerdings ausschließlich auf der demographischen Entwicklung und berücksichtigen mögliche neue Entwicklungen im Bereich der Prävention und Therapie nicht.⁸⁶

Die Alzheimer Erkrankung sowie die anderen Formen der Demenz sind bisher nicht heilbar, dennoch wird eine möglichst frühzeitige Diagnostik empfohlen. Zum einen lassen sich so mögliche andere Erkrankungen ausschließen und zudem lässt sich der Krankheitsverlauf mittels einer adäquaten medikamentösen Therapie hinauszögern. Eine frühzeitige Planung weiterer Schritte der individuellen Unterstützung und Versorgung ist möglich. Das Wissen um die Diagnose kann nach dem ersten Schock für die Betroffenen und ihre Angehörigen häufig entlastend wirken.

Mit Delir werden nach der ICD-10 alle akuten psychischen Störungen beschrieben, die eine organische Ursache haben oder durch exogene Substanzen wie Medikamente oder Alkohol bedingt sind und mit einer kognitiven Störung und einer Bewusstseinsstrübung einhergehen. Delirien treten in allen Altersgruppen auf, jedoch gehäuft bei Patientinnen und Patienten über 65 Jahren. Sie können insbesondere nach Operationen oder im Rahmen internistischer Be-

⁸⁵ Vgl. Marksteiner et.al. 2012, S. 353

⁸⁶ Vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2016, S. 1ff.

handlungen auftreten. Die Prävalenz, also die Häufigkeit von Delirien, ist stark von der verwendeten Definition und von den jeweils untersuchten Patientinnen und Patienten abhängig und kann sehr stark schwanken. Angaben zur Prävalenz des Delirs liegen aus einer deutschen Krankenhausprävalenzstudie vor, nach der zwischen 5 % und 13,3 % der nicht intensivpflichtigen Patientinnen und Patienten ab 70 Jahren in den ersten Tagen nach Aufnahme an einem Delir leiden. Bei schwerkranken Menschen liegt die Prävalenz deutlich höher. Allerdings werden Delirien nicht immer als solche erkannt, da sich die Abgrenzung der Symptome zu denen der Demenz als schwierig gestalten.⁸⁷

Die Depression ist eine psychische Störung, die durch die Hauptsymptome gedrückte Stimmung, gehemmter Antrieb, Interessen- und Freudlosigkeit sowie ein gestörtes Selbstwertgefühl gekennzeichnet ist. Bei depressiven Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren spricht man von einer Altersdepression bzw. einer Depression im Alter. Anders als bei jüngeren Menschen werden die Hauptsymptome einer Depression im Alter anfänglich oft von körperlichen Beschwerden, teilweise auch psychosomatischer Natur, überlagert. Bei älteren Betroffenen überwiegen oft unspezifische Symptome wie Kopf- und Rückenschmerzen, Schwindelanfälle oder Magen-Darm-Beschwerden. Die eigentlich typische Stimmungsveränderung erfolgt meist schleichend im Hintergrund. Erhebungen des Robert Koch-Instituts zufolge liegt die 12-Monats-Prävalenz von Depressionen oder depressiven Verstimmungen in der gesamten Bevölkerung bei etwa 8 % (siehe auch 4.3). In der Altersgruppe der 60 bis 69-Jährigen waren in den letzten 12 Monaten 7,2 % von einer Depression oder einer depressiven Verstimmung betroffen. In der Altersgruppe der 70 bis 79-Jährigen liegt die 12-Monats-Prävalenz von Depressionen oder depressiven Verstimmungen mit 6,1 % noch deutlicher unter dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung.⁸⁸

Allerdings treten im Alter öfter untypische Depressionen auf, bei denen körperliche Symptome im Vordergrund stehen und die mit den vom RKI eingesetzten Erhebungsinstrumenten nicht erfasst werden können. Zudem werden untypische Depressionen seltener ärztlich diagnostiziert.⁸⁹ Der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) zufolge sei davon auszugehen, dass etwa 20% der Menschen über 65 Jahren an einer Altersdepression litten. Bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Senioren- oder Pflegeheimen betrage der Anteil sogar 30 bis 40 %.⁹⁰ Damit ist die Altersdepression neben der Demenz die häufigste psychische Erkrankung im Alter. Depression erhöht zudem auch im Alter das Suizidrisiko. Studien zufolge wiesen zwei Drittel aller älteren Personen, die wegen eines Suizidversuches in ein Krankenhaus eingewiesen wurden, eine behandlungsbedürftige Depression auf.⁹¹

Eine **Schizophrenie** bezeichnet schwerwiegende Beeinträchtigungen wichtiger psychischer und kognitiver Fähigkeiten, die zu einer deutlichen Störung des Realitätsbezuges führen. Schizophrene Störungen treten meist erstmals im Alter von 20 bis 40 Jahren auf, die Symptomatik im Alter ist weniger ausgeprägt. Liegt das Ersterkrankungsalter höher, wird von einer Spätschizophrenie gesprochen.

Die gerontopsychiatrische Versorgung älterer Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung findet schwerpunktmäßig im ambulanten und präventiven Bereich und weniger im klinischen Bereich statt. Die Aufnahme einer Subdisziplin Gerontopsychiatrie in den Krankenhausplan ist nicht vorgesehen. Stattdessen werden die Patientinnen und Patienten im Rahmen der psychiatrischen Versorgung in den psychiatrischen Fachabteilungen entsprechend ihrer Diagnose zielgerichtet und angemessen behandelt. Eine Empfehlung des voraussichtlich Ende 2016 erscheinenden Demenzplans wird in der Kooperation zwischen ortsansässigen Psychiatrien und Geriatrien in Form von Konsildiensten bestehen, um eine

⁸⁷ Vgl. Bünemann et. al. 2013, S. 1038f.

⁸⁸ Vgl. RKI 2014b

⁸⁹ Busch et.al. 2013, S. 737

⁹⁰ DGGPP o.J.

⁹¹ Wiktorsson et.al. 2010 zit. n. Stiftung Deutsche Depressionshilfe o.J.

altersentsprechende Versorgung zu gewährleisten. In den folgenden Kliniken in SH gibt es allerdings spezifische geriatrische Stationen, nämlich:

- Malteser Krankenhaus, St. Franziskus-Hospital, Flensburg: Station Silva
- Städtisches Krankenhaus, Kiel: „die Insel“
- Friedrich Ebert Krankenhaus, Neumünster: Ü 76 Station
- Sankt Elisabeth Krankenhaus, Eutin: Demenz und Delir
- Krankenhaus Rotes Kreuz, Lübeck: Station E

Insbesondere stehen auch die Kommunen in der Verantwortung, auf die Bedürfnisse und Bedarfe der Betroffenen zu reagieren. Ziel gemäß der UN-BRK (siehe 7.1) muss es sein, den Betroffenen zu ermöglichen, als vollwertiges Mitglied in der Gesellschaft teilhaben zu können.

Um die medizinische und pflegerische Versorgung von älteren Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung insbesondere in ländliche Regionen sicherzustellen, bedarf es weiterer spezifischer Angebote sowie einer bedarfsgerechten Vernetzung. Der Zugang zu notwendigen Leistungen des Gesundheitssystems einschließlich der häuslichen Versorgung, der Rehabilitation und der Prävention ist auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels für die betroffenen Menschen zu gewährleisten.

6.8.2 Demenzplan für Schleswig-Holstein

Demenzerkrankungen sind in unserer Gesellschaft ein nach wie vor tabuisiertes Thema. Besonders die Persönlichkeitsveränderungen, die mit der Krankheit einhergehen, haben häufig zur Folge, dass sich soziale Kontakte verringern. Ausgrenzung und Isolation der Betroffenen und ihrer Angehörigen sind nicht selten. Eine gesellschaftliche Realität wird auf ein persönliches Problem reduziert, mit dem sich die Familien und Nahestehenden oft allein gelassen fühlen.

Die Lebensbedingungen von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen zu verbessern ist als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu begreifen, zu deren Erreichung jeder etwas beitragen kann. Auch auf der politischen Agenda nimmt das Thema Demenz mittlerweile eine wichtige Rolle ein. Bereits im Jahr 2011 wurden die Mitgliedstaaten der Europäischen Union durch das Europäische Parlament aufgefordert, nationale Demenzpläne zu erarbeiten, in denen Versorgungslücken und Handlungsempfehlungen aufgeführt sind. Entsprechend wurde im September 2012 im Rahmen der Demografiestrategie der Bundesregierung „Jedes Alter zählt“ die „Allianz für Menschen mit Demenz“ durch das Bundesgesundheits- und Bundesfamilienministerium unter dem Co-Vorsitz der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V./Selbsthilfe Demenz gegründet. Die daraus resultierende Agenda „Gemeinsam für Menschen mit Demenz“ wurde im September 2014 gemeinsam mit allen relevanten Gestaltungspartnern unterzeichnet, um durch ein gemeinsames Vorgehen die Lebensbedingungen für Menschen mit Demenz und deren Angehörige in Deutschland nachhaltig zu verbessern.

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der damit verbundenen steigenden Anzahl von Menschen mit einer Demenz hat der schleswig-holsteinische Landtag im Februar 2013 beschlossen, einen Demenzplan zu erstellen.⁹² Der Landtag hat dabei das Ziel formuliert, die Lebensqualität von Demenzkranken und ihren Angehörigen zu verbessern und die Gesellschaft für das Thema zu sensibilisieren. Der Demenzplan soll einen fundierten Beitrag für die zukünftige Versorgungsplanung in SH leisten und ist ein wichtiger Schritt für eine flächendeckende und sektorenübergreifende Unterstützung und Versorgung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen. Die mit der Unterstützung der beteiligten Akteurinnen

⁹² LTSH-Drucksache 18/491

und Akteure gewonnenen Erkenntnisse wurden dokumentiert und in Empfehlungen zusammengefasst. Diese sind im Demenzplan (Landtagsdrucksache 18/4587) nachzulesen.

Ziel des Demenzplans ist es, eine Lebensumwelt zu beschreiben, die Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen soziale Teilhabe und ein möglichst selbstbestimmtes Leben ermöglicht. Dabei soll auf die – teilweise unterversorgten - ländlichen Regionen in Schleswig-Holstein ein verstärktes Augenmerk gelegt werden.

Die Gestaltung einer wohnortnahen und qualitätsgesicherten Versorgung und Begleitung ist orientiert an den Prinzipien der Wertschätzung, der Teilhabe, der Normalität, der Autonomie und der Stärkung von Ressourcen. In der Begegnung mit Menschen mit Demenz sollten diese Prinzipien für alle Akteure handlungsleitend sein, um einen angemessenen und respektvollen Umgang miteinander zu praktizieren. Zu den Verantwortungen zählt auch eine breite Aufklärung, um Ängste abzubauen und Toleranz zu stärken, denn Menschen mit einer Demenz werden oftmals durch ihr Umfeld an sozialer Teilhabe gehindert.

Die Erreichung dieser Ziele erfordert eine komplexe politische, gesellschaftliche und fachliche Auseinandersetzung mit dem Thema Demenz. Deshalb setzt der vorliegende Demenzplan auf ein Zusammenspiel aller Akteure und verschiedener Handlungsansätze. Jeder ist aufgefordert, in seinem Verantwortungsbereich zu handeln und entsprechende Maßnahmen einzuleiten und umzusetzen. Laut UN-Behindertenrechtskonvention werden Menschen erst in etwas „behindert“, wenn es ein Ungleichgewicht zwischen der individuellen Funktionseinschränkung und den vorherrschenden Umweltbedingungen und Einstellungen gibt.⁹³

Für die Weichenstellung zur Umsetzung des Demenzplans wurden zusammenfassend folgende Bereiche von besonderer Relevanz erarbeitet:

- Stärkung des Verantwortungsbewusstseins in den Kreisen und kreisfreien Städten für eine sozialraumorientierte Infrastrukturplanung und die Schaffung kleiner sozialer Netzwerke, niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote und die Stärkung der Nachbarschaftshilfe
- Erhöhung der Inanspruchnahme von Beratung. Eine frühzeitige und umfassende Beratung für Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen kann Versorgungsmängel und Überforderungen reduzieren, rechtzeitig auf Entlastungs- und Betreuungsmöglichkeiten hinweisen und ggf. Barrieren der Inanspruchnahme minimieren. Insbesondere im ländlichen Raum ist hierbei das Erfordernis einer zugehenden (mobilen) Beratung zu prüfen
- Verstärkung der zielgruppenspezifischen Information und Beratung mit dem Ziel einer deutlichen Erhöhung der Inanspruchnahme von Betreuungs- und Entlastungsleistungen; Aufbau von landesweiten Beratungskompetenzen im Bereich der alltagsrelevanten technischen Anpassung im Wohnraum zum Erhalt der eigenen Häuslichkeit
- Verbesserung der ressortübergreifenden Zusammenarbeit zur Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen (z. B. Nahverkehr, Einkauf, Betreuungs- und Entlastungsangebote, pflegerische und ärztliche Versorgung)
- Weiterentwicklung der vorhandenen Unterstützungsstrukturen im ländlichen Raum hin zu umfassenden „Unterstützungszentren“
- Sicherstellung der ärztlichen Diagnostik und Therapie. Erarbeitung und Umsetzung von (mobilen) Konzepten der ärztlichen/fachärztlichen Diagnostik und Therapie für den ländlichen Raum vor dem Hintergrund des demografischen Wandels

⁹³ Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (2014). UN-Behindertenrechtskonvention. Berlin. www.behindertenrechtskonvention.de

- Erleichterung eines Zugangs zu Maßnahmen der Erhaltung der Mobilität, der Gesunderhaltung und der sozialen Teilhabe und Aufbau eines landesweiten Angebots
- Verbesserung der ambulanten rehabilitativen und ergotherapeutischen Versorgung
- Etablierung von Konzepten der Versorgung und Begleitung von Menschen mit Demenz in Krankenhäusern
- Ausbau der zielgruppenspezifischen/berufsbezogenen und berufsübergreifenden regionalen Fortbildungsangebote zu unterschiedlichen Aspekten der Demenz und des Umgangs mit Menschen mit einer Demenz

Hieraus resultiert, dass für erkannte Bedarfe in Zukunft vermehrt ortsbezogene, intelligente, vernetzte Lösungen neu entwickelt werden müssen, weil tradierte Wege einer einfachen Ausweitung von Angeboten aufgrund des demografischen Wandels nicht mehr realisierbar sein werden. Auch deshalb wurde bei der Erstellung des Demenzplans großer Wert auf einen partizipatorischen Ansatz gelegt.

6.8.3 *Pflegeleistungen (SGB XI)*

Entwicklungen der Pflegeleistungen

Die Entwicklungen der Pflegeleistungen im Bereich der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) sind dem Punkt 5.2 zu entnehmen.

Pflegestützpunkte

In Schleswig-Holstein haben die Pflegestützpunkte der Kreise und kreisfreien Städte eine zentrale Beratungsrolle. Sie sind für die Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote für alle pflegebedürftigen Menschen in den einzelnen Regionen zuständig. In den Pflegestützpunkten erhalten Menschen mit einem Hilfe- und Unterstützungsbedarf sowie deren Angehörige eine trägerunabhängige und kostenfreie Beratung zu Fragen der Pflegeversicherung sowie zu ergänzenden öffentlichen Leistungen wie beispielsweise der Sozialhilfe, den Hilfen zur Pflege und der Eingliederungshilfe. Die Pflegestützpunkte sind regional vernetzt und informieren über Leistungsansprüche und wohnortnahe Hilfs- und Unterstützungsangebote. Während die Pflegestützpunkte bei der Koordination der Hilfen unterstützen sollen, obliegt die individuelle Beratung der Versicherten nach dem Sozialgesetzbuch XI primär den Pflegekassen. Für eine bedarfsgerechte Unterstützung und Versorgung sollen die Pflegestützpunkte und die Pflegeberaterinnen oder Pflegeberater der Pflegekassen zusammenarbeiten.

Die komplexen Bedürfnisse von Menschen mit einer Demenz und ihrer Angehörigen stellt die ambulanten und stationären Versorgungssysteme oft vor Herausforderungen. Um diesen gerecht zu werden und eine bedarfsgerechte Versorgung von Menschen mit Demenz zu fördern, hat sich in den vergangenen Jahren eine Vielzahl von lokalen Demenznetzwerken in Deutschland etabliert. Neben den oben genannten Pflegestützpunkten übernehmen in SH vor allem das Kompetenzzentrum Demenz Schleswig-Holstein und die regionalen Alzheimer Gesellschaften einen großen Teil der Netzwerkarbeit.

Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote

Niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote nach § 45b SGB XI richten sich an pflegebedürftige Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, die durch ihre Krankheit oder Behinderung dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind. Zur Unterstützung steht ihnen eine Vielzahl von Angeboten zur Verfügung, in denen geschulte Ehrenamtliche unter fachlicher und psychosozialer Anleitung von Pflegefachkräften die Betreuung von Pflegebedürfti-

gen im häuslichen Bereich oder in Gruppen übernehmen. Durch das Betreuungsangebot sollen auch die Pflegepersonen entlastet werden. Den Pflegebedürftigen stehen nach derzeitiger Gesetzeslage gemäß § 45b SGB XI 104 Euro bzw. 208 Euro monatlich aus der Pflegeversicherung zur Verfügung (Stand: 2016), die bei Inanspruchnahme dieser Angebote erstattet werden. Voraussetzung für die Kostenerstattung ist, dass das niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebot anerkannt ist. Diese erfolgt durch das Landesamt für Soziale Dienste in Neumünster.

In Schleswig-Holstein ist in den letzten zehn Jahren ein stetiger Zuwachs an niedrigschwelligen Betreuungsangeboten zu verzeichnen. Während 2003 nur 20 Angebote registriert waren, sind es aktuell 210, davon 144 Angebote für Menschen mit Demenz (Stand: 31. Dezember 2015). Von diesen 210 Angeboten werden derzeit 90 Angebote jeweils zur Hälfte vom Land und den Pflegekassen finanziell gefördert. Die Förderung erfolgt nach Erfüllung der Fördervoraussetzungen nach der Landesverordnung zur Anerkennung und Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote, Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen, ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe (Betreuungsangebotsverordnung - AFöVO) vom 3. Februar 2015 durch das Landesamt für Soziale Dienste. Derzeit wird an einer Neufassung der Landesverordnung zur Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag (AFöVO) gearbeitet, die voraussichtlich im Jahr 2017 in Kraft treten wird.

6.9 Leistungen für Menschen mit seelischer Behinderung (SGB XII)

In Schleswig-Holstein bieten Dienste und Einrichtungen ein breites Unterstützungsangebot für Leistungsberechtigte mit seelischer Behinderung. Sie arbeiten auf Grundlage der rechtlichen Bestimmungen der Eingliederungshilfe und achten die Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Zum Personenkreis der Leistungsberechtigten zählen Frauen und Männer mit (drohenden) seelischen Erkrankungen wie beispielsweise Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen oder Depressionen. Aufgabe der Unterstützungsleistungen ist es, die Teilhabebeeinträchtigungen und deren Folgen zu beseitigen, zu mindern oder zu begleiten. Den betroffenen Personen soll ein eigenständiges, selbstbestimmtes Leben in der Gesellschaft ermöglicht werden. Die Arbeit folgt dem Individualisierungs- und dem Bedarfsdeckungsprinzip der Sozialgesetzgebung. Diese Prinzipien stellen sicher, dass vom Einzelfall und dessen spezifischen Bedarfen ausgegangen wird. Die Beteiligten werden in die Gestaltung der Unterstützungsleistung einbezogen. Ein wesentlicher Gesichtspunkt ist die Vermeidung von Etikettierung und Stigmatisierung des betroffenen Personenkreises aufgrund einer Diagnose. Zwar ist die Diagnose eine Voraussetzung für die Leistungserbringung, jedoch nicht der eigentliche Grund. Unabhängig von der Art der Behinderung ist es Aufgabe der Eingliederungshilfe, den individuellen Bedarf bei körperlichen, seelischen oder Sinnesbehinderungen zu decken, das Wunsch- und Wahlrecht des Einzelnen zu verwirklichen die die eigenen Ressourcen zur sozialen und gesellschaftlichen Leben zu stärken.

Die nachfolgenden Beispiele veranschaulichen die verschiedenen Intentionen in der Arbeit mit Menschen mit seelischer Behinderung in den Bereichen Teilhabe und Gemeinschaft, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung, Gesundheit, Arbeit und Wohnen.

Teilhabe und Gemeinschaft

- Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
- Einbeziehung in das Gemeindeleben
- Stärkung von persönlichen sozialen Kompetenzen

Selbstbestimmung und Selbstverantwortung

- Orientierung an den aktuellen Bedürfnissen der Lebensgestaltung

- Nutzung persönlicher Ressourcen
- Stärkung/Entwicklung von Selbstverantwortung und Autonomie
- Stärkung von Ressourcen, Motivation, Belastbarkeit, Ausdauer und Kreativität
- Erarbeitung von Lebensperspektiven und Sinnfindung
- Eigenverantwortliche Lebensführung

Gesundheit

- Gesundheitliche Stabilität
- Vermeidung oder Gestaltung von Krankenhausaufenthalten
- Förderung eines Krankheitsverständnisses
- Begleitung beim nicht schädigenden Umgang mit Suchtmitteln oder Abstinenz

Arbeit und Beschäftigung

- Erarbeitung beruflicher Perspektiven und Ziele
- Erhalt oder Herstellung einer den Fähigkeiten und Interessen entsprechenden Beschäftigung oder Tagesstruktur
- Aktives Freizeitverhalten

Wohnen und Lebensunterhalt

- Gestaltung eines Wohnumfeldes zur Förderung der Selbstständigkeit
- Organisation von Behördenangelegenheiten zur Sicherung des Lebensunterhalts

Innerhalb dieser Bereiche bestehen vielfältige konkrete Unterstützungsangebote. Dazu gehören insbesondere die Förderplanung, die Beziehungsarbeit und persönliche Begleitung, die Förderung der Selbstständigkeit und Gesundheit sowie die Unterstützung in sozialpsychiatrischen Krisen, die im Folgenden anhand von Beispielen veranschaulicht werden:

Förderplanung: Individuelle Ausgestaltung und Koordination der Unterstützung

- Individuelle Hilfeplanung und laufende Anpassung
- Ableitung konkreter Aktivitäten innerhalb der vereinbarten Ziele

Beziehungsarbeit und persönliche Begleitung

- Bezugsbetreuungssystem mit Beziehungssicherheit
- Unterstützung und Begleitung in allen relevanten Lebensbereichen
- Entdeckung und Förderung von Interessen und Fähigkeiten
- Entwicklung einer individuellen Tages- und Wochenstruktur
- Bewältigung des Alltags
- Aufbau und Erhalt persönlicher Beziehungen außerhalb der Einrichtungen
- Sozialpsychiatrische Unterstützung
- Assistenz und Anleitung zur Haushaltsführung

Selbstständigkeit

- Bearbeitung von Fragen und Problemen aus dem emotionalen, sozialen und lebenspraktischen Bereich

- Beschaffung und Erhalt von Wohnraum
- Gestaltung und Aufrechterhaltung eines weitgehend normalen Wohnumfeldes
- Umgang mit der Krankheit
- Förderung von Kompetenzen in Bezug auf Ernährung, Finanzen, Ämter- und Behördenangelegenheiten

Gesundheit und Lebensführung

- Bewahrung, Erhaltung und Wiedererlangung von physischer und psychischer Gesundheit
- Übernahme von Selbstverantwortung im Umgang mit Erkrankung
- Aufklärungsarbeit, Krankheitseinsicht, -verständnis und -akzeptanz
- Körperhygiene
- Bewegung
- Einnahme von Medikamenten und Anwendung von ärztlichen Verordnungen

Sozialpsychiatrische Krisen

- Vorbereitung des Krisenumgangs
- Begleitung krisenhafter Ereignisse
- Erarbeitung eines individuellen Krisenplans

Die Unterstützungsleistungen werden in verschiedenen Settings erbracht:

Ambulante Angebote

Die ambulante Unterstützung ist eine individuelle, am Einzelfall orientierte bedarfsgerechte Leistung. Sie richtet sich an Personen mit individuellem Hilfebedarf innerhalb der eigenen Wohnung und/ oder des sozialen Umfelds. Als niedrigschwellige sozialpsychiatrische Nachsorge wird sie auch für zuvor stationär betreute Personen erbracht. Bedarfsweise werden Angehörige, Partnerinnen und Partner, Mitbewohnerinnen und Mitbewohner sowie andere Bezugspersonen einbezogen. Eine besondere Bedeutung kommt dem Umgang mit der Erkrankung zu.

Stationäre Wohnangebote

Die stationären Wohnangebote umfassen Wohngemeinschaften und Wohnhäuser und bieten ein gemeinsames Gestalten des Alltags, Unterstützung und Hilfen bei der Bewältigung von krankheitsbedingten Einschränkungen sowie Begleitung in Krisenzeiten. Die Wohngemeinschaften richten sich an Menschen mit psychischen und psychiatrischen Beeinträchtigungen oder Behinderungen, die bereits eine gewisse Selbstständigkeit erreicht haben, in einigen (Lebens-) Bereichen jedoch noch eine kurz- oder langfristige intensive Unterstützung benötigen. Eine intensive persönliche psychosoziale Betreuung innerhalb verlässlicher Beziehungen wird in diesem Setting sichergestellt. Das Betreuungsangebot wird mit den Angeboten anderer Leistungserbringer koordiniert und vernetzt. Insbesondere wird die Vernetzung mit sozialräumlichen Angeboten angestrebt.

Für Menschen mit seelischer Behinderung, die vorübergehend oder langfristig einen umfangreichen Hilfebedarf haben und nicht in der Lage sind, selbstständig zu leben, gibt es Wohnheime mit einer hohen Betreuungsdichte. Diese stellen eine intensive persönliche psychosoziale Betreuung, bedarfsorientierte persönliche Hilfen, umfassende Alltagsversorgung, Tagesstrukturierung sowie Hilfen im Freizeit- und Beschäftigungsbereich sicher. Innerhalb dieses geschützten Betreuungsrahmens sollen gesundheitliche Stabilität sowie die weitgehende

Selbstständigkeit erreicht werden. Für Personen mit schweren und/ oder chronischen Krankheitsverläufen kann dieses Setting auch zu einer dauerhaften Heimat werden.

Angebote im Bereich Beschäftigung und Arbeit

Tagesstätten

Tagesstätten ermöglichen Beschäftigung, Kommunikation und das Knüpfen sozialer Kontakte und bieten den Besucherinnen und Besuchern eine Tagesstruktur. Das Angebot umfasst unter anderem Hilfen der Alltags- und Lebensgestaltung, der gesundheitlichen Stabilisierung und Krisenprävention, der sozialen Teilhabe und persönlichen Beziehungsgestaltung bis hin zu vielfältigen Möglichkeiten und Aktivitäten, um (arbeitsbezogene) Stärken zurückzugewinnen.

Arbeits- und Beschäftigungsprojekte

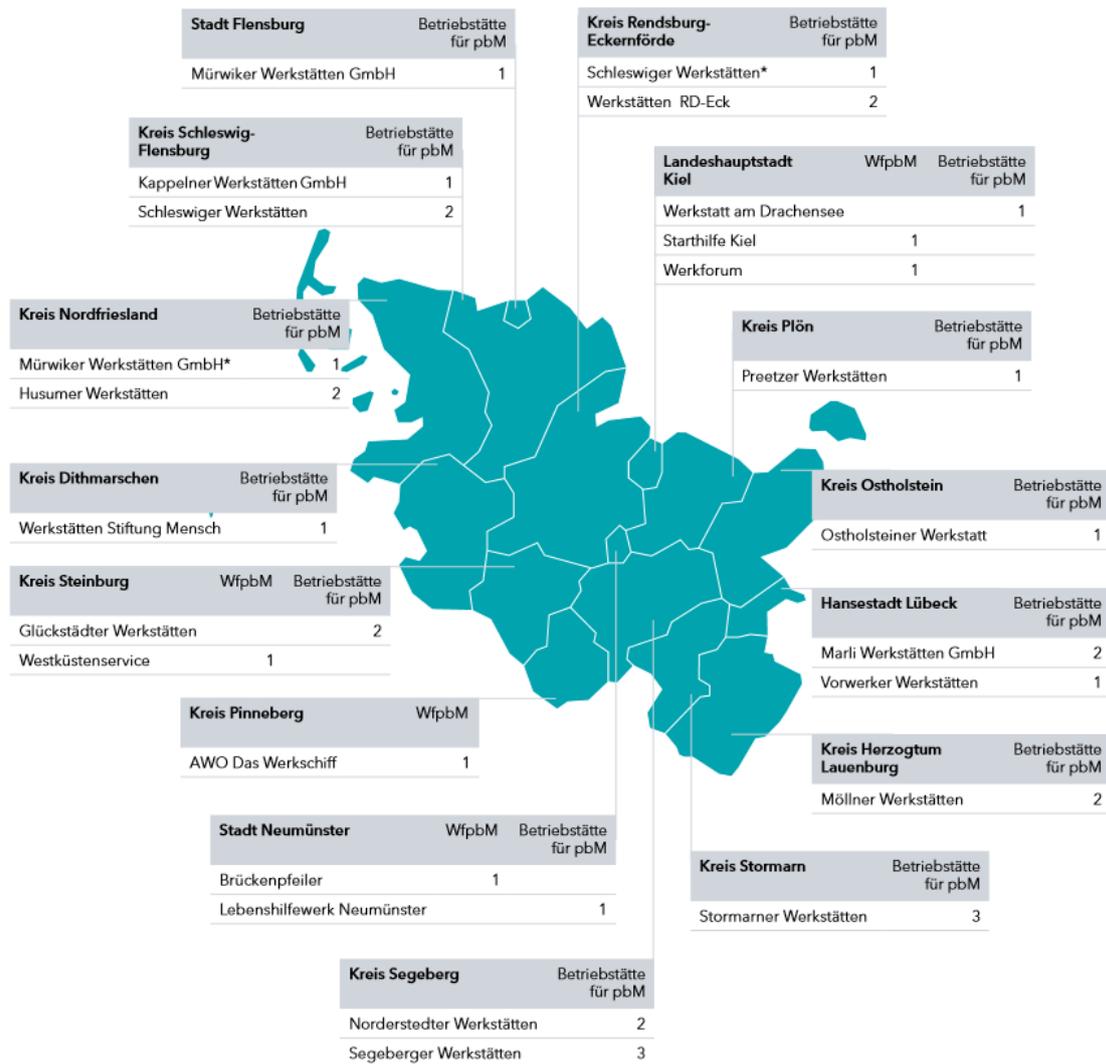
Arbeits- und Beschäftigungsprojekte bieten vielfältige Betätigungsfelder im geschützten Rahmen. Sie richten sich an Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem Arbeitsmarkt tätig werden können. In einer stressfreien Atmosphäre lässt sich kontinuierliches Arbeiten (wieder-) erlernen, die Belastbarkeit trainieren sowie die Aktivität und Motivation steigern. Im Mittelpunkt steht dabei die individuelle Förderung.

Werkstatt für psychisch behinderte Menschen

Werkstattangebote für Menschen mit seelischer Behinderung sollen eine angemessene berufliche Bildung und Beschäftigung bieten. Auf diese Weise soll die Leistungs- und Erwerbsfähigkeit der Beschäftigten erhalten, wiederhergestellt oder erhöht werden. Sofern möglich, wird auf den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt hingearbeitet. Nach dem Eingangsverfahren und ggf. der Teilnahme im Berufsbildungsbereich besteht die Möglichkeit, in den Arbeitsbereich der Werkstatt zu wechseln. Diese Beschäftigung richtet sich nach dem bisher erworbenen Bildungsstand, der Leistungsfähigkeit, der Art und Schwere der Behinderung, schulischer und beruflicher Vorerfahrungen sowie Eignung und Neigung.

Menschen mit psychischer Behinderung reagieren unterschiedlich auf Anforderungen und Belastungen. Daher richten die Werkstätten ihr Beschäftigungsangebot individuell aus. Dem kollegialen Umfeld in den Werkstätten kommt dabei eine wichtige Rolle zu. Vorgesetzte, Kolleginnen und Kollegen, Werkstatttrat und pädagogische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nehmen auftretende Veränderungen oft zuerst wahr. Auch die Einbeziehung des sozialen Umfeldes ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung. Darüber hinaus wird die Selbsthilfe und die Eigenverantwortlichkeit unterstützt. So wirken die Beschäftigten beispielsweise an Planungs- und Entscheidungsprozessen mit.

Werkstätten für psychisch behinderte Menschen (WfpbM) und Werkstätten mit Betriebsstätten für psychisch behinderte Menschen in Schleswig-Holstein (Stand: 2015) können der Abb. 1 zu 6.9 entnommen werden:



* WfbM mit Hauptsitz in einem anderen Kreis

Abb. 1 zu 6.9 (Rehadat 2016, eigene Darstellung durch COM.CAT.)

6.10 Bildung/ Beruf/ Rehabilitation (SGB IX)

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe nach dem Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX) oder nach den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetze erhalten behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. (§ 1 SGB IX).

Nach dem SGB IX sind Menschen behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind nach § 2 Abs. 1 SGB IX von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist (siehe auch 5.7). Der Grad der Behinderung ist ein Maß für die Schwere der Behinderung. Je höher dieser Wert, desto umfangreicher sind die Beeinträchtigungen.

6.10.1 *Integrationsamt*

Das Integrationsamt hat die Aufgabe, die Eingliederung schwerbehinderter Menschen in das Arbeitsleben zu fördern und zu sichern (Teil 2 SGB IX). Es erhebt und verwendet die Ausgleichsabgabe⁹⁴ und führt den besonderen Kündigungsschutz für schwerbehinderte und gleichgestellte behinderte Beschäftigte durch. Im Rahmen der Begleitenden Hilfe im Arbeitsleben unterstützt das Integrationsamt Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie schwerbehinderte Menschen mit finanziellen Leistungen, sowohl um Arbeitsplätze zu sichern als auch um neue Arbeitsverhältnisse zu schaffen. Neben der finanziellen Förderung können sie zudem die Beratungsdienstleistungen nutzen, zum Beispiel durch die beauftragten Integrationsfachdienste.

Die Leistungen des Integrationsamtes stellen eine individuelle, auf die besonderen Anforderungen des Arbeitsplatzes abgestellte Ergänzung zu den Leistungen der Rehabilitationsträger dar. Sie erfolgen nachrangig nach den Trägern der Rehabilitation und dürfen deren Leistungen nicht aufstocken. Die Gewährung von lebenspraktischen Hilfen oder von Hilfen für andere Personenkreise ist nicht Aufgabe des Integrationsamtes.

Fortbildungsveranstaltungen für Vertreterinnen und Vertreter der Schwerbehinderten

Das Team des Integrationsamtes Schleswig-Holstein erstellt in jedem Jahr ein Schulungsangebot zu den Themen Schwerbehindertenrecht und berufliche Integration schwerbehinderter Menschen, das sich unter anderem an Schwerbehindertenvertretungen, Betriebs- und Personalräte, Vorgesetzte, Beauftragte der Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern und in der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen tätige Personen richtet. Die Seminare sollen dabei nicht nur Fachkenntnisse vermitteln, sondern auch das Erlernen praktischer Kompetenzen erleichtern. Das Integrationsamt und die von ihm beauftragten Integrationsfachdienste beraten Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie die dort beschäftigten schwerbehinderten Menschen über das vielfältige Leistungsangebot des Integrationsamtes Schleswig-Holstein.⁹⁵

Modellvorhaben

Das Integrationsamt führt im Rahmen seiner Aufgaben auch verschiedene Modellvorhaben unter Beteiligung verschiedener Träger bzw. Partnerinnen und Partnern durch. Modellvorhaben zielen unter anderem darauf ab, Innovationen anzustoßen, um die Weiterentwicklung von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu befördern. So bieten sie beispielsweise die Möglichkeit, neue Versorgungs-, Vergütungs- und Strukturmodelle zu erproben. Eine Übersicht über Modellprojekte des Integrationsamtes, beteiligte Träger bzw. Partnerinnen und Partner sowie die Zielgruppe ist folgender Tabelle zu entnehmen:

⁹⁴ Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, die nicht die gesetzlich vorgeschriebene Zahl schwerbehinderter Menschen beschäftigen, entrichten gemäß § 77 Abs. 1 SGB IX für jeden unbesetzten Arbeitsplatz für schwerbehinderte Menschen eine Ausgleichsabgabe. Die Höhe der Ausgleichsabgabe richtet sich nach der Beschäftigtenquote schwerbehinderter Menschen im Unternehmen.

⁹⁵ Das aktuelle Schulungsangebot des Integrationsamtes ist online über die Homepage des Landes abrufbar.

Modellvorhaben des Integrationsamtes

| Modellvorhaben | | Träger/Partner | Laufzeit |
|---|--|---|--|
| Übergang Schule-Beruf (ÜSB) | › vertiefte Berufsorientierung für Schüler/innen der FÖZGE und K | IFD, Kreise (regionale Koordination), MSB, RD Nord | bis 30.06.2016 |
| Initiative Inklusion* Handlungsfeld 1 | › vertiefte Berufsorientierung für Schüler/innen mit Förderschwerpunkt Sehen, Hören, Autismus, kmE | IFD MSB RD Nord | bis 30.06.2016 |
| Initiative Inklusion* Handlungsfeld 2 | › Prämien für neue Ausbildungsplätze für junge sbM | RegN, Kreise NF, SL | bis 30.06.2016 |
| Initiative Inklusion* Handlungsfeld 3 | Prämien für neue Arbeitsplätze für sbM > 50 | RD Nord, Kreise NF, SL | bis 30.06.2016 |
| Projektkoordination Berufsorientierung | › Koordination der Modellvorhaben ÜSB und Initiative Inklusion HF 1 | Brücke SH | bis 31.12.2016 |
| Aktionsbündnis Schleswig-Holstein | › Fachberatung (Akquise von Stellen, Beratung von Unternehmen über Fördermöglichkeiten und Rahmenbedingungen, BEM, Integrationsprojekten, SBV) › Integrationscoaching (HL, OH, PI, RZ, SL, FL) › Vernetzung, Koordination, Steuerung | UV Nord / gefas RD Nord Kreise NF, SL- FI VBE IFD | 1. Phase bis 28.02.2015 verlängert bis 28.02.2017 |
| bequa: Neue Wege | › Berufliche Qualifizierung für arbeitslose sbM (20 Teilnehmer- Innenplätze) in FL, SL | bequa Jobcenter FL, SL AA FL | bis 31.12.2017 |
| Arbeit und Leben Schleswig-Holstein | › Beratungsstelle Handicap › Beratung zu SBV, BEM, Schwerbehindertenpolitik | Arbeit und Leben SH | bis 31.05.2019 |
| esa – eingliedern statt ausgliedern | › Servicestelle für das Handwerk zur Beratung über BEM und BeschäftigungsbM | VBE | bis 31.12.2016 |
| Diakonie Schleswig-Holstein | › Fachberatung in der Sozialwirtschaft - Hilfen für KMU der Freien Wohlfahrtspflege durch Beschäftigung von schwerbehinderten Menschen | Diakonisches Werk Schleswig-Holstein Landesverband der Inneren Mission e. V. | bis 28.02.2017 |
| Budget für Arbeit | › Beschäftigung sbM aus WfbM auf allgemeinem Arbeitsmarkt | Kooperation EGH und INA | 3 Jahre nach Abschluss Arbeitsvertrag |

Abkürzungen und Bedeutung

| | |
|--------------|--|
| BEM | Betriebliches Eingliederungsmanagement |
| Bequa | Beschäftigungs- und Qualifizierungsgesellschaft Flensburg mbH |
| EGH | Eingliederungshilfe |
| esa | eingliedern statt ausgliedern |
| FÖZ GE und K | Förderzentren für geistige und für körperliche Entwicklung |
| gefas | Gesellschaft für Arbeitsmarkt- und Strukturpolitik - Institut der Unternehmensverbände Nord - e.V. |
| HF | Handlungsfeld |
| IFD | Integrationsfachdienste |
| INA | Integrationsamt |
| kmE | körperliche und motorische Entwicklung |
| KMU | Klein- und mittelständische Unternehmen |
| MSB | Ministerium für Schule und Berufsbildung |
| RD Nord | Regionaldirektion Nord der Bundesagentur für Arbeit |
| sbM | Schwerbehinderte Menschen und Gleichgestellte |
| SBV | Schwerbehindertenvertretung |
| ÜSB | Übergang Schule-Beruf |
| UV Nord | Vereinigung der Unternehmensverbände in Hamburg und Schleswig-Holstein |
| VBE | Verein zur Förderung der betrieblichen Eingliederung im Handwerk e.V. |
| WfbM | Werkstatt für Menschen mit Behinderung |

Abb. 1 zu 6.10.1 (MSGWG 2015, eigene Darstellung)

6.10.2 Integrationsunternehmen

Integrationsunternehmen sind rechtlich und wirtschaftlich selbstständige Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarkts, in denen der Anteil schwerbehinderter Menschen zwischen 25 und 50 % liegt. Zur Zielgruppe der Integrationsunternehmen gehören insbesondere Menschen, deren Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufgrund der Art und Schwere ihrer Behinderung besonders schwierig ist. Auch Menschen, die vorher in einer Werkstatt für behinderte Menschen sowie schwerbehinderte Menschen nach Beendigung der schulischen Bildung gehören zur Zielgruppe. Integrationsunternehmen schaffen inklusive Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, die neben einer tariflichen oder ortsüblichen Bezahlung auch eine arbeitsbegleitende Betreuung und, sofern erforderlich, auch berufliche Qualifizierungsmaßnahmen bieten.⁹⁶ In Schleswig-Holstein gibt es 17 Integrationsunternehmen (Stand: 2015), die in der nachfolgenden Abbildung inklusive ihrer Standorte abgebildet sind:

Integrationsunternehmen nach Kreisen und kreisfreien Städten

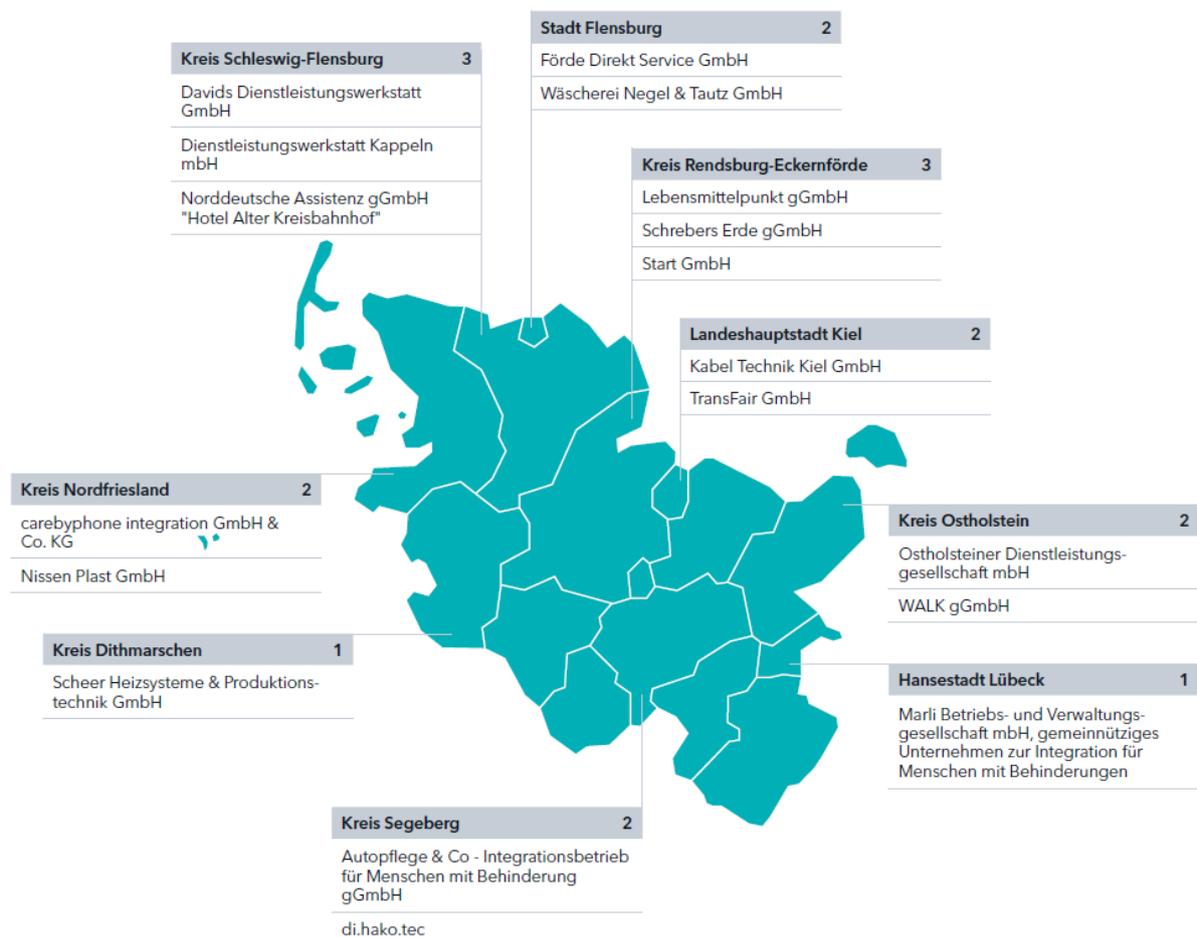


Abb. 1 zu 6.10.2 (MSGWG 2015, eigene Darstellung)

⁹⁶ REHADAT 2016

6.10.3 *Integrationsfachdienste*

Integrationsämter bedienen sich bei der Durchführung der Maßnahmen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben der Dienste Dritter. Die Integrationsfachdienste (siehe Abb. 1 zu 6.10.3) werden im Auftrag des Integrationsamtes oder eines Rehabilitationssträgers tätig. Ihre Aufgaben sind breit gefächert und umfassen die Bereiche

- Beraten, Unterstützen und Vermitteln von schwerbehinderten Menschen, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sind oder dort eingegliedert werden sollen,
- Beraten und Informieren von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern zum Thema Beschäftigung von Menschen mit Schwerbehinderung, die arbeitsbegleitende Betreuung benötigen,
- Beraten, Informieren und Vermitteln von Menschen mit Schwerbehinderung, die in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung beschäftigt waren und nun auf den allgemeinen Arbeitsmarkt eingegliedert werden sollen,
- Beraten, Informieren und Vermitteln von Schulabgängerinnen und Schulabgängern mit Schwerbehinderung vor einer Beschäftigungsaufnahme auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sowie
- Klären von Leistungen für Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern.

Integrationsfachdienste nach Kreisen und kreisfreien Städten

| | |
|---|--|
| Kreis Herzogtum-Lauenburg Träger: Brücke SH Standort: 21439 Schwarzenbek | Kreis Steinburg Brücke SH 25524 Itzehoe |
| Kreis Dithmarschen Brücke SH 25746 Heide | Kreis Plön Brücke SH 24211 Preetz |
| Kreis Pinneberg Brücke SH 25335 Elmshorn | Stadt Flensburg B.I.B. gGmbH 24937 Flensburg |
| Kreis Nordfriesland B.I.B. gGmbH 25813 Husum | Stadt Kiel Berufliche Integration Kiel 24143 Kiel |
| B.I.B. gGmbH 25899 Niebüll | |
| Kreis Rendsburg-Eckernförde Brücke Rendsburg-Eckernförde e.V. 24782 Büdelsdorf | Stadt Lübeck integra gGmbH 23552 Lübeck |
| Kreis Ostholstein integra gGmbH 23701 Eutin | Kreis Schleswig-Flensburg Integrationsfachdienst Schleswig-Flensburg gGmbH 24376 Kappeln |
| integra gGmbH 23758 Oldenburg i. Holstein | Integrationsfachdienst Schleswig-Flensburg gGmbH 24387 Schleswig |
| Stadt Neumünster Die Brücke Neumünster gGmbH 24539 Neumünster | Kreis Segeberg AWO Neue Arbeit gGmbH 22848 Norderstedt |
| Kreis Stormarn AWO Neue Arbeit gGmbH 22926 Ahrensburg | |

Abb. 1 zu 6.10.3 (MSGWG 2015, eigene Darstellung)

6.10.4 *Berufliche Rehabilitation*

Menschen mit einer Behinderung haben das gleiche Recht auf Arbeit wie Menschen ohne eine Behinderung. Benötigen sie aufgrund ihrer Behinderung eine Umschulungsmaßnahme, fallen diese unter die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach dem neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen). Hier geht es insbesondere um eine gezielte Förderung der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe am Arbeitsleben, einschließlich besonderer Fördermodalitäten.⁹⁷

Um eine möglichst erfolgreiche berufliche Rehabilitation zu ermöglichen, ist der individuelle Hilfebedarf im Einzelfall zu betrachten.

„Die gleiche Abweichung vom alterstypischen Zustand und die gleiche Funktionsbeeinträchtigung können zu sehr unterschiedlichen Teilhabebeeinträchtigungen führen; so behindert der Verlust des linken Mittelfingers einen Verwaltungsbeamten bei seiner Berufsausübung kaum, einen Geiger dagegen sehr. (...) der Hilfebedarf behinderter Menschen kann selbst bei gleicher Beeinträchtigung individuell sehr verschieden sein.“⁹⁸

Es existieren daher keine speziellen Angebote abhängig von der jeweiligen Beeinträchtigung, vielmehr steht die Teilhabebeeinträchtigung bei der jeweiligen Unterstützungsleistung im Vordergrund.

Zu den Hilfeleistungen für eine berufliche Rehabilitation von psychisch erkrankten und behinderten Menschen zählen die Berufsförderungswerke, die Berufsbildungswerke sowie die Berufsbildungsbereich in den Werkstätten für Menschen mit Behinderung.

Berufsförderungswerke

Berufsförderungswerke (BFW) sind Rehabilitationseinrichtungen zur beruflichen Weiterbildung von erwachsenen Menschen mit einer Behinderung, die gemeinnützig von öffentlichen oder privaten Trägern geführt werden. Die Berufsförderungswerke sind auf die Bedürfnisse von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen abgestimmt und mit Fachdiensten zur medizinischen, sozialpädagogischen und psychotherapeutischen Unterstützung ausgestattet.

Die Auswahl an Ausbildungsberufen kann sich von Berufsförderungswerk zu Berufsförderungswerk unterscheiden. Die Ausbildungen im jeweiligen Berufsförderungswerk entsprechen den anerkannten Ausbildungsberufen und werden häufig mit der Prüfung vor der zuständigen Kammer abgeschlossen. Der Ablauf der Ausbildungen unterscheidet sich jedoch von denen außerhalb der Berufsförderungswerke. Hier werden Schule und Ausbildungsort nicht voneinander getrennt. Im bestmöglichen Fall kann die zu rehabilitierende Person auf ihre Kenntnisse aus ihrem vorherigen Beruf zurückgreifen.

In Schleswig-Holstein bestand laut dem Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke e.V. im Jahr 2015 kein Berufsförderungswerk. Die Inanspruchnahme der Leistungen von Berufsförderungswerken im weiteren Bundesgebiet wird mit dem Kostenträger abgestimmt.

Berufsbildungswerke

In den Berufsbildungswerken (BBW) können körperlich und psychisch beeinträchtigte Jugendliche und junge Erwachsene eine berufliche Ausbildung, die Erstausbildung sowie Berufsvorbereitung erhalten. Der Träger ist in der Regel eine gemeinnützige Organisation. Die Finanzierung erfolgt überwiegend durch die Bundesagentur für Arbeit. Im Jahr 2015 gab es 52 Berufsbildungswerke in Deutschland, darunter fünf in Schleswig-Holstein. Die Berufsbil-

⁹⁷ vgl. Haines, Hartmut: Teilhabe am Arbeitsleben – Sozialrechtliche Leitlinien, Leistungsträger, Förderinstrumente. In: Bieker, Rudolf (Hrsg.) (2005): Teilhabe am Arbeitsleben. Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Kohlhammer. Stuttgart. S. 44.

⁹⁸ ebd., S. 45

derungswerke in Schleswig-Holstein befinden sich an den Standorten Neumünster, Nordfriesland (2), Ostholstein und Rendsburg-Eckernförde.

Neben den Berufen, die für junge Menschen mit und ohne Beeinträchtigung, werden in den BBW auch spezielle Qualifikationen für beeinträchtigte Jugendliche und junge Erwachsene angeboten, die ihre speziellen Einschränkungen aber auch ihre besonderen Ressourcen berücksichtigen.

Berufsbildungsbereich in den Werkstätten für Menschen mit Behinderung

Im Eingangs- und Berufsbildungsbereich der Werkstätten für Menschen mit Behinderung werden die Beschäftigten auf ihre berufliche Laufbahn vorbereitet. Im ersten Schritt, dem bis zu drei Monate andauernden Eingangsverfahren, wird geprüft, ob die Werkstatt für Menschen mit Behinderung der richtige Ort für die berufliche Laufbahn einer Person ist oder ob Alternativen angeboten werden können. An den Eingangsbereich schließt sich der Berufsbildungsbereich an.

Der Berufsbildungsbereich ist in zwei Teile unterteilt, den Grundkurs und den Aufbaukurs. Der Grundkurs baut die Fähigkeiten und Grundkenntnisse diverser Arbeitsabläufe sowie soziale Kompetenzen auf. Im Aufbaukurs werden die Schwierigkeitsgrade erhöht und weiter an den sozialen Fähigkeiten gearbeitet. Dabei werden auch arbeitsbegleitende Aktivitäten angeboten wie beispielsweise aus den Bereichen Sport und Kunst.

In Schleswig-Holstein gibt es in allen Kreisen und kreisfreien Städten Werkstätten für Menschen mit Behinderung mit Berufsbildungsbereichen (Stand: 2015).

Die folgende Abbildung zeigt die Anzahl der Berufsbildungswerke und der Werkstätten für Menschen mit Behinderung nach Kreisen und kreisfreien Städten:

Berufsbildungswerke und Werkstätten für Menschen mit Behinderung nach Kreisen und kreisfreien Städten

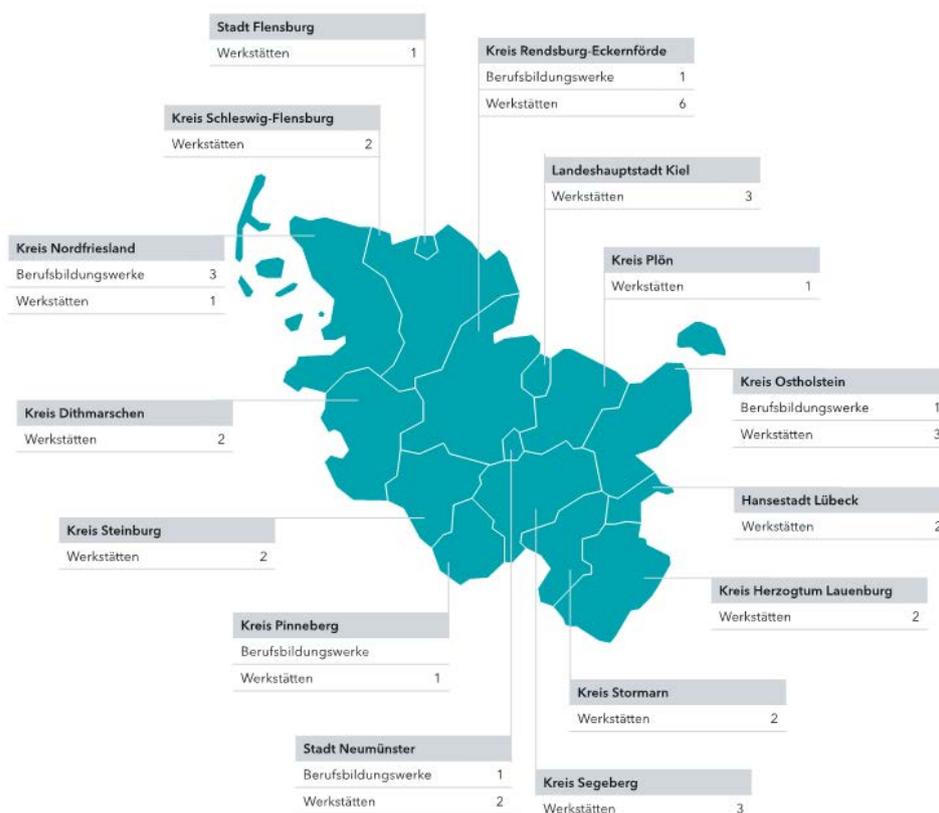


Abb. 1 zu 6.10.4 (Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein 2014)

6.10.5 *Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke*

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) sind Therapieeinrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die nach einer erfolgreichen Behandlung Schwierigkeiten haben, ihren Weg ins Arbeitsleben zu finden. In den RPK werden sie durch medizinisch-psychotherapeutische und berufsvorbereitende Leistungen langfristig unterstützt. Die Rehabilitation kann sich entweder direkt an einen Krankenhausaufenthalt anschließen oder nach längerer Krankschreibung/ Arbeitslosigkeit erfolgen. Die Maßnahmen dauern unterschiedlich lange und reichen von 8 bis hin zu 18 Monaten.

In den Einrichtungen arbeiten Fachkräfte der Sozialpädagogik, der Ergotherapie, der Krankenpflege und der Bürokommunikation. Hinzu kommen Psychologinnen und Psychologen, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Durch die multiprofessionelle Zusammensetzung der Teams soll eine bestmögliche Versorgung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gewährleistet werden.

In Schleswig-Holstein gibt es zwei eigenständige Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke an den Standorten Kiel und Lübeck.

Die Einrichtung in Kiel, getragen durch die Brücke Schleswig-Holstein gGmbH, bietet 23 Plätze. Das ganztägige Angebot findet in kleinen Gruppen statt und besteht aus zwei Leistungsbereichen, darunter das bvt-berufsvorbereitende Training und die RPK-Maßnahme. Diese dauern zwischen 8 und 14 Monaten. In den ersten 2 bis 4 Monaten erhalten die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden medizinische Reha. Sie arbeiten innerhalb der Einrichtung im handwerklichen sowie im PC-Bereich. Daneben werden verschiedene Gruppenaktivitäten angeboten, beispielsweise Bewegungstherapie. In der übrigen Zeit findet die berufliche Rehabilitation statt, welche die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in Praktika im allgemeinen Arbeitsmarkt verbringen. Hinzu kommt allgemeinbildender Unterricht innerhalb der Einrichtung an einem Tag in der Woche.

Die Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke in Lübeck verfügt über 22 Plätze. Trägerin der Einrichtung ist die Brücke Lübeck gGmbH. Die Rehabilitationszeit beträgt dort zwischen 14 und 18 Monate. Die medizinische Rehabilitation besteht aus verschiedenen Angeboten, darunter Einzelgespräche, Gruppenpsychotherapie, Arbeitsbelastungserprobung, Arbeitstraining, psychoedukative Gruppen, soziales Kompetenztraining sowie Sport und Bewegung. Ziel ist es, auf berufliche Fördermaßnahmen und die Rückkehr in das Arbeitsleben vorzubereiten. Der berufliche Teil besteht aus Unterrichtseinheiten zur Berufsvorbereitung sowie aus Praktikumstätigkeiten in Lübecker Betrieben.

6.11 Maßregelvollzug

Im Maßregelvollzug befinden sich psychisch- und/oder suchtkranke Straftäterinnen und Straftäter, die nach § 63 oder § 64 Strafgesetzbuch (StGB) wegen einer Straftat verurteilt wurden. Das Gericht ordnet die Unterbringung an, wenn die Schuldfähigkeit der oder des Beschuldigten bei der Tatbegehung vermindert oder aufgehoben war und von ihr oder ihm die Gefahr erheblicher rechtswidriger Taten ausgeht. Der Maßregelvollzug hat zum Ziel, die untergebrachten Menschen durch ärztliche, psychotherapeutische und sonstige geeignete therapeutische Maßnahmen zu behandeln. Sie sollen auf ein selbstständiges, in die Gemeinschaft eingegliedertes Leben außerhalb der Maßregelvollzugseinrichtung vorbereitet werden (Besserung). Gleichzeitig dient der Maßregelvollzug dem Schutz der Allgemeinheit (Sicherheit). Daher erfolgt die Behandlung zu Anfang hoch gesichert und wird mit fortschreitendem Behandlungserfolg immer weiter gelockert.

6.11.1 Durchführung des Maßregelvollzugs, Privatisierung

Die Unterbringung von Straftäterinnen und Straftäter im Maßregelvollzug erfolgt in Schleswig-Holstein an den Standorten Neustadt und Schleswig, wobei Frauen nur am Standort Schleswig behandelt werden.

Die Länder sind in den letzten Jahren bei der organisatorischen Ausgestaltung des Maßregelvollzugs unterschiedliche Wege gegangen. Neun Länder haben sich für unterschiedliche private Betreibermodelle entschieden, während die Aufgaben in sieben Ländern weiterhin direkt durch staatliche Stellen erfüllt werden. Einzelheiten zu den verschiedenen Landesentwicklungen ergeben sich aus der nachfolgenden Tabelle:

Beleihung/ Privatisierung im Vergleich der Bundesländer

| Funktionale Privatisierer | Formelle Privatisierer | Nicht-Privatisierer |
|--|---|--|
| Länder, die die Einrichtungen verkauft und die Aufgabe des MRV durch Beleihung einem oder mehreren privaten Träger(n) übertragen haben. | Länder, die die MRV-Einrichtungen in eine private Rechtsform (GmbH oder gGmbH) umgewandelt haben, deren Eigentümer jedoch vollständig das Land (bzw. ein Kommunalverband) bleibt. | Länder, die rechtlich keine Übertragung auf Private vorsehen oder diese jedenfalls nicht in relevantem Umfang wahrgenommen haben. |
| <ul style="list-style-type: none"> › Thüringen (2002) › Mecklenburg-Vorpommern (2004) › Hamburg (2005) › Schleswig-Holstein (2005) › Brandenburg (2006) › Niedersachsen (2007) | <ul style="list-style-type: none"> › Sachsen-Anhalt (gGmbH 2000) › Bremen (gGmbH 2004) › Hessen (gGmbH des LWV 2007) | <ul style="list-style-type: none"> › Bayern › NRW › Berlin › Sachsen › Baden-Württemberg › Rheinland-Pfalz › Saarland |

Abb. 1 zu 6.11.1 (Entnommen aus Dittrich u. Töller 2010)

In Schleswig-Holstein wurden die ehemaligen psychiatrischen Landeskliniken 2004 an private Betreiber veräußert. Eine enge Verknüpfung von Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie ist für die Behandlung sinnvoll. Daher wurde der Bereich des Maßregelvollzugs gemeinsam mit den übrigen Klinikanteilen veräußert. Das Betreiben psychiatrischer Kliniken für den Maßregelvollzug – ebenso wie für die Unterbringung nach PsychKG – durch private Träger bedarf wegen der damit verbundenen Ausübung hoheitlicher Gewalt einer besonderen Legitimation in Form der Beleihung. Dabei ist die staatliche Fachaufsicht von besonderer Bedeutung. Hier hat das Gesundheitsministerium das Prinzip der sogenannten „mitschreitenden Fachaufsicht“ aufgebaut.

6.11.2 *Fachaufsicht durch das Land*

Der Maßregelvollzug in Schleswig-Holstein wird durch ein engmaschiges System der Fachaufsicht mitschreitend kontrolliert und geleitet. Grundsätzlich ist diese Fachaufsicht nicht auf Beobachtung und Auswertung genereller Entwicklungen beschränkt, sondern sie ist gestaltend und somit auch vorausschauend für die Zukunft angelegt.

Dies zeigt sich insbesondere anhand von

- detaillierten Sicherheitsrichtlinien,
- einem Erlass zum Verfahren bei besonderen Vorkommnissen,
- einer Vereinbarung zur Behandlung psychisch kranker Straftäter aus Justizvollzugsanstalten im Wege der Amtshilfe,
- Richtlinien zur Ausübung von Ermessen für bestimmte Rechtsgebiete von vorneherein,
- einer Landesverordnung über die Bestimmung von Vollzugsbeamtengruppen,
- Einzelweisungen bei Lockerungsentscheidungen oder bei Sicherheitsanforderungen für Ausführungen,
- eine Wochenend-Rufbereitschaft für eine ständige Erreichbarkeit der Fachaufsicht,
- uneingeschränkten Zugangs- und Kontrollrechten der Aufsichtspersonen, d.h. unmittelbar persönlich in den Einrichtungen des Maßregelvollzugs,
- einem jederzeitigem direkten Weisungsrecht der Aufsicht auch gegenüber dem Personal bis hin zum Selbsteintritt der Fachaufsicht auf Kosten der Einrichtung sowie
- einer grundsätzlich präventiven Ausgestaltung der Fachaufsicht bis hin zu Weisungen für den Notfall.

Im Hinblick auf die hohen Anforderungen an die Aufgabenwahrnehmung durch privatrechtlich verfasste Einrichtungen im Wege der Beleihung ist die Ausgestaltung einer mitschreitenden Fachaufsicht von wesentlicher Bedeutung.

6.11.3 *Entwicklung des Maßregelvollzugs*

Im Jahre 2004 hatte sich die Landesregierung zur Beurteilung der Situation des Maßregelvollzugs in Schleswig-Holstein externer Hilfe bedient und unter der fachlichen Mitwirkung von Prof. Dr. Norbert Leygraf sowie dem Beauftragten für den Maßregelvollzug Nordrhein-Westfalens, Herrn Uwe Dönisch-Seidel, eine Expertenkommission einberufen, die Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Maßregelvollzugs erarbeitet hat. Die Kommission hat sich intensiv mit beiden Einrichtungen auseinandergesetzt. In beiden Einrichtungen stellte die Kommission unzureichende Unterbringungsbedingung fest und regte umfangreiche bauliche Maßnahmen an. Insbesondere für die Einrichtung in Neustadt sprach sich die Expertenkommission für eine Verstärkung des Personals um 30 % aus, um so in Abkehr von der als kustodial, also als verwahrend beschriebenen bisherigen Ausrichtung moderne Behandlungskonzepte etablieren zu können. Die Empfehlungen der Expertenkommission wurden aufgegriffen und u.a. durch ein umfangreiches bauliches Investitionsprogramm sowie eine nachhaltige Aufstockung des Personals umgesetzt (siehe auch 6.11.6).

Die Landesregierung hat mit der Gesetzgebung des Jahres 2004 die rechtlichen Grundlagen für die Veräußerung der beiden Landeskliniken in Neustadt und Schleswig geschaffen (siehe auch 5.6). Die Fachaufsicht über die allgemeinpsychiatrischen Abteilungen nehmen seitdem die beiden Kreise Ostholstein und Schleswig-Flensburg wahr.

Für beide privatrechtlich organisierten Träger kann vonseiten der Fachaufsicht nach über 10-jähriger Erfahrung festgestellt werden, dass

- die Behandlungskonzepte modernisiert wurden,
- dass die bauliche Struktur nachhaltig verbessert wurde und
- dass die Personalausstattung heute dem bundesdeutschen Durchschnitt entspricht.

Dank dieser Maßnahmen konnte der Maßregelvollzug in Schleswig-Holstein Anschluss an die Entwicklung der Allgemeinpsychiatrie finden und nutzt heute diese Synergieeffekte besser als zuvor. (Zur weiteren Rechtsentwicklung siehe auch 5.6)

6.11.4 *Entwicklung der Zahl der Patientinnen und Patienten im Maßregelvollzug*

Maßregelvollzugseinrichtung Schleswig

In der Maßregelvollzugseinrichtung in Schleswig ist nach einer recht stabilen Phase zwischen 2004 und 2009 anschließend eine rapide Zunahme der Zahl der Patientinnen und Patienten (Jahresdurchschnittsbelegung) bis 2013 um über 70 % binnen 5 Jahren zu konstatieren. Seit diesem Belegungshöchststand ist die Entwicklung rückläufig. In 2014 wurde ein Rückgang um 12 % und 2015 um 11 % verzeichnet. Diese Entwicklung hält bisher auch in 2016 an. Dies ist keineswegs nur ein auf Schleswig-Holstein beschränktes Phänomen, sondern ist in ganz Deutschland bei der Unterbringung nach § 64 StGB zu beobachten.

Belegung der Forensik Schleswig in den Jahren 2004 bis 2015

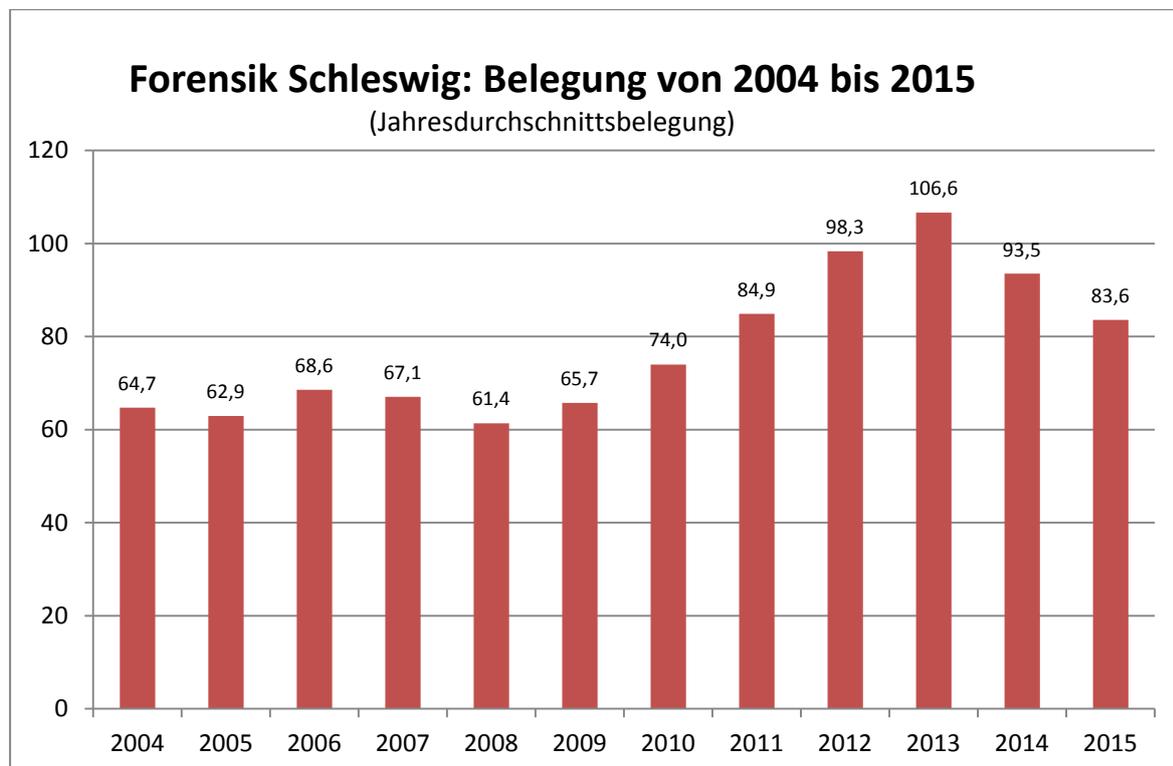


Abb. 1 zu 6.11.4 (MSGWG 2016, eigene Darstellung)

Maßregelvollzugseinrichtung Neustadt

In Neustadt ist die Zahl der nach § 63 StGB untergebrachten Männer auch aufgrund ihrer sehr viel längeren Behandlungsdauer weit konstanter. Zwischen 2004 und 2011 bewegt sich

die Jahresdurchschnittsbelegung auf einem schmalen Korridor zwischen 239,9 und 247,1 Patienten. Ab 2012 bis in die jüngere Vergangenheit ist auch eine leicht rückläufige Belegung der Grund für bessere Unterbringungsbedingungen. So konnten zwischenzeitlich alle bis 2008 vorhandenen 5-Bett-Zimmer, ab 2010 alle vorhandenen 4-Bett-Zimmer und zuletzt auch die vorhandenen 3-Bett-Zimmer sämtlich zugunsten von Ein- oder Zwei-Bett-Zimmern aufgegeben werden. Allerdings sind die Sanierungsarbeiten im laufenden Betrieb keineswegs therapieförderlich, weshalb dem Abschluss der Bauarbeiten in 2017 große Bedeutung zukommt. Die exakte Entwicklung kann der folgenden Grafik entnommen werden.

Belegung der Forensik Schleswig in den Jahren 2004 bis 2015

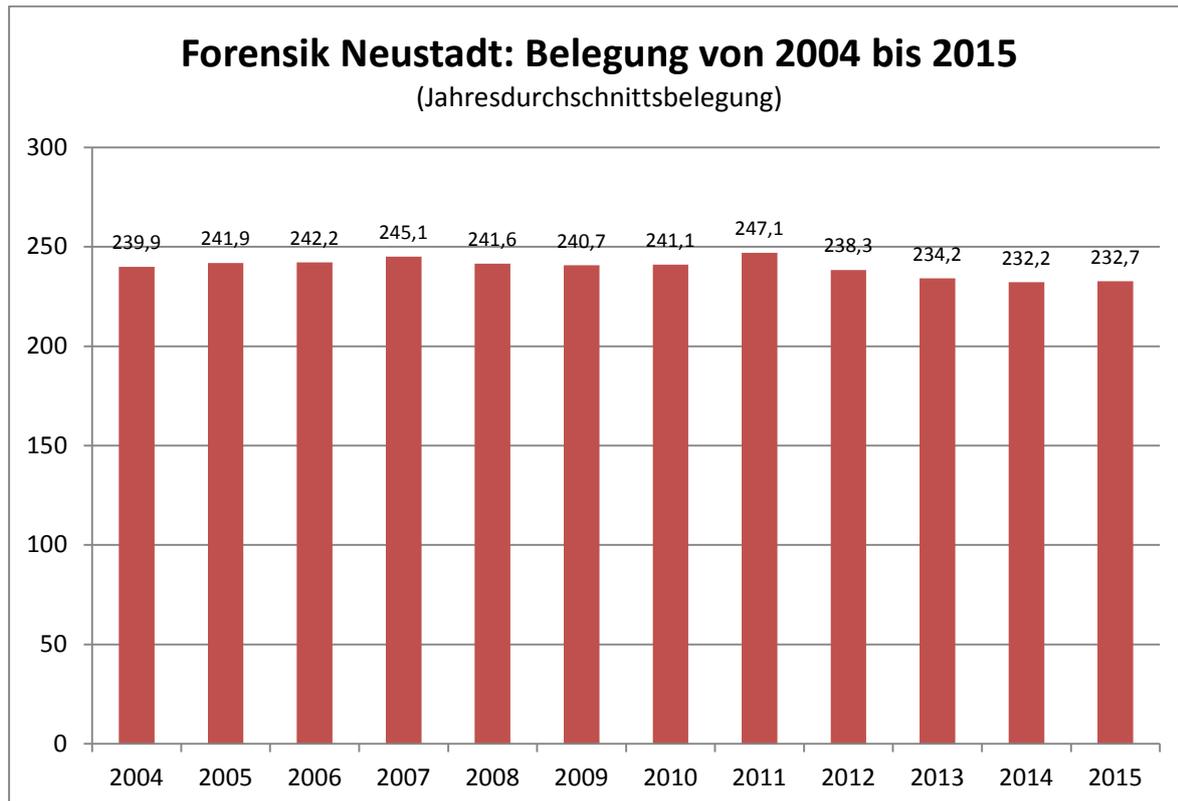


Abb. 2 zu 6.11.4 (MSGWG 2016, eigene Darstellung)

6.11.5 *Entwicklung des Personals im Maßregelvollzug*

Ausgehend von der Empfehlung der Expertenkommission 2004 ist in der Neustädter Einrichtung die Zahl der Beschäftigten im Zeitraum 2005 bis 2015 von 253 auf 320 (+67) erhöht worden. Auch in Schleswig kam es zu einer deutlichen Steigerung des Personals, die mit dem Anstieg der Belegungszahlen 2010 ansetzte und seither eine Erhöhung von rund 81 auf 112 (+31) Stellen umfasst. Seit 2013 stagniert die Beschäftigtenzahl in Neustadt auf diesem hohen Niveau und wird mit dem Bezug der letzten neuen Station Anfang 2018 voraussichtlich noch einmal steigen. In Schleswig hat die Beschäftigtenzahl mit der Inbetriebnahme einer zusätzlichen Station im Oktober 2015 ihren Höhepunkt erreicht.

Personalentwicklung in der Forensik Neustadt von 2005 bis 2016

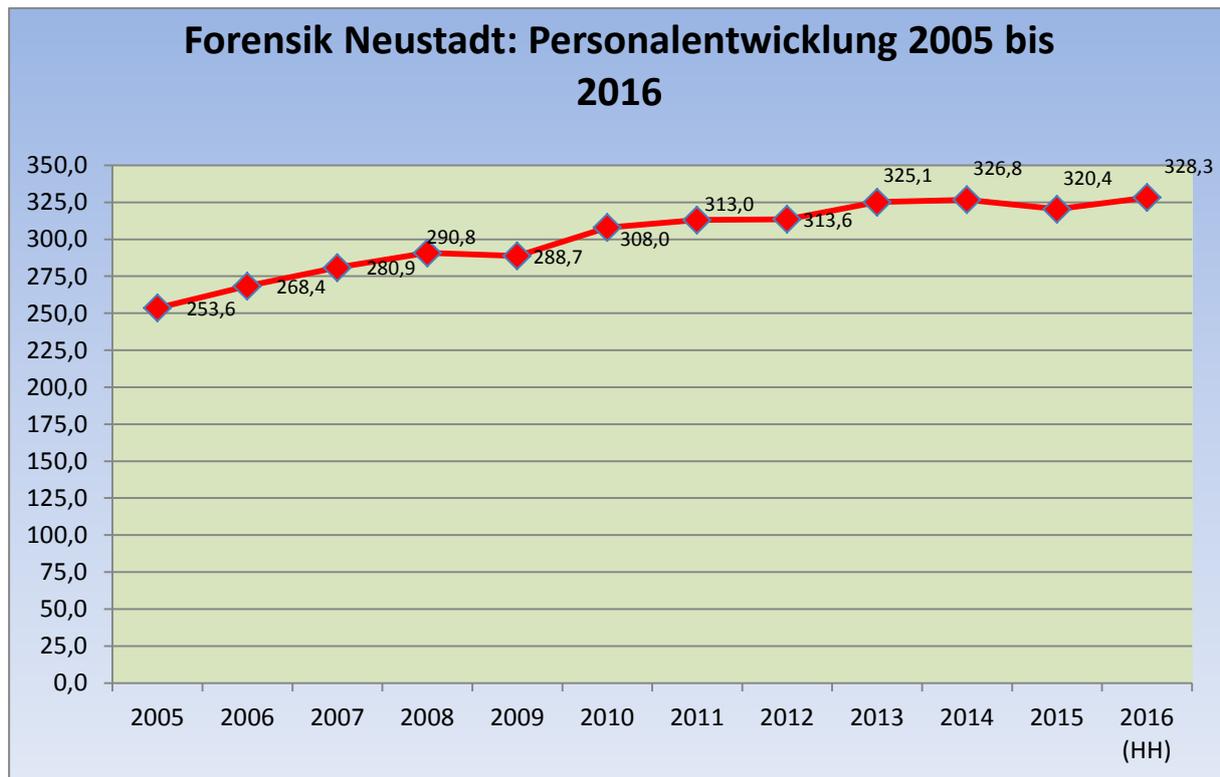


Abb. 1 zu 6.11.5 (MSGWG 2016, eigene Darstellung; Ist-Zahlen; 2016: Haushaltsansatz)

Personalentwicklung in der Forensik Schleswig von 2005 bis 2016

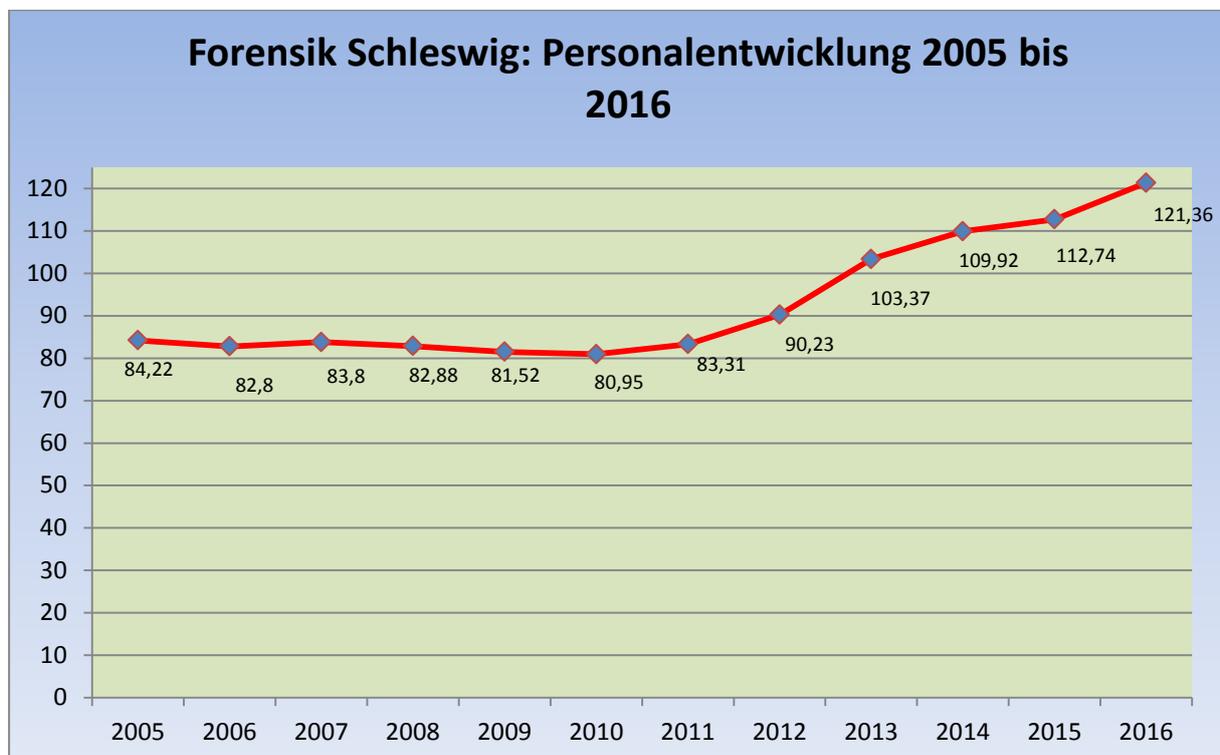


Abb. 2 zu 6.11.5 (MSGWG 2016, eigene Darstellung; Ist-Zahlen; 2016: Haushaltsansatz)

Die in der Maßregelvollzugsklinik Schleswig erreichte Fachkraftquote im Pflegebereich beträgt 84%: Von 69 Vollzeitkräften (VK) verfügen 58 über eine dreijährige Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege. In der Maßregelvollzugsklinik Neustadt beträgt die Fachkraftquote im Pflegebereich 74 %: Von 199 VK verfügen 147 VK über eine dreijährige Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege oder Altenpflege. Zur Bewertung dieser Fachkraftquoten ist anzumerken, dass die Bundesverordnung über die personellen Anforderungen für Heime eine Fachkraftquote von 50 % vorschreibt. Spezielle rechtliche Vorgaben für Krankenhäuser werden zwar politisch gefordert⁹⁹ und von der Landesregierung Schleswig-Holsteins im Grundsatz unterstützt, bestehen aber noch nicht. Das Schleswig-Holsteinische Finanzierungsmodell des Maßregelvollzugs stellt zudem sicher, dass keine finanziellen Anreize für Personaleinsparungen entstehen, was auch der Landesrechnungshof in seinen Bemerkungen 2015 positiv bewertet¹⁰⁰.

Darüber hinaus stellt das Land beiden Einrichtungen ein großzügig bemessenes Haushaltsvolumen für Fortbildungs- und Supervisionsangebote zur Verfügung.

6.11.6 *Bauliche Entwicklung des Maßregelvollzugs*

Neben der Aufstockung des Personals sprach sich die Expertenkommission für ein umfangreiches bauliches Investitionsprogramm aus, um die damals bestehenden und erkannten baulichen Defizite zu beheben. Durch die Baumaßnahmen konnte die Unterbringungssituation in beiden Einrichtungen nachhaltig verbessert werden. Das Programm war von Anfang an so konzipiert, dass die baulichen Veränderungen im laufenden Betrieb realisiert werden mussten, sodass jeder Bauabschnitt zuerst vollendet sein musste, bevor der nächste Bauabschnitt beendet werden konnte. Die derzeitige Bauplanung geht davon aus, dass im Jahr 2017 das Investitionsprogramm vollständig abgearbeitet sein wird.

Zusätzlich wurden auch Baumaßnahmen außerhalb des Investitionsprogramms ergriffen, nämlich in Schleswig, wo zwischen 2010 und 2013 eine extreme Zunahme der Behandlungsfälle einen sofortigen Neubau einer Station erforderlich machte. Nach Abschluss der Baumaßnahmen wird die überwiegende Zahl der Patientinnen und Patienten in Einzel-Zimmern untergebracht werden können. Weiterer baulicher Verbesserungsbedarf besteht aber für den geschlossenen Bereich der Forensik in Neustadt: auch nach Abschluss des Investitionsprogramms werden dort zwei Drittel der Patienten in Doppelzimmern untergebracht sein; anzustreben ist eine überwiegende Unterbringung in Einzelzimmern.

Schleswig

Für Schleswig war ein Neubau als Ersatz für das abzureißende alte Gebäude der 20 Plätze der Frauenforensik für 5,8 Mio. Euro eine nachhaltige Verbesserung, der allerdings wegen des enormen Anstiegs von Behandlungsfällen bereits 2014 erweitert werden musste. Seit 2015 werden weitere 20 Plätze zur Behandlung genutzt, für die das Land weitere 3,8 Mio. Euro investierte.

Neustadt

In Neustadt war bereits 2003 ein Neubau für 9 Mio. Euro beschlossen worden, der im Jahre 2008 mit 40 neuen Plätzen des besonders gesicherten Bereichs seinen Betrieb aufnahm. Neu beschlossen wurde ein weiterer Neubau mit 60 Plätzen für 5,9 Mio. Euro, der seit Mitte 2010 für erfolversprechende Behandlungsbedingungen im offenen Bereich sorgt. Außerdem war die Altbausubstanz von 3 Altbauten des besonders gesicherten Bereichs mit 90 Plätzen für 11,2 Mio. Euro zu sanieren. Zwei sanierte Gebäude sind im Vollbetrieb, das dritte wird in 2017 fertiggestellt.

⁹⁹ vgl. Lauterbach 2016

¹⁰⁰ Landesrechnungshof SH 2015

6.11.7 *Behandlungskonzepte*

In beiden Einrichtungen wurden in den vergangenen Jahren die Behandlungskonzepte an aktuelle therapeutische Entwicklungen angepasst. Beispielsweise wurden konventionelle verhaltenstherapeutische Ansätze um die dialektisch behaviorale Therapie (DBT) erweitert. Patientinnen und Patienten erhalten zudem verstärkt Angebote der beruflichen Qualifikation als Vorbereitung für eine gelingende Entlassung. Mit der Etablierung von forensischen Institutsambulanzen an beiden Standorten hat das Land die schwierige Aufgabe der Kommunen bei der Integration entlassener Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten unterstützt. Im Fokus steht die Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten bei der Wiedereingliederung in das soziale Umfeld. Durch die enge Zusammenarbeit der forensischen Institutsambulanzen unter anderem mit der Bewährungshilfe, der Staatsanwaltschaft, den Nachsorgeeinrichtungen, den gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern sowie den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern können krisenhafte Entwicklungen frühzeitig erkannt und besondere Unterstützung ermöglicht bzw. entsprechende Maßnahmen ergriffen werden. Die forensischen Institutsambulanzen sind in Schleswig-Holstein ein nicht mehr wegzudenkender Baustein. Diese unterstützen ehemalige Patientinnen und Patienten in ihrer Wiedereingliederung mit dem Ziel eine erneute Straffälligkeit zu verhindern. Nach einer Erhebung der Forensischen Ambulanz über alle in den letzten zehn Jahren aus der Forensik in Neustadt entlassenen Patienten sind in diesem Zeitraum nur 7,7 % der Entlassenen erneut wegen einer Straftat verurteilt worden.

Eine wesentliche Bedingung für eine erfolgreiche Behandlung Suchtmittelabhängiger beziehungsweise psychisch erkrankter Patientinnen und Patienten sind eine fundierte Ausbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie ihre Bereitschaft, ständig neue wissenschaftliche Erkenntnisse in die Behandlungskonzeption einfließen zu lassen.

6.11.8 *Sicherheit im Maßregelvollzug*

Die Öffentlichkeit nimmt den Maßregelvollzug hauptsächlich dann wahr, wenn in den Medien über Entweichungen berichtet wird. Dabei liegt der letzte „echte“ Ausbruch aus dem gesicherten Bereich des Maßregelvollzugs bereits viele Jahre zurück. Offenbar ist das Sicherheitsbedürfnis der Öffentlichkeit oder das Bedürfnis der Medien an Sensationsberichterstattung stetig gestiegen, und das trotz kontinuierlich gesunkener Entweichungsraten. Dabei liegt das eigentliche Sicherheitselement in erfolgreicher Behandlung und Beziehungsarbeit - und ist nicht primär mit hohen Zäunen oder Lockerungsvermeidung zu erreichen. Die Wege aus der Forensik werden auch zukünftig durch verantwortbare Lockerungen genutzt werden, damit der Kontakt zur Außenwelt nicht verloren geht und um die Reintegrationsfähigkeiten der Patientinnen oder Patienten zu erproben.

Zu den Entweichungen wird neben Ausbrüchen aus dem gesicherten Bereich auch der Lockerungsmisbrauch gezählt, der den Hauptteil der Entweichungen ausmacht. Eine Lockerung ist die Zunahme von Freiheit, die die Einrichtung in Abstimmung mit der Staatsanwaltschaft aufgrund der Fortschritte genehmigt beispielsweise durch einen Spaziergang außerhalb des gesicherten Bereichs. Ein Lockerungsmisbrauch liegt bereits dann vor, wenn eine Patientin oder ein Patient nicht zur vereinbarten Uhrzeit wieder zurückkehrt. Dann wird mit polizeilichen Suchmethoden der Verbleib geklärt. In den weitaus meisten Fällen handelt es sich um Verspätungen der Patientinnen und Patienten bei der Rückkehr; ansonsten werden sie zumeist innerhalb von wenigen Stunden wieder aufgegriffen. Erneute Straftaten begehen die Entwichenen nur in äußerst seltenen Fällen, weitaus häufiger kommt es zu Suchtmittelrückfällen.

Entweichungen in den Jahren 1994 bis 10. Juni 2016 Fehler! Keine gültige Verknüpfung. Abb. 1 zu 6.11.8 (MSGWG 2016, eigene Darstellung)

Konflikte zwischen oder mit den Patientinnen und Patienten sind im Maßregelvollzug – wie in anderen geschlossenen Einrichtungen – nicht zu vermeiden. In den vergangenen Jahren hat es daher intensive Schulungsmaßnahmen für die Beschäftigten gegeben um konflikthafte Situationen zu vermeiden oder zu entschärfen. Dabei sind Übergriffe von Patientinnen bzw. Patienten auf Mitpatientinnen bzw. Mitpatienten oder Personal der Einrichtungen stets Anlass, diese Vorkommnisse der Fachaufsicht zu melden; mit konsequentem Fehlermanagement werden die Situationen analysiert und ggf. die internen Verfahren verbessert. Das Risiko unvorhersehbarer Übergriffe lässt sich jedoch nicht gänzlich vermeiden. Hiermit einen guten Umgang zu finden, ist Ziel der Supervisions- und Schulungsangebote, die – wie bereits unter Punkt 6.11.5 erwähnt - in beiden Maßregelvollzugseinrichtungen vom Land finanziert werden.

6.11.9 *Zukunftstrends*

Mit der Reform des § 63 StGB hat sich der Bundesgesetzgeber in der Folge des aus Bayern bekannt gewordenen Falls Gustl Mollath auf den Weg gemacht, die gesetzlichen Hürden zur Verurteilung in den Maßregelvollzug zu erhöhen. Zugleich soll die Frage der Verhältnismäßigkeit der Fortdauer des Vollzugs der 63er Maßregel konkretisiert und die Zahl der gesetzlich vorgeschriebenen richterlich angeordneten Begutachtungen durch externe Sachverständige erhöht werden. Die bisherige Spruchpraxis der Schleswig-Holsteinischen Gerichte insbesondere bei der Frage zur Feststellung, ob die Anfangsvoraussetzung für eine Unterbringung vorliegen, lässt nicht erwarten, dass diese bundesgesetzlichen Änderungen durchgreifende Auswirkungen auf den hiesigen Maßregelvollzug haben werden.

Anknüpfend an die Expertenkommission 2004 plant das MSGWG in der ersten Jahreshälfte 2018 – wenn die Baumaßnahmen des Investitionsprogramms abgeschlossen sein werden – erneut eine Expertenkommission mit einer Bewertung des schleswig-holsteinischen Maßregelvollzuges zu beauftragen.

Im Vollzug der Unterbringung gemäß § 63 StGB weist Schleswig-Holstein im Bundesvergleich lange Unterbringungsauern aus. Hier liegt die Aufgabe gegenwärtig und in der Zukunft darin, immer wieder nach verantwortbaren Wegen zu suchen, die die Unterbringungs-dauer soweit als möglich beschränkt.

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

7. Querschnittsthemen und vertiefende Betrachtungen

7.1 Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Die Bundesrepublik Deutschland hat im Jahr 2009 die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention – UN-BRK) ratifiziert.

Mit der Verabschiedung dieser Konvention haben die Vereinten Nationen einen Handlungsauftrag für die zukünftige Politik für und mit Menschen mit Behinderung vorgegeben. Im Mittelpunkt des Handelns steht dabei nicht mehr die oftmals bevormundende und ausgrenzende Fürsorge, sondern die gleichberechtigte Teilhabe, Selbstbestimmung und Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen.

Die schleswig-holsteinische Landesregierung richtet ihre Politik bereits seit 2006, also bereits vor dem Inkrafttreten der UN-BRK, an der Leitorientierung Inklusion aus und hat diesen Grundgedanken durch eine Vielzahl von Projekten, Veröffentlichungen und Veranstaltungen in die Gesellschaft getragen. Auch das Gesamtkonzept „Alle inklusive“ in Schleswig-Holstein war von Anfang an darauf ausgerichtet, die Lebensansprüche von Menschen mit Behinderungen in allen gesellschaftlichen Bereichen zu berücksichtigen. Damit nimmt Schleswig-Holstein bereits seit Jahren ausdrücklich auf jene Positionen Bezug, die inhaltlich die UN-BRK bestimmen, nämlich:

- die Achtung der Würde, Autonomie, Selbstbestimmung,
- die Nichtdiskriminierung,
- die volle Teilhabe und Einbeziehung in die Gesellschaft,
- die Achtung der Unterschiedlichkeit und Akzeptanz der Vielfalt,
- Chancengleichheit,
- Barrierefreiheit,
- die Gleichberechtigung von Mann und Frau sowie
- die Achtung vor sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität.

Die UN-BRK forciert einen Paradigmenwechsel. Im Vordergrund stehen nicht mehr die individuellen Beeinträchtigungen, die sich aus einer körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigung ergeben, sondern die Wechselwirkungen mit Barrieren in der Umwelt, die Menschen mit Behinderungen von der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe ausschließen (Art. 1 UN-BRK). Menschen mit Behinderung sind keine homogene Gruppe. Aus diesem Grund ist die Unterstützung, die Menschen mit Behinderung benötigen, um aktiv an der Gesellschaft teilhaben zu können, sehr unterschiedlich. Nach wie vor bestehen bei vielen Menschen jedoch unreflektierte Vorstellungen über Menschen mit Behinderungen. So sind Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischen Behinderung oftmals mit Vorurteilen, Stigmatisierung und Ausgrenzung konfrontiert. Inklusion ist daher ein Prozess, der insbesondere auch auf Veränderungen im Denken und Handeln in der Gesellschaft abzielt.¹⁰¹ In der Versorgung der Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen sowie der Weiterentwicklung von Strukturen und Angeboten kommt der UN-BRK und ihren Grundsätzen daher eine zentrale Rolle zu.

Der Artikel 19 der UN-Behindertenrechtskonvention sieht die Gemeinde – damit sind für Schleswig-Holstein alle Kreise und kreisfreien Städte gemeint – als den zentralen Ort (place

¹⁰¹ Entwurf des Aktionsplan der Landesregierung Schleswig-Holstein zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, Stand 01.03.2016, S. 3 ff., online abrufbar unter goo.gl/LFbAXC

of residence, community services) an, um eine unabhängige Lebensführung und die Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben zu ermöglichen. Die Gemeinde gilt als ein zentraler Bezugspunkt psychiatrischen Handelns. Beginnend mit der Psychiatriereform gehört der Aufbau gemeindenaher Strukturen der psychiatrischen Versorgung (zum Beispiel Gemeindenahe Psychiatrie, Verbände, Integrierte Versorgung und Regionalbudget) zum professionellen Grundverständnis der Psychiatrie.

Mit dem Landtagsbeschluss vom 22. November 2013 hat sich das Land Schleswig-Holstein dazu entschlossen, einen Aktionsplan zu entwerfen, in dem die Ziele der UN-Konvention schrittweise erfasst und Handlungsmaßnahmen definiert werden. Bei der Erstellung des Landesaktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention geht Schleswig-Holstein in Abstimmung mit dem Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderungen einen besonderen Weg. In der Vergangenheit hat sich Politik für Menschen mit Behinderungen vor allem auf sozialpolitische Fragen konzentriert. Für die Landesregierung ist die Entwicklung einer inklusiven Gesellschaft jedoch eine Querschnittsaufgabe, die alle Politikfelder und die Verantwortungsbereiche aller Ministerien der Landesregierung betrifft. Um zu gewährleisten, dass der Landesaktionsplan von einer breiten Öffentlichkeit getragen wird und der Grundsatz der UN-BRK „Nicht ohne uns über uns“ berücksichtigt wird, wurden neben Verbänden, Kostenträgern und anderen wichtigen Akteurinnen und Akteuren auch Menschen mit Behinderung als Expertinnen und Experten in eigener Sache sowie deren Interessensvertretungen bei der Erarbeitung des Entwurfes des Landesaktionsplans beteiligt.

Das Landeskabinett hat dem Entwurf des Landesaktionsplans am 1. März 2016 zugestimmt, welcher in mehreren öffentlichen Veranstaltungen insbesondere mit den Menschen mit Behinderungen und deren Interessensvertretungen diskutiert und weiterentwickelt wurde. Die Veröffentlichung des Landesaktionsplans ist für Anfang 2017 geplant.¹⁰²

¹⁰² Vgl. Entwurf des Aktionsplan der Landesregierung Schleswig-Holstein zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, Stand 01.03.2016, online abrufbar unter goo.gl/LFbAXC

7.2 Prävention und Gesundheitsförderung

Psychische Störungen gehen für die Betroffenen und ihre Angehörigen mit einem hohen Leidensdruck und teils erheblichen Teilhabeeinschränkungen in verschiedenen Funktionsbereichen einher. Angesichts hoher Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, der steigenden Tendenz von Arbeits- und Berufsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankungen und den damit einhergehenden hohen volkswirtschaftlichen Kosten (siehe Punkt 4.5) wird deutlich, dass der Prävention und Gesundheitsförderung künftig ein höherer Stellenwert beizumessen ist. Die zunehmende Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung, die neben der Kuration, der Rehabilitation und der Pflege die vierte Säule der Gesundheitssicherung darstellen¹⁰³, hängt auch mit der in den letzten Jahren gewonnenen Kenntnis und Erforschung von Risiko- und Schutzfaktoren bei der Entstehung psychischer Erkrankungen zusammen.

Das allgemein anerkannte biopsychosoziale Modell von Gesundheit und Krankheit geht davon aus, dass eine psychische Störung nicht auf eine einzige Ursache zurückzuführen ist, sondern ein Wechselspiel aus biologischen, psychischen und sozialen Faktoren die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen bedingt.

Prävention und Gesundheitsförderung verfolgen das Ziel, die individuelle und kollektive Gesundheit zu verbessern beziehungsweise eine Verschlechterung zu verhindern. Sie basieren dabei auf unterschiedlichen Logiken, ergänzen einander jedoch.¹⁰⁴

Prävention zielt darauf ab, krankheitsrelevante Risikofaktoren zu minimieren oder zu beseitigen. Von Risikofaktoren wird gesprochen, wenn biologische, psychische oder soziale Einflüsse krankheitsfördernd wirken. Durch das Minimieren oder Beseitigen von Risikofaktoren soll das Auftreten und die Verbreitung von Krankheiten vermieden beziehungsweise die Auswirkungen von Krankheiten verringert werden. Risikofaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen sind beispielsweise kritische Lebensereignisse, (berufsbedingter) Stress und der soziale Status. Prävention wird entsprechend des Zeitpunktes der Intervention in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention untergliedert. Die primäre Prävention soll die Entstehung von Krankheiten verhindern. Die sekundäre Prävention soll Erkrankungen frühzeitig erkennen und behandeln. Die tertiäre Prävention soll die Chronifizierung von Erkrankungen verhindern, um dadurch frühzeitige Berentung und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.¹⁰⁵ Bei der Prävention wird zudem zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden. Während die Verhaltensprävention an den persönlichen Einstellungen und dem individuellen Gesundheitsverhalten anknüpft, zielt die Verhältnisprävention auf eine Verbesserung der sozialen, ökonomischen und ökologischen Lebensbedingungen ab.

Im Gegensatz zur Prävention knüpft die Gesundheitsförderung nicht an den Risiko-, sondern an den Schutzfaktoren an. Unter Schutzfaktoren werden biologische, psychische oder soziale Einflüsse verstanden, die der Entstehung einer psychischen Störung entgegenwirken. Schutzfaktoren sind beispielsweise soziale Unterstützung, Zuversicht, Selbstwirksamkeit und der Zugang zu gesundheitsrelevanten Angeboten. Gesundheitsförderung dient der Stärkung von Gesundheitsressourcen, um die Resilienz, also die Widerstandskraft gegenüber gesundheitsgefährdenden Einflüssen zu stärken.¹⁰⁶

In Schleswig-Holstein gibt es eine Vielzahl von Akteurinnen und Akteuren, die Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung anbieten mit dem Ziel, die psychische Gesundheit zu stärken bzw. psychische Erkrankungen zu verhindern. Die folgende Übersicht soll einen Eindruck über die Bandbreite der Akteurinnen und Akteure und deren Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung in den unterschiedlichen Lebenswelten (Settings) geben:

¹⁰³ Vgl. RKI 2015, S. 247

¹⁰⁴ Vgl. Hurrelmann et.al. 2010, S. 14

¹⁰⁵ Vgl. RKI 2015, S. 241; 493

¹⁰⁶ Vgl. RKI 2015, S. 241; 493

Das Institut für Qualitätsentwicklung an Schulen Schleswig-Holstein (IQSH) – Zentrum für Prävention - Gesunde Schule / Sucht- und Gewaltprävention unterstützt Schulleitungen, Lehrkräfte sowie Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter an schleswig-holsteinischen Schulen mit einem großen Angebot an Veranstaltungen zu verschiedenen Themenschwerpunkten im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung, beispielsweise zu den Themen Gewaltprävention, Lehrergesundheit und Gesundheitsbildung. Grundlage der Arbeit an Schulen bildet die „Empfehlung zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Schule“ der Kultusministerkonferenz vom November 2012. Ziel ist die Stärkung der pädagogischen Prävention, die Erlangung von Handlungssicherheit sowie die Implementierung eines Präventionskonzeptes in der Schule.¹⁰⁷

Die Aktion Kinder- und Jugendschutz Schleswig-Holstein e.V. (AKJS) ist ein freier Träger der Jugendhilfe und arbeitet zu aktuellen Themen des Kinder- und Jugendschutzes. Die AKJS bietet Fortbildungen, Fachtagungen, Projekte und Beratung zum präventiven Kinder- und Jugendschutz an, beispielsweise zu den Themen seelische Krisen bei Kindern und Jugendlichen, selbstverletzendes Verhalten und Traumatisierungen. Das Angebot richtet sich an Menschen, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten und leben, beispielsweise pädagogische Fachkräfte aus Jugendhilfe, Kindertageseinrichtungen, Schulen sowie Aus- und Fortbildungsstätten, Eltern und Jugendliche in Peerprojekten. Die AKJS kooperiert mit Landesinstitutionen, kommunalen Einrichtungen, freien Trägern, Vereinen und Verbänden.¹⁰⁸

Die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e.V. (LVGF SH) initiiert, koordiniert und setzt Konzepte, Projekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in verschiedenen Lebensbereichen auf lokaler, regionaler und Landesebene um. Darüber hinaus organisiert die LVGF SH Fortbildungen, Fachtagungen und Veranstaltungen und begleitet Institutionen auf dem Weg zur gesunden Einrichtung und zertifiziert diese (zum Beispiel "Gesunde Schule" und „Gesunde Kita“).¹⁰⁹

Die Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V. (LSSH) koordiniert und organisiert Maßnahmen zur Suchtvorbeugung. Die Aufgaben der LSSH im Bereich Suchtprävention umfassen beispielsweise die Projekt- und Konzeptentwicklung, die Konzeptionierung, Koordination sowie Mitwirkung bei Aus- und Fortbildungen, Vortrags- und Referentendienste, Entwicklung und Durchführung massenmedialer Kampagnen sowie die Durchführung von Fachtagungen und Workshops.¹¹⁰

Die Leitstelle Suchtgefahren am Arbeitsplatz (LSA) der Landesverwaltung Schleswig-Holstein, angesiedelt bei der Staatskanzlei des Landes Schleswig-Holstein, ist Teil des ressortübergreifenden betrieblichen Gesundheitsmanagements und versteht sich als koordinierende, qualifizierende, beratende und vernetzende Serviceeinrichtung für alle Beschäftigten der Landesverwaltung. Zu den Aufgaben der LSA gehören unter anderem die Beratung und Information, die Qualifikation und Vernetzung betrieblicher Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, also Suchthelferinnen und Suchthelfer sowie Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern bei psychischen Störungen am Arbeitsplatz (BA) sowie Qualifikation von Führungskräften zu den Themen Suchtgefahren und psychische Störungen am Arbeitsplatz. Des Weiteren unterstützt die LSA bei der Entwicklung betrieblicher Hilfekonzepte, entwickelt und realisiert Präventionskonzepte für die Beschäftigten und koordiniert Hilfen im Einzelfall.¹¹¹

Die Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein beteiligen sich in einem unterschiedlichen Umfang an Präventionsaufgaben. Dies geschieht direkt durch eigene Maßnahmen von

¹⁰⁷ Vgl. IQSH o.J.

¹⁰⁸ Vgl. AKJS-SH 2015

¹⁰⁹ Vgl. LVGF SH o.J.

¹¹⁰ Vgl. LSSH o.J.

¹¹¹ Vgl. Der Ministerpräsident des Landes Schleswig-Holstein – Staatskanzlei (2016)

Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitsdienstes, durch die Beteiligung an Projekten Dritter oder durch die finanzielle Unterstützung von externen Trägern. Gelegentlich wird logistische Unterstützung gewährt, etwa durch die freie Nutzung von Räumen.

Durch das im Juli 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz (5.1.5) wird die schleswig-holsteinische Präventionsstrategie deutlich gestärkt und soll in den nächsten Jahren sukzessive in allen Lebensbereichen umgesetzt werden. Dies erfordert einen Paradigmenwechsel in der Prävention weg von Beratung und Betreuung hin zu zielgruppenorientierter Gesundheitsförderung im Kontext der Lebenswelten. Das Land will das Wissen, die Befähigung und die Eigenverantwortung jedes einzelnen Menschen und insbesondere bei Kindern und Jugendlichen entwickeln und stärken, um zu einer gesundheitsbewussten Lebensführung und beizutragen und Krankheiten zu vermeiden, bevor sie entstehen. Die zielgerichtete Zusammenarbeit der Akteurinnen und Akteure in Prävention und Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung bestehender Strukturen soll hierbei gestärkt werden, um Ressourcen zu bündeln und eine systemübergreifende Vernetzung zu fördern.¹¹²

¹¹² Der Ministerpräsident des Landes Schleswig-Holstein – Staatskanzlei 2016, S. 69

7.3 Kinder psychisch kranker Eltern

Etwa drei Millionen Kinder in Deutschland erleben im Verlaufe eines Jahres einen Elternteil mit einer psychischen Erkrankung.¹¹³

Unter den Angehörigen stellen die Kinder psychisch kranker Eltern eine besonders vulnerable, also verletzbarere Gruppe dar. Diese Kinder erleben ihre Eltern über lange Zeiträume hinweg als unverständlich und in extremen Gefühlswelten. Durch krankheitsbedingte Einschränkungen der Beziehungsgestaltung und Erziehungskompetenz können bei den Kindern Belastungen und Entwicklungsrisiken entstehen.¹¹⁴ In Familien, in denen ein oder beide Elternteile psychisch erkrankt sind, kann es beispielsweise zu einer sogenannten Parentifizierung der Kinder kommen. Das bedeutet, dass Kinder Aufgaben und Rollen, die das erkrankte Familienmitglied vorher ausgeführt hat, übernehmen und sich um die Pflege des kranken Elternteils kümmern. Nicht selten führt die Rollenübernahme zu einer Überforderungssituation und der Schwierigkeit, eigene Bedürfnisse und Grenzen zu erkennen. Besonders in Ein-Eltern-Familien ist dieses Risiko erhöht. Doch auch in Familien, in denen ein Elternteil gesund ist, steht das gesunde, oftmals arbeitstätige Elternteil den Kindern oft nur eingeschränkt zur Verfügung.¹¹⁵

Viele Eltern sprechen zudem nicht mit ihren Kindern über die Erkrankung, teils aus dem Wunsch heraus, ihre Kinder nicht zu belasten, teils auch weil sie unsicher sind, wie sie das Thema kindgerecht vermitteln können. Bei den Kindern führt dies zu Unsicherheiten, da sie sich das Verhalten des erkrankten Elternteils nicht erklären können. Daraus können sich Schuldgefühle entwickeln oder die Vorstellung, durch das eigene Verhalten die Erkrankung des Elternteils beeinflussen zu können, beispielsweise indem sie sich besonders angepasst verhalten oder ihre Eltern nicht mit eigenen Bedürfnissen oder Sorgen belasten. Aber auch gegenüber dem Umfeld wird oftmals über die Erkrankung geschwiegen, beispielsweise aus Scham oder der Angst vor Ausgrenzung und Stigmatisierung. Betroffene Familien geraten daher oftmals in eine soziale Isolation. Nicht selten führt auch die Angst vor einem möglichen Sorgerechtsentzug dazu, dass Eltern keine oder erst sehr spät Hilfen in Anspruch nehmen.¹¹⁶

Inwieweit die psychische Erkrankung Einfluss auf die Belastungssituation hat, unterscheidet sich von Familie zu Familie und hängt von verschiedenen Faktoren ab, beispielsweise der Dauer und dem Schweregrad der Erkrankung, der Familienkonstellation und den zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen.¹¹⁷

Die BELLA-Studie (Befragung „Seelisches Wohlbefinden und Verhalten“) ist das Modul zur psychischen Gesundheit des repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheits surveys KiGGS des Robert Koch-Instituts. In der Längsschnittstudie wird die psychische Gesundheit von 7- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen in Deutschland untersucht. Ziel der BELLA-Studie ist unter anderem die Identifikation von Risiko- und Schutzfaktoren psychischer Auffälligkeiten. Die Ergebnisse der BELLA-Studie zeigen, dass Kinder psychisch kranker Eltern ein höheres Risiko haben, selbst psychisch zu erkranken als Kinder, deren Eltern nicht psychisch erkrankt sind. Sie stellen damit eine Risikogruppe dar. Die Studie zeigt aber auch auf, dass soziale Unterstützung, ein positives Familienklima und vor allem auch die Selbstwirksamkeitserwartung wichtige Schutzfaktoren sind, die das Erkrankungsrisiko minimieren oder bereits bestehende Symptome abmildern können. Die BELLA-Studie liefert daher wichtige Ansatzpunkte für Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung, die auf den Abbau von Belastungen und die Stärkung von Schutzfaktoren abzielen.¹¹⁸

¹¹³ vgl. Mattejat 2012

¹¹⁴ Vgl. Jungbauer u. Lenz 2008, S. 7

¹¹⁵ Vgl. Müller 2008, S. 146

¹¹⁶ Vgl. ebd., S. 144ff.

¹¹⁷ Vgl. ebd., S. 146

¹¹⁸ Vgl. Klasen u. Ravens-Sieberer 2014, S. 9f.; S. 55

In Schleswig-Holstein fanden in den vergangenen Jahren verschiedene landesweite Fachtagungen sowie regionale Seminar- und Veranstaltungsreihen zum Thema statt (2007 von der BAG der Kinderschutz-Zentren; 2009 von der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung; 2010 bis 2013 vom Sozialministerium in Kooperation mit der landesweiten Informations- und Fortbildungsstelle des Kinderschutzbundes Landesverband Schleswig-Holstein e.V. und z.T. mit der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung; 2014 - 2016 von der Inland Klinik Rendsburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychosomatik in Kooperation mit dem Kinderschutzbund Schleswig-Holstein). Diese Veranstaltungen haben Fachkenntnisse vermittelt - insbesondere über Risiken, Resilienzen und Interventionen - und sie haben erste Kooperationen vor Ort angeregt und initiiert.¹¹⁹

In Schleswig-Holstein gibt es zudem in allen Kreisen und kreisfreien Städten zumindest vereinzelt spezielle Angebote für Kinder psychisch kranker und/ oder suchterkrankter Eltern. Ein Ausschnitt über bestehende Angebote sind der Anlage zu Punkt 7.3 zu entnehmen. Insgesamt ist jedoch festzuhalten, dass – in Anbetracht der Anzahl betroffener Kinder und Jugendlicher und der Auswirkungen, die die psychische Erkrankung eines Elternteils auf die Entwicklung haben kann – noch keine ausreichende Anzahl an Angeboten bestehen.

Darauf weist auch die interdisziplinär besetzte Kommission „Landeskinderschutzbericht“ hin, die den am 23. Februar 2016 im Kabinett beschlossenen und dem Landtag vorgelegten zweiten Landeskinderschutzbericht (Teil 2 Schwerpunkt Kinderschutz) erarbeitet hat. Der in Abständen von fünf Jahren erarbeitete Landeskinderschutzbericht hat zum Ziel, wichtige Erkenntnisse und zentrale Empfehlungen für eine zukunftsorientierte Gestaltung des Kinderschutzes in Schleswig-Holstein aufzuzeigen. Im zweiten Landeskinderschutzbericht (Teil 2 Schwerpunkt Kinderschutz) enthalten ist ein eigenständiger Abschnitt zum Thema Kinder psychisch und suchtkrankter Eltern als besondere Herausforderung im Kinderschutz. Die Kommission „Landeskinderschutzbericht“ bewertet die oben genannten Fortbildungs- und Qualifizierungsbemühungen zum Thema auf Landes- und kommunaler Ebene als durchaus positiv. Doch im Hinblick auf die Entwicklung flächendeckender konkreter Hilfen gebe es bisher lediglich einzelne kleine Projekte, die weit entfernt seien von einem regional für Kinder und Eltern erreichbaren Hilfenetz. Auch richte sich die Unterstützung meist nur an Teile des Systems Familie, also an die Eltern oder die Kinder. Gründe für die Schwierigkeiten lägen der Kommission „Landeskinderschutzbericht“ zufolge in der Finanzierung nach unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern und einer nach wie vor unzureichenden Kooperation im Sinne abgestimmter Hilfe- und Behandlungspläne zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie (vgl. auch Abschnitt 6.5).¹²⁰ Auch der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e.V. wies im Rahmen des Fokusgruppengesprächs auf einen Mangel an Begleitangeboten für Kinder psychisch kranker Elternteile hin.

In ihrer Stellungnahme zum zweiten Landeskinderschutzbericht (Teil 2 Schwerpunkt Kinderschutz) stimmt die Landesregierung den fachlichen Ausführungen der Kommission „Landeskinderschutzbericht“ zu den Herausforderungen beim Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ zu und unterstützt die Empfehlung der Kommission, das Thema im Fortbildungs- und Qualifizierungsbereich kontinuierlich weiter zu verfolgen sowie die Entwicklung bedarfsgerechter Angebote und passgenauer Hilfen auszubauen. Die Landesregierung wolle darauf hinwirken, dass das Thema Kinder psychisch und/oder suchtkrankter Eltern in allen Feldern und Bereichen der Kinder- und Jugendhilfe, aber auch in multiprofessionellen Arbeitszusammenhängen kontinuierlicher Bestandteil von Qualifizierungs- und Ausbildungsmaßnahmen bleibt. Zudem ist geplant, das Thema im landesweiten Fachforum Kinderschutz aufzugreifen sowie die Erkenntnisse und fachlichen Ergebnisse aus bisherigen Veranstaltungen in mehreren landesweiten und regionalen Fachveranstaltungen zu behandeln.¹²¹

¹¹⁹ LTSH-Drucksache 18/3910, S. 96

¹²⁰ Vgl. LTSH-Drucksache 18/3910, S. 96

¹²¹ Vgl. LTSH-Drucksache 18/3910, S. 20

Die regelmäßig durch das MSGWG durchgeführten landesweiten Fachaustausche zu den lokalen Netzwerken Kinderschutz sowie zu den Kooperationskreisen Kinderschutz (§§ 8, 12 Kinderschutzgesetz Schleswig-Holstein) bieten hier ebenfalls einen geeigneten Rahmen, um bedarfsgerechte Angebote - beispielsweise zu Begleitangeboten für Kinder psychisch kranker Eltern - zu entwickeln sowie den fachlichen Austausch und die Kooperation zwischen den beteiligten Einrichtungen und Diensten zu fördern.

7.4 Psychiatrie und Zwang

Im Fokus der Entwicklung in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten steht die Anwendung von Zwang durch die psychiatrischen Einrichtungen. Sie wird einerseits für erforderlich gehalten, um aus der psychischen Erkrankung resultierende Gefahren für die Betroffenen selbst oder ihre Mitmenschen abzuwehren oder um zu ihren Gunsten eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung der Erkrankung zu ermöglichen. Von den Betroffenen selbst wird sie oftmals als eine demütigende und schmerzhaft Überwältigung empfunden, als eine über das Krankheitsleid hinausgehende Zufügung von Leid, deren Notwendigkeit nicht nachvollzogen werden kann.¹²² Kaum eine andere Erscheinungsform öffentlicher Gewalt greift derart einschneidend in die Autonomie und Selbstbestimmungsrechte der Betroffenen ein, wie die zwangsweise Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus und die Anwendung von Zwangsmaßnahmen im Rahmen des Unterbringungs Vollzuges. Andererseits ist der Umgang mit menschlichen Extremsituationen mit einem hohen Potenzial an Selbst- und Fremdaggression auch für die Pflegerinnen und Pfleger und Ärztinnen und Ärzte ausgesprochen anspruchsvoll und oftmals psychisch sehr belastend. In jedem Fall fordert es ein hohes Maß an Professionalität. So hat sich in den vergangenen Jahrzehnten eine breite psychiatrisch-fachliche und rechtliche Diskussion über den Umgang mit Zwangsmitteln und ihren Voraussetzungen entwickelt, die auch die Praxis der Psychiatrie nachhaltig verändert, aber längst noch keinen Endpunkt erreicht hat.

7.4.1 Arten von Zwanganwendung

Unterschieden werden können im Groben folgende Formen der Zwanganwendung:

- Unterbringung gegen oder ohne den Willen der oder des Betroffenen in einem psychiatrischen Krankenhaus; diese kann auf betreuungsrechtlicher oder öffentlich-rechtlicher Rechtsgrundlage erfolgen (§ 1906 Abs. 1 & 2 BGB bzw. § 7 PsychKG SH);
- Sicherungsmaßnahmen im Rahmen des Vollzuges der Unterbringung, dazu gehören die Isolierung bzw. Absonderung und die (mechanische) Fixierung (§ 16 PsychKG; § 1906 Abs. 4 BGB);
- Die Verabreichung von Medikamenten unter Zwang, wobei unterschieden wird zwischen einer rein sedierenden Wirkung, die als „medikamentöse Sicherungsmaßnahme“ eingeordnet wird, und einer Verabreichung zur Behandlung der psychischen Grunderkrankung oder einer anderen Erkrankung oder Verletzung (§ 14 Abs. 4 & 5 PsychKG; § 1906 Abs. 1 BGB).

Die Psychiatrie-Enquete hat wichtige Anstöße zu einer Auseinandersetzung mit der Zwangs-Unterbringung und den im Rahmen der Unterbringung ausgeübten Zwangsmaßnahmen gegeben.¹²³ Die psychiatrische Fachwelt wie auch Rechtswissenschaft und Rechtsprechung haben seither die Rechtsstellung der Patientin bzw. des Patienten Schritt für Schritt weiterentwickelt, indem Voraussetzungen und Verfahren für die Anwendung von Zwang herausgearbeitet und die Möglichkeiten zur Selbstbestimmung deutlich ausgeweitet wurden. Dies ist ein Prozess, der wohl noch nicht zu seinem Abschluss gekommen ist. Vorangetrieben wurde die Entwicklung maßgeblich durch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG), aber die auch internationale Entwicklung der Menschenrechte hat in den vergangenen Jahrzehnten eine Fortentwicklung angestoßen.

¹²² vgl. CPT-Standards, S. 61, Osterfeld u. Zinkler, S. 10ff.; Thaler, S. 41ff.; Höflacher, S. 53ff.

¹²³ Brosey u. Osterfeld, S. 378 f.

7.4.2 Statistische Angaben

Festzustellen ist, dass in Schleswig-Holstein nach der Geschäftsübersicht vergleichsweise viele betreuungsrechtliche und öffentlich-rechtliche Unterbringungsverfahren stattfinden:¹²⁴

- Bezogen auf je 1000 Einwohner liegt Schleswig-Holstein mit 2,13 Unterbringungsverfahren nach dem PsychKG im Jahr 2014 (insg.: 6043) über dem Bundesdurchschnitt von 1,02 Verfahren und damit nach Bremen an zweiter Stelle. Das ist auch darauf zurückzuführen, dass Verfahren, die bei einem gemeinsamen Bereitschaftsgericht während des Bereitschaftsdienstes eingehen, doppelt gezählt werden, weil diese Verfahren in zwei Gerichten bearbeitet werden.
- Bei den betreuungsrechtlichen Unterbringungsverfahren gem. § 1906 BGB liegt Schleswig-Holstein mit 1,98 Verfahren je 1000 Einwohner (insg.: 5596) ebenfalls über dem Bundesdurchschnitt von 1,66 Verfahren und damit nach Bayern, Saarland, Niedersachsen und Hessen an fünfter Stelle.
- Ähnlich sieht es bei den unterbringungsähnlichen Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB aus (also Freiheitsentziehungen durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder ähnliches): je 1000 Einwohner kommt Schleswig-Holstein auf 0,9 gerichtliche Genehmigungen (insgesamt: 2547); der Bundesdurchschnitt liegt bei 0,74. Spitzenreiter ist hier Bayern mit 1,4 Genehmigungen, Schleswig-Holstein liegt insgesamt an fünfter Stelle. Die absolute Zahl der Genehmigungen unterbringungsähnlicher Maßnahmen ist von 3.643 (2010) auf 2.547 (2014) zurückgegangen.

Über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen (besondere Sicherungsmaßnahmen) oder die Genehmigung ärztlicher Zwangsbehandlungen im Rahmen der gerichtlich angeordneten Unterbringung § 7 PsychKG liegen keine Angaben vor. Für die Genehmigung ärztlicher Zwangsbehandlungen gemäß § 1906 Abs. 3 BGB liegen für 2014 erstmals Zahlen vor: demnach sind landesweit 162 Zwangsbehandlungen genehmigt worden.¹²⁵

Anzahl Unterbringungsverfahren je 1000 Einwohner 2014

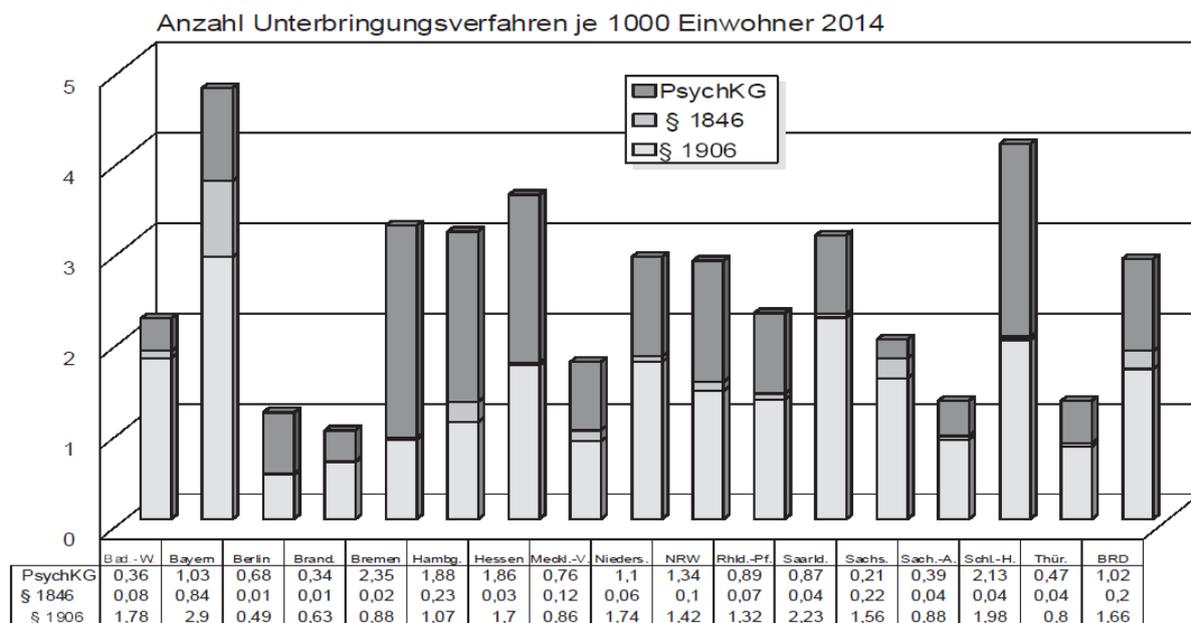


Abb. 1 zu 7.4.2 (Bundesamt für Justiz GÜ 2, Stat. Bundesamt; Zusammenstellung und Auswertung: Deinert, S. 32)

¹²⁴ BfJ, Sondererhebung Verfahren nach dem Betreuungsgesetz; Zusammenstellung und Auswertung: Deinert 2015.

¹²⁵ BfJ, Sondererhebung Verfahren nach dem Betreuungsgesetz, Zusammenstellung und Auswertung: Deinert 2015. Mit 0,57 Genehmigungen je 10000 Einwohner liegt Schleswig-Holstein unter dem Bundesschnitt (0,71).

Unterbringungsähnliche Maßnahmen (§ 1906 IV BGB) 2014 im regionalen Vergleich

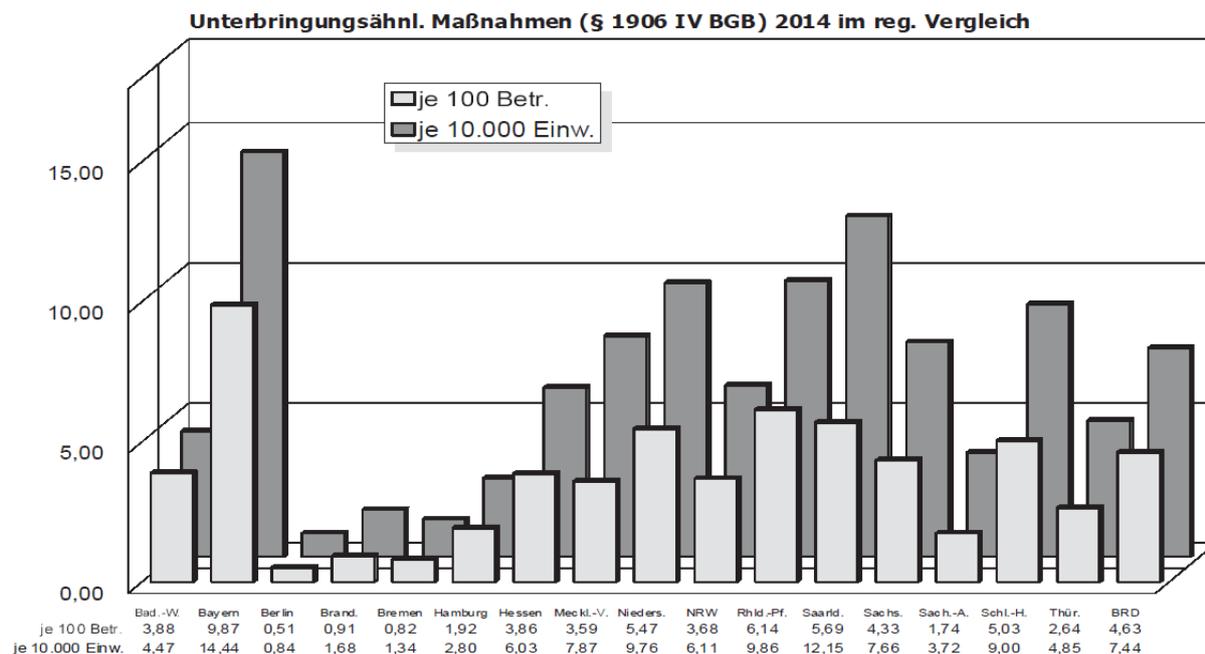


Abb. 2 zu 7.4.2 (Bundesamt für Justiz, Sondererhebung Verfahren nach dem Betreuungsgesetz, GÜ 2, Stat. Bundesamt; Zusammenstellung und Auswertung: Deinert, S. 33)

Eindeutige Ursachen für die relativ vielen Unterbringungsverfahren und Zwangsmaßnahmen lassen sich aus den Zahlen nicht ableiten und können sehr unterschiedlicher Art sein: Einflussfaktoren können unter anderem die landesgesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, die erreichbaren Versorgungsstrukturen und Möglichkeiten der Krisenintervention, die Zahl der betreuten Menschen sowie unterschiedliche Antrags- und Anordnungskulturen der sozialpsychiatrischen Dienste und der Gerichte in den verschiedenen Bundesländern sein. Auch der o.g. statistische Effekt des gemeinsamen Bereitschaftsdienstes spielt eine Rolle. Das Ausmaß der Doppelzählung beträgt für das Jahr 2014 ca. 14 %.

7.4.3 Unterbringung

Die Anstöße der Psychiatrie-Enquete haben zu einem gewandelten Verständnis der Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern und der Regelung ihrer Voraussetzungen und Verfahren beigetragen. Eine umfassende Verbesserung der Rechtsstellung psychisch kranker Menschen ist mit der **Einführung des Betreuungsrechtes** 1992 erreicht worden. Die umfassende Entmündigung sowie das Vormundschafts- und Pflschaftswesen bei Volljährigen wurde abgeschafft und durch eine Betreuung ersetzt, die den Betroffenen nicht die Geschäfts- und Handlungsfähigkeit entzieht und sich nur auf die Aufgabenkreise beschränkt, in denen die Betreuung tatsächlich erforderlich ist. Zudem ist eine Unterbringung gemäß § 1906 Abs. 1 BGB (zivilrechtliche oder betreuungsrechtliche Unterbringung) seither nur zum Wohle der Betroffenen zulässig, wenn und solange sie erforderlich ist, um eine krankheitsbedingte Suizidgefahr oder Gefahr einer erheblichen Selbstverletzung abzuwenden oder um eine notwendige Heilbehandlung oder ärztliche Untersuchung zu ermöglichen. Sie ist unverzüglich zu beenden, wenn ihre Voraussetzungen nicht mehr vorliegen. Diese Grundsätze gelten auch für solche freiheitsentziehenden Maßnahmen (wie mechanische Vorrichtungen, Medikamentengabe o.ä.), durch die Betreute über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig daran gehindert werden, ihren Aufenthaltsort zu verlassen, wenn sie sich in einem psychiatrischen Krankenhaus, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhalten (Abs. 4). In grundlegender Abkehr von der früheren Rechtslage ist die Betreuung also auf eine Unter-

stützung der Betroffenen bei der Entscheidungsfindung und auf möglichst nur *punktueller* Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht und die Freiheit der Betroffenen ausgerichtet.

Neben der zivilrechtlichen Unterbringung steht die **öffentlich-rechtliche Unterbringung**. Auch hier wurde in mehreren gesetzgeberischen Schritten die Rechtsstellung der Betroffenen verbessert.

Es stellt sich die Herausforderung, die Anordnung von Unterbringungen soweit als möglich zu vermeiden. In den Fokus müssen dabei insbesondere die ambulanten Hilfsangeboten genommen werden. Zwangsweise stationäre Unterbringungen werden insbesondere dann als letztes Mittel erforderlich, wenn die Betroffenen zuvor nicht mit anderen, niedrighschwelligeren, insbesondere ambulanten Angeboten erreicht werden können. Hier kommt sowohl den Kommunen mit ihren Sozialpsychiatrischen Diensten als auch der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) mit den fachärztlichen Notdiensten eine zentrale Aufgabe zu.

7.4.4 *Maßnahmen im Vollzug der Unterbringung*

Rechtliche und tatsächliche Veränderungen entwickeln sich auch für den *Vollzug* der jeweiligen Unterbringungsanordnung: Vor allem das BVerfG hat immer wieder deutlich gemacht, dass auch Grundrechtseingriffe während der Unterbringung (insb. ärztliche Zwangsbehandlungen und Maßnahmen zur Gewährleistung von Sicherheit und Ordnung) gesetzlich geregelt werden müssen. Darin liegt nicht nur ein Beitrag zur Rechtsklarheit, sondern zugleich eine wichtige Voraussetzung für die gerichtliche Überprüfung von Grundrechtseingriffen.

Die Gewährleistung der Grund- und Menschenrechte während eines Freiheitsentzuges ist in den vergangenen Jahrzehnten in den Fokus internationaler Menschenrechtskonventionen und –standards gerückt.¹²⁶ Ein wichtiges Instrument sind dabei sog. Präventionsmechanismen, also Besuchskommissionen, die Orte der Freiheitsentziehung jederzeit und unangemeldet besuchen dürfen:

Das *Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment* (CPT) besucht seit Anfang der 1990er Jahre regelmäßig (zur Zeit in 5-Jahres-Intervallen) die Mitgliedsländer des Europarates. In ähnlicher Weise verfährt seit 2010 in Deutschland auch die *Nationale Stelle zur Verhütung von Folter* („Nationale Stelle“), die trotz ihrer eher bescheidenen personellen Ausstattung die Prüfdichte seither deutlich verstärkt.

Der Beitrag zur Fortentwicklung der Verhältnisse in den geschlossenen Einrichtungen geht über die Aufdeckung von einzelnen Missständen weit hinaus: die Besuchsberichte haben eine über den Einzelfall hinausgehende Orientierungsfunktion, und insbesondere das CPT kann auf eine langjährige Entwicklung von allgemeinen Standards bspw. hinsichtlich Ausübung von Fixierungen und von Isolationsmaßnahmen verweisen.¹²⁷ So statuieren die CPT-Standards für die Anwendung von Zwangsmitteln (Isolierung, Fixierung, Verabreichung von Beruhigungsmitteln) unter anderem Folgendes:¹²⁸

- Zwangsmaßnahmen sind in einem geeigneten und geschützten Raum durchzuführen.
- Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen hierfür besonders geschult sein und regelmäßig an Trainings teilnehmen.

¹²⁶ Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe vom 10. Dezember 1984 nebst dem dazugehörigen Fakultativprotokoll vom 18. Dezember 2002; Europäische Konvention zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe vom 26. November 1987.

¹²⁷ vgl. CPT-Standards 2015; s. auch den Jahresbericht 2015 der Nationalen Stelle, der erstmals „Standards“ enthält.

¹²⁸ CPT-Standards, S. 58ff.

- Bei Fixierungen muss eine durchgehende persönliche Betreuung durch entsprechend geschulte Mitarbeiter gewährleistet sein.
- Anordnung und Durchführung von Zwangsmaßnahmen sind in einem besonderen Verzeichnis zu dokumentieren (unter anderem hinsichtlich der Zeitspanne und besondere Vorkommnisse).

7.4.5 *Ärztliche Zwangsbehandlung*

Die Anordnung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus umfasste bis vor kurzem wie selbstverständlich auch die Befugnis der verantwortlichen Ärztin bzw. des verantwortlichen Arztes, psychiatrische Behandlungen auch gegen den Willen der Patientin oder des Patienten anzuordnen und, wenn nötig, unter Anwendung von Zwang durchzusetzen. Zu einer neuen rechtlichen Bewertung hat die grundlegende Entscheidung des BVerfG vom 23. März 2011¹²⁹ zur ärztlichen Zwangsbehandlung im rheinland-pfälzischen Maßregelvollzug geführt. Die Bedeutung der Entscheidung geht über den Maßregelvollzug hinaus und hat den Umgang mit ärztlichen Zwangsmaßnahmen auf neue Füße gestellt (siehe zur Entscheidung Punkt 5.5). Diese Grundsätze hat das BVerfG auch auf die zivilrechtliche Unterbringung und die öffentlich-rechtliche Unterbringung angewandt. Die Entscheidung hat zu umfangreichen gesetzlichen Anpassungen u.a. in den Maßregelvollzugsgesetzen, den öffentlich-rechtlichen Unterbringungsgesetzen (PsychKGs) der Länder und im Betreuungsrecht (§ 1906 BGB) geführt. Im schleswig-holsteinischen Landesrecht wurden aufgrund der Rechtsprechung des BVerfG Änderungen in § 4 PsychKG (durch Einfügung neuer Abs. 4 & 5) und § 5 MVollzG (durch Einfügung von Abs. 5 & 6) vorgenommen (siehe 5.5). In der Praxis vermittelt sich derzeit noch eine recht heterogene Handhabung der neuen Regelungen. Hier wird zu beobachten sein, wie diese von der Praxis angenommen werden.

7.4.6 *Weitere Instrumente zur Stärkung der Selbstbestimmung*

Um die Beachtung des Patientenwillen auch in solchen Situationen sicher zu stellen, in denen der Betroffene nicht in der Lage ist, seinen Willen frei zu bilden oder zu äußern, wurden Instrumente wie die Patientenverfügung, die Behandlungsvereinbarung oder der Krisenpass entwickelt. Die Patientenverfügung erfuhr durch das Dritte Betreuungsrechtsänderungsgesetz vom 29. Juli 2009¹³⁰ eine gesetzliche Regelung in § 1901a BGB, und durch das Patientenrechtegesetz vom 20. Februar 2013¹³¹ wurde die Verbindlichkeit der Behandlungseinwilligung sowie die Aufklärungspflichten der Ärztin bzw. des Arztes im Rahmen der Regelungen über den Behandlungsvertrag in den §§ 630a ff. BGB geregelt.

Obwohl die Ursprünge dieser Entwicklung stärker in der somatischen Medizin liegen, ist der Anwendungsbereich der gesetzlichen Regelungen und der Gegenstand der genannten Instrumente auch und gerade für die psychiatrische Behandlung gegeben: Patientenverfügung, Behandlungsvertrag und Krisenpass können auch hier bei der Beachtung des Patientenwillens hilfreich sein. Sie sind wichtige Instrumente, um das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten gerade auch für solche Situationen zu gewährleisten, in denen Sicherungs- oder ärztliche Behandlungsmaßnahmen erforderlich und die Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind, eine auf freier Willensbildung beruhende Entscheidung zu treffen. Entsprechende Vorlagen wurden bereits von Verbänden und Kliniken erarbeitet.¹³² Die tatsächliche Inanspruchnahme und Akzeptanz derartiger In-

¹²⁹ s.o. Fn. 33

¹³⁰ BGBl. 2009 I v. 31.7.2009, S. 2286.

¹³¹ BGBl. 2013 I v. 25.2.2013, S. 277.

¹³² Bspw. Psychiatrische Patientenverfügung Pro Mente Sana: www.promentesana.ch/angebote/patientenverfuegung-ppv.html; „Bielefelder Behandlungsvereinbarung“, Trialog Bielefeld: www.psychiatrie-

strumente hängt wesentlich von der Haltung und aktiven Vermittlung der professionellen Akteurinnen und Akteure ab. Gerade den Ärztinnen und Ärzten kommt hier die Verantwortung zu, im Gespräch mit den Patientinnen und Patienten auf diese Möglichkeiten hinzuweisen und ihnen bei der Behandlungsgestaltung Geltung zu verschaffen. Belastbare Erkenntnisse über die Akzeptanz und Anwendung von Patientenverfügungen, Behandlungsvereinbarungen und Krisenpässen liegen bisher nicht vor.

7.4.7 Entwicklungslinien

Für den Umgang mit Zwang im Rahmen psychiatrischer Unterbringung und Behandlung lassen sich als Entwicklungslinien der vergangenen Jahrzehnte insbesondere die Anerkennung der Patientinnen und Patienten als Grundrechtsträger, die Verrechtlichung des Unterbringungs- und Behandlungsverhältnisses und die Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes der Patientinnen und Patienten ausmachen. Die Perspektive wandelt sich von der gefahrenabwehrrechtlichen Perspektive auf eine unterstützende Perspektive; die Vermeidung und Verkürzung der Unterbringungen wird angestrebt und die Wechselwirkung zwischen ausreichenden ambulanten und stationären Präventions- und Behandlungsangeboten einerseits und Unterbringungsnotwendigkeiten andererseits wird in den Fokus genommen.

bielefeld.de/beandlungsvereinbarung/behandlungsvereinbarung.pdf;
„Osnabrücker Behandlungsvereinbarung“ der Landesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener Niedersachsen e.V.: lpen-online.de/index.php/osnabruecker-behandlungsvereinbarung;
Krisenpass der Münchner Psychiatrie-Erfahrenen (MüPE):
www.muepe.org/images/pdfs/patientenrechte/Krisenpass/krisenpass_2009.pdf; Quelle: Borbé, S. 208

7.5 Beschwerdeanlaufstellen

7.5.1 Rechtsstellung der Betroffenen

Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung haben grundsätzlich die gleichen Rechte wie Patientinnen und Patienten mit einer somatischen Erkrankung. Sie sind Träger von Grund- und Menschenrechten. Jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung ist verboten (Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG; Art. 5 UN-BRK). Nach Art. 2 UN-BRK ist jede Unterscheidung, Ausschließung oder Beschränkung diskriminierend, die zum Ziel oder zur Folge hat, die auf die Gleichberechtigung mit anderen gegründete Anerkennung, Inanspruchnahme oder Ausübung aller Menschenrechte oder Grundfreiheiten zu beeinträchtigen oder zu vereiteln“.

Im Zusammenhang mit der psychiatrischen Versorgung werden eine Reihe von Menschenrechten im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention berührt, zu berücksichtigen sind. Das sind vor allem

- das Recht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht (Art. 12 UN-BRK)
- der Zugang zu Recht (Art. 13 UN-BRK),
- Freiheit und Sicherheit (Art. 14),
- Freiheit vor Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe“ (Art. 15 UN-BRK),
- die Unversehrtheit der Person (Art. 17 UN-BRK),
- eine unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft (UN-BRK),
- Zugang zu Informationen (Art. 21 UN-BRK) sowie
- das Recht auf Gesundheit (Art. 25 UN-BRK).

Weiterhin zu nennen sind die menschenrechtlichen Prinzipien der assistierten Selbstbestimmung, der Partizipation und Inklusion (Art. 3 UN-BRK). Die UN-BRK ist unmittelbar geltendes innerstaatliches Recht im Range eines einfachen Bundesgesetzes und muss entsprechend beachtet werden.

Auch Grundrechtseingriffe dürfen nur aufgrund eines Gesetzes erfolgen. So stellt beispielsweise eine Freiheitsentziehung zur Gefahrenabwehr im öffentlichen Interesse oder zum Schutz einer psychisch kranken Person immer einen Eingriff in grundrechtlich geschützte Bereiche der Betroffenen dar. Dieser Grundrechtseingriff darf nur aufgrund eines Gesetzes erfolgen und muss nach Artikel 104 des Grundgesetzes durch eine Richterin oder einen Richter angeordnet bzw. überprüft werden. Ähnlich stellt sich die zwangsweise medizinische Behandlung psychisch kranker Menschen dar. Diese Grundrechtseingriffe, wie sie eine Zwangsunterbringung und eine Zwangsbehandlung darstellen, sind nur erlaubt, wenn die Betroffenen nicht mit anderen, weniger belastenden Hilfen erreicht werden können.

7.5.2 Hilfsangebote

Viele Menschen sind unsicher, welche Rechte sie als Patientinnen und Patientinnen bzw. Angehörige haben und wie sie einem Anliegen oder einer Beschwerde Gehör verschaffen können. Gründe für Beschwerden sind dabei vielfältig. Konflikte mit Ärztinnen und Ärzten, gesetzlicher Betreuung, Leistungserbringern und Sozialversicherungsträgern, aber auch eine als unzureichend empfundene Aufklärung über Chancen, Nutzen, Risiken und Alternativen

von Behandlungen, die Nichtberücksichtigung der Wünsche und Ziele im Hinblick auf eine Behandlung oder Ärger über Diagnosen und Gutachten sind nur einige Gründe, die Anlass für Kritik und Beschwerden der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen sein können.

Für viele Menschen stellt die Äußerung von Kritik oder Beschwerden jedoch eine große Hürde dar. Im Bereich der Psychiatrie kommt erschwerend hinzu, dass Unterbringungen und Behandlungen nicht immer freiwillig erfolgen. Das im Rahmen der zwangsweisen Unterbringung entstehende Machtgefälle kann es betroffenen Menschen zusätzlich erschweren, Kritik und Beschwerden zu äußern. Wichtig sind daher Anlaufstellen, die für alle Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen leicht erreichbar sind. Unabhängige Beratungsstellen spielen dabei eine bedeutende Rolle. Sie bieten Unterstützung, sich im psychiatrischen Versorgungssystem zurecht zu finden und die richtigen Hilfen zu finden, nehmen Beschwerden unabhängig und wertneutral entgegen, unterstützen bei der Klärung von Unstimmigkeiten und Konflikten unterstützen und helfen auf diese Weise, Benachteiligungen zu vermeiden und Inklusion zu fördern.

Landesverband der unabhängigen Beschwerdestellen

Der Landesverband Beschwerdestelle Schleswig-Holstein e.V. vereint die regional tätigen Beschwerdestellen unter einem Dach und evaluiert ihre Arbeit. Darüber hinaus werden Fortbildungen organisiert und ein Erfahrungsaustausch gefördert. Durch Öffentlichkeitsarbeit und Informationsmaterialien werden Patientinnen und Patienten über ihre Rechte informiert. Hinzu kommt ein Krisenpass mit Informationen und Hinweisen für Notsituationen. Die Beschwerdestellen vor Ort werden von rechtsfähigen Regionalvereinen betrieben, die als gemeinnützig anerkannt sind.

Regionale Beschwerdestellen

Beanstandungen und Beschwerden von (ehemaligen) Patientinnen und Patienten sowie von deren Angehörigen und Freunden werden von den unabhängig arbeitenden Beschwerdestellen entgegengenommen. In den unabhängigen Beschwerdestellen arbeiten multiprofessionelle Teams, die aus Fachkräften sowie krisen- und psychiatriee erfahrenen Menschen und Angehörigen als Expertinnen und Experten in eigener Sache bestehen. Diese dialogische Ausrichtung sorgt dafür, dass immer eine Ansprechpartnerin oder ein Ansprechpartner für die jeweilige Fragestellung der Ratsuchenden zur Verfügung steht. Die Beraterinnen und Berater arbeiten ehrenamtlich und unabhängig von Organisationen und Trägern. Alle angebotenen Hilfen der Beschwerdestellen können kostenlos in Anspruch genommen werden. Auf diese Weise wird ein niedrighschwelliger Zugang gewährt.

Die Leistungen der unabhängigen Beschwerdestellen umfassen unter anderem

- die Beratung über die Möglichkeiten einer Beschwerde,
- das gemeinsame Aufsetzen von Schriftstücken,
- vermittelnde Tätigkeiten,
- die Begleitung zu Möglichkeiten der Beschwerde vor Ort sowie
- die Vermittlung zu weitergehenden Beratungen.

Von den 15 Kreisen und kreisfreien Städte haben mittlerweile 13 eine unabhängige Beratungsstelle:

1. Beschwerdestelle des Kreises Schleswig-Flensburg
2. Sozialpsychiatrische Beschwerdestelle des GPV im Kreis Dithmarschen
3. Beschwerdestelle des Kreises Rendsburg-Eckernförde

4. Beschwerdestelle im Kreis Steinburg
5. Beschwerdestelle Pinneberg e. V.
6. Psychosoziale Beschwerdestelle im Kreis Segeberg
7. Beschwerdestelle für Psychatrieerfahrene und deren Angehörige für die Hansestadt Lübeck und den Kreis Ostholstein
8. Unabhängige sozialpsychiatrische Beschwerdestelle Neumünster – GPV
9. Sozialpsychiatrische Beschwerdestelle im Kreis Plön
10. Beschwerdestelle Nordfriesland für psychisch kranke Menschen und deren Angehörige
11. Unabhängige Beschwerdestelle für Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige – Kreis Herzogtum-Lauenburg e. V.
12. Unabhängige sozialpsychiatrische Beschwerdestelle Kiel (U. s. B. Kiel)

7.5.3 *Psychisch erkrankte Menschen in Einrichtungen*

Eine stationäre Unterbringung ist immer das letzte Mittel und kann verhindert werden, wenn Menschen rechtzeitige Beratung und Unterstützung, insbesondere in Form ambulanter Hilfen erhalten. Doch nicht immer ist eine stationäre Unterbringung zu vermeiden. Dabei gilt nach der UN-Behindertenrechtskonvention, dass eine Unterbringung nur noch eine zeitlich eng befristete Maßnahme der Krisenintervention darstellen soll. Bei Eingriffen in die Rechte psychisch kranker Menschen ist stets nach den Grundsätzen des geringstmöglichen Eingriffs und der Verhältnismäßigkeit der Mittel zu verfahren. Dabei ist darauf zu achten, dass jeder Eingriff den psychisch kranken Menschen so wenig wie möglich belastet.

Rechte und Pflichten von Patientinnen und Patienten sind gesetzlich geregelt im Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, im Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen sowie im Betreuungsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuches. Auch im Rahmen einer stationären Unterbringung haben die Betroffenen das Recht zur Selbstbestimmung. Insbesondere die Anerkennung des Patientinnen- und Patientenwillens hat einen zentralen Stellenwert. Wünsche, die ein psychisch kranker Mensch vor Beginn einer Maßnahme äußert, sollen entsprochen werden, es sei denn, sie wollen hieran erkennbar nicht mehr festhalten. Eine besondere Rolle spielt dabei die Patientenverfügung (siehe 5.4.1), in der eine volljährige Person festhält, ob sie im Falle einer Einwilligungsunfähigkeit bestimmten Untersuchungen, Heilbehandlungen oder ärztlichen Eingriffen zustimmt oder diese ablehnt. Liegt eine Patientenverfügung vor, so ist diese zu berücksichtigen. Werden zwischen Patientin bzw. Patient und Ärztin bzw. Arzt Behandlungsvereinbarungen geschlossen, so finden auch diese Berücksichtigung. Eine Behandlungsvereinbarung dient der gegenseitigen Vertrauensbildung und enthält in der Regel Hinweise für eine individuelle Behandlung des betroffenen Menschen. Eine Behandlungsvereinbarung kann bereits vor einer Unterbringung als auch während der Unterbringung geschlossen werden. Damit den Wünschen und Bedürfnissen der betroffenen Menschen besser Rechnung getragen werden kann, hat die Behandlungsvereinbarung zeitnah und in nicht zu großen Abständen zu einer Behandlung zu erfolgen.

Fachaufsicht

Dem Schutz der Grundrechte der betroffenen Menschen dient auch die staatliche Aufsicht über die unmittelbar handelnden Behörden, Dienste oder Einrichtungen.

Träger der Aufgaben nach dem PsychKG sind die Kreise und kreisfreien Städte. Sie nehmen diese Aufgaben zur Erfüllung nach Weisung wahr (§ 2 PsychKG). Gemäß § 17 Abs. 1 Landesverwaltungsgesetz (LVwG) unterliegen sie als Träger der Aufgaben nach Weisung der

Fachaufsicht des Landes. „Fachaufsicht“ beinhaltet nicht nur eine Rechtmäßigkeitskontrolle, sondern bezieht sich auch auf die Zweckmäßigkeit des Verwaltungshandelns.

Wo Kommunen von der Möglichkeit Gebrauch machen, ihre Aufgabe zum Vollzug der Unterbringung nach dem PsychKG durch privatrechtlich verfasste Krankenhäuser erledigen zu lassen, müssen sie deren Träger zu der Ausübung hoheitlicher Gewalt durch eine Beleihung ermächtigen. Über diese beleiheten Krankenhäuser übt die jeweilige Kommune die unmittelbare Fachaufsicht aus.

Die Fachaufsicht verfügt über umfassende Einwirkungsmöglichkeiten. Im Rahmen der Fachaufsicht ist dem Fachministerium Auskunft zu erteilen, Einsicht in Akten und sonstige Schriftstücke zu gewähren, Weisungen des Fachministeriums Folge zu leisten sowie dem Fachministerium jederzeit Zugang zu den Räumlichkeiten der Einrichtung zu gewähren.

Anliegenvertretung

§ 26 PsychKG schreibt die Bildung einer Anliegenvertretung vor, die sich um die Belange der in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebrachten Menschen kümmert. Zur Anliegenvertretung zählt sowohl die Besuchskommission als auch eine Patientenfürsprecherin bzw. ein Patientenfürsprecher inklusive einer entsprechenden Vertretungsperson:

Besuchskommissionen: Bei den Besuchskommissionen handelt es sich um Institutionen, die dazu dienen, in dem besonders grundrechtssensiblen Bereich der freiheitsentziehenden Unterbringung Transparenz herzustellen, Problemfelder zu identifizieren und im Einzelfall sowie auch allgemein dazu beitragen, eine patientinnen- und patientenorientierte und menschenrechtskonforme psychiatrische Versorgung zu gewährleisten. Die Besuchskommission hat sowohl eine fachaufsichtliche Funktion als auch die Aufgabe, Beschwerden zu bearbeiten. Mit der Besuchskommission wird ein multiprofessionelles Gremium geschaffen, bestehend aus einer Ärztin oder einem Arzt des Kreises oder der kreisfreien Stadt, einer in Unterbringungsangelegenheiten erfahrene Person mit Befähigung zum Richteramt, einem Mitglied auf Vorschlag von Vereinigungen der Psychiatrieerfahrenen und einem Mitglied auf Vorschlag der Vereinigungen der Angehörigen und Freunde psychisch kranker Menschen. Durch seine multiprofessionelle Besetzung ist das Gremium in der Lage, die unterschiedlichen Bedürfnisse der betroffenen Menschen zu erkennen und im Interesse der betroffenen Menschen zu agieren.

Das PsychKG sieht in § 26 vor, dass diejenigen Kommunen eine Besuchskommission berufen sollen, in denen sich Krankenhäuser befinden, die Unterbringungen durchführen. Aufgabe der Besuchskommission ist es, die Einrichtung in Abständen von längstens einem halben Jahr zu besichtigen, um zu prüfen, ob die Rechte der untergebrachten Personen nach diesem Gesetz gewährt werden. Zudem soll die Anliegenvertretung auch zwischen den Besuchen für Anliegen und Beschwerden erreichbar sein. Der Besuchskommission ist ungehinderter Zugang zur Einrichtung zu gewähren. Bei der Besichtigung ist den untergebrachten Personen Gelegenheit zu geben, Wünsche und Beschwerden vorzutragen. Die Einrichtung soll die Besuchskommission bei ihrer Tätigkeit unterstützen.

Patientinnen- und Patientenfürsprecher: Das PsychKG erwähnt in § 26 ebenfalls die Patientinnen- und Patientenfürsprecher und überlässt den Kreisen und kreisfreien Städten die Wahl, ob sie eine Patientenfürsprecherin bzw. einen Patientenfürsprecher oder eine Besuchskommission bestellen wollen. Es ist auch möglich, beide Institutionen zu bestellen. Diese Wahlmöglichkeit wurde im Gesetzgebungsverfahren kritisch gesehen, so dass der Bestellung einer Besuchskommission der Vorzug gegeben wurde; nur eine kompetente Fachkommission könne wirksam die Interessen der untergebrachten Menschen vertreten (Praxiskommentar zum PsychKG SH zu § 26 PsychKG).

7.5.4 *Patientinnen- und Patientenombudsleute*

Der Patientinnen- und Patientenombudsverein vertritt die Anliegen von Patientinnen und Patienten, Pflegebedürftigen und deren Angehörigen in Schleswig-Holstein. Die Ombudsleute vermitteln bei Konflikten mit den Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens (Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen, Rehabilitationseinrichtungen, Apotheken, Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen) und wirken auf eine Streit-schlichtung hin. Das Ziel ist immer eine Kooperation mit allen Beteiligten, um eine ethisch, rechtlich und finanziell vertretbare Lösung zu finden. Die Beratung durch den Patientinnen- und Patientenombudsverein erfolgt neutral, unabhängig und kostenfrei. Die Ombudsleute informieren, beraten und vertreten die Anliegen der Patientinnen und Patienten.

7.5.5 *Servicestellen für Rehabilitation*

Für alle Kreise und kreisfreie Städte sind von den Rehabilitationsträgern Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation eingerichtet worden. Wer nach einem Unfall oder einer Krankheit in einer Rehabilitationsklinik wieder auf das Berufsleben vorbereitet werden möchte oder wer aus gesundheitlichen Gründen einen anderen Beruf erlernen muss, kann sich an eine dieser Servicestellen wenden. Die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation unterstützen ratsuchende Menschen in allen Fragen der Rehabilitation. Sie klären Anliegen, nehmen Anträge auf und ermitteln den zuständigen Träger. Von den Servicestellen wird bei Bedarf auch der weitere Kontakt zum zuständigen Rehabilitationsträger hergestellt und der Antrag unverzüglich dorthin weitergeleitet. Die Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation sollen vor allem Menschen mit Behinderung das Leben leichter machen, indem sie für alle Fragen oder Anträge zur medizinischen oder beruflichen Rehabilitation zusätzliche Anlaufpunkte darstellen.

Alle Rehabilitationsträger arbeiten eng zusammen. Hinter den Beraterinnen und Beratern in den Servicestellen steht ein Team von Fachleuten. Sie kommen aus Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Agenturen für Arbeit, Städten und Kreisen sowie Rentenversicherungsträgern und bilden örtliche Reha-Beratungsteams. Gemeinsam klären sie spezielle Fragenstellungen und koordinieren bei Bedarf mehrere Rehabilitationsleistungen. Durch kurze Kommunikationswege können die 5 Wochen, innerhalb derer ein Antrag zur Rehabilitation entschieden sein muss, eingehalten werden.

7.5.6 *Sonstige Vertretungen*

Neben den genannten Anlaufstellen können Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten und deren Angehörige weitere Beratungs- bzw. Beschwerdestellen in Anspruch nehmen. Hierzu gehören der Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderung, die kommunalen Beiräte/ Beauftragte für Menschen mit Behinderung, die Landesbürgerbeauftragte und die unabhängige Patientenberatung.

Landesbeauftragter für Menschen mit Behinderung

Aufgabe des Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderung ist vorrangig die Beratung des Landtags und der Landesregierung bei Vorhaben, die Belange der Menschen mit Behinderung berühren, um auf diese Weise deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft aktiv zu fördern und gleichwertige Lebensbedingungen anzustreben.

Grundsätzlich hilft der Landesbeauftragte ratsuchenden Menschen landesweit, wenn Menschen auf Schwierigkeiten aufgrund ihrer Behinderungen stoßen. In Abgrenzung zum Aufgabenbereich der Bürgerbeauftragten für soziale Angelegenheiten werden Einzelfälle nur dann bearbeitet, wenn keine Verwaltungsakte berührt sind, Grundsatzangelegenheiten vorliegen oder Zuständigkeiten unklar sind.

Kommunale Beiräte/ Beauftragte für Menschen mit Behinderung

In 39 Gemeinden, Städten, Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins sind kommunale Beauftragte oder Beiräte für Menschen mit Behinderung eingesetzt. Während der Landesbeauftragte die Interessen von Menschen mit Behinderung auf Landesebene vertritt, sind es die kommunalen Beauftragten oder Beiräte, die vor Ort die Lebensbedingungen in der Gemeinde mitgestalten. Es gibt unterschiedliche Formen einer Beauftragung. Es werden Beauftragte oder Beiräte, gelegentlich auch beide Formen, ernannt oder gewählt. Die Aufgaben der Beauftragten oder Beiräte werden durch eine Satzung geregelt. Im Vordergrund der Aufgaben steht die Beratung ihrer Verwaltungen (Ämter) und Parlamente (Gemeinde- und Stadtrat oder Kreistag) bei Vorhaben, die Belange der Menschen mit Behinderung berühren. Die Teilhabe behinderter Menschen am Leben in der Kommune soll zum Beispiel durch eine aktive Teilhabepflicht gefördert werden. Im Übrigen gleichen die Aufgaben denen des Landesbeauftragten auf den kommunalen Wirkungskreis bezogen.

Landesbürgerbeauftragte

Seit dem 01. Oktober 1988 gibt es in Schleswig-Holstein das Amt der bzw. des Bürgerbeauftragten für soziale Angelegenheiten. Die Bürgerbeauftragte ist unabhängig und nur dem Gesetz unterworfen. Sie untersteht der Dienstaufsicht des Präsidenten des Schleswig-Holsteinischen Landtages. Die Bürgerbeauftragte hilft und unterstützt in sozialen Angelegenheiten.

Die regionale Verteilung der verschiedenen Beschwerdeanlaufstellen ist der Anlage zu Punkt 7.5 zu entnehmen.

7.6 Partizipation und Empowerment

7.6.1 Selbstvertretung

Die volle und wirksame gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung ist ein Kernpunkt der UN-Behindertenrechtskonvention. Dazu gehört auch das Recht, dass Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung an allen sie betreffenden Entscheidungen gleichberechtigt und selbstbestimmt mitwirken können. Das kann die Mitwirkung bei der Wahl eines Therapeuten oder einer Therapeutin, einer Einrichtung oder eines Behandlungskonzeptes, aber auch die Mitwirkung an politischen Entscheidungsprozessen sein. Menschen mit psychischer Erkrankung „wollen weniger Objekt von Betreuung und Pflege sein, sondern vielmehr ihre Situation aktiv gestalten und Sachverständige in eigener Sache werden dürfen“¹³³. In der Realität gibt es allerdings Barrieren, die einer gleichberechtigten Teilhabe und Mitbestimmung von Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung entgegenwirken. Erlernte Hilflosigkeit, mangelndes Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten, ein Mangel an professioneller oder ehrenamtlicher Unterstützung und Assistenz, Vorurteile oder auch unzureichende Transparenz und Information können dazu führen, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung sowie deren Angehörigen ihre Teilhabe- und Mitbestimmungsrechte nicht geltend machen können. So zeigt sich auch der Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderung der Vereinten Nationen, der in regelmäßigen Abständen die Berichte der Mitgliedsstaaten der Konvention entgegennimmt und bewertet, in seiner abschließenden Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands besorgt darüber, dass Menschen mit Behinderungen nach wie vor keine sinnvolle und wirksame Partizipation an Entscheidungen, die ihr Leben betreffen, garantiert werde. Zudem gebe es Defizite bei der barrierefreien Kommunikation. Der Ausschuss empfiehlt, Mittel bereitzustellen, um die Beteiligung von Selbstvertretungsorganisationen, insbesondere der kleineren Selbstvertretungsorganisationen, zu erleichtern.¹³⁴

Um die Interessen der Betroffenen beziehungsweise der Angehörigen und Freunde psychisch kranker Menschen zu vertreten, haben sich in Schleswig-Holstein der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen Schleswig-Holstein e.V. und der Landesverband der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e.V. gegründet. Beide Landesverbände arbeiten auf Basis ehrenamtlichen Engagements und engagieren sich sowohl politisch als auch sozial. Daneben gibt es weitere Möglichkeiten der Selbstvertretung, welche im Anschluss an die Vorstellung der beiden Landesverbände umrissen werden sollen.

Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Schleswig-Holstein e.V.

Der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Schleswig-Holstein e.V. (LPE SH e.V.) ist eine gemeinnützige Selbsthilfeorganisation von und für Personen, die aktuell oder in der Vergangenheit psychiatrische Behandlung oder seelische Krisen erlebt haben. Der Landesverband besteht seit 1995 und hat knapp 60 Mitglieder (Stand: Ende 2015).

Der Verein bietet Unterstützung bei der Gründung von (lokalen) Selbsthilfegruppen, leistet Beratungsarbeit und bietet Raum zum Erfahrungsaustausch für Menschen mit Psychiatrieerfahrung.

Ziele des Vereins

Neben dem Ermöglichen eines Erfahrungsaustausches engagiert sich der LPE SH e.V. insbesondere für die Rechte der Psychiatrieerfahrenen. So setzt sich der Verband beispielsweise für die Berücksichtigung der individuellen Patientinnen- und Patientenbedürfnisse in Be-

¹³³ Landeshauptstadt Kiel, Amt für Gesundheit 2014, S. 52

¹³⁴ Abschließende Bemerkungen der Staatenprüfung Deutschlands durch den UN-Fachausschuss (CRPD/C/DEU/CO/1), verabschiedet am 13. April 2015, Ziffer 9 und 10

handlungskonzepten sowie für eine Kommunikation auf Augenhöhe zwischen Psychiatrieerfahrenen und Behandelnden ein. Des Weiteren weist der LPE SH e.V. immer wieder kritisch auf das Thema Zwangsmaßnahmen hin mit dem Ziel, für die Perspektive der Psychiatrieerfahrenen zu sensibilisieren und auf einen reflektierten Umgang mit dem Thema bei allen in der Psychiatrie Tätigen hinzuwirken. Handlungsleitend für den LPE SH e.V. sind in diesem Zusammenhang die Grundsätze der UN-Behindertenrechtskonvention, insbesondere die darin enthaltenen Freiheits- und Schutzrechte und die Forderung nach einer Psychiatrie, die Gesprächen Vorrang einräumt und Zwangsmaßnahmen vermeidet. Um die genannten Ziele zu erreichen, setzt der LPE SH e.V. auf eine enge Zusammenarbeit mit Einrichtungen, Kliniken und Behörden. Darüber hinaus leistet der Verband Antistigma- und Öffentlichkeitsarbeit, um durch Aufklärung Vorurteile gegenüber psychisch kranken Menschen abzubauen.

Politisches und soziales Engagement des Landesverbands in Schleswig-Holstein

Der Verband verfolgt seine Anliegen im sozialen und politischen Raum auf Landes- und Kommunalebene (Stand: Ende 2015)

- in den Besuchskommissionen der Psychiatrien (Schleswig-Flensburg, Lübeck, Kreis Segeberg, Neustadt, Heiligenhafen; in Kiel ruht die Besuchskommission für zwölf Monate, um das Modell "Patientenfürsprecher" zu installieren),
- in den unabhängigen sozialpsychiatrischen Beschwerdestellen (Schleswig-Flensburg, Kiel, Kreis Segeberg),
- in den Arbeitskreisen Gemeindenahe Psychiatrie mit ihren Arbeitsgruppen (Schleswig-Flensburg, Lübeck, Kiel),
- in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden (Schleswig-Flensburg, Kreis Segeberg),
- in "Psychose-Seminaren"/ Trialogischen Seminaren,
- in den Beiräten für Menschen mit Behinderung (Lübeck, Kiel),
- im "Beratenden Ausschuss" des Landesbehindertenbeauftragten,
- in der "AG Psychiatriebericht" zur Erstellung eines Psychiatrieberichts für Schleswig-Holstein sowie
- im Expertengremium 2016 der Stadt Kiel zur Erstellung eines "Handlungsplanes" für Menschen mit einer psychischen Erkrankung bzw. Behinderung,
- im Inklusionsprojekt Arbeit der Fachkliniken Nordfriesland gGmbH.

Zudem engagiert sich der Verband in der AG Öffentlichkeitsarbeit der sozialpsychiatrischen Einrichtung KIELER FENSTER, dem Arbeitskreis Rituelle Gewalt, der AG Handlungsplan des PARITÄTISCHEN sowie in verschiedenen Selbsthilfegruppen.

Forderungen des LPE SH e.V.

Im Folgenden sind die wesentlichen Forderungen, die sich aus dem Fokusgruppengespräch mit dem LPE SH e.V. (siehe Anlage zu 3.) ergaben, dargestellt:

Stationärer Aufenthalt und Behandlung: Die am Fokusgruppengespräch beteiligten Mitglieder des LPE SH e.V. stehen dem Thema Zwangsmaßnahmen kritisch gegenüber. Sofern eine Zwangsmaßnahme nicht zu vermeiden ist, besteht der Wunsch nach einem anschließenden Gespräch auf Augenhöhe zwischen Patientin bzw. Patient und dem Fachpersonal, um das Erlebte aufzuarbeiten. Dies erfordere jedoch eine freiwillige Bereitschaft auf beiden Seiten. Zudem wünschen sich die Mitglieder des LPE SH e.V., dass das Fachpersonal auf geschlossenen Stationen regelmäßig an verpflichtenden Schulungen im Bereich des Deeskalationstrainings teilnimmt, um dazu beizutragen, die Anwendung von Zwangsmaßnahmen weiter zu reduzieren.

Zur Verbesserung der Transparenz in der klinischen Behandlung fordert der LPE SH e.V. die zentrale Erfassung relevanter Daten, beispielsweise zur Anzahl und Dauer von Fixierungen und Komplikation, die durch Zwangsmaßnahmen entstehen, Fehldiagnosen und den Personalschlüssel insbesondere an Wochenenden und Feiertagen.

Darüber hinaus besteht der Wunsch nach einem partnerschaftlichen Verhältnis mit dem psychiatrischen Fachpersonal, in dem nicht über die Patientin bzw. den Patienten sondern mit ihr bzw. ihm gesprochen und geplant wird.

Überdies fordern die Mitglieder des LPE SH e.V. im Fokusgruppengespräch, dass Psychiatrieerfahrenen auf Wunsch stets der Einblick in ihre Patientenakte gewährt und der Inhalt mit ihnen besprochen wird. Sie bemängeln, dass die Behandlungsangebote auf (geschlossenen) Stationen zu begrenzt und zu wenig individuell konzipiert seien und dass aufgrund von Personalmangel wenig Zeit für Gespräche bliebe. Überbelegungen und bauliche Mängel in einigen Kliniken erschweren aus Sicht der Betroffenen ebenfalls die Genesung. Die Mitglieder des LPE SH e.V. fordern daher auch hier Verbesserungen.

Auch im Hinblick auf die Wartezeit auf eine Psychotherapie seien aus Sicht der Teilnehmenden Verbesserungen notwendig, da diese als zu lang empfunden werde.

Teilhabe und Mitwirkung: Die UN-BRK fordert in Art. 29, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen wirksam und umfassend am politischen und öffentlichen Leben teilhaben können, sei es unmittelbar oder durch frei gewählte Vertreterinnen oder Vertreter. Aus dem Fokusgruppengespräch mit Mitgliedern des LPE SH e.V. wird jedoch deutlich, dass es mehr bedarf als den sozialen und politischen Raum für eine Beteiligung von psychisch beeinträchtigten Menschen gemäß UN-Behindertenrechtskonvention formal zu öffnen. Wenn Psychiatrieerfahrenen tatsächlich sozialpolitische Teilhabe ermöglicht werden soll, bedürfe es den Teilnehmenden des Fokusgruppengesprächs zufolge spezieller Unterstützungssysteme, beispielsweise in Form einer Begleitung durch professionelle "Assistenzkräfte" oder durch Unterstützung bei der Mobilität. Wichtig sei es, im Dialog mit den Psychiatrieerfahrenen zu erfahren, welches Maß an Unterstützung für eine Teilhabe benötigt wird. Zudem weisen die Teilnehmenden des Fokusgruppengesprächs darauf hin, dass viele Aufgaben für Menschen mit psychischem Handicap nur in einem funktionierenden Team zu bewältigen seien. Ein geringeres Maß an Belastbarkeit und Kontinuität eines Individuums könne durch die Gemeinschaft aufgefangen werden. Aus diesem Grund vertritt der LPE SH e.V. den Wunsch, dass seinen Vertreterinnen und Vertreter bei Projekten, Arbeitsgruppen und Arbeitskreisen stets eine Teilnahme mit mindestens zwei Personen ermöglicht wird nach dem Motto "Niemals allein, immer zu zweit". Der LPE SH e.V. wünscht sich, dass dieses "Team-Modell" als eine Form der Barrierefreiheit akzeptiert werde.

Weiterhin stellen die Psychiatrieerfahrenen eine Aufgabenhäufung bei der Vertretung des Vereins in verschiedenen Gremien fest. Eine Ursache sehen die Teilnehmenden des Fokusgruppengesprächs in der mangelnden Förderung von psychisch beeinträchtigten Menschen im Bereich der Teilhabe, was dazu führe, dass kein sozialpolitisch interessierter und engagierter Nachwuchs entstehe. Hier wird ein Unterstützungssystem zur Motivation von Nachwuchskräften gewünscht.

Arbeitswelt: Die Mitglieder des LPE SH e.V. beschreiben im Fokusgruppengespräch eine große Lücke zwischen dem ersten und zweiten Arbeitsmarkt. Das Angebot der Werkstätten wird als sehr begrenzt wahrgenommen. Aus Sicht des LPE SH e.V. stellt sich die Frage, was mit den Menschen passiere, die auf der einen Seite zu fit seien für eine Werkstatt für behinderte Menschen, aber auf der anderen Seite gesundheitlich zu beeinträchtigt, um auf dem ersten Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Es besteht der Wunsch, den auf dem ersten Arbeitsmarkt ausgeübten Beruf mit auf dem zweiten Arbeitsmarkt nehmen zu können. Zudem wird der Bereich "Arbeit und Beschäftigung" für Klientinnen und Klienten, die den Anforderungen einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung nicht gerecht werden, vom LPE SH e.V. als unterversorgt wahrgenommen. Vonseiten des LPE SH e.V. werden daher gerade auf diesem

Gebiet niedrigschwellige Angebote gefordert, die dem psychisch beeinträchtigten Menschen Entwicklungsmöglichkeiten bieten, um später die Hürde zur Werkstatt zu meistern.

Diskriminierung und Stigmatisierung: Die Mitglieder des LPE SH e.V. kritisieren die mediale Berichterstattung zum Thema „Psychische Erkrankungen“. Diese berichten hauptsächlich in Extremfällen über das Thema, was aus Sicht der Psychiatererfahrenen zu einer Verstärkung der Stigmatisierung als zu einer Enttabuisierung führe. Nach wie vor, so berichten die Mitglieder des LPE SH e.V., führe die Furcht vor Ausgrenzung und Nachteilen im Beruf dazu, dass Betroffene ihre Erkrankung verheimlichten. Die Teilnehmenden wünschen sich daher eine weitere Aufklärung der Öffentlichkeit sowie Unterstützung beim Aufbau von Selbstvertrauen.

Landesverband Schleswig-Holstein der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e.V.

Von einer psychischen Erkrankung sind nicht nur die erkrankten Menschen selbst betroffen sondern auch ihr soziales Umfeld. Angehörige und Freunde machen sich Sorgen, sind unsicher, wie sie helfen können oder überschreiten bei der Unterstützung ihre eigenen Belastungsgrenzen. Hinzu kommt die Angst vor Stigmatisierung und Ausgrenzung. Obwohl in Anbetracht der Verbreitung psychischer Erkrankungen davon auszugehen ist, dass praktisch jeder Mensch im Schnitt mindestens einen Menschen mit einer psychischen Erkrankung in seinem Freundes- und Bekanntenkreis oder in seinem familiären Umfeld hat, bestehen nach wie vor viele Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen. Sie gelten beispielsweise als nicht heilbar, unberechenbar oder sogar als gewaltbereit und gefährlich. Auch das Vorurteil, eine psychische Erkrankung sei nur Ausdruck einer Charakterschwäche und durch genug Willenskraft zu überwinden, ist nach wie vor präsent. Vorurteile entstehen vor allem durch die Unwissenheit über psychische Erkrankungen, doch auch die Darstellung von psychischen Krankheiten in den Medien kann beispielsweise zur Vorurteilsbildung beitragen. Scham und die Angst vor Ausgrenzung führen nicht selten dazu, dass Betroffene, aber auch ihre Angehörigen und Freunde dringend benötigte Hilfe nicht oder erst bei fortschreitendem Verlauf der Erkrankung in Anspruch nehmen - mit negativen Auswirkungen auf den Heilungsprozess.¹³⁵ Oft nehmen daher nicht nur bei den Erkrankten, sondern auch bei den Angehörigen Einschränkungen und Belastungen zu, welche die berufliche und soziale Lebensgestaltung erschweren. Dabei spielen die Angehörigen und Freunde psychisch kranker Menschen bei der Behandlung und Lebensgestaltung der betroffenen Menschen eine wichtige Rolle. Sie werden zunehmend bei Planungen und/ oder Entscheidungen hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung hinzugezogen. Nach wie vor fühlen sich viele Angehörige und Freunde jedoch allein gelassen und nicht ausreichend unterstützt, zudem kommt es immer wieder vor, dass sie die Einbeziehung in die Behandlung als nicht ausreichend empfinden.

Ziele des Vereins

Im Jahre 1987 haben sich die Angehörigen und Freunde psychisch Kranker in Schleswig-Holstein zu einem Landesverband (LVSH AFpK) zusammengeschlossen, um sich für mehr Mitbestimmung der Angehörigen und Freunde einzusetzen.

Der LVSH AFpK lädt regelmäßig zu Diskussionsrunden mit Expertinnen und Experten ein, bemüht sich um Anerkennung und Anhörung der Angehörigen im Bereich Psychiatrie, bei Behörden und bei Versorgungseinrichtungen, setzt sich für eine bessere medizinische, therapeutische und soziale Versorgung der Erkrankten ein, bietet Hilfe zur Selbsthilfe an und leistet Öffentlichkeitsarbeit, um über psychische Erkrankungen und ihre Folgen aufzuklären und Vorurteile abzubauen. Darüber hinaus gründet und betreut der Verband Selbsthilfegruppen und vertritt die Interessen seiner Mitglieder auf Landesebene. Rat und Hilfeleistungen durch den LVSH AFpK können niedrigschwellig auch ohne Mitgliedschaft in Anspruch genommen werden.

¹³⁵ Vgl. Fuchs 2010, S. 50

Der Landesverband in Schleswig-Holstein ist dem 1985 gegründeten Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BAPK) angeschlossen, welcher sich auf Bundesebene für die Erkrankten und ihre Angehörigen einsetzt.

Politisches und soziales Engagement des Landesverbands in Schleswig-Holstein

Der Landesverband kann – wie im Psychiatrieplan 2000 empfohlen – in allen Kreisen und kreisfreien Städten des Landes an den Arbeitskreisen der gemeindenahen Psychiatrie teilnehmen und ist teilweise in Besuchskommissionen vertreten. Häufig wird diese Position allerdings von Dritten, insbesondere Leistungsanbietern/ Einrichtungsträgern wahrgenommen, weil Mitglieder des Landesverbandes den hohen Aufwand, den dieses Ehrenamt mit sich bringt, nicht allein bewältigen können. Der Verband beteiligt sich an der Besuchskommission Maßregelvollzug und den Besuchskommissionen nach PsychKG in den kreisfreien Städten Kiel und Lübeck und den Kreisen Ostholstein, Pinneberg, Rendsburg-Eckernförde und Steinburg, Stand: 2015) und ist in die weitere Entwicklung der Psychiatrie auf Landesebene eingebunden. Des Weiteren ist der Landesverband in allen Kreisen und kreisfreien Städten mit mindestens einer Angehörigenselbsthilfegruppe vertreten. Darüber hinaus betreibt der LVSH AFpK ein Online-Portal für Kinder psychisch kranker Eltern, in dem sich Selbsthilfegruppen oder Einzelne anmelden können, um sich in einem geschützten Raum auszutauschen.

Forderungen des LVSH-AFpK

Aus dem Fokusgruppengespräch mit dem LVSH AFpK (siehe Anlage zu 3.) geht der Wunsch hervor, die Herausforderungen und Probleme der Angehörigen stärker in den Fokus zu rücken und weitere professionelle Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten zu schaffen. Die Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmer wünschen sich auch eine stärkere Unterstützung und Mitbestimmung der Angehörigen für die Zeit des Übergangs von der stationären zur ambulanten Behandlung und eine möglichst wohnortnahe Behandlung. Um nicht mitzuerkranken, äußert der LVSH-AFpK den Wunsch, dass Angehörige einen bevorzugten Zugang zur Psychotherapie sowie Zugang zu Deeskalationstrainings und sozialer Beratung über die Auswirkungen der Erkrankung erhalten. Als Entlastung wurde im Fokusgruppengespräch zudem die Integrierte Versorgung dargestellt.

Ebenso wie der LPE SH e.V. weist auch der LVSH-AFpK auf die hohen Wartezeiten zwischen der Feststellung einer Erkrankung und dem Beginn einer Behandlung hin, die nicht nur von den Betroffenen selbst, sondern auch von ihren Angehörigen und Freunden als sehr belastend wahrgenommen werden. Hinzu treten Schwierigkeiten bei der Auswahl und Vergleichbarkeit von Einrichtungen, deren Qualität – ohne nähere Informationen – von extern schwer zu beurteilen sei.

Der Landesverband setzt sich für eine Qualitätsberichterstattung der kommunalen Gebietskörperschaften ein, die psychiatrische Aktivitäten miteinander in Beziehung setzt und weiterentwickelt. Ferner wünscht sich der LVSH-AFpK eine stärkere strukturelle und finanzielle Unterstützung, welche die Unabhängigkeit des Verbands respektiert. Auch eine politisch und finanziell gestützte Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit würde sehr begrüßt, um die ehrenamtlichen Kräfte und deren Arbeit zu stärken.

In einer Stellungnahme gegenüber dem Landtag vom 05. Januar 2016¹³⁶ macht der LVSH-AFpK zudem darauf aufmerksam, dass die Änderungen des PsychKG SH im Jahr 2015 dazu geführt hätten, dass Kreise und kreisfreie Städte die sogenannte ODER-Klausel bei der Anliegenvertretung nach § 26 Absatz 1 PsychKG SH verwendeten. Das bedeutet, dass die Besuchskommission durch eine Patientenvertretung ersetzt werden kann. Patientenfürsprecher und Besuchskommission sind aus Sicht des LVSH-AFpK jedoch keine gleichwertigen Alternativen, da nur die Besuchskommission den Dialog vertrete. Der LVSH-AFpK führt an, dass bei der Anwendung der ODER-Klausel die Angehörigen psychisch kranker Menschen aus diesem Umfeld ausgeschlossen werden.

¹³⁶ Landtagsumdruck 18/5390

Der LVSH-AFpK fordert daher eine umgehende Überarbeitung des 2015 novellierten PsychKG SH dahingehend, dass

- eine Anliegenvertretung nur durch eine Patientenvertretung UND eine Besuchskommission gewährleistet wird,
- die Besuchskommission ähnlich der niedersächsischen Regelung alle Einrichtungen aufsuchen und überprüfen darf und
- gewährleistet wird, dass Menschen in der Fixierung, also in einer existentiellen Ausnahmesituation, nicht alleine gelassen werden.

Weitere Formen der Selbstvertretung

Neben der Mitarbeit in einem der beiden großen Landesverbände gibt es weitere Möglichkeiten für Menschen mit Psychiatrieerfahrung, ihre Anliegen selbst zu vertreten. So gibt es in vielen Einrichtungen und Institutionen gewählte Vertreterinnen und Vertreter, die die Anliegen der Klientinnen und Klienten beispielsweise in Klientinnen- und Klientensprechertreffen, Heimbeiräten, Werkstattträten oder Qualitätszirkeln vertreten.

Die Mitarbeit in Initiativen oder Arbeitsgemeinschaften auf kommunaler Ebene stellt ebenfalls eine Form der Selbstvertretung dar. So wurde im Jahr 2014, nach Beschluss der Kieler Ratsversammlung, beispielsweise ein sozialpolitisches Hearing zur Situation von Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung in Kiel durchgeführt, um die Gesamtsituation von Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder seelischer Behinderung aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten. Neben Fachleuten aus dem sozialpsychiatrischen Versorgungssystem wurden auch Selbsthilfeorganisationen sowie Angehörige und Psychiatrieerfahre als Expertinnen und Experten in eigener Sache einbezogen.¹³⁷ Daraufhin beschloss die Kieler Ratsversammlung, einen „Handlungsplan Psychiatrie“ für die Landeshauptstadt durch ein dialogisch besetztes Expertengremium erstellen zu lassen. Im Anschluss an das Hearing bildete sich eine Arbeitsgruppe von Menschen mit Psychiatrieerfahrung, die sogenannte AG Handlungsplan, die - inzwischen angebunden an und begleitet vom DPWV - daran arbeitet, die Interessen der Betroffenen zu vertreten. Darin engagiert sind auch Vertreterinnen und Vertreter des Landesverbands des LPE SH e.V.. Die AG Handlungsplan ist mit zwei Personen als Expertinnen und Experten in eigener Sache in dem mit der Erstellung des Handlungsplans beauftragten Expertengremium vertreten.

Darüber hinaus stärkt auch die Mitarbeit in einer unabhängigen Beschwerdestelle die Teilhabe und Mitbestimmung von Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung.

¹³⁷ Vgl. Landeshauptstadt Kiel, Amt für Gesundheit 2014, S. 5

7.6.2 *Selbsthilfe*

Selbsthilfeangebote

Von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) e.V. werden Selbsthilfegruppen wie folgt definiert: „Selbsthilfegruppen sind freiwillige, meist lose Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, psychischen oder sozialen Problemen richten, von denen sie – entweder selbst oder als Angehörige – betroffen sind. [...] Ihr Ziel ist eine Veränderung ihrer persönlichen Lebensumstände und häufig auch ein Hineinwirken in ihr soziales und politisches Umfeld. [...] Die Gruppe ist dabei ein Mittel, die äußere (soziale, gesellschaftliche) und die innere (persönliche, seelische) Isolation aufzuheben. [...]“¹³⁸

Als Expertinnen und Experten der eigenen Krankheit bzw. als Angehörige von erkrankten Personen leisten Menschen, die sich in der Selbsthilfe engagieren, eine enorme Unterstützung für andere Betroffene. Aspekte wie „sein Schicksal selbst in die Hand zu nehmen“, „Eigenverantwortung zu übernehmen“, „gemeinsam mit anderen Betroffenen Probleme zu bewältigen“, „die praktischen Erfahrungen gleichfalls Betroffener (für sich) zu nutzen“ weisen auf positive Wirkmechanismen der Selbsthilfe hin. Auch die S3-Leitlinie der DGPPN zu „Psychosozialen Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ empfiehlt, Patientinnen und Patienten über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen zu informieren und sie zur Teilnahme daran zu ermuntern.¹³⁹

Selbsthilfegruppen stellen eine notwendige Ergänzung zu professionellen (medizinischen) Versorgungsangeboten und einen wichtigen Bestandteil des Sozial- und Gesundheitswesens dar. Diese Bedeutung drückt sich auch in der gesetzlich geregelten Unterstützung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch Krankenkassen, Pflegeversicherung und Rentenversicherungsträger aus. Eine Stärkung hat die Selbsthilfe unter anderem mit dem im Juni 2015 verabschiedeten Präventionsgesetz erfahren. Hier wurde der je versicherter Person zur Verfügung zu stellende Förderbetrag von 0,64 Euro bis 2015 auf 1,06 Euro ab 2016 fast verdoppelt.

An der Förderung von Selbsthilfegruppen beteiligen sich auch öffentliche Zuwendungsgeber. So finanziert beispielsweise das Land SH Selbsthilfegruppen für Frauen mit Essstörungen seit vielen Jahren aus freiwilligen Leistungen mit einem Betrag von 7.000 Euro.

In den Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins gibt es Selbsthilfegruppen für verschiedenste Zielgruppen von Menschen mit psychischen Erkrankungen, Themen sind beispielsweise Depressionen, Ängste, Zwänge, Essstörungen, Burnout, Mobbing, sexualisierte Gewalt, Suchtproblematiken, Behinderung, Erziehungs-, Paar-, Familienfragen sowie soziale Konflikte. Einen Überblick über die bestehenden Selbsthilfegruppen bietet etwa der Schleswig-Holsteinische Arbeitskreis der Selbsthilfekontaktstellen.¹⁴⁰

Darüber hinaus bietet der Landesverband Schleswig-Holstein der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e. V. (LVSH AFpK) in den Kreisen und kreisfreien Städten Angehörigengruppen an.¹⁴¹

Die Selbsthilfegruppen sind häufiger an bestehende Einrichtungen mit niedrigschwelligen Angebote angeknüpft und nutzen die Struktur der Kontakt-, Informations- und Beratungsstellen im Selbsthilfebereich (KIBIS) oder eigeninitiativ organisierte Räume.

Trialog

¹³⁸ <http://www.nakos.de/informationen/basiswissen/selbsthilfegruppen/> Zugriff 30.06.2016

¹³⁹ DGPPN 2013, S. 22f.

¹⁴⁰ (SASK) Schleswig-Holsteinischer Arbeitskreis der Selbsthilfekontaktstellen: Selbsthilfekontaktstellen Schleswig-Holstein: Verfügbar unter <http://www.selbsthilfe-sh.info/>

¹⁴¹ Die Standorte der Angehörigengruppen inklusive der jeweiligen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner sind online abrufbar unter <http://www.lvsh-afpk.de/index.php?id=27>

Trialogische Seminare, auch unter dem Begriff Psychoseseminare bekannt, dienen dem Austausch der Erfahrungen von Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen psychisch kranker Menschen und professionell tätigen Fachkräften aus psychiatrischen Arbeitsfeldern. Durch eine gleichberechtigte Diskussion auf Augenhöhe soll ein Perspektivwechsel ermöglicht werden mit dem Ziel, zu einem besseren Verständnis für die teils sehr unterschiedlichen subjektiven Sichtweisen beizutragen und wechselseitige Vorurteile abzubauen. Im Jahr 1989 startete das erste Psychoseseminar in Hamburg. Mittlerweile beschränkt sich Dialog jedoch nicht mehr nur auf das Thema Psychose sowie auf Seminare und Diskussionsrunden. Vielmehr werden heute in zunehmendem Maße auch Fortbildungen, Fachtagungen und Kongresse, Forschung sowie Aufklärungs-, Antidiskriminierungs- und Beschwerdeprojekte dialogisch organisiert. So arbeitet beispielsweise der Landesverband der unabhängigen Beschwerdestellen in Schleswig-Holstein, der regionale Beschwerdestellen in Schleswig-Holstein begleitet und unterstützt, dialogisch, um Ratsuchenden je nach Problemlage geeignete Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zur Verfügung zu stellen.¹⁴²

Trialogische Seminare finden in Schleswig-Holstein an verschiedenen Standorten zu unterschiedlichen Themen statt. Eine Übersicht über bestehende Angebote (Stand 2016) ist der Anlage zu Punkt 7.6.2 zu entnehmen. Die Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Als klinischer Konsensuspunkt ist der Dialog zudem in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ der DGPPN festgeschrieben. Demnach ist die dialogische Zusammenarbeit zwischen Betroffenen, Angehörigen und professionell Tätigen eine wesentliche Voraussetzung, um eine offene, vertrauensvolle und erfolgreiche Kooperation aller Beteiligten sicherzustellen und die Interessen der Psychiatrieerfahrenen und ihrer Angehörigen in der Öffentlichkeit, in der Politik und hinsichtlich der Qualität und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen angemessen zu berücksichtigen.¹⁴³

Aus den Fokusgruppengesprächen mit den Psychiatrieerfahrenen geht hervor, dass der Dialog als gewinnbringend empfunden werde, vorausgesetzt, alle Beteiligten seien bereit, die eigenen Sichtweisen und das eigene Handeln zu hinterfragen und die individuellen Deutungsmuster und Bewältigungsstrategien der Psychiatrieerfahrenen anzuerkennen. Die Vertreterinnen und Vertreter des Landesverbands der Psychiatrieerfahrenen geben im Fokusgruppengespräch jedoch zu bedenken, dass die Grundvoraussetzung für eine ernsthafte Diskussion und eine seriöse Streitkultur zwischen Psychiatrieerfahrenen und den verantwortlichen Fachkräften eine Kommunikation auf Augenhöhe voraussetze. Oft fühlten sie sich als gleichberechtigte Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner jedoch nicht ernst genommen. Aus diesem Grund fordern sie einen respektvollen Umgang aller Beteiligten miteinander. Auch aus dem Fokusgruppengespräch mit den Angehörigen psychisch kranker Menschen geht der Wunsch nach einem dialogischen Verhältnis zwischen psychisch Erkrankten, Angehörigen und Behandelnden hervor.

Recovery und EX-IN

Recovery, übersetzt mit Genesung oder Gesundung, ist ein personenzentrierter Ansatz, der aus der Selbsthilfebewegung entstanden ist. Im Mittelpunkt des Recoveryansatzes steht die Überzeugung, dass ein befriedigendes, hoffnungsvolles und sinnerfülltes Leben trotz Einschränkungen durch die psychische Beeinträchtigung möglich ist.¹⁴⁴ Der Recoveryansatz zielt daher darauf ab, Menschen mit psychischer Erkrankung beim Aufbau von Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeit zu unterstützen, Erfolg und Zufriedenheit in anerkannten Rollen (wieder-) zu ermöglichen, Wohlbefinden und Lebensqualität zu fördern und soziale Kontakte zu stärken.¹⁴⁵

¹⁴² Vgl. Landesverband der unabhängigen Beschwerdestellen in Schleswig-Holstein o.J.

¹⁴³ Vgl. DGPPN 2013, S. 20

¹⁴⁴ vgl. Anthony 1993, S. 15

¹⁴⁵ vgl. Farkas 2013, S. 81 In: Recovery in der Praxis, S. 78 - 89

Eine wichtige Rolle in der recoveryorientierten Versorgung spielt der Einsatz von Peerberatung, bei der Betroffene anderen Betroffenen auf ihrem Genesungsweg unterstützend zur Seite stehen. Mit der Ausbildung zur EX-IN-Genesungsbegleitung gibt es ein Modell, das den Recoverygedanken aufgreift und auch in Schleswig-Holstein zunehmend Beachtung findet. EX-IN steht für „Experienced Involvement“ und kann mit Einbeziehung Psychiatrieerfahrener oder Experte bzw. Expertin aus Erfahrung übersetzt werden.

Die EX-IN-Ausbildung hat zum Ziel, Psychiatrieerfahrene so auszubilden, dass sie ihr Erfahrungswissen in die psychiatrische Arbeit einbringen können. Die Ausbildung zur EX-IN-Genesungsbegleitung umfasst circa 250 Unterrichtsstunden und gliedert sich in einen Grund- und einen Aufbaukurs mit insgesamt zwölf Modulen. Themen der Module sind unter anderem die Reflexion und Einordnung der eigenen Erfahrung, gesundheitsfördernde Haltungen, Empowerment, Beratung und Begleitung sowie Krisenintervention. Zusätzlich absolvierenden die angehenden Genesungsbegleiterinnen und -begleiter zwei Praktika und erstellen ein Portfolio, in dem sie ihr persönliches professionelles Profil und ihre besonderen Kompetenzen beschreiben. Die Basis für die Ausbildung zur EX-IN-Genesungsbegleitung bildet das Curriculum zur Qualifizierung von EX-IN-Genesungsbegleiterinnen und -begleitern, das in einem EU-Pilotprojekt von einer internationalen Arbeitsgruppe, bestehend aus Psychiatrie-Erfahrenen, psychiatrischen Fachkräften und Forschenden, entwickelt wurde. Im Jahr 2011 wurde der Dachverband „EX-IN Deutschland e. V.“ gegründet, der das Curriculum weiterentwickelt und verbindliche Qualitätsstandards für die EX-IN-Kurse festlegt.¹⁴⁶

EX-IN-Genesungsbegleiterinnen und -begleiter arbeiten beispielsweise in psychiatrischen Diensten, in Forschung und Lehre, im Qualitätsmanagement, in der Selbsthilfe und in der Aus- und Weiterbildung. Das Tätigkeitsprofil variiert je Wirkungsstätte und individueller Belastbarkeit.¹⁴⁷ Durch ihren offenen Umgang mit der eigenen Erfahrung mit Psychiatrie und seelischen Krisen können EX-IN-Genesungsbegleiterinnen und -begleiter schnell Kontakt und Vertrauen zu Patientinnen und Patienten aufbauen. Da EX-IN-Genesungsbegleiterinnen und -begleiter die gleiche Sprache wie die Patientinnen und Patienten sprechen, können sie Hoffnung und den Glauben an die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten authentisch vermitteln. Sie fungieren zudem oftmals als Bindeglied zwischen Patientinnen und Patienten und den an der Versorgung beteiligten Fachpersonen und können auf Aspekte hinweisen, die nur aus der Erfahrenenperspektive wahrgenommen werden können. EX-IN-Genesungsbegleiterinnen und -begleiter treten dabei jedoch nicht in Konkurrenz zu anderen Professionen. Stattdessen ergänzen und bereichern sie die Arbeit der professionellen Fachpersonen. Stellenbeschreibungen und regelmäßige Teamsitzungen, an denen die angestellten Genesungsbegleiterinnen und -begleiter teilnehmen, sind wichtige Instrumente, um Zuständigkeiten klar zu definieren und eine konstruktive Zusammenarbeit zu gewährleisten.¹⁴⁸

In vielen Ländern ist die Recoveryorientierung bereits handlungsleitend und in den Versorgungsalltag integriert, doch auch in Deutschland gewinnt der Ansatz an Bedeutung. Als klinischer Konsenspunkt findet die Recoveryorientierung ebenso wie die Selbsthilfe, die Peer-Beratung und der Dialog Berücksichtigung in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ der DGPPN. In der genannten S3-Leitlinie angeführte Studien weisen darauf hin, dass durch die Beteiligung Psychiatrieerfahrener an der Versorgung und Betreuung psychisch erkrankter Menschen stationäre Behandlungen reduziert und bessere Kontakte zu schwer erreichbaren Patienten hergestellt werden können. Da diese Studien jedoch fast ausnahmslos außerhalb Deutschlands durchgeführt wurden, ist eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den deutschen Versorgungskontext nicht ohne Weiteres möglich. Um einen stärkeren Empfehlungsgrad innerhalb der Leitlinie zu

¹⁴⁶ vgl. Utschakowski et.al. 2015, S. 271f.

¹⁴⁷ vgl. Jahnke 2012, S. 13

¹⁴⁸ vgl. Lacroix et.al. 2015, S. 245f.

erreichen, bedarf es daher einer Verbesserung der Evidenzlage durch wissenschaftliche Erforschung in Deutschland.¹⁴⁹

Recoveryorientierung bedeutet allerdings mehr als eine Genesungsbegleitung in der eigenen Institution einzustellen. Um Recovery zu ermöglichen, bedarf es unter Umständen einer Haltungsänderung der an der Versorgung beteiligten Fachpersonen im Umgang und in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen sowie auf struktureller Ebene.¹⁵⁰ In SH arbeiten mehrere Kliniken und Einrichtungen bereits erfolgreich mit EX-IN-Genesungsbegleiterinnen und –begleitern, beispielsweise die Brücke Lübeck gGmbH oder das Westküstenklinikum Heide.

In SH bietet die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Landesverband Schleswig-Holstein e.V. (DGSP-SH) EX-IN-Ausbildungen an. Der erste Kurs fand im Jahr 2011 statt. Da in den darauffolgenden Jahren nicht genügend Kursanmeldungen eingingen, konnte seitdem allerdings kein weiterer Kurs durchgeführt werden. Als entscheidenden Grund für die mangelnde Resonanz benennt die DGSP-SH die Ausbildungskosten in Höhe von 3000 Euro (250 Euro/ Modul, insgesamt 12 Module, Stand: 2016), die von den Teilnehmenden selbst getragen werden müssten. Um die Ausbildung zu finanzieren, bewerben sich einige der angehenden Genesungsbegleiterinnen und -begleiter um Stipendien. Darüber hinaus bezuschussen mehrere Träger der psychiatrischen Versorgung sowie die DGSP-SH die EX-IN-Ausbildung. Aufgrund einer steigenden Anzahl von Trägern, die einen Zuschuss leisten, wird im Jahr 2016/2017 voraussichtlich ein neuer EX-IN-Kurs in Schleswig-Holstein stattfinden können.

Aus Sicht des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener Schleswig-Holstein e.V. (LPE SH e.V.) könne der Einsatz weitergebildeter ehemaliger Psychiatriepatientinnen und –patienten zu einer Verbesserung der medizinischen Behandlung, bei der der psychisch erkrankte Mensch und das Gespräch im Vordergrund stehen, beitragen. Der LPE SH e.V. fordert daher die Stärkung des EX-IN-Konzeptes. Um dieses Ziel zu erreichen, spricht sich der LPE SH e.V. aus

- für eine stärkere Qualitätssicherung durch Qualifikation (EX-IN-Ausbildung als Voraussetzung für Peerberatung und Genesungsbegleitung),
- für die Finanzierung von Ausbildungsplätzen in der Sozialpsychiatrie und in den Kliniken,
- für die Schaffung von sozialversicherungspflichtigen Arbeitsstellen sowie
- für eine fortlaufende sowie spezifische Unterstützung und Begleitung der EX-IN-Kräfte auch nach Beendigung der Ausbildung.

¹⁴⁹ Vgl. DGPPN 2013, S. 4; 34

¹⁵⁰ Vgl. ebd.

7.7 Opferhilfe

7.7.1 *Psychotraumatologische Erstberatung*

Wenn Menschen Opfer von Gewalt oder Missbrauch werden oder miterleben müssen, wie Familienangehörigen oder Freunden Gewalt angetan wird, kann eine akute Belastungsreaktion oder eine posttraumatische Belastungsstörung die Folge sein. Nach ICD-10 (F43.1) definiert sich eine posttraumatische Belastungsstörung als eine zeitlich verzögerte „... Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“. ¹⁵¹ Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung äußern sich vor allem im wiederholten Erleben des Traumas in (Alp-) Träumen, in einem andauernden Gefühl des Betäubtseins oder der Abgestumpftheit, der Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen und der Umgebung, in der Freudlosigkeit und Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten sowie in einem Zustand von Übererregung, Schreckhaftigkeit und Schlafstörung. Angst und Depressionen sind zudem häufig komorbid auftretende Störungen. ¹⁵²

Nicht jeder Mensch entwickelt infolge eines außergewöhnlich belastenden Ereignisses eine Traumafolgestörung. Welche Auswirkungen und Folgen ein traumatisches Erlebnis hat, hängt von verschiedenen Faktoren ab, beispielsweise der Dauer und Intensität des traumatischen Erlebnisses, den bisherigen Lebenserfahrungen, der Entwicklungsphase, in der sich ein Mensch während des Ereignisses befindet, den zur Verfügung Bewältigungsstrategien und der sozialen Unterstützung.

Eine Akutmaßnahme nach dem Erleben eines traumatischen Ereignisses ist die psychotraumatologische Erstberatung, die sich an Opfer oder Zeuginnen und Zeugen von Straftaten richtet. Als medizinisch-psychologische Fachberatung dient sie dazu, die Selbstheilungskräfte nach einem erlittenen Trauma zu fördern, um der Entstehung eines Traumas entgegenzuwirken. Die psychotraumatologische Erstberatung ist jedoch kein Ersatz für eine Psychotherapie. ¹⁵³ Wenn die belastenden Symptome nicht abklingen, sondern über einen längeren Zeitraum bestehen, besteht die Gefahr der Chronifizierung. In diesem Fall kann eine traumatherapeutische Behandlung notwendig werden.

Neben der persönlichen Betreuung nach einer Straftat, Hilfestellung im Umgang mit Behörden, Begleitung zu Gerichtsterminen und Vermittlung von Hilfen anderer Stellen ermöglicht der WEISSE RING Opfern sowie Zeuginnen und Zeugen von Straftaten eine frühzeitige medizinisch-psychologische Beratung unabhängig von der finanziellen Situation der Betroffenen. Dazu stellt der WEISSE RING Opfern sowie Zeuginnen und Zeugen, die nicht über die finanziellen Mittel verfügen, einen Hilfecheck für eine traumatologische Erstberatung in Höhe von 150 Euro aus. Eine Außenstelle des WEISSEN RINGS gibt es in jedem Kreis und jeder kreisfreien Stadt.

7.7.2 *Traumaambulanzen*

Menschen, die Opfer oder Zeugin bzw. Zeuge einer Gewalttat geworden sind, können unter bestimmten Voraussetzungen einen Anspruch auf Entschädigung haben. Die Voraussetzungen sind dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) zu entnehmen. Hauptsächlich werden vorsätzliche Körperverletzung, Tötungsdelikte, Vergewaltigung und sexueller Missbrauch ent-

¹⁵¹ DIMDI 2014

¹⁵² Vgl. DIMDI 2014, F43.1

¹⁵³ (GPTG e.V.) Gesellschaft für Psychotraumatologie, Traumatherapie und Gewaltforschung e.V.: Materielle Hilfe und Unterstützung durch den Weißen Ring, online abrufbar unter <http://www.gptg.eu/service/finanzings/weisser-ring.html>

schädigt. In den insgesamt 5 Traumaambulanzen in SH erhalten Opfer sowie Zeuginnen und Zeugen eine Soforthilfe durch eine frühzeitige Behandlung. Auf diese Weise sollen dauerhafte psychische Belastungen und Traumafolgestörungen vermieden werden. Die Kosten für zunächst fünf Sitzungen können im Zuge der Opferentschädigung durch das Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein übernommen werden. Dazu stellen Betroffene zu Beginn einen verkürzten Antrag nach dem Opferentschädigungsgesetz. Sofern nach den fünf Sitzungen ein weiterer Bedarf festgestellt wird, kann das Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein die Kosten für bis zu zehn weitere Sitzungen übernehmen. Unabhängig davon können auch die psychiatrischen oder psychosomatischen Behandlungsangebote im Rahmen der bestehenden Gesundheitsversorgung in Anspruch genommen werden.¹⁵⁴

Im Jahr 2014 wurden in Schleswig-Holstein 565 Anträge auf Hilfen nach dem OEG gestellt, davon 125 Sexualdelikte. Von den 565 Anträgen wurden 137 bewilligt und 305 abgelehnt, von denen jedoch 34 Anspruch auf eine Heilbehandlung hatten.

Die anonymisierte Auswertung einer schleswig-holsteinischen Traumaambulanz für das Jahr 2014 zeigt beispielhaft die Anzahl der unterschiedlichen Beratungsanliegen und –anfragen auf:

In 2014 wurden 177 Beratungsanliegen aufgenommen, davon

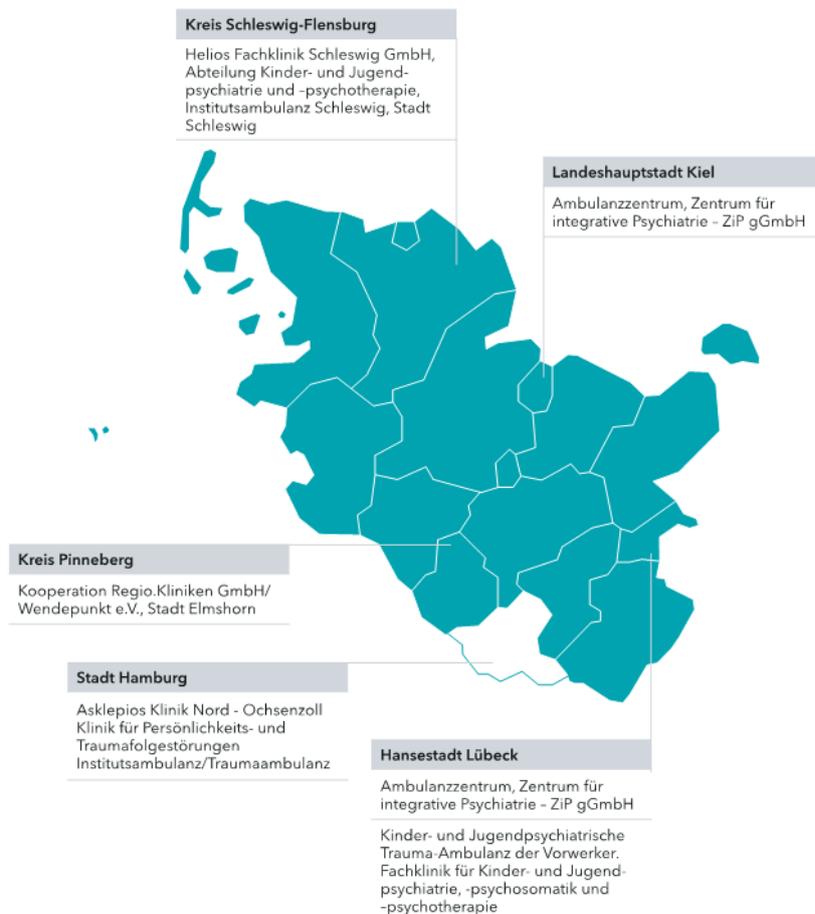
- bezogen sich 157 (90%) auf Kinder und Jugendliche und 20 (11%) auf Erwachsene.
- 106 (60%) der Fälle haben selber eine oder anhaltende traumatische Erfahrung(en) gemacht. Hiervon waren bei den unter 18-Jährigen 47 männlich und 39 weiblich. Bei den Erwachsenen waren 7 männlich und 13 weiblich.
- In 71 Fällen (40%) handelte es sich um Fachkräfte aus dem schulischen oder Jugendhilfebereich, welche Unterstützung in ihrem beruflichen Handeln suchten.
- Für 19 Fälle (10,7 %) kam eine Finanzierung nach dem OEG infrage.

Hinzu kamen weitere 145 Beratungsanfragen wegen sexuellem Missbrauch (72 Beratungen von Betroffenen und 73 Fachberatungen), deren Bearbeitung vom Kreis finanziert.

Die Standorte und Träger der fünf Traumaambulanzen in SH sind der in der folgenden Abbildung dargestellt:

¹⁵⁴ LASD o.J.

Traumaambulanzen in SH



(Abb. 1 zu 7.7.2 MSGWG 2015, erstellt durch COM.CAT.)

7.7.3 KIK

Das Kooperations- und Interventionskonzept gegen häusliche Gewalt des Landes Schleswig-Holstein (KIK) wurde im Jahr 1999 entwickelt. Ziel ist es, bei häuslicher Gewalt wirkungsvoll zu intervenieren und durch einen erleichterten Zugang zu Hilfsmöglichkeiten für Opfer sowie Täterinnen und Täter bestehende Gewaltdynamiken zu unterbrechen und Gewalt zu beenden. Um Handlungsschritte und Hilfsangebote zu koordinieren und weiterzuentwickeln, wurden in allen 15 Kreisen und kreisfreien Städten „Runde Tische“ eingerichtet, die der Vernetzung und Zusammenarbeit aller beteiligten Einrichtungen und Institution dienen. Zu diesen gehören beispielsweise die Polizei, Staatsanwaltschaft, Gerichte, Jugend- und Sozialämter, Frauenhäuser, Frauennotrufe, Frauenberatungsstellen, örtliche Beratungsstellen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Gesundheitswesens und der Täterarbeit.

Regionale KIK-Koordinatorinnen und -Koordinatoren organisieren die „Runden Tische“ in regelmäßigen Abständen. Sie geben Fachauskünfte über die Interventionsmaßnahmen nach dem Gewaltschutzgesetz, sind in der Öffentlichkeitsarbeit sowie bei Fortbildungen tätig und vermitteln Informationen über örtlich bestehende Hilfsangebote.¹⁵⁵

¹⁵⁵ Landesverband Frauenberatung Schleswig-Holstein e.V. (o.J.)

7.7.4 *Frauenhäuser und Frauenberatungsstellen*

In Schleswig-Holstein bieten 16 Frauenhäuser einen flächendeckenden Schutz für Frauen und ihre Kinder, die von Gewalt betroffen sind. Im Frauenhaus erhalten die Frauen nicht nur eine geschützte Unterkunft, sondern auch Hilfen, um künftig ein Leben ohne Gewalt führen zu können. Um die erlebte Gewalt besser verarbeiten zu können, erhalten auch Kinder spezielle Angebote im Frauenhaus.

In den landesweit 23 Frauenberatungsstellen werden Frauen und Mädchen, die von häuslicher oder sexualisierter Gewalt betroffen sind oder sich in anderen psychosozialen Notlagen befinden, ambulant unterstützt. Neben einer persönlichen oder telefonischen Beratung erhalten sie Hilfe bei der Erstattung einer Anzeige oder bei Anträgen nach dem Gewaltschutzgesetz. Zudem werden sie bei ihrer Suche nach einer passenden Therapeutin oder Rechtsanwältin unterstützt und zur Polizei und zum Gericht begleitet. Die Frauenberatungsstellen richten ihr Angebot auch an Angehörige oder unterstützende Personen aus dem sozialen Umfeld der Klientinnen.

Im Jahr 2014 suchten 1.181 Frauen mit 1.068 Kindern Zuflucht in einem Frauenhaus. Die Frauenberatungsstellen berieten insgesamt 11.120 Frauen, davon 2.562 zu häuslicher Gewalt, 3.141 zu sexualisierter und 496 Frauen zu Stalking.

Die Frauenberatungsstellen und Frauenhäuser werden vom MSGWG mit insgesamt 5,353 Mio. Euro aus dem Finanzausgleichsgesetz gefördert. Die ordnungsgemäße Verwendung der Mittel wird anhand eines Verwendungsnachweises nachgewiesen, der auch einen Sachbericht umfasst.

In ihren jährlichen Sachberichten stellen die Frauenhäuser unter anderem dar, dass einige Frauenhausbewohnerinnen - häufig auch als Folge der Gewalt - psychisch erkrankt seien. Für diesen Personenkreis sei es sehr schwierig, ein geeignetes Betreuungsangebot außerhalb des Frauenhauses zu finden. Es fehlte für nahezu alle psychischen Störungen an adäquaten Angeboten, auch für Migrantinnen. Besonders schwer sei es, Frauen mit Kindern in eine Akuteinrichtung zu vermitteln. Die mit dem stationären Aufenthalt einhergehende Trennung der Kinder von ihrer Mutter sei für beide Seiten in dieser hoch belasteten Situation oftmals unzumutbar. Die Kinder müssten während des Psychiatrieaufenthalts der Mutter in Kurzzeitpflege. Vor allem aber fehle es an ambulanten psychotherapeutischen und frauenspezifischen Angeboten.

Die Frauenberatungsstellen berichten wiederholt, dass zunehmend Frauen mit schweren (Komplex-)Traumatisierungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Psychiatrieerfahrungen in die Frauenberatungsstellen kämen. Therapieplätze seien für diese Frauen nur schwer zu finden, so dass sie eine längerfristige Unterstützung in der Beratungsstelle zur Stabilisierung benötigten, um die Zeit bis zur Aufnahme der Therapie überbrücken zu können. Zudem werde beobachtet, dass Ärztinnen und Ärzte, aber auch Therapeutinnen und Therapeuten Frauen in die Beratungsstellen schickten, da sie selbst mit der Gewaltproblematik überfordert seien.

Diese Darstellungen werden durch das Gutachten des Bundes „Bestandsaufnahme zur Situation der Frauenhäuser, der Fachberatungsstellen und anderer Unterstützungsangebote für gewaltbetroffene Frauen und ihre Kinder“¹⁵⁶ bestätigt. Das Gutachten zeigt entsprechende Versorgungslücken auf. So mangelt es an Angeboten für schutzsuchende Frauen mit psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen. Dem Gutachten zufolge werden Frauen nicht angemessen versorgt, deren Problematik nach dem aktuellen Forschungsstand auf besondere Weise mit dem Gewalterleben verknüpft ist und ein hohes Risiko von Reviktimisierung mit sich bringt. In den vorhandenen Frauenhäusern können diese Frauen häufig nicht aufgenommen werden, da ihr Betreuungsbedarf das Angebot der Frauenhäuser als Opferschutzeinrichtungen übersteigt. Die Intensität an Betreuung oder aber auch die Siche-

¹⁵⁶ Deutscher Bundestag, Drucksache 17/10500

rung bei Selbst- und Fremdgefährdung kann und soll von den pädagogischen Mitarbeiterinnen der Frauenhäuser nicht geleistet werden. Hier bedarf es weiterer Spezialeinrichtungen, da auch berücksichtigt werden muss, dass die Symptomatik psychisch erkrankter Frauen andere Frauenhausbewohnerinnen in ihrer Krisensituation unzumutbar belastet.

Die oben genannten Ausführungen verdeutlichen die Schnittstelle zwischen Frauenberatungsstellen und Frauenhäusern als Einrichtungen des Opferschutzes einerseits und den psychiatrischen Hilfen andererseits. An dieser Stelle gilt es in den Dialog zu gehen, um Vernetzungsmöglichkeiten zu suchen, die Zusammenarbeit zu verstetigen und über die besondere Problematik und Wirkungsweise des Gewalterlebens zu informieren. Ein konsequenter Schritt wäre die Aufnahme des Themas in die Ausbildungscurricula der medizinischen und therapeutischen Berufe.

Frauenhäuser nach Kreisen und kreisfreien Städten

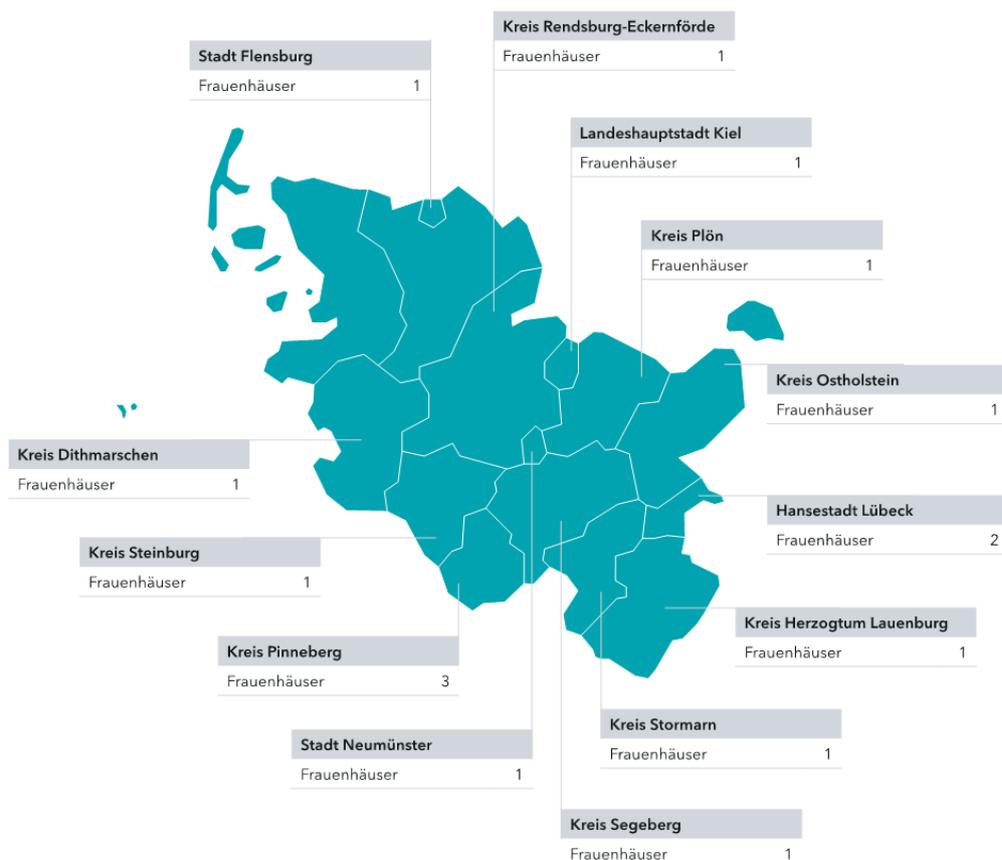


Abb. 1 zu 7.8.1 (MSGWG 2015, erstellt durch COM.CAT.)

7.8 Migration und Psychiatrie

7.8.1 Migration und Gesundheit

Die Migration ist ein Lebensereignis, das die Gesundheit von Menschen nachhaltig beeinflussen kann. Zwar eröffnet die Migration neue Lebenschancen, sie kann aber auch gesundheitliche Belastungen nach sich ziehen. Die Eingewöhnung in die neue Umgebung stellt vielfältige Anforderungen an die Migrantinnen und Migranten.¹⁵⁷ So müssen sie beispielsweise möglichst schnell die deutsche Sprache erlernen, sich ein neues soziales Netzwerk aufbauen, sich um die Anerkennung von Bildungsabschlüssen, den Erwerb von ergänzenden Qualifikationen oder um eine Erstausbildung bemühen, sich dabei in einem neuen System zurechtfinden und lernen, mit Vorurteilen und teilweise auch Ausgrenzungen und Fremdenfeindlichkeit umzugehen.

Migrantinnen und Migranten weisen im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung zudem ein deutlich höheres Armutsrisiko auf. So verfügen sie im Durchschnitt beispielsweise über ein niedrigeres Bildungsniveau, ein geringeres Einkommen und sind häufiger arbeitslos als Menschen ohne Migrationshintergrund. Diese Unterschiede hängen beispielsweise mit den nach wie vor bestehenden Benachteiligungen von Menschen mit Migrationshintergrund im Bildungssystem zusammen. Zwar haben sich die Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund dank bildungspolitischer Maßnahmen, die darauf abzielen, die herkunftsbedingten Benachteiligungen der Schülerinnen und Schüler auszugleichen, verringert. Doch noch immer verlassen Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund die Schule häufiger ohne Abschluss und seltener mit Hochschulreife als Schülerinnen und Schüler ohne Migrationshintergrund.¹⁵⁸ Darüber hinaus haben Migrantinnen und Migranten teils erhebliche Probleme mit der Anerkennung ihrer im Ausland erworbenen Qualifikationen.¹⁵⁹ Zahlreiche Studien belegen einen Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und gesundheitlicher Ungleichheit. Armut und Arbeitslosigkeit führen zu einem größeren Krankheitsrisiko. So sind Menschen mit niedrigem sozialen Status deutlich häufiger von psychischen Störungen betroffen als jene mit einem mittlerem und oder hohem Sozialstatus. Insgesamt schätzen Menschen mit Migrationshintergrund ihre Gesundheit etwas schlechter ein als Personen ohne Migrationshintergrund, zudem nehmen sie viele Leistungen der gesundheitlichen Versorgung seltener in Anspruch.¹⁶⁰

7.8.2 Flucht und Psychiatrie

Immer mehr Menschen sind auf der Flucht vor Kriegen, Verfolgung, Terrorismus, Gewalt oder auch vor großer Armut. Nach Angaben des Uno-Flüchtlingshilfswerks waren im Jahr 2015 mit rund 63 Millionen so viele Menschen auf der Flucht wie nie zuvor.¹⁶¹

Geflüchtete stellen eine besonders verletzbare Gruppe unter den Migrantinnen und Migranten dar. Im Jahr 2015 wurden in Schleswig-Holstein rund 55.000 Geflüchtete in den Erstaufnahmeeinrichtungen (EAE) des Landes aufgenommen. Nicht alle stellten einen Asylantrag oder blieben im Land, da sie beispielsweise über das bundesweite Verteilsystem in andere Bundesländer weitergeleitet wurden. De facto war Schleswig-Holstein im Jahr 2015 für etwa 35.000 Geflüchtete zuständig.¹⁶² Die gesundheitlichen Ressourcen und Risiken der Geflüchteten variieren je nach Herkunftsregion, Fluchterfahrungen und zuerkanntem Aufenthaltsstatus. Die Risiken für Traumatisierungen und andere seelische Probleme unterscheiden sich

¹⁵⁷ Vgl. Kirkcaldy et al. 2006, S. 874

¹⁵⁸ Vgl. RKI 2015, S. 177

¹⁵⁹ vgl. Kirkcaldy et al. 2006, S. 874

¹⁶⁰ Vgl. RKI 2015, S. 234f.

¹⁶¹ vgl. UNHCR 2016

¹⁶² Vgl. MIB 2016

daher innerhalb der sehr heterogenen Gruppe der Geflüchteten deutlich.¹⁶³ Gerade wenn das Erlebte mit Gewalterfahrung einherging, sind die Geflüchteten besonders verletzlich und teilweise in ihrer Fähigkeiten zur Selbstsorge und Selbstschutz eingeschränkt. Studien, die in Deutschland durchgeführt wurden, zeigen, dass etwa 40 bis 50 Prozent der erwachsenen Geflüchteten unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und etwa die Hälfte unter einer Depression leiden.¹⁶⁴

Wenn Menschen in ihrer Heimat keine Perspektive vor Krieg und Gewalt mehr sehen und sich auf die Suche nach einer neuen Heimat machen, dann sind für die gesundheitliche Versorgung nicht die Gründe der Flucht und des Asylersuchens, sondern einzig und allein die Notlage der betroffenen Menschen entscheidend. Das Leiden ist zu erkennen, anzuerkennen und zu lindern - unabhängig von der Entscheidung über Asyl oder Flüchtlingsschutz. Diese humanistische Grundhaltung wird in Schleswig-Holstein gelebt, denn die Verantwortung für Menschen aus Kriegs- und Krisengebieten, die psychiatrischer und/ oder psychotherapeutischer Hilfen bedürfen, wird von einem breiten gesellschaftlichen Konsens getragen.

Zur Sicherstellung oder Unterstützung von gesundheitlichen Angeboten hat das MSGWG auch eigene Maßnahmen ausgeweitet. Insbesondere hilft das MSGWG dabei, Probleme beim Zugang oder bei der Hinleitung zu adäquaten Gesundheitsleistungen zu lösen. So wurde in der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung beispielsweise ein erweitertes Konzept mit den Leistungsanbietern erarbeitet und umgesetzt. Als Einzelmaßnahmen werden durch das Land gefördert:

1. Das „Projekt zur psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen in Schleswig-Holstein“ des PARITÄTISCHEN. Zielsetzungen sind vor allem ein erleichterter Zugang zu medizinischen, psychosozialen und behördlichen Einrichtungen.
2. Die Sicherstellung einer adäquaten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten durch das Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP gGmbH) durch Einrichten und Betreiben einer Spezialambulanz (SPA) als Teil der psychiatrischen Institutsambulanz an den ZIP-Standorten Kiel und Lübeck. Durch die langjährige Erfahrung des multiprofessionellen Teams mit dieser Gruppe von Patientinnen und Patienten und die Verteilung auf die Standorte Kiel, Lübeck und Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster ist eine ausreichende Versorgungsstruktur für Schleswig-Holstein geschaffen worden.
3. Der Einsatz von Dolmetscherinnen und Dolmetschern im Rahmen von psychosozialen und traumapädagogischen Betreuungsangeboten von Geflüchteten im Rahmen des 3-jährigen Projektes zur „Verbesserung der Aufnahmebedingungen für Flüchtlinge in Schleswig-Holstein“ des PARITÄTISCHEN. Das Projekt wird vor allem mit Finanzmitteln vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge aus dem EU Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) gefördert.
4. Förderung von Simultan-Dolmetscherkosten zzgl. Overhead für eine EMDR¹⁶⁵-Gruppenintervention bei Geflüchteten mit posttraumatischer Belastungsstörung im ZIP. Ziel des Projektes ist es, mit wissenschaftlichen Methoden eine Therapieform zu überprüfen, die das Potential hat, mit den vorhandenen, limitierten Ressourcen wesentlich mehr Geflüchtete mit Traumatisierung als bisher psychotherapeutisch behandeln zu können und somit auch einen erfolgreichen Integrationsprozess dieser Menschen möglich zu machen. Die Projektdauer beträgt 18 Monate ab Juli 2016.

¹⁶³ Vgl. RKI 2015, S. 178

¹⁶⁴ BtPK 2015, S. 6 zit. n. Gäbel et al. 2006; von Lersner et al. 2008

¹⁶⁵ Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Desensibilisierung und Verarbeitung durch Augenbewegung). Dr. Francine Shapiro (USA) entwickelte diese Psychotherapieform zur Behandlung von Traumafolgestörungen Ende der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts. Mit der EMDR-Methode können Traumafolgestörungen bei Erwachsenen so-wie Kindern und Jugendlichen behandelt werden. In Deutschland wird EMDR etwa seit 1991 angewendet. 2006 hat der wissenschaftliche Beirat für Psychotherapie EMDR als wissenschaftlich begründete Psychotherapiemethode anerkannt.

Unabdingbar ist die konsequente Begleitung durch qualifizierte Dolmetscherinnen und Dolmetscher im Rahmen des therapeutischen Assessments.

Beratungsangebot für Geflüchtete im Kindes- und Jugendalter

Aus Sicht der Landesregierung ist es notwendig, die Behandlung von unbegleiteten minderjährigen Ausländerinnen und Ausländern an hierfür qualifizierten Einrichtungen zu konzentrieren. Das MSGWG plant daher, gemeinsam mit den vier Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Kiel, Lübeck, Elmshorn und Schleswig Beratungs- und Betreuungsangebote für unbegleitete minderjährige Ausländerinnen und Ausländer in den Jugendhilfeeinrichtungen zu konzipieren. Diese sollen die bisher bestehende Regelversorgung ergänzen. Federführend soll das Konzept von der Projektgruppe Unbegleitete Minderjährige Ausländer (PG UMA) im MSGWG begleitet werden.

Das Konzept umfasst folgende Eckpunkte:

- Regionaler Bezug des Beratungsangebots durch die jeweilige Anbindung an eine der vier Kliniken;
- Zentrale Aufgabe der Beratung: Bereitstellung einer ersten Ansprechperson für die betroffenen traumatisierten Kinder und Jugendlichen sowie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Einrichtungen der stationären und ambulanten Jugendhilfe, die mit der Versorgung von geflüchteten Kindern und Jugendlichen betraut sind; gegebenenfalls die Etablierung eines aufsuchenden ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsangebots für minderjährige unbegleitete Ausländerinnen und Ausländer im Bereich der zuständigen Klinik. Dieses erfolgt immer in Abstimmung und unter Einbindung des niedergelassenen Bereiches.
- Vernetzung durch Aufbau bzw. Mitarbeit in Netzwerkstrukturen;
- klinikintern bedarfsgerechte kinder- und jugendpsychiatrische ambulante und stationäre Versorgungsangebote koordinieren und aufbauen.
- Fort- und Weiterbildungen: erforderlichenfalls über den vorgesehenen Projektumfang hinaus in gesonderter Kooperation mit den Trägern der Einrichtungen, Workshops und Seminare zu traumapädagogischen/ -therapeutischen Inhalten auszuarbeiten und durchzuführen (gegen Fortbildungsgebühr).

Stationäre Versorgung

Ebenso wie bei der Wohnbevölkerung sollte auch bei Geflüchteten eine stationäre psychiatrische Versorgung nur dann erfolgen, wenn das Behandlungsziel nicht anders erreicht werden kann. Die stationäre psychiatrische Versorgung soll in Einrichtungen erfolgen, die sowohl über eine ausreichende Erfahrung verfügen und auch eine tagesklinische und ambulante Behandlung anbieten können. Hierfür kommen eine Reihe von Krankenhäusern in Betracht, beispielsweise das ZIP mit Standorten in Kiel und Lübeck und das Friedrich-Ebert-Krankenhaus in Neumünster.

Mit der Landesarbeitsgemeinschaft der ärztlichen Leiterinnen und Leitern der Psychiatrien in den Krankenhäusern des Landes wird das MSGWG in einem Arbeitspapier weitere Schritte und Lösungswege erarbeiten.

Strukturierte Qualifikations- und Fortbildungsangebote

Die Traumaambulanz „Flucht und Migration“ des ZIP Kiel beginnt im September 2016 mit einer Fortbildungsreihe „Flüchtlingshilfe – Hintergründe und Hilfreiches zur Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen“. Die Fortbildung richtet sich an professionelle und ehrenamtliche Helferinnen und Helfer in der Versorgung von Geflüchteten. Themen der Fortbildungsreihe sind unter anderem Traumafolgestörungen, transkulturelle Psychiatrie, Flashbacks und Dissozia-

tionen, Ressourcenaktivierung, Selbstfürsorge sowie kinder- und jugendpsychiatrische Aspekte in der Arbeit mit Geflüchteten.

7.8.3 *Gesundheitskarte*

Die Landesregierung hat bürokratische Hürden im Hinblick auf den Zugang von Geflüchteten zur medizinischen und psychiatrischen Versorgung schnell beseitigt. Schleswig-Holstein ist das erste Flächenland, in dem die Versicherungskarte der Krankenkassen eingeführt wurde. Dies geschah zum 30. Oktober 2015. Bis auf wenige Ausnahmen erhalten alle Geflüchteten oder Asylbewerber und Asylbewerberinnen mit nur wenigen Ausnahmen die Gesundheitskarte. Nur für ganz bestimmte Leistungen wie beispielsweise psychologische Langzeit-Therapien oder Zahnersatz ist weiterhin der behördliche Weg über die Kreise oder kreisfreien Städte nötig. Für alle anderen hat sich der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung vereinfacht. Es ist zu beachten, dass die Versicherungskarten erst nach der Zuweisung in die Kommunen ausgegeben werden, also nicht solange sich Asylbewerberinnen und Asylbewerber in einer Erstaufnahmeeinrichtung des Landes aufhalten.

7.8.4 *Interkulturelle Gesundheitslotsen in Schleswig-Holstein*

Das Gesundheitsprojekt „Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheitslotsen in Schleswig-Holstein“, kurz MiMi, hat zum Ziel, dass ausgebildete Lotsen in Schleswig-Holstein lebende Menschen mit Migrationshintergrund Informationen zur Gesundheitsförderung und Prävention in der jeweiligen Muttersprache nahebringen und sie gleichzeitig zu ermutigen, die Angebote des deutschen Gesundheitswesens besser zu nutzen.¹⁶⁶

Die Gesundheitslotsen geben ihre erworbenen Kenntnisse in verschiedenen Sprachen bei Veranstaltungen und Orten wie Moscheen oder Gemeindezentren weiter. Im Zeitraum von einem Jahr haben die Lotsen mehr als 2.500 Menschen mit Migrationshintergrund in über 170 Veranstaltungen informiert. Zusätzliche Informationen bieten diverse Publikationen für Schleswig-Holstein, die in bis zu 15 verschiedenen Sprachen erhältlich sind. Hierbei war auch die Mitwirkung des Arbeitskreises Migration und Gesundheit förderlich.

7.8.5 *Arbeitskreis Migration und Gesundheit Schleswig-Holstein*

Die Frage nach adäquaten Antworten bei Gesundheitsfragen von Migrantinnen und Migranten sind ein Thema, das die Schleswig-Holsteinischen Landesregierungen nicht erst mit der sogenannten „Flüchtlingswelle“ des Jahres 2015 aufgegriffen hat. Vielmehr ist seit über 16 Jahren der Arbeitskreis „Migration und Gesundheit“ ein Aktivposten bei der Bewältigung der Herausforderungen für eine gute Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen von Menschen mit Migrationshintergrund. Die verschiedenen Akteurinnen und Akteure, die sich hier über Lösungen austauschen, sowie eine Übersicht der Aktivitäten und Themen aus 16 Jahren engagierter Arbeit sind der Anlage zu 7.8.5 zu entnehmen.

¹⁶⁶ Zum MiMi-Projekt: http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de/index.php?option=com_content&view=article&id=42&Itemid=42;
Weitere 40 Publikationen in bis zu 16 Sprachen können im Internet abgerufen werden:
http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de/index.php?option=com_content&view=article&id=37&Itemid=40

7.9 Unrecht und Leid in der Psychiatrie 1949 bis 1975

7.9.1 Aufarbeitung in einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe

Wem während einer Heimunterbringung im Zeitraum von 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland Unrecht und Leid zugefügt wurde, das heute noch zu Beeinträchtigungen führt, kann Unterstützung aus dem Fonds „Heimerziehung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1949 bis 1975“ gewährt werden. Dieser ist zum 01. Januar 2012 errichtet worden und besteht aus einer Übereinkunft zwischen Bund, westdeutschen Bundesländern und Kirchen (Errichterinnen und Errichter des Fonds "Heimerziehung West").

Kinder und Jugendliche, die in demselben Zeitraum in Einrichtungen der Behindertenhilfe und Psychiatrie untergebracht waren, haben ebenfalls massives Leid und Unrecht erlitten. Aus Sicht der Kinder und Jugendliche gab es keinerlei Möglichkeit sich gegen die Einweisung oder das erlittene Unrecht zu wehren.¹⁶⁷ Bis in die 1970er Jahre hinein stand die Verwahrung und nicht die Heilung im Fokus der Psychiatrie.

Mit einem fraktionsübergreifenden Beschluss vom 7. Juli 2011, der gleichzeitig Grundlage des bestehenden „Heimkinderfonds“ ist, forderte der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auf, auch für die Menschen, die in der Zeit von 1949-1975 Unrecht und Leid in Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe erlitten haben, in Abstimmung mit den Ländern Entschädigungsregelungen, ähnlich denen des Heimkinderfonds, zu finden.¹⁶⁸

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat diesen Beschluss aufgegriffen und gemeinsam mit Ländern und Kirchen mögliche Lösungswege diskutiert. Im Jahr 2014 hat es erstmals 20 Millionen Euro für ein entsprechendes Hilfesystem in seinen Haushalt eingestellt. Der Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages hat am 21. Mai 2014 eine eigenständige Regelung für den Betroffenenkreis befürwortet, jedoch die Bundesmittel gesperrt, bis Länder und Kirchen sich zu einer Beteiligung bereit erklären. Die Kirchen hatten diese Bereitschaft bereits frühzeitig signalisiert.

Zur Erarbeitung eines Vorschlags zur Aufarbeitung des damals begangenen Unrechts wurden Arbeitsgruppen auf Bundesebene eingerichtet. Vertreterinnen und Vertreter des Bundes, der Länder und der Kirchen haben sich mit dem Thema auseinandergesetzt, Betroffene angehört und folgende Grundsätze für eine Aufarbeitung festgelegt:

1. Öffentliche Anerkennung

Die Erfahrungen, beispielsweise aus Gesprächen mit Betroffenen aus dem Fonds „Heimerziehung West“, haben gezeigt, dass insbesondere der öffentlichen Anerkennung des Unrechts und Leids überragende Bedeutung zukommt, die manchmal sogar die materielle Anerkennung überwiegt. Die öffentliche Thematisierung - das „Sichtbarmachen“ und „Darüber-Reden-Können“- wurden als wesentliche Aspekte der Aufarbeitung und der damit einhergehenden Befriedung empfunden.

2. Anerkennung durch wissenschaftliche Aufarbeitung

Es herrscht Einigkeit darüber, dass eine umfassende wissenschaftliche Aufarbeitung der damaligen Verhältnisse in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe und stationären psychiatrischen Einrichtungen für die Anerkennung des dort geschehenen Unrechts und Leids notwendig ist.

¹⁶⁷ Deutscher Bundestag, Drucksache 17/6143

¹⁶⁸ Deutscher Bundestag, Drucksache 17/6500

3. Individuelle Anerkennung

Aufgrund zahlreicher Hinweise und Anmerkungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Anhörungen wurde entschieden, die individuelle Anerkennung des erlittenen Unrechts und Leids um die folgenden Angebote zu erweitern:

- Anerkennung in Form eines Gesprächsangebotes durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Anlauf- und Beratungsstellen
- Anerkennung durch Geldleistungen

Auch wenn noch nicht alle Einzelheiten der oben genannten Vorschläge ausgearbeitet wurden, konnten inzwischen folgende von den verschiedenen Gremien beschlossene Vorhaben konkretisiert werden:

Demnach sollen Menschen, die als Kinder oder Jugendliche in der Zeit von 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland oder zwischen 1949 und 1990 in der DDR in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe oder Psychiatrie waren und dort Leid und Unrecht erfahren haben, aus der geplanten Stiftung eine pauschale Geldleistung in Höhe von 9.000 Euro erhalten. Darüber hinaus sollen Betroffene für den Fall, dass sozialversicherungspflichtig gearbeitet wurde und dafür keine Sozialversicherungsbeiträge entrichtet wurden, eine Rentensatzleistung erhalten. Bei einer Arbeitsdauer von bis zu zwei Jahren soll sie 3.000 Euro betragen, bei einem Zeitraum darüber hinaus zusätzlich 2.000 Euro.

Bei der Geldleistung von 9.000 Euro handelt es sich um eine pauschale Geldleistung, die das Leid und Unrecht der Betroffenen, die heute noch unter der andauernden Belastung aus dem stationären Heim- bzw. Psychiatrieaufenthalt leiden, abmildern und zur Verbesserung der heutigen Lebenssituation beitragen soll.

7.9.2 *Aufarbeitung in Schleswig-Holstein*

In Schleswig-Holstein wurde der Schwerpunkt auf eine Aufarbeitung des damals geschehenen Unrechts gelegt. Zu diesem Zwecke wurde die Anlauf- und Beratungsstelle für ehemalige Fürsorgezöglinge, geleitet von Herrn Georg Gorissen, im Jahr 2013 damit beauftragt, auch die Beratung von ehemaligen Klientinnen und Klienten, Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie der Psychiatrie zu übernehmen.

Weiterhin hat sich die ehemalige Landespastorin Frau Petra Thobaben dazu bereit erklärt, sich ab dem 01. November 2014 - mit dem Beginn ihres Ruhestandes – der Aufarbeitung zu widmen. Im Einzelnen geht es bei der Aufarbeitung des Zeitraums 1949 bis 1975 um folgende Teilbereiche:

- Mögliche Orte des Geschehens zu benennen,
- Personengruppen zu benennen, die von möglichen Übergriffen, Missbrauch, Missachtung und Gewalt als Kinder und Jugendliche in den entsprechenden Einrichtungen betroffen waren,
- Strategien zu entwickeln, wie Betroffenen Gehör verschafft werden kann,
- Strategien gemeinsam mit den Beteiligten zu entwickeln, wie aus dem Unrecht der Vergangenheit Lehren gezogen werden und permanent aus kritischen Ereignissen gelernt werden kann.

Frau Thobaben hat Kontakte zu Institutionen geknüpft und Gespräche mit Betroffenen geführt. Eine Dokumentation der damaligen Zustände in den Einrichtungen der Psychiatrie liegt leider nicht mehr vor, da viele Patientinnen- und Patientenakten nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen vernichtet wurden.

Ein Zwischenbericht liegt seit dem 09. November 2015 vor, der im Folgenden zusammengefasst wird:

Als **mögliche Orte des Geschehens** werden in dem Zwischenbericht

- die ehemaligen Landeskrankenhäuser in Schleswig und Heiligenhafen,
- die heutige Vorwerker Diakonie in Lübeck,
- die sogenannten „Bäuerlichen Privatanstalten“ im Raum Schleswig, die Vertragspartner des Landes für das Landeskrankenhaus waren,
- die Klinik für Orthopädie in Ostholstein, in der im Rahmen von Diagnostik Hilfsmittel für stark körperlich beeinträchtigte Kinder und Jugendliche erprobt wurden sowie
- die diakonischen Marie-Christian Heime in Kiel und das heilpädagogische Kinderheim Stipsdorf genannt.

Eine **Benennung von Personengruppen**, die von möglichen Übergriffen, Missbrauch, Missachtung und Gewalt als Kinder und Jugendliche in den entsprechenden Einrichtungen betroffen waren, gestaltet sich als sehr schwierig und als ein mühevolleres Unterfangen, da Frau Thobaben auf keinerlei Akten oder Hinweise zugreifen kann. Bundesweit gelten für den Zeitraum 1949 bis 1975 rund 100.500 Frauen und Männer im Bereich der westdeutschen Bundesländer als möglicherweise anspruchsberechtigte Personen. Der Kontakt zu möglichen Betroffenen kam hauptsächlich aufgrund von Berichterstattungen in den Medien zustande. Nach Veröffentlichung eines Aufrufs meldeten sich mehrere Betroffene, Vertrauenspersonen und Angehörige per Mail bei Frau Thobaben und kamen mit ihr ins Gespräch. Die Berichte der Gesprächspartnerinnen und -partner weisen Parallelen auf:

Damals wurden Kinder ihren Müttern oftmals früh entzogen und in öffentliche Betreuung gebracht. Ausschlaggebend für diese Maßnahmen waren augenscheinlich der damaligen Sittevorstellungen nicht entsprechende „Lebenswandel“ der Frauen bzw. Mütter, die in den Nachkriegsjahren alleinstehend waren und schwanger wurden. Da die Frauen vielfach in einfachen oder ungesicherten Verhältnissen lebten, trauten ihnen die Jugendämter nicht zu, für ihre Kinder zu sorgen.

Zudem wurden den Kindern durchaus pauschal Defizite hinsichtlich ihrer Intelligenz, ihrer geistigen Fähigkeiten und ein Mangel an Bildungsfähigkeit zugeschrieben. Sie wurden von stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen bei Auffälligkeiten regelhaft ohne weitere Prüfung oder Diagnostik in das Landeskrankenhaus Hesterberg in Schleswig überstellt. Nach übereinstimmenden Aussagen waren die Zustände in einzelnen Häusern desolat, die sanitären Einrichtungen verheerend, Gewalt und Missbrauch durch ältere Patienten und von einzelnen Pflegekräften üblich. Medikamentengaben wurden nach Situation vom Pflegepersonal dosiert, Fehlverhalten der Kinder durch erniedrigende und die Würde missachtende Strafen sanktioniert. Übereinstimmend berichteten die Betroffenen, dass der Kontakt zu Ärzten nur sporadisch gewesen sei.

In einem Gespräch mit einer Angehörigen eines Mannes mit Behinderung wurde deutlich, dass bis weit in die 1960er Jahre in Schleswig-Holstein ein Mangel an geeigneten stationären Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderung vorherrschte. Sie berichtete, dass im Falle ihrer Familie der damals zuständige Amtsarzt des Landkreises, in dem die Familie lebte, den Eltern empfahl, den Sohn zum Hesterberg oder in die Bodelschwingschen Anstalten nach Bethel Bielefeld zu geben. Die Eltern folgten dem ärztlichen Rat jedoch nicht, sondern behielten das Kind zu Hause. Gemeinsam mit anderen Familien organisierten sie Bildungs-, Begleitungs- und Betreuungsstrukturen, aus denen Angebote der Lebenshilfe erwachsen sind.

Strategien, wie Betroffenen Gehör verschafft werden kann

Als mögliche Strategien, Betroffenen Gehör zu verschaffen, hat Frau Thobaben mehrere Vorschläge entwickelt:

- Einrichtung eines Informations- und Kommunikationszentrums auf dem Gelände des Hesterbergs oder an einem anderen für die Betroffenen gut zu erreichenden Ort. Dabei ist zu bedenken, dass die Betroffenen in der Regel auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind, wenn sie im ländlichen Raum Schleswigs leben.
- Benennung einer dauerhaften Ansprechpartnerin bzw. eines dauerhaften Ansprechpartners für den Kreis der Betroffenen, da im Dialog im geschützten Raum manches ansprechbar wird, was unter anderen Umständen ungesagt bliebe.

Entwicklung von gemeinsamen Strategien, wie aus dem Unrecht der Vergangenheit Lehren gezogen werden und permanent aus kritischen Ereignissen gelernt werden kann:

Der Wandel zur Anerkennung von Menschenrechten aller und der daraus resultierenden Rechtsfolgen braucht vermutlich einen generationenübergreifenden, gesamtgesellschaftlichen Lern- und Umlernprozess. Strukturen, Finanzierung und Konzepte von stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen und Diensten sollten sich dahingehend befragen, inwieweit sie den Menschenrechten entsprechen und Menschen in die Lage versetzen, im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbstbestimmt den Alltag ihres Lebens gestalten zu können. Das beinhaltet beispielsweise die Bereiche Wohnen, Arbeit, Bildung, Zugänge zu Kultur, Bildung und Gesundheitswesen, Beziehungen, Gemeinschaft und Anerkennung.

8. Quellenübersicht

Aichele, V.: Menschenrechte und Psychiatrie, In: Zinkler, M.; Laupichler, K.; Osterfeld, M. (Hrsg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. Köln 2016, S. 18 - 40.

(AKJS-SH) Aktion Kinder- und Jugendschutz Schleswig-Holstein e.V. (2015): AKJS-SH, online abrufbar unter <http://akjs-sh.de/akjs-sh>.

Anthony, W.A.: Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's, In: Psychosocial Rehabilitation Journal, 16. Jg. [1993], Nr. 4, S. 11 – 23.

(ÄZ) Ärztezeitung vom 10.05.2013: Psychotherapie: Verstopfen leichte Fälle das Wartezimmer?, online abrufbar unter http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/versorgungsforschung/article/838562/psychotherapie-verstopfen-leichte-faelle-wartezimmer.html

Barmer GEK; Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung; Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein; Techniker Krankenkasse: Förderung der Gruppenpsychotherapie in Schleswig-Holstein: Neues Angebot für Patienten mit psychischen Erkrankungen. Pressemitteilung vom 22.04.2015, online abrufbar unter http://www.kvsh.de/db2b/upload/news/Foerderung_Gruppenpsychotherapie%20in%20SH.pdf

(BAuA) Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2016a): , online abrufbar unter http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsunfaehigkeit/pdf/Kosten-2014.pdf?__blob=publicationFile&v=4

(BAuA) Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2016b): Arbeitswelt im Wandel. Zahlen – Daten – Fakten, online abrufbar unter http://www.baua.de/de/Publikationen/Broschueren/A95.pdf?__blob=publicationFile&v=13

(BIH) Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen: Was heißt hier behindert? Behinderungsarten und ihre Auswirkungen. In: ZB Spezial Ausgabe 2012. Wiesbaden 2012.

(BMG) Bundesministerium für Gesundheit (2011): Gesetzliche Krankenversicherung - Endgültige Rechnungsergebnisse 2010, online abrufbar unter http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2010.pdf.

(BMG) Bundesministerium für Gesundheit (2015): Gesetzliche Krankenversicherung - Endgültige Rechnungsergebnisse 2014, online abrufbar unter http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2014.pdf.

(BMG) Bundesministerium für Gesundheit (2016a): Integrierte Versorgung/ besondere Versorgung, online abrufbar unter <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/zusatzleistungen-wahltarife/integrierte-versorgung.html>

(BMG) Bundesministerium für Gesundheit (2016b): Präventionsgesetz, online abrufbar unter <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/praeventionsgesetz.html>

Bock, T.: Und sie bewegt sich doch ...! Die DGSP in der Zeit nach der Psychiatrie-Enquete. Rede zum 40. Geburtstag der DGSP am 10. November 2010 im Kaisersaal des Frankfurter Rathauses. In: Soziale Psychiatrie [2011], Nr. 2, S. 22 – 26.

Borbé, R.: Behandlungsvereinbarungen, Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen, In: Armbruster, J.; Dieterich, A.; Hahn, D.; Ratzke, K. (Hrsg.): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn. Köln 2015, S. 198 – 208.

Brose, D.; Osterfeld, M.: Der Menschenrechtsdiskurs in der Psychiatrie. Die Frage nach Legitimität von Zwang und Gewalt. In: Armbruster, J.; Dieterich, A.; Hahn, D.; Ratzke, K. (Hrsg.): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn. Köln 2015, S. 376 – 388.

(BPtK) Bundespsychotherapeutenkammer: BPtK-Standpunkt. Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen. Berlin 2015, online abrufbar unter http://www.bptk.de/uploads/media/20150916_BPtK-Standpunkt_psychische_Erkrankungen_bei_Fluechtlingen.pdf.

(BPtK) Bundespsychotherapeutenkammer: Versorgung psychisch kranker Menschen verbessern. Konzept einer differenzierten psychotherapeutischen Versorgung. Berlin 2014, online abrufbar unter http://www2.pk-hb.de/uploads/top_6_anlage_2a_bptk_standpunkt_differenziertes_versorgungskonzept.pdf

(BPtK) Bundespsychotherapeutenkammer: BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK. Berlin 2011.

Bundestags-Drucksache 17/10712 vom 17.09.2012: Zwangsbehandlungen in Deutschland. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke.

Bundestags-Drucksache 17/10500 vom 16.08.2012: Bericht der Bundesregierung zur Situation der Frauenhäuser, der Fachberatungsstellen und andere Unterstützungsangebote für gewaltbetroffene Frauen und ihre Kinder

Bundestags-Drucksache 17/6143 vom 08.06.2011: Opfern von Unrecht und Misshandlungen in der Heimerziehung wirksam helfen.

Bundestags-Drucksache 17/6500 vom 07. Juli 2011: Opfern von Unrecht und Misshandlungen in der Heimerziehung wirksam helfen

Busch, M.A.; Maske, U.E.; Ryl, L.; Schlack, R.; Hapke, U.: Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 56. Jg. [2013], S. 733 - 739.

(CPT) European Committee for the Prevention of Torture and Inhumane or Degrading Treatment or Punishment: CPT Standards. "Substantive" sections of the CPT's General Reports, CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2015.

(DAK) Deutsche Angestellten Krankenkasse: DAK-Gesundheitsreport 2016. Hamburg 2016.

(DAK) Deutsche Angestellten Krankenkasse: DAK-Gesundheitsreport 2013 für Schleswig-Holstein. Hamburg 2013.

Deinert, H.t: Betreuungszahlen 2013-2014, Amtliche Erhebungen des Bundesamtes für Justiz, der Sozialministerien der Bundesländer, der überörtlichen Betreuungsbehörden, der Bundesnotarkammer sowie des Statistischen Bundesamtes, Ausgewertet und grafisch aufbereitet von Horst Deinert, Stand 1.12.2015, Verfügbar auf www.bundesanzeiger-verlag.de/bt-prax/downloads.html

Der Ministerpräsident des Landes Schleswig-Holstein – Staatskanzlei (Hrsg.): Grünbuch Landesentwicklungsstrategie Schleswig-Holstein 2030. 2016. Verfügbar unter: http://www.schleswig-holstein.de/DE/Schwerpunkte/Landesentwicklungsstrategie/Downloads/downloads/Gruenbuch_Gesamt.html

Der Ministerpräsident des Landes Schleswig-Holstein – Staatskanzlei (2016): Leitstelle Suchtgefahren am Arbeitsplatz, online abrufbar unter http://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/I/Service/LeitstelleSuchtgefahren/leitstelle_suchtgefahren_node.html.

(Destatis) Statistisches Bundesamt, GBE, Nach der Statistik des Rentenbestands bzw. Rentenzugangs der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Bünemann, M.; Baumeister, M.; Thomas, C.: Delir - Wenn man zeitweise verwirrt ist. In: Deutsches Ärzteblatt. 110. Jg. [2013], Nr. 21, S. 1038 – 1039.

Dittrich, M.; Töller, A.: Die Privatisierung des Maßregelvollzugs. Die deutschen Bundesländer im Vergleich. In: polis [2010], Nr. 68.

(DGPPN) Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (Hrsg.): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Heidelberg 2013: Springer-Verlag.

(DGPPN) Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde: Eckpunkte für die Regelung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern v. 9. April 2015,
www.dgppn.de/en/presse/stellungnahmen/detailansicht/article//eckpunkte-f.html

DGGPP o.J.: Was ist eine Altersdepression? online abrufbar unter <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/erkrankungen/altersdepression/was-ist-eine-altersdepression/>

(DGSP) Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.: Psychiatrie in der Verantwortung – Menschenwürde achten! Zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden. Ein Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie. 2015. Verfügbar unter <http://www.dgsp-ev.de/stellungnahmen/psychiatrie-in-der-verantwortung-menschenwuerde-achten.html>

(Destatis) Statistisches Bundesamt: Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden 2013.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2016): Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Informationsblatt 1. Online abrufbar unter https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzq.pdf

(DIMDI) Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2016): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision German Modification Version 2016 mit Aktualisierung vom 21.12.2015, online abrufbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2016/>

Dornis, C.: PsychKG Schleswig-Holstein. Praxiskommentar des schleswig-holsteinischen Psychisch-Kranken-Gesetzes, einschließlich der Verfahrens- und Kostenvorschriften für das Unterbringungsverfahren. Stuttgart 2012.

(DVE) Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (2007): Ergotherapie. Definition, online abrufbar unter <https://www.dve.info/ergotherapie/definition.html>.

Facharbeitskreis „Psychiatrie“ der Arbeitsgemeinschaft „Gesundheitsdienst“ im Schleswig-Holsteinischen Landkreistag und dem Städteverband: Leistungsstandards der Gesundheitsämter Schleswig-Holstein: Die fünf Kernaufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste. 2012.

Farkas, M.: Recovery-Orientierung in Institutionen verankern. In: Burr, C.; Schulz, M.; Winter, A.; Zuaboni, G. (Hrsg.): Recovery in der Praxis. Voraussetzungen, Interventionen, Projekte. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH 2013. S. 78 – 89.

Fuchs, G.: Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen. In: Amberger, S.; Roll, S. (Hrsg.): Psychiatriepflege und Psychotherapie. Stuttgart New York 2010: Georg Thieme Verlag KG, S. 50 – 52.

Gäbel, U.; Ruf, M.; Schauer, M.; Odenwald, M.; Neuner, F.: Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie [2006] 35 (1), S. 12–20.

(G-BA) Gemeinsamer Bundesausschuss (2016): Ambulante Psychotherapie. Strukturreform verbessert Zugangsmöglichkeiten und führt neue Versorgungselemente ein. Pressemitteilung vom 16. Juni 2016, online abrufbar unter <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/625/>.

Gensichen, J.; Fankhänel, T.: Psychosomatische Grundversorgung in der Hausarztpraxis. Jeder zweite Patient hat psychische Probleme. In: MMW – Fortschritte der Medizin, 153. Jg. [2011], Nr. 3, S. 25 – 27.

GKV-Spitzenverband (2013): Reform des Angebots an ambulanter Psychotherapie - Vorschläge der Gesetzlichen Krankenkassen, online abrufbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_GKV-SV_Ambulante_Psychotherapie.pdf.

(GPTG e.V.) Gesellschaft für Psychotraumatologie, Traumatherapie und Gewaltforschung e.V. (o.J.): Materielle Hilfe und Unterstützung durch den Weißen Ring, online abrufbar unter <http://www.gptg.eu/service/financings/weisser-ring.html>

Haines, H.: Teilhabe am Arbeitsleben – Sozialrechtliche Leitlinien, Leistungsträger, Förderinstrumente. In: Bieker, R. (Hrsg.) (2005): Teilhabe am Arbeitsleben. Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer 2015.

Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J.: Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3. vollst. überarb. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber 2010, S. 13 – 23.

(IQSH) Institut für Qualitätsentwicklung an Schulen Schleswig-Holstein (o.J.): IQSH-Zentrum für Prävention. Gesunde Schule | Sucht- und Gewaltprävention, online abrufbar unter <https://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/IQSH/Arbeitsfelder/ZfP/ZfP.html>.

Jacobi, F.; Bretschneider, J.; Müllender, S.: Veränderungen und Variationen der Häufigkeit psychischer Störungen in Deutschland – Krankenkassenstatistiken und epidemiologische Befunde. In: Kliner, K.; Rennert, D.; Richter, M. (Hrsg.): BKK Gesundheitsatlas 2015. Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. Berlin 2015: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 63 – 71.

Jacobi, F.; Höfler, M.; Strehle, J.; Mack, S.; Gerschler, A.; Scholl, L.; Busch, M.A.; Maske, U.; Hapke, U. et al: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). In: Nervenarzt, 85 Jg. [2014], Nr. 1, S. 77–87.

Jacobi, F.: Nehmen psychische Störungen zu? In: Report Psychologie, 34. Jg. [2009], Nr. 1, S. 16 – 28.

Jahnke, B.: Vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen. Mit EX-IN zum Genesungsbegleiter. Neumünster 2012: Paranus Verlag.

Jungbauer, J.; Lenz, A.: Psychische Krankheit und Elternschaft: Perspektiven für Forschung und Praxis. In: Lenz, A.; Jungbauer, J. (Hrsg.): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. Tübingen: dgvt-Verlage 2008, S. 137 - 155.

Kirkcaldy, B.; Wittig, U.; Furnham, A.F.; Merbach, M.; Siefen, R.G.: Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. Studie zur Gesundheit. 49. Jg. [2013], S. 873 - 883.

(KVSH) Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (2016): Bedarfsplanung 2015/2016, online abrufbar unter <http://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php>.

(KVSH) Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (2014b): Versorgungsbericht 2014, online abrufbar unter https://www.kvsh.de/db2b/upload/news/Versorgungsbericht_2013_internet.pdf.

(KVSH) Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (2014b): Qualitätsbericht 2014, online abrufbar unter https://www.kvsh.de/KVSH/db2b/upload/news/QualiBericht_2014_web.pdf.

Lacroix, A.; Degano-Kieser, L.; Utschakowski, J.; Gonther, U.; Eikmeier, G.: Besseres Milieu – Peer-Beratung auf allen Stationen. In: Nervenheilkunde, 34 Jg. [2015], Nr. 4, S. 245 – 248.

Landeshauptstadt Kiel, Amt für Gesundheit (Hrsg.): Sozialpolitisches Hearing 2014 zur Situation von Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung in Kiel. Dokumentation zur Veranstaltung am 5. März 2014 im Rathaus Kiel. Verfügbar unter: https://www.kiel.de/leben/gesundheit/sozialpsychiatrischer_dienst/ dokumente/Doku_Soz_p ol_Hearing_WEB.pdf

Landesrechnungshof Schleswig-Holstein: Bemerkungen 2015 mit Bericht zur Landeshaushaltsrechnung 2013. Verfügbar unter http://www.landesrechnungshof-sh.de/file/bemerkungen2015_tz25.pdf.

Landesverband Schleswig-Holstein der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e.V.: Rat und Hilfe für Angehörige psychisch Kranker. Flyer LV. Verfügbar unter: http://www.lvsh-afpk.de/fileadmin/migrated/content/uploads/2014_04_FB_Flyer_LV.pdf

Landesverband Frauenberatung Schleswig-Holstein e.V. (o.J.): KIK gegen Häusliche Gewalt, online abrufbar unter <http://www.frauenberatung-sh.de/kik-gegen-haesusliche-gewalt>.

Landesverband der unabhängigen Beschwerdestellen in Schleswig-Holstein (o.J.): Unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie. Verfügbar unter: <http://lv-beschwerdestellen-sh.de/unabhaengige-beschwerde>

(LASD) Landesamt für soziale Dienste (o.J.): Traumaambulanzen, online abrufbar unter <http://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/LASD/Aufgaben/Opferentschaedigung/OpferentschaedigungArtikelTraumaambulanzen.html>

Lauterbach, K. (2016): Krankenhausreform. Verfügbar unter <http://www.karllauterbach.de/inhalte/krankenhausreform.html>.

(LSSH) Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V. (2015): Suchtkrankenhilfe in Schleswig-Holstein. Verzeichnis der Einrichtungen, online abrufbar unter <http://www.lssh.de/index.php/suchthilfefuehrer>.

(LSSH) Landesstelle für Suchtfragen Schleswig-Holstein e.V (o.J.) Suchtprävention, online abrufbar unter <http://www.lssh.de/index.php/praevention>.

LTSH-Drucksache 18/3910 vom 23.02.2016: Bericht zur Situation von Kindern und Jugendlichen bei Gefahren für ihr körperliches, geistiges oder seelisches Wohl. Zweiter Landeskinderschutzbericht - Teil 2 Schwerpunkt Kinderschutz und Stellungnahme der Landesregierung.

LTSH-Umdruck 18/4809 vom 30.09.2015: Antworten der Landesregierung zu den Fragen der Fraktionen zum Haushaltsentwurf 2016; Fragen zum Einzelplan 10.

LTSH-Drucksache 18/1218 vom 05.11.2013: Bericht zur psychosomatischen Versorgung in Schleswig-Holstein.

LTSH-Drucksache 18/791 vom 18.02.2013: Demenzplan für Schleswig Holstein erstellen und umsetzen.

LTSH-Drucksache 18/4587 vom 06.09.2016: Bericht der Landesregierung – Demenzplan für Schleswig-Holstein erstellen und umsetzen

(LVGFSH) Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e.V. (o.J.): Wir über uns, online abrufbar unter <http://lvgfsh.de/gesundheitsfoerderung/wir-ueber-uns.php>.

Maier, W.; Hauth, I.: Psychische Erkrankungen auf dem Vormarsch? Die Bedeutung diagnostischer Definitionen für die Versorgung. In: Kliner, K.; Rennert, D.; Richter, M. (Hrsg.): BKK Gesundheitsatlas 2015. Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. Berlin 2015: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 72 – 77.

Marksteiner, J.: Gerontopsychiatrie. In: Fleischhacker, W.; Hinterhuber, H. (Hrsg.): Lehrbuch Psychiatrie. Wien: Springer-Verlag, 2012, S. 353 – 393.

Marschner, R.: Aktuelle Rechtsprechung und Gesetzgebung zur Zwangsbehandlung. In: Zinkler, M.; Laupichler, K.; Osterfeld, M. (Hrsg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. Köln 2016, S. 101 - 114.

Mattejat, F: Kinder psychisch kranker Eltern: Auswirkungen psychischer Erkrankungen von Eltern auf Kinder. 8. Jahreskongress Psychotherapie des Hochschulverbundes Psychotherapie NRW und der Psychotherapeutenkammer NRW vom 20./ 21. Oktober 2012. Verfügbar unter: https://www.ptk-nrw.de/fileadmin/user_upload/pdf/Aktuelle_Informationen/2012/10_2012/8._Jahreskongress_Psychotherapie/Vortrag_Prof_Dr_Mattejat.pdf

Melchinger, H.: Ambulante Psychiatrische Versorgung - Umsteuerungen dringend geboten. In: Deutsches Ärzteblatt. 105. Jg. [2008], Nr. 46, S. 2457 – 2460.

(MIB) Ministerium für Inneres und Bundesangelegenheiten des Landes SH (2016): Informationen zur Flüchtlingssituation, online abrufbar unter <http://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/IV/startseite/Artikel/FluechtlingeSH.html>.

(MSGFJS) Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes SH (Hrsg.): Psychiatrieplan 2000. Hilfen für psychisch kranke und behinderte Menschen. Kiel 2000.

(MSGWG) Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein (2016): Schulungsangebote Integrationsamt 2016 zum Schwerbehindertenrecht, online abrufbar unter https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/M/menschenMitBehinderungen/ExterneLinks/integrationsamt_Box_schulungsangebot.html.

(MSGWG) Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.): Gesundheit älterer Menschen in Schleswig-Holstein. Zahlen, Meinungsbilder und Zusammenhänge 2012.

(MSGWG) Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes SH (o.J.): Landesaufgaben im Bereich des Maßregelvollzuges, online abrufbar unter http://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/K/krankenhaeuser/krankenhaeuser_Massregelvollzug_Landesaufgaben.html

Müller, B.: Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil: Systemische Perspektive. In: Lenz, A.; Jungbauer, J. (Hrsg.): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. Tübingen dgvt-Verlage 2008, S. 137 - 155.

(NAKOS) Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (2016): Was machen Selbsthilfegruppen?, online abrufbar unter <http://www.nakos.de/informationen/basiswissen/selbsthilfegruppen/>

Nationale Stelle zur Verhütung von Folter: Jahresbericht 2015. Wiesbaden 2016
[www.nationale-stelle.de/fileadmin/dateiablage/Dokumente/Berichte/Jahresberichte/Jahresbericht_2015_Nationale_Stelle.pdf] [11.05.2016]

Osterfeld, M.; Zinkler, M.: Einführung – Gewalt, Macht und Zwang: ein ungelöstes Problem. In: Zinkler, M.; Laupichler, K.; Osterfeld, M. (Hrsg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. Köln 2016, S. 10 – 17.

Ravens-Sieberer, U.; Klasen, F.: Sachbericht des Abschlussberichts der BELLApplus-Befragung (Befragung „Seelisches Wohlbefinden und Verhalten“). Prädiktoren, Verlauf und Folgen psychischer Auffälligkeiten bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. Hamburg 2014.

REHADAT – Berufliche Teilhabe und Rehabilitation (2016): Integrationsfirmen in Deutschland, online abrufbar unter <http://www.rehadat.info/export/sites/einstieg/downloads/VerzIntFirmen.pdf>.

Richter, D.; Berger, K.; Reker, T.: Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York. In: Psychiatrische Praxis, 35. Jg. [2008], Nr. 7, S. 321 – 330.

(RKI) Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein. Berlin 2007.

(RKI) Robert Koch-Institut (Hrsg): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Berlin 2014a.

(RKI) Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Berlin 2014b.

(RKI) Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin 2015.

(SASK) Schleswig-Holsteinischer Arbeitskreis der Selbsthilfekontaktstellen: Selbsthilfekontaktstellen Schleswig-Holstein: Verfügbar unter <http://www.selbsthilfe-sh.info/>

Schulz, H.; Barghaan, D.; Koch, U.; Harfst, T.: Die Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen. In: Die Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen. Berlin: Springer 2011.

Statistikamt Nord (2016a): Schwerbehinderte in Schleswig-Holstein 2015. Zwölf Prozent mehr Menschen mit psychischer Behinderung. Statistik informiert ... Nr. 122/2016, online abrufbar unter <http://www.statistik-nord.de/publikationen/publikationen/presseinformationen/dokumentenansicht/schwerbehinderte-in-schleswig-holstein-2015-4/>

Statistikamt Nord (2016b): Schwerbehinderte in Schleswig-Holstein 2003-2015 nach ausgewählten Arten der schwersten Behinderung. Abfrage des MSGWG vom 09.08.2016.

Statistikamt Nord: Krankenhausdiagnosestatistik 2013.

Steinert, T.: Epidemiologie von Zwangsmaßnahmen. In: Zinkler, M.; Laupichler, K.; Osterfeld, M. (Hrsg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. Köln 2016, S. 86 - 100.

Stiftung Deutsche Depressionshilfe (o.J.): Depression und Alter, online abrufbar unter <http://www.deutsche-depressionshilfe.de/stiftung/depression-und-alter.php>

(TK) Techniker Krankenkasse (Hrsg.): Gesundheitsreport 2016 der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten zu Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen. Hamburg 2016.

(TK) Techniker Krankenkasse (2013): Thesen zur ambulanten Psychotherapie, online abrufbar unter http://www2.pk-hb.de/uploads/tk_thesen_zur_psychotherapie.pdf.

Thaler, P.: Erfahrungen mit Zwangsmaßnahmen und Gewalt. In: Zinkler, M.; Laupichler, K.; Osterfeld, M. (Hrsg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie. Köln 2016, S. 41 - 52.

Vereinte Nationen CRPD/C/DEU/CO/1, Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen: Abschließende Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands, verabschiedet am 13. April 2015.

Von Lersner, U.; Rieder, H.; Elbert, T.: Psychische Gesundheit und Rückkehrvorstellungen am Beispiel von Flüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie [2008] 37, 2, S. 112–121.

(UNHCR) Flüchtlingshilfswerk der Vereinten Nationen (2016): Flucht und Vertreibung 2015 drastisch gestiegen. Pressemitteilung vom 20. Juni 2016, online abrufbar unter <http://www.unhcr.de/home/artikel/276e4e75b3c815528feb15b5876448b0/flucht-und-vertreibung-2015-drastisch-gestiegen.html>.

Utschakowski, J.; Sielaff, G.; Schulz, G.: Aus Erfahrung wird Wissen und Kompetenz. Ausbildung von Experten durch Erfahrung. In: Nervenheilkunde, 34. Jg. [2015], Nr. 4, S. 271 – 274.

(Vdek) Verband der Ersatzkassen (2013): Konzeptpapier zur Weiterentwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland.

Wiktorsson, S.; Runeson, B.; Skoog, I.; Östling, S.; & Waern, M. (2010): Attempted suicide in the elderly: characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. American Journal of Geriatric Psych, 18. Jg. [2010], Nr. 1, S. 57-67.

Walendzik, A.; Rabe-Menssen, C.; Lux, G.; Wasem, J.; Jahn, R.: Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie – Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV). In: Gesundheitswesen 76 Jg. [2014], Nr. 3, S. 135 – 146.

Zok, K.: Hohe Zufriedenheit mit ambulanter Versorgung bei psychischen Beschwerden. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. In: WIdO monitor 11. Jg. [2014], Nr. 1, S. 1 – 8.

Psychiatriebericht 2016

Anlagen

Inhalt

| | |
|--|------------|
| 1. Einleitung | 165 |
| 2. Zusammenfassung | 165 |
| 3. Vorgehen | 165 |
| 4. Psychische Gesundheit in Schleswig-Holstein | 179 |
| 4.1 Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Bundesrepublik | 179 |
| 4.2 Psychische Erkrankungen in SH..... | 179 |
| 4.3 Beeinträchtigungen durch seelische Belastungen | 179 |
| 4.4 Häufigkeit psychischer Erkrankungen nach Art der Erkrankung..... | 179 |
| 4.5 Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Erkrankungen | 179 |
| 4.6 Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen..... | 180 |
| 4.7 Schwerbehinderung wegen psychischer Leiden..... | 181 |
| 4.8 Zusammenfassung | 181 |
| 5. Rechtentwicklung von Psychiatrie und Maßregelvollzug seit 2000 | 182 |
| 5.1 Rechtsentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) | 182 |
| 5.2 Rechtsentwicklungen im Bereich der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) | 182 |
| | 182 |
| 5.3 Eingliederungshilfe (SGB XII) | 182 |
| 5.4 Rechtsentwicklung im Betreuungsrecht..... | 182 |
| 5.5 Psychisch-Kranken-Gesetz | 182 |
| 5.6 (Rechts-) Entwicklung des Maßregelvollzugs 2000 bis heute..... | 182 |
| 6. Psychiatrische Versorgungsangebote in Schleswig-Holstein | 183 |
| 6.1 Öffentlicher Gesundheitsdienst..... | 183 |
| 6.2 Offene niedrigschwellige Hilfen | 183 |
| 6.3 Ambulante medizinische Versorgung – SGB V | 184 |
| 6.4 Psychiatrische Krankenhausversorgung..... | 184 |
| 6.5 Kinder- und Jugendpsychiatrie | 201 |
| 6.6 Weitere SGB V-Leistungen..... | 201 |

| | | |
|-----------|--|------------|
| 6.7 | Suchthilfe in Schleswig-Holstein | 201 |
| 6.8 | Versorgung älterer Menschen | 201 |
| 6.9 | Leistungen für Menschen mit seelischer Behinderung (SGB XII) | 202 |
| 6.10 | Bildung/ Beruf/ Rehabilitation (SGB IX) | 202 |
| 6.11 | Maßregelvollzug | 202 |
| 7. | Exkurse..... | 203 |
| 7.1 | Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention..... | 203 |
| 7.2 | Prävention und Gesundheitsförderung | 203 |
| 7.3 | Kinder psychisch kranker Eltern | 203 |
| 7.4 | Gewalt und Psychiatrie | 213 |
| 7.5 | Beschwerdeanlaufstellen..... | 214 |
| 7.6 | Partizipation und Empowerment..... | 214 |
| 7.7 | Opferhilfe | 217 |
| 7.8 | Flucht und Psychiatrie | 217 |

1. Einleitung

keine Anlagen vorhanden

2. Zusammenfassung

keine Anlagen vorhanden

3. Vorgehen

Fokusgruppengespräch 1 von 4: Landesverband Psychiatrie-Erfahrender SH

Gespräch mit Psychiatrie-Erfahrenen aus Schleswig-Holstein, repräsentiert durch Vertreterinnen und Vertreter des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrender Schleswig-Holstein e.V.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Gruppengespräch:

Vier Männer, eine Frau. Alle haben Erfahrung mit wiederholter (stationärer) psychiatrischer Behandlung. Die Anwesenden sind zwischen 48 und 63 Jahre alt.

Gesprächsort:

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein.

Das Gespräch beinhaltet sowohl die persönlichen Erfahrungen als Psychiatrie-Erfahrene als auch Beschreibungen zur Situation der Psychiatrie in Schleswig-Holstein aus ihrer jeweiligen Perspektive.

Wörtliche Zitate der Teilnehmenden sind kursiv hervorgehoben.

Wartezeiten

Die Psychiatrie-Erfahrenen beschreiben Probleme mit langen Wartezeiten. Gemeint ist die zeitliche Lücke in der "Psychotherapie", also die langfristig angelegte Therapie mit wöchentlichen 45-minütigen Gesprächen. Diese findet im stationären und ambulanten Bereich statt: Die Wartezeit auf einen solchen Platz beträgt (im günstigsten Fall und geschätzt) sechs Monate im stationären Bereich und zwölf Monate im ambulanten Bereich.

Diagnose

In keinem medizinischen Bereich gibt es so viele Fehldiagnosen wie in der Psychiatrie. Fehldiagnosen sind im Laufe der oftmals langjährigen Behandlungen häufig unumkehrbar, es findet keine Korrektur in den Akten statt.

„Uns Psychiatrie-Erfahrenen fehlt (oft) der Einblick in unsere Patientenakte, deren Inhalt wird nicht mit uns besprochen. Auch in diesem Bereich wäre eine Zusammenarbeit

zwischen Patient und Arzt auf Augenhöhe wünschenswert.“

Stationärer Aufenthalt und Behandlung

Ein kritisches Thema für die Anwesenden ist das Thema "Gewalt in der Psychiatrie". Gewalt entsteht immer nur da, wo ein Machtgefälle anzutreffen ist. Kommunikation auf Augenhöhe und Transparenz im Behandlungsverlauf sind gute Antworten auf Machtmissbrauch.

„Trotz strenger juristischer Regelung bestehen bei uns Psychiatrie-Erfahrenen immer noch Zweifel, ob Zwangsmaßnahmen wirklich nur als die Ultima Ratio einer Behandlung, als das Mittel der letzten Wahl, eingesetzt werden. Auf manchen Stationen entsteht eher der Verdacht, dass das Mittel "Fixierung" fast reflexartig schon in die Krankenhausroutine eingebunden ist. Zudem sind bei uns Beschwerden von Patienten eingegangen, bei denen Fixierungen als Disziplinierung ("Bestrafung") eingesetzt wurden.“

Nach Zwangsmaßnahmen, also medikamentöser Zwangsbehandlung oder Fixierung, findet in aller Regel kein Gespräch auf Augenhöhe zwischen Personal und Patientinnen und Patienten statt, das dieses "Gewalterlebnis" psychologisch bearbeitet. Das gilt übrigens in beide Richtungen (Gewalt von Patientinnen und Patienten am Personal, Gewalt vom Personal an Patientinnen und Patienten). Dabei ist den Psychiatrie-Erfahrenen bewusst, dass Voraussetzung für ein solches Vorgehen die freiwillige Bereitschaft auf Seiten ist.

Die Psychiatrie-Erfahrenen wünschen sich, dass das Personal auf geschlossenen Abteilungen regelmäßig als Pflichtveranstaltung Schulungen im Bereich "Deeskalations-Training" besuchen sollte.

Es gibt reale andere Modelle: Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (Chefarzt: Dr. med Martin Zinkler) der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH (Klinikum Heidenheim) versucht seit 2011 ohne Zwangsmaßnahmen auszukommen.

Die Behandlungsangebote auf (geschlossenen) Stationen sind oft einseitig orientiert und stark limitiert.

"Für Gespräche fehlt dem Personal in Krankenhäusern oft die Zeit"

"Auf den geschlossenen Stationen findet kaum Psychotherapie / Gesprächstherapie statt"

"Der Patient hat kaum Einfluss auf die Medikamentenwahl"

Der Trend in der Psychiatrie geht in Richtung standardisierte Massenbehandlung, die individuellen Therapiekonzepten kaum mehr Platz und Raum lässt.

"Ich hätte gerne das Recht, meine Erkrankung auf Station zu durchleben, statt der Pflicht unterworfen zu sein, sie mit Medikamenten zu unterdrücken."

Die Behandlung wird von den Kliniken selten als Teamwork, also als eine Zusammenarbeit bzw. ein gemeinsames Projekt zwischen Personal und Patientin oder Patient angesehen.

„Es wird über mich gesprochen, aber nicht mit mir.“

„Therapieabsprachen, die erarbeitet worden sind, werden bei einem erneuten Aufenthalt vom Personal nicht anerkannt.“

In den Krankenhäusern herrscht sehr häufig eine starke Überbelegung. Die dadurch entstehende Enge, Unruhe und Lautstärke (auch nachts) erschwert erheblich den Genesungsprozess.

Es werden Mängel in der Architektur und im Aufbau der Station genannt:

- keine Rückzugsmöglichkeiten, insb. für Frauen (geschlechtersensible Versorgung),
- zu wenige Sanitäranlagen (in baulich veralteten Abteilungen),
- keine stressarmen Zimmer, keine weichen Zimmer,
- belastender Lärm des restlichen Krankenhauses wie etwa Blaulicht und Signalhörner, Rettungshubschrauber, welche bei Menschen mit Ängsten sehr beunruhigend wirken,
- nicht auf allen Stationen ist die Barrierefreiheit für Menschen mit körperlichen Einschränkungen gegeben,
- Psychiatrieneubauten sind häufig nur Zweckbauten ("Nix für die Seele!").

Ein weiteres Thema ist der Mangel an Begleitangeboten für Kinder psychisch kranker Elternteile. Hervorgehoben wird zudem, dass Langzeit-Untergebrachte meist nicht mehr den Weg raus aus den geschlossenen Einrichtungen finden.

Rahmenbedingungen des psychiatrischen Angebots in Schleswig-Holstein

Es gibt keine klare Regelung, wie die Unterbringung von Erkrankten stattfinden soll. So sind beispielsweise im Maßregelvollzug Ausgangsregelungen fest vorgeschrieben (und sei es nur der "Hofgang"), in der allgemeinen Psychiatrie nicht.

„Wir Psychiatrie-Erfahrenen haben große Bedenken, dass durch die Einführung von PEPP (Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik) die Qualität von Diagnostik und Behandlung in den Kliniken weiter leiden wird.“

„Der massive Einfluss der Pharma-Industrie auf unser Gesundheitswesen muss transparenter werden und sollte kritisch hinterfragt werden.“

Transparenz der klinischen Behandlung durch Erfassung von Daten

Als Vertreterinnen und Vertreter des Landesverbands fordern die Anwesenden fünf Punkte zur Verbesserung der Transparenz der klinischen Behandlung durch Erfassung von Daten:

1. Transparenz beim Thema "Gewalt in der Psychiatrie" durch die zentrale Erfassung von:
 - realen Fixierungen (Anzahl, Dauer),
 - „Neuroleptika-Fixierungen“,
 - versteckten Fixierungen ("tiefer Stuhl", Bettgitter),
 - Komplikationen, die durch Zwangsmaßnahmen entstehen: Re-Traumatisierungen, Primär-Traumatisierungen, Kunstfehler.
2. Wie viel Personal kommt auf einen Patienten? Werktags, aber auch am Wochenende und feiertags: gerade dann kommen Therapieangebote und Ausgangsmöglichkeiten

völlig zum Erliegen.

3. Datenlage beim Thema Bettenzahl/Belegung

4. Die geschlossene Abteilung mit ihren Unterbringungen ist auch ein Wirtschaftsbe-
reich:

- Wie viel Geld fließt wieder zurück in die geschlossenen Abteilungen einer Psychiatrie?
- Wie viel Geld wird davon in das Personal investiert?
- Wie viel Geld in bauliche Maßnahmen?

5. Es fehlen in der Psychiatrie öffentlich zugängliche Statistiken über Fehldiagnosen, therapeutische Fails und Behandlungskomplikationen wie sie in anderen medizinischen Bereichen (wie der Chirurgie oder der inneren Medizin) in jedem Lehrbuch zu finden sind.

Teilhabe und Mitwirkung

Der Anteil der psychisch Erkrankten in der Bevölkerung ist wesentlich größer als es dem Organisationsgrad der Psychiatrie-Erfahrenen entspricht.

"Es wird weiterhin mehr über uns gesprochen, statt mit uns."

„Wir wollen die Zusammenarbeit, nicht die Konfrontation. Wir möchten nicht nur als Problemfälle und (Almosen-)Empfänger betrachtet werden, sondern als Individuen, die reichlich Ressourcen mitbringen und etwas zur Gesellschaft beitragen können.“

Dazu zählt eine seriöse Streitkultur sowie eine ernsthafte Diskussion zwischen Psychiatrie-Erfahrenen und den verantwortlichen Personen, um Probleme aber auch Verbesserungsmöglichkeiten zu besprechen. Eine Kommunikation auf Augenhöhe ist hierfür Grundvoraussetzung. Die berufliche Autorität einer anderen Person – in seiner Position z.B. als Arzt, Pflegepersonal, Verwaltungsfachkraft etc. – wird dadurch nicht in Frage gestellt. Es wird ein respektvoller Umgang miteinander eingefordert.

„Wir werden als gleichberechtigter Gesprächspartner oft nicht ernst genommen. Im letzten Jahr waren wir sozialpolitisch fast nur damit beschäftigt, uns erst einmal bei der Kommunikation mit den zuständigen Personen auf Augenhöhe zu hieven, bevor wir überhaupt thematisch arbeiten konnten. Dieses ‚sich auf Augenhöhe bringen‘ kostet uns viel Kraft und Energie und ist sehr erschöpfend.“

Wenn ein Beteiligungssystem auf sozialpolitischer Ebene für psychisch beeinträchtigte Menschen geöffnet werden soll, erfordert dies ein ganz spezielles Unterstützungssystem: Teamarbeit, Begleitung durch professionelle Kräfte ("Assistenzkräfte") etc.

„Mir wurde bisher von keiner verantwortlichen Person in der Sozialpolitik die Frage gestellt: ‚Was brauchst du, damit du bei uns mitmachen kannst‘“

Weiterhin stellen die Psychiatrie-Erfahrenen eine Aufgabenhäufung bei der Vertretung des Vereins in verschiedenen Gremien fest. Eine Ursache wird hierbei in der mangelnden Förderung von psychisch beeinträchtigten Menschen im Bereich der Teilhabe gesehen, was dazu führt, dass kein sozialpolitisch interessierter und engagierter Nachwuchs entsteht. Hier wird ein Unterstützungssystem zur Motivierung von Nachwuchs und sozialpolitischer Teilhabe gewünscht.

Viele Aufgaben sind für Menschen mit psychischem Handicap nur in einem funktionie-

renden Team zu bewältigen. Die geringe Belastbarkeit und mangelnde Beständigkeit des Individuums können nur durch die Gemeinschaft aufgefangen werden. Insofern hat der Landesverband den Wunsch, dass seine Vertreterinnen und Vertreter bei Projekten, AGs und AKs niemals als Einzelvertreterinnen und -vertreter erscheinen, sondern mindestens zu zweit (Motto: "Niemand allein, immer zu zweit."). Diese Forderung führt immer wieder zu Diskussionen mit den verantwortlichen Organisatoren, statt einfach dieses "Team-Modell" als eine Form der Barrierefreiheit zu akzeptieren und respektieren.

Mitwirkungsmöglichkeiten waren in Schleswig-Holstein auf einem guten Weg, viele Projekte wurden jedoch wieder eingestellt oder zurückgefahren. Stattdessen wurde die KOSOZ (Koordinierungsstelle soziale Hilfen der schleswig-holsteinischen Kreise) installiert, an der keine Psychiatrie-Erfahrenen beteiligt sind und bei der eine fehlende Transparenz zu beklagen ist.

"Es war in Schleswig-Holstein besser, bevor es wieder schlechter wurde."

Es gibt positive Konzeptionen, die aber in der Realität auf viele Widerstände stoßen:

- das trägerübergreifende persönliche Budget (wird kaum umgesetzt),
- die Integrierte Versorgung,
- die AG Öffentlichkeitsarbeit des KIELER FENSTERS, vorwiegend durch Betroffene getragen (da aber nicht wirtschaftlich, wird dieser Bereich mehr und mehr runtergefahren),
- der Mittenmang Schleswig-Holstein e.V. (Freiwilligenzentren von und für Menschen mit und ohne Behinderung) in Schleswig und in Bad Segeberg (beide Zentren sind mittlerweile dauerhaft geschlossen).

Die aus der Vorbereitungsgruppe des KIELER FENSTERS zum Sozialpsychiatrischen Hearing Kiel 2013 heraus entstandene AG Handlungsplan gibt es noch. Sie ist inzwischen dem PARITÄTISCHEN angegliedert. Sie ist eine AG von Betroffenen für Betroffene, die sich sozialpolitisch engagiert und von einer „Assistenzkraft“ professionell begleitet wird.

Die Psychiatrie-Erfahrenen stellen heraus, dass es Partizipation nicht zum Nulltarif gibt. Sie darf nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit betrachtet werden. Viele Initiativen sind nur projektbezogen, die Projektgelder sind zeitlich befristet, d. h. laufen die Gelder aus, stirbt das Projekt. Nachhaltigkeit wird dadurch nicht erreicht. Das meiste Engagement der Psychiatrie-Erfahrenen läuft über das Ehrenamt, es gibt nicht einmal eine Aufwandsentschädigung, maximal werden die Fahrkosten erstattet.

"Inklusion ist keine Einbahnstraße: sie kann nur funktionieren, wenn beide Seiten (Gesellschaft & Behinderte) sich aufeinander zubewegen"

Als Beispiel wird das Ex-In Konzept genannt, welches gewollt und gestärkt werden muss.

"Wir wünschen uns eine Psychiatrie von unten herauf (helfend) nicht von oben herab (steuernd)."

Arbeitswelt, Stigmatisierung und Diskriminierung

Die Psychiatrie-Erfahrenen beschreiben eine große Lücke zwischen dem ersten und zweiten Arbeitsmarkt: Es stellt sich die Frage, was mit den Menschen ist, die auf der einen Seite zu fit sind für eine Werkstatt für behinderte Menschen, aber auf der an-

deren Seite gesundheitlich zu beeinträchtigt, um auf dem ersten Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Das Angebot der Werkstätten ist sehr begrenzt: Viele Menschen haben jahrelang auf dem ersten Arbeitsmarkt ihren Beruf ausgeübt. Fallen sie aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigung aus dem Anforderungsprofil, gehen der damit Arbeitswelt auch ihre Ressourcen verloren, ihr Wissen, ihre Erfahrungen und ihr Können. Die Frage, warum Menschen mit Berufsausbildung ihren Beruf nicht mit auf dem zweiten Arbeitsmarkt nehmen können, bleibt dabei unbeantwortet.

(Psychische) Erkrankung bedeutet (finanzielle) Armut. Der größte Teil der Menschen mit psychischer Erkrankung bewegt sich finanziell auf Grundsicherungsniveau.

Viele betroffene Menschen haben Angst, dass ihre Erkrankung bekannt wird - so lautet die Äußerung einer Lehrerin:

„Wenn das öffentlich wird, dass ich psychisch krank bin, bin ich beruflich tot.“

Es gilt das Selbstbewusstsein unter den Menschen mit psychischem Handicap zu fördern, sich selbst mit all seinen Stärken und Schwächen zu akzeptieren. So äußert sich ein Psychiatrie-Erfahrener:

"Weil ich so bin, wie ich bin, bin ich geschätzt in meinem Dorf.“

Es besteht weiterhin ein Zerrbild, das die Gesellschaft von Menschen mit psychischer Erkrankung hat.

Großes öffentliches Interesse an dem Thema entsteht eigentlich nur bei Extrem-Fällen wie "Robert Enke" und "Germanwings“. Deren Darstellung durch die Medien führt eher zu einer Verstärkung der Stigmatisierung als zu einer Enttabuisierung. Auch ist die forensische Psychiatrie von der allgemeinen Psychiatrie abzugrenzen. Dieser Unterschied ist der Öffentlichkeit kaum bewusst.

Fokusgruppengespräch 2 von 4: Landesverband SH der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker

Gespräch mit Vertreterinnen und Vertretern des Landesverbands Schleswig-Holstein der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e.V. (LVSH-AFpK)

Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Gruppengespräch:

Drei Männer, eine Frau. Alle haben Angehörige u. Freunde in psychiatrischer Behandlung und sind z.T. (u.a. durch die Belastung durch die Erkrankung der Angehörigen) auch selbst erkrankt. Die Anwesenden kommen aus Kiel, Lübeck und Rendsburg-Eckernförde. Zwei Anwesende sind über sechzig, zwei sind über siebzig Jahre alt.

Gesprächsort:

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein.

Das Gespräch beinhaltet sowohl die persönlichen Erfahrungen der Anwesenden als Angehörige und Freunde psychisch Kranker, wie auch Beschreibungen der Situation der Psychiatrie in Schleswig-Holstein aus ihrer Perspektive als Vertreterinnen und Vertreter des Landesverbands.

Wörtliche Zitate der Teilnehmenden sind kursiv hervorgehoben.

Die Selbsthilfegruppen

Die Mitglieder des Landesverbands sind in Selbsthilfegruppen organisiert. Diese bestehen vor allem aus Eltern und Lebenspartnerinnen und -partnern von psychisch erkrankten Menschen, zum größten Teil aus Frauen über sechzig Jahren. Der Arbeitsschwerpunkt der Selbsthilfegruppen liegt in der Beschäftigung mit den Bedürfnissen der Freunde und Angehörigen der Erkrankten. Es geht um den Erkrankten selbst. Häufig werden die Selbsthilfegruppen nur ein- bis zweimal besucht. Die mangelnde Beständigkeit ist ein Problem. Sie ist allerdings durch die offene und unverbindliche Natur von Selbsthilfegruppen bedingt.

Die stationären und ambulanten Einrichtungen für psychisch Erkrankte bieten häufig selber Angehörigengruppen an. Im Unterschied zu selbstorganisierten Selbsthilfegruppen stehen hier jedoch Unterstützungsfragen der Erkrankten im Vordergrund. Die Herausforderungen und Probleme der Angehörigen stehen hier nicht im Mittelpunkt.

Eigene Belastungen/Umgang mit der Erkrankung des Angehörigen

Die Erkrankung des Angehörigen, die daraus resultierenden Folgen in Form von Belastungen einerseits und der gesellschaftlichen Tabuisierung andererseits, haben einen direkten Einfluss auf das soziale und berufliche Leben aller Beteiligten.

Die Angehörigen sind selbst physisch und psychisch stark belastet. Diese Belastungen stehen im direkten Zusammenhang mit der aktuellen Situation und/oder dem Zustand des/der Erkrankten.

"Es gibt gute Phasen/es gibt schlechte Phasen."

Für die Erkrankten bedeuten lange stationäre Aufenthalte oft den Verlust von sozialen Kontakten und negative berufliche Folgen. Aus diesem Verlust heraus entstehen immer engere soziale Bindungen an Angehörige. Beziehungskonstellationen ändern sich. Etwa bei Eltern, die sich verstärkt um ihre erwachsenen Kinder kümmern müssen oder Ehepartnerinnen bzw. Ehepartner, die die Betreuung übernehmen. Dies führt zu Spannungen, die eine persönliche Distanz kaum noch möglich erscheinen lassen. Vor allem wird dies bei der Abstimmung einer beiderseitigen Tagesstrukturierung deutlich. Hierzu wird häufig das persönliche soziale Netz der Angehörigen genutzt. Institutionalisierte und wohnortnahe tagesstrukturierende Einrichtungen fehlen oft.

Neben der Aufmerksamkeit für den/der Erkrankten existiert für die Angehörigen gleichzeitig ein hoher organisatorischer Aufwand für die Behandlung der Erkrankung. Dieses Engagement wird von den an der Behandlung beteiligten Institutionen (unausgesprochen) vorausgesetzt, jedoch erfolgt kaum Unterstützung und Entlastung, die Angehörigen werden hilflos zurückgelassen.

„Man ist in der Situation alleine.“

"Wir werden nach Belieben ein- und ausgeschaltet."

Die Situation wird von den Anwesenden als ein System dargestellt, dass die Angehörigen mit krank macht.

"Man ist betroffen und rechtlos."

"Man muss selber Psychiatrie-Experte sein, um widersprechen zu können."

In der Zeit zwischen der Feststellung einer Erkrankung und dem Beginn einer Behandlung belasten die hohen Wartezeiten die Situation stark. Hinzu tritt die schwierige Auswahl und Vergleichbarkeit von Einrichtungen, deren Qualität – ohne nähere Informationen – extern schwer beurteilbar ist.

Während einer stationären Behandlung werden Angehörige auf Distanz gehalten und werden von den Behandelnden oft als die „Schuldigen“ betrachtet.

Die Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmer wünschen sich auch eine stärkere Unterstützung für die Zeit des Übergangs von der stationären zur ambulanten Behandlung und eine möglichst wohnortnahe Behandlung. Als entlastend wird hier die Integrierte Versorgung dargestellt, jedoch wird besonders die Festlegung auf bestimmte Diagnosen, welche nur mit festgelegten Medikamenten behandelt werden sollen, als schwierig dargestellt. Die Anwesenden sehen hier auch einen zu starken Einfluss der Pharmaindustrie. Ein dialogisches Verhältnis zwischen psychisch Erkrankten, Angehörigen und Behandelnden/Institutionen wird gewünscht.

Parallel zur Sorge um die richtige Behandlung und dem Bedarf nach Unterstützung wird die finanzielle Situation von psychisch kranken Menschen als zumeist prekär beschrieben. Da viele Menschen mit einer psychischen Erkrankung auf finanzielle Unterstützungen, etwa in Form von Arbeitslosengeld, Grundsicherung oder Rentenbezug angewiesen sind, bewegen sich Angehörige bei einer oft nötigen finanziellen Zuwendung in einer rechtlichen Grauzone. Um dem Erkrankten bzw. der Erkrankten jedoch nicht auch noch ein Leben am Existenzminimum zuzumuten und so den psychischen Druck noch weiter zu erhöhen, lässt sich eine finanzielle Unterstützung durch Angehörige häufig nicht vermeiden.

Die Belastungserfahrungen der Angehörigen führen zu existentiellen Zukunftsängsten bezogen auf die Versorgung und Behandlung der psychisch Erkrankten bzw. des psychisch Erkrankten.

"Wir können nur loslassen, wenn wir den Strukturen vertrauen können."

Vor allem ältere Eltern und Ehepartnerinnen und -partner von psychisch erkrankten Menschen sorgen sich um den Verbleib ihrer Angehörigen nach dem eigenen Tod.

"Wenn wir wegbleiben, was passiert dann? Wer kümmert sich dann um sie oder landet sie dann auf der Straße?"

Die Belastungen für Angehörige und Freunde bleiben häufig unberücksichtigt. Eigene Emotionen werden nicht bearbeitet und können ggf. zu eigenen psychischen Erkrankungen führen. Professionelle Hilfe und Unterstützung für Angehörige und Freunde kann nicht ausschließlich durch Selbsthilfegruppen dargestellt werden. Die gemeindefähige psychiatrische Versorgung und die Integrierte Versorgung müssen sich die Frage stellen, wie Angehörige und Freunde weiter unterstützt und entlastet werden können. Als mögliches Unterstützungsbeispiel wird von den Anwesenden die in Finnland umgesetzte aufsuchende Hilfe genannt.

Fokusgruppengespräch 3 von 4: Sprecherinnen und Sprecher der Brücke Neumünster gGmbH

Gespräch während eines Treffens der gewählten Sprecherinnen und Sprecher/ Beirätinnen und Beiräten der Brücke Neumünster

Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Gruppengespräch:

14 Personen im Alter zwischen 32 und 60 Jahren, welche u.a. Bewohnerinnen und Bewohner der Wohngruppen, Nutzerinnen und Nutzer des ambulant betreuten Wohnens, der Begegnungsstätte, der Tagesstätten sind und/oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM) oder den Arbeitsprojekten, die die „Brücke Neumünster gGmbH“ betreibt (im Folgenden „Sprecherinnen und Sprecher“ genannt) sowie der pädagogische Leiter.

Gesprächsort:

Gruppen-/Café-Bereich der Einrichtung.

Wörtliche Zitate der Teilnehmenden sind kursiv hervorgehoben.

Beschreibung der Einrichtung

„Die Brücke Neumünster e.V. bietet seit über 30 Jahren psychosoziale Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Beeinträchtigungen in Neumünster in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Beratung, Betreuung, Freizeit an.

1981 wurde der Verein Brücke Neumünster e.V. von betroffenen Menschen, von Angehörigen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen gegründet.

Das Ziel des Vereins war von Anfang an die Entwicklung von Betreuung, Beratung und Begleitung für psychisch erkrankte Menschen und in ihre Angehörigen in Neumünster.

Im Laufe der Jahre entstanden unterschiedliche Einrichtungen mit Betreuungs- und Arbeitsmöglichkeiten.

Die Einrichtungen arbeiten inzwischen im Rahmen des gemeinnützigen Unternehmens Die Brücke Neumünster gGmbH.“ (Selbstdarstellung der Brücke Neumünster gGmbH)

Erfahrungen mit der Einrichtung

Die Sprecherinnen und Sprecher berichten positiv von Ihren Wohn- und Arbeitserfahrungen in den Einrichtungen der Brücke Neumünster gGmbH. Insbesondere die Anzahl und die Dauer der stationären Aufenthalte in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen in der Vergangenheit sei deutlich zurückgegangen bzw. wurde auf regelmäßige Routineaufenthalte reduziert. Ebenso ist es durch die Unterstützung der Einrichtung für Einzelne möglich, auf einen gesetzlichen Betreuer zu verzichten.

Auch kann gesellschaftliches Leben wiederaufgenommen werden. Etwa in Form des Besuchs von Kulturveranstaltungen oder der Mitgliedschaft im (Sport-)Verein. Die Sprecherinnen und Sprecher heben die intensive Förderung der Selbständigkeit, der Selbsthilfe und der Selbstverwaltung in den Einrichtungen der Brücke Neumünster gGmbH hervor. Es existieren ein Beschwerderat und ein Qualitätszirkel, die von den Bewohnerinnen und Bewohnern, den Nutzerinnen und Nutzern, wie auch von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mitgestaltet werden. Sie nehmen damit Einfluss

auf die Entwicklungen in den jeweiligen Einrichtungen. Diese Form der Teilhabe wird von den Sprecherinnen und Sprechern als „die aktive Psychiatrie“ beschrieben. Eine weitere Form der autonomen Darstellungs- und Gestaltungsmöglichkeiten ist eine von Psychiatrieerfahrenen selbstbestimmte und hergestellte Zeitung mit dem Titel „Brückenbote“. Diese wird seit dem Ende der 1990er-Jahre herausgegeben.

Erfahrungen während Aufenthalten in Kliniken

Die Sprecherinnen und Sprecher berichten von Aufenthalten in verschiedenen Kliniken.

Die Erfahrungen sind stark von den jeweils genutzten Einrichtungen abhängig.

Es werden einerseits stationäre Einrichtungen beschrieben, in denen es regelmäßig zu Überbelegungen kommt. Patientinnen und Patienten müssen auf den Fluren der Stationen schlafen. Eine weitere Schwierigkeit sind die Ruhebedürfnisse, die sich bei den Patientinnen und Patienten zum Teil stark unterscheiden, etwa bei Patientinnen und Patienten mit einer depressiven Erkrankung und Patientinnen und Patienten mit einer Suchterkrankung.

Andererseits werden stationäre Einrichtungen beschrieben, die diese Mängel nicht aufweisen. So sind dort nur Zwei-Bett-Zimmer und eine Trennung der Patientinnen und Patienten nach Diagnosen vorhanden.

Das Personal aller Einrichtungen und die angebotenen Therapiemöglichkeiten werden – trotz der teilweise existierenden baulichen Mängel – als freundlich, kompetent und sehr entgegenkommend beschrieben.

Erfahrungen mit dem Arbeitsleben

Die Sprecherinnen und Sprechern arbeiten zum großen Teil in den Beschäftigungsprojekten oder den Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM) der Brücke Neumünster gGmbH. Für eine Vollzeitbeschäftigung auf dem allgemeinen, bzw. ersten Arbeitsmarkt sehen sich die meisten als nicht stabil genug an. Den Anwesenden sind jedoch mehrere Fälle bekannt, in denen ein ehemaliger betreuter Mitarbeiter oder eine ehemalige betreute Mitarbeiterin eine Ausbildung oder eine Anstellung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gefunden hat. Die Anwesenden berichten davon, dass sie etwa durch die Arbeit in dem Beschäftigungsprojekt „Rad & Tat“ (Fahrradwerkstatt) wieder eine Tagesstruktur und soziale Kontakte erhalten sowie Arbeitsabläufe erlernen. Ebenso werden betreute Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erwähnt, die in den Beschäftigungsprojekten eine Ausbildung abgeschlossen haben und im Anschluss als hauptamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angestellt worden sind.

Zurzeit fehlt ein Angebot für diejenigen, die sich einerseits für eine Tätigkeit in einer der WfbM als zu fit, andererseits für eine Tätigkeit in einem Beschäftigungsprojekt als nicht stabil genug empfinden.

Entscheidend für die Zufriedenheit im (betreuten) Arbeitsleben ist die Sicherheit, nach einem längeren (stationären) Klinikaufenthalt oder aus anderen krankheitsbedingten Gründen, einen Anspruch auf den gleichen Arbeitsplatz zu haben. Die WfbM bieten dies. In den Beschäftigungsprojekten gibt es regionale Unterschiede. Es hängt von der Bereitschaft des Kostenträgers ab, diese Rückkehrmöglichkeit zu gewährleisten. Die Sprecherinnen und Sprecher betonen die Wichtigkeit dieser Regelung, da für sie sonst der mögliche Verlust des Arbeitsplatzes einen zusätzlich starken Druck während einer möglichen Behandlung bedeuten würde.

Die Beschäftigungsprojekte sind für die Sprecherinnen und Sprecher eine gute Möglichkeit, ihre eigene Belastbarkeit und (psychische) Stabilität zu erproben. Sie beschrei-

ben jedoch Probleme bei der dauerhaften Finanzierung der Projekte und die Frage nach einer angemessenen Bezahlung. So können betreute Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einer WfbM mehr verdienen als in einem Beschäftigungsprojekt. Außerdem werden für die betreuten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der WfbM Beiträge in die Rentenkasse eingezahlt. Betreute Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Beschäftigungsprojekten sehen sich hier im Nachteil.

Die Sprecherinnen und Sprecher beschäftigen sich ebenso mit der Frage, warum sie für Ihre Tätigkeit nicht den zum Zeitpunkt der Durchführung des Fokusgruppengesprächs geltenden Mindestlohn von 8,50€ pro Stunde erhalten. In der momentanen Situation bleibt ein Gefühl der Abwertung, da geringere Entgelte gezahlt werden. Die Umsetzung gestaltet sich auch deshalb schwierig, weil die Finanzierung der Arbeitsangebote bei einem Lohn in dieser Höhe nicht mehr möglich wäre. Die Einrichtungen könnten diese Aufwertung nur leisten, wenn der Kostenträger eine höhere Finanzierung ermöglichen würde.

„Geschützte Arbeitsverhältnisse bieten die Möglichkeit zu einem individuellen Lebensentwurf mit Krankheit, aber ohne Isolation und Arbeitslosigkeit, dafür mit Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Das Bewältigen von Kundenaufträgen, das Veranlassen von Basaren etc. führen zur Begegnung mit der Gesellschaft und steigern das gesellschaftliche Ansehen von pflegebedürftigen Menschen. Integration in den Arbeitsalltag und die Gemeinschaft stabilisieren das Wohlbefinden und führen zu mehr Selbstwertgefühl der Kranker. Durch Berücksichtigung der Willens- und Entscheidungsfreiheit sowie durch die Wahrung von Mitbestimmungsmöglichkeiten bietet der „geschützte Raum“ Hilfe zur Selbsthilfe (mehr Autonomie, mehr Selbstbestimmung) und bewahrt Menschenrechte. Das Training von Leistungsfähigkeit und der Aufbau eines Netzwerkes nach außen (z.B. Hilfe bei Arbeits- und Praktik suche) fördert Chancengleichheit.“

Erfahrungen mit Hilfeplanung

Die Erfahrungen der Sprecherinnen und Sprecher mit der Hilfeplanung sind unterschiedlich. Die Zufriedenheit ist eng an das jeweilige Arbeitsverständnis der Hilfeplanerin oder des Hilfeplaners gekoppelt. Der Abstand zwischen den Hilfeplangesprächen wurde insbesondere früher als zu eng beschrieben. Entwicklung innerhalb eines halben Jahres waren nur schwer messbar. Hierdurch entstand ein hoher Druck für alle Beteiligten. Inzwischen praktiziert die Hilfeplanung Abstände von einem Jahr. Dies wird als Verbesserung angesehen. Immer noch unklar ist für die Sprecherinnen und Sprecher, wer in welchen Abständen ein Hilfeplangespräch besuchen muss. So müssen einige sehr häufig zum Gespräch, andere Personen mehrere Jahre lang nicht.

Eine Einladung zu einem Hilfeplangespräch bedeutet für die Sprecherinnen und Sprecher häufig Stress. Dieser ist mit der Angst verbunden, die gewohnten Hilfen zu verlieren. Die Hilfeplanerinnen und Hilfeplaner schaffen es nach Aussage der Anwesenden jedoch inzwischen (auch nach einer längeren Phase der Einführung von Hilfeplanung) sehr gut, diese Angst zu nehmen.

Die Sprecherinnen und Sprecher berichten davon, dass Klientinnen und Klienten der Hilfeplanung, die im Arbeits- und Beschäftigungsprojekt gut zurechtgekommen sind, oft aus Kostengründen in die WfbM gedrängt worden sind. Der erhöhte Druck durch die sich geänderten Anforderungen in der WfbM ist für einige nicht zu bewältigen und es kommt oftmals zu Schwierigkeiten. Mit der u.U. dadurch weggefallenen Tagesstruktur kann Vereinsamung entstehen. Dies kann u.a. zu Verwahrlosungen, einem Rückfall in oder das Entstehen von Suchtverhalten, einem verschlechterten Gesundheits-

zustand und/oder zu Finanzproblemen führen.

Erfahrungen in der Öffentlichkeit

Die Bekanntheit und die zentrale Lage der Einrichtungen der Brücke in Neumünster hilft Kontakt zu nichterkrankten Menschen aufzunehmen. Hierdurch wird ein positives Image der Erkrankten gestärkt.

Die Beschäftigungsprojekte, etwa die Fahrradwerkstatt „Rad und Tat“, die Druckerei, die Tischlerei und der Second-Hand-Buchladen „Findus“ ermöglichen einen direkten Kontakt und eine Interaktion mit anderen Einwohnerinnen und Einwohnern in Neumünster. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhalten die Möglichkeit sich normal zu fühlen. Sie berichten davon, dass Kundinnen und Kunden gerne zu ihnen kommen, unter anderem auch um ein soziales Projekt zu fördern. Von anderen Unternehmen als auch von privaten Kundinnen und Kunden werden die Einrichtungen als normaler Betrieb wahrgenommen.

„Wenn ich über die Brücke spreche, reagieren die Menschen immer positiv. Viele sind erstaunt, dass es ein Laden der Brücke ist.“

Die Sprecherinnen und Sprecher betonen, dass die Projekte nicht subventioniert, sondern zu handelsüblichen Konditionen arbeiten.

„Man hat das Gefühl angenommen zu werden. Ein Lächeln der Kunden baut mich auf.“

Fokusgruppengespräch 4 von 4: Sozialpsychiatrische Einrichtung des St. Nicolaiheim Sundsacker e.V. in Neukirchen

Gespräch in der sozialpsychiatrischen Einrichtung „Godewind“ des St. Nicolaiheim Sundsacker e.V. am 02. Februar 2016 in Neukirchen, Quern.

Im Vorfeld des Gruppengesprächs war ein fachlicher Austausch mit einem Bereichsleiter, einem Hausleiter und der Hausleitung der Wohnstätte „Godewind“ möglich. Es wurde von der Arbeit des Vereins berichtet, den geplanten (baulichen) Veränderungen, der Entstehungsgeschichte der Einrichtungen sowie von Leitlinien, Arbeitsprinzipien und Angeboten für die Bewohnerinnen und Bewohner.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Gruppengespräch:

Drei weibliche und drei männliche Bewohnerinnen und Bewohner im Alter von 17, 18, 25, 34 und 51 Jahren; eine pädagogische Mitarbeiterin.

Gesprächsort:

Aufenthaltsraum der Einrichtung.

Wörtliche Zitate der Teilnehmenden sind kursiv hervorgehoben.

Beschreibung der Einrichtung

„Der Standort der Wohnstätte "Godewind" ist der kleine Ort Neukirchen, mitten im schönen Angeln gelegen. Hier in der Natur, direkt an der Ostsee, kann man sehr gut Ruhe finden. Einkaufsmöglichkeiten gibt es in den nahe gelegenen Orten Quern oder Steinbergkirche. Die größeren zentralen Städte Kappeln und Flensburg sind mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder den einrichtungsinternen Fahrzeugen gut zu errei-

chen.

Das ehemalige Gästehaus liegt auf einem parkähnlichen Grundstück mit altem Baumbestand und einer Teichanlage.

Das Haus verfügt über 18 Einzelzimmer mit jeweils integriertem Duschbad plus Toilette. Die Zimmer sind geräumig und verfügen über einen eigenen Balkon oder eine Terrasse und bieten genügend Raum für Individualität und Rückzug, was bei psychischen Erkrankungen unabdingbar wichtig ist.

Zusätzlich verfügt die Einrichtung über zwei separate Trainingswohnungen mit Wohn- und Schlafzimmer, Küche und Badezimmer sowie eigenem Eingang. Auch stehen mehrere Gemeinschaftsräume zur Verfügung, die nach individuellen Bedürfnissen der Bewohner und Bewohnerinnen entwickelten tagesstrukturierenden Angeboten dienen.“ (Beschreibung der Einrichtung im Internetauftritt des Betreibers, abrufbar unter <http://www.kappelnerwerkstaetten.de/wohnstaettenbereich/wohnaeuser/godewind-sozialpsychiatrie.html>)

Die Einrichtung

Die Bewohnerinnen und Bewohner beschreiben die Einrichtung als isoliert, einsam, alt und ruhig. Das Gebäude ist eine ehemalige Ferienpension. Einen Kontakt zu den (zumeist älteren) Nachbarn existiert nicht. Als Problem wird auch der (erhöhte) Alkoholkonsum bei in der Gegend stattfindenden Veranstaltungen (Schützenfesten etc.) beschrieben. Die Einrichtung bietet den Bewohnerinnen und Bewohnern jedoch einen Fahrdienst an. Hierdurch können auch weiter entfernte Angebote der Freizeitgestaltung (Sportvereine, etc.) genutzt werden. Ebenso wird der Besuch von Bildungseinrichtungen und Arbeitsstellen ermöglicht.

Der Altersunterschied zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern wird als Vorteil beschrieben.

„Man lernt voneinander. Das zahlenmäßige Alter sagt nichts über das Alter im Kopf aus.“

Es wird darauf hingewiesen, dass sich eine neue Einrichtung als Ersatz zurzeit im Bau befindet. Diese wird sich an einem deutlich zentraleren Standort in einer größeren Kommune befinden. Die Bewohnerinnen und Bewohner wie auch der Einrichtungsträger versprechen sich hierdurch einen besseren Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln (insb. auch in Richtung der Metropolregionen Schleswig-Holsteins) und zu Angeboten der Freizeitgestaltung (z.B. Kino, jugendgerechte Angebote, Einkaufen, etc.). Durch den Umzug der Bewohnerinnen und Bewohner soll der Kontakt zu Menschen außerhalb der Wohneinrichtung gestärkt werden und somit ein Beitrag zur Inklusion geleistet werden.

Die (pädagogischen) Unterstützungsleistungen der Einrichtung werden positiv bewertet. Die Bewohnerinnen und Bewohner fühlen sich in ihren Äußerungen, Wünschen und Bedürfnissen ernst genommen. In Wohngruppen anderer Einrichtungen wurden Ihre persönlichen Ziele teilweise nicht ernst genommen.

Insbesondere die Förderung der Eigenständigkeit schätzen die Bewohnerinnen und Bewohner:

„Man ist zum Teil sehr auf sich selbst gestellt. Man wird zur Selbständigkeit angehalten und hat Möglichkeiten um sich weiterzuentwickeln, füreinander da zu sein und sich gegenseitig zu unterstützen.“

Alle vier Wochen besteht die Möglichkeit eines Gesprächs mit einem Psychiater. Ebenso

erhalten die Bewohnerinnen und Bewohner Unterstützung durch einen Rechtsbetreuer, dessen Arbeit als insgesamt gut beschrieben wird. Am Wochenende wird eine höhere Personalpräsenz gewünscht.

Erfahrungen während Aufenthalten in Kliniken, insb. auch Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Klinikaufenthalte werden von den Bewohnerinnen und Bewohnern je nach Krankheitsbild und –stand als notwendig beschrieben. Einige hatten noch keine Erfahrungen mit Kliniken, einige schon häufiger. Generell werden die Aufenthalte als hilfreich bezeichnet. Als belastend wird die mangelnde Privatsphäre auf den Stationen beschrieben.

„Man ist nie für sich. Das hilft einerseits, weil man sich mit seinen Problemen auseinandersetzen muss, andererseits kommt man nicht zur Ruhe und kann sich so nur schwer öffnen. Es kommt zu stereotypen Verhalten. Schwächen werden dann eher nicht gezeigt.“

Die Erfahrungen in Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind ähnlich. Dem Wunsch nach Erholung steht ein hohes Maß an Überwachung entgegen. So wird etwa auch beim Duschen regelmäßig kontrolliert, ob die Patientin oder der Patient wohlauf sind. Jeden Tag kommen zwei bis drei neue Patientinnen oder Patienten auf die Station. Auch die Zimmernachbarinnen und -nachbarn wechseln häufig. Die dadurch aufkommende Unruhe erschwert es, sich zu öffnen.

Erfahrungen mit der Hilfeplanung

Die Bewohnerinnen und Bewohner fühlen sich bei der Gestaltung ihrer Ziele in der Hilfeplanung ernst genommen. Als sehr anstrengend werden Situationen beschrieben, in denen bei einem Hilfeplangespräch im Bereich von Jugendlichen bis zu neun Personen gleichzeitig dem Gespräch beiwohnen und die Gespräche eine Dauer von bis zu drei Stunden haben. Dies ist jedoch nicht immer der Fall und hängt u.a. von der jeweiligen Betreuungssituation ab.

Beim einmal im Jahr erfolgenden Bericht zur eigenen Person wünschen sich die Bewohnerinnen und Bewohner mehr Mitgestaltungsmöglichkeiten. Es kommt die Frage auf, warum diese nicht so geschrieben werden wie die Bewohnerinnen und Bewohner es formulieren würden.

Erfahrungen mit trialogischen Seminaren

Trialogische Seminare werden von den Bewohnerinnen und Bewohnern für Menschen, die in ihrer Erkrankung als stabil beschrieben werden können, als gewinnbringend bezeichnet. Jedoch nur, wenn die Angehörigen der Erkrankten, welche zumeist Teil eines trialogischen Seminars sind, die Erkrankten auch verstehen wollen.

Erfahrungen mit nichterkrankten Menschen

Die Bewohnerinnen und Bewohner berichten, dass sie manchmal anders behandelt werden als andere Menschen. Sie werden anders eingeschätzt, zum Teil erleben sie Vorurteile oder abfällige Handbewegungen. Viele könnten mit ihrer Erkrankung nur wenig anfangen, einige hätten auch Angst.

„Wir sind so wie andere Menschen, auch wir mussten uns erst an diese Lebensform gewöhnen. Wir haben nur ein kleines Problem, man muss keine Angst vor uns haben. Jeder kann durch Stress oder einen Schicksalsschlag erkranken. Das Handicap der psychischen Erkrankung ist nicht so schlimm wie viele denken. Durch Therapie und Medikamente bekommt man es in den Griff. Psychosen und Erkrankungen sind heil-

bar.“

Die Bewohnerinnen und Bewohner fordern die Gleichbehandlung eines jeden Menschen, insbesondere im Hinblick auf die Anforderungen von Inklusion. Wichtig ist ihnen eine stärkere Aufklärung über psychische Erkrankungen in den Alltagsmedien, etwa in Form von Info- Broschüren, Werbespots oder Internetanzeigen. Eine teilnehmende Person erzählt das Beispiel, dass ein Mitglied im Sportverein verwundet war, „wie man denn so leben könnte“. Ein kurzer Besuch in der Einrichtung hat dies sofort aufgeklärt: „Oh, die sind ja harmlos.“

Einige Bewohnerinnen und Bewohner würden sich gerne stärker politisch engagieren, um auf diese Weise mehr Möglichkeiten der Mitbestimmung und gesellschaftlichen Mitgestaltung zu erhalten.

4. Psychische Gesundheit in Schleswig-Holstein

4.1 Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Bundesrepublik

keine Anlagen vorhanden

4.2 Psychische Erkrankungen in SH

keine Anlagen vorhanden

4.3 Beeinträchtigungen durch seelische Belastungen

keine Anlagen vorhanden

4.4 Häufigkeit psychischer Erkrankungen nach Art der Erkrankung

keine Anlagen vorhanden

4.5 Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Erkrankungen

keine Anlagen vorhanden

4.6 Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen

Anlage zu 4.6: Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen in SH 2010 bis 2014

| Jahr | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen | 113 | 115 | 102 | 99 | 72 |
| F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen | 279 | 278 | 312 | 270 | 222 |
| F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen | 222 | 211 | 257 | 234 | 194 |
| F30-F39 Affektive Störungen | 1 268 | 1 323 | 1 412 | 1 352 | 1347 |
| F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen | 580 | 638 | 683 | 636 | 633 |
| F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren | 16 | 15 | 27 | 13 | 11 |
| F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen | 212 | 221 | 238 | 245 | 233 |
| F70-F79 Intelligenzminderung | 51 | 52 | 45 | 58 | 36 |
| F80-F89 Entwicklungsstörungen | 5 | 8 | 21 | 12 | 12 |
| F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend | 9 | 6 | 9 | 7 | 10 |
| F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen | 2 | 3 | 2 | k.a. | 1 |
| F00-F99 | 2 757 | 2 870 | 3 108 | 2 926 | 2 771 |

(Statistisches Bundesamt, GBE, Nach der Statistik des Rentenbestands bzw. Rentenzugangs der Deutschen Rentenversicherung Bund)

4.7 Schwerbehinderung wegen psychischer Leiden

Anlage zu 4.7: Schwerbehinderte in SH 2003 – 2015 nach ausgewählten Arten der schwersten Behinderung

Schwerbehinderte in Schleswig-Holstein 2003-2015 nach ausgewählten Arten der schwersten Behinderung

| Jahres-ende | insgesamt | darunter Art der schwersten Behinderung ("seelische Behinderungen") | | | | Anteil an allen Behinderungen insgs. in % |
|-------------|-----------|--|--|-------------------|-----------|---|
| | | körperlich nicht begründbare (endogene) Psychosen (Schizophrenie, affektive Psychosen) | Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen | Sucht-krankheiten | zu-sammen | |
| 2003 | 225 794 | 6 162 | 2 537 | 660 | 9 359 | 4,14 |
| 2005 | 237 791 | 7 629 | 2 647 | 822 | 11 098 | 4,67 |
| 2007 | 243 934 | 7 871 | 3 645 | 934 | 12 450 | 5,10 |
| 2009 | 248 176 | 7 703 | 5 322 | 1 054 | 14 079 | 5,67 |
| 2011 | 253 724 | 7 683 | 7 312 | 1 120 | 16 115 | 6,35 |
| 2013 | 262 626 | 7 684 | 9 875 | 1 286 | 18 845 | 7,18 |
| 2015 | 264 188 | 7 624 | 12 048 | 1 378 | 21 050 | 7,97 |

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein - AöR, 2016

4.8 Zusammenfassung

5. Rechtentwicklung von Psychiatrie und Maßregelvollzug seit 2000

5.1 Rechtsentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V)

keine Anlagen vorhanden

5.2 Rechtsentwicklungen im Bereich der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI)

keine Anlagen vorhanden

5.3 Eingliederungshilfe (SGB XII)

keine Anlagen vorhanden

5.4 Rechtsentwicklung im Betreuungsrecht

keine Anlagen vorhanden

5.5 Psychisch-Kranken-Gesetz

keine Anlagen vorhanden

5.6 (Rechts-) Entwicklung des Maßregelvollzugs 2000 bis heute

keine Anlagen vorhanden

6. Psychiatrische Versorgungsangebote in Schleswig-Holstein

6.1 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Anlage zu 6.1.1: Die fünf Kernaufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste

| Begutachtung | Beratung und Begleitung | Krisenintervention (einschl. Unterbringung gem. PsychKG) | Beschwerde-management und Fachaufsicht | Koordination |
|---|--|--|--|--|
| Psychiatrische Begutachtung | Beratung und Hilfen für psychisch kranke Menschen, deren Angehörige, soziales Umfeld und mit ihnen befasste Institutionen | Hilfen für psychisch kranke Menschen primär zur Vermeidung und erforderlichenfalls hinsichtlich der Durchführung von Unterbringungen gem. PsychKG | Beschwerdemanagement, Fachaufsicht Durchführung, Geschäftsführung, Teilnahme, Protokollführung | Koordination der Hilfsangebote für psychisch kranke Menschen |
| PsychKG, SGB XII SGB II, SGB VIII, FeV, AsylbLG, GDG, BBG, LBG, u.A. | GDG, PsychKG, BGG | GDG, PsychKG, BGG, FGG, LVwG | PsychKG | PsychKG, GDG |
| Auftragsgeber ext.: Behörden, Anstalten öffentlichen Rechts, BürgerInnen, Gerichte Auftraggeber int.: Ämter der eigenen Kommunalverwaltung | Psychisch erkrankte Menschen Angehörige Personen aus dem persönlichen Umfeld Befasste Institutionen | Psychisch erkrankte Menschen Angehörige Personen aus dem persönlichen Umfeld Befasste Institutionen | Psychisch kranke Menschen, Angehörige und Menschen aus dem Umfeld, Fachkliniken, Öffentlichkeit Verwaltung, politische Gremien | Leistungserbringer und Leistungsträger psychiatrischer Hilfen Verwaltung, politische Gremien |
| Entscheidungshilfe / Grundlagen für Auftraggeber | 1. Klärung von Problemsituationen Früherkennung und Diagnostik Aufklärung und Beratung zu möglichen Hilfen unter Berücksichtigung der Umfeldressourcen 2. Beratung, Hilfe und Hilfeplanung 3. Beratung und Hilfen für Angehörige, Umfeld und befasste Einrichtungen und Institutionen 4. Psychosoziale Begleitung bei Menschen, die von anderen Hilfesystemen nicht erreicht werden | Klärung psychiatrischer Krisensituationen, deeskalierende Einwirkung auf Betroffene und Umfeld, Aufzeigen alternativer Handlungsmöglichkeiten, Beratung zu Hilfsmöglichkeiten und ggf. Einleitung der Hilfen Prüfung der Notwendigkeit von Unterbringungsmaßnahmen gem. PsychKG und erforderlichenfalls Organisation und Durchführung | Anliegenvertretung für psychisch kranke Menschen, Qualitätskontrolle der klinischen psychiatrischen Behandlung | Sicherstellung eines passgenauen psychiatrischen Versorgungsnetzes Vermeidung regionaler Versorgungslücken Verhinderung von Aufgabenüberschneidungen Steigerung der Wirksamkeit der angebotenen Hilfen Ressourcenverteilung entsprechend der bestehenden Bedarfe |
| Auf Ladung im Amt Angekündigt aufsuchend Unangekündigt aufsuchend (PsychKG) | In Sprechstunden Aufsuchend „offensiv aufsuchend“ (Kontaktaufnahme nach Hinweisen Dritter) | Aufsuchend „offensiv aufsuchend“ (Kontaktaufnahme nach Hinweisen Dritter) In offenen Sprechstunden | Unterstützung der Anliegenvertretung / Geschäftsführung der Besuchskommission Regelmäßige Durchführung der Fachaufsicht in den unterbringenden Kliniken | Geschäftsführung: „Ak gemeinde nahe Psychiatrie“ „gemeindepsychiatrischer Verbund“ |

Anlage zu 6.1.1 Konzeptionelle Vorgaben (Facharbeitskreis „Psychiatrie“ der Arbeitsgemeinschaft „Gesundheitsdienst“ im Schleswig-Holsteinischen Landkreistag und dem Städteverband (2012): Leistungsstandards der Gesundheitsämter Schleswig-Holstein: Die fünf Kernaufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste)

6.2 Offene niedrigschwellige Hilfen

keine Anlagen vorhanden

6.3 Ambulante medizinische Versorgung – SGB V

Keine Anlagen vorhanden

6.4 Psychiatrische Krankenhausversorgung

Anlage zu 6.4.1: Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Stunden- und Sterbefälle) 2014; Hauptdiagnosen F00-F99 - Psychische und Verhaltensstörungen nach dem Wohnort/Behandlungsort der Patienten

a) Sitz des Krankenhauses: Hamburg; Wohnort: Schleswig-Holstein

b) Sitz des Krankenhauses: Kreis oder kreisfreie Stadt in Schleswig-Holstein;
Wohnort: Hamburg

a) Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Stunden- und Sterbefälle) 2014; Hauptdiagnosen F00-F99 - Psychische und Verhaltensstörungen nach dem Wohnort der Patienten; Sitz des Krankenhauses: Hamburg

| Hauptdiagnose (ICD-3-Steller) | Wohnort der Patienten (Kreis) | | | | | | | | | | | | | | | Gesamtsumme |
|-------------------------------|-------------------------------|------|---------|------------|--------------|----------|---------------|-------------|-----------|-------|----------|---------------------|----------|-----------|----------|-------------|
| | 01001 | 001 | 000 | 01004 | 01005 | 01005 | 01005 | 01005 | 01005 | 01005 | 01005 | 01005 | 01005 | 01005 | 01005 | |
| | Fleburg | Kiel | Lübbeck | Neumünster | Dithmarschen | Holzland | Nordfriesland | Ostholstein | Pinneberg | Plön | Rehndorf | Schleswig-Flensburg | Segeberg | Steinburg | Stormarn | |
| F01 | - | - | - | x | - | x | - | x | 6 | - | x | - | 9 | x | 6 | 26 |
| F03 | - | - | x | - | x | 6 | - | - | 7 | - | - | - | 6 | - | 11 | 32 |
| F05 | - | - | - | - | - | 4 | - | x | 57 | - | x | - | 91 | - | 36 | 191 |
| F06 | - | x | - | - | - | 3 | - | - | 9 | - | - | x | 14 | x | 8 | 37 |
| F07 | x | - | - | x | 4 | 3 | - | 4 | 4 | - | 7 | x | 8 | 4 | 9 | 46 |
| F09 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | x | x |
| F10 | x | 4 | 12 | - | 8 | 59 | x | x | 283 | - | 5 | x | 225 | 16 | 158 | 776 |
| F11 | - | 13 | 4 | - | 3 | 17 | 3 | - | 51 | - | 3 | - | 41 | 14 | 49 | 198 |
| F12 | - | - | 6 | - | x | 9 | x | x | 12 | - | - | - | 18 | 4 | 10 | 62 |
| F13 | - | - | - | - | - | x | - | - | 15 | - | x | - | 8 | - | 12 | 40 |
| F14 | - | x | x | - | - | x | - | x | x | - | - | - | 6 | x | 3 | 17 |
| F15 | - | - | x | - | - | x | - | x | 4 | - | - | - | 4 | x | - | 14 |
| F16 | - | - | - | - | - | - | - | - | x | - | - | - | x | - | - | x |
| F18 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 4 | 4 |
| F19 | - | - | x | - | x | - | - | - | 6 | - | - | - | 10 | - | 11 | 31 |
| F20 | x | x | 7 | 5 | 9 | 10 | 4 | 4 | 50 | - | 3 | 5 | 78 | 8 | 37 | 224 |
| F21 | - | - | - | - | - | - | - | x | - | - | - | - | - | - | x | x |
| F22 | - | - | - | - | - | x | - | - | x | - | - | - | 5 | - | 4 | 12 |
| F23 | - | - | - | x | x | x | x | x | 10 | - | - | - | 3 | x | 5 | 25 |
| F25 | x | x | x | - | x | x | - | x | 14 | - | - | - | 25 | - | 14 | 60 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|----|--------|--------|----|----|---------|----|----|-----------|--------|----|----|-----------|---------|---------|-----------|
| F29 | - | - | - | - | - | - | x | - | - | - | - | - | - | - | x | 3 |
| F30 | - | - | - | - | - | - | - | - | x | - | x | - | x | - | x | 4 |
| F31 | - | x | - | 3 | - | - | - | x | 17 | - | - | - | 28 | - | 9 | 59 |
| F32 | x | 4 | 3 | 3 | 5 | 41 | x | 5 | 10 7 | x | 5 | 4 | 11 3 | 13 | 74 | 382 |
| F33 | x | 8 | 5 | 5 | 4 | 51 | x | 5 | 18 5 | x | 6 | 8 | 10 6 | 8 | 89 | 484 |
| F34 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | x | - | x | x |
| F40 | - | x | - | - | x | x | x | - | 6 | x | - | - | 8 | - | 4 | 24 |
| F41 | - | - | - | - | x | 10 | x | - | 32 | - | 3 | - | 24 | x | 8 | 81 |
| F42 | - | x | x | - | x | x | x | - | 4 | - | - | - | 4 | - | - | 13 |
| F43 | 4 | 3 | 6 | x | 9 | 19 | 3 | 5 | 40 | x | 5 | x | 34 | 5 | 36 | 173 |
| F44 | x | x | 3 | - | x | 6 | 3 | x | 14 | x | 4 | x | 7 | 5 | 15 | 64 |
| F45 | - | x | - | x | 4 | 14 | 4 | - | 85 | - | x | x | 44 | 9 | 42 | 207 |
| F48 | - | - | - | - | - | x | - | - | x | - | - | - | - | - | - | x |
| F50 | - | x | 3 | - | 8 | 10 | - | 7 | 25 | x | 5 | x | 10 | 7 | 26 | 107 |
| F51 | x | - | - | - | - | - | - | - | x | - | - | - | x | - | x | 5 |
| F52 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | x | - | - | - | - | x | x |
| F53 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | x | - | - | x |
| F55 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | x | x |
| F60 | x | 1 3 | 7 | 3 | 4 | 19 | 3 | 9 | 48 | x | - | x | 96 | 19 | 39 | 265 |
| F61 | - | - | - | - | x | 4 | - | - | 4 | - | - | - | x | - | - | 11 |
| F62 | - | - | - | - | - | - | - | - | x | - | - | - | - | - | - | x |
| F63 | - | - | - | - | - | x | - | - | x | - | - | - | - | - | x | 3 |
| F64 | - | x | x | - | - | x | x | 3 | 3 | - | - | - | - | - | x | 12 |
| F68 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | x | x |
| F70 | - | - | - | - | - | x | - | - | - | - | - | - | x | x | - | 3 |
| F71 | - | - | - | - | - | x | - | - | - | - | - | - | - | - | - | x |
| F72 | - | - | - | - | - | - | - | - | x | - | - | - | - | - | - | x |
| F79 | - | - | - | x | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | x |
| F80 | - | - | - | - | - | x | - | - | - | - | - | - | - | x | x | 4 |
| F83 | - | - | - | - | - | x | - | - | - | - | - | - | x | - | - | 3 |
| F84 | - | - | - | - | - | 3 | - | - | - | - | - | x | - | x | x | 7 |
| F89 | - | - | - | - | - | x | x | - | x | - | - | - | x | - | - | 5 |
| F90 | - | x | - | - | 3 | x | - | x | 6 | - | x | - | 4 | - | x | 19 |
| F91 | - | - | - | - | - | x | - | - | x | - | - | - | x | x | x | 6 |
| F92 | - | - | x | x | - | x | - | - | 9 | - | - | - | 4 | - | 3 | 20 |
| F93 | - | - | x | - | - | x | - | x | 5 | - | - | - | 6 | - | 3 | 17 |
| F94 | - | - | - | - | x | - | - | - | x | - | - | - | x | - | x | 7 |
| F95 | - | - | - | - | - | - | - | - | x | - | - | x | x | - | 5 | 10 |
| F98 | - | - | - | x | - | 3 | x | - | 23 | - | x | - | 18 | 9 | 3 | 62 |
| F99 | - | - | - | - | - | - | - | - | x | - | - | - | - | - | - | x |
| Ge- sam- sum- me | 15 | 6 0 | 6 7 | 28 | 73 | 32 3 | 34 | 57 | 1.1 63 | 1 3 | 54 | 30 | 1.0 72 | 13 4 | 75 3 | 3.87 6 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| x = Wert ist geheim zu halten | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein - AöR, 2015 | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

2b) Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Patienten (einschl. Stunden- und Sterbefälle) 2014; Hauptdiagnosen F00-F99 - Psychische und Verhaltensstörungen nach dem Behandlungsort der Patienten (Sitz des Krankenhauses); Wohnort Hamburg

| Hauptdiagnose (ICD-3-Steller) | Behandlungsort der Patienten (Kreis) | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|---------------|------------------|---------------------|---|---------------------------|--------------------------|----------------------|---------------------|---------------|------------------------------|--------------------|-------------------|------------------|
| | 010 01 Flen sburg, 015 90 Schl eswi g-Flen sburg | 01 00 2 Kie l | 01 00 3 Lü be ck | 0100 4 Neu mün ster | 010 51 Dith - mar schen, 010 61 Stei nbu rg | 010 53 Hzg t. Lau en-burg | 010 54 Nor dfri es-lan d | 010 55 Ost-hol-stein | 010 56 Pin ne-ber g | 01 05 7 Plö n | 010 58 Ren dsbu rg-Eck ernf. | 010 60 Se-ge-ber g | 010 62 Sto rma rn | Ge sa mt-su m me |
| F01 | - | x | - | - | - | - | - | - | - | - | - | x | 4 | 6 |
| F03 | - | - | - | - | - | x | - | x | - | - | - | - | - | 3 |
| F04 | - | - | - | x | - | - | - | - | - | - | - | - | - | x |
| F05 | - | x | - | x | - | 3 | - | 3 | - | - | - | 6 | 6 | 20 |
| F06 | - | - | - | - | - | - | - | x | 3 | - | - | x | 3 | 9 |
| F07 | - | - | - | x | - | - | - | 6 | x | - | - | x | - | 10 |
| F09 | - | - | - | - | - | - | - | x | - | - | - | - | - | x |
| F10 | 8 | 10 | 18 | 5 | 11 | 7 | 11 | 26 | 64 | 55 | 8 | 6 | 267 | 496 |
| F11 | - | - | 9 | - | - | - | 3 | 28 | 9 | - | - | 12 | 209 | 270 |
| F12 | 3 | - | 6 | - | - | - | x | 6 | 155 | x | - | 12 | 11 | 196 |
| F13 | - | - | - | - | - | - | - | x | x | - | - | - | 33 | 40 |
| F14 | - | - | 7 | - | - | - | - | 3 | 14 | - | - | - | 20 | 44 |
| F15 | - | - | - | - | x | - | - | - | - | - | - | - | x | 6 |
| F16 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | x | x |
| F19 | x | x | 7 | - | x | - | 14 | 15 | 71 | x | x | 4 | x | 120 |
| F20 | 3 | 7 | - | 3 | x | x | 4 | 7 | x | - | - | 16 | 30 | 73 |
| F22 | x | - | - | - | - | - | - | x | - | - | - | 3 | 7 | 12 |
| F23 | - | - | - | - | - | x | - | x | 3 | - | - | x | 3 | 9 |
| F25 | x | - | - | - | - | - | - | x | 3 | - | - | x | 10 | 17 |
| F28 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | x | x |
| F30 | - | - | - | x | - | - | - | - | - | - | - | - | - | x |
| F31 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 7 | 24 | 31 |
| F32 | x | 4 | 4 | x | x | x | x | 47 | 11 | - | - | 81 | 181 | 334 |
| F33 | x | 14 | 4 | - | x | - | 5 | 70 | 4 | - | - | 269 | 121 | 492 |
| F34 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 3 | - | 3 |
| F40 | - | - | x | - | - | - | - | - | x | - | - | 27 | 3 | 32 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|----|----|-----|-----|-------|
| F41 | - | x | - | - | - | - | x | 4 | - | - | - | 10 | 14 | 30 |
| F42 | - | x | - | - | - | - | - | x | - | - | - | 18 | - | 22 |
| F43 | x | 3 | 3 | - | 3 | 3 | 8 | 20 | 8 | - | x | 12 | 9 | 72 |
| F44 | x | - | - | - | x | x | - | x | x | - | x | - | x | 10 |
| F45 | x | 4 | 4 | - | - | x | - | 7 | x | - | x | 5 | 7 | 32 |
| F48 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | x | x | x |
| F50 | - | 3 | - | - | - | - | - | 15 | 3 | - | - | 27 | - | 48 |
| F51 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | x | x | - | 3 |
| F60 | x | 6 | 4 | - | - | - | - | x | 8 | - | - | 92 | 4 | 117 |
| F61 | - | - | x | - | x | - | - | x | - | - | - | 17 | - | 21 |
| F63 | - | - | - | - | - | - | - | - | 6 | - | - | x | x | 9 |
| F64 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 12 | 12 |
| F70 | - | - | - | x | - | - | - | x | - | - | - | - | - | x |
| F72 | - | - | - | - | x | - | - | - | - | - | - | - | - | x |
| F82 | - | - | - | - | - | x | - | - | - | - | - | - | - | x |
| F83 | - | - | - | - | - | x | - | - | - | - | - | - | - | x |
| F84 | - | - | - | - | - | x | - | - | - | - | - | - | - | x |
| F90 | - | - | x | - | - | - | - | - | - | - | - | x | - | 10 |
| F91 | - | x | x | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | x |
| F92 | x | x | 3 | - | - | - | - | - | 21 | - | - | - | - | 27 |
| F93 | x | - | x | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 3 |
| F94 | - | - | x | - | - | - | - | - | x | - | - | - | - | 4 |
| F98 | - | x | - | - | - | - | - | - | x | - | - | - | - | x |
| Ge- samt- summe | 32 | 62 | 76 | 15 | 23 | 25 | 48 | 272 | 397 | 59 | 15 | 647 | 991 | 2.662 |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| x = Wert ist geheim zu halten | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein - AöR, 2015 | | | | | | | | | | | | | | |

Anlage zu 6.4.2: Anzahl der aufgestellten Betten**a) Anzahl der aufgestellten Betten in Krankenhäusern in Schleswig-Holstein, 2013, insgesamt**

| Krankenhaustyp | |
|---|-----------|
| Krankenhäuser insgesamt | |
| Krankenhäuser insgesamt | 35 |
| aufgestellte Betten | 3 022 |
| Berechnungs-/Belegungstage insgesamt | 966 377 |
| Nutzungsgrad der Betten insgesamt | 87,60 % |
| Nutzungsgrad der Betten Verweildauer | 22,9 Tage |
| Allgemeine Krankenhäuser | |
| Krankenhäuser insgesamt | 13 |
| aufgestellte Betten | 912 |
| Berechnungs-/Belegungstage insgesamt | 271 460 |
| Nutzungsgrad der Betten insgesamt | 81,50 % |
| Nutzungsgrad der Betten Verweildauer | 17,6 Tage |
| Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen und/oder geriatrischen Betten | |
| Krankenhäuser insgesamt | 22 |
| aufgestellte Betten | 2 110 |
| Berechnungs-/Belegungstage insgesamt | 694 917 |
| Nutzungsgrad der Betten insgesamt | 90,25 % |
| Nutzungsgrad der Betten Verweildauer | 25,9 Tage |

| Statistikamt Nord, Krankenhausstatistik | 2013

b) Anzahl der aufgestellten Betten in Krankenhäusern in Schleswig-Holstein, 2013, Kinder- und Jugendpsychiatrie

| Krankenhaustyp | |
|---|-----------|
| Krankenhäuser insgesamt | |
| Krankenhäuser insgesamt | 5 |
| aufgestellte Betten | 254 |
| Berechnungs-/Belegungstage insgesamt | 83 734 |
| Nutzungsgrad der Betten insgesamt | 90,3% |
| Nutzungsgrad der Betten Verweildauer | 30,5 Tage |
| Allgemeine Krankenhäuser | |
| Krankenhäuser insgesamt | - |
| aufgestellte Betten | 30 |
| Berechnungs-/Belegungstage insgesamt | 10 326 |
| Nutzungsgrad der Betten insgesamt | 94,3% |
| Nutzungsgrad der Betten Verweildauer | 31,8 Tage |
| Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen und/oder geriatrischen Betten | |
| Krankenhäuser insgesamt | 4 |
| aufgestellte Betten | 224 |
| Berechnungs-/Belegungstage insgesamt | 73 408 |
| Nutzungsgrad der Betten insgesamt | 89,8% |
| Nutzungsgrad der Betten Verweildauer | 30,4 Tage |

| Statistikamt Nord; Krankenhausdiagnosestatistik | Datum

c) Anzahl der aufgestellten Betten in Krankenhäusern in Schleswig-Holstein, 2013, Psychiatrie und Psychotherapie

| Krankenhaustyp | |
|--|-----------|
| Krankenhäuser insgesamt | |
| Krankenhäuser insgesamt | 20 |
| aufgestellte Betten | 2 074 |
| Berechnungs-/Belegungstage insgesamt | 644 930 |
| Nutzungsgrad der Betten insgesamt | 85,2% |
| Nutzungsgrad der Betten Verweildauer | 18,9 Tage |
| Krankenhäuser insgesamt: Schwerpunkt Sucht | |
| Krankenhäuser insgesamt | 5 |
| aufgestellte Betten | 149 |
| Berechnungs-/Belegungstage insgesamt | 46 372 |
| Nutzungsgrad der Betten insgesamt | 85,3% |
| Nutzungsgrad der Betten Verweildauer | 10,0 Tage |
| Allgemeine Krankenhäuser | |
| Krankenhäuser insgesamt | 8 |
| aufgestellte Betten | 793 |
| Berechnungs-/Belegungstage insgesamt | 233 771 |
| Nutzungsgrad der Betten insgesamt | 80,8% |
| Nutzungsgrad der Betten Verweildauer | 16,7 Tage |
| Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen und/oder geriatrischen Betten | |
| Krankenhäuser insgesamt | 12 |
| aufgestellte Betten | 1 281 |
| Berechnungs-/Belegungstage insgesamt | 411 159 |
| Nutzungsgrad der Betten insgesamt | 87,9% |
| Nutzungsgrad der Betten Verweildauer | 20,5 Tage |
| Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen und/oder geriatrischen Betten: Schwerpunkt Sucht | |
| Krankenhäuser insgesamt | 5 |
| aufgestellte Betten | 149 |
| Berechnungs-/Belegungstage insgesamt | 46 372 |
| Nutzungsgrad der Betten insgesamt | 85,3% |
| Nutzungsgrad der Betten Verweildauer | 10,0 Tage |

| Statistikamt Nord; Krankenhausdiagnosestatistik | Datum

d) Anzahl der aufgestellten Betten in Krankenhäusern in Schleswig-Holstein, 2013, Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik

| Krankenhaustyp | |
|---|-----------|
| Krankenhäuser insgesamt | |
| Krankenhäuser insgesamt | 10 |
| aufgestellte Betten | 694 |
| Berechnungs-/Belegungstage insgesamt | 237 713 |
| Nutzungsgrad der Betten insgesamt | 93,8% |
| Nutzungsgrad der Betten Verweildauer | 42,2 Tage |
| Allgemeine Krankenhäuser | |
| Krankenhäuser insgesamt | 4 |
| aufgestellte Betten | 89 |
| Berechnungs-/Belegungstage insgesamt | 27 363 |
| Nutzungsgrad der Betten insgesamt | 84,2% |
| Nutzungsgrad der Betten Verweildauer | 26,5 Tage |
| Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen und/oder geriatrischen Betten | |
| Krankenhäuser insgesamt | 6 |
| aufgestellte Betten | 605 |
| Berechnungs-/Belegungstage insgesamt | 210 350 |
| Nutzungsgrad der Betten insgesamt | 95,3% |
| Nutzungsgrad der Betten Verweildauer | 45,7 Tage |

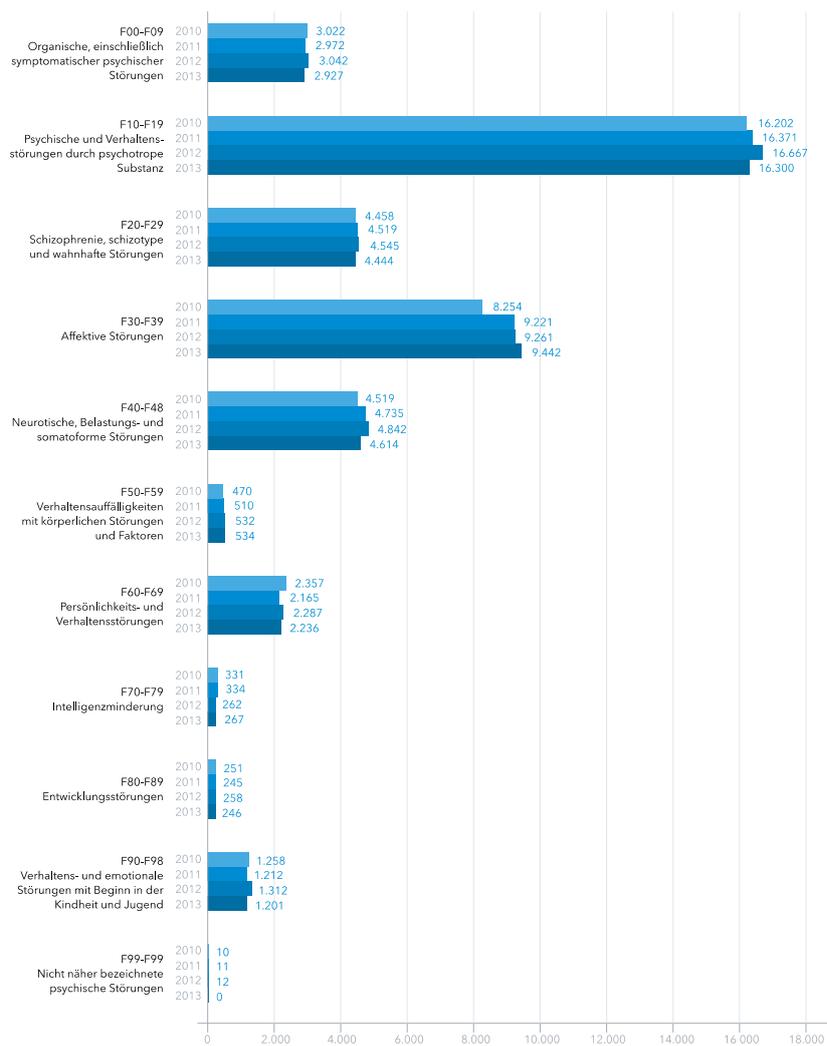
Anlage zu 6.4.3: Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2010 (Fälle) nach ICD 10“; „Vollstationäre Patientinnen und Patienten der Krankenhäuser 2013 nach Hauptdiagnose und Altersgruppen“, a – c

Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2010 (Fälle) nach ICD 10

| Jahr | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--|--------|--------|--------|--------|
| F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen | 3 022 | 2 972 | 3 042 | 2 927 |
| F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen | 16 202 | 16 371 | 16 667 | 16 300 |
| F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen | 4 458 | 4 519 | 4 545 | 4 444 |
| F30-F39 Affektive Störungen | 8 254 | 9 221 | 9 261 | 9 442 |
| F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen | 4 519 | 4 735 | 4 842 | 4 614 |
| F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren | 470 | 510 | 532 | 534 |
| F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen | 2 357 | 2 165 | 2 287 | 2 236 |
| F70-F79 Intelligenzminderung | 331 | 334 | 262 | 267 |
| F80-F89 Entwicklungsstörungen | 251 | 245 | 258 | 246 |
| F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend | 1 258 | 1 212 | 1 312 | 1 201 |
| F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen | 9 | 12 | 11 | 10 |

Quelle: Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn | 2013

Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2010 (Fälle) nach ICD 10



| Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, Statistisches Bundesamt, Zweigstelle Bonn | 2013

a) Vollstationäre Patientinnen und Patienten der Krankenhäuser 2013 nach Hauptdiagnose und Altersgruppen; einschl. Stundenfälle; Schleswig-Holstein, insgesamt

| SH Insgesamt | Insgesamt | Davon | | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|------------------------------|----------------------|--|
| Pos.-Nr. der ICD-10/ Hauptdiagnose | F00-F99 Psychische und Verhaltens- störungen. | F10 Psychische und Verhaltensstörun- gen durch Alkohol | F33 Rezidivierende depressive Störung | F32 Depressive Episode | F20 Schizophrenie | F43 Reaktionen auf schwere Belastun- gen und Anpas- sungsstörungen |
| Insgesamt | 48 717 | 13 481 | 5 728 | 4 802 | 3 095 | 2 553 |
| davon im Alter | | | | | | |
| 0 - 1 | 28 | - | - | - | - | . |
| 1 - 5 | 166 | - | - | - | - | 4 |
| 5 - 10 | 428 | - | - | 4 | - | 28 |
| 10 - 15 | 1 216 | 67 | 5 | 174 | 4 | 230 |
| 15 - 20 | 3 864 | 774 | 177 | 537 | 61 | 458 |
| 20 - 25 | 3 789 | 585 | 392 | 360 | 183 | 297 |
| 25 - 30 | 3 713 | 594 | 380 | 325 | 345 | 238 |
| 30 - 35 | 3 944 | 783 | 427 | 305 | 413 | 188 |
| 35 - 40 | 3 540 | 975 | 402 | 307 | 304 | 171 |
| 40 - 45 | 4 723 | 1 677 | 590 | 441 | 383 | 199 |
| 45 - 50 | 6 089 | 2 546 | 872 | 518 | 430 | 215 |
| 50 - 55 | 4 745 | 2 096 | 743 | 437 | 339 | 181 |
| 55 - 60 | 3 336 | 1 450 | 544 | 348 | 205 | 90 |
| 60 - 65 | 2 254 | 919 | 328 | 213 | 164 | 68 |
| 65 - 70 | 1 459 | 453 | 224 | 151 | 103 | 35 |
| 70 - 75 | 1 767 | 311 | 297 | 240 | 81 | 46 |
| 75 - 80 | 1 433 | 169 | 195 | 186 | 48 | 40 |
| 80 - 85 | 1 058 | 54 | 100 | 147 | 22 | 36 |
| 85 - 90 | 774 | 19 | 41 | 85 | 8 | 22 |
| 90 - 95 | 352 | 9 | 10 | 21 | . | 5 |
| 95 und mehr | 39 | - | . | 3 | - | . |

- = Zahlenwert nicht vorhanden (genau Null)

. = Zahlenwert unbekannt oder geheim zu halten.

| Statistikamt Nord; Krankenhausdiagnosestatistik | 2013

b) Vollstationäre Patientinnen und Patienten der Krankenhäuser 2013 nach Hauptdiagnose und Altersgruppen; einschl. Stundenfälle; Schleswig-Holstein, männlich

| SH Männlich | Insgesamt | Davon | | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|------------------------------|----------------------|--|
| Pos.-Nr. der ICD-10/ Hauptdiagnose | F00-F99 Psychische und Verhaltens- störungen. | F10 Psychische und Verhaltensstörun- gen durch Alkohol | F33 Rezidivierende depressive Störung | F32 Depressive Episode | F20 Schizophrenie | F43 Reaktionen auf schwere Belastun- gen und Anpas- sungsstörungen |
| Insgesamt | 25 904 | 9 722 | 2 022 | 1 981 | 1 814 | 982 |
| davon im Alter | | | | | | |
| 0 - 1 | 15 | - | - | - | - | - |
| 1 - 5 | 105 | - | - | - | - | . |
| 5 - 10 | 303 | - | - | . | - | 19 |
| 10 - 15 | 540 | 35 | - | 40 | . | 67 |
| 15 - 20 | 1 726 | 429 | 52 | 158 | 39 | 156 |
| 20 - 25 | 1 888 | 398 | 131 | 162 | 128 | 130 |
| 25 - 30 | 1 966 | 452 | 127 | 139 | 257 | 98 |
| 30 - 35 | 2 330 | 605 | 154 | 147 | 295 | 70 |
| 35 - 40 | 2 056 | 737 | 144 | 154 | 171 | 60 |
| 40 - 45 | 2 725 | 1 220 | 239 | 197 | 209 | 84 |
| 45 - 50 | 3 561 | 1 901 | 327 | 234 | 257 | 88 |
| 50 - 55 | 2 818 | 1 624 | 272 | 220 | 187 | 76 |
| 55 - 60 | 1 852 | 1 031 | 225 | 153 | 105 | 42 |
| 60 - 65 | 1 222 | 672 | 110 | 86 | 77 | 27 |
| 65 - 70 | 680 | 278 | 60 | 65 | 42 | 12 |
| 70 - 75 | 741 | 188 | 84 | 81 | 32 | 18 |
| 75 - 80 | 628 | 107 | 62 | 60 | 13 | 14 |
| 80 - 85 | 396 | 28 | 26 | 49 | - | 11 |
| 85 - 90 | 244 | 11 | 7 | 27 | - | 6 |
| 90 - 95 | 99 | 6 | . | 6 | . | . |
| 95 und mehr | 9 | - | . | . | - | . |

- = Zahlenwert nicht vorhanden (genau Null)

. = Zahlenwert unbekannt oder geheim zu halten.

| Statistikamt Nord; Krankenhausdiagnosestatistik | 2013

c) Vollstationäre Patientinnen und Patienten der Krankenhäuser 2013 nach Hauptdiagnose und Altersgruppen; einschl. Stundenfälle; Schleswig-Holstein, weiblich

| SH Weiblich | Insgesamt | Davon | | | | |
|------------------------------------|--|---|--|------------------------------|----------------------|--|
| Pos.-Nr. der -10/ Hauptdiagnose | F00-F99 Psychische und Verhaltens- störungen. | F10 Psychische und Verhaltensstörun- gen durch Alkohol | F33 Rezidivierende depressive Störung | F32 Depressive Episode | F20 Schizophrenie | F43 Reaktionen auf schwere Belastun- gen und Anpas- sungsstörungen |
| Insgesamt | 22 813 | 3 759 | 3 706 | 2 821 | 1 281 | 1 571 |
| davon im Alter | | | | | | |
| 0 - 1 | 13 | - | - | - | - | . |
| 1 - 5 | 61 | - | - | - | - | . |
| 5 - 10 | 125 | - | - | . | - | 9 |
| 10 - 15 | 676 | 32 | 5 | 134 | 3 | 163 |
| 15 - 20 | 2 138 | 345 | 125 | 379 | 22 | 302 |
| 20 - 25 | 1 901 | 187 | 261 | 198 | 55 | 167 |
| 25 - 30 | 1 747 | 142 | 253 | 186 | 88 | 140 |
| 30 - 35 | 1 614 | 178 | 273 | 158 | 118 | 118 |
| 35 - 40 | 1 484 | 238 | 258 | 153 | 133 | 111 |
| 40 - 45 | 1 998 | 457 | 351 | 244 | 174 | 115 |
| 45 - 50 | 2 528 | 645 | 545 | 284 | 173 | 127 |
| 50 - 55 | 1 927 | 472 | 471 | 217 | 152 | 105 |
| 55 - 60 | 1 484 | 419 | 319 | 195 | 100 | 48 |
| 60 - 65 | 1 032 | 247 | 218 | 127 | 87 | 41 |
| 65 - 70 | 779 | 175 | 164 | 86 | 61 | 23 |
| 70 - 75 | 1 026 | 123 | 213 | 159 | 49 | 28 |
| 75 - 80 | 805 | 62 | 133 | 126 | 35 | 26 |
| 80 - 85 | 662 | 26 | 74 | 98 | 22 | 25 |
| 85 - 90 | 530 | 8 | 34 | 58 | 8 | 16 |
| 90 - 95 | 253 | 3 | 9 | 15 | . | 4 |
| 95 und mehr | 30 | - | - | . | - | - |

- = Zahlenwert nicht vorhanden (genau Null)

. = Zahlenwert unbekannt oder geheim zu halten.

| Statistikamt Nord; Krankenhausdiagnosestatistik | 2013

**Anlage zu 6.4.4: Krankenhäuser in Schleswig-Holstein, Patientinnen- und Patientenzu-
gänge, 2012**

| | Aufnahmen vollstationär insgesamt | Verlegung aus anderen Krankenhäusern | Aufnahmen aus der teilsstationären Behandlung | Verlegungen innerhalb des Krankenhauses von vollstationär in vollstationär |
|---|--------------------------------------|---|--|---|
| Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Krankenhäuser insgesamt | 2 744 | 106 | - | - |
| Psychiatrie und Psychotherapie: Krankenhäuser insgesamt | 33 965 | 2 557 | 116 | 106 |
| Psychiatrie und Psychotherapie: Krankenhäuser insgesamt, Schwerpunkt Sucht | 4 652 | 110 | 83 | 33 |
| Psychotherapeutische Medizin/ Psychosomatik: Krankenhäuser insgesamt | 5 438 | 188 | - | 172 |
| Psychiatrische Fachabteilungen zusammen: Krankenhäuser insgesamt | 42 147 | 2 851 | 118 | 278 |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Allgemeine Krankenhäuser | 325 | 13 | - | - |
| Psychiatrie und Psychotherapie: Allgemeine Krankenhäuser | 14 004 | 1 215 | 12 | - |
| Psychotherapeutische Medizin/ Psychosomatik: Allgemeine Krankenhäuser | 1 032 | 77 | - | - |
| Psychiatrische Fachabteilungen zusammen: Allgemeine Krankenhäuser | 15 361 | 1 305 | 12 | - |
| Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychothera- peutischen und neurologischen und/oder geriatrischen Betten | 2 419 | 93 | - | - |
| Psychiatrie und Psychotherapie: Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeu- tischen oder psychiatrischen, psycho- therapeutischen und neurologischen und/oder geriatrischen Betten | 19 961 | 1 342 | 104 | 106 |

| | Aufnahmen vollstationär insgesamt | Verlegung aus anderen Krankenhäusern | Aufnahmen aus der teilstationären Behandlung | Verlegungen innerhalb des Krankenhauses von vollstationär in vollstationär |
|---|--------------------------------------|---|---|---|
| Psychiatrie und Psychotherapie: Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeuti- schen oder psychiatrischen, psycho- therapeutischen und neurologischen und/oder geriatrischen Betten, Schwerpunkt Sucht | 4 652 | 110 | 83 | 33 |
| Psychotherapeutische Medizin/ Psychosomatik: Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeuti- schen oder psychiatrischen, psycho- therapeutischen und neurologischen und/oder geriatrischen Betten | 4 406 | 111 | - | 172 |
| Psychiatrische Fachabteilungen zusammen: Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychothera- peutischen und neurologischen und/ oder geriatrischen Betten | 26 786 | 1 546 | 106 | 278 |

Quelle: | Statistikamt Nord; Krankenhausdiagnosestatistik | 2013

Anlage zu 6.4.6: Einzelbeschreibungen der vollstationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen in Schleswig-Holstein

| | |
|---|---|
| Kreis Dithmarschen | |
| Psychiatrische Tagesklinik Heide Brücke Schleswig-Holstein gGmbH (5105) | Psychiatrische Tagesklinik |
| Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH (5102_03) | <ul style="list-style-type: none"> › Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik › Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik › Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalterspsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik |
| Stadt Flensburg | |
| Krankenhaus Ev. Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg (0102) | <ul style="list-style-type: none"> › Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie › Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie › Psychiatrische Tagesklinik für Erwachsene › Tagesklinik für Psychosomatik › Psychiatrische Tagesklinik für Ältere › Institutsambulanz für Allgemeinpsychiatrie und Suchterkrankungen › Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche |
| Kreis Herzogtum Lauenburg | |
| Johanniter-Krankenhaus Geesthacht (5302) | <ul style="list-style-type: none"> › Allgemeine Psychiatrie › Allgemeine Psychiatrie/ohne Differenzierung nach Schwerpunkten/KIZ (II) › Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) › Psychosomatik/Psychotherapie/ohne Differenzierung nach Schwerpunkten/Home (II) › Psychiatrische Institutsambulanzen › Allgemeine Psychiatrie/Tageskliniken (für teilstationäre Pflegesätze) |
| Landeshauptstadt Kiel | |
| Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik Kieler Fenster (0218) | <ul style="list-style-type: none"> › Psychiatrische Tagesklinik › Psychiatrische Institutsambulanz |
| Zentrum für Integrative Psychiatrie Kiel - ZIP gGmbH (0224) | <ul style="list-style-type: none"> › Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie › Psychosomatik und Psychotherapie › Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie - Tageskliniken (für teilstationäre Pflegesätze) › Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik - Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) › Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie › Institutsambulanzen" |
| AMEOS Klinikum Kiel | Klinik für Psychiatrie, Schwerpunkt Suchtbehandlung |
| Hansestadt Lübeck | |
| AHG Klinik Lübeck (0312) | Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie |
| AMEOS Klinikum Lübeck | Klinik für Psychiatrie, Schwerpunkt Suchtbehandlung |
| Tagesklinik Die Brücke GmbH (0310) | <ul style="list-style-type: none"> › Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie › Sozialpsychiatrische Institutsambulanz der BRÜCKE |
| Zentrum für Integrative Psychiatrie Lübeck, ZIP gGmbH | <ul style="list-style-type: none"> › Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie › Psychosomatik und Psychotherapie › Institutsambulanzen" |

| Stadt Neumünster | |
|--|---|
| DRK-Fachklinik Hahnknüll GmbH Psychiatrisches Behandlungszentrum (0402) | Psychiatrie |
| Friedrich-Ebert-Krankenhaus (0401) | <ul style="list-style-type: none"> › Klinik für Neurologie und Psychiatrie/Teil Psychiatrie › Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik › Demenzsprechstunde und Psychiatrische Institutsambulanz mit spezieller Gedächtnissprechstunde › Psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosomatische Privat-sprechstunde › Psychiatrische Institutsambulanz |
| Psychiatrische Tagesklinik Neumünster gGmbH (0404) | <ul style="list-style-type: none"> › Psychiatrische Tagesklinik › Institutsambulanz |
| Kreis Nordfriesland | |
| Fachkliniken Nordfriesland gGmbH (5409) | <ul style="list-style-type: none"> › Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik › Tageskliniken › Psychiatrische Institutsambulanzen |
| Kreis Ostholstein | |
| AMEOS Klinikum Heiligenhafen (5506) | <ul style="list-style-type: none"> › Tagesklinik › AMEOS Psychiatrische Institutsambulanz am Standort Heiligenhafen › Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie" |
| AMEOS Klinikum Neustadt (5505) | <ul style="list-style-type: none"> › Psychiatrische Institutsambulanz › Psychiatrische Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche › Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie" |
| Curtiusklinik G. Wagner GmbH & Co KG. Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie (5516) | Psychosomatik |
| Tagesklinik Ostholstein GmbH (5515) | Psychiatrische Tagesklinik |
| Kreis Pinneberg | |
| Fachklinik Bokholt (5608) | <ul style="list-style-type: none"> › Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung › Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| Regio Klinikum Elmshorn (5603_06) | <ul style="list-style-type: none"> › Klinik für Allgemeine Psychiatrie › Institutsambulanz › Psychiatrische Tageskliniken › Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie › Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze) › Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)" |
| Kreis Plön | |
| AMEOS Klinikum Preetz | <ul style="list-style-type: none"> › Psychiatrische Institutsambulanz › Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie |
| Fachklinik Freudenholm-Ruhleben (5702) | Fachklinik |
| Psychiatrische Tagesklinik Plön (5708) | <ul style="list-style-type: none"> › Psychiatrische Tagesklinik › Institutsambulanz |
| Psychiatrische Tagesklinik Preetz (5706) | <ul style="list-style-type: none"> › Psychiatrische Institutsambulanz › Psychiatrische Tagesklinik |

Kreis Rendsburg-Eckernförde

Imland Klinik Eckernförde (5802_03) › Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und konsiliarische Neurologie
› Psychiatrische Institutsambulanz

Imland Klinik Rendsburg (5802_03) › Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
› Psychiatrische Institutsambulanz

Kreis Schleswig-Flensburg

Diakoniewerk Kropp Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie › Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie
› Tagesklinik mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt
› Psychiatrische Institutsambulanz"

HELIOS Fachklinik Schleswig GmbH (5908) › Psychiatrie und Psychosomatische Medizin
› Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
› Psychiatrie und Psychosomatische Medizin - Tagesklinik
› Tagesklinik Baumhaus Schleswig
› Tagesklinik Baumhaus Husum"

Kreis Segeberg

Psychiatrisches Krankenhaus Rickling (6005) › Psychiatrisches Krankenhaus
› Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie
› Psychiatrische/Psychotherapeutische Institutsambulanz"

Schön Klinik Bad Bramstedt (6012) › Psychosomatik/Psychotherapie
› Ausbildungsambulanz des Institutes für Verhaltenstherapie und Psychotherapeutische Medizin IVPm"

Segeberger Kliniken GmbH (6008) › Psychiatrische und Psychosomatische Ambulanz
› Psychosomatik/Psychotherapie
› Tagesklinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Kreis Steinburg

Klinikum Itzehoe (6101) › Zentrum für Psychosoziale Medizin
› Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
› Psychosomatische Tagesklinik
› Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
› Psychiatrische Institutsambulanz

Stadtklinik Glückstadt › Zentrum für Psychosoziale Medizin
› Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Kreis Stormarn

Heinrich Sengelmann Krankenhaus gGmbH (6204) › Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
› Psychiatrisches Zentrum Reinbek - Tagesklinik
› Psychiatrische Tagesklinik Ahrensburg
› Tagesklinik Bargteheide

GBA – Strukturierte Qualitätsberichte 2014

6.5 Kinder- und Jugendpsychiatrie

keine Anlagen vorhanden

6.6 Weitere SGB V-Leistungen

keine Anlagen vorhanden

6.7 Suchthilfe in Schleswig-Holstein

keine Anlagen vorhanden

6.8 Versorgung älterer Menschen

keine Anlagen vorhanden

6.9 Leistungen für Menschen mit seelischer Behinderung (SGB XII)

keine Anlagen vorhanden

6.10 Bildung/ Beruf/ Rehabilitation (SGB IX)

keine Anlagen vorhanden

6.11 Maßregelvollzug

keine Anlagen vorhanden

7. Exkurse

7.1 Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

keine Anlagen vorhanden

7.2 Prävention und Gesundheitsförderung

keine Anlagen vorhanden

7.3 Kinder psychisch kranker Eltern

Anlage zu 7.3: Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern nach Kreisen/ kreisfreien Städten

| Dithmarschen | |
|---------------------|---|
| Heide | Kreisgesundheitsamt - Beratungsstelle für Abhängige und Suchtkranke: - Angebote für Kinder suchtkranker Eltern |
| Meldorf | Diakonisches Werk Dithmarschen - Beratungs- und ambulante Behandlungsstelle für Suchtkranke: - Angebote für Kinder suchtkranker Eltern |

| Herzogtum Lauenburg | |
|----------------------------|--|
| Geesthacht | Verein "Vergißmeinnicht": - Gruppenangebot für Kinder psychisch erkrankter Eltern (wöchentlich) Kontaktladen "Kola": - Angebote für Kinder psychisch kranker Eltern |

| Nordfriesland | |
|----------------------|--|
| | - |
| Husum | Diakonisches Werk Husum: - Sozialraumorientierte Kinder- und Jugendhilfen , u.a. Gruppenarbeit für Kinder psychisch kranker Eltern - Angebote für Kinder suchtkranker Eltern Husumer Insel: - Angebote für Kinder suchterkrankter Eltern Kreis Nordfriesland – Kreisgesundheitsamt: |

| | |
|--------------|---|
| | - Angebote für Kinder suchtkranker Eltern |
| Leck | Diakonisches Werk Südtondern: - Gesprächs- und Unterstützungsgruppe für Kinder aus suchtbelasteten Familien von 12 bis 17 Jahren |
| Niebüll | Kreisgesundheitsamt - Suchtberatung, Sozialpsychiatrischer Dienst: - Angebote für Kinder suchtkranker Eltern |
| Wyk auf Föhr | Die Brücke e.V – Suchtberatungsstelle: - Angebote für Kinder suchtkranker Eltern |

| | |
|---|--|
| Ostholstein | |
| Bad Schwartau; Burg – Heiligenhafen; Eutin; Oldenburg | Kreis Ostholstein in Kooperation mit der Brücke Ostholstein gGmbH, dem Landesverein für Innere Mission in Schleswig-Holstein e. V. und der Vorwerker Diakonie gGmbH: - TIPInetz-Hilfen für Kinder aus seelisch und suchtbelasteten Familien, Fachberatung und Schulung für beteiligte Institutionen und Berufsgruppen |
| Burg auf Fehmarn; Lensahn; Ratekau | "Lichtblick" - Drogenhilfe Ostholstein e. V.: - Angebote für Kinder suchtkranker Eltern |
| Oldenburg | ATS – Suchtberatung: - Angebote für Kinder suchtkranker Eltern |

| | |
|------------------|---|
| Pinneberg | |
| Bönningstedt | ATS – Suchtberatung Bönningstedt: - Angebote für Kinder suchterkrankter Eltern |
| Elmshorn | AWO Schleswig-Holstein gGmbH - Ambulante Dienste: - Gruppenangebot für Kinder seelisch kranker Eltern (14-tägig) Brücke Elmshorn e.V.: - Gruppenangebote für drei bis maximal 8 Kinder/Jugendliche gemacht, die inhaltlich für die Altersgruppen 6-10 Jahre, 10-13 Jahre, 13-18 Jahre differenziert gestaltet werden - Patenschaftsprojekt Regenbogen für Kinder psy- |

| | |
|------------|--|
| | <p>chisch erkrankter Eltern</p> <p>Diakonie Suchtberatung Rantzau-Münsterdorf gGmbH - Suchtberatung Elmshorn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchterkrankter Eltern <p>SHZ Elmshorn - Suchthilfezentrum d. Ahornhofes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchterkrankter Eltern <p>Therapieverbund Suchtberatungsstelle Schenefeld / Klinikum Elmshorn - Ambulante Rehabilitation Sucht:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchterkrankter Eltern |
| Halstenbek | <p>AWO Schleswig-Holstein gGmbH - Suchtberatungs- und Präventionsstelle Halstenbek</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einzel- und Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche aus suchbelasteten Familien |
| Pinneberg | <p>Diakonisches Werk Hamburg-West/Südholstein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spiel- und Gesprächsgruppe für Kinder ab 6 Jahren, Beratungs- und Gruppenangebote für Jugendliche |
| Quickborn | <p>ATS des Landesvereins für Innere Mission SH, Fachstelle Kleine Riesen Quickborn</p> <ul style="list-style-type: none"> - Information und Prävention - alters- und geschlechtsdifferenzierte Angebote für Kinder aus suchbelasteten Familien, Einzel- und familienbezogene Maßnahmen <p>Diakonisches Werk Hamburg-West/Südholstein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spiel- und Gesprächsgruppe für Kinder ab 6 Jahren, Beratungs- und Gruppenangebote für Jugendliche |
| Rellingen | <p>AWO Schleswig-Holstein gGmbH - Suchtberatungs- und Präventionsstelle Rellingen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einzel- und Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche aus suchbelasteten Familien |
| Schenefeld | <p>AWO Suchtberatungs- und Präventionsstelle Schenefeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einzel- und Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche aus suchbelasteten Familien |
| Tornesch | <p>ATS des Landesvereins für Innere Mission SH, Fachstelle</p> |

| | |
|-------|---|
| | <p>Kleine Riesen Tornesch</p> <ul style="list-style-type: none"> - Information und Prävention - alters- und geschlechtsdifferenzierte Angebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien, Einzel- und familienbezogene Maßnahmen <p>Diakonisches Werk Hamburg-West/Südholstein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spiel- und Gesprächsgruppe für Kinder ab 6 Jahren, Beratungs- und Gruppenangebote für Jugendliche |
| Wedel | <p>AWO Suchtberatungs- und Präventionsstelle Halstenbek:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Offene Gruppe für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien (1x wöchentl.) |

| | |
|-------------|--|
| Plön | |
| Plön | <p>Amt für Gesundheit des Kreises Plön – Sozialpsychiatrischer Dienst:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchterkrankter Eltern |
| Preetz | <p>Institutsambulanz der psychiatrischen Tagesklinik Preetz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regelm. Therapiegruppe für Kinder psych. kr. Eltern in der mit ca. 8 – 14 Teilnehmenden <p>ATS – Suchtberatung Preetz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchterkrankter Eltern |

| | |
|------------------------------|---|
| Rendsburg-Eckernförde | |
| Rendsburg | <p>Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik der imland Klinik Rendsburg in Kooperation mit dem Deutschen Kinderschutzbund, Landesverband Schleswig- Holstein e.V.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fachtagungen und Seminarreihe für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der zuständigen Institutionen aus Eingliederungshilfe, Jugendhilfe sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ - Organisation eines landesweiten Austausches psychosozialer Anbieter und Kliniken zum Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ - Projekt „Mit Kindern ins Gespräch kommen“ Kinder als Angehörige von psychisch kranken Eltern in der Erwachsenenpsychiatrie |

| | |
|--|--|
| | <p>Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik imland Klinik Rendsburg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - „Spezialambulanz Mutter-Kind“ mit einer wöchentlich stattfindenden psychotherapeutischen Gruppe (fortlaufend, 9 Themenstunden) für Frauen mit peripartalen psychischen Erkrankungen. Psychotherapeutische Einzel- und Familiengespräche, medikamentöse Therapie, Sozialberatung. - Tagesklinische und stationäre Behandlungsmöglichkeit (2 Plätze) für die Aufnahme von Mutter/Vater mit Kind (Alter bis 12 Monate) - Netzwerkarbeit mit vierteljährlichen Treffen zwischen der imland Klinik und Anbietern/Institutionen im Kreis Rendsburg/Eckernförde mit dem Ziel, auf „Kinder psychisch kranker Eltern“ aufmerksam zu machen. <p>KJHV Rendsburg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wöchentliches Gruppenangebot für Kinder psychisch kranker Eltern im Alter von 8 - 12 Jahren <p>Brücke gGmbH - "Weiche" Adaption, Teilstationäre und ambulante Betreuung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchtkranker Eltern <p>Zentrum für ambulante Rehabilitation und psychosomatische Nachsorge - Suchtberatung und Sekundärprävention:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchtkranker Eltern |
|--|--|

| Schleswig-Flensburg | |
|----------------------------|--|
| Schleswig | <p>Schleiklinikum Schleswig:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbeitskreis Kinder psy. kranker Eltern des Kreises Schleswig-Flensburg <p>Kreisgesundheitsamt – Beratungsstelle für Alkohol-und Suchtkranke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchtkranker Eltern <p>Suchthilfzentrum Schleswig (incl. Außenstellen in Kappeln und Satrup):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchtkranker Eltern |

| | |
|-------------|--|
| Süderbrarup | Diakonisches Werk des Kirchenkreises Schleswig-Flensburg: <ul style="list-style-type: none"> - Gruppenangebot "Regenbogengruppe" für Kinder psychisch kranker Eltern |
|-------------|--|

| | |
|-----------------|--|
| Segeberg | |
| Bad Bramstedt | therapiehilfe e.V. - Suchtberatung im Familienbüro: <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchtkranker Eltern ATS – Suchtberatung: <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchtkranker Eltern |
| Kaltenkirchen | ATS – Suchtberatung: <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchtkranker Eltern Drogenhilfe Kaltenkirchen: <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchtkranker Eltern Psychosoziale Wohngemeinschaft: <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchtkranker Eltern |
| Norderstedt | ATS des Landesvereins für Innere Mission SH, Fachstelle Kleine Riesen Quickborn <ul style="list-style-type: none"> - Information und Prävention - alters- und geschlechtsdifferenzierte Angebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien, Einzel- und familienbezogene Maßnahmen |
| Wahlstedt | ATS – Suchtberatung: <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchtkranker Eltern |

| | |
|------------------|--|
| Steinburg | |
| Itzehoe | Blaues Kreuz Deutschland e.V. - Begegnungs- u. Beratungsstelle: <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchtkranker Eltern Füreinander e.V. – Beratungsstelle: <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchtkranker Eltern |

| Stormarn | |
|-----------------|---|
| Ahrensburg | <p>AWO Kreisverband Stormarn e.V.</p> <ul style="list-style-type: none"> - BEHERZT – Stormarner Präventionsprojekt für Kinder psychisch erkrankter Eltern und ihre Familien <p>therapiehilfe e.V. - Sucht- und Drogenberatung Nord- und Mittelstormarn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchterkrankter Eltern <p>Landesverband Schleswig-Holstein der Angehörigen und Freunde psychisch kranker Kinder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selbsthilfegruppe der Kinder psychisch kranker Eltern Ahrensburg (1x monatl.) |
| Bad Oldesloe | <p>AWO Kreisverband Stormarn e.V.</p> <ul style="list-style-type: none"> - BEHERZT – Stormarner Präventionsprojekt für Kinder psychisch erkrankter Eltern und ihre Familien <p>Sucht- und Drogenberatung Südstormarn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchterkrankter Eltern |
| Bargteheide | <p>Sucht- und Drogenberatung Südstormarn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchterkrankter Eltern |
| Barsbüttel | <p>Sucht- und Drogenberatung Südstormarn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchterkrankter Eltern |
| Glinde | <p>Sucht- und Drogenberatung Südstormarn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchterkrankter Eltern |
| Reinbek | <p>Sucht- und Drogenberatung Südstormarn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchterkrankter Eltern |
| Trittau | <p>Sucht- und Drogenberatung Südstormarn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchterkrankter Eltern |

| Flensburg | |
|------------------|--|
| | <p>ADS Grenzfriedensbund e.V. in Kooperation mit dem Deutschen Kinderschutzbund OV Flensburg:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paterneltern Flensburg für Kinder psychisch kranker Eltern |

| | |
|--|--|
| | <p>Suchthilfezentrum Flensburg - Sucht- und Drogenberatungsstelle:</p> <ul style="list-style-type: none">- Angebote für Kinder suchtkranker Kinder <p>Familienpsychiatrische Hilfen der Villa Paletti und der Brücke Flensburg:</p> <ul style="list-style-type: none">- Elternkurs für Mütter und Väter mit psychischen Schwierigkeiten (2x jährlich, jeweils 10 Termine à 1,5 Stunden)- Nachsorgegruppe für Eltern, die an einem Elternkurs teilgenommen haben (14-tägig)- Kindergruppe für Kinder von Eltern mit psychischen Belastungen/ Erkrankungen (14-tägig)- Klärungsgespräche für psychisch belastete Eltern mit Kindern in Bezug auf Hilfestellung hinsichtlich der Kinder und der Familie- Sozialpsychiatrische Hilfestellung für Familien mit einem psychisch belasteten Elternteil und Kindern bei entsprechenden Fragestellungen vor Ort in der Familie- Bücherkoffer mit Kinder- und Jugendbüchern zum Thema „Mit Kindern über psychische Schwierigkeiten, Belastungen bzw. Erkrankungen von Eltern reden (Bücherkoffer stehen in versch. psychosozialen Einrichtungen und Arztpraxen) <p>Klinik für Psychiatrie der Diako Flensburg:</p> <ul style="list-style-type: none">- Müttergruppe für Mütter mit psychischen Belastungen mit kleinen Kindern und Schwangere mit psychischen Belastungen (1x wöchentl.)- Eltern-Kind-Musikgruppe für Mütter und Väter mit psychischen Belastungen zusammen mit ihren Kindern (0-2 Jahre), die ambulant oder stationär am Eltern-Kind- Behandlungsangebot der Diako- Flensburg teilnehmen <p>Haus der Familie u. Kinderschutzbund Flensburg:</p> <ul style="list-style-type: none">- Patenschaftsmodell: Pateneltern für Kinder von psy- |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | <p>chisch erkrankten / belasteten Eltern</p> <p>Sozialpädagogische Familienhilfen Schwalbenstraße GmbH & Co. KG:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intensiv-Wohngruppe für psychisch beeinträchtigte Mütter mit Kind |
|--|--|

| | |
|-------------|---|
| Kiel | |
| | <p>Brücke SH:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiergestützte Hilfe zur Selbsthilfe mit Schwerpunkt auf Kinder psychisch kranker Eltern (2-3 Klientinnen und Klienteneinsätze pro Woche, 12 Stunden pro Monat, pro Klientin/ Klient 8-12 Einsätze insgesamt als Paket) <p>Deutscher Guttempler Orden / DPWV:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder und Jugendliche suchtkranker Eltern <p>Drogenhilfe Kiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchtkranker Kinder <p>Ev. Stadtmission Kiel gGmbH</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebote und Gruppen für Kinder suchtkranker Eltern <p>Fachambulanz Kiel/ FAK MVZ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HiKiDra - Hilfen für Kinder drogenabhängiger Eltern Beratungstelle für Kinder und Eltern (u.a. Einzelbetreuung, Gruppenangebote und Ferienfreizeiten) <p>Frauen Sucht Gesundheit e.V. - Die Frauensuchtberatung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchtkranker Kinder <p>Kieler Fenster, Ambulantes Zentrum:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geleitete Gruppe speziell für erwachsene Kinder von psychisch kranken Eltern (7 – 8 Personen, 1x |

| | |
|--|--|
| | <p>monatl.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traumkind-Gruppe für psych. belastete Frauen in der Schwangerschaft oder mit Kinderwunsch <p>Marie-Christian-Heime e. V.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vollstationär betreutes Wohnen für Mütter mit einer seelischen Behinderung und deren Kinder <p>Soliton e. V.</p> <ul style="list-style-type: none"> - KiM - Kinder im Mittelpunkt - Psychosoziale Hilfen für Familien in besonderen Lebenslagen |
|--|--|

| | |
|---------------|---|
| Lübeck | |
| | <p>AWO Drogenhilfe Lübeck:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchtkranker Eltern <p>Brücke Lübeck gGmbH:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pampilio-ergotherapeutisches/ sozialpäd. Förderangebot für Kinder psychisch erkrankter oder belasteter Eltern <p>Deutsche Rentenversicherung Nord:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchtkranker Eltern <p>Landesverband Schleswig-Holstein der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e.V.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selbsthilfegruppe für erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern (1x monatl.) <p>Sprungtuch e.V.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patenprojekt für Lübecker Kinder <p>Soliton e.V.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - KiM - Kinder im Mittelpunkt - Psychosoziale Hilfen für Familien in besonderen Lebenslagen |

| | |
|-------------------|---|
| Neumünster | |
| | <p>Brücke Neumünster gGmbH in Kooperation mit dem Deutschen Kinderschutzbund:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zwei Gruppenangebote der Brücke Neumünster gGmbH im Jahr für je 6 Kinder psychisch kranker Eltern, seit 2013 drei Gruppenangebote (zwei Beginnergruppen für Kinder von 8 bis 12 Jahren und eine fortlaufende Gruppe für Jugendliche) - Entwicklung eines Patenprojektes <p>Suchtberatungsstelle in der alten Tuchfabrik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angebote für Kinder suchtkranker Kinder |

Abb. zu 7.3 (Abfrage der Wohlfahrtsverbände in SH vom 27.04.2016; Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V.: Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern, online abrufbar unter <http://kinder.mapcms.de/die-br%C3%BCcke-schleswig-holstein>; Suchthilfeverzeichnis S-H, Stand Februar 2015, online abrufbar unter http://www.lssh.de/images/suchthilfe/suchthilfefuehrer_februar_2015.pdf; Internetrecherche auf den Internetpräsenzen schleswig-holsteinischer Träger und Einrichtungen)

7.4 Gewalt und Psychiatrie

keine Anlagen vorhanden

7.5 Beschwerdeanlaufstellen

Anlage zu 7.5: Regionale Verteilung der verschiedenen Beschwerdeanlaufstellen in SH

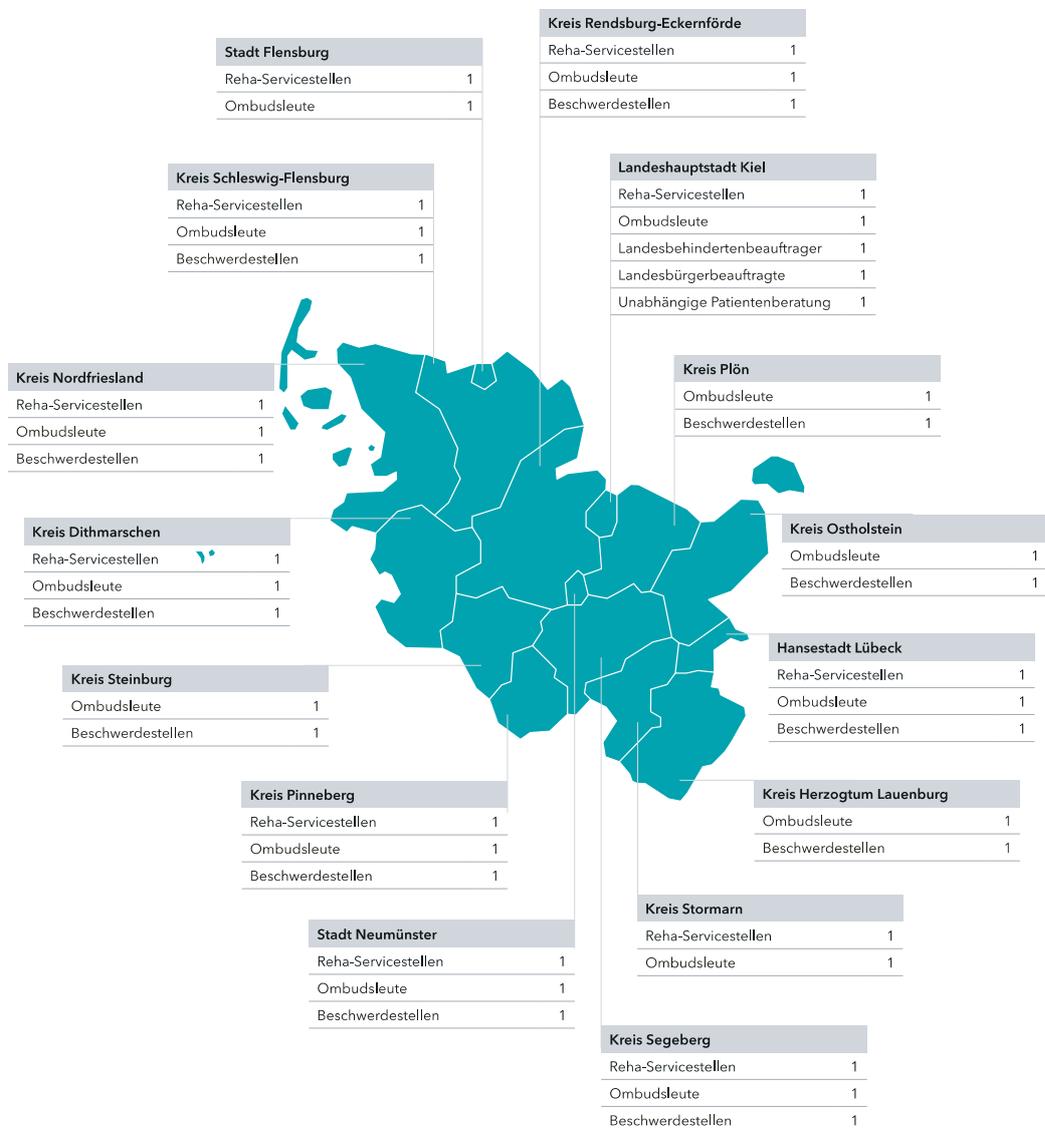


Abb. zu 7.16 (Eigenrecherche)

7.6 Partizipation und Empowerment

Anlage zu 7.6.2: Trialogische Angebote nach Kreisen/ kreisfreien Städten

| | |
|-------------------------|---|
| Dithmarschen | |
| Heide | Brücke Dithmarschen e.V. - Trialogische Seminare (regelm.) |
| Herzogtum Lauen- | |

| | |
|-------------|---|
| burg | |
| Geesthacht | Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft im Kreis Herzogtum-Lauenburg (PSAG) - Trialogische Seminare (1x monatl.) |
| Mölln | Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft im Kreis Herzogtum-Lauenburg (PSAG) - Trialogische Seminare (1x monatl.) |

| | |
|----------------------|--|
| Nordfriesland | |
| Bredstedt | Husumer Insel, Brücke SH, Mürwiker Werkstätten AWO SH SPE: - Psychose-Seminar (1x monatl.) |

| | |
|--------------------|--------------------------|
| Ostholstein | |
| | - keine Angebote bekannt |

| | |
|------------------|---|
| Pinneberg | |
| Elmshorn | Brücke SH - Psychose-Seminar (1x monatl.) |
| Pinneberg | Brücke SH - Trialogischer Gesprächskreis (unregelm.) |

| | |
|-------------|--------------------------|
| Plön | |
| | - keine Angebote bekannt |

| | |
|------------------------------|---|
| Rendsburg-Eckernförde | |
| Büdelsdorf | Arbeitskreis "Nichts über uns ohne uns!": - Offenes Bürgerforum „Nichts über uns ohne uns“ |

| | |
|-------------------|--|
| Schleswig- | |
|-------------------|--|

| | |
|------------------|---|
| Flensburg | |
| Kropp | Stiftung Diakoniewerk Kropp - Borderline-Triolog (regelm.) |
| Schleswig | Betreuungsverein Schleswig und Umgebung e.V.: - Psychose-Seminare (im Februar, April, Juni, September; November) |

| | |
|-----------------|---|
| Segeberg | |
| Bad Bramstedt | Schön Klinik Bad Bramstedt - Trialogische Seminare, überwiegend zum Thema Borderline (regelm.) |
| Bad Segeberg | Psychosoziales Zentrum Bad Segeberg: - Psychose-Seminare |
| Norderstedt | Psychosoziales Zentrum ATP: Trialogische Seminare (1x monatl. excl. Juli, August, Dezember) |

| | |
|------------------|---|
| Steinburg | |
| Itzehoe | Brücke Schleswig-Holstein: - Trialogisches Angebot |

| | |
|-----------------|--------------------------|
| Stormarn | |
| | - keine Angebote bekannt |

| | |
|------------------|--|
| Flensburg | |
| | Brücke Flensburg - Psychose-Seminare (1x monatl. außer Juli und August) |

| | |
|-------------|--|
| Kiel | |
| | Kieler Fenster: - Trialogische Seminare in der Pumpe Kiel (4x pro Jahr) |

| | |
|---------------|---|
| Lübeck | |
| | Die Brücke Lübeck gGmbH - Trialogische Seminare und Workshops zu verschiedenen Themen Lübecker Borderline-Trialog - Trialogische Seminare (1x monatl.) |

| | |
|-------------------|---|
| Neumünster | |
| | Brücke Neumünster gGmbH - Trialogische Veranstaltungen und Seminare (1x monatl.) |

(Anlage zu 7.6: Abfrage der Wohlfahrtsverbände in SH vom 27.04.2016; Trialogseminare in SH, online abrufbar unter <http://www.trialog-psychoseseminar.de/de/43/Schleswig-Holstein.html?stateID=15&action=showCities>; Internetrecherche auf den Internetpräsenzen schleswig-holsteinischer Träger und Einrichtungen)

7.7 Opferhilfe

keine Anlagen vorhanden

7.8 Flucht und Psychiatrie

Anlage zu 7.8.5: Übersicht der Aktivitäten und Themen des AK Migration und Gesundheit



**Arbeitskreis
Migration & Gesundheit
Schleswig-Holstein**

Historie des

Arbeitskreises Migration und Gesundheit

Der Arbeitskreis Migration und Gesundheit existiert seit dem Jahr 2000 und ist auf Initiative des „Migrationspolitischen Runden Tisches“ der Landesregierung eingerichtet worden.

Der Arbeitskreis hat das Ziel, eine interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems zu erreichen und die Gesundheitsversorgung der Migrantinnen und Migranten in Schleswig-Holstein zu verbessern.

Die Ziele sollen durch

- Sensibilisierung medizinischer Fachkräfte für die Lebenssituation von Migranten
- Vermittlung interkultureller Kompetenz durch Fachtagungen und Fortbildungen
- Vermittlung interkultureller Kompetenz schon in der Ausbildung medizinischer Berufe
- Interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens
- Informations- und Aufklärungsarbeit über das deutsche Gesundheitssystem für Migranten
- Zusammenarbeit mit Multiplikatoren in der Migrationsarbeit verwirklicht werden.

Folgende Institutionen sind aktuell im Arbeitskreis vertreten:

- Ärztekammer Schleswig-Holstein
- Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein
- Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
- Beauftragter für Flüchtlings-, Asyl- und Zuwanderungsfragen der Landes
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung
- Ministerium für Inneres und Bundesangelegenheiten
- Gesundheitsamt der Hansestadt Lübeck
- Der PARITÄTISCHE Schleswig-Holstein e.V.
- Brücke Schleswig-Holstein
- Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster
- Segeberger Kliniken GmbH
- Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP) gGmbH
- Campuszentrum Kiel
- Schönklinik Bad Bramstedt
- KIBIS-Kiel
- Türkische Gemeinde in Schleswig-Holstein e. V.
- Fachhochschule Kiel
- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e. V. in Schleswig-Holstein
- Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Schleswig-Holstein, Fachausschuss Migration

Durchgeführte Veranstaltungen und erarbeitete Themen:**2000**

- Fachtagung „MigrantInnen und Gesundheit in Schleswig-Holstein“ am 1.4.2000

2001

- Intensiver Austausch über folgende Thematiken:
 - Initiierung einer Informationsveranstaltung zum deutschen Gesundheitssystem
 - Planung von Fortbildungsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte und medizinisches Fachpersonal im Hinblick auf den Erwerb interkultureller Kompetenz
 - Planung von Fortbildungsveranstaltungen für DolmetscherInnen

2002

- Fachtagung „MigrantInnen und Gesundheit in Schleswig-Holstein zum Thema „Gesund bleiben – und bei Krankheit die richtige Hilfe“ am 24.8.2002
- Fachtagung „MigrantInnen und Gesundheit in Schleswig-Holstein zum Thema „Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen in der Praxis“ am 25.9.2002
- Fachtagung „MigrantInnen und Gesundheit in Schleswig-Holstein zum Thema „Kinderspezifische Traumatisierung von Flüchtlingen“ am 4.12.2002
- Mitarbeit beim Integrationskonzept der Landesregierung 2002

2003

- Fortbildung für DolmetscherInnen, die bereits bei psychotherapeutischer Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen tätig sind zum Thema „Dolmetschen im ärztlichen und psychotherapeutischen Kontext“ am 19./20.9.2003
- Veranstaltung zum Thema „Brustlife“ am 22.10.2003
- Veranstaltung zum Thema „Junge MigrantInnen und Sucht – im Blickpunkt: Jugendliche aus der ehemaligen UdSSR“ am 29.10.2003
- Das Projekt „Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheitslotsen in Schleswig-Holstein“ beginnt – und es läuft auch 2016 immer noch sehr erfolgreich

2004

- „Wir sind für alle da – einmal anders gesehen Diversity-Management: Nutzen Sie das Anderssein der Anderen“ am 27.9.2004
- „Richtig ernähren – aber wie?“ ab 7. Sept. - 21..9.2004

- „Wie bleibt meine Familie gesund?“ am 1., 8. und 15.12.2004
- „Tanz und Bewegung hält gesund!“ ab 5.11. bis 31.12.2004
- „Gib AIDS und Drogen keine Chance!“ am 22. und 24.11.2004
- „Ausbildung von jugendlichen MigrantInnen“ am 22.11.2004
- „Brustlife“ am 21.9., 11., 19. und 23.11., 2.12.2004
- „Anforderungen an die Dolmetschertätigkeit: Dolmetschen im medizinischen und psychotherapeutischen Kontext für Asylbewerber und Traumatisierte Flüchtlinge“ am 15./16.10.2004
- „Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die medizinische und psychotherapeutische Versorgung von Asylbewerbern und traumatisierten Flüchtlingen“ am 20.10.2004
- „Beratung von Flüchtlingen mit traumatischen Erfahrungen – die Bewältigung des Unbewältigbaren“ am 1. und 29.9.2004
- „Diversity im Gesundheitswesen“ am 27.9.2004

2005

- „Dolmetschen im Krankenhaus“ am 7.5.2005, 17.9.2005 und 21.10.2005
- „Erst das Baby und dann...“ ganzjährig
- „Gesunde Gewichtsreduktion“ ganzjährig
- „Beratung von traumatisierten Flüchtlingen – Erfahrungsaustausch, Fallbesprechungen und Umgang mit Belastungen“ am 8.6.2005
- „Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Aufenthaltsrecht“ am 21.9.2005
- „Vermittlung interkultureller Kompetenz“ am 5.11.2005
- „Das schmeckt gut“ ab 19.12.2005

2006

- „Vermittlung interkultureller Kompetenz“ am 14.10.2006
- „Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen unter Beteiligung von Dolmetschern“ am 10.5.2006
- „Prävention von Kinderkrankheiten“ am 5.10.2006 und 12.10.2006
- „Prävention von AIDS“ am 12.10.2006
- „Dolmetschen im Krankenhaus“ am 3.11.2006 und 8.11.2006
- „Dolmetschen im Gesundheitswesen: Anforderungen in Psychotherapie und ärztlich-psychiatrischer Behandlung“ am 10.11.2006
- „Drogenprobleme bei türkischsprachigen Migrantinnen und Migranten“ ganzjährig
- „Muttersprachliche Informationsreihe zu besonderen Gesundheitsthemen“ ganzjährig

- „BRUSTlife“ ganzjährig

2007

- Intensiver Austausch über folgende Thematiken:
 - tägliche Zusammenarbeit mit Migrantinnen und Migranten
 - Erarbeitung von Themenschwerpunkten für Veranstaltungen im Rahmen des Projekts „Mit Migranten für Migranten“

2008

- 76 Personen haben die Ausbildung zum Gesundheitslotsen erfolgreich abgeschlossen und sind somit auch für die Durchführung weiterer Veranstaltungen zu Gesundheitsthemen geeignet.
- Regionale Koordination und Implementierung des MiMi-Projektes, insbesondere durch die Mitwirkung in der Steuerungsgruppe des schleswig-holsteinischen Projektes und in der Brückenfunktion zum Ethno-Medizinischen Zentrum in Hannover.

2009

- Fortbildungsseminar zum Thema „Transkulturelles Lernen und konstruktive Konfliktberatung nach ATCC und Theatermethoden nach A. Boal“ am 09. und 16.9.2009
- Fachtagung „Kultursensibler Umgang und Interkulturalität im Gesundheitswesen“ am 25./26.9.2009 (UKSH, Kiel)
- Fortbildungsreihe „Folgen von Gewalt im interkulturellen Kontext“ im Rahmen der Interkulturellen Wochen in Lübeck am 16., 23. und 30.9.2009
- Veranstaltung bei der Hermann-Ehlers-Akademie in Kiel am 23.2.2009

2010

- Veranstaltung für MiMi-Gesundheitslosinnen und -lotsen zum Thema „Alter, Pflege und Gesundheit“ am 11.9.2010
- Veranstaltung zum Thema „Verstehen und verstanden werden“ im Rahmen der Interkulturellen Wochen 2010 in Lübeck am 1.10./26.10./5.11.2010
- Veranstaltung zum Thema „Psychischer Druck durch Migration? Suizidgefährdung bei Frauen mit Migrationshintergrund“ am 4.11.2010
- Veranstaltung für MiMi-Gesundheitslosinnen und -lotsen zum Thema „Seelische Gesundheit von Kindern- und Jugendlichen/ Gesunde Ernährung und Vermeidung von Übergewicht“ am 29.10.2011

2011

- Sieben Veranstaltungen zu verschiedenen Gesundheitsthemen (Osteoporose, Mund-, Kiefer- und Gesichtskrankheiten, Diabetes, Gesunde Ernährung und Sport, Verwandtschaftsheirat und biologische Risiken)
- „Fit for Young Kiel“ - Sozialraumprojekt für Mädchen und junge Frauen mit Migrationshintergrund
- Erstellung eines Versorgungsatlas für Schleswig-Holstein für muttersprachliche Fachärzte/-innen und Psychotherapeuten/-innen
- Planung der Fachtagung „Vielfalt macht gesund – Kultur und Migration als Herausforderung in der Gesundheitsversorgung“
- Herstellung des „MiMi-Gesundheitsleitfaden“ in den Sprachen türkisch, russisch, griechisch, arabisch und deutsch für den Standort Lübeck
- Herstellung von Folienvorlagen für die Themenbereiche „Suchtprävention“ und „Alter und Pflege“ für die Standorte Kiel und Neumünster

2012

- Sechs Veranstaltungen im Rahmen des Kleinprojektes „Gesunde Ernährung für Grundschul-kinder in Kiel“
- Projekt „Männergesundheit und deren Teilnahme an Veranstaltungen zu gesundheitlichen Themen im Rahmen von MiMi-Veranstaltungen“
- Herstellung des „MiMi-Gesundheitsleitfaden“ für den Standort Lübeck
- „Einsatz von Gesundheitslotsen: MiMi – Mit Migranten für Migranten in Kiel und Neumünster“
- Fortbildung zum Thema „Psychotherapie zu Dritt. Über die Arbeit mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern in therapeutischen Gesprächen. Erfahrungen mit einer scheinbar unmöglichen Annäherung“

2013

- Intensiver Austausch über die verschiedenen Projekte der Arbeitskreismitglieder:
 - Projekt „Aktive Teilhabe in Schleswig-Holstein“, Türkische Gemeinde in Schleswig-Holstein e.V.
 - Vorstellung der Arbeit eines Integrationsbeauftragten in Krankenhäusern
 - Vorstellung der Arbeit des Medibüro Kiel

2014

- Entwicklung eines Logos für den Arbeitskreis Migration und Gesundheit
- Erstellung einer Dokumentation der Baff-Jahrestagung 2013
- Konzepterstellung zum Aufbau eines Traumazentrums in Schleswig-Holstein

- Strukturelle Anbindung des Landesarbeitskreises „Migration und Psychiatrie“ an den AK Migration und Gesundheit
- Vorstellung des Projektes „Berufsbezogene Deutschförderung von internationalen Ärztinnen im Krankenhaus“ durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
- Vorstellung des Projektes „Selbsthilfe und Migration“ durch die Selbsthilfekontaktstelle in Kiel

2015

- Entwicklung folgender Hauptanliegen:
 - Dolmetscher = Kassenleistung
 - Leistungskatalog für Asylbewerber
 - Migration = Internationalisierung
 - Altenhilfe für Migrantinnen und Migranten
 - Teilhabe/ Stärkung der Migrantenorganisationen
 - Selbsthilfe für Migrantinnen und Migranten
 - Aufklärung, Prävention
 - Aufenthalt behinderte Migrantinnen und Migranten
 - Gesundheitskarte/ Mediacard
 - Mittelzuständigkeit im Sozialministerium
 - Interkulturelle Öffnung der Regelversorgung
 - Berichterstattung traumatisierte Flüchtlinge
- Weiterentwicklung des Konzeptes zum Aufbau eines Traumazentrums in Schleswig-Holstein
- Berichterstattung über die Einführung der Gesundheitskarte für Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz
- Vorstellung der Einrichtung ELELE Sozialpädagogisches Begleitungs- und Beratungszentrum für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, Kiel
- Kurzbericht aus dem Psychiatrischen Krankenhaus Rickling
- Thematisierung „Migration und zahnärztliche Gesundheit“
- Unterstützung des Modellprojektes „Erste Hilfe für tiefe Wunden“

2016

- Kurzbericht aus der Erstaufnahmeeinrichtung in Neumünster
- Vorstellung des Zentrums für integrative Psychiatrie (ZIP) gGmbH

Psychiatriebericht 2016

Handlungsfelder

Inhalt

| | |
|--|------------|
| 1. Handlungsfeld Offene Hilfen: Evaluation der Landesförderung..... | 226 |
| 2. Handlungsfeld Sozialpsychiatrischer Dienst..... | 228 |
| 3. Handlungsfeld ambulante Versorgung | 230 |
| 4. Handlungsfeld Stationäre und teilstationäre Versorgung Erwachsener.. | 234 |
| 5. Handlungsfeld Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) | 236 |
| 6. Handlungsfeld Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischer Behinderung | 239 |
| 7. Handlungsfeld Demenzielle Versorgung | 241 |
| 8. Handlungsfeld Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit seelischer Behinderung: Budget für Arbeit SH | 243 |
| 9. Handlungsfeld Betriebliches Eingliederungsmanagement..... | 245 |
| 10. Handlungsfeld Integrationsunternehmen nach § 132 SGB IX..... | 247 |
| 11. Handlungsfeld Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen | 248 |
| 12. Handlungsfeld Kinder psychisch kranker Eltern | 251 |
| 13. Handlungsfeld Psychisch- Kranken- Gesetz | 253 |
| 14. Handlungsfeld Psychiatrie und Zwang | 255 |
| 15. Handlungsfeld Maßregelvollzug | 257 |

1. Handlungsfeld Offene Hilfen: Evaluation der Landesförderung

1.1 Relevanz

Die Einrichtungen der offenen Hilfen stellen niedrigschwellige Anlaufstellen für ein generationsübergreifendes Kontakt- und Beratungsangebot dar. Krisendienste, (aufsuchende) Beratung und die Betreuung am Übergang sowie Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion bilden den Kern der gemeindenahen sozialpsychiatrischen Versorgung. Die offenen niedrigschwelligen Hilfen sind daher ein wichtiger Baustein in der Versorgung von Menschen mit und ohne Psychiatrieerfahrung. Niedrigschwellige offene Hilfen leisten in vielen Fällen einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung der Betroffenen und helfen damit, weitergehende Hilfe- und Behandlungsbedarfe zu vermeiden.

Nach dem Gesundheitsdienstgesetz (GDG) ist die Gestaltung und Finanzierung der offenen niedrigschwelligen Hilfen eine originäre Aufgabe der Kommunen. Das Land unterstützt diese bereits seit Jahrzehnten im Rahmen freiwilliger Leistungen. Der weit überwiegende Finanzierungsanteil wird jedoch von den Kommunen getragen.

1.2 Analyse

Ab 2012 wurden die Förderungen mit Landeszuwendungen auf eine neue Grundlage gestellt (vgl. Kapitel 7.2.2, S. 39). Der sogenannte „Rahmenvertrag über die Grundsätze der Neustrukturierung und Kommunalisierung sozialer Hilfen in Schleswig-Holstein“ trat in Kraft. Dieser wurde erstmals zwischen dem Sozialministerium und den kommunalen Landesverbänden geschlossen. Der Rahmenvertrag hatte zunächst eine Laufzeit bis zum 31. Dezember 2014. Um eine gerechte Verteilung der Landesmittel zwischen den Kommunen zu erreichen, wurde unter wissenschaftlicher Begleitung und umfangreichen Arbeiten das sogenannte Indikatorenmodell entwickelt (vgl. Kapitel 7.7.2, S. 40), auf dessen Grundlage ab dem Jahr 2013 die Verteilung der Landesmittel auf die Kreise und kreisfreien Städte erfolgt. Ziel dieses Modells ist es, die relative Bedarfsorientierung zu bestimmen, um so eine gerechte Verteilung der Landesmittel auf die einzelnen Kommunen in Schleswig-Holstein zu ermöglichen.

Vom 01. Januar 2015 bis 31. Dezember 2018 gilt der sogenannte „Rahmenstrukturvertrag über die Grundsätze der Neustrukturierung und Kommunalisierung der Förderung sozialer Hilfen in Schleswig-Holstein“ (Rahmenstrukturvertrag soziale Hilfen in Schleswig-Holstein). Die Regelungen entsprechen weitgehend denen des Vorgängervertrages.

Durch die Umstellung der Förderung vom Sozialvertrag II auf Zuwendungsverträge mit den Kreisen und kreisfreien Städten sollen die Voraussetzungen für eine wirksame, an den Bedürfnissen der Menschen ausgerichtete Angebotsstruktur erhalten und nach Möglichkeit weiterentwickelt werden.

1.3 Ziele

Gemeinsames sozialpolitisches Ziel der Landesregierung und der Kommunen ist es, die Lebensqualität der Menschen zu sichern.

Psychisch kranken und behinderten Menschen soll ein niedrigschwelliger und generationsübergreifender Zugang zum Hilfesystem ermöglicht werden. Hier sind insbesondere Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion in Form von Begegnungsstätten, Teestuben, Clubs und Treffs geeignet. Deren Leistungen sollen von Angeboten zur Tagesstruktur über Hilfen zur Kontaktgestaltung bis hin zu Angeboten zur Teilnahme am öffentlichen Leben reichen. Ferner sollen psychisch kranken Menschen Beratung und Begleitung von einer Betreuungsform

in eine andere erhalten.

Die Voraussetzungen für eine wirksame, an den Bedürfnissen der Menschen ausgerichtete Angebotsstruktur sollen erhalten und nach Möglichkeit weiter entwickelt werden. Zudem sollen die sozialen Hilfen vor Ort noch besser orientiert an den jeweiligen Lebenslagen der Menschen gestaltet werden. Gleichzeitig wird eine effiziente Steuerung des Einsatzes der vorhandenen Mittel angestrebt.

Die kommunale Planungs- und Handlungsfähigkeit soll durch die Konzentration der Förderung auf die kommunale Ebene gestärkt und die Grundlagen für eine zukunftssichernde Infrastruktur geschaffen werden.

1.4 Maßnahmen

Um das ab 2013 für die Verteilung der Landesmittel zugrunde liegende Indikatorenmodell sozialverträglich einzuführen, wurde dieses sukzessiv umgesetzt. In den Jahren 2013 und 2014 fand die Zuweisung der Landesmittel mit 50 % nach dem alten Verteilungsschlüssel und mit 50 % nach dem neuen Modell statt. Ab 2015 werden 75 % der Landesmittel nach dem Indikatorenmodell zugewiesen und 25 % nach dem alten Schlüssel.

Die Evaluation und Aktualisierung der Datengrundlagen des Indikatorenmodells (Bevölkerung/Belastung/Bedarf und Versorgungsstruktur/Inanspruchnahme) ist für die Jahre 2016 und 2017 vorgesehen.

Es wird, in Zusammenarbeit mit der FOGS GmbH (Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH), ein fundiertes Evaluierungskonzept entwickelt, das die vereinbarten Indikatoren und deren Gewichtung überprüft und gegebenenfalls anpasst. Hierzu werden unter anderem die Daten aus den Kommunen und die Veränderungen der Angebotsstruktur ausgewertet.

Darüber hinaus soll eine Evaluation der präventiven Wirksamkeit der offenen Hilfen geprüft und Wege zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Leistungserbringer gesucht werden.

Akteur: MSGWG, Kommunen, Leistungserbringer

2. Handlungsfeld Sozialpsychiatrischer Dienst

2.1 Relevanz

Der Sozialpsychiatrische Dienst trägt eine besondere hervorzuhebende Verantwortung im System der psychischen Versorgung, insbesondere im Verfahren der Unterbringung nach dem PsychKG. Daneben hat sich der multiprofessionell besetzte Sozialpsychiatrische Dienst zu einem unverzichtbaren Bestandteil der ambulanten Versorgung entwickelt. Zielgruppen der Angebote sind vor allem psychisch kranke Menschen mit Chronifizierungsgefahr oder chronischen Verläufen mit komplexem Hilfebedarf, schwankender Compliance und hohen Schwellenängsten. Sozialpsychiatrische Dienste erbringen ihre Leistungen aufsuchend, lebensweltorientiert und gemeindenah. Sie sind vor allem beratend und begleitend sowie bei der Krisenintervention tätig. Sie motivieren psychisch kranke Menschen, die sich trotz Bedarfs noch nicht oder nicht mehr behandeln lassen wollen.

2.2 Analyse

Um die vielfältigen Aufgaben zu bewältigen, bedarf es eines interdisziplinären Teams ausgestattet mit ausreichendem und qualifiziertem Personal. Der Bericht hat deutlich gemacht, dass die tatsächlichen Arbeitsbedingungen es derzeit vielen Diensten nicht ermöglichen, allen Aufgaben nachzukommen. Fehlende Personalressourcen und fehlendes Fachpersonal erschweren die Aufgabenwahrnehmung. Dieser „Trend“ wird sich zukünftig noch verschärfen, da es immer schwieriger wird, das erforderliche fachlich qualifizierte ärztliche Personal zu finden.

2.3 Ziele

Sozialpsychiatrische Dienste sollten sich in der Kommune verstärkt an der Gemeinwesenarbeit zugunsten der seelischen Gesundheit in der Bevölkerung und an den Aktivitäten zur Prävention psychischer Erkrankungen beteiligen. Sie sollen psychisch erkrankte Menschen befähigen, ein selbstbestimmtes Leben zu führen und für deren volle gesellschaftliche Teilhabe eintreten. Dazu gehört die niedrigschwellige Beratung und Betreuung, die Krisenintervention, die Planung und Koordination von Einzelfallhilfen, Netzwerkarbeit und Steuerung im regionalen Verbund, das Beschwerdemanagement die zwangsweise Unterbringung als letztes Mittel sowie die Fachaufsicht.

Mit Blick auf die zunehmende Bedeutung psychischer Störungen nehmen die Anforderungen an den SpDi stetig zu. Sie müssen daher noch stärker als bisher in der Lage sein, krankhafte psychische Auffälligkeiten zu erkennen. Die SpDi müssen eine Schlüsselfunktion bei der Versorgung psychisch kranker Menschen einnehmen und dabei wohnungsnah und niedrigschwellig erreichbar sein. Ihre Aufgabe muss es sein, psychisch kranke Menschen durch das Gesundheitssystem zu lotsen und zu unterstützen. Dabei hat sich der SpDi den sich wandelnden Herausforderungen, veränderten Bedarfslagen, fortentwickelten Konzepten, Rollen und Bedeutung der Teilhabe sowie der demografischen Entwicklung zu stellen.

Dabei geht es um die bedarfsbezogene Passgenauigkeit der Angebote und Leistungen – gerade in Krisensituationen, sowie um die Vernetzung der Hilfesysteme sowie ihre Steuerung und Optimierung auf örtlicher, regionaler und Landesebene. Zudem sind zeitgemäße sozialpolitische und sozialetische Vorgaben insbesondere zu Inklusion, Lebensweltbezug, Patientinnen- und Patientenorientierung, Partizipation und Vielfalt (Diversity) zu berücksichtigen.

Vor allem geht es auch um sektorenübergreifende Maßnahmen.

2.4 Maßnahmen

Um die Ziele zu erreichen, bedarf es

- der Verbesserung der Prävention,
- einer verstärkten Einbindung von Selbsthilfe und Angehörigen,
- regelmäßiger Berichterstattung über Zwangsmaßnahmen und über die Zahl untergebrachter Menschen in Einrichtungen,
- einer zentralen Erfassung von Zwangsmaßnahmen und Unterbringungen in allen Einrichtungen, also auch außerhalb psychiatrischer Kliniken,
- eine ausreichende und qualifizierte Personalausstattung,
- der Weiterentwicklung des Aufgabenspektrums, vor allem im Bereich der Koordination innerhalb der vorhandenen Angebote,
- der Einrichtung von Krisendiensten, um Krisensituationen ambulant aufzufangen und stationäre Behandlung zu vermeiden,
- der Weiterentwicklung ambulanter Angebote, um Betroffenen einen flexiblen und für sie passgenauen Zugang zu psychotherapeutischer Betreuung zu ermöglichen,
- regelmäßiger Aus- und Weiterbildung sowie
- einer Stärkung und einem Ausbau sektorenübergreifender Zusammenarbeit.

Darüber hinaus ist ein einheitliches Berichtswesen sinnvoll, um in allen Kreisen und kreisfreien Städten möglichst einheitliche Angebote für psychisch kranke Menschen und deren Angehörigen und Freunde vorzuhalten.

Akteur: MSGWG, Kommunen; Adressat: Kommunen, Leistungserbringer, Betroffenen- und Angehörigen-Vertretungen

3. Handlungsfeld ambulante Versorgung

3.1 Relevanz

Ambulante Psychotherapie ist nach § 1 Absatz 3 Psychotherapeutengesetz jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Eine ambulante Versorgung ist ohne niedergelassene Psychotherapeutinnen und –therapeuten nicht denkbar. Gerade in den vergangenen Jahren hat die Psychotherapie als wesentlicher Eckpfeiler unseres Gesundheitssystems deutlich an Bedeutung gewonnen. Insbesondere die gesteigerte Sensibilität in der Bevölkerung für psychische und psychosomatische Störungen führt zu einer hohen Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Hilfe. Ähnlich wie bei der hausärztlichen Versorgung wird auch eine abnehmende Versorgung durch niedergelassene Vertragspsychotherapeuten, insbesondere in ländlichen Regionen und damit einhergehende lange Wartezeiten und lange Wege beklagt.

3.2 Analyse

Der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holsteins (KVSH) obliegt nach § 75 SGB V die Sicherstellung der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung. Diesem Sicherstellungsauftrag kommt die KVSH mit einer Vielzahl von Instrumenten nach. Das Land hat keine eigene Zuständigkeit bzw. Planungskompetenz bei den niedergelassenen Vertragspsychotherapeuten.

Ein wichtiges Instrument der Versorgungsplanung ist die sog. Bedarfsplanung. Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 wurden die gesetzlichen Regelungen zur Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung modifiziert, um die Möglichkeit für eine zielgenauere und den regionalen Besonderheiten Rechnung tragende flexible Ausgestaltung der Bedarfsplanung zu schaffen.

Auf der Grundlage der gesetzlichen Regelungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zum 1. Januar 2013 eine neue Bedarfsplanungsrichtlinie beschlossen. Erstmals wurde in der Bedarfsplanungsrichtlinie eine Abweichungsmöglichkeit bei der Aufstellung des Bedarfsplans auf Landesebene verankert, soweit dies zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der Demografie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Damit kann spezifischen oder überdurchschnittlichen Versorgungsbedarfen, die sich aus einer regionalen demografischen Entwicklung und Morbiditätsstruktur ergeben können, Rechnung getragen werden. Von dieser Regelung wurde auch in Schleswig-Holstein Gebrauch gemacht.

Mit der Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie und deren konkreten Umsetzung auf Landesebene konnte eine Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung erreicht werden. Gleichwohl hat es sich gezeigt, dass die derzeitige Bedarfsplanung im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung einer grundlegenden wissenschaftlichen Untersuchung und Analyse bedarf, um diese im Hinblick auf das Versorgungsgeschehen adressatengerecht überarbeiten zu können. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VStG) vom 16. Juli 2015 hat deshalb der G-BA den Auftrag erhalten, eine solche Überarbeitung vorzunehmen. Die Ausschreibung eines solchen wissenschaftlichen Gutachtens wird derzeit im G-BA, Unterausschuss Bedarfsplanung, vorbereitet.

Umgesetzt wird die Bedarfsplanung durch den Zulassungsausschuss für Ärzte nach § 96 SGB V. Dieses ebenfalls paritätisch von Krankenkassen und Ärzten besetzte Gremium entscheidet über die Zulassungsanträge der Ärzte und Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein. Das heißt, dass nicht die KVSH, sondern der Zulassungsausschuss entscheidet, ob

sich Ärzte und Psychotherapeuten in einer bestimmten Region des Landes niederlassen dürfen. Der Zulassungsausschuss ist auch kein Ausschuss der KVSH, sondern – wie die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 bzw. § 116b Abs. 3 i.V.m. § 90 SGB V – ein unabhängiges Gremium. Bei der KVSH ist allein die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses angesiedelt.

Darüber hinaus wurde mit GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) dem G-BA die Aufgabe zugewiesen, in seinen Richtlinien die Rahmenbedingungen für die Erbringung von ambulanter Psychotherapie zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung zu regeln und weiterzuentwickeln. Eine entsprechende Richtlinie wurde zwischenzeitlich erarbeitet¹. Sie ist aber noch nicht in Kraft getreten². In der Richtlinie werden Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere die Einrichtung von Psychotherapeutischen Sprechstunden, die Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, die Förderung von Gruppentherapie und der Rezidivprophylaxe und die Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens festgeschrieben.

Beides, Bedarfsplanung und Umsetzung der Richtlinie, sind wichtige Kernelemente für die Weiterentwicklung des ambulanten vertragspsychotherapeutischen Angebots in Schleswig-Holstein. Der Selbstverwaltung werden hier Instrumente für eine bedarfsgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten an die Hand gegeben.

3.3 Ziele

KVSH und Krankenkassen haben sich in Schleswig-Holstein darauf verständigt, dass die Bedarfsplanung kontinuierlich auf ihre Auswirkungen überprüft werden soll, um gegebenenfalls rechtzeitig die Beschlussfassung eines neuen Bedarfsplanes einzuleiten und so negativen Entwicklungen entgegenzusteuern. Dies gilt selbstverständlich auch für die ambulante psychotherapeutische Versorgung. Insofern werden Änderungen der Bedarfsplanungsrichtlinie zeitnah auf Landesebene umgesetzt.

Die Landesregierung ist zum einen mitberatend im Landesausschuss und erweiterten Landesausschuss (§ 90 Abs. 4 SGB V bzw. § 116b Abs. 3 i.V.m. § 90 Abs. 4 SGB V), sowie als Mitglied des Gemeinsamen Landesgremiums (§ 90a SGB V i.V.m. § 3 AG-GKV-VStG) als auch als Aufsichtsbehörde (§ 99 Abs. 1 SGB V) in die Planungsprozesse eingebunden. Gleichzeitig obliegt dem MSGWG als für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde die Rechtsaufsicht über die KVSH und KZV SH gem. § 78 SGB V bzw. über die landesunmittelbaren Krankenkassen gem. § 90 SGB IV.

Ziel der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA zur „Strukturreform der ambulanten Psychotherapie“ ist eine effektivere psychotherapeutische Versorgung. Neben der Bündelung von Ressourcen soll ein zeitnaher Zugang sowie erforderlichenfalls eine optimierte psychotherapeutische Behandlung für chronisch kranke Patientinnen und Patienten gewährleistet werden. Sobald die Richtlinie in Kraft getreten ist, finden die Regelungen über die Terminservicestellen nach § 75 Absatz 1a SGB V auch für die Vermittlung von Terminen für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden Anwendung.

Mit der durch die Psychotherapie-Richtlinie verfolgte Strukturreform werden neue Versorgungselemente eingeführt, bei denen es insbesondere darum geht, einen behandlungsbedürftigen Erkrankungsverdacht frühzeitig diagnostisch abzuklären, bei einer akuten psychischen Symptomatik schnell und bürokratiearm intervenieren zu können und die Möglichkeit zur Stabilisierung von Behandlungserfolgen zu geben. Ob mit den neuen Versorgungsele-

¹ Siehe G-BA, Unterausschuss Psychotherapie, Psychotherapie-Richtlinie: Strukturreform der ambulanten Psychotherapie, www.g-ba.de/downloads/40-268-3856/2016-06-16_PT-RL_Aenderung_Strukturreform-amb-PT_Vorabversion-RL.pdf

² Der Beschluss des G-BA wird dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Prüfung vorgelegt und tritt nach Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft. Entsprechend der Übergangsregelung sollen die Änderungen ab dem 1. April 2017 angewendet werden.

menten die angestrebten Ziele auch tatsächlich erreicht werden, wird der G-BA innerhalb von fünf Jahren evaluieren.

Die wichtigsten neuen Versorgungselemente sind:

- Psychotherapeutische Sprechstunde:
Die Sprechstunde soll zeitnah einen niedrigschweligen Zugang der Patientin oder des Patienten zur ambulanten Versorgung ermöglichen. Sie dient der Abklärung, ob ein Verdacht auf eine krankheitswertige Störung vorliegt und weitere fachspezifische Hilfen im System der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sind. Bei Verdacht auf eine seelische Krankheit findet im Rahmen der Sprechstunde eine orientierende diagnostische Abklärung und, sofern erforderlich, eine differentialdiagnostische Abklärung statt. Die Sprechstunde kann als Einzelbehandlung bei Erwachsenen in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens sechsmal je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 150 Minuten) durchgeführt werden; bei Kindern und Jugendlichen als Einzelbehandlung in Einheiten von mindestens 25 Minuten höchstens 10-mal je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 250 Minuten).
- Psychotherapeutische Akutbehandlung:
Die Akutbehandlung ist eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss an die Sprechstunde zur Vermeidung von Fixierungen und Chronifizierungen psychischer Symptomatik. Ziel ist es, Patienten mit ambulanten psychotherapeutischen Mitteln von akuter psychischer Symptomatik zu entlasten. Sie dient der Besserung akuter psychischer Krisen- und Ausnahmestände. Eine Akutbehandlung erfolgt als Einzelbehandlung in Einheiten von mindestens 25 Minuten bis zu 24-mal je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 600 Minuten) und ist gegenüber der Krankenkasse anzeigepflichtig.
- Rezidivprophylaxe:
Nach Beendigung einer Langzeittherapie kann es sinnvoll sein, zur Erhaltung der erreichten und erarbeiteten Ziele eine weitere Behandlung mit den innerhalb des bewilligten Kontingents verbliebenen Stunden durchzuführen. Eine solche niederfrequente therapeutische Arbeit kann zur Stabilisierung der Patientin oder des Patienten beitragen und wieder auftretende entwicklungsbedingte Herausforderungen und Krisen abfangen. Die Stunden, die für die Rezidivprophylaxe genutzt werden sollen, sind kein eigenständiges Modul, sondern Bestandteil des bewilligten Gesamtkontingents.

3.4 Maßnahmen

Der Bedarfsplan wird in Schleswig-Holstein durch den paritätisch besetzten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 SGB V unter der Beteiligung der Interessenvertretungen der Patientinnen und Patienten nach § 140f SGB V und der Stellungnahme des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V i.V.m. § 2 Abs. 2 AG-GKV-VStG verabschiedet.

Die Selbstverwaltung wird neben der Umsetzung der Bedarfsplanung die zusätzlichen Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens auf der Basis einer Richtlinie des G-BA nach § 92 Absatz 6a Satz 3 SGB V umsetzen. Die Richtlinie ist bisher noch nicht in Kraft getreten.

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber erstmals vorgesehen, die finanzielle Förderung der Facharztweiterbildung in der ambulanten Versorgung durch Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen, die es bislang nur für die Weiterbildung zum Fach-

arzt für Allgemeinmedizin gab, auf ausgewählte grundversorgende fachärztliche Arztgruppen auszuweiten. Von der Möglichkeit, die förderwürdigen Arztgruppen gemeinsam von Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen zu definieren, wurde in Schleswig-Holstein Gebrauch gemacht. Danach können 24,75 Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung im Bereich der Nervenheilkunde im ambulanten Abschnitt ihrer Weiterbildung gefördert werden. Grundsätzlich werden mindestens 12 zusammenhängende Monate gefördert. Die Förderung in Höhe von 4.800 EU pro Monat pro Ärztin oder Arzt in Weiterbildung wird paritätisch durch die KVSH und die Krankenkassen finanziert. Um insbesondere die nervenärztliche Grundversorgung zu stärken, werden ausschließlich überwiegend konservativ tätige und nicht spezialisierte Praxen gefördert. Die Regelung ist zum 1. Oktober 2016 wirksam geworden. Die Selbstverwaltung wird die Umsetzung und ihre Auswirkungen begleiten. *Akteure: Selbstverwaltung; Adressat: Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 SGB V; Zulassungsausschuss für Ärzte nach § 96 SGB V; Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH); Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen; Gemeinsames Landesgremium nach § 90a SGB V.*

4. Handlungsfeld Stationäre und teilstationäre Versorgung Erwachsener

4.1 Relevanz

In den letzten Jahren wurde die stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen weiter dezentralisiert, zugleich wurde das Angebot der teilstationären Versorgung (Tageskliniken) deutlich ausgebaut. Neue Standorte der stationären Versorgung sind nicht notwendig. Die Standorte der teilstationären Versorgung sind weitgehend ausreichend, eine Erhöhung der Platzzahl wird allerdings unter bestimmten Voraussetzungen als sinnvoll erachtet.

4.2 Analyse

Unabhängig von den Entwicklungen im Krankenhausentgeltrecht ist in den letzten Jahren deutlich geworden, dass die Anforderungen an einen quantitativen und qualitativen Ausbau der Behandlungskapazitäten der psychiatrischen Versorgung für bestimmte Erkrankungen bzw. Bevölkerungsgruppen gestiegen sind.

4.3 Ziele

4.3.1 Adoleszenz

Aus der Diagnosestatistik ist erkenntlich, dass in den letzten Jahren die stationäre Behandlung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen deutlich zugenommen hat. Zumindest bis 18 Jahre profitiert die Altersgruppe der älteren Jugendlichen jedoch nur unterdurchschnittlich von einer stationsersetzenden und/oder –verkürzenden tagesklinischen Versorgung. Das Land wird prüfen, wie die Versorgungssituation durch spezifische Angebote verbessert werden kann. Eine Voraussetzung dafür ist eine enge Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie.

4.3.2 Gerontopsychiatrie

Die gerontopsychiatrische Versorgung erfolgt teilstationär und stationär in der Psychiatrie. Hier ist eine relative Zunahme der Zahl der Patientinnen und Patienten zu erwarten. Auch hier wird zu prüfen sein, wie die Versorgung zukünftig ausgebaut werden kann und stationsersetzende und –verkürzende Behandlungsangebote zu konzipieren sind. Der Kooperation zwischen Geriatrie, Somatik und Psychiatrie kommt dabei eine besondere Bedeutung zu.

4.3.3 Teilstationäre Versorgung

Die Behandlung von psychisch kranken Menschen im Rahmen eines Regionalbudgets zeigt eindrucksvoll, dass der stationäre Aufenthalt bei vielen Patientinnen und Patienten nur ein kleiner Teil der Behandlungskette ist. Der geeignete Ausbau der tagesklinischen Kapazitäten ist daher auch weiterhin ein Ziel der Landesregierung.

4.4 Maßnahmen:

Der Fokus der Landesregierung liegt auf der Sicherstellung der notwendigen Investitionsförderung und den krankenhausplanerischen Entscheidungen. Bei dem Aus- bzw. Aufbau spezieller Behandlungsangebote wird das MSGWG zwischen potentiellen Leistungsanbietern

und den Kostenträgern moderieren, um die krankenhauserischen und versorgungspolitischen Zielsetzungen umzusetzen.

Eine Ausweisung von Subdisziplinen in der Psychiatrie ist in der Überarbeitung der Krankenhausplanung nicht vorgesehen.

Beim Ausbau der tagesklinischen Kapazitäten wird auch weiterhin erwartet, dass damit ein Abbau stationärer Kapazitäten verbunden ist. Im Einzelfall – bei einem entsprechenden Nachweis – kann auch die Stabilisierung der stationären Kapazitäten ein Grund für den Ausbau der teilstationären Kapazitäten sein.

Bevor weitere Modellversuche konzipiert werden bzw. weitere Regionalbudgets verhandelt werden, sollte die Gesetzgebung zum Psychiatrieversorgungsgesetz abgewartet werden. Das Land geht davon aus, dass dieses Gesetz auch neue – stärker sektorenübergreifende – Versorgungsangebote ermöglichen wird.

Akteur/Adressat: MSGWG, Leistungsträger, Leistungserbringer

5. Handlungsfeld Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)

5.1 Relevanz

Bei insgesamt sinkenden Geburtenzahlen steigt relativ die Gruppe an Kindern, die unter prekären Bedingungen geboren werden und die somit eine Risikogruppe darstellen. Die demografische Entwicklung lässt – bei Abnahme der Zahl der Kinder und Jugendlichen auch eine Abnahme der Fallzahlen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erwarten. Kinderarmut und Benachteiligungen in der individuellen Entwicklung dagegen sind gegenläufige Risikofaktoren, die zu einer höheren Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendpsychiatrie führt. Das wird auch dadurch verstärkt, dass die Haushalte Alleinerziehender zunehmen – gemäß KIGGS, Armutsbericht und anderer Studien ein weiterer Risikofaktor .

Dazu kommt aktuell die Risikogruppe der Kinder von Geflüchteten, deren Therapiebedarf z. B. durch Traumatisierungen sich erst in den nächsten Jahren zeigen wird.

Alle Kinder- und Jugendpsychiatrien verzeichnen steigende Zahlen in der Notfallversorgung. Jugendhilfeeinrichtungen und auch Schulen weisen zunehmend direkt zu. Die Inanspruchnahme durch notfallmäßige Krisenbehandlungen von wenigen Tagen steigt ebenfalls an.

Eine umfassende Behandlung und eine psychosoziale Betreuung sind für die Zukunft der Betroffenen von besonderer Bedeutung. Dabei hat die Schnittstelle zur Familie oder zu Einrichtungen der Jugendhilfe eine herausragende Bedeutung.

Die Besonderheiten in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen und zunehmend auch der Gruppe der jungen Erwachsenen (16 bis 25 Jahre) und die besondere Schutzbedürftigkeit im Bereich der Psychiatrie erfordern spezifische diagnostische und multimodale therapeutische Strategien, um dieser Komplexität hinreichend gerecht zu werden (z.B. Familientherapieansatz und die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe).

5.2 Analyse

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie war in den letzten Jahren ein stetiger Anstieg der Fallzahlen zu beobachten, dem eine Erhöhung der tagesklinischen Platzkapazitäten folgte. Eine landesweit rückläufige Bevölkerungsentwicklung bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren brachte keine Kompensation. Eine Trendumkehr ist nicht zu erkennen. Vielmehr haben alle Einrichtungen im vollstationären, im tagesklinischen und im ambulanten Behandlungsetting erhebliche Wartezeiten.

Nur für Krisensituationen und Notfälle ist in der Regel eine sofortige Aufnahme möglich.

5.3 Ziele

Insbesondere für die Kinder- und Jugendpsychiatrie gilt, dass alle Angebote weiter sektorenübergreifend ausgebaut werden müssen, um die Lebenswelt mit in die Behandlung einbeziehen zu können (Familientherapie) und hier Konzepte zur Optimierung der Versorgung insbesondere für den Übergang ins Erwachsenenalter zu entwickeln (Transition: Gruppe der 16- bis 25-Jährigen).

Mit den derzeit in der parlamentarischen Beratung befindlichen neuen Regelungen zur Vergütung in der stationären Versorgung sollen die Möglichkeiten der stationsäquivalenten aufsuchenden Krankenhausbehandlung gestärkt werden. Diese umfasst Bezugspflege, Hometreatment und Krisenintervention zuhause.

Darüber hinaus ist es ein besonderes Ziel, personenzentrierte, individuelle, entwicklungsfördernde Behandlungskonzepte über die Sektorengrenzen hinweg zu realisieren. Dieses er-

fordert eine deutliche Intensivierung der Kooperation mit der Jugendhilfe, den Schulen und der Familie. Dies gilt in besonderem Maße für die unbegleiteten minderjährigen Ausländer, die überwiegend in Einrichtungen der Jugendhilfe untergebracht sind und ein spezifisches Angebot benötigen.

Bisher gibt es kein flächendeckendes Versorgungsangebot in Schleswig-Holstein, das eine regelhafte enge Kooperation zwischen stationären bzw. teilstationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Einrichtungen der Jugendhilfe vorsieht.

5.4 Maßnahmen:

Die Landesregierung wird mit den Akteurinnen und Akteuren ein Maßnahmenpaket erörtern und schrittweise realisieren mit folgenden Schwerpunkten:

- Eine enge Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe ist unabdingbar und muss durch Kooperationsprojekte wie z.B. das Kooperationsprojekt „Grenzgänger“ (seit 2014 in den Kreisen Steinburg und Pinneberg mit Landesfördermitteln finanziert) gestärkt werden. Dessen Förderung läuft Ende des Jahres 2016 aus.
- Dieses Projekt soll - abhängig von der anstehenden Auswertung - in die Regelversorgung übernommen werden und an anderen Kliniken und Tageskliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie etabliert werden.
- Zentrale Elemente der Weiterentwicklung werden sein: Verbesserung der Diagnosestellung, passgenaue psychosoziale Handlungsempfehlung, Scheiterfaktorendiagnostik, Einbezug der Lebenswelt.
- Die angestrebten Kooperationsvereinbarungen müssen in ihrer Ausgestaltung (z. B.: Krisenbewältigung, Procedere bei Aufnahmen und Entlassungen) ein hohes Maß an Verpflichtung beinhalten. Für die Ausgestaltung des Projektes können Erfahrungen aus anderen Bundesländern genutzt werden (z.B. Mecklenburg-Vorpommern: „Leitfaden zur Zusammenarbeit: Kinder- und Jugendhilfe mit Kinder- und Jugendpsychiatrie“).
- Erfolgversprechend ist auch das Konzept der sogenannten Visitenbetreuung in Jugendhilfeeinrichtungen, die konzeptionell besonders auf die Aufnahme und Betreuung von besonders betreuungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen (häufig § 35a SGB VIII, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche) ausgerichtet sind. Hierbei besuchen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) der KJPen in regelmäßigen Abständen von ca. 6 Wochen die Einrichtungen und besprechen mit dem Erziehungsteam die Vorgehensweise im Umgang mit besonders betreuungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen. Hierfür gibt es auch schon Beispiele in Schleswig-Holstein.
- Notwendig erscheint für diese bereits im Vorfeld erkennbar betreuungsbedürftigen Kinder eine fundierte psychosoziale Diagnostik ggfs. verbunden mit einer Scheiterfaktoren-Diagnostik, um individuelle und passgenaue Unterstützungsmaßnahmen einleiten zu können. Auf diese Weise ließen sich sogenannte Heimkarrieren, daß heißt, ein häufiger Wechsel von Maßnahmen und Einrichtungen in den Biografien von Heimkindern deutlich verringern.
- Notwendig ist darüber hinaus eine Erweiterung sowohl der stationären wie auch der teil-stationären Kapazitäten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die baulichen Erweiterungen werden neue Therapieansätze und die medizinischen Entwicklungen berücksichtigen. Dazu gehören z.B.
 - familientherapeutische Angebote,

- Therapieküchen
- Sporthallen sowie
- Räumlichkeiten für die Krisenintervention
- Derzeit gibt es konkrete Planungen für Erweiterungen bzw. Teil-Neubauten in der Helios Fachklinik Schleswig, Vorwerker Diakonie Lübeck und der Regio Klinik Elmshorn.
- Für eine Erweiterung der teil-stationären Kapazitäten werden zunächst verschiedene Standorte geprüft. Mit den Akteuren werden Behandlungskonzepte für bestimmte Gruppen erörtert und abgestimmt für die ein noch nicht gedeckter Bedarf gesehen wird. Dazu gehören z.B. ältere Jugendliche und jugendliche (unbegleitete) Flüchtlinge.

Akteur/Adressat: MSGWG, Leistungsträger, Leistungserbringer, Kommunen

6. Handlungsfeld Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischer Behinderung

6.1 Relevanz

Die Zahl der Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung schwerbehindert ist, steigt von Jahr zu Jahr. Im Zeitraum von 2003 bis 2015 hat sich die Anzahl in Schleswig-Holstein mehr als verdoppelt, siehe Abschnitt 4.7.

Die Betroffenen haben neben einem hohen Bedarf an medizinischer Versorgung auch zur Überwindung von Teilhabebeschränkungen auch Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe. Der Zugang zu Leistung der Eingliederungshilfe wegen seelischer Behinderungen ist in den vergangenen Jahren überdurchschnittlich angestiegen. Die Zahl der Leistungsberechtigten in Tagesförderstätten für Menschen mit seelischer Behinderung weist eine der höchsten Wachstumsraten der Leistungen der Eingliederungshilfe auf. Von 2005 bis 2012 betrug diese bundesweit durchschnittlich jährlich rund 7 Prozent. Rund 40% der Menschen die in ein Eingangsverfahren der Werkstatt für behinderte Menschen aufgenommen werden, sind seelisch behindert. Bei einer nicht unerheblichen Zahl dieser Personen handelt es sich um „Quereinsteiger“, die bereits einer Beschäftigung am allgemeinen Arbeitsmarkt nachgegangen sind.

6.2 Problembeschreibung/Analyse

Für psychisch erkrankte Menschen mit ihren unterschiedlichen individuellen Bedarfen bestehen vielfältige Hilfs- und Unterstützungsangeboten. Die getrennten Regelungen in verschiedenen Sozialgesetzbüchern und die unterschiedlichen Finanzierungsarten erschweren jedoch eine abgestimmte Planung und Steuerung und ein gemeinsames Vorgehen im Interesse der Patienten und Leistungsberechtigten. So werden die Leistungen der medizinischen Versorgung gemäß SGB V erbracht und von den Krankenkassen finanziert. Hingegen sind für die Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII und für deren Finanzierung in Schleswig-Holstein die Kreise und kreisfreien Städte verantwortlich. Die gezielte Veränderung und Weiterentwicklung des Versorgungs- und Unterstützungsangebotes wird auch dadurch beschränkt, dass Strukturen und Angebote anderen Grundsätzen folgen. In der Eingliederungshilfe gilt umfassend das Individualisierungsprinzip, demgegenüber es für die Schaffung von Betreuungsplätzen, z.B. in Wohnheimen, keine zentrale Bedarfsplanung gibt, wie sie beispielsweise für stationäre Akutbetten in der Krankenhausplanung besteht.

Die folgenden Ausführungen zu Problemen und Modellprojekten beziehen sich auf den Kreis Dithmarschen.

Der Anteil der vollstationär versorgten Betroffenen im Kreis Dithmarschen ist im Vergleich zu anderen Kreisen in Schleswig-Holstein überdurchschnittlich hoch, der Anteil der ambulant Versorgten hingegen unterdurchschnittlich niedrig. Die Eingliederungsleistungen erfolgen durch mehrere gemeinnützige/private Anbieter. Die angebotenen Leistungen orientieren sich bisher nur wenig an den individuellen Erfordernissen der Betroffenen.

6.3 Ziele

Die Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfen soll sich verstärkt an den Bedürfnissen und dem individuellen Teilhabebedarf der betroffenen Menschen orientieren. In den Blick genommen werden muss dabei insbesondere Möglichkeiten niedrighschwelliger Zugang zu Begegnungsangeboten, der Verankerung der Hilfen im Sozialraum und der Stabilisierung in den persönlichen Lebensverhältnissen einschließlich der Beschäftigung.

Es soll eine Reduktion der vollstationären Plätze in der Eingliederungshilfe und eine Verlagerung in ambulante Eingliederungshilfeleistungen erreicht werden. Die Kosten der Eingliederungshilfe sollen gesenkt werden. Es wird angestrebt, die Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Leistungen zu reduzieren und stattdessen die der komplementärer Leistungsbe- reiche zu steigern. Der sog. Drehtüreffekt zwischen der klinischen Psychiatrie und der Ein- gliederungshilfe soll mit gezielten Unterstützungsangeboten in Krisenfällen besser vermieden werden

Die Qualität der Versorgung soll sich verbessern, die Zufriedenheit mit der Versorgung soll steigen.

Menschen mit psychischen Erkrankungen sollen mehr Wahlmöglichkeiten haben, ihnen sol- len Alternativen zur stationären Unterbringung aufgezeigt werden. Sie sollen ihr Recht auf ein selbstbestimmtes Leben im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention stärker als bisher wahrnehmen können.

Die Inklusion von Menschen mit psychischen Erkrankungen/seelischen Behinderungen soll gefördert werden.

6.4 Maßnahmen

In einem Modellprojekt im Kreis Dithmarschen sollen in den Jahren 2015 bis 2019 die beste- henden Grenzen in der Versorgung zwischen dem Sozialgesetzbüchern XII und V überwin- den und damit die Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen flexibler werden. Die vertraglichen, strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen für das Modellprojekt „In- klusion“ sind bereits geschaffen worden. Beteiligt daran sind der Kreis Dithmarschen, die Brücke Dithmarschen und das Westküstenklinikum.

Eine wesentliche Rolle spielt das Gemeindepsychiatrische Zentrum in Heide. Es soll für alle psychisch kranken Personen des Kreises und gemeinsam mit ihnen den jeweiligen individu- ellen Hilfebedarf ermitteln und die Inanspruchnahme von Hilfs-, Behandlungs- und Begeg- nungsangeboten koordinieren.

Das Modellprojekt arbeitet mit einem regionalen Budget. Die Verteilung des Geldes und die Ausgestaltung der Leistungen liegen damit in den Händen der Fachleute.

Um die Effekte der Beratungs- und Koordinationsarbeit des Gemeindepsychiatrischen Zent- rums genauer zu untersuchen, soll das Modellprojekt mit finanzieller Unterstützung des MSGWG evaluiert werden. Die Evaluation soll insbesondere folgenden Fragen nachgehen:

- Werden durch die Arbeit des Gemeindepsychiatrischen Zentrums und seine Koordi- nierungstätigkeit die Kosten für die Eingliederungshilfe gesenkt?
- Ist die Koordinierungs- und Beratungstätigkeit des Gemeindepsychiatrischen Zent- rums kosteneffektiv?
- Wie sind die Erfahrungen mit der Arbeit des Gemeindepsychiatrischen Zentrums aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten sowie der Mitarbeitenden?

Erfolgsversprechende Ansätze sollen herausgearbeitet und ggf. für die Verbesserung der Versorgung in anderen Regionen Schleswig-Holsteins genutzt werden.

Akteur/Adressat: Leistungsträger, Leistungserbringer

7. Handlungsfeld Demenzielle Versorgung

7.1 Relevanz

Demenzerkrankungen sind in unserer Gesellschaft ein nach wie vor tabuisiertes Thema. Besonders die Persönlichkeitsveränderungen, die mit der Krankheit einhergehen, haben häufig zur Folge, dass sich soziale Kontakte verringern. Ausgrenzung und Isolation der Betroffenen und ihrer Angehörigen sind nicht selten. Eine gesellschaftliche Realität wird auf ein persönliches Problem reduziert, mit dem sich die Familien und Nahestehenden oft allein gelassen fühlen.

7.2 Analyse

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der damit verbundenen steigenden Anzahl von Menschen mit einer Demenz hat der schleswig-holsteinische Landtag im Februar 2013 beschlossen, einen Demenzplan zu erstellen (LTSH-Drucksache 18/491). Der Landtag hat dabei das Ziel formuliert, die Lebensqualität von Demenzkranken und ihren Angehörigen zu verbessern und die Gesellschaft für das Thema zu sensibilisieren. Der Demenzplan soll einen fundierten Beitrag für die zukünftige Versorgungsplanung in SH leisten und ist ein wichtiger Schritt für eine flächendeckende und sektorenübergreifende Unterstützung und Versorgung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen. Die mit der Unterstützung der beteiligten Akteurinnen und Akteure gewonnenen Erkenntnisse wurden dokumentiert und in Empfehlungen zusammengefasst. Diese sind Ende 2016 im Demenzplan nachzulesen.

7.3 Ziele

Die Lebensbedingungen von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen zu verbessern ist als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu begreifen.

Ziel des Demenzplans ist es, eine Lebensumwelt zu beschreiben, die Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen soziale Teilhabe und ein möglichst selbstbestimmtes Leben ermöglicht. Dabei soll auf die – teilweise unterversorgten - ländlichen Regionen in Schleswig-Holstein ein verstärktes Augenmerk gelegt werden.

Die Gestaltung einer wohnortnahen und qualitätsgesicherten Versorgung und Begleitung ist orientiert an den Prinzipien der Wertschätzung, der Teilhabe, der Normalität, der Autonomie und der Stärkung von Ressourcen. In der Begegnung mit Menschen mit Demenz sollten diese Prinzipien für alle Akteure handlungsleitend sein.

Die Erreichung dieser Ziele erfordert eine komplexe politische, gesellschaftliche und fachliche Auseinandersetzung mit dem Thema Demenz. Deshalb setzt der vorliegende Demenzplan auf ein Zusammenspiel aller Akteure und verschiedener Handlungsansätze. Jeder ist aufgefordert, in seinem Verantwortungsbereich zu handeln und entsprechende Maßnahmen einzuleiten und umzusetzen. Laut UN-Behindertenrechtskonvention werden Menschen erst in etwas „behindert“, wenn es ein Ungleichgewicht zwischen der individuellen Funktionseinschränkung und den vorherrschenden Umweltbedingungen und Einstellungen gibt.

7.4 Maßnahmen

Für die Weichenstellung zur Umsetzung des Demenzplans wurden zusammenfassend folgende Bereiche von besonderer Relevanz erarbeitet:

- Stärkung des Verantwortungsbewusstseins in den Kreisen und kreisfreien Städten für

eine sozialraumorientierte Infrastrukturplanung und die Schaffung kleiner sozialer Netzwerke, niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote und die Stärkung der Nachbarschaftshilfe

- Erhöhung der Inanspruchnahme von Beratung. Eine frühzeitige und umfassende Beratung für Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen kann Versorgungsmängel und Überforderungen reduzieren, rechtzeitig auf Entlastungs- und Betreuungsmöglichkeiten hinweisen und ggf. Barrieren der Inanspruchnahme minimieren. Insbesondere im ländlichen Raum ist hierbei das Erfordernis einer zugehenden (mobilen) Beratung zu prüfen
- Verstärkung der zielgruppenspezifischen Information und Beratung mit dem Ziel einer deutlichen Erhöhung der Inanspruchnahme von Betreuungs- und Entlastungsleistungen; Aufbau von landesweiten Beratungskompetenzen im Bereich der alltagsrelevanten technischen Anpassung im Wohnraum zum Erhalt der eigenen Häuslichkeit
- Verbesserung der ressortübergreifenden Zusammenarbeit zur Sicherstellung der Versorgung im ländlichen Raum für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen (z. B. Nahverkehr, Einkauf, Betreuungs- und Entlastungsangebote, pflegerische und ärztliche Versorgung)
- Weiterentwicklung der vorhandenen Unterstützungsstrukturen im ländlichen Raum hin zu umfassenden „Unterstützungszentren“
- Sicherstellung der ärztlichen Diagnostik und Therapie. Erarbeitung und Umsetzung von (mobilen) Konzepten der ärztlichen/fachärztlichen Diagnostik und Therapie für den ländlichen Raum vor dem Hintergrund des demografischen Wandels
- Erleichterung eines Zugangs zu Maßnahmen der Erhaltung der Mobilität, der Gesunderhaltung und der sozialen Teilhabe und Aufbau eines landesweiten Angebots
- Verbesserung der ambulanten rehabilitativen und ergotherapeutischen Versorgung
- Etablierung von Konzepten der Versorgung und Begleitung von Menschen mit Demenz in Krankenhäusern
- Ausbau der zielgruppenspezifischen/berufsbezogenen und berufsübergreifenden regionalen Fortbildungsangebote zu unterschiedlichen Aspekten der Demenz und des Umgangs mit Menschen mit einer Demenz

Hieraus resultiert, dass für erkannte Bedarfe in Zukunft vermehrt ortsbezogene, intelligente, vernetzte Lösungen neu entwickelt werden müssen, weil tradierte Wege einer einfachen Ausweitung von Angeboten aufgrund des demografischen Wandels nicht mehr realisierbar sein werden. Auch deshalb wurde bei der Erstellung des Demenzplans großer Wert auf einen partizipatorischen Ansatz gelegt.

Akteur/Adressat: MSGWG, andere Ministerien, Kommunen, Leistungsträger, Leistungserbringer, Selbstverwaltung, Anbieter von Fortbildungsangeboten, Selbsthilfeorganisationen (insbesondere Alzheimer Gesellschaften) – Bürgernetzwerke, Gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer, Koordinierungsstelle innovative Wohn-Pflegeformen (KIWA), Pflegestützpunkte, Mehrgenerationenhäuser, Kompetenzzentrum Demenz, Hochschulen, verschiedene Verbände und Interessenvertretungen

8. Handlungsfeld Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit seelischer Behinderung: Budget für Arbeit SH

8.1 Relevanz

Wenngleich die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung Aufgabe der Kreise und kreisfreien Städte in kommunaler Selbstverwaltung ist, tragen Land und die örtlichen Träger der Sozialhilfe gemeinsam Verantwortung effektive personenzentrierte Hilfen für ein selbstbestimmtes Leben in der Gemeinschaft zu gewährleisten.

Eine steigende Zahl von Menschen mit seelischen Behinderungen (2012: rd. 20%) sind längerfristig oder sogar dauerhaft in Werkstätten für behinderte Menschen beschäftigt, darunter Menschen, die eine qualifizierte Schul- und Berufsausbildung abgeschlossen und langjährige Erfahrungen in Beschäftigungsverhältnissen haben (sog. Quereinsteiger).

Ein bedeutender Baustein für gesellschaftliche Teilhabe ist der Zugang und die Sicherung von Beschäftigung am allgemeinen Arbeitsmarkt und die Möglichkeit des Übergangs aus Werkstätten für Behinderungen in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis. Das Schwerbehindertenrecht bietet die Möglichkeit, zur Verbesserung der Integration in das Arbeitsleben die Maßnahmen der Träger der Sozialhilfe zu ergänzen und zu stützen.

Zur Verbesserung der Wahlfreiheit und –möglichkeiten für Menschen mit Behinderung für die Teilhabe am Arbeitsleben wurde das Budget für Arbeit Schleswig-Holstein geschaffen. Es fördert auch Unternehmen, die diesen Menschen eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung im ersten Arbeitsmarkt bieten. Das Budget für Arbeit trägt dazu bei, die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen zu festigen ihnen Beschäftigung im Betrieb im Kreis von Arbeitnehmerinnen mit und ohne Behinderungen zu ermöglichen und wesentlich eigenverantwortlich den Lebensunterhalt zu verdienen. Es ermöglicht individuelle Teilhabe im Sinne der UN-BRK.

Das Budget für Arbeit Schleswig-Holstein wird dezentral von den örtlichen Trägern der Sozialhilfe organisiert und ist Gegenstand der Teilhabeplanung . Es umfasst eine Kombination von Leistungen der Eingliederungshilfe und aus der Ausgleichsabgabe.

8.2 Problemdarstellung/-analyse

Für das Budget für Arbeit Schleswig-Holstein kommt vorrangig der Übergang von Beschäftigten in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung oder einem Beschäftigungsprojekt der Eingliederungshilfe auf einen sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplatz in Betracht. Es bietet insbesondere Chancen für Menschen mit seelischer Behinderung mit besonderen Potentialen und Fähigkeiten, die am Arbeitsmarkt nachgefragt sind.

Die Gewährung der Leistungen aus dem Sondervermögen Ausgleichsabgabe setzt eine anerkannte Schwerbehinderung oder eine Gleichstellung nach dem SGB IX durch die Bundesagentur für Arbeit voraus. Dieses Zugangserfordernis einer anerkannten Schwerbehinderung oder einer Gleichstellung erweist sich gerade für psychisch erkrankte oder behinderte Menschen oft als problematisch, weil bei diesem Personenkreis eine anerkannte Schwerbehinderung oder Gleichstellung noch nicht vorliegt. Bei diesem Personenkreis ist daher die Akzeptanz des Schwerbehindertenstatus zu verstärken.

Auch sozialversicherungsrechtliche Regelungen erschweren die Beschäftigung von Leistungsberechtigten der Eingliederungshilfe mit dem Budget für Arbeit.

8.3 Ziele

Es bleibt eines der vorrangigen Ziele der Landesregierung, die Anzahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Budget für Arbeit zu erhöhen. Es hat sich bisher als ein taugliches Instrument für den Übergang aus einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen in den ersten Arbeitsmarkt mit einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung erwiesen.

8.4 Maßnahmen

Schleswig-Holstein wird sich im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes gemeinsam mit den anderen Ländern dafür stark machen, die sozialversicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen, die das Budget für Arbeit stützen, zu verbessern. Unabhängig davon sind die Zugangsvoraussetzungen zum Budget für Arbeit für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu verbessern. Zu diesem Zweck werden in den bestehenden gemeinsamen Arbeitsstrukturen zwischen Land und Kommunen in Schleswig-Holstein zum Budget für Arbeit die Erfahrungen mit dem Budget ausgewertet und die zu Beginn des Jahres 2016 begonnenen Maßnahmen weiterentwickelt.

Akteur/Adressat. MSGWG, Leistungsträger

9. Handlungsfeld Betriebliches Eingliederungsmanagement

9.1 Relevanz

Seit 2009 besteht mit den Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches IX in §§ 83 f. im Falle einer längeren Erkrankung einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters die Pflicht, ein sogenanntes „Betriebliches Eingliederungsmanagement“ auf den Weg zu bringen. Durch diese präventive Maßnahme soll sichergestellt werden, dass eine längere Erkrankung sich nicht in eine Behinderung verschlimmert; bereits eingetretene Behinderungen (z. B. durch einen Unfall) sollen gemildert werden und mit entsprechenden Unterstützungsleistungen für die Arbeitgeberin bzw. den Arbeitgeber und den betroffenen Menschen soll das Arbeitsverhältnis stabilisiert und gesichert werden, um einen Zustand der Arbeitslosigkeit durch die Erkrankung oder die Behinderung zu verhindern. Das gilt für Menschen mit einer psychischen Behinderung besonders.

9.2 Problembeschreibung/-analyse

Die Schleswig-Holsteinische Landesregierung hat im Jahre 2012 mit dem Aktionsbündnis Schleswig-Holstein in Zusammenarbeit mit dem Unternehmensverband Nord, der Bundesagentur für Arbeit, den Optionskommunen, der Deutschen Rentenversicherung und den Trägern der Integrationsfachdienste ein einmaliges Netzwerk geschaffen, in dem alle Kompetenzen und Kräfte gebündelt werden, die sich mit der Integration von Menschen mit Behinderung in das Arbeitsleben beschäftigen. Neben der wichtigen Aufklärungs- und Informationsarbeit für die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber im Land über den besonderen Kündigungsschutz nach dem Sozialgesetzbuch IX für Menschen mit Behinderung, Förderinstrumentarien der unterschiedlichen Reha-Träger und des Integrationsamtes spielt das „Betriebliche Eingliederungsmanagement“ eine erhebliche Rolle bei der Integration von Menschen mit Behinderung in die Arbeitswelt, weil es den präventiven Ansatz verfolgt, nach einer schweren Erkrankung oder dem Eintritt einer Behinderung den Weg in die Arbeitslosigkeit nach einer entsprechenden Kündigung des bisherigen Arbeitgebers zu vermeiden. Den Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sollen deshalb unterschiedliche Szenarien durchgespielt werden, wie der Arbeitsplatz erhalten werden kann und welche Förderinstrumente (z. B. Arbeitsplatzausstattung mit einer behindertengerechten Bedienung) erforderlich sind.

Das Land Schleswig-Holstein hat einen Preis ausgelobt, mit dem jährlich Betriebe ausgezeichnet werden, die ein besonderes und beispielgebendes betriebliches Eingliederungsmanagement eingeführt haben. Der präventive Ansatz des „Betrieblichen Eingliederungsmanagements“ ist insbesondere in den Kleinstbetrieben ohne eine eigene Verwaltung und Personalabteilung nach wie vor noch zu wenig bekannt.

9.3 Ziele

Das Ziel der Landesregierung bleibt, u. a. auch mit dem Aktionsbündnis Schleswig-Holstein, die Vorteile des „Betrieblichen Eingliederungsmanagements“ bekannter zu machen und über entsprechende Öffentlichkeitsarbeit auch Kleinstbetrieben im Lande den Zugang zum Thema zu öffnen.

9.4 Maßnahmen

Folgende Ansatzpunkte zu einer künftigen Weiterentwicklung und Erreichung des o. g. Zieles werden verfolgt:

- Das Aktionsbündnis Schleswig-Holstein, das zunächst nur in Modellregionen erprobt wurde, wird auf alle Regionen des Landes ausgeweitet.
- Es wird ein gezieltes Schulungsprogramm für die Anwendung im Aktionsbündnis Schleswig-Holstein entwickelt, das einen noch besseren Zugang zu den Betrieben im Land ermöglicht und ihnen die Vorteile des „Betrieblichen Eingliederungsmanagements“ nahebringt.

Akteur/Adressat: MSGWG, Beteiligte des Aktionsbündnisses

10. Handlungsfeld Integrationsunternehmen nach § 132 SGB IX

10.1 Relevanz

Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung und ihnen Gleichgestellte profitieren nicht von der derzeitigen günstigen konjunkturellen Lage und der damit verbundenen allgemein verbesserten Arbeitslosenquote. Die Landesregierung Schleswig-Holstein fördert deshalb sogenannte Integrationsunternehmen nach § 132 SGB IX, in denen Arbeitgeber wenigstens 25 % und höchstens 50 % von einer Behinderung besonders betroffene Menschen beschäftigen.

10.2 Problembeschreibung/-analyse

Die von der Schleswig-Holsteinischen Landesregierung geförderten Integrationsunternehmen haben sich im Hinblick auf die Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen bewährt und haben vielen Menschen im Land mit und ohne Behinderung einen dauerhaften Arbeitsplatz gesichert.

Obwohl die Integrationsunternehmen im Land Schleswig-Holstein im Wesentlichen bewiesen haben, dass auch Betriebe mit einem sozialen Engagement für Menschen mit Behinderungen wirtschaftlich arbeiten können und es schaffen, am Markt zu bestehen, ist die Anzahl der Unternehmerinnen und Unternehmer im Land mit dem Mut zu einem Integrationsunternehmen nach wie vor noch zu gering. Die aus den Mitteln der Ausgleichsabgabe beim Integrationsamt im MSGWG geförderten Integrationsunternehmen sollen ausgebaut, modernisiert und erweitert werden; einige neue Integrationsunternehmen sind hinzugekommen. Gleichwohl ist das Interesse der freien Wirtschaft an Integrationsunternehmen noch steigerungsfähig.

10.3 Ziele

Es bleibt eines der vorrangigen Ziele der Landesregierung, die Anzahl der Integrationsunternehmen im Land zu erhöhen. Gleichzeitig werden die bereits bestehenden Integrationsunternehmen modernisiert und ggf. erweitert, um diese marktfähig zu halten.

10.4 Maßnahmen

Die Fördermöglichkeiten von Integrationsunternehmen müssen noch bekannter gemacht werden. Die bestehenden Integrationsunternehmen sollen motiviert werden, in einer gemeinsamen Öffentlichkeitskampagne für Integrationsunternehmen zu werben. Auch in diesem Zusammenhang muss Aufklärung über den besonderen Kündigungsschutz für schwerbehinderte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfolgen und die Dienstleistungen der Integrationsfachdienste – gerade beim Krisenmanagement im Bereich der psychischen oder psychiatrischen Erkrankungen – müssen stärker herausgestellt werden. Auch hier wird eine entsprechende Öffentlichkeitskampagne mit den Integrationsfachdiensten vorgeschlagen.

Akteur/Adressat: MSGWG, Leistungsträger, Leistungserbringer, Integrationsunternehmen

11. Handlungsfeld Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen

11.1 Relevanz

Im Zwischenbericht über die notwendigen Schritte zur Weiterentwicklung und Umsetzung des Landtagsauftrages (LTDrs. 18/1518) hat die Landesregierung bereits zum Ausdruck gebracht, dass sich das Konzept der personenorientierten Hilfen mit der Anerkennung des psychisch erkrankten und seelisch behinderten Menschen als politischer, als sozialer und als mitgestaltender Mensch als Leitlinie bei der Ausgestaltung der Hilfen für Menschen mit psychischer Erkrankung, der Zusammenarbeit und in dem Zusammenwirken in der Region bewährt hat.

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) verfolgt das Ziel der vollständigen gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit einer (seelischen) Beeinträchtigung, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren, d. h. in der Umwelt, an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können

Dazu gehört auch das Recht, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung an allen sie betreffenden Entscheidungen gleichberechtigt und selbstbestimmt mitwirken können (vgl. Kapitel 7.6.1)

Angehörige spielen bei der Lebensgestaltung und bei der Behandlung der betroffenen Menschen eine wichtige Rolle. Sie sind erste und wertvolle Unterstützung bei der Versorgung. Daraus resultiert einerseits Sorge um den erkrankten Menschen, Unsicherheit über die eigenen Möglichkeiten der Hilfe sowie nach wie vor Angst vor Stigmatisierung und Ausgrenzung wie bei den psychisch erkrankten Personen auch. Gleichzeitig entsteht ein spezifisches Wissen, das für eine verbesserte medizinische, therapeutische und soziale Versorgung der erkrankten Menschen eingebracht und genutzt werden soll. (vgl. Kapitel 7.6.1)

11.2 Problembeschreibung/-analyse

Eine gleichberechtigte Teilhabe und Mitbestimmung ist in der Realität nach wie vor durch Barrieren begrenzt. Erlernte Hilflosigkeit und mangelndes Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten, ein Mangel an professioneller oder ehrenamtlicher Unterstützung und Assistenz, Vorurteile und fehlende finanzielle Ressourcen führen dazu, dass Psychiatrieerfahrene, aber auch ihre Angehörigen bestehende oder eingeräumte Teilhabe- und Mitbestimmungsrechte nicht geltend machen können.

Sowohl der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e. V. (LPE SH e. V.) als auch der Landesverband Schleswig-Holstein der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e. V. (LVSH AFpK e. V.) tragen vor, dass Vorurteile, Stigmatisierung und Ausgrenzung nach wie vor vorhanden sind und auch mangelnde Aufklärung und Information der Öffentlichkeit hier Ursache sind.

Innerhalb des Versorgungssystems empfinden Psychiatrieerfahrene und Angehörige die Einbeziehung ihrer Bedürfnisse und die Wertschätzung als gleichberechtigte Gesprächspartnerinnen/-partner nach wie vor als nicht ausreichend und wünschen sich eine dialogische Zusammenarbeit. Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ unterstützt die damit verbundenen Erwartungen an den Dialog. (vgl. Kapitel 7.6.2)

Aus Sicht des LPE SH e. V. könnte der Einsatz weitergebildeter ehemaliger Psychiatriepatientinnen und -patienten zu einer Verbesserung der medizinischen Behandlung beitragen. Diese Form der Peer-Beratung durch sogenannte EX-IN-Genesungsbegleitung greift den Recovery-Gedanken auf und findet auch in der oben genannten S3-Leitlinie Berücksichti-

gung. (vgl. Kapitel 7.6.2) Eine Beschäftigung von „EX-IN-lern“ ist wie die Ausbildung in Schleswig-Holstein noch nicht breit etabliert. Die fehlende Ausbildung ist auch auf die mangelnde Finanzierung der Kosten (3.000 € für 12 Module) zurückzuführen.

11.3 Ziele

Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder einer daraus entstandenen seelischen Behinderung werden als Expertinnen und Experten in eigener Sache an Prozessen zur Planung der Hilfesysteme, zu deren Ausgestaltung und in der Phase der Umsetzung und Nutzung beteiligt.

Angehörige von Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden in allen Phasen der (Weiter-)Entwicklung des psychiatrischen Hilfesystems beteiligt.

11.4 Maßnahmen

Folgende Ansatzpunkte einer zukünftigen Weiterentwicklung zu Erreichung der oben genannten Ziele werden vorgeschlagen:

- Das MSGWG wird die Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen bei eigenen Veranstaltungen, Gremien und Projekten fortsetzen und durch eine Weiterentwicklung eine barrierefreie Teilnahmemöglichkeit ermöglichen (z. B. zwei Personen nehmen teil, Assistenzkraft zur Begleitung).
Akteur: MSGWG, Adressat: MSGWG, Betroffenen- und Angehörigen-Vertretungen
- Das MSGWG wird dieses Vorgehen anderen an der Versorgung beteiligten Institutionen empfehlen (Leistungsträger, Leistungserbringer).
Akteur: MSGWG, Adressat: Leistungsträger, Leistungserbringer
- Das MSGWG wird eine Prüfung veranlassen mit dem Ziel, die Teilnahme von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen an Gremien des MSGWG adäquat zu entschädigen.
Akteur: MSGWG, Adressat: MSGWG
- Aus-, Fort- und Weiterbildungsinstitutionen für soziale, medizinische und weitere im Umfeld der Hilfen angesiedelte Berufsgruppen (z. B. Polizei und Justiz) sollen die Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen durch Einbeziehung in ihren Qualifizierungsangeboten kontinuierlich verfolgen.
Akteur: MSGWG, Adressat: MSGWG und andere Ministerien sowie die den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen zugeordneten Aus-, Fort- und Weiterbildungsinstitutionen. Betroffenen- und Angehörigen-Vertretungen
- Die Wahrnehmung von Beteiligungsrechten durch Selbstvertretungsorganisationen wie den LPE SH e. V. oder den LVSH-AFpK setzt eine verlässliche und angemessene Basisfinanzierung voraus
Akteur: MSGWG, Adressat: MSGWG, Kommunen
- Um der qualifizierten EX-IN-Genesungsbegleitung mehr Geltung zu verschaffen sind nach einer Sensibilisierung von Trägern aus allen Versorgungsbereichen für das Thema Modelle finanzieller Unterstützungen zu erarbeiten.
Akteur: MSGWG, Adressat: Leistungserbringer, Leistungsträger z. B. der beruflichen Bildung, (Wieder-)Eingliederung und Rehabilitation, MSGWG, Anbieter von Qualifizierungsangeboten, Betroffenen-Vertretungen
- Die Beschäftigung von EX-IN-Genesungsbegleiterinnen/-begleitern in den niedrigschwelligen ambulanten Hilfen wird die Landesregierung mit den Kommunen als Vertragspartner des Rahmenstrukturvertrages erörtern.

Akteur: MSGWG, Adressat: MSGWG, Kommunen

- Um einen stärkeren Empfehlungsgrad zum Recovery innerhalb der S3-Leitlinie zu erreichen, bedarf es der Verbesserung der Evidenzlage durch wissenschaftliche Erforschung in Deutschland.

Akteur: MSGWG, Adressat: wissenschaftliche Fachgesellschaften, Institutionen der Forschung, Leistungserbringer, Betroffenen-Vertretungen

12. Handlungsfeld Kinder psychisch kranker Eltern

12.1 Relevanz

Von einer psychischen Erkrankung sind nicht nur die erkrankten Menschen selbst, sondern auch ihr soziales Umfeld wie die Angehörigen betroffen

Unter den Angehörigen stellen die Kinder psychisch kranker Eltern eine besonders verletzbare Gruppe dar, deren Größenordnung auf etwa drei Millionen jährlich bundesweit geschätzt wird.

Durch krankheitsbedingte Einschränkungen der Beziehungsgestaltung und Erziehungskompetenz können bei den Kindern Belastungen und Entwicklungsrisiken entstehen. Gleichzeitig tragen Angst vor Ausgrenzung und Stigmatisierung sowie möglichem Sorgerechtsentzug zu sozialer Isolation der Familien und keiner oder verspäteter Inanspruchnahme von Hilfen seitens der Eltern bei.

Studienergebnisse zeigen einerseits, dass Kinder psychisch kranker Eltern ein höheres Risiko haben, selbst psychisch zu erkranken, als Kinder, deren Eltern nicht psychisch erkrankt sind. Andererseits geben die Studien Hinweise auf Schutzfaktoren, die das Erkrankungsrisiko minimieren oder abmildern können. (vgl. Kapitel 7.3)

12.2 Problembeschreibung/-analyse

Angesichts der Zahl betroffener Kinder/Jugendlicher und der Eltern und der Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder werden die wenigen, in der Regel vereinzelt unterstützungsangebote, dem Bedarf nicht gerecht, was auch der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen Schleswig-Holstein im Fokusgruppengespräch und die Kommission „Landeskinderschutzbericht“ in 2015/2016 festgestellt haben.

Die wenigen in der klinischen psychiatrischen Versorgung vorhandenen bzw. bekannten Angebote für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder lassen vermuten, dass das Problembewusstsein verstärkt und die Möglichkeiten zur Lösung noch stärker verbreitet werden sollten.

Ausgehend von den unterschiedlichen Finanzierungsmöglichkeiten richten sich Angebote meist nur an Teile des unterstützungsbedürftigen Systems Familie, also nur an die Eltern oder nur an die Kinder.

Eine - bereits im Landeskinderschutzbericht beschriebene – nach wie vor unzureichende Kooperation zwischen den hier insbesondere gefragten Systemen Kinder- und Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie verstärkt die Wirkungen des stark gegliederten Systems der sozialen Sicherung.

12.3 Ziele

Die Belastungsfaktoren und Entwicklungsrisiken für Kinder und Jugendliche sollen reduziert oder abgebaut werden.

Die Schutzfaktoren für eine gute emotionale und soziale Entwicklung der Kinder und Jugendlichen sollen gestärkt werden.

Die Vernetzung der im Feld der klinischen psychiatrischen Versorgung aktiven Institutionen/Träger und mit der Kinder- und Jugendhilfe ist weiterzuentwickeln.

12.4 Mögliche Maßnahmen

Folgende Ansatzpunkte einer zukünftigen Weiterentwicklung zu Erreichung der oben genannten Ziele werden vorgeschlagen:

- Das MSGWG wird die Entwicklung bedarfsgerechter Angebote und passgenauer Hilfen für Eltern und Kinder unterstützen, in dem das Wissen und die Erfahrungen aus Regionen mit einer bereits gut ausgebauten Hilfestruktur (s. Anlage zu Kapitel 7.3), zugänglich gemacht werden und für eine Adaption an die vorhandenen Gegebenheiten in anderen Regionen zur Verfügung stehen. Die von der Landesregierung insoweit unterstützten Empfehlungen der Kommission „Landeskinderschutzbericht“ sind dabei einzubinden.
Akteur: MSGWG; Adressat: MSGWG, Kommunen, Leistungsträger, Leistungserbringer
- Das MSGWG wird die Prävention von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, z. B. durch das evaluierte, im nationalen Gesundheitszieleprozess zertifizierte Projekt „Verrückt – na und“, das im schulischen Kontext verankert ist, in die schleswig-holsteinische Präventionsstrategie und die dort geplanten Entscheidungsstrukturen einbringen.
Akteur: MSGWG; Adressat: Beteiligte der Präventionsstrategie, Leistungserbringer
- Die Facheinrichtungen und Dienste, die erwachsene Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung betreuen, sollen für Problemstellungen der mit diesen gegebenenfalls mitlebenden Kindern sensibilisiert werden (z. B. Fachtag). Das MSGWG empfiehlt die Erwachsenen in ihrer Funktion als Eltern wahrzunehmen, dies und die Betreuung und Versorgung der Kinder zu thematisieren und zu unterstützen, z. B. durch gebahnte Kooperationen mit anderen Diensten.
Akteur: MSGWG; Adressat: MSGWG, Kommunen, Leistungserbringer
- Aus-, Fort- und Weiterbildungsinstitutionen für soziale, medizinische und weitere im Umfeld der Hilfen angesiedelte Berufsgruppen (z. B. Polizei und Justiz) sollen das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ in ihren Ausbildungs- und Qualifizierungsangeboten kontinuierlich verfolgen. Die von der Landesregierung insoweit unterstützten Empfehlungen der Kommission „Landeskinderschutzbericht“ sind dabei einzubinden.
Akteur: MSGWG; Adressat: MSGWG und andere Ministerien sowie die den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen zugeordneten Aus-, Fort- und Weiterbildungsinstitutionen, Betroffenen- und Angehörigen-Vertretungen
- Anbieter klinischer Versorgung von (postpartal) psychisch erkrankten Müttern und ihren Kindern sollen sich unter Federführung des MSGWG über den Sachstand der Versorgung austauschen. Nach Möglichkeit soll diese Gruppe mit dem Ziel der Entwicklung spezialisierter Eltern-Kind-Angebote in diesem Kontext in einem Netzwerk zusammengebracht werden. Nach Feststellung der aktuellen Problemfelder wird ggf. ein Austausch zu anderen bestehenden Netzwerken unterstützt.
Akteur: MSGWG; Adressat: MSGWG, Leistungsträger, Leistungserbringer, bestehende (regionale) Netzwerke
- Das geplante Gesetz zur Finanzierung der psychiatrischen Versorgung (PsychVGG-Entwurf) sieht Tagespauschalen für das Hometreatment (Behandlung zu Hause) vor. Die Gruppe der postpartal psychisch erkrankten Mütter und ihrer Kinder soll nach Verabschiedung des Gesetzes für dieses Versorgungsangebot positioniert werden.
Akteur: MSGWG; Adressat: Leistungsträger, Leistungserbringer

13. Handlungsfeld Psychisch-Kranken-Gesetz

13.1 Relevanz

Das Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch kranker Menschen (Psychisch-Kranken-Gesetz – PsychKG) des Landes Schleswig-Holstein regelt die Voraussetzungen für eine öffentlich-rechtliche Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer psychiatrischen Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses oder einer Hochschulklinik.

Die zwangsweise Unterbringung ist zum Schutz bei bzw. zur Überwindung von gegenwärtiger erheblicher Selbst- und Fremdgefährdung vorgesehen und unterliegt verbindlich vorgegebenen Verfahrensregeln. Im Rahmen der Unterbringung können sich bei erheblichem fremd- und selbstgefährdendem Verhalten die Fragen nach der Anwendung von weiteren besonderen Sicherungsmaßnahmen und der Zwangsbehandlung als ultima ratio stellen.

13.2 Analyse

Sowohl der verfassungsrechtliche Grundsatz, dass eine Freiheitsentziehung nur als letztes Mittel in Betracht kommt als auch die Vorgabe des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 12. Dezember 2006 (UN-BRK) erfordern ein Psychisch-Kranken-Gesetz, in dem für jede Betroffene und jeden Betroffenen erreichbare Hilfen zur Verfügung gestellt werden.

Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (Beschlüsse vom 23. März 2011 und 20. Februar 2013) erfordert eine grundrechtskonforme Regelung zur Zwangsbehandlung. Erforderlich ist darüber hinaus eine den Grundrechten der Betroffenen angemessene Regelung weiterer Zwangsmaßnahmen wie Fixierung oder Isolierung.

Die Umsetzung der Beschlüsse des BVerfG zur medizinischen Zwangsbehandlung ist in SH bereits durch Gesetzesänderung erfolgt.

Die zwangsweise Unterbringung und die ggf. im Einzelfall nach sorgfältiger Abwägung angeordneten weiteren Zwangsmaßnahmen stellen erhebliche Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht und die Menschenwürde und damit in die Grundrechte der Betroffenen dar.

Zur Sicherung einer entsprechenden Umsetzung, in deren Mittelpunkt die Achtung des Willens und der Bedürfnisse der Betroffenen steht, sind staatliche Aufsicht, unabhängiger Rechtsschutz, unabhängige Beschwerdemöglichkeiten und unabhängige Kontrolle unabdingbar.

13.3 Ziele

Ein modernes Psychisch-Kranken-Gesetz muss neben dem Schutz der Betroffenen und der Allgemeinheit insbesondere den Anspruch auf Hilfen für psychisch kranke Menschen und die Abwendung von zwangsweisen Unterbringungen in den Mittelpunkt stellen.

Es sollte somit die gesetzliche Grundlage bilden, den rechtlichen Rahmen für eine kontinuierlich gewaltfreier werdende Psychiatrie sicherzustellen und zu garantieren. Zwangsweise Unterbringungen, Zwangsbehandlungen und stationäre Unterbringung sollten Ausnahmen werden. Wenn allerdings eine zwangsweise Unterbringung im Extremfall nicht vermieden werden kann, muss diese klar und eindeutig geregelt sein. Das Unterbringungsrecht greift am intensivsten in die Persönlichkeitsrechte ein.

Es wird das Grundrecht auf Freiheit begrenzt und beschnitten, welches im Grundgesetz ein hohes Gut darstellt. Umso wichtiger ist es, klare und eindeutige Regelungen festzuschreiben, welche die Menschenwürde und die individuellen Rechte der Person im Blick hat und diese respektiert.

13.4 Maßnahmen

Bisher wurden die Regelungen zur Zwangsbehandlung umgesetzt. Nun geht es nicht mehr darum, die Voraussetzungen für die Behandlung gegen den Willen der betroffenen Menschen verfassungsgemäß zu bestimmen, sondern das gesamte Regelwerk auf die Höhe der Zeit zu bringen. Grundsätzlich geht es also darum, die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der betroffenen Menschen zu stärken und der nach wie vor vorhandenen Stigmatisierung entgegenzuwirken. Dabei gibt es folgende wesentliche Punkte, nämlich

- der ärztlichen und pflegerischen Aus- und Weiterbildung in den Einrichtungen einen größeren Stellenwert einzuräumen,
- das Entlassungsmanagement stetig weiterzuentwickeln, sodass die untergebrachten Menschen über verschiedenen Unterstützungs- und Hilfsangebote informiert sind, die Entlassung rechtzeitig vorzubereiten und Entlassungsmaßnahmen im Behandlungsplan zu dokumentieren. Da mit dem Tag der Einweisung klar ist, dass auch wieder eine Entlassung erfolgen muss, ist unverzüglich unter Einbeziehung der Betroffenen, des sozialen Umfeldes sowie der vor- und nachbetreuenden Stellen ein Nachsorgekonzept als integraler Bestandteil des Behandlungsplans zu entwickeln,
- den Zugang zu Versorgungsstrukturen zu prüfen bzw. zu verbessern, um personenbezogene Hilfen zu gewährleisten,
- regelmäßige Erstellung eines Landespsychiatrieberichtes, als Grundlage für eine Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und Versorgungsqualität
- die zwangsweise Unterbringung, zwangsweise Behandlung und stationäre Unterbringung als Ausnahme zu betrachten,
- in allen Maßnahmen die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes, des Bundesgerichtshofes und der UN-Behindertenrechtskonvention (Zwangsbehandlungen, Stärkung der Patientenrechte usw.) zu berücksichtigen,
- psychiatrische Einrichtungen mit medizinischen und sozialen Einrichtungen zu vernetzen,
- die Aufgaben der Fachaufsicht gesetzlich zu normieren,
- Regelungen zu schaffen für Kinder und Jugendliche zu Schutz- und Kontrollmaßnahmen sowie zu Beschwerdemöglichkeiten und Behandlungsangeboten (schulische und berufliche (Weiter-) Bildung, Therapieangebote, Ausgestaltung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Betreuung, Vorhalten pädagogischer Standards),
- verbindliche Dokumentations- und Qualitätsstandards zu entwickeln sowie
- eine bessere Verzahnung von ambulanten und stationären Angeboten sicherzustellen.

Akteur: MSGWG, Kommunen; Adressat: MSGWG, Kommunen, Leistungserbringer, Betroffenen- und Angehörigen-Vertretungen, Patientenvertretung/Besuchskommission

14. Handlungsfeld Psychiatrie und Zwang

14.1 Relevanz

Das Betreuungsrecht, die öffentliche-rechtliche Unterbringung auf Grundlage des PsychKG sowie das Unterbringung im Maßregelvollzug beinhalten Befugnisse zu weitgehenden Zwangsmaßnahmen. Neben der Unterbringung selbst gehören hierzu Sicherungsmaßnahmen wie Einzeleinschluss, mechanische Fixierung oder die Verabreichung von sedierenden Medikamenten sowie ärztliche Zwangsbehandlungen der psychiatrischen Grunderkrankung. Sie werden von den Betroffenen als sehr belastend empfunden und können das Vertrauensverhältnis in die Behandler oder die Institution Psychiatrie insgesamt grundlegend erschüttern.

Andererseits haben die psychiatrischen Dienste und Einrichtungen den Auftrag, die Betroffenen selbst als auch die Allgemeinheit vor Gefahren zu schützen, die aufgrund ihrer psychiatrischen Erkrankung in bestimmten Situationen von den Betroffenen ausgehen können.

14.2 Analyse

Fachliche Standards und prozedurale Vorkehrungen können dazu beitragen, die Anwendung von Zwangsmaßnahmen zu reduzieren, zu verkürzen und möglichst schonend durchzuführen. Über die Häufigkeit und Dauer der Anwendung von Zwangsmaßnahmen im Rahmen psychiatrischer Unterbringungen liegen bislang wenig belastbare Informationen vor. Diese sind u.a. für die Aufsicht und zur Selbstkontrolle bedeutsam.

Für die Anwendung des PsychKG übt das MSGWG die Fachaufsicht über die Kommunen aus, die ihrerseits die psychiatrischen Einrichtungen in ihrem Zuständigkeitsbereich kontrollieren. Für den Maßregelvollzug übt das MSGWG die unmittelbare Fachaufsicht über die beiden Maßregelvollzugseinrichtungen aus. Im Rahmen des Betreuungsrechtes findet keine Fachaufsicht über die Einrichtungen durch die Landesregierung statt, eine Kontrolle soll über die Betreuerinnen und Betreuer sowie durch den gerichtlichen Rechtsschutz gegeben sein.

14.3 Ziele

Ziel ist es, die Selbstbestimmung der Betroffenen in eine bestmögliche Übereinstimmung mit dem Schutz vor Selbstgefährdung und dem Schutz der Allgemeinheit zu bringen.

14.4 Maßnahmen:

- Zentrale Erfassung von Zwangsmaßnahmen und Unterbringungen in allen Einrichtungen, also auch außerhalb psychiatrischer Kliniken
- Umfassende Dokumentation der Anordnung und Durchführung von Zwangsmaßnahmen
- Regelmäßige Berichterstattung über Zwangsmaßnahmen und über die Zahl der untergebrachten Menschen in Einrichtungen
- Kooperation mit wissenschaftlichen Einrichtungen, Initiierung und Unterstützung von Forschungsprojekten u.a. zur Häufigkeit der Anwendung von Zwangsmaßnahmen, den ursächlichen Faktoren und Möglichkeiten zur Vermeidung.
- Förderung des interdisziplinären Austausches über die Handhabung von Zwangsmaßnahmen und der Erarbeitung fachlicher Standards für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen unter Einbeziehung der Betroffenen, der Ärzteschaft, der Ge-

richte und der Fachaufsichten.

- Förderung einer stärkeren Inanspruchnahme von rechtlichen Instrumente, die die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten stärken, wie der psychiatrischen Patientenverfügung, des Behandlungsvertrages und dem Krisenpass.
- Förderung des Austausches und der Entwicklung gemeinsamer Standards der Besuchskommissionen
- Unterstützung der Kommunen zur konzeptionelle Stärkung der Fachaufsicht
- Prüfung fachaufsichtsrechtlicher Verantwortlichkeiten und Möglichen bei betreuungsrechtlichen Unterbringungen

Akteure/Adressat: Die unmittelbare Anwendung und Entscheidung liegt in der Verantwortlichkeit der zuständigen Ärztinnen und Ärzte. Strukturelle Vorkehrungen sind durch die Kliniken sicherzustellen. Die Genehmigung ärztlicher Zwangsbehandlungen liegt in der Verantwortung der Gerichte. Die Fachaufsicht liegt bei den Kreisen und kreisfreien Städten sowie dem Land. Im Rahmen der BGB-Unterbringung sind die Betreuerinnen und Betreuer (mit-) verantwortlich.

15. Handlungsfeld Maßregelvollzug

15.1 Relevanz

Wenngleich der Maßregelvollzug in der psychiatrischen Versorgung mit einer durchschnittlichen Belegung von 315 bis 340 Patientinnen und Patienten zahlenmäßig keine herausgehobene Rolle spielt, so ist er dennoch für die psychiatrische Regelversorgung von besonderer Bedeutung: Die meisten Patientinnen und Patienten im Maßregelvollzug haben eine psychiatrische Vorerfahrung und werden nach der Entlassung aus dem Vollzug weitere Unterstützung des psychiatrischen Regelsystems benötigen.

Der Maßregelvollzug stellt zudem ein besonderes Handlungsfeld der psychiatrischen Versorgung mit höchster Grundrechtsrelevanz dar: Die Betroffenen werden gegen ihren Willen durch ein strafrechtliches Urteil freiheitsentziehend untergebracht, die Einrichtungen verfügen über tiefgreifende Eingriffsbefugnisse bis hin zur ärztlichen Zwangsbehandlung und im 63er-Vollzug ist die Dauer der Unterbringung unbestimmt und liegt oftmals weit über zehn Jahren.

Andererseits hat der Maßregelvollzug einen Schutzauftrag gegenüber der Allgemeinheit, indem er aufgrund ihrer psychiatrischen Erkrankung oder ihrer Sucht als besonders gefährlich angesehene Straftäterinnen und Straftäter behandelt und so lange wie erforderlich in seinem Gewahrsam hält.

Zudem ist der Maßregelvollzug der einzige verbliebene Bereich der psychiatrischen Versorgung, in dem das Land die Planungshoheit und die unmittelbare Verantwortung als Aufgabenträger behalten hat, da dieser Kernbereich hoheitlicher Gewaltausübung einer Kommunalisierung nicht zugänglich ist.

15.2 Analyse

Der Bereich des Maßregelvollzugs war in der Zeit seit der letzten Berichterstattung tiefgreifenden Veränderungen unterworfen:

- Die beiden Maßregelvollzugseinrichtungen in Neustadt und Schleswig wurden von Landeseinrichtungen in privatrechtliche Rechtsformen umgewandelt und privaten Krankenhausträger übertragen, die mit der Aufgabenwahrnehmung beliebig werden sind.
- Eine externe Expertenkommission hat die Arbeitsweise der Einrichtungen begutachtet und Empfehlungen zur Weiterentwicklung in konzeptioneller/ behandlerischer, personeller und baulicher Hinsicht ausgesprochen.
- Den Empfehlungen folgend sind im Rahmen eines erheblichen Investitionsprogramms die räumlichen Gegebenheiten verbessert worden. Der Personalbestand ist deutlich aufgestockt worden.
- Seit 2005 wird die Arbeit der Einrichtungen durch eine externe Besuchskommission begleitet.

15.3 Ziele

Die Fokussierung auf Therapie und Wiedereingliederung kann die Rückfallgefahr und eine erneute Straffälligkeit vermeiden und die gesellschaftliche Wiedereingliederung der Betroffenen fördern.

15.4 Maßnahmen:

Folgende Ansatzpunkte einer künftigen Weiterentwicklung des Maßregelvollzugs, für deren Umsetzung das Gesundheitsministerium die Verantwortung trägt, wurden erarbeitet:

- Erneute Inspektion durch eine Expertenkommission im ersten Halbjahr 2018, nach Abschluss des Investitionsprogramms (Bauplanung: Ende 2017)
- Bauliche Weiterentwicklung zu mehr Angeboten in Ein-Bett-Zimmern. Zwar konnten die im Jahre 2000 noch zahlreich vorhandenen 5-, 4-, und 3-Bett-Zimmer zwischenzeitlich sämtlich aufgelöst werden, doch werden auch nach Abschluss des Investitionsprogramm in Neustadt rund zwei Drittel der im hoch gesicherten Bereich untergebrachten Patienten in Zweibett-Zimmern untergebracht sein; anzustreben ist eine überwiegende Unterbringung in Einzelzimmern.
- Enge Begleitung und Unterstützung der Einrichtungen bezüglich der Behandlungsmöglichkeiten bei Patienten und Patientinnen mit langer Verweildauer, die mit durchschnittlich neun Jahren bei der 63er-Unterbringung deutlich über der Unterbringungs-dauer anderer Länder liegt.
- Verbesserung und Erweiterung der Nachsorgeangebote mit den jeweils zuständigen Trägern, insbesondere der Eingliederungshilfe.
- Stärkung der Partizipation der Patientinnen und Patienten auch im Maßregelvollzug.

Akteur: MSGWG; Adressat: MSGWG, Leistungserbringer, Kommunen, Besuchskommission, Patientenvertretung