



**PROGRAMM UND BERICHT
DER LANDESREGIERUNG
ZUR**

**PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG
IM LAND SACHSEN-ANHALT**

Magdeburg, Juni 1992

Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt
- Abt. Gesundheit -

	Seite
Vorwort	6
Programm der Landesregierung zur psychiatrischen Versorgung im Land Sachsen-Anhalt	7
Bericht der Landesregierung- zur psychiatrischen Versorgung im Land Sachsen-Anhalt	10
I. Einleitung	10
II. Ausgangssituation	11
1. Ambulante Versorgung	12
2. Stationäre Versorgung	12
2.1. Bezirkskrankenhaus Uchtspringe	14
2.2. Bezirkskrankenhaus Haldensleben	14
2.3. Bezirkskrankenhaus Bernburg	15
2.4. Fachkrankenhaus Jerichow	15
2.5. Fachkrankenhaus Vitzenburg	15
2.6. Hochschulkliniken	16
2.7. Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern	16
3. Komplementäre Einrichtungen	16
3.1. Psychiatrisches Pflegeheim Hoym	17
3.2. Neinstedter Anstalten	17
3.3. Rehabilitationseinrichtung Rammelsburg	17
4. Personalsituation	17
5. Hilfsvereine, Angehörigenverbände	18
III. Entwicklung seit 1990	18
1. Ambulanter Bereich	18
2. Sozialpsychiatrische Dienste	19
3. Institutsambulanzen	19
4. Sozialpädiatrische Zentren	19
5. Stationäre Bereiche	20
5.1. Psychiatrie	20
5.2. Neurologie	21
5.3. Kinder- und Jugendpsychiatrie	21
6. Tageskliniken	21
7. Maßregelvollzug	22
8. Investitionen in den Landeskrankenhäusern	22
9. Untersuchungskommission Verstöße Psychiatrie	22
10. Aufbau gesetzlicher Grundlagen	23
11. Komplementärversorgungsbereiche	23
12. Entwicklung im Bereich Drogen und Sucht	23

	Seite
IV. Empfehlungen und Perspektiven	25
1. Vor- und Nachsorge	25
1.1. Sozialpsychiatrische Dienste	26
1.2. Laienhilfe	26
1.3. Hilfen durch Sozialstationen	26
2. Ambulante ärztliche Behandlung	27
3. Stationäre Versorgung	28
3.1. Landeskrankenhäuser und psychiatrische Fachkrankenhäuser	28
3.1.1. Landeskrankenhaus Uchtspringe	29
3.1.2. Landeskrankenhaus Haldensleben	30
3.1.3. Landeskrankenhaus Bernburg	30
3.1.4. Fachkrankenhaus Jerichow	31
3.1.5. Fachkrankenhaus für Kinder- und Jugendpsychiatrie Vitzenburg	31
3.2. Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern	31
3.3. Hochschulkliniken	32
4. Komplementäre Versorgung	33
4.1. Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK)	33
4.2. Übergangswohnheime	34
4.3. Wohnheime	34
4.4. Wohngruppen für seelisch Behinderte	35
4.5. Pflegeheime für seelisch Behinderte	35
4.6. Psychogeriatrische Pflegeheime	35
4.7. Betreutes Wohnen (betreute Wohngemeinschaften)	36
5. Rehabilitation	36
5.1. Werkstätten für Behinderte	37
5.2. Selbsthilfefirmen	38
5.3. Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt	38
6. Maßnahmen im Bereich Sucht	38

	Seite
Anhang	
- Daten zur Psychiatrie in Tabellen	41
- Bericht der Gutachterkommission zu Verstößen in der Psychiatrie in den Landeskrankenhäusern des Landes Sachsen-Anhalt (Bernburg, Haldensleben, Uchtspringe)	55
- Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt (Psych KG LSA) vom 30. Januar 1992	64
- Maßregelvollzugsgesetz für das Land Sachsen-Anhalt (MVollz G LSA) vom 9. Oktober 1992	74
- Literaturhinweise	84
- Wichtige Adressen	
Krankenhäuser mit psychiatrischen, neurologischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen im Land Sachsen-Anhalt (Stand: August 1992)	85
Sozialpsychiatrische Dienste im Land Sachsen-Anhalt (Stand: August 1992)	87
Beratungs- und ambulante Behandlungsstellen für Suchtkranke im Land Sachsen-Anhalt (Stand: September 1992)	91
Alten- und Pflegeheime, in denen geistig und seelisch Behinderte untergebracht sind (Stand: Januar 1992)	95
Wohnheime, in denen geistig und seelisch Behinderte untergebracht sind (Stand: Januar 1992)	107
Heime, in denen geistig behinderte Kinder untergebracht sind (Stand: Januar 1992)	112
Anerkannte Werkstätten für Behinderte (Stand: Januar 1992)	116

LIEBE MITBÜRGERINNEN, LIEBE MITBÜRGER,



die Geschichte der Psychiatrie in der ehemaligen DDR ist eine Geschichte der Unzulänglichkeiten und Versäumnisse, der Benachteiligung psychisch Kranker, der Gleichgültigkeit und des Hochmuts politisch Verantwortlicher und staatlicher Organe und damit auch Spiegelbild eines menschenverachtenden Systems.

Die Verhältnisse in der Psychiatrie der ehemaligen DDR wurden demzufolge auch in verschiedenen Veröffentlichungen und Berichten als menschenunwürdig gebrandmarkt. 40 Jahre Vernachlässigung haben tiefe Spuren hinterlassen.

Mit der Ablösung der Zuständigkeit der Räte der Bezirke Halle und Magdeburg für die Psychiatrie im Jahre 1990 und dem Aufbau des Ministeriums für Arbeit und Soziales im Land Sachsen-Anhalt wurde die Verbesserung der Lage in der Psychiatrie zu einem wesentlichen Kernstück der Gesundheitspolitik.

Dazu war zunächst eine umfassende Bestandsaufnahme dringend notwendig.

Erhebliche bauliche Mängel, unzulängliche Sanitär- und Gemeinschaftseinrichtungen, große Schlafräume, mangelhafte personelle Ausstattung, fehlende Therapiemöglichkeiten und ein großer Anteil von Behinderten, die in psychiatrischen Krankenhäusern fehluntergebracht sind, waren das bedrückende Ergebnis dieser Bestandsaufnahme.

Eine gemeindenahere Versorgung war für viele Kreise unseres Landes nicht realisiert. Hier sind besonders große Defizite im Südtel des Landes zu finden. Hinzu kommen Pauschalverurteilungen und weitverbreitete Vorurteile gegenüber der Psychiatrie, die sicher zu einem bedeutenden Teil eine Folge der Ausgrenzungs- und Abschottungspolitik gegenüber psychisch Kranken in der ehemaligen DDR sind.

Diese Mißstände stellen eine Herausforderung für die Politik im Land Sachsen-Anhalt dar.

Nach den Erfahrungen der alten Länder sind Veränderungen in der Psychiatrie nicht in kurzer Zeit zu erreichen. Nachdem das Land Sachsen-Anhalt als erstes neues Land gesetzliche Grundlagen über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt - PsychKG LSA - vom 30. Januar 1992, GVBl. LSA S. 88) geschaffen hat und das Maßregelvollzugsgesetz für das Land Sachsen-Anhalt (MVollzG LSA) am 9. Oktober 1992 verabschiedet wurde, das die Unterbringung psychisch kranker und abhängigkeitskranker Straftäter regelt, soll mit dem vorliegenden Programm die langfristige Entwicklungsrichtung aufgezeigt werden.

In dem Programm sind Vorhaben festgehalten, deren Realisierung weit über die jetzige Legislaturperiode hinausreicht. Dieses Programm ist als Richtschnur zu sehen. Es entspricht dem programmatischen Charakter der dort enthaltenen Aussagen, aber auch der derzeitigen Aufbausituation im Land Sachsen-Anhalt, daß die vielen notwendigen Einzelschritte zur Verbesserung der Lage der Psychiatrie nicht in ein kurz-, mittel- und langfristiges Zeitraster eingeordnet werden können. Die realistische Einschätzung der Ausgangssituation und die vielfältig notwendigen Detailabklärungen lassen umfassende zeitliche Festlegungen zur Verwirklichung der programmatischen Aussagen zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht zu.

Da die Behandlung, Betreuung und weitere Hilfe für psychisch Kranke und Behinderte viele Bereiche des gesellschaftlichen Lebens betreffen, können die notwendigen Veränderungen nur durch gemeinsame Anstrengungen von Land, Kommunen, freien Verbänden, Kirchen, privaten Trägern, Laieninitiativen und vielen ehrenamtlichen Helfern erreicht werden. Der psychisch Kranke darf nicht außerhalb der Gemeinschaft stehen; es ist in einer humanen Gesellschaft für uns alle eine wesentliche Aufgabe und Verpflichtung, gerade auch diesen Mitbürgern bei den krankheitsbedingten Schwierigkeiten und Problemen Respekt und Achtung entgegenzubringen, ihnen Hilfe und Verständnis zukommen zu lassen und ihre menschliche Würde jederzeit zu achten.

Ich danke allen Mitarbeitern in den Krankenhäusern, den Heimen und anderen Einrichtungen, aber auch den Menschen, die in nachbarschaftlicher Hilfe sich psychisch Kranker annehmen, für ihre geleistete Arbeit und darf sie bitten, sich in den Prozeß der Umgestaltung der psychiatrischen Versorgung im Land Sachsen-Anhalt weiter aktiv einzubringen.

Ihr Werner Schreiber

Minister für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt

PROGRAMM DER LANDESREGIERUNG ZUR PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG IM LAND SACHSEN-ANHALT

Die Landesregierung hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Situation der psychisch kranken Menschen in Sachsen-Anhalt nachhaltig zu verbessern.

Ihren Vorschlägen zur notwendigen Reform legt sie folgende Grundprinzipien zugrunde:

- das Prinzip der Gleichsetzung psychisch Kranker mit körperlich Kranken
- das Prinzip der gemeindenahen Versorgung
- das Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten
- das Prinzip des Vorrangs der ambulanten vor der stationären Behandlung
- das Prinzip der bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste

Grundlegendes Ziel der Reform ist es, von einer verwahrenden zu einer therapeutischen und rehabilitativen Psychiatrie zu kommen.

1. VOR- UND NACHSORGE

Die Landesregierung wird dafür Sorge tragen, daß psychisch Kranke und seelisch Behinderte soweit wie möglich in der örtlichen Gemeinschaft beheimatet bleiben. Dazu gilt es, soziale Dienste und der psychiatrischen Versorgung dienende Einrichtungen dem Bedarf entsprechend gemeindenah aufzubauen.

Eine wesentliche Aufgabe nehmen dabei neben den niedergelassenen Nervenärzten qualifiziert arbeitende sozialpsychiatrische Dienste wahr. Mit dem Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt ist hierfür die gesetzliche Grundlage geschaffen worden.

Stärker als bisher gilt es, Sozialstationen und andere soziale Dienste in die Früherkennung, Betreuung und Pflege psychisch Kranker und Behinderter einzubeziehen. Dazu gehört die Arbeit von Selbsthilfegruppen, aber auch die Errichtung von Tagesstätten und Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion.

2. AMBULANTE BEHANDLUNG

Das Ziel des Verbleibens psychisch Kranker in der häuslichen Gemeinschaft ist ohne ambulante ärztliche Behandlung durch praktische Ärzte, Fachärzte für Allgemeinmedizin und insbesondere durch Nervenärzte nicht zu verwirklichen. Sie bilden die wesentliche Säule der medizinischen Betreuung psychisch Kranker. Die Landesregierung wird gemeinsam mit den ärztlichen Organisationen dafür Sorge tragen, daß bestehende Lücken in der nervenärztlichen Versorgung im Land geschlossen werden.

3. STATIONÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG

Die Landesregierung vertritt die Auffassung, daß die psychiatrischen Fachkrankenhäuser auch in Zukunft einen unverzichtbaren Platz in der psychiatrischen Versorgung einnehmen. Für die Behandlung psychisch Kranker gilt es, in den Landeskrankenhäusern, den Fachkrankenhäusern und den Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern angemessene therapeutische Bedingungen zu schaffen. Die Landesregierung sieht in einer ausreichenden personellen und baulichen Ausstattung der stationären Psychiatrie eine wesentliche Voraussetzung zur erfolgreichen Behandlung und Rehabilitation von psychisch Kranken.

Dazu gilt es,

- die Sanierung der Landeskrankenhäuser vorzunehmen
- an Allgemeinkrankenhäusern den Aufbau von psychiatrischen Abteilungen zu fördern, die dem Vollversorgungsaspekt gerecht werden
- die Strukturierung der stationären Einrichtungen voranzutreiben, die den neueren Erkenntnissen der Psychiatrie entsprechen
- die Behandlungsverfahren weiterzuentwickeln
- den verschiedenen Krankheitsbildern angemessene differenzierte Behandlungsmöglichkeiten vorzusehen
- die personelle Ausstattung dem notwendigen Bedarf anzupassen
- die psychiatrischen Krankenhäuser auf den regionalen Bedarf auszurichten
- die Errichtung von Tageskliniken in Anbindung an psychiatrische Fachkrankenhäuser zu fördern
- den Aufbau von psychiatrischen Institutsambulanzen nach §§ 118 und 120 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zu unterstützen
- Aus- und Fortbildungsmaßnahmen für alle Mitarbeitergruppen intensiv zu betreiben.

4. KOMPLEMENTÄRE VERSORGUNG

Als Bindeglied zwischen Krankenhäusern und örtlicher Gemeinschaft haben Heime und Wohngemeinschaften eine wesentliche Funktion.

Es ist als unbestritten anzusehen, daß zur gesellschaftlichen Integration psychisch Kranker, insbesondere chronisch psychisch Kranker und Behinderter, die oftmals keine funktionierende Familie mehr haben, geschütztes Wohnen in abgestufter Form in besonderem Maße geeignet ist. Dazu gehören verschiedene Wohnformen, Übergangseinrichtungen und Wohnheime.

Deshalb wird die Landesregierung in Abstimmung mit der freien Wohlfahrtspflege und den Kommunen die Errichtung von betreuten Wohngemeinschaften fördern.

5. REHABILITATION

Eine angemessene Rehabilitation und berufliche Wiedereingliederung haben für psychisch Kranke und seelisch Behinderte einen hohen Stellenwert. Die Landesregierung wird sich dafür einsetzen, den Zugang zu geeigneten Rehabilitationsmaßnahmen zu erleichtern und einen an dem Bedarf ausgerichteten Stand von Rehabilitationseinrichtungen und Werkstätten für Behinderte zu schaffen. Dazu sollen auch Betriebe, die Behinderte in das Arbeitsleben eingliedern, gewonnen und ggf. gezielt unterstützt werden. Die Landesregierung will sich für die Umsetzung des Gebotes "Rehabilitation vor Rente" auch für psychisch Kranke und Behinderte einsetzen.

6. BEHANDLUNG BESONDERER GRUPPEN PSYCHISCH KRANKER

- Für psychisch kranke Kinder und Jugendliche gilt es, differenzierte Behandlungseinrichtungen zur Verfügung zu stellen, die den zu beachtenden Besonderheiten in der Versorgung dieser Patienten gerecht werden und sich durch enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Fachleuten aus den Bereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Pädiatrie, der Psychologie, der Psychotherapie, der Erziehung und der Bildung auszeichnen.
- Für chronisch psychisch Kranke sind im ambulanten, stationären und komplementären Bereich bedarfsgerechte Behandlungs-, Förder- und Rehabilitationsmaßnahmen vorzusehen und einzurichten.
- Für psychisch kranke alte Menschen sind spezifische geronto-psychiatrische Versorgungsstrukturen aus- bzw. aufzubauen, die in die regionale Versorgung eingebunden sind.
- Für psychosomatisch Kranke sind Versorgungsstrukturen auszubauen, die den vielschichtigen Ursachen psychosomatischer Erkrankungen gerecht werden.
- Psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten gilt es, im ambulanten wie auch im stationären Bereich kontinuierlich zu entwickeln.
- Für Kranke mit neurologischen Störungen sind bedarfsgerechte Behandlungseinrichtungen in regionaler Ausgewogenheit bereitzustellen. Die neurologischen Abteilungen der Landeskrankenhäuser sind dazu derzeit unverzichtbare Bestandteile.
- Für Abhängigkeitskranke (Alkoholranke, Medikamentenabhängige und Drogenabhängige) ist ein abgestuftes Angebot von Beratungs- und ambulanten Behandlungseinrichtungen, von stationären Entgiftungsmöglichkeiten, von Entwöhnungs- und Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung zu stellen.
- Für psychisch kranke Straftäter sind Maßregelvollzugseinrichtungen im Land Sachsen-Anhalt aufzubauen, die dem vom Gesetzgeber in den Vordergrund gestellten Besserungsaspekt durch konkrete und sorgfältige Behandlungs- und Wiedereingliederungsmaßnahmen gerecht werden und dabei den notwendigen Schutz der Gesellschaft gewährleisten.

BERICHT DER LANDESREGIERUNG ZUR PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG IM LAND SACHSEN-ANHALT

I. EINLEITUNG

Die programmatischen Aussagen bauen auf einer Bestandsaufnahme zur Lage der psychiatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt und einer darauf basierenden Analyse vorhandener Defizite und der zu deren Ausgleich notwendigen und möglichen Maßnahmen auf.

Nachdem die ehemalige DDR am 3. Oktober 1990 der Bundesrepublik Deutschland beigetreten ist, gilt es auch in Bezug auf die psychiatrische Versorgung, der im Artikel 72 Abs. 2 des Grundgesetzes verankerten Forderung zu entsprechen, in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland vergleichbare Lebensverhältnisse zu schaffen. Der Einigungsvertrag vom 31. August 1990 i.V.m. Art. 1 des Einigungsvertragsgesetzes vom 23. September 1990 (BGBl. II S. 885), zuletzt geändert durch § 47 Abs. 1 des Stasi-Unterlagen-Gesetzes vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2272) greift diesen Auftrag in Artikel 33 Abs. 1 für den Bereich des Gesundheitswesens auf und bestimmt, ausdrücklich für den Bereich der stationären Versorgung, daß das Niveau der Versorgung in den neuen Bundesländern "zügig und nachhaltig verbessert und der Situation im übrigen Bundesgebiet angepaßt wird". Die Psychiatrie mit ihren auch in der stationären Versorgung gelegenen Schwerpunkten hat den gleichen Rang wie etwa die somatische medizinische Versorgung.

Die Verbesserung der Lage der psychisch Kranken und ihrer Angehörigen kann nur gelingen, wenn das Land, die Kommunen, die Kostenträger, die Verwaltungen, die Träger der freien Wohlfahrtspflege, Hilfsvereine, Angehörigenverbände, Öffentlichkeit und Medien sich zur gemeinsamen Anstrengung zusammenfinden. Die Schaffung der notwendigen Voraussetzungen für eine zeitgemäße, modernen medizinischen Erkenntnissen und der Würde des Menschen entsprechenden psychiatrischen Versorgung ist nicht allein die Sache der beruflich mit der Psychiatrie befaßten Personen.

Die skandalösen Verhältnisse von der psychiatrischen Anstalt Waldheim in Sachsen wurden von den Medien in die Öffentlichkeit getragen. Sie sind jedoch, was den eklatanten Mißbrauch der Psychiatrie angeht, nicht zu verallgemeinern.

So haben Ärztliche Direktoren Anweisungen von Bezirksärzten bzw. Kreisärzten, Patienten in die Krankenhäuser aufzunehmen, nicht entsprochen, teilweise sogar entgegen gehandelt. Auch dürfte SED-Parteimitgliedschaft nicht allein schon als Indiz für einen den Patienten nicht zuträglichen oder möglicherweise mißbräuchlichen Umgang mit der Psychiatrie gewertet werden können.

Die Situation der psychiatrischen Versorgung in der ehemaligen DDR und auch im Land Sachsen-Anhalt ist das Ergebnis vielfältiger und widersprüchlicher Zusammenhänge und Entwicklungstrends. Bis in die Gegenwart besteht eine Dominanz des psychiatrischen Krankenhauses. Dort waren in den letzten Jahren der DDR nur wenige tiefgreifende Verbesserungen der Lage der psychisch Kranken eingeleitet worden.

Eine wesentliche Rolle dabei spielten ökonomische Zusammenhänge und eine Mangelsituation in der materiellen und personellen Ausstattung im stationären und ambulanten Bereich, die vor allem in den letzten Jahren zum Teil katastrophale Ausmaße annahmen. Ein wichtiger Grund dafür war auch das Fehlen einer demokratischen Öffentlichkeit, was dazu führte, daß das kritische Potential von Angehörigen, Betroffenen, in der Bevölkerung und den Massenmedien sowie innerhalb der Psychiatrie selbst praktisch nicht zur Geltung kommen konnte.

Der im Laufe der Jahre zunehmende Trend, das Erreichte schon als vorbildlich hinzustellen, behinderte wie in vielen anderen gesellschaftlichen Bereichen auch in der Psychiatrie die Offenlegung der schlimmen Zustände in den Krankenhäusern und der Mängel im ambulanten Bereich und damit auch die Auseinandersetzung mit diesen Verhältnissen.

II. AUSGANGSSITUATION

Die im Auftrage des Bundesministers für Gesundheit erarbeitete und vom 30. Mai 1991 datierte Analyse "Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR/Bestandsaufnahme und Empfehlungen" enthält auch Ausführungen zur Situation im Land Sachsen-Anhalt.

Darin wird vor allem bemängelt, daß die stationären psychiatrischen Einrichtungen und die zum Teil in diesen vorhandenen Bettenkapazitäten nicht ausreichen, um eine gemeindenahere Versorgung sicherzustellen. Dies gelte im besonderen Maße für die dichtbesiedelten Süddeile des Landes.

Die Bausubstanz der psychiatrischen Einrichtungen sei im allgemeinen überaltert und finde sich zum Teil in einem desolaten Zustand.

Dabei wurden vor allem der hohe Anteil von Bettensälen, die mangelhafte sanitäre Einrichtung, die zu kleinen Aufenthaltsbereiche, der Mangel an Speiseräumen und das Fehlen von Räumen für die Beschäftigungstherapie kritisiert. Komplementäre Einrichtungen wie etwa geschützte Wohnangebote und Tageskliniken fehlten weitgehend, gerontopsychiatrische Patienten seien völlig unzureichend versorgt, ebenso fehlten Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte. Auch die ambulante nervenärztliche Versorgung des Landes Sachsen-Anhalt sei unzureichend. Im stationären Bereich sei nicht nur die Anzahl der Ärzte ungenügend, besonders stark sei auch der Mangel bei den im Pflegebereich Tätigen. Ähnliches gelte für die ergotherapeutischen Bereiche (Beschäftigung und Arbeitstherapie), den Sozialdienst und für pädagogisch geschultes Personal. Die Kliniken seien mit geistig Behinderten überfüllt und die forensisch psychiatrischen Kapazitäten nicht ausreichend.

Diese Einschätzung wurde von Fachkollegen vorgenommen, die aus einem Land stammen, das von 1975 an im Ergebnis der Psychiatrie-Enquête psychiatrische Reformen vorgenommen hat, da dort selbst unzureichende Versorgungsstrukturen bestanden.

Es muß hier erwähnt werden, und dies ist allgemein anerkannt, welche untergeordnete Rolle psychisches Kranksein oder eine Alkoholabhängigkeit im Prioritätenkatalog des sogenannten real existierenden Sozialismus gespielt hat. Sozialismus und das Entstehen von Psychosen oder Abhängigkeiten waren als unvereinbar eingestuft worden. In diesem Sinne war es auch eine politische Haltung, die Psychiatrie der ehemaligen DDR im Verhältnis zu anderen medizinischen Bereichen mit wesentlich geringeren Investitionen zu versehen.

Es bleibt die Frage offen, inwieweit die Anpassung von in leitenden Funktionen befindlichen Mitarbeitern der psychiatrischen Bereiche an das bestehende System Fortschritte bei der Schaffung menschenwürdigerer Verhältnisse für psychisch Kranke behindert hat oder ob derartige Verbesserungen sogar willentlich verhindert wurden, da zweifellos verschieden ausgeprägte, jedoch nicht unerhebliche Systemkonformität zu verzeichnen war. Andererseits lassen Einzelanalysen psychiatrischer Einrichtungen erkennen, daß das insbesondere vom Pflegepersonal ausgehende Niveau an Zuwendung zu den Patienten, die ärztlich-therapeutischen Aktivitäten und genutzte Gestaltungsmöglichkeiten der Verwaltungsbereiche mancherorts westlichem Standard entsprochen haben oder ähnlich sind.

Es ist daher auch nicht angezeigt, allzu oberflächliche Aussagen über eine weit verbreitete Korrumpierung oder ideologische Verseuchung der in der Psychiatrie Tätigen vorzunehmen. Eine Aufklärung möglicher individueller Schuld liegt allerdings im Interesse aller in der Psychiatrie Tätigen.

Für die Psychiatrie der ehemaligen DDR ging eine bis zuletzt vielerorts ziemlich einseitig biologisch ausgerichtete pathogenetische und therapeutische Auffassung in der Psychiatrie mit der Vernachlässigung der psychosozialen Dimension einher.

Diese verhinderte von vornherein mehrdimensionale therapeutische und rehabilitative Initiativen und Veränderungen; sie zeigt sich in bestehender Verklammerung zwischen Neurologie und Psychiatrie sowie auch bei der Vermischung und Verzahnung neurologischer und psychiatrischer Krankenhausstrukturen.

Darin muß mit eine Ursache für die Ausgrenzung und Verwahrung besonders der von chronischen Verlaufsformen betroffenen Patienten anzusehen sein. Kein Bereich der Medizin ist, wie deren kritische Analyse seit ihrem Eintritt in die wissenschaftliche Ära beweist, als ideologieanfälliger einzustufen als die Psychiatrie. Insofern sind die Geschichte und die Entwicklung der Psychiatrie ein getreues Spiegelbild der jeweiligen gesellschaftlichen und sozialen Gegebenheiten und Tendenzen.

1. Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung der Bevölkerung auf dem Gebiet der ehemaligen DDR und auch der Bezirke Halle und Magdeburg wurde in erster Linie durch die Kreispolikliniken, Ambulatorien und staatlichen Arztpraxen sowie vereinzelt Dispensaires für spezielle Patientengruppen gewährleistet. Den poliklinischen Fachabteilungen in den Kreisen und Stadtbezirken oblag die Versorgungspflicht für die ihnen zugewiesenen Regionen. Sie waren damit für die psychiatrische Grundversorgung der Bevölkerung zuständig.

In der Regel war auf der Kreisebene jeweils eine Abteilung für Neuropsychiatrie in den Polikliniken eingerichtet. Das im Prinzip flächendeckend konzipierte System war jedoch vor allem in ländlichen Gebieten in den letzten Jahren zunehmend lückenhaft geworden und nur unzureichend mit psychiatrischen Fachkräften besetzt. In dem Aufgabenspektrum dieser ambulanten Einrichtungen bündelte sich ärztliche Behandlung mit Vor- und Nachsorge sowie sozialfürsorgerischer Tätigkeit.

Sowohl in der Ausstattung mit Personal und Räumlichkeiten als auch in der Nutzung der multiprofessionellen Möglichkeiten der Einrichtungen ergaben sich erhebliche Unterschiede. Die multiprofessionellen Möglichkeiten sind nach Analysen der Polikliniken nur vereinzelt intensiv genutzt worden. Nahezu überall machte den Hauptanteil der Arbeitsbelastungen die ärztliche Behandlung aus. Ärztliche Hausbesuche wurden weniger wahrgenommen.

In die ambulante Versorgung der Bevölkerung waren die Fachambulanzen der Krankenhäuser eingebunden. Diese übernahmen zum Teil auch fürsorgerische Aufgaben.

Insgesamt kann eingeschätzt werden, daß die ambulante Versorgung in den beiden Bezirken, die dem jetzigen Land Sachsen-Anhalt angehören, nicht umfassend gewährleistet werden konnte.

2. Stationäre Versorgung

Ein globaler Überblick vermittelt den Eindruck, daß der Zustand der psychiatrischen Krankenhäuser im Jahre 1990 den Verhältnissen ähnelt, wie sie in der Krankenhauspsychiatrie in den alten Ländern vor Beginn der großen Investitionswelle Anfang der 70er Jahre bestand.

Dabei sind die Auswirkungen der historischen Entwicklung in den letzten 100 Jahren noch deutlich spürbar. Ende des 19. Jahrhunderts hatte die in der Fachwelt herrschende Meinung, eine gemeindeferne Betreuung psychisch Kranker sei für diese von Vorteil, die Folge, daß gemeindeferne Einrichtungen aufgebaut wurden (z.B. Uchtsprunge). Erst in den 20er Jahren dieses Jahrhunderts traten therapeutische und rehabilitative Gesichtspunkte in den Vordergrund, wobei diese Entwicklung mit dem Nationalsozialismus beendet wurde. Mit der Verbreitung von Psychopharmaka konnte wieder eine Orientierung an therapeutischen und rehabilitativen Grundsätzen erfolgen. Dies hat jedoch zu keinen grundlegenden Veränderungen in der stationären Versorgung in hiesigem Einzugsgebiet geführt.

Im Land Sachsen-Anhalt existieren 17 Krankenhäuser, die psychiatrische bzw. neuropsychiatrische Abteilungen aufweisen. Dabei waren die größten Einrichtungen die drei Bezirkskrankenhäuser für Psychiatrie und Neurologie. Von den in Trägerschaft der Räte der Bezirke befindlichen Einrichtungen gehörten zwei zum Bezirk Magdeburg (Uchtsprunge, Haldensleben) und eine zum Bezirk Halle (Bernburg). Alle drei Bezirkskrankenhäuser hatten eine Ausrichtung in Psychiatrie, Neurologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Es gibt auf dem Gebiet des Landes Sachsen-Anhalt zwei Fachkrankenhäuser, die nicht in Trägerschaft der Bezirksverwaltung standen. Das eine ist das Fachkrankenhaus Jerichow mit einer Ausrichtung in Psychiatrie und Neurologie sowie Innere Medizin. Das zweite Fachkrankenhaus ist die Vitzenburg. Dieses ist eine rein kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtung.

Innerhalb der Neinstedter Anstalten ist eine Krankenhausabteilung vom Status her als Fachkrankenhaus aufzufassen, aber mit 35 Betten nicht mit allen therapeutischen Möglichkeiten ausgestattet.

Weiterhin existieren zwei medizinische Hochschuleinrichtungen, die Nervenlinik der Martin-Luther-Universität Halle mit Betten in der Psychiatrie, in der Neurologie und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Nervenlinik der Medizinischen Akademie Magdeburg mit Neurologie- und Psychiatriebetten sowie Betten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Neben den größeren psychiatrischen Einrichtungen existieren noch zehn weitere stationäre Bereiche, wobei für diese festzustellen ist, daß eine Trennung zwischen Neurologie und Psychiatrie nicht eindeutig bestand. Diese Einrichtungen bestanden in Aschersleben, Blankenburg, Dessau, Elbingerode, Halle, Hettstedt, Magdeburg-Olvenstedt und Neinstedt.

Alle Einrichtungen verfügen über Fachambulanzen, die zur ambulanten Versorgung herangezogen wurden. In den Bezirkskrankenhäusern gab es Schlafsäle mit zehn und mehr Betten, teilweise sogar ohne Abtrennung durch Nachttische. Auch waren Stationsgrößen mit bis zu 60 und mehr Patienten zu finden. Bei einem viel zu geringen Personalbestand waren überall Anzeichen einer überwiegend verwahrenden Psychiatrie zu erkennen.

Besonders ungünstig ist die stationäre psychiatrische Betreuung in der Stadt Halle und im ehemaligen Bezirk Halle gewesen. Seit Jahrzehnten ist der Großraum Halle mit der Stadt Halle einschl. Halle-Neustadt, dem Saalkreis und Merseburg mit rd. 524 000 Einwohnern hinsichtlich der stationären psychiatrischen Betreuung unzumutbar unterversorgt.

Um die Jahrhundertwende standen zwei psychiatrische Einrichtungen zur Versorgung zur Verfügung:

1. die Anstalt Nietleben und
2. das im Regierungsbezirk Merseburg gelegene Krankenhaus Altscherbitz.

Beide Einrichtungen sind für die psychiatrische Versorgung im Bereich Halle verlorengegangen. Nietleben wurde 1935 aufgelöst, und Altscherbitz fiel im Rahmen der Verwaltungsreform 1952 an den Bezirk Leipzig.

Für Sofortaufnahmen und Behandlungen akut psychisch Kranker stand lediglich die Klinik für Psychiatrie und Neurologie der Martin-Luther-Universität Halle zur Verfügung.

In diese Klinik wurden bisher alle psychiatrischen Notfälle der Stadt Halle eingewiesen, davon überwiegend akute Verwirrheitszustände alter Menschen, suizidale Krisen, akute Psychosen sowie delirante Patienten. Mit der geringen Anzahl der psychiatrischen Betten an der Universitätsklinik war die erforderliche stationäre Betreuung von rd. 1/2 Mio. Einwohnern nicht zu bewältigen. Da es sich bei der Universitätsnervenklinik um die einzige stationäre Einrichtung in der Stadt Halle und Umgebung handelte, ergaben sich folgende Probleme:

- Es mußte ein Daueraufnahmedienst gewährleistet sein.
- Die Patienten mußten häufig vor Abschluß der Behandlung entlassen werden, da die Betten anderweitig benötigt wurden.
- Die Nachbetreuung erfolgte über sogenannte Stationsambulanzen, was zu einer unzumutbaren Überforderung der stationär tätigen Mitarbeiter führte.
- Das Fehlen von ausreichenden Plätzen in Nachfolgeeinrichtungen (Pflegeheime, Wohnheime) und die unzulängliche Entwicklung eines tragfähigen sozialen Netzes führte zu unangemessen langen Aufenthalten von sogenannten Pflegefällen, die ständig rd. 1/3 der Betten blockierten. Die Universitätsnervenklinik Halle ist weder von den baulichen Voraussetzungen noch von den personellen Möglichkeiten gesehen dazu in der Lage gewesen, gerichtlich eingewiesene und für längere Zeit unterzubringende Kranke zu betreuen.
- Auf Grund des Aufgabenprofils und der Größe bestanden keine Möglichkeiten, Suchtkranke im Sinne von Entziehungskuren zu behandeln.
- Die 1891 eröffnete Nervenklinik der Universität ist dringend sanierungsbedürftig.
- In engen Verhältnissen, die durch Schlafsäle zusätzlich unwürdig werden, müssen Lehrveranstaltungen für Studenten durchgeführt werden.
Damit werden die Unzulänglichkeiten als Maßstab der grundsätzlichen Haltung zu psychisch Kranken auf die jungen Mediziner übertragen.

2.1. Das Bezirkskrankenhaus Uchtspringe

Das Bezirkskrankenhaus Uchtspringe wurde zwischen 1890 und 1894 im Pavillonstil für zunächst 800 Patienten gebaut. Später wurde es durch Zusatzbauten bis zu einer Kapazität von rd. 1 800 Betten erweitert. 1990 besaß das Krankenhaus 1 380 Betten.

Uchtspringe liegt im nördlichen, relativ dünn besiedelten Landesteil an der Bundesstraße 188, von den Kreisstädten Stendal 22 km bzw. Gardelegen 15 km entfernt. Das Krankenhaus hatte seit seiner Gründung einen offenen Charakter. Es verfügt über langjährige Traditionen, besonders im Bereich der Psychotherapie, der Versorgung psychisch Kranker bzw. schwer behinderter Kinder und Jugendlicher (insbesondere schwerhörige und taube Kinder) sowie im Bereich der Pathologie, speziell der Neuropathologie. In sieben Abteilungen (Männerpsychiatrie, Frauenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Gerontopsychiatrie, Psychotherapie sowie Suchtabteilung) erfolgte die Versorgung einer Region, die im Westen an das Land Niedersachsen, im Norden an das Land Mecklenburg-Vorpommern angrenzt und im Süden bis zum mittleren Bereich des Landes Sachsen-Anhalt reicht.

An einer Schule, die der Kinder- und Jugendpsychiatrie zugeordnet ist, waren 12 bis 16 Lehrer tätig.

Der Aufnahmebereich des Krankenhauses umfaßt die Kreise Salzwedel, Osterburg, Gardelegen, Klötze, Stendal und Wolmirstedt. Die Kinderabteilung wird zum Teil überregional in Anspruch genommen. Damit versorgt das Krankenhaus eine rd. 500 000 Einwohner umfassende Region. Bemerkenswert ist jedoch, daß auch Patienten aus Magdeburg nach Uchtspringe verlegt wurden.

Das Krankenhaus verfügt über insgesamt 185 Gebäude, von denen 23 mit 40 Stationen belegt sind.

Auf den Stationen besteht Geschlechtertrennung. Das Krankenhaus besitzt eine Ambulanz, weiterhin werden von den Stationen intensive ambulante Betreuungen vorgenommen. Die Personalsituation für dieses Krankenhaus muß sehr kritisch eingeschätzt werden (z.B. ein Arzt auf 37 Patienten). Die jährliche Aufnahmequote wird mit rd. 2 500 Patienten angegeben.

In der Vergangenheit gehörte zum Krankenhaus ein landwirtschaftlicher Betrieb mit Wirtschaftsgebäuden und Landbesitz. Zwei Außenstationen des Krankenhauses mit insgesamt 45 Betten in Volgfelde (Männer) und Mieste (Frauen) mußten, da sie nicht zum Eigentum des Krankenhauses gehörten, geschlossen werden.

Durch die allgemein kritische Wohnungslage bedingt, befinden sich im Krankenhausbereich rd. 200 Wohnungen. Diese liegen zum Teil zumeist in den oberen Geschossen der Gebäude, wodurch es zu einer zusätzlichen Beengung der Stationsbelegung gekommen ist.

2.2 Das Bezirkskrankenhaus Haldensleben

Das Bezirkskrankenhaus Haldensleben wurde im Jahr 1930 als Landesheilanstalt gegründet und verfügte in den 60er bis 70er Jahren über 1 300 Betten, 1989 noch 1 047 Betten. Das Krankenhaus liegt am Rande der Kreisstadt Haldensleben in Nachbarschaft zum Kreiskrankenhaus.

Versorgt werden durch das Krankenhaus die Landkreise Haldensleben, Wanzleben, Oschersleben, Schönebeck, Staßfurt, Halberstadt, Zerbst, Wernigerode und Quedlinburg mit einer Bevölkerungszahl von rd. 650 000 Einwohnern. Den Hauptanteil der Einweisungen erreichte das Krankenhaus 1990 aus den Landkreisen Haldensleben mit 22,7 v.H. bzw. Schönebeck mit 13,3 v.H. Bemerkenswert ist, daß aus der relativ günstig erreichbaren Stadt Magdeburg nur 4 v.H. der Aufnahmen kamen. Während 1989 noch 2 140 Patienten aufgenommen wurden, sank diese Zahl 1990 auf 1 729.

Die 882 im Jahre 1990 zur Verfügung stehenden Betten teilen sich auf in zwei psychiatrische Kliniken mit 727 (411 + 316 Betten), eine neurologische Klinik mit 40 Betten, eine Klinik für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie mit 100 Betten und eine Klinik für Psychotherapie mit 15 Betten. Das Krankenhaus führt eine neurologisch-psychiatrische Ambulanz, die im Jahre 1989 etwa 4 100 Konsultationen aufweisen konnte und mit zwei Ärzten, 1,5 Psychologen, vier Pflegekräften und einem Sozialarbeiter besetzt war.

Eine Außenstelle des Krankenhauses in Keindorf mit 30 Plätzen für Alkoholiker wurde 1990 geschlossen.

Die Bausubstanz des architektonisch historisch beachtenswert einheitlichen Krankenhauses ist überwiegend - bis auf vereinzelt abgeschlossene und laufende Sanierungsmaßnahmen - als schlecht einzuschätzen.

Die Bezeichnung inhuman verdient der Zustand der Mehrzahl der Sanitärbereiche und der Anteil der noch vorhandenen Säle: 32 dieser Säle in offenen und 37 in geschlossenen Stationen waren 1990 mit vier bis zehn Betten belegt. Zehn Säle in geschlossenen und sieben Säle in offenen Stationen waren mit 10 bis 20 Betten belegt.

Wie das Krankenhaus Uchtspringe hatte auch dieses Krankenhaus einen landwirtschaftlich genutzten Wirtschaftshof und Landbesitz.

2.3. Bezirkskrankenhaus Bernburg

Dieses Krankenhaus liegt am Stadtrand in der Nähe des Kreiskrankenhauses. Bei ziemlich einheitlicher architektonischer Ausgestaltung der im wesentlichen zwischen 1875 und 1909 errichteten Gebäude liegt das Krankenhaus in einer Parkanlage. Jenseits der stadtauswärts führenden Straße befindet sich noch ein größerer, früher zum Krankenhaus gehörender landwirtschaftlich genutzter Gebäudekomplex.

In den zurückliegenden Jahren hatte das Krankenhaus bis zu 1 000 Betten.

Während der NS-Zeit befand sich dort eine Vernichtungsanstalt im Rahmen des Euthanasieprogramms. Daran erinnert heute eine Gedenkstätte für Euthanasie im Krankenhaus.

Geht man bei der Analyse der Einzugsbereiche des Krankenhauses Bernburg von einer Rangfolge aus, so zeigt sich für 1990 folgendes Bild: Landkreis Bernburg mit 989 Einweisungen, die Stadt Halle mit 329, der Landkreis Köthen mit 321, der Landkreis Aschersleben mit 304, der Landkreis Wittenberg mit 195, die Stadt Dessau mit 153, der Landkreis Quedlinburg mit 136 und der Landkreis Merseburg mit 118 Aufnahmen. Hinzu kommen noch der Landkreis Eisleben mit 76, der Landkreis Schönebeck mit 12 und der Landkreis Staßfurt mit 31 Aufnahmen; aus dem Land Sachsen waren noch 241 Aufnahmen, aus dem Land Thüringen noch 234 Aufnahmen und aus dem Land Brandenburg sogar noch 119 Aufnahmen zu verzeichnen (Jahresaufnahme rd. 3 500 Patientenzugänge). Das Krankenhaus verfügt insgesamt über 654 Betten. Die psychiatrische Abteilung gliedert sich in einen Bereich der allgemeinen Psychiatrie mit vier Stationen, in einen Bereich Gerontopsychiatrie mit drei Stationen, in einen Bereich psychiatrische Rehabilitation sowie eine Psychotherapiestation und einen Bereich für Suchtkranke mit zwei Stationen (insgesamt 452 Betten). Es existiert eine Kinder- und Jugendpsychiatrieabteilung mit 108 Betten. Hinzu kommt eine drei Stationen umfassende neurologische Abteilung mit 94 Betten. Zu dieser gehört eine Parkinson-Station mit 31 Betten. Dem Krankenhaus ist eine Poliklinik angegliedert.

Im Krankenhaus existiert eine eigenständige neuropathologische Abteilung.

2.4. Fachkrankenhaus Jerichow

Dieses Krankenhaus wurde in den ersten Jahren dieses Jahrhunderts im Pavillonstil am Rande der zum Landkreis Genthin gehörenden Kreisstadt Jerichow auf einem etwa 30 ha großen Waldgelände errichtet. Der Bahnhof Jerichow liegt vom Haupteingang des Krankenhauses etwa 300 m entfernt.

Das Krankenhaus steht in Trägerschaft des Landkreises Genthin. Es versorgt psychiatrisch die drei östlich der Elbe gelegenen Landkreise Havelberg, Genthin und Burg mit insgesamt rd. 120 000 Einwohnern. Das Krankenhaus hatte zeitweise über 310 Betten. Es ist gegliedert in die Abteilungen Psychiatrie, Psychosomatik/Psychotherapie, Neurologie und Innere Medizin/Pulmologie.

Bemerkenswert ist die sich mitten durch das Krankenhausgelände ziehende Abtrennung durch die nach dem Ende des letzten Krieges erfolgte Beschlagnahme mehrerer Krankenhausgebäude für das noch heute bestehende Militärhospital der sowjetischen Streitkräfte. In den Jahren nach dem zweiten Weltkrieg sind dem Krankenhaus Landbesitz in den umliegenden Dörfern sowie landwirtschaftlich genutzte Gebäude verloren gegangen.

Dem Fachkrankenhaus Jerichow war seit mehreren Jahren die Versorgung psychisch Kranker mit Lungenleiden als Aufgabe übertragen worden. Der Einzugsbereich der Patienten umfaßte das gesamte Gebiet der ehemaligen DDR. Hierfür wurden 42 Betten zur Verfügung gestellt. Im Vergleich zu den übrigen in die Analyse einbezogenen Fachkrankenhäusern bzw. Abteilungen waren beachtliche Fortschritte bei der Erhaltung und Sanierung der Krankenhausgebäude erkennbar.

2.5. Fachkrankenhaus für Kinder- und Jugendpsychiatrie Vitznburg

Das Fachkrankenhaus befindet sich etwa 10 km südlich von Querfurt in einer Burganlage. In seiner Nachbarschaft, in Zingst, befindet sich in einem ehemaligen Gutshaus eine Nebenstelle. Das Fachkrankenhaus steht in Trägerschaft des Landkreises Querfurt. Die Kapazität des Krankenhauses betrug bis zu 167 Betten; die durchschnittliche Belegung belief sich auf 89,8 v.H. Das Krankenhaus hatte einen überregionalen Einzugsbereich. Es muß davon ausgegangen werden, daß ein großer Teil der Kinder und Jugendlichen als Pflegefall einzustufen ist. Verlegungsmöglichkeiten in fachlich qualifizierte Heime scheiterten bisher an dem Fehlen derartiger Einrichtungen, so daß sich viele der als Kinder eingewiesenen Patienten trotz ihrer mittlerweile erreichten Volljährigkeit weiterhin in dieser Einrichtung befinden.

2.6. Hochschulkliniken

Im Land Sachsen-Anhalt sind zwei Hochschulnervenkliniken in die Versorgung eines definierten geographischen Gebietes eingebunden. Zum einen ist es die Universitätsnervenklinik Halle - sie hat 130 Betten im Bereich der Psychiatrie, 50 Betten in der Neurologie und 15 Betten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die Klinik wurde 1891 im Pavillonstil errichtet. In der Mehrzahl der Häuser war nur eine menschenunwürdige Unterbringung möglich. Hinzu kommt eine völlig unzureichende Personalausstattung.

Die zweite Einrichtung ist die Nervenklinik der Medizinischen Akademie Magdeburg - sie verfügt über 43 Betten im Bereich der Psychiatrie, 70 Betten im Bereich der Neurologie und 28 Betten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Einrichtung ist in die Versorgung eines Stadtbezirks der Stadt Magdeburg einbezogen gewesen.

Das ganze Ausmaß der völlig unzureichenden Vertretung der Psychiatrie an der Medizinischen Akademie Magdeburg zeigt sich darin, daß der Lehrstuhl für Psychiatrie seit einigen Jahren unbesetzt ist. Dies dokumentiert den geringen Stellenwert des Faches Psychiatrie in der Gesamtpolitik der ehemaligen DDR, ihre viel zu enge Verzahnung in der Neurologie, die fast als deren Subspezifität aufgefaßt wurde. Neben der unzureichenden sanitären Ausstattung, zu großen und zu eng belegten Patientenzimmern fehlen auch hier entsprechende Nebenräume.

Der Nervenklinik angeschlossen ist ein Bereich Medizinische Psychologie, der die klinisch-psychologische Diagnostik und Behandlung der Klinikpatienten wahrnimmt.

2.7. Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern

Auf dem Gebiet des Landes Sachsen-Anhalt existieren zehn psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die eine psychiatrische bzw. neuropsychiatrische Ausrichtung aufweisen (insgesamt 177 Psychiatriebetten und 222 neuropsychiatrische Betten). Dies sind: Aschersleben mit 26 Betten im Bereich der Neuropsychiatrie, Blankenburg mit 55 Betten im Bereich der Neuropsychiatrie, Dessau Stadt Krankenhaus mit 26 Betten im Bereich der Psychiatrie und 28 Betten im Bereich der Neurologie, Elbingerode mit 30 Betten im Bereich der Psychiatrie, Halle Diakoniekrankenhaus mit 31 Betten im Bereich der Psychotherapie, Halle Elisabeth-Krankenhaus mit 20 Betten im Bereich der Psychotherapie, Hettstedt mit 35 Betten im Bereich der Psychiatrie und 50 Betten im Bereich der Neurologie sowie das Krankenhaus Magdeburg-Olvenstedt mit 63 Betten im Bereich der Neuropsychiatrie. Innerhalb der Neinstedter Anstalten im Landkreis Quedlinburg besteht ein Krankenhausbereich mit 35 Betten im Bereich der Psychiatrie (dieses gilt als Fachkrankenhaus). Als weitere spezielle Einrichtung existiert am Stadtkrankenhaus Halle eine kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtung mit 50 Betten. Die psychiatrischen Abteilungen der Kreiskrankenhäuser waren bis auf Hettstedt und Magdeburg-Olvenstedt nicht in die psychiatrische Vollversorgung der zuständigen Regionen eingebunden.

Es kann eingeschätzt werden, daß die psychiatrischen bzw. neuropsychiatrischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser mit wenigen Ausnahmen nur leichte psychiatrische Fälle behandelten. Sie haben somit in der Versorgung des Landes eher eine untergeordnete Rolle gespielt.

Zu beachten ist, daß die speziellen Erfordernisse an das therapeutische Milieu nicht in allen Abteilungen als gegeben angesehen werden können und eine Differenzierung der verschiedenen Krankheitsgruppen unmöglich ist.

3. Komplementäre Einrichtungen

Neben wenigen großen, überwiegend in katastrophalem Zustand befindlichen Pflegeheimen, gibt es, von Ausnahmen abgesehen, kaum qualifizierte Wohnangebote (Wohnheime, Wohngruppen, ambulant betreute Wohngemeinschaften oder Einzelwohnungen). Dies ist einer der entscheidenden Gründe für die verwahrende Ansammlung und Fehlplatzierung von psychisch Langzeitkranken in den Landeskrankenhäusern und Fachkrankenhäusern.

In den psychiatrischen Heimen leben Menschen mit sehr verschiedenartigen Behinderungen: psychisch Kranke, Suchtkranke, hirnganisch Geschädigte, Altersverwirrte und geistig behinderte Menschen aller Altersstufen. Spezifische Förderung, Tagesstrukturierung, Beschäftigungstherapie oder Arbeitsmöglichkeiten fehlten oft fast gänzlich. Für die psychiatrischen Pflegeheime existierte eine nervenärztliche Betreuung in Form von Konsiliarbesuchen der benachbarten Polikliniken oder der psychiatrischen Abteilungen. Ein Heim verfügt über einen angestellten Nervenarzt.

Auf dem Territorium des Landes Sachsen-Anhalt gibt es drei größere Einrichtungen für Behinderte.

3.1. Das psychiatrische Pflegeheim Hoym im Kreis Aschersleben

Das Heim wurde 1878 in einem Schloßkomplex eröffnet und verfügt über 621 Betten, vorwiegend für geistig Behinderte. Das Heim hat einen angestellten Nervenarzt und 102 Mitarbeiter im Pflegebereich. Auf Grund der überalterten Bausubstanz und deutlichen Überbelegung bestehen in diesem Heim erhebliche Defizite in der Betreuung.

3.2. Die Neinstedter Anstalten

Die evangelische Einrichtung zur Rehabilitation, Förderung und Pflege geistig behinderter Menschen wurde 1850 im Kreis Quedlinburg gegründet und bis 1906 ausgebaut. 1982 wurden Neubauten errichtet. In 23 Häusern leben 670 Frauen, Männer und Kinder mit geistiger Behinderung, meist mehrfach geschädigt. 60 davon sind förderungsfähige Kinder und Jugendliche.

Im offenen Heimbereich sind Patienten zu Gruppen von acht bis zehn Heimbewohnern zusammengefaßt. In der Werkstatt für Behinderte werden 360 Heimbewohner beschäftigt.

Die Anstalten verfügen über 470 Mitarbeiter zur Betreuung der Patienten.

Im Laufe der letzten Jahre wurde eine kleine psychiatrische Abteilung mit 35 Betten aufgebaut, die als Fachkrankenhaus geführt wird.

3.3. Die Rehabilitationseinrichtung für Kinder auf der Rammelsburg

Die Rehabilitationsklinik Rammelsburg in der Nähe von Mansfeld ist eine Einrichtung der Kinderneuropsychiatrie, in der Kinder mit chronischen Erkrankungen, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen betreut werden. Die Einrichtung ist in einem Schloß untergebracht und verfügt über 60 Betten. Das Gebäude ist für die Betreuung der Kinder nicht optimal geeignet und hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit problematisch.

In den Landeskrankenhäusern ist die Gruppe der geistig Behinderten in die allgemeinspsychiatrischen Bereiche integriert gewesen und machte einen Großteil der Patienten aus. Die geistig Behinderten waren überwiegend in den Langzeitbereichen und in den überalterten kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen untergebracht. Wenn mit dem 18. Lebensjahr die Erziehungshilfe endete, mußte in vielen Fällen das psychiatrische Fachkrankenhaus ersatzweise die Funktion einer fehlenden entsprechenden heimatortnahen komplementären Einrichtung übernehmen. Bei den häufig mehrfachgeschädigten Behinderten ist so eine angemessene Förderung und Hilfe in der Regel nicht gegeben gewesen. In den Langzeitbereichen der psychiatrischen Fachkrankenhäuser haben die Stationen einen ausgeprägten Klinikcharakter. Wohngruppen sind nur wenige im Ansatz zu erkennen gewesen. Lebenstraining und Lebenshilfe sind in der medizinischen Rehabilitation viel zu kurz gekommen. Verhältnismäßig gut war in der ehemaligen DDR die Situation in Bezug auf die geschützte Arbeit für psychisch und geistig Behinderte. Viele Betriebe der Industrie und der Landwirtschaft hatten zum Teil zahlreiche geschützte Arbeitsplätze in Form von Einzelarbeitsplätzen, aber auch von geschützten Abteilungen, wie auch die Wirtschaftsbereiche der Krankenhauseinrichtungen selbst. Bis 1984 war die Zahl dieser geschützten Arbeitsplätze ständig gestiegen. Etwa 20 v.H. der Langzeitpatienten in psychiatrischen Krankenhäusern gingen tagsüber zur Arbeit in Betriebe außerhalb des Krankenhauses. Die Bereitschaft der Betriebe zur Integration wurde dadurch gefördert, daß die behinderten Mitarbeiter für sie zusätzliche Arbeitskräfte ohne Kosten für den Betrieb darstellten. Da es so viele in Betrieben integrierte geschützte Arbeitsplätze gab, waren in der ehemaligen DDR kaum Werkstätten für Behinderte, wie sie in der Altbundesrepublik entstanden waren, vorzufinden.

4. Personalbestand

Für die psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen, für die komplementären Einrichtungen einschließlich der Heime und auch für die ambulanten Dienste kann eingeschätzt werden, daß die Personalsituation nicht ausreichend war. Dies ist unter anderem auf die schlechte Bezahlung der Mitarbeiter zurückzuführen.

Auffällig ist der ausgeprägte Mangel an männlichem Pflegepersonal in den Einrichtungen. Ausgeprägt ist der Personalbedarf im sogenannten Sozialbereich. Hier fehlen Sozialarbeiter, Sozialpädagogen und Fürsorgerinnen. Auch bei den Ergo- und Physiotherapeuten ist ein qualitativer Nachholbedarf festzustellen. Personell unterbesetzt ist der Bereich der Beschäftigungstherapie und der Arbeitstherapie. Die Ausstattung an Ärzten in den Fachkrankenhäusern ist sehr unterschiedlich. Bemerkenswert und bedenklich ist die prekäre Nachwuchssituation. Eine Ursache hierfür liegt zum Teil auch in der mangelnden Ausstrahlung der medizinischen Hochschuleinrichtungen und der damit fehlenden Heranführung der Studenten an das Gebiet der Psychiatrie.

5. Hilfsvereine, Angehörigenverbände

In der ehemaligen DDR war die Vereinsgründung durch Privatpersonen nicht möglich. Alles, was für notwendig befunden wurde, oblag offiziellen staatlichen Stellen, Verbänden und Gesellschaften. Dadurch bedingt gab es keine Selbsthilfegruppen, keine Begegnungsstätten und keine Angehörigentreffpunkte.

III. ENTWICKLUNG SEIT 1990

1. Ambulanter Bereich

Die Träger der ambulanten Einrichtungen in der ehemaligen DDR waren angesichts der durch die Vereinigung plötzlich auf sie zukommenden komplizierten, zunächst völlig ungeklärten Finanzmodalitäten und Kostenzuständigkeiten überfordert, zumal sie sich mit Problemen dieser Art bis zu diesem Datum nicht zu befassen brauchten.

Hinzu kam der Umstand, daß nach geltendem Recht Krankenkassen nur ärztlich veranlaßte krankheitsbedingte Leistungen bezahlen durften. Eine Vielzahl von Leistungen gerade in der Psychiatrie, die anderen Kostenträgern, meist den Kommunen zuzuordnen sind, blieben so unbezahlt. In dieser von allseitiger Verunsicherung gekennzeichneten Situation erwogen viele Ärztinnen und Ärzte, ihre Tätigkeit in den Polikliniken aufzugeben und sich niederzulassen. Löst sich eine ärztlich geleitete Einrichtung auf, muß auch das nichtärztliche Personal, also etwa Gesundheitsfürsorgerinnen, Psychologinnen, Psychologen, Schwestern und andere Mitarbeiter versuchen, eine neue Stelle zu finden. Einige kamen in Krankenhauseinrichtungen unter, andere in Sozialstationen, in Gesundheitsämtern, in sich bildenden sozialpsychiatrischen Diensten oder bei niedergelassenen Ärzten. Auch war zum Teil vorübergehende Arbeitslosigkeit zu verzeichnen.

Mit Stand Mai 1992 sind im Land Sachsen-Anhalt noch sechs Kreispolikliniken registriert, in denen nervenärztliche Sprechstunden durchgeführt werden.

Im Land Sachsen-Anhalt sind zur Zeit 184 Ärzte für Neurologie und Psychiatrie bei der Ärztekammer gemeldet. Zum 31. Dezember 1990 waren nur sechs in eigener Praxis niedergelassen. Mit Stand 9. Juni 1992 sind 58 Ärzte in eigener Praxis niedergelassen: 55 als Nervenärzte, wobei einige von ihnen gebietsübergreifend als Neurologe, Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeut tätig sind; eine Praxis ist ausschließlich neurologisch ausgerichtet; eine Praxis kinder- und jugendpsychiatrisch und eine Praxis psychotherapeutisch. Des weiteren haben 12 Krankenhausärzte eine Ermächtigung von der Kassenärztlichen Vereinigung.

Diese Zahl dürfte den Bedarf rein statistisch für das Land decken. Sie entspricht der von der Sachverständigenkommission geforderten Richtzahl von 1 Arzt auf rd. 50 000 Einwohner. Es ist aber festzustellen, daß einzelne Landkreise nicht mit einem niedergelassenen Nervenarzt besetzt sind. Von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt wird darauf hingewiesen, daß die ambulante Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung rund um die Uhr und auch der ärztliche Notdienst durch alle niedergelassenen und ermächtigten Ärzte abgesichert werden kann.

Mit der Auflösung von Polikliniken ergaben sich neue Probleme in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Diese wurde in erster Linie auch von Psychologen in enger Kooperation mit Ärzten getragen. Zur Zeit sind bei der Kassenärztlichen Vereinigung nur sechs Ärzte registriert, die die Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" besitzen. Auch wenn die Zahl der klinischen Psychologen, die im Delegationsverfahren Psychotherapie betreiben, nicht bekannt ist, muß für diesen Bereich doch von einer deutlichen Unterversorgung ausgegangen werden. Im Land Sachsen-Anhalt ist die Anzahl der Kinder- und Jugendpsychiater in eigener Niederlassung sehr gering. Zwei Ärzte dieser Fachrichtung sind ermächtigt. Nach Einschätzung der Kassenärztlichen Vereinigung ist eine ausreichende Versorgung für die gesamte Region in absehbarer Zeit noch nicht erreichbar.

2. Sozialpsychiatrische Dienste

Nach den ersten Empfehlungen des Sozialministeriums Sachsen-Anhalt zur Einrichtung und Tätigkeit sozialpsychiatrischer Dienste im Dezember 1990 haben sich erfreulicherweise eine große Anzahl von Landkreisen und kreisfreien Städten gemeldet, die sozialpsychiatrische Dienste bzw. vorläufige Bereiche eingerichtet haben. Es ist aber davon auszugehen, daß die Ausstattung und die personelle Besetzung sehr unterschiedlich ist. Nach der Annahme des PsychKG durch den Landtag ist eine gesetzliche Regelung für die sozialpsychiatrischen Dienste gegeben. Der Gesetzgeber geht von einem Bedarf von etwa 20 sozialpsychiatrischen Diensten im Land Sachsen-Anhalt aus (ein sozialpsychiatrischer Dienst auf 150 TEW bei einer Ausstattung von einem Arzt, vier nichtärztlichen Fachkräften und einer Bürokraft), wobei ein sozialpsychiatrischer Dienst auch Außenstellen aufweisen kann.

Die den kommunalen Gebietskörperschaften für diese im Rahmen des übertragenen Wirkungskreises wachsende Aufgabe zu erstattenden Verwaltungskosten werden im Rahmen des kommunalen Finanzausgleichs gezahlt.

Der Landtag hat für die aufzubauenden sozialpsychiatrischen Dienste Investitionshilfen vorgesehen und hierfür 5 Mio. DM für 1992 veranschlagt. Im Jahre 1991 wurden den kommunalen Gebietskörperschaften dafür bereits 500 TDM (dies entsprach 171,— DM pro 1 000 Einwohner) zugewiesen. Vom Ministerium für Arbeit und Soziales werden im Laufe dieses Jahres Kriterien und Förderrichtlinien für die Anerkennung sozialpsychiatrischer Dienste veröffentlicht.

Zur Zeit läuft die Überprüfung zur Anerkennung der sozialpsychiatrischen Dienste. Es bereitet den Landkreisen Schwierigkeiten, die durch die Gebietsreform bestehenden Veränderungen untereinander abzustimmen und gemeinsame sozialpsychiatrische Dienste für einen Einzugsbereich von etwa jeweils 150 000 Einwohnern zu errichten.

3. Institutsambulanzen

Bis zum Ende des Jahres 1991 existierten an den Fachkrankenhäusern noch die Fachambulanzen.

Mit dem I. Quartal 1992 wurden die Institutsambulanzen für die drei Landeskrankenhäuser Uchtspringe, Haldensleben und Bernburg von dem Zulassungsausschuß der Kassenärztlichen Vereinigung entsprechend den §§ 118, 120 des SGB V anerkannt.

Des weiteren erhielten das Fachkrankenhaus Jerichow und das psychiatrische Krankenhaus in den Neinstedter Anstalten die Genehmigung zum Führen einer Institutsambulanz.

4. Sozialpädiatrische Zentren

Sozialpädiatrische Zentren im Sinne des § 119 SGB V sind ärztlich geleitete, interdisziplinär arbeitende Einrichtungen zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Behinderten oder/und Behinderung bedrohten Kindern. Diagnostik und Therapie in sozialpädiatrischen Zentren dienen dazu, einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

Sozialpädiatrische Zentren haben nicht die Aufgabe einer flächendeckenden Grundversorgung. Eine Behandlung im sozialpädiatrischen Zentrum kommt nur bei Kindern in Betracht, die wegen der Art, Schwere und Dauer ihrer Behinderung nicht von niedergelassenen Ärzten oder in Einrichtungen anderer Frühförderformen behandelt werden können.

Sozialpädiatrische Zentren führen eine umfassende Analyse der Schädigung durch, welche die Behinderung des Kindes ausmacht oder zur Behinderung führt, und entwickeln ein Rehabilitationskonzept, das in interdisziplinärer Zusammenarbeit verschiedener Therapeutengruppen und flankierender Dienste Grundlage der Behandlung ist. Für das Land Sachsen-Anhalt sind zunächst zwei sozialpädiatrische Zentren vorgesehen, die in Magdeburg und Halle aufgebaut werden sollen. Zu einem späteren Zeitpunkt ist ein weiteres sozialpädiatrisches Zentrum für den Regierungsbezirk Dessau zu planen.

1991 wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung im Zulassungsausschuß ein sozialpädiatrisches Zentrum für die Stadt Magdeburg anerkannt. Dieses setzt sich aus zwei Bereichen zusammen, einmal aus der Abt. Entwicklungsrehabilitation in der B.-Kellermann-Str. Magdeburg und zum anderen aus der Ambulanz der Kinderklinik Südwest des Bezirkskrankenhauses. Für beide Einrichtungen ist eine Zusammenführung geplant und der Aufbau in neuer Trägerschaft in der Kinderklinik Südwest vorgesehen.

5. Stationärer Bereich

Anfang des Jahres 1991 erfolgte die Umbenennung der drei Bezirkskrankenhäuser Uchtspringe, Haldensleben und Bernburg in Landeskrankenhäuser, Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Neurologie.

5.1. Psychiatrie

1991 gab es lt. Vorläufiger Krankenhausförderliste im Land Sachsen-Anhalt in 12 Einrichtungen insgesamt 2 794 psychiatrische Betten. Davon befinden sich 87 v.H. in den vier psychiatrischen Großkrankenhäusern Bernburg, Haldensleben, Uchtspringe und Jerichow.

Eine Analyse der Aufenthaltsdauer der Patienten in den psychiatrischen Einrichtungen von März 1991 zeigt den hohen Prozentsatz derjenigen Patienten, die länger als zwei Jahre in den psychiatrischen Einrichtungen untergebracht waren.

Im Frühjahr 1991 wurde von den Krankenkassen mitgeteilt, daß für einen großen Teil der Patienten keine Pflegesatzkostenübernahme erfolgen könne, da sie nicht als krankenhausbearbeitungsbedürftig anzusehen seien. Auf Weisung des zuständigen Landesministeriums wurde der Medizinische Dienst der Krankenkassen beauftragt, eine Analyse der in den vier psychiatrischen Krankenhäusern befindlichen Kranken vorzunehmen, um eine Differenzierung nach Behandlungsfällen im Sinne des Sozialgesetzbuches bzw. nach Pflegefällen zu erreichen. Diese Differenzierung wurde auf Grund der Aktenlage durchgeführt. Nach diesen Ermittlungen konnten für die Großkrankenhäuser rd. 50 bis 60 v.H. der Patienten nicht als krankenhausbearbeitungsbedürftig eingestuft werden, sondern waren dem Heimbereich zuzuordnen. Diese Analyse wurde in Abstimmung mit den zuständigen Chefärzten vorgenommen. Es bedarf jedoch der Feststellung, daß für keine andere medizinische Disziplin eine vergleichbare Abgrenzungsschwierigkeit zwischen Behandlungs- und Pflegefall wie in der Psychiatrie existiert. Es ist schwierig, chronische Verlaufsformen endogener, vor allem schizophrener Psychosen oder schwere chronische Erscheinungsformen himorganischer Schäden ohne subtile einzelfallbezogene Diskussion in die eine oder andere Kategorie einzuordnen.

Die Analyse wurde jedoch von der Absicht getragen, im Sinne einer Überblickserfassung zu einer sinnvollen Entmischung der psychiatrischen Krankenhäuser zu kommen, d.h. die Krankenhäuser wieder auf die eigentliche Aufgabe, nämlich die möglichst optimale Versorgung der Behandlungsfälle zu konzentrieren.

Im Ergebnis dieser Recherchen in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern konnte zum 20. Juli 1991 festgestellt werden, daß 1 505 der dortigen Patienten als nicht akutkrankenhausbearbeitungsbedürftig anzusehen sind. Da für diese Patienten außerhalb der Krankenhäuser keine entsprechenden Einrichtungen zur Verfügung standen, sind auf dem Gelände der Fachkrankenhäuser vorläufige Heimbereiche errichtet worden. Diese Umstrukturierung bedeutete einen erheblichen zusätzlichen Verwaltungs-, aber auch Betreuungsaufwand für die Einrichtungen. 1992 beläuft sich die Anzahl der in den fünf Fachkrankenhäusern aufgebauten vorläufigen Heimbereiche auf insgesamt 1 382 Plätze.

Nach der Krankenhausplanung wurde die Bettenzahl in den drei psychiatrischen Großkrankenhäusern dementsprechend drastisch reduziert. Für Uchtspringe bedeutete dies eine Reduzierung von 975 auf 428 Betten, für Haldensleben von 742 auf 300 Betten und für Bernburg von 452 auf 335 Betten im Bereich der Psychiatrie. Für das Fachkrankenhaus Jerichow bedeutete dies eine Reduzierung von 275 auf 170 Betten in der Psychiatrie.

Trotz dieser Maßnahmen besteht im Land Sachsen-Anhalt ein Bettenüberhang in der nördlichen Region. So sind 2/3 aller psychiatrischen Betten im Regierungsbezirk Magdeburg zu finden. Um die Diskrepanz im Nord-Süd-Gefälle auszugleichen, erfolgten Abstimmungen im Rahmen der Krankenhausplanung mit den allgemeinen Krankenhäusern Hettstedt, Dessau, Blankenburg, Halle, Quedlinburg/Ballenstedt und Neinstedt.

Diese Krankenhäuser haben Anträge auf Erhöhung der Zahl ihrer psychiatrischen Betten an das Ministerium für Arbeit und Soziales gerichtet.

Nach dem Krankenhausplan sind zum 1. Januar 1992 im Bereich der Psychiatrie 1 870 Betten ausgewiesen. Gegenüber dem angestrebten Bedarf von 2 338 Betten nach den Empfehlungen der Expertenkommission beträgt der Fehlbestand im Land Sachsen-Anhalt demnach 468 Betten. Eine besondere Schwierigkeit stellt neben der Schaffung der notwendigen räumlichen Voraussetzungen die Gewinnung von geeignetem ärztlichen Personal für neu aufzubauende stationäre Bereiche dar.

So ist im Krankenhaus Ballenstedt die Eröffnung der psychiatrischen Station seit dem 1. Januar 1992 nicht möglich gewesen, da keine geeigneten Ärzte für die Leitung der Abteilung zu finden waren. Die voraussichtliche Eröffnung ist nun für den 1. Juli 1992 vorgesehen.

Erfreulich ist deshalb, daß im April 1992 eine kommunale psychiatrische Einrichtung in der Stadt Halle nach Umwidmung einer Kinderklinik eröffnet werden konnte (am Bezirkskrankenhaus Halle). Damit wurde kurzfristig eine leichte Entspannung der stationären psychiatrischen Versorgung in der Region Halle erreicht. Insgesamt besteht aber für das Land Sachsen-Anhalt ein Nachholbedarf für psychiatrische Betten. Nach wie vor ist demnach die Konzipierung von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in den südlichen Kreisen und im Regierungsbezirk Dessau notwendig.

5.2. Neurologie

Im Jahre 1991 waren für das Land nach der Vorläufigen Krankenhausförderliste 544 neurologische Betten ausgewiesen. Diese befinden sich in den drei Landeskrankenhäusern, im Fachkrankenhaus Jerichow, in den beiden Hochschuleinrichtungen sowie im Stadtkrankenhaus Magdeburg-Olvenstedt, im Stadtkrankenhaus Dessau, im Krankenhaus Hettstedt, Krankenhaus Blankenburg und im Krankenhaus Aschersleben.

Durch die Differenzierung der Fachgebiete Neurologie und Psychiatrie sind für die neuropsychiatrischen Stationen an den Allgemeinkrankenhäusern Veränderungen in der Fachgebietszugehörigkeit aufgetreten. Dies betrifft die Krankenhäuser Magdeburg-Olvenstedt, Hettstedt, Blankenburg und Aschersleben.

Damit kam es zu einer Reduzierung der Krankenhausbetten im Bereich der Neurologie mit dem Krankenhausplan 1992 auf 477 Betten. Hierbei ist schon zu berücksichtigen, daß am Bezirkskrankenhaus Halle, in Merseburg und in Eisleben neurologische Abteilungen geschaffen werden konnten bzw. können, zudem acht Belegbetten in Salzwedel. Nach der Empfehlung der Expertenkommission sind etwa 877 neurologische Betten als notwendig anzusehen. Hier bedarf es somit einer landesweit verteilten Bettenerhöhung über alle drei Regierungsbezirke. Nicht aufrechterhalten werden konnte die Abteilung Neuropathologie des Landeskrankenhauses Bernburg. Nach intensiven Bemühungen wurde 1991 ein neurologisches Therapiezentrum in Magdeburg eröffnet, das sich als Rehabilitationseinrichtung versteht.

5.3. Kinder- und Jugendpsychiatrie

1991 hatte das Land Sachsen-Anhalt 632 Planbetten für Kinder- und Jugendpsychiatrie in sieben Krankenhäusern. Dieses sind Uchtspringe, Haldensleben, Bernburg, Vitzenburg, die beiden Hochschuleinrichtungen Halle und Magdeburg sowie das Stadtkrankenhaus in Halle.

Mit der Differenzierung von krankenhausbearbeitungsbedürftigen Fällen und Pflegefällen ergab sich für das Land eine Reduzierung auf 383 Betten im Krankenhausplan 1992. Auch hier ist wieder festzustellen, daß ein deutlicher Überschuß an Betten im Regierungsbezirk Magdeburg besteht. Damit ergibt sich 1992 für das Land eine Bemessungsziffer von 0,13 je TEW in der Fachrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie. Lt. Empfehlungen der Expertenkommission sind langfristig 175 Betten für das Land vorzusehen.

6. Tageskliniken

Großer Wert bei der Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung wurde auf den Ausbau von Tageskliniken gelegt. Tageskliniken sind halbstationäre Einrichtungen zur Behandlung vorwiegend akut oder subakut psychisch Kranker. Die Kranken halten sich nur tagsüber für eine begrenzte Zeit dort auf, während sie den Abend und die Nacht in dem gewohnten häuslichen Milieu verbringen.

Im Krankenhausplan 1992 sind 210 Plätze ausgewiesen worden, die an stationäre Einrichtungen angebunden sind. Selbständige bzw. autonome Tageskliniken wurden bisher nicht aufgebaut. Spezielle Nachtkliniken, in denen arbeitende psychisch Kranke für eine begrenzte Zeit behandelt werden, existieren nicht.

7. Maßregelvollzug

Dem Land obliegt die Aufgabe, die auf Grund strafrichterlicher Entscheidungen verhängten Maßregeln der Besserung und Sicherung (§§ 63, 64 des Strafgesetzbuches - StGB - i.d.F. vom 10. März 1987, BGBl. I S. 945, zuletzt geändert durch Art. 3 des Gesetzes zur Änderung des Außenwirtschaftsgesetzes, des Strafgesetzbuches und anderer Gesetze vom 28. Februar 1992, BGBl. I S. 372) in geeigneten Einrichtungen zu vollziehen. Rechtsgrundlage für den Vollzug ist das Maßregelvollzugsgesetz des Landes Sachsen-Anhalt (MVollz G LSA) vom 9. Oktober 1992. Für das Land besteht die Verpflichtung, geeignete Einrichtungen vorzuhalten, um Patienten medizinisch und therapeutisch so behandeln zu können, daß dem Ziel des Maßregelvollzugs, ihrer Wiedereingliederung in die Gesellschaft, bestmöglich entsprochen werden kann. Zugleich ist es Aufgabe des Landes, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß die notwendigen Sicherungsmaßnahmen im Maßregelvollzug gewährleistet sind.

Maßregelvollzug in der heutigen Form hat es in der ehemaligen DDR nicht gegeben. Infolgedessen fehlt es auch noch an den notwendigen baulichen und personellen Voraussetzungen für einen ordnungsgemäßen Maßregelvollzug. Für den Maßregelvollzug ist das Sozialministerium zuständig. Es besteht somit die dringende Notwendigkeit, möglichst umgehend die Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Unterbringung strafrichterlich eingewiesener Maßregelvollzugspatienten zu schaffen. Von der konzeptionellen Seite ist vorgesehen, im Landeskrankenhaus Uchtspringe die Voraussetzungen für den Maßregelvollzug bei Patienten zu schaffen, die nach § 63 StGB eingewiesen worden sind, bei denen also die Gesamtwürdigkeit des Täters und seiner Tat ergeben hat, daß von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist. Die Unterbringung von alkohol- oder auch medikamentenabhängigen Straftätern, die nach § 64 StGB angeordnet ist, soll in dem Landeskrankenhaus Bernburg vollzogen werden. Perspektivisch ist angedacht, drogenabhängige Straftäter, die ebenfalls nach § 64 StGB untergebracht werden müssen, im Fachkrankenhaus Jerichow zu behandeln. Eine eigene Einrichtung im Sinne des § 93 a des Jugendgerichtsgesetzes vom 4. August 1953 (BGBl. I S. 751), zuletzt geändert durch Art. 1 des Gesetzes vom 30. August 1990 (BGBl. I S. 1853) (JGG) zur Durchführung von Maßregeln der Besserung und Sicherung von Jugendlichen ist für das Land noch nicht konkret geplant, sollte aber - wenn nötig - für das Landeskrankenhaus Uchtspringe vorgesehen werden.

In letzter Zeit ist deutlich geworden, daß sich die Situation im Maßregelvollzug drastisch zuspitzt. Die Gerichte sprechen vermehrt Einweisungen in den Maßregelvollzug aus, ohne daß in Uchtspringe und Bernburg bereits ausreichende Voraussetzungen für die ordnungsgemäße Durchführung des Maßregelvollzugs geschaffen werden konnten. Langfristig ist von einem Bedarf von etwa 200 Plätzen im Maßregelvollzug auszugehen. Ein besonderes Problem stellen die schlechten baulichen Voraussetzungen in den beiden Landeskrankenhäusern einschl. der damit gegebenen fehlenden ausreichenden Sicherung dar. Die Unterbringungskapazitäten sind heute bereits erschöpft, die Sicherungsmaßnahmen sind zu einem großen Teil noch unzureichend.

Notwendig ist weiterhin die Entwicklung der forensischen Psychiatrie und Psychologie. Zur Begutachtung können die Gerichte und Behörden die Landeskrankenhäuser und zwei Hochschuleinrichtungen in Anspruch nehmen. Eine Versorgung dieser Patienten ist damit nicht eingeschlossen. Es bleibt zu prüfen, inwieweit an den Hochschulen in Zusammenarbeit mit den Landeskrankenhäusern Institute für forensische Psychiatrie gegründet werden.

8. Investitionen in den Landeskrankenhäusern

Im Jahre 1991 wurden umfangreiche Investitionen in den Landeskrankenhäusern getätigt, um die größten Mängel zu beseitigen. Dazu konnten neben Mitteln aus Einzelinvestitionen auch die pauschalen Fördermittel nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz i.d.F. vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), geändert durch Art. 10 des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vom 20. Dezember 1991 (BGBl. I S. 2325), die sich auf 10 000 DM pro in der Vorläufigen Krankenhausförderliste aufgeführtes Bett beliefen, zielgerichtet eingesetzt werden. Die mit den Krankenkassen ausgehandelten Pflegesätze dienen dagegen allein zur Abdeckung der laufenden Betriebskosten; sie enthalten keine Investitionskostenanteile.

9. Untersuchungskommission Verstöße Psychiatrie

Im Auftrage des Ministers für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt wurde im September 1991 eine Gutachterkommission berufen, die aus fünf Personen bestand. Äußerer Anstoß für die Untersuchungskommission war eine Fernsehsendung ("Panorama") von Ende August 1991. In diesem Beitrag wurden schwere Vorwürfe

gegen das psychiatrische Krankenhaus Waldheim in Sachsen erhoben. Diese Vorwürfe wurden verallgemeinert auf andere psychiatrische Einrichtungen in der ehemaligen DDR erweitert. Schwerpunkt in der Panoramasendung waren Anschuldigungen, daß in der Psychiatrie der ehemaligen DDR wesensverändernde Hirnoperationen sowie operative und radiologische Kastrationen ohne zwingende Indikation durchgeführt worden sein sollen.

Die Kommission hat vom 27. September 1991 bis 1. April 1992 die Landeskrankenhäuser des Landes Sachsen-Anhalt aufgesucht und intensive Befragungen und Erhebungen durchgeführt. Die Ergebnisse der Untersuchung sind in einem Bericht der Untersuchungskommission zu Verstößen in der Psychiatrie des Landes Sachsen-Anhalt in den Landeskrankenhäusern Bernburg, Haldensleben und Uchtspringe zusammengefaßt (siehe Anhang).

Sie erbrachten keine Bestätigung der in der Fernsehsendung erhobenen Vorwürfe für das Gebiet und die Einrichtungen unseres Landes. Soweit andere strafrechtlich relevante Vorgänge in Betracht kommen, wird diesen von den zuständigen Stellen nachgegangen bzw. werden vor dem 3. Oktober 1990 abgeschlossene Vorgänge noch einmal überprüft.

10. Aufbau gesetzlicher Grundlagen

Im Sommer des Jahres 1991 wurden von der SPD und von der Landesregierung Entwürfe zu einem Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen im Landtag eingebracht. Gleiches galt für ein selbständiges Maßregelvollzugsgesetz. In intensiven Beratungen im federführenden Ausschuß für Arbeit und Soziales des Landtages wurde im Herbst 1991 das Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (PsychKG LSA) diskutiert und im Dezember 1991 verabschiedet. Mit dem PsychKG LSA wird das Gesetz über die Einweisung in stationäre Einrichtungen für psychisch Kranke vom 11. Juni 1968 (GBl. I S. 273) außer Kraft gesetzt.

Nach einer Anhörung im Ausschuß für Arbeit und Soziales des Landtages von Sachsen-Anhalt und ausführlichen Beratungen, wurde das Maßregelvollzugsgesetz für das Land Sachsen-Anhalt (MVollz G LSA) am 9. Oktober 1992 verabschiedet.

Damit besitzt das Land Sachsen-Anhalt als erstes der neuen Länder gesetzliche Grundlagen und Bestimmungen für den Umgang mit psychisch Kranken. Zur Zeit wird die im PsychKG und im Maßregelvollzugsgesetz vorgesehene Verordnung über den Ausschuß für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung im Ministerium für Arbeit und Soziales vorbereitet. Die Berufung der Ausschußmitglieder und die konstituierende Sitzung des Ausschusses ist für die 2. Jahreshälfte 1992 vorgesehen. Diese Kommission soll sich als Anwalt für die Angelegenheiten der psychiatrischen Versorgung im Land Sachsen-Anhalt verstehen. Sie berichtet einmal im Jahr dem Landtag über ihre Tätigkeit.

11. Komplementärversorgungsbereiche

Der Aus- und Aufbau von Wohnheimen für geistig und seelisch Behinderte mit befristetem Aufenthalt von zwei bis vier Jahren, von Langzeitwohnheimen und Pflegeheimen (§§ 40, 68 des Bundessozialhilfegesetzes - BSHG - i.d.F. vom 10. Januar 1991, BGBl. I S. 94, geändert durch Art. 26 des Renten-Überleitungsgesetzes vom 25. Juli 1991, BGBl. I S. 1606) wurde schon kurz nach der deutschen Einheit vom Land Sachsen-Anhalt als eine vorrangige Aufgabe angesehen. Es muß davon ausgegangen werden, daß sich neben den in den psychiatrischen Krankenhäusern fehlplazierten Patienten, die nicht krankenhausbearbeitungsbedürftig sind, in den unterschiedlichsten Alten- und Pflegeheimen des Landes eine bisher nicht genau bestimmbare Anzahl von geistig und seelisch Behinderten befinden. Eine Umfrage in 215 Pflegeheimen, Wohnheimen und Altenheimen des Landes zeigte (Stand 1/92), daß 1 895 seelisch Behinderte und 5 989 geistig Behinderte in diesen Einrichtungen untergebracht sind. Zum Zeitpunkt der Befragung lagen jedoch noch keine Grundanerkennnisse entsprechend dem BSHG für diesen Personenkreis vor.

Mit der Liga der Verbände der freien Wohlfahrtspflege wurde im Jahr 1991 eine Landesarbeitsgemeinschaft für geistig und seelisch Behinderte gegründet, die den Bereich der komplementären Versorgung abzustimmen beabsichtigt. Die Liga hat entsprechend dem SGB V dem Sozialministerium erklärt, daß sie sich für die Lösung des Problems der komplementären Versorgungsbereiche zuständig fühlt. Dies gilt für die geschützten Wohnbereiche, für die Tagesförderstätten sowie auch für die Werkstätten für Behinderte im Land Sachsen-Anhalt. Im Laufe der Jahre 1991 und 1992 haben sich bereits mehrere Selbsthilfegruppen für psychisch Kranke gemeldet, die finanzielle Unterstützung vom Land erwarten.

Es werden zur Zeit Förderrichtlinien erarbeitet, nach denen eine Unterstützung entsprechend den vorhandenen Haushaltsmitteln gewährt werden kann.

12. Entwicklung im Bereich Drogen und Sucht

Erfreulicherweise hat das Drogenproblem im Land Sachsen-Anhalt noch nicht den Umfang angenommen, wie es aus den Alt-Bundesländern bekannt ist. Es besteht aber die Befürchtung, daß der Drogenkonsum im Land mehr und mehr Fuß faßt. Vorrang in der Strategie der Suchtberatung hat die Prävention, besonders in Bezug auf die Altersgruppe der Jugendlichen. Für diese Altersgruppe besteht nicht nur eine Gefährdung durch illegale Drogen. Auch der Mißbrauch von Alkohol, Medikamenten und Nikotin begünstigt den Einstieg in den Drogenkonsum und führt allzu häufig in die Abhängigkeit mit ihren vielfältig bekannten Formen. Erfahrungen der letzten Jahre zeigen, daß das Konsumverhalten insbesondere junger Menschen einflußbar ist. Es gibt Anzeichen, daß ein Teil der Jugendlichen erheblich gesundheitsbewußter geworden ist. Diesen Trend will die Sucht- und Drogenprävention mit geeigneten pädagogischen Mitteln und Möglichkeiten unter Einschluß der in den Schulen gegebenen Voraussetzungen fördern. Dabei ist die Vorbeugung gegen Mißbrauch und Sucht als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu sehen. Gemeinsam können Eltern, Lehrer, Erzieher und Ausbilder Beiträge leisten, daß sich junge Menschen durch Erziehung zu mündigen und konfliktfähigen Persönlichkeiten mit gesundem Selbstwertgefühl, Eigenverantwortung und innerer Ausgeglichenheit entwickeln. Darin besteht der beste Schutz gegen jegliche Gefährdung. Nach einer Umfrage im Jahre 1991 hatten bereits 50 Sucht- und Drogenberatungsstellen ihre Arbeit aufgenommen. An diese konnten vom Ministerium für Arbeit und Soziales 500 000 DM an Zuschüssen ausgezahlt werden.

Für 1992 sind die Haushaltsmittel für die Arbeit im Suchtbereich deutlich erhöht worden.

Insgesamt stehen in diesem Jahr 1,1 Mio. DM zur Förderung von Beratungsstellen zur Verfügung. Zur Zeit werden durch das Ministerium für Arbeit und Soziales Förderrichtlinien und Mindestkriterien für die Arbeit von Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen für Suchtkranke erarbeitet. Danach gilt es, das Angebot der Beratungsstellen neu zu strukturieren. Es wird auf Dauer für das Land mit etwa 20 Beratungsstellen gerechnet. Auf Initiative der Gesundheitsabteilung wurden Bundesmittel für zwei Projekte eingeworben.

Damit werden zwei mobile Drogenberatungsstellen in Halle und Magdeburg eingerichtet. Weiterhin wird das Modellprojekt "Integrierte Sucht- und Drogenberatungsstellen" in Merseburg und Magdeburg aufgebaut, welches eine wissenschaftliche Begleitung erfahren wird. Auf Initiative des Ministeriums für Arbeit und Soziales wurde am 14. März 1992 die Landesstelle gegen Suchtgefahren im Land Sachsen-Anhalt gegründet. Diese von der Liga der freien Wohlfahrtspflege getragene Einrichtung soll die Koordinationsfunktion für Aktivitäten im Suchtbereich für das Land Sachsen-Anhalt übernehmen.

Derzeit laufen Vorbereitungen, einen interministeriellen Arbeitskreis Drogen und Sucht im Land Sachsen-Anhalt zu bilden. Diesem werden neben dem Ministerium des Innern, dem Kultusministerium, dem Ministerium für Arbeit und Soziales noch das Landeskriminalamt und eventuell weitere Ministerien angehören. Für die Koordination dieser Aufgabe ist die Berufung eines Drogenbeauftragten vorgesehen.

Bisher sind im Land keine genauen Zahlen für Rauschmittelsüchtige bekannt. Vom Landeskriminalamt sind jedoch Hinweise veröffentlicht worden, daß Rauschmittel im Land Sachsen-Anhalt gefunden und gehandelt wurden.

Das Hauptaugenmerk im Bereich der Sucht gilt im Land Sachsen-Anhalt der Alkoholproblematik.

Während der DDR-Zeit existierte keine Trennung zwischen Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungseinheiten. Mit der Übernahme der neuen Kostenzuständigkeiten zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern kam es zur Trennung in der Zuständigkeit für Entgiftungsbetten und Plätze in Entwöhnungseinrichtungen. Auf dem Gebiet des Landes Sachsen-Anhalt existierten sechs sogenannte Tageskliniken für Suchtbehandlung, die nicht in die Vorläufige Krankenhausförderliste aufgenommen worden sind.

Dadurch kam es zu schwerwiegenden Problemen in der Abrechnung der von diesen erbrachten Leistungen im Entgiftungsbereich. Nach intensiven Absprachen konnten drei Tageskliniken (Staßfurt, Stendal und Merseburg) an Krankenhäuser angegliedert werden.

Als Entgiftungseinrichtungen werden die internen Stationen der Krankenhäuser im Einzugsgebiet sowie die Suchtstationen in den psychiatrischen Einrichtungen genutzt. Um eine entsprechende Anzahl von Entwöhnungseinrichtungen im Land vorzuhalten, wurden fünf als Rehabilitationseinrichtung für Suchtbehandlung entsprechend der Förderliste für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 26 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestätigt.

Dies sind das Landeskrankenhaus Uchtspringe mit 38 Plätzen, das Landeskrankenhaus Haldensleben mit 23 Plätzen, das Landeskrankenhaus Bernburg mit 55 Plätzen und das Fachkrankenhaus Jerichow mit 40 Plätzen sowie das evangelische Kurhaus Wilhelmshof in der Altmark mit 32 Plätzen. Von den Rentenversicherungsträgern wurde die Anzahl der Plätze in diesen Einrichtungen jedoch nicht vollständig anerkannt. Zügig ausgebaut wurde im Diakoniemutterhaus Elbingerode eine später 70 Betten umfassende Rehabilitationseinrichtung zur Suchtentwöhnung. Diesen in ein Konzept zur Suchtbehandlung im Harz eingebundenen Bereich gilt es durch Klärung der Kostenzuständigkeiten schnellstmöglich auszubauen. Für die Behandlungseinrichtung für Suchtkranke, Dr. Kielstein, in Magdeburg soll durch ein Fördermodell geklärt werden, inwieweit eine autonome Tagesklinik Bestand hat. Hierzu ist eine wissenschaftliche Begleitung notwendig.

IV. EMPFEHLUNGEN UND PERSPEKTIVEN

1. Vor- und Nachsorge

Die Struktur der psychiatrischen Versorgung ist entsprechend der Zuordnung der unterschiedlichen Aufgaben in der Versorgung einzelner Krankheitsgruppen auf die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit von ambulant tätigen Fachkräften und Einrichtungen ausgerichtet.

Auch im Rahmen der psychiatrischen Behandlung kommt der Vorbeugung von psychischen Auffälligkeiten ein hoher Stellenwert zu. Hier sind vor allem die Familie und die darüber hinausgehenden Gemeinschaften, die für das menschliche Zusammenleben mitbestimmend sind, gefragt. So ist die Familie der erste und wichtigste Ort, an dem der einzelne Wärme, Verständnis und Zuwendung erfahren und soziale Verhaltensweisen erlernen kann. Familien, die dieser Aufgabe gerecht werden, stellen den wirksamsten Schutz vor psychischen Störungen dar. Durch den liebe- und verständnisvollen Umgang im familiären Zusammenleben können seelische Krisen und Spannungen, die ein natürlicher Bestandteil der menschlichen Entwicklung sind, aufgefangen und häufig bewältigt werden. Die Familie gibt vor allem den Kindern die Möglichkeit, sich mit der Umwelt auseinanderzusetzen, ohne daß sich tiefgreifende seelische Krisen und Verhaltensstörungen entwickeln. Wenn von allgemeinen Möglichkeiten der Vorbeugung seelischer Störungen gesprochen wird, so ist also der Familie und dem gemeinschaftlichen Umgang eine entscheidende Bedeutung beizumessen. Darüber hinaus hat die Art des Zusammenlebens in anderen Gemeinschaften wie Schule, Hausgemeinschaft, Arbeitsstätte, Verein oder Verband in der dörflichen oder städtischen Umgebung entscheidenden Einfluß auf die psychische Gesundheit des Menschen. Die Fähigkeit dieser Gemeinschaften zur Erfüllung der Aufgabe, Einfluß auf die psychische Gesundheit zu nehmen, setzt adäquate gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen voraus. Die Vor- und Nachsorge bei psychischen Störungen wird zuerst durch gemeindenahe Hilfen sichergestellt. Sie verbessern die Lebensbedingungen, um das Auftreten seelischer Krisen oder psychischer Erkrankungen zu vermeiden oder erneuter Krankheitsanfälligkeit vorzubeugen. Gemeindenahe Hilfen sollen begleitend einsetzen und wirken, aber auch im Anschluß an eine Behandlung die Wiedereingliederung erleichtern. Damit wird zugleich erneuten Erkrankungen wirksam vorgebeugt. Präventive und nachsorgende Aufgaben für psychisch Kranke und ihre Angehörigen werden von den Mitarbeitern der sozialpsychiatrischen Dienste, Beratungsstellen und anderen nichtpsychiatrischen Betreuungsdiensten wahrzunehmen sein. In diesem Bereich kommt der Laien- und Selbsthilfe große Bedeutung zu. Es ist bekannt, daß die Familien und die Bezugspersonen bei psychischen Erkrankungen vor große Probleme gestellt werden. Hier gilt es, durch eine Vielzahl unterschiedlicher Einrichtungen und sozialer Dienste die erforderlichen Beratungen und praktischen Unterstützungen zu geben.

- Die Mitarbeiter der sozialpsychiatrischen Dienste sollen während ihrer Hausbesuche bei praktischen Problemen des psychisch Kranken und seiner Angehörigen behilflich sein.
- Der dem Kranken und seinen Angehörigen vertraute Arzt wird beratend über Verhaltensmaßregeln, über die notwendige Rücksichtnahme auf die Störung und über die Chancen und Risiken weiterer Behandlungsmaßnahmen informieren können.
- Begegnungsstätten, Patientenklubs, Tagesstätten und an psychiatrischen Krankenhäusern eingerichtete Tageskliniken sollen für psychisch Kranke während des Tages oder der Abendstunden angemessene Beschäftigungen, Beratungen oder Behandlungen bieten können.

- Zur Betreuung und Pflege insbesondere alter Menschen im häuslichen Bereich sollen die Mitarbeiter der Sozialstationen hinzugezogen werden.
- Suchtkranke und ihre Angehörigen können sich an spezielle Beratungs- und ambulante Behandlungsstellen oder an Selbsthilfegruppen für Suchtkranke wenden.

Die Entwicklung gemeindenaher Hilfen setzt voraus:

1. Intensive Öffentlichkeitsarbeit in den Gemeinden
2. Unterstützung von Laien- und Selbsthilfegruppen
3. Bedarfsgerechter Ausbau von sozialpsychiatrischen Diensten
4. Verknüpfung der einzelnen Hilfsformen untereinander
5. Verbesserung der Betreuungsqualifikation der Mitarbeiter.

1.1. Sozialpsychiatrische Dienste

Innerhalb der vielfältigen Angebote von Hilfen für psychisch Kranke in unterschiedlichen örtlichen Einrichtungen nehmen die sozialpsychiatrischen Dienste vor allem durch vor- und nachsorgende Hilfen in Zukunft einen wesentlichen Platz ein. Besonders durch die aufsuchende Betreuung des chronisch psychisch Kranken und seiner Angehörigen im häuslichen Umfeld ist eine wirksame Hilfe am Heimatort zu ermöglichen. Dazu ist eine gute Zusammenarbeit mit anderen sozialen Diensten und den behandelnden Ärzten aufzubauen.

Der qualifiziert arbeitende sozialpsychiatrische Dienst hat somit eine Schlüsselrolle in der Weiterentwicklung der gemeindenahen Hilfen für psychisch kranke Menschen. Die gesetzliche Grundlage dafür ist in dem Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen (PsychKG LSA) gegeben. Die Anforderungen an die Ausstattung der sozialpsychiatrischen Dienste werden regional unterschiedlich sein. Sie werden z.B. beeinflusst durch die Größe des zu versorgenden Gebietes, die Zahl und die Quantität der zur Verfügung stehenden weiteren helfenden Einrichtungen und Personen, besonders aber durch die Zahl der niedergelassenen Ärzte, speziell der Nervenärzte, in dem Territorium. Bislang konnte nicht für jeden sozialpsychiatrischen Dienst an den Gesundheitsämtern ein in der Psychiatrie erfahrener Arzt gewonnen werden. Vielfach werden deshalb in diesem Aufgabenfeld andere Ärzte, vornehmlich Amtsärzte, aber auch niedergelassene Nervenärzte, tätig werden. Es bleibt zu hoffen, daß die hier bestehenden Lücken durch eine wachsende Zahl weitergebildeter Nervenärzte mittel- bis langfristig geschlossen werden können.

1.2. Laienhilfe

Für viele alleinstehend lebende psychisch Kranke, die keine eigene Familie mehr haben, sind die Laienhelfer wichtiges Bindeglied zur Umwelt. Die Laienhelfer haben dann wesentlichen Anteil an der Wiedereingliederung dieser kranken Menschen. Patientenklubs oder Begegnungsstätten sind ohne die ehrenamtliche Hilfe eigentlich undenkbar. Es ist jenen zu danken, die sich für diese schwierige und oft auch zeitaufwendige Aufgabe zur Verfügung stellen.

1.3. Hilfe durch Sozialstationen

Bei der Versorgung psychisch Kranker und behinderter Menschen im häuslichen Bereich werden ambulant pflegende und caritativ helfende Einrichtungen einzubeziehen sein. Zu diesen Betreuungseinrichtungen zählen in erster Linie die Sozialstationen. All diesen Hilfen ist gemein, daß sie im Gegensatz zum sozialpsychiatrischen Dienst oder zu den Patientenklubs und Begegnungsstätten nicht vorrangig den psychisch Kranken, sondern allen kranken oder behinderten Personen und deren Angehörigen in den Gemeinden zur Verfügung stehen sollen. Sozialstationen sind Einrichtungen, die dem kranken, alten und hilfsbedürftigen Bürger in seiner gewohnten häuslichen Umgebung Krankenpflege, Altenpflege sowie Haus- und Familienpflege anbieten. Darüber hinaus ist es eine wichtige Aufgabe der Sozialstationen, die Bereitschaft zur Nachbarschafts- und Selbsthilfe neu zu beleben und zu fördern. Wo immer es möglich ist, sollen die Menschen angesprochen werden, selbst mitzuhelfen. In diesem Sinne gilt es auch, die psychischen Aspekte von Gebrechlichkeit und Behinderung verstärkt in die Fortbildungsprogramme der Mitarbeiter von Sozialstationen zu integrieren, damit sie der Aufgabe, auch psychisch Kranke zu betreuen, besser gerecht werden können.

2. Ambulante ärztliche Behandlung

Im Bereich der ambulanten Behandlung psychisch kranker Menschen kommt dem niedergelassenen Nervenarzt auf Grund seiner Kompetenz und der Aufgabenzuweisung auch zukünftig besondere Bedeutung zu. Auch wenn in den letzten 1 Jahren die Zunahme der Arztdichte dazu geführt hat, daß weitgehend gemeindenahе ambulante ärztliche Versorgung möglich ist, ist anzustreben, eine stärkere Niederlassung im Land Sachsen-Anhalt tätiger Nervenärzte zu erreichen. Auch wenn die Expertenkommission von einer Mindestanzahl von 1 : 50 000 ausgeht, so sollte für die nächste Zeit ein Verhältnis von 1 : 30 000 angestrebt werden.

Untersuchungen zu Beginn der 80er Jahre in den Alt-Bundesländern haben ergeben, daß nur weniger als die Hälfte aller Patienten mit neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen von Nervenärzten versorgt werden. Die Mehrzahl wurde in der Regel von Allgemeinmedizinern und Internisten behandelt. Inwieweit sich diese Zahlen durch die zunehmende Anzahl der einschlägig weitergebildeten Gebietsärzte verändern wird, kann nicht quantifiziert werden. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, daß auch weiterhin ein erheblicher Teil psychisch erkrankter Patienten in allgemeinärztliche und internistische Behandlung gehen wird. Somit sind insbesondere für Allgemeinmediziner und Internisten in angemessener Weise nervenärztliche Fragestellungen zum Gegenstand von Fortbildungsveranstaltungen zu machen.

Nach § 95 SGB V können an der kassenärztlichen Versorgung auch ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teilnehmen. Dieses ist im Bedarfsfall zu ermöglichen und gilt auch, solange keine ausreichende Versorgung gewährleistet werden kann, für die Ermächtigung der Ärzte von sozialpsychiatrischen Diensten.

Die Analyse der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung im ambulanten Bereich zeigt, daß nur wenige Ärzte in diesem Gebiet tätig sind. Seitens der Kinder- und Jugendpsychiater wird beklagt, daß im Kassenarztrecht nur unzureichende Abrechnungsmöglichkeiten bestehen. Daher werden teilweise andere Gebietsbezeichnungen gewählt, um auf diesem Wege die Kassenabrechnung der Leistungen sicherzustellen. Von seiten des Ministeriums für Arbeit und Soziales wird bedauert, daß Kinder- und Jugendpsychiater im Vergleich zu anderen Gebietsarztgruppen in dieser Hinsicht erheblich benachteiligt sind. Es wurde deshalb an die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt die Bitte herangetragen, die Frage der Abrechnungsmöglichkeit für Kinder- und Jugendpsychiater weiterzuverfolgen. Es wird für diesen Bereich zudem ausdrücklich für notwendig erachtet, eine Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatern und Einrichtungen wie Erziehungsberatungsstellen, Jugendämtern, Heimen, Vormundschaftsgerichten sowie Bildungs- und Ausbildungsinstitutionen herbeizuführen.

Hierbei gewinnen ebenfalls die überregional aufzubauenden sozialpädiatrischen Zentren an Bedeutung. Für das Land Sachsen-Anhalt ist vorgesehen, zwei derartige überregional wirksam werdende sozialpädiatrische Zentren in Halle und Magdeburg aufzubauen. Des weiteren ist zu überlegen, ein drittes Zentrum im Regierungsbezirk Dessau zu errichten.

Der außerstationären Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen kommt entscheidende Bedeutung zu. Dabei sind zwei Funktionen zu erfüllen: einmal die Therapie von Erkrankungen und zum anderen die Kompensation vorhandener Defizite in der Alltagsbewältigung. Dabei ist unumstritten, daß beide Bereiche in vielfältiger Wechselwirkung zueinanderstehen müssen. Die zunehmenden qualitativen und quantitativen Anforderungen an die gerontopsychiatrische Kompetenz für die Behandlung, Betreuung und Beratung gerontopsychiatrischer Patienten stellen sich als vordringliches Problem dar. Insbesondere Ärztinnen und Ärzte, Krankenschwestern und Krankenpfleger sowie Altenpflegerinnen und Altenpfleger sind Zielgruppen für die unabdingbare Qualifizierung auf gerontopsychiatrischem Gebiet. In erster Linie werden die niedergelassenen Ärzte auf Grund ihres direkten Zugangs zu den Patienten der steigenden Nachfrage hinsichtlich gerontopsychiatrischer Kompetenz Rechnung zu tragen haben.

Ein angemessenes Fortbildungsprogramm für approbierte Ärzte und die Qualifizierung der niedergelassenen Ärzte werden zukünftig eine wesentliche Aufgabe der ärztlichen Standesorganisationen sein, da die niedergelassenen Ärzte für gerontopsychiatrische Fragestellungen als Ansprechpartner für andere Einrichtungen, z.B. Sozialstationen, Beratungsdienste, Tagesstätten und Heime, zur Verfügung stehen müssen.

Für die Behandlung von Personen, die an Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatischen Erkrankungen leiden, können psychotherapeutische Behandlungsformen in Frage kommen. Diese auf der Grundlage von Einzel- oder Gruppengesprächen durchgeführten Verfahren können im Falle psychiatrischer Erkrankungen auf sozialversicherungsrechtlicher Grundlage sowohl durch entsprechend qualifizierte Ärzte als auch von nichtärztlichen Psychotherapeuten erbracht werden. Der derzeitige Stand der psychotherapeutisch tätigen Arztpraxen zeigt eine nicht ausreichende Versorgung im Land Sachsen-Anhalt.

Hier gilt es, regionale Unterschiede auszugleichen und eine flächendeckende psychotherapeutische Versorgung zu erreichen. Die Bundesregierung hat ihre Absicht bekundet, in der laufenden Legislaturperiode den Entwurf eines Psychotherapeutengesetzes zur gesetzlichen Regelung des Berufsbildes der psychologischen Psychotherapeuten vorzulegen. Es wird im Rahmen des dann erforderlichen Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen sein, inwieweit dadurch eine weitere Verbesserung der bestehenden Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeuten erreicht werden kann. Insbesondere wird zu beachten sein, durch praktikable Übergangsbestimmungen bzw. Anrechnungsmöglichkeiten für bereits im Wege des Delegationsverfahrens und der dort geltenden Zulassungsvoraussetzungen tätige psychotherapeutische Diplompsychologen eine kontinuierliche Fortsetzung der Berufsausübung zu gewährleisten.

Bisher nicht genau quantifizierbar ist die psychotherapeutische Betreuung von Kindern und Jugendlichen durch geeignete Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Die bestehenden Schwierigkeiten, daß die speziellen Behandlungsformen bei Kindern und Jugendlichen den Zeitaufwand pro Patient außerordentlich hoch werden lassen, so daß einzelne Therapeuten nur eine kleine Anzahl von Patienten betreuen können, gilt es in nächster Zeit zu überdenken.

3. Stationäre Versorgung

Der Umfang der Reform der stationären Psychiatrie muß so gestaltet sein, daß ein qualifizierter Strukturwandel der psychiatrischen Krankenhäuser einerseits und gleichzeitig der Aufbau von psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern andererseits bewirkt wird. Bei den zur Verfügung stehenden Mitteln ist eine Konkurrenz der psychiatrischen Krankenhäuser und der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern nicht zu vertreten. Bei der Sanierung der psychiatrischen Krankenhäuser sind der eingeleitete Strukturwandel, die absehbare Verkleinerung des Einzugsbereiches und die Zielsetzung der Enthospitalisierung mitzubedenken.

Eine alleinige Förderung der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern würde die Beibehaltung der unzumutbaren Verhältnisse in den psychiatrischen Krankenhäusern noch für eine längere Zeit zur Folge haben.

Daher wird eine Verknüpfung von Krankenhausplanung, Enthospitalisierung und Aufbau regionaler komplementärer Versorgungsverpflichtungen notwendig. Insgesamt stellen sich die Anpassung und Umstrukturierung gerade angesichts der vorgefundenen Ausgangssituation als ein langfristiger Prozeß dar.

3.1. Landeskrankenhäuser und psychiatrische Fachkrankenhäuser

Die Landeskrankenhäuser Uchtspringe, Haldensleben und Bernburg haben in der Versorgung der Bevölkerung im Bereich der Psychiatrie, Neurologie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch weiterhin einen unverzichtbaren Stellenwert.

Für die Landeskrankenhäuser und das Fachkrankenhaus Jerichow, welches in die Trägerschaft des Landes überführt werden soll, gilt es, baldmöglichst die Beseitigung der baulichen, sanitären und ausstattungsmäßigen Mängel herbeizuführen, d.h. Auflösung der Bettensäle, Beseitigung großer sanitärer Mißstände, Befriedigung von minimalen persönlichen Grundbedürfnissen wie persönlicher Schrank usw. Solche kurzfristigen Schwerpunktsetzungen dürfen nicht unterbleiben, denn die bisher bestehenden Lebensverhältnisse eines Teils der Patienten sind so nicht weiter vertretbar.

Die psychiatrischen Fachkrankenhäuser unterliegen einem Reformprozeß, der als innere Reform zu bezeichnen ist:

1. Humanisierung der Unterbringungsverhältnisse
2. Aufhebung der Geschlechtertrennung
3. Verkleinerung der Stationen
4. Gestaltung des therapeutischen Milieus

5. gezielte Entwicklung therapeutischer Programme
6. Abteilungsdifferenzierung nach Zielgruppen, z.B. psychosekranke gerontopsychiatrisch Kranke, anstatt nach der Verweildauer, wie bisher in Akut- und Langzeitpsychiatrie
7. Schaffung zentralgeleiteter Therapieabteilungen
8. Abstufung der Behandlung in stationär, teilstationär und ambulant (Institutsambulanz)
9. Verkleinerung der Einzugsgebiete,
10. Ausstattung mit Personal entsprechend der Psychiatrie-Personalverordnung vom 18. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2930) und
11. Qualifizierung und Fortbildung des vorhandenen Personals.

Diese programmatischen Zielsetzungen schließen folgende Maßnahmen ein:

- Für geistig Behinderte sollen eigene Bereiche mit qualifizierter heilpädagogischer Förderung unter pädagogisch-psychologischer Leitung geschaffen werden. Hierfür gilt es für die nächste Zeit auch, die an den Landeskrankenhäusern aufgebauten vorläufigen Heimbereiche zu nutzen.
- Erforderlich sind Enthospitalisierungsprogramme für chronisch psychisch Kranke, mehrfach geschädigte Suchtkranke und psychisch kranke alte Menschen, die nicht mehr krankenhausbearbeitungsbedürftig sind und nur deshalb in den psychiatrischen Krankenhäusern bleiben, weil wohnortnahe ambulante offene Hilfen und komplementäre Einrichtungen fehlen.
- Die komplementären Hilfen sind zielgruppenspezifisch zu entwickeln. Die Langzeitpatienten aus psychiatrischen Krankenhäusern sollen dabei nicht schematisch als Pflegefälle in Heime verlegt werden. Dies wäre eine Wiederholung von ehemals begangenen Fehlern. Ungeachtet dessen ist das Angebot an entsprechenden Heimplätzen deutlich auszubauen. Hierzu ist eine subtile, d.h. nicht nur pauschal quantitative Analyse der in den psychiatrischen Krankenhäusern befindlichen Pflegefälle vorzunehmen und dabei zu klären, für welche Betreuungsform der Betroffene geeignet ist.
Von großer Bedeutung hierbei sind Initiativen von freien Trägern, die in enger Kooperation mit den psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen dies bewerkstelligen.
- Die innere Reform der Krankenhäuser ist zu begleiten vom Aufbau stabiler Kooperationsbeziehungen zu niedergelassenen Ärzten, zu anderen Krankenhäusern, den sozialpsychiatrischen Diensten sowie zu Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, Altenhilfe und der Hilfe für geistig behinderte Menschen.
- Dringend notwendig ist die Schaffung funktionstüchtiger Verwaltungsbereiche, die für die Entwicklung der Krankenhäuser und die Fülle der auch administrativ zu bewältigenden Aufgaben einen hohen Stellenwert besitzt.

3.1.1. Landeskrankenhaus Uchtspringe

In der langfristigen Entwicklung ist das Krankenhaus auf einen Versorgungsbereich für die nördliche Region des Landes Sachsen-Anhalt, insbesondere die Altmark, auszurichten. Dies gilt für die Psychiatrie als auch für die Neurologie. Im speziellen würde dies die Versorgung der heutigen Kreise Salzwedel, Osterburg, Klötze, Gardelegen und Stendal bedeuten. Damit wäre eine Einzugsgröße von etwa 300 000 Einwohnern psychiatrisch zu versorgen, was rd. einer Bettengröße von 250 Betten in der Psychiatrie und 50 Betten in der Neurologie entsprechen würde. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist überregional auszurichten, wobei die jetzige Bettenanzahl nicht der endgültigen Größe entsprechen kann. Innerhalb des Krankenhauses sind ein Bereich für Psychotherapie und eine Suchtabteilung vorzuhalten, wobei auch weiterhin Suchtentwöhnungsbetten (als nicht Krankenhausplanbetten) vorzuhalten sind.

Aufzubauen ist der Maßregelvollzug für § 63 StGB-Patienten, wobei langfristig von einer Größe bis zu 120 Plätzen auszugehen ist (mit abgestufter Sicherheitsgrad). Für den Hochsicherheitsbereich sollten die Häuser 32 und 34 ausgebaut werden mit insgesamt 45 Plätzen.

Es ist für die Schaffung des Maßregelvollzugs dringend notwendig, entsprechende Baufreiheit zu erlangen, so daß, da im Krankenhaus kein stationärer Bereich als nichtsanierungsbedürftig anzusehen ist, Behelfsbauten (Container) aufgestellt werden sollten.

Auf dem Gelände des Krankenhauses ist ein Heimbereich/geschützter Wohnbereich zu belassen, dessen Größenordnung um 100 bis 150 Plätze bemessen sein sollte. Dabei ist zu klären, in welcher Trägerschaft sich ein solcher Bereich in Zukunft befinden sollte. Für Kinder und Jugendliche ist ein heilpädagogisch-therapeutischer Heimbereich zu schaffen.

Dem Krankenhaus sind Tageskliniken für Psychiatrie und für Kinder- und Jugendpsychiatrie anzugliedern, die in Stendal bzw. Gardelegen oder einer anderen größeren Stadt des Gebietes Außenstellen besitzen sollten. Des weiteren ist zu prüfen, inwieweit die Institutsambulanz mit Außenstellen zu versehen ist. Das Institut für Pathologie am Landeskrankenhaus, welches eng mit der Geschichte des Krankenhauses verbunden ist, sollte nach Möglichkeit erhalten bleiben.

3.1.2. Landeskrankenhaus Haldensleben

Das Krankenhaus ist in seiner Versorgungsverpflichtung auf die Kreise Haldensleben, Wolmirstedt, Oschersleben, Wanzleben und Schönebeck auszurichten sowie auf Teile der Stadt Magdeburg. Wesentlich ist die Einbeziehung der Stadt Magdeburg in die Versorgungsverpflichtung des Krankenhauses. Hier ist eine Tagesklinik oder auch eine Außenstelle der Institutsambulanz des Landeskrankenhauses Haldensleben in der Stadt Magdeburg aufzubauen. Für das Landeskrankenhaus gilt es, Bereiche der Psychotherapie und Suchtbehandlungsbetten weiter vorzuhalten, auch Suchtentwöhnungsbetten in Abstimmung mit den Rentenversicherungsträgern.

Zu planen ist ebenfalls ein Heim bzw. betreuter Wohnbereich bzw. Übergangwohnheim auf dem Gelände des Krankenhauses, wobei auch hier die Trägerschaftsfrage zu klären ist (z.B. Förderverein für Psychiatrie).

Der neurologische Bereich und die Kinder- und Jugendpsychiatrie sind als Bestandteil des Krankenhauses zu belassen. In enger Kooperation mit dem Kreiskrankenhaus gilt es, eine Krankenpflegeschule aufzubauen.

3.1.3. Landeskrankenhaus Bernburg

Im Hinblick auf die weitere erforderliche Neugründung mit zusätzlicher Erweiterung psychiatrischer Fachabteilungen mit der unabwiesbaren Forderung nach Übernahme einer Vollversorgung des jeweiligen Einzugsgebietes sollte sich der Einzugsbereich des Landeskrankenhauses Bernburg möglichst an dessen verkehrsgünstiger Erreichbarkeit orientieren. Langfristig ist die Versorgung der Kreise Bernburg, Köthen, Aschersleben, Bitterfeld und des Saalkreises vorzusehen.

Die derzeitige psychiatrische Abteilung am Kreiskrankenhaus Aschersleben wird nicht als ausreichend angesehen, um die psychiatrische Vollversorgung wahrzunehmen. Es bleibt für die Weiterentwicklung die Gebietsreform abzuwarten, inwieweit der Kreis Staßfurt durch das Landeskrankenhaus Bernburg versorgt werden kann. Bis im Südtel des Landes eine eigenständige Vollversorgung möglich ist, hat das Krankenhaus die Aufnahme nach dem PsychKG für diese Region zu realisieren.

Innerhalb des Krankenhauses ist die Neurologie in einen Akutbereich und in Betten für die Fortführung der traditionell dem Krankenhaus übertragenen überregionalen Parkinsonkrankenbehandlung zu gliedern.

Der Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie gilt weiterhin als Bestandteil des Krankenhauses.

Neu aufzubauen ist am Krankenhaus der Bereich des Maßregelvollzugs für alkoholabhängige Straftäter gem. § 64 StGB, hier ist der entsprechende Ausbau des vorgesehenen Gebäudes (Haus Kraepelin) zu beschleunigen. Um dafür notwendige Baufreiheit zu erhalten, sind Übergangsbauten (Container) notwendig.

Als notwendig wird erachtet, für die Allgemeinpsychiatrie als auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie Institutsambulanzen aufzubauen. Des weiteren gilt es, für diese beiden Bereiche Tagesklinikplätze anzubieten. Dabei ist die am Krankenhaus Staßfurt existierende Tagesklinik in die Versorgung einzubeziehen.

3.1.4. Fachkrankenhaus Jerichow

Für dieses Krankenhaus ist die Übernahme in Landesträgerschaft vorgesehen. Das Krankenhaus hat eine Ausrichtung der Versorgung auf die Kreise Havelberg, Genthin und Burg vorzunehmen und damit eine Vollversorgung für eine Region von 120 000 Einwohnern zu realisieren. Eine Aufstockung der neurologischen Betten wird nicht als bedarfsgerecht angesehen. Die Erhaltung pulmologischer Betten, d.h. eine zentralisierte besondere Versorgung psychisch Kranker mit Lungenleiden, muß als überholt bezeichnet werden. Die Psychotherapiestation kann als zweckentsprechend und damit bedarfsgerecht bezeichnet werden. Auf Grund des mit Sicherheit ansteigenden Bedarfs an Plätzen für Sucht- und insbesondere Alkoholranke, sollte im Hinblick auf die zukünftige Struktur des Fachkrankenhauses eine Ausrichtung auf diesen Bereich in Erwägung gezogen werden. Als neuen therapeutischen Schwerpunkt des Krankenhauses gilt es, langfristig die Übertragung der Aufgabe der Versorgung drogenabhängiger Straftäter gem. § 64 StGB einzuleiten, da eine Trennung nach allen Erfahrungen von alkoholabhängigen Straftätern unbedingt erforderlich ist. Da der in Sachsen-Anhalt dabei zu erwartende Platzbedarf noch nicht abzusehen ist, gilt dieses als eine langfristige Konzeption. Dem Krankenhaus ist eine Institutsambulanz anzugliedern und Tagesklinikplätze sind aufzubauen. Solange im Südteil des Landes, besonders im Regierungsbezirk Dessau, noch keine ausreichenden psychiatrischen Stationen zur Verfügung stehen, gilt es, daß das Krankenhaus Jerichow die Vollversorgung für den Kreis Zerbst wahrnimmt.

3.1.5. Fachkrankenhaus für Kinder- und Jugendpsychiatrie Vitzenburg

Langfristig sollte dieses Krankenhaus als Fachkrankenhaus geschlossen werden. Es gilt zu prüfen, wie weit dem Krankenhaus in Querfurt eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 30 Betten angegliedert werden kann. Bis zu diesem Zeitpunkt sollte die Vitzenburg als psychiatrisches Pflegeheim genutzt werden. Die Außenstelle in Zingst gilt es, bis zur Angliederung an das Kreiskrankenhaus Querfurt als Einrichtung für stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 30 bis 40 Betten fortzuführen.

3.2. Psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern

In den Empfehlungen der Expertenkommission wird als Abteilungsgröße die Zahl von 80 bis 90 Betten + Tagesklinik empfohlen. Dabei sind die psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern so zu schaffen und auszugestalten, daß sie für eine definierte Bevölkerung alle klinisch-stationär behandlungsbedürftigen psychisch Kranken einschließlich gerontopsychiatrisch Kranker behandeln können, auch die nach dem Landesunterbringungsgesetz (PsychKG LSA) und dem Betreuungsgesetz vom 12. September 1990 (BGBl. I S. 2002) unterzubringenden Personen. Ziel und Bedingung für die Förderung der Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ist die Übernahme der Versorgungsverpflichtung für eine definierte Region. Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung können entstehen durch den Ausbau einer vorhandenen, bisher kleineren Abteilung oder durch den Aufbau völlig neuer Abteilungen an Krankenhäusern. Gemischt neuropsychiatrische Abteilungen, die nur ausgewählte psychisch Kranke aufnehmen, sollen nicht mehr zugelassen werden.

Die Anforderungen an die psychiatrischen Fachabteilungen sind folgender Art:

1. Regional definierte Vollversorgungsverpflichtung
2. Eigener fachärztlicher Dienst rund um die Uhr
3. Personalstabilität
4. Weiterbildungsermächtigung zumindest des leitenden Arztes für die Psychiatrie.

Kleine Abteilungen, die diese Anforderungen nicht erfüllen, sollen nur noch für eine Übergangszeit bestehen, bis in angestrebter Absprache mit deren Träger eine Entscheidung über die weitere Entwicklung getroffen ist. Dabei gilt es zu prüfen, inwieweit der Fehlbedarf an neurologischen Betten im Land zum Aufbau leistungsfähiger neurologischer Abteilungen genutzt wird.

Wie bisher sollte die psychiatrische Abteilung des Krankenhauses Hettstedt für die Vollversorgung der Kreise Hettstedt, Sangerhausen und Eisleben genutzt werden. Dies bedeutet die Ausrichtung auf einen Versorgungsbereich von rd. 160 000 Einwohnern. Bis im Südteil des Landes entsprechende psychiatrische Abteilungen aufgebaut worden sind, sollte der Kreis Querfurt vom Krankenhaus Hettstedt mit versorgt werden. Vorrangig dazu müßte der Ausbau eines entsprechenden therapeutischen Milieus im Kreiskrankenhaus Hettstedt erfolgen.

Eine nur aus 10 Betten bestehende kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung wird als nicht günstig angesehen. Hier gilt es, der aufzubauenden kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung im Kreiskrankenhaus Querfurt die Versorgung zu übertragen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß eine kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung über mindestens 30 Betten verfügen sollte. Die psychiatrische Abteilung am Kreiskrankenhaus Aschersleben sollte, wie es vor 1990 bereits war, neurologisch ausgerichtet werden, da keine Vollversorgung mit den bestehenden 26 Betten erreicht werden kann. Für die drei Harzkreise Wernigerode, Halberstadt und Quedlinburg wird es als günstig angesehen, wenn sich die Kreise zu einem Zweckverband Psychiatrie zusammenschließen, wobei eine Abstimmung der bestehenden psychiatrischen Abteilungen in Blankenburg, Neinstedt und Ballenstedt zu erfolgen hat. Für den Versorgungsbereich von 250 000 Einwohnern ist es notwendig, eine eigenständige Versorgung zu erreichen und die Ablösung von der Zuständigkeit des Landeskrankenhauses Haldensleben zu vollziehen. Mit der psychiatrischen Abteilung im Krankenhaus Ballenstedt war es kurzfristig möglich, kostengünstig eine psychiatrische Einrichtung zur Verfügung zu stellen. Es wird vorgeschlagen, daß die gerontopsychiatrische Versorgung den Neinstedter Anstalten übertragen wird mit der Errichtung einer Institutsambulanz und einer Tagesklinik. Die übrigen Aufgaben im Bereich der Psychiatrie sollten den Krankenhäusern Blankenburg und Ballenstedt zukommen. Die zehn Psychiatriebetten im Diakoniekrankenhaus Elbingerode sind eingebunden in die Therapiekette Suchtkranker (als Entgiftungsbetten).

Als eine Aufgabe mit höchster Priorität kann der Aufbau von stationären psychiatrischen Abteilungen im Südteil des Landes gesehen werden. Für die Kreise Querfurt, Merseburg, Weißenfels, Hohenmölsen, Zeitz, Nebra und Naumburg mit etwa 400 000 Einwohnern sollten zwei bis drei psychiatrische Abteilungen aufgebaut werden. Nach den Möglichkeiten einer schnellen Umsetzung gilt es zu klären, inwieweit die Standorte Merseburg, Weißenfels, Naumburg bzw. Zeitz in Frage kommen können. Auch wenn mit einer unter 80 Betten umfassenden Abteilung begonnen werden müßte, ist der Ausbau zu einer die Vollversorgung übernehmenden Einrichtung zügig voranzutreiben.

Die psychiatrische Versorgung in Dessau gilt es auszubauen, so daß neben der Stadt Dessau die Kreise Gräfenhainichen und Roßlau versorgt werden können. Es sollte geprüft werden, inwieweit später Bitterfeld zu diesem Einzugsgebiet zu zählen ist oder ob in Bitterfeld eine selbständige Abteilung errichtet werden soll. Für Dessau gilt es, eine entsprechende stationäre Abteilung für Psychotherapie aufzubauen.

Weiterhin notwendig ist der Aufbau einer psychiatrischen Abteilung an einem Krankenhaus in Wittenberg, die die Zuständigkeit für die Kreise Wittenberg und Jessen übernimmt.

Für die Stadt Halle ist die Versorgung zwischen den bestehenden psychiatrischen Einrichtungen nach dem Prinzip der Sektorsierung aufzuteilen.

In Magdeburg sollte die Hochschule weiterhin einen Stadtbezirk versorgen. Am Krankenhaus Magdeburg-Olvenstedt werden die Bedingungen für den Ausbau einer in die Vollversorgung von Stadtbezirken einzubeziehenden psychiatrischen Abteilung zur Zeit als nicht günstig angesehen. Hier ist vom Träger die Möglichkeit zum Ausbau eines entsprechenden therapeutischen Milieus innerhalb der Psychiatrie konkret zu prüfen. Ist dies nicht der Fall, sollte im Krankenhaus-Olvenstedt dafür die für die Stadt Magdeburg notwendige neurologische Abteilung ausgebaut werden.

In die Versorgung der Stadt Magdeburg ist das nahegelegene Landeskrankenhaus Haldensleben einzubeziehen.

3.3. Hochschulkliniken

Es wird empfohlen, die Hochschulkliniken auch weiterhin für ein definiertes Versorgungsgebiet aller psychisch kranken Patienten stationär zu nutzen. Für Forschung und Lehre ist es günstig, sich auf das gesamte Spektrum psychiatrischer Erkrankungen als Erfahrungsbasis stützen zu können. Vor allem Probleme der psychiatrischen Versorgung, insbesondere solcher üblicherweise vernachlässigter Patientengruppen, sollten wichtige Felder für Forschung und Lehre an den Hochschuleinrichtungen sein. Es ist dafür Sorge zu tragen, daß an den Hochschulkliniken die Lehrstühle für Psychiatrie besetzt sind. Für die forensische Psychiatrie gilt es, geeignete Voraussetzungen zu schaffen, ggf. eigenständige Bereiche aufzubauen.

Da Nachholebedarf in der psychosomatischen Betreuung einschl. der Forschung besteht, sollten auch für diesen Bereich an den Hochschulen Schwerpunkte gesetzt und Initiativen entwickelt werden.

4. Komplementäre Versorgung

Pflege, Betreuung und Wiedereingliederung psychisch Kranker und seelisch Behinderter in psychiatrisch ausgerichteten Heimen und Wohngemeinschaften stehen zwischen der ambulanten Behandlung und Betreuung in der Familie und der intensiven Behandlung im psychiatrischen Fachkrankenhaus. Die komplementären Heime, vor allem aber die betreuten Wohngemeinschaften, sind auf Grund ihrer Zielsetzung auf eine Einbettung in die jeweils örtliche Gemeinschaft auszurichten.

Diese Einrichtungen haben nicht nur für seelisch Behinderte Wohn- und Lebensbedingungen zu schaffen, die eine therapeutisch angemessene und menschenwürdige Versorgung gewährleisten, vielmehr sollen sie auch einen Großteil der Rehabilitationsmaßnahmen für diese Behinderten erbringen können. Auf Grund der unterschiedlichen Krankheits- und Behinderungsausprägungen und entsprechend zu differenzierenden Hilfen haben diese Heime folgende Schwerpunkte:

- Pflege und Betreuung alter Menschen, deren Gebrechen vorrangig durch die psychische Erkrankung bestimmt wird. Ziel ist die Verbesserung der Fähigkeiten oder die Vermeidung oder Verminderung der Gebrechlichkeiten.
- Pflege und Aktivierung von mehrfach behinderten und schwer gestörten psychisch Kranken mit den Zielen des Wiedererwerbs einzelner Fähigkeiten, der Aufrechterhaltung des Kontaktes zur Gemeinschaft und der Linderung der Behinderungen.
- Dauerhafte Förderung seelisch Behinderter, besonders mittlerer Altersgruppen, zur Erlangung einer eigenständigen Lebensführung in Wohn- und Arbeitsbereichen.
- Rehabilitation und Wiederherstellung der Selbsthilfefähigkeit zur Vorbereitung auf ein selbständiges Leben außerhalb geschützter Einrichtungen.
- Ergänzung der Rehabilitation, Sicherung der Behandlung und Krisenintervention im Anschluß an eine Betreuung in Wohn- und Übergangsheimen.

Wesentliches Kriterium für die komplementäre Versorgung sind die Gemeindenähe und die Überschaubarkeit der Einrichtungen unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten und der jeweils unterschiedlichen Aufgabenstellung. Im einzelnen sind für seelisch Behinderte/psychisch Kranke, die stationär-klinischer Behandlung nicht mehr bedürfen, nachfolgend aufgeführte Einrichtungen und Wohnformen vorzuhalten:

4.1. Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK)

Die Rehabilitationseinrichtung ist eine möglichst gemeindenaher stationäre Einrichtung mit einem spezifisch-therapeutischen Milieu. Sie erbringt medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen bei begleitender psychosozialer Betreuung.

Die Rehabilitationseinrichtungen nehmen nicht mehr krankenhausbehandlungsbedürftige Patienten zur Rehabilitation auf. Der Schwerpunkt liegt bei ärztlich verantworteten, stabilisierenden, trainierenden und damit auch für die berufliche Eingliederung fördernde Maßnahmen sowie bei psychosozialer Betreuung einschließlich Rehabilitationsberatung.

Diese Einrichtungen bieten Rehabilitationsmaßnahmen einschließlich Unterkunft und Verpflegung für teilarbeitsfähige oder noch nicht arbeitsfähige seelisch Kranke oder behinderte Menschen mit dem Ziel, mittels psychiatrischer Hilfe und einem geeigneten kurz- bis mittelfristigen Rehabilitationsangebot die Erwerbsfähigkeit des Personenkreises wesentlich zu verbessern oder wiederherzustellen. Die Wiedereingliederung der psychisch Kranken und Behinderten soll durch

- Aktivierung (Enthospitalisierung)
 - körperliche und psychische Stabilisierung
 - Training und Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung
- erreicht werden.

Außerdem werden durch

- Abklärung von beruflicher Eignung und Neigung,
- Hinführung zu beruflichen Maßnahmen
die Voraussetzungen für eine möglichst weitgehende und dauerhafte Wiedereingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt geschaffen.
Die RPK ist eine Einrichtung in der Kostenträgerschaft der Sozialversicherung.

4.2. Übergangwohnheime

Das Übergangwohnheim soll seelisch behinderte Menschen aufnehmen, die zu ihrer psychischen Stabilisierung, Verselbständigung und Aktivierung nach einer vorangehenden psychiatrischen stationären Behandlung noch eines kurzen bis mittelfristigen Rehabilitationsangebotes bedürfen, um möglichst weitgehend und dauerhaft in das Leben der Gemeinschaft eingegliedert zu werden. Dabei sind Verlängerungen der Aufenthaltsdauer möglich. Das Übergangwohnheim muß den einzelnen seelisch Behinderten gleichermaßen Rückzugsmöglichkeiten wie auch Kontakt- und Kommunikationsmöglichkeiten bieten. Dazu ist eine überschaubare Größe (48 Plätze) vorzuhalten.

Je nach Art und Schwere der Behinderung sind die Ziele der Maßnahmen individuell für den einzelnen festzulegen. Grundsätzlich geht es um die Verbesserung der psychischen Stabilität des Behinderten und die Verbesserung seiner Fähigkeit zur Bewältigung der Auswirkungen der Behinderung. Dazu gehören im einzelnen:

- Hilfe zur Wiedereingliederung für eine selbständige Lebensweise
- sinnvolle Arbeitstrainingsmaßnahmen in dafür geeigneten Einrichtungen
- in Zusammenarbeit mit entsprechenden Institutionen Hinführung zu einer angemessenen Tätigkeit
- Hilfen bei einer individuellen Bedürfnissen gerecht werdenden Tages- und Freizeitgestaltung.

Aufgenommen werden in diesen Einrichtungen volljährige Menschen mit seelischer Behinderung, bei denen nach fachkompetenten Erkenntnissen die Chance besteht, daß die Zielsetzung des Aufenthalts in Übergangsheimen realisiert werden kann (dies gilt nicht für Suchtkranke oder akut selbstmordgefährdete Menschen).

Das Schwergewicht der Aufgaben des therapeutischen Personals liegt dabei bei der zielgerichteten Anwendung sozialtherapeutischer Maßnahmen.

4.3. Wohnheime

Das Wohnheim hat die Aufgabe, seelisch behinderten Menschen ein ihnen angemessenes Wohnen zu ermöglichen, durch gezielte Förderung Gelegenheit zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu geben und langfristig zu einem eigenständigen Leben zu befähigen. Die Größe des Wohnheims muß dabei in überschaubarem Rahmen (60 bis 80 Plätze) sein. Das Wohnheim nimmt Menschen mit seelischer Behinderung auf, die in der Regel in Werkstätten für Behinderte, einer entsprechenden Einrichtung oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sind. Es dient auch solchen Betroffenen als Betreuungsstätte, die wegen ihrer seelischen Behinderung der Hilfe in einem Heim bedürfen, weil sie nicht selbständig wohnen oder in der Familie ausreichend versorgt werden können, die aber im Wohnheim angebotene Hilfe nutzen, um so die vorhandenen Freiräume möglichst selbständig zu bewältigen.

Die Schwierigkeit der therapeutischen Bemühungen im Wohnheim besteht darin, die Balance zu wahren zwischen der überfordernden Aktivierung zur Selbsthilfe mit der Gefahr einer Wiedererkrankung und dem unterfordernden Überangebot an Versorgung mit der Gefahr von Antriebslosigkeit und Passivität. Übergangwohnheim und Langzeitwohnheim können unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten im Bedarfsfall auch funktional zusammen betrieben werden.

4.4. Wohngruppen für seelisch Behinderte

Die Wohngruppe wird als Teil eines Wohnheims innerhalb oder außerhalb desselben geführt. In dieser Wohnform sollen seelisch Behinderte, die einen höheren Verselbständigungsgrad erreicht haben, die Möglichkeit erhalten, ihre Selbstversorgungsfähigkeit zu vervollkommen und ihr Sozialverhalten weiter zu verbessern. Dabei hält der Träger ein noch relativ breites Bündel an Betreuungsmaßnahmen vor, das aber den erreichten Fortschritten in der Entwicklung entsprechend stufenweise abgebaut wird. Ziel der Förderung in den Wohngruppen ist es, daß der seelisch Behinderte nach erfolgreichem Durchlaufen dieser Einrichtung in relativ freie Wohnformen überwechseln kann. Die Größe der jeweiligen Wohngruppen hält sich im Rahmen von vier bis zehn zu betreuenden Personen.

4.5. Pflegeheime für seelisch Behinderte

Das Pflegeheim nimmt schwer seelisch behinderte Menschen mittleren Alters auf, die allumfassend für die ständig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens der Zuwendung und Hilfe sachkundigen Personals bedürfen.

Zu den Aufgaben des Pflegeheims gehört es, den Zustand des Pflegebedürftigen zu erleichtern und seine Beschwerden durch aktivierende Pflege erträglich zu machen. Die Hilfe zur Pflege soll sicherstellen, daß der behinderte Mensch nicht an den Grunderfordernissen des täglichen Lebens scheitert.

Zu diesen Grunderfordernissen gehört ein Mindestmaß an persönlichen Kontakten, Zuwendung und Anregung zu verschiedenen Beschäftigungen, ohne die ein schwer seelisch behinderter Mensch, der durch die Folgen seiner Behinderung isoliert ist, in seiner geistig-seelischen Existenz weiter Schaden nehmen würde.

Pflege- und Wohnheime für seelisch Behinderte können unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten im Bedarfsfall auch funktionell zusammen betrieben werden.

4.6. Psychogeriatrische Pflegeheime

Psychisch Alterskranke, altgewordene psychisch Kranke und pflegebedürftige seelisch behinderte Menschen mit körperlicher Altersgebrechlichkeit bilden eine Bevölkerungsgruppe, deren Versorgung seinerzeit nach Ansicht der Sachverständigen zur Psychiatrie-Enquête am dringlichsten reformbedürftig war.

Trotz beträchtlicher Bemühungen in den Alt-Bundesländern bleibt auch dort für diese Gruppe der über 55jährigen noch immer ein Defizit an angemessener Betreuung.

Für eine bedürfnisgerechte und adäquate Betreuung dieser Behindertengruppen außerhalb psychiatrischer Landeskrankenhäuser bieten sich drei verschiedene Formen der Heimunterbringung an, die von Sachverständigen bisher auch unterschiedlich bewertet wurden.

Der beschriebene Personenkreis kann zum Teil in den regional vorhandenen Alten- und Pflegeheimen betreut werden; es ist Aufgabe dieser Einrichtungen, in beschränkter Zahl auch für diesen Personenkreis die sachgerechte Betreuung durch eine Verbesserung der inneren Struktur, der personellen Ausstattung und der fachlichen Kompetenz zu gewährleisten. Der alte Mensch kann so in seiner ihm vertrauten Region bleiben. Mitmenschliche Beziehungen zu seiner früheren Lebenswelt können erhalten bleiben. Dabei ist die enge Zusammenarbeit insbesondere mit sozialpsychiatrischen Diensten und gerontologischen Einrichtungen der Region erforderlich und die Betreuung der Bewohner durch einen in der Psychiatrie erfahrenen Arzt zu sichern. Der Vorteil dieses Modells liegt darin, daß der Lebensweg eines solchen Menschen so normal wie möglich verläuft und nicht erneut durch besondere Ausgrenzung gekennzeichnet ist. Schwierigkeiten bestehen vor allem dort, wo eine fachlich kompetente Betreuung im Altenpflegeheim nicht gewährleistet ist und/oder eine ausgeprägte Störanfälligkeit den Aufenthalt des Behinderten in einem Altenpflegeheim verhindert.

Als weitere Möglichkeit bietet sich die Schaffung spezieller Pflegeheime für psychiatrisch Alterskranke an, deren Betreuung sich besonders schwierig gestaltet.

Problematisch für Personal und Umgebung dürfte der besondere Charakter einer solchen Einrichtung sein. Die sicher nur überregional mögliche Schaffung derartiger Einrichtungen wird darüber hinaus für einen weiteren Abstand zum früheren Lebensumfeld der Betroffenen sorgen.

Um auch im Alter eine kontinuierliche Betreuung durch das Wohnheim zu gewährleisten, wird als dritte Möglichkeit die Schaffung eigener kleiner Pflegeabteilungen innerhalb der Wohnheime vorgeschlagen. Dies kann den Verbleib der Betroffenen in dem ihm vertrauten "Zuhause" ermöglichen, wenn entsprechende personelle Voraussetzungen geschaffen sind.

Nachteil einer solchen Heimstruktur dürfte die Verführung zu großen Heimen mit mehr als 80 Plätzen, die Gefahr einer für die Eingliederungsbemühungen nicht förderlichen Atmosphäre und einer kaum zu bewältigenden Aufgabenvermischung sein. Zudem bestehen Bedenken, daß die eigentlichen Heimstrukturen durch Überalterung der Bewohner verlorengehen.

4.7. Betreutes Wohnen (betreute Wohngemeinschaften)

Betreutes Wohnen umfaßt ein weites Spektrum von betreuten Einzelwohnungen bis zu betreuten therapeutischen Wohngemeinschaften. Diese bilden im Anschluß an Wohn- und Übergangsheime das letzte Element der Rehabilitationskette zu einer völligen Verselbständigung.

Aufnahme in die betreute Wohnform sollen seelisch Behinderte finden, die anderweitig so weit behandelt und gefördert sind, daß sie bei ambulanter therapeutischer und pädagogischer Hilfe mit Unterstützung der Wohngemeinschaft oder ambulanter Hilfe ihren Lebensbereich weitestgehend selbständig gestalten und ein normales Alltagsleben führen können. Die Dauer der Hilfe richtet sich nach den Besonderheiten des Einzelfalls. Grundsätzlich ist eine zeitliche Befristung anzustreben. In besonders begründeten Einzelfällen kann die Hilfe auch ohne bestimmte Fristsetzung gewährt werden.

Für das Land Sachsen-Anhalt sind die Entflechtung der vorhandenen Wohn-, Pflege- und Altenheime und der psychiatrischen Großeinrichtungen und eine Aufgliederung in die vorgenannten überschaubaren Betreuungsformen vorzunehmen.

(Die vorstehenden Definitionen sind Gegenstand einer Arbeitsgruppe unter Beteiligung freier und öffentlicher Träger, deren Ziel die Abstimmung von Empfehlungen über Einrichtungen und Wohnformen für seelisch Behinderte/psychisch Kranke in Sachsen-Anhalt ist).

5. Rehabilitation

Für viele psychisch Kranke sind medizinische Behandlungsmaßnahmen nicht ausreichend, um das Ziel einer dauerhaften Wiedereingliederung zu erreichen. Begleitend und im Anschluß an die Behandlung sind Maßnahmen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie zur sozialen Wiedereingliederung notwendig. Gerade für Menschen mit psychischen Problemen kann die Wahrnehmung von Beschäftigungsmöglichkeiten ein wichtiger Bestandteil einer ganzheitlichen Stabilisierung der Persönlichkeit sein. Insbesondere kann hier durch Passivierungstendenzen und damit der Gefahr erneuter gesundheitlicher Beeinträchtigung vorgebeugt werden. Deshalb kommt abgestuften Beschäftigungsprogrammen für psychisch Kranke und seelisch Behinderte eine gleichrangige Bedeutung wie Hilfen beim Wohnen, Freizeit und sozialer Teilhabe bei.

Es wird die Aufgabe der nächsten Jahre sein, insbesondere eine Verbesserung der Rehabilitationschancen für psychisch Kranke und seelisch Behinderte herbeizuführen.

Die Integration von Betroffenen in den allgemeinen Arbeitsmarkt ist eine Aufgabe, der sich alle Beteiligten stellen müssen und die nicht kurzfristig zu lösen ist, denn es ist erfahrungsgemäß schwierig, für psychisch Behinderte auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine Einstellung zu erreichen. Arbeitsplätze für seelisch Behinderte sollen sich, soweit im Einzelfall vertretbar, grundsätzlich nicht von Arbeitsplätzen gesunder Mitbürger oder anderer Behinderter unterscheiden, um den Betroffenen nicht ständig ihre Sonderstellung vor Augen zu halten. Dabei gilt der Vorrang integrierter vor speziellen Behinderungseinrichtungen.

Da die Angebotspalette an Rehabilitationsmaßnahmen für psychisch Kranke und seelisch Behinderte in absehbarer Zeit nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen wird, muß ein Anstieg der Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten auf Grund psychischer Erkrankungen erwartet werden.

In den gesetzlichen Vorschriften zur Rehabilitation sind die seelisch Behinderten den anderen Behindertengruppen gleichgestellt. Es wird aber in Zukunft darauf hinzuwirken sein, daß die Kostenträger der Rehabilitation sich zur Berücksichtigung der besonderen Belange der seelisch Behinderten in entsprechenden Vereinbarungen verpflichten und damit den gesetzlichen Rahmen ausschöpfen. Weiterhin wird für Berufsbildungswerke und Berufsförderungswerke zu prüfen sein, inwieweit sie sich für psychisch Behinderte öffnen können. Die Berufsbildungswerke dienen der erstmaligen Berufsausbildung von Behinderten, vor allem Jugendlicher. Berufsförderungswerke übernehmen die überbetriebliche berufliche Wiedereingliederung von Behinderten, vor allem von Erwachsenen. Für die berufliche Ausbildung und Wiedereingliederung psychisch Behinderter müssen bei den bestehenden Einrichtungen zunächst die Voraussetzungen für eine qualifizierte Förderung psychisch Behinderter geschaffen werden. Es wird deshalb begrüßt, daß die Bundesregierung nachhaltig die Bestrebungen der Berufsbildungswerke und Berufsförderungswerke unterstützt, ein fachgerechtes und den Bedürfnissen psychisch Behinderter angepaßtes Angebot zu schaffen.

5.1. Werkstätten für Behinderte

Werkstätten für Behinderte sollen Beschäftigungsmöglichkeiten für diejenigen Behinderten anbieten, denen wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung der allgemeine Arbeitsmarkt nicht zugänglich ist. Dabei kann es sich sowohl um psychisch Kranke als auch um seelisch Behinderte handeln. Bei dem Versuch, zu einer groben Differenzierung von Menschen mit psychischer Behinderung zu gelangen, die eine Werkstatt für Behinderte besuchen können, lassen sich drei Personengruppen unterscheiden:

- Langzeitpatienten psychiatrischer Krankenhäuser nach Durchlauf der dortigen Arbeitstherapie ohne oder mit lang zurückliegender Berufserfahrung,
- erwachsene psychisch kranke Menschen mit mehreren Krankenhausaufenthalten, die bereits im Berufsleben standen,
- jüngere psychisch Kranke, die erst wenige stationäre Aufenthalte oder nur teilstationäre Behandlungsphasen hatten und die eine Ausbildung abgebrochen oder noch keine begonnen haben.

Diese Unterscheidung macht die ausgesprochene Heterogenität dieses Personenkreises deutlich, der nur durch ein ebenso differenziertes und auf Einzelfälle zugeschnittenes Angebot und Arbeitsprogramm der Werkstätten für Behinderte entsprochen werden kann.

Die Werkstätten für Behinderte haben einen langfristigen und umfassenden Rehabilitationsauftrag zu erfüllen; sie sollen auch die Vermittlungsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt fördern. Neben der Wahrnehmung dieses Wiedereingliederungsauftrages ist es allerdings auch Aufgabe der Werkstätten für Behinderte, Dauerarbeitsplätze einzurichten und vorzuhalten. Die Werkstätten für Behinderte verfügen dafür über einen Eingangs-, Arbeitstrainings- und Arbeitsbereich. Die Förderung und die Rehabilitation seelisch Behinderter kann in den Werkstätten für Behinderte erfolgen, wobei die organisatorische Ausstattung an den jeweiligen Anforderungen ausgerichtet werden muß. Umfassende Arbeitsanamnesen und gezielte arbeitsdiagnostische Untersuchungen, die Längsschnittbetrachtungen des einzelnen in den Mittelpunkt gestellt haben, belegen, daß überwiegend behinderungsbedingte Einschränkungen im Bereich der Grundarbeitsfertigkeiten vorliegen, die sowohl auf motivationale Störungen zurückgehen und in Verhaltensaspekten, wie Regelmäßigkeit und Ausdauer zum Ausdruck kommen, als auch kognitive Fähigkeiten, wie Gedächtnisleistung, Konzentration usw. betreffen. Des weiteren sind grundlegende Einschränkungen zu betrachten, die im Bereich des Sozialverhaltens liegen. Ein auf Menschen mit seelischer Behinderung zugeschnittenes Arbeitsangebot muß auf diese Gesichtspunkte abgestellt werden. Die Werkstätten für Behinderte sollen jedem Menschen mit seelischer Behinderung unabhängig von der Schwere seiner behinderungsbedingten Einschränkungen einen Werkstattplatz bieten können, soweit er ein Mindestmaß an Arbeitsleistung erbringen kann oder dieses durch Arbeitstraining zu erwarten ist. Da das Leistungsspektrum bei Menschen mit seelischer Behinderung extrem weit gespannt ist, muß das Arbeitsangebot auf den Einzelfall abgestimmt werden. Starke Schwankungen im Verlauf psychischer Erkrankungen und Behinderungen erhöhen die Anforderungen an die Flexibilität des Angebots zusätzlich. Für das Personal der Werkstätten für Behinderte, die auf seelisch Behinderte ausgerichtet sind, ist nach Möglichkeit auch eine spezielle Mitarbeiterqualifikation anzustreben. Insgesamt ist für das Land Sachsen-Anhalt in den nächsten Jahren ein flächendeckendes Netz von Werkstätten für Behinderte anzustreben. Die Anzahl der Werkstattplätze wird kontinuierlich dem Bedarf entsprechend ausgebaut werden.

5.2. Selbsthilfefirmen

Zur Verminderung eines der Stabilisierung der Lebenssituation des seelisch Behinderten abträglichen Leerlaufs bei langdauernder Arbeitslosigkeit und zur Vermeidung von sozialer Bindungslosigkeit können weitere Beschäftigungsmöglichkeiten für seelisch Behinderte in Betracht gezogen werden.

Unter bestimmten Voraussetzungen können sogenannte Selbsthilfefirmen eine wirksame Brücke zwischen der Werkstatt für Behinderte und dem allgemeinen Arbeitsmarkt darstellen. Der Vorteil, den Selbsthilfefirmen für die ehemaligen Psychiatriepatienten bedeuten, liegt in der Möglichkeit zu tarifvertraglichen und sozialversicherungspflichtigen Tätigkeiten sowie in der Bereitstellung von teilgeschützten Arbeitsstrukturen. Von den Selbsthilfefirmen zu unterscheiden sind sogenannte Zuverdienprojekte, in welchen zumeist berenteten psychisch Behinderten durch geringfügige Beschäftigung eine zusätzliche Einkommensmöglichkeit sowie tagesstrukturierende Angebote eröffnet werden können. Zwischen beiden Projekten bestehen vielfache Überschneidungsmöglichkeiten.

Selbsthilfefirmen, wie sie in den alten Ländern existieren, bieten psychisch Behinderten behinderungsgerechte Arbeitsplätze analog den Regelungen des allgemeinen Arbeitsmarktes. Abgesehen von bestimmten Formen persönlicher Betreuung werden keine rehabilitativen Leistungen erbracht. Für eine dauerhafte Existenz der Selbsthilfefirma ist insbesondere eine eingehende betriebswirtschaftliche Planung auf der Grundlage eines wirtschaftlich tragfähigen Konzepts erforderlich. Die in den alten Ländern gesammelten Erfahrungen mit Selbsthilfefirmen legen nahe, derartige Projekte auch für das Land Sachsen-Anhalt in Betracht zu ziehen.

5.3. Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

Die Arbeitsmöglichkeiten für psychisch Behinderte auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt müssen zur Zeit als sehr schwierig eingeschätzt werden. Auch wenn im Rahmen des Arbeitsförderungsgesetzes und des Schwerbehindertengesetzes Hilfen für Arbeitgeber in Form von Investitionskostenzuschüssen und Betriebskostenzuschüssen gezahlt werden, muß von einer weitgehend unzureichenden Wiedereingliederung insbesondere psychisch behinderter Arbeitnehmer ausgegangen werden. Es wird erheblicher Anstrengungen in den nächsten Jahren bedürfen, hier Veränderungen zu erreichen.

6. Maßnahmen im Bereich Sucht

Die Verstärkung der Suchtprophylaxe muß zu einem Schwerpunkt der Suchtpolitik im Land Sachsen-Anhalt werden. Dazu gilt es, bis zum Ende des Jahres 1992 ein Gesamtkonzept zur Suchtprophylaxe und Suchtkrankenhilfe aufzustellen.

Die Suchtprophylaxe zielt darauf ab, daß sich die Nachfrage nach Suchtmitteln verringert.

Dies bedeutet im einzelnen:

- totale Abstinenz im Hinblick auf illegale Drogen
- selbst kontrollierter Umgang mit legalen Suchtmitteln (Alkohol)
- bestimmungsgemäßer Gebrauch von Medikamenten.

Diesbezüglich hat das Programm für die Suchtprophylaxe die unterschiedlichen Maßnahmen, die von der Drogenbekämpfung bis hin zur Gesundheitsförderung reichen, zu beinhalten. Damit hat die Suchtprophylaxe nicht nur an die Verantwortung des einzelnen in seinem Umgang mit Suchtmitteln zu appellieren, sondern es müssen berücksichtigt werden die Entwicklungs- und Lebensbedingungen, die maßgeblich Suchtmittelmißbrauch und Abhängigkeit fördern. In diesem Konzept hat die Landesstelle gegen Suchtgefahren in Sachsen-Anhalt einen wesentlichen Platz einzunehmen.

Es ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, daß es der grundsätzlichen Bereitschaft aller bedarf, auf gesundheitsfördernde Lebensbedingungen hinzuwirken, damit die Bereiche Familie, Schule, Arbeit und Freizeit eine Lebensqualität erhalten, die Suchtmittelmißbrauch insgesamt überflüssig werden läßt.

TABELLENVERZEICHNIS

Seite

1.	Aufnahmegebiete der Fachkrankenhäuser für den psychiatrischen Bereich (Stand: 1990)	41
2.	Aufnahmegebiete anderer psychiatrischer Einrichtungen/Abteilungen (Stand: 1990)	41
3.	Struktur der Fachkrankenhäuser im Jahre 1990 (Bettenzahl)	42
4.	Stationsgröße in den Fachkrankenhäusern (Stand: 1990)	42
5.	Baujahr der Gebäude in den Fachkrankenhäusern	43
6.	Zahl der Schlafräume in den Fachkrankenhäusern (Stand: 1990)	43
7.	Zahl der Patientenaufnahmen in den Fachkrankenhäusern	43
8.	Durchschnittliche Belegung der Fachkrankenhäuser (in Prozenten)	44
9.	Personalausstattung der Fachkrankenhäuser (Stand: 1990)	44
10.	In die ambulante psychiatrische Betreuung einbezogene Polikliniken (Stand: Mai 1992)	44
11.	Anzahl eingerichteter Arztpraxen in eigener Niederlassung, Gebiets- und Bereichsanerkennungen	45
12.	Anzahl der ermächtigten Krankenhausärzte, Gebiets- und Bereichsanerkennungen	45
13.	Arztpraxen mit der Ausrichtung als Nervenarzt, Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in den Kreisen des Landes Sachsen-Anhalt (Stand: Juni 1992)	46
14.	Analyse der Einweisungszeiten	47
15.	Anzahl der geistig und seelisch Behinderten in den Landeskrankenhäusern und Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Neurologie (Stand: Juli 1991)	48
16.	Stationärer Bereich - Bettenzahl in den Jahren 1991 und 1992	48
17.	KHG-geförderte Tagesklinikplätze (Stand: 1992)	49
18.	Stand der stationären psychiatrischen Versorgung in den Regierungsbezirken	49
19.	Bemessungszahlen zur psychiatrischen, neurologischen und kinder- und jugendpsychiatrischen stationären Versorgung	50
20.	Überblick zu den vorläufigen Heimbereichen an den psychiatrischen Fachkrankenhäusern	51
21.	Aufwendungen des Landes für die psychiatrischen Landeskrankenhäuser	51
22.	Pflegesätze der psychiatrischen Fachkrankenhäuser 1991 und 1992	53
23.	Anzahl der geistig und seelisch Behinderter in Wohnheimen, Pflegeheimen und Altenheimen des Landes Sachsen-Anhalt (Stand: Januar 1992)	53

Sachsen-Anhalt

TERRITORIALE GLIEDERUNG NACH LANDKREISEN



1. Aufnahmegebiete der Fachkrankenhäuser für den psychiatrischen Bereich (Stand: 1990)

Aufnahmegebiet	Landeskrankenhäuser			Fachkrankenhaus
	Bernburg	Haldensleben	Uchtspringe	Jerichow
Einwohnerzahl	rd. 600 000	rd. 650 000	rd. 500 000	rd. 120 000
Landkreise	Bernburg Köthen Roßlau Gräfenhain. Wittenberg Dessau Bitterfeld Hohenmölsen Zeitz Aschersleben	Haldensleben Wanzleben Oschersleben Schönebeck Staßfurt Halberstadt Wernigerode Quedlinburg Zerbst	Salzwedel Osterburg Klötze Stendal Gardelegen Wolmirstedt Magdeburg (teilweise)	Burg Genthin Havelberg

2. Aufnahmegebiet anderer psychiatrischer Einrichtungen/Abteilungen (Stand: 1990)

Einrichtung	zu versorgende Region
psychiatrische Abteilung Kreiskrankenhaus Hettstedt: Landkreise:	Aufnahmegebiet 340 000 Einwohner Hettstedt, Eisleben, Querfurt, Sangerhausen, Nebra (auch Patienten aus dem heutigen Land Thüringen)
Stadtkrankenhaus Magdeburg-Olvenstedt:	Magdeburg (teilweise)
Universitätsnervenklinik Halle:	Stadt Halle
Medizinische Akademie Magdeburg, Nervenklinik:	ein Stadtbezirk von Magdeburg
vom Fachkrankenhaus Altscherbitz (Bezirk Leipzig) versorgte Kreise:	Hohenmölsen (teilweise), Zeitz (teilweise), Halle (teilweise), Bitterfeld, Saalkreis, Merseburg, Weißenfels, Naumburg
vom Fachkrankenhaus Brandenburg (Bezirk Potsdam) versorgte Kreise:	Wittenberg, Jessen

3. Struktur der Fachkrankenhäuser im Jahre 1990 (Bettenzahl)

Fachrichtung	Landeskrankenhäuser			Fachkrankenhäuser	
	Bernburg	Haldensleben	Uchtspringe	Jerichow	Vitzenburg
Allgemein/ Akutpsychiatrie	} 286	} 705	867	} 216	-
Gerontopsychiatrie			110		-
Abhängigkeitskranke	55	22	40	40	-
Psychotherapie	25	15	20	28	-
Rehabilitation	86	-	-	-	-
Neurologie	94	40	42	26	-
Kinder- und Jugendpsychiatrie	108	100	301	-	126
	654	882	1.380	310	126

4. Stationsgröße in den Fachkrankenhäusern (Stand: 1990)

	Landeskrankenhäuser			Fachkrankenhaus
	Bernburg	Haldensleben	Uchtspringe	Jerichow
Anzahl der Stationen	19	20	37	6
Anzahl der gemischt-geschlechtlichen Stationen	19	10	-	4
Bettenanzahl der kleinsten Station	13	15	20	27
Bettanzahl der größten Station	60	94	70	67

5. Baujahr der Gebäude in den Fachkrankenhäusern

Baujahr der Gebäude (Anzahl)	Landeskrankenhäuser			Fachkrankenhäuser	
	Bernburg	Haldensleben	Uchtsprunge	Jerichow	Vitzenburg
vor 1900	12	-	18	-	2
1900 - 1945	4	alle Stationen	57	9	-
1946 - 1960	-	-	1	-	-
1961 - 1970	-	-	21	-	-
1971 - 1980	2	2	-	-	-
1981 - 1990	1	-	-	-	-

6. Zahl der Schlafräume in den Fachkrankenhäusern (Stand: 1990)

Zahl der Schlafräume	Landeskrankenhäuser			Fachkrankenhäuser
	Bernburg	Haldensleben	Uchtsprunge	Jerichow
mit ein bis drei Betten	71	124	55	46
mit vier bis zehn Betten	119	69	111	45
mit zehn bis zwanzig Betten	-	17	44	-
Bettenanzahl im größten Schlafraum	8	18	17	10

7. Zahl der Patientenaufnahmen in den Fachkrankenhäusern

Einrichtung	1985	1986	1987	1988	1989
LKH Bernburg	3.020	3.614	3.610	3.494	3.640
LKH Haldensleben	1.769	1.908	1.960	2.037	2.140
LKH Uchtsprunge	3.121	3.283	2.676	2.622	2.492
FKH Jerichow	1.018	1.130	1.001	963	1.044

8. Durchschnittliche Belegung der Fachkrankenhäuser (in Prozenten)

Einrichtung	1985	1986	1987	1988	1989
LKH Bernburg	91,0	87,0	94,0	92,0	95,0
LKH Haldensleben	86,3	87,6	92,3	88,5	88,8
LKH Uchtspringe	88,7	88,9	87,3	86,2	85,5
FKH Jerichow	78,5	78,7	77,6	78,3	78,4

9. Personalausstattung der Fachkrankenhäuser (Stand: 1990)

Bereich	Landeskrankenhäuser			Fachkrankenhaus Jerichow
	Bernburg	Haldensleben	Uchtspringe	
Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie	25	34	17	2
Facharzt andere Gebiete	4	2	6	2
Ärzte ohne Facharztanerkennung	8	6	1	3
Psychologen	6	5	7	2
Pflegepersonal	206	346	384	78
sonstige therap. Fachkräfte	54	61	36	28
Wirtschaftspersonal	110	84	64	81
Verwaltungspersonal	47	28	24	18
sonstiges Personal	12	50	38	7

10. In die ambulante psychiatrische Betreuung einbezogene Polikliniken (Stand: Mai 1992)

1. Poliklinik Röhrenstraße 3, O-4400 BITTERFELD
2. Kreispoliklinik Wolmirstedt, O-3210 WOLMIRSTEDT
3. Kreispoliklinik Oschersleben, O-3230 OSCHERSLEBEN
4. Poliklinik Reilstraße Halle, O-4020 HALLE
5. Kreispoliklinik Merseburg, O-4200 MERSEBURG
6. Kreispoliklinik Sangerhausen, O-4700 SANGERHAUSEN

11. Anzahl eingerichteter Arztpraxen in eigener Niederlassung*

Gebiets- und Bereichsanerkennungen	Stand						
	31. 12. 1990	30. 06. 1991		31. 12. 1991		09. 06. 1992	
		Neu- zugänge	Summe	Neu- zugänge	Summe	Neu- zugänge	Summe
Psychiatrie und Neurologie (Nervenarzt)	5	22	27	13	40	15	55
Psychiatrie	-	-	-	-	-	-	-
Neurologie	2	4	6	1	7	4	11
Kinder- und Jugendpsychiatrie	1	-	1	-	1	2	3
Neurologie und Psychiatrie mit Subspezialisierung Kinder- und Jugendpsychiatrie	-	-	-	-	-	-	-
Fachärzte für Psychotherapie	-	-	-	-	-	-	-
Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie	-	-	3	2	5	1	6

* Ein Tätigkeitsbezug über mehrere Fachgebiete ist möglich.

12. Anzahl der ermächtigten Krankenhausärzte

Gebiets- und Bereichsanerkennungen	Stand						
	31. 12. 1990	30. 06. 1991		31. 12. 1991		09. 06. 1992	
				Neu- zugänge	Summe	Neu- zugänge	Summe
Psychiatrie und Neurologie	-	3	3	6	3	9	
Psychiatrie	-	-	-	-	-	-	
Neurologie	-	-	1	-	-	1	
Kinder- und Jugendpsychiatrie	-	2	-	2	-	2	
Neurologie und Psychiatrie mit Subspezialisierung Kinder- und Jugendpsychiatrie	-	-	-	-	-	-	
Fachärzte für Psychotherapie	-	-	-	-	-	-	
Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie	-	-	-	-	-	-	

13. Arztpraxen mit der Ausrichtung als Nervenarzt, Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in den Kreisen des Landes Sachsen-Anhalt (Stand: 9. Juni 1992)

Kreise	Nervenarzt- praxis	Neurologie	Kinder- und Jugendpsych.	Psychotherapie
Dessau	2	-	-	-
Halle	7	2	1	2
Magdeburg	8	2+1*		2+1*
Aschersleben	-	-	1*	-
Bernburg	-	-	-	-
Bitterfeld	2	-	-	-
Burg	1	1	1	-
Eisleben	2	-	-	-
Gardelegen	1	-	-	1
Genthin	2	-	-	-
Gräfenhainichen	1	-	-	-
Halberstadt	2	-	-	-
Haldensleben	-	-	-	-
Havelberg	-	-	-	-
Hettstedt	1	-	-	-
Hohenmölsen	-	-	-	-
Jessen	1	-	-	-
Klötze	1	1	-	-
Köthen	2	-	-	-
Merseburg	-	-	-	-
Naumburg	1	-	-	-
Nebra	1	-	-	-
Oschersleben	-	-	-	-
Osterburg	-	-	-	-
Quedlinburg	2	-	-	-
Querfurt	-	-	-	-
Roßlau	1	-	-	-
Saalkreis	-	-	-	-
Salzwedel	2	-	-	-
Sangerhausen	1	-	-	-
Schönebeck	2	1	-	-
Staßfurt	1	1	-	-
Stendal	1	-	-	-
Wanzleben	1	1	-	-
Weißenfels	2	-	-	-
Wernigerode	3	1	-	-
Wittenberg	2	-	-	-
Wolmirstedt	1	-	-	-
Zeitz	-	-	-	-
Zerbst	1	-	-	-
Anzahl der Praxen	55	11	3	6
Anzahl der Ärzte	55	1	1	1

* nur in diesem Gebiet tätiger Arzt/Ärztin

14. Analyse der Einweisungszeiten
Von den am Stichtag 6. März 1991 im Krankenhaus befindlichen Patienten sind
eingewiesen worden (Angaben in Prozenten):

Krankenhaus Bereich	1988 und früher	1989	1990	1991
LKH Uchtspringe				
Psychiatr.				
Männer- und Frauenabteilung	74,7	5,1	8,7	11,5
Gerontopsychiatrie	48,1	7,7	39,4	4,8
Sucht	-	-	31,0	69,0
Psychotherapie	-	-	4,8	95,2
Kinder- und Jugendpsychiatrie	56,1	5,1	15,7	23,1
Neurologie	-	-	12,5	87,5
LKH Haldensleben				
Akupsychiatrie	2,5	3,7	35,8	58,0
Gerontopsychiatrie	51,9	3,8	19,0	25,3
Sucht	-	-	5,9	94,1
Psychotherapie	-	-	21,4	78,6
Langzeitpsychiatrie	95,1	2,2	2,5	0,2
Kinder- und Jugendpsychiatrie	67,0	7,0	11,0	15,0
Neurologie	-	-	3,2	96,7
LKH Bernburg				
Psychiatr.				
Männer- und Frauenabteilung	38,6	6,2	22,8	32,4
Gerontopsychiatrie	32,8	1,5	25,4	40,3
Rehabilitation	31,8	6,0	33,4	28,8
Sucht	-	-	3,0	97,0
Psychotherapie	-	-	-	100,0
Kinder- und Jugendpsychiatrie	6,4	1,3	34,6	57,7
Neurologie	-	-	-	100,0
FKH Jerichow				
Akupsychiatrie	3,4	-	3,4	93,2
Langzeitbereich	69,0	5,0	19,0	7,0
Psychosomatik	-	-	6,8	93,2
Neurologie	43,5	4,3	17,4	34,8
FKH Vitzenburg				
Kinder- und Jugendpsychiatrie	88,6	3,6	6,9	0,9

15. Anzahl der geistig und seelisch Behinderten in den Landeskrankenhäusern, Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Neurologie (Stand: 20. Juli 1991)

	Behinderte	
	geistig	seelisch
Männer	398	378
Frauen	394	277
Kinder	47	11
Summe	839	666
	Gesamtsumme:	1.505

16. Stationärer Bereich - Bettenzahl in den Jahren 1991 und 1992

Ort	Psychiatrie		Neurologie		Kinder- und Jugendpsychiatrie	
	1991 (KFöl)	1992 (KP)	1991 (KFöl)	1992 (KP)	1991 (KFöl)	1992 (KP)
Landeskrankenhäuser						
Uchtspringe	975	428	42	42	231	120
Haldensleben	742	300	40	50	100	50
Bernburg	452	335	94	60	108	60
Fachkrankenhäuser						
Jerichow	275	170	26	26	-	-
Vitzenburg	-	-	-	-	100	50
Hochschulkliniken mit psych. Abt.						
MAM	43	43	70	65	28	28
MLU Halle	130	110	50	50	15	15
Allgemeinkrankenhäuser mit psych. Abt.						
Aschersleben	-	26	26	-	-	-
Blankenburg	-	43	55	22	-	-
Dessau Städt. Kl.	26	60	28	28	-	-
Eisleben	-	-	-	25	-	-
Elbingerode	30	10	-	-	-	-
Halle BKH	-	80	-	40	-	-
Halle Elis.	20	20	-	-	-	-
Halle Diak.	31	31	-	-	-	-
Halle Stadt	-	22	-	-	50	50
Hettstedt	35	50	50	-	-	10
Magdeburg-Olvenstedt	-	42	63	21	-	-
Merseburg	-	-	-	40	-	-
Neinstedt	35	40	-	-	-	-
Quedlinburg/Ballenstedt	-	60	-	-	-	-
Salzwedel	-	-	-	8	-	-
Gesamt	2.794	1.870	544	477	632	383

KFöl = lt. Krankenhausförderliste 1991 / KP = lt. Krankenhausplan 1992

17. KHG-geförderte Tagesklinikplätze (Stand: 1992)

Krankenhausname	Plätze
Städtisches Klinikum Dessau	20
St.-Joseph-Krankenhaus Dessau	20
Landeskrankenhaus Bernburg FKH für Neurologie und Psychiatrie	35
Klinik Bosse Wittenberg	20
Bezirkskrankenhaus Halle	20
Diakoniekrankenhaus im Evangelischen Diakoniewerk Halle	15
"Carl-von-Basedow-Krankenhaus" Merseburg	20
Landeskrankenhaus Haldensleben FKH für Neurologie und Psychiatrie	20
Kreiskrankenhaus Staßfurt	20
Landeskrankenhaus Uchtspringe FKH für Neurologie und Psychiatrie	20
Summe	210

18. Stand der stationären psychiatrischen Versorgung in den Regierungsbezirken

Regierungsbezirk Fachabteilung	Betten entspr. KHPl. 1992	Bettenziffer je 10 TEW	Bettenziffer progn. je 10 TEW	Bettenbedarf bei Vollversorg.	Bettendiff. KFöl + HKL ggf. Bedarf
Dessau					
PSY	395	6,48	8,00	488	- 93
NEU	88	1,44	3,00	183	- 95
KJP	60	0,98	0,60	37	23
Halle					
PSY	339	3,25	8,00	834	- 495
NEU	155	1,49	3,00	313	- 158
KJP	125	1,20	0,60	63	62
Magdeburg					
PSY	1.136	8,95	8,00	1.016	120
NEU	234	1,84	3,00	381	- 147
KJP	198	1,56	0,60	76	122
Land Sachsen-Anhalt					
PSY	1.870	6,40	8,00	2.338	- 468
NEU	477	1,63	3,00	877	- 400
KJP	383	1,31	0,60	175	208

19. Bemessungszahlen zur psychiatrischen, neurologischen und kinder- und jugendpsychiatrischen stationären Versorgung

Kreis	Einwohner in Tausend	P* (bei 0,8 pro 1.000 EW)	Planbetten N* (bei 0,3 pro 1.000 EW)	KJP* (bei 0,06 pro 1.000 EW)
Dessau	99,54	79,6	29,9	6,0
Halle	315,99	252,8	94,8	19,0
Magdeburg	283,78	227,0	85,1	17,0
Aschersleben	63,75	51,0	19,1	3,8
Bernburg	74,58	59,6	22,4	4,5
Bitterfeld	123,92	99,1	37,2	7,4
Burg	61,99	49,5	18,6	3,7
Eisleben	68,65	54,6	20,6	4,1
Gardelegen	38,05	30,4	11,4	2,3
Genthin	38,60	30,8	11,6	2,3
Gräfenhainichen	38,63	30,9	11,6	2,3
Halberstadt	86,95	69,5	26,1	5,2
Haldensleben	56,85	45,4	17,1	3,4
Havelberg	21,34	17,1	6,4	1,3
Hettstedt	54,42	43,5	16,3	3,3
Hohemölsen	27,27	21,8	8,2	1,6
Jessen	33,01	26,4	9,9	2,0
Klötze	28,43	22,7	8,5	1,7
Köthen	77,22	61,7	23,2	4,6
Merseburg	117,66	93,6	35,3	7,1
Naumburg	52,89	42,3	15,9	3,2
Nebra	29,52	23,6	8,9	1,8
Oschersleben	41,93	33,5	12,6	2,5
Osterburg	43,93	35,1	13,2	2,6
Quedlinburg	87,72	70,1	26,3	5,3
Querfurt	31,78	25,4	9,5	1,9
Roßlau	34,50	27,6	10,4	2,1
Saalkreis	65,01	52,0	19,5	3,9
Salzwedel	44,95	35,9	13,5	2,7
Sangerhausen	77,73	62,1	23,3	4,7
Schönebeck	84,12	67,3	25,2	5,0
Staßfurt	67,30	53,8	20,2	4,0
Stendal	96,01	76,8	28,8	5,8
Wanzleben	40,49	32,3	12,2	2,4
Weißenfels	62,80	50,2	18,8	3,8
Wernigerode	101,85	81,4	30,6	6,1
Wittenberg	90,33	72,2	27,1	5,4
Wolmirstedt	45,15	36,1	13,6	2,7
Zeitz	75,92	60,7	22,8	4,6
Zerbst	37,94	30,3	11,4	2,3
Summe	2.922	2.338	877	175

* P = Psychiatrie

* N = Neurologie

* KJP = Kinder- und Jugendpsychiatrie

20. Überblick zu den vorläufigen Heimbereichen an den psychiatrischen Fachkrankenhäusern

	Anzahl der Heimplätze (Stand Mai 1992)	Entlassungen/ Verlegungen in andere Heime		Heimaufnahmen 1992
		1991	1992	
LKH Uchtspringe	600	87	46	53
LKH Haldensleben	462	65	37	29
LKH Bernburg	109	23	6	15
FKH Jerichow	114	40	3	7
FKH Vitzenburg	104	-	-	104

21. Aufwendungen des Landes für die psychiatrischen Landeskrankenhäuser

Für die psychiatrischen Einrichtungen des Landes wurden im Haushaltsjahr 1991 folgende Aufwendungen geleistet:

Kapitel 0512 Titel 682 01-1

Zuschüsse an die Landeskrankenhäuser

Landeskrankenhaus Uchtspringe	3.905.078,50 DM
Landeskrankenhaus Haldensleben	12.139.082,82 DM
Landeskrankenhaus Bernburg	6.120.795,21 DM
	<u>22.164.956,53 DM</u>

Kapitel 0513 Titelgr. 65

Pauschale Förderung der Krankenhäuser nach § 23 KHG

Landeskrankenhaus Uchtspringe	12.480.000,00 DM
Landeskrankenhaus Haldensleben	8.820.000,00 DM
Landeskrankenhaus Bernburg	6.540.000,00 DM
	<u>27.840.000,00 DM</u>

Kapitel 0513 Titelgr. 66

Einzelförderung der Krankenhäuser nach § 22 KHG

Landeskrankenhaus Haldensleben	
Sanierung Station 204	500.000,00 DM
Fernmeldetechnische Anlagen	95.600,00 DM
Einbau von Aufzügen	140.000,00 DM
	735.600,00 DM
Landeskrankenhaus Bernburg	
Sanierung Station "Griesinger"	120.000,00 DM
	<u>855.600,00 DM</u>

Kapitel 2041 Titelgr. 62

Landeskrankenhaus Bernburg Sanierung der Küche	3.335.514,28 DM
---	-----------------

Titelgr. 64

Landeskrankenhaus Uchtspringe	668.528,67 DM
	<u>4.004.042,95 DM</u>

Das Staatshochbauamt Schönebeck hat vom Ministerium der Finanzen Planungsaufträge für folgende Baumaßnahmen erhalten:

Landeskrankenhaus Uchtspringe

Neubau der Küche	12.000.000,00 DM
Neubau Zentrale Versorgungsanlage (ZVA)	7.000.000,00 DM
Neubau Neurologie, Radiologie, Physiotherapie	12.000.000,00 DM
Umbau und Erweiterung der Häuser 32 und 34 zum Maßregelvollzug	7.000.000,00 DM
Neubau Kindergarten	1.100.000,00 DM
Umbau und Sanierung Haus 6	9.000.000,00 DM
Grundsanie rung Haus 9	1.900.000,00 DM
Grundsanie rung Haus 14	1.900.000,00 DM
Grundsanie rung Haus 24	1.900.000,00 DM
Sanierung von Wohngebäuden	5.000.000,00 DM

Landeskrankenhaus Haldensleben

Um- und Neubau Küche	7.500.000,00 DM
Sanierung Haus 105	3.500.000,00 DM
Sanierung Haus 106	1.900.000,00 DM
Sanierung Haus 107	3.500.000,00 DM
Sanierung Haus 210	4.200.000,00 DM
Sanierung Haus 111	4.200.000,00 DM
Sanierung Haus 208	3.500.000,00 DM
Sanierung von Wohngebäuden	8.500.000,00 DM

Landeskrankenhaus Bernburg

Neubau Station Gerontopsychiatrie 1	6.500.000,00 DM
Umbau und Erweiterung Haus Spielmeyer	4.800.000,00 DM
Umbau und Erweiterung Haus Alzheimer	4.500.000,00 DM

Im Haushaltsplan 1992 für den Einzelplan 20 sind für das Haushaltsjahr 1992 dafür folgende Haushaltsmittel veranschlagt:

Landeskrankenhaus Uchtspringe	5.000.000,00 DM
Landeskrankenhaus Haldensleben	4.600.000,00 DM
Landeskrankenhaus Bernburg	1.500.000,00 DM

22. Pflegesätze der psychiatrischen Fachkrankenhäuser 1991 und 1992

	1991	1992	
Landeskrankenhaus Uchtspringe	68,00 DM	179,19 DM	pro Fall und Tag
Landeskrankenhaus Haldensleben	81,07 DM	188,59 DM	pro Fall und Tag
Landeskrankenhaus Bernburg	130,25 DM	163,09 DM	pro Fall und Tag
Fachkrankenhaus Jerichow	89,84 DM	153,70 DM	pro Fall und Tag

23. Anzahl der geistig und seelisch Behinderten in Wohnheimen, Pflegeheimen und Altenheimen des Landes Sachsen-Anhalt (Stand: Januar 1992)

	Behinderte	
	geistig	seelisch
Männer	2.589	640
Frauen	3.064	1.255
Kinder	336	-
Summe	5.989	1.895
	Gesamtsumme:	7.884

Bericht der Gutachterkommission zu Verstößen in der Psychiatrie in den Landeskrankenhäusern des Landes Sachsen-Anhalt (Bernburg, Haldensleben, Uchtspringe)

Im Auftrage des Ministeriums für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt war die Gutachterkommission in der Zeit vom 27. September 1991 bis zum 1. April 1992 tätig. Mitglieder der Kommission waren

1. **Dr. med. Jürgen Lotze**

Psychiater/Psychotherapie

Leiter der Kommission

Ärztl. Direktor des Nieders. Landeskrankenhauses Lüneburg

Am Wienebütteler Weg 1

W-2120 LÜNEBURG

2. **Dr. med. Manfred Koller**

Nervenarzt

Leiter der gerontopsychiatrischen Abteilung im Nieders. Landeskrankenhaus Göttingen

Stellvertretender Direktor

Rosdorfer Weg 70

W-3400 GÖTTINGEN

3. **Dr. med. Dr. rer. nat. Reinhard Nehring**

Arzt und Dipl. Psychologe

Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt

Referatsleiter Psychiatrie

Wilhelm-Höpfner-Ring 4

O-3037 MAGDEBURG

4. **Dr. med. Martin Schott**

Psychiater/Psychotherapie, Psychoanalyse

Ärztl. Direktor des Nieders. Landeskrankenhauses Moringen

Mannenstraße 29

W-3413 MORINGEN

Als Mitarbeiter zusätzlich

Herr Lutz-Harald Ginolas

Dipl. Psychologe

Dezernent im Landesamt für Versorgung und Soziales

Postfach 30

Neustädter Passage 9

O-4090 HALLE-Neustadt

VORBEMERKUNG

Äußerer Anstoß für die Untersuchung war ein Beitrag mit dem Titel "DDR-Psychiatrie" in der Sendung Panorama am 27. August 1991. In diesem Beitrag wurden schwere Vorwürfe gegen das psychiatrische Krankenhaus Waldheim (Sachsen) erhoben. Diese Vorwürfe wurden auf andere psychiatrische Einrichtungen der ehemaligen DDR ohne detaillierte Begründung verallgemeinert.

Schwerpunkt der Panorama-Sendung waren Anschuldigungen, daß in der Psychiatrie der ehemaligen DDR wesensverändernde Hirnoperationen sowie operative und radiologische Kastrationen ohne zwingende Indikation durchgeführt worden sein sollen.

GUTACHTERAUFTRAG

Der Gutachterauftrag war notwendigerweise nur sehr vage umrissen, so daß die Gutachter-Kommission im Rahmen ihrer Tätigkeit diese Aufgabe selbst zu präzisieren hatte.

Ziel des Gutachtens konnte es nicht sein, zur psychiatrischen Versorgungsstruktur in der ehemaligen DDR Stellung zu nehmen. Zu dieser Frage wurde bereits im Auftrage des Bundesministers für Gesundheit eine Bestandsaufnahme durchgeführt (vgl.: Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR - Bestandsaufnahme und Empfehlungen - 30. Mai 1991). Es ist unbestritten, daß der Bereich der stationären psychiatrischen Versorgung jahrzehntelang vernachlässigt worden ist. Das trifft sowohl für die bauliche Situation als auch für die personelle Ausstattung zu. Diese Tatsache hat bereits die Konferenz der Gesundheitsminister in den neuen Bundesländern (Ost-GMK) 1991 festgestellt.

Vordringliches Ziel unseres Gutachtens war es zunächst, die Vorwürfe, wie sie in Bezug auf das Krankenhaus Waldheim (Sachsen) erhoben worden sind, für die Landeskrankenhäuser von Sachsen-Anhalt zu überprüfen. Es sollte also zu der Frage Stellung genommen werden, ob auch in diesen Krankenhäusern unkritisch wesensverändernde Hirnoperationen und unberechtigt operative oder radiologische Kastrationen an Patienten durchgeführt bzw. initiiert worden sind.

Im Hinblick auf die Arbeit der "Gauck-Behörde" sollte von einer ubiquitären Bespitzelung der DDR-Bevölkerung auszugehen sein. Daher war es zu erwarten, daß auch Krankenhäuser in die "Stasi-Problematik" verstrickt waren und daß Patienteninformationen unter Bruch der ärztlichen Schweigepflicht weitergegeben worden sind. Festzuhalten waren also auch Hinweise auf politisch motivierte Verletzungen der ärztlichen Schweigepflicht in den untersuchten Krankenhäusern.

Es ist zu vermuten, daß in einem Staat, wie ihn die DDR darstellte, politische Organe sich auch in die Arbeit eines Krankenhauses einmischten und auf Diagnostik und Therapie von - möglicherweise unliebsamen - Patienten Einfluß zu nehmen versuchten. Das wäre u.a. denkbar durch "Psychiatisierung" politisch Andersdenkender.

Die Überprüfung von psychiatrischen Therapiemaßnahmen und deren Indikation erschien zunächst sinnvoll, allerdings nur dann durchführbar, wenn sich konkrete Verdachtsmomente für Mißbrauch ergeben hätten (erst während der Arbeit der Gutachterkommission wurde der Fall des sächsischen Innenministers Heinz Eggert bekannt).

Die psychiatrische Therapie unterliegt wie jede Behandlung bestimmten sich wandelnden wissenschaftlichen Vorstellungen. Die Anwendung der Elektroschock-Therapie etwa wurde in den meisten der alten Bundesländer anders - wesentlich kritischer - als in der ehemaligen DDR gesehen. Bei der Elektroschock-Therapie handelt es sich um eine psychiatrische Behandlungsmaßnahme, deren Indikation etwa im anglo-amerikanischen Raum wesentlich großzügiger gestellt wird als in der alten Bundesrepublik. Dessen ungeachtet kann selbstverständlich auch die Elektroschock-Therapie mißbräuchlich angewendet werden. Die häufigere Anwendung in der DDR ist aber von vornherein keineswegs vorwerfbar.

Für die Dosierung und Auswahl der gängigen Psychopharmaka gibt es bisher keine international verbindlichen Richtlinien. So ist etwa die Frage der einschleichenden Dosierung im Gegensatz zur initial hochdosierten Behandlung bei den Neuroleptika bisher nicht endgültig entschieden. Wie bei der Elektroschock-Behandlung läßt sich der Mißbrauch von Psychopharmaka nur im Einzelfall feststellen. Es wird dabei außerordentlich schwierig sein, deutlich zu unterscheiden zwischen vorwerfbarem Verhalten und nachvollziehbarer Indikation.

FORMULIERUNG DES GUTACHTERAUFTRAGS

1. Wurden durch die Ärzte der untersuchten Landeskrankenhäuser wesensverändernde Hirnoperationen durchgeführt oder initiiert, ohne daß dafür eine ausreichende Indikation vorlag?
2. Wurden in den untersuchten Landeskrankenhäusern röntgenologische oder operative Kastrationen durchgeführt oder initiiert ohne entsprechende Indikation?
- 3.1. Ergeben sich Hinweise darauf, daß die ärztliche Schweigepflicht, so wie sie auch in den DDR-Gesetzen festgeschrieben war, durch Ärzte der Landeskrankenhäuser verletzt worden ist? Sind dadurch Patienten zu Schaden gekommen?
- 3.2. Ergeben sich Hinweise darauf, daß in den untersuchten psychiatrischen Krankenhäusern Patienten aus politischen Gründen festgehalten worden sind? Wurden Ansinnen der staatlichen und politischen Organe zum Nachteil von Patienten befolgt?
- 3.3. Gibt es Hinweise darauf, daß übliche psychiatrische Behandlungsmethoden wie Psychopharmakotherapie und Elektrokrampfbehandlung ohne ausreichende Indikation oder in unverträglicher Dosierung durchgeführt worden sind und gibt es Hinweise, daß dabei politische Erwägungen eine Rolle spielten?

Aus Gründen der Praktikabilität entschloß sich die Gutachterkommission, sich schwerpunktmäßig auf die Zeit nach 1974 zu konzentrieren.

VORGEHEN

Zunächst war geplant, nach Stichproben und entsprechenden Hinweisen Krankenakten zu überprüfen. Diese Vorgehensweise erwies sich als undurchführbar, da die Problematik der ärztlichen Schweigepflicht eine generelle Einsichtnahme unmöglich machte. (Auf diese Tatsache wurde die Gutachterkommission im Landeskrankenhaus Uchtspringe durch eine ehemalige Patientin explizit verwiesen).

Die Einsichtnahme in die Akten wäre im übrigen auch rückblickend wenig hilfreich gewesen, da bei der Fülle der Patientenzahlen eine repräsentative Durcharbeitung der Akten kurzfristig nicht möglich gewesen wäre. Hauptschwierigkeit ist im übrigen die Tatsache, daß es gegebenenfalls problemlos möglich gewesen wäre, die oben erwähnten Verstöße in den Akten zu verschweigen oder sie hinter Alibi-Indikationen zu verbergen.

Um auszuschließen, daß Krankenakten verschwinden bzw. schon verschwunden sind, wurde die Vollständigkeit der Archive anhand der Aufnahmebücher stichprobenartig überprüft. In allen drei untersuchten Landeskrankenhäusern waren die Aufnahmebücher vollständig vorhanden, und alle stichprobenartig geforderten Akten konnten vorgelegt werden (ein Arzt hatte bei seinem Wechsel zur Universitätsklinik Halle 12 Patientenakten mitgenommen, die inzwischen aber wieder in das Krankenblattarchiv des Landeskrankenhauses Bernburg zurückgeführt worden sind).

Die Kommission wandte sich dann an die Mitarbeiter und Patienten mit der Bitte, die Gutachterkommission über Verdachtsmomente für entsprechende Verstöße zu informieren. Die im medizinischen Bereich tätigen Mitarbeiter der Landeskrankenhäuser bestätigten schriftlich die Kenntnis eines entsprechenden Anschreibens. Parallel dazu wurde die örtliche Presse über das Vorgehen informiert, ebenfalls mit dem Aufruf an die Bevölkerung, sich zu melden, falls man von irgendwelchen schwerwiegenden Verstößen in den ehemaligen Bezirkskrankenhäusern Kenntnis habe.

Im Zusammenhang mit den oben skizzierten Maßnahmen wurden nach vorheriger Ankündigung die drei Krankenhäuser besucht, und es wurden mit verschiedenen Mitarbeitern intensive Gespräche geführt (grundsätzlich mit dem Ärztlichen Direktor, dem Pflegedienstleiter und dem Personalratsvorsitzenden).

ERGEBNISSE DER GESPRÄCHE IN DEN KRANKENHÄUSERN

Landeskrankenhaus Bernburg

Der Besuch im Landeskrankenhaus Bernburg fand am 17. Januar 1992 statt. Gespräche wurden geführt mit dem Chefarzt, der Pflegedienstleiterin, der Personalratsvorsitzenden, der Leiterin der Parkinson-Abteilung und mit einem Personalratsmitglied sowie einer weiteren Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie.

Kein Mitarbeiter des Landeskrankenhauses Bernburg und kein Patient hatte sich direkt oder indirekt von sich aus mit einem der Kommissionsmitglieder in Verbindung gesetzt.

Bis Anfang der 70er Jahre sind Parkinson-Patienten für stereotaktische Operationen ausgesucht worden. Die Indikation sei ausschließlich aus neurologischer Sicht gestellt worden. Seit 1975 sind derartige Operationen an Patienten aus Bernburg nicht mehr durchgeführt worden. Die Operationen seien vorwiegend in der Universitätsklinik Halle durchgeführt worden. Eine weitere Überprüfung dieser Operationen erfolgte im Rahmen des Gutachtens nicht, da es sich 1. nicht um psychochirurgische Eingriffe gehandelt hat und 2. solche Operationen damals dem internationalen Standard bei der Behandlung Parkinsonkranker entsprachen.

Operative und röntgenologische Kastrationen seien in Bernburg weder durchgeführt noch von dort initiiert worden.

Fünf Patienten sind nach unserer Kenntnis aus dem Bezirkskrankenhaus Bernburg in das Krankenhaus Waldheim verlegt worden. Dabei habe es sich um sehr schwierige autoaggressive Patienten gehandelt. Bei der Verlegung hätten politische Gründe in keinem Falle irgendeine Rolle gespielt. Kenntnisse, daß dort Operationen an diesen Patienten durchgeführt worden sind, liegen nicht vor.

In Bernburg hatten wir Gelegenheit, mit einer Patientin zu sprechen, die auf Initiative des Bezirkskrankenhauses Bernburg für eine Zeit im Krankenhaus Waldheim behandelt worden ist. Es war auch möglich, die Krankengeschichte durchzusehen. Diagnostisch handelt es sich um eine schwere chronische Schizophrenie mit vorwiegend autoaggressivem Verhalten (u.a. Selbstverbrennungsversuch). Die Exploration der Patientin war außerordentlich schwierig. Weder aus der Krankengeschichte noch aus dem Gesprächsversuch mit der Patientin ergaben sich Hinweise, daß irgendwelche politischen Gründe bei der Verlegung nach Waldheim eine Rolle gespielt haben könnten. Es ergaben sich auch keine Hinweise darauf, daß die Patientin in Waldheim geschädigt worden ist.

Eine Ärztin berichtete über drei ihrer Meinung nach aus politischen Gründen eingewiesene Patienten. Dabei habe der damalige Ärztliche Leiter sich gegen diese Einweisungen gewehrt und die Mitarbeiter zu einem korrekten ärztlichen Vorgehen angehalten. Diese Patienten seien unverzüglich wieder entlassen worden.

Von zwei Seiten erfuhren wir, daß insbesondere im Bereich der Psychotherapie die ärztliche Schweigepflicht (die auch für andere Berufsgruppen des Krankenhauses gilt) gegenüber der Staatssicherheit nicht gewährleistet gewesen sei.

Landeskrankenhaus Haldensleben

Die Besuche im Landeskrankenhaus Haldensleben fanden am 27. September 1991 und 27. Januar 1992 statt. Es wurden Gespräche geführt mit dem Personalratsvorsitzenden, dem Pflegedienstleiter, dem leitenden Chefarzt, einem Pfleger und einer Ärztin.

Kein Mitarbeiter des Landeskrankenhauses Haldensleben und kein Patient hat sich direkt oder indirekt von sich aus mit den Kommissionsmitgliedern in Verbindung gesetzt.

Im Bezirkskrankenhaus Haldensleben wurden den Auskünften nach weder Hirnoperationen noch Kastrationen durchgeführt. Das Krankenhaus initiierte in einem Falle eine Hirnoperation, und zwar eine selektive Amygdalo-Hippokampektomie bei einem Patienten aus der Psychiatrie, der aber ein Anfallsleiden hatte. Die Krankengeschichte des inzwischen verstorbenen Patienten wurde durch Herrn Dr. Koller begutachtet. Die Indikation für die Operation ist aus der Sicht der Untersuchungskommission nicht zu beanstanden.

Es fanden sich keine Hinweise darauf, daß in dem beschriebenen Zeitraum operative und radiologische Kastrationen durch die Mitarbeiter des Bezirkskrankenhauses Haldensleben in dem bestimmten Zeitraum durchgeführt oder initiiert worden sind.

Vom Bezirkskrankenhaus Haldensleben wurden nach unserer Kenntnis acht männliche Patienten in das Krankenhaus Waldheim verlegt. Es soll sich dabei ausschließlich um besonders schwierige (fremd- und autoaggressive) Patienten gehandelt haben. Bei der Verlegung hätten politische Gründe in keinem Falle irgendeine Rolle gespielt. Erkenntnisse, daß dort Operationen an diesen Patienten durchgeführt worden sind, liegen nicht vor.

Ein früherer Chefarzt hat offensichtlich für die Staatssicherheit gearbeitet. Er hat sich deswegen bei einer Mitarbeiterin persönlich entschuldigt. Die Verbindung zur Staatssicherheit habe jedoch niemals dazu geführt, daß Patienten aus politischen Gründen zur stationären Behandlung aufgenommen worden seien.

Auch irgendwie geartete politische Einflußnahme auf die Therapien scheint nicht stattgefunden zu haben. Berichtet wurde, daß ein offizieller Mitarbeiter der Staatssicherheit regelmäßig das Krankenhaus aufsuchte und dort mit den Mitarbeitern Gespräche führte.

Landeskrankenhaus Uchtspringe

Das Landeskrankenhaus Uchtspringe wurde am 30. November 1991 und am 26. Februar 1992 besucht. Gespräche wurden geführt mit einem ehemaligen Ärztlichen Direktor, dem derzeitigen leitenden Chefarzt, mit der Pflegedienstleiterin, dem Personalratsvorsitzenden, dem Chefarzt der Neurologie und dem Chefarzt der Psychotherapie sowie mit einem seit mehr als 30 Jahren dort tätigen Krankenpfleger.

Kein Mitarbeiter des Landeskrankenhauses Uchtspringe hatte sich direkt oder indirekt von sich aus mit einem der Kommissionsmitglieder in Verbindung gesetzt.

Bis auf Zahnsanierungen sind unserer Kenntnis nach im Bezirkskrankenhaus Uchtspringe keine Operationen durchgeführt worden. Stereotaktische Operationen sind von dort zu keiner Zeit initiiert worden.

Operative und radiologische Kastrationen seien von den Ärzten dieses Bezirkskrankenhauses bei Patienten nicht veranlaßt worden. Kenntnisse über Verlegungen von Patienten in das Krankenhaus Waldheim hatte keiner der Befragten.

Übereinstimmend wurde von den dort Befragten betont, daß der politische Einfluß der SED in Uchtspringe eher gering gewesen sei. Es sei praktisch nie ernsthaft versucht worden, die Klinik für politische Zwecke zu mißbrauchen. Ein Arzt hielt es für möglich, daß Informationen über Patienten bspw. über inoffizielle Mitarbeiter der Staatssicherheit weitergegeben worden sind. In der Psychotherapie-Abteilung seien im übrigen auch Stasi-Mitarbeiter als Patienten gewesen.

PATIENTENBESCHWERDEN

Die Kommission bearbeitete insgesamt 39 Beschwerden. 22 Beschwerden waren direkt an die Kommission gerichtet, 17 Beschwerden oder Anfragen wurden der Kommission von anderen Stellen des Landes Sachsen-Anhalt zugeleitet.

Anläßlich des Besuches im Landeskrankenhaus Uchtspringe am 26. Februar 1992 berichtete der Mitteldeutsche Rundfunk in seiner Fernsehsendung "Sachsen-Anhalt heute" am 28. Februar 1992 über die Arbeit der Kommission und bat darum, Informationen zum Gutachterthema dem Mitteldeutschen Rundfunk zuzuleiten. Die zuständige Journalistin teilte Anfang April 1992 mit, daß bisher keinerlei Mitteilungen, Fragen oder Beschwerden beim Mitteldeutschen Rundfunk eingegangen seien.

Von den 24 die Krankenhäuser betreffenden Beschwerden bezogen sich

auf das Landeskrankenhaus Bernburg 1,

auf das Landeskrankenhaus Haldensleben 13,

auf das Landeskrankenhaus Uchtspringe 10 Beschwerden.

11 dieser Vorwürfe waren allgemein gehalten und hatten ganz offensichtlich keinen Zusammenhang mit der Aufgabe der Gutachterkommission (es handelt sich um Beschwerden über zu eintöniges Essen, zu geringes Taschengeld, über die Art der Arbeitstherapie sowie angeblich unfreundliches Pflegepersonal). Von den restlichen 13 Beschwerden konnte ein Fall nicht bearbeitet werden, da die sehr umfangreichen Akten wegen eines z. Zt. anstehenden Rehabilitationsverfahrens bei der Staatsanwaltschaft liegen und nicht verfügbar waren.

Bei den 12 nachgeprüften Beschwerden handelt es sich einmal um den Vorwurf einer ungerechtfertigten Einweisung. 4 Beschwerden beziehen sich auf die Art der Behandlung. Viermal geht es um die Aufklärung von Todesfällen und dreimal wird dezidiert politisch motiviertes Fehlverhalten der Therapeuten beklagt.

1. Vorwurf der ungerechtfertigten Einweisung

- 1.1. Der Pat. LE beklagt sich über eine ungerechtfertigte Einweisung in das Bezirkskrankenhaus Haldensleben.

Die vom Kreisarzt verfügte Einweisung war durch den zunehmenden Alkoholismus und aggressive Entgleisung des Patienten offensichtlich gerechtfertigt. Eingehende fachärztliche Untersuchung lag vor. Eine politische Beeinflussung der Vorgänge ist nicht erkennbar. Fehlverhalten des Bezirkskrankenhauses scheidet aus.

2. Beschwerden über die Art der medizinischen Behandlung

- 2.1. Ein Anwalt wirft dem Bezirkskrankenhaus Haldensleben mutwillige Diagnose- und Behandlungsfehler von Frau BA vor.

Die Diagnose dieser Patientin ist anamnestisch, klinisch und apparativ gesichert. Die durchgeführte medikamentöse Therapie ist nicht zu beanstanden (eine Uterus-Entfernung war vermutlich medizinisch indiziert, wurde im übrigen nicht vom Bezirkskrankenhaus Haldensleben veranlaßt).

- 2.2. Die Beschwerde des Patienten KO bezieht sich auf Diagnostik und Behandlung.

Die beklagte Untersuchung wurde korrekt durchgeführt.

Hinweise auf fehlerhafte Diagnostik oder Behandlung finden sich nicht bei Zugrundelegung des Standards von 1975.

- 2.3. Frau SC bittet zu überprüfen, ob bei ihrem Vater ein "unethischer Eingriff" durchgeführt worden sei.

Anhand der Krankenunterlagen dürfte es sich bei der beklagten Maßnahme am ehesten um eine durchgeführte Pneumencephalographie gehandelt haben. Aus der Krankengeschichte ergibt sich in diesem Falle nicht der geringste Hinweis auf vorwerfbares Verhalten der Ärzte des Bezirkskrankenhauses Uchtsprunge.

- 2.4. Frau WA beklagt eine schlechte Behandlung im Bezirkskrankenhauses Uchtsprunge.

Die Krankenunterlagen ergeben keinerlei Hinweis auf diagnostische oder therapeutische Fehler. Systematisches politisch motiviertes Fehlverhalten ist in diesem Fall sicher auszuschließen.

3. Unklare Todesfälle

- 3.1. Frau PA bittet den Todesfall ihrer Tochter im Bezirkskrankenhauses Haldensleben abzuklären.

Bei diesem Todesfall handelte es sich um eine schwerwiegende Komplikation im Rahmen der Erkrankung. Vorwerfbares Verhalten im Zusammenhang mit dem Gutachter-Auftrag ist sicher auszuschließen.

- 3.2. Bei dem Todesfall von Herrn SE, der im Kreiskrankenhaus und nicht im Bezirkskrankenhauses Haldensleben verstarb, handelt es sich um eine Komplikation im Rahmen einer chron. körperlichen Erkrankung (Hypertonus, chron. Bronchitis). Vorher war der 63jährige Pat. wegen eines sich langsam entwickelnden paranoiden Krankheitsbildes in der Bezirksnervenklinik Haldensleben. Fehlverhalten der dortigen Ärzte ist auszuschließen.

- 3.3. Herr WI verstarb in direktem Zusammenhang mit einer Fixierung, die wegen erheblicher Aggressivität offensichtlich nicht zu vermeiden war. Ein Verschulden der Mitarbeiter der Bezirksnervenklinik Haldensleben i. S. der Gutachterfragen ist auszuschließen.

- 3.4. Bei diesem Todesfall handelt es sich um einen schizophrenen Patienten des Bezirkskrankenhauses Uchtsprunge, welcher 10 Tage nach einer Entweichung in einem Waldstück tot aufgefunden wurde. Aus der Akte ist die Todesursache nicht zu rekonstruieren. Ggfs. könnten die damals durchgeführten staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen weitere Aufschlüsse ergeben. Ein Fehlverhalten des Bezirkskrankenhauses liegt jedoch nicht vor.

4. Beschwerden über politisch motiviertes Fehlverhalten der Therapeuten

- 4.1. Die Mutter von Herrn TS bittet um Aufklärung, ob ihr Sohn, der wegen "einer öffentlichen Herabwürdigung gegen das ehemalige DDR-Regime" von der Staatssicherheit verhaftet worden sei, später in der Klinik Bernburg falsch behandelt worden sei.

Die Krankengeschichte, insbesondere aber der selbst verfaßte Lebenslauf und einige Briefe von Herrn TS, sprechen eindeutig für eine Psychose, möglicherweise auf dem Boden einer früher durchgemachten Encephalitis. Zwar spielen bei den produktiv psychotischen Symptomen politische und gesellschaftliche Themen eine erhebliche Rolle, das hat aber auf die Art der Behandlung - soweit sie dokumentiert ist - keinerlei Einfluß gehabt. Durch den politischen Inhalt des Wahns hat Herr TS offensichtlich keinerlei Nachteile im Rahmen der Behandlung erfahren.

- 4.2. Herr DF bittet um Überprüfung, ob er aufgrund einer "Stasi-Einweisung" in die Bezirksnervenklinik Uchtspringe gekommen sei.

Aus dem Krankenblatt kann nicht auf ein Fehlverhalten der einweisenden Ärzte oder der Klinik geschlossen werden. Es liegen zweifelsfrei nicht unerhebliche Krankheitssymptome vor. Aus der Krankengeschichte ist nicht erkennbar, ob der Patient anderweitig politischen Repressalien ausgesetzt war, die sich möglicherweise auf seinen Krankheitsverlauf ungünstig ausgewirkt haben könnten.

- 4.3. Herr RA berichtet, daß gegen ihn bereits 1981 ein operativer Vorgang der Staatssicherheit eingeleitet worden sei. Daran sei möglicherweise auch das Krankenhaus Uchtspringe beteiligt.

Es handelt sich bei Herrn RA zweifellos um einen auffälligen Menschen, der sich in psychotherapeutischer stationärer Behandlung befunden hat. Bemerkenswert ist, daß bereits im Jahre 1981 ein operativer Vorgang der Staatssicherheit eingeleitet worden war, der das Ziel hatte, die berufliche Entwicklung zu behindern. In der Opferakte finden sich auch Krankenunterlagen von der damaligen stationären Behandlung. Inwieweit das Krankenhaus bzw. die behandelnden Ärzte eine aktive Rolle spielten und in diese Machenschaften mit einbezogen waren, ist z. Zt. anhand der der Kommission vorliegenden Unterlagen nicht abschließend zu beurteilen, muß aber dringend weiter abgeklärt werden, insbesondere da es sich bei diesem Fall eindeutig um einen Mißbrauch der Psychiatrie i. S. der Gutachterfragen handeln könnte.

ZUSATZINFORMATIONEN

Die bereits oben erwähnte Panorama-Sendung enthält keine Hinweise auf Verstöße in den Landeskrankenhäusern des Landes Sachsen-Anhalt. Die in der Sendung erhobenen Vorwürfe sind im übrigen auch sehr allgemein gehalten.

Die Gutachterkommission bekam Kontakt zu Herrn Dr. Fiedler, Arzt am Krankenhaus Seehausen. Herr Dr. Fiedler war im Sommer 1990 aufgrund eines Volkskammer-Beschlusses Mitglied in dem Waldheim-Untersuchungsausschuß. Dieser Ausschuß hatte bis zu seiner Auflösung nur acht Wochen Zeit, die damaligen Vorwürfe zu überprüfen. Herr Dr. Fiedler, der aufgrund seiner Tätigkeit im Waldheim-Ausschuß interne Kenntnisse über dieses Krankenhaus hat, hat keinen Hinweis darauf, daß bei Patienten aus dem Land Sachsen-Anhalt Hirnoperationen, Kastrationen oder medizinisch unethische Behandlungen durchgeführt worden sind.

BISHERIGES ERGEBNIS DER GUTACHTERKOMMISSION

Zunächst ist noch einmal hervorzuheben, daß die Gutachterkommission sich ausschließlich mit den drei Landeskrankenhäusern Bernburg, Haldensleben und Uchtspringe befaßt hat, so daß alle weiteren Aussagen ausschließlich für diese Krankenhäuser gelten und keineswegs für die Psychiatrie in Sachsen-Anhalt generell.

Ein Zeitraum von 1/2 Jahr ist bei der Schwierigkeit der Materie selbstverständlich nicht ausreichend, um zu einem endgültigen Ergebnis zu kommen. Die Arbeit wird vor allem durch die Tatsache zeitlich erschwert, daß die Mitarbeit ehemaliger Patienten zur Überprüfung notwendig ist. Trotzdem zeichnen sich schon einige Ergebnisse sehr deutlich ab.

1. Es fand sich bisher kein Hinweis darauf, daß seit 1975 in den Landeskrankenhäusern Bernburg, Haldensleben und Uchtspringe stereotaktische Hirnoperationen durchgeführt worden sind oder daß solche Operationen von diesen Krankenhäusern veranlaßt worden sind, ohne daß es dafür eine dem internationalen Stand entsprechende Indikation gegeben hätte. Dieses Ergebnis ist gut abgesichert.

2. Röntgenologische oder operative Kastrationen sind durch die drei untersuchten Landeskrankenhäuser offensichtlich nicht durchgeführt bzw. veranlaßt worden. Auch dieses Ergebnis kann als relativ sicher gelten.

3.1. Verletzungen der ärztlichen Schweigepflicht, vor allem gegenüber staatlichen Stellen, gab es mit Sicherheit auch in den drei Landeskrankenhäusern.

In einem Staat, in dem alle Bereiche des Lebens durch die Kontrolle der Staatssicherheit gekennzeichnet waren, hätte ein anderes Ergebnis überrascht. Die psychiatrischen Landeskrankenhäuser konnten in der DDR selbstverständlich kein "Hort der Rechtsstaatlichkeit" gewesen sein. Die Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht ist zweifellos sehr gravierend und untergräbt das Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt in einem zentralen Bereich.

Auch die DDR-Gesetze schützten die Wahrung von Patientengeheimnissen. Gegenüber privaten Stellen wurde die ärztliche Schweigepflicht offensichtlich korrekt eingehalten.

3.2. In einigen wenigen Fällen ergaben sich Hinweise, daß offensichtlich gesunde Menschen aus politischen Gründen den psychiatrischen Krankenhäusern zugewiesen wurden und daß auf Therapiemaßnahmen (etwa Beurlaubungen oder Ausgänge) von staatlichen Stellen Einfluß zu nehmen versucht wurde. Entsprechende Einflußnahmen wurden anscheinend von den Ärzten der besuchten Landeskrankenhäuser in den bekannten Fällen weitgehend ignoriert, gesunde Menschen umgehend wieder entlassen.

3.3. Die Auswertung der Patientenbeschwerden ergab bisher keine eindeutigen Hinweise auf systematische Fehlanwendung von Behandlungsmaßnahmen, also keine Klagen über Elektroschock-Behandlung oder Medikamenten-Überdosierungen. Dieses Ergebnis ist zunächst als vorläufig aufzufassen. Möglicherweise werden auch in der nächsten Zeit noch entsprechende Beschwerden auftauchen, denen dann nachzugehen sein wird.

EMPFEHLUNGEN FÜR DAS WEITERE VORGEHEN

Die Untersuchungskommission kann feststellen, daß Vorfälle, wie sie in der Panorama-Sendung am 27. August 1991 für das Krankenhaus Waldheim erhoben worden sind, für die Landeskrankenhäuser Bernburg, Haldensleben und Uchtspringe nicht zutreffen. Es wurden dort weder wesensverändernde stereotaktische Operationen und Kastrationen an psychisch Kranken durchgeführt noch veranlaßt.

In den untersuchten Krankenhäusern war die ärztliche Schweigepflicht gegenüber den staatlichen Organen offenbar nicht zu sichern. Ausmaß, persönliche Verstrickung, aber auch Folgen für Patienten bedürfen weiterer Abklärung.

Selbstverständlich arbeitet ein psychiatrisches Krankenhaus nicht losgelöst vom gesellschaftlichen Kontext. Neben dem allgemeinen materiellen und personellen Mangel, unter dem in den untersuchten Krankenhäusern psychiatrische Versorgung geleistet werden mußte, dürfte es vielfältige Einflüsse auf die Arbeit im psychiatrischen Krankenhaus gegeben haben. Diese Einflüsse sind sicher überprüfens- und erforschenswert. Dabei ist zu erwarten, daß hier nicht nur negative Aspekte zu entdecken sind.

Die Gutachterkommission empfiehlt dringend, den Zusammenhang von gesellschaftlichen Bedingungen im Sozialismus der DDR und der psychiatrischen Versorgung zu untersuchen. Dabei scheinen u.a. folgende Fragen überprüfenswert:

1. Wie und mit welchem Ziel wurde die fachliche Arbeit in den Krankenhäusern überprüft und kontrolliert?
2. Wie weit wurden Krankheitsverläufe durch politischen Druck auf den Patienten verändert? Welche Rolle spielte bspw. das allgemeine Bespitzelungssystem bei der Ausprägung von paranoiden Symptomen und deren diagnostischer Zuordnung?

- 3. Wie weit wurden Einweisungen in die psychiatrischen Landeskrankenhäuser tatsächlich durch medizinisch-ärztliche Gesichtspunkte gesteuert, und wie weit spielten andere Gründe dabei eine Rolle?
- 4. Welche Bedeutung hatte die enge Überwachung und Einbindung auch von psychisch Kranken in gesellschaftliche Gruppierungen (z.B. Arbeitskollektiv) für den Verlauf von Erkrankungen?

Die hier skizzierten Fragen haben große wissenschaftliche Bedeutung, und die Antworten könnten helfen, die Versorgung psychisch Kranker für die Zukunft zu verbessern. Es sind Fragen, die sich im übrigen nicht nur an die Psychiatrie der ehemaligen DDR richten, sondern auch die psychiatrische Realität in den alten Bundesländern berühren. (Zur Beantwortung dieser Fragen sind die psychiatrischen Krankengeschichten von großer Bedeutung. Da es sich jedoch um wissenschaftliche, anonymisierbare Fragestellungen handelt, dürfte es im Hinblick auf die ärztliche Schweigepflicht keine wesentlichen Probleme geben.)

Um auch weiterhin konkreten Vorwürfen von Patienten nachgehen zu können, wäre es empfehlenswert, die einzurichtende Besuchskommission nach dem PsychKG für die nächsten drei Jahre gezielt mit der Aufgabe zu betrauen, auch der Frage nachzugehen, inwieweit während der zurückliegenden DDR-Zeit schwerwiegende Verstöße gegen humanitäre und ethische Normen psychiatrischen Handelns nachweisbar sind.

Die Gutachterkommission:
gez.

Dr. med. J. Lotze

Dr. med. M. Koller

Dr. med. Dr. rer. nat. R. Nehring

Dr. med. M. Schott

L.-H. Ginolas

GESETZ- UND
VERORDNUNGSBLATT
FÜR DAS
LAND SACHSEN-ANHALT

Zweiter Teil
Hilfen

**Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und
Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt
(PsychKG LSA) vom 30. Januar 1992**

Der Landtag von Sachsen-Anhalt hat das folgende Gesetz beschlossen, das hiermit verkündet wird:

Erster Teil
Allgemeines

§ 1
Anwendungsbereich

Dieses Gesetz regelt

1. Hilfen für Personen, die an einer Psychose, Suchtkrankheit, einer anderen krankhaften seelischen oder geistigen Störung oder an einer seelischen oder geistigen Behinderung leiden oder gelitten haben, oder bei denen Anzeichen einer solchen Krankheit, Störung oder Behinderung vorliegen;
2. Schutzmaßnahmen bis hin zu Unterbringung für Personen, die an einer Krankheit, Störung oder Behinderung im Sinne der Nummer 1 leiden.

§ 2
Grundsatz

1. Bei allen Hilfen, Behandlungs- und Therapiemaßnahmen ist auf den Zustand des Kranken oder Behinderten besondere Rücksicht zu nehmen. Wie bei körperlich Kranken haben ambulante Behandlungs- und Therapiemaßnahmen Vorrang vor einer stationären Unterbringung. Der Hausarzt bzw. ein Arzt des Vertrauens ist in den Behandlungsprozeß einzubeziehen, soweit dies ohne Gefährdung des Behandlungsziels unter Berücksichtigung des Zustandes des Betroffenen vertretbar erscheint.

2. Maßnahmen, die nicht unumgänglich sind, haben zu unterbleiben, wenn zu befürchten ist, daß sie den Zustand des Kranken oder Behinderten nachteilig beeinflussen.

§ 3

Zweck und Art der Hilfen

(1) Die Hilfen sollen dazu beitragen, daß Krankheiten, Störungen oder Behinderungen im Sinne des § 1 Nr. 1 rechtzeitig erkannt werden. Sie sollen das Ziel verfolgen, den betroffenen Personen durch eine der Art der Krankheit, Störung oder Behinderung angemessene individuelle ärztlich geleitete Beratung und Betreuung eine selbständige Lebensführung in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

(2) Durch vorsorgende Hilfen soll insbesondere darauf hingewirkt werden, daß der Betroffene bei Anzeichen einer Krankheit, Störung oder Behinderung im Sinne des § 1 Nr. 1 rechtzeitig ärztlich behandelt wird. Durch nachsorgende Hilfsmaßnahmen soll den aus stationärer psychiatrischer Behandlung oder aus einer Unterbringung entlassenen Personen der Übergang in das Leben außerhalb stationärer Einrichtungen und die Eingliederung in die Gemeinschaft erleichtert werden.

(3) Die Hilfen sind so zu leisten, daß der Betroffene soweit wie möglich in seinem gewohnten Lebensbereich verbleiben kann (ortsnahe Hilfen). Es ist darauf hinzuwirken, daß vorhandene Einrichtungen der nichtklinisch-stationären, der teilstationären und der ambulanten Versorgung und Rehabilitation sowie soziale und pädagogische Dienste in Anspruch genommen werden können.

(4) Die Hilfen sollen auch darauf gerichtet sein, bei denjenigen, die mit dem Betroffenen in näherer Beziehung stehen, Verständnis für seine besondere Lage zu wecken und die Bereitschaft zur Mitwirkung bei der Behebung seiner Schwierigkeiten zu fördern und zu erhalten.

(5) Die Hilfen treten nicht an die Stelle der Sozialleistungen, die nach anderen Vorschriften von anderen Stellen zu gewähren sind.

§ 4
Träger der Hilfen

Die Leistung der Hilfen obliegt den Landkreisen und kreisfreien Städten als Aufgabe des übertragenen Wirkungskreises.

§ 5

Sozialpsychiatrischer Dienst

(1) Zur Leistung der Hilfen richten die Landkreise und kreisfreien Städte beim Gesundheitsamt einen sozialpsychiatrischen Dienst ein. Der sozialpsychiatrische Dienst soll mit Körperschaften, Behörden, Organisationen, Hilfsvereinen und Personen zusammenarbeiten, die seine eigenen Maßnahmen unterstützen und ergänzen. Dazu gehören insbesondere Gemeinden, Krankenhäuser, Leistungsträger von Sozialleistungen, Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, Träger von Sozialeinrichtungen und niedergelassene Ärzte.

(2) Der sozialpsychiatrische Dienst soll unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und/oder Neurologie oder eines auf diesen Gebieten weitergebildeten Arztes stehen. Solange ein derartig aus- und weitergebildeter Arzt nicht zur Verfügung steht, kann die Leitung des sozialpsychiatrischen Dienstes mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde vom zuständigen Amtsarzt wahrgenommen werden.

(3) Unter Berücksichtigung der örtlichen Gegebenheiten und Anforderungen können zwei oder mehrere Landkreise oder kreisfreie Städte vereinbaren, daß einer der an der Vereinbarung Beteiligten die Aufgaben des sozialpsychiatrischen Dienstes auch für den beziehungsweise die anderen Beteiligten wahrnimmt. Die Einrichtung sozialpsychiatrischer Dienste einschließlich der personellen Besetzung und Vereinbarungen über die Zusammenarbeit bedürfen der Genehmigung des Ministeriums für Arbeit und Soziales.

(4) Soweit Einrichtungen oder Personen im Sinne von Absatz 1 Satz 2 bereit und in der Lage sind, Aufgaben des sozialpsychiatrischen Dienstes in den Versorgungsgebieten ganz oder teilweise entsprechend den Vorschriften dieses Gesetzes wahrzunehmen, soll ihnen der Landkreis oder die kreisfreie Stadt diese Aufgaben in entsprechendem Umfang überlassen, soweit das ohne Nachteile für die Wahrnehmung der Aufgaben möglich ist. Voraussetzung einer derartigen Überlassung ist daneben, daß die Erfüllung der Aufgaben auf längere Zeit gewährleistet ist. Die Einzelheiten sind durch öffentlich-rechtlichen Vertrag zu vereinbaren. Der Landkreis oder die kreisfreie Stadt bleibt für die Wahrnehmung der Aufgaben im übrigen verantwortlich. Absatz 3 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 6

Mitteilung von Feststellungen

Werden bei der Leistung der Hilfen Feststellungen getroffen, die für die Belange der Betroffenen bedeutsam sein können, so sind ihm diese mitzuteilen, soweit es ärztlich zu verantworten ist. Wenn es angezeigt erscheint, soll ihm nahegelegt werden, sich in die ambulante Behandlung eines Arztes, in ein Krankenhaus oder in eine andere geeignete Einrichtung zu begeben und diese zu ermächtigen, den sozialpsychiatrischen Dienst von der Übernahme der Behandlung zu benachrichtigen. Auf eine solche Nachricht teilt der sozialpsychiatrische Dienst dem Arzt, dem Krankenhaus oder der Einrichtung die getroffenen Feststellungen mit, es sei denn, daß der Betroffene widerspricht.

Dritter Teil

Schutzmaßnahmen

Erster Abschnitt

Allgemeines

§ 7

Allgemeine Vorschriften

(1) Schutzmaßnahmen einschließlich des Vollzugs der gerichtlichen Entscheidung über die Unterbringung obliegen den Landkreisen und kreisfreien Städten (Verwaltungsbehörden) als Aufgabe des übertragenen Wirkungskreises.

(2) Die Verwaltungsbehörde setzt zur Durchführung der Schutzmaßnahmen besonders geeignete und ausgebildete Bedienstete ein.

(3) Ärztliche Aufgaben bei der Durchführung von Schutzmaßnahmen sind grundsätzlich Ärzten zu übertragen, die ihre Befähigung zur Beurteilung psychischer Krankheiten durch das Recht zum Führen einer entsprechenden Facharzt- bzw. Gebietsbezeichnung nachweisen können. Steht ein derartiger aus- bzw. weitergebildeter Arzt nicht zur Verfügung, sind für diese Aufgabe Ärzte mit längerer Erfahrung in der Beurteilung psychischer Krankheiten heranzuziehen, wobei zunächst auf bei der Verwaltungsbehörde angestellte Ärzte zurückzugreifen ist. Im Zusammenhang mit der Durchführung von Schutzmaßnahmen sind die eingesetzten Ärzte befugt, unmittelbaren Zwang anzuwenden, soweit dies zur Wahrnehmung der Aufgabe erforderlich ist.

(4) Außer Bediensteten von Verwaltungsbehörden können auch solche von Krankenhäusern und Krankentransportunternehmen zur Durchführung dieses Gesetzes entsprechend den geltenden Vorschriften des allgemeinen Gefahrenabwehrrechts zu Vollzugsbeamten bestellt werden.

(5) Die Polizei leistet den Verwaltungsbehörden, Krankenhäusern und Krankentransportunternehmen Vollzugshilfe.

(6) Soweit in diesem Gesetz nichts anderes bestimmt ist, gilt das Gesetz über die öffentliche Sicherheit und Ordnung des Landes Sachsen-Anhalt vom 19. Dezember 1991 (GVBl. LSA S. 538).

Zweiter Abschnitt Untersuchung, Behandlung

§ 8 Untersuchung, Mitteilung

(1) Bestehen Anhaltspunkte dafür, daß jemand wegen einer Krankheit, Störung oder Behinderung im Sinne des § 1 Nr. 1 sich oder anderen schwerwiegenden Schaden zuzufügen droht, so kann er zu einer ärztlichen Untersuchung geladen oder zum Zwecke einer solchen Untersuchung durch einen von der Verwaltungsbehörde dazu beauftragten Arzt in seiner Wohnung aufgesucht werden.

(2) Ergeben sich aus dem Verhalten des Betroffenen dringende Anhaltspunkte dafür, daß die Voraussetzungen für eine Unterbringung vorliegen, so kann er zu einer ärztlichen Untersuchung vorgeführt werden. Der Betroffene hat die Untersuchung zu dulden und an ihr mitzuwirken.

(3) Der Arzt teilt das Ergebnis der Untersuchung dem Betroffenen mit, soweit es ärztlich zu verantworten ist. Ist der Betroffene zuvor regelmäßig von einem anderen Arzt behandelt worden, so ist auch diesem der Untersuchungsbefund mitzuteilen, es sei denn, daß der Betroffene widerspricht.

§ 9 Behandlungsempfehlung

Wenn das Ergebnis der Untersuchung nach § 8 dazu Anlaß gibt, kann die Verwaltungsbehörde dem Betroffenen empfehlen, sich in die ambulante Behandlung eines Arztes, in ein Krankenhaus oder in eine andere

geeignete Einrichtung zu begeben und diese zu ermächtigen, das Gesundheitsamt von der Übernahme der Behandlung und dem Befund zu unterrichten. Das Gesundheitsamt teilt dem Arzt, dem Krankenhaus oder der Einrichtung den Untersuchungsbefund mit, es sei denn, daß der Betroffene widerspricht.

§ 10 Behandlungsaufgabe

(1) Ist nach dem Ergebnis einer Untersuchung nach § 8 zu erwarten, daß der Betroffene untergebracht werden muß, wenn er nicht ärztlich behandelt wird, so kann ihm die Verwaltungsbehörde aufgeben, sich innerhalb einer bestimmten Frist in die ambulante Behandlung eines Arztes, in ein Krankenhaus oder in eine andere geeignete Einrichtung zu begeben, deren Anweisungen zu befolgen sowie deren Namen und Anschrift unverzüglich mitzuteilen. Dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Einrichtung wird vom Gesundheitsamt der Untersuchungsbefund mit der Verpflichtung übersandt, die Nichtaufnahme oder den Abbruch der Behandlung und die Nichtbefolgung von Anweisungen durch den Betroffenen unverzüglich anzuzeigen. Das Gesundheitsamt ist auch in Kenntnis zu setzen, wenn eine Behandlung nicht mehr erforderlich ist.

(2) Eine Auflage nach Absatz 1 Satz 1 darf nicht mit Zwangsmitteln durchgesetzt werden. Kommt der Betroffene der Auflage nicht nach, sind die Voraussetzungen für ein Unterbringungsverfahren zu prüfen.

Dritter Abschnitt Unterbringung

§ 11 Begriff der Unterbringung

(1) Eine Unterbringung im Sinne dieses Gesetzes liegt vor, wenn jemand gegen seinen Willen oder im Zustand der Willenlosigkeit in den abgeschlossenen Teil eines Krankenhauses eingewiesen wird und dort verbleiben soll.

(2) Eine Unterbringung im Sinne dieses Gesetzes liegt auch dann vor, wenn jemand unter elterlicher Sorge oder unter Vormundschaft steht, oder ihm ein Pfleger oder ein Betreuer bestellt ist, dessen Aufgabenkreis die Aufenthaltsbestimmung umfaßt, und wenn die Einweisung nach Absatz 1 gegen den Willen des Inhabers der elterlichen Sorge, des Vormunds,

Pflegers, oder Betreuers erfolgt oder der Inhaber der elterlichen Sorge, der Vormund, Pfleger oder Betreuer keine Erklärung abgibt. Bei Bestellung eines Betreuers gilt dies nur, wenn der psychisch Kranke geschäftsunfähig ist oder für ihn ein Einwilligungsvorbehalt hinsichtlich der Aufenthaltsbestimmung angeordnet ist.

§ 12

Vollzug der Unterbringung

(1) Die Unterbringung wird in der Regel in Krankenhäusern des Landes vollzogen. Krankenhäuser anderer Träger kann diese Aufgabe mit deren Zustimmung widerruflich übertragen werden, wenn diese sich dafür eignen.

(2) Zuständig für die Feststellung der Eignung und die Übertragung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 2 ist das Landesamt für Versorgung und Soziales. Dieses übernimmt auch die Aufsicht im Umfang der übertragenen Aufgaben.

§ 13

Voraussetzungen der Unterbringung

(1) Eine Unterbringung ist nur zulässig, wenn und solange

1. die gegenwärtige erhebliche Gefahr besteht, daß der Betroffene sich infolge einer Krankheit, Störung oder Behinderung im Sinne des § 1 Nr. 1 schwerwiegende gesundheitliche Schäden zufügt, oder
2. das durch die Krankheit, Störung oder Behinderung bedingte Verhalten des Betroffenen aus anderen Gründen eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung darstellt,

und die Gefahr auf andere Weise nicht abgewendet werden kann.

(2) Eine Unterbringung nach diesem Gesetz darf nicht angeordnet werden, wenn eine Maßnahme nach § 126 a der Strafprozeßordnung oder den §§ 63, 64 des Strafgesetzbuches oder § 7 des Jugendgerichtsgesetzes getroffen worden ist. Wird eine solche Anordnung oder Maßregel nach einer Unterbringung getroffen, ist die Unterbringung aufzuheben.

§ 14

Antragserfordernis

(1) Eine Unterbringung oder eine vorläufige Unterbringungsmaßnahme kann nur auf Antrag der Verwaltungsbehörde durch gerichtliche Entscheidung angeordnet werden.

(2) Für das Unterbringungsverfahren gelten die Vorschriften des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit.

§ 15

Vorläufige Einweisung

Kann eine gerichtliche Entscheidung über eine Unterbringungsmaßnahme nicht rechtzeitig herbeigeführt werden, so kann die Verwaltungsbehörde den Betroffenen längstens bis zum Ablauf des folgenden Tages vorläufig in den geschlossenen Teil eines Krankenhauses einweisen, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Befund vorliegt, nach dem die Voraussetzungen der Unterbringung nach § 13 vorliegen, und wenn der Befund frühestens am Tage vor der vorläufigen Einweisung erhoben worden ist. Die Angehörigen sollen benachrichtigt werden: über die Benachrichtigung soll die Verwaltungsbehörde unter Abwägung aller Umstände des Einzelfalles entscheiden.

Vierter Abschnitt

Betreuung während der Unterbringung

§ 16

Eingangsuntersuchung

(1) Personen, die auf Grund dieses Gesetzes eingewiesen oder untergebracht sind, werden unverzüglich nach ihrer Aufnahme untersucht. Die Untersuchung erstreckt sich vor allem auch auf die Umstände, die maßgeblich für die Unterbringung waren. Sie soll zugleich schon dazu dienen, die individuell gebotene Heilbehandlung abzuklären und einen Behandlungsplan zu entwickeln. Liegen nach der Eingangsuntersuchung die Unterbringungsvoraussetzungen nicht oder nicht mehr vor, hat der verantwortliche Arzt

1. die Verwaltungsbehörde, welche die Einweisung veranlaßt oder die Unterbringung beantragt hat, und
2. das zuständige Gericht unverzüglich zu unterrichten.

(2) Zeigt sich bei der Eingangsuntersuchung die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung, ohne daß die Unterbringungs Voraussetzungen vorliegen, soll der untersuchende Arzt darauf hinwirken, daß der Patient sich umgehend in ärztliche Behandlung begibt und einer Bekanntgabe der Untersuchungsergebnisse an den Arzt seines Vertrauens, der die Behandlung fortführen soll, zustimmt.

(3) Ist nach dem Ergebnis der Eingangsuntersuchung eine stationäre Behandlung geboten, ohne daß die Voraussetzungen der Unterbringung vorliegen, soll der untersuchende Arzt aus seiner Verantwortung heraus die Einwilligung des Patienten zur stationären Behandlung zu erreichen versuchen.

(4) Die fehlende Bereitschaft des Patienten, sich ambulant oder stationär behandeln zu lassen, rechtfertigt für sich allein nicht die weitere Unterbringung.

(5) In den Fällen der Absätze 1 bis 3 ist die betroffene Person bis zur Entscheidung über die Aufhebung der Einweisung oder Unterbringung zu beurlauben.

§ 17

Ärztliche Behandlung

(1) Während seiner Unterbringung erhält der Unterbrachte die nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst gebotene Heilbehandlung. Diese kann weitere Untersuchungen einschließen, soweit sie im Rahmen der Behandlung oder zum Schutz der Gesundheit des Unterbrachten oder anderer Personen erforderlich sind.

(2) Für die Behandlung wegen der Erkrankung, die zur Unterbringung geführt hat, ist auf Grund der Untersuchungsergebnisse ein Behandlungsplan aufzustellen. Dieser umfaßt auch die gebotene Heilbehandlung fördernden heilpädagogischen und psychotherapeutischen sowie beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen Maßnahmen.

(3) Das Ergebnis der Untersuchungen, die vorgesehene Heilbehandlung und der Behandlungsplan sind dem Unterbrachten zu erläutern, soweit dies ärztlich zu verantworten ist. Ist der Unterbrachte fähig, Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlungs- und Fördermaßnahmen einzusehen, soll die Erläuterung auch dem Ziel dienen, die Zustimmung der Unterbrachten zur Behandlung zu erhalten.

(4) Eine Behandlung, die die Persönlichkeit des Unterbrachten in ihrem Kernbereich verändern würde, ist unzulässig.

(5) Erfordert die Behandlung einen operativen Eingriff oder ist sie mit Gefahr für Leben und Gesundheit der Unterbrachten verbunden oder würde sie seine Persönlichkeit wesentlich oder auf Dauer nachteilig verändern, so darf sie nur mit seiner Einwilligung und nur dann vorgenommen werden, wenn sie nicht außer Verhältnis zu dem zu erwartenden Erfolg steht.

(6) Ist der Unterbrachte in den Fällen des Absatzes 5 nicht fähig, Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einzusehen oder seinen Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen, ist die Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters maßgebend. Besitzt der Unterbrachte zwar die in Satz 1 genannten Fähigkeiten, ist er aber minderjährig, so ist zusätzlich die Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters erforderlich. Entsprechendes gilt bei Volljährigen, für die nach § 1896 des Bürgerlichen Gesetzbuches ein Betreuer für diesen Aufgabenkreis bestellt und ein Einwilligungsvorbehalt angeordnet worden ist.

(7) Wegen anderer akuter Erkrankungen ist eine ärztliche Untersuchung und Behandlung bei Lebensgefahr oder bei Gefahr für die Gesundheit anderer Personen auch ohne Einwilligung des Unterbrachten oder seines gesetzlichen Vertreters zulässig. Eine zwangsweise Ernährung ist zulässig, wenn dies zur Abwendung einer Gefahr für das Leben oder die Gesundheit des Unterbrachten erforderlich ist.

(8) Die Zwangsmaßnahme muß für die Beteiligten zumutbar sein. Sie darf insbesondere das Leben des Unterbrachten nicht gefährden.

§ 18

Gestaltung der Unterbringung

(1) Die Unterbringung ist unter Berücksichtigung therapeutischer Gesichtspunkte so zu gestalten, daß eine möglichst weitgehende Angleichung an die allgemeinen Lebensverhältnisse erreicht wird. Zugleich soll die Bereitschaft des Unterbrachten geweckt werden, aktiv am Erreichen des Behandlungszieles mitzuwirken.

(2) Während der Unterbringung fördert die Einrichtung die Aufrechterhaltung bestehender und die Anbahnung neuer sozialer Kontakte des Unterbrachten, soweit sie sein Verantwortungsbewußtsein für ein geordnetes Zusammenleben stärken und damit der Wiedereingliederung dienen.

(3) Untergebrachten soll während der Unterbringung ein angemessener Barbetrag zur persönlichen Verfügung stehen. Die Einrichtung hat bei erforderlichen Anträgen Beratung und Unterstützung zu geben.

§ 19

Besondere Sicherungsmaßnahmen

(1) Besondere Sicherungsmaßnahmen sind:

1. die Wegnahme von Gegenständen,
2. die Beschränkung des Aufenthaltes im Freien,
3. die Absonderung in einem besonderen Raum,
4. die Fixierung.

(2) Besondere Sicherungsmaßnahmen sind nur ausnahmsweise und nur dann zulässig, wenn und solange die gegenwärtige erhebliche Gefahr besteht,

1. daß der Untergebrachte sich selbst tötet oder einen schwerwiegenden gesundheitlichen Schaden zufügt,
 2. daß der Untergebrachte gewalttätig wird und andere Patienten, Mitarbeiter des Krankenhauses oder Besucher gefährdet oder daß er erheblichen materiellen Schaden anrichtet,
 3. daß der Untergebrachte die Einrichtung ohne Erlaubnis verläßt,
- und wenn der Gefahr nicht anderweitig begegnet werden kann.

(3) Eine besondere Sicherungsmaßnahme darf nur vom verantwortlichen Arzt angeordnet werden. Sie ist zu befristen, ärztlich zu überwachen und unverzüglich aufzuheben, wenn die Voraussetzungen für ihre Anordnung weggefallen sind. Anordnung und Aufhebung der besonderen Sicherungsmaßnahmen sind zu dokumentieren. Dem Träger des Krankenhauses ist jährlich eine Auflistung der ergriffenen besonderen Sicherungsmaßnahmen vorzulegen.

§ 20

Rechtsstellung des Untergebrachten

Der Untergebrachte unterliegt nur denjenigen Beschränkungen seiner Freiheit, die sich aus dem Zweck der Unterbringung und aus deren Anforderungen eines geordneten Zusammenlebens in dem Krankenhaus ergeben, in dem er untergebracht ist. Maßnahmen, welche die Freiheit des Untergebrachten beschränken, sind im Verlaufe der Behandlung ständig zu prüfen und der Entwicklung des Untergebrachten anzupassen.

§ 21

Persönliche Habe, Besuchsrecht

(1) Der Untergebrachte hat das Recht, seine persönliche Kleidung zu tragen, persönliche Gegenstände in seinem Zimmer aufzubewahren und Besuch zu empfangen.

(2) Dieses Recht darf nur eingeschränkt werden, wenn dadurch gesundheitliche Nachteile für den Untergebrachten zu befürchten sind oder die Sicherheit der Einrichtung oder ein geordnetes Zusammenleben in der Einrichtung erheblich gefährdet wird.

§ 22

Postverkehr und Telekommunikation

(1) Der Untergebrachte hat das Recht, Postsendungen frei abzuschicken und zu empfangen.

(2) Im Rahmen des § 20 kann der Schriftverkehr des Untergebrachten überwacht und beschränkt werden. Dies gilt nicht für den Schriftverkehr mit

1. Gerichten,
2. Staatsanwaltschaften,
3. Rechtsanwälten,
4. Aufsichtsbehörden,
5. Volksvertretungen des Bundes und der Länder sowie deren Mitgliedern und dem Europäischen Parlament.
6. der Europäischen Kommission für Menschenrechte,
7. dem Ausschuß für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung und Besuchsmissionen (§ 29).

Bei ausländischen Staatsangehörigen ist eine Überwachung und Beschränkung des Schriftverkehrs auch nicht zulässig für Schreiben an die konsularische oder diplomatische Vertretung des Heimatlandes. Schriftliche Mitteilungen der in Satz 2 und 3 genannten Stellen und Personen an den Untergebrachten dürfen nicht geöffnet und nicht zurückgehalten werden.

(3) Für die Maßnahmen der Überwachung und der Beschränkung des Schriftverkehrs ist der Leiter des Krankenhauses verantwortlich. Er hat im Einzelfall zu überprüfen, ob und ggf. in welchem Umfang derartige Maßnahmen geboten sind. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, daß die Gefahr des Einschmuggelns von Suchtstoffen oder gefährlichen Gegenständen oder der Verabredung von Straftaten besteht.

(4) Über Maßnahmen der Überwachung und Beschränkung des Schriftverkehrs ist der Untergebrachte zu unterrichten. Angehaltene Schreiben werden dem Absender unter Angabe des Grundes zurückgesandt oder, wenn dies nicht möglich oder aus den Gründen des Absatzes 3 Satz 3 untunlich ist, aufbewahrt. Für Schreiben des Untergebrachten gilt entsprechendes.

(5) Kenntnisse, die bei der Überwachung und der Beschränkung des Schriftverkehrs gewonnen werden, sind vertraulich zu behandeln. Sie dürfen nur verwendet werden, soweit dies erforderlich ist, um die Sicherheit oder Ordnung des Krankenhauses zu bewahren oder Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten zu verhüten, zu unterbinden oder zu verfolgen.

(6) Die vorstehenden Bestimmungen gelten sinngemäß für Pakete und andere Sendungen, Telegramme, Telefongespräche und andere Möglichkeiten der Telekommunikation. Die Überwachung eines Ferngesprächs wird in der Weise vorgenommen, daß ein Bediensteter der Einrichtung das Gespräch in Gegenwart der Untergebrachten mithört.

§ 23

Offene Unterbringung

(1) Sobald der Zweck der Unterbringung es zuläßt, soll die Unterbringung nach Möglichkeit aufgelockert und in weitgehend freien Formen durchgeführt werden, um das angestrebte Behandlungsziel zu erreichen. Eine Lockerung der Unterbringung oder eine offene Unterbringung soll vom verantwortlichen Arzt dann gewährt werden, wenn dies der Behandlung des Untergebrachten dient, er den damit verbundenen Anforderungen genügt und ein Mißbrauch nicht zu befürchten ist.

(2) Ist der Untergebrachte länger als 14 Tage offen untergebracht, sind die Verwaltungsbehörde und das Gericht unverzüglich zu benachrichtigen. Das Gericht prüft, ob die die Unterbringung anordnende gerichtliche Entscheidung aufgehoben werden kann. Gegen den Willen des Untergebrachten ist eine Verlegung in die offene Unterbringung nicht zulässig.

§ 24

Beurlaubungen

(1) Dem Untergebrachten kann Urlaub bis zur Dauer von zwei Wochen durch den Ärztlichen Leiter des Krankenhauses oder einen von ihm bestimmten anderen Arzt gewährt werden, insbesondere, wenn der

Gesundheitszustand und die persönlichen Verhältnisse des Untergebrachten dies rechtfertigen und zu erwarten ist, daß dadurch das Behandlungsziel gefördert wird und ein Mißbrauch des Urlaubs nicht zu befürchten ist.

(2) Die Beurlaubung kann mit Auflagen verbunden werden, soweit dies im Hinblick auf das Behandlungsziel erforderlich ist. Dem Untergebrachten kann insbesondere die Auflage erteilt werden, ärztliche Anweisungen zu befolgen.

(3) Die Beurlaubung ist der Verwaltungsbehörde vorab mitzuteilen. Eine länger dauernde Beurlaubung bedarf der Abstimmung mit der Verwaltungsbehörde und dem Gericht.

(4) Die Beurlaubung kann jederzeit widerrufen werden, insbesondere, wenn Auflagen nicht oder nicht vollständig erfüllt werden oder der Gesundheitszustand des Beurlaubten sich wesentlich verschlechtert hat oder ein Mißbrauch des Urlaubs zu befürchten ist.

§ 25

Religionsausübung

(1) Der Untergebrachte hat das Recht, innerhalb der Einrichtung am Gottesdienst und an Veranstaltungen von Religions- und Glaubensgemeinschaften teilzunehmen.

(2) Religions- und Glaubensgemeinschaften ist die Möglichkeit einzuräumen, innerhalb der Einrichtung Gottesdienste und religiöse Veranstaltungen abzuhalten, soweit die Besonderheiten der Einrichtung und Behandlungserfordernisse nicht entgegenstehen.

Fünfter Abschnitt

Beendigung der Unterbringung

§ 26

Entlassung

(1) Der Ärztliche Leiter der Einrichtung unterrichtet unverzüglich das Gericht, wenn er es geboten hält, den Untergebrachten zu entlassen. Bis zur Entscheidung des Gerichts kann der Untergebrachte beurlaubt werden; § 24 Abs. 3 und 4 gilt entsprechend.

- (2) Der Untergebrachte ist zu entlassen, wenn
1. die seine Unterbringung anordnende gerichtliche Entscheidung aufgehoben worden ist,
 2. im Falle der vorläufigen Einweisung gemäß § 15 nicht bis zum Ende des auf die Einweisung folgenden Tages ein gerichtlicher Unterbringungsbeschluß vorliegt,
 3. die Unterbringungsfrist abgelaufen ist, ohne daß das Gericht zuvor die Verlängerung der Unterbringung angeordnet hat,
 4. das Gericht die Entlassung anordnet.

(3) Von der Entlassung benachrichtigt das Krankenhaus das Gericht und die Verwaltungsbehörde. Diese unterrichtet die in § 70 d Abs. 1 Satz 1 Nrn. 1 bis 4 des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit genannten Personen. Das Krankenhaus benachrichtigt ferner den Arzt, von dem sich der Betroffene behandeln lassen will.

§ 27

Vorläufige Entlassung

(1) Kommt auf Grund des Gesundheitszustandes des Untergebrachten und seiner persönlichen Verhältnisse eine Aussetzung der Vollziehung der Unterbringung durch das Gericht nach § 70 k Abs. 1 des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit in Betracht, können als Auflagen insbesondere die Verpflichtungen ausgesprochen werden, Hilfen nach dem Zweiten Teil dieses Gesetzes in Anspruch zu nehmen, sich in ärztliche Behandlung zu begeben oder ärztliche Anweisungen zu befolgen.

(2) Ist dem Betroffenen zur Auflage gemacht worden, sich in ärztliche Behandlung zu begeben, so hat er den Namen und die Anschrift des Arztes unverzüglich dem Krankenhaus mitzuteilen, in dem er untergebracht war. Das Krankenhaus übersendet dem Arzt und dem zuständigen sozialpsychiatrischen Dienst einen Bericht über die bisherige Behandlung. Der Arzt unterrichtet die Verwaltungsbehörde, wenn der Betroffene sich nicht in Behandlung begibt, ärztliche Anweisungen nicht befolgt oder wenn eine Behandlung nicht mehr erforderlich ist.

(3) Das Gericht kann die vorläufige Entlassung widerrufen, wenn der vorläufig Entlassene die ihm erteilten Auflagen nicht oder nicht vollständig erfüllt oder wenn sich sein Gesundheitszustand erheblich verschlechtert.

(4) Zeigt sich während der Aussetzung der Vollziehung der Unterbringung, daß eine Behandlung nicht mehr erforderlich ist, stellt die Verwaltungsbehörde beim Gericht den Antrag auf Aufhebung der Unterbringungsmaßnahme.

§ 28

Freiwilliger Krankenhausaufenthalt

Verbleibt der Betroffene auf Grund seiner rechtswirksamen Einwilligung weiter im Krankenhaus, obwohl die Voraussetzungen des § 26 Abs. 2 vorliegen, so teilt das Krankenhaus dies dem Gericht, der Verwaltungsbehörde und, soweit der Betroffene damit einverstanden ist, den in § 70 d Abs. 1 Satz 1 Nrn. 1 bis 4 des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit genannten Personen mit.

Vierter Teil

Ausschuß für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung

§ 29

Berufung und Aufgaben

(1) Das Ministerium für Arbeit und Soziales beruft einen Ausschuß für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung.

(2) Der Ausschuß prüft, ob die in § 1 Nr. 1 genannten Personen entsprechend den Vorschriften dieses Gesetzes behandelt und betreut werden. Er soll für die Belange dieses Personenkreises eintreten und bei der Bevölkerung Verständnis für die Lage psychisch Kranker und behinderter Menschen wecken.

(3) Der Ausschuß bildet für die Krankenhäuser und Einrichtungen, die der psychiatrischen Krankenversorgung dienen, Besuchskommissionen. Die Besuchskommissionen haben jährlich mindestens einmal die Krankenhäuser und sonstigen Einrichtungen des ihnen vom Ausschuß zugewiesenen Bereichs zu besuchen. Sie können, wenn es ihnen angezeigt erscheint, von einer vorherigen Anmeldung ihres Besuches absehen.

(4) Die Krankenhäuser und sonstigen Einrichtungen sowie ihre Träger sind verpflichtet, den Ausschuß und die Besuchskommissionen bei ihrer Arbeit zu unterstützen. Sie haben ihnen, soweit es zur Erfüllung der in Absatz 2 und 3 genannten Aufgaben erforder-

lich ist, Auskünfte zu erteilen und Akteneinsicht zu gewähren. Krankenunterlagen dürfen nur mit Einwilligung des Betroffenen oder seines gesetzlichen Vertreters zur Einsichtnahme vorgelegt werden.

(5) Der Untergebrachte ist berechtigt, unmittelbar mit dem Ausschuß und den Besuchskommissionen sowie deren Mitgliedern zu korrespondieren. Eine Überwachung und Beschränkung des beiderseitigen Schriftverkehrs ist nicht zulässig.

(6) Die Mitglieder des Ausschusses und der Besuchskommissionen sowie ihre Stellvertreter sind nicht an Weisungen gebunden. Sie sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Ihre Entschädigung richtet sich nach dem Gesetz über die Entschädigung der ehrenamtlichen Richter.

(7) Der Ausschuß berichtet einmal jährlich dem Landtag und dem Ministerium für Arbeit und Soziales über seine Tätigkeit, insbesondere über die Feststellungen und Anregungen der Besuchskommissionen.

§ 30 Verfahren

Das Ministerium für Arbeit und Soziales wird ermächtigt, durch Verordnung nähere Bestimmungen zu treffen über

1. die Zusammensetzung des Ausschusses und der Besuchskommissionen,
2. das Verfahren zur Berufung des Ausschusses und zur Bildung der Besuchskommissionen,
3. die Aufgaben des Ausschusses und der Besuchskommissionen sowie deren Wahrnehmung,
4. die Amtszeit, die Rechte und Pflichten der einzelnen Mitglieder sowie ihrer Stellvertreter.

Fünfter Teil Nachsorge

§ 31 Nachsorgende Hilfen

(1) Nachsorgende Hilfsmaßnahmen im Sinne des § 3 Abs. 2 Satz 2 sollen in enger Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus oder der Einrichtung, dem weiterbehandelnden Arzt und dem zuständigen sozialpsychiatrischen Dienst so umfassend und rechtzeitig eingeleitet und vorbereitet werden, daß eine weiterhin erforderliche ambulante Betreuung der betroffenen Person gesichert ist.

(2) Bei den nachsorgenden Hilfsmaßnahmen ist ein besonderes Gewicht auf die individuelle ärztliche und psychosoziale Beratung der entlassenen Person über die erforderliche gesundheitliche Lebensführung und die Einhaltung etwaiger Auflagen zu legen. Es soll auch auf die mögliche Inanspruchnahme von Sozialleistungen hingewiesen werden.

Sechster Teil

Kosten

§ 32 Kosten der Unterbringung

(1) Die Kosten einer nach diesem Gesetz durchgeführten Unterbringung trägt der Betroffene, soweit sie nicht einem Sozialleistungsträger, einem Unterhaltspflichtigen oder einem anderen zur Last fallen.

(2) Die Kosten einer vorläufigen Einweisung sind vom Land zu tragen, wenn

1. der Antrag auf Anordnung einer Unterbringung abgelehnt oder zurückgenommen wird oder aus anderen Gründen seine Erledigung findet oder
2. die Anordnung einer Unterbringung vom Beschwerdegericht aufgehoben wird

und die Voraussetzungen für die Unterbringung von Anfang an nicht vorgelegen haben.

(3) Das Gericht hat in den Fällen des Absatzes 2 in der von ihm in der Hauptsache getroffenen Entscheidung auszusprechen, wer die Kosten der vorläufigen Einweisung zu tragen hat. Über die Kosten ist unter Berücksichtigung des bisherigen Sachstandes nach billigem Ermessen auch dann zu entscheiden, wenn eine Entscheidung in der Hauptsache nicht ergeht.

(4) Die gerichtliche Entscheidung über die Kosten der einstweiligen Unterbringung ist mit der sofortigen Beschwerde selbständig anfechtbar.

Siebenter Teil

Kosten der Landkreise und kreisfreien Städte

§ 33 Finanzausgleich

Die den Landkreisen und kreisfreien Städten aus der Durchführung dieses Gesetzes entstehenden Verwaltungskosten werden im Rahmen des Finanzausgleichs gedeckt.

Achter Teil
Schlußvorschriften

§ 34

Einschränkung von Grundrechten

Durch dieses Gesetz werden die Grundrechte auf körperliche Unversehrtheit und auf Freiheit der Person (Artikel 2 Abs. 2 des Grundgesetzes), auf Einheit der Familie (Artikel 6 der Grundgesetzes) auf die Unverletzlichkeit des Brief- und Fernmeldegeheimnisses (Artikel 10 des Grundgesetzes) und der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes) eingeschränkt.

§ 35

Inkrafttreten und Übergangsvorschriften

(1) Dieses Gesetz tritt am Tage nach seiner Verkündung in Kraft.

(2) Gleichzeitig tritt das Gesetz über die Einweisung in stationäre Einrichtungen für psychisch Kranke vom 11. Juni 1968 (GBl. I S. 273) außer Kraft.

(3) Die Landkreise und kreisfreien Städte haben bis zum 1. Juli 1992 die Voraussetzungen für die Leistung der Hilfen gemäß § 3 und zur Durchführung der Schutzmaßnahmen gemäß § 7 zu schaffen.

M a g d e b u r g, den 30. Januar 1992.

**Der Ministerpräsident
des Landes Sachsen-Anhalt**

Prof. Dr. Münch

**Der Minister für Arbeit und Soziales
des Landes Sachsen-Anhalt**

Schreiber

**GESETZ- UND
VERORDNUNGSBLATT
FÜR DAS
LAND SACHSEN-ANHALT**

Der Landtag von Sachsen-Anhalt hat das folgende Gesetz beschlossen, das hiermit nach Gegenzeichnung ausgefertigt wird und zu verkünden ist:

Maßregelvollzugsgesetz für das Land Sachsen-Anhalt (MVollzG LSA)

Vom 9. Oktober 1992

**Erster Teil
Allgemeines**

**§ 1
Anwendungsbereich**

Dieses Gesetz regelt den Vollzug der durch strafrechtliche Entscheidung angeordneten freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt (Unterbringung).

**§ 2
Ziele des Maßregelvollzugs**

(1) Ziel einer Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus ist es, den Unterbrachten soweit wie möglich zu heilen oder seinen Zustand soweit zu bessern, daß er keine Gefahr mehr für die Allgemeinheit darstellt. Ziel einer Unterbringung in einer Entziehungsanstalt ist es, den Unterbrachten von seinem Hang zu heilen und die zugrundeliegende Fehlhaltung zu beheben. Beide Maßregeln dienen zugleich dem Schutz der Allgemeinheit.

(2) Behandlung und Betreuung während des Vollzugs haben medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Erfordernissen Rechnung zu tragen. Mitarbeit und Verantwortungsbewußtsein des Unterbrachten sollen geweckt und gefördert werden. Soweit wie möglich soll der Vollzug den allgemeinen Lebensverhältnissen angeglichen werden und den Unterbrachten auf eine selbständige Lebensführung vorbereiten. Dazu gehört auch seine familiäre, soziale und berufliche Eingliederung.

**§ 3
Einrichtungen des Maßregelvollzugs**

(1) Die Maßregeln werden in psychiatrischen Krankenhäusern und Entziehungsanstalten des Landes vollzogen. Krankenhäusern und entsprechenden Einrichtungen anderer Träger kann diese Aufgabe mit deren Zustimmung widerruflich übertragen werden, wenn diese sich dafür eignen; insoweit unterstehen die Einrichtungen der Aufsicht der zuständigen Behörden.

(2) Die Maßregeln können auf Grund besonderer Vereinbarungen auch in Einrichtungen außerhalb des Landes Sachsen-Anhalt vollzogen werden, wenn dadurch die Ziele des Maßregelvollzugs wirksamer gefördert werden oder andere zwingende therapeutische Gründe dies erfordern.

**§ 4
Ausstattung der Einrichtungen**

(1) Die Einrichtungen sind so zu gliedern und auszustatten, daß eine auf die unterschiedlichen Anforderungen des Maßregelvollzugs abgestimmte Behandlung ermöglicht und die Eingliederung des Unterbrachten gefördert wird. Neben den Voraussetzungen für einen geschlossenen Vollzug sind auch Möglichkeiten für einen halboffenen und offenen Vollzug sowie für eine gesonderte Behandlung Jugendlicher und Heranwachsender zu schaffen. Der Situation von Schwangeren und im Rahmen der Möglichkeiten von Eltern mit Kleinkindern ist Rechnung zu tragen.

(2) Die für die Behandlung und Betreuung der Maßregelvollzugspatienten erforderlichen Fachkräfte aus dem ärztlichen, pflegerischen, therapeutischen, pädagogischen, sozialen und technischen Bereich sind vorzusehen. Ihnen sollen die für ihre Tätigkeit notwendigen zusätzlichen Kenntnisse durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen vermittelt werden. In Einrichtungen, die nicht ausschließlich dem Maßregelvollzug dienen, sollen sie auch außerhalb dieses Vollzugs eingesetzt werden, soweit dies mit ihren Aufgaben bei der Durchführung des Maßregelvollzugs vereinbar ist.

**§ 5
Vollstreckungsplan und Verlegung**

(1) Die örtliche und sachliche Zuständigkeit der Einrichtungen sind in einem Vollstreckungsplan zu regeln und nach allgemeinen Merkmalen zu bestimmen.

(2) Der Untergebrachte kann abweichend vom Vollstreckungsplan in eine andere für den Vollzug der jeweiligen Maßregel vorgesehene Einrichtung eingewiesen oder verlegt werden, wenn

1. hierdurch die Behandlung des Untergebrachten oder seine Eingliederung gefördert wird,
2. sein Verhalten oder sein Zustand eine Gefahr für die Sicherheit oder Ordnung in der Einrichtung, in der er untergebracht ist, darstellt oder in erhöhtem Maße Fluchtgefahr besteht oder die andere Einrichtung zu seiner sicheren Unterbringung besser geeignet ist oder
3. dies aus Gründen der Vollzugsorganisation oder aus anderen wichtigen Gründen erforderlich ist.

(3) Der Untergebrachte kann in eine Einrichtung, die für Untergebrachte seines Alters nicht vorgesehen ist, verlegt werden, wenn dies zu seiner Behandlung notwendig ist. Die Behandlung der übrigen in dieser Einrichtung Untergebrachten darf dadurch nicht gefährdet werden.

(4) Ein Untergebrachter kann in den offenen Vollzug eingewiesen oder verlegt werden, wenn zu erwarten ist, daß dadurch das Ziel der Unterbringung gefördert wird und nicht zu befürchten ist, daß er sich dem Vollzug entziehen oder die Möglichkeiten des offenen Vollzugs mißbrauchen wird.

§ 6

Zusammenarbeit

(1) Zur Förderung von Behandlung, Betreuung und Eingliederung sollen die Einrichtungen mit geeigneten Personen, Organisationen und Behörden zusammenarbeiten. Mit Zustimmung des Untergebrachten soll die Behandlung, Betreuung und Beratung auch nach seiner Entlassung im Benehmen insbesondere mit der Führungsaufsicht, der Bewährungshilfe, der freien Wohlfahrtspflege und den Ärzten fortgesetzt werden.

(2) In Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Forschung und Lehre sollen insbesondere die Behandlungsmethoden wissenschaftlich fortentwickelt, deren Ergebnisse und die gewonnenen Erkenntnisse für die Zwecke des Maßregel- und Strafvollzugs nutzbar gemacht werden.

Zweiter Teil

Aufnahme, Untersuchung, Behandlung, Förderung

§ 7

Aufnahme, Eingangsuntersuchung

(1) Bei der Aufnahme wird der Untergebrachte über seine Rechte und Pflichten mündlich und schriftlich unterrichtet. Hat er einen gesetzlichen Vertreter, soll dieser Gelegenheit erhalten, an der Unterrichtung teilzunehmen. Auf Wunsch des Untergebrachten ist eine Person seines Vertrauens unverzüglich über die erfolgte Aufnahme zu benachrichtigen.

(2) Der Untergebrachte wird unverzüglich nach seiner Aufnahme ärztlich untersucht. Die Untersuchung berücksichtigt zugleich die Umstände, die maßgeblich für die Unterbringung waren und deren Kenntnis für die Erarbeitung des Behandlungs- und Eingliederungsplanes notwendig ist.

§ 8

Ärztliche und therapeutische Behandlung

(1) Während seiner Unterbringung erhält der Untergebrachte die nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst gebotene Heilbehandlung. Diese kann weitere Untersuchungen einschließen, soweit sie im Rahmen der Behandlung oder zum Schutz der Gesundheit des Untergebrachten oder anderer Personen erforderlich sind. Der Untergebrachte hat die Behandlung zu dulden und zu unterstützen.

(2) Für die Behandlung wegen der Erkrankung oder Sucht, die zur Unterbringung geführt hat, ist auf Grund der Untersuchungsergebnisse ein Behandlungsplan aufzustellen. Dieser umfaßt auch die gebotene Heilbehandlung fördernden, heilpädagogischen und psychotherapeutischen sowie beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen Maßnahmen.

(3) Das Ergebnis der Untersuchungen, die vorgesehene Heilbehandlung und der Behandlungsplan sind dem Untergebrachten zu erläutern, soweit dies ärztlich zu verantworten ist. Ist der Untergebrachte fähig, Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlungs- und Fördermaßnahmen einzusehen, soll die Erläuterung auch dem Ziel dienen, die Zustimmung des Untergebrachten zur Behandlung zu erhalten.

(4) Eine Behandlung, die die Persönlichkeit des Untergebrachten in ihrem Kernbereich verändern würde, ist unzulässig.

(5) Erfordert die Behandlung einen operativen Eingriff oder ist sie mit Gefahr für Leben oder Gesundheit des Untergebrachten verbunden oder würde sie seine Persönlichkeit wesentlich oder auf Dauer nachteilig verändern, so darf sie nur mit seiner Einwilligung und nur dann vorgenommen werden, wenn sie nicht außer Verhältnis zu dem zu erwartenden Erfolg steht.

(6) Ist der Untergebrachte in den Fällen des Absatzes 5 nicht fähig, Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einzusehen oder seinen Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen, ist die Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters maßgebend. Besitzt der Untergebrachte zwar die in Satz 1 genannten Fähigkeiten, ist er aber minderjährig, so ist zusätzlich die Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters erforderlich. Entsprechendes gilt bei Volljährigen, für die nach § 1896 des Bürgerlichen Gesetzbuches ein Betreuer für diesen Aufgabenkreis bestellt und ein Einwilligungsvorbehalt angeordnet worden ist.

(7) Wegen anderer akuter Erkrankungen ist eine ärztliche Untersuchung und Behandlung bei Lebensgefahr oder bei Gefahr für die Gesundheit anderer Personen auch ohne Einwilligung des Untergebrachten oder seines gesetzlichen Vertreters zulässig. Eine zwangsweise Ernährung ist zulässig, wenn dies zur Abwendung einer Gefahr für das Leben oder die Gesundheit des Untergebrachten erforderlich ist.

(8) Die Zwangsmaßnahme muß für die Beteiligten zumutbar sein. Sie darf insbesondere das Leben des Untergebrachten nicht gefährden.

(9) Kann eine erforderliche Untersuchung oder Behandlung nicht in der Einrichtung durchgeführt werden, in der sich der Untergebrachte befindet, so ist er in eine geeignete andere Einrichtung des Maßregelvollzugs oder, wenn eine solche nicht zur Verfügung steht, in ein geeignetes Krankenhaus zu verlegen. Der Schutz der Allgemeinheit ist durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen.

(10) Der Untergebrachte hat über die nach Absatz 1 gebotene Behandlung hinaus gegenüber dem Träger der Einrichtung Anspruch auf weitere gesundheitliche Betreuung nach Maßgabe der Vorschriften des Strafvollzugsgesetzes vom 16. März 1976 (BGBl. I S. 581), zuletzt geändert durch Artikel 7 Abs. 12 des Rechtspflege-Vereinfachungsgesetzes vom 17. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2847), über die Gesundheitsfürsorge und über die Mutterschaftshilfe unter Einschluß der nach den krankenversicherungsrechtlichen Vorschrif-

ten zu gewährenden Vorsorgeleistungen. Art und Umfang der zu gewährenden Leistungen richten sich dabei nach den am Ort der Unterbringung für die Allgemeine Ortskrankenkasse geltenden Vorschriften.

§ 9

Gestaltung der Unterbringung

(1) Die Unterbringung ist unter Berücksichtigung therapeutischer Gesichtspunkte so zu gestalten, daß eine möglichst weitgehende Angleichung an die allgemeinen Lebensverhältnisse erreicht wird. Zugleich soll die Bereitschaft des Untergebrachten geweckt werden, am Erreichen des Behandlungszieles mitzuwirken.

(2) Während der Unterbringung fördert die Einrichtung die Aufrechterhaltung bestehender und die Anbahnung neuer sozialer Kontakte des Untergebrachten, soweit sie das Verantwortungsbewußtsein des Untergebrachten für ein geordnetes Zusammenleben stärken und damit der Wiedereingliederung dienen.

§ 10

Unterricht, Ausbildung, berufliche Eingliederung

(1) Im Rahmen seiner Fähigkeiten und der Organisation der Einrichtung soll dem Untergebrachten Gelegenheit zur Erlangung eines Schulabschlusses, zur Berufsausbildung, zur Teilnahme an berufsfördernden Maßnahmen, zur Umschulung, zur Förderung in einer arbeitstherapeutischen Einrichtung oder zur Berufsausübung gegeben werden.

(2) Aus einem dafür erteilten Zeugnis oder einer Teilnahmebescheinigung darf nicht erkennbar sein, daß die Maßnahme im Rahmen einer Unterbringung durchgeführt worden ist.

(3) Zur beruflichen Eingliederung kann ein freies Beschäftigungsverhältnis außerhalb der Einrichtung gestattet werden. Die Durchführung richtet sich nach den §§ 23 bis 25.

§ 11

Behandlungs- und Eingliederungsplan

(1) Der nach § 8 Abs. 2 Satz 1 aufgestellte Behandlungsplan ist spätestens sechs Monate nach Beginn der Unterbringung unter Berücksichtigung der zwischenzeitlich eingetretenen Entwicklung in der Person des Untergebrachten und der Ergebnisse der medizinischen, heilpädagogischen, psychotherapeutischen sowie beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen Maßnahmen zu überprüfen und anzupassen, wobei mit Fortdauer der Behandlung und Unterbringung Maßnahmen der Wiedereingliederung verstärktes Gewicht beizumessen ist.

(2) Nach Ablauf von jeweils vier Jahren soll der Untergebrachte durch einen in der Psychiatrie erfahrenen Facharzt zu Anlaß und Zweck der Unterbringung begutachtet werden, der außerhalb der Einrichtung arbeitet, vom Träger unabhängig ist und sich bisher mit dem Patienten nicht befaßt hat. Das Gutachten ist der Einrichtung und der Vollstreckungsbehörde unverzüglich zu übersenden. Der Träger der Einrichtung ist über das Ergebnis des Gutachtens zu unterrichten.

§ 12

Arbeit, Einkommen, Taschengeld

(1) Für eine Tätigkeit im Rahmen der Arbeitstherapie erhält der Untergebrachte eine Zuwendung; diese ist vom Träger der Einrichtung unter Berücksichtigung des Arbeitsergebnisses und der Verwertbarkeit festzusetzen. Zuwendungen können auch für die Teilnahme an Unterrichts-, Umschulungs- und berufsfördernden Maßnahmen sowie an heilpädagogischer Förderung gewährt werden.

(2) Voraussetzungen und Höhe der Zuwendungen bestimmen sich nach vom Träger der Einrichtungen aufzustellenden Grundsätzen, wobei der besonderen Situation im Maßregelvollzug und dem Unterbringungsziel in angemessener Weise Rechnung zu tragen ist. Eine Mindestzuwendung kann festgelegt werden. An der Entscheidung über die Verteilung der darüberhinaus für Zuwendungen zur Verfügung stehenden Mittel sind Mitarbeiter und Untergebrachte der Einrichtung angemessen zu beteiligen.

(3) Ist der Untergebrachte beruflich tätig und erzielt hierfür Arbeitsentgelt, ist ihm davon ein angemessener Betrag zu belassen. Die Höhe des Arbeitsentgeltes richtet sich nach den Bestimmungen des Strafvollzugsgesetzes. Über Höhe dieses Betrages und der Zuwendung ist der Untergebrachte schriftlich zu unterrichten. Soweit die berufliche Tätigkeit nicht auf der Grundlage eines außerhalb der Einrichtung begründeten Arbeitsverhältnisses erfolgt und damit nach dem Arbeitsförderungsgesetz vom 25. Juni 1969 (BGBl. I S. 582), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes zur Änderung arbeitsförderungsrechtlicher und anderer sozialrechtlicher Vorschriften vom 21. Juni 1991 (BGBl. I S. 1306), ohnehin beitragspflichtig ist, hat die Einrichtung dafür Sorge zu tragen, daß ein Arbeitsvertrag geschlossen wird und Beiträge zur Bundesanstalt für Arbeit (Arbeitslosenversicherung) abgeführt werden.

(4) Untergebrachte erhalten während der Unterbringung einen angemessenen Barbetrag zur persönlichen Verfügung (Taschengeld). Dieses ist nach den vom Bundessozialhilfegesetz in der Fassung vom 10. Januar 1991 (BGBl. I S. 94) dafür gesetzten Maßstäben zu bemessen.

(5) Die Untergebrachten können über Taschengeld frei verfügen. Das gilt auch für Zuwendungen und Arbeitsentgelt, soweit dieses Geld nicht für Eingliederungsmaßnahmen zurückgelegt wird (Überbrückungsgeld), als Beitrag zu den Unterbringungskosten dient oder für andere Verpflichtungen, insbesondere Unterhaltungsleistungen, in Anspruch genommen wird.

§ 13

Freizeitgestaltung

(1) Dem Untergebrachten soll bei der Gestaltung seiner Freizeit durch Angebote zu Fortbildung, sportlicher, kultureller und gesellschaftlicher Betätigung geholfen werden.

(2) Dem Untergebrachten ist täglich mindestens eine Stunde Aufenthalt im Freien zu ermöglichen.

(3) Einschränkungen der Freizeitgestaltung sind nur aus Gründen der Behandlung und des geordneten Zusammenlebens in der Einrichtung und zum Schutz der Allgemeinheit zulässig.

§ 14

Religionsausübung

(1) Der Untergebrachte hat das Recht, innerhalb der Einrichtung am Gottesdienst und an Veranstaltungen von Religions- und Glaubensgemeinschaften teilzunehmen.

(2) Religions- und Glaubensgemeinschaften ist die Möglichkeit einzuräumen, innerhalb der Einrichtung Gottesdienste und religiöse Veranstaltungen abzuhalten, soweit die Besonderheiten der Einrichtung und Behandlungserfordernisse nicht entgegenstehen.

Dritter Teil Sicherungsmaßnahmen

§ 15 Grundsätze

(1) Der Untergebrachte soll sich so verhalten, daß das Ziel der Unterbringung auch für die anderen Untergebrachten nicht gefährdet und das geordnete Zusammenleben in der Einrichtung nicht gestört wird. Anordnungen des Leiters der Einrichtung und ihrer Bediensteten hat er zu befolgen.

(2) Die in diesem Gesetz zugelassenen Beschränkungen können dem Untergebrachten auferlegt werden, soweit dies erforderlich ist, um das Ziel der Unterbringung auch der anderen Untergebrachten zu fördern oder um die Sicherheit oder Ordnung aufrechtzuerhalten.

§ 16 Hausordnung

(1) Die dem Untergebrachten obliegenden Pflichten, seine Rechte sowie Grundsätze für die Ausübung des Hausrechtes sind in einer Hausordnung näher zu bestimmen. Die Hausordnung erläßt der Träger der Einrichtung. Er kann diese Aufgabe ganz oder teilweise mit der Maßgabe auf die Einrichtung übertragen, daß diese die Hausordnung mit seiner Zustimmung erläßt.

(2) Die Hausordnung ist dem Untergebrachten bekanntzugeben und an allgemein zugänglicher Stelle in der Einrichtung auszuhängen.

§ 17 Allgemeine Sicherungsmaßnahmen

(1) Der Umfang der dem Untergebrachten auferlegten Beschränkungen richtet sich nach dem Stand und Erfolg der Behandlung, wobei Gefährdungen, die von dem Untergebrachten ausgehen können, zu berücksichtigen sind. Beschränkungen sind im Verlaufe der Behandlung regelmäßig zu überprüfen und der Entwicklung anzupassen.

(2) Eingriffe in die Rechte des Untergebrachten sind in seinen Akten festzuhalten und zu begründen. Diese Unterlagen können der Untergebrachte und mit seiner Zustimmung sein gesetzlicher Vertreter und sein Verteidiger einsehen; ihre Stellungnahmen zum Akteninhalt sind den Akten beizufügen.

(3) Im Zusammenhang mit der Durchführung des Maßregelvollzugs sind die eingesetzten Bediensteten befugt, unmittelbaren Zwang anzuwenden, soweit dies zur Wahrnehmung der Aufgaben erforderlich ist. Die §§ 94 bis 101 des Strafvollzugsgesetzes finden mit der Maßgabe entsprechende Anwendung, daß der Gebrauch von Schußwaffen zur Ausübung unmittelbaren Zwangs unzulässig ist.

(4) Erkennungsdienstliche Maßnahmen sind auf der Grundlage polizei- und strafvollzugsrechtlicher Vorschriften zu treffen. Diese Unterlagen sind getrennt von den Krankenakten aufzubewahren.

(5) Außer Bediensteten von Verwaltungsbehörden können auch solche von Krankenhäusern und Krankentransportunternehmen zur Durchführung dieses Gesetzes entsprechend den geltenden Vorschriften des allgemeinen Gefahrenabwehrrechts zu Vollzugsbeamten bestellt werden.

(6) Die Polizei leistet den Verwaltungsbehörden, Krankenhäusern und Krankentransportunternehmen Vollzugshilfe.

(7) Soweit in diesem Gesetz nichts anderes bestimmt ist, gilt das Gesetz über die öffentliche Sicherheit und Ordnung des Landes Sachsen-Anhalt vom 19. Dezember 1991 (GVBl. LSA S. 538), insbesondere hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

§ 18 Besondere Sicherungsmaßnahmen

(1) Besondere Sicherungsmaßnahmen sind

1. die Wegnahme von Gegenständen,
2. die Beschränkung des Aufenthalts im Freien,
3. die Absonderung in einen besonderen Raum,
4. die Fixierung.

(2) Besondere Sicherungsmaßnahmen sind nur ausnahmsweise und nur dann zulässig, wenn und solange die gegenwärtige Gefahr besteht,

1. daß der Untergebrachte sich selbst tötet oder einen schwerwiegenden gesundheitlichen Schaden zufügt,
2. daß der Untergebrachte gewalttätig wird und andere Personen gefährdet oder erheblichen materiellen Schaden anzurichten droht,

3. daß der Untergebrachte die Einrichtung ohne Erlaubnis verläßt

und wenn der Gefahr nicht anderweitig begegnet werden kann.

(3) Eine besondere Sicherungsmaßnahme darf nur vom verantwortlichen Arzt angeordnet werden. Sie ist zu befristen, ärztlich zu überwachen und unverzüglich aufzuheben, wenn die Voraussetzungen für ihre Anordnung weggefallen sind. Anordnung und Aufhebung der besonderen Sicherungsmaßnahmen sind zu dokumentieren. Dem Träger der Einrichtung ist jährlich eine Auflistung der ergriffenen besonderen Sicherungsmaßnahmen vorzulegen.

(4) Besondere Sicherungsmaßnahmen im Sinne des Absatzes 1 Nr. 2 bis 4, die über einen Zeitraum von zwei Wochen hinausgehen, bedürfen der Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

§ 19

Persönliche Habe, Besuchsrecht

(1) Der Untergebrachte hat das Recht, seine persönliche Kleidung zu tragen, persönliche Gegenstände in seinem Zimmer aufzubewahren und Besuch zu empfangen. Die Hausordnung kann einheitliche Grundsätze für Besitz, Erwerb und Verwendung von Sachen sowie für Zeitpunkt und Dauer bei Besuchen vorgeben.

(2) Aus Gründen der Behandlung, der Sicherheit und des geordneten Zusammenlebens in der Einrichtung können Besuche überwacht, abgebrochen, eingeschränkt oder untersagt werden. Ein Besuch kann davon abhängig gemacht werden, daß der Besucher sich durchsuchen und die von ihm mitgeführten Gegenstände überprüfen läßt. Besuche eines gesetzlichen Vertreters, von Verteidigern sowie von Rechtsanwälten und Notaren in einer den Untergebrachten betreffenden Rechtssache sind zu gestatten.

(3) Besuche von Verteidigern dürfen nicht überwacht, von diesen mitgeführte Schriftstücke und Unterlagen dürfen nicht auf ihren Inhalt überprüft werden. Die Übergabe von Gegenständen mit Ausnahme von Schriftstücken bedarf der Prüfung und der Erlaubnis durch die Einrichtung.

§ 20

Postverkehr und Telekommunikation

(1) Der Untergebrachte hat das Recht, Postsendungen abzusenden und zu empfangen.

(2) Im Rahmen notwendiger Sicherungsmaßnahmen kann der Schriftverkehr des Untergebrachten überwacht und beschränkt werden. Dies gilt nicht für den Schriftverkehr mit

1. Gerichten,
2. Staatsanwaltschaften,
3. Verteidigern,
4. Aufsichtsbehörden,
5. Volksvertretungen des Bundes und der Länder sowie deren Mitgliedern und dem Europäischen Parlament,
6. der Europäischen Kommission für Menschenrechte,
7. dem Ausschuß für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung (§ 32).

Bei ausländischen Staatsangehörigen ist eine Überwachung und Beschränkung des Schriftverkehrs ferner nicht zulässig für Schreiben an die konsularische oder diplomatische Vertretung des Heimatlandes. Schriftliche Mitteilungen der in Satz 2 und 3 genannten Stellen und Personen an den Untergebrachten dürfen nicht geöffnet und nicht zurückgehalten werden.

(3) Für die Maßnahmen der Überwachung und der Beschränkung des Schriftverkehrs ist der Leiter der Einrichtung verantwortlich. Er hat im Einzelfall zu überprüfen, ob und in welchem Umfange derartige Maßnahmen geboten sind. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, daß die Gefahr des Einschmuggelns von Suchtstoffen oder gefährlichen Gegenständen oder der Verabredung von Straftaten besteht.

(4) Über Maßnahmen der Überwachung und Beschränkung des Schriftverkehrs ist der Untergebrachte zu unterrichten. Angehaltene Schreiben werden dem Absender unter Angabe des Grundes zurückgesandt oder, wenn dies nicht möglich oder aus Gründen des Absatzes 3 Satz 3 untunlich ist, aufbewahrt. Für Schreiben des Untergebrachten gilt Entsprechendes.

(5) Kenntnisse, die bei der Überwachung und Beschränkung des Schriftverkehrs gewonnen werden, sind vertraulich zu behandeln. Sie dürfen nur verwertet werden, soweit dies erforderlich ist, um die Sicherheit oder Ordnung des Krankenhauses zu bewahren oder Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten zu verhüten, zu unterbinden oder zu verfolgen.

(6) Die vorstehenden Bestimmungen gelten sinngemäß für Pakete und andere Sendungen, Telegramme, Telefongespräche und andere Möglichkeiten der Telekommunikation. Die Überwachung eines Ferngesprächs wird in der Weise vorgenommen, daß ein Bediensteter der Einrichtung das Gespräch in Gegenwart des Untergebrachten mithört.

§ 21 Durchsuchung

(1) Der Untergebrachte, seine Sachen und die Unterbringungsräume können durchsucht werden. Bei der Durchsuchung männlicher Untergebrachter dürfen nur Männer, bei der Durchsuchung weiblicher Untergebrachter nur Frauen anwesend sein. Das Schamgefühl ist zu schonen.

(2) Eine mit einer Entkleidung verbundene körperliche Untersuchung ist nur bei Gefahr im Verzuge und auf Anordnung des Leiters der Einrichtung zulässig. Sie muß in einem geschlossenen Raum und in Gegenwart eines Dritten durchgeführt werden. Andere Untergebrachte dürfen nicht anwesend sein. Geht die Durchsuchung über eine Nachschau am oder im Körper hinaus (z.B. die Inspektion von nicht frei einsehbaren Körperhöhlen), darf sie nur durch einen Arzt vorgenommen werden.

(3) Der Leiter der Einrichtung kann Durchsuchungen nach Absatz 2 für bestimmte Fälle allgemein anordnen.

Vierter Teil Vollzugslockerungen, Urlaub, Entlassungsvorbereitungen

§ 22 Formen des Vollzugs

(1) Unter Berücksichtigung der von dem Untergebrachten ausgehenden Gefährdung und des Behandlungsergebnisses soll, sobald der Zweck der Unterbringung dies zuläßt, die Unterbringung nach Möglichkeit aufgelockert und in weitgehend freien Formen durchgeführt werden, wenn dadurch das Ziel der Unterbringung gefördert wird und nicht zu befürchten ist, daß der Untergebrachte die ihm eingeräumten Möglichkeiten mißbrauchen, insbesondere sich oder die Allgemeinheit gefährden wird.

(2) Dem Untergebrachten können dazu Lockerungen des Vollzugs oder Urlaub gewährt oder er kann in den offenen Vollzug verlegt werden.

§ 23 Lockerungen des Vollzugs

(1) Als Lockerung des Vollzugs kann insbesondere zugelassen werden, daß der Untergebrachte

1. außerhalb der Einrichtung regelmäßig einer Beschäftigung unter Aufsicht (Außenbeschäftigung) oder ohne Aufsicht (Freigang) nachgeht oder
2. für eine bestimmte Zeit innerhalb eines Tages die Einrichtung unter Aufsicht (Ausführung) oder ohne Aufsicht (Ausgang) verläßt.

Die Aufsicht wird durch Bedienstete der Einrichtung wahrgenommen.

(2) Ausgang kann insbesondere zur Erledigung persönlicher, familiärer, rechtlicher oder geschäftlicher Angelegenheiten, zur Teilnahme an gerichtlichen Terminen oder aus anderen wichtigen Gründen bewilligt werden.

(3) Die Bewilligung von Ausgang ist der Vollstreckungsbehörde vorher mitzuteilen. Vor der Bewilligung von Freigang ist die Vollstreckungsbehörde zu hören. Ist bei einer Unterbringung der Schutz der Allgemeinheit besonders zu beachten, so darf Freigang nur im Einvernehmen mit der Vollstreckungsbehörde gewährt werden. Das Nähere regelt das Ministerium für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Ministerium der Justiz.

§ 24 Offener Vollzug

(1) Ein offener Vollzug soll dann gewährt und veranlaßt werden, wenn dies der Behandlung des Untergebrachten dient, er den damit verbundenen Anforderungen genügt und ein Mißbrauch nicht zu befürchten ist.

(2) Vor der Verlegung des Untergebrachten in den offenen Vollzug ist die Vollstreckungsbehörde zu unterrichten und ihr Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der Untergebrachte muß der Verlegung zustimmen.

(3) § 23 Abs. 3 Sätze 2 bis 4 gilt entsprechend.

§ 25 Urlaub

(1) Dem Untergebrachten kann Urlaub bis zur Dauer von zwei Wochen durch den ärztlichen Leiter der Einrichtung oder einen von ihm bestimmten anderen Arzt gewährt werden, insbesondere, wenn der Gesundheitszustand und die persönlichen Verhältnisse des Untergebrachten dies rechtfertigen und zu erwarten ist, daß dadurch das Behandlungsziel gefördert wird und ein Mißbrauch des Urlaubs nicht zu befürchten ist.

(2) Der Urlaub kann mit Auflagen verbunden werden, soweit dies im Hinblick auf das Behandlungsziel und zum Schutz der Allgemeinheit erforderlich ist. Dem Untergebrachten kann insbesondere die Auflage erteilt werden,

1. ärztliche Anweisungen zu befolgen,
2. sich einer Behandlung zu unterziehen,
3. sich der Aufsicht einer bestimmten Stelle oder Person zu unterstellen,
4. Anordnungen zu befolgen, die sich auf den Aufenthalt oder ein bestimmtes Verhalten außerhalb der Einrichtung beziehen,
5. in bestimmten Abständen für kurze Zeit in die Einrichtung zurückzukehren.

(3) Für die Gewährung von Urlaub und dessen Verlängerung über den in Absatz 1 genannten Zeitraum hinaus gilt § 23 Abs. 3 Sätze 2 bis 4 entsprechend.

(4) Der Urlaub kann jederzeit widerrufen werden, insbesondere, wenn Auflagen nicht oder nicht vollständig erfüllt werden oder der Gesundheitszustand des Beurlaubten sich wesentlich verschlechtert hat oder ein Mißbrauch des Urlaubs zu befürchten ist.

(5) Während des Urlaubs hat der Untergebrachte nur Anspruch auf Behandlung und Pflege durch die für ihn zuständige Einrichtung oder eine andere geeignete Einrichtung, die die Behandlung im Einvernehmen mit der zuständigen Einrichtung übernommen hat. Behandlungskosten infolge einer Weisung nach Absatz 2 werden nur übernommen, soweit keine Ansprüche gegen einen Sozialleistungsträger bestehen.

§ 26 Entlassungsvorbereitungen

(1) Der ärztliche Leiter der Einrichtung unterrichtet die Vollstreckungsbehörde, wenn er es für geboten hält, die Vollstreckung der Unterbringung zur Bewahrung auszusetzen.

(2) Wenn abzusehen ist, daß die Vollstreckung der Unterbringung zur Bewahrung ausgesetzt wird oder wenn die Entlassung des Untergebrachten bevorsteht, ist er von der Einrichtung in Zusammenarbeit mit dem Träger der Sozialhilfe, dem sozialpsychiatrischen Dienst, der Führungsaufsichtsstelle und der Bewährungshilfe auf das Leben außerhalb der Einrichtung vorzubereiten.

§ 27 Überbrückungsgeld

(1) Zur Sicherung des notwendigen Lebensunterhaltes nach der Entlassung soll von den Zuwendungen, Arbeitsentgelten und sonstigen Einkünften des Untergebrachten (§ 12) ein Betrag zurückgelegt werden, der zur Eingliederung des Untergebrachten bestimmt ist (Überbrückungsgeld). Das Überbrückungsgeld soll bis zur Höhe desjenigen Betrages gebildet werden, der dem Untergebrachten und den Personen, denen gegenüber er zum Unterhalt verpflichtet ist, den notwendigen Lebensunterhalt in den ersten vier Wochen nach der Entlassung sichert. Das Überbrückungsgeld ist unter Berücksichtigung seiner besonderen Zweckbestimmung wie Mündelgeld anzulegen.

(2) Die Einrichtung hat das Überbrückungsgeld zu verzinsen. Die Höhe der Zinsen richtet sich nach dem Zinssatz für Sparguthaben mit gesetzlicher Kündigungsfrist.

§ 28 Entlassung

(1) Der Untergebrachte ist zu entlassen, wenn

1. die Unterbringungsfrist abgelaufen ist, ohne daß das Gericht zuvor die Verlängerung der Unterbringung angeordnet hat,
2. das Gericht die Entlassung anordnet.

(2) Liegt gegen den Untergebrachten im Zeitpunkt seiner Entlassung aus dem Vollzug ein Haftbefehl vor, so ist der Untergebrachte in Absprache mit der zuständigen Strafvollzugsbehörde in die zuständige Justizvollzugsanstalt zu verlegen. Liegt ein Unterbringungsbeehl nach § 126 a der Strafprozeßordnung in der Fassung vom 7. April 1987 (BGBl. I S. 1074), zuletzt geändert durch Artikel 7 Abs. 11 des Rechtspflege-Vereinfachungsgesetzes am 17. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2847) vor, so ist er in die für diese einstweilige Unterbringung zuständige Einrichtung zu verlegen.

Fünfter Teil
Kosten

§ 29

Kosten der Unterbringung

(1) Die Kosten einer Unterbringung nach diesem Gesetz trägt das Land, soweit nicht ein Sozialleistungsträger oder der Untergebrachte zu den Kosten beizutragen hat.

(2) Die Pflicht des Untergebrachten, zu den Kosten beizutragen, richtet sich nach § 10 der Justizverwaltungskostenordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 363-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 9. Dezember 1986 (BGBl. I S. 2326). Die Bildung eines angemessenen Überbrückungsgeldes (§ 27) darf dadurch nicht beeinträchtigt werden.

§ 30

Ersatz von Aufwendungen

(1) Aufwendungen der Einrichtung, die der Untergebrachte durch unerlaubtes Entfernen, Selbstverletzung, Verletzung eines anderen Patienten oder eines Beschäftigten oder durch Sachbeschädigung verursacht, hat er zu ersetzen, soweit er dies zu vertreten hat.

(2) Die Forderung darf nur so durchgesetzt werden, daß Behandlung und Eingliederung des Untergebrachten nicht behindert werden.

Sechster Teil
Nachsorge

§ 31

Nachsorgende Hilfen

(1) Nachsorgende Hilfen sollen in enger Zusammenarbeit zwischen der Einrichtung und dem Träger der Sozialhilfe, dem sozialpsychiatrischen Dienst, der Führungsaufsichtsstelle und der Bewährungshilfe so umfassend und rechtzeitig eingeleitet und vorbereitet werden, daß eine weiterhin erforderliche ambulante Betreuung des aus der Unterbringung Entlassenen gesichert ist.

(2) Bei den nachsorgenden Hilfen ist ein besonderes Gewicht auf die Beratung des Entlassenen über die erforderliche gesundheitliche Lebensführung und die Einhaltung etwaiger Auflagen zu legen. Es soll auch auf die mögliche Inanspruchnahme von Sozialleistungen hingewiesen werden.

Alle nachsorgenden Hilfen sind auf das Ziel der Wiedereingliederung des Entlassenen in die Gemeinschaft auszurichten.

Siebenter Teil
Schlußvorschriften

§ 32

Ausschuß für Angelegenheiten
der psychiatrischen Krankenversorgung

Der Ausschuß gemäß § 29 des Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt nimmt die ihm obliegenden Aufgaben auch für die im Maßregelvollzug Untergebrachten wahr. § 29 Abs. 3 bis 6 und § 30 des Gesetzes über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt gelten sinngemäß.

§ 33

Einschränkung von Grundrechten

Durch dieses Gesetz werden die Grundrechte auf körperliche Unversehrtheit und auf Freiheit der Person (Artikel 2 Abs. 2 des Grundgesetzes), auf die Unverletzlichkeit des Brief- und Fernmeldegeheimnisses (Artikel 10 des Grundgesetzes) und auf Eigentum (Artikel 14 Abs. 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.

§ 34

Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am Tage nach seiner Verkündung in Kraft.

M a g d e b u r g, den 9. Oktober 1992.

**Der Präsident des Landtages
von Sachsen-Anhalt**

Dr. Keitel

**Der Ministerpräsident
des Landes Sachsen-Anhalt**

Prof. Dr. Münch

**Der Minister für Arbeit und Soziales
des Landes Sachsen-Anhalt**

Schreiber

