



Landeshauptstadt
Potsdam



**Psychatriekonzept
der Landeshauptstadt Potsdam
2018**



Impressum

Herausgeber:

Landeshauptstadt Potsdam
Der Oberbürgermeister

Geschäftsbereich Soziales, Jugend, Gesundheit und Ordnung
Fachbereich Soziales und Gesundheit
Hegelallee 6–10
14467 Potsdam

www.potsdam.de

Text und Bearbeitung:

Arbeitsgruppe: Planung und Steuerung (3801)
Ansprechpartnerin: Psychiatriekoordination, Eiken-Carina Magnussen
Telefon: 0331/289 2447
Eiken-Carina.Magnussen@Rathaus.Potsdam.de

Fotos:

Karyatiden am Schloss Sanssouci/Fotodesign Michael Lüder

Stand: September 2017

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Grußwort



„Es gibt keine Gesundheit ohne seelische Gesundheit“

(Weltgesundheitsorganisation, 2005)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die seelische Gesundheit gewinnt in der heutigen Zeit fortlaufend an Bedeutung. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für die Lebensqualität der Bürgerinnen und Bürger von Jung bis Alt in der Landeshauptstadt Potsdam.

Die psychosoziale und psychiatrische Versorgungslandschaft in der Landeshauptstadt Potsdam zeichnet sich durch viele professionelle und ehrenamtlich engagierte Akteure aus. Sie arbeiten gemeinsam mit dem Ziel einer bestmöglichen Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen und befähigen sie, möglichst selbstbestimmt leben sowie an der Gesellschaft teilhaben zu können. Zugleich erfahren viele Menschen mit einer psychischen Störung eine große Unterstützung durch ihre Angehörigen und ihr soziales Umfeld.

Ich möchte besonders hervorheben, dass in dem nunmehr vorliegenden Psychiatriekonzept der Landeshauptstadt Potsdam die wichtigen Perspektiven und Erfahrungswerte der Psychiatrieerfahrenen sowie der Angehörigen berücksichtigt werden konnten. Dies war nur durch ihre Offenheit, ihr Engagement und ihre Mitarbeit möglich. Ein ganz herzliches Dankeschön dafür.

Bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen ist ein Schnittstellen-Management für eine personenorientierte Versorgung von besonderer Bedeutung. Dieses erfordert Vernetzungen und verbindliche Kooperationen aller Akteure. Das erste Psychiatriekonzept der Landeshauptstadt dient in diesem Sinne als Grundlage, in Arbeitsgemeinschaften, Gremien, Institutionen, und mit anerkannten Trägern, Initiativen sowie den Stadtverordneten fortlaufend die Versorgungs- und Unterstützungsmöglichkeiten zu optimieren. Das erste Psychiatriekonzept der Landeshauptstadt Potsdam soll dazu beitragen, die öffentliche Wahrnehmung zu fördern und darüber hinaus ein Bewusstsein für die Bedürfnisse der Menschen sowie die Herausforderungen bei psychischen Störungen zu entwickeln.

Menschen mit psychischen Störungen müssen am Leben teilhaben können.

Ihr Mike Schubert

Beigeordneter für Soziales, Jugend,
Gesundheit und Ordnung

Zusammenfassung

Einführung

Die seelische und physische Gesundheit sind gleichermaßen wichtig für das Wohlbefinden der Menschen (Weltgesundheitsorganisation - WHO, 2011). Die seelische Gesundheit ist maßgeblich mit Lebensqualität verbunden und „wirkt sich positiv auf Lernen, Arbeiten und eine aktive Teilnahme an der Gesellschaft aus“ (Europäische Union - EU & WHO, 2008). Psychische Störungen haben enorme Auswirkungen für die erkrankte Person, die Familie sowie auf das persönliche Umfeld und führen mittlerweile am häufigsten zu krankheitsbedingten Behinderungen (Robert Koch-Institut, 2015; EU & WHO, 2008).

1. Theoretischer Hintergrund

Die Gesundheitsberichterstattung ist die „fachliche Grundlage für eine zielorientierte Gesundheitsplanung und die Durchführung von Maßnahmen zur Überwindung von Defiziten in der Gesundheitsförderung, Prävention sowie Versorgung“ (§ 9 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz – BbgGDG). Laut § 6 Abs. 3 Satz 1 Brandenburgisches Psychisch-Kranken-Gesetz (BbgPsychKG) wirkt die kreisfreie Stadt darauf hin, „dass die für eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung erforderlichen Angebote im ambulanten, stationären, teilstationären und rehabilitativen Bereich in erreichbarer Nähe zu ihrem jeweiligen örtlichen Zuständigkeitsbereich vorhanden sind.“

Die WHO definiert seelische Gesundheit als einen „Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“ (WHO, 2016). Zur Klassifizierung einer psychischen Störung wird die *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* verwendet. Zur Beschreibung der Teilhabeorientierung wird die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ergänzend hinzugezogen.

2. Datengrundlage

Als Datengrundlage werden verschiedene Datenquellen, wie amtliche Statistiken, Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Sozialversicherungsdaten, Daten des Jahres- und Qualitätsberichtes der *Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikums Ernst von Bergmann gGmbH* sowie Daten der Landeshauptstadt Potsdam verwendet. Als eine weitere Datengrundlage dient ein Erhebungsbogen, der an Träger in der Landeshauptstadt Potsdam im 1. Quartal 2017 versendet wurde. Mithilfe des Bogens wurde die psychosoziale und psychiatrische Versorgung in der Landeshauptstadt Potsdam erhoben. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Verfügbarkeit von Daten zum Themenkomplex der psychischen Störungen sowie deren Datenqualität sehr unterschiedlich sind. Valide Daten liegen häufig, zumeist bei kleinräumlichen Betrachtungen, nicht vor.

3. Versorgung in der Landeshauptstadt Potsdam

In der Landeshauptstadt Potsdam berät und betreut der Sozialpsychiatrische Dienst Menschen mit psychischen Störungen sowie psychisch gefährdete Menschen sowie deren Angehörige (§ 8 BbgGDG). Neben der psychiatrischen Versorgung auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches V, gibt es in der Landeshauptstadt Potsdam verschiedene komplementäre Angebote, wie das niederschwellige, kostenlose und anonyme Angebot der Kontakt- und Beratungsstelle. Bürger*innen mit einer wesentlichen Behinderung stehen nach

dem Sozialgesetzbuch XII auch Leistungen der Sozialhilfe, z.B. Eingliederungshilfe, zur Verfügung. Als Beispiele für die Eingliederungshilfe sind die Tagesstätte, verschiedene unterstützte ambulante bzw. stationäre Wohnformen oder Werkstätten für behinderte Menschen zu nennen.

4. Zusammenwirken der Beteiligten

Die gesetzliche Aufgabe der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) der Landeshauptstadt Potsdam ist, auf eine Zusammenarbeit aller an der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen beteiligten Akteuren hinzuwirken (§ 7 Abs. 3 BbgPsychKG). Die Landeshauptstadt Potsdam hat ihr Votum bei Planungen und Entscheidungen für eine gemeindenaher und bedarfsgerechter psychiatrischer Versorgung zu hören (§ 7 Abs. 4 Brandenburgisches Psychisch-Kranken-Gesetz). Die PSAG stellt aber keine verbindliche Kooperation zwischen den Akteuren dar.

5. Bedarfslagen in der Landeshauptstadt Potsdam

Die Bedarfslagen sind aus verschiedenen Perspektiven beschrieben. Die Psychiatrieerfahrenen fordern der Kontakt zur Gesellschaft und die Sensibilisierung des Umfelds, als einen wichtigen Aspekt in der Lebensgestaltung und im Genesungsprozess, ein. Die Angehörigen weisen auf das Fehlen einer Angehörigengruppe und der Zusammenstellung von Informationen hin. Zudem wünschen sie sich weitere aufsuchende Angebote für ihre erkrankten Angehörigen. Aus Perspektive der gesetzlichen Betreuung werden langfristige Lebens- und Wohnmöglichkeiten, auch für junge und ältere Menschen sowie für Menschen mit einem erheblichen Hilfebedarf, gefordert. Des Weiteren ist ein fortlaufender Informationsaustausch mit den an der Versorgung des jeweiligen Menschen beteiligten Akteuren gewünscht. Die Träger benennen vorrangig Versorgungsbedarfe in den Themenfelder Kinder/Eltern, Angehörige sowie Wohnen. Die Förderung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, besonders von psychisch erkrankten Eltern, ist eine äußerst wichtige Aufgabe für die Landeshauptstadt Potsdam.

6. Empfehlungen

In der Landeshauptstadt Potsdam existiert eine differenzierte Versorgungslandschaft. Es gibt ein Netz an stationären, teilstationären und ambulanten psychiatrischen sowie psychosozialen Versorgungsmöglichkeiten. Unabhängig von bestimmten Versorgungsbedarfen ist erforderlich, die Rahmenbedingungen für das psychiatrische und psychosoziale Hilfesystem in der Landeshauptstadt Potsdam optimal für eine personenzentrierte und nachhaltige Versorgung zu gestalten. Durch die „zersplitterte Versorgungsstruktur“ können Steuerungsprobleme resultieren, die die Behandlungs- und Betreuungsqualität im Einzelfall negativ beeinflussen (Landesverband Sozialpsychiatrie, 2014). Dabei hängt die kommunale Versorgungsqualität vor allem von „den Übergängen und in der einrichtungsübergreifenden Abstimmung individueller Patientenpfade sowie an der koordinierten Weiterentwicklung der gesamten Hilfestruktur in der Region“ ab (Landesverband Sozialpsychiatrie, 2014). Deshalb wird die Initiierung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Landeshauptstadt Potsdam als eine außerordentlich wichtige und die Rahmenbedingungen nachhaltig verändernde Maßnahme vorgeschlagen. Weitere Zielsetzungen und Maßnahmen werden in dem Bereich Kommune und Öffentlichkeit sowie den fünf Säulen der Landeshauptstadt Potsdam (Gesunde Kinder und Familie; Gesunde Jugend; Gesunder Betrieb; Gesunde Lebensmittel und Gesundes Altern) entwickelt und zugeordnet.

Inhalt

Abbildungsverzeichnis.....	1
Tabellenverzeichnis.....	3
Abkürzungsverzeichnis.....	5
Einführung	7
1. Theoretischer Hintergrund	9
1.1. Gesetzliche Grundlagen und Planungsauftrag	9
1.2. Definition, Ursachen und Klassifikationen seelischer Gesundheit und psychischen Störungen	10
1.3. Grundprinzipien der Versorgung in der Landeshauptstadt Potsdam.....	13
2. Datengrundlage	16
2.1. Demographische Daten der Landeshauptstadt Potsdam	16
2.2. Schwerbehinderung in der Landeshauptstadt Potsdam	18
2.3. Epidemiologische Daten zu Kindern und Jugendlichen	19
2.4. Epidemiologische Daten zu Erwachsenen	24
2.5. Epidemiologische Daten zu Geflüchteten.....	29
2.6. Epidemiologische Daten zu Senioren.....	32
2.7. Sozialversicherungsdaten und Gesundheitsausgaben	34
2.8. Mortalität bei psychischen Erkrankungen	37
2.9. Daten aus der Eingliederungshilfe.....	39
2.10. Daten der Erhebung.....	44
3. Versorgung in der Landeshauptstadt Potsdam	52
3.1. Sozialpsychiatrischer Dienst	52
3.2. Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	54
3.2.1. Kinder von psychisch erkrankten Eltern.....	55
3.3. Allgemeinpsychiatrie und Gerontopsychiatrie.....	55
3.3.1. Notfallversorgung.....	55
3.3.2. Stationäre und teilstationäre Versorgung	56
3.3.3. Niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten.....	58
3.3.4. Psychiatrische Institutsambulanzen	58
3.3.5. Ergo- und Soziotherapie	60
3.3.6. Rehabilitation.....	61
3.3.7. Psychiatrische Krankenpflege.....	62
3.4. Komplementäre Angebote.....	63
3.4.1. Kontakt- und Beratungsstelle.....	63
3.4.2. Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	64
3.4.2.1. Tagesstätte	64
3.4.2.2. Wohnformen	64
3.4.3. Teilhabe am Arbeitsleben	67
3.4.4. Hilfen in besonderen Lebensverhältnissen	71
3.5. Weitere Zielgruppen.....	72
3.5.1. Menschen mit einem erheblichen Hilfebedarf	72
3.5.2. Geflüchtete	74

3.6.	Freiwilliges Engagement und Selbsthilfe	75
4.	Zusammenwirken der Beteiligten	79
4.1.	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft	79
4.2.	Vernetzungen in der Landeshauptstadt Potsdam	80
4.3.	Qualitätsmanagement	82
5.	Bedarflagen in der Landeshauptstadt Potsdam	84
5.1.	Versorgungsbedarfe aus Perspektive der Psychiatrieerfahrenen	84
5.2.	Versorgungsbedarfe aus Perspektive der Angehörigen	85
5.3.	Versorgungsbedarfe aus Perspektive der gesetzlichen Betreuenden.....	86
5.4.	Versorgungsbedarfe und Planungen aus Perspektive der Träger	86
6.	Empfehlungen	89
6.1.	Gemeindepsychiatrischer Verbund	89
6.2.	Zielsetzungen und Maßnahmen	92
	Literatur	100
	Resümees	110
	Anhang	115
	Glossar	124

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: ICF (WHO, 2005a)	12
Abbildung 2: Gesundheitspolitischer Aktionszyklus (BZgA, 2015)	15
Abbildung 3: Herkunftsländer der Geflüchteten in den GU der LHP - Stand: 09/2017 (Fachbereich Soziales und Gesundheit)	17
Abbildung 4: Altersstruktur der Geflüchteten in den GU in der LHP - Stand: 10/2016 (Fachbereich Soziales und Gesundheit)	17
Abbildung 5: Schwerbehinderte nach Art der erheblichsten Beeinträchtigungen in der LHP am 31.12.2016 (Statistik und Wahlen, 2017)	18
Abbildung 6: ADHS nach Schuleingangsuntersuchungen 2008 bis 2015 in der LHP (Potsdamer Gesundheitsatlas, 2016)	23
Abbildung 7: Verteilung der Diagnosen bei behandelten Geflüchteten im Jahr 2015 (Gouzoulis-Mayfrank, 2017)	30
Abbildung 8: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in die RV in Brandenburg in 2015 (Destatis, 2016)	35
Abbildung 9: Krankheitskosten je Einwohner in € für Deutschland nach Diagnosegruppen pro Jahr (GBE, 2010)	36
Abbildung 10: Krankheitskosten je Einwohner in € für Deutschland nach ICD-10 F00- F99 (GBE, 2010)	37
Abbildung 11: Fallzahlen der Eingliederungshilfe für Erwachsene mit einer seelischen Behinderung - Stichtag 12/2016 (AG 3842)	42
Abbildung 12: Leistungsart (Erhebungsbogen)	44
Abbildung 13: Vorrangiger Kostenträger (Erhebungsbogen)	45
Abbildung 14: Vorrangiges Einzugsgebiet (Erhebungsbogen)	45
Abbildung 15: Altersverteilung (Erhebungsbogen)	48
Abbildung 16: Durchschnittliche Anzahl der Patienten/Klienten mit Sozialkontakten (Erhebungsbogen)	49
Abbildung 17: Anzahl der Patienten/Klienten anhand Sozialraumstruktur (Erhebungsbogen)	50
Abbildung 18: Hausbesuche des SpDi aufgrund einer möglichen Unterbringungen in der LHP	53
Abbildung 19: Aufnahmen in die vollstationäre Behandlung (EvB gGmbH, 2014)	56
Abbildung 20: Diagnoseverteilung in der PIA der Allgemeinpsychiatrie in der LHP (EvB gGmbH, 2014)	60
Abbildung 21: Unterbringung in der Versorgungsregion Potsdam in Fällen pro 100.000 erwachsene Einwohner (Bipolaris, 2015)	73
Abbildung 22: Interne Fortbildungen (Erhebungsbogen)	83
Abbildung 23: Interne Supervisionen (Erhebungsbogen)	83
Abbildung 24: Externe Supervisionen (Erhebungsbogen)	83
Abbildung 25: Wünsche und Bedarfe von Psychiatrieerfahrenen	84
Abbildung 26: Versorgungsbedarfe aus Perspektive der gesetzlichen Betreuung	86
Abbildung 27: Versorgungsbedarfe aus Perspektive der Träger – Priorität 1 (Erhebungsbogen)	87
Abbildung 28: Versorgungsbedarfe aus Perspektive der Träger – Priorität 2 (Erhebungsbogen)	87

Abbildung 29: Versorgungsbedarfe aus Perspektive der Träger – Priorität 3 (Erhebungsbogen)	88
Abbildung 30: Mögliche Struktur und Zusammenarbeit bei der Initiierung eines GPV	91
Abbildung 31: Anzahl der Patienten/Klienten anhand der Sozialraumstruktur in Kartenformat (Erhebungsbogen)	118

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Klassifizierung von Störungen der psychischen Entwicklung anhand der ICD-10 F00-F99	11
Tabelle 2: Einteilung der Umweltfaktoren (WHO, 2005)	12
Tabelle 3: Bevölkerungsprognose für die Landeshauptstadt Potsdam 2017 bis 2035 (Statistik und Wahlen, 2016)	16
Tabelle 4: Schwerbehinderte durch geistige, nervliche, seelische Krankheiten in der LHP (Statistik und Wahlen, 2017a)	18
Tabelle 5: Schätzung zu psychischen Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in der LHP	19
Tabelle 6: Schutzfaktoren bei Kindern von psychisch erkrankten Eltern (Plass et al., 2016)	21
Tabelle 7: Schätzung zu depressiven Störungen von Kindern und Jugendlichen in der LHP	22
Tabelle 8: Schätzung zu Angststörungen von Kindern und Jugendlichen in der LHP	22
Tabelle 9: Schätzung zu Störungen des Sozialverhaltens von Kindern und Jugendlichen in der LHP	23
Tabelle 10: Schätzung der Essstörungen von Kindern und Jugendlichen in der LHP	24
Tabelle 11: Prävalenz von Angststörungen bei den 18- bis 79-Jährigen (RKI, 2015)	25
Tabelle 12: Schätzung zu Angststörungen von Erwachsenen in der LHP	26
Tabelle 13: Schätzung zu Angststörungen von Erwachsenen nach Geschlecht in der LHP	26
Tabelle 14: Schätzung zu Depressionen von Erwachsenen in der LHP	27
Tabelle 15: Prävalenz von Schlafstörungen bei Erwachsenen nach Geschlecht	28
Tabelle 16: Schätzung zu chronischem Stress von Erwachsenen in der LHP	28
Tabelle 17: Prävalenzen psychiatrischer Störungen bei Geflüchteten	29
Tabelle 18: Anteil von Geflüchteten an den Behandlungsfällen in 2015 (Gouzoulis-Mayfrank, 2017)	30
Tabelle 19: Schätzung zu psychischen Störungen von Geflüchteten in der LHP	31
Tabelle 20: Schätzung der Depressionen ab 55 Jahre in der LHP nach Geschlecht	34
Tabelle 21: Durchschnittliches Alter der Gestorbenen in Lebensjahren in Brandenburg (GBE, 2016)	38
Tabelle 22: Anzahl der Suizide im Land Brandenburg 2011 bis 2015 (Statistik Berlin-Brandenburg, 2016; Statistik Berlin-Brandenburg 2015)	38
Tabelle 23: Anzahl der Suizide im Jahr 2015 in Deutschland (Destatis, 2016a)	38
Tabelle 24: Todesursachen bei Jugendlichen und Erwachsenen bis unter 30 Jahre in Deutschland im Jahr 2015 (GBE, 2017a)	39
Tabelle 25: Fallzahlen der teilstationären EGH in der LHP im Jahresdurchschnitt (LASV, 2016)	40
Tabelle 26: Fallzahlen der stationären EGH in der LHP im Jahresdurchschnitt (LASV, 2016)	40
Tabelle 27: Übersicht der relevanten LT (LASV, 2005)	41
Tabelle 28: LB in den Tagesstätte in der LHP und im Land Brandenburg von 2003 – 2014 (con_sens, 2017)	43

Tabelle 29: Kosten der Tagesstätte in der LHP und im Land Brandenburg von 2003 – 2014 (con_sens, 2017)	43
Tabelle 30: Kategorisierung der Angaben der Teilnehmenden zu Weitervermittlungen (Erhebungsbogen)	47
Tabelle 31: Durchschnittliche Gesamtzahl der Personalstellen (Erhebungsbogen)	51
Tabelle 32: stationäre und teilstationäre Fallzahlen im Klinikum EvB gGmbH (EvB gGmbH, 2014)	57
Tabelle 33: Ambulant unterstütztes Wohnen in der LHP nach §§ 53f. SGB XII	65
Tabelle 34: Ambulante Wohngemeinschaften in der LHP	66
Tabelle 35: Stationäre Wohnangebote in der LHP	66
Tabelle 36: WfbM in der LHP	69
Tabelle 37: Ambulante Wohnhilfe nach §§ 67f. SGB XII	71
Tabelle 38: Ambulant betreutes Gruppenwohnen nach §§ 67/68 SGB XII	72
Tabelle 39: Unterbringungen nach Ordnungsbehördengesetz	72
Tabelle 40: Abgleich der Forderungen der DGPPN (2016) mit dem psychosozialen Hilfesystem in der LHP	74
Tabelle 41: Selbsthilfegruppen in der LHP nach ICD-10 (AlliSe, 2017)	77
Tabelle 42: Stimmberechtigte Institutionen der PSAG der LHP (Stand 20.09.2017)	79
Tabelle 43: Kategorisierung der genannten Vernetzungen in der LHP außerhalb der PSAG (Erhebungsbogen)	81
Tabelle 44: Wünsche und Umsetzungsvorschläge Angehöriger von psychisch erkrankten Menschen	85
Tabelle 45: Initiierung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes	92
Tabelle 46: Maßnahmen im Bereich „Kommune und Öffentlichkeit“	93
Tabelle 47: Maßnahmen im Lebensbereich „Gesunde Kinder und Familie“ und „Gesunde Jugend“	95
Tabelle 48: Maßnahmen im Lebensbereich „Gesunder Betrieb“	96
Tabelle 49: Maßnahmen im Lebensbereich „Gesunde Lebensmittel“ und „Gesundes Altern“	97
Tabelle 50: Übersicht der Bundesländer anhand von Landespsychiatrieplänen	116
Tabelle 51: Forderungen der Europäischen ministeriellen WHO-Konferenz zur seelischen Gesundheit (WHO, 2005)	116
Tabelle 52: Bevölkerungsprognose nach Altersgruppen für die Landeshauptstadt Potsdam 2014 bis 2035	117
Tabelle 53: Ziele und Aufgaben von KBS (MASGF, 2015)	119
Tabelle 54: Geschäftsordnung PSAG der LHP	120
Tabelle 55: Qualitätsstandards für GPV	122

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
ABW	Ambulant betreutes Wohnen
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AG	Arbeitsgemeinschaft
AK	Arbeitskreis
API	Akademie für Psychotherapie und Interventionsforschung
AU-Tage	Arbeitsunfähigkeitstage
AuW	Ambulant unterstütztes Wohnen
AWO	Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Potsdam e.V.
AZR	Ausländerzentralregister
BAG GPV	Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.
BAG if	Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen e.V.
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BbgGDG	Gesetzes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg – Brandenburgisches Gesundheitsgesetz
BbgPsychKG	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen sowie über den Vollzug gerichtlich angeordneter Unterbringung für psychisch kranke und seelisch Behinderte Menschen im Land Brandenburg – Brandenburgisches Psychisch-Kranken-Gesetz
BDK	Bundesdirektorenkonferenz – Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie
BELLA	Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BTZ	Berufliches Trainingszentrum
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DEGS1	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
Destatis	Statistisches Bundesamt
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
EGH	Eingliederungshilfe
EU	Europäische Union
EvB gGmbH	Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH
FBD	Fachberatungsdienst Migrationssozialarbeit
FF	Federführung
FrühV	Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder – Frühförderungsverordnung
G-Ba	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GPV	Gemeindepsychiatrischer Verbund
GU	Gemeinschaftsunterkunft/Gescheimschaftsunterkünfte
HBG	Hilfebedarfsgruppe

ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
KBS	Kontakt- und Beratungsstelle für psychisch kranke Menschen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KVBB	Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
LAPK	Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Brandenburg
LASV	Landesamt für Soziales und Versorgung
LB	Leistungsberechtigte
LHP	Landeshauptstadt Potsdam
LT	Leistungstypen
MASGF	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
N	Gesamtmenge
NOW!	Normaler Wahnsinn
OBG	Gesetz über Aufbau und Befugnisse der Ordnungsbehörden – Ordnungsbehördengesetz
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz/en
PNA	Psychiatrische Notaufnahme
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft der Landeshauptstadt Potsdam
PTSD	Posttraumatische Belastungsstörungen
RKI	Robert Koch-Institut
RPK	Rehabilitation psychisch Kranker
RV	Gesetzliche Rentenversicherung
SEKIZ	Selbsthilfe-, Kontakt- und Informationszentrum e.V.
SGB	Sozialgesetzbuch
SGKV	Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen
SMI	Severe Mental Illness – Menschen mit schweren psychischen Störungen
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO	World Health Organization – Weltgesundheitsorganisation als Sonderorganisation der Vereinten Nationen
ZNA	Zentrale Notaufnahme
€	Euro

Einführung

Die seelische¹ und physische Gesundheit sind gleichermaßen wichtig für das Wohlbefinden der Menschen (World Health Organization - Weltgesundheitsorganisation als Sonderorganisation der Vereinten Nationen - WHO, 2011). Im Europäischen Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden wird seelische Gesundheit als ein Menschenrecht anerkannt (Europäische Union – EU & WHO, 2008). Die seelische Gesundheit ist maßgeblich mit Lebensqualität verbunden und „wirkt sich positiv auf Lernen, Arbeiten und eine aktive Teilnahme an der Gesellschaft aus“ (EU & WHO, 2008).

„In modernen Industrie-, Dienstleistungs- und Wissensgesellschaften treten körperliche Kraft und Ausdauer in den Hintergrund und mentale Leistungen in den Vordergrund“, wodurch psychische Störungen² und Beeinträchtigungen immer mehr an Bedeutung erlangen (Robert Koch-Institut – RKI, 2015). Schätzungen zufolge haben ca. 11% der europäischen Bevölkerung (fast 50 Millionen Menschen) psychische Störungen, wobei eine unterschiedliche Verteilung bei Männern und Frauen vorliegt. (EU & WHO, 2008). Psychische Störungen haben enorme Auswirkungen für die erkrankte Person, die Familie und das persönliche Umfeld und führen mittlerweile am häufigsten zu krankheitsbedingten Behinderungen (RKI, 2015; EU & WHO, 2008). Neben den umfangreichen persönlichen Auswirkungen führen psychische Störungen auch zu großen Belastungen der Gesundheits-, Bildungs-, Wirtschafts-, Arbeitsmarkt- und Sozialsysteme (EU & WHO, 2008). In Deutschland liegen die Krankheitskosten bei psychischen Störungen mit 350 Euro pro Einwohner nach Krankheiten des Herzkreislauf- und Verdauungssystems an dritter Stelle (RKI, 2015).

Das Psychiatriekonzept der Landeshauptstadt Potsdam kann nicht an einem Landespsychiatrieplan ausgerichtet werden, da im Land Brandenburg, im Vergleich zu elf anderen Bundesländern, noch kein entsprechender Plan existiert³. Um sich der wichtigen Thematik der psychischen Gesundheit und der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen in der Landeshauptstadt Potsdam (LHP) fortlaufend und nachhaltig widmen zu können, ist zunächst ein ausführliches Psychiatriekonzept, auch zur aktuellen Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Störungen, erforderlich. Im Jahr 1999 wurde der letzte „Bericht zur Betreuungs- und Versorgungssituation psychisch Kranker in der Stadt Potsdam“ veröffentlicht. Das vorliegende Psychiatriekonzept ist als Neustart der Gesundheitsberichterstattung zur Erhebung der Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Störungen zu verstehen und dient als Grundlage für die Gesundheitsplanung und bedarfsgerechte Steuerung in Bezug auf die seelische Gesundheit und psychiatrische sowie psychosoziale Versorgung in der Landeshauptstadt Potsdam.

¹ Die Begriffe seelische Gesundheit und psychische Gesundheit sind synonym zu verwenden.

² Die Begrifflichkeiten psychische Störung, psychiatrische Störung, psychische Erkrankung und psychische Krankheit werden in dem vorliegenden Konzept synonym verwendet. In Anlehnung an die International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) wird der Begriff psychische Störung verwendet.

³ Eine differenzierte Auflistung nach den Bundesländern liegt im Anhang bei (vgl. Tabelle 50).

Das vorliegende Psychiatriekonzept ist in sechs große Kapitel gegliedert.

- Im **1. Kapitel** wird der theoretische Hintergrund anhand der gesetzlichen Grundlagen beschrieben sowie der Planungsauftrag vorgestellt. Es folgen die Definition, mögliche Ursachenbeschreibungen und Klassifikationen von seelischer Gesundheit und psychischen Störungen. Im Anschluss werden die Grundprinzipien der Versorgung in der Landeshauptstadt Potsdam erläutert.
- Im **2. Kapitel** wird die Datengrundlage präsentiert, die als Basis für Planungen herangezogen wird. In diesem Kapitel werden neben den demographischen Daten der Landeshauptstadt Potsdam, auch die epidemiologischen Daten⁴ anhand der Krankheitshäufigkeit (Prävalenz⁵) zu den verschiedenen Zielgruppen, wie Kinder und Jugendliche, Erwachsene und Senioren, vorgestellt. Ergänzend werden die Auswirkungen von psychischen Störungen auf die Sozialversicherungssysteme und die Mortalität abgebildet. Des Weiteren werden Daten aus der Eingliederungshilfe (EGH) und von der Erhebung, die bei den relevanten Trägern der Landeshauptstadt durchgeführt wurde, vorgestellt.
- Im **3. Kapitel** wird die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen in der Landeshauptstadt Potsdam anhand des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) und von verschiedenen Zielgruppen beschrieben und analysiert. Im Anschluss werden die vorhandenen komplementären psychosozialen Versorgungsangebote differenziert dargestellt. Unter komplementären Angeboten sind beispielsweise die Kontakt- und Beratungsstelle für psychisch kranke Menschen (KBS), die Teilhabe am Leben der Gemeinschaft oder das freiwillige Engagement sowie die Selbsthilfe verortet.
- Für eine optimale psychosoziale und psychiatrische Versorgung ist das Zusammenwirken und die Vernetzung der verschiedenen Beteiligten entscheidend, weshalb dies im **4. Kapitel** gesondert thematisiert wird.
- Im **5. Kapitel** werden die Bedarfslagen anhand verschiedener Perspektiven dargestellt. Dabei werden die Bedarfsplanung aus Perspektive der Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen, gesetzlichen Betreuung, relevanten Träger und die mitgeteilten Bedarfslagen aus dem Fachbereich Soziales und Gesundheit der Landeshauptstadt Potsdam berücksichtigt.
- Das Psychiatriekonzept schließt im **6. Kapitel** mit Empfehlungen für die psychiatrische und psychosoziale Versorgungslandschaft in der Landeshauptstadt Potsdam auf Grundlage der generierten Erkenntnisse ab.

Jedes Kapitel schließt mit einem Resümee ab. Diese einzelnen Resümees werden am Ende des Psychiatriekonzeptes zusammengefasst.

⁴ Epidemiologie ist ein Wissenschaftszweig, der sich mit der Verteilung von Krankheiten und deren physikalischen, chemischen, psychischen und sozialen Determinanten und Folgen in der Bevölkerung befasst (Egger, Razum & Brzoska, 2014).

⁵ Als Prävalenz wird die Häufigkeit einer Krankheit oder eines Symptoms in einer Bevölkerung oder in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt bezeichnet (Egger, Razum & Brzoska, 2014).

1. Theoretischer Hintergrund

Im nachfolgenden Kapitel wird der theoretische Hintergrund anhand der gesetzlichen Grundlagen sowie der Planungsauftrag vorgestellt. Des Weiteren wird die Definition für psychische Störungen der WHO herangezogen, mögliche Ursachen vorgestellt und eine Einordnung anhand von zwei unterschiedlichen Klassifikationen vorgenommen. Zudem werden die Auswirkungen von psychischen Störungen mithilfe der *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) exemplarisch beschrieben. Das Kapitel schließt mit den Grundprinzipien des Psychatriekonzepts und dem Gesundheitspolitischen Aktionszyklus ab.

1.1. Gesetzliche Grundlagen und Planungsauftrag

Im § 1 des *Gesetzes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Brandenburg (Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz - BbgGDG)* sind die Ziele und Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes formuliert, dass durch die fachliche Beratung und Aufklärung auf gesunde und gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse und gleiche Gesundheitschancen für alle hinzuwirken ist. „Der öffentliche Gesundheitsdienst stärkt die gesundheitliche Eigenverantwortung und wirkt auf die Vermeidung von Gesundheitsrisiken und gesundheitlichen Beeinträchtigungen hin“ (§ 1 Absatz (Abs.) 1 Satz 2 BbgGDG). Darunter fällt insbesondere auch die Sicherstellung der Aufgaben bezüglich der „Gesundheitsberichterstattung und Koordinierung von gesundheitlichen Leistungen und Angeboten“ (§ 1 Abs. 2 Satz 3 BbgGDG). Im § 9 des BbgGDG sind die Rahmenbedingungen für die Gesundheitsberichterstattung und die Gesundheitsplanung hinterlegt: „Die Gesundheitsberichterstattung ist auf kommunaler und auf Landesebene fachliche Grundlage für eine zielorientierte Gesundheitsplanung und die Durchführung von Maßnahmen zur Überwindung von Defiziten in der Gesundheitsförderung, Prävention sowie Versorgung“. Dabei sind auf Grundlage der Berichterstattung mit allen Beteiligten im Gesundheitswesen fachliche Zielvorstellungen und Planungen zu formulieren sowie Maßnahmen zur Überwindung der ausgewiesenen Herausforderungen zu vereinbaren (§ 9 Abs. 3 BbgGDG). Laut § 6 Abs. 3 Satz 1 des *Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen sowie über den Vollzug gerichtlich angeordneter Unterbringung für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen im Land Brandenburg (Brandenburgisches Psychisch-Kranken-Gesetz – BbgPsychKG)* wirkt die kreisfreie Stadt darauf hin, „dass die für eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung erforderlichen Angebote im ambulanten, stationären, teilstationären und rehabilitativen Bereich in erreichbarer Nähe zu ihrem jeweiligen örtlichen Zuständigkeitsbereich vorhanden sind.“ Dabei hat die Landeshauptstadt Potsdam die koordinierende und steuernde Aufgabe in der Versorgung von Menschen mit einer psychischen Störung und von Menschen mit einer seelischen Behinderung in ihrem örtlichen Zuständigkeitsbereich sicherzustellen (§ 7 Abs. 1 BbgPsychKG). Eine Definition einer bedarfsgerechten Versorgung in dem jeweiligen Bereich (ambulant, stationär, teilstationär und rehabilitativ) liegt weder auf Landes- noch auf Bundesebene vor.

1.2. Definition, Ursachen und Klassifikationen seelischer Gesundheit und psychischer Störungen

Die WHO definiert seelische Gesundheit als einen „Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“ (WHO, 2016). Der Leitsatz der Europäischen Kommission (2005) lautet „Keine Gesundheit ohne seelische Gesundheit“ und verdeutlicht die unabdingbare Bedeutung und Wichtigkeit von seelischer Gesundheit. Seelische Gesundheit ist für Menschen eine wesentliche Voraussetzung für Lebensqualität, Leistungsfähigkeit, soziale Teilhabe und die Verwirklichung seiner Potenziale (RKI, 2013). Laut WHO (2005) ist „das primäre Ziel der Aktivitäten im Bereich psychischer Gesundheit das Wohlbefinden und Wirken der Menschen, indem auf ihre Stärken und Möglichkeiten gesetzt und dadurch ihre Resilienz⁶ gesteigert wird und äußere schützende Faktoren gefördert werden“. Seelische Gesundheit versteht sich als mehrdimensionaler Prozess, der mit einer gelungenen Balance von Schutz- und Risikofaktoren beschrieben werden kann (RKI, 2013). Schutzfaktoren können beispielsweise Unterstützungen aus dem sozialen Umfeld sein. Als ein Risikofaktor ist negativer Stress zu nennen, der sich auf das emotionale Befinden auswirkt.

Die modernen Untersuchungsmethoden und Bildgebungsverfahren des Gehirns haben zu Erkenntnissen in der neurobiologischen Ursachenforschung bei psychischen Störungen geführt (Borgwardt, et al., 2012). „Die große Anpassungsfähigkeit des Gehirns an die Erfordernisse und Aktivitäten des täglichen Lebens wird als Neuroplastizität bezeichnet“ (Heim, 2003). Es ist davon auszugehen, dass die „Neuroplastizität sowohl bei der Entstehung als auch bei der erfolgreichen Behandlung psychischer Störungen eine Schlüsselrolle spielt“ (Heim, 2003). Jedoch ist die Psychopathologie⁷ weiterhin ein zwingender Bezugspunkt für Diagnostik und Klassifikation von psychischen Störungen (Borgwardt et al., 2012). Bei Depressionen ist wahrscheinlich, dass bestimmte Hirnareale (z.B. der ventromediale Teil der rechten präfrontalen Großhirnrinde) eine Daueraktivierung zeigen (Heim, 2003). Bei der Essstörung Anorexia nervosa galt lange Zeit das sog. „Anorexie-Gen“ als Ursache für die psychische Störung (Frieling et al., 2015). Diese Hypothese konnte nicht wissenschaftlich bestätigt werden, es ist eher wahrscheinlicher, dass eine Vielzahl von „genetischen Varianten unterschiedlichem Ausmaß zu der Pathologie beitragen“ (Frieling et al., 2015). Bei psychischen Störungen sind neben den neurobiologischen Ursachen auch von multifaktoriellen Ursachen (psychologisch, sozial) auszugehen (Berking, 2012).

Als Klassifizierung von psychischen Störungen unterhalb der Behinderung wird die *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-10) verwendet. Unter der ICD-10 F00 bis F99 sind *psychische und Verhaltensstörungen* aufgelistet und als Störungen der psychischen Entwicklung beschrieben (vgl. Tabelle 1).

⁶ Resilienz = psychische Widerstandskraft; Fähigkeit, schwierige Lebenssituationen ohne anhaltende Beeinträchtigung zu überstehen (Duden, 2017)

⁷ Psychopathologie, die genaue Beschreibung und Erfassung psychopathologischer Einzelsymptome und Symptommuster im Sinne psychopathologischer Syndrome (Borgwardt et al., 2012)

Tabelle 1: Klassifizierung von Störungen der psychischen Entwicklung anhand der ICD-10 F00-F99

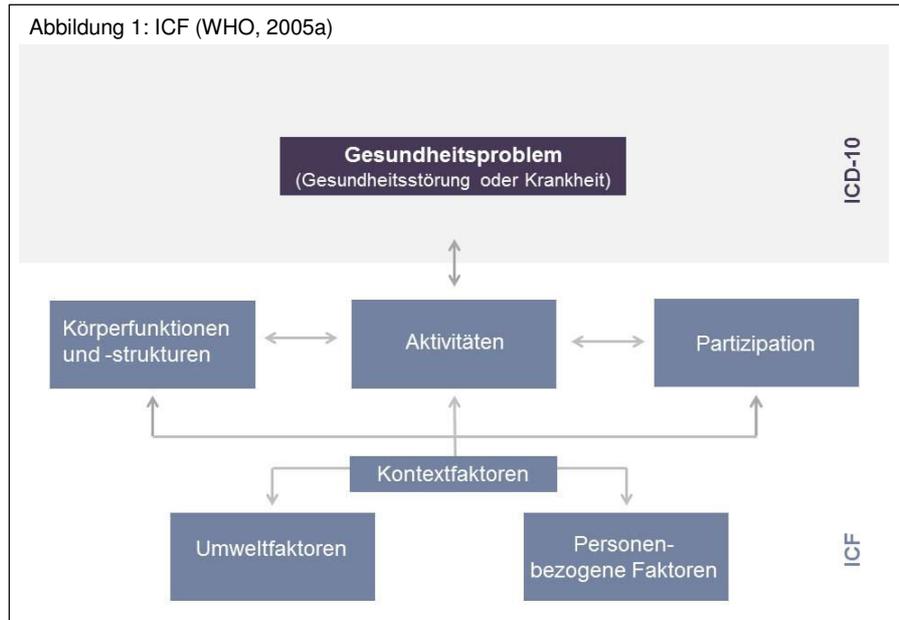
ICD-10	Beispiele
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	verschiedene Demenzformen
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Sucht ⁸
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	paranoid-halluzinatorische Schizophrenien
F30-F39 Affektive Störungen	manische oder depressive Episoden, Suizid
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Angststörungen, Zwangsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD)
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Essstörungen wie Anorexia nervosa, Bulimia nervosa; nichtorganische Schlafstörungen
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle, ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung
F70-F79 Intelligenzstörung	leichte bis schwerste Intelligenzminderung
F80-F89 Entwicklungsstörungen	umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten, tief greifende Entwicklungsstörungen, wie frühkindlicher Autismus
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	hyperkinetische Störungen, Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung
F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	

Es gibt von der WHO eine weitere Klassifikation, die sog. *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit - International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, mithilfe dessen der funktionale Gesundheitszustand, die Behinderung, die sozialen Beeinträchtigung und die relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen beschrieben werden können (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2014). Die ICF dient im *Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz - BTHG)* als die maßgeblich geltende theoretische Grundlage. Die Grundlage dieser Klassifikation ist das bio-psycho-soziale Modell. Dies bedeutet, dass es kein primär defizitorientiertes Modell darstellt, sondern ressourcenorientiert und universell anwendbar ist⁹. In der ICF werden die „Komponenten der Gesundheit: Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation sowie Umweltfaktoren“ hervorgehoben (vgl. Abbildung 1; WHO, 2005a). Bei dieser Klassifikation stehen die Teilhabeorientierung sowie der funktionelle Gesundheitszustand im Vordergrund. Mithilfe dieses Modells wird verdeutlicht, dass ein Gesundheitsproblem, sprich eine psychische Störung, nicht separat von anderen lebensbezogenen Aspekten, wie Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, Partizipation und Kontextfaktoren, zu betrachten ist. Der Gesundheitszustand, sprich die psychische Störung, steht in Wechselwirkung mit den Aspekten und wird zugleich auch durch diese positiv wie negativ beeinflusst.

⁸ In dem vorliegenden Psychiatriekonzept wird Sucht als Einzeldiagnose nicht berücksichtigt. An dieser Stelle wird auf das Rahmenkonzept zur Suchtprävention und Suchtbehandlung mit den Aktionsplänen verwiesen.

⁹ Der Grundsatz von primär defizitorientierten Modellen ist: Was kann der Patient/Klient alles nicht?

Als Körperfunktionen und -strukturen werden die physiologischen Funktionen von Körpersystemen sowie die Anatomie verstanden, hierunter sind auch seelische und geistige Funktionen subsumiert. Als Aktivität wird die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung verstanden. Die Partizipation



(Teilhabe) wird als das Einbezogenensein in eine Lebenssituation beschrieben. Die Domänen von Aktivitäten und Partizipation sind: Lernen und Wissensanwendung, allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, häusliches Leben, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, bedeutende Lebensbereiche und Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben. Die Kontextfaktoren umfassen die Umwelt- und personenbezogenen Faktoren, um den gesamten Lebenshintergrund eines Menschen darzustellen. Die personenbezogenen Faktoren sind hingegen der individuelle Hintergrund des Lebens sowie der Lebensführung und umfassen die Gegebenheiten des Menschen. Hier sind z.B. Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, Lebensstil, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialer Hintergrund, Bildung, Beruf und Erfahrungen sowie die Persönlichkeit zu nennen. Eine Einflussnahme auf personenbezogene Faktoren ist nicht möglich, außer indirekt über Bildung, durch die entsprechende Zurverfügungstellung von Fördermöglichkeiten (WHO, 2005a). Die Umweltfaktoren sind die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der die Menschen leben und ihr Leben gestalten. Diese Umweltfaktoren liegen außerhalb des Individuums und können seine Leistungen als Mitglied der Gesellschaft, seine Leistungsfähigkeit oder seine Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation positiv wie negativ beeinflussen. Die Umweltfaktoren können auf Ebene des Individuums und auf Ebene der Gesellschaft betrachtet werden (vgl. Tabelle 2). (WHO, 2005a)

Tabelle 2: Einteilung der Umweltfaktoren (WHO, 2005)

Ebene des Individuums	Ebene der Gesellschaft
= die unmittelbare persönliche Umwelt des Menschen	= die formellen und informellen sozialen Strukturen, Dienste und übergreifenden Ansätze in der Gesellschaft, die Einfluss auf Individuen haben
<ul style="list-style-type: none"> • Häuslicher Bereich, Arbeitsplatz und Schule • Physikalische und materielle Gegebenheiten der Umwelt • Persönlicher Kontakt zu anderen wie Familie, Bekannten, Seinesgleichen (Peers) und Fremden 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisationen und Dienste bzgl. Arbeitsumwelt, kommunale Aktivitäten, Behörden sowie des Kommunikations- und Verkehrswesens sowie informelle Netzwerke • Gesetze, Vorschriften, formelle und informelle Regeln, Einstellungen und Weltanschauungen

Die Gesellschaft kann die Leistungen eines Menschen beeinflussen. Je nachdem, ob die Umweltfaktoren fördernde oder hemmende Wirkungen haben. Maßnahmen bei psychischen Störungen können in der Landeshauptstadt Potsdam auf der Ebene der Umweltfaktoren installiert werden und stehen in Wechselwirkung mit den Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Partizipation. Beispielsweise ist die Partizipation durch Maßnahmen gegen Stigmatisierung indirekt beeinflussbar.

Ergänzend wird anhand der Depression das ICF-Modell beispielhaft skizziert. Bei Depressionen sind auf Ebene der Körperfunktionen und -strukturen gewisse Hirnareale dauerhaft aktiv, dadurch sind unter anderem der Antrieb und die Aktivität vermindert, was beispielsweise dazu führt, dass derjenige seine alltäglichen Erledigungen nicht mehr schafft und somit nicht mehr am Leben teilhaben kann. In Bezug auf die Umweltfaktoren kann eine mögliche Arbeitslosigkeit die Situation verschärfen, wobei eine gut funktionierende Beziehung auch eine wertvolle Unterstützung für den Menschen darstellen kann.

Mithilfe des ICF-Modells wird deutlich, dass eine psychische Störung nicht separat und ungeachtet der Auswirkungen auf die anderen Lebensbereiche betrachtet werden darf. Psychische Störungen können (weitreichende) Auswirkungen auf und durch die verschiedenen Domänen und Ebenen des Menschen sowie sein Umfeld haben. Ein Hilfebedarf ist ab dann begründet, wenn eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe ohne manifeste Schädigungen oder Aktivitätsstörungen vorliegt (Schuntermann, 2002). Hieran ist die Definition von Behinderung nach der ICF anzuschließen, die wiederum die Auswirkungen einer psychischen Störung verdeutlicht.

„Behinderung ist gekennzeichnet als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Gesundheitsproblem eines Menschen und seinen personenbezogenen Faktoren einerseits und den externen Faktoren, welche die Umstände repräsentieren, unter denen das Individuum lebt, andererseits. Wegen dieser Beziehungen können verschiedene Umweltfaktoren sehr unterschiedliche Einflüsse auf denselben Menschen mit einem Gesundheitsproblem haben.“ (WHO, 2005a)

Diese Definition wird im § 2 BTHG aufgegriffen:

„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können“.

Kurz gesagt, eine Behinderung nach ICF ist „jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit“ (Schuntermann, 2002). Behinderungen und gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen sind nicht statisch zu betrachten, sondern sind eine dynamische Interaktion mit der Umwelt (Eikelmann et al., 2005).

1.3. Grundprinzipien der Versorgung in der Landeshauptstadt Potsdam

In der sog. *Psychiatrie-Enquête*, dem „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“, aus dem Jahr 1975 wurde erstmals über den Sachstand der Psychiatrie berichtet und die kritische Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Störungen erfasst. Die Psychiatrie-Enquête stellt einen Meilenstein in der psychiatrischen Versorgung dar. Es wurde unter anderem die Gleichstellung von Menschen mit psychischen

und somatischen Erkrankungen, Aus- und Aufbau komplementärer und ambulanter Dienste, Aufbau von Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern sowie die Förderung von Aus-, Fort- und Weiterbildung gefordert. Im Jahr 1990 formulierte die Bundesregierung in ihrer Stellungnahme zu dem Bericht „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich“ vier Grundprinzipien, die auch heute noch relevant sind.

- Das Prinzip der gemeindenahen Versorgung
- Das Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller Menschen mit einer psychischen Störung
- Das Prinzip der bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste
- Das Prinzip der Gleichstellung der Menschen mit einer psychischen Störung mit denen einer somatischen Erkrankung

Diese Prinzipien bedeuten, dass die Versorgung der Menschen mit einer psychischen Störung personenzentriert und gemeindenah erfolgen sollte. Die notwendigen Hilfen und Versorgungsangebote sollen überwiegend in ihren vertrauten räumlichen und sozialen Strukturen vorgehalten werden. Dies kann Sicherheit und Orientierung bieten, sodass die vorhandenen persönlichen und sozialen Ressourcen bestmöglich genutzt werden können (Freistaat Sachsen, 2011). Durch eine gemeindenahe Versorgung wird zudem auch die berufliche und soziale Wiedereingliederung gefördert und vereinfacht (Freistaat Sachsen, 2011). Das Prinzip der gemeindenahe Versorgung ist nicht allgemein gültig für alle Menschen mit einer psychischen Störung zu verstehen. Die Gleichstellung von Menschen mit psychischen und somatischen Erkrankungen stellt auch weiterhin eine Herausforderung dar.

Die Grundprinzipien sind demgemäß zu ergänzen, dass Menschen mit Psychiatrieerfahrungen, ihre Angehörigen sowie die Akteure mit ihren wertvollen Erfahrungen fortlaufend in die Entwicklung, Planung und Umsetzung von Maßnahmen einzubeziehen sind. Hierdurch wird auch die dialogische Arbeit von professionellen Akteuren, Menschen mit Psychiatrieerfahrungen und Angehörigen gefördert. Diese Sichtweise ist auch im Leitbild der Landeshauptstadt Potsdam verankert. Politik und Verwaltung soll die aktive Beteiligung der Potsdamerinnen und Potsdamer an der Gestaltung ihrer Stadt fördern. Aus dem Leitbild der Landeshauptstadt Potsdam ist eine weitere Ergänzung zu entnehmen, dass alle Potsdamerinnen und Potsdamer, ob mit oder ohne Behinderung, das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben haben. Potsdam setzt sich aktiv für Barrierefreiheit ein. Barrieren für Menschen mit psychischen Störungen sind zumeist nicht sichtbar und schwer zu identifizieren. Als Beispiele für Barrieren sind Stigmatisierung, fehlende Akzeptanz für psychische Störungen und ihre Folgen, fehlendes Wissen in der Gesellschaft und der Verwaltung über psychische Störungen oder eingeschränkte Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeiten zu nennen (Wiedemann & Roßberg, 2016).

Des Weiteren formuliert die WHO (2005) für die Politik und Praxis im Bereich der seelischen Gesundheit folgende vorrangigen Aufgaben und Ziele¹⁰ :

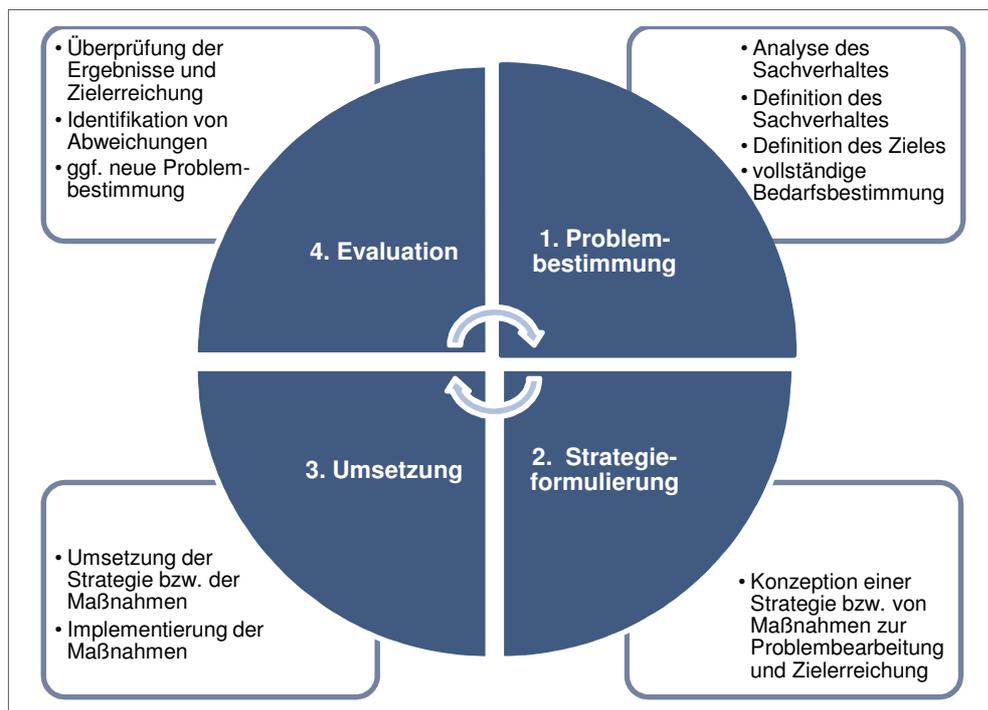
- die Förderung des psychischen Wohlergehens und des Bewusstseins von der Bedeutung des psychischen Wohlbefindens;

¹⁰ Diese Aufgaben und Ziele werden durch einzelne Forderungen der WHO ergänzt und liegen zur Vollständigkeit im Anhang bei (vgl. Tabelle 51).

- die Bekämpfung von Stigmatisierung, Diskriminierung und sozialer Ausgrenzung, Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und ihre Angehörigen stärken und unterstützen, damit sie sich an diesem Prozess aktiv beteiligen können;
- die Prävention von psychischen Gesundheitsproblemen,
- die Versorgung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen durch wirksame Dienste und Interventionen, die Betroffenen und Betreuenden Beteiligung und Entscheidungsmöglichkeiten bieten,
- die Rehabilitation und gesellschaftliche Integration von Menschen, die schwere psychische Gesundheitsprobleme durchlebt haben sowie
- die Erfahrung und das Wissen der Betroffenen und Betreuenden als wichtige Grundlage für die Planung und Entwicklung von psychosozialen Diensten anzuerkennen.

Als Instrument in der Psychiatriekoordination wird der sog. *Gesundheitspolitische Aktionszyklus* herangezogen (vgl. Abbildung 2). Der Aktionszyklus besteht aus vier Phasen: Es wird eine genaue Problembestimmung im Sinne der Analyse des Ist-Standes erhoben, daraufhin werden die Maßnahmen zur Problembearbeitung und Zielerreichung definiert, umgesetzt und anschließend evaluiert (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BZgA, 2015).

Abbildung 2: Gesundheitspolitischer Aktionszyklus (BZgA, 2015)



Die einzelnen Phasen des *Gesundheitspolitischen Aktionszyklus* entsprechen nicht unbedingt zeitlich aufeinander folgenden und klar trennbaren Phasen. Jedoch versteht sich dieser Zyklus als ein fortlaufender und ein sich immer wiederholender Prozess.

2. Datengrundlage

In diesem Kapitel wird die Datengrundlage anhand von verschiedenen Datenquellen, wie amtlichen Statistiken, Daten der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), Sozialversicherungsdaten, Daten des Jahres- und Qualitätsberichtes der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikums Ernst von Bergmann gGmbH (EvB gGmbH), verwendet. Als eine weitere Datengrundlage dient der Erhebungsbogen für das Berichtsjahr 2016 in Bezug auf die psychosozialen Angebote und psychiatrische Versorgung, der an Träger in der Landeshauptstadt Potsdam versendet wurde. Mithilfe des Erhebungsbogens wurden Daten in aggregierter Form generiert. Die Vorstellung der epidemiologischen Daten ist nach den jeweiligen Zielgruppen (Kindern und Jugendliche, Erwachsene, Geflüchtete und Senioren) ausgerichtet. Die übrigen Daten werden anhand thematischer Zusammenhänge, wie der Eingliederungshilfe, vorgestellt. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Verfügbarkeit von Daten zum Themenkomplex der psychischen Störungen sowie deren Datenqualität sehr unterschiedlich sind. Valide Daten liegen häufig, zumeist bei kleinräumlichen Betrachtungen, nicht vor. Um direkt zur Versorgungslage in der Landeshauptstadt Potsdam zu gelangen, wird an dieser Stelle auf das Kapitel 3 verwiesen.

2.1. Demographische Daten der Landeshauptstadt Potsdam

Es leben aktuell insgesamt 173.066 Einwohner mit Hauptwohnsitz in der Landeshauptstadt Potsdam (Statistik und Wahlen, Stichtag 31.06.2017). Die Landeshauptstadt ist die am stärksten wachsende Stadt im Land Brandenburg (Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburgs - LASV, 2016). Die Prognosen deuten weiterhin auf einen rasanten Zuwachs von Einwohnern hin, sodass bereits Anfang 2017 die Prognosen für das Jahr 2017 überschritten wurden. In Tabelle 3 werden die Bevölkerungsprognosen für die nächsten Jahrzehnte gezeigt. Die ausführliche Bevölkerungsprognose nach Altersgruppen für die Landeshauptstadt Potsdam liegt im Anhang bei (vgl. Tabelle 52).

Die Landeshauptstadt Potsdam verfügt im Land Brandenburg über das jüngste Durchschnittsalter. Im Jahr 2014 lag das Durchschnittsalter in der Landeshauptstadt bei 42,8 Jahren, vier Jahre jünger als das Durchschnittsalter im gesamten Land Brandenburg (LASV, 2016). Im Jahr 2015 lag das Durchschnittsalter der Bevölkerung sogar bei 42,4 Jahren. Anhand der Gesamtbevölkerung liegt der Kinderanteil bei 12,1%, der Jugendanteil bei 4,6% und der Seniorenanteil bei 14,1 %. Dies wird auch im Kinderquotient¹¹ deutlich, der in der Landeshauptstadt mit 21,8% um 2,7 Prozentpunkte über dem

Tabelle 3: Bevölkerungsprognose für die Landeshauptstadt Potsdam 2017 bis 2035 (Statistik und Wahlen, 2016)

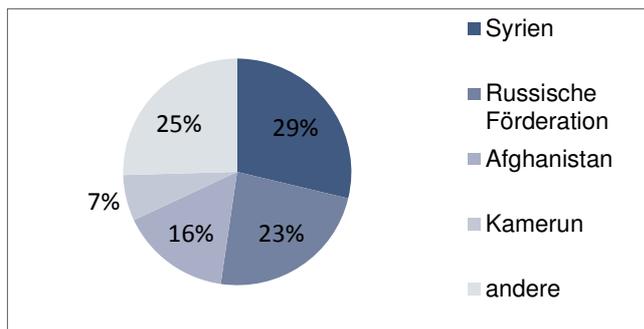
Jahr	Einwohner
2017	171.099
2018	173.419
2019	175.647
2020	177.748
2021	179.706
2022	181.519
2023	183.202
2024	184.824
2025	186.358
2026	187.839
2027	189.245
2028	190.535
2029	191.772
2030	192.952
2031	194.098
2032	195.162
2033	196.215
2034	197.262
2035	198.298

¹¹ Personen im Alter von 0 bis unter 15 Jahren je 100 Personen zu denen im Alter zwischen 15 unter 65 Jahren (LASV, 2016)

Kinderquotient des Landes Brandenburg liegt (LASV, 2016). Beim Altenquotient weist die Landeshauptstadt Potsdam im landesweiten Vergleich mit 31,2% den niedrigsten Quotienten vor (LASV, 2016). Der Altenquotient¹² im Land Brandenburg liegt bei 37,9% (LASV, 2016). Die Arbeitslosenquote insgesamt bezogen auf die zivilen Erwerbspersonen lag im August 2017 bei 5,7% und verringerte sich um 0,9 Prozentpunkte zum Vorjahr (Bundesagentur für Arbeit, 2017).

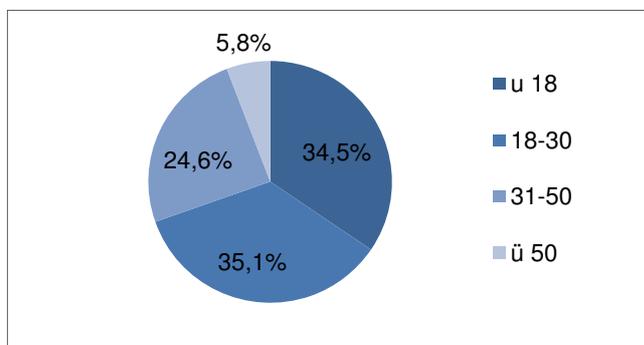
In der Landeshauptstadt Potsdam leben insgesamt 14.454 Ausländer*innen (Stichtag 31.07.2017 Ausländerzentralregister - AZR). Insgesamt leben in der Landeshauptstadt Potsdam aktuell 3041 Ausländer*innen mit einem unbefristeten Aufenthaltstitel aus völkerrechtlichen, humanitären oder politischen Gründen sowie gestattete und geduldete Ausländer*innen (Stichtag: 31.07.2017 AZR). Der Landeshauptstadt Potsdam wurden von der Zentralen Ausländerbehörde im Jahr 2015 insgesamt 1.495 geflüchtete Menschen und im Jahr 2016 insgesamt 661 geflüchtete Menschen zugewiesen. Aktuell gibt es in der Landeshauptstadt Potsdam 14 Gemeinschaftsunterkünfte (GU) mit einer Platzkapazität für insgesamt 1.802 Menschen. Eine weitere GU ist in Planung. Der Großteil der in der Landeshauptstadt lebenden Geflüchteten sind Syrer mit 29%, gefolgt von der Russischen Föderation mit 23% und insgesamt 16% kommen aus Afghanistan. (vgl. Abbildung 3). Es liegt ein fast ausgeglichenes Geschlechterverhältnis vor, knapp 60% der Geflüchteten in den GU sind männlich (Stand 06/2017).

Abbildung 3: Herkunftsländer der Geflüchteten in den GU der LHP - Stand: 09/2017 (Fachbereich Soziales und Gesundheit)



Die Altersstruktur, der in den GU lebenden Geflüchteten, ist in Abbildung 4 dargestellt. Die Altersgruppe der 18–30-Jährigen ist mit 35,1% am häufigsten vertreten. Die Altersgruppe der über 50-Jährigen ist hingegen nur mit 5,8% vertreten.

Abbildung 4: Altersstruktur der Geflüchteten in den GU in der LHP - Stand: 10/2016 (Fachbereich Soziales und Gesundheit)



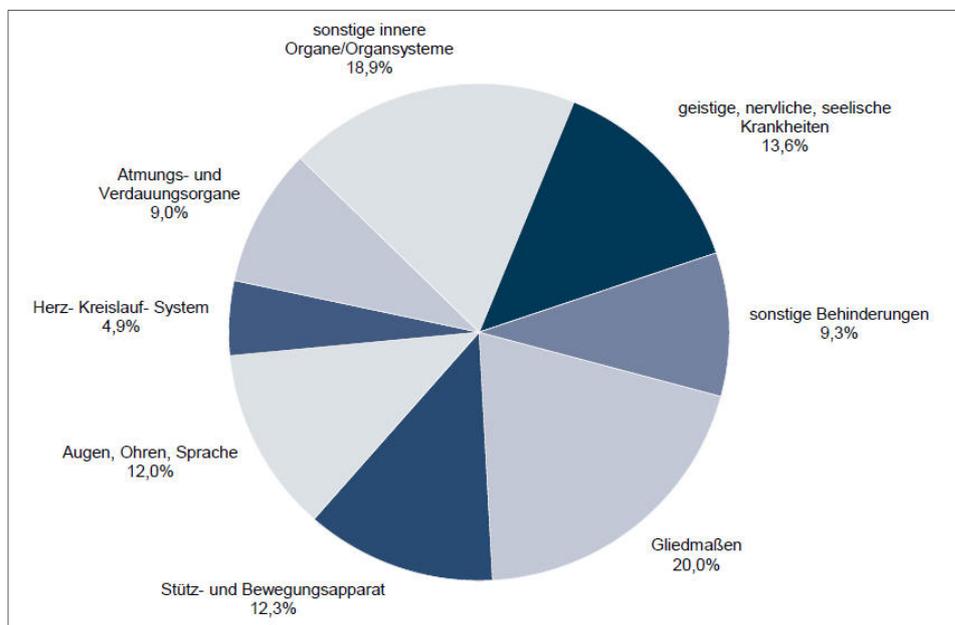
¹² Personen ab dem Alter von 65 Jahren je 100 Personen zu denen im Alter zwischen 20 bis unter 65 Jahren (LASV, 2016)

Resümee: Aufgrund der stark wachsenden Gesamtbevölkerung in der Landeshauptstadt Potsdam ist zu vermuten, dass ein steigender Bedarf an Angeboten für Menschen mit psychischen Störungen entstehen kann. An diese Entwicklung ist die Versorgungslandschaft auszurichten und anzupassen.

2.2. Schwerbehinderung in der Landeshauptstadt Potsdam

Insgesamt sind in der Landeshauptstadt Potsdam im Jahr 2016 von insgesamt 16.625 schwerbehinderten Menschen 15,9% den Schwerbehinderungen durch geistige, nervliche und seelische Krankheiten zuzuordnen. Es kann nicht dargestellt werden, welcher Anteil den seelischen Krankheiten zuzuordnen ist. Die Gruppe der geistigen, nervlichen und seelischen Krankheiten sind nach Krankheiten der sonstigen inneren Organe/Organsysteme und Gliedmaßen der dritthäufigste Grund für eine Schwerbehinderung (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Schwerbehinderte nach Art der erheblichsten Beeinträchtigungen in der LHP am 31.12.2016 (Statistik und Wahlen, 2017)



In den letzten Jahren werden bei der Anzahl der Schwerbehinderten durch geistige, nervliche und seelische Krankheiten Schwankungen deutlich (vgl. Tabelle 4). Inwieweit Veränderungen der Anzahl der Schwerbehinderten innerhalb dieser Krankheiten stattfinden, kann wegen fehlender Erhebung nicht dargestellt werden.

Tabelle 4: Schwerbehinderte durch geistige, nervliche, seelische Krankheiten in der LHP (Statistik und Wahlen, 2017a)

Jahr	Gesamtzahl der Schwerbehinderten	Anzahl der	in %
2012	15.160	2.387	15,7 %
2013	15.554	2.469	15,9 %
2014	16.124	2.149	13,3 %
2015	16.119	2.588	16,1 %
2016	16.625	2.268	13,6 %

Resümee: Die Gruppe der geistigen, nervlichen und seelischen Krankheiten sind nach Krankheiten der sonstigen inneren Organe/Organsysteme und Gliedmaßen der dritthäufigste Grund für eine Schwerbehinderung. Valide Aussagen zur Entwicklung der Anzahl der Schwerbehinderten aufgrund von psychischen Störungen können nicht getroffen werden.

2.3. Epidemiologische Daten zu Kindern und Jugendlichen

Neben physischer Gesundheit ist auch die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ein wichtiger Faktor, um ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen zu ermöglichen (Ravens-Sieberer, 2017). Die **BE**fragung zum **seeL**ischen **WohL**befinden und **VerhA**lten“ (BELLA mit vier Befragungswellen) als Modul zur seelischen Gesundheit und Lebensqualität des Kinder- und Jugendgesundheits surveys, einer vom RKI bundesweit durchgeführten Kohortenstudie¹³ zur Gesundheit von Kindern und Jugendliche, zeigt folgende Ergebnisse: Bei rund 22% der befragten Kinder und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahre sind Hinweise auf psychische Auffälligkeiten vorhanden (Ravens-Sieberer, 2017). Insgesamt zeigten 10–11% der befragten Kinder und Jugendlichen über den gesamten Befragungszeitraum (ab 2003) psychische Auffälligkeiten (Ravens-Sieberer, 2017). Die vier häufigsten psychischen Störungen im Kinder- und Jugendalter sind Depressionen, Angst, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (*ADHS*) und Störungen des Sozialverhaltens (Klasen et al., 2016). Bei Kindern und Jugendlichen haben Jungen häufiger eine psychische Störung als Mädchen. Jungen zeigen eine Prävalenz von 23,4%, Mädchen hingegen weisen eine Prävalenz von 16,9% vor (RKI, 2015). Eine geschlechtersensible Übertragung der Prävalenzen entsprechend der Altersgruppen anhand der Bevölkerungsprognose des Bereiches Statistik und Wahlen der Landeshauptstadt Potsdam ist nicht möglich. Um einen etwaigen Richtwert zu erhalten, wird die Bevölkerungsprognose der Altersgruppe der 6- bis unter 18-Jährigen herangezogen (vgl. Tabelle 5). Der Übertrag der Prävalenzen auf die Bevölkerungsentwicklung in der Landeshauptstadt Potsdam stellt keine valide Datenlage dar und soll lediglich eine Vorstellung über die zahlenmäßige Dimension der jeweiligen Prävalenzen vermitteln. Dies gilt ebenso für alle nachfolgenden Übertragungen und Schätzungen im Psychatriekonzept.

Tabelle 5: Schätzung zu psychischen Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in der LHP

Jahr	Gesamtzahl der 6- bis unter 18-Jährigen	Anzahl der Kinder und Jugendlichen anhand der Prävalenz von 22%
2018	19.071	4.196
2019	19.558	4.303
2020	20.009	4.402
2021	20.431	4.495
2022	20.732	4.561

Hinweis:
Die Prävalenz kann nicht die tatsächliche Situation in der Landeshauptstadt Potsdam darstellen.

¹³ Kohortenstudie = „prospektive oder retrospektive Längsschnittstudie, bei der eine Stichprobe exponierter und nicht exponierter Personen hinsichtlich ihres Risikos einer Merkmalsausprägung (Erkrankung) untersucht wird; hierzu werden über den Untersuchungszeitraum hinweg zu unterschiedlichen Zeitpunkten Daten erhoben“ (DocCheck, 2017a)

Psychische Störungen führen bei beiden Geschlechtern zu einer Verminderung der Lebensqualität und der schulischen Leistungen (RKI, 2015). Als Risikofaktoren führt das RKI vor allem einen niedrigen sozioökonomischen Status¹⁴ sowie Risiken in der Familie an. „Bei Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status lag der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Risiko für eine psychische Störung mit 33,5% um den Faktor drei mal höher als bei Familien mit hohem sozioökonomischen Status (9,8%)“ (RKI, 2015). Nach den Angaben der Eltern zu ihrem Sozialstatus aus den Schuleingangsuntersuchungen von 2011–2015 in der Landeshauptstadt Potsdam zeigt sich für die verschiedenen Sozialräume¹⁵ folgendes Bild: In den Sozialräumen I–IV (Nördliche Ortsteile; Potsdam Nord; Potsdam West, Innenstadt, Nördliche Vorstädte und Babelsberg, Zentrum Ost) ist überwiegend ein hoher Sozialstatus vertreten (Potsdamer Gesundheitsatlas, 2016). In den Sozialräumen V und VI (Stern, Drewitz, Kirchsteigfeld und Schlaatz, Waldstadt I, II, Potsdam Süd) ist hingegen eher ein niedriger und mittlerer Sozialstatus vertreten (Potsdamer Gesundheitsatlas, 2016). Die Untersuchung der medizinischen Versorgungslage der Kinder und Jugendliche in der BELLA-Kohortenstudie zeigt, dass 33% mit einer akuten/wiederkehrenden psychischen Erkrankung und 64% mit einer anhaltenden psychischen Störung in Behandlung sind. „Die Inanspruchnahme ist signifikant höher bei starker psychischer Belastung, in größeren Städten und Gemeinden, im Osten Deutschlands sowie bei externalisierenden Störungen“ (Ravens-Sieberer, 2017). Zudem liegt eine Abhängigkeit von Behandlungsquote und Sozialstatus vor: je höher der Sozialstatus, desto höher ist die Behandlungsquote (RKI, 2015). Als mögliche Ansprechpartner werden vornehmlich Personen aus dem näheren Umfeld, Kinderärzte (72,7%), Lehrkräfte (69,3%), Psychologen (59,7%) und Psychiater (22,3%) genannt (Ravens-Sieberer, 2017).

Als weitere Beispiele für familiäre Risikofaktoren für psychische Störungen sind Familienkonflikte oder eine hohe elterliche Belastung zu nennen. Besonders Kinder von psychisch erkrankten Eltern stellen eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten, Entwicklungsschwierigkeiten dar (Plass et al., 2016). Diese Kinder sind durch eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität¹⁶ im Vergleich zur Gesamtbevölkerung charakterisiert (Plass et al., 2016). Über 50% der Kinder von psychisch erkrankten Eltern entwickeln in der Kindheit oder in der Adoleszenz¹⁷ eine psychische Störung (Plass et al., 2016). Bei Kindern mit einem psychisch erkrankten Elternteil liegt ein 1,8- bis 2,9-faches Risiko gegenüber der Gesamtbevölkerung vor, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln (Plass et al., 2016). Hingegen bei zwei psychisch erkrankten Elternteilen ist das Risiko sogar um das 2,2- bis 4,6-fache erhöht (Plass et al., 2016). Kinder von psychisch erkrankten Eltern entwickeln nicht grundsätzlich eine psychische Störung, einige weisen auch eine hohe gesundheitsbezogene Lebensqualität auf (Plass et al., 2016). Kinder mit

¹⁴ Als sozioökonomischer Status werden verschiedene Merkmale von Lebensumständen (z.B. formale Bildung und Schulabschluss, Ausbildung und Studium, Beruf und Einkommen, Besitz von Kulturgütern, kulturelle Praxis, Wohnort und Eigentumsverhältnisse sowie Liquidität und Kreditwürdigkeit) bezeichnet.

¹⁵ Als Planungsgrundlage werden in der Landeshauptstadt Potsdam insgesamt sechs Sozialräume mit insgesamt 18 Planungsräumen verwendet. Im Anhang in werden diese dargestellt.

¹⁶ Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist „ein multidimensionales Konstrukt aus physischen, psychischen und sozialen Dimensionen und schließt deutlich mehr ein als lediglich Aussagen zum individuellen Gesundheitszustand. Wesentliche Orientierung ist hierbei die subjektive Wahrnehmung.“ (RKI, 2011)

¹⁷ Die Adoleszenz ist ein zeitlich nicht eindeutig definierter Lebensabschnitt zwischen der Pubertät und dem Erwachsenenalter (Pschyrembel, 2004). Es ist ein Zeitraum zwischen 11. bis 25. Lebensjahr möglich.

individuellen, familiären und sozialen Schutzfaktoren zeigen hingegen weniger psychische Auffälligkeiten (RKI, 2015). Die Schutzfaktoren scheinen eine protektive Wirkung auf das Entstehen psychischer Störungen bei diesen Kindern zu haben (Plass et al., 2016, vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Schutzfaktoren bei Kindern von psychisch erkrankten Eltern (Plass et al., 2016)

individuellen Faktoren	Familiäre Faktoren	Soziale Faktoren
Soziale Kompetenzen (Empathie, Problemlösungsstrategien im Umgang mit Menschen)	Gutes Familienklima (familiärer Zusammenhalt, elterliches Erziehungsverhalten)	Soziale Unterstützung (z.B. Anerkennung, Zugehörigkeit, materieller Hilfebedarf)
Gute Selbstwahrnehmung, Selbstwirksamkeitsüberzeugung	Familiäre Unterstützung (Zuwendung, Fürsorglichkeit und Kontrolle)	Schulklima (Beziehung zu Mitschülern und Lehrkräften, Leistungsfähigkeit)
Optimismus	/	/

„Um Familien mit psychisch kranken Eltern angemessen unterstützen zu können, ist es notwendig, ausgewählte Faktoren genauer zu untersuchen, die bei einer elterlichen psychischen Erkrankung mit einer psychisch gesunden Entwicklung des Kindes verbunden sind, da sie Ansatzpunkte für gezielte Interventionen bilden können“ (Plass et al., 2016). Dem Schulklima wird ein großer Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität zugesprochen, sodass Interventionen auch im schulischen und nicht nur im persönlichen Umfeld erfolgen sollten (Plass et al., 2016).

Im Nachfolgenden werden die vier häufigsten psychischen Störungen im Kinder- und Jugendalter jeweils separat beschrieben, die Prävalenzen vorgestellt und ein Übertrag auf die Landeshauptstadt Potsdam vorgenommen. Es ist zu berücksichtigen, dass die dargestellten Schätzungen grundsätzlich als Richtwerte zu verstehen sind und die Dimensionen verdeutlichen sollen. Als Grundlage musste die Altersgruppe der 6 bis unter 18-Jährigen herangezogen werden, obwohl in der BELLA-Kohortenstudie die Zielgruppe erst ab 7 Jahren definiert ist. Dies war aufgrund der Alterklassifizierungen der Bevölkerungsprognose der Landeshauptstadt Potsdam erforderlich. Durch das zusätzliche Lebensjahr könnten die Schätzungen leicht zu hoch sein.

Depressionen (ICD-10 F32-F33)

Depressionen sind nach der ICD-10 F32 der depressiven Episode zuzuordnen und durch gedrückte Stimmung und unter anderem durch eine Verminderung von Antrieb und Aktivität gekennzeichnet (ICD-10, 2017). Dabei ist der Schlaf meist gestört und das Selbstwertgefühl sowie Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt (ICD-10, 2017). Die gedrückte Stimmung kann sich von Tag zu Tag wenig verändern und durch somatische Symptome begleitet werden (ICD-10, 2017).

In der BELLA-Kohortenstudie wird anhand von Elternberichten bei Depressionen eine Prävalenz von 11,2% benannt (Klasen et al., 2016). Hingegen im Selbstbericht stieg die Prävalenz auf 16,1% an (Klasen et al., 2016). Insgesamt werden bei 11% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland klinisch bedeutsame Symptome von Depressionen ersichtlich (vgl. Tabelle 7). Auch hier werden alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede deutlich: Depressive Störungen nehmen von der Kindheit bis zur Adoleszenz zu, jedoch ist der Anstieg meistens nur bei Mädchen als signifikant zu beschreiben (Klasen et al., 2016).

Anschließend ist eine mäßige Zu- wie auch Abnahme der Prävalenzen erkennbar (Klasen et al., 2016).

Tabelle 7: Schätzung zu depressiven Störungen von Kindern und Jugendlichen in der LHP

Jahr	Gesamtzahl der 6- bis unter 18-Jährigen	Anzahl der Kinder und Jugendlichen anhand der Prävalenz von 11%
2018	19.071	2.098
2019	19.558	2.367
2020	20.009	2.201
2021	20.431	2.247
2022	20.732	2.281

↓ + 183

Hinweis:
Die Prävalenz kann nicht die tatsächliche Situation in der Landeshauptstadt Potsdam darstellen.

Angst (ICD-10 F93.2)

Angststörungen sind z.B. in der ICD-10 unter F93.2 *Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters* hinterlegt (ICD-10, 2017). In der BELLA-Kohortenstudie berichten Eltern bei Angststörungen eine Prävalenz von 10,6%, im Vergleich zum Selbstbericht steigt die Prävalenz um 4,5 Prozentpunkte auf 15,1% (Klasen et al., 2016). Laut der BELLA-Kohortenstudie ist bei Angststörungen davon auszugehen, dass die Prävalenz bei 11,4% liegt (Klasen et al., 2016). Ein Übertrag auf die Landeshauptstadt Potsdam wird in Tabelle 8 vorgenommen. Bei Angststörungen sind ähnliche Verläufe wie bei Depressionen erkennbar.

Tabelle 8: Schätzung zu Angststörungen von Kindern und Jugendlichen in der LHP

Jahr	Gesamtzahl der 6- bis unter 18-Jährigen	Anzahl der Kinder und Jugendlichen anhand der Prävalenz von 11,4%
2018	19.071	2.174
2019	19.558	2.230
2020	20.009	2.281
2021	20.431	2.329
2022	20.732	2.363

↓ + 189

Hinweis:
Die Prävalenz kann nicht die tatsächliche Situation in der Landeshauptstadt Potsdam darstellen.

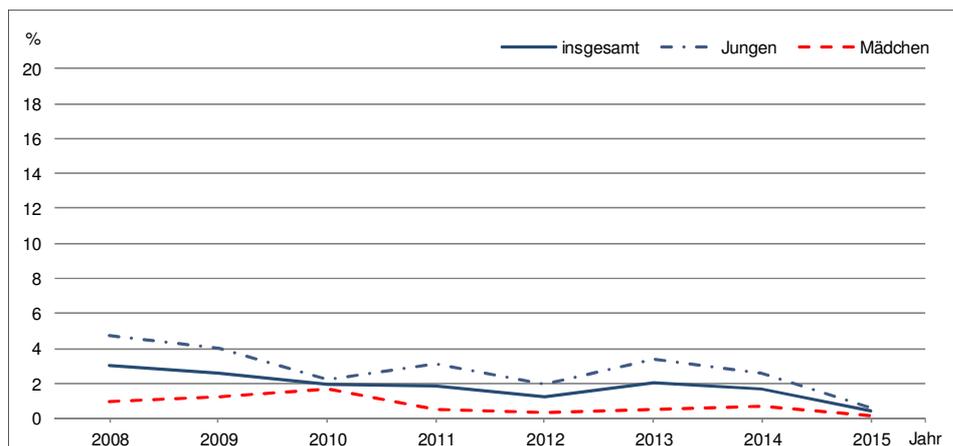
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ICD-10 F90)

Eine der häufigsten diagnostizierten Verhaltensstörungen ist die ADHS (RKI, 2015). Die ADHS ist durch ein durchgehendes Muster an Unaufmerksamkeit, Überaktivität sowie Impulsivität und durch einen frühen Beginn in den ersten fünf Lebensjahren gekennzeichnet (ICD-10, 2017; Fachausschuss Kinder- und Jugendgesundheit, 2015). „Hyperkinetische Kinder sind oft achtlos und [...] spezifische Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung kommen überproportional oft vor“ (ICD-10, 2017). „ADHS nimmt im Laufe der Entwicklung von Kindheit bis zum Erwachsenenalter für beide Geschlechter gleichermaßen ab“ (Klasen et al., 2016).

Die Erstdiagnose wird zumeist im Grundschulalter gestellt. Bei insgesamt 5% der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren wurde diese Diagnose schon einmal gestellt (RKI, 2015). Mithilfe von Elternberichten in der BELLA-Kohortenstudie ist eine Prävalenz von 5,7% festzuhalten, im Selbstbericht sinkt diese Prävalenz jedoch auf 2,0% (Klasen et al., 2016). Bei der ADHS ist ein deutlicher Geschlechterunterschied erkennbar, Jungen sind bundesweit viermal so häufig wie Mädchen betroffen (RKI, 2015). Bei Kindern aus Familien mit einem niedrigen Sozialstatus wurde mit einer Prävalenz von 8% mehr als doppelt so oft ADHS

diagnostiziert, als bei Kindern aus Familien mit einem hohen Sozialstatus (Prävalenz 2,9%) (RKI, 2008). Insgesamt ist bei der ADHS eine Prävalenz von 8,7% festzuhalten (Klasen et al., 2016). Die Schuleingangsuntersuchungen in der Landeshauptstadt Potsdam zeigen hingegen ein anderes Bild: Im Jahr 2015 zeigten lediglich 0,4% der untersuchten Kinder eine ADHS und geschlechterspezifische Unterschiede lagen ebenfalls nicht vor (Potsdamer Gesundheitsatlas 2016; vgl. Abbildung 6).

Abbildung 6: ADHS nach Schuleingangsuntersuchungen 2008 bis 2015 in der LHP (Potsdamer Gesundheitsatlas, 2016)



Störungen des Sozialverhaltens (ICD-10 F91)

Laut ICD-10 F91 sind „Störungen des Sozialverhaltens durch ein sich wiederholendes und anhaltendes Muster dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhaltens“ gekennzeichnet. Dabei ist das Verhalten „schwerwiegender als gewöhnlicher Unfug oder jugendliche Aufmüpfigkeit [...] und] muss mindestens sechs Monate oder länger bestanden haben“.

Laut Elternberichten der BELLA-Kohortenstudie liegt bei Störungen des Sozialverhaltens eine Prävalenz von 12,2% vor, wobei insgesamt von einer Prävalenz von 14,6% ausgegangen werden muss (Klasen et al., 2016; vgl. Tabelle 9). Genaue Aussagen für Veränderung mit zunehmenden Alter können aufgrund von widersprüchlichen Aussagen nicht getroffen werden (Klasen et al., 2016).

Tabelle 9: Schätzung zu Störungen des Sozialverhaltens von Kindern und Jugendlichen in der LHP

Jahr	Gesamtzahl der 6- bis unter 18-Jährigen	Anzahl der Kinder und Jugendlichen anhand der Prävalenz von 14,6%
2018	19.071	2.784
2019	19.558	2.855
2020	20.009	2.921
2021	20.431	2.983
2022	20.732	3.027

+ 243

Hinweis:
Die Prävalenz kann nicht die tatsächliche Situation in der Landeshauptstadt Potsdam darstellen.

Essstörungen (ICD-10 F50)

Als die häufigsten chronischen Krankheitsbilder im Kindes- und Jugendalter sind Essstörungen, wie Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa, zu nennen (RKI, 2015). Anorexia nervosa ist durch „absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen

Gewichtsverlust sowie mit der Angst vor einem zu dicken Körper und einer schlaffen Körperform verbunden“ (ICD-10 F50.0). Die Bulimia nervosa ist hingegen „durch wiederholte Anfälle von Heißhunger und eine übertriebene Beschäftigung mit der Kontrolle des Körpergewichts charakterisiert [... und] führt zu einem Verhaltensmuster von Essanfällen und Erbrechen“ (ICD-10 F50.2).

In der Altersgruppe der 11- bis 17-Jährigen ist anhand der BELLA-Kohortenstudie eine Prävalenz von insgesamt 21,9% zu verzeichnen (RKI, 2015). Um eine Schätzung für die Landeshauptstadt Potsdam zu erstellen, wird von den Bevölkerungsprognosen die Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen herangezogen (vgl. Tabelle 10).¹⁸

Tabelle 10: Schätzung der Essstörungen von Kindern und Jugendlichen in der LHP

Jahr	Gesamtzahl der 12- bis unter 18-Jährigen	Anzahl der Kinder und Jugendlichen anhand der Prävalenz von 21,9%
2018	8.743	1.915
2019	9.121	1.997
2020	9.414	2.062
2021	9.715	2.128
2022	9.995	2.189

Hinweis:
Die Prävalenz kann nicht die tatsächliche Situation in der Landeshauptstadt Potsdam darstellen.

Resümee: Laut der BELLA-Studie sind die fünf häufigsten psychischen Störungen im Kinder- und Jugendalter Depressionen, Angst, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (*ADHS*), Störungen des Sozialverhaltens und Essstörungen (Klasen et al., 2016). Eine besonders wichtige Zielgruppe von Maßnahmen zur Förderung seelischer Gesundheit sind Kinder von psychisch erkrankten Eltern, da sie eine Hochrisikogruppe darstellen.

2.4. Epidemiologische Daten zu Erwachsenen

Grundsätzlich gibt es keine Hinweise auf eine Zunahme psychischer Störungen in der Gesamtbevölkerung von Deutschland, obwohl die psychisch bedingten Krankschreibungen und Frühberentungen steigen (vgl. Kapitel 2.7; RKI, 2015). Laut RKI sind jedes Jahr 33,3% der Bevölkerung von mindestens einer psychischen Störung betroffen. Dabei ist davon auszugehen, dass 33% der psychischen Erkrankungen in Komorbidität¹⁹ auftreten. Häufige Komorbiditäten sind Angst und Depressionen oder Angst und Suchterkrankungen (RKI, 2015). Laut des Klinikums EvB gGmbH waren im stationären Bereich der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Jahr 2014 die drei häufigsten Erst-

¹⁸ Die dargestellte Schätzung der Kinder und Jugendlichen sind als Richtwerte zu verstehen, da die vom RKI verwendete Altersgruppe der 11- bis 17-Jährigen in den Bevölkerungsprognosen der Landeshauptstadt nicht entsprechend abgebildet wird.

¹⁹ Komorbidität ist das Auftreten zusätzlicher Erkrankungen im Rahmen einer definierten Grunderkrankung; die Zusatzerkrankung stellt ein eigenes, diagnostisch abgrenzbares Krankheitsbild dar, das nicht selten kausal mit der Grunderkrankung zusammenhängt.

Diagnosen: die Alkoholabhängigkeit (37%)²⁰, schizophrene und wahnhaftige Störungen (17%) und affektive Störungen (16%) (EvB gGmbH, 2014). Insgesamt hatten 43% der Patienten mit einer Zweit-Diagnose (26,5% aller Patienten) eine alkoholbezogene Störung (EvB gGmbH, 2014). In der teilstationären Versorgung durch die allgemeinpsychiatrischen Tageskliniken sind die affektiven Störungen²¹ als häufigste Diagnose zu nennen (EvB gGmbH, 2014). Bei den Prävalenzen vom Klinikum EvB gGmbH ist zu berücksichtigen, dass das Einzugsgebiet nicht nur die Landeshauptstadt Potsdam umfasst. Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik übernimmt die Pflichtversorgung für die Landeshauptstadt Potsdam sowie für einige Gemeinden (Kleinmachnow, Stahnsdorf und Teltow) aus dem Landkreis Potsdam-Mittelmark (EvB gGmbH, 2017). Zusätzlich wird die epidemiologische Datengrundlage des RKI herangezogen, um auch die Personen zu berücksichtigen, die noch keinen Zugang zum Versorgungssystem haben. Unabhängig vom Versorgungsstatus sind laut RKI (2015) die häufigsten psychischen Störungen in Europa die Angststörungen, Depressionen, Schlafstörungen und Alkoholabhängigkeiten. Die nachfolgende Vorstellung der häufigsten psychischen Störungen beruht auf epidemiologischen Daten der *Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland* (DEGS1, 2008–2011) sowie dem Zusatzmodul zu seelischen Gesundheit des RKI. Die Prävalenzen werden analog wie in Kapitel 2.3 anhand der Bevölkerungsprognosen auf die Landeshauptstadt Potsdam übertragen.

Angststörungen (F40-F48)

Angststörungen/Phobie zeichnen sich durch eine fortbestehende Angst aus oder durch unangemessene Verhaltensweisen, welche die Angst reduzieren sollen und sind häufig mit physischen Symptomen wie Schwindel, Kreislaufbeschwerden und Übelkeit verbunden (RKI, 2015). Möglicherweise können genetische, neurobiologische und psychosoziale Faktoren die Entstehung von Angststörungen beeinflussen (RKI, 2015). Die Prävalenz für Angststörungen bei den 18- bis 79-Jährigen liegt bei 15,3% (RKI, 2015). In der Tabelle 11 werden die Prävalenzen anhand der verschiedenen Ängste nach Geschlecht zusammengefasst.

Tabelle 11: Prävalenz von Angststörungen bei den 18- bis 79-Jährigen (RKI, 2015)

	Männer (in %)	Frauen (in %)
Angststörung (F40, F41)	9,3	21,4
Panikstörung (mit und ohne Platzangst) (F41.0)	1,2	2,8
Soziale Phobie (F40.1)	1,9	3,6
Generalisierte Angststörungen (F41.1)	1,5	3,0
Spezifische Phobie ²² (F40.2)	5,1	15,4

²⁰ Auf eine weitere Beschreibung von Alkoholabhängigkeit wird an dieser Stelle verzichtet und auf das *Rahmenkonzept zur Suchtprävention und Suchtbehandlung in der Landeshauptstadt Potsdam* sowie den Aktionsplänen verwiesen.

²¹ Affektive Störungen: „Die Gruppe enthält Störungen deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität entweder zur Depression - mit oder ohne begleitende(r) Angst - oder zur gehobenen Stimmung bestehen“ (ICD-10 F30-39)

²² z.B. Tierphobien, Phobien vor Naturereignissen, situationale Phobien, Blut-/Spritzen-/Verletzungsphobien

Bei den hohen Prävalenzen muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Hälfte der Angststörungen spezifischen Phobien, wie Höhenangst, Flugangst oder Tierphobien, zuzuordnen sind, die den Alltag gewöhnlich nicht stark negativ beeinflussen (RKI, 2015). Häufig treten Angststörungen in Komorbiditäten mit Depressionen oder Substanzabhängigkeiten auf, was die hohe Prävalenz erklärt (RKI, 2015). Der Übertrag der Prävalenzen auf die Landeshauptstadt Potsdam wird in Tabelle 12 dargestellt, wobei hier eine Verzerrung der Schätzung vorliegt. Die vom RKI verwendete Altersgruppierung wird nicht in der Bevölkerungsprognose der Landeshauptstadt Potsdam widerspiegelt, sodass die gesamte erwachsene Bevölkerung als Grundlage herangezogen wurde. Demzufolge könnten die Zahlen zu hoch sein oder die Schätzung gleicht sich durch das weiterhin starke Bevölkerungswachstum an.

Tabelle 12: Schätzung zu Angststörungen von Erwachsenen in der LHP

Jahr	Prognose Anzahl der 18 bis 65 Jahre und älter	Absolute Zahl anhand der Prävalenz von 15,3%	
2018	143.523	21.959	↓ + 975 ↓
2019	145.195	22.215	
2020	146.849	22.468	
2021	148.382	22.702	
2022	149.893	22.934	

Hinweis:
Die Prävalenz kann nicht die tatsächliche Situation in der Landeshauptstadt Potsdam darstellen.

Bei Angststörungen wird ein deutlicher Geschlechterunterschied deutlich: Frauen weisen eine Prävalenz von 21,4% im Vergleich zu den Männer von 9,3% auf. Um eine geschlechtersensible Auswertung vorzunehmen, wird die Bevölkerung nach Geschlecht für die Landeshauptstadt Potsdam herangezogen. In der Landeshauptstadt Potsdam liegt ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis von Männern zu Frauen von 48,59% zu 51,41% vor. (Stand 31.12.2016). Wenn diese Geschlechterverteilung demgemäß bestehen bleibt, sind für die Landeshauptstadt Potsdam folgende Schätzungen für Angststörungen möglich (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Schätzung zu Angststörungen von Erwachsenen nach Geschlecht in der LHP

Jahr	Prognose Anzahl 18 bis 65 Jahre und älter	Annahme: 48,59 % Männer von der Gesamtbevölkerung	Anzahl der Männer anhand Prävalenz 9,3%	Annahme: 51,41% Frauen von der Gesamtbevölkerung	Anzahl der Frauen anhand Prävalenz 21,4 %
2018	143.523	69.738	6.486	73.785	15.790
2019	145.195	70.550	6.561	74.630	15.971
2020	146.849	71.354	6.635	75.495	16.156
2021	148.382	72.099	6.705	76.284	16.325
2022	149.893	72.833	6.773	77.060	16.491

↓ + 287 ↓ + 701 ↓

Hinweis: Die Prävalenzen können nicht die tatsächliche Situation in der Landeshauptstadt Potsdam darstellen.

Depressionen (ICD-10 F32-F33)

Depressionen treten häufig in Komorbidität oder in Folge mit anderen psychischen Störungen, physischen Erkrankungen oder auch mit chronischem Stress und lebensverändernden Ereignissen auf (RKI, 2015). Depressionen treten vielmehr in Komorbidität mit Angststörungen oder Suchterkrankungen auf (RKI, 2015). Das RKI geht davon aus, dass bei 40–60% aller Personen, die einen Suizid begehen, Depressionen vorliegen (RKI, 2009). Depression ist eine häufige psychische Störung, jedoch ist eine Steigerung der Prävalenz bei dieser Störung nicht zu verzeichnen (RKI, 2015). Depressionen treten bei Frauen doppelt so häufig auf wie bei Männer: In der Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen liegt bei den Männer eine Prävalenz von 6,4% und bei Frauen von 13,1% vor (RKI, 2015). Ein Übertrag auf die Landeshauptstadt Potsdam wird in Tabelle 14 vorgenommen.

Tabelle 14: Schätzung zu Depressionen von Erwachsenen in der LHP

Jahr	Prognose Anzahl 18 bis 65 Jahre und älter	Annahme: 48,59 % Männer von der Gesamtbevölkerung	Anzahl der Männer anhand Prävalenz 6,4%	Annahme: 51,41% Frauen von der Gesamtbevölkerung	Anzahl der Frauen anhand Prävalenz 13,1%
2018	143.523	69.738	4.463	73.785	9.666
2019	145.195	70.550	4.515	74.630	9.777
2020	146.849	71.354	4.567	75.495	9.890
2021	148.382	72.099	4.614	76.284	9.993
2022	149.893	72.833	4.661	77.060	10.095

Hinweis: Die Prävalenzen können nicht die tatsächliche Situation in der Landeshauptstadt Potsdam darstellen.

Schlafstörungen (ICD-10 F51 oder G47)

Schlafstörungen ist eine separate Diagnose sowie überwiegend auch ein Symptom, z.B. für Depressionen oder Posttraumatische Belastungsstörungen. Schlafmangel führt zu psychosozialen Beeinträchtigungen wie Tagesmüdigkeit, mangelnde Konzentrationsfähigkeit, Stress, schlechterer Allgemeinzustand und mangelnden psychischen Wohlbefinden (RKI, 2015). Insomnien²³ (ICD-10 F51) gehören zu den häufigsten Schlafstörungen und sind bekannt als ein Risikofaktor für auftretende Depressionen (RKI, 2015). Nichtorganische Insomnien werden durch „Ein- oder Durchschlafprobleme dreimal oder häufiger pro Woche für einen Zeitraum von mindestens vier Wochen sowie eine schlechtere Qualität des Schlafs“ (RKI, 2015) definiert. In der ICD-10 F51 sind nur jene Schlafstörungen inbegriffen, bei denen emotionale Ursachen als primärer Faktor benannt werden können (ICD-10). Als weiteres müssen infolge der Schlafprobleme Tagesmüdigkeit, Erschöpfungszustände oder Beeinträchtigungen der sozialen Funktionsfähigkeit vorliegen. Eine geschlechtersensible Aufstellung der Prävalenz von Schlafstörungen erfolgt in Tabelle 15.

²³ Andauernde Schlafstörung über längere Zeit (Pschyrembel, 2004)

Tabelle 15: Prävalenz von Schlafstörungen bei Erwachsenen nach Geschlecht

Männer		Frauen	
18 – 39 Jahre	60 – 79 Jahre	18 – 39 Jahre	60 – 79 Jahre
9,5%	29,0%	17,9%	34,4%
Verdreifachung		Verdopplung	

Chronischer Stress

Chronischer Stress ist keine Diagnose nach ICD-10, sondern ein Symptom. Eine Stressreaktion ist zunächst als eine normale Reaktion auf verschiedene Belastungen zu verstehen und führt dazu, dass Energie mobilisiert, die Blutzirkulation steigt und die Aufmerksamkeit erhöht wird (Hapke et al., 2013). In der heutigen Arbeits- und Lebenswelt sind die Menschen zunehmend immer komplexeren Belastungssituationen ausgesetzt (Hapke et al., 2013). „Chronischer Stress tritt auf, wenn die Häufigkeit und Intensität von Stressbelastungen die vorhandenen individuellen Ressourcen zur Stressbewältigung übersteigen“ (RKI, 2015). Chronischer Stress hat z.B. Einfluss auf den Stoffwechsel, das Immunsystem und beeinträchtigt die Hirnprozesse (Hapke et al., 2012). Chronische Stressbelastungen sind häufig mit einer depressiven Symptomatik, Schlafstörungen und Burn-out²⁴ verbunden (RKI, 2015). Chronischer Stress ist keine ICD-10 Diagnose, sondern stellt einen Risikofaktor für psychische Störungen dar. Menschen mit niedrigerem Sozialstatus und geringer sozialer Unterstützung empfinden häufiger starke Stressbelastungen als der Durchschnitt der Bevölkerung (RKI, 2015).

Bei Frauen und Männern zwischen 18 und 64 Jahren werden unterschiedliche Prävalenzen bei Stress ersichtlich. Bei starken Belastungen durch chronischen Stress ist bei Männern eine Prävalenz von 8,2% und bei Frauen eine Prävalenz von 13,9% zu verzeichnen (RKI, 2015).

Tabelle 16: Schätzung zu chronischem Stress von Erwachsenen in der LHP

Jahr	Prognose Anzahl 18 bis 65 Jahre und älter	Annahme: 48,59 % Männer von der Gesamtbevölkerung	Anzahl der Männer anhand Prävalenz 8,2%	Annahme: 51,41% Frauen von der Gesamtbevölkerung	Anzahl der Frauen anhand Prävalenz 13,9%
2018	143.523	69.738	5.719	73.785	10.256
2019	145.195	70.550	5.785	74.630	10.374
2020	146.849	71.354	5.851	75.495	10.494
2021	148.382	72.099	5.912	76.284	10.603
2022	149.893	72.833	5.972	77.060	10.711

Hinweis: Die Prävalenzen können nicht die tatsächliche Situation in der Landeshauptstadt Potsdam darstellen.

²⁴ Das Burn-out Syndrom wird meistens als arbeitsbezogenes Syndrom verstanden und ist meist durch emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und eine verminderte Arbeitsleistung gekennzeichnet (RKI, 2015). Nach der ICD-10 sind diese Beschwerden nicht als Krankheit klassifiziert, werden aber als einzelne Faktoren aufgeführt (RKI, 2015). Inwieweit dieses Syndrom als eine psychische Störung zu bezeichnen ist, wird hier nicht diskutiert.

Resümee: Laut dem RKI sind die häufigsten psychischen Störungen neben der Alkoholabhängigkeit die Angststörungen und Depressionen. Nach Daten des Klinikums EvB gGmbH sind die schizophrenen und wahnhaften Störungen als häufige psychische Störung zu ergänzen (EvB gGmbH, 2014). Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit sind auch geschlechterspezifisch zu installieren.

2.5. Epidemiologische Daten zu Geflüchteten

Die Lebensbedingungen der Geflüchteten sind äußerst heterogen. Die Menschen kommen aus unterschiedlichen Herkunftsländern, Generationen, gehören unterschiedlichen Religionen an und haben verschiedenste sozioökonomische Status. Zudem haben sich die Menschen aus unterschiedlichen Beweggründen für die Flucht entschieden. Als Gründe hierfür können z.B. Unsicherheit der Lebensbedingungen, Zerstörung von Existenzgrundlagen, Krieg, Folter, Religionszugehörigkeit, Misshandlungen, sexualisierte Gewalt und der Verlust wichtiger Bezugspersonen genannt werden. Auch die Flucht selbst ist durch unterschiedliche Erfahrungen wie Schutz- und Orientierungslosigkeit, mangelnde medizinische Betreuung, Übergriffe, Verlust und Diskriminierung geprägt. Am Zielort haben neben den sprachlich-kulturellen Barrieren viele andere Stressoren, wie die Sorge um die Zurückgebliebenen in der Heimat oder ihre soziale Unsicherheit, ebenfalls Einfluss auf das Leben, die Lebensqualität und das (seelische) Wohlbefinden der Geflüchteten. Das Leben in der Gemeinschaftsunterkunft (GU) stellt in vielerlei Hinsicht auch einen eigenen Stressor dar, z.B. durch die eingeschränkte Privatsphäre. Dazu kommen auch häufig ein unklarer Aufenthaltsstatus, enttäuschte Erwartungen, fehlende Zukunftsperspektiven, fortgesetzte Hilflosigkeit, eine fehlende Arbeitserlaubnis oder sogar eine drohende Abschiebung als mögliche weitere Stressoren für die Geflüchteten hinzu. Durch die beschriebenen Lebensbedingungen sind die Ressourcen für Resilienz der Geflüchteten stark eingeschränkt und die Vulnerabilität²⁵ steigt (DGPPN, 2016; van den Bergh, 2015).

In der Literatur werden Depressionen, Angststörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) als häufige psychische Störungen bei Geflüchteten genannt. Hierzu schwanken die ermittelten Prävalenzen bei Geflüchteten stark (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17: Prävalenzen psychiatrischer Störungen bei Geflüchteten

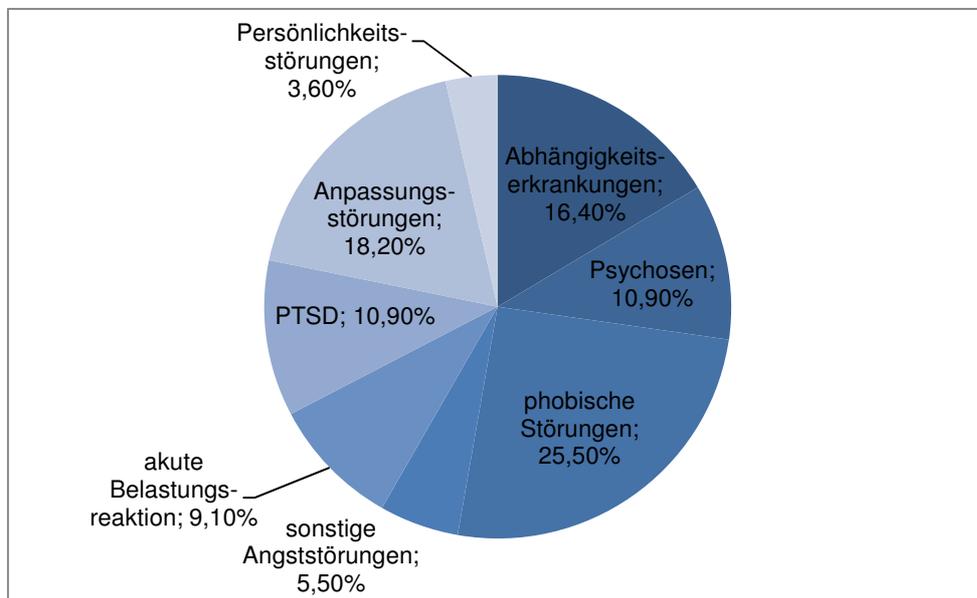
Quelle	Depressionen	Angststörungen	PTSD
Gerritsen et al. (2006)	56 %	56 %	21 %
Lindert et al. (2009)	44,5%	40 %	36 %
Heeren et al. (2014)	42–85 %	39–63 %	5–54 %

Entgegen dieser Prävalenzen ermitteln andere Studien, dass Geflüchtete im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung das 10-fache Risiko aufweisen, eine PTSD zu entwickeln (Crumlish & O'Rourke, 2010). Eine Befragung von 67 Kliniken durch die Bundesdirektorenkonferenz - Verband leitender Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK)

²⁵ Vulnerabilität= Anfälligkeit, Verletzbarkeit (Pschyrembel, 2004)

e.V.²⁶ zeigt, dass die drei häufigsten Diagnosen von stationär, teilstationär und ambulant (Psychiatrische Institutsambulanz - PIA) behandelten Geflüchteten phobische Störungen (25,50%), Anpassungsstörungen (18,20%) und gefolgt von Abhängigkeitserkrankungen (16,40%) sind (vgl. Abbildung 7).

Abbildung 7: Verteilung der Diagnosen bei behandelten Geflüchteten im Jahr 2015 (Gouzoulis-Mayfrank, 2017)



Die Verteilung der Behandlungsfälle (vgl. Tabelle 18) zeigt, dass Geflüchtete im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich psychiatrischer Kliniken (PIA) ca. 2% aller Patienten ausmachen (Gouzoulis-Mayfrank, 2017).

Tabelle 18: Anteil von Geflüchteten an den Behandlungsfällen in 2015 (Gouzoulis-Mayfrank, 2017)

Anteil an Fällen	Mittelwert ± Standardabweichung
vollstationär, freiwillig	1,70 ± 1,26%
vollstationär, geschützt	2,27 ± 1,45%
Teilstationär	0,34 ± 0,72%
PIA	2,16 ± 2,30%

Jedoch weist auch diese durch die BDK durchgeführte Befragung erhebliche methodische Limitationen auf, da die Antworten der Kliniken überwiegend auf Schätzungen basieren, so dass diese Ergebnisse lediglich Hinweise darstellen können.

Für einen beispielhaften Übertrag der Prävalenzen auf die Landeshauptstadt Potsdam wird Heeren et al. (2014) herangezogen, wobei ein Übertragung nur stark eingeschränkt möglich ist und keine validen Daten generiert werden können. Als Datengrundlage dient das Ausländerzentralregister (AZR). Bei dem Übertrag der Prävalenzen auf die Landeshauptstadt Potsdam wird eine Gesamtzahl der Ausländer*innen, die in der Landeshauptstadt zum Stichtag 31.07.2017 lebten, herangezogen. Ausländer*innen sind hier

²⁶ Die Bundesdirektorenkonferenz ist der Verband der letztverantwortlichen Leitenden eines Fachkrankenhauses oder einer Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie und engagiert sich für den Erhalt und den bedarfsgerechten Ausbau einer klinischen Versorgung psychisch kranker Menschen.

definiert als Ausländer*innen mit einem befristeten Aufenthaltstitel, mit einem unbefristeten Aufenthaltstitel sowie gestattete und geduldete Ausländer*innen. Zusätzlich wird die durchschnittliche Anzahl der Menschen, die sich im Jahr 2016 in der Landeshauptstadt Potsdam im Asylbewerberleistungsgesetz befanden, als Datengrundlage herangezogen (vgl. Tabelle 19). Die großen Spannweiten der Ergebnisse (z.B. 68 bis 733 Geflüchtete) verdeutlichen, dass eine konkrete Ableitung von psychosozialen Versorgungsbedarfen bei Geflüchteten nicht möglich ist.

Tabelle 19: Schätzung zu psychischen Störungen von Geflüchteten in der LHP

	Depressionen 42 – 85%	Angststörungen 39 – 63%	PTSD 5 – 54%
3.204 Ausländer*innen insgesamt	1.346 – 2.723 Menschen	1.250 – 2.019 Menschen	1.602 – 1.730 Menschen
1.609 Ausländer*innen mit einem befristeten Aufenthaltstitel ²⁷	676 – 1.368 Menschen	628 – 1.014 Menschen	80 - 869 Menschen
163 Ausländer*innen mit unbefristeten Aufenthaltstitel	69 – 139 Menschen	64 – 103 Menschen	9 – 88 Menschen
819 gestattete Ausländer*innen	344 – 696 Menschen	320 – 516 Menschen	41 – 443 Menschen
360 geduldete Ausländer*innen	152 – 306 Menschen	141 – 227 Menschen	18 – 195 Menschen
durchschnittlich 1.356 Geflüchtete im Asylbewerberleistungsgesetz im Jahr 2016	570 – 116 Menschen	529 – 855 Menschen	68 – 733 Menschen

Hinweis: Die Prävalenzen können nicht die tatsächliche Situation in der Landeshauptstadt Potsdam darstellen.

Weitere Studien weisen eindeutig darauf hin, dass vor allem die Dauer des Asylverfahrens einen maßgeblichen Einfluss auf die Prävalenz für psychische Störungen sowie die Lebensqualität, das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Geflüchteten hat. Bei Asylsuchenden, die länger als zwei Jahre ohne sicheren Aufenthaltsstatus leben, steigen die Prävalenzen eine PTSD, Depressionen, Angststörungen, somatoforme Erkrankungen oder Suchterkrankungen auszubilden (van den Bergh, 2015). Beschwerden wie Kopfschmerzen, Schwindel, Rückenschmerzen, Magenbeschwerden und Gelenkbeschwerden stiegen signifikant mit der Dauer des Aufenthaltes (van den Bergh, 2015). Die Lebensqualität von Geflüchteten, die länger als zwei Jahre auf die Anerkennung warteten, war signifikant schlechter als bei denjenigen, die gerade erst im Land angekommen sind (van den Bergh, 2015). Andere Studien zeigen, dass die seelische Gesundheit nicht von den Erlebnissen in der Vergangenheit, sondern durch den rechtlich sicheren Aufenthaltsstatus positiv beeinflusst wird (Heeren et al., 2014; Laban, 2004).

Die Stressoren – die Fluchtgründe, Erfahrungen während der Flucht und am Zielort – können psychische Störungen auslösen. Trotz massiver Belastungen und Stressoren müssen die Geflüchteten aber nicht zwangsläufig behandlungsbedürftige psychische Störungen entwickeln. Die Entwicklung hängt von den individuellen Ressourcen und der Resilienz des

²⁷ aus völkerrechtlichen, humanitären oder politischen Gründen

jeweiligen Geflüchteten ab. Es kann nicht die Schlussfolgerung gezogen werden, dass jeder Geflüchtete mit psychischen Beeinträchtigungen eine intensive psychotherapeutische-psychiatrische Behandlung benötigt (DGPPN, 2016). Geflüchtete sind nicht grundsätzlich zu pathologisieren. Die Reduzierung der Stressoren kann vielmehr über tagesstrukturierende niederschwellige Angebote zur Aktivierung ihrer Ressourcen, Förderung ihrer Coping-Strategien²⁸ und zur sozialen Teilhabe erfolgen.

Ergänzend wird an dieser Stelle erstmals auf eine Frage aus dem Erhebungsbogen zur den psychosozialen Angeboten und psychiatrischen Versorgung in der Landeshauptstadt Potsdam hingewiesen. Weitere Informationen hierzu sind in Kapitel 2.10 hinterlegt.

Fragen aus dem Erhebungsbogen:

- Bitte tragen Sie für jede Altersgruppe die Anzahl der Geflüchteten ein, die das Angebot 2016 in Anspruch genommen haben.

Im Rahmen der Erhebung gaben insgesamt 26 der Teilnehmenden an, dass es keine Geflüchteten gab, die ihr Angebot in Anspruch genommen haben und weitere 10 Teilnehmende gaben an, dass eine Auswertung nach Geflüchteten nicht möglich sei.

Resümee: Zu Geflüchteten gibt es keine systematisch erhobenen und repräsentativen Daten hinsichtlich des konkreten Bedarfs und über die epidemiologische Verteilung von psychischen Störungen von Geflüchteten (in den GU oder Wohnungen lebend). Die seelische Gesundheit der Geflüchteten wird maßgeblich durch die Dauer des Asylverfahrens beeinflusst und die psychischen Belastungen können erst nach dem rechtlich sicheren Aufenthaltsstatus reduziert werden. Geflüchtete müssen nicht zwangsläufig behandlungsbedürftige psychische Störungen entwickeln.

2.6. Epidemiologische Daten zu Senioren

In den ersten Jahren nach dem Renteneinstieg haben Senioren einen guten Gesundheitszustand, mit zunehmenden Alter hingegen steigt die Prävalenz von Krankheiten an (RKI, 2009). Erkrankungen im Alter sind oftmals durch längere Krankheitsverläufe und eine verzögerte Genesung gekennzeichnet (RKI, 2009). Bei älteren und insbesondere hochbetagten Menschen liegen oftmals Multimorbiditäten²⁹ vor, die neben somatischen Beschwerden auch funktionelle und soziale Auswirkungen haben (RKI, 2009). Das Erkrankungsspektrum im Alter ist überwiegend durch somatische Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und muskuloskeletale Erkrankungen geprägt (RKI, 2009). Hinsichtlich psychischer Störungen sind bei älteren Menschen vor allem Depressionen und Demenzen zu nennen. Laut EvB gGmbH (2014) sind die häufigste Diagnose bei gerontopsychiatrischen Patienten nicht die Demenzen, sondern andere psychische Störungen. Hier sind speziell die depressiven Störungen als häufigste gerontopsychiatrische

²⁸ Coping-Strategien (Bewältigungsstrategie) bezeichnen die Art des Umgangs mit einem als bedeutsam und schwierig empfundenen Lebensereignis oder einer Lebensphase (Hoffmann, 2009).

²⁹ Multimorbiditäten ist gleichzeitige Bestehen von mehreren Krankheiten (Psychrembel Klinisches Wörterbuch, 2004)

Diagnose zu nennen. Im Nachfolgenden werden die Demenz und Depression bei Senioren vorgestellt.

Demenz (ICD-10 F00-F03)

Demenz ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler Funktionen, wie Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen (ICD-10 F00-F03). Das Bewusstsein ist nicht getrübt, hingegen ist die emotionale Kontrolle und das Sozialverhalten eingeschränkt (ICD-10 F00-F03). Es folgen erhebliche Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens (RKI, 2009). Bei Demenzen werden zwischen Demenzen bei Alzheimer-Krankheit, vaskuläre Demenzen, Demenzen bei anderorts klassifizierten Krankheiten sowie nicht näher bezeichnete Demenzen unterschieden (ICD-10 F00-F03). Etwa zwei Drittel aller Demenzerkrankungen sind der Demenz bei Alzheimer-Krankheit und 15–20% sind den vaskulären Demenzen zuzuordnen, die restlichen Demenzen sind auf Mischformen oder andere seltene Demenzerkrankungen verteilt (RKI, 2009). Die Prävalenz bei Demenzen liegt „bei den 65- bis 69-Jährigen bei etwa 1,5%, verdoppelt sich im Abstand von jeweils etwa fünf Altersjahren und steigt bei den 90-Jährigen und Älteren auf über 30% an“ (RKI, 2009). Zwischen 1,4% und 3,2% der 65-Jährigen und Älteren erkranken pro Jahr neu an Demenz, Frauen sind dabei wesentlich häufiger betroffen (70% aller Neuerkrankungen sind Frauen) (RKI, 2007). Demenzen sind der häufigste Grund für Aufenthalte in Altenpflegeeinrichtungen und die Präventions- und Therapiepotentiale sind begrenzt (RKI, 2007).

Depressionen (ICD-10 F32-F33)

Alterskorrelierte neurodegenerative Erkrankungen, wie die Demenz bei Alzheimer-Erkrankung oder Morbus Parkinson, zeigen häufig eine Komorbidität mit Depressionen (Wittchen et al., 2010). Es liegt keine eindeutige Datenlage vor, inwieweit Depressionen im Alter zunehmen oder stagnieren. Tendenziell treten depressive Störungen im Alter seltener als bei jüngeren Menschen auf (Wittchen et al., 2010; RKI, 2009). Die unterschiedlichen Forschungsergebnisse geben jedoch Hinweise auf die unterschiedlichen Zielpopulationen: Werden Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen nicht in die epidemiologischen Studien eingeschlossen, so ist von einer zu niedrigen Prävalenz bei Depressionen auszugehen (RKI, 2009). Gerade bei den Menschen in Altenpflegeeinrichtungen ist ein erhöhtes Risiko für eine Depression zu beobachten (RKI, 2009). Die Prävalenz von Depressionen wird bei älteren Menschen auch deshalb unterschätzt, da die Symptome einer leichteren Depression, wie Müdigkeit, Energieverlust und Konzentrationsmangel, hingegen den normalen Begleiterscheinungen des Älterwerdens zugeordnet werden (RKI, 2009). Jedoch beeinträchtigen auch die Symptome mit geringerer Ausprägung massiv die Lebensqualität der Seniorinnen/Senioren und beeinflussen den Verlauf somatischer Erkrankungen, die Lebenseinstellung und das persönliche Altersbild negativ (RKI, 2009).

Es ist davon auszugehen, dass die Depression eine der häufigsten psychischen Störung im hohen Alter ist (Wittchen et al., 2010). Die Prävalenz bei Depressionen wird bei älteren Menschen auf 8–10% geschätzt (Wittchen et al., 2010; vgl.

Tabelle 20). Insgesamt zeigten 40–50% der Heimbewohnenden depressive Symptome und bei 1–5% aller älteren Menschen liegt eine schwere Depression vor (RKI, 2009).

Tabelle 20: Schätzung der Depressionen ab 55 Jahre in der LHP nach Geschlecht

Jahr	Bevölkerungsprognose 55 Jahre und älter	Anzahl anhand der Prävalenz von 8 – 10%
2018	57.876	4.630 – 5.787
2019	59.161	4.733 – 5.916
2020	60.304	4.824 – 6.030
2021	61.323	4.906 – 6.132
2022	62.171	4.974 – 6.217

Hinweis:
Die Prävalenzen können nicht die tatsächliche Situation in der Landeshauptstadt Potsdam darstellen.

+ 1.587



Resümee: Laut RKI sind die Demenz und Depressionen bei Seniorinnen und Senioren als die vorrangigen psychischen Störungen zu nennen. Konkrete Maßnahmen und Handlungsempfehlungen für den Themenkomplex Demenz sind im Aktionsplan zur Umsetzung des Potsdamer Seniorenplans 2017 hinterlegt und werden hier nicht weiter berücksichtigt.

2.7. Sozialversicherungsdaten und Gesundheitsausgaben

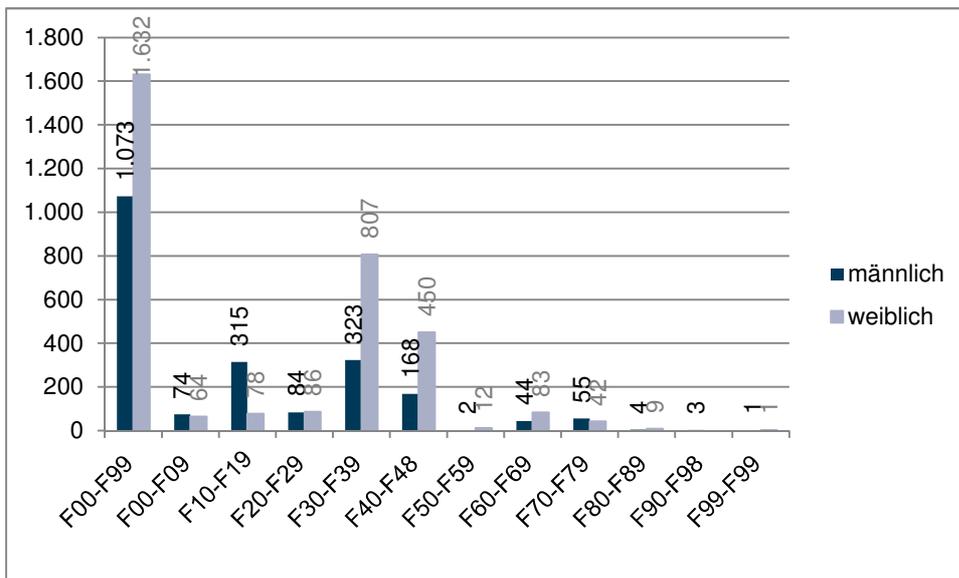
Als Sozialversicherungsdaten werden im Nachfolgenden die Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) und die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der Diagnosegruppe ICD-10 F00-F99 exemplarisch herangezogen. Im Anschluss werden die Gesundheitsausgaben in Bezug auf psychische Störungen vorgestellt.

Auf Bundesebene steigt die Anzahl der AU-Tage aufgrund von psychischen Störungen im Vergleich zu anderen Diagnosen stark (RKI, 2015). Psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10 F00-F99) stellen im Vergleich zu den anderen Diagnosegruppen auch den längsten Ausfall je Arbeitsunfähigkeitsfall dar. In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) liegt diese Diagnosegruppe je Arbeitsunfähigkeitsfall im Durchschnitt bei 32,17 Tage. Die meisten Fälle von AU aufgrund von psychischen Störungen sind der Altersgruppe der 40- bis unter 55-Jährigen zuzuordnen, wobei die längste Zeit je Fall in der Altersgruppe der 60 bis unter 70 Jahren zu finden ist.

Zugleich steigen seit den 1980er-Jahren auch die Frühberentungen aufgrund von psychischen Störungen, obwohl die Gesamtzahl der Frühberentungen rückläufig ist (RKI, 2015). Bei Frühberentungsdiagnosen haben psychische Störungen eine erhebliche Bedeutung (RKI, 2006). Im Zeitverlauf vom Jahr 1983 bis 2003 ist der Anteil von Frühberentungen aufgrund von psychischer Störungen von 8% auf 24% gestiegen und spiegelt möglicherweise die zunehmenden psychosozialen Belastungen in der Arbeitswelt und Gesellschaft wider (RKI, 2006). Auf Bundesebene sind affektive Störungen und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen³⁰ die vorrangigen Diagnosen, die Rentenzugänge wegen verminderten Erwerbsfähigkeit begründen. In Brandenburg sind in der Gesetzlichen Rentenversicherung (RV) über die Hälfte aller Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch psychische und Verhaltensstörungen bedingt. Die Verteilung innerhalb der ICD-10 F00-F99 ist in Abbildung 8 hinterlegt. Als Datengrundlage wird das Statistische Bundesamt (Destatis) herangezogen.

³⁰ Somatoforme Störungen = körperliche Beschwerden ohne organische Ursachen

Abbildung 8: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in die RV in Brandenburg in 2015 (Destatis, 2016)



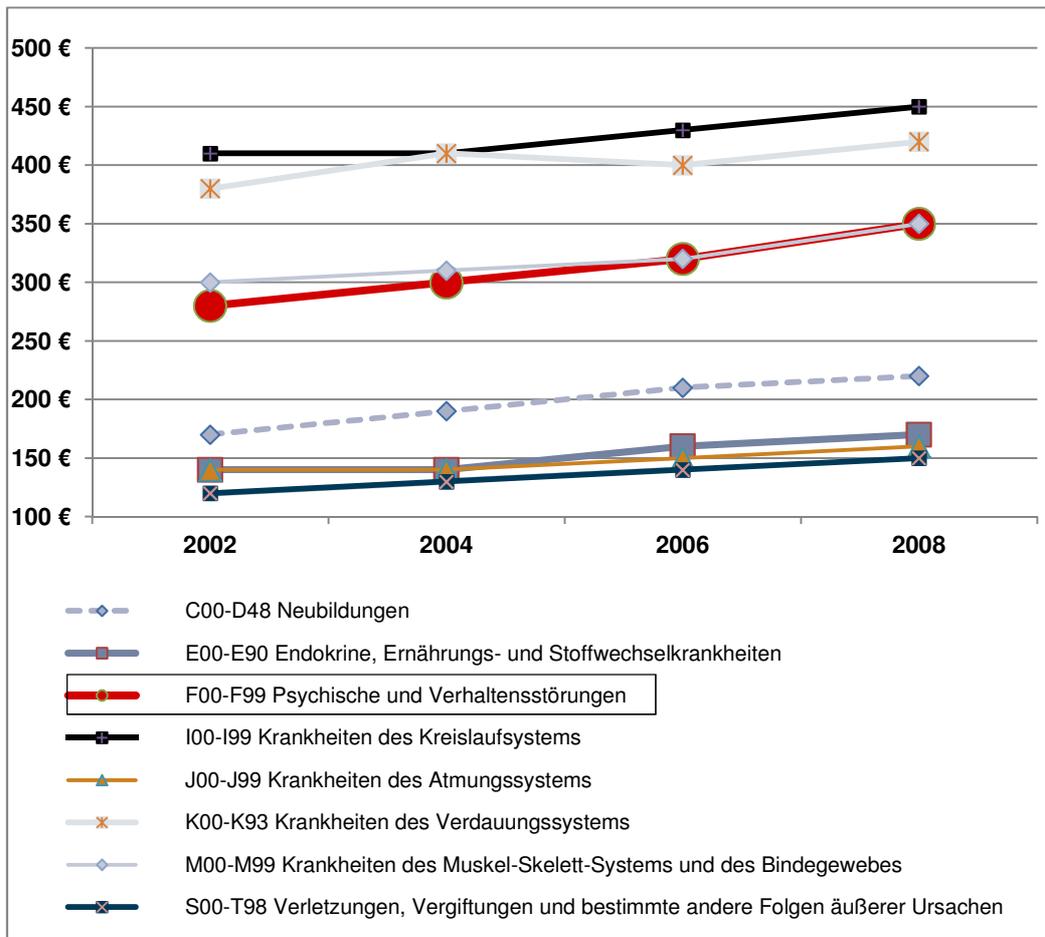
Auch in Potsdam wird dieser Trend deutlich: Von insgesamt 1.551 Rentenzugängen³¹ wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in den Jahren 2010 bis 2014 sind insgesamt 40,43% durch psychische und Verhaltensstörungen (ohne Sucht) begründet (DRV-Bund, 2016).

Die Steigerung der AU-Tage und der Anzahl der Frühberentung aufgrund von psychischen Störungen spiegelt sich jedoch nicht im Anstieg der Prävalenzen psychischer Störungen wider (RKI, 2015). Als mögliche Erklärung für dieses Phänomen kann, neben den sich wandelnden Arbeits- und Lebenswelten, auch eine höhere Aufmerksamkeit und ein geändertes ärztliches Diagnose- und Krankschreibungsverhalten herangezogen werden (RKI, 2015). Diese Zahlen verdeutlichen, dass psychische Störungen, neben den großen persönlichen, auch gesellschaftliche Auswirkungen haben.

In Deutschland lagen die Gesundheitsausgaben im Jahr 2015 insgesamt bei 344.153 Mio. €, dies entspricht einem Anteil am Bruttoinlandsprodukt von 11,3% (GBE, 2016a). Die Betrachtung der verschiedenen Diagnosegruppen nach ICD-10 zeigt, dass die psychischen Störungen gemeinsam mit Krankheiten des muskulo-skelettalen Systems an dritter Stelle der Krankheitskosten je Einwohner in Deutschland stehen. Bei den Krankheitskosten aufgrund von psychischen Störungen ist eine fortlaufende Steigerung der Krankheitskosten zu verzeichnen (vgl. Abbildung 9).

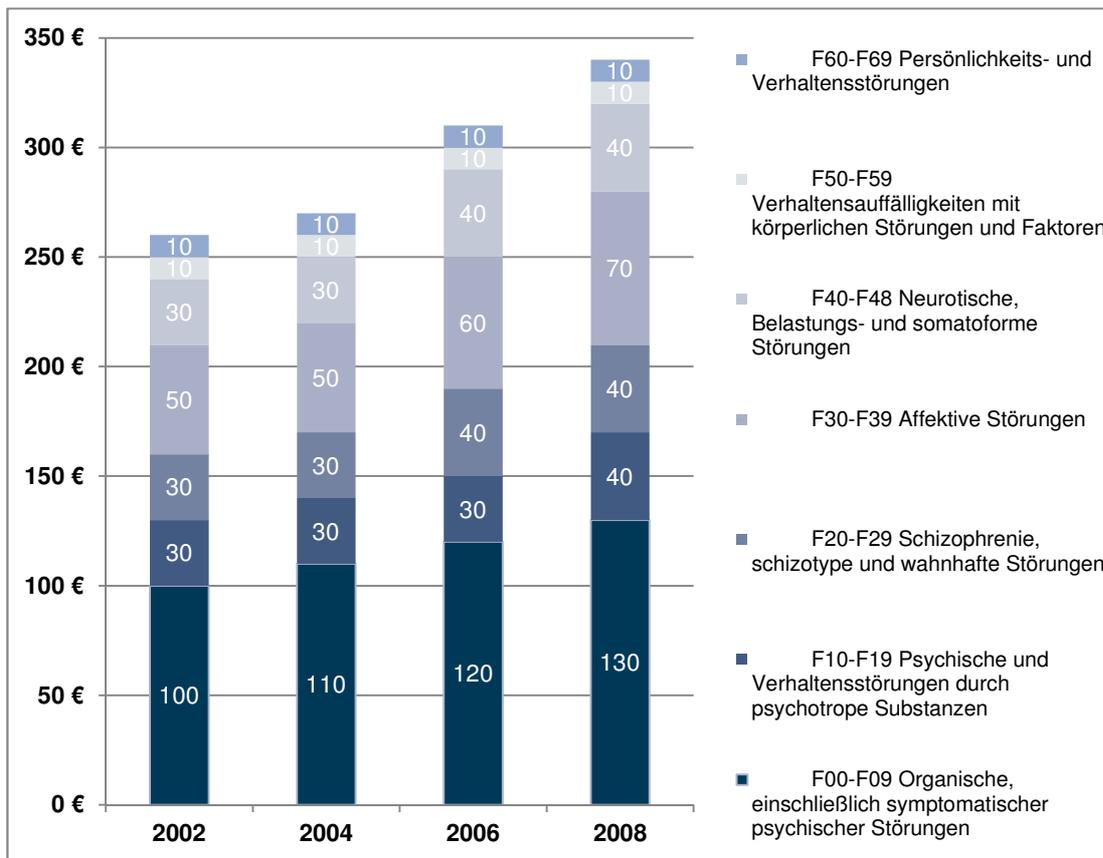
³¹ umfasst alle Rentenversicherungsträger (Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg, Deutsche Rentenversicherung Bund und Knappschaft-Bahn-See)

Abbildung 9: Krankheitskosten je Einwohner in € für Deutschland nach Diagnosegruppen pro Jahr (GBE, 2010)



Die separate Betrachtung der Diagnosegruppe ICD-10 F00-F99 zeigt, dass die größten Krankheitskosten durch F00-F09 organische psychische Störungen (wie Demenzen) und ICD-10 F30-F39 affektive Störungen (wie Depressionen) verursacht werden (vgl. Abbildung 10). In der zeitlichen Betrachtung steigen die Krankheitskosten in den beiden genannten Gruppen stetig. Die anderen Gruppen wie Schizophrenien oder neurotische Störungen sind über die Jahre relativ konstant in der Höhe der Krankheitskosten.

Abbildung 10: Krankheitskosten je Einwohner in € für Deutschland nach ICD-10 F00-F99 (GBE, 2010)



Resümee: Auf Bundesebene steigt die Anzahl der AU-Tage sowie die Anzahl der Frühberentungen aufgrund von psychischen Störungen, wobei die Gesamtzahl der Frühberentungen rückläufig ist (RKI, 2015). Dieser Trend spiegelt sich jedoch nicht in einem Anstieg der Prävalenzen wider (RKI, 2015). Die überwiegenden Krankheitskosten sind bei den organischen psychischen Störungen (wie z.B. Demenz) und bei den affektiven Störungen (wie z.B. Depressionen) verortet.

2.8. Mortalität bei psychischen Erkrankungen

Als Mortalität wird die Sterblichkeit bezeichnet. Im Jahr 2010 lag das Durchschnittsalter der Gestorbenen aufgrund von psychischen Störungen im Land Brandenburg bei 76,9 Jahren (GBE, 2016). Fünf Jahre später lag das durchschnittliche Alter der Gestorbenen in der Diagnosegruppe ICD-10 F00-F99 in Brandenburg bei 79,6 Jahren (GBE, 2016). Das hohe Durchschnittsalter ist vor allem durch den hohen Altersdurchschnitt (86,0 Jahre) der Gestorbenen im Bereich der organischen, einschließlich symptomatischen Störungen (F00-F09) sowie im Bereich der affektiven Störungen (F30-F39) mit 75,4 Jahre zu begründen (vgl. Tabelle 21). Die Diagnosegruppe F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen weist ein niedrigeres Durchschnittsalter von 67,0 Jahren der Gestorbenen auf. Unter den psychischen und Verhaltensstörungen (F00-F99) ist im Land Brandenburg bei den Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (z.B. Essstörungen) die niedrigste Lebenserwartung zu verzeichnen (GBE, 2016). Das durchschnittliche Alter der Gestorbenen lag bei 41,0 Jahren (GBE, 2016).

Tabelle 21: Durchschnittliches Alter der Gestorbenen in Lebensjahren in Brandenburg (GBE, 2016)

Jahr	F00-F99	F00-F09	F10-F19	F20-F29	F30-F39	F50-F59
2012	77,4	85,4	58,1	(82,5) ³²	(69,3)	-
2013	78,0	86,3	57,6	-	69,7	(46,0)
2014	79,1	85,6	60,0	(61,0)	(79,19)	-
2015	79,6	86,0	58,3	(67,0)	75,4	(41,0)

Im Land Brandenburg sind bei der Todesursache Suizid folgende Häufigkeiten zu verzeichnen (vgl. Tabelle 22). Hier werden Geschlechterunterschiede in der Verteilung deutlich. Auf Bundesebene werden diese Tendenzen durch Zahlen von Destatis bestätigt. Männer nehmen durchschnittlich bis zu dreimal mehr Suizide als Frauen vor (RKI, 2015).

Tabelle 22: Anzahl der Suizide im Land Brandenburg 2011 bis 2015 (Statistik Berlin-Brandenburg, 2016; Statistik Berlin-Brandenburg 2015)

Jahr	insgesamt	männlich	weiblich
2011	279	222	57
2012	295	239	56
2013	318	248	70
2014	321	244	77
2015	329	231	98

Dieser Unterschied bleibt zudem in fast allen Altersgruppen bestehen (vgl. Tabelle 23).

Tabelle 23: Anzahl der Suizide im Jahr 2015 in Deutschland (Destatis, 2016a)

Altersgruppen von ... bis unter ... Jahre	insgesamt	männlich	weiblich
unter 10	-	-	-
10 bis 15	20	7	13
15 bis 20	196	133	63
20 bis 25	316	243	73
25 bis 30	427	340	87
30 bis 35	485	380	105
35 bis 40	467	356	111
40 bis 45	621	458	163
45 bis 50	895	658	237
50 bis 55	1.082	792	270
55 bis 60	1.034	768	266
60 bis 65	757	548	209
65 bis 70	590	406	184
70 bis 75	827	580	247
75 bis 80	934	681	253
80 bis 85	680	517	163
85 bis 90	486	353	133
90 und älter	263	178	85

³² () = Aussagewert eingeschränkt, da der Zahlenwert auf 10 oder weniger Beobachtungen beruht

Die Altersgruppen der 45- bis 60-Jährigen zeigen die größten Häufigkeiten von Suiziden, gefolgt von der Altersgruppe der 75- bis 80-Jährigen. Differenziert nach Todesursachen wird jedoch deutlich, dass in der Altersgruppe der 15- bis unter 30-Jährigen Suizid die häufigste Todesursache ist (vgl. Tabelle 24). Hier wird die Wichtigkeit von Suizidprävention auch in dieser Altersgruppe maßgeblich herausgestellt.

Tabelle 24: Todesursachen bei Jugendlichen und Erwachsenen bis unter 30 Jahre in Deutschland im Jahr 2015 (GBE, 2017a)

Todes- ursache	gesamt	männlich			weiblich		
		15 bis unter 20 Jahre	20 bis unter 25 Jahre	25 bis unter 30 Jahre	15 bis unter 20 Jahre	20 bis unter 25 Jahre	25 bis unter 30 Jahre
Suizid	939	133	243	340	63	73	87
Transportmittel- unfälle	804	158	281	209	56	63	37

Resümee: Suizid ist in der Altersgruppe der 15- bis unter 30-Jährigen die häufigste Todesursache (GBE, 2017a). Die höchste Anzahl von Suiziden ist in der Altersgruppe der 45- bis 59-jährigen Männern zu verzeichnen. Bei psychischen Störungen ist die Suizidprävention als ein äußerst wichtiges Aufgabenfeld zu nennen.

2.9. Daten aus der Eingliederungshilfe

Im Nachfolgenden werden zunächst die Fallzahlen zur teilstationären und stationären Eingliederungshilfe (EGH) unabhängig von der Behinderungsart und anschließend die Fallzahlen der EGH von erwachsenen seelisch erkrankten Menschen vorgestellt³³. Ergänzend werden Fallzahlen und -kosten der Tagesstätte detailliert dargestellt.

„Personen, die durch eine Behinderung [...] wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles [...] Aussicht besteht, dass die Aufgaben der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann.“ (§ 53 Abs. 1 Sozialgesetzbuch - SGB XII). Als Aufgabe der EGH ist definiert „eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern“ (§ 53 Abs. 3 SGB XII). Dabei wird herausgestellt, dass den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht oder erleichtert, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit ermöglicht wird oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege werden (§ 53 Abs. 3 SGB XII). Personen mit einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung können Leistungen der EGH erhalten, die je nach Art in ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungen unterschieden

³³ An dieser Stelle wird aufgrund der Vollständigkeit auf das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) verwiesen, welches in den nächsten fünf Jahren schrittweise umgesetzt werden soll. Mit dem BTHG wird das SGB IX neugestaltet und die EGH aus der Sozialhilfe ins SGB IX überführt.

werden. Als Beispiel für ambulante Leistungen der EGH ist das ambulant betreute Einzelwohnen anzuführen, was sich beispielsweise auf die Lebensbereiche Selbstversorgung und Wohnen; Tages-, Freizeit- und Kontaktgestaltung sowie Beschäftigung, Arbeit und Ausbildung konzentriert. Die teilstationäre EGH umfasst neben tagesstrukturierenden Maßnahmen, Tagesstätten für chronisch psychisch Kranke oder Suchtkranke auch die Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) sowie die Integrationskindertagesstätten. Die stationäre EGH beinhaltet soziale Rehabilitation an Kliniken, Wohnstätten für behinderte Menschen, betreute Wohngruppen, Wohnstätte für Kinder und Jugendliche mit Behinderung, Internate an Förderschulen sowie Einrichtungen für Suchtkranke.

Teilstationäre EGH

Insgesamt ist für die Landeshauptstadt Potsdam ein beständiger Anstieg der Leistungsberechtigten (LB) im Bereich der teilstationären Eingliederungshilfe zu verzeichnen. Die Fallzahlen stiegen kontinuierlich zwischen den Jahren 2008 und 2014 von 398 auf 501 Fälle an (vgl. Tabelle 25). Die Landeshauptstadt Potsdam weist im Vergleich zu den anderen kreisfreien Städten und Landkreisen im Jahr 2014 mit 3,05 Fällen je 1.000 Einwohner*innen die wenigsten Fälle pro Jahr auf. Der Landesdurchschnitt lag im Jahr 2014 bei 5,04 Fällen. Bei den Nettoaufwendungen der teilstationären EGH ist zwischen 2010 und 2014 ein Anstieg auf 6.105 EUR je 1.000 Einwohner*innen zu verzeichnen. Im Vergleich zu den anderen kreisfreien Städten und Landkreisen weist die Landeshauptstadt Potsdam im Jahr 2010 sowie 2014 die niedrigsten Nettoaufwendungen auf. (LASV, 2016)

Tabelle 25: Fallzahlen der teilstationären EGH in der LHP im Jahresdurchschnitt (LASV, 2016)

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Anzahl der Leistungsberechtigten	398	426	436	449	479	486	501

Stationäre EGH

Die Fallzahlen der stationären EGH in der Landeshauptstadt Potsdam sind relativ konstant und weisen geringe Schwankungen auf (vgl. Tabelle 26). Im Jahr 2014 liegt die Landeshauptstadt Potsdam im Jahresdurchschnitt mit 2,32 Fällen je 1.000 Einwohner*innen knapp unter dem Landesdurchschnitt von 2,82 Fällen (LASV, 2016).

Tabelle 26: Fallzahlen der stationären EGH in der LHP im Jahresdurchschnitt (LASV, 2016)

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Anzahl der Leistungsberechtigten	400	394	385	357	356	373	380

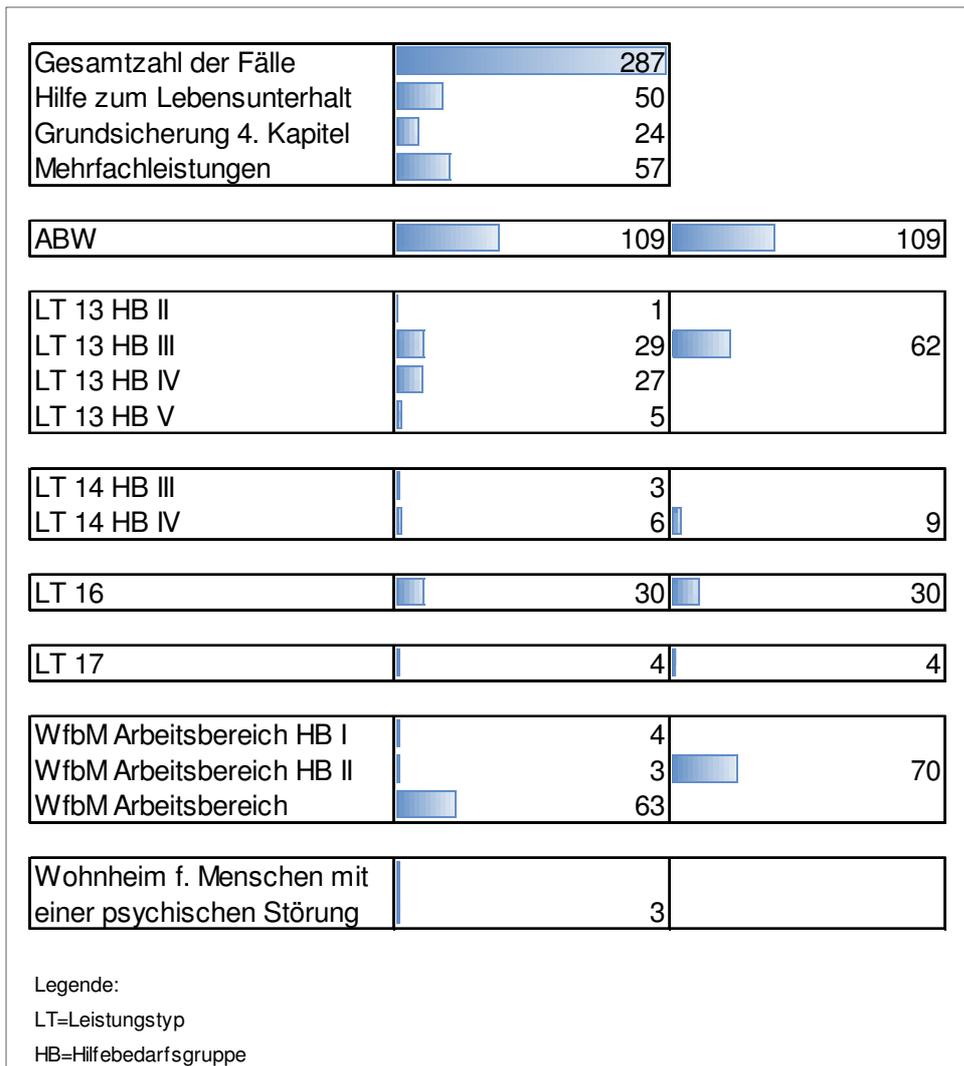
Laut Rahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII sind für Menschen mit einer seelischen Behinderung die Leistungstypen (LT) LT 13–15 vorrangig; die LT 17 und 19 beziehen sich auf Menschen mit Suchtkrankheiten (vgl. Tabelle 27).

Tabelle 27: Übersicht der relevanten LT (LASV, 2005)

LT	Kurzbezeichnung
5	Wohnen für erwachsene Menschen mit geistiger, körperlicher und/oder mehrfacher Behinderung mit Gestaltung des Tages – Förderung, Bildung und Beschäftigung
6	Wohnen für Menschen mit körperlicher, geistiger und/oder mehrfacher Behinderung ohne Gestaltung des Tages
13	Wohnen für erwachsene Menschen mit seelischer Behinderung mit Gestaltung des Tages
14	Wohnen für erwachsene Menschen mit seelischer Behinderung ohne Gestaltung des Tages
15	Wohnen für erwachsene Menschen mit seelischer Behinderung ohne nächtlichen Betreuungsbedarf
16	Tagesstätte für erwachsene Menschen mit seelischer Behinderung
17a	Wohnen für erwachsene Menschen mit Suchterkrankungen ohne Gestaltung des Tages
17	Wohnen für erwachsene Menschen mit Suchterkrankungen mit Gestaltung des Tages
19	Sozialtherapeutische Einrichtung für erwachsene Menschen mit Suchtkrankheiten

In der Abbildung 11 sind die Fallzahlen in Abhängigkeit der Behinderungsart für seelisch erkrankte Menschen in der Landeshauptstadt Potsdam, aus der AG 3842 „Eingliederungshilfe für Erwachsene“ mit Stand Dezember 2016 hinterlegt. Knapp 38% der erwachsenen Menschen mit einer seelischen Behinderung nehmen ambulant betreutes Wohnen in Anspruch. Beim ambulant betreuten Wohnen und bei der WfbM sind die meisten Fälle mit Mehrfachleistungen hinterlegt. Insgesamt sind 24% der Fälle in der WfbM tätig. Des Weiteren nehmen knapp über ein Drittel aller Fälle Wohnen mit Gestaltung des Tages in Anspruch und 10,5% aller Fälle nutzen das tagesstrukturierte Angebot der Tagesstätte.

Abbildung 11: Fallzahlen der Eingliederungshilfe für Erwachsene mit einer seelischen Behinderung - Stichtag 12/2016 (AG 3842)



34

Resümee: In der EGH nehmen die Menschen mit psychischen Störungen am meisten ambulant betreutes Wohnen in Anspruch. Vorrangig werden Wohnangebote mit Gestaltung des Tages (LT 13) bzw. sowie tagesstrukturierende Maßnahmen über die Tagesstätte (LT 16) genutzt. Bei WfbM nutzen seelisch behinderte Menschen den Arbeitsbereich.

Im Folgenden werden die Anzahl der Leistungsberechtigten und die Kosten der Tagesstätte detailliert beschrieben. Die Landeshauptstadt Potsdam liegt seit dem Jahr 2011 bei den Leistungsberechtigten (LB) pro 10.000 Einwohner sowie bei den Netto-Ausgaben pro Einwohner in Euro unterhalb des Durchschnitts vom Land Brandenburg (vgl. Tabelle 28). Die absolute Zahl der Leistungsberechtigten schwankt seit 2008 zwischen 22 und 24 Leistungsberechtigten (vgl. Tabelle 28). In den Jahren 2003–2014 sind die Fallkosten (netto) in Euro in der Landeshauptstadt Potsdam geringer als durchschnittlich im Land Brandenburg

³⁴ Unter Wohnheim für psychisch kranke Menschen sind jene Wohnheime gefasst, die keinen LT haben. Hilfebedarfsgruppen werden mithilfe des Erhebungsbogens nach Metzler erfasst. Die Hilfebedarfsgruppe I spiegelt den geringsten Bedarf wider, die Hilfebedarfsgruppe V stellt den höchsten Hilfebedarf dar.

(vgl. Tabelle 29). Ausnahmen sind bei den Fallkosten (netto) in den Jahren 2006 und 2008 erkenntlich, da waren die Fallkosten (netto) in der Landeshauptstadt Potsdam höher als im Land Brandenburg.

Tabelle 28: LB in den Tagesstätte in der LHP und im Land Brandenburg von 2003 – 2014 (con_sens, 2017)³⁵

Jahr	LB pro 10.000 Einwohner		Absolute Zahl der LB	
	Landeshauptstadt Potsdam	Land Brandenburg	Landeshauptstadt Potsdam	Land Brandenburg
2003	1,24	1,11	18	263
2004	▲ 1,30	▲ 1,23	▲ 19	▲ 280
2005	▼ 1,29	▲ 1,24	● 19	▼ 268
2006	● 1,41	▼ 1,20	▲ 21	▼ 266
2007	▼ 1,39	▲ 1,29	● 21	▲ 289
2008	▲ 1,57	▲ 1,33	▲ 24	▲ 290
2009	▼ 1,49	▲ 1,35	▼ 23	▼ 283
2010	▲ 1,53	▼ 1,33	▲ 24	▼ 279
2011	▼ 1,40	▲ 1,49	▼ 22	▲ 302
2012	▼ 1,38	▲ 1,51	● 22	▲ 310
2013	▲ 1,42	● 1,51	▲ 23	▲ 313
2014	▲ 1,46	▲ 1,57	▲ 24	▲ 327

Tabelle 29: Kosten der Tagesstätte in der LHP und im Land Brandenburg von 2003 – 2014 (con_sens, 2017)

Jahr	Fallkosten (netto) in Euro		Netto-Ausgaben pro Einwohner in Euro	
	Landeshauptstadt Potsdam	Land Brandenburg	Landeshauptstadt Potsdam	Land Brandenburg
2003	7.907	8.431	0,98	0,90
2004	▼ 7.495	▲ 8.487	● 0,98	▲ 1,04
2005	▼ 6.525	▼ 8.389	▼ 0,84	▲ 1,03
2006	▲ 8.638	▲ 8.457	▲ 1,22	▼ 1,02
2007	▼ 8.547	▲ 8.989	▼ 1,19	▲ 1,23
2008	▲ 8.893	▼ 8.362	▲ 1,40	▼ 1,14
2009	▼ 5.847	▲ 8.974	▼ 0,87	● 1,14
2010	▲ 7.920	▼ 8.796	▲ 1,21	▲ 1,15
2011	▲ 9.136	▲ 9.199	▲ 1,28	▲ 1,36
2012	▼ 8.729	▲ 9.515	▼ 1,20	▲ 1,39
2013	▲ 8.840	▲ 9.929	▲ 1,26	▲ 1,44
2014	▼ 8.330	▲ 10.049	▼ 1,22	▼ 1,51

³⁵ Die Symbole ▲ ▼ ● zeigen jeweils die Veränderung zum Vorjahr an.

▲ zeigt eine Steigerung zum Vorjahr an.

▼ zeigt eine Senkung zum Vorjahr an.

● zeigt an, dass keine Veränderung zum Vorjahr stattfand.

Resümee: Seit dem Jahr 2008 schwankt die absolute Zahl der Leistungsberechtigten in der Tagesstätte in der Landeshauptstadt Potsdam zwischen 22 und 24 Leistungsberechtigten. In der Landeshauptstadt Potsdam sind die Fallkosten (netto) für die Tagesstätte überwiegend niedriger als durchschnittlich im Land Brandenburg.

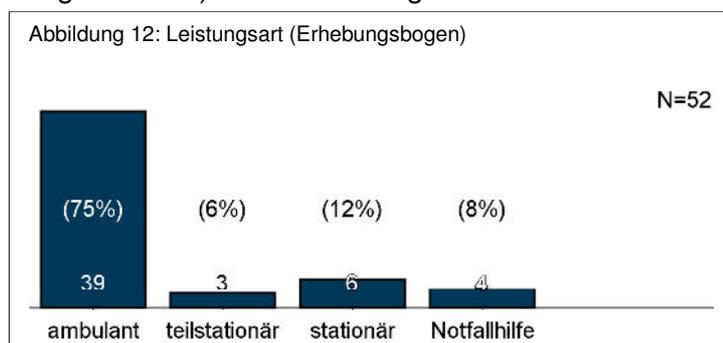
2.10. Daten der Erhebung

Es wurde ein Erhebungsbogen bezüglich der psychosozialen Angebote und psychiatrischen Versorgung in der Landeshauptstadt Potsdam in Rücksprache mit den relevanten Bereichen des Fachbereiches Soziales und Gesundheit sowie der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) entwickelt und abgestimmt. Das Ziel dieser Erhebung war, die Kenntnisse und praktischen Erfahrungen der Träger systematisch sowie den Status quo der Versorgungslandschaft zu erheben. Außerdem sollte die Perspektive der Träger berücksichtigt werden und die generierten Erkenntnisse für die Erstellung des Psychiatriekonzepts genutzt werden. Alle Akteure, die mit ihrem Angebot indirekt oder direkt psychische Themen tangieren, wurden vorab als Zielgruppe für den Erhebungsbogen definiert. In Zusammenarbeit mit dem Bereich Statistik und Wahlen wurde der Erhebungsbogen praktisch umgesetzt, sodass dieser an insgesamt 77 Angebote mit Sitz in der Landeshauptstadt Potsdam online versandt werden konnte. Die Befragung fand im Zeitraum vom 23.01.2017 bis 03.04.2017 statt. Von den 77 angeschriebenen Angeboten gab es von insgesamt 54 einen Rücklauf, was einer Beteiligung von 70,13% entspricht. Die Angebote, die zu den jeweiligen Fragen Angaben im Erhebungsbogen vorgenommen haben, werden im Weiteren als die Teilnehmenden bezeichnet.

Fragen aus dem Erhebungsbogen

- Bitte geben Sie zunächst die Leistungsart an.
- Vorrangiger Kostenträger
- Vorrangiges Einzugsgebiet
- Platzzahl (nach Plan und belegt am 01.12.2016)

Von den Teilnehmenden (Gesamtmenge=N=52³⁶) bedienen insgesamt 75% ambulante Angebote (vgl. Abbildung 12). Als teilstationäres Angebot ist z.B. das Berufsbildungswerk zu nennen. Unter den stationären Angeboten wird die stationäre Versorgung sowie die stationären Wohnangebote eingeordnet. Der Die Notfallhilfe und das Krisentelefon sind der aufsuchenden Angebote zuzuordnen.

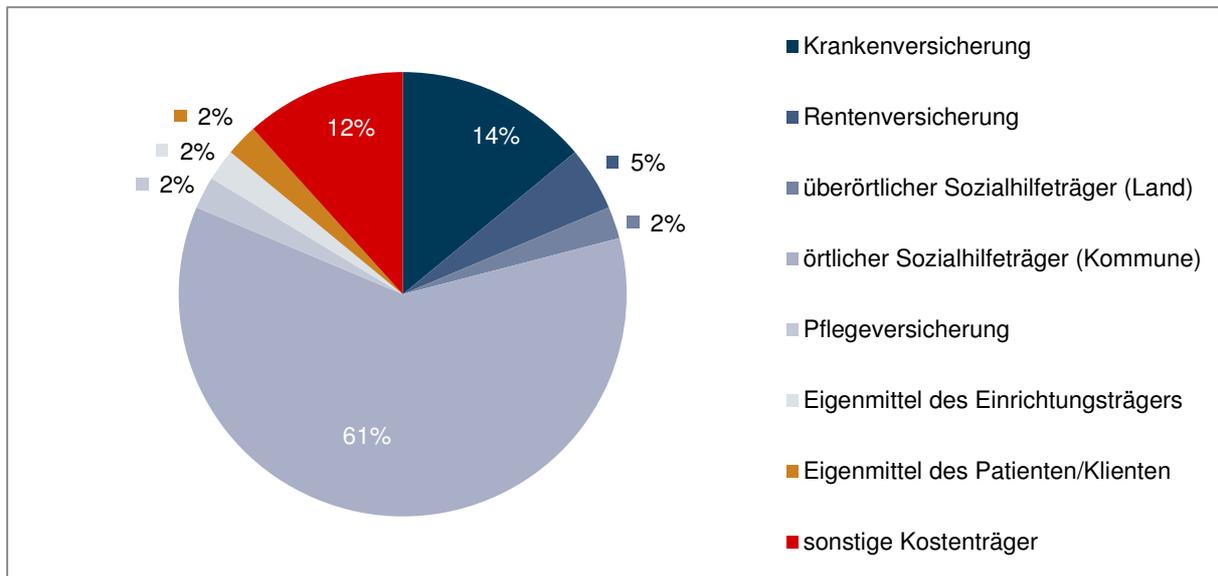


Als vorrangiger Kostenträger wird von den Teilnehmenden (N=43) mit 61% die Kommune (örtlicher Sozialhilfeträger) genannt (vgl. Abbildung 13). Unter den sonstigen Kostenträgern

³⁶ Größe der Grundgesamtheit

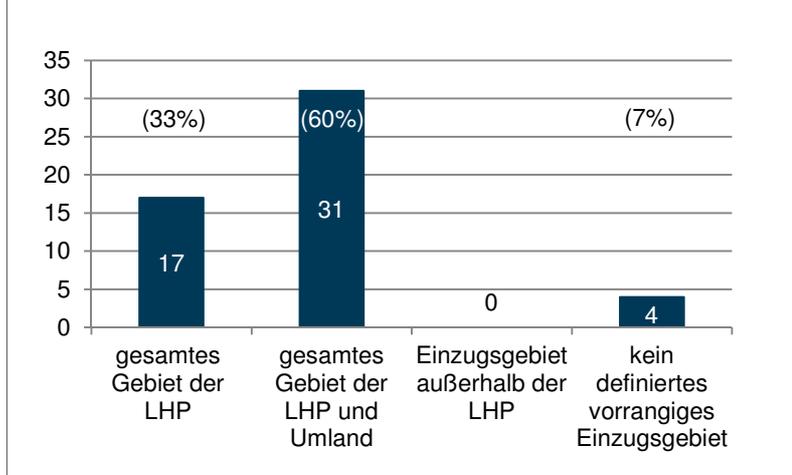
wurden z.B. die Fachhochschule Potsdam, Projektförderungen, Stiftungen oder die Katholische und Evangelische Kirche angegeben.

Abbildung 13: Vorrangiger Kostenträger (Erhebungsbogen)



Das vorrangige Einzugsgebiet bei den Teilnehmenden (N=52) verteilt sich zu 33% auf das Gebiet der Landeshauptstadt Potsdam und zu 60% auf das gesamte Gebiet der Landeshauptstadt Potsdam sowie das Umland. Die übrigen Angaben beziehen sich auf kein definiertes Einzugsgebiet (vgl. Abbildung 14).

Abbildung 14: Vorrangiges Einzugsgebiet (Erhebungsbogen)



Die Abfrage der Platzzahl im Erhebungsbogen nach Plan und Ist zum 01.12.2016 zeigt eine geringe Differenz auf. Die durchschnittliche Platzzahl nach Plan liegt bei den Teilnehmenden bei 37,15 Plätzen (N=20). Die belegte durchschnittliche Platzzahl liegt bei den Teilnehmenden nur knapp darunter mit insgesamt 36,26 Plätzen (N=19). Dies ist als Hinweis zu verstehen, dass die vorhandenen Platzressourcen fast vollständig genutzt und somit belegt sind. Bei den Platzzahlen liegt eine große Spannweite von 4 bis 315 Plätzen vor.

Resümee: Die Teilnehmenden gaben im Erhebungsbogen ambulante Angebote als vorrangige Leistungsart an und mit 61% wird die Kommune als vorrangiger Kostenträger genannt. Die Angebote werden überwiegend von Bürgern*innen aus der Landeshauptstadt Potsdam sowie aus dem Umland in Anspruch genommen und die Plätze sind überwiegend belegt.

Fragen aus dem Erhebungsbogen

- Zu welchen anderen Angeboten fand eine Weitervermittlung der Patienten/Klienten statt?
- Gesamtzahl der Patienten/Klienten, die weiter vermittelt wurden.

Die Teilnehmenden (N=20) gaben an, dass durchschnittlich 18,95 Patienten/Klienten weitervermittelt werden. Die Spannweite von 0 bis 105 verdeutlicht, dass dies je nach Angebot stark variiert. Der Median liegt bei 50 Patienten/Klienten und deutet darauf hin, dass überwiegend weitervermittelt wird. Die Teilnehmenden (N=38) haben sehr ausführliche und unterschiedliche Angaben gemacht, zu welchen Angeboten eine Weitervermittlung der Patienten/Klienten statt fand (vgl. Tabelle 30). Diese Vernetzung zwischen den einzelnen Angeboten ist als positiv zu werten.

Tabelle 30: Kategorisierung der Angaben der Teilnehmenden zu Weitervermittlungen (Erhebungsbogen)

Kategorie: Wohnen	
Zu einem anderen Wohnangebot mit dem LT 7	(Obdachlosen-) Wohnprojekte, Obdachlosenhilfe
Ambulante und stationäre Wohnformen, Betreutes Einzelwohnen	Träger d. ambulanten Wohnhilfe LHP
„Junge Wilde“, „Wohnen im Kiez“ (Arbeiterwohlfahrt - AWO Wohnprojekte)	Fachbereich Soziales und Gesundheit Bereich Wohnen
	Eigene Wohnung
Kategorie: Diagnostik und Therapie	
Niedergelassene Fachärzte, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Institut für Verhaltenstherapie Potsdam
Psychotherapeuten	Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin im Klinikum Westbrandenburg
Klinik Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik	
PIA der Klinik Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	Diagnostizierende Stellen für Erwachsene und Kinder
Tagesklinik der Klinik Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	Heilhilfsberufe: Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie
PIA der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Stationäre Suchtentwöhnung
Psychiatrische Notaufnahme	Lerntherapie
Kliniken	Sozialpsychiatrischer Dienst der LHP
Akademie für Psychotherapie und Interventionsforschung Potsdam	Rehanachsorge der Deutschen Rentenversicherung Bund
Kategorie: Tagesstruktur	
Tagesstätte im Tageszentrum Mittendrin Potsdam	Fachbereich Soziales und Gesundheit, Bereich Gesundheitssoziale Dienste und Senioren
Tagesstrukturierende Angebote	
Kategorie: Tätigkeit und Beschäftigung	
Berufsbildungswerk (BBW)	Unterstützte Beschäftigung
Berufliches Trainingszentrum (BTZ)	Allgemeiner Arbeitsmarkt
WfbM	Jobcenter
Organic Village gGmbH	Bundesagentur für Arbeit
Kategorie: Kinder, Jugend und Familie	
Fachbereich Kinder, Jugend und Familie	Sorgerechtsberatung
Erziehungs- und Familienberatung	Fachbereich Kinder, Jugend und Familie
Familienhilfe	Schwangerenberatung
Familientlastender Dienst (§ 45b SGB XI) und der aktiven Wegebegleitung	Freizeitaktivitäten
	Begleitete Elternschaft
Kategorie: Beratungen und weiteres	
Psychosoziale Beratungsstellen	Volkshochschule
Paarberatung	Verbraucherzentrale
Schuldner- u. Insolvenzberatung	Fachbereich Soziales und Gesundheit, Soziale Leistungen und Integration, Arbeitsgruppe (AG) Betreuungsbehörde
Opferhilfe	
(kostenlose) anwaltliche (allg.) Rechtsberatung, Fachanwalt	Soziale Dienste der Justiz
Erstberatung im Autismuszentrum	Kontakt- und Beratungsstelle für psychisch kranke Menschen (KBS) im Tageszentrum Mittendrin
KBS in Potsdam Mittelmark	
Kategorie: Sucht	
Suchthilfe	Stationäre Suchtentwöhnung
Suchtberatung	
Kategorie: Geflüchte	
Migrationsfachberatung, Flüchtlingsberatung	Integrationskurse
Bereich Bürgerservice, AG Ausländerbehörde	
Kategorie: Senioren	
Netzwerk "Älter werden in Potsdam"	Pflegestützpunkt
Pflegeeinrichtungen, Hospiz	
Kategorie: Selbsthilfe	
Selbsthilfegruppen, Selbsthilfe-, Kontakt- und Informationszentrum e.V. (SEKIZ)	Themenabende des Autismuszentrum
Kategorie: Keine Weitervermittlung	
„Wir geben die Angebote, die wir kennen raus und leiten niemanden weiter.“	
Weiterleitung in die gesamte Potsdamer Versorgungslandschaft, Weiterleitungen erfolgen teilweise parallel	

Resümee: Im Erhebungsbogen werden eine Vielzahl von Angaben zur Weitervermittlung gemacht, diesbezüglich sind jedoch keine eindeutigen Strukturierungen bzw. Prozesse erkennbar. Eine Strukturierung und Bündelung der möglichen Weitervermittlungen wäre für eine koordinierte Weitervermittlung der Bürger*innen hilfreich.

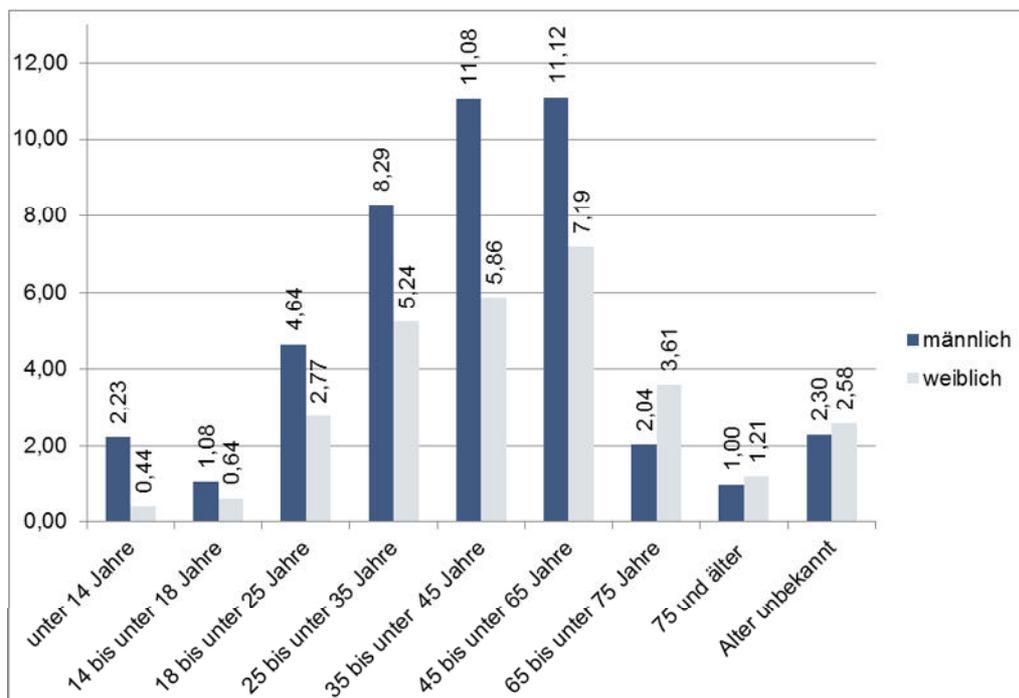
Fragen aus dem Erhebungsbogen

- Bitte tragen Sie für jede Altersgruppe die Anzahl der Patienten/Klienten ein, die das Angebot 2016 in Anspruch genommen haben (männlich/weiblich).
- Bitte tragen Sie für jede Altersgruppe die Anzahl der Geflüchteten ein, die das Angebot 2016 in Anspruch genommen haben

Anhand der Angaben der Teilnehmenden (N=19–26) ist die nachfolgende Altersverteilung abzuleiten (vgl. Abbildung 15). Bis zur Altersgrenze der unter 65-Jährigen sind vorrangig Männer in den Angeboten vertreten. Dieses Geschlechterverhältnis wird auch anhand der Fallzahlen aus der EGH bestätigt: Knapp unter zwei Drittel der Fälle in der EGH sind männlich und knapp über ein Drittel sind weiblich. Ab der Altersgrenze der 65-Jährigen wechselt das Geschlechterverhältnis und es sind mehr Frauen als Männer in den Angeboten vertreten. Laut der Teilnehmenden werden die Angebote am meisten von Menschen im Alter von 35 bis unter 65 Jahren wahrgenommen. Die hohe Anzahl an unter 14-jährigen Jungen bzw. in der Altersgruppe der 14- bis unter 18-Jährigen ist durch ein bestimmtes Angebot für diese Altersgruppe zu begründen.

Bei dem überwiegenden Anteil der Teilnehmenden (N=26) gibt es keine Geflüchteten, die das Angebot in Anspruch genommen haben. Abgesehen von der Allgemeinen Sozialberatung sind ganz vereinzelt Geflüchtete in den Angeboten anwesend. Als Beispiele hierfür sind Angebote der Aktivierungshilfe nach § 16 SGB II, Wohnprojekte für Kinder und Jugendliche und junge Erwachsene oder die KBS zu nennen.

Abbildung 15: Altersverteilung (Erhebungsbogen)



Resümee: Nach den Angaben im Erhebungsbogen nehmen bis zur Altersgrenze der unter 65-Jährigen vorrangig Männer die Angebote wahr, ab 65 Jahren sind hingegen Frauen öfter in den Angeboten vertreten. Psychosoziale Angebote sind auch mänderspezifisch auszurichten, vor allem bis zur Altersgrenze der 65-Jährigen. Geflüchtete Menschen haben noch keinen Zugang zu den vorhandenen Angeboten gefunden.

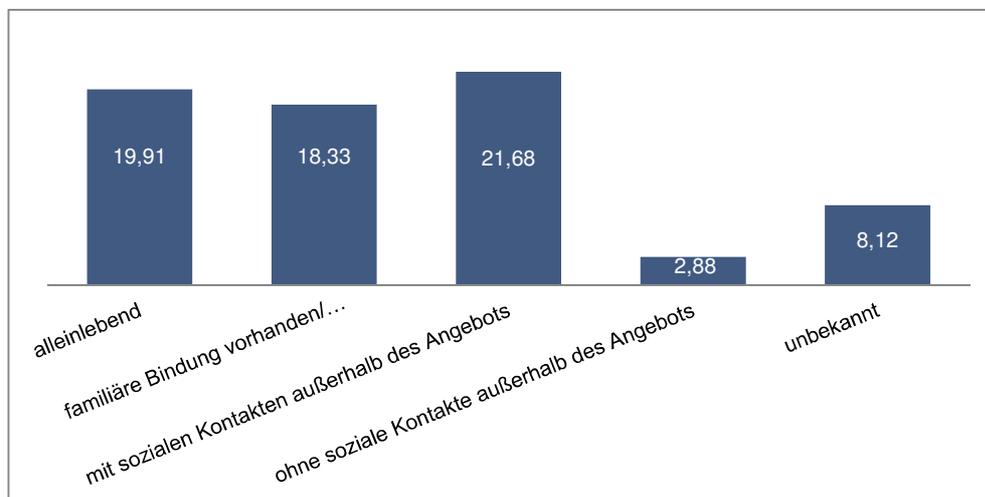
Frage aus dem Erhebungsbogen

- Bitte tragen Sie für die folgenden Kategorien (alleinlebend, familiäre Bindung vorhanden/ in Lebensgemeinschaft lebend, mit sozialen Kontakten außerhalb des Angebots, ohne soziale Kontakte außerhalb des Angebots, unbekannt) jeweils die Anzahl der Patienten/Klienten ein, die das Angebot 2016 in Anspruch genommen haben.

Die Teilnehmenden (N=17–22) gaben an, dass durchschnittlich 18,33 Patienten/Klienten familiäre Bindungen und 21,68 Patienten/Klienten über Sozialkontakte außerhalb des Angebots verfügen (vgl. Abbildung 16). Im Durchschnitt verfügen hingegen nur 2,88 Patienten/Klienten über keine sozialen Kontakte außerhalb des Angebots.

Es ist positiv hervorzuheben, dass eine mögliche Isolationsgefahr bei den Patienten/Klienten der Teilnehmenden nicht stark ausgeprägt ist. Limitierend muss jedoch ergänzt werden, dass die Patienten/Klienten der Teilnehmenden bereits den Zugang zu einem Angebot geschafft haben. Diese Befragung bildet nicht die Gruppe derjenigen ab, die noch in keinem Angebot verortet sind. Die Angaben bei *unbekannt* ist durch anonyme Angebote wie dem Psychoseseminar oder der KBS zu erklären.

Abbildung 16: Durchschnittliche Anzahl der Patienten/Klienten mit Sozialkontakten (Erhebungsbogen)



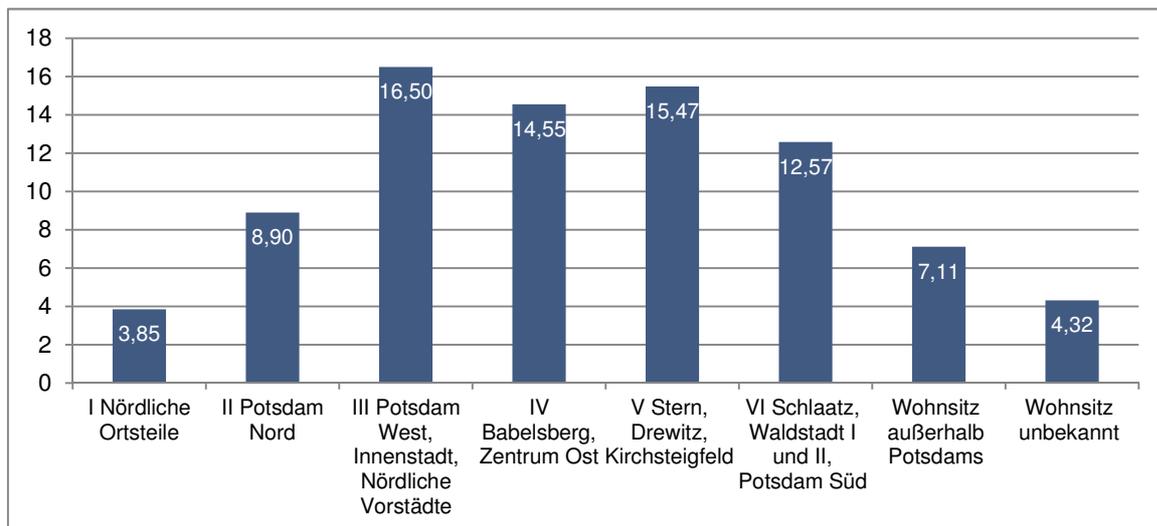
Resümee: Laut den Angaben im Erhebungsbogen verfügt der überwiegende Teil der Menschen, die die Angebote wahrnehmen, über soziale Kontakte außerhalb des Angebots.

Frage aus dem Erhebungsbogen

- Bitte tragen Sie für jeden Potsdamer Sozialraum die Anzahl der Patienten/Klienten ein, die das Angebot 2016 in Anspruch genommen haben. (Gab es in einem Sozialraum keine Patienten/Klienten, tragen Sie bitte eine 0 ein.)

In der Abbildung 17 wird die durchschnittliche Anzahl der Patienten/Klienten je nach Sozialraumzugehörigkeit der Teilnehmenden (N=18–21) visualisiert. Für die Sozialräume III, IV und V gaben die Teilnehmenden tendenziell annäherungsweise gleiche Gesamtzahlen der Patienten/Klienten an. Im Sozialraum III (Potsdam West) wohnen nach Angaben der Teilnehmenden die meisten Patienten/Klienten, die die Angebote in Anspruch nehmen. Der Sozialraum IV (Babelsberg, Zentrum Ost) und Sozialraum V (Stern, Drewitz, Kirchsteigfeld) schließt sich an. Laut den Angaben der Teilnehmenden wohnen im Sozialraum VI (Schlaatz, Waldstadt I und II, Potsdam Süd) 12,57 Patienten/Klienten und im Sozialraum II (Potsdam Nord) 8,90 Patienten/Klienten. Die wenigsten Patienten/Klienten (3,85) wohnen im Sozialraum I (Nördliche Ortsteile). Insgesamt gaben die Teilnehmenden an, dass durchschnittlich 7,11 Patienten/Klienten ihren Wohnsitz außerhalb der Landeshauptstadt Potsdam haben, dies spiegelt sich auch beim vorrangigen Einzugsgebiet wider. Die Angaben bei dem unbekanntem Wohnsitz (4,32 Patienten/Klienten) sind durch anonyme Angebote zu erklären. Im Anhang in Abbildung 31 ist zusätzlich die Übersicht der Sozialräume als Karte hinterlegt.

Abbildung 17: Anzahl der Patienten/Klienten anhand Sozialraumstruktur (Erhebungsbogen)



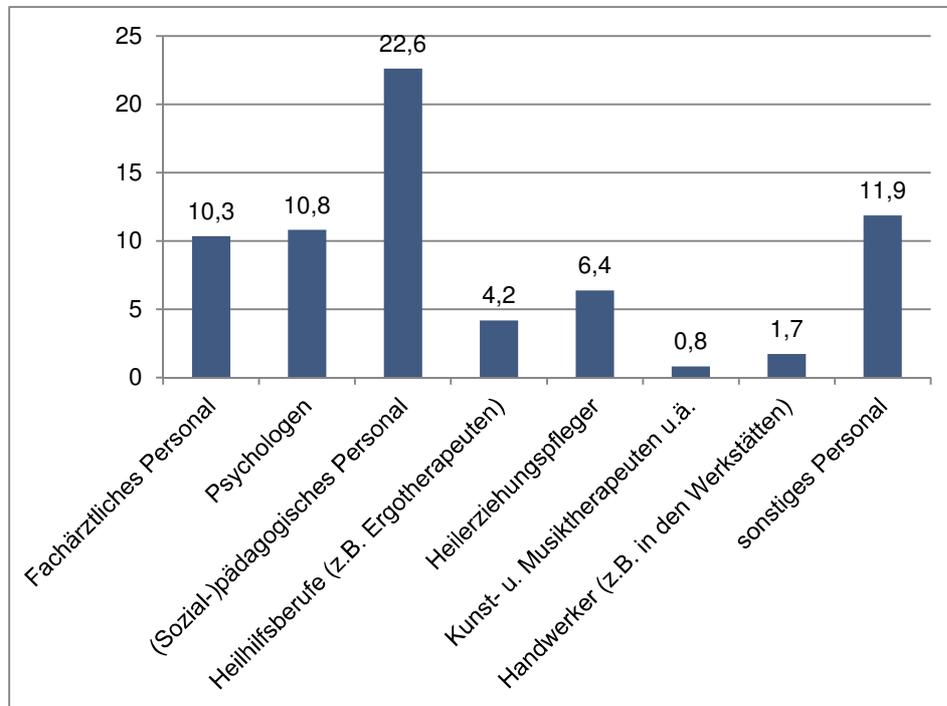
Resümee: Nach den Angaben im Erhebungsbogen ist die höchste Inanspruchnahme von Angeboten in den Sozialräumen III, IV und V zu erkennen. Zugleich sind die Gründe bzw. der Einfluss von verschiedenen Faktoren, wie der soziale Status Einfluss, warum und wie Menschen den Zugang zu einem Angebot finden unklar und äußerst komplex.

Fragen aus dem Erhebungsbogen

- Bitte geben Sie für jede Stellenbezeichnung (Fachärztliches Personal, Psychologen, (Sozial-)pädagogisches Personal, Heilhilfsberufe z. B. Ergotherapeuten, Heilerziehungspfleger, Kunsttherapeuten, Musiktherapeuten und ähnliche, Handwerker und sonstiges Personal) die Gesamtzahl der Stellen (Teilzeit und Vollzeit) mit einer Nachkommastelle zum 1.12.2017 an.
- Bitte geben Sie für jede Stellenbezeichnung den Anteil des Personals zum 1.12.2016 an, der über eine (fachliche relevante) Zusatzqualifikation verfügt.

Im Durchschnitt gaben die meisten Teilnehmenden (N=26–36) an, (Sozial-)pädagogisches Personal zu beschäftigen, gefolgt von sonstigem Personal und fachärztlichen und psychologischem Personal (Tabelle 31). Unter sonstigem Personal könnte Personal für Büro- und Reinigungstätigkeiten oder auch Genesungsbegleiter verortet sein.

Tabelle 31: Durchschnittliche Gesamtzahl der Personalstellen (Erhebungsbogen)



Laut der Teilnehmenden (N=17–35) weist im Durchschnitt der überwiegende Anteil des Personals eine fachlich relevante Zusatzqualifikation vor. Insgesamt zeigen 25% bis unter 50% des fachärztlichen Personals, der Psychologen, Heilhilfsberufe, Kunst- und Musiktherapeuten und ähnliche sowie der Handwerker eine fachlich relevante Zusatzqualifikation vor. Nach Angaben der Teilnehmenden weisen die (Sozial-)pädagogen im Durchschnitt von 50% bis unter 75% die meisten fachlich relevanten Zusatzqualifikationen vor. Bei den Heilerziehungspflegern sind die wenigsten fachlich relevanten Zusatzqualifikationen zu verzeichnen.

Resümee: Die hohe Anzahl an ausgebildeten Fachkräften bei den Teilnehmenden des Erhebungsbogens spricht für eine hohe qualitative personelle Ausstattung der Angebote. Das (Sozial-)pädagogische Personal ist die größte vertretene Berufsgruppe und stellt zugleich den größten Anteil mit den meisten fachlich relevanten Zusatzqualifikationen. Die wenigsten Zusatzqualifikationen liegen bei den Heilerziehungspflegern vor.

3. Versorgung in der Landeshauptstadt Potsdam

Im Nachfolgenden wird die Versorgungslandschaft in der Landeshauptstadt Potsdam vorgestellt. Hier wird neben dem Sozialpsychiatrischen Dienst, auf die verschiedenen Zielgruppen, wie Kinder- und Jugendpsychiatrie und Allgemein- und Gerontopsychiatrie, sowie auf die komplementären Angebote, wie der Kontakt- und Beratungsstelle und Teilhabe am Leben der Gemeinschaft oder am Arbeitsleben, eingegangen. Zum Abschluss dieses Kapitels wird das freiwillige Engagement und die Selbsthilfe in Bezug auf Menschen mit psychischen Störungen vorgestellt.

3.1. Sozialpsychiatrischer Dienst

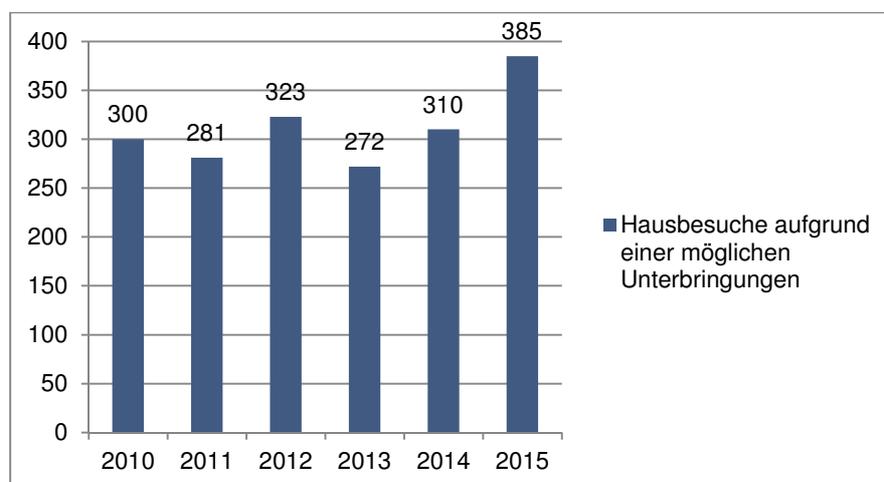
Die Landeshauptstadt Potsdam berät und betreut Menschen mit psychischen Störungen sowie psychisch gefährdete Menschen sowie deren Angehörige durch den sozialpsychiatrischen Dienst (§ 8 BbgGDG). „Psychisch kranke Menschen [...] haben ein Anrecht auf die Hilfen nach diesem Gesetz“ (§ 3 Satz 1 BbgPsychKG). Das Ziel der Hilfen ist, durch umfassende Beratung und individuelle Betreuung sowie durch Vermittlung oder Durchführung geeigneter Maßnahmen, die Hilfeempfänger so weit wie möglich bei einem eigenverantwortlichen und selbstständigen Leben und Teilhabe an der Gesellschaft zu unterstützen, sie dazu zu befähigen und eine Unterbringung in einem Krankenhaus zu vermeiden (§ 4 Abs. 1 BbgPsychKG). Zur Verwirklichung der genannten Ziele arbeitet der sozialpsychiatrische bzw. jugendpsychiatrische Dienst im Interesse der hilfebedürftigen Person mit den verschiedenen Akteuren, wie Krankenhäuser, Verbände der Freien Wohlfahrtspflege oder Angehörigen- und Betroffenenorganisationen, eng zusammen (§ 6 Abs. 4 BbgPsychKG). Die Hilfen sind so zu gestalten, dass durch wirksame Angebote der Unterstützung und Beratung der stationäre Aufenthalt verkürzt, die Wiedereingliederung in die Gemeinschaft erleichtert und eine erneute Unterbringung vermieden wird (§ 4 Abs. 2 Satz 1 BbgPsychKG). In der Regel sollen die Hilfen ambulant in Anspruch genommen werden, um den gewohnten Lebensbereich zu behalten (§ 4 Abs. 2 BbgPsychKG). Nach § 5 Abs. 1 BbgPsychKG umfassen die Arten der Hilfe insbesondere:

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

Die Träger dieser Hilfen sind die kreisfreien Städte mit ihren sozialpsychiatrischen bzw. jugendpsychiatrischen Diensten (§ 6 Abs. 1 Satz 1 BbgPsychKG).

Eine öffentlich rechtliche Unterbringung von Menschen mit psychischen Störungen und seelisch behinderten Menschen darf nur erfolgen, solange durch ihr krankheitsbedingtes Verhalten oder durch die Auswirkungen ihrer Krankheit zum einen ihr Leben oder ihre Gesundheit ernsthaft gefährdet sind oder zum anderen eine unmittelbare erhebliche Gefahr für die öffentliche Sicherheit besteht (§ 8 Abs. 2 BbgPsychKG). Die Unterbringung soll möglichst gemeindenah in psychiatrischen Krankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen an Krankenhäusern erfolgen (§ 10 Abs. 1 Satz 1 BbgPsychKG). Für die gerichtliche Anordnung der Unterbringung ist ein Antrag des SpDi Voraussetzung, die Vollstreckung obliegt dem SpDi (§ 11 BbgPsychKG). Zudem übernimmt der SpDi die Aufgabe als Sonderordnungsbehörde und kann in dringenden Fällen, bei denen keine rechtzeitige gerichtliche Entscheidung vorliegt, auch die einstweilige Unterbringung anordnen und selbst ausführen (§ 12 Abs. 1, 3 BbgPsychKG). Dabei ist die Person innerhalb von 24 Stunden nach der einstweiligen Unterbringung richterlich anzuhören und das Gericht muss über Zulässigkeit und Fortdauer des Freiheitsentzugs entscheiden (§ 12 Abs. 5 Satz 1 BbgPsychKG). Wenn die Entscheidung des SpDi nicht rechtzeitig herbeigeführt werden kann, so kann der Notarzt/die Notärztin die einstweilige Unterbringung anordnen (§ 12 Abs. 4 Satz 1f. BbgPsychKG). Grundsätzlich muss der SpDi dann bei einer einstweiligen Unterbringung über den Aufenthalt der betroffenen Person von dem Krankenhaus unterrichtet werden (§ 12 Abs. 4 Satz 4 BbgPsychKG). In der Landeshauptstadt Potsdam fanden im Jahr 2015 insgesamt 385 Hausbesuche aufgrund einer möglichen Unterbringung statt (vgl. Abbildung 18).

Abbildung 18: Hausbesuche des SpDi aufgrund einer möglichen Unterbringungen in der LHP



Der gesetzliche Auftrag des SpDi ist die nachgehende Betreuung und ist jeder Person anzubieten, deren Entlassung aus einem psychiatrischen Krankenhaus bevorsteht (§ 52 BbgPsychKG). Dieses Angebot gilt auch für Personen, die nach § 1631b oder § 1906 des *Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB)* untergebracht sind (§ 52 BbgPsychKG). Ziel der nachgehenden Betreuung ist durch individuelle, fachärztlich angeleitete Beratung und Betreuung den Übergang in das Leben außerhalb des stationären Settings und die Anpassung an das Leben in der Gemeinschaft zu erleichtern (§ 52 Abs. 2 BbgPsychKG). Die nachgehende Betreuung beinhaltet auch die Beratung der Angehörigen und derjenigen Personen, mit denen die erkrankte Person in häuslicher Gemeinschaft zusammenlebt (§ 52 Abs. 3 BbgPsychKG). Grundsätzlich soll die nachgehende Betreuung vom SpDi frühzeitig vorbereitet werden, sodass schon vor der Entlassung eine Zusammenarbeit mit der

behandelnden Klinik stattfindet (§ 52 Abs. 4 Satz 1 BbgPsychKG). Das Krankenhaus hat die Entlassung dem SpDi unverzüglich mitzuteilen (§ 13 Abs. 3 Satz 2 BbgPsychKG).

Der SpDi in der Landeshauptstadt Potsdam besteht aus insgesamt: einem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, einer Diplompsychologin, fünf Sozialarbeitenden und einer Sachbearbeiterin.

Resümee: Laut BbgPsychKG ist der SpDi der kommunale Ansprechpartner bei der psychischen Gesundheit, berät und betreut (aufsuchend und nachgehend) Menschen mit psychischen Störungen, psychisch gefährdete Menschen sowie deren persönliches Umfeld. Der SpDi ist eine Sonderordnungsbehörde und kann bei Fremd- oder Eigengefährdung die Unterbringung anordnen und ausführen.

3.2. Kinder- und Jugendpsychiatrie

Bei Kindern und Jugendlichen sind die sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) ein wichtiger Ansprechpartner bei frühzeitiger Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Störungen in der körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklungen (§ 4 Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder - Frühförderungsverordnung - FrühV). „Die Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Die Zentren sollen mit den Ärzten und den Frühförderstellen eng zusammenarbeiten“ (§ 119 SGB V). In der Landeshauptstadt Potsdam übernimmt die EvB gGmbH mit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin diese Aufgabe. Die Akademie für Psychotherapie und Interventionsforschung (API) bietet, neben dem Ausbildungsgang zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit dem Abschluss der Approbation, auch eine Ambulanz zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen an.

In der Landeshauptstadt Potsdam wird seit 2014 im Rahmen des Klinikums EvB gGmbH und dem Deutschen Roten Kreuz (DRK) Klinikum Westend die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik vorgehalten. Hier können Kinder (im Alter von ca. 6–12 Jahren) und Jugendliche (im Alter von ca. 13-18 Jahre) stationär behandelt werden. Als ein teilstationäres Angebot wird von der Asklepios Fachklinikum Brandenburg zusätzlich eine kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik in Potsdam angeboten.

Außerdem gibt es in der Landeshauptstadt Potsdam zwei kinder- und jugendpsychiatrische PIA³⁷. Eine PIA ist an die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik an die DRK Kliniken Berlin Westend sowie an das EvB gGmbH Klinikum angegliedert. Die zweite PIA für Kinder und Jugendliche ist im Asklepios Fachklinikum Brandenburg.

Resümee: In der Landeshauptstadt Potsdam stehen für Kinder und Jugendliche in der psychiatrischen Versorgung, neben der ambulanten therapeutischen Versorgung, das SPZ,

³⁷ Eine differenzierte Beschreibung der PIA erfolgt in Kapitel 3.3.3.

API, die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, eine Tagesklinik sowie zwei PIA zur Verfügung.

3.2.1. Kinder von psychisch erkrankten Eltern

Bezugnehmend auf die epidemiologischen Daten aus Kapitel 2.3 zu Kindern als Hochrisikogruppe von Eltern mit psychischen Störungen wird die große Bedeutung von entsprechenden Angeboten für diese Kinder deutlich. In der Kinder- und Jugendhilfe werden diese familiären Hintergründe berücksichtigt. Zudem gibt es in der Landeshauptstadt Potsdam z.B. ein Gruppenangebot für Kinder und Jugendliche vom Träger „Normaler Wahnsinn!“ (NOW!), der eine kindgerechte Aufklärung über die psychische Störung des Elternteils umfasst (NOW!, 2012). Die Stärkung der Kinder findet selbstverständlich noch in vielen anderen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe statt. Hier wird auf die Kinder- und Jugendhilfeplanung des FB Kinder, Jugend und Familie der Landeshauptstadt Potsdam verwiesen.

Resümee: Kinder von psychisch erkrankten Eltern sind eine der wichtigsten Zielgruppen und (evidenzbasierte) Angebote für Kinder und deren Eltern sind zu forcieren.

3.3. Allgemeinpsychiatrie und Gerontopsychiatrie

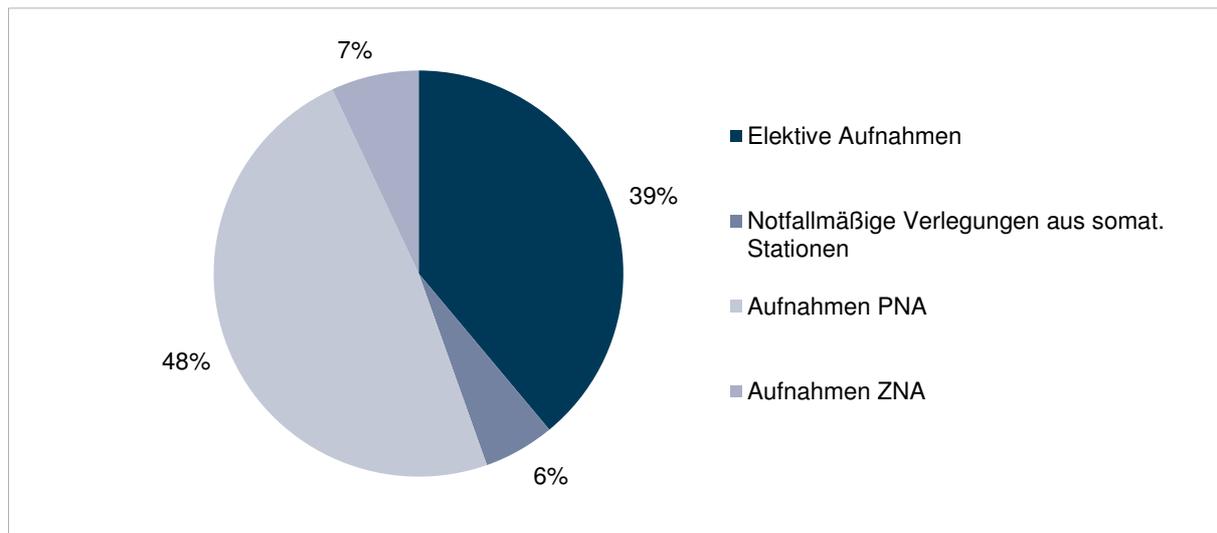
In diesem Kapitel werden die Notfallversorgung sowie die stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungsangebote der Allgemein- und Gerontopsychiatrie vorgestellt.

3.3.1. Notfallversorgung

Ein psychiatrischer Notfall wird als solcher definiert, wenn eine „akute psychiatrische Störung das Leben oder die Gesundheit des Betroffenen oder seines Umfeldes gefährdet und eine sofortige Diagnostik und Therapie unumgänglich sind, um diese Gefahr abzuwenden“ (Freudenmann et al., 2017).

In psychiatrischen Krisen- und Notfallsituationen steht den Bürgern*innen jederzeit eine psychiatrische Notaufnahme (PNA) am Klinikum EvB gGmbH, der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, zur Verfügung. Laut EvB gGmbH erfolgen insgesamt 60% aller stationären Aufnahmen notfallmäßig über die PNA, aus der Weiterleitung der Zentralen Notaufnahme (ZNA) oder als Verlegung von somatischen Stationen des Klinikums EvB gGmbH (EvB gGmbH, 2014).

Abbildung 19: Aufnahmen in die vollstationäre Behandlung (EvB gGmbH, 2014)



Resümee: In der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikums EvB gGmbH sind insgesamt ca. 39% der stationären Aufnahmen planbar. Der notfallmäßige Zugang liegt ca. bei 61%.

3.3.2. Stationäre und teilstationäre Versorgung

In der Landeshauptstadt Potsdam ist das Klinikum EvB gGmbH mit der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik für die voll- und teilstationäre Versorgung zuständig und übernimmt entsprechend der Unterbringungs-Krankenhausverordnung des Landes Brandenburg die Pflichtversorgung für ca. 200.000 Einwohnern der Landeshauptstadt Potsdam und Umgebung (EvB gGmbH, 2014, vgl. Tabelle 32). Insgesamt werden 120 Betten auf sechs Stationen vorgehalten (EvB gGmbH, 2017). Es gibt insgesamt vier allgemeinpsychiatrische Stationen, eine suchtmédizische Station sowie eine psychosomatische Station (EvB gGmbH, 2014). Die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer lag im Jahr 2014 bei 23,7 Tagen, wobei Unterschiede je nach Diagnose deutlich werden (EvB gGmbH, 2014). Die längsten Behandlungsaufenthalte zeigten Patienten mit affektiven Störungen (43 Tage), schizophrenen und wahnhaften Störungen (33 Tage) und mit Angst- Zwang- bzw. neurotischen Störungen (28,7 Tage) (EvB gGmbH, 2014). Patienten, die einen langen stationären Aufenthalt (> 60 Tage) aufweisen, sind in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik vom Klinikum EvB gGmbH folgendermaßen charakterisiert: Der stationäre Aufenthalt sei eher gegen ihren Willen, die Patienten haben eine schizophrene/wahnhafte, affektive Störung oder eine Persönlichkeitsstörung und sind zwischen 45 und 65 Jahre alt (EvB gGmbH, 2014). Diese Patientengruppe weist trotz abgeschlossener Berufsausbildung den Status einer Arbeitslosigkeit oder vorzeitigen Berentung auf (EvB gGmbH, 2014). Als Schlussfolgerung betont das EvB gGmbH (2014), dass diese Patientengruppe besondere Aufmerksamkeit sowohl in der stationären Therapie als auch in der ambulanten Nachbetreuung benötigt und über „wenige soziale Ressourcen in ihrem Alltag verfügen“. Hier wird deutlich, dass neben der Therapie auch die Rehabilitation mit Schwerpunkt Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, eine besondere Herausforderung ist (EvB gGmbH, 2014). Im Jahr 2014 waren in der Klinik

für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik insgesamt 212 Patienten länger als 60 Tage in stationärer Behandlung (EvB gGmbH, 2014). Bei der Patientengruppe >60 Tage stationärer Aufenthalt wurden 35,4% in der PIA weiterbehandelt, bei 24,1% der Patienten erfolgte die Weiterbehandlung durch den Nervenarzt und 18,9% wurden in der Tagesklinik weiterbetreut (EvB gGmbH, 2014). Bei der Patientengruppe <60 Tage stationärer Aufenthalt fand eine Weiterbehandlung zu jeweils 30% auch in die PIA oder durch den Nervenarzt statt (EvB gGmbH, 2014). Bei weiteren 17,3% der Patienten wurde die Weiterbehandlung von einem anderen niedergelassenen Arzt übernommen, der restliche Anteil verteilt sich beispielsweise auf Weiterbehandlungen durch andere Fachabteilungen des Klinikums, andere psychiatrische Kliniken oder ärztliche und psychologische Psychotherapeuten (EvB gGmbH, 2014). Es wird deutlich, dass die PIA und die Nervenärzte eine wichtige Aufgabe in der Weiterbehandlung von stationären Patienten übernehmen.

Zudem stehen den Bürger*innen in der Landeshauptstadt Potsdam drei Tageskliniken mit insgesamt 55 teilstationären Behandlungsplätze zur Verfügung (EvB gGmbH, 2014, vgl. Tabelle 32). Für den allgemeinpsychiatrischen Bereich existieren an den Standorten „In der Aue“ und „Charlottenstraße“ 40 teilstationäre Behandlungsplätze (EvB gGmbH, 2014). Die übrigen 15 Behandlungsplätze sind dem suchtmedizinischen Schwerpunkt zugeordnet (EvB gGmbH, 2014). Die Fallzahlen beziehen sich auf das gesamte Einzugsgebiet des Klinikums EvB gGmbH und nicht nur auf die Landeshauptstadt Potsdam.

Tabelle 32: stationäre und teilstationäre Fallzahlen im Klinikum EvB gGmbH (EvB gGmbH, 2014)

Jahr	Fallzahlen gesamt	stationäre Fälle	teilstationäre Fälle
2013	2.571	1.780	791
		↓ +12,7%	↓ +7,58%
2014	2.857	2.006	851
		↓	↓

In der Landeshauptstadt Potsdam gibt es noch eine Privatkrankenanstalt gemäß § 30 Gewerbeordnung: In der Heinrich-Heine-Klinik der Dr. Ebel Fachkliniken GmbH & Co. gibt es insgesamt 20 Krankenhausbetten für Patienten mit akuten psychischen Störungen (§ 107 Abs. 1 SGB V, Heinrich-Heine Klinik, 2017). Laut der Heinrich-Heine Klinik (2017) sind nachfolgende Kostenträger möglich³⁸: Rentenversicherungsträger (Deutsche Rentenversicherung Bund, Deutsche Rentenversicherung Land, Knappschaft Bahn-See), gesetzlichen Krankenversicherungen (nach § 111 SGB V), Berufsgenossenschaften, Selbstzahler, private Krankenversicherungen, AOK Berlin-Brandenburg über einen integrierten Versorgungsvertrag und die Beihilfe.

Seit dem 01. August 2017 gibt es die Möglichkeit, die stationäre psychiatrische Behandlung in Form einer *stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld* („Hometreatment“) zu erbringen (§ 115d SGB V).

Resümee: Die Fallzahlen im stationären sowie teilstationären Bereich im Klinikum EvB gGmbH sind von 2013 auf 2014 gestiegen. Die *stationsäquivalente psychiatrische*

³⁸ Vor dem stationären Aufenthalt ist eine schriftliche Kostenzusage des jeweiligen Kostenträgers notwendig.

Behandlung im häuslichen Umfeld ist zukünftig als ein wichtiger Impuls für die alternative stationäre Versorgung zu verstehen.

3.3.3. Niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten

Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) ist für die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung verantwortlich. Eine der Hauptaufgaben der KVBB ist, dass im Land Brandenburg entsprechend des Sicherstellungsauftrags genügend niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten vorgehalten werden. Laut der Bedarfsplanung der KVBB, im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in Brandenburg, gibt es aktuell in Potsdam insgesamt 14,7 Nervenärzte, was einem Versorgungsgrad von 120,9% entspricht und eine Sperrung für weitere Zulassungen zur Folge hat (KVBB, 2016). Laut des Bedarfsplans der KVBB gibt es im Planungsbereich Potsdam 22,5 ärztliche Psychotherapeuten, 40,5 psychologische Psychotherapeuten und 13,25 nur Kinder und Jugendliche betreuende Psychotherapeuten (KVBB, 2013). Die Versorgung von Psychotherapeuten entspricht einem Versorgungsgrad von 138,6% und hier liegt ebenfalls eine Sperrung für weitere Zulassungen von Psychotherapeuten vor (KVBB, 2016a).

Bei der ambulanten Versorgung sind die Wartezeiten für einen Erstkontakt mit dem Facharzt ein wichtiger Faktor für eine schnelle Genesung. Laut einer Studie der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK, 2011) liegen die durchschnittlichen Wartezeiten für ein Erstgespräch in Deutschland bei 12,5 Wochen. In 31,5% der Fälle ist die durchschnittliche Wartedauer sogar länger als drei Monate (BPtK, 2011). Im bundesdeutschen Vergleich liegen in Brandenburg die längsten Wartezeiten mit 19,4 Wochen vor (BPtK, 2011). Die Wartezeiten stellen eine erhebliche Belastung für die Patienten dar und erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass die seelische Gesundheit maßgeblich negativ beeinflusst wird (BPtK, 2011).

Resümee: Auf die ambulanten Versorgungsstrukturen hat die Landeshauptstadt Potsdam keinen Einfluss. Der Bedarfsplan der KVBB für den Planungsbereich Potsdam sollte an die stetig steigenden Einwohnerzahlen angepasst werden, um die Wartezeiten zu verkürzen.

3.3.4. Psychiatrische Institutsambulanzen

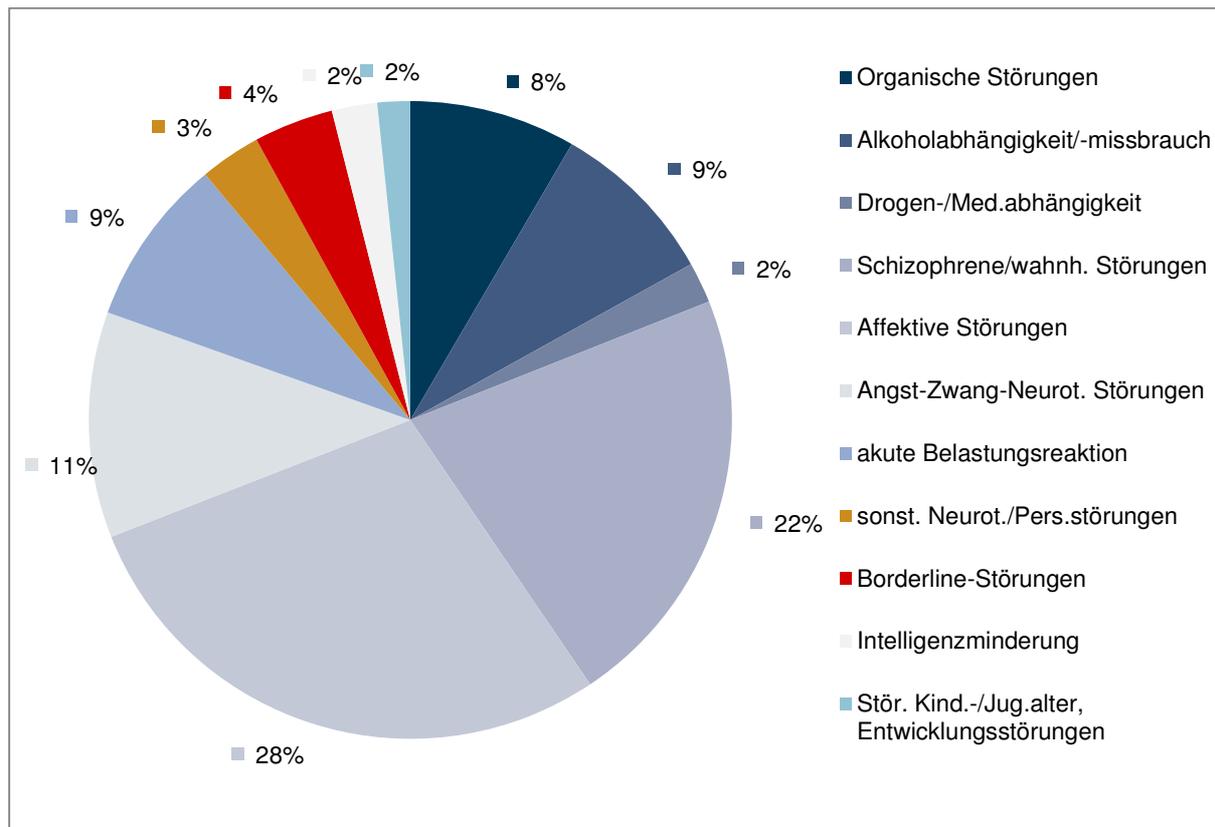
Neben den niedergelassenen Nervenärzten sowie psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten im kinder- und jugendpsychiatrischen sowie im allgemeinpsychiatrischen Bereich stellen die PIA einen weiteren wichtigen Baustein in der gemeindenahen und personenzentrierten Versorgung dar. PIA gibt es zum einen für Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene. Die nachfolgenden Ausführungen haben für beide Zielgruppen Gültigkeit.

Die PIA ist an ein psychiatrisches Krankenhaus angegliedert und „die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind“ (§ 118 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Dadurch „nehmen sie eine Schnittstellenfunktion zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung wahr“

(PIA-Doku-Vereinbarung, 2012). Mithilfe einer Behandlungskontinuität in der PIA sollen stationäre Aufenthalte vermieden, stationäre Behandlungszeiten verkürzt und Behandlungsabläufe optimiert werden, um somit die soziale Integration von Menschen mit psychischen Störungen zu stabilisieren (Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Bundesvereinigung – SGK, DKG & KBV, 2010). Der Zugang zu den PIA erfolgt üblicherweise über „Überweisungen durch die psychiatrische bzw. kinder- jugendpsychiatrische Abteilung oder durch niedergelassene Vertragsärzte“ (SGK, DKG & KBV, 2010). Ein Zugang kann jedoch auch ohne Überweisung erfolgen (SGK, DKG & KBV, 2010). Allerdings ist in den Fällen einer aufsuchenden Behandlung in einem Alten- oder Pflegeheim eine Überweisung erforderlich (SGK, DKG & KBV, 2010). „Eine initiativ-akquirierende Tätigkeit“ (SGK, DKG & KBV, 2010) in Alten- oder Pflegeheimen sowie Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe ist nicht im Leistungsumfang der PIA vorgesehen. Falls eine Weiterbehandlung in der PIA im Anschluss an einen stationären Aufenthalt geplant ist, soll noch während des stationären Aufenthalts ein Erstgespräch in der PIA erfolgen (SGK, DKG & KBV, 2010). Für die Festlegung der Patientengruppe der PIA sind verbindliche Einschlusskriterien formuliert, wie z.B. das Vorliegen einer Diagnose aus der sog. „Diagnosen-Positivliste“ und eine gewisse Schwere und Dauer der Krankheit (SGK, DKG & KBV, 2010). Für Kinder und Jugendliche sind separate Kriterien zu berücksichtigen.

Insgesamt gibt es in der Landeshauptstadt Potsdam vier PIA, zwei für Kinder und Jugendliche und zwei für Erwachsene. Die nachfolgende Datenlage bezieht sich auf die PIA in der Allgemeinpsychiatrie. Pro Quartal werden durch die PIA ca. 1.500 Patienten behandelt, im 4. Quartal 2014 waren es insgesamt 1.475 Patienten (EvB gGmbH, 2014). Im Vergleich zum Vorjahr ist 2014 ein Zuwachs um 150 Patienten pro Quartal zu verzeichnen (EvB gGmbH, 2014). Laut EvB gGmbH liegt in den beiden PIA eine andere Diagnoseverteilung als im stationären oder teilstationären Bereich vor. In den PIA sind Patienten mit affektiven Störungen (28%), Patienten mit Angst-, Zwang- und neurotischen sowie schizophrenen oder wahnhaften Störungen häufiger vertreten als in den anderen Versorgungsbereichen (vgl. Abbildung 20).

Abbildung 20: Diagnoseverteilung in der PIA der Allgemeinpsychiatrie in der LHP (EvB gGmbH, 2014)



Resümee: Laut der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikums EvB gGmbH (2014) verdeutlicht die Steigerung der Patientenzahlen in der PIA die Perspektive, ambulante Versorgungsangebote weiter auszubauen.

3.3.5. Ergo- und Soziotherapie

Nach dem SGB V sind auch Ergo- und Soziotherapie als mögliche Leistungen für Menschen mit psychischen Störungen zu verordnen.

In der Ergotherapie sind die Diagnosen Entwicklungsstörungen, über neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen und Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und dementielle Syndrome zu nennen (Heilmittelkatalog, 2017). In der Landeshauptstadt Potsdam gibt es laut Branchenverzeichnis insgesamt 25 ergotherapeutische Praxen, wobei die therapeutische Schwerpunktsetzung bzgl. der einzelnen Praxen an dieser Stelle nicht berücksichtigt wird.

Eine weitere Möglichkeit im Rahmen von ambulanten Behandlungsangeboten ist die Soziotherapie nach § 37a SGB V. Diese Leistung soll Menschen, die aufgrund schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen, die Inanspruchnahme ermöglichen (Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA, 2015). Dies soll beispielsweise durch Motivationsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen erreicht werden und findet im sozialen Umfeld der Patienten statt (G-BA, 2015). Soziotherapie kann verordnet werden, wenn dadurch Krankenhausbehandlungen vermieden bzw. verkürzt werden oder diese aktuell nicht

ausführbar sind (G-BA, 2015). Um als Arzt Soziotherapie verordnen zu dürfen, ist eine Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung erforderlich (G-Ba, 2015). Leistungsinhalt sind beispielsweise die Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplans, Koordination von Behandlungsmaßnahmen und Leistungen, Arbeit im sozialen Umfeld oder die soziotherapeutische Dokumentation (G-Ba, 2015). Soziotherapeutische Leistungserbringer mussten z.B. die Berufsbezeichnung Sozialpädagoge oder Fachkrankenschwester/-Pfleger für Psychiatrie sowie mindestens eine dreijährige unselbstständige vollzeitliche psychiatrische Berufspraxis vorweisen (Verband der Ersatzkassen e.V., 2001). Diese Vorgaben sind zwar seit 2008 nicht mehr gültig, finden jedoch in der praktischen Umsetzung weiterhin Anwendung. Durch die Verordnungsbedingungen und das Fehlen von soziotherapeutischen Leistungserbringern wird diese Leistung kaum bis gar nicht in Anspruch genommen. In Brandenburg gibt es laut dem Berufsverband der Soziotherapeuten e.V. lediglich in Nauen einen soziotherapeutischen Leistungserbringer.

Resümee: Ergotherapie kann für Menschen mit psychischen Störungen nach SGB V im Rahmen des Heilmittelkataloges verordnet werden.

Die Soziotherapie gibt es aktuell in der Landeshauptstadt Potsdam nicht. Hier ist eine Kontaktaufnahme zum Verband der Ersatzkassen für eine kommunale Lösung zu forcieren.

3.3.6. Rehabilitation

„Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern“ (§ 11 Abs. 2 SGB V). Je nach Zuständigkeit ist der Kostenträger der Rehabilitation die Krankenkasse oder der entsprechende Rentenversicherungsträger. Im Anschluss wird durch den medizinischen Dienst des Kostenträgers die Notwendigkeit der Rehabilitation geprüft und dementsprechend bewilligt.

Für Menschen mit schweren psychischen Störungen wird im Rahmen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation für psychische Störungen (Rehabilitation psychisch Kranker = RPK) ein umfassendes Leistungsangebot vorgehalten. Bei RPK sind vorrangige Kostenträger die GKV, die private Krankenversicherung, die Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit. In der RPK werden medizinisch-psychiatrische Therapien, berufliche Vorbereitungs- und Trainingseinheiten sowie soziotherapeutische Maßnahmen integriert. Die Hauptdiagnosen sind meistens affektive Störungen, Schizophrenien, schizotype und wahnhaftige Störungen und schwere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2010). Die Zielgruppe sind vor allem junge Menschen, häufig mit den genannten psychischen Störungen, die schon mehrfach längere stationäre Aufenthalte hatten und bei denen diese Störung zu einer dauerhaften Behinderung führen könnte. In der RPK finden vorrangig stabilisierende, trainierende und auch berufsvorbereitende Maßnahmen sowie psychosoziale Betreuungen und Rehaberatungen statt. Das Ziel einer RPK ist die selbstständige Lebensführung und die Wiedereingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Die RPK unterscheidet sich maßgeblich von der psychosomatischen Rehabilitation, bei der allerdings vorrangig

Psychotherapie und Gruppenangebote (Bewegung, Entspannung, Musik oder Gestaltung) genutzt werden. In Brandenburg sowie in Berlin gibt es aktuell keine Einrichtung, die RPK anbietet. Die nahe gelegenste RPK ist in Magdeburg (Sachsen-Anhalt) mit einer reinen Fahrtzeit von ca. 90 Minuten pro Strecke.

In der Heinrich-Heine-Klinik der Dr. Ebel Fachkliniken GmbH & Co wird auch stationäre und ganztägige ambulante Rehabilitation angeboten. Für eine Rehabilitation in der Heinrich-Heine Klinik sind folgende Störungen ausgeschlossen: akute Suchtproblematik, akute Suizidalität, Psychosen, Schizophrenie, Wahnerkrankungen im Akutstadium, Pflegebedürftigkeit, Bettlägerigkeit und Erkrankungen, bei denen es nicht möglich ist, aktiv an den Therapien teilzunehmen (Heinrich-Heine Klinik, 2017).

Resümee: Eine gemeindenahere RPK ist aktuell in Brandenburg oder Berlin nicht vorhanden.

3.3.7. Psychiatrische Krankenpflege

Die psychiatrische Krankenpflege ist synonym mit dem Begriff der ambulant psychiatrischen Pflege zu verwenden und stellt ein aufsuchendes Versorgungsangebot dar. Es handelt sich um Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Sinne von § 37 SGB V. Ziele der psychiatrischen Krankenpflege sind beispielsweise die Erarbeitung der Pflegeakzeptanz (Beziehungsaufbau) oder die Entwicklung von Maßnahmen zur Erkennung und Bewältigung von Krisensituationen (beta, 2017). „Die psychiatrische Krankenpflege soll Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen helfen, zu Hause ein eigenständiges Leben in der gewohnten Umgebung zu führen und Krankenhausaufenthalte zu vermeiden“ (beta, 2017). Als Voraussetzung für die Verordnung von psychiatrischer Krankenpflege wurde im Jahr 2016 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt, dass eine ausreichende Behandlungsfähigkeit der Versicherten vorliegen muss, damit die bestehende Funktionsstörung und somit das Therapieziel positiv beeinflusst werden kann. Bei der psychiatrischen Krankenpflege kann auch die Anleitung der Angehörigen im Umgang mit der Erkrankung Inhalt der Leistung sein. Psychiatrische Krankenpflege und Leistungen der Soziotherapie können nur zeitgleich verordnet werden, wenn sich diese Leistungen aufgrund ihrer spezifischen Zielsetzungen ergänzen (G-BA 2016). In der Regel erfolgt eine Verordnung für aufeinander folgende Zeiträume.

Die psychiatrische Krankenpflege wird vom Ambulant Psychiatrischen Pflegedienst des Asklepios Fachklinikums Brandenburg angeboten. Hier ist mit einem zeitlichen Vorlauf, je nach Auslastung, von ca. ein bis zwei Wochen zu rechnen.

Die Versorgung durch ambulante Krankenpflege, die beispielsweise zwei- bis dreimal am Tag die Medikamenteneinnahme von psychiatrischen Patienten sicherstellt, ist aktuell in der Landeshauptstadt Potsdam nicht vollumfänglich abgedeckt. Es liegt, unabhängig von der Diagnose, ein Versorgungsengpass in der ambulanten Krankenpflege vor.

Resümee: Psychiatrische Krankenpflege ist in der Landeshauptstadt Potsdam vorhanden. Jedoch liegt bei der ambulanten Krankenpflege eine angespannte Versorgungslage vor.

3.4. Komplementäre Angebote

In den folgenden Unterkapiteln werden die unterschiedlichen komplementären psychosozialen Angebote in der Landeshauptstadt Potsdam vorgestellt.

3.4.1. Kontakt- und Beratungsstelle

Die Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch kranke Menschen (KBS) haben einen wichtigen Stellenwert bei den komplementären psychosozialen Hilfen und unterstützen die gemeindenahe psychiatrische Versorgung. Bei der KBS wird den Besuchern ein anonymer Zugang ermöglicht (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie-MASGF, 2015). Gemäß der Leistungsbeschreibung aus der Richtlinie des MASGF (2015) sind die Zielgruppen der KBS „psychisch kranke bzw. seelisch behinderte Menschen oder von Krankheit/Behinderung bedrohte Menschen und deren Angehörige oder Bezugspersonen innerhalb einer Versorgungsregion (Landkreis/kreisfreie Stadt)“. Entsprechend der Heterogenität der Zielgruppen sind Schwerpunktsetzungen anhand von Genderaspekten, Migrationshintergründen oder auch dem Lebensalter möglich (MASGF, 2015). Die KBS trägt zur Kooperation der verschiedenen Akteure bei und fördert die Vernetzungen von ambulanten und stationären Hilfen (MASGF, 2015). Die KBS „trägt wohnortnah und sozialraumorientiert zu einem besseren Umgang mit psychischen Erkrankungen und zu deren Bewältigung bei“ (MASGF, 2015). Bei den im Rahmen der KBS bereitgestellten Hilfen ist insbesondere ausschlaggebend, dass Stigmatisierung vermieden und Zugänge erleichtert werden, sodass eine frühzeitige bzw. rechtzeitige Inanspruchnahme erforderlicher Hilfen unterstützt wird und unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden werden können (MASGF, 2015). Zugleich haben die KBS auch die Aufgabe, nach einem stationären Aufenthalt, bei der Reintegration zu unterstützen und übernehmen somit auch Tätigkeiten in der Nachsorge bzw. der nachgehenden Begleitung (MASGF, 2015). Im Beratungskontext werden die Genesungspotentiale der Betroffenen (Recovery) unterstützt und in der Ausgestaltung der Hilfen sollen neben Hospitalisierungen auch Chronifizierungen entgegen gewirkt werden (MASGF, 2015). Eine ausführliche Auflistung der Ziele und Aufgaben liegt im Anhang bei (vgl. Tabelle 53).

Die KBS sind freiwillige Leistungen der Kommunen, wobei durch das MASGF eine jährliche Projektförderung zur anteiligen Finanzierung der Personalkosten in Höhe von 43.500 € pro kreisfreie Stadt/Landkreis übernommen wird (MASGF, 2015). Ein Anspruch auf die Gewährung der Zuwendung besteht nicht und der kommunale Eigenanteil an den zuwendungsfähigen Gesamtausgaben muss mindestens 20% betragen (MASGF, 2015). Jedoch hat diese Zuwendungsrichtlinie nur für jeweils zwei Jahre Geltungsdauer, sodass keine dauerhafte Förderung von seitens des Landes sichergestellt wird. Pro Versorgungsgebiet sieht das MASGF grundsätzlich maximal drei KBS als sinnvoll und grundsätzlich förderfähig an (MASGF, 2015). Bei dieser Empfehlung wird jedoch nicht zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten unterschieden sowie die unterschiedlichen Kapazitäten von KBS berücksichtigt.

In der Landeshauptstadt Potsdam gibt es aktuell den i-Punkt als KBS in Trägerschaft von EvB Sozial gGmbH, welches sich im Tageszentrum Mittendrin befindet. Die Anzahl der Stammesbesucher der KBS hat sich im Jahr 2015 im Vergleich zum Vorjahr um 58% auf 95 Stammesbesucher erhöht. Die Entwicklung der Altersstruktur der Stammesbesucher zeigt, dass

auch jüngere Menschen (bis 39 Jahre) vermehrt das Angebot der KBS wahrnehmen. Als eine öffentlichkeitswirksame Maßnahme des KBS zur Reduzierung von Stigmatisierung ist „Antidepressiva – das andere Kabarett“ zu nennen. Das Kabarett übt fast wöchentlich und hat verschiedene Auftritte im Jahresverlauf. Sie treten regelmäßig, z.B. beim Sommerfest der Klinik Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, auf.

Resümee: Die KBS ist ein wichtiges und niederschwelliges Angebot in der gemeindepsychiatrischen Versorgung und wird aktuell durch das Land Brandenburg und die Landeshauptstadt Potsdam finanziert. Eine Prüfung bzgl. der Verstetigung dieses Angebots ist vorzunehmen.

3.4.2. Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Laut des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) werden „Leistungen zur sozialen Teilhabe erbracht, um eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern. [...] Hierzu gehört, Leistungsberechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen“ (§ 76 Abs. 1 BTHG).

3.4.2.1. Tagesstätte

Tagesstätten für Menschen mit chronisch psychischen Störungen sind der teilstationären EGH zuzuordnen. Tagesstätten zielen mit ihrem breiten Angebotspektrum, wie Gestaltung und Anleitung bei alltagspraktischen Aktivitäten und Belastungserprobungen darauf ab, die Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen. Vor diesem Hintergrund ist bei Tagesstätten eine verbindliche und regelmäßige Teilnahme der Menschen mit chronischen psychischen Störungen gefordert und vorausgesetzt. Als mögliche Zielgruppe sind Menschen, die nach einem stationären Aufenthalt ihren Alltag noch nicht wieder selbstständig gestalten und strukturieren können. Die Tagesstätte ist auch eine mögliche Vorbereitung für Menschen, die z.B. noch nicht in der WfbM tätig sein können. Aktuell gibt es in der Landeshauptstadt Potsdam die Tagesstätte Mittendrin für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Trägerschaft der EvB Sozial gGmbH mit insgesamt 20 Plätzen. Da Leistungsberechtigte die Plätze in der Tagesstätte auch nur in Teilzeit besetzen, können mehr Leistungsberechtigte als Plätze die Tagesstätte besuchen.

Resümee: Die Tagesstätte ist eine teilstationäre EGH. In der Landeshauptstadt Potsdam stehen aktuell 20 Plätze zur Verfügung. Aufgrund von Teilzeit der Leistungsberechtigten, stehen in der Summe mehr als 20 Plätze zur Verfügung.

3.4.2.2. Wohnformen

Für Menschen mit psychischen Störungen gibt es im Bereich Wohnen zur Teilhabe in der Gemeinschaft unterschiedliche Angebote. Zunächst wird das ambulant betreute Wohnen, die Sonderform der Wohngemeinschaft und abschließend das stationäre Wohnen vorgestellt.

Die Begriffe ambulant betreutes Wohnen (ABW) und ambulant unterstütztes Wohnen (AuW) ist synonym zu verwenden. ABW ist auf die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten mit psychischen Störungen ausgerichtet, berücksichtigt das Recht auf ein Wohnverhältnis und unterstützt bei der Stabilisierung (DGPPN, 2012). ABW ist eine aufsuchende Betreuung und beinhaltet Beratung, Unterstützung und Begleitung in den verschiedenen Lebensbereichen und soll ein selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben in der eigenen Wohnung ermöglichen. Die Finanzierung erfolgt über den örtlich zuständigen Sozialhilfeträger. In der Landeshauptstadt Potsdam gibt es aktuell insgesamt 8 Anbieter von ABW, die im Jahr 2016 insgesamt mehr als 157 Klienten³⁹ betreut haben (vgl. Tabelle 33).

Tabelle 33: Ambulant unterstütztes Wohnen in der LHP nach §§ 53f. SGB XII

ABW/AuW	
<p>Ambulant betreutes Wohnen DRK Behindertenwerkstätten Potsdam gGmbH Kohlhasenbrücker Straße 106, 14480 Potsdam</p> <ul style="list-style-type: none"> Ambulant betreutes Einzelwohnen für alle Behinderungsarten 	
<p>Ambulant betreutes Wohnen Lebenshilfe Brandenburg - Potsdam e.V. Oskar-Meißter-Straße 4 – 6, 14480 Potsdam</p> <ul style="list-style-type: none"> Ambulant Betreutes Einzelwohnen 	
<p>Ambulant betreutes Wohnen Stephanus-Stiftung Potsdam Hermannswerder 7, 14473 Potsdam</p> <ul style="list-style-type: none"> Ab 18 Jahren 	
<p>Ambulant betreutes Wohnen Theodor Fliedner Stiftung Brandenburg gGmbH Friedrich-Ebert-Straße 53, 14469 Potsdam</p> <ul style="list-style-type: none"> Erwachsene mit einer chronisch psychischen Störung und/oder geistigen Behinderung 	
<p>Ambulant betreutes Wohnen Türklinke e.V. Weidenhof 14, 14478 Potsdam</p> <ul style="list-style-type: none"> Ambulanter Dienst des betreuten Einzelwohnens 	
<p>Ambulant betreutes Wohnen Verein Oberlinhaus e.V. Rudolf-Breitscheid-Straße 24, 14482 Potsdam</p> <ul style="list-style-type: none"> Schwerpunkt sind Menschen mit Asperger Autismus 	
<p>Ambulant betreutes Wohnen NOW! Normaler Wahnsinn Berliner Str. 137, 14467 Potsdam</p> <ul style="list-style-type: none"> Betreutes Einzelwohnen 	
<p>Wohnen mit Assitenz „Woma“ Creso gGmbH Gartenstraße 42, 14482 Potsdam</p> <ul style="list-style-type: none"> Ambulante sozialpädagogische Hilfe- und Unterstützungsleistungen für Menschen mit chronisch psychischen Störungen 	
Gesamtzahl der Klienten in 2016	>157 Klienten

ABW kann auch als Zusammenleben in ambulanten Wohngemeinschaften gestaltet sein (Klecha & Borchardt, 2007). In der Landeshauptstadt Potsdam sind hier die Wohnprojekte

³⁹ Es haben nicht alle Angebote eine Angaben zu den Kapazitäten gemacht.

„Rückhalt“ und „Wohnen im Kiez“ in Trägerschaft der AWO, zu nennen (vgl. Tabelle 34). Im Jahr 2016 standen durch die Wohnprojekte insgesamt 17 Plätze zur Verfügung.

Tabelle 34: Ambulante Wohngemeinschaften in der LHP

Ambulante Wohngemeinschaften	Plätze
Wohnen im Kiez AWO Bezirksverband Potsdam e.V. Zeppelinstraße 162, 14471 Potsdam <ul style="list-style-type: none"> ein niedrigschwelliges Wohnangebot für Menschen mit schweren psychischen Behinderungen Einzelappartments + Gruppenraum 	10
Wohnprojekt „Rückhalt“ AWO Bezirksverband Potsdam e.V. Horstweg 105, 14478 Potsdam <ul style="list-style-type: none"> Ambulantes Gruppenwohnen mit tagesstrukturierenden Angebote für junge Erwachsene mit einer psychischen Störung 	7
Gesamtzahl Plätze in 2016	17

Für Menschen mit psychischen Störungen, die für längere Zeit nicht oder noch nicht in der Lage sind ambulant betreut wohnen zu können und die in ihrer Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung und Alltagsbewältigung erheblich beeinträchtigt sind, gibt es stationäre Wohnangebote. Die Finanzierung erfolgt durch den örtlichen Sozialhilfeträger. In der Landeshauptstadt Potsdam existieren die nachfolgenden stationären Wohnangebote mit einer Gesamtkapazität von 102 Plätzen (vgl. Tabelle 35).

Tabelle 35: Stationäre Wohnangebote in der LHP

Stationäres Wohnen	Plätze
Außenwohngruppe „Haus Turnstraße“ Theodor Fliedner Stiftung Brandenburg gGmbH Turnstraße 34, 14482 Potsdam <ul style="list-style-type: none"> stationäre Wohnstätte für Menschen mit psychischen und somatischen Beeinträchtigungen ohne nächtliche Betreuung 	10
Haus Viereckremise Montevini - gemeinnützige Betriebsgesellschaft für Sozialeinrichtungen mbH Viereckremise 30, 14469 Potsdam <ul style="list-style-type: none"> Stationäre Wohnstätte für chronisch psychisch erkrankte Menschen mit nächtlicher Betreuung 	24
Kinder- und Jugendwohngruppe "An der Parforceheide" Parforceheide 10, 14480 Potsdam (AWO Bezirksverband Potsdam e.V.) <ul style="list-style-type: none"> Zielgruppe: Kinder und Jugendliche ab Vorschulalter bis zum 16. Lebensjahr mit Entwicklungsrückständen, Verhaltensauffälligkeiten, Beziehungs- und Schulproblemen, psychischen Störungsbildern z. B. (Essstörungen, ADHS, Depressionen) 	8
Wohnstätte „Haus am Babelsberger Park“ Theodor Fliedner Stiftung Brandenburg gGmbH Allee nach Glienicke 83-85, 14482 Potsdam <ul style="list-style-type: none"> stationäre Wohnstätte für chronisch psychisch erkrankte Menschen mit nächtlicher Betreuung 	32
Wohnstätte „Ludwig-Gerhard-Haus“ Rudolf-Breitscheid-Straße 138-142, 14482 Potsdam <ul style="list-style-type: none"> Überregionale Wohnstätte für geistig behinderte Kinder und Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störung 	12

Wohnstätte „Moltke-Haus“ Steinstraße 98a, 14480 Potsdam <ul style="list-style-type: none"> • Stationäre Wohnstätte für Jugendliche und junge erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung und Autismus 	10
Trainingswohnen Viereckremise Montevini - gemeinnützige Betriebsgesellschaft für Sozialeinrichtungen mbH Viereckremise 30, 14469 Potsdam <ul style="list-style-type: none"> • stationär betreutes Wohnen in Einzelappartements ohne nächtliche Betreuung und ohne Gestaltung des Tages, um den Übergang in eine eigene (ambulant betreute) Wohnung zu begleiten (seit Mai 2017) 	6
Gesamtzahl Plätze	102

Resümee: In der Landeshauptstadt Potsdam gibt es im Rahmen der EGH ambulant betreute Wohnangebote, Wohngemeinschaften und stationäre Wohnformen mit und ohne nächtlicher Betreuung.

3.4.3. Teilhabe am Arbeitsleben

Arbeit und Beschäftigung stellt für jeden Menschen eine sinnstiftende Tätigkeit dar und führt zu Wertschätzung. Arbeit ermöglicht neben dem Einkommenserwerb zugleich auch wichtige Integrationsfaktoren, wie Kontaktmöglichkeiten, Zugehörigkeit, Tages- und Wochenstruktur (Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen e.V. – BAG if, 2017). Weitere positive Effekte bei Menschen mit schweren psychischen Störungen sind eine „höhere Lebensqualität, verringerte stationäre Aufenthalte, stärkeres Empowerment und eine höhere Arbeitsmotivation“ (BAG if, 2007). Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden bei einer eintretenden oder drohenden Behinderung und wenn deshalb besondere Hilfen erforderlich sind, erbracht (BAG if, 2010). Die Leistungen zur beruflichen Rehabilitation von Menschen mit Behinderung werden vom Berufsbildungswerk, Berufsförderungswerk oder vergleichbaren Einrichtungen ausgeführt (§ 35 SGB IX). Wenn in Einrichtungen Leistungen zur beruflichen Ausbildung ausgeführt werden, sollen Teile dieser Ausbildung bei Eignung der Menschen mit Behinderung auch in Betrieben und Dienststellen durchgeführt werden (§ 35 Abs. 2 SGB IX). Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur beruflichen Rehabilitation sind differenziert und werden nachfolgend skizziert.

Integrationsfachdienst

Der Integrationsfachdienst wird im Auftrag der Integrationsämter oder der Rehabilitationsträger tätig und arbeitet unter anderem mit der Bundesagentur für Arbeit, dem Integrationsamt, den Berufshelfern, der gesetzlichen Unfallversicherung, den Arbeitgebern und Weiteren zusammen (§ 111 Abs. 1, 3 SGB IX). Die Integrationsfachdienste beraten und unterstützen die schwerbehinderten Menschen und vermitteln geeignete Arbeitsplätze und informieren und unterstützen zugleich auch den Arbeitgeber (§ 110 Abs. 1 SGB IX). Integrationsfachdienste werden bei der Durchführung der Maßnahmen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben beteiligt (§ 109 Abs. 1 SGB IX). Die Zielgruppen sind insbesondere:

- „schwerbehinderte Menschen mit einem besonderen Bedarf an arbeitsbegleitender Betreuung,
- schwerbehinderte Menschen, die nach zielgerichteter Vorbereitung durch die Werkstatt für behinderte Menschen am Arbeitsleben auf dem allgemeinen

Arbeitsmarkt teilhaben sollen und dabei auf aufwendige, personalintensive, individuelle arbeitsbegleitende Hilfen angewiesen sind sowie

- schwerbehinderte Schulabgänger, die für die Aufnahme einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf die Unterstützung eines Integrationsfachdienstes angewiesen sind“ (§ 109 Abs. 2 SGB IX).

Die detaillierte Aufgabenbeschreibung des Integrationsfachdienstes ist in § 110 Abs. 2 SGB IX hinterlegt.

In der Landeshauptstadt Potsdam wird der Integrationsfachdienst in Trägerschaft der Johanniter Unfall- Hilfe e.V. geführt.

Berufliches Trainingszentrum

Das berufliche Trainingszentrum (BTZ) ist eine ambulante Einrichtung der beruflichen Rehabilitation nach § 35 SGB IX. Dabei wird die Entwicklung einer beruflichen Perspektive gefördert. Das Ziel ist, junge erwachsene Menschen mit einer psychischen Störung bei dem (Wieder-)Einstieg in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu unterstützen und dauerhaft einzugliedern. (Fortbildungsakademie der Wirtschaft - FAW, 2017). Der Träger dieser Rehabilitationsmaßnahme ist in der Landeshauptstadt Potsdam die Agentur für Arbeit oder die Rentenversicherung.

Seit September 2016 gibt es in der Landeshauptstadt Potsdam ein BTZ in Trägerschaft der Fortbildungsakademie der Wirtschaft gGmbH. Leistungen des BTZ sind: berufliches Training, berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme, Abklärung der beruflichen Eignung und Arbeitserprobung, Ausbildung/Umschulung. Des Weiteren sind Menschen mit psychischen Störungen in der dortigen Cafeteria tätig. Durch die psychische und soziale Stabilisierung wird die berufliche Orientierung, Qualifizierung und die dauerhafte Eingliederung in Arbeit gefördert (FAW, 2017). Dabei erfolgt die berufliche Integration mithilfe von Schulung der sozialen Kompetenzen, von individuellen Qualifizierungsmodulen und von betrieblichen Praktika (FAW, 2017).

Berufsbildungswerk

Im Berufsbildungswerk (BBW) werden Leistungen der beruflichen Rehabilitation ausgeführt, wobei Ärzte, Psychologen, Pädagogen und viele andere Fachkräfte mit spezialisierten Ausbildern und sonderpädagogisch ausgebildeten Berufsschullehrern eng zusammenarbeiten. Die verschiedenen Disziplinen werden durch ein qualifiziertes Reha-Management personenzentriert für jeden einzelnen Jugendlichen vernetzt. Das BBW dient der erstmaligen Berufsausbildung von jungen Menschen mit psychischen Störungen (BAG, 2010).

Das BBW in der Landeshauptstadt Potsdam ist in Trägerschaft der Oberlinhaus gGmbH. Neben Jugendlichen mit psychischen Störungen richtet sich das Angebot auch an Jugendliche mit Körper-, Lern-, Sinnesbehinderungen und Mehrfachbehinderungen (BBW, 2017). Im BBW der Oberlinhaus gGmbH wird auch die Berufsvorbereitung (berufliches Grundbildungsjahr, Arbeitserprobung und Berufsfindung/Eignungsabklärung, berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme) angeboten, um die Jugendlichen bis zur Ausbildungsreife zu begleiten (BBW, 2017).

Werkstätten für behinderte Menschen

„Die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) ist eine Einrichtung zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben und zur Eingliederung in das Arbeitsleben“ (§ 136 Abs. 1 SGB IX). Im Rahmen der WfbM wird den Menschen mit Behinderung eine angemessene berufliche Bildung und Beschäftigung angeboten und soll die Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit erhalten, erhöhen und sich ihre Persönlichkeit weiterentwickeln (§ 136 Abs. 1 Satz 1,2 SGB IX). Dabei ist der Übergang geeigneter Personen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt durch geeignete Maßnahmen zu fördern (§ 136 Abs. 1 SGB IX). Zum Angebot der WfbM an Berufsbildungs- und Arbeitsplätze gehören auch sog. „ausgelagerte Plätze“ auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, sodass ein möglicher Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt gefördert wird (§ 136 SGB IX). Als Voraussetzung für eine Beschäftigung im Rahmen der WfbM ist, spätestens nach Teilnahme an Maßnahmen im Berufsbildungsbereich, die Erbringung eines Mindestmaß wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung erforderlich (§ 136 SGB IX). In Tabelle 36 sind die WfbM in der Landeshauptstadt Potsdam hinterlegt. Laut Fallzahlen der EGH mit Stichtag 12/2016 sind insgesamt 70 Menschen mit einer psychischen Störung im Arbeitsbereich von Werkstätten aktiv (vgl. 2.9).

Tabelle 36: WfbM in der LHP

WfbM
AKTIVA Werkstätten im Oberlinhaus gemeinnützige GmbH Arbeitsbereich für Menschen mit psychischen Erkrankungen (Kombi Service Potsdam) Leiterstraße 10a, 14473 Potsdam Küsselstraße 45, 14473 Potsdam
DRK Behindertenwerkstätten Potsdam gGmbH Kohlhasenbrücker Straße 106, 14480 Potsdam - Inkl. Außenarbeitsplätzen bei Organic Village gGmbH

Zuverdienst

Zuverdienst ist kein rechtlich festgelegter Begriff, kann jedoch durch folgende Beschreibungen näher definiert werden: primär für die Zielgruppe der Menschen mit chronischen psychischen Störungen, niederschwellig und freiwillig, individuell angepasste Arbeitszeiten, Rücksichtnahme auf Leistungsschwankungen und Belastungsfähigkeit, kein „Rehadruck“, geringfügiges Entgelt oder Aufwandsentschädigung und Arbeitsmarktnähe/wirtschaftlich verwertbare Produkte und Dienstleistungen (BAG if, 2017). Zuverdienstbeschäftigung ist unterschiedlich gestaltbar und einzubinden. Zuverdienst kann in Form eines Minijobs auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, als eigenständige Zuverdienstfirma, als ergänzendes Angebot der WfbM, der Tagesklinik, der Klinik oder zum Wohnen oder in Form des Homeworkings gestaltet sein (BAG if, 2017). Bereits 2009 hat der Deutsche Verein die Empfehlung gegeben, dass „Zuverdienst als Möglichkeit der Bedarfsdeckung zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Aktivierung der Menschen mit Behinderungen ausdrücklich benannt wird“ (BAG if, 2017). Der Kreis Herzogtum Lauenburg hat die Kosten der EGH von 25 Mio. € auf 21 Mio. € im Zeitverlauf von 2002 bis 2004 reduziert, indem die Psychiatriebetten auf 10% des Üblichen reduziert wurden und im Gegenzug ergotherapeutische und ambulante Hilfen mit einer Vielzahl von Arbeitsangeboten, Zuverdienst und Integrationsbetrieben umfangreich ausgebaut wurden (Bag if, 2017). Zuverdiensttätigkeiten können auf der Grundlage des SGB II als auch des

SGB XII durchgeführt werden (BAG if, 2016). Der BAG if (2017) gibt bezüglich Zuverdienst folgende Empfehlungen:

- inklusive Beschäftigungsmöglichkeiten (keine Sondermilieus),
- Berücksichtigung unterschiedlichen Leistungsvermögens,
- Förderung ohne Rehadruck,
- Unterstützung bei dem Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt,
- wirtschaftlich verwertbare Dienstleistungen und Produkte,
- niederschwelliger Zugang,
- klare vertragliche Regelungen (z.B. in Bezug auf Bezahlung) und
- Vernetzung mit regionalen Unterstützungsangeboten und Betrieben.

Dabei ist die Anleitung für die Mitarbeitenden in Unternehmen sehr wichtig, um zu sensibilisieren und Ängste und Befürchtungen auf beiden Seiten zu reduzieren (BAG if, 2017).

In der Landeshauptstadt Potsdam bietet Organic Village gGmbH als erster Träger in der Landeshauptstadt Potsdam im Rahmen eines einjährigen Modellprojektes Zuverdienst für Menschen mit psychischen Störungen an. Dies stellt eine Alternative zu den Beschäftigungsmöglichkeiten in der WfbM dar. Im Rahmen der EGH (§ 53 SGB XII) können Menschen mit psychischen Störungen bei Organic Village gGmbH im Zuverdienst tätig werden und am gesellschaftlichen Leben teilhaben. Die Menschen mit psychischen Störungen können nach ihren eigenen Möglichkeiten und Belastungsfähigkeiten 1–5 Tage pro Woche mit insgesamt 2–15 Stunden arbeiten. Nach der Arbeitserprobung wird gemeinsam mit dem Klienten eine personenzentrierte Maßnahme entwickelt und ein Arbeitsplatz bei regionalen Arbeitgebern vermittelt. Ein Jobcoach begleitet die Klienten an ihre jeweiligen Arbeitsplätze und unterstützt bei der Tätigkeit im inklusiven Beschäftigungsbereich. Die Beschäftigung ermöglicht den Klienten eine Tagesstrukturierung, stärkt das Selbstwertgefühl, schafft Perspektiven und kann den Genesungsprozess maßgeblich unterstützen und stationären Aufhalten entgegenwirken. Im Laufe des Modellprojektes erfolgt eine Evaluation mit den fachlich beteiligten Bereichen.

Genesungsbegleiter

Für Menschen mit psychischen Störungen gibt es die Möglichkeit als Genesungsbegleiter/Erfahrungsexperte tätig zu werden. Beispielsweise bietet EX-IN Deutschland e.V. (Experten über Erfahrung in der Psychiatrie) eine einjährige Ausbildung mit 300 Unterrichtsstunden sowie zwei Praktika an. Der Grundkurs deckt die Themen Salutogenese (Gesundheitsfördernde Haltungen), Erfahrung und Teilhabe, Recovery (Genesung/Wiedererstarke(n)), Dialog und Empowerment ab. Im Aufbaukurs liegen folgende Schwerpunkte vor: Fürsprache, Selbsterforschung, Assessment (ganzheitliche Bestandsaufnahme), Beraten und Begleiten, Krisenintervention, Lehren und Lernen und das Abschlussmodul/Präsentation.

Nach der erfolgreich abgeschlossenen Ausbildung können die Genesungsbegleiter beispielsweise in der stationären, teilstationären und ambulanten psychiatrischen und psychosozialen Versorgung tätig werden. Genesungsbegleiter fördern maßgeblich die dialogische Arbeit und können auch im Bereich der Aus- und Weiterbildung von psychiatrischen Fachkräften unterstützend tätig sein, indem sie die Perspektiven und Wünsche von Menschen mit psychischen Störungen vorstellen und vertreten. Zudem können

sie in Kooperation mit den vorhandenen Trägern im jeweiligen Setting Beratungsangebote von Betroffenen für Betroffene anbieten.

In der Landeshauptstadt Potsdam sind bereits Genesungsbegleiter in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und in der Tagesstätte Mittendrin tätig.

Resümee: Zuverdienst- und Inklusionsprojekte sind eine wichtige, niederschwellige und inklusive Teilhabemöglichkeit für Menschen mit psychischen Störungen. Genesungsbegleiter fördern die trialogische Arbeit.

3.4.4. Hilfen in besonderen Lebensverhältnissen

„Personen, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind, sind Leistungen zur Überwindung dieser Schwierigkeiten zu erbringen, wenn Sie aus eigener Kraft hierzu nicht fähig sind“ (§ 67 SGB XII). Im Vergleich zur EGH steht hier keine wesentliche Behinderung oder eine Teilhabebeschränkung, sondern die soziale Schwierigkeit im Vordergrund. Nach § 68 SGB XII umfassen „die Leistungen [...] alle Maßnahmen, die notwendig sind, um die Schwierigkeiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mildern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere Beratung und persönliche Betreuung [...], Hilfen zur Ausbildung, Erlangung und Sicherung eines Arbeitsplatzes sowie Maßnahmen bei der Erhaltung und Beschaffung einer Wohnung“. Die Hilfen in besonderen Lebensverhältnissen sind nachrangig zu den Leistungen der EGH. In Tabelle 37 sind die Angebote der ambulanten Wohnhilfe in der Landeshauptstadt Potsdam zusammengefasst.

Tabelle 37: Ambulante Wohnhilfe nach §§ 67f. SGB XII

Ambulante Wohnhilfe	
Ambulante Wohnhilfe „Projekt 72“ EvB Sozial gGmbH Yorckstraße 22-24, 14467 Potsdam	<ul style="list-style-type: none">• Sozialpädagogische Begleitung und Unterstützung (gem. §§ 67f. SGB XII)
Wohn-INtegrationshilfen „WIN“ Creso gGmbH Gartenstraße 42, 14482 Potsdam	<ul style="list-style-type: none">• Ambulant betreutes Wohnen (gem. §§ 67f. SGB XII) für Menschen mit sozialen Schwierigkeiten und Wohnraumproblematik
Ambulante Wohnhilfe „Der Laden“ AWO Bezirksverband Potsdam e.V. Breite Straße 7a, 14467 Potsdam	<ul style="list-style-type: none">• sozialpädagogische Beratung, Begleitung und Unterstützung (gem. §§ 67f. SGB XII)
Gesamtzahl der Klienten in 2016	>120 Klienten⁴⁰

Leistungen nach §§ 67f. SGB XII können auch in Form von ambulant betreutem Gruppenwohnen erfolgen. In der Landeshauptstadt Potsdam wird dies durch die AWO vorgehalten (vgl. Tabelle 38).

⁴⁰ Einige Angebote haben zu den Kapazitäten keine Angaben gemacht.

Tabelle 38: Ambulant betreutes Gruppenwohnen nach §§ 67/68 SGB XII

Angebot Gruppenwohnen	Plätze
Ambulant Betreutes Gruppenwohnen W13 AWO Bezirksverband Potsdam e.V. Wiesenhof 13, 14478 Potsdam <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung von jungen Menschen (18–27 Jahren) mit besonderen sozialen Schwierigkeiten 	16 Einzelzimmer in 4 Träger- wohnungen
Gesamtzahl der Plätze	16 Plätze

Neben den Leistungen nach §§ 67f. SGB XII kann die Landeshauptstadt Potsdam auch eine ordnungsrechtliche Unterbringung nach § 1 i.V.m. § 13 *Gesetz über Aufbau und Befugnisse der Ordnungsbehörden (Ordnungsbehördengesetz - OBG)* vornehmen. In der Landeshauptstadt Potsdam gibt es zwei Unterbringungsmöglichkeiten, eine für junge Erwachsene und eine für Erwachsene (vgl. Tabelle 39).

Tabelle 39: Unterbringungen nach Ordnungsbehördengesetz

Unterbringungsangebote	Plätze
Wohnprojekt „Junge Wilde“ AWO Bezirksverband Potsdam e.V. Lerchensteig 55, 14469 Potsdam <ul style="list-style-type: none"> • Zielgruppe: wohnungslose junge Erwachsene (18–30 Jahre) mit multiplen Problemlagen, bei denen psychische und Suchtprobleme existieren • Niedrigschwellige Beratungs- und Unterstützungsangebote zur Überwindung der Wohnungslosigkeit 	24 Plätze + 5 Bettplätze in der Notaufnahme
Obdachlosenheim und Notaufnahme AWO Bezirksverband Potsdam e.V. Lerchensteig 55, 14469 Potsdam <ul style="list-style-type: none"> • Unterbringung Obdachlosenheim • Unterbringung Notaufnahme 	95 Plätze + 10 Bettplätze in der Notaufnahme
Gesamtzahl der Plätze	119 Plätze + 15 Plätze in der Notaufnahme

Resümee: Die Hilfen in besonderen Lebensverhältnissen unterscheiden sich zur EGH dahingehend, dass nicht eine wesentliche Behinderung, sondern soziale Schwierigkeiten vordergründig sind. Zudem sind die Hilfen in besonderen Lebensverhältnissen nachrangig zu den Leistungen der EGH.

3.5. Weitere Zielgruppen

3.5.1. Menschen mit einem erheblichen Hilfebedarf

Menschen mit einem erheblichen und komplexen Hilfebedarf weisen unterschiedliche Diagnosen sowie zumeist Doppeldiagnosen mit Chronifizierungen auf. Hierfür wird die S3 Leitlinie – Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

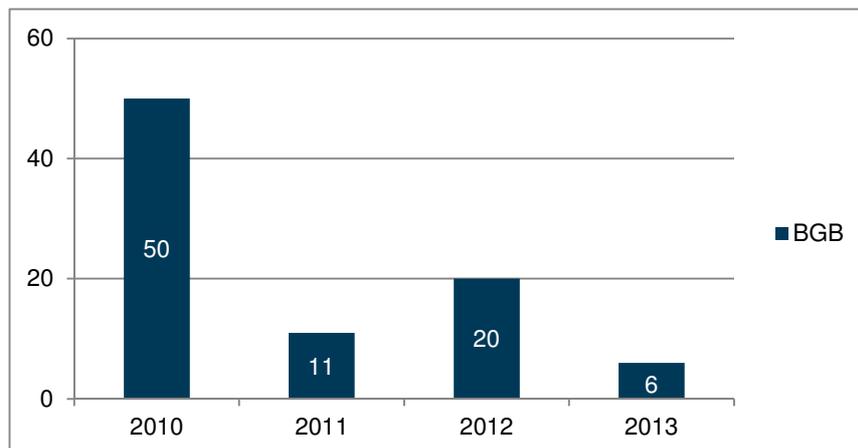
als Orientierung herangezogen⁴¹. Die Gruppe der Menschen mit schweren psychischen Störungen (severe mental illness - SMI) werden laut der Leitlinie beim Vorhandensein der Diagnosen (Schizophrenie, Depression, Bipolare Störung, Zwangsstörung oder Persönlichkeitsstörung) folgendermaßen definiert: „Die Krankheitssymptome müssen bereits über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren bestehen sowie mit erheblichen Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und das soziale Funktionsniveau einhergehen.“ Im Rahmen der S3 Leitlinie werden beispielsweise Empfehlungen für die Versorgung von Menschen mit SMI formuliert.

Für die Zielgruppe mit einem erheblichen und komplexen Hilfebedarf gibt es in der Landeshauptstadt Potsdam das Modellprojekt Wohnen im Kiez von der AWO. Wohnen im Kiez ist ein niederschwelliges ambulantes Wohnangebot für Menschen mit schweren psychischen Behinderungen.

Unter den Menschen mit einem erheblichen Hilfebedarf gibt es auch diejenigen, bei denen eine Unterbringung nach § 1906 BGB erforderlich ist. Die Unterbringung nach § 1906 Abs. 1 BGB ist „mit Freiheitsentzug verbunden und nur zulässig, solange sie zum Wohl des Betreuten erforderlich ist, weil [...] die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt [...]“. „Die Unterbringung ist nur mit Genehmigung des Betreuungsgerichts zulässig“ (§ 1906 Abs. 2 Satz 1 BGB).

Aktuell gibt es für diese Menschen in Brandenburg keine geschützte Wohneinrichtung. Laut Aussage des MASGF lebten im April 2016 insgesamt 51 Brandenburger*innen in entsprechenden Wohneinrichtungen außerhalb vom Land Brandenburg. Die Fallzahlen der letzten Jahre schwanken (vgl. Abbildung 21). Aktuell gibt es in der Landeshauptstadt Potsdam weniger als 5 Bürger*innen, die außerhalb vom Land Brandenburg leben müssen.

Abbildung 21: Unterbringung in der Versorgungsregion Potsdam in Fällen pro 100.000 erwachsene Einwohner (Bipolaris, 2015)



⁴¹ S3 Leitlinien entsprechen der höchsten Qualitätsstufe bei Leitlinien. Dies beinhaltet die systematische Entwicklung inklusiv einer Entscheidungs- und Outcome-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz sowie die Berücksichtigung und Beurteilung anhand von wissenschaftlichen Studien. Hierdurch sind die in der S3 Leitlinie vorgenommenen Empfehlungen als evidenzbasiert einzustufen. S3 Leitlinien werden regelmäßig überprüft und liegen nur für wenige Krankheitsbilder vor.

Resümee: Für Menschen mit schweren psychischen Störungen gibt es in der Landeshauptstadt ein niederschwelliges Wohnangebot als Modellprojekt. Im gesamten Land Brandenburg gibt es für Menschen, die nach § 1906 BGB untergebracht sind, keine gemeindenahen geeigneten Wohn- und Teilhabemöglichkeiten.

3.5.2. Geflüchtete

Aufgrund der unklaren epidemiologischen Datenlage zu psychischen Störungen von Geflüchteten (vgl. 2.5) werden die zentralen Forderungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN⁴²) herangezogen. Die zentralen Forderungen der DGPPN bezüglich der Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Geflüchteten sind in dem Positionspapier von März 2016 verfasst. Das psychosoziale Hilfesystem in der Landeshauptstadt Potsdam wird anhand der Forderung aus dem Positionspapier der DGPPN analysiert, da bundesweit keine belastbaren Aussagen und Schlussfolgerungen anhand von Datengrundlagen möglich sind. Nachfolgend werden die einzelnen Forderungen der DGPPN vorgestellt und mit Angeboten in der Landeshauptstadt Potsdam verglichen (vgl. Tabelle 40).

Tabelle 40: Abgleich der Forderungen der DGPPN (2016) mit dem psychosozialen Hilfesystem in der LHP

Forderung der DGPPN	Angebote in der LHP durch
1) Schulung primärer Kontaktpersonen (z.B. Sozialarbeiter) hinsichtlich psychischer Symptome und der Weiterleitung in das Versorgungssystem	– Mobile Heimberatung ⁴³ – Fachberatungsdienst Migrationssozialarbeit (FBD) des Diakonischen Werks Potsdam e.V.
2) Sensibilisierung der Fachkräfte im Gesundheitswesen sowie in den Erstaufnahme- und Übergangseinrichtungen für die psychosoziale Situation der Geflüchteten, Aufklärung über mögliche Gesundheitsprobleme und Schulung in kultursensitiven Screening-Instrumenten	– Gesprächsrunde zu Geflüchteten in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des EvB gGmbH Klinikums (Gesprächsrunde)
3) Im Rahmen der medizinischen Erstuntersuchung in den Erstaufnahmeeinrichtungen ist auch die seelische Gesundheit zu untersuchen	In der LHP ist keine Erstaufnahmeeinrichtung verortet.
4) Aufbau aufsuchender Strukturen und Stärkung von Planungs- und Koordinierungsstellen vor Ort	- SpDi - FBD - Migrationssozialarbeit als unterbringungsnahe soziale Unterstützung
5) Stärkung von spezialisierten Strukturen wie z.B. psychosoziale Zentren für Folteropfer oder transkulturelle Ambulanzen vor Ort	(Opferhilfe e.V., in Berlin Xenion e.V.)
6) Bei akut behandlungsbedürftigen Symptomen sollte zeitnah ein Erstgespräch mit einem Facharzt stattfinden, z.B. im Sinne einer Sprechstunde, in dem nach diagnostischer Abklärung je nach Beratungs- und Behandlungsbedarf eine Kurzintervention oder eine Weiterleitung in das übrige Versorgungsnetz erfolgen könnte	- SpDi - PNA - Klinik Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikums EvB gGmbH - PIA
7) Bei Behandlungsbedarf sollte eine vernetzte Versorgung durch niedergelassene Fachärzte und Kliniken für Psychiatrie und	- KBS (Deutschkenntnisse erforderlich)

⁴² DGPPN ist eine renommierte wissenschaftliche Vereinigung von Ärzten und Wissenschaftlern, die in Deutschland auf den Gebieten Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde arbeiten.

⁴³ Die Mobile Heimberatung zielt auf die Qualifikation der unterbringungsnahe Migrationssozialarbeit ab.

Psychotherapie im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung eingeleitet werden	
8) Professionell qualifizierte Kultur- und Sprachmittler sollten im Gesundheitswesen sowie in den Erstaufnahme- und Übergangseinrichtungen vorgehalten werden	<ul style="list-style-type: none"> - Dolmetscher über das Asylbewerberleistungsgesetz - Dolmetscher Pool des Fachberatungsdienst Zuwanderung, Integration und Toleranz - Gesundheitskarawane der Mobilen Heimberatung
9) Infotexte über psychische Störungen sollen in den besonders nachgefragten Sprachen zur Verfügung stehen	<ul style="list-style-type: none"> - Selbsthilfe (Online basierte Angebote wie HelpTo.de oder refugeem.eu)

Laut DGPPN (2016) ist die Prävention und Früherkennung sowie die zielgruppenspezifische und möglichst frühe Behandlung eine Voraussetzung für die erfolgreiche Integration der betroffenen Geflüchteten und zudem wird einer Chronifizierung vorgebeugt. Dafür ist geschultes Personal in den GU und in den Einrichtungen notwendig, um Basissymptome grob einordnen zu können. Zudem fordert die DGPPN (2016), dass Vernetzungen zwischen den Notunterkünften, Erstaufnahmeeinrichtungen und GU mit den pflichtversorgenden Fachabteilungen entwickelt werden. Beispielsweise kann durch die Vernetzungen der Aufbau einer langfristigen Beziehung zu den erkrankten Geflüchteten gefördert werden, um die negativen Auswirkungen von Beziehungsabbrüchen auf die Genesung zu reduzieren. Diese Vernetzung zwischen den Akteuren findet bereits durch die Gesprächsrunde statt.

Resümee: Professionelle Kultur- und Sprachmittler sind für den Erfolg einer Beratung und einer Therapie von Geflüchteten eine wichtige Säule. Dies ist jedoch nicht im Leistungskatalog der GKV hinterlegt. Dies stellt in der praktischen Arbeit eine Herausforderung dar.

3.6. Freiwilliges Engagement und Selbsthilfe

Im Folgenden werden die Themen freiwilliges Engagement und Selbsthilfe behandelt. Eine klare Abgrenzung dieser beiden Begriffe ist nicht eindeutig möglich und die Übergänge sind fließend. Eine grobe Unterscheidung kann in der Betrachtung der unterschiedlichen Motivation vorgenommen werden: Beim freiwilligen Engagement⁴⁴ ist eher eine altruistische Motivation zu erkennen, der Selbsthilfe hingegen ist eher ein Selbstverwirklichungsmotiv zuzuordnen (Neubauer, 2002).

Freiwilliges Engagement

Menschen mit psychischen Störungen wird oft mit Ängsten, Vorurteilen oder Stigmatisierungen begegnet (Schulze, 2015). Durch diese Erfahrungen und der damit einhergehenden Nichtbeachtung der Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Störungen wird ihre gleichberechtigte Teilhabe massiv erschwert (Schulze, 2015). Vorurteile und Stigmatisierungen sind durch Erlebnisse und Begegnungen abzubauen. Die Psychiatrie-Enquête des Bundestages von 1975 wird als der Ausgangspunkt für freiwilliges Engagement

⁴⁴ Freiwilliges Engagement ist gleichzusetzen mit den Begrifflichkeiten bürgerschaftliches Engagement und Ehrenamt.

in der Psychiatrie bezeichnet (Schulze, 2015). Das Ziel ist die Förderung des Dialogs zwischen den Professionellen, den Angehörigen, Menschen mit psychischen Störungen und Bürger*innen sowie die Begegnung auf Augenhöhe (Schulze, 2015). Freiwilliges Engagement „entwickelt sich anhand der Fertigkeiten und Interessen der Beteiligten“ (Schulze, 2015). „Bürgerschaftliches Engagement ist ein inklusionsrelevantes Teilhabefeld für Menschen mit und ohne Psychiatrieerfahrung“ (Schulze, 2015). Die gleichberechtigte Teilhabe stellt einen wesentlichen Faktor innerhalb des Genesungsprozesses dar (Schulze, 2015).

Freiwilliges Engagement steht für „gelebte Solidarität“ von und für Menschen mit psychischen Störungen sowie für eine „partnerschaftliche Begegnung ohne Therapieauftrag“ und findet im gewohnten Lebensumfeld statt (Schulze, 2015). Im Rahmen des freiwilligen Engagements können Menschen mit psychischen Störungen neben Empfänger von Hilfen, aber vor allem auch aktive Ehrenamtler*innen sein (Schulze, 2015). Durch freiwilliges Engagement und soziale Kontakte kann Genesung im Alltag stattfinden (Schulze, 2015). Obwohl freiwilliges Engagement eine sinnstiftende Tätigkeit ist, ist es nicht als Alternative zu einer fehlenden Beschäftigung von Menschen mit psychischen Störungen zu verstehen (Schulze, 2015). Freiwilliges Engagement ist kein Ersatz für professionelle Versorgungssysteme, sondern als unterstützendes Angebot zu verstehen. Die Rahmenbedingungen von freiwilligen Engagement von Menschen mit psychischen Störungen unterscheidet sich nicht von denen bei gesunden Menschen (Schulze, 2015). Dazu gehören organisatorische Hilfestellungen, Unterstützungen beim Einstieg in die ehrenamtliche Tätigkeit sowie Fragen zu Fähigkeiten und Fertigkeiten, den Erwartungen und die zur Verfügung stehenden Ressourcen (Schulze, 2015).

In der Landeshauptstadt Potsdam ist das Selbsthilfe-, Kontakt- und Informationszentrum e.V. (SEKIZ) die Einrichtung im Bereich Selbsthilfe, Begegnung und ehrenamtliches Engagement und dient im Rahmen der Freiwilligenagentur als eine zentrale Anlaufstelle für Menschen, die sich freiwillig engagieren wollen. Außerdem berät das SEKIZ Organisationen, die freiwilliges Ehrenamt bei sich verorten möchten.

Für Menschen mit einer psychischen Störung gibt es in der Landeshauptstadt Potsdam die Möglichkeit sich ehrenamtlich im Gartenprojekt „Einsteigen bitte!“ zu beteiligen. Dieses Gartenprojekt findet seit 2009 in Kooperation mit dem Krongut Bornstedt statt und wird von der Freiwilligenagentur des SEKIZ koordiniert. Die Ehrenamtlichen pflegen ihren angelegten Kräutergarten, die Rabatten sowie die weitläufigen Grünanlagen nach Parkschluss (SEKIZ, 2016). Des Weiteren können Menschen mit psychischen Störungen bei „Antidepressiva – das andere Kabarett“ ehrenamtlich tätig sein (vgl. Kapitel 3.4.1 Kontakt- und Beratungsstelle). Weitere separate Projekte für die Zielgruppe zu initiieren, widerspricht dem Inklusionsgedanken und ist nicht empfehlenswert. Die Initiative zu freiwilligem Engagement muss von Person selbst entstehen. Das Vorhandensein von verschiedenen Rahmenbedingungen, wie geschulte Ansprechpartner, vereinfachen, dass sich Menschen mit psychischen Störungen ehrenamtlich betätigen. Es wäre hilfreich, wenn die Hauptamtlichen bezüglich der individuellen Ressourcen sowie den individuellen Kommunikationsmöglichkeiten geschult und diese im Ehrenamt wahrnehmen und berücksichtigen. Dies gilt für alle freiwillig Engagierten, unabhängig vom Vorhandensein einer Diagnosen.

Resümee: Im freiwilligen Engagement von Menschen mit psychischen Störungen ist in der Landeshauptstadt Potsdam noch Potenzial und ist weiter auszubauen. Ehrenamtliches Engagement ist ein wichtiges Teilhabefeld, wodurch maßgeblich Stigmatisierung abgebaut werden kann.

Selbsthilfe

Eine Möglichkeit der Selbsthilfe sind die sog. Selbsthilfegruppen, die durch einen Erfahrungs- und Informationsaustausch zu einer emotionalen Entlastung und Strategie im Umgang mit der Störung führen können (Falkai, 2012). Des Weiteren können Selbsthilfegruppen positive Effekte auf die Stärkung des Selbstbewusstseins, bei der konkreten Lebenshilfe für die Teilnehmenden sowie bei dem Verständnis und der Akzeptanz der Störung haben (Falkai, 2012; DGPPN, 2012). Auch bei Menschen mit schweren psychischen Störungen ist Selbsthilfe ein wichtiger Bestandteil im Hilfesystem (DGPPN, 2012). Die konkreten Ziele von Selbsthilfegruppen richten sich nach den Anliegen und Wünschen der Teilnehmenden (Falkai, 2012). Selbsthilfegruppen können demzufolge unterschiedlichst gestaltet sein, von offen bis geschlossen, von Angehörigen- bis Betroffenenengruppe oder gemischten Gruppen sowie störungsspezifische oder störungsübergreifende Gruppen (Falkai, 2012). Die Leitung von Selbsthilfegruppen erfolgt in der Regel nicht von Experten (Falkai, 2012).

Im SEKIZ besteht im Rahmen des Potsdamer Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfe eine zentrale Anlaufstelle, um sich über die Möglichkeiten der Selbsthilfe zu informieren. Zusätzlich gibt es auch die *Allianz für die Selbsthilfe* (AlliSe), ein Zusammenschluss für die einzelnen Selbsthilfegruppen, um beispielsweise die Wahrnehmung der Selbsthilfe in der Landeshauptstadt zu erhöhen und die Zusammenarbeit unter den einzelnen Selbsthilfegruppen zu fördern (AlliSe, 2017). Die Selbsthilfe für junge Menschen wird durch das Projekt „Elflein 11“ vom SEKIZ abgedeckt. Dies ist ein Angebot von Menschen zwischen 18-35 Jahren. Die Angebote der Selbsthilfe in Bezug auf psychische Störungen werden in der Tabelle 41 zusammengefasst.

Tabelle 41: Selbsthilfegruppen in der LHP nach ICD-10 (AlliSe, 2017)

ICD-10	Selbsthilfegruppe
F00-F09	Demenz, „Angehörige Kinder“ Demenz, „Angehörige von Betroffenen“ Demenz, „Betroffene“
F30-F39	Depression „Angehörige von Betroffenen“ Depression „INRONDO“ (A ⁴⁵) Bipolar „Selbsthilfegruppe Potsdam“ (A) Trauergruppe für Suizidhinterbliebene
F40-F49	Angst „Menschen mit Ängsten“ Trauer „Gruppe für Jugendliche“ Trauer „Gruppe für Kinder“ ⁴⁶ Trauer „Junge Verwitwete“ Trauer „Trauer-Café“ *

⁴⁵ A = Gruppe öffnet sich auch für Angehörige

⁴⁶ * = Gruppe wünscht vorherige Anmeldung

	Trauer „Trauernde offener Gesprächskreise“ Krebs „Angehörige und Trauernde“ Mobbing „Mobbing im Beruf – Krank durch Arbeit?“ (A)
F50-F59	Wochenbettdepression „Postpartale Depression“
F80-F89	Autismus/Asperger* Autismus, „Angehörige von Betroffenen“

Allgemeine Gruppen:

Behinderte Potsdam-West (* /A)
Messie-Syndrom, anonyme Messies
„Männergruppe“ (A)
„Seelische Gesundheit“
„Krisenkompetenz erwerben“ (* /A)
„psychisch Kranke, Angehörige von Betroffenen“ (A)
„Charlotten“ (bildete sich aus der Tagesklinik heraus mit unterschiedlichen Krankheiten)
Burnout-Syndrom (A)
Trauergruppe für Angehörige nach einem Suizid (Hospiz- und Palliativdienst Potsdam, Stiftung Hoffbauer und Malteser)
„Elflein 11“

Auch der Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Brandenburg (LAPK) e.V./o SEKIZ e.V. bietet Selbsthilfe an. Der LAPK (2017) bietet unter anderem „verständnisvolle Gespräche und gegenseitige Hilfe bei Problemen an, die im Umgang mit seelisch erkrankten Menschen auftreten [...] beraten und informieren [...] zu belastenden Alltagsthemen, z.B. Geldsorgen, Wohnungsproblemen“. Die LAPK bietet auch Gespräche über das Bereitschaftstelefon an (LAPK, 2017). Zudem bietet der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) über das sog. „Seelefon“, telefonisch wie auch per E-Mail, Möglichkeiten zur Selbsthilfeberatung zu psychischen Störungen an. Dieses Angebot ist seit Oktober 2016 auch für arabisch sprechende Geflüchtete zugänglich. Zusätzlich stehen Berater*innen in deutscher, englischer und französischer Sprache zur Verfügung (BApK, 2017). Als ein äußerst wichtiges Angebot in der Selbsthilfe ist das sog. *Psychoseseminar Potsdam* zu ergänzen. Dies ist ein dialogisches Angebot, sprich ein Gesprächsforum für Psychoseerfahrene, deren Angehörige, professionell Tätige, Studierende und interessierte Bürger*innen. Das Ziel des Psychoseseminars ist Verständnis für den anderen zu erlangen, indem die verschiedenen Beteiligten und Akteure von ihren Erfahrungen berichten. Laut Psychoseseminar Potsdam (2017) ist es ein Gesprächskreis auf Augenhöhe, bei dem persönliche Erfahrungen ausgetauscht, Hintergründe aufgezeigt und Sicherheit gewonnen wird. Es nehmen regelmäßig 20–40 Personen daran teil. Das Psychoseseminar findet zukünftig im Tageszentrum Mittendrin statt.

Resümee: In der Landeshauptstadt gibt es ein differenziertes Angebot von Selbsthilfegruppen. Das Psychoseseminar stellt ein wichtiges Angebot in der dialogischen Arbeit dar.

4. Zusammenwirken der Beteiligten

Das nachfolgende Kapitel behandelt die Themen des Zusammenwirkens der Beteiligten, wodurch die Aspekte einer nachhaltigen Versorgungsstruktur herausgestellt werden. Dabei werden neben der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG), die Vernetzungen in Bezug auf die psychosoziale und psychiatrische Versorgung anhand der Angaben aus dem Erhebungsbogen sowie die Themen des Qualitätsmanagements vorgestellt.

4.1. Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft

Als ein äußerst wichtiges Gremium bei der Vernetzung der Versorgungsstrukturen von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die PSAG der Landeshauptstadt Potsdam zu nennen. Alle an der Versorgung Beteiligten haben ein Anrecht auf die Mitgliedschaft in der PSAG (§ 7 Abs. 2 Satz 2 BbgPsychKG). Die zentrale Aufgabe der PSAG liegt gemäß § 7 Abs. 3 BbgPsychKG darin, auf eine Zusammenarbeit aller an der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen beteiligten Personen, Institutionen und Verbänden hinzuwirken. Die Landeshauptstadt Potsdam hat ihr Votum bei den Planungen und Entscheidungen für eine gemeindenahere und bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung zu hören (§ 7 Abs. 4 Satz 2 BbgPsychKG). Die Meinungsbildung der PSAG ist in der Geschäftsordnung geregelt (§ 7 Abs. 4 Satz 1 BbgPsychKG). Erstmals trat die Geschäftsordnung der PSAG der Landeshauptstadt Potsdam am 07. September 1994 in Kraft. Es gab AG zu den Themen: Behandlung, Pflege, Rehabilitation; Wohnen und Hilfen zum Wohnen; Arbeit und berufliche Rehabilitation und soziale Teilhabe. Bis in das Jahr 2001 arbeiteten die AG kontinuierlich. Der Sprechendenrat beschloss im September 2002 einstimmig, die Arbeit ruhen zu lassen. Bei einer Fachtagung „Krisen kennen keine Geschäftszeiten“ im Oktober 2012 wurde als Fazit festgehalten, dass es zu einer Reaktivierung der PSAG in der Landeshauptstadt Potsdam kommen solle. Sodass am 15. Februar 2013 ein erfolgreicher Neustart gelingen konnte. Seitdem hat sich die PSAG als wichtiges und aktives Gremium etabliert und tagt viermal jährlich im Rahmen des PSAG-Plenums. In der PSAG bestehen aktuell drei Arbeitskreise (AK): AK Sucht, AK Wohnungslos und AK Beschäftigung und Arbeit. Im Jahr 2016 fand eine gut besuchte Fachtagung zum Thema „Bundesteilhabegesetz: Psychisch krank – und nun?“ statt. Die aktuelle Geschäftsordnung der PSAG der Landeshauptstadt Potsdam mit Stand 20. September 2017 liegt im Anhang bei (vgl. Tabelle 54). Die PSAG besteht zurzeit aus 20 stimmberechtigten Institutionen.

Tabelle 42: Stimmberechtigte Institutionen der PSAG der LHP (Stand 20.09.2017)

1	AWO Bezirksverband e.V. (AWO Rückhalt, Junge Wilde, Ambulante Wohnhilfe)	11	Montevini gGmbH
2	Autonomes Frauenzentrum Potsdam e.V.	12	NOW! Normaler Wahnsinn
3	Caritas Potsdam	13	Oberlinverein (z.B. Oberlin Werkstätten gGmbH)
4	bbw Akademie für Betriebswirtschaftliche Weiterbildung GmbH	14	Opferhilfe Land Brandenburg e.V.
5	Chill out e.V.	15	Organic Village gGmbH
6	Creso Creative Sozialarbeit gemeinnützige GmbH	16	SinAlkohol gGmbH
7	DRK Behindertenwerkstätten Potsdam gGmbH	17	Stephanus Stiftung
8	Ernst von Bergmann (EvB gGmbH und EvB Sozial gGmbH)	18	STIBB e.V.

9	Frau Schwarz	19	Theodor Fliedner Stiftung Brandenburg gGmbH
10	Landeshauptstadt Potsdam	20	Türklinke gGmbH

Der Sprecher*innenrat wird gemäß Geschäftsordnung für jeweils zwei Jahre vom Plenum gewählt. Die letzte Wahl zum Sprecher*innenrat fand am 22. Februar 2017 statt. Der aktuelle Sprecher*innenrat setzt sich aus dem

- Vorsitz: Herr van Leeuwen – EvB Sozial gGmbH und den
- Mitgliedern: Frau Döhring – Theodor Fliedner Stiftung Brandenburg gGmbH, Frau Schwarz, Frau von Hohenthal – Organic Village gGmbH und Frau Magnussen Psychiatriekoordination Landeshauptstadt Potsdam

zusammen.

Resümee: Die PSAG ist ein wichtiges Vernetzungsgremium und ihr Votum ist von der Landeshauptstadt Potsdam bei Planungen und Entscheidungen zu hören. Die PSAG stellt aber keine verbindliche Kooperation zwischen den verschiedenen Akteuren dar.

4.2. Vernetzungen in der Landeshauptstadt Potsdam

Neben der PSAG gibt es weitere Vernetzungen in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung in der Landeshauptstadt Potsdam. Um diese Vernetzungen umfänglich abbilden zu können, wurden die Träger gebeten, die nachfolgenden Fragen im Erhebungsbogen zu beantworten.

Fragen aus dem Erhebungsbogen

- Welche Vernetzungen/Verzahnungen in der LHP finden außerhalb der PSAG zwischen den an der psychiatrischen/psychosozialen Versorgung Beteiligten statt?

In Tabelle 43 werden die genannten Aussagen zu Vernetzungen den Kategorien *Verwaltung, AK und AG, Netzwerke und Verbände und verschiedene Akteure, Qualitätsmanagement* und *informeller Austausch* zugeordnet. Neben der Zuordnung von Kategorien, werden die Angaben in thematische Bereiche zusammengefasst. Die thematischen Bereiche sind *EGH, Wohnen, Migration, Arbeit, Kinder/Jugendliche und Angehörige, Sucht, Beratung und Senioren*. Die Nennungen der Träger zu den AK der PSAG werden zur Vollständigkeit mit aufgeführt.

Resümee: Die Angaben im Erhebungsbogen zu Vernetzungen zeigen ein differenziertes Bild mit nicht erkennbaren verbindlichen Kooperationen.

Tabelle 43: Kategorisierung der genannten Vernetzungen in der LHP außerhalb der PSAG (Erhebungsbogen)

	Verwaltung der LHP	AK und AG	Netzwerke und Verbände	verschiedene Akteure
EGH	EGH	AK Sozialrecht ⁴⁷	Paritätischer Landesverband Brandenburg und seine AK (z.B. AK ambulante & stationäre EGH; Unter-AG der Potsdamer Träger "ambulante EGH")	
Wohnen	Wohnungssicherung	AK Wohnungslos AG AuW AG Wohnungslosenhilfe	AK Trägertreffen: Schwerpunkt Hilfebedarfserfassung/ konzeptuelle Arbeiten bzgl. der Leistungs- und Vergütungsvereinbarung zur Durchführung des ABW	Türklinke e.V. (ABW)
Arbeit	Jobcenter & Bundesagentur für Arbeit	AK Arbeit und Beschäftigung	„Netzwerk Arbeit Inklusive“ Potsdam	WfbM
Kinder/ Jugendl.	Jugendamt	AG Prävention Kinder und Jugendliche		SPZ
Angehörige			Psychoseseminar	Anbieter von Angehörigenarbeit
Migration	Ausländerbehörde	AK Migration		Migrationsberatung
Sonstige	fallbezogene und persönliche Kontakte zum SpDi	AK Opferschutz interne AG (AWO) AG LeRiKo (Förderung der Lebens-, Risiko- und Konsumkompetenzen) AK Sucht	Netzwerk „Älter werden in Potsdam“	Patienten- / Klientenbezogene Netzwerkgespräche/Fallkonferenzen/ Fallberatungen (fallbezogener) Austausch mit niedergelassenen Fachärzten & Therapeuten Direkter Austausch/ Kooperation mit der Klinik EvB gGmbH, PIA, Tageskliniken gesetzliche Betreuer Ambulante Beratungsstellen z.B. SEKIZ, Schuldnerberatung Kontakt zu Fachgremien
Qualitätsmanagement	bei Bedarf gemeinsame Fallsupervision	Kooperation bei Fortbildungen	gegenseitige Besuche/ Hospitationen	Kooperation mit der Universität Potsdam bei Forschungsprojekten
Informeller Austausch	bilaterale Absprachen	bilaterale Kontakte	telefonische Absprachen	

⁴⁷ unter Teilnahme von Fachkräften aus unterschiedlichen sozialen Beratungs- und Unterstützungsangeboten innerhalb der LHP

4.3. Qualitätsmanagement

Für die Qualitätssicherung der psychiatrischen Krankenhäuser und psychiatrischen Abteilungen von Krankenhäusern im Land Brandenburg gibt es eine sog. Besuchskommission. Die Landesregierung Brandenburg beruft im Rahmen des § 2a und § 49 BbgPsychKG eine Besuchskommission ein, die mindestens einmal jährlich und unangemeldet psychiatrische Krankenhäuser und psychiatrische Abteilungen von Krankenhäusern besucht. Dabei wird überprüft, „ob die Rechte und die berechtigten Interessen [der Patienten...] gewahrt und die mit der Unterbringung nach diesem Gesetz verbundenen besonderen Aufgaben erfüllt werden“ (§ 2a Abs. 1 Satz 1 BbgPsychKG). Für kinder- jugendpsychiatrische Kliniken ist eine gesonderte Besuchskommission zu bilden (§ 2a Abs. 3 Satz 1 BbgPsychKG). Der Besuchskommission müssen angehören:

- eine im öffentlichen Dienst mit Medizinalangelegenheiten betraute Person,
- ein Arzt oder eine Ärztin mit abgeschlossener Weiterbildung oder mindestens fünfjähriger Erfahrung im Fachgebiet Psychiatrie,
- eine im öffentlichen Dienst beschäftigte Person, die die Befähigung zum Richteramt oder zum höheren Verwaltungsdienst hat und
- eine in der Betreuung psychisch Kranker erfahrene Person aus einem nichtärztlichen Berufsstand (§ 2a Abs. 6 BbgPsychKG).

Bei Besuchskommissionen im Maßregelvollzug ist zusätzlich ein/e Richter*in, ein Staatsanwalt oder eine Staatsanwältin hinzuzunehmen (§ 49 Satz 2 BbgPsychKG). Die Mitglieder der Besuchskommission nehmen ihre Aufgabe ehrenamtlich wahr und sind für fünf Jahre berufen (§ 2a Abs. 8 Satz 1 BbgPsychKG).

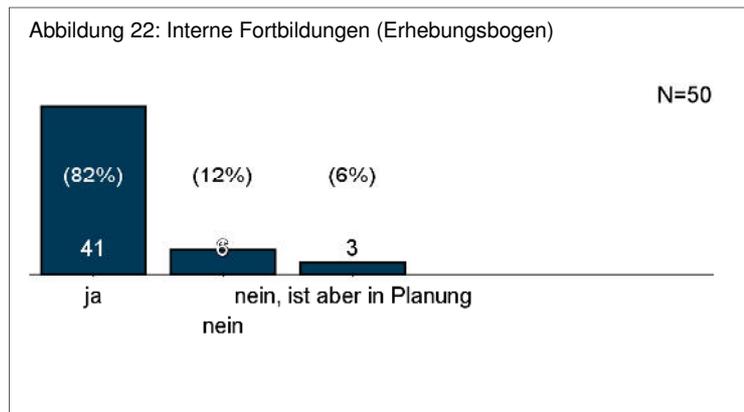
Bei der Prüfung der Besuchskommission werden der Einzelfall, die allgemeinen Behandlungsbedingungen aller Stationen und Tageskliniken, die materielle und personelle Ausstattung sowie die Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen und Aufgabenträger erfasst (§ 2a Abs. 4 Satz 1 BbgPsychKG). Bezüglich der personellen Ausstattung wird von der Besuchskommission auch die Einhaltung der Psychiatrie-Personalverordnung beispielsweise anhand der Stellenbesetzungs- und Dienstpläne geprüft (§ 2a Abs. 4 Satz 2f. BbgPsychKG). Für die Prüfungen ist der Besuchskommission während den Geschäftszeiten Zutritt zu den entsprechenden Geschäftsräumen zu gewähren (§ 2a Abs. 4 Satz 2 BbgPsychKG). Die Besuchskommission nimmt auch Wünsche, Anregungen und Beschwerden der Patienten entgegen (§ 2a Abs. 4 Satz 4 BbgPsychKG). Im Anschluss wird der Landesregierung von der Besuchskommission ein Besuchsbericht über das Ergebnis der Überprüfung vorgelegt (§ 2a Abs. 5 Satz 1 BbgPsychKG). Der Landtag erhält mindestens einmal pro Legislaturperiode eine Zusammenfassung sowie einen Bericht des MASGF.

Die relevanten Fragen zum Qualitätsmanagement aus dem Erhebungsbogen werden ergänzend hinzugezogen.

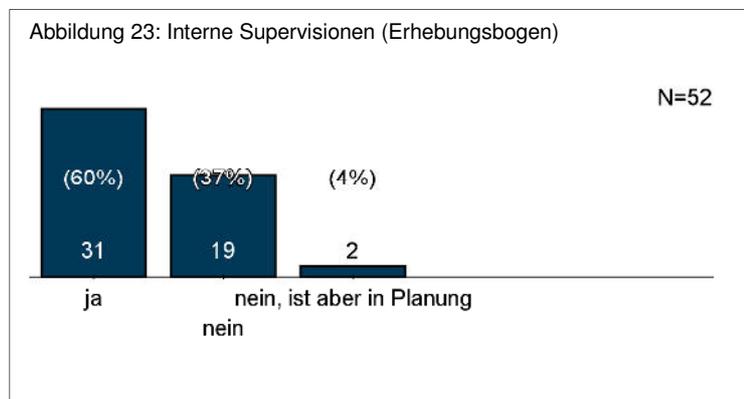
Fragen aus dem Erhebungsbogen

- Wurden im Jahr 2016 interne Fortbildungen durchgeführt, die sich auf das Angebot beziehen?
- Wie häufig wurden diese Fortbildungen im Jahr 2016 durchgeführt?
- Wurden im Jahr 2016 interne Supervisionen durchgeführt, die sich auf das Angebot beziehen?

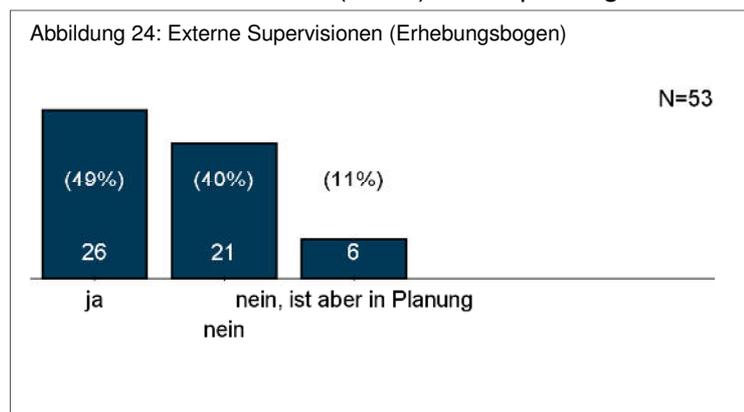
Von den Teilnehmenden (N=50) gaben insgesamt 82% an, im Jahr 2016 interne Fortbildungen durchgeführt zu haben (vgl. Abbildung 22). Insgesamt gaben 6 der Teilnehmenden (12%) an, dass keine interne Fortbildungen stattfanden und 3 der Teilnehmenden (6%) teilten mit, dass interne Fortbildungen in Planung seien. Im Durchschnitt fanden 5,32-mal pro Jahr interne Fortbildungen statt (N=34). Der Minimalwert liegt bei 1-mal und der Maximalwert bei über 50-mal.



Insgesamt gaben 60% der Teilnehmenden (N=52) an, dass im Jahr 2016 interne Supervisionen durchgeführt wurden (vgl. Abbildung 23). Im Berichtsjahr 2016 haben von den Teilnehmenden (N=52) 37% keine internen Supervisionen durchgeführt, bei 4% der Teilnehmenden seien interne Supervision jedoch in Planung. Im Durchschnitt fanden 14,11-mal interne Supervisionen im Berichtsjahr statt, der Median liegt bei 60-mal (N=21).



Externe Supervisionen werden von 49% der Teilnehmenden (N=53) in Anspruch genommen (vgl. Abbildung 24). Insgesamt gaben 40% der Teilnehmenden an, dass keine externen Supervisionen genutzt werden sowie 11% die Durchführung von externen Supervisionen auch nicht planen. Im Durchschnitt fanden im Berichtsjahr 2016 7,76-mal externe Supervisionen statt, die Angaben zeigen eine Spanne von 1 bis 24 externe Supervisionen auf (N=21).



Resümee: Bei mindestens zwei Drittel der Teilnehmenden (N=53) finden laut Erhebungsbogen interne Fortbildungen und Supervisionen statt und bei fast der Hälfte der Teilnehmenden werden auch externe Supervisionen genutzt.

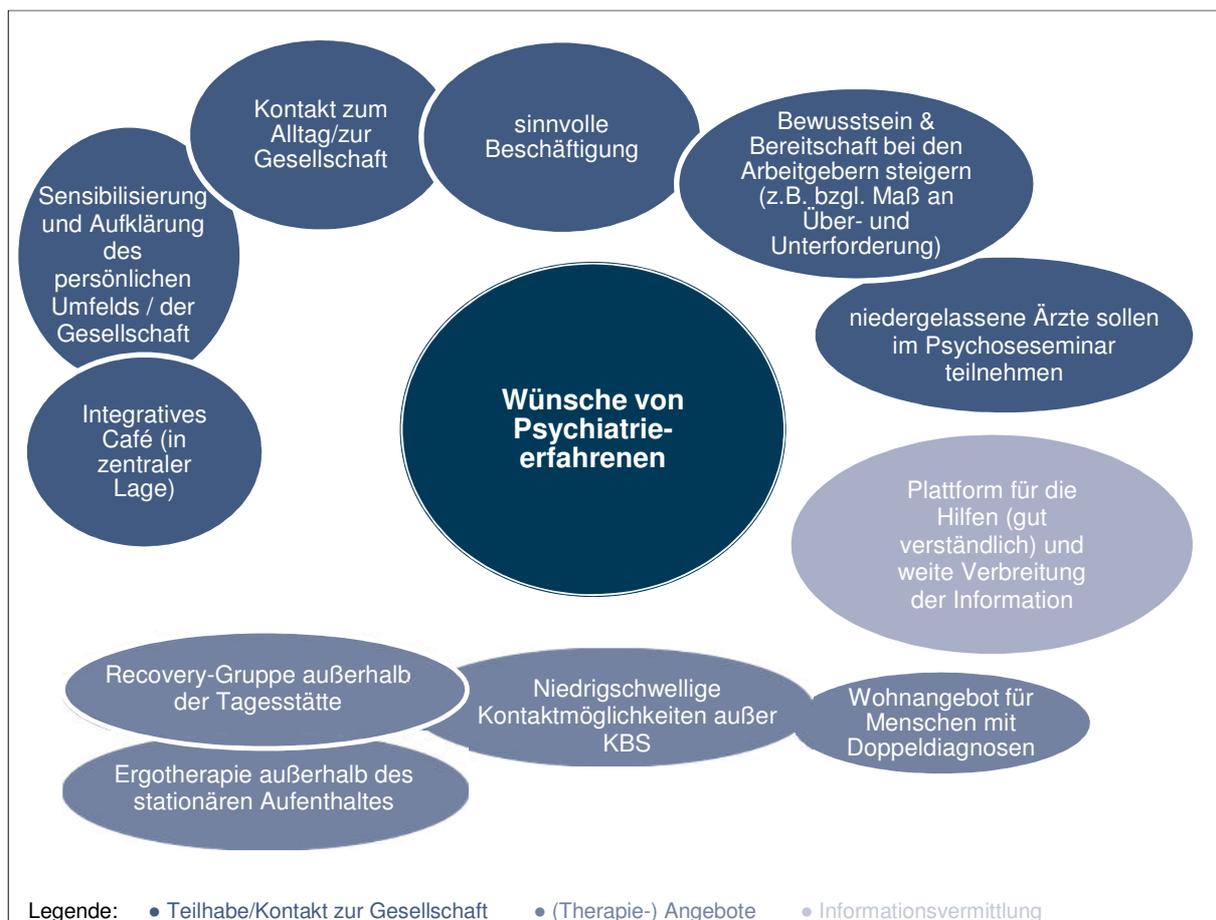
5. Bedarfslagen in der Landeshauptstadt Potsdam

Um eine umfassende Darstellung der Bedarfslagen zu gewährleisten, werden nachfolgend die verschiedenen Perspektiven berücksichtigt. Hierfür werden die Bedarfslagen aus Sicht der Psychiatrieerfahrenen, der Angehörigen, der gesetzlichen Betreuer, der relevanten Träger sowie der Landeshauptstadt Potsdam zusammengefasst.

5.1. Versorgungsbedarfe aus Perspektive der Psychiatrieerfahrenen

Im Rahmen einer Gesprächsrunde mit Psychiatrieerfahrenen wurden nachfolgende Wünsche und Versorgungsbedarfe geäußert (vgl. Abbildung 25). Die Angaben werden kategorisiert und die zusammenhängenden Themen werden in der Abbildung 25 farblich zusammengefasst. Die Auflistung deckt selbstverständlich nicht die Perspektiven aller Psychiatrieerfahrener in der Landeshauptstadt Potsdam ab, gibt jedoch einen Einblick und schafft Hinweise.

Abbildung 25: Wünsche und Bedarfe von Psychiatrieerfahrenen



Es wird deutlich, dass der Kontakt zur Gesellschaft ein wichtiger Aspekt ist, an dem viele weitere Themen, wie Sensibilisierung oder sinnvolle Beschäftigung, anzugliedern sind. Als ein weiterer Themenkomplex sind Hilfen/Angebote zu nennen, die sich zum einen auf die

Bereitstellung einer Übersicht der vorhandenen Hilfen in Form einer Plattform und zum anderen auf spezifische Angebote, wie Recovery-Gruppen, bezieht.

Resümee: Bei den Psychiatrieerfahrenen wird der Kontakt zur Gesellschaft und die Sensibilisierung des Umfelds als ein wichtiger Aspekt in der Lebensgestaltung und im Genesungsprozess deutlich.

5.2. Versorgungsbedarfe aus Perspektive der Angehörigen

Der Berücksichtigung der Perspektiven von Angehörigen ist ein wichtiger Stellenwert zuzuordnen. Die Angehörigen sind für den erkrankten Angehörige eine wichtige Bezugsperson und gleichzeitig kann eine psychische Störung auch zu enormen Veränderungen und Belastungen des Familienlebens führen. Häufig begleiten Angehörige den gesamten Krankheitsverlauf, lernen somit die verschiedenen Abschnitte sowie die jeweiligen Herausforderungen kennen und sind deshalb mit ihrem Expertenwissen unbedingt zu berücksichtigen. Mithilfe von leitfadengestützten Gruppeninterviews und Einzelgesprächen mit verschiedenen Angehörigen (-gruppen) sowie mit dem Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Brandenburg wurden folgende Wünsche und Umsetzungsvorschläge geäußert (vgl. Tabelle 44).

Tabelle 44: Wünsche und Umsetzungsvorschläge Angehöriger von psychisch erkrankten Menschen

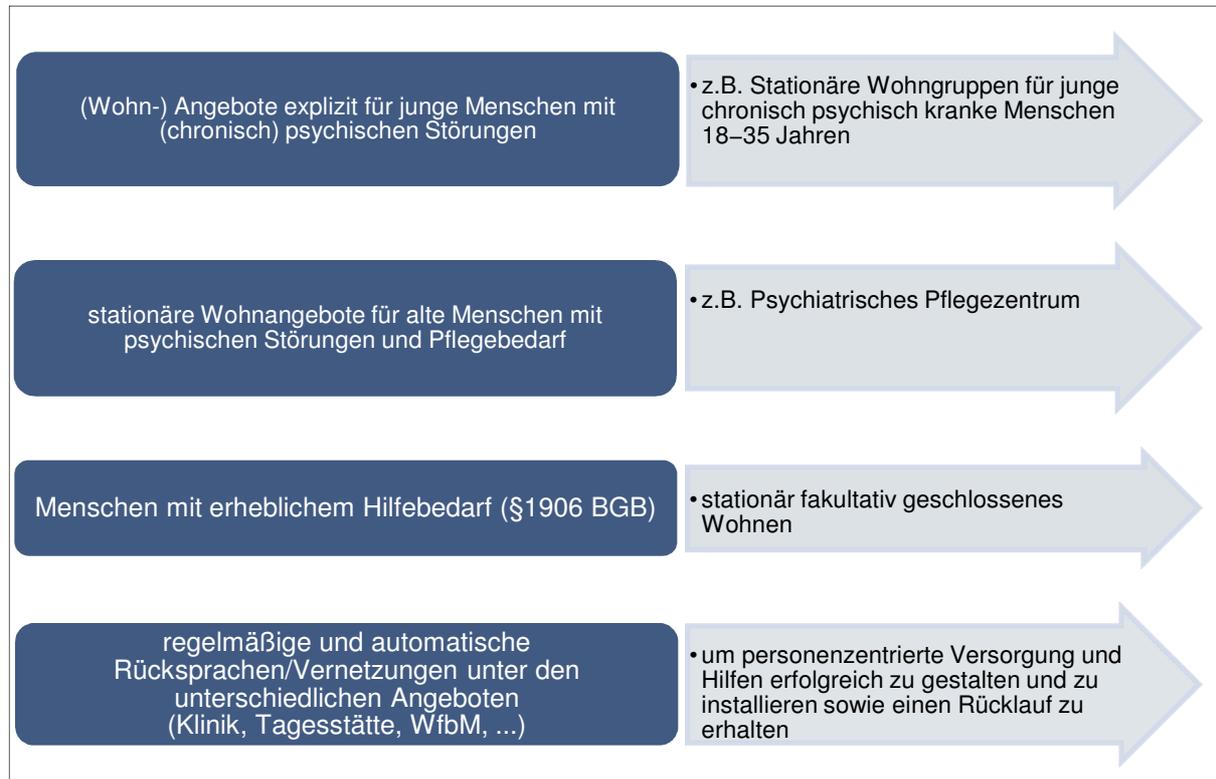
Wünsche	Umsetzungsvorschläge
Möglichkeiten des Austauschs und eines schnellen Gesprächsangebots	Etablierung einer Angehörigengruppe bzw. eines Stammtisches (störungsspezifisch und störungsübergreifend) Einzelberatung von Angehörigen
Informationssammlung /Bessere Vernetzung der bestehenden Angebote	Kurzinformationen zu verschiedenen Themen wie Ansprechpartner in der Verwaltung (SpDi, Wohngeld etc.); Beschäftigungsangebote; Angehörigengruppen, Kuren usw. Erstellung eines (online basierten) Wegweisers
Informationsweitergabe der Ärzte während des stationären Aufenthaltes	Wenn eine Schweigepflichtsentbindung des Patienten vorliegt, wird von den Angehörigen eine regelmäßige Teilnahme an den Netzwerkgesprächen gewünscht
Austausch auf Augenhöhe mit Ärzten	Aufklärung und Mut machen von Ärzten
Alternative zum niederschweligen Angebot der KBS i-Punkt	Installierung einer weiteren KBS
Aufsuchende Hilfen	Stationsäquivalente psychiatrische Versorgung, um Klinikaufenthalte und Zwangseinweisungen zu vermeiden
Öffentlichkeitsarbeit	kurze Artikel in Stadtteilzeitungen über psychische Störungen
Lotsenfunktion	„Patenschaft“ im Rahmen von ehrenamtlichem Engagement

Resümee: Die Angehörigen wünschen sich neben der Etablierung einer Angehörigengruppe und der Zusammenstellung von Informationen auch weitere Angebote für ihre erkrankten Angehörigen im Sinne von aufsuchenden Hilfen.

5.3. Versorgungsbedarfe aus Perspektive der gesetzlichen Betreuenden

Im Rahmen eines Austauschs mit einem gesetzlich Betreuenden wurden folgende Versorgungsbedarfe und Umsetzungsvorschläge mitgeteilt (vgl. Abbildung 26).

Abbildung 26: Versorgungsbedarfe aus Perspektive der gesetzlichen Betreuung



Resümee: Aus Perspektive der gesetzlichen Betreuung sind langfristige Lebens- und Wohnmöglichkeiten auch für junge und ältere Menschen sowie für Menschen mit erheblichen Hilfebedarf gefordert. Zudem ist ein fortlaufender Austausch mit den an der Versorgung beteiligten Akteuren gewünscht.

5.4. Versorgungsbedarfe und Planungen aus Perspektive der Träger

Im Rahmen des Erhebungsbogens wurden die Träger gebeten, aus Trägerperspektive Versorgungsbedarfe zu formulieren und zu begründen. In Abbildung 27 sind die Angaben der 1. Priorität zusammengefasst.

Fragen aus dem Erhebungsbogen

- Bitte nennen Sie maximal drei Zielgruppen, bei denen in Ihrem Berufsalltag am ehesten Versorgungsbedarfe deutlich werden. Bitte gewichten Sie Ihre Nennungen, wobei 1 die höchste und 3 die niedrigste Priorität hat. Bitte begründen Sie Ihre Vorschläge kurz.

Abbildung 27: Versorgungsbedarfe aus Perspektive der Träger – Priorität 1 (Erhebungsbogen)

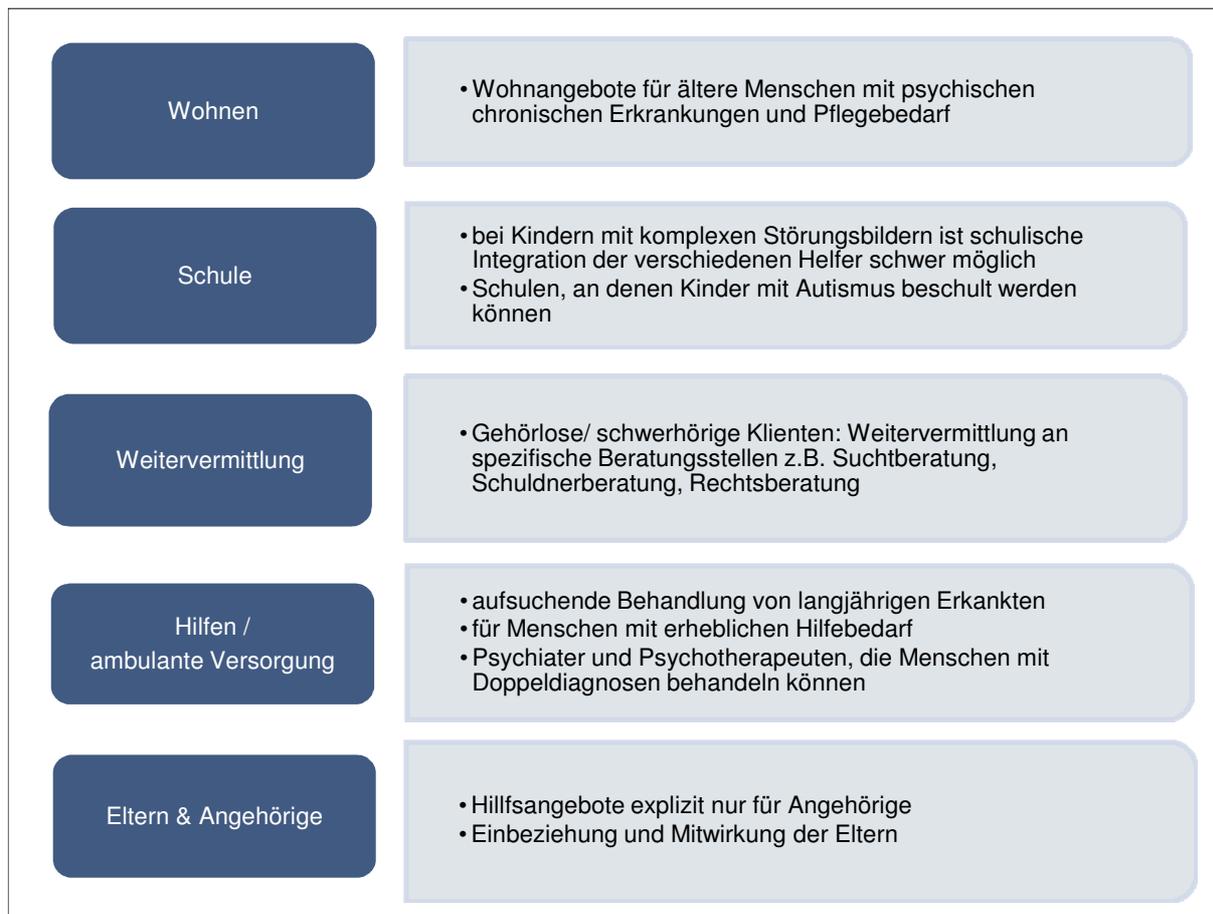
Diagnostik	<ul style="list-style-type: none"> • zeitnahe Diagnostik (z.B. von Autismus bei Kindern oder Erwachsenen) über Ausbau der Versorgungsstruktur
Beschäftigung	<ul style="list-style-type: none"> • niedrighschwellige Arbeitsangebote unter dem Niveau der Werkstatt (unter 4h/täglich Belastbarkeit) für Menschen mit psychischen Störungen • Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nach Klinikaufenthalt oder abgeschlossener ärztlicher Behandlung brauchen auch weiterhin Unterstützung (Alltagsbewältigung, Sozialkontakte, (Wieder-) Einstieg ins Berufsleben bzw. andere sinnstiftende Tätigkeiten)
Kinder & Eltern	<ul style="list-style-type: none"> • kranke Kinder und Jugendliche psychisch kranker (alleinerziehender) Eltern erleben oft ein komplexes Helfersystem mit teilweise konkurrierenden Hilfen, die sich gegenseitig blockieren können oder erhalten gar keine Hilfe • psychisch erkrankte Eltern
Senioren	<ul style="list-style-type: none"> • Bedarf an ambulanter oder stationärer Pflege für Menschen mit psychischen Störungen
Wohnen	<ul style="list-style-type: none"> • Wohnungslosigkeit • Krisenpension/-wohnung • psychisch kranke Menschen, die phasenweise oder dauerhaft sog. unerwünschtes Verhalten (z.B. fremd- und autoaggressives Verhalten) zeigen, mangelnde Compliance und Absprachefähigkeit zeigen, • Wohnangebote für Menschen mit Doppeldiagnosen
Gewalt	<ul style="list-style-type: none"> • Mädchen und Frauen sind durch erfahrene häusliche Gewalt häufig psychisch stark belastet und benötigen Psychotherapie • junge Menschen mit Fluchterfahrungen/unbegleitete minderjährige Flüchtlinge • akut traumatisierte Opfer von Sexual- und Gewaltstraftaten

Im Folgenden werden zusätzlich die Angaben zu den Versorgungsbedarfen der 2. und 3. Priorität dargestellt (vgl. Abbildung 28, Abbildung 29). Nennungen, die bereits unter der ersten Priorität verortet wurden, werden nicht doppelt genannt.

Abbildung 28: Versorgungsbedarfe aus Perspektive der Träger – Priorität 2 (Erhebungsbogen)

Wohnen	<ul style="list-style-type: none"> • junge Obdachlose • Erwachsene mit psychischen Störungen, die noch bei ihren hochbetagten Eltern wohnen • Wohnangebot für Menschen mit erheblichen Hilfebedarf • Menschen in Wohnungen mit Vermüllungstendenzen
Kinder & Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> • erwachsene Kinder von psychisch kranken Eltern • Angehörige von Menschen mit Autismus (Umgang mit den Herausforderungen, Anleitung und Beratung)
Gewalt	<ul style="list-style-type: none"> • intensive Sozialpädagogische Begleitung für komplex traumatisierte Opfer von Sexual- und Gewaltstraftaten

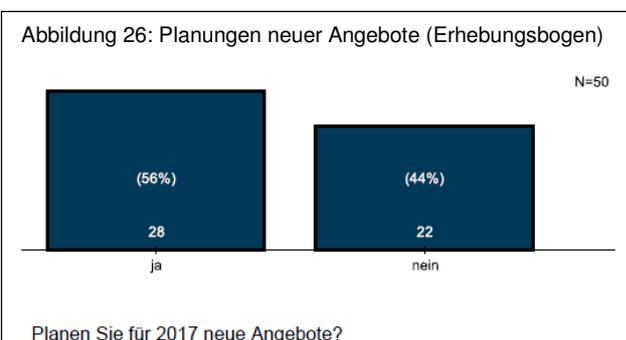
Abbildung 29: Versorgungsbedarfe aus Perspektive der Träger – Priorität 3 (Erhebungsbogen)



Ergänzend werden an dieser Stelle die Fragen aus dem Erhebungsbogen angefügt.

Fragen aus dem Erhebungsbogen

- Planen Sie für 2017 neue Angebote?



Insgesamt planen 56% der Teilnehmenden für das Jahr 2017 neue Angebote.

Resümee: Die Träger benennen Versorgungsbedarfe in den Themenfelder Kinder/Eltern und Angehörige sowie Wohnen genannt. Über die Hälfte der Träger planen neue Angebote.

6. Empfehlungen

Im Folgenden werden die Empfehlungen vorgestellt. Die Initiierung eines Gemeindep psychiatrischen Verbundes in der Landeshauptstadt Potsdam wird als eine außerordentlich wichtige und die Rahmenbedingungen nachhaltig verändernde Maßnahme verstanden, sodass hierzu vorab weiterführende Ausführungen im Kapitel 6.1 folgen. Die Zielsetzungen und Maßnahmen werden dem Bereich Kommune und Öffentlichkeit sowie den fünf Säulen der Landeshauptstadt Potsdam (Gesunde Kinder und Familie; Gesunde Jugend; Gesunder Betrieb; Gesunde Lebensmitte und Gesundes Altern) zugeordnet. Maßnahmen mit finanziellen Auswirkungen werden den Stadtverordneten separat zur Beschlussfassung vorgelegt. Des Weiteren hat die Landeshauptstadt Potsdam entsprechend § 7 Abs. 4 Satz 2 BbgPsychKG das Votum der PSAG bei Entscheidungen für eine gemeindenahe und bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung zu hören und Maßnahmen sind mit den Akteuren aus der PSAG vorab zu besprechen.

6.1. Gemeindep psychiatrischer Verbund

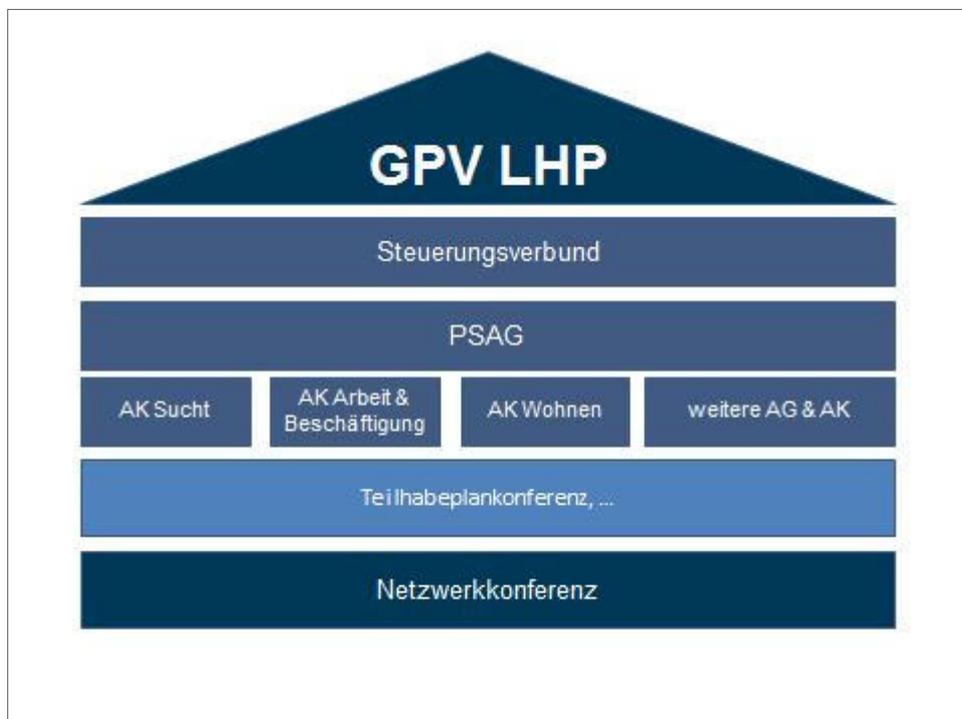
Die Landeshauptstadt Potsdam ist durch eine ausdifferenzierte Versorgungslandschaft geprägt und viele Bedarfe werden abgedeckt. Es gibt ein ausgeprägtes Netz an stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungsmöglichkeiten. Unabhängig von den bestimmten Versorgungsbedarfen ist es sicherlich hilfreich, die Rahmenbedingungen für das psychiatrische und psychosoziale Hilfesystem in der Landeshauptstadt Potsdam optimal für eine personenzentrierte und nachhaltige Versorgung zu gestalten. Durch die „zersplitterte Versorgungsstruktur“ können Steuerungsprobleme resultieren, die die Behandlungs- und Betreuungsqualität im Einzelfall negativ beeinflussen (Landesverband Sozialpsychiatrie, 2014). Dabei hängt die kommunale Versorgungsqualität vor allem von „den Übergängen und in der einrichtungsübergreifenden Abstimmung individueller Patientenpfade sowie an der koordinierten Weiterentwicklung der gesamten Hilfestruktur in der Region“ ab (Landesverband Sozialpsychiatrie, 2014). Die Ausdifferenzierung wird auch durch die vielen in der Landeshauptstadt Potsdam verschiedenen existierenden AK, AG sowie die PSAG mit ihren Unterarbeitskreisen verdeutlicht. Um diese Ausdifferenzierungen zu bündeln, sind „vertiefte Vernetzungen aller Akteure“ erforderlich (Landesverband Sozialpsychiatrie, 2014). Die vorhandenen Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen in der Landeshauptstadt Potsdam sind hingegen einer informellen Ebene zuzuordnen und beinhalten keine Verbindlichkeiten. Der Erfolg und das Fortbestehen dieser Vernetzungen und Kooperationen hängt oftmals von dem Engagement der jeweiligen Akteure ab. Ein Rahmen für verbindliche Kooperationen bzw. Vernetzungen in der Gemeindep psychiatrie ist in der Landeshauptstadt Potsdam aktuell nicht vorhanden. Um einen solchen verbindlichen Rahmen auf institutioneller Ebene zu installieren, ist z.B. ein sog. Gemeindep psychiatrischer Verbund (GPV) empfehlenswert. In anderen Bundesländern, wie Bayern oder Mecklenburg-Vorpommern, ist das Implementieren von GPV sogar in den Landespsychiatrieplänen konzeptionell verankert.

Ein GPV ist „ein funktionales Netzwerk von miteinander kooperierender Institutionen und Diensten, die auf der Basis einer verbindlichen vertraglichen Grundlage die Versorgung [von Menschen mit einer psychischen Störung – Anm. d. Verf.] in einer Region (z.B. Stadt oder

Landkreis) sicherstellen“ (Körper & Klein, 2006). Die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. (BAG GPV) betont in seiner Definition, dass GPV ein verbindlicher Zusammenschluss ist, der sich „für die Förderung bedarfsgerechter Hilfen [von Menschen mit einer psychischen Störung – Anm. d. Verf.] in ihren jeweiligen Regionen durch verbindliche einzelfallbezogene Kooperationen und die Bereitschaft zur Sicherstellung von Hilfeleistung [...] unabhängig von der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung einsetzt“ (BAG GPV, 2017). Aufgabe eines GPV ist „eine kontinuierliche qualitative Weiterentwicklung und Verbesserung⁴⁸ einer bedarfs- und bedürfnisgerechten gemeindeintegrierten [...] und personenzentrierten Versorgung für Menschen mit psychischen Störungen und/oder einer psychischen Behinderung zu sorgen“ (BAG GPV, 2017). Ziel ist es, für die Bürger*innen in der Landeshauptstadt eine optimale personenzentrierte und gemeindenahere Versorgung und Begleitung unabhängig von Sektoren zu gewährleisten. Daraus folgt, dass in einem GPV die komplexen Leistungen aufeinander abgestimmt und auch gemeinsame Qualitätsstandards und Verfahren, z.B. bei der Hilfeplankonferenz, installiert werden können.

Ein GPV gibt sich eine Geschäftsordnung/Kooperationsvereinbarung oder bei Etablierung als Verein eine Vereinssatzung und die Kommune ist Bestandteil des GPV (Rosemann, 2017). Im GPV sollte auch ein Steuerungsverbund installiert werden, in dem die Akteure auf Entscheidungsebene, wie Geschäftsführer*innen der Träger, Fachbereichsleiter*innen, Amtsärztin, Chefärztinnen/Chefärzte, Vertreter*innen der Krankenkassen, Leitung der Arbeitsagentur mit Rehabereich, Leitung des Job Centers und weitere, vertreten sind.

Abbildung 23: GPV in der LHP



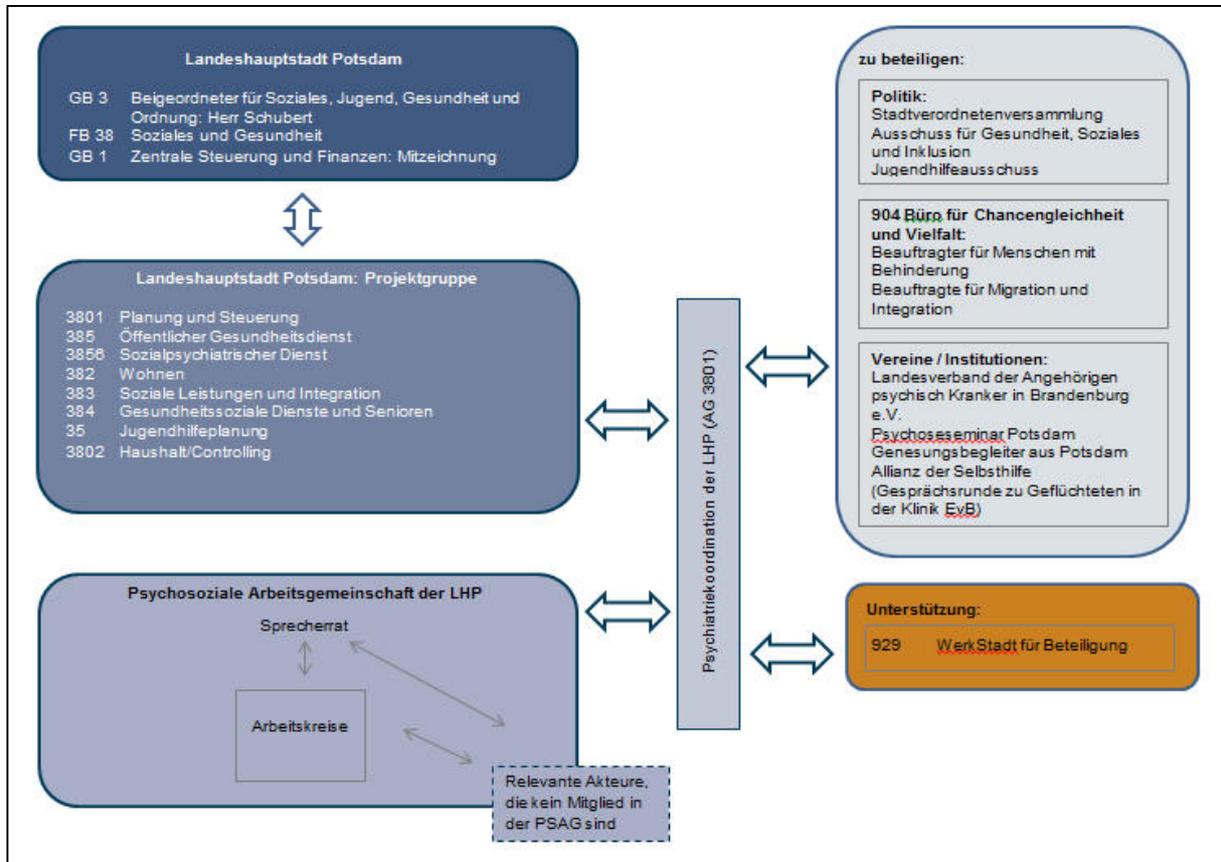
Die genaue Ausgestaltung eines GPV muss mit den interessierten Akteuren erfolgen, z.B. im Rahmen eines Beteiligungsverfahrens. Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass die

⁴⁸ Die Qualitätsstandards für GPV sind ausführlich im Anhang hinterlegt (vgl. Tabelle 55).

Strukturen und Prozesse in einem GPV in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess sind und demzufolge dem gesundheitspolitischen Gesundheitszirkel einzuordnen sind. Innerhalb des GPV können dann in einem 2. Schritt, der sicherlich auch parallel erfolgen kann, die jeweiligen Versorgungsbedarfe im Bereich des psychosozialen und psychiatrischen Hilfesystems behandelt werden. Bei fachlichen Zielvorstellungen, Planungen und gemeinsamen Maßnahmen zur Überwindung der ausgewiesenen Herausforderungen, sind die verschiedenen Akteure zu beteiligen (§ 9 Abs.3 BbgGDG).

Auf der Grundlage der vorangegangenen Berichterstattung wird vorgeschlagen, ein Beteiligungsverfahren in Zusammenarbeit mit der WerkStadt für Beteiligung und einer möglichen externen Moderation die Initiierung eines GPV anzuregen. Die WerkStadt für Beteiligung könnte bei der Prozesssteuerung beraten und gegebenenfalls Hilfestellung im laufenden Beteiligungsprozessen geben. Der Prozess kann durch die BAG GPV unterstützt werden. In Abbildung 30 wird eine mögliche Struktur und Zusammenarbeit für die Initiierung eines GPV vorgeschlagen. Die fachbereichsübergreifende Projektgruppe wird durch die Psychiatriekoordination über die aktuellen Ergebnisse informiert, um so eine Rückkopplung der Ergebnisse mit der Verwaltung zu generieren und somit die Umsetzung zu gewährleisten. Zudem sollen die relevanten Ausschüsse wie Gesundheit, Soziales und Inklusion sowie der Jugendhilfeausschuss über den laufenden Prozess informiert werden, um einen Informationsfluss zu garantieren und sie für den GPV zu sensibilisieren. Vorab ist der mögliche Teilnehmerkreis für den Prozess der Initiierung eines GPV zu eruieren.

Abbildung 30: Mögliche Struktur und Zusammenarbeit bei der Initiierung eines GPV



Grundsätzlich entscheiden die Teilnehmenden gemeinsam, wie der Prozess im Konkreten ausgestaltet werden soll. Ziel ist es eine frühzeitige Einbeziehung bei der Ausgestaltung des Beteiligungsprozesses zu gewährleisten und gleichzeitig den Prozess für weitere wichtige Akteure offen zu halten.

Tabelle 45: Initiierung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes

1. Kommune und Öffentlichkeit	
Ziel 1.1: Optimierung der kommunalen Daseinvorsorge in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung	
Maßnahme	Installieren eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Landeshauptstadt Potsdam mithilfe eines Diskussions- und Entscheidungsprozesses der verschiedenen Akteure
Begründung	Aktuell gibt es in der Landeshauptstadt Potsdam noch keine verbindlichen Kooperations- und Vernetzungsstrukturen auf institutioneller Ebene. Die Initiierung und Etablierung eines GPV ist äußerst empfehlenswert, um eine optimale personenzentrierte Versorgung zu gewährleisten.
Zielgruppe	Alle Akteure, die in der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung in der Landeshauptstadt Potsdam beteiligt sind.
Zeitrahmen	1. Quartal 2018 bis 2. Quartal 2019
Zuständigkeit und Ansprechpartner	Psychiatriekoordination (AG Planung und Steuerung - 3801) Koordination für Suchtprävention (AG Planung und Steuerung - 3801)
Unterstützende Kooperationen	PSAG WerkStadt für Beteiligung der Landeshauptstadt Potsdam Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V.

6.2. Zielsetzungen und Maßnahmen

Im Folgenden werden die weiteren Maßnahmen anhand fünf Säulen der Landeshauptstadt Potsdam (Gesunde Kinder und Familie; Gesunde Jugend; Gesunder Betrieb; Gesunde Lebensmittel und Gesundes Altern) in den Tabellen 46 – 49 vorgestellt.

Tabelle 46: Maßnahmen im Bereich „Kommune und Öffentlichkeit“

1. Kommune und Öffentlichkeit	
Ziel 1.2: Etablierung einer Datengrundlage in Bezug auf psychiatrische Themen	
Maßnahme	Zur Verbesserung der internen Datenqualität findet ein regelmäßiger Austausch zwischen Risikomanagement/Controlling und Psychiatriekoordination statt.
Begründung	Die Beantwortung von psychiatrischen Fragestellungen und Bedarfsermittlungen sind durch das vorhandene Datenmaterial aktuell nur teilweise abzubilden. Um auch Veränderungen im Verlauf darstellen zu können, ist ein regelmäßiger Austausch notwendig.
Zielgruppe	LHP intern (FB 38)
Zeitraumen	fortlaufend
Zuständigkeit und Ansprechpartner	Federführung (FF): Risikomanagement/Controlling der LHP (AG 3802) Psychiatriekoordination (AG Planung und Steuerung – 3801)
Unterstützende Kooperationen	PSAG Bereich Wohnen (382) Bereich Gesundheitssoziale Dienste und Senioren (384) SpDi (3856)
Ziel 1.3: Verbesserung der Informationen für Bürger*innen zur seelischer Gesundheit in der Landeshauptstadt Potsdam	
Maßnahme	Entwicklung und Installation eines interaktiven online basierten Psychiatriewegweisers (Versorgungslandkarte).
Begründung	Es gibt aktuell keinen Überblick über das gesamte psychosoziale und psychiatrische Versorgungsangebot in der Landeshauptstadt Potsdam. Damit Bürger*innen schnell und zielorientiert das für Sie passende Angebot finden können, ist ein interaktiver online basierter Psychiatriewegweiser, für die Website Potsdam.de zu entwickeln und zu installieren.
Zielgruppe	Alle Bürger*innen in der LHP
Zeitraumen	1. Quartal 2018 bis 3. Quartal 2018
Zuständigkeit und Ansprechpartner	Psychiatriekoordination (AG 3801)
Unterstützende Kooperationen	PSAG Koordination für Suchtprävention (AG 3801) AG Wohnungssicherung (3821) Bereich Gesundheitssoziale Dienste und Senioren (384) SpDi (3856) FB Kinder, Jugend und Familie (FB 35) Bereich IT-Infrastruktur und Service (143)

Ziel 1.4: Verhinderung von Stigmatisierung gegenüber von Menschen mit einer psychischen Störung

Maßnahme	Etablierung des regelmäßigen Austauschs der Freiwilligen Agentur des SEKIZ mit den verschiedenen Trägern in der psychosozialen Versorgung (z.B. über Vorstellung des Angebots in der PSAG, Besichtigung des SEKIZ vor Ort), um die Möglichkeiten des bürgerschaftlichen Engagements von Menschen mit psychischen Störungen zu steigern.
Begründung	Bisher gibt es nur ein öffentlichkeitswirksames Angebot (Kabarett Antidepressiva), bei der sich Menschen mit einer psychischen Störung ehrenamtlich engagieren können. Durch ehrenamtliches Engagement wird das Selbstwertgefühl gesteigert sowie durch Begegnungen mit anderen können Stigmatisierungen in der Gesellschaft reduziert werden.
Zielgruppe	Menschen mit psychischen Störungen und deren Angehörigen
Zeitrahmen	fortlaufend
Zuständigkeit und Ansprechpartner	Psychiatriekoordination (AG Planung und Steuerung – 3801)
Unterstützende Kooperationen	PSAG SEKIZ SpDi (3856)

Ziel 1.5: Sensibilisierung der Öffentlichkeit zum Thema Seelische Gesundheit

Maßnahme	Zum Tag der Seelischen Gesundheit werden in den Verkehrsmitteln des ViP Verkehrsbetrieb Potsdam GmbH jährlich Informationen zum Thema seelische Gesundheit (z.B. Depressionen, schizophrenen und wahnhaften Störungen) und möglichen Anlaufstellen (z.B. SpDi) auf den Monitoren eingeblendet.
Begründung	Themen wie seelische Gesundheit und psychische Störungen werden teilweise noch tabuisiert. Durch die Information kann eine fortlaufende Sensibilisierung für die Thematik und möglicherweise eine frühzeitige Inanspruchnahme von Hilfen gefördert werden. Durch die öffentlichen Verkehrsmittel können die verschiedenen Altersgruppen und Mileus abgedeckt werden.
Zielgruppe	Alle Potsdamer Bürger*innen, die öffentliche Verkehrsmittel nutzen
Zeitrahmen	jährlich zum Tag der Seelischen Gesundheit am 10. Oktober
Zuständigkeit und Ansprechpartner	Psychiatriekoordination (AG 3801)
Unterstützende Kooperationen	PSAG SpDi (3856) Bereich Marketing (926)

Tabelle 47: Maßnahmen im Lebensbereich „Gesunde Kinder und Familie“ und „Gesunde Jugend“

2. „Gesunde Kinder und Familie“ und „Gesunde Jugend“	
Ziel 2.1: Sensibilisierung für eine frühe Auseinandersetzung mit seelischer Gesundheit in der Lebenswelt Schule und Freizeit	
Maßnahme	Initiierung von Projekttagen an Schulen zur seelischen Gesundheit
Begründung	Psychische Störungen beginnen meistens vor dem 20. Lebensjahr und beeinflussen die Lebensqualität und den Schul- und Ausbildungserfolg. Mithilfe einer Sensibilisierung wird Gesundheitsförderung, Prävention im Bereich der psychischer Gesundheit vorgenommen, um zugleich Ängste und Vorurteile abzubauen sowie Stigmatisierung, Ausgrenzung und Diskriminierung zu reduzieren. Des Weiteren ist es wichtig, auch für mögliche Krisen Zuversicht und Lösungswege zu vermitteln und das Wohlbefinden zu fördern.
Zielgruppe	Schüler*innen ab der 8. Klasse (ab 15. Lebensjahr), Auszubildende (bis 24. Lebensjahr) und ihre Lehrkräfte
Zeitraumen	fortlaufend
Zuständigkeit und Ansprechpartner	Psychiatriekoordination (AG Planung und Steuerung – 3801) Bereich Kommunale Gesundheitsförderung/Heilpraktikerprüfung (3851)
Unterstützende Kooperationen	PSAG SpDi (3856) FB Bildung und Sport (FB 21) FB Kinder, Jugend und Familie (FB 35) Schulsozialarbeit in Potsdam Schulgesundheitsfachkraft
Ziel 2.2: Förderung der seelischen Gesundheit der Kinder von Eltern mit einer psychischen Störung	
Maßnahme	Initiierung eines psychoedukativen Gruppenangebotes zur Förderung der seelischen Gesundheit und Resilienz von Kindern von Eltern mit einer psychischen Störung. Ausschreibung und Etablierung eines psychoedukativen Gruppenangebots für diese Kinder. Dabei sind die evidenzbasierten Erkenntnisse der BELLA-Kohortenstudie des RKI z.B. zu Faktoren der Gesunderhaltung bei Kindern psychisch belasteter Eltern maßgeblich zu berücksichtigen.
Begründung	Psychische Störungen von Eltern stellen einen großen Risikofaktor für Kinder dar, später auch eine psychische Störung auszubilden (RKI, Bella). Angebote sind für diese Zielgruppe zu forcieren, um mögliche Folgen bestmöglich abzuwenden und die Lebensqualität der Kinder von psychisch kranken Eltern und ihren Eltern zu fördern.
Zielgruppe	Kinder von Eltern mit einer psychischen Störung sowie ihre Eltern
Zeitraumen	2019

Zuständigkeit und Ansprechpartner	Psychiatriekoordination (AG Planung und Steuerung – 3801)
Unterstützende Kooperationen	PSAG SpDi (3856) Bereich Recht und Vertragsmanagement (3812) 4011 Arbeitsgruppe Vergabeservice FB Bildung und Sport (FB 21) FB Kinder, Jugend und Familie (FB 35) Schulsozialarbeit Schulgesundheitsfachkraft

Tabelle 48: Maßnahmen im Lebensbereich „Gesunder Betrieb“

3. „Gesunder Betrieb“	
Ziel 3.1: Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Störungen	
Maßnahme	Das Zustandekommen von Modellprojekte zu alternativen Beschäftigungsmöglichkeiten, z.B. Zuverdienst oder integratives Café, sollen gefördert, evaluiert und bei Erfolg verstetigt werden.
Begründung	Aktuell gibt es in der Landeshauptstadt Potsdam neben den WfbM außer einem einjährigen Modellprojekt zum Zuverdienst keine weiteren inklusiven Beschäftigungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Störungen. Zudem werden durch alternative Beschäftigungsmöglichkeiten auch Begegnungsmöglichkeiten geschaffen, um Stigmatisierung abzubauen.
Zielgruppe	Menschen mit psychischen Störungen
Zeitrahmen	fortlaufend
Zuständigkeit und Ansprechpartner	Psychiatriekoordination (AG Planung und Steuerung – 3801)
Unterstützende Kooperationen	PSAG AG Eingliederungshilfe Erwachsene (3842) SpDi (3856) AK Arbeit und Beschäftigung der PSAG JobCenter der Landeshauptstadt Potsdam (Trägerversammlung) Industrie- und Handelskammer Potsdam Handwerkskammer Potsdam

Tabelle 49: Maßnahmen im Lebensbereich „Gesunde Lebensmittel“ und „Gesundes Altern“

4. „Gesunde Lebensmittel“ und „Gesundes Altern“	
Ziel 4.1: Wertschätzung und Unterstützung der Angehörigen bzw. des nahen Umfelds	
Maßnahme	Initiierung und Etablierung einer Austauschmöglichkeit (z.B. Selbsthilfegruppe – störungsspezifisch und störungsübergreifend) für Angehörige von Menschen mit psychischen Störungen
Begründung	Angehörige bzw. das nahe Umfeld von Menschen mit psychischen Störungen sind oftmals wichtige Bezugspersonen in Krisen, übernehmen zum Teils eine große Verantwortung und erleben die möglichen starken persönlichen Veränderung ihres Angehörigen als sehr belastend. Diese vielfältigen Erfahrungen und Belastungen können eine große Unsicherheit auslösen und zu dem Wunsch führen, sich mit ähnlich betroffenen Angehörigen auszutauschen.
Zielgruppe	Angehörige bzw. das nahe Umfeld von Menschen mit psychischen Störungen
Zeitrahmen	fortlaufend
Zuständigkeit und Ansprechpartner	Psychiatriekoordination (AG Planung und Steuerung – 3801)
Unterstützende Kooperationen	SpDi (3856) PSAG SEKIZ/AlliSe Landesverband der Angehörigen psychisch Kranken e.V.
Ziel 4.2: Sensibilisierung der Umwelt zum Thema Suizidprävention	
Maßnahme	Gemeinsame Entwicklung, Auswahl und Etablierung von evidenzbasierten Maßnahmen zur Sensibilisierung zum Thema Suizid, auch mit Hinblick auf die Zielgruppe der Männer im mittleren Alter.
Begründung	Die Altersgruppen der 45- bis 60-Jährigen Männer zeigen die größten Häufigkeiten von Suiziden.
Zielgruppe	Bürger*innen in der Landeshauptstadt Potsdam
Zeitrahmen	2019
Zuständigkeit und Ansprechpartner	Psychiatriekoordination (AG Planung und Steuerung – 3801)
Unterstützende Kooperationen	PSAG SpDi (3856)

Ziel 4.3: Förderung der seelischen Gesundheit von Geflüchteten	
Maßnahme I	Mithilfe eines leitfadengestützten Interviews werden die Erfahrungen, Bedürfnisse und Wünsche von Geflüchteten, z.B. im Rahmen der Heimbeiräte, erfragt.
Begründung	In dem vorliegenden Psychatriekonzept wurden die Bedarfslagen sowie das Erfahrungswissen von Geflüchteten nicht direkt erhoben. Mithilfe der Informationen der Geflüchteten können mögliche Versorgungsbedarfe abgeleitet werden.
Zielgruppe	Geflüchtete in GU und Wohnungen
Zeitraumen	rhythmisch (jährlich bzw. nach Bedarf)
Zuständigkeit und Ansprechpartner	Psychiatriekoordination (AG Planung und Steuerung – 3801)
Unterstützende Kooperationen	PSAG SpDi (3856) Koordination für Flüchtlingsfragen (380) Bereich Soziale Leistungen und Integration (383) Sozialarbeiter-GU-Runde
Maßnahme II	Unterstützung bei der Organisation und Durchführung einer Schulung primärer Kontaktpersonen in den GU hinsichtlich Themen der seelischer Gesundheit.
Begründung	Mitarbeitende in den GU sind i.d.R. hinsichtlich psychischer Basissymptomen nicht geschult und wünschen sich eine Schulung hinsichtlich der Thematik.
Zielgruppe	Mitarbeitende in den GU
Zeitraumen	Nach Bedarf
Zuständigkeit und Ansprechpartner	Psychiatriekoordination (AG Planung und Steuerung – 3801)
Unterstützende Kooperationen	PSAG SpDi (3856) Mobile Heimberatung Koordination für Flüchtlingsfragen (380)

Ziel 4.5: Förderung der psychischen Gesundheit von Senioren	
Maßnahme	Mithilfe einer Broschüre oder einem Vortrag (z.B. zu Hintergründe und möglichen Ansprechpartnern) wird für die Thematik der depressiven Störungen bzw. der psychischen Störungen im Alter allgemein sensibilisiert.
Begründung	Im Gegensatz zu Demenzen werden Depressionen im Alter aktuell nicht thematisiert und konzeptionell berücksichtigt.
Zielgruppe	Senioren ab 55 Jahre
Zeitraumen	fortlaufend
Zuständigkeit und Ansprechpartner	Psychiatriekoordination (AG Planung und Steuerung – 3801)
Unterstützende Kooperationen	PSAG SpDi (3856) Bereich Gesundheitssoziale Dienste und Senioren (384) Seniorenbeirat der Landeshauptstadt Potsdam Pflegestützpunkt der Landeshauptstadt Potsdam Klinikum EvB gGmbH

Literatur

- Akademie für Psychotherapie und Interventionsforschung GmbH – API (2017). Vorstellung der Ambulanz. Abgerufen am 02.05.2017 von <http://www.api.uni-potsdam.de/index.php/ambulanz>.
- Allianz der Selbsthilfe - AlliSe - Allianz der Selbsthilfe (2017). Selbsthilfegruppen. Abgerufen am 30. Januar 2017 von <http://www.selbsthilfe-potsdam.info/selbsthilfe/selbsthilfegruppen/>.
- BApK - Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (2017). SeeleFon: Bundesweite Information und Hilfe durch Telefon- und Email-Beratung. Abgerufen am 30.01.2017 von <http://www.psychiatrie.de/bapk/seelefon/>
- Berking (2012). Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor. Band I: Grundlagen und Störungswissen Lesen, Hören, Lernen im Web. Springer-Verlag: Berlin Heidelberg.
- Berufsbildungswerk (BBW) im Oberlinhaus gGmbH. Berufsausbildung mit Zukunft in Potsdam. Abgerufen am 13. März 2017 von http://www bbw-oberlinhaus-potsdam.de/fileadmin/statics/bbw-oberlinhaus.de/pdfs/allgemein/2014-3_WEB_3_Schritte.pdf .
- beta Institut gemeinnützige GmbH - Institut für angewandtes Gesundheitsmanagement, Entwicklung und Forschung in der Sozialmedizin (2017). Psychiatrische Krankenpflege. Abgerufen am 13. März 2017 von http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Psychiatrische-Krankenpflege-1313.html.
- Bipolaris (2015). Unterbringung in Brandenburg 2013. Angaben zur Unterbringung psychisch kranker und seelisch behinderter Personen in Brandenburger Kliniken nach PsychKG und Betreuungsrecht.
- Borgwardt, Retz & Reischies (2012). Neurobiologie und Psychopathologie – wie passt das zusammen?. Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. 60. Hogrefe: Bremen.
- Bundesagentur für Arbeit (2017). Arbeitsmarkt im Überblick - Berichtsmonat März 2017 - Potsdam, Agentur für Arbeit. Abgerufen am 20. April 2017 von <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Regionen/BA-Gebietsstruktur/Berlin-Brandenburg/Potsdam-Nav.html>
- Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände – BAG GPV (2017). Über BAG GPV e.V.. Satzung der BAG GPV. Abgerufen am 25. April 2017 von http://www.bag-gpv.de/Datenbank/bag/0001_Satzung%20BAG%20GPV%2020.01.2017.pdf

Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen e.V. – BAG if (2016). Rechtliche Regelungen zu Zuverdienstmöglichkeiten im Überblick. Abgerufen am 10. Mai 2017 von <http://www.mehrzuverdienst.de/dokumente/Zuverdienst%20Uebersicht%20II.pdf>

Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen e.V. – BAG if (2017). Abschlusstagung des Zuverdienstprojektes der bag if. Abgerufen am 08. Mai 2017 von <http://mehrzuverdienst.de/blog/post/abschlusstagung-des-zuverdienstprojektes-der-bag-if>.

Bundespsychotherapeutenkammer – BPtK (2011). BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK. Abgerufen am 06. April 2017 von http://www.bptk.de/uploads/media/110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf

Bundesregierung (1990). Unterrichtung durch die Bundesregierung Stellungnahme der Bundesregierung zu dem Bericht „Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich“ auf der Grundlage des Modellprogramms „Psychiatrie“ der Bundesregierung. Abgerufen 31. Januar 2017 von <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/11/084/1108494.pdf>

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – Bzga (2015). Public Health Action Cycle / Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. Abgerufen am 15. März 2017 von http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-163.html.

con_sens Consulting für Steuerung und soziale Entwicklung GmbH (2017). Tagesstätten in Potsdam. (E-Mail Anfrage von August 2017)

con_sens Consulting für Steuerung und soziale Entwicklung GmbH (2016). Serviceeinheit Entgeltwesen Landkreis Spree-Neiße (2016). Datenlage zur Sachstandserhebung.

Crumlish & O'Rourke (2010). A Systematic Review of Treatments for Post-Traumatic Stress Disorder Among Refugees and Asylum-Seekers. *Journal of Nervous & Mental Disease* 198 198 (4). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde - DGPPN (2016). Positionspapier: Psychosoziale Versorgung von Geflüchteten verbessern. Abgerufen am 10. Oktober 2016 von https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2016/2016_03_22_DGPPN-Positionspapier_psychosoziale_Versorgung_Fluechtlinge.pdf.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde DGPPN (2012). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Leitlinien-Report. Abgerufen am 15. März 2017 von

https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3_LLPsychosozTherapien_Leitlinienreport_12092012.pdf.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2014). ICF. Abgerufen am 30. Januar 2017 von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>.

Deutsche Rentenversicherung (2016). Renten nach SGB VI und sonstige Renten – Regional. Regionalzuordnung Potsdam. E-Mail-Anfrage.

DocCheck Medical Services GmbH (2017). Disposition . Abgerufen am 03. April 2017 von <http://flexikon.doccheck.com/de/Disposition>

DocCheck Medical Services GmbH (2017a). Kohortenstudie . Abgerufen am 03. April 2017 von <http://flexikon.doccheck.com/de/Kohortenstudie>

Duden (2017). Resilienz. Abgerufen am 20. April 2017 von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Resilienz>.

Egger, Razum & Brzoska (2014). Public Health: Sozial- und Präventivmedizin kompakt. Walter de Gruyter: Berlin/Boston.

Eikelmann, Richter und Reker (2005). Pro und Kontra: Gemeindepsychiatrie in der Krise? Psychiatrische Praxis (32): 269-271. Thieme Verlag: Stuttgart, New York.

Ernst von Bergmann Klinikum (2014). Jahres- und Qualitätsbericht 2014. Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Abgerufen am 01. Dezember 2016 von http://www.klinikumEvB.gmbh.de/fileadmin/pflege/klinikum/Psy/Jahresbericht_2014.pdf

Ernst von Bergmann Klinikum gGmbH (2017). Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Abgerufen am 21. Juli 2017 von <http://www.klinikumEvB.gmbh.de/psy.html#tab1>

Europäische Kommission (2005). Grünbuch: Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. Abgerufen am 31. Januar 2017 von https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_de.pdf.

Europäische Union – EU & Weltgesundheitsorganisation – WHO (2008). Europäischer Pakt für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden. Abgerufen am 13. März 2017 von https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/mhpact_de.pdf

Fachausschuss Kinder- und Jugendgesundheit im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg (2015). Handbuch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst im Land Brandenburg. Leitlinien zur einheitlichen Durchführung und Dokumentation der kinder- und jugendärztlichen Untersuchungen. Zossen.

- Falkai (2012). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Freistaat Sachsen – Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2011). Zweiter Sächsischer Landespsychiatrieplan. Abgerufen am 31. Januar 2017 von <https://publikationen.sachsen.de/bdb/artikel/15750>.
- Freudenmann, Espe, Lang, Klaus, Gahr & Schönfeldt-Lecuona (2017). Psychiatrische Notfälle auf der medizinischen Notaufnahme des Universitätsklinikums Ulm in den Jahren 2000 und 2010. Psychiatrische Praxis (44). :Stuttgart/New York: Thieme.
- Frieling, Bleich & Hinney (2015). Genetische Aspekte der Essstörungen. In: Handbuch Essstörungen und Adipositas. Herpertz, de Zwaan & Stephan Zipfel (Hrsg.). Springer-Verlag: heidelberg, Berlin.
- Gemeinsamer Bundesausschuss – GBA (2016). Richtlinie Häusliche Krankenpflege-Richtlinie Stand: 17. Dezember 2015 des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie). Abgerufen am 13. März 2017 von https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1141/HKP-RL_2015-12-17_iK-2016-03-19.pdf.
- Gemeinsamer Bundesausschuss – GBA (2017). Der Gemeinsame Bundesausschuss. Abgerufen am 13.03.2017 von <https://www.g-ba.de/>.
- Gerritsen, Bramsen, Van Willigen, Hovens & Van der Ploeg (2006). Use of health care services by Afghan, Iranian and Somali refugees and asylum seekers living in The Netherlands. European Journal of Public Health 16 (4). Oxford: Oxford University Press.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes – GBE (2010). Krankheitskosten je Einwohner in € für Deutschland. Abgerufen am 13. April 2017 von http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=78424288&nummer=557&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=68796599.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes – GBE (2016). Durchschnittliches Alter der Gestorbenen in Lebensjahren (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht, Nationalität, ICD-10. Abgerufen am 05. Dezember 2016 von http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_424/2/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_452/D.946/14493
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes – GBE (2016a). Gesundheitsausgaben in Deutschland als Anteil am BIP und in Mio € (absolut und je Einwohner). Gliederungsmerkmale: Jahre. Abgerufen am 19. April 2017 von http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/

u/&p_aid=i&p_aid=37490175&nummer=522&p_sprache=D&p_indsp=23172468&p_aid=48063145.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes – GBE (2017). Sterbefälle (absolut, Sterbeziffer, Ränge, Anteile) für die 10/20/50/100 häufigsten Todesursachen (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, ICD-10. Abgerufen am 05. April 2017 von http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=19551649&nummer=516&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=96322974.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes – GBE (2017a). Sterbefälle nach äußeren Ursachen und ihren Folgen (ab 1998). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht, Nationalität, ICD-10 (V-Y), ICD-10 (S-T). Abgerufen im Juli 2017 von http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=98659368&nummer=630&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=79900832.

Goosen, Kunst, Stronks, van Oestrum, Uitenbroek & Kerkhof (2001). Suicide death and hospital-treated suicidal behaviour in asylum seekers in The Netherlands: a national registry-based study. *BioMedCentral Public Health* 11 (484). Berlin: Springer Nature.

Gouzoulis-Mayfrank (2017): Die aktuelle Situation der Versorgung von Flüchtlingen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland – eine Bestandsaufnahme der BDK. *Psychiatrische Praxis* 44 (1). Stuttgart: Thieme.

Heeren, Wittmann, Ehlert, Schnyder, Maier & Müller (2014). Psychopathology and resident status - comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Comprehensive Psychiatry* 55 (4). Amsterdam: Elsevier.

Heilmittelkatalog (2017). Zweiter Teil Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen nach § 92 Absatz 6 Satz 1 Nummer 2 SGB V Abgerufen am 07. Juni 2017 von https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3064/Heilm-RL_2016-05-19_iK-2017-01-01_Heilmittelkatalog.pdf.

Heim (2003). *Neurobiologie psychischer Erkrankungen. Psychotherapie der Zukunft?* Deutsches Ärzteblatt. 9. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH: Köln.

Hoffmann (2009). *Neurotische Störungen und psychosomatische Medizin: mit einer Einführung in Psychodiagnostik und Psychotherapie.* Stuttgart: Schattauer.

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme - International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD-10 (2017). Abgerufen am 03. Januar 2017 von <http://www.icd-code.de/icd/code/F00-F99.html>.

- Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg – KVBB (2013). Bedarfsplan 2013 für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg. Abgerufen am 06. April 2017 von https://www.kvbb.de/fileadmin/kvbb/dam/Praxis/Zulassung2/Bedarfsplanung/2013/KVBB_Bedarfsplanung_2013.pdf.
- Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg – KVBB (2016). Nervenheilkunde. Abgerufen am 31.03.2017 von https://www.kvbb.de/fileadmin/kvbb/dam/praxis/zulassung2/bedarfsplanung/planungsblaetter/ib_nervenaerzte_h2-2016.pdf.
- Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg – KVBB (2016a). Psychotherapie. Abgerufen am 31.03.2017 von https://www.kvbb.de/fileadmin/kvbb/dam/praxis/zulassung2/bedarfsplanung/planungsblaetter/ib_psychotherapeuten_h2-2016.pdf.
- Klasen, Petermann, Meyrose, Barkmann, Otto, Haller, Schlack, Schulte-Markwort, & Ravens-Sieberer (2016). Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. *Kindheit und Entwicklung*, 25 (1).
- Klecha & Borchardt (2007). *Psychiatrische Versorgung und Rehabilitation. Ein Praxisleitfaden*. Lambertus-Verlag: Freiburg im Breisgau.
- Körper & Klein (2006). Der Gemeindepsychiatrische Verbund in Regensburg – Beispiel einer effizienten Koordination bei Problempatienten. *Krankenhauspsychiatrie* 17 (4): 143-147. Thieme Verlag. Stuttgart, New York.
- Laban (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *Journal of Nervous and Mental Disease* 192 (12): 843-51.
- Landesamt für Soziales und Versorgung - LASV (2005). Anlagenverzeichnis. Rahmenvertrag nach § 79 Abs. 1 SGB XII. Abgerufen am 21. April 2017 von http://www.lasv.brandenburg.de/media_fast/4055/Anlagenverzeichnis.pdf.
- Landesamt für Soziales und Versorgung – LASV (2016). *Brandenburger Sozialindikatoren 2016. Aktuelle Daten zur sozialen Lage im Land Brandenburg*.
- Landesverband Sozialpsychiatrie – Meckenburg Vorpommern e.V. (2014). Modellprojekt des Landesverbandes Sozialpsychiatrie M-V e.V. 2015-2016. Abgerufen am 03. Mai 2017 von http://www.sozialpsychiatrie-mv.de/PDF/Projektantrag_Psychiatrie_am_Fall_2015_2016.pdf
- Landesverbandes Brandenburg der Angehörigen psychisch Kranker e.V. – LAPK (2017). Was wir tun. Abgerufen am 30. Januar 2017 von <http://lapk-brandenburg.de/?/3-0-Selbsthilfe.htm>.

- Lindert, Ehrenstein, Priebe, Mielck & Brählerl (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees--a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine* 69 (2). Amsterdam: Elsevier.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie - MASGF (2015). Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen an die Landkreise und kreisfreien Städte für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und für Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke und Anlage 2.
- Neubauer (2002). Ehenamt und Selbsthilfe – Gemeinsames und Unterschiede. Abgerufen am 03. Mai 2017 von <http://www.bagso.de/publikationen/bagsonachrichten/archiv/2002-04/02-04-25.html>
- Normaler Wahnsinn – NOW! (2012): Leistungen. Abgerufen am 28.März. 2017 von <http://www.now-potsdam.de/index.php/angebote.html>.
- PIA-Doku-Vereinbarung – Vereinbarung des bundeseinheitlichen Kataloges für die Dokumentation der Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nach § 295 Abs. 1b Satz 4 SGB V (2012). Abgerufen am 18. Januar 2017 von https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/psychiatrische_institutsambulanzen/KH_2012_03_16_PIA-Doku_Vereinbarung_final.pdf.
- Plass, Haller, Habermann, Barkmann, Petermann, Schipper, Wiegand-Grefe, Hölling, Ravens-Sieberer, Klasen (2016). Faktoren der Gesunderhaltung bei Kindern psychisch belasteter Eltern. *Kindheit und Entwicklung*. Hogrefe Verlag: Göttingen.
- Psychoseseminar Potsdam (2017). Flyer_Potsdam2016_17. Abgerufen am 30. Januar 2017 von http://www.trialog-psychoseseminar.de/downloads/Flyer_Potsdam2016_17.pdf.
- Psychyrembel Klinisches Wörterbuch (2004). 260. Auflage. Walter de Gruyter: Berlin, New York.
- Ravens-Sieberer (2017). Bella Studie. Abgerufen am 16. Januar 2017 von <https://www.bella-study.org/>.
- Robert Koch-Institut – RKI (2006). Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 30. Gesundheitsbedingte Frühberentung. Abgerufen am 31. Januar 2017 unter http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=9818.
- Robert Koch-Institut – RKI (2008). Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Berlin.

- Robert Koch-Institut – RKI (2009). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. Abgerufen am 31. Januar 2017 von http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/alter_gesundheit.pdf?__blob=publicationFile.
- Robert Koch-Institut – RKI (2011). Gesundheitsbezogene Lebensqualität. Abgerufen am 04. September 2017 unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/G/Gesbez_Lebensqualitaet/Inhalt/Lebensqualitaet.html.
- Robert Koch-Institut – RKI (2013). Psychische Gesundheit. Abgerufen am 31. Januar 2017 von http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Psychische_Gesundheit/Psychische_Gesundheit_node.html.
- Robert Koch-Institut – RKI (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI: Berlin.
- Rosemann (2017). Vortrag im Dialogforum zu Veränderungsbedarfen des Brandenburgischen Psychisch-Kranken Gesetzes. Vernetzung als Merkmal tragfähiger Unterstützung.
- Schulze (2015). Gemeindepsychiatrie und bürgerschaftliches engagement. Newsletter für Engagement und Partizipation in Deutschland. Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement. Abgerufen am 02. Februar 2017 von <http://www.b-b-e.de/fileadmin/inhalte/aktuelles/2015/11/newsletter-23-schulze.pdf>.
- Schuntermann (2002). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Abgerufen am 20. April 2017 von https://www.suchthilfe.de/veranstaltung/jt/2004/04_schuntermann_icf.pdf.
- Selbsthilfe-, Kontakt- und Informationszentrum - SEKIZ (2016). EINSTEIGEN BITTE! Abgerufen am 13. Juni 2017 von <http://www.sekiz.de/ehrenamt/projekte/einsteigen-bitte.html>.
- Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Bundesvereinigung - GKV, DKG & KBV (2010). Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118 Abs. 2 SGB V zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Abgerufen am 18. Januar 2017 von https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/psychiatrie/psychiatrische_institutsambulanzen/KH_Psych_20100430_PIA-Vereinbarung.pdf.
- Statistik Berlin-Brandenburg (2016). Statistischer Bericht. Sterbefälle nach Todesursachen im Land Brandenburg 2014. Gestorbene nach ausgewählten Todesursachen. Durchschnittliches Sterbealter. Gestorbene Säuglinge. Abgerufen am 05. April 2017

von

https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/BBHeft_derivate_00011741/SB_A04-10-00_2014j01_BB.pdf

Statistik Berlin-Brandenburg (2017). Statistischer Bericht. Sterbefälle nach Todesursachen im Land Brandenburg 2015. Gestorbene nach ausgewählten Todesursachen. Durchschnittliches Sterbealter. Gestorbene Säuglinge. Abgerufen am 21. Juli 2017 von

https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/Stat_Berichte/2017/SB_A04-10-00_2015j01_BB.pdf

Statistik und Wahlen (2017). Schwerbehinderte nach Art der erheblichsten Beeinträchtigung. Abgerufen am 08. August 2017 von http://pia.potsdam/pdf_grafiken/beh_po_art.pdf.

Statistik und Wahlen (2017a). Schwerbehinderte nach Art der erheblichsten Beeinträchtigung seit 1993. Abgerufen am 08. August 2017 von http://svm124.potsdam/asw/asw.exe?aw=soziales/behinderte/soz_beh5_po_zr.

Statistisches Bundesamt – Destatis (2016). Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung im Laufe des Berichtsjahres (Anzahl und je 100.000 aktiv Versicherte). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Zugangsalter, Geschlecht, 1. Diagnose (ICD-10). Abgerufen am 13. Dezember 2017 von http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=3&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_30&D.00=3737&D.001=16&D.002=1000002&D.100=10101.

Statistisches Bundesamt – Destatis (2016a). Suizide nach Altersgruppen. Abgerufen am 30. Januar 2017 von

https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/Sterbefaelle_Suizid_ErwachseneKinder.html

van den Bergh. Schnelle Asylverfahren. Auch eine Art der Prävention in Ärzte Zeitung (2015). Abgerufen am 29. Dezember 2016 von

http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/fluechtlinge/article/902203/schnelle-asylverfahren-art-praevention.html

WHO (2005). Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Abgerufen am 31. Januar 2017 von

http://www.bptk.de/uploads/media/20050217_europaeisch_erklaerung.pdf.

Wiedemann & Roßberg (2016). Barrierefreiheit für psychisch kranke Menschen, was ist das?. Psychosoziale Umschau. Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V: Köln.

Wittchen, Jacobi, Klose, Ryl (2010). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 51. Depressive Erkrankungen. Berlin: Robert Koch-Institut. Abgerufen am 31. Januar 2017 von https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/depression.pdf?__blob=publicationFile.

World Health Organization – WHO (2005a). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Hrsg. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen. Genf.

World Health Organization – WHO (2011). Mental Health Atlas 2011. WHO: Genf.

World Health Organization (2016). Mental health: strengthening our response. Fact sheet. Abgerufen am 31. Januar 2017 von <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>. World Health Organization –



Resümees

Im Nachfolgenden werden die einzelnen Resümees zur Übersicht gesammelt dargestellt.

Aufgrund der stark wachsenden Gesamtbevölkerung in der Landeshauptstadt Potsdam ist zu vermuten, dass ein steigender Bedarf an Angeboten für Menschen mit psychischen Störungen entstehen kann. An diese Entwicklung ist die Versorgungslandschaft auszurichten und anzupassen.

Die Gruppe der geistigen, nervlichen und seelischen Krankheiten sind nach Krankheiten der sonstigen inneren Organe/Organsysteme und Gliedmaßen der dritthäufigste Grund für eine Schwerbehinderung. Valide Aussagen zur Entwicklung der Anzahl der Schwerbehinderten aufgrund von psychischen Störungen können nicht getroffen werden.

Laut der BELLA-Studie sind die fünf häufigsten psychischen Störungen im Kinder- und Jugendalter Depressionen, Angst, Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Störungen des Sozialverhaltens und Essstörungen (Klasen et al., 2016). Eine besonders wichtige Zielgruppe von Maßnahmen zur Förderung seelischer Gesundheit sind Kinder von psychisch erkrankten Eltern, da sie eine Hochrisikogruppe darstellen.

Laut dem RKI sind die häufigsten psychischen Störungen neben der Alkoholabhängigkeit die Angststörungen und Depressionen. Nach Daten des Klinikums EvB gGmbH sind die schizophrenen und wahnhaften Störungen als häufige psychische Störung zu ergänzen (EvB gGmbH, 2014). Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit sind auch geschlechterspezifisch zu installieren.

Zu Geflüchteten gibt es keine systematisch erhobenen und repräsentativen Daten hinsichtlich des konkreten Bedarfs und über die epidemiologische Verteilung von psychischen Störungen von Geflüchteten (in den GU oder Wohnungen lebend). Die seelische Gesundheit der Geflüchteten wird maßgeblich durch die Dauer des Asylverfahrens beeinflusst und die psychischen Belastungen können erst nach dem rechtlich sicheren Aufenthaltsstatus reduziert werden. Geflüchtete müssen nicht zwangsläufig behandlungsbedürftige psychische Störungen entwickeln.

Laut RKI sind die Demenz und Depressionen bei Seniorinnen und Senioren als die vorrangigen psychischen Störungen zu nennen. Konkrete Maßnahmen und Handlungsempfehlungen für den Themenkomplex Demenz sind im Aktionsplan zur Umsetzung des Potsdamer Seniorenplans 2017 hinterlegt und werden hier nicht weiter berücksichtigt.

Auf Bundesebene steigt die Anzahl der AU-Tage sowie die Anzahl der Frühberentungen aufgrund von psychischen Störungen, wobei die Gesamtzahl der Frühberentungen rückläufig ist (RKI, 2015). Dieser Trend spiegelt sich jedoch nicht in einem Anstieg der Prävalenzen wider (RKI, 2015). Die überwiegenden Krankheitskosten sind bei den organischen psychischen Störungen (wie z.B. Demenz) und bei den affektiven Störungen (wie z.B. Depressionen) verortet.

Suizid ist in der Altersgruppe der 15- bis unter 30-Jährigen die häufigste Todesursache (GBE, 2017a). Die höchste Anzahl von Suiziden ist in der Altersgruppe der 45- bis 59-jährigen Männern zu verzeichnen. Bei psychischen Störungen ist die Suizidprävention als ein äußerst wichtiges Aufgabenfeld zu nennen.

In der EGH nehmen die Menschen mit psychischen Störungen am meisten ambulant betreutes Wohnen in Anspruch. Vorrangig werden Wohnangebote mit Gestaltung des Tages (LT 13) bzw. sowie tagesstrukturierende Maßnahmen über die Tagesstätte (LT 16) genutzt. Bei WfbM nutzen seelisch behinderte Menschen den Arbeitsbereich.

Seit dem Jahr 2008 schwankt die absolute Zahl der Leistungsberechtigten in der Tagesstätte in der Landeshauptstadt Potsdam zwischen 22 und 24 Leistungsberechtigten. In der Landeshauptstadt Potsdam sind die Fallkosten (netto) für die Tagesstätte überwiegend niedriger als durchschnittlich im Land Brandenburg.

Die Teilnehmenden gaben im Erhebungsbogen ambulante Angebote als vorrangige Leistungsart an und mit 61% wird die Kommune als vorrangiger Kostenträger genannt. Die Angebote werden überwiegend von Bürgern*innen aus der Landeshauptstadt Potsdam sowie aus dem Umland in Anspruch genommen und die Plätze sind überwiegend belegt.

Im Erhebungsbogen werden eine Vielzahl von Angaben zur Weitervermittlung gemacht, diesbezüglich sind jedoch keine eindeutigen Strukturierungen bzw. Prozesse erkennbar. Eine Strukturierung und Bündelung der möglichen Weitervermittlungen wäre für eine koordinierte Weitervermittlung der Bürgern*innen hilfreich.

Nach den Angaben im Erhebungsbogen nehmen bis zur Altersgrenze der unter 65-Jährigen vorrangig Männer die Angebote wahr, ab 65 Jahren sind hingegen Frauen öfter in den Angeboten vertreten. Psychosoziale Angebote sind auch männerspezifisch auszurichten, vor allem bis zur Altersgrenze der 65-Jährigen. Geflüchtete Menschen haben noch keinen Zugang zu den vorhandenen Angeboten gefunden.

Laut den Angaben im Erhebungsbogen verfügt der überwiegende Teil der Menschen, die die Angebote wahrnehmen, über soziale Kontakte außerhalb des Angebots.

Nach den Angaben im Erhebungsbogen ist die höchste Inanspruchnahme von Angeboten in den Sozialräumen III, IV und V zu erkennen. Zugleich sind die Gründe bzw. der Einfluss von verschiedenen Faktoren, wie der soziale Status Einfluss, warum und wie Menschen den Zugang zu einem Angebot finden unklar und äußerst komplex.

Die hohe Anzahl an ausgebildeten Fachkräften bei den Teilnehmenden des Erhebungsbogens spricht für eine hohe qualitative personelle Ausstattung der Angebote. Das (Sozial-)pädagogische Personal ist die größte vertretene Berufsgruppe und stellt zugleich den größten Anteil mit den meisten fachlich relevanten Zusatzqualifikationen. Die wenigsten Zusatzqualifikationen liegen bei den Heilerziehungspflegerinnen vor.

Laut BbgPsychKG ist der SpDi der kommunale Ansprechpartner bei der psychischen Gesundheit, berät und betreut (aufsuchend und nachgehend) Menschen mit psychischen Störungen, psychisch gefährdete Menschen sowie deren persönliches Umfeld. Der SpDi ist eine Sonderordnungsbehörde und kann bei Fremd- oder Eigengefährdung die Unterbringung anordnen und ausführen.

In der Landeshauptstadt Potsdam steht für Kinder und Jugendliche in der psychiatrischen Versorgung, neben der ambulanten therapeutischen Versorgung, das SPZ, API, die Klinik für

Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, eine Tagesklinik sowie zwei PIA zur Verfügung.

Kinder von psychisch erkrankten Eltern sind eine der wichtigsten Zielgruppen und (evidenzbasierte) Angebote für Kinder und deren Eltern sind zu forcieren.

In der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikums EvB gGmbH sind insgesamt ca. 39% der stationären Aufnahmen planbar. Der notfallmäßige Zugang liegt ca. bei 61%.

Die Fallzahlen im stationären sowie teilstationären Bereich im Klinikum EvB gGmbH sind von 2013 auf 2014 gestiegen. Die *stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld* ist zukünftig als ein wichtiger Impuls für die alternative stationäre Versorgung zu verstehen.

Auf die ambulanten Versorgungsstrukturen hat die Landeshauptstadt Potsdam keinen Einfluss. Der Bedarfsplan der KVBB für den Planungsbereich Potsdam sollte an die stetig steigenden Einwohnerzahlen angepasst werden, um die Wartezeiten zu verkürzen.

Laut der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Klinikums EvB gGmbH (2014) verdeutlicht die Steigerung der Patientenzahlen in der PIA die Perspektive, ambulante Versorgungsangebote weiter auszubauen.

Ergotherapie kann für Menschen mit psychischen Störungen nach SGB V im Rahmen des Heilmittelkataloges verordnet werden.

Die Soziotherapie gibt es aktuell in der Landeshauptstadt Potsdam nicht. Hier ist eine Kontaktaufnahme zum Verband der Ersatzkassen für eine kommunale Lösung zu forcieren.

Eine gemeindenahe RPK ist aktuell in Brandenburg oder Berlin nicht vorhanden.

Psychiatrische Krankenpflege ist in der Landeshauptstadt Potsdam vorhanden. Jedoch liegt bei der ambulanten Krankenpflege eine angespannte Versorgungslage vor.

Die KBS ist ein wichtiges und niederschwelliges Angebot in der gemeindepsychiatrischen Versorgung und wird aktuell durch das Land Brandenburg und die Landeshauptstadt Potsdam finanziert. Eine Prüfung bzgl. der Verstärkung dieses Angebots ist vorzunehmen.

Die Tagesstätte ist eine teilstationäre EGH. In der Landeshauptstadt Potsdam stehen aktuell 20 Plätze zur Verfügung. Aufgrund von Teilzeit der Leistungsberechtigten, stehen in der Summe mehr als 20 Plätze zur Verfügung.

In der Landeshauptstadt Potsdam gibt es im Rahmen der EGH ambulant betreute Wohnangebote, Wohngemeinschaften und stationäre Wohnformen mit und ohne nächtlicher Betreuung.

Zuverdienst- und Inklusionsprojekte sind eine wichtige, niederschwellige und inklusive Teilhabemöglichkeit für Menschen mit psychischen Störungen. Genesungsbegleiter fördern die dialogische Arbeit.

Die Hilfen in besonderen Lebensverhältnissen unterscheiden sich zur EGH dahingehend, dass nicht eine wesentliche Behinderung, sondern soziale Schwierigkeiten vordergründig

sind. Zudem sind die Hilfen in besonderen Lebensverhältnissen nachrangig zu den Leistungen der EGH.

Für Menschen mit schweren psychischen Störungen gibt es in der Landeshauptstadt ein niederschwelliges Wohnangebot als Modellprojekt. Im gesamten Land Brandenburg gibt es für Menschen, die nach § 1906 BGB untergebracht sind, keine gemeindenahen geeigneten Wohn- und Teilhabemöglichkeiten.

Professionelle Kultur- und Sprachmittler sind für den Erfolg einer Beratung und einer Therapie von Geflüchteten eine wichtige Säule. Dies ist jedoch nicht im Leistungskatalog der GKV hinterlegt. Dies stellt in der praktischen Arbeit eine Herausforderung dar.

Freiwilliges Engagement von Menschen mit psychischen Störungen ist in der Landeshauptstadt Potsdam wesentlich noch nicht stark ausgebildet. Ehrenamtliches Engagement ist ein wichtiges Teilhabefeld, wodurch maßgeblich Stigmatisierung abgebaut werden kann.

In der Landeshauptstadt gibt es ein differenziertes Angebot von Selbsthilfegruppen. Das Psychoseseminar stellt ein wichtiges Angebot in der trialogischen Arbeit dar.

Die PSAG ist ein wichtiges Vernetzungsgremium und ihr Votum ist von der Landeshauptstadt Potsdam bei Planungen und Entscheidungen zu hören. Die PSAG stellt aber keine verbindliche Kooperation zwischen den verschiedenen Akteuren dar.

Die Angaben im Erhebungsbogen zu Vernetzungen zeigen ein differenziertes Bild mit nicht erkennbaren verbindlichen Kooperationen.

Bei mindestens zwei Drittel der Teilnehmenden (N=53) finden laut Erhebungsbogen interne Fortbildungen und Supervisionen statt und bei fast der Hälfte der Teilnehmenden werden auch externe Supervision genutzt.

Bei den Psychiatrieerfahrenen wird der Kontakt zur Gesellschaft und die Sensibilisierung des Umfelds als ein wichtiger Aspekt in der Lebensgestaltung und im Genesungsprozess deutlich.

Die Angehörigen wünschen sich neben der Etablierung einer Angehörigengruppe und der Zusammenstellung von Informationen auch weitere Angebote für ihre erkrankten Angehörigen im Sinne von aufsuchenden Hilfen.

Aus Perspektive der gesetzlichen Betreuung sind langfristige Lebens- und Wohnmöglichkeiten auch für junge und ältere Menschen sowie für Menschen mit erheblichen Hilfebedarf gefordert. Zudem ist ein fortlaufender Austausch mit den an der Versorgung beteiligten Akteuren gewünscht.

Die Träger benennen vorrangig Versorgungsbedarfe in den Themenfelder Kinder/Eltern und Angehörige sowie Wohnen. Über die Hälfte der Träger planen neue Angebote.



Anhang

Tabelle 50: Übersicht der Bundesländer anhand von Landespsychiatrieplänen

Psychiatrieplan liegt vor	Psychiatrieplan NICHT vorhanden
Niedersachsen (2016)	Brandenburg
Bayern (2013)	Hamburg
Thüringen (2012)	Hessen
Mecklenburg-Vorpommern (2011)	Rheinland-Pfalz
Sachsen (2011)	Saarland
Bremen (2010)	
Baden-Württemberg (2000)	
Berlin (1997)	
Sachsen-Anhalt (1996) + jährlicher Bericht	
Nordrhein-Westfalen (im Prozess)	
Schleswig-Holstein (im Prozess)	

Tabelle 51: Forderungen der Europäischen ministeriellen WHO-Konferenz zur seelischen Gesundheit (WHO, 2005)

<p>Das psychische Wohlbefinden der Bevölkerung insgesamt durch Maßnahmen fördern mit dem Ziel, Bewusstsein zu schaffen und positive Änderungen im Hinblick auf Einzelpersonen und Familien, gesellschaftliche Gruppen, Ausbildungs- und Arbeitsplätze, Regierungen und Behörden zu bewirken,</p> <p>die möglichen Auswirkungen jeglicher Politik auf den Bereich der psychischen Gesundheit berücksichtigen und dabei besonderes Augenmerk auf gefährdete Gruppen legen sowie Bewusstsein für die zentrale Stellung der psychischen Gesundheit beim Aufbau einer gesunden, integrativen und produktiven Gesellschaft zeigen,</p> <p>gegen Stigma und Diskriminierung vorgehen, den Schutz der Menschenrechte und der Würde des Menschen sichern und die erforderliche Gesetzgebung implementieren, die gefährdete oder an psychischen Gesundheitsproblemen leidende Menschen dazu befähigen soll, voll und gleichberechtigt an der Gesellschaft teilzuhaben,</p> <p>gezielte Unterstützung und Maßnahmen anbieten, die auf die besonderen Bedürfnisse vulnerabler Personen in bestimmten Lebensabschnitten zugeschnitten sind, insbesondere bei der Erziehung und Ausbildung von Kindern und Jugendlichen sowie bei der Betreuung älterer Menschen,</p> <p>Maßnahmen entwickeln und umsetzen, um die vermeidbaren Ursachen von psychischen Gesundheitsproblemen, Komorbidität und Suizid zu reduzieren,</p> <p>die Kapazitäten und die Kompetenz von Hausärzten und Primärversorgung ausbauen und dabei mit spezialisierten medizinischen und nichtmedizinischen Diensten im Verbund arbeiten, die Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen wirksamen Zugang sowie die Erkennung und Behandlung ihrer Probleme bieten,</p> <p>Menschen mit schweren psychischen Gesundheitsproblemen eine wirksame und umfassende Behandlung und Versorgung in einer Palette verschiedener Settings anbieten, in denen ihre persönlichen Wünsche berücksichtigt werden können und wo sie vor Vernachlässigung und Missbrauch geschützt sind,</p> <p>Partnerschaft, Koordinierung und Führung zwischen Regionen, Ländern, Sektoren und Organisationen herstellen, die auf psychische Gesundheit und die gesellschaftliche Integration von Einzelpersonen und Familien, Gruppen und Gemeinschaften einen Einfluss haben,</p> <p>Programme zur Anwerbung, Ausbildung und Schulung von Mitarbeitenden entwerfen, um ein ausreichendes und kompetentes multidisziplinäres Arbeitskräfteangebot zu schaffen,</p> <p>den psychischen Gesundheitszustand und die Bedürfnisse der Bevölkerung, bestimmter Gruppen und Einzelpersonen in einer Weise abschätzen, die Vergleiche auf nationaler und internationaler Ebene zulässt,</p> <p>angemessene und ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung stellen, damit diese Ziele erreicht werden können,</p> <p>Forschung veranlassen und die Auswertung und Weiterverbreitung der oben genannten Maßnahmen unterstützen.</p>

Jahr	0 bis unter 3 Jahre	3 bis unter 6 Jahre	6 bis unter 9 Jahre	9 bis unter 12 Jahre	12 bis unter 14 Jahre	14 bis unter 18 Jahre	18 bis unter 21 Jahre	21 bis unter 27 Jahre	27 bis unter 45 Jahre	45 bis unter 55 Jahre	55 bis unter 65 Jahre	65 Jahre und älter	Gesamt
2014	5.310	5.106	4.873	4.317	2.655	4.687	3.355	12.113	44.523	24.432	20.007	32.290	163.668
2015	5.365	5.221	4.997	4.566	2.739	4.940	3.514	11.398	45.210	24.478	20.566	33.151	166.145
2016	5.436	5.185	5.152	4.759	2.868	5.227	3.687	10.788	45.933	24.565	21.071	33.981	168.651
2017	5.433	5.335	5.179	4.934	3.031	5.382	3.888	10.444	46.712	24.282	21.684	34.794	171.099
2018	5.445	5.380	5.281	5.047	3.123	5.620	4.062	10.600	47.082	23.904	22.193	35.683	173.419
2019	5.454	5.440	5.250	5.187	3.275	5.846	4.206	10.783	47.425	23.623	22.699	36.462	175.647
2020	5.458	5.437	5.380	5.215	3.368	6.046	4.333	10.979	47.646	23.581	23.164	37.140	177.748
2021	5.453	5.440	5.414	5.302	3.389	6.326	4.428	11.208	47.768	23.655	23.639	37.684	179.706
2022	5.451	5.443	5.464	5.273	3.504	6.491	4.592	11.388	47.778	23.964	23.953	38.218	181.519
2023	5.449	5.437	5.455	5.385	3.516	6.641	4.708	11.598	47.771	24.265	24.292	38.687	183.202
2024	5.454	5.431	5.457	5.416	3.499	6.826	4.862	11.767	47.836	24.527	24.440	39.309	184.824
2025	5.463	5.427	5.456	5.459	3.552	6.858	4.989	11.968	47.850	24.878	24.458	40.000	186.358
2026	5.479	5.427	5.453	5.451	3.591	6.943	5.099	12.128	47.918	25.182	24.505	40.665	187.839
2027	5.499	5.431	5.447	5.453	3.630	7.002	5.167	12.292	47.953	25.668	24.280	41.423	189.245
2028	5.520	5.437	5.442	5.451	3.621	7.025	5.264	12.452	47.995	26.159	23.984	42.185	190.535
2029	5.544	5.445	5.435	5.442	3.620	7.103	5.275	12.583	48.137	26.532	23.754	42.903	191.772
2030	5.570	5.457	5.433	5.430	3.617	7.127	5.328	12.701	48.186	26.868	23.699	43.537	192.952
2031	5.600	5.474	5.434	5.421	3.612	7.157	5.318	12.829	48.267	27.102	23.741	44.143	194.098
2032	5.631	5.494	5.440	5.415	3.605	7.145	5.384	12.881	48.319	27.248	23.963	44.637	195.162
2033	5.663	5.517	5.452	5.413	3.598	7.140	5.406	12.946	48.402	27.347	24.188	45.142	196.215
2034	5.696	5.543	5.468	5.415	3.594	7.134	5.431	12.995	48.472	27.501	24.386	45.628	197.262
2035	5.728	5.573	5.487	5.423	3.592	7.125	5.432	13.065	48.578	27.565	24.651	46.080	198.298

Tabelle 52: Bevölkerungsprognose nach Altersgruppen für die Landeshauptstadt Potsdam 2014 bis 2035 (Bereich Statistik und Wahlen der LHP, 2016)

Abbildung 31: Anzahl der Patienten/Klienten anhand der Sozialraumstruktur in Kartenformat (Erhebungsbogen)

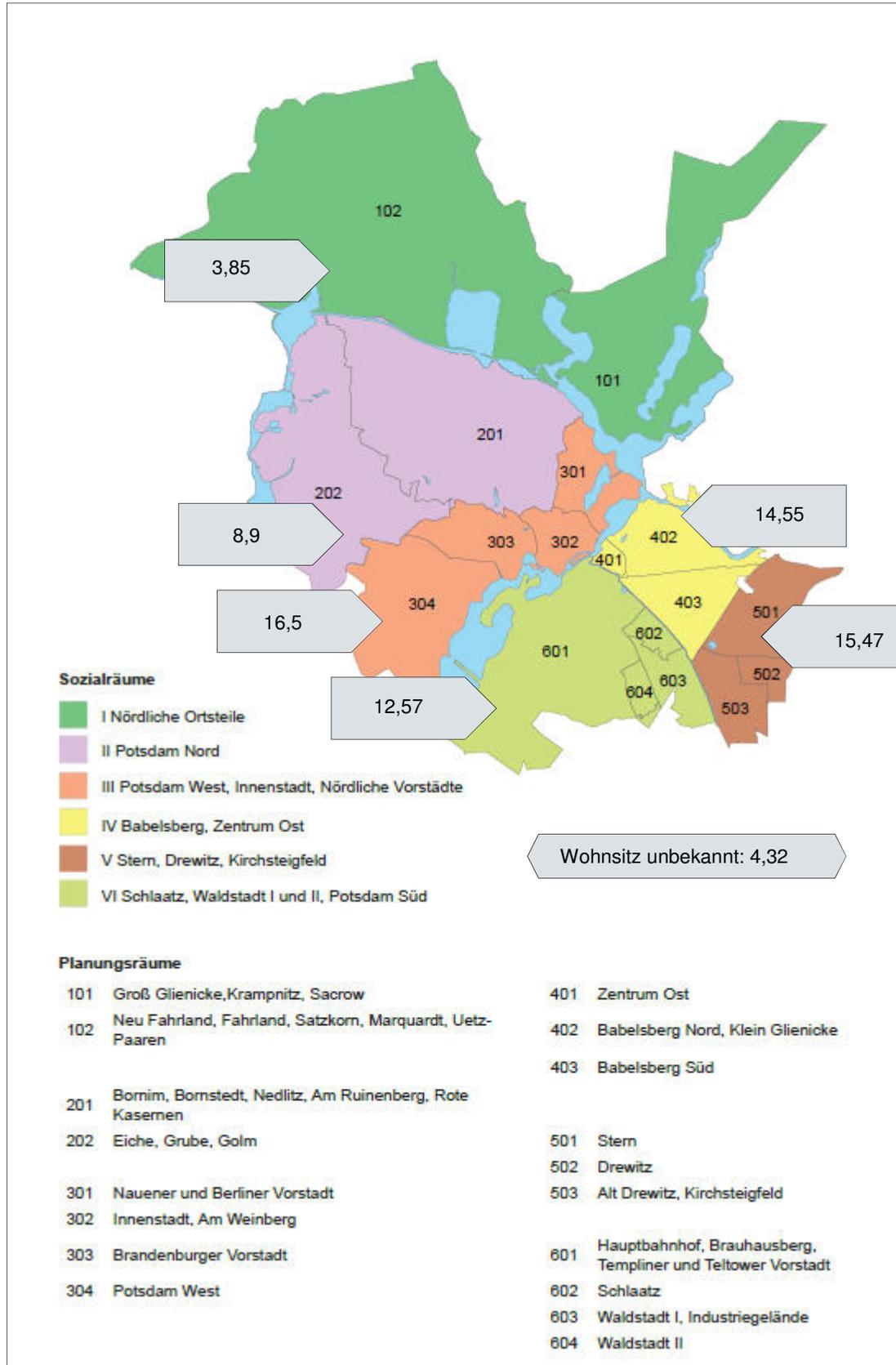


Tabelle 53: Ziele und Aufgaben von KBS (MASGF, 2015)

1. Aktivierung von fallspezifischen alltagsorientierten und psychiatrischen Hilfen für einen besseren Umgang mit und zur Bewältigung von psychischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen	
1.1.	Entlastende Gespräche zur Vorbeugung und Bewältigung von psychischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen auf der Grundlage von Empowermentstrategien
1.2.	Wahrnehmung, begleitende Beobachtung, Information und Beratung bezüglich der Erkrankung, des Krankheitsverlaufs und der -folgen sowie der Hilfs- und Kompensationsmöglichkeiten (Clearing)
1.3.	Förderung des Krankheitsverständnisses und des selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung sowie Motivation und Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, gegebenenfalls gestärkt durch explizit psychoedukativ ausgestaltete Angebote (z.B. zur Einübung alternativen Verhaltens, Erlernen von Bewältigungsstrategien bei Krankheitsschüben oder auch Krisen)
1.4.	Stärkung der Genesungspotentiale bspw. über die Förderung der Selbstwahrnehmung insbesondere durch <ul style="list-style-type: none"> • angeleitete Entspannungsübungen, Rollenspiele, • Austausch und Rückmeldungen in den Bezugsgruppen, • Aktivierung von sinnstiftenden Erfahrungen und sozialen Kontakten (z.B. über Angebote zur Freizeitgestaltung/sportliche Aktivitäten)
1.5.	Hilfen zur Alltagsgestaltung und Angebote zur Tagesstruktur sowie zum Aufbau und Erhalt sozialer Kontakte, insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> • offene Angebote im Bereich Freizeit, Sport, Kultur, Bildung etc., • Beteiligung der Besucher an der Angebotsgestaltung (z.B. Kochen - einschließlich Planen und Einkaufen), • Angebote zur gestalterischen, kreativen, künstlerischen Betätigung, • Beschäftigungsangebote (Sinnstiftung, Belastungstraining/Arbeitserprobung)
1.6.	Organisation und Moderation von Gruppenprozessen bei Besuchern der KBS (Förderung der Entwicklung von sozialen Kompetenzen)
1.7.	Hilfen zur Erschließung, Sicherung und Inanspruchnahme sozialrechtlicher und medizinischer Hilfen
1.8.	Gewinnung, ggf. systematische Erhebung von Rückmeldungen der Besucher zur Ausgestaltung und Wirksamkeit der Hilfen (Nutzerbefragungen).
2. Aktivierung von fallunspezifischen sozialraumorientierten nichtpsychiatrischen Hilfen	
2.1. Verbesserung des Verständnisses für die Lebenssituation und Belange psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen in ihrem unmittelbaren sozialen Umfeld und im gesellschaftlichen Kontext, insbesondere mit den Teilaspekten . <ul style="list-style-type: none"> • Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, Gestaltung von öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungen, • Entwicklung und Förderung des Dialogs zwischen Betroffenen, professionellen Helfern und Angehörigen und Bezugspersonen, • Einbeziehung des Sozialraumes als Begegnungsfeld und soziales Lernfeld 	
2.2. Über den Einzelfall hinausgehende Kooperation und Vernetzung mit den anderen Angeboten innerhalb des Versorgungssystems bzw. des gemeindepsychiatrischen Netzwerkes, insbesondere mit den Teilaspekten <ul style="list-style-type: none"> • persönliche Kontaktpflege und fachlicher Austausch, • Einschätzungen zu Versorgungssituationen, • Aktivierung passgenauer Hilfen, • Öffentlichkeitsarbeit, • Unterstützung von Planungs- und Steuerungsprozessen im Sozialraum auf der Grundlage der Auswertung von fallspezifischen und fallunspezifischen Kooperationsbezügen. 	
2.3. Entwicklung und Förderung von Aktivitäten und Rahmenbedingungen, die die Inklusion von psychisch kranken bzw. seelisch behinderten Menschen im Sozialraum gemäß der Intention und Anforderungen aus der UN-Behindertenrechtskonvention gewährleisten und befördern (Verhindern von Exclusion, Unterstützen von Reintegration). Ein Element ist auch die Aktivierung von zivilgesellschaftlichem Engagement und die Unterstützung von Selbsthilfegruppen.	

Geschäftsordnung **Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) der Landeshauptstadt Potsdam**

Präambel

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) der Landeshauptstadt Potsdam ist ein Gremium für alle an der psychosozialen/psychiatrischen Versorgung von Potsdamer Bürger*innen beteiligten Träger, Einrichtungen, Diensten, Behörden und Interessenvertretungen, wie zum Beispiel Psychiatrieerfahrene oder Angehörige.

Die PSAG unterstützt eine Gesundheitsförderungs- und Präventionsstrategie, die sich auf jedes Alter, jede Bevölkerungsgruppe und jeden Gesundheitszustand bezieht und die Verhältnis- und Verhaltensprävention gleichermaßen berücksichtigt. Die PSAG orientiert sich in ihrer Arbeit und ihren Grundwerten an der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen und dem Brandenburgischen Behindertengleichstellungsgesetz.

Die PSAG ist ein unabhängiges fachliches Gremium, das sich an den Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer psychosozialer Dienstleistungen orientiert. Um eine bedarfsgerechte Versorgung in der Landeshauptstadt Potsdam zu erreichen, ist die PSAG hierfür ein kommunal orientiertes Planungs- und Koordinationsgremium, das von der jeweils zuständigen Behörde bei Planungen und Entscheidungen für eine gemeindenahere psychosoziale Versorgung einbezogen wird.

§ 1 Aufgaben der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft

Die PSAG nimmt auf der Grundlage § 7 des „Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen sowie über den Vollzug gerichtlich angeordneter Unterbringung für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen im Land Brandenburg (Brandenburgisches Psychisch-Kranken-Gesetz- BbgPsychKG)“ vom 05. Mai 2009, zuletzt geändert durch Gesetz vom 25.01.2016 folgende Aufgaben wahr:

- (1) Die Förderung der Zusammenarbeit und des fachlichen Austausches der an der Versorgung beteiligten Träger, Einrichtungen, Dienste, Behörden und Personen.
- (2) Die PSAG berät bei der Planung und Umsetzung einer gemeindenahen und bedarfsgerechten psychosozialen Versorgung und gibt Empfehlungen an die politischen Entscheidungsträger (insbesondere die Stadtverordnetenversammlung) und an die Stadtverwaltung der Landeshauptstadt Potsdam.
- (3) Die PSAG beteiligt sich an der Erarbeitung und Sicherung von Qualitätsstandards für eine bedarfsgerechte psychosoziale Versorgung.
- (4) Die PSAG leistet Öffentlichkeitsarbeit u.a. mit dem Ziel, die in der Bevölkerung verbreiteten Vorurteile gegen Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen abzubauen, Verständnis und Unterstützung für ihre besonderen Anliegen zu entwickeln.

§ 2 Organisation und Geschäftsführung

- (1) Die Sitzungen der PSAG sind öffentlich
- (2) In der PSAG der Landeshauptstadt Potsdam gibt es Mitglieder und stimmberechtigte Mitglieder. Alle Mitglieder haben ein Rede- und Antragsrecht.
- (3) Die PSAG tagt mindestens vierteljährlich, Tagungsort können wechselnde Einrichtungen in der Landeshauptstadt Potsdam sein. Außerordentliche Sitzungen werden durch den Sprecher*innenrat nach Prüfung des Antrages auf Erfordernis und Dringlichkeit einberufen.
- (4) Die PSAG bildet zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben dauerhafte Arbeitskreise. Zu speziellen Themen können auch zeitlich befristete Arbeitskreise gebildet werden. Die Arbeitskreise tagen in eigener Zeitabstimmung. Sie berichten über ihre Arbeit mindestens einmal im Jahr im *Plenum*. Die vorliegende Geschäftsordnung gilt für sämtliche Arbeitskreise.
- (5) Das Führen des Verteilers, die Erstellung von Kopien und Einladungen, der Versand von Einladungen sowie die Fertigstellung des sonstigen Schriftverkehrs erfolgen unter Verantwortung der Sprecher*innen der PSAG. Die Mitglieder der PSAG arbeiten mit der Landeshauptstadt Potsdam, Fachbereich Soziales und Gesundheit, gem. § 7 BbgPsychKG vertrauensvoll zusammen und sind so gemeinsam mit ihr an der Verwirklichung der Aufgaben der PSAG tätig. Die Sprecher*innen werden die Verwaltung um eine weitergehende Unterstützung ersuchen, soweit ergänzende Ressourcen erforderlich sind.
- (6) Die Protokollführung über Sitzungen wird wechselnd von den an der PSAG beteiligten Mitgliedern übernommen. Hierfür wird eine feste Reihenfolge durch den Sprecherrat vorgegeben.
- (7) Tagesordnungspunkte, Diskussionsvorlagen oder Beschlussanträge sind rechtzeitig vor dem Sitzungstermin, mindestens aber drei Wochen vorher beim Sprecher*innenrat der PSAG einzureichen. Zu Beginn der Sitzung wird die Tagesordnung festgelegt und das Protokoll der letzten Sitzung verabschiedet.

§ 3 Stimmberechtigung und Beschlussfähigkeit

- (1) Alle an der Versorgung Beteiligten haben ein Anrecht auf eine Mitgliedschaft in der PSAG.

(2) Jeder Träger und jede Interessensvertretung kann einen Antrag auf das Stimmrecht mit jeweils einer Stimme erwerben. Die Aufnahme als stimmberechtigtes Mitglied erfolgt nach schriftlichem Antrag und Abstimmung im Plenum. Über Aufnahme und Ausschluss als Mitglied entscheiden die stimmberechtigten PSAG-Mitglieder. Bei der Aufnahme zur Stimmberechtigung ist eine 2/3 -Mehrheit der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder erforderlich. Bei Ausschluss von der Stimmberechtigung ist eine 3/4 -Mehrheit erforderlich.

(3) Die PSAG ist in jedem Fall beschlussfähig zu Vorlagen, die 14 Tage vor der Sitzung an die stimmberechtigten Mitglieder verschickt wurden; zu allen anderen Beschlussvorlagen ist ihre Beschlussfähigkeit bei Anwesenheit von 2/3 der stimmberechtigten Mitglieder gegeben.

(4) Zur Beschlussfassung ist die einfache Mehrheit der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder notwendig.

(5) Minderheitsvoten können in der Beschlussfassung erwähnt werden, wenn das entsprechende stimmberechtigte Mitglied dies wünscht.

(6) Stimmberechtigte Mitglieder der PSAG sind die im Anhang aufgeführten Einrichtungen, Träger und Interessensvertretungen.

§ 4 Der Sprecher*innenrat

(1) Die PSAG wählt für die Dauer von zwei Jahren einen aus drei bis fünf gleichberechtigten Personen bestehenden Sprecher*innenrat.

(2) Der Sprecher*innenrat führt die Geschäfte der PSAG auf *der* Grundlage der Beschlüsse des Plenums.

(3) Der Sprecher*innenrat hat dem Plenum gegenüber eine Rechenschaftspflicht.

(4) Der Sprecher*innenrat wählt aus seinen Reihen eine Person, die den Vorsitz hat.

(5) Aus dem Sprecher*innenrat wird jeweils der Vorsitz bei den Sitzungen der PSAG geführt. Kann keiner der Gewählten anwesend sein, so bestimmt die jeweilige Versammlung eine Person, die die Versammlung leitet.

(6) Die Außenvertretung der PSAG wird durch den Sprecher*innenrat wahrgenommen. Eine Hinzuziehung eines Mitglieds eines zuständigen Arbeitskreises erfolgt themenabhängig.

(7) Eine Nachwahl von Sprecher*innen bei Ausscheiden eines oder mehrerer Sprecher*innen vor Ablauf der Wahlperiode ist jederzeit möglich. Die Erklärung zur Beendigung der Tätigkeit im Sprecher*innenrat und auch zu deren Ende soll möglichst zwei Monate vorher erfolgen. Die Mitglieder werden darüber zeitnah informiert.

§ 5 Schluss- und Nebenbestimmungen,

Veränderungen dieser Geschäftsordnung bedürfen der Zweidrittelmehrheit der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder der PSAG. Auf Änderungsanträge zur Geschäftsordnung der PSAG ist in der jeweiligen Einladung hinzuweisen. Der Anhang ist jährlich vom Sprecher*innenrat zu aktualisieren.

Diese Geschäftsordnung tritt am 20.09.2017 in Kraft und setzt die Fassung vom 26.08.2013 außer Kraft.

Die Geschäftsordnung ist alle 2 Jahre auf ihre Aktualität hin zu überprüfen.

Anhang

- Liste der Mitglieder und stimmberechtigten Mitglieder

Tabelle 55: Qualitätsstandards für GPV

Die Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV) 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.

Sie verfolgen dabei diese Ziele:

1. Innerhalb einer definierten Region übernimmt der GPV die Verpflichtung zur Organisation umfassender psychiatrischer Hilfen.

2. Die Zielgruppe des GPV sind Menschen mit schweren akuten und langdauernden psychischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf⁴⁹, die ihre erforderlichen Leistungen nicht selbst koordinieren können.

3. Der GPV sichert für diese Zielgruppe die bedarfsgerechte Behandlung und Hilfe 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 Versorgungsverpflichtung.

4. Die Mitglieder des GPV verpflichten sich zur einzelfallbezogenen Kooperation (jeweils Mitwirkung oder Berücksichtigung der Hilfeplanung anderer) bei psychisch kranken Menschen mit komplexem Hilfebedarf mit folgenden Grundsätzen:

- Es gibt eine gemeinsame umfassende und individuelle Hilfeplanung (z.B. IBRP) aller notwendigen Leistungen im Einzelfall.
- Die Hilfeplanung ist zielorientiert und lebensfeldbezogen.
- Die Hilfeplanung erfolgt gemeinsam mit dem Klienten, der Klientin und bezieht die Bezugspersonen mit ein.
- Die Hilfeplanung ist einrichtungsübergreifend und leistungsbereichsübergreifend.
- Zur Koordination der Hilfen im Einzelfall existiert eine Hilfeplankonferenz. Hier erfolgt die einvernehmliche Einigung über Hilfeleistungen in Bezug auf Art und Umfang der Hilfeleistungen sowie die jeweiligen Zuständigkeiten.
- Zur einrichtungs- und leistungsübergreifenden Koordination der Hilfen im Einzelfall wird eine koordinierende Bezugsperson benannt.
- Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aller Träger beteiligen sich an den erforderlichen einzelfallbezogenen Fallgesprächen und Hilfeplankonferenzen und übernehmen Tätigkeiten als einrichtungsübergreifende koordinierende Bezugsperson.

5. Der GPV ist ein verbindlicher Zusammenschluss der wesentlichen Leistungserbringer einer definierten Versorgungsregion.

Die Kommune ist im Rahmen ihrer Pflichtaufgaben zur Daseinsvorsorge Mitglied im GPV oder es gibt zumindest eine verbindlich geregelte Zusammenarbeit.

6. Um das Ziel der bedarfsgerechten Versorgung zu gewährleisten sind gemeinsame Standards und kontinuierliche Qualitätsverbesserung erforderlich.

Die Mitglieder vereinbaren Qualitätsstandards mindestens für folgende Bereiche:

- Beachtung des Rechts auf Selbstbestimmung der psychisch kranken Menschen,
- personenzentrierte Planung und Organisation der Hilfen die bedarfsgerecht, individuell, flexibel, zeitgerecht, abgestimmt und wirtschaftlich erbracht werden
- Organisation der Hilfen grundsätzlich innerhalb des Versorgungsgebietes
- Vorrang nicht-psychiatrischer Hilfen,
- Zusammenarbeit mit Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen,
- Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen,
- Fortbildung, Supervision und Qualifizierung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen,
- Beachtung des Datenschutzes und des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung.

Kontinuierliche Qualitätsverbesserung geschieht durch:

⁴⁹ Komplexer Hilfebedarf=Bedarf an multiprofessionellen Hilfen, Leistungen erfolgen unter Einbeziehung mehrerer Einrichtungen und Dienste, u.a. im Bereich Hilfen zur Teilhabe

- Weiterentwicklung des Leistungsspektrums,
- Differenzierung der Hilfen zur Anpassung an den Bedarf und
- Optimierung der Nutzung der Ressourcen.

7. Die Mitglieder verpflichten sich zur gemeinsamen kontinuierlichen Überprüfung der regionalen Versorgungssituation in Hinblick auf Bedarf, Angebot und Leistung.

Die Mitglieder verpflichten sich zur wechselseitigen Information und Beratungen über

- das eigene Leistungsangebot, insbesondere Änderungen des Leistungsangebots,
- Erkennen neuer Bedarfe oder Versorgungsmängel in der Region.

8. Die Mitglieder beteiligen sich an einem gemeinsamen regionalen Qualitätsmanagement mit mindestens folgenden Aspekten :

- Fortschreibung der Qualitätsstandards des GPV,
- gemeinsames Beschwerdemanagement,
- gemeinsame Initiativen zur Optimierung der Qualität von Behandlung und Hilfe zur Teilhabe,
- Mitwirkung an regionaler Gesundheitsberichterstattung, möglichst auf der Grundlage einer einrichtungsübergreifenden Dokumentation,
- Beteiligung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen psychisch erkrankter Menschen.

9. Der GPV unterstützt den Aufbau und fördert die Arbeit der Selbsthilfeorganisationen⁵⁰. Er arbeitet gleichberechtigt mit ihnen zusammen und berücksichtigt ihre Interessen.

10. Der GPV sieht sich als Teil des Gemeindepsychiatrischen Hilfesystems. Er trägt aktiv zur Weiterentwicklung der regionalen Steuerung des Systems bei, in dem er sich:

- an der Arbeit der regionalen Steuerungsgremien zur psychiatrischen Entwicklung (Gemeindepsychiatrischer Steuerungsverbund / GPSV, Psychiatriebeirat u.ä.) beteiligt,
- um verbindlichen und kontinuierlichen Austausch mit der kommunalen Gesundheits- und Sozialverwaltung kümmert,
- die Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern entwickelt und
- Kontakt zu den weiteren Leistungserbringern sucht, die nicht Mitglieder im GPV sind.

11. Ein Kooperationsvertrag, eine Vereinssatzung oder eine Grundsatzklärung regelt die Kooperation der Vertragspartner des GPV. Die Bildung einer juristischen Person (z.B. e.V.) wird empfohlen, ist aber nicht vorausgesetzt.

Davon unberührt bleibt die Rechtsträgerschaft der Dienste und Einrichtungen, die in den Verbund einbezogen sind. Verträge und Vereinbarungen mit Leistungsträgern werden von den jeweiligen Rechtsträgern gesondert allein oder in Gemeinschaft geschlossen. Dabei können spezielle Trägerverbände gebildet werden.

12. Der GPV regelt seine Vertretung in der Region und in der BAG GPV verbindlich. Es gibt ein Entscheidungsgremium und einen Vorsitzenden oder Sprecher.

Das Recht auf Mitgliedschaft besteht für jeden Leistungserbringer, der die Ziele und die Satzung des GPV anerkennt und in seinem Verantwortungsbereich angemessen berücksichtigt.

Das vorliegende Papier wurde durch die Mitgliederversammlung am 14.12.12 einstimmig beschlossen.

⁵⁰ Psychiatrieerfahrene, Angehörige, Bürgerhilfe

Glossar

Altenquotient

Personen ab dem Alter von 65 Jahren je 100 Personen zu denen im Alter zwischen 20 bis unter 65 Jahren (LASV, 2016)

Coping

Coping-Strategien (Bewältigungsstrategie) bezeichnen die Art des Umgangs mit einem als bedeutsam und schwierig empfundenen Lebensereignis oder einer Lebensphase (Hoffmann, 2009).

Empowerment

Empowerment beschreibt Prozesse von Einzelnen, Gruppen und Strukturen, die zu größerer gemeinschaftlicher Stärke und Handlungsfähigkeit führen (Sambale, 2005).

Epidemiologie

Epidemiologie ist ein Wissenschaftszweig, der sich mit der Verteilung von Krankheiten und deren physikalischen, chemischen, psychischen und sozialen Determinanten und Folgen in der Bevölkerung befasst (Egger, Razum & Brzoska, 2014).

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

„Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung [...] und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens“ (G-BA, 2017).

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

„ein multidimensionales „Konstrukt aus physischen, psychischen und sozialen Dimensionen und schließt deutlich mehr ein als lediglich Aussagen zum individuellen Gesundheitszustand. Wesentliche Orientierung ist hierbei die subjektive Wahrnehmung“ (RKI, 2011).

Kinderquotient

Personen im Alter von 0 bis unter 15 Jahren je 100 Personen zu denen im Alter zwischen 15 unter 65 Jahren (LASV, 2016)

Kohortenstudie

„Prospektive oder retrospektive Längsschnittstudie, bei der eine Stichprobe exponierter und nicht exponierter Personen hinsichtlich ihres Risikos einer Merkmalsausprägung (Erkrankung) untersucht wird. Hierzu werden über den Untersuchungszeitraum hinweg zu unterschiedlichen Zeitpunkten Daten erhoben“ (DocCheck, 2017a).

Komorbidität

Das Auftreten zusätzlicher Erkrankungen im Rahmen einer definierten Grunderkrankung; die Zusatzerkrankung stellt ein eigenes, diagnostisch abgrenzbares Krankheitsbild dar, das nicht selten kausal mit der Grunderkrankung zusammenhängt.

Mortalität

Als Mortalität wird Sterblichkeit bezeichnet.

Multimorbiditäten

Multimorbiditäten ist gleichzeitige Bestehen von mehreren Krankheiten (Psychrembel Klinisches Wörterbuch, 2004)

Prävalenz

Als Prävalenz wird die Häufigkeit einer Krankheit oder eines Symptoms in einer Bevölkerung oder in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt bezeichnet (Egger, Razum & Brzoska, 2014).

Psychiatrische Institutsambulanzen – PIA

„Psychiatrische Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind“ (§ 118 Sozialgesetzbuch V).

Psychoedukation

Als Psychoedukation wird die Aufklärung von Patienten und Angehörigen über physische und psychische Erkrankungen bezeichnet. Sie beinhaltet systematische und didaktisch-psychotherapeutische Maßnahmen und soll das Krankheitsverständnis, den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit und die Krankheitsbewältigung fördern (Schneider, 2011).

Psychopathologie

Psychopathologie ist die genaue Beschreibung und Erfassung psychopathologischer Einzelsymptome und Symptommuster im Sinner psychopathologischer Syndrome (Borwardt et al., 2012).

Resilienz

psychische Widerstandskraft; Fähigkeit, schwierige Lebenssituationen ohne anhaltende Beeinträchtigung zu überstehen (Duden, 2017)

Sozioökonomischer Status

Als sozioökonomischer Status werden verschiedene Merkmale von Lebensumständen (z.B. formale Bildung und Schulabschluss, Ausbildung und

Studium, Beruf und Einkommen, Besitz von Kulturgütern, kulturelle Praxis, Wohnort und Eigentumsverhältnisse sowie Liquidität und Kreditwürdigkeit) bezeichnet.

Trialog

Als Trialog oder trialogische Arbeit wird die Zusammenarbeit und der Austausch von professionellen Akteuren, Menschen mit Psychiatrieerfahrungen und Angehörigen bezeichnet.

Vulnerabilität

Anfälligkeit, Verletzbarkeit (Pschyrembel, 2004)

