

Psychiatrieplan des Landkreises Havelland

Bestandsaufnahme und
Handlungsempfehlungen

IMPRESSUM

Herausgeber: Landkreis Havelland
Dezernat II, Gesundheitsamt
Platz der Freiheit 1
14712 Rathenow

Fachliche Auskünfte: Anja Wolfert
Tel: 03321 – 403 6819
Fax: 03321 – 403 3 6819
anja.wolfert@havelland.de

Rathenow, Juni 2011

Inhalt

1 Einleitung	4
2 Psychische Störungen und ihre Epidemiologie	6
2.1. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter	7
2.2 Psychische Störungen im Erwachsenenalter	11
2.3 Suchterkrankungen	14
2.4 Spezielle psychische Störungen im Alter	14
3 Soziodemographische Struktur des Landkreises	16
3.1 Geographische Lage und wirtschaftliche Struktur	16
3.2 Bevölkerungsstruktur	16
3.3 Soziale Indikatoren.....	17
3.4 Epidemiologie psychiatrischer Erkrankungen im Havelland.....	18
4 Rechtliche Grundlagen	22
4.1 Einleitung	22
4.2 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz – BbgGDG.....	22
4.3 Brandenburgisches Psychisch Kranken Gesetz – BbgPsychKG	23
4.4 Sozialgesetzbuch – SGB	25
4.5 Bürgerliches Gesetzbuch – BGB / Betreuungsbehördengesetz – BtBG ...	27
5 Versorgungslage im Landkreis Havelland.....	28
5.1 Psychiatrische* Versorgung von Kindern und Jugendlichen	28
5.2 Psychiatrische* Versorgung von Erwachsenen.....	30
5.3 Psychiatrische* Versorgung von suchtkranken Menschen.....	37
5.4 Spezielle Versorgungsangebote für psychisch kranke ältere Menschen ..	40
5.5 Der Sozialpsychiatrische Dienst /Betreuungsbehörde	43
5.6 Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft PSAG	46
* einschließlich psychotherapeutischer und sozialpädagogischer Versorgungsangebote	
6 Empfehlungen	47
6.1 Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen	48
6.2 Personenzentrierte Hilfen im Gemeindepsychiatrischen Verbund	50
Anhang.....	53
Geschäftsordnung der PSAG.....	53
Literatur.....	56

1 Einleitung

Psychische Störungen* rücken immer mehr in das Licht der Öffentlichkeit. Dabei entsteht der Eindruck, dass sich psychische Störungen auf dem Vormarsch befinden. Dies wird für die Depression und die Alkoholabhängigkeit zunehmend postuliert. Doch für andere Störungen sind die Daten nicht so eindeutig, denn erst in den letzten Jahren wurden umfassende epidemiologische Studien erstellt, die zwar im Querschnitt eine klare Datenlage zulassen, im Längsschnitt aber noch einen längeren Beobachtungszeitraum benötigen⁽¹⁾.

Psychische Erkrankungen sind immer weniger ein Tabuthema – selbst bekannte Sportler, Schauspieler oder in der Öffentlichkeit stehende Persönlichkeiten bekennen sich zu ihren psychischen Problemen – so entsteht in der Öffentlichkeit ein Bewusstsein dafür, dass psychische Erkrankungen oftmals mit großem persönlichen Leid nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für deren Familien und Irritationen im sozialen, wie beruflichen Umfeld einhergehen.

Es nehmen Krankheitstage⁽⁷⁾, Frühberentungen⁽³⁾ und Krankenhausaufenthalte⁽²⁶⁾ aufgrund psychischer Erkrankungen zu. Den Großteil der Behandlung bewältigen aber in der Regel Hausärzte, Allgemeinmediziner, Fachärzte und Psychotherapeuten. Darüber hinaus gibt es einen nicht unerheblichen Anteil an Betroffenen, die über den medizinischen Rahmen hinaus weiterer Hilfen bedürfen. Diesen Menschen gilt seit jeher die Aufmerksamkeit der Sozialpsychiatrie.

Seit der Psychiatrie-Enquete 1975 gibt es in der Bundesrepublik Deutschland eine sich entwickelnde Psychiatriereform, die Hilfen, insbesondere für schwerer betroffene psychisch kranke Menschen, entwickelt. Dabei sollte eine gemeindenahere Psychiatrie entstehen mit einem umfassenden Angebot an stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung, sowie einem Netzwerk komplementärer Hilfen für chronisch psychisch kranke Menschen in Heimatnähe⁽⁸⁾. Ähnliche Bestrebungen gab es auch in der ehemaligen DDR, die schon 1963 in den Rodewischer Thesen ihren Ausdruck fanden⁽⁹⁾. Diese Reformbestrebungen konnten in den neuen Bundesländern aber erst nach 1990 konsequent umgesetzt werden⁽¹⁰⁾.

Auch im Landkreis Havelland wurde seit 1990 Schritt für Schritt eine umfassende Versorgung psychisch kranker Menschen aufgebaut. Anfänglich war die Landes Klinik Brandenburg allein für die psychiatrische Versorgung der Landkreise Nauen und Rathenow zuständig. Im Laufe der Zeit kamen aber immer mehr Angebote der psychosozialen Betreuung hinzu. 1999 übernahm die Havelland Klinik Nauen die stationäre und teilstationäre psychiatrische Versorgung für den Bereich des Altkreises Nauen.

Um eine umfangreiche Vernetzung der verschiedenen Träger der Hilfen zu gewährleisten, gründete sich 1995 die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) des Landkreises Havelland. Aus der PSAG heraus entstanden verschiedene Arbeitsgruppen, die den Landkreis in Fragen der psychiatrischen Versorgung und Planung beraten. Seit 2008 besitzt die PSAG eine gültige Geschäftsordnung entsprechend der gesetzlichen Regelung (siehe auch das Kapitel: Gesetzliche Grundlagen).

*Entsprechend der heutigen psychiatrischen Nomenklatur benutzen die Autoren den Begriff der psychischen Störung. Dabei ist der Begriff „Störung“ meist synonym mit dem Begriff „Erkrankung“ zu setzen. Die Diskussion, ob man besser von Störung oder von Erkrankung spricht, sollte hier nicht geführt werden.

Trotz des guten Angebotes durch verschiedene Träger im Landkreis sind die gegebenen Hilfen noch stark angebotsorientiert. Das heißt, der psychisch erkrankte Mensch muss sich, falls er spezielle Hilfen in Anspruch nehmen will, den vorhandenen Institutionen und Hilfen anpassen. Gelingt ihm dies nicht, ist er oftmals gezwungen, andere institutionsgebundene Angebote außerhalb des Landkreises anzunehmen. Dies ist umso schwerer, je komplexer das Krankheitsbild des Betroffenen ist. Dabei gibt es eine Tendenz, dass gerade junge, psychisch erkrankte Menschen mehrere Störungsbilder aufweisen, z.B. Suchterkrankungen mit Persönlichkeitsstörungen oder Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis einhergehen.

Um hier ein gutes Angebot schaffen zu können, muss man einen personenzentrierten Ansatz der Hilfen schaffen ⁽¹¹⁾. Dass solche, auf den Hilfesuchenden bezogene Ansätze effektiv sein können, d.h. einerseits umfangreich und individuell ausgestaltet, andererseits ohne Mehrkosten für den Kostenträger, zeigt der Blick in andere Modellregionen ⁽¹²⁾. Ein Weg zu personenzentrierten Hilfen könnte die Schaffung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes sein ⁽¹¹⁾. Zur Einhaltung der Kostenneutralität ist das Regionalbudget ein mögliches Instrument. Hier kann der Landkreis als Kostenträger maßgeblich Einfluss nehmen und steuernd eingreifen. Es soll wesentliches Ziel des Psychiatrieplanes sein, neben der Darstellung der Epidemiologie psychischer Erkrankungen in unserem Landkreis und der Beschreibung der jetzigen Hilfsangebote, mögliche Schritte zu einer personenzentrierten, die Betroffenen in die Gemeinde integrierenden Versorgung zu beschreiben. Dabei sind sich die Autoren bewusst, dass ein solcher Plan nicht festgeschrieben bleiben darf, sondern sich durch Diskussion mit den verschiedenen Trägern der Hilfen (hier maßgeblich die PSAG) und den Betroffenen selbst in ständiger Veränderung befindet und einer Fortschreibung bedarf.

Darüber hinaus sind klare Aussagen zu treffen mit welchen Fallzahlen zu rechnen ist. Das ist nur bedingt möglich. Die Autoren beziehen sich auf allgemeine Fallzahlen des Robert Koch-Instituts, der Krankenkassen oder einzelner Studien. Dies wird im Kapitel „Psychiatrische Erkrankungen und ihre Epidemiologie“ dargestellt, das neben den epidemiologischen Fallzahlen auch eine allgemeine Einführung in verschiedene psychische Störungsbilder bietet.

Die Fallzahlen werden dann im Kapitel „Versorgungslage“ auf die Bevölkerungszahlen des Landkreises Havelland heruntergebrochen. In diesem Kapitel wird auch auf Zahlen des Sozialamtes und des Jugendamtes als Kostenträger zurückgegriffen. Andere Recherchen wurden nicht unternommen, da diese nur mit erheblichem personellem Aufwand zu betreiben und im Ergebnis wenig zu verwerten sind. So war eine Umfrage des Gesundheitsamtes 1994 aller niedergelassenen Ärzte zu psychischen Störungen nur bedingt aussagefähig, weil sich viele Ärzte nicht beteiligt hatten, insbesondere nicht die niedergelassenen Nervenärzte. Auf eine Darstellung der damaligen Studie wird deswegen verzichtet.

Außerhalb der Fachplanung des Landkreises gibt es zunehmend Ideen und Konzepte der psychiatrischen Versorgung in unserem Landkreis. Diese stellen wesentliche Bestandteile der Entwicklung der psychiatrischen Versorgung dar, stehen aber häufig nicht im direkten Einfluss des Landkreises und können somit nicht eigentlicher Bestandteil der Fachplanung des Landkreises sein.

2 Psychische Störungen und ihre Epidemiologie

„Psychische Störungen sind Beeinträchtigungen der normalen Funktionsfähigkeit des menschlichen Erlebens und Verhaltens, die sich in emotionalen, kognitiven, behavioralen, interpersonalen und / oder körperlichen Beeinträchtigungen äußern“⁽²⁾.

In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes ist zu lesen, dass die Bedeutung psychischer Erkrankungen wegen eines Mangels verlässlicher Daten lange unterschätzt wurde. Dort heißt es weiter: „Wie neuere Erhebungen inzwischen zeigen, durchleben in Deutschland 37 % der Frauen und 25 % der Männer innerhalb eines Jahres eine psychische Störung. Psychische Krankheiten trugen in den letzten Jahren in steigendem Maß zu Krankschreibungen bei und sind mittlerweile häufigster Grund gesundheitsbedingter Frühberentungen. Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes schlugen psychische und Verhaltensstörungen mit knapp 23 Milliarden Euro zu Buche.“⁽³⁾

Sucht man eine Einteilung von psychischen Störungen, ist man geneigt, auf die bewährten Klassifikationen psychischer Störungen der WHO – ICD 10⁽¹³⁾ – oder der American Psychiatric Association – DSM IV⁽¹⁴⁾ – zurückzugreifen. Dies macht insofern Sinn, da sich sowohl der Gesundheitssurvey des Robert Koch-Institutes, als auch Erhebungen der Krankenkassen im Wesentlichen an die Klassifikation der WHO halten. Andererseits beziehen sich viele epidemiologische Studien auf spezielle Gruppen, die sich auch in den verschiedenen Einrichtungen der Versorgung widerspiegeln. So ist weder im ICD 10 noch im DSM IV Alkohol- und Drogenmissbrauch bei Jugendlichen eine eigene diagnostische Kategorie, trotzdem bedürfen diese Jugendlichen besonderer Aufmerksamkeit in der Planung. Da sich der Psychiatrieplan insbesondere mit der Versorgung psychisch kranker Menschen im Landkreis Havelland auseinandersetzt, wird sich eine entsprechende Einteilung in den Kapiteln wiederfinden. In der weiteren Untergliederung wird auf den ICD 10 Bezug genommen.

Jede Einteilung von psychischen Störungen ist eine künstliche und wird dem Einzelnen nur bedingt gerecht. Überschneidungen sind kaum zu vermeiden. Mischbilder einzelner Störungen verhindern eine klare Zuordnung. In der Alterseinteilung kann man zwar klare Grenzen setzen, Angaben zur Prävalenz und Inzidenz einzelner Störungen beziehen sich aber nicht immer auf diese Altersgrenzen. Auch die Zuordnung zu einem bestimmten Krankheitsbild gibt keine Aussage darüber, wie groß der Hilfebedarf des Einzelnen ist. So kann ein Betroffener, bei dem eine Schizophrenie – allgemein als eine schwere Störung angesehen – diagnostiziert worden ist, durchaus noch vollständig sozial integriert und arbeitsfähig sein.

Die Kapiteleinteilungen sind im Einzelnen: „Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter“, „Psychische Störungen im Erwachsenenalter“, „Suchterkrankungen“, „Spezielle Störungen im Alter“.

Im Kapitel „Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter“ werden die relevanten Erkrankungen und Entwicklungsstörungen des Kindes- und Jugendalters dargestellt. Auf eine Darstellung der Intelligenzminderung / geistigen Behinderung wird vollständig verzichtet, da diese nicht als eine psychische Störung im engeren Sinne angesehen wird, sondern als ein Handicap, das Förderung und Ausgleich ähnlich eines körperlich behinderten Menschen bedarf (siehe Sozialplanung des Landkreises Havelland).

Im Kapitel „Psychische Störungen im Erwachsenenalter“ werden insbesondere die Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, affektive Störungen, neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen und Persönlichkeitsstörungen Erwähnung finden.

Den Suchterkrankungen wird ein eigenes Kapitel gewidmet, da sich die Versorgungsstrukturen in diesem Bereich deutlich von denen anderer psychischer Störungen abgrenzen, wobei es zunehmend „Doppeldiagnosen“ gibt, d. h. Menschen haben sowohl eine Sucht, als auch eine andere schwerwiegende psychische Störung. Dies kann zu einer besonderen Problematik in der Versorgung führen, so dass einzelne Fälle als „Systemsprenger“ bezeichnet werden.

Organische, einschließlich symptomatische psychische Störungen werden in dem Kapitel „Spezielle psychische Störungen im Alter“ abgehandelt, weil sich dort zum größten Teil Demenzen subsumieren und diese sich vornehmlich im Alter zeigen. Dies soll nicht bedeuten, dass im Alter keine anderen psychischen Erkrankungen bestehen. Insbesondere Depressionen zeigen sich häufig gerade auch bei älteren Menschen und werden deswegen nochmals in diesem Kapitel erwähnt.

2.1 Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter

Folgende Störungen im Kindes- und Jugendalter können unterschieden werden:

- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (z. B. Magersucht)
- Persönlichkeitsstörungen (z. B. ängstliche Persönlichkeitsstörung)
- Intelligenzminderung
- Entwicklungsstörung (z. B. frühkindlicher Autismus)
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter (z. B. Einnässen)
- Psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope, d. h. stimmungsverändernde Substanzen (z. B. Alkoholmissbrauch, Heroinabhängigkeit)

Der Bericht der Europäischen Kommission ⁽²⁷⁾ stellte fest, dass

1. psychische und psychosoziale Probleme in der Jugend häufig nicht erkannt und nicht ausreichend behandelt werden und
2. die Inzidenz vieler Erkrankungen (Depression, Sucht, suizidales Verhalten, Essstörungen, psychotische Störungen) deutlich von der Kindheit bis zum Jugendalter ansteigt.

So ist inzwischen wissenschaftlich belegt, dass die meisten psychischen Störungen des Erwachsenenalters ihren Ursprung in Störungen des Kindes- und Jugendalters haben und damit diesem Lebensabschnitt die größte Bedeutung für Prävention und Intervention und damit auch für die Ersparnis von Folgekosten zukommt ⁽³¹⁾.

Obwohl psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter mit ca. 18 % etwa gleichhäufig auftreten wie bei Erwachsenen, werden sie in der Jugend oft nicht erkannt und nicht ausreichend behandelt. Als häufigste Störung sind Angststörungen (10,4 %), dissozial – aggressive Störungen (7,5 %) sowie depressive Störungen und hyperkinetische Störungen (jeweils 4,4 %) zu nennen. Die Auftretenshäufigkeit vieler psychischer Erkrankungen insbesondere die von depressiven Störungen und Essstörungen steigt von der Kindheit bis zum Jugendalter an. Etwa 5 % aller Kinder und Jugendlichen müssen aufgrund besonders ungünstiger Entwicklungsverläufe als chronisch psychisch beeinträchtigt beurteilt werden. Psychische Auffälligkeiten sind signifikant häufiger mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status der Familie verbunden. Aufgrund ihrer psychischen Störungen müssen diese Kinder und Jugendlichen als dringend behandlungsbedürftig eingeschätzt werden. Weitere 10 – 13 % aller Kinder und Jugendlichen weisen Verhaltensstörungen oder psychische und soziale Auffälligkeiten auf, bei denen eine psychologische Beratung oder psychotherapeutische Betreuung angezeigt ist ⁽³²⁾.

Besonders problematisch bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter ist es, dass sie in eine Zeit wesentlicher seelischer und sozialer Entwicklung fallen und es damit zu einer Verringerung von Entwicklungschancen bei gleichzeitig geringer Lebensqualität kommt. Im Hinblick auf die oben angegebenen Fallzahlen von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen kann deutschlandweit eine deutliche Unterversorgung bei der diagnostischen oder therapeutischen Betreuung bei der betroffenen Personengruppe festgestellt werden.

Alkohol- und Drogenmissbrauch bei Jugendlichen

Alkoholkonsum von Jugendlichen

Im Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung ist zu lesen:

„Alkohol ist die am weitesten verbreitete psychoaktive Substanz: In der Drogenaffinitätsstudie der BZgA -Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus dem Jahr 2008 geben rund drei Viertel (75,8 %) der 12 bis 17 jährigen an, schon einmal Alkohol getrunken zu haben.

Im zeitlichen Trend wird deutlich, dass der Anteil der Jugendlichen in dieser Altersgruppe, die im vergangenen Jahr mindestens wöchentlich irgendein alkoholisches Getränk getrunken haben, von 21,2 % im Jahr 2004 auf 17,4 % im Jahr 2008 zurückgegangen ist. Der Rückgang von 2004 bis 2008 ist sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen Jugendlichen zu beobachten.“⁽³³⁾

Und weiter:

Mit dem Begriff „riskante Konsummuster“ wird ein Trinkverhalten beschrieben, das sich negativ auf die gesundheitliche und (psycho-) soziale Entwicklung von Jugendlichen auswirken kann. Häufiges Rauschtrinken (sog. binge-drinking) – d. h. der Konsum von fünf oder mehr Gläsern alkoholischer Getränke hintereinander gilt als ein Indikator für riskanten bzw. problematischen Alkoholkonsum. Die Ergebnisse zeigen, dass der Anteil Jugendlicher, die in den letzten 30 Tagen mindestens einmal Rauschtrinken praktiziert haben, zwar von 25,5 % im Jahr 2007 zurückgegangen ist, aber im Jahr 2008 immer noch bei 20,4 % liegt⁽³³⁾.

Wird die konsumierte Alkoholmenge zum Gradmesser gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsums bei Jugendlichen genommen, ist nach den Daten der Drogenaffinitätsstudie 2008 davon auszugehen, dass etwa 8,2 % der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren einen riskanten oder sogar gefährlichen Alkoholkonsum aufweisen.“⁽³³⁾

Erschreckend sind in diesem Zusammenhang die Krankenhauseinweisungen aufgrund einer Alkoholvergiftung. Vom Jahr 2000 bis zum Jahr 2007 haben die Einweisungen der 10 – 20 Jährigen um 143 % zugenommen. Dabei ist die Entwicklung bei den 10 – 15 Jährigen besonders erschreckend. Sehr stark hat der Anteil der Mädchen zugenommen. Zum ersten Mal waren mehr Mädchen als Jungen betrunken⁽⁶⁾.

Konsum illegaler Drogen von Jugendlichen

Auch wenn Alkohol als wesentliche Droge bei Jugendlichen anzusehen ist, dürfen illegale Drogen in ihrer Brisanz für Jugendliche nicht unterschätzt werden. Cannabis zählt zu der am meisten konsumierten illegalen Droge (siehe Tab. 1)⁽⁴⁶⁾, wobei auch hier ein leichter Rückgang festzustellen ist⁽³⁴⁾.

Tab. 1

Lebenszeit-Prävalenz* des (auch einmaligen) Konsums einzelner illegaler Drogen bei 12 – 24 Jährigen Wiederholungsbefragung Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland, 2008	
Cannabis	28,3 %
Ecstasy	3,2 %
psychoaktive Pflanzen oder Pilze	3,0 %
Amphetamine	2,7 %
Kokain	2,2 %
Schnüffelstoffe	1,1 %
LSD	1,0 %
Crack	0,5 %
Heroin	0,3 %

* Unter Prävalenz wird die Zahl der Erkrankungsfälle zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einem bestimmten Zeitraum in der Bevölkerung verstanden. Unter Lebenszeit-Prävalenz wird hier als Zeitraum die Lebenszeit zwischen dem 12 und dem 24 Lebensjahr gesehen. In diesem Zeitraum wurde mindestens einmal einer der oben genannten illegalen Drogen eingenommen.

Es bleibt festzustellen, dass psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters im Zusammenhang mit dem Konsum illegaler psychotroper Substanzen mit einer Prävalenz von etwa 5 – 6 % zu den epidemiologisch wichtigen psychiatrischen Störungen des Kindes- und Jugendalters zählen. Allein Missbrauch (definiert als eindeutig schädlicher Konsum) versus Abhängigkeit wurde bei einer Münchener Studie für die Altersgruppe der 14 – 17 Jährigen mit folgenden Prävalenzen angegeben: Cannabis: 3,6% Missbrauch / 1,5% Abhängigkeit; Ecstasy und Amphetamine: 0,6% Missbrauch/ 0,4 % Abhängigkeit; Kokain: 0,2% Missbrauch/ 0 % Abhängigkeit. In der gleichen Studie wurde aber für Alkohol 10 % Missbrauch / 5 % Abhängigkeit berichtet ⁽³⁴⁾.

Davon abweichend sind die Ergebnisse einer Befragung bei Schülern und Schülerinnen der 10. Klassen in Brandenburg (Tab. 2) ⁽³⁶⁾.

Tab. 2

Substanzkonsum Jugendlicher in Brandenburg
Ergebnisse einer Befragung bei Schülern und Schülerinnen der 10.Klassen

- Ein Drittel raucht täglich Zigaretten, Mädchen (35%) dabei mehr als Jungen (32%).
- 30 % der männlichen Jugendlichen trinken jede Woche Alkohol, davon 2,5% täglich
- Schülerinnen trinken wesentlich weniger: (17% wöchentlich, 0,5% tgl.)
- 5% der Jungen und 2% der Mädchen nehmen jede Woche Haschisch zu sich (tgl.: 2%, 0,5%).

Die anderen Substanzen, nach denen gefragt wurde (Ecstasy, Speed, Kokain, Heroin u.a.) kamen so selten vor, dass eine differenzierte Auswertung nicht erfolgte.

Bei der oben dargestellten Alkohol- und Drogenproblematik bei Jugendlichen ist im Weiteren vorzuheben, dass die Probleme häufig mit anderen gravierenden psychischen Störungen der sozialen, emotionalen und intellektuellen Entwicklung einhergehen oder mit schweren psychischen Störungen assoziiert werden.

2.2 Psychische Störungen im Erwachsenenalter

2.2.1 Schizophrenie und schizophrenieähnliche Störungen

„Die schizophrenen Störungen sind im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affektivität gekennzeichnet. Die Klarheit des Bewusstseins und die intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt. Im Laufe der Zeit können sich jedoch gewisse kognitive Defizite entwickeln. Die Störung beeinträchtigt die Grundfunktionen, die dem normalen Menschen ein Gefühl von Individualität, Einzigartigkeit und Entscheidungsfreiheit geben. Die Betroffenen glauben oft, dass ihre innersten Gedanken, Gefühle und Handlungen anderen bekannt sind, oder dass andere daran teilhaben. Ein Erklärungswahn kann entstehen mit dem Inhalt, dass natürliche oder übernatürliche Kräfte tätig sind, welche die Gedanken und Handlungen des betreffenden Individuums in oft bizarrer Weise beeinflussen.“⁽¹³⁾

Schon diese Definition der WHO zeigt, dass es sich bei den Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis um sehr komplexe und den Menschen in seiner Lebensführung deutlich beeinflussende Störungen handelt. Bis zu 1 % der Menschen erleidet in ihrem Leben eine solche Störung, dabei liegt der Erkrankungsbeginn bei Männern im Alter von 21 Jahren, bei Frauen ca. 5 Jahre später. Die jährliche Inzidenzrate (Zahl der Neuerkrankungen in einem bestimmten Zeitraum) liegt bei 0,05%. Die Prävalenz (Zahl der Erkrankungsfälle zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einem bestimmten Zeitraum in der Bevölkerung) wird mit 0,5 – 1 % angegeben ⁽¹⁶⁾. Die Menschen sind häufig so stark von der Erkrankung betroffen und chronisch krank (ca. 30 – 50 % der Betroffenen), dass sie für den Rest ihres Lebens Hilfen bedürfen.

2.2.2 Affektive Störungen – Depressionen

„Bei diesen Störungen bestehen die Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität, meist zur Depression hin, mit oder ohne begleitende Angst, oder zur gehobenen Stimmung (*Anm. der Autoren:* wird dann als Hypomanie oder Manie bezeichnet)“ ⁽¹³⁾.

Zu diesen Veränderungen der Stimmung kommen bei der Depression Symptome wie Verlust von Interesse und Freude, erhöhte Ermüdbarkeit, verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzungen und Suizidhandlungen, Schlafstörungen und verminderter Appetit dazu. Die meisten Betroffenen leiden dabei eher unter „leichten“ Symptomen einer Depression. Trotzdem sind sie häufig in ihrer Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt. Bei Zunahme der Schwere der Erkrankung kann es zu erheblichen Einschränkungen der Lebensführung kommen bis hin zu lebensbedrohlichen Zuständen.

In Deutschland leiden innerhalb eines Jahres ca. 11% der Bevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren an einer depressiven Störung. Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer ⁽¹⁷⁾. Im späteren Lebensalter nimmt die Depression weiter zu ⁽¹⁸⁾.

Die meisten Menschen mit einer Depression werden ambulant behandelt, wobei sich mehr Depressive in hausärztlicher als in einer fachspezifischen Versorgung befinden ⁽¹⁹⁾. Es ist davon auszugehen, dass ca. 15 % der depressiv Erkrankten einen chronischen Verlauf mit mittelschwerer und schwerer Symptomatik haben ⁽²⁰⁾ und damit nicht nur einen rein medizinischen Hilfebedarf aufweisen. Krankenschreibungen und Frühberentungen nehmen in den letzten Jahren insbesondere im Bereich der Depression zu ⁽⁷⁾. Trotzdem ist sich die Fachwelt nicht einig, ob es wirklich zu einer Zunahme der Prävalenz kommt oder ob die Depression, da sie mehr ins Licht der Öffentlichkeit rückt, besser wahrgenommen wird ⁽²¹⁾. Für die Versorgungslage ist der Fachstreit aber insoweit unerheblich, dass davon ausgegangen werden muss, dass immer mehr Menschen mit einer diagnostizierten Depression weitergehende Hilfen benötigen.

Die sogenannten bipolaren affektiven Störungen sind Krankheitsverläufe, die sowohl depressive als auch manische Zustände beinhalten. Manische Zustände sind durch eine deutlich gehobene Stimmungslage des Betroffenen gekennzeichnet. Wenn er sich in dieser Stimmungslage im Empfinden und Erleben jenseits der Realität befindet, redet man von einer Psychose.

Bipolare affektive Störungen bilden eine untergeordnete Rolle. Sie betreffen ca. 1 % der Bevölkerung ⁽¹⁶⁾. Genauere Größenangaben über die Chronifizierung können nicht gegeben werden.

2.2.3 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen

Dieses Kapitel beinhaltet eine Reihe sehr unterschiedlicher Störungen und bildet den größten Bereich psychischer Beeinträchtigungen. Davon ist die größte Gruppe die der Angststörungen (sie werden zu den neurotischen Störungen gezählt). Die Ein-Jahres-Prävalenz liegt bei ca. 15 %, gefolgt von den somatoformen Störungen mit einer Ein-Jahres-Prävalenz von ca. 11 %. Schmerzstörungen werden mit 8,1% angegeben ⁽²⁸⁾.

Angst ist eine natürliche Reaktion des Menschen. Ohne Angst könnten wir nicht überleben. Von Angststörung sprechen wir nur, wenn die Angst irrational und auch für den Betroffenen nicht wirklich erklärbar ist, er somit unter der Angst leidet.

Somatoforme Störungen sind seelische Störungen, die sich durch körperliche Symptome bemerkbar machen. Die körperlich beklagten Beschwerden sind Ausdruck eines seelischen Konfliktes. Dabei kann durchaus eine reale körperliche Erkrankung vorhanden sein, die durch den seelischen Konflikt in der Symptomatik deutlich verstärkt wird. Auch viele der chronischen Schmerzsyndrome zeigen diesen Zusammenhang. Der bestehende Schmerz vergrößert das seelische Leid, dieses wiederum unterhält den Schmerz.

Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen sind die Domäne von Psychotherapie und psychosomatischer Medizin. Die Störungsbilder sind oft gut behandelbar. Trotzdem muss festgestellt werden, dass ein hoher Anteil von Frühberentungen auf diese Personengruppe fällt. So haben ca. 10 % aller Personen, die frühberentet werden, eine Angst- oder sonstige neurotische Störung und ca. 15 % eine Belastungsreaktion oder somatoforme Störung ⁽²⁹⁾.

2.2.4 Persönlichkeitsstörungen

Die Diagnose Persönlichkeitsstörung ist ein Sammelbegriff sehr verschiedenartiger Störungsbilder, die eines gemeinsam haben: Die Betroffenen haben eine Akzentuierung der Persönlichkeit, die erst in Interaktion mit ihrer Umgebung zur Störung wird. Primär erleben sich die Betroffenen nicht als krank, sondern erleben die Störung als Teil ihrer Persönlichkeit. So sieht ein Mensch mit einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung seine große Genauigkeit und seinen übertriebenen Ordnungssinn als gute und positive Eigenschaft. Im Arbeitskontext hingegen kann es zu Auffälligkeiten kommen, wenn er vor lauter Ordnungsprinzipien seinen eigentlichen Aufgaben nicht mehr nachkommen kann.

Auch wenn in diesem Kapitel Persönlichkeitsstörungen zusammen gefasst werden, sind die einzelnen Störungen für die Außenwahrnehmung sehr verschieden. So imponiert eine dissoziale Persönlichkeitsstörung, bei der eine große Diskrepanz zwischen dem Verhalten und den geltenden sozialen Normen auffällig ist, im Wesen völlig anders als eine ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung. Epidemiologisch finden sich in der Literatur kaum differenzierte Darstellungen. Allgemein kann gesagt werden, dass bei ca. 20% der Bevölkerung eine Persönlichkeitsstörung angenommen werden kann ⁽³⁰⁾. Viele andere psychische Störungen, insbesondere auch Depressionen haben ihren Ursprung in einer Persönlichkeitsstörung. Daher liegt die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei psychiatrisch Behandelten bei 50% und bei forensisch untergebrachten Patienten bei 70 – 90% ⁽³⁰⁾.

Tab. 3

Persönlichkeitsstörungen unterschieden nach ICD 10

Paranoide Persönlichkeitsstörung
Schizoide Persönlichkeitsstörung
(Schizotype Störung)
Dissoziale Persönlichkeitsstörung
Emotional instabile Persönlichkeitsstörung
 impulsiver Typus
 Borderline Typus
Histrionische Persönlichkeitsstörung
Anankastische (Zwanghafte) Persönlichkeitsstörung
Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung
Abhängige (Asthenische) Persönlichkeitsstörung
Andere spezifische Persönlichkeitsstörungen
Nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung

2.3 Suchterkrankungen

Suchterkrankungen sind ein wesentliches Problem und eine gesellschaftliche Herausforderung. So werden die allein durch Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit verursachten direkten volkswirtschaftlichen Gesamtkosten auf ca. 24 Mrd. € pro Jahr geschätzt ⁽³⁶⁾. Meist folgen einer Suchterkrankung psychosoziale Verluste mit Arbeitslosigkeit, Zerfall der Familien und des Freundeskreises.

Das Hauptaugenmerk soll im Weiteren auf dem Alkohol liegen (Tabaksucht ist keine Domäne der Psychiatrie). Illegale Drogen sind im Kapitel „Konsum illegaler Drogen von Jugendlichen“ abgehandelt worden. Hier stand der Cannabiskonsum im Vordergrund, der im starken Zusammenhang mit der Jugendkultur zu sehen ist und im späteren Lebensalter eher eine untergeordnete Rolle spielt. Ebenso sind andere illegale Drogen zwar im Einzelfall ein Problem, sollen aber hier nicht im Detail dargestellt werden.

Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit

Auch wenn der Alkoholverbrauch je Einwohner an reinem Alkohol in Deutschland von 12,1 Liter im Jahr 1990 auf 9,9 Liter im Jahr 2007 zurückgegangen ist, gehört Deutschland weltweit zu den 10 Ländern mit dem höchsten Alkoholkonsum pro Kopf ⁽³⁶⁾. Nach Schätzungen der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren gibt es in unserem Land zur Zeit ca. 2,5 Mio. alkoholranke und behandlungsbedürftige Menschen. Jährlich sterben in Deutschland etwa 40.000 Menschen an den Folgen übermäßigen Alkoholkonsums, davon 17.000 von ihnen an Leberzirrhose. Mehr als 2.200 alkoholgeschädigte Kinder werden jährlich in Deutschland geboren. Schätzungsweise 5 – 7 Mio. „Mitbetroffene“, vor allem Familienmitglieder und nahe Freunde und Freundinnen, leben in enger Gemeinschaft mit einem alkoholabhängigen Menschen ⁽³⁷⁾.

2.4 Spezielle psychische Störungen im Alter

Auf die Frage, was spezielle psychische Störungen im Alter sind, wird in der Regel an Demenzen gedacht, da diese typischerweise im Alter auftreten. Dabei sind **Depressionen** mit 15 % die häufigsten Erkrankungen in der Gerontopsychiatrie. Sie treten gerade im Alter sehr häufig im Kontext mit (oft chronischen) körperlichen Erkrankungen auf ⁽³⁸⁾. Auch alle anderen psychischen Erkrankungen des Erwachsenenalters sind in ähnlicher Weise bei alten Menschen vertreten, bedürfen aber zum Teil eines eigenständigen Versorgungssystems, um den Bedürfnissen der Menschen gerecht zu werden.

Demenzen

Im Erwachsenenalter erworbene kognitive Defizite nennt man heutzutage eine Demenz, unabhängig davon, ob diese langsam fortschreitend oder sich plötzlich (z.B. durch einen Unfall mit Hirnschädigung) entwickelt hat. Dadurch wird deutlich, dass sich Demenzen durchaus auch vor dem 65ten Lebensjahr entwickeln können. Trotzdem sind Demenzen meist eine Erkrankung des höheren Lebensalters. 2/3 aller Demenzen werden dabei der Alzheimer Demenz zugeordnet. (Die Alzheimer Demenz ist die „typische“ Altersdemenz mit einem sich kontinuierlich verschlechternden Verlauf.)

Derzeit leiden in Deutschland schätzungsweise 1,2 Millionen Menschen ab 65 Jahren an einer fortschreitenden Demenz. Davon sind 800.000 Menschen den mittelschweren bis schweren Stadien zu zurechnen, in denen eine selbstständige Lebensführung nicht mehr möglich ist. Es ist davon auszugehen, dass etwa 70 % der schwer pflegebedürftigen Menschen (ab Pflegestufe II) an einer Demenz leiden ⁽²³⁾.

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken. Tabelle 4 veranschaulicht die Häufigkeit mittelgradiger bis schwerer Demenzen:

Tab. 4.

Prävalenz der mittelgradigen bis schweren Demenzen	
65 – 69 Jahre	< 2 %
80 – 84 Jahre	8 – 13 %
über 90 Jahre	25 – 42 %

3 Soziodemographische Struktur des Landkreises Havelland

3.1 Geographische Lage und wirtschaftliche Struktur

Der Landkreis Havelland besteht seit der Kreisgebietsreform im Land Brandenburg im Jahre 1994. Gebildet wurde er aus den ehemaligen Kreisen Rathenow und Nauen. Durch den sektoralen Zuschnitt reicht er östlich von der Landesgrenze Berlins bis westlich zur Landesgrenze mit Sachsen-Anhalt. Nördlich grenzt der Landkreis an die Landkreise Ostprignitz-Ruppin und Oberhavel, südlich an den Landkreis Potsdam-Mittelmark sowie die Städte Potsdam und Brandenburg an der Havel ⁽¹⁵⁾. Der Landkreis hat eine Fläche von 1717 km² und ist untergliedert in 26 Gemeinden, davon 5 amtsfreie Gemeinden, 3 Ämter und 5 amtsfreie Städte.

Seit Anfang der neunziger Jahre bildeten sich in der Region des heutigen Landkreises Havelland zwei unterschiedliche wirtschaftliche Kerne heraus. Der ehemals landwirtschaftlich geprägte Raum im östlichen Havelland entwickelte sich rasch zu einem begehrten Siedlungsstandort für private Bauherren und logistikorientierte Unternehmen. Die Gründe für dieses Wachstumspotential liegen in der unmittelbaren Berlin-Nähe und den außerordentlich günstigen Anschlüssen z. B. an das Bundesautobahnnetz.

Der westliche, Berlin ferne Teil des Havellandes hingegen hatte mit dem Wechsel von der sozialistischen Planwirtschaft zu privatwirtschaftlichen Verhältnissen den Zusammenbruch großer traditioneller Industrien zu verkraften. Die in Premnitz übermäßig stark vertretene chemische Industrieproduktion brach ebenso zusammen wie die optische Industrie in Rathenow. Aufbauend auf die industriellen Traditionen und durch eine Konzentration u. a. auf die Branchenkompetenzfelder Optik, Metallerzeugung und Kunststoff/Chemie gelingt es den Städten Rathenow und Premnitz mittlerweile, die industriellen Standorte zu revitalisieren. Dies ändert jedoch nichts an der Tatsache, dass mit den hohen Verlusten von Arbeitsplätzen und dem starken Anstieg der Arbeitslosigkeit gleichzeitig ein überdurchschnittlicher Bevölkerungsrückgang einhergegangen ist.⁽¹⁵⁾

Diese deutliche wirtschaftliche Schieflage zwischen dem Berlin nahen Raum und dem Berlin fernen Raum des Landkreises Havelland ist im Weiteren auch für die Betrachtung der sozialen und gesundheitlichen Aspekte wesentlich.

3.2 Bevölkerungsstruktur

Insgesamt hat sich die Einwohnerzahl im Landkreis Havelland seit dem Jahr 2005 von 155.019 Personen um 122 Einwohner auf 155.141 Personen im Jahre 2008 gering erhöht. Damit ist der Landkreis Havelland einer der wenigen Landkreise im Bundesland Brandenburg, der in den letzten Jahren einen Bevölkerungszuwachs verzeichnen konnte. Dieser Trend wird den Vorausberechnungen nach in den nächsten Jahren nicht mehr fortgesetzt, sondern es ist mit einem leichten Rückgang der Bevölkerungszahlen zu rechnen.

So wird für den Landkreis Havelland bis zum Jahr 2020 ein Bevölkerungsabfall um 0,9 % auf 153.771 Personen erwartet (Basisjahr 2008).

Die Bevölkerungsentwicklung verläuft jedoch bereits seit den letzten Jahren sehr differenziert. Während der Berlin nahe Raum an Bevölkerung gewinnt, verliert der Berlin ferne Raum Einwohner. So verzeichnete beispielsweise die Stadt Falkensee einen Bevölkerungszuwachs in den Jahren 2005 – 2008 von 38.376 Personen auf 39.821 Personen. Bis zum Jahr 2020 werden dort 44.431 Einwohner vorausgesagt. Auch die Gemeinden Dallgow-Döberitz, Brieselang, Wustermark und Schönwalde-Glien konnten in der Zeitspanne 2005 – 2008 einen konstanten Bevölkerungszuwachs verzeichnen und werden diesen auch in den nächsten Jahren fortsetzen.

Der ländlich geprägte Westen des Landkreises wird Einwohner verlieren bzw. in einigen Gemeinden eine konstante Bevölkerungszahl verzeichnen. So wird z. B. der Stadt Rathenow eine prozentuale Verringerung der Bevölkerung bis zum Jahre 2020 im Umfang von 15,6 %, der Stadt Premnitz von 21,9 und dem Amt Friesack von 13,8 % vorausgesagt (Vergleichsjahr 2008). Bis zum Jahr 2020 werden alle Teile des westlichen Havellandes sinkende Bevölkerungszahlen aufweisen, während im Berlin nahen Raum die Bevölkerung weiterhin anwachsen wird. Für den Bevölkerungsanteil der 0 – 24 Jährigen zeichnet sich für den Landkreis Havelland ein ähnlich differenziertes Bild im Bezug auf den Berlin nahen und den Berlin fernen Raum ab.

Während die Gemeinde Dallgow-Döberitz im Jahr 2020 gegenüber 2008 einen Zuwachs von annähernd 240 Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 0 und 24 Jahren verzeichnen kann (Stadt Falkensee Zuwachs von ca. 670 Kindern und Jugendlichen), schrumpft der Anteil der Gleichaltrigen im gleichen Zeitraum u. a. in der Stadt Rathenow um etwa 740 und in den Ämtern Nennhausen um 270 bzw. in Rhinow um 210.

Einhergehend mit dieser Entwicklung verringert sich auch der Anteil der Kinder und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung des Landkreises Havelland, da sich durch die wachsende Lebenserwartung die Altersstruktur weiter zu Gunsten der älteren und alten Menschen verschiebt.

3.3 Soziale Indikatoren

Die Erwerbstätigenquote im Landkreis Havelland wies zum Stand 2007 einen Anteil von 51,5 % an der Gesamtbevölkerung auf. Damit liegt die Erwerbstätigenquote 4,6 Prozentpunkte über dem Durchschnitt des Landes Brandenburg⁽²²⁾. Zwischen den Jahren 2005 und 2007 stellte sich ein Zuwachs um 5,2 Prozentpunkte ein.

Zunehmend mehr Bürger, die im Landkreis Havelland wohnen, gehen ihrer Erwerbstätigkeit nicht im Landkreis nach. Im Jahr 2007 ergab sich ein *negatives* Pendlersaldo (Einpendler abzüglich Auspendler) von 18.420 Bürgern. Das ist im Vergleich zum Jahr 2005 ein Plus von 9,4 %.

Die Arbeitslosenquote verringerte sich im Zeitraum zwischen 2005 und 2008 um 8,3 Prozentpunkte. Sie liegt zum Stand Oktober 2008 bei 9,7 % und damit 1,3 Prozentpunkte unter dem Durchschnitt des Bundeslandes, aber mit 2,0 Prozentpunkten über dem Bundesdurchschnitt.

Die Arbeitslosenquote ist den Monatsberichten der Bundesagentur für Arbeit nach im westlichen und strukturschwächeren Bereich des Havellandes vergleichsweise größer (Altkreis Rathenow: 15,1 % zum Stand: 10/2008) als im östlichen Teil des Landkreises (Altkreis Nauen: 7,3 % zum Stand: 10/2008).

Der Anteil der ALG-II-Empfänger liegt im Landkreis Havelland mit Stand 2008 bei 3,9 % bezogen auf die Gesamtbevölkerung und damit 0,5 % unter dem Durchschnitt des Landes Brandenburg, aber deutlich über dem Bundesdeutschen Durchschnitt von 2,7 %. Im Vergleich zum Jahr 2006 ist der Anteil bis zum Jahr 2008 im Landkreis Havelland um 0,6 Prozentpunkte zurückgegangen.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes bezogen Ende 2006 in Deutschland knapp 2,3 % der 66 Jährigen und Älteren Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. Dabei lag der Anteil in den alten Bundesländern bei 2,4 %, der in den neuen Bundesländern bei 1,1 % (im Land Brandenburg bei 0,94 %) ⁽²⁷⁾. Annähernd 35 % dieser Empfänger hatten keinen Rentenanspruch aus der Gesetzlichen Rentenversicherung. Im Landkreis Havelland lag der Anteil der Empfänger von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im Jahr 2007 bei 1,46 % und damit über dem Durchschnittswert der neuen Bundesländer aus dem Jahr 2006.

Das reale Haushaltnettoeinkommen, welches die Summe der Monatseinkommen aller Haushaltsmitglieder bildet, liegt im Jahr 2007 im Landkreis Havelland bei 1.737 EUR und damit 231 EUR über dem Durchschnitt des Landes Brandenburg. Der Landkreis Havelland nimmt im Ranking der Landkreise des Bundeslandes hinter Potsdam-Mittelmark Platz 2 in Bezug auf die Höhe des Haushaltnettoeinkommens ein. Während im gesamten Land Brandenburg das Haushaltnettoeinkommen zwischen den Jahren 2006 und 2007 etwas gesunken ist (- 0,4 %), stieg es im Vergleichszeitraum im Landkreis Havelland um 4,2 Prozentpunkte an.

Die im Zusammenhang mit dem Haushaltnettoeinkommen stehende Kaufkraft sinkt laut einer Studie der GfK ⁽²⁴⁾, je weiter man sich von der Metropole Berlin entfernt, ist also im östlichen Teil des Havellandes deutlich höher.

Der Anteil der Einwohner und Einwohnerinnen des Havellandes mit einem Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulabschluss bzw. Promotion lag im Jahr 2007 bei 20 % und liegt damit 1,9 Prozentpunkte unter dem Durchschnitt des Landes Brandenburg. Gegenüber dem Jahr 2005 ist zudem ein geringfügiger Rückgang des Anteils der Einwohner mit den benannten Abschlüssen im Landkreis Havelland (-0,3 %), aber auch im Land Brandenburg (- 0,4%) zu verzeichnen.

Insgesamt kann gesagt werden, dass die Einwohner im östlichen Havelland eher dem mittleren und hohen Sozialmilieu zugeordnet werden können, während im westlichen Teil des Landkreises die Zugehörigkeit zu einem niedrigen und mittleren Sozialstatus stärker ausgeprägt ist. Im Landkreis Havelland scheinen sich aber die Rahmenbedingungen insgesamt vergleichsweise günstiger auf das soziale Gefüge auszuwirken als in anderen Landkreisen des Landes Brandenburg.

3.4 Epidemiologie psychischer Störungen im Havelland

Wie schon in der Einleitung festgestellt, resultieren die epidemiologischen Daten, die hier vorgestellt werden, aus einem „Runterbrechen“ allgemeiner epidemiologischer Daten einzelner Krankheitsbilder in Deutschland auf Bevölkerungszahlen des Landkreises Havelland.

Auch können in der Darstellung die sozialen Unterschiede zwischen dem Berlin nahen Raum und dem Berlin fernen Raum des Havellandes nicht berücksichtigt werden, obwohl diese sicherlich relevant sein werden. Gerade Suchterkrankungen und psychosoziale Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen sind in ihrer Entstehung nachweislich abhängig von der sozialen Situation der Betroffenen. Dies sollte insbesondere bei möglichen, geplanten Präventionsprogrammen Beachtung finden.

Die nachfolgenden Tabellen geben einen Überblick der zu erwartenden Fallzahlen im Landkreis Havelland. Sie gehen jeweils von einer Gesamtbevölkerung von 155.141 Einwohnern (Landesamt für Statistik Berlin - Brandenburg 31.12.2008) aus. Davon sind 23.888 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren.

Geht man davon aus, dass die Schätzungen und prognostizierten Entwicklungen annähernd eintreffen - sich die Anzahl der Demenzkranken also bis zum Jahr 2020 um etwa 33 Prozent erhöht - wird klar, welche Bedeutung einem dichten Versorgungsnetz für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen im Landkreis Havelland beizumessen ist.

Tab. 5

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter im Landkreis Havelland (Schätzung)		
	in %	absolut
Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen insgesamt	18%	4.300
davon mit dringender Behandlungsbedürftigkeit	5%	1.200
Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit psychologischem Beratungs- bzw. psychotherapeutischem Betreuungsbedarf	13%	3.100
Einzelne Störungen (Doppelnennungen sind möglich)		
Angststörungen	10,4%	2.500
Dissozial – aggressive Störungen	7,4%	1.800
Depressive Störungen	4,4%	1.050
Hyperkinetische Störungen	4,4%	1.050

Tab. 6

Störungen durch Alkohol oder illegale Drogen im Kindes- und Jugendalter im Landkreis Havelland (Schätzungen in Anlehnung an den Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2009 (33))		
	in %	absolut
Riskanter oder gefährlicher Alkoholkonsum der Altersgruppe 12 – 17 Jahre	8,2%	630
Regelmäßiger Cannabiskonsum der Altersgruppe 12 – 17 Jahre	1,1%	80

Tab. 7

Psychische Störungen im Erwachsenenalter im Landkreis Havelland (Schätzung / die Angaben beinhalten Doppelbenennungen)		
	in %	absolut
Schizophrenie und Schizophrenie ähnliche Störungen	0,5 – 1 %	650 – 1.310
davon mit chronischem Verlauf		200 – 650
Affektive Störungen / Depressionen	12 %	15.750
davon mit schwerem/chronischem Verlauf		2.360
Angststörungen / Somatoforme Störungen und sonstige neurotische Störungen mit chronischem Verlauf	1,8 %	2.360
Schwere Persönlichkeitsstörungen	ca. 2 %	2.600
Behandlungsbedürftige alkoholranke Menschen	3,1 %	4.100

Tab. 8

Schätzung Demenzkranke im Landkreis Havelland mit Angaben zur Entwicklung bis 2020				
	EW 2007 IST	Schätzwert Demenz- kranke 2007	EW 2020 Prognose	Schätzwert Demenzkranke 2020
65 – 84 Jahre	28.216	2.822	33.503	3.350 + 19%
ab 85 Jahre	2.480	620	4.846	1.212 + 96%
insgesamt (ab 65- Jährige)	30.696	3.442	38.349	4.562 + 33%

Entnommen aus dem Altenhilfeplan des Landkreises Havelland

4 Rechtliche Grundlagen

4.1 Einleitung

Art 1 GG

„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“

Die wesentlichste rechtliche Grundlage ist unsere Verfassung. Die in Artikel 1 Abs. 1 zitierte Unantastbarkeit der menschlichen Würde ist im Umgang mit psychisch kranken Menschen ein unverzichtbarer Leitfaden, da in der alltäglichen Arbeit und in der Anwendung der weiteren Gesetze gerade bei diesem Personenkreis häufiger massiv in das Selbstbestimmungsrecht eingegriffen wird und damit eventuell auch in die Würde der betroffenen Menschen. Umso wichtiger erscheint es, sich diesem Grundsatz unseres Rechts sowohl in der alltäglichen Arbeit, als auch in der Planung stets bewusst zu sein.

Dass Art. 1 Abs. 1 GG für alle Menschen zutrifft wird nochmals in Art. 3 Abs. 3 GG deutlich gemacht:

Art 3 GG

„...“

(3) Niemand darf wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden. **Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.**“

Im Weiteren sind für die Psychiatrieplanung folgende Gesetze maßgeblich zu berücksichtigen:

Sozialgesetzbücher – SGB

Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz - BbgGDG

Brandenburgisches Psychisch Kranken Gesetz – BbgPsychKG

Bürgerliches Gesetzbuch Abschnitt 3, Vormundschaft, Rechtliche Betreuung, Pflegschaft - BGB.

Betreuungsbehördengesetz – BtBG

4.2 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz

Das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz - BbgGDG) wurde am 23.04.2008 novelliert.

Unter Ziele und Aufgaben wird in § 1 Abs.1 benannt: „Ziel des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist es, insbesondere durch fachliche Beratung und Aufklärung auf gesunde und gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse und gleiche Gesundheitschancen für alle hinzuwirken.“

Der Öffentliche Gesundheitsdienst stärkt die gesundheitliche Eigenverantwortung und wirkt auf die Vermeidung von Gesundheitsrisiken und gesundheitlichen Beeinträchtigungen hin.“

Sowohl für die pflichtigen Selbstverwaltungsangelegenheiten als auch die Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung werden für den Landkreis das Gesundheitsamt benannt und dessen Organisationsstruktur in § 2 beschrieben. Dessen Aufgaben werden u. a. in § 5 „Gesundheitsförderung und Gesundheitshilfen“ konkretisiert. Es heißt u. a. in § 5 Abs. 2: „Die Landkreise und kreisfreien Städte sind Anlaufstellen für Personen und Familien in gesundheitlichen Problemlagen.“ Und § 5 Abs. 3 besagt: „Die Landkreise und kreisfreien Städte vermitteln im Rahmen aufsuchender Hilfen Gesundheitshilfen für Personen, die aufgrund ihrer besonderen Situation keinen ausreichenden oder rechtzeitigen Zugang zum medizinischen Versorgungssystem finden oder deren komplexer Hilfebedarf besondere Koordination und Betreuung erforderlich macht. Dies gilt auch für Fälle von häuslicher Gewalt und sexueller Misshandlung.“

Dies verpflichtet das Gesundheitsamt und damit auch den Sozialpsychiatrischen Dienst (s. u.), bürgernah und niederschwellig zu arbeiten und auch aufsuchend tätig zu sein.

In § 8 „Psychisch Kranke, seelisch und geistig behindert Menschen“ findet explizit der Sozialpsychiatrische Dienst Erwähnung, in dem es heißt: „Die Landkreise und kreisfreien Städte beraten und betreuen psychisch kranke, seelisch und geistig behinderte sowie abhängigkeitskranke und -gefährdete Menschen sowie deren Angehörige durch ihre sozialpsychiatrischen Dienste. Diesen obliegt auch die Beratung und Betreuung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, soweit zu diesem Zweck keine eigenständigen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste bestehen.

Das Nähere regelt das Brandenburgische Psychisch-Kranken-Gesetz. Hier wird nochmals auf die Bedeutung von Kindern und Jugendlichen abgestellt, wie schon im gesamten § 6 „Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“.

4.3 Brandenburgisches Psychisch Kranken Gesetz – BbgPsychKG

Das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen sowie über den Vollzug gerichtlich angeordneter Unterbringung für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen im Land Brandenburg (Brandenburgisches Psychisch Kranken Gesetz - BbgPsychKG) ist am 13. Mai 2009 neu in Kraft getreten. Die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes sind wesentlich verändert worden und seine Stellung wurde deutlich gestärkt. Der Sozialpsychiatrische Dienst wurde durch die Gesetzesänderungen zur Sonderordnungsbehörde und ist damit mit allen Rechten und Pflichten einer Ordnungsbehörde ausgestattet worden.

Auch wenn sich das Gesetz in weiten Teilen mit der rechtlichen Regelung für untergebrachte, psychisch kranke Menschen sowohl innerhalb einer psychiatrischen Klinik als auch im Maßregelvollzug beschäftigt, beziehen sich die Abschnitte 2 und 3 des Gesetzes direkt auf Aufgaben des Landkreises und da explizit auf die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Denn als Träger der Hilfen im Sinne des Gesetzes sind die Landkreise und kreisfreien Städte benannt.

So heißt es in § 6 Abs. 1 dieses Gesetzes: „Träger der Hilfen nach § 5 sind die Landkreise und kreisfreien Städte mit ihren sozialpsychiatrischen Diensten nach § 8 des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes vom 23. April 2008 (GVBl I S. 95). Die Dienste sollen in den Gesundheitsämtern eigenständig und fachärztlich geleitet sein.“

Schon im § 5 wird deutlich gemacht, welche Hilfen durch den Sozialpsychiatrischen Dienst zu leisten sind. Hier heißt es in § 5 Abs. 1:

„Die Arten der Hilfen umfassen insbesondere:

1. ambulante und aufsuchende Formen der vorsorgenden, begleitenden und nachgehenden Betreuung auch während der stationären Behandlung,
2. die Beratung der hilfebedürftigen Personen und ihrer Angehörigen sowie die Vermittlung von qualifizierten Behandlungs- und Betreuungsangeboten durch Dritte,
3. die beratende und vermittelnde Tätigkeit für diejenigen Personen, Einrichtungen und Dienste, die an der Behandlung und Betreuung psychisch kranker oder seelisch behinderter Menschen beteiligt sind,
4. die Gewährleistung einer ausreichenden ambulanten Notfallversorgung für psychisch kranke oder seelisch behinderte Menschen in Zusammenarbeit mit den zuständigen ärztlichen Berufsorganisationen ,
5. die Mitwirkung bei nach Maßgabe dieses Gesetzes vorzunehmenden Unterbringungsverfahren.“

In § 6 Abs. 3 wird darauf hingewiesen, dass die Landkreise darauf hinwirken, dass „die für eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung erforderlichen Angebote im ambulanten, stationären, teilstationären und rehabilitativen Bereich in erreichbarer Nähe zu ihrem jeweiligen örtlichen Zuständigkeitsbereich vorhanden sind und die Träger dieser Angebote sich auf das Zusammenwirken bei der psychiatrischen Versorgung für einen oder mehrere örtliche Zuständigkeitsbereiche verpflichten.“ In Abs. 4 heißt es: „Zur Verwirklichung des in § 4 genannten Zieles der Hilfen arbeiten die sozialpsychiatrischen Dienste im Interesse der hilfebedürftigen Person mit der niedergelassenen Ärzteschaft, den Krankenhäusern und Entziehungsanstalten, den Sozialleistungsträgern, den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, Angehörigen- und Betroffenenorganisationen und allen anderen öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Organisationen, Einrichtungen und Stellen, die Hilfen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen erbringen, eng zusammen.“ In Abs. 5 wird noch die Förderung ehrenamtlicher Hilfen hervorgehoben.

In § 7 wird auf die Steuerungs- und Koordinationsaufgaben des Landkreises hingewiesen. Hierfür kann eine Psychiatriekoordinatorin / -koordinator benannt werden. Zur Koordinierung wird im Weiteren als beratendes Gremium die Gründung einer Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft empfohlen.

Abschnitt 3 des Gesetzes beschäftigt sich mit der „Öffentlich-rechtlichen Unterbringung“.

Eine solche Unterbringung wird nach dem Gesetz (§ 8) dann notwendig, wenn eine Person aufgrund ihrer psychischen Krankheit oder seelischen Behinderung gegen ihren Willen, in willenlosem Zustand oder gegen den Willen ihrer gesetzlichen Vertretungsperson oder gerichtlich bestellten Betreuungsperson nicht nur vorübergehend in eine Einrichtung der psychiatrischen Versorgung eingewiesen oder dort festgehalten wird. Voraussetzung für eine solche Unterbringung ist, dass die betroffene Person ihr Leben oder ihre Gesundheit ernsthaft gefährdet oder eine unmittelbare Gefahr für die öffentliche Sicherheit besteht.

Auch wenn in § 11 u. a. der Landkreis als Antragsteller für eine Unterbringung benannt ist, erfolgt in den meisten Fällen ein sofortiger Gewahrsam nach § 12. Hier kam es durch die Gesetzesnovelle im Mai 2009 aus Sicht der Landkreise und kreisfreien Städte zu einer weitreichenden Änderung im Gesetz, denn der Sozialpsychiatrische Dienst bekam die Aufgaben einer Sonderordnungsbehörde zugewiesen. Bis dato war es die Aufgabe der örtlichen Ordnungsämter, eine einstweilige Unterbringung anzuordnen. Diese Aufgabe ist nun an den Sozialpsychiatrischen Dienst übergegangen. Damit ist das Ordnungsbehördengesetz des Landes für den Sozialpsychiatrischen Dienst mit zu berücksichtigen.

Für den Fall, dass der Sozialpsychiatrische Dienst nicht rechtzeitig erreichbar ist, hat die integrierte Leitstelle eine Notärztin/einen Notarzt zu entsenden. Sie oder er hat dann die Möglichkeit, nach Prüfung der Voraussetzungen, eine einstweilige Unterbringung anzuordnen.

Im Weiteren werden im Abschnitt 3 des Gesetzes die Aufgaben und Pflichten des versorgenden Krankenhauses und die gesetzlichen Regelungen, wann eine Unterbringung zu beenden ist, benannt. Der Sozialpsychiatrische Dienst ist insofern in das Prozedere involviert, dass er auch während eines stationären Aufenthaltes beratend tätig sein soll und über die geplanten Schritte, insbesondere auch über eine Entlassung informiert werden und diese begleiten soll.

Der Abschnitt 4 des Gesetzes regelt den Vollzug von Maßregeln der Besserung und Sicherung. Da der Landkreis Havelland über keinen Maßregelvollzug verfügt, wird der Abschnitt nicht weiter beleuchtet.

Der Abschnitt 5 regelt die nachgehende Betreuung von Personen, die aus einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt entlassen wurden. Auch hier wird der Sozialpsychiatrische Dienst benannt, der mit fachärztlich angeleiteter Beratung und Betreuung den Übergang in das Leben außerhalb des Krankenhauses oder der Entziehungsanstalt und die Anpassung an das Leben in der Gemeinschaft erleichtern soll.

Die Abschnitte 6 und 7 enthalten die zu beachtenden Datenschutzbestimmungen, Übergangs- und Schlussvorschriften.

4.4 Sozialgesetzbuch – SGB

Das Sozialgesetzbuch ist der gesetzliche Rahmen für alle Leistungen der Sozialkassen, Rentenversicherungen und Sozialhilfeträger. Es ist in der Psychiatrieplanung im Wesentlichen zu berücksichtigen, denn psychisch kranke bzw. behinderte Menschen sind häufig Leistungsberechtigte im Sinne des Gesetzes. Es kann hier nicht das Gesetz umfassend und in seiner Komplexität dargestellt werden, aber es kann punktuell auf einzelne Bücher und Paragraphen hingewiesen werden, die in der Planung des Landkreises zu berücksichtigen sind.

Das SGB I regelt im Allgemeinen die Leistungen und Leistungsempfänger nach dem SGB und gibt damit die grundlegende Struktur der nachfolgenden Bücher vor.

Wesentlich zu berücksichtigende Paragraphen sind dabei:

§ 10 - Teilhabe behinderter Menschen

§ 27 - Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe

§ 28 - Leistungen der Sozialhilfe

§ 29 - Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Im SGB II ist § 16 (Leistungen zur Eingliederung) mit der angegebenen psychosozialen Betreuung und der Suchtberatung zu beachten.

Im SGB III, §§ 97 u. 98 werden Leistungen für behinderte Menschen zur Teilhabe am Arbeitsleben benannt, die zu berücksichtigen sind.

Im SGB VI werden u. a. die medizinische und berufsfördernde Rehabilitation der Rentenversicherungsträger dargestellt.

Das SGB VIII – Kinder- und Jugendhilfe regelt insbesondere in den §§ 35 - 40 die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche.

Das SGB IX legt fest, wie Rehabilitation und Teilhabe von behinderten Menschen zu verwirklichen ist. Dabei wird einerseits der Begriff der Behinderung (§ 2) definiert, andererseits die verschiedenen Leistungen (§ 4) und Leistungsgruppen (§ 5) zur Teilhabe beschrieben und die verschiedenen Rehabilitationsträger (§ 6) benannt. Im Weiteren werden die Verfahrensabläufe bei Antragstellung und die Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger festgelegt.

Das SGB XI benennt die Leistungen der Pflegeversicherung.

Wesentlich für die Psychiatrieplanung des Landkreises ist das **SGB XII**, und da insbesondere das Kapitel 6 – Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, denn daraus ergibt sich die Planung für den sogenannten komplementären Bereich (siehe Kap. 5.2.3), der in weiten Teilen durch die Eingliederungshilfe finanziert wird. Im Weiteren ist auch das Kapitel 8 – Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten zu beachten.

Über das eigentliche SGB hinaus sind die Gesetzlichkeiten und Richtlinien des Landes zum SGB zu berücksichtigen. Hier ist vorrangig das Ausführungsgesetz zum SGB XII zu nennen.

4.5 Bürgerliches Gesetzbuch – BGB / Betreuungsbehördengesetz - BtBG

Das Gesetz zur Reform des Rechts der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige ist am 1. Januar 1992 in Kraft getreten. Das Wesen der Betreuung besteht darin, dass für eine volljährige Person ein Betreuer bestellt wird, der in einem genau festgelegten Umfang für sie handelt. Das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen soll dabei gewahrt bleiben, soweit dies möglich und seinem Wohl zuträglich ist ⁽³⁹⁾. Da eine psychische Krankheit, geistige oder seelische Behinderung oft Voraussetzungen für eine Betreuung sind, spielen Betreuer in der Versorgung gerade chronisch, psychisch kranker Menschen eine wichtige Rolle. Sie sind oft direkte Ansprechpartner in Fragen der Gesundheit oder in anderen rechtlichen Belangen. Hier gibt das BGB den genauen Handlungsrahmen vor.

Wesentliche Ansprechpartnerin für die Betreuer, aber auch für die betroffenen Bürger ist die Betreuungsbehörde, die ihrerseits in enger Zusammenarbeit mit den Amtsgerichten steht. Seit Dezember 2009 ist im Landkreis Havelland die Betreuungsbehörde zusammen mit dem Sozialpsychiatrischen / Sozialmedizinischen Dienst in einem Sachgebiet zusammengefasst. Hier sind das Betreuungsbehördengesetz mit seinen Ausführungen zur Zuständigkeit und Aufgaben und die einschlägigen Datenschutzbestimmungen zu beachten.

5 Versorgungslage im Landkreis Havelland

5.1 Psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Die Facharzt- und Psychotherapeutendichte in Deutschland sowie die seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes erreichte Verbesserung der Versorgungslage sind im europaweiten Vergleich als positiv zu beurteilen. Die ambulante Psychotherapie ist durch die Psychotherapierichtlinien und Psychotherapievereinbarung geregelt und garantiert derzeit eine niedrigschwellige Zugangsmöglichkeit in wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Psychotherapie. Die Psychotherapieausbildung an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten hat einen europaweit vorbildlichen Qualitätsstandard erreicht. Außerdem wurden in den letzten Jahren deutliche Verbesserungen bei der Verzahnung der ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungsmöglichkeiten erreicht.

Trotz dieser Fortschritte sind auch Defizite in der gesundheitlichen Versorgung zu konstatieren. Dies trifft vor allem für die ambulante psychotherapeutische Versorgung in den neuen Bundesländern und die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu. Der Anteil von Kindern und Jugendlichen an der bundesdeutschen Gesamtbevölkerung beträgt ungefähr 20 %. Psychische Störungen sind bei Kindern und Jugendlichen in etwa gleich häufig wie bei Erwachsenen. Dagegen erreicht der Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an allen psychotherapeutischen Leistungserbringern derzeit nur 12,2 % ⁽⁴⁰⁾. Die regionalen Versorgungsunterschiede sind extrem groß. So kommen derzeit in Sachsen-Anhalt auf einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 200.000 Einwohner unter 18 Jahren, wohin gegen es in Baden Württemberg 3.787 sind. Vor allem in den neuen Bundesländern gibt es derzeit extrem wenige niedergelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (Brandenburg: 22, Mecklenburg-Vorpommern: 10, Sachsen: 53, Sachsen-Anhalt: 2, Thüringen: 15) ⁽⁴¹⁾. In der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgung sind Versorgungslücken nicht von der Hand zu weisen. Die Zahl der niedergelassenen Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) reicht nicht aus. Der Berufsverband der Brandenburger Kinder- und Jugendpsychiater ermittelte ein Versorgungsdefizit von 50 % (Landeshearing vom März 2006 zur Versorgung von Kindern im Land Brandenburg). Mit diesen Lücken bildet das Land Brandenburg jedoch keine Ausnahme. In den anderen neuen Bundesländern sind die Verhältnisse vergleichbar. Eine Bewertung der Versorgung mit niedergelassenen Psychologischen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten ist schwer möglich, weil die Psychologischen Psychotherapeuten für Erwachsene grundsätzlich die Berechtigung haben, Kinder und Jugendliche zu behandeln. Vor diesem Hintergrund ist die Versorgungssituation zwar formal gut, aus der Praxis ist aber bekannt, dass die überwiegende Zahl der Psychologischen Psychotherapeuten für Erwachsene keine Kinder und Jugendlichen behandeln.

Die **stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung** ist als qualitativ hochwertig und gesichert einzuschätzen, erfolgt jedoch nicht im Havelland selbst. Kinder und Jugendliche aus dem Havelland, die einer stationären psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung/Betreuung bedürfen, werden in erster Linie in **Brandenburg in der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Asklepios Klinikums** oder in **Neuruppin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Ruppiner Kliniken** betreut. Bevor eine stationäre Psychotherapie bei Kindern oder Jugendlichen durchgeführt werden kann, erfolgt nach fachärztlicher Überweisung zunächst eine Vorstellung in der jeweiligen Institutsambulanz der o. g. Kliniken.

Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen kommt darüber hinaus auch den **Sozialpädiatrischen Zentren, Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten**, den **Jugendämtern***, den **Erziehungs- und Familienberatungsstellen** sowie dem **Kinder- und Jugendgesundheitsdienst der Gesundheitsämter (KJGD)** große Bedeutung zu. So finden z. B. in manchen Bundesländern wie auch in Brandenburg die regelmäßigen Untersuchungen des KJGD von Kindern und Jugendlichen in Kitas und Schulen statt. Diese sind wichtig für die Früherkennung von Störungen und die damit verbundene Einleitung geeigneter Präventions- und Interventionsmaßnahmen und für die Datengewinnung zur Gesundheitsberichterstattung sowie Versorgungsplanung⁽⁴¹⁾.

Ein Kinder- und Jugendpsychiater in freier Niederlassung ist im Landkreis nicht tätig. Die kinder- und jugendpsychiatrische fachärztliche Betreuung/Versorgung erfolgt durch **niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater in Brandenburg** oder durch die **Institutsambulanzen der Kliniken in Brandenburg sowie in Neuruppin**. Anfang 2009 hat das Asklepios Fachklinikum in Brandenburg eine **Institutsambulanz in Rathenow** auch für Kinder- und Jugendliche eröffnet. Hier besteht die einzige fachärztliche Behandlungsmöglichkeit für Kinder und Jugendliche innerhalb des Landkreises.

Spezielle Kinder- und Jugendpsychiatrische Fragestellungen des Jugendamtes des Landkreises werden entweder durch eine niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterin in der Stadt Brandenburg oder durch den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst innerhalb des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Landkreises bearbeitet. Dieser ist durch einen Psychologen mit spezieller psychotherapeutischer Qualifikation besetzt. Eine Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie wird im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst nicht vorgehalten.

Im gesamten Landkreis stehen nur 3 Kinder- und Jugendpsychotherapeutisch tätige Diplompsychologen/Diplompsychologinnen mit Kassenzulassung in freier Niederlassung zur Verfügung – Rathenow: 0; Nauen: 1; Falkensee: 2. Darüber hinaus bestehen psychotherapeutische Kapazitäten in der Psychiatrischen Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche in Rathenow.

*Im Rahmen der Eingliederungshilfe gewährt nach Prüfung das Jugendamt Leistungen nach § 27 Abs. 3 und nach § 35a für Kinder und Jugendliche mit psychischen Behinderungen. Die inhaltliche Darstellung erfolgt in der Jugendhilfeplanung des Landkreises.

5.2 Psychiatrische Versorgung von Erwachsenen

5.2.1 Stationäre und teilstationäre Angebote

Havelland Klinik Nauen

Die vollstationäre Behandlung im östlichen Havelland (Altkreis Nauen) erfolgt in der Klinik Nauen. Im April 2009 wurde zu dem bereits bestehenden Angebot (zwei Stationen mit der Kapazität von jeweils 22 Betten für psychische Erkrankungen, Entgiftung von Substanzen wie Alkohol, Medikamente und Drogen) eine weitere Station mit psychosomatischem Behandlungsschwerpunkt und 18 Betten eröffnet.

Das teilstationäre Behandlungsangebot wurde seit Oktober 2008 auf insgesamt 27 Behandlungsplätze erweitert. Die bereits länger bestehende Tagesklinik in Nauen mit 12 Plätzen wurde um einen zweiten Standort in Falkensee mit 15 Behandlungsplätzen ergänzt.

Dieses teilstationäre Angebot umfasst die Diagnostik, Beratung und Behandlung für Menschen ab dem 18. Lebensjahr, die psychiatrisch oder psychosomatisch erkrankt sind oder sich in einer seelischen Krise befinden.

Für Patienten, die nicht die voll- oder teilstationäre Behandlung, aber einen Schutzraum brauchen, steht in Nauen seit August 2009 eine Krisenwohnung mit vier Plätzen zur Verfügung. Diese wird über Lichtblick e.V. betrieben und durch die Klinik betreut.

Asklepios Fachklinikum Brandenburg

Das Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie in Brandenburg a. d. Havel ist das aufnehmende Krankenhaus für den Bereich des westlichen Havellandes (Altkreis Rathenow). Zu ihm gehört u. a. die Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie mit sechs Stationen.

Seit Mai 2001 betreibt das Asklepios Fachklinikum Brandenburg in Brandenburg Havel eine Tagesklinik, seit 2006 zusätzlich eine Tagesklinik am Paracelsus Krankenhaus Rathenow.

5.2.2 Spezifische ambulante Behandlungsangebote

Der größte Teil der Patienten mit psychischen Erkrankungen wird von den hausärztlich niedergelassenen Ärzten behandelt. Dies ist bei den in Kapitel 3.4 dargestellten Fallzahlen und den unten angegebenen fachspezifischen Behandlungsangeboten nicht anders denkbar. Ob diese Angebote als ausreichend betrachtet werden können, wird kontrovers diskutiert und wird maßgeblich von Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung bestimmt.

Niedergelassene Nervenärzte

Falkensee 3, Rathenow 1, Premnitz 2, Schönwalde-Glien 1(Privatpraxis)

Niedergelassene psychologische und ärztliche Psychotherapeuten

Falkensee 11, Brieselang 1, Nauen 1, Rathenow 2, Premnitz 1

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA's)

PIA's sind Behandlungsangebote für Menschen mit einem erhöhten Behandlungs- und Betreuungsbedarf, denen ein rein fachärztliches und psychotherapeutisches Angebot nicht ausreicht. PIA's haben über die fachärztliche und psychotherapeutische Behandlung hinaus auch ergo- und sozio-therapeutische Angebote. Es werden Gruppentherapien, Angehörigengruppen und Psychoseminare angeboten. Die PIA's werden von den jeweiligen, für die Versorgung zuständigen Kliniken angeboten und sind mit den jeweiligen Tageskliniken assoziiert.

Je eine PIA gibt es in Falkensee, Nauen und Rathenow.

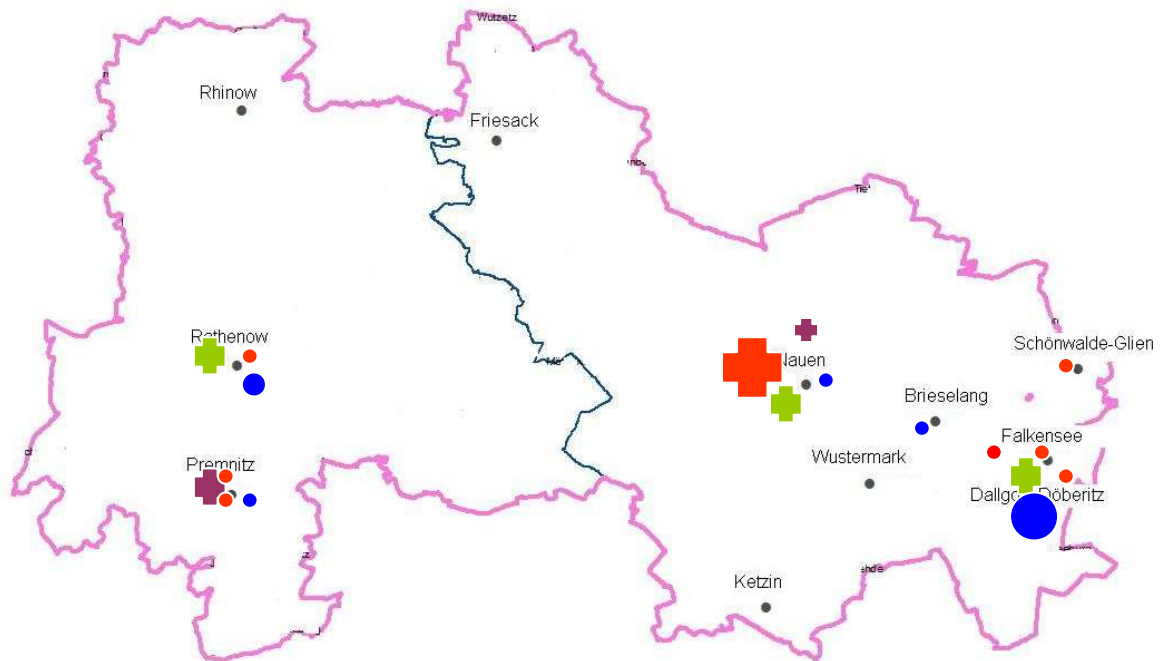
Soziotherapie

Soziotherapie ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen (daher findet sie Eingang in dieses Kapitel) für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und soll diesen die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. Im Weiteren soll die Soziotherapie dem Betroffenen mit strukturierten Trainingsmaßnahmen und Motivierungsarbeit helfen.






Soziotherapie wird im Havelland durch den ASB, Psychosoziale Betreuungsdienste im Havelland gGmbH Falkensee, angeboten.

Abb. 1

Psychiatrische / psychotherapeutische Behandlungsangebote (auch Sucht)



Legende :

-  Stationäre Plätze
-  Teilstationäre Plätze (Tagekliniken) und PIA
-  Teilstationäre und ambulante Rehabilitation für Suchterkrankte
-  Niedergelassene Nervenärzte
-  Niedergelassene Psychotherapeuten in unterschiedlicher Anzahl, siehe auch Kap. 5.2.2.2.

5.2.3 Komplementäre Betreuungsangebote

Als komplementäre Betreuungsangebote werden alle die Angebote bezeichnet, die den Betroffenen psychosoziale Betreuung außerhalb des medizinischen Angebotes bieten. Hierzu zählen u. a. Kontakt- und Beratungsstellen, betreute Wohnformen, Hilfen zur Arbeit und tagesstrukturierende Angebote. Viele der Angebote werden über Fördermittel des Landkreises oder des Landes Brandenburg oder durch Eingliederungshilfe nach SGB XII durch den Landkreis finanziert. Bei den unten angegebenen Einrichtungen ist jeweils vermerkt, wie viele Plätze durch den Landkreis belegt sind (Stand 01.02.2010)

Kontakt- und Beratungsstellen / Psychosoziale Betreuung

Sozialpsychiatrischer Dienst des Landkreises Havelland, Rathenow, Nauen, Falkensee.

„**Lichtblick e. V.**“, Nauen.

„**Lichtblick e.V.**“, Falkensee .

ASB Psychosoziale Betreuungsdienste im Havelland gGmbH, Falkensee.

AWO Betreuungsdienste gGmbH – Wohn- und Betreuungsverbund Havelland, Rathenow, Nauen, Friesack.

Angehörigengruppen, je eine in Rathenow und Falkensee.

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft im Bereich Wohnen

Tab. 9

Leistungen zur Teilhabe im Bereich Wohnen		
	Plätze insgesamt	Plätze durch den Landkreis Havelland belegt
Wohnstätte für chronisch psychisch kranke Menschen, ASB Psychosoziale Betreuungsdienste gGmbH, Friesack	16	13
Ambulant betreutes Wohnen für chronisch psychisch kranke Menschen, ASB Psychosoziale Betreuungsdienste im Havelland gGmbH, Falkensee	10	9
Betreutes Einzelwohnen für chronisch psychisch kranke Menschen, ASB Psychosoziale Betreuungsdienste im Havelland gGmbH, Falkensee	nach Bedarf	4
2 Wohngruppen für chronisch psychisch kranke Menschen, AWO Betreuungsdienste gGmbH – Wohn- und Betreuungsverbund Havelland	10	4
Betreutes Einzelwohnen für chronisch psychisch kranke Menschen, AWO Betreuungsdienste gGmbH – Wohn- und Betreuungsverbund Havelland	nach Bedarf	9 Nauen 6 Friesack 9 Rathenow

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft im Bereich Arbeit und Tagesstruktur

Tab. 10

Leistungen zur Teilhabe im Bereich Arbeit und Tagesstruktur		
	Plätze insgesamt	Plätze durch den Landkreis Havelland belegt
Arbeits- und Beschäftigungsprojekt Friesack AWO Betreuungsdienste gGmbH – Wohn- und Betreuungsverbund Havelland	nach Bedarf	0 *
Arbeits- und Beschäftigungsprojekt– Beschäftigungsstätte AWO Betreuungsdienste gGmbH – Wohn- und Betreuungsverbund Havelland	nach Bedarf	2
Arbeits- und Beschäftigungsprojekt Lichtblick e.V., Nauen	nach Bedarf	0 *
Arbeits- und Beschäftigungsprojekt ASB Psychosoziale Betreuungsdienste im Havelland gGmbH, Falkensee:	nach Bedarf	0 *
Tagesstätte für chronisch psychisch kranke Menschen, AWO Betreuungsdienste gGmbH – Wohn- und Betreuungsverbund Havelland	15	9
Werkstatt für behinderte Menschen, Arbeitsbereich für seelisch behinderte Menschen, Rathenower Werkstätten gGmbH	nach Bedarf	ca. 7
Werkstatt für behinderte Menschen, Arbeitsbereich für seelisch behinderte Menschen, Wohn- und Werkstätten „Theodor Fliedner“ LAFIM Brandenburg, Falkensee, Nauen	nach Bedarf	ca. 5

* Für die oben angegebenen Arbeits- und Beschäftigungsprojekte gibt es zurzeit keine Verträge zur Betreuung nach SGB XII mit dem Landkreis Havelland

Selbsthilfeangebote

Landesverband Brandenburg der Angehörigen psychisch Kranker e.V. Nauen, Potsdam.

Landesweite Kontakt- und Beratungsstelle der Landesarbeitsgruppe Brandenburg im Bundesverband für Psychiatrie-Erfahrene, Netzwerk Brandenburg e.V. Potsdam

Selbsthilfegruppe für Angehörige, Angehörige psychisch Kranker Havelland Falkensee, Rathenow

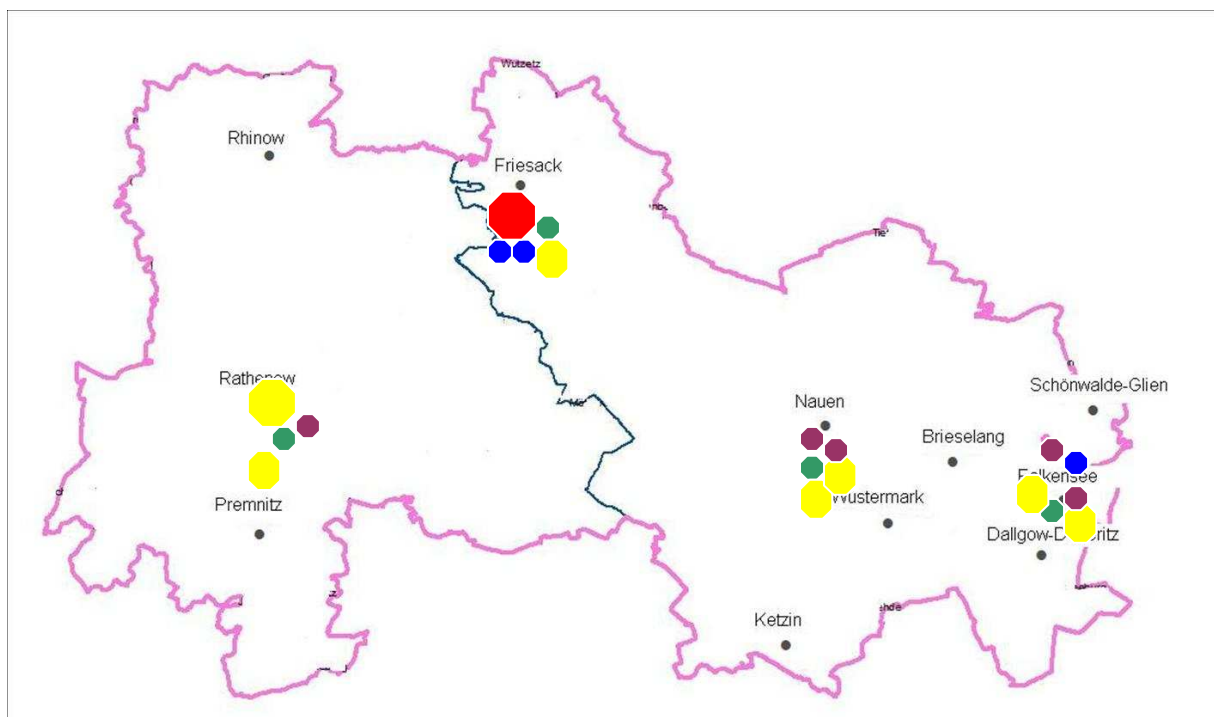
Selbsthilfegruppe Depressionen und Ängste für Betroffene, Beratungs- und Begegnungszentrum Falkensee e.V., Falkensee

Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, Volkssolidarität Rathenow e.V., Rathenow






Selbsthilfegruppe für psychisch Kranke in Rathenow, AWO Betreuungsdienste gGmbH – Wohn- und Betreuungsverbund Havelland

Abb. 2

Komplementäre Betreuungsangebote für psychisch kranke Menschen



Legende (siehe auch Tab. 9 und 10):

-  Wohnstätte für psychisch kranke Menschen
-  Ambulant betreute Wohngruppen
-  Betreutes Einzelwohnen
-  Leistungen zur Teilhabe im Bereich Arbeit und Tagesstruktur
-  Kontakt- und Beratungsstelle

5.3 Psychiatrische Versorgung von suchtkranken Menschen

5.3.1 Stationäre und teilstationäre Angebote

Hier muss im Allgemeinen zwischen Einrichtungen der akuten Hilfen und Einrichtungen der Rehabilitation unterschieden werden. Menschen, die durch ihre Suchterkrankung in eine akute medizinische und seelische Notlage geraten, können sich, auch unter Einfluss von Alkohol oder Drogen, an die zuständige Klinik (Havelland Klinik / Asklepios Fachklinikum) wenden und um Aufnahme bitten. Ebenso können in diesen Kliniken eine sogenannte qualifizierte Entgiftung und auch eine Behandlung anderer seelischer Begleiterkrankungen erfolgen.

Neben diesem Akutbereich gibt es für suchterkrankte Menschen auch die Möglichkeit einer stationären oder teilstationären Rehabilitation. Diese setzt voraus, dass der Betroffene abstinent ist und Willens, längerfristig abstinent zu leben. Die Entwöhnungsbehandlung erfolgt in der Regel für 12 Wochen, kann aber verlängert werden. Kostenträger sind die Rentenversicherungsträger, die Krankenkassen und der Sozialhilfeträger (die Zuständigkeit besteht in dieser Reihenfolge).

Im Havelland gibt es die Möglichkeit der Tagesrehabilitation im Premnitz. Eine stationäre Einrichtung der Rehabilitation oder Möglichkeiten der Adaption* sind im Havelland nicht vorhanden.

* Adaption bedeutet wörtlich: „Übergang“. Sie bezeichnet eine besondere Form der Behandlung, die den Übergang in das Alltagsleben ermöglichen soll. Die Therapie dauert in der Regel 10 – 12 Wochen und wird vom Rententräger finanziert.

Havelland Klinik Nauen

Die vollstationäre Behandlung von suchtkranken Menschen erfolgt im östlichen Havelland (Altkreis Nauen) in der Klinik Nauen auf einer Station mit 22 Betten für die Entgiftung von Substanzen wie Alkohol, Medikamente und Drogen.

Asklepios Fachklinikum Brandenburg

Das Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie in Brandenburg a. d. Havel ist das aufnehmende Krankenhaus für den Bereich des westlichen Havellandes (Altkreis Rathenow). Zu ihm gehört u. a. die Klinik für Abhängigkeitserkrankungen mit drei Stationen und ein auf Suchtprobleme und Abhängigkeitserkrankungen spezialisierter Institutsambulanzbereich.

Tagesrehabilitation, Forum Soziales Handeln Berlin Brandenburg GmbH

Im Gesundheitszentrum Premnitz gibt es die Möglichkeit der tagesklinischen Entwöhnungsbehandlung. Dort kann auch eine ambulante Nachsorge erfolgen.

5.3.2 Ambulante Therapie und ambulante Nachsorge

Entsprechend der stationären und teilstationären Entwöhnungsbehandlung gibt es auch die Möglichkeit der ambulanten Therapie für suchterkrankte Menschen. Nach Ablauf der regulären Rehabilitationsbehandlung ist oft das Angebot der ambulanten Nachsorge sinnvoll. Bis 2008 wurde auch im Gesundheitsamt eine solche Nachsorge angeboten. Dieses Angebot wurde aus personellen Gründen nicht mehr aufrecht erhalten, da es im Landkreis Havelland mehrere Stellen gibt, die sowohl ambulante Therapie als auch eine ambulante Nachsorge anbieten.

Suchtberatung Caritas, Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V., mit Standorten in Rathenow, Nauen und Falkensee.

Forum Soziales Handeln Berlin Brandenburg GmbH, Gesundheitszentrum Premnitz.

5.3.3 Kontakt- und Beratungsstellen

Kontakt- und Beratungsstellen im Suchtbereich sind niederschwellige Angebote für Betroffene und ihre Angehörigen, um sich über Alkohol-, Drogen- und Medikamentensucht, aber auch über Spiel- und Internetsucht beraten zu lassen. Auch der **Sozialpsychiatrische Dienst** hält an allen drei Standorten eine Beratungsstelle vor, verweist aber die Betroffenen, sofern diese eigenständig in die Beratung kommen, an die **Suchtberatung der Caritas** mit ihren Standorten in Nauen, Falkensee, Rathenow und an die **Suchtberatungsstelle Premnitz**. Der Sozialpsychiatrische Dienst sieht sich vorrangig für die Betroffenen verantwortlich, die keine Beratungsstelle aufsuchen wollen oder können und bei denen ein Hausbesuch notwendig wird (siehe auch Kapitel 5.5).

5.3.4 Komplementäre Hilfen für suchtkranke Menschen

Tab. 11

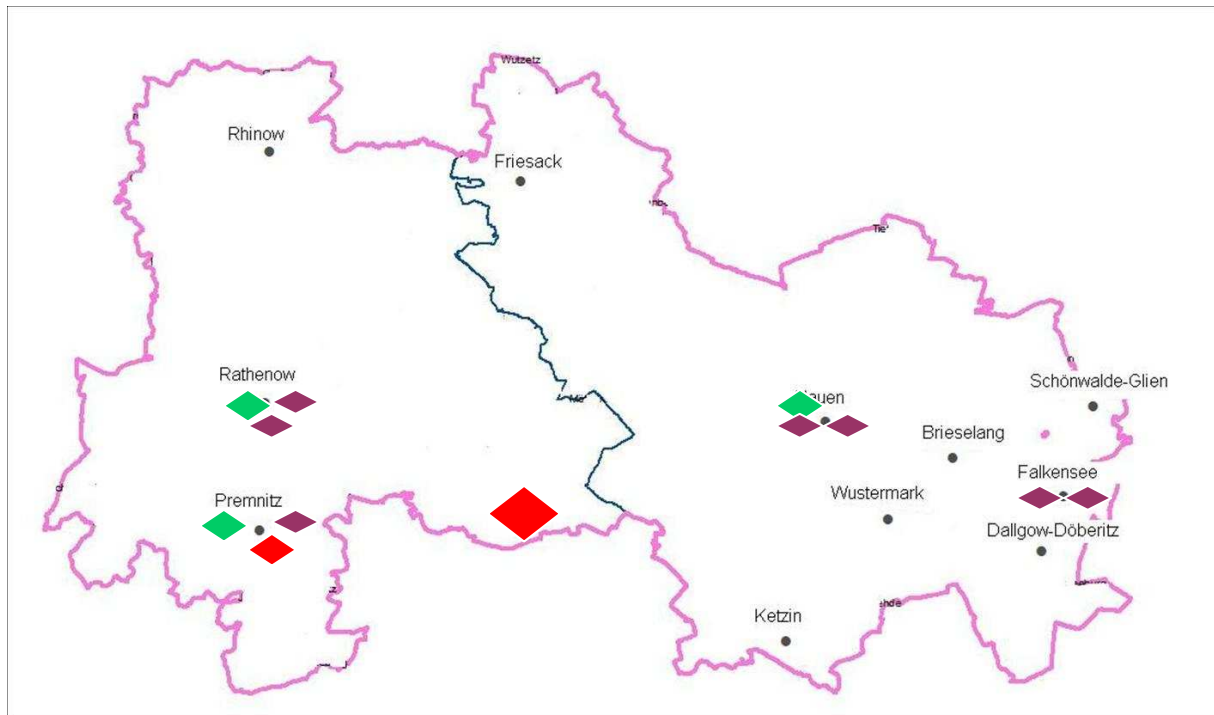
Komplementäre Hilfen für suchtkranke Menschen		
	Plätze insgesamt	Plätze durch den Landkreis Havel-land belegt
Dauerwohnstätte Premnitz gGmbH	28	8
Langzeittherapieeinrichtung für Suchtkranke SINALKOL e.V. Therapeutisches Zentrum Kieck	45	3
Betreutes Einzelwohnen für Suchtkranke, Caritas, Rathenow	nach Bedarf	0
Betreutes Einzelwohnen für Suchtkranke, Forum Soziales Handeln Berlin Brandenburg GmbH, Premnitz	nach Bedarf	2
Betreutes Einzelwohnen für Suchtkranke, SINALKOL e.V. Therapeutisches Zentrum Kieck, Nauen	nach Bedarf	0

5.3.5 Selbsthilfe




Die Selbsthilfe ist ein wesentlicher und unverzichtbarer Bestandteil auf dem Weg zur Abstinenz. Die Wichtigkeit für die einzelnen Betroffenen kann nicht oft genug unterstrichen werden. Selbsthilfegruppen sind in der Suchthilfe seit Jahrzehnten propagiert und etabliert. Dabei agieren die Selbsthilfegruppen oft unabhängig von jeder staatlichen Unterstützung und sind auf ihre Eigenständigkeit bedacht. Der Kontakt kann über die Beratungsstellen oder die anderen oben benannten Einrichtungen hergestellt werden.

Abb. 3

Komplementäre Hilfen für suchtkranke Menschen



Legende (siehe auch Tab. 11)

-  Langzeittherapieeinrichtung, Dauerwohnstätte
-  Betreutes Einzelwohnen
-  Kontakt- und Beratungsstellen

5.4 Spezielle Versorgungsangebote für psychisch kranke ältere Menschen

Viele psychische Störungen älterer Menschen unterscheiden sich nicht von denen jüngerer Menschen. Eine Ausnahme bildet hier die Demenz, die mit zunehmendem Alter in der Krankheitshäufigkeit steigt (siehe hierzu Kapitel 2.4). Trotzdem bedarf der ältere Mensch mit einer seelischen Störung besonderer Beachtung und auch eines speziellen Versorgungsangebotes, da neben der seelischen Erkrankung häufig auch körperliche Störungen und Erkrankungen hinzukommen. Neben der psychosozialen Betreuung spielt in vielen Fällen Pflege eine wesentliche Rolle.

5.4.1 Besondere Behandlungsangebote

Bei der Behandlung von psychisch kranken älteren Menschen spielen die niedergelassenen Hausärzte die wichtigste Rolle. Viele seelische Erkrankungen werden von ihnen mitbehandelt. Ebenso stehen die niedergelassenen Nervenärzte für eine umfassende Diagnostik und Behandlung zur Verfügung (siehe auch Kapitel 5.2). Darüber hinaus bieten die beiden pflichtversorgenden Krankenhäuser (Havelland Klinik, Asklepios Fachklinikum) spezielle gerontopsychiatrische Sprechstunden an. Zum Asklepios Fachklinikum Brandenburg, als aufnehmendes Krankenhaus für den Bereich des westlichen Havellandes (Altkreis Rathenow) gehört u. a. die Klinik für Gerontopsychiatrie mit zwei Stationen, zwei Tageskliniken (im Verbund mit der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) und ein Institutsambulanzbereich.

5.4.2 Auszug aus dem Altenhilfeplan des Landkreises Havelland zur Versorgung an Demenz erkrankter älterer Menschen

Die Versorgungsstrukturen für psychisch erkrankte ältere Menschen wurden im Rahmen des Altenhilfeplans des Landkreises Havelland ⁽²³⁾ unter dem Fokus der Versorgung an Demenz erkrankter Menschen eingehender betrachtet. Die nachfolgenden Darlegungen aus dem Altenhilfeplan sollen die Versorgungslage kurz beschreiben.

Um Aussagen zur Versorgungssituation der betroffenen Menschen im Landkreis Havelland treffen zu können, werden die Leistungsangebote des Vierten Kapitels, Fünfter Abschnitt des Sozialgesetzbuchs XI für Versicherte mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf und darüber hinaus bekannte Angebote für an Demenz erkrankte Menschen und deren Angehörige betrachtet. Nachfolgende Tabelle fasst die quantifizierbaren Angebote im Landkreis Havelland zusammen.

Tab. 12

Angebote für Menschen mit Demenz und für Personen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf im Landkreis Havelland	
<u>anerkannte</u> niedrigschwellige Angebote nach Kapitel vier, fünfter Abschnitt SGB XI	22
Betreuungsgruppen für Demenzkranke	7
Helferinnenkreise	9
Tagesbetreuung in Kleingruppen	5
Tageseinzeltbetreuung	-
Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige	-
Familientlastende Dienste	-
Kontakt- und Beratungsstelle für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen	1 (2 Stand-orte)
Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung nach Kapitel vier, fünfter Abschnitt SGB XI - durch ambulante Pflegeeinrichtungen	18
Angehörigen- und Selbsthilfegruppen (<i>nicht</i> nach Kapitel vier, Abschnitt fünf anerkannt)	4
Kontakt- und Beratungsstelle (<i>nicht</i> nach Kapitel vier, Abschnitt fünf anerkannt)	1

Hervorzuheben ist die *Kontakt- und Beratungsstelle für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen*, welche durch das Gemeinschaftswerk soziale Dienste Nauen e.V. im Landkreis Havelland **Träger übergreifend** betrieben wird. Neben der Gewinnung, Vermittlung und Schulung Ehrenamtlicher stehen der Erfahrungsaustausch der ehrenamtlichen Helferinnen, die Beratung Betroffener, die Koordinierung der anerkannten niedrigschwelligen Angebote sowie die Öffentlichkeitsarbeit im Mittelpunkt der Arbeit. Die Arbeit der Kontakt- und Beratungsstelle wird durch finanzielle Zuwendungen des Landkreises Havelland unterstützt.

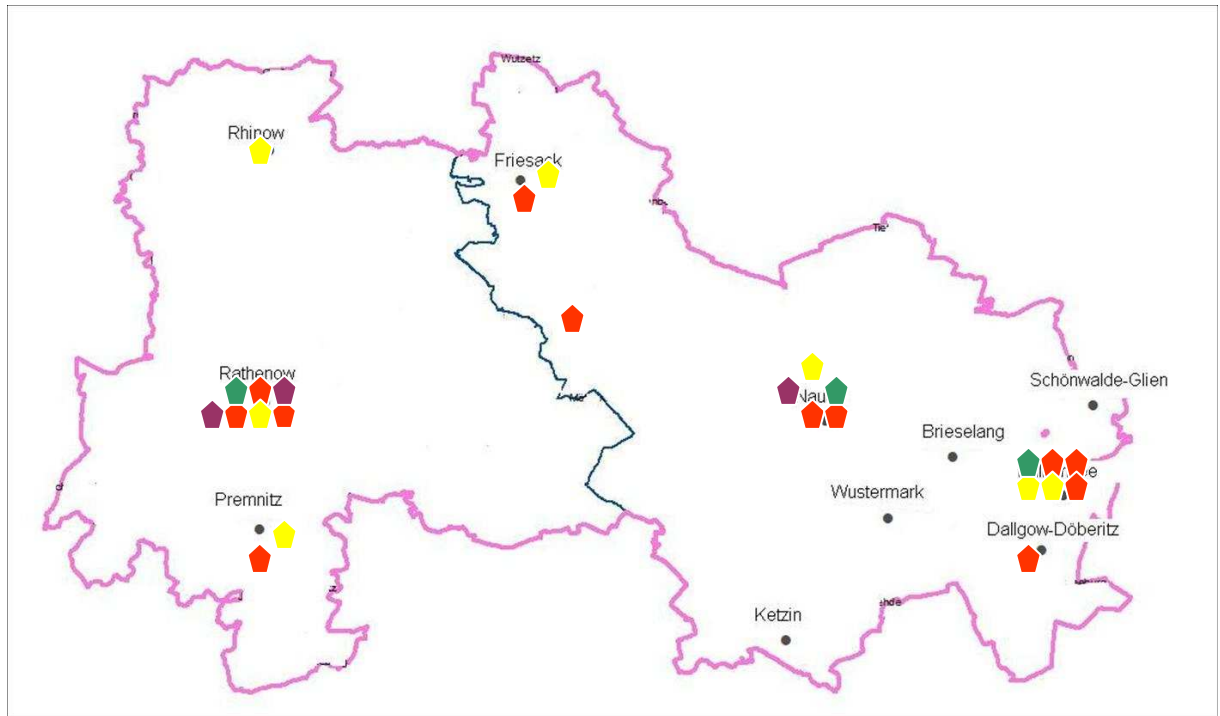
Die **Versorgungsstruktur** der Betreuungs- und Beratungsangebote für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen ist *insbesondere um die Mittelzentren Falkensee und Nauen*, aber auch Rathenow **gut ausgebaut**. **In den ländlichen Gebieten des Landkreises Havelland** ist eine **lückenhafte häusliche Versorgung Demenzerkrankter mit Pflege ergänzenden Leistungen** zu erkennen.

Versorgungsumfang und Angebotsvielfalt sind im östlichen Havelland stärker entwickelt und ausgeprägt. Die Versorgung ist dort auch deshalb besser aufgestellt, weil die Angebote hier im Gegensatz zum westlichen Havelland bereits verwurzelt und in der Öffentlichkeit akzeptierter sind. Im westlichen Havelland hingegen gab es lange keine vergleichbaren Angebote. Die Akzeptanz in der Bevölkerung ist entsprechend weniger vorhanden.





Neben dem Ausbau der Angebotslandschaft muss hier noch verstärkt Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit geleistet werden.

Abb. 4

Spezielle Versorgungsangebote für psychisch kranke ältere Menschen



Legende (siehe auch Tab. 12)

-  Vollstationäre Angebote (Pflegeheime mit speziellem Angebot für Demenzerkrankte)
-  Tagesstätte / Tagespflege
-  Betreutes Wohnen
-  Kontakt- und Beratungsstelle

5.5 Der Sozialpsychiatrische Dienst / Betreuungsbehörde

Mit der Novellierung des Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetzes im April 2008 wurde im § 8 den Sozialpsychiatrischen Diensten der Landkreise und kreisfreien Städte die Aufgabe zugewiesen, „psychisch kranke, seelisch und geistig behinderte Menschen sowie abhängigkeitskranke und –gefährdete Menschen sowie deren Angehörige“ zu beraten und zu betreuen. Des Weiteren weist das Sozialgesetzbuch XII in § 59 „Aufgaben des Gesundheitsamtes“ diesem umfassende Aufgaben in der Beratung für Menschen mit Behinderung oder deren Sorgeberechtigten zu, sowie bei Möglichkeiten der Rehabilitation oder der Vorbereitung von Leistungen der Eingliederungshilfe mitzuwirken.

Im Mai 2009 folgte eine Novellierung des Brandenburgischen Psychisch Kranken-Gesetzes. Diese machte den Sozialpsychiatrischen Dienst zu einer Sonderordnungsbehörde, die neben den vielfältigen Aufgaben nun auch die hoheitlichen Aufgaben, die bei vorläufigen Unterbringungen zu bewältigen sind, in ihr Tätigkeitsfeld übernehmen musste (siehe auch Kapitel 4.3). Um diesen Aufgaben gerecht werden zu können, kam es 2009 zu einer Umstrukturierung des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Ein Aspekt dieser Umstrukturierung war die **Regionalisierung** der Angebote des Sozialpsychiatrischen Dienstes mit ständiger Präsenz in den drei Mittelzentren des Landkreises. Durch neue Räumlichkeiten im Gesundheitszentrum Falkensee konnte dies für den Sozialpsychiatrischen Dienst in Falkensee umgesetzt werden. Durch die Übernahme der **Betreuungsbehörde** in das Gesundheitsamt konnte ein **Zusammenschluss der Betreuungsbehörde mit dem Sozialpsychiatrischen / Sozialmedizinischen Dienst in einem Sachgebiet** erfolgen. Auch die Betreuungsbehörde wurde an den drei Standorten Rathenow, Nauen und Falkensee etabliert. Zwar dürfen aus datenschutzrechtlichen Gegebenheiten die beiden Behörden nicht vermischt werden, trotzdem können beide Behörden ergänzend zusammenarbeiten. So kann bei schwierigen Hausbesuchen der einen oder anderen Behörde das „**Vieraugenprinzip**“* gewahrt werden. Durch Entbindungen von der Schweigepflicht können bestimmte Aufgaben von der einen auf die andere Behörde delegiert werden.

*Das Vieraugenprinzip meint, dass bei bestimmten Hausbesuchen grundsätzlich 2 Mitarbeiter vor Ort sind und zwar immer dann, wenn mögliche Gefahren für den betroffenen Bürger (z.B. bei Suizidalität) oder für die Mitarbeiter bestehen.

5.5.1 Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Die Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist es, psychisch kranke, seelisch und geistig behinderte Menschen sowie abhängigkeitskranke und –gefährdete Menschen sowie deren Angehörige zu beraten und zu betreuen. Dazu gehören:

- ambulante und aufsuchende Formen der vorsorgenden, begleitenden und nachgehenden Betreuung auch während der stationären Behandlung,
- die Beratung der hilfebedürftigen Personen und ihrer Angehörigen sowie die Vermittlung von qualifizierten Behandlungs- und Betreuungsangeboten durch andere,
- die beratende und vermittelnde Tätigkeit für die Personen, Einrichtungen und Dienste, die an der Behandlung und Betreuung der psychisch Kranken oder seelisch Behinderten beteiligt sind,
- die Gewährleistung einer ausreichenden ambulanten Notfallversorgung für psychisch Kranke oder seelisch Behinderte in Zusammenarbeit mit den zuständigen ärztlichen Körperschaften,
- die Ermittlung der Notwendigkeit und Durchführung nach Maßgabe des Gesetzes vorzunehmender Unterbringungsverfahren.

5.5.2 Struktur und Aufbau des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Landkreis Havelland

Das Gesetz gliedert drei Dienste / Bereiche, die im Landkreis Havelland in einem Dienst zusammengeführt sind: der Sozialpsychiatrische Dienst, der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst und die Psychiatriekoordination.

Die Aufgaben des **Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes** werden grundsätzlich durch den **Dipl. Psychologen und psychol. Psychotherapeuten** des Sachgebietes abgedeckt. Nur wenn ein fachärztliches Gutachten unabdingbar ist, wird der Facharzt für Psychiatrie des Gesundheitsamtes hinzugezogen. Einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie hält der Landkreis nicht vor. Bei einzelnen Aufgaben, insbesondere bei Unterbringungen nach BbgPsychKG, sind die Sozialarbeiterinnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes in die Aufgaben des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes involviert.

Der **Sozialpsychiatrische Dienst** ist regionalisiert an drei Standorten (Rathenow, Nauen, Falkensee) mit **je einer Sozialarbeiterin** aufgestellt. Die ärztliche Leitung übernimmt der **Facharzt für Psychiatrie** des Gesundheitsamtes. Für spezielle Fragestellungen wird der Psychologe und Psychotherapeut (siehe auch Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst) des Sachgebietes involviert.

Die Wahrnehmung von koordinierenden und steuernden Aufgaben in der Versorgung psychisch Kranker und seelisch Behinderter haben Landkreise entsprechend §7 des Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetz (BbgPsychKG) sicher zu stellen.

Im Landkreis Havelland wird diese Aufgabe eines **Psychiatriekoordinators** durch den Facharzt für Psychiatrie und Sachgebietsleiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Personalunion wahrgenommen.

Angelehnt an den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung und an den Zielen der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) fokussiert sich - unter Einbezug aller Beteiligten - die Tätigkeit des Psychiatriekoordinators auf die Weiterentwicklung der gemeindenahen psychiatrischen, psychosozialen Versorgung in unserem Landkreis. Durch regelmäßigen Informations- und Erfahrungsaustausch mit regionalen, an der Versorgung beteiligten Diensten und Teilnahme an verschiedenen überregionalen Veranstaltungen (Psychoseseminar - Das Dialogische Gespräch und AG Psychiatriekoordinator/innen des Landes Brandenburg) werden diese Ziele verfolgt.

5.5.3 Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes als Sonderordnungsbehörde

Seit der Novellierung des Brandenburger PsychKG (siehe auch Kapitel 4.2) kam es zu einer grundlegenden Änderung der Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Rahmen von öffentlich rechtlichen Unterbringungen. Zu solchen Unterbringungen darf es nur kommen, wenn erhebliche Gefahr für die Gesundheit oder das Leben des Betroffenen oder für die öffentliche Ordnung besteht. Schon die Formulierung macht deutlich, dass solche Einsätze mit einer großen Brisanz behaftet sind. Bis Mai 2009 waren die örtlichen Ordnungsämter für einen solchen Einsatz verantwortlich. Der Sozialpsychiatrische Dienst wurde zwar oft hinzugezogen, war aber nur zur fachlichen Einschätzung und für die Gesprächsführung vor Ort zuständig. Das Ordnungsamt war für die organisatorischen Aufgaben verantwortlich.

Seit Mai 2009 hat nun der Sozialpsychiatrische Dienst den Status einer Sonderordnungsbehörde. Das heißt, dass neben dem direkten Kontakt mit dem oft angespannten, teilweise hoch gereizten oder akut suizidalen Betroffenen und dessen meist nicht weniger angespanntem Umfeld, die organisatorischen Maßnahmen einzuleiten sind. Rettungswagen, oft Polizei oder Schlüsseldienst müssen organisiert werden, Verwandte oder Bekannte müssen hinzugezogen werden, um die Situation zu entspannen usw. Eine solche Situation erfordert oft sofortigen Einsatz und kann nicht alleine bewältigt werden. Zwar kann die Polizei in Amtshilfe angefordert werden, dies würde aber bedeuten, dass man zu dem Betroffenen grundsätzlich mit „großem Alarm“ fährt. Da viele Einsätze aber völlig unbegründet sind, wäre ein Polizeieinsatz in Amtshilfe bei jeder Vorort-Klärung unverhältnismäßig. Daher sind die Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes gehalten, diese Einsätze nur zu zweit zu fahren (außer die Vorinformationen lassen einen Einsatz alleine zu oder Polizei, Ordnungsamt etc. sind schon vor Ort). Dies beinhaltet, dass eine schnelle Erreichbarkeit und ein hohe Mobilität gegeben sein müssen.

Tragende Idee, die **Betreuungsbehörde** mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst zu assoziieren war, an jedem Standort jeweils zwei Sozialarbeiterinnen / Sozialarbeiter vorzuhalten, damit diese gemeinsam Einsätze sowohl des Sozialpsychiatrischen Dienstes als auch der Betreuungsbehörde durchführen können. Sozialpsychiatrischer Dienst und Betreuungsbehörde haben jeweils Einsätze zur Unterbringung bei selbstgefährdeten aber auch aggressiv gespannten Klienten zu bewältigen und daher das „Vieraugenprinzip“ zu wahren.

5.5.4 Die Betreuungsbehörde

Das Gesetz zur Reform des Rechts der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige ist am 1. Januar 1992 in Kraft getreten. Das Wesen der Betreuung besteht darin, dass für eine volljährige Person ein Betreuer bestellt wird, der in einem genau festgelegten Umfang für sie handelt. Das Selbstbestimmungsrecht des Betroffenen soll dabei gewahrt bleiben, soweit dies möglich und seinem Wohl zuträglich ist ⁽³⁹⁾.

Wesentlicher Ansprechpartner für Betreuer und auch betroffene Bürger seitens des Landkreises ist die Betreuungsbehörde, die in enger Zusammenarbeit mit den Amtsgerichten steht. Seit Dezember 2009 ist im Landkreis Havelland die Betreuungsbehörde zusammen mit dem Sozialpsychiatrischen / Sozialmedizinischen Dienst zu einem Sachgebiet zusammengefasst. Dies soll nicht nur dazu dienen, das oben erwähnte „Vieraugenprinzip“ in Fällen der Unterbringung zu wahren (siehe vorheriges Kapitel), sondern soll auch zu einem schnelleren Austausch beider Behörden führen, die oftmals die gleichen Klienten betreuen und mit ähnlichen Anliegen und Hilfsangeboten an die Betroffenen oder deren Angehörigen herantreten. Bei dieser Kooperation ist die **Wahrung des Datenschutzes** mit Einverständniserklärungen seitens der Betroffenen oder deren gesetzlichen Betreuer notwendig. Wurden diese gegeben, können im Sinne des Bürgers bürokratische Hürden abgebaut werden. Gleichzeitig kommt es zu Synergieeffekten innerhalb der Behörden. Personell setzt dies voraus, dass die Mitarbeiter beider bisheriger Behörden die Qualifikationen und Befähigungen haben, in beiden Behörden tätig zu sein.

5.6 Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG)

§7 des Brandenburger Psychisch-Kranken-Gesetz gibt allen an der Versorgung psychisch kranker Menschen Beteiligten das Recht, sich in einer Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft zusammen zu schließen. Dies trifft nicht nur für diejenigen zu, die professionell mit psychisch kranken Menschen arbeiten, sondern auch Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen oder ehrenamtlich arbeitende Menschen werden zur Zusammenarbeit in der PSAG aufgerufen. Dass dies in der Praxis oftmals nicht der Fall ist, sondern meist nur die „Profis“ übrig bleiben, hat sicherlich mit deren „Arbeitskreis-Kultur“ zu tun, die in ihrer Sprache und ihren Umgangsformen Menschen von außen wenig Platz lässt.

Die PSAG ist ein wesentlicher Bestandteil der psychosozialen Versorgung, denn sie vernetzt die verschiedenen an der Versorgung beteiligten Personen, Behörden, Institutionen und Verbände miteinander. Sie berät fachlich den Landkreis in seiner Planung und ist Motor für eine moderne Psychiatrielandschaft.

Die PSAG besteht im Landkreis Havelland seit 1994. Seit 2008 hat sie eine Geschäftsordnung (Anhang Kap. 7). Momentan gliedert sich die PSAG in zwei Arbeitskreise: in den Arbeitskreis für Gerontopsychiatrie und in den Arbeitskreis für Sucht, Erwachsenenpsychiatrie / Arbeit und Beschäftigung. Diese treffen sich vierteljährlich. Einmal im Jahr trifft sich die PSAG zu einem sogenannten Plenum, das die beiden Arbeitsgruppen zusammenführt und gemeinsame Anliegen bespricht. Der Arbeitskreis Kinder- und Jugendpsychiatrie bestand bis 2004, hat sich dann aber aufgelöst. Versuche, diesen neu zu installieren, waren bisher ohne Erfolg.

6 Empfehlungen

Dieses Kapitel soll nicht einzelne Lücken in der Versorgung psychisch kranker Menschen aufzeigen. Insgesamt kann gesagt werden, dass die Versorgung in ihren Angeboten überwiegend gut ist – eine Ausnahme bildet hier die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen (siehe Kap. 6.1) – es geht vielmehr um ein strukturelles Problem und einen eigenen Lösungsansatz, die hier ihre Darstellung finden sollen. Nimmt man zum Beispiel Angebote zur Tagesstrukturierung für psychisch kranke Menschen (siehe Tab. 10 und Abb. 2), sieht man zwar, dass es mehrere Angebote zur Arbeit, aber nur eine Tagesstätte mit 15 Plätzen in Rathenow für den ganzen Landkreis gibt. D.h., ein Betroffener aus Nauen muss für dieses Angebot über zwei Stunden Fahrzeit täglich in Kauf nehmen. Ein Umstand, der den meist schwer chronisch kranken Menschen kaum zuzumuten ist. Dieses Phänomen taucht auch in anderen Bereichen psychosozialer Versorgung auf.

Es wurden verschiedene Kategorien des Hilfebedarfs geschaffen: Stationär für Heime, teilstationär für Tagesstätten, ambulant für Betreutes Wohnen. Verschiedene Träger haben entsprechend dieser Kategorien Einrichtungen und Dienste geschaffen. Wird z.B. für einen Betroffenen ein teilstationärer Hilfebedarf festgestellt, ist dieser oftmals „gezwungen“ das Tagesstättenangebot anzunehmen, auch wenn er damit wenig anfangen kann und es seinem Bedarf nicht entspricht. Andere Hilfen werden ihm dann nicht unbedingt angeboten. Es ist also darzustellen, ob es nicht Möglichkeiten gibt, den zu gewährenden Hilfebedarf zu flexibilisieren und diesen ggf. auch trägerübergreifend anzubieten.

Dies zu verändern setzt ein mehr **personenzentriertes Hilfesystem** (in einem **Gemeindepsychiatrischen Verbund**) voraus. Ein **regionales Budget** kann dabei helfen, die Kosten in einem bestimmten Rahmen zu halten. Im Abschnitt 6.2 sollen die Punkte „Personenzentrierte Hilfen“, „Gemeindepsychiatrischer Verbund“ und „regionales Budget“ skizziert werden. Eine nähere Ausgestaltung muss im Weiteren erfolgen und kann nur in enger Zusammenarbeit mit den anderen Akteuren – Sozialamt, freie Träger, PSAG – gelingen.

Der Psychiatrieplan des Landkreises Havelland ist als ein Startschuss zu sehen hin zu einer modernen, gemeindenahen, komplementären psychiatrischen Versorgung, die sich an den Bedürfnissen des einzelnen orientiert. Die komplementäre Versorgung würde dabei einem Konzept (nämlich der personenzentrierten Behandlung und des regionalen Krankenkassenbudgets) der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatik der Havelland Klinik Nauen für den medizinischen Bereich im Osthavellandes entsprechen, das von Herrn Dr. med. Schütze als **Vision 2010plus** ausführlich im Jahrbuch 2009 der Havelland Klinik seine Darstellung findet ⁽⁴²⁾. Diese dort dargestellte, bedürfnisangepasste Behandlung soll eine adäquate und an der sozialen Situation des Betroffenen orientierte, frühe Hilfe sein, die das soziale Netzwerk des Betroffenen (Familie, Freunde, Arbeitskollegen) mit einbezieht. Die klassischen Grenzen der Versorgung mit stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung sollen einem flexiblen und den Bedürfnissen des Betroffenen entsprechenden System weichen.

6.1 Psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Wie in Kapitel 3.4 dargestellt muss von ca. 4300 Kindern und Jugendlichen mit einer psychischen Störung im Landkreis Havelland ausgegangen werden, davon gelten ca. 1200 als dringend behandlungsbedürftig. Zur Verfügung stehen nur eine Institutsambulanz mit einer tageweisen Sprechstunde einer Kinder- und Jugendpsychiaterin, einer Psychologin, einer Sozialarbeiterin und einer Arzthelferin in Rathenow und 3 im Havelland ambulant tätigen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. Bei Nachfrage an die Kassenärztliche Vereinigung, ob nicht weitere Zulassungen genehmigt werden können, wird darauf verwiesen, dass auch die anderen im Landkreis tätigen Psychotherapeuten nominell eine Zulassung für den Bereich Kinder und Jugendliche haben. Dass diese den Bereich nicht ausfüllen, findet keine Berücksichtigung.

Dass die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht ausreichend ist, ist augenscheinlich. Dabei ist eine frühzeitige und ausreichende Behandlung in diesem Bereich wesentlich, nicht nur um das Leid der Betroffenen und deren Familie akut zu lindern, sondern auch um Chronifizierungen, die zu langen und kostspieligen Krankheitsverläufen führen, zu verhindern.

Ein zusätzlicher niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater und 3 weitere Kinder- und Jugendpsychotherapeuten im Landkreis wären aus fachlicher Sicht zur Bedarfsdeckung dringend erforderlich. Es ist daher zu empfehlen, in den verschiedenen politischen Gremien auf eine Verbesserung gerade in diesem Bereich hinzuwirken.

6.2 Personenzentrierte Hilfen im gemeindepsychiatrischen Verbund

6.2.1 Personenzentrierte Hilfen

Psychische Störungen sind vielfältig und komplex. Noch vielfältiger sind aber die Menschen, die unter den verschiedenen psychischen Störungen leiden. So ist z.B. eine Schizophrenie eine schwerwiegende Erkrankung, die massiv in das Leben des Betroffenen und dessen Angehörigen eingreift. Doch die / der Betroffene ist nicht einfach ein „an Schizophrenie Erkrankte(r)“. Sie oder er ist ein Mensch mit ihrer / seiner eigenen Lebensgeschichte, mit einer Schulausbildung, einem Studium, einem Beruf. Sie / er hat Eltern, Geschwister, einen Partner und oft auch Kinder. Sie / er ist eingebettet in ein soziales Umfeld mit Freunden, Nachbarn und Arbeitskollegen. Und sie / er hat dann noch diese Erkrankung, die als Schizophrenie bezeichnet wird, die oftmals bei Anderen Angst auslöst und doch so vielfältig ist, dass eine Pauschalisierung grundsätzlich nicht angezeigt ist.

Eine solche Erkrankung geht oftmals mit einem Einbruch der persönlichen und sozialen Kompetenzen einher. Dies erfordert nicht nur Behandlung, sondern auch weitergehende Hilfen.

Dabei ist die Implementierung des personenzentrierten Ansatzes nicht auf die Sozialhilfe (SGB XII) begrenzt, sondern zu jedem Zeitpunkt ist größter Wert darauf zu legen, integrierte Hilfeleistung und Komplexleistung so zu definieren und zu verstehen, dass damit auch Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen, die von anderen Rehabilitationsträgern finanziert werden, in den Blick genommen werden. Im SGB IX ist diese Herangehensweise an integrierte Rehabilitation im Sinne personenzentrierter Hilfeleistung aufgenommen worden und hat insofern bundesweit Gesetzeskraft. Im § 4 SGB IX werden zu den die Teilhabe ermöglichenden Leistungen Folgende gezählt:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,
- sowie Leistungen zur Teilhabe an der Gemeinschaft.

Dabei sollen die unterschiedlichen Rehabilitationsarten sehr viel stärker zusammengeführt werden (§ 12 SGB IX) ⁽⁴³⁾.

Die Hilfen sollen dabei lebensweltbezogen und zielorientiert sein, sie sollen sich unmittelbar an dem individuellen Hilfebedarf in Absprache mit dem Hilfesuchenden und wichtigen Bezugspersonen orientieren. Es sollen dabei insbesondere auch nicht-psychiatrische und nicht-professionelle Hilfen mit einbezogen werden ⁽⁴³⁾.

Zur Erfassung des persönlichen Hilfebedarfs und zur Erstellung eines **individuellen Hilfeplanes** bedarf es eines einheitlichen Vorgehens. Im Land Brandenburg ist hierfür das **Brandenburger Hilfebedarfs Erfassungsinstrument** etabliert, das über ein strukturiertes Erfassen von Bedarfen die Einteilung in Hilfebedarfgruppen ermöglicht. Bundesweit wird meist auf den **IBRP (= integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan)** zurückgegriffen, der gerade bei psychisch erkrankten Menschen eine gute Darstellung von Ressourcen und dem Hilfebedarf gibt und damit eine **integrierte und zielgerichtete individuelle Hilfeplanung** ermöglicht ⁽⁴⁴⁾.

„Einer integrierten Hilfeplanung hat als nächster Schritt die abgestimmte Beschlussfassung über die erforderlichen Hilfen zu folgen. Dazu wird vorgeschlagen, eine Hilfeplanungskonferenz zu bilden, an der nehmen teil autorisierte Vertreter

- *der Leistungserbringer für Hilfen zur Teilhabe,*
- *des sozialpsychiatrischen Dienstes,*
- *der versorgungsverpflichteten psychiatrischen Kliniken,*
- *der Wohnungslosenhilfe,*
- *der Leistungsträger.*

Hilfeempfänger, ihre Angehörigen oder sonstigen Bezugspersonen, gesetzliche Betreuer werden grundsätzlich eingeladen und können auf Wunsch teilnehmen. Ihre Teilnahme ist nicht obligatorisch.“ ⁽⁴³⁾.

Ergebnis einer solchen Hilfeplankonferenz sollte ein individuelles Hilfsangebot mit klarer Zielvereinbarung sein, das dem Betroffenen eine Versorgung in seinem bisherigen sozialen Kontext (soweit dies von dem Betroffenen erwünscht und nicht durch andere Faktoren eingeschränkt ist) ermöglicht. Dieses so entwickelte Hilfsangebot wird oftmals nicht durch einen Leistungserbringer anzubieten sein. Es bedarf einer vernetzten Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer. Eine solche Vernetzung lässt sich am Besten in einem **Gemeindepsychiatrischen Verbund** realisieren.

6.2.2 Der Gemeindepsychiatrische Verbund

Der Gemeindepsychiatrische Verbund ist ein vertraglicher Zusammenschluss aller Leistungserbringer für Leistungen zur Teilhabe. Es sind verschiedene vertragliche Regelungen modellhaft beschrieben ⁽⁴³⁾. Diese können hier nicht im Einzelnen dargestellt werden und bedürfen einer weiteren Diskussion (siehe auch Kap. 6.2.5). Ein derartiger Zusammenschluss bietet die Möglichkeit individueller Hilfsangebote an Menschen mit einem umfassenden Hilfebedarf, denn die Hilfen können entsprechend der vertraglichen Regelungen trägerübergreifend erfolgen und sind nicht mehr an die verschiedenen Einrichtungen gebunden. Er ermöglicht es darüber hinaus, quasi alle Menschen mit psychischen Erkrankungen oder seelischen Behinderungen gemeindenah im Landkreis selbst zu versorgen. Dies sollte als Verpflichtung für den Gemeindepsychiatrischen Verbund verstanden werden.

6.2.3 Steuerung der Finanzierung

„Die bedarfsgerechte Leistungserbringung setzt eine bedarfsgerechte Finanzierung der Leistungen voraus. Die finanzielle Steuerung muss folgende Aspekte umfassen:

- *angemessene Finanzierung der erforderlichen Hilfen im Einzelfall,*
- *Klärung der sachlichen Zuständigkeit,*
- *Steuerung der Ausgaben- bzw. Einnahmenvolumina der Leistungsträger und Leistungserbringer.*

Die Vergütung soll sicherstellen, dass die Hilfe in Art und Umfang bedarfsgerecht erbracht werden kann und dabei Anreize zu effektivem und wirtschaftlichem Handeln bieten. Das Vergütungssystem muss Möglichkeiten zur regionalen Steuerung bieten, damit Ausgaben und Leistungen planbar bleiben.

*Bei Vergütungssystemen kann man zunächst zwischen retrospektiver und prospektiver Finanzierung unterscheiden. Die **retrospektive Finanzierung** ist die Bezahlung für bereits erbrachte, daher messbare Leistung. Die **prospektive Finanzierung** bezieht sich auf künftige Leistungen im Umfang eines erwarteten Hilfebedarfs.“* ⁽⁴³⁾

Fachlich gesehen ermöglicht die prospektive Finanzierung, diese einzelfallbezogen und unter Beachtung therapeutischer Kontinuität zu gestalten.

Die zu lösenden Problempunkte sind hierbei die Bedarfsermittlung (siehe hierfür Kap. 6.2.1) und die Steuerung der Ausgaben. Hierzu erneut ein Zitat aus „Personenzentrierte Hilfen im gemeindepsychiatrischen Verbund“⁽⁴³⁾.

„Der Gesetzgeber hat sich im Bereich der Eingliederungshilfe für die prospektive Finanzierung entschieden und sich mit der BSHG-Reform 1996 vom Einrichtungsbezug gelöst. Orientierungspunkt ist dabei nicht die individuelle Einzelleistung, sondern der Bedarf bei „Gruppen von Hilfeempfängern mit vergleichbarem Hilfebedarf.“

Die Gesetzesformulierung wird oft zum Begriff „Hilfebedarfsgruppen“ verkürzt. Im nächsten Schritt wird dann ‚Bedarf‘ mit Einrichtungstypen gleichgesetzt – und schon ist man wieder beim gewohnten Einrichtungsbezug. Besser ist der Begriff ‚Hilfeempfängergruppen‘ mit klarem Bezug zu den Individuen mit speziellen Hilfebedarfen, die allerdings zur einfacheren finanziellen Abwicklung gruppiert werden.“

Eine solche Eingruppierung kann sowohl durch das in Brandenburg übliche Brandenburger Hilfebedarfs-Erfassungsinstrument erfolgen als auch durch das von der AKTION PSYCHISCH KRANKE und durch die Bundesregierung geförderte IBRP-Verfahren (siehe Kap. 6.2.1)

Dabei ist für die **Steuerung der Finanzvolumina** zu beachten:

*„Bei ihrem fachlichen Einsatz für hilfebedürftige Menschen benötigten Leistungserbringer wie Leistungsträger eine ausreichende Planungssicherheit. Das **regionale Budget** und die einrichtungsbezogenen Budgets müssen weiterhin steuerbar bleiben. Die Verhandlungen sollten jedoch nicht über budgetierte Plätze, sondern über Budgets geführt werden. Dieses wäre dann unter Federführung der Hilfeplanungskonferenz bedarfsgerecht zu verteilen.“⁽⁴³⁾*

Eine budgetneutrale Umstellung ist das Ziel.

„Die Loslösung der Finanzierung vom Einrichtungsplatz ist zwingendes Gebot der Stunde. Die Möglichkeiten der Leistungserbringung müssen dringend flexibilisiert werden. Eine ausschließliche Orientierung am individuellen Bedarf ohne Angaben zu finanziellen Anhaltsgößen entspricht jedoch weder den ökonomischen Realitäten noch den gesetzlichen Vorgaben. Im Sinne einer gemeinsamen Verantwortung für die regionale Versorgung sollten Träger und Leistungsträger über diese Rahmengrößen verhandeln. Den sinnvollen Einsatz des regionalen Budgets kann eine Hilfeplanungskonferenz sicherstellen.“⁽⁴³⁾

6.2.4 Qualitätssicherung

Persönliche Hilfen, sind sie durch eine individuelle Hilfeplanung aufgestellt und durch die Leistungsanbieter im Gemeindepsychiatrischen Verbund verwirklicht, lassen sich in ihrer Qualität und Wirksamkeit nicht alleine durch Entwicklungsberichte und Angaben von abgeleiteten Stunden darstellen. Auch die Darstellung von erreichten Zielen, wie sie in der zur Hilfeplanung dazugehörigen **Zielplanung** erfolgt ist, kann nicht ausreichend Auskunft über die Wirksamkeit von Hilfen geben. Personenzentrierte Hilfen benötigen auch **personenzentrierte Qualitätskriterien**.

Lebensqualität, erreichtes persönliches, soziales und psychisches Funktionsniveau, verringerte Anzahl von Krankenhaustagen und erniedrigte Einnahme von Psychopharmaka können Aussagen über die individuelle Wirksamkeit der Hilfen geben. Diese Parameter sollten systematisch erfasst werden. Instrumente, wie sie in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben sind (vgl. hierzu Priebe et al.⁽⁴⁵⁾), sollten dabei ihren Einsatz finden.

Die Erhebung sollte parallel zu der regelmäßigen Erfassung des Hilfebedarfs erfolgen und im Weiteren bei der Hilfeplanung berücksichtigt werden. Dieser an Bedeutung zunehmende Schwerpunkt der Qualitätssicherung, Steuerung und Koordination im Sozialpsychiatrischen Dienst wird bei der Bemessung personeller Ressourcen zu bedenken sein.

6.2.5 Fazit

Personenzentrierte und bedürfnisorientierte, wohnortnahe Hilfen für psychisch kranke Menschen, egal welchen Alters, entsprechen dem Bild einer modernen psychiatrischen Versorgung. Sie würden sich gut in die Sozialplanung des Landkreises Havelland integrieren lassen und entsprächen dem Impetus anderer Projekte im Landkreis („Netzwerk Gesunde Kinder“, „Vision 2010 plus“ u. a.). Die Einführung einer grundlegend veränderten Hilfeplanung und die Bildung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes bedarf großer Anstrengungen aller Beteiligten, einer umfassenden Planung und einer vertraglichen Ausarbeitung eines gemeinsamen Regelwerkes. Ebenso muss eine so grundlegende Veränderung kostenneutral gestaltet werden. Hier müssen verschiedene Modelle (z.B. das regionale Budget) der Finanzierung mit allen Beteiligten diskutiert werden.

Die Verwaltung des Landkreises Havelland wird in Zusammenarbeit mit der PSAG des Landkreises eine personenzentrierte Hilfeplanung und einen Gemeindepsychiatrischen Verbund entwickeln. Die **PSAG** ist von Gesetzes wegen das Gremium, das alle an der Versorgung psychisch kranker Menschen Beteiligte, einschließlich der Selbsthilfe- und Angehörigenvertretungen an einen Tisch bringen und die politische Entscheidungsebene beraten soll (siehe Kap. 5.6).

Anhang

Geschäftsordnung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) des Landkreises Havelland

1. Mitgliedschaft

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft des Landkreises Havelland ist ein freiwilliger Zusammenschluss von Einrichtungen und Personen, die an der Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen im Landkreis Havelland beteiligt sind.

Die Mitgliedschaft setzt die Anerkennung der Geschäftsordnung voraus.

2. Stimmberechtigung

- a) Nicht jedes Mitglied ist stimmberechtigt. Stimmberechtigte Mitglieder (SM) bedürfen einer formalen Bestätigung durch die Mitgliederversammlung der PSAG. Die Stimmberechtigung in einem Arbeitskreis, kann vorab durch den Arbeitskreis gegeben werden, bedarf dann eine Bestätigung der Mitgliederversammlung der PSAG.
- b) SM sind namentlich zu benennen. Jedes SM hat das Recht zu Sitzungen, an denen es nicht teilnehmen kann, namentlich eine(n) StellvertreterIn zu benennen. Jeder aktiv in der PSAG tätige Träger kann jeweils nur ein SM benennen.
- c) Vertreter / Vertreterinnen von Selbsthilfegruppen und Angehörigengruppen, sowie Personen des öffentlichen Lebens kann unabhängig von einer Trägerschaft ein Stimmrecht zuerkannt werden.
- d) Entsprechend der oben beschriebenen Regelung können zusätzlich stimmberechtigte Mitglieder der verschiedenen Arbeitskreise (AK) gesondert benannt werden. Sie haben Stimmrecht in den AK, aber nicht in der Mitgliederversammlung der PSAG. Das SM der PSAG muss auch in einem AK aktiv tätig und dort stimmberechtigt sein. Ein SM oder dessen Stellvertreter muss mindestens 2 Mal jährlich an einem AK-Treffen teilnehmen, sonst verliert es und der Träger / die Gruppe seine Stimmberechtigung. Diese muss dann erneut beantragt werden. Es gilt die oben benannte Regelung.

3. Ziele und Aufgaben

Die PSAG und ihre Arbeitskreise fördern die Kooperation und Koordinierung sowie den Erfahrungsaustausch zwischen öffentlichen Verwaltungen, Einrichtungen und Personen, die an der Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen beteiligt sind.

Sie fördern die Sicherstellung und Weiterentwicklung der psychiatrischen und psycho-sozialen Versorgung und wenden sich mit entsprechenden Anregungen an die zuständigen Stellen.

Sie wirken an der Erarbeitung und Weiterentwicklung des Psychiatrieplans mit und nehmen gegenüber dem Landkreis Stellung zu geplanten Projekten der psycho-sozialen Versorgung.

4. Aufbau der PSAG

Die PSAG bildet Arbeitskreise (AK). Die AK können im Einvernehmen mit der PSAG verändert werden.

Die AK treffen sich mindestens einmal im Quartal.

Die Arbeitskreise wählen mit der einfachen Mehrheit der anwesenden SM eine(n) Sprecher/in und ein(e) Stellvertreter/in für die Dauer von zwei Jahren. Eine Wiederwahl ist möglich. Die Abwahl eines Sprechers kann mit zweidrittel Mehrheit der anwesenden SM erfolgen. Sowohl zur Wahl, wie auch zur Abwahl eines Sprechers müssen die stimmberechtigten Mitglieder mindestens 4 Wochen zuvor schriftlich eingeladen werden.

Die AK erstellen Bestandsaufnahmen und Planungen für ihre jeweiligen Bereiche, beraten über Projektanträge und reichen diese mit einem Votum an den Sprecherrat und die gemäß § 7 (4) BbgPsychKG zu beratenden Stellen weiter.

Die Interessen der AK werden gegenüber der Öffentlichkeit und des Landkreises durch die Sprecher/innen vertreten.

Die Sprecher/innen der AK bilden den Sprecherrat der PSAG.

5. Leitung der PSAG

Die PSAG wird vom Sprecherrat gleichberechtigt geleitet. Er wird durch einen Vertreter des Gesundheitsamtes beraten. Er trifft sich mindestens zweimal im Jahr.

Der sozial-psychiatrische Dienst unterstützt die Arbeit des Sprecherrates der PSAG.

6. Mitgliederversammlung (Plenum)

Die Mitglieder der PSAG sollen sich mindestens einmal im Jahr zur Mitgliederversammlung treffen, zu der der Sprecherrat einlädt.

Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder gefasst. Bei Stimmengleichheit ist der Antrag abgelehnt.

Auf Antrag kann eine Abstimmung schriftlich und geheim verlaufen.

7. Protokolle und Einladungen zu Sitzungen

Sowohl die Mitgliederversammlung wie auch die Treffen der Arbeitskreise werden protokolliert. Ein Protokollführer wird jeweils vor der Sitzung bestimmt. Die Protokolle werden per E-Mail oder, falls nicht vorhanden, postalisch an die stimmberechtigten Mitglieder des Arbeitskreises und an die Teilnehmer der jeweiligen Sitzung, soweit sie es wünschen, versandt.

Träger oder Einzelpersonen, die zweimal nacheinander unentschuldig bei einer Mitgliederversammlung gefehlt haben, erhalten danach kein Protokoll, jedoch Einladungen zu den Sitzungen.

8. Inkrafttreten

Die Geschäftsordnung tritt durch Beschluss der PSAG am 02.07.08 in Kraft und wird jährlich fortgeschrieben.

Die Geschäftsordnung wird dem Landkreis Havelland zur Kenntnis gegeben. Der Landkreis Havelland wird dabei gebeten, die unter Punkt 5 erwähnte Unterstützung des Sprecherrates durch den Sozialpsychiatrischen Dienst zu bestätigen, ansonsten entfällt, bis zur Bestätigung durch den Landkreis, dieser Abschnitt.

Nauen, den 02.07.2008

Literatur

1. Riedel-Heller, Lupp, Angermeyer. Psychiatrische Epidemiologie in Deutschland. Psychiatrische Praxis 2004
2. Bastine RHE, Klinische Psychologie (3.ed. Vol. 1) Kohlhammer, 1998.
3. Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Heft 41, 2008
4. Psychiatrische Epidemiologie und Bevölkerungsmedizin. Prinzipien der Versorgungsforschung. Der Nervenarzt VOL 76 (5) p. 633-44, 2005.
5. Lademann, Merteradeer et al. Psychotherapeutenjournal, Heft 2, 2003.
6. GEK Gesundheitsreport 2004
7. Grobe, Döhrning, Schwartz. GEK Gesundheitsreport 2001. Asgard Verlag 2001.
8. Deutscher Bundestag. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland zur psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bundesdrucksache 7/4200. Bonn, 1975.
9. Rodewischer Thesen. Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation vom 23.05. – 25.05.63. Z. ges. Hygiene 1965
10. Waldmann. Was wurde aus den Rodewischer Thesen? 25 Jahre Psychiatrie-Enquete, Band 1. Bonn 2001
11. Greve. Kooperation stärken. Soziale Psychiatrie 01/2007.
12. Steinhardt. Psychiatrie ohne Schubladen. Psychosoziale Umschau, 3/2006.
13. Dilling, Mombour, Schmidt. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 4. und ergänzte Auflage. Verlag Hans Huber, 2000.
14. Saß, Wittchen, Zaudig. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM IV. 3. ed. Hogrefe Verlag, 1998.
15. Strategiepapier – Strategien und Handlungsempfehlungen zur Entwicklung des Landkreis Havelland bis 2020.
16. Möller, Laux, Kapfhammer (Hrsg.). Psychiatrie und Psychotherapie. Springer Verlag 2000.
17. Wittchen, Müller, Pfisterer, et al. Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. Gesundheitswesen 61. Springer Verlag, 12/1999.
18. Stoppe. Depression im Alter. Bundesgesundheitsblatt, Band 51, Heft 4. Springer Verlag, 4/2008.

19. Cibis, Bramesfeld, Blume, Havers, Hegerl. Optimierte Versorgung depressiv Erkrankter. Bundesgesundheitsblatt, Band 51, Heft 4. Springer Verlag, 4/2008.
20. Wolfersdorf, Ruppe, Keller, König. Chronifizierung bei depressiven Erkrankungen und psychosoziale Faktoren. In: Bauer, Berghöfer (Hrsg.). Therapieresistente Depressionen. Springer Verlag 1997.
21. Richter, Berger, Reker. Nehmen psychische Störungen zu? Psychiatrische Praxis, Band 35. Thieme Verlag 10/2008.
22. Landesgesundheitsamt im Landesamt für Soziales und Versorgung. Brandenburger Sozialindikatoren 2007. Aktuelle Lage zur sozialen Lage im Land Brandenburg. 04/2009
23. Landkreis Havelland. Altenhilfeplan - Unser Havelland - erfüllt und würdevoll alt werden. 2010
24. Gesellschaft für Konsumforschung (GfK). Kaufkraft-Studie. 2009 In: Märkische Allgemeine Zeitung. Der Speckgürtel setzt Speck an. Dienstag, 24. Februar 2009
25. Vgl.: Deutscher Bundestag. Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage „Entwicklung der Alterseinkünfte und des Armutsrisikos insbesondere in den neuen Bundesländern“. Drucksache 16/9185
26. GEK-Report Krankenhaus 2009. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 69. Asgard Verlag.
27. Bericht über die gesundheitliche Situation junger Menschen in der europäischen Union. Luxemburg: Europäische Kommissionen, Direktion F-öffentliche Gesundheit, 2000.
28. Weber, Hörmann, Köllner. Die Epidemie des 21. Jahrhunderts? Deutsches Ärzteblatt, Heft 13, 2006.
29. Richter. Psychische Störungen und Erwerbsminderungsberentungen. DRV-Schriften Band 55/2006.
30. Albus, Wandel. Psychische Erkrankungen im Kontext von Berufsunfähigkeits- bzw. Rentenversicherung. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 1/2008.
31. Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland, BDP, 16. 03. 2007
32. KIGGS-Studie Deutsches Ärzteblatt vom 26. 10. 2007
33. Bätzing (Hrsg). Drogen- und Suchtbericht. Publikation der Bundesregierung, 2009.
34. Stolle, Sack, Thomasius. Drogenkonsum im Kindes- und Jugendalter. Deutsches Ärzteblatt, 2007.
35. Brandenburger Jugendliche und Substanzkonsum (BJS) – Ergebnisse einer Befragung bei Schülern der 10. Klassen, 2006. www.mugv.Brandenburg.de.
36. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. Daten / Fakten Alkohol. www.dhs.de 2010.

37. Singer, Teyssen. Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten, 2. Auflage. Springer, 2005.
38. Stoppe, Stiens, Maeck. Gerontopsychiatrie – wozu? Niedersächsisches Ärzteblatt, 2009.
39. Bundesministerium der Justiz. Betreuungsrecht. Oktober 2008.
40. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2006.
41. Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland BDP, 2007.
42. Schütze et al. Jahrbuch 2009. Havelland Kliniken GmbH, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, 2010.
43. Aktion psychisch Kranke e.V. Personenzentrierte Hilfen im gemeindepsychiatrischen Verbund. Bericht zum Forschungsprojekt „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung“. Psychiatrie-Verlag 2006.
44. Kruckenberg. Qualitätskriterien für Leistungserbringer, Koordination und Steuerung in einem integrierten personenzentrierten Hilfesystem. In: Zukunft der Sozialhilfe. 3. Sozialforum Brandenburg, 2005.
45. Kaiser, Priebe, Hoffmann, Isermann. Subjektive Lebensqualität bei Patienten mit chronischer Schizophrenie. Nervenarzt, Band 67, 1996.
46. Stauder, Orth. Drogenkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener. BZgA, 2008.