



**Landkreis Potsdam-Mittelmark**



**Fachbereich 5 –**

**Soziales, Jugend, Gesundheit  
und Schulentwicklung**

**Bericht zur  
INTEGRIERTEN PSYCHIATRIEPLANUNG PM**

## **Impressum**

Herausgeber: Landkreis Potsdam-Mittelmark  
Fachbereich 5 – Soziales, Jugend, Gesundheit und Schulentwicklung  
Niemöllerstraße 1  
14806 Bad Belzig

Verantwortlich: Fachdienst 51 – Strategisches und operatives Sozialcontrolling  
Fachdienst 52 – Soziales und Wohnen  
Fachdienst 53 – Kinder, Jugend und Familie  
Fachdienst 55 – Gesundheit  
Fachdienst 61 – Integration und Beratung, Arbeitgeberservice

Druck: Eigendruck

Bad Belzig, November 2018

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	4
1. Integrierter Ansatz zur Psychiatrieplanung im Landkreis.....	5
1.1. Geltungsbereich und Aufbau des Berichts .....	7
1.2. Psychische Erkrankungen und ihre Epidemiologie .....	9
1.3. Einbindung in die strategische Kreisentwicklung des Landkreises.....	13
2. Struktur des Landkreises Potsdam-Mittelmark.....	16
2.1. Strukturelle und demografische Besonderheiten.....	16
2.2. Einfluss wichtiger sozialer Indikatoren.....	19
3. Rechtliche Grundlagen und institutionelle Prämissen der psychiatrischen Versorgung....	22
3.1. Zusammenwirken von Leistungs- und Rehabilitationsträgern.....	24
3.2. Interessenvertretungen für Betroffene, Angehörige und Fachkräfte.....	27
3.3. Krankenhausentwicklung, Entwicklung des Ärzteangebots und des öffentlichen Gesundheitsdienstes – Gesundheitspolitische und gesundheitsdienstliche Aspekte .....	29
4. Analyse der psychiatrischen Versorgungs- und Teilhabeangebotsgestaltung im Landkreis PM .....	33
4.1. Gemeindepsychiatrie und Sozialraumorientierung.....	34
4.2. Grundsätze der Entwicklung sozialer Infrastruktur .....	37
4.3. Interdisziplinäre Beratung und Einzelfallbearbeitung in der Kreisverwaltung .....	41
4.4. Maßgebliche Gremien der Vernetzung von Fachkräften untereinander und mit den kreisangehörigen Kommunen.....	45
5. Zielgruppen und deren Teilhabebedarf .....	48
5.1. Entwicklung der Hilfen zur Teilhabe von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten, Erkrankungen und Abhängigkeits-erkrankungen .....	48
5.2. Teilhabe von Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen .....	70
5.3. Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen .....	90
5.4. Teilhabe von älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen.....	97
5.5. Teilhabe von kognitiv behinderten Menschen mit psychischen Erkrankungen.....	101
6. Zusammenfassung von Handlungsempfehlungen für den kommunalen Gestaltungsrahmen des Landkreises .....	106
7. Anlagen .....	108
7.1. zu Kapitel 1.2. – Übersicht zu Diagnosen nach ICD.....	108
7.2. zu Kapitel 3.2. und 4.1. – Sozialraumorientierung „Lebensräume in PM gemeinsam vor Ort gestalten“..	112
7.3. Überblick rechtlicher Rahmenbedingungen.....	116
7.4. Ergebnisse der Trägerbefragungen der Akteure durch den Landkreis PM und die PSAG 2015/2016.....	124
7.5. Verzeichnis der Angebote psychischer und psychiatrischer Versorgungsstrukturen .....	125
8. Quellen- und Literaturverzeichnis .....	134

## Vorwort

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) führt psychische Erkrankungen als eine der wesentlichen Ursachen für den Verlust sozialer und wirtschaftlicher Teilhabe sowie von Lebensqualität an – und das mit steigender Tendenz – was nicht zuletzt mit den steigenden Anforderungen der modernen Leistungsgesellschaft zu tun hat.

Eine landesweite Psychiatrieplanung gibt es im Land Brandenburg nicht. Abgeleitet aus dem Auftrag aus dem Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetzes (BbgPsychKG) hat sich die Kreisverwaltung im Rahmen der Integrierten Sozialplanung für den Landkreis Potsdam-Mittelmark umfassend und interdisziplinär mit der Untersuchung der Ansätze für eine auf den Landkreis bezogene Planung der Versorgungsstrukturen für Menschen mit psychischen Störungen. Dies erfolgte mit dem Ziel, vorausschauend zeitgemäße Prozesse des interdisziplinären und zuständigkeitsübergreifenden Zusammenwirkens für eine verantwortungsvolle Erhaltung und Weiterentwicklung der Daseinsvorsorge aus der Kreisverwaltung heraus zu gestalten.

„Die grundlegende Verantwortung des Staates zur Erbringung der Daseinsvorsorgeleistungen hat zunächst eine statische Dimension. Und zwar in dem Sinne, dass damit die Verantwortung des Staates normiert wird, sicherzustellen, dass diese Leistungen unter allen Umständen auch erbracht und die dazu notwendigen Daseinsvorsorge-Infrastrukturen bereitgestellt werden. Welche Leistungen aber in einen Kanon der Daseinsvorsorge eingeordnet werden müssen, kann nicht final festgelegt werden. Diese Frage muss vor allem in Abhängigkeit von gesellschaftlichen Umständen und technischen Entwicklungen immer wieder diskutiert und entschieden werden.“

[vgl. Prof. Dr. M. Schäfer, Hochschule für nachhaltige Entwicklung, Gabler Wirtschaftslexikon online]

Es wird immer deutlicher, dass die sozialstaatlichen Ansprüche an die soziale Daseinsvorsorge über verschiedene Zuständigkeitsebenen hinweg nur in einem sehr komplexen Zusammenspiel der verschiedenen Leistungsträger, Leistungserbringer und des Gemeinwesens (kreisangehörige Kommunen) erfüllbar gestaltet werden können. Sie gehen über die gesetzlich normierte Erfüllung von Leistungsansprüchen Einzelner hinaus und berühren maßgeblich auch die Ausgleichsfunktion der Kreisverwaltung.

Der vorliegende Bericht zur Integrierten Psychiatrieplanung im Landkreis Potsdam-Mittelmark soll für die zukünftig weiter wachsende Bedeutung der Thematik sensibilisieren, bündelt Informationen zum Versorgungssystem und dessen Komplexität und zeigt Handlungsempfehlungen auf. Dies umfasst sowohl die Reflexion der Selbsthilfepotenziale der Bevölkerung als auch die Bestimmung zukünftiger Bedarfslagen sowie der interdisziplinären Prozessgestaltung der bedarfsgerechten Hilfestellung für Menschen mit psychischen Störungen.

Erstmals erfolgt thematisch gebündelt für den Landkreis ein spezifischer Einblick in die Bedeutung und die Dimension des Themenbereichs, die Einbindung in die bereits nachhaltig etablierten Koordinationsaufgaben und die Untersuchung zu Hindernissen, Chancen und Handlungsempfehlungen für die weitere Gestaltung der bedarfsgerechten Versorgung für Menschen mit psychischen Störungen aus dem Landkreis Potsdam-Mittelmark.

Der Planungsprozess selbst muss fortlaufend und vor allem nicht allein aus der Kreisverwaltung heraus sondern im praktischen Zusammenwirken aller Fachkräfte erfolgen. Die Gestaltung der Rahmenbedingungen für das koordinierte und partnerschaftliche Zusammenwirken der an der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen Beteiligten bildet die Grundlage für die Ermöglichung einer strategischen und bedarfsgerechten Entwicklung der Versorgungsangebote für Betroffene aus unserem Landkreis.

Thomas Schulz  
Fachbereichsleiter 5  
Soziales, Jugend, Gesundheit und Schulentwicklung

## 1. Integrierter Ansatz zur Psychiatrieplanung im Landkreis

Eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst den psychischen Zustand eines Menschen. Wirtschaftliche, kulturelle und soziale Faktoren können sich auf die psychische Gesundheit ebenso auswirken wie individuelle, familiäre und biologische. In einer leistungsorientierten, postmodernen Gesellschaft mit hohem Anspruch an Flexibilität, Belastbarkeit und sozialem Aufstieg verändern sich Lebens- und Arbeitsformen rasant, was nicht folgenlos für die psychische Gesundheit der Bevölkerung bleibt.

Die WHO führt psychische Erkrankungen als eine der wesentlichen Ursachen für den Verlust sozialer und wirtschaftlicher Teilhabe sowie von Lebensqualität an – und das mit steigender Tendenz – was nicht zuletzt mit den steigenden Anforderungen der Leistungsgesellschaft zu tun hat.

Immer noch ist der Umgang mit psychischen Erkrankungen ein problembehaftetes Thema in Familien, im sozialen Umfeld und in der Öffentlichkeit, was bei vielen Menschen Unsicherheiten auslöst.<sup>1</sup> Durch verschiedene Impulse aus Wissenschaft, Politik, Verwaltung, Sozial- sowie Gesundheitswirtschaft, Zivilgesellschaft und medialer Öffentlichkeit setzt sich zunehmend eine andere Sicht durch.

„Seit den 1970er-Jahren hat das psychiatrische Versorgungssystem in Deutschland verschiedene Reformen erfahren, viele Forderungen und wissenschaftliche Erkenntnisse wurden aber bis heute nicht umgesetzt.“<sup>2</sup> Der Autor betont, dass insbesondere die Güte und die Anzahl der Mitarbeiter\*innen in den psychosozialen Angeboten auf den unterschiedlichen Finanzierungsebenen immer wieder Streitpunkte in Bezug auf die eingeforderte Qualität der Arbeit sind.

Heute werden psychische Erkrankungen in ihrer Bedeutung auf die gleiche Stufe wie somatische Erkrankungen gehoben und den Betroffenen und Angehörigen frühzeitige und bedarfsgerechte Hilfen angeboten.<sup>3</sup>

Verschiedene Entwicklungen charakterisieren den gegenwärtigen Umgang mit psychischen Erkrankungen und die Versorgung der erkrankten Menschen:

- Der Anstieg der psychischen Erkrankungen ist nicht altersspezifisch bestimmbar.<sup>4</sup>
- Die psychischen und psychiatrischen Krankheitsbilder und -formen gestalten sich in Medizin und Psychologie immer differenzierter bei gleichzeitigem Anstieg der diagnostizierten Fälle.<sup>5</sup>
- Die Hilfsangebote werden entsprechend der komplexen Erkrankungen feingliederiger und zielgenauer konzipiert.

---

<sup>1</sup> Trotz der *Psychiatriereform* in den 70er und 80er Jahren erleben Menschen mit psychischen Erkrankungen bisweilen immer noch Ablehnung und Ausgrenzung, auch wenn in der jüngeren Vergangenheit viel Aufklärungsarbeit geleistet und umfassende Unterstützungsangebote erarbeitet wurden.

<sup>2</sup> Klimitz, Hasso: Die Entwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems in Deutschland 1975-2017. in: Menschen mit psychischen Erkrankungen: Ausschluss statt Teilhabe? 4/2017 (2017). S.4-8

<sup>3</sup> z. B. Bundesministerium für Arbeit und Gesundheit (Hrsg.): Psychische Gesundheit im Betrieb, Bonn 2016.: S.8 Innerhalb der Krankheitsartenstatistiken bilden sie die zweitwichtigsten Krankheitsgruppen, S.9 Daten der Krankenkassen lassen sich durch die Gesundheitsberichterstattung des Bundes bestätigen. Psychische Erkrankungen haben erhebliche Bedeutung bei Arbeitsunfähigkeitsgeschehen und stellen neben Muskel-Skelett-Erkrankungen und Neubildung den häufigsten Grund für Frühberentung dar.

<sup>4</sup> ebenda. Auch der BARMER-Ärztereport 2018 berichtet insbesondere von einem Anstieg der Zahl der jungen Erwachsenen, die unter psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder Panikattacken leiden. siehe Barmer (Hrsg.): Ärztereport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 7, Siegburg 2018

<sup>5</sup> „Entgegen dem allgemeinen Trend eines insgesamt rückläufigen Krankenstands steigt die Bedeutung der psychischen Erkrankungen.“ Der kontinuierliche Anstieg psychischer Erkrankungen wird in allen Krankenkassen verzeichnet. siehe Psychische Gesundheit im Betrieb, ebenda, S.8

- Das gegliederte Sozialleistungssystem wird weiter verästelt und macht ein Zusammenspiel verschiedener Leistungsträger zwingend erforderlich.
- Folgte bisher das Unterstützungssystem der Logik der einzelnen Systembereiche Medizin, Wohnen, soziale Begleitung, berufliche Rehabilitation, was Schnittstellenkonflikte in Form von Doppelbegutachtungen entstehen ließ und ganzheitliche Therapieabläufe erschwerte, ist mit der schrittweisen Einführung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG; bis 01.01.2020) ein Paradigmenwechsel auch in der psychiatrischen Versorgung vorgesehen, der erhebliche Auswirkungen nach sich ziehen wird, zu denen eine Fachdiskussion jetzt erst beginnt.<sup>6</sup> Es wird die ganzheitliche Hilfeplanung zwischen verschiedenen Rehabilitationsträgern (Krankenkassen, Sozialhilfeträger) zugrunde gelegt und die Selbstbestimmtheit der Persönlichkeit des Hilfebedürftigen wird gestärkt.<sup>7</sup> Das impliziert neue Möglichkeiten und Gestaltungsspielräume, aber auch besondere Herausforderungen im Umgang der Akteure untereinander.
- Betroffene und Angehörige sehen sich einer Vielzahl von gesetzlichen Regelungen, Leistungsträgern und Angebotsmöglichkeiten gegenüber. Um einer Überforderung des Einzelnen, aber auch um "Lücken" im Psychiatriesystem entgegen zu wirken, werden verstärkt sozialräumlich orientierte Angebote nachgefragt und Fachkräfte, die als Lotsen\*innen in dem zum Teil unübersichtlichen Netz von Unterstützungsmöglichkeiten agieren, notwendig.
- Mit dem demografischen und gesellschaftskulturellen Wandel gehen trotz oder wegen zunehmender digitaler Vernetzung und räumlicher Mobilität weiterhin große Gefahren bezüglich Vereinzelungs- und Vereinsamungstendenzen einher. Bei der Gestaltung von geeigneten Rahmenbedingungen zur sozialen Teilhabe von psychisch erkrankten Menschen im Gemeinwesen entstehen daraus neue Herausforderungen.

Durch die rasanten Veränderungen der Arbeits- aber auch der Freizeitwelt entstehen mit den neuen Möglichkeiten zur Erfahrbarkeit der näheren und weiteren Umgebung und der persönlichen Entfaltung gleichzeitig besondere Ansprüche oder der spezielle Erwartungsdruck (z. B. durch ständige Erreichbarkeit, Informationsflut, Zeitdruck, Beschleunigung und Erweiterung des gesellschaftlichen Austauschs), die sich in besonderer Weise auf die Gesundheit, insbesondere auf die psychische Gesundheit, lang- oder kurzfristig auswirken. Die die Spannbreite der Betrachtungsweise bzw. Einbeziehung möglicher Ursachen ist erheblich erweitert:

„Eine große Aufgabe der kommenden Jahre wird es sein, die Arbeitswelt so zu gestalten, dass sie auch den seelischen Bedürfnissen der Menschen besser gerecht wird.... Psychische Krankheiten sind heute verantwortlich für jede zehnte Krankschreibung. In 37 % der Fälle sind sie bereits Ursache für Frühverrentungen wegen Erwerbsminderung...“ Arbeit „kann Halt geben und psychisch stabilisierend wirken. Arbeit kann aber auch die Seele krank machen... Und nicht nur die Hektik, auch Monotonie am Arbeitsplatz vermag Menschen psychisch aus der Bahn zu werfen.“<sup>8</sup>

Aus medizinischer Sicht ist die Komplexität der Überschneidung von biologischen und psychischen Prozessen zu Grunde zu legen.

---

<sup>6</sup> vgl. Rosemann, Matthias (Hrsg.): BTHG: Die wichtigsten Neuerungen für die psychiatrische Arbeit (Fachwissen). Psychiatrie Verlag. Köln 2018

<sup>7</sup> Paradigmenwechsel von der staatlichen Fürsorge zu individueller und selbstbestimmter Teilhabe, vgl. Rosemann (2018). ebenda

<sup>8</sup> Psychische Gesundheit im Betrieb, ebenda, S.3

„Seelische Behinderung ist ein Prozess, kein statischer, festschreibender Zustand, wie eine Körper- oder Sinnesbehinderung. Seelische Behinderung ist ein Vorgang, dessentwegen wesentliche Bedürfnisse nicht befriedigt werden können.“<sup>9</sup>

Auch aus Sicht der Betroffenen und der Angehörigen bleiben grundlegende Besonderheiten festzustellen, welche die Hilfestellung erheblich beeinflussen. Durch die 2016 mit dem BTHG (vorläufig) abgeschlossene Suche des Bundesgesetzgebers auf eine Antwort zur in der Bundesrepublik Deutschland notwendigen Reform der gesamten Eingliederungshilfe sind auch die Chancen und Risiken für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen erheblich beeinflusst.

Die Auswirkungen des BTHG auf die Rehabilitationsträger und die Leistungserbringer sind erheblich und vielfältig. Verständlicherweise hat die fachliche Diskussion erst begonnen, es sind auch noch viele landesrechtlich zu verankernde Regelungen erst im Entstehen.

Mit der Einführung des BTHG sind zahlreiche neue Verfahren zur Bedarfsermittlung, zur Hilfeplanung und zur Hilfestellung aufzustellen, wobei die Stärkung der Mitwirkung und eines selbstbestimmten Lebens bei Menschen mit Behinderungen sich nicht selbst einstellen wird, sondern vor allem Fachkräfte sich aktiv an der Umsetzung individueller und selbstbestimmter Teilhabe aktiv beteiligen müssen.

## **1.1. Geltungsbereich und Aufbau des Berichts**

Bereits seit 2012 betreibt der Landkreis Potsdam-Mittelmark, FD 51 Strategisches und operatives Sozialcontrolling, den ersten systematischen und rechtskreisübergreifenden Prozess zur Erarbeitung einer Integrierten Psychiatrieplanung gemeinsam mit FD 52 Soziales und Wohnen, FD 55 Gesundheit und dem FD 53 Kinder, Jugend und Familie.

Eine gesetzliche Verpflichtung zu diesem Planungsprozess aus Landkreisperspektive besteht nicht. Nach § 6 Abs. 3 des Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetzes (BbgPsychKG) haben Landkreise als örtlich zuständiger Träger der Hilfen nach § 5 des Gesetzes darauf hinzuwirken, 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 verpflichten.<sup>10</sup>

In diesem Sinne begann der Landkreis im September 2012 einen interdisziplinär angesetzten Psychiatrieplanungsprozess in Abstimmung mit der Regionalen Liga der Wohlfahrtspflege und der Psychosozialen Arbeitsgruppe (PSAG). Damit soll sowohl eine Problemsensibilisierung innerhalb des Integrierten Sozialplanungsansatzes der Kreisverwaltung als auch eine Qualitätsentwicklung innerhalb der Vernetzungskultur im Landkreis erreicht werden.

Die Umsetzung dieses Planungsvorhabens gestaltete sich sehr schwierig und war leider auch von vielen Störungen (maßgebliche personelle Veränderungen) beeinflusst. Dennoch erfolgten die wissenschaftliche Analyse der Ausgangssituation, das Zusammentragen von maßgeblichen Ansätzen zur Bestimmung zukünftiger Bedarfsermittlungen sowie zwei umfangreiche Fragebogenaktionen bei den Leistungserbringern. Diese gemeinsamen Fragebogenaktionen der Kreisverwaltung und der PSAG<sup>11</sup> erfolgten einerseits zu den Leistungsangeboten (Art, Kapazitäten, Belegungs-/Teilnehmerzahlen) und der Qualität der Zusammenarbeit zwischen den Leistungsanbietern auf Basis eines einheitlichen Fragebogens der

---

<sup>9</sup> Erdélyi, P., § 35 a SGB VIII. Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, URL: [http://www.lwl.org/lja-download/pdf/Eingliederungshilfe\\_fuer\\_seelisch\\_beh\\_j\\_Menschen\\_35a.pdf](http://www.lwl.org/lja-download/pdf/Eingliederungshilfe_fuer_seelisch_beh_j_Menschen_35a.pdf), Stand: 19.09.2018

<sup>10</sup> siehe weiter Kapitel 4.

<sup>11</sup> siehe unter 7.4.

Kreisverwaltung. Die Ergebnisse liefern einen konkreteren Überblick über Angebotsentwicklung und Bewertung der Zusammenarbeit. Die abnehmende Rücklaufquote der Fragebögen von 66 % auf 47 % lässt jedoch darauf schließen, dass zu einer regelmäßigen Datenermittlung Vorbehalte bestehen und das künftige Befragungsformat zwischen der PSAG und dem Landkreis weiter zu prüfen ist. Die Ergebnisse der Befragung von 2015 und 2016 dienen als Datengrundlage für die Darstellung der Leistungsangebote in Kapitel 5.

Regelmäßige Steuerungsgruppentreffen innerhalb der Kreisverwaltung begleiteten den vom FD 51 durchgeführten Planungsprozess mit der zusätzlichen etappenweisen Zwischenberichterstattung gegenüber der PSAG PM und der Regionalen Liga der Freien Wohlfahrtsverbände.

Der vorliegende Bericht bündelt vor allem wichtige Grundlagen und Zugänge für die fortlaufend notwendige Integrierte Psychiatrieplanung in einem Landkreis, in dem die gesetzlichen Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe und der Sozialhilfe von der Kreisverwaltung erfüllt werden. Er bildet den Abschluss des bisher gesondert untersuchten Planungsprozesses zur bedarfsgerechten und möglichst wohnortnahen Versorgung der Zielgruppe und stellt nun öffentlich den derzeitigen Wissens- und Prognosestand aus Sicht der Ausgleichsfunktion des Landkreises dar. Eingebettet in die Integrierte Sozialplanung für den Landkreis<sup>12</sup> verbinden sich in dem eigenständigen Dokument gleichzeitig wesentliche Aspekte aus anderen Teilen der Sozialberichterstattung PM.<sup>13</sup> Als Bestandteil einer Integrierten Sozialplanung zur Steuerungsunterstützung des Managements der sozialen Daseinsvorsorge führt die Integrierte Psychiatrieplanung verschiedene fachliche Ebenen der wohnortnahen Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen zusammen.

Vorliegend ist die Gestaltung von Versorgungslandschaften für eine zwar relativ kleine, aber nicht genau bestimmbare Personengruppe untersucht, die sehr spezifisch zu versorgen ist. Es handelt sich um Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt<sup>14</sup> im Landkreis, die psychisch erkrankt sind oder seelische Behinderungen haben oder von diesen bedroht sind.

Fast alle sozialen Sicherungssysteme sind in der Behandlung und Versorgung psychisch kranker Menschen grundsätzlich einzubeziehen: Kranken-, Pflege-, Rentenversicherung, Sozialhilfe, Kinder- und Jugendhilfe, Arbeitsförderung und Angebote kommunaler Daseinsvorsorge. Insbesondere an den Systemschnittstellen treten immer wieder besondere Herausforderungen auf.

Vorgelegt wird hier ein Bericht mit Handlungsempfehlungen aus der Perspektive des tatsächlichen Gestaltungsspielraums des örtlich zuständigen Sozialhilfeträgers, des zuständigen öffentlichen Gesundheitsdienstes und der örtlichen Zuständigkeit für die Kinder- und Jugendhilfe. Es ist leider bisher nicht gelungen, die Krankenkassenvereinigung oder die Kassenärztliche Vereinigung hinreichend einbeziehen zu können. Die Empfehlungen aus Sicht der Kreisverwaltung beziehen sich vornehmlich sowohl auf den praktischen Umsetzungsprozess des BTHG als auch die weitere Gestaltung des interdisziplinären Zusammenwirkens der Fachkräfte im Landkreis.

Das Themenfeld wird in den sozialpolitischen Gesamtkontext gestellt und in das im Landkreis Potsdam-Mittelmark bereits seit mehreren Jahren fortentwickelte sozialräumliche Fach-

---

<sup>12</sup> siehe dazu Landkreis Potsdam-Mittelmark, Fachdienst Strategisches und operatives Sozialcontrolling, URL: [https://www.potsdam-mittelmark.de/de/landkreis-verwaltung/kreisverwaltung/verwaltungsstruktur/fachdienste/?tx\\_tlscotty\\_scotty%5Buid%5D=22&tx\\_tlscotty\\_scotty%5Baction%5D=showDetails&tx\\_tlscotty\\_scotty%5Bcontroller%5D=EJ7Interlock&cHash=08f9932d81596c69409f3536ba22c0de](https://www.potsdam-mittelmark.de/de/landkreis-verwaltung/kreisverwaltung/verwaltungsstruktur/fachdienste/?tx_tlscotty_scotty%5Buid%5D=22&tx_tlscotty_scotty%5Baction%5D=showDetails&tx_tlscotty_scotty%5Bcontroller%5D=EJ7Interlock&cHash=08f9932d81596c69409f3536ba22c0de), Stand: 19.09.2018

<sup>13</sup> z.B. regelmäßige Demografieberichterstattung, Bericht zur gesundheitlichen Lage der Kinder, siehe <https://www.potsdam-mittelmark.de/de/bildung-soziales/fachplanungen-berichte/sozialberichterstattung/>

<sup>14</sup> vgl. § 98 SGB XII i.V.m. § 109 SGB XII, siehe auch § 6 Abs. 2 Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen sowie den Vollzug gerichtlich angeordneter Unterbringung für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen im Land Brandenburg (Brandenburgisches Psychisch-Kranken-Gesetz-BbgPsychKG) vom 5.09.2009 (GVBL.I/09, Nr. 06)



konzept (siehe Kapitel 7.2.) für Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe, für Teilhabe für Menschen mit Unterstützungsbedarf aus der Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege eingebettet. Zugrunde gelegt werden die vier Zielperspektiven der Betroffenen, der Angehörigen, der Fachkräfte und des Gemeinwesens.

## 1.2. Psychische Erkrankungen und ihre Epidemiologie

Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für eine gute Lebensqualität, hohe Leistungsfähigkeit und sozialer Teilhabe. Gesundheit und Wohlbefinden werden durch zahlreiche Faktoren beeinflusst, die der Einzelne nicht immer selbst bestimmen kann.

Die psychische Gesundheit gilt laut WHO als Zustand des Wohlbefindens, in dem die einzelne Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu ihrer Gemeinschaft beizutragen. Die psychische Gesundheit gilt als Voraussetzung der einzelnen Person dafür, ihre Rolle in der Gesellschaft zu finden und zu erfüllen.<sup>15</sup>

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit reichen von leichten Einschränkungen des seelischen Wohlbefindens bis zu schweren psychischen Störungen. Sie gehen mit erheblichen individuellen und gesellschaftlichen Folgen einher und beeinflussen die körperliche Gesundheit und das Gesundheitsverhalten.

Die psychische Gesundheit wird von zahlreichen Risikofaktoren, wie zum Beispiel berufliche Belastung, schwerwiegende Lebensereignisse, Persönlichkeitsfaktoren, sozialer Status, Lebensführung, aber auch Schutzmechanismen wie soziale Unterstützung, persönliche Fähigkeit zur Resilienz und eine gesunde Lebensweise, beeinflusst. Daraus ergeben sich sehr unterschiedliche Ansatzpunkte für die Prävention und Behandlung psychischer Störungen, die Rehabilitation und die Förderung der psychischen Gesundheit in der Bevölkerung.<sup>16</sup>

Eine psychische Störung ist eine deutliche Abweichung von der gesellschaftlichen oder medizinischen Normvorstellung psychischer Funktionen. Sie stellt somit eine krankhafte Beeinträchtigung der Wahrnehmung, des Denkens, Fühlens oder des Verhaltens dar. Ein wesentlicher Bestandteil dieser Störung ist zudem oft eine verminderte Selbstregulationskompetenz. Ist dies der Fall, können die Betroffenen ihre Erkrankung auch durch verstärkte Bemühungen, Selbstdisziplin oder Willenskraft nur schwer oder gar nicht beeinflussen.

Der Begriff „psychische Störung“ wurde anstelle des Begriffs „psychische Erkrankung“ eingeführt, um eine Stigmatisierung zu vermeiden. Störung ist nach der Definition der WHO hier gleichzusetzen mit Krankheit.<sup>17</sup> Dementsprechend wird vorliegend weiterhin nur von Störungen gesprochen.

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird hingegen nur von psychischen Auffälligkeiten gesprochen, die emotionale und Verhaltensprobleme beschreiben, hier in den Bereichen aggressives dissoziales Verhalten, Problemen mit Gleichaltrigen, Ängstlichkeit, De-

---

<sup>15</sup> CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION, unterzeichnet am 22. Juli 1946, <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. (Stand: 25.09.2018), wiederzitiert in Deutsche Sozialversicherung Europavertretung (Hrsg.): Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ vom 14.10.2005: Gemeinsame Stellungnahme der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung, vorgelegt am 24. Mai 2006

<sup>16</sup> [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Psychische\\_Gesundheit/Psychische\\_Gesundheit\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Psychische_Gesundheit/Psychische_Gesundheit_node.html), Stand: 25.09.2018

<sup>17</sup> vgl. Psychische Gesundheit im Betrieb, ebenda, S. 8 Fußnote: Zur Klassifikation psychischer Störungen werden international zwei Systeme verwendet: ICD 10- weltweit anerkannt und auch für Deutschland verbindlich- und das DSM 4 (Diagnostical and Statistical Manuel of Mental Discorders)- vorrangig in den USA gebräuchlich und verwendet ausschließlich den Begriff psychische Störungen. Allgemein verwendet man die Begriffe psychische Störungen und Erkrankungen parallel.

pression, Unaufmerksamkeit und motorische Unruhe. Eine Diagnosestellung ist noch nicht möglich.<sup>18</sup>

Psychische Störungen werden international und damit vergleichbar mit der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (International Classification of Diseases – ICD)<sup>19</sup> beschrieben und systematisiert, welche auch für die Kostenübernahme für Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen von den Leistungsträgern verwendet wird.<sup>20</sup>

Einschränkend wird in der Fachliteratur darauf aufmerksam gemacht, dass jede Einteilung einer psychischen Störung konstruiert ist und dem Einzelnen nur bedingt gerecht werden kann. Überschneidungen von Krankheitsbildern sind kaum zu vermeiden. Mischbilder einzelner Störungen erschweren die Zuordnung. Auch die Zuordnung zu einem bestimmten Krankheitsbild gibt nur bedingt über den individuellen Hilfebedarf Auskunft. In jedem Fall kann die Kategorisierung psychischer Störungen jedoch dazu beitragen, einen allgemeinen Überblick über die Betroffenheit und Ansatzpunkte für die öffentliche und bedarfsgerechte Angebotsplanung zu erhalten.<sup>21</sup>

Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen und Demenz haben sich zu besonderen Schwerpunkten entwickelt. Nach Ansicht der WHO wird die Depression bis 2020 schon zur zweithäufigsten Volkskrankheit entwickeln.<sup>22</sup>

Die in Kap. 7.1. aufgeführte Listung dient als ein grobes Cluster von psychischen Erkrankungen zur bedarfsorientierten Analyse, um die Planbarkeit der geeigneten Unterstützungssysteme zu ermöglichen.<sup>23</sup>

Die Verbreitung psychischer Störungen wird über Prävalenzen dargestellt.<sup>24</sup>

## **Besonderheiten psychischer Störungen**

Suchtstörungen sind altersübergreifend ein wesentliches Problem und eine gesellschaftliche Herausforderung. Ab dem Jugendalter bewegen sich die Betroffenzahlen in einem Bereich, der als gesundheitspolitisch relevant eingeschätzt wird. Oftmals ist Suchtverhalten Begleiterscheinung oder Folge von psychischen Störungen. Suchterkrankungen können auf stoffgebundener oder stoffungebundener Abhängigkeit basieren (z. B. Alkohol- und Glücksspielsucht). Eine stoffgebundene Abhängigkeitserkrankung ist durch ein starkes Verlangen nach einer psychotrop wirksamen Substanz (wie Alkohol, Cannabis), Kontrollverlust, körperliche Entzugssymptome, Toleranzentwicklung, Einengung auf den Substanzgebrauch und Fortsetzung des Konsums trotz schädlicher Konsequenzen gekennzeichnet. Viele internatio-

---

<sup>18</sup> Psychische Erkrankungen sind medizinpsychologisch manifeste Abweichungen vom normalen Entwicklungs- und Gesundheitszustand von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die oft zunächst als Störungen wahrgenommen werden. Psychische Auffälligkeiten sind dagegen individuelle, tendenzielle oder zeitweilige Abweichungen des als normal beschriebenen Entwicklungszustandes der jeweiligen Altersgruppe, die unterhalb einer Störung liegen oder bei denen die Feststellung als eine psychische Erkrankung noch aussteht.

<sup>19</sup> Aktuell: Internationale Klassifikation der Krankheiten ICD-10 (International Classification of Diseases, 10. Revision) In der ICD wird der Begriff Störung verwendet, da er in Fachkreisen als wertneutraler angesehen wird.

<sup>20</sup> Gleichwohl beziehen sich viele epidemiologische Studien auf spezielle Gruppen, die sich auch in den verschiedenen Einrichtungen der Versorgung widerspiegeln. So ist im ICD-10 Alkohol- und Drogenmissbrauch bei Jugendlichen keine eigene diagnostische Kategorie, trotzdem bedarf es für diese Personengruppe besonderer Aufmerksamkeit bei der Angebotsplanung und -gestaltung.

<sup>21</sup> Petermann, Franz/Maercker, Andreas/Lutz, Wolfgang/Stangier, Ulrich (Hrsg.): Klinische Psychologie – Grundlagen, 1. Auflage, Göttingen 2011.

<sup>22</sup> siehe BARMER-Arztreport 2018

<sup>23</sup> siehe Kap. 7.1.

<sup>24</sup> Eine Prävalenz ist eine Kennzahl der Epidemiologie für die Krankheitshäufigkeit. Sie erfasst den Anteil der Menschen einer definierten Gruppe, der zu einem Erfassungszeitraum oder innerhalb eines Zeitraumes, eine bestimmte Krankheit aufweist. Eine 12-Monatsprävalenz beschreibt beispielsweise den prozentualen Anteil der Erkrankten innerhalb der vorangegangenen 12 Monate.

nale und nationale Berichte beschäftigen sich schon seit langem mit wissenschaftlichen Trendableitungen zu psychischen Erkrankungen.

Daraus ist belegt, dass die meisten psychischen Störungen im Erwachsenenalter ihren Ursprung in Auffälligkeiten/Störungen aus dem Kindes- und Jugendalter haben und damit dort Maßnahmen der Prävention und frühzeitiger Intervention die größte und nachhaltigste Bedeutung zukommt.<sup>25</sup> Gleichzeitig haben psychische Erkrankungen in der Jugend einen nachweisbaren Einfluss auf die Bildungskarriere.

Das Kinder- und Jugendalter wird hier grundsätzlich bis zum Abschluss des 18. Lebensjahres gefasst.

Bereits im Kleinkindalter lassen sich erste psychische Auffälligkeiten feststellen und beheben, manifeste Erkrankungen allerdings erst ab dem Vorschulalter.<sup>26</sup>

Im Alter der jungen Erwachsenen (18-25 Jahre) ist allgemein zu erkennen, dass der Anteil der Personen mit psychischen Diagnosen stetig ansteigt.<sup>27</sup> Dabei stehen Depressionen, Angststörungen und Panikattacken im Vordergrund.

Nach dem BARMER-Arztreport 2018 erhöhte sich der Anteil der jungen Erwachsenen mit psychischen Diagnosen zwischen 2005 und 2016 um 38 % auf 1,9 Millionen Betroffene (= insgesamt 25,8 % der Zielgruppe).

Im Bereich von Depressionen wird sogar auf eine Entwicklung eines relativen Anstiegs um 76 % (von 320.000 Personen in 2015 auf 557.000 Personen in 2016) verwiesen. Der Anteil der jungen Erwachsenen an allen Diagnosen Depression stieg von 4,3 % in 2005 auf 7,6 % in 2016.

Es ist festzustellen, dass bei Jugendlichen mit einer psychischen Störung im Alter von 17 Jahren die Wahrscheinlichkeit für die Aufnahme eines Studiums um ein Drittel sinkt.

2015 war jeder sechste Studierende (17 % = 470.000 Personen) von psychischen Erkrankungen betroffen, dabei 86.000 Personen von Depressionen.

In der entwicklungspsychologischen Literatur wird das Erwachsenenalter mehrheitlich ab dem 19. Lebensjahr definiert.<sup>28</sup>

Folgende psychischen Störungen im Erwachsenenalter werden schwerpunktmäßig unterschieden:

- Persönlichkeitsstörungen (Störungen mit Akzentuierung der Persönlichkeit wie impulsiver Typus oder Borderline Typus);
- Schizophrenie und Schizophrenie ähnliche Störungen;
- Affektive Störungen, darunter bipolare affektive Störungen (mit depressiven als auch manischen Zuständen, bis hin zur Psychose), Depressionen;

---

<sup>25</sup> Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (Hrsg.): Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland, Berlin 2007.

<sup>26</sup> Eine Gruppierung der häufigsten psychischen Erkrankungen im Jugendalter findet sich ebenfalls in Kapitel 7.1. Ein Bericht der Europäischen Kommission stellte bereits im Jahr 2000 fest, dass psychische und psychosoziale Probleme in der Jugend häufig nicht erkannt und nicht ausreichend behandelt werden und das Auftreten vieler Erkrankungen (Depression, Sucht, suizidales Verhalten, psychotische Störungen) deutlich von der Kindheit bis zum Jugendalter ansteigt. (Quelle: Europäische Kommission (2000): Bericht über die gesundheitliche Situation junger Menschen in der europäischen Union. Luxemburg, Direktion F – öffentliche Gesundheit.

<sup>27</sup> Viele Krankenkassen berichten inzwischen regelmäßig zu den Krankheitsbildern ihrer Mitglieder und kommen zu ähnlichen Trendableitungen. Daher wird hier auf den aktuellen BARMER-Ärztereport 2018 vom 22.02.2018 verwiesen, der die Analyse psychischer Erkrankungen für junge Erwachsene in den Vordergrund stellt. ([www.barmer.de/presse/infotehek/studien-und-reports/arztberichte](http://www.barmer.de/presse/infotehek/studien-und-reports/arztberichte)). Hier kann auf die anonymisierte Auswertung von Daten zu 8 Millionen Versicherten zurückgegriffen werden, zwischenzeitlich liegen Angaben zu insgesamt 882 Millionen Abrechnungsfällen zur Auswertung und Hochrechnung vor.

<sup>28</sup> Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim 2002.

- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (Angststörungen, posttraumatische Störungen, psychosomatische Störungen).

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für eine Depression. Die BARMER stellt fest:

- Wenn im Alter von 18 Jahren 1,4 % der Studierenden erstmals an einer Depression erkranken, gibt es bei den Nichtstudierenden ein Risiko von 3,2 %.
- 10 Jahre später liegt der Anteil der erkrankten Studierenden bei 3,5% und der Nichtstudierenden bei 2,7 %.
- Ältere Studierende sind also besonders gefährdet an einer Depression zu erkranken.

In der gesamten Phase des Berufslebens steigt die Bedeutung und die Gefährdung für psychische Erkrankungen ebenfalls tendenziell immer mehr an.

„2014 entfielen 15,7 % aller Arbeitsunfähigkeitstage auf psychische Störungen. Innerhalb der Krankheitsartenstatistik bilden sie die zweitwichtigste Krankheitsgruppe. Die Verbreitung psychischer Störungen differiert stark nach Wirtschaftsgruppen und beruflicher Tätigkeit.“<sup>29</sup>

Es wird zu wichtigen Eckdaten zur Arbeitsunfähigkeit in Folge psychischer Erkrankungen angegeben,

- dass das Risiko psychisch zu erkranken bei Arbeitslosen höher ist als bei Erwerbstätigen.
- dass im Vergleich zu Männern bei Frauen häufiger psychische Erkrankungen diagnostiziert werden (bei Frauen die zweithäufigste, bei Männern die vierthäufigste Krankheitsursache).
- dass bei Männern im Vergleich zu Frauen mehr als doppelt so viele Arbeitsunfähigkeitstage wegen Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, insbesondere Alkohol, auftreten.
- dass psychische Erkrankungen mit einer überdurchschnittlich langen Erkrankungsdauer (im Durchschnitt 39,1 Tage, speziell aber bei depressiven Episoden mit durchschnittlich 55,2 Tagen) bei einer unterdurchschnittlichen Anzahl an Fällen der Arbeitsunfähigkeit verbunden sind.
- dass die höchsten Erkrankungshäufigkeiten und Ausfallzeiten bei beiden Geschlechtern im Alter über 55 Jahre auftreten.

Damit nehmen diese psychischen Störungen einen erheblichen Anteil an Langzeiterkrankungen im Berufsleben ein. Unabhängig vom Alter können psychische Störungen auftreten. Erkennbare Zunahmen werden bei jüngeren Altersgruppen unter 30 Jahren feststellbar<sup>30</sup>.

Viele psychische Störungen haben ihren Ursprung in einer Persönlichkeitsstörung. Daher wird die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei psychiatrisch behandelten mit 50 % und bei im Maßregelvollzug untergebrachten Menschen sogar mit 70-90 % bestimmt.<sup>31</sup>

Die Gerontopsychiatrie bezieht sich auf die Altersgruppe der über Sechzigjährigen.<sup>32</sup> Die Depressionen, oft im Kontext mit (meist chronischen) körperlichen Erkrankungen, gehören ebenfalls zu den häufig auftretenden gerontopsychiatrischen Erkrankungen. In ihrer Häufigkeit folgend sind die demenziellen Erkrankungen (darunter Alzheimer Demenz) im Alter zu erwähnen. Auch alle anderen psychischen Erkrankungen des Erwachsenenalters sind in ähnlicher Weise bei alten Menschen vertreten.

---

<sup>29</sup> Psychische Gesundheit im Betrieb, ebenda S.8

<sup>30</sup> vgl. Psychische Gesundheit im Betrieb, ebenda, S.8/9

<sup>31</sup> Albus, Margot/Wandl, Ursula: Psychische Erkrankungen im Kontext von Berufsunfähigkeits- bzw. Rentenversicherung. Daten zur Epidemiologie, Bayerisches Ärzteblatt, 11 (2007), S.606-608.

<sup>32</sup> Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim 2002.

Mit der Einführung des zweiten Pflegestärkungsgesetzes 2016<sup>33</sup> sind wichtige Veränderungen aus dem neuen Begutachtungsverfahren sowie der Umstellung der Leistungsbeträge im Bereich der Hilfen zur Pflege eingetreten. Verschiedene Regelungen des SGB XI konnten vereinfacht werden, so zum Beispiel die Vorschriften zu Auskunft und Beratung oder durch eine Neustrukturierung der Angebote zu Unterstützungen im Alltag.<sup>34</sup>

Für die Versorgung psychisch kranker Menschen im Alter ist vor allem der Wandel des Pflegebedürftigkeitsbegriffs von Bedeutung. So bekommen durch die Einführung einer Pflegebedürftigkeitsdefinition, die auf den Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten fokussiert, mehr bedürftige Menschen als bisher einen Zugang zu Leistungen.<sup>35</sup> Die kognitive oder psychische Beeinträchtigung bei Pflegebedürftigkeit steht nun stärker im Fokus der Begutachtung als früher.

Die Darstellung der Prävalenzen und der Versorgungsangebote für psychische Erkrankungen im Alter kann hier im Folgenden nur überblicksartig in Abgrenzung zur Altenpflege/-hilfe aufgezeigt werden.

### **1.3. Einbindung in die strategische Kreisentwicklung des Landkreises**

Seit 2012 sind alle Steuerungs- und Planungsaktivitäten im und für den Landkreis Potsdam-Mittelmark in den Steuerungskreislauf zur Haushaltsplanung einbezogen, sofern die Kreisverwaltung selbst zusätzliche Ressourcen für innovative Programme und Maßnahmen beitragen muss. Alle Aktivitäten für die Versorgungslage der bedürftigen Menschen im Landkreis sind auf das vom Kreistag beschlossene und verwaltungsübergreifend entwickelte „Leitbild Potsdam-Mittelmark 2022“ mit drei Hauptsäulen der Kreisentwicklung abzustellen: „Lebensraum & Gesellschaft“, „Wirtschaft“ und „Natur & Kultur“.

Zusammen mit den anderen Leitzielbereichen zur aktiven Bürgerbeteiligung und der Fachkräftesicherung sind lebensphasen- und rechtskreisübergreifende Belange hinsichtlich der Versorgung und gesellschaftlichen Teilhabe der Bürgerinnen und Bürger mit psychischen, seelischen und/oder körperlichen Beeinträchtigungen vor allem aus dem Bereich „Lebensraum & Gesellschaft“ abzuleiten.<sup>36</sup>

Die strategische Steuerung im Sinne der Aufgabenerfüllung nach § 6 Abs. 3 BbgPsychKG ist nach diesem Leitbild auszurichten, kann aber eben nicht nur mit Beteiligten aus dem Landkreis Potsdam-Mittelmark umgesetzt werden.<sup>37</sup> Grundsätzlich tritt auch in diesem Versorgungsfeld der Landkreis als Träger der Jugendhilfe nach § 35a SGB VIII, als sozialpsychiatrischer Dienst und als Träger der Sozialhilfe (nachrangig) in organisatorischer und/oder finanzieller Verantwortung als Leistungsträger neben den Trägern der freien Wohlfahrt als Leistungserbringer auf. Gemeinsam mit den übrigen Rehabilitationsträgern und den unterschiedlichen Ämtern und Ministerien im Land (überörtlicher Träger) sind „echte“ Vernetzungsprozesse zurzeit eher nicht vorhanden.<sup>38</sup>

---

<sup>33</sup> <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegesetz-pflegereform/pflegestaerkungsgesetze/>, Stand 01.10.2018

<sup>34</sup> vgl. Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf eines zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)

<sup>35</sup> ebenda

<sup>36</sup> Das Leitziel „Wir bieten Freiraum für kreative Lebensentwürfe“ beschreibt, dass sich alle Familien in Potsdam-Mittelmark geborgen fühlen und sich individuell entfalten können, eine flächendeckende Gesundheitsversorgung und optimale Mobilitätsangebote sind vorzuhalten. Nach dem Leitziel „Wir tragen die Verantwortung für die Bildung junger Menschen“ sollen alle Kinder ungeachtet ihrer sozialen Herkunft und ihrer geistigen und körperlichen Entwicklung vielfältige Schlüsselqualifikationen für den Einstieg ins Berufsleben erwerben können.

<sup>37</sup> siehe Kap. 3.

<sup>38</sup> weiter dazu siehe Kap. 4.

Der Integrierte Psychiatrieplan verbindet interdisziplinär und rechtskreisübergreifend drei wesentliche konzeptionelle Handlungsbereiche:

### **I. Sozialraumorientierung – Lebensräume in PM gemeinsam vor Ort gestalten<sup>39</sup>**

In unserem Konzept zur sozialen Teilhabe im Landkreis Potsdam-Mittelmark sind vier strategische Zielperspektiven entwickelt, die als Maßstab für zielgruppenspezifische Qualitätsentwicklung im Landkreis PM gelten (siehe Kap. 7.2.). Entsprechend der Umsetzung „Sozialraumorientierung – Lebensräume in PM gemeinsam vor Ort gestalten“ sind inklusive Sozialräume auch abgestimmt auf die Teilhabebedarfe von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen zu gestalten.<sup>40</sup>

Für diesen Anspruch an Sozialraumgestaltung müssen sowohl Ressourcen zur Verfügung stehen als auch Planungsinstrumente funktionieren.<sup>41</sup> Für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen heißt das, dass ihre soziale Teilhabe bei der Gestaltung des Gemeinwesen mitgedacht, mitgeplant und vor Ort gestaltet werden muss – durch Politik, Verwaltung, aber auch Wirtschaft, Kultur und Zivilgesellschaft.

### **II. Kopplung von Prävention und Intervention, Inanspruchnahme ambulanter Versorgung vor stationärer Unterbringung**

Der Landkreis fokussiert bei bedarfsgenauer Angebotsentwicklung in den Diensten und Leistungen für alle sozialen Zielgruppen auf die Stärkung der Selbsthilfekräfte, die frühzeitige und bessere Inanspruchnahme niedrigschwelliger Hilfen und die trägerübergreifende Vernetzung von Leistungserbringern. Das Konzept zur Umsetzung einer von vornherein breit angelegten Sozialraumorientierung „Lebensräume in PM gemeinsam vor Ort gestalten“ fokussiert die bedarfsgerechte Vorhaltung präventiver Unterstützungsangebote mit der Schwerpunktsetzung der Ausgestaltung von sozialer Teilhabe in den Sozialräumen und orientiert auf die trägerübergreifende interdisziplinäre Zusammenarbeit der Fachkräfte zur Intervention. Dabei ist berücksichtigt, dass vorhandene überregionale und regionale Angebotsstrukturen strukturell mit Angeboten vor Ort bedarfsgerecht verbunden und abgestimmt gedacht werden.

### **III. Qualitätsentwicklung**

Wirksamkeit sozialer Prozesse bzw. Maßnahmen sind zielgruppenbezogen sowohl am Einzelfall als auch aus der Gemeinschaftsperspektive heraus sehr schwer messbar. Die (Weiter-)Entwicklung geeigneter Standards und Methoden der Qualitätsentwicklung der sozialen Angebote und von geeigneten Messinstrumenten zur Abbildung von Wirkungen als Quali-

---

<sup>39</sup> Sozialraumorientierung als fachspezifisches Konzept wurde im Fachbereich 5 – Soziales, Jugend, Gesundheit und Schulentwicklung des Landkreises Potsdam-Mittelmark spezifisch zum übergreifenden Ansatz „Lebensräume in PM gemeinsam vor Ort gestalten“ hinsichtlich der Schwerpunktsetzung auf die Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe, die soziale Teilhabe von Menschen mit Behinderungen oder Hilfen zur Pflege weiterentwickelt. Es gestaltet über besondere Instrumente und Gremien das zwischen verschiedenen Zuständigkeitsbereichen und Rechtskreisen aufeinander abgestimmte Erkennen planungsregional-bezogener Bedarfslagen und die Entwicklung spezifischer Angebote. Die Entwicklung eines regional- und sozialraumbezogenen Berichtswesens sowie einer wirkungsorientierten Vernetzung aller Fachakteure ist implementiert. Konzeptionell wurde dieser Ansatz um die umfassende Einbeziehung und Beteiligung aller Ressourcenträger und der sozialräumlichen Verantwortlichkeit vor Ort, die präzise Definitionsarbeit und eine erweiterte Gremienstruktur systematisch erweitert. Als Sozialräume wurden die 19 kreisangehörigen Kommunen (Ämter, amtsfreie Gemeinden bzw. Städte) in vier Planregionen definiert. Für die verschiedenen Akteursperspektiven wurden Ziele formuliert (vgl. Kap. 7.2.).

<sup>40</sup> Inklusiver Sozialraum meint dabei ganz allgemein „ein barrierefreies Lebensumfeld, das alle Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, alte und junge, ungeachtet ihrer Herkunft selbstbestimmt gemeinsam nutzen und mitgestalten können“ in: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): Eckpunkte des deutschen Vereins für einen inklusiven Sozialraum. Berlin 2011.

<sup>41</sup> Aus der Kreisverwaltung heraus werden Koordinationsstrukturen und verschiedene spezifische Förderprogramme vorgehalten, die die sozialräumlichen Prozesse der kreisangehörigen Kommunen unterstützen. Außerdem wird eine spezifische Gremienstruktur vorgehalten und partnerschaftlich fortentwickelt, die sowohl gezielte Bedarfsanalysen als auch Angebotsentwicklungen unterstützen.

tätsentwicklungsprozess soll im Landkreis PM generell zur Basis einer kontinuierlichen fachlichen Entwicklung der Versorgungsstruktur in Potsdam-Mittelmark gemacht werden. Die Gestaltungsspielräume der Kreisverwaltung als Leistungsträger nach SGB II, SGB VIII und SGB XII sind sehr unterschiedlich und schließen sowohl inhaltliche Konzeptentwicklung von Angebotsstrukturen als auch Kostensatzverhandlungen je nach Aufgabenübertragung ein.<sup>42</sup> Die Umsetzung der konzeptionell entwickelten Integrierten Sozialplanung<sup>43</sup>, die interdisziplinäre Steuerung der psychosozialen Dienste nach SGB II sowie die langjährige Sicherstellung von Netzwerkkoordination für unterschiedliche soziale Bereiche im Landkreis gewährleistet die fachspezifische Vernetzung der wichtigsten Akteure bereits weitgehend.

---

<sup>42</sup> Nach SGB VIII und SGB XII sind die Aufgaben des Landkreises als örtlicher Leistungsträger unterschiedlich. Vgl. Gesetz zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (AG-SGB XII) zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 10. Juli 2014 (GVBl.I/14, [Nr. 29]) und § 69 SGB VIII i.V.m. Erstes Gesetz zur Ausführung des Achten Buches Sozialgesetzbuch Kinder- und Jugendhilfe (AGKJHG) zuletzt geändert durch Artikel 11 des Gesetzes vom 25. Januar 2016 (GVBl.I/16, [Nr. 5])

<sup>43</sup> <http://www.potsdam-mittelmark.de/de/bildung-soziales/fachplanungen-berichte-richtlinien/sozialberichterstattung/>, Stand: 01.10.2018

## 2. Struktur des Landkreises Potsdam-Mittelmark

Um langfristig psychiatrische Versorgungslagen überhaupt bedarfsgerecht gestalten zu können, sind zunächst geografische, wirtschaftliche, demografische, soziale wie sozialinfrastrukturelle Ausgangslagen zu berücksichtigen.

Aus der sozialräumlich sehr unterschiedlich verlaufenden und prognostizierbaren Bevölkerungsentwicklung im Landkreis und den traditionell sehr unterschiedlichen infrastrukturellen Gegebenheiten (eher ländlicher bzw. eher städtischer Charakter der Sozialräume, Einbeziehung der sozialen Infrastruktur in den angrenzenden kreisfreien Städten Brandenburg an der Havel und Potsdam sowie Orientierung nach Berlin) ergeben sich für eine integrierte Psychiatrieplanung eine Reihe von bedeutenden Herausforderungen:

- die Aufrechterhaltung/Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und wohnortnahen psychiatrischen Versorgung für Betroffene in dünn besiedelten Gebieten;
- Attraktivität von Arbeitsplätzen (Fachkräfte) außerhalb gut erreichbarer urbaner Wohngegenden;
- die zumutbare Mobilität bzw. die Erreichbarkeit spezifisch ausgestalteter Angebote;
- die Auslastung oder planungsregionale bzw. und sozialräumliche Bedarfsprognose für ganz spezielle Angebote;
- Wegfall oder Erschwernis der Unterstützung Betroffener durch Angehörige und
- die unterschiedliche Entwicklung von Trägervielfalt usw.

Der Landkreis Potsdam-Mittelmark setzt sich aus fünf Städten, fünf Ämtern und neun amtsfreien Gemeinden zusammen. Aus dem Wirken des Fachbereiches 5 heraus<sup>44</sup> haben sich für Steuerungszwecke aus Sicht der Kreisentwicklung vier Planregionen (PR) durchgesetzt. Dieser regionale Ansatz dient inzwischen fachübergreifend als grundlegende Arbeitsstruktur für rechtskreisübergreifende Abstimmungen zur Planung und Absicherung bedarfsgerechter und bürgernaher Versorgungsstrukturen. So können Kreisverwaltung und Akteure sozialer Daseinsvorsorge weitgehend abgestimmt jeweils aus regionalen Knotenpunkten heraus bedarfsgerecht und wirtschaftlich agieren (siehe auch Kap. 4.).

### 2.1. Strukturelle und demografische Besonderheiten

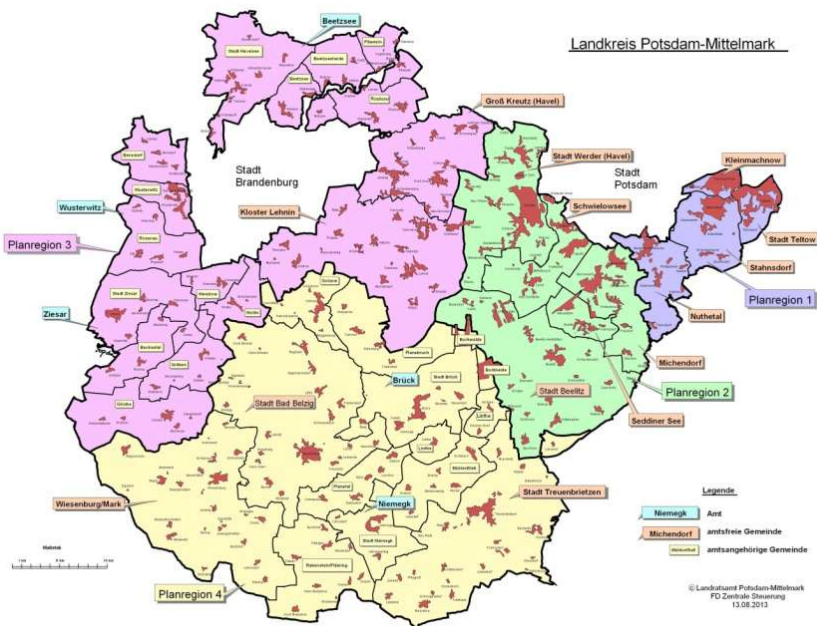
Der Landkreis Potsdam-Mittelmark wurde 1993 im Rahmen der ersten brandenburgischen Kreisgebietsreform durch Zusammenlegung der ehemaligen Kreise Belzig, Brandenburg (Land), Potsdam (Land) und die Einbeziehung des Amtes Treuenbrietzen aus dem ehemaligen Kreis Jüterbog gebildet. Er umfasst heute eine Fläche von ca. 2.592 km<sup>2</sup>, wobei nur 9 % Siedlungs- und Verkehrsfläche sind. 45,9 % des Kreisgebietes werden zur Landwirtschaft genutzt, 40,8 % sind Wald- und 2,8 % Wasserfläche.

---

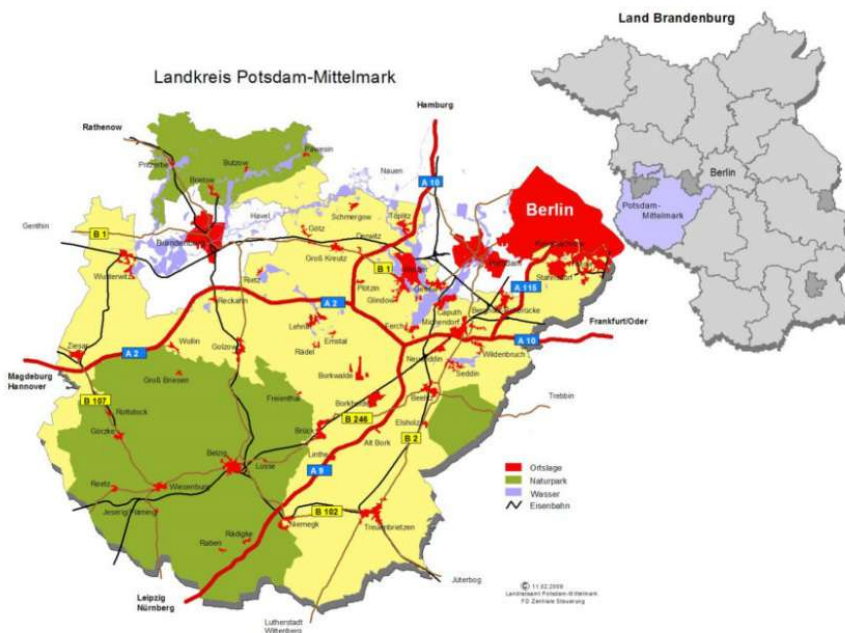
<sup>44</sup> Die Arbeit in Planregionen erfolgt seit 2001 systematisch und hat sich auf die regionale Organisation der Leistungsgewährung im FB 5 und 6 ausgewirkt. Die Planregionen entstanden nach infrastrukturellen Gegebenheiten (Erreichbarkeiten durch ÖPNV, Verknüpfung mit Zentren der gesundheitlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Versorgung), Pendlerbezug, historischen Bezügen u. a.



**Abb. 1: Landkreis nach Planregionen und kommunaler Gliederung**



**Abb. 2: Geografische Lage im Land Brandenburg**



Viele lagebedingte und infrastrukturelle Vorteile/Besonderheiten wirken sich direkt auf die insgesamt positive Bevölkerungsentwicklung und die tatsächlichen Gestaltungsspielräume des Landkreises wie der kreisangehörigen Kommunen aus:

- die unmittelbare Nähe zu den Städten Brandenburg an der Havel (Oberzentrum), Potsdam (Oberzentrum und Landeshauptstadt) und der Metropole Berlin;
- der Anteil am Berliner Umland (etwa ein Viertel der Fläche des Landkreises);
- die sehr guten Verkehrsverbindungen per Bahn, ÖPNV oder Autoverkehr. Der Landkreis PM ist durchzogen von wichtigen Hauptverkehrsachsen, wie den Bundesautobahnen

- BAB 2, BAB 9 und BAB 10 (Berliner Ring), den Bundesstraßen B 1, B 2, B 102 und B 107, und hat eine sehr gute Anbindung an den ÖPNV (Bus und Bahn);
- mehr Aus- als Einpendler, aber auch ein nicht geringer Anteil Nichtpendler, d. h. der Landkreis entwickelt sich immer mehr nicht nur als ein attraktiver Wohn- sondern auch als innovativer Arbeitsstandort;
  - die kulturelle, traditionelle und landschaftliche Vielfalt, wie der Seenreichtum im Norden und der Naturpark Hoher Fläming im Süden als attraktive Erholungsgebiete.

Entgegen der langjährigen amtlichen Prognose der vor allem im ländlich geprägten Raum des Landkreises PM (PR 3 und 4) eher negativen Bevölkerungsentwicklung<sup>45</sup> hat sich die tatsächliche Bevölkerungsentwicklung positiver durchgesetzt. Dabei bleiben trotz erfreulicher Ausweitung der tatsächlichen Zuzugsgebiete regional sehr große Unterschiede in der Besiedelungsdichte zwischen dem eher ländlich geprägten nördlichen und südlichen Teil des Landkreises (PR 3 und 4) und dem gesamten östlichen Bereich (PR 1 und 2) als Berlin und Potsdam nahen Lebensraum.<sup>46</sup>

Die Einwohnerzahl des Landkreises hat sich über die letzten zwei Jahrzehnte insgesamt sehr positiv entwickelt.<sup>47</sup> Aufgrund stärkeren Fortzugs jüngerer Generationen in den 90er Jahren und des zeitgleich geringeren Zuzugs sind die ländlicheren Kommunen des sogenannten weiteren Metropolenraums (PR 3 und 4) im Durchschnitt aber bereits stärker gealtert als die Kommunen des sogenannten Berliner Umlandes. Doch auch in Planregion 1 und 2 wird der Anteil der Bevölkerungsgruppe über 65 Jahre stark zunehmen.

Die Wirtschaft im Landkreis Potsdam-Mittelmark ist geprägt von klein- und mittelständischen Unternehmen. Sie spiegelt ebenfalls die Unterschiedlichkeit der regionalen Entwicklung wider.<sup>48</sup>

Die Planregionen 1 und 2 mit ihren eher städtischen Strukturen prosperieren im Berliner Speckgürtel. Aktuell leben hier auf nur einem Fünftel (22 %) der Landkreisfläche bereits zwei Drittel (64 %) der gesamten Bevölkerung des Landkreises PM.

Die ländliche Prägung der Planregionen 3 und 4 wirkt sich neben der wirtschaftlichen Entwicklung auch auf die demografischen und sozialen Entwicklungschancen aus. In den Planregionen 3 und 4 leben auf 78 % der Landkreisfläche 36 % der Bevölkerung.

---

<sup>45</sup> vgl. Demografiebericht Nr. 1 von Oktober 2010, S.20, Demografiebericht Nr. 2 von November 2012, S.20, Demografiebericht Nr. 3 aus April 2016. Der Demografiebericht wird regelmäßig zu den neuen Bevölkerungsprognosen aus dem Amt für Statistik Berlin-Brandenburg vom FD 51 im Rahmen der Integrierten Sozialberichterstattung aktualisiert. Er basiert nach wie vor auf den amtlichen Einwohnerdaten aus dem Land Brandenburg.

<sup>46</sup> Die sozialräumlichen Bevölkerungsdichten gehen sehr weit auseinander. Wurden bisher für die Gemeinde Kleinmachnow in PR 1 z. B. 1.726 EW/km<sup>2</sup> ermittelt, so sind es in der Gemeinde Wiesenburg/Mark in der Planregion 4 nur 20 EW/km<sup>2</sup>. Vgl. S.12 Demografiebericht Nr. 3 aus April 2016.

<sup>47</sup> Ein deutlicher Anstieg der Gesamtbevölkerung seit 2015 begründet sich u. a. aus dem zunehmenden Mangel an bezahlbarem Wohnraum in Berlin und Potsdam und der damit verbundenen stetigen Ausdehnung des Zuzugsbereichs im Berliner Umland bis hinein in die verkehrstechnisch gut angebotenen Teile des weiteren Metropolenraums sowie dem tatsächlichen Geburtenanstieg. Der leichte „Einknick“ im Jahr 2011 (vgl. S.8 im Demografiebericht Nr. 3 aus April 2016) ist auf die in dem Jahr durchgeführte „Volkszählung“ (Zensus) und der damit verbundenen Änderung des Berechnungsmodus zurückzuführen.

<sup>48</sup> In der an Berlin und Potsdam angrenzenden PR 1 sind viele Unternehmen der Dienstleistungsbranche und innovationsorientierte Betriebe angesiedelt. Die PR 2, die ebenfalls überwiegend zum Berlin nahen Raum gehört, ist vorrangig gekennzeichnet vom Obst- und Gemüseanbau, Handwerk und Dienstleistung. Die die Stadt Brandenburg an der Havel umschließende PR 3 wird wirtschaftlich hauptsächlich vom (Wasser-) Tourismus, von Handwerk und der Landwirtschaft beherrscht. Auch die PR 4 mit der Kreisstadt Bad Belzig ist vor allem touristisch geprägt, mit ländlichen Handwerksbetrieben, kleinen Industrieunternehmen und der Landwirtschaft.

Das hohe und zunehmende Pendlerverhalten in den letzten Jahren zeigt, dass von den Erwerbstätigen immer mehr Mobilität erwartet und realisiert wird.<sup>49</sup> Die gestiegene Mobilität der Bevölkerung führt oft zur Trennung der Lebensbereiche Bildung, Arbeit, Wohnen und Freizeit und das zum Teil schon von Kindesbeinen an. Solche frühzeitig mobil orientierten Lebensumstände wirken sich langfristig auf die persönliche Leistungsfähigkeit und Beanspruchung jedes Einzelnen ebenso aus wie seine Einbindung ins Gemeinwesen am Wohnort objektiv erschwert ist.

Im Hinblick auf die Planung der Versorgungsstrukturen für psychisch kranke Menschen sind die komplexe Beanspruchung sowie schwindende Ressourcen für ein familiäres Unterstützungssystem erheblich einzubeziehende Faktoren der Trenduntersuchungen. Andererseits kann aufgrund der Lage zu den Oberzentren Brandenburg an der Havel und Potsdam sowie Berlin auf eine Attraktivität für zentral gelegene gesundheitswirtschaftliche Infrastruktur zurückgegriffen werden. So befinden sich u. a. Fachärzte, Psychotherapeuten, Fachkliniken und andere spezielle Angebote vermehrt in diesen Ballungszentren.

Im Gegensatz zu den eher städtisch geprägten und dicht besiedelten PR 1 und 2 mit einer ausgesprochen guten Verkehrsanbindung zur Bundeshauptstadt und Potsdam (kurze Wege, gute und dichte ÖPNV-Angebote, höhere Grundstücks- und Mietpreise) finden sich in den PR 3 und 4 als weiteren Metropolenraum viele kleine ländlich strukturierte Siedlungsbereiche mit weniger Einwohnern. Dort bestehen hohe Anforderungen an die persönliche Mobilität im Alltagsleben (weite Wege, mittelzentrumsorientierte Versorgungsstruktur). Hier bestehen eher zentrale ÖPNV-Verbindungen, unterstützt von der schuljahresbezogenen Versorgungslandschaft zur Schülerbeförderung, dort sind die Grundstücks- und Mietpreise verhältnismäßig niedrig.

## 2.2. Einfluss wichtiger sozialer Indikatoren

Im Abgleich zu den maßgeblichen im Brandenburger Sozialindikatorensetz ausgewerteten sozialen Indikatoren hat Potsdam-Mittelmark im Vergleich zu anderen Landkreisen und kreisfreien Städten des Landes Brandenburg bei Ressourcen (Beschäftigung, Einkommen, Bildung, Sozialstatus und Haushaltsgröße) sowie den Belastungen (Leistungsbezug SGB II, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Wohngeldbezug, Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege) sehr gute Rahmenbedingungen, wobei aber ebenfalls die unterschiedlichen Entwicklungstendenzen vom Berliner Umland (PR 1 und 2) und dem weiteren Metropolenraum (PR 3 und 4) bestätigt werden. Insbesondere im Berliner Umland sind die Chancen zur selbständigen Lebensführung aus eigenem und ausreichendem Erwerbseinkommen größer, während im weiteren Metropolenraum die Wahrscheinlichkeit des Eintritts der Abhängigkeit von staatlichen Unterstützungssystemen und damit eingeschränkter Selbstversorgungsspielräume insbesondere im Krankheits- oder Erwerbsunfähigkeitsfall verhältnismäßig höher liegt.<sup>50</sup>

Neben den Rahmenbedingungen zum tatsächlichen wohnortnahen Vorkommen oder der Erreichbarkeit spezieller Angebote für Menschen mit psychischen Störungen ist der Sozialstatus des Betroffenen für die Inanspruchnahme von Gesundheits- und Hilfsangeboten maßgeblich beeinflussend. „In den meisten Gesellschaften lässt sich ein direkter Zusammenhang zwischen dem Zugang zu Gesundheitsleistungen und dem Sozialstatus nachweisen. In be-

---

<sup>49</sup> Von den 84.825 Bewohner\*innen des Landkreises PM mit sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung in 2017 pendelten 53.795 zu Arbeitsorten außerhalb Potsdam-Mittelmarks insbesondere in die Städte Berlin, Potsdam und Brandenburg an der Havel, aber auch in andere Landkreise oder Bundesländer. Der Landkreis ist für 31.028 Nichtpendler Wohn- und Arbeitsort zugleich. Hingegen pendeln 29.905 Personen zum Arbeiten nach Potsdam-Mittelmark ein. siehe Bundesagentur für Arbeit, Stichtag 30.06.2017, aufbereitet durch Landkreis Potsdam-Mittelmark, FD Zentrale Steuerung

<sup>50</sup> Ausführlichere Erläuterungen finden sich im Kap. 7.2.

sonderem Maße trifft dies auf die Versorgung psychisch Kranker zu.“<sup>51</sup> Zusätzlich lohnt es sich (bei Kindern und Jugendlichen) genauer auf den Sozialstatus (im Elternhaus) zu schauen.

„Die Soziale Lage ist ein wesentlicher Einflussfaktor auf Gesundheit und Krankheit, die ihrerseits wiederum auch die soziale Lage beeinflussen können. Ein niedriger sozialer Status ist oftmals verbunden mit geringer Bildung, eingeeengten Lebensverhältnissen und einer riskanten Lebensweise (Lampert & Kuntz, 2015). Erkrankungen treten bei Kindern aus Familien mit niedrigem sozialen Status häufiger und ausgeprägter auf. Risiko- wie Schutzfaktoren sind ebenfalls sozial determiniert.“<sup>52</sup>

Gleichzeitig ist aber auch der Einfluss der regionalen Umwelt wissenschaftlich nachgewiesen. „Krankheitshäufigkeiten wie auch Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung weisen regionale Unterschiede auf – nicht nur zwischen den Bundesländern, sondern auch innerhalb der einzelnen Bundesländer, Kreise, kreisfreien Städte bis hin zu Stadt- und Ortsteilen einer Kommune.“<sup>53</sup> „Gesundheitsverhalten wird durch die Sozialisation und Umwelt deutlich geprägt.“<sup>54</sup>

Allgemein haben psychologische Forschungen auch nachgewiesen, dass Armut und psychische Störungen eng miteinander verflochten sind.<sup>55</sup>

Für die Integrierte Psychiatrieplanung im Landkreis PM bleibt also relevant, dass gegenüber den eher städtisch geprägten in den ländlich geprägten Regionen im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung der Anteil von Menschen in wirtschaftlich angespannten Verhältnissen mit Sozialleistungsbezug und auch die Bezugslänge solcher Leistungen höher ist.

Die aus dem Landkreisdurchschnitt heraus abzuleitende relative Prävalenz für Versorgungsfälle von Menschen mit psychischen Störungen stellt sich auf Planregionen heruntergerechnet, aber eben auch angesichts der deutlich höheren Bevölkerungsdichte in den Planregionen 1 und 2, hier mit einer nominal erhöhten Bedarfslage dar.

Sowohl die Gestaltung eines selbstbestimmten erfüllten Lebens, das frühzeitige Erkennen und die Wahrnehmung von Chancen zur guten psychiatrischen und gesundheitsbezogenen Versorgung als auch der hohe Anspruch an Organisation und Absicherung notwendiger familiärer Begleitung und Unterstützung von Betroffenen bleiben für die Sicherstellung der bedarfsgerechten psychiatrischen Versorgung sowohl aus der Perspektive der Betroffenen, der Angehörigen, der Fachkräfte als auch des wohnortnahen Gemeinwesens die maßgeblichen Herausforderungen der Zukunft. Daran ändert auch nicht allein die Verbesserung der Digitalisierung auf dem Land etwas.

Die maßgeblichen wichtigsten Faktoren für die gesellschaftliche Beschreibung der sozialen Lage/Bedarfslagen sind im Landkreis vergleichsweise gut und im Jahresvergleich trotz steigender Bevölkerungszahl verhältnismäßig konstant. Das weist grundsätzlich auf ein hohes Selbsthilfepotenzial bei den Bürgerinnen und Bürgern im Landkreis hin.

---

<sup>51</sup> Salize, Hans Joachim: Versorgungsrealitäten und Versorgungsgerechtigkeit. In: Menschen mit psychischen Erkrankungen: Ausschluss statt Teilhabe?, 4 (2017), S.9-11

<sup>52</sup> Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF) (Hrsg.): Gesundheit und Gesundheitschancen für Kinder im Land Brandenburg. Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 8, S.7-8, Potsdam, 2018

<sup>53</sup> ebenda S.8 Beachte: Diese allgemeine Einschätzung kann derzeit nicht auf einer Datenlage für Potsdam-Mittelmark nachgewiesen werden, da die Daten der Krankenkassen nicht sozialräumlich oder gar quartiersbezogen zur Verfügung stehen.

<sup>54</sup> ebenda S.109

<sup>55</sup> Mauz, Elvira/Jacobi, Frank: Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich, Psychiatrische Praxis 35/7 (2008), S.343-352

**Tab. 1: Ausgewählte Kennzahlen für den Landkreis PM im Vergleich zum Land Brandenburg und Deutschland, Brandenburger Sozialindikatoren 2018**

Brandenburger Sozialindikatoren 2018	Deutschland gesamt	Land Brandenburg	Landkreis PM	Platz im Ver- gleich aller Landkreise und kreisfreien Städte im Land Bran- denburg (Vergleich zum Vorjahr)
Steuereinnahmen in 1.000 Euro (2017)	95.905.000	2.164.937	175.417	5. ( 3.)
Anteil am Landesergebnis Bruttowertschöpfung (2015)	-	-	7,5 %	5. (gleich)
Arbeitslose insgesamt (2017)	-	92.648	5.527	6. Höchste
Arbeitslosenquote, SGB II und III (2017)	5,7 %	7,0 %	4,9 % (5.527 Personen)	2. Niedrigste (gleich)
davon Anteil SGB II	66,2 %	70,2 %	63,8 %	Niedrigste (gleich)
davon Anteil SGB III	33,8 %	29,8 %	36,2 %	Höchste (gleich)
Grundsicherung für Arbeitsu- chende gemäß SGB II (2017)	-	10,7 %	5,3 %	Niedrigste
Anteil Empfänger von Arbeits- losengeld II (2017)	-	9,6 %	4,8 %	Niedrigste
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (2016)	14,9 %	11,3 %	8,2 %	Niedrigste (gleich)
Armutsgefährdungsquote gemes- sen am Landesmedian (2016)	15,7 %	13,4 %	-	- (nicht ermittelbar)
Hilfe zum Lebensunterhalt (2016)	1,6 %	1,7 %	0,8 %	Niedrigste (gleich)
Anzahl der Sozialhilfehaushalte (2016)	-	3.975	151	Niedrigste
Empfängerhaushalte Wohngeld (2015)	-	25.000 (Personen)	1.003 (Personen)	4. Niedrigste [nach Anzahl der Perso- nen] (gleich)
Niedriger Sozialstatus von Fami- lien mit Einschüler*innen (2017)	-	10,6 %	4,1 %	Niedrigste

Quelle: Brandenburger Sozialindikatoren 2018, Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg,

### 3. Rechtliche Grundlagen und institutionelle Prämissen der psychiatrischen Versorgung

Charakteristisch für die Versorgungsmaßnahmen und Behandlungen für Menschen mit psychischen Störungen ist die insgesamt auf verschiedene Sozialgesetzbücher und unterschiedlich geregelte Finanzierungsverantwortungen aufgebaute Versorgungsstruktur.

Basis für das maßgebliche Leistungs- und Ordnungsrecht sind die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) der Vereinten Nationen, das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland sowie die Landes- und Kommunalverfassung des Landes Brandenburg mit den Ausführungen zur Gleichstellung und Nichtdiskriminierung von Menschen mit und ohne Behinderungen. Insbesondere die UN-BRK, die 2009 durch die Bundesrepublik Deutschland ratifiziert wurde und im Range eines einfachen Bundesgesetzes steht, führt wichtige Punkte zu Selbstbestimmungsrechten, zur Einschränkung von Zwangsmaßnahmen und zu wesentlichen Feldern der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an.

Zunächst lohnt es sich, kritisch auf das historisch gewachsene Gesundheitssystem in Deutschland als solches zu schauen, denn diese Systemkritik eröffnet bereits außerhalb der Einflussosphäre der Kreisverwaltung liegende strukturelle Grunderkenntnisse.

Will man auf Versorgungsrealität und -gerechtigkeit eingehen, ist ein Realitätscheck wichtig.<sup>56</sup> „Versorgungs- oder Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen ist angesichts chronisch knapper Gesundheitsbudgets ein überaus hoher gesellschaftlicher Anspruch.“<sup>57</sup> Dabei wird in der Fachliteratur das spezifische Dilemma der gesetzlichen Krankenkassen zwischen subjektiven Erwartungen der Betroffenen und Wirtschaftlichkeitskriterium aufgezeigt.

„Die Versorgungsangebote im deutschen Gesundheitswesen sind weitgehend ökonomisch bestimmt. ... das Gesundheitswesen (ist) sehr stark von Anbieterdominanz und einem hohen legislativen und administrativen Steuerungsgrad gekennzeichnet. Dem steht die überaus hohe ideelle Bedeutung gegenüber, die die Bevölkerung ihrer Gesundheit beimisst. Daraus leitet sich die kollektive Erwartung ab, dass im Krankheitsfall jederzeit das Maximale, welches die Medizin bietet, zur Anwendung kommen muss – ungeachtet des Krankheitsstadiums, des Schweregrads oder des Verhältnisses von Mitteleinsatz und Behandlungsergebnis. Dieser Anspruch muss zwangsläufig mit den zur Verfügung stehenden Budgets und dem Wirtschaftlichkeitskriterium kollidieren, dem die Kostenträger unterliegen.“<sup>58</sup>

Aus diesem strukturbedingten Widerspruch heraus scheinen bereits oftmals die jeweiligen tatsächlichen Gesundheitsleistungen hinter subjektiven Erwartungen der Betroffenen und dem objektiven Versorgungsbedarf zurückzubleiben. Es wird eingeschätzt, dass eine strukturelle Unterversorgung aber gerade die Bevölkerungsgruppe der Menschen mit psychischen Störungen betrifft, die gegenüber körperlich kranken Menschen aus einem komplexen Ursachegeflecht heraus hinsichtlich Qualität und Quantität ihrer Versorgungssysteme deutlich benachteiligt sind.<sup>59</sup>

Daneben ist auch die wachsende Bedeutung der psychischen Störungen in den Krankheitsstatistiken ein Indikator für Versorgungsgerechtigkeit geworden. Die Wirkung besserer Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten für psychische Störungen darf nicht unerwähnt bleiben: „Früher nicht erkannt, verschwiegene oder fehldiagnostizierte psychische Störungen

---

<sup>56</sup> „Wenig praxisgerechte Vergütungssysteme und einflussreiche Selbstverwaltungsstrukturen wie die kassenärztlichen Vereinigungen tragen zu einem vielschichtigen und gleichzeitig starren Finanzierungssystem mit hoch selektiven Zuständigkeits- und Verantwortungsbereichen bei.“ Salize, Hans Joachim. S.13 ebenda

<sup>57</sup> Salize, Hans Joachim. S.8 ebenda

<sup>58</sup> Salize, Hans Joachim. S.8 ebenda

<sup>59</sup> Salize, Hans Joachim. S.9 ebenda

werden mittlerweile korrekt als solche diagnostiziert und bilden sich deshalb in jährlich steigender Zahl in den Leistungsstatistiken der Finanzierungsträger ab. Das ist u. a. eine Folge der Entstigmatisierung psychischer Störungen und der besseren Ausbildungs- und Diagnostikstandards von Ärzt\*innen und Therapeut\*innen und bedeutet eine Verbesserung der psychiatrischen Qualitätsstandards.<sup>60</sup> Im Umkehrschluss entsteht daraus allerdings ein erheblicher Druck auf die ständige Fortentwicklung der Qualität und die Art der Versorgungsangebote bei den verantwortlichen Trägern.

Mit dem aus der Entwicklung ungebrochener Behandlungsketten heraus anwachsenden Koordinierungsanspruch sind besondere Schnittfelder zwischen Sozial- und Gesundheitssektor zu bearbeiten. Neben wesentlichen Sozialgesetzbüchern (SGB), wie dem SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung, dem SGB – VIII Kinder- und Jugendhilfe, dem SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen und dem SGB XII – Sozialhilfe, können je nach Fallgestaltung auch noch andere Sozialgesetzbücher, wie das SGB II – Grundsicherung für Arbeitssuchende, das SGB III – Arbeitsförderung, das SGB VI – Gesetzliche Rentenversicherung, das SGB VII – Gesetzliche Unfallversicherung und das SGB XI – Gesetzliche Pflegeversicherung und ausführende Verordnungen einschlägig sein. „Diese Aufteilung (in die Sektoren ärztlich-psychiatrische Leistungen und der sogenannten komplementären psychiatrischen Leistungen) erschwert die kontinuierliche Planung und Koordination von Behandlungsverläufen, die Behandlungsmaßnahmen aus den beiden Sektoren erfordern.“<sup>61</sup>

Weitere rechtliche Rahmenbedingungen setzen für Betroffene und das Versorgungssystem zudem das 2016 beschlossene Bundesteilhabegesetz, das Betreuungs- und Patientenrecht, das Brandenburgische Krankenhausentwicklungsgesetz, das Brandenburgische Psychisch-Kranken-Gesetz und das Gesundheitsdienstgesetz. Ein Überblick über wesentliche Regelungsinhalte der Gesetze bezogen auf die Thematik der psychiatrischen Versorgung findet sich im Kapitel unter 7.3.

Für psychisch schwer sowie längerfristig erkrankte Menschen ist das SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe für behinderte Menschen einschlägig.<sup>62</sup> Psychisch erkrankte Menschen im Sinne der Gesetzesdefinition bezeichnet der § 2 Abs. 1 SGB IX als „seelisch behinderte Menschen“, wenn ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist bzw. „von seelischer Behinderung bedrohte Menschen“, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Die zuständigen Leistungsträger treten als Rehabilitationsträger auf, für die jeweils andere Rechtsgrundlagen und zu erfüllende Leistungsansprüche gelten.<sup>63</sup> Das ab dem 01.01.2018 im SGB IX verortete Eingliederungshilferecht als Leistungsrecht für (z. B. seelisch) behinderte Menschen mit hohem Beeinträchtigungsgrad wird vom Landkreis PM im Rahmen der Sozialhilfe ausgeführt und ist in Teilen abhängig von Einkommen und Vermögen des Betroffenen. Der leistungsberechtigte Personenkreis gilt als „wesentlich behindert“. Örtlicher Träger der Sozialhilfe sind die Landkreise und kreisfreien Städte. Überörtlicher Träger der Sozialhil-

<sup>60</sup> Salize, Hans Joachim. S.10 ebenda

<sup>61</sup> Salize, Hans Joachim. S.13 ebenda

<sup>62</sup> Als neuer Behinderungsbegriff ist seit 01.01.2017 im SGB IX § 2 definiert: „Menschen mit Behinderung sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.“

In der Eingliederungshilfe gilt der „Wesentlichkeitsbegriff“ nach § 53 SGB XII: „Personen, die durch eine Behinderung im Sinne des SGB IX wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, Aussicht besteht die Teilhabe zu verbessern.“

<sup>63</sup> Die vom SGB IX umfasste Sozialhilfe darf nur nachrangig herangezogen werden, wenn kein anderer Leistungsträger zuständig ist bzw. entsprechende Rahmenbedingungen z. B. in Kita und Schule nicht gegeben sind.

fe ist das Land Brandenburg, das Rahmenleistungsverträge mit den Verbänden der Leistungserbringer abschließt. Die Aufgaben als kommunaler Träger der Eingliederungshilfe erfüllt der Landkreis.<sup>64</sup>

Mit der langfristigen Umsetzung der neuen Leistungssystematik aus dem Bundesteilhabegesetz entstehen sehr umfangreiche Herausforderungen für die Hilfestellung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.

„Sie beginnen mit dem Umstand, dass Leistungen der Eingliederungshilfe und insbesondere zur sozialen Teilhabe Antragsleistungen werden. Hinter dem Antrag steht die Erwartung, dass die Leistungen erfolgreich sein werden. Die Eingliederungshilfe wird damit in das System der Leistungen zur Rehabilitation eingebettet, das wir schon lange kennen – auch mit seinen negativen Auswirkungen. Viele Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen haben die Erfahrung gemacht, dass ein Antrag zunächst abgelehnt wurde und erst ein Widerspruch zur Leistung geführt hat. Für die Abfassung des Widerspruchs benötigt man Durchsetzungskraft und Unterstützung.... Zukünftig wird sich das System der psychosozialen Hilfen in der Bundesrepublik noch weiter ausdifferenzieren....“<sup>65</sup>

### 3.1. Zusammenwirken von Leistungs- und Rehabilitationsträgern

Wichtige Prämisse für eine chancengerechte, wohnortnahe Versorgungslandschaft aus Sicht des Landkreises ist das notwendige Zusammenwirken der verschiedenen Leistungs- und Rehabilitationsträger untereinander aber auch mit der Leistungserbringerseite im Sinne eines gut funktionierenden Systems der Psychiatrieversorgung.

Im Zusammenwirken der Leistungs- und Rehabilitationsträger sowie in Anbetracht des engen Rahmens des Bundessozialrechts hat der Landkreis PM als Träger des Jobcenters, der Kinder- und Jugendhilfe und als örtlicher Träger der Sozialhilfe nur einen beschränkten Einfluss auf die Ausgestaltung des Psychiatrieversorgungs- und Teilhabesystems, zumal die Akteure und Angebote in der Regel nicht an den Grenzen von kommunalen Gebietskörperschaften ausgerichtet sind.

Das bundesdeutsche Sozialhilferecht wird in einem Beziehungsgeflecht zwischen antragstellender/leistungsberechtigter Person, dem (finanziellen) Leistungsträger und dem beauftragten Dritten als Leistungserbringer erfüllt. Darunter lassen sich in erster Linie die beim Leistungsbezug unterschiedlich entstehenden Rechtsbeziehungen subsumieren. Diese Besonderheit spielt dort eine besondere Rolle, wo Sozialleistungen nicht in Geld erbracht werden, sondern in Form von Dienst- oder Sachleistungen, die gegenwärtig in der Regel in ambulanter, teilstationärer, stationärer und rehabilitativer Form erbracht werden. Unterschiedliche Rechtsformen sind möglich.<sup>66</sup>

Problematisch an der bisherigen Leistungserbringerpraxis in dem nach Zuständigkeit organisierten Sozialrecht für seelisch behinderte Menschen, in der jeder Leistungsträger vorrangig nach seiner eigenen Zuständigkeits- und Rechtslogik Leistungen bescheidet oder verwehrt, sind folgende Aspekte:

---

<sup>64</sup> AG SGB XII und IX in der jeweils gültigen Fassung

<sup>65</sup> BTHG: Die wichtigsten Neuerungen für die psychiatrische Arbeit, Matthias Rosemann, Psychiatrieverlag 2018, S.29/30

<sup>66</sup> Charakterisierend z. B. bei Leistungen zur Teilhabe nach dem § 4 SGB IX oder der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach § 54 Abs. 2 SGB XII) ist:

- Zwischen dem Leistungsberechtigten und dem Leistungserbringer besteht ein privatrechtlicher Vertrag.
- Zwischen dem Leistungsberechtigten und dem Leistungsträger besteht ein öffentlich-rechtliches Verhältnis.
- Zwischen dem Leistungsträger und dem Leistungserbringer besteht ein öffentlich-rechtlicher Vertrag.

siehe Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz. Abschlussbericht, Bonn 2015



- Mangelnde Abstimmung der Leistungsträger und der Leistungserbringer untereinander bei Feststellung, Ausführung von Leistungen und Wirkungskontrolle. Es kann im Extremfall zu widersprüchlichen Mehrfachfeststellungen, nicht passgenauen Leistungsbausteinen, Doppelleistungen bzw. nicht (vollständig) erfüllten Leistungsansprüchen führen.
- Leistungen wurden entsprechend der Rahmenbedingungen einrichtungsbezogen und nicht personenzentriert gewährt, das heißt, individuelle Bedarfe, ein Wunsch- und Wahlrecht des Betroffenen für die Leistungserbringung sowie Möglichkeiten der aktiven Mitbestimmung des Betroffenen waren nur sehr eingeschränkt möglich.
- Möglichkeiten zur an Selbstbestimmung orientierter oder sogar selbst organisierter Leistungserbringung durch direkte Vertragsbeziehungen zwischen Leistungsträger und Betroffenen einerseits („Persönliches Budget“) und Betroffenen und Leistungserbringer (privat-rechtlicher Leistungsvertrag) andererseits kamen nur sehr beschränkt zur Anwendung.
- Eine Steuerung im Sinne sozialräumlicher und lebensbereichsübergreifender Leistungsangebote war nur beschränkt möglich.
- Fachleistungen, z. B. für Assistenz und existenzsichernde Leistungen, waren in der Sozialhilfe vermengt, was einem modernen Verständnis von Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen zuwider läuft.

Die Frage der ganzheitlichen, wirksamen und nachhaltigen Steuerung der Leistungsbeziehungen im sozialrechtlichen Dreieck verstärkt sich dann, wenn für einen Betroffenen Leistungsansprüche gegenüber mehreren Leistungsträgern zu mehreren teils sehr komplexen Dreiecksverhältnissen mit unterschiedlichen Leistungsträgern und -erbringern führen können. Bei der Versorgung vieler psychiatrischer Störungsbilder sind die Bereiche Wohnen, Arbeit und Sozialbeziehungen sehr schnell überschneidend beeinträchtigt.

Wichtiger Ansatzpunkt sind auch partnerschaftliche Präventionsstrategien.

„Das Bundesgesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz) trat am 25. Juli 2015 in Kraft. Kern ist die nationale Präventionsstrategie, mit der die Gesundheitsförderung direkt im Lebensumfeld der Menschen aller Altersgruppen, insbesondere in den Kommunen, in Kitas, Schulen, in Betrieben und in Pflegeeinrichtungen, gestärkt werden soll. Mit dem Gesetz sind die gesetzlichen Krankenkassen aufgefordert, von 2016 an 7 Euro statt bislang 3,09 Euro je Versicherten für Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung auszugeben. Von den 7 Euro sollen mindestens 2 Euro für Maßnahmen in Lebenswelten wie Kitas und Schulen sowie die betriebliche Gesundheitsförderung entfallen. Das entspricht 285 Mio. Euro insgesamt.“<sup>67</sup>

Landkreise sind daher angehalten, die Kooperation mit den Krankenkassen zu suchen, wobei bereits bestehende Präventionsmaßnahmen, wie z. B. der Öffentliche Gesundheitsdienst oder die Jugend- und Familienhilfe, zu berücksichtigen sind. Ergebnisse unterschiedlicher wissenschaftlicher Studien und auch der Gesundheitsberichterstattung weisen die Notwendigkeit aus, „schon in früher Kindheit Gesundheits- und Sozialkompetenzen zielgruppen- und Setting spezifisch zu fördern. „Gesundes Aufwachsen“ ist auch ein zentrales nationales Gesundheitsziel ([www.gesundheitsziele.de](http://www.gesundheitsziele.de))“<sup>68</sup> Viele gute Beispiele für Präventionsprojekte gibt es bereits.

---

<sup>67</sup> Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF) (Hrsg.): Gesundheit und Gesundheitschancen für Kinder im Land Brandenburg. Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 8, S.11, Potsdam, 2018

<sup>68</sup> ebenda S.23

Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG), das in drei Stufen ab 01.01.2017, 01.01.2018 und 01.01.2020 in Kraft gesetzt ist, soll die Leistungsgewährung den vorgenannten Steuerungsansprüchen gerecht werden.<sup>69</sup>

Die mit den Neuregelungen tatsächlich erreichbaren nachhaltigen Teilhabeverbesserungen auch für Menschen mit psychischen Störungen bzw. seelischen Behinderungen bleiben derzeit noch abzuwarten. Zudem ist die wirksame Steuerung der regionalen und sozialräumlichen Angebotspalette aus Sicht des Landkreises tatsächlich fraglich. Für die Zukunft muss der sich ggf. neu eröffnende Gestaltungsspielraum des Landkreises durch die Einbeziehung von Gemeinwesen orientierten Beteiligungsprozessen erst noch greifbar gemacht werden.

Vor dem Hintergrund einer für Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen im städtischen und im ländlichen Raum gleichwertigen teilhabeorientierten Daseinsvorsorge ist eine neue zuverlässige Kultur des Zusammenwirkens aller Rehabilitationsträger ebenso unerlässlich wie die Einbeziehung der Ebene der kreisangehörigen Kommunen. „Die besondere und anspruchsvolle Aufgabe der Sozialpsychiatrie ergibt sich (damit) durch das notwendige Zusammenspiel zwischen spezifisch klientenbezogenen Interventionen, für die im BTHG umfassende Regelungen getroffen werden, und gemeinwesenorientierter Arbeit.“<sup>70</sup> Dabei muss das Zusammenpassen von angebotenen Hilfen zum Teilhabebedürfnis der psychisch erkrankten Person in den Vordergrund gestellt werden.

Aus dem BTHG sind folgende grundlegende Prämissen für eine gelingende Versorgungsplanung auch für Menschen mit psychischen Störungen abzuleiten:

- Bereitschaft aller Leistungs-/Rehabilitationsträger das Teilhabeplan- bzw. Gesamtplanverfahren im Einzelfall abzustimmen und das auch über die Landkreisgrenzen hinaus und hinein (schon die große Anzahl allein von zugelassenen Krankenkassen, neben den vielen anderen Leistungs-/Rehabilitationsträgern verdeutlicht den enormen Koordinierungs- und Kommunikationsaufwand, der für Vereinbarungen erforderlich wird).
- Verlässliche und konsensorientierte fallübergreifende Zusammenarbeit von Leistungsträgern und Leistungserbringern ebenfalls auf allen Ebenen (Bund, Land, Landkreis, Sozialraum) und in den gängigen Formaten in Gremien, bei Fachveranstaltungen und bei Fachtischen. Neue Anreize für mehr Kooperationsbereitschaft im System Psychiatrie mit dem Teilsystem Eingliederungshilfe sind immanent wichtig.
- Gestaltungswille auf allen Seiten, um die vorhandenen Angebote im Sinne von Personenzentrierung und verbesserter Selbstbestimmung der Betroffenen zu flexibilisieren und weiterzuentwickeln (Auflösung der tradierten Trennung von ambulant und stationär). Neben der Fachkräfteebene ist insbesondere die Leitungsebene von Leistungserbringer- und Leistungsträgerseite in Abstimmung mit den zuständigen Sozialraumakteuren gefragt, intelligente möglichst gemeindenahere Angebote zu entwickeln. Bund und Land sollten dafür Leitplanken mit verlässlichen Rahmenbedingungen, Modellen Guter Praxis und einer auskömmlichen Finanzierung setzen.
- Willigkeit der Betroffenen und ihrer Angehörigen die neuen Mitwirkungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten aktiv zu nutzen (Hilfe zur Selbsthilfe).
- Offenheit in den Sozialräumen bis hinein in die Quartiere Menschen mit psychischen Erkrankungen am Gemeinwesen teilhaben zu lassen und Orte des gemeinsamen Wohnens, Lernens, Arbeitens und Lebens zuzulassen.

---

<sup>69</sup> Dafür wurden eine Reihe von Änderungen in den Bereichen Allgemeiner Teil SGB IX (z. B. Zuständigkeitsregelungen, Teilhabeverfahren), Schwerbehindertenrecht, Vertragsrecht, Teilhabe am Arbeitsleben, Gesamtplanverfahren in der Eingliederungshilfe sowie konkrete Leistungsverbesserungen durch Anpassung der Freibetragsgrenzen vollzogen. Eine ausführliche Darstellung der Änderungen ist in Kap. 7.3.2. zusammengetragen.

<sup>70</sup> Kahl, Yvonne: Subjektives Teilhabeerleben von Menschen mit psychischen Erkrankungen. In: Menschen mit psychischen Erkrankungen: Ausschluss statt Teilhabe, 4 (2017), S.12

- Klares Bekenntnis der Bundes- und Landespolitik die gesetzlichen Neuregelungen des BTHG konstruktiv-kritisch im Hinblick auf Wirkungskontrolle und Finanzierbarkeit evaluieren zu lassen und mittelfristig Nachjustierungen zu vollziehen.

Kurzfristig sind diese Voraussetzungen für eine umfassende chancengerechte Versorgung psychisch erkrankter und seelisch behinderter Menschen bei der Abstimmung von Komplexleistungen wohl schwerlich verlässlich und nachhaltig zu organisieren. Nur im gelingenden Zusammenwirken aller Akteure werden spürbare Verbesserungen für eine Integrierte Psychiatrieversorgung erzielbar.

Die Kooperation mit den Krankenkassen zu Planungszwecken ist für den Landkreis bisher leider nicht erreicht worden.

### 3.2. Interessenvertretungen für Betroffene, Angehörige und Fachkräfte

Die Interessenvertretung von Betroffenen, Angehörigen und Fachkräften ist im Landkreis vielfältig sichergestellt.<sup>71</sup>

In der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung wird die Mitbestimmung und Interessenvertretung von psychisch erkrankten und seelisch behinderten Menschen beim Träger des Angebots in unterschiedlicher Form organisiert, etwa als Bewohnerschaftsrat, Werkstatttrat oder Auszubildendenvertretung. Diese Vertretungsmöglichkeiten sind in den Versorgungsverträgen formal geregelt. Für die Ausgestaltung ist der Leistungserbringer (Träger der sozialen Arbeit) verantwortlich. Hier gibt es im Landkreis erheblichen Entwicklungsbedarf. Auch zukünftig sind die Weiterentwicklung der konzeptionellen Ansätze und verfügbare handlungspraktische Ressourcen erforderlich, um die betroffenen Menschen für ihre eigene Selbstvertretung zu motivieren und zu unterstützen.

Hilfe zur Selbsthilfe und Interessenvertretung ist auch im Landkreis PM über eine vielfältige Beratungslandschaft und Selbsthilfegruppenarbeit möglich.<sup>72</sup> Das Mitwirken in Selbsthilfegruppen ist speziell langfristig für Psychiatrieerfahrene und für Menschen mit Suchtproblematik persönlich von erheblicher Bedeutung bei der Unterstützung der Bewältigung des täglichen Lebens. Hier wird in der Gemeinschaft mit ebenfalls Betroffenen der Austausch zur Erkrankung und der Bewältigung von Problemen oder belastenden Situationen im Alltag ganz niedrigschwellig ermöglicht.

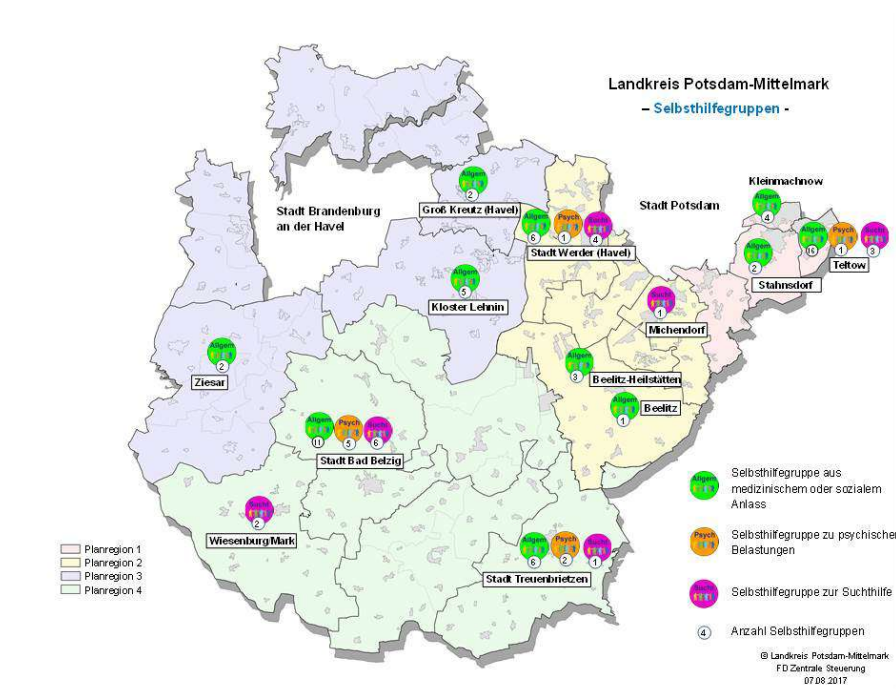
<sup>71</sup> Im Bereich des Betreuungs- und Patientenrechts sind verschiedene Rechtsquellen des Bundes und des Landes relevant. Das Patientenrechtegesetz des Bundes vom 26.03.2013 verankert das Arzt-Patienten-Verhältnis als eigenständigen Vertrag im Rahmen des Bürgerlichen Gesetzbuches und beschreibt grundlegende Rechte der Patienten und Patientinnen, die sich darauf berufen können, wenn sie ihre Rechte gegenüber den Behandelnden in der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxis einfordern möchten. In jedem Krankenhaus gibt es eine unabhängige Beschwerdestelle für Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige (§ 5 des Krankenhausgesetzes des Landes Brandenburg). Für eine starke Interessenvertretung hat sich auch ein Arbeitskreis Patientenfürsprecher/innen Brandenburg gebildet, an den sich jede/r wenden kann. Nähere Informationen finden sich unter: <http://www.gesundheitbb.de/Patientenfuersprecher-innen-Brandenburg.1357.0.html>, Stand: 01.10.2018  
Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), hält zu Patientenrechten in der Psychiatrie eine Beratungsstelle in Potsdam vor: <https://www.patientenberatung.de/de/beratung/beratungsstellen/beratung-potsdam>, Stand: 01.10.2018  
Allgemeine Informationen zum Patientenrechtegesetz können dem Ratgeber des Bundesgesundheitsministeriums entnommen werden, Stand Januar 2016:  
<http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/praevention/details.html?bmg%5Bpubid%5D=45>, Stand: 01.10.2018  
Die rechtliche Vertretung von psychisch erkrankten und seelisch behinderten Menschen wird im Betreuungsrecht sowie im Bundesgesetz zur Regelung betreuungsrechtlicher Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme geregelt. Nähere Ausführungen zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen finden sich im Anhang (Kap. 7.3.3.).

<sup>72</sup> Selbsthilfe heißt Verantwortung für sich zu übernehmen. Der Verlauf einer psychischen Erkrankung ist von vielen Faktoren abhängig, nicht zuletzt von der eigenen Einstellung zur Erkrankung. Durch die Mithilfe des Einzelnen bei seinem Gesundungsprozess werden Selbsthilfkräfte freigesetzt, sie können Selbstvertrauen und Zuversicht verleihen. Der positive Krankheitsverlauf wird befördert, innere Befriedigung kann erreicht werden.

Von den im Landkreis weit über 100 aktiven Selbsthilfegruppen befassen sich 10 mit psychischen Themen und der gelingenden Lebensgestaltung als Betroffener oder Angehöriger. 17 Selbsthilfegruppen für Menschen mit Suchterkrankungen und ihre Angehörigen sind aktiv. Sie werden von der Koordinatorin der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KIS) vom Bezirksverband der Arbeiterwohlfahrt (AWO Bezirksverband e.V.) in Teltow unterstützt und unter Einbeziehung von Expert\*innen zum Teil auch professionell angeleitet. Die AWO Kontakt- und Informationsstelle in Potsdam-Mittelmark ist eine gemeinnützige professionelle Beratungseinrichtung, die themen-, bereichs- und indikationsübergreifend Dienstleistungen zur Förderung der Selbsthilfe und des ehrenamtlichen Engagements für den gesamten Landkreis Potsdam-Mittelmark erbringt. Sie unterstützt die selbständige Arbeit der Selbsthilfegruppen auf vielfältige Weise.

Unterschiedliche Arten finanzieller Unterstützung von Selbsthilfearbeit kann für eine Selbsthilfegruppe über die Krankenkassen und ggf. die Fehlbedarfsfinanzierung des Landes Brandenburg erfolgen.<sup>73</sup>

**Abb. 3: Selbsthilfegruppen im Landkreis Potsdam-Mittelmark im Jahr 2017**



Aktuelle Informationen zur organisierten Selbsthilfe im Landkreis findet man unter <https://www.kis-pm.de/>.

Für eine sichere Einbindung in das psychiatrische Versorgungssystem bedarf es aber für die Selbsthilfe auch verlässlicher Ansprechpartner bei den professionellen Leistungsträgern und -erbringern sowie ein „wohlwollendes“ Umfeld in den Sozialräumen.

Aus den bestehenden Selbsthilfeangeboten eine zivilgesellschaftlich aktive Interessenvertretung für Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen zu organi-

<sup>73</sup> Selbsthilfevereine und -verbände, in denen sich Menschen mit neurologischen Erkrankungen und anderen chronischen Erkrankungen und ihre Angehörigen organisieren, einschließlich der Kinder psychisch kranker Eltern, können dauerhaft finanziell gefördert werden. § 20h SGB V regelt die Strukturförderung der Selbsthilfe über die Krankenkassen. Zudem hat das Land Brandenburg eigene Fördergrundsätze festgelegt. Jährlich werden Fördermittel, welche als freiwillige Leistungen des Landes die pflichtige Förderung der gesetzlichen Krankenkassen ergänzen, als Projektförderung in Form von Fehlbedarfsfinanzierungen ausgereicht.

sieren, könnte dabei unterstützen, Ziele, Anregungen und Kritik der Betroffenen besser in kommunale Politik, Verwaltung und Einrichtungen/Dienste sozialer Arbeit zu transportieren. Als künftige Kommunikationsplattformen sind auch die Sozialraumkonferenzen und die Runden Tische Sozialer Dienste<sup>74</sup> zum Kennenlernen der Akteure denkbar.

Als neutrale, trägerunabhängige Ansprechpartner und Beschwerdestellen stehen den Betroffenen und ihren Angehörigen der kommunale Behindertenbeauftragte sowie bei regional und fachlich übergeordneten Fragestellungen und Problematiken der Beauftragte der Landesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen zur Verfügung. Auf Ebene des Landes ist zudem der Landesverband Brandenburg der Angehörigen psychisch Kranker e.V. als Anlaufstelle zu benennen.

Die Fachkräfte der psychiatrischen Versorgung haben die Möglichkeit sich in verschiedenen Arbeitsgremien trägerübergreifend für den Landkreis abzustimmen. Neben der Psychosozialen Arbeitsgruppe des Landkreises (PSAG PM)<sup>75</sup>, die in Anlehnung an das Brandenburgische Psychisch-Kranken-Gesetz gebildet wurde, bietet der von der Kreisverwaltung angebotene Fachtisch der Eingliederungshilfe regelmäßig Möglichkeiten zur gegenseitigen Information und Ideenentwicklung für die Weiterentwicklung auch der Versorgungslandschaft für psychisch Kranke. Hier erörtern die Fachkräfte aktuelle Bedarfslagen und perspektivisch notwendige Konzeptentwicklungen aus fachlicher Sicht und realisieren eine Interessenvertretung für psychisch erkrankte und seelisch behinderte Menschen aus Trägerperspektive.

Im Land Brandenburg läuft seit 2015 vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie ein Rahmenprojekt „Stärkung der Patientenrechte in der psychiatrischen Versorgung im Land Brandenburg über den Träger Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.“<sup>76</sup> Ziel ist es, die Rechte von Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen zu stärken und die stetige Verbesserung der Qualität der psychiatrischen Versorgung zu unterstützen. Es soll das Miteinander und der Austausch zwischen Menschen befördert werden, die an der psychiatrischen Versorgung beteiligt sind, und möglichst viele Perspektiven der beteiligten Akteurinnen und Akteure aus der psychiatrischen Versorgung berücksichtigen. Im Rahmen dieses Gesamtprojektansatzes fördert das Land Brandenburg aber auch das Teilprojekt „Vernetzung psychiatrischer Hilfen auf kommunaler Ebene im Land Brandenburg mit einer Zeitschiene von 2015-2019 mit dem Ziel, Austauschformen, Unterschiede und Bedarfsermittlungsmethoden zu sammeln, transparent zu machen und durch fachlichen Dialog die Koordination zu verbessern sowie bestehende perspektivenübergreifende Zusammenarbeit zu festigen. Bisher ist der Landkreis Potsdam-Mittelmark nicht im Fokus dieses Projektes.

### **3.3. Krankenhausentwicklung, Entwicklung des Ärzteangebots und des öffentlichen Gesundheitsdienstes – Gesundheitspolitische und gesundheitsdienstliche Aspekte**

Den gesetzlichen Rahmen für die medizinische Versorgung bilden das SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung, das Brandenburgische Krankenhausentwicklungsgesetz<sup>77</sup> sowie das Brandenburgische Gesundheitsdienstgesetz. Da die Krankenhausplanung in Landeszustän-

<sup>74</sup> siehe Gremienübersicht Kapitel 7.2.

<sup>75</sup> siehe Kapitel 4.4.

<sup>76</sup> siehe auch [www.gesundheitsbb.de](http://www.gesundheitsbb.de), Quelle: Gesundheit Berlin Brandenburg e.V./Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (Hrsg.): Vernetzung psychiatrischer Hilfen auf kommunaler Ebene im Land Brandenburg, Berlin 2017.

<sup>77</sup> Mit dem Brandenburgischen Krankenhausentwicklungsgesetz (BbgKHEG) vom 8. Juli 2009 wird das Ziel verfolgt, die patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sicherzustellen. Dabei soll zu sozial tragbaren Pflegesätzen und Entgelten beigetragen werden. § 12 regelt die Krankenhausplanung.

digkeit erfolgt, hat der Landkreis keinen direkten Einfluss auf die stationäre Medizinversorgung. Diese wird zwischen den Krankenkassen, dem Gesundheitsministerium und der Krankenhausgesellschaft des Landes ausgehandelt. Krankenhäuser in der Region mit psychiatrischer Ausrichtung befinden sich in Brandenburg an der Havel, Potsdam und Treuenbrietzen, mit Tageskliniken an den zusätzlichen Standorten Bad Belzig, Werder (Havel) und Teltow.

Eine weitere wichtige Institution im Gesamtgefüge der medizinischen Psychiatricversorgung ist der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD).<sup>78</sup> Er hat auf gesunde und gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse und gleiche Gesundheitschancen für die Bevölkerung innerhalb der Landkreisgrenzen hinzuwirken, was rechtssystematisch von der oben genannten ärztlich-medizinischen Versorgung zu trennen ist.

In diesem Sinne soll die gesundheitliche Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger befördert sowie auf die Vermeidung von Gesundheitsrisiken und gesundheitlichen Beeinträchtigungen hingewirkt werden. Das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (BbgGDG), zuletzt geändert am 25.01.2016, regelt die Ziele und Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes<sup>79</sup>. Arbeitsbereiche mit Bezug zur psychiatrischen Versorgung für das Gesundheitsamt des Landkreises sind neben dem Sozialpsychiatrischen Dienst, der Kinder- und Jugendärztliche Dienst und die Beratungsstelle für Menschen mit Behinderungen.

Die Koordinierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zwischen den zwei Landesbehörden und dem Fachdienst 55 – Gesundheit als Gesundheitsamt des Landkreises ist anspruchsvoll und gestaltet sich in der Praxis nicht immer reibungslos, was auch in der Rahmengesetzgebung begründet liegt. Denn der öffentliche Gesundheitsdienst, bestehend aus mindestens drei Verwaltungen auf Landes- und kommunaler Ebene, soll mit Trägern und Einrichtungen in gesundheitsrelevanten Bereichen zusammenarbeiten und den engen räumlichen und funktionalen Verbund gesundheitlicher Leistungen fördern. Der Brandenburgische Landtag hat im April 2018 einstimmig den Beschluss gefasst, die Landesregierung aufzufordern, das BbgPsychKG zeitgemäß weiterzuentwickeln. Hierbei soll insbesondere die Stärkung der kommunalen Öffentlichen Gesundheitsdienste und des Sozialpsychiatrischen Dienstes (spD) unter Beachtung der besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen erreicht werden.

#### Einschätzung des FD 55 – Gesundheit:

Die Zusammenarbeit auch mit Trägern anderer Gebietskörperschaften funktioniert im Landkreis Potsdam-Mittelmark aus Sicht des Sozialpsychiatrischen Dienstes gut. Schwierigkeiten treten eher in der Organisation der Sicherstellung der Finanzierungsmöglichkeiten der Hilfen auf, wenn keine Leistungsvereinbarung des Leistungserbringers mit dem Landkreis besteht. Die Kreisverwaltung Potsdam-Mittelmark hat aber eine vergleichsweise niedrige Personalausstattung und langwierige Stellenbesetzungsprobleme im ÖGD/SpD. Bereits seit einiger Zeit fehlt eine Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Bei steigenden Fallzahlen wird der Großteil der verfügbaren Arbeitszeit für die individuelle Klientenarbeit eingesetzt und nur ein geringer Anteil der verfügbaren Ressourcen kann für steuernde oder Netzwerkarbeit aufgewendet werden.

---

<sup>78</sup> Die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes werden wahrgenommen vom Gesundheitsministerium des Landes, dem Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit als Landesgesundheitsamt sowie den Gesundheitsämtern der Landkreise und kreisfreien Städte.

<sup>79</sup> Für den Personenkreis der psychisch erkrankten und seelisch behinderten Menschen sind vor allem die vom Land auf die Landkreise und kreisfreien Städte übertragenen Aufgaben nach § 8 BrbGDG bedeutsam: „die Beratung und Betreuung von psychisch kranken, seelisch und geistig behinderten sowie abhängigkeitskranken und -gefährdeten Menschen und deren Angehörigen“. Dafür sind die unter 3.3. aufgeführten sozialpsychiatrischen Dienste vorzuhalten, welche von den Gesundheitsämtern organisiert werden.

Ein Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst, wie in § 6 BbgPsychKG gefordert, existiert in der Kreisverwaltung Potsdam-Mittelmark nicht. Es ist derzeit unmöglich, entsprechendes Fachpersonal für die Verwaltung zu finden.

Prinzipiell ist die Zusammenarbeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (FD 55) mit niedergelassenen Ärzten, Psychotherapeuten, Kliniken und anderen an der Versorgung psychisch kranker Menschen Beteiligten, über die Jahre gewachsen und inzwischen als gut zu bewerten. Vorrangig ist hier die Initiative der Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu benennen, eine tragfähige Vernetzung in der jeweiligen Planregion zu organisieren, da sie im Interesse der Klienten darauf angewiesen sind. Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes sollen nicht dauerhaft bei ihm gehalten werden, sondern an andere Dienste, Einrichtungen etc. vermittelt werden, um passgenaue Hilfen zu ermöglichen. Ärztetammtische, insbesondere im psychiatrischen Bereich, sind jedoch nicht zielführend. Die individuelle Kontaktgestaltung mit Ärzten, Therapeuten etc. ist vordergründig.

Für die ambulante ärztliche Versorgung und die ausreichende Anzahl von Ärzten in Praxen zeichnet die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB)<sup>80</sup> verantwortlich. Auf der Basis des Sicherstellungsauftrages aus dem SGB V, für eine ausreichende Versorgung mit Ärzten jeder Fachrichtung und Psychotherapeuten legt die Kassenärztliche Vereinigung des Landes Quoten für eine ausreichende Versorgung bezogen auf die Bevölkerungszahl fest.<sup>81</sup> Wie auch im stationären Bereich ist die Festlegung einer für das gesamte Land definierten Bevölkerungszahl je Facharzt bzw. Psychotherapeut für eine als ausreichend erachtete Versorgung Ergebnis eines gesundheitspolitischen Aushandlungsprozess, in dem versorgungsrechtliche als auch fiskalische Aspekte eine wesentliche Rolle spielen.

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen analysiert regelmäßig die Versorgungslage im Land und erteilt Zulassungssperren in Regionen mit durchschnittlicher Überversorgung bzw. hebt Zulassungssperren bei Unterversorgungstendenzen auf, womit Anträgen auf Zulassung/Anstellung von Ärzten mit Versorgungsauftrag für die entsprechende Region nachgekommen werden kann.<sup>82</sup> Ein Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat 2018 in einem Gutachten an den Bundesgesundheitsminister Vorschläge zur „Bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung“ übergeben. Die Umsetzung kann nicht vom Landkreis beeinflusst werden.

Allerdings können insbesondere die kreisangehörigen Städte, Ämter und Gemeinden für attraktive Ansiedlungsbedingungen für neuzuzulassende Mediziner sorgen.

<sup>80</sup> Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg versteht sich als Dienstleister für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten und Patienten im Land Brandenburg. Sie stellt die ambulante medizinische Versorgung im Land Brandenburg sicher. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts erfüllt sie einerseits Aufgaben, die ihr per Sozialgesetzbuch übertragen wurden. Andererseits vertritt die KVBB die Interessen von mehr als 4.100 niedergelassenen Brandenburger Ärzten und Psychotherapeuten gegenüber den Krankenkassen und der Politik. <https://www.kvbb.de/praxis/zulassung/bedarfsplanung/>, Stand: 01.10.2018

<sup>81</sup> Die vertragsärztliche/psychotherapeutische Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemeinen Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist (§ 73 Abs. 2 SGB V). Die hierfür maßgebenden "Richtlinien über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Über- und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung" vom 09. März 1993 bilden die Rechtsgrundlage zur Steuerung der ambulanten medizinischen Versorgung unter den o.g. Kriterien. Sie dienen der einheitlichen Anwendung der Verfahren bei Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen auf Grund von Über- und Unterversorgung. <https://www.kvbb.de/praxis/zulassung/bedarfsplanung/>, Stand: 01.10.2018

<sup>82</sup> Die KVBB fasst als Planungsbereich Potsdam-Mittelmark mit Brandenburg an der Havel zusammen. Im Bereich der Nervenheilkunde wird der Versorgungsgrad mit 10 Nervenärzten/innen zum Stichtag 31.01.2016 mit 119 % angegeben, was einer leichten Überversorgung entspricht. Mit 37,5 Ärzten/innen bzw. Psychotherapeuten/innen stellt die KVBB einen Versorgungsgrad von 116 % fest. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie findet sich der Landkreis in der Planungsregion Havelland-Fläming wieder. Mit 8 Ärzten/innen entspricht das einem Versorgungsgrad von 108 %.

Einschätzung aus Sicht des FD 52 – Soziales und Wohnen, Team 52.31 – Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche nach SGB VIII:

Durch das weit gespannte Spektrum der Zielgruppe ergibt sich für die Eingliederungshilfe im Rahmen der Sicherung von Unterstützungsleistungen die Notwendigkeit, mit zahlreichen anderen Berufsgruppen und Institutionen zusammenzuarbeiten:

- ambulante, teilstationäre und vollstationäre Einrichtungen der Jugendhilfe;
- niedergelassene Ärzt\*innen für Kinder- und Jugendmedizin;
- Fachärzt\*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie;
- Institutsambulanzen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie;
- Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen;
- Sozialpädiatrische Zentren (SPZ);
- Tageskliniken;
- Öffentlicher Gesundheitsdienst Landkreis Potsdam-Mittelmark;
- Fachkräfte der schulischen Einrichtungen und Kindertagesbetreuung.

Die Eingliederungshilfe für Kinder- und Jugendliche hat die Aufgabe, Kindern und Jugendlichen in akuten Not- und Krisensituationen schnelle Hilfen anzubieten. Mit dem § 35a SGB VIII zur Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche wurde die Notwendigkeit zur Kooperation der Verwaltung der Kinder- und Jugendhilfe mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch gesetzlich verankert. Diese Zusammenarbeit kommt bei der Aufstellung von individuellen Hilfeplänen regelmäßig zum Tragen.

Zur Unterstützung des Ausbaus der ambulanten Versorgung im Landkreis Potsdam-Mittelmark sind zusätzliche Niederlassungen von Kinder- und Jugendpsychiater\*innen und Psychotherapeut\*innen sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen in freier Praxis vordringlich. Es ist zu beobachten, dass nicht alle Psychotherapeut\*innen mit Zulassung für Kinder und Jugendliche auch mit diesen arbeiten. Zusätzlich ist derzeit davon auszugehen, dass nur ein Teil der Kinder und Jugendlichen, die eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik oder Behandlung benötigen, tatsächlich einem Kinder- und Jugendpsychiater\*in vorgestellt wird. Ein Teil der Patient\*innen wird durch Hausärzt\*innen und Kinder- und Jugendmediziner\*innen (Pädiater\*innen) behandelt.



## 4. Analyse der psychiatrischen Versorgungs- und Teilhabeangebotsgestaltung im Landkreis PM

In Zusammenarbeit mit den zuständigen politischen Entscheidungsträgern, den Anbietern der psychiatrischen Versorgung und den Interessenvertretungen der Betroffenen gestaltet der Landkreis schon seit 2001 mit verschiedenen Instrumenten den übergreifenden Vernetzungsprozess zum Auf- und Ausbau der sozialen Infrastruktur im Rahmen seiner Handlungsspielräume.<sup>83</sup> Im Fokus stehen Planungen und Entscheidungen für eine ganzheitlich vernetzte, möglichst gemeindenahе, bedarfsgerechte soziale Versorgung, die im Landkreis vom Netz Soziale Dienste hin zur auf Prävention und soziale Teilhabe ausgerichteten Zusammenarbeit im Sinne von Sozialraumorientierung – Lebensräume in PM gemeinsam vor Ort gestalten – entwickelt wurde. Das trägt insbesondere dazu bei, kontinuierlich die koordinierte Netzwerkarbeit und die Entwicklung spezifischer Angebotsstrukturen zielorientiert und partnerschaftlich auch mit Blick auf eine gemeinwesenorientierte Ausgestaltung der Teilhabemöglichkeiten vor Ort weiter zu entwickeln. Aus dem spezifisch ausgeformten sozialräumlichen Ansatz präventiver Arbeit im Landkreis PM sollen auch psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen solange wie möglich selbstbestimmt im gewohnten Lebensumfeld wohnen und am gesellschaftlichen Leben teilhaben, ihre Selbsthilfe gestärkt, die Ressourcen vor Ort und die Hilfe von Familie angenommen werden.

### FD 52 – Soziales und Wohnen, Team 52.31 – EGH für Kinder und Jugendliche:

Die Bedarfsplanungsrichtlinien für Psychotherapeut\*innen differenzieren nicht zwischen Erwachsenen und Kindern bzw. Jugendlichen. In der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind jedoch deutliche Engpässe zu verzeichnen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat die Möglichkeit, zur Behebung lokaler Versorgungsengpässe zusätzliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen in Form von Sonderbedarfszulassungen zuzulassen. Besonderer Handlungsbedarf besteht in den Planungsregionen 3 und 4 im Landkreis Potsdam-Mittelmark.

Die für eine Psychiatrieplanung relevanten tatsächlichen Versorgungs- bzw. Einzugsgebiete der Anbieter gehen oft über die Grenzen des Landkreises hinaus. Bei der Erfassung der Bedarfs- und Angebotssituation in der psychiatrischen Versorgung des Landkreises Potsdam-Mittelmark sind selbstverständlich für Einwohner\*innen des Landkreises auch Einrichtungen und Dienste relevant, die sich außerhalb des Landkreises insbesondere in der Landeshauptstadt Potsdam sowie in der kreisfreien Stadt Brandenburg an der Havel befinden.

Für die Erfüllung des Ausgleichs- und Steuerungsauftrags des Landkreises lassen sich allein die tatsächlichen Akteure der Dienstleistung im Landkreis heranziehen. Die Möglichkeiten der Einflussnahme des Landkreises auf die gesamte Psychiatrieplanung gestalten sich entsprechend erheblich begrenzt:

- in der medizinischen Versorgung weitgehend keine;
- nur bedingt in der beruflichen Rehabilitation;
- teilweise und vermittelt über die kreisangehörigen Kommunen in der sozialen Teilhabe und bei der Wohnsituation.

Die Auswirkungen dieser Gegebenheiten müssen in der Ausgestaltung der kreislichen Steuerungsaufgabe gemeinsam mit den sozialen Dienstleistern und Betroffenenvertretungen ständig reflektiert werden.

Psychiatrische Versorgung nach Teilhabefeldern ist sehr komplex und aus Kreissicht nur teilweise in enger Vernetzung mit vielen Akteuren zu beeinflussen. Ein zentraler Schwer-

---

<sup>83</sup> Das schließt selbstverständlich den Bereich des psychosozialen Versorgungsnetzwerkes ein. Der Prozess der Vernetzung vor Ort läuft schon lange, konzeptionell wird seit 2015 intensiv an der Untersetzung gearbeitet.

punkt liegt auf der vorgelagerten und begleitenden Beratungs- und Vernetzungsstruktur in Zuständigkeit oder durch Beauftragung des Landkreises.

#### FD 52 Soziales und Wohnen, Team 52.31 – EGH für Kinder und Jugendliche nach SGB VIII:

Die Aufgaben der Prävention liegen in der Verhinderung des Auftretens von psychischen Störungen, Erkrankungen und Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen. Will Prävention diesem Anspruch gerecht werden, so muss sie auf diejenigen Bedingungen abzielen, die psychische Störungen verursachen, auslösen oder aufrechterhalten. Bei vielen klassischen psychischen Erkrankungen handelt es sich um Störungen, die durch ein multifaktorielles Geschehen ursächlich bedingt sind. Hierbei spielt in unterschiedlichem Maß genetische, biologische, situative Ereignisse und Umweltfaktoren eine entscheidende Rolle. Will man Strategien zur Verbesserung der psychischen Erkrankung entwickeln, so ist zu berücksichtigen, dass es sich zum Teil um nicht zu beeinflussende Faktoren handelt. Das bedeutet, dass in der Prävention der Schwerpunkt auf die Umwelt und das Umfeld gelegt werden muss. Gemeint sind auslösende, die Erkrankung unterhaltende, fördernde oder die Genesung verhin-dernde bzw. einschränkende Faktoren.

Prävention ist auf verschiedenen Ebenen anzusetzen. Sinnvoll ist es, negative Entwicklungsverläufe im Ansatz zu erkennen, insbesondere bei den beschriebenen Risikogruppen. Um Kinder und Jugendliche hinreichend fördern zu können, müssen Begabungen, aber auch Entwicklungsverzögerungen und Lernschwierigkeiten rechtzeitig erkannt werden. In diesem Kontext geht es um die Kenntnis von und den Umgang mit typischen Lernschwierigkeiten im fachlichen Lernen, individueller Entwicklung unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten, Überforderung und/oder Unterforderung, das Lernen beeinflussende persönliche Krisen der Schüler\*innen sowie spezifische Schwierigkeiten für die Lernentwicklung (Lese-Rechtschreib-Schwäche, Dyskalkulie u.a.).

Für die Zukunft ist nicht davon auszugehen, dass sich die Versorgungssituation in den nächsten Jahren wesentlich verbessert, weil die Nachfrage aus den genannten Gründen eher verstärkt zum Tragen kommt.

### **4.1. Gemeindepsychiatrie und Sozialraumorientierung**

Leitendes Grundprinzip des SGB XII ist das Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 Abs. 2: „Nach § 9 Abs. 2 ist das Wunsch- und Wahlrecht des Leistungsberechtigten grundsätzlich auf solche Einrichtungen beschränkt, mit denen Vereinbarungen nach den Vorschriften des Zehnten Kapitels bestehen<sup>84</sup>.“ Aus den Ausführungen zur Gewährleistungspflicht des Trägers der Sozialhilfe lässt sich kein Rechtsanspruch auf die Schaffung von Einrichtungen begründen. Als Maßstab für eine qualitativ gute, bedarfsgerechte Versorgung wird das räumlich und fachlich sinnvolle Ineinandergreifen von personenzentrierten Hilfen angesehen, die sich aus familiären, Gemeinwesen orientierten und professionellen Angeboten zusammensetzen können.<sup>85</sup> Die gemeindenahere psychiatrische Versorgung wird sozial- und gesundheitspolitisch als Standard für qualitativ hochwertige und quantitativ ausreichende Angebote und Maßnahmen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen angesehen.<sup>86</sup>

---

<sup>84</sup> RdNr.16 zu § 75 SGB XII in: Grube, Christian/Wahrendorf, Volker/Bieback, Karin/Flint, Thomas/Streichsbier, Klaus (Hrsg.): SGB XII, Sozialhilfe mit Asylbewerberleistungsgesetz, Kommentar, München 2005, S.574

<sup>85</sup> vgl. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): Eckpunkte des deutschen Vereins für einen inklusiven Sozialraum, Berlin 2011

<sup>86</sup> Deutscher Bundestag (Hrsg.): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Drucksache 7/4200, Bonn 1975.; Bühring, Petra: Psychiatrie-Reform: Auf halbem Wege steckengeblieben, Deutsches Ärzteblatt 98/6 (2001), 301-307

Insbesondere auf die Prävention von psychischen Erkrankungen und die Gewährleistung wohnortnaher Versorgung im Bedarfsfall wird aus wissenschaftlicher Sicht großer Wert gelegt.<sup>87</sup> Neben der Vermeidung unnötiger Wege ist das Wesentliche des Ansatzes die enge Einbindung von Menschen aus dem Nahraum der betroffenen Person, etwa Angehörige, Freunde, Nachbarn. Die Erfahrungen der Gemeindepsychiatrie zeigen, dass in einem funktionierenden Umfeld anfallende Probleme und Schwierigkeiten von nahestehenden Personen abgedeckt werden können. Professionelle Hilfen von außen greifen entsprechend des Bedarfes später und in geringerem Umfang ein. Das heißt nicht, dass professionelle Unterstützung, wenn sie eine Chronifizierung der Erkrankung verhindern hilft, durch bürgerschaftliches Engagement ersetzt oder eingespart werden soll.

Der wissenschaftliche Ansatz im Fachkonzept der Sozialraumorientierung erweitert dieses Prinzip auf alle Menschen, egal in welchen Lebenslagen, und auf alle Themenbereiche. Sozialräumliche Orientierung wird verstanden als die Eigeninitiative von Menschen in einer bestimmten Region, in einem definierten Raum, zu unterstützen und zu begleiten. Es geht darum zu analysieren und zu organisieren, welche materiellen und ideellen Ressourcen vor Ort vorhanden sind und wie diese möglichst effektiv zur Lösung eines Problems eingesetzt werden können. Das impliziert, mit professionellem Geschick den allzu engen Blick auf eine Zielgruppe zu vermeiden.<sup>88</sup>

Die sozialräumlich orientierte, gemeindenahere Gewährleistung einer bedarfsgerechten psychiatrischen Versorgung im Landkreis PM wird von der Kreisverwaltung eingebettet in das im Zusammenwirken mit kreisangehörigen Kommunen und Trägern der sozialen Arbeit spezifisch ausgeformten Konzept für das zuständigkeits- und rechtskreisübergreifende Zusammenwirken zur Fokussierung der besonderen Bedarfe von verschiedenen Benachteiligtengruppen vor Ort.<sup>89</sup>

Unsere zukünftige Planung in diesem Bereich erfordert einen integrierten Ansatz zwischen Gesundheitsversorgung, Sicherstellung sozialer Daseinsvorsorge und kommunaler Selbstverwaltung, der ein partnerschaftliches, fach- und leistungsbereichsübergreifendes Zusammenwirken von Landkreis, kommunalen Verwaltungen, Institutionen sozialer Versorgungssysteme und Leistungserbringern vor Ort voranbringt.

Das tragende Fundament für die Teilhabe und Versorgung von psychisch erkrankten und seelisch behinderten Menschen bleibt die Einbindung in familiäre und Gemeinwesen orientierte Strukturen.

#### FD 52 Soziales und Wohnen, Team 52.31 – EGH für Kinder und Jugendliche nach SGB VIII:

In der Öffentlichkeit sind kinder- und jugendpsychiatrische Themen eher selten. Die Aufklärung der Bevölkerung und der mit Kindern und Jugendlichen arbeitenden Berufsgruppen und Institutionen über mögliche psychiatrische Auffälligkeiten sowie der im Landkreis Potsdam-Mittelmark zur Verfügung stehenden Versorgungsstrukturen kann insgesamt zum besseren Verständnis und mehr Toleranz beitragen.

Für Potsdam-Mittelmark spezifisch sind verschiedene Zielperspektiven für die Entwicklung der Kultur des partnerschaftlichen und beteiligungsorientierten Zusammenwirkens von relevanten Akteuren bereits untersetzt:

---

<sup>87</sup> Gemeindepsychiatrie meint den Anspruch, die Hilfen für den Personenkreis möglichst in ihrer vertrauten Umgebung auf der Ebene des örtlichen, quartiersbezogenen Gemeinwesen anzubieten.

<sup>88</sup> Wolfgang Hinte (2008): Sozialraumorientierung: ein Fachkonzept für Soziale Arbeit; [https://www.dowas.at/media/filer\\_public/4e/fd/4efdc58a-98c0-492a-871d-ff51a29e4439/sozialraumorientierung\\_vortrag\\_hinte\\_08-05-28.pdf](https://www.dowas.at/media/filer_public/4e/fd/4efdc58a-98c0-492a-871d-ff51a29e4439/sozialraumorientierung_vortrag_hinte_08-05-28.pdf)

<sup>89</sup> siehe Kapitel 7.2.

- Betroffene (hier: psychisch kranke und seelisch behinderte bzw. davon bedrohte Menschen);
- Angehörige;
- Fachkräfte und
- das örtliche Gemeinwesen.<sup>90</sup>

Zusätzlich wirkt sich das langjährige zielgerichtete hohe Engagement der Kreisverwaltung zur zuverlässigen und konstanten Gewährleistung von Koordination, Begleitung und Moderation von Netzwerkprozessen positiv aus.

Die organisatorische Zusammenführung der Leistungserbringung für verschiedene Rechtskreise (Sozialhilfe, öffentlicher Gesundheitsdienst und Kinder- und Jugendhilfe) haben in der Kreisverwaltung wichtige und regelmäßige Abstimmungsprozesse etabliert. Zur Steuerung und Koordinierung der psychiatrischen Angebotslandschaft ist der Landkreis dem Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetz (BbgPsychKG) nach beauftragt, die Zusammenarbeit mit allen Akteuren der Versorgung von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen zu organisieren.

Unabhängig von den Aktivitäten der Kreisverwaltung hat sich auch in Potsdam-Mittelmark eine Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) (wieder-)gegründet. Sie soll den Landkreis in Fragen der gemeindenahen und bedarfsgerechten Versorgung aus Sicht der leistungserbringenden Träger und der Betroffenen beraten und die zuständigen Behörden hinsichtlich der Gestaltung der bedarfsgerechten psychiatrischen Versorgung und Vernetzung unterstützen. Die Kreisverwaltung ist nicht per se Mitglied der PSAG. Mit fest benannten Ansprechpartner\*innen aus dem Fachdienst 55 – Gesundheit und dem FD 52 – Soziales und Wohnen ist die Kreisverwaltung in den Versammlungen der PSAG ständiger Gast. Die PSAG ist zudem auch gesondert in der Regionalen Liga der Freien Wohlfahrtsverbände PM vertreten, in der strategisch der Austausch zur fachlichen Fortentwicklung sozialer Daseinsvorsorge im Landkreis PM stattfinden kann.

Integriert in die Gremienstruktur zum Fachkonzept „Sozialraumorientierung – Lebensräume in PM gemeinsam vor Ort gestalten“<sup>91</sup> fließt die besondere Zielgruppenfokussierung und Expertise zur systematischen Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in die trägerübergreifende Fachkräftediskussion im Fachtisch der Eingliederungshilfe ein, der zweimal jährlich vom Fachdienst 52 – Soziales und Wohnen organisiert wird. Dem im BbgPsychKG vorgegebenen Anspruch an eine Psychiatriekoordination durch den Landkreis nach § 7 wird so bisher qualitativ Rechnung getragen.

### **Handlungsempfehlungen:**

1. Im Zusammenhang mit der kontinuierlichen bedarfsgerechten Ausformung der Gremienarbeit und des sozialräumlichen Zusammenwirkens von Landkreis, kreisangehörigen Kommunen und Trägern der sozialen Arbeit besteht derzeit Entwicklungsbedarf hinsichtlich der kennzahlengestützten Einbeziehung der Bedarfsermittlung zur sozialen Teilhabe der besonderen Zielgruppe in die Sozialraumkonferenzen vor Ort sowie den regionalen Gremien des Zusammenwirkens von Fachkräften. Hierzu können Ergebnisse aus dem Teilprojekt „Vernetzung psychiatrischer Hilfen auf kommunaler Ebene im Land Brandenburg“ im Rahmenprojekt „Stärkung der Patientenrechte in der psychiatrischen Versorgung“ aus der Kreisverwaltung heraus nutzbar gemacht werden.
2. Auch das tatsächliche inhaltliche Zusammenwirken und die Arbeit mit Kennzahlen zwischen der Kreisverwaltung und der PSAG muss in qualitativer Hinsicht kontinuierlich weiterentwickelt werden. Derzeit läuft dazu ein Diskussionsprozess zum Ab-

---

<sup>90</sup> Mit der Integrierten Psychiatrieplanung werden diese vier Zielperspektiven unterstützt.

<sup>91</sup> siehe Kapitel 7.2.

schluss einer Kooperationsvereinbarung, die qualitativ eine neue zielgerichtete Form der Zusammenarbeit im Sinne des BbdPsychKG gewährleistet. In den Arbeitsgruppen der PSAG muss die kennzahlenbasierte Analyse erst aufgebaut werden.

## 4.2. Grundsätze der Entwicklung sozialer Infrastruktur

Systematisch wurden aus dem Gestaltungsfeld der Kreisverwaltung zielgruppenrelevante Unterstützungsansätze aufgebaut, deren Ausgangspunkt ist, dass allgemeine Informations-, Beratungs- und Maßnahmenangebote durch Mitarbeitende der Kreisverwaltung oder beauftragte Dritte zunächst thematisch breit, zusätzlich aber auch hinreichend spezifisch und aber auch wirtschaftlich aufgestellt sind. Sie müssen über sozialräumliche Lotsensysteme gut zugänglich gemacht werden.

### Einschätzung des FD 52 – Soziales und Wohnen, Team 52.31 – EGH für Kinder und Jugendliche und FD 53 – Kinder, Jugend und Familie:

Nach wie vor wird von den Fachleuten in den unterschiedlichsten Institutionen ein erheblicher Hilfebedarf angesichts einer zunehmenden Zahl an psychischen Erkrankungen bzw. Auffälligkeiten wahrgenommen.

Die betroffene Zielgruppe, die im Rahmen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche unterstützt wird, ist sehr heterogen. Die Betroffenen leiden unter Ängsten, Zwängen, Depressionen, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Wahrnehmungsmängeln, Einnässen und Einkoten, Lern und Konzentrationsstörungen, schweren Entwicklungsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, hyperkinetischen Störungen, Essstörungen und Suchterkrankungen, manisch depressiven und schizophrenen Psychosen. Eine Vielzahl dieser Kinder und Jugendlichen müssen vollstationär untergebracht werden. Indikationen zur vollstationären Unterbringung ergeben sich aus Lebensbedrohung, Selbst- und Fremdgefährdung, schwere und Chronifizierung der Erkrankung, einer notwendigen Trennung von der Familie, dem Fehlen oder Scheitern ambulanter bzw. teilstationärer Betreuungsangebote und/oder der Notwendigkeit der ganztägigen (Tag und Nacht) Betreuung durch ein multidisziplinäres Team.

Seelische Störungen haben in aller Regel keine einfache und keine einzige Ursache. Grundsätzlich ist von einer multifaktoriellen Verursachung auszugehen. Fast immer handelt es sich um ein Zusammenspiel unterschiedlicher Veranlagungen, Lebenseinflüsse, Entwicklungsaufgaben und Begleitumstände.

Sowohl das Gesundheitsrisiko als auch der Zugang zu spezifischen Präventions- und Versorgungsleistungen ist abhängig von der sozialen Situation der Familien. Viele Faktoren in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen sind derzeit in einem rapiden Wandel. Vor allem die Rolle der Familie hat sich deutlich verändert. So ist die Zahl der alleinerziehenden Mütter und Väter kontinuierlich angestiegen. Für Kinder von geschiedenen oder in Trennung lebenden Eltern können sich starke psychische und soziale Belastungen ergeben. Untersuchungen zeigen, dass bereits in der Kindheit instabile Eltern-Kind-Beziehungen zu einer unausgeglichenen Stimulierung von Sinnesbereichen und zu emotionalen Defiziten führen können – eine Entwicklung, die auch in der Phase der Pubertät noch Auswirkungen zeigt. Insbesondere der inadäquate Umgang mit Emotionen gilt als eine der Hauptursachen für die Entstehung psychosomatischer Erkrankungen und psychischer Auffälligkeiten. Die Veränderung der Normalfamilie bedeutet mittel- und langfristig auch für die Erziehungsinstanzen Schule sowie Kinder- und Jugendhilfe neue Herausforderungen.

Immer häufiger stehen Multiproblem-Familien, in denen u.a. Trennung, Arbeitslosigkeit, psychische Erkrankungen, Suchtproblematiken Thema sind, im Fokus der Hilfen. Insgesamt ist aus Fachkreisen festzustellen, dass die Schweregrade der Störungsbilder bei Kindern und Jugendlichen eher zunehmen. Die Eingliederungshilfe für Kinder- und Jugendliche setzt sich in ihren vielfältigen Leistungen und Aufgaben aus einem Neben- und Ineinan-

der von allgemeiner Förderung und sozialen bzw. individuellen Hilfen zusammen. Sie ist von einem breiten Spektrum stationärer, teilstationärer und ambulanter Hilfen gekennzeichnet. Daher können nicht alle erforderlichen Angebote ausschließlich in Potsdam-Mittelmark vorgehalten werden. Um der Heterogenität der Hilfebedarfe gerecht werden zu können, ist im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe eine deutschlandweite und in bestimmten Fällen auch europaweite Nutzung von Unterstützungsleistungen in Form von stationärer, teilstationärer und ambulanter Hilfen notwendig.

Der Informations- und Beratungsdienst für den Landkreis wird sowohl als kreisweites als auch als planregionales Angebot oder mit einem zusätzlich als Vermittler angelegten sozialräumlichen Zugang vorgehalten, um die Förderung der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit der Betroffenen in unterschiedlichen Lebensphasen und -bereichen sowie die Potentiale der Angehörigen und des sozialen Umfeldes bei gesundheitlichen und sozialen Problemlagen zu aktivieren. Ausgangspunkt für den allgemeinen Zugang zum Sozialleistungssystem können (auch vermittelt über die Verwaltungen der kreisangehörigen Kommunen oder die sozialräumlichen Familienzentren) die in den vier Regionalen Beratungszentren etablierten Allgemeinen Sozialen Beratungsstellen sein. Hier erfolgen für alle Bürger\*innen Beratung und Unterstützung zur Beantragung von passgenauen Sozialleistungen jeglicher Art. Diese allgemeine Informations- und Beratungsinfrastruktur des Landkreises unterstützt alle Bürgerinnen und Bürger bedarfsgerecht und niedrigschwellig zur Klärung von Fragen in verschiedensten Lebensphasen und Lebensbereichen und ggf. die Vermittlung zu speziellen Unterstützungsdiensten.

Neu sind für den Landkreis Potsdam-Mittelmark über eine die Umsetzung des BTHG ergänzende und begleitende Bundesförderung soziale Träger mit der Erweiterten Unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB) beauftragt.<sup>92</sup> Die regionale Zuordnung und die Vergabe der Aufträge erfolgten über ein Antragsverfahren vom Bundesministerium. Zu den Anträgen konnten der Landkreis wie das Land Brandenburg lediglich Stellung nehmen.

Nach und nach stellen sich die beauftragten Träger, die alle nicht ihren Sitz im Landkreis haben, im Fachtisch der Eingliederungshilfe den Fachkräften im Landkreis vor. Die praktische Einbindung in die Netzwerkarbeit im Landkreis hat langsam begonnen.

Planregional (und damit aus den Sozialräumen gut erreichbar) werden weiterhin spezielle Angebote zur Fachberatung sowie Unterstützung für Menschen mit besonderen Bedarfslagen und deren Angehörige vorgehalten, wie der sozialpsychiatrische Dienst und die Behindertenberatung des Landkreises, die Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke, die Suchtberatungsstellen, die Frühförder- und Beratungsstellen oder der familienentlastende Dienst und die Beratungsstellen für Menschen mit Demenz.

Zur Vollständigkeit ist darauf zu verweisen, dass die ganzheitliche Beratung zum Thema Pflege über den kreisweit agierenden Pflegestützpunkt PM mit Sitz in Werder erfolgt. Die Pflegeberater\*innen bieten auch Hausbesuche an. Die Ansprechbarkeit der Kreisverwaltung zur Gewährung von Sozialleistungen ist ebenfalls über die vier planregionalen Zugänge (Kreissitz und Außenstellen) gewährleistet.

Die Kreisverwaltung arbeitet methodisch auf der Grundlage des Ansatzes des Fallmanagements in der Eingliederungshilfe und verfügt über gut ausgebildete Fachkräfte in unterschiedlichen Rechtskreisen. Fallkonferenzen zum Einzelfall finden bereits interdisziplinär statt.<sup>93</sup> In besonderem Maße unterstützt das Jobcenter MAIA über das Projekt AmiGa und ein spezielles Angebot von Suchtberatung den Abbau von gesundheitlichen Vermittlungshemmnissen bei Langzeitarbeitslosen.

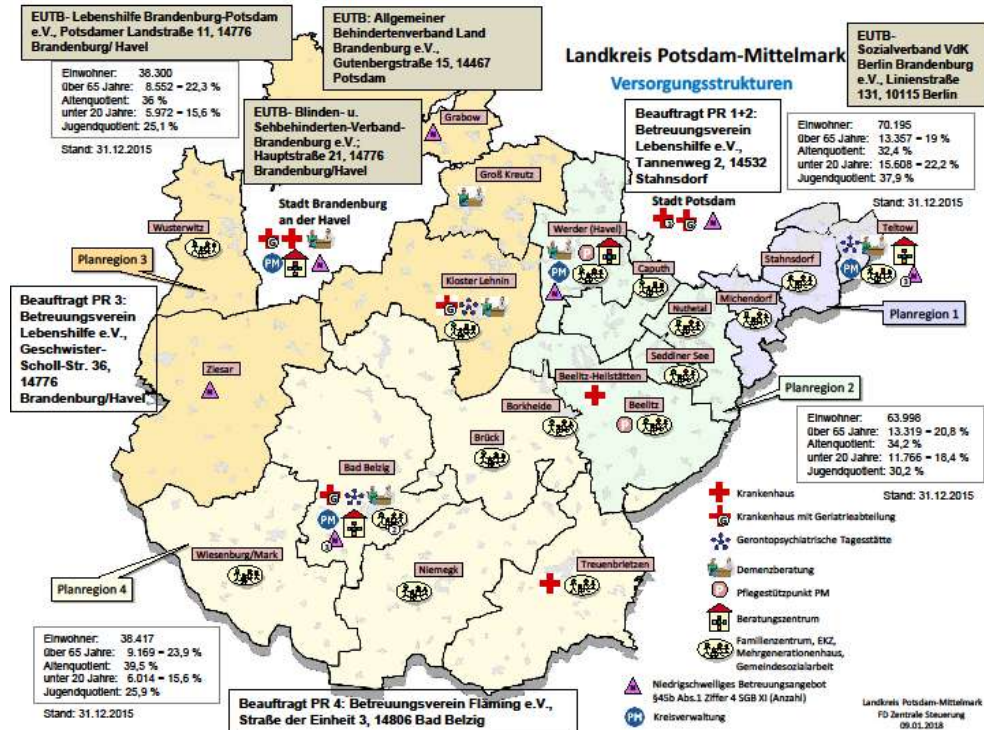
---

<sup>92</sup> inhaltlich weiter dazu in Kapitel 7.3.2.

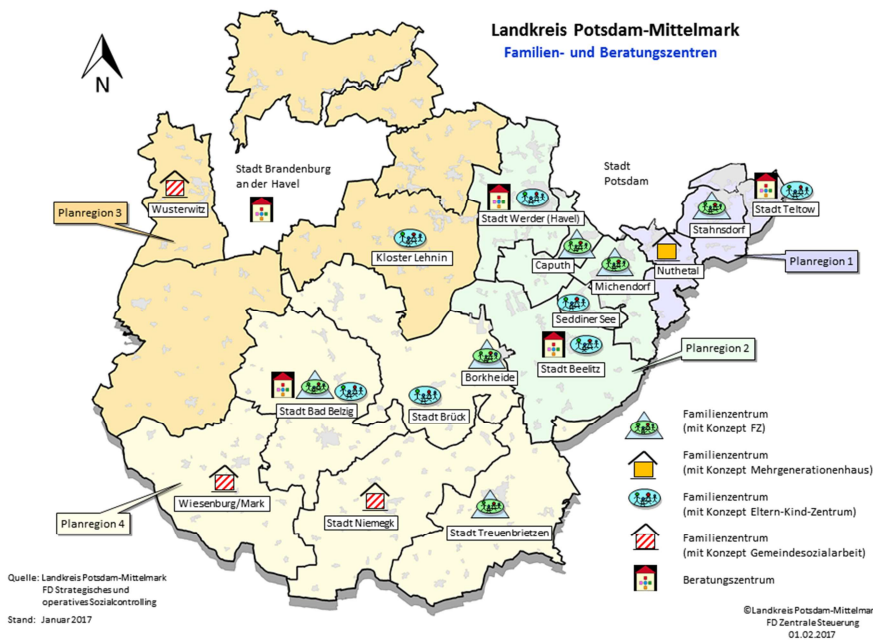
<sup>93</sup> weiter dazu im Kapitel 4.3.

Daneben leisten offene Angebote (durch die Träger der sozialen Arbeit etabliert) für das Gemeinwesen einen wichtigen Beitrag für die Teilhabe am sozialen Leben Benachteiligter und unterstützen damit vor Ort die professionell notwendigen Einzelmaßnahmen.

**Abb. 4: Planregionale Zuständigkeiten der EUTB**



**Abb. 5: Planregionale Zugänge zu Beratung und Hilfe**



### FD 52 Soziales und Wohnen, Team 52.31 – EGH für Kinder und Jugendliche nach SGB VIII:

Der Ausbau der ambulanten Versorgung im Landkreis Potsdam-Mittelmark ist von besonderer Bedeutung. Zusätzliche Niederlassungen von Kinder und Jugendpsychiater\*innen und Psychotherapeut\*innen sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen in freier Praxis sind vordringlich.

Im Landkreis Potsdam-Mittelmark wurde bereits im Jahr 2015 eine Diagnostikstelle für den Bereich § 35a SGB VIII sowie Autismus-Spektrum-Störung geschaffen. Die Diagnostikstelle ist im Rahmen des Zuwendungsrechts zuständig. Ihre Aufgabe ist es, frühzeitig, individuell und flexibel zu beraten sowie Diagnostikprozesse durchzuführen. Im Vordergrund stehen dabei, entscheidungsrelevante Informationen für den Hilfeplanprozess aufzuzeigen, um optimale abgestimmte Hilfen installieren zu können.

Ziel ist durch frühzeitiges Erkennen, die Behinderung zu mildern, um somit eine bessere Eingliederung in die Gesellschaft zu ermöglichen. Die Diagnostikstelle ist in Ergänzung zum Gesundheitssystem zu sehen.

Wenn besondere Leistungsbedarfe und -ansprüche greifen, werden spezifische ambulante und teilstationäre Hilfen bedarfsgerecht für den Einzelfall organisiert. Dies können Hilfen für die Aufrechterhaltung der Eigenständigkeit beim Wohnen, der Lebensorganisation und für den Kita- und Schulbesuch sein. Diese Angebote werden nach Möglichkeit planregional koordiniert oder sozialräumlich organisiert.

Teilstationäre Maßnahmen werden für die Tagesstrukturierung oder Teilhabe am Arbeitsleben in Form von Tagesstätten und Werkstätten für behinderte Menschen angeboten. Diese Angebote bündeln sozialräumliche Bedarfe und die dazu notwendige Beförderungsleistung. Die Planung und Einrichtung von Werkstätten für Menschen mit Behinderung erfolgt durch das Land Brandenburg nach anderen räumlichen Kriterien als im Landkreis. Jedoch kann durch Außenstellen und ausgelagerten Arbeitsplätzen auf besondere Bedarfslagen durch die Träger der Angebote auch räumlich reagiert werden.

Stationäre Wohn- und Betreuungsangebote werden von Einwohner\*innen des Landkreises sowohl im als auch außerhalb des Landkreises genutzt. Hierzu sind die jeweiligen Bedarfsermittlungen grundlegend. Bei Kindern und Jugendlichen mit stationären Bedarfen liegen komplexe Störungsbilder vor, die nur durch eine intensivpädagogische Betreuung im stationären Rahmen erfolgen kann.

Die direkten Landesgrenzen nach Sachsen-Anhalt und Berlin nehmen ebenso starken Einfluss auf die soziale Angebotsstruktur im Landkreis wie das Nutzerverhalten durch die Nähe zur Landeshauptstadt Potsdam und die Ausstrahlung der kreisfreien Stadt Brandenburg an der Havel. Insbesondere auf die Gestaltung guter Rahmenbedingungen für die Versorgung psychisch Kranker wirken sich die Urbanisierungseffekte und das Verhalten der sozialen Träger im Landkreis bereits von Anfang an maßgeblich aus.

Fremdbelegung von Einrichtungen im Landkreis PM aus anderen Gebietskörperschaften des Landes Brandenburg oder gar aus anderen Bundesländern, die bedingt durch die jeweilige qualitative Attraktivität und Wohnortnähe sowie aus Trägerinteressen zur wirtschaftlichen Angebotsvorhaltung natürlich verständlich sind, erschweren zusätzlich die eigentlichen Planungsprozesse ebenso wie die für Einwohner\*innen des Landkreises im Einzelfall notwendigen Unterbringungen bzw. Nutzungen der Angebote außerhalb des Landkreises.

In Potsdam-Mittelmark und den angrenzenden kreisfreien Städten und Landkreisen, die dem Einzugsgebiet für Betroffene aus PM zugeordnet werden, besteht eine gute Trägervielfalt für die verschiedenen Angebotsformen. Die besondere Herausforderung im Zusammenwirken der Kreisverwaltung und der sozialen Träger besteht zunächst darin, die Unterschiede der Steuerung und Art und Weise der Leistungsgewährung zwischen den Gebietskörperschaften innerhalb des Landes Brandenburg aber insbesondere zwischen den Ländern zu begreifen. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der Umsetzung der im Bundesteilhabegesetz



zugrunde gelegten Abstimmungsprozesse für mehr Flexibilität und Durchlässigkeit der Angebote unter Wahrung der Anforderungen an Wirtschaftlichkeit und Qualität neu zu organisieren.<sup>94</sup>

### **4.3. Interdisziplinäre Beratung und Einzelfallbearbeitung in der Kreisverwaltung**

Menschen mit psychischen Problemen benötigen spezifisch ausgebildete Fachkräfte als Beratende. Psychische Erkrankungen und seelische Behinderungen sind oft mit akuten Krisen verbunden, in denen den Betroffenen und ihren Angehörigen schnelle, trägerunabhängige Unterstützung von speziell ausgebildeten Fachkräften zu gewähren ist. Eine wichtige Form der interdisziplinären Beratung für Erwachsene aus dem Personenkreis im Landkreis stellt der Sozialpsychiatrische Dienst (SpD) sicher<sup>95</sup>. Dieser arbeitet in einer Teamstruktur im FD 55 – Gesundheit der Kreisverwaltung.

Ziel der Hilfen des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist es, die Betroffenen soweit wie möglich zu unterstützen ein eigenverantwortliches und selbständiges Leben zu führen, um am Leben in der Gemeinschaft teilhaben zu können. Das bedeutet auch, ihre Fähigkeiten zu fördern und eine Unterbringung in einer Einrichtung der gemeindenahen Psychiatrie zu vermeiden.<sup>96</sup>

Im Unterschied zu den medizinischen Anlaufstellen bedarf es für die Inanspruchnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes keinerlei Voraussetzungen, wie etwa der Mitgliedschaft in einer Krankenkasse. Betroffene sollten lediglich im Landkreis wohnhaft gemeldet sein. Kontakt zum Sozialpsychiatrischen Dienst aufnehmen können neben Betroffenen und ihren Angehörigen auch Nachbarn, Bekannte, Vermieter und andere. Für das Tätigwerden des Dienstes entstehen den Nutzenden keine Kosten. Daher sind die Auswertungen der Daten aus dem SpD erste Indikatoren und mögliche Anhaltspunkte für den Steuerungsansatz des Landkreises für die Versorgungsbedarfe der Menschen mit psychischen Störungen.

Durch die derzeitige regionale Verteilung an vier Standorten<sup>97</sup> und die Nutzung von sechs möglichen Orten zu regelmäßigen Sprechzeiten in den kreisangehörigen Kommunen<sup>98</sup> sowie die aufsuchende Arbeit, ist ein wohnortnahes Angebot aus dem Fachdienst 55 – Gesundheit gewährleistet.

Zentrale Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist es, die vorsorgende, begleitende und nachgehende Betreuung der Betroffenen und ihrer Angehörigen durchzuführen.

Der Sozialpsychiatrische Dienst stellt ein Angebot für alle Menschen dar, die psychisch erkrankt sind, die sich in einer Krise befinden, die psychosoziale, seelische Probleme oder Suchtprobleme haben oder altersbedingt verwirrt sind. Auch Angehörige, Nachbarn und anderen Personen, die mit diesen Menschen in Kontakt sind, können sich an den Dienst wenden.

Daneben besteht die hoheitliche Aufgabe der Unterbringung von psychisch kranken Menschen in akuten Situationen mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung gemäß dem Gesetz über

---

<sup>94</sup> Für personenzentrierte Komplexleistungen, die ansetzen an den Bedarfen des Einzelnen, im Gegensatz zu institutionenbezogenen Leistungen der Vergangenheit, sind mit dem schrittweisen Inkrafttreten des neuen Teilhaberechts noch eine Reihe von Rahmenbedingungen seitens des Bundes und Landes notwendig und abzuwarten.

<sup>95</sup> abgeleitet aus den an die Landkreise und kreisfreien Städte übertragenen Aufgaben gemäß § 6 des Brandenburger Psychisch-Kranken-Gesetzes

<sup>96</sup> Quelle: Geschäftsbericht des Fachbereichs 5 an den Ausschuss für Soziales und Gesundheit 2017

<sup>97</sup> erreichbar unter Bad Belzig, Steinstraße 14; Brandenburg an der Havel, Potsdamer Str. 18; Werder (Havel), Am Gutshof 1-7; Teltow, Lankeweg 4

<sup>98</sup> Beelitz; Kloster Lehnin; Nuthetal; Treuenbrietzen; Ziesar

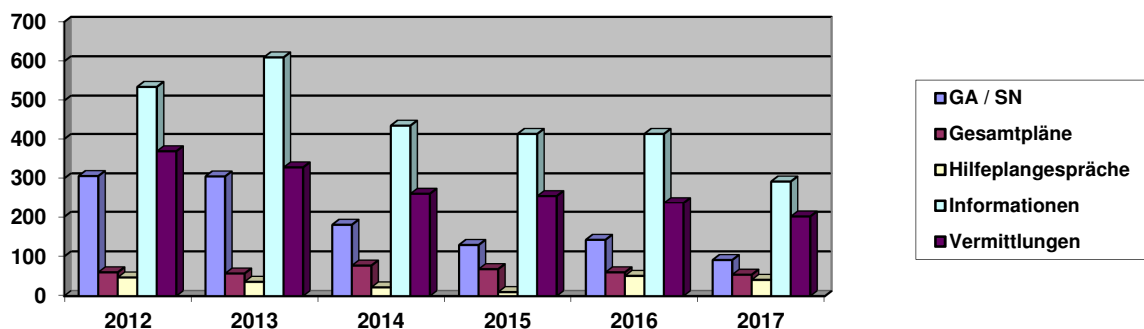
Hilfen und Schutzmaßnahmen sowie über den Vollzug gerichtlich angeordneter Unterbringungen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen im Land Brandenburg.

Zur Erfüllung des Leistungsanspruchs im Rahmen der Eingliederungshilfen nach SGB VIII und SGB XII sind bzw. werden über verwaltungsinterne Abstimmungsprozesse spezifische Formen des frühzeitigen interdisziplinären Zusammenwirkens von Fachkräften etabliert.

Fachübergreifende Einzelfallkoordinierung der Eingliederungshilfe für Erwachsene erfolgt in regelmäßig tagenden, regional aufgestellten, verwaltungsinternen Begutachterteams zur Eingliederungshilfe durch die Bereiche FD 52 – Soziales und Wohnen (Team 52.30 – Eingliederungshilfe für Erwachsene) und FD 55 – Gesundheit (Team Sozialpsychiatrischer Dienst und Behindertenberatung), ggf. mit dem FD 61 – Integration und Beratung beim Jobcenter.

Auf der Grundlage verabredeter verwaltungsinterner Methoden und Standards werden unter Reflexion der individuellen Besonderheiten der Betroffenen und der fachbezogen in Frage kommenden Angebotslandschaft fachdienstübergreifend regelmäßig alle neuen Gesamtplanverfahren zur Eingliederungshilfe und den Leistungen nach § 67 SGB XII interdisziplinär abgestimmt. Die gesundheitliche Begutachtung erfolgt in der Regel über den SpD.

**Abb. 6: Gutachten, Stellungnahmen, Gesamtpläne, Hilfeplangespräche, Informationen, Vermittlungen durch die Sozialarbeiter\*innen gesamt im Jahresvergleich 2012-2017**



Mit dem verwaltungsinternen Leitfadens für Begutachterteams sind die verabredeten Standards zur Stärkung der Entscheidungsfindung durch die Fallmanager für Eingliederungshilfe für Erwachsene festgehalten. Diese Standards bilden den Grundstein für ein abgestimmtes Vorgehen der Kreisverwaltung zum individuellen Gesamtplanverfahren im Rahmen des Fallmanagements der Eingliederungshilfe und der Leistungserbringung nach § 67 SGB XII (Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten). Der Leitfaden definiert:

- feste interdisziplinäre, fachdienstübergreifende Zusammensetzung der Begutachterteams;
- fachliche und inhaltliche Ansprüche;
- Abgrenzung der zu behandelnden Fälle;
- regelmäßige Zusammentreffen;
- strukturierte Vorbereitung;
- strukturierte Ablaufverantwortung.

Dieses Vorgehen zur Gesamtplanerstellung im Rahmen der Eingliederungshilfen wird in der Kreisverwaltung seit Beginn 2017 umgesetzt.

Es muss vor dem Hintergrund der Einführung eines neuen Bedarfsermittlungsinstrumentes nach BTHG und der damit notwendig verbundenen Neustrukturierung des Teilhabeplanverfahrens regelmäßig überprüft werden.

Psychische Störungen, die zur Teilhabebeeinträchtigung am Leben in der Gemeinschaft führen, beeinträchtigen stark die Fähigkeit zum Erwerb des Lebensunterhalts. Sie stellen erhebliche Vermittlungshemmnisse in Beschäftigungsprozessen dar, zudem kann eine langanhaltende Arbeitslosigkeit eine Zunahme an psychischen Beschwerden und eine Ausgrenzung aus dem Gesundheitssystem bewirken.

Das Fallmanagement zur Integration in Arbeit im Jobcenter MAIA wird durch ein besonderes Netz von Maßnahmen nach § 16a SGB II (psychosoziale Hilfen) unterstützt, in dem der Landkreis als Leistungsträger seinen Gestaltungsspielraum nutzt, um Veränderungsprozesse bei den Betroffenen einzuleiten oder systematisch zu fördern und den Vermittlungsprozess in Arbeit nachhaltig zu gestalten.

In Potsdam-Mittelmark ist seit 2005 das Prinzip „AmigA“ – Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung Bestandteil der Integrationsarbeit im Jobcenter MAIA. Es stellt ein interdisziplinäres Fallmanagement zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit und zur Unterstützung der Integration in den Arbeitsmarkt für SGB II-Beziehende dar und wurde nach der projekthaften Einführung im Regelbetrieb der Integration in Arbeit innerhalb des SGB II umgesetzt.

Das Fallmanagement des Jobcenters MAIA wird nach der Besonderheit des Einzelfalls von verschiedenen medizinischen Fachkräften (Sozialmediziner, Psychologen) in den Fallkonferenzen und bei gemeinsamen Gesprächen mit den Leistungsberechtigten unterstützt. Auch die mit AmigA betreuten Leistungsberechtigten haben die Möglichkeit, mit den medizinischen Fachkräften Gespräche zu führen. Für die Vorhaltung der medizinischen Fachkräfte werden durch das Jobcenter MAIA Dritte beauftragt. Die Verzahnung der intensiven Beratungsangebote mit den arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen ist aktiv zu unterstützen und die fallverantwortlichen Integrationsfachkräfte sind zusätzlich zu schulen. Ziel ist es, die Beschäftigungsfähigkeit erwerbsfähiger Leistungsbezieher zu verbessern, eine dauerhafte Integration in den Arbeitsmarkt zu erreichen oder die Nicht-Erwerbsfähigkeit festzustellen und die Betroffenen bei Überleitungen in andere Hilfesysteme zu unterstützen.

Dabei geht es bei der zielorientierten Suchtberatung und psychosozialen Betreuung darum, zügig differentialdiagnostisch die individuellen psychischen und/oder Sucht-Probleme der Betroffenen einzuordnen, kurzfristige Beratungs- und Behandlungsangebote zu gewährleisten oder zu vermitteln, die Veränderungsmotivation und -zuversicht der Betroffenen innerhalb des Integrationsprozesses in Arbeit zu fördern und Unterstützung zur Aufrechterhaltung der Veränderungen im Alltag zu geben (Rückfallprävention). Der Zugang in diese Beratung erfolgt ausschließlich über das Jobcenter MAIA. Inhaltlich werden in den zwei Modulen folgende Leistungen umgesetzt:

#### Psychosoziale Betreuung:

- Diagnostik psychischer Probleme/Clearing;
- spezifische Informationsvermittlung;
- Begleitung zur Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen;
- Abbau von Belastungen, Depressionen, Angst, gestörtes Essverhalten;
- Aufbau und Festigung sozialer Kompetenz;
- angeleitete Gruppenangebote für Betroffene und Angehörige;
- Verringerung der Vermittlungshemmnisse bei ängstlichen, unsicheren oder sozial gehemmten Leistungsbeziehern nach SGB II.

#### Zielorientierte Suchtberatung:

- Diagnostik der Suchterkrankung;
- Ressourcen-, Problem- und abstinenzorientierte Beratung;
- Motivationsänderung und -festigung;
- Vermittlung in medizinische Behandlungs-/Suchtrehabilitationsmaßnahmen;
- Betreuung bei Wiedereingliederung in Arbeit;
- Begleitung bei Substitution, Beratung bei Suchtmittelauffälligkeit im Straßenverkehr;

- Punktabstinenz;
- Training sozialer Kompetenzen;
- Informationsvermittlung.

Darüber hinaus wird das Fallmanagement im Jobcenter MAIA über beauftragte Dritte mit der beschäftigungsorientierten, gesundheitsbezogenen Unterstützung von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten im SGB II ergänzt, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nur schwer in den Arbeitsmarkt zurück finden können. Hierbei werden die Integrationsfachkräfte im Jobcenter MAIA teambezogen regelmäßig beraten und geschult zur spezifischen Ansprache an solche erwerbsfähigen Leistungsberechtigten, zur Differenzierung der Problemlagen und zur zielorientierten fachlichen Zusammenarbeit von Leistungsträgern, -erbringern und Netzwerkpartnern.

#### Sozialmedizinische Dienstleistung für das Jobcenter MAIA:

- sozialmedizinischer Beitrag zur Eingangsdiagnostik/Potentialanalyse /Kundendifferenzierung im Erstgespräch und dem weiteren Beratungsverlauf ohne medizinische Untersuchungen;
- sozialmedizinische Empfehlungen zur Integrationsplanung;
- anlassbezogene Einzelfallberatung des erwerbsfähigen Leistungsberechtigten, Unterstützung beim Erhalt des Arbeitsplatzes; Beratung der Betreuer von arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen bzw. Arbeitgebern;
- einzelfallbezogene Unterstützung der Zusammenarbeit von Netzwerkpartnern;
- sozialmedizinische Beratung des Arbeitgeberservices im Jobcenter MAIA;
- sozialmedizinische Systemberatung (Qualitätsentwicklung von Prozessabläufen in der Vermittlung sowie im Zusammenwirken der Netzwerkpartner).

Fachbereichsübergreifend und interdisziplinär wird in einer Steuerungsgruppe der psychosozialen Hilfen nach SGB II in Zusammenarbeit von FD 61, 52, 55 und beauftragten Dritten die Angebotsentwicklung nach § 16 a SGB II hinsichtlich Qualität wie bedarfsgerechter Angebotsvielfalt überprüft und gesteuert. So können innerhalb der Leistungsträgerschaft des Landkreises individuelle Leistungsbedarfe, aber auch bereits erkennbare Hindernisse für die Wirksamkeit der geplanten Hilfen frühzeitig interdisziplinär beraten werden und der individuelle Gesamtplan nach SGB II interdisziplinär geprüft werden.

Aus dieser Zusammenarbeit erwachsen Empfehlungen zu bedarfsgerechten Angeboten auch in der psychiatrischen Versorgung. Für die Entwicklung der Versorgungsstrukturen werden hieraus gleichzeitig Anhaltspunkte für Leistungs- und Vergütungsverhandlungen gesammelt. Für die Erfüllung des Vermittlungsauftrags nach SGB II erfolgen weiterhin regelmäßig kollegiale Fallkonferenzen mit Fachkräften aus dem FB 5 der Kreisverwaltung. Die Zusammenarbeit zwischen FB 5 und dem FB 6 – Jobcenter MAIA hat sich an allen Standorten intensiviert.

#### **Handlungsempfehlungen:**

1. Die fachdienstübergreifende Zusammenarbeit im Rahmen aller Formen der leistungsbezogenen Hilfeplanungen (SGB II, VIII, IX, XI, XII) in der Kreisverwaltung muss unbedingt beibehalten bleiben.
2. Es bedarf verwaltungsintern regelmäßiger Reflexion zwischen den Fachdiensten und ggf. aufeinander abgestimmter Weiterentwicklung von verabredeten Standards. Diese Reflexion kann zukünftig durch fachbereichsinterne Qualitätsentwicklung aus FD 51 unterstützt werden.

#### 4.4. Maßgebliche Gremien der Vernetzung von Fachkräften untereinander und mit den kreisangehörigen Kommunen

Für die Gestaltung der Versorgungslandschaft für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen erfolgt vorrangig aus dem Sozialversicherungssystem. Wichtige Akteure im Bereich der Leistungserbringung sind die neun Rehabilitationsträger<sup>99</sup> und die bundesweit agierenden Pflegekassen. Maßgeblichen Gestaltungsspielraum auf die Leistungsverträge selbst haben das Land Brandenburg mit ihren obersten Landesbehörden (Landesplanung und Gesetzgebungsfunktion), das Landesamt für Soziales und Versorgung LASV<sup>100</sup>, die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) sowie die Bundesagentur für Arbeit und der zuständige Leistungsträger nach SGB II.<sup>101</sup>

Ein auf die Kreisentwicklung ausgerichtetes strategisches Zusammenwirken mit diesen Partnern ist derzeit tatsächlich fast ausgeschlossen. Zwar gab es erste Ansätze der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg im Rahmen von sogenannten Regionalkonferenzen den Kommunen ihre Planung der Arztversorgung gemäß § 73 Abs. 2 SGB V sowie der „Richtlinien über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe der Über- und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung“ zu erläutern und sie ins Benehmen zu setzen. Über die Ergebnisse dieser Planungsansätze wurde der Landkreis nicht abschließend informiert.<sup>102</sup> Kontakte zur Pflege von Vernetzungsgremien zur strategischen Gestaltung von Versorgungslandschaften mit dem Landkreis bestehen nicht. Andere (insbesondere Kranken- und Pflegekassen und die Bundesagentur für Arbeit) lassen den Landkreis in allen ggf. vorhandenen, strategisch orientierten Planungsansätzen derzeit generell außen vor.

##### Einschätzung des FD 52 – Soziales und Wohnen, Team 52.31 – EGH für Kinder und Jugendliche nach SGB VIII:

Vernetzung, Kooperation und Koordination nehmen in der aktuellen Situation einen besonderen Stellenwert ein und haben verschiedenste Funktionen in den unterschiedlichsten Bereichen. Gerade vor dem Hintergrund knapper werdender finanzieller und personeller Ressourcen wird dieser Aspekt an Bedeutung zunehmen. Überschneidungen können so vermieden und Veränderungen von Konzeptionen und Angeboten aufgezeigt werden.

In vielfältigen, kontinuierlich gestalteten Abstimmungsprozessen der Kreisverwaltung zwischen den Trägern der sozialen Arbeit oder deren Dachverbänden, den Verwaltungen der kreisangehörigen Ämter, Städte und amtsfreien Gemeinden und den vom Landkreis beauftragten Regional- und Netzwerkkoordinatoren ist aus Sicht der chancengerechten Gestaltung von Lebensverhältnissen im Landkreis grundsätzlich bereits gewährleistet, dass sich im Landkreis alle Akteure untereinander gut kennen, sie viele strukturierte Möglichkeiten haben sich miteinander auszutauschen und verlässliche Kooperationen entstehen können.

Ein wichtiger Partner zur Abstimmung unter Trägern/Anbietern von Leistungen der Versorgung von psychisch kranken Menschen ist die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) Potsdam-Mittelmark<sup>103</sup>. Die PSAG wirkt ihrerseits auf eine fruchtbare Zusammenarbeit aller

<sup>99</sup> Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX sind Krankenkassen, Bundesagentur für Arbeit, Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, Träger der Alterssicherung der Landwirte, Träger der Kriegsopferversorgung, Träger der Kriegsopferfürsorge, Träger der öffentlichen Jugendhilfe, Träger der Sozialhilfe für Leistungen.

<sup>100</sup> Das LASV ist eine obere Landessozialbehörde. Sie ist organisatorisch dem Geschäftsbereich der obersten Landessozialbehörde, dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, des Landes Brandenburg zugeordnet.

<sup>101</sup> Im Landkreis als Optionskommune ist das Jobcenter MAIA organisatorisch in die Kreisverwaltung integriert.

<sup>102</sup> Die aktuelle Bedarfsplanung der KVBB bis 2018 ist im „Bedarfsplan 2013 der KVBB“ (zuletzt geändert 01.06.2014) festgeschrieben und im Netz abrufbar.

<sup>103</sup> Nach dem § 7 des Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetzes können die an der Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Personen beteiligten Institutionen und Organisationen eine psychosoziale Arbeitsgemeinschaft für das

an der Versorgung der Personengruppe innerhalb des Landkreises beteiligten Personen, Behörden, Institutionen und Verbände hin. Das ist umso bedeutender, weil die Anbieter der Leistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht immer ihren Sitz im Landkreis Potsdam-Mittelmark haben. Sie gibt den Leistungserbringern (ihre Mitglieder) und dem Landkreis zur Erfüllung seiner Steuerungs- und Planungsaufgaben Hinweise und fachliche Inputs und befördert die Fortbildung der Mitglieder. Zusätzlich ist die PSAG mit einem mandatierten Vertreter des Vorstandes der PSAG fest in den Fachtischen der Eingliederungshilfe einbezogen, die als Fachkräftegremium aus dem Konzept der Sozialraumorientierung heraus neue konzeptionelle Ideen oder Ansätze für den Landkreis entwickeln und beraten sollen.<sup>104</sup> Die regelmäßige Abstimmung des zuständigen Fachbereichsleiters mit der Regionalen Liga der freien Wohlfahrtspflege, in welcher der Leiter der PSAG Mitglied ist, und die Teilnahme von Vertretern des Landkreises (FD 52 und 55) an den Mitgliederversammlungen der PSAG erlauben bereits seit einigen Jahren eine gute Abstimmung untereinander. Aus den Erfahrungen der letzten Jahre zeigt sich die Notwendigkeit der Klärung des Rollenverständnisses von Vertreter/-innen der Leistungsbereiche der Kreisverwaltung in der PSAG und der gegenseitigen Erwartungen an die inhaltliche und strategisch orientierte Zusammenarbeit.

Eine wichtige Säule im Landkreis für die systematische und möglichst planregionalorientierte Zusammenführung der sozialen Akteure sind die seit 2004 angebotenen Runden Tische Soziale Dienste. Hier besteht die Möglichkeit zum schnellen und breit gefächerten Bekanntwerden neuer Träger und Angebote im Landkreis.

Die bisherigen Sozialraumkonferenzen im Rahmen der Umsetzung des Konzeptes „Lebensräume in PM gemeinsam vor Ort gestalten“ finden derzeit noch nicht in allen Sozialräumen und schon gar nicht auf die Belange der sozialen Teilhabe von Menschen mit psychischen Störungen ausgerichtet statt. Die interdisziplinäre Bedarfsanalysen für den sozialraumorientierten Ausbau von fallunspezifischen Unterstützungsangeboten zur Prävention in der Kinder- und Jugendhilfe und der sozialen Teilhabe für Erwachsene sollen planregional erfolgen. Dazu werden im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe das Regionalteam und im Rahmen der Eingliederungshilfe der Fachtisch Eingliederungshilfe von der Kreisverwaltung selbst oder in ihrem Auftrag organisiert angeboten. Zusätzlich besteht die Möglichkeit in den Regionalen Sozialforen des Fachbereiches 5 mit den Fachleuten aus den Verwaltungen der kreisangehörigen Kommunen und beauftragten Netzwerkkoordinatoren unterschiedlicher Rechtskreise themenzentrierte inhaltliche Abstimmungen bzw. den notwendigen Informationsaustausch zu gewährleisten.

Bisher werden diese Gremien inhaltlich für den angesprochenen Personenkreis zu wenig genutzt. Es fällt auf, dass trotz Verbindung der Fachansichten auf Bedarfslagen eine konzeptionelle Entwicklung von Lösungsansätzen im Zuständigkeitsbereich für Menschen mit psychischen Störungen sehr schwer fällt. Gründe dafür sind sowohl, dass sozialräumliche Datenlagen nicht oder nicht hinreichend konkret abrufbar sind, als auch die bisher erkennbaren Hindernisse für eine fachübergreifende Lösungssuche aus den rechtskreismanifestierten Zuständigkeiten.

Mit dem Fachtisch der Eingliederungshilfe ist durch die Kreisverwaltung FD 52 – Soziales und Wohnen ein Fachkräftetreffen installiert, das zum einen dem fachspezifischen Austausch zwischen dem Landkreis als Träger der Sozialhilfe und den beauftragten Trägern der

---

Gebiet des Landkreises oder der kreisfreien Stadt bilden. Dem Gesetz nach haben alle an der Versorgung Beteiligten (sozialpsychiatrische/jugendpsychiatrische Dienste, niedergelassene Ärzteschaft, Krankenhäuser, Entziehungsanstalten, Sozialleistungsträger, Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, Angehörigen- und Betroffenenorganisationen und alle anderen öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Organisationen, Einrichtungen und Stellen, die Hilfen für den Personenkreis erbringen) Anrecht auf Mitgliedschaft. Die PSAG des Landkreises Potsdam-Mittelmark wurde 2010 gegründet. Nachdem die Arbeit zeitweilig ruhte, gilt mit Beschluss der Mitgliederversammlung die aktuelle Geschäftsordnung vom 01.06.2012.

<sup>104</sup> In Abstimmung mit der PSAG hat der Landkreis 2015 eine Trägerbefragung in der PSAG zur Angebotssituation, der Qualität der Zusammenarbeit zwischen den Anbietern der PSAG sowie zwischen den Anbietern und dem Landkreis durchgeführt. 2016 wurde die Befragung wiederholt. Näheres ist in Kapitel 7.4. beschrieben.

Eingliederungshilfe dient und zum anderen die Umsetzung des Konzepts „Sozialraumorientierung – Lebensräume in PM gemeinsam vor Ort gestalten“ unterstützt.

In den beiden Fachtischen der Eingliederungshilfe im Jahr 2017 bildete das Bundesteilhabegesetz, welches zum 01.01.2017 in Kraft getreten war und im Verlauf der Jahre 2017 bis 2020 umfassende und wichtige Veränderungen in den bezugnehmenden Sozialgesetzbüchern bewirkt, den inhaltlichen Schwerpunkt.

Aus dem Fachdienst 55 – Gesundheit vertritt die Teamleiterin des SpD den Landkreis zudem im Arbeitskreis der Sozialpsychiatrischen Dienste der Landkreise des Landes Brandenburg und bei den Tagungen der Psychiatriekoordinatoren im Land Brandenburg. Hier erfolgt ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch. Zudem vertritt sie den Landkreis im Nutzerkreis zur Fachanwendung ISGA der Sozialpsychiatrischen Dienste.

Der Träger der Ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle (aBBS) ist über das regionale Mitwirken in Vernetzungsgremien im Landkreis zusätzlich in der Bundesebene (AG AWO Suchtberatungsstellen des AWO Bundesverbandes, Mitgliederversammlung des Fachverbandes Glücksspielsucht e. V.) und der Landesebene (Landessuchtkonferenz, Arbeitskreis ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke der BLS, Brandenburger Arbeitskreis Frau und Sucht, Netzwerk Glücksspiel) tätig.

### **Handlungsempfehlungen:**

1. Die regionale, zielgruppenspezifische Bedarfsanalyse muss fachübergreifend vertieft werden.
2. Die sozialräumliche Datenlage ist aus den Fachprogrammen der Kreisverwaltung heraus zunächst noch besser herzustellen und unter Beachtung des Sozialdatenschutzes für die planregionalen Fachdiskussionen verwertbar aufzubereiten.
3. Die Möglichkeiten zur möglichst sozialräumlichen Verfügbarkeit von Krankenkassendaten für den Landkreis sind weiter auszuloten.
4. Das regelmäßige Zusammenwirken des zuständigen Fachbereichs der Kreisverwaltung mit der PSAG zur Wahrnehmung von Steuerungsaufgaben ist zuverlässig z.B. über eine Kooperationsvereinbarung zu verabreden.

## 5. Zielgruppen und deren Teilhabebedarf

Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen sind keine homogene Gruppe. Im Folgenden wird der Bericht nach den unterschiedlichen Personengruppen

- Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten;
- Erwachsene mit psychischen Erkrankungen;
- Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen;
- ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen und
- geistig behinderte Menschen mit psychischen Erkrankungen

unterteilt, da eine bedarfsgerechte Versorgung von psychisch erkrankten und seelisch behinderten Menschen insbesondere abstellt auf die jeweilige fachlich zu spezifizierende Zielgruppe, die passgenaue Beratung Betroffener und ihrer Angehörigen sowie eine zielgenaue Leistungsgewährung.

Jugendliche mit Angststörungen benötigen andere medizinische, berufliche und soziale Angebote als erwachsene Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Letztere sind nicht vergleichbar mit demenziell erkrankten älteren Menschen. Diese wiederum werden im Rahmen von Altenhilfestrukturen versorgt, ganz anders als geistig behinderte Menschen mit psychischen Erkrankungen, die mit dem Fokus auf Teilhabe statt Pflege im System der Behindertenhilfe unterstützt werden. Schnittstellen werden offensichtlich und sind nutzbar zu machen.

Innerhalb einer Psychiatrieplanung können Prävalenzen einen Ausgangspunkt für die Bestimmung aktueller und zukünftiger Bedarfslagen bilden. Durch die aktuell vorhandene Datenbasis können für PM ausschließlich geschätzte Fallzahlen für psychische Störungen auf der Grundlage bundesweit repräsentativer Prävalenzen bestimmt werden. Die nachfolgend dargestellten Werte stellen deshalb Schätzungen in Bezug auf die aktuelle oder voraussichtliche Größe der jeweils betrachteten Gruppe von psychisch kranken oder seelisch behinderten Menschen im Landkreis dar. Die Berechnungen zur aktuellen Situation beziehen sich auf den Bevölkerungsstand vom 31.12.2017.

Die konkrete Auflistung der zum jeweiligen Abschnitt dieses Kapitels ermittelbaren Angebotsbestände ist im Kapitel 7.5. aufgeführt.

### 5.1. Entwicklung der Hilfen zur Teilhabe von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten, Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen

Der größte Teil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland entwickelt sich positiv. Dennoch lässt sich laut dem Bericht zur Kinder und Jugendgesundheit in Deutschland<sup>105</sup> eine Zunahme von emotionalen Problemen und Auffälligkeiten feststellen. Als mögliche Gründe werden angeführt: gestiegene (schulische) Anforderungen, gestiegene Armutsgefährdung von Familien mit Kindern, veränderte Erziehung von Kindern und Jugendlichen und die Verschlechterung des Verhältnisses zwischen Schüler\*innen und Lehrkräften bzw. der Schule. „Viele Untersuchungen zeigen einen Zusammenhang zwischen guter Gesundheit und guter sozialer Lage bzw. einer höheren gesundheitlichen Belastung bei schlechter sozialer Lage. ... Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen ist höher in Familien mit niedrigem sozialen Status...“<sup>106</sup>

<sup>105</sup> Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (Hrsg.): Bericht zur Kinder und Jugendgesundheit in Deutschland, Berlin 2007.

<sup>106</sup> Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF) (Hrsg.): Gesundheit und Gesundheitschancen für Kinder im Land Brandenburg. Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 8, Potsdam, 2018, S.110.



Als Anhaltspunkt für das Auftreten psychischer Störungen und seelischer Behinderung kann das Auftreten psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen herangezogen werden. Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland des Robert-Koch-Instituts (RKI) beschreibt die folgenden direkten und indirekten Auswirkungen von psychischen Auffälligkeiten und Störungen bei Kindern und Jugendlichen:

- häufig weitreichende Beeinträchtigungen im familiären, schulischen und erweiterten sozialen Umfeld;
- negative Auswirkungen auf die Alltagsgestaltung und im Umgang mit Gleichaltrigen;
- Nachteile in Bezug auf die schulische und berufliche Entwicklung;
- häufiges Fortbestehen der psychischen Störung bis ins Erwachsenenalter;
- hohe soziale Kosten.<sup>107</sup>

In dieser Studie hat das RKI errechnet, dass ca. 20 % der Kinder und Jugendlichen im Alter zwischen 3 und 17 Jahren ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten aufweisen. Bei geschlechtsspezifischer Betrachtung sind fast ein Viertel der Jungen und ca. ein Sechstel der Mädchen in dieser Altersgruppe gefährdet.<sup>108</sup>

Einschätzung FD 53 – Kinder, Jugend und Familie, Team Hilfen zur Erziehung:

Insbesondere bei Kindern, die durch Trennung der Eltern und hochstrittigen Auseinandersetzungen als Folge der Trennung betroffen sind, kann von einer „emotionalen Zerrissenheit“ gesprochen werden, deren Folge bei länger anhaltenden Konflikten die Entwicklung einer seelischen Störung werden kann.

Einschätzung FD 52 – Soziales und Wohnen, Team 52.31 – EGH Kinder und Jugendliche:

Die betroffene Zielgruppe, die im Rahmen der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche unterstützt wird, ist sehr heterogen. Eine Vielzahl dieser Kinder und Jugendlichen müssen vollstationär untergebracht werden. Indikationen zur vollstationären Unterbringung ergeben sich aus Lebensbedrohung, Selbst- und Fremdgefährdung, Schwere und Chronifizierung der Erkrankung, einer notwendigen Trennung von der Familie, dem Fehlen oder Scheitern ambulanten bzw. teilstationärer Betreuungsangebote und/oder der Notwendigkeit der ganztägigen (Tag und Nacht) Betreuung durch ein multidisziplinäres Team.

Seelische Störungen haben in aller Regel keine einfache und keine einzige Ursache. Grundsätzlich ist von einer multifaktoriellen Verursachung auszugehen. Fast immer handelt es sich um ein Zusammenspiel unterschiedlicher Veranlagungen, Lebenseinflüsse, Entwicklungsaufgaben und Begleitumstände.

**Tab. 2: Prävalenz für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen<sup>109</sup>**

Verwaltungsbezirk	Einwohner 3 bis unter 18 Jahre 31.12.2017	weiblich	männlich	Prävalenz gesamt 20,2%	Prävalenz Mädchen 16,3%	Prävalenz Jungen 23,4%
Kleinmachnow	3.993	1.963	2.030	807	318	475
Nuthetal	1.366	657	709	276	106	166
Stahnsdorf	2.674	1.328	1.346	540	215	315
Teltow, Stadt	4.124	1.990	2.134	833	322	499

<sup>107</sup> Robert Koch-Institut: Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS Welle 1), bundesweite Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Erste Folgebefragung 2009-2012

<sup>108</sup> Die zweite Folgebefragung zum Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (2. Welle) wurde von September 2014 bis August 2017 durchgeführt. Mit Ergebnissen ist nicht vor Ende 2018 zu rechnen.

<sup>109</sup> Amt für Statistik Berlin Brandenburg, KiGGS Welle 1, eigene Berechnung

<b>Planregion 1</b>	<b>12.157</b>	<b>5.938</b>	<b>6.219</b>	<b>2.456</b>	<b>962</b>	<b>1.455</b>
Beelitz, Stadt	1.595	806	789	322	131	185
Michendorf	2.087	1.018	1.069	422	165	250
Schwielowsee	1.607	817	790	325	132	185
Seddiner See	648	324	324	131	52	76
Werder (Havel), Stadt	3.623	1.720	1.903	732	279	445
<b>Planregion 2</b>	<b>9.560</b>	<b>4.685</b>	<b>4.875</b>	<b>1.931</b>	<b>759</b>	<b>1.141</b>
Amt Beetzsee	1.058	495	563	214	80	132
Groß Kreutz (Havel)	1.043	508	535	211	82	125
Kloster Lehnin	1.310	642	668	265	104	156
Amt Wusterwitz	680	343	337	137	56	79
Amt Ziesar	718	354	364	145	57	85
<b>Planregion 3</b>	<b>4.809</b>	<b>2.342</b>	<b>2.467</b>	<b>971</b>	<b>379</b>	<b>577</b>
Bad Belzig, Stadt	1.469	696	773	297	113	181
Amt Brück	1.462	730	732	295	118	171
Amt Niemegek	553	280	273	112	45	64
Treuenbrietzen, Stadt	795	388	407	161	63	95
Wiesenburg/Mark	444	215	229	90	35	54
<b>Planregion 4</b>	<b>4.723</b>	<b>2.309</b>	<b>2.414</b>	<b>954</b>	<b>374</b>	<b>565</b>
<b>Gesamt</b>	<b>31.249</b>	<b>15.274</b>	<b>15.975</b>	<b>6.312</b>	<b>2.474</b>	<b>3.738</b>

Die Tab. 2 gibt die für PM im Jahr 2017 rund 31.250 Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis unter 18 Jahren an, wie viele ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten tragen. Diese Zahlen basieren auf den in der KiGGS Welle 1 bestimmten Prävalenzen. Entsprechend der höheren Anzahl an Kindern und Jugendlichen sind die angenommenen Betroffenenzahlen in den Planregionen 1 und 2 ca. zwei- bis dreimal höher als in den Planregionen 3 und 4.

Die KiGGS Welle 1 ergab außerdem, dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus wesentlich häufiger ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten aufweisen als Kinder mit mittlerem oder hohem Sozialstatus. Demnach ist davon auszugehen, dass Maßnahmen der Armutsprävention das Risiko für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen vermindern. Die Expertenkommission des RKI gab an, dass 5 % eines Jahrgangs einer psychiatrischen Behandlung bedürfen. Übertragen auf den Landkreis entspräche das gegenwärtig rund 1.560 Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis unter 18 Jahren.<sup>110</sup>

Allgemein ist festzuhalten, dass chronische kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen im frühen Lebensalter oftmals nicht diagnostiziert werden. Dadurch erhalten erkrankte Kinder bisweilen erst spät qualifizierte kinder- und jugendpsychiatrische Unterstützung. Chronifizierungstendenzen und Symptomverstärkungen sind dann bereits zu verzeichnen. Diese können im Erwachsenenalter schwerwiegende Auswirkungen auf die sozialen und beruflichen Chancen sowie die Lebensqualität der Betroffenen haben. Umso wichtiger erscheint es, mit frühzeitiger Aufklärung, Diagnostik, Therapie- und Begleitangeboten anzusetzen.

Übermäßiger Alkoholkonsum ist ein wichtiger Indikator für psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen im Jugendalter. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat in ihrer Studie „Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015“ bundesweit repräsentative Prävalenzen für regelmäßigen<sup>111</sup> und riskanten<sup>112</sup> Alkoholkonsum

<sup>110</sup> Robert Koch-Institut: Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS), bundesweite Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Erste Folgebefragung 2009-2012

<sup>111</sup> Regelmäßiger Alkoholkonsum heißt, dass mindestens einmal pro Woche Alkohol konsumiert wird.

<sup>112</sup> Bei riskantem Alkoholkonsum werden die Grenzwertempfehlungen für Erwachsene überschritten.

sowie häufiges Rauschtrinken<sup>113</sup> bei Jugendlichen (12 bis unter 18 Jahre) und jungen Erwachsenen (18 bis unter 26 Jahre) bestimmt.

Aus der BZgA-Studie geht hervor, dass ca. einer von zehn Jugendlichen sowie jeder dritte junge Erwachsene regelmäßig Alkohol konsumiert. Die Anteile der Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen, bei denen riskanter Alkoholkonsum vorliegt, betragen laut BZgA 4,5 % bzw. 14,2 %. Häufiges Rauschtrinken betreiben nach den Ergebnissen der BZgA etwa jeder dritte Jugendliche und ca. ein Zehntel der jungen Erwachsenen.

**Tab. 3: Prävalenz für regelmäßigen Alkoholkonsum von Jugendlichen in PM<sup>114</sup>**

Verwaltungsbezirk	Einwohner 12 bis unter 18 Jahre 31.12.2017	weiblich	männlich	Prävalenz gesamt 10,9%	Prävalenz Mädchen 6,7%	Prävalenz Jungen 14,9%
Kleinmachnow	1.957	968	989	213	65	147
Nuthetal	530	251	279	58	17	42
Stahnsdorf	1.170	568	602	128	38	90
Teltow, Stadt	1.544	755	789	168	51	118
<b>Planregion 1</b>	<b>5.201</b>	<b>2.542</b>	<b>2.659</b>	<b>567</b>	<b>170</b>	<b>396</b>
Beelitz, Stadt	603	312	291	66	21	43
Michendorf	813	398	415	89	27	62
Schwielowsee	629	321	308	69	22	46
Seddiner See	221	118	103	24	8	15
Werder (Havel), Stadt	1.338	658	680	146	44	101
<b>Planregion 2</b>	<b>3.604</b>	<b>1.807</b>	<b>1.797</b>	<b>393</b>	<b>121</b>	<b>268</b>
Amt Beetzsee	395	180	215	43	12	32
Groß Kreutz (Havel)	420	205	215	46	14	32
Kloster Lehnin	537	266	271	59	18	40
Amt Wusterwitz	281	143	138	31	10	21
Amt Ziesar	303	143	160	33	10	24
<b>Planregion 3</b>	<b>1.936</b>	<b>937</b>	<b>999</b>	<b>211</b>	<b>63</b>	<b>149</b>
Bad Belzig, Stadt	574	283	291	63	19	43
Amt Brück	521	249	272	57	17	41
Amt Niemegek	197	88	109	21	6	16
Treuenbrietzen, Stadt	323	147	176	35	10	26
Wiesenburg/Mark	199	99	100	22	7	15
<b>Planregion 4</b>	<b>1.814</b>	<b>866</b>	<b>948</b>	<b>198</b>	<b>58</b>	<b>141</b>
<b>Gesamt</b>	<b>12.555</b>	<b>6.152</b>	<b>6.403</b>	<b>1.368</b>	<b>412</b>	<b>954</b>

Die Tab. 3 und 4 geben die auf den BZgA-Ergebnissen beruhenden Schätzungen für die aktuelle Verteilung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit regelmäßigem Alkoholkonsum auf die einzelnen Sozialräume und Planregionen in PM an. Als Trend stellte die BZgA insgesamt fest, dass der Alkoholkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen rückläufig ist.

<sup>113</sup> Von Rauschtrinken spricht man, wenn die getrunkene Alkoholmenge zum Alkoholrausch führt (männlich: fünf und mehr Gläser Alkohol hintereinander; weiblich: vier und mehr Gläser Alkohol hintereinander). Häufiges Rauschtrinken liegt vor, wenn an mindestens vier von 30 Tagen Rauschtrinken praktiziert wird.

<sup>114</sup> Amt für Statistik Berlin Brandenburg, BZgA 2015, eigene Berechnungen FD Zentrale Steuerung / FD Strategisches und operatives Sozialcontrolling

**Tab. 4: Prävalenz für regelmäßigen Alkoholkonsum von jungen Erwachsenen in PM<sup>115</sup>**

Verwaltungsbezirk	Einwohner 18 bis unter 26 Jahre 31.12.2017	weiblich	männlich	Prävalenz gesamt 33,7%	Prävalenz Frauen 20,2%	Prävalenz Männer 46,3%
Kleinmachnow	1.623	778	845	547	157	391
Nuthetal	405	190	215	136	38	100
Stahnsdorf	967	429	538	326	87	249
Teltow, Stadt	1.638	730	908	552	147	420
<b>Planregion 1</b>	<b>4.633</b>	<b>2.127</b>	<b>2.506</b>	<b>1.561</b>	<b>430</b>	<b>1.160</b>
Beelitz, Stadt	611	271	340	206	55	157
Michendorf	580	263	317	195	53	147
Schwielowsee	509	241	268	172	49	124
Seddiner See	244	112	132	82	23	61
Werder (Havel), Stadt	1.247	615	632	420	124	293
<b>Planregion 2</b>	<b>3.191</b>	<b>1.502</b>	<b>1.689</b>	<b>1.075</b>	<b>303</b>	<b>782</b>
Amt Beetzsee	305	148	157	103	30	73
Groß Kreutz (Havel)	395	195	200	133	39	93
Kloster Lehnin	478	203	275	161	41	127
Amt Wusterwitz	212	105	107	71	21	50
Amt Ziesar	264	113	151	89	23	70
<b>Planregion 3</b>	<b>1.654</b>	<b>764</b>	<b>890</b>	<b>557</b>	<b>154</b>	<b>412</b>
Bad Belzig, Stadt	576	242	334	194	49	155
Amt Brück	486	193	293	164	39	136
Amt Niemeck	201	79	122	68	16	56
Treuenbrietzen, Stadt	328	162	166	111	33	77
Wiesenburg/Mark	156	61	95	53	12	44
<b>Planregion 4</b>	<b>1.747</b>	<b>737</b>	<b>1.010</b>	<b>589</b>	<b>149</b>	<b>468</b>
<b>Gesamt</b>	<b>11.225</b>	<b>5.130</b>	<b>6.095</b>	<b>3.783</b>	<b>1.036</b>	<b>2.822</b>

Laut BZgA ist Cannabis die mit Abstand am meisten konsumierte Droge bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Etwa jeder zehnte Jugendliche und jeder dritte junge Erwachsene gab an, schon einmal Cannabis konsumiert zu haben. Ein regelmäßiger Konsum illegaler Drogen ist bei etwa jedem hundertsten Jugendlichen und ca. jedem fünfundzwanzigsten jungen Erwachsenen festzustellen. Der regelmäßige Konsum illegaler Drogen durch Jugendliche und junge Erwachsene erfolgt damit in einem erheblich geringeren Umfang als der regelmäßige Alkoholkonsum.

In den Tab. 5 und 6 sind die wahrscheinlichen Anteile der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit regelmäßigem Konsum illegaler Drogen an der jeweiligen Altersgruppe in den einzelnen Sozialräumen von PM angegeben. Grundlage für diese Berechnung waren wiederum die von der BZgA ermittelten Prävalenzen. Wiederum spiegelt sich in den errechneten möglichen Fallzahlen die ungleichmäßige Verteilung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Landkreis wieder. Im Ergebnis weisen Kommunen und Planregionen mit höheren Anteilen an diesen Altersgruppen auch eine höhere rechnerische Betroffenheit bei regelmäßigem Konsum illegaler Drogen auf. Die möglichen Fallzahlen sind aufgrund der wesentlich geringeren Häufigkeit des regelmäßigen Konsums illegaler Drogen gegenüber dem regelmäßigen Alkoholkonsum entsprechend kleiner. Der Trend im Bereich des illegalen Drogenkonsums

<sup>115</sup> Amt für Statistik Berlin Brandenburg, BZgA 2015, eigene Berechnung

wird laut BZgA durch einen ansteigenden Cannabiskonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen bestimmt.

**Tab. 5: Prävalenz von regelmäßigem Konsum illegaler Drogen Jugendlicher<sup>116</sup>**

Verwaltungsbezirk	Einwohner 12 bis unter 18 Jahre 31.12.2017	weiblich	männlich	Prävalenz gesamt 1,3%	Prävalenz weiblich 0,9%	Prävalenz männlich 1,6%
Kleinmachnow	1.957	968	989	25	9	16
Nuthetal	530	251	279	7	2	4
Stahnsdorf	1.170	568	602	15	5	10
Teltow, Stadt	1.544	755	789	20	7	13
<b>Planregion 1</b>	<b>5.201</b>	<b>2.542</b>	<b>2.659</b>	<b>68</b>	<b>23</b>	<b>43</b>
Beelitz, Stadt	603	312	291	8	3	5
Michendorf	813	398	415	11	4	7
Schwielowsee	629	321	308	8	3	5
Seddiner See	221	118	103	3	1	2
Werder (Havel), Stadt	1.338	658	680	17	6	11
<b>Planregion 2</b>	<b>3.604</b>	<b>1.807</b>	<b>1.797</b>	<b>47</b>	<b>16</b>	<b>29</b>
Amt Beetzsee	395	180	215	5	2	3
Groß Kreutz (Havel)	420	205	215	5	2	3
Kloster Lehnin	537	266	271	7	2	4
Amt Wusterwitz	281	143	138	4	1	2
Amt Ziesar	303	143	160	4	1	3
<b>Planregion 3</b>	<b>1.936</b>	<b>937</b>	<b>999</b>	<b>25</b>	<b>8</b>	<b>16</b>
Bad Belzig, Stadt	574	283	291	7	3	5
Amt Brück	521	249	272	7	2	4
Amt Niemegek	197	88	109	3	1	2
Treuenbrietzen, Stadt	323	147	176	4	1	3
Wiesenburg/Mark	199	99	100	3	1	2
<b>Planregion 4</b>	<b>1.814</b>	<b>866</b>	<b>948</b>	<b>24</b>	<b>8</b>	<b>15</b>
<b>Gesamt</b>	<b>12.555</b>	<b>6.152</b>	<b>6.403</b>	<b>163</b>	<b>55</b>	<b>102</b>

<sup>116</sup> Amt für Statistik Berlin Brandenburg, BZgA 2015, eigene Berechnung

**Tab. 6: Prävalenz von regelmäßigem Konsum illegaler Drogen junger Erwachsener<sup>117</sup>**

Verwaltungsbezirk	Einwohner 18 bis unter 26 Jahre 31.12.2017	weiblich	männlich	Prävalenz gesamt 4,1%	Prävalenz weiblich 2,0%	Prävalenz männlich 6,2%
Kleinmachnow	1.623	778	845	67	16	52
Nuthetal	405	190	215	17	4	13
Stahnsdorf	967	429	538	40	9	33
Teltow, Stadt	1.638	730	908	67	15	56
<b>Planregion 1</b>	<b>4.633</b>	<b>2.127</b>	<b>2.506</b>	<b>190</b>	<b>43</b>	<b>155</b>
Beelitz, Stadt	611	271	340	25	5	21
Michendorf	580	263	317	24	5	20
Schwielowsee	509	241	268	21	5	17
Seddiner See	244	112	132	10	2	8
Werder (Havel), Stadt	1.247	615	632	51	12	39
<b>Planregion 2</b>	<b>3.191</b>	<b>1.502</b>	<b>1.689</b>	<b>131</b>	<b>30</b>	<b>105</b>
Amt Beetzsee	305	148	157	13	3	10
Groß Kreutz (Havel)	395	195	200	16	4	12
Kloster Lehnin	478	203	275	20	4	17
Amt Wusterwitz	212	105	107	9	2	7
Amt Ziesar	264	113	151	11	2	9
<b>Planregion 3</b>	<b>1.654</b>	<b>764</b>	<b>890</b>	<b>68</b>	<b>15</b>	<b>55</b>
Bad Belzig, Stadt	576	242	334	24	5	21
Amt Brück	486	193	293	20	4	18
Amt Niemegek	201	79	122	8	2	8
Treuenbrietzen, Stadt	328	162	166	13	3	10
Wiesenburg/Mark	156	61	95	6	1	6
<b>Planregion 4</b>	<b>1.747</b>	<b>737</b>	<b>1.010</b>	<b>72</b>	<b>15</b>	<b>63</b>
<b>Gesamt</b>	<b>11.225</b>	<b>5.130</b>	<b>6.095</b>	<b>460</b>	<b>103</b>	<b>378</b>

<sup>117</sup> Amt für Statistik Berlin Brandenburg, BZgA 2015, eigene Berechnung

Die im Landkreis von Trägern der Kinder- und Jugendhilfe pro Region vorgehaltenen Erziehungs- und Familienberatungsstellen meldeten für 2017 folgende Beratungsleistungen:

**Tab. 7: Tatsächliche Inanspruchnahme von Hilfsangeboten**

Träger	Planregion (PR)	2014	2015	2016	2017
Caritasberatungsstelle Potsdam – Integrierte Beratungsstelle für Erziehungs- und Familienberatung, Schwangerschaftsberatung, Allgemeine Sozialberatung in Potsdam und Michendorf	<b>PR 1</b> Kleinmachnow, Teltow, Stahnsdorf, Nuthetal	25	25	17	14
	<b>PR 2</b> Werder (Havel), Schwielowsee, Michendorf, Beelitz, Seddiner See	47	44	44	46
	<b>PR 3</b> Beetzsee, Groß Kreutz (Havel), Kloster Lehnin, Wusterwitz, Ziesar	2	2	3	0
	<b>PR 4</b> Bad Belzig, Brück, Niemeck, Treuenbrietzen, Wiesenburg/Mark	2	2	1	1
<b>Gesamt</b>		<b>76</b>	<b>73</b>	<b>65</b>	<b>61</b>

Träger	Planregion (PR)	2014	2015	2016	2017
STIBB e.V. Sozial-Therapeutisches Institut Berlin-Brandenburg in Kleinmachnow	<b>PR 1</b> Kleinmachnow, Teltow, Stahnsdorf, Nuthetal	202	212	193	234
	<b>PR 2</b> Werder (Havel), Schwielowsee, Michendorf, Beelitz, Seddiner See	42	34	34	79
	<b>PR 3</b> Beetzsee, Groß Kreutz (Havel), Kloster Lehnin, Wusterwitz, Ziesar	11	10	8	13
	<b>PR 4</b> Bad Belzig, Brück, Niemeck, Treuenbrietzen, Wiesenburg/Mark	8	9	10	12
<b>Gesamt</b>		<b>263</b>	<b>265</b>	<b>245</b>	<b>338</b>

Träger	Planregion (PR)	2014	2015	2016	2017
Beratungsstelle Lösungsweg Teltow der EJF gemeinnützigen AG in Teltow	<b>PR 1</b> Kleinmachnow, Teltow, Stahnsdorf, Nuthetal	326	332	418	400
	<b>PR 2</b> Werder (Havel), Schwielowsee, Michendorf, Beelitz, Seddiner See	5	7	16	17
	<b>PR 3</b> Beetzsee, Groß Kreutz (Havel), Kloster Lehnin, Wusterwitz, Ziesar	1	1	4	2
	<b>PR 4</b> Bad Belzig, Brück, Niemeck, Treuenbrietzen, Wiesenburg/Mark	1	0	1	2
	<b>o. A.</b>	3	30	28	16
<b>Gesamt</b>		<b>336</b>	<b>370</b>	<b>467</b>	<b>437</b>

Träger	Planregion (PR)	2014	2015	2016	2017
GFB – Erziehungs- und Familienberatungsstelle „Lichtblick“ in Werder (Havel)	<b>PR 1</b> Kleinmachnow, Teltow, Stahnsdorf, Nuthetal	3	2	/	/
	<b>PR 2</b> Werder (Havel), Schwielowsee, Michendorf, Beelitz, Seddiner See	169	196	197	212
	<b>PR 3</b> Beetzsee, Groß Kreutz (Havel), Kloster Lehnin, Wusterwitz, Ziesar	47	34	35	57
	<b>PR 4</b> Bad Belzig, Brück, Niemeck, Treuenbrietzen, Wiesenburg/Mark	21	20	15	16
	<b>o. A.</b>	13	8	/	15
<b>Gesamt</b>		<b>253</b>	<b>260</b>	<b>247</b>	<b>300</b>

Träger	Planregion (PR)	2014	2015	2016	2017
GFB – Erziehungs- und Familienberatungsstelle „Lichtblick“ in Bad Belzig	<b>PR 1</b> Kleinmachnow, Teltow, Stahnsdorf, Nuthetal	/	1	/	/
	<b>PR 2</b> Werder (Havel), Schwielowsee, Michendorf, Beelitz, Seddiner See	3	3	5	6
	<b>PR 3</b> Beetzsee, Groß Kreutz (Havel), Kloster Lehnin, Wusterwitz, Ziesar	8	9	10	12
	<b>PR 4</b> Bad Belzig, Brück, Niemeck, Treuenbrietzen, Wiesenburg/Mark	182	154	118	145
	<b>o. A.</b>	22	4	1	8
<b>Gesamt</b>		<b>215</b>	<b>171</b>	<b>134</b>	<b>171</b>

Träger	Planregion (PR)	2014	2015	2016	2017
Beratungsstelle für Ehe-, Familien-, Erziehungs- und Lebensfragen Parduin (EJF) in Brandenburg an der Havel	<b>PR 1</b> Kleinmachnow, Teltow, Stahnsdorf, Nuthetal	/	/	/	/
	<b>PR 2</b> Werder (Havel), Schwielowsee, Michendorf, Beelitz, Seddiner See	/	2	4	1
	<b>PR 3</b> Beetzsee, Groß Kreutz (Havel), Kloster Lehnin, Wusterwitz, Ziesar	76	80	93	81
	<b>PR 4</b> Bad Belzig, Brück, Niemeck, Treuenbrietzen, Wiesenburg/Mark	6	7	9	4
	<b>o. A.</b>	7	9	6	10
<b>Gesamt</b>		<b>89</b>	<b>98</b>	<b>112</b>	<b>96</b>

Träger	Planregion (PR)	2014	2015	2016	2017
SOS-Kinderdorf Brandenburg, Erziehungs- und Familienberatungsstelle in Brandenburg an der Havel	<b>PR 1</b> Kleinmachnow, Teltow, Stahnsdorf, Nuthetal	/	/	/	/
	<b>PR 2</b> Werder (Havel), Schwielowsee, Michendorf, Beelitz, Seddiner See	/	/	3	2
	<b>PR 3</b> Beetzsee, Groß Kreutz (Havel), Kloster Lehnin, Wusterwitz, Ziesar	46	48	66	60
	<b>PR 4</b> Bad Belzig, Brück, Niemeck, Treuenbrietzen, Wiesenburg/Mark	2	2	4	5
	<b>o. A.</b>	/	/	/	1
<b>Gesamt</b>		<b>48</b>	<b>50</b>	<b>73</b>	<b>68</b>

Träger	Planregion (PR)	2014	2015	2016	2017
EJF Lindenstraße Erziehungs- und Familienberatungsstelle in Potsdam Lindenstrasse	<b>PR 1</b> Kleinmachnow, Teltow, Stahnsdorf, Nuthetal	21	11	17	7
	<b>PR 2</b> Werder (Havel), Schwielowsee, Michendorf, Beelitz, Seddiner See	50	37	43	35
	<b>PR 3</b> Beetzsee, Groß Kreutz (Havel), Kloster Lehnin, Wusterwitz, Ziesar	3	1	4	/
	<b>PR 4</b> Bad Belzig, Brück, Niemeck, Treuenbrietzen, Wiesenburg/Mark	3	1	3	3
<b>Gesamt</b>		<b>77</b>	<b>50</b>	<b>67</b>	<b>45</b>

Es wird deutlich, dass sich eine Zunahme an Beratungsleistungen von ca. 120 Fällen zeigt und dies insbesondere in den Planregionen 1, 2 und 4. Dabei muss festgestellt werden, dass sich diese Fallzahlen tatsächlich nicht allein auf psychische Störungen beziehen. Eine dahingehend differenziertere Auswertung liegt aber nicht vor und Anhaltspunkte aus den steigenden Inanspruchnahmen müssen im Fachkreis intensiv ausgewertet werden.



Kinder und Jugendliche, bei denen infolge psychischer Belastungen und Besonderheiten die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt oder bedroht ist, gelten im Sozialrecht als seelisch behindert oder von dieser Behinderung bedroht.<sup>118</sup>

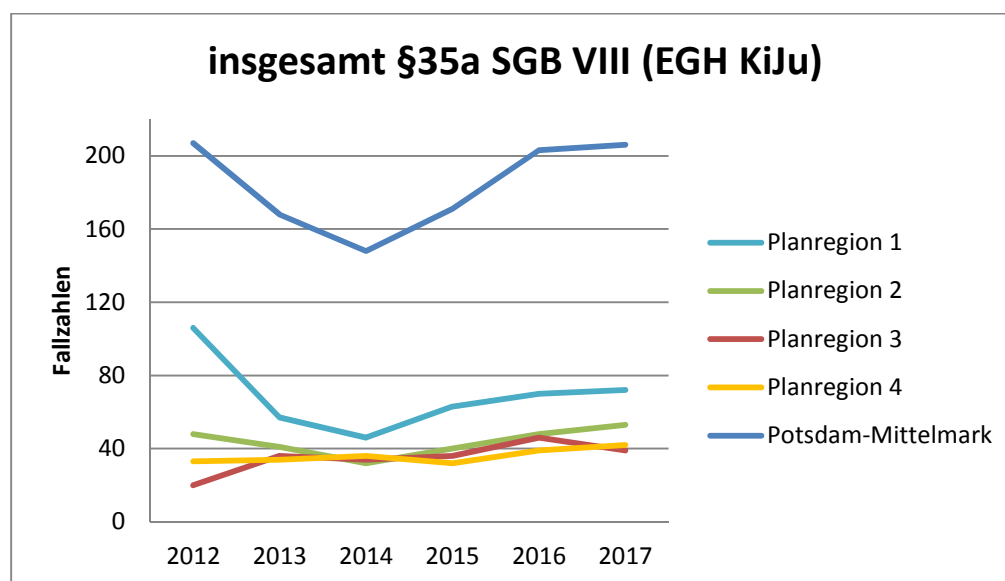
Die Tab. 8 bzw. Abb. 7 zeigen für den Zeitraum von 2012 bis 2017 die Entwicklung der Anzahl der Kinder- und Jugendlichen mit seelischen Behinderungen in PM, die Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII erhalten haben, sowie ihre Verteilung auf die vier Planregionen des Landkreises. Bezogen auf den gesamten Landkreis ist die Gesamtzahl der Leistungsempfänger\*innen in den Jahren 2012 bis 2014 zwar von 207 auf 148 gesunken aber seit 2015 wieder ansteigend.

Leistungsformen der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII, die im Landkreis erbracht werden, sind die heilpädagogische Frühförderung, die Betreuung in Integrations-Kindertagesstätten (I-Kita), Lerntherapie/Schulassistenz, sonstige ambulante Hilfen und die stationäre Unterbringung.

**Tab. 8: Fallzahlenentwicklung EGH für Kinder und Jugendliche nach § 35a SGB VIII<sup>119</sup>**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
PR 1	106	57	46	63	70	72
PR 2	48	41	32	40	48	53
PR 3	20	36	34	36	46	39
PR 4	33	34	36	32	39	42
<b>PM</b>	<b>207</b>	<b>168</b>	<b>148</b>	<b>171</b>	<b>203</b>	<b>206</b>

**Abb. 7: Fallzahlenentwicklung EGH für Kinder und Jugendliche nach § 35a SGB VIII<sup>120</sup>**



<sup>118</sup> Nach der Definition des SGB IX liegt eine seelische Behinderung vor, wenn sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate behindert. Eine Beeinträchtigung ist festzustellen, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Kinder und Jugendliche sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.

<sup>119</sup> Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche nach § 35a SGB VIII, FD 52 – Soziales und Wohnen, Stand: 4. Quartal 2012-2017

<sup>120</sup> ebenda

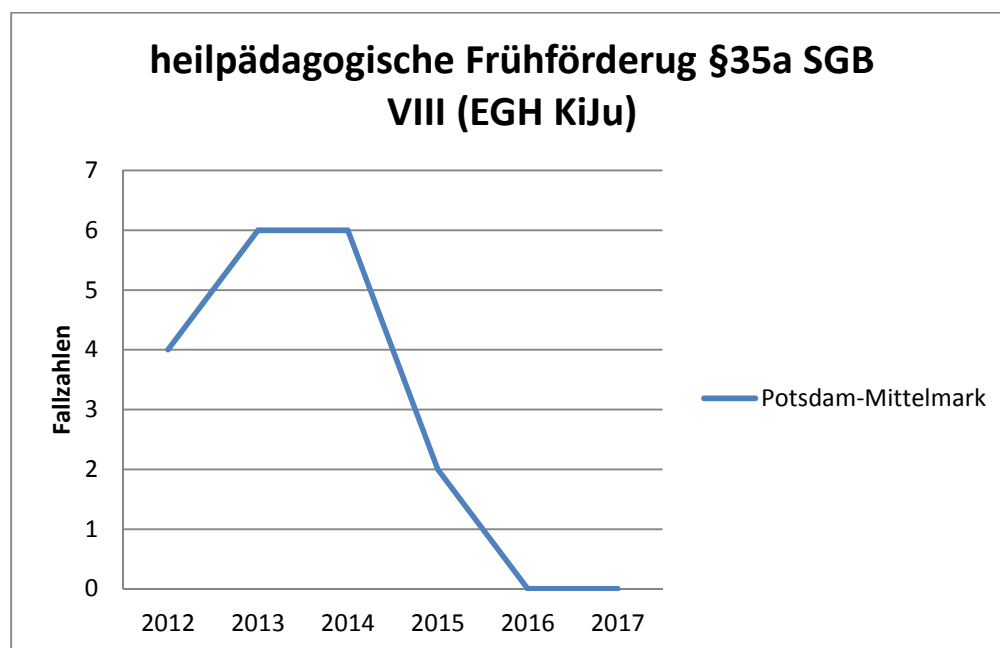
## Heilpädagogische Frühförderung

Mit dem Angebot der Frühförderung werden Familien im Landkreis Potsdam-Mittelmark mit Kindern vom ersten Lebensmonat bis zur Einschulung unterstützt, bei denen eine Entwicklungsverzögerung, eine (drohende) Behinderung oder eine andere Auffälligkeit vermutet oder festgestellt wird. Verschiedene Träger der sozialen Arbeit sichern die Vorhaltung von Anlaufstellen für alle Planregionen im Landkreis ab.

Die allgemeine heilpädagogische Frühförderung strebt an, im Zusammenwirken mit den Eltern und beteiligten Fachleuten, die Gesamtpersönlichkeit des Kindes zu fördern, um Sozialisationsdefiziten, Entwicklungsgefährdungen und Entwicklungsverzögerungen entgegenzuwirken, den Einsatz therapeutischer Hilfen zu unterstützen und zu ergänzen sowie auf die Eingliederung des Kindes in das soziale Umfeld und in die Gesellschaft hinzuwirken. Die allgemeine heilpädagogische Frühförderung für behinderte und von Behinderung bedrohter Kinder umfasst die benötigten individuellen Hilfen für das Kind und seine Erziehungsberechtigten. Dabei beinhalten die fachlichen Leistungen zum einen die heilpädagogische Hilfe für das Kind und zum anderen die begleitende pädagogische familienorientierte Beratung für die Erziehungsberechtigten und Betreuer aus dem sozialen Umfeld des Kindes.

Die Leistungserbringung erfolgt in Form von Fördereinheiten. Die heilpädagogische Frühförderung im Landkreis wird mobil, also im Lebensraum des zu fördernden Kindes (z. B. in der Kita) erbracht oder sie findet ambulant, also direkt in den Arbeitsräumen der Frühförderstelle statt.

**Abb. 8: Fallzahlenentwicklung heilpädagogische Frühförderung nach § 35a SGB VIII<sup>121</sup>**



Der Begriff Frühförderung beinhaltet pädagogische und therapeutische Maßnahmen für Kinder mit seelischen Behinderungen, die sich bis zur Einschulung erstrecken können und durch spielerische Methoden im Therapieansatz gekennzeichnet sind.

<sup>121</sup> ebenda

In Abb. 8 fallen zunächst die relativ niedrigen jährlichen Fallzahlen der heilpädagogischen Frühförderung nach § 35a SGB VIII für den gesamten Landkreis auf, die für die Jahre 2012 bis 2017 zwischen zwei und sechs schwanken. Der Hauptteil dieser Leistung wurde im Betrachtungszeitraum in der Planregion 2 realisiert. In 2016 und 2017 gab es keine Fälle im Rahmen der heilpädagogischen Frühförderung nach § 35a SGB VIII.

### Besondere Formen der Kindertagesbetreuung in Kindertagesstätten

Im Landkreis gibt es ca. 170 Kindertagesstätten. Die Betreuung von Kindern mit Behinderung in Kindertagesstätten (Kita) erfolgt als Einzelintegration in einer Regeleinrichtung oder innerhalb einer Integrations-Kindertagesstätte (I-Kita) mit mehreren behinderten Kindern. Für den Mehrbedarf der Betreuung eines seelisch behinderten Kindes in der I-Kita kann Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII beim örtlichen Träger der Jugendhilfe beantragt werden. Der Schwerpunkt dieser Hilfe liegt im Bereich der Betreuung und der intensiven, individuellen Förderung von behinderten noch nicht eingeschulten Kindern in einer anerkannten teilstationären Integrationskindertagesstätte.

Die Leistung beinhaltet nicht nur die Kosten für die eigentliche Förderung, sondern bei Erfordernis auch die tägliche Beförderung des Kindes zum Ort seiner Förderung. Erforderlich wird eine Beförderung i.d.R. immer dann, wenn Wohnung und Kita des behinderten Kindes nicht im gleichen Ort liegen und für die Familien allein aufgrund der Behinderung ihres Kindes nun ein längerer Weg zum Besuch der Kita anfällt. Daher umfassen diese Kosten neben der eigentlichen Förderung dann auch die für den (Spezial-)Transport zur Integrationskindertagesstätte.

**Abb. 9: Fallzahlenentwicklung Integration in Kindertagesstätten nach § 35a SGB VIII<sup>122</sup>**

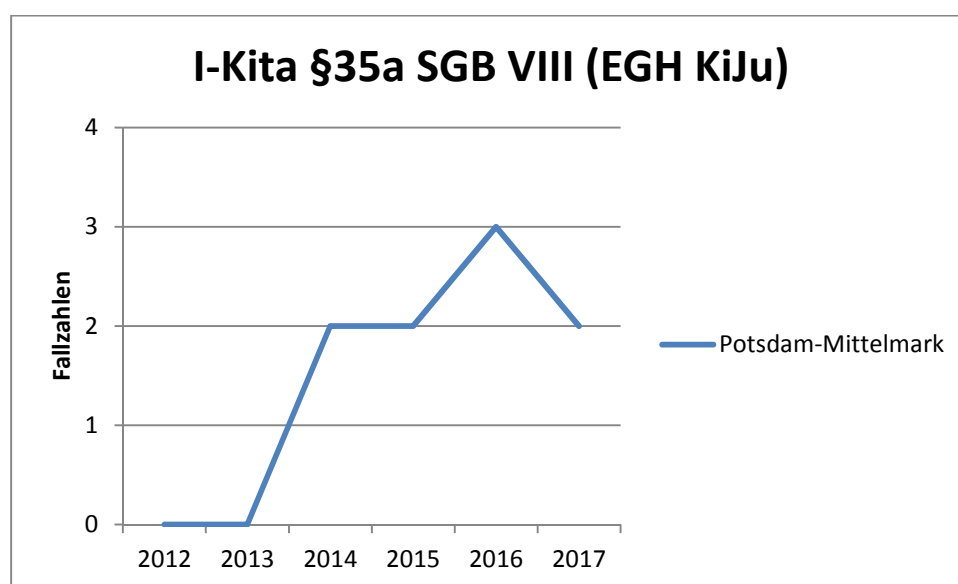


Abb. 9 zeigt, dass in den Jahren 2014 und 2015 lediglich zwei seelisch behinderte Kinder, die eine I-Kita besuchten, vom Landkreis Leistungen der Eingliederungshilfe zum Ausgleich des damit verbundenen Mehrbedarfs erhielten. In den Jahren 2012 und 2013 wurde diese Form der EGH nicht geleistet.

<sup>122</sup> ebenda

## **Familientlastende Dienste**

Wer Kinder und Jugendliche mit seelischen Behinderungen als Angehöriger zu Hause begleitet und betreut, braucht immer wieder Unterstützung, einen guten Rat oder einfach nur ein offenes Ohr.

Der Familientlastende Dienst bietet kostenlose, vertrauliche und unbürokratische Beratungen rund um die häusliche, niedrighschwellige Betreuung und deren Finanzierung sowie die Begleitung von Familienangehörigen mit Behinderung durch qualifizierte ehrenamtliche Helfer\*innen an. Ziel ist es, betreuende Eltern und Angehörige zu unterstützen und zu entlasten, aber auch Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Betroffenen zu fördern.

## **Selbsthilfe**

Aufgrund der im Vergleich zu Erwachsenen niedrigen Fallzahlen von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten oder Abhängigkeitserkrankungen gibt es fast keine auf den Personenkreis spezialisierten Selbsthilfegruppen.

Auf der Suche nach einer geeigneten Beratung durch und für andere Betroffene unterstützt die Kontakt- und Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen (KIS).<sup>123</sup>

Informationen zu Selbsthilfegruppen nach einzelnen Krankheitsbildern sind den Kapiteln 5.2.1 und 5.3.1 zu entnehmen.

### **5.1.1. Medizinische, heilpädagogische Versorgung und Rehabilitation**

Zur Feststellung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen ab der Geburt bis zum Alter von 13 Jahren haben Eltern Anspruch auf Früherkennungsuntersuchungen. Im Rahmen der sogenannten U-Untersuchungen bei den niedergelassenen Kinderärzt\*innen sollen psychische und körperliche Auffälligkeiten in der kindlichen Entwicklung frühzeitig erkannt und geeignete Hilfen vermittelt werden. Zur Stärkung der Verbindlichkeit wurde landesweit ein Zentrales Einladungs- und Rückmeldewesen eingeführt. Wenn trotz Erinnerung keine Untersuchung erfolgt, wird das Gesundheitsamt vor Ort tätig und erfragt bei den Eltern die Gründe der Nicht-Inanspruchnahme. Auch Hausbesuche sind möglich, bei denen eventuell bereits Auffälligkeiten in der seelischen Entwicklung des Kindes wahrgenommen und Hilfeangebote unterbreitet werden können.

Fünf von insgesamt neun Fachärzt\*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Allgemeinmediziner\*innen mit psychiatrischer Zusatzqualifikation für Kinder und Jugendliche sind in Potsdam und in der Planregion 1 ansässig. Eine Ärztin ist in Planregion 3, zwei Ärzt\*innen in Planregion 4 sowie eine Ärztin in Brandenburg an der Havel zu finden.

Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken mit angeschlossenen psychiatrischen Institutsambulanzen für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind in Potsdam und Brandenburg an der Havel ansässig. All diejenigen Personen, die bei Kindern oder Jugendlichen seelische Belastungen oder Störungen feststellen, können Kontakt zu den Institutsambulanzen aufnehmen. Das können die Kinder oder Jugendlichen selbst sein, die Eltern, aber auch andere Bezugspersonen wie Verwandte, Bekannte oder professionelle Helfer\*innen. Für den Beginn einer Diagnostik oder Therapie ist in der Regel das Einverständnis der Erziehungsberechtigten notwendig. Ohne die Erziehungsberechtigten kann es aber eine anonyme Beratung über mögliche sinnvolle Schritte geben.

Auf Kinder und Jugendliche spezialisierte Tageskliniken bestehen ebenfalls in Potsdam und Brandenburg an der Havel. Die tagesklinische Behandlung ist bei vielen psychischen Er-

---

<sup>123</sup> Potsdamer Straße 7-9, 14513 Teltow

krankungen des Kindes- und Jugendalters möglich. Das bedeutet, dass die jungen Patienten\*innen morgens von zu Hause aus in die Klinik kommen, den Tag in der Klinik verbringen und am Nachmittag wieder nach Hause fahren, um den Rest des Tages bei ihrer Familie zu bleiben. Das hat den Vorteil, dass das gewohnte Umfeld für die Patient\*innen erhalten bleiben kann. Auch kann die Familie gut in die Veränderungsprozesse eingebunden werden.

Es gibt aber Situationen, in denen genau dies eine zu große Belastung für die Patient\*innen darstellt, weil vielleicht der Weg zu weit ist oder ein ständiger Wechsel zwischen verschiedenen Orten zu anstrengend wäre. Dies muss in einem Ambulanzgespräch im Vorfeld geklärt werden, ob dann eine Therapie in der Tagesklinik oder vollstationär wirksamer ist.

### **5.1.2. Bildung und berufliche Rehabilitation**

Der Landkreis, als Träger der öffentlichen Jugend- und Sozialhilfe, kann im Bereich der Leistungen zur Rehabilitation seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher selbst Träger von Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe sein. Für die landkreisbezogene Integrierte Psychiatrieplanung von Bedeutung sind die EGH für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach § 35a SGB VIII. Zur Klärung der Beeinträchtigung ist die Stellungnahme einer\*s entsprechend qualifizierten Ärztin/Arztes oder Psychotherapeut\*in erforderlich. Die Eingliederungshilfe wird bisher je nach Bedarf im Einzelfall ambulant, teilstationär oder stationär geleistet.<sup>124</sup> Zur weiteren Konkretisierung der aktuellen Bedarfssituation bei seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen wird hier die Entwicklung der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII im Zeitraum von 2012 bis 2017 herangezogen.

#### **Teilhabe in Schule**

Im Landkreis lernten im Schuljahr 2017/2018 insgesamt 20.948 Schüler\*innen in 69 öffentlichen und freien schulischen Einrichtungen (39 Grundschulen, 4 Grund-/Oberschulen, 5 Oberschulen, 1 Grund-/Gesamtschule, 2 Gesamtschulen, 9 Gymnasien, 1 Berufliches Gymnasium, 2 Waldorfschulen, 6 sonderpädagogische Förderschulen). Insgesamt 964 Kinder und Jugendliche erhielten 2016/2017 sonderpädagogische Förderung, davon 58,2 % in Regel- und 41,8 % in Förderschulen.<sup>125</sup>

Eingliederungshilfe im Bereich der Hilfen zur angemessenen Schulbildung als (integrative) Lerntherapie nach § 35a SGB VIII können Schulkinder erhalten bei denen eine Teilleistungsstörung wie Legasthenie oder Dyskalkulie in der Regelschule diagnostiziert wurde, welche ihre seelische Gesundheit derart bedroht, dass die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Bildungspolitisch wird das Ziel verfolgt, Kinder mit Förderbedarf an Regelschulen zu unterrichten. Gemeinsames Lernen von behinderten und nicht behinderten Kindern bedeutet auch, dass behinderte Kinder neben dem sonderpädagogischen Bedarf oft noch eine Begleitung und Unterstützung bei ihren alltäglichen, mit der allgemeinen Lebensführung im Zusammenhang stehenden Verrichtungen benötigen. Diese unterstützende Hilfe wird von Schulassistent\*innen geleistet, die im Rahmen der Eingliederungshilfe als Maßnahmen zu einer angemessenen Schulbildung finanziert werden.

Gemeinsames Lernen in Schule, unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Leistungen und Neigungen aller Schüler\*innen, erfordert zukünftig mehr intensiven fachlichen Austausch aller Beteiligten bei der Feststellung und Planung des Förder- und Unterstützungsbedarfes eines behinderten Schülers\*in.

---

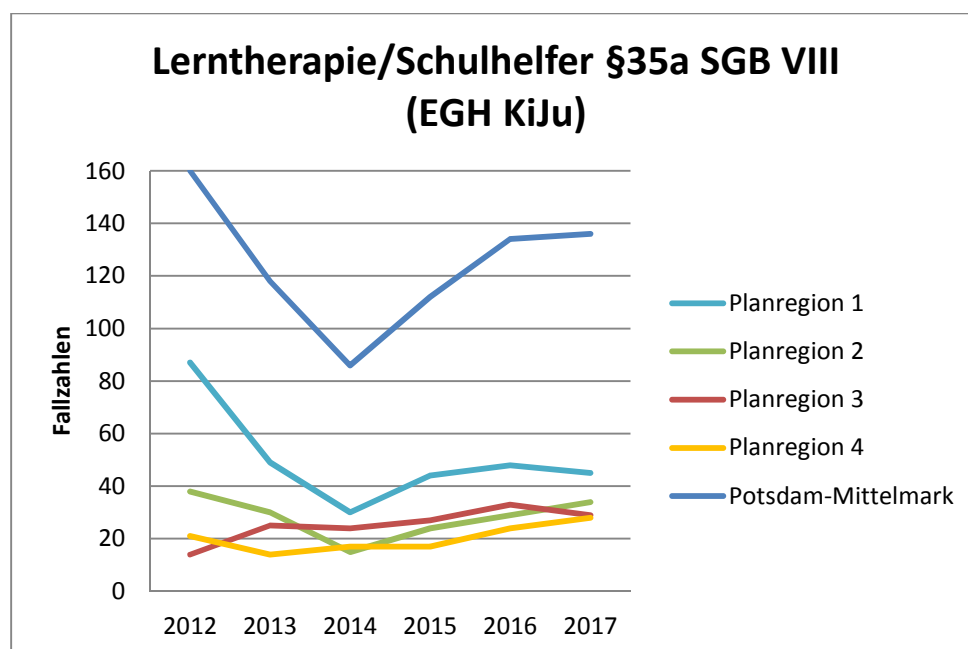
<sup>124</sup> Mit dem Bundesteilhabegesetz sollen Leistungen ab 01.01.2018 stärker personenzentriert gewährt werden, damit werden die Kategorien „ambulant“, „teilstationär“, „stationär“ in der Praxis sukzessive aufgelöst.

<sup>125</sup> Landkreis Potsdam-Mittelmark, Schulstatistik

Schulassistenten im Rahmen von § 35a SGB VIII sind Einzelfallhelfer\*innen für seelisch behinderte oder von seelischer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche, denen durch ergänzende individuelle Maßnahmen die Teilnahme am schulischen Unterricht in Regel- und Förderschulen ermöglicht werden soll. Die Schulassistenten unterstützen in der jeweiligen Schule gruppenbezogen ein oder mehrere leistungsberechtigte Kinder/Jugendliche im Unterricht sowie in den Pausen.

Abb. 10 zeigt, wie viele Kinder und Jugendliche landkreisweit im Zeitraum von 2012 bis 2017 lerntherapeutische und/oder schulbegleitende Leistungen nach § 35a SGB VIII erhalten haben. Im Jahr 2012 nahmen 160 seelisch behinderte Schüler\*innen aus PM lerntherapeutische Angebote oder Unterstützung durch Schulassistenten in Anspruch. Diese Zahl sank in den nächsten zwei Jahren auf 86 ab und stieg 2015 wieder auf 112 an. Die meisten dieser Schüler\*innen kamen aus Planregion 1. Hier ging die Anzahl der leistungsberechtigten Schüler\*innen nach einem Spitzenwert von 87 im Jahr 2012 in den letzten drei Jahren am stärksten zurück und war 2017 nur noch etwa halb so groß. Im selben Zeitraum verdoppelte sich in der Planregion 3 die Fallzahl von 14 auf 29. In den anderen zwei Planregionen sind die Fallzahlen relativ konstant.

**Abb. 10: Lerntherapie / Schulassistenten<sup>126</sup>**



## Berufliche Rehabilitation

Alle Schulen der Sekundarstufe I und II sind durch das Brandenburgische Schulgesetz und die entsprechend geltenden Lehrpläne dazu angehalten, eine qualifizierte Berufsorientierung gemeinsam mit anderen zuständigen Akteuren zu organisieren. Dafür werden bereits verschiedenste, das schulische Angebot ergänzende Initiativen, wie die lokalen Arbeitskreise Schule-Wirtschaft, Komm auf Tour, FRECh und FRECh++, JOBNAVI PM, INISEK I und EL-LI<sup>127</sup>, im Landkreis umgesetzt. Diese sollen auch Schüler\*innen mit psychischen Auffälligkeiten

<sup>126</sup> Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche nach § 35a SGB VIII, FD 52 – Soziales und Wohnen, Stand: 4. Quartal 2012-2017

<sup>127</sup> Arbeitskreise Schule-Wirtschaft (<http://www.wirtschaft.pm/tgz-bad-belzig/schule-wirtschaft/arbeitskreise/>, Stand: 01.10.2018), Komm auf Tour (<http://www.komm-auf-tour.de/startseite/>, Stand: 01.10.2018), JOB NAVI PM (<http://www.wirtschaft.pm/tgz-bad-belzig/schule-wirtschaft/job-navi-pm/>, Stand: 01.10.2018), INISEK I – Initiative Sekundarstufe

ten oder Erkrankungen erreichen und Ansprechpartner\*innen für eine gelingende berufliche Integration vermitteln.

Im Bereich der beruflichen Ausbildung/Beschäftigung von Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen oder seelischen Behinderungen gibt es verschiedene Möglichkeiten nach dem Schulabschluss in das Berufsleben zu starten: betriebsintegriertes oder außerbetriebliche berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (Betriebe, Berufsbildungswerke, sonstige Einrichtungen), begleitete betriebliche Ausbildung/assistierte Ausbildung (Betriebe begleitet durch Bildungsträger), außerbetriebliche Ausbildung (Berufsbildungswerke, sonstige Einrichtungen) oder in Ausnahmefällen der Berufsbildungsbereich von Werkstätten für behinderte Menschen. Im Sinne einer selbstständigen Lebensführung sind betriebliche Ausbildungs- und Beschäftigungsangebote vorzuziehen, da sie die Chancen auf die Übernahme in eine ausbildungsadäquate sozialversicherungspflichtige Beschäftigung deutlich erhöhen. Die Bundesagentur für Arbeit, der Integrationsfachdienst Potsdam und auch die Kammern beraten umfassend zu den Möglichkeiten und Leistungen für den Berufseinstieg und hier insbesondere zu Chancen und Unterstützungsangeboten für eine betriebliche Ausbildung oder eine unterstützte Beschäftigung.

Für Alkohol- und drogenabhängige Jugendliche gestalten sich die Ausbildungsmöglichkeiten entsprechend, wenn Abstinenz und eine verlässliche psychische Stabilität gegeben sind. Für akut suchtgefährdete und suchtmittelabhängige Jugendliche wird ein Angebot der Jugendhilfe in Beelitz/Elsholz von Kompass e.V. vorgehalten. Das Hilfsangebot beinhaltet Wohnen mit therapeutischer Begleitung und Berufsausbildung. Alternativ stehen für diesen Personenkreis und noch nicht ausbildungs-/beschäftigungsfähige Jugendliche mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen Angebote von Tagesstätten offen.

### **5.1.3. Wohnen und soziale Teilhabe**

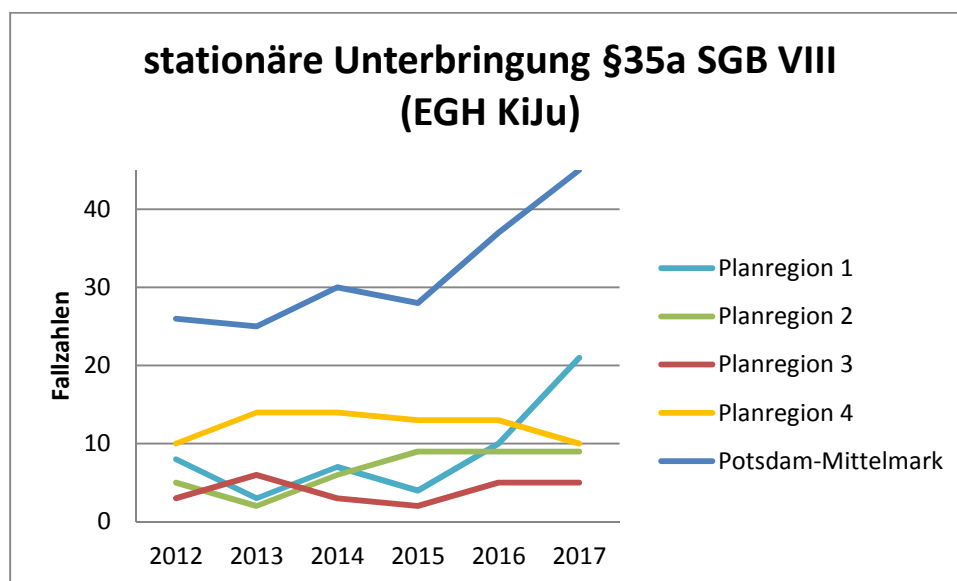
Die stationäre Versorgung im Rahmen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche bezeichnet alle Hilfen, die in Einrichtungen oder sonstigen Wohnformen über Tag und Nacht geleistet werden, wie zum Beispiel therapeutische Wohngruppen. Bei der stationären Betreuung seelisch behinderter Kinder oder Jugendlicher liegen komplexe Störungsbilder vor, die nur durch eine intensivpädagogische Betreuung im stationären Rahmen erfolgen kann.

Aus Abb. 11 wird ersichtlich, dass die Belegungszahlen im Rahmen der stationären Unterbringung von seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen für den Zeitraum 2012 bis 2017 in PM zwischen 25 in 2013 und 45 in 2017 bewegten. Dabei kam es zu einem deutlichen Anstieg in der Planregion 1.

---

I (<https://www.kobranet.de/projekte/initiative-sekundarstufe-i/projekt.html>, Stand: 01.10.2018), FRECh - Finde Deine Richtung. Entdecke Deine Chancen und FRECh++ (<http://aktion-frech.de/>, Stand: 01.10.2018), ELLI – Engagiert Lebenslang Lernen zur Integration (<http://www.potsdam-mittelmark.de/de/bildung-soziales/fluechtlinge-in-pm/strategien-des-landkreises-pm/>, Stand: 01.10.2018)

**Abb. 11: Fallzahlenentwicklung stationäre Unterbringung nach § 35a SGB VIII<sup>128</sup>**



FD 52 – Soziales und Wohnen, Team 52.31 – EGH Kinder und Jugendliche nach SGB VIII:

Insbesondere in den Jugendhilfeeinrichtungen ist mit einer Vielzahl von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen zu rechnen. Sei es, weil sie direkt in die Jugendhilfe aufgenommen oder aus kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken, auch überregional, in Einrichtungen der Jugendhilfe verlegt worden sind.

Die Kinder- und Jugendhilfe steht daher unter einem hohen Leistungs- und Kostendruck, da es eine erhöhte Inanspruchnahme für Hilfen zur Erziehung oder Maßnahmen nach § 35a SGB VIII gibt und voraussichtlich weiter geben wird.

Sonstige ambulante Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII sind unter anderem Unterstützungen bei der alltäglichen Lebensführung (Wohnsituation, Tagesstruktur, Freizeit, Haushalt, Kochen, Finanzen, Gesundheit), der Gestaltung sozialer Beziehungen (Eltern, Geschwister, Freunde) sowie der Teilhabe am kulturellen und gesellschaftlichen Leben (Vereine, Treffpunkte, Veranstaltungen).

<sup>128</sup> Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche nach § 35a SGB VIII, FD 52 – Soziales und Wohnen, Stand: 4. Quartal 2012-2017



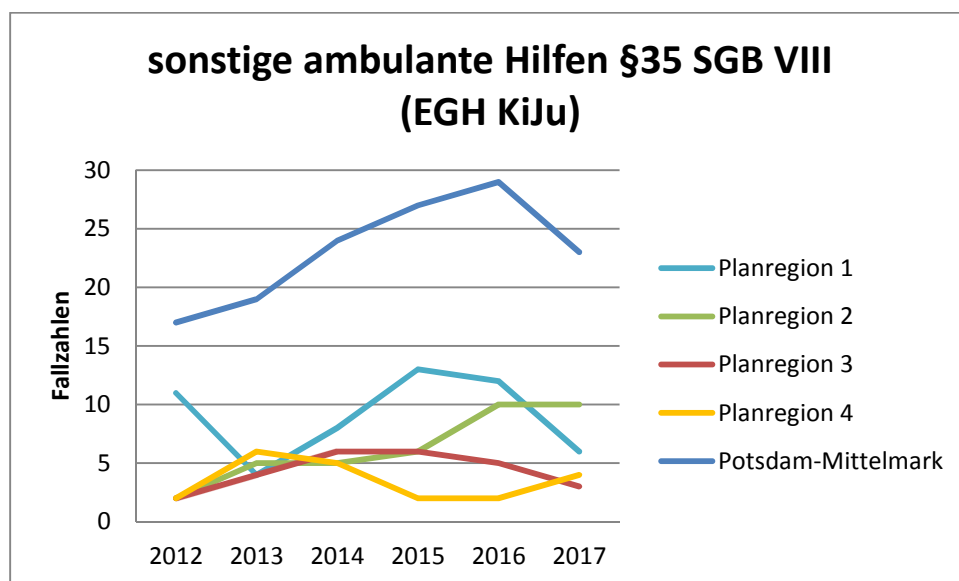
**Abb. 12: Fallzahlenentwicklung sonstige ambulante Hilfen nach § 35a SGB VIII<sup>129</sup>**

Abb. 12 erfasst die Entwicklung der sonstigen ambulanten Hilfen nach § 35a SGB VIII von 2012 bis 2017 für den gesamten Landkreis und die einzelnen Planregionen. Auf den Landkreis bezogen ist die Anzahl der seelisch behinderten Kinder und Jugendlichen, die sonstige ambulante Hilfen erhalten, von ursprünglich 17 in 2012 kontinuierlich auf 29 in 2016 angestiegen.

#### **5.1.4. Kinder als Angehörige psychisch kranker und/oder abhängigkeitskranker Eltern**

Kinder als betroffene Angehörige rücken erst seit den 1990er Jahren nach und nach in den öffentlichen und fachlichen Fokus. Seitdem hat sich die Sichtweise der Hilfesysteme in der Erwachsenenpsychiatrie und Suchthilfe aber auch in der öffentlichen Gesundheitsvorsorge verändert. Zunehmend versucht man sich dem Thema epidemiologisch, administrativ und pädagogisch anzunähern und Prävention- sowie Interventionsansätze umzusetzen.

Der Bundesgesundheitsurvey gibt Aufschluss darüber, dass im Laufe eines Jahres etwa 3 Millionen Kinder in Deutschland einen Elternteil mit psychischen Erkrankungen erleben. Demnach ist fast jedes vierte Kind vorübergehend, wiederholt oder dauerhaft von der psychischen Erkrankung eines Elternteils betroffen. Im Lebensverlauf ist das Erkrankungsrisiko der Kinder psychisch erkrankter oder suchtkranker Eltern im Vergleich zu psychisch gesunden Eltern um das Drei- bis Vierfache erhöht<sup>130</sup>.

Der Drogen- und Suchtbericht 2017 der Bundesregierung stellte fünf Jahre nach dem Bundesgesundheitsurvey fest, dass auch die Anzahl der Kinder und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien sehr hoch ist. Allein in den Bereichen Alkohol und illegale Drogen ist auf Basis einer konservativen Schätzung von insgesamt mindestens 3 Millionen Kindern auszugehen, die einen alkohol- oder drogenabhängigen Elternteil haben. Mit großer Wahrscheinlichkeit ist aber von einer erheblichen Dunkelziffer und somit von einer noch höheren Gesamtzahl betroffener Kinder auszugehen. Es ist in diesem Zusammenhang kritisch zu bewerten, dass die bisherigen Statistiken in diesem Feld häufig auf Schätzungen oder Hochrechnungen beruhen und nicht regionalisiert vorliegen. Analog zu den bundesweiten Erhebungen

<sup>129</sup> ebenda

<sup>130</sup> Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz e.V. (Hrsg.): Dossier Kinder suchtkranker Eltern, Berlin 1 (2012)

kann vermutet werden, dass auch in PM etwa jedes fünfte Kind zumindest zeitweilig von einer psychischen Erkrankung des Elternteils, oft auch in Zusammenhang mit Suchterkrankungen, betroffen ist.

Die Lebensbedingungen in alkohol- und drogenbelasteten Familien sind oft kritisch. Vor allem das ungünstige Elternverhalten im Kontext von Alkohol- oder Drogenkonsum wird als äußerst problematisch betrachtet. Dieses Handeln kann sich abträglich auf verschiedene Verhaltensweisen und zwischenmenschliche Interaktionen auswirken, wobei insbesondere der Bereich der Erziehung negativ ausfällt. Dadurch kann die gesunde Entwicklung betroffener Kinder schwerwiegend beeinträchtigt werden. Zudem kommen nachteilige strukturelle Bedingungen hinzu, wie ein tendenziell niedriger sozioökonomischer Status, Arbeitslosigkeit, keine oder niedrige Gesundheitsvorsorge.<sup>131</sup>

Elterliche psychische Erkrankungen und deren Begleiterscheinungen können für Kinder in jeder Altersstufe gravierende Auswirkungen haben, z. B. eigene Suchtgefährdung oder andere psychische Erkrankungen wie ADHS, Störungen des Sozialverhaltens, Depressionen.

Die Risiken für die betroffenen Kinder lassen sich, das zeigen vor allem Studien aus dem angloamerikanischen Raum, durch vielfältige Präventionsmaßnahmen reduzieren, die sich entweder direkt an die Kinder, die Eltern oder die gesamte Familie richten können.<sup>132</sup>

#### Einschätzung FD 53 – Kinder, Jugend und Familie, Team Hilfen zur Erziehung:

Die psychische Erkrankung bei einem oder beiden Eltern ist für die im Haushalt lebenden Kinder in den meisten Fällen mit einer Belastung verbunden. Wenn Eltern mit dieser Erkrankung transparent umgehen und die fachärztlich empfohlenen Behandlungen nutzen, ist es möglich, für die Familie ein geeignetes Unterstützungssystem zu entwickeln und dadurch zu ermöglichen, dass Kinder und Jugendliche in der Familie altersgerecht aufwachsen können.

In der Mehrzahl der Fälle, die im FD 53 – Kinder, Jugend und Familie bekannt werden, ist eine psychische Erkrankung bei dem betroffenen Elternteil nicht diagnostiziert. Häufig handelt es sich um Erkrankungen in einem bestimmten Teilbereich; sonst ist alles „ganz normal.“ Ein Zusammenhang zwischen der eigenen Erkrankung und Auffälligkeiten bei den Kindern wird nicht wahrgenommen. Fragen nach den Ursachen stellen sich, wenn Kinder Auffälligkeiten im Verhalten entwickeln.

Im Laufe der Arbeit mit der Familie zeigen sich dysfunktionale Verhaltensweisen bei den Eltern. Dies führt jedoch nicht unbedingt zu der Erkenntnis, dass eine psychische Erkrankung vorliegt. Häufig wird das Kind als Symptomträger behandelt, so z. B. bei ADHS, ohne mögliche Ursachen in den Blick zu nehmen und mit dem Elternteil oder den Eltern an einer eigenen Behandlung zu arbeiten. Die Nutzung von Familienberatungsstellen mit ausgebildeten Therapeuten ist eine Möglichkeit zum Einstieg und zum Bewusstmachen der Themen der Eltern.

Nicht untypisch sind Eltern mit dem sogenannten „Messi-Syndrom“. Es wird alles gesammelt und die Wohnung ist vollgestopft mit Dingen, die nicht weggeworfen werden können. Diese Eltern lieben ihre Kinder und soweit das in einem solchen Haushalt möglich ist, werden diese gut versorgt. Die Kinder merken schon, dass es zu Hause nicht so ist, wie bei den meisten Altersgenossen. Auch können Freunde nicht mit nach Hause gebracht werden. Vielleicht schämen sie sich auch dafür. Irgendwann ist die Wohnung so verwahrlost, dass die Kündigung unausweichlich ist. Meist wird erst spät das Jugendamt informiert und eine Fremdunterbringung der Kinder oder Jugendlichen wird unausweichlich. Das zeigt die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer frühen Unterstützung solcher Familien.

---

<sup>131</sup> Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.): Drogen- und Suchtbericht, Berlin 2017

<sup>132</sup> ebenda

Es besteht ein hoher Hilfebedarf für psychisch erkrankte Eltern und deren Kinder. Neben dem in der Bundesrepublik einmaligen wissenschaftlich belegten Unterstützungsangebot „Trampolin“<sup>133</sup> gibt es auch vereinzelt Suchtselbsthilfe, z. B. in Westfalen und Hamburg.<sup>134</sup> Vereinzelte Angebote im Land Brandenburg wie im Landkreis Teltow-Fläming (Psychiatrieplanung 2015) und in der Stadt Senftenberg wirken eher lokal. Die Erfahrungen anderer Landkreise zeigen, dass die Sensibilisierung für die Problemlösung der minderjährigen Angehörigen psychisch erkrankter Eltern und die Information über aktuelle oder denkbare zukünftige sie stärkende Angebote wichtige Präventionsansätze bieten. Dazu gehört einmal mehr die gut vernetzte Zusammenarbeit der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Erwachsenenpsychiatrie tätigen Anbieter und Leistungsträger.

### **5.1.5. Bewertung der gegenwärtigen Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche insgesamt im Landkreis Potsdam-Mittelmark**

#### **Empfehlungen und Maßnahmen**

Für die Hilfeplanung im Landkreis Potsdam-Mittelmark bedeutet es eine große Herausforderung, die unterschiedlichen Angebotsstrukturen im Einzelfall für integrierte Maßnahmen betroffener Kinder und Jugendlicher zu verbinden.

#### Einschätzung FD 53 – Kinder, Jugend und Familie, Team Hilfen zur Erziehung:

Die Jugendhilfe kann dazu beitragen, solche Fehlentwicklungen in Familien zu erkennen, Eltern darauf aufmerksam zu machen und auf Veränderungen hinzuwirken. Wenn dies respektvoll und wertschätzend erfolgt, kann ein Teil dieser Eltern durchaus motiviert werden, Hilfsangebote zu nutzen.

In der Praxis erfolgt häufig die Anbindung an die Beratung beim Sozialpsychiatrischen Dienst, eine medikamentöse Unterstützung durch einen Facharzt\*in, die Nutzung einer Kur oder die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe. Um die Stabilisierung im Alltag der Familie zu erreichen können ergänzend ambulante Hilfen der Jugendhilfe dazu genutzt werden, notwendige Veränderungsprozesse in der Familie zu unterstützen. Voraussetzung ist jedoch, dass Eltern die eigene Erkrankung akzeptieren und auf freiwilliger Basis mögliche Behandlungen nutzen.

<sup>133</sup> Das Trampolin-Projekt ist bundesweit das einzige wissenschaftlich belegte Unterstützungsangebot, welches sich direkt und speziell an Kinder aus alkohol- oder drogenbelasteten Familien im Alter zwischen 8 und 12 Jahren richtet (Klein et al., 2013) – an mehr als 70 Standorten (kein Standort im Land Brandenburg). Ziel des Gruppenprogramms ist es, den Kindern hilfreiche Stressbewältigungsfertigkeiten und Wissen zu den Themen Sucht und Substanzen zu vermitteln und sie in ihrem Selbstwert und in dem Gefühl, selbst etwas bewirken zu können, zu stärken. Außerdem sollen sie durch die Enttabuisierung des Themas Sucht psychisch entlastet werden. In den begleitenden Elternsitzungen sollen die Eltern u. a. für die Bedürfnisse ihrer Kinder und die Auswirkungen der Suchterkrankung sensibilisiert werden und Vertrauen in ihre Erziehungskompetenz gewinnen. Studienergebnisse zeigen, dass teilnehmende Kinder von der Trampolin-Gruppe kurz- und mittelfristig profitieren. Trampolin wurde 2016 von der zentralen Prüfstelle des GKV-Spitzenverbands als Stressbewältigungsprogramm zertifiziert und kann seitdem von den Krankenkassen erstattet werden. Neben Trampolin existieren in Deutschland weitere qualifizierte und erfolgreiche Unterstützungsangebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Diese sind häufig im Bereich der lokalen Suchthilfe angesiedelt, wie z. B. die Gruppenprogramme FitKids in Wesel, Feuervogel in Aachen, Huckleberry & Pippilotta in Balingen, MAKs in Freiburg, MIKADO in Köln, Wigwam in Berlin, HiKiDra in Kiel usw. Darüber hinaus gibt es niedrigschwellige Programme, wie z. B. das Patenschaftsprojekt „Vergiss mich nicht“ in Berlin. In besonders von Crystal Meth-Konsum betroffenen Regionen, wie z. B. Sachsen oder Thüringen, gibt es Hilfeangebote, die speziell für Kinder konzipiert wurden, deren Eltern Methamphetaminabhängig sind, wie z. B. PICKNICK in Chemnitz oder sCHILD-kröte im Vogtland. Beides sind Gruppenangebote für betroffene Kinder mit begleitender Elternarbeit.

<sup>134</sup> z. B. Alateen-Gruppen oder die Smiley-Gruppen des Kreuzbundes in Westfalen sowie überregionale Hilfeangebote, z. B. das zielgruppenspezifische Online-Projekt Kidkit ([www.kidkit.de](http://www.kidkit.de)) oder das kostenfreie Not-Telefon für Kinder suchtkranker Eltern des Sucht- und Wendepunkt e.V. aus Hamburg (Tel.-Nr. 0800-280 2801); mit NACOA Deutschland e.V. ([www.nacoa.de](http://www.nacoa.de)) besteht außerdem eine Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien, welche Betroffenen nicht nur umfassende Informationen, sondern auch direkte Hilfen in Form von E-Mail- oder Telefonberatung anbietet

### Einschätzung FD 52 Soziales und Wohnen, Team 52.31 – EGH für Kinder und Jugendliche nach SGB VIII:

Sowohl das Gesundheitsrisiko als auch der Zugang zu spezifischen Präventions- und Versorgungsleistungen ist abhängig von der sozialen Situation der Familien. Viele Faktoren in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen sind derzeit in einem rapiden Wandel. Vor allem die Rolle der Familie hat sich deutlich verändert. Für Kinder von geschiedenen oder in Trennung lebenden Eltern können sich starke psychische und soziale Belastungen ergeben. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass bereits in der Kindheit instabile Eltern-Kind-Beziehungen zu einer unausgeglichener Stimulierung von Sinnesbereichen und zu emotionalen Defiziten führen können – eine Entwicklung, die auch in der Phase der Pubertät noch Auswirkungen zeigt.

Insbesondere der inadäquate Umgang mit Emotionen gilt als eine der Hauptursachen für die Entstehung psychosomatischer Erkrankungen und psychischer Auffälligkeiten. Die Veränderung der Normalfamilie bedeutet mittel- und langfristig auch für die Erziehungsinstanzen Schule sowie Kinder- und Jugendhilfe neue Herausforderungen. Immer häufiger stehen Multiproblem-Familien, in denen u. a. Trennung, Arbeitslosigkeit, psychische Erkrankungen, Suchtproblematiken Thema sind, im Fokus der Hilfen. Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Schweregrade der Störungsbilder eher zunehmen.

Bei dem Versorgungsangebot für Kinder und Jugendliche sind Maßnahmen von Bedeutung, die der Entstehung von psychischen Auffälligkeiten und der Verfestigung von seelischen Behinderungen entgegenwirken. Das betrifft kinder- und jugendpsychiatrische Angebote ebenso wie jugendhilfeorientierte Maßnahmen.

Damit sind Hilfen in verschiedenen Bereichen umfasst: Frühförderung, Kindertagesbetreuung, Schulbildung, Kinder- und Jugendhilfe und Eingliederungshilfe sowie die klinische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Schnittstellenverknüpfung zur bedarfsgerechten Leistungsgewährung erfordert eine gute, zuverlässige und schnelle Abstimmung und Koordinierung der beteiligten Leistungsträger.

### Einschätzung FD – 53 Kinder, Jugend und Familie, Team Hilfen zur Erziehung:

Zusammenfassend hat die EGH für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach § 35a SGB VIII in PM relativ geringe Fallzahlen, weil viele Fälle über die allgemeine Kinder- und Jugendhilfe versorgt werden (in der Summe passt die Gesamtanzahl zu den Erkenntnissen der Forschung, wie in Tab. 2 im Kapitel 5.1. angegeben).

Der Leistungsschwerpunkt bei der Eingliederungshilfe lag in den letzten vier Jahren auf dem Bereich der Lerntherapie und Schulassistenz gefolgt von der stationären Unterbringung sowie den sonstigen ambulanten Hilfen.

Die Angebote der Frühförderung im häuslichen Umfeld sowie in Regel-Kitas und Integrations-Kitas sollten weiterhin gemeindenah und flächendeckend – auch bei abnehmenden Fallzahlen – nutzbar sein. Die Fortführung der Entwicklung zu zunehmender Betreuung von Kindern mit Behinderungen in Regel-Kitas wäre auch im Sinne von Kindern mit psychischen Auffälligkeiten.

Die schulische Integration von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen, insbesondere wenn schwere Verhaltensauffälligkeiten vorliegen, stellt eine große Herausforderung für die Regelstrukturen dar. Es sollte auch weiterhin im Einzelfall und unter Beteiligung der/des Betroffenen und der Angehörigen bzw. Betreuer\*innen geprüft werden, mit welchen Hilfestellungen eine Regelbeschulung möglich ist oder ob eine Förderschule der geeignetere Beschulungsort ist.

Prävention vor Alkohol- und Drogenmissbrauch von Kindern und Jugendlichen im Kontext Schule und im Bereich der offenen Jugendarbeit sind daraufhin zu überprüfen, ob Kinder und Jugendliche flächendeckend erreicht und sensibilisiert werden und die Vermittlung zu spezia-

lisierten Angeboten bei Verdachtsfällen gelingt. Dabei sollte zukünftig auch das Thema Kinder und Jugendliche als Angehörige von psychisch erkrankten oder suchtmittelabhängigen Eltern feinsinnig, und begleitet von konkreten Hilfeangeboten, behandelt werden.

Eine qualifizierte betrieblich ausgerichtete Berufsorientierung ist eine wichtige Voraussetzung für gelingende berufliche Integration. Am Übergang zwischen Schule und Beruf sollte schulische Berufsorientierung gemeinsam mit kompetenten Partnern wie Bundesagentur für Arbeit, Kammern, Integrationsfachdienst und Bildungsträgern organisiert werden. Potentialanalysen, Berufswegekonferenzen und von Sozialarbeit begleitete betriebliche Praktika bereits während der Schulzeit erhöhen die Chancen bei Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen auf eine betriebliche Ausbildung.

Zur Erweiterung des Angebotsspektrums in der beruflichen Rehabilitation sind die Möglichkeiten der Beauftragung „anderer Leistungsanbieter“ alternativ zu Behindertenwerkstätten auszuloten. Zudem ist zu prüfen, inwiefern Angebote zum Übergang aus Werkstätten auf den allgemeinen Arbeitsmarkt beispielsweise in Form des Budgets für Arbeit unterbreitet werden können. Sowohl intensive Beratungen mit Werkstätten für behinderte Menschen der Region als auch mit anderen sozialen Diensten, die beispielsweise für die Begleitung und Assistenz der Klient\*innen am Arbeitsplatz in Frage kommen, sind zu durchlaufen. Die Vereinbarung der neuen Leistungsformen erfordert auf allen Seiten die Aneignung neuer Kompetenzen mit Arbeitsmarktbezug (Ablauforganisation, Vertragsgestaltung), welche in der Anlaufphase intensiv und fachlich fundiert zu begleiten sind.

Kinder als Angehörige psychisch kranker und abhängigkeitskranker Eltern sind zukünftig in den Blick zu nehmen. Das Ineinandergreifen der Versorgungsangebote für betroffene Eltern sollte präventive Ansätze zum Schutz und zur Stabilisierung der in den Haushalten lebenden Kinder mit einbeziehen. Neben Beratungsangeboten, die Eltern auf die Situation der Kinder als Angehörige aufmerksam machen, sind Angebote, um auch die Kinder über die Krankheit der Eltern zu informieren, denkbar. Diese könnten in Form von Angehörigengruppen für Kinder und Jugendliche gestaltet werden.

Wichtig scheint zudem, ein Patensystem für diese Kinder aufzubauen, um ihnen eine Vertrauensperson für ihre Sorgen und Nöte, für Freizeitbeschäftigung unabhängig von der Familie und die Versorgung im Krankheitsfall der Eltern (stationäre Behandlung) zu geben.

Exemplarisch wird anhand der Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen Eingliederungshilfe nach SGB VIII und der Kinder- und Jugendhilfe nach SGB VIII die Notwendigkeit von Kooperation und Vernetzung ersichtlich. Ergibt sich bei seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen neben der Eingliederungshilfe auch ein gleichzeitiger Bedarf an Hilfen zur Erziehung, so sollten Einrichtungen, Dienste und Personen in Anspruch genommen werden, welche die heilpädagogischen und erzieherischen Bedarfe aus einer Hand decken können. Für die Sicherstellung der Eingliederungshilfen soll, wie bei erzieherischen Hilfen gleichermaßen, ein Hilfeplan gemäß § 36 SGB VIII, unter Beteiligung aller an der Realisierung der Hilfen Mitwirkenden, aufgestellt werden. Daneben sollte der Kinderarzt\*in bzw. der Kinder- und Jugendpsychotherapeut\*in, der eine Stellungnahme nach § 35 a Abs. 1a abgegeben hat, ebenso beteiligt werden.

## 5.2. Teilhabe von Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen

Die Wahrscheinlichkeit als Erwachsener an einer psychischen Störung zu erkranken, liegt nach der vom Robert-Koch-Institut herausgegebenen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland – Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH) bundesweit in der Altersgruppe der 18- bis unter 80-Jährigen bei 27,7 %. Dabei wiesen in den letzten 12 Monaten vor der Untersuchung ca. ein Drittel der Frauen und ein Fünftel der Männer mindestens eine psychische Störung auf (= 12-Monats-Prävalenz).

**Tab. 9: 12-Monatsprävalenz von Erwachsenen für psychische Störungen<sup>135</sup>**

Verwaltungsbezirk	Einwohner 18 bis unter 80 Jahre 31.12.2017	weiblich	männlich	Prävalenz gesamt 27,7%	Prävalenz weiblich 33,3%	Prävalenz männlich 22,0%
Kleinmachnow	14.847	7.670	7.177	4.113	2.554	1.579
Nuthetal	7.000	3.532	3.468	1.939	1.176	763
Stahnsdorf	11.572	5.834	5.738	3.205	1.943	1.262
Teltow, Stadt	19.546	9.927	9.619	5.414	3.306	2.116
<b>Planregion 1</b>	<b>52.965</b>	<b>26.963</b>	<b>26.002</b>	<b>14.671</b>	<b>8.979</b>	<b>5.720</b>
Beelitz, Stadt	9.547	4.680	4.867	2.645	1.558	1.071
Michendorf	9.366	4.788	4.578	2.594	1.594	1.007
Schwielowsee	8.078	4.099	3.979	2.238	1.365	875
Seddiner See	3.595	1.753	1.842	996	584	405
Werder (Havel), Stadt	19.763	9.974	9.789	5.474	3.321	2.154
<b>Planregion 2</b>	<b>50.349</b>	<b>25.294</b>	<b>25.055</b>	<b>13.947</b>	<b>8.423</b>	<b>5.512</b>
Amt Beetzsee	6.501	3.166	3.335	1.801	1.054	734
Groß Kreutz (Havel)	6.632	3.223	3.409	1.837	1.073	750
Kloster Lehnin	8.530	4.124	4.406	2.363	1.373	969
Amt Wusterwitz	4.008	1.976	2.032	1.110	658	447
Amt Ziesar	4.675	2.238	2.437	1.295	745	536
<b>Planregion 3</b>	<b>30.346</b>	<b>14.727</b>	<b>15.619</b>	<b>8.406</b>	<b>4.904</b>	<b>3.436</b>
Bad Belzig, Stadt	8.487	4.234	4.253	2.351	1.410	936
Amt Brück	8.380	4.032	4.348	2.321	1.343	957
Amt Niemegk	3.701	1.740	1.961	1.025	579	431
Treuenbrietzen, Stadt	5.843	2.900	2.943	1.619	966	647
Wiesenburg/Mark	3.374	1.602	1.772	935	533	390
<b>Planregion 4</b>	<b>29.785</b>	<b>14.508</b>	<b>15.277</b>	<b>8.250</b>	<b>4.831</b>	<b>3.361</b>
<b>Gesamt</b>	<b>163.445</b>	<b>81.492</b>	<b>81.953</b>	<b>45.274</b>	<b>27.137</b>	<b>18.030</b>

In Tab. 9 sind die daraus resultierenden Schätzwerte für die gegenwärtige Anzahl psychisch kranker Erwachsener in PM dargestellt. Auch hier sind wie bei den Kindern und Jugendlichen die Planregionen 1 und 2 mit den höheren Bevölkerungsanteilen stärker betroffen als die Planregionen 3 und 4. Die DEGS1-MH kam weiterhin zum Ergebnis, dass Frauen und Männer im Alter von 18 bis unter 35 Jahren mit niedrigem sozialökonomischen Status, die am häufigsten unter psychischen Störungen leidende Bevölkerungsgruppe sind. Innerhalb dieser Gruppe sind wiederum Frauen stärker betroffen als Männer. Die, gemessen an der 12-Monats-Prävalenz, am häufigsten bei Erwachsenen auftretenden psychischen Störungen sind laut DEGS1-MH: Angststörungen (16,2 %), Alkoholstörungen (11,2 %) und Depressionen (8,2 %).

<sup>135</sup> Amt für Statistik Berlin Brandenburg, DEGS1-MH, eigene Berechnung

## Angststörungen bei Erwachsenen

Von Angststörungen spricht man bei unbegründeten, nicht angemessenen und nicht mehr kontrollierbaren Angstzuständen, die das Leben erheblich beeinträchtigen. Oft bestehen sie in Kombination mit einer Depression.

**Tab. 10: 12-Monats-Prävalenz für Angststörungen bei Erwachsenen<sup>136</sup>**

Verwaltungsbezirk	Einwohner 18 bis unter 80 Jahre 31.12.2017	weiblich	männlich	Prävalenz gesamt 16,2%	Prävalenz weiblich 22,6%	Prävalenz männlich 9,7%
Kleinmachnow	14.847	7.670	7.177	2.405	1.733	696
Nuthetal	7.000	3.532	3.468	1.134	798	336
Stahnsdorf	11.572	5.834	5.738	1.875	1.318	557
Teltow, Stadt	19.546	9.927	9.619	3.166	2.244	933
<b>Planregion 1</b>	<b>52.965</b>	<b>26.963</b>	<b>26.002</b>	<b>8.580</b>	<b>6.094</b>	<b>2.522</b>
Beelitz, Stadt	9.547	4.680	4.867	1.547	1.058	472
Michendorf	9.366	4.788	4.578	1.517	1.082	444
Schwielowsee	8.078	4.099	3.979	1.309	926	386
Seddiner See	3.595	1.753	1.842	582	396	179
Werder (Havel), Stadt	19.763	9.974	9.789	3.202	2.254	950
<b>Planregion 2</b>	<b>50.349</b>	<b>25.294</b>	<b>25.055</b>	<b>8.157</b>	<b>5.716</b>	<b>2.430</b>
Amt Beetzsee	6.501	3.166	3.335	1.053	716	323
Groß Kreutz (Havel)	6.632	3.223	3.409	1.074	728	331
Kloster Lehnin	8.530	4.124	4.406	1.382	932	427
Amt Wusterwitz	4.008	1.976	2.032	649	447	197
Amt Ziesar	4.675	2.238	2.437	757	506	236
<b>Planregion 3</b>	<b>30.346</b>	<b>14.727</b>	<b>15.619</b>	<b>4.916</b>	<b>3.328</b>	<b>1.515</b>
Bad Belzig, Stadt	8.487	4.234	4.253	1.375	957	413
Amt Brück	8.380	4.032	4.348	1.358	911	422
Amt Niemegk	3.701	1.740	1.961	600	393	190
Treuenbrietzen, Stadt	5.843	2.900	2.943	947	655	285
Wiesenburg/Mark	3.374	1.602	1.772	547	362	172
<b>Planregion 4</b>	<b>29.785</b>	<b>14.508</b>	<b>15.277</b>	<b>4.825</b>	<b>3.279</b>	<b>1.482</b>
<b>Gesamt</b>	<b>163.445</b>	<b>81.492</b>	<b>81.953</b>	<b>26.478</b>	<b>18.417</b>	<b>7.949</b>

Angststörungen werden vor allem psychotherapeutisch behandelt. In Gesprächs- oder Verhaltenstherapien wird versucht, die problematische Verhaltensweise zu verstehen und zu vermeiden. In Tab. 10 wurden auf Grundlage der in der DEGS1-MH-Studie ermittelten bundesweiten Prävalenzen für Angststörungen bei Erwachsenen die möglichen Betroffenzahlen in den einzelnen Kommunen des Landkreises Potsdam-Mittelmark bestimmt. Wie in den vorherigen Darstellungen ergeben sich aus der höheren Bevölkerungsanzahl in Planregion 1 und 2 auch höhere geschätzte Betroffenzahlen als in den Planregionen 3 und 4.

## Depressionen bei Erwachsenen

Depressionen sind gut behandelbar und heilen unter medikamentöser Therapie (Antidepressiva) mit begleitender Psychotherapie in der Regel nach 6-12 Monaten komplett aus. Als

<sup>136</sup> Amt für Statistik Berlin Brandenburg, DEGS1-MH, eigene Berechnung

sehr hilfreich haben sich auch andere unterstützende Therapieformen wie Schlafentzug, Ergotherapie, Physiotherapie oder auch Tanz- und Kunsttherapie erwiesen.

Bei knapp einem Drittel der Erkrankten bleibt eine verminderte Belastbarkeit zurück. Eher selten werden Depressionen allerdings auch chronisch. Auch heute noch ist die Sterblichkeitsrate durch Suizid bei schwerer Depression hoch.

**Tab. 11: 12-Monatsprävalenz Depression bei Erwachsenen<sup>137</sup>**

Verwaltungsbezirk	Einwohner 18 bis unter 80 Jahre 31.12.2017	weiblich	männlich	Prävalenz gesamt 8,2%	Prävalenz weiblich 11,4%	Prävalenz männlich 5,0%
Kleinmachnow	14.847	7.670	7.177	1.217	874	359
Nuthetal	7.000	3.532	3.468	574	403	173
Stahnsdorf	11.572	5.834	5.738	949	665	287
Teltow, Stadt	19.546	9.927	9.619	1.603	1.132	481
<b>Planregion 1</b>	<b>52.965</b>	<b>26.963</b>	<b>26.002</b>	<b>4.343</b>	<b>3.074</b>	<b>1.300</b>
Beelitz, Stadt	9.547	4.680	4.867	783	534	243
Michendorf	9.366	4.788	4.578	768	546	229
Schwielowsee	8.078	4.099	3.979	662	467	199
Seddiner See	3.595	1.753	1.842	295	200	92
Werder (Havel), Stadt	19.763	9.974	9.789	1.621	1.137	489
<b>Planregion 2</b>	<b>50.349</b>	<b>25.294</b>	<b>25.055</b>	<b>4.129</b>	<b>2.884</b>	<b>1.253</b>
Amt Beetzsee	6.501	3.166	3.335	533	361	167
Groß Kreutz (Havel)	6.632	3.223	3.409	544	367	170
Kloster Lehnin	8.530	4.124	4.406	699	470	220
Amt Wusterwitz	4.008	1.976	2.032	329	225	102
Amt Ziesar	4.675	2.238	2.437	383	255	122
<b>Planregion 3</b>	<b>30.346</b>	<b>14.727</b>	<b>15.619</b>	<b>2.488</b>	<b>1.679</b>	<b>781</b>
Bad Belzig, Stadt	8.487	4.234	4.253	696	483	213
Amt Brück	8.380	4.032	4.348	687	460	217
Amt Niemegk	3.701	1.740	1.961	303	198	98
Treuenbrietzen, Stadt	5.843	2.900	2.943	479	331	147
Wiesenburg/Mark	3.374	1.602	1.772	277	183	89
<b>Planregion 4</b>	<b>29.785</b>	<b>14.508</b>	<b>15.277</b>	<b>2.442</b>	<b>1.654</b>	<b>764</b>
<b>Gesamt</b>	<b>163.445</b>	<b>81.492</b>	<b>81.953</b>	<b>13.402</b>	<b>9.290</b>	<b>4.098</b>

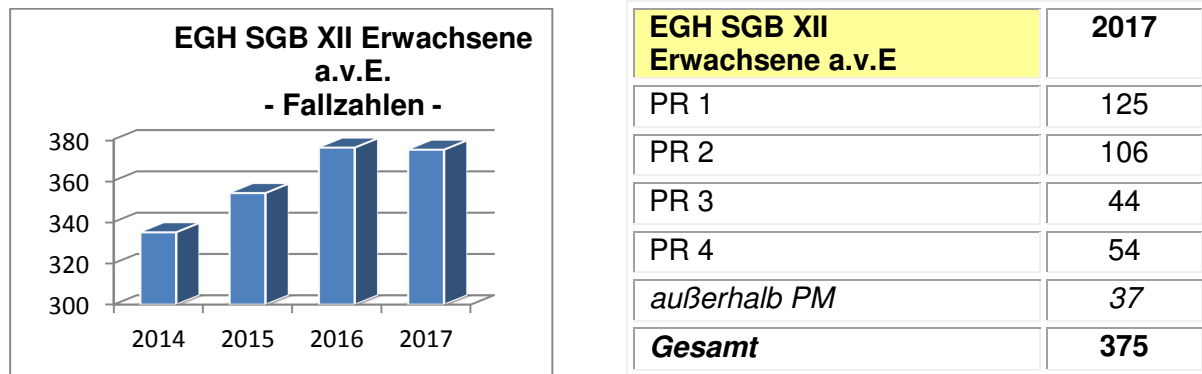
In Tab. 11 wurden auf Grundlage der in der DEGS1-MH-Studie ermittelten bundesweiten Prävalenzen für Depressionen bei Erwachsenen die möglichen Betroffenzahlen in den einzelnen Kommunen des Landkreises bestimmt. Analog zu den vorhergehenden Prävalenzverteilungen ergeben sich aus der höheren Bevölkerungsanzahl in Planregion 1 und 2 auch höhere geschätzte Betroffenzahlen als in den Planregionen 3 und 4. Wie auch bei den Angststörungen sind von Depressionen überproportional Frauen betroffen. Bei einer 12-Monats-Prävalenz mit einem Wert von 8,2 % in der Gesamtbevölkerung, sind 11,4 % Frauen und 5,0 % Männer von Depression betroffen.

Ohne eine Differenzierung der Leistungsbereiche vorzunehmen, berichtet der für die Leistungserbringung für Eingliederungshilfe nach SGB XII zuständige Fachdienst 52 – Soziales und Wohnen im Rahmen der regelmäßigen Geschäftsberichterstattung des Fachbereichs 5 – Soziales, Jugend, Gesundheit und Schulentwicklung bisher wie folgt:

<sup>137</sup> Amt für Statistik Berlin Brandenburg, DEGS1-MH, eigene Berechnung



**Abb. 13/Tab. 12: Eingliederungshilfen für Erwachsene außerhalb von Einrichtungen<sup>138</sup>**



**Tab. 13/14: Fallzahlenentwicklung § 67 SGB XII – Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten<sup>139</sup>**

§ 67 SGB XII	2014	2015	2016	2017
Fallzahlen	44	69*	75**	78***

\* davon 2 stationäre Fälle; \*\* davon 7 stat. Fälle; \*\*\* davon 5 stat. Fälle

§ 67 nach PR	2017
PR 1	20
PR 2	29
PR 3	14
PR 4	6
außerhalb PM	4
i.v.E. (stationär)	5
<b>Gesamt</b>	<b>78</b>

**FD 52 – Soziales und Wohnen, Team 52.30 – EGH für Erwachsene nach SGB XII:**

Die Eingliederungshilfe soll Menschen mit Behinderungen dabei unterstützen, ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu gestalten und besser leben zu können.

Bis zum Jahr 2020 wird das Eingliederungshilferecht schrittweise einer grundlegenden Reformierung unterzogen. Sowohl Leistungsträger als auch Leistungserbringer müssen sich bis dahin auf neue Herausforderungen, Grundsätze, Verfahren und Abläufe im Leistungsrecht einstellen sowie sich über deren Umsetzung verständigen.

Im Rahmen des Konzeptes „Sozialraumorientierung – Lebensräume in PM gemeinsam vor Ort gestalten“ wurden Rechtsgrundlagen, Aufgaben und Ergebnisse des Wirkens von ehrenamtlichen Ombudspersonen der Eingliederungshilfe vorgestellt. Über die Rolle und Funktion einer Ombudsperson und die Bedeutung ihres Wirkens für die Bewohner von Wohnstätten der Eingliederungshilfe und die Kommunen, in denen die Einrichtungen stehen, wurde disku-

<sup>138</sup> Geschäftsbericht Fachbereich 5, FD 52 – Soziales und Wohnen 2017: „In der ambulanten Betreuung nimmt die Zielgruppe der Menschen mit einer seelischen Behinderung den größten Anteil ein. Das sind Menschen, die aufgrund einer chronisch-psychischen Erkrankung oder Suchterkrankung in ihrer Teilhabefähigkeit am Leben in der Gemeinschaft eingeschränkt sind.“; Beachte: Die Eingliederungshilfe nach SGB XII richtet sich an Erwachsene mit einer geistigen, körperlichen und/oder psychischen Behinderung. Die vorbenannten Daten beziehen sich auf alle Erwachsenen, die Unterstützungsleistungen durch die EGH erhalten.

<sup>139</sup> ebenda

tiert. Es ist weiter gemeinsam nach Wegen zu suchen, wie dieses Thema stärker in den Fokus der Kommunen gerückt werden kann.

#### Trend:

Die gegenseitige Information zum Stand der Umsetzung aller Änderungen durch das Bundesteilhabegesetz wird den Dialog der Fachkräfte im Faktisch auch in den kommenden Jahren weiter stark prägen. Ebenso wird die Diskussion zwischen den Fachkräften zum Gestaltungsspielraum und zu Beiträgen der Träger der Eingliederungshilfe zur sozialraumorientierten Gestaltung von Teilhabemöglichkeiten für Menschen mit Behinderung fortgesetzt. Die Koordinator\*innen aus dem Netzwerk Soziale Dienste/Sozialraumorientierung sind dabei das Bindeglied zwischen der Verwaltung und den Kommunen. Sie sind eng in die Diskussion einbezogen und stehen als Multiplikatoren für die passenden Themen in den jeweiligen Sozialraumkonferenzen zur Verfügung.

### **5.2.1. Beratungsangebote und Selbsthilfe**

#### **Kontakt- und Beratungsstellen**

Der Sozialpsychiatrische Dienst bietet Beratung und Unterstützung:

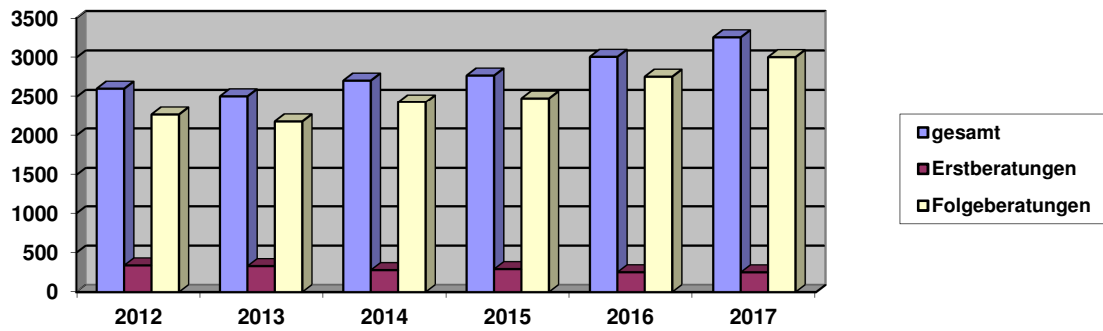
- in Form von Krisenintervention;
- in psychosozialen Notfällen und Krisen;
- bei der Vermittlung von ambulanten und stationären Behandlungen;
- bei der Vermittlung von betreuten Wohn- und Arbeitsformen;
- beim Umgang mit Ämtern und Behörden;
- bei verschiedenen Antragstellungen;
- bei der Einleitung gezielter psychosozialer, gesundheitlicher und wirtschaftlicher Hilfen;
- in Form von Information zur sozialrechtlichen Fragen;
- bei der Hilfe zur Selbsthilfe.

Die Hilfen umfassen insbesondere ambulante und aufsuchende Formen der vorsorgenden, begleitenden und nachgehenden Betreuung sowie die umfassende Beratung der hilfebedürftigen Personen und ihrer Angehörigen. Entsprechend dem Hilfebedarf der Klienten erfolgt ebenso eine Vermittlung von qualifizierten Behandlungs- und Betreuungsangeboten und anderen Maßnahmen. Neben der Beratung in Sprechstunden stellt die aufsuchende Tätigkeit (Hausbesuche, Klinikbesuche) einen großen Anteil der Arbeit dar. Viele der Klienten sind krankheitsbedingt nicht in der Lage oder bereit das Haus zu verlassen, um ein Amt aufzusuchen. Die Klinikbesuche finden im Rahmen der nachsorgenden Betreuung und Kontaktaufnahme statt.

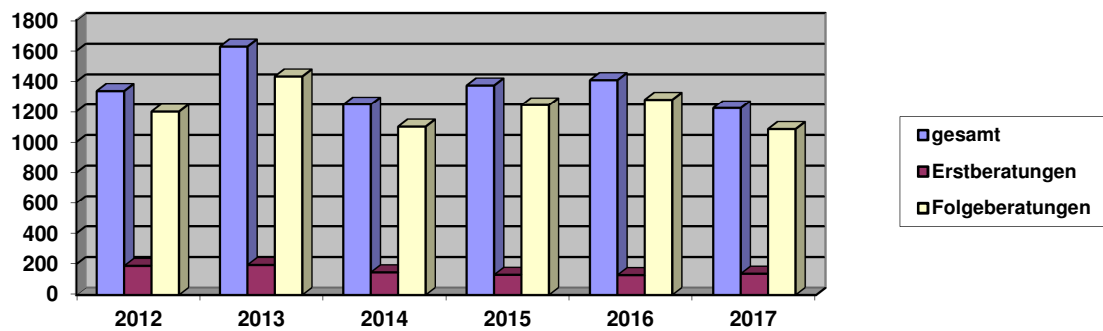
Ein großer Teil der Beratungen findet in Terminen nach Vereinbarung statt, um dem individuellen Anliegen der Betroffenen bei einer erheblichen Komplexität der Problemlagen mit erheblichem Zeitaufwand gerecht werden zu können. Der Trend der vergangenen Jahre, dass die rein klassischen psychiatrischen Diagnosen nur noch selten bei der betroffenen Klientel zu finden sind, hat sich fortgesetzt. Es finden sich nach wie vor gehäuft Doppeldiagnosen, Mischdiagnosen mit entsprechenden Komorbiditäten, die eine hohe Komplexität sowie soziale Auffälligkeiten aufweisen. Dies zieht eine intensive und längere Betreuung nach sich.

Die Angebote des Beratungsdienstes werden von den Bürger\*innen gut angenommen, was die steigenden bzw. gleichbleibenden hohen Kontaktzahlen über die vergangenen Jahre deutlich zeigen. Ebenso hat sich die Zusammenarbeit mit als auch die Inanspruchnahme des Dienstes durch die Netzwerkpartner intensiviert. Insgesamt zeigen sich bedingt durch die Unterschiede der Bevölkerungsverteilung natürlich quantitative Unterschiede in der Inanspruchnahme des SpD zwischen den Planregionen.

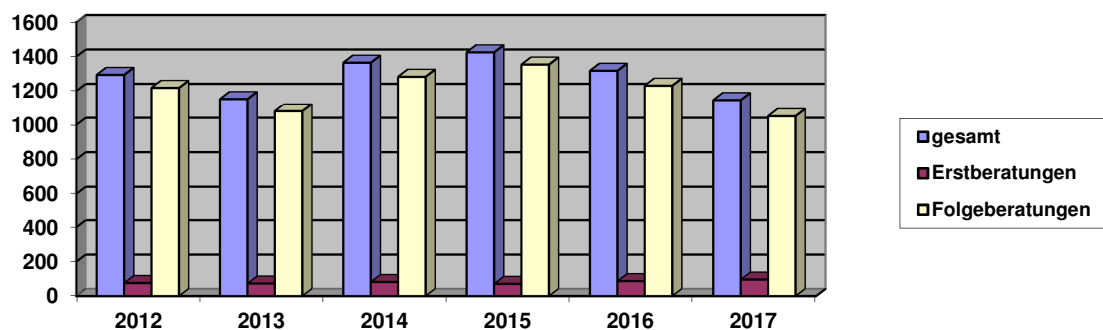
**Abb. 14: Beratungen durch Sozialarbeiter\*in in PR 1 im Jahresvergleich 2012-2017**



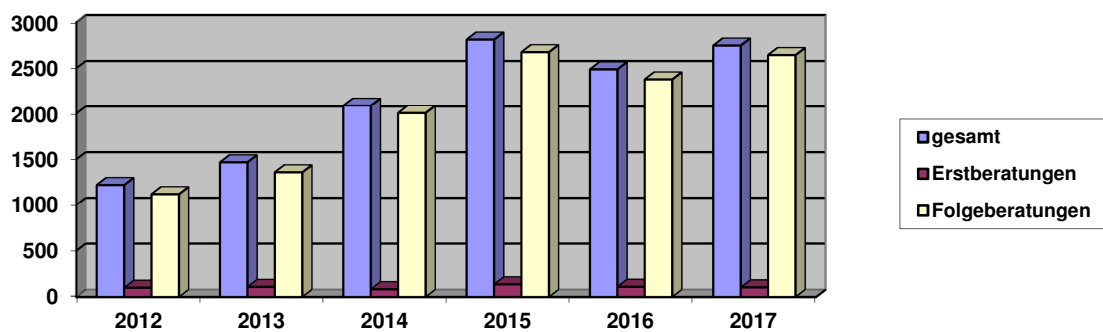
**Abb. 15: Beratungen durch Sozialarbeiter\*in in PR 2 im Jahresvergleich 2012-2017**



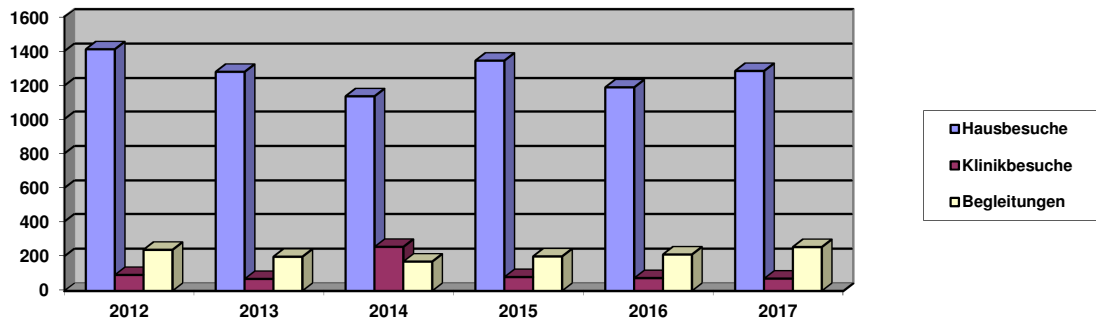
**Abb. 16: Beratungen durch Sozialarbeiter\*in in PR 3 im Jahresvergleich 2012-2017**



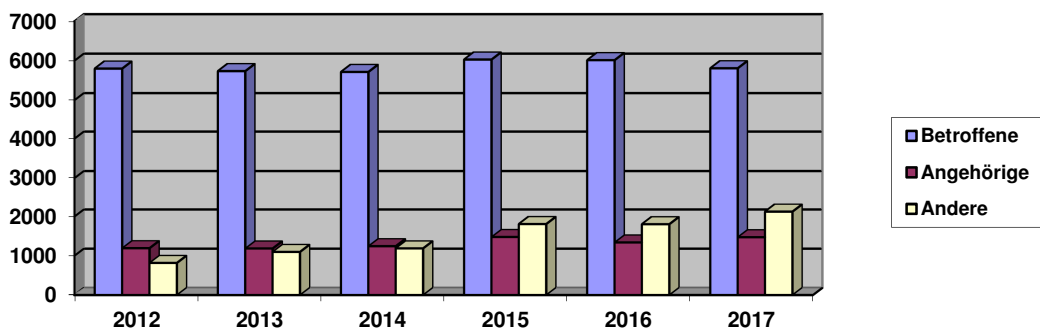
**Abb. 17: Beratungen durch Sozialarbeiter\*in in PR 4 im Jahresvergleich 2012-2017**



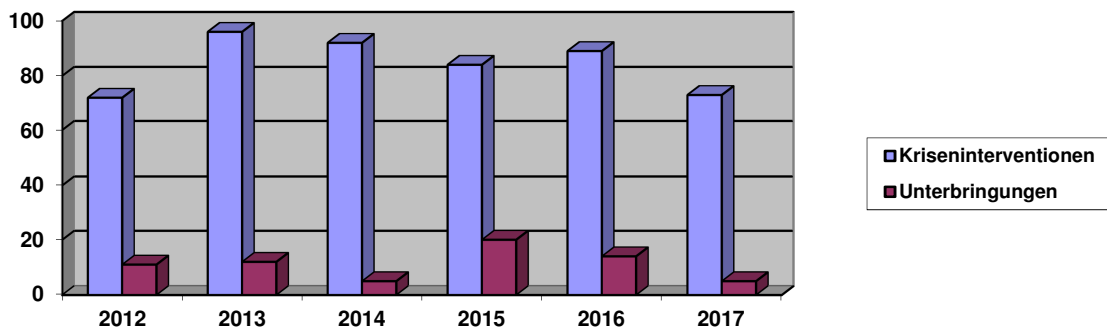
**Abb. 18: Hausbesuche, Klinikbesuche, Begleitungen im Jahresvergleich 2012-2017**



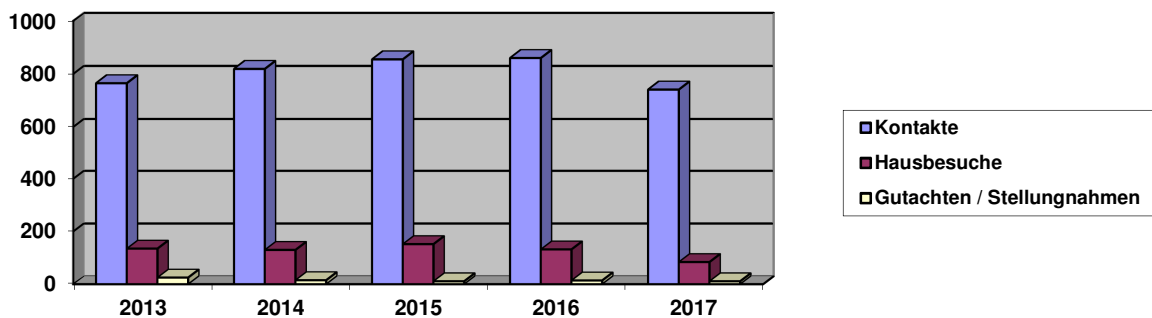
**Abb. 19: Inanspruchnahme des SpD durch Betroffene, Angehörige, Andere 2012-2017**



**Abb. 20: Kriseninterventionen und Anordnungen nach § 12 PsychKG Land Brandenburg im Jahresvergleich 2012-2017**



**Abb. 21: Kontakte, Hausbesuche, Gutachten, Stellungnahmen 2012-2017**



Alle Bürgerinnen und Bürger, die sich an den SpD mit speziellen Fragestellungen wenden, erhalten sachgerechte Informationen oder werden entsprechend des Bedarfs vermittelt. Mit der Neufassung des Brandenburger Psychisch-Kranken-Gesetzes (PsychKG) vom Mai 2009 ist dem Sozialpsychiatrischen Dienst die Verantwortung als Ordnungsbehörde bei der Unterbringung von psychisch kranken Menschen übertragen worden. Nicht jede akute Situation der Eigen- und/oder Fremdgefährdung mündet in einer Anordnung der Unterbringung durch den Dienst. Entsprechend dem Ziel der in diesem Rahmen durchgeführten Krisenintervention kann oftmals die Unterbringung vermieden werden. Außerhalb der Dienstzeiten erfüllt der zuständige Rettungsdienst solche ordnungsbehördlichen Aufgaben.

Zur Kernaufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes gehört die Krisenintervention mit dem Ziel, den Klienten, dessen individuelle und/oder soziale Bewältigungsstrategien zusammengebrochen sind, zu stabilisieren, um einen stationären Aufenthalt zu vermeiden. Es gilt somit, die Fähigkeiten des Betroffenen in Form von „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu reaktivieren und zu festigen. Neben dem SpD wird im Landkreis eine spezialisierte Kontakt- und Beratungsstruktur für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen vorgehalten. Die Beratungsleistungen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen sind in Potsdam-Mittelmark häufig in die trägerübergreifenden regionalen Beratungszentren integriert.

Die Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke<sup>140</sup> sind ein unverzichtbares ambulantes Basisangebot, welche nach dem Prinzip der Offenheit und Freiwilligkeit arbeiten. Im Vordergrund stehen die Anpassung der Hilfen an die Bedürfnisse der jeweiligen Besucher\*innen und die Wahrung der Anonymität. Sie richten sich an psychisch kranke und seelisch behinderte bzw. von Krankheit/Behinderung bedrohte Menschen und deren Angehörige oder Bezugspersonen innerhalb einer Versorgungsregion. Folgende Leistungen mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung sollen durch die Kontakt- und Beratungsstellen erbracht werden:

- Beratung der Zielgruppe zu Fragen im lebenspraktischen Bereich bzw. im Umgang mit den Betroffenen;
- Hilfen zur Sicherung rechtlicher und materieller Ansprüche i. S. von Maßnahmen (Begleitung/Vermittlung) zur Inanspruchnahme anderer Hilfen/Dienste/Ämter einschließlich der Kontaktaufnahme;
- Hilfen zur Tagesstruktur und Alltagsgestaltung (z.B. gestalterische Tätigkeiten, Kochen, Beschäftigung);
- Hilfen zum Aufbau und Erhalt zwischenmenschlicher Kontakte;
- aufsuchende Kontakte zur Aufrechterhaltung der Kommunikation;
- Begleitung in Krisensituationen unter Einbeziehung anderer Dienste/Hilfen;
- Teilnahme am öffentlichen kulturellen Leben;
- Unterstützung von Selbsthilfegruppen;
- Zusammenarbeit mit den anderen Anbietern innerhalb des Versorgungssystems;
- Dokumentation der Leistungen.

## **Selbsthilfegruppen**

Selbsthilfe heißt Verantwortung für sich selbst zu übernehmen. Der Verlauf einer psychischen Erkrankung hängt von vielen inneren und äußeren Faktoren ab. Die eigene Einstellung zur Erkrankung spielt dabei eine nicht zu vernachlässigende Rolle. Durch die Mithilfe des Einzelnen beim Gesundungsprozess wirken die eigenen Selbsthilfekräfte sehr förderlich und können Optimismus und Vertrauen für die Zukunftsbewältigung aufkeimen lassen. Selbsthilfegruppen sind gerade auch für Psychiatrieerfahrene von zentraler Bedeutung. Sie

---

<sup>140</sup> Für die Einrichtung von Kontakt- und Beratungsstellen gibt es keinen direkten gesetzlichen Auftrag sowie keine einheitlichen Regelungen zu deren Finanzierung, so dass diese Einrichtungen im Rahmen der öffentlichen Daseinsfürsorge von Ländern und Kommunen finanziert werden und damit von kommunalpolitischen Entscheidungen abhängig sind. Die Finanzierung kann zum einen über Ausschreibungen mit anschließenden Leistungsverträgen, Beauftragungen oder spezielle Förderrichtlinien erfolgen.

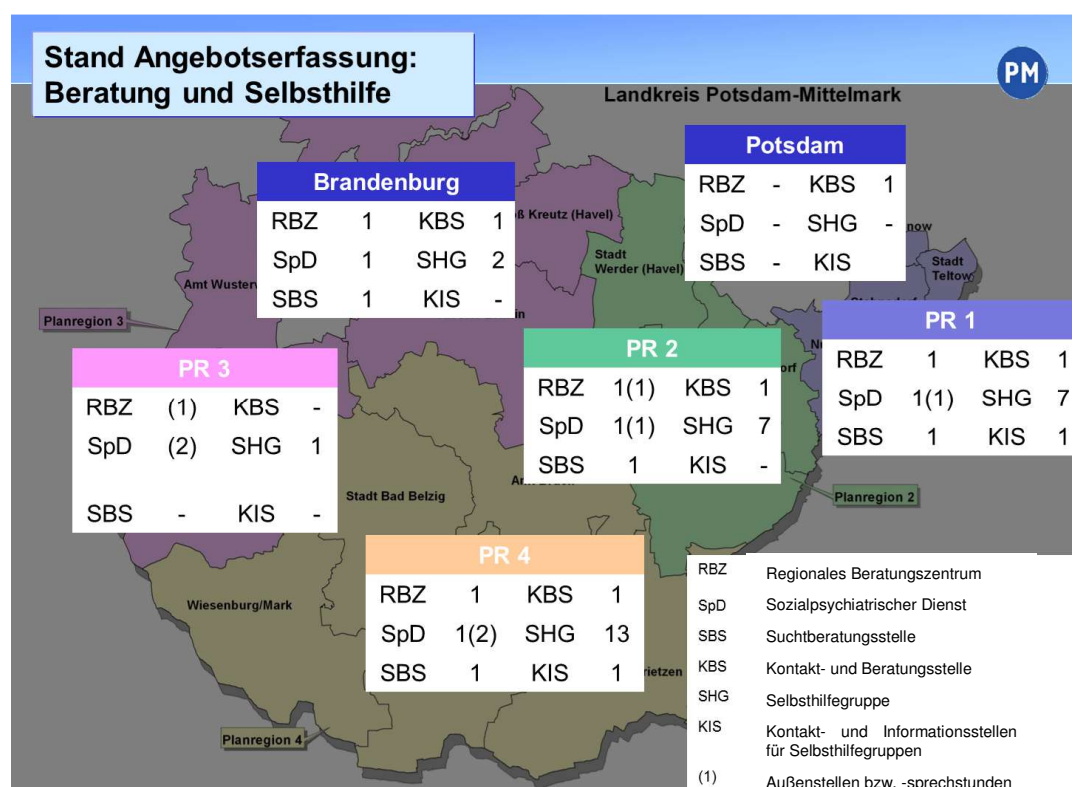
ermöglichen die Gemeinschaft mit ebenfalls Betroffenen, Austausch zu Erkrankung und Bewältigung.

Von den im Landkreis weit über 100 aktiven Selbsthilfegruppen befassen sich 10 mit psychischen Themen und der gelingenden Lebensgestaltung als Betroffener oder Angehöriger. Sie werden von der Koordinatorin der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen, angesiedelt bei der Arbeiterwohlfahrt in Teltow<sup>141</sup>, unterstützt und unter Einbeziehung von Expert\*innen zum Teil auch professionell angeleitet.

Die Angehörigen von psychisch erkrankten Menschen tragen einen großen Teil der Betreuungslast. Sie sind Bezugspersonen, versorgen die Betroffenen regelmäßig oder in Krisensituationen. Die betreuenden Personen sind oftmals psychisch und physisch stark gefordert und damit auch selbst gesundheitlich gefährdet. Selbsthilfe heißt für Angehörige zu lernen, mit der eigenen Situation besser umgehen zu können. Vorrangiges Ziel von Angehörigen-Selbsthilfegruppen ist auch hier die Hilfe zur Selbsthilfe. Mit der Gründung des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker<sup>142</sup> wurde eine wirksame Interessenvertretung auf Landesebene geschaffen.

Für psychisch erkrankte Menschen und Angehörige gibt es Selbsthilfegruppen in PM auf regionaler und zum Teil örtlicher Ebene.

**Abb. 22: Übersicht der Kontakt- und Beratungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen**



<sup>141</sup> Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e. V., Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppe (KIS), Potsdamer Straße 7-9, 14513 Teltow

<sup>142</sup> c/o SEKIZ e.V. Herrmann-Eifflein-Str. 11, 14467 Potsdam

## 5.2.2. Medizinische Versorgung und Rehabilitation

Die medizinische Versorgung von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen kann als medizinische Behandlung oder medizinische Rehabilitation erfolgen. Träger der Leistungen im Bereich der medizinischen Behandlung sind nach § 2 SGB V die Krankenkassen, welche sicherstellen, dass den Versicherten die notwendigen Leistungen zur Verfügung stehen. Diese Leistungen beinhalten unter anderem die ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie (§ 28 SGB V), die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln (§§ 31 ff. SGB V) sowie die Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V). Für seelisch behinderte Menschen können auch Leistungen der medizinischen Rehabilitation gewährt werden. Darunter können unter anderem Belastungsproben und Arbeitstherapien für behinderte Erwachsene (§ 26 SGB IX) fallen. Im Bereich der medizinischen Rehabilitation kann neben den gesetzlichen Krankenkassen unter anderem auch der Landkreis Potsdam-Mittelmark als örtlicher Träger der Sozialhilfe Leistungsträger im Rahmen der Eingliederungshilfe nach SGB IX/ SGB XII sein. Weitere mögliche Träger von Rehabilitationsleistungen sind die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung sowie der Kriegsopferfürsorge. Alle Rehabilitationsträger nehmen ihre Aufgabe selbstständig und eigenverantwortlich wahr und erbringen Leistungen im Rahmen der für sie geltenden Leistungsgesetze.

Die Infrastruktur der medizinischen Versorgung von psychisch Kranken und seelisch Behinderten in Potsdam-Mittelmark setzt sich aus ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten zusammen.

### Ambulante Angebote

Die ambulante medizinische Versorgung erfolgt über Fachärzt\*innen für Psychiatrie, Nervenheilkunde und Psychotherapie, ärztliche und psychologische Psychotherapeut\*innen, psychiatrische Institutsambulanzen sowie einen ambulanten psychiatrischen Pflegedienst.

**Abb. 23: Verteilung Fachärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen<sup>143</sup>**



<sup>143</sup> Kassenärztliche Vereinigung Berlin-Brandenburg (KVBB)

Abb. 23 zeigt die planregionale Verteilung der, für die psychiatrische Versorgung relevanten Fachärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen in PM sowie in Potsdam und Brandenburg an der Havel. Der weitaus größte Teil der Fachärzt\*innen für Psychiatrie, Nervenheilkunde und Psychotherapie praktiziert in der Landeshauptstadt Potsdam (15) gefolgt von Planregion 1 (5) und Planregion 4 (4). In Planregion 2 sowie in Brandenburg an der Havel sind aktuell jeweils zwei dieser Fachärzt\*innen tätig. Planregion 3 verfügt über keine entsprechende fachärztliche Versorgung.

Die ärztlichen Psychotherapeut\*innen konzentrieren sich hauptsächlich aufgrund der hohen Bevölkerungsdichte auf Potsdam (19). Die sechs außerhalb von Potsdam arbeitenden ärztlichen Psychotherapeut\*innen befinden sich in Planregion 1 (4), Planregion 2 (1) sowie in Brandenburg an der Havel (1). In Planregion 4 ist aktuell kein ärztlicher Psychotherapeut\*in ansässig. Die psychologischen Psychotherapeut\*innen bilden zahlenmäßig die größte Gruppe innerhalb der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Allein in Potsdam sind 52 psychologische Psychotherapeut\*innen verzeichnet. Weitere 29 Vertreter\*innen dieser Berufsgruppe verteilen sich relativ gleichmäßig auf die vier Planregionen des Landkreises einschließlich Brandenburg an der Havel.

Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) legt gemeinsam mit den im Landesausschuss für Ärzte und Krankenkassen vertretenden Institutionen regionale Versorgungsquoten für Ärzt\*innen für Psychiatrie, Nervenheilkunde sowie für Psychotherapeut\*innen fest und ist für die entsprechenden Zulassungen zuständig. Wie in Kapitel 3.3. beschrieben hat der Landkreis keinen Einfluss auf die Grundsatzentscheidungen für Arztzulassungen. Er kann jedoch zusammen mit den Städten, Ämtern und Gemeinden für förderliche Rahmenbedingungen zur Praxis- und Wohnansiedlung sorgen, insbesondere dort, wo bisher lange Fahrtwege auf sich genommen werden mussten zur Konsultation eines Facharzt\*in oder eines Psychotherapeut\*in. So könnten regionale Knotenpunkte psychiatrischer Versorgung insbesondere dort entstehen, wo einerseits eine relativ hohe Bevölkerungsdichte herrscht und andererseits besondere Einrichtungen (wie Wohngruppen, Einrichtungen für seelisch behinderte Menschen, Altenpflegeeinrichtungen) angesiedelt sind.

### **Teilstationäre und stationäre Angebote**

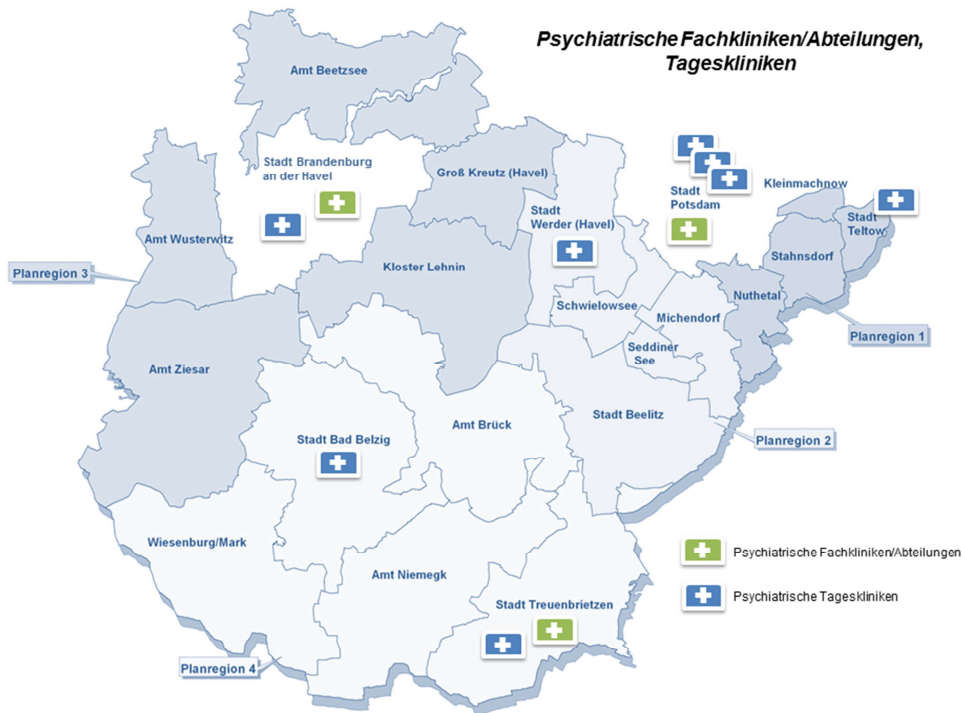
Bei der Erfassung der Angebote der psychiatrischen Versorgung ist zu beachten, dass für Einwohner\*innen aus PM auch Einrichtungen und Dienste relevant sind, die sich in der Landeshauptstadt Potsdam sowie in Brandenburg an der Havel befinden.

Eine Behandlung in einer psychiatrischen Tagesklinik setzt eine gewisse Stabilität der akuten psychischen Erkrankung voraus, kann dann aber manchmal durch den Wechsel von tagesklinischer Behandlung und dem anschließenden Intervall zu Hause deutlich wirksamer sein als eine vollstationäre Behandlung. Für alle vier Planregionen im Landkreis gibt es erreichbare Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) in Potsdam, Teltow, Werder (Havel), Brandenburg an der Havel und Treuenbrietzen mit Außenstelle in Bad Belzig (siehe Abb. 24, 25). Für jede der vier Planregionen steht mindestens eine Psychiatrische Tagesklinik zur Verfügung.

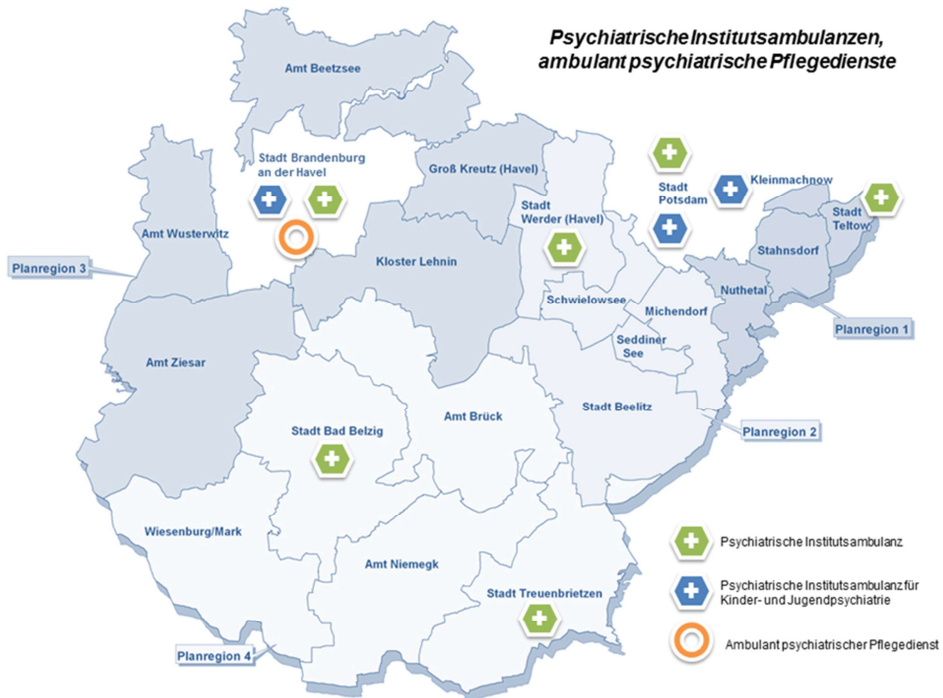
Der Krankenhausplan des Landes Brandenburg geht von einer wachsenden Bedeutung der Tageskliniken für die landesweite flächendeckende psychiatrische Versorgung aus. Trotz des Ausbaus der tagesklinischen Angebote in den letzten Jahren ist laut Krankenhausplan aktuell noch keine Entlastung im vollstationären Bereich zu verzeichnen. Die Kapazitäten im teilstationären und stationären Bereich sollen deshalb weiter ausgebaut werden.



**Abb. 24: Verteilung Psychiatrische Fachkliniken/Abteilungen, Tageskliniken<sup>144</sup>**



**Abb. 25: Verteilung Psychiatrische Institutsambulanzen, ambulant psychiatrische Pflegedienste<sup>145</sup>**



<sup>144</sup> Arbeitsgemeinschaft der Leiterinnen und Leiter Psychiatrischer Abteilungen und Fachkliniken des Landes Brandenburg

<sup>145</sup> ebenda

In Bezug auf die Psychiatrieplanung ist zu beachten, dass die Akteure auf Landkreisebene keine Einflussmöglichkeiten auf die Angebote der medizinischen Versorgung haben, sondern diese als gegebene Rahmenbedingungen berücksichtigen müssen. Das Angebot an Einrichtungen und Diensten der medizinischen Versorgung für psychisch erkrankte Menschen wird im Zusammenspiel von Krankenkassen, Kassenärztlicher Vereinigung Berlin-Brandenburg (KVBB) und dem Land Brandenburg ausgehandelt und festgelegt. Die dabei berücksichtigten Versorgungsgebiete gehen in der Regel über einzelne Landkreise hinaus.

### **5.2.3. Berufliche Rehabilitation und Tagesstruktur**

Ab 01.01.2018 regeln Teil 1 Kapitel 10 – Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – sowie Teil 3 – Schwerbehindertenrecht – des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) die beruflichen Teilhaberechte und -leistungen von seelisch behinderten oder von seelischer Behinderung bedrohten Jugendlichen und Erwachsenen. Diese sollen dazu dienen, ihre Erwerbsfähigkeit entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Oberstes Ziel aller Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist die Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Maßnahmen der beruflichen Eingliederung sollen, so wie auch die anderen Leistungen des SGB IX, personenzentriert und unter Einbeziehung der Wünsche des Betroffenen gewährt werden. Entsprechend den Versorgungsgrundsätzen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen sind die Angebote möglichst wohnortnah zu organisieren und nach Möglichkeit in die gegebene lokale Wirtschaftsstruktur zu integrieren. Der zuständige Leistungsträger und damit auch Anlaufstelle für Betroffene sind je nach Fallkonstellation in der Regel die Bundesagentur für Arbeit (SGB III, SGB IX), der Rentenversicherungsträger (SGB VI, SGB IX), der Unfallversicherungsträger (SGB VII, SGB IX) und der Landkreis (SGB XII).

Mit dem Beratungskonzept AmigA – Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung des Jobcenters MAIA in Potsdam-Mittelmark wird eine besondere Beratungsstruktur für langzeitarbeitslose Menschen mit psychischen, seelischen oder körperlichen Beeinträchtigungen an allen vier Standorten der MAIA vorgehalten. Ein fachübergreifendes Team von MAIA-Sozialmediziner\*innen, Psycholog\*innen sowie Sozialpädagoge\*innen mit Zusatzqualifikation Suchtberatung unterstützen Betroffene und Integrationsfachkräfte dabei, eine individuelle Strategie zur Verbesserung der Beschäftigungschancen zu entwickeln, passende Beschäftigungs- oder Qualifizierungsangebote zu finden. Das Konzept wird seit 2005 erfolgreich im Jobcenter des Landkreises umgesetzt.

#### Bericht FB 6 – Jobcenter MAIA:

2016 wurden 173 Leistungsberechtigte in dem Projekt betreut. Von den 71 aus dem AmigA-Fallmanagement entlassenen Teilnehmenden konnte rund ein Drittel in Arbeit oder Ausbildung vermittelt werden. Sieben Teilnehmende beziehen nunmehr eine volle Erwerbsminderungsrente. Bei mehr als der Hälfte der Personen konnte eine Verbesserung des Profiling festgestellt werden, 36 Teilnehmende schätzten ihre Leistungsfähigkeit nach Beendigung des Projektes höher ein.

2017 wurden 166 Leistungsberechtigte mit dem Konzept betreut. Von den 60 aus dem AmigA-Fallmanagement entlassenen Teilnehmenden konnten 13 in Arbeit oder Ausbildung vermittelt werden. Vier Teilnehmende beziehen nunmehr eine volle Erwerbsminderungsrente. Bei mehr als der Hälfte der betreuten Personen konnte eine Verbesserung des Profiling festgestellt werden, 21 Teilnehmende schätzten ihre Leistungsfähigkeit nach Beendigung des Projektes höher ein.

Das Integrationsamt des Landes Brandenburg beim Landesamt für Soziales und Versorgung (LASV) erbringt Leistungen zur begleitenden Hilfe am Arbeitsleben von schwerbehinderten Menschen an Beschäftigte oder Arbeitgeber. Es ist zuständige Stelle für Kündigungsschutz-

verfahren gemäß Teil 3 Kapitel 4 SGB IX. Zudem fördert das Integrationsamt derzeit insgesamt 28 Inklusionsbetriebe nach Kapitel 10 SGB IX (vormals Integrationsprojekte) im Land. Inklusionsbetriebe sind betriebswirtschaftlich eigenständige Unternehmen oder Abteilungen von Unternehmen, bei denen mindestens 25 % der Beschäftigten besonders betroffene schwerbehinderte Menschen sind. Darunter fallen auch insbesondere Menschen mit seelischen Behinderungen. Im Landkreis hat sich bisher kein Inklusionsbetrieb angesiedelt. Als für schwerbehinderte Menschen und Arbeitgeber niedrigschwellige Beratungsstruktur hält das Integrationsamt, mit Hauptsitz in Cottbus und Außenstellen in Potsdam und Frankfurt (Oder), sechs Integrationsfachdienste mit zwei Außenstellen und zusätzlichen Außensprechstunden im Land vor.

Aufgabe des Integrationsfachdienstes Potsdam ist es gemäß § 193 SGB IX schwerbehinderte Menschen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu beraten, zu unterstützen und auf geeignete Arbeitsplätze zu vermitteln. Insofern steht der Integrationsfachdienst allen erwerbsfähigen psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen als erste Anlaufstelle zur Verfügung. Über einen Vermittlungs- oder Betreuungsauftrag im Arbeitsprozess entscheidet je nach Fallgestaltung der Rehabilitationsträger (Leistungsträger) oder das Integrationsamt des Landes Brandenburg. Ferner dient der Fachdienst Arbeitgebern als Beratungsstelle zur beruflichen Integration von Menschen mit Schwerbehinderungen, in zunehmendem Maße sind das Menschen mit seelischen Behinderungen. Weiterhin werden durch ihn auch Leistungen in Zusammenarbeit mit Schulen und der Agentur für Arbeit im Bereich der vertiefenden Berufsorientierung angeboten.

Das Berufliche Trainingszentrum (BTZ) Brandenburg ist eine Spezialeinrichtung zur beruflichen Rehabilitation von jungen und erwachsenen Menschen mit psychischer Beeinträchtigung. Es berät, unterstützt und fördert Menschen bei der Entwicklung einer beruflichen Perspektive mit dem Ziel der (Wieder-)Eingliederung in den Arbeitsmarkt. Das BTZ wird in der Regel von der Bundesagentur für Arbeit, dem Renten- oder Unfallversicherungsträger für Trainings- oder Vermittlungsleistungen beauftragt. Auf der Grundlage einer psychischen und sozialen Stabilisierung konzentriert es sich auf die berufliche Orientierung, Qualifizierung und nachhaltige Vermittlung in Arbeit. Mittels Training der sozialen Kompetenzen, individuellen Qualifizierungsmodulen und betrieblichen Praktika erfolgt die schrittweise Integration.

Für seelisch behinderte Menschen mit einer geminderten Leistungsfähigkeit, die für eine sozialversicherungspflichtige Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im Umfang von drei Stunden täglich nicht ausreicht, ist die Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) bzw. auf einem ausgelagerten Arbeitsplatz der WfbM eine berufliche Teilhabemöglichkeit. Der Landkreis verfügt mit eigenen Trägern als auch durch die angrenzenden Städte Brandenburg an der Havel, Potsdam sowie die Bundeshauptstadt über ein breites Angebot, dass mit einer guten ÖPNV-Anbindung nicht zuletzt durch die Regiobusse bzw. spezieller Fahrdienste auch von den ländlichen Gebieten aus gut erreichbar sind. Ein Teil der Zielgruppe macht von dieser Möglichkeit jedoch keinen Gebrauch, weil sie zum einen die Beschäftigung in einer WfbM als zusätzliche Stigmatisierung empfinden und zum anderen die angebotenen Tätigkeiten und Arbeitszeiten nicht ihren Neigungen oder Fähigkeiten entsprechen. Allerdings können mit der Inkraftsetzung des Bundesteilhabegesetzes ab 01.01.2018 neue Angebote im Rahmen der Zulassung sogenannter Anderer Leistungsanbieter und in Form eines Budgets für Arbeit entstehen. Das Budget für Arbeit bietet die Möglichkeit zur Vermittlung in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in einem Betrieb/einer Dienststelle mit dauerhaften Lohnkostenzuschüssen und Begleitung am Arbeitsplatz. Außerdem sind die etablierten WfbM gefragt, sich auf die sich wandelnde Zusammensetzung der Klient\*innen mit binnendifferenzierten Angeboten einzustellen.

#### Einschätzung FD 52 Soziales und Wohnen, Team 52.30 EGH für Erwachsene nach SGB XII:

Die Zahl der Leistungsempfänger mit teilstationären Hilfen im Jahr 2017 blieb im Vergleich zum Vorjahr nahezu konstant. Der Schwerpunkt bei den teilstationären Maßnahmen der Eingliederungshilfe liegt im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben.

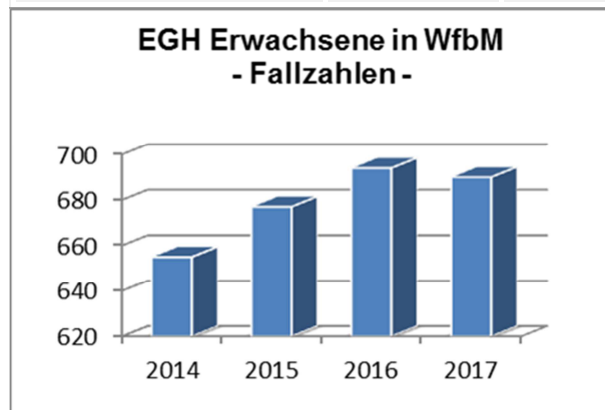
Die Beschäftigung in einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) bietet für viele behinderte Menschen die einzige Möglichkeit für deren Teilhabe am Arbeitsleben. Sie können wegen der Art und Schwere ihrer Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden.

Bevor die Aufnahme in eine WfbM erfolgt, entscheidet der Fachausschuss, ein festes Gremium der beteiligten Rehabilitationsträger, über die Geeignetheit dieser Maßnahme. Neben den Neuaufnahmen in eine WfbM verlassen Leistungsberechtigte sie auch, entweder weil sie das Rentenalter erreicht haben, sie scheiden freiwillig aus dem Arbeitsbereich aus oder aber sie können den Arbeitsbereich aufgrund einer längerfristigen Erkrankung nicht mehr besuchen. Der Trend, dass Menschen mit Behinderungen im Landkreis Potsdam-Mittelmark aufgrund ihrer eingeschränkten Leistungsfähigkeit in der WfbM in „Teilzeit“ beschäftigt werden wollen, setzte sich auch im Jahr 2017 zunehmend fort. Es gab im Jahr 2017 keinen Leistungsberechtigten aus dem Landkreis, der nach entsprechenden Förder- und Trainingsangeboten der WfbM in den allgemeinen Arbeitsmarkt integriert werden konnte.

Bei Betrachtung der jetzigen Arbeitsmarktlage ist auch im nächsten Jahr keine andere Entwicklung zu erwarten. Menschen mit Behinderungen werden wegen ihrer schwierigen Vermittlung und ihrer Leistungsminderung auch zukünftig überwiegend in einer WfbM beschäftigt werden.

**Tab. 15/Abb. 26: Anzahl Erwachsene in Werkstätten für behinderte Menschen<sup>146</sup>**

<b>EGH Erwachsene Werkstatt/FBB</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Fallzahlen	647	655	677	694	696



Ab 2018 sieht das SGB XII zwei neue Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vor. Das sind zum einen das Budget für Arbeit und zum anderen die Beschäftigung bei anderen Leistungsanbietern als den anerkannten WfbM. Wie attraktiv diese Leistungen für die behinderten Menschen und die Arbeitgeber sind, wird sich in den kommenden Jahren noch in der Praxis zeigen müssen.

Menschen mit Behinderung, welche die Voraussetzungen für die Beschäftigung in einer WfbM nicht erfüllen, sollen in Einrichtungen betreut und gefördert werden, die der Werkstatt angegliedert sind. Dazu gehören die Förder- und Beschäftigungsbereiche (FBB). Die Förderung in diesem Bereich erfolgt entweder mit dem Ziel, den behinderten Menschen auf die Teilhabe am Arbeitsleben vorzubereiten oder mit dem Ziel der Ermöglichung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Die Menschen mit Behinderung, die mit dem Ziel der Vorbe-

<sup>146</sup> Geschäftsbericht Fachbereich 5, FD 52 – Soziales und Wohnen 2017; Beachte: Die Eingliederungshilfe nach SGB XII richtet sich an Erwachsene mit einer geistigen, körperlichen und/oder psychischen Behinderung. Die vorbenannten Daten beziehen sich auf alle Erwachsenen, die Unterstützungsleistungen durch die EGH erhalten.

reitung auf das Arbeitsleben im FBB gefördert werden, verfügen möglicherweise über solche Fähigkeiten und Fertigkeiten, so dass sie nach entsprechender Förderung die Anforderungen für den Übergang in den produktiven Bereich der WfbM erfüllen. Sie werden zum gegebenen Zeitpunkt den FBB wieder verlassen.

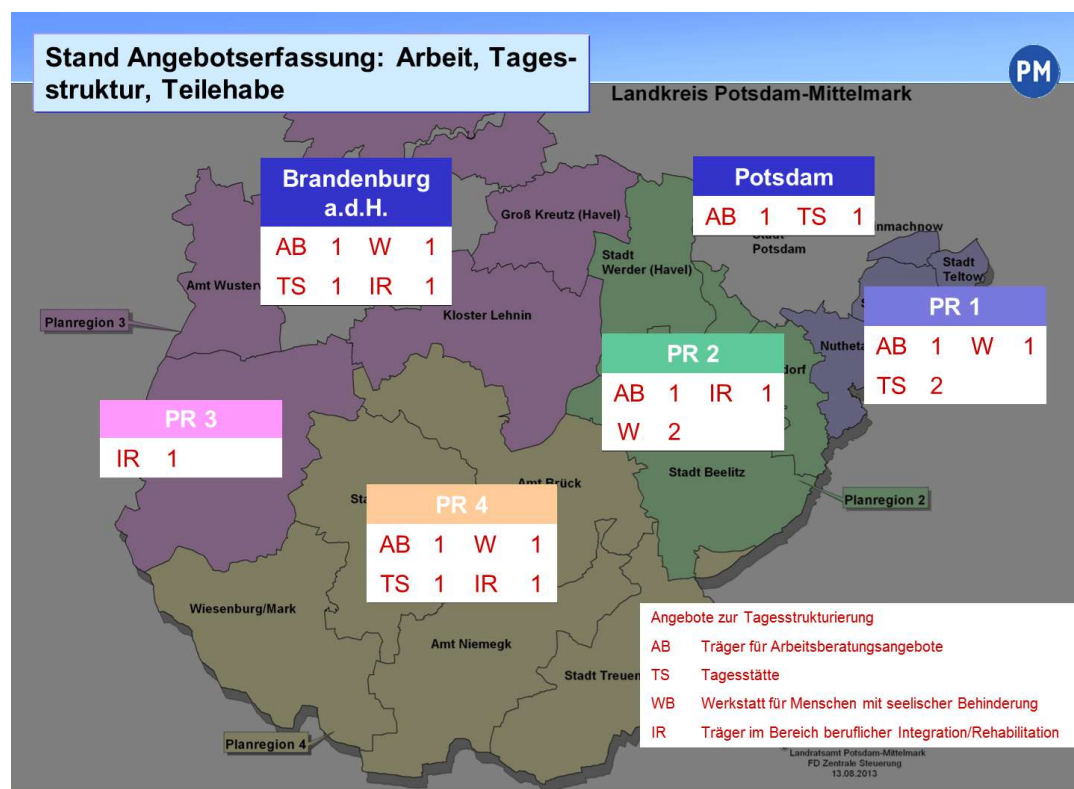
Die Menschen mit Behinderung, die mit dem Ziel der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft im FBB gefördert werden, sind zumeist schwerstmehrfach behindert und verbleiben ihr „Arbeitsleben“ lang in diesem Förderbereich.

Die Zahl der im FBB betreuten Menschen erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr im Berichtsjahr 2017 um drei Leistungsberechtigte.

Für Menschen mit einer seelischen Behinderung (chronisch psychisch kranke oder abhängigkeitskranke Menschen) gibt es in Ergänzung zur ambulanten Betreuung in der eigenen Wohnung ein Förderangebot in Tagesstätten. Sie bieten eine Möglichkeit zur Gestaltung des Tages im Sinne der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Im Jahr 2017 blieb die Zahl der Leistungsberechtigten, welche die Anforderungen für die Beschäftigung in einer WfbM oder dem allgemeinen Arbeitsmarkt noch nicht erfüllten und deshalb das Leistungsangebot zur strukturierten Tagesgestaltung annahmen, konstant.

Tagesstätten für psychisch Kranke sind Einrichtungen zur teilstationären Betreuung und erbringen Leistungen vordergründig der sozialen Rehabilitation. Sie sind insbesondere geeignet für chronisch psychisch Kranke, die einerseits nicht oder nicht mehr stationär betreuungsbedürftig sind, andererseits aber dem offenen Angebot einer Kontakt- und Beratungsstelle oder einer regulären oder geschützten Tätigkeit/Beschäftigung noch nicht gewachsen sind. Das Leistungsangebot einer Tagesstätte für chronisch psychisch erkrankte Menschen umfasst das lebenspraktische Training und die Anleitung zur Selbsthilfe, Tätigkeitsangebote mit arbeitsähnlichem Charakter, Training sozialer Fertigkeiten und Freizeitangebote. Es erfolgt im Rahmen jeweils fest zusammengesetzter Gruppen und ist verbindlich. Tagesstätten sind somit ein Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung und sollen dazu beitragen, Krankenhaus- und Heimaufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen.

**Abb. 27: Angebote zur Tagesstrukturierung**



In Tagesstätten und tagesstrukturierenden Maßnahmen wurden im Rahmen der Trägerbefragung 2016<sup>147</sup> bei fünf antwortenden Dienstleistern (von insgesamt acht Befragten) 92 Plätze angegeben. Davon waren 22 Plätze bei zwei Dienstleistern in Brandenburg an der Havel. 17 Teilnehmende kommen den wenigen (3) Antworten zufolge aus dem Landkreis PM und wurden im Landkreis versorgt, die Brandenburger Kapazitäten wurden erfahrungsgemäß höchst selten von Personen aus dem Landkreis genutzt. Die Angebote der Tagesstätten sind hauptsächlich auf Erwachsene ausgerichtet, zwei davon sind auch für Senior\*/innen geeignet. Tagesstätten und Treffpunkte können ebenfalls als Unterkategorie von gemeindenaher Psychiatrie angesehen werden, wenn statt der tagesstrukturierenden Wirkung die soziale Dimension priorisiert wird.

#### **5.2.4. Wohnen und soziale Teilhabe**

Das Wohnen ist ebenso wie die berufliche Einbindung ein zentrales Integrationsfeld. In der Betreuung und Begleitung psychisch erkrankter oder seelisch behinderter Menschen durch den Landkreis (Sozialpsychiatrischer Dienst, Behindertenberatung, Eingliederungshilfe) wird der Fokus nach dem Grundsatz „so viel Hilfe wie nötig, so wenig wie möglich“ gelegt, Betroffene dabei zu unterstützen, in den eigenen vier Wänden bleiben zu können, begleitet durch verschiedene Bausteine der Unterstützung und Assistenz (wie zum Teil aufsuchende Beratung, ambulante Dienste). Die begleiteten Wohnmöglichkeiten für psychisch kranke oder seelisch behinderte Menschen sollen so gut es geht wohnortnah angeboten werden, so dass die sozialräumliche und quartiersbezogene Einbindung möglichst gelingt. Auch aufgrund der ländlichen Strukturen im Landkreis werden daher Angebote der angrenzenden Städte Potsdam und Brandenburg an der Havel einbezogen. Zum Teil richten sich Angebote sowohl an Erwachsene mit psychischen Erkrankungen als auch an abhängigkeitskranke Menschen.

Verschiedene Wohnformen zugeschnitten auf die individuellen Bedarfe der Betroffenen werden angeboten, wenn ein Verbleib in der eigenen Wohnung aufgrund von Überforderung, Hilflosigkeit, Selbstgefährdung, Verwahrlosung oder anderen Gründen nicht mehr möglich erscheint. Ambulantes Wohnen, therapeutische Wohngemeinschaften und stationäres Wohnen stehen als Angebotsformen bereit.

#### **Ambulant betreutes Wohnen**

Im ambulant betreuten Wohnen werden Personen begleitet, die allein in einer Wohnung mit sozialtherapeutischer und alltagsstabilisierender Unterstützung leben können und wollen. Auch ein begleitetes Wohnen des psychisch kranken Menschen mit seiner Familie oder vergleichbaren Lebensformen ist im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens möglich, sofern die Betreuung durch Fachkräfte erfolgt.

Während in den Planregionen 1, 2 und 4 jeweils selbst ambulant betreute Wohnformen vorhanden sind, werden diesbezüglich für die Planregion 3 die Angebote in der Stadt Brandenburg an der Havel genutzt.

#### **Therapeutische Wohngemeinschaften**

Als ambulant betreute Wohngemeinschaft wird das Zusammenleben von mehreren betreuungsbedürftigen Menschen mit Behinderungen verstanden, die keine Familie sind, nicht allein, mit Angehörigen oder in vergleichbaren Lebensformen leben können und die sich aufgrund übereinstimmenden Willens der zusammenwohnenden betreuungsbedürftigen Men-

---

<sup>147</sup> Im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben und der beruflichen Rehabilitation wurden im Rahmen der Trägerbefragung 2016 bei acht antwortenden von insgesamt zehn Dienstleistern 302 Plätze angegeben. Davon sind 98 Plätze in Brandenburg an der Havel.

schen zu dieser Form des Zusammenlebens mit größtmöglicher Selbstverantwortung für die Regelung der eigenen Angelegenheiten entschieden haben.

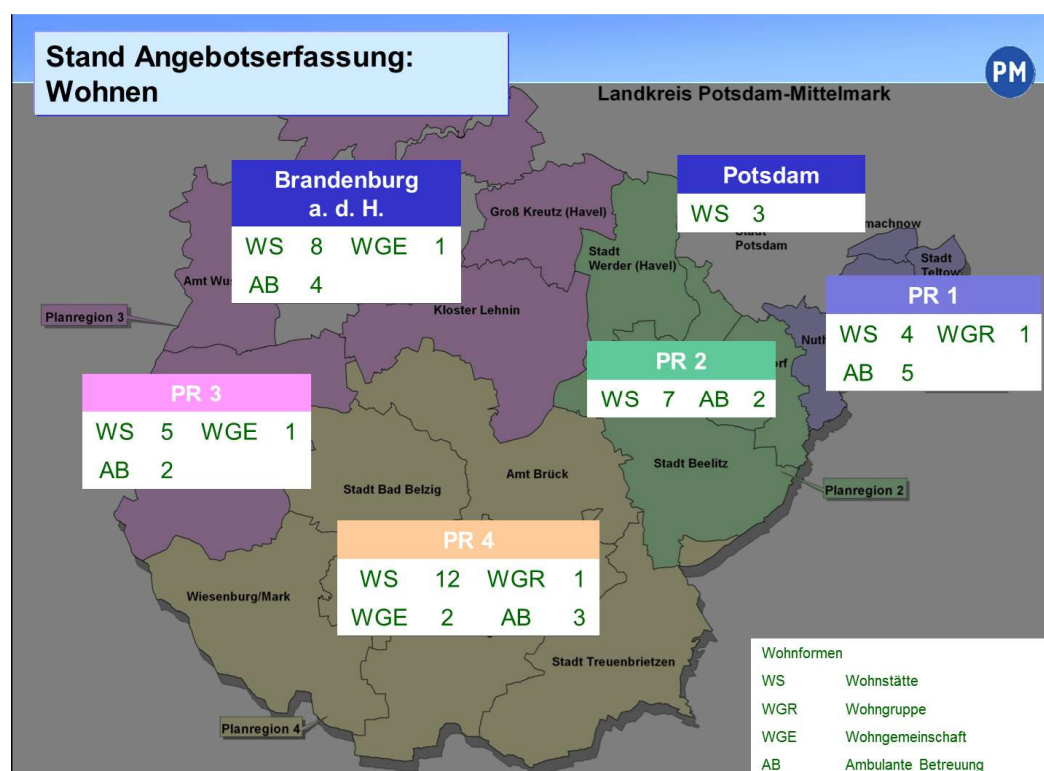
Die Unterkunft muss in Rechts- und Organisationssphäre einem Einrichtungsträger zugeordnet sein. Der Einrichtungsträger übernimmt die Gesamtverantwortung für die tägliche Lebensführung des Hilfeempfänger\*in. Das planvolle, regelmäßige, personell und konzeptionell abgesicherte Hilfeangebot ist jedoch nicht auf die ständige Anwesenheit des Betreuungspersonals ausgerichtet.

Neun ambulant betreute Wohngruppen und Wohngemeinschaften wurden in der Trägerbefragung gemeldet (Planregion 1: 3; Planregion 2: 1; Planregion 3: 0; Planregion 4: 3, Brandenburg an der Havel 2; Potsdam N.N.). Unter Einbezug der angrenzenden kreisfreien Städte kann von einem guten Grundgerüst der ambulanten Wohnversorgung ausgegangen werden. In Planregion 3 wird der Bedarf durch die Nähe zu den Angeboten in der Stadt Brandenburg an der Havel, Werder (Havel) und Bad Belzig gedeckt.

### Stationäre Wohnformen

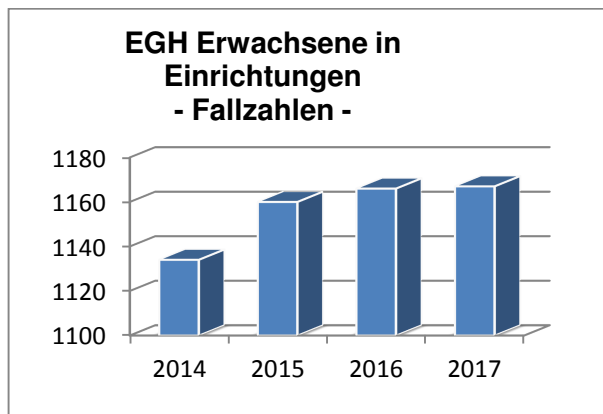
Stationäres Wohnen richtet sich an Personen, die aufgrund ihrer akuten und anhaltenden psychischen und seelischen Beeinträchtigungen einer engmaschigen Begleitung bedürfen und deren Therapieansätze feste Tagesstrukturen vorsehen. Eine Tages- und Nachtbetreuung gehört zum Angebot.

**Abb. 28: Angebote spezieller Wohnformen**



### Einschätzung FD 52 Soziales und Wohnen, Team 52.30 EGH Erwachsene nach SGB XII:

Die Betreuung von erwachsenen Menschen mit Behinderungen innerhalb von Einrichtungen verzeichnet im Jahr 2017 insgesamt einen leichten Zuwachs. Die stationäre Hilfe beschreibt die Betreuung und Förderung eines behinderten Menschen in einer Wohnstätte mit der Möglichkeit der Gestaltung des Tages, i.d.R. durch den Besuch einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) oder eines der WfbM angegliederten Förder- und Beschäftigungsbereiches (FBB).

**Abb. 29: Anzahl Erwachsene in stationären Einrichtungen<sup>148</sup>**

Die Belegung von Wohnstättenplätzen ist nicht konstant, denn einige Leistungsberechtigte verlassen die Wohnstätte, weil sie mit ihrer erzielten Selbständigkeit die umfassende Betreuung in der Wohnstätte nicht mehr benötigen und in eine weniger intensive Betreuungsform wechseln, einige wechseln in eine andere Einrichtung, damit die Hilfe bedarfsorientierter geleistet werden kann und einige der Heimbewohner vollenden ihr Leben. Es gibt daneben aber auch immer wieder neue Personen, die das intensive Betreuungsangebot einer Wohnstätte benötigen, weil das Wohnen im Elternhaus oder in der eigenen Wohnung nicht mehr allein bewältigt werden kann.

Im Vergleich der Zahl der Personen, die Hilfe zum Wohnen in der eigenen Wohnung/ Wohngemeinschaft erhalten mit denen, die Hilfe in einer Wohnstätte erhalten, ist für den Landkreis Potsdam-Mittelmark eine zunehmende Annäherung festzustellen. Das Auftreten von Fällen, in denen der Bedarf in den Wohnstätten (insbesondere für Menschen mit einer geistigen Behinderung) durch das reguläre Betreuungssystem nicht in vollem Umfang und bedarfsgerecht abgesichert werden kann und sogenannte Mehrbedarfe erforderlich werden, setzte sich auch im Jahr 2017 fort. Die Ursache für die Gewährung eines Mehrbedarfes liegt entweder in den besonderen Merkmalen einer Behinderung oder einer schweren dauerhaften Erkrankung (z.B. Tumorerkrankung, schwer einstellbare Epilepsie, schwer einstellbarer Diabetes, zusätzliche erhebliche Verhaltensstörungen) oder einem steigenden pflegerischen Bedarf.

### 5.2.5. Empfehlungen und Maßnahmen

Im Landkreis wird durch die beauftragten Träger der sozialen Dienste eine spezialisierte Kontakt- und Beratungsinfrastruktur gewährleistet, die jeweils insbesondere planregionale Versorgungsbereiche abdeckt.

Zudem bleibt die Hilfe zur Selbsthilfe eine wichtige Säule in der Versorgung von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen. Im Bereich der Selbsthilfegruppenarbeit ist landesweit aber auch regional noch Raum nach oben. Zum Teil bieten Selbsthilfegruppen in PM Angebote für einzelne Erkrankungen wie Depressionen an. Damit ist der planungsregionale Zugang für Betroffene mit anderen Krankheitsbildern im Spektrum der psychischen Erkrankungen nicht durchgängig gegeben. In der Planregion 3 sind Selbsthilfegruppen generell unterrepräsentiert. Da Selbsthilfegruppenarbeit ihrem Wesen nach von ehrenamtlichen Engagement geprägt ist, sind die Steuerungsmöglichkeiten Dritter beschränkt. Es sollte gleichwohl gemeinsam zwischen Kommunen, Landkreis, Anbietern und Betroffenen erörtert wer-

<sup>148</sup> Geschäftsbericht Fachbereich 5, FD 52 – Soziales und Wohnen 2017; Beachte: Die Eingliederungshilfe nach SGB XII richtet sich an Erwachsene mit einer geistigen, körperlichen und/oder psychischen Behinderung. Die vorbenannten Daten beziehen sich auf alle Erwachsenen, die Unterstützungsleistungen durch die EGH erhalten.



den, wie die Arbeit von Selbsthilfegruppen im Landkreis weiter unterstützt und bedarfsbezogen erweitert werden kann.

Für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen, die sich weitgehend stabilisiert haben, steht ein verlässliches Beratungs- und Leistungsangebot bereit, um beim (Wieder-)Einstieg in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu unterstützen. Abweichend zum Landestrend gibt es allerdings im Landkreis keinen Inklusionsbetrieb. Diese bieten im Land Brandenburg an derzeit 28 Standorten gute sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsmöglichkeiten auch für diese Personengruppe an. Zu prüfen ist, ob und wie Träger der regionalen Behindertenhilfe beim Aufbau eines entsprechenden Projektes auch seitens der kommunalen Ebene motiviert und unterstützt werden können. Beratung und dauerhafte Förderung bietet das Integrationsamt des Landes Brandenburg an.

Schwieriger gestalten sich die Wunsch- und Wahlmöglichkeiten für Menschen, die aufgrund von Erwerbsminderung dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung stehen. Zwar versuchen die Behindertenwerkstätten vermehrt Angebote für den Personenkreis abseits des klassischen Werkstatt-Arbeitsplatzes zu schaffen. Allerdings sind weiterhin Anstrengungen und ggf. zusätzliche Anreize notwendig, um betrieblich orientierte Arbeitsplätze im Rahmen von ausgelagerten Arbeitsplätzen, als Zuverdienstmöglichkeit oder in Form eines Budgets für Arbeit zu befördern.

Mit dem schrittweisen Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes besteht die Möglichkeit ab 01.01.2018 „Andere Leistungsanbieter“ als Alternative zu Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) zuzulassen. Diese können (Teil-)Leistungen des Berufsbildungsbereiches und/oder des Arbeitsbereiches erbringen, ohne bestimmte räumliche und sächliche Anforderungen von WfbM erfüllen zu müssen. Damit sollen wiederum betrieblich orientierte Beschäftigungsangebote befördert und die Angebotsvielfalt erhöht werden. Der Landkreis wird sich dazu mit interessierten Trägern verständigen.

Tagesstätten für Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen sind im Landkreis in Teltow und Treuenbrietzen verortet. Zudem gibt es regionale Angebote in Potsdam und Brandenburg an der Havel. Alle vier Standorte befinden sich räumlich gesehen nahe der Landkreisgrenze, was im Umkehrschluss bedeutet, dass für Bewohner\*innen in den dazwischen liegenden Kommunen zum Teil weite Fahrstrecken in Kauf genommen werden müssen, was die Inanspruchnahme mildern dürfte. Gemeinsam zu überlegen ist, wie damit in Zukunft umzugehen ist und ob ggf. zusätzliche Angebote benötigt werden.

Privat vermieteten Wohnraum für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu finden ist nach wie vor sehr schwierig. Hier gilt es, eingebettet in ein gut abgestimmtes Netz von ambulanten öffentlichen und privaten Betreuungsdiensten Vermieter zu sensibilisieren. Insbesondere die enge Kooperation zwischen Kommunen, dem sozialpsychiatrischen Dienst des Landkreises und den ambulanten Diensten kann dabei unterstützen, Vermieter für die Bereitstellung von Wohnraum aufzuschließen.

### 5.3. Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen

Sucht kann definiert werden als ein durch den Verstand nicht beeinflussbares Verlangen nach einer Substanz (Alkohol, Cannabis, etc.) oder einem Verhalten (Spielen, Kaufen etc.). Suchterkrankungen sind gekennzeichnet durch:

- unabdingbares Verlangen nach einer Substanz oder einem Verhalten;
- Kontrollverlust verbunden mit Neigung zu maßlosem Konsum/Verhalten;
- Einengung des Lebens auf Konsum/Verhalten mit Unterordnung aller anderen Aktivitäten;
- Festhalten am Konsum/Verhalten trotz schädlicher Folgen;
- Verleugnung der eigenen Sucht.

Suchterkrankungen erfordern in der Regel eine langwierige Therapie, in welcher, neben der Behandlung körperlicher Symptome, tief verwurzelte Verhaltensmuster verändert werden sollen. Eine entsprechend große Rolle spielt eine zeitaufwendige Psychotherapie, die häufig in Gruppen stattfindet.

**Tab. 16: Lebenszeitprävalenz Alkoholabhängigkeit bei Erwachsenen<sup>149</sup>**

Verwaltungsbezirk	Einwohner 18 bis unter 65 Jahre 31.12.2017	weiblich	männlich	Prävalenz gesamt 3,4%	Prävalenz weiblich 2,0%	Prävalenz männlich 4,8%
Kleinmachnow	11.800	6.061	5.739	401	121	275
Nuthetal	5.573	2.805	2.768	189	56	133
Stahnsdorf	9.541	4.779	4.762	324	96	229
Teltow, Stadt	15.798	7.854	7.944	537	157	381
<b>Planregion 1</b>	<b>42.712</b>	<b>21.499</b>	<b>21.213</b>	<b>1.452</b>	<b>430</b>	<b>1.018</b>
Beelitz, Stadt	7.764	3.763	4.001	264	75	192
Michendorf	7.532	3.859	3.673	256	77	176
Schwielowsee	6.196	3.123	3.073	211	62	148
Seddiner See	2.880	1.376	1.504	98	28	72
Werder (Havel), Stadt	15.621	7.837	7.784	531	157	374
<b>Planregion 2</b>	<b>39.993</b>	<b>19.958</b>	<b>20.035</b>	<b>1.360</b>	<b>399</b>	<b>962</b>
Amt Beetzsee	5.017	2.408	2.609	171	48	125
Groß Kreutz (Havel)	5.354	2.571	2.783	182	51	134
Kloster Lehnin	6.714	3.165	3.549	228	63	170
Amt Wusterwitz	3.093	1.496	1.597	105	30	77
Amt Ziesar	3.666	1.725	1.941	125	35	93
<b>Planregion 3</b>	<b>23.844</b>	<b>11.365</b>	<b>12.479</b>	<b>811</b>	<b>227</b>	<b>599</b>
Bad Belzig, Stadt	6.598	3.193	3.405	224	64	163
Amt Brück	6.691	3.164	3.527	227	63	169
Amt Niemegk	2.886	1.334	1.552	98	27	74
Treuenbrietzen, Stadt	4.464	2.154	2.310	152	43	111
Wiesenburg/Mark	2.561	1.180	1.381	87	24	66
<b>Planregion 4</b>	<b>23.200</b>	<b>11.025</b>	<b>12.175</b>	<b>789</b>	<b>221</b>	<b>584</b>
<b>Gesamt</b>	<b>129.749</b>	<b>63.847</b>	<b>65.902</b>	<b>4.411</b>	<b>1.277</b>	<b>3.163</b>

Die vom Institut für Therapieforschung München erarbeitete Deutsche Suchthilfestatistik 2015 (IFT 2015)<sup>150</sup> zeigt, dass der weitaus überwiegende Teil der Klient\*innen, der 25 in

<sup>149</sup> Amt für Statistik Berlin Brandenburg, DSH, eigene Berechnung

Brandenburg befragten Suchtberatungs- und/oder Behandlungsstellen, den vier Hauptdiagnosegruppen Alkohol (68,5 %), Cannabis (12,6 %), Stimulanzien (6,4 %) und Pathologisches Spiel (5,2 %) zugeordnet werden können. Bei allen Hauptdiagnosegruppen sind Männer gegenüber Frauen mit wesentlich höheren Anteilen vertreten, die zwischen 69,8 % (Stimulanzien) bis 86,1 % (Pathologisches Spiel) liegen.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) schätzt die bundesweite Prävalenz für eine Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV<sup>151</sup>, bei Erwachsenen zwischen 18 und unter 65 Jahren auf 3,4 % (Männer 4,8 %; Frauen 2,0 %). Aus dieser Prävalenzschätzung ergibt sich für PM die in Tab. 10 aufgeführte Verteilung von potenziell alkoholabhängigen Erwachsenen. Die im Vergleich zu den Angststörungen wesentlich niedrigeren absoluten Zahlen resultieren zum einen aus den geringeren prozentualen Werten und zum anderen aus der kleineren Bezugsgruppe, die nur die 18- bis unter 65-Jährigen erfasst. Erneut stehen die Planregionen 1 und 2 mit bevölkerungsbedingt höheren absoluten Betroffenenzahlen hervor.

**Tab. 17: 12-Monatsprävalenz Cannabisabhängigkeit bei Erwachsenen<sup>152</sup>**

Verwaltungsbezirk	Einwohner 18 bis unter 65 Jahre 31.12.2017	weiblich	männlich	Prävalenz gesamt 0,5%	Prävalenz weiblich 0,2%	Prävalenz männlich 0,8%
Kleinmachnow	11.800	6.061	5.739	59	12	46
Nuthetal	5.573	2.805	2.768	28	6	22
Stahnsdorf	9.541	4.779	4.762	48	10	38
Teltow, Stadt	15.798	7.854	7.944	79	16	64
<b>Planregion 1</b>	<b>42.712</b>	<b>21.499</b>	<b>21.213</b>	<b>214</b>	<b>43</b>	<b>170</b>
Beelitz, Stadt	7.764	3.763	4.001	39	8	32
Michendorf	7.532	3.859	3.673	38	8	29
Schwielowsee	6.196	3.123	3.073	31	6	25
Seddiner See	2.880	1.376	1.504	14	3	12
Werder (Havel), Stadt	15.621	7.837	7.784	78	16	62
<b>Planregion 2</b>	<b>39.993</b>	<b>19.958</b>	<b>20.035</b>	<b>200</b>	<b>40</b>	<b>160</b>
Amt Beetzsee	5.017	2.408	2.609	25	5	21
Groß Kreutz (Havel)	5.354	2.571	2.783	27	5	22
Kloster Lehnin	6.714	3.165	3.549	34	6	28
Amt Wusterwitz	3.093	1.496	1.597	15	3	13
Amt Ziesar	3.666	1.725	1.941	18	3	16
<b>Planregion 3</b>	<b>23.844</b>	<b>11.365</b>	<b>12.479</b>	<b>119</b>	<b>23</b>	<b>100</b>
Bad Belzig, Stadt	6.598	3.193	3.405	33	6	27
Amt Brück	6.691	3.164	3.527	33	6	28
Amt Niemegk	2.886	1.334	1.552	14	3	12
Treuenbrietzen, Stadt	4.464	2.154	2.310	22	4	18
Wiesenburg/Mark	2.561	1.180	1.381	13	2	11
<b>Planregion 4</b>	<b>23.200</b>	<b>11.025</b>	<b>12.175</b>	<b>116</b>	<b>22</b>	<b>97</b>
<b>Gesamt</b>	<b>129.749</b>	<b>63.847</b>	<b>65.902</b>	<b>649</b>	<b>128</b>	<b>527</b>

<sup>150</sup> IFT Institut für Therapieforchung (Hrsg.): Suchthilfe in Deutschland 2015 – Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS), München 2016

<sup>151</sup> Das DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, IV. Revision) ist ein zum ICD-10 konkurrierendes Klassifikationssystem psychischer Störungen

<sup>152</sup> Amt für Statistik Berlin Brandenburg, DSH, eigene Berechnung

Für die Cannabisabhängigkeit nach DSM-VI geht die DHS von einer 12-Monatsprävalenz bei Erwachsenen in Höhe von 0,5 % (Frauen 0,2 %; Männer 0,8 %) aus. Diese jeweils unter einem Prozent liegenden Werte führen wiederum zu rechnerisch wesentlich kleineren absoluten Betroffenenzahlen in den Ämtern, Städten und amtsfreien Gemeinden des Landkreises als bei Alkoholabhängigkeit mit Spitzen in den Planregionen 1 und 2:

Für das pathologische Spielverhalten bei Erwachsenen liegt aktuell nur eine Schätzung der DHS für die 12-Monatsprävalenz in Bezug auf die Gesamtbevölkerung vor, welche 0,37 % beträgt. Es ist von durchschnittlich 500 betroffenen Personen im Landkreis auszugehen, wobei die Planregionen 1 und 2 aufgrund der höheren Bevölkerungszahl stärker betroffen sein dürften als die Planregionen 3 und 4. Entsprechend der im Vergleich zu Alkohol- und Cannabismisbrauch geringen Fallzahlen wird auf eine tabellarische Darstellung verzichtet. In allen Sozialräumen liegen die Werte im niedrigen zweistelligen Bereich.

### **5.3.1. Beratungs- und Selbsthilfeangebote**

#### **Ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen**

Personen, die eine Abhängigkeitserkrankung in stoffgebundener oder stoffungebundener Form aufweisen, Personen mit riskanten und schädlichen Konsummustern, Mitbetroffenen/Angehörigen und Bezugspersonen sowie Arbeitgebern/Betrieblicher Sozialarbeit stehen die Ambulanten Beratungs- und Behandlungsstelle (aBBS) als ambulantes Hilfsangebot zur Verfügung. Sie unterstützen wesentlich die Wirksamkeit der unterschiedlich möglichen Hilfeleistungen bezogen auf Süchte.

Die Tätigkeit dieser Beratungs- und Behandlungsstellen soll auf personenbezogene Vermeidung bzw. Bewältigung von Abhängigkeitserkrankungen und auf die Verhinderung von Suchtmittelmissbrauch sowie auf institutionelle Vernetzung und Angebote für Multiplikatoren zur Suchtprävention ausgerichtet sein.

Gesetzliche Grundlagen finden sich dazu sowohl im SGB II; V, VI, VIII, IX und XII sowie im Brandenburgischen Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (BbgGDG) und im Brandenburgischen Psychisch-Kranken-Gesetz (BbgPsychKG). Daher haben das Land, der Landkreis und die Sozialversicherungsträger gemeinsam die Aufgabe, das Angebot sicher zu stellen. Die konkreten Leistungsangebote sind in der jeweiligen Versorgungsregion konkret bedarfsgerecht vertraglich vereinbart.<sup>153</sup>

Der AWO Bezirksverband Potsdam e.V. bietet für den Landkreis PM in jeder Planregion ein umfassendes ambulantes Beratungs- und Behandlungsangebot für Suchtkranke und Suchtgefährdete an. Die Aufgaben der aBBS sind Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsleistungen für Suchtkranke, Suchtgefährdete und deren Angehörige.

Die Angebote in Teltow, Bad Belzig, Werder (Havel), Lehnin und Beelitz sind gemeindenaher und bedarfsorientierte ambulante psychosoziale Hilfen in Form von:

#### Beratung:

- Informationsgespräche, Klärung und Einzelfallberatung, Krisenintervention;
- moderierte Gruppentreffen;
- Raucherentwöhnung.

#### Begleitung:

- Hilfe zur Wiedereingliederung und Lebensstilverbesserung;
- psychosoziale Begleitung bei Substitutionsbehandlung;

<sup>153</sup> Standards und Qualitätsmerkmale der Beratungs- und Behandlungsstellen für Abhängigkeitskranke im Land Brandenburg in der Fassung vom 26. April 2006, Landessuchtkonferenz Brandenburg, ergänzt und im AK ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der BLS e.V., abgestimmt 2011

- o begleitende Akupunktur.

**Behandlung:**

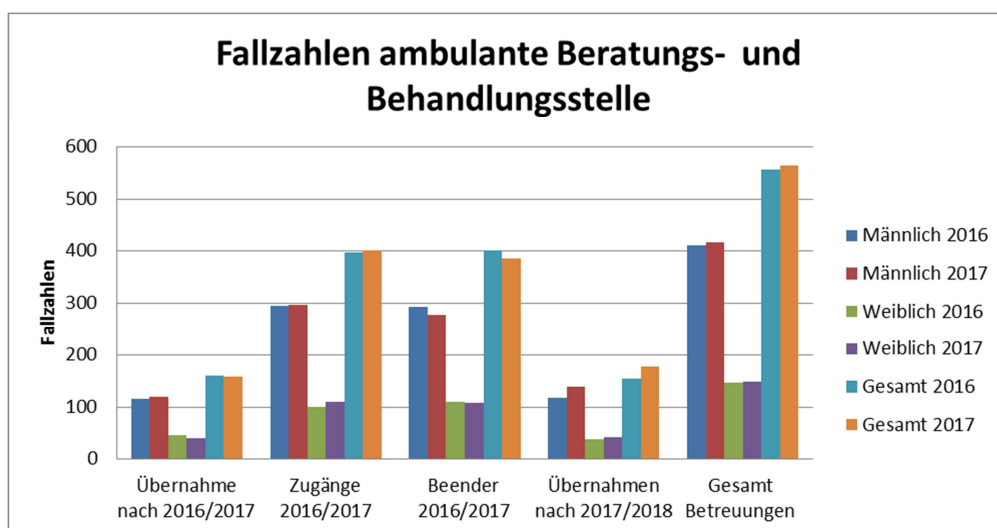
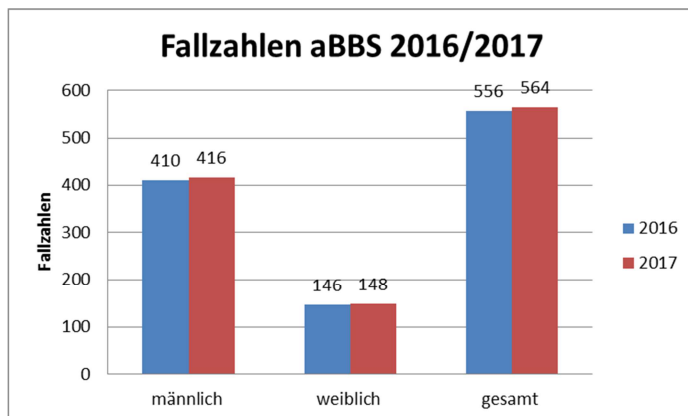
- o ambulante Entwöhnungsbehandlung;
- o ambulante Nachsorge;
- o Vermittlung in stationäre Behandlung, in Selbsthilfegruppen und/oder weitere Hilfen (z.B. bei Schulden, Wohnungslosigkeit).

Spezielle Gruppenangebote werden angeboten zu:

- Motivierungsgesprächen im Vorfeld ambulanter Rehabilitation – „Motivationsgruppe“ (Teltow, Bad Belzig);
- ambulanter Suchtbehandlung bei Alkoholabhängigkeit – „Rehabilitationsgruppe“ (Teltow, Bad Belzig);
- ambulanter Suchtnachsorge für Rehabilitanden, die eine stationäre Entwöhnungsbehandlung absolviert haben – „Nachsorgegruppe“ (Teltow, Bad Belzig, Beelitz, Lehnin).

Weitere Angebote sind Akupunktur (z.B. zur Minderung von Entzugssymptomatik, des Substanzverlangens, verbesserte Entspannung). Seit 2012 steht eine online-Beratung zur Verfügung.

**Abb. 30/31. Fallzahlenberichte aBBS in PM**



## Selbsthilfegruppen

Selbsthilfe kann mit dem Fokus auf die interpersonale Stärkung der Betroffenen durch Hilfe zur Selbsthilfe dabei unterstützen, Wege in ein suchtmittelfreies Leben zu finden. Betroffene tauschen sich im geschützten Raum zu ihren Erfahrungen, Wünschen und Zielen aus und informieren über Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten. Auch für Angehörige suchtkrank Menschen sind Selbsthilfegruppen eine gute Möglichkeit, ihre Lebenssituation zu teilen, die eigene Alltagsbewältigung zu stärken und sich über Unterstützungsmöglichkeiten auszutauschen. Es existieren aktuell 17 Angebote für Selbsthilfegruppen Betroffener und Angehöriger mit unterschiedlichen Suchtthemen und Schwerpunkten aktiv im Landkreis. Sie werden von der Koordinatorin der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen (KIS)<sup>154</sup> der Arbeiterwohlfahrt von Teltow aus, aber auch mobil, unterstützt. Vier Selbsthilfegruppen finden sich in der Planregion 1, fünf in der Planregion 2, zwei in Planregion 3 und sechs in der Planregion 4. Mit 17 Selbsthilfegruppen für suchtabhängige Menschen und ihre Angehörigen im Landkreis existieren bezogen auf die sonstigen Selbsthilfegruppen relativ viele, wobei sich diese in acht Städten zum Teil ballen. Bei der sozialplanerischen Betrachtung fällt auf, dass die Planungsregion 3 mit zwei Gruppen über nur wenige Angebote verfügt. Hier kann man davon ausgehen, dass einige Betroffene Selbsthilfegruppen in der Stadt Brandenburg an der Havel besuchen.

### 5.3.2. Medizinische Versorgung und Rehabilitation

Neben den Angeboten der medizinischen Grundversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen, wie sie im Kapitel 5.2.2. beschrieben sind, gibt es für Suchtkranke spezielle Angebote und Leistungen.

Im teilstationären/stationären Bereich erfolgt die akutmedizinische Versorgung (Entgiftung) und die sozialmedizinisch und psychotherapeutisch geprägte Entwöhnung als ganztägige ambulante oder stationäre Angebote der medizinischen Rehabilitation. Die Entgiftung erfolgt in der Regel auf ärztliche Veranlassung hin oder als Notfall in den entsprechenden Abteilungen der psychiatrischen Fachkliniken, zum Teil auch der Allgemeinkrankenhäuser, im Umfang von sieben Tagen. Kostenträger der Entgiftungsbehandlung ist die Krankenkasse oder als nachrangiger Kostenträger die Sozialhilfe. Qualifizierte Entgiftungsbehandlungen in der Region werden in den psychiatrischen Fachkliniken in Treuenbrietzen, Brandenburg an der Havel und in Potsdam durchgeführt.

Im Anschluss an eine Entgiftungsmaßnahme wird gewöhnlich eine Entwöhnungsmaßnahme im Rahmen der medizinischen Rehabilitation in ganztägig ambulanter (anerkannte Suchtberatungsstelle) oder stationärer Form (Fachklinik oder anerkannte Rehabilitationsklinik) durchgeführt. Die Dauer der Behandlung von 8 bis 15 Wochen ist abhängig von der Beurteilung der Krankheitseinsicht und der Aussicht auf Leistungsfähigkeit im Arbeitsleben. Die Kosten einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme trägt der Rentenversicherungsträger, die Krankenkasse oder nachrangig der Sozialhilfeträger.

Um die Nachhaltigkeit der Entwöhnungsmaßnahme zu verbessern, können nachsorgende Angebote sinnvoll sein. Die Nachsorge hat zum Ziel, Betroffene soweit zu stabilisieren, dass sie in der Lage sind, in einem mehr oder weniger geschützten Rahmen oder selbstständig ein möglichst in die Gesellschaft integriertes Leben zu führen. Die Nachsorge unterstützt abhängigkeitskranke Menschen beim Transfer des Erlernten in den Alltag und bei der Sicherung des Rehabilitationserfolges. Die Nachsorge wird in der Regel ambulant durch die anerkannte Suchtberatungsstelle durchgeführt. Selbsthilfegruppen sind ein wichtiger Teil der Nachsorge.

<sup>154</sup> Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e. V., Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppe (KIS), Potsdamer Straße 7-9, 14513 Teltow

### **5.3.3. Berufliche Rehabilitation und Tagesstruktur**

Alle Arbeitsangebote für psychisch erkrankte Menschen sind ebenso für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen geeignet. Als Voraussetzung wird in der Regel allerdings ein erfolgter Entzug und Abstinenz genannt. Vor allem chronisch mehrfach abhängigkeitskranken (CMA-) Patient\*innen fällt es ausgesprochen schwer, feste betriebliche Tagesstrukturen durchzuhalten. Für diesen Personenkreis bieten niedrigschwellige Angebote wie Tagesstätten und Zuverdienstmöglichkeiten im Umfang von weniger als 15 Stunden die Woche gute Rahmenbedingungen. Die planregional ausgerichtete Angebotsstruktur kann auch dem Träger einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb gewährleisten und ist als ausreichend einzuschätzen.

### **5.3.4. Wohnen und soziale Teilhabe**

Verschiedene Wohnformen zugeschnitten auf die individuellen Bedarfe der Betroffenen werden angeboten: ambulantes Wohnen, therapeutische Wohngemeinschaften, stationäres Wohnen. Ziel ist immer die eigene Wohnung zu erhalten oder die Betroffenen durch ambulante Angebote umfassend in ihrer Selbstständigkeit zu fördern. Geeigneten Wohnraum und Vermieter zu finden, die Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen als Mieter\*innen aufnehmen, gestaltet sich allerdings ähnlich schwierig wie für Menschen mit psychischen Störungen und bleibt auch perspektivisch eine Herausforderung.

Es bestehen im Landkreis verschiedene ambulant betreute und stationäre Wohnangebote, die ergänzt werden durch die Angebote in den Städten Brandenburg an der Havel und Potsdam sowie den angrenzenden Landkreisen.

#### **Ambulant betreutes Wohnen**

Im ambulant betreuten Wohnen werden Personen begleitet, die allein in einer Wohnung mit sozialtherapeutischer und alltagsstabilisierender Unterstützung leben können und wollen. Auch ein begleitetes Wohnen des psychisch kranken Menschen mit seiner Familie oder vergleichbaren Lebensformen ist im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens möglich, sofern die Betreuung durch Fachkräfte erfolgt.

Die Möglichkeiten für Wohnen in den eigenen vier Wänden sind für abhängigkeitskranke Menschen einerseits durch den Wohnungsmangel auf dem Wohnungsmarkt aber dazu auch dadurch sehr beschränkt, dass Vermieter ihnen oftmals mit Skepsis begegnen.

Bei der sozialräumlichen Verteilung für diese Angebote für den Landkreis PM fällt auf, dass bei ambulanten Wohnformen Ballungen in den Planregionen 1 und 4 bestehen. Die Planregionen 2 und 3 verfügen derzeit über nur je ein Angebot.

#### **Therapeutische Wohngemeinschaften**

Die insgesamt acht ambulant betreuten Wohnangebote im Landkreis, inklusive der therapeutischen Wohngemeinschaft in Wiesenburg, werden ergänzt durch drei bekannte Wohnmöglichkeiten in Brandenburg an der Havel. Mindestens ein Angebot besteht in jeder Planregion, in PR 1 und 4 sind es je drei. Die vielzähligen Angebote in Potsdam wurden in der Trägerbefragung nicht angegeben, werden gleichwohl aber auch in Anspruch genommen. Oftmals wird den suchtkranken Personen sogar empfohlen, ambulantes Wohnen außerhalb des gewohnten Umfeldes zu wählen, wenn den Therapieverlauf behindernde familiäre/soziale Umstände im Nahraum bestehen. Insbesondere bei Substanzmittelmissbrauch, wie Alkohol und Stimulanzien (Meth-, Amphetamine, Opiate) kann das der Fall sein.

#### **Stationäre Wohnformen**

Chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke sind Abhängigkeitskranke mit einem verifizierbaren hirnorganischen Abbau im Sinne nicht mehr rehabilitierender Endzustände.

Die heimmäßige Betreuung chronisch mehrfach geschädigter Abhängigkeitskranker ist für diejenigen alkohol- und medikamentenabhängigen Menschen gedacht, die auf Grund ihrer ausgeprägten psychischen Beeinträchtigungen und erheblichen somatischen Erkrankungen als Folge des Alkohol- und Medikamentenabusus nicht mehr allein leben können, aber die Bereitschaft zur Abstinenz mitbringen.

Die betreuten Menschen benötigen Hilfen in allen Lebenslagen über den gesamten Tag und in der Nacht.

Alkoholabhängige, die nach erfolgter Entwöhnungsbehandlung zwar die Voraussetzungen für eine abstinenten Lebensweise erwarben, jedoch noch einer Langzeittherapie zur sozialen Rehabilitation bedürfen, werden in sozialtherapeutischen Nachsorgeeinrichtungen betreut. Langzeittherapieeinrichtungen sind stationäre Angebote. Sie erbringen Leistungen der sozialen Rehabilitation. Dies umfassen insbesondere sozialtherapeutische und alltagsbezogene Trainingsmaßnahmen, die durch arbeitstherapeutische Angebote ergänzt werden. Von den in der Trägerbefragung 2016 benannten neun stationären Wohneinrichtungen befinden sich sieben in PM (zwei in Planregion 1 und fünf in Planregion 4 bei dezentraler Verteilung). Neben den angegebenen Einrichtungen in Brandenburg an der Havel und Potsdam wurden mit weiteren Trägern außerhalb des Landkreises Leistungsvereinbarungen für Klient\*innen aus dem Landkreis vereinbart.

In der stationären Versorgung ist die Planungsregion 4 überproportional vertreten, während die Planregionen 2 und 3 unterrepräsentiert sind.

### **5.3.5. Empfehlungen und Maßnahmen**

Analog wie für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist gemeinsam mit den allen Fachkräften weiter zu überlegen, wie die Selbsthilfe Betroffener oder ihrer Angehörigen befördert werden kann. Zentraler Faktor bleibt allerdings die Bereitschaft von Betroffenen, sich vor Ort zu organisieren und engagieren.

Ähnlich wie für Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen, ist für abhängigkeitskranke Menschen und insbesondere für chronisch mehrfach abhängige (CMA-)Patient\*innen die Auswahl an beruflichen Teilhabemöglichkeiten bisher überschaubar. Die Angebote sind daraufhin zu überprüfen, ob wohnortnahe Plätze und Stellen ausreichend vorhanden sind.

Zur bedarfsgerechten Vermittlung in eigenen Wohnraum gilt es auch in Zukunft für den Einzelfall in enger Zusammenarbeit von Kommunen, Beratungsstellen oder ambulanten Betreuungsdiensten und Vermietern alle Möglichkeiten auszuloten.

Ob die unterschiedlichen stationären Angebotsvorkommen in unterschiedlichen Bedarfslagen begründet liegen, muss zwischen den Fachkräften weiter erörtert werden.

Angebote für nasse Alkoholiker, die nicht mehr abstinent leben und eigenen Wohnraum nicht mehr bewirtschaften können, sollten weiter diskutiert werden.<sup>155</sup> Dabei ist von geringen Bedarfswerten auszugehen.

---

<sup>155</sup> Dabei ist auch zu bedenken, dass die ordnungsrechtliche Zuständigkeit bei Obdachlosigkeit zunächst bei den kreisangehörigen Kommunen liegt.



## 5.4. Teilhabe von älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen

Die Themen Alter, Pflege und psychische Erkrankung (insb. Demenz) weisen große Schnittmengen auf. Die soziale Infrastruktur für ältere kranke und pflegebedürftige Menschen im Landkreis basiert traditionell auf den Säulen der Altenhilfe. Daher werden im vorliegenden Psychiatrieplan die Situation von älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen sowie die Versorgungsangebote nur überblicksartig dargestellt.

Internationalen Feldstudien über die Prävalenz psychischer Erkrankungen im Alter zufolge sind etwa 25 % der über 65-jährigen Menschen von einer psychischen Erkrankung betroffen, vergleichbar mit Menschen im mittleren Lebensalter.

Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter zählen Demenz und Depressionen. Angst- und Zwangserkrankungen, Delir (Verwirrheitszustand), Schizophrenie und wahnhaftige Störungen, Substanzenmissbrauch und -abhängigkeit sowie somatoforme Störungen, d. h. körperliche Beschwerden, die nicht oder nicht vollständig auf eine organische Erkrankung zurückzuführen sind, und Schlafstörungen kommen in einem geringeren Ausmaß vor.<sup>156</sup>

Eine aktuelle international angelegte Studie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf hat sogar eine deutlich gestiegene Prävalenz für psychische Erkrankungen von rund einem Drittel der 65- bis 85-Jährigen festgestellt.<sup>157</sup>

Eine adäquate Versorgung älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen kann mit zunehmender Multimorbidität Probleme bereiten und geht oftmals mit einer schwieriger werdenden sozialen Situation einher.

In der gerontopsychiatrischen Versorgung sind drei Zielgruppen zu unterscheiden, auf die auch die Versorgungslandschaft eingestellt sein sollte:

- älter werdende chronisch psychisch kranke Menschen;
- erstmals im Alter psychisch erkrankte Menschen;
- ältere Menschen, die an einer Form der Demenz erkrankt sind.

Vor dem Hintergrund des Fortschreitens des demografischen Wandels wird für den Landkreis PM eine Zunahme der Anzahl demenziell Erkrankter zu 2013 von 108 % prognostiziert (mehr weibliche als männliche). Das bedeutet absolut ca. 8.000 Personen.

Die Beratung, Behandlung und Betreuung von älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen findet in allen Feldern der medizinischen Versorgung und der Altenhilfe statt. Im gerontopsychiatrischen Bereich stehen den Betroffenen und ihren Angehörigen die Angebote der Erwachsenenpsychiatrie offen.

Die Brandenburger Fachkräftestudie Pflege kam 2014 zu dem Ergebnis: „Die Pflege und Begleitung von Personen mit psychischen Störungen finden in der pflege- und versorgungswissenschaftlichen Diskussion erst langsam Beachtung. Mehr Aufmerksamkeit für dieses Thema ist jedoch notwendig, da die demografische Entwicklung, der medizinische Fortschritt und gesundheitspolitische Veränderungen zu einem erheblichen Wandel der Anforderungen geführt haben, die an die Begleitung, Versorgung und Pflege dieser Personen gestellt werden.“<sup>158</sup>

---

<sup>156</sup> u.a. Böhm, Karin/Tesch-Römer, Clemens/Ziese, Thomas (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter, Robert Koch-Institut, Berlin 2009

<sup>157</sup> Andreas, Sylke/Schulz, Holger/Volkert, Jana/Dehoust, Maria/Sehner, Susanne/Suling, Anna/Ausín, Berta/Canuto, Alessandra/Crawford, Mike/Da Ronch, Chiara/Grassi, Luigi/Hershkovitz, Yael/Muñoz, Manuel/Quirk, Alan Rotenstein, Ora/Santos-Olmo, Ana Belén/Shalev, Arieh/Strehle, Jens/Weber, Kerstin/Wegscheider, Karl/Wittchen Hans-Ulrich/Härter, Martin: Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis\_ICF65+ study, The British Journal of Psychiatry 2 (2017), 125-131

<sup>158</sup> Martin-Luther-Universität-Halle-Wittenberg (Hrsg.): Brandenburger Fachkräftestudie Pflege, Abschlussbericht, Halle (Saale) 2013

Für bestimmte ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen braucht es aber zusätzliche Bemühungen, da sie für die Gesundheitsförderung generell schwer zu erreichen und/oder durch altersbedingte kritische Ereignisse und Situationen besonders belastet sind. Dazu gehören u.a. die folgenden Personengruppen: Verwitwete, finanziell Benachteiligte, pflegende Angehörige, zu Hause lebende Pflegeabhängige, Gebrechliche bzw. fragile Personen, Seh- und Hörbehinderte, frisch Pensionierte sowie Getrennte/Geschiedene. Diesen Personengruppen gemein ist, dass sie in die soziale Isolation geraten können. Ein zentraler Ansatz zur Förderung der psychischen Gesundheit im Alter ist es deshalb, verschiedene Anreize und Möglichkeiten zur sozialen Integration zu schaffen.<sup>159</sup>

Allerdings ist eine weitere Anspannung bei der Fachkräftesituation in der Betreuung und Pflege in allen Versorgungsformen des Landkreises abzuschätzen. Die Nachfrage nach professioneller ambulanter, teil- und stationärer Versorgung und damit auch nach Pflegefachkräften wird kontinuierlich, gerade auch für die gerontopsychiatrische Versorgung älterer Menschen ansteigen.

#### **5.4.1. Beratungsangebote und Selbsthilfe**

Der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes ist auch für ältere Betroffene eine wichtige Anlaufstelle, wobei das nicht in der Mehrzahl der Inanspruchnahmen der Fall ist.

Oftmals kontaktieren Angehörige, Bekannte aber auch Haus- oder Fachärzt\*innen den Dienst, um Hilfe zu organisieren.

Aus dem SGB XI besteht grundsätzlich ein gesetzlicher Anspruch auf Pflegeberatung. Die Pflegekassen sind verpflichtet, für ihre Versicherten ein individuelles Fallmanagement vorzuhalten. Dazu wurde auch in Potsdam-Mittelmark der Pflegestützpunkt PM eingerichtet als eine trägerunabhängige Anlaufstelle.

Der Pflegestützpunkt PM in Werder (Havel) berät Ratsuchende zu allen Fragen von Pflege und Betreuung, insbesondere auch zu Betreuungssettings für dementiell erkrankte Menschen.<sup>160</sup> Auch aufsuchende Beratung ist möglich.

Zusätzlich hat der Landkreis seit 2015 über einen beauftragten Dritten regionale Beratungs- und ambulante Unterstützungsangebote für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen aufbauen lassen. Hier findet Beratung ebenso spezifisch ausgerichtet statt wie Angehörigenarbeit, alltagsunterstützende Angebote, Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung. Dabei finden sowohl Angebote in der Beratungsstelle als auch in der Häuslichkeit statt.

Die professionelle Beratung und Koordination der Hilfeangebote wird in jeder Planregion sehr engagiert von ehrenamtlichen Helfern unterstützt.

Bereits heute spürt der Träger dieses Beratungsangebotes im Landkreis einen kontinuierlichen Beratungsbedarf, die Notwendigkeit des Ausbaus niedrigschwelliger Angebote für beginnenden Unterstützungsbedarf und des Ausbaus der Angehörigenarbeit als niedrigschwelliges Selbsthilfeangebot.

Die Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V. und das Kompetenzzentrum Demenz für das Land Brandenburg<sup>161</sup> informiert und berät ebenfalls Betroffene und Angehörige zu den verschiedenen Krankheitsbildern und vermittelt zu Angehörigenschulungen „Hilfe beim Helfen“, Angehörigengruppen und alltagsunterstützenden Angeboten. Zentrale Aufgabe der Organi-

---

<sup>159</sup> Universität Zürich - Zentrum für Gerontologie, ZfG: Prävention & Gesundheitsförderung im Kanton Zürich, Nr. 31, Juli 2012

<sup>160</sup> Pflegestützpunkt PM, Am Gutshof 1-7, 14542 Werder (Havel); Außenstelle Beelitz, Clara-Zetkin-Straße 196, 14547 Beelitz

<sup>161</sup> Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V. und Kompetenzzentrum Demenz für das Land Brandenburg in Trägerschaft der Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V., Stephensonstr. 24-26, 14482 Potsdam

sationen ist der Aufbau und die Begleitung von niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten im gesamten Land.

Um die strukturellen Bedingungen von Pflege und Betreuung älterer Menschen im Land zu verbessern, wurden landesweit fünf Fachstellen Altern und Pflege im Quartier eingerichtet. Ziel der Fachstellen ist es, diejenigen im Land zu unterstützen, die sich am Auf- und Ausbau altersgerechter und teilhabeorientierter Strukturen im Sozialraum aktiv beteiligen wollen. Die altersgerechten Strukturen sollen dazu beitragen, dass Menschen solange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung gut leben können und integriert sind. Die Beratungsstelle für die Region Südwest (PM/BRB/TF/EE) ist in Luckenwalde angesiedelt.<sup>162</sup>

Pflege in Not Brandenburg<sup>163</sup> richtet sich an Betroffene, pflegende Angehörige und professionelle Pflegekräfte in Krisensituationen. Neben der telefonischen Beratung werden Einzel-, Gruppenberatungen, Familienkonferenzen, Mediation/Vermittlungsgespräche in Einrichtungen, Teamentwicklungsveranstaltungen und Fortbildungen in der Beratungsstelle oder vor Ort angeboten.

#### **5.4.2. Medizinische Versorgung und Rehabilitation**

In erster Linie betreuen und behandeln die Hausärzte gerontopsychiatrisch erkrankte Personen. Als erste Ansprechpersonen für ältere Menschen und ihre Angehörigen spielen Hausärzt\*innen eine entscheidende Rolle, dass psychiatrische Krankheiten erkannt werden, Hilfen überhaupt angenommen und zur fachärztlichen Behandlung weitergeleitet werden. Die fachärztlichen ambulanten und stationären Angebote für ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen entsprechen den im Kapitel 5.2.2. dargestellten.

#### **5.4.3. Wohnen, soziale Teilhabe und Pflege**

Menschen mit Demenz und/oder sonstigen Pflegebedarf können die vorhandenen zusätzlichen niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote (NBEA), die nach § 45a SGB XI finanziert werden, für Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, der Kurzzeitpflege, von zugelassenen Pflegediensten oder von nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangeboten (wie Helferinnenkreise, Demenz-Cafés) nutzen.

Im Landkreis sind sieben nach Landesrecht anerkannte niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote bekannt, was im Landesvergleich unterdurchschnittlich ist. Laut Pflegestatistik 2015 werden letztgenannte Angebote, die vor allem der Unterstützung der häuslichen Betreuung und Pflege dienen sollen, im Landkreis sicherlich auch aufgrund ihrer übersichtlichen Zahl zurückhaltend in Anspruch genommen. Von 3.416 Leistungsberechtigten nutzten nur 268 Personen die Angebote zur Alltagsentlastung. Das entspricht einem Anteil von 7,8 %, im Vergleich zu einer Nutzungsquote von 16,4 % im Land.<sup>164</sup>

Im Landkreis gab es nach der Pflegestatistik 2015 insgesamt 52 ambulante Dienste, die im häuslichen bzw. ambulant betreuten Umfeld Betreuungs- und Pflegeleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung erbringen. Daneben sind 39 voll- und teilstationäre Einrichtungen mit insgesamt 2.502 Plätzen gemeldet. Im Landesvergleich ist der Anteil stationär versorgter pflegebedürftiger Menschen in PM mit 25,7 % höher als im Landesdurchschnitt (21,8 %). Der Anteil ambulant betreuter Personen in PM (28,6 %) ist in etwa so hoch wie im Land (28,7 %). 45,7 % der Pflegebedürftigen beziehen in PM Pflegegeld im Vergleich zu 49,5 % im Landes-

<sup>162</sup> Fachstellen Altern und Pflege im Quartier, Rudolf-Breitscheid-Str. 64, 14482 Potsdam; Grabenstr. 6a, 14943 Luckenwalde

<sup>163</sup> Pflege in Not Brandenburg, Gutenbergstraße 96, 14467 Potsdam

<sup>164</sup> Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF) (Hrsg.): Daten und Fakten zur Pflege im Landkreis Potsdam-Mittelmark. Analyse der Pflegestatistik 2013, Potsdam 2016

schnitt. Das zeigt, dass im Landkreis eher professionelle Dienste in der Pflege in Anspruch genommen werden.<sup>165</sup>

#### **5.4.4. Empfehlungen und Maßnahmen**

Strategien und Maßnahmen zur Förderung von psychischer Gesundheit richten sich grundsätzlich an die Gesamtbevölkerung und schließen somit alle Personen ein.

Die Pflege von älteren Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen zu Hause stellt besonders hohe Anforderungen an die pflegenden Angehörigen. Um diese zu unterstützen und bei Bedarf zu entlasten, bedarf es umfassender Beratung über individuelle Möglichkeiten, den Alltag lebenswert für alle Beteiligten zu gestalten. Die Erhöhung des Bekanntheitsgrades und der gleichzeitige wohnortnahe Ausbau niedrigschwelliger Betreuungs- und Entlastungsangebote können dazu beitragen, möglichst lange in der gewohnten Umgebung zu leben. Insbesondere vor dem Hintergrund der sich rapide entwickelnden Steigerungsraten älterer und hochaltriger Menschen im Landkreis ist ein besonderes Augenmerk die Weiterentwicklung und den Ausbau solcher Angebote im Landkreis zu legen.

Gleichzeitig sind zusätzliche niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote aufzubauen.

---

<sup>165</sup> ebenda

## **5.5. Teilhabe von kognitiv behinderten Menschen mit psychischen Erkrankungen**

Von den 261.300 Menschen mit Schwerbehinderung im Land Brandenburg leben schätzungsweise 5-7 % mit einer kognitiven Behinderung, die entweder angeboren oder durch Unfall oder Krankheit erworben wurde. Hochgerechnet sind das für das gesamte Land etwa 15.600 Menschen. Verschiedene Studien besagen, dass psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen bei Kindern und Erwachsenen mit kognitiver Behinderung vier- bis fünfmal häufiger auftreten können als in der Allgemeinbevölkerung.

In einer kritischen Würdigung der „Entpsychiatisierung“ und „Enthospitalisierung“ von Menschen mit geistigen Behinderungen in den letzten vier Jahrzehnten merkt die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde an: Diese Prozesse „haben allerdings auch dazu beigetragen, dass über lange Zeit nicht ausreichend beachtet wurde, dass Menschen mit geistiger Behinderung durchaus psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfen benötigen können – und zwar statistisch deutlich häufiger als die Durchschnittsbevölkerung. Diese Fehleinschätzung brachte die Gefahr, dass psychische Störungen übersehen, falsch interpretiert und falsch behandelt werden.“<sup>166</sup>

In 2016 bezogen in PM insgesamt 740 Menschen mit kognitiven Behinderungen ambulante oder stationäre Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB IX/XII. Ihre Zahl nahm seit 2012 um 19 Personen leicht ab.

Das Thema „kognitive Behinderungen und psychische Erkrankungen“ führte bundesweit lange Zeit ein Schattendasein, da in den letzten Jahrzehnten die „Enthospitalisierung“, „Integration“ und „Inklusion“ von Menschen mit kognitiven Behinderungen mit einem Fokus auf die Wohnsituation, Bildung und Beschäftigung betrieben wurde. Zunehmend drängen sich nun auch Fragen der Gesundheitsversorgung auf. Auch aufgrund der verbesserten medizinischen und heilpädagogischen Versorgung können Menschen mit kognitiven Behinderungen in selbstbestimmten Wohn- und Betreuungssettings alt werden. Einhergehend mit dem Normalisierungsprinzip treten nun allerdings auch vermehrt Risiken wie Abhängigkeitserkrankungen und alterstypische Krankheiten auf.

### **5.5.1. Kognitive Behinderungen und psychische Erkrankung**

Bei Menschen mit kognitiven Behinderungen können grundsätzlich alle psychischen Erkrankungen auftreten, wie in der Durchschnittsbevölkerung. Meist sind diese Symptome jedoch eher unspezifisch und manifestieren sich zum Teil in fremd- oder selbstaggressives Verhalten. Abhängig vom Schweregrad der kognitiven Behinderung bestehen bei den Betroffenen oftmals Hindernisse, die Krankheitssymptome dem Umfeld ausreichend deutlich mitzuteilen. Somit ist eine frühzeitige Diagnose von psychischen Erkrankungen bei Menschen mit kognitiven Behinderungen erschwert, eine Therapie kann meistens erst spät eingeleitet werden. Auch bei der Therapie und Behandlung sind aufgrund des oftmals eingeschränkten Sprachverständnisses und der reduzierten Konzentrations- und Verarbeitungsfähigkeit andere Konzepte gefragt als für Menschen ohne kognitive Behinderungen.

Grundsätzlich stehen den Betroffenen, ihren Angehörigen und Betreuungspersonen alle Angebote der medizinischen Versorgung und Rehabilitation für die Allgemeinbevölkerung offen. In der Region gibt es ein spezifisches Angebot für Diagnose, Therapie und Behandlung für

---

<sup>166</sup> Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.): Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Zielgruppenspezifische psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen – Situation, Bedarf und Entwicklungsperspektiven, Berlin 2009

die Personengruppe. Weitere speziell abgestimmte Konzepte werden angrenzend in Berlin und Sachsen-Anhalt angeboten.

Das Asklepios Fachklinikum in Brandenburg an der Havel<sup>167</sup> hält eine Spezialstation für kognitiv behinderte Menschen mit psychischen Erkrankungen vor. Häufig kommen dort depressive Syndrome, Psychosen, Anpassungsstörungen und Demenzsyndrome vor. Individuelle Therapiestrategien werden gemeinsam mit den Betroffenen, den Betreuungspersonen und Angehörigen, den Einrichtungen und den Ärzt\*innen entwickelt. Die Behandlung und Betreuung erfolgt mit besonderer Rücksicht auf mögliche Verhaltensauffälligkeiten. Ambulante Betreuungsmöglichkeiten bestehen unter Umständen in den angegliederten Institutsambulanzen in Teltow, Werder (Havel) und Brandenburg an der Havel.

In der stationären Versorgung weisen zudem das Evangelische Krankenhaus Elisabeth Herzberge gGmbH<sup>168</sup> in Berlin und das AWO Fachkrankenhaus Jerichow<sup>169</sup> (Sachsen-Anhalt) spezialisierte Versorgungs- und Behandlungskonzepte auf.

Die Heilpädagogische Ambulanz Berlin e.V.<sup>170</sup> betreut und behandelt Menschen mit geistiger Behinderung und gravierenden Verhaltensauffälligkeiten und hält ein spezialisiertes heilpädagogisch-therapeutisches Angebot für Betroffene, Angehörige und professionell in der Behindertenhilfe Tätige bereit. Sie bietet ferner Fort- und Weiterbildungsangebote für Mitarbeitende in psychosozialen und (heil-)pädagogischen Arbeitsfeldern zu fachspezifischen Themen im Bereich der Behindertenhilfe an.

### 5.5.2. Kognitive Behinderungen und Abhängigkeit

Die gesellschaftlichen Veränderungen der vergangenen Jahre und Jahrzehnte geben Menschen mit kognitiven Behinderungen viele neue Möglichkeiten für die selbstbestimmte Lebensführung. Diese bürgen aber auch Risiken und konfrontieren sie mit neuen, ungewohnten Herausforderungen.

Untersuchungen zum Ausmaß von Suchtproblemen bei Menschen mit kognitiver Behinderung in den letzten Jahren zeigen steigende Prävalenzen. Insbesondere Alkoholmissbrauch ist verbreitet. Verschiedene Studien stellten relativ hohe Prävalenzen fest, die in etwa mit Betroffenenzahlen der Allgemeinbevölkerung vergleichbar sind (25 % Untersuchung Westfalen; 11 % Untersuchung Rheinland-Pfalz, davon 18 % in WfbM, 15 % in Wohnheimen, 10 % in betreuten Wohngruppen; 11 % Untersuchung Sachsen-Anhalt). Im Bereich der Suchthilfe wird das verstärkte Auftreten von geistiger Behinderung und Sucht hingegen aus unterschiedlichen Gründen nur am Rande wahrgenommen.<sup>171</sup>

Um hier Relationen zu potentiell Betroffenen aus dem Landkreis herzustellen, sind die Fallzahlen der Eingliederungshilfe aufschlussreich. Von den 740 Menschen mit kognitiver Behinderung, die in PM 2016 Leistungen der Eingliederungshilfe bezogen, wurden 100 ambulant, 345 teilstationär (WfbM, Förder- und Beschäftigungsbereich) und 295 stationär betreut.

Grundsätzlich stehen den Betroffenen, ihren Angehörigen und professionell in der Behindertenhilfe Tätigen die Angebote der medizinischen Versorgung und Behandlung, insbesondere die akutmedizinische Versorgung, Entwöhnungsmaßnahmen, die Nachsorge und Selbsthil-

<sup>167</sup> Hauptklinik und Institutsambulanz: Anton-Saefkow-Allee 2, 14772 Brandenburg an der Havel; Institutsambulanz: Rheinstraße 10a, 14513 Teltow; Institutsambulanz: Unter den Linden 1, 14542 Werder (Havel)

<sup>168</sup> Herzbergstraße 79, 10365 Berlin

<sup>169</sup> Johannes-Lange-Straße 20, 39319 Jerichow

<sup>170</sup> [www.hpa-berlin-ev.de](http://www.hpa-berlin-ev.de)

<sup>171</sup> Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (Hrsg.): Fachexpertise, Geistige Behinderung und Sucht, Ergebnisse der verbandsübergreifenden Arbeitsgruppe, Berlin 2015

feangebote, offen. Allerdings sind Angebotsformen der Suchthilfe oftmals nicht ausgerichtet auf die besonderen Erfordernisse im Umgang mit Menschen mit kognitiven Behinderungen. Auch Behinderteneinrichtungen sehen sich mit den neuen Herausforderungen notwendiger Suchtmittelprävention, suchtmittelbedingter Verhaltensauffälligkeiten und der Vermittlung von Hilfen konfrontiert und zum Teil überfordert. Spezialisierte Einrichtungen gibt es in der Region nicht.

### 5.5.3. Kognitive Behinderungen und gerontopsychiatrische Erkrankungen

Die durchschnittliche Lebenserwartung von Menschen mit kognitiven Behinderungen konnte durch verbesserte Diagnostik und medizinische Behandlung in den letzten Jahren kontinuierlich erhöht werden und nähert sich langsam der Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung an. Dies führt allerdings auch dazu, dass eine zunehmende Anzahl von Menschen mit kognitiver Behinderung an typischen Alterserkrankungen, insbesondere an einer Demenz, erkrankt. Dementielle Erkrankungen, wie die Alzheimer-Demenz oder eine vaskuläre Demenz, treten bei kognitiv behinderten Menschen deutlich früher auf und die Prävalenz steigt mit zunehmendem Alter rapide an. Verschiedene Studien stellten Prävalenzen von 30-60 % bei Menschen mit Down-Syndrom über 50 Jahren fest. Ihre Symptomatik weicht aufgrund der vorhandenen Hirnschädigungen häufig von der üblichen Symptomatik ab, was eine frühzeitige Diagnostik und Behandlung erschwert.<sup>172</sup>

Die Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung von Menschen mit kognitiven Behinderungen lässt sich auch bei den Fallzahlen der Eingliederungshilfe für den Personenkreis im Landkreis ablesen. Waren 2012 noch 244 Leistungsbeziehende mit kognitiven Behinderungen über 50 Jahre, so sind es 2016 bereits 290. Das sind 19 % mehr. Mit einem weiteren Anstieg ist auch aufgrund demografischer Entwicklungen zu rechnen.

Die Alzheimer-Demenz ist neben Depressionen die am häufigsten auftretende gerontopsychiatrische Erkrankung bei Menschen mit kognitiver Behinderung. Insbesondere bei Menschen mit Down-Syndrom tritt sie häufig bereits vor dem 40. Lebensjahr auf. Mit spezialisierten Assessment-Verfahren, die allerdings in Deutschland wenig verbreitet sind, können Demenzen bei Menschen mit geistiger Behinderung mittlerweile gut erfasst werden. Wichtig hierbei sind vor allem das wiederholte Abfragen körperlicher und kognitiver Fertigkeiten und Fähigkeiten sowie die Dokumentation von Verhaltensänderungen und -auffälligkeiten über einen längeren Zeitraum. Folgende Symptome werden häufig beobachtet: mundmotorische Störungen mit erschwerter Nahrungsaufnahme, Abbau alltagspraktischer Fähigkeiten, Verhaltensänderungen oder Änderungen des Affektes, epileptische Anfälle, Verlust der räumlichen Orientierung, Gedächtnisverlust, Wortfindungsstörungen bei späterem Sprachverlust, Gangunsicherheit und erhöhte Sturzgefahr. Die Wahrnehmung der Verluste und der eigenen Hilflosigkeit trägt auch bei Menschen mit kognitiven Behinderungen häufig dazu bei, dass sich eine Depression entwickelt.

Grundsätzlich stehen den Betroffenen, ihren Angehörigen und professionell in der Behindertenhilfe Tätigen alle Angebote der psychiatrischen Versorgung in der Region offen. Spezialangebote für den Personenkreis sind Deutschlandweit kaum zu finden. Für die Versorgung in Westbrandenburg hat das Asklepios Fachklinikum in Brandenburg an der Havel<sup>173</sup> besondere Bedeutung. Es betreibt seit vielen Jahren eine kleine Spezialstation für die Behandlung von psychischen Störungen, insbesondere dementielle Erkrankungen, bei Menschen mit kognitiven Behinderungen. In oftmals längerfristigen Behandlungsverläufen werden angemessene individuelle Therapiestrategien gemeinsam mit den Patient\*innen, den Betreuer\*innen und Angehörigen, den Einrichtungen und den Ärzt\*innen entwickelt. Zu den Thera-

<sup>172</sup> Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (Hrsg.): Demenz bei geistiger Behinderung, Berlin 2014

<sup>173</sup> Hauptklinik und Institutsambulanz: Anton-Saefkow-Allee 2, 14772 Brandenburg an der Havel; Institutsambulanz: Rheinstraße 10a, 14513 Teltow; Institutsambulanz: Unter den Linden 1, 14542 Werder (Havel)

piestrategien zählen neben pharmako- und psychotherapeutischen sowie pädagogischen Ansätzen regelhaft Ergotherapie, Beschäftigungstherapie und das Training von Alltagskompetenzen und Tagesroutinen sowie Sport- und Physiotherapie. Sofern eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist, werden unter bestimmten Voraussetzungen ambulante Behandlungen in den psychiatrischen Institutsambulanzen in Brandenburg an der Havel, Teltow und Werder (Havel) angeboten.

Die Wohnversorgung und soziale Betreuung von älteren kognitiv behinderten Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe gestaltet sich zunehmend schwieriger, weil der Pflegeanteil stark zunimmt und nicht immer auf die gewandelte Situation der Bewohner\*innen zugeschnittene Betreuungs- und Pflegekonzepte vorliegen. Auch sind Vergütungsvereinbarungen und Fachpersonal auf die veränderte Situation vergleichbar mit stationären Pflegeeinrichtungen anzupassen, um einen Umzug der Bewohner\*innen im hohen Alter vermeiden zu können.

Andererseits sind nunmehr auch verstärkt Altenpflegeeinrichtungen gefragt, Angebote für älter gewordene Menschen mit kognitiver Behinderung zu unterbreiten. Denn eine größere Zahl von Betroffenen, die bisher familiär versorgt wurde, benötigt durch eine eintretende Pflegebedürftigkeit oder das Ableben der Angehörigen (oftmals der Eltern) verlässliche professionelle Wohn- und Betreuungssettings.

#### **5.5.4. Empfehlungen und Maßnahmen**

Für die Zukunft bleibt es unbedingt wichtig sich weiter mit dem Thema zu beschäftigen, um auch für den Personenkreis der Menschen mit psychischen Erkrankungen die gleichberechtigte Teilhabe durch Inklusion im Landkreis gewährleisten zu können. Neben zielgruppenorientierter Binnendifferenzierung von Angebotsformen, interdisziplinärer Zusammenarbeit von Behindertenhilfe, Suchthilfe und Altenpflege könnten gemeinsame Fortbildungsangebote unterstützen.

Zur Verbesserung der Suchtprävention und Suchtbehandlung von Menschen mit kognitiver Behinderung im Landkreis sind speziell die Akteur\*innen der Behinderten- und Suchthilfe gefragt, sich das wechselseitig erforderliche Fachwissen anzueignen, dass einerseits Mitarbeiter\*innen in Wohneinrichtungen befähigt, Handlungskompetenzen für den adäquaten Umgang mit suchtmittelgefährdeten und -kranken Bewohner\*innen zu entwickeln.

Andererseits sollten Institutionen der Suchthilfe (Fachkliniken, Fachambulanzen, Beratungsstellen), Ärzt\*innen, Therapeut\*innen und Sozialpädagog\*innen zunehmend lernen, einen Zugang zu Menschen mit geistiger Behinderung zu finden. Für Einrichtungen der Behindertenhilfe heißt das auch, die eigene pädagogische Konzeption auf die Thematik hin zu überprüfen und Suchtprävention als alltägliche Freizeit- und Bildungsarbeit zu begreifen.

Die Suchthilfe ist aufgefordert, Menschen mit Behinderungen Zugänge zu ermöglichen (wie Anwendung Leichter Sprache, Vor-Ort Angebote in Einrichtungen) und geeignete individuelle Angebote zu unterbreiten. Eine Kooperation und Vernetzung von Behinderten- und Suchthilfe kann sich in abgestimmten Arbeitsweisen und Informationsmaterialien sowie gemeinsamen Fortbildungen manifestieren.<sup>174</sup>

Älter gewordene geistig behinderte Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen benötigen verlässliche professionelle Versorgungsangebote in den Bereichen der Medizin, des Wohnens und der sozialen Begleitung. Insbesondere Einrichtungen der Behindertenhilfe, der Altenhilfe und die entsprechenden Leistungsträger sind aufgefordert, schnittstellenübergreifende Lösungen für die Betroffenen und ihre Angehörigen auszuloten. Dabei sind die Möglichkeiten für spezialisierte kleine Wohneinheiten in Behinderteneinrichtungen ebenso wie in

---

<sup>174</sup> Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (Hrsg.): Fachexpertise, Geistige Behinderung und Sucht, Ergebnisse der verbandsübergreifenden Arbeitsgruppe, Berlin 2015



Altenpflegeheimen zu prüfen. Dementielle Erkrankungen und Depressionen bei älter gewordenen Menschen mit geistiger Behinderung stellen für Angehörige und professionell in Einrichtungen Tätige große Herausforderungen dar. Informations-, Fortbildungs- und Entlassungsangebote können hier zumindest teilweise Abhilfe schaffen.

## 6. Zusammenfassung von Handlungsempfehlungen für den kommunalen Gestaltungsrahmen des Landkreises

Psychische Störungen sind bereits und werden auch zukünftig zu wachsenden Anforderungen an das Versorgungssystem führen. Im Rahmen seines Gestaltungsspielraumes kann und muss der Landkreis als Leistungsträger wie als kommunale Gebietskörperschaft integriert zur chancengerechten Ausgestaltung der sozialen Infrastruktur beitragen. Dieser Auftrag entspricht mit dem gemeinsamen Agieren der kreisangehörigen Kommunen auch der Erfüllung des kreislichen Leitbilds PM 2022.

Die Anspannung bei der Fachkräftesicherung betrifft inzwischen erheblich sowohl die Leistungserbringer als auch die Verwaltungen der Leistungsgewährung. Der kommunale Gestaltungsspielraum entfaltet sich für den Landkreis im Kontext der komplexen Verantwortungssystematik aus dem Sozialsystem und der kommunalen Selbstverwaltung hinsichtlich sozialer Daseinsvorsorge. Er ist in der Verantwortungsgemeinschaft der Sozialleistungsträger, der Leistungserbringer und des Gemeinwesens insbesondere nutzbar zu machen durch:

- hochqualifizierte Fallarbeit im Rahmen der Leistungsgewährung durch die Kreisverwaltung;
- qualifizierte und bedarfsorientierte Facharbeit der Leistungserbringer;
- nachhaltige interdisziplinäre Vernetzung von den im Landkreis tätigen Fachkräften;
- zielgerichtete, sozialraumorientierte und bedarfsgerechte Angebotsentwicklung;
- fachübergreifende Konzeptentwicklung, Kooperationen, Abstimmungen und Planungen sowie
- die Unterstützung durch aktive, aufmerksame Gemeinwesen vor Ort.

Insofern sind zur zielorientierten Steuerung im Rahmen einer chancengerechten Kreisentwicklung unsere kommunalen Gestaltungsaktivitäten an den vier Zielperspektiven der Sozialraumorientierung (Betroffene, Angehörige, Fachkräfte und Gemeinwesen) fortlaufend weiter zu reflektieren. Auch in dieser Hinsicht sind inklusive Entwicklungen der Sozialräume im Landkreis nur im partnerschaftlichen Zusammenwirken mit Kommunalverantwortung in den Sozialräumen und den Trägern der sozialen Arbeit voranzutreiben.

Der Landkreis trägt wesentlich dazu bei, chancengerechte Zugangsmöglichkeiten Hilfebedürftiger und ihrer Familien in die vorhandenen und sehr komplexen Hilfesysteme zu gewährleisten bzw. zu erhalten. Er stellt über das qualitativ hochwertige, interdisziplinär wirkende Fallmanagement die bedarfsgerechte Versorgung besonders Benachteiligter sicher und erfüllt grundlegenden Anspruch an kommunale soziale Daseinsvorsorge.

Grundsätzlich ist für diese besondere Gruppe Hilfebedürftiger derzeit die bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet. Die Bevölkerungsentwicklung erfolgt aktuell zwar zahlenmäßig über den kurzfristigen Prognosewerten, langfristig bleiben aber die prognostizierten Trends durch aktuellere Zukunftseinschätzungen und -berechnungen bestätigt. Das wirtschaftliche wie gesellschaftliche Selbsthilfepotenzial ist im Landkreis PM derzeit und mittelfristig hoch. Das Fallaufkommen besonderer Bedürftigkeit im Rahmen der Zuständigkeiten des Landkreises bestätigt zwar allgemeine Entwicklungstrends grundsätzlich, aber die tatsächlichen Hilfefzahlen liegen erheblich geringer als Prävalenzen es angeben.

Die fachbereichs- und rechtskreisübergreifende Zusammenarbeit zur Einzelfalllösung ist fortzuführen, regelmäßig qualitativ zu überprüfen und weiter zu entwickeln. Die kennzahlenbasierten Bedarfsanalysen nach Hilfearten sind zu intensivieren, der Ausbau niedrigschwelliger Unterstützungssysteme und die bedarfsgerechte Neukonzipierung von Angeboten im und für den Landkreis kann und muss strukturiert und fachlich gut aufeinander abgestimmt weiterentwickelt und trägerübergreifend praktiziert werden.

Der allgemeine hohe Qualifizierungsbedarf aller Fachkräfte steigt weiter erheblich an und kann zukünftig besser zwischen Landkreis und Leistungserbringern abgestimmt ausgefüllt werden. Die vorfindliche Kultur und Gremienarbeit zur fach- und trägerübergreifenden Ver-

netzung sind zu pflegen, regelmäßig zu reflektieren und anzupassen sowie inhaltlich und auch hinsichtlich zielgruppenspezifischer Bedarfsermittlungen besser nutzbar zu machen.

Entsprechend der Ziele aus Fachkräfteperspektive zu "Sozialraumorientierung – Lebensräume in PM gemeinsam vor Ort gestalten" bleibt es wichtiges Anliegen von Kreisverwaltung und beauftragten Trägern der sozialen Arbeit sich gemeinsam und anhaltend um eine Qualität der fachlichen Arbeit zu bemühen. Dieses Anliegen ist mit der fachübergreifend zu gestaltenden Weiterführung und Qualifizierung der Netzwerkarbeit zu unterstützen, um mit einem kooperativen und gut aufeinander abgestimmtem Vorgehen konzeptionell den bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Ressourceneinsatz zu gestalten und langfristig den Versorgungsauftrag im Interesse chancengerechter Einzelfalllösungen sicherzustellen.

Im Sinne des kreislichen Leitbildes PM 2022 ist damit gleichzeitig auch verbunden, durch die Stärkung eines achtsamen Gemeinwesens die Selbsthilfekräfte Benachteiligter zu stärken. Der Beitrag der Kreisverwaltung besteht schwerpunktmäßig für die nächsten Jahre somit in:

1. der Sicherstellung der guten und bedarfsorientierten Qualität der fachlichen Arbeit in der Verwaltung wie in der sozialen Dienstleistung innerhalb der Leistungsverpflichtungen im sozialhilferechtlichen Dreieck;
2. der Stärkung der niedrighschwelligen Unterstützungsangebote vor Ort;
3. der Fortführung der verschiedenen Möglichkeiten der vorfindlichen fachlichen Netzwerkarbeit der Akteure im Landkreis;
4. dem Ausbau und der Förderung der Qualitätsentwicklung der konzeptionellen Angebotsentwicklung in einem trägerübergreifenden partnerschaftlichen Aushandlungsprozess und
5. der Vertiefung und Verstetigung der datenbasierten fachübergreifenden Reflexion der Zielgruppenentwicklung in den Planregionen des Landkreises.

## 7. Anlagen

### 7.1. zu Kapitel 1.2. – Übersicht zu Diagnosen nach ICD

Diese Listung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie ist an der ICD 10 orientiert, allgemeinverständlich und nach Altersgruppen zusammengefasst. Sie wurde vom FD 55, abgestimmt mit der AG Diagnosen der PSAG Landkreis PM, für diesen Plan erstellt.

**Tab. 18: ICD-10-Diagnosegruppen psychischer Störungen<sup>175</sup>**

Diagnosegruppe	Beispiel
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	Demenz
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Alkoholmissbrauch, -abhängigkeit, -entzug
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	Schizophrenie, Schizoaffektive Störung (= Psychosen)
Affektive Störungen	Depression, Bipolare Störungen = „manisch-depressive Störungen“
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Angststörungen, Zwangsstörungen, somatoforme Störungen
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Magersucht, Bulimie, Schlafstörungen
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Borderline-Persönlichkeitsstörung, Narzisstische Persönlichkeitsstörungen, Kleptomanie = „krankhaftes Stehlen“
Intelligenzminderung	
Entwicklungsstörungen	Lese- und Rechtschreibstörung
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	ADHS, Tourette-Syndrom

Folgende Erkrankungen im Jugendalter werden schwerpunktmäßig allgemein unterschieden:

- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (z. B. Essstörungen wie Magersucht);
- psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope, das heißt stimmungsverändernde Substanzen (z. B. Substanzmittelmissbrauch und -abhängigkeit);
- Persönlichkeitsstörungen (z. B. Angststörungen);
- Entwicklungsstörungen (z. B. frühkindlicher Autismus);
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter (z. B. Depressionen, Einnässen) und
- mit Intelligenzminderung assoziierte psychische Störungen.<sup>176</sup>

<sup>175</sup> <https://psychenet.de/de/>

<sup>176</sup> Als besondere Form der psychischen Störungen im Kinder- und Jugendalter gelten Störungen, die mit Intelligenzminderung in enger Verbindung stehen. Intelligenzminderung gilt als intellektuelle Behinderung. Dabei handelt es sich um eine unvollständige oder stehengebliebene Entwicklung geistiger Fähigkeiten, die sich in der Beeinträchtigung in verschiedenen Bereichen zeigt, u.a. in der Sprache und in sozialen Interaktionen. Da Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung häufig psychische Störungen entwickeln, oftmals werden diese in Verhaltensauffälligkeiten wie aggressiver Selbst- oder Fremdgefährdung deutlich (Prävalenz potenziert um drei bis vier), wird die Behinderungsform in Kategorisierungen psychischer Auffälligkeiten gesondert aufgeführt (Reinhardt, Dietrich/Nicolai, Thomas/Zimmer, Klaus-Peter (Hrsg.): Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter, Berlin/Heidelberg 2014)

## Überblick über die häufigsten Diagnosen im Rahmen der EGH nach SGB VIII und XII:

Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (ICD F92)  
Depressive Episode (ICD F32)  
Störungen des Sozialverhaltens (ICD F91)  
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörung (ICD F43)  
Hyperkinetische Störung (ICD F90)  
Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD F94)  
Wiederholt auftretende depressive Störung (ICD F33)  
Leichte Intelligenzminderung (ICD F70)  
Schwere Störung der Persönlichkeit und des Verhaltens (ICD F60)  
Emotionale Störung des Kindesalters (ICD F93)  
Andere Angststörung (ICD F41)  
Essstörung (ICD F50)  
Psychische und Verhaltensstörung durch den Konsum mehrerer die Psyche beeinflussender Drogen (ICD F19)  
Psychische und Verhaltensstörung durch Cannabinoide (ICD F12)  
Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (ICD F63)  
Akute vorübergehende psychotische Störung (ICD F23)  
Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD F68)  
Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD F98)  
Anfallsleiden – Epilepsie (ICD G40)  
Angststörung (ICD F40)  
Anhaltende Stimmungsstörung (ICD F34)  
Anhaltende wahnhaftige Störung (ICD F22)  
Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache (ICD F80)  
Kombinierte Entwicklungsstörungen (ICD F83)  
Mangelnde Fähigkeit, Gedanken, Gefühle, Wahrnehmungen, Erinnerung und eigene Identität miteinander zu verbinden (ICD F44)  
Mittelgradige Intelligenzminderung (ICD F71)  
Psychische Erkrankung mit gleichzeitigen oder abwechselnden Symptomen einer Schizophrenie, einer Manie [Hochstimmung] oder einer Depression (ICD F25)  
Psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (ICD F06)  
Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (ICD F10)  
Psychische und Verhaltensstörung durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein (ICD F15)

### Angststörungen treten in drei Formen auf:

**Generalisierte Angsterkrankung:** Kennzeichnend ist die unbestimmte, über einen längeren Zeitraum anhaltende Angst. Die Befürchtungen sind meist völlig unbegründet und beziehen sich unspezifisch und oft auch wechselnd auf Familie, Gesundheit, Finanzen, Beziehungen, Schule und Beruf, etc. Sie drücken sich in einer beständigen hohen Anspannung und Besorgnis aus, die auch zu Konzentrationsstörungen, Herzrasen, Schwindel, Schlafstörungen und somatischen Beschwerden führen können.

**Panikstörungen:** Sie sind durch wie aus heiterem Himmel auftretende Panikattacken mit erhöhter Adrenalinausschüttung gekennzeichnet. Diese erleben die Betroffenen oft als eine massive Bedrohung ihrer Gesundheit. Plötzliche Todesängste, Engegefühl, Herzrasen, Zittern, Schweißausbrüche, Übelkeit kennzeichnen die Panikstörung. Mit dem Abbau des Adrenalins löst sich auch die Panikattacke im Allgemeinen nach etwa 15-30 Minuten.

**Phobien:** Phobien sind isoliert auf ein Objekt (bspw. Spinnen) oder eine Situation (bspw. geschlossene Räume) bezogene Angstzustände.

Bei einer *Depression* handelt es sich um eine meist langsam entwickelnde Erkrankung des Gemütes, die über einen längeren Zeitraum anhält. Die Depression zeichnet sich durch zwei zentrale Merkmale aus:

- Niedergeschlagene, gedrückte Stimmung über einen längeren Zeitraum; negative Gedanken, Hoffnungslosigkeit, innere Leere, Todesgedanken bis hin zu Selbstmordphantasien und Selbstmordhandlungen sind bezeichnend.
- Anhaltende Antriebslosigkeit: Ein depressiver Mensch kann sich nur sehr schwer motivieren, sein Tagwerk anzugehen. Hinzu kommen Begleitsymptome wie Konzentrations- und Schlafstörungen, Lustlosigkeit, starke Gewichts- oder -abnahme. Typisch sind auch Tagesschwankungen in der Stimmung. Meist ist die Stimmung am Morgen an ihrem Tiefpunkt, was einen geregelten Tagesablauf oft unmöglich macht.

Bei den *organisch psychischen Störungen* handelt es sich um psychische Krankheiten mit nachweisbarer Ursache in einer zerebralen Krankheit, einer Hirnverletzung oder anderen Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt. Dazu gehört unter anderem die Alzheimer-Demenz.

*Suchterkrankungen* können auf stoffgebundenen oder stoffungebundenen Abhängigkeit basieren (Beispiele: Alkohol- und Glücksspielsucht). Eine stoffgebundene Abhängigkeitserkrankung ist durch ein starkes Verlangen nach einer psychotrop wirksamen Substanz wie Alkohol, Kontrollverlust, körperliche Entzugssymptome, Toleranzentwicklung, Einengung auf den Substanzgebrauch und Fortsetzung des Konsums trotz schädlicher Konsequenzen gekennzeichnet.

Bei einer *Psychose* kann das Denken, Fühlen, Empfinden zum eigenen Körper und der Kontakt zu anderen Menschen verändert sein. Erkrankte Menschen haben häufig das Problem zwischen der Wirklichkeit und der eigenen subjektiven Wahrnehmung zu unterscheiden. Eine Psychose kann Halluzinationen oder Wahnvorstellungen hervorrufen.

*Affektive Störungen* sind gekennzeichnet durch Verstimmungen depressiv-gehemmter (Depression) oder manisch-erregter Art (Manie). Sie treten phasenhaft auf, d. h. zeitlich abgrenzbar (episodisch) innerhalb einer vorher und nachher normalen, ausgeglichenen affektiven Verfassung und gewöhnlich mehrfach während des Lebens.

Unter dem Begriff der *neurotischen Störungen* fallen bspw. Angsterkrankungen (Phobien) und Zwangsstörungen. Den neurotischen Störungen ist gemeinsam, dass eine psychische oder körperliche Symptomatik vorliegt, die nicht primär durch eine organische Ursache oder eine andere psychische Erkrankung erklärt werden kann.

*Belastungsstörungen* wie die akute Belastungsreaktion, die Anpassungsstörungen und die posttraumatische Belastungsstörung treten als direkte Folge eines belastenden Lebensereignisses bzw. Traumas oder einer kontinuierlichen Traumatisierung auf.

Unter den *somatoformen Störungen* werden Erkrankungen verstanden, die mit anhaltenden körperlichen Beschwerden einhergehen, für deren Ausmaß jedoch trotz umfangreicher somatischer Abklärung keine ausreichend organische Erklärung gefunden werden kann. Hierzu zählen z. B. anhaltende Schmerzstörungen und Hypochondrie.

Von einer *Persönlichkeitsstörung* spricht man, wenn bestimmte Eigenschaften, Verhaltensweisen, affektive Reaktionen oder Denkmuster einer Person derart ausgeprägt sind, dass sie ein flexibles, wechselnden Situationen und Umgebungsbedingungen angemessenes Verhalten behindern. Charakteristisch ist, dass die von der Norm abweichenden Verhaltens- oder Denkmuster vom Betreffenden zumeist nicht als störend oder gar „krankhaft“ erlebt werden. Erst mit zunehmenden Interaktionsproblemen entwickelt sich ein Leidensdruck.

Eine *Intelligenzminderung* ist definiert als Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten, die sich im Laufe der Jahre manifestiert haben; dabei sind insbesondere Fertigkeiten beeinträchtigt, die zum Intelligenzniveau beitragen z. B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten.

*Entwicklungsstörungen* nehmen ihren Beginn meist im Kleinkindalter und sind mit der biologischen Reifung des Nervensystems eng verknüpft. Sie betreffen sprachliche, motorische und schulische Fertigkeiten (Lese-, Rechtschreib- und Rechenstörungen) und sind Ausdruck einer allgemeinen Intelligenzminderung und mangelnder Förderung.

*Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* beinhaltet u. a. hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens oder emotionale Störungen bei Kindern und Jugendlichen wie ADHS, Aggression, Ängste, Depression.

## 7.2. zu Kapitel 3.2. und 4.1. – Sozialraumorientierung „Lebensräume in PM gemeinsam vor Ort gestalten“

**Sozialraumorientierung - Lebensräume in PM  
gemeinsam vor Ort gestalten  
Prävention KiJu und soziale Teilhabe**

**moderne Verwaltung** PM

### Fachübergreifende Netzwerkarbeit im Landkreis:

Abgestimmte Definitionen:  
Sozialräume, Planungsregionen

## „Lebensräume in Potsdam-Mittelmark gemeinsam vor Ort gestalten“.

Koordinieren,  
Zielentwicklung

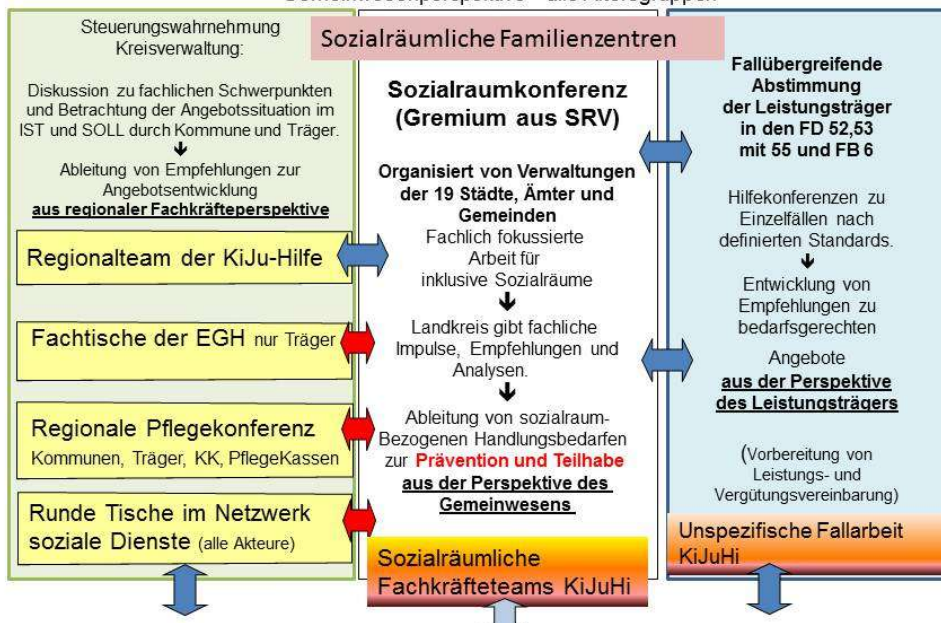
Wer mit wem?

### Erfahrungen/Erkenntnisse aus Praxis zum fachübergreifenden sozialräumlichen Zusammenwirken des Landkreises mit kreisangehörigen Kommunen und Trägern sozialer Arbeit

Wohnortnah,  
gemeinwesenorientiert

Fachbereich Soziales, Jugend, Gesundheit und Schulentwicklung, Mai 2018
Folie 1

### SRO- Lebensräume in PM gemeinsam vor Ort gestalten Gemeinwesenperspektive – alle Altersgruppen



Regionalkoordinatoren (Reko) und Koordinatoren aus Netzwerk soziale Dienste und Koordination Alter und Pflege (Neko) mit Auftrag zur Beratung und Sensibilisierung aller Sozialräume, Rückkopplungen in FD 51, 52 und 53



**DEFINIEREN in PM**



Planungsregionen

Grundlage für Arbeitsstrukturen, Projekte, Netzwerkstrukturen, Raum für Beteiligungsformen, Erfahrungsaustausch

Sozialraum

Politische Gemeinde - Verwaltungseinheiten, einschließlich Ortsteile, erfassbarer Raum von Ressourcen, kleinste Einheit für Teilhabe und Prävention sowie Datensammlung, kommunales Informationssystem und Beteiligung bei sr Arbeit

Quartier

mgl. Einheit der Fachkräfte zur Bestimmung besonderer Belastungssituationen, in den entsprechenden Gremien auszuhandeln

Beachte: Handlungsfähigkeit muss für alle Akteure gewahrt sein,  
Daten müssen erhebbar/belastbar sein

PM Strategisches und operatives Fachkonzept - im März 2018

moderne Verwaltung **PM**

**Sozialraumorientierung** steht für:

- **aktive Einwohnerschaft**
- Prävention und Hilfe zur Selbsthilfe
- Wissen/Erkennen/Nutzen von **positiven Aspekten im Raum** und von problematischen Entwicklungen
- Getrennte **Fachverantwortung** aber gemeinsame Verantwortung für unseren Lebensort
- **gemeinsame Gestaltung** unseres Sozialraumes

Ein sozialräumliches Netzwerk : **Kooperation zwischen den Akteuren**  
(Mitarbeiter/innen der Kommunen, der Fachdienste des Landkreises und der freien Träger)

Abgeleitet aus dem Sozialraumvertrag für die Kinder- und Jugendhilfe:

**neue Formen der Zusammenarbeit** zwischen Ämtern/Städten/Gemeinden, dem Landkreis und den freien Trägern

## Gestaltung Inklusiver Sozialräume in PM

Verwaltung PM

### Zentraler Ort ist Kommune !

#### Definition:

- barrierefreies Lebensumfeld, das alle Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, alte und junge ungeachtet ihrer Herkunft selbstbestimmt gemeinsam nutzen und mitgestalten können,

Quelle: Eckpunkte für einen inklusiven Sozialraum, DV am 07.12.2011, abgeleitet aus der UN Behindertenrechtskonvention

**Sozialraumorientierung = Lebensräume in PM gemeinsam vor Ort gestalten**

### Stärkung der Verantwortungsgemeinschaft im Sozialraum/Gemeinwesen!

LK Potsdam-Mittelmark / FB 5 / FD 51 – Strategisches und operatives Sozialcontrolling

Folie 2

Der Landkreis hat einen Sozialraumvertrag vorgelegt, dem alle kreisangehörigen Kommunen und 19 Träger der Kinder- und Jugendhilfe beigetreten sind. In diesem Sozialraumvertrag sind die Regeln der Zusammenarbeit, die Ziele aus vier Perspektiven der Kinder- und Jugendhilfe sowie die Gremienarbeit und die Arbeit mit Kennzahlen für den Bereich der präventiven Arbeit in der Kinder- und Jugendhilfe verabredet. Mit der Übernahme der Sozialraumorientierung in den Regelbetrieb der Kinder- und Jugendhilfe des Landkreises erfolgte unter Einbeziehung der sozialen Teilhabe für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen und Menschen mit Hilfen zur Pflege die Zusammenführung des konzeptionellen Ansatzes und der Verabredungen aus dem Sozialraumvertrag mit den Zielen der Leistungsbeirichte Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege im Gesamtkonzept „Sozialraumorientierung – Lebensräume in PM gemeinsam vor Ort gestalten“. Mit den Fachkräften der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege wurden daraufhin 2016 die vier Zielperspektiven der Sozialraumorientierung für die Bereiche der Eingliederungshilfen und Hilfen zur Pflege, in die aus kreislicher Sicht die integrierte Psychiatrieversorgung einzubinden ist, konkretisiert beschrieben:

*Betroffene (auch psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen)* sollen im Landkreis Potsdam-Mittelmark:

- solange wie möglich selbstbestimmt in ihrem gewünschten Lebensumfeld (räumlich, familiär/sozial) leben können;
- bedarfsgerecht in den Bereichen Wohnen, medizinische Versorgung, Arbeit und Teilhabe unterstützt werden;
- möglichst wohnortnah ambulant, teilstationär und stationär versorgt, betreut und beraten werden.
- Entsprechend einer Vereinbarung der beteiligten Fachdienste sind aus der hier vorgenommen Betrachtung Menschen mit Demenz ausgeschlossen.

**Angehörige** (auch von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen) sollen:

- umfassend über die, für den jeweiligen psychisch kranken oder seelisch behinderten Menschen, relevanten Hilfeleistungen informiert werden;
- frühzeitig Information und Beratung zu Unterstützungsleistungen für sich selbst erhalten und zur rechtzeitigen Inanspruchnahme von Hilfen motiviert werden;
- bei der Vereinbarkeit von Beruf/eigener Lebensgestaltung und Betreuung unterstützt werden.

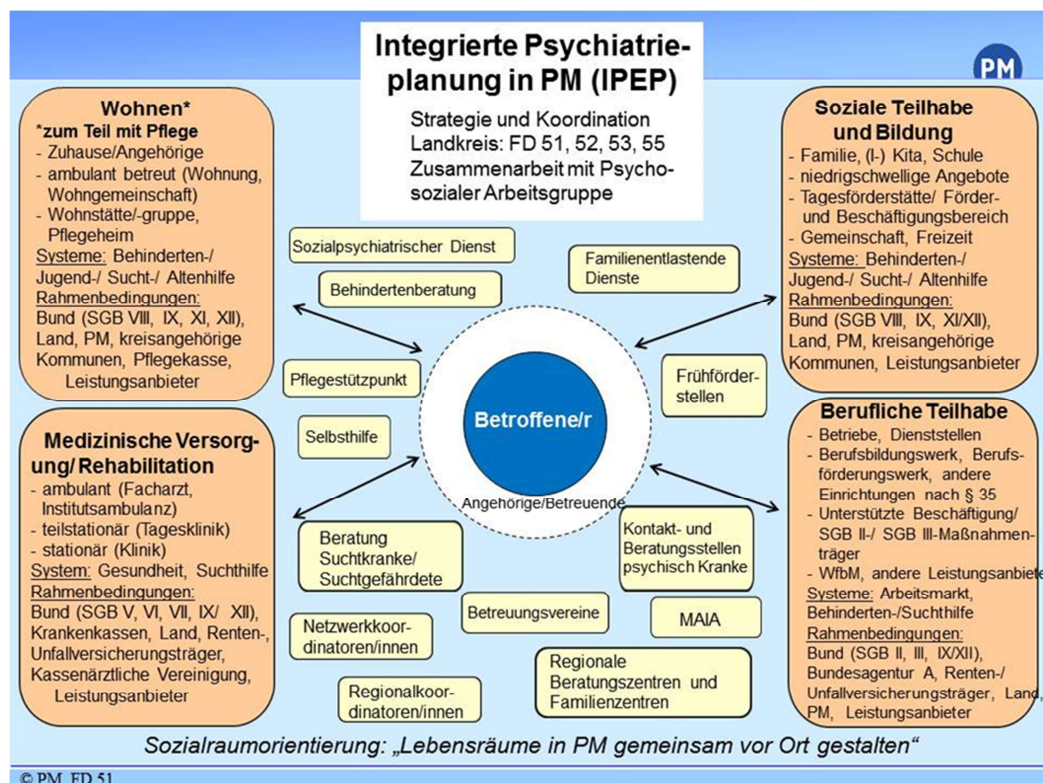
**Fachkräfte** (Träger von Einrichtungen und Diensten) sollen:

- bei der zielgruppenbezogenen, inhaltlichen und räumlichen Abstimmung der einzelnen Angebote innerhalb eines Versorgungsbereichs (z. B. ambulante Suchtberatung und Behandlung) unterstützt werden;
- zur Initiierung oder Fortführung von bzw. Teilnahme an träger- und fachkräftebezogenen Arbeitsgruppen, Fachtischen und Konferenzen angeregt werden;
- mit fachlichen Berichten, Analysen und Planungen sowie die Koordination, Begleitung und Moderation von Netzwerkprozessen durch den Landkreis in ihrer Arbeit unterstützt werden.

**Kommunale Verwaltungen** (örtliches Gemeinwesen) sollen:

- die örtlichen Akteure der psychiatrischen Versorgung zur Vernetzung und Identifikation gemeinsamer lokaler Problemlagen anregen;
- bei der Einführung oder Fortsetzung von Sozialraumkonferenzen für die Bestimmung der eigenen Stärken und Schwächen in der psychiatrischen Versorgung durch den Landkreis unterstützt werden;
- mit fachlichen Berichten, Analysen und Planungen sowie die Koordination, Begleitung und Moderation von Netzwerkprozessen durch den Landkreis in ihrer Arbeit unterstützt werden.

**Abb. 32: Rahmenbedingungen zur psychiatrischen Versorgung in PM**



## 7.3. Überblick rechtlicher Rahmenbedingungen

### 7.3.1. Sozialrecht – Sozialgesetzbücher V, VIII, IX, XII

#### Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V Gesetzliche Krankenversicherung

Der § 92 SGB V formuliert, dass Richtlinien zur Sicherstellung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit *ärztlichen* und *psychotherapeutischen Leistungen*, insbesondere für von Behinderung bedrohte oder behinderte und psychisch kranke Menschen, zu beschließen sind. Ein Bedarfsplan soll die ärztliche Versorgung sicherstellen, welcher der jeweiligen Entwicklung anzupassen ist (§ 99 SGB V). Den Bedarfsplan für die *Krankenhausversorgung* legt das Gesundheitsministerium des Landes Brandenburg in Abstimmung mit der Landeskrankenhausgesellschaft und den Kommunalen Spitzenverbänden fest.

Im SGB V sind verschiedene Möglichkeiten für eine gemeindenahe personenzentrierte Versorgung angelegt. Allerdings werden diese durch Anspruchsvoraussetzungen und Zulassungsbeschränkungen teilweise stark eingeschränkt, wie bei der Soziotherapie nach § 37a SGB V.

#### Achtes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VIII Kinder- und Jugendhilfe

Das SGB VIII dient als juristisches Instrument der *Vorbeugung, Hilfestellung* und des *Schutzes von Kindern und Jugendlichen*. Es verpflichtet die Jugendämter zur Hilfe und setzt den Rahmen für die Unterstützung der Sorgeberechtigten. Das Wohl der Kinder und Jugendlichen soll dabei oberste Richtschnur sein.

Die wesentlichen Aufgaben nach dem Gesetz sind im § 1 Abs. 3 beschrieben. Jugendhilfe soll zur Verwirklichung des Rechts auf Förderung der Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit beitragen, insbesondere:

- junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen,
- Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen,
- Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen,
- dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.

Der örtliche Träger der öffentlichen Jugendhilfe nimmt die Planungs- und Steuerungsaufgaben im Rahmen der Gesamtverantwortung nach §§ 79 und 80 SGB VIII wahr. Dieser ist im Landkreis im Fachdienst 53 (Kinder/ Jugend/ Familie) angesiedelt.

#### Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Im SGB IX sind Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen beschrieben. Das SGB IX dient dahingehend auch als Koordinierungsgesetz mit Verweisen auf die anderen Sozialgesetzbücher. Ziel ist die Ermöglichung eines *selbstbestimmten Lebens für Menschen mit Behinderungen* und von Behinderung bedrohte Menschen

durch *Teilhabe an der Gesellschaft*. Neun verschiedene Rehabilitationsträger<sup>177</sup> sind als Leistungsträger für die unterschiedlichen Leistungsgruppen<sup>178</sup> benannt.

Zuletzt wurden am 23. Dezember 2016 mit dem Bundesteilhabegesetz das SGB IX und SGB XII reformiert. Mit dem Gesetz wurde auch in Artikel 1 § 2 der Begriff der Behinderung an die Vorgaben der UN-BRK angepasst:

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

Menschen mit psychischen Erkrankungen, die nach der Definition des SGB IX behindert oder von einer Behinderung bedroht sind, können unter bestimmten Voraussetzungen Leistungen zur medizinischen, beruflichen oder sozialen Rehabilitation und Teilhabe im Rahmen der Eingliederungshilfe erhalten. Letztgenanntes war vormals im SGB XII geregelt und findet sich nunmehr im Teil 2 des neuen SGB IX wieder.

Überörtlicher Träger der Sozialhilfe und damit der Eingliederungshilfe ist gegenwärtig das Landesamt für Soziales und Versorgung, örtlicher Träger der Landkreis Potsdam-Mittelmark, angesiedelt im Fachdienst 52 (Soziales und Wohnen).

## Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB XII Sozialhilfe

Mit dem Bundesteilhabegesetz wurde auch eine seit langem geforderte Trennung von Fachleistungen der Eingliederungshilfe von den Leistungen zum Lebensunterhalt vollzogen. Die *Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes* (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) sind weiterhin im SGB XII Sozialhilfe geregelt.

### 7.3.2. Bundesteilhabegesetz (BTHG)

Das seit 23. Dezember 2016 gültige Bundesteilhabegesetz (BTHG) wird maßgebliche Auswirkungen auch auf die Umstellung des Hilfesystems für Menschen mit psychischen und seelischen Behinderungen haben. Mit dem BTHG gehen deutliche Änderungen der *Leistungen, des Leistungsverfahrens* und Veränderungen der *Leistungsangebote* für Menschen mit Behinderungen einher<sup>179</sup>.

Das BTHG stellt das deutsche Teilhaberecht nach der seit 2009 geltenden UN-Behindertenrechtskonvention grundlegend um. In diesem Sinne ist ein *Systemwechsel* der klassischen Sozialhilfe vollzogen. Die Unterstützungsleistungen für alle Menschen mit Behinderungen, so auch für Menschen mit psychischen und seelischen Behinderungen, werden aus dem „Fürsorgesystem“ der Sozialhilfe herausgeführt. Mit einem modernen Recht auf Teilhabe soll mehr individuelle Selbstbestimmung ermöglicht und der Mensch in den Mittel-

<sup>177</sup> Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX sind Krankenkassen, Bundesagentur für Arbeit, Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, Träger der Alterssicherung der Landwirte, Träger der Kriegsopferversorgung, Träger der Kriegsopferfürsorge, Träger der öffentlichen Jugendhilfe, Träger der Sozialhilfe für Leistungen. Weitere wichtige Leistungsträger sind Pflegekassen, Jobcenter und Integrationsämter der Länder.

<sup>178</sup> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 5 SGB IX)

<sup>179</sup> Die Zusammenstellung basiert auf den Veröffentlichungen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) zum BTHG, Quelle BMAS: Häufige Fragen zum Bundesteilhabegesetz (BTHG), 12.04.2017; <http://www.bmas.de/DE/Schwerpunkte/Inklusion/bundesteilhabegesetz.html>, (Stand: 02.10.2018)

punkt des Hilfesystems gestellt werden. Demnach sollen Unterstützungsleistungen konsequent daran gebunden werden, was individuell benötigt und gewünscht wird, und nicht län- ger abhängen von der Struktur der Hilfestellung (ambulante, teilstationäre, stationäre).

Unterschiedlich stark sind die Leistungsträger und Träger der sozialen Dienste als Leistungserbringer von der Umstellung der gesamten Hilfestellung für Menschen mit Behinderungen betroffen.

Im Folgenden werden abstrahierend alle vier Perspektiven (Betroffene, Angehörige, Fachkräfte, Gemeinwesen) der zielorientierten Steuerung als Landkreis betrachtet, um konkrete Schlussfolgerungen für den Gestaltungsspielraum aus der Ausgleichsfunktion des Landkreises ableiten zu können.

### Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung

Mit dem BTHG wird der Ausbau niedrigschwelliger Beratung und Begleitung gefördert, die bereits im Vorfeld der Beantragung konkreter Leistungen und unabhängig von den Leistungsträgern und Leistungserbringern erfolgen soll. *Sozialrechtlich fundierte Beratungsangebote*, die eine rechtsunverbindliche Beratung Betroffener auch durch selbst betroffene Menschen mit Behinderungen („Peer Counseling“<sup>180</sup>) anbieten, sollen systematisch über die einzelnen Bundesländer ausgebaut und stärker in vorhandene Akteursnetzwerke vor Ort eingebunden werden. Die Wohnortnähe der Angebote kann durch aufsuchende Beratung verbessert werden, die Zugänge sollen sehr unkompliziert und antragsfrei sein, die Beratungsstrukturen können sich aus professionellen und ehrenamtlichen Beratern/innen zusammensetzen.

Als Rechtsrahmen für das Fördergeschäft hat das zuständige Bundesministerium für Arbeit und Soziales eine Richtlinie veröffentlicht, wonach für das Gebiet des Landes Brandenburg bis 2022 jährlich rund 2 Millionen Euro zur Verfügung stehen. Als Antragssteller sind in erster Linie Organisationen der Interessenvertretung für Menschen mit Behinderungen vorgesehen, weil diesen die größtmögliche Unabhängigkeit von Leistungsträger- und Leistungserbringerinteressen zugesprochen wird.<sup>181</sup> Das Bundesministerium setzt sich im Antragsverfahren mit den obersten Landessozialbehörden zur Bewertung der Anträge ins Benehmen. Das Sozialministerium des Landes Brandenburg bezieht im Bewertungsverfahren in Abstimmung mit den Kommunalen Spitzenverbänden die Landkreise und kreisfreien Städte, die von Antragsstellern als Beratungsregion benannt werden, mit ein, um insbesondere sozialplanerische Aspekte einfließen zu lassen. Die abschließende Bescheidung von Anträgen sowie das Fördergeschäft obliegen dem BMAS.

Bisher sind folgende Anlaufpunkte für die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung für den Landkreis PM bekannt:

### Frühzeitige Intervention

Diese Phase des Hilfeprozesses dient dem Erhalt der Erwerbsfähigkeit als einem grundlegenden Zugang zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Chronische psychische Erkrankungen oder seelische Behinderungen werden bislang im Arbeitsleben oft erst ernstgenommen, wenn bereits eine Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist. Mit dem BTHG sollen die Träger

<sup>180</sup> Peer Counseling ist eine Beratungsmethode und meint im Sinne des Bundesgesetzgebers die Beratung von Menschen mit Behinderung durch Menschen mit Behinderung. Ziel ist es, eine Beratung auf gleicher Augenhöhe anzubieten und somit partizipatorische Prozesse und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung zu fördern. Die Behindertenszene betont den Ursprung des Begriffs und seiner Verwendung im angloamerikanischen Raum aus der „independent living“-Bewegung heraus, die stark auf die Emanzipation von behinderten Menschen aus Fürsorgestrukturen, sei es der Familie oder von Einrichtungen, abstellt.

<sup>181</sup> Antragsberechtigt sind formal juristische Personen des öffentlichen und privaten Rechts mit Sitz in Deutschland mit Ausnahme der Rehabilitationsträger nach dem SGB IX und der Leistungserbringer. Leistungserbringer sind jedoch nicht von der Antragstellung ausgeschlossen, wenn es für eine ausreichende Abdeckung an regionalen Beratungsangeboten und/oder an Angeboten für spezifische Teilhabebeeinträchtigungen erforderlich ist. In diesem Fall ist eine organisatorische, finanzielle und wirtschaftliche Unabhängigkeit der ergänzenden Teilhabeberatung von den Bereichen der Leistungserbringung vom Antragsteller nachzuweisen.

von Rehabilitations- und Eingliederungsmaßnahmen im Erwerbsleben (die Jobcenter und die gesetzlichen Rentenversicherungsträger) verpflichtet werden, drohende Behinderungen, die auch aus psychischen Erkrankungen entstehen können, frühzeitig anzuerkennen und gezielt vorbeugende Maßnahmen anzubieten. Ziel ist es, chronischen Erkrankungen oder Behinderungen durch geeignete präventive Maßnahmen entgegenzuwirken. So soll die *Erwerbsfähigkeit* und damit ein wichtiger Zugang zu gesellschaftlicher Teilhabe erhalten werden. Konkret bedeutet das, dass bei entsprechender Kenntnis einer drohenden Erwerbsunfähigkeit die Leistungsträger frühzeitig kooperieren und Maßnahmen ergriffen werden. Mit dem langjährig erprobten Projekt AmigA des Jobcenters Potsdam-Mittelmark hat der Landkreis bereits seit dem Jahr 2005 kooperative Strukturen entwickelt, um für langzeitarbeitslose Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen alle Möglichkeiten für eine neue Beschäftigung auszuschöpfen und damit Erwerbsunfähigkeit zu vermeiden. Das Angebot ist in Kapitel 5.2.3 nähergehend beschrieben.<sup>182</sup>

Für die Vermeidung von Langzeitarbeitslosigkeit bietet das BTHG keinen eigenen Ansatzpunkt. Es bleibt abzuwarten, ob und wie die Bundesagentur für Arbeit im Rechtskreis des SGB III im Bereich der Arbeitsförderung Strukturen und Maßnahmen einsetzt und weiterentwickelt, um eine zügige Neuvermittlung von psychisch erkrankten Menschen in Arbeit zu realisieren.

### Vereinfachte Verfahren zur Hilfestellung auf Antrag

Bei psychischen und seelischen Erkrankungen entsteht oft ein bunter *Mix an bedarfsgerechter Versorgung*, um dem individuellen Hilfebedarf aus allen Facetten entsprechen zu können. Bislang müssen sich alle Menschen, auch die mit psychischen und seelischen Behinderungen an viele unterschiedliche Leistungsträger wenden, um benötigte Leistungen bedarfsgerecht gewährt zu bekommen. In der langen Phase der beteiligungsorientierten Vorbereitung des BTHG wurde auch politisch anerkannt, dass die Entscheidungsprozesse der einzelnen Rehabilitationsträger oft zu lang, zu undurchsichtig und in unterschiedlichen Verfahren zur Bedarfsermittlung ausgetragen wurden. Zuständigkeitsstreitigkeiten, unnötige Mehrfachbegutachtungen und lange Bearbeitungszeiten der Anträge bei zuständigen Leistungsträgern erfolgten ohne eine angemessene und ausreichende Koordination der Leistungsgewährung. Für den Betroffenen oder seine Angehörige bedeutete das sowohl zusätzliche Belastung bei der Antragstellung, zusätzliche Wege, Mehraufwand alle erforderlichen Unterlagen dem richtigen Leistungsträger zu beschaffen und es blieb die Unsicherheit, alle zustehenden bedarfsgerechten Hilfen auch einbezogen zu haben.

Mit dem BTHG soll ab *01.01.2018* der Antrag bei einem einzigen Reha-Antrag ausreichend sein, um ein umfassendes Prüf- und Entscheidungsverfahren im Einzelfall in Gang zu setzen. Das ist dann umso wichtiger, wenn mehrere Sozialleistungsträger (Bundesagentur für Arbeit, Kranken- und Pflegekasse, Rentenkasse, Unfallkasse, Sozialhilfeträger etc.) für unterschiedliche zustehende Leistungen parallel zuständig sind. Die *Verfahren der Bedarfsermittlung und -feststellung* sind damit für alle Reha-Träger nun einheitlich verbindlich vorgeschrieben und werden mit der Einführung des Teilhabeplanverfahrens gesetzlich definiert. Die Antragstellenden werden außerdem stärker als bisher über eine Teilhabeplankonferenz in die Prozesse und Verfahren zur Bestimmung des tatsächlichen Hilfebedarfs einbezogen, wenn sie dies wünschen.

<sup>182</sup> Der Bund fördert von 2018 bis 2022 Modellvorhaben der Jobcenter und der gesetzlichen Rentenversicherungsträger mit bis zu 200 Millionen Euro jährlich. Die Mittel können für die Erprobung von neuen Organisationsmodellen, Methoden und Klienten/innen bezogenen Maßnahmen, etwa zur verstärkten Aktivierung eingesetzt werden. Beispielhaft sind Mitarbeiterqualifikationen bei Reha-Trägern, Leistungen an Arbeitgeber sowie Rehabilitationsdienstleister oder die Entwicklung neuer Konzepte förderfähig. Zudem dienen die Modellvorhaben dazu, das neue Teilhabeplanverfahren zur leistungsträgerübergreifenden Feststellung von Leistungen einzuführen, z.B. durch kooperative Zusammenarbeit (Kooperationsvereinbarungen, Fallkonferenzen). Näheres wird die Förderrichtlinie des Bundesministeriums regeln.

Auch für den *Landkreis als Träger der Eingliederungshilfe* gelten ab diesem Stichtag diese besonderen Anforderungen an das Teilhabeplanverfahren, zum Beispiel bei der Einbeziehung von Pflegeleistungen oder der notwendigen Hilfen zum Lebensunterhalt in der Gesamtplanung. Aufgrund des erweiterten Hilfefeststellungsverfahrens sind beim Sozialhilfeträger, wenn das Sozialamt (im LK PM: Fachdienst Soziales und Wohnen) leistender Träger ist, ein *Gesamtplanverfahren*, eine *Gesamtplankonferenz* sowie neue Kriterien der Bedarfsermittlung vorgesehen. Mit der Neuregelung wird avisiert, die Steuerungsmöglichkeiten des Sozialamtes bei trägerübergreifenden Konstellationen zu verbessern, indem es verfahrensführend agieren soll.

Einschränkend muss konstatiert werden, dass mit dem BTHG am *gegliederten System der neun Rehabilitationsträger* festgehalten wurde. Die Leistungsansprüche folgen wie bisher allein aus den für die jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, was gleichwohl in Zukunft Schwierigkeiten bei trägerübergreifenden Fallgestaltungen bereiten kann.

### Neuausrichtung und Ausweitung von Leistungen

Mit dem BTHG werden bestehende Leistungen im Schwerbehindertenrecht konkretisiert, ergänzt und mit den Leistungen der Rehabilitation zusammengeführt. Insbesondere bei der Teilhabe am Arbeitsleben kann ab dem *01.01.2018* mit der Einführung des *Budgets für Arbeit* und der *anderen Leistungsanbieter* neben Behindertenwerkstätten ein Beitrag zur Angebotsvielfalt und mehr Arbeitsmarktnähe geschaffen werden. Insbesondere für chronisch psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen, die die Voraussetzungen für die Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) erfüllen, bietet das Budget für Arbeit die Möglichkeit, mithilfe von sozialhilfefinanzierten Lohnkostenzuschüssen und Begleitung im Betrieb/Dienststelle erstmals oder wieder in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu kommen. Die Schaffung neuer Angebote wird maßgeblich durch künftige Bedarfslagen und notwendige Vereinbarungen zwischen dem Leistungsträger der Eingliederungshilfe und Leistungserbringern bestimmt. Die Entscheidung darüber fällt somit der Landkreis als Sozialhilfeträger im Einvernehmen mit den Leistungserbringern.

### Stärkere Mitbestimmung von und für Menschen mit Behinderung

Die *Schwerbehindertenvertretungen* in Betrieben/Dienststellen sowie die *Werkstatträte* in WfbM sollen mit dem BTHG gestärkt werden. Mit mehr Ansprüchen auf Freistellungen und Fortbildungen kann die Beteiligung von Menschen mit Behinderungen in den Schwerbehindertenvertretungen der Betriebe verbessert werden. In den WfbM erhalten die Werkstatträte seit *01.01.2017* mehr Rechte. In besonders wichtigen Angelegenheiten (z.B. Entlohnungsgrundsätze) hat der Werkstattrat künftig ein Mitbestimmungsrecht. Daneben wird die Position einer *Frauenbeauftragten* in den WfbM geschaffen, um geschlechtsspezifischer Diskriminierung besser entgegenzutreten zu können.

### Lebensunterhalt und Einsatz von Einkommen und Vermögen

Bisher waren Leistungen für Menschen mit Behinderungen maßgeblich von der Wohnform (z. B. Wohnung oder Einrichtung) abhängig. Große Teile des eigenen und des *(Ehe-) Partner-Einkommens und -vermögens* mussten für die Leistungen der Eingliederungshilfe eingesetzt und aufwendig offengelegt werden. Sparen war kaum möglich. Das BTHG führt die Eingliederungshilfe aus dem „Fürsorgesystem“ der Sozialhilfe heraus. Zum *01.01.2017* wurden die Freibeträge für Erwerbseinkommen um bis zu 260 Euro monatlich und für Barvermögen um 25.000 Euro auf dann 27.600 Euro um fast das Zehnfache erhöht. Ab *01.01.2020* wird ein neues, an das Einkommensteuerrecht anknüpfendes Verfahren eingeführt. Die Barvermögensfreigrenze beträgt dann rund 50.000 Euro, also 19-mal mehr als vor dem Teilhabegesetz. Partnereinkommen und -vermögen werden nicht mehr herangezogen.



## Bessere Steuerung der Leistungen

Durch vertragsrechtliche Änderungen, die ab **01.01.2018** gelten, sollen *Eignung und Qualität der Leistungserbringer von Leistungen* für Menschen mit Behinderungen besser überprüft werden. Werden vertragliche oder gesetzliche Pflichten durch die Leistungserbringer verletzt, greifen veränderte Sanktionsmöglichkeiten. So soll sichergestellt werden, dass bezahlte Leistungen auch tatsächlich und in der vereinbarten Qualität erbracht werden. Das versetzt den Landkreis als Träger der Eingliederungshilfe erstmals in die Lage, im Sinne der konkreten Bedarfe der Betroffenen gezielter im Einzelfall zu steuern und zeitnah Einfluss zu nehmen, um Personenzentrierung, sozialräumliche Verankerung und Wirkungskontrolle bei den Leistungserbringung in Behindertenwerkstätten und ambulanten oder stationären Wohnformen zu erreichen.<sup>183</sup>

Das BTHG schafft eine gesetzliche Grundlage dafür, dass bestimmte bisher personenbezogene Leistungen, das betrifft in erster Linie *Schulbegleitung/-assistenz*, so organisiert werden können, dass sie ohne Beeinflussung des festgestellten Hilfeumfangs im Einzelfall dennoch für mehrere Personen gemeinschaftlich erbracht werden können, wenn dies für die Menschen mit Behinderungen zumutbar ist oder explizit von ihnen gewünscht wird. Gleichzeitig eröffnet es Wege zum wirtschaftlicheren Einsatz öffentlicher Mittel bei kostenintensiven Leistungen für Gruppen von Hilfebedürftigen wie Schulbegleitung und speziellen Fahrdiensten.<sup>184</sup>

**Abb. 33: Inkraftsetzung des BTHG – Reformstufen**<sup>185</sup>



<sup>183</sup> erläuternde Ausführungen folgen

<sup>184</sup> Die gemeinschaftliche Leistungserbringung ist schon Praxis – allerdings bisher ohne rechtliche Grundlage.

<sup>185</sup> <http://www.bar-frankfurt.de/rehabilitation-und-teilhabe/bthg/bundesteilhabegesetz-kompakt/reformstufen/> (Stand: 02.10.2018)

### 7.3.3. zu Kapitel 3.2. – Betreuungsrecht, Patientenrecht

Im Bereich des Betreuungs- und Patientenrechtes sind verschiedene Rechtsquellen des Bundes und des Landes relevant. Das *Patientenrechtegesetz* des Bundes vom 26.03.2013 verankert das Arzt-Patienten-Verhältnis als eigenständigen Vertrag im Rahmen des Bürgerlichen Gesetzbuches und beschreibt grundlegende Rechte der Patientinnen und Patienten. Des Weiteren ist noch das *Bundesgesetz zur Regelung betreuungsrechtlicher Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme* zu nennen.

#### Brandenburgisches Psychisch-Kranken-Gesetz (BbgPSychKG)

Mit dem zuletzt 2016 geänderten Landesgesetz über *Hilfen* und *Schutzmaßnahmen* sowie über den *Vollzug gerichtlich angeordneter Unterbringung* für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen im Land Brandenburg<sup>186</sup> wird den Landkreisen und kreisfreien Städten die Aufgabe zuteil, die psychiatrischen Hilfen zu planen und zu koordinieren. Die Hilfeerbringung ist darauf zu orientieren, dass den Betroffenen, unterstützt durch das soziale Umfeld, ein weitest gehend eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben und die Teilhabe an der Gemeinschaft ermöglicht wird. Dafür sind bei den Gesundheitsämtern, so auch in Potsdam-Mittelmark, Sozialpsychiatrische Dienste eingerichtet, die unter ärztlicher Leitung stehen. Ihre zentrale Aufgabe ist es, die vorsorgende, begleitende und nachgehende Betreuung der Betroffenen durchzuführen. Zur *Steuerung* und *Koordinierung der psychiatrischen Angebotslandschaft* ist der Landkreis dem Gesetz nach beauftragt, die Zusammenarbeit mit allen Akteuren der Versorgung von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen zu organisieren. In diesem Rahmen wurde in Potsdam-Mittelmark die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft begründet. Sie berät den Landkreis in Fragen der gemeindenahen und bedarfsgerechten Versorgung.

Im Gesetz werden weiterhin die landesrechtlichen Voraussetzungen und Verfahren zur *öffentlich-rechtlichen Unterbringung* geregelt. Dazu gehört die Ausgestaltung von Unterbringungsmaßnahmen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung bzw. Abhängigkeitserkrankung in psychiatrischen Einrichtungen. Die Landkreise und kreisfreien Städte agieren hier als Sonderordnungsbehörde, bei der der Sozialpsychiatrische Dienst Anordnungen zur einstweiligen Unterbringung selbst ausführen kann.

Zudem umfasst das Gesetz Regelungen zum *Maßregelvollzug von Straftäterinnen und Straftätern* mit psychischer Erkrankung oder Abhängigkeitserkrankung, in denen die Anwendung freiheitseinschränkenden Maßnahmen bei der Unterbringung definiert wird.

#### Gesetz zur Reform des Rechts der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige - Betreuungsgesetz

Mit dem Gesetz zur Reform des Rechts der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige (Betreuungsgesetz – BtG) vom 12. September 1990 ist die *Betreuung als Rechtsfürsorge* zum Wohl des betroffenen Menschen an die Stelle von Entmündigung, Vormundschaft für Erwachsene und Gebrechlichkeitspflegschaft getreten. Das Wesen der Betreuung besteht darin, dass eine hilfsbedürftige Person Unterstützung durch eine betreuende Person erhält, die ihre Angelegenheiten in einem gerichtlich genau festgelegten Aufgabenkreis rechtlich besorgt. Das Selbstbestimmungsrecht des betroffenen Menschen soll dabei gewahrt bleiben. Die Wünsche des Betroffenen haben grundsätzlich Vorrang gegenüber seinen objektiven Interessen, wenn sie seinem Wohl nicht zuwiderlaufen. Von Betreuung betroffen sind Erwachsene, die aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen können.

---

<sup>186</sup> 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) vom 5. Mai 2009, zuletzt geändert am 25.01.2016

Viele der Betroffenen sind alte Menschen. In den letzten Jahren wurde das Betreuungsrecht unter folgenden Aspekten angepasst:

- Stärkung der Selbstbestimmung der betroffenen Personen,
- Form, Inhalt und Wirksamkeit von Patientenverfügungen,
- Stärkung der Aufgaben und Funktionen der Betreuungsbehörde im Sinne einer weitestgehenden Vermeidung von Betreuungsfällen.

Die zuständige Betreuungsbehörde im Landkreis ist im Fachdienst 52 (Soziales und Wohnen) angesiedelt.

## **7.4. Ergebnisse der Trägerbefragungen der Akteure durch den Landkreis PM und die PSAG 2015/2016**

2015 führte der Landkreis PM erstmals gemeinsam mit dem Vorstand der PSAG eine Befragung unter PSAG-Einrichtungsträgern und Fachärzten/innen zur Sammlung von Angeboten für die Versorgung psychisch Kranker aus dem Landkreis PM durch. Es wurde von der Kreisverwaltung ein strukturierter Fragebogen entworfen, der allen Befragten per Post zugeht. Gefragt wurde in erster Linie nach Strukturdaten von Angeboten in den Bereichen Arbeit, Bildung, Gesundheit, Wohnen und Gemeindenahe Psychiatrie aus Trägersicht erfragt.

Die inhaltlichen Ergebnisse der Rückläufe wurden dem vorliegenden Bericht zugrunde gelegt. Es ist aus den Rückläufen leider nicht erkennbar, ob tatsächlich die Abgrenzung zu anderen Gebietskörperschaften erfolgte und die zahlenmäßigen Angaben tatsächlich belastbar sind.

Auch zur 2. Trägerbefragung 2016 wurde ein eigener strukturierter Fragebogen entworfen. Die Beantwortung war tatsächlich erheblich geringer als bei der 1. Befragung. Neben der Aktualisierung der Angebote wurde zusätzlich nach der Bewertung zum Stand der trägerübergreifenden Kooperation im Rahmen des Versorgungsauftrages der Träger gefragt.

Von den Leistungserbringern wurde hier im Durchschnitt die Kooperationssituation im Landkreis zwischen den Einrichtungen und Diensten als insgesamt mit gut eingeschätzt (2,37)<sup>187</sup>.

Die eigene Kooperationsqualität des jeweiligen Trägers bewerteten die Anbieter ebenfalls durchschnittlich mit gut (2,04).

Befragt nach der Qualität der Zusammenarbeit innerhalb der PSAG gaben die Träger durchschnittlich ein befriedigend (2,89) ab.

Die Zusammenarbeit mit dem Landkreis in seiner Funktion als Leistungsträger wurde mit 2,58 bewertet.

Die Zusammenarbeit mit dem Landkreis bei der Versorgungsgestaltung fiel bei der Wertung befriedigend (2,9) aus.

Die Ergebnisse der Befragungen wurden in Mitgliederversammlungen der PSAG durch die Kreisverwaltung ausführlich vorgestellt.

---

<sup>187</sup> auf der Basis der Schulbewertungsskala von eins bis sechs

## 7.5. Verzeichnis der Angebote psychischer und psychiatrischer Versorgungsstrukturen<sup>188</sup>

### 7.5.1. Angebote für Kinder und Jugendliche

Für Eltern von Kindern mit psychischen Auffälligkeiten und seelischen Behinderungen sind die drei Frühförder- und Beratungsstellen geeignete Anlaufstellen:

- *Frühförder- u. Beratungsstelle des Ev. Diakonissenhauses:*  
Berlin/Teltow/Lehnin, Lichterfelder Allee 45, 14513 Teltow  
Trägerschaft: Evan. Diakonissenhaus Berlin Teltow Lehnin
- *Frühförder- und Beratungsstelle Werder* (im OSZ Werder, Haus C)  
Altenkirchstraße 6-8, 14542 Werder  
Trägerschaft: Verein Oberlinhaus
- *Frühförder- und Beratungsstelle im Kreiskrankenhaus Bad Belzig*  
Niemegker Str. 45, 14806 Bad Belzig  
Trägerschaft: Klinik Ernst von Bergmann gGmbH

#### Familienentlastende Dienste:

- *Evangelisches Diakonissenhaus Berlin Teltow Lehnin*  
Regionen Teltow/Werder/Kloster Lehnin  
Lankeweg 4, 14513 Teltow
- *MITEINANDER gGmbH*  
Straße der Einheit 53, 14806 Bad Belzig
- *Lebenshilfe Brandenburg – Potsdam e.V.*  
Walther-Ausländer-Straße 1, 14772 Brandenburg an der Havel

#### Selbsthilfe – regionales Angebot:

Elternkreis für Eltern drogengefährdeter und abhängiger Jugendlicher  
Mahlower Straße 150 in Teltow.

#### umfassendes ambulantes Beratungs- und Behandlungsangebot für Suchtkranke und Suchtgefährdete:

##### *AWO Bezirksverband Potsdam e.V.*

- Brücker Landstraße 1 a, 14806 Bad Belzig
- Potsdamer Straße 7-9, 14513 Teltow
- Eisenbahnstraße 1, 14542 Werder (Havel)
- Friedensstraße 4, 14797 Kloster Lehnin
- Clara-Zetkin-Straße 196, 14547 Beelitz

#### Fachärzt\*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bzw. Allgemeinmediziner\*innen mit psychiatrischer Zusatzqualifikation für Kinder und Jugendliche:

- Sonja Weber und Nadja Makansi-Baumgardt – FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Walther-Rathenau-Str. 23, 14513 Teltow
- Dr. med. Helke Klein – FA Allgemeinmedizin, Hausarzt, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Kinder und Jugendliche, Bahnhofstr. 12, 14789 Wusterwitz

<sup>188</sup> erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit

- Dr. med. Susanne Flor – FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Belziger Str. 25, 14929 Treuenbrietzen
- Dr. med. Kerstin Kühn – FA Kinder- und Jugendpsychiatrie, Hauptstr. 58, 14776 Brandenburg an der Havel
- Dr. med. Klaus Baumann – FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Hegelallee 48, 14467 Potsdam
- Dr. med. Monika Kanthack – FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Behlertstr. 27, 14469 Potsdam
- Dr. med. Klaus-Rüdiger Otto – FA Nervenheilkunde, Verhaltenstherapie für Kinder und Jugendliche, Luisenplatz 1, 14471 Potsdam
- Dr. med. Kerstin Meyer – FA Innere Medizin, ärztliche Psychotherapie und Notfallmedizin, Großbeerenstr. 109, 14482 Potsdam

#### Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken mit angeschlossenen psychiatrischen Institutsambulanzen, Tageskliniken:

- *Klinikum Ernst von Bergmann Potsdam* und *psychiatrische Institutsambulanz*: Charlottenstraße 72, 14467 Potsdam
- *Asklepios Fachklinikum Brandenburg an der Havel mit Tagesklinik, Institutsambulanz*: Anton-Saefkow-Allee 2, 14772 Brandenburg an der Havel
- *Asklepios Fachklinikum Brandenburg an der Havel mit Tagesklinik, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst*: Klinikallee 70, 14772 Brandenburg an der Havel
- *Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie und Institutsambulanz*: Behlertstraße 45 a, 14467 Potsdam

#### Beratung und Unterstützung zur beruflichen Ausbildung/Beschäftigung

- *Bundesagentur für Arbeit*  
Horstweg 102-108, 14478 Potsdam  
Brücker Landstr. 1a, Bad Belzig  
Kirchhofstr. 39-42, Brandenburg an der Havel
- *Integrationsfachdienst Potsdam*  
Tuchmacherstraße 48 b, 14482 Potsdam  
Trägerschaft: Johanniter Unfallhilfe e. V. Kreisverband Potsdam
- *Industrie- und Handelskammer Potsdam*  
Breite Str. 2 a-c, 14467 Potsdam
- *Handwerkskammer Potsdam*  
Charlottenstraße 34, 14467 Potsdam
- *Jobcenter MAIA, LK PM*  
Brücker Landstraße 22B, 14806 Bad Belzig,  
Potsdamer Straße 18, 14770 Brandenburg an der Havel  
Lankeweg 4, 14513 Teltow  
Am Gutshof 1-4, 1452 Werder/Havel

#### Stationäre Wohnangebote:

- *Fazenda da Esperanza - Langzeittherapie Suchtbefreiung*  
(ab dem 15. Lebensjahr, auch bei Depressionen und Essstörungen)  
Linder Weg 5, 14778 Päwesin, OT Riewend  
Trägerschaft: Fazenda da Esperanza Deutschland e.V.
- *Wohngruppe Erziehungswohngruppe „Milena“*  
Am Markt 14, 14558 Nuthetal, OT Saarmund

Trägerschaft: JaKuS gGmbH-Jugendarbeit Kultur und soziale Dienste

Ambulante und therapeutisch begleitete Wohnangebote:

- *Wohngemeinschaft Therapeutische Wohngemeinschaft "Gärtnerhaus"*  
Hauptstraße 5, 14797 Kloster Lehnin  
Trägerschaft: Mäander gGmbH
- *EWG Radewege*  
Dorfstraße 42b, 14778 Beetzsee, OT Radewege  
Trägerschaft: Familienwohngruppe Steinbrenner
- *EWG Roskow*  
Dorfstraße 27, 14778 Roskow  
Trägerschaft: Familienwohngruppe Steinbrenner

**7.5.2. Angebote für Erwachsene**

Kontakt- und Beratungsstellen:

- *Sozialpsychiatrischer Dienst*  
FD 55 – Gesundheit der Kreisverwaltung PM  
(Standorte: Bad Belzig, Brandenburg an der Havel, Teltow, Werder (Havel))
- *Brandenburger Verein für gemeindenahe Psychiatrie e.V.*  
Wilhelmsdorfer Straße 16 a, 14776 Brandenburg an der Havel
- *Potsdamer Verein für gemeindenahe Psychiatrie – Türklinke e. V.*  
Kontakt- und Beratungsstelle (KBS)  
Saalestraße 4, 14513 Teltow
- *„Lichthof“ Kontakt- und Beratungsstelle*  
Magdeburger Straße 12, 14806 Bad Belzig  
Trägerschaft: LAFIM – Landesausschuss für Innere Mission, Wohn- und Werkstätten  
„Theodor Fliedner“
- *Diakonisches Werk Potsdam e. V. - Beratungs- und Begegnungszentrum*  
Plantagenplatz 11, 14542 Werder (Havel).

umfassendes ambulante Beratungs- und Behandlungsangebot für Suchtkranke und Suchtgefährdete:

*AWO Bezirksverband Potsdam e.V.*

- Brücker Landstraße 1 a, 14806 Bad Belzig
- Potsdamer Straße 7-9, 14513 Teltow
- Eisenbahnstraße 1, 14542 Werder / H.
- Friedensstraße 4, 14797 Kloster Lehnin
- Clara-Zetkin-Straße 196, 14547 Beelitz

Demenzberatungsstellen:

*Evangelischen Diakonissenhaus Berlin, Teltow, Lehnin:*

- Landratsamt, Lankeweg 4, 14513 Teltow
- Beratungszentrum und Pflegestützpunkt, Clara-Zetkin-Straße 196, 14547 Beelitz
- Deutsches Dorf 45-47, 14776 Brandenburg
- Am Bahnhof 11, 14806 Bad Belzig

### Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung:

- *Sozialverband VdK Berlin Brandenburg e.V.*  
Linienstraße 131, 10115 Berlin  
Tel. 030/ 864910-0  
E-Mail: berlin-brandenburg@vdk.de
- *Lebenshilfe Brandenburg-Potsdam e.V.*  
Potsdamer Landstraße 11, 14776 Brandenburg an der Havel  
Tel. 03381 52590  
E-Mail: info@lebenshilfe-brb.de
- *Blinden- und Sehbehinderten-Verbandes-Brandenburg e.V.*  
Hauptstraße 21 (Bollmannpassage), 14776 Brandenburg an der Havel  
Ansprechpartner: Marion Brückmann, Karla Schramm, Christine Rohrschneider  
Tel. 03381/ 3288064  
E-Mail: bsvb@bsvb.de

### Selbsthilfeangebote im Landkreis:

- AD(H)S Stahnsdorf
- Angehörige von Menschen mit psychischen Erkrankungen Bad Belzig
- Bipolare Störungen Teltow
- Ehemalige Patienten/innen der Tagesklinik für psychisch Kranke im Johanniter Krankenhaus Treuenbrietzen
- „Hoffnung“ Menschen mit Ängsten und Depressionen Werder
- Initiative „Chancengleich“ ADS/ADHS Brück
- Neurose / psychosomatisch Kranke Bad Belzig
- Psychisch Kranke I Bad Belzig
- Psychisch Kranke II Bad Belzig
- Psychisch Kranke und Angehörige Treuenbrietzen

### Selbsthilfegruppen Sucht:

- Alkohol und Medikamente (SAMT) Teltow
- Alkoholranke „Blaues Kreuz“ Teltow
- Alkoholranke „Dry life“ Teltow
- Alkoholranke „Null Promille“ Werder
- SHG des Suchtgefährdeten Dienstes in der Diakonie Berlin/ Brandenburg e. V. Werder
- Suchtselbsthilfegruppe Werder
- Alkoholranke „Blaues Kreuz“ Bad Belzig
- Alkoholranke Donnerstagsgruppe Bad Belzig
- Anonyme Alkoholiker Bad Belzig
- Trockene Alkoholiker Dienstagsgruppe Bad Belzig
- Alkoholranke „Die Meckies“ Kloster Lehnin
- Alkoholranke (angeleitet) Treuenbrietzen
- Scarabäus Hoher Fläming e. V. Wiesenburg
- Trockene Alkoholiker Michendorf
- Trockene Alkoholiker Ziesar



- Angehörigengruppe Werder des Suchgefährdeten Dienstes in der Diakonie Berlin/Brandenburg e.V. Werder
- Elternkreis drogengefährdeter und abhängiger Jugendlicher Teltow

#### Psychiatrische Tageskliniken und psychiatrische Institutsambulanzen:

- *Johanniter-Krankenhaus Treuenbrietzen – Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik*  
*Tagesklinik und Institutsambulanz:* Johanniterstraße 1, 14929 Treuenbrietzen (auch Sitz der Hauptklinik)  
*Tagesklinik und Institutsambulanz:* Niemecker Straße 45, 14806 Bad Belzig  
Trägerschaft: Johanniter-Krankenhaus im Fläming GmbH
- *Asklepios Fachklinikum Brandenburg an der Havel*  
*Tagesklinik und Institutsambulanz:* Anton-Saefkow-Allee 2, 14772 Brandenburg an der Havel (auch Sitz der Hauptklinik)  
*Tagesklinik und Institutsambulanz:* Klingenbergstraße 3, 14772 Brandenburg an der Havel  
*Tagesklinik und Institutsambulanz:* Rheinstraße 10a, 14513 Teltow  
*Tagesklinik und Institutsambulanz:* Unter den Linden 1, 14542 Werder (Havel)
- *Psychiatrische Klinik und Institutsambulanz Ernst von Bergmann Krankenhaus gGmbH Potsdam*  
*Tagesklinik und Institutsambulanz:* Ahornstraße 18, 14482 Potsdam (auch Sitz der Hauptklinik)  
*Tagesklinik und Institutsambulanz:* In der Aue 59-61, 14480 Potsdam-Babelsberg,

#### Hilfe zum Schwerbehindertenrecht:

- *LASV - Integrationsamt Standort Potsdam*  
Zeppelinstraße 48, 14471 Potsdam
- *Integrationsfachdienst Potsdam*  
Tuchmacherstraße 48 b, 14482 Potsdam  
Trägerschaft: Johanniter Unfallhilfe e. V. Kreisverband Potsdam

#### Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben:

- *Integrationsfachdienst Potsdam*  
Tuchmacherstraße 48 b, 14482 Potsdam  
Trägerschaft: Johanniter Unfallhilfe e. V. Kreisverband Potsdam
- *Berufliches Trainingszentrum Brandenburg*  
Geschwister – Scholl – Straße 36  
14776 Brandenburg / H.  
Trägerschaft: Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW) gGmbH

#### WfbM - berufliches Teilhabeangebot:

- *Ev. Diakonissenhaus Berlin Teltow Lehnin*  
Lichterfelder Allee 45, 14513 Teltow
- *Ev. Diakonissenhaus Berlin Teltow Lehnin*  
Adolf-Damaschke-Straße 12, 14542 Werder (Havel)
- *Union Sozialer Einrichtungen gGmbH*  
Iserstraße 8-10, 14513 Teltow
- *LAFIM Wohn- und Werkstätten „Theodor Fliedner“*  
Zweigwerkstatt, Gewerbepark Seedoche 9, 14806 Bad Belzig
- *LAFIM Theodor-Fliedner-Heim Brandenburg*

Standort Brandenburg an der Havel

- Schmerzke, Belziger Chaussee 6, 14776 Brandenburg an der Havel;

Standort Brandenburg an der Havel

- Grüne Aue, Grüne Aue 15, 14776 Brandenburg an der Havel;

Standort Bad Belzig

- Brücker Landstraße 16, 14806 Bad Belzig (Werkstatt für psychisch kranke Menschen)

- [Werkgemeinschaft für Berlin Brandenburg](#)  
Teltower Damm 269, 14167 Berlin
- [Lebenshilfe Werkstatt Brandenburg an der Havel gGmbH](#)  
Potsdamer Landstraße 11, 14776 Brandenburg an der Havel
- [Diakonische Werkstätten für Behinderte Potsdam gGmbH](#)  
Kombi-Service Potsdam  
Leiterstraße 10 a, 14473 Potsdam
- [Deutsches Rotes Kreuz-Behindertenwerkstätten Potsdam gGmbH](#)  
Kohlhasenbrücker Str. 106, 14480 Potsdam

#### Tagesstätten für psychisch Kranke

- [Gemeinnützige Gesellschaft für sozialpsychiatrische Dienstleistungen \(gGsD\)](#) der Tagesstätte für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen  
Berliner Straße 1, 14513 Teltow  
Trägerschaft: Türklinke GmbH,  
spezialisiert auf den Personenkreis der abhängigkeitskranken Menschen
- [Johanniter Gesundheitszentrum für Sozialpsychiatrie GmbH](#)  
Johanniterstraße 2, 14929 Treuenbrietzen
- [Tagesstätte des Klinikums Ernst von Bergmann](#)  
Yorkstr. 22, 14469 Potsdam
- [Tagesstätte "Mandala" für Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung](#)  
Wilhelmsdorfer Straße 16 a, 14776 Brandenburg  
Trägerschaft: Gemeindenahe Psychiatrie Brandenburg an der Havel GmbH
- [Tagesstätte "Kompetenzen" für Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung](#)  
Mittelstr. 8, 14776 Brandenburg an der Havel  
Trägerschaft: Gemeindenahe Psychiatrie Brandenburg an der Havel GmbH

#### Ambulant betreutes Wohnen:

- [Ernst von Bergmann SozialGmbH](#)  
Eisenbahnstraße 1, 14542 Werder (Havel)
- [Ernst von Bergmann SozialGmbH](#)  
Schwarzer Weg 5, 14532 Kleinmachnow
- [Ernst von Bergmann SozialGmbH](#)  
Yorckstraße 22. 14467 Potsdam
- [Johanniter Gesundheitszentrum für Sozialpsychiatrie gGmbH](#)  
Johanniter Straße 1, 14929 Treuenbrietzen
- [Potsdamer Verein für gemeindenahe Psychiatrie](#)  
Ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit psychischen Erkrankungen  
Alte Potsdamer Straße 6 a, 14513 Teltow  
Trägerschaft: Türklinke e. V.

- *Appartementwohnen für Menschen mit psychischen Erkrankungen*  
Türklinke gGmbH  
Alte Potsdamer Straße 6 a, 14513 Teltow
- *Gemeindenahe Psychiatrie Brandenburg* (Einzel- und Paarwohnen)  
Wilhelmsdorfer Straße 16 a, 14776 Brandenburg an der Havel
- *Wohn- und Werkstätten „Theodor Fliedner“*  
Kreyszigstraße 68, 14772 Brandenburg an der Havel
- *Wohn- und Werkstätten „Theodor Fliedner“*  
Magdeburger Straße 12, 14806 Bad Belzig

Ambulant betreutes Wohnen chronisch mehrfach geschädigter Abhängigkeitskranker:

- *ABW für Menschen mit Suchterkrankungen*  
Alte Potsdamer Straße 6a, 14513 Teltow  
Trägerschaft: Türklinke gGmbH
- *Diakonisches Werk Potsdam e.V.*  
Potsdamer Straße 7-9, 14513 Teltow
- *Appartementwohnen für Menschen mit psychischen Erkrankungen*  
Türklinke gGmbH  
Alte Potsdamer Straße 6 a, 14513 Teltow
- *Diakonisches Werk Potsdam e.V.*  
Brandenburger Straße 4, 14542 Werder (Havel)
- *Anonyme Alkoholiker*  
Rathenower Straße 3, 14770 Brandenburg an der Havel
- *Gemeindenahe Psychiatrie Brandenburg* (Einzel- und Paarwohnen)  
Wilhelmsdorfer Straße 16 a, 14776 Brandenburg / H.
- *Wohn- und Werkstätten „Theodor Fliedner“*  
Kreyszigstraße 68, 14772 Brandenburg an der Havel
- *Fazenda da Esperanza* (Frauen und Drogen)  
Linder Weg 5, 14778 Päwesin, OT Riewend
- *Wohn- und Werkstätten „Theodor Fliedner“*  
Magdeburger Straße 12, 14806 Bad Belzig
- *Johanniter Gesundheitszentrum für Sozialpsychiatrie GmbH*  
Johanniter Straße 1, 14929 Treuenbrietzen

Therapeutische Wohngemeinschaften chronisch mehrfach geschädigter Abhängigkeitskranker:

- *Ernst von Bergmann Klinikum*  
Charlottenstraße 72, 14457 Potsdam
- *SinAlkol e.V.*  
Kieck 5, 14715 Märkisch Luch (LK Havelland)
- *Ev. Diakonissenhaus Berlin-Teltow-Lehlin*  
Lichterfelder Allee 45, 14513 Teltow
- *WABE gGmbH*  
Neuhüttener Straße 8a, 14827 Wiesenburg/Mark  
WG Haus Pia, Zum Jagdschloss 65, 14827 Medewitzerhütten  
WG Haus Medewitz

- *Theodor Fliedner Stiftung Brandenburg gGmbH*  
Friedrich-Ebert-Straße 79-81, 14469 Potsdam  
Dorfstraße 71, 16818 Fehrbellin OT Langen (LK Ostprignitz-Rupin)

Stationäre Wohnformen chronisch mehrfach geschädigter Abhängigkeitskranker:

- *Ev. Diakonissenhaus – Erw. Bereich I*  
Lichterfelder Allee 45, 14513 Teltow
- *Potsdamer Verein für gemeindenahe Psychiatrie*  
Märkische Heide 42, 14532 Kleinmachnow  
Trägerschaft: Türklinke e.V.
- *Ruhsitz Golzow GmbH*  
Belziger Straße 10, 14778 Golzow
- *Johanniter Gesundheitszentrum für Sozialpsychiatrie*  
Wohnstätte „Vierfarbhof“ für chronisch psychisch Kranke und mehrfach beeinträchtigte abhängigkeitskranke Menschen  
Johanniter Straße 1, 14929 Treuenbrietzen
- *Scarabäus Hoher Fläming e.V.*,  
Schmerwitz 37, 14827 Wiesenburg/Mark
- *Sozialtherapeutische Nachsorgeeinrichtung für Suchtkranke*  
Zum Jagdschloss 65, 14827 Wiesenburg/Mark, OT Medewitzerhütten  
Trägerschaft: Wabe gGmbH
- *Wohn- und Werkstätten „Theodor Fliedner“*  
Wohnstätte Pfarrhaus Schmerzke  
Altes Dorf 35, 14776 Brandenburg an der Havel
- *Montevini Wohnstätte*  
Tornowstr. 48, 14473 Potsdam  
Trägerschaft: Montevini gemeinnützige Betriebsgesellschaft für Sozialeinrichtungen mbH

Spezielle stationäre Versorgungsangebote im Bereich der Gerontopsychiatrie:

- *Klinik Ernst von Bergmann Bad Belzig gGmbH*  
Niemegker Straße 45, 14806 Belzig
- *Klinikum Ernst von Bergmann gemeinnützige GmbH*  
Charlottenstraße 72, 14467 Potsdam
- *Asklepios Fachklinikum Brandenburg*  
Anton-Saefkow-Allee 2, 14772 Brandenburg an der Havel

Angebote für Behandlung und Therapie für Menschen mit kognitiver Behinderung und Abhängigkeit und Sucht:

- *SinAlkol e.V., Therapeutisches Zentrum Kieck*  
Kieck 5, 14715 Märkisch Luch
- *Fontane Klinik Motzen, Psychosomatische Fachklinik Berlin-Brandenburg*  
(für leicht intelligenzgeminderte Personen)  
Fontanestraße 5, 15749 Mittenwalde
- *Tannenhof Berlin-Brandenburg e.V., Haus Schönbirken*  
Schönbirken 4, 16835 Lindow (Mark)

- *St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee GmbH*  
Gartenstraße 1, 13088 Berlin
- *Evangelische Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH, Luzin Klinik*  
Luzinweg 51, 17258 Feldberger Seenlandschaft

## 8. Quellen- und Literaturverzeichnis

Albus, Margot/Wandl, Ursula: Psychische Erkrankungen im Kontext von Berufsunfähigkeits- bzw. Rentenversicherung. Daten zur Epidemiologie, Bayerisches Ärzteblatt, 11 (2007), 606-608.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Hrsg.): Statistischer Bericht, Ergebnisse des Mikrozensus im Land Brandenburg 2015, Potsdam 2016. URL [https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/stat\\_berichte/2016/SB\\_A01-11-00\\_2015j01\\_BB.pdf](https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/stat_berichte/2016/SB_A01-11-00_2015j01_BB.pdf) (Stand: 01.10.2018)

Andreas, Sylke/Schulz, Holger/Volkert, Jana/Dehoust, Maria/Sehner, Susanne/Suling, Anna/Ausín, Berta/Canuto, Alessandra/Crawford, Mike/Da Ronch, Chiara/Grassi, Luigi/Hershkovitz, Yael/Muñoz, Manuel/Quirk, Alan Rotenstein, Ora/Santos-Olmo, Ana Belén/Shalev, Arieh/Strehle, Jens/Weber, Kerstin/Wegscheider, Karl/Wittchen Hans-Ulrich/Härter, Martin: Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis\_ICF65+ study, The British Journal of Psychiatry 2 (2017), 125-131.

Barmer (Hrsg.): Arztreport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 7, Siegburg 2018.

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (Hrsg.): Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland, Berlin 2007.

Böhm, Karin/Tesch-Römer, Clemens/Ziese, Thomas (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter, Robert Koch-Institut, Berlin 2009.

Brandenburgisches Vorschriftensystem: Fortschreibung des Dritten Krankenhausplanes des Landes Brandenburg, vom 18.06.2013.

Bühning, Petra: Psychiatrie-Reform: Auf halbem Wege steckengeblieben, Deutsches Ärzteblatt 98/6 (2001), 301-307.

Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz e.V. (Hrsg.): Dossier Kinder suchtkranker Eltern, Berlin 1 (2012).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Arbeitsgruppe Bundesteilhabegesetz. Abschlussbericht, Bonn 2015.

URL: [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a764-abschlussbericht-bthg-A.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a764-abschlussbericht-bthg-A.pdf?__blob=publicationFile)

Bundesministerium für Arbeit und Gesundheit (Hrsg.): Psychische Gesundheit im Betrieb, Bonn 2016.

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (Hrsg.): Fachexpertise, Geistige Behinderung und Sucht, Ergebnisse der verbandsübergreifenden Arbeitsgruppe, Berlin 2015.

Dauber, Hanna/Specht, Sara/Künzel, Jutta & Braun, Barbara (Hrsg.): Suchthilfe in Deutschland 2015. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik, München 2016.

Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz (Hrsg.): Demenz bei geistiger Behinderung, Berlin 2014.

Deutscher Bundestag (Hrsg.): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland, Drucksache 7/4200, Bonn 1975.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.): Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Zielgruppenspezifische psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen – Situation, Bedarf und Entwicklungsperspektiven, Berlin 2009.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): Eckpunkte des deutschen Vereins für einen inklusiven Sozialraum, Berlin 2011.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.): Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Regierungsentwurf eines zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSF II), Berlin 2015.

Deutsche Sozialversicherung Europavertretung (Hrsg.): Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ vom 14.10.2005, Gemeinsame Stellungnahme der Spitzenorganisationen der Deutschen Sozialversicherung, vorgelegt am 24. Mai 2006.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.): Drogen- und Suchtbericht, Berlin 2017.

Erdélyi, Paul. § 35 a SGB VIII. Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche. URL: [http://www.lwl.org/lja-download/pdf/Eingliederungshilfe\\_fuer\\_seelisch\\_beh\\_j\\_Menschen\\_35a.pdf](http://www.lwl.org/lja-download/pdf/Eingliederungshilfe_fuer_seelisch_beh_j_Menschen_35a.pdf) (Stand: 01.10.2018)

Europäische Kommission (Hrsg.): Bericht über die gesundheitliche Situation der jungen Menschen in der europäischen Union, Luxemburg 2000.

Gesundheit Berlin Brandenburg e.V./Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (Hrsg.): Vernetzung psychiatrischer Hilfen auf kommunaler Ebene im Land Brandenburg, Berlin 2017.

Grube, Christian/Wahrendorf, Volker/Bieback, Karin/Flint, Thomas/Streichsbier, Klaus (Hrsg.): SGB XII, Sozialhilfe mit Asylbewerberleistungsgesetz, Kommentar, München 2005.

IFT Institut für Therapieforschung (Hrsg.): Suchthilfe in Deutschland 2015 – Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik (DSHS), München 2016.

Kahl, Yvonne: Subjektives Teilhabeerleben von Menschen mit psychischen Erkrankungen. in: Menschen mit psychischen Erkrankungen: Ausschluss statt Teilhabe, 4 (2017), S. 12ff.

Klimitz, Hasso: Die Entwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems in Deutschland 1975-2017. in: Menschen mit psychischen Erkrankungen: Ausschluss statt Teilhabe? 4 (2017), S.4-8.

Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg (Hrsg.): Brandenburger Sozialindikatoren 2016. Aktuelle Daten zur sozialen Lage im Land Brandenburg, Cottbus 2016.

Landessuchtkonferenz Brandenburg, Standards und Qualitätsmerkmale der Beratungs- und Behandlungsstellen für Abhängigkeitskranke im Land Brandenburg in der Fassung vom 26.April 2006, ergänzt und im AK ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der BLS e.V., abgestimmt 2011

Martin-Luther-Universität-Halle-Wittenberg (Hrsg.): Brandenburger Fachkräftestudie Pflege, Abschlussbericht, Halle (Saale)2013.

Mauz, Elvira/Jacobi, Frank: Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich, Psychiatrische Praxis 35/7 (2008), 343-352.

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF) (Hrsg.): Daten und Fakten zur Pflege im Landkreis Potsdam-Mittelmark. Analyse der Pflegestatistik 2013, Potsdam 2016.

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF) (Hrsg.): Gesundheit und Gesundheitschancen für Kinder im Land Brandenburg. Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 8, Potsdam, 2018.

Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim 2002.

Reinhardt, Dietrich/Nicolai, Thomas/Zimmer, Klaus-Peter (Hrsg.): Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter, Berlin/Heidelberg 2014.

Petermann, Franz/Maercker, Andreas/Lutz, Wolfgang/Stangier, Ulrich (Hrsg.): Klinische Psychologie – Grundlagen, 1. Auflage, Göttingen 2011.

Rosemann, Matthias (Hrsg.): BTHG: Die wichtigsten Neuerungen für die psychiatrische Arbeit (Fachwissen). Psychiatrie Verlag. Köln 2018.

Salize, Hans Joachim: Versorgungsrealitäten und Versorgungsgerechtigkeit. In: Menschen mit psychischen Erkrankungen: Ausschluss statt Teilhabe?, 4 (2017), S.9-11.

Zentrum für Gerontologie, ZfG: Prävention & Gesundheitsförderung im Kanton Zürich, Nr. 31, Juli 2012

### Internetquellen

<http://aktion-frech.de/> (Stand: 01.10.2018)

CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION, unterzeichnet am 22 Juli 1946, <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>, (25.09.2018)

<http://www.bar-frankfurt.de/rehabilitation-und-teilhabe/bthg/bundesteilhabegesetz-kompakt/reformstufen/> (25.09.2018)

<http://www.bmas.de/DE/Schwerpunkte/Inklusion/bundesteilhabegesetz.html>, 25.09.2018

[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Praevention/Broschueren/Ratgeber\\_Patientenrechte\\_bf.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Ratgeber_Patientenrechte_bf.pdf) (Stand: 01.10.2018)

<http://www.gesundheitbb.de/Patientenfuersprecher-innen-Brandenburg.1357.0.html> (Stand 25.09.2018)

<https://www.kiggs-studie.de/deutsch/home.html> (Stand: 04.10.2018)

<http://www.komm-auf-tour.de/startseite/> (Stand: 01.10.2018)

<https://www.kobranet.de/projekte/initiative-sekundarstufe-i/projekt.html> (Stand: 01.10.2018)

<https://www.kvbb.de/praxis/zulassung/bedarfsplanung/>, (Stand: 01.10.2018)

<https://www.patientenberatung.de/de/beratung/beratungsstellen/beratung-potsdam> (Stand 25.09.2018)

<https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegesetz-pflegereform/pflegestaerkungsgesetze/>, (Stand 01.10.2018)

<https://www.potsdam-mittelmark.de/de/bildung-soziales/dienstleistungskette-familienwegweiser/>

<https://www.potsdam-mittelmark.de/de/bildung-soziales/fachplanungen-berichte/sozialberichterstattung/>, (Stand: 01.10.2018).

<http://www.potsdam-mittelmark.de/de/bildung-soziales/fluechtlinge-in-pm/strategien-des-landkreises-pm/> (Stand: 01.10.2018)

<https://www.potsdam-mittelmark.de/de/landkreis-verwal->

[tung/kreisverwaltung/verwaltungsstruktur/fachdienste/?tx\\_tlscotty\\_scotty%5Buid%5D=22&tx\\_tlscotty\\_scotty%5Baction%5D=showDetails&tx\\_tlscotty\\_scotty%5Bcontroller%5D=EJ7Interlock&cHash=08f9932d81596c69409f3536ba22c0de](https://www.potsdam-mittelmark.de/de/landkreis-verwaltung/kreisverwaltung/verwaltungsstruktur/fachdienste/?tx_tlscotty_scotty%5Buid%5D=22&tx_tlscotty_scotty%5Baction%5D=showDetails&tx_tlscotty_scotty%5Bcontroller%5D=EJ7Interlock&cHash=08f9932d81596c69409f3536ba22c0de) (Stand: 19.09.2018).

<https://psychenet.de/de/>



[http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Psychische\\_Gesundheit/Psychische\\_Gesundheit\\_node.html](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Psychische_Gesundheit/Psychische_Gesundheit_node.html), (Stand: 25.09.2018)

<https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Regionen/Politische-Gebietsstruktur-Nav.html> (25.09.2018)

[https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/produkte/faltblatt\\_brochure/FB\\_Mikrozensus\\_DE\\_2015\\_BB.pdf](https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/produkte/faltblatt_brochure/FB_Mikrozensus_DE_2015_BB.pdf) (25.09.2018)

<http://www.wirtschaft.pm/tgz-bad-belzig/schule-wirtschaft/arbeitskreise/> (Stand: 01.10.2018)

<http://www.wirtschaft.pm/tgz-bad-belzig/schule-wirtschaft/job-navi-pm/> (Stand: 01.10.2018)

### **Gesetze/Verordnungen**

Brandenburgisches Psychisch-Kranken-Gesetz (BbgPsychKG) vom 5.09.2009, zuletzt geändert am 25.01.2016

Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (BbgGDG) vom 25.01.2016

Krankenhausentwicklungsgesetz (BbgKHEG) vom 8. Juli 2009

Patientenrechtegesetz des Bundes vom 26.03.2013

Sozialgesetzbuch VIII, IX, XII

### **Berichte/Dokumente des Landkreises PM**

Bericht zur gesundheitlichen Lage der Kinder im Landkreis PM, 2011

Demografiebericht Nr. 3 des Landkreises PM, 2016

Geschäftsbericht 2017, FB 5 – Soziales, Jugend, Gesundheit und Schulentwicklung, 2018

Landkreis Potsdam-Mittelmark, Schulstatistik 2017/2018

### **Sonstige**

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

Bundesagentur für Arbeit

FD 11 – Zentrale Steuerung