

Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung

8. Bericht
Mai 2000 - April 2001



Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung **Sachsen-Anhalt**

8. Bericht
Mai 2000 - April 2001

Ausschuss für Angelegenheiten
der psychiatrischen Krankenversorgung
des Landes Sachsen-Anhalt
Geschäftsstelle
c/o Landesamt für Versorgung und Soziales
Sachsen-Anhalt

Neustädter Passage 15
06122 Halle/Saale
Tel. : (0345) - 69 12 305 / 307
Fax : (0345) - 69 12 308
E-Mail: Gudrun.Fiss@ivs.ms.lsa-net.de

8. Bericht

des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Sachsen-Anhalt

Berichtszeitraum: Mai 2000 - April 2001

<u>Inhaltsverzeichnis</u>	Seite
I. Vorwort	1
II. Tätigkeitsbericht	3
III. Ausgewählte Aspekte der psychiatrischen Versorgung	11
1. Betreutes Wohnen - nur ein Schritt der Enthospitalisierung oder ein selbständiger Baustein komplementärer psychiatrischer Versorgung ?	11
2. Sozialrechtliche Fragen der Entgiftung und Entwöhnung	19
3. Die ärztliche Schweigepflicht und der Schutz der Sozialdaten im Überblick	23
IV. Hinweise und Empfehlungen: Stand der Umsetzung	27
Anhang	
1. Berichte der regionalen Besuchskommissionen	34
Kommission 1: Landkreise Altmarkkreis Salzwedel, Stendal, Jerichower Land	34
Kommission 2: Stadt Magdeburg, Landkreise Ohrekreis, Bördekreis, Schönebeck, Anhalt-Zerbst	41
Kommission 3: Stadt Dessau, Landkreise Bernburg, Wittenberg, Köthen, Bitterfeld	51
Kommission 4: Landkreise Halberstadt, Wernigerode, Quedlinburg, Aschersleben-Stassfurt	58
Kommission 5: Stadt Halle, Landkreise Saalkreis, Mansfelder Land	67
Kommission 6: Landkreise Sangerhausen, Merseburg-Querfurt, Burgenlandkreis, Weißenfels	75
2. Personelle Zusammensetzung des Ausschusses und seiner regionalen Besuchskommissionen	84

Vorwort

Die Amtszeit des Ausschusses und der Besuchskommissionen dauert vier Jahre. Die zweite Amtsperiode ist am 30. April 2001 zu Ende gegangen. Der von Frau Ministerin Dr. Kuppe neu berufene Ausschuss hat seine Tätigkeit bereits aufgenommen, und die sechs Besuchskommissionen werden neu zusammengestellt. Eine letzte über ihre Amtszeit hinausreichende Pflicht erfüllen die Mitglieder des „alten“ Ausschusses, indem sie dem Landtag und der Landesregierung über das letzte Jahr ihrer Tätigkeit und insbesondere über die Feststellungen und Anregungen der Besuchskommissionen berichten.

In seiner konstituierenden Sitzung am 25. April 2001 hat der neu berufene Ausschuss aus seiner Mitte Herrn Dr. med. Alwin Fürle, Bernburg, zu seinem Vorsitzenden und Herrn Erhard Grell, Halle, zu dessen Stellvertreter gewählt. Ich möchte an dieser Stelle gern Gelegenheit nehmen, meinem Nachfolger im Amt des Vorsitzenden, seinem Stellvertreter und allen Ausschuss-Mitgliedern für die kommenden vier Jahre und die Erfüllung ihrer Aufgaben im Ehrenamt Gesundheit, Tatkraft, eine glückliche Hand und Gottes Segen zu wünschen.

Mein Dank gilt all den Bürgern von Sachsen-Anhalt, die sich den Belangen psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen widmen – sei es im Licht der Öffentlichkeit oder in ihrem persönlichen Lebensfeld, im Rahmen ihrer beruflichen Aufgaben oder ihres sozialen Engagements. Besonders danke ich den Mitgliedern, die in den letzten vier Jahren die Arbeit des Ausschusses und der Besuchskommissionen getragen und vorangebracht haben, und hier an erster Stelle meinem Stellvertreter Dr. Dietrich Rehbein, Quedlinburg, für seine stets verlässliche und hilfreiche Unterstützung. Ganz nachdrücklich zu danken habe ich der Geschäftsführerin des Ausschusses, Frau Dr. Gudrun Fiss, für die Umsicht, mit der sie die Arbeit der Geschäftsstelle organisiert und die Flut der dem Ausschuss-Vorstand zufließenden Informationen bewältigt. Ohne eine Kraft, die so überzeugt ist von der Notwendigkeit des Auftrages des Ausschusses und so in ihrer Arbeit aufgeht wie Frau Dr. Fiss, wäre der Ausschuss-Vorstand nicht arbeitsfähig.

Der Vorsitzende: Priv. Doz. Dr. med. Felix M. Böcker

Redaktionskollegium: An der Erarbeitung dieses Berichts sind mit eigenen Beiträgen aktiv beteiligt: Herr Priv. Doz. Dr. med. Felix M. Böcker (Naumburg), Herr VPrLSG Erhard Grell (Halle), Herr RiSG Olaf Kleßen (Stendal), Herr Dr. med. Nikolaus Särchen (Wittenberg). Weitere Mitglieder des Redaktionskollegiums sind Frau Dr. med. Ute Hausmann (Halle), Frau MR Dr. med. Ilse Schneider (Magdeburg), Herr Dr. med. Alwin Fürle (Bernburg) und Herr Dr. med. Dietrich Rehbein (Quedlinburg).

II. Tätigkeitsbericht

Von Mai 2000 bis April 2001 haben die sechs Besuchskommissionen insgesamt 94 Besuche durchgeführt, darunter 21 Kliniken, acht sozialpsychiatrische und psychosoziale Dienste, zwei Suchtberatungsstellen, vier Tagesstätten, neun betreute Wohnformen, 48 Heime, darunter 13 Heime für Kinder und Jugendliche und acht Altenpflegeheime, neun Werkstätten für Behinderte und eine Einrichtung der beruflichen Eingliederung.

1. Kontakte zum Landtag von Sachsen-Anhalt:

Seinen 7. Bericht konnte der Ausschuss am 21. Juli 2000 an den Präsidenten des Landtags von Sachsen-Anhalt übergeben und im Rahmen der Landespressekonferenz öffentlich vorstellen. Dass der Ausschuss-Vorsitzende durch eine Zugverspätung daran gehindert war, an diesem wichtigen Termin teilzunehmen, blieb dank der überzeugenden Präsentation von Dr. Rehbein, Frau Dr. Keitel und Frau Dr. Conrad in der Öffentlichkeit unbemerkt.

Der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags von Sachsen-Anhalt hat in seiner 32. Sitzung am 21.12.2000 ausführlich über den 7. Bericht beraten. Für die Landesregierung nahm dazu Frau Ministerin Dr. Kuppe Stellung.

Am 08.06.2000 hatte der Vorsitzende Gelegenheit, für den Ausschuss an einer Anhörung zu Entwürfen eines Behindertengleichstellungsgesetzes im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags von Sachsen-Anhalt teilzunehmen und eine Stellungnahme abzugeben:

Vorauszuschicken war, dass die mit den beiden Gesetzentwürfen angestrebten Ziele gleicher Teilhabechancen behinderter Menschen von uns begrüßt und gutgeheißen werden. Wir haben uns auf solche Einzelbestimmungen der vorliegenden Entwürfe beschränkt, die unmittelbaren Bezug zu Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung haben:

Zum Entwurf der Fraktion der PDS (Drs. 3/2536):

Zu den behinderten Menschen, deren Chancengleichheit der Gesetzentwurf durchsetzen und deren Diskriminierung er unterbinden soll, zählen neben Menschen mit körperlichen Behinderungen und Sinnesbehinderungen in einer nicht geringen Anzahl solche Mitbürger, die an einer sog. geistigen Behinderung oder einer sog. seelischen Behinderung leiden. Als „geistige Behinderung“ werden die Folgen einer angeborenen oder früher erworbenen Intelligenzminderung bezeichnet; unter dem Begriff der „seelischen Behinderung“ werden Folgezustände und chronische Verlaufsformen von psychischen Erkrankungen und Suchtkrankheiten zusammengefasst. Im Gegensatz zu körper- oder sinnesbehinderten Menschen, die sich im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte befinden, fällt es geistig oder seelisch behinderten Menschen wesentlich schwerer, ihre Interessen in der Öffentlichkeit selbst aktiv und offensiv zu vertreten; dies liegt in der Natur ihrer Behinderung. Der vorliegende Gesetzentwurf lässt nicht erkennen, wie dieser Besonderheit Rechnung getragen wird. Wir vermissen insbesondere eine Regelung, die sicherstellt, dass Menschen mit geistigen oder seelischen Behinderungen im Behindertenbeirat des Landes in einer ihrer Behinderung angemessenen und der Bedeutung geistiger und seelischer Behinderungen entsprechenden Art und Weise vertreten sind. ...

Wenn vorgeschlagen wird, im PsychKG LSA festzulegen, dass die Rechte der psychisch kranken und seelisch behinderten Mitbürger zu wahren sind, so scheint uns dies selbstverständlich zu sein und keiner erneuten Feststellung zu bedürfen. Der Psychiatrie-Ausschuss hat am 23.03.00 in Naumburg eine Anhörung zu den Erfahrungen mit dem PsychKG LSA durchgeführt. Als ein wesentliches Ergebnis konnte festgehalten werden, dass das bestehende Gesetz dem Rechtsschutz für die betroffenen Patienten in ausreichendem Maße Rechnung trägt. Für selbstverständlich halten wir etwa auch, dass bei fehlender Behandlungsbereitschaft der Versuch gemacht wird, das soziale Umfeld und Vertrauenspersonen des Betroffenen einzubeziehen, bevor Schutzmaßnahmen nach PsychKG LSA in Betracht gezogen werden; dazu bedarf es keiner gesetzlichen Verpflichtung.

Der mit § 2 Abs. 3 unterbreitete Vorschlag, dass nicht nur die von Schutzmaßnahmen unmittelbar betroffene Person, sondern auch deren Angehörige Rechtsmittel einlegen sollen, erfordert eine sorgfältige rechtliche Prüfung: Wir sehen neben organisatorischen Schwierigkeiten (etwa der

Rechtsmittel-Belehrung aller Angehörigen) praktische Konsequenzen, die wir noch nicht überschauen: Wir rechnen nicht nur mit solchen Fällen, bei denen Angehörige anstelle des Betroffenen einem Unterbringungsbeschluss widersprechen; vielmehr sind nach dem Gesetzentwurf der PDS-Fraktion Fallkonstellationen zu erwarten, bei denen das Gericht entschieden hat, keine Unterbringung anzuordnen, und Angehörige gegen diese Entscheidung Rechtsmittel einlegen. Eine solche Möglichkeit kann aus der Sicht der manchmal leidgeprüften Angehörigen psychisch Kranker wünschenswert erscheinen; andererseits besteht die Gefahr, dass innerfamiliäre Konflikte künftig häufiger mit den Mitteln des PsychKG ausgetragen werden.

Die Aussichten, durch das Gesetz gleiche Teilhabechancen für behinderte Menschen zu erzwingen und ein Diskriminierungsverbot durchzusetzen, hält der Ausschuss-Vorstand für gering, da konkret einklagbare Ansprüche nicht benannt werden. Benachteiligung und Diskriminierung von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen sind an der Tagesordnung. Ausgehend von den Erfahrungen mit den Gleichstellungsbeauftragten, die auf allen Ebenen der Verwaltung bestellt wurden und die Gleichstellung von Frauen und Männern durchsetzen sollten, bezweifelt der Ausschuss-Vorstand, ob die Bestellung von Behindertenbeauftragten bei Gemeinden und Landkreisen ein effektives Instrument ist, um etwa die Diskriminierung von Schizophrenie-Kranken zu verhindern. Diese Bedenken gelten auch für den Gesetzentwurf der SPD-Fraktion.

Zum Entwurf der Fraktion der SPD (Drs. 3/2764):

Für gelungen halten wir den in § 4 unternommenen Versuch, Ansprüche behinderter Menschen zu formulieren: Selbständige Lebensführung, Bürger- und Gemeindenähe, Vorrang von Prävention und Rehabilitation, beruflicher Rehabilitation und selbständigem Wohnen. In § 5 Abs. 2 muss genauer zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern unterschieden werden. Eine wirklich zukunftsweisende und mutige Bestimmung hätte zum Inhalt, dass anstelle des Leistungsträgers eine unabhängige Stelle den Hilfebedarf ermittelt und den Hilfeplan aufstellt, dem die Leistungsträger im Rahmen ihrer Zuständigkeit und die Leistungserbringer zu folgen haben. Der Ausschuss-Vorstand ist sich darüber im Klaren, dass eine solche Vision umfassender Änderungen des Sozialrechts bedarf, die über ein Behinderten-Gleichstellungsgesetz hinausgehen.

Im Übrigen hat der Ausschuss den Eindruck gewonnen, dass der Gesetzentwurf im Wesentlichen den im Lande bestehenden Status quo festschreibt.

Bedenklich erscheint uns die in § 7 Abs. 4 getroffene Regelung, dass die Benennung der stimmberechtigten Mitglieder des Behindertenbeirates von den vier Arbeitsgruppen des Runden Tisches für Menschen mit Behinderungen im Land Sachsen-Anhalt vorgenommen wird, denn im Gesetz ist nicht ausgeführt, wie der Runde Tisch und seine Arbeitsgruppen gebildet werden und wie dort für eine ausgewogene Beteiligung der verschiedenen Gruppen behinderter Menschen Sorge getragen wird. Wir müssen an dieser Stelle wiederholen, dass unserer Erfahrung nach Menschen mit sog. geistigen und mit sog. seelischen Behinderungen in solchen Gremien nicht in angemessener Weise repräsentiert sind. Damit soll die zweifellos segensreiche Arbeit der Arbeitsgruppen des Runden Tisches in ihrer Bedeutung nicht geschmälert werden. ...

2. Kontakte zum Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales:

Am 25. Mai 2000, noch während der Erarbeitung des 7. Berichts, hatte der Ausschuss-Vorstand die Möglichkeit zu einem Arbeitsgespräch mit Herrn Staatssekretär Prof. Dr. Schimanke, der die Gelegenheit dazu nutzte, uns ausführlich zu informieren über die Grundzüge der neuen Leistungstypen und Entgeltformen (Rahmenvertrag gemäß § 93 d Abs. 2 BSHG für das Land Sachsen-Anhalt).

An dem vom Ministerium ausgerichtetem und von Herrn Dr. Nehring geleitetem „Werkstattgespräch“ zum Thema „Enthospitalisierung im Land Sachsen-Anhalt“ am 28.11.2000 haben die im Ausschuss vertretenen Abgeordneten Frau Krause, Frau Liebrecht und Dr. Nehler und außerdem Dr. Rehbein, Herr Geppert und Herr Günther teilgenommen. Der Vorsitzende hatte im Diskussionsverlauf Gelegenheit zu einem kurzen Statement:

Die Zahl der Menschen, für die sog. „vorläufige Heimbereiche“ der ehemaligen Landeskrankenhäuser als Ort zum Leben dienen, hat, wie vom Ministerium eindrucksvoll statistisch belegt, in den letzten Jahren deutlich abgenommen; zu fragen bleibt allerdings, wie viele dieser ehemaligen Anstaltsinsassen verstorben sind und wie viele in andere Pflegeheime oder Wohnheime mit zeitlich unbefristetem Aufenthalt verlegt, also umhospitalisiert wurden.

Personen, die als „geistig“, „seelisch“ oder „mehrfach“ behindert klassifiziert werden, bilden keine homogenen Populationen; so kann etwa eine geistige Behinderung, die auf einer angeborenen oder früh erworbenen Intelligenzminderung beruht, verbunden sein mit einer körperlichen Behinderung, einer Sinnesbehinderung, einer Epilepsie, mit Störungen des Sozialverhaltens oder einer psychischen Erkrankung. Das einzige wirklich gemeinsame Merkmal der Heimbewohner, die enthospitalisiert werden sollen, ist die langjährige Unterbringung in Einrichtungen und der damit verbundene Hospitalismus, also die Tatsache, dass ihnen Kulturtechniken und lebenspraktische Kompetenzen fehlen. Heime für einen zeitlich befristeten Aufenthalt, um die Rückkehr in die Gemeinde gezielt vorzubereiten, im Sinne von Rehabilitationseinrichtungen, sind nach den Feststellungen des Ausschusses in Sachsen-Anhalt Mangelware; Heime als Ort zum Leben auf Dauer sind an der Tagesordnung. Was ist daran schlecht? Das Leben im Heim bedeutet unter anderem Verlust der Intimsphäre, weitgehende Fremdbestimmung, Verstärkung der Behinderung (Hospitalismus) und Stigmatisierung, weil Gesunde mit Behinderten keine Erfahrungen sammeln, diese also fremd bleiben. Lösungen bestehen einerseits in der „Normalisierung“ (im Heim), andererseits in der Enthospitalisierung, denn der Lebenszweck behinderter Menschen besteht nicht darin, den Betrieb von Einrichtungen zu ermöglichen. Diese werden sich vielmehr zu Dienstleistungszentren mit Kompetenz für ambulante Betreuung wandeln müssen.

An Grenzen stößt die Enthospitalisierung, wenn das Verlassen des Heims gleichzeitig bedeutet, die Zuständigkeit des überörtlichen Sozialhilfeträgers zu verlassen, weil die Kommunen nicht darauf vorbereitet sind, die notwendigen ambulanten Hilfen abzusichern. Noch immer gilt: Ambulant = wenig Hilfe; viel Hilfe = stationär. Deshalb hat der Ausschuss vorgeschlagen, im Bereich der psychiatrischen Rehabilitation die Zuständigkeit von örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgern zusammenzuführen.

Nach der Übergabe des 7. Berichts an das Ministerium am 21.07.2000 hatten die Vorsitzenden der Besuchskommissionen und die Mitglieder des Ausschusses am 13.12.2000 die Möglichkeit, den Inhalt des Berichts mit Frau Ministerin Dr. Kuppe und den zuständigen Mitarbeitern ihres Hauses detailliert zu erörtern. Im Gesamtzusammenhang der Bemühungen ihres Hauses um „Gender Mainstreaming“ gab die Ministerin dem Ausschuss die Anregung, künftig auch bei der Betrachtung der psychiatrischen Versorgung geschlechtsspezifischen Aspekten mehr Aufmerksamkeit zu widmen.

Enge Kontakte bestehen naturgemäß zwischen dem Ausschuss-Vorstand und der Psychiatrie-Referentin, Frau Dr. Willer. So konnte der Vorsitzende sich auf entsprechende Anfragen hin zum Stellenwert der Elektrokrampftherapie im Spektrum psychiatrischer Behandlungsmethoden äußern (10.05.2000) und zur Frage der Über-, Unter- und Fehlversorgung depressiver Erkrankungen (Umfrage des BMG) eine Stellungnahme abgeben (11.05.2000). Über die Teilnahme an den Ausschuss-Sitzungen hinaus haben Arbeitsgespräche am 18.05. und 17.10.2000 stattgefunden.

3. Kontakte zum Landesamt für Versorgung und Soziales:

Am 15.03.2001 hat der Ausschuss-Vorstand mit dem Präsidenten des Landesamtes für Versorgung und Soziales, Herrn Lehmann, die Neuberufung der Besuchskommissionen beraten und ausführlich die praktische Umsetzung des Rahmenvertrages nach § 93 BSHG und die fachliche Beurteilung des Hilfebedarfs der Empfänger von Eingliederungshilfe erörtert.

4. Kontakte zum Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung:

Die ambulante Betreuung durch Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten bildet schon rein quantitativ ohne Zweifel den größten Sektor der Versorgung psychisch kranker Menschen; für die Besuchskommissionen ist es dagegen schwierig, über die ambulante ärztliche Versorgung in den Regionen verlässliche Informationen zu gewinnen. Schon deshalb lag dem Ausschuss daran, den Gesprächsfaden mit dem neu gewählten Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung

Sachsen-Anhalt, Herrn Dr. John, Allgemeinarzt aus Schönebeck, aufzunehmen. Dabei konnte vereinbart werden, dass die KVSA dem Ausschuss zwei Ansprechpartner (z.B. einen Allgemeinarzt und einen Facharzt) benennen wird, die künftig als Gäste zu den Sitzungen des Ausschusses geladen werden und einen regelmäßigen Austausch über Fragen der ambulanten hausärztlichen, fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung ermöglichen sollen.

Nach der Statistik, die uns freundlicherweise überlassen wurde, sind aktuell (Stand April 2001) im Land in eigener Niederlassung tätig: 88 Fachärzte für Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie), 6 Fachärzte für Neurologie, 11 Fachärzte für Psychiatrie, 3,5 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und 3,5 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie. 20,5 Ärzte (12 aus den genannten Fachgruppen und 8,5 aus anderen Fachgebieten) sind überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätig; hinzukommen 92 psychologische Psychotherapeuten. Auf die beiden Großstädte Halle und Magdeburg (zusammen weniger als 20 % der Einwohner von Sachsen-Anhalt) entfallen 53 der 112 Fachärzte (47 %), 36 der 92 psychologischen Psychotherapeuten (39 %) und 18,5 von 20,5 psychotherapeutisch tätigen Ärzten (88 %).

Trotz der regionalen Unausgewogenheit hält der Vorstand der KVSA die ambulante fachärztliche psychiatrische Versorgung der Bevölkerung des Landes insgesamt für gesichert. Der Ausschuss sieht dagegen seine Auffassung bestätigt, dass insbesondere außerhalb der Großstädte weitere Niederlassungen erforderlich sind. Behindert wird die notwendige Verbesserung der ambulanten fachärztlichen Versorgung allerdings durch die beunruhigende Tendenz, dass derzeit in vielen psychiatrischen Kliniken des Landes vorhandene Weiterbildungsstellen nicht besetzt werden können.

5. Kontakte zur Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt:

Entsprechend einer im Dezember 1999 getroffenen Vereinbarung konnte für den 10.04.2001 ein weiteres Gespräch mit Herrn Wall, Abteilungsleiter der LVA Sachsen-Anhalt, und dem leitenden Arzt, Herrn Dr. Schneider, verabredet werden. Auf großes Interesse der Ausschuss-Mitglieder stießen die Informationen über die von der LVA Sachsen-Anhalt eingerichtete Stiftungsprofessur für Rehabilitationsmedizin an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Grundsätzlich sollen auch Fragen der psychiatrischen Rehabilitation in diesem Rahmen bearbeitet werden. Bedauert wurde, dass an einem im Forschungsverbund der Landesversicherungsanstalten ausgeschriebenem Projekt zur Rehabilitation Suchtkranker sich keine Einrichtung aus Sachsen-Anhalt beteiligt habe.

Wichtig war dem Ausschuss, auf die Notwendigkeit einer ortsnahen medizinischen und beruflichen Rehabilitation psychosekranker junger Menschen hinzuweisen. Angedeutet wurde, dass man sich bei der LVA die Gründung eines weiteren Rehabilitationszentrums für psychisch Kranke (RPK) im Norden des Landes vorstellen kann, sofern die Krankenkassen mitwirken. In diesem Zusammenhang darf der Ausschuss daran erinnern, dass der Dezernent für Ausgaben-Management der AOK Sachsen-Anhalt bereits am 14.04.1999 anlässlich der Ausschuss-Sitzung in Bernburg öffentlich die Bereitschaft erklärt hat, die Verhandlungen über eine Beteiligung an der Finanzierung eines ambulanten und teilstationären RPK wieder aufzunehmen.

An dieser Stelle muss der Ausschuss-Vorstand einräumen, dass er es in der abgelaufenen Amtsperiode versäumt hat, tragfähige Beziehungen zu den Landesverbänden der Krankenkassen aufzubauen; so muss ich meinem Nachfolger die Empfehlung hinterlassen, das Versäumte nachzuholen.

6. Kontakte zu kommunalen Gebietskörperschaften:

Die kommunalen Gebietskörperschaften erhalten vom Ausschuss regelmäßig Post in Form der Besuchsprotokolle. Auch das interessante Ergebnis einer kleinen Umfrage über die Vergabe öffentlicher Aufträge an Werkstätten für Behinderte wurde den Landkreisen und kreisfreien Städten zurückgemeldet. In zwei Fällen hat der Ausschuss-Vorstand Anlass gesehen, sich direkt an einen

Landrat zu wenden (nach der Auflösung der PSAG im Ohrekreis und wegen des für ein Altenpflegeheim ungeeigneten Standortes des ehemaligen Krankenhauses Carlsfeld im Landkreis Bitterfeld).

Die angesprochene Notwendigkeit einer engeren Zusammenarbeit zwischen den örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe bei der psychiatrischen Rehabilitation, um die ambulante Eingliederungshilfe auszubauen und den faktischen Vorrang der dauerhaften Unterbringung in Heimen zu begrenzen, gab dem Ausschuss-Vorstand Anlass für einen Versuch, Gesprächspartner bei den kommunalen Spitzenverbänden zu finden. An einer ersten solchen Beratung am 02.11.2000 im Landtag haben für den Landkreistag Herr Struckmeier und Herr Ruby und für den Städte- und Gemeindebund Frau Becker teilgenommen. Dabei ist uns deutlich geworden, dass unsere Anregungen in den kommunalen Gremien durchaus Beachtung finden; der vorgeschlagenen Zusammenführung der Zuständigkeiten hatten unsere Gesprächspartner allerdings aus ihrer Sicht gewichtige Argumente entgegenzuhalten. Auch hier wurde eine Fortsetzung und Vertiefung des Gedankenaustauschs in regelmäßigen Abständen ins Auge gefasst.

7. Thematische Sitzungen:

Eine Broschüre über „Erfahrungen mit dem PsychKG LSA“ mit den Beiträgen zur Sitzung am 23.03.2000 in Naumburg hat der Ausschuss zugleich mit dem 7. Bericht der Öffentlichkeit vorgestellt. Gegenstand der Ausschuss-Sitzung am 25.10.2000 in Quedlinburg war die Versorgung von „chronisch mehrfach geschädigten“ Suchtkranken; die Beiträge wurden wiederum in Form einer Broschüre gesammelt. Eine weitere Sitzung am 21.03.2001 in Wittenberg hat der Ausschuss zu einem Rückblick auf die Arbeit der letzten Jahre genutzt; vor allem die Mitglieder, die über zwei Amtsperioden dem Ausschuss angehört haben und jetzt ausgeschieden sind, haben ihre ganz persönliche Bilanz gezogen.

8. Öffentlichkeitsarbeit:

Mit § 29 Abs. 2 Satz 2 PsychKG LSA hat der Gesetzgeber dem Ausschuss zur Aufgabe gemacht, bei der Bevölkerung Verständnis für die Lage psychisch kranker und behinderter Menschen zu wecken. In dieser Hinsicht ist der Ausschuss bisher kaum wirksam geworden. Die öffentliche Resonanz auf die jährlichen Berichte blieb trotz der Vorstellung in der Landes-Presskonferenz gering; nur ganz gelegentlich wurden Themen der Berichte von Journalisten für eigene Recherchen aufgegriffen. Die in der Geschäftsstelle gepflegte Sammlung von Ausschnitten aus der Mitteldeutschen Zeitung (Ausgabe Halle) belegt allerdings, dass im Regionalteil einer Tageszeitung durchaus häufig Artikel mit einem thematischen Bezug zu Fragen der psychiatrischen Versorgung zu finden sind.

In seinen beiden Sitzungen am 25.10.2000 und 21.03.2001 hat der Ausschuss ausführlich über Möglichkeiten einer verbesserten Öffentlichkeitsarbeit beraten. Dabei soll nicht die Arbeit des Ausschusses im Mittelpunkt stehen, sondern die Arbeit von Einrichtungen und Diensten, die in der Öffentlichkeit oft zu wenig Beachtung finden, und die öffentliche Diskussion von Problemen, die den Besuchskommissionen auffallen und nicht nur lokale Bedeutung haben. Anstelle von Sensationen und Skandalen sollen auch gelungene Beispiele einer zeitgemäßen Betreuung dargestellt werden, um die Bürger von Sachsen-Anhalt mit dem Lebensalltag von behinderten Menschen vertraut zu machen.

Am 13.12.2000 hatte der Ausschuss-Vorstand Gelegenheit zu einem Gespräch im Landesfunkhaus Magdeburg. Von einer Redakteurin des täglichen Nachrichtenmagazins des Mitteldeutschen Rundfunks wurden wir darüber informiert, dass kurze Filmbeiträge (bis zu drei Minuten) dann berücksichtigt werden können, wenn sie einen aktuellen Bezug haben. Wir haben uns zunächst darauf verständigt, die Redaktion von Zeit zu Zeit auf berichtenswerte Themen aufmerksam zu machen.

Ein kurzes Interview im Vorfeld der Übergabe des 7. Berichts hat der MDR am 24.07. gesendet, einen Beitrag zum ambulant betreuten Wohnen in Wittenberg am 22.10. und einen Filmbericht über Probleme im Zuge der Enthospitalisierung von Schloss Hoym am 28.12.2000. Wir wissen nicht, ob unser Versuch gelungen ist, ein Fernsehteam in Kontakt zu bringen mit der Mutter einer psychisch kranken jungen Frau, die in unserem letzten Bericht ihre leidvollen Erfahrungen beispielsweise mit dem schlechten Ineinandergreifen der verschiedenen Sozialleistungsträger eindrucksvoll geschildert hatte. Insgesamt sind wir über einen ersten Anfang noch nicht hinausgekommen.

9. Weitere Aktivitäten:

Der gute Kontakt zum Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker besteht fort; an dessen Festveranstaltung anlässlich des fünfjährigen Bestehens am 17.06.2000 hat für den Ausschuss Dr. Fürle teilgenommen und an der Einweihung der Geschäftsstelle in Halle am 02.12.2000 Frau Dr. Fiss und Dr. Hahndorf.

Im Geriatrie-Beirat des Landes wurde der Ausschuss durch Frau Dr. Schneider, Frau Dr. Keitel und den Vorsitzenden vertreten. Der Ausschussvorsitzende arbeitete im Arbeitskreis Forensik mit.

An zahlreichen weiteren Veranstaltungen haben Mitglieder von Ausschuss und Besuchskommissionen teilgenommen: „GeWohntes Leben – Psychiatrie in der Gemeinde“ am 12.10.2000 in Erlangen (Frau Borchert, Herr Geppert), Mitgliederversammlung der Landesstelle gegen die Suchtgefahren am 17.10.2000 in Magdeburg (Frau Rabsch), Symposium zu § 35a KJHG am 08.11.2000 in Emmeringen/Oschersleben (Frau Dr. Hausmann, Frau Dr. Fiss), Festakt und Kongress „25 Jahre Psychiatrie-Enquête“ am 22.11.2000 in Bonn (Frau Dr. Fiss, Dr. Böcker), 125-Jahr-Feier des Fachkrankenhauses Bernburg am 23. 11.2000 (neben den „Ortsansässigen“ Frau Dr. Feyler und Dr. Fürle auch Prof. Späte und Dr. Böcker), Fachtagung „Was für eine Drogenpolitik braucht Sachsen-Anhalt“ am 29.11.2000 in Halle (Frau Dr. Fiss, Frau Glöckner, Frau Nitsch), Übergabe des Neubau der Klinik für Forensische Psychiatrie in Bernburg am 11.12.2000 (Dr. Rehbein), Suchtausschuss der Bundesdirektorenkonferenz am 18.01.2001 in Bernburg (Frau Dr. Feyler, Frau Dr. Fiss, Dr. Böcker).

Die Zahl der zu bearbeitenden – berechtigten oder gegenstandslosen - Beschwerden ist noch gering: - Ein Patient der Forensik missbilligte (unseres Erachtens zu Recht), dass ihm auf sein Verlangen nach Einsicht in seine Krankenakte nur ein leerer Aktendeckel vorgelegt worden sei. - Ein offenbar bundesweit aktiver Verein protestierte gegen die Behandlung eines Patienten mit Elektrokrampftherapie. - Der Chefarzt einer psychiatrischen Klinik übermittelte einen „Fragebogen zum Arbeitsverhältnis“, den eine Betriebskrankenkasse einer psychisch kranken Patientin während der klinischen Behandlung zugesandt hatte; die rechtliche Prüfung ergab, dass keine der gestellten Fragen von den im SGB I, SGB V und SGB X fixierten gesetzlichen Anforderungen gedeckt war. Die Krankenkasse machte geltend, der Versand solcher Fragebogen sei „gängige Praxis“; sie wolle aber künftig in Fällen, in denen psychische Erkrankungen vorliegen, davon absehen. - Ein weiterer forensischer Patient wollte die Konsequenzen, die mit der Ablehnung der Teilnahme an der Arbeitstherapie verbunden waren, nicht hinnehmen, und hat in dieser Sache vergeblich um die Unterstützung des Ausschuss-Vorstandes ersucht. - Schließlich war über den angemessenen Umgang mit einer anonymen Beschwerde aus dem Maßregelvollzug zu beraten. - Für den sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Halle hat der Ausschuss ein Konzept zur Beratung und Betreuung von schwangeren Drogen-Konsumentinnen geprüft (und kritisch beurteilt). - Der Vorstand war außerdem gebeten, zu zwei Ordensanregungen Stellung zu nehmen und für die silberne Ehrennadel des Ministerpräsidenten des Landes Sachsen-Anhalt Vorschläge zu machen.

Für die Arbeit der Geschäftsstelle ist positiv, dass Frau Taubert, die bisher lediglich abgeordnet war, seit dem 01.09.2000 fest angestellt ist. Negativ ist festzuhalten, dass Landesregierung und Landtag, kaum waren sie im 7. Bericht für die geringfügige Verbesserung der finanziellen Ausstattung des Ausschusses im Jahr 2000 gelobt worden, für das Haushaltsjahr 2001 ohne Diskussion wieder nur den früheren Betrag in den Haushaltsplan eingestellt haben, obwohl allen

Beteiligten bekannt ist, dass dieser Betrag nicht ausreicht, um die anlässlich der Besuche anfallenden Reisekosten zu bestreiten. Wir gehen davon aus, dass dieser Fehler im kommenden Haushaltsjahr korrigiert wird.

10. Ausblick:

Abschließend möchte ich ein Phänomen ansprechen, auf das ich selbst erst bei der Vorbereitung der ersten Sitzung des Redaktionskollegiums für diesen Bericht aufmerksam geworden bin. Entsprechend der Verordnung über den Ausschuss (§ 1) ist dieser multiprofessionell zusammengesetzt – aus Ärzten für Psychiatrie, Mitgliedern mit langjähriger Erfahrung in der psychiatrischen Versorgung, Mitgliedern mit der Befähigung zum Richteramt und Vertretern des öffentlichen Lebens. An der Erarbeitung von 33 thematischen Beiträgen in den letzten vier Berichten waren 24 Autoren beteiligt, darunter zwölf Psychiater, zwei Psychologen, eine Sozialarbeiterin, drei Richter, drei Abgeordnete und drei „Externe“. Zu den insgesamt zwölf Autoren, die in den vergangenen vier Jahren mehr als einen Beitrag mitverfasst haben, zählen neun Psychiater, ein Psychologe, eine Sozialarbeiterin und ein Richter. Mit anderen Worten: Die Mitarbeit am Bericht – zumindest an den themenbezogenen Beiträgen – spiegelt die ausgewogene Zusammensetzung des Ausschusses nicht angemessen wider. Sie lässt zum einen eine besondere Arbeitsbelastung für die im Ausschuss vertretenen Psychiater erkennen, zum anderen möglicherweise aber auch eine Einengung auf eine fachlich-professionelle Sichtweise, die der Verordnungsgeber so nicht beabsichtigt hat. Offenbar haben wir in der Vergangenheit darauf zuwenig geachtet; deshalb sei dem neuen Ausschuss-Vorstand dieser Hinweis mit auf den Weg gegeben.

Der Vorsitzende: Priv. Doz. Dr. med. Felix M. Böcker, Naumburg

III. Ausgewählte Aspekte der psychiatrischen Versorgung

III. 1. Betreutes Wohnen – nur ein Schritt der Enthospitalisierung oder ein selbständiger Baustein komplementärer psychiatrischer Versorgung?

Dr. Nikolaus Särchen, Wittenberg

Die großen Fortschritte in der Behandlung und Versorgung psychisch Kranker in den vergangenen Jahrzehnten sind unbestritten. Neben der Einführung moderner Psychopharmaka, der Integration psycho- und soziotherapeutischer Behandlungsstrategien und dem Aufbau eines ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen (zwar lückenhaften und teilweise defizitären) Versorgungssystems durch Psychiater/Psychotherapeuten und psychologische Psychotherapeuten ist die vollzogene Entwicklung durchaus beachtenswert.

Die vom 16. bis 17. März 2001 in Magdeburg unter dem Leitthema „Stand der Ursachen- und Therapieforschung bei psychischen Erkrankungen“ stehenden Mitteldeutschen Psychiatrietage waren hierfür beredtes Zeichen, deren Ziel „die Darstellung des wissenschaftlichen und klinischen Profils der mitteldeutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie und damit korrespondierender bundesweiter Forschung“ waren. Wer nun mit großen Erwartungen bezüglich der wissenschaftlichen Darstellung aktueller *sozialpsychiatrischer* Erkenntnisse kam, wurde jedoch enttäuscht. Obwohl ein Ziel der Psychiatriereform seit Jahrzehnten die Verlagerung der Behandlung und Betreuung der Kranken und Behinderten aus den klassischen Anstalten in die Gemeinde ist, blieb dieser Gesichtspunkt psychiatrischer Arbeit in Magdeburg völlig unerwähnt, von aktuellen Forschungsergebnissen ganz zu schweigen.

Die derzeitige Versorgungssituation im Bereich der ambulanten Hilfen für chronisch psychisch Kranke bestätigt, dass es sich nicht nur um einen einmaligen Tagungseindruck handelt, der allein dem Desinteresse universitärer Forschung zugeschrieben werden kann, sondern sich hier eine in Sachsen-Anhalt weiterhin praktizierte Grundhaltung widerspiegelt, die am ehesten „aus den Augen, aus dem Sinn“ genannt werden kann. Während wir derzeit auf gewachsene und stabile Strukturen für Kliniken und Heime zurückgreifen können, bei denen es sowohl Landesplanungen als auch Landesregelungen gibt, handelt es sich bei der Gestaltung gemeindenaher und personenbezogener Hilfen eher um Lippenbekenntnisse, denn es fehlen nicht nur konkrete Landesplanungen, sondern das Finanzierungsmodell des Landes Sachsen-Anhalt, das auf unterschiedliche Zuständigkeiten von örtlichem (öShTr) und überörtlichem (ÜöShTr) Sozialhilfeträger verweist, muss eher als eine Regelung verstanden werden, die die geforderten Hilfen mehr verhindert, als sie zu ermöglichen.

Die Versorgungssituation – Enthospitalisierung – gibt es sie?

Auf der im November 1996 durchgeführten Fachtagung zum Thema „Enthospitalisierung – ein Etikettenschwindel?“ stellte die zuständige Ministerin, Frau Dr. Gerlinde Kuppe, die Enthospitalisierung als einen Prozess dar, an dessen Anfang das Land Sachsen-Anhalt erst stehe. Auch heute, im Jahr 2001, ist dem nichts hinzuzufügen.

Im 7. Bericht des Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung Sachsen-Anhalt (Berichtszeitraum 1999-2000) wurde erneut dargestellt, dass in Sachsen-Anhalt von 100.000 Einwohnern immer noch 240 in Wohnheimen für seelisch und geistig Behinderte mit Daueraufenthalt bei ständiger Personalpräsenz, dagegen in allen anderen betreuten Wohnformen nur 24 von 100.000 Einwohnern leben. Außerdem bestehen im ambulanten Betreuungsbereich große regionale Unterschiede. Hinzu kommt, dass die unterschiedlichen Zielgruppen (geistig Behinderte, seelisch Behinderte, seelisch Behinderte infolge Sucht) nebeneinander stehen und eine Darstellung der realen Situation zusätzlich erschwert wird¹.

¹ Beim Betreuten Wohnen gibt es noch große regionale Unterschiede, wie eine kleine Umfrage des Ausschusses im Oktober 2000 ergab: IB Stendal, Betreutes Wohnen für 15 Suchtkranke derzeit gesichert, Landkreis aber bat zu prüfen, ob Platzreduzierung auf 12 Betroffene möglich sei; Erweiterung auf 18 Plätze wegen Warteliste wurde abgelehnt; DRK Möckern Betreutes Wohnen für 24 Suchtkranke gesichert; DRK Bärenthoren Betreutes Wohnen für derzeit 8 Suchtkranke gefährdet, keine Platzweiterung zugelassen, damit kann nicht aus dem Wohnheim für Suchtkranke „hinausgefördert“ werden, Betroffene verbleiben im Heim; VS Dessau Betreutes Wohnen für 12 seelisch Behinderte ist

In der Vergangenheit wurde dem Prozess der Enthospitalisierung besondere Beachtung geschenkt, wobei es um bessere Lebensbedingungen sowohl für die in Langzeiteinrichtungen und Heimen untergebrachten Menschen als auch für die in Altersheimen und anderen nicht psychiatrischen Einrichtungen fehluntergebrachten Betroffenen ging. Mit einer erfolgreichen Enthospitalisierung haben wir es zu tun, wenn behinderte Menschen aus vollstationären Heimen und Übergangswohnheimen in ambulant betreute Wohnformen gehen. Bei fehlenden ambulanten Wohnformen können die zwar inadäquat überversorgten, aber doch untergebrachten psychisch Kranken nicht enthospitalisiert werden. Das ist jedoch nur ein Aspekt der Enthospitalisierung, der derzeit offensichtlich allerdings der ausschließliche Gesichtspunkt in Sachsen-Anhalt ist.

Auf einen weiteren Aspekt soll deshalb hier aufmerksam gemacht werden: Ziel einer sozialpsychiatrisch ausgerichteten Versorgung muss auch die Vermeidung einer neuen Hospitalisierung sein. Die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/ psychosomatischen Bereich weisen ausdrücklich auf einen „unterschiedlichen Stützungs- und Förderungsbedarf und die unterschiedlichen Stützungs- und Förderungsmöglichkeiten im Wohnbereich“ *verschiedener* Gruppen hin. Dies schließt auch psychisch Kranke des jüngeren Lebensalters, deren Sozialisation und beruflicher Entwicklungsstand nicht ihrem Alter und ihren Fähigkeiten entsprechen, erkrankte Erwachsene im erwerbsfähigen Alter, die beim Wiedereintritt in den Lebensalltag sowohl eines tragfähigen sozialen Hintergrundes als auch der Hilfen zum Wiedereinstieg in das Arbeitsleben bedürfen, und psychisch Alterskranke und alt gewordene psychisch Kranke ein. Hier sind Präventivangebote zur Vermeidung einer Heimeinweisung gefordert.

Wie Daten aus Sachsen-Anhalt widerspiegeln, werden chronisch psychisch Kranke jedoch weiterhin vorwiegend in zentralen Einrichtungen, oft außerhalb der Städte und in der Regel völlig gelöst von all ihren bisherigen sozialen Beziehungen untergebracht.² Insbesondere bei jüngeren psychisch Kranken und Erwachsenen im erwerbsfähigen Alter führt die mangelhafte Versorgungssituation im Betreuten Wohnen dazu, dass sie solange im ambulanten Bereich unterversorgt bleiben, bis sie in den Heimbereich kommen, der sie dann inadäquat überversorgt. Wir haben es also hier nicht nur mit einem defizitären Prozess der Enthospitalisierung zu tun, sondern auch mit einer **neuen Hospitalisierungswelle**. Fehlende Versorgungsmöglichkeiten im Landkreis Wittenberg führten zum Beispiel dazu, dass allein im Jahr 2000 aus der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Klinik Bosse Wittenberg und nach wiederholten Bemühungen um eine Integration in ihr bisheriges Umfeld acht Betroffene schließlich in stationäre Einrichtungen Sachsen-Anhalts (außerhalb des Landkreises Wittenberg) und fünf weitere Betroffene in stationäre Einrichtungen nach Berlin, Sachsen, Thüringen und Brandenburg verlegt werden mussten.

Unter dem Gesichtspunkt „ambulant vor stationär“ ist nicht nur der Aufbau ambulanter Einrichtungen zu fordern, sondern auch der Langzeitaspekt dieser Hilfen. Dabei sind das zeitliche Ausmaß und die Intensität der Betreuung individuell klientenorientiert zu prüfen und nicht institutionszentriert festzulegen.

Wenn es in Sachsen-Anhalt immer noch problemlos möglich ist, Betroffene dauerhaft in vollstationären Heimen unterzubringen, die Betreuung im ambulant Betreuten Wohnen dagegen

über Einzelfallhilfe gesichert; WINT e.V. Wittenberg Betreutes Wohnen für 14 Plätze gefährdet, monatelange Verzögerung der Überweisung des Mitarbeitergehaltes; Hilfsverein Naumburg Betreutes Wohnen für 24 seelisch Behinderte gesichert; AWO Halberstadt Betreutes Wohnen für 24 seelisch Behinderte über Einzelfallhilfe gesichert, Problem: bei Tagesstättenbesuch würden nur 50% für Betreutes Wohnen gezahlt; AWO Köthen Betreutes Wohnen für 24 seelisch Behinderte mit Minimal-Pflegesatz kaum „gesichert“ (14,- DM), Problem bei Über- oder Unterschreitung der Behindertenzahl: Sozialamt zahle zweite Betreuer-Stelle nicht, wenn nur 23 Betroffene betreut werden, ein 25. Hilfebedürftiger könne nicht betreut werden; Platzerweiterung werde abgelehnt; Reha-Verein Halle Betreutes Wohnen für 50 seelisch Behinderte derzeit über Pauschalfinanzierung gesichert; Landkreis Salzwedel bietet kein Betreutes Wohnen an, dadurch müssen Bewohner von WH und ÜWH in den Einrichtungen verbleiben; Landkreis Jerichower Land wegen fehlender Finanzen keine Erweiterung des Betreutes Wohnen möglich.

² Eine wichtige Rolle kommt hierbei auch der Arbeit der ärztlichen Gutachter zu, von deren Entscheidung die Integration in unterschiedliche Betreuungsangebote abhängig ist. Einweisungen in Heime sind immer noch schneller und bequemer handhabbar als die Integration in ambulant betreute Wohnformen, und einige Gutachter lassen sich offenbar eher von dem vorhandenen Angebot institutionsbezogener Möglichkeiten leiten, als den individuellen Hilfebedarf des Betroffenen zu formulieren, der unabhängig von den in der Region vorgehaltenen Hilfeangeboten bestimmt werden muss.

mit ungleich höheren Mühen verbunden ist und oft gar nicht realisiert werden kann, muss hinterfragt werden, wie sich hier politischer Wille widerspiegelt. Welche Konsequenzen hatte die im 7. Bericht als wegweisend zu betrachtende parteiübergreifende Meinungsbildung dreier Abgeordneter zur Enthospitalisierung? Inwiefern spiegelte sie den politischen Willen des Landes wider? Welche Funktion übernimmt der Landtag im Rahmen der Enthospitalisierung? Welche Steuerungsmöglichkeiten stehen dem Ministerium zur Verfügung und wo liegen die Grenzen?

Obwohl Behinderte einen Rechtsanspruch darauf haben, dass ihnen und den Besonderheiten ihrer Behinderung entsprochen wird, und der Gesetzgeber ausdrücklich formuliert, diese Hilfsangebote „soweit wie möglich außerhalb von Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen zu gewähren“ (§ 3a BSHG), ist es offenbar nicht möglich, psychisch kranken Menschen diesen Rechtsanspruch in ausreichender und bedarfsgerechter Form zu gewähren. Erfahrungen zeigten, dass Betroffenen von zuständigen Sozialamtsmitarbeitern bereits im Vorfeld vom Betreuten Wohnen abgeraten wird, dabei auch angezweifelt wird, dass Betroffene es mit dieser Wohnform schaffen, oder die Betroffenen verunsichert werden, da es teuer werde, weil Vermögen eingesetzt werden müsse (ohne jedoch die Finanzsituation des Einzelfalls zu prüfen). Inwieweit kommen Sozialämter ihrer Aufgabe nach, im Vorfeld eine Prüfung des Anspruches auf ambulant Betreutes Wohnen vorzunehmen, entsprechende Gutachten für ein Grundanerkennen zu veranlassen, die „Schongrenze“ beim Einsatz des Einkommens und Vermögens zu prüfen oder die Betroffenen dahingehend zu beraten, dass vor einer Heimeinweisung alle ambulanten Formen der Hilfe ausgeschöpft werden müssen? Wie stehen die Landkreise, wie Landkreistag und Städte- und Gemeindebund zu ihrer Verantwortung?

Der seit dem 1.1.2001 in Kraft getretene Rahmenvertrag gemäß § 93 d Abs. 2 BSHG für das Land Sachsen-Anhalt kann dabei durchaus als Ausdruck gesellschaftlichen Willens gesehen werden; dieser bezieht sich weitgehend auf stationäre Hilfsangebote, als deren niedrigschwelligste Form er das Betreute Wohnen für Menschen mit wesentlichen seelischen und seelischen und mehrfachen Behinderungen angibt, das sich auf vom Leistungserbringer angemieteten Wohnraum bezieht. Von besonderem Interesse ist hierbei der von den Vertragspartnern definierte Hilfebedarf von „Menschen mit wesentlichen seelischen und seelischen und mehrfachen Behinderungen“, bei denen zu den besonderen psychosozialen Hilfen festgestellt wird: „Die Leistungsberechtigten sind weitestgehend psychisch stabil“. (Bei Menschen, die weitestgehend psychisch stabil sind und auch die anderen angesprochenen Bereiche weitestgehend selbständig bewältigen können, ist der Betreuungsbedarf an sich bereits zu hinterfragen.)

Falls es beim Lesen des Rahmenvertrages bis hierhin noch Hoffnungen bezüglich einer Landesvorgabe für das ambulant Betreute Wohnen geben sollte, wird man spätestens in den Anlagen zur Rahmenvereinbarung enttäuscht, denn hier ist eindeutig festgelegt: „Das ambulant Betreute Wohnen gehört in andere Zuständigkeiten.“ Die Rahmenvereinbarung benutzt zwar Formulierungen, die auf die niedrigschwellige Versorgung hinweisen, ist aber in ihrer gesamten Anlage so aufgebaut, dass gerade die niedrigschwelligsten Glieder eines psychosozialen Netzwerkes fehlen.

Das Problem der Finanzierung

Die Finanzierungssituation der Träger und Einrichtungen, die ein ambulant Betreutes Wohnen anbieten, ist in Sachsen-Anhalt völlig unterschiedlich und weitgehend von Kompetenz und Engagement der Landräte und Bürgermeister sowie von regionalen Verwaltungsstrukturen abhängig. Es gibt von Landkreis zu Landkreis die unterschiedlichsten Verfahrensweisen.

So gibt es Einzelfallregelungen oder Pauschalregelungen. Es gibt unterschiedliche Kostenvereinbarungen. Es gibt Vereine, die ohne Versorgungsvereinbarung das Betreute Wohnen anbieten. Auch die Tagespflegesätze schwanken erheblich. So zahlt für das Betreute Wohnen am Heim der Überörtliche Sozialhilfeträger (dies bringt auch einen höheren Pflegekostensatz), während das ambulant Betreute Wohnen vom örtlichen Sozialhilfeträger bezahlt wird. Beim ambulant Betreuten Wohnen werden oft nur die Personalkosten getragen und nur zum Teil auch Sachkosten. Die jeweiligen regionalen Modelle sind in der Regel nicht übertragbar, und mit wenigen Ausnahmen wird erst gar nicht an Erweiterungen gedacht. Ungeachtet eines Rechtsanspruchs nach dem BSHG („ambulant vor stationär“) wird bei der Umsetzung ambulanter Hilfen eher geprüft, inwieweit die Kapazität wieder eingeschränkt werden kann. Dabei lässt sich

auch beobachten, dass es nicht nur einfacher ist, in ein Heim zu kommen, sondern auch dort zu bleiben.

Obwohl vom Land gern auf Träger und Verbände verwiesen wird, deren Aktivitäten begrüßt werden und deren Verantwortung bezüglich der Einhaltung von Qualitätsstandards betont wird, stehen die Anbieter des ambulant Betreuten Wohnens in der Regel allein da. Die genannten unterschiedlichen Finanzierungsmodelle und unterschiedlichste Trägerstrukturen verhindern geradezu gemeinsame Bestrebungen, da jeder an sein eigenes Finanzierungsmodell gebunden ist. Oft ist die reale Finanzierung selten länger als ein Jahr geregelt, wobei auch hier die ausgehandelten Gelder oft erst so verspätet überwiesen werden, dass der Eindruck einer Belastungserprobung entsteht, bei der geprüft wird, wie lange es die kleinen und wirtschaftlich hilflosen Vereine überhaupt noch aushalten. Wir haben uns scheinbar damit abgefunden, jedes Jahr erneut mit unseren Finanzierungsproblemen auf die Straße, an die Presse oder ins Fernsehen zu gehen, um dann wenigstens die Zusage zu erhalten, dass die bestehende Struktur, vielleicht leicht gekürzt, vielleicht mit einem vorher nicht da gewesenen Selbstkostenanteil, kaum erweitert, in der Regel aber wieder nicht länger als für ein Jahr fortgeführt werden kann. Dabei handelt es sich dann oft um die definierte Bezugsgröße, dass auf einen Betreuer zwölf Betroffene kommen und, unabhängig von der Größe der in der Region bestehenden Heime, kaum mehr als zwölf Betroffene in einem Landkreis durch ein ambulant Betreutes Wohnen versorgt werden können – wie dargestellt nicht einmal in jedem Landkreis.

Was verstehen wir unter dem Betreuten Wohnen? Was soll erreicht werden?

Wir haben hohe Erwartungen an seine Realisierung. Aus sozialpsychiatrischer Sicht handelt es sich bei dem Aufgabengebiet des ambulant Betreuten Wohnens um den wahrscheinlich sensibelsten Bereich psychiatrischer Versorgung. Doch eine genaue Definition findet sich bisher nicht. Kann es sie vielleicht gar nicht geben?

Die zu beobachtende Umsetzung lässt viele Unterschiede, aber auch einige Gemeinsamkeiten erkennen: Es ist nicht institutionalisiert, feste Rahmenbedingungen, wie es sie für den Heimbereich, die Krankenhäuser und auch das kassenärztliche Versorgungssystem gibt, fehlen. Es steht zwischen all diesen Versorgungsformen.

Auch ein Blick in die Fachliteratur gibt kaum sichere Definitionen. Es finden sich entweder komplexe Darstellungen unter der Überschrift „Wohnrehabilitation“, bei denen der in der Sozialpsychiatrie Bewanderte sich zwar gut wiederfindet, aber Definitionen unterschiedlicher Angebote weitgehend fehlen, oder es erfolgen Aufzählungen von Wohnheimen bis zum Einzelwohnen. Eine kritische Durchsicht lässt oft die Trennschärfe vermissen, und die für die einzelnen Wohnformen zutreffenden Indikationen, Kontraindikationen und Strategien ihres Inkrafttretens sind nur schwer erkennbar. Dies ist einerseits der Tatsache zuzuschreiben, dass die ambulanten Hilfen innerhalb der psychiatrischen Entwicklung selbst noch jung sind. Andererseits handelt es sich um ein sehr komplexes Thema, das sich nicht mit kurzen Definitionen einzelner Angebote erklären lässt, sondern nur im Kontext eines sozialpsychiatrischen Netzwerkgedankens verständlich wird. Erschwerend kommt noch die unterschiedliche Interpretation einzelner Begriffe hinzu. So ist der juristische Begriff des Betreuers, wie er im Betreuungsgesetz Verwendung findet, nicht identisch mit dem Betreuer, der einen chronisch psychisch Kranken in seiner Wohnung aufsucht. Oft stellen sich auch die Mitarbeiter von Langzeiteinrichtungen, Werkstätten, Obdachlosenunterkünften bis hin zu hilfsbereiten Nachbarn als „Betreuer“ vor. Gern wird angeführt, dass die in psychiatrischen Dauereinrichtungen untergebrachten Menschen in diesen Einrichtungen nicht nur wohnen, sondern auch dort betreut werden, es sich letztlich auch hier um ein Betreutes Wohnen handele. In der praktischen Umsetzung führt dieses Phänomen manchmal dazu, dass es bei Vorbestehen einer „Betreuungsform“ (z.B. Betreuung nach dem BtG oder auch dem Besuch einer Kontaktstelle) der Entscheidung des zuständigen Sozialamtsmitarbeiters vorbehalten bleibt, ob die „zusätzliche“ Möglichkeit eines Betreuten Wohnens überhaupt noch in Betracht gezogen wird. Überbetreuung soll ja vermieden werden.

Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung Sachsen-Anhalt sieht das Betreute Wohnen als Bestandteil eines sozialpsychiatrischen Versorgungssystems mit folgenden Schwerpunkten:

Grundgedanke jeder Versorgung ist die Sicherung **personenbezogener Hilfen**. Dabei stehen individuelle Hilfen vor Ort im Zentrum des Versorgungsgedankens. Das heißt, die langfristige Orientierung muss weg vom Heimplatz und weg vom „Bett“ geplant werden. Wohnen als Element ambulanter sozialpsychiatrischer Betreuung ist außerdem eng zu verknüpfen mit den Lebensbereichen soziale Eingliederung und Arbeit / Beruf / Beschäftigung. Diese sollten von den Betroffenen einerseits gut erreichbar, andererseits sinnvollerweise auch organisatorisch und räumlich voneinander getrennt sein, um den Betroffenen eine Differenzierung der Lebensbereiche und den damit verbundenen Rollenwechsel zu ermöglichen.

Versorgung in einem regional funktionierenden Netz bedeutet auch weg von einem institutionsbezogenen Verständnis, sie setzt die Einbeziehung von Familie, Hausarzt und Facharzt voraus, und fordert das Vorhandensein von Krisendienst, Begegnungsstelle, Tagesstätte und anderen tagesstrukturierenden Möglichkeiten, wie Arbeit, Integrationsbetrieb, Werkstatt für Behinderte, Beratungsstellen, Freizeitangebote usw. als Gesamtangebot des sozialpsychiatrischen Netzwerkes.

Die Betreuung muss individuell erfolgen und dabei einen größtmöglichen Grad an persönlicher Freiheit sichern. Jede neue Form von Abhängigkeiten ist zu vermeiden. Letztendlich geht es nicht um die Realisierung einer einzelnen Wohnform, sondern um die Sicherung eines **betreuten Lebens** der Betroffenen in der Gemeinde.

Vorrang haben Angebote mit dem niedrigsten Maß an Institutionalisierung. Hierzu zählen Wohnformen wie das ambulant Betreute Wohnen oder Wohngemeinschaften.

Die Situation der Betroffenen

Die gesamte Entwicklung der Psychiatrieenquête konzentrierte sich in einem Schwerpunkt auf die Versorgung des chronisch psychisch Kranken. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um eine besondere Gruppe chronisch psychisch kranker Menschen – Menschen mit chronischen Verlaufsformen von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Es wird aber auch vorkommen, dass Menschen mit chronischen Verlaufsformen psychischer Krankheiten eine Versorgung innerhalb des psychiatrischen Komplementärbereiches benötigen, die keine Schizophrenie haben. Hierbei handelt es sich um Einzelfälle, die der in der Sozialpsychiatrie erfahrene Psychiater beurteilen kann, sodass dann nach der Indikationsstellung die erforderlichen Maßnahmen eingeleitet werden können. Entsprechende Krankheitsbilder und Verlaufsformen sind in der Psychiatrie bekannt.³

Die größte Gruppe stellen also Menschen dar, die unter einer schizophrenen Erkrankung und unter den Folgen dieser Erkrankung leiden. Es soll an dieser Stelle aber auch darauf hingewiesen werden, dass eine Schizophrenie oder eine chronische Verlaufsform nicht automatisch zur Behinderung führt. Es gibt viele erkrankte Menschen, die ihr Leben allein und ohne die Hilfe von Betreuern bewältigen können; auch dann, wenn sie bereits eine Erwerbsunfähigkeitsrente beziehen und keinesfalls psychisch stabil oder „weitgehend“ psychisch stabil sind.

Menschen, bei denen Hilfsbedürftigkeit im Sinne eines ambulant Betreuten Wohnens besteht, können in einem unterschiedlich starken Ausmaß sehr wohl noch in einer eigenen Wohnung, im Rahmen ihrer Ursprungsfamilie oder auch in kleinen Wohngemeinschaften leben. Wichtig ist für sie, dass sie in ihrem gewohnten sozialen Umfeld bleiben. Bedarf für eine ambulante Betreuung besteht, wenn sie krankheitsbedingt die Beziehungen zu ihrem Bekanntenkreis, zu Freunden oder

³ Wenn sich die vorliegende Arbeit vorwiegend auf chronisch psychisch Kranke im o.g. Sinne stützt, so soll dies stellvertretend auch für die anderen Betroffenenengruppen geschehen. Die im Folgenden dargestellten Situationen und daraus abgeleiteten Forderungen beziehen sich auch auf ambulant Betreutes Wohnen für geistig Behinderte und für chronisch suchtkranke Menschen. Bei einer Einbeziehung dieser Bezugsgruppen müssten auch die entsprechenden Besonderheiten dargestellt werden. Es wird hier darauf verzichtet, da dies den Umfang des Artikels sprengen würde. Der Ausschuss legt Wert darauf, festzustellen, dass die Situation im ambulant Betreuten Wohnen auch für diese Betroffenen desolat ist und dringend ausgebaut werden muss. Gleichzeitig ist darauf zu achten, in Zukunft das Betreute Wohnen in zunehmender Differenzierung anzubieten.

zu sozialen Institutionen nicht mehr kontinuierlich gestalten und aufrechterhalten können. Ausschlaggebend ist hierfür eine mehr oder weniger ausgeprägte Symptomatik, die wir als Residualsymptomatik im Sinne einer schizophrenen Minussymptomatik beschreiben. Einzelne Betroffene können auch unter einer ständigen Wahnsymptomatik oder unter mehr oder weniger ständig bestehenden Halluzinationen leiden. Dabei können diese Menschen durchaus eigene Ansprüche stellen, Wünsche artikulieren und auch ihre Intelligenz einsetzen, um Probleme zu durchdringen. Es gelingt ihnen jedoch nicht mehr, die zur Lösung anstehenden Strategien konsequent umzusetzen und einen prospektiven Lebensentwurf kontinuierlich zu gestalten. Wenn wir solchen Menschen auf der Straße begegnen, erscheinen sie uns oft sogar als gesund, vital und kräftig, sodass wir der Versuchung unterliegen, ihnen aufmunternd zuzurufen, sie mögen sich doch bitte zusammenreißen. Was aber geschieht, wenn sie keine Hilfe bekommen? Ihre krankheitsbedingte Unfähigkeit, konstruktiv und selbständig ihr Leben zu bewältigen, wird irgendwann so augenscheinlich, dass nach wiederholten Krankenhauseinweisungen und gescheiterten Entlassungen viele dieser Menschen letztlich doch in vollstationäre Heime eingewiesen werden. Dort setzt dann ein, was zu verhindern die soziale Pflicht gewesen wäre: eine gut durchorganisierte Abhängigkeit und, noch befördert durch das Krankheitsbild, eine sehr schnelle Hospitalisierung.

Die Situation der Betreuer

Gibt es eigentlich ein klar umschriebenes Berufsbild des „Betreuers im ambulant Betreuten Wohnen“? Hier sieht der Ausschuss noch Klärungsbedarf.

Wir brauchen hochqualifizierte Mitarbeiter, die kontinuierlich arbeiten und hohe Qualitätsstandards einhalten, Qualitätsstandards, die wiederum regelmäßig überprüft und kontrolliert werden. Die Aufgabe des Betreuers ist es, betroffenen Menschen ein Leben in ihrem ursprünglichen sozialen Umfeld, in ihrer Kommune so zu ermöglichen, dass Krankenhausbehandlungen nur im Falle eines akuten Ausbruchs der Psychose notwendig werden und eine Heimeinweisung, damit auch eine Hospitalisierung, vermieden wird. Es gibt in der Literatur Hinweise, dass durch kontinuierliche Einbindung in ein komplementäres Versorgungssystem zwar nicht jede Krankenhauseinweisung verhindert werden kann, aber deutlich weniger Krankenhausbehandlungen erforderlich sind und die Behandlungsdauer im Krankenhaus kürzer ist, als bei Menschen, die keine entsprechenden Hilfen bekommen.

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, erwarten wir nun eine ganze Menge von unseren Betreuern. Wenn dem einen oder anderen Leser die oben geschilderten Krankheitssymptome nicht ganz einheitlich erscheinen, so ist dies gewollt. Die Krankheitsbilder können viele verschiedene Gesichter annehmen – und der Betreuer muss die individuellen Besonderheiten erkennen und ihnen adäquat begegnen können. Das Betreuungsspektrum reicht dabei von einem täglichen Aufsuchen des Betroffenen, der Begleitung zu Kontaktstellen, beschützten Arbeitsstelle oder notwendigen Behördengängen bis hin zur Bereitschaft, sich im Bedarfsfall vom Betroffenen jederzeit anrufen zu lassen. Manche Betroffene werden den Bedarf selbst anmelden. Manchmal werden sie dann aufgesucht oder es reicht ein Telefonat. Andere Betroffene müssen auch morgens geweckt werden. Das bedeutet nicht, dass sie z.B. um 7 Uhr angerufen werden und dann läuft der Tag, sondern im Einzelfall kann es bedeuten, dass der Betreuer um 7 Uhr, um 8 Uhr, 9 Uhr, 10 Uhr anruft und wenn er ihn um 11 Uhr zur Kontaktstelle abholt, wird der Betroffene gerade aus dem Bett gekommen sein, und der Betreuer wird ihn darauf hinweisen müssen, erst noch die Morgentoilette durchzuführen.

Dies alles sind nur Einzelbeispiele. Es gibt kein einheitliches Vorgehen. Es gibt kein Schema. Darin unterscheidet sich das betreute Einzelwohnen wesentlich von allen institutionalisierten Unterbringungsformen! Es gibt nur individuelle Lösungen. Und diese variieren dann auch noch im Verlaufe des Jahres, der Jahre. Das Betreuungsverhalten wird an die individuellen Verlaufsbesonderheiten der Erkrankung angepasst werden müssen.

Vom Betreuer erwarten wir also eine hohe fachliche Kompetenz. Aber nicht nur die Krankheit hat ihre Besonderheiten, sondern auch sein Arbeitsumfeld. Er arbeitet zwischen allen anderen Anbietern innerhalb eines psychosozialen Netzwerkes und hat hier neben individuellen

Betreuungsaufgaben auch wichtige Koordinierungsaufgaben, z.B. mit dem Betreuer nach dem Betreuungsgesetz (der ein völlig anderes Arbeits- und Aufgabenfeld hat), dem ambulanten Psychiater, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, der Klinik oder anderen Einrichtungen zusammenzuarbeiten.

Der Betreuer im ambulant Betreuten Wohnen steht aber nicht nur zwischen Anbietern im psychosozialen Netz, er wird auch Bezugsaufgaben zur Ursprungsfamilie haben. Gerade bei Betroffenen, die noch innerhalb ihrer Ursprungsfamilie leben, gibt es Besonderheiten der Familiendynamik, die der Betreuer zu beachten hat. Auch hierzu gibt es ausführliche Literatur.

Menschen, die diese Betreuungsaufgaben übernehmen, benötigen also vielgliedriges Fachwissen und Kompetenz in der Kontakt- und Beziehungsgestaltung. Es gibt keinen Menschen, der mit diesen Fähigkeiten geboren wird. Sie müssen erworben und gepflegt werden. Guter Wille allein genügt nicht. Die Betreuer im ambulant Betreuten Wohnen unterliegen auch einer weiteren Besonderheit. Sie sind weitgehend „Einzelkämpfer“, d.h. alle ihre Entscheidungen, Strategien und ihre Beziehungsgestaltung zu Betroffenen und anderen Einrichtungen werden von ihnen allein getroffen. Nicht selten stehen sie auch zwischen den Institutionen und werden von allen Seiten mit Forderungen und Vorwürfen überhäuft. Gleichzeitig haben sie nur einen kleinen Personenkreis, auf den sich ihre Arbeit konzentriert. Der aktuelle Personalschlüssel in Sachsen-Anhalt regelt, dass ein Betreuer für

12 Betroffene zuständig ist. Hier gibt es zusätzliche Faktoren, die auf die Kommunikation einwirken und diese gestalten. Oftmals stehen die Betreuer völlig allein. Sie haben in solchen Situationen keine Strategien, wie sie sich alternativ verhalten können und von außen verstärken sich eher noch Vorwürfe oder „gute Ratschläge“.

Die Betreuer im ambulant Betreuten Wohnen unterliegen auch in ihrer Berufsorganisation Besonderheiten: Sie müssen in jeder Beziehung mobil sein. So selbstverständlich diese Aussage ist, so konsequent wird sie oft von Kostenträgern ignoriert. Die Tätigkeit ist sehr zeitaufwendig, da sie oft lange Anfahrtswege zu bewältigen haben. Daneben ist ihr „Büro“ überall und sie müssen auch überall erreichbar sein. Wenn oben beschrieben wird, dass die notwendige Mobilität der Betreuer unberücksichtigt bleibt, so müssen wir leider auch feststellen, dass bereits die Forderung nach Telefonen und die Sicherung der entsprechenden Kosten auf Unverständnis bei Kostenträgern stoßen. Die im ambulant Betreuten Wohnen tätigen Mitarbeiter müssen aber ständig erreichbar sein, d.h. ein Handy gehört zur Basisausstattung. Dasselbe betrifft auch alle Fragen, die mit einer Büroorganisation zu tun hat. Wenn Dokumentation erwartet wird, dann muss diese auch ermöglicht werden. Hierzu zählt im neuen Jahrtausend nicht nur ein Computer, sondern auch eine entsprechende Software. Und ist überall geklärt, wie eine entsprechende Archivierung vertraulicher Daten geregelt ist?

Der Ausschuss weiß aus seinen Einzelbesuchen, dass viele Betreuer im ambulant Betreuten Wohnen den Anforderungen nicht voll gerecht werden. Dass dies so ist, liegt nicht an den Betreuern. Wir wissen, dass die meisten Betreuer ihre Aufgaben unter großem persönlichem Einsatz ausüben. Gelegentlich wissen sie nicht, ob sie überhaupt bezahlt werden. Manchmal kommen die Überweisungen von den Kostenträgern in monatelangen Abständen, müssen ständig erbettelt werden. Dagegen melden sich selbst für noch ausstehende Einkommen Versicherungen, Finanzamt und andere sofort und termingenaue und fordern den ihnen zustehenden Satz ein. Gelegentlich gelingen dem Träger vorübergehende Lösungen, die aber z.T. demütigende Ausmaße annehmen, da immer wieder Betreuer und Träger in die Rolle gedrängt werden, sich zu entschuldigen und um Stundung zu bitten.

Der Ausschuss möchte an dieser Stelle ausdrücklich allen Betreuern danken, die nicht nur die schwierige Aufgabe auf sich nehmen, psychisch kranke Menschen zu begleiten, sondern die vielfach unter unwürdigen Arbeitsbedingungen den Alltag bewältigen müssen.

Konsequenzen für die Organisation der Betreuung

Zusammenfassend können einige Gesichtspunkte dargestellt werden, mit welchen Defiziten und Problemen wir es im Betreuten Wohnen zu tun haben und welche Erwartungen der Ausschuss an die zukünftige Entwicklung hat:

- Es fehlen Organisationsstrukturen, auch personell, die alle organisatorischen Anforderungen des ambulant Betreuten Wohnens kontinuierlich umsetzen, d.h. planen, entwickeln und schließlich auch verhandeln. Dazu gehören Rahmenbedingungen, die diese Wohnform selbständig fortentwickeln und dabei kooperative Netzwerke in den Gemeinden aufbauen, zu denen niedrigschwellige Kontaktstellen sowie der Behinderung gerecht werdende berufliche Integrationsmöglichkeiten gehören (ein Arbeitsplatz in einer WfB sollte für einen chronisch psychisch Kranken eher die Ausnahme sein, wenn alle anderen beruflichen Integrationsmöglichkeiten versagt haben).
Hier ist an **komplexe psychosoziale Servicezentren** zu denken, die dem Grundgedanken des BSHG folgen, jedem, der ambulant behandelt werden kann, auch eine ambulante Hilfe anzubieten. Diese **psychosozialen Servicezentren** müssen sowohl sachlich als auch personell so ausgestattet werden, dass sie leistungsfähig sind. Das Einzelkämpferdasein muss durch kompetente Teams ersetzt werden. Die Arbeit erfordert auch ein entsprechendes Arbeitsumfeld, das neben der Möglichkeit erreichbarer Zentren auch den Besonderheiten aufsuchender ambulanter Hilfen gerecht werden kann.
- Die Anforderungen an die personelle Ausstattung sind zu definieren, Qualitätsstandards und Qualifikationen der Mitarbeiter zu beschreiben. Unausgebildete oder fachfremde Mitarbeiter über ABM oder SAM können keine akzeptable Alternative sein. Die bisherige Bezahlung verhindert, dass sich qualifizierte Mitarbeiter finden; fehlende berufliche Perspektiven schrecken zusätzlich ab.
Des Weiteren gehört zur beruflichen Qualifikation auch eine berufsbegleitende Fortbildung. Der Supervision ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen, es ist gerade in diesem Berufsfeld zu fordern, dass die Betreuer kontinuierlich supervidiert werden.
- Es fehlt eine eigene Vertretung für diese gemeindenah arbeitenden psychosozialen Servicezentren, die gemeinsame Strategien entwickeln und überregional Verhandlungen wirksam führen kann. Auf Initiative der PSAG Halle haben sich im letzten Jahr erstmals Anbieter des Betreuten Wohnens zu einem Arbeitskreis zusammengefunden, um Finanzierungsmodi zu prüfen und Standards zu erarbeiten. Der Ausschuss begrüßt diese Arbeit ausdrücklich.
- Auch der Öffentlichkeit sind solche Fragen nahezubringen: Wie sieht eine behindertengerechte Gestaltung der Umwelt für Menschen mit seelischer Behinderung aus? Was heißt es, chronisch psychisch Kranken ein betreutes Leben in der Gemeinde zu sichern? Welche Zeitaspekte spielen hier eine Rolle? Was gehört alles zum sozialpsychiatrischen Netzwerk? Wie öffentlich widmen sich Gemeindevertretungen den Belangen der Behinderten in ihrer Region?
- Wie bereits dargestellt, ist das Finanzierungsproblem eines der zentralen Probleme. Hier ist unbedingt eine Regelfinanzierung zu fordern. Dass die Umsetzung dieser Forderung nicht unmöglich ist, zeigt das Beispiel Mecklenburg-Vorpommerns, wo mit notwendiger Gesetzesänderung die Zuständigkeit für die Sozialhilfe zwischen Land, Kreisen und kreisfreien Städten neu geregelt wurde. Im Nachbarland Brandenburg wird über erste Erfahrungen mit einem weiteren Baustein des ambulant Betreuten Wohnens berichtet, der Betreuung psychisch kranker Menschen in Gastfamilien. Bei ursprünglich ähnlich ungünstiger Finanzierungssituation wird in Brandenburg die Anschlussfinanzierung nach Anlauf der Pilotphase über die im Juni 2000 veröffentlichte Änderung des Gesetzes zur Ausführung des BSHG (AG-BSHG) gesichert. Es ist auch in unserem Land dringend erforderlich, Rahmenbedingungen zu schaffen, die den lähmenden Interessenkonflikt zwischen ÜöShTr und öShTr auflösen und damit Möglichkeiten sichern, dass der Grundsatz des § 3a BSHG: „ambulant vor stationär“ wirksam und konsequent umgesetzt werden kann.

III. 2. Sozialrechtliche Fragen der Entgiftung und Entwöhnung

Olaf Kleßen, Stendal

Viele Wege führen in die Abhängigkeit von Suchtstoffen und auf ebenso vielen Wegen lässt sich das Ziel herbeiführen, eine Lösung aus der Abhängigkeit zu erreichen. Ermöglicht wird das heute durch eine Vielzahl ganz unterschiedlicher therapeutischer Ansätze, die sich eng am jeweiligen Bedarf des Suchtkranken orientieren. Die Aufgabe, den Betroffenen aus ihrer Abhängigkeit heraus zu helfen, darf heute als gesicherte und unumstrittene Notwendigkeit betrachtet werden.

Die Alkoholabhängigkeit hat unter den Suchterkrankungen einen zahlenmäßig hohen Anteil. An ihrer Behandlung orientieren sich die wesentlichen rechtlichen Fragestellungen für Patienten, Therapieeinrichtungen und Kostenträger.

Seit ihrer rechtlichen Anerkennung als Krankheit durch das Bundessozialgericht im Jahr 1968 (Urteil vom 18. Juni 1968 – 3 RK 63/66 -) hat sich zu ihrer Therapie ein Hilfesystem entwickelt, das wesentlich von der Wechselbeziehung Finanzierung, Kostenträger und Therapieerfordernissen geprägt ist. Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind für die einzelnen alkoholkranken Patienten wie auch für die Leistungserbringer nicht immer gleich. Im Wesentlichen lassen sich drei Hauptgruppen unterscheiden: 1. Patienten, die in der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung versichert sind und die besonderen rentenversicherungsrechtlichen Leistungsvoraussetzungen erfüllt haben, 2. solche die nur gesetzlich krankenversichert sind und 3. solche, die in keiner dieser Versicherungen versichert sind. Für letztere besteht, von zahlenmäßig geringfügigen Ausnahmen abgesehen, eine Dreiecksbeziehung zwischen Patient, Leistungserbringer und Sozialhilfeträger. Für die anderen Patienten kommen im Verlauf der Behandlung Beziehungen zu den Rentenversicherungsträgern und/oder den Krankenkassen hinzu.

Die für die alkoholkranken Patienten interessante Frage, welche Leistungen sie zur Behandlung ihrer Krankheit erhalten können, lässt sich global relativ einfach beantworten. Sie haben Anspruch auf notwendige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche ambulante und stationäre ärztliche und psychotherapeutische Krankenbehandlung zur Krankheitserkennung, Heilung, Linderung oder zur Verhütung einer Verschlimmerung (vgl. § 27 Abs. 1, 39 SGB V, § 37 Abs. 1 BSHG). Ferner können sie medizinische Leistungen zur Rehabilitation beanspruchen, um den Auswirkungen einer Krankheit oder körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und um dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder eine möglichst dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu erreichen (vgl. § 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VI, §§ 39 Abs. 3, 40 Abs. 1 Nrn. 1 und 7 BSHG oder ohne das Ziel der Sicherung der Erwerbsfähigkeit: §§ 11 Abs. 2, 27 Abs. 1, 40 Abs. 2 SGB V).

Die Art und der Umfang der Behandlung ergibt sich in erster Linie aus den medizinischen Notwendigkeiten, wobei sie dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen muss (vgl. § 18 Abs. 1 SGB V, § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB VI).

Die Frage, von welchem Kostenträger und welchem Leistungsanbieter der Alkoholkranke die Behandlungsleistungen erhält, ist dagegen wesentlich schwieriger zu beantworten.

Der therapeutische „Königsweg“ Kontakt-, Entzugs-, Entwöhnungs- und Nachsorgephase, der aus therapeutischer Sicht als Einheit verstanden wird, verteilt sich leistungsrechtlich auf verschiedene Kostenträger. Der idealtypische Behandlungsverbund sieht eine ambulante Kontaktphase im Wesentlichen zur Krankheitsfeststellung sowie zur Motivation und Einsichterzeugung zur Abstinenzbehandlung mit Finanzierungsbeiträgen der Krankenkassen, Sozialhilfeträgern und auch der Gesundheitsämter für ambulante ärztliche Untersuchungen und psychosoziale Beratungen vor. In der Regel sollen sich eine geplante stationäre Entzugs- bzw. Entgiftungsphase,

eine kurzfristige (bis zu zwei Monaten), mittelfristige (3 – 5 Monate) oder langfristige (6 und mehr Monate) stationäre oder, sofern möglich, ambulante Entwöhnungsphase sowie eine ambulante Nachsorgephase anschließen. Die Nachsorge bei Suchtberatungsstellen, Psychosozialen Beratungsstellen, Psychiatern, niedergelassenen Ärzten, suchtmmedizinischen Ambulanzen und Selbsthilfegruppen wird im Wesentlichen wieder durch die Krankenkassen, Sozialhilfeträger und Gesundheitsämter finanziell begleitet.

Komplizierter ausgestaltet sind die Behandlungsphasen des Entzugs bzw. der Entgiftung und der Entwöhnung. In der bisherigen Praxis haben sich für beide Bereiche unterschiedliche Leistungserbringer herausgebildet. Die Entgiftung erfolgt in der Regel in Allgemeinkrankenhäusern oder psychiatrischen Kliniken. Die Entwöhnungsbehandlung wird in speziellen Fachkrankenhäusern durchgeführt. Dieses stationäre System ist Folge einer rechtlichen Trennung zwischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation sowie unterschiedlicher Kostenträger und eines ebenfalls unterschiedlichen Finanzierungs- und Krankenhausplanungssystems. Die Kosten der Entzugsbehandlung tragen überwiegend die gesetzlichen Krankenkassen. Die Entwöhnungsbehandlung fällt in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Rentenversicherung. Für die ausschließlich der Sozialhilfe zugeordneten Patienten ergibt sich kein wesentlich anderes Behandlungssystem. Die Leistungen der Sozialhilfeträger nach dem Bundessozialhilfegesetz (§ 37 BSHG: Krankenhausbehandlung <insbesondere Krankenhausbehandlung> und §§ 39, 40 Abs. 1 Nr. 1 BSHG: ambulante oder stationäre Behandlung oder sonstige ärztliche oder ärztlich verordnete Maßnahmen zur Verhütung, Beseitigung oder Milderung der Behinderung als Eingliederungshilfe für Behinderte, zu denen auch Suchtkranke gehören) sind an der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 37 Abs. 1 Satz 2 BSHG) und letztlich faktisch auch an dem durch die Rehabilitations-Zuständigkeiten der Rentenversicherungsträger geprägten stationären Hilfesystem orientiert.

Seit der „Suchtvereinbarung“ vom 20. November 1978 zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) hat sich in der Praxis ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen stationärer Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung statuiert, das heute aus medizinischer Sicht vermehrt in Frage gestellt wird. Nach §§ 3 und 4 Abs. 2 dieser Vereinbarung wird grundsätzlich vom Krankenversicherungsträger stationäre Entzugsbehandlung gewährt, wenn sie für die Durchführung der Entwöhnungsbehandlung erforderlich ist. Sie kommt in Betracht bei toxisch bedingten Versagenszuständen im somatischen und/oder psychischen Bereich, z.B. bei drohenden komatösen Zuständen (Leberversagen u.a.), Delirgefahr, psychiatrischen Komplikationen (Depressionen, Suizidgefahr, akuten alkoholischen Psychosen usw.). Die Notwendigkeit einer Entzugsbehandlung ist von einem Arzt festzustellen. Der nahtlose Übergang von der Entzugsbehandlung in die Entwöhnungsbehandlung ist anzustreben. Stationäre Entwöhnungsbehandlung wird nach §§ 2 und 4 Abs. 1 dieser Suchtvereinbarung vom Rentenversicherungsträger in speziellen Einrichtungen gewährt, wenn der Abhängigkeitskranke voraussichtlich auf Dauer in Arbeit, Beruf und Gesellschaft wieder eingegliedert, die Abhängigkeit ambulant nicht erfolgreich behandelt werden kann, der Abhängigkeitskranke motiviert und bereit ist, eine erforderliche Nachsorge in Anspruch zu nehmen und eine Entzugsbehandlung nicht erforderlich ist oder bereits durchgeführt ist.

Dieser noch zu Zeiten der Geltung der Reichsversicherungsordnung etablierte Wegbereiter bestimmt auch heute unter Geltung der Sozialgesetzbücher V (Krankenversicherung) und VI (Rentenversicherung) im Wesentlichen die Praxis. Die gesetzlichen Regelungen stehen diesem Verfahren jedenfalls solange nicht entgegen, solange es nicht die Leistungsrechte der Patienten verkürzt. Eine Leistungsbeeinträchtigung wird in letzter Zeit allerdings zunehmend beklagt.

Im Positionspapier der Leiter von Suchtabteilungen in bayrischen Bezirkskrankenhäusern zur Entzugsbehandlung⁴ wird auf eine zunehmend restriktive Haltung einiger gesetzlicher Krankenkassen und Medizinischer Dienste der Krankenversicherung (MDK) hingewiesen, wonach sich die durch die Krankenversicherung kostengestützte Entzugsphase auf eine rein körperliche Entgiftung beschränken solle. Ungewissheiten ergeben sich auch für Patienten, die nicht den idealtypischen Behandlungsweg beschreiten⁵. Der sog. Königsweg wird von weniger als 1 % aller Alkoholabhängigen pro Jahr begangen. Vielfach beginnt die Behandlung bereits mit der notwendigen körperlichen Entgiftung im Rahmen einer stationären „Notfallbehandlung“ im Allgemeinkrankenhaus anlässlich eines schweren Rausches („hilfslose Person“), epileptischen Anfalls, Unfall mit Kopfverletzungen, körperlichen Verletzungen oder Erkrankungen oder Suizidhandlungen. Auch sind spontane Aufnahmen im Krankenhaus nach einer ärztlichen Einweisung und einem unvermittelten Entschluss des Patienten nicht selten. Die gesamte Vorbereitung zur Therapiedurchführung (Kontaktphase), die ohne den festen Willen des Betroffenen, sich von der Sucht zu lösen, in der Regel erfolglos ist, fehlt. Insbesondere die Motivationsbehandlung muss dementsprechend nachgeholt werden. Eine nicht unerhebliche Zahl Alkoholkranker kommt für eine Entwöhnungsbehandlung aus weiteren gesundheitlichen Gründen von vornherein nicht in Betracht. Aber auch für sie wird eine über die bloße körperliche, mit Medikamenten begleitete Entgiftung hinausgehende, meist stationäre Behandlung für notwendig erachtet.

Für die Patienten, deren Erwerbsfähigkeit nicht nachhaltig gebessert werden kann oder die nicht die rentenversicherungsrechtlichen Leistungsvoraussetzungen erfüllen, scheidet eine Kostenübernahme durch den Rentenversicherungsträger aus. Das gleiche gilt bei akuter Behandlungsbedürftigkeit vor Beginn der Entwöhnungsbehandlung oder bei Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung (vgl. §§ 10 – 12, 13 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGB VI). Dieser Personenkreis ist auf die Leistungen der Krankenversicherung beschränkt. Das bedeutet allerdings keineswegs einen Ausschluss von medizinisch adäquaten Rehabilitationsleistungen oder eine Einengung auf eine stationäre körperliche Entgiftungsbehandlung. Die gesetzlichen Regelungen im SGB V (§§ 27, 39, 40) geben einen ausreichenden Spielraum, um dem Alkoholkranken die notwendige Krankenhausbehandlung und medizinische Rehabilitation nach den Regeln des Krankenversicherungsrechts, insbesondere durch die Krankenkassen, also auch ohne Beteiligung des Rentenversicherungsträgers zukommen zu lassen.

Welche medizinischen Leistungen nur mit den Mitteln eines Krankenhauses (= Krankenhausbehandlung) und welche darüber hinausgehende Leistungen (= medizinische Rehabilitation) erbracht werden können, richtet sich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und den individuellen Behandlungsbedürfnissen. Eine Zuordnung der einzelnen ärztlichen Leistungen zur Krankenhausbehandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V) oder zur medizinischen Rehabilitation in einer Rehabilitationseinrichtung (§ 111 SGB V) hängt im Wesentlichen von der medizinischen Zielsetzung der Behandlung von Alkoholkranken ab. Ihre seriöse Darstellung übersteigt den Rahmen eines Berichts. Hierfür wäre ein neutrales Rechtsgutachten angemessen. Mit ihm könnten nicht nur praxisrelevante Probleme für die Patienten und Leistungserbringer im Einzelnen aufgezeigt, sondern auch einer rechtlichen oder, soweit notwendig, politischen Lösung zugeführt werden.

⁴ Das Positionspapier wurde am 06.10.2000 von der Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser (Vorsitzender: Prof. Dr. M. Wolfersdorf) und am 27.10.2000 von der Konferenz der Ärztlichen Direktoren der Bayrischen Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie (Vorsitzender: Prof. Dr. H. E. Klein) verabschiedet.

⁵ Böcker, Felix M., Medizinische Welt (im Druck)

III. 3. Die ärztliche Schweigepflicht und der Schutz der Sozialdaten

Erhard Grell, Vizepräsident des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt, Halle/Saale

Der Ausschuss ist im Berichtsjahr wiederholt mit Fragen des Schutzes von Sozialdaten von Personen befasst worden, auf die sich sein Prüfauftrag nach § 29 Absatz 2 in Verbindung mit § 1 Nr. 1 des Gesetzes über Hilfen für Psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt erstreckt, wobei gerade für diesen Personenkreis ein besonders sensibler Umgang mit Sozialdaten angemahnt werden muss. Zwei Beispiele mögen dies näher beleuchten:

(1) Ein minderjähriges Mädchen wird in die Psychiatrische Abteilung eines Krankenhauses eingeliefert. Das Krankenhaus teilt der als Kostenträger zuständigen Krankenkasse verschlüsselt als eine der Diagnosen „Zustand nach sexuellem Übergriff“ mit. Daraufhin versendet die Krankenkasse an die Mutter des Mädchens, die von ihrer Tochter über den Vorfall nicht unterrichtet worden war, unter der Überschrift „Sexueller Missbrauch am ...“ einen mehrseitigen Fragebogen mit dem Bemerken, die von der Klinik gemeldete Behandlung lasse auf einen Unfall schließen, und man bitte zur Prüfung der Frage, ob ein Ersatzanspruch gegen Dritte bestehe, unter anderem um eine ausführliche Schilderung des Unfallherganges. Da der sexuelle Übergriff aus dem sozialen Umfeld der Mutter heraus verübt worden war, kam es zu erheblichen Spannungen in der Familie und insbesondere auch zu einem Abbruch der eingeleiteten Therapie.

(2) Eine Krankenkasse verschickte ohne Einschaltung der behandelnden Ärzte und ohne deren Wissen an Patientinnen/Patienten der Psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses routinemäßig einen standardisierten Fragebogen, in dem diese neben Fragen zu ihrem Arbeitsverhältnis und ihrer Arbeitsunfähigkeit sowie deren Ursachen dazu Stellung nehmen sollten, ob eine Besserung ihres Gesundheitszustandes eingetreten und wann sie ihre Arbeit wieder aufnehmen bzw. eine Arbeitsaufnahme möglich sein würde. Auch dieser Fall zeigt zumindest wenig Sensibilität im Umgang mit Patienten mit psychischen Erkrankungen und den möglichen Auswirkungen einer solchen Handlung auf deren Krankheitsbild.

In beiden Fällen ist der Ausschuss tätig geworden und hat die nach seiner Auffassung erforderlichen Maßnahmen ergriffen.

In vielen Fällen knüpfen Leistungsnormen des Sozialrechts an medizinische Sachverhalte an. Besonders ausgeprägt ist dies in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Aber auch die Soziale Pflegeversicherung oder die Eingliederungshilfe/Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz können hier genannt werden. Deshalb können von Ärzten gewonnene Informationen über den Gesundheitszustand eines Patienten oder das Ausmaß von Behinderungen **Sozialdaten** werden. Unter Sozialdaten versteht man Einzelangaben über persönliche (oder sachliche) Verhältnisse einer bestimmten Person, die von einem Leistungsträger im Hinblick auf seine Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (vgl. § 67 Absatz 1 Satz 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch <SGB X>).

Feststellungen über den Gesundheitszustand eines Patienten oder das Vorliegen und das Ausmaß von Behinderungen werden regelmäßig von Ärzten und ihren Hilfspersonen erhoben, gegebenenfalls auch von Psychologen. Zur Bedeutung der dabei gewonnenen Informationen hat das Bundesverfassungsgericht ausgeführt (Beschluss vom 08. März 1972, Amtliche Sammlung Band 32, 373, 380):

„Wer sich in ärztliche Behandlung begibt, muss und darf erwarten, dass alles, was der Arzt im Rahmen seiner Berufsausübung über seine gesundheitliche Verfassung erfährt, geheim bleibt und nicht zur Kenntnis Unberufener gelangt. Nur so kann zwischen Patient und Arzt jenes Vertrauen entstehen, das zu den Grundvoraussetzungen ärztlichen Wirkens zählt...“.

Die Rechtsordnung der Bundesrepublik Deutschland schützt deshalb Informationen über Krankheiten und Behinderungen schon am Ort ihrer Gewinnung in vielfältiger Art und Weise. Den effektivsten Schutz bietet die Strafvorschrift des § 203 Strafgesetzbuch (StGB). Nach dieser Vorschrift kann bestraft werden (mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe), wer unbefugt ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis offenbart, das ihm als Angehörigen eines Heilberufes (z.B. als Arzt oder Krankenpfleger usw.) oder als Berufspsychologe anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist. Eine Straftat nach § 203 StGB liegt dann nicht vor, wenn das Geheimnis befugt offenbart wird, wobei im ärztlichen Bereich insoweit die Einwilligung des Patienten in die Weitergabe der Informationen die verbreitetste Befugnisgestaltung ist. Berufsrechtlich ist die ärztliche Schweigepflicht in der Berufsordnung für Ärzte als Standesrecht normiert und mit den durch die Kammergesetze der Länder dafür vorgesehenen berufsrechtlichen Sanktionen bewehrt. Gehören die Mitglieder der Heilberufe Einrichtungen des öffentlichen Dienstes an, so kann ein Bruch der Schweigepflicht auch dienstrechtlich geahndet werden.

Die Rechtsordnung der Bundesrepublik Deutschland schützt Daten nicht nur am Ort ihrer Erhebung, sondern beschränkt von der Seite der Sozialleistungsträger her auch die Verwendung dieser Daten durch datenschutzrechtliche Bestimmungen. Verfassungsrechtlich ist der Datenschutz, und damit auch der Sozialdatenschutz, in dem vom Bundesverfassungsgericht entwickelten **Grundrecht des Einzelnen auf informationelle Selbstbestimmung** als ein Teilbereich des in Artikel 2 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 1 Absatz 1 Grundgesetz normierten allgemeinen Persönlichkeitsrecht verankert. Einschränkungen dieses Grundrechts sind nur unter besonders zu beachtenden Voraussetzungen aufgrund gesetzlicher Regelungen zulässig. Auf der Ebene des einfachen Rechts finden sich datenschutzrechtliche Bestimmungen zunächst im Bundesdatenschutzgesetz (für die Tätigkeit der Bundesbehörden) und in den Datenschutzgesetzen der Länder (für die Tätigkeit der Landesbehörden). Für die Erhebung von Daten durch Sozialleistungsträger sind im Sozialgesetzbuch besondere Regelungen geschaffen worden, die in ihrem Anwendungsbereich die allgemeinen Datenschutzgesetze (des Bundes und der Länder) verdrängen. Zur näheren Ausgestaltung der Frage, in welchem Umfang Sozialdaten erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen, hat der Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch umfangreiche Einzelregelungen getroffen. Dabei gestaltet sich eine Erfassung der Systematik der Bestimmungen für den Sozialdatenschutz als nicht einfach. Das Sozialgesetzbuch gliedert sich in allgemeine Teile (SGB I, SGB IV, SGB X) und in Bestimmungen für einzelne Sozialleistungsbereiche. Datenschutzrechtliche Bestimmungen finden sich sowohl in den allgemeinen Teilen als auch in den jeweils bereichsspezifischen Einzelgesetzen, sodass das Verhältnis der Normen zueinander nicht immer ohne weiteres zu durchschauen ist.

Grundlage ist das in **§ 35 Absatz 1 Satz 1** des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (**SGB I**) geregelten **Sozialgeheimnis**. Dieses enthält zunächst ein **generelles Verbot der unbefugten Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung der Daten** und erstreckt sich auch auf die unbefugte Weitergabe der Daten innerhalb des Leistungsträgers.

In welchem Umfang Sozialdaten befugt erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen, bestimmt sich gemäß § 35 Absatz 2 SGB I ausschließlich nach den §§ 67 bis 85a des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) . Rechtstechnisch handelt es sich deshalb um ein Verbot mit Erlaubnisvorbehalt. **Sozialleistungsträger müssen sich für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten immer auf eine gesetzliche Grundlage berufen können.** Die gesetzlichen Grundlagen für die Zulässigkeit von Datenerhebungen, Datenverarbeitung und Datennutzung finden sich in den §§ 67 bis 77 SGB X. Die Verpflichtung, entsprechende Daten zur Verfügung zu stellen, ergibt sich unter Anwendung der in diesen Vorschriften vorhandenen Öffnungsklausel aus Regelungen in besonderen Teilen des Sozialgesetzbuches (z.B. §§ 284 bis 305 SGB V für die Gesetzliche Krankenversicherung, §§ 61 bis 68 SGB VIII für die Kinder- und Jugendhilfe, §§ 93 bis 108 SGB XI für die Soziale Pflegeversicherung, § 117 Bundessozialhilfegesetz für die Sozialhilfe).

Das Gesetz unterscheidet zwischen der Erhebung, dem Verarbeiten und dem Nutzen von Sozialdaten. Daten erheben bedeutet die Beschaffung von Daten über den Betroffenen (§ 67 Absatz 5 SGB X). Unter Verarbeitung versteht man das Speichern, Verändern, Übermitteln, Sperren und Löschen von Sozialdaten (§ 67 Absatz 6 SGB X). Die Nutzung von Daten ist jede Verwendung der Sozialdaten außerhalb der Verarbeitung einschließlich der Weitergabe in der speichernden Stelle (§ 67 Absatz / SGB X).

Die Zulässigkeit der **Erhebung von Sozialdaten** hat der Gesetzgeber vollständig in § 67a SGB X geregelt. Sie ist nur zulässig, wenn ihre Kenntnis zur Erfüllung einer Aufgabe der erhebenden Stelle nach dem Sozialgesetzbuch erforderlich ist. Erforderlich ist sie dann, wenn der Leistungsträger ohne die Daten im jeweils konkreten Einzelfall seine Aufgabe nicht, nicht vollständig oder nicht in rechtmäßiger Weise erfüllen kann. Die Datenerhebung hat grundsätzlich beim Betroffenen selbst zu erfolgen. Bei anderen Personen oder Stellen dürfen sie unter anderem nur dann erhoben werden, wenn eine Rechtsvorschrift die Erhebung bei ihnen zulässt oder die Übermittlung an die erhebende Stelle ausdrücklich vorschreibt (§ 67a Absatz 2 Nr. 2 Buchstabe a SGB X). Für die Gesetzliche Krankenversicherung enthalten die §§ 284 bis 305 SGB V eingehende Regelungen über die Befugnisse der gesetzlichen Krankenkassen, von den Leistungserbringern (Ärzte, Krankenhäuser) Sozialdaten erheben zu können. Durch die sehr detaillierten Vorschriften soll sichergestellt werden, dass die Erzeugung eines gläsernen Patienten verhindert und die Erstellung von Leistungs- und Gesundheitsprofilen von Versicherten unmöglich gemacht wird.

Für den ärztlichen Bereich, insbesondere für den Bereich außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung ist in diesem Zusammenhang auch § 100 SGB X von Bedeutung. Nach dieser Vorschrift sind Ärzte oder Angehörige eines anderen Heilberufs (auch in Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen) verpflichtet, dem Leistungsträger im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit es für die Durchführung von dessen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erforderlich ist, und es entweder gesetzlich zugelassen ist oder der Betroffene im Einzelfall eingewilligt hat. Liegen die Voraussetzungen dieser Vorschrift vor, so stellen sie für den Straftatbestand des § 203 StGB Rechtfertigungsgründe dar.

Mit der **Datenverarbeitung und Datennutzung** befassen sich die §§ 67b bis 77 SGB X, wobei der Schwerpunkt auf der **Datenübermittlung** liegt (§§67d bis 77 SGB X). Auch eine Datenübermittlung ist grundsätzlich unzulässig, es sei denn, es liegt eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung vor. Die Übermittlung besonders schutzwürdiger Sozialdaten, unter denen das Gesetz Daten versteht, die dem Sozialleistungsträger von einem Arzt oder einer anderen in § 203 Absatz 1 und 3 StGB genannten Person zugänglich gemacht worden sind, ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Personen selbst übermittlungsbefugt wäre (§ 76 Absatz I SGB VI). Damit „verlängert“ sich die Geheimhaltungspflicht des § 203 StGB auf den empfangenden Sozialleistungsträger. Für die Praxis bedeutet dies, dass eine Übermittlung nur zulässig ist, wenn eine der Übermittlungsbefugnisse nach den §§ 66 bis 77 SGB X **und** die Einwilligung nach § 203 StGB (also regelmäßig die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht) nebeneinander vorliegen.

Die Strafordrohung des § 203 StGB richtet sich im Übrigen auch gegen Amtsträger, also auch gegen Bedienstete der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, sowie Angehörige privater Krankenversicherungen oder privatärztlicher Verrechnungsstellen.

Ist ein Betroffener der Auffassung, dass er bei der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung seiner personenbezogenen Sozialdaten in seinen Rechten verletzt worden ist, so kann er sich an den zuständigen **Datenschutzbeauftragten** wenden. Dies ist der Datenschutzbeauftragte des Bundes, wenn es um eine Rechtsverletzung durch einen Leistungsträger des Bundes geht, bzw. der Datenschutzbeauftragte des Landes, wenn ein anderer Leistungsträger die Rechtsverletzung begangen haben soll (§ 81 Absatz 1 SGB X). Ist dem Betroffenen ein Schaden entstanden, so

kann er nach § 82 SGB X in Verbindung mit § 7 des Bundesdatenschutzgesetzes Schadenersatz verlangen. Ferner gewährt § 83 SGB X dem Betroffenen ein Auskunftsrecht über die zu seiner Person gespeicherten Sozialdaten und den Zweck der Speicherung.

IV. Hinweise und Empfehlungen: Stand der Umsetzung

„Der Ausschuss kann Vorschläge vorlegen, wie festgestellte Mängel, deren Beseitigung geboten erscheint, baldmöglichst abgestellt werden können“ (Verordnung über den Ausschuss, § 2 Abs. 3). Er kann „dem Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales, dem Landesamt für Versorgung und Soziales, den sonst betroffenen Personen, Behörden, Stellen und Einrichtungen Anregungen geben oder Empfehlungen aussprechen“ (§ 4 Abs. 2). Von dieser Befugnis hat der Ausschuss in der Vergangenheit regelmäßig Gebrauch gemacht und seinen jährlichen Berichten Hinweise und Empfehlungen angefügt; in der soeben beendeten Amtsperiode waren insbesondere dem 5. und 6. Bericht konkrete Vorschläge zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung beigegeben.

Das Ende der Amtsperiode erschien der Redaktion des aktuellen Berichts als passender Anlass, um einmal nachzuprüfen, welche Empfehlungen aus den vorangegangenen Berichten überholt oder noch aktuell sind und welche Resonanz sie im Lande gefunden haben. Der „Stand der Umsetzung“ – aus der Sicht der Mitglieder des Redaktionskollegiums – soll in diesem Jahr zur Diskussion gestellt werden. Die Gliederung folgt etwa den Empfehlungen im 5. Bericht (Sommer 1998).

1. Ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung:

Hinsichtlich der fachärztlichen Versorgung hat der Ausschuss 1998 der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Zulassungsausschuss für die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit empfohlen, auf eine ausgewogene Verteilung der Vertragsärzte in den Versorgungsregionen des Landes zu achten und vorrangig eine Besetzung von unterversorgten Kreisen anzustreben. 1999 hat der Ausschuss an die nachwachsende Generation junger Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie appelliert, sich vorrangig in den fachärztlich schlecht versorgten ländlichen Regionen niederzulassen und die dort bestehenden Versorgungslücken zu schließen, statt die Konkurrenz in den Ballungsräumen zu verschärfen.

Tatsächlich ist von März 1998 bis April 2001 in den einschlägigen Fachgebieten ein Zuwachs von 15,5 niedergelassenen Fachkollegen, also eine Zunahme um 15 % zu beobachten; die Facharzt-Dichte beträgt jetzt 4,5 pro 100.000 Einwohner. Von diesem Zuwachs haben aber praktisch nur die beiden Großstädte Halle und Magdeburg profitiert (Netto + 14,5); zwar ist auch in fünf Landkreisen jeweils eine Praxis hinzugekommen, aber gleichzeitig sind in vier Kreisen Praxen weggefallen (Netto + 1). Noch immer liegt die Facharzt-Dichte außerhalb der beiden Großstädte allerorten unter 5,0 und in vier Kreisen unter 2,0 pro 100.000 Einwohner.

Es ist also derzeit genau das Gegenteil der vom Ausschuss empfohlenen Entwicklung hin zu einer ausgewogenen Verteilung zu beobachten. Der Vorstand der KVSA hat nach eigenem Bekunden keine rechtlichen Möglichkeiten, hier steuernd einzugreifen. Er hält das Niveau der fachärztlichen Versorgung insgesamt für ausreichend, da der durchschnittliche Versorgungsgrad über das ganze Land berechnet 100 % betrage, hat aber uns gegenüber eingeräumt, dass die so genannte „Bedarfsplanung“ nicht auf dem tatsächlichen Versorgungsbedarf beruht, den ohnehin niemand beziffern kann. Außerdem werde ein großer Teil der notwendigen ambulanten psychiatrischen Versorgung in den ländlichen Regionen in guter Qualität von den Hausärzten abgesichert (die allerdings ganz überwiegend nicht über eine spezielle Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie verfügen). Dies darf nach unserer Auffassung nicht dazu führen, dass Psychiater als entbehrlich angesehen werden; anzustreben ist vielmehr eine angemessene Arbeitsteilung zwischen Hausarzt und Facharzt.

1998 hat der Ausschuss empfohlen, den an den sozialpsychiatrischen Diensten tätigen Fachärzten eine persönliche Ermächtigung zur ambulanten Behandlung der Versicherten zu erteilen. Anträge der Gesundheitsämter Quedlinburg und Wittenberg, den sozialpsychiatrischen Dienst zu

ermächtigen, sind wohl vom Zulassungsausschuss abgelehnt worden; dass persönliche Ermächtigungen erteilt wurden, ist dem Ausschuss nicht bekannt geworden. Seit dem Jahr 2000 ist die ambulante Soziotherapie im SGB V verankert (§ 37a); allerdings muss der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in einer Richtlinie nähere Bestimmungen treffen; deshalb konnten sozialpsychiatrische Schwerpunkt-Praxen noch nicht eingerichtet werden.

Unsere Empfehlung an den Zulassungsausschuss, Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen gebietsärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen grundsätzlich zur ambulanten Behandlung zu ermächtigen, ist durch die GKV- Gesundheitsreform 2000 überholt; seitdem sind Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung ermächtigt. Am 01.04.2001 ist der dreiseitige Vertrag zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Kraft getreten, der den spezifischen „krankenhausnahen“ Versorgungsauftrag definiert:

und zwar speziell für Kranke, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines solchen besonderen krankenhausnahen Versorgungsangebotes bedürfen. Eine Konkurrenz zur bestehenden außerklinischen ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte und psychologische Psychotherapeuten ist nicht beabsichtigt; vielmehr soll die Institutsambulanz die ambulante Betreuung solcher Patienten sicherstellen, die von anderen Versorgungsangeboten nur unzulänglich erreicht werden. Sie soll auch ermöglichen, Krankenhaus-Aufnahmen zu vermeiden, stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen und Behandlungsabläufe zu optimieren, um dadurch die soziale Integration der Kranken zu stabilisieren.

In der Regel handelt es sich um Personen, bei denen einerseits langfristige kontinuierliche Behandlung medizinisch notwendig ist (das ist der Fall bei psychischen Krankheiten mit chronischem oder chronisch-rezidivierendem Verlauf, insbesondere bei Schizophrenien, affektiven Störungen, schweren Persönlichkeitsstörungen, Suchtkrankheiten mit Komorbidität und gerontopsychiatrischen Krankheiten) und bei denen andererseits mangelndes Krankheitsgefühl, mangelnde Krankheitseinsicht oder mangelnde Impulskontrolle der Wahrnehmung dieser kontinuierlichen Behandlung entgegenstehen. Eine Indikation besteht auch, wenn der Kranke in der Vergangenheit eine notwendige kontinuierliche Behandlung nicht aus eigenem Antrieb in Anspruch genommen hat oder die Behandlung nicht stattgefunden hat, also eine Symptombesserung und Stabilisierung nicht gelungen ist. Das ist beispielsweise der Fall, wenn in der Vergangenheit mehrere Krankheits-Exazerbationen oder Rezidive auch mit Hospitalisierung stattgefunden haben.

Aktuell werden zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Krankenhäusern Verhandlungen über die Vergütung der ambulanten Leistungen geführt.

2. Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung:

Hinsichtlich der 1998 von uns empfohlenen Bewilligung und Bereitstellung der investiven Mittel für die kurzfristige Erweiterung der Kliniken wenigstens auf die im Psychiatrie-Plan festgelegte, niedrig angesetzte Bettenmessziffer hat die Landesregierung in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen tatsächlich erhebliche Anstrengungen unternommen, die in den nächsten Jahren an mehreren Standorten Früchte tragen werden. Vorläufig abgeschlossen ist der Ausbau in Halle-Neustadt und Quedlinburg-Ballenstedt. Die Sanierung der Altbereiche in Bernburg, Haldensleben, Uchtspringe und Jerichow schreitet voran, wobei berichtet wurde, dass die Akutstationen in Jerichow noch sehr dürrtig erscheinen. Neubauten entstehen in Querfurt, Hettstedt und Wittenberg (2. Bauabschnitt). In Naumburg stehen die Mittel für einen Neubau bereit, mit dessen Fertigstellung allerdings erst 2005 zu rechnen ist, weil der Baubeginn erst nach dem Abschluss einer anderen Baumaßnahme erfolgen kann. Bis dahin muss die Abteilung in drei Außenhäusern an zwei Standorten (Naumburg und Laucha) betrieben werden. Nach dem jüngsten Bericht der Besuchskommission ist auch in Blankenburg eine räumliche Erweiterung nötig.

Für diskussionsbedürftig hält der Ausschuss die Zukunft des psychiatrischen Fachkrankenhauses der Neinstedter Anstalten. Noch ungeklärt sind die Entwicklungsperspektiven der psychiatrischen Abteilung am Städtischen Klinikum Magdeburg-Olvenstedt; die dort bestehenden Verhältnisse werden von der zuständigen Besuchskommission seit Jahren kritisch kommentiert. Die in der Landeshauptstadt verfügbare Anzahl psychiatrischer Klinikbetten wird insgesamt als unzureichend eingeschätzt; es scheint auch keine Absprachen mit dem nahe gelegenen Fachkrankenhaus Haldensleben über eine mögliche Kompensation des Bettenmangels zu geben.

Aus dem Altmarkkreis Salzwedel wird berichtet, dass Patienten zur klinischen Behandlung nach Lüneburg oder Königslutter fahren. In den Landkreisen Schönebeck, Bitterfeld und Anhalt-Zerbst sehen die Besuchskommissionen noch Defizite der klinischen Versorgung.

3. Komplementäre Versorgung:

Unsere Empfehlung, die Koordination der Versorgung in die Pflichtaufgaben der kommunalen Gebietskörperschaften einzubeziehen mit der obligatorischen Einrichtung entsprechender Gremien (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft, Psychiatrie-Beirat), wurde bisher nicht umgesetzt. Auf die Fachkompetenz einer PSAG verzichteten bisher die Landkreise Anhalt-Zerbst, Bernburg, Halberstadt, Mansfelder Land, Schönebeck und Weißenfels, der Ohrekreis und die Stadt Dessau. Auch andere kommunale Gebietskörperschaften könnten mehr Gebrauch von diesem Instrument machen, auch wenn der Gesetzgeber auf eine verbindliche gesetzliche Regelung verzichtet hat.

Aus den Berichten der Besuchskommissionen ist der globale Eindruck einer besseren Versorgung in Regionen mit einer aktiven PSAG entstanden; daraus kann allerdings keine direkte Kausalität abgeleitet werden. Dem Ausschuss sind Regionen bekannt, in denen die PSAG die Entwicklung steuert und begleitet, aber auch Beispiele, in denen der Landrat die Gründung einer PSAG oder die Teilnahme daran untersagt hat aus der Befürchtung heraus, durch ein solches Gremium werde der Bedarf erst geweckt! Nach unserer Erfahrung wird eher der schon vorhandene Versorgungsbedarf demaskiert.

1998 hat der Ausschuss dringend empfohlen, für die bewährten Formen des Betreuten Wohnens als kostengünstiger Alternative zur Unterbringung in einem Wohnheim die gesetzlichen Grundlagen für eine Regelfinanzierung zu schaffen. Als Vorbilder können neben Hessen inzwischen auch Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Schleswig-Holstein angeführt werden. Als positiv ist zu werten, dass in Sachsen-Anhalt eine Diskussion über die problematische Zuständigkeitstrennung zwischen örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger und über mögliche Formen der Finanzierung intensiver und zeitaufwendiger ambulanter Hilfen in Gang gekommen ist; Konsens scheint darüber zu bestehen, dass die Anzahl der dauerhaft in Heimen untergebrachten Menschen nicht noch weiter anwachsen soll.

Unserem Anspruch auf Gleichbehandlung aller Behinderten bei der Bemessung der erforderlichen personenbezogenen Hilfen anstelle der früheren Benachteiligung sog. „seelisch behinderter“ Menschen scheint der Rahmenvertrag gemäß § 93 BSHG weitgehend Rechnung zu tragen; praktische Erfahrungen mit der Anwendung dieses Regulativs bleiben abzuwarten.

Wir sind 1998 so weit gegangen zu empfehlen, die Träger von Heimen zur Enthospitalisierung zu verpflichten. Eine solche Verantwortung ist bislang nicht verbindlich normiert, aber es wird darüber nachgedacht, künftig im Zuge der Überprüfung des Anspruchs auf Eingliederungshilfe den Hilfebedarf gründlicher zu prüfen und intensiver nach Alternativen für eine dauerhafte Heimunterbringung zu suchen.

Damals haben wir die Landesregierung auch danach gefragt, wie häufig in der Vergangenheit Landeskinder dauerhaft in wohnortfernen Einrichtungen außerhalb von Sachsen-Anhalt untergebracht worden sind und aus welchen Landkreisen diese Bürger stammen. Eine Antwort ist bisher dem Ausschuss nicht zugegangen. Wir bitten darum, die Beantwortung nachzuholen.

Die innere Differenzierung der Werkstätten für Behinderte hin zu eigenen Arbeitsbereichen für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen („Werkstatt für seelisch Behinderte“) ist mancherorts erfreulich weit, aber noch nicht überall vorangetrieben worden. Klagen über die Bearbeitungszeit der Aufnahme-Anträge sind dem Ausschuss nicht mehr bekannt geworden.

1999 haben wir auf die Möglichkeit hingewiesen, bei psychisch Kranken, die als schwerbehindert anerkannt sind und einen Arbeitsplatz haben, die Kompetenz der von der Hauptfürsorgestelle getragenen psychosozialen Dienste für die Erhaltung und behinderungsgerechte Gestaltung dieses Arbeitsplatzes zu nutzen. Mit der Novellierung des Schwerbehinderten-Gesetzes wurden mit den Integrations-Fachdiensten und den Integrations-Projekten neue Instrumente gesetzlich verankert, um auch arbeitslose Schwerbehinderte auf dem Weg zurück auf den Arbeitsmarkt zu unterstützen.

4. Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Bisher ist kein Ausschuss-Bericht erschienen ohne die Forderung, an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg unverzüglich eine funktionsfähige klinische Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie einzurichten (so 1998). Kaum war im Juli 2000 mit 10 Betten und 10 Tagesklinik-Plätzen in einem Containerbau der Kinderklinik und unter kommissarischer Leitung einer habilitierten Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Anfang gemacht, hatte die Besuchskommission von Plänen zu berichten, diese Abteilung aus der Universitätsklinik auszulagern (mit der SALUS gGmbH und dem Städtischen Klinikum als Bewerbern). Eine Erhöhung der Bettenzahl, eine angeschlossene Fachambulanz und eine Weiterbildungs-Befugnis für das Fachgebiet sind noch erforderlich.

In Halle nimmt die Chefärztin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Barbara-Krankenhaus einen Lehrauftrag wahr, um Medizinstudenten eine Möglichkeit zu geben, das Fachgebiet kennen zu lernen. Ein solches Lehrangebot ist enorm wichtig, um die heranwachsende Generation junger Ärzte anzuregen, eine Weiterbildung in dieser Fachrichtung in Betracht zu ziehen.

Die Zahl der niedergelassenen Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist nicht angewachsen, sondern vielmehr weiter zurückgegangen; im April 2001 waren nur in Halle und Magdeburg insgesamt 3,5 Ärzte mit dieser Fachgebietsbezeichnung in eigener Praxis tätig. - Eine neue Tagesklinik ist in Dessau entstanden, allerdings nicht angelehnt an das ortsansässige Fachkrankenhaus, sondern als Außenstelle der Klinik in Bernburg. Als Vorteil dieser Lösung wurde die Verfügbarkeit von Fachpersonal und ggf. von stationären Betten genannt. - Die Ermächtigung zur ambulanten Behandlung (GKV- Gesundheitsreform 2000, § 118 SGB V) gilt übrigens auch für die Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie. - Die dezentrale Verfügbarkeit geschützter Behandlungsplätze für hochgradig verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche wird noch immer als unzureichend eingeschätzt; so konnte die Besuchskommission nicht nachvollziehen, warum im Fachkrankenhaus Haldensleben die Voraussetzungen für eine geschlossene Unterbringung von Jugendlichen nicht herstellbar waren. Der Ausschuss vertritt ganz eindeutig den Standpunkt, dass die Möglichkeit zu einer fürsorglichen Zurückhaltung und geschlossenen Unterbringung, die derzeit nur in den Kliniken Uchtspringe und Merseburg gegeben ist, obligatorisch zu den Voraussetzungen einer regionalen Vollversorgung gehört und an allen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie vorhanden sein muss. - Die Möglichkeiten, Kindern und Jugendlichen während einer klinischen Behandlung Schulunterricht zu erteilen, werden als noch immer nicht ausreichend bemängelt (zu geringe Lehrer- und Stundenzahl). - Nachsorgeeinrichtungen sind im Norden des Landes konzentriert, haben Plätze frei und werden nach Erkenntnissen der Besuchskommissionen überwiegend von anderen Bundesländern in Anspruch genommen; der Ausschuss sieht hier einen Widerspruch zum Prinzip der regionsbezogenen und wohnortnahen Versorgung.

Unsere Frage aus dem Jahr 1999, *in welchem Umfang die in eigener Praxis tätigen und für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen approbierten psychologischen Psychotherapeuten*

tatsächlich an der ambulanten Versorgung von psychisch kranken und verhaltensgestörten Kindern und Jugendlichen beteiligt sind (wie viele junge Patienten sie betreuen, welche Störungen sie behandeln und welche Aufgaben sie nicht übernehmen wollen oder können), ist unbeantwortet geblieben.

Eine Übertragung der in Magdeburg im Rahmen eines Modellprojekts gewonnenen Erfahrungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit der Jugendämter mit Erziehern, Psychologen und den (nicht vorhandenen) Kinder- und Jugendpsychiatern und zur besseren Koordination von Hilfen nach § 35a KJHG auf andere Regionen scheint ausgesprochen mühevoll und zäh zu verlaufen, offenbar auch deshalb, weil die Notwendigkeit seitens der Jugendhilfe bestritten wird.

5. Suchtkranken-Versorgung:

Unter Bezugnahme auf bereits 1997 abgegebene Empfehlungen hat der Ausschuss 1998 seine Forderung erneuert und 1999 nochmals bekräftigt, die zeitlich begrenzte stationäre Motivationstherapie von Alkoholkranken nach einem fachlich fundierten Konzept zur verbindlichen Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu erklären und akzeptable Rahmenbedingungen für eine qualitativ gute und effektive klinische Entzugs- und Motivationsbehandlung festzulegen, nachdem das Thema bereits 1997 im Ausschuss für Gesundheit und Soziales des Landtags von Sachsen-Anhalt ausführlich und erschöpfend erörtert wurde. Fortschritte in dieser praktisch so bedeutsamen Frage sind nicht zu erkennen.

Im Interesse einer gemeindenahen Suchtkrankenversorgung hat der Ausschuss 1998 und 1999 erneut gefordert, von der Möglichkeit der ambulanten Rehabilitation Suchtkranker entsprechend der Empfehlungsvereinbarung vom 05.11.1996 Gebrauch zu machen. Für all die suchtkranken Menschen, für die eine stationäre „Langzeittherapie“ in einer der beiden Suchtfachkliniken nicht in Betracht kommt, weil sie sich nicht vorstellen können, dem Arbeitsplatz oder der Familie für drei Monate fernzubleiben, muss es dennoch eine Möglichkeit geben, die Suchterkrankung (und nicht nur deren gesundheitliche Folgen) therapeutisch anzugehen. Selbstverständlich ist der LVA als Kostenträger zuzustimmen, dass die ambulante Rehabilitation den gleichen fachlichen Ansprüchen und Qualitätsstandards genügen muss wie die stationäre Behandlung. Erfahrungsberichte belegen, dass ambulante Rehabilitation von Alkoholkranken in Beratungsstellen, aber auch in Kliniken – im unmittelbaren Anschluss an die stationäre Entzugs- und Motivationsbehandlung – erfolgreich durchgeführt werden kann.

Für die Suchtberatungsstellen hat der Ausschuss 1999 eine Regelfinanzierung befürwortet, die an den Nachweis fachlicher Kompetenz gekoppelt sein und neben einer Mindestausstattung mit qualifizierten Mitarbeitern auch verbindliche Anforderungen an die Qualitätssicherung umfassen soll. Die vom Ministerium daraufhin angekündigten Förderrichtlinien für Suchtberatungsstellen befinden sich noch auf dem internen „Marsch durch die Institutionen“; ein vom Landesamt für Versorgung und Soziales erarbeiteter Entwurf soll seit über einem Jahr im Ministerium liegen.

Die Behandlungsmöglichkeiten für jugendliche Drogenkonsumenten sind durch Umwidmung von Betten in Uchtspringe und Bernburg und durch zusätzliche Betten in Halle sowie durch die Umwidmung der Suchtfachklinik Sotterhausen in eine Reha-Klinik für junge Drogenabhängige verbessert worden. Mit großer Sorge hat der Ausschuss dagegen die Ergebnisse von MODRUS II zur Kenntnis genommen: Von rund 3000 Kindern und Jugendlichen, die im Herbst 2000 schriftlich und anonym befragt wurden, konnten nur noch 9 % als „Abstinente“ klassifiziert werden (1998: 16 %); 31 % waren „Raucher“ (1998: 20 %), 18 % „Trinker“ (1998: 7 %) und 14 % „Konsumenten illegaler Drogen“ (1998: 9 %). Diese Befunde lassen erwarten, dass bei vielen jungen Menschen, die wegen psychischer Störungen und Erkrankungen zur Behandlung kommen, ein Suchtmittel-Missbrauch als Komplikation mitzubehandeln sein wird.

6. Forensische Psychiatrie und Maßregelvollzug:

Ohne Zweifel hat das Land für die beiden Kliniken für Forensische Psychiatrie in Uchtspringe und Bernburg mit den jüngst fertiggestellten und Ende 2000 übergebenen Neubauten die äußeren Voraussetzungen für eine sichere Unterbringung und eine fachgerechte Behandlung der Patienten im Maßregelvollzug geschaffen. Dies ist anzuerkennen. Dass die Baumaßnahmen mit der wachsenden Zahl der Untergebrachten nicht Schritt halten und vor allem in Uchtspringe weiterhin eine massive Überbelegung fortbesteht, ist dem Land kaum anzulasten. Anzuerkennen sind auch die aktiven Bemühungen der SALUS gGmbH, Ärzte und qualifizierte therapeutische Mitarbeiter für beide Kliniken zu gewinnen. Die mit der Neubesetzung der Klinikleitung in Uchtspringe verbundenen Hoffnungen haben sich leider nicht erfüllt; schon nach wenigen Monaten steht die Stelle wieder zur Besetzung an. Wie prekär die Personalsituation im ärztlichen Dienst ist, wird daran deutlich, dass aktuell beide Kliniken nach unserem Wissensstand jeweils nur über einen Facharzt für Psychiatrie verfügen können. Insofern hat sich an der Feststellung von 1998 („dringender Handlungsbedarf bei der Besetzung offener Stellen“) nichts geändert.

Mitarbeiter beider Kliniken werden systematisch fortgebildet; eine Zusammenarbeit zwischen der SALUS gGmbH und dem Arbeitskreis Forensik scheint angebahnt; die SALUS gGmbH selbst ist bemüht, Arbeitsmöglichkeiten für entlassene forensische Patienten zu schaffen, und hat zu diesem Zweck ein Unternehmen „Integra“ gegründet. Anhörungen durch die Strafvollstreckungskammer des Landgerichts Stendal werden in Uchtspringe vor Ort durchgeführt. Dies ist auch für Bernburg wünschenswert.

Kritisch ist anzumerken, dass der Arbeitskreis Forensik des Landes Sachsen-Anhalt, zu dessen Gründung immerhin drei Ministerien gemeinsam (Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales, Justiz- und Kultusministerium) den Anstoß gegeben haben, nach mehr als zwei Jahren noch immer keine Rechtsform und keine finanzielle Basis gefunden hat. Die dem Arbeitskreis gestellte Aufgabe, für eine Fortbildung von Psychiatern in Forensischer Psychiatrie zu sorgen und neben fachkundigen Therapeuten sachkundige Gutachter auch für schwierige Fragestellungen heranzubilden, bildet ein öffentliches Anliegen von höchster Priorität und verdient anstelle von Kompetenzgerangel der Ministerien die öffentliche Unterstützung der Landesregierung und deren finanzielles Engagement.

7. Pflegeversicherung:

Die vom Ausschuss 1998 und 2000 festgestellten Mängel und Defizite in der pflegerischen Betreuung von Betagten mit den typischen psychischen Störungen des höheren Lebensalters haben inzwischen den Bundesgesetzgeber veranlasst, Regulative zur Sicherung der Qualität in der ambulanten und stationären gerontopsychiatrischen Pflege vorzubereiten; der Landtag von Sachsen-Anhalt und dessen Ausschuss für Soziales und Gesundheit befasst sich mit der „Verbesserung der Hilfen für Demenzkranke“ (Anhörungen am 08.02. und 10.05.2001). Nach aktuellen Erhebungen bleiben 75 % der Personen, die zur Kurzzeitpflege, also nur vorübergehend, im Pflegeheim aufgenommen werden, anschließend in stationärer Pflege; was zur vorübergehenden Entlastung der pflegenden Angehörigen gedacht war, scheint zur Haupteintrittspforte in das Pflegeheim geworden zu sein. Wir vermuten – ohne dies derzeit mit Zahlen belegen zu können – als eine mögliche Ursache eine Tendenz zur sehr frühen und schnellen Entlassung alter Menschen aus der stationären Krankenhausbehandlung in die Kurzzeitpflege, ohne dass das vorhandene Rehabilitationspotential ausgeschöpft wird; wenn das stimmt, wird die mit der Verkürzung des Klinikaufenthaltes verbundene Kosteneinsparung teuer erkaufte. In der geriatrischen und gerontopsychiatrischen Rehabilitation ist das Land über die ersten, im 7. Bericht kritisch kommentierten Ansätze noch nicht hinausgekommen. Eine weitere Ursache für die häufige Übernahme alter Menschen aus der Kurzzeitpflege in die stationäre Pflege könnte darin bestehen, dass die Träger der Heime an einer Expansion interessiert sind und nicht an einer Rehabilitation ihrer Bewohner. Und wenn viele alte Menschen in die Pflegeheime drängen, so spiegelt dies

vermutlich auch ihre soziale Situation wider, die allzu häufig von Einsamkeit und Isolation geprägt ist.

Vom Ausschuss ist die Forderung zu bekräftigen, dass Heimbewohner mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen psychiatrisch mitbetreut werden und dass der Facharzt auch bei der Pflegeplanung mitwirkt.

8. Fazit:

Wir haben den Versuch gemacht, anstelle von neuen Empfehlungen den Stand der Umsetzung unserer Hinweise aus den Jahren 1998 und 1999 zu überprüfen, und kommen erwartungsgemäß zu extrem heterogenen Ergebnissen. Im Mittelpunkt unserer Wahrnehmung stehen natürlich nicht die Punkte, die als „erledigt“ abgehakt werden können, sondern sehr viel stärker die Bereiche, in denen wir nicht einen Schritt vorangekommen sind – und davon gibt es, wie wir gezeigt haben, mehr als genug.

Abschließend sei eine Entwicklung angesprochen, die uns zweifeln lässt, ob es in den kommenden Jahren wirklich gelingen wird, daran grundlegend etwas zu ändern: Dass allenthalben im Lande – in der ambulanten Versorgung, in den sozialpsychiatrischen Diensten, in den Fachkrankenhäusern und Abteilungen, vor allem auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Forensik – Fachärzte für Psychiatrie (einschließlich der Psychotherapie) fehlen, ist seit Jahren bekannt. Bisher bestand allerdings Hoffnung, diesen Facharzt-Mangel mittelfristig ausgleichen zu können, indem in den Kliniken eine nachwachsende Generation junger Ärzte zu Fachärzten weitergebildet wird, die dann eine Praxis eröffnen, an der Klinik bleiben, im sozialpsychiatrischen Dienst tätig werden oder sich spezialisieren können. Neu ist die Beobachtung, dass freie Stellen für Ärzte im Praktikum und Assistenzärzte derzeit in vielen Kliniken und Abteilungen nicht mehr besetzt werden können. Offenbar hat die Psychiatrie und Psychotherapie für junge Ärzte, anders als vor einigen Jahren, heute kaum noch Anziehungskraft. Schon jetzt sind Qualitätseinbußen (etwa bei der stationären Behandlung psychisch Kranker) unübersehbar. Wir wissen nicht, ob dieser Trend von Dauer sein wird. Sollte er anhalten, wird es um die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung in einigen Jahren schlecht bestellt sein.

Der Vorsitzende: Priv. Doz. Dr. med. Felix M. Böcker, Naumburg

Anhang

1. Berichte der regionalen Besuchskommissionen

Besuchskommission 1

Vorsitzende Frau MR Dr. Ilse Schneider, Stellv. Vorsitzende Frau Dr. Christel Conrad

Zur regionalen Versorgung

Landkreis Stendal

Für den Landkreis Stendal stellte die Besuchskommission fest, dass Fortschritte bei der Enthospitalisierung des Heimbereiches Uchtspringe nur zögerlich gemacht wurden und die Großeinrichtung für geistig Behinderte Borghardt-Stiftung Schwierigkeiten bei der Einrichtung von Außenwohngruppen und weiterer Enthospitalisierung hat. Gestufte und ambulante Wohnangebote gibt es in unzureichendem Maße. In der Suchtkrankenhilfe wurde festgestellt, dass trotz der vorgehaltenen Heimkapazitäten eine bedarfsgerechte Versorgung noch nicht erreicht werden konnte. Ambulante Wohnangebote für alle Behinderungsarten gehen nur langsam voran, bedürfen stärkerer Unterstützung des örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgers, wobei die derzeitige Kostenträgerschaft sich in bekannter Weise nicht förderlich auswirkt.

Die ambulante Suchtkrankenhilfe in der Stadt Stendal war stets lobend hervorzuheben. Es muss jedoch die Frage gestellt werden, ob nach geplanter Veränderung innerhalb des sozialpsychiatrischen Zentrums die enge Kooperation zwischen der Tagesklinik/ Institutsambulanz der SALUS gGmbH und dem sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes noch in der bisherigen komplikationslosen Weise möglich sein wird. Das niedrigschwellige Angebot für Suchtkranke in der Stadt Stendal sollte erhalten werden. Mit der Errichtung einer Tagesstätte für psychisch Kranke für die Stadt Stendal und ihrem Umland könnte die gemeindenahe psychiatrische Versorgung im Landkreis noch verbessert werden.

Auf dem Gebiet der Betreuung der Kinder und Jugendlichen wurde das Bundesmodellprojekt der kinder- und jugendpsychiatrischen Hilfeplanung, das sich für die Stadt Magdeburg in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt bewährt hat, als Landesmodellprojekt weiter geführt. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie des Fachkrankenhauses Uchtspringe ist dabei mit einbezogen.

Die stationäre psychiatrische Versorgung ist überwiegend regionalisiert und wird für die Landkreise Stendal und Altmarkkreis Salzwedel in den Fachkrankenhäusern Uchtspringe und Jerichow vorgenommen. Beide psychiatrische Einrichtungen haben zur Verbesserung der Versorgung Tageskliniken und Institutsambulanzen eingerichtet.

Altmarkkreis Salzwedel

Im Landkreis gibt es zahlreiche Bemühungen um die gemeindenahe psychiatrische Versorgung. Auch hier sind die ambulanten Wohnangebote noch sehr defizitär. Heimplätze für geistig Behinderte sind zahlreich vorhanden. Heimplätze für psychisch Kranke sind ebenfalls vorhanden, es gibt auch einige Heimplätze für Suchtkranke. Leider sind die Kapazitäten nicht bedarfsgerecht, weil gestuftes Wohnen nicht ausreichend vorbereitet werden kann. Die ambulante psychiatrische Versorgung hat sich wieder verbessert. Eine Tagesklinik und eine Tagesstätte für psychisch Kranke und eine Begegnungsstätte wären wichtige Bausteine für gemeindenahe psychiatrische Versorgung in der Stadt Salzwedel mit ihrer Umgebung. Für die Suchtkrankenhilfe gibt es gut funktionierende Präventionsangebote.

Landkreis Jerichower Land

Die gemeindenahere psychiatrische Versorgung hat sich in den vergangenen Jahren schrittweise durch die Errichtung von Tageskliniken verbessert. Defizite gibt es bei den Wohnangeboten für psychisch Kranke. Für diesen Personenkreis muss immer noch auf den Heimbereich des FKH Jerichow verwiesen werden. Es steht weder ein Heim noch Betreutes Wohnen zur Verfügung. Obwohl dem Landkreis diese Problematik seit langem bekannt ist, bleibt dieser Personenkreis unzureichend versorgt. Für geistig Behinderte konnten ausreichende Versorgungsstrukturen geschaffen werden. Die Versorgungsstrukturen für gerontopsychiatrisch Erkrankte und für Suchtkranke sind ebenfalls nicht bedarfsgerecht.

Besuche im Einzelnen

1. Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt Landkreis Stendal Besuch am 02.04.2001

Der Landkreis Stendal hat als Flächenkreis neben seiner Hauptstelle in Stendal zwei Außenstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Osterburg und Havelberg. Im gesamten SpDi sind fünf Sozialarbeiterinnen, eine Bürofachkraft und eine Fachärztin für Neurologie/Psychiatrie tätig. Bemerkenswert ist die umfangreiche Beratungstätigkeit für Suchtkranke, die als Einzel- und Gruppenberatungen durchgeführt wird. Die beengten Räumlichkeiten setzen allerdings auch hier der Arbeit der Mitarbeiter Grenzen. Über die räumliche Trennung von ärztlicher Leitung des Dienstes und den Sozialarbeiterinnen herrschte geteilte Meinung. Der Kontakt erfolge i.d.R. telefonisch. Die Besuchskommission fand die Situation für das Team belastend und für die Arbeit hinderlich. Veränderungen sind angedacht. Die Besuchskommission würde eine Fortsetzung der bisherigen Kooperation im Sinne eines Sozialpsychiatrischen Zentrums sehr begrüßen. Zur Realisierung eines auch zukünftig gemeinsamen Objektes sind im Interesse der Patienten noch kooperative Verhandlungen zwischen dem Landkreis und der SALUS gGmbH erforderlich.

2. Tagesklinik und Institutsambulanz des Fachkrankenhauses Uchtspringe im Sozialpsychiatrischen Zentrum Stendal, SALUS gGmbH Besuch am 02.04.2001

Für die Versorgung psychisch Kranker und Suchtkranker sind die Tagesklinik und Institutsambulanz des Fachkrankenhauses Uchtspringe nach wie vor wichtige Bausteine der gemeindenaheren psychiatrischen Versorgung. Die bisherige Einheit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst im Sozialpsychiatrischen Zentrum stellt eine modellhafte Kooperation dar. Das SPZ hat sich zur „Schaltstelle“ für die Entscheidung in Richtung ambulanter, teilstationärer oder stationärer Behandlung entwickelt. Die Überweisung von Patienten in die Institutsambulanz oder in die Tagesklinik erfolgt über die Sozialarbeiterinnen des SpDi, die Hausärzte und die Fachärzte. In der Tagesklinik und der Institutsambulanz sind zurzeit 10 Mitarbeiter tätig. Die Tagesklinik hat eine Kapazität von 19 Plätzen, von denen 16 in Stendal und 3 Plätze in Uchtspringe sind. Psychisch Kranken und Suchtkranken stehen in Stendal jeweils 8 Plätze zur Verfügung. Die Auslastung der Kapazitäten wird als sehr gut bezeichnet.

Die räumlichen Bedingungen sind sehr beengt und setzen den Therapieangeboten Grenzen. Von Seiten des Trägers bestehen deshalb Bestrebungen, ein anderes Objekt in Stendal anzumieten.

**3. Fachkrankenhaus Uchtspringe - Klinik für Allgemeine Psychiatrie
SALUS gGmbH
Besuch am 12.02.2001**

Seit dem letzten Besuch vor drei Jahren konnte die Klinik ihre Funktion für die Region festigen. Vor Ort werden 138 Betten vorgehalten. Tagesklinische Angebote und Institutsambulanz gibt es in Stendal, Institutsambulanz-Sprechstunden auch in Gardelegen und Tangerhütte. Die bauliche Sanierung in Uchtspringe macht Fortschritte. Der Neubau der Gerontopsychiatrie konnte inzwischen fertig gestellt werden und bietet nun ideale Bedingungen. Die Sanierung der Suchtstationen und der Akutpsychiatrie der Frauen ist dagegen nach wie vor dringend erforderlich. Es zeichnet sich hier eine Tendenz der Patientenabwanderung in moderner ausgestattete Kliniken ab.

Insgesamt ist die Auslastung der Klinik überdurchschnittlich hoch. Vor allem der zunehmenden Drogenproblematik wird die derzeitige Bettenkapazität nicht gerecht. Die diesbezüglichen Vorstellungen der Klinikleitung sowie die Konzeption einer umfassend koordinierten Gerontopsychiatrie erscheinen der Kommission durchdacht und sollten vom Land unterstützt werden.

Die von den Kassen bewilligte Behandlungsdauer wird von den ärztlichen Mitarbeitern als zu kurz eingeschätzt. Die Antragstellung zur Verlängerung der Behandlungsdauer ist nach wie vor sehr bürokratisch.

Die derzeitige Personalsituation wird vom Träger als der PsychPV „angenähert“ bezeichnet. Wie in den meisten Kliniken fehlt es auch hier an Fachärzten. Die etwas abgelegene Lage der Klinik und vor allem der Ost/West-Unterschied im Gehalt erschweren die Besetzung offener Arztstellen.

**4. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie Uchtspringe
SALUS gGmbH
Besuch am 06.11.2000**

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie ist eine bundesweit frequentierte Einrichtung, die neben den Angeboten einer allgemeinen Kinder- und Jugendpsychiatrie über spezifische Schwerpunkte verfügt, wie z. B. der Behandlung psychisch kranker hörgeschädigter Kinder und Jugendlicher. Erwähnenswert ist die differenzierte und fachlich gut fundierte psychotherapeutische Behandlung, sowohl nach verhaltenstherapeutischem als auch nach analytischem Konzept.

Die Klinik mit 87 Betten auf 7 Stationen und einer Tagesklinik mit vier Plätzen ist permanent voll ausgelastet. Der stationäre geschlossene Bereich ist so stark frequentiert, dass bedenkliche Wartezeiten bis zu 4 Monaten bestehen. Für die Krisenintervention in den Akutsituationen wird in schrittweise verbesserter Zusammenarbeit mit den Jugendämtern nach individuellen Behandlungsmöglichkeiten gesucht.

Die Therapie ist konzeptionell durchdacht und wird von gut ausgebildeten Mitarbeitern gesichert. Die Therapieräume hinterlassen einen vorbildlichen Eindruck. Bemerkenswert ist auch das nachhaltige Ringen der ärztlichen Leitung um die dringend erforderliche Neuregelung der Beschulung für die zum Teil längerfristig in der Klinik lebenden jungen Patienten.

Die Klinik ist bemüht, Kooperationsmöglichkeiten zu finden. Dies gelingt ihr z. B. mit Hilfe einer Kfz-Lehrwerkstatt und durch Mitwirkung in dem Landesmodellprojekt „Kooperationsverbund Landkreis Stendal“, in dem Vertreter der Jugendhilfe, der Kinder- und Jugendmedizin, der Sozialpsychiatrie, der Schule und der Sozialhilfe mit dem Ziel der Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche im Landkreis Stendal zusammenarbeiten.

5. Wohnheim für seelisch Behinderte, Außenwohngruppe (AWG) Gardelegen des Heimbereiches Uchtsprunge, SALUS gGmbH

Besuch am 08.05.2000

Die AWG Gardelegen leistet einen guten Beitrag zur Enthospitalisierung des Heimbereiches Uchtsprunge. Die gute Ausstattung und Lage der AWG bieten die Basis und Integration der Bewohner. Erste Erfolge zeigen sich in der zunehmenden Verselbständigung einiger Bewohner. Die Besuchskommission war überrascht zu hören, dass der Fortbestand der AWG von der generellen Verbesserung des Betreuungsschlüssels für seelisch behinderte Menschen abhängig gemacht werden soll. Das heißt, die weitere Verselbständigung von Bewohnern mit Eingliederung in die WfB wirkt sich auf den Pflegesatz mindernd aus, sodass der Personalschlüssel nicht gehalten werden kann. Zwei Möglichkeiten könnten diskutiert werden:

- Bewohner werden in andere Wohnangebote entlassen und andere mit der Zielstellung der Verselbständigung neu aufgenommen - dann wäre ein hoher Personalschlüssel begründbar, wie er derzeit im Rahmen einer Sonderregelung besteht.
- Die Bewohner der AWG benötigen zukünftig weniger intensive Betreuung - dann kann das qualifizierte Personal andere Aufgaben in der Enthospitalisierung übernehmen.

Dieses Problem sollte unter Einbeziehung der PSAG des Landkreises mit dem überörtlichen Sozialhilfeträger gemeinsam mit der SALUS gGmbH einer Lösung zugeführt werden. Die enge Kooperation aller Beteiligten bei der Weiterentwicklung solcher Einrichtungen ist erforderlich.

6. Psychiatrisches Wohnheim Klötze, Medina soziale Behindertenbetreuung gGmbH

Besuch am 11.09.2000

Das Wohnheim ist eine „Mischeinrichtung“ mit 84 Plätzen. Es ist gut und behindertengerecht ausgestattet. Im Haus 1 der Einrichtung sind 23 Bewohner mit geistiger und mehrfacher Behinderung und 20 alt gewordene Behinderte untergebracht. Die räumliche Trennung in Wohnbereiche ist gewährleistet. Im Haus 2 erfolgt die Betreuung der 41 Suchtkranken. Es werden vielfältige Therapiemöglichkeiten angeboten. Es gibt Einzelhilfepläne für die Heimbewohner. Eine Verselbständigung der Heimbewohner wird durch die nicht vorhandenen gestuften Wohnangebote behindert. Der Personalschlüssel für die Suchtkrankenbetreuung erscheint zu niedrig. Die Mitarbeiter in der Suchtkrankenbetreuung benötigen eine weiterführende suchtspezifische Ausbildung. Die Besuchskommission hat festgestellt, dass der Anteil von heilpädagogischem Personal erhöht werden muss. Sie sieht es als problematisch an, dass die Binnenstruktur sich noch nicht wesentlich geändert hat. Die heilpädagogischen Zielstellungen ließen sich besser realisieren, wenn Heimbewohner mit einer Behinderungsart zu betreuen wären, die ein abgestuftes System an Eingliederungshilfe benötigen und für die es leichter wäre, nach außen offene Wohnangebote zu schaffen.

7. Borghardt-Stiftung Stendal, Diakonisches Werk

Besuch am 15.01.2001

Die Borghardt-Stiftung verfügt über drei neu errichtete Häuser mit einer Kapazität von 156 Plätzen in der Osterburger Straße und zwei zusätzlichen Außengruppen mit einer Kapazität von 40 Plätzen im Ostwall und in der Wendstraße.

In der Vergangenheit gab es mehrfache Wechsel des Leiters der Einrichtung. Der derzeitige Leiter war bemüht, seinen Standpunkt über die Binnenstruktur der Borghardt-Stiftung deutlich zu machen. Von den zurzeit 155 Heimbewohnern wurden zehn als seelisch Behinderte bezeichnet, die nicht in eine Einrichtung für geistig Behinderte gehören. 18 Heimbewohner haben als pflegebedürftige Hochbetagte ein Bleiberecht in der Einrichtung.

Der Landkreis reagierte sehr verhalten und verwies auf zu wenig Plätze für seelisch Behinderte, zumal betreute Wohnangebote nicht ausreichend vorhanden sind und die Betroffenen im

Einzelnen noch nicht die erforderliche Eigenständigkeit zur Ausgliederung haben würden. Diese Problematik wird bei zukünftigen Besuchen durch die Besuchskommission immer wieder angesprochen werden müssen.

Die Außengruppe Ostwall, die zukünftig als Außenwohngruppe strukturiert werden soll, wies eine räumliche Enge auf, die die Betreuungsziele der Verselbständigung der Heimbewohner behindern. Dem Träger wurde Entflechtung dringlich empfohlen. Auch für die Außengruppe Wendstraße sollte der Status Außenwohngruppe vorbereitet werden. Die räumlichen Gegebenheiten sind für diese Zielstellung geeignet. Die Binnenstruktur ist auf diese Zielstellung hin zu verändern.

Die bisherige Außengruppe Sandberg hat nur eine begrenzte Betriebserlaubnis erhalten (bis 31.12.2000). Von Seiten des Trägers gibt es Vorstellungen, bezüglich einer angemessenen Hilfemaßnahme für die seelisch Behinderten ein anderes Objekt anzumieten. Alle Entscheidungen darüber sind aber offen. Verhandlungen mit dem Landesamt standen zum Zeitpunkt des Besuches noch aus. In dem neuen Objekt soll eine Außenwohngruppe für geistig Behinderte und eine für seelisch Behinderte eingerichtet werden.

Die Besuchskommission empfiehlt der Borghardt-Stiftung ein schrittweises Einrichten von gestuften Wohnangeboten. Ein vom Sozialamt vorgeschlagener Umzug der seelisch Behinderten nach Priemern wird von der Besuchskommission nicht unterstützt. Allerdings ist denkbar, dass für die Eingliederung der seelisch Behinderten auch ein anderer Träger gewonnen werden könnte. Zur Lösung dieser Problematik ist der Landkreis mit seiner PSAG gefordert.

8. Kinder- und Jugendheim Köckte, DPWV Regionalstelle Altmark Besuch am 05.03.2001

Das ehemalige Gutshaus Köckte wurde 1999 saniert und bietet auf der Grundlage des § 35 a KJHG 20 Kindern und Jugendlichen ein schönes Zuhause auf Zeit. Das Haus und der großzügige Park halten ausreichend Behandlungsräume vor, z.B. für Ergotherapie, Musik- und Bewegungstherapie sowie Raum für sportliche Betätigung und Spiel. Durch die Arbeit des gut ausgebildeten Fachpersonals werden die Kinder und Jugendlichen mit dem Ziel gefördert, dass eine Rückkehr in ihr Elternhaus oder die Eingliederung in andere Wohnangebote ermöglicht wird. Die Arbeit des Teams ist heilpädagogisch ganzheitlich orientiert und wurde der Besuchskommission überzeugend erläutert. Die Kinder leben in zwei familienähnlichen Wohngruppen. Hervorzuheben ist die Einbindung des Heimes in ein umfassendes Jugendhilfesystem des Trägers, das aus ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten besteht. Die Kindereinrichtung wird vorwiegend aus dem Landkreis Stendal belegt. Positiv wurde angemerkt, dass es eine gute Kooperation mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Uchtspringe gibt.

9. Caritas-Wohnheim für Kinder u. Jugendliche Letzlingen, Caritas-Verband Besuch am 08.05.2000

Im Kinderheim der Caritas am Standort Letzlingen wohnen in einem Altbau 28 Kinder. Da das Caritas-Kinderheim in Kunrau wegen rückläufiger Kinderzahlen keine weitere Perspektive hat, wurde das Kinderheim Letzlingen für den Landkreis als Standort mit einer zukünftigen Kapazität von 40 Plätzen ausgewählt. Mit Errichten des Neubaus wird es dann endlich möglich sein, die notwendigen Strukturen für familienähnliche Kleinwohngruppen zu schaffen und auch Zweibettzimmer vorzuhalten. Das Personal ist gut qualifiziert. Die Besuchskommission hatte den Eindruck, dass sich die geistig und mehrfach behinderten, zum Teil zusätzlich hörgeschädigten Kinder sehr wohl fühlen und liebevoll betreut werden. Die Kinder besuchen die G-Schule. Der Träger hält vielfältige Freizeit- und Ferienangebote vor, die gut angenommen werden. Auch die Integration in die Gemeinde ist gelungen. Die hausärztliche Versorgung ist gesichert. Als problematisch wurde dagegen die fachärztliche Betreuung der Kinder bezeichnet, nachdem nun auch die dritte von vier ehemaligen Nervenarztpraxen im Landkreis aufgegeben wurde.

10. Kinderhof Estedt und Kinderhof Winterfeld, Kinderhof Merzen gGmbH
Besuche am 09.10.2000

Die beiden heilpädagogischen Kindereinrichtungen der Kinderhof Merzen GmbH für insgesamt 32 schwerbehinderte und verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche in Estedt und Winterfeld haben auf die Mitglieder der Besuchskommission einen überzeugenden Eindruck gemacht. Die jungen Bewohner werden in familienähnlicher Atmosphäre von einem engagierten Team betreut. Die einzelnen Häuser, z.T. handelt es sich um Neubauten, befinden sich in einem guten Zustand. Der Bauernhof in Estedt mit dem Tier- und Ökobereich wird für die Therapie genutzt. In einer Außenwohngruppe besteht für die Heranwachsenden die Möglichkeit des Verselbständigungstrainings. Arbeitsräume der Mitarbeiter und Therapieräume sind ausreichend vorhanden. Der beobachtete Umgang zwischen Mitarbeitern und Bewohnern war von positiver gegenseitiger Wertschätzung und emotionaler Wärme getragen. Hinsichtlich Tagesstruktur, therapeutischen Angeboten und Freizeitgestaltung gab es keine Beanstandungen. Die personelle Ausstattung und die Qualifikation der Mitarbeiter entsprechen der Aufgabe des Hauses, ebenso die laufenden Weiterbildungsmöglichkeiten. Bemerkenswert ist auch das Angebot einer Elterntherapie.

11. Wohnheim für seelisch Behinderte infolge Sucht „Haus am See“ Kehnert, DRK
Besuch am 05.03.2001

Das Wohnheim für Suchtkranke Kehnert wurde saniert und baulich erweitert, sodass es für 30 Betroffene als Übergangswohnheim dient. Es ist für eine gemischtgeschlechtliche Belegung vorgesehen, beherbergt derzeit überwiegend männliche Suchtkranke. Bedauerlich ist das Fehlen von betreuten Wohnangeboten im Anschluss an den Heimaufenthalt. Besonders zu erwähnen sind die Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verbesserung der sozialen Kompetenz. Die Besuchskommission hatte den Eindruck, dass trotz der umfassenden Eingliederungshilfemaßnahmen die Qualifizierung des Personals verbessert werden sollte. Es wurden Sorgen deutlich, wie mit solchen Heimbewohnern umzugehen ist, die ohne entsprechende Fähigkeiten erlangt zu haben, unbedingt das Heim verlassen wollen.

12. Sozialtherapeutisches Zentrum „Gut Priemern“, Übergangswohnheim für Suchtkranke, Gut Priemern gGmbH
Besuch am 31.05.2000

Das Gut Priemern ist ein Übergangswohnheim für mehrfach geschädigte Suchtkranke und hat eine Kapazität von 30 Plätzen. Die Betroffenen kommen aus dem Landkreis Stendal. Ziel der Einrichtung ist es, durch sinnvolle Angebote die Heimbewohner zu befähigen mit der Suchtkrankheit umgehen und leben zu können. Es gibt ein vielfältiges und aufeinander abgestimmtes tagesstrukturierendes Therapieangebot. Die von der Besuchskommission angetroffene Atmosphäre war offen, den natürlichen und gegebenen Bedingungen angepasst. Normalität wurde gelebt. In Gesprächen mit Heimbewohnern wurde deutlich, dass sie sich in der Einrichtung heimisch fühlten. Auf dem Heimgelände gibt es Außenwohnungen, die aber die Zielstellung weiterer Selbständigkeit, Eigenverantwortung und Unabhängigkeit nicht ausreichend realisieren. Weitere Wohnangebote fehlen. Die Einrichtung war als Übergangswohnheim konzipiert. Der Verbleib älter werdender Suchtkranker stellt diesen Ansatz zunehmend in Frage. Der bauliche Zustand des Wohnheimes ist für die Bewohner und Mitarbeiter als unzureichend zu bezeichnen. Ein Neubau wäre dringend erforderlich. Das Landesamt für Versorgung und Soziales hat zu dieser Problematik noch keine Stellungnahme abgegeben.

13. Altenpflegeheim „Haus Mühlenteich“ Gommern, Stiemerling e.V. Hattorf
Besuch am 04.12.2000

Beim Altenpflegeheim „Haus Mühlenteich“ mit 115 Plätzen im Jerichower Landkreis handelt es sich um eine gut und modern ausgestattete Einrichtung mit einem Stamm engagierter Mitarbeiter. Dabei ist die Pflege ausgerichtet auf alte, pflegebedürftige Menschen mit unterschiedlichen Primärerkrankungen. Eine besondere Abhebung auf psychisch kranke Bewohner bzw. die angedachte Station für Demenzkranke ist nicht zustande gekommen. Vielmehr hat sich der Träger auf Stationen mit Mischbelegung orientiert, nach Aussage der Heimleitung habe man damit auch gute Erfahrungen gemacht. Vom stellv. Amtsarzt und Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes wurde bedauert, dass für den Landkreis entgegen der ursprünglichen Planung somit keine Einrichtung mit der Spezialisierung zur Betreuung gerontopsychiatrisch Erkrankter zur Verfügung steht. Bei Erkrankungen und damit verbundenen höherem Pflege- und Betreuungsaufwand müssen die Bewohner das „Haus Mühlenteich“ wieder verlassen und in heimatfernere Einrichtungen in anderen Landkreisen verlegt werden. Damit sei das Prinzip der gemeindenahen Versorgung nicht mehr gewährleistet. Der Ausschuss hat deshalb dem Träger empfohlen, seine ursprüngliche begrüßenswerte Planung wieder aufzunehmen und in Anbetracht des hohen Prozentsatzes gerontopsychiatrischer Erkrankungen mit steigendem Alter auch für diesen Personenkreis in seinem Haus qualifizierte Angebote vorzuhalten, um ihnen einen Lebensabend in Würde heimatnah zu garantieren und somit auch zur Vollversorgung des Landkreises beizutragen. In Auswertung des Protokolls informierte das Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales den Ausschuss darüber, dass es in Sachsen-Anhalt keine spezialisierten Einrichtungen für die Versorgung gerontopsychiatrischer Heimbewohner gäbe, da alle Pflegeeinrichtungen einen gleichlautenden Versorgungsvertrag hätten und somit auch dieses Leistungsspektrum überall angeboten werden muss.

Besuchskommission 2

Vorsitzender Herr Dr. med. Alwin Fürle, Stellv. Vorsitzende Frau Andrea Ristenbieter

Landeshauptstadt Magdeburg

Die psychiatrische Versorgungssituation in der Landeshauptstadt hat sich in den letzten vier Jahren insgesamt deutlich verbessert. Zum einen ist die Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Süden des Stadtbereiches voll wirksam, wobei wünschenswert wäre, eine spezielle Suchttherapie vorzuhalten, zum anderen hat sich die Entwicklung hinsichtlich der Kinder- und Jugendpsychiatrie durch die Etablierung von zehn Betten, einer Tagesklinik und die Gewinnung einer habilitierten Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie günstig gestaltet. Sicherlich ist die Zukunft dieser letztgenannten Abteilung noch nicht gesichert - besonders die Standortfrage ist noch offen -, doch ergeben sich damit verbesserte Perspektiven.

In Magdeburg-Olvenstedt ist das Walter-Friedrich-Krankenhaus hinsichtlich seiner Bausubstanz einschließlich der Stationsbereiche für Psychiatrie (noch in Verbindung mit der Neurologie) unzureichend und durch die immer wieder verschobene neue Regelung (Neubau einer entsprechenden Abteilung) nicht mehr dem Standard entsprechend.

Das Beratungssystem ist gut ausgebaut, dem Betreuten Wohnen sollte mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden, gute Ansätze sind vorhanden, z.B. in Magdeburg-Stadtfeld durch den DPWV. Darüber hinaus sollte der Einrichtung von Begegnungsstätten als wichtigem Glied der Reintegration besonders seelisch Behinderter mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Die Betreuungssituation mit ambulanten Angeboten im Pflegeheim St. Georgii I ist durch Fertigstellungen der Neubauanteile nach Übertragung an die SALUS gGmbH entscheidend verbessert worden.

Landkreis Ohrekreis

Im Ohrekreis wirkt das Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie in Haldensleben auf die Versorgung psychisch und geistig Kranker und Behinderter stabilisierend, es ist leistungsstark und den Erfordernissen entsprechend strukturiert. Wesentlicher scheint der Besuchskommission, dass die fachärztliche Besetzung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie garantiert wird.

Im Heimbereich am Fachkrankenhaus sind weitere Enthospitalisierungsbemühungen nötig, um den betroffenen Heimbewohnern nicht nur eine Chance zur Veränderung ihrer Lebens- und Beschäftigungsbedingungen zu geben, sondern auch, um eine Umhospitalisierung zu vermeiden. Die Aktivitäten in dieser Richtung sind noch nicht überzeugend.

Das Betreute Wohnen mit ambulanter Versorgung wird im Ohrekreis zunehmend eingerichtet, auch hinsichtlich der Aktivitäten des „Flora“ e.V. in Haldensleben sind gute Ansätze zur weiteren Optimierung der Betreuung seelisch Behinderter gegeben.

Insgesamt ist der Ausbau der Werkstätten sehr gut, außerdem ist durch die Schließung des Heimes in Brumby eine Modernisierung der Versorgung der dortigen Heimbewohner erreicht worden.

Die Qualifizierung der Betreuung in den Beratungsstellen und in der Heimversorgung muss ein ständiges Anliegen bleiben.

Landkreis Bördekreis

Der Landkreis Bördekreis ist psychiatrisch-fachärztlich mit nur einer Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie stark unterversorgt. Von Seiten des Amtsarztes sind hinsichtlich des Sozialpsychiatrischen Dienstes und der Psychiatrieplanung deutliche Initiativen ausgegangen. Die Einrichtung einer Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) wird dringend empfohlen!

Die Betreuung von seelisch und geistig Behinderten ist in dezentralen Einrichtungen und WfbM möglich, die großen Teils gut ausgestattet sind. Inzwischen ist auch durch den Neubau des Wohnheimes für seelisch Behinderte in Gröningen eine mehrfach kritisierte Situation überwunden worden. Der Flächenkreis muss besondere Anstrengungen unternehmen, um Beratungsstellen so zu etablieren, dass sie von den Bewohnern im Kreis auch angenommen werden können, das betrifft besonders die Suchtberatungsstellen.

Landkreis Schönebeck

Insgesamt hat sich im Laufe der Amtsperiode des Ausschusses eine erfreuliche Entwicklung der psychiatrischen Versorgung im Landkreis gezeigt, die jedoch durch den mehrfachen Wechsel der psychiatrischen Fachleitung im Gesundheitsamt im letzten Jahr gehemmt wurde; die leitende Facharztstelle ist derzeit wieder nicht besetzt. Die Aktivitäten der PSAG werden als gering eingestuft, die Arbeitsgemeinschaft wird zurzeit nur kommissarisch geleitet. Die Werkstattsituation ist nicht optimal, teilweise dezentral liegende Einrichtungen erlauben nicht die Versorgung des gesamten Landkreises. Das gleiche Problem betrifft auch die Suchtberatungsstellen.

Das Betreute Wohnen ist für den bevölkerungsreichen Landkreis insgesamt noch zu gering ausgebaut. Für eine wohnortnahe medizinische Versorgung ist die Einrichtung einer Tagesklinik wünschenswert, ebenso die einer Begegnungsstätte für seelisch Behinderte. Die fachärztliche Situation hat sich stabilisiert, jedoch fehlt auch hierher eine/ein kinder- und jugendpsychiatrische/r Fachärztin/Facharzt.

Landkreis Anhalt-Zerbst

In den letzten Jahren sind im Landkreis Anhalt-Zerbst verschiedene Anstrengungen unternommen worden, um die psychiatrische Versorgung insgesamt zu verbessern. Das betrifft einerseits die Errichtung der neuen WfB in Roßlau (Rottal), andererseits die Suchtberatungsstellen, wobei jedoch die Ausdehnung und verkehrstechnische Situation des Landkreises hinsichtlich der Erreichbarkeit durch die Betroffenen und der entsprechenden Qualitätssicherung für die Mitarbeiter/innen Probleme bringt („1- oder 2-Mann-Betriebe“).

Die Entwicklung des Betreuungszentrums Bärenthoren muss gesichert und gefördert werden. Auch die weitere Bereitstellung von Plätzen für ein Betreutes Wohnen erscheint empfehlenswert. Die entsprechende Einrichtung der Lebenshilfe in Güterglück konnte die Besuchskommission noch nicht überzeugen.

Besuche im Einzelnen

1. Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Magdeburg, Besuch am 10.05.2000

Im Ergebnis des Besuches konnte festgestellt werden, dass die Arbeit der Dienststelle gut geleitet und effektiv geleistet wird. Der Personalbedarf ist durch die Zunahme von Aufgaben größer geworden, wird derzeit aber nicht gedeckt. Weitere personelle Defizite werden in absehbarer Zeit durch Nutzung der Altersteilzeit sowie durch Erreichen der Altersgrenze und Ausscheiden aus dem Dienst auftreten. Nur durch Neueinstellungen kann dann die Sicherstellung sozialpsychiatrischer Aufgaben gewährleistet werden.

Hervorzuheben sind die regelmäßigen Teamberatungen mit dem Sozialamt, in denen für den Einzelfall die möglichen Hilfeformen gemeinsam diskutiert und entschieden werden. Das Obdachlosenwohnheim wird 2x wöchentlich besucht, im Bedarfsfall sofort.

Eine Sozialarbeiterstelle war inzwischen in eine anteilige Stelle für die Psychatriekoordinatorin umgewandelt worden, sodass die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft der Stadt, die seit fünf Jahren mit fünf Fachausschüssen arbeitet, einen festen Anlaufpunkt im SpDi hat. Die Hinweise der PSAG, dass in Magdeburg die Versorgung psychisch kranker alter Menschen unzureichend ist und vor allem eine gerontopsychiatrische Tagesklinik fehlt, werden von den Mitarbeitern des SpDi bestätigt. Die kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten werden ebenfalls als unzureichend bewertet. Schließlich wird vom SpDi auch das Fehlen von Wohnheimplätzen und Plätzen in Betreutem Wohnen speziell für geistig Behinderte bemängelt.

2. Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt Ohrekreis, Außenstelle Wolmirstedt Besuch am 09.08.2000

Der Sozialpsychiatrische Dienst am Gesundheitsamt Ohrekreis liegt dezentral in Wolmirstedt und betreibt eine Nebenstelle mit einer Mitarbeiterin in Haldensleben. Die Leitung des Dienstes hat inzwischen gewechselt, es konnte als neue SpDi-Leiterin eine engagierte Fachärztin für Psychiatrie gewonnen werden. Berichtet wurde, dass ein starker Anstieg der Kontakte zu Klienten und Angehörigen eine höhere Inanspruchnahme des Dienstes bewirkte. Eine Vernetzung im Rahmen der psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) ist nicht mehr gegeben. Der Vorstand der PSAG hatte sich aufgelöst, und von der Landkreisverwaltung fühlte sich niemand für die Weiterarbeit derselben verantwortlich. Defizite wurden auch im Betreuten Wohnen für Personen mit psychischen Beeinträchtigungen geäußert, ebenso fehle es an Kapazitäten bei Unterbringungen in geschlossenen Heimbereichen. Die Besuchskommission konnte trotz der im Gesundheitsdienstgesetz und im PsychKG LSA enthaltenen verpflichtenden Bestimmungen noch keine fundierte Psychiatrie- und Behindertenplanung des Landkreises erkennen. Die Zusammenarbeit der Einrichtungen erschien nicht gut abgestimmt. Die Kommission empfiehlt deshalb, für die bedarfsgerechte Planung und sachkundige Gestaltung der Versorgungs- und Betreuungslandschaft im Ohrekreis wieder eine Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft ins Leben zu rufen.

**3. Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg**
Besuch am 14.02.2001

Die Klinik verfügt über 75 Betten (65 Betten Psychiatrie, 10 Betten Psychosomatik), dazu acht Plätze Tagesklinik für Psychiatrie und acht Plätze Tagesklinik für Psychosomatik. Die Stationsgrößen liegen zwischen 12 und 17 Betten im Klinikbereich. Ein spezieller Suchtbereich konnte trotz nachgewiesenem Bedarf bislang nicht aufgebaut werden. Die Gerontopsychiatrie ist als spezieller Behandlungsbereich gesondert ausgewiesen, alle anderen Stationen behandeln das gesamte Spektrum der Psychiatrie und der suchtspezifischen Krankheitsbilder. Die Stellenbesetzung entspricht einer Universitätsklinik, die neben Lehre und Forschung auch einen Versorgungsauftrag für den Südteil der Landeshauptstadt Magdeburg übernommen hat. Wünschenswert wäre die Einrichtung einer Depressionsbehandlungsstation bzw. einer spezialisierten Station für die Versorgung von Alkohol- und Drogenkranken.

**4. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg**
Besuch am 04.10.2000

Seit Ende Juli 2000 ist nunmehr die Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Magdeburg in einem Containerbau der Kinderklinik untergebracht. Es stehen derzeit 10 Betten in materiell gut ausgestatteten Räumen zur Verfügung. Außerdem wird seit September 2000 auch eine Tagesklinik mit 10 Plätzen betrieben. Die Personalsituation erschien gut, insbesondere dadurch, dass eine habilitierte Fachärztin als Leiterin gewonnen werden konnte. Damit hat sich die Situation der Klinik verbessert. Optimistisch kann die Besuchskommission dennoch nicht sein, da zu viele Probleme ungeklärt sind. So erscheint die noch unklare Perspektive hinsichtlich der Standortfrage und einer evtl. Auslagerung aus dem universitären Bereich problematisch. Ausbildung, Forschung und Lehre sind auch nach Ansicht der Kommission langfristig nicht gesichert, wenn nicht entsprechende vertragliche Regelungen gefunden werden. Mit der Besuchskommission war sich auch die Universitätsleitung darüber einig, dass 10 Betten für die regionale Versorgung der Kinder und Jugendlichen zu wenig sind. Eine Verdoppelung ist mindestens anzustreben. Außerdem ist für eine ausreichende fachärztliche Besetzung zu sorgen, und es sind die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass eine Weiterbildungsbefugnis erteilt werden kann, um den universitären Anforderungen gerecht werden zu können. Ebenso ist das Vorhalten eines ambulanten Angebotes im Sinne einer Institutsambulanz erforderlich.

**5. Walter-Friedrich-Krankenhaus, Abteilung und Tagesklinik für Psychiatrie
Magdeburg-Olvenstedt**
Besuch am 14.06.2000

Die Abteilung für Psychiatrie in Magdeburg-Olvenstedt ist für die Landeshauptstadt neben der Psychiatrischen Universitätsklinik in Magdeburg die wichtigste psychiatrische Versorgungseinrichtung für den stationären und teilstationären Bereich. Die Kommission bedauert, dass der Neubau der Abteilung für die psychiatrische Versorgung in Magdeburg-Olvenstedt immer wieder zeitlich hinausgeschoben wurde. Die Baulichkeiten des Städtischen Klinikums machen insgesamt nach wie vor einen für Patienten und Mitarbeiter gleichermaßen unzumutbar veralteten, überbelegten und insgesamt zu gering dimensionierten Eindruck. Die geringe Betten- und Platzzahl, 22 Betten im geschlossenen Bereich, 21 Betten auf der komplextherapeutischen Station und 10 Tagesklinikplätze, sowie die räumliche Ausgestaltung der Abteilung für Psychiatrie entsprechen nicht den heutigen Anforderungen. Durch den Fachärztemangel ist die medizinische Versorgung unzureichend. Die geringe Bettenzahl führt u.a. zu einer sehr kurzen Verweildauer der Patienten, mit der Folge, dass eine dem Krankheitsfall entsprechende geordnete psychiatrische Behandlung nur schwer realisierbar ist. Es erschloss sich der Besuchskommission nicht, wie unter

den gegebenen Umständen das Konzept der qualitativ hoch stehenden psychiatrischen Versorgung umgesetzt werden kann. Seit Jahren fordert die Besuchskommission, dass die personelle und auch die räumliche Situation den Standards einer modernen Psychiatrie angepasst werden.

Die aktuell vorgetragenen Planungen, die u.a. auch die Übernahme der universitären Kinder- und Jugendpsychiatrie vorsehen, lassen frühestens für das Jahr 2004 eine Änderung der Situation erkennen.

**6. Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie
Haldensleben, MEDICA Fachkrankenhäuser GmbH Dortmund,
Besuch am 12.07.2000**

Das Fachkrankenhaus hält neben der Neurologie für die Allgemeine Psychiatrie 125 Betten, für die Gerontopsychiatrie 33 Betten, für die Kinder- und Jugendpsychiatrie 40 Betten und in der Tagesklinik 10 Plätze vor. Beim Besuch der Gerontopsychiatrie registrierte der Besuchskommission renovierte und angemessene Räumlichkeiten mit einem guten Behandlungs- und Angebotsstandard. Die Auslastung der Betten ist dagegen unbefriedigend.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die personelle Situation nicht zufriedenstellend, der Chefarzt wird in den Ruhestand gehen und sonstige Fachärzte sind derzeit nicht verfügbar. Die Behandlung, im Wesentlichen verhaltenstherapeutisch orientiert, entspricht den heutigen Erwartungen, wobei auch da Qualifizierungen ausstehen (z.B. Musiktherapie). Eine Institutsambulanz wird vorgehalten. Der 1999 vom Krankenhaus beantragte und auch vom Ausschuss dringend empfohlene geschützte Bereich mit acht Betten wurde vom Krankenhausplanungsausschuss mit dem Hinweis auf den geplanten Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie in Magdeburg abgelehnt.

Insgesamt besteht ein noch deutlicher Renovierungs- und Sanierungsbedarf, sowohl in den Räumen der Begleittherapien, wie etwa Arbeitstherapie und Beschäftigungstherapie, als auch im Sanitärbereich

**7. „Kinderhäuser MiTTeNDRiN“ Emmeringen, „Das Waldhaus“
Altbrandsleben Oschersleben-Emmeringen, priv. Frau Dr. KliX
Besuch am 06.12.2000**

Beide Einrichtungen sind für insgesamt 53 seelisch behinderte oder von seelischer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 18 Jahren eingerichtet. In den Häusern sind Einzelzimmer mit Nasszellen, entsprechende Sanitärbereiche, Aufenthaltsräume, Spielzimmer und Küchen vorhanden. Im Heim herrscht eine familiäre Atmosphäre, das Personal ist sehr jung und gut qualifiziert, die momentane Personalausstattung wurde von den Mitarbeitern als ausreichend angesehen. Betreuungsschlüssel wurde nicht genannt. Die Unterbringungen erfolgen auf der Grundlage des KJHG. Die Kinder und Jugendlichen kommen aus ganz Sachsen-Anhalt, aus Niedersachsen und vor allem aus Berlin. Erstaunlicherweise gibt es dagegen keine Unterbringungen aus dem eigenen Bördekreis; die Zusammenarbeit des Jugendamtes mit der Einrichtung scheint aus nicht nachvollziehbaren Gründen gestört. Auch Versuche des Landesjugendamtes zur Vermittlung haben bisher keinen Erfolg gezeigt. Problematisch ist auch die Beschulung, da die Zusammenarbeit mit umliegenden Schulen immer wieder durch das Nichtvorbereitetsein (sonderpädagogische Defizite) der Lehrer und Klassen auf die besonderen Störungen und Behinderungen der Kinder und Jugendlichen belastet wird. Es wurde als Kompromiss zunächst eine eigene schulische Fördereinrichtung geschaffen; Ziel ist es, eine integrative Schule einzurichten.

Auch die wachsenden Drogenprobleme bei Kindern und Jugendlichen wurden angesprochen. Das entsprechende Projekt in Altbrandsleben ist eines der viel zu wenigen im Land Sachsen-Anhalt

und sollte mehr Unterstützung bekommen. Am Rande sei bemerkt, dass Altbrandsleben vom Ausstattungsgrad derzeit noch erheblich unter dem Niveau des Objektes Emmeringen steht!

8. Integratives Kinder- und Jugendheim „Arche Noah“, der Pfeifferschen Stiftungen zu Magdeburg-Cracau, Magdeburg
Besuch am 14.06.2000

Im Kinder- und Jugendheim „Arche Noah“ der Pfeifferschen Stiftungen am südwestlichen Stadtrand können 60 geistig und mehrfach behinderte Kinder und Jugendliche betreut werden. Für 20 Jugendliche wurde die Möglichkeit geschaffen, sich im Wohntrainingsbereich auf das selbständige Leben im Erwachsenenalter vorzubereiten. Insgesamt vermitteln die neu gebauten Häuser mit einem großen Parkgelände der Besuchskommission einen modernen und gepflegten Eindruck. Ob allerdings die moderne Architektur mit ihren z.T. meterhohen und kühl wirkenden Kalksandsteinwänden im Innenbereich kindlichen Lebensgewohnheiten entspricht, bezweifelt die Kommission. Die Betreuung der Bewohner wirkt sachgerecht und familiär.

Die derzeitige Unterbelegung der Einrichtung durch den Geburtenrückgang gefährde nach Aussage der Leitung den Weiterbetrieb, gleiches gelte im Heim „Friedenshort“, das sich im Gelände der Pfeifferschen Stiftungen mit 40 Plätzen für schwerst- und mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche befindet. Ein Umzug der „Friedenshort-Kinder“ zur „Arche Noah“ werde in Erwägung gezogen.

Wichtig erscheint der Besuchskommission, dass schlüssige Konzepte erarbeitet werden, die den mittelfristigen und langfristigen Fortbestand der Einrichtung im Interesse der betroffenen Kinder gewährleisten und vor allem für die jungen Bewohner mit geringst möglichen Belastungen z.B. bei räumlichen und personellen Veränderungen einhergehen. Die weiten Schulwege sind für die Kinder sicher beschwerlich, ermöglichen ihnen aber den Verbleib in ihrer Herkunftsstadtreion. Mit einigem Befremden hat die Kommission zur Kenntnis genommen, dass die Leitung plant, eine Lärmschutzwand „im Interesse eines guten Zusammenlebens mit der Nachbarschaft“ zu bauen.

9. Heimbereich am Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie Haldensleben, MEDICA Fachkrankenhäuser GmbH Dortmund
Besuch am 12.07.2000

Zum Zeitpunkt des Besuches war das Heim mit 232 Bewohnern belegt, davon 121 geistig bzw. mehrfach Behinderte, 51 seelisch Behinderte und 60 Heimbewohner mit Pflegestufen, nach § 14 SGB XI. Die Heimleitung hat erneut gewechselt. Die beim vorangegangenen Besuch vorgelegten Konzepte waren nicht umgesetzt worden. Von der kommissarischen Leitung wurden neue Pläne für die Enthospitalisierung vorgetragen, wobei besonders für die seelisch Behinderten erneut keine überzeugenden Vorstellungen für eine angemessene Integration vorgebracht werden konnten. Die Möglichkeiten, zur Entflechtung und Enthospitalisierung auch mit anderen Anbietern im Landkreis in Kooperation zu treten, werden offensichtlich weiterhin nicht genutzt. Betreffs der innerstrukturellen Umgestaltung des Heimbereiches wurde von der Leitung darauf verwiesen, dass die baulichen Gegebenheiten der einzelnen Häuser die Schaffung von Wohneinheiten für Wohngruppen, die modernen Standards der Behindertenpädagogik entsprechen, behindern. Eine Außenwohngruppe ist inzwischen eingerichtet. Im Übrigen wurden nicht genügend Ansätze für eine echte Enthospitalisierung bemerkt, zumal das auch mit zunehmenden Initiativen zur Aktivierung der Bewohner verbunden sein müsste. Mit der Einstellung einer Fachbeauftragten für Enthospitalisierung durch den Träger verbindet die Kommission im Interesse der Heimbewohner neue Hoffnungen. Die verwaltungsmäßige Ausgliederung der Heime aus dem Fachkrankenhausbereich ist bei Beibehaltung des gleichen Standorts nur eine scheinbare Lösung des Enthospitalisierungsauftrages.

**10. „Flora“ e.V. Förderverein für seelisch behinderte Menschen Haldensleben:
Job-Club, Wohn- und Übergangwohnheim und Betreutes Wohnen**
Besuch am 04.04.2001

Das Wohn- und Übergangwohnheim „Flora“ mit 11 Übergangwohnplätzen und 27 Heimplätzen wurde im Oktober 1998 eröffnet. Im letzten Jahr wechselte die Heimleitung. Das Wohnheim selbst strukturiert sich in drei Wohnbereiche. Sie sind hell und freundlich eingerichtet und beherbergen jeweils neun Bewohner in zwei Doppelzimmern und fünf Einzelzimmern. Die Wohngruppen haben gestufte Belastungsprogramme. Die elf Bewohner des Übergangwohnheimes bekommen ihr Verpflegungsgeld ausgezahlt und lernen, wieder für Frühstück und Abendessen selbst zu haushalten. Ab Juli 2001 ist ein ambulant Betreutes Wohnen für seelisch Behinderte mit acht Plätzen vorgesehen.

Leider kann derzeit von keinem Bewohner die Werkstatt für Behinderte in Anspruch genommen werden! Die Begegnungsstätte „Florissima“ im selben Objekt hat täglich geöffnet und wird von etwa 20 bis 25 Besuchern aus dem Heimbereich, aber auch aus der Umgebung genutzt. Gemeinsam gestaltete Feste sind nach außen hin werbend.

Der Träger bemüht sich um die Gewinnung ehrenamtlicher Helfer. Die Unterstützung durch Initiativen von Einwohnern aus Haldensleben ist noch nicht befriedigend.

Der Job-Club ist eine Initiative der „Florissima“ und seit Februar 2001 in der Erprobungsphase. Er soll Hilfe bei der Wiedereingliederung psychisch Kranker in die Arbeitswelt leisten. Angebote sind neben Klärung der persönlichen Situation Hilfe bei Erstellen von Bewerbungsunterlagen und bei der persönlichen Kontaktaufnahme mit Arbeitgebern, Suche von Praktikumsplätzen u.a.m. Bei erfolgreicher Vermittlung erfolgt auch eine Weiterbetreuung durch die Mitarbeiterin des Job-Clubs. Insgesamt hatte die Kommission den Eindruck, dass mit der Einrichtung des Fördervereins Psychiatrie in Haldensleben eine Ergänzung der psychiatrischen Versorgung in der Stadt gelungen ist. Die Verbindung des Vereins zum Sozialamt wird als gut bezeichnet. Seine Arbeitsfähigkeit ist jedoch auch abhängig von der weiteren Finanzierung durch Land und Landkreis.

**11. Wohnheim/Übergangwohnheim für seelisch behinderte Menschen
Groß Ammensleben, AWO**
Besuch am 09.08.2000

Die Einrichtung mit 20 seelisch behinderten Personen bei 17 Plätzen erscheint bei einer hohen Fluktuation der Bewohner, 23 Personen in vier Jahren, leider nicht dem Versorgungsauftrag angemessen. Außenwohngruppen zu bilden, scheiterte bislang. Problematisch erschien auch, dass der Leiter zum Zeitpunkt des Besuches nur 8 Stunden pro Woche dem Wohnheim zur Verfügung stand. Dies ist nach Information des Trägers inzwischen geändert. Darüber hinaus erschien auch die mangelnde Ausbildung der Mitarbeiter und die schlechte Kooperation mit dem Fachkrankenhaus Haldensleben die Notwendigkeit zu unterstreichen, Supervision und Weiterbildung zu empfehlen. Auch ein entsprechendes breit gefächertes Beschäftigungs- und Arbeitsangebot ist überlegenswert, wie auch die innere Ausgestaltung des Bereiches.

12. Behindertenwohnheim „Regenbogenhaus“, DPWV Magdeburg
Besuch am 10.05.2000

Es handelt sich um eine „Mischeinrichtung“, in der 100 geistig und mehrfach behinderte Bewohner, seelisch behinderte Bewohner, Werkstattbesucher und Senioren in sechs Wohngruppen, u.a. in einer Außenwohngruppe leben. Das Gebäude ist sanierungsbedürftig, ein geplanter Umbau steht vor dem Baubeginn. Die Räume selbst sind durchaus freundlich ausgestattet und den Lebensbedürfnissen der Bewohner angepasst. Für eine fachkundige Betreuung konnte inzwischen auch eine Psychologin gewonnen werden. Von der Einrichtungsleitung wurde beklagt, dass nach ersten Erfahrungen das Betreuungsgesetz nunmehr wenig Zeit für persönliche Kontakte zwischen amtlichen Betreuern und Betreuten gestattet. Darüber hinaus wurde kritisch festgestellt, dass die

Aufnahme von Heimbewohnern in Krankenhäuser zunehmend problematisch ist, da dort zu wenig Erfahrung mit den Besonderheiten geistiger Behinderung besteht.

Für die weitere Entwicklung des Hauses ist der Neubau vordringlich!

13. Behindertenwohnheim „St. Georgii“ II der SALUS gGmbH, Magdeburg
Besuch am 06.09.2000

Wesentliche Änderungen seit dem Besuch 1997 haben sich in dem neuen Wohnheim für die geistig und mehrfach behinderten Bewohner auch nach dem Trägerwechsel vom DRK auf die SALUS gGmbH nicht ergeben. Insgesamt handelt es sich um eine gut ausgestattete Einrichtung, die mit qualifiziertem Personal die notwendige Betreuung und Pflege der 48 geistig und mehrfach behinderten Bewohner garantiert. Allerdings erschwert die Randlage von Magdeburg den Bewohnern die Integration.

Als zunehmendes Problem wurde von der Leitung darauf hingewiesen, dass es nicht möglich ist, bei eintretender Pflegestufe III eine weitere Unterbringung in der Einrichtung zu sichern. Bei höherem Pflegebedarf müssen demzufolge die Bewohner jeweils in andere Einrichtungen umziehen. Diese Verfahrensweise ist insbesondere für behinderte Menschen nach Auffassung der Besuchskommission wenig förderlich und kritikwürdig.

14. Betreutes Wohnen, Wohngemeinschaften für Suchtkranke, Magdeburg, DPWV,
Besuch am 14.02.2001

Das Betreute Wohnen für Suchtkranke hält 20 Plätze in Wohnungen im Neustädter Feld in einem Neubaublock und 6 Plätze Einzelwohnen in Magdeburg vor. Es handelt sich um ein Angebot des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, das aus einem Bundesmodellprojekt hervorgegangen ist. Aufgenommen werden Suchtkranke vorrangig aus Magdeburg. Aufnahmebedingung ist in der Regel eine abgeschlossene Langzeitbehandlung oder tagesklinische Therapie. Trotz vieler Bewerber ist die Einrichtung nicht ausgelastet, da nach Aussage der Leitung die Kostenträger häufig die Übernahme der Kosten ablehnen. Die Zusammenarbeit mit dem Magdeburger Sozialamt sei wenig kooperativ.

Die Besuchskommission hat mehrere Wohnungen des Objektes „Betreutes Wohnen für Suchtkranke“ besichtigt. Sie waren individuell eingerichtet und geschmackvoll möbliert. Die Bewohner wirkten zufrieden, wieder eine Heimstatt zu haben und von der Gesellschaft anerkannt zu werden. Drei Bewohner bewohnen jeweils eine Wohngemeinschaft, sechs Plätze werden in 1-Raum-Wohnungen durch das betreute Einzelwohnen genutzt. Die Kommission konnte sich davon überzeugen, dass die Notwendigkeit einer solchen betreuten Wohnform den Suchtkranken eine Chance gibt, wieder in der Gesellschaft integriert zu sein.

15. Altenpflegeheim „St. Georgii I“ der SALUS gGmbH, Magdeburg
Besuch am 06.09.2000

Das Altenpflegeheim für 79 gerontopsychiatrisch zu versorgende Heimbewohner liegt im Stadtzentrum von Magdeburg. Bisherige Besuche hatten die Notwendigkeit der Sanierung des Altbaues unterstrichen. Inzwischen konnten die Bewohner aus dem Altbau in einen neuen Anbau umziehen. Seit August 1999 ist auch hier die SALUS gGmbH Trägerin des Altenpflegeheimes „St. Georgii I“. Die Sanierung des alten Traktes steht noch aus. Die Bewohner haben altersgerechte 1- und 2-Bett-Zimmer mit Nasszellen, die freundlich und modern ausgestattet sind. Die Mitarbeiter der Einrichtung wurden vom neuen Träger übernommen. Ein Heimbeirat ist vorhanden. Die Einrichtung hält für derzeit 16 Bewohner einen geschlossenen Unterbringungsbereich vor. Die

Planung geht dahin, dass 10 weitere geschlossene Plätze nach Fertigstellung des 3. Bauabschnittes vorgesehen sind.⁶

Von Seiten der Einrichtung wurde berichtet, dass die Besonderheiten der Gerontopsychiatrie bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Pflegekassen entsprechend dem Pflegegesetz nur ungenügend berücksichtigt werden. Dadurch werde der erforderliche Hilfebedarf der Bewohner nicht angemessen beurteilt. Trotzdem müssten die Leistungen über das Pflegepersonal erbracht werden. Mit einer Kapazität von 15 Plätzen wird zwischen 7.30 Uhr und 16.00 Uhr, montags bis freitags, Tagespflege angeboten. Durch die zentrale Lage des Heimes und die Erfahrungen des Personals in der Altenpflege ist die Qualität dieser Betreuung gesichert. Insgesamt konnte durch die Übernahme von „St. Georgii I“ aus der Trägerschaft des DRK in die der SALUS eine verbesserte Versorgung des betroffenen Personenkreises erreicht werden.

16. Wohnheim an WfB der Lebenshilfe Ostfalen gGmbH, Haldensleben Besuch am 15.11.2000

Seit Dezember 1999 wurde nach Umbau eines früheren Hotels das Wohnheim in Betrieb genommen und das Wohnheim II in Hundisburg geschlossen, außerdem sind Bewohner aus dem Wohnheim Eimersleben hierher gezogen. Die Anbindung an die Stadt Haldensleben stellt einen Fortschritt gegenüber dem Heim in Eimersleben bzw. dem früheren Heim in Hundisburg dar. Das Wohnheim verfügt derzeit über 30 Plätze in drei Wohngruppen in neun Doppel- und zwölf Einzelzimmern. Auch körperbehinderte Personen können hier betreut werden. Die Qualifikation der Beschäftigten erschien der Kommission angemessen, die Förderziele und auch Freizeitmaßnahmen und Veränderungen der Beschäftigungen in der WfB mit den Bewohnern abgestimmt. Die Förderung erfolgt mit dem Ziel, die Bewohner auf offenere Wohnformen vorzubereiten. Für 22 Bewohner mit geistigen Behinderungen sind Betreuungen gerichtlich eingerichtet worden.

17. Werkstatt für Behinderte Hundisburg, Lebenshilfe Ostfalen gGmbH **Hundisburg** Besuch am 15.11.2000

Die 1997 bezogene Einrichtung machte einen sehr gepflegten und modernen Eindruck, die Räume sind großzügig gestaltet, hell und behindertengerecht. Die Werkstatt verfügt über 120 Plätze, jedoch ist eine erhebliche Überbelegung mit derzeit 190 vorhanden, ein Zustand, der unzumutbar ist und umgehend verändert werden soll. Es gibt Vorstellungen zur Verbesserung, die jedoch dringend zu realisieren sind. Der sehr niedrige Betreuungsschlüssel im Bereich seelisch behinderter Mitarbeiter (1:18) ist schlichtweg unrealistisch und kritikwürdig. Die Stelle einer Psychologin ist nicht besetzt, ansonsten ist die Qualifikation des Personals den Erfordernissen gerecht. Derzeitig sind, wie von der Leitung angesprochen, die steigenden Energiekosten für solche energieintensive Bereiche, wie Werkstätten für Behinderte, in den Kostensätzen nicht berücksichtigt.

⁶ Der Ausschussvorstand knüpft an diese Feststellung die Frage, bei welcher Behörde die Zuständigkeit für die Prüfung der Eignung von Pflegeheimen für den Vollzug geschlossener Unterbringungen liegt. Für psychiatrische Krankenhäuser ist im PsychKG LSA, § 12, Abs. 2, festgelegt, dass ihnen der Vollzug geschlossener Unterbringungen nur übertragen werden kann, wenn sie sich dafür eignen, und dass die Zuständigkeit für die Feststellung der Eignung beim Landesamt für Versorgung und Soziales liegt. Nach Auffassung des Ausschusses muss auch für Pflegeheime eine über die Einzelfallprüfung in Form der Genehmigung unterbringungsähnlicher Maßnahmen durch das Vormundschaftsgericht hinausgehende grundsätzliche Prüfung der Eignung für den Vollzug geschlossener Unterbringungen rechtlich verbindlich geregelt sein.

18. Wohnheim an WfB der Lebenshilfe in Zerbst mit Betreutem Wohnen für geistig Behinderte in Güterglück
Besuch am 10.01.2001

Das Wohnheim an WfB für 31 geistig behinderte Bewohner ist verkehrsmäßig gut an die Stadt angebunden. Es macht insgesamt einen modernen, hellen Eindruck. Allerdings wurden am Neubau bereits bauliche Mängel bekannt, z.B. Risse in den Außenwänden. Die Einrichtung hat einen Fahrstuhl und ist bis auf das Dachgeschoss behindertengerecht. Allerdings musste die Kommission feststellen, dass die moderne Architektur keine Wohnbereiche vorgesehen hat und damit die so nötige Wohngruppenarbeit nicht ermöglicht. Offensichtlich wurden hier bereits in der Planung Fehler gemacht. Leider kann auch das große Grundstück wegen zeitweilig auftretender Grundwasserprobleme nur sehr eingeschränkt genutzt werden. Die Kompromisslösung für die ursprünglich nicht geplanten Funktionsräume im Keller und im Dachgeschoss ist ebenfalls problematisch. Die sanitären Einrichtungen erscheinen zwar ausreichend, aber ein gemeinsames Bad für acht Bewohner ist nach Auffassung der Kommission nicht optimal.

Das Betreute Wohnen für sechs Behinderte in Güterglück konnte die Kommission nicht überzeugen. Die Räume in dem nur teilsanierten alten Haus wirkten relativ klein und boten vom baulichen Zustand und von der Möblierung her einen durchaus nicht mehr zeitgemäßen Standard. Renovierungsmaßnahmen und Modernisierungen müssten sukzessive erfolgen, besonders auch aus Gründen der Zumutbarkeit für behinderte Mitmenschen und für das Bild, das die Einrichtung der Öffentlichkeit bietet. Die rechtliche und persönliche Situation der Bewohner ist ansonsten angemessen berücksichtigt: Die Hausordnung, die derzeit eher den Charakter einer Hausordnung für eine Außenwohngruppe trägt, sollte unter sozialpsychiatrischen Gesichtspunkten überarbeitet werden, d.h. den Verselbständigungs- und Normalisierungsprozess der Bewohner eines Betreuten Wohnens unterstützen.

Bericht der Besuchskommission 3

Vorsitzender Dr. Dietrich Rehbein, Stellv. Vorsitzende Frau Birgit Garlipp

Entwicklung und gegenwärtige Situation der regionalen Versorgung in der Stadt Dessau und in den Landkreisen Wittenberg, Köthen/Anhalt, Bernburg und Bitterfeld

In der **Stadt Dessau** ist die Versorgungssituation insgesamt zufriedenstellend, wobei die niedrighschwelligen Angebote wie Betreutes Wohnen und Tagesstätte für seelisch Behinderte und Suchtkranke noch erweitert werden müssen.

Nicht ganz nachvollziehbar erschien der Kommission die Einrichtung der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Trägerschaft der SALUS gGmbH, ohne Abstimmung mit dem Träger des St. Joseph-Fachkrankenhauses Dessau.

Im **Landkreis Wittenberg** hat sich die Versorgungssituation für akut Erkrankte durch die Klinik Bosse deutlich verbessert, wobei der Erweiterungsneubau für die Vollversorgung noch dringend benötigt wird, insbesondere auch für die Unterbringung nach PsychKG LSA und dem Betreuungsgesetz. Das Angebot an Plätzen für ambulant Betreutes Wohnen für seelisch Behinderte und Suchtkranke muss ebenfalls erweitert werden. Der jährliche Kampf der Träger mit dem Landkreis um die Sicherung dieser dringend erforderlichen Betreuungsangebote erschwert die Gewinnung von kompetenten Anbietern.

Dem Landkreis wird empfohlen, die Schaffung von Tagesstätten für seelisch Behinderte und für Suchtkranke vorzubereiten. Hier gibt es im Landkreis derzeit keinerlei Angebote.

Vergleichsweise ist die Versorgungssituation im komplementären Bereich, wie Wohnstätten und Werkstätten für Behinderte, als gut zu bezeichnen.

Im **Landkreis Köthen/Anhalt** wurden im Berichtszeitraum lediglich die Einrichtungen für geistig und seelisch Behinderte in Zehringen besucht, die zwischenzeitlich in der Hand eines Trägers liegen. Die ländlichen Bedingungen bieten gute Voraussetzungen für verschiedenartige Arbeits- und Beschäftigungsangebote. Die Kommission kann den Vorstellungen des Trägers folgen, hier eine Außenstelle einer anerkannten WfB zu schaffen. Nennenswert ist außerdem die Anpassung an den Bedarf im Bereich des ambulanten Betreuten Wohnens.

Der **Landkreis Bernburg** hat auf Betreiben des SpDi zwischenzeitlich eine Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) gegründet. Damit sind die Voraussetzungen für eine kompetente Bedarfsermittlung geschaffen, um vorhandene Defizite der komplementären Versorgung z. B. Betreutes Wohnen für seelisch Behinderte und Suchtkranke zu erkennen und Veränderungen anzustreben.

Mit der Schaffung der Tagesklinik für Psychiatrie/Psychotherapie wurde im **Landkreis Bitterfeld** die Versorgungssituation erweitert, allerdings noch nicht für alle Diagnosegruppen. Eine Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten für akut Erkrankte ist anzustreben, das erfordert u.a. auch eine bessere personelle Ausstattung.

Der Landkreis verfügt, außer für chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke, über ausreichend Plätze im Heimbereich. Es fehlt jedoch ein Angebot an ambulant betreuten Wohnformen für seelisch und geistig Behinderte.

Die unterschiedliche Auffassung zwischen dem Psychiatrieausschuss und dem Landkreis Bitterfeld zum Standort Carlsfeld, als Einrichtung für Alte und Behinderte, besteht nach wie vor, wobei der Ausschuss und die Mitglieder der BK 3 an ihren mehrfach geäußerten Bedenken bezüglich dieser Einrichtung festhalten.

Besuche im Einzelnen

Die Besuchskommission 3 hat im Berichtszeitraum vom Mai 2000 bis April 2001 insgesamt 15 Einrichtungen der Regionen besucht.

1. Sozialpsychiatrischer Dienst des Gesundheitsamtes Bernburg

Besuch am 05.03.2001

Die personelle Besetzung des Dienstes mit nur 1,5 Planstellen (außer Leiter und Psychiater auf Honorarbasis) ist nicht dazu geeignet, die im PsychKG LSA formulierten Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes in seiner Gesamtheit wahrzunehmen, was auch vom zuständigen Amtsarzt beklagt wurde. Als positiv wird hervorgehoben, dass durch die stundenweise Beschäftigung einer Psychiaterin die Fachkompetenz in dieser Abteilung verbessert wurde. Während des Besuches der Besuchskommission im Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes Bernburg berichtete der zuständige Amtsarzt, der gleichzeitig Ärztlicher Leiter dieser Abteilung ist, dass Vorbereitungen zur Gründung einer Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft getroffen werden. Man könne jetzt davon ausgehen, dass dieses Gremium die erforderlichen Bedarfsermittlungen durchführt, damit innerhalb des Landkreises geklärt werden kann, in welchem Bereich der komplementären Versorgung noch Defizite bestehen.

2. St. Joseph-Krankenhaus Dessau, Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin der Alexianerbrüdergemeinschaft GmbH

Besuch 15.05.2000

Das St. Joseph-Fachkrankenhaus Dessau verfügt über 80 Betten und 40 tagesklinische Plätze. Die Besetzung mit Fachpersonal entspreche durch Beschränkungen der Krankenkassen nicht der PsychPV. Hier ist durch den Ausschuss daran zu erinnern, dass die PsychPV eine Mindestpersonalausstattung vorsieht, um eine ausreichende fachliche Versorgung der Patienten zu sichern.

Der bauliche Zustand der Einrichtung lässt weitestgehend - abgesehen von dem Neubau der Psychotherapeutischen Abteilung und dem neuen Haupteingangsbereich der Einrichtung - zu wünschen übrig. Patienten aus dem geschlossenen Bereich haben zum Beispiel keine Möglichkeit, sich in Außenanlagen aufzuhalten.

Der geplante zweite Bauabschnitt, d.h. die Grundsanie rung des Altbaus, sollte schnellstmöglich umgesetzt werden, um für Patienten und Personal freundliche, angenehme Aufenthaltsbedingungen und eine wärmere Atmosphäre zu schaffen.

Zudem sollte geprüft werden, welche Umstände zur permanenten Überbelegung der Klinik führen.

3. Fachkrankenhaus Bernburg, Klinik für Allgemeine Psychiatrie

Besuch am 08.01.2001

Die Abteilung Allgemeine Psychiatrie des Fachkrankenhauses Bernburg verfügt über 53 Planbetten sowie 15 Plätze innerhalb einer Tagesklinik. Die Behandlungskonzepte und die räumlichen Möglichkeiten entsprechen einem zeitgemäßen Standard.

Die personelle Situation im ärztlichen Bereich wurde als gegenwärtig erheblich problematisch dargestellt, da von sechseinhalb Stellen nur vier besetzt sind und durch zwei Kündigungen eine weitere Verschlechterung droht. Die Besuchskommission hat in diesem Zusammenhang den Hinweis gegeben, dass die Leitung der SALUS gGmbH eine verantwortungsvolle Personalpolitik betreiben muss, um die Versorgungssituation der Patienten nicht zu gefährden.

Die Zusammenarbeit der Verantwortlichen des Landkreises mit der Klinik muss aus unserer Sicht für den Ausbau der komplementären Versorgung verbessert werden, zumal die Klinik über

ausreichende Fachkompetenz verfügt. Erste Ansätze sind durch die Tätigkeit einer Ärztin der Klinik im Rahmen des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes erkennbar.

**4. Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
des Fachkrankenhauses Bernburg der SALUS gGmbH in Dessau**
Besuch am 09.10.2000

Am 02.05.2000 konnte die Tagesklinik für Kinder und Jugendpsychiatrie ihre Arbeit in Dessau aufnehmen. Die notwendigen Verbesserungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Betreuung der Stadt Dessau haben somit begonnen. Die gegenwärtigen zwölf Behandlungsplätze sollen auf 15 erweitert werden, wobei sich der Träger nach seinen Aussagen in Bezug auf die personelle Besetzung an den Vorgaben der PsychPV orientiert. In der Klinik werden von einem engagierten Team Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 18 Jahren betreut. Auch hier gibt es wie in anderen Kinderpsychiatrischen Einrichtungen Probleme bei der Beschulung. Gegenwärtig werden wöchentlich lediglich 10 Stunden genehmigt, die dringend auf mindestens 15 Stunden erweitert werden müssten, wofür die Einstellung eines Sonderpädagogen aus dem Schuldienst erforderlich wäre.

Nicht nachvollziehbar aus Sicht der Besuchskommission ist die Tatsache, dass für die Einrichtung der Tagesklinik nicht die am Ort ansässige Fachklinik gewonnen werden konnte, sondern ein auswärtiger Träger, die SALUS gGmbH aus Bernburg, dafür favorisiert wurde.

**5. Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Kreiskrankenhaus
Bitterfeld/Wolfen, Standort Wolfen**
Besuch am 19.06.2000

Die Tagesklinik Bitterfeld/Wolfen ist eine neu geschaffene Einrichtung in modernen Räumen, die ein erster Schritt sein sollte, um das bestehende Versorgungsdefizit zu mindern. Erwartungsgemäß ergeben sich damit die Probleme einer von einer stationären Einrichtung abgekoppelten Tagesklinik - insbesondere mit der Schwierigkeit einer kontinuierlichen fachlichen Versorgung. Die Personalausstattung entspricht einer Platzzahl von 10 Plätzen. Da die Tagesklinik inzwischen auf 15 Plätze erweitert wurde, entspricht die Ausstattung nicht mehr der PsychPV. Es wäre wünschenswert, wenn zumindest die Festanstellung eines weiteren Facharztes für Psychiatrie erfolgen könnte, da ansonsten bei Krankheit und Urlaub des Arztes die Weiterversorgung nicht gewährleistet ist. Die Akzeptanz der Einrichtung in der Bevölkerung und auch bei den einweisenden Ärzten ist durch verstärkte Öffentlichkeitsarbeit noch zu erhöhen. Zusätzlich zu diesen tagesklinischen Angeboten muss innerhalb des Landkreises ein Konzept erarbeitet werden, wie die gemeindenahere Vollversorgung in Zukunft abgesichert werden kann.

**6. Landeskrankenhaus für Forensische Psychiatrie
SALUS gGmbH, Standort Bernburg
Besuch am 05.03.2001**

Mit dem im Januar 2001 bezogenen Neubau des Maßregelvollzuges wurde eine moderne, den Bedürfnissen psychiatrischer Krankenversorgung entsprechende Einrichtung mit 105 Plätzen für nach § 64 StGB untergebrachte Patienten geschaffen. Aus Sicht des Betreibers sind nunmehr die Kapazitäten mit Ausnahme des Bereiches der Versorgung Drogenkranker ausreichend. Die Behandlung der drogenkranken Maßregelvollzugspatienten erfolgt noch im Altbau. Dieser Bereich ist überbelegt, sodass die Kapazitäten für diesen Bereich nicht genügen. Aus Sicht des Trägers wird die Überbelegung mit dem Abschluss des geplanten zweiten Bauabschnittes behoben werden können. Dieser sollte zügig vorangetrieben werden. Die durch die Einrichtung beschriebenen Probleme sind vielschichtiger Natur. Diskussionswürdig erscheint die Empfehlung, zur Nachsorge forensische Ambulanzen in Großstädten einzurichten. Darüber hinaus wird empfohlen, im Zusammenwirken mit dem Ministerium der Justiz darauf zu drängen, dass die Kontakte zwischen Verurteilten und bestellten Bewährungshelfern so frühzeitig wie möglich hergestellt werden. Einer optimalen Vorbereitung der Entlassung würde es dienen, wenn der Bewährungshelfer bereits vor dem Zeitpunkt der Entlassung des Betroffenen dessen Probleme und Wünsche kennt, um geeignete Maßnahmen zur Integration des entlassenen Patienten in die Wege zu leiten. Dabei wird es in den meisten Fällen die Möglichkeit geben, im Rahmen der Therapie während der Freigänge der Patienten im Zusammenwirken mit dem Bewährungshelfer entlassungsvorbereitende Schritte zu unternehmen. Die Problematik der „juristischen Schwierigkeiten“ wird nur durch Verständigung zwischen der Rechtsprechung und den Ärzten der Einrichtung gelöst werden können. Die Entscheidung über die Reihenfolge von Straf- und Maßregelvollzug liegt im Kernbereich unabhängiger richterlicher Tätigkeit, sodass politisches Eingreifen unzulässig ist. Denkbar wäre jedoch, der Rechtsprechung durch entsprechende Gesetzesänderungen einen anderen Ermessensspielraum zu geben. Aufgegriffen werden sollte die Empfehlung, die Fortbildung psychiatrischer Gutachter auf dem Gebiet der Forensik unter Vermittlung der Erfahrungen der Maßregelvollzugseinrichtungen anzubieten. Inwieweit tatsächlich Defizite in der Gutachterqualifikation vorliegen, kann durch den Psychiatrieausschuss nicht geprüft werden.

**7. Wohnheim für seelisch behinderte Menschen in Söllichau, Volkssolidarität
Besuch am 11.09.2000**

Mit dem vorübergehenden Umzug der 35 seelisch behinderten Bewohner aus „Schloss Trebnitz“ nach Söllichau ist eine Entflechtung der vorhergehenden Mischbelegung vorgenommen worden. Dabei wurden 10 geistig behinderte Bewohner nach Burgkernitz, der Bereich der Altenpflege nach Bad Schmiedeberg verlegt. Gespräche mit den Heimbewohnern haben gezeigt, dass sie mit der Übergangslösung nicht unzufrieden sind. Auch aus Sicht der Besuchskommission ist das Wohnheim in Söllichau als Übergangslösung zumutbar und zu akzeptieren. Es ist dennoch darauf zu drängen, dass der geplante Neubau schnellstmöglich erfolgt und die Übergangslösung hier so kurz wie möglich gehalten wird.

**8. Julienhof-Betreuungs- und Amalienhof-Pflegezentrum GmbH in Zehringen
Besuch am 13.11.2000**

Das ehemalige Wohnheim für Behinderte der Julienhof-Betreuungs-Zentrum GmbH und die Wohnheimbereiche für seelisch Behinderte und geistig Behinderte der Amalienhof-Pflegezentrum GmbH in Zehringen werden nach Auskunft des Geschäftsführers in Zukunft als Gesamteinrichtung geführt. Das der Besuchskommission bekannte Hotelprojekt im Gelände des Gutes wurde zwischenzeitlich geschlossen, in den ehemaligen Räumen befinden sich jetzt Wohneinheiten. Es handelt sich damit jetzt um eine neu entstandene Großeinrichtung mit fast 140 behinderten

Bewohnern, in der verschiedene Behinderungsgruppen vom gleichen Fachpersonal betreut werden.

Durch die günstigen baulichen Voraussetzungen ist eine räumliche Trennung der verschiedenen Behindertenformen möglich. Die Wohnqualität wird in allen Bereichen als gut angesehen, allerdings mangelt es an spezialisierten tagesstrukturierenden Angeboten sowie Werkstattangeboten.

Seitens der Besuchskommission wurde empfohlen, eine Kooperation mit einer anerkannten Werkstatt für Behinderte anzustreben, um das Recht der Behinderten auf eine Tätigkeit in einer WfB zu realisieren.

Die Bemühungen um weitere offenere Wohnformen zur höchstmöglichen Verselbständigung eines Teils der Bewohner sind zu verstärken, um sie zum ggf. Zeitpunkt auch in eine ambulante betreute Wohnform entlassen zu können.

9. Sucht- und Drogenberatungsstelle des DRK, Wolfen

Besuch am 19.08.2000

Die Sucht- und Drogenberatungsstelle des DRK musste auf Grund zu hoher Mietbelastungen aus den bisherigen, besser geeigneten Räumen in eine 3-Raum-Wohnung umziehen, außerdem wurde leider der Personalbestand auf 1,5 Stellen reduziert. Die bei unserem Besuch anwesenden Betroffenen berichteten, dass sie auf das Angebot der Beratungsstelle, die außerdem noch als Begegnungsstätte genutzt wird, nicht verzichten können, und betonen die engagierte Arbeit der Mitarbeiter der Einrichtung. Obwohl es im Landkreis noch eine weitere Beratungsstelle gibt, scheint uns der Betreuungsschlüssel nicht ausreichend. Auch die räumlichen Bedingungen müssten für die Zukunft wieder verbessert werden, um eine dringend benötigte Begegnungsstätte anbieten zu können. Dies ist besonders wichtig, da im Landkreis die Betreuungsangebote durch weitere komplementäre Einrichtungen für Suchtkranke nicht ausreichend sind.

10. Übergangwohnheim „Haus Zernick“ HEPORÖ, Zernick

Besuch am 11.09.2000

In der Einrichtung HEPORÖ werden 30 chronisch mehrfach geschädigte suchtkranke Bewohner aus 13 Kreisen/kreisfreien Städten betreut. Die Einrichtung ist sehr schön im Dorfkern gelegen und bietet den Bewohnern eine modern ausgestattete, sehr gemütlich eingerichtete Unterkunft, sowie ein sehr vielfältiges Beschäftigungsangebot. Nennenswert ist außerdem die gelungene Integration in die Dorfgemeinschaft. Das Förderkonzept ist sehr gut geeignet, die Heimbewohner durch Arbeitstherapie und Behördentraining auf eine Selbständigkeit vorzubereiten, wozu auch die weiterführenden Angebote des Trägers (Außenwohngruppen und Betreutes Wohnen) dienen. Die fachärztliche Versorgung ist inzwischen wieder gesichert.

11. Diakonisches Werk Bethanien e. V., Therapiezentrum Bethanien, Dessau

Besuch am 09.10.200

Im Therapiezentrum Bethanien werden chronisch mehrfach geschädigte, alkoholabhängige Männer in bewährter Weise von einem engagierten Team gefördert und betreut. Der Einrichtungsleitung ist es gelungen, neben dem Übergangsbereich (2 bis 4 Jahre) auch Plätze im Sinne einer Langzeiteinrichtung betreiben zu können. Außerdem sind Plätze in Außenwohngruppen entstanden, und es laufen Maßnahmen zur beruflichen Förderung, die vom Arbeitsamt finanziell unterstützt werden. Die Einrichtungsleitung beklagte den hohen Verwaltungsaufwand im Rahmen des Aufnahmeverfahrens.

12. Heimverbund KIDS e.V. Bernburg, Objekt Wiendorf

Besuch am 08.01.2001

Die Besuchskommission besuchte das Übergangwohnheim für drogenabhängige Kinder und Jugendliche in Wiendorf und wurde durch die Leiter der weiteren Einrichtungen des Heimverbundes über deren Angebote informiert. In Wiendorf handelt es sich um ein modernes Wohnhaus mit freundlichen und funktionsgerechten Zimmern, die derzeit mit 7 Bewohnern besetzt sind, für die insbesondere Angebote für die Zeit zwischen der Entgiftung und einer Langzeittherapie vorgehalten werden.

Es besteht eine gute Zusammenarbeit mit der Suchtklinik in Bernburg und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie in Halle. Die Bewohner werden von der Dorfbevölkerung akzeptiert. Probleme gibt es durch die Kostentrennung zwischen den Jugendämtern und den Sozialämtern, insbesondere bei der Finanzierung der Aufnahme von Jugendlichen über 18 Jahren. Bei den weiteren Einrichtungen des KIDS e. V. handelt es sich um ein Betreutes Wohnen für sechs Jugendliche auf der Grundlage des KJHG, um eine heilpädagogische Gruppe für seelisch behinderte und von seelischer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche, eingebettet in den Gesamtkomplex Coppi-Kinderheim (ebenfalls nach § 35 a KJHG), sowie um ein ambulant betreutes Wohnen für geistig und seelisch behinderte junge Menschen nach BSHG mit einer Kapazität von 5 Plätzen in einer Wohngemeinschaft in Bernburg. Die uns vorgelegten Konzepte entsprechen den erforderlichen Qualitätskriterien.

13. Seniorenzentrum Carlsfeld, Pro Civitate Jeßnitz

Besuch am 10.07.2000

Nach einem Besuch im Pflegeheim Pouch im Jahre 1998 hatte die Besuchskommission bereits erhebliche Bedenken darüber geäußert, dass der Einrichtungsträger im Einvernehmen mit dem Landkreis einen Umzug der gesamten Einrichtung nach Carlsfeld plante. Der damalige Leiter der Einrichtung in Pouch hatte bei dem Gespräch eindeutig zum Ausdruck gebracht, dass dieser komplette Umzug nötig sei, um „die Immobilie Carlsfeld zu sichern“.

Der Standort der Einrichtung ist aus Sicht der Besuchskommission auf Grund unzureichender infrastruktureller örtlicher Bedingungen für die Versorgung der 52 psychisch kranken, altgewordenen behinderten Menschen völlig ungeeignet. Trotz unserer kritischen Einschätzung wurde der Umzug nach Carlsfeld vollzogen, da sich offensichtlich die Interessen der kommunalen Gebietskörperschaft mit den Trägerinteressen deckten. Auf eine entsprechende Anfrage an das Ministerium wurde der Ausschuss darauf hingewiesen, dass die Auswahl der Standorte alleinige Sache der Landkreise sei.

In einem gemeinsamen Schreiben von Landrat und Träger wurden die kritischen Hinweise der BK bedauerlicherweise als „unangemessen“ zurückgewiesen. Der Standort, der nach Auffassung der Besuchskommission einem Abschieben der altgewordenen schwerbehinderten Menschen gleichkommt, blieb vom Träger und Landkreis undiskutiert.

Der Träger selbst sieht nur den gegenwärtigen Zustand des Objektes als Provisorium an und plant einen Umbau des Hauses in einen Bereich mit 70 vollstationären Plätzen für Altenpflege und Gerontopsychiatrie. Für die Baumaßnahmen wurden ihm vom Land Mittel in Höhe von rund 10 Millionen DM bewilligt.

Der Landkreis wurde von der Besuchskommission darauf hingewiesen, dass zur Betreuung und Versorgung der Betroffenen im Landkreis ein umfassenderes gerontopsychiatrisches Netz aufgebaut werden muss, das neben den vollstationären Angeboten vor allem ambulante Betreuung, Betreutes Wohnen, Außenwohngruppen, Beratungs- und Begegnungsstellen umfassen sollte.

14. Caritasheim Wohnheim und Wohnheim an WfB Burgkernitz

Besuch am 09.04.2001

Das Wohnheim in Burgkernitz mit 38 Plätzen für geistig behinderte Kinder und Jugendliche und 16 Plätzen für geistig behinderte Erwachsene ist noch im Schloss, umgeben von einer schönen Parkanlage, untergebracht. Die Besuchskommission wurde darüber unterrichtet, dass der Einrichtungsträger im Oktober 2000 endlich den Fördermittelbescheid für den dringend erforderlichen Neubau erhalten hat. Sie konnte sich auch vom Beginn der Baumaßnahme überzeugen. Es ist damit zu rechnen, dass im Herbst 2002 der Neubau mit einer Kapazität von 60 Plätzen fertig gestellt ist. Derzeit betreibt der Träger im Objekt auch ein Wohnheim an der WfB mit sechs Plätzen.

Der Einrichtungsleiter brachte in diesem Zusammenhang zum Ausdruck, dass aus seiner Sicht die Reduzierung des Pflegesatzes nicht gerechtfertigt ist, da der Betreuungsaufwand durch die offenere Wohnform eher zunimmt, wenn man die Behinderten in der Trainingsphase zum selbständigen Leben begleiten muss.

Nach der Beschreibung des Einrichtungsleiters muss davon ausgegangen werden, dass es im Landkreis nach wie vor an erforderlichen Abstimmungen zwischen den Einrichtungsträgern fehlt und insbesondere schwer verhaltensauffällige und autistische Behinderte keine Unterbringungsmöglichkeiten finden.

Bei unserem Durchgang durch die Einrichtung und bei Gesprächen mit Mitarbeitern entstand der Eindruck, dass sie in vielen Situationen einerseits überfordert sind, andererseits aber das Angebot des Trägers zu einer Supervision nicht in Anspruch nehmen wollen.

Nach Fertigstellung des Neubaus werden die örtlichen Wohnbedingungen der Behinderten verbessert sein. Insgesamt muss jedoch weiterhin versucht werden, die schlechten infrastrukturellen Verhältnisse durch vermehrte Angebote für Beschäftigung und Freizeit zu verbessern, wobei u.a. die unterschiedliche Altersstruktur der Heimbewohner Beachtung finden sollte.

Das Problem der Nachnutzung des Schlossgebäudes wird den Träger und den Landkreis auch weiterhin beschäftigen.

15. Werkstatt für Behinderte der Diakoniegesellschaft Wohnen und Arbeiten mbH, Dessau, Besuch am 15.05.2000

In der WfB der Diakoniegesellschaft Wohnen und Arbeiten in Dessau werden an 8 Standorten insgesamt 180 Arbeitsplätze für geistig behinderte Mitarbeiter und 24 Plätze für die Fördergruppe vorgehalten. Der Personalbedarf ist weitestgehend gedeckt. In der Einrichtung werden eine Vielzahl unterschiedlicher Tätigkeiten für verschiedene Behinderungsarten und Schweregrade angeboten. Die Produktpalette ist breit gefächert und führt zu ansprechenden, hochwertiger Ergebnissen. Die gemeinsame Beschäftigung von nicht behinderten und behinderten Mitarbeitern verschiedener Behinderungsarten erfolgt arbeitsteilig, sodass jeder Mitarbeiter den Wert seiner eigenen Arbeit am Endprodukt erkennen kann.

Die Einrichtungsleitung beklagt (wie auch in anderen Werkstätten), dass bereits nach 30 Krankheitstagen im Gegensatz zu nicht behinderten Mitarbeitern bei den Behinderten von den Ämtern für Versorgung und Soziales nachgefragt wird, ob denn weiterhin WfB-Fähigkeit besteht. Ebenso ist es nicht nachvollziehbar, dass Bewohner aus Heimbereichen nicht im Rahmen einer Fördergruppe auf die Tätigkeit in der WfB vorbereitet werden können.

Besuchskommission 4

Vorsitzende Frau Susanne Rabsch, Stellv. Vorsitzender Dr. Meinulf Kurtz

Landkreis Halberstadt

Durch Initiative des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist es in diesem Berichtszeitraum gelungen, eine Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) zu gründen! Damit soll zukünftig die Vernetzung und bedarfsgerechte Weiterentwicklung der komplementären Versorgung im Landkreis koordiniert werden. Die Vollversorgung für diesen Landkreis übernimmt die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie Blankenburg, Landkreis Wernigerode. Wesentlich verbessert sind die baulichen Bedingungen der Wohnheime für geistig Behinderte, wodurch auch die inhaltliche Arbeit qualifiziert werden konnte. Die Wohnstätte Dingelstedt hat durch ihre kontinuierliche gute Facharbeit einen anerkannten Platz in der Versorgungslandschaft. Das Therapiezentrum „Schloss Langenstein“ für autistische Kinder, Jugendliche und Erwachsene als überregionale Einrichtung nimmt vorwiegend aus anderen Bundesländern auf. Für seelisch Behinderte und für Suchtkranke gibt es ambulante betreute Wohnformen, diese Hilfeform konnte jeweils mit einer Tagesstätte ergänzt werden. Der örtliche Sozialhilfeträger scheint durch die alleinige Zuständigkeit der Kosten für das ambulant betreute Wohnen seine Kapazitätsgrenze erreicht zu haben.

Landkreis Wernigerode

Der Sozialpsychiatrischer Dienst des Landkreises hat neben dem Standort Wernigerode noch die Außenstelle Blankenburg, wodurch lange Anfahrzeiten für die Patienten entfallen. Die Psychiatrische Abteilung Blankenburg realisiert die Vollversorgung für diesen und den Landkreis Halberstadt. Die Tagesklinik konnte inzwischen rekonstruiert werden – für die übrigen Gebäude fehlen die Investitionszusagen der Kassen. Fertig gestellt ist auch das Diakonie-Krankenhaus „Harz“ GmbH in Elbingerode, wodurch die Bedingungen der Psychiatrischen Abteilung und der Abteilung Psychotherapie-Psychosomatische Medizin sehr verbessert wurden. Hervorzuheben ist der Therapieverbund zum komplementären Bereich Sucht, einschließlich seiner präventiven Veranstaltungen. Für seelisch und geistig behinderte Menschen gibt es neben Wohnheimen ein gut vernetztes Angebot von ambulanten Betreuungsformen. Der angestrebten Vermeidung von Heimaufnahmen sind zurzeit wegen der alleinigen Kostenzuständigkeit des örtlichen Sozialhilfeträgers finanzielle Grenzen gesetzt, um das betreute Wohnen auszubauen. Durch den Aufbau einer Tagesstätte für seelisch Behinderte konnte das regionale Versorgungsnetz erweitert werden.

Es gibt im Landkreis eine Arbeitsgruppe, die analog einer PSAG arbeitet.

Landkreis Aschersleben-Staßfurt

Der Sozialpsychiatrischer Dienst hat neben Aschersleben eine Außenstelle in Staßfurt, damit entfallen lange Anfahrzeiten für die Patienten. Es gibt in beiden Orten Psychiatrische Tageskliniken, eine vollstationäre psychiatrische Versorgung bietet der Landkreis nicht an. Die Einrichtung Schloss Hoym hat mit überzeugenden Schritten konsequent die Enthospitalisierung fortgesetzt. Als problematisch zeigt sich auch hier die Finanzierung eines ambulanten Hilfesystems wegen der alleinigen Zuständigkeit des örtlichen Sozialhilfeträgers. Die Enthospitalisierung ist somit ins Stocken geraten, inzwischen mussten wegen fehlender ambulanter Angebote wieder eigentlich vermeidbare Heimaufnahmen angeordnet werden. Arbeitsbedingungen und Angebote in den WfB haben sich wesentlich positiv entwickelt. Wohnheimplätze an WfB und Außenwohngruppenplätzen sind in ausreichender Zahl vorhanden, die baulichen Verhältnisse und die inhaltliche Arbeit haben sich sehr verbessert – doch auch im Bereich der geistig Behinderten fehlen die ambulanten Hilfen. Wohn- und Beschäftigungsmöglichkeiten für Suchtkranke sind ebenfalls nicht ausreichend vorhanden. Das Kinder- und Jugendhilfezentrum Groß Börnecke mit einem vielgliedrigem Angebot ist in seinem Wirken hervorzuheben. Durch die PSAG werden trägerübergreifende Kontakte gefördert.

Landkreis Quedlinburg

Der Sozialpsychiatrischer Dienst hat unter Leitung des Amtsarztes in enger Zusammenarbeit mit den örtlichen Sozialhilfeträger enorme Aufbauarbeit geleistet, um die Ziele der Psychiatrie-Enquete im komplementären Bereich durchzusetzen. Ein Instrument dafür ist die PSAG mit ihren Untergruppen. Es gibt im Landkreis zwei Abteilungen für Psychiatrie – Ballenstedt (mit Vollversorgung) und Neinstedt, angegliedert sind jeweils Tageskliniken. Zwischen beiden Einrichtungen besteht ein dringender Absprachebedarf. Im Berichtszeitraum ist eine WfB für seelisch Behinderte „ERAS Kreuzhilfe“ in Thale entstanden. Träger sind die Neinstedter Anstalten. Weitere Umstrukturierungsvorhaben der Neinstedter Anstalten sollten in Absprache mit dem örtlichen Sozialhilfeträger bedarfsgerecht für die Region geplant werden. Kompliziert für die Integration der Behinderten bleibt die sehr dezentral gelegene Mischeinrichtung Schielo. Hilfen nach § 35a KJHG gibt es in Gernrode und Ballenstedt. Überzeugend sind in beiden Häusern die vielgliedrigen Angebote und die ausgereiften Konzeptionen. Auch in diesem Landkreis sind durch die alleinige Zuständigkeit des örtlichen Sozialhilfeträgers für das ambulant betreute Wohnen der Enthospitalisierung Grenzen gesetzt.

Besuche im Einzelnen

1. Sozialpsychiatrischer Dienst in Aschersleben am Gesundheitsamt Aschersleben-Staßfurt, Aschersleben Besuch am 31.08.2000

Der Sozialpsychiatrische Dienst Aschersleben-Staßfurt leistet für die Region die Aufgaben entsprechend dem PsychKG LSA. Die Nebenstelle Staßfurt und das Gesundheitsamt Aschersleben sind materiell gut ausgestattet, die verkehrstechnische Anbindung ist günstig. In der Leitung gab es zum Jahresende einen Wechsel. Der leitende Arzt ist anteilig im SpDi und im jugendärztlichen Dienst tätig. Der SpDi ist insgesamt personell unterbesetzt, was zu einer permanenten Überbelastung der engagierten Mitarbeiter führt. Da im Landkreis bisher keine anerkannte Suchtberatungsstelle arbeitet, muss der Sozialpsychiatrische Dienst auch die Aufgaben der Suchtberatung in vollem Umfang wahrnehmen. Die angesprochene Planung, die zunehmend nötige Drogenarbeit zusammen mit dem Jugendamt aufzubauen, hält die Kommission für überfällig.

Mit den Fachkliniken der Region gibt es eine unkomplizierte und gute Zusammenarbeit. Die Mitarbeiter des SpDi arbeiten innerhalb der PSAG im zähen Ringen an der Entwicklung und Durchsetzung niedrigschwelliger ambulanter und teilstationärer Angebote. Die Besuchskommission empfahl, Möglichkeiten der Supervision und der Fortbildung, insbesondere der Universitäten, zu nutzen.

**2. Tagesklinik für Psychiatrie in Aschersleben/Salzkoth
Kreiskliniken Aschersleben-Staßfurt**
Besuch am 31.08.2000

Die Tagesklinik für Psychiatrie in Aschersleben arbeitet mit 25 Behandlungsplätzen nach zeitgemäßen psychiatrischen Standards. Es besteht ein spezialisiertes, differenziertes Therapieangebot, das adäquate störungsspezifische Interventionen sichert und dabei zwei parallel laufende Therapiegruppen anbietet. Es konnte bei allen Mitarbeitern ein hohes Maß an Engagiertheit und Teamfähigkeit beobachtet werden. Die Kooperation der Tagesklinik mit den umliegenden psychiatrischen Kliniken wird als gut eingeschätzt. Die Atmosphäre der Klinik wirkt freundlich und harmonisch. Die personelle Ausstattung der Tagesklinik entspricht derzeit nicht den Empfehlungen der PsychPV. Es wird dem Träger geraten, bei zukünftigen Verhandlungen mit den Kassen auf die Einhaltung der PsychPV zu dringen.

Die Tagesklinik bietet Selbsthilfegruppen für seelisch Behinderte und für Suchtkranke die Möglichkeit, sich in ihren Räumen zu treffen.

Niedrigschwellige komplementäre Einrichtungen fehlen nach wie vor im Landkreis. Hier besteht Handlungsbedarf. Die Besuchskommission diskutiert eine Erweiterung des Angebotspektrums im Rahmen eines Sozialpsychiatrischen Zentrums, in welchem auch niedrigschwellige Einrichtungen angesiedelt sein können.

**3. Tagesklinik für Psychiatrie Staßfurt
der Kreiskliniken Aschersleben-Staßfurt**
Besuch am 21.09.2000

Die Tagesklinik für Psychiatrie in Staßfurt mit 25 Plätzen ist bedarfsgerecht, gut ausgestattet und befindet sich in zentraler Lage der Stadt. Für Kriseninterventionen stehen in Form einer Liaison-Psychiatrie auch Betten im Krankenhaus zur Verfügung. Es bestehen außerdem gute Kooperationen mit dem psychiatrischen Fachkrankenhaus Bernburg. Das integrierte Konzept der Tagesklinik geht über die Therapiezeit hinaus. Differenzierte Nachsorgegruppenangebote, von der therapeutisch geleiteten bis zur reinen Selbsthilfegruppe, sind wichtige Bestandteile der Arbeit. Auch Angehörige finden Rat und Unterstützung. Es wird von der Tagesklinik eine gute Außenarbeit geleistet.

Die personelle Ausstattung der Tagesklinik entspricht auch hier derzeit nicht den Empfehlungen der PsychPV. Es wird dem Träger nochmals geraten, bei zukünftigen Verhandlungen mit den Kassen auf die Einhaltung der PsychPV zu dringen.

**4. Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Blankenburg gGmbH Kreiskrankenhaus Blankenburg**
Besuch am 07.03.2001

Mit nunmehr 75 vollstationären und 25 Tagesklinikplätzen hat die Psychiatrische Abteilung Blankenburg die Vollversorgung der Landkreise Wernigerode und Halberstadt übernommen. Die Tagesklinik wurde inzwischen rekonstruiert und bietet nunmehr wesentliche Verbesserung für die Patienten und die Mitarbeiter.

Im vollstationären Bereich musste die Kommission gravierende Probleme in der Raumsituation feststellen; die bisher angemieteten Räume waren gekündigt wurden. Die räumliche Enge ist für Patienten und Mitarbeiter unakzeptabel. Nach Aussage der Leitung arbeitet das Krankenhaus an einer Lösung. Durch den Krankenhausverbund wird es zur Umsiedlung der Chirurgie kommen, sodass Räume für die Psychiatrie bereitgestellt werden könnten.

Die Kommission stellte auch in dieser Klinik fest, dass die PsychPV derzeit im ärztlichen Bereich nicht erfüllt wird.

Zukünftig will die Abteilung den Behandlungsschwerpunkt Gerontopsychiatrie ausbauen. Grundlage dafür ist die Entscheidung des Kreiskrankenhauses für das Bundesmodellprojekt

„geriatrische Pflege mit gerontopsychiatrischer und neurologischer Indikation“, mit dessen Fertigstellung im Sommer 2002 zu rechnen ist.
Hervorzuheben ist die enge Zusammenarbeit der Abteilung mit dem ambulant betreuten Wohnen des Vereins „Lebenskraft“ e.V.

5. Ambulant betreutes Wohnen für seelisch Behinderte, Lebenskraft e.V. Blankenburg
Besuch am 07.03.2001

Seit Oktober 1999 gibt es in Blankenburg vom Verein „Lebenskraft“ e.V. das ambulant betreute Wohnen für seelisch Behinderte mit einer derzeitigen Kapazität von sechs Plätzen. Als ambulantes Angebot dient es der Verhinderung einer Heimaufnahme und fördert die Integration der seelisch Behinderten in der Heimatstadt. Hervorzuheben ist die enge fachliche Anbindung an die Tagesklinik. Es liegen auch hier weitere Anmeldungen vor; doch wegen der Kostenzuständigkeit des örtlichen Sozialhilfeträgers und der begrenzten finanziellen Mittel des Landkreises wurde der notwendigen Erweiterung nicht zugestimmt. Die Kommission weist mit Nachdruck auf die Folgen dieser Haltung des Landkreises hin: Für die Betroffenen bedeutet das entweder eine nicht notwendige und teure stationäre Heimunterbringung oder eine nicht verantwortbare Unterversorgung.

6. „Villa Monika“ Betreutes Wohnen für seelisch Behinderte/psychisch kranke Menschen, Gernrode, AWO Kreisverband Quedlinburg-Wernigerode e. V.
Besuch am 11.05.2000

Das ambulant betreute Wohnen für seelisch Behinderte hat zwölf Plätze in Gernrode im Haus „Villa Monika“ und 12 Plätze in Wohnungen in Quedlinburg. Diese Betreuungsform fordert von den Mitarbeitern ein hohes Verantwortungsbewusstsein und berufsfeldübergreifende Tätigkeit. Zum sozialpsychiatrischen Dienst Quedlinburg und zur Psychiatrischen Abteilung Ballenstedt bestehen enge Kooperationsbeziehungen.

Von den 25 Bewohnern sind vier in die Tagesstätte integriert, zwei gehen in die WfB, ebenfalls zwei konnten sogar eine Berufsausbildung erfolgreich abschließen. Arbeitsmöglichkeiten in einer Zuverdienst- oder Integrationsfirma werden noch dringend gebraucht.

Das Engagement des Landkreises ist hervorzuheben; obwohl die Landesförderung entfallen ist, wird das Wohnangebot als zielstrebigem Beitrag zur Enthospitalisierung in vollem Umfang weitergeführt.

7. Tagesstätte für seelisch Behinderte, Wernigerode, gGSW mbH
Besuch am 14.02.2001

Die Tagesstätte für 12 seelisch Behinderte ist ein neues teilstationäres Angebot in Wernigerode. In Kombination mit dem ambulant betreuten Wohnen kann es die Verhinderung der Heimaufnahme bedeuten. Ohne Anlaufschwierigkeiten und mit sichtbaren Erfolgen und Akzeptanz werden tagesstrukturierende Maßnahmen unterhalb der WfbM-Leistungsgrenze angeboten. Es ist der Tagesstätte schnell gelungen, eine Versorgungslücke im komplementären Bereich zu schließen. Zurzeit werden sieben Behinderte betreut, drei Anmeldungen liegen vor, und vorgesehen ist ein Anwachsen auf 15 Plätze.

8. Wohnheim „Thomas Müntzer“ und Betreutes Wohnen für seelisch Behinderte Wernigerode, gGSW mbH
Besuch am 14.02.2001

Das Wohnheim für seelisch behinderte Menschen mit 43 Plätzen liegt in einem Tal am Stadtrand von Wernigerode, der Wald schließt sich unmittelbar an. Die verkehrstechnische Anbindung ist gut. Inzwischen ist das Haus vollständig rekonstruiert und hält funktionell ausgestattete Freizeit- und Therapieräumen vor. Insgesamt ist die inhaltliche Arbeit im Haus sehr verbessert worden, die Umsetzung des personenbezogenen Hilfebedarfs ist das Ziel. Wesentlich sind der multiprofessionelle Ansatz und die Gemeindeintegration. Regelmäßig werden Teamberatungen und Fallbesprechungen mit dem Facharzt durchgeführt. Die Zusammenarbeit mit den rechtlichen Betreuern ist sehr unterschiedlich, z. T. wird von den Betreuern auch hier Bevormundung anstatt Anleitung zur Selbstbestimmung praktiziert.

Hervorzuheben sind die vernetzten Angebote zum ambulant betreuten Wohnen, wodurch bereits mehrere Heimbewohner verselbständigt werden konnten, bzw. eine Heimaufnahme verhindert werden konnte. Die Kapazität von zwölf Plätzen ist allerdings für die Region nicht ausreichend, doch durch die Kostenzuständigkeit des örtlichen Sozialhilfeträgers scheint dem Landkreis zurzeit eine Platzerweiterung nicht möglich.

In beiden Einrichtungen wurde erneut auf den unzureichenden Personalschlüssel hingewiesen, der nach Aussage der zuständigen Mitarbeiterin des Landessozialamtes erst mit der Umsetzung des novellierten § 93 d BSHG dem personenbezogenen Hilfebedarf angepasst werden kann.

9. Kinder- und Jugendheim Gernrode des Kinder- und Jugendhilfswerk e. V. Besuch am 06.07.2000

Das Kinder- und Jugendheim mit seinen 45 Plätzen hält neben dem Angebot einer klassischen Heimerziehung auch Intensivbetreuungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche mit Verhaltensstörungen und seelischen Behinderungen vor. Es gibt darüber hinaus gute Erfahrungen mit der Heimaufnahme zur Verhinderung von Untersuchungshaft. In Zusammenarbeit mit dem Schulamt Halberstadt ist Einzelbeschulung möglich.

Die Professionalität in der Umsetzung differenzierter Hilfeformen überzeugte die Kommission. Sie hält es deshalb für empfehlenswert, die Hilfen durch die Mitarbeiter des Hauses auch nach einem flexiblen Übergang in einer ambulanten Betreuung weiter zu gewähren. Hierzu sind entsprechende fachbezogene Überlegungen und kompetente Planungen des Jugendamtes erforderlich.

10. Kinder- und Jugendhilfezentrum „Am Wasserturm“ Groß Börnecke **Frau Schulze** Besuch am 01.11.2000

Das Kinder- und Jugendheim Groß Börnecke in privater Trägerschaft verfügt über ein vielfältiges und gegliedertes Angebot von stationären bis zu ambulanten Hilfen nach KJHG. Die Möglichkeit der Betreuung nach § 35 a KJHG ist in vollem Umfang gegeben. Zum Heim gehören 32 stationäre Plätze im Haupthaus, eine Wohngruppe mit 9 Plätzen in Westdorf, eine Außenwohngruppe in Schwaneberg mit 8 Plätzen, eine Tagesgruppe mit 10 Plätzen, die Sonderpädagogische Fördergruppe mit 5 Plätzen, Betreutes Wohnen 5 Plätze, wovon ein Platz Mutter/Kind ist. Hervorzuheben sind die guten Kooperationen mit Fachkliniken, dem regionalen Jugendamt, die Mitarbeit in der PSAG und die daraus entstandene trägerübergreifenden Projekte.

**11. Therapeutische Kinder- und Jugendeinrichtungen Vorharz, Ballenstedt
Christine & Kerstin Härtel
Besuch am 06.07.2000**

Das Kinder- und Jugendheim in privater Trägerschaft für 18 Bewohner bis zum 18. Lebensjahr in zwei Häusern liegt am Rande von Ballenstedt. Die Außenanlagen sind großzügig gestaltet. Aufgenommen wird vorwiegend aus anderen Landkreisen Sachsen-Anhalts. In der Konzeption ist auch die Betreuung nach § 35a KJHG enthalten, jedoch nicht für drogenabhängige oder schwerverhaltensauffällige Kinder und Jugendliche. Heilpädagogische und erlebnispädagogische Ansätze werden umgesetzt. Die Personalausstattung ist gut, Fort- und Weiterbildungen sind möglich. Es gibt regelmäßig Teamsupervision. Das Heim mit Wohnhauscharakter bietet den Kindern und Jugendlichen eine gute Integrationschance. Eine Betreuung in der Einrichtung über das 18. Lebensjahr hinaus (junge Erwachsene) wird vom Jugendamt bedauerlicherweise nicht ermöglicht.

**12. Wohnstätte am Wachtberg, Wohnheim für seelisch Behinderte, Hecklingen,
Lebenshilfe Bördeland gGmbH, Staßfurt
Besuch am 24.01.2001**

Die Lebenshilfe Staßfurt hat mit diesem Wohnheim auch ein Angebot für seelisch behinderte Menschen aufgebaut. Das Haus liegt am Ortsrand von Hecklingen. Es handelt sich um einen zweckmäßigen Neubau mit großzügigen Außenanlagen. Die Einrichtung hat im Heim eine Kapazität von 50 und in der Außenwohngruppe weitere fünf Plätze. Inhaltlich geht es um die Förderung, Eingliederung und Integration der seelisch behinderten Bewohner. Es bestehen tragfähige Kooperationen in der Region. Die ambulante psychiatrische Versorgung ist geregelt. Mitarbeiter des Hauses arbeiten auch in der PSAG des Landkreises mit, bedarfsgerechte Planung und das Einbringen von konzeptionellen Gedanken sind dabei das Grundanliegen.

Als Problem wurde, wie schon wiederholt in anderen stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe, die Zusammenarbeit mit den juristischen Betreuern genannt. Offensichtliche Kompetenzdefizite bei den juristischen Betreuern führten zu oft zu Überbetreuung und Entmündigung; die Bemühungen der Einrichtung um Eingliederung, Selbständigkeit und Normalisierung würden dadurch behindert. Der Amtsarzt sicherte der Besuchskommission zu, sich dem Problem Heim - Betreuungsverein im Interesse der Bewohner anzunehmen.

**13. Stiftung Staßfurter Waisenhaus - Wohnanlage für Behinderte,
Otto-Lüdecke-Haus, Aschersleben
Besuch am 21.09.2000**

Das Wohnheim für geistig und geistig mehrfach behinderte Jugendliche und Erwachsene hat eine Kapazität von 80 Plätzen mit einem gestuften Wohnangebot. Ebenso gibt es differenzierte Angebote der Tagesförderung. Insgesamt handelt es sich um eine stationäre, regional bzw. örtlich günstig gelegene und gut ausgestattete Wohnanlage, die nach zeitgemäßen Betreuungs- und Eingliederungskonzepten arbeitet. Es gibt im Haus eine gute materielle Grundausstattung, allerdings bleibt der Heimcharakter erhalten.

Die Personalstruktur entspricht den Vorgaben.

Verbesserungsbedarf gibt es im Hinblick auf die Vermittlung von mehr Selbständigkeit der Betroffenen, insbesondere zur Vorbereitung der jüngeren Behinderten auf eine möglichst selbständige Lebensführung innerhalb oder außerhalb des Wohnheimes. In der Außenwohngruppe mit derzeit sechs Plätzen ist bereits mehr Individualität möglich.

Ambulante betreute Wohnformen für geistig Behinderte gibt es bisher nicht.

14. Klusstiftung Schneidlingen „Katharinenstift“

Besuch am 01.11.2000

Das Wohnheim betreut insgesamt 48 geistig und mehrfach behinderte Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene, die z.T. in die WfB nach Oschersleben gehen. Die Einrichtung hält in ländlicher abgelegener Gegend vielseitige Angebote vor, so auch eine eigene Schule, Tiergehege und einen großen Garten. Bei hohem personellen Engagement konnte in den letzten Jahren in der Einrichtung ein deutliches Mehr an Betreuungsqualität erreicht werden.

Seit Jahren kämpft die Einrichtung um den dringend erforderlichen Neubau für das Haus Katharinenstift. Nach Aussage der Leitung lagen zum Besuchszeitpunkt die Unterlagen immer noch zur Prüfung im Ministerium.

Vom zuständigen Versorgungsamt wird der Umzug der WfB-fähigen Behinderten von Schneidlingen nach Oschersleben und der nicht WfB-fähigen Bewohner von Oschersleben nach Schneidlingen zwecks „Entmischung“ der Einrichtungen gefordert. Zum Januar 2001 war deshalb die Fusion mit den Einrichtungen des Bodelschwingh-Haus Oschersleben vorgesehen, um an den beiden Standorten Spezialisierungen vornehmen zu können. Mit dem geplanten Neubau wird sich dann in Schneidlingen insgesamt die Kapazität auf 40 Plätze verringern. Es wird mit Zustimmung des Ministeriums weiterhin eine „Mischeinrichtung“ für Kinder, Jugendliche und Erwachsene bleiben.

**15. Wohnheim an WfB, AWG und betreutes Wohnen
der Lebenshilfe Bördeland gGmbH, Staßfurt**

Besuch am 06.12.2000

Das Wohnheim an WfB mit 40 Plätzen, einer Außenwohngruppe und betreutem Wohnen (in Zuständigkeit des überörtlichen Sozialhilfeträgers) erfüllt den Versorgungsauftrag der Wohnbetreuung für geistig behinderte Menschen, die in einer WfB arbeiten. Zur Vervollständigung eines gestuften Angebotes wäre noch das ambulant betreute Wohnen (in Zuständigkeit des örtlichen Sozialhilfeträgers) aufzubauen. Hervorzuheben sind die Aktivitäten der Leitung, die Wohnhäuser für das betreute Wohnen in Zuständigkeit des überörtlichen Sozialhilfeträgers und die Außenwohngruppe zu bauen bzw. ein Haus vollständig zu rekonstruieren.

**16. Wohnheim und AWG an WfB, Egelin-Nord
Lebenshilfe Bördeland gGmbH**

Besuch am 24.01.2001

Das Wohnheim an WfB mit 18 Plätzen und die Außenwohngruppe mit 8 Plätzen in zwei behindertengerecht rekonstruierten alten Häusern ist ein gelungenes Beispiel für die Integration von Behinderten im Dorf. Konzeptionell wird Eigenverantwortung und Selbstbewusstsein der Bewohner gefördert. Alle Bewohner fahren täglich in die WfB zur Arbeit. Kooperationen sind gut ausgebaut. Individuelle Freizeitgestaltung ist möglich. Die großzügigen Außenanlagen werden inzwischen vorwiegend von den Behinderten gepflegt. Eine Herausforderung für den Träger in Zusammenarbeit mit dem örtlichen Sozialhilfeträger wäre die sinnvolle Ergänzung durch einige Plätze für ambulant betreutes Wohnen.

17. Wohnheim am WfB „Plemnitz-Stift“ Wernigerode, gGSW mbH

Besuch am 04.04.2001

Das Wohnheim an WfB hat eine Kapazität von 30 Plätzen und vier Außenwohngruppenplätze. Durch gute rehabilitative Arbeit über Jahre ist inzwischen der Bedarf an Plätzen für das ambulant betreute Wohnen gewachsen. Einige verselbständigte Bewohner werden durch das Wohnheim weiterhin „mitbetreut“. Das Haus liegt günstig in unmittelbarer Nähe des Zentrums von Wernigerode, es ist umgeben von einem gut gestalteten Garten. Bisher ist das Haus aus

Eigenmitteln saniert worden, umfassende Rekonstruktionsmaßnahmen sind in Vorbereitung. Damit soll u.a. zukünftig auch die Möglichkeit des Wohnens und der Tagesstrukturierung für nicht mehr werkstattfähige alte Behinderte ermöglicht werden.

18. Seniorenheim „Burgbreite“, Wernigerode, gGSW mbH
Besuch am 04.04.2001

In dem Ersatzneubau des Seniorenheimes „Burgbreite“ ist durch den Träger ein Bereich für 12 gerontopsychiatrisch zu betreuende mobile, schwerst dementiell erkrankte Bewohner entstanden. Damit hat der Träger sein ohnehin umfangreiches und differenziertes Betreuungsangebot auch für diesen Personenkreis ausbauen können. Ein fachlich kompetentes Team betreut die Bewohner. Hervorzuheben ist die sehr gelungene bauliche Gestaltung mit einer Funktionalität, die den besonderen Störungen dieser Heimbewohner entgegenkommt. Auch die Angehörigenarbeit ist mit guter Akzeptanz angelaufen.

Im Zusammenhang mit der gerontopsychiatrischen Versorgung in der Region ist der Kommission aufgefallen, dass die ambulante psychiatrische Versorgung nicht ausreichend durch regelmäßige Hausbesuche gesichert ist. Diesem Bereich wurde bisher auch in der gerontopsychiatrischen Landesplanung zu wenig Beachtung geschenkt.

19. Werkstatt für Behinderte der Neinstedter Anstalten
Arbeitsbereich für seelisch behinderte Mitarbeiter, Thale
Besuch am 11.05.2000

Neu im Landkreis Quedlinburg ist die anerkannte Zweigwerkstatt für seelisch Behinderte der Neinstedter Anstalten in Thale. Zurzeit werden 24 behinderte Mitarbeiter im Arbeitsbereich, fünf im Arbeitstrainingsbereich und drei im Vorpraktikum beschäftigt. Die Arbeitsangebote in den verschiedenen Recycling-Bereichen ermöglichen ein differenziertes Angebot von Tätigkeiten. Für seelisch Behinderte sei die geltende Regelung von max. 30 zugestandenen Fehltagen aus Krankheitsgründen zu gering. Der Personalschlüssel ist für die Betreuung der Mitarbeiter mit sehr individuellen Störungsbildern unzureichend.

Insgesamt handelt es sich um ein gutes Arbeitsangebot. Es zeigt sich, dass für seelisch Behinderte mehr Flexibilisierung vom Gesetzgeber auch in diesem WfB-Bereich erforderlich ist.

20. Werkstatt für Behinderte der Lebenshilfe Bördeland gGmbH, Staßfurt
Besuch am 06.12.2000

Die WfB Staßfurt der Lebenshilfe mit derzeit 267 überbelegten Arbeitsplätzen, davon 49 am Standort Egelh und eine Fördergruppe mit 17 Plätzen, ist in sehr guten Häusern, die den verschiedenen Funktionen entsprechen, untergebracht. Es gibt ein vielseitiges Arbeitsangebot. Hervorzuheben ist die Fördergruppe, die als Modellfördergruppe anerkannt ist. Die Lebenshilfe Staßfurt weist darauf hin, dass es auch für diese Gruppe von Menschen, insbesondere wenn die Eltern alt und gebrechlich geworden sind, einen nachweisbaren Bedarf an Heimplätzen gibt. Für sie würde die Lebenshilfe bei geänderter Gesetzeslage auch Angebote aufbauen können.

Eine gute Perspektive für leistungsstärkere behinderte Mitarbeiter ist die von der Geschäftsleitung geschaffene Möglichkeit, aus der WfB in eine mit Hilfe der Hauptfürsorgestelle und dem Arbeitsamt eingerichtete Integrationsfirma überzuwechseln.

Landkreis	Wernigerode		Halberstadt		Quedlinburg		Aschersleben/ Staßfurt	
Einrichtungen	Zahl *	Plätze / Betten *	Zahl *	Plätze / Betten *	Zahl *	Plätze / Betten *	Zahl *	Plätze / Betten *
niedergelassene Psychiater / KJP	4 / 0		2 / 0		1 / 0		2 / 0	
niedergel. psycholog. Psychotherapeuten	1		2		4		0	
Fachklinik für Psychiatrie	1	25			1	38		
Psychiatrische Abteilung am Krankenhaus	1	75			1	80		
Psychiatrische Tagesklinik	1	25			2	28	2	50
Tagesklinik f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie					1	18		
Suchtfachklinik	1	132						
Sozialpsychiatrischer Dienst	1		1		1		1	
WH für geistig Behinderte	1	80	4	135	1 + Schielo	224 + 48	3	370
WH für geistig behinderte Kinder			1	37	1	30	3	61
WH / Bereich f. seel. beh. Kinder u. Jgl.					2	63	1	41
WH für seelisch Behinderte	1	43	1	6	Schielo	44	1	50
WH für Suchtkranke	2	42			1 + Schielo	14 + 22		
UWH für Suchtkranke	1	15			1	29		
Betreutes Wohnen für seelisch Behinderte	2	18	1	15	1	24	1	6
Betreutes Wohnen für Suchtkranke	1	32	1	7	1	12		
Betreutes Wohnen für geistig Behinderte					1	6	1	6
Tagesstätte für seelisch Behinderte	1	12	1	12	1	15		
Tagesstätte für Suchtkranke			1	12				
Suchtberatungsstelle	1		1		2		1	
WH an WfB / AWG	3	93 / 13	2	66 / 15	3	381	3	159 / 24
WfB / Bereich für seelisch Behinderte	1	198 / 25	1	180 / 21	2	530 / 45	2	513
Selbsthilfefirma/Integrationsfirma/Jobs							1	7
Berufl. Reha für seel. Behinderte ü. Arbeitsamt			1	20				
APH mit gerontopsych. Pflegebereichen	1	12			2	39		

* zum Besuchszeitpunkt dem Ausschuss bekanntgewordene Daten, für die Angaben wird keine Gewähr übernommen, zwischenzeitliche Änderungen möglich

Besuchskommission 5

Vorsitzender Herr Dr. med. Frank Fernau, Stellv. Vorsitzende Frau RiAG Angelika Vater

Stadt Halle

Der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität Halle und dem Psychiatrischen Krankenhaus Halle/Neustadt obliegt die stationäre psychiatrische Vollversorgung der Stadt Halle und des Saalkreises. Beide Kliniken verfügen über zielgerichtete und moderne Behandlungskonzepte mit zahlreichen Spezialisierungen. Neben den Behandlungsmöglichkeiten auf freiwilliger Basis sind in beiden Häusern auch Unterbringungen nach dem PsychKG LSA möglich.

Positiv zu bemerken ist auch, dass sich innerhalb der letzten Jahre die äußeren Rahmenbedingungen an beiden Einrichtungen deutlich verbessert haben. So konnte in Halle/Neustadt ein Neubau der Psychiatrischen Klinik Anfang 2000 übergeben werden, der eine zeitgerechte und offene psychiatrische Versorgung ermöglicht. Auch an der Uniklinik waren bemerkenswerte Fortschritte zu verzeichnen, z. B. die Übergabe einer modernen Depressionsstation im Jahr 2000. Weitere Rekonstruktions- und Modernisierungsmaßnahmen stehen in diesem und nächsten Jahr bevor, sodass zukünftig auch hier Bedingungen geschaffen werden, die einer Universität würdig sind.

Beispielgebend ist die Kooperations- und Beratungsvereinbarung zwischen der Universitätsklinik und dem sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Halle. Dadurch wird die Sozialpsychiatrie auf ein neues Fundament gestellt.

Der stationäre Bereich wird komplettiert durch die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am St. Barbara-Krankenhaus und die psychotherapeutischen Abteilungen des St. Elisabeth- und des Diakoniekrankenhauses.

Auch die ambulante psychiatrische Versorgung ist durch genügend niedergelassene Psychiater und Kinder- und Jugendpsychiater in der Stadt Halle sichergestellt.

Umfangreiche komplementäre und niedrigschwellige Angebote ergänzen die vorhandenen stationären und ambulanten Strukturen, wobei hier sehr vielfältige kooperative Beziehungen zwischen den einzelnen Bereichen bestehen. Begrüßenswert ist die Eröffnung des Wohnheimes und der Tagesstätte für seelisch Behinderte. Eine gut funktionierende Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft schafft die Voraussetzungen für eine zielgerichtete Arbeit und Vernetzung der einzelnen Angebote.

Ermöglicht wird dieser zufriedenstellende Zustand durch ein enormes soziales Engagement der Verantwortlichen der Stadt Halle. Auch scheinen die Beziehungen zum Saalkreis auf diesem Gebiet weiter gewachsen zu sein, sodass übergreifende Angebote jetzt selbstverständlicher sind. Gegenwärtig bemüht sich die Stadt sehr intensiv um die Schaffung eines sozialtherapeutischen Zentrums und einer Tagesstätte für Suchtkranke, um die bestehende Drogenproblematik weiter entschärfen zu können.

Saalkreis

Die Koordination der Betreuung psychisch kranker Patienten im Saalkreis wird über die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft abgesichert. Nachdem bereits jetzt eine gute Zusammenarbeit mit der Stadt Halle möglich ist, wird zukünftig eine gemeinsame Arbeitsgemeinschaft angestrebt. Im Saalkreis sind keine psychiatrischen Krankenhausbetten vorhanden, auch gibt es keine niedergelassenen Psychiater. Aufgrund der territorialen Situation ist die Versorgung jedoch über die Stadt Halle abgesichert. Der Sozialpsychiatrische Dienst des Saalkreises leistet ebenfalls einen wichtigen Beitrag bei der Versorgung psychisch Kranker. Hier werden entsprechende Hilfen nach den gesetzlichen Vorgaben angeboten.

Auch wenn der Saalkreis keine eigene Suchtberatungsstelle vorhält, so hat sich doch auf dieser Ebene die Zusammenarbeit mit der Stadt Halle in den letzten Jahren deutlich verbessert. Insbesondere erfolgt jetzt auch eine finanzielle Unterstützung der drei Beratungsstellen seitens des Landkreises. Möglichkeiten der stationären Entgiftungsbehandlung bestehen im Krankenhaus

Wettin. Für die Begegnungs- und Kontaktstelle für psychisch Kranke in Halle, die auch Patienten des Saalkreises betreut, ist ebenfalls eine finanzielle Förderung durch den Saalkreis gesichert. Strukturelle und quantitative Defizite bestehen gegenwärtig noch im Bereich des Betreuten Wohnens, wobei aber auch hier die Bemühungen erkennbar sind, die vorhandenen Lücken zu schließen.

Im Werkstatt- und Wohnheimbereich ist der Bedarf für geistig behinderte Menschen weitgehend abgedeckt, allerdings werden zukünftig Werkstattplätze für seelisch Behinderte fehlen.

Mansfelder Land

Die ambulante psychiatrische Betreuung hat sich im Landkreis verbessert. Momentan sind drei Fachärzte für Psychiatrie und ein Psychotherapeut niedergelassen. Nach wie vor existiert noch eine freie Stelle für einen Neurologen/Psychiater.

Die unbefriedigende Situation der stationären psychiatrischen Versorgung wurde bereits im letzten Bericht angesprochen. Mit der Fertigstellung des Neubaus der Psychiatrischen Klinik Großörner, voraussichtlich noch in diesem Jahr, ist mit einer deutlichen Entspannung zu rechnen.

Auch das Angebot im Werkstatt- sowie im Wohnheimbereich für geistig und seelisch behinderte Menschen erscheint momentan ausreichend, allerdings zeichnet sich schon heute ein weiterer Bedarf an Werkstatt- und Wohnheimplätzen sowie im betreuten Wohnen ab.

Einen hohen Stellenwert in der Versorgungsstruktur psychisch kranker Menschen nimmt die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes ein. Als problematisch erwies sich, dass kein Facharzt mehr in die Arbeit des SpDi eingebunden ist. Das zeitweilig kurzfristige Aushelfen von Psychiatern des Psychiatrischen Krankenhauses Halle vermochte zwar gewisse Lücken vorübergehend auszufüllen, konnte aber eine Kontinuität der Anleitung der Mitarbeiterinnen und eine kontinuierliche Arbeit insgesamt nicht ersetzen. Ursprüngliche Überlegungen des Landkreises, den Dienst strukturell grundlegend zu verändern und nun aus dem Gesundheitsamt auszulagern, wurden nach Intervention der Besuchskommission nicht weiter verfolgt.

Ein weiteres Problem betrifft das heil- und sonderpädagogische Heim in Wippra. Entgegen der Auffassung des Landes spricht sich die Besuchskommission aufgrund der Entwicklung dieser Einrichtung dafür aus, dem Kinder- und Jugendbereich einen Bereich für Erwachsene anzufügen, damit die heranwachsenden schwerbehinderten Bewohner, die bereits mehrere Umzüge ertragen mussten, hier endlich eine gesicherte Heimstatt finden.

Der Landkreis kann momentan keine anerkannte Suchtberatungsstelle anbieten. Um der zunehmenden Drogenproblematik gerecht zu werden, muss zukünftig über die Schaffung einer solchen Beratungsstelle nachgedacht werden.

Besuche im Einzelnen

1. Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt Saalkreis Besuch am 07.02.2001

Der SpDi des Saalkreises stellt ein wichtiges Bindeglied zwischen den verschiedenen psychiatrischen Tätigkeitsbereichen dar. Diese Koordinationsfunktion, die auch in der Mitarbeit in der PSAG deutlich wird, ist neben den gesetzlich definierten Aufgaben wesentlich für das Funktionieren der psychiatrischen Versorgung des Saalkreises.

Durch die zentrale Lage in der Stadt Halle ist der Dienst durch die Bürger des Saalkreises gut erreichbar. Die personelle und materielle Ausstattung ist entsprechend der zu erfüllenden Aufgaben ausreichend, allerdings wäre die Beschäftigung eines Psychiaters für eine weitere Verbesserung wünschenswert.

2. Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt Mansfelder Land Besuch am 27.09.2000

Der Sozialpsychiatrische Dienst am Gesundheitsamt Mansfelder Land stellt einen wichtigen Teil des regionalen gemeindenahen Versorgungssystems für psychisch Kranke, Suchtkranke sowie seelisch und geistig Behinderte dar. Neben den eigentlichen Aufgaben als beratender, aufsuchender, versorgender und intervenierender Dienst erfüllt er auch wichtige Koordinationsfunktionen zwischen den verschiedenen Strukturen der Behindertenarbeit. Dabei kann die bisherige Arbeit als sehr engagiert und vorbildlich eingeschätzt werden. Problematisch erscheint die sich gegenwärtig ergebende personelle Situation. Nach Möglichkeit sollte auch in Zukunft darauf orientiert werden, einen Facharzt für Psychiatrie als Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu gewinnen.

3. Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tagesklinik für Psychiatrie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg Besuch am 07.03.2001

Die Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg hält 88 Betten und 12 tagesklinische Plätze vor und hat einen hohen Stellenwert in der regionalen Versorgung psychisch Kranker. Die Vernetzung und Kooperation mit den Versorgungs- und Betreuungseinrichtungen der Stadt Halle und der angrenzenden Landkreise ist weiter ausgebaut worden. Lehre und Forschung werden mit hohem Engagement betrieben. Es ist zu wünschen, dass die hier ausgebildeten Fachärzte nicht nur bundesweit den Ruf der Halleschen Universität verbreiten, sondern sich auch für die Patientenversorgung innerhalb von Sachsen-Anhalt einsetzen.

Die Personalausstattung konnte inzwischen ausgebaut und der PsychPV angeglichen werden. Die Unterbringungs- und Arbeitsbedingungen für Patienten und Mitarbeiter haben sich erneut schrittweise verbessert, insbesondere ist die im letzten Jahr sanierte Depressionsstation zu nennen.

Die Kommission stellt mit Befriedigung fest, dass das Verständnis der Universitätsleitung für die besonderen Probleme der Psychiatrischen Klinik gewachsen ist und sich die Zusammenarbeit mit der Klinik für Psychiatrie verbessert hat. Daran knüpft die Kommission die Erwartung, dass elf Jahre nach der Wende nun baldigst sowohl die verbliebenen dringend rekonstruktions- und sanierungsbedürftigen Stationen als auch endlich das Hörsaalgebäude in Angriff genommen werden und die inzwischen aufgetretenen baulichen Mängel am - nur als Übergangslösung gedachten - Containerbau der geschützten Stationen beseitigt werden.

4. Psychiatrisches Krankenhaus der Stadt Halle
Besuch am 08.11.2000

Das psychiatrische Krankenhaus der Stadt Halle mit seinen nunmehr 100 Betten und 40 tagesklinischen Plätzen erfüllt in vollem Umfang die Aufgaben der stationären und teilstationären Versorgung psychisch kranker Menschen in dieser Region. Die mit dem neuen Anbau geschaffenen optimalen räumlichen Bedingungen sowie gut qualifiziertes und engagiertes Personal sind Grundlage für eine am Wohle des Patienten orientierte Arbeit. Die Besuchskommission bedauert, dass es nicht gelungen ist, die von der Klinik geplante Tagesklinik für Suchtkranke aufzubauen. Die Planung scheiterte unverständlicherweise am Widerstand der Kostenträger, die nicht bereit sind, eine teilstationäre Suchtkrankenversorgung zu bezahlen.

**5. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
des Krankenhauses St. Elisabeth und St. Barbara Halle**
Besuch am 24.01.2001

Erneut konnte sich die Besuchskommission von der sehr guten und engagierten Arbeit der Klinik überzeugen. Ihrem Versorgungsauftrag wird sie in vollem Umfang gerecht. Die Personalausstattung ist sehr günstig. Die Klinik hält inzwischen zusätzlich zu den 40 Betten und 10 Tagesklinikplätzen auch fünf Betten für den Drogenbereich vor. Trotz hier bestehender räumlicher Enge wird das Therapieangebot bereits gut angenommen. Kritisch musste auch diesmal wieder angemerkt werden, dass das Problem der Institutsambulanz durch die zuständigen Behörden auf Bundesebene noch immer nicht geklärt war. Dennoch wird durch die Klinik trotz der bestehenden Unklarheiten auch hier gute Arbeit im Interesse der Patienten geleistet. Mit der Einweihung des im Bau befindlichen Therapiezentrums, die für Juli 2001 geplant ist, wird es eine erste Entspannung der räumlichen Situation geben, sodass sich die Bedingungen für die Patienten und für die Arbeit der Ärzte und des gesamten Personals verbessern werden.

**6. Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik am Krankenhaus
St. Elisabeth und St. Barbara Halle**
Besuch am 03.05.2000

Die Abteilung hält 20 Betten vor und leistet einen wichtigen Beitrag in der psychotherapeutischen Versorgung von Patienten aus dem südlichen Sachsen-Anhalt. Begründet durch optimale bauliche und konzeptionelle Voraussetzungen, die gute Verkehrsanbindung und vor allem durch die engagierte Arbeit des qualifizierten Personals kann die Abteilung ihrem Versorgungsauftrag voll gerecht werden. Die angenehme positive Atmosphäre, die den Klinikalltag umgibt, schlägt sich deutlich in der Arbeit des Personals nieder. Entsprechend gut ist auch die Annahme der Einrichtung durch die Bevölkerung.

7. Kreiskrankenhaus Saalkreis in Wettin - Entgiftungsstation
Besuch am 29.11.2000

Das Krankenhaus mit 60 Betten hält 30 internistische Betten für eine Entgiftung vor. Eine Station des Suchtbereichs am Kreiskrankenhaus Wettin ist in einem älteren mehrgeschossigen Gebäude und eine zweite Station in einem barackenähnlichen Gebäude untergebracht. Das ursprüngliche Konzept einer qualifizierten Entgiftung scheiterte an der fehlenden Finanzierungsbereitschaft der verschiedenen Kostenträger. Fachlich kritisch anzumerken ist die alleinige internistische Orientierung dieses Konzeptes. Eine psychiatrische Ausrichtung ist darin nicht vorgesehen, das entsprechend erforderliche Fachpersonal nicht eingestellt. Eine moderne Suchttherapie ist unter den gegebenen Bedingungen nicht zu gewährleisten.

8. Förderwohnheim und Tagesstätte für Menschen mit seelischen Behinderungen der Paul-Riebeck-Stiftung Halle

Besuch am 04.04.2001

Das Wohnheim mit 48 Plätzen und die Tagesstätte mit 15 Plätzen für Menschen mit seelischen Behinderungen der Paul-Riebeck-Stiftung in Halle/Saale ist eine neue Einrichtung in einem grundsanierten Altbau im Zentrum der Stadt, die sich an zeitgemäßen Standards orientiert. Die Arbeit basiert auf einem personenzentrierten Betreuungskonzept. Der Kommission scheint die Einrichtung durch die große Platzzahl von 48 Plätzen, für die sich der Träger entschieden hat, nur bedingt gemeindenah zu sein. Die zukünftige Belegungsentwicklung wird zeigen, inwieweit der Träger und die Stadt den regionalen Bedarf richtig eingeschätzt haben.

Wohnheim und Tagesstätte schließen auf jeden Fall im Versorgungsgebiet der Stadt Halle und für den Saalkreis endlich eine Lücke in der Betreuung und Versorgung von Menschen mit seelischen Behinderungen.

9. Förderpädagogisch-therapeutisches Zentrum Wippra, TSD Naumburg

Besuch am 14.06.2000

Dieses Heim in Wippra ist in einer ehemaligen Frauenklinik untergebracht und betreut 54 geistig und mehrfach behinderte Kinder und Jugendliche nach KJHG und zehn Erwachsene nach BSHG. Angegliedert ist inzwischen auch ein betreutes Wohnen für sechs ehemalige Heimbewohner. Die hier geförderten Bewohner waren bis weit nach der Wende in Heimen untergebracht, in denen sie oft unter menschenunwürdigen Bedingungen leben mussten. Die Einrichtung in Wippra bietet ihnen ein neues Zuhause. Für die Heranwachsenden und jungen Erwachsenen wurde ein gesonderter Bereich eingerichtet, damit ihnen ein weiterer Umzug erspart bleibt. Wegen sinkender Zahlen im Kinder- und Jugendbereich plant der Träger, den Kinderbereich zu reduzieren und die Plätze umzuwidmen, d.h. den Erwachsenenbereich auszubauen und ein Wohnheim für geistig und mehrfach behinderte Menschen anzubieten. Diese Planung erscheint der Kommission nachvollziehbar, sie wird jedoch vom Ministerium nicht unterstützt. Die Landesplanung sieht vor, die behinderten Erwachsenen nach Schelkau umzusiedeln.

**10. Heilpädagogisches Pflegenest „Gänseblümchen“, Wippra
priv. Silvia Riegler**

Besuch am 14.06.2000

Das Heilpädagogische Pflegenest „Gänseblümchen“ ist ein familiengeführtes Angebot für die Betreuung von acht behinderten Kindern. Die Pflegefamilie konnte 1999 ein größeres, sehr schön saniertes und behindertengerecht umgebautes Haus beziehen. Die Einrichtung ist landschaftlich schön und ortsnah gelegen. Ebenso ist eine gute Integration der kleinen Bewohner in das soziale Umfeld gewährleistet. Die heilpädagogische Ausbildung der Mitarbeiter/innen ist inzwischen abgeschlossen, sodass die fachgerechte Betreuung der Kinder Tag und Nacht abgesichert ist. Insgesamt kann eingeschätzt werden, dass die Mitarbeiter/innen unter Führung der Leiterin eine engagierte und umsichtige Arbeit leisten, die über das normale Maß hinausgeht und das Pflegenest zu einer Großpflegefamilie entwickelt haben, in der die Kinder individuell gefördert und aktiviert werden und Liebe und Geborgenheit erfahren.

**11. Werkstatt für Behinderte
der Halleschen Behindertenwerkstätten e. V. (HBW)**
Besuch am 11.10.2000

Die Neubauten der Halleschen Behindertenwerkstätten mit einer Kapazität von 180 Plätzen in 9 Arbeitsbereichen befinden sich am westlichen Stadtrand in Heide Nord, einem Platten-Neubaugebiet. Mit der Fördergruppe, die sich im Aalweg befindet, wird die eigentliche Kapazität mit 235 - 240 Plätzen weit überschritten. Es ist schon jetzt abzusehen, dass in den nächsten Jahren ein zusätzlicher Bedarf an WfB-Plätzen entstehen wird.

Die Gebäude der Werkstätten sind übersichtlich, sie verfügen über viel Licht und sind zweckmäßig eingerichtet. Sehr individuell gestaltete Arbeitsbereiche hinsichtlich Größe und Aufteilung tragen zu einer angenehmen und freundlichen Atmosphäre bei. Die behinderten Menschen werden von qualifizierten und engagierten Mitarbeitern begleitet, das Personal verfügt über sozialpädagogische Zusatzqualifikationen.

Gegenwärtig trägt sich der Träger mit Überlegungen zum Aufbau einer zusätzlichen Abteilung für ca. 20 chronisch psychisch Kranke, für die aus der Stadt Halle Bedarf angemeldet wurde.

12. Werkstatt für Behinderte in Eisleben, Lebenshilfe Mansfelder Land
Besuch am 27.09.2000

Die Behindertenwerkstatt liegt zentral in der Stadt Eisleben und ist für die derzeit 239 Mitarbeiter gut erreichbar. Sie ist der einzige Anbieter von Werkstattplätzen im Versorgungsnetz des Mansfelder Landes. Ein Teilbereich dieser Werkstatt befindet sich in Neckendorf, wo seelisch behinderte Menschen betreut werden. Die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten in der Eislebener Werkstatt sind relativ beengt. Dieser Zustand wird sich jedoch durch einen Neubau in absehbarer Zeit ändern.

Unabhängig von der räumlichen Situation ist die Atmosphäre der WfB als sehr positiv einzuschätzen, dabei war das kollegiale Miteinander zwischen den Mitarbeitern und Werkstattpersonal zu spüren. Es ist schon jetzt abzusehen, dass auch nach Fertigstellung des Neubaus perspektivisch weitere Arbeitsplätze an WfB gebraucht werden. Unübersehbar ist auch hier, wie in allen Landkreisen, dass die Bedarfsdiskussion für die Entwicklung der Behindertenwerkstätten in Zukunft wieder aufgegriffen werden muss.

**13. Werkstatt für Behinderte der Evangelischen Stadtmission Halle e. V.
in Johannashall**
Besuch am 12.07.2000

Der Neubau der Werkstatt für Behinderte Saalkreis ist übersichtlich, angenehm in Farbe und Ausstattung. Hier arbeiten 127 behinderte Mitarbeiter. Weitere 50 Mitarbeiter und die Fördergruppe sind in den Außenstellen Schochwitz und Reinsdorf untergebracht. In der WfB in Johannashall herrscht eine freundliche Atmosphäre. Die behinderten Mitarbeiter sind aufgeschlossen. Mit Fachwissen, Geschick und Ideenvielfalt wird die Arbeit organisiert und gestaltet. Für seelisch Behinderte sollen gesonderte Arbeitsplätze im Bereich Auto-Recycling geschaffen werden. Förderlehrgänge werden in Metallbearbeitung, Drucken und im Bürobereich angeboten. Eine Erweiterung im Förderbereich ist nicht erfolgt. Es gibt Arbeits- und Freizeitangebote.

Die Mitarbeiter der Werkstatt sind, wenn sie nicht im Wohnheim am Ort wohnen, auf Grund der abgeschiedenen örtlichen Lage auf den Fahrdienst angewiesen. Das betrifft etwa ein Drittel der Mitarbeiter. Im Arbeitsbereich werden Arbeitsplätze zur Ausübung einer geeigneten Tätigkeit entsprechend der unterschiedlichen Leistungsfähigkeit, der Entwicklungsmöglichkeit sowie Eignung und Neigung der Werkstattangehörigen zur Verfügung gestellt.

14. Wohnheim an WfB der Evangelischen Stadtmission Halle e. V. in Johannashall

Besuch am 12.07.2000

Das neue Wohnheim an der WfB in Johannashall mit seinen 60 Plätzen ist zu 100% ausgelastet. Nach Auskunft des Trägers liegt eine Warteliste vor. Auch im Außenbereich an der WfB in der „Villa in Johannashall“ und im Außenwohnheim an WfB im Stadtzentrum Halle stehen Wohnmöglichkeiten für die behinderten Mitarbeiter der Werkstatt zur Verfügung. In letzteren erfolgt eine deutliche Trennung von Wohn- und Arbeitsort, die von den Bewohnern im Außenbereich geschätzt wird. Sie sind sehr selbständig. Durch historisch gewachsene örtliche Gegebenheiten wurde im neuen Wohnheim Johannashall deutlich, dass die Bewohner gern in dieser landschaftlich schönen und ihnen vertrauten Umgebung wohnen. Die offensichtlich gelungene Integration in das Heimleben und die zahlreichen Freizeitangebote sowie das Wohnrecht im Rentenalter prägen das angenehme Umfeld. Nach Auskunft des Trägers sei auch der Wunsch nach Einzelzimmern zurückgegangen.

**15. Wohnheim an WfB „Haus Stephanus“
der evangelischen Stadtmission Halle e. V.**
Besuch am 03.05.2000

Das Wohnheim bietet 33 geistig Behinderten, die in der WfB arbeiten, eine Wohnstatt. Es ist gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen, die zentrale Lage lässt eine Teilnahme am öffentlichen sowie kulturellen Leben der Stadt leicht realisieren. Da sich im Gebäudekomplex noch andere soziale Einrichtungen befinden, ist ein gutes integratives Wohnen mit allen Vor- und Nachteilen des Großstadtlebens gegeben. Die Atmosphäre der Einrichtung ist geprägt vom gemütlichen Wohnambiente.

Bei dem Personal ist das Bemühen spürbar, die einzelnen Bewohner soweit wie möglich in ihrer Verselbständigung zu unterstützen und sie am Großstadtleben teilnehmen zu lassen. Damit stellt diese Außenwohngruppe des Wohnheimes an WfB Halle Weidenplan ein wichtiges Glied in der rehabilitativen Kette für geistig Behinderte dar. Mit dieser Einrichtung besteht nun auch für die Mitarbeiter der Behindertenwerkstatt im Saalkreis eine alternative Wohnmöglichkeit in der Stadt Halle.

16. Wohnheim an WfB der Halleschen Behindertenwerkstätten e. V.
Besuch am 11.10.2000

Das Wohnheim an der HBW befindet sich unmittelbar auf dem eingezäunten Gelände neben den Werkstätten. Ungeachtet des Zwei-Milieu-Prinzips (d.h. Trennung von Wohn- und Arbeitsort) hat sich der Träger für einen gemeinsamen Standort entschieden. Das Grundstück war groß genug, und es entfällt die Notwendigkeit des Transportes.

Die Kommission hatte den Eindruck, dass trotz der Nähe von Wohn- und Arbeitsort eine deutliche organisatorische und personelle und demzufolge auch betreuungsmäßige Trennung erfolgt. Die soziale Anbindung durch die Nachbarschaft zum Wohngebiet und durch die vorhandenen Einkaufsmöglichkeiten ist gegeben.

Die Mitarbeiter des Wohnheimes sind fest in der Wohngruppe integriert, um ein Beziehungsgefüge herzustellen. Dabei werden die Heimbewohner entsprechend ihres Bedarfs gefördert. Problematisch gestaltet sich bisweilen der Wechsel der Eingliederungshilfe vom Wohnen an WfB in das Betreute Wohnen.

Nach Einschätzung der Besuchskommission wird das Wohnheim von seinen Bewohnern sehr geschätzt und trägt wesentlich zu einem selbstbestimmten Leben bei.

**17. Seniorenzentrum Holleben-Benkendorf, Haus am Schlosspark, der
Gemeinsam Leben - Gesellschaft für betreutes Wohnen e.V.**
Besuch am 07.02.2001

Die Einrichtung befindet sich landschaftlich sehr schön gelegen, umrahmt von einer großzügigen Parkanlage auf einem ehemaligen Rittergut. Ende 1999 konnte hier ein ansprechender Neubau bezogen werden. Das Haus ist geprägt von einer freundlichen und offenen Atmosphäre, wobei deutlich wird, dass sich die Bewohner hier wohl fühlen können. Dies ist nicht zuletzt der engagierten Arbeit der Mitarbeiter geschuldet.

Gegenwärtig werden 28 gerontopsychiatrische Bewohner in der Einrichtung betreut, wobei es bisweilen zu Integrationsschwierigkeiten kommt. Dies hat zu der Überlegung geführt, einen speziellen gerontopsychiatrischen Bereich zu schaffen. Nur so würde eine optimale Betreuung und Förderung möglich werden. Dabei bestehen seitens des Leiters der Einrichtung klare konzeptionelle Überlegungen zur künftigen Gerontopsychiatrie. Auch wird schon jetzt auf eine spezifische Weiterbildung des Personals orientiert.

Die Besuchskommission unterstützt diese Zielvorstellungen.

In den Gesprächen wurde wieder einmal deutlich, dass im Pflegeversicherungsgesetz der Hilfebedarf des gerontopsychiatrischen Klientel oft zu wenig Berücksichtigung findet und gerade die individuell aktivierende Pflege einen hohen Zeitaufwand ausmacht, der durch die Pflegestufen bei weitem nicht abgedeckt ist.

Bericht der Besuchskommission 6

Vorsitzender Herr Prof. Dr. Helmut Späte, Stellv. Vorsitzender Herr Lars Geppert

Aktuelle Entwicklungstendenzen in den besuchten Regionen

Die Besuchskommission ist für den Burgenlandkreis und die Landkreise Sangerhausen, Weißenfels und Merseburg-Querfurt zuständig.

Zur klinische Versorgung

Im Berichtszeitraum zeichnet sich eine zukünftige Verbesserung der klinischen Versorgung ab. Im Landkreis Merseburg-Querfurt macht das Klinikum in Querfurt entscheidende Baufortschritte, sodass auch die Psychiatrische Abteilung vom jetzigen Standort Zingst in absehbarer Zeit umziehen kann. Im Burgenlandkreis ist die Entscheidung zugunsten eines Neubaus der Psychiatrischen Abteilung im Gefüge des Kreiskrankenhauses Saale-Unstrut in Naumburg gefallen; dies lässt die berechtigte Hoffnung aufkommen, dass die qualifizierte stationäre Versorgung im Burgenlandkreis ein sehr gutes Niveau erhalten wird. Im Landkreis Sangerhausen konnte die Suchtfachklinik von Sotterhausen in den Neubau Kelbra umziehen und im Objekt Sotterhausen eine spezielle Drogenbehandlung vorbereitet werden. Als problematisch ist nach wie vor die Situation in der Suchtfachklinik Schkopau im Landkreis Merseburg-Querfurt anzusehen.

Die Landkreise Sangerhausen und Weißenfels haben keine eigenen stationären klinischen Angebote für psychiatrisch zu versorgende Patienten, auch psychiatrische Tageskliniken konnten bisher hier nicht etabliert werden. Die Patienten müssen deshalb gemeindefern durch Kliniken angrenzender Landkreise mitversorgt werden.

Niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten

Von der KV LSA wurde dem Ausschuss aktuell mitgeteilt, dass im Landkreis Sangerhausen ein Facharzt für Nervenheilkunde und ein psychologischer Psychotherapeut praktizieren. In Anbetracht der klinischen Defizite ist hier von einer Unterversorgung auszugehen. Im Landkreis Merseburg-Querfurt arbeiten ein Facharzt für Nervenheilkunde, zwei Fachärzte für Psychiatrie (mit 1,5 Stellen), zwei Neurologen (mit 1,5 Stellen) sowie drei psychologische Psychotherapeuten in eigener Praxis. Im Burgenlandkreis haben sich vier Fachärzte für Nervenheilkunde und zwei psychologische Psychotherapeuten niedergelassen. Im Landkreis Weißenfels werden die klinischen Defizite durch zwei Fachärzte für Nervenheilkunde, einen Facharzt für Neurologie und Psychiatrie (beide mit je einer halben Stelle) sowie fünf psychologischen Psychotherapeuten gemildert. Es wird von den besuchten Einrichtungen eingeschätzt, dass sich die niedergelassenen Psychiater, wenn auch sehr unterschiedlich, in die sozialpsychiatrischen Belange ihrer Regionen einbringen.

Sozialpsychiatrische Dienste

Keiner der Sozialpsychiatrischen Dienste in den vier Landkreisen ist derzeit mit einem Facharzt für Psychiatrie besetzt. Im Burgenlandkreis entstand ein weiteres Problem durch die plötzliche Beendigung der Tätigkeit der langjährigen Leiterin des SpDi.

Vollstationäre Heime, Übergangs- und ambulantes Wohnen

Aus den Wohnheimen wird eine Zunahme von Reglementierung und Bürokratisierung insbesondere mit der Änderung des Heimgesetzes und der Novellierung des § 93 d BSHG beklagt. Außerdem fehle es häufig an einer dem Bewohner dienlichen und zukunftsweisenden Zusammenarbeit auch innerhalb der Regionen. Insgesamt bietet sich ein sehr buntes Bild der Angebote auf verschiedenen Ebenen. Eindeutiger Nachholbedarf besteht in allen Regionen bei der Einrichtung von Möglichkeiten für das ambulant Betreute Wohnen. (s. Tabelle)

Landkreis	Sangerhausen		Merseburg-Querfurt		Burgenlandkreis		Weißenfels	
Einrichtungen	Zahl *	Plätze / Betten *	Zahl *	Plätze / Betten *	Zahl *	Plätze / Betten *	Zahl *	Plätze / Betten *
niedergelassene Psychiater / KJP	1 / 0		2,5 / 0		4 / 0		2,5 / 0	
niedergel. psycholog. Psychotherapeuten	1		3		2		5	
Fachklinik für Psychiatrie								
Psychiatrische Abteilung am Krankenhaus/ KJP			1 / 1	55 / 26	1	80		
Psychiatrische Tagesklinik			1	12	1	24		
Tagesklinik f. Kinder- u. Jugendpsychiatrie			1	9				
Suchtfachklinik, / Tagesklinik	1	106	1	10 / 15				
Sozialpsychiatrischer Dienst	1		1				1	
WH / Bereich für geistig Behinderte	2	90	2	50	1	55	1	35
WH für geistig behinderte Kinder	1	24	2	54	1	20	1	42
WH / Bereich f. seel. beh. Kinder u. Jgl.	2	63			3	70	1	12
WH für seelisch Behinderte	2	61			2	32		
WH für Suchtkranke	2	60	1	50	2	57		
ÜWH für Suchtkranke								
Betreutes Wohnen für seelisch Behinderte			1	?	2	30		
Betreutes Wohnen für Suchtkranke			1	10	2	19		
Betreutes Wohnen für geistig Behinderte					1	18		
Tagesstätte für seelisch Behinderte					2	35	1	12
Tagesstätte für Suchtkranke								
Suchtberatungsstelle	1		1		2		1	
WH an WfB / AWG	1	52	3	131	2	62	2	68
WfB / Bereich für seelisch Behinderte	1	180	2	395 / 30	1	200	1	180
Selbsthilfefirma/Integrationsfirma/Jobs								
Berufli. Reha für seel. Behinderte ü. Arbeitsamt								
APH mit gerontopsych. Pflegebereichen			2	600	1	56	1	100

* zum Besuchszeitpunkt dem Ausschuss bekanntgewordene Daten, für die Angaben wird keine Gewähr übernommen, zwischenzeitliche Änderungen möglich

Besuche im Einzelnen:

1. Wohnheim für geistig und mehrfach Behinderte „Manufaktur“ und „Luisenhaus“ Naumburg, Kath. Pfarrgemeinde „St. Peter und Paul“ Besuch am 20.06.2000

Das Altenpflegeheim „Luisenhaus“ sowie das Wohnhaus „Manufaktur“ für seelisch und geistig Behinderte sind eingebunden in ein vernetztes Versorgungssystem älterer Bewohner am Standort Naumburg. Im Rahmen dieser gestuften Versorgung ist eine adäquate Betreuung für die behinderten Menschen ermöglicht (Seniorenbüro, Tagespflege, Betreuung älterer mehrfachbehinderter Personen usw.).

Die Besuchskommission konnte sich von der bedarfsgerechten Größe, Struktur und Gliederung der Einrichtung überzeugen. Die Qualifikation der Mitarbeiter ist als gut einzuschätzen, individuelle Förderung kann somit adäquat umgesetzt werden. Die Kommissionsmitglieder vermerkten besonders positiv die familiäre Atmosphäre der Einrichtung, die Liebe zum Detail, das hohe Engagement der Mitarbeiter und beim baulichen Vorhaben die gelungene Verbindung zwischen alten und neuen Elementen. Die Besuchskommission hat mit Interesse die Pläne zur Aufnahme von pflegebedürftigen Eltern mit behinderten Kindern als integrierte Modellwohnform zur Kenntnis genommen.

Spannungen sind für das „Luisenhaus“ dadurch gegeben, dass offenbar jedes Jahr der Kampf gegen den Umzug nach Schelkau von neuem ausgetragen werden muss. Neuaufnahmen werden nicht bewilligt. Deshalb wird an das Landesamt und das Ministerium appelliert, die Einrichtung als Einrichtung der Behindertenhilfe auf Dauer anzuerkennen (für 12 Bewohner) und somit einen wichtigen Teil eines vernetzten Versorgungssystems aufrechtzuerhalten. Es wird die Gewährung von Eingliederungshilfe für ältere behinderte Menschen empfohlen, die das Rentenalter überschritten haben. Förderung und aktivierende Maßnahmen sind in jedem Alter erforderlich, um am aktiven Leben in der Gesellschaft teilzunehmen.

Bei der Entscheidungsfindung sollten jene Prinzipien im Vordergrund stehen, die das ohnehin eingeengte Leben der Behinderten und die Last der Angehörigen nicht noch mehr verschlimmern, d.h. Wohnortnähe, ein „Recht auf Heimat“, unabhängig davon, wie der Behinderungszustand durch die Verwaltung eingestuft wird.

2. WfB Osterfeld und WH an WfB Heiligenkreuz, Caritas-Behindertenwerk Osterfeld Besuch am 11.07.2000

Die WfB mit 180 Arbeits- und 18 Förderplätzen und insbesondere das WH an WfB mit 30 Wohnplätzen sind insgesamt freundlich und wohnlich. Die Zimmergrößen für die Bewohner im Wohnheim sind angemessen, die sanitären Einrichtungen nicht zu beanstanden. Das Wohnheim ist mit seinen Bewohnern in die Gemeinde integriert.

Der Geschäftsführer machte darauf aufmerksam, dass man für die Weiterentwicklung der Wohnheimbereiche vor drei Jahren ein Grundstück von der Stadt Zeitz erworben habe, um dort ein neues Wohnheim zu bauen. Das Ministerium versage jedoch dafür wegen fehlender Fördermittel die Erlaubnis und verweise auf Aufnahmemöglichkeiten der Einrichtung in Schelkau. Diese sei - nach Aussage der dortigen Heimleiterin - jedoch fast voll belegt. Darüber hinaus möchten die Behinderten auch nicht nach Schelkau, weil ihr Lebensmittelpunkt und soziales Umfeld in Zeitz sei. Die Projektierung für das geplante Wohnheim sei fertig, die weitere Entwicklung ungewiss.

Ein weiteres Problem trete bei der Finanzierung des betreuten Wohnens auf, nachdem sich der überörtliche Träger nicht mehr beteiligt.

Auch bei diesem Besuch wurde abermals als Problem angesprochen, dass mit Erreichung des Rentenalters der Behinderten ggf. ein Wohnortwechsel vom Kostenträger gefordert werde.

Positiv ist anzumerken, dass sich die WfB an Ausschreibungen von Landkreisen und Kommunen beteiligt. So konnten Verträge mit der Stadt Naumburg abgeschlossen werden. Auch externe Arbeitsgruppen werden z.B. in Bad Kösen in dort ansässigen Betrieben eingesetzt.

Für die künftige Entwicklung wird es bedeutsam sein, auch ein Betreutes Wohnen für geistig behinderte Menschen, die in die Werkstatt gehen, aufzubauen.

**3. Jugendhilfezentrum „Kupferhütte“ und Kinderheim Stolberg
Waisenhaus-Stiftung Sangerhausen**
Besuch am 12.09.2000

Die beiden Heime der Waisenhausstiftung Sangerhausen „Kupferhütte“ mit 23 Plätzen und Stolberg mit 24 Plätzen und einer Außenwohngruppe für 16 junge Bewohner füllen einen spezialisierten Bedarf im Rahmen der Betreuung seelisch behinderter sowie erziehungsgefährdeter Kinder und Jugendlicher aus. Sowohl die räumliche Gestaltung als auch die Eingliederung in das Gesamtsystem der sozialen Betreuung sind ohne Tadel. Besonders hervorzuheben ist die hohe Motivation der Mitarbeiter, die mit großer Sachkenntnis und Liebe ihre Aufgabe erfüllen.

Am Beispiel dieser Einrichtungen ergibt sich die Frage, ob es nicht doch nötig werden wird, ein länderübergreifendes Hilfsnetz ins Leben zu rufen (Sachsen-Anhalt/Thüringen). Wenn nach wie vor die Kinder und Jugendlichen in den umliegenden Schulen abgelehnt werden, ergibt sich Entscheidungsbedarf bei den Schulämtern, und zwar dergestalt, dass eine Beschulung im Heim oder in einer in der Nähe liegenden Spezialschule ermöglicht wird.

Unverständlich ist die in den Jugendämtern gepflegte Praxis, dass vorliegende psychiatrische Gutachten, in denen eine seelische Behinderung festgestellt wird, nicht anerkannt und deshalb spezielle Hilfsangebote nach § 35a verweigert werden.

Der § 35a, der den Anspruch auf Hilfen bei seelischer Behinderung regelt, trifft für insgesamt acht Kinder zu. Für vier Kinder mit seelischer Behinderung sind die Ansprüche im Rahmen des Hilfeplanes festgeschrieben. Vier Kinder haben die Möglichkeit, zusätzliche Hilfen in Anspruch zu nehmen. Das betreffe insbesondere die Einzelbetreuung, die sich allerdings nur auf eine Stunde wöchentlich bei der Psychologin beläuft. Bemängelt wird, dass das Jugendamt allerdings den Betrag nicht bezahle. Die seelische Behinderung stehe fest, aber das Jugendamt zahle nicht die erhöhten Sätze.

Ein großes Problem in beiden Heimen seien die notorischen Schulschwänzer. Es bestehe keinerlei Hoffnung, in Sangerhausen eine Schule zu gründen, wie sie in Sandersleben bestehe, so die Auskünfte des Amtsleiters. Eher sei es möglich, eine private Schule einzurichten, aber auch das sei eine Frage der Finanzierung, und das ließe sich in den nächsten Jahren offensichtlich ebenfalls kaum lösen.

4. Querfurter Werkstätten der Heilpädagogischen Hilfe Querfurt e.V.
Besuch am 10.10.2000

Die Werkstatt stellt mit ihren 155 Plätzen incl. Arbeitsplätzen für seelisch Behinderte einen wichtigen Baustein in der regionalen Versorgungssituation dar. Der Umbau ist ansprechend gelungen. Es werden unterschiedliche Arbeitsangebote vorgehalten. Die anspruchsvollen Arbeiten, die von den Behinderten durchgeführt werden können, tragen dazu bei, dass sich die Behinderten mit ihren Aufgaben in der Werkstatt identifizieren. Es herrscht ein gutes, vertrauensvolles Klima zwischen Mitarbeitern und Behinderten.

Von Seiten der Verantwortlichen (Landkreis und Ministerium) sollte alles daran gesetzt werden, den geplanten Erweiterungsbau schnell zu realisieren, um dann die Zweigstelle in Langeneichstädt schließen zu können, da diese nicht mehr den Anforderungen entspricht. Diese Erweiterung ist deshalb so dringend zu befürworten, weil der Bedarf ständig ansteigt. Bzgl. des § 93 d BSHG bestehe nach Aussage des Trägers Beratungsbedarf.

5. Suchtbetreuungszentrum Schkopau, Fachklinik für Sucht, Tagesklinik, Drogen- und Suchtberatungsstelle sowie Betreutes Wohnen für Suchtkranke, KONTEXT gGmbH
Besuch am 14.11.2000

Die Besuchskommission hatte sich bei früheren Besuchen unter Berücksichtigung der besonderen wirtschaftlichen Situation der Region und der defizitären Lage der Suchtkrankenversorgung im Landkreis Merseburg für den Erhalt der damals gefährdeten Einrichtung eingesetzt. Nunmehr musste sie feststellen, dass im Suchtbetreuungszentrum nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten für eine fachgerechte Therapie, Beratung und Betreuung suchtkranker Menschen bestehen.

Das Zentrum hält zehn stationäre Entgiftungsbetten, 15 Plätze für eine teilstationäre tagesklinische Entgiftungsbehandlung (nur sechs Plätze belegt), eine Ambulanz und eine Suchtberatungsstelle vor und bietet neuerdings auch „Betreutes Wohnen“ für zehn Suchtkranke an, das sich aus den ehemaligen Rehabilitationsplätzen zur Entwöhnung von Alkoholkranken (nach Vertragskündigung durch die LVA frei geworden) rekrutiert.

Bemühungen um einen neuen Vertrag mit der LVA für ambulante oder teilstationäre Reha-Leistungen (Entwöhnung) hält die Kommission nicht für Erfolg versprechend, da gemessen an den KONTEXT-Einrichtungen in Sotterhausen und Kelbra hier in Schkopau die räumlichen, materiellen und personellen Voraussetzungen fehlen. Die Kommission vermisst darüber hinaus auch im Behandlungskonzept suchtspezifische erforderliche Therapieangebote. Zurzeit handelt es sich eher um ein Konglomerat von Angeboten, deren Bestand und deren Perspektive unsicher sind.

Fragwürdig ist der Passus im Konzept, dass Sitzwachen durch Patienten bei deliranten Mitpatienten durchgeführt werden. Nach umfassender Diskussion dieser Problematik ergab sich, dass Patienten neben dem medizinischen Personal sich das Leiden des anderen ansehen sollen, um für die eigene Abstinenz gefestigt zu sein. Patienten hätten dabei keinerlei Befugnisse und keinerlei Verantwortung. Ausgeprägte Delirien würden hier nicht versorgt, sondern auf die ITS des KKH Merseburg eingewiesen.

Die Personalausstattung reicht bei einer Begrenzung der Vorhaben auf die eigentliche Bestimmung der Einrichtung aus, d. i. Beratung und Nachbetreuung, ambulante Behandlung von Suchtpatienten, stationäre und teilstationäre Entgiftung. Jede Ausweitung der Behandlungsangebote verlangt weiteres Fachpersonal.

Die Kommission musste feststellen, dass die Bezeichnung „Geschütztes Wohnen“ weder von der Form noch von der inhaltlichen Gestaltung her zutreffend ist. Die „Bewohner“ leben auf einer Krankenstation. Eine über eine Kartei hinausgehende Dokumentation über die Bewohner gibt es nicht. Für diese Betreuungsform gibt es keine geregelte Finanzierung. Es sei ein Vertrag mit dem Kreis Merseburg-Querfurt in Vorbereitung. Die Bewohner des „Geschützten Wohnbereiches“ zahlen derzeit einen Obolus von je 15,- DM pro Tag, der die „Hotelkosten“ und Verpflegung abdeckt. Die Kosten für die Betreuung laufen mit über den Fördersatz für die ambulante Suchtkrankenversorgung. Die Konzeption für diesen Bereich ist überarbeitungsbedürftig. Die Kommission muss darauf hinweisen, dass Geschütztes Wohnen in dieser Form nicht weitergeführt werden kann. Sie empfiehlt, in der Gemeinde Wohnungen anzumieten, dort ein echtes Betreutes Wohnen zu etablieren und eine geregelte Finanzierung mit dem Landkreis zu vereinbaren.

Um diese Einrichtung für die bedarfsgerechte suchtspezifische Betreuung der Bevölkerung des Landkreises Merseburg-Querfurt zu erhalten, sind nach Auffassung der Kommission umgehend u.a. folgende Schritte erforderlich:

- Es muss mit dem Landkreis Klarheit über die künftigen Eigentumsverhältnisse des Gebäudes erzielt werden, um der KONTEXT GmbH die Entscheidung zu ermöglichen, die Sanierung des Objektes vorzunehmen oder einen anderen Standort zu erwägen.
- Außer der verbalen Zustimmung zur Notwendigkeit der Einrichtung muss sich der Landkreis zur Absicherung der Finanzierung positionieren. Der als „Geschütztes Wohnen“ deklarierte Weiterbetrieb der Stationen ohne Finanzierung durch den zuständigen örtlichen Sozialhilfeträger ist nicht haltbar.
- Die bauliche Situation der gesamten Einrichtung ist ebenso unzulänglich wie die Einrichtung und Ausstattung der Räume. Hier ist dringend Handlungsbedarf geboten.
- Das Gesamtkonzept muss überarbeitet werden.

- Es sollten keine Jugendlichen mit Abhängigkeit von illegalen Drogen unter den älteren Alkoholabhängigen betreut werden. Beide Suchtformen müssen getrennt behandelt werden, denn sie erfordern unterschiedliche Therapiestrategien.
- Es ist eine größtmögliche Kooperation mit anderen Einrichtungen anzustreben; insbesondere denkt die Kommission an Vernetzungsmöglichkeiten mit den trägereigenen gestuften Angeboten sowie mit weiteren Trägern der Suchtkrankenhilfe in der Region.

Der Träger hat auf die im Besuchsprotokoll aufgeworfenen Fragen bisher nur ausweichend Stellung genommen worden. Vom Landkreis liegt dem Ausschuss keine schriftliche Stellungnahme vor, telefonisch äußerte die Amtsärztin weitestgehend Unverständnis für die Beurteilung. Vom Gesundheitsministerium wird die kritische Einschätzung der Kommission geteilt, weitere Maßnahmen bleiben vorbehalten.

**6. „Haus Domizil“ Wohnheim und stationär betreutes Wohnen „Die Brücke“
für seelisch Behinderte infolge Sucht, Merseburg
Soziales Betreuungswerk gGmbH Merseburg
Besuch am 12.12.2000**

Das Haus „Domizil“ mit 40 vollstationären Plätzen und das Projekt „Brücke“ mit 10 betreuten Plätzen bilden ein gestuftes Angebot in der Therapiekette der Suchtkrankenhilfe im Kreis und stellen somit eine anerkannte Einrichtung der Behindertenhilfe dar. Aus den Unterlagen der Einrichtung geht hervor, dass eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten erfolgt, dem Suchtzentrum Schkopau, dem Gesundheitsamt, dem Sozialamt sowie dem Allgemeinen und Psychosozialen Dienst der Kreisverwaltung Merseburg-Querfurt.

Im Verlauf des Besuches kam es zu einer anhaltenden Diskussion darüber, ob chronisch mehrfach geschädigte Suchtpatienten vorrangig stationär oder ambulant im Betreuten Wohnen untergebracht werden sollten. Die Mitarbeiter favorisieren ein stationär Betreutes Wohnen, da aus ihrer Erfahrung ein enger Kontakt mit den stationären Heimbewohnern als wünschenswert gesehen wird und somit auch eine enge Anbindung an die Betreuer im Heim im Zusammenhang mit Personalkontinuität gesichert werden kann. Auch auf Nachfrage können wesentliche Betreuungsunterschiede im Sinne von Konzeptionsunterschieden zwischen ambulant und stationär Betreutem Wohnen aber eigentlich nicht gesehen werden. Es wird seitens des Trägers betont, dass durch die Mehrfachschädigung der Suchtpatienten doch eine mangelnde Kompetenz zur Strukturierung des Alltags vorliegt und deshalb ein stationär Betreutes Wohnen favorisiert wird. Die Mitglieder der Besuchskommission sahen sich die Wohneinheiten im Betreuten Wohnen an und konnten Rücksprache mit dort lebenden Bewohnern nehmen. Es handelte sich um Bewohner, die in Alkoholabstinenz leben und durchaus in der Lage sind, den Alltag mit sozialarbeiterischer Unterstützung zu meistern.

Nach kontroverser Diskussion innerhalb der Besuchskommission wurde zusammenfassend das Gespräch mit dem Träger, den Mitarbeitern und Vertretern des Landkreises dahingehend geführt, dass eine positive Einschätzung zu tätigen ist bezüglich der Idee der stufenweisen Integration und Betreuung mehrfach geschädigter Suchtkranker.

Die Besuchskommission empfahl dem Träger, den Mitarbeitern und dem Landkreis, den Bedarf und die Notwendigkeit eines ambulant Betreuten Wohnens zu prüfen, um ein weiteres gestuftes Angebot der Betreuung der abhängigen Patienten anbieten zu können (im Sinne einer Profilierung nach oben). Die Wünsche der Einrichtung und des Trägers, einen Pflegeheimbereich zu integrieren, werden im Interesse der Betroffenen als befürwortend seitens der Besuchskommission dargestellt. Die Idee wird akzeptiert und unterstützt und es wird empfohlen, mit dem Landkreis entsprechende Verhandlungen über die Planung der Versorgungssituation zu führen. Im Interesse der Betroffenen sollte davon ausgegangen werden, dass mitmenschliche Bindungen erhalten bleiben sollten und eine individuelle Betreuung der Klienten auch im pflegerischen Bereich erforderlich ist.

**7. Sozialpsychiatrischer Dienst
am Gesundheitsamt Burgenlandkreis, Naumburg**
Besuch am 16.01.2001

Den Mitarbeiterinnen des SpDi des Burgenlandkreises ist es in den vergangenen Jahren gelungen, die Probleme der psychiatrischen Versorgung im Interesse der Patienten gut zu bewältigen. Auch die großen Hürden, die im Zusammenhang mit der Bildung des Burgenlandkreises entstanden (Zeitz, Naumburg, Nebra), sind gut gemeistert worden. Die Struktur des Dienstes entsprach am Besuchstag noch den Erfordernissen.

Die zurzeit herrschende Ratlosigkeit der Mitarbeiter wegen der Kündigung der langjährigen Leiterin hätte sowohl den Mitarbeitern als auch den Patienten erspart werden können, wenn ihnen die Chance gegeben worden wäre, den Wechsel der Leiterin ordentlich vorzubereiten. Das aber hätte etwas mehr Sensibilität und Verständnis des Trägers für die Belange der psychisch gestörten Menschen des Burgenlandkreises vorausgesetzt.

Nach § 5 PsychKG soll der SpDi unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und /oder Neurologie oder eines auf diesen Gebieten weitergebildeten Arztes stehen. Die Besuchskommission drängt darauf, dass der Landkreis seine diesbezügliche Verpflichtung erfüllt und mit der Anstellung eines Arztes die weitere Entwicklung der psychiatrischen Krankenversorgung sichert.

**8. „Haus Neuland“, Betreutes Wohnen für seelisch Behinderte infolge Sucht,
Naumburg, Kreisstelle für Diakonie Naumburg**
Besuch am 16.01.2001

Die Einrichtung ist ein wichtiger Baustein im regionalen Versorgungsnetz für suchtkranke Menschen. Zugang zum Betreuten Wohnen im „Haus Neuland“ finden Alkoholabhängige erst nach einer Alkoholentwöhnungsbehandlung. Diese hohe Zugangsbarriere erklärt möglicherweise die geringe Auslastung der Einrichtung: von 12 möglichen Plätzen sind nur sieben belegt. Bei einem Personalschlüssel von 1:12 werden die derzeitigen finanziellen Defizite für die Personalkosten der Mitarbeiterin durch den Kirchenkreis ausgeglichen. Die Leiterin ist gut ausgebildet, sie leitet sowohl die Suchtberatung als auch das Haus. Zeit für aufwendige Weiterbildungsmaßnahmen steht ihr praktisch nicht zur Verfügung. Problematisch ist die dünne Personaldecke bei Zwischenfällen, etwa wenn ein Bewohner rückfällig wird und randaliert. Kooperationsbeziehungen bestehen zum Patientenclub und zu Selbsthilfegruppen. Alle ehemaligen Bewohner können 1x in der Woche im Sinne eines ambulanten Angebotes zu Besuch kommen. Diese Aktivität wird von einer zusätzlichen ABM-Kraft getragen. Das Gebäude hinterlässt einen bescheidenen, jedoch gepflegten Eindruck. Die materielle Ausstattung ist ausreichend. Die Zimmer sind nach dem jeweiligen Geschmack der Bewohner wohnlich eingerichtet.

Die Konzeption sieht eine Außenorientierung vor; es wird angestrebt, dass die Bewohner max. ein Jahr im Haus wohnen und während dieser Zeit auf ein selbständiges Wohnen in einer eigenen Wohnung vorbereitet werden. Hin und wieder werden Stichproben (im Einverständnis mit dem Bewohner) vorgenommen, um sicher zu gehen, dass kein Rückfall vorliegt. Nach Aussage der Leitung werde der Betroffene nach dem 1. Rückfall zu einer stationären Entgiftung geschickt. Nach 2 bis 3 Rückfällen müsse der Bewohner das Haus verlassen und u. U. auch in die Wohnungslosigkeit gehen. Ein fachgerechter Umgang mit Suchterkrankungen, die auch Rückfälle einschließen, kann von der Einrichtung offensichtlich nicht geleistet werden.

Vier Bewohner kommen aus dem Burgenlandkreis, zwei von außerhalb. Die Unterbelegung wurde von der Leitung damit begründet, dass zum einen viele Betroffene noch in eine Familie eingebunden seien und nach der Entwöhnung wieder dorthin zurückkehrten; zum anderen handele sich um eine schwierige Klientel, bei der Rückfälle häufiger seien, wodurch eine Instabilität der Belegung entstehe.

Die Besuchskommission regte an, neu über die Auswahl der Bewohner nachzudenken, wobei die strengen Zugangskriterien möglicherweise korrigiert werden müssen; ein Erfahrungsaustausch mit Mitarbeitern ähnlich strukturierter Heime und Angebote, die voll belegt sind, wäre empfehlenswert.

Ebenso wichtig wäre die Zusammenarbeit mit der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, dem SpDi, dem Betreuungsangebot der AWO für Suchtkranke und dem Sozialamt des Burgenlandkreises.

**9. Betreutes Wohnen für seelisch Behinderte infolge Sucht
AWO - Soziale Dienste am Moritzplatz gGmbH Naumburg**
Besuch am 16.01.2001

Der Träger hat inzwischen das Objekt in Bad Kösen aufgegeben und in Naumburg ein neues Angebot für 12 suchtkranke Menschen, sechs in einem angemieteten Haus und sechs in eigenen Wohnungen, aufgebaut. Die Besuchskommission hat insgesamt einen positiven Eindruck gewonnen. Wünschenswert wären nun die zeitnahe Sanierung des Wohnhauses und die Entwicklung einrichtungsübergreifender Förderangebote. Der Träger wendet sich mit seinem ambulanten Angebot an einen Personenkreis, der ein außerordentlich differenziertes Versorgungskonzept benötigt. Dieser anspruchsvollen Aufgabe widmen sich die Mitarbeiter warmherzig und engagiert. Unter den gegebenen Finanzierungsmodalitäten sind dem Engagement der Mitarbeiter jedoch Grenzen gesetzt.

Kritisch ist anzumerken, dass keine Tagesstruktur vorhanden ist und dass suchtspezifische Therapie- und Betreuungsangebote fehlen. Zur Überarbeitung der Konzeption wird deshalb empfohlen:

- Die Inhalte und Ziele der Arbeit im ambulant Betreuten Wohnen sollten unter Berücksichtigung des Personenkreises klar benannt werden.
- Die Zielgruppe muss deutlicher benannt und beschrieben werden.
- Therapieformen und -ansätze, so sie gewollt sind, sollten beschrieben und finanzierbar sein.
- Eine Trennung der inhaltlichen Arbeit im Betreuten Wohnen und Betreuten Einzelwohnen sollte dargestellt werden.
- Wenn die abstinente Lebensführung Ziel der Arbeit ist und den Inhalt bestimmt, so muss dies konzeptionell dargestellt sein.
- Wird der kontrollierte Konsum von Alkohol weiterhin toleriert, muss es ein Regulativ zum definierten Umgang für Nutzer und Mitarbeiter geben.

**10. Tagesstätte und Betreutes Wohnen für seelisch Behinderte, Naumburg
Hilfsverein für psychisch Kranke Naumburg e.V.**
Besuch am 06.02.2001

Die Kommission fand eine Einrichtung vor, die gut strukturiert ist und von den Klienten angenommen wird. Die Ausstattung ist nicht zu beanstanden. Bei geregelter Tagesablauf von 7.00 - 15.30 Uhr werden den Klienten auch genügend Freiräume eingeräumt. Die Zusammenarbeit mit den Institutionen des Landkreises funktioniert gut.

Die Kommission fand einen arbeitsfähigen Vorstand vor, der sich für die betroffenen Behinderten engagiert einsetzt und die Einrichtung mit Leben erfüllt.

Als problematisch wird von der Leiterin der Einrichtung eingeschätzt, dass eine Richtlinie für die Arbeit der Tagesstätten fehle. Ein Entwurf, der in Zusammenarbeit einiger Anbieter entstanden ist, liege seit 1 ½ Jahren beim Ministerium, ohne dass darauf bisher eine Resonanz erfolgt sei.

Weiterhin fehle es an einem nahtlosen Übergang hinsichtlich der Finanzierung zwischen Klinikaufenthalt und Nachbetreuung. Das Kostenrisiko nehme die Einrichtung auf sich und finanziere den Aufenthalt, ohne dass zunächst ein Grundanerkennnis vorliege. Dieses werde oft erst ein halbes Jahr später nachgereicht. Als erschwerendes und manchmal demotivierendes Problem für die Betroffenen wird die nach dem derzeitigen Sozialhilfegesetz nötige finanzielle Heranziehung der Hilfeempfänger (Einsatz des Einkommens und Vermögens) genannt, die sie zu Sozialhilfeempfängern mache.

11. Tagesstätte für seelisch Behinderte, Hohenmölsen, DRK KV Weißenfels e.V.
Besuch am 13.03.2001

Die Kommissionsmitglieder haben in der Tagesstätte einen insgesamt positiven Eindruck gewonnen. In einem ehemaligen Ärztehaus werden in zwei getrennten Bereichen 12 seelisch behinderte Menschen in einer aufgeschlossenen und harmonischen Atmosphäre betreut. Das offene und engagierte Angebot der Mitarbeiter und des Trägers schließt eine wesentliche Lücke im Versorgungsangebot für Menschen mit seelischen Behinderungen. Die Kooperation mit anderen Trägern der Behindertenhilfe ist lobenswert. Die Kommission erhofft dringend durch den Bundesgesetzgeber eine Klärung bezüglich der Höhe des Selbstbehaltes für Tagesstättenbesucher und endlich eine diesbezügliche Gleichstellung der Tagesstättenbesucher mit Besuchern von Behindertenwerkstätten. Die lange Antragsbearbeitungszeit durch den überörtlichen Sozialhilfeträger von derzeit 6 bis 8 Wochen wirkt sich auf die Lebenslage und Krankheitssituation der Betroffenen belastend aus. Die bisher mangelnde Bereitschaft der Kostenträger zur Übernahme der Kosten für regelmäßige Supervision sollte im Interesse einer qualifizierten Arbeit in der Behindertenhilfe erneut auf den Prüfstand gestellt werden. Auch die Übernahme von Kosten für den Fahrdienst für einen bestimmten Personenkreis von Hilfeempfängern muss ausreichend vom Kostenträger gesichert werden.

**12. Seniorenzentrum APH Mähs GmbH und Co KG
mit Wohnheim für behinderte Menschen, Langendorf**
Besuch am 13.03.2001

Die Kommission besuchte das Seniorenzentrum APH Mähs GmbH und Co KG am 13.03.2001 zum ersten Mal. Hier werden insgesamt 140 Bewohner betreut. Es bot sich der Kommission ein architektonisch ansprechendes neu gebautes Pflegeheim für 90 Bewohner sowie ein so genannter älterer Bereich, dessen Bausubstanz auf die Gründerzeit dieser traditionsreichen Einrichtung im Jahre 1720 durch Christoph Buchen zurückgeht; hier leben in einem noch zu sanierenden „Männerhaus“ 18 ältere Bewohner und in zwei weiteren alten Häusern, deren alte Gemäuer bereits gut hergerichtet sind und die innen einen wohnlichen Eindruck machen, je 16 behinderte Bewohner.

Es handelt sich um eine typische „Mischeinrichtung“; hier werden Bewohner mit den unterschiedlichsten Behinderungsarten aufgenommen, körperbehinderte, geistig und mehrfach behinderte, seelisch behinderte und suchtkranke Menschen. Im Seniorenbereich gibt es keinen eigens strukturierten gerontopsychiatrischen Bereich, auch verwirrte und psychisch auffällige Bewohner werden in den üblichen Wohnbereichen mitbetreut. In der pflegerischen und in der betreuenden Versorgung konnte die Kommission beim Durchgang keine Defizite feststellen. Die befragten Bewohner äußerten sich mit der Betreuung zufrieden und schätzen auch das darüber hinausgehende soziale Betreuungsangebot als gut ein. Gespräche mit Mitarbeitern konnten nicht geführt werden. Eine differenziertere Einschätzung der behindertenspezifischen Versorgung und Betreuung, der Umsetzung des vorgelegten Konzepts für die Arbeits- und Beschäftigungstherapie sowie der fachärztlichen gerontopsychiatrischen Versorgung und einer entsprechend ausgerichteten motivierenden Pflege wird kommenden Kommissionsbesuchen vorbehalten sein.

Vom Betreiber wurden die neuen Auflagen durch das 3. Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes, durch die eine übermäßige Bürokratisierung für die Einrichtungen und Dienste befürchtet wird sowie die angeblich zögerliche Bereitschaft des Personals zur Weiterbildung bemängelt. Die beim Besuch angesprochenen und spürbaren hausinternen Differenzen zwischen dem Betreiber und dem Betriebsrat, der die rund 80 Mitarbeiter vertritt, sollten vorrangig im Interesse der Heimbewohner geklärt werden.

Das Heim wird sowohl in der Gemeinde Langendorf als auch im Kreis Weißenfels als wichtiger Wirtschaftsfaktor geschätzt. Der Landkreis ist mit 25 % an der GmbH beteiligt. Das Zentrum ist der größte Arbeitgeber der Gemeinde. Für den Landkreis Weißenfels ist das Seniorenzentrum neben dem Caritas-Heim in Schelkau der zweite große vollstationäre Anbieter für die Betreuung Behinderter und wegen fehlender komplementärer Alternativangebote ein gefragter und gesicherter Bestandteil in der Versorgungslandschaft des Landkreises.

2. Personelle Zusammensetzung des Ausschusses und seiner regionalen Besuchskommissionen

Das letzte Jahr der vierjährigen Berufungsperiode war durch folgende personelle Änderungen gekennzeichnet:

Auf Grund veränderter beruflicher oder persönlicher Bedingungen baten drei Mitwirkende aus den Besuchskommissionen um ihre Entpflichtung aus dem Ehrenamt.

Es wurden abberufen

- Frau Roswitha Schumann, Magdeburg,
- Herr Johannes Pabel, Halle,
- Herr Detlef Meinert, Biederitz.

Ihnen gebührt der Dank des Ausschusses und der Kommissionen für die geleistete Arbeit im gemeinsamen Engagement für die Belange der psychisch Kranken, seelisch und geistig behinderten Menschen im Land Sachsen-Anhalt.

Entsprechend der Verordnung über den Ausschuss konnte der Präsident des Landesamtes für Versorgung und Soziales, Herr Knut Lehmann, folgende Umberufungen vornehmen:

Umberufung:

- Frau Andrea Ristenbieter, zum Mitglied der BK 2,
- Herr Kai-Lars Geppert, zum Mitglied der BK 6.

Der Ausschussvorstand dankt auch in diesem Jahr wieder allen aktiven Mitwirkenden, die im Ausschuss und in den Kommissionen durch die gemeinsame Aufgabe verbunden sind und mit ungebrochenem Engagement und Verantwortungsbewusstsein beharrlich und unbeeindruckt von objektiven Schwierigkeiten und subjektiven Widerständen für die Durchsetzung der gesetzlich verbrieften Rechte und Interessen der psychisch Kranken und Behinderten eintreten.

2.1. Mitglieder und Stellvertreter des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung

Mitglied	Stellvertretendes Mitglied
<u>Vorsitzender</u> Herr Priv. Doz. Dr. med. Felix M. Böcker Chefarzt der Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie am KKH Naumburg	Herr Prof. Dr. med. Bernhard Bogerts Direktor der Klinik für Psychiatrie/ Psychotherapie und Psychosomatik der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
<u>Stellvertretender Vorsitzender</u> Herr Dr. med. Dietrich Rehbein Facharzt für Psychiatrie/Neurologie Amtsarzt Gesundheitsamt Quedlinburg	Frau MR Dr. med. Ilse Schneider Fachärztin für Psychiatrie/Neurologie Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes Gesundheitsamt Magdeburg
Herr Dr. med. Alwin Fürle Ärztl. Direktor d. FKH Bernburg/SALUS gGmbH FKH für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Neurologie	Frau Dr. med. Christiane Keitel Fachreferatsleiterin Psychiatrie Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Sachsen-Anhalt
Frau Dr. med. Ute Hausmann Chefärztin der Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie St. Barbara-KH Halle	Frau Dr. med. Ulrike Feyler Chefärztin der Suchtklinik und Klinik für Forensische Psychiatrie am LKH Bernburg
Frau Susanne Rabsch Sozialarbeiterin im Sozialpsych. Dienst am Gesundheitsamt Wernigerode	Frau Andrea Ristenbieter Sozialarbeiterin im Sozialpsych. Dienst am Gesundheitsamt Halberstadt
Frau Dr. Christel Conrad Fachpsychologin der Medizin Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie und Psychosomatik, OvG-Uni Magdeburg	Herr Prof. Dr. Heinz Hennig Fachpsychologe der Medizin
Frau Angelika Vater Richterin am Amtsgericht Eisleben	Herr Sven Ludwig Richter am Landgericht Stendal
Frau Gabriele Isensee Richterin am Amtsgericht Magdeburg	Herr Ulf Witassek Richter am Amtsgericht Bernburg
Herr Dr. Jörg Kriewitz Richter am Landgericht Dessau	Herr Vizepräsident Erhard Grell Landessozialgericht Sachsen-Anhalt
Herr Abgeordneter Dr. Uwe Nehler Mitglied des Landtags Sachsen-Anhalt Fraktion der SPD	Herr Abgeordneter Manfred Stephan <i>Mitglied des Landtags Sachsen-Anhalt Fraktion der SPD</i>
Frau Abgeordnete Gerda Krause Mitglied des Landtags Sachsen-Anhalt Fraktion des PDS	Frau Abgeordnete Sabine Dirlich Mitglied des Landtags Sachsen-Anhalt Fraktion der PDS
Herr Abg. Prof. Dr. Wolfgang Böhmer Vizepräsident des Landtags Sachsen-Anhalt Fraktion der CDU	Frau Abgeordnete Brunhilde Liebrecht Mitglied des Landtags Sachsen-Anhalt Fraktion der CDU

2.2. Mitglieder und Stellv. Mitglieder der regionalen Besuchskommissionen

Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
Besuchskommission 1	
<u>Vorsitzende der Kommission</u> Frau MR Dr. med. Ilse Schneider FÄ für Psychiatrie und Neurologie Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes am Gesundheitsamt Magdeburg	Herr Dr. med. Bernd Hahndorf Arzt ChA der Klinik für Allgemeine Psychiatrie Fachkrankenhaus Uchtspringe
<u>Stellv. Vorsitzende</u> Frau Dr. rer.nat. Christel Conrad Fachpsychologin der Medizin Klinik für Psychiatrie der Otto-von-Guericke- Universität Magdeburg	Herr Uwe Kleinschmidt Arzt für Allgemeinmedizin/Psychotherapeut Beratender Arzt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt Magdeburg
Herr Sven Ludwig Vorsitzender Richter am Landgericht Stendal	Herr Konrad Bastobbe Vorsitzender Richter am Landgericht Magdeburg
Frau Gerda Krause Mitglied des Landtages Sachsen-Anhalt Fraktion der PDS, Magdeburg	Frau Dr. med. Claudia Glöckner Fachärztin für Psychiatrie am Fachkrankenhaus Psychiatrie/Neurologie Jerichow
Frau Ute Griesenbeck Abteilungsleiterin Diakonisches Werk in der Kirchenprovinz Sachsen e.V. Magdeburg	Herr Tobias Lösch Sozialpädagoge, Bereichsleiter Übergangwohnheim für seelisch Behinderte „Der Weg“ e.V. Magdeburg

Besuchskommission 2	
<u>Vorsitzender der Kommission</u> Herr Dr. med. Alwin Fürle FA für Neurologie und Psychiatrie Ärztl. Direktor des FKH für Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie u. Neurologie Bernburg	Herr MR Dr. med. Volkmar Lischka FA für Neurologie und Psychiatrie Ärztl. Direktor des FKH für Psychiatrie, Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. Neurologie Uchtspringe
Frau Andrea Ristenbieter Sozialarbeiterin Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt Halberstadt	NN
Frau Gabriele Isensee Richterin am Amtsgericht Magdeburg	Herr Thomas Klumpp-Nichelmann Richter am Amtsgericht Dessau
Frau Frances Höfflin Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin, Klinik für Psychiatrie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg	Frau Ines Bachmann Fachkrankenschwester Psychiatrie Klinik für Psychiatrie Otto-von-Guericke- Universität Magdeburg
Frau Sabine Dirlich Mitglied des Landtages Sachsen-Anhalt Fraktion der PDS, Magdeburg	Frau Hannelore Bode Diplom-Sozialarbeiterin, Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt Magdeburg

Mitglieder	Stellv. Mitglieder
Besuchskommission 3	
<u>Vorsitzender der Kommission</u> Herr Dr. med. Dietrich Rehbein FA für Neurologie und Psychiatrie Amtsarzt Gesundheitsamt Quedlinburg	Herr Prof. Dr. Bernhard Bogerts Direktor der Psychiatrischen Klinik der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
<u>Stellv. Vorsitzende</u> Frau Birgit Garlipp Geschäftsführerin und Leiterin der Beratungsstelle der Lebenshilfe Sachsen-Anhalt e.V., Magdeburg	Frau Evelin Nitsch Fachreferentin Gefährdetenhilfe/ Soziale Psychiatrie, DPWV Sachsen-Anhalt, Magdeburg
Herr Mario Gottfried Richter am Amtsgericht Halle-Saalkreis	Herr Erhard Grell Vizepräsident Landessozialgericht, Halle
Frau Dagmar Brinker Sozialarbeiterin Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt Anhalt Zerbst-Roßlau	Frau Ute Schinsel Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin Leiterin der Betreuungsbehörde am Gesundheitsamt Quedlinburg
<i>Herr Manfred Stephan Mitglied des Landtages Sachsen-Anhalt Fraktion der SPD, Magdeburg</i>	NN

Besuchskommission 4	
<u>Vorsitzende der Kommission</u> Frau Susanne Rabsch Sozialarbeiterin Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt Wernigerode	Herr Klaus-Dieter Böhnke Diplom-Psychologe Berufsförderungswerk Staßfurt
<u>Stellv. Vorsitzender</u> Herr Dr. med. Meinulf Kurtz FA für Neurologie und Psychiatrie ChA d. Psychiatrischen Klinik Ballenstedt am Klinikum Quedlinburg	Herr Dr. med. Nikolaus Särchen FA für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie Ltd. Abt.-Arzt der Klinik für Psychiatrie / Psychotherapie der Bosse Klinik Wittenberg
Frau Martina Klein Oberstaatsanwältin Staatsanwaltschaft Magdeburg	Herr Rolf Lutze Richter Direktor des Amtsgericht Herzberg am Harz
Frau Gundel Giesecke Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin Ceciliienstift Halberstadt, Wohnheim im Park	Frau Elke Borchert Diplom-Sozialarbeiterin, Leiterin Betreutes Wohnen und Tagesstätte für psychisch Kranke, AWO Halberstadt
Herr Dr. Uwe Nehler Mitglied des Landtages Sachsen-Anhalt Fraktion der SPD, Magdeburg	Herr Prof. Dr. Heinz Hennig Fachpsychologe der Medizin Psychologischer Psychotherapeut

Mitglieder	Stellv. Mitglieder
Besuchskommission 5	
<u>Vorsitzender der Kommission</u> Herr Dr. Frank Fernau FA für Allgemeinmedizin u. Öffentliches Gesundheitswesen Amtsarzt, Gesundheitsamt Weißenfels	Frau Dr. med. Ulrike Feyler ChÄ der Suchtklinik des FKH Bernburg und ChÄ des LKH für Forensische Psychiatrie
<u>Stellv. Vorsitzende</u> Frau Angelika Vater Richterin am Amtsgericht Eisleben	Herrn Ulf Witassek Richter am Amtsgericht Bernburg z.Z. Oberlandesgericht Naumburg
Frau Sylvia Herrmann Diplom-Sozialpädagogin, Leiterin des Betreuungsvereins Diak. Werk, Aschersleben	Frau Marion Rehfeldt Diplom-Sozialpädagogin Diakonie-Werkstätten Halberstadt
Frau Brunhilde Liebrecht Mitglied des Landtages Sachsen-Anhalt Fraktion der CDU, Magdeburg	Herr Hermann Günther Diplom-Pädagoge, Heimbereichsleiter in „Schloss Hoym“ e.V., Hoym
Frau Ilse Hackert Fachkrankenschwester - Gerontopsychiatrische Klinik des FKH Bernburg	Frau Claudia Matzel Diplom-Sozialpädagogin Leiterin der Tagesstätte für seelisch Behinderte/ psychisch Kranke d. Diakon. Werk Bernburg

Besuchskommission 6	
<u>Amt. Vorsitzender</u> Herr Prof. Dr. med. habil. Helmut Späte FA für Psychiatrie u. Neurologie - Klinische Geriatrie Stellv. Ärztlicher Leiter des Psychiatrischen Krankenhauses Halle	Frau Evelyne Leipoldt Sozialarbeiterin Naumburg
Herr Kai-Lars Geppert Sozialarbeiter, Wohnheimleiter für seelisch Behinderte, Riebeck-Stiftung Halle	NN
Frau Dr. med. Ute Hausmann ChÄ der Kinder- und Jugendpsychiatrie St. Barbara-Krankenhaus Halle	Herr Priv.-Doz. Dr. med. Helmut Heinroth FA für Psychiatrie/Neurologie u. Sozialmedizin, Amt. ChA Maßregelvollzug Uchtspringe
Frau Anne Schmidt Richterin am Amtsgericht Merseburg	Herr Michael Thiel Staatsanwalt Staatsanwaltschaft Halle/ Zwgst. Naumburg
Frau Dr. med. Christiane Keitel Fachreferatsleiterin Psychiatrie, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung LSA Magdeburg	Herr Dr. Uwe Salomon Fachberater Sekundär- u. Tertiärprävention AOK Sachsen-Anhalt, Halle