

# Suchtpräventions- und Suchthilfeplan der Landeshauptstadt Schwerin



## Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkungen.....	2
2. Begriffserklärung.....	3
3. Ausgangssituation.....	6
4. Risiko- und Schutzfaktoren.....	9
4.1. Risikofaktoren.....	10
4.2. Schutzfaktoren.....	10
5. Kosten- und Leistungsträger.....	12
6. Suchtprävention.....	13
6.1. Suchtpräventionsbeirat der Landeshauptstadt Schwerin.....	14
6.2. Grundsätze der Suchtprävention in der Landeshauptstadt Schwerin.....	14
6.3. Selektive und universelle Suchtprävention.....	16
6.4. Offene Treffs, mobile Jugendarbeit und Schulsozialarbeit.....	18
6.5. Jugendschutz.....	18
6.6. Suchtpräventionsfachkräfte.....	18
6.7. Suchtprävention in Betrieben.....	19
6.8. Öffentlichkeitsarbeit.....	19
6.9. Evaluation.....	19
7. Ambulante Handlungsfelder.....	20
7.1. Beratung.....	20
7.2. Behandlung.....	23
8. Teilstationäre und stationäre Handlungsfelder.....	24
8.1. Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung.....	24
8.2. Nachsorge.....	25
8.3. Pflege.....	26
9. Selbsthilfe.....	27
10. Teilhabe am Arbeitsleben.....	28
11. Persönliches Budget.....	29
12. Steuerung, Koordination und Vernetzung.....	29
12.1. Gemeindepsychiatrischer Verbund.....	29
12.2. Hilfeplankonferenz - ein qualitatives Instrument der personenzentrierten Versorgung im regionalen Verbund.....	30
12.3. Unabhängige Beschwerdestelle.....	30
13. Schlussbemerkungen.....	31
<b>Anhang</b>	
Konzeption zur Bildung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Landeshauptstadt Schwerin.....	33
Relevante Gesetzesgrundlagen.....	39

## 1. Vorbemerkungen

Der Suchtpräventions- und Suchthilfeplan der Landeshauptstadt Schwerin wird erstmalig vorgelegt und verfolgt den Zweck, die aktuelle Situation der Suchtkrankenhilfe in der Landeshauptstadt Schwerin zu beschreiben, die Entwicklungen und Probleme darzustellen, die Angebote miteinander zu verknüpfen sowie Perspektiven für die Weiterentwicklung aufzuzeigen. Es soll der Themenkomplex Sucht als körperliche und psychische Abhängigkeit von Substanzen mit Suchtpotential unter Berücksichtigung regionaler Strukturen in der Landeshauptstadt Schwerin näher beleuchtet werden. Den Auftrag dazu hat die Stadtvertretung in ihrer 21. Sitzung am 27. Juni 2011 (DS 00879/2011) mit folgendem Beschluss erteilt: „Die Oberbürgermeisterin wird beauftragt, einen Suchtpräventions- und Suchthilfeplan für die Landeshauptstadt Schwerin zu erarbeiten und diesen der Stadtvertretung bis 30.06.2012 vorzulegen“. Die Verwaltung hat in den Mitteilungen der Oberbürgermeisterin zur 31. Stadtvertreterversammlung am 21. Mai 2012 ausführlich über den Bearbeitungsstand informiert und u.a. mitgeteilt: „...Deshalb kann auf Erfahrungswerte und auf strukturierte und verbindliche Netzwerke nur bedingt zurückgegriffen werden, wohl aber auf Expertinnen und Experten der Suchthilfe in der Landeshauptstadt Schwerin und dem näheren Umland. Die Verwaltung hat einen umfangreichen Diskussionsprozess angeschoben, der noch nicht abgeschlossen ist.“

Sucht ist eine multifaktorielle Erkrankung, von der in Deutschland mehrere Millionen Menschen betroffen sind. Der übermäßige Konsum von Nikotin, Alkohol, Drogen oder Medikamenten hat schwerwiegende gesundheitliche, psychische und soziale Konsequenzen. Süchtiges Verhalten (Mediensucht eingeschlossen) zeichnet sich durch den Verlust der Verhaltenskontrolle aus. Sucht ist eine schwere Krankheit mit chronischen aber in der Regel prozesshaften Verläufen, die jeweils sehr individuell zu sehen ist. Jede Suchtentwicklung ist anders, nicht jeder Fall gleich tief begründet, nicht jede Phase gleich problematisch. Die Erkrankung erfasst die ganze Person, einschließlich ihres sozialen Umfeldes. Deshalb sind bei Suchterkrankungen eine umfassende Beratung, Behandlung und Rehabilitation notwendig.

Die Versorgung der suchterkrankten Menschen ist eine Gemeinschafts- und Pflichtaufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Da realistisch gesehen mit einer suchtmittelfreien Gesellschaft nicht zu rechnen ist, müssen den suchtkranken Menschen Hilfemöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden, die den Lebensrealitäten entsprechen und möglichst frühzeitig ansetzen. Das Suchthilfesystem ist sehr komplex und unterliegt einer ständigen dynamischen Entwicklung. Das Auftauchen neuer Suchtmittel und veränderte Konsumgewohnheiten der Menschen erfordert vor allem Flexibilität im System. Neue Erkenntnisse in Forschung und Praxis führen zu einer permanenten Weiterentwicklung des Hilfeangebotes für Betroffene, Gefährdete und Ihre Familien. Für ein ausgewogenes und bedarfsgerechtes Angebot, bedarf es einer engen Vernetzung aller Einrichtungen der Suchthilfen, auch mit anderen Hilfesystemen. Der gemeinsamen Arbeit muss eine klare Konzeption zugrunde liegen, wozu die Suchtpräventions- und Suchthilfeplanung beitragen soll.

Die Politik wird sich in den nächsten Jahren zunehmend die Frage stellen müssen, wie sie den Herausforderungen der Suchtprobleme gegenübertritt und welchen Preis sie bereit ist, dafür zu zahlen. Gesellschaftliches Ziel kann nicht das Verbot von Suchtmitteln sein, sondern nur der verantwortungsbewusste Umgang mit ihnen. Durch Produktion und Verkauf von alkoholischen Getränken und Zigaretten entstehen auf der einen Seite hohe Steuereinnahmen; zusätzlich werden hunderttausende Arbeitsplätze vorgehalten. Auf der anderen Seite entsteht auch ein hoher volkswirtschaftlicher Schaden, speziell durch problematischen Konsum, aufgrund von Arbeitsausfall und der Notwendigkeit medizinischer als auch rehabilitativer Maßnahmen. Mit Kampagnen und Initiativen, die sich an Suchtmittelkonsumenten richten, aber auch präventive Ansätze verfolgen, soll die Schweriner Bevölkerung künftig noch besser aufgeklärt werden. Dazu hat in den zurückliegenden Monaten ein intensiver Kommunikations- und Planungsprozess mit den Schweriner Akteuren begonnen, der sukzessiv fortgesetzt wird.

## 2. Begriffserklärung

Der Begriff Sucht wird in Fachkreisen durch Abhängigkeit ersetzt oder zumindest dem Vorzug gegeben. Sie wird allgemein definiert als „verschiedene Formen des Angewiesenseins auf bestimmte Substanzen (oder Verhaltensweisen)“. Die „verschiedene Formen“ werden wiederum in körperliche (physische) und die seelische (psychische) Abhängigkeit unterschieden.

Körperliche Abhängigkeit ...

- ist die Entwicklung einer Toleranz. Das bedeutet, der Betroffene muss immer mehr von einer Substanz einnehmen, um die gleiche Wirkung zu erzielen. So wird die Dosis immer mehr gesteigert.
- Wird das Suchtmittel abgesetzt, zeigen sich körperliche Entzugserscheinungen. Diese sind je nach Substanz unterschiedlich und werden medizinisch auch als Entzugssyndrom bezeichnet.
- Substanzen werden eingenommen, um Entzugserscheinungen zu vermeiden oder zu lindern.

Seelische Abhängigkeit ...

- ist ein heftiges und gelegentlich unbezwingbares, sehr starkes Verlangen, eine Substanz zu konsumieren mit dem Ziel, positive Empfindungen herbeizuführen oder unangenehme Empfindungen zu vermeiden.
- Betroffene haben über den Beginn und das Ende des Konsums sowie über die Menge des Substanzgebrauchs nur eine verminderte Kontrolle. Dazu gehören auch Versuche, ein Ende zu erzwingen.
- Die Alltagsaktivitäten sind auf Möglichkeiten und Gelegenheiten zum Substanzkonsum ausgerichtet. Der Lebensstil ist eingeengt auf den Suchtmittelkonsum.
- Soziale, familiäre und berufliche Interessen werden vernachlässigt.
- Trotz auftretender schädlicher Folgen wird der Konsum fortgesetzt.
- Verstöße gegen gesellschaftliche Normen, z.B. Alkoholkonsum am Morgen sind häufig die Folge.

Das Abhängigkeitssyndrom (umgangssprachlich: Abhängigkeit, Sucht Drogenmissbrauch) wird als eine Gruppe verhaltensbezogener, kognitiver und körperlicher Phänomene definiert, die sich nach wiederholter Einnahme von psychotropen Substanzen<sup>1</sup> entwickeln. Charakteristisch ist ein starkes, oft unüberwindbares Verlangen, sich die Substanz zuzuführen. Weitere Kennzeichen sind eine fortwährende oder periodische Einnahme der Substanz, Schwierigkeiten den Konsum zu kontrollieren und eine fortschreitende Vernachlässigung anderer Verpflichtungen oder Aktivitäten. Es kommt dabei zu einer Toleranzerhöhung und manchmal zu einem körperlichen Entzugssyndrom<sup>2</sup>. Da alle Substanzen in einem „sozialen Raum“ eingenommen werden, ist die „Abhängigkeit“ als das Ergebnis komplexer Wechselwirkungen von seelischer, sozialer und körperlicher Prozesse zu verstehen. Im Bereich der substanzgebundenen Abhängigkeiten wird zwischen abhängigen Menschen von legalen und nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) illegalen Substanzen unterschieden.

---

<sup>1</sup> eine die Psyche des Menschen beeinflussender Stoff

<sup>2</sup> Mit dem Begriff Entzugssyndrom werden alle körperlichen und psychischen Erscheinungen zusammengefasst, die nach dem Absetzen oder einer Dosisreduktion von psychotropen Substanzen auftreten.

Entsprechend der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) kann eine Abhängigkeit diagnostiziert werden, wenn insbesondere folgende Kriterien vorhanden sind:

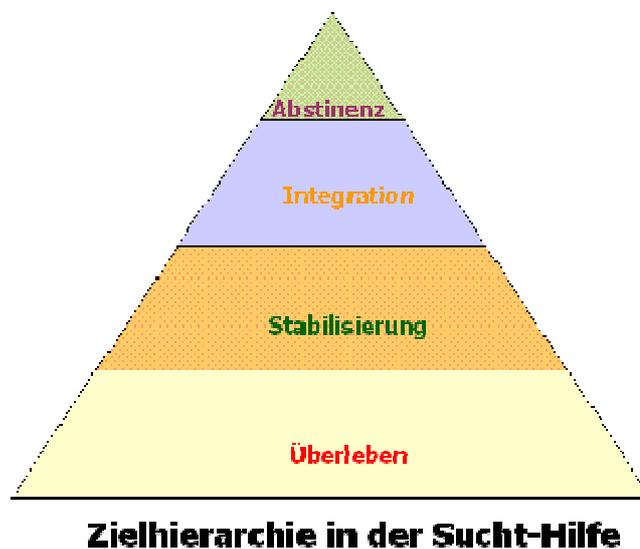
- ein starker Wunsch oder Zwang, Substanzen zu konsumieren
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanzkonsums
- Substanzgebrauch mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern und der entsprechenden positiven Erfahrung
- ein körperliches Entzugssyndrom (...)
- Nachweis der Toleranz (...)
- ein eingeeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit der Substanz wie z.B. die Tendenz, (...)die Regeln eines gesellschaftlich üblichen Trinkens außer acht zu lassen
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen und Interessen zugunsten des Substanzkonsums
- Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Die schädlichen Folgen können körperlicher Art sein, (...) oder sozial, (...) oder psychisch (...).“

Neben der Suchtmittelabhängigkeit stehen sogenannte Verhaltenssuchte im Fokus. Die in hohen Zahlen auftretenden Essstörungen (Magersucht, Esssucht, Ess- Brech-Sucht) und die Glücksspielsucht gehören ebenso zur Gruppe der Abhängigkeitserkrankungen, wie die Medienabhängigen. Auf die erkrankten Menschen mit Essstörungen wird im Folgenden nicht näher eingegangen, da die Behandlung spezifisch ist und damit von den „klassischen“ Suchthilfen deutlich abweicht.

Um abhängig zu werden, bedarf es nicht nur der Substanz, sondern eines multifaktoriellen Ursachenzusammenhanges von persönlichen und gesellschaftlichen Bedingungen. Die manifestierte Abhängigkeit zeichnet sich durch den sogenannten Suchtkreislauf aus. Hier wird versucht, die durch den Substanzkonsum entstandenen Probleme durch erneuten Konsum zu bewältigen. Typisch für die Suchterkrankung ist die häufig fehlende Krankheitseinsicht. Die körperliche Abhängigkeit tritt in der Regel nicht ohne psychische Abhängigkeit auf. Allerdings gibt es auch Abhängigkeitsformen, bei denen die körperliche Abhängigkeit sehr gering oder gar nicht vorhanden ist.

Die Suchthilfe hat übergreifend vier Ziele, die als Zielhierarchie beschrieben werden kann:

- das Überleben der konsumierenden Menschen zu gewährleisten (Schutz vor Überdosierungen, Sprizentausch )
- die gefährdeten oder abhängigen Menschen darin zu unterstützen, ihre Situation stabilisieren zu können (den Alltag bewältigen zu können, den Konsum zu reduzieren)
- eine Integration in die Arbeits- (Ausbildungs-) und Kulturwelt zu ermöglichen, d.h. (Wieder-) Eingliederung in das Berufsleben- wenn nötig auch über den sogenannten zweiten Arbeitsmarkt durch Vermittlung in Arbeitsprojekte- und Unterstützung beim (Wieder-) Aufbau eines sozialen Netzwerkes in der Familie, Freunden und Bekannten
- die Entwicklung der abstinenten Lebensweise fördern



Eine Suchterkrankung ist für die Betroffenen sehr häufig mit sozialer Verelendung und Isolierung verbunden. Auch die Angehörigen und das soziale Umfeld sind stark belastet. Oftmals ist durch die Suchterkrankung eines Familienmitgliedes das ganze Familiensystem in Mitleidenschaft gezogen, so dass neben dem abhängigen Menschen gerade auch die Angehörigen selbst der (professionellen) Hilfen bedürfen.

Häufig leiden abhängige Menschen gleichzeitig an einer weiteren psychischen Störung („Komorbidität“). Diese kann der Suchterkrankung vorausgehen. Das süchtige Verhalten kann dann einen Versuch der Selbstheilung darstellen, z. B. bei Angststörungen, chronifizierten depressiven Verstimmungen, schizophrenen Psychosen und bestimmten Persönlichkeitsstörungen. Sie kann auch sekundär als Folge der Suchterkrankung entstehen, z.B. in Gestalt von hirnanorganischen und depressiven Störungen. Die komplexen Wechselwirkungen der Erkrankungen stellen für die Akuttherapie und die Rehabilitationsbehandlung eine besondere Herausforderung dar, der oft mit spezifischen Angeboten zu begegnen ist.

---

<sup>3</sup> Quelle: Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik (IFP)

### 3. Ausgangssituation

#### Alkohol

9,5 Mio. Menschen in Deutschland konsumieren Alkohol in gesundheitlich riskanter Form. Etwa 1,3 Mio. Menschen gelten als alkoholabhängig. Aktuelle Analysen zu alkoholbezogenen Gesundheitsstörungen und Todesfällen gehen jährlich von etwa 74.000 Todesfällen aus, davon durch Alkoholkonsum allein 26% oder durch den Konsum von Tabak und Alkohol bedingt 74 %. Eine psychische oder verhaltensbezogene Störung durch Alkohol wurde im Jahr 2010 als dritthäufigste Einzeldiagnose in Krankenhäusern mit 333.357 Behandlungsfällen diagnostiziert. 25.995 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 10 und 20 Jahren wurden 2010 aufgrund eines akuten Alkoholmissbrauchs stationär behandelt. Die registrierten Behandlungsfälle von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (vollstationäre Krankenhauspatienten und -patientinnen 10 bis 20 Jahre wegen einer psychischen Störung durch Alkohol oder wegen der toxischen Wirkung von Alkohol) stiegen in den letzten Jahren deutlich. Die volkswirtschaftlichen Kosten betragen bundesweit jährlich 26.7 Milliarden Euro.<sup>4</sup>

#### Alkoholverbrauch je Einwohner an reinem Alkohol (Liter)<sup>5</sup>

1995	2000	2005	2008	2009	2010
11.1	10,5	10	9,9	9.7	9,6

#### Drogen

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt den Anteil illegaler Drogen an der Gesamt mortalität<sup>6</sup> weltweit auf 0,4%. Dies entspricht einer Gesamtzahl von 2.5 Mio. Fällen im Jahr 2004. Der Konsum psychoaktiver Substanzen verursacht darüber hinaus 0,9% der globalen Krankheitsbelastung gemessen am Anteil gesunder Lebensjahre, die durch Krankheit oder frühzeitigen Tod verloren gehen.

Auf der Basis des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006 muss bundesweit von 2.4 Mio. Cannabiskonsumenten und 645.000 Konsumenten anderer illegaler Drogen ausgegangen werden. 380.000 Menschen praktizieren einen missbräuchlichen Cannabiskonsum. Der periodischer Konsum und Intoxikation<sup>7</sup> haben Auswirkungen auf die Schul- und Arbeitsleistungen, auf Gefährdungen im Verkehr und können soziale und rechtliche Probleme hervorrufen.

#### Medikamente

Abhängigkeit und riskanter Konsum von Medikamenten sind in Deutschland weit verbreitet. Expertenschätzungen gehen von 1,9 Mio. medikamentenabhängigen Menschen aus. Medikamentenmissbrauch ist im Unterschied zu anderen Substanzen ein Phänomen, das hauptsächlich ältere Personen und mehr Frauen als Männer betrifft. Die größte Suchtgefahr geht von Schlaf- und Beruhigungsmitteln und ähnlich wirkenden Arzneien aus. Eine weitere Gruppe suchtauslösender Medikamente sind die Schmerzmittel. Bundesweite Schätzungen liegen hierzu vor, leider nicht für Mecklenburg- Vorpommern. Der Anteil im Vergleich zu

<sup>4</sup> Quelle: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

<sup>5</sup> Quelle: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

<sup>6</sup> Sterberate

<sup>7</sup> Vergiftung

Alkoholabhängigen ist jedenfalls ausgesprochen hoch, wie in der folgenden Darstellung zu sehen ist.

### Schätzungen zur Anzahl der Suchtkranken 2010/11 und 2008/09<sup>8</sup>

Bundesland (Bevölkerung 31.12.2011) <sup>9</sup>	BtM <sup>10</sup> 2010/11	BtM 2008/09	Alkohol 2010/11	Alkohol 2008/09	Medikamente 2010/11	Medikamente 2008/09
Baden- Würtemb. (10.786.227)	25.000	25.000	270.000	270.000	150.000	150.000
Bayern (12.595.891)	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Berlin (3.501.872)	22.000- 24.000	22.000- 24.000	65.000	65.000	k.A.	k.A.
Brandenburg (2.495.635)	9.200	9.200	54.000	54.000	44.000	44.000
Bremen ( 661.301)	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
Hamburg (1.798.836)	8.000- 12.000	8.000- 12.000	40.000- 60.000	40.000- 60.000	8.000-16.000	8.000-16.000
Hessen (6.092.126)	31.600	13.000	k.A.	124.000	104.000	104.000
<b>Meckl.-Vorp. (1.634.734)</b>	<b>12.255</b>	<b>53.000</b>	<b>81.000</b>	<b>34.000</b>	<b>k.A.</b>	<b>k.A.</b>
Niedersachsen (7.913.502)	13.000- 26.000	13.000- 26.000	150.000- 180.000	150.000- 180.000	150.000- 180.000	150.000- 180.000
NRW (17.841.956)	31.000	31.000	400.000	400.000	300.000	300.000
Rheinland- Pfalz (3.999.117)	10.000	10.000	40.000	40.000	70.000	70.000
Saarland (1.013.352)	2.200	1.200	20.000- 30.000	20.000	k.A.	7.500-8.000
Sachsen (4.137.051)	37.000	16.000	65.000	65.000	70.000	70.000
Sachsen- Anhalt	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.

<sup>8</sup> Länderkurzbericht der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) Stand: 29.12.2011

<sup>9</sup> Statistische Ämter des Bundes und der Länder

<sup>10</sup> Betäubungsmittel

(2.313.280)						
Schleswig-Holstein (2.837.641)	17.000	13.509	44.460	44.460	47.880	47.880
Thüringen (2.221.222)	7.000	7.000	52.000	52.000	41.000	41.000
<b>Gesamt: (81.843.743)</b>	<b>213.000- 232.000</b>	<b>221.909- 240.909</b>	<b>1.281.460- 1.341.460</b>	<b>1.358.460- 1.408.460</b>	<b>964.880- 982.880</b>	<b>972.380- 990.880</b>

## Nikotin

Jährlich sterben in Deutschland etwa 110.000 Menschen an den direkten Folgen des Rauchens. Zusätzlich ist von etwa 3.300 Todesfällen durch Passivrauchen auszugehen. Rauchen ist das größte vermeidbare Gesundheitsrisiko unserer Zeit und wesentliche Ursache für vorzeitige Sterblichkeit.

## Pro-Kopf-Verbrauch (je Einwohner und Jahr)<sup>11</sup>

	1995	2000	2005	2008	2009	2010
Zigaretten (Stück)	1.654	1.699	1.162	1.071	1.058	1.021

Nach den Ergebnissen des Mikrozensus 2009 liegt die Raucherprävalenz bei den über 15-Jährigen und älteren Männern bei 30,5 % (2005: 32,2%) und bei den gleichaltrigen Frauen bei 21,2% (2005: 22,5 %), insgesamt 25,7 % (2005: 27,2%)<sup>12</sup>. Der GEDA-Studie (Gesundheit in Deutschland aktuell) des Robert Koch-Instituts zufolge rauchten im Jahr 2009 in Deutschland 29,9 % der 18jährigen und älteren Menschen, 33,9% der Männer und 26,1% der gleichaltrigen Frauen.<sup>13</sup>

## Glücksspiel

Während die meisten Menschen das Glücksspiel mit Spaß, Stimulation und Zeitvertreib verbinden und Geld kontrolliert einsetzen, kommt es bei einer kleinen Gruppe als Folge exzessiven Spielens zu schwerwiegenden psychischen, sozialen oder finanziellen Problemen. Laut Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung von Mai 2011 hat innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten jede zweite Person in der erwachsenen Bevölkerung (45%) eines oder mehrere Glücksspiele um Geld gespielt. Am Häufigsten werden die staatlichen Lotterien und Sofortlotterien/Rubbellose genutzt, gefolgt von anderen Lotterien und dem Glücksspiel an Geldspielautomaten. Etwa ein Prozent der 14- bis 64-jährigen waren im Laufe ihres Lebens von pathologischem Glücksspiel betroffen.

<sup>11</sup> Quelle: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

<sup>12</sup> Quelle: Statistisches Bundesamt, 2006, 2010

<sup>13</sup> Quelle: Robert-Koch-Institut, 2009

Umsätze auf dem Glücksspiel-Markt (in Mio. €)<sup>14</sup>

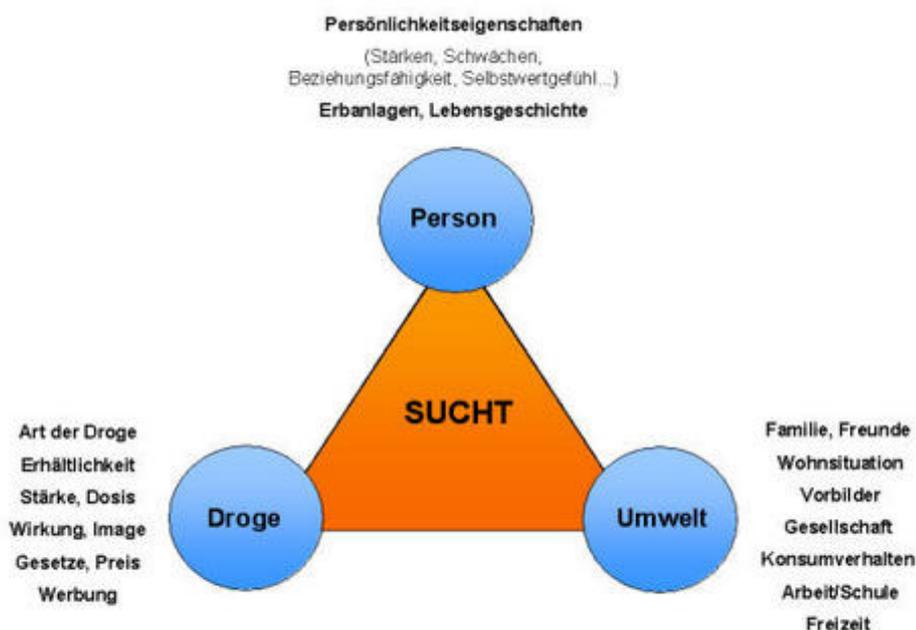
	1982	1992	2002	2008	2009	2010
gesamt			27.359	31.493	31.771,8	31.509
davon entfallen						
auf Spielbanken	3.429	6.854	10.900	8.030	6.862	6.187
auf Spielautomaten			5.710	14.720	16.160	17.210
auf den Deutschen Lotto- und Toto-Block	3.239	5.788	8.311	6.792	7.002,6	6.500

## Medien

Das **Internet** ist aus unserer heutigen Welt kaum mehr wegzudenken. Seit etwa 10 Jahren lässt sich aber auch eine exzessive Computer- und vor allem Internetnutzung beobachten, die suchtspezifische Muster aufweist. Anfällig dafür, auf inadäquate Weise in virtuelle Welten zu flüchten, sind vor allem Jugendliche im Pubertätsalter. Internetsucht ist kein Problem bestimmter gesellschaftlicher Schichten. In der Gruppe der 14- bis 64-jährigen gelten ca. 560.000 Menschen bundesweit als internetabhängig und ca. 2,5 Mio. Menschen als problematische Internetnutzer. Die meisten davon sind jung. Unter den 14- bis 24-jährigen zeigen etwa 250.000 Anzeichen einer Abhängigkeit und 1,4 Mio. ein problematisches Nutzungsverhalten.

## 4. Risiko- und Schutzfaktoren

Zwischen risikoh erhöhenden und risikomildernden Faktoren bestehen Wechselwirkungen, die im folgenden Schaubild<sup>15</sup> vereinfacht dargestellt werden sollen:



<sup>14</sup> Quelle: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

<sup>15</sup> Quelle: Polizeipräsidium Bayern

## 4.1. Risikofaktoren

Warum Menschen süchtig werden, dafür gibt es ein ganzes Bündel von Ursachen. Wie in einem Netz sind die einzelnen Stränge miteinander verflochten und verstärken sich gegenseitig. In Peergroups, also in Gruppen von Ähnlichaltrigen kann u. a. festgestellt werden, dass etwa Hauptschüler mehr rauchen als Gymnasiasten, viel mehr Männer als Frauen alkohol- oder drogenabhängig und dafür mehr Frauen medikamentenabhängig sind. So etwas wie eine "Suchtpersönlichkeit" gibt es nicht, wohl aber Risikofaktoren, die die Entstehung einer Sucht begünstigen können. Sucht entsteht nicht von einem Tag auf den anderen. Ein Risikofaktor ist etwas, was die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Bedingung oder Krankheit erhöht. Es gibt keine allgemeingültige Ursache, die für alle Abhängigkeitserkrankten Menschen gilt! Zudem handelt es sich ohnehin meist um ein Zusammenspiel mehrerer Risikofaktoren, die bei einem „suchtanfälligen“ Menschen zum Ausbruch einer Sucht führen können.

### Umweltbezogene Risikofaktoren

- dysfunktionale (gestörte) Familienatmosphäre
- häufige Trennung in der Familie
- geringe emotionale Bindung in der Familie
- mangelnde Unterstützung und Kontrolle durch die Eltern
- multigenerationale Sucht
- elterliche Komorbidität<sup>16</sup>
- Abhängigkeit beider Eltern
- frühzeitiger Beginn der elterlichen Abhängigkeit
- Modelllernen
- niedriger sozioökonomischer Status der Familie

### Kindbezogene Risikofaktoren

- Gewalterfahrungen, Erfahrung von sexuellem Missbrauch
- Vulnerabilität<sup>17</sup>
- genetische Disposition<sup>18</sup>

## 4.2. Schutzfaktoren

Als Schutzfaktor bezeichnet man einen umgebungsbezogenen Faktor, der die psychische Wirkung von belastenden Umweltbedingungen oder anderen risikoerhöhenden Faktoren auf einen Menschen abpuffert. Unter ansonsten gleich belastenden Umweltbedingungen (siehe Risikofaktoren) entwickeln manche Menschen eine Suchterkrankung, andere nicht. Schutzfaktoren werden in zwei Gruppen geteilt: Faktoren, die in der Familie angesiedelt sind (z. B. stabile emotionale Beziehung zu einer Bezugsperson), und Faktoren, die im sozialen Umfeld liegen (z. B. positive Schulerfahrungen).

---

<sup>16</sup> in der Medizin ein oder mehrere zusätzlich zu einer Grunderkrankung vorliegende, diagnostisch abgrenzbare Krankheits- oder Störungsbilder

<sup>17</sup> Verwundbarkeit, Verletzbarkeit

<sup>18</sup> Eine genetische Disposition bezeichnet die aus der Struktur oder Zusammensetzung von Erbgut bestimmte außergewöhnliche Veranlagung eines Individuums oder der Mitglieder einer Familie (= familiäre Disposition), bestimmte Besonderheiten und Erkrankungen zu vererben bzw. die anlagebedingte Anfälligkeit, bestimmte Erkrankungen zu entwickeln (Wikipedia)

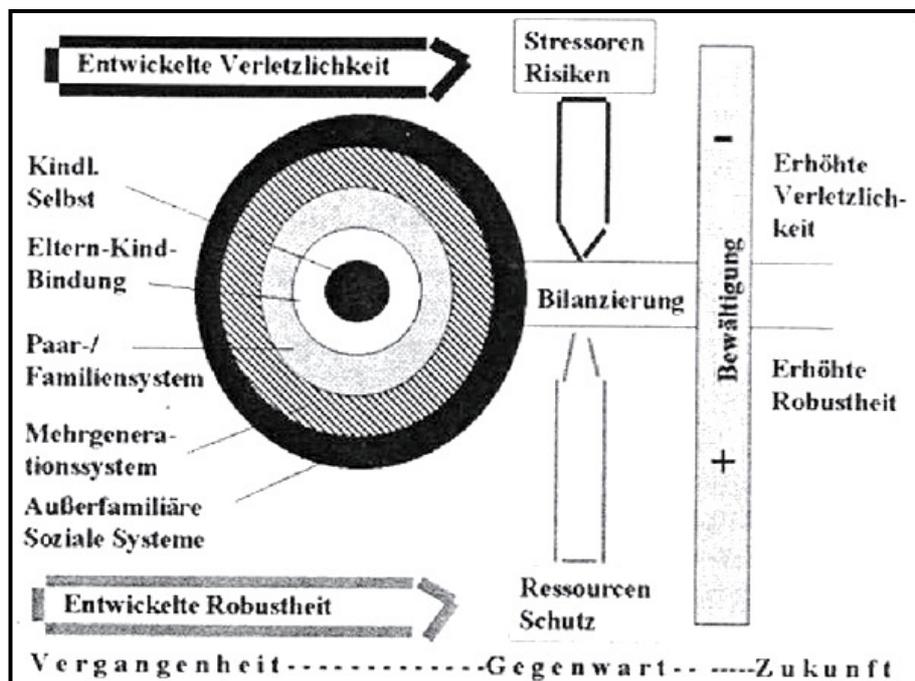
## Personale Schutzfaktoren

- Beziehungs- und Konfliktfähigkeit (Kommunikationsfähigkeiten)
- realistische Selbsteinschätzung
- hohe Eigenaktivität: Alltag gestalten können, sich selbst beschäftigen können
- ausreichende Selbstachtung, positives Selbstwertgefühl (sich so annehmen, wie man ist)
- Vertrauen in die Selbstwirksamkeit: Die Überzeugung wichtige Ereignisse selbst beeinflussen zu können, sich kompetent zu fühlen, "Ich werde schon fertig mit den Problemen"
- Bewältigungsstile: Ein aktiver Problembewältigungsstil – im Gegensatz zur Problemvermeidung – gilt für die Entwicklung im Jugendalter als bedeutsam.
- Insbesondere ist ein Bewältigungsstil von Bedeutung, der zur Lösung von Problemen auf soziale Ressourcen zurückgreift.
- Erfahrung in der Bewältigung von Problemlagen
- Hoffnungsbereitschaft, Zuversicht: Durchgängige und Misserfolge überdauernde Lebenseinstellung
- Risikobewusstsein/Risikokompetenz/Mündigkeit: Bescheid wissen über mögliche Risiken.
- selbstständige Urteilsbildung, Widerstand gegen Verführung, Kritikfähigkeit
- Kohärenzsinn: Gefühl des Verankertseins. Personen mit hohem Kohärenzsinn sind in der Lage, ihrem Leben und dem eigenen Handeln einen Sinn zu geben, die Welt als verstehbar zu begreifen, und sie haben das Gefühl, Lebensaufgaben bewältigen zu können.
- Genuss- und Erlebnisfähigkeit
- kognitive Fähigkeiten: Sie sind die Basis, auf der Jugendliche Konflikte und Probleme bewältigen; zum Beispiel analytisches, differenziertes Denken, Sprachvermögen, Entscheidungsfähigkeit, usw.

## Soziale Schutzfaktoren

- gutes Verhältnis zu den Eltern (Vertrauen und Unterstützung in schwierigen Situationen)
- sozial-emotional günstiges Erziehungsklima, feste emotionale Bezugspersonen
- gutes soziales Netz, stabilisierende Freundschaftsbeziehungen (Vertrauen, Unterstützung und Deutungshilfe im Alltag)
- förderliches Klima in der Schule, am Arbeitsplatz: überschaubare Unterrichtsstruktur, angemessene Anforderungen, förderliche schulische Umwelt
- Zugang zu Information und Bildung
- soziale Lage,
- befriedigende Entwicklungsperspektiven u.a.m.

Ansatzpunkte für die präventive Arbeit im Sinne moderner Suchtprävention sind die Reduktion von Risikofaktoren und die Stärkung der personalen und sozialen Kompetenzen der Heranwachsenden (Schutzfaktoren), wie das folgende Schaubild verdeutlicht:<sup>19</sup>



## 5. Kosten- und Leistungsträger

Nicht alle Leistungen der Suchtprävention und der Suchtkrankenhilfe werden aus derselben Kasse bezahlt. Als Kosten- und Leistungsträger können schon bei einer „normalen“ Behandlung zahlreiche Institutionen in Frage kommen, wie z.B. gesetzliche oder private Krankenkassen, gesetzliche Rentenversicherungen und Kommunen. Es ist leicht vorstellbar, dass das ‚Schnittstellenmanagement‘ in diesem stark gegliederten System nicht immer ganz einfach und für die betroffenen Menschen ohne professionelle Unterstützung kaum zu bewältigen ist. Noch komplexer werden die Situationen, wenn es sich um Jugendliche handelt (Jugendhilfe), die suchterkrankten Menschen sich in Haft befinden (Justizbehörden) oder der Aufenthaltsstatus ungeklärt ist (Asylbewerberinnen und Asylbewerber)

Kosten- und Leistungsträger sind insbesondere:

- **Krankenkassen** finanzieren somatische Behandlungen, Entzugsbehandlungen, Entwöhnungsbehandlungen, Substitutionsbehandlungen (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung- SGB V)
- **Rentenversicherungen** finanzieren Entwöhnungsbehandlungen als medizinische Leistungen zur Rehabilitation sowie Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung (Sozialgesetzbuch Sechstes Buch - Gesetzliche Rentenversicherung - SGB VI und Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - SGB IX)
- Das **Land Mecklenburg - Vorpommern**, die **Bundesrepublik Deutschland** und die Europäische Union fördern Beratungsleistungen, Suchtprävention und besondere Projekte, Forschung und Ausbildung

<sup>19</sup> Quelle: Transaktionales Prozessmodell zur Bilanzierung von Risiko- und Schutzfaktoren (adaptiert nach Schneewind, 1995).

- **Kommune (Landeshauptstadt Schwerin)** fördert Beratungsleistungen im Rahmen der Suchtberatung nach dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Land Mecklenburg – Vorpommern (ÖGDG M-V) über das Amt für Bürgerservice/Gesundheitsamt, Suchtprävention als freiwillige Leistungen im Kontext der Jugendarbeit/ Jugendschulsozialarbeit nach Sozialgesetzbuch Achtes Buch – Kinder- und Jugendhilfe – SGB VIII über das Amt für Jugend, Schule und Sport. Der örtliche Sozialhilfeträger (Amt für Soziales und Wohnen) finanziert alle Leistungen der Krankenversicherung und Rentenversicherung im Fall unzureichender Ansprüche versicherter Menschen. Außerdem werden für Personen, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind, Beratung und persönliche Betreuung nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe- SGB XII oder Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach gleichem Gesetzbuch gewährt.
- Die **Arbeitsverwaltung** finanziert berufliche Reintegration sowie die Teilhabe am Erwerbsleben (Sozialgesetzbuch Drittes Buch – Arbeitsförderung- SGB III).
- Das **Jobcenter** erbringt zur Verwirklichung einer ganzheitlichen und umfassenden Betreuung und Unterstützung bei der Eingliederung in Arbeit Leistungen für die Eingliederung in Form von Suchtberatung nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch – Grundsicherung für Arbeitssuchende – SGB II.
- **Selbstzahler:** Wenn die Kosten bei bestimmten Hilfen vom Einkommen und Vermögen des betroffenen Menschen vollständig selbst gezahlt werden können, spielen bei diesem sogenannten Selbstzahler staatliche Stellen keine Rolle. Sollten aber nicht alle Kosten selbst getragen werden können, können bei Vorliegen der Voraussetzungen die Kosten im Rahmen der Sozialhilfe ganz oder teilweise übernommen werden. Sobald ein entsprechender Antrag gestellt wurde, werden die Voraussetzungen vom Sozialhilfeträger geprüft.
- **Stiftungen, Spender und Gerichte (Bußgelder)** wird durch Sucht- und Drogenberatungsstellen u.a. Leistungserbringern zusätzlich akquiriert.

## 6. Suchtprävention

Grundsätzlich gilt: Wer Suchtmittel konsumiert, kann davon abhängig werden. Begonnen wird mit dem Konsum von Suchtmitteln fast immer in der Pubertät. Durchschnittlich im Alter von knapp 14 Jahren rauchen Jugendliche ihre erste Zigarette, wenig später trinken sie das erste Glas Alkohol. Zu illegalen Drogen, meist Cannabis oder Ecstasy greifen fast ausschließlich Jugendliche, die bereits rauchen und Alkohol trinken. Das Jugendalter hat die Besonderheit, dass die Persönlichkeit noch nicht ausgereift ist. Deshalb setzt Suchtprävention auch bereits im Kinder- und Jugendalter an. Ob der Probier- bzw. Experimentierkonsum Jugendlicher allerdings zu Gewöhnung, Missbrauch und schließlich Abhängigkeit führt, hängt von vielen Faktoren ab. Wichtige Schutzfaktoren sind z.B. ein Freundeskreis, in dem keine Suchtmittel konsumiert werden und Eltern, die selbst verantwortungsvoll mit Alkohol umgehen und nicht rauchen. Sind Suchtmittel schwer zu beschaffen und teuer, steigen erfahrungsgemäß weniger Jugendliche in einen regelmäßigen Konsum ein.

Da Suchtabhängigkeit eine Erkrankung ist, die aus der Wechselwirkung zwischen Suchtmittel, sozialem Umfeld und Persönlichkeit entsteht, müssen die Maßnahmen zur Suchtprävention genau diese Entstehungszusammenhänge berücksichtigen. Sie sind eine gesellschaftliche Querschnittsaufgabe. Suchtprävention ist Bestandteil der Gesundheitsförderung sowie der Gesundheitsvorsorge und hat ein eigenständiges Profil. Sie ist kontinuierlich, prozesshaft und langfristig angelegt. Suchtprävention zielt auf die Sensibilisierung der gesamten Öffentlichkeit für die Phänomene der Abhängigkeit, des suchterkrankten Menschen und dessen ausweichendem Verhalten ab. Sie deckt zudem die Zusammenhänge der Ursachen auf. Daraus folgert, dass Suchtprävention nicht mehr die Funktion der Abschreckung, nicht ausschließlich die Funktion der Aufklärung, sondern im wesentlichen die Funktion der Auseinandersetzung mit dem Gegenüber zum Inhalt hat. Ziel von Suchtprävention muss also eine thematische und aktive Auseinandersetzung zum Erwerb und zur Einübung von Handlungskompetenzen und Handlungsalternativen sein.

Das Konzept einer umfassenden Suchtprävention beinhaltet neben der suchtspezifischen Aufklärung und Auseinandersetzung immer auch einen suchtunspezifischen Bereich.

## **6.1 Suchtpräventionsbeirat in der Landeshauptstadt Schwerin**

Suchtprävention und Gesundheitsförderung stehen im Vordergrund der Aktivitäten auf regionaler Ebene. Die Strategie der Schweriner Akteure legt zunächst sehr allgemein gehalten fest, dass sich Suchtprävention zielgerichteter an Risikogruppen wenden muss, damit sie noch effektiver wird. Gerade in Zeiten begrenzter Haushaltsmittel ist es umso wichtiger, dass Mittel wirksam eingesetzt werden. Deshalb hat sich in der Landeshauptstadt Schwerin im September 2012 ein Suchtpräventionsbeirat konstituiert. Er begleitet das ständige fortzuschreibende regionale Suchtpräventionskonzept. Zusätzlich sorgt er für ein abgestimmtes Vorgehen der Beteiligten und sichert den dafür notwendigen Informationsfluss. Der Suchtpräventionsbeirat evaluiert nicht zuletzt die Wirksamkeit von Präventionsprojekten und Initiativen als Expertengremium. Suchtprävention ist grundsätzlich auf unterschiedliche Zuständigkeiten verteilt. Damit Suchthilfe, Jugendhilfe und das Gesundheitssystem nicht neben- statt miteinander arbeiten, ist ein reibungsloser Übergang an den Schnittstellen notwendig. Deshalb wirken in dem Suchtpräventionsbeirat

- die Klinik für Abhängigkeitserkrankungen der Carl-Friedrich-Flemmingklinik (HELIOS Kliniken Schwerin),
- die beiden Schweriner Sucht- und Drogenberatungsstellen (Psychosoziales Beratungs- und Behandlungszentrum der AHG Poliklinik Schelfstadt und Sucht- und Drogenberatungsstelle der Evangelischen Suchtkrankenhilfe M-V gGmbH),
- der anerkannte Träger der freien Jugendhilfe VSP gGmbH sowie
- die Ämter der Stadtverwaltung (Amt für Jugend, Schule und Sport und Amt für Bürgerservice/ Gesundheitsamt) mit.

Um den wesentlichen Bereich Schule soll der Suchtpräventionsbeirat mit einem Vertreter des staatlichen Schulamtes künftig erweitert werden.

Der kommunale Präventionsrat der Landeshauptstadt Schwerin befasst sich mit weit mehr regionalen Präventionsthemen. Er wird die Suchtpräventionsstrategien und -projekte begleiten und sich von der Stadtverwaltung kontinuierlich berichten lassen. Der gegenseitige Informationsfluss ist sichergestellt.

## **6.2 Grundsätze der Suchtprävention in der Landeshauptstadt Schwerin**

Der Bildung des Suchtpräventionsbeirates gingen zahlreiche Fachdiskurse sowohl verwaltungsintern, mit in der Umsetzung von Suchtpräventionsmaßnahmen erfahrenen Trägern und Einrichtungen als auch mit Experten in der Suchthilfe voraus. Auf ein gut funktionierendes Netzwerk auf der Ebene der Fachkräfte konnte aufgebaut werden. Der Arbeitskreis Sucht der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in der Landeshauptstadt Schwerin hat sich Mitte der neunziger Jahre gegründet und setzt sich aus Fachkräften von Trägern der freien Wohlfahrtspflege und der Selbsthilfe, medizinischer Einrichtungen und Ämter der Stadtverwaltung zusammen. Dort werden nicht nur suchtspezifische Themen beraten, sondern auch der Fachkräfteaustausch gesichert. Mit dem Auftrag der Stadtvertretung zur Erarbeitung von Suchtpräventionsstrategien als ein Bestandteil des Suchtpräventions- und Suchthilfeplanes ist dort unter Leitung des Amtes für Bürgerservice/Gesundheitsamt ein intensiver Diskussionsprozess geführt worden. Der Arbeitskreis hat sich Grundsätze für eine gelingende Suchtprävention erarbeitet und diese im Mai 2012 abschließend beraten und votiert.<sup>20</sup> Sie sollen nicht zuletzt die Grundlage für das fachliche Handeln in der Suchtprävention sein:

---

<sup>20</sup> Protokoll der Sitzung des Arbeitskreises Sucht der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft vom 23.5.2012

*Suchtprävention setzt frühzeitig an.*

Suchtbegünstigende Einstellungen und Verhaltensmuster haben ihre Grundlage bereits im Vorfeld eines Missbrauchsverhaltens. Suchtvorbeugung muss daher bereits in der Familie, im Elementarbereich (KITA) und der Grundschule ansetzen.

*Suchtprävention ist zielgruppenspezifisch und lebensweltorientiert.*

Altersgruppengerechte Angebote sind für alle Lebensphasen zu entwickeln und nicht fixiert auf Kinder und Jugendliche, auch wenn hier aus entwicklungspsychologischen Gründen ein Schwerpunkt liegt. Das methodische Repertoire ist auf die jeweilige Zielgruppe mit ihren Konsumgewohnheiten und ihrem Lebenshintergrund abzustimmen.

*Suchtprävention ist langfristig und kontinuierlich angelegt.*

Sie soll Menschen, ausgerichtet auf ihre jeweilige Lebenswelt, begleiten und sich an den gegebenen Verhältnissen orientieren. Maßnahmen und Konzepte sollen aufeinander aufbauen, abgestimmt und über einen längeren Zeitraum strukturiert sein. Sie muss finanziert werden (Projektförderung, Gewinnung von Sponsoren und Förderern usw.).

*Suchtprävention berücksichtigt geschlechtsspezifische Aspekte.*

Ursachen für missbräuchlichen Konsum von Suchtmitteln weisen neben geschlechtsübergreifenden Aspekten auch frauen- und männerspezifische Muster auf. Diese beziehen sich u.a. auf die durch Erziehung und Sozialisation geprägte Identität und das von Familie und Gesellschaft erwartete geschlechtsspezifische Rollenverhalten. Es können sich aber auch Einstiegs- und Konsummuster bei Männern und Frauen unterscheiden. Deshalb sollten sich Geschlechterdifferenzierungen in suchtpräventiven Konzepten wiederfinden und in ihrer konkreten Umsetzung ihren Ausdruck finden.

*Suchtprävention umfasst suchtspezifische und unspezifische Elemente.*

Suchtprävention ist Element einer umfassenden Konzeption von Gesundheitsförderung mit einem eigenständigen Profil. Die suchtspezifische Vorbeugung grenzt sich aber dennoch von der allgemeinen Gesundheitsförderung, da hier die Sucht begünstigenden Verhältnisse und die Entstehung süchtigen Verhaltens im Vordergrund stehen. Ein Teilgebiet dieses Bereiches ist demnach die suchtmittelspezifische Prävention. Die Maßnahmen sollen auf Einstellungs- und Verhaltensänderungen gegenüber einzelnen Suchtmitteln abzielen. Suchtvorbeugung soll sich nicht in erster Linie mit dem Thema Sucht mit allen angst einflößenden Aspekten beschäftigen, sondern die Auseinandersetzung mit Faktoren in den Mittelpunkt stellen, die im Einzelnen, in der Familie, im Elementarbereich, in der Schule, am Arbeitsplatz, in der Gesellschaft zu Sucht führen können. Ein wesentlicher Schwerpunkt ist demnach die aktive thematische Auseinandersetzung und der Erwerb von Handlungskompetenzen sowie die gesundheitsfördernde Eigenverantwortung.

*Suchtprävention soll sowohl personenzentriert als auch strukturorientiert sein.*

Personenzentrierte Maßnahmen richten sich an den einzelnen Menschen. Das Ziel besteht darin, dem Individuum Kenntnisse, Erfahrungen und Ressourcen zu vermitteln, die süchtigem Verhalten vorbeugen oder entgegen wirken. Das kann einerseits durch Information und Aufklärung und andererseits durch die Auseinandersetzung mit innerpsychischen Prozessen und dem gefühlsmäßigen Hintergrund von Sucht erfolgen. Personenzentrierte Suchtvorbeugung kann auf einer persönlichen Beziehungsebene, in größeren Gruppen oder massenmedial aufbereitet, erfolgen.

Mit strukturorientierte Suchtvorbeugung ist gemeint, auf jene Entstehungsbedingungen süchtigen Verhaltens einzugehen, die über eine Einzelperson

hinausgehen. Spezifische Maßnahmen können sich auf einen relativ engen Ausschnitt (z. B. einen Betrieb, einen Stadtteil) beziehen oder die gesamte Gesellschaft betreffen (Jugend- und Familienpolitik, Sozial- und Gesundheitspolitik, Arbeitsrecht, Baurecht).

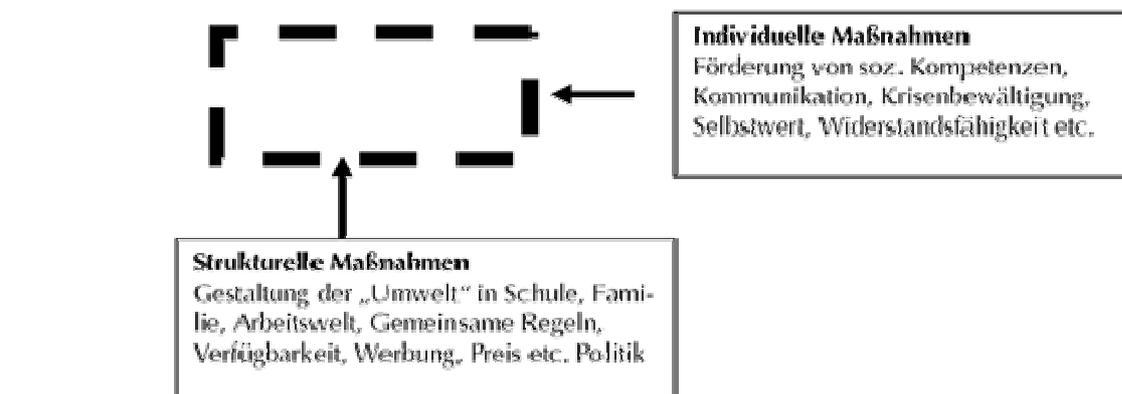
### 6.3 Selektive und universelle Suchtprävention

Grundsätzlich gelten für alle Suchtpräventionsmaßnahmen, dass sie nur erfolgreich sein können, wenn sie sich an den Bedürfnissen und Kommunikationsformen der (jungen) Menschen orientieren, an die sie sich richten. Deshalb wurden in den Prozess der Konzeptentwicklung neben den Schweriner Sucht- und Drogenberatungsstellen zwei Träger der freien Jugendhilfe eingebunden, die auf Erfahrungen etwa im Rahmen von Schuldenprävention und Alkoholprävention (HaLT) zurückgreifen können und Schnittstellen zu anderen Jugendhilfesystemen herstellen sowie mit zahlreichen Multiplikatoren bereits in Netzwerken arbeiten. Von den zwei Trägern der freien Jugendhilfe steht aktuell für die Umsetzung der Konzeption aber nur noch die VSP gGmbH als Kooperationspartner zur Verfügung.

Die seit dem Jahr 2006 arbeitende Präventionsstelle BALFIN (in Trägerschaft der VSP gGmbH) wurde zunächst mit dem Schwerpunkt Schuldenprävention zusätzlich um suchtpreventive Angebote erweitert und in BALFIN plus umgewandelt (Beschluss des Jugendhilfeausschusses vom 6.06.2012, DS 01157/2012). Die kommunal geförderte Präventionsstelle (63.400,00 € aus dem Produkt 36301- Schul- und Jugendsozialarbeit, Teilhaushalt 3630101) leitet im Rahmen der selektiven Suchtprävention/Frühintervention einzelfallbezogen den Risikocheck und die Verhaltensreflektion ein. Es wird die Umfeldanalyse vorgenommen sowie daraus folgernd persönlichkeitsstärkende Maßnahmen vorgeschlagen. Die eindeutige Abgrenzung zu den Beratungssettings der Schweriner Sucht- und Drogenberatungsstellen ist klar definiert und mit den dort tätigen Fachkräften ausführlich besprochen. Als Bindeglied zwischen verschiedenen niederschweligen und spezialisierten beratenden sowie therapeutischen Ansätzen (Sucht- und Drogenberatungsstellen, Ärzte medizinisch- therapeutischen Einrichtungen, Polizei, Ämter der Stadtverwaltung usw.) ist BALFIN plus als soziales Frühwarnsystem tätig.<sup>21</sup>

Jede Maßnahme, die sich an die Allgemeinbevölkerung oder Teilgruppen der Bevölkerung wendet, um künftige Probleme zu verhindern, ist die universelle Suchtprävention. Sie lässt sich am ehesten mit Koordination beschreiben. Unter Einbeziehung der bisherigen Suchtpräventionsstrategien des bundesweiten HaLT Projekt Hart am Limit (wendete sich in den zurückliegenden Jahren an Schweriner Jugendliche und Eltern nach einem Alkoholexzess/ Komasaufen- reaktiver Baustein- und sorgte für die Sensibilisierung und eine breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit auf kommunaler Ebene- proaktiver Baustein) wird BALFIN plus bedarfsgerechte sozialräumliche Suchtpräventionsangebote initiieren und das kommunale Netzwerk weiter ausbauen. Studien zeigen, dass es in Regionen, in denen sich Netzwerke der Suchtprävention verpflichtet haben, präventive Effekte im Konsumverhalten von Schülern gab. Deshalb ist es so wichtig, diese weiter zu entwickeln und sich künftig nicht allein auf Alkoholprävention zu beschränken.

Zusammenfassende Darstellung suchtpreventiver Ansätze:



<sup>21</sup> Quelle: Arbeitspapier Suchtprävention vom 24.5.2012 der VSP gGmbH

Ein weiterer Bestandteil der Suchtprävention soll die Peer-Trainer-Ausbildung sein. Mitwirkende Jugendliche und junge Erwachsene werden zu Multiplikatoren ausgebildet, die z.B. in Schulprojekttagen aber auch in persönlichem Lebensbereich tätig sind. Zudem soll die Ausbildung zur Stärkung der eigenen Persönlichkeit beitragen. Konkret geplante Themen zur Ausbildung zu Peer-Trainern sind u.a.<sup>22</sup>

- Drogen & Co. – Wirkungsweisen und rechtliche Bedingungen
- Ursachen und Folgen des Suchtmittel-Missbrauchs, bzw. des Suchtverhaltens bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen;
- Grundlagen der Pädagogik und Psychologie;
- Methoden der pädagogischen Arbeit mit Gruppen
- Techniken der Moderation und Präsentation.

Balfin plus wird darüber hinaus unter Einbeziehung von Fachkräften der Schweriner Sucht- und Drogenberatungsstellen Informationsveranstaltungen und Fortbildungsveranstaltungen für Eltern, Lehrer, Jugend- und Schulsozialarbeiter und anderen Fachkräften und Institutionen anbieten. Suchtpräventionsprojekte in Schulen oder Jugendeinrichtungen werden darüber hinaus unterstützt.

Das Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern hat mit Schreiben vom 17. Dezember 2012 10.000,00 € Projektmittel zur Implementierung der Suchtprävention in Aussicht gestellt. Damit soll für die Landeshauptstadt Schwerin der Anreiz geschaffen werden, interdisziplinäre Kooperation und einrichtungsübergreifende Vernetzung auf lokaler und überregionaler Ebene zur Schaffung eines Präventionsnetzwerkes zu initiieren. Es sollen auch Bedingungen für die Information, Aufklärung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit geschaffen werden. Die Verknüpfung der Suchtprävention mit den Beratungsleistungen der Sucht- und Drogenberatungsstellen wird zudem erwartet. Eine zusätzliche Förderung des bundesweiten Projektes „Hart am Limit“ ist demnach landesseitig nicht mehr vorgesehen. Deshalb übernimmt Balfin plus wie oben beschrieben die Netzwerkarbeit und Multiplikatoren Ausbildung vollständig.

Im Bereich der illegalen Drogen ist spezielle Aufklärung und Information zu den Risiken des illegalen Drogenkonsums für Kinder und Jugendliche notwendig. Gleichzeitig darf nicht der Anreiz geschaffen werden, neue Substanzen auszuprobieren. Zudem geht es um das Aufzeigen strafrechtlicher Konsequenzen.

Die **Kriminalpolizeiliche Beratungsstelle des Polizeipräsidiums Rostock/ Polizeiinspektion Schwerin** bietet umfangreiche Informationen, Aufklärung und Beratung an. Zielgruppen dieses Beratungsangebotes sind Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wie Eltern, Lehrer, Vertreter von Vereinen und Institutionen, aber auch potentiell gefährdete Kinder, Jugendliche oder Heranwachsende.

Als neuere Herausforderung gelten die Computerspiele und Internetsucht. Wer das Internet oder Computerspiele derart exzessiv nutzt, dass andere Anforderungen des täglichen, sozialen oder beruflichen Lebens völlig vernachlässigt werden, ist süchtig oder ein pathologischer Computernutzer. Zielgruppenspezifische Präventionsangebote bietet das **Kompetenzzentrum und Beratungsstelle für exzessive Mediennutzung und Medienabhängigkeit** in Trägerschaft der Evangelischen Suchtkrankenhilfe M-V gGmbH. . Es werden Informationsveranstaltungen angeboten und gemeinsame Präventionsmaßnahmen entwickelt.

---

<sup>22</sup> Quelle: Konzeption zur Suchtprävention bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Schwerin der Stiftung Sozial-Diakonische Arbeit- Evangelische Jugend von August 2012

## 6.4 Offene Treffs, mobile Jugendarbeit und Schulsozialarbeit

Die offenen Jugendtreffs geben den Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit, sich in Räumen mit Gleichaltrigen zu treffen. Durch verschiedene Angebote greifen die Fachkräfte der Jugendarbeit die Interessen und Bedürfnisse junger Menschen auf und geben ihnen Raum, ihre Erlebnisse und Erfahrungen auszutauschen (z. B. Alkohol, Drogen, Sinn- und Lebensentwürfe, berufliche Perspektiven, Familie, Beziehung usw).

In der Landeshauptstadt Schwerin erfolgt die Planung und qualitative Ausgestaltung der Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit in drei Trägerverbänden unter Beachtung der sich weiter verändernden Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen, der politischen und finanziellen Rahmenbedingungen und der Trägerkonzepte.<sup>23</sup> Die wichtigsten Säulen der Arbeit in den 3 Trägerverbänden sind die Jugendarbeit und die Jugendsozialarbeit mit der mobilen Jugendarbeit, Straßensozialarbeit sowie der Schulsozialarbeit. Die Fachkräfte erleben die sich verändernden Trends des Suchtmittelkonsums häufig sehr früh und hautnah mit. Durch ihre Kontakte mit den Jugendlichen nehmen sie deren schwierige Lebenssituation und eine beginnende Suchtentwicklung oft früh und feinfühlig wahr. Suchtprävention ist in der offenen Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit deshalb besonders bedeutsam. Entsprechend der Beschlussfassung durch die Stadtvertretung vom 12.12.2011 (DS 00993/2011) sind in der Landeshauptstadt Schwerin 17 Schulsozialarbeiterinnen und Schulsozialarbeiter an Grundschulen, Regionalschulen, Gymnasien, der Ganztagschule, Förderschulen und Beruflichen Schulen tätig. Suchtprävention und Schulsozialarbeit verfolgen die gleichen Ziele, nämlich Prävention und Frühintervention. Sie bringen frühzeitig Unterstützung für Kinder, Jugendliche sowie Eltern und entlasten bzw. stützen Lehrkräfte.

## 6.5. Jugendschutz

Jugendschutz und Suchtprävention haben eine gemeinsame Schnittmenge, wo es um die Vermeidung süchtiger Verhaltensweisen wie Alkohol- und Nikotinmissbrauch bei Kindern und Jugendlichen geht. Auch der Medienschutz ist ein Beitrag, schädliche Einflüsse in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu vermeiden und einem Suchtverhalten vorzubeugen. Die konsequente Durchsetzung des Jugendschutzgesetzes z.B. beim Alkohol- oder Tabakverkauf werden dabei ein wichtiger Baustein aller kommunalen Suchtpräventionsstrategien sein. Die regelmäßigen Ausweiskontrollen beim Kauf von Alkohol durch jugendlich aussehende Käufer sowie die flächendeckende Ausstattung von Supermärkten und Tankstellen mit Hinweisschildern sind vergleichsweise einfache Maßnahmen mit hohem Wirkungsgrad.

Bei der konzeptionellen Entwicklung konkreter Einzelmaßnahmen, aber vor allem bei der Durchsetzung der Kontrollmaßnahmen sind das Amt für Jugend Schule und Sport, das Amt für Ordnung und die Polizei gemeinsam gefragt. Die Zusammenarbeit zwischen den Behörden, insbesondere zwischen der Polizei und dem Ordnungsamt, wurde in den zurückliegenden Jahren intensiviert. Es liegen positive Erfahrungen z.B. bei gemeinsamen Kontrollen vor.

## 6.6. Suchtpräventionsfachkräfte

Die Fach- und Informationsstelle für Suchtvorbeugung im Land M-V (LAKOST) hat im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V eine in 4 Modulen aufgebaute Qualifizierungsmaßnahme für die Suchtpräventionsfachkräfte konzipiert. Dabei geht es u.a. um die Vermittlung von theoretischen Kenntnissen, um Kommunikationsthemen, Präsentationstechniken und Netzwerkarbeit. Die Landeshauptstadt Schwerin hat insgesamt zwei Suchtpräventionsfachkräfte benannt. Dabei handelt es sich zum einen folgerichtig um eine Fachkraft aus der Präventionsstelle Balfin plus, da dem Träger der freien Jugendhilfe wesentliche Aufgabenschwerpunkte dieses Konzeptes übertragen wurden. Die weitere Suchtpräventionsfachkraft ist bei der Sucht- und Drogenberatungsstelle der Evangelischen

---

<sup>23</sup> 2. Fortschreibung Strategiepapier zur Entwicklung der Kinder- und Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit in Trägerverbänden 2012-2013

Suchtkrankenhilfe M-V gGmbH beschäftigt. Damit sind sowohl das System der Jugendhilfe als auch der Suchthilfe vertreten. Es wurden beste Voraussetzungen geschaffen, in vernetzter Form suchtpreventiv zu arbeiten. Die Abstimmung mit allen am Prozess Beteiligten wurde über den Suchtpräventionsbeirat zuvor sichergestellt. Die Qualifizierungsmaßnahme soll im September 2013 abgeschlossen sein.

### **6.7. Suchtprävention in Betrieben**

Am Arbeitsplatz können Menschen aus verschiedenen Altersgruppen und Bevölkerungsgruppen erreicht werden, um sie zu einem gesundheitsbewussten Verhalten zu motivieren. Die betriebliche Gesundheitsförderung muss deshalb für viele Unternehmen angesichts wachsender Arbeitsbelastungen, gesundheitlicher Einschränkungen sowie des Anstiegs psychischer Erkrankungen der Beschäftigten ein wichtiges Thema sein. Alkohol- und Drogenkonsum beeinträchtigen durch Fehlzeiten, mangelndes berufliches Engagement sowie Leistungseinbußen die Leistungsfähigkeit der Betriebe. Zusätzlich ist in vielen Betrieben die Arbeitssicherheit einfach auch deshalb gefährdet, weil das Unfallrisiko steigt. Betriebliche Gesundheitsförderung kann klare Regeln zum Umgang mit Suchtmitteln vorgeben und ist besonders geeignet, suchtgefährdete und suchtkranke Beschäftigte frühzeitig für eine Therapie zu motivieren. Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung müssen daher stadtwweit weiter ausgebaut werden, insbesondere durch:

- Überprüfung von eigenen Trinksitten, Normen und Konsumverhalten
- Aufklärung, Information, Schulung
- Installation von Arbeitskreisen und Erstellung von Betriebsvereinbarungen
- Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren
- Schulung im Bereich Vorgesetzter und betrieblicher Ansprechpartner

### **6.8 Öffentlichkeitsarbeit**

Veränderungsprozesse in der Schweriner Bevölkerung und bei Arbeitgebern lassen sich mit Unterstützung einer langfristig und breit angelegten, kontinuierlichen Öffentlichkeitsarbeit vollziehen. Dabei sollte es vordergründig darum gehen, sie über die Ursachen von Abhängigkeit aufzuklären und für das Thema insgesamt zu sensibilisieren. Es ist davon auszugehen, dass die vielfältigen Möglichkeiten der Suchtvorbeugung und Suchthilfen zu wenig bekannt sind. Das soll durch erfolgen:

- Öffentlichkeitskampagnen
- Projekte
- Presseberichte
- Informations- bzw. Gesprächsabende/Tagungen
- multimedialer Öffentlichkeitsarbeit

### **6.9. Evaluation**

Suchtprävention muss sich im Sinne eines Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung an messbaren Standards orientieren. Ziel einer Evaluation wird es sein, eine Datensammlung zu erstellen, eine Datenbewertung vorzunehmen und die Ergebnisse zur Verbesserung der präventiven Maßnahmen und Angebote herauszuarbeiten. Es wird zwischen der prozessorientierten (Erreichung von Zielgruppen mit den notwendigen Angeboten) und effektorientierten Evaluation (Wirksamkeit und die nicht beabsichtigten Nebeneffekte, die die jeweiligen Maßnahmen und Projekte hatten) zu unterscheiden sein. Der Evaluationsprozess ist langfristig anzustreben. Das verbindliche Zusammenwirken der verschiedenen Akteure in der Suchtprävention wird zunächst verstetigt. Der Suchtpräventionsbeirat der Landeshauptstadt Schwerin hat sich die Evaluation zu einem Aufgabenschwerpunkt gemacht.

**Fazit:**

Um Suchtprävention in konkrete Maßnahmen umzusetzen, ist eine Vernetzung und Kooperation auf lokaler Ebene notwendig. Ziel der Kooperation ist die Schaffung eines Präventionsnetzwerkes, das langfristig zum wesentlichen Element suchtpreventiver Bemühungen wird.

## 7. Ambulante Handlungsfelder

### 7.1. Beratung

Sucht- und Drogenberatungsstellen sind in das differenziert ausgebaute Suchthilfesystem integriert und bieten Information, Hilfe und Unterstützung. Sie sind in der Regel für substanzbezogene Süchte zuständig, beraten aber auch bei anderen Formen der Abhängigkeit (z.B. Spielsucht). An eine Sucht- und Drogenberatungsstelle kann sich grundsätzlich jeder Mensch wenden, der Fragen zum Thema Sucht hat. Zielgruppen der Sucht- und Drogenberatungsstellen sind insbesondere die suchterkrankten Menschen selbst, jedoch auch ihre Angehörigen.

**Die Sucht- und Drogenberatungsstelle der evangelischen Suchtkrankenhilfe MV gGmbH** berät und betreut alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Menschen, deren Angehörige u.a. Mitbetroffene. Das Beratungsangebot betrachtet den in Abhängigkeit geratenen Menschen ganzheitlich und soll suchttypische Orientierungs- und Sinnverluste beseitigen. Dort werden individuelle Einzelgespräche geführt und weitergehende geeignete Hilfen geplant sowie weitervermittelt. Die Sucht- und Drogenberatungsstelle bietet zudem ambulante Nachsorge, psychosoziale Begleitung, ambulant betreutes Wohnen, ambulante Rehabilitation in Kooperation mit der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen der C.-F.- Flemming- Klinik (HELIOS Kliniken Schwerin) und Schulungen alkoholauffälliger Kraftfahrer in Vorbereitung auf die MPU<sup>24</sup> an. Die Sucht- und Drogenberatungsstelle liegt in der Ferdinand- Schultz- Str. 12 (Werdervorstadt) und damit unweit des Zentrums der Landeshauptstadt Schwerin

Im Jahr 2011 wurden dort insgesamt 484 Hilfesuchende beraten und betreut (456 Betroffene und 28 Angehörige). 80,6 % der Hilfesuchenden kamen mit einer Alkoholproblematik, 31,5 % wegen illegaler Drogen und 6,9% wegen einer Glücksspielproblematik.

Die Sucht- und Drogenberatungsstelle wird mit insgesamt 90.000,00€ aus dem Produkt 41401- Maßnahmen der Gesundheitspflege- Teilhaushalt 4140104 gefördert. Darin sind 45.000€ Landesmittel erhalten.

Die **Schwerpunktberatung für Glücksspielsucht** (eine von insgesamt 4 landesweit geförderte Beratungsstellen) als ein weiteres Beratungsangebot des freien Trägers wurde 2009 am dortigen Standort eingerichtet und durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit stadtwweit bekannt. Zusätzlich berät und unterstützt das **Kompetenzzentrum und Beratungsstelle für exzessive Mediensucht und Medienabhängigkeit** bei Problemen im Umgang mit den „neuen“ elektronischen Medien und deren Möglichkeiten wie z.B. Kommunikation durch Emails, Chatten, Computer- und Onlinespiele, Online Einkaufen und Ersteigern, Online-Sex sowie Fernsehen, Videos und DVDs ansehen. Das Beratungsangebot richtet sich an exzessiv Medien nutzende Kinder, Jugendliche und Erwachsene, deren Angehörige und Freunde. Das Angebot befindet sich gleichfalls in der Ferdinand- Schultz- Str. 12.

In der **Suppenküche** in Kombination mit einer **Tagesbegegnungsstätte** besteht die Möglichkeit, kostenloses Frühstück sowie ein preisgünstiges Mittagessen einzunehmen. Ein ehrenamtlicher Mitarbeiter bietet an einem Wochentag (in der Regel freitags) Sport/bzw. Freizeitabende an.<sup>25</sup>

Das **ambulant betreute Wohnen** ist ein mittel- bis langfristig konzipiertes Angebot in eigenem Wohnraum der suchterkrankten Person. Sie wird dabei unterstützt, wieder ein eigenständiges Leben führen können und die alltäglichen Herausforderungen zu bewältigen. Dazu gehört u.a.

<sup>24</sup> Medizinisch Psychologische Untersuchung

<sup>25</sup> Konzeption Sucht- und Drogenberatungsstelle Stand September 2010

- Sicherung des Überlebens
- gesundheitliche und soziale Stabilisierung
- Stärkung der Abstinenzmotivation
- Rückfallbearbeitung
- Hilfe zur Selbsthilfe
- Förderung eines eigenverantwortlichen, eigenständigen Lebens
- Alltagsbewältigung durch Strukturierung

Die **Sucht- und Drogenberatungsstelle des Psychosoziale Beratungs- und Behandlungszentrums der AHG Poliklinik Schelfstadt** ist ein suchtbezogenes ambulantes Angebot, das sich an Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige richtet, sowie an Menschen mit nicht stoffgebundenen Süchten (z.B. pathologisches Glücksspiel). Die Beratungsleistung reicht u.a. von Informationsvermittlung, Klärung rechtlicher, sozialer und organisatorischer Fragen bis hin zur Motivation und Antragstellung suchterkrankter Menschen zur Behandlung, dem Aufbau einer stabilen Veränderungsmotivation sowie der Erarbeitung von Anreizen einer abstinenten Lebensweise. Zu den Behandlungsangeboten im Psychosozialen Beratungs- und Behandlungszentrum der AHG Poliklinik Schelfstadt gehören zusätzlich die ambulante Entwöhnungsbehandlung sowie die ambulante Nachsorge suchterkrankter Menschen. Das Versorgungsgebiet umfasst neben der Landeshauptstadt Schwerin Teile der Landkreise Nordwestmecklenburg und Ludwigslust-Parchim, da das Beratungs- und Behandlungszentrum medizinische Rehabilitationsleistungen einschließt. Der Standort ist zentral gelegen. Er befindet sich in der Röntgenstr. 7-11 (Schelfstadt).<sup>26</sup> 230 Patientinnen und Patienten sowie Angehörige haben im Jahr 2011 das Beratungsangebot genutzt. 79 % kamen mit einer Alkoholsymptomatik, 4,1 % wegen Konsums von Cannabis sowie 3,6% von Opioiden, und weitere 3,1% wegen pathologischen Glücksspiels. Der absolute Anteil der Beratungssuchenden war im Vergleich zum Vorjahr höher. Die Sucht- und Drogenberatungsstelle wird mit insgesamt 80.000,00€ aus dem Produkt 41401-Maßnahmen der Gesundheitspflege- Teilhaushalt 4140104 gefördert. Darin sind 35.000€ Landesmittel erhalten.

Die **Suchtkontaktstelle der Guttempler Mecklenburg- Vorpommern e.V.** berät Menschen mit Alkohol- oder anderen Suchtproblemen individuell oder in Gruppen (u.a. Gruppen für Alkoholabhängige, Kraftfahrer mit Alkoholproblemen, Spielsüchtige und Nachsorge). Die Guttempler sind bewusst alkoholfrei lebende Menschen und greifen auf eine über 100 jährige Tradition deutschlandweit zurück. Die Schweriner Kontaktstelle wird rein ehrenamtlich geführt und ist gerade deshalb wichtiger Bestandteil der Suchthilfelandchaft in der Landeshauptstadt Schwerin. Die Räumlichkeiten befinden sich in der Leonhard-Frank-Str. 37 (Weststadt) und sind darüber hinaus offen für stadtteilbezogene Aktivitäten und stadtweite Veranstaltungen. Die Suchtkontaktstelle wird mit insgesamt 6000,00€ aus dem Produkt 33100- Förderung von Trägern der Wohlfahrtspflege- Teilhaushalt 3310006 gefördert.

Zahlreiche Personen, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind können gleichzeitig suchtabhängig sein. Deshalb sind die Leistungen des **Fachdienstes Besondere Lebenslagen der Caritas Mecklenburg e.V., Kreisverband Westmecklenburg** in die Suchthilfen der Landeshauptstadt Schwerin einzuordnen. Die **Beratungsstelle** unterstützt in Akutfällen, aber auch längerfristig und vermittelt in weitergehende Hilfen. Sie bietet integrierte Angebote in enger Zusammenarbeit mit den Bereichen Schuldnerberatung, Suchtkrankenhilfe und Psychiatrie an. Die Begleitung zu Ämtern und Institutionen, die Mithilfe beim Schriftverkehr und die Bereitstellung von Kommunikationsmitteln sind weitere Hilfestellungen für den Personenkreis. Häufig gehen die Notlagen mit dem Verlust der Wohnung oder unzumutbaren Wohnverhältnissen einher. Deshalb hält der freie Träger über seine **Tagesstätte** Möglichkeiten einer Grundversorgung (Mahlzeiten, Körperpflege, Wäschepflege), den Zugang zur medizinischen Versorgung sowie

<sup>26</sup> Therapiekonzept Beratungs- und Behandlungszentrum der AHG Poliklinik Schelfstadt, Stand 08/2011

der Ableistung von gemeinnütziger und freier Arbeit vor. Sie ist zudem ein Ort der Begegnung und Ruhebereich zugleich. Das hängt jeweils von den individuellen Bedürfnissen ab.

Im Rahmen der **aufsuchenden Sozialarbeit** gehen die Fachkräfte des Trägers immer dann an die Treffpunkte im gewohnten Umfeld, wenn sich die Menschen nicht an eine Beratungsstelle oder andere Hilfestellen wenden. Dabei sollen sie ermutigt bzw. darauf hingewirkt werden, Hilfsangebote anzunehmen und ihre Rechte wahrzunehmen. Neben den Treffpunkten in der Schweriner Innenstadt, zugänglichen Abbruchhäusern oder Gartenhäusern, sind die Stadtteile Lankow (Hochhäuser Eutiner-, Plöner-, und Rahlstedter Str.) und Mueßer Holz (besonders Hamburger Allee/ Kantstr.) Orte, an denen die aufsuchende Arbeit notwendig ist.

Das **Ambulant Betreute Wohnen** richtet sich an Menschen, die nicht oder nicht mehr einer stationären Betreuung bedürfen. Sie werden in eigenem Wohnraum oder in Wohnungen des freien Trägers betreut. Durch Wohn- und Lebenstraining soll die größtmögliche Selbständigkeit erreicht werden.<sup>27</sup>

Durch den **Sozialpsychiatrischen Dienst des Amtes für Bürgerservice/ Gesundheitsamtes** der Landeshauptstadt Schwerin wird Beratung und persönliche Betreuung für psychisch kranke Menschen sowie deren Angehörige und Dritte angeboten. Diese Leistung richtet sich nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (Psychischkrankengesetz PsychKG M-V) auch an Personen, die an einer mit dem Verlust der Selbstkontrolle einhergehenden Abhängigkeit von Suchtstoffen leiden (Suchtabhängigkeit) und demnach zu den psychisch Kranken im Sinne des Gesetzes gehören. In der Alltagspraxis werden die krankheitseinsichtigen Menschen oder ihre Angehörigen an die Schweriner Sucht- und Drogenberatungsstellen vermittelt. In allen Fällen, bei denen von einem medizinischen Notfall auszugehen ist, wird direkt an die integrierte Feuer- und Rettungsstelle (Leitstelle) der Landeshauptstadt Schwerin verwiesen. Dort wird sowohl die notärztliche Hilfe gesichert als auch ggf. eine Unterbringung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke (Psychischkrankengesetz PsychKG M-V) in die Carl-Friedrich-Flemming-Klinik der HELIOS Kliniken Schwerin vorgenommen.

Probleme bei der Bereitstellung von sozialpsychiatrischen Hilfen für die sogenannten nicht krankheitseinsichtigen und chronisch mehrfachgeschädigten Suchtkranken treten immer dann auf, wenn ihrerseits kein Interesse an einer Veränderung der Situation bestehen. Sie lehnen suchtspezifische Hilfen ab und stören aber gleichzeitig durch ihr Verhalten die öffentliche Ordnung. Ein niederschwelliges und akzeptierende Angebot in Form etwa von regelmäßigen Hausbesuchen, die zunächst dem Aufbau einer Vertrauensbeziehung oder Grundversorgung dienen soll, bietet der Sozialpsychiatrischen Dienst im Einzelfall an oder er bedient sich des Fachdienstes Besondere Lebenslagen der Caritas Mecklenburg e.V. Kreisverband Westmecklenburg. Alle Fachkräfte sind sich darin einig, dass es schwierig ist, die nicht krankheitseinsichtigen Menschen zu erreichen. Häufig halten sie sich in sogenannten Trinkerecken in verschiedenen Stadtteilen Schwerins auf und sehen für sich keinen Weg aus der Suchterkrankung. Die Evangelischen Suchtkrankenhilfe M-V gGmbH verfolgt deshalb aktuell die konkrete Projektidee, Orte in den Stadtteilen Mueßer Holz und Neu Zippendorf für diese suchterkrankten Menschen zu schaffen, an denen sie sich alternativ aufhalten können (Container oder Wohnung als Anlaufstelle und Tagesaufenthalt). Fachkräfte werden eine Lotsenfunktion übernehmen und auf die Menschen konkret zugehen, Es soll versucht werden, mit ihnen in ein Gespräch zu kommen und alternative Wege zur Sucht zu suchen. Die Konzeptidee wurde in das „Integrierte Handlungskonzept Soziale Stadt- Neu Zippendorf und Mueßer Holz“ aufgenommen und soll sich über die „Aktion Mensch“ finanzieren. Der Runde Tisch Soziales begleitet dieses Modellvorhaben.<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> Aus der Gesamtkonzeption des Fachdienstes für besondere Lebenslagen der Caritas Mecklenburg e.V., Kreisverband Westmecklenburg

<sup>28</sup> Beitrag der Schweriner Volkszeitung vom 8.12.2012

## 7.2. Behandlung

Die Mehrzahl der suchterkrankten Menschen halten auf Grund anderer Diagnosen zunächst ausschließlich Kontakte zu ihrem Hausarzt. Dabei wird die Abhängigkeit, trotz erkennbarer Parameter, häufig leider nicht direkt angesprochen. Die Fortdauer vom Suchtmittelmissbrauch bis hin zu einer Abhängigkeit ist nicht selten die Folge. Bis heute existiert keine organisatorisch verbindliche Vernetzung zwischen dem Schweriner Suchthilfesystem und den niedergelassenen Allgemeinärzten. Hausärzte können bisher lediglich allein aufgrund ihres persönlichen Engagements oder durch den Aufbau persönlicher Beziehungen in eine Vernetzung eingebunden werden. Hier besteht erheblicher Handlungsbedarf.

Einen Anteil bei der Versorgung suchterkrankter Menschen leisten neben den niedergelassenen Allgemeinärzten auch Internisten, Fachärzte im Bereich Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie sowie niedergelassene psychologische Psychotherapeuten. Aufgrund häufig zu diagnostizierender Begleit- bzw. Folgeerkrankungen werden auch andere Fachrichtungen zur ambulanten Versorgung suchtkrankter Menschen hinzugezogen.

Die Entzugsbehandlung ist die erste Voraussetzung für ein späteres suchtmittelfreies Leben. Sie kann u.a. ambulant über den niedergelassenen Arzt erfolgen. Die **Schwerpunktpraxis Sucht** wird als Gemeinschaftspraxis von Frau Dipl. Med. Spiewok und Herrn Dr. Rohn (Demmlerstr. 19) geführt. Sie sichert u.a. neben der ambulanten Entgiftung eine Abstinenzbegleitung, bereitet auf Rehabilitationsleistungen vor, sichert Krisenintervention ab und vermittelt zu den Sucht- und Drogenberatungsstellen oder Selbsthilfegruppen. Die Substitutionsbehandlung (die Versorgung bzw. Behandlung drogenabhängiger Menschen mit Drogenersatzstoffen), die gleichfalls dort angeboten wird, fußt auf zwei Säulen. Neben der medizinischen Betreuung durch den das Substitut vergebenden Arzt gehört eine obligatorische psychosoziale Betreuung und Begleitung zum Behandlungskonzept für opiatabhängige Menschen. Diese wird durch die Sucht- und Drogenberatungsstellen durchgeführt und soll die substituierten opiatabhängigen Menschen bei der Erreichung der jeweils vereinbarten Ziele unterstützen. Hierzu finden regelmäßige Einzelgespräche, und wenn erforderlich auch Paargespräche, statt. Außerdem kann es notwendig sein, die Klienten zu begleiten (z.B. bei Behördengängen oder Gesprächen in anderen Einrichtungen) oder ihnen andere lebenspraktische Hilfen anzubieten (z.B. bei Bewerbungen oder bei der Schuldenregulierung).

Die **Suchtambulanz der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen der Carl-Friedrich-Flemming-Klinik** (HELIOS Kliniken Schwerin) realisiert mit fachärztlicher psychiatrischer und psychotherapeutischer Kompetenz eine qualifizierte ambulante Behandlung von Suchtkranken unter Einbeziehung von Angehörigen. Sie bietet einen niederschweligen Zugang in die Klinik und steuert als Vorschaltambulanz die aufnahmebedürftigen Patienten auf die jeweiligen Stationen. Nach der stationären Entlassung können die Patienten dort nahtlos ambulant weiter betreut werden. Nach Überweisung z.B. aus der Schwerpunktpraxis Sucht wird die Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Menschen auch dort angeboten.<sup>29</sup>

**Ambulante Rehabilitation** ist eine alternative oder ergänzende Maßnahme zur stationären Rehabilitation und ein spezifisches Behandlungsangebot der **Suchtambulanz der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen der Carl-Friedrich-Flemming-Klinik** (HELIOS Kliniken Schwerin) in enger Kooperation mit der Evangelischen Suchtkrankenhilfe M-V gGmbH. Die **AHG Poliklinik Schelfstadt** bietet ambulante Rehabilitation gleichfalls an. Das Leistungsangebot ist eingebettet in das gesamte Beratungs- und Behandlungsangebot dieser beiden medizinischen Einrichtungen. Das primäre Ziel der rehabilitativen Behandlung ist die Erhaltung bzw. Wiederherstellung und Sicherung der vollen Erwerbsfähigkeit sowie einer dauerhaften, zufriedenen Abstinenz. Suchterkrankte Menschen sollen befähigt werden, mit ihrer Erkrankung adäquat umzugehen, um Aufgaben in Beruf, Familie und Gesellschaft soweit wie möglich (wieder) wahrnehmen zu können. Ziel der Behandlung im Umgang mit Suchtmitteln ist, die erlernten gewohnheitsmäßigen Verhaltensweisen als auch psychodynamischen

---

<sup>29</sup> Quelle: [www.helios-kliniken.de](http://www.helios-kliniken.de)

Hintergründe kritisch zu hinterfragen, ggf. aufzugeben und Verhaltens- oder Lösungsalternativen zu entwickeln und anzuwenden.

Fazit:

Je eher missbräuchlicher, riskanter oder schädlicher Konsum bzw. Abhängigkeit erkannt werden und entsprechende Interventionen erfolgen, um so größer sind die noch vorhandenen Ressourcen, um so geringer sind die bereits eingetretenen Störungen und um so weniger einschneidende Maßnahmen sind zu einer Erfolg versprechenden Intervention erforderlich.

## 8. Teilstationäre und stationäre Handlungsfelder

### 8.1. Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung

Die **Station 8 der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen der Carl-Friedrich-Flemming-Klinik** (HELIOS Kliniken Schwerin) mit 23 Betten ist zuständig für die qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen. Neben der umfassenden psychiatrisch-psychotherapeutischen, somatischen und sozialen Diagnostik erfolgt die Detoxifikation<sup>30</sup> und Behandlung des Entzugssyndroms und somatischer Beschwerden. Die Station ist spezialisiert sowohl auf die Behandlung von schweren Entzugsverläufen als auch auf die Behandlung von chronisch mehrfachgeschädigten suchtkranken Menschen. Neben den komplexen und zum Teil lang dauernden Behandlungen von schwerstabhängigen Patientinnen und Patienten finden zudem Kriseninterventionen statt.

Die **Station 9 der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen der Carl-Friedrich-Flemming-Klinik** (HELIOS Kliniken Schwerin) mit 23 Betten führt ebenfalls eine qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkohol- und medikamentenabhängigen Menschen durch. Als Besonderheit gilt hier die Behandlung von komorbiden Störungen (Mehrfachdiagnosen) mit pathologischem Glücksspiel oder auch Medienabhängigkeit.

Die **Station 16 der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen der Carl-Friedrich-Flemming-Klinik** (HELIOS Kliniken Schwerin) mit 15 Betten, führt einen qualifizierten Drogenentzug durch. Es erfolgt eine niederschwellige und überregionale Aufnahme von Patientinnen und Patienten mit einem Missbrauchs- oder Abhängigkeitsmuster von illegalen Drogen. Das sehr strukturierte Behandlungssetting ermöglicht es, bereits junge abhängige Menschen ab dem 16. Lebensjahr mit häufig deintegrativen und unreifen Verhaltensmustern einer angemessenen Behandlung zuzuführen. Das Behandlungsteam dieser Station arbeitet eng eingebunden in das drogenspezifische Hilfesystem.<sup>31</sup>

Das Versorgungsangebot der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen der Carl-Friedrich-Flemming-Klinik (HELIOS Kliniken Schwerin) richtet sich nicht allein an die Bewohnerinnen und Bewohner der Landeshauptstadt Schwerin. In die Versorgung sind ebenfalls die Landkreise Ludwigslust- Parchim und Nordwestmecklenburg eingeschlossen.

Die **Tagesklinik** ist eine Einrichtung für alkohol- und medikamentenabhängige erwachsene Männer und Frauen sowie in Einzelfällen auch drogenabhängige Menschen mit 10 Behandlungsplätzen in der **Klinik für Abhängigkeitserkrankungen der Carl-Friedrich-Flemming-Klinik** (HELIOS Kliniken Schwerin). Sie ist immer dann eine geeignete Behandlungsform, wenn eine ambulante Behandlung nicht ausreicht und eine stationäre qualifizierte Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung nicht mehr notwendig ist. Der Vorteil einer teilstationären qualifizierten Entzugstherapie ist, dass neben der intensiven Behandlung der Kontakt zur alltäglichen und gewohnten Umgebung bestehen bleibt. Alle neu erlernten Verhaltensweisen können unmittelbar umgesetzt und überprüft werden. Die Abstinenzfähigkeit wird früh trainiert und die Selbstwirksamkeit rasch erhöht.

<sup>30</sup> Entgiftung

<sup>31</sup> Quelle: [www.helios-kliniken.de](http://www.helios-kliniken.de)

Das Angebot einer Tagesklinik wird auch von der **AHG Poliklinik Schelfstadt** mit 10 Plätzen als Entwöhnungsbehandlung vorgehalten.

Die **AHG Klinik Schweriner See** liegt in Lübstorf und damit in unmittelbarer Nähe zur Landeshauptstadt Schwerin. Sie hält in den zwei Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen insgesamt 144 Betten vor. Als Rehabilitationsklinik bietet sie eine **stationäre Entwöhnungsbehandlung** für Menschen mit Alkohol-, und Medikamentenabhängigkeit sowie Glücksspielsucht und pathologischen Computergebrauch an. Das Therapieziel der stationären Rehabilitation ist die Herstellung oder der Erhalt der Erwerbsfähigkeit der suchterkrankten Menschen durch ein suchtmittelfreies, zufriedenes und in Selbstverantwortung geführtes Leben. Häufig stellt eine Entwöhnungsbehandlung Eltern mit kleineren Kindern vor die Frage der Betreuung, Erziehung und Versorgung während des Klinikaufenthaltes. Diese Klinik stellt 12 Therapieplätze für Patientinnen und Patienten mit ihren Kindern zur Verfügung.<sup>32</sup>

Als weitere Klinikstandorte, die dem Versorgungsgebiet der Landeshauptstadt Schwerin zuzuordnen wären, sind zu nennen:

- AHG Klinik Lübeck, qualifizierte Entzugsbehandlung sowie Rehabilitation
- AHG Klinik Mecklenburg, medizinische Rehabilitation für drogenabhängige Menschen
- Reha- Klinik Serrahn , medizinische Rehabilitation
- Schloss Tessin, Fachklinik für drogenabhängige Menschen
- Friedrich-Petersen-Klinik, Fachklinik für Suchtkrankheiten Rostock

## 8.2 Nachsorge

Da die Abhängigkeitserkrankung häufig ihre Ursache in der Person und im sozialen Umfeld hat, ist eine umfassende Nachsorge auch nach der eigentlichen Therapie wichtig. Diese Nachsorge kann zum Beispiel in Form von der Teilnahme an Selbsthilfegruppen erfolgen, in denen sich Betroffene gegenseitig bei der Bewältigung der Krankheitsfolgen unterstützen.

Unter professioneller Anleitung kann das während der Therapie begonnene Realitätstraining fortgeführt werden. Zur Wiedereingliederung in die Gesellschaft ist insbesondere die Teilnahme am Arbeitsleben wichtig. Dabei sollen Maßnahmen zur Förderung von Bildung, Ausbildung und Qualifikation helfen. Auch bei der Thematik Wohnen wird auf die Unterstützung der Suchthilfe zurückgegriffen. In speziellen sozialtherapeutischen Wohnheimen wird die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft trainiert. Damit sollen Rückfälle vermieden werden. In Wohngemeinschaften können sich Betroffene darüber hinaus gegenseitig unter professioneller Anleitung unterstützen.

Die **Adaptionseinrichtung der AHG Poliklinik Schelfstadt** und das **Adaptionshaus „ Am Ostorfer See“ (Träger Evangelische Suchtkrankenhilfe M-V gGmbH)** sind etablierte Nachsorgeeinrichtungen in der Landeshauptstadt Schwerin. Das Angebot schließt unmittelbar an eine fachklinische Entwöhnungsbehandlung an, um das in der Therapie Erreichte abzusichern und fortzuführen. Insbesondere bei Betroffenen, die einen Therapierestbedarf haben, über keine gesicherte Wohnsituation verfügen und/oder nicht ausreichend sozial integriert sind, ist diese Maßnahme indiziert. Es geht um die Wiedergewinnung von Alltagskompetenzen zur Selbstversorgung.

Ziele einer Adaptionsmaßnahme können folgendermaßen zusammengefasst werden:

- Nachsorge einer fachklinischen Entwöhnungsbehandlung
- Sicherung, Fortführung und Abschluss der während der Entwöhnungsbehandlung begonnenen therapeutischen Prozesse (Bearbeitung des Therapierestbedarfs)
- Sicherung der Abstinenz (u.a. Einbindung in eine Selbsthilfegruppe)
- Wiedereingliederung in das Erwerbsleben durch die Entwicklung einer realistischen Berufs- oder Beschäftigungsperspektive

<sup>32</sup> Quelle: Therapiekonzept AHG Klinik Schweriner See

- Aufbau eines sozialen Netzes
- Vorbereitung auf ein eigenständiges Leben in eigener Wohnung oder Wohngemeinschaft

Weitere Nachsorgeeinrichtungen wie z.B. Soziotherapeutische Wohngruppen gibt es in der Landeshauptstadt Schwerin direkt nicht. Die suchterkrankten Menschen werden in der Regel bei Bedarf in landesweiten Einrichtungen untergebracht, z.B.:

- AHG Therapiezentrum Ravensruh
- Haus „Samaritas“ Soziotherapeutische Vor- und Nachsorgeeinrichtung für Suchtkranke in Stralsund
- Haus Rügen, Nachsorgeeinrichtung für chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke in Dreschwitz
- Haus Zuflucht, Soziotherapeutische Vor- und Nachsorgeeinrichtung für Suchtkranke in Groß Upahl
- Helenenheim, Nachsorgeeinrichtung für chronisch mehrfach geschädigte Alkoholranke in Camin
- Nachsorgeeinrichtung „Haus Kastanienhof“ in Massow
- Übergangs- und Wohnheim in Zühr u.a.
- Sozialtherapeutische Vor- und Nachsorgeeinrichtung für Suchtkranke in Sehrrahn
- Nachsorgeeinrichtung in Linstow u.a.

Geeignete wohnortnahe Angebote fehlen insbesondere für die Einzelfälle, bei denen der Erhalt des sozialen Umfeldes für den erfolgreichen Hilfeverlauf notwendig wäre.

Fazit:

Suchthilfe muss ihre Angebote regional in Abstimmung mit den übrigen an der Versorgung suchterkrankter Menschen beteiligten Institutionen möglichst wohnortnah und miteinander vernetzt bereit halten. Je nach Indikation ist bei suchterkrankten Menschen eine zeitlich befristete, bisweilen dauerhafte räumliche Distanzierung zum bisherigen die Sucht aufrecht erhaltenden sozialen Umfeld zu ermöglichen. Gefährdete und abhängige Menschen müssen in jeder Phase der Suchtentwicklung Zugang zu angemessenen Hilfeangeboten erhalten.

### 8.3. Pflege

Pflegebedürftigkeit infolge von Sucht stellt eine gesellschaftliche Herausforderung dar. Das Pflege- und Betreuungsangebot des **Hauses Pulverhof (Träger Kursane Domizil Rastow)** in Rastow befindet sich mit 42 Plätzen in unmittelbarer Nähe der Landeshauptstadt Schwerin und richtet sich an Menschen, die infolge einer Suchterkrankung nicht mehr oder eingeschränkt in der Lage sind, eine selbständige Lebensführung umzusetzen. Die Voraussetzung für die Aufnahme in diese Einrichtung ist die Zuordnung zu einer Pflegestufe oder der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe- SGB XII. Das Leistungsangebot reicht u.a. von stationärer Langzeitpflege, Kurz- und Urlaubspflege bis hin zu einem beschützten Wohnbereich.

Aufgrund der demografischen Entwicklungen und der steigenden Zahl älterer Menschen in unserer Gesellschaft rückt auch das Thema Suchtmittelmissbrauch im Alter immer stärker in das Blickfeld der Suchthilfen. 28% der Männer und 17% der Frauen trinken Alkohol in gesundheitsgefährdenden Mengen. Zudem sind schätzungsweise 14 % der älteren Menschen, die ambulant oder in Heimen betreut werden, von einem missbräuchlichen Alkohol- und Medikamentenkonsum betroffen.<sup>33</sup> Auslöser können einschneidende persönliche Erlebnisse sein, wie die Bewältigung des Übergangs von der Arbeit in den Ruhestand oder der Verlust des Lebenspartners. Nicht selten bestand der missbräuchliche oder abhängige Konsum aber schon vor Eintritt in diese Lebensphase. Die Hilfsangebote der Suchthilfe müssen stärker auf die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnitten sein. Dies stellt die Schweriner

<sup>33</sup> Drogen- und Suchtbericht der Bundesdrogenbeauftragten vom Mai 2011

Akteure vor neuen Aufgaben und Herausforderungen, weil das bestehende Hilfesystem älterer Menschen häufig noch nicht erreicht und zu wenig auf diese Personengruppe ausgerichtet ist. Zurzeit befinden sich in allen Einrichtungen der stationären Altenhilfe vereinzelt Alkoholabhängige. In einer speziellen, auf die besonderen Bedürfnisse abgestimmten Pflegeeinrichtung hat die **SOZIUS Pflege- und Betreuungsdienste Schwerin gGmbH** deshalb 30 Pflegeplätze geschaffen. Das dortige Konzept wurde auf Initiative der Evangelischen Suchtkrankenhilfe M-V gGmbH konzipiert und stellt auf alte, pflegebedürftige und alkoholranke Menschen ab.

Fazit:

Angebote, Hilfen und Behandlungsansätze für alte Menschen, die sich aus fachlichen Standards ableiten, sind auch im Rahmen der Pflege langfristig besser auf den Einzelfall abzustimmen.

## 9. Selbsthilfe

Die Suchtselbsthilfe hat in der Landeshauptstadt Schwerin einen besonderen und herausgehobenen Stellenwert. Sie ist keine lediglich begleitende Maßnahme zur professionellen Hilfe, sondern integraler Bestandteil des Suchthilfesystems. Die Selbsthilfe verursacht im Gesundheitssystem kaum Kosten. Im Gegenteil, sie trägt in hohem Maße zur finanziellen Entlastung der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei. Suchtselbsthilfe auf kommunaler Ebene bezeichnet die Arbeit der Selbsthilfegruppen vor Ort, also die direkte Arbeit mit suchtkranken Menschen und ihren Angehörigen. Die Inanspruchnahme der Selbsthilfe ist kostenlos.

Ziele:

In Selbsthilfegruppen können Betroffene oder auch ihre Angehörigen erfahren, dass

- sie aufgrund eigener Betroffenheit Experten werden können,
- sie nicht allein sind mit ihren Erfahrungen stehen,
- sie Verantwortung für sich übernehmen können
- es gelingt, die eigene Isolation zu überwinden, ihre Freizeit zu gestalten und ein sinnerfülltes Leben zu entwickeln.

Die **Kontakt, Informations- und Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen Schwerin e.V. (KISS)** hat mit der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen der Carl-Friedrich-Flemming Klinik (HELIOS Kliniken Schwerin) die Zusammenarbeit verbindlich in einem Kooperationsvertrag geregelt. Die Selbsthilfegruppen können demnach auf ein umfassendes Beratungsangebot durch Fachvorträge, Teilnahme an Fortbildungen oder Organisation von gemeinsamen Gesundheitstagen oder -aktionen zurückgreifen. Auch über die **Suchtkontaktstelle der Guttempler M-V e.V.** und die beiden **Sucht- und Drogenberatungsstellen** werden Selbsthilfegruppen begleitet und Zusammenarbeit gesichert.

Selbsthilfegruppen (SHG) in der Landeshauptstadt Schwerin sind:

- SHG Al-Anon (Angehörige und Freunde von Alkoholikern)
- SHG Anonyme Alkoholiker (AA)
- Alkoholauffällige Kraftfahrer
- SHG Blaues Kreuz, Ortsverein Schwerin
- SHG Emotions Anonymous (EA) Schwerin
- Freundeskreis von Alkoholkranken
- Guttempler in M-V, Ortsgruppe Schwerin
- Neues Leben (ohne Alkohol)
- SHG Newcomer für junge Erwachsene mit Alkoholabhängigkeit und Drogenbeikonsum

- Die Optimisten (Elternkreis von Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten/ Persönlichkeitsstörungen/ Abhängigkeitserkrankungen)
- SHG Q-Vadis I und II
- SHG Q-Vadis Angehörigengruppe und Selbsthilfegruppe; Außenstelle Pfarrhaus Plate
- Selbsthilfe in der Klinik für Abhängigkeitserkrankungen der Carl-Friedrich-Flemming-Klinik (HELIOS Kliniken Schwerin)
- SHG Landungsbrücke (Krebsförden)
- Elternkreis drogengefährdeter und drogenabhängiger Kinder
- Freundeskreis Spielerprobleme
- Restart- SHG für intensive Mediennutzer

Die Kontaktadressen und nähere Angaben zu den Selbsthilfegruppen können über die KISS erfragt werden.

**Fazit:**

Selbsthilfe ermöglicht es, eigene Kräfte zu aktivieren, soziale Ressourcen zu erschließen und das soziale Umfeld mit einzubeziehen. Durch Selbsthilfe und ehrenamtliches Engagement ist in die Suchthilfe ein eigenständiges, innovatives und qualitativ bedeutendes Element eingebracht. Suchthilfe ist gleichzeitig auf die enge Zusammenarbeit und Vernetzung mit professioneller Suchthilfe ausgerichtet. Selbsthilfepotenziale der Betroffenen müssen in allen Bereichen der Hilfe geweckt, gefördert und stabilisiert werden. Professionelle Suchthilfe muss auf Wunsch Selbsthilfeorganisationen und –aktivitäten unterstützen.

## **10. Teilhabe am Arbeitsleben**

Die Teilhabe am Arbeitsleben ist ein entscheidender Einflussfaktor zur Aufrechterhaltung von Suchtmittelabstinenz und damit zur Stabilisierung des gesundheitlichen Zustandes des suchterkrankten Menschen nach einer Suchttherapie, sei es nach einer Entgiftung und erst Recht nach einer medizinischen Suchtrehabilitation. Deshalb werden in der Landeshauptstadt Schwerin aktuell die Anstrengungen verstärkt, den Behandlungserfolg durch das passgenaue, nahtlose und zügige Zusammenwirken aller suchtmittelmedizinischen Maßnahmen mit den spezifischen Leistungsangeboten zur beruflichen Wiedereingliederung zu festigen. Für die medizinische Rehabilitation im Speziellen gilt, dass das Eintreten von Erwerbsminderung langfristig zu vermeiden bzw. eine erheblich gefährdete oder geminderte Erwerbsfähigkeit wesentlich zu bessern oder wiederherzustellen ist. Spezielle Zielsetzungen der Entwöhnungsbehandlung in Bezug auf die Teilhabe am Arbeitsplatz bestehen schließlich darin:

1. die Rückkehr an einen vorhanden Arbeitsplatz bzw. zum bisherigen Arbeitgeber zu erleichtern,
2. bei Arbeitslosigkeit zusammen mit dem Patienten konkrete Perspektiven zur beruflichen Wiedereingliederung zu entwickeln und
3. die berufliche (Re-) Integration zu fördern.

Eine enge Kooperation zwischen den Einrichtungen der Schweriner Suchthilfen, dem Jobcenter, der Agentur für Arbeit und Ämtern der Stadtverwaltung (Amt für Soziales und Wohnen und Amt für Bürgerservice/Gesundheitsamt) soll die Ressourcen und Kompetenzen verbinden, um eine bestmögliche Förderung zur sozialen und gesellschaftlichen (Re-)Integration durch den Einstieg in das Erwerbsleben zu erreichen. Der dafür notwendige Diskussionsprozess hat in diesem Jahr begonnen und wird voraussichtlich im 1. Quartal 2013 abgeschlossen sein. Die Ergebnisse werden in einer Kooperationsvereinbarung der beteiligten Institutionen, Einrichtungen und Ämter zusammengefasst. Damit soll ein weiterer Schritt zu einem abgestimmten Vorgehen in der Landeshauptstadt Schwerin gegangen werden. Die Teilhabe am Arbeitsleben war folgerichtig als ein wesentliches Handlungsfeld in die Suchtpräventions- und Suchthilfeplanung der Landeshauptstadt Schwerin aufzunehmen.

Fazit:

Ziel aller Angebote der Suchthilfe ist die (Re-) Integration der Betroffenen in die Gesellschaft. Integration ist eine Verbundaufgabe. Die angestrebte Kooperation zwischen Einrichtungen der Suchthilfen, Ämtern der Stadtverwaltung und der Agentur für Arbeit sowie dem Jobcenter ist ein wichtiger Schritt dahin.

## 11. Persönliches Budget

Das persönliche Budget ist ein individuell berechneter Geldbetrag, mit dem Menschen mit Behinderung die nötigen Dienste selbst auswählen und bezahlen können. Die gesetzlichen Grundlagen, verankert im Sozialgesetzbuch IX, schuf der Gesetzgeber 2001. Mehr Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderung soll mit dem Persönlichen Budget erreicht werden. Es ermöglicht Menschen mit Handicap, sich ihre Hilfen eigenverantwortlich auf dem „Sozialmarkt“ einzukaufen. So werden sie von Fürsorgeempfängern zu Unternehmern in eigener Sache. Dabei handelt es sich nicht etwa um eine neue Sozialleistung, sondern um eine andere Art der Leistungsgewährung.

Die konsequente Einführung des Persönlichen Budgets könnte die Suchthilfelandchaft in der Landeshauptstadt Schwerin langfristig verändern. In Schweden z.B., wo das Persönliche Budget schon seit Jahren praktiziert wird, leben nur noch wenige Menschen in Wohnheimen. Dafür gibt es ein dichtes Netz ambulanter Dienste. Anders in Deutschland: In den letzten Jahren stieg die Zahl derjenigen, die in Einrichtungen mit Rund-um-die-Uhr-Versorgung wohnen, um 55 % - eine Entwicklung, an der die jahrzehntelange Praxis, Unterstützung als Sachleistung zu gewähren, nicht unschuldig ist. Denn für die Träger sozialer Dienste und Einrichtungen ist es aus betriebswirtschaftlichen Gründen einfacher, Leistungen zentral als „All - Inclusive - Service“ anzubieten, als Klienten wohnortnahe und individuell auf sie zugeschnittene Angebote zu machen. Das Persönliche Budget soll das ändern: Aus Klienten werden Kunden, die durch ihre Selbstzahlerrolle mehr Einfluss auf die Art und Weise der Hilfe erhalten. Von der Möglichkeit, sich den gesetzlichen Hilfeanspruch als Geldleistung auszahlen zu lassen, haben in der Landeshauptstadt Schwerin bislang jedoch wenige Menschen Gebrauch gemacht. Das hat u.a. damit zu tun, dass die kranken Menschen durch das Persönliche Budget von heute auf morgen eine unternehmerähnliche Rolle einnehmen. Denn als Arbeitgeber in eigener Sache sind sie nicht nur verantwortlich für Auswahl und Organisation ihrer Hilfen, sondern auch für die Verwaltung des Geldbetrages. Und der kann je nach Art der Behinderung und Umfang des Assistenzbedarfs unterschiedlich sein. Ohne eine Beratung, die ihnen eine Orientierung auf dem unübersichtlichen Sozialmarkt ermöglicht und sie bei arbeitsrechtlichen und finanztechnischen Fragen unterstützt, sehen sich viele mit diesen Aufgaben überfordert. Die Beratung als Bestandteil des Persönlichen Budgets ist im Gesetz festgeschrieben und wird durch die Anker Sozialarbeit gGmbH sowie das Amt für Soziales und Wohnen kostenlos angeboten.

Fazit:

Da das persönliche Budget trägerübergreifend sein kann, müssen die Leistungsträger, wie beispielsweise die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, Renten- und Unfallversicherungen, Sozial- und Integrationsamt angemessene Formen der Zusammenarbeit finden und Verfahren zur Bemessung der Leistungen in Geld erarbeiten.

## 12. Steuerung, Koordination und Vernetzung

### 12.1 Gemeindepsychiatrischer Verbund

Der Gemeindepsychiatrische Verbund zielt darauf ab, Hilfeleistungen für psychisch- und suchtkranke Menschen durch enge Zusammenarbeit zu verbessern und auf eine bedarfsgerechte Behandlung und Hilfe hinzuwirken. Durch einen freiwilligen Zusammenschluss der an der regionalen Versorgung in der Landeshauptstadt Schwerin beteiligten Einrichtungen und Sozialleistungsträger soll eine bessere Versorgung erreicht und die kommunale Psychiatrie-

sowie Suchthilfeplanung realisiert werden. Dabei geht es auch um die Einführung eine regionalen „Pflichtversorgung“. Darunter ist die Bereitschaft zu verstehen, Menschen mit akutem komplexen Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf kurzfristig Leistungen anzubieten und keinen suchtkranken Menschen wegen Art oder Schwere der Erkrankung abzuweisen. Die Verpflichtung zur Versorgung kann nicht allein durch die Leistungserbringer realisiert werden. Die Schweriner Stadtverwaltung und alle Leistungsträger müssen gemeinsam mit den Leistungserbringern die Voraussetzungen dafür schaffen. Pflichtversorgung ist nur unter diesen Bedingungen wirksam vereinbarungsfähig. Fehlen diese Bedingungen, so werden die Grenzen der Pflichtversorgung klar und eindeutig beschrieben.

Mit der Konzeption zur Bildung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Landeshauptstadt Schwerin wurde das Gerüst für künftige Vernetzungsstrukturen geschaffen (siehe Anhang). An der Erarbeitung waren neben dem Amt für Bürgerservice/Gesundheitsamt, das die Federführung hatte, Vertreterinnen und Vertreter ausgewählter Leistungserbringer wie die Carl- Friedrich-Flemming-Klinik (HELIOS Kliniken Schwerin), die AHG Poliklinik Schelfstadt, die Anker Sozialarbeit gGmbH und die Dreescher Werkstätten gGmbH beteiligt.

Die Zusammensetzung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes markiert die Suchthilfen als ein komplexes Netzwerk. Es soll u. a. mit unterschiedlicher fachlicher Anbindung (z.B. Erwachsenenpsychiatrie, Suchthilfe) und mit spezifischen Qualitätssicherungssystemen trägerübergreifend, abgestimmt und vor allem vernetzt gearbeitet werden. Die Gremienarbeit (Gemeindepsychiatrischer Steuerungsverbund und Gemeindepsychiatrischer Leistungserbringerverbund) wird verwaltungsseitig vorbereitet und soll im Jahr 2013 beginnen. Die Konzeption wurde dem Ausschuss für Soziales Gesundheit und Wohnen als zuständigen Fachausschuss der Stadtvertretung im September 2012 ausführlich vorgestellt. In ihre Umsetzung werden gesetzliche Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, das Jobcenter und die Ämter der Stadtverwaltung (Amt für Jugend, Schule und Sport, Amt für Soziales und Wohnen und Amt für Bürgerservice/Gesundheitsamt) einbezogen. Für die Leistungserbringer werden Vertreter niedergelassener Ärzte, niedergelassener Psychotherapeuten, dem Versorgungskrankenhaus / Carl-Friedrich-Flemming-Klinik (HELIOS Kliniken Schwerin), dem Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes und Trägern der freien Wohlfahrtspflege sowie weiteren Anbietern von (Sucht-)Hilfen den Prozess aktiv mitwirken. Das gleiche gilt für die Arbeitsgruppen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in der Landeshauptstadt Schwerin (PSAG), die regionale Vertretungen von psychiatriee erfahrenen Menschen und Angehörigen und die Selbsthilfeorganisationen (ggf. über die KISS).

## **12.2 Hilfeplankonferenz – ein qualitatives Instrument der personenzentrierten Versorgung im regionalen Verbund**

Die Hilfeplankonferenz wurde als Steuerungsinstrument im Amt für Soziales und Wohnen sowohl für psychisch Kranke als auch in der Suchtkrankenhilfe verbindlich eingeführt. Sie hat die vorrangige Aufgabe, individuelle Bedarfe mit den regionalen Ressourcen abzustimmen. Die bisherigen Erfahrungen sind grundsätzlich als positiv zu bewerten. Die Weiterentwicklung der Strukturen und der Effektivität bei Nutzung des Steuerungsinstruments soll erfolgen. Eine Arbeitsgruppe Hilfeplanung hat sich zwischenzeitlich gebildet. Sie setzt sich aus Leistungserbringern (Anker Sozialarbeit gGmbH und Diakoniewerk Neues Ufer gGmbH), dem Jobcenter, dem Amt für Soziales und Wohnen sowie dem Amt für Bürgerservice/Gesundheitsamt zusammen. Sie befasst sich aktuell mit der Qualitätsoptimierung der Verfahrensabläufe und erarbeitet Handlungsempfehlungen.

## **12.3 Unabhängige Beschwerdestelle**

Konflikte zwischen psychisch kranken oder suchterkrankten Menschen und/oder ihren Angehörigen sowie den betreuenden bzw. pflegenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern oder den gesetzlichen Betreuerinnen und Betreuern lassen sich nicht immer einvernehmlich lösen. Dies gilt grundsätzlich im stationären wie ambulanten Versorgungssegment. Die Lösung eines

solchen Konfliktes ist für alle Beteiligten oft notwendig bzw. sinnvoll und ein wichtiges Qualitätsmerkmal der Versorgungslandschaft, denn die Beziehung zwischen dem erkrankten Menschen und seinen Angehörigen und Mitarbeitern besteht fort. Die Einschaltung einer neutralen und kompetenten Stelle, die das Vertrauen aller möglichen Konfliktparteien genießt, kann im Sinne einer konstruktiven Konfliktlösung für alle Beteiligte hilfreich sein. Es wird als Ziel angestrebt, eine solche unabhängige Beschwerdestelle im Gemeindepsychiatrischen Verbund einzurichten.

In die Bildung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes mit dem Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbund und Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbund wird die Zielgruppe der suchtabhängigen Menschen einbezogen. Die Suchthilfe wird aktiv in den Prozess eingebunden.

### **13. Schlussbemerkungen**

Der hier vorgelegte Suchtpräventions- und Suchthilfeplan mit seiner umfassenden Darstellung der verschiedenen Aktivitäten und Institutionen dient der Information und soll gleichzeitig Entwicklungsimpulse geben.

Die sich ändernden gesellschaftlichen Gegebenheiten (z.B. knappere finanzielle Ressourcen, neu auftauchende Suchtformen) erfordern erhebliche Anpassungsfähigkeiten von den beteiligten Personen und Organisationen. Ausdruck dafür sind unter anderem die veränderten Organisationsstrukturen fast aller beteiligten Hilfeanbieter. Kooperation und Vernetzung konnten bereits in positiver Weise vorangetrieben werden. Sichtbarer Ausdruck dieses gewandelten Verständnisses sind u.a. die kontinuierliche Arbeit des Arbeitskreises Sucht der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, die Bildung des Suchtpräventionsbeirates und die intensiven Kooperationsbemühungen der beteiligten Einrichtungen sowie Institutionen zur Teilhabe Abhängigkeitserkrankter am Arbeitsleben.

Notwendige Entwicklungen können nur zusammen mit den Betroffenen und den Fachleuten auf den Weg gebracht werden. Wenn es gelingt, in der Landeshauptstadt Schwerin tragfähige Kommunikationsstrukturen zu schaffen, in die alle Kosten- und Leistungsträger verbindlich eingebunden und die auf Mittel- oder Langfristigkeit ausgerichtet sind, werden in der Fortschreibung des Suchtpräventions- und Suchthilfeplanes der Landeshauptstadt Schwerin noch genauer die regionalen Entwicklungen beschrieben werden können und die Bedarfsplanung entsprechend qualifiziert.

Es hat sich eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den Schweriner Experten der Suchthilfen, Trägern der freien Jugendhilfe und den Ämtern der Stadtverwaltung entwickelt. Insbesondere bei der Erarbeitung der regionalen Suchtpräventionsstrategien hat sich gezeigt, dass immer dann, wenn nicht ausschließlich konkurrierendes Handeln die Prozesse bestimmen, einvernehmliche Lösungen zum Wohl der Gemeinschaft gefunden werden können. Dafür gilt allen Beteiligten ein herzliches Dankeschön.



## **Anhang**

### **Konzeption zur Bildung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Landeshauptstadt Schwerin**

Stand September 2012

#### **1. Vorbemerkungen**

Was lange währt, wird endlich gut. So jedenfalls könnte der Prozess zur Gründung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes in der Landeshauptstadt Schwerin beschrieben werden, der im Juni 2009 mit einem Fachtag begonnen hat und nun konzentriert weitergeführt werden soll. Zweck dieses Verbundes ist die enge Zusammenarbeit seiner Kooperationspartner/-innen zur Verwirklichung einer bedarfsgerechten Versorgung psychisch kranker oder seelisch behinderter oder von einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung bedrohter Menschen, einschließlich suchtkranker Menschen, im Versorgungsgebiet der Landeshauptstadt Schwerin.

Die Kooperationspartner/-innen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes streben eine stärkere Vernetzung der bestehenden Hilfen und Institutionen an, um den Mitteleinsatz effizient und verantwortungsbewusst zu gestalten. Die Angebote und Strukturen sollen für alle Beteiligten transparent und zwischen den Institutionen durchlässig sein.

#### **2. Ziele des Gemeindepsychiatrischen Verbundes**

Der Gemeindepsychiatrischen Verbundes zielt darauf ab, Hilfeleistungen für psychisch kranke oder seelisch behinderte oder von einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung bedrohte Menschen, einschließlich suchtkranker Menschen, in der Landeshauptstadt Schwerin durch enge Zusammenarbeit zu verbessern und auf eine bedarfsgerechte Behandlung und Hilfe hinzuwirken. Beteiligt sind die Leistungsbereiche:

- Selbstversorgung und Wohnen,
- Tagesgestaltung und Kontaktfindung,
- Arbeit, Ausbildung und Beschäftigung,
- sozialpsychiatrische Grundversorgung und
- spezielle Therapieverfahren, soweit sie Bestandteil von Komplexleistungen sind

Für psychisch kranke oder seelisch behinderte oder von einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung bedrohte Bürgerinnen und Bürger der Landeshauptstadt Schwerin, einschließlich der Suchtkranken, soll eine einrichtungsübergreifende, integrierte Behandlung und Rehabilitation im Stadtgebiet sichergestellt werden. Keiner der oben genannten Bürgerinnen und Bürger aus dem Versorgungsgebiet soll wegen Schwere und Art der Erkrankung abgewiesen werden. Ziel ist es, zu möglichst eigenständiger und selbstverantwortlicher Lebensführung in einem überschaubaren und vertrauten Lebens- und Sozialraum zu motivieren und zu befähigen.

#### **3. Zielgruppe**

Zielgruppe sind psychisch kranke oder seelisch behinderte oder von einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung bedrohte Menschen, einschließlich suchtkranker Menschen, der Landeshauptstadt Schwerin. Sie benötigen insbesondere:

- Hilfe zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft,
- Hilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- medizinische Rehabilitation oder
- mehrere Behandlungs- und sonstige Hilfeleistungen mit Abstimmungsbedarf

Eingeschlossen sind auch psychisch kranke oder seelisch behinderte oder von einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung bedrohte Bürgerinnen und Bürger, einschließlich suchtkranker Menschen, der Landeshauptstadt Schwerin, die außerhalb der Stadtgrenzen versorgt werden.

Die Zielgruppe betrifft im Wesentlichen Patienten/innen der Allgemeinpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Suchtkrankenversorgung.

Die Versorgung von Personen mit geistiger Behinderung wird in dieser Konzeption primär nicht berücksichtigt.

#### **4. Grundsätze**

Der Gemeindepsychiatrische Verbund hat das Ziel, durch einen freiwilligen Zusammenschluss der an der regionalen Versorgung in der Landeshauptstadt Schwerin beteiligten Einrichtungen und Sozialleistungsträger, eine bessere Versorgung der psychisch kranken oder seelisch behinderte oder von einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung bedrohte Menschen, einschließlich suchtkranker Menschen, zu erreichen.

Die Mitglieder des Gemeindepsychiatrischen Verbundes orientieren sich bei der Ausgestaltung der Hilfen für die Zielgruppen an dem Konzept der personenzentrierten Hilfen. Der Gemeindepsychiatrische Verbund lässt sich durch Wertevorstellungen wie Normalität, gemeindenaher Versorgung, Hilfe zur Selbsthilfe, Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte und die Anerkennung der individuellen Ressourcen der betroffenen Menschen leiten. Die Kooperationspartner/-innen verabreden eine verbindliche Zusammenarbeit im Netzwerk. Die Grundsätze „Rehabilitation vor Pflege“ und „ambulante Hilfen vor stationären Hilfen“ sind die Handlungsmaxime.

Zur Sicherstellung einer guten Qualität werden bei den Hilfen für psychisch kranke oder seelisch behinderte oder von einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung bedrohte Menschen, einschließlich suchtkranker Menschen, gemeinsame Kriterien vereinbart.

#### **5. Umsetzung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes**

Der Gemeindepsychiatrische Verbund verfügt über verschiedene Gremien:

- Gemeindepsychiatrischer Steuerungsverbund
- Gemeindepsychiatrischer Leistungserbringerverbund
- Hilfeplankonferenz
- Beschwerdestelle
- Arbeitskreise

#### **6. Gemeindepsychiatrischer Steuerungsverbund**

Der Gemeindepsychiatrische Steuerungsverbund ist das steuernde und beratende Gremium aller an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten mit Empfehlungskompetenz. Der Vorsitz liegt bei der Psychiatriekoordinatorin.

Die beteiligten Einrichtungen, Verbände und Kostenträger erklären mit dem Zusammenschluss ihre gemeinsame Verantwortung für die Gewährleistung und Ausgestaltung der Hilfen für psychisch Kranke oder seelisch behinderte oder von einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung bedrohte Menschen, einschließlich suchtkranker Menschen.

Der Gemeindepsychiatrische Steuerungsverbund nimmt die Berichte über die Versorgungssituation von Seiten der Schweriner Stadtverwaltung und der Leistungserbringer/innen entgegen und beschließt Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Versorgungsangebote und der Steuerung der Ressourcen.

Die Versorgung findet statt durch:

- die vorhandenen Angebote der Einrichtungen
- die Kooperation der Einrichtungen im Sinne der Vernetzung
- die Bereitschaft, bei fehlenden Angeboten neue Lösungen zu verwirklichen
- Erarbeitung und Umsetzung gemeinsamer Qualitätsstandards

Der Gemeindepsychiatrische Steuerungsverbund berät die Schweriner Stadtverwaltung in Bezug auf die Einrichtung weiterer Hilfeangebote und zur Weiterentwicklung der Versorgungsangebote. Hierzu konkretisiert er die Zielsetzungen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes in Bezug auf:

- die Struktur und Weiterentwicklung der Versorgungsangebote
- die Strukturen der Zusammenarbeit
- die Leitlinien und Strukturen der Hilfeplankonferenz

Der Gemeindepsychiatrische Steuerungsverbund berät und informiert kontinuierlich den Ausschuss für Soziales Gesundheit und Wohnen der Stadtvertretung der Landeshauptstadt Schwerin über eine bedarfsgerechte und gemeindenahere Versorgung psychisch kranker oder seelisch behinderter oder von einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung bedrohter Menschen, einschließlich suchtkranker Menschen.

Der Gemeindepsychiatrische Steuerungsverbund gibt sich eine Geschäftsordnung. Mitglieder sind:

Leistungsträger:

- Krankenkassen
- Deutsche Rentenversicherung
- Bundesagentur für Arbeit
- Jobcenter
- Fachämter (Jugendamt, Sozialamt)

Leistungserbringer:

- Vertreter niedergelassener Ärzte
- Vertreter niedergelassener Psychotherapeuten
- Versorgungs Krankenhaus / Carl-Friedrich-Flemming-Klinik (Helios-Kliniken)
- Vertreter des Gemeindepsychiatrischen Leistungsanbieterverbandes (GPLV)
- Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes

Sonstige Mitglieder:

- Arbeitsgruppen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG)
- regionale Vertretungen von psychiatriee erfahrenen Menschen und Angehörigen
- Selbsthilfeorganisationen (ggf. über die KISS)

## **7. Gemeindepsychiatrischer Leistungserbringerverbund**

Die beteiligten Leistungserbringer/innen der gemeindepsychiatrischen Versorgung in der Landeshauptstadt Schwerin (einschl. für Suchtkranke) sind Mitglied im Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbund und übernehmen gemeinsam die Versorgungsverpflichtung für den oben definierten Personenkreis, soweit die Ressourcen dies zulassen und die Finanzierung durch die Leistungsträger/innen gesichert ist. Die Psychiatriekoordinatorin kann zu bestimmten Themen hinzugezogen werden.

Der Gemeindepsychiatrische Leistungserbringerverbund berät alle im Zusammenhang mit der Leistungserbringung stehenden Fragen. Er wählt aus seiner Mitte einen Sprecher/-in, der/die zu den Sitzungen einlädt und diese leitet.

Der Gemeindepsychiatrische Leistungserbringerverbund gibt sich eine Geschäftsordnung. Die Mitgliedschaft in einem Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbund ist an Bedingungen zu knüpfen, wie insbesondere:

- Vorlage eines schriftlichen Konzepts der Einrichtung, des Dienstes oder der Organisation
- Nachweis über qualifiziertes, multiprofessionelles Fachpersonal
- Durchführung von Fortbildungen und Supervision
- Bereitschaft zur Teilnahme an gemeinsamen Fortbildungen
- Erklärung zur Teilhabe/Mitübernahme der Pflichtversorgung in der Versorgungsregion Landeshauptstadt Schwerin
- Mitarbeit in den Arbeitskreisen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG)
- trägerübergreifende Unterstützung der fallverantwortlichen koordinierenden Bezugsperson (Hilfeplanung)
- Verwendung des IBRP (einschließlich aller nachfolgenden und adäquaten Entwicklungen) entsprechend der Vorgaben des Sozialhilfefinanzierungsgesetzes M-V bzw. des Planes zur Weiterentwicklung eines integrativen Hilfesystems für psychisch kranke Menschen in M-V (Psychiatrieentwicklungsplan) bzw. andere geeignete Hilfeplanungsinstrumente).

Die Mitglieder legen sich auf folgende gemeinsame Qualitätsstandards für die einzelfallbezogene Leistungserbringung fest:

- Beachtung des Rechts auf Selbstbestimmung der psychisch kranken Menschen
- personenzentrierte Hilfen, die bedarfsgerecht, individuell, flexibel, zeitgerecht, abgestimmt und wirtschaftlich erbracht werden, und zwar grundsätzlich im Versorgungsgebiet
- konsequente Orientierung am individuellen Bedarf,
- Vorrang nicht-psychiatrischer Hilfen
- Zusammenarbeit mit Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen,
- Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen
- Fortbildung, Supervision und Qualifizierung
- Beachtung des Datenschutzes und des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung

Als wesentliches Merkmal der Zusammenarbeit gilt, dass sich die Mitglieder/innen an einem regionalen Qualitätsmanagement (neben dem internen Qualitätsmanagement) beteiligen:

- Fortschreibung der Qualitätsstandards des Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbundes
- 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.

Das Recht auf Mitgliedschaft im Gemeindepsychiatrischen Leistungserbringerverbund besteht grundsätzlich für jeden Leistungserbringer, der den oben genannten Kriterien entspricht.

Mitglieder können u. a. sein:

- ANKER Sozialarbeit gemeinnützige GmbH
- Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes
- Carl-Friedrich-Flemming-Klinik (HELIOS-Kliniken)
- Diakoniewerk Neues Ufer gGmbH
- Caritas Mecklenburg e.V. Kreisverband Westmecklenburg
- Evangelische Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH
- AHG Poliklinik Schelfstadt
- Dreescher Werkstätten gemeinnützige GmbH
- Salo + Partner Berufliche Bildung GmbH
- Vertreter/-innen niedergelassener Ärzte
- Vertreter/- innen niedergelassener Psychotherapeuten

## **8. Hilfeplankonferenzen**

Die Hilfeplankonferenz ist (sofern sie für die Landeshauptstadt Schwerin neu konzipiert wird) ständige Arbeitsgruppe des Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbundes und damit elementarer Bestandteil des Gemeindepsychiatrischen Verbundes.

Die Hilfeplanung im Einzelfall wird einrichtungs-, berufsgruppen- und leistungsübergreifend zu organisieren sein. Dort werden alle psychiatrischen aber auch suchtspezifischen Hilfen einschließlich der Hilfen von Angehörigen, Freunden und sonstigen Personen des sozialen Umfeldes berücksichtigt. Insbesondere nichtpsychiatrischen Hilfen sind stärkere Beachtung zu schenken. Das erfordert eine intensive Kooperation und Abstimmung im Verlauf und eine praktische Beteiligung aller am fortlaufenden Hilfeplanungsprozess.

Die Hilfeplankonferenzen beschließen einvernehmlich eine Stellungnahme zum Hilfebedarf. Dies ersetzt oder präjudiziert nicht eine Entscheidung des zuständigen Sozialhilfeträgers. Es ist jedoch davon aus zu gehen, dass ein einheitliches Votum eines multiprofessionell besetzten Gremiums nach einhergehender individueller Hilfeplanung ein hohes Gewicht hat. Demnach entscheidet nicht die Sozialarbeiterin des Sozialamtes ad hoc in der Hilfeplankonferenz, welche Hilfe fachlich notwendig ist, sondern die Beratung des Gremiums mit seiner fachlichen Position steht im neuen Focus. Differenzstandpunkte werden protokolliert und damit transparent gemacht. Im Rahmen seiner Ermessensausübung bewilligt das Sozialamt sodann die Hilfe. In der Regel wird der Vorschlag der Hilfeplankonferenz nicht von der Verwaltungsentscheidung abweichen.

Ziele, Aufgaben, Arbeitsweise und Mitglieder der Hilfeplankonferenz sind in einer Geschäftsordnung festzulegen.

Dem Diskussionsprozess zur aktuell stattfindenden Evaluation in der Landeshauptstadt Schwerin soll an dieser Stelle zunächst nicht weiter vorgegriffen werden, da der mit den beteiligten Akteuren (Sozialamt, Gesundheitsamt, Leistungserbringer, Jobcenter und Psychiatriekoordinatorin) aktuell noch aus steht. Wesentliche Ergebnisse daraus werden in die Fortschreibung dieser Konzeption einzufließen.

## **9. Beschwerdestelle**

Die Beschwerdestelle wird als unabhängige Anlaufstelle konzipiert und vermittelt zwischen den Anliegen der Psychiatrieerfahrenen, deren Angehörigen, den psychiatrischen Einrichtungen oder anderen Personen. Auf diesem Wege soll ein ausgeglichenes Miteinander erreicht werden, zumal die Beschwerden unvoreingenommen (neutral) entgegengenommen werden. Mit allen Beteiligten wird versucht, eine zufriedenstellende Lösung zu finden.

An die Beschwerdestelle können sich wenden,

... wer als psychisch Erkrankter oder als Angehöriger Probleme mit ambulanten oder stationären Einrichtungen und Diensten hat, z. B. weil sie:

- ihre Rechte und Bedürfnisse nicht gewahrt sehen
- sich ungerecht behandelt fühlen
- mit der Art, in der sie behandelt und betreut werden, nicht zurecht kommen
- sich in ihren Persönlichkeitsrechten verletzt fühlen
- sich über ihre Behandlung nicht ausreichend informiert fühlen
- sich in ihren Bedürfnissen nicht ernst genommen fühlen

... und wenn sie diese Probleme vor Ort nicht ohne Unterstützung lösen können.

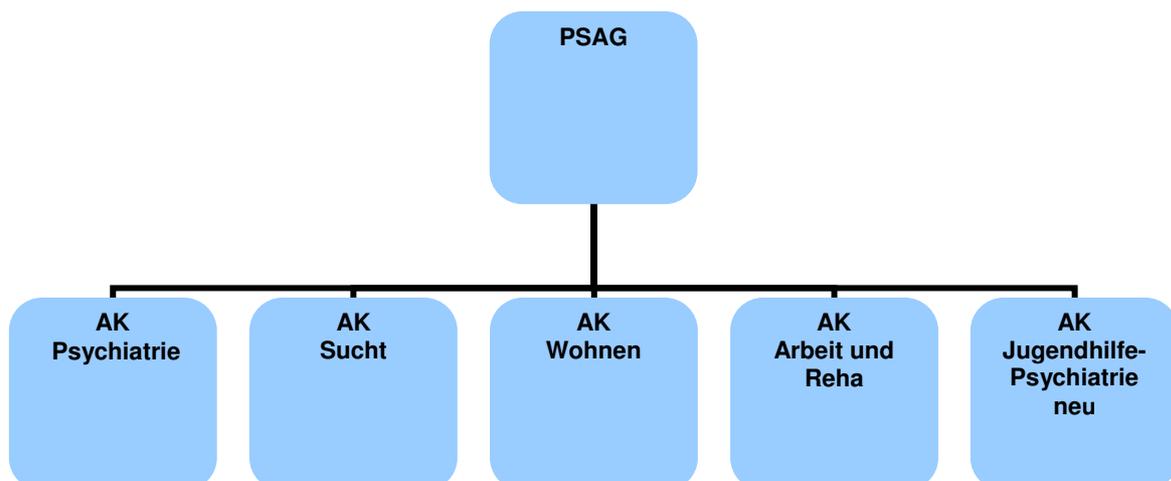
Die Mitarbeiter/innen der Beschwerdestelle sind Betroffene, Angehörige, engagierte Bürger und/oder professionell Tätige. Sie sind ehrenamtlich tätig und werden vom Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbund für eine bestimmte Dauer (ggf. zwei Jahre) bestätigt. Die Geschäftsstelle wird bei der Psychiatriekoordinatorin angesiedelt. Zusätzliches Fachpersonal ist bei der Landeshauptstadt Schwerin dafür nicht vorgesehen. Der zusätzliche organisatorische Aufwand dürfte überschaubar bleiben.

Es werden 1- bis 2-mal monatlich wechselseitig für jeweils max. 2 Stunden Sprechzeiten angeboten. Außerhalb der Sprechzeiten wird die Erreichbarkeit z.B. über Anrufbeantworter, einer eigens dafür eingerichteten E-Mail-Adresse oder Fax organisiert.

## 10. Arbeitskreise

Die Arbeitskreise dienen vor allem dem Ziel, auf die Zusammenarbeit aller an der psychosozialen Versorgung beteiligten Personen, Behörden, Institutionen und Verbände der Landeshauptstadt Schwerin hinzuwirken. Sie halten den wechselseitigen Kontakt- und Informationsfluss besonders bei den Fachkräften aufrecht und tragen durch den fachlichen Austausch zur Verbesserung von Kooperation und Koordination bei. Mit ihrer Hilfe wird eine kreative Sachdiskussion insbesondere zu übergreifenden Themen initiiert und gefördert. Sie geben Anstöße für neue Entwicklungen, Empfehlungen für die Planung und die Koordinierung und weisen im Besonderen auf Versorgungslücken hin. Die Arbeitskreise nehmen Stellung zu versorgungsrelevanten Themen und Projekten

Gegenwärtig sind folgende Arbeitskreise tätig:



Die zu bearbeitenden Schwerpunktthemen werden sich perspektivisch vorrangig aus der Auftragserteilung des Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbundes heraus ergeben. Es können sich demnach neue bzw. andere Arbeitskreise bilden, die zeitlich befristet oder aber ständig arbeiten. Sie werden in jedem Fall mit konkreten Aufträgen ausgestattet und damit an gemeinsamen Zielen arbeiten. Die Ergebnisse werden im Gemeindepsychiatrischen Steuerungsverbund vorgetragen und entsprechend gebündelt.

## Relevante Gesetze

### **Sozialgesetzbuch (SGB) Zweites Buch (II) - Grundsicherung für Arbeitssuchende - SGB II § 6 Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende**

Träger der Leistungen nach diesem Buch sind:

1. die Bundesagentur für Arbeit (Bundesagentur), soweit Nummer 2 nichts anderes bestimmt,
2. die kreisfreien Städte und Kreise (kommunale Träger) für die Leistungen nach § 16 Abs. 2 Satz 1, 2 Nr. 1 bis 4, § 22 und § 23 Abs. 3, soweit durch Landesrecht nicht andere Träger bestimmt sind.

Zu ihrer Unterstützung können sie Dritte mit der Wahrnehmung von Aufgaben beauftragen.

### **§ 15 Eingliederungsvereinbarung**

(1) Die Agentur für Arbeit soll im Einvernehmen mit dem kommunalen Träger mit jedem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen die für seine Eingliederung erforderlichen Leistungen vereinbaren (Eingliederungsvereinbarung). Die Eingliederungsvereinbarung soll insbesondere bestimmen,

1. welche Leistungen der Erwerbsfähige zur Eingliederung in Arbeit erhält,
2. welche Bemühungen der erwerbsfähige Hilfebedürftige in welcher Häufigkeit zur Eingliederung in Arbeit mindestens unternehmen muss und in welcher Form er die Bemühungen nachzuweisen hat. Die Eingliederungsvereinbarung soll für sechs Monate geschlossen werden. Danach soll eine neue Eingliederungsvereinbarung abgeschlossen werden. Bei jeder folgenden Eingliederungsvereinbarung sind die bisher gewonnenen Erfahrungen zu berücksichtigen. Kommt eine Eingliederungsvereinbarung nicht zustande, sollen die Regelungen nach Satz 2 durch Verwaltungsakt erfolgen.

(2) In der Eingliederungsvereinbarung kann auch vereinbart werden, welche Leistungen die Personen erhalten, die mit dem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft leben. Diese Personen sind hierbei zu beteiligen.

(3) Wird in der Eingliederungsvereinbarung eine Bildungsmaßnahme vereinbart, ist auch zu regeln, in welchem Umfang und unter welchen Voraussetzungen der erwerbsfähige Hilfebedürftige schadenersatzpflichtig ist, wenn er die Maßnahme aus einem von ihm zu vertretenden Grund nicht zu Ende führt.

### **§ 16 Leistungen zur Eingliederung**

(1) Als Leistungen zur Eingliederung kann die Agentur für Arbeit alle im Dritten Kapitel, im Ersten bis Siebten Abschnitt des Vierten Kapitels, im Ersten und Zweiten Abschnitt des Fünften Kapitels sowie die im Ersten, Fünften und Siebten Abschnitt des Sechsten Kapitels und die in den §§ 417, 421g, 421i, 421k und 421l des Dritten Buches geregelten Leistungen erbringen. § 8 des Dritten Buches ist entsprechend anzuwenden. § 41 Abs. 3 Satz 4, § 57 Abs. 4 Satz 1 und 2 des Dritten Buches sind mit der Maßgabe entsprechend anzuwenden, dass an die Stelle des Arbeitslosengeldes das Arbeitslosengeld II tritt.

(2) Über die in Absatz 1 genannten Leistungen hinaus können weitere Leistungen erbracht werden, die für die Eingliederung des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in das Erwerbsleben erforderlich sind. Dazu gehören insbesondere

1. die Betreuung minderjähriger oder behinderter Kinder oder die häusliche Pflege von Angehörigen,
2. die Schuldnerberatung,
3. die psychosoziale Betreuung,

4. die Suchtberatung,
5. das Einstiegs geld nach § 29,
6. Leistungen nach dem Altersteilzeitgesetz.

### **Sozialgesetzbuch (SGB) Drittes Buch (III) - Arbeitsförderung - SGB III**

#### § 3 Leistungen der Arbeitsförderung

(1) Arbeitnehmer erhalten folgende Leistungen:

1. Berufsberatung sowie Ausbildungs- und Arbeitsvermittlung und diese unterstützende Leistungen,
2. Maßnahmen der Eignungsfeststellung, Trainingsmaßnahmen zur Verbesserung der Eingliederungsaussichten,
3. Mobilitätshilfen und Arbeitnehmerhilfe zur Aufnahme einer Beschäftigung,
4. Überbrückungsgeld zur Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit,
5. Berufsausbildungsbeihilfe während einer beruflichen Ausbildung oder einer berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahme,
6. Übernahme der Weiterbildungskosten und Unterhaltsgeld während der Teilnahme an einer beruflichen Weiterbildung,
7. allgemeine und als behinderte Menschen zusätzlich besondere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und
  1. diese ergänzende Leistungen nach diesem und dem Neunten Buch, insbesondere Ausbildungsgeld, Übernahme der Teilnahmekosten und Übergangsgeld,
  8. Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe während Arbeitslosigkeit sowie Teilarbeitslosengeld während Teilarbeitslosigkeit
2. (Leistungen zum Ersatz des Arbeitsentgelts bei Arbeitslosigkeit),
9. Kurzarbeitergeld bei Arbeitsausfall,
10. Insolvenzgeld bei Zahlungsunfähigkeit des Arbeitgebers,
11. Wintergeld und Winterausfallgeld in der Bauwirtschaft,
12. Transferleistungen.

#### § 19 Behinderte Menschen

(1) Behindert im Sinne dieses Buches sind Menschen, deren Aussichten, am Arbeitsleben teilzuhaben oder weiter teilzuhaben, wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 des Neunten Buches nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert sind und die deshalb Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen, einschließlich lernbehinderter Menschen.

(2) Behinderten Menschen stehen Menschen gleich, denen eine Behinderung mit den in Absatz 1 genannten Folgen droht.

#### § 97 Teilhabe am Arbeitsleben

(1) Behinderten Menschen können Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden, die wegen Art oder Schwere der Behinderung erforderlich sind, um ihre Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu bessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern.

(2) Bei der Auswahl der Leistungen sind Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung des Arbeitsmarktes angemessen zu berücksichtigen. Soweit es erforderlich ist, schließt das Verfahren zur Auswahl der Leistungen eine Abklärung der beruflichen Eignung oder eine Arbeitserprobung ein.

### **Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - SGB V**

#### § 11 Leistungsarten

(1) Versicherte haben nach den folgenden Vorschriften Anspruch auf Leistungen

1. (weggefallen)

2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch (§§ 20 bis 24b),
3. zur Früherkennung von Krankheiten (§§ 25 und 26),
4. zur Behandlung einer Krankheit (§§ 27 bis 52),
5. des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches.

(2) 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. Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht. Die Leistungen nach Satz 1 werden unter Beachtung des Neunten Buches erbracht, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist.

## **Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) - Gesetzliche Rentenversicherung - SGB VI**

### § 9 Aufgabe der Leistungen zur Teilhabe

(1) Die Rentenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am

Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um

1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern. Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind.

(2) Die Leistungen nach Absatz 1 können erbracht werden, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dafür erfüllt sind.

## **Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - SGB IX**

### § 1 Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei

wird den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen.

### § 2 Behinderung

(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.

(2) Menschen sind im Sinne des Teils 2 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.

(3) Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 73 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).

### § 3 Vorrang von Prävention

Die Rehabilitationsträger wirken darauf hin, dass der Eintritt einer Behinderung einschließlich einer chronischen Krankheit vermieden wird.

### § 4 Leistungen zur Teilhabe

(1) Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige oder selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

(2) Die Leistungen zur Teilhabe werden zur Erreichung der in Absatz 1 genannten Ziele nach Maßgabe dieses Buches und der für die zuständigen Leistungsträger geltenden besonderen Vorschriften neben anderen Sozialleistungen erbracht. Die Leistungsträger erbringen die Leistungen im Rahmen der für sie geltenden Rechtsvorschriften nach Lage des Einzelfalls so vollständig, umfassend und in gleicher Qualität, dass Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht erforderlich werden.

(3) Leistungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder werden so geplant und gestaltet, dass nach Möglichkeit Kinder nicht von ihrem sozialen Umfeld getrennt und gemeinsam mit nicht behinderten Kindern betreut werden können. Dabei werden behinderte Kinder alters- und entwicklungsentsprechend an der Planung und Ausgestaltung der einzelnen Hilfen beteiligt und ihre Sorgeberechtigten intensiv in Planung und Gestaltung der Hilfen einbezogen.

### § 5 Leistungsgruppen

Zur Teilhabe werden erbracht

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
3. unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen,
4. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

### § 6 Rehabilitationsträger

(1) Träger der Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger) können sein

1. die gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen nach § 5 Nr. 1 und 3,
2. die Bundesagentur für Arbeit für Leistungen nach § 5 Nr. 2 und 3,
3. die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung für Leistungen nach § 5 Nr. 1 bis 4,
4. die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung für Leistungen nach § 5 Nr. 1 bis 3, die Träger der Alterssicherung der Landwirte für Leistungen nach § 5 Nr. 1 und 3,
5. die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden für Leistungen nach § 5 Nr. 1 bis 4, die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden für Leistungen nach § 5 Nr. 1 bis 4,
6. die Träger der öffentlichen Jugendhilfe für Leistungen nach § 5 Nr. 1, 2 und 4,
7. die Träger der öffentlichen Jugendhilfe für Leistungen nach § 5 Nr. 1, 2 und 4,
8. die Träger der Sozialhilfe für Leistungen nach § 5 Nr. 1, 2 und 4.

(2) Die Rehabilitationsträger nehmen ihre Aufgaben selbständig und eigenverantwortlich wahr.

## § 7 Vorbehalt abweichender Regelungen

Die Vorschriften dieses Buches gelten für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen.

## **Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe – SGB XII**

### § 53 Eingliederungshilfe für behinderte Menschen

(1) Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches 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, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.

(2) Von einer Behinderung bedroht sind Personen, bei denen der Eintritt der Behinderung nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Dies gilt für Personen, für die vorbeugende Gesundheitshilfe und Hilfe bei Krankheit nach den §§ 47 und 48 erforderlich ist, nur, wenn auch bei Durchführung dieser Leistungen eine Behinderung einzutreten droht.

(3) Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

(4) Für die Leistungen zur Teilhabe gelten die Vorschriften des Neunten Buches, soweit sich aus diesem Buch und den auf Grund dieses Buches erlassenen Rechtsverordnungen nichts Abweichendes ergibt. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach diesem Buch.

### § 54 Leistungen der Eingliederungshilfe

(1) Leistungen der Eingliederungshilfe sind neben den Leistungen nach den §§ 26, 33, 41 und 55 des Neunten Buches insbesondere:

1. Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, insbesondere im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu; die Bestimmungen über die Ermöglichung der Schulbildung im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht bleiben unberührt,
2. Hilfe zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule,
3. Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit,
4. Hilfe in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten nach § 56,
5. nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und zur Sicherung der Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben entsprechen jeweils den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit.

(2) Erhalten behinderte oder von einer Behinderung bedrohte Menschen in einer stationären Einrichtung Leistungen der Eingliederungshilfe, können ihnen oder ihren Angehörigen zum gegenseitigen Besuch Beihilfen geleistet werden, soweit es im Einzelfall erforderlich ist.

**Impressum:**

Landeshauptstadt Schwerin  
Die Oberbürgermeisterin

Am Packhof 2-6  
19053 Schwerin  
Telefon: 0385 545-0  
Telefax: 0385 545-1009  
E-Mail: [info@schwerin.de](mailto:info@schwerin.de)  
Internet: [www.schwerin.de](http://www.schwerin.de)

**Kontakt:**

Landeshauptstadt Schwerin  
Die Oberbürgermeisterin  
Amt für Bürgerservice/Gesundheitsamt  
Frau Heike Seifert

Am Packhof 2-6  
19053 Schwerin  
Telefon: 0385 545-2824  
Telefax: 0385 545-2829  
E-Mail: [hseifert@schwerin.de](mailto:hseifert@schwerin.de)  
Internet: [www.schwerin.de](http://www.schwerin.de)