



Inhaltsübersicht

	Seite
1. Zielsetzung psychosoziale Grundversorgung	3
1.2 Zielgruppen und betroffener Personenkreis	5
1.3 Gesetzliche Grundlagen und soziale Folgen	7
2. Beschreibung und Versorgung in Funktionsbereichen	9
2.1 Funktionsbereich Behandlung/Pflege/Rehabilitation	10
2.1.1 Stationäre und teilstationäre psychiatrische Versorgung	10
2.1.2 Ambulante psychiatrische Versorgung	11
2.2 Funktionsbereich Wohnen	12
2.2.1 Das ambulante Betreute Einzelwohnen	13
2.2.2 Betreute stationäre Wohngemeinschaften	14
2.2.3 Wohnstätten	14
2.3 Funktionsbereich Arbeit, Beschäftigung und berufliche Bildung	15
2.3.1 Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)	15
2.3.2 Arbeitsprojekte freier Träger	16
2.3.3 Integrationsfachdienst - Berufsbegleitender Dienst (IFD-BBD)	16
2.4 Funktionsbereich Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	16
2.4.1 Kontakt- und Beratungsstelle (KBS)	17
2.4.2 Bildung, Sport, Urlaub	18
3. Baustein mit übergreifender integrativer Funktion	18
3.1 Der Sozialpsychiatrische Dienst am Gesundheitsamt (SpDi)	18
3.2 Die Tagesstätte	19
3.3 Krisen und Notfalldienste	19
3.4 Unterbringung	20
3.5 Zusammenarbeit mit gerichtlich bestellten Betreuern	20
4. Versorgungsangebote für spezielle Gruppen	21
4.1 Psychosoziale Hilfen für Kinder und Jugendliche	21
4.2 Hilfe für psychisch kranke alte Menschen	22
4.3 Suchtkrankenhilfe	24
4.3.1 Suchtprävention	27
4.3.2 Ambulante Angebote	28
4.3.3 Stationäre Medizinische Versorgung	30
4.3.4 Ambulante Wohnangebote	31
4.3.5 Tagesstrukturierung/niedrigschwellige Angebote	32
4.3.6 Ergänzende Hilfen	33
4.3.7 Beschäftigungs- und Arbeitsangebote	33
5. Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen (SHG)	34
6. Koordination, Kooperation und Vernetzung	35
6.1 Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) mit Arbeitskreisen	35
7. Ziele und Maßnahmen	36
7.1. Verbesserung der Beratungs- und Betreuungsangebote sowie Erhalt und Ausbau von ambulanten Angeboten	36
7.2. Verbesserung ambulanter Angebote im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie	37
7.3. Verbesserung der Beratungs- und Betreuungsangebote, Erhalt und weiterer Ausbau von ambulanten Angeboten sowie Unterstützung der Suchtprävention	37

1. Zielsetzung psychosoziale Grundversorgung

Als Ziel einer gemeindepsychiatrischen Versorgung in Frankfurt (Oder) haben sich - angelehnt an die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen / psychosomatischen Bereich (1988) - **Grundprinzipien** in der Praxis bewährt, die auch im gegenwärtigen Planungsprozess zugrunde gelegt werden.

Beim weiteren Ausbau der psychiatrischen Versorgungsstrukturen ist zu sichern:

- der Aufbau bedarfsgerechter und gemeindenaher Versorgungsstrukturen,
- die Koordination und Zusammenarbeit innerhalb der Versorgungssysteme,
- die Gleichstellung körperlich (somatisch) und psychisch Kranker.

Ziel ist es, die psychiatrische Versorgung so auszubauen, dass psychisch kranke Menschen und Menschen mit einer seelischen Behinderung einen gleichen Zugang zu Hilfe- und Versorgungsangeboten haben wie somatisch Kranke. Die Gleichstellung betrifft aber auch die konkrete Lebenssituation und den Abbau tatsächlich bestehender Benachteiligungen. Dies bedingt u.a., dass auch hier vorrangig ambulante Hilfeformen aufgebaut und gefördert werden. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist dabei nicht schematisch zu verstehen. Mit dem Ausbau dieser Angebote ist Koordination und Vernetzung eng verflochten, zur Bündelung der Kräfte und der Nutzung von Synergieeffekten, da der Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Verbundes bzw. Verbundlösungen vorrangig zu befördern ist.

Festgeschrieben sind nachfolgende Grundsätze, auf deren Umsetzung hingewirkt wird:

- Orientierung der Kommunen auf Koordination und Kooperation
- Vernetzung der bestehenden Angebote
- Einflussnahme auf Qualität und Finanzierung ambulanter Angebote
- Hinlenkung auf stark benachteiligte Gruppen
- Bildung überschaubarer Versorgungsregionen
- Einbeziehung der Betroffenen und Angehörigen auf allen Ebenen

Der Psychiatrieplan soll u.a. das Zusammenwirken der verschiedenen Beteiligten und geeignete Handlungsrahmen aufzeigen, Defizite in den einzelnen Bereichen darstellen und gemeinsame Wege für die weitere Entwicklung beschreiben. Somit werden wesentliche Aufgaben der Psychiatrieplanung als integraler Bestandteil der kommunalen Sozialplanung angesehen. Dem Zusammenwirken mit freien Trägern als Anbieter von Leistungen und den Kostenträgern kommt dabei eine große Bedeutung zu.

Fachliche wie ökonomische Gründe sprechen generell für eine bessere Vernetzung der einzelnen Elemente des psychiatrischen Hilfesystems, um einerseits die vorhandenen personellen und sächlichen Ressourcen effektiver einzusetzen, andererseits aber auch den Hilfesuchenden zügig die notwendigen und erforderlichen Hilfen zu gewähren.

Die Aufgabenstellung zur Psychiatrieplanung ergibt sich aus der Sozialpolitik der Stadt Frankfurt (Oder) als Träger der Planung und der Versorgungsverantwortung auch für diesen Personenkreis.

Die politische Verantwortung ergibt sich dabei aus § 16 Abs. 1 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes, wonach 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 sollen.

Grundlage für die Planung bilden die von der Expertenkommission der Bundesregierung ermittelten Richtwerte, die als Bedarfsanhaltswerte generell zugrunde gelegt werden. Ein Vergleich dieser Bedarfszahlen mit erhobenen Werten der in der sozialpsychiatrischen Arbeit Tätigen hat ergeben, dass die von der Expertenkommission vorgelegten Werte nach wie vor dem sich aus der aktuellen Arbeit ergebenden Bedarf entsprechen. Erfahrungen nicht nur in Frankfurt (Oder) zeigen, dass diese Daten als realistisch, in der Suchtkrankenhilfe aber eher als Mindestwerte, anzusehen sind.

Psychische Störungen sind viel häufiger als allgemein angenommen. Etwa 20 % der Bevölkerung ist durch eine seelische Störung beeinträchtigt. Manche Störungen sind von kurzer Dauer, manche kehren immer wieder und können zu lebenslanger Behinderung und Beeinträchtigung führen.

Für Frankfurt (Oder) ergibt sich nach den Anhaltswerten der Expertenkommission folgende Situation:

- die Anzahl der innerhalb eines Jahres psychiatrisch Behandlungsbedürftigen wird mit 10 - 12,5 % der Bevölkerung beziffert,

für Frankfurt (Oder) sind dies 7040 bis 8800 Betroffene

(andere Studien gehen von einer Schätzung bis zu 40 % der Gesamtbevölkerung aus),

- etwa 18 % der Bevölkerung leiden innerhalb eines Jahres an einer leichten psychischen Störung ohne wesentliche Beeinträchtigungen auf Dauer,

für Frankfurt (Oder) sind dies 12680 Betroffene,

- bei immerhin 6 % der Bevölkerung liegen schwerste psychische Störungen vor, die eine umfangreiche Hilfe und fachärztliche Behandlung notwendig machen,

dies sind für Frankfurt (Oder) 4420 Betroffene.¹

In der sog. Allgemeinpsychiatrie (Erwachsene im erwerbsfähigen Alter mit Psychosen, schweren Neurosen und Persönlichkeitsstörungen) ist ein geringer zahlenmäßiger Anstieg der psychisch kranken Menschen festzustellen.

Eine stetige Zunahme von Behandlungs- und Betreuungszahlen zeigt sich jedoch bei Abhängigkeitskranken (an erster Stelle Alkohol, Drogen).

Eine weitere Zunahme ist ferner im Bereich der psychischen Alterskrankheiten zu bemerken (Untersuchungen belegen, dass bei ca. 24 % der über 65-jährigen psychische Beeinträchtigungen/Störungen auftreten).

Als sicher gilt, dass jährlich eine nicht zu unterschätzende Anzahl psychiatrisch Behandlungsbedürftiger die Hilfe bei ihren Hausärzten und somit „außerhalb“ der Psychiatrie suchen.

¹ beim Stand 31.12.2003 mit 70447 Einwohnern mit Haupt- und Nebenwohnung

Es ist auch davon auszugehen, dass vielfach eine gezielte Behandlung, Therapie des psychiatrischen Grundleidens nicht erfolgt, weil Betroffene keinen Arzt bzw. erst verspätet aufsuchen und dadurch nicht wenige Behandlungsbedürftige jährlich aus unterschiedlichen Gründen (Nichterkennen des psychiatrischen Grundleidens, Mangel an Fachärzten, fehlende Krankheitseinsicht) unversorgt bleiben.

Durch die veränderte Altersstruktur und des veränderten demografischen Faktors in den letzten Jahrzehnten ergeben sich weitere erhebliche Probleme. Die dramatische Verschiebung in der Alterspyramide der Bevölkerung führt zu einer Zunahme psychischer Erkrankungen im Alter, so dass die gerontopsychiatrische Versorgung mit differenzierten Betreuungsangeboten sowie qualifizierter ambulanter und stationärer Pflege zunehmend wichtiger werden. Auch bestehen dadurch Entwicklungsnotwendigkeiten im Ausbau krankenhausergänzender Dienste (Tagesklinik).

Die Psychiatrieplanung umfasst die Bereiche:

1. der allgemeinen Psychiatrie
2. der Abhängigkeitskranken
3. der Kinder- und Jugendpsychiatrie
4. der Gerontopsychiatrie.

Für die Gruppe Kinder und Jugendliche gibt es enge Schnittstellen mit der Jugendhilfeplanung und im gerontopsychiatrischen Bereich gibt es diese mit der Altenhilfeplanung.

Die Stadt Frankfurt(Oder) befindet sich weiterhin im Prozess der Planung und des Aufbaus einer gemeindepsychiatrischen Versorgung. Die Planungsinstrumente unterscheiden sich dabei nach Trägerschaft, Inhalt und formaler Wirksamkeit. Für den stationär - klinischen Teil der Versorgungsangebote werden z.B. die Daten durch die Krankenhausplanung des Landes vorgegeben.

Ein erhebliches Hindernis für den weiteren Auf- und Ausbau bedarfsgerechter Versorgungsangebote besteht in der Zersplitterung der verschiedenen Zuständigkeiten und der unterschiedlichen Finanzierungs- und Kostenträger innerhalb des sozialrechtlichen Leistungssystems. Die Umsetzung der vorgenannten Empfehlungen der Expertenkommission wirken dieser Zersplitterung entgegen.

1.2 Zielgruppen und betroffener Personenkreis

Zielgruppen der sozialpsychiatrischen Versorgung sind insbesondere chronisch-psychisch Kranke, seelisch behinderte und von seelischer Behinderung bedrohte Menschen und Abhängigkeitskranke.

Im **Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetz** (BbgPsychKG) wird der Personenkreis der psychisch Kranken und seelisch Behinderten im § 1 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.“

Chronisch psychisch krank sind Menschen, die unter schubweise oder kontinuierlich fortschreitenden Erkrankungen des Geistes - oder Gemütslebens leiden oder bei denen eine einmal manifeste Erkrankung chronisch fort dauert.

Als **psychisch behindert** bezeichnet man solche Menschen, die aufgrund einer durchgemachten Krankheit unter einer funktionellen Einschränkung leiden und bei denen diese Einschränkung soziale Beeinträchtigungen zur Folge haben.

Der Kreis derjenigen psychisch Kranken, die wesentlich auf soziale Hilfen und Versorgung angewiesen sind, ist den Diagnosegruppen schizophrene Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Demenz und Abhängigkeitskrankheiten zuzuordnen.

Im § 3 der Eingliederungshilfe-Verordnung nach § 47 BSHG wird der Personenkreis benannt:

„Seelisch wesentlich behindert im Sinne des § 39 Abs. 1 des Gesetzes (BSHG) sind Personen , bei denen infolge seelischer Störungen die Fähigkeit zur Eingliederung in die Gesellschaft in erheblichem Umfange beeinträchtigt ist. Seelische Störungen, die eine Behinderung im Sinne des Satzes 1 zur Folge haben können sind

- körperlich nicht begründbare Psychosen
- seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen,
- Suchtkrankheiten,
- Neurosen und Persönlichkeitsstörungen“.

Gruppen von psychischen Störungen, die wegen sozialer Krankheitsfolgen Hilfen nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz benötigen

Psychosen:	schizophrene Psychosen, affektive Psychosen (manisch-depressive Erkrankungen)
Schwere Neurosen und Persönlichkeitsstörungen:	Angst- u. Zwangsstörungen, Belastungsstörungen, Borderline-, dissoziale Persönlichkeitsstörungen u.a.
Abhängigkeitskrankheiten:	Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten, illegale Drogen, nichtstoffgebundene Abhängigkeiten
Gerontopsychiatrische Erkrankungen:	hirnorganische Psychosyndrome unterschiedlicher Genese, darunter Demenzerkrankungen, alt gewordene psychisch kranke und suchtkranke Menschen

Zu den psychischen Erkrankungen gehören auch Abhängigkeitserkrankungen.

Abhängigkeit und Sucht bezeichnen ein relativ zeitstabiles oder periodisch wiederkehrendes, dem Willensentscheid der Person nicht mehr frei unterworfenen Verhalten zum Gebrauch bestimmter auf die Psyche wirkender Substanzen, das akut auf eine mindestens subjektiv als Gewinn (lustvoll, berauschend, dämpfend, bewusstseinsweiternd usw.) empfundene seelische und/oder körperliche Befindensbesserung zielt, langfristig jedoch den Abhängigen oder Süchtigen in seinem gesundheitlichen Wohlbefinden schädigt. Suchtkrankheiten zählen zu den schweren psychischen Krankheiten. Ihr jahrelanger Verlauf ist durch schwere gesundheitliche, soziale, berufliche und familiäre Probleme gekennzeichnet.

Unter Abhängigkeit verstehen Fachleute sowohl Abhängigkeiten von bestimmten Substanzen oder Stoffen, wie Alkohol, Beruhigungs- und Schmerzmittel, Opiate usw. als auch Abhängigkeiten, die nicht an bestimmte Stoffe gebunden sind, wie z. B. Esssucht, Spiel (Automaten-) sucht aber auch Arbeit- und Computersucht.

1.3 Gesetzliche Grundlagen und soziale Folgen

Das **Bundessozialhilfegesetz** (ab 01.01.2005 das SGB XII) sieht insbesondere in den §§ 39,40 Eingliederungshilfen für Menschen mit Behinderungen vor. Dabei ist das gegliederte sozialrechtliche Leistungssystem der Bundesrepublik Deutschland mit seinen unterschiedlichen Leistungs- und Kostenträgern 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.

Die Hilfesysteme für die genannten Zielgruppen bestehen relativ unabhängig voneinander, die ergibt sich aus den verschiedenen Rechtsgrundlagen für jede Zielgruppe, wo neben Psychisch-Kranken-Gesetz des Landes Brandenburg auch SGB I, V und VI (Kranken- und Rentenversicherung) für jede Gruppe gelten:

für psychisch kranke und Menschen mit seelischer Behinderung	BbgGDG, §11, BbgPsychKG BSHG, §§ 39,30,100 SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe)
für suchtkranke Menschen	BbgGDG, § 12, BbgPsychKG BSHG, §§ 39,40,100 SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe) bzw. BSHG, § 72
für alt gewordene psychisch kranke und Demenzkranke Menschen	BSHG, § 75 SGB XI (Pflegeversicherungsgesetz) PflEG (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz)
für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche	SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz), § 35 a

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, wobei die Pflegekassen insbesondere im gerontopsychiatrischen Bereich gefordert sind.

Durch das Landesprogramm „Aufbruch Psychiatrie“ wurde im Land Brandenburg die Umsetzung der o.g. Reformgrundsätze befördert. Dadurch gelang es, einzelne Bausteine der gemeindenahen psychosozialen Versorgung kurzfristig zu realisieren (Aufbau der Kontakt- und Beratungsstelle, ambulant Betreutes Wohnen (BEW), Wohnstätte, Modellprojekt Krisenhaus „Soteria“).

Die Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik hatte eine Weiterentwicklung erfahren, u.a. durch eine Erhöhung der Bettenzahl, die Sanierung der Gebäude und der Eröffnung einer Tagesklinik.

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 **Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetz (BbgPsychKG)** gefunden.

Das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen sowie über den Vollzug gerichtlich angeordneter Unterbringung für psychisch Kranke vom 08. Februar 1996, geändert durch Gesetz am 06.12.2001, 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 als Träger der Hilfen fest:

- den Aufbau eines bedarfsgerechten psychiatrischen Versorgungssystems mit Angeboten im ambulanten, stationären, teilstationären und rehabilitativen Bereich in erreichbarer Nähe, d.h. wohnort- und gemeindenah,
- der Verpflichtung der Träger dieser Angebote zur Zusammenarbeit bei der Erbringung psychosozialer Leistungen,
- der Wahrnehmung koordinierender und steuernder Aufgaben in der gemeindepsychiatrischen Versorgung,
- der Beteiligung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) als anerkanntes Gremium an der Planung und Umsetzung der Ziele und Maßnahmen einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur,
- der Bildung eines Sozialpsychiatrischen Dienstes am Gesundheitsamt unter ständiger fachärztlicher Verantwortung.

Im § 6 ist die Stadt als Träger der Hilfen benannt, die darauf hinzuwirken hat, dass die erforderlichen Angebote vorgehalten werden.

Das **Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (BbgGDG)** vom 03.06.1994 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.

Zielstellung des **SGB IX** ist es, durch unterstützende, begleitende Maßnahmen Defizite auszugleichen und die Betroffenen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft zu befähigen.

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.

Psychische Störungen, Krankheiten und Behinderungen werden in den Wechselbeziehungen zwischen dem Betroffenen und seinen unmittelbaren Lebensbedingungen, wie Familie, Arbeit und Umwelt, erlebt.

Psychische Krankheiten oder seelische Behinderungen können zu sozialen Defiziten, zu Störungen im Alltagshandeln und Sozialverhalten führen. Dadurch wird eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, auch am Arbeitsleben, häufig beeinträchtigt. Oftmals werden Betroffene für ihr Umfeld zu einer Herausforderung und Belastung, da sich ihr Verhalten nicht in den sozialen Rahmen einfügt. In der Öffentlichkeit entstehen Ängste, Voreingenommenheit, Abwehr und teilweise Ausgrenzung. Die gesundheitliche, soziale und materielle Lage der chronisch psychisch Kranken und seelisch Behinderten wird allgemein als schlecht eingeschätzt, z.B. sind ca. 90 % aus dem Erwerbsleben ausgegrenzt, ihre Chancen, u.a. am gesellschaftlich-kulturellen Leben teilzunehmen, sind daher beschränkt.

Erheblich sind auch die Belastungen der Angehörigen, die als wichtigste Partner im Alltag der Erkrankten unmittelbar Hilfe und Unterstützung leisten und zuerst angesprochen sind. Die zwischenmenschlichen Belastungen in den betroffenen Familien führen zu Gesundheitsproblemen bei den pflegenden Angehörigen, auch zu Isolation.

Die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung hat somit auch eine große familienpolitische Bedeutung.

2. Beschreibung der Versorgung in Funktionsbereichen

Die Hilfen zur Behebung, Besserung oder Minderung der Beeinträchtigungen und Folgen einer Behinderung lassen sich nachfolgenden Bereichen mit notwendig vorzuhaltenden Bausteinen zuordnen:

- Gesundheit, Behandlung Pflege, Rehabilitation
- Wohnen
- Arbeit und Beschäftigung
- Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, Kontaktstiftung, Alltagsgestaltung

Die Grundfunktionen der psychosozialen Hilfen bestehen in Begleitung, Betreuung, Behandlung, Pflege und Rehabilitation und es gilt, diese in Form sozialer Netzwerke aus

Selbsthilfe, familiärer Unterstützung, ehrenamtlicher und professioneller Hilfen weiter aus- und aufzubauen. Auch hier ist der Grundsatz „ambulant vor stationär“ ein wichtiges Element bei der weiteren Entwicklung der Versorgungsstruktur.

Die anzutreffenden Defizite bei betroffenen Menschen sind oft durch verschiedene Merkmale gekennzeichnet, wie

- Kontaktstörungen in unterschiedlicher Ausprägung,
- Minderung oder Verlust sozialer Bezüge zum Umfeld,
- Einschränkungen oder Verlust der Fähigkeiten der Lebensalltagsgestaltung aus eigener Kraft und Einsicht zu bewältigen,
- vorübergehender oder dauernder Verlust bzw. Einschränkung der Erwerbsfähigkeit,
- Einschränkung des Vermögens, sich um adäquate Hilfen zu bemühen,
- Gefährdung, sozial isoliert und gesellschaftlich ausgegliedert zu werden, nur unzureichende Hilfen zu erhalten (auch materiell) und mangels notwendiger Behandlung und Unterstützung immer neue Rückfälle zu bekommen mit schlimmeren Folgen.

2.1 Funktionsbereich Behandlung / Pflege / Rehabilitation

Psychiatrische Erkrankungen sind nach WHO Angaben mit 10,5 % die dritthäufigsten Erkrankungen. Psychische Erkrankungen können unabhängig von Faktoren wie Alter, Geschlecht, sozialer Stellung usw. bei jedem Menschen auftreten.

2.1.1 Stationäre und teilstationäre psychiatrische Versorgung

Für die medizinische stationäre Versorgung in Frankfurt (Oder) ist vorhanden:

- **Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH, Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik**

Mit einer Bettenkapazität von insgesamt 90 Betten für Psychiatrie und 24 Betten für Sucht für Erwachsene und 20 Betten für Kinder- und Jugendpsychiatrie steht diese Einrichtung für die stationäre Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung.

Die Klinik verfügt über mehrere Stationen. Der örtliche Versorgungsauftrag erstreckt sich vorrangig auf die Stadt Frankfurt (Oder) sowie das regionale Umland.

Die Klinik arbeitet eng mit den außerstationären Diensten und Einrichtungen in der Stadt Frankfurt (Oder) zusammen.

Allgemeine Erfahrungswerte zeigen, dass ca. 6 % der Einwohner einer Region sich in stationärer psychiatrischer Behandlung befinden.

- **Tagesklinik:**

Die Tagesklinik - als teilstationäre Einrichtung - bildet ein Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Behandlung und erleichtert oft den Übergang vom stationären Krankenhausaufenthalt in die gesellschaftlichen Realitäten. Die tagesklinische Behandlung entspricht den Forderungen einer zeitgemäßen Psychiatrie, sie hilft, vollstationäre Behandlungen zu vermeiden oder hinauszuzögern bzw. den Aufenthalt in der Klinik abzukürzen. Als Einrichtung verfügt sie durch die unmittelbare Anbindung über die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der Klinik.

Die Tagesklinik in der Heilbronner Straße 1 verfügt über 20 Plätze und wird mit weiteren 10 Plätzen aufgestockt. Eine Altersbegrenzung besteht für die Aufnahme von Patienten nicht. Abhängigkeitskranke und schwer demente Patienten werden gegenwärtig nicht aufgenommen.

▪ **Institutsambulanz:**

An der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik ist eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) eingerichtet, die einen spezifischen Versorgungsauftrag, speziell für die Gruppe der psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines solchen besonderen, „krankenhausnahen“ Angebotes bedürfen. Sie übernimmt eine nachstationäre Behandlung Krankenhausentlassener und die ärztliche Versorgung schwierigster und betreuungsintensiver Patienten durch kontinuierliche Weiterbehandlung und ambulanter Aktivitäten. Die Arbeit der Institutsambulanz beruht auf § 118 Abs. 2 SGB V.

Personell ist die Institutsambulanz mit einem multiprofessionellen Team besetzt: Facharzt (1), Psychologen (1), Sozialarbeiter (1), Krankenschwester (1), Ergotherapeuten (1) und Arzthelfer (1).

Daneben ist eine separat Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) für Kinder und Jugendliche, die mit ½ Arztstelle, 1 Sonderpädagogen und 1 Psychologen besetzt ist, eingerichtet.

2.1.2 Ambulante psychiatrische Versorgung

Ambulante psychiatrische Pflege

Die Tätigkeitsmerkmale psychiatrischer Krankenpflege sind spezifischer Art, für sie besteht eine Verschreibungspflicht nach §§ 36, 37 SGB V. Sie unterscheidet sich von der somatischen Pflege. Die ambulante Pflege wird vorrangig durch die Sozialstationen und die privaten Krankenpflegedienste getragen. Der Bedarf für eine spezielle psychiatrische ambulante Pflege wird selten formuliert. Gegenwärtig können die wenigen bekannten Fälle durch die Sozialstationen und privaten Krankenpflegedienste abgesichert werden.

Insbesondere durch die Altersentwicklung müssen sich Pflegedienste zunehmend gerontopsychiatrischen Fragen und entsprechenden fachlichen Anforderungen stellen.

In der gesetzlichen Pflegeversicherung sind psychisch Kranke gegenüber anderen Pflegebedürftigen insoweit benachteiligt, als der bei diesen betroffenen Menschen zusätzlich anfallende Betreuungsbedarf hinsichtlich Motivationsarbeit, Kommunikation und Gruppenarbeit nicht ausreichend berücksichtigt wird.

Psychiatrische Rehabilitation ist als ein Prozess zu verstehen, der eine Integration Betroffener in die Gemeinschaft, in die Familie und in das Arbeitsleben ermöglichen soll. In Frankfurt (Oder) gibt es keine Rehabilitationseinrichtung.

Niedergelassene Ärzte und ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeuten:

Niedergelassene Nervenärzte, Fachärzte für Neurologie/Psychiatrie sind eine wesentliche Säule in der ambulanten ärztlichen vor- und nachstationären Versorgung psychisch Kranker und seelisch behinderter Menschen.

An der kassenärztlichen Versorgung sind im Stadtkreis **4 Fachärzte** in eigener Niederlassung tätig (Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie). Die Praxen bieten psychiatrische Grundversorgung und Hausbesuche an. Nach Aussagen der Kassenärztlichen Vereinigung entspricht die Zahl der Fachärzte in Frankfurt (Oder) dem allgemeinen Durchschnittswert.

(von der Enquête 1980 wird eine Schlüsselzahl von einem Nervenarzt auf 50.000 Einwohner gefordert)

Eine Verbesserung der Versorgung ist deshalb vorrangig durch eine engere Zusammenarbeit und Koordination zwischen niedergelassenen Ärzten und ambulanten Diensten und Einrichtungen zu erreichen.

Schwierigste Patienten, wie chronisch psychisch Kranke, machen nur etwa 10 % des Klientels eines niedergelassenen Nervenarztes aus.

Erfahrungen zeigen, dass in vielen Fällen der **Hausarzt** erster Ansprechpartner ist und dass die leichteren psychischen Erkrankungen von diesen auch behandelt werden. Der Hausarzt begleitet die Patienten über lange Jahre, kennt dadurch das soziale Umfeld und hat Kontakt zu den Angehörigen. Zum Patientenkreis zählen daher oft ältere, vielfach multimorbide psychisch kranke Menschen. Da mit der Zunahme der Lebenserwartung die Zahl der Patienten mit Demenzerkrankungen wächst, wird den Hausärzten zukünftig zunehmend mehr gerontopsychiatrisches Fachwissen abverlangt werden. Die Hausärzte stellen insgesamt einen wichtigen Faktor im medizinischen Versorgungssystem für psychisch kranke Menschen dar.

Im Stadtkreis haben sich 8 **Psychologische Psychotherapeuten** niedergelassenen. Ein ärztlicher Psychotherapeut ist in Frankfurt(Oder) in Doppelfunktion tätig.

Mit dem Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz vom 16.06.1998) ist geregelt, wie Psychotherapie angeboten wird.

Eine Erweiterung der Kapazitäten ist generell angezeigt, da stets lange Wartezeiten beklagt werden und sich diese Wartezeiten nicht nur auf Betroffene nachteilig auswirken.

Als ein neues Angebot (2002) einer ambulant angebotenen Komplexleistung wurde die ambulante **Soziotherapie** gemäß §§ 37 a in Verbindung mit 132 b SGB V im Leistungsrecht aufgenommen; vorgesehen für Betroffene, die wegen schwererer psychischen Erkrankungen nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztliche verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen. Durch therapeutische Begleitung und Motivation kann der Betroffene befähigt werden, sich im ambulanten Versorgungssystem eigenständig zu bewegen und ihm wird ermöglicht, koordiniert und bedarfsgerecht die verschiedenen Angebote in Anspruch zu nehmen. Entsprechende Richtlinien und Rahmenbedingungen wurden vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen inzwischen vorgelegt. Im Leistungskatalog wurde jedoch die Suchtkrankheit ausgeschlossen. Diese Betrachtung kann fachlich nicht nachvollzogen werden, denn Soziotherapie trägt dazu bei, betroffene Suchtkranke frühzeitig in eine Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung zu vermitteln.

In der Praxis wird dieses neue Leistungsangebot für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen kaum umgesetzt, da u.a. für interessierte Leistungserbringer die Anforderungen zu hoch sind bzw. ermächtigte Fachärzte noch nicht benannt sind.

2.2. Funktionsbereich Wohnen

Psychisch Kranke und seelisch behinderte Menschen sind nach einer stationären Behandlung oft (noch) nicht in der Lage, eine selbständige Lebensführung zu realisieren. Zu ihrer Integration in selbstbestimmte Lebensformen benötigen sie Hilfen, betreute bzw. beschützte Wohnformen in abgestuften Angeboten, einschließlich Krisenplätze für kurzfristige Aufenthalte.

Dieser vielfältige Bedarf, ausgerichtet am individuellen Hilfebedarf, zwingt zur Zusammenarbeit mit anderen ambulanten Diensten vor Ort. Zwar wohnen Betroffene auch noch in ihren Familien, oftmals bewältigen aber Angehörige die Anforderungen an das Zusammenleben nicht mehr. Viele Betroffene leben auch allein, haben krankheitsbedingt keine Verbindungen mehr zu ihren Angehörigen und Freunden. Oft sind sie nicht in der Lage, grundlegende Anforderungen der Lebensgestaltung allein zu erfüllen.

Somit werden betreute Wohnangebote zum wichtigsten Element gemeindepsychiatrischer Versorgung, deren Ziel u.a. darin besteht, Fähigkeiten zur möglichst selbständigen Teilnahme am Leben in der Gemeinde zu entwickeln und Pflegebedürftigkeit zu verhindern.

Bewährte Wohnformen entsprechend des individuellen Hilfebedarfs sind:

- kleinteilige, dezentrale Wohnstätten (stationäre Einrichtung)
- betreute stationäre Wohngemeinschaft (sog. Trainingswohnung)
- ambulantes Betreutes Einzelwohnen (BEW).

2.2.1 Das ambulante Betreute Einzelwohnen

Das ambulante Betreute Einzelwohnen ist nach den §§ 39, 40 BSHG eine Form der Eingliederungshilfe und vom örtlichen Sozialhilfeträger zu finanzieren.

Es liegt vor, wenn chronisch psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen oder die von einer seelischen Behinderung bedroht sind, in eigener Wohnung wohnen und durch Fachkräfte betreut werden. Grundlage der Hilfe ist der festgestellte individuelle Hilfebedarf des betroffenen Menschen, der in einer Hilfekonferenz festgestellt wird. Die Hilfe wird im Hilfeplan festgeschrieben. Die erbrachte Leistung erstreckt sich auf die direkten Abläufe, die mit dem unmittelbaren Wohnen im Zusammenhang stehen, lebenspraktische Defizite zu bearbeiten oder zu kompensieren und bezieht auch Kontakte außerhalb der Wohnung ein. Kosten für Miete und Lebensunterhalt tragen die Betroffenen selbst.

Die Entwicklung des ambulanten Betreuten Einzelwohnens in Frankfurt (Oder):

Jahr	2000	2001	2002	2003
Betreute Menschen:	25	27	32	32

Gegenwärtig werden 32 Menschen mit einer seelischen Behinderung entsprechend ärztlichem Gutachten und erstelltem Hilfeplan gem. § 46 BSHG von 2 Fachkräften betreut. Der gegenwärtige Entwicklungstrend zeigt, dass der Bedarf auf eine Kapazität von 35 Personen ansteigen wird.

Diese Form der Betreuung existiert in der Stadt seit mehreren Jahren. Leistungsanbieter ist als freier Träger der Verein „Netzwerk“ e.V.

Eine schriftliche Vereinbarung gem. §§ 93 ff BSHG zwischen dem Träger „**Netzwerk**“ e.V. und der Stadt Frankfurt (Oder) wurde abgeschlossen und Rahmenbedingungen auch zur Qualitätssicherung festgeschrieben.

2.2.2 Betreute stationäre Wohngemeinschaften

Betreute Wohngemeinschaften (sog. Trainingswohnung) sind für betroffene Menschen vorgesehen, denen grundlegende Fähigkeiten bei der Bewältigung der Tagesstrukturierung fehlen. Betroffene sind oft aus Langzeiteinrichtungen enthospitalisiert und benötigen dadurch mehr Betreuung.

Diese Form des Betreuten Wohnens ist eine stationäre Maßnahme der Eingliederungshilfe gemäß §§ 39,40 i. V. m. § 100 BSHG, Kostenträger ist der überörtliche Sozialhilfeträger (LASV).

Vom Träger „**Netzwerk**“ e.V. werden 8 Plätze

- 4 Plätze in der Bergstraße
- 4 Plätze in der Lindenstraße

vorgehalten. Eine schriftliche Vereinbarung des Trägers mit dem überörtlichen Sozialhilfeträger (LASV) liegt vor.

Als Landesmodellprojekt wurde im Landkreis Dahme-Spreewald eine Wohn- und Betreuungsform über einen längeren Zeitraum erprobt, deren Ergebnisse positiv eingeschätzt werden. Dabei handelt es sich um die psychiatrische Familienpflege, wo die betroffenen Menschen in „Gastfamilien“ aufgenommen werden und in diesen „mitleben“. Der Bedarf einer solchen Betreuungsform ist für Frankfurt (Oder) gegenwärtig noch nicht artikuliert bzw. ermittelt worden.

2.2.3 Wohnstätte

Die Wohnstätte als stationäre Wohnform ist für einen Teil betroffener Menschen vorgesehen, die auf längere Sicht eine Betreuung „rund um die Uhr“ benötigen. Im Vordergrund steht die Unterstützung bei der täglichen Lebensführung und die Bewältigung krankheits- und behinderungsbedingter Defizite bei der gesellschaftlichen Integration. Es ist eine stationäre Form der Eingliederungshilfe, die vom Land finanziert und investiv (IVP Teil C) geplant wird.

Im Rahmen der vom Land durchgeführten Regionalkonferenzen wurden abgestimmte Plätze in Frankfurt (Oder) realisiert. Planungsansatz ist 0,035 % der Bevölkerung. Vom Land wurde eine zu fördernde Kapazität von 30 Plätzen festgelegt.

Durch den Träger „**Netzwerk**“ e.V. werden 24 Plätze abgedeckt, d.h.

16 Plätze Wohnstätte

8 Plätze stationäre Wohngemeinschaft (Trainingswohnung)

24 Plätze

Die Wohnstätte des Vereins „Netzwerk“ e.V. mit 16 Plätzen befindet sich im Siedlerweg 17 und ist kapazitätsmäßig ausgelastet. Der Träger hat eine entsprechende Vereinbarung mit dem überörtlichen Sozialhilfeträger (LASV) zur Kostensatzfinanzierung abgeschlossen.

Das Durchschnittsalter der Bewohner in der Wohnstätte beträgt ca. 50 Jahre. Die jetzigen Bewohner werden i.d.R. noch auf längere Sicht in der Wohnstätte verbleiben, Eine „Nachbelegung“ mit jüngeren Betroffenen bei entsprechendem Bedarf ist ein allgemeines Problem in fast allen Einrichtungen des Landes und wird künftig entweder zur Erweiterung der Kapazitäten bzw. zu anderen gleichwertigen Wohnformen im ambulanten Bereich führen müssen. Bei entsprechendem Bedarf ist aktuell zu reagieren.

2.3. Funktionsbereich Arbeit, Beschäftigung und berufliche Bildung

Arbeit und Beschäftigung haben für den betroffenen Personenkreis einen hohen Stellenwert und sind wegen der therapeutischen und rehabilitativen Wirkung für den Behinderten unerlässlich. Arbeit ist der zentrale Bereich unserer gesellschaftlichen Realität, ein wichtiger Faktor für Selbstwertgefühl und Wohlbefinden, sichert durch Entlohnung die materielle Existenz und ist ein nicht zu unterschätzender Faktor zur Tagesstrukturierung.

Nur ein geringer Teil der psychisch Kranken und Behinderten - ca. 20 % - ist auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt. In Zeiten hoher Arbeitslosigkeit sind vorrangig Behinderte vom Verlust ihres Arbeitsplatzes betroffen. Deshalb sind Aktivitäten der Arbeitsförderung und Beschäftigungsmöglichkeiten zu unterstützen, da der Ausschluss aus dem Arbeitsprozess zur Verschlechterung der gesundheitlichen und sozialen Situation nicht nur bei Menschen mit einer seelischen Behinderung führt.

2.3.1 Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)

Ein wichtiger Baustein der beruflichen Rehabilitation ist die Werkstatt für behinderte Menschen. Primär für den Rehabilitationsprozess geistig Behinderter geschaffen, kann sie auch zu einem Angebot für andere Behinderten werden.

Von den z.Z. angebotenen Werkstattplätzen sind ca. 10 % von psychisch Kranken und seelisch Behinderten besetzt. Die bisherigen Arbeitsangebote in den Werkstätten sind meist an den Bedürfnissen geistig Behinderter orientiert. Unter Beachtung der Arbeitsangebote, des Verdienstes ist die WfbM seelisch behinderte Menschen in der Regel zu unattraktiv.

Lebenshilfe Oder-Neiße Werkstätten e.V.:

Die Werkstatt in Frankfurt (Oder), Südring 55, verfügt über 40 Plätze. Nach Angaben des Trägers sind 15 Beschäftigte neben ihrer geistigen Behinderung seelisch behindert. Tätigkeiten in verschiedenen Bereichen, wie Garten- und Landschaftspflege, Bereich Metall, Hauswirtschaft werden angeboten.

Gronenfelder Werkstätten g GmbH:

Diese Werkstatt ist im Gronenfelder Weg 22 angesiedelt. Gegenwärtig arbeiten ca. 200 Menschen mit einer Behinderung, davon sind nach Angaben des Trägers ca. 20 seelisch behindert. In verschiedenen Arbeitsbereichen können Betroffene tätig sein.

Deshalb hat die Gronenfelder Werkstätten g GmbH als Träger, in örtlicher Trennung von der Werkstatt im Gronenfelder Weg, eine **Zweigwerkstatt** für den Personenkreis der Menschen mit einer seelischen Behinderung aufgebaut, eine Werkstatt für psychisch behinderte Menschen (WfpbM).

Den spezifischen Problemen seelisch behinderter Menschen wird durch verschiedene Arbeitsangebote in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern in einer besonderen Arbeitsatmosphäre Rechnung getragen. Die Einrichtung ist zu einem festen Baustein in der Versorgungsstruktur geworden.

Diese WfpbM „Ladenwerkstatt“ in der Berliner Str. 14, ist zentral gelegen, mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen und hatte bei ihrer Eröffnung eine geplante Kapazität von 12 Plätzen.

Abgestimmt mit der Netzplanung des MASGF war zunächst vorgesehen, den Bedarf auf 48 Plätze bis zum Jahr 2004 in sogenannten Jahrescheiben zu erweitern.

Seit längerem zeigt sich ein steigender Bedarf an Arbeitsplätzen für seelisch behinderte Menschen in der „Ladenwerkstatt“.

Der Anstieg der Arbeitsplätze in der WfpbM zeigt sich in den Jahren

2000	= 24 Mitarbeiter
2001	= 30 Mitarbeiter
2002	= 36 Mitarbeiter
2003	= 48 Mitarbeiter

Gegenwärtig (30.06.04) arbeiten 60 Menschen mit einer seelischen Behinderung in der WfpbM, es liegen weitere 6 Anmeldungen vor.

Wegen des Anstieges des Bedarfes ist angedacht, eine Erweiterung bzw. Ausbau (Nutzung der Nebenräume) vorzunehmen, um Plätze entsprechend vorzuhalten.

2.3.2 Arbeitsprojekte freier Träger

Selbsthilfefirmen als Möglichkeit zur Schaffung von Dauerarbeitsplätzen für psychisch Behinderte bieten gute Integrationsbedingungen, da behinderte und nicht behinderte Menschen unter normalen Bedingungen des Arbeitsmarktes i.d.R. in kleineren „Unternehmen“ zusammen arbeiten. Den Trägern von zwei Arbeitsprojekten gelang es aus unterschiedlichen Gründen nicht, diese Projekte nach Ablauf des Förderzeitraumes weiter zu führen.

2.3.3 Integrationsfachdienst - Berufsbegleitender Dienst (IFD - BBD)

Das Integrationsamt des Landesamtes für Soziales und Versorgung hat diesen Fachdienst in freier Trägerschaft an den Kreisverband der Gehörlosen Frankfurt (Oder) e.V. gegeben. Der **Integrationsfachdienst - Berufsbegleitender Dienst** (ehemals Psychosozialer Dienst) leistet begleitende Hilfe, Beratung und Betreuung für schwerbehinderte und gleichgestellte Menschen, insbesondere für seelisch behinderte Menschen (SGB IX).

Ein Fachberater/ -betreuer betreut 50 Betroffene im Bereich Frankfurt (Oder) und Eisenhüttenstadt/Beeskow, wo neben fachlicher Beratung auch Unterstützung bei der Erhaltung des Arbeitsplatzes gegeben wird.

Der **Integrationsfachdienst (IFD) – Vermittlung** hat im Bereich Frankfurt (Oder) der Agentur für Arbeit eine Geschäftsstelle. Ziel ist es, Menschen mit Behinderungen die gleichberechtigte Teilhabe am Berufsleben zu ermöglichen und durch Vermittlung einen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu vermitteln.

Die Integrationsfachdienste verstehen sich als Bindeglied zwischen Betroffenen, Unternehmen, Agentur für Arbeit und Integrationsamt.

2.4 Funktionsbereich Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Psychische Krankheiten und Störungen beeinträchtigen enorm die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen verfügen über begrenzte Möglichkeiten, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und aufzubauen, neue Situationen zu bewältigen.

Fähigkeiten in Beziehung zum Mitmenschen zu treten sind durch das Krankheitsbild gemindert bzw. eingeschränkt. Dies führt u.a. zum verstärkten Rückzug, zur Vereinsamung und letztendlich zu gehäuften Krankheitsrückfällen. Für die außerstationäre Versorgung sind deshalb tagesstrukturierende Angebote mit Kontaktstellenfunktion von wesentlicher Bedeutung.

2.4.1 Kontakt- und Beratungsstelle (KBS)

Die Kontakt- und Beratungsstelle ist ein unverzichtbarer ambulanter Versorgungsbaustein und stellt ein offenes, niedrighschwelliges, und zugleich geschütztes Hilfsangebot für Menschen mit einer seelischen Behinderung dar. Die KBS gehört zur Grundausrüstung jeder gemeindepsychiatrischen Versorgung, sie wird als ein notwendiger Baustein gefordert.

Im Vordergrund stehen die Anpassung der Hilfen an die Bedürfnisse des Besuchers. U.a. werden Hilfeleistungen gegeben: Beraten, Informieren, Begleiten, Befähigen, Strukturieren, Lernen und Wiedererlernen, Trainieren, sich beschäftigen, sich auseinandersetzen, sich selbst helfen, ermutigen zur Verantwortungsübernahme und Eigeninitiative. Angestrebt werden die Vorbeugung von Isolation, Behebung von Einbußen an sozialer Kompetenz und Verlust an zwischenmenschlichen Beziehungen. Ziel ist die Integration in die Gemeinde, die Erleichterung und Ermöglichung der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.

Täglich nutzen ca. 25 bis 30 Betroffene die KBS des Vereins „**Netzwerk**“ e.V. in Frankfurt (Oder), **Baumgartenstraße 10**. Die zur Verfügung stehende Platzkapazität ist damit ausgeschöpft. Die KBS ist für o.g. Klientel ein lebensnotwendiger Anlaufpunkt. Durch Vermittlung anderer Dienste, Ärzte und Angehörige finden Betroffene Zugang. Angebote werden gemeinsam festgelegt, Öffnungszeiten sichern ein Aufsuchen auch an den Wochenenden und Feiertagen.

Anzahl der Beratungen:

Jahr	2002	2003	2004 (Stand: Juni)
Betroffene Besucher	5800	6500	4200
Angehörige	70	75	45
Einrichtungen u.ä.	75	80	55
Altersgruppen in %	20 bis 29 Jahre		15,9
	30 bis 39 Jahre		26,1
	40 bis 49 Jahre		24,1
	50 bis 59 Jahre		17,7
	über 60 Jahre		15,9

Familiäre Situation

allein lebend	80 %
familiäre Bindung	4 %

Berufliche Situation

in Arbeit	3 %
arbeitslos	44 %
EU-Rente	37 %

Unter Beachtung der Bedeutung und Inanspruchnahme kommt einer dauerhaften Förderung der Personal- und Sachkosten eine vorrangige Bedeutung zu.

Gegenwärtig ist die KBS mit 1,1 Vollzeitkräften besetzt, die Finanzierung erfolgt als Mischfinanzierung, durch Zuwendungen des Landes (Runderlass 2003/2004), der Kommune und Eigenmitteln des Trägers. Grundsätze für einen Mindeststandard der KBS wurden für das Land Brandenburg erarbeitet.

2.4.2 Bildung, Sport, Urlaub

Neben allgemeinen Freizeitangeboten des Vereins Netzwerk e.V. und auch anderer Vereine sind erste Ansätze gefunden, spezielle Bildungsveranstaltungen für psychisch Kranke und seelisch Behinderte und deren Angehörige zu organisieren.

Sportaktivitäten sind im Rahmen der Angebote im Sport- und Gesundheitszentrum Frankfurt (Oder) e.V. möglich.

3. Bausteine mit übergreifender integrativer Funktion

3.1. Der Sozialpsychiatrische Dienst am Gesundheitsamt (SpDi)

Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind Standardeinrichtungen im ambulanten psychiatrischen Angebot.

Im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Brandenburg wird im § 11 festgelegt, dass die Landkreise und die kreisfreien Städte psychisch Kranke sowie seelisch und geistig Behinderte und deren Angehörige in 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.

Im weiteren ist die rechtliche Grundlage für Ziele und Aufgaben des SpDi im Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetz bestimmt. Ziel der Hilfen ist u.a., durch umfassende Beratung und persönliche Betreuung sowie Vermittlung, insbesondere von Behandlung, die Hilfeempfänger soweit wie möglich zu einem eigenverantwortlichen und selbständigen Leben und der Teilhabe an der Gemeinschaft zu unterstützen, sie dazu zu befähigen und eine Unterbringung in einer Einrichtung zu vermeiden.

Kennzeichnend für die Tätigkeit des SpDi ist vor allem Hilfestellung für die betroffenen und hilfeschuchenden Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung durch alle Betreuungsnetze zu „fallen“ drohen, verwahrlosungsgefährdet oder mit der eigenständigen Organisation von Hilfen für sich selbst krankheitsbedingt überfordert sind. Durch einen aufsuchenden Dienst (Hausbesuche) kann ein Minimum an Kontakt aufrecht erhalten werden. Der SpDi wird in Krisensituationen hinzugezogen, leitet Hilfe nach dem Bbg PsychKG ein und ist am Unterbringungsverfahren beteiligt.

Nachfolgende Aufgaben sind dem SpDi gem. § 5 des Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetzes aufgeben:

- ambulante und aufsuchende Formen der vorsorgenden, begleitenden und nachgehenden Betreuung auch während der stationären Betreuung,

- Beratung der hilfebedürftigen Personen und ihrer Angehörigen sowie die Vermittlung von qualifizierten Behandlungs- und Betreuungsangeboten,
- beratende und vermittelnde Tätigkeit für diejenigen Personen, Einrichtungen, Dienste, die an der Behandlung und Betreuung beteiligt sind,
- Mitwirkung bei vorzunehmenden Unterbringungsverfahren.

Träger der genannten Hilfen sind die Landkreise und kreisfreien Städte, die zu diesem Zweck gem. § 6 in ihrem Gesundheitsamt eigenständige sozialpsychiatrische Dienste unter ständiger fachärztlicher Verantwortung bilden.

Die Stadt Frankfurt (Oder) ist Träger des SpDi, der am Gesundheitsamt eingerichtet ist. Personell ist der Dienst besetzt mit 2 Psychologen (1,75 VZE) davon 0,5 für den Bereich des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes und 2 Sozialarbeiterinnen (1,75 VZE). Die gesetzlich geforderte Facharztstelle ist nicht besetzt.

3.2. Die Tagesstätte

Psychisch Kranke und seelisch Behinderte benötigen ein Versorgungssystem, das individuellen Bedürfnissen angepasst, gleichermaßen Über- und Unterforderung vermeidet und insbesondere die Förderung von Selbsthilfe ermöglicht.

Die **Tagesstätte** bietet bei wöchentlicher regelmäßiger Teilnahme längerfristige therapeutische Programme und ist daher eine Alternative zum Klinik- oder Heimaufenthalt. Zielgruppe der Tagesstätte sind psychisch Kranke, die stationäre Behandlungsangebote nicht mehr benötigen, für die aber eine ausschließlich ambulante Behandlung noch nicht ausreicht und für die eine Förderung der beruflichen Rehabilitation noch nicht in Frage kommt.

Im Gegensatz zu den Angeboten aus dem Beratungs- und Kontaktbereich hält die Tagesstätte verbindliche Angebote zur sozialen Eingliederung bereit. Betroffene besuchen täglich die Einrichtung. Da Aktivitäten im Gruppenrahmen stattfinden bieten sich größere Chancen der weiteren gesundheitlichen Stabilisierung.

Tagesstätten sind **teilstationäre Einrichtungen** zur tagesstrukturierenden Versorgung mit geschützten Beschäftigungsangeboten gemäß § 100 Abs. 1 Nr. 1 BSHG und erbringen Leistungen der sozialen Rehabilitation im Sinne von §§ 39, 40 BSHG.

Der Verein „**Netzwerk**“ e.V. hat die Tagesstätte in der **Baumgartenstraße 11** mit einer Kapazität von 15 Plätzen aufgebaut, Vereinbarungen mit dem Sozialhilfeträger zur Kostensatzfinanzierung wurden abgeschlossen.

3.3. Krisen und Notfalldienste

Psychiatrische **Krisen und Notfalldienste** sind lebenswichtig. Notfallsituationen und schwere persönliche Lebenskrisen sind für Betroffene und seine Umwelt in der aktuellen Situation lebensbedrohlich. Der psychiatrische Notfall stellt eine ernsthafte und bedrohliche medizinische Komplikation von psychiatrischer Krankheit und Behandlung dar.

Es bedarf notwendiger Angebote zur Krisenintervention zu dienstunüblichen Zeiten vor Ort, um Betroffenen schnell kompetente Unterstützung zu geben.

Notfallversorgung außerhalb der normalen Dienst- und Praxisöffnungszeiten wird durch den allgemeinen kassenärztlichen Bereitschaftsdienst bzw. den Notarztdienst wahrgenommen. Zur Grundversorgung gehört jedoch inzwischen ein rund um die Uhr erreichbarer spezieller psychiatrischer Krisendienst. Dieser steht für die Stadt nicht zur Verfügung. Aus der Sicht der

spezifischen Betreuung in Krisensituationen ist ein derartiger Dienst erforderlich, wegen einer sinnvollen Auslastung sollte er jedoch an einen anderen Dienst bzw. Einrichtung gekoppelt sein.

3.4. Unterbringung

In der Praxis treten Notfälle auf, die trotz intensiver Anstrengungen von den Beteiligten nicht im Wege der Krisenintervention bzw. freiwilligen Krankenhausaufnahme gelöst werden können. Das Brandenburgische Psychisch-Krankengesetz regelt die Unterbringung von psychisch Kranken, – gegen den Willen der Erkrankten – wenn durch krankheitsbedingtes Verhalten Leben oder Gesundheit ernsthaft gefährdet sind oder eine unmittelbare Gefahr für Leib und Leben anderer Personen oder für die öffentliche Sicherheit besteht und diese Gefahren nach fachärztlichem Urteil nicht anders abgewendet werden können. Diese Unterbringung wird u.a. auch durch den SpDi eingeleitet (§§ 8, 11, 12).

Besteht wegen des krankheitsbedingten Verhaltens eine unmittelbare Gefahr für die betroffene oder eine andere Person oder bedeutende Rechtsgüter, kann die örtliche Ordnungsbehörde den sofortigen Gewahrsam anordnen. Die örtliche Ordnungsbehörde in Frankfurt (Oder) ist das Amt für Brand-, Katastrophenschutz und Rettungswesen.

3.5. Zusammenarbeit mit gerichtlich bestellten Betreuern

Das Gesetz zur Reform des Rechtes der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige – Betreuungsgesetz (BtG v. 12.09.1990) trat am 01.01.1992 in Kraft. Mit diesem Gesetz können das Recht auf Selbstbestimmung und die Grundrechte der Betroffenen besser verwirklicht werden, da nur teilweise Beschränkungen bestehen, die aber eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ermöglichen. Diese Betreuung umfasst die gerichtlich angeordneten Angelegenheiten des Betreuungsbedürftigen wie Gesundheitsvorsorge, Vermögenssorge und Aufenthaltsbestimmung.

Neben ehrenamtlichen Betreuern, meist Angehörigen, erfüllen die Aufgaben nach dem Betreuungsgesetz der **Betreuungsverein** Fürstenwalde e.V. und weitere **Berufsbetreuer**. Der Betreuungsverein nimmt in Absprache mit der Stadt die Querschnittsaufgaben wahr, dies betrifft u.a. Gewinnung, Beratung und Weiterbildung ehrenamtlicher Betreuer.

Im **Betreuungsbeirat** haben sich Fachleute (u.a. Betreuungsbehörde, Betreuer, Justiz, Klinik) zusammen geschlossen, um Probleme, Fragen der Weiterbildung u.ä. zu beraten.

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

Nachfolgende Zahlen zeigen die Entwicklung der Betreuungen in Frankfurt (Oder):

Jahr	2000	2001	2002	2003
Anzahl der Betreuungen	915	1092	1247	1519
Freiberufliche Betreuer	6	12	12	14
Mitarbeiter Betreuungsverein	5	6	6 (bis Juni 6)	3

4. Versorgungsangebote für spezielle Gruppen

4.1. Psychosoziale Hilfen für Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche können ebenso wie Erwachsene an einer Vielzahl von psychischen Störungen erkranken, die in den einzelnen Altersgruppen unterschiedlich häufig auftreten. Die Ursachen psychischer Störungen im Kinder- und Jugendalter sind vielfältig. Es ist davon auszugehen, dass bis zu 20 % (für Frankfurt (Oder):1750) der Kinder und Jugendlichen in ihrer Entwicklung an Verhaltensstörungen oder psychischen und sozialen Auffälligkeiten leiden und bei denen Hilfe und Beratung notwendig sind. Die Erkrankungshäufigkeit an einer behandlungsbedürftigen psychischen Krankheit beträgt bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren 5 % (für Frankfurt (Oder) ca. 440 Kinder und Jugendliche).

Es bedarf deshalb einer engen Zusammenarbeit aller Partner, die an der medizinischen und psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligt sind, um frühzeitig diese Störungen zu erkennen und zu behandeln. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügt über eine eigene Gebietsbezeichnung, deren Anliegen neben Diagnose und Behandlung auch Prävention und Nachsorge ist.

Eine angemessene Versorgung für diesen Personenkreis setzt ein überschaubares Versorgungsgebiet voraus. Für diese Altersgruppe gibt es enge Beziehung zwischen der Ärzteschaft, der Jugendhilfe, dem Bildungssystem und der Sozialhilfe. Die Behandlung von psychischen Störungen und die Hilfen zur Erziehung bzw. die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche der Jugendhilfe zeigen Überschneidungsbereiche/Schnittstellen ihrer Tätigkeitsfelder.

Dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ kommt in dieser Altersgruppe bei der Behandlung und Betreuung eine besondere Bedeutung zu, er hat sogar Priorität. Eine klinisch-(teil)-stationäre Behandlung kann mehr noch als bei Erwachsenen zu einer Entwurzelung aus dem sozialen und familiären Umfeld führen, es entstehen dadurch erhebliche Nachteile. Eine stationäre Behandlung sollte erst nach Ausschöpfung ambulanter Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen in Betracht kommen.

Primär wird die ambulante Versorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater wahrgenommen, ergänzt durch niedergelassene Pädiater, zum Teil mit neuro- und sozialpädiatrischer Zusatzausbildung, und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Die fehlende Präsenz von niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie insgesamt sowie für Kinder und Jugendliche zugelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeuten macht eine nachhaltige Förderung in diesem Bereich unumgänglich.

(in den Empfehlungen der Expertenkommission ist vorgeschlagen, dass ein Kinder- und Jugendpsychiater für ca. 250000 Einwohner zur Verfügung stehen sollte. Es macht sich eine Kooperation mit den umliegenden Landkreisen erforderlich.)

Versorgungsangebote sind:

- **niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater**, dieser steht in Frankfurt (Oder) nicht zur Verfügung. Diese fehlende Kompetenz eines Facharztes kann nicht

ausreichend durch niedergelassene Kinderärzte kompensiert werden. Durch die Psychiatrische Institutsambulanz kann der Versorgungsengpass teilweise abgefangen werden.

- ein **Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst**, der diese Risikogruppe erreicht, ist am Gesundheitsamt im Sozialpsychiatrischen Dienst aufgebaut; hierfür ist eine 0,5 Psychologin Stelle eingerichtet.
- **Ambulante psychologische Psychotherapie**, werden angeboten von einem niedergelassenen Facharzt und zwei niedergelassenen Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten.
- **Erziehungs- und Familienberatungsstellen**, die hauptsächlich therapeutische Beratung, Begleitung und Vorsorge durch psychologisch ausgebildete Fachkräfte erbringen. Dieses Angebot steht allen Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern offen. Diese Hilfen bietet die Beratungsstelle für Erziehungsberatung, Ehe-, Familien- und Lebensberatung in der Leipziger Straße 39 an; Träger ist der Caritasverband Brandenburg e.V. (das multiprofessionelle Team besteht u.a. aus Pädagogen, Psychologen, Sozialarbeitern).
Die Beratungsstelle bewältigt kaum die vielfältigen bedürfnisorientierten Aufgaben, da steigende Bedarfe seit längerem signalisiert werden.

Einen weiteren wichtigen Beitrag leisten:

- die **Frühförder- und Beratungsstelle** der Lebenshilfe e.V. (für Kinder bis zur Schuleinführung)
- das **Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ)** des Klinikums Seelower Kehre 3 (betreut Kinder und Jugendliche von 6 bis 18 Jahren). Das SPZ ist eine ambulant arbeitende Einrichtung, die Untersuchung und Behandlung bei Entwicklungsverzögerungen, Entwicklungsstörungen und u.a. psychologische Beratung und Therapie anbietet.

In die Versorgungsstruktur sind eingeschlossen:

- **der Schulpsychologische Dienst**
- **der allgemeine Sozialdienst** (ASD – Amt für Jugend und Soziales)
- **Schulsozialarbeiter**
- **der Kinder- und Jugendnotdienst „Anker“** (Pillgramer Straße),
Träger des Kinder- und Jugendnotdienstes ist der Verein Independent Living e.V. ²

Weitere Angebote der Jugendhilfe, die diese Zielgruppe mit ansprechen, sind z.B. sozialpädagogische Familienhilfe, Tagesgruppen.

Für die **stationäre Behandlung** von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen werden in der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik der Klinikum GmbH 20 Betten vorgehalten. Des Weiteren ist eine Psychiatrische Institutsambulanz in der Heilbronner Straße eingerichtet, tätig sind u.a. ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sonderpädagoge und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

4.2. Hilfe für psychisch kranke alte Menschen

² der Verein hat die Vereinbarung zum 31.12.2004 gekündigt

Gegenstand der **Gerontopsychiatrie** sind die psychischen Krankheiten jenseits des 65. Lebensjahres, wobei es sich um Neuerkrankungen und den weiteren Verlauf von bestehenden seelischen Behinderungen und Krankheiten handelt. Generell wird eine Zunahme an psychischen Alterserkrankungen festgestellt. Gegenwärtig geht man davon aus, dass ca. 24 % der über 65-jährigen psychische Störungen haben, die diese in ihrem Wohlbefinden oder in der Wahrnehmung ihrer Kompetenz beeinträchtigen - für Frankfurt (Oder) 2572 Menschen.

Epidemiologischen Studien zufolge sind 7 % - 8 % aller über 65-Jährigen (für Frankfurt (Oder) ca. 750 bis 860 Menschen) so betroffen, dass sie psychiatrisch behandlungsbedürftig sind.

In Folge der steigenden Lebenserwartung wird mit einer Zunahme des Anteils der Altersgruppe ab 65 Jahre an der Gesamtbevölkerung auf ca. 26 % gerechnet.

So gewinnt die Gerontopsychiatrie allgemein im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen und Hirnleistungsstörungen im Alter eine größere Bedeutung. In diesem Altersbereich sind alle psychiatrischen Krankheitsbilder zu finden. Zu benennen sind jedoch die besonderen Bedürfnisse psychisch erkrankter älterer Menschen, die sich aus körperlichen Begleiterkrankungen bis hin zu schwerer Multimorbidität ergeben, eine große Neigung zu Chronifizierung und verminderter Anpassungsfähigkeit zeigen.

Der größere Teil betreuungsbedürftiger psychisch kranker alter Menschen und alter Menschen mit einer seelischen Behinderung wird außerhalb von Institutionen im ambulanten Bereich durch Ehepartner, Familien und Nachbarn versorgt. Die ambulanten Dienste sind gefordert, ihr Leistungsangebot flexibel auf diese Anforderungen, die in den nächsten Jahren zunehmen werden, auszurichten. D.h., dass auch stärker koordinierende Aufgaben zu übernehmen sind, da der notwendige Betreuungsaufwand eine enge Abstimmung der verschiedensten Dienste erforderlich macht. Dies bedeutet aber auch eine Qualifizierung von Hausärzten, insbesondere in der Früherkennung und Erstbehandlung, eine fachliche Qualifikation der in der Altenhilfe tätigen Menschen und bei den ambulanten Hilfeangeboten eine kontinuierliche Beratung in der Betreuung und Pflege dieser Personengruppe.

Durch rechtzeitige Diagnose, Therapie, Versorgung und Betreuung Betroffener kann eine stationäre Einweisung verhindert oder aufgeschoben werden, dafür sind aber ambulante Strukturen aufzubauen und vorzuhalten.

Ambulante medizinische Betreuung bieten:

- niedergelassene Fachärzte
- Hausärzte
- Psychiatrische Institutsambulanz

Mit der Psychiatrischen Institutsambulanz ergeben sich verbesserte Möglichkeiten für die ambulante medizinische Betreuung betroffener älterer Menschen, die neben der Behandlung auch eine Beratungsfunktion erbringen kann.

Zukünftig wird die Entwicklung Gerontopsychiatrischer Zentren, bestehend aus Tagesklinik, ambulanten Diensten sowie Altenberatung, dringend angeraten sein.

Generell gilt, altersspezifische Aspekte bei der Entwicklung von präventiven Strategien, gesundheitlichen Maßnahmen, bei der Diagnostik, der Behandlung und Rehabilitation besonders zu berücksichtigen. Psychiatrie und Geriatrie müssen zusammenarbeiten, um einen größeren Erkenntnisgewinn über altersspezifische Fragestellungen zu erhalten.

Eine gerontopsychiatrische **Tagesklinik** am Klinikum als teilstationäres Versorgungsangebot gibt es nicht, wird aber seit längerem angesprochen.

Ambulante **betreute Wohnangebote** u.a. Betreuung in der eigenen Wohnung analog des ambulanten betreuten Einzelwohnens speziell für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen gibt es nicht.

Da pflegende Angehörige überwiegend die Hauptlast der Betreuung tragen, stoßen sie oft wegen der damit verbundenen hohen physischen und psychischen Anforderungen an die Grenzen ihrer eigenen Belastbarkeit. Deshalb sind niedrighschwellige Angebote, wie Tagespflege, Tagesbetreuung (oft auch stundenweise), zur Entlastung und Begleitung pflegender Angehöriger, notwendig und zu befördern.

Der Arbeiter-Samariter-Bund hat eine **Kontakt- und Beratungsstelle für Demenzkranke – Schwerpunkt Alzheimer** eingerichtet, wo Beratung, Hilfe und Unterstützung gegeben werden und weitere Betreuungsangebote aufgebaut werden.

Generell sind auch die **Pflegeheime** gefordert, sich diesem Personenkreis in der Betreuung verstärkt zu stellen. Entsprechend des Wandels der Bevölkerung nimmt die Zahl der chronisch psychisch kranken Menschen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe deutlich zu, dies betrifft etwa ein Drittel der Bewohner; mehr als 40 % aller Menschen in Alten- und Pflegeheimen sind an einer Demenz erkrankt (3. Altenbericht der Bundesregierung). Diese Zunahme stellt die Einrichtungen vor besondere konzeptionelle Aufgaben. Wichtig sind spezifische Betreuungskonzepte, z.B. Schaffung von Wohnbereichen mit einem höheren Personalschlüssel sowie auch der Einsatz von Gerontosozialtherapeuten.

Die integrativer Versorgung psychisch und somatisch kranker Menschen innerhalb eines Wohnbereiches ist möglich, wenn der Anteil schwerer psychisch gestörter Menschen nicht zu hoch ist. Spezielle Heime für chronisch psychisch schwer gestörte oder verwirrte kranke Menschen sind eine Ausnahme.

Ein spezielles Landesprogramm für Gerontopsychiatrie gibt es nicht. Durch das Investitionsprogramm Pflege des Landes werden sich die Bedingungen für Betroffene insbesondere im sächlichen Bereich der Heime wesentlich bessert, wenn diese entsprechend der Heimmindestbauverordnung saniert werden. Ein Teil der Altenpflegeheime ist bereits um- bzw. neu gebaut worden.

Die Schnittstelle zur Altenhilfe ist hier sehr eng, deshalb ist dieser Teilplan im Zusammenwirken zu sehen mit dem Teilplan Altenhilfe.

Da die gerontopsychiatrische Versorgung mit der Altenhilfe sehr eng verbunden ist, sind ambulante Angebote zu qualifizieren, um möglichst lange Ansprechpartner für Betroffene und Angehörige zu sein.

4.3. Suchtkrankenhilfe

Die moderne Konsumgesellschaft bietet einen großen Markt für Genuss- und Rauschmittel mit psychoaktiven Eigenschaften, die zu gesundheitlichen und sozialen Beeinträchtigungen bis hin zur Abhängigkeit führen.

Das System der Suchtkrankenversorgung ist mit deutlichen Veränderungen konfrontiert, neue Missbrauchsmuster sind aufgetreten und auch Merkmale der Konsumentengruppen haben sich verändert. Suchtkrankheiten zählen zu den schweren psychischen Krankheiten. Ihr jahrelanger Verlauf ist oft durch schwere gesundheitliche, familiäre, soziale und berufliche Probleme gekennzeichnet und mit einem hohen Chronifizierungsrisiko verbunden.

Das zentrale Ziel der Suchtkrankenhilfe ist es, den Betroffenen eine möglichst suchtmittelabstinente und suchtverhaltensfreie Lebensweise bei sozialer, familiärer und beruflicher Integration zu ermöglichen. Auch hier ist dem allgemeinen Grundsatz „ambulant vor stationär“ gerecht zu werden.

Abhängigkeitskrankheiten (Alkohol, Nikotin, illegale Drogen, Arzneimittel, pathologisches Spielen, Essstörungen) gehören zu den am meisten verbreiteten Krankheiten und zeigen eine steigende Tendenz. Da Sucht eine Krankheit ist, sind für die Kosten der Behandlung von Abhängigkeitskranken die Sozialversicherungsträger vordergründig leistungspflichtig. Dieser Verpflichtung wird aber in der Praxis nicht genügend Rechnung getragen.

Der Entstehung von Abhängigkeit liegt ein multifaktorielles Geschehen zugrunde, mögliche Einflüsse sind: genetische Faktoren, entwicklungs-, lebens- und umweltbedingte Faktoren sowie das Suchtpotential der jeweiligen Substanz, aber auch gesellschaftliche und soziale Aspekte, wie Chancen zur Teilhabe an Bildung und Arbeit. Die Erreichbarkeit der Suchtmittel spielt bei der Beurteilung des Suchtgeschehens eine wichtige Rolle.

Suchtkranke haben einen Rechtsanspruch auf Hilfen.

Die Zahl der suchtmittelkonsumierenden und süchtigen Menschen nimmt generell zu. Unter den legalen Drogen ist der **Alkohol** nach wie vor das größte Suchtproblem. Wissenschaftlich gesicherte Faktoren belegen, dass

- 3 % - 5 % der Bevölkerung alkoholkrank sind
für Frankfurt (Oder) 1990 – 3310 Menschen
- 9 % - 10 % regelmäßig und zu viel Alkohol trinken
für Frankfurt (Oder) 5970 – 6630 Menschen.

Folgt man neueren Unterscheidungen, wo zwischen Abhängigkeit, behandlungsbedürftigem Missbrauch und schädlichen Konsum differenziert wird, ist mit noch höheren Zahlen zu rechnen.

Der Begriff des schädlichen Konsums wird in der internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD 10) der WHO als Konsummuster psychoaktiver Substanzen, das zu einer Gesundheitsschädigung führt, definiert. Er hat den Begriff Missbrauch zunehmend abgelöst, der neben den Gesundheitsschäden auch auf normabweichendes Verhalten abzielt.

Der Begriff Abhängigkeit geht wiederum von einem inneren Zwang, verminderter Kontrollfähigkeit, körperlichen Entzugssyndromen, einer Toleranzentwicklung und einer fortschreitenden Vernachlässigung anderer Interessen aus. Er hat den Begriff Sucht abgelöst, der aber im allgemeinen Sprachgebrauch noch immer Verwendung findet (vgl. Backmund: Suchttherapie; München 1999).

Verschiedene Studien zeigen, dass das Einstiegsalter in den Alkoholkonsum und Missbrauch sinkt und die Zahl der alkoholgefährdeten Jugendlichen steigt.

Der hohe Alkoholkonsum bleibt weiterhin eines der größten gesundheitlichen Probleme.

Ebenfalls Besorgnis erregend und mit negativen gesundheitlichen Folgen verbunden ist der **Tabakkonsum**. Während bei den meisten anderen Suchtstoffen die psychosozialen Schädigungen und Beeinträchtigungen eine herausragende Bedeutung haben, dominieren beim Tabakmissbrauch die körperlichen Schädigungen. Inzwischen sind durch verschiedenste Aktionen die Informationen über mögliche gesundheitliche Schäden durch Tabakkonsum weit verbreitet worden. Dennoch ist es ein wichtiges Ziel, den Kenntnisstand darüber insbesondere unter Kindern und Jugendlichen zu erhöhen, dies in Richtung zur Schaffung eines gesellschaftlichen Klimas zugunsten eines rauchfreien Lebensstils.

Genaue Aussagen zu **Medikamentenabhängigkeit** sind nicht möglich, da betroffene Menschen meist ein unauffälliges Erscheinungsbild aufweisen. Als gesichert gilt, dass überwiegend ältere Menschen betroffen sind, der Frauenanteil ist sehr hoch. Arzneimittelmissbrauch ist ein weit verbreitetes Problem, das häufig zur Abhängigkeit führt (6-8- % aller verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential). Insbesondere werden psychoaktive wirkende Arzneimittel (Schlaf- und Beruhigungsmittel), Lifestyldrogen (Appetitzügler, Anabolika) und Schmerzmittel oft missbräuchlich verwendet.

Exakte Zahlenangaben zu **Essstörungen** und **pathologischer Spielsucht** sind wegen fehlender Bedarfsstudien nicht vorhanden. Pathologische Glücksspiel zählt zu den sogenannten „stoffungebundenen Süchten“. Das pathologische Glücksspiel ist dabei ein eigenständiges Krankheitsbild im Rahmen des ICD-10. Essstörungen werden in der Regel im allgemeinen Sprachgebrauch und auch in Teilen der Fachöffentlichkeit der Gruppe von Suchterkrankungen zugeordnet. Konsens besteht allerdings darüber, dass Essstörungen eine eigenständige Kategorie im Klassifikationssystem psychischer Störungen (ICD-10) sind. Die Anzahl der Betroffenen wird auf ca. 5 % der Gesamtbevölkerung bei Anorexia nervosa („Magersucht“) und der Bulimia nervosa (Heißhungeranfälle mit anschließendem Erbrechen) geschätzt und bei der Adipositas (beträchtliches Übergewicht) auf ca. 20 % bei Frauen und 10 % bei Männern.

Der Konsum von illegalen Drogen stellt kein Massenphänomen dar, muss aber wegen der hohen Zuwachsraten allgemein und der Akzeptanz unter Jugendlichen als ernstzunehmende Gefahr betrachtet werden. Auch für Frankfurt (Oder) liegen keine gesicherten Zahlen über den genauen Umfang von Missbrauch und Abhängigkeit von **illegalen Drogen** vor. Aktuelle Umfragen zeigen, dass mind. 12 % der 14- bis 16-jährigen bereits Erfahrungen mit illegalen Drogen, insbesondere Cannabis-Produkten, haben (sog. „Spaßkultur“). Immer mehr pflegen risikoreichen Konsum. Der Mischkonsum legaler und illegaler psychoaktiver Substanzen hat zugenommen. Dadurch potenziert sich das Risiko der Folgeschäden. Die ambulanten Versorgungsstrukturen müssen daher zeitnah auf neue Konsumtrends reagieren.

Hinsichtlich illegaler Drogen zeigen sich in Frankfurt (Oder) wie auch in anderen kreisfreien Städten allgemein eine zunehmende Konsumbereitschaft Jugendlicher (Konsummuster: Gruppe vorwiegend Cannabis, Gruppe multipler Konsum, wie Cannabis, Ecstasy, Amphetamin und biogene Drogen). Durch die bestehenden Suchtberatungsangebote wird diese Personengruppe jedoch weniger erreicht, hier sind eher mobile Strukturen gefragt.

Suchthilfe wird sich insbesondere wegen der Arbeitsmarktlage in der Region längerfristig auf die von Suchtgefahren besonders bedrohten Personengruppen der Langzeitarbeitslosen, Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BSHG (ab 2005 SGB XII, Auswirkungen von Hartz IV) und Obdachlose einstellen müssen.

Auch Obdachlose sind in die Versorgungsstrukturen der Suchthilfe einzubeziehen und haben Anspruch auf Leistungen und Strukturen des Suchthilfesystems.

In der Suchthilfe ist (nach Schwonn) von einer Hierarchie von 10 Interventionszielen auszugehen, die in der Angebotsstruktur beachtet werden sollte, d.h.: Sicherung des Überlebens, Verhinderung von schweren körperlichen Folgeschäden, Verhinderung sozialer Desintegration, Ermöglichung längerer Abstinenzphasen, Einsicht in die Grunderkrankung und der Akzeptanz des eigenen Behandlungs- bzw. Hilfebedarfes, Akzeptanz des Abstinenzziels, konstruktive Bearbeitung von Rückfällen bis zur individuellen therapeutischen Grenzziehung (Selbsthilfe).

Mit dem vorhandenen Versorgungssystem werden Abhängigkeitskranke oft zu spät oder gar nicht erreicht, da dieses überwiegend abstinenzorientiert arbeitet. Der weitaus größte Teil alkoholkranker Menschen nimmt aber keine Abstinenzbehandlung wahr. Insbesondere chronisch mehrfachgeschädigte Alkoholabhängige werden oft durch die Angebote der eher „hochschwellig“ Suchtkrankenhilfen nicht erreicht bzw. dort nicht gehalten. Nur ca. 3 % - 5 % der Alkohol- und Medikamentenabhängigen werden in Suchtberatungsstellen und psychosomatischen Fachkliniken betreut. Etwa 70 % der Alkoholabhängigen suchen mindestens einmal im Jahr ihren Hausarzt auf, ohne dabei das Alkoholproblem anzusprechen. Deshalb ist eine frühestmögliche fachliche Beratung und Behandlung suchtfährdeter und abhängiger Personen notwendig.

In der Suchthilfe gelten deshalb allgemeine Ziele wie:

- den Beginn des Konsums zu verhindern oder hinauszögern,
- riskante Konsummuster frühzeitig erkennen und reduzieren,
- das Überleben sichern,
- eine Abhängigkeit bedarfsgerecht behandeln,
- die Verfügbarkeit von illegalen Suchtmittel eindämmen.

Eine Sensibilisierung gegenüber dem Geschlechterverhalten ist zu verstärken, weil der Konsum von Drogen (legaler und illegaler) in Verbindung mit traditionellen Mustern, Rollen und Auffassungen von Männlichkeit und Weiblichkeit zu unterschiedlichen Haltungen und Ansätzen führt. Daher sind geschlechterspezifische Angebote in der Suchthilfe stärker zu befördern.

4.3.1 Suchtprävention

Es ist nicht nur ein gesundheitspolitisches Ziel, riskanten Konsum, schädlichen Gebrauch und Abhängigkeit von Suchtmitteln zu verhüten bzw. drastisch zu reduzieren, somit hat Suchtprävention einen großen Stellenwert. Ziel ist, Gesundheit zu fördern, Abstinenz zu erhalten sowie Missbrauch und Abhängigkeit zu verhindern. Prävention ist umfassend und stellt Kinder und Jugendliche in den Mittelpunkt. Präventionsansätze sind aber auch für andere Zielgruppen wichtig.

Suchtprävention ist eine pädagogische, sozialpädagogische und gesellschaftspolitische Querschnittsaufgabe, die alle Lebensbereiche von Kindern und Jugendlichen betrifft. Sie ist eine Aufgabe der Kommune, die im Rahmen ihrer kommunalen Daseinsvorsorge den Auftrag zur Schaffung und Finanzierung entsprechender Strukturen hat.

Die Präventionsarbeit ist vielfältig, sie ist Aufklärung, Information und Aktivität. Wirkungsvolle Suchtprävention ist langfristige, kontinuierliche Beziehungsarbeit, die sich an der Lebenssituation von Kindern, Jugendlichen, Eltern u.a. Bezugspersonen, an ihren Alltagssorgen und Erfahrungen orientiert. Sie ist auch Gesundheitsförderung, ausgerichtet auf die Stärkung der Persönlichkeit, der Lebens- und Konfliktkompetenz und der Verbesserung ihrer Umwelt und weniger auf die Vermeidung von Risiken („Kinder stark machen“). Ziel ist es, die Persönlichkeit so kompetent und ihre Umwelt so erlebnisreich zu machen, dass der nicht-süchtige Weg zum attraktiven Weg wird.

Suchtvorbeugende Maßnahmen erfordern daher personelle und finanzielle Mittel und eine Absicherung dieser nicht nur durch die Kommune.

Bestandteile der Präventionsarbeit sind:

- eine konzeptionelle Gesamtstrategie, die in eine ganzheitliche Gesundheitsförderung eingeschlossen ist,
- eine Vermittlung positiver Botschaften, wie „Nichtrauchen ist cool“,
- eine zielgruppengerechte Ansprache,
- eine Langfristigkeit der Maßnahmen.

Anliegen muss sein, bestehende Aktivitäten im Rahmen verschiedener Veranstaltungen zu nutzen, um mit erlebnis-, kultur- und sportpädagogischen Methoden und kreativen Mitteln Maßnahmen zur Persönlichkeitsstärkung, Konfliktfähigkeit und Bewältigung von Problemen gemeinsam anzusprechen und Umsetzungswege zu finden. Suchtprävention darf nicht in Einzelaktionen münden, weil finanzielle Mittel fehlen.

Den Aufgaben der Suchtprävention widmen sich:

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

Im weitesten Sinne wirken auch andere Beratungsstellen in der Stadt, die auf eine allgemeine Lebensberatung ausgerichtet sind, an der Suchtprävention mit, Selbsthilfegruppen eingeschlossen.

Mit Unterstützung der Arbeitskreise Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe werden verschiedene Aktionen initiiert, um insbesondere Primärprävention anzubieten.

4.3.2 Ambulante Angebote

Die ambulante Versorgung wird vorwiegend durchgeführt von:

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

Die Maßnahmen von Beratung, Behandlung und Rehabilitation sind darauf gerichtet, gefährdete bzw. bereits abhängige Menschen frühzeitig für Hilfen zu erreichen, ihr Überleben zu sichern, sie zu motivieren, weiterführende Hilfen anzunehmen, sie gesundheitlich zu stabilisieren und sie sozial und beruflich zu rehabilitieren.

Die Suchtberatungsstelle

Das Leistungsangebot der **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.

Das Land Brandenburg hat für Behandlungs- und Beratungsstellen für Abhängigkeitskranke einen Mindeststandard festgehalten, um Fragen der Qualitätssicherung umzusetzen (z.B. für 10000 Einwohner = 1 Fachkraft).

Die Beratungsstelle in der Rosa- Luxemburg- Str. 24 ist besetzt mit 1 Psychologen (Leiter), 2 Sozialarbeitern und 0,5 Verwaltungskraft, davon finanziert die Kommune anteilig Personal- und Sachkosten für 2,5 VZE. Das Land fördert eine Sozialarbeiterstelle durch den Runderlass 2003/2004.

Die Inanspruchnahme der BBS steigt. Anteilig sind nachfolgende Bereiche betroffen: Alkohol 68%, illegale Substanzen 22,5 %, Essstörungen 3 %, pathologisches Spielen 4 %.

Die Entwicklung der Inanspruchnahme:

Jahr	2000	2001	2002	2003
Anzahl der Klienten	268	288	277	316
davon Neuanmeldungen	79	92	72	210
Nachsorge	18	22	20	25
Krisenintervention	158	174	173	160
Altersgruppen in % :	bis 25 Jahre	=	10	
	25 bis 35 Jahre	=	20	
	über 35 Jahre	=	70	

Der Anteil der Frauen beträgt 35 %, der Anteil der Männer 65%.

Das Arbeitsfeld des **Sozialpsychiatrischen Dienstes am Gesundheitsamt** 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 oftmals zunächst nur wegen internistischer Begleit- und Folgekrankheiten behandelt. Seltener erfolgt fachspezifisch bei niedergelassenen Nervenärzten eine Behandlung. Hier sind Früherkennungsprojekte zu befördern.

Die **Psychiatrische Institutsambulanz** der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik 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.

Ambulante Hilfsangebote, wie z.B. BBS, nutzen vor allem die Abhängigkeitskranken, die über „genügend“ Motivation zur Veränderung und Ausdauer während der Behandlung verfügen. Diese „motivierten“ Abhängigkeitskranken nutzen das Versorgungsangebot in Frankfurt (Oder) oft aus eigenen Entschluss.

Besondere Aufmerksamkeit ist der **Gruppe der Schwerstabhängigen** zu widmen, die mit herkömmlichen Unterstützungsangeboten nicht erreicht werden. Denn Schwerstabhängige haben in extremen Umfang körperliche, psychische, psychiatrische und soziale Schädigungen sowie häufige Therapieabbrüche. Auch für Frankfurt (Oder) wird signalisiert, dass eine wachsende und immer jünger werdende Zahl chronisch mehrfach geschädigter Alkoholiker besteht.

Für diese Zielgruppe gibt es zu wenig Angebote, die neben einer Ausrichtung auf hygienische, gesundheitliche, soziale und berufliche Stabilisierung auch abzielen auf niedrigschwellige Beratung und Betreuung in Richtung Mitwirkung und auch eine gewisse Motivation anbieten. Denn die klassischen Elemente der Suchtkrankenhilfe setzen voraus, dass Abhängigkeitskranke motiviert sind, selbst kommen, die Hilfsangebote annehmen, etwas „verändern“ wollen und mitwirken werden. Dies ist aber bei chronischen mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken ohne unterstützende und begleitende Hilfe kaum der Fall. Diese sog. „vergessene Mehrheit“ ist daher stärker in das Blickfeld des Hilfesystems zu rücken, d.h. adäquate Betreuungsstrukturen sind aufzubauen.

4.3.3 Stationäre medizinische Versorgung

Ca. 90 % aller Suchtkranken durchlaufen während ihrer Krankheitsentwicklung eine stationäre Behandlung. Im Zusammenhang mit manifesten Suchtentwicklungen, insbesondere bei schweren körperlichen Abhängigkeitssymptomen, muss eine stationäre Akutbehandlung – **Entgiftung** – durchgeführt werden. Diese Behandlungsphase hat zum Ziel, die akuten Symptome des Entzugs (drohendes Delir, Kreislaufstörungen, Krampfanfälle usw.) abzufangen. In dieser Zeit wird versucht, den Betroffenen Krankheitseinsicht zu vermitteln und an der Entwicklung einer Motivation zur abstinenter Lebensführung zu arbeiten, Kontakte zu Beratungsstellen einzuleiten.

Die **Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik** am Klinikum verfügt über 24 Betten, Einweisungen erfolgen u.a. über Hausärzte, Notdienste.

Obwohl die **Tagesklinik** als teilstationäre Einrichtung ist inzwischen zum festen Bestandteil einer regionalen Gesamtversorgung Abhängigkeitskranker geworden ist, gibt es in Frankfurt (Oder) dieses Angebot für Abhängigkeitskranke noch nicht.

„**Entwöhnungsbehandlungen**“ durchlaufen nur ca. 0,8 % der Abhängigkeitskranken. Sie werden in **Fachkliniken** durchgeführt. Entwöhnungsbehandlungen sind überwiegend psychologische und sozialtherapeutische Behandlungsmaßnahmen von mehrmonatiger Dauer und i.d.R. Leistungen der Rentenversicherungsträger. Zielstellung dieses doch langwierigen und schweren Prozesses ist die soziale Integration, die Wiedererlangung der Eigenverantwortlichkeit und die psychische und physische Befähigung zur Abstinenz.

In Frankfurt (Oder) gibt es keine derartige Einrichtung; Motzen, Teupitz und Bad Liebenwerda sind die nächsten Standorte.

Für die medizinische Rehabilitation von Drogenabhängigen existieren 2 Einrichtungen im Land Brandenburg, Seilersdorf und Briese.

In Abhängigkeit von der individuellen Problemlage der Betroffenen stehen Einrichtungen in anderen Bundesländern zur Verfügung (z. B. Mütter mit Kleinkind).

Eine Ausstiegsmöglichkeit aus bestehender Abhängigkeit von illegalen Substanzen ist die Substitutionsbehandlung mit Methadon, entsprechende Regelungen sind im Land Brandenburg geschaffen. Die Zulassung der niedergelassenen Ärzte zu dieser Behandlungsform wird von der Methadonkommission der Kassenärztlichen Vereinigung

geregelt, die auch eine entsprechende Weiterbildung der betreffenden Ärzte und flankierende psychosoziale Unterstützung für die Substituierten vorsieht.

Die **Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik** am Klinikum verfügt über 24 Betten (KP 2), Einweisungen erfolgen u.a. über Hausärzte, Notdienste.

Die **Tagesklinik** als teilstationäre Einrichtung ist inzwischen zum festen Bestandteil einer regionalen Gesamtversorgung Abhängigkeitskranker geworden.
In Frankfurt (Oder) gibt es dieses Angebot für Abhängigkeitskranke noch nicht.

4.3.4 Ambulante Wohnangebote

Da Suchtkrankenhilfe auf individuelle Suchtverläufe reagieren muss, sind auch im Bereich Wohnen differenzierte Angebote und Konzepte vorzuhalten, orientiert an den Grundprinzipien der individuellen Hilfeplanung, der Schadensminimierung, der Selbsthilfe vor Fremdhilfe, ambulant vor stationär, der Wohnortnähe, der Frühintervention und der Vernetzung der Hilfesysteme.

„**Die Wohnstätte**“ ist eine stationäre Einrichtung für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke (Tagesstrukturierung und Leistungen nach § 43a SGB XI), mit längerem Krankheitsverlauf, erheblichen gesundheitlichen und sozialen Dauerschäden, ein alleiniges Leben ist oft nicht mehr möglich. Meist wurden mehrere ambulante und/oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen erfolglos durchgeführt. Voraussetzung einer Aufnahme sind ein Mindestmaß an Gemeinschaftsfähigkeit, Einhaltung der Hausordnung, aber auch die Bereitschaft zur Abstinenz. Der Hilfebedarf besteht meist längerfristig.

Für den Personenkreis der chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken werden vom Land Brandenburg für Frankfurt (Oder) 32 Plätze für Wohnstätten gefördert (0,035 % Bevölkerung). Bei zwei Trägern sind die Einrichtungen mit je 16 Plätzen errichtet.

Region	Standort	Träger	Plätze	Stand
Frankfurt (Oder)	Linaustraße	Wichernwohnstätten und soziale Dienstleistungen GmbH	16	Eröffnet 2002
Frankfurt (Oder)	Jungclaussenweg	EB Seniorenhaus der Stadt Frankfurt (Oder)	16	Neubau (Nr. C 03-03) in Planung
Region gesamt			32	

Als großer Mangel wird das Fehlen einer „Zwischenstufe“ zwischen Wohnstätte und ambulanten Betreuten Einzelwohnen angesehen. Es fehlt, wie bei psychisch behinderten Menschen vorhanden, die stationär betreute Wohngemeinschaft, das sog. Trainingswohnen als ein teilstationäres Angebot, welches vom überörtlichen Träger der Sozialhilfe finanziert wird. Der Betreuungsbedarf ist geringer als in der Wohnstätte aber größer als im Betreuten Einzelwohnen.

Ambulantes Betreutes Einzelwohnen

Als Betreutes Wohnen sind ambulant betreute Wohngemeinschaften und Betreutes Einzelwohnen zu verstehen, mit Hilfen zur Alltagsbewältigung, dem Erhalt der Wohnung, das Geltendmachen von finanziellen Ansprüchen, die Begleitung zum Arzt oder zu Behörden u.ä.m.

Ambulantes Betreutes Wohnen ist notwendig für einen befristeten Zeitraum. Fachlich wird damit das selbständige Wohnen eines oder mehrerer Betroffener in der eigenen Wohnung verstanden, die Betreuung erfolgt durch Fachkräfte, finanziert als Fachleistungsstunden. Es handelt sich dabei um Eingliederungshilfe gemäß §§ 39, 40 BSHG.

Gegenwärtig bieten diese Leistung an:

- Wichern-Wohnstätten und Soziale Dienste gGmbH
Stand 2004 = für 9 betroffene Menschen
- der Eigenbetrieb Seniorenhaus der Stadt Frankfurt (Oder)
Stand 2004 = für 19 betroffene Menschen

Eine schriftliche Vereinbarung mit der Stadt wurde abgeschlossen.

Der Bedarf für diese Betreuungsform steigt und liegt insgesamt bei einer Kapazität von mind. 35 Betroffenen.

Das Paritätische Sozial- und Beratungszentrum - BBS - hat deshalb eine Konzeption zur Durchführung des ambulanten betreuten Einzel- bzw- Paarwohnens vorgelegt, um die Bedarfslücke zu schließen.

Auch andere Wohnformen sind zu unterstützen, wie das „Weiße Haus“ , wo Betroffene einen hohen und dauerhaften Abstinenzanspruch haben, d.h. „trocken zu leben“. Ein derartiges Angebot gibt es im **„Weißen Haus“ in Frankfurt (Oder) Hohenwalde**. Träger dieser Selbsthilfeeinrichtung ist der Verein „Imago 91“ e.V. Das Haus ist eine Wohngemeinschaft mit ca. 20 Plätzen. Betroffene schaffen aus Hilfe zur Selbsthilfe und eigenem Entschluss Strukturen innerhalb ihrer sozialen Gemeinschaft und definieren ein gemeinsames Ziel: die sinnvolle und dauerhafte Abstinenz. Aufnahme finden Männer und Frauen, die eine schützende und helfende Gemeinschaft Gleichgesinnter brauchen, um ihre „Trockenheit“ dauerhaft zu stabilisieren.

In Frankfurt (Oder) besteht Bedarf, deshalb sind Bemühungen um Fortbestand und Sanierung dieser Einrichtung zu unterstützen.

In zunehmenden Maße ist ein Teil der Abhängigkeitskranken von Wohnungslosigkeit bedroht bzw. bereits betroffen und so finden diese Menschen Aufnahme in der Obdachlosenunterkunft. Die Vermeidung von Obdachlosigkeit ist eine Querschnittsaufgabe und tangiert viele Bereiche.

4.3.5 Tagesstrukturierung / niedrigschwellige Angebote

Eine **Tagesstätte** für chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke gibt es noch nicht. In Tagesstätten als teilstationäre Einrichtung werden Leistungen der sozialen Rehabilitation

erbracht. Es werden Betroffene aufgenommen, für die eine stationäre Betreuung nicht mehr notwendig ist. Die Finanzierung erfolgt über den überörtlichen Träger der Sozialhilfe (LASV). Für dieses Angebot hat der EB Seniorenhaus der Stadt Frankfurt (Oder) ein Konzept vorgelegt und Fördermittel beim Land beantragt.

Das Angebot einer **Kontakt- und Beratungsstelle** richtet sich insbesondere an abstinenzwillige Suchtkranke als Ort der Begegnung, Kommunikation, der weiterführenden Kontaktaufnahme und Stärkung der Selbsthilfefähigkeit. Dieses **fehlende Angebot** wird als Mangel in der gemeindenahen Versorgung erlebt. Denn diese Kontaktstelle könnte auch auf „nasse“ Alkoholranke ausstrahlen und diese konzeptionell in die Arbeitsaufnahme einschließen.

Da diese Angebote in Frankfurt (Oder) gegenwärtig nicht bestehen, sind Aktivitäten von Trägern zu fördern, die niedrigschwellige **Treffs** anbieten. Ein solcher Treff dient nicht nur der Unterstützung Suchtkranker zur Lösung bzw. Minderung ihrer Probleme, sondern liegt auch im öffentlichen Interesse und entspricht dem allgemeinen Versorgungsauftrag der Kommune.

Eine nicht geringe Anzahl chronisch mehrfach geschädigten Abhängigkeitskranken wird aus unterschiedlichsten Gründen nicht fachgerecht versorgt. In der Suchtkrankenhilfe als „vergessene Mehrheit“ (nach Wienberg) bezeichnet. Diese Versorgungssituation „nasser“ Alkoholiker ist auch auf Landesebene in starker Diskussion, da ein dringender Versorgungsbedarf besteht. Denn die Praxis zeigt eine Zunahme nichttherapiewilliger bzw. –fähiger Suchtabhängiger. Motivation und Abstinenz können nicht immer bei Abhängigkeitskranken als unbedingte Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Hilfen gemacht werden.

Daher müssen auch niedrigschwellige, suchtbegleitende Hilfen, die möglichst wenig persönliche Vorleistungen erfordern, angeboten werden. Dies sind vor allem Hilfen, die der Verelendung und dem sozialen Abstieg entgegenwirken (warme Mahlzeiten, Dusche, Wäsche waschen, Vermittlung von Hilfen).

Niedrigschwellige Angebote bieten Betroffenen die Möglichkeit, wenigstens hinreichend stabil mit der Sucht zu leben sowie positive Erlebnisse auf sozialer Ebene zu erfahren.

Wichtig ist, dass Angebote, die die Suchtkrankenhilfe tangieren, wie die Projekte der Arbeitsloseninitiative, erhalten und gefestigt werden, weil Betroffene diese als Anlaufstelle und Treff nutzen.

Die Angebote der **Frankfurter Arbeitsloseninitiative e.V.**, insbesondere der Arbeitslosentreff „**Domizil**“ mit seiner Frankfurter Tafel in der Hildebrandtstraße, bietet diesem Personenkreis Hilfe und Unterstützung, offen, niedrigschwellig. Auch die Angebote Bürgerladen „**Kraftbrühe**“, der **Kleiderkammer** und dem **Handwerkerdienst** sind Möglichkeiten einer **niedrigschwelligen Anlaufstelle** für diesen Personenkreis.

4.3.6 Ergänzende Hilfen

Es gibt eine Reihe von Einrichtungen, Beratungs- und Betreuungsangeboten, die ihre Leistungsinhalte nicht primär auf Abhängigkeitskranke ausgerichtet haben, dennoch aber durch ihr Wirken die Betreuung Abhängigkeitskranker ergänzen, z.B.

- Schuldnerberatungsstellen,
- Angebote des Caritasverbandes, wie Allgemeine Sozialberatung, CARIsatt-Laden
- Angebote der offenen Jugendarbeit.

4.3.7 Beschäftigungs- und Arbeitsangebote

Arbeits- und Beschäftigungsangebote sind für Suchtkranke besonders erforderlich, garantieren sie nicht nur materielle Sicherheit, sondern auch soziale Integration. Erfolge in der Suchtkrankenhilfe haben auf Dauer nur Bestand, wenn es gelingt, für und mit Betroffenen Arbeitsplätze und Beschäftigungsmöglichkeiten zu schaffen. Die **Selbsthilfefirma des Vereins „Imago 91“ e.V.** mit Dienstleistungsshop Wäscherei, Druck- und Kopierarbeiten, Holzwerkstatt, ist u.a. ein wichtiges Angebot.

In der Werkstatt für behinderte Menschen arbeiten suchtkranke Menschen, sie finden dadurch neben einer sinnvollen Tätigkeit Möglichkeiten der Kommunikation und der Selbstbestätigung.

5. Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen (SHG)

Selbsthilfe Betroffener ist gegenseitige Hilfe mit dem Ziel, gemeinsam Probleme und Erfahrungen im Umgang mit der Krankheit, deren Auswirkungen und Beeinträchtigungen zu bewältigen. Die Selbsthilfebewegung ist notwendig und ergänzt sinnvoll das Versorgungs- und Leistungsangebot, sie wird auch als „4. Säule des Gesundheitswesens“ bezeichnet. Selbsthilfetätigkeit steuert dem bedrohlichen Trend zur Isolation und Vereinsamung betroffener Menschen wirkungsvoll entgegen.

Die Krankenkassen fördern Selbsthilfegruppen gem. § 20 Abs. 4 SGB V, wenn sie sich der Prävention und Rehabilitation von Versicherten widmen, auch gem. § 29 SGB IX sollen Selbsthilfegruppen, die sich u.a. der Prävention und der Bewältigung von Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, gefördert werden.

Seit mehreren Jahren arbeitet die **Selbsthilfegruppe „Seelische Gesundheit“**. Aktiv mitgestaltend nehmen psychisch Kranke und Menschen mit einer seelischen Behinderung ihre Verantwortung in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft wahr. Die Selbsthilfegruppe nutzt die Räumlichkeiten im „Haus der Begegnung“.

In den letzten Jahren hat sich eine SHG der **Psychiatrie-Erfahrenen** gebildet. Die Selbsthilfegruppe der **Angehörigen** psychisch kranker Menschen ist ein fester Bestandteil gemeindepsychiatrischer Arbeit geworden. Ihre Aufgabe besteht in gegenseitiger Hilfe und Beratung betroffener Angehöriger und ihrer Freunde. Durch Initiative der Angehörigengruppe in Frankfurt (Oder) gelang es mit weiteren Partnern, ein **Psychoseseminar** zu initiieren.

Auch im Suchtbereich stellt die Selbsthilfe eine eigenständige und unverzichtbare Säule des Hilfesystems dar. In der **Suchtkrankenhilfe** haben Selbsthilfevereine und Selbsthilfegruppen eine herausragende Bedeutung und lange Tradition. Sie sind wichtig für nachgehende Betreuung und berufliche und soziale Integration. Durch diese Selbsthilfe leisten Familien und Betroffene auch einen wirtschaftlich nicht zu unterschätzenden Beitrag zur Gesundung und Stabilisierung betroffener Menschen.

Die Selbsthilfegruppen sind gleichberechtigte Mitglieder der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in der Stadt. Selbsthilfegruppen sind eingebettet in die Behandlungskonzepte der ambulanten Beratungsstellen und der Kliniken.

Mit chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken mit schwacher Abstinenzmotivation und immer wiederkehrenden Rückfällen sind Selbsthilfegruppen im allgemeinen überfordert.

Gegenwärtig bestehen **2 Suchthilfevereine**

- „Imago 91“ e.V.
- „SUA SPONTE“ e.V.

und

5 Selbsthilfegruppen

- Kreuzbund DV Berlin e.V., Gruppe Frankfurt (Oder)
- Anonyme Alkoholiker,
- Gruppe „Gegen Alkohol am Steuer“,
- Gruppe in der Klinik für Psychiatrie (Trockendock)
- Elternkreis drogenabhängiger und drogengefährdeter Kinder und Jugendlicher.

6. Koordination, Kooperation und Vernetzung

Koordination hat Zusammenarbeit der beteiligten Partner zum Inhalt. Zielsetzung muss sein, Aufgabenüberlappungen, Doppel- und Mehrfachbetreuungen abzubauen, Lücken so in der Versorgungslandschaft aufzudecken und Vernetzungen mit dem Ziel eines gemeindepsychiatrischen Verbundes anzustreben. Letztendlich trägt dies nicht nur zur Transparenz und zum Informationsgewinn bei, sondern ermöglicht in Zeiten knapper Kassen eine effektivere finanzielle Untersetzung der vorgelegten Konzepte, sichert dadurch eine Bündelung der Kräfte und letztendlich personelle und sächliche Ressourcen.

Das gegliederte Sozialleistungssystem mit seinen zahlreichen Abhängigkeiten von unterschiedlichen Kostenträgern, Leistungsträgern und Zuwendungsgebern und den geforderten Voraussetzungen medizinischer, sozialer und beruflicher Rehabilitation für betroffene Menschen machen Kooperation, Koordination und Steuerung zwingend notwendig. Entsprechend § 7 Abs. 1 BbgPsychKG haben neben den Landkreisen die kreisfreien Städte die Wahrung der koordinierenden und steuernden Aufgaben bei der Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen zu sichern.

Mit zunehmendem Ausbau ambulanter und komplementärer Einrichtungen wächst die Bedeutung von Koordination und Steuerung und führt zu Synergieeffekten.

Sowohl fachliche wie ökonomische Gründe sprechen für eine bessere Vernetzung der einzelnen Elemente des psychiatrischen Hilfesystems, um die vorhandenen Ressourcen effektiver einzusetzen und den Hilfesuchenden schneller und bedarfsgerechter die für sie jeweils erforderlichen Hilfen zu gewähren. Mit der Schaffung eines „gemeindepsychiatrischen Verbundes“ ist diese Bereitstellung individueller, bedarfsgerechter und zeitnaher Hilfen gewährleistet, ohne dass jemand wegen Art oder Schwere seiner Behinderung bzw. Beeinträchtigung vom Hilfesystem ausgeschlossen bleibt.

6.1. Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) mit Arbeitskreisen

Die PSAG mit seinen Arbeitskreisen ist ein Planungs- und Koordinierungsgremium, dass mit beratender Stimme den Aus- und Aufbau des gemeindenahen psychosozialen Versorgungsnetzes mitgestaltet.

Die an der Versorgung von psychisch kranken und seelisch behinderter Menschen beteiligten Partner, u.a. betroffene Menschen, ihre Angehörigen sowie bestehende Dienste und Einrichtungen, haben sich in Frankfurt (Oder) gemäß § 7 Abs. 2 des BbgPsychKG in einer Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) zusammengeschlossen.

Die PSAG der Stadt Frankfurt (Oder) ist eine Gemeinschaft für alle an der psychosozialen Versorgung von Frankfurter Bürger/Bürgerinnen beteiligten Fachleute aus psychosozialen und psychiatrischen Einrichtungen und Diensten, betroffenen Menschen, Angehörige.

Das Votum der PSAG ist bei Planungen und Entscheidungen für eine gemeindenahе und bedarfsgerechte Versorgung zu hören.

Zu themenspezifischen Schwerpunkten bildet die PSAG Arbeitskreise. Nachfolgende Arbeitskreise stellen sich dieser konstruktiven Arbeit :

- Arbeitskreis Allgemeine Psychiatrie,
- Arbeitskreis Suchthilfe,
- Arbeitskreis Suchtprävention
- Arbeitskreis Gerontopsychiatrie,
- Arbeitskreis Arbeit und Beschäftigung,
- Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie.

7. Ziele und Maßnahmen zur Verbesserung der Lebenssituation von chronisch psychisch Kranken und chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken

Globale Ziele und Grundsätze gemeindepsychiatrischer Versorgung in Frankfurt (Oder) sind:

- **Auf- und Ausbau einer gemeindenahen Versorgung im Lebensumfeld psychisch kranker und Menschen mit einer seelischen Behinderung**
- **Vorhalten einer bedarfsgerechten Versorgung für alle, so auch für stark benachteiligte Gruppen**
- **Herstellung von Koordination, Kooperation und Vernetzung der Versorgungsdienste und Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Verbundes**
- **Sicherung der Finanzierung notwendiger ambulanter Angebote.**
- **Durchsetzung der Prinzipien der „Lebensfeldorientierung“ und „Normalisierung durch Umsetzung des Vorranges offener sowie nicht stationärer Hilfen, d.h. Verwirklichung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“.**
- **Stete Einbeziehung und Sicherung der Mitwirkung betroffener Menschen und ihrer Angehörigen.**

Ausgehend von der vorliegenden Analyse der Lebens- und Versorgungssituation von psychisch kranken Menschen, Menschen, die seelisch behindert bzw. von Behinderung bedroht oder suchtkrank sind, der Bewertung der weiteren soziodemographischen Bedingungen ergeben sich für die Stadt und die beteiligten Partner notwendige Schwerpunkte und Zielrichtungen der weiteren sozialen Arbeit.

Ziel ist, die psychosoziale Versorgungsstruktur so auszubauen, dass die allgemeinen Grundsätze, wie „ambulant vor stationär“, gemeindenah, bedarfsgerecht, rechtzeitige Einbeziehung Betroffener gemeinsam umgesetzt werden können. Dazu sind Handlungsansätze festzuschreiben. Zur Verwirklichung der vorgenannten globalen Grundsätze stellt sich die Stadt nachfolgende Ziele :

7.1. Verbesserung der Beratungs- und Betreuungsangebote sowie Erhalt und Ausbau von ambulanten Angeboten

- (1) Erhalt der Kontakt- und Beratungsstelle (KBS) als offenes, niedrigschwelliges Angebot für psychisch Kranke und Menschen mit einer seelischen Behinderung durch Co - Finanzierung durch die Kommune zur Sicherstellung der Gesamtfinanzierung (Kommune, Land, Eigenmittel Träger)
- (2) Weitere Fortführung der bedarfsgerechten Hilfen von ambulanten Betreuten Einzel- und Paarwohnens als Teil eines abgestuften Systems beschützter Wohnangebote
Sicherung des ambulanten Betreuten Einzelwohnens von ca. 30 betroffenen Menschen mit einer seelischen Behinderung und dessen Ausbau auf eine Kapazität von 35 betroffenen Menschen
- (3) Sicherung des teilstationären Angebotes der Tagesstätte mit tagesstrukturierender Betreuung und Beschäftigungsangeboten für psychisch kranke und seelisch behinderte bzw. von Behinderung bedrohter Menschen als Verbundlösung mit der KBS (Kapazität 15 Plätze)
- (4) Förderung der Beratungsstelle für Demenzkranke – Schwerpunkt Alzheimer – (siehe Planteil Altenhilfe)
- (5) Erweiterung der Kapazität der Zweigwerkstatt „Ladenwerkstatt“ der WfbM Gronenfelder Werkstätten auf 66 Plätze (2005) für Menschen mit einer seelischen Behinderung.

7.2 Verbesserung ambulanter Angebote im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie

- (6) Unterstützung und Einflussnahme auf die Niederlassung eines Kinder- und Jugendpsychiaters sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Kooperation mit angrenzenden Landkreisen und anderen Partnern.

7.3. Verbesserung der Beratungs- und Betreuungsangebote, Erhalt und weiterer Ausbau von ambulanten Angeboten für Abhängigkeitskranke sowie Unterstützung der Suchtprävention

- (7) Sicherung der Suchtpräventionsarbeit durch Erhalt der Präventionsfachkraft für primäre Suchtprävention in der Beratungsstelle für Erziehungsberatung, Ehe - Familien und Lebensberatung (s. Jugendförderplan, sog. 610- Stelle)
- (8) Unterstützung von Projekten im Streetworkbereich (flexible, mobile Betreuung) zur Verbesserung von Angeboten im Bereich drogenkonsumierender Jugendlicher)
- (9) Weiterführung der bedarfsgerechten Hilfen im ambulanten Betreuten Einzel- und Paarwohnen als Teil eines abgestuften Systems beschützter Wohnangebote
- (10) Neubau der Wohnstätte für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke am Standort „Arboretum“ (IVP Teil C, Refinanzierung der Investitionskosten über einen investiven Kostensatz, Kapazität 16 Plätze, stationär)
- (11) Unterstützung des Aufbau einer Tagesstätte als teilstationäres Angebot für chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke (Kapazität: 15 Plätze)

- (12) Erhalt und Ausbau des „Domizils“ als offener, niedrigschwelliger Treff für Abhängigkeitskranke, Menschen mit besonderen sozialen Problemlagen sowie Obdachlose im Sinne einer Kontakt- und Beratungsstelle (KBS)
(siehe auch Planteil Menschen mit besonderen sozialen Problemlagen)