

Fortschreibung der Sozialplanung der Stadt Frankfurt (Oder)

Teilplan „Psychisch Kranke und Abhängigkeitskranke“



Inhalt

Einleitung	4
I. Grundlagen	5
1. Ziele der psychosozialen Grundversorgung	5
2. Aufgaben und Erwartungen	6
3. Gesetze	7
3.1 Zielgruppen	7
3.2 Gesetzliche Grundlagen und soziale Folgen	7
4. Störungen und ihre Häufigkeit	9
4.1 Datenlage in der BRD	9
4.2 Störungsbilder und Behandlungsbedarf vor Ort	11
II. Entwicklung 2005-2010	13
1. Übergreifende Angebote	13
1.1 Niedergelassene Ärzte, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten	13
1.2 Stationäre Versorgung	13
1.3 Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	15
1.4 Der Sozialpsychiatrische Dienst am Gesundheitsamt (SpDi)	15
1.5 Krisenintervention	16
1.5.1 Telefonseelsorge	16
1.5.2 Opferberatung	16
1.6 Kontakt- und Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen im Haus der Begegnung	17
1.7 Gesetzliche Betreuung	18
2. Angebote für spezielle Gruppen	19
2.1 Angebote für Kinder und Jugendliche	19
2.1.1 Präventive Angebote	19
2.1.2 Therapeutische Angebote	19
2.2 Angebote für Erwachsene mit psychischen Erkrankungen	21
2.2.1 Wohnen	21
2.2.2 Arbeit/Beruf	22
2.2.3 Tagesstruktur / Soziale Kontakte	23
2.2.4 Psychoseseminar	24
2.2.5 Selbsthilfe	24
2.3 Suchtkranke	24
2.3.1 Die Suchtberatungsstelle	25
2.3.2 Weitere ambulante Hilfen	26
2.3.3 Wohnen für Suchtkranke	26
2.3.5 Suchtprävention	27
2.4 Alte Menschen	27
2.4.1 Ambulante ärztliche Behandlung	27
2.4.2 Stationäre Behandlung	27
2.4.3 Kontakt- und Beratungsstelle für Demenzkranke	27
2.4.4 Ehrenamtliche Betreuung Demenzkranker in der eigenen Wohnung: HelferInnen-Kreis	28
2.4.5 Ambulante Pflegedienste	28
2.4.6 Tagespflege	28
2.4.7 Pflegeheime	28
2.4.8 Wohngemeinschaft für Demenzkranke	29
2.4.9 Ältere Migranten	30
3. Koordination psychosozialer Hilfen	30
3.1 Die "Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft" (PSAG)	30
3.2 Der Psychiatriekoordinator	30
3.3 Arbeitsgemeinschaft der Träger der Freien Wohlfahrtspflege ("Kleine LIGA")	31
III. Fortschreibung und Ziele	32
1. Allgemeine Tendenzen	32
1.1 Soziostrukturelle Entwicklung	32

1.2 Werden die Menschen kränker?	32
2. Zusätzlicher Bedarf	33
2.1 Kinder-Jugend-Bereich	33
2.1.1 Jugendliche und junge Erwachsene mit besonderem Hilfebedarf	33
2.2 Erwachsene mit allgemeinpsychischen Störungen	33
2.2.1 Ambulante Psychotherapie	33
2.2.2 Wohnen.....	34
2.2.3 Ehrenamtliche Betreuung psychisch Kranker	34
2.2.5 Psychiatrische Familienpflege	35
2.3 Suchtkranke	36
2.3.1 Therapeutisches Angebot für abstinentenzunfähige Alkoholranke	36
2.3.2 Kooperationsvereinbarung „Sucht und Kindeswohl“	36
2.3.3 Straßensozialarbeit für suchtmittelkonsumierende Menschen	36
2.3.4 Früherkennung und motivierende Beratung durch die Hausärzte	37
2.4 Altenbereich	37
2.4.1 Wohngemeinschaften für Demenzkranke und alte Menschen mit anderen psychischen Erkrankungen	37
2.4.2 Tagesklinik	37
2.4.3 Ältere Migranten.....	37
2.4.4 Vorsorge	37
2.4.5 Tagespflege	38
2.4.6 Arbeitskreis Geriatrie/Gerontopsychiatrie	38
3. Koordination.....	38
3.1 Arbeitskreise der PSAG	38
3.2 Psychiatriekoordination.....	38
3.3 Psychiatrieplanung	39

Einleitung

Psychiatrieplanung ist eine sozialpolitische Aufgabe der Stadt Frankfurt (Oder) in Wahrnehmung ihrer Verantwortung für die Benachteiligten und besonders Hilfebedürftigen ihrer Bürger.

Die politische Verantwortung ergibt sich aus § 8 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes (BbgGDG). Danach sollen die Landkreise und die kreisfreien Städte „für ihren örtlichen Zuständigkeitsbereich fachliche Zielvorstellungen zur Beratung, Betreuung und Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen sowie Abhängigkeitskranker“ entwickeln.

Als rechnerische Grundlage für die Planung wurden in vielen Kommunen – so auch in Frankfurt (Oder) – ursprünglich die im Jahre 1988 von der Expertenkommission der Bundesregierung ermittelten Richtwerte herangezogen (die beispielsweise 14 Fachkräfte für die psychiatrische Versorgung von 150.000 Menschen vorsahen). Diese Daten sind angesichts der demographischen Veränderungen für die heutigen Verhältnisse deutlich zu niedrig. Aktuelle Richtwerte für eine „alternde Stadt“ wie Frankfurt (Oder) liegen nicht vor.

Wir versuchen daher, die Entwicklung vor Ort in den Jahren 2005 – 2009 darzustellen und daraus mithilfe der in diesem Bereich tätigen Fachleute Schlüsse über den weiteren Bedarf zu ziehen.

Formal ist die Psychiatrieplanung ein Teil der kommunalen Sozialplanung und überschneidet sich mit anderen Teilplänen (insbesondere Altenhilfe und Integration von Menschen mit Behinderung).

Da die Grenzen zwischen akuten und chronischen Zuständen fließend verlaufen und da sich – wie hier versucht – ein wesentlich schärferes Bild ergibt, wenn das gesamte psychiatrische Angebot der Stadt in *einem* Dokument dargestellt wird, ist auch die Benennung geändert worden: „Teilplan psychisch Kranke und Abhängigkeitskranke.“

Der vorliegende Psychiatrieplan

- fasst in **Teil I** die fachlichen und rechtlichen Grundlagen zusammen
- beschreibt in **Teil II** das vorhandene Angebot und die Entwicklung in den Jahren 2005 bis 2010
- benennt in **Teil III** vorhandene und zu erwartende Defizite und gibt Empfehlungen für die Weiterentwicklung psychosozialer Hilfsangebote bis 2013

I. Grundlagen

1. Ziele der psychosozialen Grundversorgung

Der Bericht der Enquete-Kommission der Bundesregierung im Jahre 1975 - eine Reaktion auf die teilweise unerträglichen Zustände in der damaligen Psychiatrie - war der entscheidende Anstoß für die Entwicklung in Richtung einer humanen Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Die neun Grundsätze der Enquete-Kommission sind nach wie vor gültig und maßgeblich für eine angemessene psychosoziale Versorgung:

1. Vorrang von Prävention
2. Aufklärung der Bevölkerung
3. Stärkung des „Vorfeldes“ der Psychiatrie: Beratung, Erziehung, Selbsthilfe
4. Orientierung bedarfsgerechter Angebote an den Bedürfnissen der Klienten/Patienten (nicht die Klienten an den Bedürfnissen der Institutionen und Träger)
5. Gemeindenah: Hilfeleistung am Wohnort
6. Gleichberechtigt: Qualitativ hochwertige Versorgung körperlich wie seelisch Kranker
7. Koordiniert und multidisziplinär: enge Zusammenarbeit verschiedener Träger und Institutionen zum Nutzen der Klienten
8. Ambulant vor stationär
9. Konstant: verlässliche Kontaktpersonen für psychisch Kranke auch beim Wechsel zwischen verschiedenen Einrichtungen

Unter der Bezeichnung „Grundprinzipien“ waren einige dieser Ziele auch schon der Psychiatrieplanung der Stadt Frankfurt (Oder) im Jahr 2004 vorangestellt. Gefordert wurden u. a.:

- der Aufbau bedarfsgerechter und gemeindenaher Versorgungsstrukturen
- die Koordination und Zusammenarbeit innerhalb der Versorgungssysteme
- die Gleichstellung körperlich und psychisch Kranker

In der internationalen Zusammenarbeit werden die Ziele der psychosozialen Grundversorgung zudem durch die von der BRD ratifizierte **UN-Behindertenrechtskonvention vom 3.5.2008** definiert:

- Gleiche Anerkennung vor dem Recht gemäß Art. 12
- Zugang zur Justiz gemäß Art. 13
- Freiheit und Sicherheit der Person gemäß Art. 14
- Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft gemäß Art. 19

Der Staat hat wirksame und geeignete Maßnahmen zu treffen, um behinderten Menschen

- a) die volle Einbeziehung in die Gemeinschaft (Inklusion) und Teilhabe in der Gemeinschaft (Partizipation) zu erleichtern. Dazu gehören die freie Wahl des Aufenthaltsortes und die freie Entscheidung, wo und mit wem die Menschen mit Behinderung leben wollen. Eine Verpflichtung in besondere Wohnformen ist rechtswidrig.
- b) Zugang zu gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen zu gewährleisten, einschließlich der persönlichen Assistenz zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und Einbeziehung in die Gemeinschaft (Inklusion). Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft sollen damit verhindert werden.

Folgende Grundsätze sind dabei zu realisieren:

- Bildung gemäß Art. 24 der Konvention – kein Ausschluss vom allgemeinen Bildungssystem
- Gesundheit gemäß Art. 25 der Konvention - Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit
- Habilitation und Rehabilitation gemäß Art. 26 der Konvention – Unterstützung durch professionelle Helfer wie auch durch andere Menschen mit Behinderung zur Bewahrung eines Höchstmaßes an umfassender körperlicher, geistiger, sozialer und beruflicher Fähigkeiten
- Arbeit und Beschäftigung gemäß Art. 27 der Konvention - Recht auf die Möglichkeit, der Sicherung des Lebensunterhaltes durch Arbeit
- Angemessener Lebensstandard und sozialer Schutz gemäß Art. 28 der Konvention
- Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport gemäß Art. 30 der Konvention.

2. Aufgaben und Erwartungen

Bei dem Versuch, die oben genannten Ziele zu verwirklichen, haben die verschiedenen Akteure unterschiedliche Erwartungen und unterschiedliche Aufgaben:

Aus Sicht der Betroffenen

Psychisch kranke Menschen und Menschen mit einer seelischen Behinderung wollen den gleichen Zugang zu Hilfe- und Versorgungsangeboten vergleichbarer Qualität haben wie somatisch Kranke. Die Gleichstellung betrifft nicht nur die medizinische Behandlung, sondern auch die Lebensqualität im Alltag. Nachteile (z. B. bei der Arbeitssuche), die sich aus der Krankheit ergeben, sollen überwunden werden. Gebraucht werden vor allem ambulante Hilfen, die ein „normales Leben“ ermöglichen.

Aus Sicht der Hilfeleister

Die Hilfeleister organisieren ihre Arbeit so, dass

- Doppelungen und die Verschwendung von Ressourcen vermieden werden,
- derjenige eine bestimmte Leistung erbringt, der dazu am besten qualifiziert ist,
- durch Austausch, Fortbildungen und Supervision ein guter fachlicher Standard gehalten und das „Ausbrennen“ von Mitarbeitern verhindert wird.

Aus Sicht der politisch Verantwortlichen

- Kooperation der Kommunen innerhalb des Landes Brandenburg
- Vernetzung der bestehenden Angebote
- Qualitätsprüfung
- Besondere Beachtung besonders benachteiligter Gruppen
- Einbeziehung Betroffener und Angehöriger auf allen Ebenen der Planung und Umsetzung psychosozialer Projekte
- Schaffung eines entsprechenden Landesgesetzes für mehr Rechtssicherheit behinderter Menschen

Aus Sicht der Steuer- und Beitragszahler

- optimaler Einsatz der personellen und materiellen Ressourcen
- Verhütung von Chronifizierung, höherer Aufwand jahrelanger Transferleistungen gegenüber einer intensiven Akutbehandlung
- berufliche Integration und Rehabilitation, wann immer möglich (selbst, wenn sie langwierig und mühsam ist) – Berentung als ultima ratio

3. Gesetze

3.1 Zielgruppen

Zielgruppen der sozialpsychiatrischen Versorgung sind insbesondere chronisch psychisch Kranke (in der Sprache der Sozialgesetzgebung sind dies „seelisch Behinderte oder von seelischer Behinderung bedrohte Menschen“), zu denen auch die Abhängigkeitskranken gezählt werden.

Im § 1 Abs. 2 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen sowie über den Vollzug gerichtlich angeordneter Unterbringung für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen im Land Brandenburg vom 05. Mai 2009, geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 15. Juli 2010 (Brandenburgisches Psychisch-Kranken-Gesetz- BbgPsychKG), wird der Personenkreis der psychisch Kranken und seelisch Behinderten definiert:

„Psychisch Kranke oder seelisch Behinderte im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die an einer Psychose, einer psychischen Störung, die in ihren Auswirkungen einer Psychose gleichkommt, oder an einer mit dem Verlust der Selbstkontrolle einhergehenden Abhängigkeit von Suchtstoffen leiden und bei denen ohne Behandlung keine Aussicht auf Besserung besteht.“

Die Begriffe „psychisch Kranke“ und „seelisch Behinderte“ werden im Gesetz synonym gebraucht. Die Störungen, die zu einer „seelischen Behinderung“ im Sinne des Gesetzes führen können, stammen aus dem gesamten Spektrum psychiatrischer Diagnosen; entscheidend ist die Ausprägung (oder Schwere) der Störung. Die häufigsten Störungen, die zu chronischen Beeinträchtigungen führen, sind Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Sucht und - bei älteren Menschen – die Demenz.

Im § 3 der Eingliederungshilfe-Verordnung nach § 60 Sozialgesetzbuch - Zwölftes Buch - (SGB XII) wird der Personenkreis benannt:

„ Seelische Störungen, die eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit im Sinne des § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII zur Folge haben können, sind

- *körperlich nicht begründbare Psychosen,*
- *seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns (z.B. Delirium, Demenz), von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen,*
- *Suchtkrankheiten,*
- *Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.“*

3.2 Gesetzliche Grundlagen und soziale Folgen

Das gegliederte sozialrechtliche Leistungssystem der Bundesrepublik Deutschland mit seinen unterschiedlichen Leistungs- und Kostenträgern ist für Betroffene schwer zu überschauen. Viele Betroffene resignieren vor der Flut der Anträge, der zu erbringenden Nachweise, sowie der eigenen Kostenbeteiligung bzw. die der Angehörigen. Das SGB XII sieht insbesondere in den §§ 53 ff. Eingliederungshilfen für Menschen mit Behinderungen vor. Durch die veränderten Rechtsgrundlagen im Bereich der Pflege wurde mit Einführung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes vom 28.5.2008 der Entwicklung der Bedürfnisse von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen Rechnung getragen. Die Hilfesysteme für die genannten Zielgruppen bestehen relativ unabhängig voneinander. Dies ergibt sich aus den verschiedenen Rechtsgrundlagen für jede Zielgruppe.

Neben dem Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetz und den Sozialgesetzbüchern (SGB) I (Allgemeiner Teil), SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) sowie SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung), gelten für die Gruppen:

für psychisch kranke und Menschen mit seelischer Behinderung	§ 8 BbgGDG §§ 53 ff SGB XII SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe)
für suchtkranke Menschen	§ 8 BbgGDG §§ 53 ff SGB XII und §§ 67 ff SGB XII SGB IX
für alt gewordene psychisch kranke und Demenzkranke Menschen	§ 71 SGB XII Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) Pflegeleistungsergänzungsgesetz (PflEG) Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflegeweiterentwicklungsgesetz) Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz)
für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche	§ 35 a SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz)

Daraus ergibt sich, dass die Kommune unterschiedlich stark für die Versorgung der einzelnen Zielgruppen verantwortlich ist. Für die Beratung, Betreuung und Integration (Teilhabe) von psychisch kranken und suchtkranken Menschen sind die Kommunen (Gesundheitsamt, Sozialamt) zuständig. Die Pflegekassen sind insbesondere im gerontopsychiatrischen Bereich gefordert.

Im Rahmen der Enthospitalisierung und des Abbaus von Fehlbelegungen in den Landeskliniken und Behinderteneinrichtungen wurden Wohnstätten für chronisch psychisch Kranke und chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke im Investitionsprogramm (IVP-C) durch das Land gefördert.

Diese zahlreichen Reformbemühungen haben ihre rechtliche Verankerung im BbgPsychKG gefunden. Das BbgPsychKG regelt u.a. die Hilfen für Personen, die an einer Psychose, einer anderen seelischen Störung oder Behinderung leiden oder gelitten haben oder bei denen Anzeichen einer solchen Krankheit, Störung oder Behinderung vorliegen, die erforderlich sind, um die Krankheit zu heilen, deren Verschlimmerung zu verhüten, die Krankheitsbeschwerden zu lindern, der sozialen Ausgrenzung entgegenzuwirken und die soziale Wiedereingliederung zu ermöglichen.

Das Gesetz schreibt die Verantwortung der Stadt mit ihrem sozialpsychiatrischen Dienst als Träger der Hilfen fest. Sie wirken entsprechend § 6 Abs. 3 BbgPsychKG daraufhin, dass

1. die für eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung erforderlichen Angebote im ambulanten, stationären, teilstationären und rehabilitativen Bereich in erreichbarer Nähe zu ihrem jeweiligen örtlichen Zuständigkeitsbereich vorhanden sind und
2. die Träger dieser Angebote sich auf das Zusammenwirken bei der psychiatrischen Versorgung für einen oder mehrere örtliche Zuständigkeitsbereiche verpflichten.

Die Stadt ist entsprechend § 8 des BbgGDG vom 23. April 2008 für die Bildung eines Sozialpsychiatrischen Dienstes am Gesundheitsamt unter ständiger fachärztlicher Verantwortung zuständig.

Weiterhin stellt die Stadt als Träger der Hilfen die Wahrnehmung koordinierender und steuernder Aufgaben in der Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Personen in ihrem örtlichen Zuständigkeitsbereich sicher.

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) wirkt als anerkanntes Gremium an der Planung und Umsetzung der Ziele und Maßnahmen einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur mit (vgl. auch Punkt 3. 1).

Durch § 12 BbgPsychKG obliegt dem Sozialpsychiatrischen Dienst die Einstweilige Anordnung einer Unterbringung in einer Einrichtung der psychiatrischen Versorgung nach § 10 Abs. 1 von selbst- oder fremdgefährdenden Patienten. In Frankfurt (Oder) wird diese Funktion jedoch aus praktischen Gründen, unter Anwendung des § 12 Abs. 4 Satz 2, weiterhin vorwiegend vom ärztlichen Notdienst wahrgenommen.

Das BbgGDG vom 23.4.2008 überträgt den Gesundheitsämtern mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst die Aufgabe, psychisch Kranke und Behinderte und deren Angehörige zu beraten und zu betreuen und dafür zu sorgen, dass für Abhängigkeitskranke Beratungs- und Betreuungsangebote vorgehalten, sowie Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste eingerichtet werden.

Ziel des SGB IX ist es, durch unterstützende und begleitende Maßnahmen, Defizite behinderter Menschen auszugleichen und ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. So ist der örtliche Sozialhilfeträger – hier: das Amt für Jugend und Soziales - als Rehabilitationsträger vor allem für die soziale Rehabilitation psychisch Kranker bzw. Menschen mit einer seelischen Behinderung, einschließlich Menschen mit einer Suchterkrankung, zuständig.

Nach §§ 55, 58 SGB IX sind folgende Hilfen verankert:

- Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des behinderten Menschen entspricht,
- Hilfen zu selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten,
- Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben,
- Hilfen zur Förderung der Begegnung und des Umgangs mit nichtbehinderten Menschen.

4. Störungen und ihre Häufigkeit

4.1 Datenlage in der BRD

Psychische Störungen sind häufig. Die Zahlenangaben in der Literatur sind extrem hoch, hier ein Beispiel¹:

- Die Lebenszeitprävalenz psychischer Erkrankungen, d. h. der Prozentsatz der Normalbevölkerung, der innerhalb des gesamten Lebens mindestens einmal eine psychische Störung entwickeln, liegt bei ca. 43 %. D. h. fast jeder zweite Mensch entwickelt mindestens einmal in seinem Leben eine relevante psychische Störung.
- Die 12-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen, d. h. der Prozentsatz an Personen, die mindestens eine psychische Störung im Laufe von 12 Monaten aufweisen, beträgt ca. 31 %.
- Die 1-Monats-Prävalenz liegt bei ca. 19 %.

¹ F. Jacobi · M. Klose · H.-U. Wittchen:

Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage, Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2004 · 47:736–744

Bei Kindern und Jugendlichen liegen die 12-Monats-Prävalenzraten für psychische Erkrankungen (entsprechend einer Analyse¹ von 19 Studien im Jahr 2002) etwa zwischen 15 und 22 %. Eine Übersicht aus dem Jahr 2006 setzt den Anteil behandlungsbedürftiger Kinder und Jugendlicher mit 18 % an.

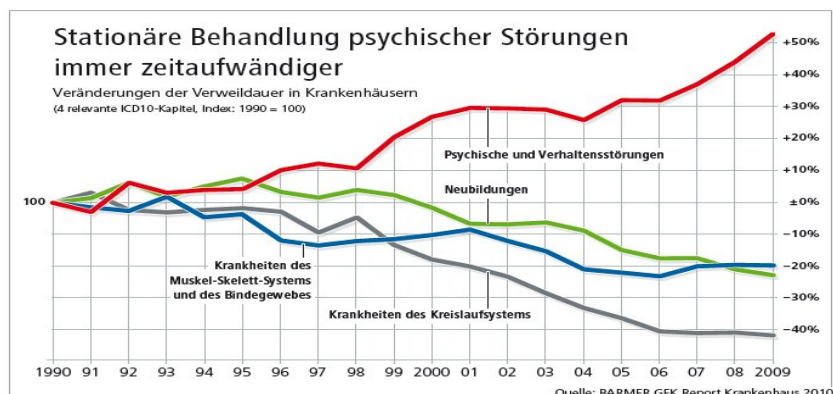
Natürlich bedürfen nicht alle dieser Menschen (fast 1/3 der Bevölkerung) der Behandlung durch einen Fachmann. In solchen Zahlen spiegeln sich auch die zunehmend ausgedehnten Definitionen psychischer Krankheiten und die wachsende Aufmerksamkeit, die diesem Bereich von Ärzten und von der Bevölkerung entgegengebracht wird, wieder.

Anmerkung: Während früher psychiatrische Diagnosen fast immer als stigmatisierend erlebt wurden und die Hemmschwelle vor dem Aufsuchen eines Experten entsprechend hoch war, gibt es in den letzten zwanzig Jahren auch einen gegenläufigen Trend: „psychische Probleme“ werden in der Gesellschaft auch zunehmend als entlastende Erklärungen für das Verfehlen persönlicher Ziele akzeptiert. Die Destigmatisierung psychischen Krankseins - ein Beispiel wäre die offene Diskussion über den Suizid des depressiven Fußballspielers Robert Enke - ist zweifellos erfreulich; andererseits ergibt sich die Gefahr, dass ein hoher „sekundärer Krankheitsgewinn“ (z.B. ein Schwerbehindertenausweis für einen an krankhaften Ängsten leidenden Menschen) die Heilungsaussichten deutlich verringert.

Ob die Zahl psychischer Störungen in den letzten Jahrzehnten tatsächlich zugenommen hat – etwa als Folge des sozialen Wandels, wie oft vermutet – bleibt unklar. Eine Metaanalyse¹ im Jahr 2008 konnte dies nicht bestätigen. Die Bundesregierung antwortete am 11.08.10 auf eine kleine Anfrage der „Grünen“ zu diesem Thema: „Die Regierung teilt die Einschätzung der Bundespsychotherapeutenkammer, dass valide und systematische wissenschaftliche Erkenntnisse fehlen, die Auskunft über eine steigende Prävalenz und Inzidenz psychischer Erkrankungen in Deutschland über die letzten zehn Jahre geben könnten.“

Sicher ist hingegen, dass die Folgekosten psychischer Störungen in Deutschland dramatisch gestiegen sind – zwei Beispiele:

- Die Zahl der Fehltage Berufstätiger wegen psychischer Störungen hat von 2006 bis 2009 um 39 % zugenommen (TK Gesundheitsreport 2010).
- Die stationäre Behandlungsdauer auf Grund psychischer Störungen ist – entgegen dem allgemeinen Trend zur Verkürzung der Liegezeiten – seit 1990 um 50 %
- gestiegen.



¹ Wolfgang Ihle, Günter Esser: Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter, Psychologische Rundschau, 2002, S. 159-169

¹ Dirk Richter, Klaus Berger, Thomas Reker: „Nehmen psychische Störungen zu?“, Psychiatrische Praxis 2008, S. 321-330

4.2 Störungsbilder und Behandlungsbedarf vor Ort

Psychische Störungen werden häufig in **vier große Gruppen** eingeteilt (eine fünfte wäre die forensische Psychiatrie, die aber für die aktuelle Planung keine Rolle spielt):

1. Störungen im Kinder- und Jugendalter

Am häufigsten finden sich Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Depressionen und das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. In Frankfurt (Oder) leben derzeit noch 7.336 junge Menschen im Alter von unter 18 Jahren (Stand 12/2010). Ausgehend von einem Anteil behandlungsbedürftiger junger Menschen von 18 % ergibt sich die Zahl von 1.320.

2. Psychische Störungen bei Erwachsenen

Auch hier finden sich am häufigsten Angststörungen (bei bis zu 15 % der Bevölkerung) und Depressionen, außerdem psychische Störungen mit vorwiegend körperlichen Symptomen (Somatisierungsstörungen).

Schwere psychische Störungen wie Schizophrenien und manisch-depressive Erkrankungen sind dagegen vergleichsweise selten (jeweils ca. 1 % der Bevölkerung sind im Laufe ihres Lebens betroffen), erfordern jedoch neben den Suchterkrankungen und Demenzen den größten finanziellen und personellen Behandlungsaufwand.

Zur groben Abschätzung des tatsächlichen Behandlungsbedarfs werden häufig die Zahlen herangezogen, die die Expertenkommission der Bundesregierung in ihrem Bericht von 1988 genannt hat. Auch aktuelle Übersichten kommen zu keinen wesentlich abweichenden Zahlen. Für Frankfurt (Oder) ergibt sich nach den Anhaltswerten der Expertenkommission folgende Situation:

Die Gesamtzahl derer, die innerhalb eines Jahres wegen allgemeinpsychiatrischer Störungen (ohne Suchterkrankungen) einer Behandlung bedürfen, wird auf 24 % der Bevölkerung geschätzt. Für Frankfurt (Oder) wären dies ca. 9.500 Betroffene (von 39.700 Menschen zwischen 18 und 65 Jahren). Bei ca. 6 % der Bevölkerung liegen schwere psychische Störungen vor, die eine umfangreiche Hilfe und fachärztliche Behandlung notwendig machen (für die übrigen 18% der leichter Erkrankten reicht laut Expertenkommission die hausärztliche Betreuung aus); dies sind für Frankfurt (Oder) ca. 2.400 Betroffene.

3. Suchterkrankungen

Am häufigsten ist die Nikotinabhängigkeit (ca. 10 Millionen Deutsche), die jedoch nur ausnahmsweise direkt behandelt wird. Ähnliches gilt für die Medikamentenabhängigkeit, an der mindestens eine Million (1,2 % der Bevölkerung) Menschen leiden dürften, von denen jedoch nur relativ wenige fachliche Hilfe in Anspruch nehmen. Die für die Psychiatrieplanung wichtigste Störung ist die Alkoholkrankheit. Betroffen sind bundesweit etwa 2 Millionen Menschen, also ca. 2,5 % der Bevölkerung¹. Die am häufigsten konsumierte illegale Droge ist weiterhin Cannabis. Allerdings ist der Konsum seit 2004 kontinuierlich rückläufig. Die Zahl der Cannabis-Abhängigen wird bundesweit auf ca. 0,25 % geschätzt. In einer repräsentativen Befragung Brandenburger Jugendlicher der 10. Klassen 2008/2009 lag der Anteil der regelmäßigen Cannabiskonsumenten (mind. wöchentlich) bei 2 %.

¹ Laut Drogen- und Suchtbericht 2009 des Bundesdrogenbeauftragten. Die tatsächliche Schätzung lautet 1,3 bis 2,5 Millionen.

In Frankfurt (Oder) beträgt die Zahl der Alkoholkranken schätzungsweise 1.500 (2,5 % der Bevölkerung); an zweiter Stelle der substanzgebundenen Süchte steht die Medikamentenabhängigkeit (ca. 600 Frankfurter). Eine Cannabisabhängigkeit ist bei ca. 150 Personen anzunehmen. Für den Konsum von Amphetaminen (z.B. Ecstasy, Speed) und Opiaten (z.B. Heroin) lassen sich für Frankfurt (Oder) keine statistisch signifikanten Schätzungen abgeben. Die Suchtberatungsstelle wurde 2009 von fünf Klienten mit Opiatgebrauch aufgesucht, drei Personen kamen wegen Kokain, keiner wegen Amphetaminen. Die Konsumenten solcher „Partydrogen“ sehen ihr Verhalten überwiegend nicht als Problem und suchen daher auch keine Beratung auf. Mitunter werden sie allerdings mit drogeninduzierten wahnhaften Störungen (Drogenpsychosen) psychiatrisch auffällig.

4. Psychische Störungen im Alter

Die wichtigste Störung hier ist die Demenz. Im Alter über 65 Jahren sind 8 – 13 % der Menschen betroffen. Zugleich ist dies von allen psychischen Störungen diejenige, welche die höchsten Gesundheitskosten verursacht - im Jahr 2008 ein Drittel der Gesamtkosten für psychische Störungen (9,4 von 28,7 Milliarden €, an zweiter Stelle kamen die Depressionen mit 5,2 Milliarden €).

Die Zahl der Frankfurter im Alter von über 65 Jahren steigt stetig an. Im Jahre 2008 lag sie bei 13.632 Menschen. Die Gesamtzahl der psychiatrisch Behandlungsbedürftigen in diesem Alter wird auf 25 % geschätzt, das wären etwa 3.500 Menschen. Der Anteil der Demenzkranken liegt bei ca. 1.400 (10 %). Weitere Krankheiten mit ebenfalls steigender Tendenz sind Suchterkrankungen, Depressionen und Psychosen im Alter. Im Jahr 2009 wurden 948 Menschen mit Demenz betreut, landesweit waren es zum gleichen Zeitpunkt 38.942 Menschen mit Demenz, Quelle: Alzheimer Gesellschaft Brandenburg e.V./Beratungsstelle Frankfurt(Oder).

Exkurs: Migranten und seelische Gesundheit

Alle der oben genannten Störungen können natürlich auch auf Migranten zutreffen. Für diesen Personenkreis ist es deutlich schwieriger, angemessene Hilfe zu finden. In Frankfurt (Oder) leben 2.330 Menschen ohne deutschen Pass (Stand 2009), das sind 3,8 % der Bevölkerung.

Gute Zahlen zur Häufigkeit vorgenannter Störungen gibt es bisher kaum. Erst im Jahr 2010 lief die erste große Studie zu diesem Thema an (beteiligt sind u.a. die Charité und die Universität Istanbul). Kürzlich re-analysierte eine Forschergruppe¹ die Zahlen einer bundesweiten Umfrage von 1998 / 1999. Die Ergebnisse stützen die naheliegende Vermutung, dass Migranten noch häufiger an seelischen Störungen leiden, als die einheimische Bevölkerung. Ein paar Zahlenbeispiele:

	Deutsche	Migranten
Gemütsleiden (affective disorder): Häufigkeit/ Monat	5,8	11,7
Gemütsleiden (affective disorder): Häufigkeit/ Jahr	11,3	17,9
Somatoforme Störung: Häufigkeit/ Monat	6,9	15,5
Somatoforme Störung: Häufigkeit/ Jahr	10,3	19,9

Häufigkeit (in %) seelischer Störungen bei Deutschen und bei nicht in Deutschland geborenen Migranten

¹ Isaac Bermejo, Elena Mayninger, Levente Kriston, Martin Härter: Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur deutschen Allgemeinbevölkerung, Psychiatr Prax 2010; 37(5): 225-232

Unter Gemütsleiden sind die verschiedenen Formen der Depression zu verstehen (und einige wenige manische Phasen). Somatoforme Störungen sind solche, bei denen sich das seelische Leiden vor allem in Form körperlicher Symptomklagen äußert, für die sich dann keine ausreichende körpermedizinische „Erklärung“ findet.

Die Behandlung von Migranten ist ein weites Feld. Eine vordergründige Schwierigkeit liegt darin, dass die Psychotherapie als „sprechende Medizin“ für Zugewanderte mit begrenzten deutschen Sprachkenntnissen meist kein angemessenes Angebot darstellt.

II. Entwicklung 2005-2010

1. Übergreifende Angebote

1.1 Niedergelassene Ärzte, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten

An der kassenärztlichen Versorgung sind im Stadtkreis 4 Fachärzte in eigener Niederlassung beteiligt (Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie). Der Versorgungsschlüssel (ein Facharzt pro 15.000 Einwohner) liegt damit leicht über dem Bundesdurchschnitt (1:17.000), wobei diese Ärzte natürlich auch Patienten aus den angrenzenden Landkreisen mit versorgen.

Im Stadtgebiet sind im Erwachsenenbereich sechs psychologische und zwei ärztliche Psychotherapeuten niedergelassen. Zwei weitere psychologische Psychotherapeuten sind auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen spezialisiert.

Im Bundesdurchschnitt kommt ein Psychotherapeut auf 4.300 Einwohner. Frankfurt (Oder) ist mit einem Therapeuten pro 6.000 Einwohner unterdurchschnittlich versorgt. Entsprechend sind auch die Wartezeiten auf einen Therapieplatz länger als der Bundesdurchschnitt von 5 Monaten. Aktuell liegen sie zwischen 6 und 15 Monaten, im Einzelfall auch noch darüber. (Siehe auch Punkt 2.2.3)

1.2 Stationäre Versorgung

Die stationäre Versorgung leistet das Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (mit Tagesklinik). Seit 2008 stehen 108 Betten (vorher 98) für Erwachsene (Allgemeinpsychiatrie: 66, Sucht: 18, Gerontopsychiatrie: 24) zur Verfügung und 20 Betten für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die Tagesklinik - als teilstationäre Einrichtung - ist ein Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Behandlung und kann den Übergang vom Krankenhausaufenthalt in den Alltag erleichtern. Zudem können stationäre Aufenthalte verkürzt und in manchen Fällen ganz vermieden werden. Die Patienten können das gesamte diagnostische und therapeutische Angebot der Klinik in Anspruch nehmen. Die Tagesklinik in der Heilbronner Straße 1 verfügt über 20 Plätze.

Nachfolgend eine Übersicht über Behandlungsplätze und Belegung im Klinikum:

	2005		2006		2007		2008		2009	
	Betten/ Plätze	belegt (%)	Betten/ Plätze	belegt (%)	Betten/ Plätze	belegt (%)	Betten/ Plätze	belegt (%)	Betten/ Plätze	belegt (%)
EP	98	92,7	98	97,5	98	99,9	108	94,3	108	95,5
AP	Durch Umstrukturierungen der Stationen innerhalb der letzten 5 Jahre kann die jeweilige Auslastung nicht dargestellt werden.								66	93,7
SU									18	96,3
GP									24	97,3
TK	20	87,6	20	92,1	20	89,6	20	92,5	20	90,6
KJ	20	89,7	20	91,6	20	86,4	20	88,6	20	95,7

Behandlungsplätze und Belegung (in %) im Klinikum Frankfurt (Oder), 2005 – 2009

Abkürzungen:

EP = Erwachsenenpsychiatrie gesamt

AP = Allgemeinpsychiatrie

SU = Suchtbereich

GP = Gerontopsychiatrie

TK = Tagesklinik

KJ = Kinder-Jugend-Psychiatrie

	2005		2006		2007		2008		2009	
	Fälle	Ø VWD	Fälle	Ø VWD	Fälle	Ø VWD	Fälle	Ø VWD	Fälle	Ø VWD
EP	1.418,5	23,38	1.537,0	22,69	1.629,5	21,93	1.631,5	22,85	1.505,5	25,01
KJ	156,0	42,00	172,0	38,88	168,0	37,57	169,5	38,29	233,0	29,99

Fallzahlen und durchschnittliche Verweildauer im stat. Bereich des Klinikums FFO 2005-2009

Abkürzungen:

EP = Erwachsenenpsychiatrie gesamt

KJ = Kinder-Jugend-Psychiatrie

VWD = Verweildauer

Die Analyse dieser Zahlen lässt erkennen (unter Berücksichtigung eines Bevölkerungsrückganges von 7 % im Beobachtungszeitraum), dass auch im Raum Frankfurt (Oder) - wie im gesamten Bundesgebiet - die stationären Behandlungen weiterhin zugenommen haben, wobei dies in Frankfurt (Oder) stärker auf eine relative Zunahme der Fallzahlen als auf eine längere Verweildauer zurückzuführen ist. Im Kinder- und Jugendbereich lässt sich eine ungleichmäßige Zunahme der Fallzahlen bei gleichzeitigem Rückgang der Verweildauer beobachten.

1.3 Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)

Im Stadtzentrum (Heilbronner Straße 1) befindet sich die „Psychiatrische Institutsambulanz“ als Teil der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH.

Die gesetzlichen Grundlagen der Institutsambulanz sind in § 118 Abs. 2 SGB V geregelt. Die Zielgruppe ist folgendermaßen definiert: „Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind.“

Gedacht ist also an besonders betreuungsintensive Patienten, für die es beispielsweise im Anschluss an eine klinische Behandlung wichtig ist, von demselben Team weiterbetreut zu werden oder für die die üblichen Wartezeiten auf eine Therapie beim niedergelassenen Therapeuten eine Überforderung darstellen würden.

In einer „Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen“ zwischen den Krankenkassen, der Krankenhausgesellschaft und der kassenärztlichen Vereinigung vom 01.07.2010 wurden die Eingangskriterien für eine PIA-Behandlung neu festgelegt. Jeder Patient, der schon bei einem niedergelassenen psychiatrischen Facharzt oder Psychotherapeuten in Behandlung ist, ist ausgeschlossen. Weiterhin sind zulässige Diagnosen und Schweregrade (GAF-Skala) festgelegt, die sicherstellen sollen, dass tatsächlich nur „Schwerkranke“ in der PIA behandelt werden.

	Patienten	Fälle	Besuche
2005	2.314	2.074	8.503
2006	2.687	2.390	9.746
2007	2.764	2.537	9.759
2008	2.327	2.009	8.647
2009	2.146	1.960	8.321
Ø	2.481	2.224	9.118

Behandlungszahlen der Psychiatrischen Institutsambulanzen für Erwachsene (Interne Statistik)

Die Zahlen zeigen einen Rückgang der Fallzahlen und Behandlungen seit 2008. Dies ist in erster Linie der schwierigen Personalsituation geschuldet. Ein Rückgang des Bedarfes lässt sich aus diesen Zahlen nicht ableiten.

1.4 Der Sozialpsychiatrische Dienst am Gesundheitsamt (SpDi)

Die Sozialpsychiatrischen Dienste gehören zum gesetzlich vorgesehenen Standard im ambulanten psychiatrischen Angebot. Im BbgGDG wird in § 8 festgelegt, dass die Landkreise und die kreisfreien Städte psychisch Kranke sowie seelisch und geistig Behinderte und deren Angehörige mit ihren Sozialpsychiatrischen Diensten beraten und betreuen.

Gleichfalls haben sie dafür Sorge zu tragen, dass die Beratung und Betreuung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Unterstützung anderer Dienststellen nach den besonderen Erfordernissen dieser Gruppe als gesonderter Teilbereich im Rahmen des SpDi geleistet wird, soweit nicht eigenständige Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste eingerichtet werden.

Einzelheiten sind im novellierten BbgPsychKG festgelegt. Ziel der Hilfen ist es u. a., durch Beratung und persönliche Betreuung sowie Vermittlung, insbesondere in ambulante Behandlung, die Hilfeempfänger zu einem eigenverantwortlichen und selbständigen Leben und der Teilhabe an der Gemeinschaft zu befähigen und eine längerfristige Unterbringung in einer stationären Einrichtung möglichst zu vermeiden.

Der SpDi ist in Krisensituationen ergänzender Ansprechpartner für die Bürger. Er berät und betreut Hilfsbedürftige, ist an der Einschätzung des individuellen Hilfebedarfs beteiligt und vermittelt Klienten - wenn nötig - an die entsprechenden Dienste und Einrichtungen. Kennzeichnend für die Tätigkeit des SpDi ist vor allem die Hilfe für Menschen, die auf Grund ihrer psychischen Erkrankung durch alle Betreuungsnetze zu fallen drohen, mit der eigenständigen Organisation von Hilfe überfordert oder gar in Gefahr sind zu verwaarloosen. Im Bedarfsfall kann durch einen aufsuchenden Dienst (Hausbesuche) der Kontakt aufrechterhalten werden.

Die Stadt Frankfurt (Oder) ist Träger des SpDi, der einen Teil des Gesundheitsamtes darstellt. Personell ist der Dienst einschließlich des Kinder – und Jugendpsychiatrischen Dienstes mit 2 Psychologen (1,5 VZE) und 2 Sozialarbeitern (1,75 VZE) besetzt. Die gesetzlich geforderte fachärztliche Kompetenz wird durch einen auf dem Gebiet der Psychiatrie erfahrenen Arzt des Gesundheitsamtes wahrgenommen.

1.5 Krisenintervention

Jeder Mensch kann, unabhängig von seiner üblichen seelischen Verfassung, durch äußere Umstände in eine Situation geraten, in der er rasch und ohne größere Hürden Hilfe benötigt. Neben den niedergelassenen und klinisch tätigen Ärzten leisten dies in Frankfurt (Oder) u.a. die Telefonseelsorge und die Opferberatung.

1.5.1 Telefonseelsorge

Das wichtigste Angebot der akuten Krisenintervention ist die Telefonseelsorge in Frankfurt (Oder), getragen vom „Förderverein kirchliche Telefonseelsorge Berlin-Brandenburg e.V.“ mit weiteren Niederlassungen in Cottbus, Potsdam und Berlin. Sie wird gemeinsam von der (evangelischen) Diakonie und der (katholischen) Caritas gestützt. Die Telefonseelsorge ist rund um die Uhr zu erreichen und bietet – auch für nicht-religiöse Menschen – Beratungsgespräche mit speziell geschulten ehrenamtlichen Mitarbeitern.

Bundesweit erhält die Telefonseelsorge jährlich etwa 1,6 Millionen Anrufe (in Berlin-Brandenburg 2009 etwa 65.000 Anrufe), davon sind knapp die Hälfte Wiederholungsanrufe. Das heißt, pro Jahr macht etwa 1 % aller Bundesbürger (800.000) von diesem Angebot Gebrauch. Für Frankfurt (Oder) wären das ca. 600 Bürger.

1.5.2 Opferberatung

In den Opferberatungsstellen der „Opferhilfe Land Brandenburg e.V.“ bietet ein multiprofessionelles Team landesweit psychosoziale und psychologische Beratung für Opfer und Zeugen von Straftaten sowie für deren Angehörige und Vertrauenspersonen an. Eine Zweigstelle mit einer Fachkraft befindet sich in Frankfurt (Oder).

Über die akute Krisenintervention hinaus begleitet die Beratungsstelle Betroffene auch über längere Zeit. Die Beratung umfasst psychologische, aber auch rechtliche und soziale Aspekte und ist für den Nutzer kostenfrei.

1.6 Kontakt- und Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen im Haus der Begegnung

Die Kontakt- und Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen; Träger: Paritätische Sozial – und Beratungszentrum gemeinnützige GmbH; Mitglied im PARITÄTISCHEN Landesverband Brandenburg e.V. unterstützt mit einer Vollzeitkraft die Gründung und Durchführung von Selbsthilfegruppen (u.a. mit Seminaren, Fortbildungen, Vorträgen). Zugleich finden die Selbsthilfegruppen hier einen Ort, an dem sie ihre Treffen abhalten können. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über Selbsthilfegruppen zu psychosozialen Themen, die sich im Haus der Begegnung treffen.

Name und Funktion der Gruppe	Jahr	Häufigkeit	Teilnehmer
Angehörige psychisch Kranker	2001	monatlich	15
Seelische Gesundheit	1993	monatlich	6-10
„Morgensterne“ (Depression)	2007	vierzehntägig	10-16
Therapieerfahrene Frauen	2003	vierzehntägig	6
Psychisch Kranke (professionell geleitete Gruppe)	1994	2x/Woche	26
Oberberg (verschiedene Suchtkrankheiten)	2007	vierzehntägig	6
Leben mit Abschied und Trauer	2004	monatlich	14
Glücksspielsucht	2010	vierzehntägig	6
Angehörige von Glücksspielsüchtigen	2010	vierzehntägig	4
Kreuzbund e.V. (Alkoholkrankheit)	1991	wöchentlich	15-20
Anonyme Alkoholiker 1	1996	wöchentlich	10
Anonyme Alkoholiker 2	2003	wöchentlich	6-10
Al-anon (Angehörige von Alkoholkranken)	2005	wöchentlich	5
Sua Sponte (Alkoholkrankheit)	1992	wöchentlich	8-12
Anonyme süchtige Frauen	2003	wöchentlich	6-10
Adipositas – krankhaftes Übergewicht	2010	monatlich	6-10
Drogenprobleme in der Familie (z.Z. nicht aktiv)	2000	monatlich	-
Magersucht und Bulimie (z.Z. nicht aktiv)	2008	wöchentlich	-
Selbsthilfegesprächskreis „Pflegerische Angehörige“	2010	monatlich	8
Gesprächskreis „Unser besonderes Kind“ (ADS/ADHS)	2009	derzeit nicht aktiv	5

1.7 Gesetzliche Betreuung

Das Betreuungsgesetz, das seit 1990 in Kraft ist, hat verschiedene ältere Rechtsvorschriften, unter anderem zur „Entmündigung“ ersetzt und humanisiert. Das Gesetz soll die Grundrechte der Betroffenen und das Recht auf Selbstbestimmung besser schützen als seine Vorgänger und eine fortgesetzte Teilnahme „betreuter“ Menschen am gesellschaftlichen Leben ermöglichen. Diese Form der juristischen Betreuung definiert genau die einzelnen Lebensbereiche, in denen die Betreuten Unterstützung benötigen (z. B. Gesundheitsvorsorge, Vermögenssorge und Aufenthaltsbestimmung).

	Betreuungen	Berufsbetreuer	Ehrenamtliche Betreuer
2004	823		
2005	998		
2006	1100		
2007	1147		
2008	1190		
2009	1228		
2010	1175	17	522
2011	1250	20	566

Zahl der Betreuungen und der Betreuer in Frankfurt (Oder) seit 2004

Die Zahlen zeigen, dass von dieser Möglichkeit von Jahr zu Jahr mehr Gebrauch gemacht wird. Da überwiegend ältere Menschen mit dementiellen Erkrankungen im juristischen Sinne „betreut“ werden, spiegelt sich darin auch das steigende Durchschnittsalter der Bevölkerung wider.

Altersgruppe	Anzahl
18 - 30	128
31 - 50	247
51 - 65	242
66 - 80	284
81 - 105	274

Anzahl der Betreuungen nach Altersgruppen am 31.12.2010

Ein weiterer Grund ist die wachsende Bekanntheit dieser Form der Fürsorge in der Bevölkerung, die dazu führt, dass immer mehr Anträge gestellt werden.

Die **Örtliche Betreuungsbehörde** ist dem Gesundheitsamt zugeordnet.

2. Angebote für spezielle Gruppen

2.1 Angebote für Kinder und Jugendliche

2.1.1 Präventive Angebote

Suchtprävention der Caritas

Die Suchtpräventionsfachstelle, besetzt mit einer Fachkraft, führt vorwiegend sozialpädagogisch orientierte Gruppenarbeit in Form von Seminaren, Kursen und Workshops durch. Zielgruppen sind Kinder, Jugendliche, ihre Eltern, sowie Multiplikatoren (z. B. Lehrer, Erzieher und andere Mitarbeiter im Kinder- und Jugendbereich). Außerdem ist sie Verbundteilnehmer des Landesprojektes FreD-Plus - ein Info - und Beratungskurs für drogenkonsumierende Jugendliche.

Jahr	Teilnehmer	Veranstaltungen
2005	650 Jugendliche/128 Erwachsene	125
2006	1286 Jugendliche/194 Erwachsene	150
2007	2372 Jugendliche/188 Erwachsene	174
2008	1084 Jugendliche/693 Erwachsene	195
2009	1315 Jugendliche/737 Erwachsene	168

Suchtpräventive Veranstaltungen der Caritas für Jugendliche und Erwachsene, 2005 - 2009

Kinder- und Jugendnotdienst „Break“

Im Auftrag der Stadt Frankfurt (Oder) bietet der Kinder- und Jugendnotdienst „Break“ in Trägerschaft der pewobe gGmbH in Kooperation mit der Caritas Kindern und Jugendlichen rund um die Uhr Hilfe in Krisensituationen. Der Kinder- und Jugendnotdienst „Break“ wendet sich an Kinder und Jugendliche zwischen dem vollendeten 4. Lebensjahr und dem nicht vollendeten 18. Lebensjahr, an Eltern, die Rat und Hilfe bei Krisen mit ihren Kindern suchen sowie an Bürger, die Problemsituationen in ihrem Umfeld erkennen. Er leistet Hilfe durch kostenfreie telefonische und ambulante Beratung sowie durch Inobhutnahme.

2.1.2 Therapeutische Angebote

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
siehe 1.2

Psychiatrische Institutsambulanz

Jahr	Patienten	Fälle	Besuche
2005	727	643	1.970
2006	1.036	970	2.968
2007	1.253	1.063	3.436
2008	1.128	1.001	2.951
2009	1.058	924	2.773
Summe	5.202	4.601	14.098

Inanspruchnahme der Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche, 2005 – 2009

Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)

Im SPZ, das ebenfalls dem Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH angeschlossen ist, werden Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 18 Jahren mit Entwicklungsstörungen – somatisch, psychisch, emotional, sozial – vorgestellt, diagnostiziert und zum Teil behandelt. Aufgrund der Fragestellung gibt es zwangsläufig Überschneidungen mit der Klientel der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Das SPZ arbeitet mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung sowie mit den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten zusammen.

Erziehungsberatung, Ehe-, Familien-, und Lebensberatung

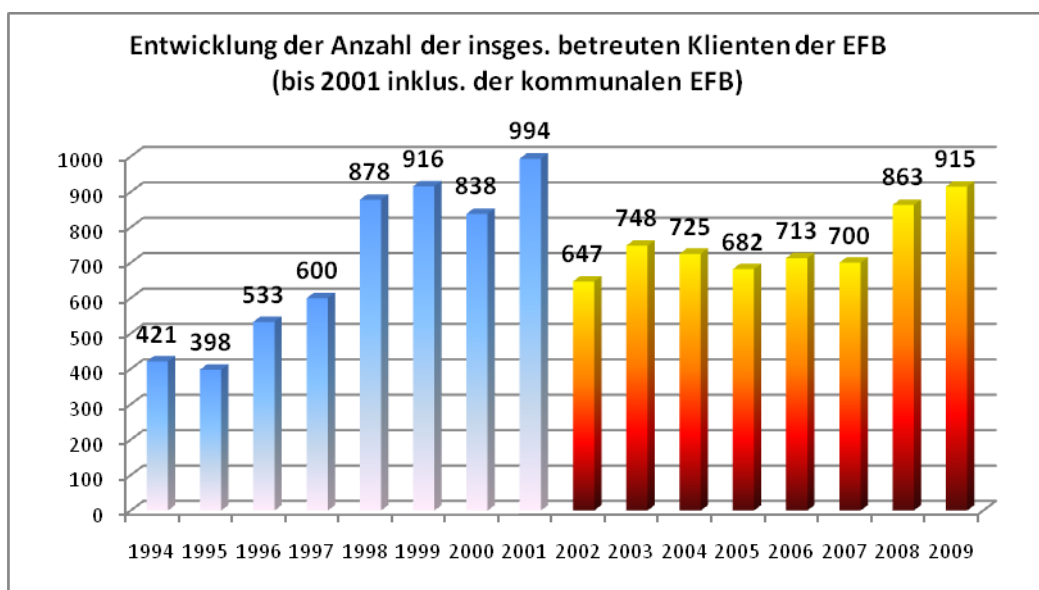
Träger ist der Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V. Die Erziehungs- und Familienberatungsstelle unterstützt Kinder, Jugendliche, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme und der zugrundeliegenden Faktoren, bei der Lösung von Erziehungsfragen sowie bei Trennung und Scheidung. Durchgeführt wird die Beratung von vier Fachkräften verschiedener Fachrichtungen.

Das Angebot umfasst Diagnostik, Einzel-, Paar- und Familienberatung, jährlich eine therapeutische Jungen- und Mädchengruppe sowie eine Trennungs- und Scheidungskindergruppe.

Hinzu kommt im Jahr 2011 das Angebot einer Schreispprechstunde für Familien mit Babys und Kleinkindern mit Regulationsstörungen.

Jahr	Zahl der Klienten	Zahl der Beratungen/Therapien
2005	682	2.266
2006	713	2.588
2007	700	2.571
2008	863	2.681
2009	915	2.647

Erziehungsberatung der Caritas, Klienten und Beratungen 2005 – 2009



(Quelle: Amt für Jugend und Soziales; Abt. Jugend, Familie, Soziale Dienste)

Schulpsychologen

Am staatlichen Schulamt sind 5 Psychologen mit 4,75 Stellen tätig. Sie betreuen neben Frankfurt (Oder) auch die beiden Nachbarkreise (MOL und LOS).

2.2 Angebote für Erwachsene mit psychischen Erkrankungen

Menschen mit länger anhaltenden psychischen Störungen benötigen meist regelmäßige Unterstützung, um im Alltag zurechtzukommen und eine akzeptable Lebensqualität zu erfahren. Professionelle Angebote konzentrieren sich in der Regel auf einen der folgenden Bereiche: Wohnen, Arbeiten oder Tagesstruktur/Sozialkontakte. Oft müssen mehrere Angebote kombiniert werden (z. B. Arbeit in der WfbM und Leben im betreuten Wohnen), was natürlich eine enge Zusammenarbeit der beteiligten Helfer erfordert. Nicht jede Hilfe muss von außen kommen. Betroffene und ihre Angehörigen unterstützen sich auch gegenseitig. In strukturierter Form geschieht dies im Psychoseseminar und in den Selbsthilfegruppen.

2.2.1 Wohnen

Je nach Schwere und Entwicklung der Erkrankung benötigen die Betroffenen unterschiedliche Formen der Unterstützung.

- Am wenigsten eingreifend ist das „Ambulant betreute Einzelwohnen“. Der Klient lebt in der eigenen Wohnung und erhält dort Unterstützung durch einen Betreuer. Die Hilfe kann sich auf alle Alltagsbereiche beziehen, je nach Bedarf (stützende Gespräche, Hilfe beim Saubermachen, beim Einkaufen, beim Geldeinteilen etc.). Die Stundenzahl ist variabel und wird bei günstigem Verlauf – also einer wachsenden Selbstständigkeit des Klienten – allmählich reduziert.
- Eine intensivere Hilfeform ist die betreute Wohngemeinschaft. Geschulte Mitarbeiter sind täglich für mehrere Stunden anwesend. Außerhalb der Dienstzeiten ist ein Mitarbeiter telefonisch erreichbar. Hier leben Menschen, die aufgrund der Schwere ihrer Störung *noch* massive Unterstützung in vielen Bereichen des Lebens benötigen, bei denen jedoch mittelfristig der Übergang in eine weniger intensive Betreuungsform angestrebt wird.
- Rund um die Uhr mit Fachkräften besetzte Wohnstätten für chronisch psychisch Kranke sind eine Form der jahrelangen, nicht selten auch lebenslangen Betreuung.
- Eine Zwischenform zwischen den beiden letztgenannten sind die „stationären Außenwohngruppen“.

Ambulant betreutes Einzelwohnen

Ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit seelischer Behinderung wird seit Januar 2010 von Wichern-Wohnstätten und soziale Dienste gGmbH angeboten. In dieses Unternehmen sind die kompletten Aktivitäten und der größte Teil des Personals des früheren Trägers „Netzwerk“ übergegangen. „Netzwerk“ hat sich per 31.12.2009 aufgelöst. Im Juli 2009 betreute das Unternehmen 40 Klienten mit ca. 442 Fachleistungsstunden pro Monat. Geleistet wurde dies von 6 Mitarbeitern auf 3,45 Stellen.

Betreute Wohngemeinschaft (Trainingswohnen)

Der Träger Wichern-Wohnstätten und soziale Dienste gGmbH hat die bisherigen Standorte Bergstraße und Lindenstraße aufgegeben und 3 neue Wohnungen in der Leipziger Straße 163 eingerichtet. Es wurden bis Ende 2010 in dieser Wohnform insgesamt 8 Plätze vorgehalten. Diese Form des Betreuten Wohnens ist eine stationäre Maßnahme der Eingliederungshilfe.

Der gewachsene therapeutische Bedarf für schwer beeinträchtigte jüngere Erwachsene, die in der Vergangenheit nicht die Möglichkeit hatten, von einem Projekt wie dem vorgenannten zu profitieren, hat die „Wichern-Wohnstätten und soziale Dienste gGmbH“ veranlasst, das Trainingswohnen ab 15.12.2010 durch eine intensiver betreute Wohnform, sogenannte „Stationäre Außenwohngruppen für chronisch psychisch kranke Menschen“, zu ersetzen. Zudem wurden in der Nachbarschaft 2 weitere Wohnungen angemietet und die Zahl der verfügbaren Plätze schrittweise von 8 auf 15 erweitert.

Wohnstätte

Die Wohnstätte, ehemals Träger Netzwerk, seit 1.10.2010 Wichern-Wohnstätten und soziale Dienste gGmbH, mit 16 Plätzen befindet sich im Siedlerweg 17; alle Plätze sind derzeit belegt. Der Träger hat eine Vereinbarung mit dem örtlichen Träger der Sozialhilfe zur Kostensatzfinanzierung abgeschlossen.

Das Durchschnittsalter der Bewohner in der Wohnstätte beträgt 56 Jahre.

2.2.2 Arbeit/Beruf

Menschen, deren seelische Behinderung für längere Zeit oder auf Dauer eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt unmöglich macht, werden in Frankfurt (Oder) zum Teil in den Werkstätten für behinderte Menschen mit betreut. Da eine gemeinsame Betreuung geistig und psychisch behinderter Menschen den Bedürfnissen beider Gruppen nicht immer gerecht wird, wurde für die Menschen mit vorwiegend psychischer Behinderung ein eigener Bereich geschaffen, die „Werkstatt für psychisch behinderte Menschen“ (WfpbM).

Lebenshilfe Oder-Neiße Werkstätten e. V.

Die Zweigwerkstatt in Frankfurt (Oder), Am Südring, verfügt über 55 Plätze (die Hauptwerkstatt befindet sich in Eisenhüttenstadt). Tätigkeiten in verschiedenen Bereichen, wie Garten- und Landschaftspflege, Bereich Metall, Hauswirtschaft werden angeboten.

Gronenfelder Werkstätten GmbH:

Die Werkstatt für behinderte Menschen hat ihren Hauptsitz im Gronenfelder Weg. Gegenwärtig arbeiten dort und in den angeschlossenen Einrichtungen insgesamt ca. 410 Menschen mit vorwiegend geistiger Behinderung.

Die Zweigstelle für Menschen mit vorwiegend seelischer Behinderung (Werkstatt für psychisch behinderte Menschen - WfpbM) befindet sich zentral gelegen in der Berliner Straße. Sie besteht aus einer Ladenwerkstatt (Auftragsarbeiten für die Industrie), einer Wäscherei, einer Druckerei, dem Wildpark, Außenarbeitsplätzen im Klinikum und einem Team für die Pflege von Außenanlagen.

Derzeit werden 99 Menschen mit einer psychischen Behinderung in den Gronenfelder Werkstätten beschäftigt (92 in der WfpbM, 7 in der WfbM). Dem Bereich Küche/Gastronomie ist seit 2007 das von behinderten und nichtbehinderten Menschen betriebene, für die allgemeine Bevölkerung geöffnete „Cafe Luise“ angeschlossen (Luisenstr. 22).

Integrationsfachdienst - Berufsbegleitender Dienst (IFD - BBD)

Der Integrationsfachdienst arbeitet im Auftrag des Integrationsamtes des Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg. Weitere Auftraggeber sind die Deutsche Rentenversicherung und Berufsgenossenschaften. Im Bereich Frankfurt (Oder) sind 4 Fachkräfte in der Vermittlung, der beruflichen Sicherung, Beratung und Unterstützung für schwerbehinderte und gleichgestellte Menschen tätig. Es besteht ein spezieller Fachdienst für psychisch beeinträchtigte Menschen zur Sicherung ihrer Arbeitsplätze. Die Berater der Sicherung und der Vermittlung arbeiten eng zusammen.

Datenlage:

Alle Zahlen beziehen sich auf Klienten, die in Frankfurt (Oder) wohnen bzw. hier arbeiten und medizinisch versorgt werden. Vom Fachdienst für psychisch erkrankte Menschen wurden im Erfassungszeitraum (2005 – 2009) 97 intensive Begleitungen zur Sicherung oder zum Erlangen eines Arbeitsplatzes durchgeführt. Die Kontakthäufigkeit richtet sich individuell nach dem Bedarf des zu Unterstützenden. In 42 Fällen erfolgte die Beratung zur Klärung der beruflichen Perspektive. 16 konnten in eine Maßnahme zur Klärung vermittelt werden. Für 55 schwerbehinderte Menschen konnte das Arbeitsverhältnis gesichert werden bzw. die berufliche Situation stabilisiert werden. 15 wurden nach einer intensiven Unterstützung in Erwerbsminderungsrente oder in Altersrente begleitet. 4 junge Menschen in der Ausbildung unterstützt und 14 wurden auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt. In 8 Fällen kam es zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Die Betroffenen wurden bei der Beantragung der Rente bzw. bei Anträgen auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unterstützt. In der Vermittlung wurden im Zeitraum 42 seelisch beeinträchtigte Menschen unterstützt. Davon wurden 12 in den ersten Arbeitsmarkt vermittelt. Im Verlauf der letzten 5 Jahre sind die Fallzahlen beständig gestiegen.

Netzwerk Integrationsassistenten Brandenburg

NIAB – Netzwerk für Integrationsassistenten in Brandenburg, vertreten durch den Träger KOWA – Kooperationsstelle Wissenschaft und Arbeitswelt, eröffnet integrative Arbeitsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung und/oder besonderem Unterstützungsbedarf. Das Projekt bietet verschiedene Formen der Unterstützung, teilweise direkt am Arbeitsplatz, um Menschen mit körperlichen und seelischen Behinderungen den Zugang zum ersten Arbeitsmarkt zu ermöglichen.

Zur Verfügung stehen 4-6 Plätze in Frankfurt (Oder) und Umgebung. Im Netzwerk Integrationsassistenten Brandenburg arbeiten zurzeit fünf festangestellte Mitarbeiter und drei Mitarbeiter auf Honorarbasis. Die Mitarbeiter verfügen über unterschiedliche Qualifikationen, u. a. Dipl. Sozialpädagogin (FH), Pädagogin, Heilerziehungspfleger, IntegrationsassistentInnen, IntegrationsberaterInnen.

2.2.3 Tagesstruktur / Soziale Kontakte

Kontakt- und Beratungsstelle

Die Kontakt- und Beratungsstelle ist ein niedrigschwelliges Angebot für Menschen mit seelischen Behinderungen und für ihre Angehörigen. Der Besuch ist jederzeit möglich, ohne Voranmeldung und ohne die Verpflichtung zu regelmäßiger Anwesenheit. Das Angebot umfasst Begegnungsmöglichkeiten, verschiedene Formen strukturierter Beschäftigung (Spiele, Gestalten, Kochen, Ausflüge etc.) sowie Sozialberatung.

Die KBS des Vereins „Netzwerk“ e.V. in Frankfurt (Oder), Baumgartenstraße 10, ist zeitgleich mit der Auflösung des Vereines geschlossen worden. Das neue Angebot der Wichern-Gruppe befindet sich zentral im Mehrgenerationenhaus Mikado in der Franz-Mehring-Str. 20 und ist damit für die Mehrzahl der Nutzer besser erreichbar. Geöffnet ist es von Montags bis Freitags (an zwei Tagen nur nachmittags); an zwei Tagen steht für jeweils drei Stunden eine Sozialarbeiterin zur Sozialberatung zur Verfügung.

In der neuen KBS wurden 1.035 Tagesbesucherkontakte bis Juli 2010 gezählt (die meisten Besucher kommen nicht an allen fünf Tagen). Dazu kamen bis Juni 2010 26 Sozialberatungen und 6 Hausbesuche. In der KBS arbeiten 3 Mitarbeiter. Die Finanzierung ist gemischt, mit Zuwendungen des Landes (Runderlass 2003/2004), der Kommune und mit Eigenmitteln des Trägers.

Tagesstätte

Tagesstätten sind teilstationäre Einrichtungen zur tagesstrukturierenden Versorgung mit geschützten Beschäftigungsangeboten gemäß § 75 SGB XII und erbringen Leistungen der sozialen Rehabilitation im Sinne von §§ 53, 54 SGB XII.

Die Tagesstätte, jetzt ebenfalls in Trägerschaft von Wichern, ist im August 2010 aus der Baumgartenstraße 10 in die Mixdorfer Straße 20 umgezogen. Sie verfügt über 12 Plätze. Die Besucher werden von 2 Mitarbeitern mit einem Stellenanteil von 1,8 VZE betreut.

Sie bietet längerfristige, verbindliche therapeutische Programme an (Ergotherapie); ein regelmäßiger Besuch - je nach Absprache mindestens 3 mal pro Woche - ist daher unerlässlich. Zielgruppe der Tagesstätte sind psychisch Kranke, die stationäre Behandlungsangebote nicht mehr benötigen, für die aber eine ausschließlich ambulante Behandlung und / oder berufliche Rehabilitation noch nicht in Frage kommt.

2.2.4 Psychoseseminar

„Psychoseseminare sind Gesprächsforen und Expertenrunden, deren Kerngedanke eine gleichberechtigte Verständigung über Psychosen ist - letztlich mit dem Ziel, ein besseres, ganzheitliches Verständnis für Psychosen zu entwickeln und damit auch die Arbeit der Psychiatrie zu verändern. Experten sind -im Sinne von Psychoseseminaren- die Menschen, die selbst eine Psychose erlebt haben, Psychose-Erfahrene; ihre Angehörigen, die eine Psychose in der Regel aus nächster Nähe miterlebt haben; sowie Professionelle, die beruflich in der Psychiatrie mit Menschen mit Psychosen arbeiten. In Psychoseseminaren können diese unterschiedlichen Sichtweisen und Erfahrungen zur Sprache kommen und gleichberechtigt nebeneinander stehen. Dieser „Dialog“ genannte Erfahrungsaustausch soll von gegenseitigem Respekt geprägt sein. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten dadurch neue Einblicke in das Erleben anderer und lernen somit mehr über das Phänomen Psychose.“ (Zitat Wikipedia)

Das Psychoseseminar Frankfurt (Oder) existiert seit 2001; begründet wurde es von zwei betroffenen Familien. Es findet dreimal im Jahr statt. Jede Veranstaltung steht unter einem bestimmten Thema, das in Form von Fachvorträgen und Meinungsaustausch zwischen den Partnern behandelt wird.

2.2.5 Selbsthilfe

Im Haus der Begegnung treffen sich regelmäßig Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige (siehe Tabelle unter 1.6).

2.3 Suchtkranke

Die ambulante Versorgung wird vorwiegend durchgeführt von:

- der Suchtberatungsstelle (Paritätisches Sozial- und Beratungszentrum gemeinnützige GmbH),
- dem Sozialpsychiatrischen Dienst am Gesundheitsamt,
- den niedergelassenen Ärzten,
- Psychologischen Psychotherapeuten,
- der Institutsambulanz an der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik,
- Selbsthilfegruppen.

2.3.1 Die Suchtberatungsstelle

Das Leistungsangebot der ambulanten **Beratungs- und Behandlungsstelle (BBS)** umfasst u. a. individuelle Beratung und Behandlung, Beratungsgespräche, Therapievermittlung, Krisenintervention, Angehörigenarbeit, Nachsorge, Prävention. Die BBS ist oft die erste Anlaufstelle für suchtkranke und gefährdete Menschen und ihre Angehörigen. Die fachliche Zuständigkeit umfasst alle Formen stoffgebundenen süchtigen Verhaltens, aber auch nichtstoffgebundene Abhängigkeiten. Die BBS arbeitet wie alle Beratungsstellen im Land Brandenburg mit einem integrativen Ansatz, d. h. verschiedene therapeutische Angebote und Verfahren werden individuell auf die Bedürfnisse des einzelnen Klienten abgestimmt. Das Land Brandenburg hat für die vom Land geförderten Behandlungs- und Beratungsstellen für Abhängigkeitskranke einen Mindeststandard festgelegt.

Die Beratungsstelle in der Rosa- Luxemburg- Str. 24 war 2009 besetzt mit einem Psychologen (Leiter), 3 Sozialarbeitern (davon eine Stelle im Rahmen des Modellprojektes „Pathologisches Glücksspiel“) und einer Verwaltungskraft; davon finanziert die Kommune anteilig Personal- und Sachkosten für 2,5 VZE. Das Land fördert eine Sozialarbeiterstelle durch den Runderlass 2003/2004.

Jahr	Beratungsstelle (Klienten)	JVA (Klienten)	Ambulant betreutes Einzelwohnen (Klienten)
2005	306	29	8
2006	387	29	13
2007	356	18	13
2008	389	18	8
2009	453	26	4
2010	340	17	1

Zahl der Klienten der Suchtberatungsstelle FFO 2005 – 2010

Die Zahlen zeigen im Rahmen zufälliger Schwankungen eine insgesamt gleichbleibend hohe Nutzung der Beratungsstelle. Anhaltspunkte für eine starke Zunahme der Suchterkrankungen in Frankfurt (Oder) gibt es nicht. Die häufigste Sucht, die Menschen in die Beratung führt (Stand 2010), ist mit weitem Abstand die Alkoholkrankheit (76%), gefolgt von pathologischem Glücksspiel (8,2 %) und Cannabis (7,9 %).

Das Angebot der Suchtberatungsstelle ist in den letzten Jahren weiter ausgebaut worden und umfasst jetzt zusätzlich niederschwellige Gruppenangebote („Orientierungsgruppe“, „Grundkurs Sucht“). Seit April 2009 bietet die Suchtberatungsstelle Frankfurt (Oder) im Rahmen des Bundesmodellprojekts „Frühe Intervention bei pathologischem Glücksspiel“ eine qualifizierte und kontinuierlich wissenschaftlich begleitete Beratung für Menschen mit Glücksspielproblematik an.

2.3.2 Weitere ambulante Hilfen

Das Arbeitsfeld des **SpDi** richtet sich überwiegend an suchtkranke Menschen mit bereits fortgeschrittenem Krankheitsverlauf. Er ist zuständig für die Betreuung und Versorgung von Betroffenen, die auf Grund krankheitsbedingter Verhaltensstörungen erhebliche soziale Defizite aufweisen. Basis der Arbeit ist u. a. eine aktiv aufsuchende Tätigkeit, die durch Hausbesuche gewährleistet wird.

Von **niedergelassenen Ärzten** (vorwiegend Allgemeinmediziner bzw. Internisten) werden Abhängigkeitskranke vor allem wegen internistischer Begleit- und Folgekrankheiten behandelt. Der Hausarzt ist, was die Zahlen angeht, bei weitem der wichtigste Ansprechpartner für Alkoholkranke: sieben von zehn Abhängigkeitserkrankten gehen mindestens einmal im Jahr zum Hausarzt. Dies wäre die beste und oft die einzige Chance, mit dem Patienten von professioneller Seite über seine Sucht ins Gespräch zu kommen. Um diese Chance systematisch zu nutzen, müssten die Hausärzte in Früherkennung und Gesprächsführung geschult werden (weitere Ausführungen in Teil III - Fortschreibung).

Die **PIA** der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH ist in Einzelfällen an der ambulanten Nachsorge Abhängigkeitskranker beteiligt.

Krisen- und Notfalldienste, insbesondere bei hilflosen Personen und akut behandlungsbedürftigen Abhängigkeitskranken leisten die allgemeinen ärztlichen Notdienste.

2.3.3 Wohnen für Suchtkranke

Ambulant betreutes Wohnen

Einrichtungsbezogene Fallzahlen suchtkranker Klienten:

Gemeinnützige Pflege- und Betreuungsgesellschaft der Stadt	34
Suchtberatungsstelle der PSBZ gemeinnützige GmbH	4
Wichern Wohnstätten und Soziale Dienste gGmbH	7-10

Wohnstätten

„**Die Wohnstätte**“, betrieben von der „Gemeinnützigen Pflege- und Betreuungsgesellschaft der Stadt Frankfurt (Oder)“, ist eine stationäre Einrichtung für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke. Sie besteht seit 2007 und bietet Platz für 20 Bewohner (einschließlich Trainingswohnung), die von acht Beschäftigten betreut werden.

Die „**Arche**“ als Teil der „Wichern Wohnstätten und Soziale Dienste gGmbH“ bietet für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke 16 Plätze an.

Alternative Wohnform

Auch alternative Wohnformen bieten Angebote für Abstinenzwillige. Das „Weiße Haus“, Träger IMAGO 91 e. V., unterstützen den hohen und dauerhaften Anspruch Betroffener unabhängig von Alkoholmissbrauch zu leben. Das Haus mit einer sozialen Gemeinschaft umfasst 20 Plätze und funktioniert durch die Hilfe zur Selbsthilfe.

2.3.4 Selbsthilfegruppen

Im Haus der Begegnung treffen sich regelmäßig Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige (siehe Tabelle unter 1.6). Einige dieser Gruppen sind Teil nationaler und internationaler Netzwerke (Anonyme Alkoholiker, Kreuzbund). Im Rahmen der Möglichkeiten leistet der Verein IMAGO 91 e. V. Unterstützung für betroffene Menschen.

2.3.5 Suchtprävention

Suchtprävention wendet sich vor allem an Kinder und Jugendliche. Für die meisten Menschen entscheidet es sich schon in der Jugend, ob sie später mit Suchtmitteln umgehen können oder die Kontrolle darüber verlieren. Darüber hinaus ist die Zerstörungskraft einer Sucht umso größer, je früher sie einsetzt; so können Drogen- und Alkoholgebrauch bei Jugendlichen schon innerhalb weniger Monate zu irreparablen Nerven- und Hirnschäden führen.

Wirkungsvolle Suchtprävention ist langfristige, kontinuierliche Beziehungsarbeit, die sich an der Lebenssituation von Kindern, Jugendlichen, Eltern u.a. Bezugspersonen orientiert, indem sie Alltagssorgen und Erfahrungen aufgreift. Sie ist auch Gesundheitsförderung: in einem permissiven Umfeld mit wenig sozialer Kontrolle, in dem Suchtmittel jederzeit legal verfügbar sind, geht es darum, den jungen Menschen zu befähigen, sich aktiv gegen die Droge zu entscheiden.

Den Aufgaben der Suchtprävention widmen sich:

- eine Präventionskraft beim Caritasverbandes Brandenburg e. V.,
- anteilig die Suchtberatungsstelle,
- anteilig die Jugendarbeit des CVJM,
- anteilig die Frankfurter Arbeitsloseninitiative e. V.,
- anteilig Ämter:
 - Gesundheitsamt (Gesundheitsförderung, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst),
 - Amt für Jugend und Soziales (Abteilung Jugendschutz, Schulsozialarbeiter),
 - Staatliches Schulamt (Kontaktlehrer) im Rahmen ihrer differenzierten Aufgabenstellungen.

2.4 Alte Menschen

Dieser Teil überschneidet sich mit dem Teilplan „Altenhilfe“.

Besonders hervorzuheben ist die Etablierung eines Pflegestützpunktes in der Logenstraße 1. Seit 1. Juni 2011 können hier Betroffene und deren Angehörige Beratung erfahren und Informationen zu allen für sie wichtigen Fragestellungen erhalten.

2.4.1 Ambulante ärztliche Behandlung

Die ambulante medizinische Betreuung für ältere Menschen mit psychischen Problemen wird von denselben Ärzten geleistet, die auch für andere Altersgruppen zuständig sind, also von Hausärzten, Nervenärzten und von den Ärzten der psychiatrischen Institutsambulanz.

2.4.2 Stationäre Behandlung

Die gerontopsychiatrische Station am Klinikum Frankfurt (Oder) verfügt über 24 Betten, die im Jahr 2009 zu 97% ausgelastet waren. Die geriatrische Klinik im Luther-Stift hat 66 Betten für alte Menschen mit vorwiegend körperlichen Erkrankungen; häufige psychische Begleiterkrankungen werden mit behandelt.

2.4.3 Kontakt- und Beratungsstelle für Demenzkranke

Der Arbeiter-Samariter-Bund hat eine **Kontakt- und Beratungsstelle für Demenzkranke – Schwerpunkt Alzheimer** eingerichtet, wo u. a. Beratung, Schulungen und Selbsthilfegruppen für Angehörige, sowie Aktivitäten für Demenzkranke angeboten werden (z. B. Alzheimer Tanzcafé).

2.4.4 Ehrenamtliche Betreuung Demenzkranker in der eigenen Wohnung: HelferInnen-Kreis

Unter Anleitung der o. g. Kontakt- und Beratungsstelle betreuen ehrenamtliche Kräfte (die von der Alzheimergesellschaft Brandenburg dafür ausgebildet sind) demenzkranke Patienten zuhause. Die Nachfrage nach dieser Form der Betreuung hat stark zugenommen:

	2005	2007	2009*
Betreute	9	38	73
HelferInnen	10	20	44
Betreuungsstunden	1325	2757	10.263

Betreuung Demenzkranker in der eigenen Wohnung (ASB), 2005 - 2009

***Stand 31.12.2009**

Die ehrenamtlichen Helfer erhalten eine Aufwandsentschädigung, die über die sogenannte „Pflegestufe 0“ finanziert wird. Die Pflegebegutachtung führt der „Medizinische Dienst der Krankenkassen“ durch; für Menschen ohne Pflegeversicherung der „Amtsärztliche Dienst“ des Gesundheitsamtes im Auftrag des Amtes für Jugend und Soziales. Für Personen mit „erheblich/in erhöhtem Maße eingeschränkter Alltagskompetenz“ stehen 100 respektive 200 Euro monatlich zur Verfügung.

2.4.5 Ambulante Pflegedienste

Derzeit sind in der Stadt 11 ambulante Pflegedienste tätig. Eine Übersicht der ambulanten Pflegedienste ist u. a. auch im Wegweiser für Senioren, 3. Auflage, Seite 19, zu finden.

2.4.6 Tagespflege

Teilstationäres Angebot (entsprechend einer Tagesstätte), bei dem der Demenzkranke zuhause wohnt, aber an den Wochentagen tagsüber in einer Einrichtung betreut und beschäftigt wird.

In Frankfurt (Oder) gibt es derzeit drei Angebote für alte Menschen mit unterschiedlichen seelischen und körperlichen Behinderungen: im Seniorenzentrum „Albert Hirsch“ der Caritas Altenhilfe (18 Plätze), im Seniorenheim „Am Südring“ der Arbeiterwohlfahrt (12 Plätze) und im „Haus Lena“ in Markendorf (15 Plätze). Ein spezielles Angebot für Alzheimerkranke gibt es nicht.

2.4.7 Pflegeheime

Durch den Wandel der Bevölkerungsstruktur nimmt die Zahl der chronisch psychisch kranken Menschen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe deutlich zu. Mehr als 40 % aller Menschen in Alten- und Pflegeheimen sind an einer Demenz erkrankt (3. Altenbericht der Bundesregierung).

Das *Wohn- und Pflegezentrum* der „Gemeinnützigen Pflege- und Betreuungsgesellschaft der Stadt Frankfurt (Oder) mbH“ im Kommunardenweg betreut 15 alte Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen und besonders hohem Betreuungsbedarf, darunter auch Menschen mit selbst- und fremdgefährdendem Verhalten. Die Auslastung beträgt seit Inbetriebnahme im Jahr 2006 100 Prozent.

2.4.8 Wohngemeinschaft für Demenzkranke

Die Funktionsweise einer solchen Wohngemeinschaft ist auf der Website der Alzheimergesellschaft Brandenburg dargestellt:

„Die Wohngemeinschaft stellt keine Organisationsform (Einrichtung) eines Pflegedienstes dar, sondern ist als Wohn- und Lebensform ihrer Mitglieder zu verstehen. Die ambulante Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz in einer Wohngemeinschaft ist somit strukturell identisch mit dem Angebot der häuslichen Pflege im Einzelhaushalt

Da der Pflegedienst (evtl. in Kooperation mit anderen Pflegediensten) verschiedene Pflegeaufträge in einer Wohnung zu erfüllen hat, kann seine Anwesenheit über mehrere Stunden (bis zu 24 Stunden) des Tages sicher gestellt werden. Der oder die beauftragten Pflegedienst(e) nehmen formal die Rolle als Dienstleister wahr.

In der Phase der Gründung einer Wohngemeinschaft übernehmen sie allerdings in der Regel ergänzend die Rolle der vorbereitenden Organisatoren. Sie sind häufig an der Auswahl des Wohnraums beteiligt und stellen die formalen Rahmenbedingungen der Leistungserbringung sicher. Studien belegen, dass nicht einmal 10% der bundesweit bestehenden Wohngemeinschaften von Angehörigengruppen oder anderen Selbsthilfegruppen initiiert werden (Bertelsmann Stiftung/ Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2004). Spätestens nach Abschluss der Gründungsphase hat sich der Pflegedienst jedoch auf seine Rolle als Anbieter ambulanter Pflege- und Betreuungsleistungen zurück zu ziehen.“

Bei dieser relativ neuen Form der Betreuung leben ca. 6 – 10 Kranke als Mietergemeinschaft in einer gemeinsamen Wohnung; die Pflege wird an einen oder mehrere ambulante Pflegedienste vergeben, die durch die Bündelung der finanziellen Ressourcen imstande sind, Betreuung rund um die Uhr anzubieten. Die Angehörigen schließen sich in einer Interessengemeinschaft zusammen, die im Namen der Kranken über die Finanzierung und die Abläufe entscheidet; außerdem beteiligen sie sich soweit möglich ebenfalls an der Versorgung ihrer Angehörigen.

Die Vorteile gegenüber der häuslichen Pflege einerseits und dem klassischen Seniorenheim andererseits werden von der Alzheimergesellschaft Brandenburg so dargestellt:

- Im Gegensatz zum Heim lebt hier eine überschaubare Gruppe von Menschen mit dem gleichen Krankheitsbild zusammen.
- Das Wohnumfeld entspricht dem bisher Gewohnten, der individuelle Wohnraum wird mit eigenen Möbeln eingerichtet, aber auch bei der Ausstattung der Gemeinschaftsräume können Angehörige mitgestalten.
- Der Mensch mit Demenz kann ein Leben realisieren, das von möglichst großer individueller biografischer Normalität und Kontinuität geprägt ist.
- Die Angehörigen sind von der Rund-um-die-Uhr-Belastung befreit.
- Gleichzeitig müssen sie ihre Mitwirkung und Einflussnahme im Rahmen der Alltagsgestaltung sowie der Pflege und Betreuung nicht aufgeben. Sie bestimmen weiterhin mit bei der Auswahl der Mitmieter, bei der Alltagsgestaltung, bei der Zusammenstellung und Zubereitung des Essens, bei der Beauftragung des Pflegedienstes etc..

In Frankfurt (Oder) gibt es bisher zwei solcher Wohnformen. Die Wohngemeinschaft in der Heilbronner Straße 12-13 und das Haus Lena in Markendorf. Die Wohngemeinschaft in der Heilbronner Straße wurde 2007 mit Unterstützung der „Kontakt- und Beratungsstelle für Demenzkranke“ von Angehörigen ins Leben gerufen. Betreut werden dort derzeit acht Kranke (max. 10 wären möglich bei Doppelbelegung von zwei größeren Zimmern). Im Juni 2009 wurde das Haus Lena in Markendorf, Dorfplatz 4 eröffnet. Dort fanden 10 Bewohner ein neues Zuhause.

2.4.9 Ältere Migranten

In Frankfurt (Oder) läuft von Dezember 2009 bis Dezember 2012 das Projekt „Prävention und Gesundheitsförderung für Migrantinnen und Migranten“ (PräGeM) unter dem Dach der „Regionalen Arbeitsstellen für Ausländerfragen (RAA Brandenburg)“. Im Rahmen dieses Projektes (mit einer Vollzeitkraft) erhalten vorwiegend ältere Migranten aus russischsprachigen Ländern in ihrer Muttersprache Gruppenangebote zu den Themen Sport, Ernährung, Stressbewältigung und Suchtprävention.

3. Koordination psychosozialer Hilfen

3.1 Die "Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft" (PSAG)

Am 7. Juli 2010 hat sich die seit mehreren Jahren nicht mehr aktive „Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft“ der Stadt Frankfurt (Oder) neu gegründet. Die „Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft“ – abgekürzt PSAG – ist ein gesetzlich vorgesehenes Gremium (nach BbgPsychKG). Sie leistet im Rahmen der Kommunalpolitik einen Beitrag zur Unterstützung von Bürgern mit seelischen Problemen. In der PSAG setzen sich die Anbieter von Leistungen beispielsweise Ärzte, Therapeuten, Leiter von Hilfsdiensten und Beratungsstellen) regelmäßig mit Betroffenen, deren Angehörigen und mit Mitgliedern der Stadtverwaltung zur Beratung zusammen. Die PSAG ist beratend tätig. Sie wirkt aktiv und unterstützend bei kommunalpolitischen Entscheidungen, etwa über den Ausbau von Beratungs- und Therapieangeboten, mit. Mit Stellungnahmen und Informationsveranstaltungen wendet sich die PSAG auch direkt an die Bevölkerung.

Zur PSAG gehören zurzeit die folgenden Arbeitskreise, die sich mit der Situation spezieller Gruppen beschäftigen (weitere Arbeitskreise können bei Bedarf gegründet werden):

- AK „Sucht“,
- AK „Arbeit und Beschäftigung/ Berufliche Integration“,
- AK „Prävention“,
- AK „Geriatric/ Gerontopsychiatrie“,
- AK „Hilfen für Kinder und Jugendliche“,
- AK „Jugendliche und junge Erwachsene mit besonderem Hilfebedarf“.

3.2 Der Psychiatriekoordinator

Die Funktion des Psychiatriekoordinators ist ebenfalls im Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetz vorgesehen und wird durch einen Arzt des Gesundheitsamtes wahrgenommen. Der Psychiatriekoordinator ist ein Bindeglied zwischen der Stadtverwaltung, den Trägern psychosozialer Hilfen und den Betroffenen mit ihren Angehörigen. Laut Frankfurter Satzung ist er beratendes Mitglied (ohne Stimmrecht) der Geschäftsführung der PSAG. Zu seinen Aufgaben gehört es

- Bürgern zu helfen, sich im Gewirr der Hilfsangebote zurechtzufinden,
- Bürger zu beraten, die selbst psychosoziale Hilfen anbieten wollen,
- Vorschläge von Bürgern in die Kommunalpolitik einzubringen,
- politische Entscheidungen (im psychosozialen Bereich) den Bürgern zu vermitteln,
- bei der Vorbereitung und Organisation der PSAG-Sitzungen zu helfen,
- an der regelmäßigen Aktualisierung der Psychiatrieplanung mitzuwirken,
- im Auftrag des Sozialamtes die Qualität psychosozialer Angebote zu überwachen,
- sich regelmäßig (halbjährlich) mit den Kollegen aus dem Land Brandenburg über die aktuellen Entwicklungen auszutauschen und gemeinsame Initiativen zu entwickeln.

3.3 Arbeitsgemeinschaft der Träger der Freien Wohlfahrtspflege ("Kleine LIGA")

Die Liga Frankfurt ist der Zusammenschluss der fünf in der Stadt tätigen Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in einer Arbeitsgemeinschaft: Arbeiterwohlfahrt, Deutscher Caritasverband, der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz und Diakonisches Werk.

Sie vertritt die Interessen insbesondere jener Menschen, die auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind. Sie nimmt ebenso die Belange der Einrichtungen und Dienste, die die verschiedenen Hilfen für betroffene Menschen anbieten, gegenüber Politik und Verwaltung wahr.

III. Fortschreibung und Ziele

Das wichtigste Ziel: das schon Erreichte - die über Jahrzehnte mit Kompetenz und Einsatz aufgebauten, überwiegend gut funktionierenden psychosozialen Einrichtungen unserer Stadt - muss erhalten, gepflegt und weiterentwickelt werden!

1. Allgemeine Tendenzen

1.1 Soziostrukturelle Entwicklung

Offensichtlich ist, dass sich durch die Änderung der Bevölkerungsstruktur (mehr ältere, weniger junge Menschen) auch der Bedarf entsprechend ändert: so werden von Jahr zu Jahr mehr ambulante und stationäre Pflegeplätze für Demenzkranke benötigt, während die Behandlungszahlen im Kinder-Jugend-Bereich mittelfristig leicht zurückgehen dürften. Zugleich wird es durch den Mangel an Nachwuchs noch schwieriger werden, im Inland ausreichend qualifiziertes Pflegepersonal zu rekrutieren.

Das Wimes Wirtschaftsinstitut sagt in seiner „Prognose für die Stadt Frankfurt (Oder)“ für die Altersgruppe ab 65 Jahre von 2010 bis 2020 einen Anstieg um 2000 Personen voraus (von 13.670 auf 15.664). Zugleich soll die Zahl in der Gruppe 0-15 Jahre um 200 zurückgehen (von 6.633 auf 6.423).

Der Bedarf an Pflegeplätzen für Menschen ab 75 Jahren (um den Versorgungsgrad von 2008 – 174 Plätze/ 1000 Bürger dieser Altersgruppe - halten zu können), wird wie folgt projiziert:

2008	2010	2012	2015	2020
913	1.082	1.145	1.329	1.411

Bedarf an Pflegeplätzen für Menschen ab 75 (Schätzung)

1.2 Werden die Menschen kränker?

Die Frage, ob die Gesamtbevölkerung „psychisch kränker“ wird, lässt sich, wie oben dargestellt, nicht eindeutig beantworten. Sehr wahrscheinlich ist hingegen, dass der finanzielle und personelle Aufwand für die Versorgung psychisch Kranker in den nächsten Jahren weiter steigen wird. Diese Entwicklung findet ihren Niederschlag auch in den ständig steigenden Fallzahlen in der Sozialhilfe. Hier spiegelt sich auch die ökonomische Erkenntnis, dass die unzureichende Behandlung psychisch Kranker die Gesellschaft in Form diverser Transfer-Leistungen teurer zu stehen kommt als eine frühzeitige adäquate Therapie, wieder. Weitere Gründe sind bessere Kenntnisse und eine gewachsene Therapiebereitschaft sowohl auf Seiten der Ärzte wie auf Seiten der Klienten/ Patienten.

Beispiele für diesen Trend sind die Statistiken zur stationären psychiatrischen Behandlung im Klinikum Frankfurt (Oder) und zur wachsenden Nutzung der Beratungsstellen. Für die ambulanten Hilfen zeigt die Statistik der „Wichern-Wohnstätten und Soziale Dienste“ (bis 2009 „Netzwerk“) dasselbe, einschließlich der Projektion für die Jahre 2010 – 2012. (Der aus dem Rahmen fallende Rückgang im Jahr 2009 ist durch den damals bevorstehenden Trägerwechsel zu erklären.)

Jahr	stationär		teilstationär	ambulant	
	Wohnstätte	Außenwohnen	Tagesstätte	Fallzahlen	Fachleistungs- stunde
2005	16	8	12	39	3.547
2006	16	8	12	39	3.790
2007	16	8	12	39	4.103
2008	16	8	12	39	4.057
2009	16	8	12	39	3.536
2010	16	8	12	36	5.000
2011	16	15	15	44	5.400
2012	16	15	15	44	5.400

Gesamtzahl der Plätze und Fachleistungsstunden in den Bereichen Tagesstätte, Trainingswohnen und Wohnstätte, 2005 – 2012 (Planung)

Natürlich hängt der Behandlungsbedarf in Frankfurt/ Oder auch von der wirtschaftlichen und sozialpolitischen Entwicklung ab. Verarmung und Strukturverlust, etwa durch den Verlust der Arbeit, erhöhen die Wahrscheinlichkeit psychischer Störungen.

2. Zusätzlicher Bedarf

Die folgenden Einschätzungen und Lösungsvorschläge wurden in den Diskussionen der letzten Monate von den Fachleuten der jeweiligen Bereiche vorgebracht.

2.1 Kinder-Jugend-Bereich

2.1.1 Jugendliche und junge Erwachsene mit besonderem Hilfebedarf

Eine Versorgungslücke besteht nach Einschätzung von Fachleuten für Jugendliche und junge Erwachsene (im Alter ca. zwischen 16 bis 25 Jahren) mit einem besonders intensiven pädagogischen und psychotherapeutischen Unterstützungsbedarf. Frühzeitige umfassende Hilfen könnten in vielen Fällen verhindern, dass sich aus einer Reifungsproblematik eine chronische psychische Störung mit einem jahrzehntelangen Bedarf an Transferleistungen entwickelt.

Die PSAG der Stadt Frankfurt (Oder) hat einen eigenen Arbeitskreis gegründet, der sich u. a. die Aufgabe gestellt hat, Leistungsbedarfe für diesen Personenkreis und mögliche und/oder erforderliche Rahmenbedingungen zu definieren.

2.2 Erwachsene mit allgemeinspsychischen Störungen

2.2.1 Ambulante Psychotherapie

Die langen Wartezeiten auf ambulante Psychotherapie (im Durchschnitt ca. ein Jahr) stellen ein erhebliches Problem dar, weil sie dazu führen, dass Störungen, die sich im Akutstadium relativ einfach behandeln ließen (z.B. Angststörungen), bis zum Beginn der Behandlung bereits chronifiziert sind.

Entsprechend aufwendiger und weniger effektiv ist dann die Therapie, was wiederum – ein Teufelskreis - dazu führt, dass ein weiterer Therapieplatz auf Jahre hinaus belegt ist. Was ist zu tun?

- Die Kommunalpolitik kann in Verhandlungen mit den Krankenkassen und mit der kassenärztlichen Vereinigung darauf drängen, dass 2-3 zusätzliche Psychotherapeuten eine rasche und unbürokratische Niederlassungserlaubnis erhalten.
- Gruppentherapie: in einer Therapiegruppe kann ein ausgebildeter Therapeut 8 – 10 Klienten gleichzeitig betreuen. Die Effektivität – das haben zahlreiche Studien ergeben - ist der einer Einzeltherapie mindestens vergleichbar, in vielen Fällen sogar überlegen. Die Ressourcenersparnis ist enorm; hier liegt wahrscheinlich das größte ungenutzte Potential der Psychotherapie überhaupt!

Überall in Deutschland wird Gruppentherapie außerhalb der Kliniken nur von wenigen Therapeuten angeboten. Warum ist das so? Die üblichen Therapieausbildungen (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie etc.) berechtigen und qualifizieren einen Therapeuten noch nicht zur Durchführung von Gruppentherapie. Dafür sind spezielle Zusatzausbildungen gefordert, die nur an wenigen Orten angeboten werden und für den Therapeuten mit erheblichen Kosten verbunden sind. Die Krankenkassen sollten „eigentlich“ ein starkes Interesse daran haben, niedergelassene Therapeuten zu ermutigen, die Kassenzulassung für Gruppentherapie zu erwerben, z.B. mit Zuschüssen/ Darlehen für eine solche Ausbildung. Die Kommunalpolitik kann hier nichts erzwingen; eher geht es darum, diese Diskussion von gesundheitspolitischer Seite anzustoßen. In Frankfurt gibt es bereits mehrere Therapeuten, die eine Gruppentherapiezulassung haben, aber aus unterschiedlichen, meist organisatorischen Gründen keinen Gebrauch davon machen. Es wird eine der Aufgaben der PSAG sein, mit diesen Kollegen zu beraten, wie Gruppentherapien in Frankfurt (Oder) angeboten und durchgeführt werden können.

2.2.2 Wohnen

Betreute Wohngemeinschaft

Für chronisch psychisch kranke Menschen stehen seit Juni 2011 sieben weitere Plätze in den „Stationären Außenwohngruppen für chronisch psychisch kranke Menschen“ zur Verfügung. In dieser neuen Wohnform stehen zunächst die Nachreife der Persönlichkeit und die Entwicklung einer „inneren Struktur“ im Mittelpunkt. Im nächsten Schritt sollen die Klienten befähigt werden, Schritt für Schritt in ein geregeltes Arbeitsleben hineinzuwachsen. Dies geschieht u. a. in Zusammenarbeit mit dem Integrationsamt, der Arbeitsagentur und dem JobCenter.

Wohnstätte

Die jetzigen Bewohner werden i. d. R. noch für längere Zeit in der Wohnstätte verbleiben, das heißt, freie Plätze werden nur in größeren Abständen verfügbar. Aufgrund der Altersstruktur nimmt der Anteil der Hilfe zur Pflege zu. Es bedarf eine Anpassung der Einrichtungen an diese Entwicklung.

2.2.3 Ehrenamtliche Betreuung psychisch Kranker

Analog zur ehrenamtlichen Betreuung Demenzkranker durch den HelferInnenkreis (Teil II, 2.4.4.) könnten auch psychisch Kranke von ehrenamtlichen Kräften mit entsprechender Ausbildung und Supervision betreut werden.

Denkbar wären vor allem Freizeitaktivitäten wie der Besuch von Kulturveranstaltungen, Ausflüge, gemeinsames Kochen etc. Der ehrenamtliche Betreuer ist ein besseres Bindeglied zur „Welt der Normalen“ als die professionellen Helfer. Die Aufwandsentschädigung für die Helfer kann wie bei den Demenzzkranken über die sogenannte „Pflegestufe 0“ finanziert werden, die bei der Pflegekasse beantragt wird.

Diese Möglichkeit wird in Brandenburg erst in Ansätzen genutzt, in Frankfurt (Oder) (jenseits persönlicher Initiativen von Angehörigen) noch gar nicht. Voraussetzung wäre ein Träger, der sich bereitfindet, die ehrenamtliche Tätigkeit anzuleiten und zu überwachen.

Weiterentwicklung niedrigschwelliger Betreuungsangebote nach §§ 45 c und d SGB XI; Förderung ehrenamtlicher Strukturen mit Einführung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes (07/2008).

2.2.4 Integrationsunternehmen

„Ein Integrationsunternehmen ist ein juristisch selbstständiger besonderer Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes. Er zeichnet sich durch die Besonderheit aus, dass er wirtschaftliche Ziele verfolgt und gleichzeitig dauerhaft auf einem großen Anteil (25–50 %) seiner Arbeitsplätze Menschen mit Behinderung beschäftigt. Integrationsunternehmen zählen zu den Instrumenten des SGB IX zur dauerhaften beruflichen Integration behinderter Menschen.“ (Zitat Wikipedia). Ein solcher Betrieb gibt Menschen mit seelischen Behinderungen eine gute Chance auf ein gleichberechtigtes Dasein, mit eigenem Einkommen und dem entsprechenden Selbstbewusstsein. In Frankfurt (Oder) existiert zur Zeit kein Integrationsbetrieb. Der Träger „Wichern Wohnstätten und soziale Dienste gGmbH“ plant konkret, bis zum Jahr 2013 ein solches Integrationsunternehmen aufzubauen.

2.2.5 Psychiatrische Familienpflege

Eine Form der ambulanten Betreuung psychisch Kranker, die es schon im 19. Jahrhundert gegeben hat, erlebt derzeit eine kleine Renaissance: die psychiatrische Familienpflege. Dabei lebt ein chronisch psychisch Kranker in einer ganz normalen Familie; diese wird von einem professionellen Team unterstützt. Das Familienpflege-Team kann Teil eines ambulanten Trägers oder einer Fachklinik sein; es hat auch die Aufgabe, die Eignung interessierter Familien festzustellen und in regelmäßigen Abständen zu überprüfen. Die Familie erhält für ihre Betreuungsleistung eine angemessene finanzielle Unterstützung (in den aktuellen Modellprojekten sind das ca. 800 € im Monat). Formale Grundlage für diese Form der Betreuung ist ein Familienpflegevertrag.

Dieser Vertrag beinhaltet z. B.:

- dass die Familie **für ihren Gast sorgt** und ihm ein Zimmer, Essen, Kleidung und ein festgelegtes Taschengeld zur Verfügung stellt;
- dass die Familie den Mitarbeitern des Hilfteams **Veränderungen im Verhalten** oder der Stimmung des Gastes mitteilt;
- dass der Gast regelmäßig **zum Allgemein- und Nervenarzt geht** und seine verordneten Medikamente einnimmt;
- dass die Mitarbeiter in der Familienpflege zu **regelmäßigen Hausbesuchen verpflichtet** sind;
- dass der Bewohner und die Gastfamilie **haftpflichtversichert** sind.

2.2.6 Tagesstätte

Dem steigenden Bedarf an tagesstrukturierenden Angeboten wird durch die Erweiterung der derzeit 12 auf 15 Plätze Rechnung getragen.

2.3 Suchtkranke

2.3.1 Therapeutisches Angebot für abstinenzunfähige Alkoholranke

Auch mit den besten Angeboten gelingt ein Leben ohne Alkohol – mit oder ohne Rückfälle – allenfalls der Hälfte aller Kranken. Von denen, die weiter trinken, lehnen manche jede Hilfe ab; viele würden sich jedoch helfen lassen, wenn die Hilfe nicht an die strikte Bedingung der Abstinenz gekoppelt wäre. Für langjährig chronisch Kranke, die meist auch schon Hirnschäden aufweisen, geht es hier vor allem um Schadensbegrenzung, analog einem Methadonprogramm für schwerstabhängige Heroinkonsumenten. Benötigt wird eine Einrichtung, in der der Kranke weiterhin begrenzte Mengen Alkohol trinken kann, in der aber zugleich für medizinische Betreuung, ausreichende Ernährung und Körperhygiene gesorgt ist.

Möglich wäre ein Modell, wo bis zu 12 chronisch mehrfachgeschädigte alkoholranke Klienten betreut werden. Aufgenommen werden mehrfachgeschädigte, nichtabstinenzfähige alkoholranke Menschen, die aufgrund ihres psychischen wie auch körperlichen Gesundheitszustandes nicht mehr alleine wohnen können.

Ziel der Arbeit ist es, den Alkoholkonsum zu minimieren und den Gesundheitszustand zu stabilisieren. Gemeinsam mit den Bewohnern wird versucht, die Ursachen und Folgen langer Wohnungslosigkeit und Suchtkrankheit aufzuarbeiten. Das Angebot ist niedrigschwellig, es beruht auf dem Grundsatz: "Sicherheit statt Verschlimmerung". Der Bewohner soll die Möglichkeit haben, immer wieder missglückte Abstinenzversuche und abgebrochene Therapien zu verarbeiten, sein Selbstwertgefühl zu stärken und sozialpädagogisch betreutes Wohnen trotz seiner Sucht positiv erleben.

Das Angebot umfasst u. a.:

- eine zeitlich und örtlich engmaschige sozialpädagogische Betreuung und Beratung,
- Einzelfallarbeit,
- Gruppenarbeit,
- tagesstrukturierende Maßnahmen,
- Sicherstellung der hygienischen Grundversorgung und
- Vollverpflegung.

2.3.2 Kooperationsvereinbarung „Sucht und Kindeswohl“

Die Stadt Frankfurt (Oder) und die Sucht- und Drogenberatungsstelle der Stadt haben eine Kooperationsvereinbarung zur Verbesserung der Zusammenarbeit in der Betreuung von suchterkrankten und –gefährdeten Müttern/Vätern/Eltern und deren Kinder und in Fällen daraus erwachsender Kindeswohlgefährdungen erarbeitet. Sie wurde im Februar 2012 unterzeichnet. Nun gilt es, diese umzusetzen, Erfahrungen zu sammeln und zu evaluieren.

2.3.3 Straßensozialarbeit für suchtmittelkonsumierende Menschen

Bei der Diskussion über die Problematik des Alkoholkonsums auf öffentlichen Plätzen der Stadt wurde mehrfach der Vorschlag gemacht, die betroffenen Bürger unserer Stadt durch aufsuchende Sozialarbeit zu einer Verhaltensänderung zu motivieren; zugleich wurde die Effektivität einer solchen Maßnahme angezweifelt. Der Arbeitskreis Sucht der PSAG hat in einer Stellungnahme vorgeschlagen, zunächst eine Datenerhebung durchzuführen (wer trinkt wo und warum), bevor im zweiten Schritt daran gegangen wird, Strategien für den Umgang mit verschiedenen Konsumentengruppen (z. B. Jugendliche versus ältere chronisch Alkoholranke) zu finden.

2.3.4 Früherkennung und motivierende Beratung durch die Hausärzte

Der Hausarzt ist, was die Zahlen angeht, bei weitem der wichtigste Ansprechpartner für Alkoholranke (70% suchen ihn mindestens einmal jährlich auf). Als effektiv und kosteneffizient haben sich kurze strukturierte Beratungen erwiesen, die den Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung (nach Miller und Rollnick) folgen¹. Eine solche Beratung dauert in der Regel nicht länger als 10 bis 15 Minuten und hat nachweisbare positive Folgen für Abhängige und für Risikopatienten. Auch bei letzteren, die einen „riskanten Konsum“ aufweisen, aber noch keine Abhängigkeit, lässt sich so der Konsum reduzieren. In England wird diese Intervention von dem maßgeblichen nationalen Beratungsgremium für Gesundheitsfragen (National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE) in den Behandlungsrichtlinien ausdrücklich empfohlen. Die Methode ist nicht kompliziert: die notwendigen Kenntnisse und Techniken lassen sich innerhalb eines Wochenendseminars gut vermitteln. Entsprechende, nach Möglichkeit kostenlose Angebote sollten den Hausärzten gemacht und die Finanzierung über Fördermittel (Land, Bund) gesichert werden.

2.4 Altenbereich

2.4.1 Wohngemeinschaften für Demenzkranke und alte Menschen mit anderen psychischen Erkrankungen

Die Versorgung dementer und psychisch kranker Menschen - nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ – in Wohngemeinschaften ist, soweit es der Zustand des Kranken erlaubt, der Unterbringung in einem Pflegeheim aus fachlicher wie aus sozialpolitischer Sicht vorzuziehen. Zugleich steht jedoch die Frage der Finanzierbarkeit im Raum: die Gründung weiterer Wohngemeinschaften in Frankfurt (Oder), so dringlich sie erscheint, bedarf in jedem Fall der vorherigen Absprache mit den zuständigen Kostenträgern (Pflegegeldkasse, Sozialhilfeträger).

2.4.2 Tagesklinik

Am 16.2.2011 wurde eine Tagesklinik des Trägers „Lutherstift“ mit zehn Behandlungsplätzen eröffnet. Auch hier handelt es sich um ein allgemeines medizinisches Angebot, von dem auch Menschen mit leichten und mittleren Demenzen und zusätzlichen körperlichen Erkrankungen profitieren werden. Derzeit sind sechs Plätze belegt. Aufgrund eines steigenden Bedarfs ist davon auszugehen, dass im Jahr 2012 alle zur Verfügung stehenden zehn Plätze belegt sein werden.

2.4.3 Ältere Migranten

Das Projekt „Prävention und Gesundheitsförderung für Migrantinnen und Migranten“ (PräGeM) ist bis Dezember 2012 befristet. Schon jetzt lässt sich absehen, dass vergleichbare Projekte auch über 2012 hinaus benötigt werden. Jenseits von humanitären Argumenten gibt es auch gesundheitspolitische: Prävention ist kostengünstig. Gerade bei älteren Migranten lassen sich mit verhältnismäßig geringem Aufwand erhebliche Gesundheitskosten vermeiden, indem man ihnen adäquate Angebote in ihrer Muttersprache macht.

2.4.4 Vorsorge

Jeder alternde Mensch sollte die verschiedenen rechtlichen Möglichkeiten der Vorsorge kennen (Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuung) und Zugang haben zu entsprechenden kostenlosen Beratungsangeboten.

¹ Beckham N. Motivational interviewing with hazardous drinkers. J Am Acad Nurse Pract. 2007 Feb;19(2):103-10
Fleming M, Manwell LB. Brief intervention in primary care settings. A primary treatment method for at-risk, problem, and dependent drinkers. Alcohol Res Health. 1999;23(2):128-37

2.4.5 Tagespflege

Es besteht ein Bedarf an zusätzlichen Tagesangeboten für demenzkranke Patienten, die noch zuhause wohnen können. Insbesondere eine Tagesstätte für solche Patienten, die in Frankfurt bisher nicht existiert, wäre dringend erforderlich.

2.4.6 Arbeitskreis Geriatrie/Gerontopsychiatrie

Der Arbeitskreis (unter dem Dach der PSAG) hat Anfang 2011 seine Arbeit aufgenommen. Er soll ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote der Betreuung und Versorgung für die wachsende Zahl Demenzkranker vernetzen. Beteiligt werden:

- Klinik für Psychiatrie,
- PIA des Klinikums,
- Klinik für Geriatrie Lutherstift,
- Tagesklinik Lutherstift,
- Alzheimerberatungsstelle ASB,
- Pflegeheime,
- Pflegedienste,
- Pflegestützpunkt,
- niedergelassene Neurologen/Psychiater,
- Hausärzte,
- Selbsthilfegruppen,
- Betreuungsdienste,
- ambulanter Hospizdienst und stationäres Hospiz.

Angestrebt werden ein Fort- und Weiterbildungsverbund, Vereinheitlichung von Dokumentation und Definition von Schnittstellen, Erarbeitung gemeinsamer Standards, gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit und die Beratung von Entscheidungsträgern der Stadt. Mittelfristig soll auch ein Wegweiser „Leben mit Demenz in Frankfurt (Oder)“ mit allen Hilfs- und Versorgungsangeboten erstellt werden.

3. Koordination

3.1 Arbeitskreise der PSAG

Aktuell geht es darum, das schon Erreichte – ein funktionsfähiges Gremium mit engagierten Teilnehmern – zu halten und auszubauen. Weitere Teilnehmer sollten gewonnen werden und die Arbeit an den brennenden Fragen (siehe oben) intensiviert werden. Ein regelmäßiger Austausch zwischen den Vertretern der Kommunalpolitik und der Geschäftsführung der PSAG ist wünschenswert. Die PSAG verfügt zur Zeit über eine provisorische Website, die über die Seite des Gesundheitsamtes verlinkt ist. Mittelfristig benötigt sie eine eigene Seite, die zwar ein Teil der Stadt-Website (frankfurt-oder.de) sein kann, sich jedoch außerhalb des Bereiches „Verwaltung“ befinden sollte.

3.2 Psychiatriekoordination

Der Aufgabenbereich des Psychiatriekoordinators sollte in besonderen Fällen auch ein „Fallmanagement“ für individuelle Klienten umfassen. In den Übergangsbereichen mit „überlappenden Zuständigkeiten“ – beispielsweise bei Jugendlichen an der Schwelle des Erwachsenwerdens – entstehen häufig organisatorische Probleme (bei der Suche nach geeigneten Maßnahmen, der Finanzierung etc.) mit gravierenden Folgen für die Betroffenen. Es handelt sich dabei um ein strukturelles Problem in diesem durch zahlreiche Gesetze und Verordnungen eher überregulierten Bereich. Der Psychiatriekoordinator sollte in „schwierigen Fällen mit unklaren Kompetenzen“ frühzeitig hinzugezogen werden und als Moderator und Vermittler zwischen den verschiedenen Hilfeleistern und Behörden an einer Lösung im Interesse des Klienten mitwirken.

3.3 Psychiatrieplanung

Zwischen dem vorliegenden Dokument und seinem Vorgänger liegen etwa acht Jahre. In Zukunft soll dieser Teilplan in zweijährigem Abstand aktualisiert werden. Die Kerndaten zu Nutzung und Ausgestaltung des psychosozialen Angebotes in Frankfurt (Oder) sollen in Zukunft *jährlich* erhoben werden.

Die Stadt (in Gestalt des Sozialplaners und/oder des Psychiatriekoordinators) verpflichtet sich, diese Daten jeweils zu Beginn eines neuen Jahres in strukturierter Form bei den Trägern abzufragen, sie in anschaulicher Form aufzubereiten und den Mitgliedern der PSAG als Diskussionsgrundlage verfügbar zu machen.

Die Träger der Hilfen verpflichten sich, bei dieser jährlichen Abfrage bis spätestens zum 31.3. die relevanten Leistungsdaten des Vorjahres zur Verfügung zu stellen.

Da die Grenze zwischen akuten und chronischen Zuständen fließend verläuft und da sich – wie hier versucht – ein schärferes Bild ergibt, wenn das gesamte psychiatrische Angebot der Stadt in *einem* Dokument dargestellt wird, hat sich mit dem Umfang des Teilplans auch der Name (früher: „Chronisch psychisch Kranke und chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke“) geändert: „Teilplan psychisch Kranke und Abhängigkeitskranke.“