



**Plan zur Weiterentwicklung eines
integrativen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen
in Mecklenburg-Vorpommern**

Herausgeber

Ministerium für Arbeit,
Gleichstellung und Soziales
Mecklenburg-Vorpommern
Werderstraße 124 • 19055 Schwerin
Tel.: 0385 588-0
Fax: 0385 588 9099
E-Mail: poststelle@sm.mv-regierung.de
www.sozial-mv.de

Titelbild

Blütenzauber, Sandra P.
Acryl, 2010

Satz & Druck

Druckhaus Panzig, Greifswald

Wahlkampfverbot

Diese Broschüre wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlhelfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlkampfveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Eine Verwendung dieser Druckschrift durch Parteien oder sie unterstützende Organisationen ausschließlich zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder bleibt hiervon unberührt. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Plan zur Weiterentwicklung eines integrativen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen in Mecklenburg-Vorpommern

Stand: August 2011

Geleitworte der Ministerin

Liebe Leserin, lieber Leser,

knapp 20 Jahre ist es her, dass sich Experten mit der Lage der Psychiatrie in Mecklenburg-Vorpommern beschäftigt haben. Galt es doch die Defizite aus den Zeiten der DDR auszugleichen und die Versorgungsstrukturen in dem damals neuen Flächenland Mecklenburg-Vorpommern aufzubauen. So war auch der erste Psychiatrieplan im Jahr 1994 darauf ausgerichtet, Bilanz zu ziehen und zu klären, welche Strukturen, Einrichtungen und Dienste im Land vorhanden waren oder geschaffen werden mussten. Im Vergleich zur Gegenwart gab es damals nicht viel zu notieren: Es gab schlichtweg wenig Angebote, ein Hilfesystem musste erst nach und nach aufgebaut werden.

Heute können wir mit Stolz sagen: „Wir haben mehr erreicht, als die Experten damals prognostiziert haben. Die Strukturen für ein psychiatrisches Hilfesystem in Mecklenburg-Vorpommern sind aufgebaut und bewähren sich.“



Dennoch können wir uns darauf nicht ausruhen, denn die Anforderungen an dieses Hilfesystem steigen. Der starke Anstieg psychischer Erkrankungen und die Thematisierung dieser Entwicklung in Medien und Öffentlichkeit machen dies unmissverständlich deutlich. Der Anstieg der Erkrankungen ist sicher auch ein Hinweis darauf, dass psychische Erkrankungen heute stärker akzeptiert werden. Dennoch ist die Stigmatisierung psychischer Krankheiten immer noch ein Thema, dem wir uns, und das gilt für alle an der Psychiatrie Beteiligten, annehmen müssen. Viele Menschen tun sich nach wie vor schwer damit, die Andersartigkeit eines psychisch Kranken zu respektieren. Auch das Wissen über Heilmethoden- und -erfolge lässt sich sicher noch verbessern.

Verschiedentlich wird in diesem Zusammenhang auch von struktureller Diskriminierung gesprochen. Diese Form der Ungleichbehandlung entsteht durch ungerechte soziale Strukturen, durch Ungleichgewichte, durch die Beschaffenheit der Struktur der Gesellschaft. Aufgabe der Politik ist es, das aufzubrechen und transparent zu machen.

An dieser Stelle setzt auch der Psychiatrieplan an. Er soll die Voraussetzungen schaffen, dass psychisch kranke Menschen mitten in der Gesellschaft leben können. Dieser Gedanke ist der Kern des neuen Psychiatrieplans. Menschen mit einem besonders komplexen Hilfebedarf werden deshalb darin besonders berücksichtigt. Dafür muss es die entsprechenden Angebote geben.

Das Hilfesystem muss auch auf die Besonderheiten eingehen, die das Lebensalter der Patienten vorgibt. Aufgrund der demografischen Entwicklung in unserem Land – die Zahl der alten Menschen wird weiter zunehmen – bildet die Gerontopsychiatrie einen besonderen Schwerpunkt. Deshalb hat dieser Aspekt im parallel zum Psychiatrieplan entwickelten Geriatrieplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern einen besonderen Stellenwert.

Gleichzeitig hat das Ministerium aber auch seine Anforderungen an das Hilfesystem für die junge Generation definiert. Dafür wurde der „Leitfaden zur Zusammenarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ erarbeitet. Damit verfügen wir über ein umfassendes Rüstzeug für die psychiatrischen Hilfen in unserem Bundesland.

Ihre

A handwritten signature in black ink, reading 'Manuela Schwesig'.

Manuela Schwesig
Ministerin für Arbeit, Gleichstellung und Soziales
Mecklenburg-Vorpommern

Geleitworte der Ministerin	3
Vorwort	7
Vorbemerkung	9
1 Hilfebedarf und Hilfeangebot	11
1.1 Hilfebedarf	11
1.1.1 Situation in der Europäischen Union	11
1.1.2 Situation in Deutschland	12
1.1.3 Situation in Mecklenburg-Vorpommern	14
1.2 Hilfeangebot	14
1.2.1 Ambulante Angebote	15
1.2.2 Teilstationäre Angebote	18
1.2.3 Stationäre Einrichtungen	19
1.3 Koordination und Projekte zur Überwindung von Schnittstellen	21
1.3.1 Koordination auf Landesebene	21
1.3.2 Koordination auf kommunaler Ebene	22
1.3.3 Gemeindepsychiatrischer Verbund – GPV	22
1.3.4 Koordinierung und Vernetzung von Teilhabe, Bildung, Arbeit und Beschäftigung für seelisch behinderte Menschen	23
1.3.5 Weitere Gremien zur Koordination	24
1.3.6 Projekte zur Überwindung von Schnittstellen der Hilfesysteme	25
2 Erstkontakt zum Hilfesystem	27
2.1 Beschreibung der Zielgruppe und der Anforderungen an die Qualität des Erstkontaktes	27
2.2 Beschreibung des bestehenden Systems	28
2.2.1 Kontext von Hilfebedarfen	28
2.2.2 Erstkontaktstellen im bestehenden Hilfesystem	30
2.2.3 Kontaktgestaltung an den Schnittstellen der Hilfesysteme	31
2.2.3.1 Übergang von Hilfen für Kinder und Jugendliche in das Hilfesystem für erwachsene Menschen	31
2.2.3.2 Erstkontakt in der Gerontopsychiatrie	32
2.3 Zusammenfassung	33
3 Umsetzung der Hilfen	35
3.1 Einführung und Definition der Problemfelder und -gruppen	35
3.2 Behandlung und Betreuung	38
3.2.1 Ambulante Hilfen	38
3.2.2 Teilstationäre und stationäre Versorgung	41
3.2.3 Psychosoziale Leistungen	43
3.2.3.1 Im Erwachsenenalter	43
3.2.3.2 Kinder- und Jugendhilfe	45
3.2.3.3 Sozialpsychiatrische Dienste	46
3.3 Bildung, Teilhabe und Arbeit für psychisch kranke Menschen und Menschen mit Behinderungen	47
3.3.1 Schule, Ausbildung und Teilhabe für psychisch kranke Kinder und Jugendliche	47
3.3.2 Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen und Menschen mit Behinderungen	48
3.3.3 Sozialpsychiatrische Angebote zur beruflichen Integration	50
3.4 Zusammenfassung	50

4 Steuerung, Koordination und Vernetzung der Hilfen	52
4.1 Landesebene	52
4.2 Kommunale Ebene	52
4.3 Steuerungsprozesse auf der Einzelfall-Ebene	54
4.3.1 Hilfeplanung für erwachsene Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und komplexem Hilfebedarf	54
4.3.2 Hilfeplankonferenzen als Kern der individuellen Planung von Leistungen für psychisch kranke Menschen	56
4.3.3 Beteiligung weiterer Leistungsträger - Verbesserung des Schnittstellenmanagements	57
4.3.4 Organisationsform	57
4.3.5 Dokumentation	59
4.3.6 Fallmanagement im Übergang	59
4.3.7 Qualitätssicherung des Hilfeplanverfahrens	59
4.3.8 Besondere Zielgruppen:	60
4.3.8.1 Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen	60
4.3.8.2 Gerontopsychiatrie	60
4.3.8.3 „Systemsprenger“	61
4.3.8.4 Menschen, die psychotherapeutischer Unterstützung bedürfen	62
4.3.8.5 Menschen, die aus Kliniken für Forensische Psychiatrie entlassen werden	62
4.4 Steuerungsprozesse im Bereich der Hilfen für Kinder und Jugendliche	63
4.5 Koordination in der Versorgungsregion	63
4.6 Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe	66
5 Schlussfolgerungen	67
Glossar	71

Vorwort

Auf der Grundlage des ersten Psychiatrieplanes im Jahr 1994 und der durch das Land geförderten Modellprojekte bildete sich ein psychiatrisches Hilfesystem mit differenzierten Angeboten. So verfügt Mecklenburg-Vorpommern heute zum Beispiel anstelle der noch 1990 bestehenden drei großen Langzeiteinrichtungen für volljährige wesentlich seelisch behinderte Menschen über

- 36 Kontakt- und Begegnungsstätten,
- 32 Leistungsanbieter zum ambulant betreuten Wohnen,
- 44 Tagesstätten,
- 26 Arbeitsangebote in Werkstätten für behinderte Menschen,
- 28 Wohngruppen,
- 17 psychosoziale Einrichtungen,
- 10 psychiatrische Pflegeeinrichtungen,
- 18 Integrationsprojekte gemäß § 132 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX), in denen Menschen mit einer psychischen Behinderung beschäftigt sind,
- ein Berufsbildungswerk.

Die Schaffung dieses Hilfesystems ist den vielen engagierten Menschen im Land zu verdanken, die diesen Aufbau in einem sehr rasanten Tempo vorantrieben. Neben den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Leistungserbringer sind hier vor allem die Psychiatrie-Erfahrenen und ihre Angehörigen zu nennen. Sie haben sich unmittelbar oder über ihre Landesverbände (Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Mecklenburg-Vorpommern e. V., Landesverband Mecklenburg-Vorpommern der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e. V., Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V.) in diese Entwicklung eingebracht.

Die Rahmenbedingungen für die Gestaltung von Hilfen verändern sich permanent und so muss auch der zugrundeliegende Plan permanent darauf reagieren. Die Fortschreibung des ersten Psychiatrieplanes erfolgte bisher über Konzepte und Projekte in einzelnen Segmenten der Psychiatrie. Die übergreifende Betrachtungsweise dieses Planes wurde notwendig, weil sich gezeigt hat, dass insbesondere an den Schnittstellen zwischen einzelnen Segmenten Probleme bestehen. Deshalb sind in diesem Plan nicht nur Hilfen nach sehr unterschiedlichen Leistungsgesetzen, sondern auch aus Hilfesystemen integriert, die bisher nicht in jedem Fall optimal untereinander abgestimmt sind (Psychiatrie, Psychosomatik, Suchthilfe, Hilfen für Kinder und Jugendliche und für Erwachsene).

In der Gestaltung des psychiatrischen Hilfesystems im Land wird seit Langem ein personenzentrierter Ansatz verfolgt, der gewährleisten soll, dass Menschen mit einer Behinderung gleichberechtigt am Leben in der Gemeinschaft teilhaben können. Das entspricht Artikel 19 des Übereinkommens der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte der Menschen mit Behinderungen. Mit dem Übereinkommen haben die Vertragsstaaten Handlungsaufträge zur Gestaltung einer inklusiven Gesellschaft bekommen. Somit wird die bereits im Land bestehende Intention bestärkt und drängt zur zügigen Umsetzung.

In diesem Ansatz besteht der maßgebliche Ausgangspunkt für die Darstellung des Planes. Damit folgt der Plan der Perspektive eines psychisch kranken Menschen, der der Hilfe bedarf, und nicht den Institutionen, die Hilfen anbieten. Die Analyse der Situation ist demzufolge nicht nach den Segmenten des Hilfesystems im Sinne der Leistungsgesetze gegliedert, sondern nach dem Prinzip des Hilfebedarfes auf unterschiedlichen Ebenen. In den weiteren Kapiteln werden Defizite, die sich in der Analyse zeigen, aufgegriffen und erörtert, um Lösungsvorschläge entwickeln zu können. Neben der Art der Umsetzung von Hilfen konzentriert sich der Plan

- auf den Erstkontakt zum Hilfesystem, da noch immer zu viel Zeit verstreicht, bis der Betroffene eine angemessene Hilfe erreicht und
- auf Koordination und Steuerung, da die Vielfalt der Hilfen von den betroffenen Menschen häufig nicht mehr überblickt werden kann und hier Ressourcen durch die Beseitigung von Mangel-, Fehl- und Überversorgung aufgeschlossen werden können.

In den Kapiteln 2 bis 4 werden ausdrücklich nur solche Felder des Hilfesystems aufgegriffen, die aus gegenwärtiger Sicht besonderer Aufmerksamkeit bedürfen. Das gilt zum Beispiel aufgrund der demographischen Entwicklung für Hilfen für alte Menschen und aufgrund der Probleme bei der Hilfeplanung für Menschen mit komplexem Hilfebedarf. Hier sind die Ausführungen zum Teil so gestaltet, dass sie als unmittelbare Handlungsanleitung dienen können und sollen.

Geschlechtsspezifische Besonderheiten sind ebenso wie Aspekte, die sich aus dem Migrationshintergrund eines Menschen ergeben, in jedem Kapitel dieses Planes zu beachten. In der „Vorbemerkung“ werden grundsätzliche Aspekte, die diese beiden Themenfelder betreffen, zusammengefasst.

Die Erarbeitung des Planes erfolgte aus der Praxis heraus. Ein ausdrücklicher Dank gilt den vielen Menschen, die sich neben ihrer sonstigen beruflichen Belastung in den themenzentrierten Arbeitsgruppen engagierten, die den Grundstein für den Plan entwickelten. Dadurch entstand ein Plan aus der Praxis für die Praxis. Mit diesem Vorgehen war ein zeitaufwendiger Prozess verbunden, der dazu führte, dass der Plan teilweise auf einer Datenlage basiert, die zum Teil nicht den aktuellen Stand wiedergibt. Eine nochmalige Datenerhebung erschien aber nicht sinnvoll, weil dann auch ein erneuter Abstimmungsprozess erfolgen müsste.

Dieser Plan ist grundsätzlich als eine Momentaufnahme eines permanent laufenden Prozesses zu verstehen und ist auf der Grundlage der sich ständig weiterentwickelnden Bedingungen in Arbeitsgruppen mit thematischen Schwerpunkten umzusetzen und weiterzuentwickeln. Es ist darauf hinzuweisen, dass die im Plan genannten Handlungsempfehlungen unter Finanzierungsvorbehalt stehen und daher keine haushaltspräjudizierende Wirkung für das Land entfalten.

Vorbemerkung

Bei allen in diesem Plan angeführten Hilfeangeboten, Projekten und Diskussionen ist zu berücksichtigen, dass Besonderheiten aufgrund des Geschlechts und der Kultur, aus der die Betroffene / der Betroffene stammt, in die Überlegungen zur Weiterentwicklung einzubeziehen sind.¹

a) Gender Mainstreaming in der psychiatrischen Versorgung

Gender Mainstreaming² in der psychiatrischen Versorgung bedingt die Berücksichtigung unterschiedlicher Sozialisations- und Lebensrealitäten von Frauen und Männern auch in psychiatrischen Hilfeangeboten und erfordert daher Angebote von gemischt-geschlechtlichen, frauen- und männerspezifischen Ansätzen.

Studien³ haben gezeigt, dass das Erleben von Gewalt für mehr Frauen zum Alltag gehört als bisher angenommen. Gewalt zeigt sich in verschiedensten Erscheinungsformen. Neben direkter körperlicher Gewalt wie Misshandlung, sexueller Nötigung, Vergewaltigung und Mord geht es auch um psychische Gewalt beispielsweise in Form verbaler Herabsetzung, Beleidigung und Bedrohung. Gewalterfahrung und Misshandlungen werden häufig nicht als Ursache für Gesundheitsbeschwerden erkannt und nicht angemessen behandelt. Spezifische Folgen der Gewalt und das Schutzbedürfnis betroffener Frauen sind zu selten bekannt.

Die häufigsten psychischen Störungen infolge erlittener Gewalt sind posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Angststörungen, Abhängigkeitserkrankungen und psychosomatische Störungen.

Die Bereitschaft, sich mit geschlechtsspezifischen Ansätzen für psychisch kranke Menschen auseinanderzusetzen, hat in den vergangenen Jahren zugenommen. Die Behandlung der Thematik ebenso wie die konkrete Umsetzung dieser Ansätze ist dabei jedoch sowohl in den Institutionen als auch in den Regionen noch sehr unterschiedlich.

Zur Weiterentwicklung geschlechtsspezifischer Ansätze wird deshalb empfohlen, dass sich sowohl psychiatrische Kliniken als auch Hilfestrukturen außerhalb des Kranken-

hauses für psychisch kranke Menschen mit geschlechtsspezifischen Fragen und Ansätzen auseinandersetzen und eine stärker geschlechterdifferenzierende Orientierung in ihren Angeboten berücksichtigen.

Veröffentlichungen weisen darauf hin, dass bisherige geschlechtsspezifische Projekte und Ansätze vor allem auf Frauen ausgerichtet waren und überwiegend frauenspezifische Fragen zum Inhalt hatten. Erst allmählich wird die Notwendigkeit gesehen, auch männerspezifische Ansätze zu thematisieren.

Aus den unterschiedlichen Lebenswirklichkeiten, Interessen und Möglichkeiten von Frauen und Männern sind für ein gemeindepsychiatrisches Hilfesystem geschlechtssensible⁴ Handlungsempfehlungen abzuleiten (zur Ausgestaltung siehe Bericht der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden⁵).

b) Psychische Erkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund

Im Jahr 2009 betrug die Zahl der Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland ungefähr 16,0 Millionen.⁶ In Mecklenburg-Vorpommern ist der Anteil der Menschen mit einem Migrationshintergrund wesentlich geringer als in vielen anderen, insbesondere westlichen Bundesländern.

Ein kausaler Zusammenhang zwischen Migration und psychischen Störungen ist bisher nicht bewiesen. Migrantinnen und Migranten sind jedoch einer Vielzahl von besonderen Belastungen und Begleitumständen ausgesetzt, die psychische oder psychosomatische Reaktionen hervorrufen können. Dazu gehören zum Beispiel Traumatisierungen bedingt durch Flucht, Haft, Gewalt, Bindungsverluste und Entwurzelung, aber auch Anpassungsschwierigkeiten in der Aufnahmegesellschaft, Identitätsprobleme, Rollenverluste und Generationenkonflikte, sprachliche und kulturelle Verständnisprobleme ebenso wie Diskriminierungen, höhere Arbeitslosigkeit, geringere Bildungschancen und schlechtere Wohnbedingungen.

¹ Bericht der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ (2007)

² Gender Mainstreaming stellt eine Methode dar, um den verfassungsrechtlichen Auftrag aus dem Grundgesetz wirksam zu erfüllen. Definition: Gender Mainstreaming bedeutet, bei allen gesellschaftlichen Vorhaben die unterschiedlichen Lebenssituationen und Interessen von Frauen und Männern von vornherein und regelmäßig zu berücksichtigen, da es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt.

Gender Mainstreaming ist damit ein Auftrag an die Spitze einer Verwaltung, einer Organisation, eines Unternehmens und an alle Beschäftigten, die unterschiedlichen Interessen und Lebenssituationen von Frauen und Männern

- in der Struktur,
- in der Gestaltung von Prozessen und Arbeitsabläufen,
- in den Ergebnissen von Produkten,
- in der Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit,
- in der Steuerung (Controlling)

von vornherein zu berücksichtigen, um Benachteiligungen entgegenzuwirken und das Ziel der Gleichstellung von Frauen und Männern effektiv verwirklichen zu können.

Im Sinne von Gender Mainstreaming sind Konzepte der Versorgung auf allen Ebenen auf ihre geschlechterspezifische Struktur hin zu betrachten. Damit werden unterschiedliche Erkrankungsrisiken durch Arbeitsbelastungen bei Frauen und Männern, geschlechterspezifische Fragen von Gesundheit, Krankheit und Versorgung, Unterschiede in der spezifischen Suchtgefährdung von Frauen und Männern und daraus resultierende Konsequenzen in der Prävention sichtbar.

³ Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland; Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2004; Prävalenzstudie unter Patientinnen der Ersten Hilfe des S.I.G.N.A.L.-Interventionsprogramms, 2003

⁴ Mit „geschlechtssensibel“ ist die Wahrnehmung und Berücksichtigung gegebenenfalls unterschiedlicher Bedürfnisse von Frauen und Männern gemeint.

⁵ Bericht der Arbeitsgruppe Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden „Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven“ (2007)

⁶ Statistisches Bundesamt, Leben in Deutschland – Ergebnisse des Mikrozensus 2009

Hier muss das Gesundheitssystem ansetzen, um Zugangsbedingungen von Migrantinnen und Migranten zu verbessern. Mittel dazu sind geschlechts- und kultursensible Information und Beratung der Betroffenen und ihrer Angehörigen, interkulturelle Sensibilisierung und Förderung der sprachlichen Kompetenzen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus den Gesundheits- und Sozialberufen. Die Einbeziehung der Organisationen und Interessenvertretungen der Migrantinnen und Migranten bei der Entwicklung geeigneter Angebotsstrukturen ist gefordert.

Symptome einer Krankheit werden in verschiedenen Kulturen unterschiedlich wahrgenommen und mitgeteilt. Zudem ist die sprachliche und kulturspezifische Verständigung unabdingbare Voraussetzung zur Erstellung von Anamnesen, Diagnosen, Durchführung von Beratung, Therapie und Pflege von Migrantinnen und Migranten. Behandlerinnen und Behandler sollten daher in der Lage sein, die von den Patientinnen und Patienten angewandten Symbole, Redewendungen, Gestiken und Mimiken richtig zu deuten. Andere Familienstrukturen und religiöse Vorstellungen spielen im Krankheitserleben eine wichtige Rolle, sowohl in der Symptombildung als auch in der Entwicklung der Bewältigungsstrategien. Bei Frauen und

Mädchen können, bedingt durch deren soziale und familiäre Stellung in einigen Ländern und Kulturen, durch Konflikt- und Gewalterfahrungen zusätzliche und spezielle gesundheitliche Belastungen entstehen. Geschlechtsspezifische Verarbeitungsmuster von Migrantinnen müssen stärker beachtet werden.

Um psychisch kranke Migrantinnen und Migranten zu erreichen, müssen sie wissen, welche Möglichkeiten der Beratung, Betreuung und Behandlung es in einer Region gibt. Dafür sollte Informationsmaterial nach Zielgruppen und Herkunftssprache, verständlich und kultursensibel vorhanden sein und aktiv an sie herangetragen werden, um bestehende Wissensdefizite und Berührungängste abzubauen.

Bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung des Fachpersonals sollten migrationsspezifische Aspekte berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere für die Berufsgruppen von Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Gesundheitsfachpflegerinnen und -pflegern, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten.

1 Hilfebedarf und Hilfeangebot

1.1 Hilfebedarf

Aus den im Folgenden dargestellten Hinweisen auf die europa-, deutschland- und landesweite Bedarfssituation sind Rückschlüsse auf die notwendige Weiterentwicklung von Angeboten zu ziehen.

1.1.1 Situation in der Europäischen Union

Die Mitgliedstaaten der Europäischen Region der World Health Organization (WHO) haben sich im Januar 2005 in Helsinki auf einer Konferenz über psychische Gesundheit darauf verständigt, der Zunahme psychischer Erkrankungen in den Regionen gezielt entgegenzuwirken. Die europäischen Staaten rücken damit psychische Gesundheit aus dem Schatten von Stigma und Diskriminierung und in den Fokus gesundheitspolitischer Debatten. Durch die Annahme einer Erklärung und eines Aktionsplans zum Thema psychische Gesundheit gingen die Mitgliedstaaten eine politische Selbstverpflichtung für die kommenden fünf bis zehn Jahre ein. Sie arbeiten daran, die Prinzipien aus der Erklärung zu verwirklichen und die Ziele der im Aktionsplan genannten Arbeitsbereiche zu erreichen.

In einem ersten Schritt zur Umsetzung der „Deklaration von Helsinki“ hat die Europäische Kommission Ende 2005 das Grünbuch „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ vorgestellt. Ziele sind die Schaffung von Rahmenbedingungen für den Austausch und die Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten, das Zusammenwirken von Aktionen innerhalb und außerhalb des Gesundheitssektors. Viele Interessenvertreterinnen und -vertreter sollen in die Lösungsfindung einbezogen werden.

Im Grünbuch der EU-Kommission wird die psychische Gesundheit der Bevölkerung als wichtige Ressource für langfristigen wirtschaftlichen Wohlstand, Solidarität und soziale Gerechtigkeit in den Mitgliedstaaten hervorgehoben. Die gegenwärtige gesundheitliche Situation in der Europäischen Union wird sehr kritisch bewertet: „Die psychische Gesundheit der EU-Bevölkerung ist stark verbesserungsbedürftig.“

Zur Dimension psychischer Erkrankungen in der Europäischen Union führt das Grünbuch aus, dass Schätzungen zufolge mehr als 27 Prozent der erwachsenen Europäerinnen und Europäer mindestens einmal im Leben unter psychischen Störungen leiden. Die am weitesten verbreiteten Störungen in der Europäischen Union sind Angst und Depressionen. Es wird damit gerechnet, dass Depressionen bis zum Jahr 2020 die zweithäufigste Ursache von Erkrankungen in den Industriestaaten sein werden. Zurzeit sterben in der Europäischen Union etwa 58.000 Personen jährlich durch Selbsttötung. Das Lebenszeitrisiko, an einer

psychischen Störung zu erkranken, liegt allerdings mit über 50 Prozent der Bevölkerung wesentlich höher! Ausmaß und Folgen sind dabei höchst variabel: Einige erkranken nur episodisch kurzzeitig über Wochen und Monate, andere längerfristiger. Circa 40 Prozent sind chronisch, das heißt über Jahre oder gar von der Adoleszenz bis an ihr Lebensende, betroffen (Wittchen, Jacobi 2005).

Die Mehrheit der psychischen Störungen manifestiert sich im entscheidendsten Zeitabschnitt für eine erfolgreiche gesundheitliche Entwicklung und Sozialisation – nämlich in der Kindheit und Adoleszenz. Die Befunde zeigen deutlich, dass frühe psychische Störungen vielfältige negative Effekte auf viele Bereiche des Lebens haben (zum Beispiel akademische Erfolge, berufliche Karriere, Partnerschaft und Familienleben, Einschränkungen in der Erziehungskompetenz). Bleibt eine adäquate Behandlung einer psychischen Störung im frühen Verlaufsprozess aus, ist das Risiko für eine lebenslange Leidensgeschichte und Beeinträchtigung stark erhöht. Es ist angesichts der Häufigkeit und Schwere psychischer Störungen nicht überraschend, dass die Studie aufzeigt, dass von allen Arbeitsunfähigkeitstagen pro Jahr die Mehrzahl auf psychische Störungen, und nicht etwa auf somatische Erkrankungen zurückgeführt werden kann (ebenda).

Mit geringen Unterschieden zwischen den EU-Ländern erhalten nur 26 Prozent aller Betroffenen mit psychischen Störungen irgendeine und noch weniger eine adäquate Behandlung. Oft vergehen viele Jahre und manchmal Jahrzehnte, bevor eine erste Behandlung eingeleitet wird; Ausnahmen sind Psychosen, schwere Depressionen und komplexe komorbide Muster. Unbehandelt verlaufen viele psychische Störungen häufig chronisch mit zunehmenden Komplikationen. Die Besorgnis erregend niedrige Behandlungsrate von psychischen Störungen, die in keinem anderen Bereich der Medizin in diesem Ausmaß bisher beobachtet werden konnte, kann nicht allein mit der immer noch den psychischen Störungen anhaftenden Stigmatisierung erklärt werden (ebenda):

1. Pro Jahr bleiben zwei Drittel aller psychischen Störungen unbehandelt; nur einer von vier Betroffenen (26 %) erhält zumindest eine minimale Intervention (zum Beispiel eine kurze Beratung, ein kurzes Gespräch mit der Hausärztin / dem Hausarzt).
2. Wenn eine psychische Störung erkannt wird, wird am häufigsten mit Psychopharmaka behandelt, Psychotherapie wird nur selten als alleinige Behandlung angeboten.
3. Unterbehandlung ist besonders häufig bei Kindern und jungen Erwachsenen, bei Angststörungen und Substanzstörungen zu beobachten.

Die durchschnittliche Gesamtprävalenz psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter liegt derzeit zwi-

schen 10 und 20 Prozent (Ihle & Esser 2002; Barkmann & Schulte-Markwort 2002; Ravens-Sieberer et al. 2006, Aachener Studie von Herpertz-Dahlmann et al. 2002). Im Gegensatz zu den Prävalenzraten war die tatsächliche Inanspruchnahme bisher jedoch sehr viel geringer: So nahmen bis 1998 nur ca. 15 - 20 Prozent der Eltern von auffälligen Kindern und Jugendlichen eine Beratung oder Behandlung in Anspruch (Lehmkuhl et al. 1998). Nach Wittchen (2000) erhalten bisher nur 17 Prozent der Jugendlichen mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen auch eine Therapie, und davon nur jeder zweite (9 %) in einer adäquaten Form. Es ist davon auszugehen, dass sich die Quoten der Inanspruchnahme mittlerweile etwas verbessert haben infolge der verstärkt positiven Medienpräsenz kinder- und jugendpsychiatrischer Themen in den letzten Jahren sowie der verbesserten Vernetzung zwischen kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten, Kinderärztinnen und Kinderärzten, Hausärztinnen und Hausärzten, Schulen und Jugendhilfe. Dennoch steht außer Frage, dass die Rate der Inanspruchnahme weiterhin um mindestens 50 Prozent niedriger ausfällt als aufgrund der Prävalenzraten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter zu erwarten wäre“ (Quelle: Zielsetzungs- und Orientierungsdaten der BAG leitender Klinikärzte für KJPP, Juni 2009).

In dem Grünbuch der Europäischen Union wird darauf hingewiesen, dass die Kosten psychischer Erkrankungen schätzungsweise 3 bis 4 Prozent des Bruttoinlandsprodukts betragen. Zudem zählen psychische Störungen zu den Hauptursachen der Frühverrentung und verminderter Erwerbsfähigkeit in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union. Das Grünbuch beschreibt weiterhin eine enge Wechselwirkung zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen. Nach allgemeiner Einschätzung besteht eine der höchsten Prioritäten darin, allen psychisch kranken Menschen wirksame und qualitativ hochwertige psychische Behandlung und Unterstützung bereitzustellen. Deshalb wird ein umfassender Ansatz als erforderlich angesehen, der zum einen die Behandlung und Pflege von Einzelpersonen umfasst, sich zum anderen aber auch in dem Bestreben an die Gesamtbevölkerung richtet, die psychische Gesundheit zu fördern, psychische Erkrankungen zu verhüten und gegen Stigmatisierung und Verletzungen der Menschenrechte anzugehen.

1.1.2 Situation in Deutschland

Bericht „Gesundheit in Deutschland“ des Robert Koch-Institutes

In dem vom Robert Koch-Institut (RKI) und Statistischen Bundesamt im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes veröffentlichten Bericht „Gesundheit in Deutschland“ wird eingeschätzt, dass die Bedeutung psychischer Erkrankungen wegen eines Mangels an verlässlichen Daten lange Zeit unterschätzt wurde. Häufigkeit und Auswirkungen von psychischen Leiden sowie die medizinische Versorgungslage seien in Deutschland erstmals im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 mit dem Zusatzmodul

„Psychische Störungen“ detailliert erhoben worden. Der im Juli 2006 vorgelegte Bericht zeichnet in Bezug auf die Entwicklung psychischer Krankheiten in Deutschland ein ähnliches Bild, wie es im Grünbuch für die europäische Situation aufgezeigt wird: „Depressionen und Angststörungen gewinnen an Bedeutung und spielen bei Arbeitsunfähigkeitsfällen und Frühberentungen bereits jetzt eine führende Rolle“.

Reporte gesetzlicher Krankenversicherungen

Reporte verschiedener Krankenkassen haben in den letzten Jahren eine sehr deutliche Erhöhung von Krankheitsfällen und Krankheitsfehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen festgestellt. In der öffentlichen Darstellung wurden die Auswertungen der Krankenkassen undifferenziert mit einem rasanten Anstieg psychischer Erkrankungen gleichgesetzt. Ohne die Relevanz dieser Erhebungen zu schmälern, ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Untersuchungen der Kassen sich lediglich auf Diagnosestellungen und Krankheitsstände beziehungsweise -fehlzeiten der jeweiligen Versichertengemeinschaft beziehen. Es ist jedoch verkürzt und wissenschaftlich unzulässig, dies mit dem Anstieg psychischer Erkrankungen gleichzusetzen. Die Untersuchungen setzen sich nicht mit der Tatsache auseinander, dass allein durch den Anstieg der Zahl der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapeutinnen und -therapeuten ein Anstieg einschlägiger Diagnosestellungen fast zwangsläufig ist. Es wird mit Recht festgestellt, dass eine Enttabuisierung psychischer Erkrankungen stattgefunden hat und auch Hausärztinnen und Hausärzte häufiger psychiatrische Diagnosen stellen. Es wird hingegen nicht hinterfragt, ob Krankheitszustände, die früher unter anderen Diagnosen erfasst wurden, heute eher als psychische Störung diagnostiziert werden. Um dazu fundierte Aussagen zu erhalten, müssen weitere epidemiologische Studien durchgeführt werden.

Als Beispiel ist der DAK Gesundheitsreport 2005 zu nennen. Er weist aus, dass die Zahl der psychischen Erkrankungen von 1997 bis 2004 bundesweit um 70 Prozent gestiegen ist. Angststörungen und Depressionen sind dem Bericht zufolge die häufigsten psychischen Erkrankungen in Deutschland. Gegen den Trend allgemein sinkender Krankheitsfehlzeiten stieg die Zahl der Krankentage aufgrund depressiver Störungen seit dem Jahr 2000 um 42 Prozent. Im DAK Gesundheitsreport 2008 wird festgestellt, dass der Anteil psychischer Störungen am Gesamt-krankenstand im Jahr 2007 im Vergleich zum Vorjahr um 0,2 Prozentpunkte auf 10,2 Prozent gestiegen ist. Damit stehen die psychischen Störungen an vierter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten. Im DAK-Gesundheitsreport 2011 wird berichtet, dass der Anteil der Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen im Jahr 2010 um 1,3 Prozentpunkte zugenommen hat.

In den Reporten wird ein Zusammenhang zwischen ungünstigen Arbeitsbedingungen und -belastungen und dem Anstieg psychischer Störungen hergestellt. Die Vermutung erscheint plausibel, ein solcher Zusammen-

hang ist jedoch nicht belegt und bedarf entsprechender wissenschaftlicher Untersuchungen. Bereits im BKK Gesundheitsreport 2003 wurde festgestellt, dass der Anteil der beschäftigten BKK-Mitglieder an den Krankheitstagen 7,3 Prozent beträgt, während dieser Anteil bei den Arbeitslosen mit 15,3 Prozent doppelt so hoch liegt. Die höhere Zahl von Krankheitstagen bei Arbeitslosigkeit wird auch im BKK Gesundheitsreport 2005 und 2010 bestätigt.

Arzneimittelatlas 2006

Bemerkenswert ist im Zusammenhang mit dem durch die Gesundheitsreporte ausgewiesenen hohen Anstieg der psychischen Störungen, dass nach den Daten des Arzneimittelatlas 2006 die Verordnungen von ausgewählten Medikamenten (angstlösende Arzneien und Beruhigungsmittel, Medikamente gegen Psychosen sowie Antidepressiva), die bei psychischen Krankheiten indiziert sind, in den Jahren 2003 bis 2005 in der Summe tendenziell etwa gleich geblieben sind (- 0,15 %), wenn es auch in den einzelnen Gruppen unterschiedliche Entwicklungen gab. So haben in diesem Zeitraum Verordnungen von angstlösenden Arzneien und Beruhigungsmittel um ca. 15 Prozent abgenommen, gleichzeitig stiegen aber Verordnungen von Antidepressiva um 7 Prozent. Das heißt, dass sich aus dem Verbrauch an Psychopharmaka bei Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht auf eine Zunahme psychischer Erkrankungen schließen lässt, wie die Krankenkassen es aufgrund der Krankheitsfehlzeiten zu sehen glauben. Leider gibt es keine vergleichbaren Zahlen über die Durchführung von Psychotherapien, die die Diskrepanz zwischen den Ergebnissen beziehungsweise Schlussfolgerungen aus beiden Untersuchungen erhellen könnten.

Gesundheitsziel: Depressive Erkrankungen verhindern

Der im Februar 2006 vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlichte Arbeitsbericht zum „6. Nationalen Gesundheitsziel - Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ greift Erkenntnisse aus zahlreichen Studien auf und beschreibt eine weite Verbreitung von depressiven Störungsbildern in der Bevölkerung. Dabei wird auf einen engen Zusammenhang von (schwerer) Depression und Suizidalität hingewiesen. Des Weiteren wird festgestellt, dass suizidales Verhalten bei Depressionen erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede aufzeigt: „Vor dem Hintergrund der Veränderungen der Alterspyramide und der sich in den letzten Jahren geänderten Epidemiologie der Suizidalität zeigt sich, dass Frauen im fortgeschrittenen Lebensalter zu einer besonderen Risiko- und damit Zielgruppe der Suizidprävention werden.“ Auch für die Prävention von psychischen Erkrankungen, vor allem bei berufstätigen Frauen, wird eine geschlechtsspezifische Betrachtungsweise gefordert. Im Bericht „Gesundheit in Deutschland“ wird auf neuere Erhebungen verwiesen, wonach in Deutschland 15 Prozent der Frauen und 8 Prozent der Männer innerhalb eines Jahres eine depressive Phase durchleben.

Kinder- und Jugendgesundheitsurvey

Das vom Bundesministerium für Gesundheit mit der Erstellung eines Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS) beauftragte Robert Koch-Institut, hat im Rahmen einer 2003 bis 2006 durchgeführten Erhebung ermittelt, dass bei rund 22 Prozent der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten vorliegen.

Dies bedeutet allerdings nicht, dass in diesem Ausmaß auch eine medizinisch-psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit besteht. Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter lassen sich statistisch kaum exakt ermitteln, da die Abgrenzung zwischen „verhaltensauffällig“ und „psychisch krank“ in vielen Fällen schwierig ist und die Übergänge zwischen beratungs-, erziehungs- und behandlungsbedürftig fließend sind. Aus diesen Gründen divergieren einschlägige epidemiologische Studien in ihren Aussagen zur Jahresprävalenz in einer Bandbreite zwischen 7 und 20 Prozent.

Unbeschadet dessen gehen Praktikerinnen und Praktiker der Kinder- und Jugendpsychiatrie tendenziell von einer Zunahme klinisch relevanter Störungsbilder aus. Vom Krankheitsspektrum her betrifft dies vor allem Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Depressionen, Essstörungen und Aufmerksamkeitsdefizite (ADHS). Diese Einschätzung wird auch durch entsprechende Fallzahlsteigerungen unterlegt (Zuwachs von 2000 bis 2006 über 150 %).

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey hat vor allem gezeigt, dass im Rahmen des allgemeinen Wandels des Krankheitsspektrums bei der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen ein Phänomen in Erscheinung tritt, das als „neue Morbidität“ bezeichnet wird. Gemeint ist damit eine Verschiebung von den somatischen zu den psychischen Störungen. Dabei geht es insbesondere um Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, wie zum Beispiel Lernstörungen, Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen, Gewaltbereitschaft, emotionale Auffälligkeiten sowie Alkohol- und Drogenkonsum. Die „neue Morbidität“ wird zu einem großen Teil von Störungen der Entwicklung, der Emotionalität und des Sozialverhaltens bestimmt. Nach dem KiGGS treten Auffälligkeiten des Erlebens und Verhaltens bei 10 bis 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen auf, wobei bei einem bedeutenden Anteil der psychisch auffälligen Kinder und Jugendlichen eine chronische Störung angenommen werden muss. Eine vertiefende Studie (BELLA-Studie) zeigte, dass es für die Identifikation von Risikogruppen nicht nur von Bedeutung ist, die bekannten Risikofaktoren für die psychische und subjektive Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu betrachten. Vielmehr müssen auch die vorhandenen personalen, familiären und sozialen Ressourcen einbezogen werden. Hier finden sich Ansatzpunkte für eine wirksame Gestaltung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung.

1.1.3 Situation in Mecklenburg-Vorpommern

Nach dem DAK Gesundheitsreport 2005 liegt die Zahl der Krankheitsfälle aufgrund psychischer Erkrankungen in Mecklenburg-Vorpommern um 102 Prozent über den Werten von 1997. Die Zahl der Betroffenen stieg im gleichen Zeitraum um 86 Prozent. Damit liegt Mecklenburg-Vorpommern über dem Bundesdurchschnitt. Die Zahl der krankheitsbedingten Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen war in Mecklenburg-Vorpommern mit 101 Tagen geringer als im Bundesdurchschnitt mit 113 Tagen.

Im DAK Gesundheitsreport 2008 wird festgestellt, dass der Krankenstand in den östlichen Bundesländern über dem der westlichen Bundesländer liegt (in Mecklenburg-Vorpommern neben Brandenburg und Sachsen-Anhalt mit 3,8 Prozent am höchsten – Bundesdurchschnitt 3,2 Prozent). Die DAK sieht die Gründe dafür in der unterschiedlichen Versicherten- und Wirtschaftsstruktur sowie im anderen Meldeverhalten. Der Anteil der psychischen Störungen an den Erkrankungen insgesamt liegt in den östlichen Bundesländern mit 7,2 Prozent deutlich niedriger als mit 10,8 Prozent in den westlichen Bundesländern.

In Mecklenburg Vorpommern ist zu berücksichtigen, dass ein Risikofaktor für die Häufigkeit von psychischen Störungen in einer vergleichsweise hohen Arbeitslosigkeit liegt. Daneben steigt das Erkrankungsrisiko bei alten Menschen bezogen auf depressive Störungen und Demenzerkrankungen deutlich an. Die Zahl der alten Menschen nimmt in Mecklenburg-Vorpommern gegenüber den jungen Menschen im Vergleich zu anderen Bundesländern überproportional zu.

Zu berücksichtigen ist, dass die steigende Anzahl psychischer Erkrankungen der Eltern zu einer höheren Belastung und damit zu einem höheren Risiko psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen führt. Nach der Dokumentation der behandelten Fälle der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik in Röbel (213 tagesklinische und 178 stationäre Fälle in 2005, in 2007 teilstationär 117, vollstationär 153) betrug die Zahl der psychisch kranken Eltern 55 Prozent. Davon waren 78 Prozent durch ihre Krankheit in ihren Erziehungsfunktionen nachweislich erheblich eingeschränkt.

Das psychiatrische Hilfesystem wird in den nächsten 10 bis 20 Jahren vor besondere versorgungsepidemiologische Herausforderungen gestellt. Nach den derzeitigen Prognosen wird das im Jahre 1990 noch „jüngste“ Bundesland Mecklenburg-Vorpommern im Jahre 2020 den höchsten Altersmittelwert in Deutschland haben, wobei der Anteil der über 65-Jährigen bis zum Jahr 2020 um etwa 16 Prozent steigen wird (vergleiche Geriatrieplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern). Damit verbunden ist eine Abwanderung insbesondere junger, gut ausgebildeter und mobiler Frauen und eine Zuwanderung älterer Bevölkerungssegmente mit einer prognostizierten Gesamtbevölkerung, die von derzeit etwa 1,7 Millionen auf etwa 1,5 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner im Bundesland sinken wird. Mit den damit verbundenen Veränderungen der

Alterspyramide ist für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Sektor insbesondere mit einer Zunahme dementieller und depressiver Erkrankungen zu rechnen sowie mit einer Zunahme der altersabhängigen Komorbiditätsraten körperlicher und psychischer Erkrankungen und damit auch der generellen Chronizität und der entsprechenden Funktionseinbußen. Gleichzeitig dürfte die für das psychiatrisch-psychotherapeutische Inanspruchnahmeverhalten notwendige Bevölkerungsmobilität erheblich sinken.

Bei der Weiterentwicklung von Behandlungsansätzen muss auch die geschlechterdifferenzierte Ausprägung der Krankheitsbelastung Berücksichtigung finden. In der Häufigkeit von Krankenhausaufnahmen im Jahr 2009 zeigte sich, dass Frauen wesentlich häufiger wegen einer affektiven Störung behandelt wurden (2.456 zu 1.301), während bei Männern eine Therapie wesentlich häufiger wegen psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol erfolgte (1.968 zu 8.697).

1.2 Hilfeangebot

Im Folgenden werden die im Land bestehenden Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen dargestellt und (soweit möglich) deutschlandweit verglichen. Da die meisten dazu erforderlichen Daten nicht kontinuierlich erfasst werden, muss ein Rückgriff auf unterschiedliche Erhebungen erfolgen.

Das Statistische Bundesamt wertet in der Krankenhausstatistik nur den vollstationären Bereich aus. Soweit Vergleiche im Rahmen des vollstationären Krankenhausbereiches erfolgen, basieren sie auf der Datenauswertung vom 10.12.2008 für das Jahr 2007.

Darüber hinausgehende Daten zur psychiatrischen Angebotsstruktur wurden zuletzt durch die Länder⁷ erhoben. Diese Erhebung bezieht sich auf das Jahr 2005. Soweit keine anderen Vergleichsdaten vorliegen, wird im Weiteren auf diesen Bericht Bezug genommen.

Die Daten des Landes zu Hilfeangeboten außerhalb der Medizin beruhen auf einer Erhebung im Jahr 2008 durch die Psychiatriekoordinatoren und die Landesstelle für Suchtfragen (siehe auch http://lsmv.de/index.php?option=com_wrapper&Itemid=12).

Die Hilfen für Kinder- und Jugendliche im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe können im Folgenden nicht quantifiziert werden, da keine systematische Erfassung erfolgt.

⁷ Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven, Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007

1.2.1 Ambulante Angebote

a) Psychosoziale Beratung

So wie in Mecklenburg-Vorpommern bestehen auch in allen anderen Ländern landesgesetzliche Regelungen, nach denen Sozialpsychiatrische Dienste einzurichten sind. Die Struktur, Größe und der Aufgabenbereich der Dienste unterscheiden sich bundesweit. Neben der Beteiligung an der Unterbringung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke Mecklenburg-Vorpommern (PsychKG M-V) und der aufsuchenden Krisenintervention obliegt den Sozialpsychiatrischen Diensten die personenbezogene Steuerung von erforderlichen Hilfe- und Unterstützungsleistungen, insbesondere der chronisch psychisch und chronisch suchtkranken Menschen. Zudem bieten sie in der Regel Beratungen bei Suchtproblemen an.

In Mecklenburg-Vorpommern sind die Dienste so verteilt, dass jede Region des Landes gut erreichbar ist. In der personellen Kapazität der Dienste bestehen große Unterschiede. In den Gesundheitsämtern ist keine kinder- und jugendpsychiatrische Kompetenz vorhanden.

Daneben stehen im Land 25 Beratungs- und Behandlungsstellen für Sucht- und Drogenkranke und -gefährdete (BBSD) in freier Trägerschaft zur Verfügung. Im Jahr 2010 wurden 11.167 Menschen in den BBSD betreut. Die Einrichtungen erbringen in einem Gesamtversorgungssystem innerhalb einer festgelegten Region Leistungen in den Bereichen Beratung und Betreuung, Behandlung, Rehabilitation, Nachsorge und Prävention unabhängig davon, welches Suchtmittel von dem zu Beratenden konsumiert wird.

Beraten werden die Betroffenen selbst, ihre Angehörigen, Mitbetroffene und Selbsthilfegruppen. Außerdem leisten die BBSD Beratung für andere Facheinrichtungen und -dienste, Behörden und Betriebe, wenn diese mit der entsprechenden Bitte an sie herantreten. Im Rahmen der Beratung erfolgt auch aufsuchende Sozialarbeit.

Zur Behandlung / Rehabilitation gehört die Untersuchung und Diagnosestellung und die Aufstellung eines Behandlungsplanes, auf dessen Grundlage die / der Suchtkranke ambulant behandelt werden kann. Vor einer ambulanten oder stationären Therapie erfolgt Motivationsarbeit, danach Nachsorge. Die Motivationsarbeit ist darauf gerichtet, die Patientin / den Patienten für eine Rehabilitationsmaßnahme zu motivieren, die Nachsorge hat eine psychische Stabilisierung sowie eine soziale und berufliche Integration zum Ziel.

Zur Prävention gehören Information und Sensibilisierung der Öffentlichkeit und besonderer Zielgruppen durch Veranstaltungen, Kampagnen und andere geeignete Maßnahmen. Eine besondere Zielgruppe in der Suchtprävention sind Jugendliche.

Um das Konzept der integrativen Hilfe für Sucht- und Drogenkranke zu realisieren, arbeiten die BBSD mit niederge-

lassenen Ärztinnen und Ärzten, stationären und anderen ambulanten Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, mit Sozialversicherungsträgern, Sozialleistungsträgern und anderen Beratungsdiensten zusammen. Sie beteiligen sich an der Arbeit regionaler Arbeitskreise der Sucht- und Drogenarbeit.

Für Kinder und Jugendliche gibt es Beratungs- und Betreuungsangebote über die Kinder- und Jugendhilfe (insbesondere Erziehungs- und Familienberatungsstellen), Frühförderstellen, zwei Autismusambulanzen in Rostock und Neubrandenburg, den schulpсихologischen Dienst, aufsuchende ambulante Familienhilfen nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) - Kinder- und Jugendhilfe⁸ sowie vier im Rahmen der sozialpsychiatrischen Vereinbarung arbeitenden Kinder- und Jugendpsychiaterinnen. In Rostock gibt es ein Angebot für drogengefährdete und abhängige Kinder und Jugendliche (Kontaktladen & Streetwork des Fachdienst Suchtkrankenhilfe Caritas Mecklenburg e. V. Kreisverband Rostock). Im Rahmen von Modellprojekten wurden und werden Erfahrungen mit einer Designerdrogensprechstunde in Rostock, einer Cannabisprechstunde in Greifswald und in sechs Kommunen mit der Umsetzung des Projektkonzeptes „Hart am Limit“ (HaLt - ein Angebot für Jugendliche mit Alkoholintoxikationen, eingebunden in eine kommunale Präventionsstrategie) gesammelt. Ziel ist es, erfolgreiche Modelle als Regelangebote von BBSD zu implementieren.

b) Ambulante Behandlungsangebote

Der Hauptanteil der gemeindenahen fachärztlichen psychiatrischen Versorgung wird durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie / Neurologie sowie Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie / Psychotherapie beziehungsweise für Kinder und Jugendliche durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie geleistet. Sie sind überwiegend Erst- und häufig Hauptansprechpartner in der medizinisch-psychiatrischen Hilfe sowie bei Erfordernis Initiator für die Weiterleitung des betroffenen Menschen in das komplexe psychiatrische Hilfesystem des Landes. Zu ihrem Aufgabenbereich gehört die kontinuierliche ambulante gemeindenaher psychiatrische Versorgung akut und chronisch psychiatrisch erkrankter Menschen unabhängig von der Art und Schwere ihrer psychiatrischen Erkrankung.

Weitere wichtige Anlaufstellen für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Eltern von Kindern mit psychischen Verhaltensauffälligkeiten sind die niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten. Mit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes hat der Gesetzgeber die Grundlage für

⁸ Achten Buch Sozialgesetzbuch - Kinder und Jugendhilfe - (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Juni 1990, BGBl. I Seite 1163) in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Dezember 2006 (BGBl. I Seite 3134), das zuletzt durch Artikel 12 des Gesetzes vom 6. Juli 2009 (BGBl. I Seite 1696) geändert worden ist.

die Heilbehandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch diese Behandlergruppe geschaffen. Nach einer ausführlichen Diagnostik und Abklärung über das Vorliegen einer psychischen, behandlungsbedürftigen Störung gibt es die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung. In mehreren aktuellen Leitlinien zur Behandlung psychischer Krankheiten wird Psychotherapie inzwischen als unverzichtbarer Behandlungsbestandteil gefordert oder zumindest als Ergänzung der medikamentösen Behandlung empfohlen. Eine leitliniengerechte Behandlung von zum Beispiel Depressionen und auch von Schizophrenie entspricht ohne psychotherapeutische Behandlungsanteile nicht mehr dem aktuellen Forschungsstand.

Darüber hinaus arbeiten sie im Sinne des bio-psycho-sozialen Behandlungskonzeptes, im Interesse der Patientinnen und Patienten mit allen in der Region zur Verfügung stehenden medizinischen, psychosozialen und rehabilitativen Versorgungsstrukturen zusammen, insbesondere mit Institutionen und Einrichtungen, wie

- Sozialpsychiatrische Dienste,
- Betreuungsbehörden,
- berufliche und medizinische Rehabilitation,
- Spezialangebote der Psychiatrischen Institutsambulanzen.

Die niedergelassenen Nervenärztinnen und -ärzte in Mecklenburg-Vorpommern sind unter dem Dachverband des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte e. V. (BVDN e. V.) im Netzwerk „Zentrum für Neurologie und seelische Gesundheit - MV“ organisiert, um unter anderem Konzepte weiterzuentwickeln und umzusetzen, die der Gesundheitsförderung im Fachgebiet und der medizinischen Qualitätssicherung dienen.

Die Dichte der Versorgung mit niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern ist in den Städten und Ländern unterschiedlich (Schwankung zwischen einer Fachärztin / Facharzt pro circa 7.000 Einwohnerinnen und Einwohnern in Bremen und über 26.000 in Brandenburg). Mecklenburg-Vorpommern liegt mit einer Fachärztin und einem Facharzt pro 23.328 Einwohner (71 Fachärztinnen / Fachärzte im Land⁹) in einem Bereich der weniger dichten Versorgung.

Die Zahl der Einwohner, für die eine Psychotherapeutin / ein Psychotherapeut (ärztlich oder psychologisch) zur Verfügung stand, betrug im Jahr 2005 in Mecklenburg-Vorpommern 13.459 (127 Psychotherapeuten im Land). Damit lag Mecklenburg-Vorpommern im bundesweiten Vergleich der Versorgungsdichte an der vorletzten Stelle (zum Beispiel Niedersachsen mit 4.450 Einwohnern pro Psychotherapeutin / Psychotherapeut). Mit Stand vom 31.12.2010 gibt es im Land 110 psychologische Praxen¹⁰ sowie 44 ärztliche Praxen.

Nach dem vorliegenden Bundesvergleich nimmt Mecklenburg-Vorpommern in Bezug auf die Dichte der Versorgung mit niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern einen mittleren Platz ein.

Aktuell gibt es acht niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterinnen / Kinder- und Jugendpsychiater, von denen vier mit Sozialpsychiatrievereinbarung arbeiten. Problematisch ist die Verteilung. In 11 von 12 Landkreisen gibt es keine kinder- und jugendpsychiatrische Praxis. Die Praxen konzentrieren sich auf die Städte Rostock, Stralsund, Greifswald, Neubrandenburg, Wismar und Schwerin.

Mit 11 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten standen im bundesweiten Vergleich im Jahr 2005 wenige Behandlungsangebote zur Verfügung (Mecklenburg-Vorpommern eine Therapeutin / Therapeut pro 22.706 minderjährigen Einwohnern / Niedersachsen eine Therapeutin / Therapeut pro 5.850 minderjährigen Einwohnern). Inzwischen ist die Zahl dieser Niedergelassenen auf 24¹¹ gestiegen.

An allen allgemeinspsychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen vollstationären Kliniken und den meisten Tageskliniken sind Institutsambulanzen gemäß § 118 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) eingerichtet. So wird sichergestellt, dass diejenigen, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärztinnen / Ärzten kein ambulantes Behandlungsangebot im Rahmen der niedergelassenen Ärztinnen / Ärzte in Anspruch nehmen können, eine ambulante Behandlung im Rahmen einer Institutsambulanz erhalten. Sie sind Bestandteile von Krankenhäusern und besitzen gegenüber niedergelassenen Nervenärztinnen und -ärzten ein erweitertes Leistungsspektrum. Neben der medizinischen Behandlung sind zusätzlich psychosoziale Betreuungsangebote eingebunden. Schwerpunkte der Versorgung liegen in der Nachsorge und der Notfallpsychiatrie. Zudem zielen Institutsambulanzen auf die Vermeidung oder Verkürzung stationärer Behandlung ab.

Daneben bestehen forensisch-psychiatrische Ambulanzen, die von den Fachkliniken für Forensische Psychiatrie betrieben werden. Sie behandeln Patienten, die sich nicht mehr in den Kliniken befinden, aber zur Stabilisierung weiterer Behandlung bedürfen.

Im Land bestehen acht „Schwerpunktambulanzen Sucht“, in denen Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen spezifisch behandelt werden können und die Möglichkeit zur Substitutionstherapie in Anspruch nehmen können, soweit sie die Voraussetzungen dafür erfüllen. Die Zahl der Menschen, die die Möglichkeit der Substitutionsbehandlung in Anspruch nahm, lag im Jahr 2005 in Mecklenburg-Vorpommern niedriger als in den meisten anderen

⁹ Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung, Stand: 31.12.2010

¹⁰ Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung, Stand: 31.12.2010

¹¹ Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung, Stand: 31.12.2010

Bundesländern (Zahl der Einwohner pro Substituierten in Mecklenburg-Vorpommern 4.696 und zum Beispiel in Niedersachsen 821). Im Jahr 2010 wurden nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung in Mecklenburg-Vorpommern 346 Patientinnen und Patienten substituiert. Davon waren 260 männlichen und 86 weiblichen Geschlechts.

In 13 Einrichtungen bestehen Angebote zur ambulanten Entwöhnung nach der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen zwischen den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträgern.

Für Kinder mit angeborenen oder frühkindlich erworbenen Entwicklungsbehinderungen gibt es in Mecklenburg-Vorpommern zwei sozialpädiatrische Zentren (Schwerin, Greifswald), die krankenkassenfinanzierte Diagnostik- und Therapieangebote sowie Beratung der Angehörigen und anderer Bezugspersonen vorhalten. Frühförderung wird über die Kommunen in Frühförderstellen, interdisziplinären Frühförderzentren und integrativen Kitaplätzen bereitgestellt.

c) Soziotherapie und häusliche psychiatrische Krankenpflege

Zur Verbesserung der ambulanten Versorgung einer umschriebenen Gruppe psychisch schwer erkrankter Menschen wurde vom Gesetzgeber die ambulante Soziotherapie ab dem 01.01.2000 als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt (§ 37a SGB V). Die ambulante Soziotherapie soll dazu dienen, schwer psychisch Kranke zu befähigen, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, sofern sie nicht ohne Unterstützung dazu in der Lage sind. Durch strukturierte Trainingsmaßnahmen und Motivationsarbeit sollen psychosoziale Defekte abgebaut und der Versicherte in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbstständig in Anspruch zu nehmen. Die Umsetzung dieser Leistung erfolgt im Rahmen einer koordinierenden und begleitenden Unterstützung und Handhabungsanleitung auf der Basis von definierten Therapiezielen.

Der soziotherapeutische Leistungserbringer soll den Betroffenen durch die vielfältigen Hilfsangebote führen, wenn die Patientinnen und Patienten krankheitsbedingt selbst nicht in der Lage sind, diese Angebote adäquat zu nutzen. In Anbetracht der Komplexität des Hilfesystems erreicht die Patientin oder der Patient diese ohne Unterstützung oft sehr spät. Bisher bestehen Angebote für soziotherapeutische Leistungen nur in Stralsund und Waren.

Auf der Grundlage einer Länderumfrage im Jahr 2008 ist festzustellen, dass es Länder gibt, in denen die Möglichkeit zur Soziotherapie konsequent umgesetzt wird (insbesondere Bremen mit 37,7 Leistungen pro 10.000 Einwohner) und andere Länder, in denen die Erbringung der Leistung nur als Sonderfall in einzelnen Regionen vorkommt (zum Beispiel Mecklenburg-Vorpommern mit 4,9 Leistungen pro 10.000 Einwohner).

Mit Inkrafttreten der geänderten Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1, Satz 2, Nr. 6 und Abs. 7 SGB V zum 01. Juli 2005 wurde erstmals bundesweit für die Vertragsärztinnen und -ärzte die Voraussetzung geschaffen, bei bestimmten Diagnosen und Fähigkeitsstörungen Maßnahmen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege im Sinne der Position Nr. 27 a des Verzeichnisses der verordnungsfähigen Maßnahmen zu verordnen. Die psychiatrische Krankenpflege kann wesentlich dazu beitragen, dass eine Erkrankung sich nicht so weit verschlechtert, dass eine Krankenhaus-einweisung erforderlich ist. Damit soll auch erreicht werden, dass psychisch kranke Menschen weiterhin in ihrem gewohnten Umfeld leben können und die soziale Integration gewährleistet bleibt. Bisher wurden in Mecklenburg-Vorpommern erst zwei Verträge zur Erbringung häuslicher psychiatrischer Krankenpflege abgeschlossen (in Rostock und Stralsund).

d) Kontakt- und Begegnungsstätten

Der hier angesprochene Personenkreis umfasst Menschen mit seelischer Behinderung oder von Behinderung bedrohte Menschen gemäß § 53 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII), die Maßnahmen nach § 54 SGB XII erhalten. Im Land bestehen 36 solcher Kontakt- und Begegnungsstätten. Diese Anlaufstellen sollen mit einer angenehmen Atmosphäre die Kontaktaufnahme erleichtern. Integration in das gesellschaftliche Leben sowie Hilfe in Alltagssituationen sind Ziel solcher Einrichtungen. Die Betreuungskapazität dieses Angebotes richtet sich am jeweiligen Bedarf aus. Auf Grund unterschiedlicher Finanzierung in den Landkreisen und kreisfreien Städten zeigt sich, dass sich die Dichte dieser Hilfen regionsweise unterschiedlich darstellt.

e) Betreutes Wohnen

Im Fokus des betreuten Wohnens, als Leistung der Eingliederungshilfe nach § 55 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX, stehen hier die Führung eines selbstständigen Lebens und die Steigerung sozialer Kompetenzen unter therapeutischer Betreuung. Auch können in vielen dieser Einrichtungen neue berufliche Perspektiven erarbeitet werden. In Mecklenburg-Vorpommern bestehen 13 Angebote zum betreuten Wohnen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und 32 für Menschen mit anderen psychischen Erkrankungen.

f) Behandlung nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) – Kinder- und Jugendhilfe – und Frühförderung

Für Kinder und Jugendliche gibt es ambulante Behandlungsangebote als Therapien nach SGB VIII sowie als heilpädagogische und interdisziplinäre Frühförderung nach SGB XII. Grundlage für die Frühförderung bildet die Landesrahmenempfehlung zur Umsetzung der Frühförderungsverordnung in Mecklenburg-Vorpommern.

1.2.2 Teilstationäre Angebote

a) Tageskliniken

Die Betreuung in Tageskliniken richtet sich an Menschen, die selbstständig in ihrem gewohnten Umfeld leben können, aber einer psychiatrisch / psychotherapeutischen Behandlung bedürfen. Diese Einrichtungen sind Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern nach dem Krankenhausplan des Landes. Neben der Nachsorge nach stationären Aufenthalten ist das Ziel von Tageskliniken die Vermeidung einer vollstationären Behandlung.

An allen vollstationären Standorten bestehen Tageskliniken. Zudem wurden 16 ausgelagerte Tageskliniken eingerichtet. Die Tageskliniken bieten grundsätzlich allen psychiatrischen Patientinnen und Patienten Behandlungen an. Nur die folgenden Tageskliniken sind spezifisch ausgerichtet:

- Gerontopsychiatrische Tageskliniken in Schwerin und Rostock,
- Tagesklinik mit einem psychosomatischen Schwerpunkt am Universitätsklinikum in Greifswald,
- Tagesklinik mit einem Schwerpunkt in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen in Rostock.

Im Jahr 2005 betrug die Zahl der allgemeinpsychiatrischen Tagesklinikplätze im Bundesdurchschnitt 1,27 pro 10.000 Einwohner (Platzmessziffer). Mecklenburg-Vorpommern lag zu diesem Zeitpunkt mit einer Platzmessziffer von 1,1 unter diesem Durchschnitt. Bis zum Jahr 2011 nahm die Zahl der tagesklinischen Plätze um circa 150 Prozent zu (von 200 auf 492 in 2011). Damit liegt die Platzmessziffer jetzt bei circa 3,0 (Zunahme der Plätze und Abnahme der Bevölkerung).

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie lag Mecklenburg-Vorpommern mit einer Platzmessziffer von 0,32 bereits im Jahr 2005 über dem Bundesdurchschnitt von 0,24. Die Zahl dieser Plätze steigerte sich in den letzten Jahren um 110 Prozent (von 70 auf 146 im Jahr 2011 in 11 Tageskliniken). Damit liegt die Platzmessziffer jetzt bei 0,89. In Stralsund besteht eine kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik mit einem Schwerpunkt in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen.

b) Tagesstätten

Diese teilstationären Einrichtungen nach dem SGB XII bieten Tagesstrukturierung und Förderung an. Vereinzelt besteht auch ein Angebot zum Zuverdienst.

Mecklenburg-Vorpommern verfügte im Jahr 2005 über 749 Plätze (davon 71 speziell für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen). Mit einem Verhältnis von einem Tagesstättenplatz pro 2.282 Einwohner bestanden damit in Mecklenburg-Vorpommern die meisten Tagesstättenplätze im bundesweiten Vergleich (Bundesdurchschnitt: ein Platz pro 8.776 Einwohner).

Inzwischen sind im Land zehn Tagesstätten für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (Platzzahl liegt nicht vor) und 44 Tagesstätten für Menschen mit anderen psychischen Erkrankungen (743 Plätze) vorhanden.

Vereinzelt sind im Rahmen des SGB XII Tagesstätten mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt entstanden. Obwohl ein größerer Teil der älteren Menschen mit einer wesentlich seelischen Behinderung Hilfen im Rahmen eines solchen Angebotes bedarf, zeigte sich keine hohe Inanspruchnahme, was zum Teil durch den von Betroffenen zu erbringenden Eigenanteil im Rahmen der Finanzierung zu erklären ist.

c) Werkstätten und andere Hilfen zur Arbeit (WfbM)

Die WfbM bietet Hilfen für behinderte Menschen, bei denen wegen Art und Schwere der Behinderung eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht, noch nicht oder noch nicht wieder in Betracht kommt. Grundsätzlich besteht das langfristige Ziel dieser Einrichtungen nach § 41 SGB IX darin, durch möglichst realitätsgetreue Bedingungen Erkrankte wieder in den ersten Arbeitsmarkt vermitteln zu können. Zunächst wird Teilhabe am Arbeitsleben angeboten, um so die gesellschaftliche Integration zu fördern und das Selbstwertgefühl zu steigern. Individuelle Förderung soll zudem helfen, zukünftigen Herausforderungen im Arbeitsleben zu begegnen.

Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit¹² bestehen in 27 Werkstätten für behinderte Menschen Beschäftigungsangebote für Menschen mit einer psychischen Erkrankung.

Daneben bestehen in 18 Integrationsprojekten, drei Arbeitstrainingsprojekten und neun Zuverdienstfirmen Arbeitsangebote für Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Zudem können von insgesamt 342 Ausbildungsplätzen 75 Plätze für psychisch kranke Menschen im Berufsbildungswerk Greifswald genutzt werden. Junge Menschen ohne berufliche Ausbildung erhalten so die Möglichkeit, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Fuß zu fassen.

d) Wohngruppen

Wohngruppen nach dem SGB XII sollen neue Alltagskompetenzen aufbauen, vorhandene Stärken fördern und mit therapeutischer Betreuung persönliche Weiterentwicklung und Stabilisierung herbeiführen. Der vorübergehende Aufenthalt in einer Wohngruppe kann sowohl der kurzfristigen Bearbeitung konkreter Schwierigkeiten auf dem Weg zur Selbstständigkeit dienen, als auch Übergang zu einem Wohnen auf Dauer sein (Wohngruppe als Lebensort).

Es bestehen 28 Wohngruppen mit 247 Plätzen.

¹² Online im Internet www.rehadat.de/rehadat/Reha.KHS, abgerufen am 15.06.2011

e) Außerklinische teilstationäre Angebote für Kinder- und Jugendliche mit psychischen Störungen

Für Kinder mit Entwicklungsbeeinträchtigungen und psychischen Störungen (zum Beispiel Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung-ADHS) stehen in allen Kommunen integrative Kita-Plätze zur Verfügung. Für Schulkinder mit psychischen Störungen und besonderem Betreuungsbedarf unter Einbezug der Familien gibt es landesweit Plätze in Tagesgruppen. Für Jugendliche mit psychischen Störungen stehen keine teilstationären Angebote zur Reintegration / Eingliederungshilfe zur Verfügung.

1.2.3 Stationäre Einrichtungen

a) Akutkrankenhäuser

Als Akutkrankenhäuser werden stationäre Einrichtungen gemäß § 107 SGB V unter ständiger ärztlicher Leitung zur Akutversorgung beziehungsweise zur jederzeitigen Versorgung von Patienten mit akuten Zuständen bezeichnet.

Das psychiatriepolitische Ziel der Psychiatriereform infolge der Psychiatrieenquete aus dem Jahr 1972, die klinisch psychiatrischen Behandlungskapazitäten möglichst umfassend in die Allgemeinkrankenhäuser zu integrieren, wurde in Mecklenburg-Vorpommern nahezu vollständig umgesetzt. Landesweit ist nur eine psychiatrische Klinik nicht unmittelbar mit einem Allgemeinkrankenhaus verbunden. Diese Klinik besitzt enge Kooperationsbeziehungen zum Allgemeinkrankenhaus am gleichen Ort. Die unmittelbare Anbindung der psychiatrischen Kliniken und Abteilungen an die Allgemeinkrankenhäuser unterscheidet Mecklenburg-Vorpommern insbesondere von den bevölkerungsstarken Flächenländern, in denen der Schwerpunkt weiterhin bei den Fachkliniken liegt.

Alle allgemeinspsychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken haben die Vollversorgung für die jeweilige Region übernommen. Die Versorgungsregionen wurden gemäß § 6 Abs. 3 PsychKG durch das Ministerium für Soziales und Gesundheit festgelegt. Die bestehenden Versorgungsregionen sind der Anlage 1 zu entnehmen.

In den allgemeinspsychiatrischen Abteilungen und Kliniken des Landes wird das gesamte Spektrum psychischer Störungen, darunter insbesondere psychotische, gerontopsychiatrische, psychosomatische Störungen und Abhängigkeitserkrankungen, behandelt. In den genannten Behandlungsfeldern sind jeweils spezialisierte Kompetenzen ausgebildet. Damit können diese Kompetenzen in allen Kliniken und Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser genutzt werden. Die „Konzeption für die Versorgung psychosomatisch Kranker in den Akutkrankenhäusern Mecklenburg-Vorpommerns“ sieht ebenso wie das „Geriatriekonzept“ eine solche konsiliarische Tätigkeit vor.

Für die Psychosomatik sind Betten im Fach Psychiatrie als spezialisierte Betten im Krankenhausplan ausgewiesen.

Für das psychosomatische Behandlungsspektrum wurde von den Planungsbeteiligten am 21.10.2003 die genannte Konzeption beschlossen, die die Besonderheiten des Landes berücksichtigt.

Im Rahmen einer breiten Diskussion wurde im Ministerium für Soziales und Gesundheit das „Konzept zur Weiterentwicklung der Krankenhausplanung in den Fächern Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie“ entwickelt. Hier wird vor allem ein Bedarf zur Förderung von ambulanten und teilstationären gegenüber stationären Angeboten festgestellt. Diesem Ansatz folgte eine am 7. April 2008 in Wirkung getretene Verwaltungsvorschrift.

Die Wiederaufnahmerate ist bei Abhängigkeitserkrankungen besonders hoch. Die Praxis zeigt, dass die Handhabung des „Qualifizierten Entzugs“ landesweit sehr unterschiedlich ist.

Die Rechte der Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden auch durch die nach § 31 PsychKG M-V bestehende Besuchskommission geschützt. Sie besucht regelmäßig die Kliniken, stellt in Gesprächen und durch Sichtung der Behandlungsvoraussetzungen fest, inwieweit die Kliniken den Anforderungen gerecht werden.

In der Allgemeinspsychiatrie lag Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2009 mit 6,35 Betten pro 10.000 Einwohner (Bettenmessziffer) unter dem Bundesdurchschnitt (Bettenmessziffer: 6,57 / niedrigste Bettenmessziffer im Saarland mit 5,70 und höchste in Bremen mit 9,10). Mecklenburg-Vorpommern wies im bundesweiten Vergleich mit ca. 19 Tagen eine geringe Verweildauer aus (Bundesdurchschnitt in 2009: 23 Tage).

Die Versorgungsdichte unterscheidet sich in den nach dem PsychKG M-V definierten Versorgungsregionen des Landes deutlich. Sie schwankt zwischen ca. fünf und neun Betten pro 10.000 Einwohner.

Im Jahr 2011 bestanden im Land neun psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen mit 1.038 Betten.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie nahm Mecklenburg-Vorpommern mit einer Bettenmessziffer von 1,06 nach Sachsen-Anhalt mit 1,33 und Thüringen mit 1,17 einen vorderen Platz ein (Bundesdurchschnitt in 2009: 0,64). Die Verweildauer in den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken des Landes betrug im Jahr 2009 41,4 Tage (Bundesdurchschnitt im Jahr 2009: 41,0 Tage).

Im Jahr 2011 waren 167 Betten auf fünf Standorte verteilt. Ein spezifisches Behandlungsangebot für Jugendliche mit einer Abhängigkeitserkrankung besteht in Stralsund.

b) Kliniken für Forensische Psychiatrie

Kliniken für Forensische Psychiatrie dienen der Unterbringung und Therapie von psychisch kranken Rechtsbrechern im Rahmen der §§ 63 und 64 Strafgesetzbuch (StGB). Dabei

gilt der gesetzliche Auftrag der „Besserung und Sicherung“. Im PsychKG M-V wird die Art dieser Unterbringung geregelt. Grundsätzlich gelten alle Bestimmungen zu Hilfen und Schutzmaßnahmen auch für diese Patienten. Besonderheiten sind in den §§ 37 ff PsychKG M-V aufgenommen. Dazu gehört, dass das Justizministerium Sicherheitsbestimmungen erlässt und überwacht, während das Ministerium für Soziales und Gesundheit in allen anderen Fragen die Fachaufsicht ausübt.

Die Stralsunder Klinik verfügt über 72 Betten und die Ueckermünder Klinik über 57 Betten zur Aufnahme von Einweisungen gemäß § 63 StGB (zum Zeitpunkt der Tat war die Steuerungsfähigkeit durch eine psychische Erkrankung, außer Abhängigkeitserkrankung, beeinträchtigt). In der Rostocker Klinik bestehen 70 Betten für Einweisungen gemäß § 64 StGB (zum Zeitpunkt der Tat war die Steuerungsfähigkeit durch eine Abhängigkeitserkrankung beeinträchtigt) und 10 Betten für Einweisungen gemäß § 7 JGG in Verbindung mit § 63 oder § 64 StGB (Anordnung des Maßregelvollzuges bei Jugendlichen). An allen Standorten wurden zudem Wohngruppen außerhalb der Klinik eingerichtet, deren Platzkapazität dem Bedarf entsprechend schwankt.

Nach einer Datenerhebung der Länder im Jahr 2009¹³ liegt die Patientenzahl bei Einweisungen gemäß § 63 StGB in Mecklenburg-Vorpommern etwa im Bundesdurchschnitt (durchschnittliche Belegung pro 100 TSD Einwohner: Mecklenburg-Vorpommern: 9,37, Bundesdurchschnitt: 9,95). Dagegen besteht bei Einweisungen nach § 64 StGB nur in Sachsen-Anhalt eine höhere Patientenzahl als in Mecklenburg-Vorpommern (durchschnittliche Belegung pro 100 TSD Einwohner: Mecklenburg-Vorpommern: 4,29; Sachsen-Anhalt: 7,57; Bundesdurchschnitt: 3,43).

Bundes- und landesweit ist ein stetiges Ansteigen des Bedarfes an Behandlungskapazität zu verzeichnen. Im Verlauf der letzten 15 Jahre verdoppelte sich in Mecklenburg-Vorpommern die Zahl der Patienten, die auf der Grundlage des § 63 StGB in die Kliniken eingewiesen wurden. Dagegen nimmt der Behandlungsbedarf bei Einweisungen gemäß § 64 erst seit 2008 deutlich zu. Wegen der Überlastung der zur Verfügung stehenden Behandlungskapazität müssen einige Patienten in anderen Bundesländern aufgenommen werden.

Die Datenerhebung im Jahr 2008 zeigt, dass sich Mecklenburg-Vorpommern im bundesweiten Vergleich durch eine geringe Zahl von Vorkommnissen (in Mecklenburg-Vorpommern 0,42 und im Bundesdurchschnitt 3,34 Vorfälle pro 100 Belegungsfälle) und eine geringe durchschnittliche Verweildauer (bei Einweisungen gemäß § 63 StGB: 1.833 Tage in Mecklenburg-Vorpommern, 2.378 Tage im Bundesdurchschnitt) auszeichnet.

c) Rehabilitationseinrichtungen

Rehabilitationseinrichtungen zielen auf eine weitgehende berufliche und soziale Integration. Dazu werden verschiedene Versorgungsangebote, beispielsweise ärztliche Behandlung, Psychotherapie und Training der Fähigkeiten zur selbstständigen Lebensführung sowie berufsvorbereitende Maßnahmen kombiniert.

Im Land bestehen mehrere Einrichtungen nach § 35 SGB IX zur beruflichen Rehabilitation von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die vorliegenden Angaben zu diesen Einrichtungen sind nicht hinreichend auswertbar.

Zur medizinischen Rehabilitation gibt es nur ein Hilfeangebot im Land in Form einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK) in Schwerin, in der medizinische und berufliche Rehabilitation zusammen erbracht werden.

Zur Entwöhnungsbehandlung können zehn Einrichtungen in allen Regionen des Landes in Anspruch genommen werden. Im Jahr 2005 stand in Mecklenburg-Vorpommern im bundesweiten Vergleich einwohnerbezogen eine hohe Platzzahl zur Verfügung (Zahl der Einwohner pro Platz in Mecklenburg-Vorpommern 3.219 und zum Beispiel in Sachsen 8.797 Einwohner).

In Schwerin dienen zwei Einrichtungen der Adaption. Bei der Adaption handelt es sich um die letzte stationäre Phase der Rehabilitation im Sinne des § 15 Sozialgesetzbuch Sechstes Buch (SGB VI). Übergeordnetes Ziel der Adaption ist die berufliche und gesellschaftliche Wiedereingliederung suchtkranker Menschen.

d) Psychosoziale Einrichtungen

Diese stationären Einrichtungen bieten Leistungen gemäß §§ 53, 54 SGB XII an, um die Eigenständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner im Alltag zu fördern und soziale Kompetenz zu bewahren. Weiterhin wird den Patientinnen und Patienten die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht. Ziel ist die Rehabilitation zur Selbstversorgung oder zu selbstständigeren Wohnformen.

Nach der Erhebung im Jahr 2005 standen in Mecklenburg-Vorpommern mit 740 Plätzen einwohnerbezogen die meisten Plätze für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen im bundesweiten Vergleich zur Verfügung (pro Platz 2.374 Einwohnerinnen und Einwohner in Mecklenburg-Vorpommern und im Bundesdurchschnitt 7.366 Einwohnerinnen und Einwohner). Menschen mit anderen psychiatrischen Diagnosen nahmen mit 352 Plätzen eine vergleichsweise geringe Zahl von Plätzen in Anspruch (pro Platz 4.886 Einwohner in Mecklenburg-Vorpommern und im Bundesdurchschnitt 2.254 Einwohner).

Im Jahr 2008 bestanden im Land 17 psychosoziale Einrichtungen mit 324 Plätzen für Menschen mit psychischen Erkrankungen. In sechs Einrichtungen werden 88 Plätze geschlossen geführt.

¹³ Kerndatensatz im Maßregelvollzug 2009, Stand 17.03.2011

Daneben boten zehn sozialtherapeutische Einrichtungen spezifische Betreuungsmöglichkeiten für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen an. Weitere zehn Einrichtungen mit 398 Plätzen standen Menschen zur Verfügung, deren Abhängigkeitserkrankung bereits einen chronischen Verlauf genommen hat und bei denen zusätzliche Folgeerkrankungen festzustellen sind. Drei Einrichtungen waren auf nicht abstinenzfähige alkoholabhängige Menschen ausgerichtet. Eine Vergleichszahl zu den oben genannten Daten konnte nicht ermittelt werden.

e) Psychiatrische Pflegeeinrichtungen

Psychiatrische Pflegeeinrichtungen gewährleisten die Pflege nach dem Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) und bieten Hilfen gemäß § 53 SGB XII. An den meisten Pflegeeinrichtungen bestehen auch Abteilungen zur Unterbringung gemäß § 1906 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

In zehn psychiatrischen Pflegeeinrichtungen mit 444 Plätzen können psychisch kranke Menschen mit einer Pflegestufe ein Hilfeangebot in Anspruch nehmen. Zudem stehen drei Pflegeeinrichtungen mit 144 Plätzen pflegebedürftigen Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung zur Verfügung.

f) Außerklinische vollstationäre Angebote für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen

Für Jugendliche und ältere Kinder mit psychischen Störungen gibt es einige spezialisierte therapeutische Wohngruppen (Rostock, Neubrandenburg, Stralsund, Döbbsen, Usedom).

Viele andere Wohneinrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe halten spezielle Plätze für Kinder mit (drohender) seelischer Behinderung vor.

Es gibt keine Wohneinrichtungen mit einem speziellen Angebot für Jugendliche mit schizophrenieformen Störungen, das Betreuung, medizinische Behandlung und Ausbildung verknüpft.

In Mecklenburg-Vorpommern werden keine Plätze mit der Möglichkeit, freiheitsentziehende Maßnahmen durchführen zu können, vorgehalten. Für betroffene Kinder und Jugendliche, die derzeit außerhalb Mecklenburg-Vorpommerns versorgt werden, müssen gegebenenfalls einzelfallbezogene Settings vereinbart und umgesetzt werden.

1.3 Koordination und Projekte zur Überwindung von Schnittstellen

1.3.1 Koordination auf Landesebene

Auf der Landesebene besteht der Fachbeirat für Psychiatrie, in dem Vertreterinnen und Vertreter aller Institutionen und Gremien mitwirken, die an dem Netzwerk der psychiatrischen Hilfen beteiligt sind. Der Fachbeirat für Psychiatrie be-

rät die Landesregierung bei der Planung und beim Ausbau der Hilfen für psychisch kranke Menschen. Unter der Leitung des Psychiatriereferenten des Ministeriums für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern tragen folgende Gremien zur Koordination der Leistungen und zur Weiterentwicklung des Systems der Hilfeangebote bei:

- Landtag Mecklenburg-Vorpommern, Ausschuss für Gesundheit, Soziales, Familie und Frauen,
- Ministerium für Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern,
- Kommunaler Sozialverband Mecklenburg-Vorpommern, überörtlicher Träger der Sozialhilfe,
- Städte- und Gemeindetag Mecklenburg-Vorpommern,
- Landkreistag Mecklenburg-Vorpommern,
- Landesverbände
 - Psychiatrie-Erfahrener Mecklenburg-Vorpommern e. V., Mecklenburg-Vorpommern der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e. V., Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V., niedergelassener Psychiater Mecklenburg-Vorpommern, niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater Mecklenburg-Vorpommern,
- Landesarbeitsgemeinschaft der Psychiatriekoordinatoren Mecklenburg-Vorpommern, sozialpsychiatrische Dienste Mecklenburg-Vorpommern,
- Liga der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege Mecklenburg-Vorpommern,
- Landesstelle für Suchtfragen Mecklenburg-Vorpommern e. V.,
- Arbeitskreise
 - Kooperation Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe, Psychiatrischer Krankenhäuser Mecklenburg-Vorpommern, Gerontopsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern, Forensische Psychiatrie Mecklenburg-Vorpommern,
- Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern,
- Vertreter für die Universitäten,
- Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Nord,
- Deutsche Rentenversicherung Nord,
- Verband der Ersatzkassen e. V. als Landesvertretung für die Krankenkassen,
- Ärzte- und Psychotherapeutenkammer,
- Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern.

Zukünftig ist die Repräsentanz der Vertreter der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Landespsychiatriebeirat zu verstärken.

Im Arbeitskreis Forensische Psychiatrie arbeitet die Fachaufsicht (Ministerium für Soziales und Gesundheit und Justizministerium) mit den Geschäftsführerinnen und Geschäftsführern, Verwaltungsleiterinnen und -leitern und Klinikleitungen der Krankenhäuser zusammen, während in der Arbeitsgruppe „Forensische Psychiatrie“ im Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V. die Kooperation zwischen Vertreterinnen und Vertretern von Krankenhäusern und psychosozialen Einrichtungen abgestimmt wird. Im Institut für Forensische Wissenschaften

Mecklenburg-Vorpommern e. V. tauschen sich forensisch-psychiatrisch interessierte Ärztinnen und Ärzte und Psychologinnen und Psychologen sowie freie Gutachterinnen und Gutachter aus.

1.3.2 Koordination auf kommunaler Ebene

Nach § 6 Abs. 3 PsychKG sind für die Versorgungsregionen von Krankenhäusern durch die Landräte oder Oberbürgermeister Psychiatriekoordinatoren zu bestellen. In allen Landkreisen und kreisfreien Städten sind diese Koordinatoren tätig. In drei Regionen des Landes ist ihre Tätigkeit kreisübergreifend angelegt.

Mit Inkrafttreten des Artikels 2 des Gesetzes über die Zuordnung von Aufgaben im Rahmen der Landkreisneuordnung zum 1. Juli 2012 wird das PsychKG M-V geändert. Demnach ist mindestens eine Koordinatorin oder ein Koordinator in Vollzeit je Landkreis und je kreisfreier Stadt zu bestellen (orientierend an 1:150 000 Einwohnerinnen und Einwohnern).

Das Organisationsgremium der Psychiatriekoordinatoren besteht in einer Landesarbeitsgemeinschaft, die durch den Sprecher / die Sprecherin im Landespsychiatriebeirat vertreten wird.

Auf der regionalen Ebene wurden psychosoziale Arbeitsgruppen und / oder Psychiatriebeiräte eingerichtet, die von den Psychiatriekoordinatoren initiiert und geleitet werden. In zwei Landkreisen und zwei kreisfreien Städten des Landes bestehen Gemeindepsychiatrische Verbünde.

1.3.3 Gemeindepsychiatrischer Verbund – GPV

Der Gemeindepsychiatrische Verbund ist ein freiwilliger Zusammenschluss von an der regionalen psychiatrischen Versorgung beteiligten Einrichtungen. Mit Hilfe des Verbundes soll ein umfassendes und koordiniertes Leistungsangebot entsprechend des Prinzips der Versorgungsverpflichtung in der Region entwickelt werden.

Innerhalb eines GPV wird die Bündelung der gesamten ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen für psychisch kranke Menschen in dem jeweiligen Landkreis beziehungsweise der kreisfreien Stadt oder, soweit die Voraussetzungen dazu bestehen, in der Versorgungsregion angestrebt.

Eine gute und gelingende Hilfe im direkten Lebensumfeld ist von vielen Faktoren abhängig, wie:

- eine vielfältige Angebotslandschaft, die passgenaue Unterstützung geben kann,
- eine ausführliche Hilfeplanung, die Chancen und Einschränkungen im Blick hat und Ziele benennt,
- unkomplizierte Beratungs- und Begleitungsmöglichkeiten in Krisensituationen,

- die verlässliche Vernetzung der Anbieter untereinander
- sowie die Einbeziehung der psychisch erkrankten Menschen, ihren Familien, Freunden und Arbeitgebern.

Derzeit wird dieser Ansatz des Gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Hansestadt Rostock umgesetzt.

Mit der Koordinierungsarbeit des Verbundes wird jeder Bürgerin / jedem Bürger, der die Unterstützung aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung / Behinderung benötigt, ein lebensfeldorientiertes und personenzentriertes Hilfsangebot vermittelt. Im GPV gelten folgende Grundsätze: Rehabilitation vor Pflege und ambulante Hilfen vor stationären Hilfen.

Der GPV setzt sich aus zwei Funktionsebenen zusammen: dem Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbund (GPSV) und dem Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbund (GPLV).

Die Landrätinnen und Landräte und die Oberbürgermeisterinnen und Oberbürgermeister richten die GPV ein. Da in den einzelnen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns unterschiedliche Voraussetzungen für die Errichtung von GPV bestehen, muss die zweite Funktionsebene des GPV, der Gemeindepsychiatrische Leistungserbringerverbund, schrittweise aus dem Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbund entsprechend der regionalen Besonderheiten entwickelt werden.

Gemeindepsychiatrischer Steuerungsverbund - GPSV

Bei der Gründung eines GPV geht der in den Regionen bestehende Psychiatriebeirat in einen Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbund über. Die Repräsentanz aller Anbieter und Geschäftsführung des jeweiligen GPSV obliegt der Psychiatriekoordinatorin oder dem Psychiatriekoordinator.

Der GPSV ist ein steuerndes und beratendes Gremium aller an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten unter dem Vorsitz der Psychiatriekoordinatorin / des Psychiatriekoordinators mit Empfehlungskompetenz und Rederecht in den jeweiligen Ausschüssen und im Kreistag beziehungsweise für den Gesundheits- und Sozialausschuss der Bürgerschaft zur verbindlichen Steuerung einer bedarfsge rechten und gemeindenahen Versorgung der betroffenen Bürgerinnen und Bürger der Versorgungsregion. Beschlüsse zur Veränderung oder weiteren Entwicklung des Leistungsangebotes sind nicht ohne die vorherige Anhörung eines gewählten Vertreters des GPSV zu treffen.

Dabei sind auf der mittleren Steuerungsebene der Leistungserbringung die Prozesse der Leistungsgewährung im Bereich der Eingliederungshilfe zu systematisieren und transparent zu gestalten sowie eine Hilfeplankonferenz (HPK) insbesondere für Menschen mit komplexem Hilfebedarf einzusetzen und auf der Ebene der einrichtungsübergreifenden Kooperation die Bildung einer psychosozialen Arbeitsgruppe (PSAG) zu organisieren.

Im GPSV sollen folgende Verbände und Vereinigungen vertreten sein:

Leistungsträger

- Krankenkassen,
- Rentenversicherung,
- Bundesagentur für Arbeit,
- regionale Arbeitsgemeinschaften der Grundsicherung, Jobcenter und Optionskommune,
- Fachämter.

Leistungserbringer

- Vertreterinnen und Vertreter niedergelassener Ärztinnen und Ärzte,
- Vertreterinnen und Vertreter niedergelassener Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten,
- Versorgungskrankenhaus,
- Einrichtungen des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems,
- Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes,
- Vertreterinnen und Vertreter der medizinischen und beruflichen Rehabilitation,
- Vertreterinnen und Vertreter von Arbeitsprojekten für psychisch kranke Menschen.

Sonstige Mitglieder

- Sucht- und psychosoziale Arbeitsgemeinschaften,
- Selbsthilfeorganisationen,
- regionale Vertreterinnen und Vertreter von psychiatrienerfahrenen Menschen und Angehörigen.

Gemeindepsychiatrischer Leistungserbringerverbund - GPLV

Der GPLV ist ein freiwilliger Zusammenschluss von Leistungsanbietern der Versorgungsregion in der rehabilitativen und psychosozialen Versorgung suchtkranker und / oder psychisch kranker Menschen auf der Grundlage von Kooperationsverträgen, Vereinssatzungen oder Gesellschafterverträgen (siehe www.bag-gpv.de). Die GPLV konstituieren sich mit der Zielsetzung der Einhaltung von definierten Standards für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Rahmen einer regionalen Pflichtversorgung sowie der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität.

Der GPLV dient (mindestens) folgenden Zwecken:

- I. der Sicherstellung von bedarfsgerechter Behandlung und Hilfe für Menschen mit schweren akuten und lang dauernden psychischen Erkrankungen in dem und aus dem Versorgungsgebiet in den folgenden Leistungsbereichen
 - sozialpsychiatrische Hilfe zur Selbstversorgung / Wohnen,
 - sozialpsychiatrische Hilfe zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung,
 - sozialpsychiatrische Hilfe im Bereich Arbeit, Ausbildung und Beschäftigung,
 - sozialpsychiatrische Grundversorgung,

- spezielle Therapieverfahren,
- sozialpsychiatrische Leistungen zur Behandlungs- und Rehabilitationsplanung im Sinne einer regionalen sozialpsychiatrischen Versorgungsverpflichtung,

- II. der Sicherstellung der Koordination sozialpsychiatrischer und anderer erforderlicher Leistungen im Einzelfall und im Zusammenwirken der Institutionen, insbesondere Sicherstellung von personenzentrierten einrichtungsübergreifenden integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsprogrammen (Komplexleistungen),

- III. der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung durch Weiterentwicklung des Leistungsspektrums, Differenzierung der Hilfen in Anpassung an den Bedarf und Optimierung der Nutzung der Ressourcen,

- IV. der Beteiligung an der regionalen Steuerung psychiatrischer Hilfen durch verbindlichen und kontinuierlichen Austausch mit

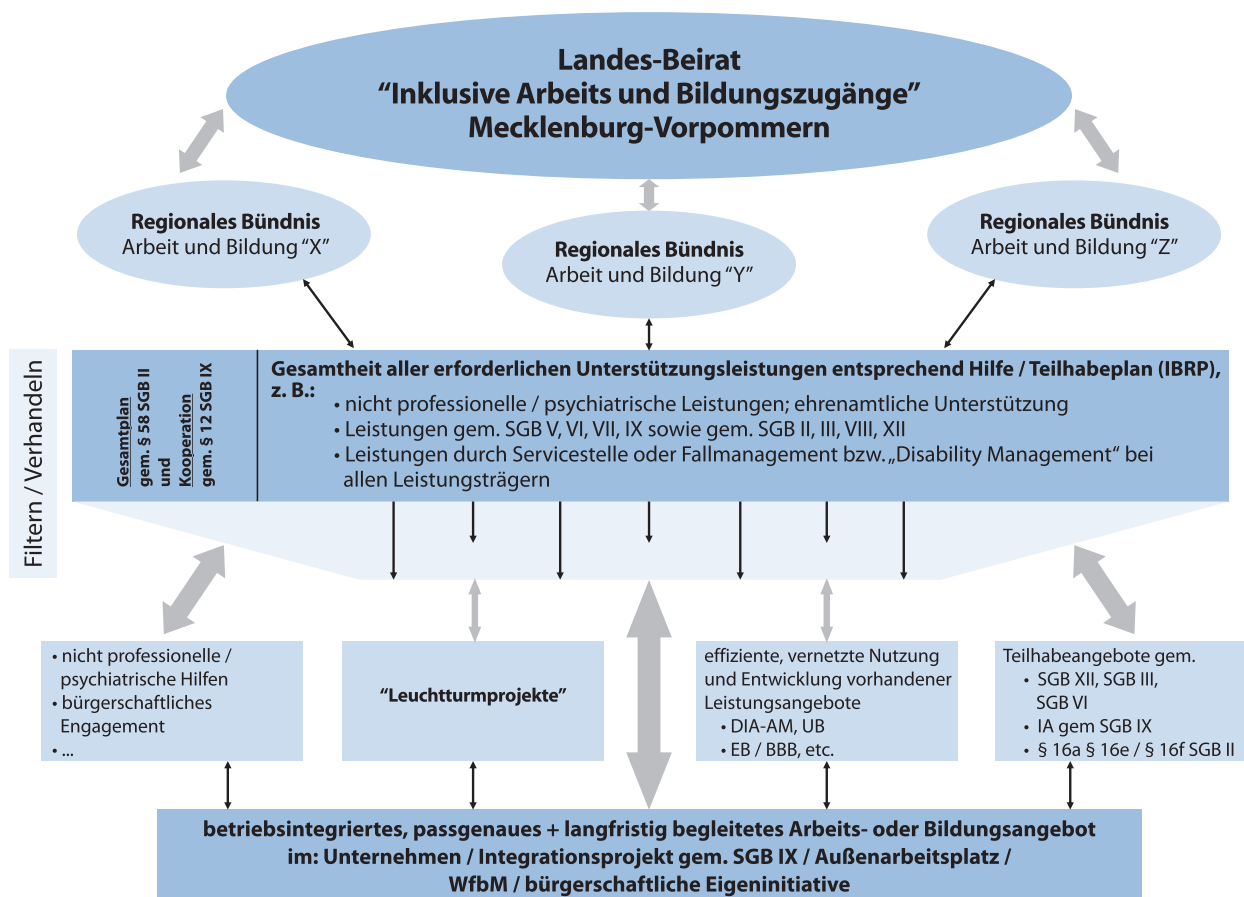
- der kommunalen Gesundheits- und Sozialverwaltung,
- den Leistungsträgern,
- den organisierten Psychiatrieerfahrenen,
- den organisierten Angehörigen psychisch Kranker,
- weiteren Leistungserbringern, die nicht Mitglied des GPLV sind.

1.3.4 Koordinierung und Vernetzung von Teilhabe, Bildung, Arbeit und Beschäftigung für seelisch behinderte Menschen

Auf kommunaler Ebene ist die Bildung von regionalen Bündnissen „Arbeit und Bildung“ (siehe Abbildung unten) zur Vernetzung aller an der Teilhabe an Arbeit, Beschäftigung und Bildung beteiligten Träger, einschließlich der gemeinsamen Servicestellen, der Rehabilitationsträger und Jobcenter zu forcieren, die die standardisierte und sozialgesetzbuchübergreifende Teilhabeplanung in der jeweiligen Region nachhaltig umsetzen.

Zur Umsetzung sollten Anreizwirkungen in Finanzierungssystemen, wie zum Beispiel dem Sozialhilfefinanzierungsgesetz oder dem Landesrahmenvertrag zur inklusiven Ausgestaltung der Hilfen für psychisch kranke Menschen in Mecklenburg-Vorpommern unter Berücksichtigung einer sozialräumlichen Ausrichtung der Hilfen verstärkt werden.

Für die Umsetzung der Beschlüsse der 87. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2010 wurde auf Landesebene ein Landesbeirat „Inklusive Arbeits- und Bildungszugänge“ unter Leitung der relevanten Ministerien für Gesundheit und Soziales, Wirtschaft, Arbeit, Bildung, des Finanzministeriums und der Beteiligung der Vertreter der Selbsthilfe, der Arbeitsverwaltung sowie weiterer Rehabilitationsträger und des Landesnetzwerkes Bildung, Arbeit und Beschäftigung gebildet.



Für den Kinder- und Jugendbereich

In Mecklenburg-Vorpommern lag der Durchschnitt der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Förderschulen 2008 bei 77,3 Prozent (europaweit liegt der Anteil bei 15 Prozent).

77,2 Prozent der Sonderschülerinnen und -schüler verlassen die Schule ohne Abschluss (davon 56,1 Prozent lernbehinderte Schülerinnen und Schüler) und nur 2 Prozent aller Förderschüler erreichen einen mittleren Schulabschluss, nur 0,28 Prozent Hochschulreife oder Fachhochschulreife. Entsprechend der UN-Behindertenrechtskonvention wurden ab 2010 die ersten Klassen in allgemeinen Förderschulen abgeschafft. Schülerinnen und Schüler mit Förderbedarf werden im Bereich Lernen wohnortnah in allgemeinen Schulen / Diagnoseförderklassen beschult. Ein Antrag auf sonderpädagogische Förderung erfolgt erst nach mehrmonatiger Förder- und Beobachtungszeit.

Dazu wurde ein Zentraler diagnostischer Dienst an den Schulämtern eingerichtet. Dieses Diagnostikteam besteht aus Schulpsychologinnen und -psychologen und Sonderpädagoginnen und -pädagogen, die landesweit gleiche Verfahrensweisen und einheitliche Testverfahren umsetzen.

Die individuelle Förderplanung erfolgt über einen individuellen Förderplan für jede Schülerin / jeden Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf, entsprechende

Lernangebote, Unterrichtsplanung und -durchführung sowie Dokumentation notwendiger Unterstützung, Fördermaßnahmen und Entwicklungsfortschritte.

Um das Ziel verbesserter Angebote und Strategien für Kinder und Jugendliche erreichen zu können, sind Netzwerke aufgrund der Komplexität der Problemlagen zu initiieren. In diesen vernetzten Strukturen sind zielgenaue Handlungsstrategien bezogen auf den jeweiligen Sozialraum, die speziellen Problemkonstellationen und unter Berücksichtigung der Erfahrungen und Kompetenzen der beteiligten Systeme zu entwickeln, durchzuführen und zu evaluieren.

1.3.5 Weitere Gremien zur Koordination

Im Sinne der übergreifenden Beratung und damit Koordination kommt den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation eine besondere Rolle zu. Sie beraten und unterstützen ratsuchende Bürgerinnen und Bürger gemäß § 22 SGB IX in allen Fragen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation. Sie klären Anliegen, nehmen Rehabilitationsanträge auf und ermitteln den zuständigen Rehabilitationsträger. Von den Servicestellen wird bei Bedarf auch der weitere Kontakt zum zuständigen Rehabilitationsträger hergestellt und der Rehabilitationsantrag unverzüglich dorthin weitergeleitet. Somit kann das Reha-Management schnell und ohne Reibungsverluste vom

zuständigen Rehabilitationsträger übernommen werden. Auch im laufenden Rehabilitationsverfahren können sich Ratsuchende bei Bedarf erneut an diese Servicestelle wenden. Sie ist für alle Fragen oder Anträge zur medizinischen oder beruflichen Rehabilitation als Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation ein zusätzlicher Ansprechpartner.

Alle Träger für Rehabilitation arbeiten hier eng zusammen. Hinter den Beratenden in den Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation steht ein Team von Fachleuten, zum Beispiel aus Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Agenturen für Arbeit, Städten und Kreisen sowie Rentenversicherungsträgern, die ein örtliches Reha-Beratungsteam bilden. Gemeinsam klären sie für Ratsuchende notwendige Sachverhalte und koordinieren bei Bedarf mehrere Rehabilitationsleistungen. Das aktuelle Verzeichnis der Gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation, gegliedert nach Postleitzahlen oder Ort ist im Internet unter www.reha-servicestellen.de abrufbar.

Im Rahmen von Modellprojekten, die durch das Ministerium für Soziales und Gesundheit gefördert wurden, erfolgten die Entwicklung und Umsetzung des „Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes“ für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und anderen psychiatrischen Erkrankungen. Zudem wurde das „Basisstruktur-Modell“ erarbeitet. Damit können für ein Flächenland Mindeststandards für dezentrale Behandlungs- und Hilfeangebote definiert werden. Die Integration dieser Angebote in Service-Häuser vor Ort und die Kombination mit Leistungsangeboten aus dem Bereich des SGB XII garantieren die Erreichbarkeit, Wirtschaftlichkeit und Qualität, auch bei dezentralen Strukturen.

1.3.6 Projekte zur Überwindung von Schnittstellen der Hilfesysteme

Psychische Erkrankungen sind so komplex, dass sie sich auf alle Lebensbereiche erstrecken. Um zu vermeiden, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung durch das soziale Netz fallen, müssen

- Angebote niedrigschwellig bestehen,
- Sektorenbrüche vermieden werden,
- permanente Kooperationen der Leistungserbringer gewährleistet sein.

In diesem Sinne bestehen im Land einige Projekte:

a) Integrierte Versorgung als Patientenbudget

In den psychiatrischen Kliniken in Rostock und Schwerin besteht im Rahmen einer Vereinbarung mit der Techniker Krankenkasse eine integrierte Fallpauschale im Sinne eines Patientenbudgets für ausgewählte Diagnosegruppen. Danach kann eine Behandlung flexibel, entsprechend des jeweiligen Bedarfes im stationären, teilstationären und ambulanten Setting durchgeführt werden, ohne dass das Kostensystem gewechselt wird. Zudem ist eine Verknüpfung

mit der Rehabilitation (beim gleichen Kostenträger) und der Nachsorge vorgesehen (Verträge nach § 140 SGB V).

b) Netzwerk in der Suchthilfe

Mit Wirkung vom 01.10.2006 wurde eine Vereinbarung zur Integrierten Versorgung bei Alkoholabhängigkeit abgeschlossen. Teilnehmer sind die IKK Nord, Rentenversicherung Nord, Klinik Schweriner See, die HELIOS Kliniken Schwerin und die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern mit mehreren Ärztinnen und Ärzten in Suchtschwerpunktpraxen und weiteren hausärztlich tätigen Kassenärztinnen und -ärzten. Inzwischen ist auch die Friedrich-Petersen-Klinik in Rostock beigetreten und das Versorgungsgebiet auf das westliche Mecklenburg-Vorpommern bezogen worden. Primäres Ziel der Krankenkasse ist, die Zahl der Entzugsbehandlungen und Wiederaufnahmeraten im Akutkrankenhaus zu senken. Dafür wurden die ambulanten Angebote in einer Beratungsstelle, der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie der Psychiatrischen Institutsambulanz intensiviert und für Patientinnen und Patienten sowie Behandlerinnen und Behandler attraktiver gestaltet. Eine Besonderheit ist die Möglichkeit, bei gegebener Indikation nahtlos aus dem akutstationären Setting in die Rehabilitationsbehandlung vermitteln und verlegen zu können. Durch eine Fallmanagerin, die auch aufsuchend tätig wird, ist eine enge Kommunikation und Verzahnung zwischen den Leistungsanbietern gewährleistet (Vertrag nach § 140 SGB V).

c) Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)

Bei der RPK handelt es sich um ein Modell, das in Mecklenburg-Vorpommern erst sehr spät entstanden ist. Bereits 1986 wurde eine Empfehlungsvereinbarung abgeschlossen (2006 aktualisiert), die folgende Kostenträger unterzeichneten:

- gesetzliche Krankenversicherung,
- gesetzliche Rentenversicherung,
- Bundesagentur für Arbeit.

Die RPK erbringt in einer nahtlosen Komplexmaßnahme medizinische Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse schwer psychisch kranker Menschen (siehe Kapitel 4.11). Sie ist damit beispielgebend für die Überwindung von Schnittstellen. Einschränkend ist jedoch festzustellen, dass es sich bei der RPK um ein hochschwelliges Angebot handelt, das die Rehabilitationseignung voraussetzt (Motivation, günstige Prognose).

d) Finanzierungsmodell in der Eingliederungshilfe

Auf der Grundlage des Landesprojektes „Kommunale Psychiatrie“ wurde in Rostock eine Zielvereinbarung mit dem Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbund (GPLV) abgestimmt und ein prospektives, personenbezogenes und zeitbasiertes Maßnahmebudget entwickelt,

das eine individuelle Leistungserbringung unabhängig von Institutionen ermöglicht. Bei dem Maßnahmebudget wird vom Kostenträger ein vereinfachtes Abrechnungsverfahren und ein primäres Controlling der Zielerreichung angewandt. Obwohl diese Budgetform in vielen Punkten den aktuellen fachlichen Empfehlungen der Arbeits- und Sozialministerkonferenz zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe entspricht und zum Beispiel die Besuchskommission der Bundesarbeitsgemeinschaft der Gemeindep psychiatrischen Verbände als modellhaft bezeichnet und für die Anwendung in anderen Gebietskörperschaften empfohlen hat, wird es gegenwärtig in keiner weiteren Gebietskörperschaft angewandt.

e) ADHS-Kompetenznetzwerk in Mecklenburg-Vorpommern

Das Kompetenznetzwerk unterstützt die öffentliche Gesundheitspflege insbesondere durch

- die Entwicklung eines einheitlichen qualitätsorientierten Gesamtkonzeptes zur Versorgung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS und ihren Familien,
- Aufklärung über ADHS auf Grundlage des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes der medizinischen, psychologischen und pädagogischen Wissenschaft und Forschung durch Fortbildungsveranstaltungen, Internetauftritte und Diskussionsforen,
- die Mitarbeit von Leistungserbringern, Betroffenen und Eltern in Qualitätszirkeln und Arbeitsgruppen, um eine interdisziplinär gewährte und multimodal ansetzende Hilfe für Kinder und Jugendliche mit ADHS und ihren Familien anzuregen.

Die Hilfe im Rahmen des Netzwerkes erfolgt vorwiegend ambulant und garantiert kurze Wartezeiten. Es wurde ein Fortbildungscurriculum für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendhilfe entwickelt und eingeführt.

2 Erstkontakt zum Hilfesystem

2.1 Beschreibung der Zielgruppe und der Anforderungen an die Qualität des Erstkontaktes

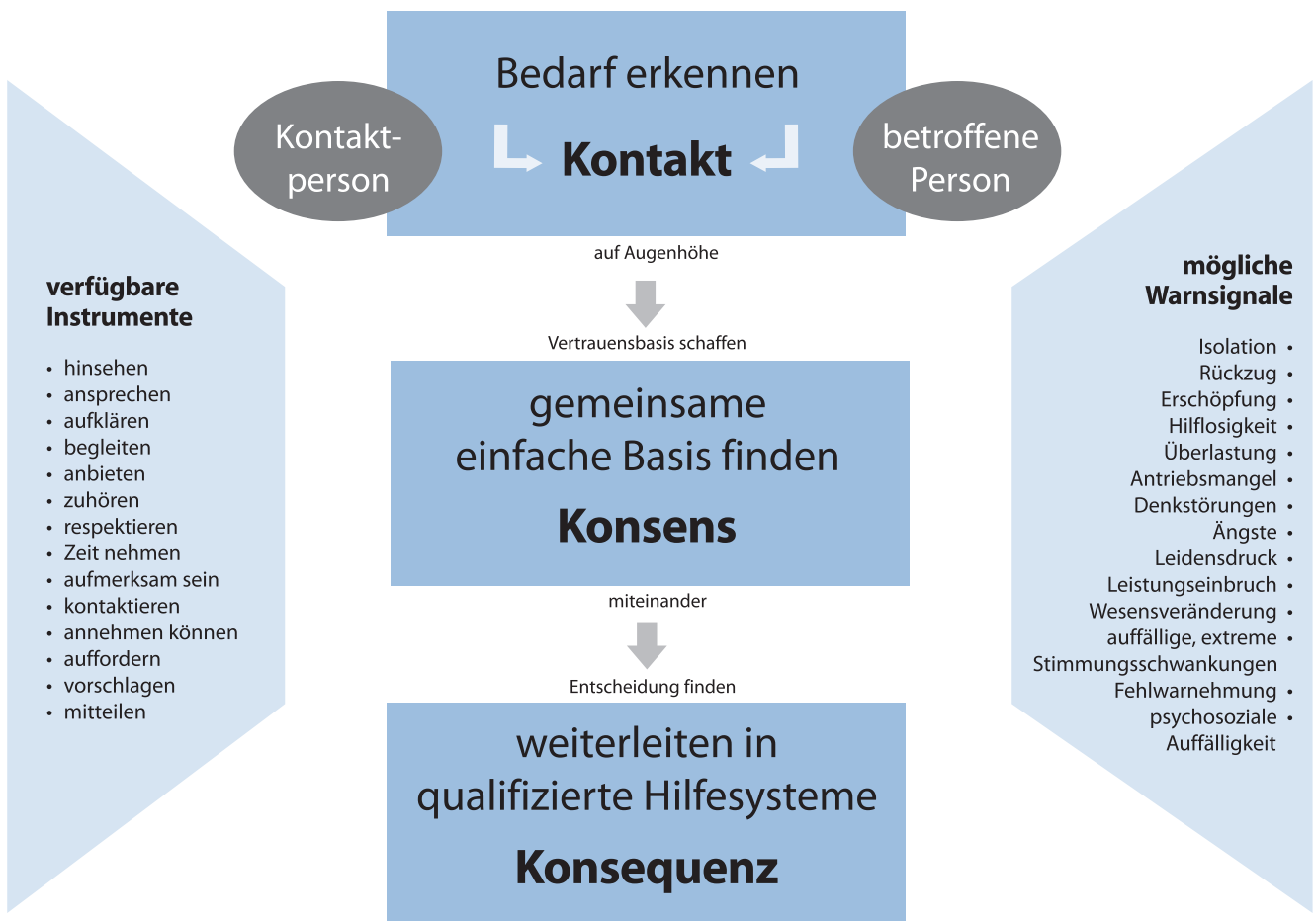
Vor dem Hintergrund der in Kapitel 1.1 dargestellten Situation ist der Erstkontakt zum Hilfesystem von entscheidender Bedeutung für den Verlauf der Erkrankung und die damit verbundenen persönlichen Leiden und gesellschaftlichen direkten Kosten (Behandlung) und indirekten Kosten (krankheitsbedingte Ausfalltage, früherer Eintritt in den Ruhestand, vorzeitige Sterblichkeit und verringerte Arbeitsproduktivität wegen der psychischen Probleme).

Da die Betroffenen aufgrund der eigenen Symptomatik, wegen mangelnder Informiertheit über psychisch bedingte

Symptomatik und / oder wegen des mit der Symptomatik verbundenen Schamgefühls häufiger als von somatischen Erkrankungen Betroffene nicht ausreichend gut in der Lage sind, adäquate Hilfe selbständig und umgehend aufzusuchen, bedarf es eines gut informierten und kompetenten sozialen Netzes, das in diesem Kontext vor allem die Aufgabe hat, die Betroffenen darin zu unterstützen, rechtzeitig die geeignete Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Damit stellen diejenigen, die als Erste mit den Betroffenen über die Symptomatik kommunizieren entscheidende Weichen.

Was muss in einem Erstkontakt idealerweise erreicht werden?



Faktoren, die das Gelingen des Erstkontaktes fördern:

auf Seiten des Betroffenen:

Vertrauen;
Bereitschaft, zu reden und zu zuhören;
Fähigkeit zur verbalen Kommunikation;
Fähigkeit, die eigene Symptomatik zu erkennen und darüber zu reflektieren;
Hoffnung muss vermittelt werden.

auf Seiten des Helfers:

unmittelbare Verfügbarkeit / Niederschwelligkeit;
Zeit;
schnelle Verfügbarkeit von Dolmetschern;
fachliche und soziale Kompetenz;
Informiertheit über alle in der Region verfügbaren Hilfsangebote;
angemessene Informationsweitergabe bei Vermittlung geeigneter Hilfen und Begleitung;
Begleitung und Erfolgskontrolle.

Diese Voraussetzungen sind kontextabhängig unterschiedlich gut und von vielen Faktoren beeinflussbar.

Faktoren, die das Gelingen des Erstkontaktes erschweren, sind:

- das Nichtzusammenwirken der Beteiligten,
- fehlende Qualifikation / fehlendes Personal,
- Stigmatisierung,
- fehlende niedrigschwellige Angebote,
- fehlende Kenntnisse über Notfallnummern,
- fehlende Unterstützung bei sprachlichen und soziokulturellen Schwierigkeiten.

fähigungspotentiale sowie diagnostische und therapeutische Möglichkeiten auf Seiten der Helferinnen und Helfer.

Bei der Inanspruchnahme von sozialen Hilfen fallen erste psychische Symptome in den Gesundheitsämtern, im Sozialpsychiatrischen Dienst, in den Sozialstationen, Beratungsstellen, in Jugendämtern, in nicht psychiatrischen Einrichtungen der freien Träger (Sozialhilfe, Jugendhilfe und ähnliches) oder in der Seelsorge auf. In diesen Kontexten gibt es eine große Vielfalt bezüglich

- der Vertrauensbasis der Betroffenen,
- ihrer Bereitschaft, Einschränkungen aufgrund psychischer Symptome zu erkennen und zu reflektieren,
- der Informiertheit über Ausmaß der Erkrankung und mögliche Gefährdungspotentiale sowie
- diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten auf Seiten der Helferinnen und Helfer.

2.2 Beschreibung des bestehenden Systems

2.2.1 Kontext von Hilfebedarfen

Da nahezu alle psychischen Störungen mit einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit in den sozialen Rollen einhergehen, können auch die ersten Symptome praktisch in allen Lebensbereichen auffallen.

In der Häuslichkeit und im Freizeitbereich sind neben den Angehörigen, Freunden auch Betreuerinnen und Betreuer sowie Familienhelferinnen und Familienhelfer oder zum Beispiel Trainerinnen und Trainer erste Ansprechpartnerinnen oder Ansprechpartner. Hier besteht häufig eine gute Vertrauensbasis, jedoch mangelnde Informiertheit über das Ausmaß der Erkrankung und mögliche Gefährdungspotentiale sowie diagnostische und therapeutische Möglichkeiten.

Ebenso können erste Symptome in der Kita, Vorschule, Schule, am Ausbildungs- oder Arbeitsplatz und bei den Jobcentern durch Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer, Kolleginnen und Kollegen, Vorgesetzte oder Schul- und Betriebsärztinnen und -ärzte bemerkt werden. In diesem Kontext gibt es eine hohe Schamsschwelle wegen der mangelnden psychosozialen Funktionsfähigkeit auf Seiten der Betroffenen sowie eine mangelnde Informiertheit über Ausmaß der Erkrankung und mögliche Ge-

Die fachlich-psychiatrische Kompetenz der Helferinnen und Helfer hängt eher davon ab, ob die Einzelnen sich aufgrund bisheriger Erfahrungen oder persönlicher Interessen für psychiatrische Erkrankungen und ihre Folgen sowie Behandlungsmöglichkeiten interessiert haben, als dass es eine ausreichende systematische Aus- und Weiterbildung in diesen Berufsfeldern gäbe. Andererseits ist davon auszugehen, dass die Helferinnen und Helfer über eine profunde Kenntnis der verschiedenen Hilfeangebote des eigenen Systems verfügen.

Im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im somatischen Krankenhaus und bei Hausärztinnen und Hausärzten und anderen nicht psychiatrisch / psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte kann sich herausstellen, dass die Patientin / der Patient unter einer bisher nicht erkannten psychischen Störung leidet. In diesem Kontext sollte die Vertrauensbasis der Patientinnen und Patienten vorhanden sein und die Informiertheit über Ausmaß der Erkrankung und mögliche Gefährdungspotentiale sowie diagnostische und therapeutische Möglichkeiten auf Seiten der Behandlerinnen und Behandler im Gesundheitssystem gegeben sein. Aus-

reichende Informationen über Hilfeangebote komplementärer Systeme des psychosozialen Netzes gehören nicht regelmäßig zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung. Hier wird es von der fachlichen Kompetenz der Ärztinnen / Ärzte und der Bereitschaft der Patientinnen und Patienten, die psychiatrische Behandlungsnotwendigkeit anzuerkennen sowie der Verfügbarkeit eines geeigneten Behandlungsangebotes abhängen, ob die Weichen im Rahmen des Erstkontaktes angemessen gestellt werden können.

Wenn es im Zusammenhang mit bisher nicht erkannten oder behandelten psychischen Störungen zu krisenhaften Zuspitzungen kommt, sind häufig die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rettungsdienste, der Polizei oder der Ordnungsämter Erstansprechpartnerin oder Erstansprechpartner für Betroffene und Angehörige. In diesem Zusammen-

hang treffen die Betroffenen häufig auf ihnen bisher unbekannte Helferinnen und Helfer, so dass die Vertrauensbasis kaum eine persönliche, im günstigsten Fall eine gegenüber der Rolle der / s Helfenden und in den meisten Fällen eine nicht ausreichende ist. Im ungünstigsten Falle hat nicht die / der Betroffene selbst um Hilfe gebeten und es ergibt sich ein Zwangskontext. Die Helferinnen und Helfer verfügen je nach Ausbildung über mehr oder weniger Informationen über Ausmaß der Erkrankung und mögliche Gefährdungspotentiale sowie diagnostische und therapeutische Möglichkeiten. In der Regel haben sie eine hohe Kompetenz in der akuten Gefahrenabwehr und benötigen schnellstens eine Möglichkeit, die Betroffenen einer anderen geeigneten, fachlich kompetenten Ersthelferin beziehungsweise Ersthelfer zuzuführen.

Tabelle Differenzierung verschiedener Kontexte hinsichtlich ihrer Bedingungen für den Erstkontakt:

	Erreichbarkeit / Schwellenängste / Vertrauen	Informiertheit	Beratungs- kompetenz	Psychiatrische Diagnostik- kompetenz	Psychiatrische Behandlungs- kompetenz
Häuslichkeit, Freizeitbereich	sehr gut, in der Regel gute Vertrauensbasis	eher gering	in der Regel nicht für Beratung psychisch kranker Menschen ausgebildet und nicht darin erfahren	nicht zu erwarten	nicht vorhanden
Kita, Schule, Ausbildung, Arbeitsplatz	regelmäßig im Kontakt, aber hohe Schamswelle auf beiden Seiten	eher gering	in der Regel nicht für Beratung psychisch kranker Menschen ausgebildet und nicht darin erfahren	nicht zu erwarten	nicht vorhanden
Beratungsstellen, freie Träger der Sozialhilfe und Kinder- und Jugendhilfe	in den Regelarbeitszeiten niedrigschwellig, Vertrauensbasis muss erst hergestellt werden	sehr unterschiedlich, für Angebote im psychiatrischen Versorgungssystem nicht voraussetzen	hohe Beratungskompetenz allgemein und für das jeweils spezifische eigene Angebot	nicht strukturell zu erwarten, abhängig von den zufällig vorhandenen Vorerfahrungen der Berater / Helfer	nicht strukturell verankert
Rettungsdienst, Polizei, Ordnungsämter	jederzeit, Vertrauensbasis gering, wenn Zwangskontext	gut für Krisenintervention	gut, aber in diesem Kontext nicht vordergründige Aufgabe	sehr unterschiedlich, je nach Ausbildung des Ersthelfers	Krisenintervention
Hausärzte, andere Fachärzte in somatischen Krankenhäusern	Sprechstundenzeiten, jederzeit in den Krankenhäusern, Vertrauensbasis gegeben	strukturell gegeben, individuell sehr unterschiedlich	gut	strukturell gegeben, in praxi aber sehr unterschiedlich	Basiskompetenzen
Ambulante, teil- und stationäre, Psychiatrie und KJPP, PP / KJP	jederzeit, aber lange Wartezeiten und hohe Schwellen / Scham	gut	gut	gut	gut

Vor diesem Hintergrund muss vermutet werden, dass die Art und der Zeitpunkt der in Anspruch genommenen Hilfe eher davon abhängig ist, in welchem Kontext die ersten Symptome aufgefallen sind, als dass eine durch wissen-

schaftlich abgesicherte Erkenntnisse über Indikationen und Differentialindikationen für Diagnostik, Therapie und komplementäre Hilfen geplante Interventionsstrategie verfolgt wird.

2.2.2 Erstkontaktstellen im bestehenden Hilfesystem

Haben eine Betroffene / ein Betroffener oder ihre / seine Bezugspersonen die Hilfebedürftigkeit erkannt, dann erscheint es in praxi von verschiedenen Zufällen abhängig, ob und wann der Erstkontakt in einem geeigneten System

stattfindet. Die Erstkontaktstellen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Verfügbarkeit, ihres Auftrages, ihrer Finanzierung und ihrer Interventionsstrategien und -möglichkeiten erheblich.

Im Folgenden werden beispielhaft einzelne Strukturen unter besonderer Berücksichtigung des Erstkontaktes beschrieben:

Einrichtung	Erreichbarkeit	Finanzierung	Aufgaben
Sozialpsychiatrischer Dienst	Behördenöffnungszeiten montags bis freitags, außerhalb dieser Zeiten Bereitschaftsdienste über das Gesundheitsamt	kommunal	Prävention, Planung und Koordination von Hilfen, Beratung und Begleitung, Krisenintervention, Gutachten, Angehörigenberatung
niedergelassene Fachärzte, PP / KJP	Öffnungszeiten in der Regel montags bis freitags, außerhalb dieser Zeiten über kassenärztlichen Notdienst	Krankenkassen über die KV budgetiert	Diagnostik und Therapie, Krisenintervention
Psychiatrische und Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanzen	Sprechzeiten montags bis freitags, außerhalb der Sprechzeiten über die diensthabenden Ärzte der Kliniken	Krankenkassen außerbudgetär	Diagnostik und Therapie für definierte Patientengruppen, Krisenintervention
Psychiatrische und Kinder- und Jugendpsychiatrische Tageskliniken	Öffnungszeiten montags bis freitags von 7.00 bis 17.00 Uhr	Krankenkassen budgetiert	Diagnostik und Therapie
Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie und für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	jederzeit	Krankenkassen budgetiert	Diagnostik und Therapie mit Vollversorgungsverpflichtung, Krisenintervention, Behandlung unter freiheitsbeschränkenden Maßnahmen
Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege und der Kinder- und Jugendhilfe	sehr unterschiedlich	kommunal projektbezogen oder mit Tagessätzen, Eigenmittel, Spenden	psychosoziale Beratung und Betreuung definierter Klientengruppen

2.2.3 Kontaktgestaltung an den Schnittstellen der Hilfesysteme

2.2.3.1 Übergang von Hilfen für Kinder und Jugendliche in das Hilfesystem für erwachsene Menschen

An jedem Übergang von einer Helferin / einem Helfer zur/m Nächsten entsteht für die Betroffenen ein neuer Erstkontakt, dessen Gelingen für die Fortführung der begonnenen Hilfen von besonderer Bedeutung ist. Hier ist neben der gelingenden persönlichen Kontaktaufnahme besonderes Augenmerk auf die vollständige und zeitgerechte Übergabe aller notwendigen Informationen zu legen, damit unnötige Doppelmaßnahmen, Zeitverzögerungen, Unterbrechung von Behandlungs- und Betreuungsprozessen weitestgehend verhindert werden können.

Schnittstellen - also Übergänge zwischen zwei verschiedenen Hilfesystemen - haben in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung eine besondere Bedeutung. Dies gilt auch für den Übergang vom kinder- und jugendpsychiatrischen in den allgemeinpsychiatrischen Bereich. Diese Übergänge sind mit besonderer Sorgfalt zu gestalten.

Da in Mecklenburg-Vorpommern alle vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und ihre Institutsambulanzen räumlich und zum Teil auch organisatorisch (gemeinsamer Träger etc.) in enger Beziehung mit der allgemeinpsychiatrischen Klinik stehen, die Fachgruppe der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater mit den Nervenärztinnen und -ärzten und Fachärztinnen und -ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie im Rahmen der Kassenärztlichen Vereinigung zusammengefasst wird und die Sozialpsychiatrischen Dienste für psychisch Kranke aller Altersstufen zuständig sind, sind die Voraussetzungen dafür sehr gut. Im Wesentlichen sind vier Formen der „Transition“, also des Übergangs, zu unterscheiden.

- 1) **Eine chronische psychische Erkrankung einer/s Jugendlichen erfordert eine langfristige Weiterbehandlung.** Hier obliegt es der behandelnden Kinder- und Jugendpsychiaterin beziehungsweise -psychiater, der Patientin oder dem Patienten ggf. bei der Suche eines allgemeinpsychiatrischen Angebotes behilflich zu sein und eine schriftliche, wenn möglich auch persönliche Übergabe mit Weitergabe relevanter Informationen bevorzugt im Beisein der Patientin beziehungsweise des Patienten und der Familie zu gestalten.
- 2) **Eine psychische Erkrankung, die bereits jugendpsychiatrisch behandelt wurde, flammt im jungen Erwachsenenalter jenseits des 18. Lebensjahres wieder auf.** Hier obliegt es der Allgemeinpsychiaterin oder -psychiater, sich über den vorherigen jugendpsychiatrischen Verlauf sorgfältig zu informieren.
- 3) **Eine abklingende jugendpsychiatrische Erkrankung erfordert eine ausschleichende Behandlung über das 18. Lebensjahr hinaus.** Vor dem Hintergrund von Beziehungs- und Behandlungskontinuität

ist es sehr oft sinnvoll, solche Patientinnen / Patienten übergangsweise in der Betreuung der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu belassen. Die Erfahrung zeigt, dass Jugendliche von dieser Beziehungskontinuität profitieren können, da Fragen der Beschulung, Ausbildungsreife, Berufsschulintegration, Familienbegleitung bei Ablösekonflikten etc. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie traditionell besser berücksichtigt werden können, u. a. aufgrund des Hintergrundes bestehender Kooperation und enger Zusammenarbeit mit Jugendhilfe- und Bildungsträgern.

- 4) **Der emotionale und ggf. soziale Entwicklungsstand einer volljährigen Patientin / eines Patienten entspricht eindeutig dem einer/s Jugendlichen,** so dass eine jugendpsychiatrische Behandlung mit ihren besonderen Merkmalen (therapeutischer und pädagogischer Rahmen, Gruppentherapien in der Peergroup, familientherapeutischer Bezug, Möglichkeiten zur Beschulung, KJHG-Kompetenzen etc.) aussichtsreicher und für den Entwicklungsstand des Jugendlichen angemessen erscheinen. Hier besteht die Möglichkeit bis zum 21. Lebensjahr im jugendpsychiatrischen Bereich zu behandeln. Sinnvoll ist dies bei jungen Erwachsenen, die vom Entwicklungsstand Jugendlichen gleichzusetzen sind und deren jugendspezifische Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist beziehungsweise bei denen die sozialen Bedingungen den von Jugendlichen entsprechen. Zu nennen sind Schülerinnen und Schüler oder Patientinnen und Patienten, bei denen die primär jugendspezifischen Hilfeangebote (Jugendamt, Jugendhilfe etc.) in die Behandlung einbezogen sind.

Da das Versorgungssystem durch die beschriebenen Strukturen sehr gute und flexible Voraussetzungen für patientenbezogene regionale Lösungen bietet, erübrigen sich in Mecklenburg-Vorpommern spezielle Behandlungseinheiten für Adoleszente zwischen 17 und 20, wenn die wichtige Frage gelungener Übergänge insbesondere durch abgestimmte Prozessabläufe zwischen den Behandlern beziehungsweise Kliniken verbessert gelöst werden.

Im Bereich der erwachsen werdenden Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist die regionale Hilfeplankonferenz die Schnittstelle zum Jugendbereich, die die Steuerungsfunktion für diesen Personenkreis übernimmt. Dabei kann die Hilfeplankonferenz die (ihr unbekannten) Personen nicht „abholen“, sondern der Jugendbereich (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe) muss dafür Sorge tragen, dass die Betreffenden in der Hilfeplankonferenz SGB XII „ankommen“. Es besteht hier also eine „Bringepflicht“ für den Jugendbereich und eine „Annahmeverpflichtung“ für die Hilfeplankonferenzen des SGB XII.

2.2.3.2 Erstkontakt in der Gerontopsychiatrie

Die Art des Erstkontakts zum Hilfesystem kann im Rahmen der Gerontopsychiatrie nach Gruppen unterschieden werden:

- 1) **Alt gewordene chronisch psychisch Kranke** sind in der Regel schon lange in Kontakt zum Hilfesystem. Falls sie mit Eintritt von Multimorbidität schleichend aus dem psychiatrischen Hilfesystem „herausgesteuert“ werden oder wenn mit Eintritt des Rentenalters andere sozialrechtliche Voraussetzungen in Anwendung gebracht werden, besteht die Gefahr, dass sie aus dem Hilfesystem ganz herausfallen beziehungsweise die Angebote als Selbstzahler nicht mehr in Anspruch nehmen. Diese Problemstellung bearbeitet derzeit eine Arbeitsgruppe des Landesverbandes Sozialpsychiatrie. Aus den verfügbaren Daten ergibt sich, dass bisher für den Einzelfall adäquate Lösungen gefunden wurden.
- 2) Das Gleiche gilt für die **alt gewordenen Menschen mit geistigen Behinderungen**, die zwar in der Regel spätestens im mittleren Lebensalter in Kontakt zum Hilfesystem kommen, aber die mit Eintritt des Rentenalters und Ausscheiden aus dem bisher bestehenden Beschäftigungsverhältnis aus dem Hilfesystem herausfallen.
- 3) Die **erstmalig im Alter wahnkranken Patientinnen / Patienten** vermeiden krankheitsbedingt den Kontakt zum psychiatrischen Hilfesystem, da sie sich typischerweise als Opfer der Verfolgung durch Nachbarn oder böse Mächte fühlen und keine Krankheitseinsicht besitzen. Typischerweise sind auch die Sozialkontakte stark eingeschränkt, nur zur Hausärztin oder -arzt besteht häufig über die Notwendigkeit der Behandlung körperlicher Beschwerden ein loser Kontakt. Wenn zum Beispiel Nachbarn, Vermieterinnen / Vermieter oder Hausärztin / -arzt den Sozialpsychiatrischen Dienst informieren, so kann diese / r eine Aufnahme ins psychiatrische Krankenhaus veranlassen, wobei ein großer Teil dieser Patientinnen / Patienten sich freiwillig in die Klinik begibt, um der gewählten Verfolgung zu entkommen. Die normalen medizinischen und pflegerischen Dienste für alte Menschen sind für diese Zielgruppe nicht ausreichend vorbereitet und entsprechend fachlich sensibilisiert.
- 4) Die große Zahl **älterer psychisch Kranker mit depressiven Störungen, Belastungsstörungen (zum Beispiel posttraumatische), Angststörungen und somatoformen Störungen** ist unterdiagnostiziert und unterbehandelt. Das ist nach den Ergebnissen der Berliner Altersstudie selbst in einem mit niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten übersorgten Gebiet wie Berlin-Charlottenburg der Fall - umso mehr in den ländlichen Regionen von Mecklenburg-Vorpommern. In der Regel wenden sich diese Patientinnen / Patienten mit körperlichen Klagen an ihre Hausärztinnen und -ärzte, erfahren viel - auch invasive - somatische Diagnostik (zum Beispiel Herzkatheteruntersuchungen) und werden häufig mehrfach in Allgemeinkrankenhäusern stationär behandelt, bevor sie nach jahrelangen Patientenkarrieren durch eine psychiatrische oder psy-

chosomatische Konsiliaruntersuchung in (teil)stationäre psychiatrisch / psychosomatisch / psychotherapeutische Behandlung gelangen. Derzeit wird nur ein kleiner Teil dieser Patientinnen / Patienten hausärztlicherseits als psychisch krank diagnostiziert, dann aber häufig mit Benzodiazepinen behandelt - mit der häufigen Konsequenz einer sekundären Benzodiazepinabhängigkeit. Eine Behandlung bei einer niedergelassenen Psychiaterin oder Psychiater oder Psychotherapeutin / Psychotherapeut erfolgt nur bei einem sehr kleinen Anteil dieser Patientengruppe. Der Anteil ambulant fachärztlich behandelter älterer psychisch Kranker ist wegen des Mangels an psychiatrisch / psychotherapeutisch / psychosomatisch tätigen niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten, der schon derzeit langen Wartezeit auf einen Behandlungstermin und des künftig zunehmenden Fachärztemangels, künftig nicht zu erhöhen. Deshalb bleibt nur eine gezielte Fort- und Weiterbildung der Hausärztinnen / -ärzte, die dann in der Lage wären, die Patientinnen / Patienten zu diagnostizieren, die meisten erfolgreich zu behandeln und die übrigen in eine angemessene fachärztliche psychiatrisch / psychotherapeutisch / psychosomatische Behandlung zu vermitteln. Für diejenigen Patientinnen / Patienten, die wegen ihrer psychischen Erkrankung oder mit psychischer Komorbidität ins Allgemeinkrankenhaus aufgenommen werden, ist eine ausreichende gerontopsychiatrische Qualifikation des Konsiliardienstes notwendig, um das Krankheitsbild differentialdiagnostisch abzuklären und eine psychiatrisch / psychotherapeutisch / psychosomatische Behandlung zu initiieren. Es ist davon auszugehen, dass ein großer Teil der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen an undiagnostizierten und unbehandelten Störungen aus dieser Gruppe leidet. Diese Kranken befinden sich überwiegend nur in hausärztlicher Behandlung, so dass hier neben einer gezielten Fort- und Weiterbildung der Hausärztinnen und -ärzte, eine bessere fachärztliche psychiatrisch / psychotherapeutische Versorgung durch Niedergelassene oder psychiatrische Institutsambulanzen die Versorgung verbessern könnte. Auch wenn in jeder Pflegeeinrichtung eine umfassend gerontopsychiatrisch (nicht nur demenzbezogen) qualifizierte Pflegefachkraft tätig wäre, könnte das ebenfalls die Fallerkennung und Versorgung verbessern.

- 5) Die **Benzodiazepin- oder Opiatabhängigkeit** im Alter ist gegenwärtig immer Folge ärztlicher Verordnungen, meist in der Folge einer anderen psychischen Störung entstanden und kann nur durch eine gezielte ärztliche Fort- und Weiterbildung frühzeitig erkannt und auch vermieden werden. Die Alkoholabhängigkeit mit spätem Beginn ist ebenfalls unterdiagnostiziert und unterbehandelt, was nicht zuletzt auf das verbreitete Altersstereotyp zurückgeht, das die Suchtgefährdung für Ältere ausblendet. Aber auch hier gibt es Befundkonstellationen (zum Beispiel gehäufte Stürze), die der / n Hausärztin beziehungsweise -arzt aufmerksam machen sollten. Ein Teil der älteren Suchtpatientinnen / -patienten wird bei einem Aufenthalt im Allgemeinkrankenhaus durch Entzugerscheinungen auffällig, was bei einem

gut funktionierenden psychiatrischen Konsiliardienst die Chance für die Einleitung einer Entzugsbehandlung und der Behandlung der häufig zugrunde liegenden psychischen Störung (zum Beispiel Depression) bietet.

- 6) Nur sehr wenige **Demenz**ranke suchen von sich aus frühzeitig (fach)ärztliche Hilfe für ihre Gedächtnisstörungen. Verleugnung und sogenanntes „Fassadenverhalten“ sind typisch. Das Thema „Demenz“ wird geradezu tabuisiert. Wichtig wären hier ein besserer Informationsstand in der Allgemeinbevölkerung und leicht zugängliche Informationssysteme. Denn die Hilfesuchenden sind überwiegend die Angehörigen der Patientinnen / Patienten. Hier ist angesichts der wachsenden großen Zahl der Betroffenen und den häufig älteren und in der Mobilität eingeschränkten Angehörigen ein wohnortnahes, gut erreichbares Netz von niedrigschwelligen, unabhängigen und kompetenten Beratungsstellen zu schaffen. Auch eine gezielte Fort- und Weiterbildung der Hausärztinnen und -ärzte würde zu einer schnelleren Diagnose und Therapie führen. Hier gibt es falsche Anreize im Gesundheitssystem, da die Therapie mit Antidementiva das Arzneimittelbudget stark belastet, und eine begreifliche Scheu, Patientinnen / Patienten und Angehörigen ungefragt diese schwerwiegende Diagnose zu eröffnen. Niedergelassene neurologisch / psychiatrische Fachärzte und Gedächtnissprechstunden können angesichts der Zahl der Betroffenen schon gegenwärtig nur einen kleinen Teil der Kranken auch nur einmal im Verlauf sehen und stellen nur sehr selten den ersten Kontakt zum Hilfesystem dar. Ein großes Problem stellt die rechtzeitige Diagnose und Therapie der Demenzerkrankungen bei vereinsamten Patienten dar. Hier sind Kampagnen („Demenzfreundliche Kommune“) hilfreich, die die Öffentlichkeit und bestimmte Berufsgruppen (zum Beispiel Polizei, Rettungsdienst, Feuerwehr) für Demenzranke sensibilisieren, die Hilfsbereitschaft und Toleranz im öffentlichen Raum erhöhen und dazu führen, dass über den Sozialpsychiatrischen Dienst Hilfen für die Betroffenen initiiert werden.
- 7) Die **Angehörigen** von Demenzkranken befinden sich fast alle, auch wegen der gesundheitlichen Folgen der seelischen und körperlichen Überforderung bei der Pflege, in hausärztlicher Behandlung. Eine gezielte und qualifizierte Angehörigenarbeit und der Aufbau einer Angehörigenselbsthilfe sind landesweit noch sehr unterentwickelt. Die Überweisung der Angehörigen durch Hausärztin / Hausarzt oder Fachärztin / Facharzt oder Gedächtnissprechstunde in eine niedrigschwellige, unabhängige Beratung und gut erreichbare Angehörigengruppen mit einer parallelen Betreuung der Patientinnen / Patienten sollte sichergestellt werden.
- 8) Bei Auftreten eines **Delirs** (Verwirrheitszustand) im Allgemeinkrankenhaus sollte entweder durch ein geriatrisches Konsil - falls vorhanden - oder durch einen gerontopsychiatrisch ausreichend qualifizierten Konsiliardienst mitbehandelt werden und die Patientinnen / Patienten ausreichend lange Zeit nach Abklingen des Delirs einem – in der Regel ambulant möglichen - Demenzscreening unterzogen werden.

2.3 Zusammenfassung

Da der Erstkontakt unbestritten eine große Bedeutung für den weiteren Verlauf der Betreuung und Behandlung psychisch Kranker besitzt, müssen hier folgende Grundsätze in allen Bereichen der Gesellschaft und im psychosozialen Hilfesystem verankert werden:

- Der Grad der **Informiertheit** der Gesamtbevölkerung über psychische Krankheiten von der Kindheit / Jugend bis zum Alter, deren Erkennung und Behandlungsmöglichkeiten muss erhöht werden.
- Die **Barrierefreiheit** des Zugangs zu Informationen, Beratung und konkreten Hilfen muss Schritt für Schritt hergestellt werden. Als erster Schritt sollten die Informationen über die Beratungs- und Behandlungsangebote im Land in der bestehenden Internetplattform des Landesverbandes Sozialpsychiatrie leichter zugänglich gemacht und ständig aktualisiert werden.
- **Fort- und Weiterbildung** über psychische Krankheiten und deren Symptome sowie mögliche Hilfen müssen in der Fachöffentlichkeit, bei allen Leistungsträgern sowie in allen helfenden Berufen intensiviert werden, auch im Bereich der Jobcenter und Bildung.
- Betroffene, Angehörige und Bezugspersonen aus nicht-psychiatrischen Behandlungs- und Beratungskontexten müssen kurzfristig und niedrigschwellig auf eine / n in der Information, Beratung, Diagnostik und Therapie psychisch Kranker **erfahrene / n Ansprechpartner / in** treffen, die / der gemeinsam mit der / m Betroffenen die Verantwortung für die Entwicklung eines geeigneten Hilfeangebotes in Kombination medizinischer und psychosozialer Leistungen übernimmt. Auch Angebote zur anonymen Beratung müssen vorgehalten und in der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden.
- Dem **Management des regionalen psychiatrischen Hilfesystems** unter besonderer Beachtung des Aufbaus von Netzwerkstrukturen muss von allen Akteuren unter kommunaler Federführung eine neue Bedeutung beigemessen werden. Die Stellen der Psychiatriekordinatorinnen und -koordinatoren müssen daher in allen Versorgungsregionen so ausgestattet sein, dass sie ihre Aufgaben in vollem Umfang erfüllen können. Bereits vorhandene Strukturen müssen vernetzt und gegebenenfalls strukturell mit einer Verbesserung der spezifisch psychiatrischen Fachlichkeit und der personellen Ressourcen für diese Aufgabe ergänzt werden. Dies gilt in besonderem Maße auch für die Hilfen für alte Menschen, in die die gerontopsychiatrische Fachlichkeit ebenfalls implementiert werden muss.
- Eine **Evaluation dieser regionalen Netzwerkarbeit** sollte kontinuierlich erfolgen, sie sollte auf ihre Wirksamkeit überprüft werden und die Ergebnisse in die Fortschreibung der regionalen Jugend- / Sozial- / Gesundheitsplanungen eingebracht werden.
- Es muss dringend geprüft werden, wie eine **für die Bürgerinnen und Bürger verlässliche Ansprechbarkeit des Hilfesystems** hergestellt werden kann zum Beispiel durch die flächendeckende Einrichtung geeigneter Clearing-Stellen durch Kommunen (Sozialhilfe,

Jugendhilfe, öffentlicher Gesundheitsdienst), Agentur für Arbeit, Kranken- und Rentenversicherungsträger und Organisation einer 24-Stunden-Erreichbarkeit (siehe Ziffer 3.2.1c). Besonders wichtig erscheint, dass die vernetzten Strukturen auch außerhalb der Städte mobil sind und zu den Bürgern / innen ihres regionalen Einzugsgebietes kommen können („Gehstruktur“). Alle technischen Möglichkeiten sollten ausgelotet werden.

- Die **Sozialpsychiatrischen Dienste** als „verlässliches Basis-Netz der Hilfen“ müssen mit Fachärztinnen und -ärzten für Psychiatrie und -psychotherapie und mit Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Psychologische / n Psychotherapeutinnen und -therapeuten beziehungs-

weise Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten als Mindestqualifikation ausgestattet werden. Solange in diesem Bereich ein Mangel besteht, müssen alternative Modelle entwickelt werden, damit der Facharztstandard im öffentlichen Gesundheitswesen erreicht wird (zum Beispiel Delegation der Aufgaben an niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte oder Institutsambulanzen).

- **Universitäre Forschung** über den Einfluss regionaler Versorgungsstrukturen auf Prävalenz und Verlauf psychischer Erkrankungen muss unterstützt werden.
- Der **Psychiatrie-Entwicklungsplan** muss kontinuierlich fortgeschrieben werden.

3 Umsetzung der Hilfen

3.1 Einführung und Definition der Problemfelder und -gruppen

Mit der in Kapitel 1.1.3 beschriebenen demographischen und der daraus resultierenden Morbiditätsentwicklung ist sowohl eine relationale als auch absolute Abnahme jüngerer Bevölkerungsgruppen mit Konsequenzen für die psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen verbunden. Darüber hinaus ist vor dem Hintergrund der auch damit assoziierten sozialen Desintegrationsprozesse davon auszugehen, dass sich die bereits in den letzten zehn Jahren beobachtete Zunahme an forensisch-psychiatrischen Behandlungsressourcen verstetigen wird und möglicherweise ein steigender Anteil der betroffenen Menschen, sogenannter „Systemsprenger“, das Hilfesystem auf Grund bestimmter Merkmale in Richtung Obdachlosigkeit, Mortalität und durch Export in andere Bundesländer verlassen wird. Durch den weiteren Prozess der Globalisierung wird der Anteil psychisch kranker Migrantinnen / Migranten innerhalb des Versorgungssystems ansteigen.

Die relational im Vordergrund stehende Entwicklungsanforderung betrifft die älteren Patientinnen / Patienten und damit die verschiedenen unter 2.2.3.2 beschriebenen Patientengruppen im Bereich der **Gerontopsychiatrie**:

Es ist daher dringend erforderlich, die Ressourcen und Fachlichkeit zu bündeln. Dies kann einerseits über die Gründung von tatsächlichen oder virtuellen „Zentren für Altersmedizin“ an hierfür geeigneten Standorten im Land geschehen, in dem dort stets nicht nur ein gerontopsychiatrisches Konsil, sondern ein gerontopsychiatrischer Arbeitsschwerpunkt vorhanden ist. Andererseits bietet sich eine „Mobilisierung“ der gerontopsychiatrischen Hilfen generell an, in dem ambulante aufsuchende Dienste mit einem gerontopsychiatrischen Profil geschaffen werden. Dies können je nach Bevölkerungsdichte spezialisierte Dienste sein oder die Integration gerontopsychiatrischer Kenntnisse in die allgemeinen Pflegedienste und Hausarztpraxen. Hier sind kreative Modelle gefragt.

Für den Behandlungs- und Therapiebereich im engeren Sinne ist es die Herausforderung, insbesondere ambulante und tagesklinische Angebote weiterzuentwickeln, wobei innerhalb des Systems der ambulanten ärztlichen und psychologischen Psychotherapie Anstrengungen zu unternehmen sind, Patientinnen / Patienten höheren Alters, die bisher in diesem System unterrepräsentiert sind, besser zu integrieren. Dies gilt gleichermaßen für den Bereich der Suchtkrankenversorgung.

In jedem Fall ist zu gewährleisten, dass die spezifischen Behandlungs- und Betreuungsbedürfnisse der unter Ziffer 2.2.3.2 beschriebenen sehr verschiedenen Zielgruppen Berücksichtigung finden. Das gilt insbesondere für die größte Gruppe älterer psychisch Kranker, die an depressiven Störungen, Belastungsstörungen, Angststörungen und soma-

toformen Störungen leidet. Dabei sind die klinischen Bilder häufiger kombiniert. Der Körper, seine Wahrnehmung und seine Funktionen sind bei Älteren viel häufiger als bei Jüngeren das Feld, in dem die Symptomatik sich ausdrückt. Dadurch werden zum Beispiel bei einem Teil der Kranken mit klinisch bedeutsamen depressiven Symptomen die Kriterien von ICD-10 oder DSM-IV für depressive Störungen nicht völlig erfüllt (subsyndromale Depression im Alter). Wenn man die Ergebnisse der Berliner Altersstudie auf die Bevölkerung von Mecklenburg-Vorpommern überträgt, hätten 2005 circa 50.000 über 70-Jährige an einer behandlungsbedürftigen depressiven Symptomatik gelitten.

Im Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit bei psychischen Alterserkrankungen steht derzeit die **Diagnosengruppe Demenz**. Die Landesregierung geht von circa 32.000 mittelschwer und schwer erkrankten Menschen in Mecklenburg-Vorpommern im Jahre 2020 aus und hat für die erwartete Zahl leicht dementer Menschen keine Prognose veröffentlicht, da hierfür keine validen Daten erhoben werden konnten. Dabei bestehen derzeit die besten Behandlungsmöglichkeiten für leicht erkrankte Menschen. Da fast alle zukünftig mittelschwer und schwer erkrankten Personen zuvor leicht erkrankt sind, ist bis 2020 mit einer fast ebenso großen Zahl leicht Erkrankter zu rechnen. Insbesondere bei den Menschen mit einer Demenzerkrankung darf nicht vergessen werden, dass außer der genannten Patientenzahl eine viel größere Zahl von **Angehörigen** betroffen ist, die ihrerseits ein hohes Risiko für psychische Störungen, insbesondere Depressionen, aufweisen. Innerhalb des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) werden an den Standorten Rostock und Greifswald derzeit aufsuchende Interventionen auf Effektivität und Effizienz geprüft, die sowohl auf eine Kompetenzverbesserung in der allgemeinmedizinischen Versorgung zielen als auch auf eine früher einsetzende Diagnostik und Therapie bei den Betroffenen. Neben einer stärker werdenden altersmedizinischen Ausrichtung des gesamten medizinischen Versorgungssystems dürften derartige Konzepte in einem Flächenland mit den größten Effekten verbunden sein.

Bei allen oben aufgeführten gerontopsychiatrischen Patientengruppen gibt es einen Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund, überwiegend russischsprachiger Patientinnen / Patienten, die und deren Angehörige aufgrund anderer soziokultureller Prägungen große Probleme haben, das deutsche psychiatrische Hilfesystem erfolgreich zu nutzen. Lösungen für diese Problematik betreffen aber die gesamte Psychiatrieplanung und nicht speziell die Gerontopsychiatrie. Um dieser Problematik Rechnung zu tragen, wird empfohlen, an den größeren medizinischen Zentren (zum Beispiel Schwerin, Rostock, Stralsund, Greifswald) Spezialsprechstunden mit fremdsprachlicher Expertise und stationäre wie teilstationäre Behandlungsangebote aufzubauen, die bisher nicht in ausreichendem Umfang existieren.

Als Problemgruppen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in der Kinder- und Jugend- beziehungsweise Allgemeinpsychiatrie lassen sich insbesondere geistig behinderte Menschen und psychisch erkrankte Menschen an der Schnittstelle von der kinder- und jugendpsychiatrischen zur allgemeinpsychiatrischen Behandlung sowie an chronifizierten psychischen Störungen und Suchterkrankungen leidende Menschen identifizieren.

Für **geistig behinderte Menschen** mit psychiatrischer Komorbidität ist ein zu geringer Anteil spezieller ambulanter Hilfen und Behandlungsmöglichkeiten festzustellen. Bei einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung dürfte in den nächsten Jahrzehnten das bereits jetzt zu konstatierende Problem des Übergangs aus der familiären Integration in eine späte (geschützte) Eigenständigkeit problematischer werden. Im Hilfesystem sind insbesondere aufsuchende Dienste mit spezialisierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Kompetenz unterrepräsentiert, die sich mit der Therapie häufiger komorbider psychischer Störungen befassen und die in den nächsten Jahren auszubauen sind.

Für folgende Gruppen aus dem **Kinder- und Jugendbereich** müssen noch spezifische Angebote beziehungsweise Formen verstärkter Zusammenarbeit in Mecklenburg-Vorpommern entwickelt werden:

- a) Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe. Die Ulmer Heimkinderstudie (Fegert et.al.) hat ergeben, dass circa 60 Prozent dieser Kinder und Jugendlichen eine psychische Störung nach den Kriterien der ICD-10 haben. Es handelt sich damit um eine Hochrisikopopulation, die aufgrund der besonderen Belastungen im familiären Umfeld besonders schwierig zu behandeln ist. Hier müssen dringend regional tragfähige Vernetzungskonzepte aller im System Beteiligten entwickelt werden.
- b) Säuglinge und Kleinkinder mit Regulationsstörungen wie „Fütterstörungen“, exzessives Schreien, Schlafstörungen (Prävalenz zwischen 5 und 35 Prozent, zu 50 bis 70 Prozent persistierend über 2 bis 3 Jahre). Hier ist eine enge Kooperation mit der Pädiatrie erforderlich, regionale Netzwerke müssen geknüpft, die Qualifikation zur Behandlung früher Mutter-Kind-Interaktionsstörungen verbessert werden.
- c) Für Familien, in denen eine Interaktionsstörung Folge der psychischen Erkrankung des Kindes beziehungsweise wenn die psychische Erkrankung Folge einer familiären Interaktionsstörung ist und die familiären Ressourcen erschöpft sind, müssen spezifische Angebote zur stationären oder teilstationären gemeinsamen Behandlung von Eltern und Kindern vorgehalten werden, im Rahmen der Kapazitäten.
- d) Kinder psychisch kranker einschließlich suchtkranker Eltern. Psychische Erkrankungen der Eltern sind ein Hauptrisikofaktor für Kinder, ebenfalls an einer psychischen Störung zu erkranken. Hier fehlen in den außerklinischen Beratungs- und Betreuungsangeboten häufig die Kompetenzen, die Eltern in ihrer besonderen

Situation wahrzunehmen und darauf abgestellte Hilfsangebote zu entwickeln. Es bedarf hier einer gemeinsamen Anstrengung der Allgemeinpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Kinder- und Jugendhilfe, für Eltern und Kinder geeignete Behandlungssettings zu entwickeln.

In Mecklenburg-Vorpommern gibt es seit vielen Jahren ein differenziertes Unterstützungssystem für **Menschen mit Störungen durch psychotrope Substanzen, vor allem für Alkoholabhängige**. Alle Versorgungssegmente sind prinzipiell vorhanden. Die Dichte des Angebots ermöglicht eine gemeindenahere psychosoziale, psychiatrische und soziotherapeutische Versorgung, wobei allerdings im tagesklinischen Bereich wie in der gesamten Bundesrepublik die Therapieangebote noch unterrepräsentiert sind. Auch die ambulante Rehabilitation wird flächendeckend wohnortnah angeboten. Die stationären Rehabilitationsangebote für Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängige sind zum einen in (der Nähe) der „großen Städte“ (Rostock, Schwerin) und in verschiedenen Regionen angesiedelt. Hier werden allerdings in beträchtlichen Umfang wohnortferne Behandlungen durchgeführt, was dem sozialpsychiatrischen Paradigma der gemeindenahen Versorgung widerspricht. Wie in allen Bundesländern so ist auch in Mecklenburg-Vorpommern der Anteil der niedergelassenen (ärztlichen und psychologischen) Psychotherapeutinnen / -therapeuten an der Suchtkrankenversorgung insgesamt kaum von Bedeutung. Eine regionale Besonderheit in Mecklenburg-Vorpommern ist, dass vor einigen Jahren die Implementierung von Schwerpunktpraxen für Menschen mit Störungen durch psychotrope Substanzen realisiert wurde. Diese sind an die größeren Städte gebunden (siehe Anlage 2). Es besteht Bedarf, das System der Suchtberatung, der medizinischen Angebote und der Suchtrehabilitation noch stärker aufeinander abzustimmen und zu vernetzen. Dieses Phänomen der nicht ausreichend an Effektivität und Effizienz ausgerichteten Vernetzung stellt ein generelles Symptom des Hilfesystems des Landes dar, in der in breiten Bereichen die verschiedenen Kostenträger (Kommunen, Land, Krankenkassen, Rentenversicherungsträger) und singular finanzierte Einrichtungstypen vergleichsweise unverbunden und zum Teil konkurrierend arbeiten.

Während für den Bereich der Suchterkrankungen (und psychosomatischen Störungen) ein umfassendes System medizinischer und in geringerem Umfang auch beruflicher Rehabilitation existiert, stellt dies im Bereich insbesondere schwerer psychischer Erkrankungen, wie etwa bei Schizophrenen und bipolaren affektiven Störungen, ein zentrales Versorgungsdefizit dar. Mecklenburg-Vorpommern selbst verfügt über so viele Betten in der Suchtentwöhnung und psychosomatischen Rehabilitationsmedizin, dass es auf einen Import von Patienten aus anderen Bundesländern angewiesen ist, die hier gemeindefern behandelt werden.

Die neue Kombibehandlung der Deutschen Rentenversicherung Nord mit einer systematischen Verknüpfung von wohnortferner stationärer und wohnortnaher ambulanter

Rehabilitation in einem Zeitraum von 12 Monaten versucht dieses Problem zu bewältigen.

Im Bereich der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie ist sicherzustellen, dass entsprechend der derzeit gültigen Fassung des Vierten Krankenhausplanes des Landes die bestehenden psychosomatischen Bettenbereiche und Abteilungen an den psychiatrischen Kliniken durch eine / n Fachärztin oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie geleitet werden sollen. An den psychiatrischen Kliniken des Landes, sind im derzeitigen Krankenhausplan 184 psychosomatische Betten an acht Standorten ausgewiesen.

Folgerungen für die Weiterentwicklung der Strukturen des Hilfesystems für psychisch kranke Menschen

1. Das psychiatrische Hilfesystem hat sich **stärker als bisher auf die Behandlung alter, eher komorbide somatisch und psychisch erkrankter Menschen mit vergleichsweise geringer individueller Mobilität** auszurichten, was eine weitere Regionalisierung der Basisversorgung und die Einrichtung aufsuchender Hilfen notwendig macht.
2. Für die **besonderen Problemgruppen** psychiatrischer Versorgung (u. a. sogenannte „Systemsprenger“, Menschen im Grenzbereich zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Allgemeinpsychiatrie beziehungsweise Jugendhilfe und Wiedereingliederungshilfe, Menschen mit Behinderungen) ist **je Region sorgfältig zu prüfen**, in welcher Weise vernetzte Hilfsangebote zentralisiert oder breitflächig regionalisiert werden müssen.
3. **Im Suchtbereich ergibt sich ein Entwicklungsbedarf für den stärkeren Ausbau tagesklinischer Behandlungsansätze sowohl in der Entzugsbehandlung als auch im Entwöhnungsbereich, nicht zuletzt um dem Prinzip einer gemeindenahen Behandlung Rechnung zu tragen.**
4. Für die konkurrierenden Finanzierungs- und Betreuungssysteme ergibt sich ein erhöhter Koordinationsbedarf mit systemübergreifenden Finanzierungsmodellen für individuell nach spezifischem Bedarf ermittelten Hilfen und einem Monitoringsystem, in dem einerseits Qualitätssicherungsaspekte und andererseits die spezifischen Bedürfnisse der Nutzer systematisch einbezogen werden.
5. Mecklenburg-Vorpommern ist ein Flächenland mit einer dadurch niedrigen Bevölkerungsdichte. Zahlreiche versorgungsepidemiologische Studien haben gezeigt, dass hierdurch das Inanspruchnahmeverhalten insbesondere sehr junger und älterer Betroffener, arbeitsloser und sozial desintegrierter Menschen nachhaltig negativ beeinflusst wird und so vermeidbare Chronifizierungsprozesse anzunehmen sind. Generell gilt für das Inanspruchnahmeverhalten, dass eine Entfernung von > 30 Minuten bei Erwachsenen und > 20 Minuten bei Kindern und Jugendlichen beziehungsweise älteren Menschen, eine definierbare Schwelle darstellt. Vor diesem epidemiologischen und versorgungsbezogenen Hintergrund wurde in den vom Ministerium für

Soziales und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern geförderten Modellprojekten „Kommunale Psychiatrie“ und „Sozialpsychiatrie“ das sogenannte **Basisstrukturmodell als gemeindepsychiatrischer Mindeststandard** entwickelt, das dem Paradigma der in der Psychiatrie-Enquete bereits 1975 formulierten Prinzip der gemeindenahen Versorgung Rechnung trägt. Danach sind drei Ebenen psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung zu differenzieren (vergleiche Anlage 3), für die jeweils ein Mindeststandard formuliert wird:

a) Subsektoren

Die erste Ebene bevölkerungsbezogener **Subsektoren** mit einer mittleren Größe zwischen etwa 20.000 – 60.000 Einwohnern und dort bereitzustellenden **basalen niedrigschwelligen, (mobilen) primär ambulanten sozialpsychiatrischen und medizinischen Hilfen**.

Insbesondere sollen die sozialpsychiatrischen Leistungen zur Selbstversorgung, die ambulante sozialpsychiatrische Behandlung und die sozialpsychiatrischen Leistungen zur Tagesgestaltung, Kontaktfindung und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben vor Ort im Subsektor vorgehalten werden.

Es ist unabdingbar, dass in diesen Subsektoren ambulante Anlaufstellen und mobile Dienste einschließlich fachpsychiatrischer Behandlungsmöglichkeiten, psychiatrischer Pflege und Soziotherapie weiter angeboten beziehungsweise neu eingerichtet werden. Dazu müssen Leistungsanbieter und Kostenträger praktikable Lösungen vereinbaren. Vorhandene Strukturen wie Ambulanzen, Begegnungsstätten, Tagesstätten, Sprechstunden der Sozialpsychiatrischen Dienste etc. sind entsprechend umzuprofilieren, dass sie in gemeinsamer Verantwortung für die Pflichtversorgung diese Aufgaben als regionales Netzwerk wahrnehmen.

Alle Formen aufsuchender Behandlung, Unterstützung und Pflege gewinnen hier besondere Bedeutung bis hin zu Home-Treatment-Modellen anstelle aufwändiger vollstationärer Behandlungen in einer entfernten Klinik.

b) Gebietskörperschaften

Die zweite Ebene der **Gebietskörperschaften** und der Gemeindepsychiatrischen Verbünde, in denen neben den Angeboten der ersten Ebene **tagesklinische Behandlungsangebote** integriert in ein **Servicehausmodell** und eine **Vollversorgung im Bereich Wohnen** als praxisbewährtes Modell zu empfehlen sind.

Unter dem Servicehausmodell wird dabei ein Ansatz verstanden, in dem in einem Gebäude oder Gebäudekomplex die verschiedenen Bausteine sozialpsychiatrischer und medizinischer Versorgung nach dem Zentrumsansatz konzentriert werden, um so regional ein möglichst niedrigschwelliges Angebot vorzuhalten. Nach dem Beispiel des ersten Servicehauses des Landes in Bergen auf Rügen können trägerübergreifend tagesklinische und ambulante Behandlungsangebote mit Tagesstätten, Begegnungsstätten und Angeboten zum betreuten Wohnen kombiniert werden. Selbstverständlich kann ein Servicehaus statt in einem Gebäudekomplex, was sich wegen der dann mögli-

chen Synergien in der Nutzung von Räumen, Personal und Technik anbietet, auch virtuell gegebenenfalls in Trägerschaft verschiedener Anbieter entstehen. Wesentlich ist, dass ein fachlich abgestimmt und verbindlich arbeitendes Netzwerk mit sozialpsychiatrischen Kernelementen entsteht, das nach außen einheitlich mit einem regionalen (Pflicht)Versorgungsauftrag für die Gebietskörperschaft agiert und für die psychisch kranken Menschen der Region niedrigschwellig erreichbar ist.

c) Versorgungsregionen

Die dritte Ebene der definierten **Versorgungsregion** insgesamt mit einer in der Regel im städtischen Zentralbereich angesiedelten Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, gegebenenfalls mit (virtuellen) Zentren für Altersmedizin, notwendigen Angeboten zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation und speziellen Arbeitsangeboten für psychisch Kranke und Menschen mit Behinderungen. Hier erscheint es besonders bedeutsam, dass sich auch die Versorgungsklinik als Teil des kommunalen Hilfenetzwerkes versteht und ihre Ressourcen auch der „Fläche“ zur Verfügung stellt. Hier sind intelligente Refinanzierungsstrukturen zu entwickeln wie Regionale (Krankenhaus)Budgets oder Integrierte Versorgungsmodelle.

3.2 Behandlung und Betreuung

3.2.1 Ambulante Hilfen

a) Niedergelassene Ärztinnen / Ärzte

Im Bereich der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatische Medizin ergibt sich insbesondere in den weniger bevölkerungsdichten Regionen ein Bedarf, der insbesondere die Bereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatische Medizin betrifft. Durch die hohe Anzahl von sogenannten Doppelfachärztinnen und -ärzten Psychiatrie und Neurologie bleibt unklar, in welchem Umfang die Praxen neben psychiatrischen auch psychotherapeutische und neurologische Leistungen anbieten. In Koordination mit der Ärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung und den beiden Universitätsklinik des Landes sind Strategien zur systematischen Nachwuchsgewinnung zu entwickeln.

Nach wie vor gilt vor dem Hintergrund epidemiologischer Studien, dass psychisch erkrankte Menschen zu weit über 90 Prozent in der medizinischen Primärversorgung gesehen, dort aber nur zu etwa 50 Prozent als psychisch erkrankt identifiziert werden und so ein zeitlich erheblich verzögerter Transfer in das psychiatrische, psychotherapeutische Versorgungssystem erfolgt, mit den gegebenen (und vermeidbaren) Implikationen für Chronifizierungsprozesse.

Da der hausärztliche, der allgemeinärztliche, aber auch der nicht-psychiatrisch fachärztliche Bereich aufgrund der nach wie vor nicht hinreichenden Abrechnungsvoraus-

setzungen für diagnostische Prozesse und aufgrund eines nach wie vor nicht angemessenen Fort- und Weiterbildungsniveaus seiner Transferfunktion in das psychiatrische Versorgungssystem nicht nachkommt, sollten

1. Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie beziehungsweise Psychosomatische Medizin sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten systematisch in Medizinische Versorgungszentren integriert werden,
2. durch gezielte Fort- und Bildungsmaßnahmen in Verantwortung mit der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung das Kompetenzniveau erhöht werden.

b) Institutsambulanzen

Durch den Ausbau von Komplexleistungen im kassenärztlichen Behandlungssystem wird in den kommenden Jahren ein zunehmender Überschneidungsbereich zu den Institutsambulanzen entstehen, die in qualitativ und quantitativ zunehmendem Umfang ihrem Behandlungsauftrag für nicht wartezimmerfähige Patientinnen / Patienten mit schweren und komorbiden psychischen Erkrankungen und Behinderungen vor allem durch aufsuchende Hilfen (zum Beispiel Pflegeheimversorgung, aufsuchende ambulante Sprechstunden in psychosozialen Einrichtungen, home treatment) nachkommen. Die Institutsambulanzen sollten dem stark variierenden individuellen Hilfebedarf der Betroffenen besser gerecht werden und komplexe Behandlungen und notwendige aufsuchende Hilfen noch stärker fokussieren.

Die Finanzierung dezentraler Institutsambulanzen in regionalen Tageskliniken und Servicehäusern, die zwischen den Trägern der Einrichtungen und den Leistungsträgern lange strittig war, ist inzwischen weitgehend gewährleistet.

c) Krisendienste

Eine der weiteren entscheidenden Zukunftsaufgaben der psychiatrischen Versorgung stellen zur Vermeidung überflüssiger Hospitalisierungen sozialpsychiatrische Interventionen durch sogenannte Krisendienste (einschließlich ärztlicher Präsenz) an 365 Tagen über 24 Stunden, insbesondere außerhalb der üblichen Arbeitszeiten institutioneller Anbieter, in allen Regionen dar. Ziel sollte es dabei sein, in einem höchstmöglichen Umfang stationäre und / oder teilstationäre Einweisungen zu umgehen und die persistierend hohen Suizidraten zu senken. Dabei ist es explizite Aufgabe der regionalen Psychiatrieplanung, regionsspezifische Lösungen für die potentiellen Träger oder Trägerkombinationen derartiger sozialpsychiatrischer Interventionsdienste zu erarbeiten. Es bietet sich an, diese Leistung in ein Servicehausmodell zu integrieren. Diese sollten von psychiatriee erfahrenen Mitarbeiterinnen / Mitarbeitern realisiert werden, wobei ein Bereitschaftsdienst für ärztliche Interventionen im Hintergrund verfügbar sein sollte. Refinanzierungsmodelle sind zu erarbeiten.

In diese Kriseninterventionsdienste könnten auch die nie-

dergelassenen Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten nach einem noch gemeinsam zu entwickelnden Modell einbezogen werden, ähnlich dem Modell des kassenärztlichen Notdienstes.

d) Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen

In den Praxen der niedergelassenen Ärztinnen / Ärzte werden, davon ist vor dem Hintergrund vorliegender empirischen Daten auszugehen, der überwiegende Teil von Abhängigkeitskranken und Menschen mit anderen psychischen Störungen versorgt. Die Kooperation mit den Beratungs- und Behandlungsstellen für Sucht- und Drogenkranke und -gefährdete (BBS) ist sehr heterogen und bedarf bei zum Teil redundanten Versorgungsangeboten der weiteren Abstimmung. Ähnliches gilt für die Zusammenarbeit von suchtspezifischer Hilfe mit Allgemeinkrankenhäusern, welche auch die Akutbehandlung von Suchtkranken übernehmen. In einer im Amtsblatt Mecklenburg-Vorpommern mit Wirkung vom 07. April 2008 erlassenen Verwaltungsvorschrift wird festgestellt, dass jedes Krankenhaus einen fachspezifischen, zum Beispiel psychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienst benennen soll. Größere Suchtabteilungen an psychiatrischen Krankenhäusern befinden sich in Greifswald, Stralsund und Schwerin. Die stationäre Rehabilitationsbehandlung aller Alkohol- und Drogenabhängigen in Mecklenburg-Vorpommern ist durch mehrere Fachkliniken im Land abgesichert. Für die suchtmmedizinische Grundversorgung wurden bereits Ärztinnen / Ärzte und Klinikärztinnen / Ärzte ergänzend zu Schwerpunktpraxen qualifiziert. Insbesondere Substitutionsbehandlungen lassen sich zusätzlich über ein Konsiliarmodell mit suchtmmedizinischen klinischen Zentren verbessern. Die Substitution wird vor allem über die Schwerpunktpraxen durchgeführt. Eine systematische Vernetzung von ärztlicher Suchtbehandlung und psychosozialer Betreuung gibt es in Rostock und Schwerin. Aktuell werden circa 350 Drogenabhängige in Mecklenburg-Vorpommern substituiert, wobei die hierzu existierenden Schwerpunktpraxen keineswegs flächendeckend Leistungen anbieten. Hier sind Anstrengungen zu unternehmen, in Kooperation mit der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung, die Versorgungslücken, zum Beispiel in der Region Ostvorpommern, zu schließen.

Für die Gruppe Alkohol- und / oder Drogenabhängiger mit zusätzlichen schweren psychischen Erkrankungen wird prinzipiell eine begleitende Behandlung bei niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten oder in Institutsambulanzen empfohlen.

In den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) werden auch Menschen mit Suchterkrankungen behandelt. Die Zusammenarbeit mit dem primär psychosozialen Unterstützungssystem ist regional sehr unterschiedlich ausgeprägt. Im Rahmen der Forensischen Psychiatrie gibt es Angebote an den Standorten Rostock, Stralsund und Ueckermünde.

e) Gerontopsychiatrie

Um die erforderlichen Hilfen anbieten zu können, müssen die notwendigen geronto-psychiatrischen Kenntnisse und Fähigkeiten bei Hausärztinnen und -ärzten, Fachärztinnen und Fachärzten und Pflegepersonal sichergestellt sein. Deshalb ist eine von den Interessen der pharmazeutischen Industrie und anderen Anbietern unabhängige Fort- und Weiterbildung in der Gerontopsychiatrie zu fördern und als Voraussetzung für die Teilnahme an integrierten Versorgungsverträgen oder für bestimmte Vergütungsmodelle („Pflegeheim plus“) zu fordern.

Bei den **alt gewordenen chronisch psychisch Kranken**, den alt gewordenen geistig behinderten Menschen und erstmals im Alter wahnkranken Patientinnen / Patienten bestehen keine grundsätzlichen Unterschiede bei der Umsetzung der Hilfen im Vergleich zum allgemeinspsychiatrischen Klientel. Das Hilfesystem muss sich aber an die veränderten Bedürfnisse der Betroffenen im höheren Lebensalter anpassen.

Bei der überwiegenden Zahl **der älteren psychisch Kranken mit depressiven Störungen, Belastungsstörungen (zum Beispiel posttraumatischen), Angststörungen und somatoformen Störungen** würde eine angemessene ambulante psychopharmakologische und gegebenenfalls psycho- und soziotherapeutische Behandlung für eine Gesundung ausreichen. Hier ist folgende Aufgabenteilung sinnvoll: Wenn die Hausärztin oder der Hausarzt nach gezielter Fort- und Weiterbildung die Diagnose gestellt hat, sollte sie / er nach Aufklärung der Patientin oder des Patienten und ihrer / seiner Angehörigen eine angemessene psychopharmakologische Behandlung beginnen und bei erfolgreicher Besserung die Rückfallprophylaxe planen und überwachen. Dies entspricht grundsätzlich dem Konzept, das datenbasiert innerhalb des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) entwickelt wurde. Bei lebensbedrohlicher Symptomatik (zum Beispiel Suizidalität oder Flüssigkeitsverweigerung), fehlender Besserung unter der hausärztlichen Behandlung, schwerwiegender psychiatrischer (zum Beispiel Suchterkrankung) oder körperlicher Komorbidität sollte eine Überweisung / Einweisung in fachärztliche / psychotherapeutische Behandlung der angemessenen verfügbaren Versorgungsstufe (niedergelassene(r) Fachärztin oder Facharzt / Psychotherapeutin oder -therapeut, psychiatrische Institutsambulanz, gerontopsychiatrische Tagesklinik, psychiatrisches Krankenhaus) erfolgen. Die ambulante Weiterbehandlung und Rückfallprophylaxe wird angesichts der großen Zahl der Betroffenen wieder überwiegend durch die Hausärztin und den Hausarzt erfolgen müssen. Für die Primär- und Sekundärprophylaxe dieser Gruppe psychischer Störungen im Alter ist ein gut erreichbares, ausreichend eng geknüpft und kostengünstiges Netz von allgemeinen Seniorenangeboten durch Vereine, Wohlfahrtsverbände oder Kirchen auch im ländlichen Raum notwendig. Hier sind auch generationenübergreifende, niedrigschwellige Angebote wie Mehrgenerationenhäuser sinnvoll (<http://www.familienbotschaft-mv.de/index.php?id=4>).

Spezielle sozialpsychiatrische Angebote werden von dieser Klientel in der Regel nicht angenommen.

Ein kleiner Teil von bereits chronifizierten Patientinnen / Patienten häufig mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen oder intellektueller Grenz- / Minderbegabung bedarf zur Vermeidung der Aufnahme in einer Einrichtung intensiver individualisierter Hilfen, die am besten im Verlauf einer (teil)stationären gerontopsychiatrischen Krankenhausbehandlung aufgebaut werden und neben fachärztlicher Behandlung psychiatrische häusliche Krankenpflege beinhalten. Bei diesen Patientinnen / Patienten hat sich in anderen europäischen Ländern, wie zum Beispiel Großbritannien, insbesondere für den Übergang in ambulante Behandlung eine niedrig frequente teilstationäre Behandlung (beginnend von zweimal wöchentlich, über einmal wöchentlich bis einmal 14-tägig) bewährt, wird aber in Deutschland von den Leistungsträgern nicht finanziert. Wenn, auch wegen körperlicher Gebrechlichkeit, eine Aufnahme in einer Einrichtung unumgänglich geworden ist, dann sollten die Patientinnen / Patienten von der zu fordernden gerontopsychiatrisch qualifizierten Pflegefachkraft der Einrichtung in Kooperation mit der Hausärztin und dem Hausarzt und ggf. mit der in der Einrichtung tätigen Fachärztin oder dem Facharzt betreut werden. Mit der künftig zunehmenden Zahl solcher chronischen, nicht dementen psychisch kranken Älteren sollte geprüft werden, ob im Rahmen der Angebote für alte Menschen spezialisierte Wohnbereiche / Wohngruppen eingerichtet werden können.

Für die komorbiden **Suchtkranken** ist eine Behandlung im Idealfall in Kooperation mit den Strukturen der Suchtkrankenhilfe (Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen) angemessen. Zur ambulanten Behandlung ist insbesondere die ausgewiesene Kompetenz der acht „Schwerpunktpraxen Sucht“ zu nutzen. Für die alt gewordenen, pflegebedürftigen, chronisch mehrfachgeschädigten Alkoholabhängigen (meist mit Korsakow-Syndrom / Alkoholdemenz) sollten in Pflegeeinrichtungen spezialisierte Wohnbereiche geschaffen werden.

Die Angehörigen von **Demenzkranken** erhalten nach Diagnosestellung eine systematisierte Schulung über das Krankheitsbild, den Umgang mit demenzspezifischen Verhaltensweisen und Hilfsmöglichkeiten in der Region, wobei diese Schulung entweder durch wohnortnahe, gut erreichbare, niedrigschwellige, unabhängige und kompetente Beratungsstellen (zum Beispiel Zentrum Demenz, Schwerin), im Rahmen eines integrierten Versorgungsvertrages oder eines anbieterbetriebenen Netzwerks erfolgen kann. Standorte für Demenzangebote sollten so gewählt werden, dass vorhandene Strukturen (zum Beispiel Facharztsitze, psychiatrische oder neurologische Kliniken, Gedächtnissprechstunden) beachtet und Synergien bei Wegen für Betroffene berücksichtigt werden. Diese Angebote sollen neben der Beratungstätigkeit, dem Aufbau und der Unterstützung von Angehörigengruppen und Angehörigenschulungen, Laienhelfer für niedrigschwellige Betreuungsangebote (§ 45c SGB XI) ausbilden, supervidieren und vermitteln.

Die flächendeckende Möglichkeit zur Teilnahme der Patientinnen / Patienten an ambulanten nicht-medikamentösen Therapien (zum Beispiel demenzspezifische Ergotherapie) ist zu schaffen. Das kann zum Beispiel auch in Tagespflegeeinrichtungen geschehen. Für die dünn besiedelten ländlichen Räume sollten aufsuchende Behandlungsmodelle geschaffen werden, zum Beispiel mobile, mit telemedizinischen Ressourcen ausgestattete Gemeindeschwestern, die gerontopsychiatrische Leistungen im ärztlichen Auftrag durchführen, oder eines mobilen multiprofessionellen Behandlungsteams entweder unter vertragsärztlicher oder Institutsambulanz-Leitung. Diese Dienste können sowohl ein Demenzscreening durchführen, als auch in Ermangelung von Arztkontakten die Pharmakotherapie überwachen. Für Menschen, die nicht in ihrem Lebensfeld verbleiben können, sollte der weitere Ausbau sogenannter Demenz-Wohngruppen in ländlichen und städtischen Regionen forciert und über entsprechende Refinanzierungsbedingungen auch als Alternative zur Heimeinweisung angeboten werden. Diese Lebensform wird im Allgemeinen von Betroffenen und Angehörigen einer Heimeinweisung vorgezogen. Hierzu ist die Erarbeitung entsprechender transparenter Mindeststandards für diese sehr vielfältigen Wohnformen zu erarbeiten.

Die Versorgung der Demenzkranken in Pflegeheimen sollte durch die gerontopsychiatrisch qualifizierte Pflegefachkraft der Einrichtung in Kooperation mit der Hausärztin oder Hausarzt und ggf. in der Einrichtung tätigen Fachärztin oder Facharzt organisiert und durch spezielle Betreuungskräfte in der Einrichtung und eine geeignete Milieugestaltung (Alltagsprinzip, Wohngruppenprinzip) verbessert werden. In Pflegeeinrichtungen tätige Hausärztinnen und Hausärzte sollten wegen des großen und künftig zunehmenden Anteils von Demenzkranken dort eine Fort- und Weiterbildung in der Gerontopsychiatrie erhalten. Für die Gruppe der Demenzkranken mit besonders herausforderndem Verhalten sind flächendeckend spezielle, gegebenenfalls auch geschlossene Wohnbereiche mit speziell geschultem Personal und der Möglichkeit der individuellen Milieugestaltung einzurichten.

Für die Allgemeinkrankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern gilt es im Hinblick auf die schnell zunehmende Zahl hochaltriger und besonders für ein **Delir** gefährdeter Patientinnen / Patienten einen Paradigmenwechsel weg von der *Delirbehandlung* hin zur *Delirverhütung* vorzunehmen. Besondere pflegegestützte Programme zur Identifikation und Betreuung delirgefährdeter (zum Beispiel dementer) Patientinnen / Patienten sind hier sehr erfolgreich und sollten flächendeckend eingeführt werden. Eine besonders wichtige Rolle hat hier auch die strukturierte Pflegeübergabe zwischen Pflegeeinrichtung / Tagespflege / ambulantem Pflegedienst und Krankenhaus. An den Allgemeinkrankenhäusern ohne eigenständige psychiatrische Abteilungen sind funktionierende psychiatrische Konsiliardienstmodelle einzuführen beziehungsweise auszubauen.

Hinzuweisen ist darauf, dass ein erheblicher Mangel an Ärztinnen / Ärzten mit der Schwerpunktbezeichnung Ger-

iatrie im Land vorliegt, so dass entsprechende Qualifikationsinitiativen sinnvoll und erforderlich sind.

f) Psychotherapie

Im Bereich der ambulanten Psychotherapie (Richtlinienpsychotherapie) hat die systematische Ausbildung Psychologischer Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten seit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes zu einer deutlichen Zunahme entsprechender Behandlungsangebote geführt. Wie schon im Kapitel 1 dargestellt, ist die Psychotherapeutendichte im bundesweiten Vergleich (ebenso wie die Dichte niedergelassener Fachärztinnen und -ärzte) aber in Mecklenburg-Vorpommern als vergleichsweise gering einzuschätzen. Der Anteil an Patientinnen / Patienten mit Wartezeiten über 30 Minuten beträgt 41,88 Prozent.¹⁴ Ähnlich den genannten Fachärztinnen und -ärzten ist eine adäquate Versorgung psychisch kranker Menschen aufgrund geringer Niederlassungsmöglichkeiten erschwert. Daher sind Steuerungsinstrumente zu etablieren, um ein angemessenes Angebot für psychisch Erkrankte vorzuhalten. Zudem müssen neue Behandlungsangebote entwickelt und Versorgungsstrukturen etabliert werden, die eine stärkere Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen den Behandlergruppen, einen niederschweligen Zugang und flexiblere Rahmenbedingungen außerhalb der Richtlinienpsychotherapie zur Folge haben. Nur so können Patientengruppen erreicht werden, denen gegenwärtig kein hinreichendes Therapieangebot zur Verfügung steht (zum Beispiel schizophrene und bipolare psychische Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen). Darüber hinaus muss das Angebot von gruppenpsychotherapeutischen Behandlungsansätzen ausgebaut werden.

g) Soziotherapie und häusliche psychiatrische Krankenpflege

Handlungsbedarf ergibt sich ebenfalls in der Soziotherapie, die ebenfalls nur an einer kleinen Zahl von Standorten und bevorzugt in den größeren Städten umgesetzt wurde, wobei jeweils eine vergleichsweise geringe Zahl zwischen 25 und 50 Patienten von diesem Angebot erfasst wird und eine wirtschaftliche Abbildung dieser Maßnahme singulär kaum gegeben ist. Vor allem bei schweren psychischen Störungen mit Complianceproblemen hat sich die Soziotherapie neben der psychiatrischen Krankenpflege außerordentlich bewährt. Neben den regionsspezifisch weiter zu etablierenden Case Management-Ansätzen und der psychiatrischen Krankenpflege kommt dabei der Soziotherapie die Funktion eines Systemmediators zu. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Institutsambulanzermächtigungen derartige Funktionen integriert abbilden und nicht in den regionalen Versorgungsnetzen redundante beziehungsweise konkurrierende Angebote geschaffen werden.

h) Ergotherapie

Obgleich entsprechende Angebote auch zum Leistungsspektrum der Institutsambulanzen gehören, ist die Einrichtung von Praxen für Ergotherapie, die über eine Qualifikation im Sinne der Psychiatrie verfügen und vorzugsweise institutionell gekoppelt an bestehende psychosoziale Träger eingerichtet werden sollten, erforderlich. Bei den bestehenden ergotherapeutischen Praxen ohne entsprechende Anbindung ist eine spezielle psychiatrische Expertise und eine ausreichende Etablierung sozialpsychiatrisch ausgerichteter gruppenbezogener Angebote sicherzustellen. Zudem wird bisher an zu wenigen Orten Rehabilitations-sport angeboten.

3.2.2 Teilstationäre und stationäre Versorgung

a) Strukturansätze

Die versorgungsepidemiologischen Besonderheiten in Mecklenburg-Vorpommern implizieren einerseits die Notwendigkeit eines weiteren Ausbaus regionalisierter Tageskliniken (unter Berücksichtigung der bestehenden Planungskriterien) mit Institutsambulanzen zum Beispiel nach dem Servicehausmodell, um die flächendeckende Versorgung bei einer tendenziell sinkenden Mobilität der älter werdenden Bevölkerung sicherzustellen. Dabei ist prinzipiell davon auszugehen, dass tagesklinische Versorgung eine der stationären Versorgung vergleichbare Effizienz und Effektivität besitzt und wahrscheinlich aufgrund der besseren sozialen Integration der behandelten Patientinnen / Patienten bessere Halteraten der Therapieergebnisse aufweist. Für die bereits bestehenden regionalisierten Tageskliniken ist zu konstatieren, dass diese zum Teil nicht in ausreichendem Maße mit sozialpsychiatrischen Angeboten im Sinne des Servicehausgedankens kombiniert wurden und die Kooperation unterschiedlicher Träger unter systematischer Einbeziehung psychosozialer Träger durch die klinischen Einrichtungen noch unzureichend umgesetzt wurde.

b) Konsil- und Liaison-Dienste

Eine derzeit noch zum Teil unbefriedigende Situation stellt sich im Bereich der Konsil- und Liaison-Dienste für Psychiatrie und Psychosomatik dar. An einigen klinischen Zentren des Landes werden derartige Leistungen nur unzureichend angeboten beziehungsweise nicht ausreichend finanziert, so dass hier tragfähige Finanzierungsmodelle zu vereinbaren sind. Dies betrifft insbesondere Allgemeinkranken Häuser, die über keine eigene Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie beziehungsweise Psychosomatische Medizin verfügen. Hier werden zum Teil notwendige Konsiliarleistungen überhaupt nicht angeboten.

c) Psychosomatische Medizin

Für die weitere Entwicklung der psychosomatischen Medizin stellt sich die Frage, ob an den größeren psychiatrischen

¹⁴ Versorgungsstudie OPK 2010

Zentren im Land eigenständige Abteilungen ausgewiesen werden sollten oder ob die teilstationäre und stationäre Versorgung integriert in der Psychiatrie mit Ausweisung entsprechender Behandlungsplätze erfolgen sollte. Um die geltenden Behandlungsstandards bei gleichzeitigem wirtschaftlichen Personaleinsatz zu gewährleisten, sollten die Arbeitseinheiten über eine hinreichende Größe bei stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungen verfügen. Dem Bedarf an Fachärztinnen und -ärzten für Psychosomatische Medizin ist durch eine Verbesserung der Fort- und Weiterbildungsprogramme Rechnung zu tragen.

Im Landeskrankenhausplan werden wie bisher die Anteile psychosomatischer Betten ausgewiesen, wobei qualitätssichernde Maßnahmen im Sinne der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sicherzustellen sind.

d) Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen

Das suchtmmedizinische Angebot ist regional sehr unterschiedlich auf- und ausgebaut worden. Zum einen erfolgt die Versorgung auf spezialisierten Stationen oder Abteilungen in den jeweiligen psychiatrischen Kliniken, in anderen psychiatrischen Kliniken erfolgt die Aufnahme auf allgemeinpsychiatrischen Stationen. Manche Kliniken halten ein Angebot im Sinne eines qualifizierten Entzugs vor, in anderen wird eine „normale“ Entgiftung durchgeführt. Tageskliniken für Suchtkranke gibt es bisher nur in Schwerin und Stralsund. Es ist ein abgestimmtes Angebot von tagesklinischen und stationären Kapazitäten vorzuhalten.

Als ein „chronisches Problem“ ist die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ zu nennen, welche zwischen den Spitzenverbänden der Sozialleistungsträger die Kostenübernahme für Entzug und Entwöhnung regelt, ohne die entstehende „Schnittstellenproblematik“ für die Betroffenen angemessen zu berücksichtigen. Hier sind unter Umständen neue Initiativen der Deutschen Rentenversicherung Nord zur Verkürzung der Antragsstellungszeiten beziehungsweise auch des nahtlosen Übergangs zu erwarten.

e) Gerontopsychiatrie

Die versorgungsepidemiologische Situation impliziert einen weiteren Ausbau und eine weitere Differenzierung der psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten im höheren Lebensalter. Dabei ist zunächst zu konstatieren, dass sich in Mecklenburg-Vorpommern zum Teil unabhängig voneinander bestehende und funktionierende Hilfesysteme der **Gerontopsychiatrie**, der geriatrischen Akutversorgung sowie der geriatrischen Rehabilitation entwickelt haben, für die ein nachhaltiger Vernetzungsbedarf besteht. Vor allem vor dem Hintergrund der vergleichsweise niedrigen Mobilität älterer Menschen muss die Gemeindenähe / Erreichbarkeit der Hilfeangebote stärkere Berücksichtigung finden. Dafür können die bislang an wenigen Orten zentrierten geriatrischen Abteilungen oder Rehabilitationskliniken nur als erster Schritt hin zu einer systematischen

Regionalisierung verstanden werden. Um den hohen Komorbiditätsraten zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen Rechnung zu tragen, wird aus fachlichen Erwägungen empfohlen „Zentren für Altersmedizin“ zu gründen, in denen interdisziplinär Leistungen verschiedener medizinischer Fachgebiete systematisch unter Berücksichtigung der besonderen Behandlungserfordernisse von alten Menschen angeboten werden.

Zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung sind aufeinander abgestimmte Strukturen erforderlich:

- Gerontopsychiatrische Ambulanz, inklusive Gedächtnissprechstunde
(Schwerpunktpraxis: Gerontopsychiatrie)
Indikation: psychische Erkrankung im Alter / Gedächtnisprobleme,
- Gerontopsychiatrische Klinik
Indikation: diagnostische Abklärung und Behandlung unklarer psychischer Zustände im Alter beziehungsweise psychische Dekompensationen im Alter, die ambulant nicht beherrschbar sind,
- Gerontopsychiatrische Tagesklinik
Indikation: Tagesstrukturierung und höherfrequente / effektive Behandlung (täglich) aller Menschen mit psychischen Erkrankungen des Alters, die bestimmte Mindestanforderungen erfüllen,
- Gerontopsychiatrische Tagesstätte / Tagespflege
Indikation: psychische Erkrankung im Alter mit drohender Isolation,
- Tagespflegeeinrichtung beziehungsweise -bereiche für Menschen mit Demenz
Indikation: manifeste Demenzerkrankung mit bestehendem leichten somatischen Pflegebedarf (Pflegestufe: 1) oder schwerere Fälle bei ansonsten optimaler häuslicher Versorgung,
- Wohngruppen für Menschen mit Demenz:
Indikation: manifeste Demenzerkrankung falls häusliche Versorgung nicht (mehr) möglich ist, ohne / mit somatischem Pflegebedarf und gegebenenfalls Verhaltensbesonderheiten in geringerer Ausprägung,
- Wohnpflegeeinrichtung beziehungsweise -bereiche für Menschen mit Demenz
Indikation: manifeste Demenzerkrankung mit somatischem Pflegebedarf und ggf. Verhaltensbesonderheiten bis zu hoher Ausprägung,
- Schwerst- beziehungsweise Palliativpflegeeinrichtung beziehungsweise -bereiche für Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen
Indikation: manifeste gerontopsychiatrische Erkrankungen mit höchstem somatischen Pflegebedarf und Verhaltensbesonderheiten.

Dabei kann die Gerontopsychiatrische Ambulanz als Sprechstunde von niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten als sogenannte weitere Betriebsstätte (wie zum Beispiel in Stralsund) oder als Teil psychiatrischer Institutsambulanzen betrieben werden. Hier ist die Kassenärztliche Vereinigung entgegenkommend. Dadurch ist die Zugangsbarriere relativ niedrig.

Das Konzept der Memo Clinic® in Stralsund stellt ein besonderes Projekt dar, um die regionalen Versorgungsbedarfe und Patientenströme bezüglich Demenz zu erfassen, zu organisieren und zu leiten. Dabei liegt der Vorteil der Einrichtung in der Strukturierung und passgenauen Verweisung der Erkrankten mit ihrem unterschiedlichen Versorgungsbedarf. Dieser Ansatz könnte für Mecklenburg-Vorpommern insgesamt erfolgversprechend sein.

Der Bedarf an speziellen Gerontopsychiatrischen Tagesstätten / Pflegeeinrichtungen ist grundsätzlich zu prüfen (siehe Ziffer 1.2.2b).

f) Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation sind vor dem Hintergrund des Paradigmas der gemeindepsychiatrischen Versorgung wohnortnahe stationäre Behandlungsangebote psychosomatischer Kliniken oder Suchtenthronungseinrichtungen weiter zu entwickeln. Hier sind regionalisierte und mit den stationären Hilfen verzahnte ambulante und teilstationäre Behandlungsangebote zu schaffen, die eine explizite Vernetzung des medizinischen, psychotherapeutischen und sozialpsychiatrischen Bereichs nachweisen (wie zum Beispiel das Kombi-Nord Modell für die Verknüpfung von ambulanter und stationärer Entwöhnung).

Eine bemerkenswerte Besonderheit im Land stellt die Tatsache dar, dass die ambulanten psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen in einem großen Umfang (flächendeckend) eine gemeindenahere ambulante Rehabilitation sowie die Nachsorge im Rahmen der medizinischen Rehabilitation im suchtmedizinischen Bereich übernehmen können.

Im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation ist das Modell der Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK) Schwerin als Kooperationsprojekt zwischen den beteiligten Kliniken und psychosozialen Trägern als für das Land wegweisend aufzufassen. Angesichts der hohen strukturellen Arbeitslosigkeits- und Frühberentungsraten psychisch Kranker und von Menschen mit Behinderungen in unserem Land stellt die Kombination mit beruflicher Rehabilitation eine Ausrichtung dar, die auch an anderen Standorten umgesetzt werden sollte. Für die weitere Entwicklung sind einerseits die Probleme der Mischfinanzierung zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern zu problematisieren und andererseits Qualifikationsinitiativen sinnvoll zum Erwerb der Schwerpunktbezeichnung Sozial- und Rehabilitationsmedizin für die beteiligten Ärztinnen / Ärzte. Die bisherigen Erfahrungen in der RPK Schwerin zeigen darüber hinaus, dass die wirtschaftliche Führbarkeit einer solchen Einrichtung zumindest 15 bis 20 Patientinnen / Patienten voraussetzt und das sich infolge der unzureichenden Vernetzung erhebliche differentialindikative Abgrenzungsprobleme mit den im Land bestehenden Berufsförderungswerken und Berufsbildungswerken ergeben. Um diesen Probleme

men zu begegnen und den Gegebenheiten eines Flächenlandes Rechnung zu tragen, erscheint es sinnvoll, statt institutionalisierte RPK, Organisationsstrukturen in virtueller Form anzustreben.

g) Forensische Psychiatrie und „Systemsprenger“

Für den Bereich der Forensischen Psychiatrie ist auch in den kommenden Jahren die Fortsetzung der Ausweitung der Behandlungskapazitäten zu erwarten. Zum einen ist diese Entwicklung mit den zu konstatierenden Veränderungen in der Praxis der Gesetzgebung und Rechtsprechung im Zusammenhang zu sehen. Zum anderen berührt diese Frage die Tatsache, dass präventive Ansätze in der Allgemeinpsychiatrie nicht hinreichend etabliert sind. Nach neueren Studien wurden mehr als 90 Prozent der späteren Patientinnen / Patienten mit relevanten Straftaten in der Forensischen Psychiatrie zuvor bereits in der Allgemeinpsychiatrie behandelt.

Daneben berührt diese Frage die sogenannte „Systemsprengerproblematik“, das heißt, den Tatbestand, dass etwa zwei bis drei Prozent der sich im psychiatrischen Versorgungssystem befindenden Betroffenen das System entweder in die Obdachlosigkeit und / oder in die Forensifizierung verlassen. Hier ergibt sich nach den Ergebnissen eines Modellprojekts des Ministeriums für Soziales und Gesundheit eine besondere Problematik dadurch, dass sowohl innerhalb unseres Landes eine Verlagerung dieser Patienten in fremde Landkreise stattfindet, als auch eine systematische „Ausweisung“ der entsprechenden „Systemsprenger“ in andere Länder beziehungsweise eine Aufnahme aus anderen Bundesländern nach Mecklenburg-Vorpommern. Hier ist einerseits ein innerhalb dieses Modellprojekts entwickelter Algorithmus umzusetzen, der vor dem „Export“ von Problemerklienten über die entsprechenden Hilfeplankonferenzen eine Einbeziehung einer „externen Expertengruppe“ zur Erarbeitung individueller Lösungsmöglichkeiten vorsieht (siehe Kapitel 3). Die Abkehr von dem Paradigma zentralisierter geschlossener Einrichtungen zugunsten regionalisierter geschlossener Plätze ist weitgehend umgesetzt, aber bedarfsgerecht weiterzuentwickeln. Auch die geschlossene Unterbringung ist als personenzentrierte Hilfeleistung zu betrachten, die prinzipiell mit „offenen“ Einrichtungen gekoppelt sein sollte. Nur so lässt sich die bei den Klienten oftmals vergleichsweise geringe soziale Vernetzung stabilisieren und das Paradigma der gemeindenahen Vollversorgung konsequent umsetzen. Hier ist nur ein Teilaspekt der „Systemsprengerproblematik“ diskutiert, während die Gesamtsituation unter Ziffer 4.3.8.3 aufgegriffen wird.

3.2.3 Psychosoziale Leistungen

3.2.3.1 Im Erwachsenenalter

Grundlegend für die Platzierung und Segmentierung psychosozialer Leistungen ist das eingangs spezifizierte Basisstrukturmodell zur sozialpsychiatrischen Versorgung.

Sämtliche sozialpsychiatrischen Leistungen sollten konsequent personenbezogen über eine differenzierte Hilfeplanung ermittelt und auch realisiert werden. Die Ermittlung des Hilfebedarfs sollte in jedem Fall mit der medizinischen Behandlung konform gehen, so dass abweichend von der vielerorts noch gängigen Praxis das medizinische System an der Hilfeplanung systematisch zu beteiligen ist. Analog zu dem Vergütungssystem psychiatrischer Institutsambulanzen sind hierzu Vergütungsmöglichkeiten in der kassenärztlichen Abrechnung zu entwickeln.

Für die **Organisation psychosozialer Leistungen** ist eine Differenzierung in die folgenden Gegenstandsbereiche erforderlich:

- **Psychosoziale Grundleistungen** beziehen sich einerseits auf Basisleistungen wie etwa Diagnostik, Sozialanamnese, Herstellung sozialer Kontakte (zum Beispiel Begegnungsstätten), Schriftverkehr, Berichtswesen, Rufbereitschaft, Hintergrund- und Krisendienst, die vernetzt mit dem medizinischen System erfolgen sollten. Andererseits bestehen die Grundleistungen aus: Planung und Abstimmung (Erstellung oder Mitwirkung an der Erstellung integrierter Behandlungs- und Rehabilitationspläne (zum Beispiel IBRP) an der Schnittstelle zur klinischen und medizinischen Behandlung, Koordination der Eingliederungspläne, Case-Management, indirekt personenbezogene Leistungen (kundenbezogene Teambesprechungen, Supervision, ärztliches Konsil), nicht personenbezogene Leistungen (Arbeitsbesprechungen, Arbeitsorganisation).
- **Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung** sollten vorzugsweise und weitgehend in ambulanter Form erbracht werden. Für die entsprechenden Wohnformen ist die kundenbezogene notwendige Betreuungsdichte maßgebend. Die Betreuungsdichte kann von „geschlossener“ über Wohngruppenformen bis hin zu geringfügig ambulanter Begleitung realisiert werden.
- **Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tages- und Kontaktgestaltung** können sowohl im Wohnumfeld des Klienten als auch an zentraleren Orten angeboten werden. Die zentraleren Orte können zum Beispiel Begegnungsstätten, Tagesstätten und andere, geeignete Formen sein. Dabei ist allerdings darauf hinzuweisen, dass auch die vorhandenen Kontakt- und Begegnungsstätten an vielen Orten nicht regelfinanziert werden und sich die Abgrenzung zu den vorhandenen Tagesstätten durch die Niedrigschwelligkeit manchmal problematisch gestaltet, in dem diese zum Beispiel als ein nachgeschaltetes Angebot für ehemalige Tagesstättenbesucher funktionieren. Kontakt- und Begegnungsstätten sind flächendeckend einschließlich Wochenendversorgung im Sinne des Basis-Strukturmodells als unverzichtbarer Basis-Standard zu etablieren.
- **Sozialpsychiatrische Leistungen im Bereich Arbeit, Beschäftigung und Ausbildung** beinhalten sowohl therapeutisch begleitende Hilfen zur Erlangung der Anforderungen in diesem Bereich als auch die entsprechenden Vermittlungsversuche in externe Arbeits- und /

oder Beschäftigungsmöglichkeiten. Dies kann in den Formen von Arbeits- und Beschäftigungstherapie (zum Beispiel Ergotherapie, medizinisch basiert), geringfügige Zuverdienstmöglichkeiten, Werkstätten für behinderte Menschen, Integrationsprojekte entsprechend der §§ 132 ff SGB IX, Vermittlungsdienste (zum Beispiel Integrationsfachdienst) erreicht werden. Die Hilfen zur Arbeit nach Sozialgesetzbuch Zweites und Drittes Buch (SGB II und III) variieren in ihrer flächenbezogenen Etablierung im Land stark und sind dabei insbesondere abhängig vom lokalen Engagement einzelner Träger. Die Werkstätten für behinderte Menschen differenzieren nicht an allen Standorten ausreichend zwischen seelisch und geistig behinderten Gruppen, obgleich hierfür differentielle Programme zur Reintegration notwendig erscheinen. Integrationsprojekte nach § 132 SGB IX sind generell auszuweiten; ebenso regelfinanzierte Zuverdienstprojekte, die am Markt oder komplex finanziert werden.

Sowohl die Anzahl der Einrichtungen, damit verbunden auch die Platzzahl sowie die Differenzierung des Angebotes (konsum-akzeptierende Einrichtungen, Übergangseinrichtungen, Tagesstätten) sind in der Suchtversorgung in Mecklenburg-Vorpommern relativ gut ausgebaut. Insbesondere im suchtmmedizinischen und rehabilitativen Bereich sind tagesklinische Behandlungsansätze noch unterrepräsentiert. Perspektivisch sollten Fragen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auch in den anderen psychiatrischen Bereichen genauer als bisher analysiert werden. Bei den Tagesstätten ist zu prüfen, inwieweit es ein Bedarf zur Flexibilisierung der Leistungszeiten gibt.

Als Grundlage für die **Finanzierung** der vorgenannten Leistungen kommen im Wesentlichen Leistungen des SGB II und III (für Arbeit, Beschäftigung und Ausbildung), des SGB V (für medizinische Leistungen), des SGB IX (für Leistungen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung) und des SGB XI (für pflegerische Leistungen) sowie die Eingliederungshilfe (SGB XII §§ 53, 54 ff.) in Betracht.

Hinsichtlich der Leistungen nach dem SGB XII befasst sich die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“ der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) aktuell unter anderem mit der Thematik, die Eingliederungshilfe von einer überwiegend einrichtungszentrierten Hilfe zu einer personenzentrierten Hilfe neu auszurichten.

Damit wird ein emanzipatorischer und bürgerrechtlicher Ansatz verfolgt, der die Forderungen der UN-Konvention einerseits und die Grundsätze des SGB IX sowie die des SGB XII andererseits aufgreift, der vor allem aber dem Grundrecht auf Gleichberechtigung von Menschen mit und ohne Behinderungen geschuldet ist. Deshalb soll die Versorgung und Teilhabeleistung für Menschen mit Behinderung nicht länger an die Wohnform gebunden sein, in der sie leben. Die Teilhabeleistungen sollen so organisiert werden, dass Menschen mit Behinderungen so weit wie möglich selbst bestimmen können, welche Dienste sie in Anspruch nehmen möchten und wie, wo und von wem die Hilfen bereit-

gestellt werden, um ihre persönlichen Wünsche und Vorlieben zu berücksichtigen. Dabei ist es allerdings erforderlich, ein angemessenes Gleichgewicht zwischen den persönlichen Wünschen der Menschen mit Behinderungen und den Möglichkeiten der Gesellschaft zu erzielen.

Die Finanzierung sollte insgesamt so gestaltet sein, dass sie eine komplexe Betrachtungsweise des Hilfebedarfs eines Klienten ermöglicht. Bereits heute sind ohne Änderungen des SGB XII weitergehende Umsetzungsschritte in die oben beschriebene Richtung eines personenzentrierten Ansatzes möglich und erfolgreich, wie sie in diversen bundesweiten (zum Beispiel Projekte des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen) und landeseigenen Modellprojekten (siehe zum Beispiel das sogenannte „Rostocker Modell“) aufgezeigt wurden. Für die Zielgruppe wesentlich seelisch behinderter Menschen könnten in Mecklenburg-Vorpommern auch ohne bundesgesetzliche Veränderungen nächste Schritte unternommen werden.

Eine personenzentrierte Finanzierung im umfassenden Sinne ist jedoch erst dann möglich, wenn die rechtlichen Voraussetzungen dafür gegeben sind. Dazu bedarf es beispielsweise einer Anpassung in den verschiedenen Leistungsgesetzen (insbesondere im SGB XI) durch den Bundesgesetzgeber.

3.2.3.2 Kinder- und Jugendhilfe

Das Sozialgesetzbuch Achtes Buch - Kinder- und Jugendhilfe – (SGB VIII) wurde 1995 um den Aufgabenbereich der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche erweitert. Im Unterschied zur Hilfe zur Erziehung haben nach § 35a SGB VIII Kinder und Jugendliche, die seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, selbst Anspruch auf Eingliederungshilfe. Ist gleichzeitig Hilfe zur Erziehung nach §§ 27 ff. SGB VIII zu leisten, sollen nach Möglichkeit Hilfeformen in Anspruch genommen werden, die dem Bedarf im Einzelfall sowohl in erzieherischer als auch in integrativer Hinsicht gerecht werden können.

Was eine seelische Behinderung ist und wie diese sich von einer vorübergehenden Störung des Erlebens und Handelns oder von einer geistigen Behinderung abgrenzen lässt, ist umso schwieriger zu beantworten, desto jünger das Kind ist. In der Regel stellt eine seelische Behinderung die Folge einer psychischen Erkrankung dar, die droht oder eintritt, wenn trotz intensiver Behandlung eine Besserung nicht soweit erzielt werden kann, dass eine Eingliederung des jungen Menschen in die Gesellschaft gelingen kann. Im Wesentlichen sind dies

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

die eine seelische Behinderung zur Folge haben können. Tiefgreifende Störungen können die Entwicklung des Kindes von Geburt an beeinträchtigen, meistens wirken jedoch Anlage- und Umweltfaktoren zusammen. Gerade deshalb ist die frühzeitige Erkennung und Förderung gehandicapter Kinder von großer Bedeutung.

Nach den Bestimmungen gemäß § 35a Abs. 2 SGB VIII wird die Hilfe „nach dem Bedarf im Einzelfall:

- in ambulanter Form,
- in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen,
- durch geeignete Pflegepersonen und
- in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie
- sonstigen Wohnformen geleistet.“

Im Einzelfall können bedarfsweise unter anderem auch Hilfen zu einer angemessenen Schul- oder Berufsausbildung oder auch Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes hinzukommen. Bedeutsam bleibt, dass Eingliederungshilfen nach Möglichkeit im Kontext von Einrichtungen, Diensten und Arrangements geleistet werden, die in den normalen Alltag der Betreuung, Förderung und Erziehung integriert und nahe an der Lebenswelt orientiert sind. Die gemeinsame Betreuung behinderter und nichtbehinderter Kinder hat deshalb Vorrang vor speziellen § 35a-Einrichtungen (§ 35a Abs. 4 SGB VIII).

In Artikel 8 Nr. 1 SGB IX wurde der § 35a SGB VIII neu gefasst beziehungsweise dem vereinheitlichten Behinderungsbegriff angepasst. Die Anspruchsvoraussetzungen wurden systematisch in zwei Teile zerlegt, wodurch die Aufgabenverteilung zwischen der Ärztin / dem Arzt beziehungsweise Psychotherapeutin und -therapeuten einerseits und den Jugendhilfefachkräften andererseits nochmals deutlicher wird. Absatz 1 des § 35a SGB VIII lautet nunmehr:

„Kinder oder Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

- ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht und
- daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Von einer seelischen Behinderung bedroht sind Kinder oder Jugendliche, bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.“

Zur Entscheidungsfindung, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der Eingliederungshilfe vorliegen, bedarf es also auch künftig über die ärztliche beziehungsweise psychotherapeutische Stellungnahme zur Abweichung der seelischen Gesundheit hinaus einer fachlichen Beurteilung durch die Fachkräfte des Jugendamtes unter Beteiligung der betroffenen Kinder und Jugendlichen beziehungsweise deren Eltern insbesondere hinsichtlich einer zu erwartenden

tenden Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Diese Entscheidung, ob ein Teilhaberisiko droht oder bereits eingetreten ist, obliegt in jedem Fall dem Jugendamt, das diese Entscheidung dann auch fachlich, in der Regel im Rahmen des Hilfeplanverfahrens (§ 36 SGB VIII) begründen muss.

Neben den einschlägigen Bestimmungen im Kinder- und Jugendhilfegesetz (vergleiche hier insbesondere die §§ 10, 35a, 36 und 36a SGB VIII) sind im Falle seelischer Störungsbilder grundsätzlich mit zu beachten

- die einschlägigen Bestimmungen der Sozialhilfe, insbesondere § 53 Abs. 3 und 4 Satz 1, den §§ 54, 56 und 57 SGB XII,
- Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PsychThG), insbesondere §§ 1, 2,
- SGB V Gesetzliche Krankenversicherung,
- SGB VI Gesetzliche Rentenversicherung,
- SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen,
- SGB XI Gesetzliche Pflegeversicherung.

Psychosoziale Leistungen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen werden abweichend zur Praxis bei Erwachsenen von der Kinder- und Jugendhilfe nach den Maßgaben des Kinder- und Jugendhilfegesetzes organisiert und erbracht. Im Kinder- und Jugendhilfegesetz ist die Beteiligung anderer Hilfesysteme, insbesondere auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie für Kinder und Jugendliche, die von seelischer Behinderung bedroht oder als seelisch behindert einzuschätzen sind, im § 35a KJHG geregelt. Die Beteiligung der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Hilfeplanung für Kinder und Jugendliche, die nicht die Kriterien des § 35a KJHG erfüllen, gleichwohl aber unter einer psychischen Störung leiden und entsprechenden psychosozialen Hilfebedarf haben, ist nicht explizit geregelt. Hier bedarf es des Kooperationswillens und der Kooperationsfähigkeit der beteiligten Personen und Institutionen, um eine aufeinander abgestimmte Hilfeplanung und -umsetzung sicher zu stellen.

In Mecklenburg-Vorpommern wird zurzeit dazu ein Leitfaden erarbeitet.¹⁵

Für die besondere Gruppe der Kinder- und Jugendlichen, die unter einer psychischen Erkrankung leiden und gleichzeitig eine körperliche und / oder geistige Behinderung haben, muss die Organisation der psychosozialen Hilfen über KJHG und SGB XII zwischen Sozialamt / Versorgungsamt und Jugendamt abgestimmt werden. Hier ergeben sich besondere Schnittstellenprobleme, die dazu führen können, dass Kinder und Jugendliche die geeignete und notwendige Hilfe nicht oder nicht rechtzeitig erhalten.

In den sozialpsychiatrischen Diensten sollte ausreichend kinder- und jugendpsychiatrische Kompetenz vorhanden sein, damit die entsprechenden Abstimmungsprozesse zwischen den Ämtern in Fallkonferenzen oder psychosozialen Arbeitsgruppen im Gesundheitsamt moderiert werden können.

3.2.3.3 Sozialpsychiatrische Dienste

Der Öffentliche Gesundheitsdienst leistet mit seinen vorrangigen Aufgaben im Bereich der Bevölkerungsmedizin, der Prävention, der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes einen wichtigen und unverzichtbaren Beitrag für das Gemeinwohl und ist ein integraler Bestandteil der medizinischen Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste Mecklenburg-Vorpommerns sind seit Gründung unseres Bundeslandes (neben unter anderem den Amtsärztlichen Diensten, der Abteilung Hygiene oder der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste) eine Säule des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in den Verwaltungen der Landkreise und kreisfreien Städte und übernehmen damit primär allgemeine Aufgaben der öffentlichen Daseinsorge speziell für psychisch Kranke und Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung. Diagnostische oder therapeutische Leistungen im engeren Sinne sind somit vordergründig nicht vorgesehen.

Auf der Basis gesetzlicher Grundlagen („Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke“ [PsychKG M-V]; „Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ [ÖGDG M-V]) sind sie in einem definierten Spektrum tätig, in dem unter anderem hoheitliche Aufgaben wahrzunehmen sind (Pflichtaufgaben, Fachaufsicht). Sie stellen in der derzeitigen Aufgabenverteilung die einzige Institution dar, welche „von Amts wegen“ tätig werden kann und hierfür auch gesonderte Rechte in Anspruch nehmen darf.

Da es in unserem Flächenland einen nicht unerheblichen Teil psychisch erkrankter und / oder Menschen mit Behinderungen gibt, welche aufgrund struktureller Gegebenheiten oder auch krankheitsbedingt bei sehr spezifischen Hilfebedarfen keinen Zugang zum etablierten Hilfesystem finden, verfolgen hier die Sozialpsychiatrischen Dienste den Anspruch, Klienten fachspezifisch auf niedrigschwelliger Basis zu beraten, zu betreuen, Schaden sowie krankheitsbedingte soziale Benachteiligungen abzuwenden und sie in weitere Hilfen zu vermitteln. Dies erfolgt multiprofessionell (Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie, Psychologinnen / Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Sozialpädagoginnen / Sozialpädagogen) auf hohem fachlichem Niveau, unabhängig von einzelnen Trägern sowie ohne die Notwendigkeit vorab vorliegender Kostenzusagen. Immer häufiger sind die Sozialpsychiatrischen Dienste erster Ansprechpartner vor allem für das soziale Umfeld psychisch kranker Menschen und Menschen mit Behinderungen und gestalten so maßgeblich den Erstkontakt zum Hilfesystem.

¹⁵ Leitfaden zur Kooperation der Kinder- und Jugendhilfe mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Mecklenburg-Vorpommern

Deshalb müssen die Hilfen der Sozialpsychiatrischen Dienste eng in das Basis-Versorgungs-Netzwerk des Basis-Struktur-Modells eingebunden sein. Der häufig sehr problematischen Klientel sollten sie dadurch einen möglichst niedrigschwelligen Zugang ermöglichen, inklusive dezentraler Anlaufstellen.

Für diese Aufgabenerfüllung ist folgende Personalausstattung erforderlich: Die Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes soll grundsätzlich durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychiatrie oder durch eine Psychologische Psychotherapeutin oder -therapeuten erfolgen. Neben der ärztlichen Besetzung mit einem Schlüssel von 1:100.000 Einwohnerinnen / Einwohner sind weiterhin sozialpädagogische / fachpflegerische Kräfte in einem Umfang von mindestens 4:100.000 Einwohnerinnen / Einwohner vorzusehen.

Die sozialpsychiatrischen Dienste in Mecklenburg-Vorpommern stehen vor Aufgaben, die durch besondere strukturelle Gegebenheiten unseres Bundeslandes, wie den verschärften demographischen Wandel, die sehr dünne Besiedlung mit erheblichen Fahrtwegen, den zunehmenden Mangel an medizinischen und pflegerischen Fachkräften, aber auch die weiter steigenden Fallzahlen verursacht werden.

Trotz einer allgemeinen Rekrutierungsproblematik für Fachärztinnen und -ärzte ist bereits ein überwiegender Teil der Leitungsstellen der Sozialpsychiatrischen Dienste in Mecklenburg-Vorpommern mit Fachärztinnen und -ärzten für Psychiatrie oder Fachpsychologinnen und -psychologen besetzt. Spätestens nach dem Vollzug der geplanten Landkreisneuordnung im September 2011 sollten die genannten fachlichen Vorgaben dann ohne Ausnahme umgesetzt werden können. Trotzdem ist in den kommenden Jahren (im Konsens mit der Gesundheitsministerkonferenz), aufgrund der sich wahrscheinlich weiter verschärfenden Personalsituation, darauf hinzuwirken, dass der Standard der fachlichen und ökonomischen Ausstattung dieser Stellen beibehalten wird.

Eine kontrovers diskutierte Frage Sozialpsychiatrischer Dienste besteht darin, dass die ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über keine Behandlungsoption verfügen. Zum einen wird auf einen Vorteil des Verzichts auf die Behandlungsoption verwiesen, da sie zur Erfüllung der Pflichtaufgaben nicht erforderlich ist. Andererseits wird argumentiert, dass so vermeidbare stationäre Einweisungen durch zum Beispiel nicht erfolgende psychopharmakologische Interventionen verhindert werden können. Eine Lösung sowohl für die fachärztliche Besetzungsproblematik als auch für die fehlende Behandlungsoption könnte danach darin bestehen, dass die Kommunen Verträge mit freien Trägern oder Krankenhäusern zur Teilübertragung der Aufgaben schließen und so zum Beispiel über eine Kopplung an die Institutsambulanzen diese Doppelfunktion ausüben können. In einer Reihe früherer sozialpsychiatrischer Modellregionen der Bundesrepublik (wie in Hannover, Bremen und Uelzen) werden derartige Konzepte seit langem umgesetzt.

Darüber hinaus können an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 95 SGB V auch ermächtigte Ärztinnen / Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teilnehmen. Im Rahmen dieser Regelung können auch die Ärztinnen / Ärzte von Sozialpsychiatrischen Diensten tätig werden, solange eine ausreichende Versorgung nicht allein durch die niedergelassenen Nervenärztinnen und -ärzte gewährleistet werden kann.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass in den Sozialpsychiatrischen Diensten die Bereitstellung einer fallbezogenen kinder- und jugendpsychiatrischen Expertise sicherzustellen ist. Dies kann über Kooperationen mit niedergelassenen Fachärzten oder der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik der Region erfolgen.

3.3 Bildung, Teilhabe und Arbeit für psychisch kranke Menschen und Menschen mit Behinderungen

3.3.1 Schule, Ausbildung und Teilhabe für psychisch kranke Kinder und Jugendliche

Da mit kindlichen Entwicklungsstörungen häufig komorbide psychische Erkrankungen einhergehen, gibt es hier einen hohen Abstimmungsbedarf mit den Hilfesystemen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe. In gemeinsamen Fallkonferenzen unter der Federführung des jeweiligen Fachamtes sollten die Zielstellung und Art der Hilfen analog zum Hilfeplanverfahren der Kinder- und Jugendhilfe regelmäßig überprüft werden.

In Schule und Ausbildung werden die Auswirkungen psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen besonders sichtbar. Über- oder Unterforderung ebenso wie soziale Integrationsprobleme wie zum Beispiel Mobbing-Erfahrungen führen wiederum zu langfristigen Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsentwicklung und psychosozialen Leistungsfähigkeit. Die Förderungsstrategien, die im schulischen Bereich entwickelt wurden und werden, sind in der Regel nicht mit den anderen Hilfesystemen abgestimmt. Mögliche Schnittstellen dafür sind der schulpсихologische Dienst, die Schulen an den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der neu eingerichtete diagnostische Dienst der Schulämter. Dabei sind verbindliche Kooperationsstandards sowie einer anforderungsge rechten Ausstattung der Schulen an den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie in das Blickfeld zu nehmen, damit diese die Beschulung während eines Krankenhaus-aufenthaltes ausreichend absichern und die Reintegration der Schüler und Schülerinnen in die Heimatschulen auch angemessen begleiten können.

Die Teilhabe psychisch kranker und seelisch behinderter Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener liegt seit 1993 in der Verantwortung unterschiedlicher Leistungsträger. Das führte zu zeit- und kostenintensiven Prüfungen der Unzuständigkeit mit der Folge von Zuständigkeitsstreitigkeiten und Leistungsverzögerungen zu Lasten der Be-

troffenen. Weiterhin ist zu beobachten, dass sich die Träger der Jugendhilfe nach fast 20 Jahren noch nicht als Rehabilitationsträger verstehen und berechtigte Zweifel bestehen, dass sie über die Hilfen zur Erziehung hinaus auch alle sonstigen Leistungen zur Teilhabe bedarfsgerecht erbringen. Insofern kann den Trägern der Jugendhilfe nicht die alleinige Verantwortung für die Teilhabeleistungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zugeordnet werden. Zur Überwindung dieser Schnittstellenprobleme ist – unabhängig von der Zuständigkeit – ein gemeinsames Bedarfsfeststellungsverfahren notwendig, an dem unbedingt die Schulen beteiligt sein müssen, die mit einer für alle Akteure verbindlichen Zielvereinbarung zu den benötigten Leistungen und Hilfen abschließt.

Für Jugendliche in Ausbildung muss die individuelle Teilhabeplanung mit den Rehabilitationsabteilungen der Agentur für Arbeit und anderen relevanten Kooperationspartnern koordiniert werden. Die Kompetenzen und Kooperationsstrukturen der Berufsschulen, der überbetrieblichen Ausbildungszentren sowie der Berufsbildungswerke in Bezug auf den Umgang mit psychisch beeinträchtigten Jugendlichen muss weiterentwickelt werden, um zu einem quasi automatischen Übergang von Schule zur WfbM (Werkstatt für behinderte Menschen) einzelfallbezogene und passgenaue Alternativen entwickeln zu können.

3.3.2 Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen und Menschen mit Behinderungen

Studien der Krankenkassen und der Rentenversicherung zeigen, dass psychische Erkrankungen häufiger erkannt werden, häufiger und länger zu Arbeitsunfähigkeit und zu Berentung wegen voller Erwerbsminderung führen. Der Anteil der psychischen Erkrankungen ist insgesamt deutlich überproportional gestiegen. Bei den krankheitsbedingten Ausfallzeiten ist dies noch einmal besonders deutlich. Die Arbeits- und Beschäftigungssituation von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen in Mecklenburg-Vorpommern ist sehr unbefriedigend.

Die rasante Entwicklung der Arbeitswelt verläuft weitgehend ohne Berücksichtigung von Möglichkeiten und Erwartungen von Arbeitnehmerinnen und -nehmern mit psychischen Beeinträchtigungen ab. Die Schere zwischen den heutigen modernen Arbeitsanforderungen und den Fähigkeiten psychisch beeinträchtigter Menschen klafft mehr denn je, was ursächlich für die signifikant verlangsamte Reduzierung der Arbeitslosenzahlen unter Menschen mit Schwerbehinderung ist.

Psychische Erkrankungen führen häufig zur Ausgliederung aus dem Arbeitsleben, zum einen können psychisch Kranke die Arbeit verlieren, zum anderen kommt es sehr häufig vor, dass sie eine Arbeitsmöglichkeit erst gar nicht erreichen. Gleichzeitig ist die Bedeutung von Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen unbestritten. Weit über den Einkommenserwerb hinaus stellt jedes Beschäftigungsverhältnis einen höchst wirksamen Inte-

grationsfaktor dar, da darüber Kontakte, Zugehörigkeit, Tages- und Wochenstruktur sowie Aktivierung erreicht werden. Hinzu kommt, dass psychische Beeinträchtigungen und psychosoziale Probleme bei Langzeitarbeitslosen ein erhebliches Vermittlungshemmnis darstellen. Das bestehende Instrumentarium der Hilfe und Förderung Arbeitssuchender berücksichtigt die besonderen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen oft nicht ausreichend. Passgenaue Angebote für psychisch kranke Menschen existieren wenige. Die vorhandenen weisen oft ein mit den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes nicht vergleichbares Milieu auf. Dadurch sind Übergänge in den allgemeinen Arbeitsmarkt erschwert oder finden selten statt. Es gibt auch in den Regionen bislang wenig träger- und institutionsübergreifende Verbundlösungen beziehungsweise Netzwerke (unter Einbezug der Servicestellen und Jobcenter), die gemeinsam nach passgenauen Lösungen für die betriebsnahe berufliche Integration suchen.

Für die Schaffung von Voraussetzungen für Teilhabemöglichkeiten an Arbeit und Beschäftigung seelisch behinderter Menschen sind die Umsetzung der Beschlüsse der UN-Behindertenrechtskonvention zur Inklusion und der daraus folgenden Beschlüsse der 85., 86. und 87. Arbeits- und Sozialministerkonferenz von 2009 und 2010 mit dem Ziel der Bildung eines inklusiven Klimas in Mecklenburg-Vorpommern. Mittels Adaption der Strukturen und Prozesse der regionalen Hilfeplanung unter Beteiligung verschiedener Leistungsträger, wie zum Beispiel aus dem SGB II und SGB XII ist der Inklusionsgedanke umzusetzen. Hierzu wird die Landesregierung einen Maßnahmenplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention erarbeiten, indem dem Inklusionsgedanken Rechnung getragen wird.

Nach § 19 SGB IX ist die Pflicht zur Sicherstellung der für die Ausführung von Teilhabeleistungen erforderlichen Versorgungsstrukturen den Rehabilitationsträgern übertragen. Diese Regelung muss entsprechend den Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention weiterentwickelt werden. Dazu zählt insbesondere die Verpflichtung zur gemeindenahen Organisation der Versorgungsangebote auch in ländlichen Gebieten sowie die Vernetzung von sozialraumorientierter Organisation der Versorgung, die die Gewährleistung von Assistenz und die Vernetzung der klassischen Sozialleistungen mit niedrigschwelligen Hilfsangeboten einbezieht. Leistungen sollen künftig stärker auf die individuelle Situation ausgerichtet werden. Auf diese Weise soll auch die Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen gestärkt werden. Dabei geht es zum Beispiel um die Entwicklung eines durchlässigen und flexiblen Hilfesystems und die Schaffung von Beschäftigungsalternativen zur Werkstatt für Menschen mit Behinderungen.

Der gesetzliche Auftrag der Bundesagentur für Arbeit als Rehabilitationsträger ist die Teilhabe der Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) durch:

- Integration arbeitsloser Menschen mit Behinderungen in den allgemeinen Arbeits- und Ausbildungsmarkt,

- Prävention durch Maßnahmen und Leistungen zur Sicherung und zum Erhalt von bestehenden Arbeits- und Ausbildungsplätzen,
- Förderung der Aufnahme einer Beschäftigung auf dem besonderen Arbeitsmarkt in einer Werkstatt für behinderte Menschen,
- Kooperation mit andern Rehabilitationsträgern, -einrichtungen und -verbänden sowie Selbsthilfeorganisationen.

Förderungsfähiger Personenkreis sind Menschen mit Behinderungen nach § 19 SGB III in Verbindung mit § 2 SGB IX:

1. die körperlich, geistig oder seelisch beeinträchtigt sind, einschließlich lernbehinderter Menschen oder denen eine solche Behinderung droht und
2. deren Aussichten am Arbeitsleben teilzuhaben oder weiter teilzuhaben wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht nur vorübergehend gemindert sind (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) und
3. die deshalb Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen.

Bei der beruflichen Rehabilitation wird zwischen Erst- und Wiedereingliederung unterschieden.

Im Bereich der Ersteingliederung werden überwiegend jugendliche Absolventen von Förderschulen betreut. Dazu kommen die jungen Menschen mit Behinderung, die in allgemeinen Schulen beschult werden. Der Erstkontakt zur Beratungsfachkraft für Rehabilitation /Schwerbehinderung erfolgt im Rahmen von berufsorientierenden Veranstaltungen in den Schulen beziehungsweise im Berufsinformationszentrum (BIZ) der Agentur für Arbeit. Nachfolgende Sprechstundenangebote beziehungsweise Einzelberatungen (in der Schule oder in der Agentur für Arbeit) durch die Beratungsfachkraft beinhalten, neben der Unterstützung der individuellen Berufswahl, die Prüfung, ob aufgrund der Art oder Schwere der Behinderung Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 19 SGB III erforderlich sind.

In der Ersteingliederung werden auch Jugendliche betreut, welche noch keine dreijährige Berufspraxis aufweisen und Leistungen zur Sicherung eines Ausbildungs- oder Beschäftigungsverhältnisses benötigen. Der Prozess der Ersteingliederung erstreckt sich über die Ausbildung bis hin zur Einmündung in den Arbeitsmarkt.

Im Bereich der Wiedereingliederung werden Personen betreut, die aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen ihren Beruf oder ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben können und eine neue berufliche Alternative finden müssen. Hinzu kommen Personen, die Hilfen zur Sicherung ihres Beschäftigungsverhältnisses benötigen. Die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben erfolgt für Personen mit abgeschlossener Berufsausbildung oder mit in

der Regel mindestens dreijähriger Tätigkeit. Im Reha-Team der Agentur für Arbeit trifft die Beratungsfachkraft die Entscheidung, ob aufgrund der Art oder Schwere der Behinderung Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 19 SGB III erforderlich sind.

Zur Identifizierung eines möglichen Förderungsbedarfs ist eine umfangreiche Eignungsdiagnostik notwendig, welche durch die Fachdienste (Psychologischer Dienst und Ärztlicher Dienst) der Agentur für Arbeit unterstützt wird. In der Phase der Eignungsdiagnostik ist eine Kooperation mit den am Berufswahlprozess beteiligten Akteuren von großer Bedeutung. So können vorhandene (medizinische) Gutachten beziehungsweise bereits erstellte Qualifikations- und / oder Persönlichkeitsprofile von Kliniken, Einrichtungen oder Trägern die Tätigkeit der Beratungsfachkräfte in den Agenturen für Arbeit entscheidend unterstützen. Auf Grundlage der Eignungsdiagnostik folgt im Anschluss die behinderungsgerechte Förderung und Vermittlung mit dem Ziel, über die Arbeit / Ausbildung eine dauerhafte berufliche Integration zu erreichen. Ein Teil der betreuten Personen kann in eine Werkstatt für behinderte Menschen einmünden.

Bei der Auswahl des individuellen Bedarfs des Leistungsberechtigten gelten folgende Grundsätze:

- allgemeine Maßnahmen vor reha-spezifischen Maßnahmen,
- betriebliche vor außerbetriebliche Maßnahmen,
- wohnortnahe Angebote vor stationärer Unterbringung.

Die Feststellung des individuellen maßnahmebezogenen Förderbedarfs erfolgt nach folgenden Kriterien:

1. Die individuelle Bedarfssituation kann mit den (Regel-) Leistungen des SGB III abgedeckt werden (allgemeine Leistungen - § 100 SGB III). Diese können sein:
 - vermittlungsunterstützende Leistungen,
 - Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit,
 - Förderung der Berufsausbildung,
 - Förderung der beruflichen Weiterbildung.
2. Die individuelle Bedarfssituation erfordert eine reha-spezifische Ausgestaltung, die außerhalb einer Reha-Einrichtung erbracht wird (besondere Leistungen - § 102 Abs. 1 Nr. 1b SGB III). Diese können sein:
 - berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme,
 - Ausbildung in reha-spezifischer Ausgestaltung,
 - betreute betriebliche Umschulung,
 - berufliche Reintegration psychisch Kranker,
 - sonstige Kosten (Arbeitsassistent, Kraftfahrzeughilfe, technische Arbeitshilfen, ggf. für Erhalt oder Einrichtung einer behindertengerechten Wohnung, sonstige Hilfsmittel für Arbeitsplatz, Haushaltshilfe, Kinderbetreuungskosten, Probebeschäftigung).
3. Wenn wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Rehabilitationserfolges (Infrastruktur,

begleitende Dienste) die Teilnahme an einer Maßnahme in einer Reha-Einrichtung unumgänglich (besondere Einrichtungen - § 102 Abs. 1 Nr. 1a SGB III) ist:

- Reha-Einrichtungen wie zum Beispiel Berufsbildungswerk, Berufsförderungswerk, überbetriebliche Einrichtungen, vergleichbare Einrichtungen nach § 35 SGB IX.

4. Förderbedarf außerhalb des allgemeinen Arbeitsmarktes in einer WfbM (§ 102 Abs. 2 SGB III):

- Eingangsverfahren und / oder Berufsbildungsbereich.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Bundesagentur für Arbeit werden auf Antrag gewährt und sind nachrangig gegenüber den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung, der gesetzlichen Rentenversicherung, der Kriegsopferversorgung und der Kriegsopferfürsorge.

Die Bundesagentur für Arbeit gewährt als Rehabilitationsträger individuelle Leistungen für Menschen mit psychischen Behinderungen mit dem Ziel, die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern. Eine Übersicht zu den Leistungsangeboten wird in der Anlage 4 wiedergegeben. Für die Erarbeitung regionaler Lösungen sollten u. a. folgende Institutionen in Arbeitskreise eingebunden werden:

- das Integrationsamt mit dem Ziel, deutlich mehr Integrationsprojekte (§ 132 ff SGB IX) zu initiieren,
- die Jobcenter mit dem Ziel, für die Personengruppe der psychisch behinderten Menschen mögliche Leistungen zur Eingliederung (§ 16 ff SGB II) abzuklären,
- Anbieter der Arbeitsmöglichkeiten für psychisch Kranke und Menschen mit Behinderungen,
- regionale Aktionsbündnisse oder Projekte, die der Teilhabe und Bildung für psychisch kranke Menschen förderlich sein können.

3.3.3 Sozialpsychiatrische Angebote zur beruflichen Integration

Zur Unterstützung der beruflichen Rehabilitation psychisch beeinträchtigter Menschen hat sich auch in Mecklenburg Vorpommern ein differenziertes Instrumentarium von Maßnahmen entwickelt, das von Tagesstätten über Integrationsfirmen und Zuverdienstprojekten bis hin zu Werkstattplätzen reicht. Von zahlenmäßig großer Bedeutung sind dabei insbesondere die Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Diesem Instrument wird in Mecklenburg-Vorpommern eine auch im Bundesvergleich überproportionale Bedeutung zugemessen. In seiner klassischen Form ist dieses Setting jedoch sehr vom allgemeinen Arbeitsmarkt entfernt und wenig effektiv. Dadurch sind gerade für psychisch beeinträchtigte Menschen die Übergänge in den allgemeinen Arbeitsmarkt oftmals erschwert beziehungsweise finden selten statt. Im Rahmen einzelner Pilotprojekte versuchen die Träger durch eine Virtualisierung der Angebote beziehungsweise der Auslagerung von Arbeitsplätzen in

Wirtschaftsbetriebe die Übergänge effizienter zu gestalten. Gleichwohl bleibt festzuhalten, dass für die meisten Menschen mit psychischer Beeinträchtigung, die in den Werkstätten arbeiten, nur sehr geringe Veränderungsperspektiven vorhanden sind.

Große Bedarfe bestehen in Mecklenburg-Vorpommern weiterhin an Integrations- und Zuverdienstprojekten. Sie richten sich an psychisch kranke Menschen, die dem Arbeitsmarkt nur bedingt oder gar nicht zur Verfügung stehen. Einerseits binden sie diese Menschen in dosierter Form in reale Arbeitsstrukturen ein und bieten so Tagesstruktur und sinnstiftende Tätigkeit. Andererseits eröffnen sie aber auch einen Zugang zu Hilfe und Betreuung. Für viele Menschen eröffnen sich dadurch Perspektiven des Trainings, der Erprobung oder des dauerhaften Arrangements, ohne Gefahr der Überforderung und der Isolation. Zuverdienstprojekte könnten noch weiter verbreitet sein, wenn die finanzielle Basis geklärt wäre. Diese niedrigschwelligen Angebote sind insbesondere in Tagesstätten integriert und erlauben eine erste Annäherung an reale Arbeitsbedingungen.

Ein nach wie vor zentrales Problem der beruflichen Wiedereingliederung psychisch beeinträchtigter Menschen ist die Zersplitterung der Leistungsträger sowie die unzureichende und wenig unabhängige Funktionalität der gemeinsamen Servicestellen gemäß § 22 SGB IX. Die konkreten Hilfen vor Ort sind dadurch nicht vernetzt und verzahnt. Für die betroffenen Menschen ist die Versorgung dadurch unter Umständen wenig transparent und hochschwierig. Eine am Einzelfall orientierte, standardisierte und sozialgesetzbuchübergreifende Teilhabeplanung findet kaum statt. Dafür müssen noch Lösungen getroffen werden.

Auch bedarf es einer weiteren Verzahnung von Wirtschaft, Politik, Verwaltung und Leistungserbringern auf Landes- und kommunaler Ebene. Gerade die Zugänge zu privatwirtschaftlichen Betrieben müssen forciert werden, um so die Schnittstellen zwischen Versorgungssystem und Arbeitswelt effektiver gestalten zu können. Dies wäre auch mit Blick auf die Inanspruchnahme des persönlichen Budgets „Bildung und Arbeit“ sicherlich förderlich. Mit Blick auf die „Inklusion“ sollten Modellprojekte zur Implementierung „inklusive“ Ansätze bei der Weiterentwicklung von Angeboten zur möglichst betrieblich integrierten beruflichen Rehabilitation, zur flächendeckenden Anwendung des „Supported Employment“-Konzeptes, welches in Teilaspekten als die sogenannte „Unterstützte Beschäftigung“ bereits in § 38a SGB IX geregelt wurde, und einer Stärkung der Anwendung von Persönlichen Budgets in der Arbeitswelt entwickelt und gefördert werden.

3.4 Zusammenfassung

Für die Umsetzung der Hilfen lassen sich im derzeitigen Versorgungssystem die folgenden Problemgruppen und -felder identifizieren, für die neue Lösungsmodelle notwendig erscheinen:

Ältere Menschen

Im Vordergrund der Entwicklungsanforderungen stehen der demographische Wandel und damit eine Ausrichtung auf die älter werdende Gesellschaft. Da die primärärztliche Versorgung weiterhin die Hauptlast der Versorgung in diesem Bereich tragen muss, sind die Hausärztinnen und -ärzte und Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner durch systematische Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und durch Kooperations- und Unterstützungsmodelle gegenüber den anderen Facharztgruppen und den Krankenhäusern in die Lage zu versetzen, den steigenden Anforderungen gerecht zu werden. Für die schwer psychisch erkrankten älteren Menschen mit in erster Linie dementiellen und depressiven Störungen ist ein Netzwerk von aufsuchenden psychiatrischen Diensten und altersmedizinischen Zentren auf ambulanter und stationärer Ebene mit einer Vernetzung verschiedener Fachdisziplinen wie etwa Geriatrie und Gerontopsychiatrie zu entwickeln. Die bereits bestehenden Versorgungssysteme (zum Beispiel das Netz der ambulanten ärztlichen und psychologischen Psychotherapie) und Versorgungssegmente (zum Beispiel sozialpsychiatrische Einrichtungen) sind stärker auf gerontopsychiatrische Patientinnen / Patienten auszurichten.

Hilfen in die Fläche bringen

Grundsätzlich, und dies betrifft neben der Gerontopsychiatrie auch die anderen Felder psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfeangebote, wird empfohlen auf Grund der Flächenlandcharakteristik mit einer vergleichsweise niedrigen Bevölkerungsdichte das System regionaler Tageskliniken mit weiteren vernetzten Versorgungsbausteinen im Sinne eines Servicehauskonzepts und aufsuchender Hilfen auszubauen. Dem ist grundsätzlich Vorrang gegenüber dem Ausbau stationärer Kapazitäten einzuräumen.

Besondere Zielgruppen

Für bestimmte Problemgruppen mit derzeit unzureichender Repräsentanz im Hilfesystem sollten entweder auf der Ebene der Gebietskörperschaften oder durch zentralisierte Hilfeangebote an den Standorten größerer psychiatrischer Zentren Hilfeangebote neu entwickelt werden:

- Migrantinnen / Migranten mit psychischer Symptomatik,
- psychisch Kranke im Übergangsbereich zwischen Hilfesystem im Kinder- und Jugendbereich und dem Erwachsenenbereich,

- für weitere Hochrisikogruppen wie etwa Kinder psychisch kranker Eltern,
- für insbesondere schwer psychisch erkrankte Menschen medizinische und berufliche Rehabilitationsangebote sowie Ausbau psychiatrischer Pflegeangebote und soziotherapieäquivalenter Leistungen,
- für sogenannte „Systemsprenger“, das heißt, psychisch kranke Menschen, die sich auf Grund von kritischen Verhaltensmerkmalen nicht in das konventionelle Versorgungssystem integrieren lassen,
- für Suchtkranke Behandlungsangebote in Tageskliniken und suchtmmedizinischen Schwerpunktpraxen,
- für psychiatrische Krisen- und Notfallpatientinnen und -patienten zur Vermeidung überflüssiger Hospitalisierungen sogenannte Krisendienste an 365 Tagen über 24 Stunden,
- flächendeckende Versorgung der Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischer Konsiliarversorgung und Optimierung der Konsiliarversorgung an den Krankenhäusern mit psychiatrischer Fachabteilung.

Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung

Die Möglichkeiten zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in Mecklenburg-Vorpommern insbesondere unter dem Aspekt der „Inklusion“ dringend zu verbessern:

- Vorrangig sind im Feld der Rehabilitation an die Flächenproblematik des Landes angepasste RPK-Modelle zu entwickeln, die auch in ambulanter Form umgesetzt werden können.
- Um den Schwerpunkt des Gesamtgebietes „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung“ deutlicher aus den vielfach eher exkludierenden Bedingungen der Werkstätten für Menschen mit Behinderungen zu bringen, sind alle an diesen Schnittstellen Beteiligten (wie psychiatrische Kliniken, Gutachterinnen und Gutachter, Bildungsträger, Werkstattträger, Deutsche Rentenversicherung, Agentur für Arbeit) durch Informationen, Schulungen, Qualifikationen und gemeinsame Rehabilitationsplanungen darauf zu verpflichten, alle Möglichkeiten der Teilhaberealisierung unter „normalen“ Förderprogrammen auf dem allgemeinen oder geförderten Arbeitsmarkt anzustreben.

4 Steuerung, Koordination und Vernetzung der Hilfen

Die Steuerung und Koordination muss auf die oben beschriebenen Problemlagen und Lösungsansätze für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Hilfesysteme in Mecklenburg-Vorpommern abgestellt werden. Grundsätzlich ist festzustellen, dass Psychiatrie überwiegend ein *Querschnittsfach* ist, das genuin auf Vernetzung, Kooperation und Koordination angelegt ist, um die Hilfen individuell passfähig erbringen zu können. Letztlich wird nur durch eine verbindliche Kooperation der Leistungsträger und Institutionen, wie sie im Kapitel 1 beschrieben ist, eine Koordination und Vernetzung zur Sicherung einer gemeindenahen Versorgung möglich.

Erschwerend kommt die niedrige Bevölkerungsdichte hinzu, die ebenso zu einer engen Vernetzung und gutem Netzwerkmanagement unter ökonomischen wie qualitativen Gesichtspunkten herausfordert.

4.1 Landesebene

Auf Landesebene sind die unterschiedlichen Gremien, die sich mit der Entwicklung und Koordination im Bereich psychisch kranker Menschen beschäftigen, besser zu verzahnen und zu vernetzen.

Der vom Ministerium für Soziales und Gesundheit berufene Landespsychiatrie-Beirat dient bereits als ein Gremium, das die unterschiedlichen Bereiche der Psychiatrie miteinander verbindet. Diese landesweite Bündelfunktion zur Weiterentwicklung der Psychiatrie wird im Weiteren verbindlicher gestaltet, indem die Zusammensetzung des Beirates auf der Grundlage der inzwischen bestehenden Erfahrungen geprüft wird und die Vertreterinnen und Vertreter der Arbeitsgruppen um einen regelmäßigen Bericht gebeten werden. Zudem erfolgt eine Prüfung von Parallelprozessen und Gremienstrukturen. Dies setzt eine Selbstverpflichtung aller Beteiligten zum Wohle einer optimierten Steuerung und Vernetzung unter fachlichen wie ökonomischen Gesichtspunkten voraus.

Mit diesen Schritten wird den neu entstandenen Erfordernissen zur Steuerung, Koordination und Weiterentwicklung auf Landesebene Rechnung getragen.

4.2 Kommunale Ebene

Insbesondere angesichts der anstehenden Großkreisbildung und den damit verbundenen Steuerungsproblemen in der „Fläche“ erscheint es erforderlich, dass die Kommunen deutlicher als bisher die Verantwortung für die Steuerung aller psychiatrischen Angebote beziehungsweise der psychiatrischen „Basis-Infrastruktur“ übernehmen. Die flächendeckende Umsetzung des Basisstrukturmodells als „Minimal-Standard“ und die kontinuierliche Aufrechterhaltung der Qualität der Hilfen erfordern einen nicht un-

erheblichen Koordinationsaufwand, in den insbesondere die Kommunen investieren sollten. Die Motivation hierzu erwächst nicht nur aus der kommunalen Daseinsvorsorge, sondern auch aus dem ökonomischen Druck, der aus nicht gut abgestimmten sozialen Hilfesystemen erwächst. Beispiele für die Steuerungsnotwendigkeit sind insbesondere die gerontopsychiatrische Versorgung, die nicht zu früh in den Pflegeheimen enden sollte, die Eingliederungshilfe oder die Hilfen zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung, um nur einige Beispiele zu nennen, bei denen eine gezielte Koordination und Steuerung eng mit den finanziellen Belastungen der Kommunen in Zusammenhang gebracht werden kann.

Insbesondere auf Basis der angezeigten Problemlagen, der Bedeutung des Erstkontaktes und der Schaffung von entsprechenden Unterstützungs- und Behandlungspfaden im Hilfesystem einerseits und der nach wie vor bestehenden Mängel bei der Vernetzung von Hilfen für chronisch psychisch kranke Menschen sollte über eine **gemeindepsychiatrische Doppelstrategie** nachgedacht werden:

1. Frühe und gezielte Interventionen mit hoher Fachlichkeit sicherstellen, um Teilhabe und Lebensqualität so normal wie möglich zu sichern, also **Exklusion verhindern**.
2. Auf Langfristigkeit und Kontinuität angelegte Hilfestrukturen für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen und für ältere Menschen mit dem Ziel der Wiedereingliederung, also der **Förderung der Inklusion**.

Bei beiden Punkten ist auf eine Barrierefreiheit des Zugangs zu den Hilfen für Hilfesuchende und ihre Angehörigen zu achten.

Hierfür sind entsprechende Steuerungsprozesse auf Systemebene und Nutzerebene zu schaffen.

Folgt man heutigen Standards der Gemeindepsychiatrie so lassen sich idealtypischerweise folgende Grundannahmen treffen, die im Berliner Manifest von 2011 recht gut zusammengestellt sind:

1. Innovatives Management des regionalen psychiatrischen Hilfesystems geht aus von einem personenzentrierten und lebensweltbezogenen Konzept für die Behandlung und Rehabilitation psychischer kranker Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen und komplexem Hilfebedarf.
2. Die vorwiegend ambulante Pflichtversorgung für alle Klienten in der Kommune erfolgt in der Zukunft auf der Grundlage sorgfältig verhandelter Vereinbarungen aus einer Hand,
 - durch ein verantwortliches Management eines Zusammenschlusses von Leistungserbringern eines Gemeindepsychiatrischen Verbunds,
 - in einem Auftrag durch eine Arbeitsgemeinschaft der Leistungsträger,

- mit einem prospektiven Jahresbudget von jedem Leistungsträger,
- begleitet durch eine unabhängige Institution für externe Qualitätssicherung und Evaluation,
- in beratender Koordination durch ein von der Kommune geleitetes Abstimmungsgremium.

Bis es zu einer so wie finanziell wie fachlich organisierten regionalen Steuerung kommt, erfordert es im Detail auch noch gesetzliche Initiativen und es ist ein weiter Weg, den engagierte Akteure aus den Bereichen der Selbsthilfe, der Leistungserbringer, der Leistungsträger und der Politik mit den jeweils möglichen Schritten in regionaler und überregionaler Vernetzung gemeinsam beginnen sollten – vielleicht bleibt es auch eine Utopie, gleichwohl können erste Schritte in diese Richtung gegangen und die vorhandenen Strukturen (siehe Pkt. 1.3) als Ausgangspunkt genutzt werden.

Schritte zur Implementierung eines regionalen Managements des psychiatrischen Hilfesystems

Vorrangiger Grundsatz für die Organisation des kommunalen psychiatrischen Hilfesystems ist die verbindliche und koordinierte Pflichtversorgung von sämtlichen psychisch kranken Menschen mit wesentlichen psychosozialen Beeinträchtigungen, die in einer Kommune leben sowie die gezielte Schaffung und Aufrechterhaltung von barrierefreien Zugängen zum Hilfesystem (Erstkontakt / Vermittlung etc). Hierzu sollten die unten beschriebenen Management-Strukturen gleichermaßen genutzt werden. Im Unterschied zu den bisherigen Modellen, die deutlicher „kooperationsorientiert“ sind, wird in diesem Modell ein erhöhter Verbindlichkeitsgrad der Zusammenarbeit zum Beispiel im Rahmen einer Management-Gesellschaft und der (gemeinsamen) Steuerung der Finanzressourcen gesehen. Vorstufen einer solchen Entwicklung beinhaltet in Mecklenburg-Vorpommern der Rostocker GPLV (Gemeindepsychiatrische Leistungserbringerverbund), in dem das SGB XII-Psychiatrie-Budget der Hansestadt Rostock „gemanagt“ wird. Hier sind es allerdings nur zwei Leistungserbringer und nur Leistungen aus dem SGB XII, allerdings sektorübergreifend von ambulant bis stationär.

Als Modell für die Entwicklung weitergehender Strukturen könnte gelten:

- **Gemeindepsychiatrischer Verbund**
Die Leistungserbringung im Rahmen der Pflichtversorgung erfolgt durch verantwortliches Management eines Zusammenschlusses der wesentlichen Leistungserbringer im Gemeindepsychiatrischen Verbund der Kommune, zum Beispiel im Rahmen einer Managementgesellschaft.

Diese

- o schließen mit den Leistungsträgern Versorgungsverträge für alle Zielgruppen ab, unter Berücksichtigung der Empfehlungen des kommunalen Abstimmungsgremiums und der Berichte der externen Qualitätssicherung und Evaluation (siehe unten).
- o vereinbaren mit den Leistungsträgern jährliche prospektive Jahresbudgets für die angemessene und notwendige Finanzierung aller Leistungen im Rahmen der sozialrechtlichen Regelungen.

- **Institution zur externen Qualitätssicherung und Evaluation**

Zur Unterstützung berechtigter Interessen der Klienten und Angehörigen und für die Transparenz des Leistungsgeschehens sollten hinsichtlich Qualität, Verteilungsgerechtigkeit und Effizienz die Managementgesellschaft und die Leistungsträger die Beauftragung und Finanzierung einer unabhängigen Institution zur externen Qualitätssicherung und Evaluation vereinbaren.

- **Kommunales Abstimmungsgremium**

Die Kommune übernimmt im Rahmen ihrer Aufgabe zur Daseinsvorsorge eine zentrale moderierende und koordinierende Funktion in der Entwicklung des psychiatrischen Hilfesystems. Hierfür ist die Funktion der Psychiatriekoordination die zentrale Stelle. Über sie beruft die Kommune ein Abstimmungsgremium ein, an dem neben Vertretern der Leistungserbringer und der Leistungsträger, Mitglieder von Selbsthilfeorganisationen der Nutzer und der Angehörigen und Mitglieder des Kommunalparlaments beteiligt sind.

Vorstufen solcher Modelle existieren im Bundesgebiet wie folgt:

- Qualitätsstandards für verbindlich vereinbarte Kooperation und Koordination im Gemeindepsychiatrischen Verbund der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde e. V. (BAG-GPV e. V.),
- Regionalbudgets für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durch das Krankenhaus vollzogen, zuerst in Itzehoe seit sechs Jahren,
- Modelle integrierter Versorgung nach § 140b SGB V.

Damit die Steuerung vor Ort nicht durch systemfremde Management-Gesellschaften übernommen und damit der regionalen Steuerung entzogen wird, sollten in den Gebietskörperschaften unter Federführung der Kommune entsprechende Managementsysteme partnerschaftlich mit den regional tätigen Leistungsanbietern sowie allen weiteren am Prozess Beteiligten geschaffen und eigene Modelle entwickelt werden, die das oben beschriebene Modell als „Folie“ nutzen.

Management regionaler psychiatrischer Versorgung

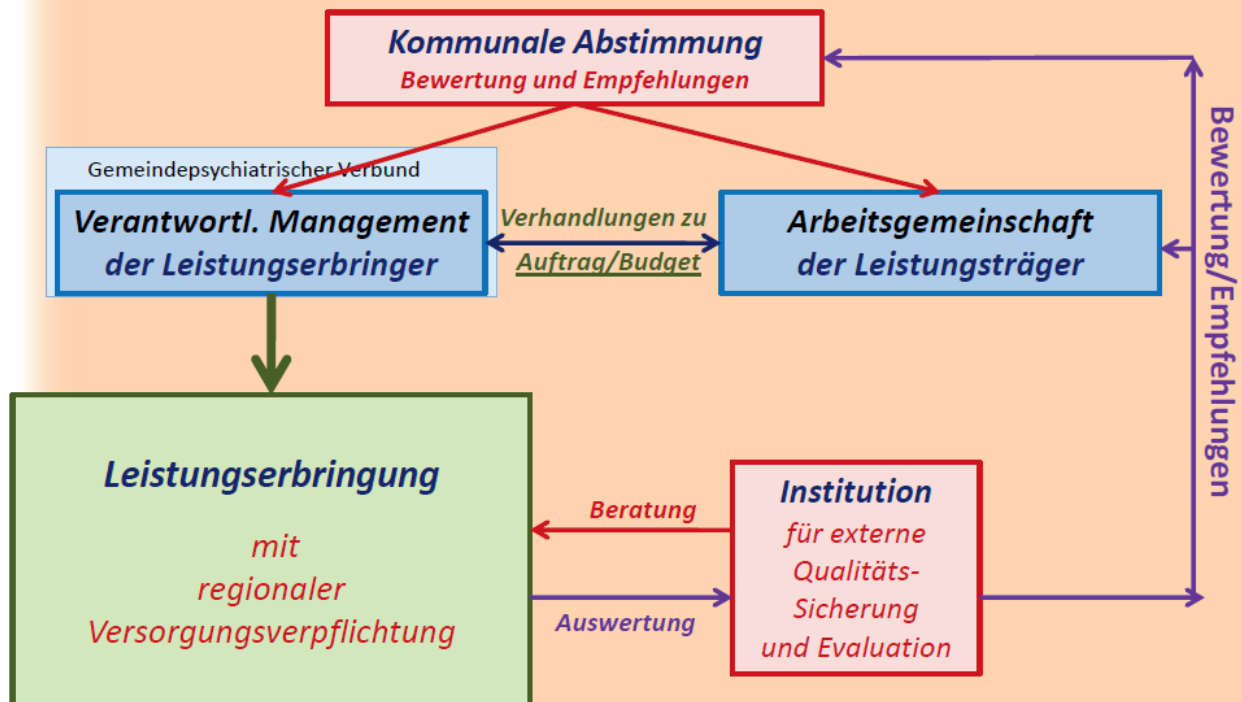


Abbildung aus Berliner Manifest 2011

4.3 Steuerungsprozesse auf der Einzelfall-Ebene

Besonderer Steuerungsbedarf stellt sich auf der Ebene des Einzelfalles dann, wenn die Leistungen in Behandlung und Rehabilitation neben der Hilfe in akuten Belastungssituationen vor allem auf Nachhaltigkeit ausgerichtet sind – bei möglichst geringem professionellen Ressourceneinsatz und intensiver Förderung der Selbsthilfe des Klienten, seines Umfelds und der verschiedenen Sozialräume in der Kommune. – Zu viel Hilfe ist (fast) so schädlich wie zu wenig!

Dies trifft insbesondere auf Menschen zu, die chronisch krank sind und / oder nach dem SGB XII als „wesentlich seelisch behindert“ gelten.

4.3.1 Hilfeplanung für erwachsene Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und komplexem Hilfebedarf

Seit der Psychiatriereform der 70er Jahre gilt als ein wesentliches Qualitätsmerkmal eines psychiatrischen Hilfesystems, wie es mit den Betroffenen umgeht, die am schwierigsten zu unterstützen sind. Sie zeichnen sich meist durch einen „komplexen Hilfebedarf“ aus. Sich an den Hilfen für die „Schwächsten“ messen zu lassen, sollte daher auch das Ziel psychiatrischer Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern sein. Daher wurde dem Thema „Hilfeplanung“, insbesonde-

re für die Zielgruppe der „wesentlich seelisch behinderten Menschen“, die Eingliederungshilfe (SGB XII) erhalten, mit diesem Kapitel eine besondere Bedeutung zuerkannt, um die Hilfen gerade für diesen Personenkreis zukünftig so passgenau wie möglich und nach einem einheitlichen landesweiten Standard zu gestalten.

Dem Thema „Hilfeplanung“ für diese Zielgruppe kommt auch deswegen eine besondere Bedeutung zu, weil diese Gruppe sowohl von der Fallzahl als auch von den Maßnahmekosten in den vergangenen Jahren in Mecklenburg-Vorpommern deutliche Zuwächse verzeichnete.

In der Regel können sich Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ihre Hilfen und Unterstützung selbst suchen oder das psychiatrische System gibt ausreichend Orientierung und Unterstützung, damit im Einzelfall die passenden Hilfeformen zur Anwendung kommen. Damit dies gelingt, kommt dem Erstkontakt zum Hilfesystem, einer flächendeckenden 24-Stunden-Erreichbarkeit und der Flexibilität und Durchlässigkeit des Systems mit auf den Einzelfall individuell zugeschnittenen Antwortmöglichkeiten eine besondere Bedeutung zu.

Zur Optimierung dieser Schnittstelle „Erstkontakt“ und zur Optimierung der Antwort- und Angebotsstruktur finden sich an anderer Stelle dieses Papieres zahlreiche Vorschläge. Gleichwohl ist das Hilfesystem gefordert, auch auf die

Hilfebedarfe einer kleineren Gruppe von Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf zu reagieren, für die die oben genannte Selbststeuerung nicht funktioniert. Diese Personengruppe ist u. a. dadurch gekennzeichnet, dass sie zumindest auch, aber nicht nur Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB XII) erhält.

Die Eingliederungshilfe grenzt den Personenkreis, für den eine Hilfeplankonferenz stattfindet, zunächst ein. Gesetzliche Grundlage der Eingliederungshilfe ist § 53 SGB XII. Diese Hilfe ist stets nachrangig gegenüber Leistungen anderer Sozialgesetzbücher und nur dann beziehungsweise solange „nach der Besonderheit des Einzelfalles ... Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann“.

Der Personenkreis, für den diese Leistungen zugänglich sind, besteht aus

1. Menschen mit wesentlich seelischen Behinderungen sowie
2. von einer solchen Behinderung Bedrohten.

Die Zugehörigkeit zum genannten Personenkreis soll von einer Fachärztin / einem Facharzt für Psychiatrie festgestellt werden.

Trotz aller Überschneidungen mit der Eingliederungshilfe kann diese Personengruppe auch nur Leistungen aus anderen Sozialgesetzbüchern beziehen, zum Beispiel über die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) und anderer Reha-Träger beziehungsweise dort anspruchsberechtigt sein. Auch diese Leistungsträger sollten für diese Personengruppe die regionale Hilfeplankonferenz zur Hilfe- / Teilhabeplanung nutzen (können), auch wenn noch kein Antrag auf Eingliederungshilfe vorliegt.

Für diese Gruppe von circa fünf bis zehn Prozent aller psychisch kranken Menschen soll daher im Folgenden ein allgemeiner Mindeststandard formuliert werden, der ihnen den Zugang zu den Hilfen ermöglicht und die „zersplitterte Landschaft“ der zuständigen Leistungsträger mit ihren eigenen Subsystemen sowie das fragmentierte Angebotsystem zu überbrücken hilft.

Hierbei geht es im Wesentlichen um die Bündelung vorhandener Strukturen unter dem Dach einer regionalen Hilfeplankonferenz und einer Optimierung des gesamten Prozesses der Hilfeplanung.

Ausgangspunkt der folgenden Empfehlungen ist die These, dass im allgemeinen der Sozialhilfeträger nach § 58 SGB XII ohnehin verpflichtet ist, so frühzeitig wie möglich einen Gesamtplan zur Durchführung der einzelnen Leistungen aufzustellen und dass dieser Gesamtplan für alle Beteiligten der Kristallisationspunkt für die Hilfeplanung und den Prozess, der zur Leistungsgewährung führt, sein könnte.

Mit der Verpflichtung des Leistungsträgers korrespondiert nach der Rechtsprechung ein Rechtsanspruch des Leistungsberechtigten auf Aufstellung und Anpassung eines Gesamtplanes. In der Praxis werden nicht immer Gesamtpläne erstellt. Der Gesamtplan stellt für den Menschen mit Behinderung eine wichtige Voraussetzung für die Ausrichtung der Leistungen am Ziel der Teilhabe dar. Er hilft bei der Orientierung über die Gesamtheit der Leistungsansprüche und ermöglicht der / dem Leistungsberechtigten Mitsprache bei der Planung und Durchführung der einzelnen Leistungen. Dem Sozialhilfeträger dient er zudem als Instrument zur Planung, Steuerung und Dokumentation von Hilfe- und Teilhabeprozessen.

Spezielle Anforderungen an Instrument und Verfahren der Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe sind in § 58 SGB XII nicht geregelt. Lediglich der Rahmen für das Zusammenwirken mit dem Menschen mit Behinderung und den sonst im Einzelfall Beteiligten des Gesamtplanes ist in § 58 Abs. 2 SGB XII festgeschrieben. Auch der Inhalt des Gesamtplans ist gesetzlich nicht festgelegt. Üblicherweise bildet er sämtliche Leistungen ab, die voraussichtlich im Einzelfall notwendig sind, um die Ziele der Eingliederungshilfe, wie sie in § 53 Abs. 3 SGB XII umrissen sind, zu erreichen, also neben der medizinischen Rehabilitation, insbesondere auch die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie sonstige Hilfen (auch schulische) im Sinne des § 54 SGB XII. Ein Anspruch darauf, dass alle im Plan aufgenommenen Leistungen durchgeführt werden, ergibt sich aus dem Gesamtplan jedoch nicht. Insofern dient der Gesamtplan wie jeder Hilfeplan zwar der Feststellung der ermittelten Bedarfe und der Verschriftlichung des Konsens zum jeweiligen Zeitpunkt der Hilfeplanung, nicht aber der Feststellung der Leistungsbewilligung (Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen vom 17. Juni 2009). Neben dieser möglichen „zentralen Schaltstelle Gesamtplan“ ist in § 22 SGB IX eine weitere koordinierende Funktion in Form der „Örtlichen Servicestellen der Rehabilitationsträger“ vorgesehen, die leider bisher ein Schattendasein führen. Auch sie sollen nicht nur beraten, sondern auch direkte „Unterstützung“ leisten. Die Örtlichen Servicestellen sind ein Baustein im Prozess der Hilfeplanung, auch wenn dort keine Entscheidung über die Leistungsgewährung fällt:

§ 22 SGB IX

„(1) Gemeinsame örtliche Servicestellen der Rehabilitationsträger bieten behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, ihren Vertrauenspersonen und Personensorgeberechtigten nach § 60 Beratung und Unterstützung an. Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere,

1. über Leistungsvoraussetzungen, Leistungen der Rehabilitationsträger, besondere Hilfen im Arbeitsleben sowie über die Verwaltungsabläufe zu informieren,
2. bei der Klärung des Rehabilitationsbedarfs, bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe, bei der Inanspruchnahme eines Persönlichen Budgets und der

- besonderen Hilfen im Arbeitsleben sowie bei der Erfüllung von Mitwirkungspflichten zu helfen,
3. zu klären, welcher Rehabilitationsträger zuständig ist, auf klare und sachdienliche Anträge hinzuwirken und sie an den zuständigen Rehabilitationsträger weiterzuleiten,
 4. bei einem Rehabilitationsbedarf, der voraussichtlich ein Gutachten erfordert, den zuständigen Rehabilitationsträger darüber zu informieren,
 5. die Entscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers in Fällen, in denen die Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe offenkundig ist, so umfassend vorzubereiten, dass dieser unverzüglich entscheiden kann,
 6. bis zur Entscheidung oder Leistung des Rehabilitationsträgers den behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen unterstützend zu begleiten,
 7. bei den Rehabilitationsträgern auf zeitnahe Entscheidungen und Leistungen hinzuwirken und
 8. zwischen mehreren Rehabilitationsträgern und Beteiligten auch während der Leistungserbringung zu koordinieren und zu vermitteln.

Die Beratung umfasst unter Beteiligung der Integrationsämter auch die Klärung eines Hilfebedarfs nach Teil 2 dieses Buches. Die Pflegekassen werden bei drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit an der Beratung und Unterstützung durch die gemeinsamen Servicestellen beteiligt.“

Es besteht insofern Handlungsbedarf, dass bei aller Ausgestaltungsmacht der einzelnen Leistungsträger, insbesondere des Sozialhilfeträgers vor Ort, für die Hilfeplanung beziehungsweise den Hilfeplanungsprozess bis zur Leistungsgewährung integrierte Mindeststandards für die Abläufe vereinbart und dass die Möglichkeiten der Servicestellen zur Unterstützung des Hilfeplanprozesses insbesondere durch eine organisatorische Verknüpfung voll ausgeschöpft werden. Darüber hinaus besteht die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Qualitätssicherung und Qualitätsoptimierung des Hilfeplanprozesses und der Bearbeitung weiterer Schnittstellen.

4.3.2 Hilfeplankonferenzen als Kern der individuellen Planung von Leistungen für psychisch kranke Menschen

Der Landesrahmenvertrag Mecklenburg-Vorpommern fordert bereits heute im Rahmen der Aufstellung des Gesamtplans gemäß § 58 SGB XII die Durchführung von Hilfeplankonferenzen (HPK), ohne allerdings hierfür weitere Vorgaben zu machen oder Standards zu setzen. Da – wie im Landesrahmenvertrag richtig dargestellt – in den Gesamtplan alle Maßnahmen fallen, die in die Zuständigkeit der Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX fallen, sollte auch die HPK selbst umfassender „aufgestellt“ sein.

Mit den vorstehenden Kriterien soll eine einheitliche Qualität der Hilfeplanung im Bereich der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Menschen in Mecklenburg-Vorpommern erreicht werden. Dies bedeutet insbesondere eine hohe Verbindlichkeit und Transparenz bezogen auf die Abläufe in den jeweiligen Regionen. Die konkrete Umsetzung dieser Qualität soll in den einzelnen Gebietskörperschaften mit allen Beteiligten mit dem Ziel diskutiert werden, für die Hilfeplankonferenz (HPK) regionale Geschäftsordnungen oder vergleichbare Vereinbarungen mit hoher Verbindlichkeit und Transparenz zu entwickeln, die den lokalen Besonderheiten und bisherigen guten Erfahrungen Rechnung tragen soll. Dafür zeichnen sich die jeweiligen Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren verantwortlich.

Die HPK „ist die Sitzung aller regelhaft an der Hilfeplanung Beteiligten, die eine fachliche Vorentscheidung über Art, Umfang und Dauer der zu erbringenden Leistungen trifft“ (Landesarbeitsgruppe Hilfeplanung / Hilfeplankonferenz für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen Mecklenburg-Vorpommern, kurz „LAG HPK“). Die abschließende Entscheidung über die Kostenübernahme erfolgt erst nach der gesetzlichen Prüfung des Antrags.

Es wird angestrebt, dass künftig in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt regelmäßig HPK stattfinden, die für jeden leistungsberechtigten Menschen mit psychischer Behinderung zeitnah einen Gesamtplan nach § 58 SGB XII erstellen. Vor dem Hintergrund der aktuellen / geplanten Kreisgrößen ist eine gute Erreichbarkeit für alle Beteiligten zu gewährleisten.

Regelmäßig nehmen an der HPK teil:

- Antragstellerin / Antragsteller,
- gegebenenfalls gesetzliche Vertreterin / gesetzlicher Vertreter,
- koordinierende Bezugsperson,
- Sozialhilfeträger,
- gegebenenfalls andere Leistungsträger,
- Leistungserbringer,
- Gesundheitsamt.

Zur Vorbereitung und Durchführung der HPK werden festgelegte, einheitliche Formulare und Instrumente verwendet, die allen Beteiligten bekannt sind (*zurzeit IBRP MV 2006© zur Bedarfsermittlung und Planung inklusive aktuelle Ergänzung der letzten Seite Bogen D1 - vergleiche Anlage 5*). Die getroffenen fachlichen Vorentscheidungen über Qualität und Quantität der Hilfebedarfe sowie der erforderlichen Maßnahmen werden schriftlich dokumentiert und von allen Anwesenden unterschrieben. Dieses Protokoll bildet den fachlichen Rahmen für den Bewilligungsbescheid des zuständigen Leistungsträgers auf der Grundlage der jeweils anzuwendenden gesetzlichen Regelungen. Für den Fall, dass der Bewilligungsbescheid des zuständigen Leistungsträgers nicht den fachlichen Entscheidungen der Hilfeplankonferenz folgt, sollte dies zur Information in die folgende Sitzung rückgemeldet werden.

Folgende Qualitätsstandards sind dabei sicherzustellen:

- **Personenorientierung:**
Hilfbedarfsermittlung und Gewährung der Leistungen orientieren sich an den individuellen Bedürfnissen, Möglichkeiten und Wünschen der Antragstellerin / des Antragstellers. Das setzt voraus, dass sie / er in der Regel persönlich an der HPK teilnimmt.
- **Lebensweltorientierung:**
Die Wünsche der Antragstellerin / des Antragstellers in Bezug auf ihre / seine Wohnform, Beschäftigungs- beziehungsweise Arbeitssituation sowie ihre / seine sozialen Bezüge sind Ausgangspunkt der gemeinsamen Planungen.
- **Ressourcen:**
Die gemeinsame wertschätzende Haltung der Mitglieder der HPK gegenüber der Antragstellerin / dem Antragsteller fördert ihre / seine Motivation, mit ihren / seinen vorhandenen Stärken an der Rehabilitation aktiv mitzuwirken. So behält sie / er ihre / seine Selbstbestimmung und wird zum Handelnden statt zum Objekt der Hilfeleistung.
- **Zielorientierung:**
Die Zielstellungen sind konkret und messbar formuliert, so dass sie einer späteren Überprüfung zugänglich sind. Leitziel ist die Wiedereingliederung des seelisch behinderten Menschen in die Gesellschaft, beziehungsweise die Überwindung der Teilhabestörung.
- **Ganzheitlichkeit:**
Die individuelle Hilfeplanung hat alle relevanten Aspekte der Lebenssituation der Antragstellerin / des Antragstellers zu berücksichtigen und ggf. mit einzubeziehen. Dies erfordert die Hinzuziehung aller möglicherweise zuständigen Leistungsträger, die verschiedene Perspektiven in die Beratung einbringen können.

4.3.3 Beteiligung weiterer Leistungsträger - Verbesserung des Schnittstellenmanagements

Dieser Vorschlag geht davon aus, dass der örtliche Sozialhilfeträger der Garant für die Installation und den Betrieb der regionalen Hilfeplankonferenzen nach o. g. Standards ist. Zukünftig sollten auch andere Leistungsträger die regionalen Hilfeplankonferenzen für den hier diskutierten Personenkreis nutzen - auch dann, wenn (noch) kein Anspruch

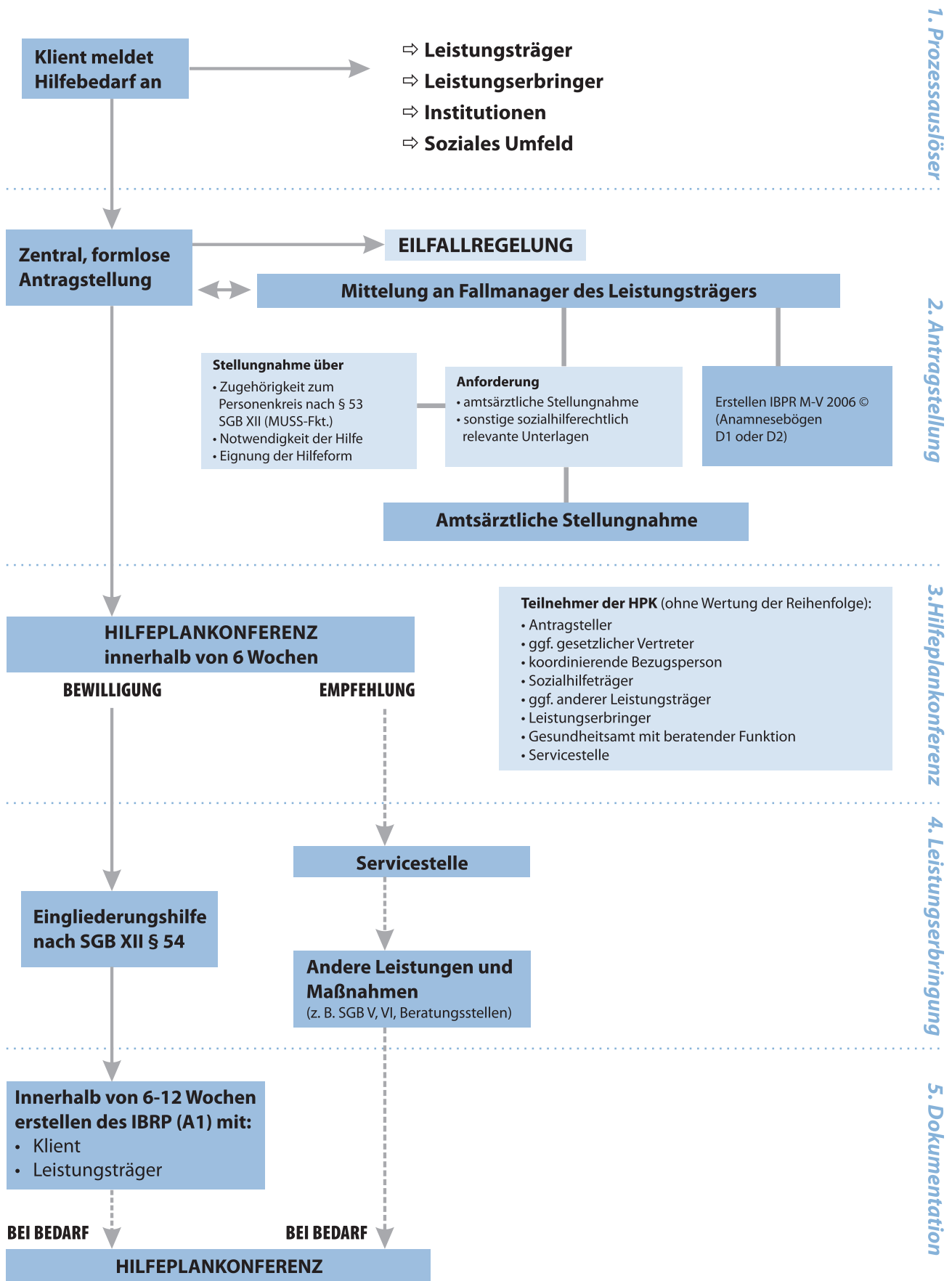
oder Antrag auf SGB XII Leistungen besteht. Es hat sich in verschiedenen Modellerprobungen in der Vergangenheit bewährt, dass die zuständigen (vorrangigen) Leistungsträger in diesen Prozess der Hilfeplanung auch strukturell eingebunden werden (siehe auch Clearing-Stellen im Kapitel 2). Dies bezieht sich vor allem auf die Organisationsform und die Frage der einheitlichen Dokumentation:

4.3.4 Organisationsform

- In zahlreichen Regionen des Landes beteiligen sich Jobcenter und die Agentur für Arbeit in unterschiedlicher Intensität bereits an den regionalen Hilfeplankonferenzen. Eine solche regional differenzierte Beteiligung ist als verbindlicher Standard in allen Regionen zu etablieren. Diesem Modell könnten dann weitere Leistungsträger folgen.
- Die Servicestellen sollen in die Arbeit der Hilfeplankonferenzen direkt eingebunden werden. Dies wird sich positiv auf die Beratung der Klientinnen / Klienten und insbesondere auf die Laufzeit von Anträgen auf Leistungen auswirken, da sie direkt in / nach der Hilfeplankonferenz bei der Servicestelle gestellt werden können und die entsprechenden Fristen sofort zu laufen beginnen. Die entsprechenden Bescheide müssten dann innerhalb von 14 Tagen bis maximal sechs Wochen (inklusive Gutachten) der Antragstellerin beziehungsweise dem Antragsteller vorliegen. Somit kann dem „Verlust“ der Klientin / des Klienten aus dem Hilfesystem beim „Transfer“ zwischen den unterschiedlichen Systemen der Leistungsträger und während der im Regelfall länger andauernden Prüfung von Zuständigkeit und Leistungsanspruch entgegengewirkt werden. In einzelnen Regionen im Land soll erprobt werden, wie diese Einbindung effektiv erfolgen kann (regelmäßige Teilnahme, Teilnahme bei Bedarf etc.) und wie der Informations- / Antragsfluss optimiert werden kann. In der Hansestadt Rostock wurde gemeinsam mit der IKK-Servicestelle bereits begonnen.

Das mit der Landesarbeitsgemeinschaft HPK Mecklenburg-Vorpommern abgestimmte Modell für den idealtypischen Ablauf eines Hilfeplanprozesses findet sich auf der folgenden Abbildung.

ABLAUF DES HILFEPLANVERFAHRENS



Stand: Juli 2009

4.3.5 Dokumentation

Die in der Hilfeplankonferenz vorgehaltenen und erarbeiteten Unterlagen müssen über ein einheitliches Planungsinstrument für alle Leistungsträger „systemkonform“ sein. Der kürzlich überarbeitete IBRP-MV-Sucht mit einer weiteren Ergänzung aus 2009 auf dem Bogen D1 - letzte Seite - ist für den Sozialhilfeträger ein anerkanntes Instrument, bei vielen Leistungsträgern und -erbringern eingeführt und im Landesrahmenvertrag (SGB XII) als Planungsinstrument verankert. Es bietet sich also an, auf dieses Instrument „aufzusetzen“ und es möglicherweise so zu erweitern, dass es auch bei den vorrangigen Leistungsträgern Akzeptanz findet. Hierfür wurde dieses im Grundsatz auch entwickelt.

- Für den Bereich Arbeit und Beschäftigung hat sich der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan bewährt. Er wird bereits in zahlreichen Hilfeplankonferenzen zur Kommunikation zwischen der HPK und dem Jobcenter beziehungsweise der Agentur für Arbeit beziehungsweise der Sozialagentur mit positiven Rückmeldungen genutzt. Der Zusatzbogen 3a+b sollte als Standard-Dokumentation festgeschrieben werden. Dies wird im Grundsatz von der Agentur für Arbeit unterstützt, sofern die datenschutzrechtlichen Fragen geklärt werden können. Die konkreten Absprachen zur Umsetzung der HPK und zum Einsatz des Bogens 3a+b müssen abschließend auf regionaler Ebene erfolgen, um bestehende Strukturen der Zusammenarbeit zu nutzen. Für den Bereich der Rentenversicherung wurde dem Einsatz des IBRP zunächst für einen noch zu definierenden Erprobungszeitraum zugestimmt.
- Hinsichtlich der Krankenkassen steht eine verbindliche Antwort weiterhin aus, ob der IBRP noch ergänzt werden muss oder gar nicht akzeptiert werden kann. Der Bogen wurde vor gut 10 Jahren unter Beteiligung von Kassenvertretern als Integriertes Planungsinstrument konzipiert und von den MDK-Vertretern Mecklenburg-Vorpommern als geeignetes Kommunikationsinstrument zwischen der HPK und den Krankenkassen bezogen auf Menschen mit komplexem Hilfebedarf eingestuft – die wesentlichen Inhalte können auf den Anamnesebogen und den Übersichtsbogen mit den Planungen reduziert werden.
- Die psychiatrischen Kliniken hatten sich vor Jahren ebenfalls bereit erklärt, den IBRP als „Kommunikationsmittel“ sowohl bei Aufnahmen aus Angeboten des SGB XII-Bereiches als auch bei Überleitung in die Eingliederungshilfe zu verwenden. Diese Absprache sollte „reaktiviert“ werden.
- Die bereits im IBRP vorhandene Datenschutzerklärung wurde durch den Datenschutzbeauftragten des Landes mittlerweile akzeptiert.

4.3.6 Fallmanagement im Übergang

Zum Zeitpunkt der Antragstellung und zu Beginn des Hilfeplanverfahrens beziehungsweise spätestens ab dem Zeitpunkt der Hilfeplankonferenz benötigt der Personen-

kreis der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und komplexem Hilfebedarf erfahrungsgemäß eine verbindliche Begleitung bis zum Ende der Entscheidungsprozesse beziehungsweise dem Beginn der Hilfestellung. Ansonsten bestünde die Gefahr, dass die Klienten wieder aus dem System „verschwinden“. Für diesen Überbrückungszeitraum bis zur letztlichen Entscheidung über die Hilfestellung sollte der Klientin / dem Klienten von Seiten des Leistungsträgers eine Art *Fall-Managerin / Fall-Manager im Übergang* an die Seite gestellt werden, der als verbindliche Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner nicht nur Kontakt hält oder bei Antragstellungen oder Begutachtungsterminen unterstützt, sondern für eine kontinuierliche Anbindung an das Hilfesystem Sorge trägt. Diese Fall-Managerin / dieser Fall-Manager sollte keine „Verwaltungsmitarbeiterin beziehungsweise Verwaltungsmitarbeiter“ des Leistungsträgers, sondern vielmehr eine sozialpsychiatrische Fachkraft sein (Fachkraft „Sozialpsychiatrie“, Sozialpädagogin oder -pädagoge, Gesundheitspflegerin oder -pfleger mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung etc.). Die Frage der institutionellen Einbindung dieses Fall-Managers im Übergang und seine Finanzierung sollte regional geklärt werden. Beispielhaft führen wir hier nur auf den Sozialpsychiatrischen Dienst, die Psychiatrische Institutsambulanz, Leistungsanbieter, die zum Beispiel befristet einige Stunden des Betreuten Wohnens refinanziert bekämen.

4.3.7 Qualitätssicherung des Hilfeplanverfahrens

Die HPK sollte sich als lernende Organisation verstehen. Zu diesem Zweck werden die inhaltliche Qualität der HPK und die Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer regelmäßig mit landesweit einheitlichen Instrumenten überprüft und die Ergebnisse vor Ort gemeinsam reflektiert und dokumentiert. Instrumente hierzu wurden im Rahmen eines Modellprojektes des Landesverbandes Sozialpsychiatrie entwickelt und könnten jetzt in eine landesweite Erprobung gehen.

Anzustreben sind landesweite Benchmarks (Maßstäbe), auf denen jede HPK ihren aktuellen „Stand“ ablesen kann. Hierdurch würde auch eine erhöhte Transparenz hergestellt. Die Federführung und Koordination könnte die bestehende AG HPK übernehmen, in der Leistungsträger, Sozialpsychiatrische Dienste, Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren und Leistungsanbieter vertreten sind.

Bei der inhaltlichen Qualität findet eine Selbsteinschätzung durch die HPK-Beteiligten und eine Fremdeinschätzung durch eine unabhängige Institution oder durch „Partner-HPK“ aus anderen Gebietskörperschaften (vergleichbar zur gegenseitigen Besuchskommissionen in den psychiatrischen Kliniken) statt. Durch die Zusammenführung dieser Sichtweisen wird die Verständigung über inhaltliche Fragen regelmäßig gesucht und ein gemeinsamer Ist-Stand für Mecklenburg-Vorpommern mit weiteren Zielen formuliert.

4.3.8 Besondere Zielgruppen:

4.3.8.1 Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen

Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen kann prinzipiell genauso verfahren werden wie im Bereich anderer psychischer Störungen. Jedoch ist hier zu berücksichtigen, ob die / der Betroffene gerade eine abstinente oder konsumierende Phase durchläuft. Diesem sehr schwankenden Status muss auch in der Hilfeplanung Rechnung getragen werden. Dem entspricht der IBRP in seiner auf den Suchtbereich modifizierten Form, so dass dieser die Grundlage in der HPK bildet. Ebenso erscheint es wichtig, dass in der HPK die jeweilige regionale Suchtberatungsstelle mit einbezogen wird, da diese ja entsprechend ihrer Kernaufgaben eine Vermittlungsfunktion zwischen den verschiedenen Hilfen bildet und im Verlauf immer wieder in Kontakt mit der / dem Betroffenen kommt.

4.3.8.2 Gerontopsychiatrie

Das gesamte Hilfesystem in der Gerontopsychiatrie hat keinen einheitlichen Standard und wenig geübte Praxis im Bereich der personenzentrierten und lebensfeldorientierten Hilfeplanung, der aber insbesondere unter dem Aspekt der Früherkennung und der Notwendigkeit „früher Hilfen“ eine besondere Bedeutung zukäme. Im weiteren Verlauf der Psychiatrie-Entwicklungsplanung sollte auch für den Bereich der Gerontopsychiatrie eine Struktur entwickelt werden, die auch personenzentrierte und Lebensfeld bezogene Hilfearrangements ermöglicht. Ein Kristallisationspunkt könnten hier die zukünftigen Pflegestützpunkte werden. Bei der Hilfeplanung sind die Bedürfnisse unterschiedlicher Gruppen zu berücksichtigen:

1. Bei den alt gewordenen chronisch psychisch Kranken besteht in vielen Fällen eine individuelle Hilfeplanung, die lediglich an die sich mit dem höheren Lebensalter ändernden Bedürfnisse der Klientinnen / Klienten angepasst werden muss. Bei den Betroffenen, die mit Eintritt des Rentenalters Selbstzahler werden und aus dem Hilfesystem herausfallen, müssen Wege gefunden werden, sie wieder in die Hilfeplanung einzubeziehen.
2. Für die **alt gewordenen geistig behinderten Menschen**, die aus Beschäftigungsverhältnissen ausgeschieden sind und keine weiteren Eingliederungshilfeleistungen erhalten, endet bisher die individuelle Hilfeplanung. Auch hier müssen Wege gefunden werden, sie wieder in die Hilfeplanung einzubeziehen.
3. Die Prinzipien der integrierten individualisierten Hilfeplanung bei jüngeren chronisch psychisch Kranken können auch auf die **erstmalig im Alter wahnkranken Patientinnen / Patienten** angewandt werden, da es sich hier ebenfalls um ein chronisches Krankheitsbild handelt, wobei hier aber im Gegensatz zu jüngeren Patientinnen / Patienten zu einem wesentlichen Teil Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V), der Gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI) und Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB XII) zu ko-

ordinieren sind. Da jüngere und ältere Betroffene mit Wahnkrankungen in Bezug auf die Eingliederungshilfe keine wesentlichen Unterschiede aufweisen, gibt es keinen sachlichen Grund, ihnen Leistungen der Eingliederungshilfe zu versagen.

4. Die überwiegende Zahl **der älteren psychisch Kranken mit depressiven Störungen, Belastungsstörungen (zum Beispiel posttraumatischen), Angststörungen und somatoformen Störungen** hat ihr Leben erfolgreich geführt, bei angemessener psychopharmakologischer, psycho- und soziotherapeutischer Behandlung eine gute Prognose und ist nicht als seelisch behindert zu bezeichnen. Bei manchen dieser Kranken sind Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI) zu beantragen. Diese Gruppe hat jedoch ein deutlich erhöhtes Rückfallrisiko gegenüber Jüngeren, so dass neben der Weiterführung einer Pharmakoprophylaxe eine gute Einbindung in soziale Aktivitäten außerhalb der Familie in allgemeinen Seniorenaktivitäten, Vereinen oder Kirchen zur Rückfallprophylaxe notwendig ist. Dies muss schon während der ambulanten oder (teil)stationären psychiatrisch / psychotherapeutisch / psychosomatischen Behandlung ärztlicherseits organisiert und eingeübt werden, da sonst die Kranken nach der Entlassung weiter vereinsamt bleiben und wieder erkranken.

Ein kleiner Teil dieser Patientengruppe, meist mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen, sind als chronisch psychisch krank und seelisch behindert anzusehen, benötigen eine umfassendere und stärker individualisierte Hilfeplanung, stehen aber derzeit außerhalb des Fokus sozialpsychiatrischer Aufmerksamkeit. Auch bei dieser Gruppe von Betroffenen gibt es keinen sachlichen Grund bei der Gewährung von Eingliederungshilfe zwischen Jüngeren und Älteren zu unterscheiden.

5. Die **Medikamentenabhängigkeit und die Alkoholabhängigkeit mit spätem Beginn** bestehen in der Regel komorbide zu den in (4) genannten Erkrankungen, komplizieren deren Diagnose und Behandlung, erfordern aber keine grundsätzlich andere Hilfeplanung außer gegebenenfalls zusätzlich die Anbindung an eine Selbsthilfegruppe.
6. und 7. Bei der Hilfe für **Demenzranke** ist eine individuelle Hilfeplanung sinnvoll, wobei hier in der Regel nur Leistungen der Krankenversicherung (SGB V), der Pflegeversicherung (SGB XI) und gegebenenfalls der ergänzenden Sozialhilfe (SGB XII) und Eingliederungshilfe (SGB XII) beantragt und koordiniert werden müssen. Hierbei müssen die Angehörigen und Patientinnen / Patienten durch ein gut erreichbares Netz von unabhängigen und kompetenten Beratungsstellen unterstützt werden, um eine Dekompensation des Hilfesystems und eine zu frühzeitige Aufnahme in Einrichtungen zu vermeiden. Die Hilfeplanung kann auch im Rahmen eines integrierten Versorgungsvertrags (§ 70 ff. SGB V) wie zum Beispiel „Blaue Blume“ oder eines anbieterbetriebenen Netzwerks wie zum Beispiel „Uhlenhaus“ erfolgen (www.blaue-blume-schwaben.de und <http://www.uhlenhaus.de>). Die Hilfeplanung für demenzkran-

ke Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen sollte von der zu fordernden gerontopsychiatrisch qualifizierten Pflegefachkraft der Einrichtung in Absprache mit der Betreuerin / dem Betreuer beziehungsweise der Bevollmächtigten / dem Bevollmächtigten, Hausärztin oder Hausarzt und gegebenenfalls mit der Fachärztin / dem Facharzt koordiniert werden.

8. Sollte bei einem Delirpatienten eine Suchterkrankung bestehen, gilt das in (4) und (5) Ausgeführte. Falls ein ausreichend lange nach Abklingen des Delirs durchgeführtes Demenzscreening zur Diagnose einer Demenzerkrankung führt gilt das in (6) Ausgeführte.

4.3.8.3 „Systemsprenger“

Hilfeplankonferenzen sind für alle da – sie haben somit auch die Aufgabe für sogenannte „Systemsprenger“ in der Heimatregion, also Sektor integrierte, individuelle Lösungen zu erarbeiten. Als Systemsprenger definieren wir hier nur diejenigen Personen, die nach der ersten Diskussion in einer HPK entweder geschlossen oder außerhalb ihrer Heimatregion oder außerhalb des Bundeslandes untergebracht werden sollen (siehe Abbildung 2). Auch im Falle einer „selbstbestimmten Wahl eines externen Angebotes“ sollte gegengeprüft werden, ob der Wille der Klientin / des Klienten im Vordergrund steht oder ob strukturelle oder „fremdbestimmte“ Gründe hierfür vorliegen.

Der im Rahmen eines Modellprojektes erarbeitete Verfahrensvorschlag wird im Folgenden dargestellt und sollte als Lösungsvariante flächendeckend erprobt und weiterentwickelt werden:

Lassen sich in den Hilfeplankonferenzen keine „internen“ Regel-Lösungen erarbeiten, werden diesen zukünftig regionale „Expertenteams“ nachgeschaltet – für Mecklenburg beginnend mit einem Modell in der Versorgungsregion der Universitätsklinik Rostock und in Vorpommern beginnend mit einem Modell in der Versorgungsregion der psychiatrischen Klinik in Stralsund (als Lehrkrankenhaus der Universität Greifswald), die sich aus Vertreterinnen / Vertretern verschiedener Institutionen und Behandlungseinrichtungen zusammensetzen. Das Expertenteam sollte idealerweise jeweils mit dem zuständigen Psychiatriekoordinator sowie mit „Systemsprenger Erfahrenen“ Vertretern des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der regionalen sozialpsychiatrischen Einrichtungen und der zuständigen Versorgungsklinik besetzt sein. Die Expertenteams arbei-

ten in der jeweiligen Region im Auftrag der und in enger Abstimmung mit der Hilfeplankonferenz und können ausschließlich über diese aktiviert werden. Die Finanzierung der Arbeit der Expertenteams wird in regionalen Absprachen mit der Hilfeplankonferenz geregelt. Aufgabe dieser externen „Expertenteams“ wird es sein, nach dem Scheitern regionaler Integrationsversuche im Rahmen des „Regel-Verfahrens“, individuelle Lösungsmöglichkeiten für die betroffenen Klienten zu erarbeiten und der Hilfeplankonferenz Vorschläge für die Einbettung in das regionale oder landesweite Versorgungssystem zu unterbreiten. Die Entscheidung für die Durchführung und Finanzierung der vom Expertenteam vorgeschlagenen Maßnahmen trifft die Hilfeplankonferenz.

Alle diese von den Expertenteams begleiteten Fälle sollen anonymisiert qualitativ dokumentiert und in einigen Jahren einer Auswertung unterzogen werden, um aus der Einzelkasuistik mit positiven wie negativen Verläufen Rückschlüsse für eine weitere Optimierung der Unterstützungsangebote in Mecklenburg-Vorpommern zu ziehen.

Voraussetzung für die Einschaltung eines Expertenteams ist, dass in der Hilfeplankonferenz nach Berücksichtigung der Falldokumentation (auf der Basis des IBRP-MV-Sucht) als Maßnahme eine geschlossene oder externe (außerhalb der Gebietskörperschaft) Unterbringung der Klientin / des Klienten vorsieht. In diesem Fall sollte die Leiterin oder der Leiter der Hilfeplankonferenz die Anforderung des jeweiligen Expertenteams initiieren. Auf Basis der Falldokumentation und der entsprechenden Unterlagen sowie unter Umständen einer Begutachtung der Klientin / des Klienten, erarbeitet das Expertenteam einen für die Klientin / den Klienten individuellen Lösungsvorschlag und unterbreitet diesen den Teilnehmerinnen / Teilnehmern der Hilfeplankonferenz. Die Hilfeplankonferenzen verpflichten sich, die Vorschläge intensiv zu prüfen, bevor ein „Export“ des betroffenen „Systemsprengers“ in einen anderen Versorgungssektor erfolgt. Entscheidungen gegen die Vorschläge der Expertenteams sollten umfassend begründet werden.

Parallel zur Anforderung eines jeweiligen Expertenteams wird die dokumentierende Stelle informiert, um die Einzelfälle bezüglich der Vorgeschichte, dem aktuellen Stand sowie die zwischen Hilfeplankonferenz und Expertenteam beschlossene Lösung zu dokumentieren. Auf diese Weise soll bei künftigen Fällen bezüglich der Maßnahmen für eine Klientin / einen Klienten davon profitiert werden können.

Verfahren bei geplanter geschlossener / externer Unterbringung (Modellprojekt Stralsund / Rostock)

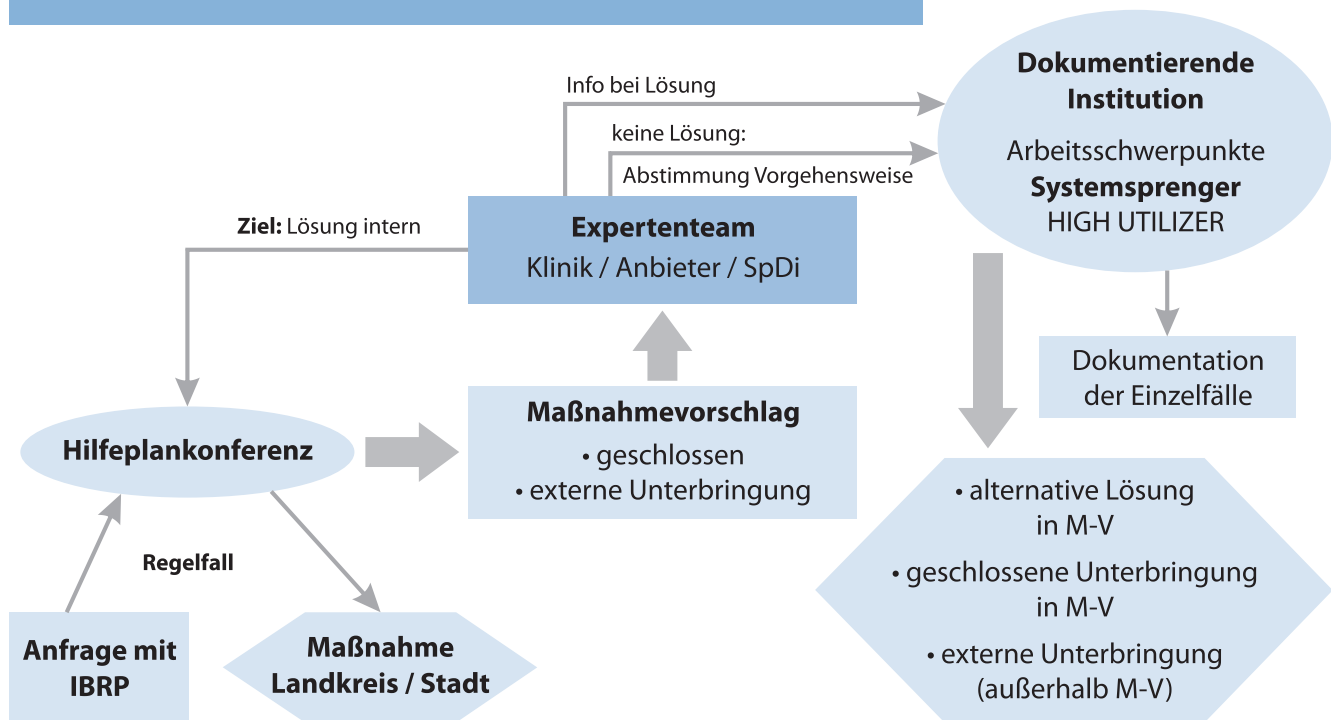


Abb. 2 Schema aus dem Modellprojekt Systemsprenger (Freyberger, Steinhart et al.)

4.3.8.4 Menschen, die psychotherapeutischer Unterstützung bedürfen

Psychisch kranke Menschen mit komplexem Hilfebedarf haben große Probleme, Zugang zu psychotherapeutischer Unterstützung außerhalb (teil)stationärer Behandlungssettings zu bekommen. Hilfeplankonferenzen sollten auch hier ein besonderes Augenmerk darauf legen, diesen Zugang zu erleichtern. Dies setzt voraus, dass auch hier der Übergang bis zu Therapiebeginn begleitet wird („Case-Management“) und dass es kooperierende Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der Region gibt, die bereits sind, auch für diese Zielgruppe Psychotherapie - und zwar kurzfristig - anzubieten.

4.3.8.5 Menschen, die aus Kliniken für Forensische Psychiatrie entlassen werden

Beurlaubungen im Rahmen der stationären Behandlung bilden eine wesentliche Voraussetzung für eine spätere Entlassung. Zurzeit existieren zwei Varianten bei der Vorbereitung und Durchführung von Beurlaubungen:

1. Klinik und Einrichtung verhandeln die Einzelheiten, Bedingungen und Kostenvereinbarungen für eine Aufnahme zur Betreuung
Vorteil: Auch kurzfristige Beurlaubungen sind möglich; die Klinik bereitet vor der Entlassung die Anschlussfinanzierung vor.

Nachteil: Oft kommt es zu „Streitigkeiten“ zwischen den örtlichen Leistungsträgern; dadurch wird die Anschlussfinanzierung oft verzögert.

2. Die Träger können die Bereitschaft zur Aufnahme zur Betreuung einer / s forensisch-psychiatrischen Patientin / Patienten zwar erklären, dürfen aber nicht selbst entscheiden (wird zur Zeit so in Rostock praktiziert); es muss erst eine HPK stattfinden und die Anschlussfinanzierung klar sein.

Vorteil: Die Anschlussfinanzierung ist problemlos.

Nachteil: Es ist keine kurzfristige Aufnahme zur Betreuung möglich und es resultieren gegebenenfalls lange Wartezeiten, zwischenzeitlich wird der eventuell freie Platz vergeben.

Die Variante 1 ist für die Klinik günstiger; Vorschlag für die Praxis: Die Klinik informiert die Sozialämter bereits am Beginn der Betreuungsmaßnahme über mögliche Kosten im Sinne einer Anschlussfinanzierung, so dass genug Zeit für die Klärung der Zuständigkeiten vorhanden ist.

Aus den Maßregelvollzugskliniken entlassene Patientinnen / Patienten müssen in regionale Versorgungsstrukturen und Hilfsangebote der Allgemeinpsychiatrie eingebunden werden. Hierzu ist eine enge Kooperation mit den vorhandenen örtlichen Leistungsanbietern erforderlich und zu organisieren. Die sozialpsychiatrischen Dienste sind dabei einzubinden. Es besteht ausdrücklich nicht die Absicht, ein gesondertes Hilfesystem für Menschen zu etablieren, die aus Kliniken für Forensische Psychiatrie entlassen wurden.

Eine spezialisierte forensische Nachsorge ist durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der jeweiligen Kliniken über eine forensische Ambulanz zu gewährleisten. Die Instrumente der regionalen Versorgungsstrukturen der Allgemeinpsychiatrie (zum Beispiel IBRP M-V, Hilfeplan-konferenz, Fallkonferenz etc.) sind bei der Wiedereingliederung in bewährter Form anzuwenden.

4.4 Steuerungsprozesse im Bereich der Hilfen für Kinder und Jugendliche

Verfahren

Anders als bei der Hilfe zur Erziehung hat bei der Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII das Kind oder der Jugendliche einen eigenständigen Anspruch, nicht der Personensorgeberechtigte. Gleichwohl wird dieser das Kind in der Regel gegenüber dem Leistungsträger vertreten. Auch junge Volljährige können im Rahmen des § 41 SGB VIII Eingliederungshilfe erhalten, wobei in diesem Fall zusätzlich zu denen des § 35a SGB VIII auch die Leistungsvoraussetzungen des § 41 SGB VIII erfüllt werden müssen.

Da die Entscheidung über die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen ausschließlich in der Verantwortung des zuständigen Jugendamtes liegt, empfiehlt es sich dringend, rechtzeitig beim Jugendamt Hilfebedarf anzumelden beziehungsweise einen formlosen Antrag zu stellen, um zu vermeiden, dass von dort die Übernahme der Kosten einer „selbstbeschafften“ Leistung abgelehnt wird (vergleiche auch § 36a Abs. 3 SGB VIII).

Je nach Fallgestaltung muss das zuständige Jugendamt Informationen, Berichte oder gutachtliche Stellungnahmen einholen.

Hinsichtlich der Beurteilung einer Abweichung der seelischen Gesundheit in Form einer Stellungnahme muss das Jugendamt entweder eine Ärztin / einen Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eine Kinder- und Jugendpsychotherapeutin oder -therapeuten oder eine Ärztin / einen Arzt beziehungsweise psychologische Psychotherapeutin oder -therapeuten, die / der über besondere Erfahrungen hinsichtlich seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen (zum Beispiel in Erziehungsberatungsstellen) verfügt, beauftragen (§ 35a Abs. 1a SGB VIII). Diese muss auf der einheitlich anerkannten Grundlage, der sogenannten Internationalen Klassifikation der Krankheiten, erstellt sein (§ 35a Abs. 1a Satz 2 SGB VIII).

Darüber hinaus können Stellungnahmen von schulischer und schulpsychologischer Seite oder der Agentur für Arbeit nötig sein, um zu einer abschließenden Beurteilung zu gelangen, ob die Leistungstatbestandsvoraussetzungen gegeben und welche Hilfeformen notwendig und geeignet sind. Die Kosten für ein Gutachten trägt (...) grundsätzlich derjenige, der den Auftrag für eine Erstellung gegeben hat. (...)

Wenn Hilfe voraussichtlich für längere Zeit, das heißt in der Regel länger als sechs Monate zu leisten ist, muss in Zusammenarbeit mit den Leistungsadressaten ein Hilfeplan aufgestellt und fortlaufend überprüft werden. Dabei und bei der Durchführung der Hilfen soll nach § 36 Abs. 3 SGB VIII die Person, die das Gutachten zur seelischen Behinderung erstellt hat, beteiligt werden (...), wobei zu beachten ist, dass sie diese Hilfe nicht selbst erbringen darf (§ 35a Abs. 1a Satz 4 SGB VIII). Erscheinen Maßnahmen der beruflichen Eingliederung erforderlich, so sollen auch die Stellen der Bundesagentur für Arbeit beteiligt werden.

Gerade in diesem Leistungsbereich spielt auch die Förderung interinstitutioneller und interdisziplinärer Zusammenarbeit an den Schnittstellen etwa zur Gesundheitshilfe sowie zur Schulverwaltung eine wichtige Rolle.

Das Landesjugendamt berät die örtlichen Träger und Fachkräfte der Jugendhilfe bei der Planung und Sicherstellung eines bedarfsgerechten Hilfeangebots.

4.5 Koordination in der Versorgungsregion

Nach § 6 Abs. 3 PsychKG MV sind für die Versorgungsregionen von psychiatrischen Krankenhäusern durch die Landrätinnen und Landräte oder Oberbürgermeisterinnen und Oberbürgermeister Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren zu bestellen. In allen Landkreisen und kreisfreien Städten sind diese Koordinatorinnen / Koordinatoren tätig. Mit Inkrafttreten des Artikels 2 des Gesetzes über die Zuordnung von Aufgaben im Rahmen der Landkreisneuordnung zum 1. Juli 2012 wird das PsychKG M-V geändert. Auf 150 000 Einwohnerinnen und Einwohner ist eine Psychiatriekoordinatorin / ein Psychiatriekoordinator als Vollbeschäftigtenstelle (1,0 VK) zu bestellen. Fachliche Voraussetzung sind Erfahrungen auf dem Gebiet der Psychiatrie und des Hilfesystems. Somit ist die Stelle mit einem Facharzt / Fachärztin für Psychiatrie, Diplompsychologin / -psychologen und / oder Diplomsozialarbeiterin / -sozialarbeiter zu besetzen. Die Stelle der Koordinatorin oder des Koordinators soll in Form einer stabsartigen Anbindung den Dezernenten für Gesundheit beigegeben werden, damit der unmittelbare Kontakt zwischen den an der Versorgung Beteiligten und den administrativen Verantwortungs- und Entscheidungsstrukturen gewährleistet ist.

Nur unter den genannten Voraussetzungen ist die Koordinatorin oder der Koordinator in der Lage, die folgenden Aufgaben zu erfüllen:

1. umfassende Kenntnis des Leistungsspektrums aller Dienste der Versorgungsregion, einschließlich persönlicher Kontakte zu den Betreibern und den jeweiligen Trägern,
2. Zusammenarbeit mit den zuständigen Ämtern zur Absicherung der Bedarfsplanung,
3. fortlaufende Information der Dezernentinnen / Dezernenten, Erstellung von Unterlagen und gegebenenfalls Vorlagen,

4. Organisation von Besprechungen mit den Trägern, Festlegungen der Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der jeweiligen Aufgabenwahrnehmung; Abstimmung und Verteilung zur anstehenden Bedarfsdeckung,
5. Aufbau und Geschäftsführung der nach dem Landespsychiatrieplan vorgesehenen Steuerungsgremien (Psychiatriebeirat versus Gemeindepsychiatrischer Steuerungsverband (GPSV), Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften), einschließlich der Entwicklung von Planungskonzepten,
6. Initiierung und Koordinierung von Maßnahmen und Aktivitäten zur Verbesserung der gemeindepsychiatrischen Versorgung mit dem Ziel, den personenzentrierten Hilfeansatz in einem gemeindepsychiatrischen Verbund zu etablieren,
7. Koordination und Initiierung von Aktivitäten in der Region,
8. Mitwirkung beim Aufbau des Gemeindepsychiatrischen Verbundes versus Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbundes (GPLV),
9. Teilnahme an den Verhandlungen mit allen Kostenträgern zum Psychiatriebudget,
10. Mitarbeit im Arbeitskreis der Psychiatriekoordinatoren auf Bundes- und Landesebene,
11. ständige Teilnahme an Fortbildungs- und Weiterbildungsveranstaltungen.

Die koordinierende Tätigkeit bezieht neben dem Ausbau des Bereiches der Allgemeinpsychiatrie folgende Bereiche zur Förderung der Weiterentwicklung spezifischer Versorgungsformen ein:

- psychisch kranke Kinder und Jugendliche,
- den Gesamtkomplex der sinnvollen Beschäftigung und Arbeit einschließlich der beruflichen Eingliederung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für psychisch

krankte und behinderte Menschen (einschließlich der Abhängigkeitskranken).

Qualitätssicherung

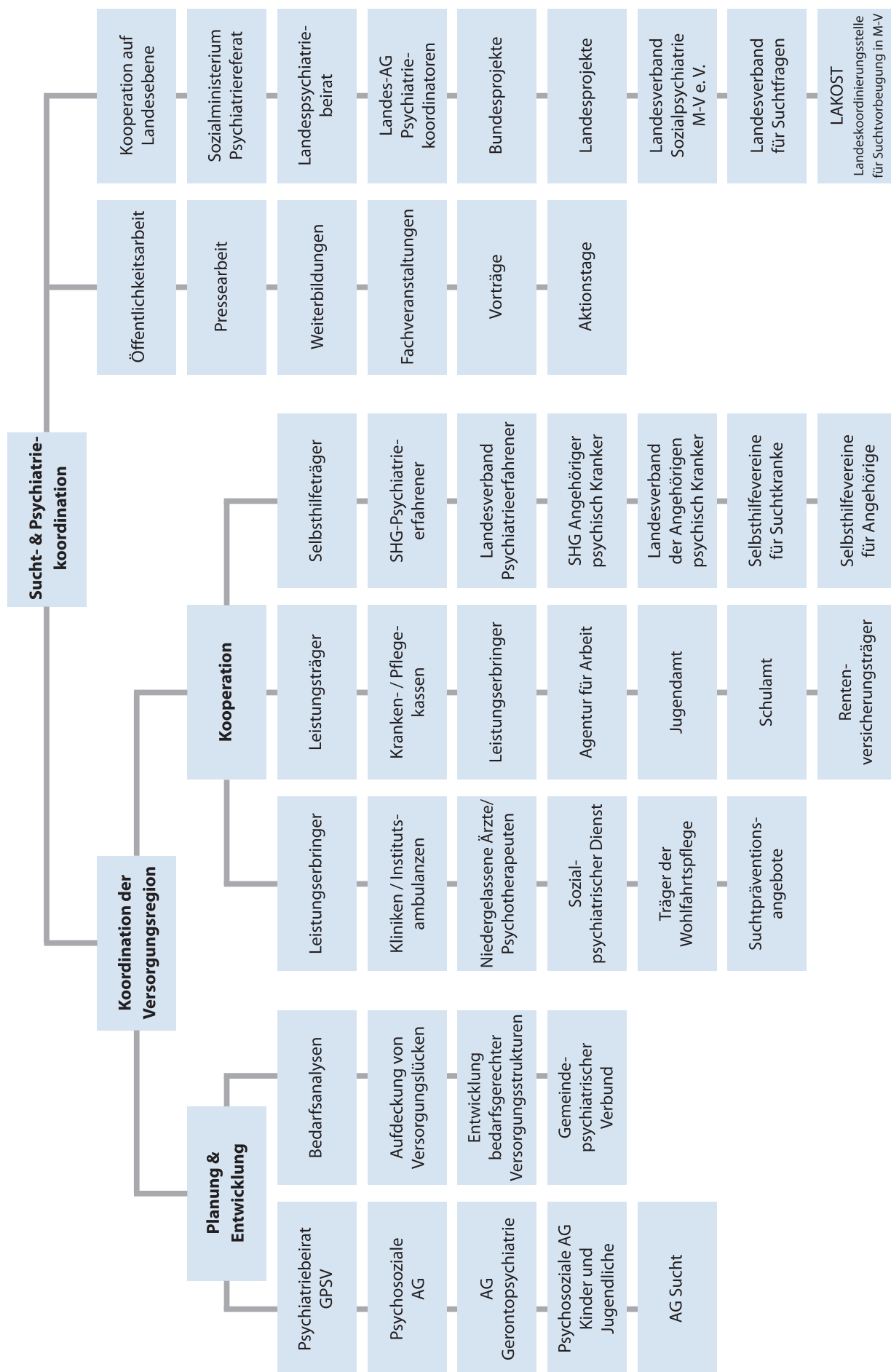
1. Definition der für die quantitative und qualitative Bewertung des vorhandenen Hilfesystems erforderlichen Daten,
2. Erfassung und Auswertung der Daten des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems zur Erstellung eines kommunalen Psychiatrieplanes und von Berichten (Jahresberichte, Psychiatrieberichte etc.),
3. Auswertung und quantitative wie qualitative Bewertung der vorhandenen Hilfen auf der Grundlage von Qualitätsstandards, einschließlich der Ermittlung von Bereichen der Über- und Unterversorgung,
4. Initiierung und Unterstützung bei der Umsetzung von bundesweiten und / oder Landesprojekten zur Verbesserung der gemeindepsychiatrischen Angebote in der Versorgungsregion und zur Förderung der Gleichstellung psychisch kranker Menschen.

Öffentlichkeitsarbeit

1. Aktivitäten in Gremien und Medien zur Förderung der Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen, zur Verbesserung der personenzentrierten Versorgung sowie zur gemeindenahen Integration psychisch kranker Menschen und zur Verbesserung der Kenntnisse über den Umgang mit psychisch kranken Menschen,
2. Informationen der Öffentlichkeit über Veränderungen innerhalb des gemeinde-psychiatrischen Versorgungssystems.

Folgender Überblick spiegelt das gesamte Spektrum der Psychiatriekoordination wieder.

KOORDINATION IN DER VERSORGUNGSREGION



4.6 Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe

Da die territorialen Zuständigkeiten der Kinder- und Jugendhilfe und der kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken nicht identisch sind, müssen die Kliniken in der Regel mit mehreren Jugendämtern kooperieren.

Ziel aller Anstrengungen ist es, über eine qualifizierte Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe und Suchthilfe die Möglichkeiten beider Systeme im Interesse von Kindern und Jugendlichen mit komplexen Hilfebedarfen und in akuten Krisensituationen für diese voll auszuschöpfen und in diesem Sinne ein Klima der Kooperation zu schaffen.

Zur Kooperation Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe wird gegenwärtig auf der Landesebene ein Leitfaden erarbeitet. Danach sollen Kooperationsstrukturen den jeweiligen regionalen, strukturellen und fachlichen Gegebenheiten und Bedarfen angepasst werden. Kooperationsbündnisse sind im Interesse von Klienten / Klientinnen auf der regionalen Ebene empfehlenswert.

Anlässe zur Kooperation

Eine besondere Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie ist dann gegeben, wenn für ein Kind oder einen Jugendlichen ein komplexer Hilfebedarf auftritt.

A Komplexer Hilfebedarf

Ein komplexer Hilfebedarf liegt vor,

- wenn bei einem Kind oder bei einem Jugendlichen eine psychische Störung angenommen wird und gleichzeitig Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie notwendig sind,
- wenn Hilfeansätze unterschiedlicher Professionen zum Einsatz kommen sollen, um den Hilfeerfolg und die Stabilisierung des Erfolges zu sichern,
- wenn eine Abstimmung über die Einsatzform und den Einsatzzeitpunkt der unterschiedlichen Hilfearten unabdingbare Voraussetzung für den erfolgreichen Verlauf der Hilfe ist,
- wenn bei einem Kind / Jugendlichen eine (sekundäre) Suchterkrankung angenommen wird, welche den Einsatz suchtspezifischer Maßnahmen notwendig macht.

B Akute Krisen und Notfälle

Folgende Krisen und Notfälle können auftreten:

- akute Krise und Kindeswohlgefährdung im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe,
- akute Krise und psychische Erkrankung,
- akute Krise, die eine sofortige Unterbringung nach PsychKG MV erforderlich macht,
- Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung mit Freiheitsentziehung.

Verantwortliche Institutionen und Akteure in der Kooperation

• Kinder- und Jugendhilfe:

Fachämter für Familien- und Jugendhilfe (Jugendämter) / Allgemeine Soziale Dienste, Kinder und Jugendnotdienst (KJND), (Freie) Träger zur Durchführung von Hilfen zur Erziehung (HzE).

• Kinder- und Jugendpsychiatrie

ambulante Versorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater und Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Institutsambulanzen, Krankenhäuser mit kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen in Mecklenburg-Vorpommern, Jugendpsychiatrische Dienste (JpD), Kinder- und Jugendärztlicher Dienst / Sozialpsychiatrischer Dienst, Suchtberatungsstellen (www.lsmv.de).

Kooperation aus Sicht der Suchthilfe

Eine Rechtsgrundlage für interdisziplinäre Vereinbarungen stellt der § 8a SGB VIII dar. Dabei geht es um Kindeswohlgefährdung.

Sind Suchtberatungsstellen auch Träger von Maßnahmen nach SGB VIII (Jugendhilfemaßnahmen) sind diese verpflichtet, entsprechende Vereinbarungen mit dem Jugendamt abzuschließen, um trägerinterne Maßnahmen zur Eliminierung der Kindeswohlgefährdung sicherzustellen. Kann dieses Ziel durch trägerinterne Maßnahmen nicht erreicht werden, ist das Jugendamt einzuschalten. Halten die Suchtberatungsstellen keine SGB VIII-Maßnahmen vor, so können und sollten Kinder / Jugendliche mit Suchtmittelkonsum und Kinder / Jugendliche aus suchtbelasteten Familien in die Hilfeplankonferenz (§ 36) einbezogen werden. Voraussetzung für diese Form der Kooperation ist eine rechtssichernde Klärung der Sozialdaten.

5 Schlussfolgerungen

Bei psychisch kranken Menschen bestehen in der Regel enge Wechselbeziehungen zwischen ihren Ressourcen und Einschränkungen sowie den fördernden oder belastenden Lebensverhältnissen. Die Wechselwirkungen sind in jedem Einzelfall von vielen individuellen und sozialen Faktoren und deren manchmal nicht vorhersehbaren Veränderungen abhängig, so dass die Entwicklung nicht sicher prognostiziert werden kann. Dies erfordert vielfältige Kompetenz und hohe Flexibilität im Behandlungs- und Unterstützungsgeschehen.

Das psychiatrische Hilfesystem muss sich perspektivisch hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens, der Organisationsformen und der Finanzierungsstrukturen darauf einstellen.

1. Den Erstkontakt gestalten

Um der Chronifizierung von Erkrankungen entgegen zu wirken, muss die Gestaltung des Erstkontakts durch die verstärkte Berücksichtigung nachstehender Prinzipien gefördert werden:

1. Barrierefreiheit

Der Zugang zu Informationen, Beratung und konkreten Hilfen muss erweitert werden. Als erster Schritt werden die bereits kontinuierlich aktualisierten und katalogisierten Informationen über die Beratungs- und Behandlungsangebote leichter zugänglich gemacht.

2. Informiertheit

- Das Wissen der Gesamtbevölkerung über psychische Krankheiten von der Kindheit / Jugend bis zum Alter, deren Erkennung und Behandlungsmöglichkeiten wird erhöht (zum Beispiel Broschüre zur Demenz).
- Fort- und Weiterbildung über psychische Krankheiten und deren Symptome sowie mögliche Hilfen werden in der Fachöffentlichkeit, bei allen Leistungsträgern sowie in allen helfenden Berufen intensiviert, auch im Bereich der Jobcenter und Bildung.

3. Ansprechbarkeit

- Betroffene, Angehörige und Bezugspersonen aus nichtpsychiatrischen Behandlungs- und Beratungskontexten treffen kurzfristig und niedrigschwellig auf eine in der Information, Beratung, Diagnostik und Therapie psychisch Kranker erfahrene Ansprechpartnerin beziehungsweise Ansprechpartner, die / der gemeinsam mit der Betroffenen / dem Betroffenen die Verantwortung für die Entwicklung eines geeigneten Hilfeangebotes in Kombination medizinischer und psychosozialer Leistungen übernimmt. Auch Angebote zur anonymen Beratung müssen vorgehalten und in der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden.
- Diese Ansprechbarkeit kann zum Beispiel durch die flächendeckende Einrichtung geeigneter Clearing-Stellen durch Kommunen (Sozialhilfe, Jugendhilfe, öffentlicher Gesundheitsdienst), Agentur für

Arbeit, Kranken- und Rentenversicherungsträger und durch Organisation einer 24-Stunden-Erreichbarkeit sichergestellt werden. Besonders wichtig erscheint, dass die vernetzten Strukturen auch außerhalb der Städte mobil sind und zu den Bürgerinnen und Bürgern ihres regionalen Einzugsgebietes kommen können („Gehstruktur“). Alle technischen Möglichkeiten müssen ausgelotet werden.

II. Das Hilfesystem neu ausrichten

Die perspektivische Ausgestaltung des Hilfesystems sollte den nachstehenden Prinzipien folgen:

1. Verfügbarkeit

- a) Psychiatrische Fachkompetenz sollte möglichst großflächig verfügbar sein, in dem Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen Konsiliardiensten ausgestattet werden und die Optimierung dieser Dienste an den Krankenhäusern mit psychiatrischer Fachabteilung erfolgt; hierbei ist möglichst breit psychotherapeutische Kompetenz bereitzustellen.
- b) Im Vordergrund der Entwicklungsanforderungen stehen der demografische Wandel und damit eine *Ausrichtung auf die älter werdende Gesellschaft*. Da die primärärztliche Versorgung weiterhin die Hauptlast der Versorgung in diesem Bereich tragen muss, sind die Hausärztinnen und -ärzte und Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner durch systematische Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen und durch Kooperations- und Unterstützungsmodelle gegenüber den anderen Facharztgruppen und den Krankenhäusern in die Lage zu versetzen, den steigenden Anforderungen gerecht zu werden. Für die schwer psychisch erkrankten älteren Menschen mit in erster Linie dementiellen und depressiven Störungen wird empfohlen, ein Netzwerk von aufsuchenden psychiatrischen Diensten und altersmedizinischen Zentren auf ambulanter und stationärer Ebene mit einer Vernetzung verschiedener Fachdisziplinen insbesondere der Geriatrie und der Gerontopsychiatrie zu entwickeln. Die bereits bestehenden Versorgungssysteme (zum Beispiel das Netz der ambulanten ärztlichen und psychologischen Psychotherapie) und Versorgungssegmente (zum Beispiel sozialpsychiatrische Einrichtungen) sind stärker auf gerontopsychiatrische Patientinnen / Patienten auszurichten.
- c) Die Möglichkeiten zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in Mecklenburg-Vorpommern insbesondere unter dem Aspekt der „Inklusion“ dringend zu verbessern:
Vorrangig sind im Feld der Rehabilitation an die Flächenproblematik des Landes angepasste RPK-Modelle zu entwickeln. Um den Schwerpunkt des Gesamtbereiches „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung“ deutlicher aus den vielfach eher exkludieren-

den Bedingungen der Werkstätten für Menschen mit Behinderungen zu bringen, sind alle an diesen Schnittstellen Beteiligten (unter anderem psychiatrische Kliniken, Gutachterinnen / Gutachter, Bildungsträger, Deutsche Rentenversicherung, Werkstattträger, Agentur für Arbeit) durch Informationen, Schulungen, Qualifikationen und gemeinsame Rehabilitationsplanungen darauf zu verpflichten, alle Möglichkeiten der Teilhaberealisierung unter „normalen“ Förderprogrammen auf dem allgemeinen oder geförderten Arbeitsmarkt anzustreben.

- d) Für *spezifische Problemgruppen* mit derzeit unzureichender Repräsentanz im Hilfesystem sollten entweder auf der Ebene der Gebietskörperschaften oder durch zentralisierte Hilfsangebote an den Standorten größerer psychiatrischer Zentren Hilfsangebote neu entwickelt werden:
- für psychiatrische Krisen- und Notfallpatientinnen und -patienten zur Vermeidung überflüssiger Hospitalisierungen sogenannte Krisendienste an 365 Tagen über 24 Stunden,
 - für psychisch Kranke im Übergangsbereich zwischen Hilfesystem im Kinder- und Jugendbereich und dem Erwachsenenbereich,
 - für Menschen mit Migrationshintergrund mit psychischer Symptomatik,
 - für weitere Hochrisikogruppen wie etwa Kinder psychisch kranker Eltern,
 - für insbesondere schwer psychisch erkrankte Menschen medizinische und berufliche Rehabilitationsangebote sowie psychiatrischer Pflegeangebote und soziotherapieäquivalenter Leistungen,
 - für sogenannte „Systemsprenger“, das heißt psychisch kranke Menschen, die sich auf Grund von kritischen Verhaltensmerkmalen nicht in das konventionelle Versorgungssystem integrieren lassen,
 - für Suchtkranke Behandlungsangebote in Tageskliniken und suchtmmedizinischen Schwerpunktpraxen.

2. Erreichbarkeit

Auf Grund der Flächenlandcharakteristik mit einer vergleichsweise niedrigen Bevölkerungsdichte wird empfohlen das System regionaler Tageskliniken mit weiteren vernetzten Versorgungsbausteinen des SGB V (Soziotherapie, Ambulante Psychiatrische Pflege) und des SGB XII im Sinne eines Servicehauskonzepts und aufsuchender Hilfen weiter auszubauen. Dem ist grundsätzlich Vorrang gegenüber dem Ausbau stationärer Kapazitäten (im Rahmen des SGB V, SGB XI und SGB XII) einzuräumen.

3. Passgenauigkeit

Um die Selbstständigkeit der psychisch kranken Menschen zu fördern, dürfen sie nicht mehr Hilfen als nötig erhalten. Ihnen müssen aber die Hilfen zur Verfügung gestellt werden, die sie benötigen, um ihre Erkrankung erfolgreich zu bekämpfen und / oder besser mit ihr

umgehen zu können. Im Bereich der Hilfen nach dem SGB XII hat sich die Hilfeplankonferenz als Instrument zur Gewährleistung dieses Prinzips bewährt. Bei der Behandlung im Krankenhaus zeigen Budgetmodelle zum Beispiel im Rahmen der integrierten Versorgung (nach § 140 SGB V) einen Ansatz zur Optimierung der Passgenauigkeit im Geltungsbereich des SGB V auf, der ausgebaut werden sollte.

4. Geschlechtsspezifische Ansätze fördern

Zur Weiterentwicklung geschlechtsspezifischer Ansätze wird gefordert, dass sich sowohl psychiatrische Kliniken als auch Hilfestrukturen außerhalb des Krankenhauses für psychisch kranke Menschen mit geschlechtsspezifischen Fragen und Ansätzen auseinandersetzen und eine stärker geschlechterdifferenzierende Orientierung in ihren Angeboten berücksichtigen.

5. Bürgerschaftliches Engagement

In fast allen Bereichen der Psychiatrie ist das Bürgerschaftliche Engagement eher gering ausgeprägt. Es ist daher eine Konzeption zu erarbeiten, in welcher Weise die in dieser Planung aufgezeigten Perspektiven der Psychiatrie in Mecklenburg-Vorpommern durch ehrenamtliches Engagement gezielt unterstützt werden können.

6. Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger

Die Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener und ihrer Angehörigen an der unmittelbaren Ausgestaltung der psychiatrischen Helfelandschaft ist noch ausbaufähig. Neben der Beteiligung in den entsprechenden Steuerungs- und Vernetzungsgremien sollte auch das Erfahrungswissen in die Behandlung und Unterstützung verstärkt einfließen (zum Beispiel Ex-In-Konzepte, Netzwerkgespräche).

III. Steuerung und Vernetzung optimieren

Zur Optimierung der Steuerung und Vernetzung der vielfältigen Hilfen sind die nachstehenden Prinzipien intensiver umzusetzen:

1. Netzwerkbildung

- Die bestehenden Gremienstrukturen auf der Landesebene werden geprüft, verbindlicher gestaltet und den neuen Anforderungen angepasst. Der Landespsychiatriebeirat soll hierbei eine wesentliche Bündelungsfunktion übernehmen.
- Auf der kommunalen Ebene sind in allen Regionen Gemeindepsychiatrische Verbünde unter Federführung der Kommunen anzustreben.
- Auf der Ebene der Psychiatrie-Erfahrenen und gegebenenfalls ihrer Angehörigen sind im Bedarfsfall Fallbegleiterinnen oder Fallbegleiter zur Verfügung zu stellen (zum Beispiel im Rahmen eines Konzeptes zur Integrierten Versorgung), die auf der Ebene der Betroffenen die Netzwerkarbeit (mit)organisieren.

2. Systemoptimierung

- Generell ist auf lokaler Ebene (Gebietskörperschaft-

ten) eine verstärkte Transparenz der Systementwicklung und eine kontinuierliche Qualitätsoptimierung aller Systemebenen wie zum Beispiel Ausgestaltung des Erstkontaktes, Angebotssteuerung, Hilfeplanungsprozesse, externe Unterbringungen etc. unter Beteiligung aller relevanten Akteure insbesondere der Psychiatrie-Erfahrenen sicherzustellen. Die Anbindung dieser Prozesse zum Beispiel an die Psychiatriekoordinatorin / den Psychiatriekoordinator, den Gemeindepsychiatrischen Verbund ist lokal zu entscheiden.

- Förderung der Personenorientierung und Lebenswelt bezogener Hilfearrangements

Eine passgenaue individuelle Leistungserbringung sollte von Institutionen oder Immobilien entkoppelt werden. Ein Weg hierhin könnte sein, dass weitere Kommunen dem Rostocker Beispiel folgen, indem eine Zielvereinbarung mit einem Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbund abgestimmt und ein prospektives, personenbezogenes und zeitbasiertes Maßnahmebudget entwickelt wird, das eine solche individuelle Leistungserbringung unabhängig von Institutionen ermöglicht. Es sollte nach Möglichkeiten gesucht werden, dass solche Weiterentwicklungen auch den SGB V-Bereich einbezogen werden können.

- Modelle von Patientenbudgets im Rahmen der Integrierten Versorgung sollten auf weitere Patientengruppen, Krankenhäuser und Kostenträger ausgedehnt werden. In einem weiteren Schritt ist eine Verzahnung mit niedergelassenen Leistungserbringern anzustreben.
- Verständigung auf gemeindepsychiatrische Mindeststandards und Umsetzung des Basisstrukturmodells mit
 - o Subsektoren mit einer mittleren Größe zwischen etwa 20.000 – 60.000 Einwohnerinnen / Einwohnern und dort bereitzustellenden basalen niedrigschwelligen, (mobilen) primär ambulanten sozialpsychiatrischen und medizinischen Hilfen.
 - o Gebietskörperschaften und Gemeindepsychiatrischen Verbünden, in denen neben den

Angeboten der ersten Ebene tagesklinische Behandlungsangebote integriert in ein Servicehausmodell und eine Vollversorgung im Bereich Wohnen zu empfehlen sind.

- o Versorgungsregionen mit einer in der Regel im städtischen Zentralbereich angesiedelten Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, gegebenenfalls mit (virtuellen) Zentren für Altersmedizin, notwendigen Angeboten zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation und speziellen Arbeitsangeboten für psychisch Kranke und Menschen mit Behinderungen.

3. Lebenswirklichkeiten

Ein innovatives Management des regionalen psychiatrischen Hilfesystems geht von einem personenzentrierten und lebensweltbezogenen Konzept für die Behandlung, Rehabilitation und Betreuung psychisch kranker Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen und komplexem Hilfebedarf aus. Diese Hilfen müssen den Lebenswirklichkeiten folgen, indem sie auf sie abgestimmt und soweit möglich direkt in der Familie, Schule, in der Ausbildung und im Berufsfeld implementiert werden.

Dies gilt auch für den Vorrang von Hilfearrangements im Lebensfeld für ältere psychisch kranke Menschen, insbesondere im Bereich der Demenz, solange dies irgendwie im Sinne der Betroffenen und ihrer Angehörigen vertretbar / machbar erscheint. Hierfür wird empfohlen die Beratung von Angehörigen und ambulante Wohnformen weiter zu entwickeln und auszubauen.

IV. Die Arbeit in der Psychiatrie attraktiv machen

Die Abwanderung von Fachkräften und dem daraus entstehenden Fachkräftemangel muss mit intelligenten Konzepten entgegengewirkt werden.

Hierzu sollte eine landesweite Arbeitsgruppe im Rahmen des Psychiatriebeirates eingerichtet werden, die sich insbesondere um den attraktiven Ausbau von Ausbildungs-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten widmet.

Adoleszenz

- Übergangsstadium in der Entwicklung des Menschen von der Kindheit (Pubertät) hin zum vollen Erwachsensein.

Komorbidität

- Begleiterkrankung
- ein oder mehrere zusätzlich zu einer Grunderkrankung vorliegende, diagnostisch abgrenzbare Krankheits- oder Störungsbilder.

Setting

- spezifische Gestaltung der kontextuellen Bedingungen der Therapie (Einzel- oder Gruppentherapie, Gestaltung des Therapieraumes, Rolle des Therapeuten, Techniken, Interventionen und Methoden usw.).

Differentialindikation

- erfolgt nach dem Abwägen konkurrierender Möglichkeiten für den Einzelfall als voraussichtlich optimal erkannte Indikation einer bestimmten Therapie oder eines Therapeutikums.

Peergroup

- Gruppen mit Mitgliedern ähnlichen Alters, meist auch ähnlicher sozialer Herkunft und gleichen Geschlechts.

Benzodiazepine wirken

- anxiolytisch (angstlösend),
- antikonvulsiv (krampflösend),
- muskelrelaxierend (muskelentspannend),
- sedativ (beruhigend),
- hypnotisch (schlaffördernd),
- amnestisch (Erinnerung für die Zeit der Wirkdauer fehlt),
- leicht stimmungsaufhellend (jedoch kann eine depressive Grunderkrankung möglicherweise verstärkt werden),
- teils euphorisierend (je nach Dosierung und Einnahmeintervall).

Sie finden in der Psychiatrie Anwendung bei der Behandlung von Angst- und Unruhezuständen, als Notfallmedikation bei epileptischen Krampfanfällen und als Ein- und Durchschlafmittel. Ferner werden sie als Prämedikation vor Operationen verordnet, damit der Patient entspannt und angstfrei ist.

Opiate

- bestimmte Alkaloide im Opium,
- natürliche Substanzen, die im Opium vorkommen und die eine schmerzstillende Wirkung haben.

Clearingstelle

- eine Einrichtung zur Koordination und Schlichtung zwischen verschiedenen Institutionen, Trägern und Angeboten.

ICD-10

- Internationale Klassifikation der Krankheiten - 10. Revision

DSM-IV

- Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen) ist ein Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (Amerikanische Psychiatrische Vereinigung), die diese das erste Mal 1952 in den USA herausgegeben hat. Seither gibt es auch Ausgaben in anderen Ländern. Es wird als Ersatz und / oder Ergänzung für die jeweiligen Passagen im ICD-10 verwandt.

Home-Treatment

- Psychiatrische Akutbehandlung im häuslichen Umfeld.

Pflegeheim Plus

- Optimierung der medizinischen Betreuung von Pflegeheimbewohnern durch kontinuierliche und regelmäßige Arztvisiten sowie Rufbereitschaft auch außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten innerhalb der Pflegeeinrichtung,
- Vermeidung von belastenden unnötigen Krankenhauseinweisungen und Krankentransporten.

Korsakow-Syndrom

- amnestisches Psychosyndrom,
- eine zuerst bei Alkoholabhängigen beschriebene Form der Amnesie (Gedächtnisstörung).

Compliance

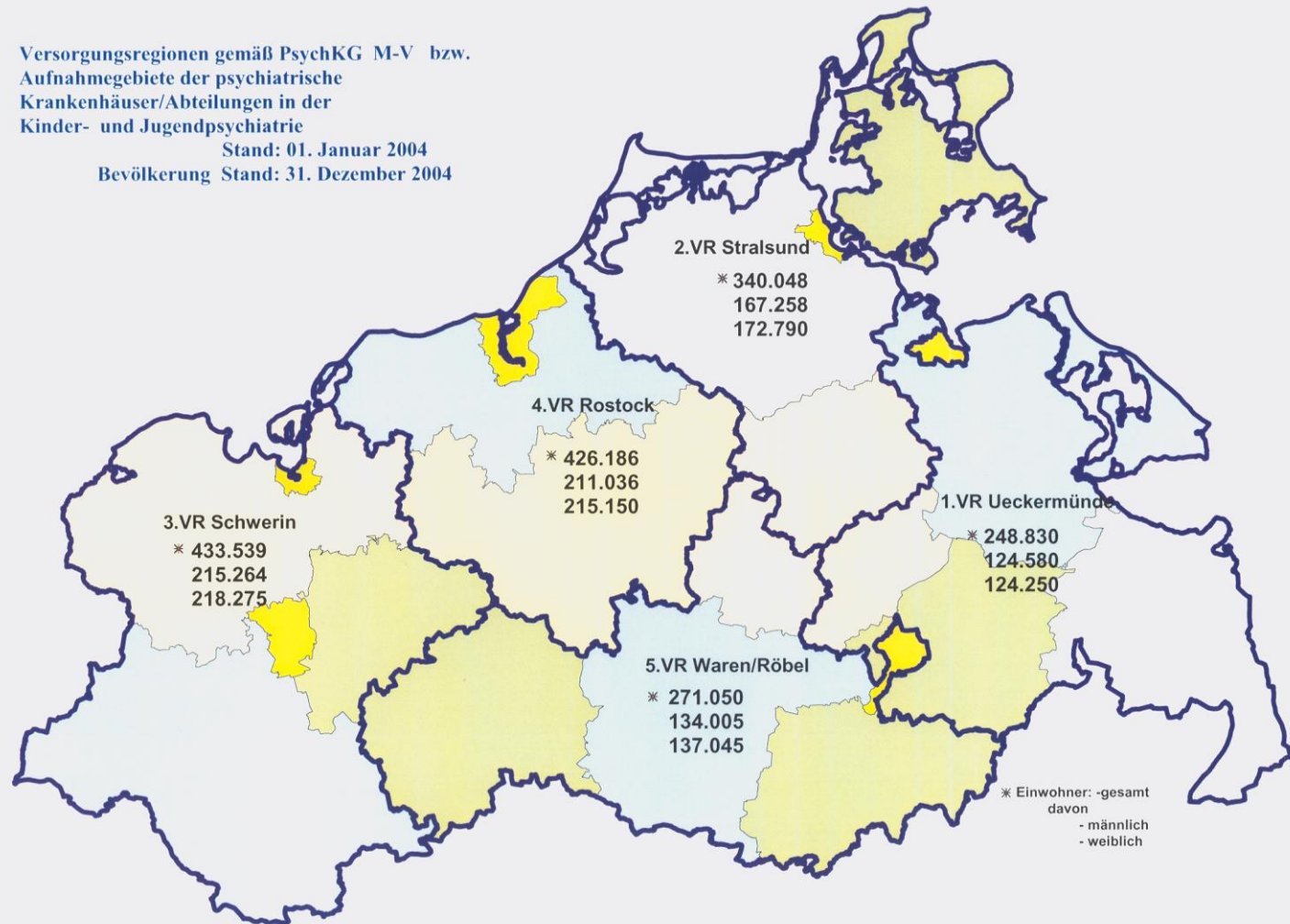
- Oberbegriff für kooperatives Verhalten der Patienten (Einhaltung von Verhaltensmaßregeln, Gesetzen und Richtlinien durch Patienten).

Case Management

- ist eine Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu gewährleisten. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können.

Anlage 1

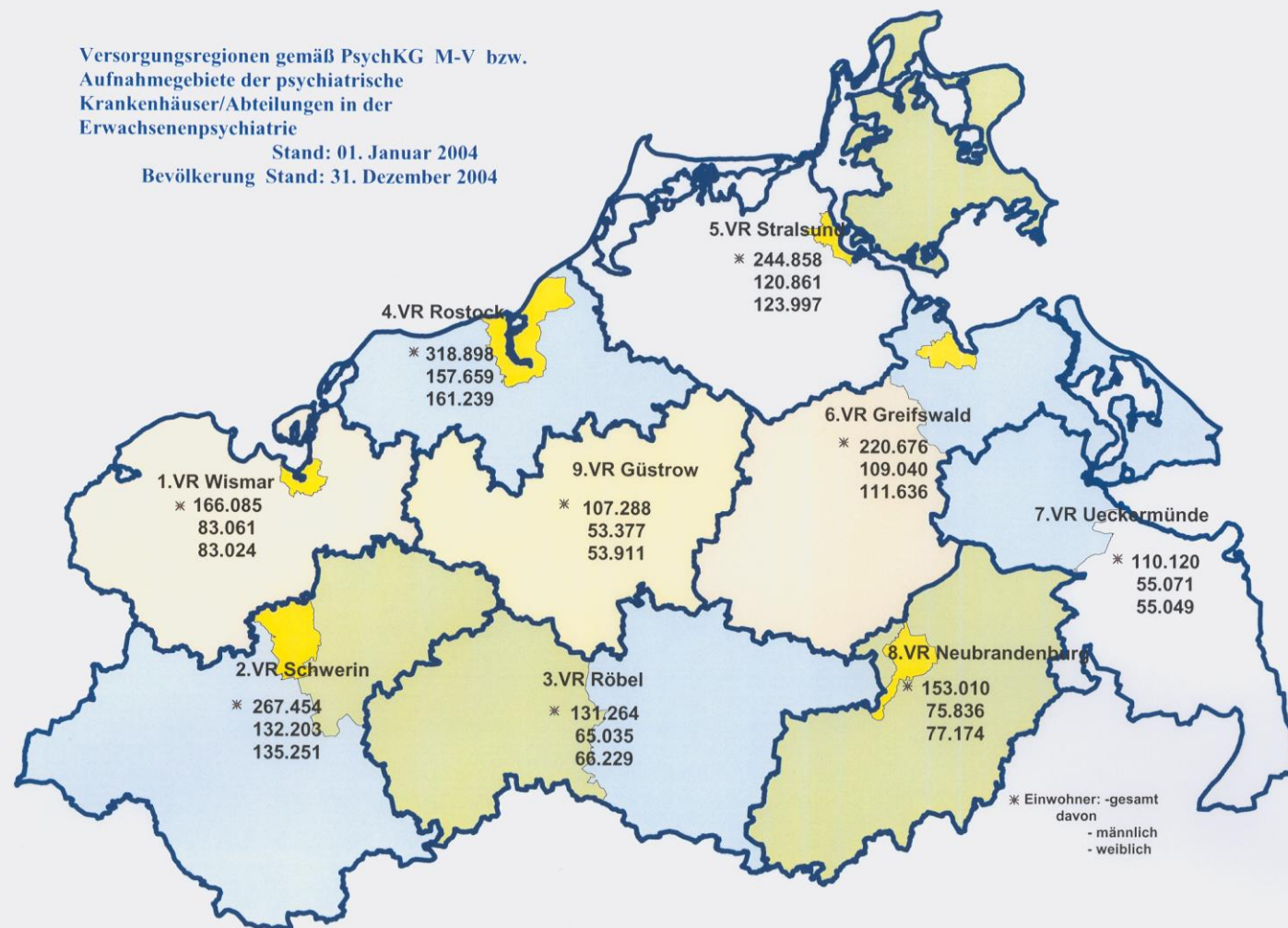
Versorgungsregionen gemäß PsychKG M-V bzw.
Aufnahmegebiete der psychiatrischen
Krankenhäuser/Abteilungen in der
Kinder- und Jugendpsychiatrie
Stand: 01. Januar 2004
Bevölkerung Stand: 31. Dezember 2004



Versorgungsregionen gemäß PsychKG M-V bzw.
Aufnahmegebiete der psychiatrische
Krankenhäuser/Abteilungen in der
Erwachsenenpsychiatrie

Stand: 01. Januar 2004

Bevölkerung Stand: 31. Dezember 2004



Anlage 2

Übersicht: Schwerpunktpraxen Sucht in Mecklenburg-Vorpommern

Schwerin Frau Dipl. Med. Margrit Spiewok Fachärztin für Allgemeinmedizin Demmlerstraße 19 19053 Schwerin	Rostock Herr Martin Förster Facharzt für Allgemeinmedizin Doberaner Straße 43 b 18057 Rostock
Parchim Frau Uta Menschikowski Fachärztin für Psychiatrie Am Wallhotel 7 19370 Parchim	Waren (Müritz) Herr Dipl. Med. Michael Nickel Facharzt für Neurologie/Psychiatrie Goethestraße 49 17192 Waren
Stralsund Frau Christiane Wietfeldt Fachärztin für Allgemeinmedizin Knieperdamm 81 18435 Stralsund	Neubrandenburg Herr Dr. med. Dieter Kreye Facharzt für Allgemeinmedizin Ziegelbergstraße 15 17033 Neubrandenburg
Güstrow Herr Dipl. Med. Volker Dieckhoff Facharzt für Allgemeinmedizin Am Berge 6 18273 Güstrow	

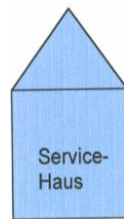
Anlage 3

Basisstrukturmodell

Basisstrukturmodell als Drei-Ebenen-Modell

1. Ebene

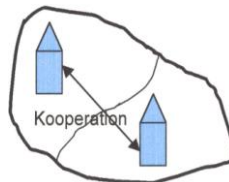
- Subsektoren ~ 40.000 - 60.000 Einwohner
- Basale Hilfen



- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung
- Ambulante sozialpsychiatrische Behandlung
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung, Kontaktfindung und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

2. Ebene

- Gebietskörperschaft
- Gemeindepsychiatrischer Verbund



- Hilfsangebote der 1. Ebene
- Tagesklinische Behandlung
- Vollversorgung im Bereich Wohnen

3. Ebene

- Versorgungsregion



- Hilfsangebote der 1. und 2. Ebene
- Klinisch-stationäre Versorgung
- Spezielle medizinische/berufliche Reha
- Spezielle Arbeitsangebote

Anlage 4

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Bundesagentur für Arbeit

Gesetzlicher Auftrag der Bundesagentur für Arbeit als Reha-Träger

Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) durch:

- **Integration** arbeitsloser behinderter Menschen in den allgemeinen Arbeits- und Ausbildungsmarkt,
- **Prävention** durch Maßnahmen und Leistungen zur Sicherung und zum Erhalt von bestehenden Arbeits- und Ausbildungsplätzen,
- **Förderung der Aufnahme einer Beschäftigung auf dem besonderen Arbeitsmarkt** einer Werkstatt für behinderte Menschen,
- **Kooperation** mit andern Rehabilitationsträgern, -einrichtungen und –verbänden sowie Selbsthilfeorganisationen.

Definition Rehabilitand:

Menschen, die

1. körperlich, geistig oder seelisch beeinträchtigt, einschließlich lernbehinderter Menschen oder denen eine solche Behinderung droht und
2. deren Aussichten am Arbeitsleben teilzuhaben oder weiter teilzuhaben wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht nur vorübergehend gemindert sind (mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist) und
3. die deshalb Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen.

Berufliche Rehabilitation:

Unterscheidung Erst- und Wiedereingliederung (berufliche Rehabilitation)

Erstmalige Eingliederung in das Arbeits- / Ausbildungsleben nach dem Schulbesuch

- Schulabgänger an der 1. Schwelle zum Arbeitsmarkt und
- Personen ohne abgeschlossene Berufsausbildung und / oder weniger als 3jährige Berufspraxis

Wiedereingliederung in das Arbeitsleben

- Personen mit abgeschlossener Berufsausbildung oder
- mit in der Regel mindestens 3jähriger Tätigkeit.

Allgemeine Grundsätze:

- allgemeine Maßnahmen vor reha-spezifischen Maßnahmen,
- betriebliche vor außerbetriebliche Maßnahmen,
- wohnortnahe Angebote vor stationärer Unterbringung.

Überblick über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation)

Feststellung des individuellen maßnahmebezogenen Förderbedarfs im Einzelfall – bezogen auf Notwendigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit		
allgemeine Leistungen	besondere Leistungen	besondere Leistungen an Arbeitgeber
• Unterstützung der Beratung und Vermittlung • Verbesserung der Aussichten auf Teilhabe am Arbeitsleben (Trainingsmaßnahmen) • Förderung der Aufnahme einer Beschäftigung (Mobilitätshilfen) • Förderung der Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit (Gründungszuschuss) • Förderung der Berufsausbildung • Förderung der beruflichen Weiterbildung • Berufsausbildung in außerbetrieblichen Einrichtungen	• Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme, Ausbildung in reha-spezifischer Ausgestaltung • Maßnahmen in Reha-Einrichtungen (wie Berufsbildungswerk, Berufsfortbildungswerk, WfbM, überbetriebliche Einrichtungen) • Ausbildungsgeld • Übergangsgeld • Teilnahmekosten • sonstige Kosten (wie Arbeitsassistent, Kraftfahrzeughilfe, technische Arbeitshilfen)	• Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung • Eingliederungszuschuss • Arbeitshilfen • Probebeschäftigung

Weitergehende Informationen rund um die Teilhabe am Arbeitsleben sind zu finden unter:

www.ausbildungberufchancen.de

Anlage 5

**Aktuelle Vorschläge zur Ergänzung der letzten Seite des D1-Bogens des IBRP
MV 2006©**

- 1. Aktuelle Problemlage aus Sicht des Hilfesuchenden:**
- 2. Welche Funktionseinschränkungen sind durch die psychische Erkrankung entstanden? Wie wirken sich diese auf die Lebensbewältigung aus?**
- 3. Was könnte ihm / ihr helfen?**
- 4. Absprachen / weitere Vorgehensweise:**