

Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung

16. Bericht
Mai 2008 – April 2009



SACHSEN-ANHALT

Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung Sachsen-Anhalt

16. Bericht
Mai 2008 – April 2009

Ausschuss für Angelegenheiten
der psychiatrischen Krankenversorgung
des Landes Sachsen-Anhalt
Geschäftsstelle
c/o Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt

www.psychiatrieausschuss.sachsen-anhalt.de

Maxim-Gorki-Straße 7
06114 Halle/Saale
Tel. : (0345) - 514 3037 / 3041
Fax : (0345) - 514 3184
E-Mail: Gudrun.Fiss@lvwa.sachsen-anhalt.de

Druck: Satzservice Wirth GmbH, Niemberg

Im Bericht verwendete Abkürzungen

ABW	Ambulant Betreutes Wohnen
ARGE	Arbeitsgemeinschaft nach dem SGB II (zuständig für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosengeld II)
AWO	Arbeiterwohlfahrt
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
IBW	Intensiv Betreutes Wohnen
KJPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
KJPPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
KOBA	Kommunale Beschäftigungsagentur
KVSA	Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
MVollzG LSA	Maßregelvollzugsgesetz des Landes Sachsen-Anhalt
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
PsychKG LSA	Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt
PsychPV	Psychiatriepersonalverordnung
PTM	Psychotherapeutische Medizin
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
WfbM	Werkstatt für Menschen mit Behinderungen

16. Bericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Sachsen-Anhalt

Berichtszeitraum: Mai 2008 – April 2009

Inhaltsverzeichnis	Seite
I. Vorwort	1
II. Ausgewählte Aspekte der psychiatrischen Versorgung	9
1. Die Verwirklichung der Selbstbestimmung durch Patientenverfügungen und psychiatrische Behandlungsvereinbarungen	9
2. Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychosomatik/-psychotherapie	13
2.1 Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- u. Jugendalters	13
2.2 Geschlossene Unterbringung von Jugendlichen in Einrichtungen der Jugendhilfe: Umfrage zur Bedarfsermittlung	15
3. Ist die Zuteilung von Alkohol an alkoholabhängige Heimbewohner vertretbar? Eine Stellungnahme aus ärztlicher Sicht	20
4. Psychisch kranke Bewohner in Altenpflegeheimen	27
4.1 Medizinische Versorgung von Bewohnern und Bewohnerinnen in Altenpflegeheimen aus psychiatrischer Sicht	27
4.2 Stellungnahme zur Notwendigkeit, Altenpflegeheime zu besuchen – „Sind Altenpflegeheime Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung?“	31
5. Protokoll des Besuchs der BK I im Landeskrankenhaus für Forensische Psychiatrie Uchtspringe am 02.03.2009	34
6. Erfahrungen zur Arbeit der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft der Stadt Halle – ein Gastbeitrag	39
III. Tätigkeitsbericht	42
IV. Bilanz und Perspektiven	49
V. Berichte der regionalen Besuchskommissionen	54
Kommission 1: Landkreise Stendal und Jerichower Land, Maßregelvollzugseinrichtungen Sachsen-Anhalt	54
Kommission 2: Landeshauptstadt Magdeburg, Landkreis Börde und Altmarkkreis Salzwedel	61
Kommission 3: Landkreise Wittenberg und Anhalt-Bitterfeld, Kreisfreie Stadt Dessau-Roßlau	67
Kommission 4: Landkreis Harz und Salzlandkreis	75
Kommission 5: Stadt Halle und Landkreis Saalekreis	84
Kommission 6: Landkreis Mansfeld-Südharz und Burgenlandkreis	91
Anlage: Personelle Zusammensetzung des Ausschusses und der regionalen Besuchskommissionen	98

I. Vorwort

§ 29 Abs. 7 PsychKG LSA verpflichtet den Ausschuss, jährlich dem Landtag und der Landesregierung von Sachsen-Anhalt über seine Tätigkeit und insbesondere über die Erkenntnisse der Besuchskommissionen zu berichten. Vor Ihnen liegt der sechzehnte dieser jährlichen Berichte, mit dessen Vorlage zugleich die Tätigkeit der im Jahr 2005 für vier Jahre in den Ausschuss berufenen Mitglieder endet. Mit diesem Bericht verabschiedet sich auch der Unterzeichner nach sechzehn Jahren aus dem Ausschuss; dies mag als Rechtfertigung für ein ausnahmsweise länger gehaltenes Vorwort gelten.

Am 03.05.2009 haben die Mitglieder des neu berufenen fünften Ausschusses aus Ihrer Mitte Herrn Dr. Bernd Langer zum Vorsitzenden gewählt und Herrn Erhard Grell zum stellvertretenden Vorsitzenden wieder gewählt. Unmittelbar anschließend hat der neue Ausschussvorstand seine Tätigkeit aufgenommen; eine ausführliche „Übergabe“ zwischen dem alten und dem neuen Ausschussvorstand hat am 04.06.2009 stattgefunden. Für die notwendige Kontinuität der Arbeit ist damit gesorgt.

Wichtig war mir zum einen, dem neu gewählten Ausschussvorstand die Pflege der Gesprächskontakte und Kooperationsbeziehungen ans Herz zu legen, die der Ausschuss in den vergangenen eineinhalb Jahrzehnten aufbauen und unterhalten konnte und die künftig vielleicht sogar noch ausgebaut und erweitert werden müssen. Zum anderen gibt es eine Reihe von Themen, die nicht abschließend bearbeitet werden konnten und die nach meiner Überzeugung auch in den kommenden Jahren aufmerksam zu beobachten und konstruktiv-kritisch zu begleiten sind.

Pflege von Gesprächskontakten und Kooperationsbeziehungen:

„Geborene“ Ansprechpartner für den Ausschuss sind aufgrund der Berichtspflicht Landtag und Landesregierung.

- Die Fractionen des Landtags entsenden aus ihren Reihen Abgeordnete als Personen des öffentlichen Lebens in den Ausschuss, die damit über einen unmittelbaren Einblick in die Arbeit verfügen. Der Präsident des Landtags nimmt den Bericht entgegen und ermöglicht es dem Ausschuss, Schwerpunkte seiner Arbeit im Rahmen der Landespressekonferenz der Öffentlichkeit zu präsentieren. Der Ausschuss für Soziales nimmt die Beratung über den Bericht stets zum Anlass für eine vertiefende Debatte der Psychiatriepolitik als Teil der Gesundheits- und Sozialpolitik.
- Für die Landesregierung nimmt die Ministerin für Gesundheit und Soziales Stellung zu den Hinweisen und Empfehlungen des Ausschusses. Im Ministerium wurde ein Referat als unmittelbarer Ansprechpartner benannt; die Ministerin selbst pflegt den Ausschuss zur Beratung des jeweils aktuellen Berichts in ihr Haus einzuladen.

Ferner verfügt der Ausschuss auf der Arbeitsebene über Kontakte zum Ministerium der Justiz, das die Mitglieder mit der Befähigung zum Richteramt vorschlägt. Themenbezogen haben Kontakte auch zu anderen Ministerien bestanden, beispielsweise zum Innenministerium und zum Bildungsministerium.

Zahlreiche weitere Gesprächskontakte und Kooperationsbeziehungen sind ebenfalls als wichtig für die Arbeit des Ausschusses zu bewerten:

- Die wohlwollende Unterstützung durch den Präsidenten des Landesverwaltungsamtes ist für den Ausschuss unverzichtbar, weil die Geschäftsstelle des Ausschusses im Referat „Heimaufsicht, Rettungsdienst, Gesundheitswesen“ des Landesverwaltungsamtes angesiedelt ist und der Ausschuss ohne die personelle, materielle und logistische Unterstützung der Behörde seine Aufgaben nicht erfüllen könnte.
- Mit dem Präsidenten der Ärztammer Sachsen-Anhalt gab es Gesprächskontakte in Vorbereitung auf den 109. Deutschen Ärztetag in Magdeburg 2006 mit dem Thema „Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen: Gegen Stigmatisierung – für Stärkung der ärztlichen Psychotherapie“. Dass die Ärztekammer auch künftig – nicht nur in Fragen der Weiterbildungsordnung und der

Entwicklung der Arztzahlen im Land, sondern auch für Themen des Ausschusses – ein Ansprechpartner sein muss, zeigt beispielhaft das auf dem 112. Deutschen Ärztetag 2009 behandelte Thema „Medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung“.

- Gegenstand von Gesprächen mit Vorstand und Geschäftsführung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt war die Sicherstellung der ambulanten medizinischen – hausärztlichen, fachärztlich-psychiatrischen und psychotherapeutischen – Versorgung. In dieser Sache wurden Kontakte auch zu Mitgliedern des Vorstands des Landesverbandes Sachsen-Anhalt des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte BVDN aufgenommen.
- Mit dem Vorstandsvorsitzenden der AOK Sachsen-Anhalt ist ein regelmäßiger Gedankenaustausch fest vereinbart.
- Kontakte mit der Krankenhausgesellschaft hat es bisher nur sporadisch und anlassbezogen gegeben. Dies ist aus Sicht des scheidenden Vorsitzenden als Versäumnis zu bewerten; angesichts der Bedeutung einer regional ausgewogenen Krankenhausplanung und einer engeren Zusammenarbeit von Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit den übrigen klinischen Fächern sollte der neue Vorstand in Betracht ziehen, diesen Mangel zu beheben. Die Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis der Chefärzte psychiatrischer Kliniken in Sachsen-Anhalt ist auch zukünftig dadurch gewährleistet, dass der neu gewählte Vorsitzende des Ausschusses kontinuierlich in diesem Arbeitskreis mitarbeitet.
- Seit die frühere Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt in der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland aufgegangen ist, hat es keinen unmittelbaren Gesprächskontakt zwischen dem Ausschuss und einem Rentenversicherungsträger mehr gegeben, was schon deshalb bedauerlich ist, weil die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland mit dem sog. „Nahtlosverfahren“ an der Schnittstelle zwischen der stationären Krankenhausbehandlung und der medizinischen Rehabilitation eine bedeutende Verbesserung der Versorgung von Suchtkranken eingeführt hat.
- Der Direktor der Sozialagentur ist für den Ausschuss ein wichtiger Gesprächspartner in allen Fragen, die Teilhabe und Eingliederung behinderter Menschen betreffen.
- Die kommunalen Gebietskörperschaften – Landkreise und kreisfreie Städte – tragen im Rahmen der Daseinsvorsorge die Verantwortung für wichtige Bausteine der psychiatrischen Versorgung (niedrigschwellig zugängliche, für die Bürger kostenlose Beratung, wie Psychosoziale Beratung, Suchtberatung und Schuldnerberatung, Kontakt- und Begegnungsstätten, Fallmanagement und aufsuchende Hilfen durch die Sozialpsychiatrischen Dienste, Rettungsdienst einschließlich der Notfallseelsorge und der Psychologischen Ersten Hilfe bei Katastrophen, Aufgaben nach dem Betreuungsgesetz, Aufgaben nach dem PsychKG LSA), auch wenn die Aufgabenerfüllung zum Teil Trägern der Freien Wohlfahrtspflege übertragen wurde. Das große Interesse an einer engen Zusammenarbeit findet seinen Ausdruck in der Anwesenheit von Vertretern kommunaler Behörden bei den meisten Besuchsterminen der Besuchskommissionen. Auf Verbandsebene wurden anlässlich einer gemeinsamen Sitzung mit dem Sozialausschuss des Landkreistages ebenfalls regelmäßige Gesprächskontakte vereinbart.
- Die LIGA der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege hat neben ihrem Geschäftsführer eine Beauftragte für den Ausschuss als Ansprechpartner benannt.
- Der Ausschuss hat sich zum Ziel gesetzt, die Arbeit des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker zu unterstützen. Angehörige, die zur ehrenamtlichen Mitarbeit bereit sind, können als „Personen mit Erfahrung in der Psychiatrischen Krankenversorgung“ in eine Besuchskommission berufen werden. Die Vorsitzende des Landesverbandes – oder eine Vertretung – wird stets als Gast zu den Sitzungen des Ausschusses eingeladen.

- Letzteres gilt auch für den Behindertenbeauftragten der Landesregierung.

Nicht zuletzt ergeben sich durch die Besuchstätigkeit zwangsläufig vielfältige Gelegenheiten zu zahlreichen Gesprächen mit einer großen Zahl von Menschen, die in den verschiedenen Behörden, Einrichtungen und Diensten in irgendeiner Weise an Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen beteiligt sind.

Zukünftige Themen:

Mit dem Amt musste der scheidende Vorsitzende seinem Nachfolger leider eine stattliche Anzahl von Themen übergeben, die nicht abgeschlossen werden konnten und der weiteren Bearbeitung bedürfen.

Bewohnerschutzgesetz:

Zu nennen ist das im Rahmen der Föderalismusreform geplante „*Gesetz zum Schutz und zur Sicherung der Rechte von Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf im Alter und bei Behinderung – Bewohnerschutzgesetz Sachsen-Anhalt*“. Zu einem vom zuständigen Referat des MS vorgelegten Schriftstück mit dem Titel „*Bausteine für eine Landesregelung zur Ablösung des Bundes-Heimgesetzes in Sachsen-Anhalt*“ hat der Ausschuss im Herbst 2008 Stellung genommen, wobei die Skepsis deutlich überwog, während die Notwendigkeit einer landesrechtlichen Regelung als solche außer Zweifel steht.

Hier ist nicht der Ort, das Gesetzgebungsvorhaben inhaltlich zu kommentieren; es sei aber gestattet, einen Gesichtspunkt besonders anzusprechen. In seinem 14. Bericht hat der Ausschuss im Sommer 2007 rechtliche Aspekte der geschlossenen Unterbringung im Heim thematisiert. Die Antwort der Landesregierung auf die einzelnen in diesem Beitrag aufgeworfenen Fragen ist im März 2009 eingegangen und hat den Ausschuss inhaltlich nicht überzeugt. Das MS beruft sich – formal juristisch zweifellos korrekt – darauf, dass bei einer Unterbringung im Heim nach § 1906 BGB ausschließlich der vom Gericht bestellte Betreuer die Wahrung der Rechte des Untergebrachten zu gewährleisten hat. Nach Auffassung des Ausschusses ist es weltfremd anzunehmen, dass auf diese Weise für gerichtlich untergebrachte Heimbewohner ein ausreichender Rechtsschutz gewahrt werden kann.

Novellierung des Maßregelvollzugsgesetzes:

Einen internen Arbeitsentwurf für ein Änderungsgesetz zum Maßregelvollzugsgesetz konnte der Ausschuss im Herbst 2008 kommentieren; grundsätzlich wird der Plan begrüßt, das Maßregelvollzugsgesetz zu modernisieren und gegenwärtigen Verhältnissen anzupassen. Nach aller Erfahrung wird die forensische Psychiatrie auch künftig ein Schwerpunktthema der Ausschuss-Arbeit bleiben müssen: Zu beobachten sein wird nicht nur die Entwicklung der (Über)Belegung mit der Dynamik von Einweisungen, Entlassungen und Verweildauer, sondern auch die Sicherung der für die Umsetzung eines therapeutischen Konzepts erforderlichen Mindest-Personalausstattung und die Arbeit der Forensa mit ihren forensisch-psychiatrischen Ambulanzen in Magdeburg und Halle.

PsychKG LSA:

Das PsychKG LSA hat sich – so die persönliche Meinung des scheidenden Vorsitzenden – in seinen Grundzügen bewährt und sollte im Grunde nicht angetastet werden. Vor allem sind – im Unterschied zu Beschwerden aus dem Maßregelvollzug – allenfalls ganz vereinzelt Beschwerden von nach PsychKG LSA untergebrachten Personen beim Ausschuss eingegangen. Die „Qualitätssicherung“ in Form der Überprüfung der erstinstanzlichen Entscheidungen der Amtsgerichte durch die Beschwerdekammern der Landgerichte scheint effektiv zu funktionieren.

Es gibt allerdings drei Gesichtspunkte, die zu weiterführenden Überlegungen Anlass geben:

1. Das Gesetz verpflichtet die kommunalen Gebietskörperschaften, bei ihren Gesundheitsämtern einen sozialpsychiatrischen Dienst einzurichten. Dieser soll unter der Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und/oder Neurologie oder eines auf diesen Gebieten weitergebildeten Arztes stehen. Solange ein derartig aus- oder weitergebildeter

Arzt nicht zur Verfügung steht, kann die Leitung des sozialpsychiatrischen Dienstes mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde vom zuständigen Amtsarzt wahrgenommen werden (§ 5 Abs. 2 PsychKG LSA).

Diese Übergangsbestimmung ist mit dem Wörtchen „solange“ offensichtlich zu großzügig formuliert, um die Landkreise zu verpflichten, sich nachhaltig um eine qualifizierte Besetzung dieser Stellen zu bemühen, denn in einigen Landkreisen steht durchgängig vom Inkrafttreten des Gesetzes im Januar 1992 bis heute „kein geeigneter Facharzt zur Verfügung“. Hier empfiehlt der Ausschuss eine Konkretisierung in Form einer Befristung der Notlösung („... für einen Übergangszeitraum von höchstens (sechs oder zwölf) Monaten ...“).

2. Ferner hat das Oberverwaltungsgericht des Landes Sachsen-Anhalt mit Beschluss vom 17.04.2009 eine Entscheidung des Verwaltungsgerichts Halle vom 03.04.2008 bestätigt, die es dem Ausschuss bzw. der Besuchskommission untersagt, eine bestimmte Altenpflegeeinrichtung eines bestimmten Trägers zu besuchen und den Bericht über den bereits durchgeführten Besuch zu veröffentlichen. Nach Auffassung des Oberverwaltungsgerichts soll sich das Besuchsrecht der Besuchskommissionen nur auf solche Einrichtungen erstrecken, die (unmittelbar) der psychiatrischen Krankenversorgung dienen; dazu sollen Alten- und Pflegeheime nicht zählen.

Die „Verordnung über den Ausschuss ...“, zu der das Ministerium vom Gesetzgeber in § 30 Abs. 3 PsychKG LSA ermächtigt wurde und die das MS am 29.01.1993 erlassen hat, nennt in § 3 zum einen „... stationäre und teilstationäre Einrichtungen für psychisch **Alterskranke** ...“ und zum anderen „... Einrichtungen für nachsorgende Hilfen wie Übergangs-, Wohn- und **Pflegeheime** und therapeutische Wohngemeinschaften...“. Daraus hat der Ausschuss in der Vergangenheit das Recht und die Pflicht abgeleitet, Altenpflegeheime als nachsorgende stationäre Einrichtungen für psychisch Alterskranke wenigstens stichprobenartig in die Besuchsplanung mit aufzunehmen, schon weil es andere nachsorgende stationäre Einrichtungen für diese Gruppe von Betroffenen nicht gibt und weil ohne Zweifel die Anzahl der Einweisungen von psychisch Alterskranken zur stationären Krankenhausbehandlung nach PsychKG LSA in einem engen Zusammenhang stehen wird mit der Verfügbarkeit von Plätzen in Altenpflegeheimen und der Qualität der Betreuung dortselbst. Insofern wird nun eine Konkretisierung der Befugnisse des Ausschusses und der Besuchskommissionen zu prüfen sein.

3. Weitere offene Fragen ergeben sich für den scheidenden Vorsitzenden aus einer Entscheidung des Niedersächsischen Staatsgerichtshofs vom 05.12.2008 (AZ StGH 2/07). Dort hatten zwei Landtagsfraktionen gegen ein Gesetz geklagt, mit dem zuvor die Voraussetzungen zum Verkauf der Niedersächsischen Landeskrankenhäuser geschaffen worden waren. Gestützt auf ausführliche staatstheoretische Überlegungen, die hier nicht referiert werden können, kommt der niedersächsische Staatsgerichtshof zu dem Ergebnis, dass nicht nur im Maßregelvollzug, sondern auch beim Vollzug hoheitlicher Aufgaben nach dem niedersächsischen PsychKG zwei Bedingungen erfüllt sein müssen: Jede Person, die solche Aufgaben – zum Beispiel freiheitsentziehende Maßnahmen – anordnet oder vollzieht, benötige zum einen eine durchgängige demokratische Legitimation und müsse zum anderen gegenüber der Aufsichtsbehörde weisungsgebunden sein. Der Ärztliche Direktor eines psychiatrischen Krankenhauses in Niedersachsen hat die Entscheidung kommentiert mit den Worten „Ein bisschen Staat muss sein!“. Die Lösung soll nun dem Vernehmen nach darin bestehen, alle Mitarbeiter der nicht mehr vom Land getragenen Kliniken zu „Vollzugsbeamten“ zu bestellen.

Der Unterzeichner sieht sich gegenwärtig außerstande zu beurteilen, ob diese Entscheidung des Verfassungsgerichts des Nachbarlandes irgendwelche Konsequenzen für Sachsen-Anhalt hat. Da beide Länder eng zusammenarbeiten und das PsychKG LSA sich seinerzeit eng an dem niedersächsischen Vorbild orientiert hat, erscheint dies nicht ausgeschlossen.

In Sachsen-Anhalt werden Unterbringungen nach dem PsychKG LSA nicht mehr, wie es das Gesetz ursprünglich vorsah, in „Krankenhäusern des Landes“ vollzogen (§ 12 Abs. 1 Satz 1), sondern ausschließlich in „Krankenhäusern anderer Träger“, die sich dafür eignen (§ 12 Abs. 1 Satz 2), denn es gibt keine Landeskrankenhäuser mehr. Etliche dieser „Krankenhäuser anderer Träger“ sind keine „Sonderkrankenhäuser“, sondern Krankenhäuser der Grund- und Regelversorgung, die Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie eingerichtet haben, ganz im Sinne der Psychiatrie-Enquête und gemeindepsychiatrischer Prinzipien. Bezogen auf die zitierte Gerichtsentscheidung haben die Mitarbeiter dieser Kliniken, die regionsbezogen arbeiten und nach den Erkenntnissen des Ausschusses das PsychKG LSA durchweg korrekt anwenden, aber zwei grundlegende Mängel: Sie haben keine lückenlose „demokratische Legitimation“; das heißt sie wurden nicht von jemandem ernannt, der von jemanden ernannt wurde, der ... demokratisch gewählt ist. Und zum anderen sind sie nicht an Weisungen der Aufsichtsbehörde gebunden. So ist der Unterzeichner beispielsweise aufgrund seines Dienstvertrages in seinen ärztlichen Entscheidungen ausdrücklich weisungsfrei¹ – und gedenkt dies auch zu bleiben.

Insofern bleibt zu hoffen, dass die Entscheidung des Niedersächsischen Staatsgerichtshofs nicht dazu führt, dass in Sachsen-Anhalt Teile der Psychiatrie-Reform wieder zurückgenommen werden und Unterbringungen künftig wieder von Beamten in Krankenhäusern des Landes vollzogen werden müssen. Sicher werden die Besuchskommissionen auch künftig sorgfältig zu prüfen haben, wie in den Kliniken mit den einzelnen Bestimmungen des Gesetzes (Informationspflichten, besonderen Sicherungsmaßnahmen, Aussetzung des Vollzugs) umgegangen wird, und sie werden vielleicht sorgfältiger als bisher auf die bauliche Sicherheit, die Pflegestandards und die statistischen Daten zu Häufigkeit und Dauer von Unterbringungsmaßnahmen achten müssen. Für eine Änderung des Gesetzes oder seiner Anwendung hinsichtlich der in Niedersachsen monierten Aspekte „fehlende demokratische Legitimation der Mitarbeiter“ und „Weisungsfreiheit des Leitenden Arztes“ besteht hingegen nach den praktischen Erfahrungen des Unterzeichners kein wirklicher Bedarf.

Weitere Themen:

Es gibt weitere Themen, die der Ausschuss nicht aus dem Auge verlieren darf. Dazu gehört die noch immer nicht abgeschlossene Enthospitalisierung. Auch zwei Jahrzehnte nach dem „Mauerfall“ existiert noch ein früherer Langzeitbereich eines ehemaligen Landeskrankenhauses, der weder aufgelöst noch durch Investitionen aufgewertet wurde. Der Vorstand war erschüttert über das Protokoll der BK II über den Besuch im AMEOS-Heimbereich Haldensleben am 02.02.2009 (S. 65 dieses Berichts). Hier ist der Verkauf eines Landeskrankenhauses mit seinem Heimbereich an einen von einem ehemaligen Sozialminister repräsentierten privaten Träger mit anschließendem zweimaligem Weiterverkauf eindeutig zu Lasten von behinderten Menschen erfolgt, die sich nicht wehren können, weiter unter unzumutbaren Bedingungen leben müssen und offensichtlich keine Chance haben, an den positiven Veränderungen der letzten zwei Jahrzehnte teilzuhaben.

Hinsichtlich der ambulanten hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung werden den Ausschuss zwei Fragen beschäftigen müssen:

- Wie werden sich die seit dem ersten Quartal 2009 veränderten Rahmenbedingungen für die Vergütung der Leistungen niedergelassener Ärzte auf die Versorgung der Patienten auswirken?
- Wie wird sich vor dem Hintergrund des Ärztemangels und der geringen Niederlassungsbereitschaft der Fachärzte in den Kliniken die regionale Versorgungsdichte entwickeln?

¹ Dienstvertrag vom 01.03.1993, § 2 „Stellung des Arztes“, Abs. 1: „Der Arzt ist in seiner ärztlichen Verantwortung bei der Diagnostik und Therapie unabhängig und nur dem Gesetz verpflichtet. Im Übrigen ist er an die Weisungen ... gebunden. ...“

Auch zu dem ungelösten Problem, wie niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten in akuten psychischen Krisen besser an zeitnahen ambulanten Kriseninterventionen und damit an der Notfallversorgung beteiligt werden können, kann der Ausschuss Vorschläge machen. Besonderer Aufmerksamkeit bedarf auch künftig die medizinische Versorgung der Bewohner von Heimen.

Für die klinische Versorgung scheint vor allem der Nachwuchsmangel bedrohliche Ausmaße anzunehmen. Seit einigen Jahren scheint die Psychiatrie als Fachgebiet für junge Ärzte nicht mehr attraktiv zu sein; die „neuen“ Bundesländer sind es – wenn auch zu Unrecht – ohnehin nicht, und die Ballungsräume wollen die jungen Kollegen auch nicht gern verlassen; so haben die regionalen psychiatrischen Kliniken beim Anwerben von Ärzten in Weiterbildung gleich drei Handicaps zu bewältigen. Der Nachwuchsmangel limitiert auch die personelle Stabilität in den dezentralen Tageskliniken, mit denen von den Klinikstandorten aus versucht wird, Lücken in der wohnortnahen regionalen Versorgung zu schließen; die Besuchskommissionen werden verstärkt prüfen müssen, wie in solchen Außenstellen die durchgängige multiprofessionelle fachärztlich geleitete Besetzung sichergestellt wird.

Beunruhigen muss den Ausschuss aber auch, was aus der Deutschen Krankenhausgesellschaft über die Arbeit am neuen pauschalierenden Entgeltsystem für die klinische Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (§ 17d KHG) berichtet wird: Zwar hat der Gesetzgeber der Selbstverwaltung die Verpflichtung auferlegt, von den Behandlungsbereichen der Psychiatrie-Personalverordnung auszugehen; die Umsetzung des neuen Systems soll aber budgetneutral erfolgen, woraus sich zwangsläufig ergibt, dass die normativen Vorgaben einer Mindest-Personalausstattung, wie sie mit den Tätigkeitsmerkmalen und Minutenwerten der PsychPV bisher galten, in Zukunft aufgegeben werden sollen, was dem Vernehmen nach den Intentionen der Krankenkassen entspricht. Dem Ausschuss kann der Unterzeichner nur empfehlen, dieses Geschehen äußerst aufmerksam zu verfolgen. Wenn das „Ist“ zum „Soll“ erklärt wird, wie wir es in der Vergangenheit bei zahlreichen Gesundheitsreformen erlebt haben, dann steht zu befürchten, dass die „Neuen Bundesländer“, zu denen Sachsen-Anhalt nun einmal gehört, einmal mehr benachteiligt werden.

Zur Arbeitsweise des Ausschusses und der Besuchskommissionen:

In einer Klausurtagung am 29.10.2008 haben die Mitglieder des Ausschusses nicht nur eine Bilanz ihrer Erkenntnisse zu ziehen versucht, wie sie im Kapitel IV. „Bilanz und Perspektiven“ zusammengefasst ist, sondern auch zu den Aufgaben, der Arbeitsweise und den Erkenntnismöglichkeiten des Ausschusses und der Besuchskommissionen kritische Überlegungen zusammengetragen. Nach anderthalb Jahrzehnten, in denen vor allem die Strukturqualität von Einrichtungen und Diensten beschrieben wurde, scheint die Zeit gekommen zu sein, künftig eher die Prozessqualität in den Vordergrund zu stellen und auch die Ergebnisqualität nicht aus dem Auge zu verlieren. In der Vergangenheit musste der Ausschuss-Vorstand sich immer wieder einmal fragen, wie leicht Träger und Leitung einer Einrichtung den Mitgliedern einer Besuchskommission Sand in die Augen streuen können. Sollen mehr unangemeldete Besuche durchgeführt werden? Sind Besuche einer Kommission überhaupt die geeignete Methode, um die Betreuungsqualität zu beurteilen, letztlich also therapeutische Beziehungen, Interaktionen und Interventionen? Im Grunde können die Mitglieder der Kommission doch nur prüfen, ob die strukturellen Voraussetzungen für gute Arbeit vorhanden sind. Welche Maßstäbe dabei angelegt werden, muss immer wieder Gegenstand der Reflexion sein.

Ein unschätzbare Vorzug der Besuche als Mittel der Erkenntnis besteht sicher in der großen Nähe zum Objekt, im unmittelbaren Bezug zum Lebensfeld der kranken und behinderten Menschen. Die auf diesem Wege gewonnenen Informationen sind sehr authentisch, sind gleichzeitig aber kasuistisch und impressionistisch; sie können nicht ohne weiteres generalisiert werden. Deshalb war es dem scheidenden Vorsitzenden immer wichtig, die von den Besuchskommissionen gewonnenen Eindrücke zu ergänzen durch die Anwendung wissenschaftlicher Methoden auf die Fragestellungen des Ausschusses mit Hilfe der Gewinnung, Analyse und Interpretation von Daten. Vor Jahren hat vorübergehend sogar eine

projektbezogene wissenschaftliche Kooperation mit der Psychiatrischen Klinik der Martin-Luther-Universität Halle–Wittenberg bestanden.

Ausblick:

Die Europäische Union hat ganz offensichtlich erkannt, dass psychische Erkrankungen in Europa einen bedeutsamen Grund für soziale Ungleichheit darstellen und die Menschen in den Mitgliedsstaaten massiv belasten; dies konnten wir schon 2007 mit Genugtuung zur Kenntnis nehmen. Der von der EU initiierte Prozess schreitet erkennbar weiter voran: Am 19.02.2009 hat das Europäische Parlament eine Entschließung zur psychischen Gesundheit verabschiedet und den Mitgliedsstaaten zugeleitet (Bundsratsdrucksache 251/09 vom 23.03.2009, <http://dip21.bundestag.de/dip21/brd/2009/0251-09.pdf>).

Ganz offensichtlich haben die Initiativen auf der Ebene der OECD und der EU praktische Konsequenzen. Am 07.04.2009 hat den Ausschuss eine Anfrage aus dem Robert-Koch-Institut Berlin (gewissermaßen dem „Bundesgesundheitsamt“) erreicht (hier leicht gekürzt wiedergegeben): *„Das Robert-Koch-Institut vertritt die Bundesrepublik Deutschland in der OECD-Arbeitsgruppe Mental Health Care Indicators. Ferner werden am RKI Indikatoren der Versorgungsqualität auf EU-Ebene erhoben. ... Bis zum 01.05.2009 soll eine Bestandsaufnahme erfolgen, welche als Indikatoren verwendbare Daten zur psychiatrischen Versorgung auf Länderebene verfügbar sind. Der Fokus liegt auf prävalenten Störungen wie Alkoholabhängigkeit, Angststörungen und Depressionen.“* Dabei geht es der OECD und der EU nicht um Strukturdaten wie die Anzahl psychiatrischer Betten, sondern um Qualitätsindikatoren wie etwa die Rate der ungeplanten Wiedereinweisungen nach Entlassung aus stationärer Behandlung. Wir mussten auf die in der Gesundheitsberichterstattung des Landes Sachsen-Anhalt verfügbaren Routinedaten und im übrigen auf die Zuständigkeit des MS verweisen, eben weil der Ausschuss die psychiatrische Versorgung nur „impressionistisch“ beschreiben kann und weder die Aufgabe noch die Möglichkeit hat, regelmäßig und systematisch eigene Daten zu sammeln. Die Entschließung des Europäischen Parlaments vom 19.02.2009 und die Anfrage des Robert-Koch-Instituts wertet der Unterzeichner aber als Anzeichen dafür, dass die EU ihre Initiativen zur psychischen Gesundheit ernst meint und offensichtlich entschlossen ist, Druck zu machen und die Mitgliedsstaaten vor sich her zu treiben. Das lässt für die Zukunft hoffen.

Abschied:

Ich wünsche den Mitgliedern des neu berufenen Ausschusses und dessen neu gewähltem Vorstand für die kommenden vier Jahre zum einen den erforderlichen maßvoll-kritischen Blick auf die Versorgungslandschaft mit ihren vielfältigen Facetten und zum anderen geschäftsbereite Kooperationspartner, die etwas anfangen können mit hilfreich gemeinten Hinweisen und Empfehlungen. Ich bedanke mich bei den Mitgliedern, die von Mai 2005 bis April 2009 die Arbeit im Feld getragen haben. Mein besonderer Dank gilt meinem Stellvertreter, Herrn Grell, für seinen unerschöpflichen, auf profunde Erfahrung gestützten, stets besonnenen Rat. Frau Dr. Fiss hat die Vorstandsarbeit immer vorzüglich organisiert, hat meine Ecken und Kanten geduldig ertragen, hat alle Unterlagen, die ich zu brauchen glaubte, immer sofort zur Hand gehabt und hat stets so achtsam für unser leibliches Wohl gesorgt, dass wir auch während langer Sitzungen arbeitsfähig geblieben sind. Sie ist ganz einfach, was man im neunzehnten Jahrhundert eine „Perle“ nannte.

Meiner Berufung in den Ausschuss und in zwei Besuchskommissionen verdanke ich einen tiefen Einblick – nicht nur in die ambulante, klinische und komplementäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung unseres Landes, sondern auch in die Komplexität der sozialrechtlichen Regelungen, die dafür den Rahmen bilden. Ich habe die Möglichkeiten und vor allem die Grenzen politischen Handelns erfahren und habe im ganzen Land unglaublich viele engagierte, offene und hilfsbereite Menschen kennenlernen dürfen. Dafür bin ich dankbar.

Meine Mitarbeiter im Saale-Unstrut-Klinikum – insbesondere meine Oberärzte – haben mir sechzehn Jahre lang den Rücken frei gehalten und die Patientenversorgung übernommen, wenn ich – zeitweise jede Woche – außer Haus und für den Ausschuss unterwegs war. Dass

ich die Zeit für die notwendigen schriftlichen Arbeiten gefunden habe, verdanke ich meiner Frau und meinen Töchtern, die hingenommen haben, an vielen Abenden und etlichen Wochenenden nicht mit mir rechnen zu können.

Allen, die ich in den vergangenen sechzehn Jahren mit meiner Art, die Dinge zu sehen, verärgert habe, möchte ich noch einmal versichern, dass es mir immer um die Sache ging. Ich verabschiede mich aus dem Ausschuss, aber nicht aus Sachsen-Anhalt. Dem neu berufenen Ausschuss wünsche ich für seine Arbeit noch mehr Erfolg, als mir beschieden war, und dem Land Sachsen-Anhalt eine weiterhin positive Entwicklung in jeder Hinsicht, aber vor allem in der Sozialpolitik, zu der die Psychiatriepolitik nun einmal einen wichtigen Baustein bildet.

Naumburg, im Juni 2009

Felix M. Böcker

II. Ausgewählte Aspekte der psychiatrischen Versorgung

II.1 Die Verwirklichung der Selbstbestimmung durch Patientenverfügungen und psychiatrische Behandlungsvereinbarungen

Ernst Heitmann, Bitterfeld-Wolfen

Die Verwirklichung der Selbstbestimmung der Bürger bei medizinischen Maßnahmen war schon immer ein besonderes Anliegen des Ausschusses. Daher wird der 16. Tätigkeitsbericht zum Anlass genommen für eine kurze zusammenfassende Darstellung der aktuellen Rechtslage und zu ergänzenden Bemerkungen über Patientenverfügungen und psychiatrische Behandlungsvereinbarungen als Instrumente, in denen als Ausdruck der Patientenautonomie im Vorfeld Bestimmungen über Art, Weise und Umfang ärztlicher Maßnahmen grundsätzlich verbindlich getroffen werden können. Es liegt in der Natur der Sache, dass solche im Voraus getroffenen Bestimmungen, in denen sich der Bürger die medizinische Maßnahme nur abstrakt vorstellt, eine Reihe von rechtlichen, medizinischen und ethischen Problemen mit sich bringen.

Patientenverfügungen werden in der Regel für Behandlungsanweisungen im finalen Lebensstadium getroffen.¹ Es gibt inzwischen eine unübersehbare Anzahl von Formularen und Formulierungsvorschlägen unterschiedlichster Qualität.² Gemeinsam ist ihnen, dass sie (1) zeitlich unterschiedlich lange vor einer aktuellen Krankheitssituation, (2) die mehr oder weniger konkret bezeichnet ist und deren Eintritt noch ungewiss ist, (3) bedingt für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit (4) und mit mehr oder weniger konkreten häufig formulärmäßigen Handlungsanweisungen abgefasst sind.³

Hieraus ergeben sich folgende Probleme: (Zu 1) Entspricht eine lange vor dem Krankheitseintritt gefasste Patientenverfügung im Krankheitsfall noch dem aktuellen Willen? (Zu 2) Weiß der Verfasser der Patientenverfügung, welche medizinischen Maßnahmen es überhaupt gibt, wie sinnvoll sie sind und welche Behandlungsmöglichkeiten es in der Zukunft geben wird? (Zu 3) Kann der Arzt stets sicher sein, dass der Patient zu dem Zeitpunkt, als die Verfügung abgefasst wurde, imstande war, seinen Willen frei zu bestimmen? (Zu 4) Weiß der Patient einer formulärmäßigen Patientenverfügung überhaupt, was er verfügt, wenn er nur gewisse vorgegebene Bestimmungen anzukreuzen hat? Wie weit ist der Arzt an Bestimmungen eines Patienten, den er vielleicht nicht kennt und von dem er nicht weiß, wie die von ihm getroffenen Bestimmungen zustande gekommen sind, gebunden, wenn es um vitale Fragen für diesen Patienten geht?⁴

In jedem Fall ist eine Patientenverfügung höchstpersönlich und kann nicht von einem Betreuer für seinen Betreuten erstellt werden.⁵

Dem Bundestag lagen drei divergierende Gesetzesvorlagen aus der Mitte des Bundestages vor.⁶ In der Sitzung vom 18.6.2009 ist der von einer Gruppe um den Abgeordneten Stünker vorgelegte Entwurf Gesetz geworden. Es tritt am 1.9.2009 in Kraft.

¹ Zum Folgenden siehe *Heitmann* in AnwaltKommentar-BGB § 1904 Rn. 34 ff.

² Eine Liste von Vorschlägen zu Patientenverfügungen, die ergänzt wird, findet sich bei *May, Arnd T.: Verfügungsliste. Liste Vorsorglicher Verfügungen wie Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung* (URL: <http://www.medizinethik.de/verfuegungen.htm>). Die individuellen Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt insbesondere *Kielstein und Sass: Die persönliche Patientenverfügung: Ein Arbeitsbuch zur Vorbereitung mit Bausteinen und Modellen*, 5. Aufl. 2007.

³ *Taupitz*, Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens? Gutachten A zum 63. Deutschen Juristentag Leipzig 2000, S.106.

⁴ *Taupitz*, S. 111.

⁵ AG Lüdinghausen FamRZ 2004, 835.

⁶ MdB *Bosbach u.a.* Entwurf eines Patientenverfügungsgesetzes Bt-Drucksache 16/11360; MdB *Zöller u.a.* Entwurf eines Patientenverfügungsverbindlichkeitsgesetz, Bt-Drucksache 16/11493; MdB *Stünker u.a.*, Entwurf eines 3. BtÄndG Bt-Drucksache 16/8442. Eine Auflistung der Gutachten, Expertenanhörungen, Stellungnahmen, Bundestagsdebatten zum Thema Patientenverfügungen mit den entsprechenden Links findet sich bei *May, Patientenautonomie* (<http://www.medizinethik.de/patientenautonomie.htm>).

Der Gesetz gewordene Entwurf **Stünker**⁷ behandelt das Recht der Patientenverfügung aus dem Betreuungsrecht heraus. Seine Ziele sind im Wesentlichen: „Das Rechtsinstitut der Patientenverfügung im Betreuungsrecht zu verankern und die Schriftform als Wirksamkeitsvoraussetzung einzuführen; die Aufgaben eines Betreuers oder Bevollmächtigten beim Umgang mit einer Patientenverfügung und bei Feststellung des Patientenwillens zu regeln und dabei klarzustellen, dass der Wille des Betroffenen unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung zu beachten ist (keine Reichweitenbeschränkung). Tritt eine in der Patientenverfügung beschriebene Situation ein, ist es Aufgabe des Betreuers oder Bevollmächtigten zu prüfen, ob die Festlegungen in der Patientenverfügung auf die konkrete Lebens- und Behandlungssituation des Betroffenen zutreffen. Die vom behandelnden Arzt vorgeschlagene ärztliche Maßnahme wird zwischen Betreuer und Arzt unter Berücksichtigung des Patientenwillens erörtert. Treffen die in der Patientenverfügung getroffenen Festlegungen auf die vorliegende Lebens- und Behandlungssituation zu und gibt es keine konkreten Anhaltspunkte dafür, dass der Betroffene seine Entscheidung geändert hat, ist dem Behandlungswillen des Betroffenen Geltung zu verschaffen. Fehlt es an einer der genannten Voraussetzungen, hat die Patientenverfügung keine unmittelbare Bindungswirkung. Es bedarf dann einer Entscheidung des Betreuers über die Einwilligung in die anstehende ärztliche Maßnahme, die unter Berücksichtigung des mutmaßlichen Willens des Betreuten zu treffen ist. Zur Feststellung dieses Willens bedarf es konkreter Anhaltspunkte. Die Kriterien zur Feststellung des mutmaßlichen Willens werden ausdrücklich im Gesetz genannt. Ist ein mutmaßlicher Wille nicht feststellbar, entscheidet der Betreuer nach allgemeinen Grundsätzen, also unter Berücksichtigung der Wünsche und des Wohls des Betreuten. Im Zweifel hat hier der Lebensschutz Vorrang.

Jedermann kann jederzeit beim Vormundschaftsgericht (Anm.: künftig beim Familiengericht) eine Überprüfung anregen, wenn er befürchtet, dass der Betreuer oder Bevollmächtigte nicht im Sinne des Betroffenen entscheiden will. Zudem wird zum Schutz des Betroffenen eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung eingeführt, wenn Arzt und Betreuer oder Bevollmächtigter unterschiedlicher Auffassung darüber sind, welche Entscheidung dem Willen des Betroffenen entspricht. Die Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden; niemand kann gegen seinen Willen an einer früheren Verfügung festgehalten werden. Festlegungen in einer Patientenverfügung, die auf eine verbotene Tötung auf Verlangen gerichtet sind, sind weiterhin als unwirksam anzusehen.“⁸

In gewisser Hinsicht vergleichbar den Patientenverfügungen sind **spezielle Vorsorgeverfügungen für Psychiatriepatienten**. Die Münchner Psychiatrie-Erfahrenen e.V. haben einen **Krisenpass**⁹ entwickelt. In ihm können Menschen mit Psychoseerfahrung durch den Arzt die Medikamente eintragen lassen, die ihnen geholfen, aber auch geschadet haben. Außerdem kann die Vertrauensperson eingetragen werden, die im Krisenfall zu benachrichtigen ist und besondere Wünsche und Hinweise auf Vorsorgeschriftstücke, z.B. eine Vorsorgevollmacht. Weiter geht die **Behandlungsvereinbarung**. Eine Vereinbarung zwischen einem Psychiatriepatienten und dem Arzt bzw. dem Behandlungsteam für eine konkrete Behandlung oder Weiterbehandlung gab es schon seit längerem. In letzter Zeit¹⁰ entstanden aber auch Behandlungsvereinbarungen für den abstrakten Fall einer zukünftigen Behandlung. Rechtlich ist dieses keine „Vereinbarung“, also kein verbindlicher Vertrag zwischen Patient und Arzt, sondern eine Patientenverfügung, bei deren Erstellung ein Arzt beraten und aufgeklärt hat. Eine Behandlungsvereinbarung ist somit wie die Patientenverfügung eine einseitige Erklärung, wie eine künftige Behandlung stattzufinden hat. Eine solche Behandlungsvereinbarung kann enthalten: 1. Kontakt- und

⁷ Bt-Drucksache 16/8442.

⁸ Bt-Drucksache 16/13314 S. 4.

⁹ <http://www.muepe.org/Patientenrechte/pass.jpg>

¹⁰ 1994 zuerst von der psychiatrischen Klinik Bielefeld-Bethel und Verein Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld e.V. entwickelt.

Besuchswünsche; 2. Angaben zur ambulanten Vorbehandlung; 3. Absprachen zu Medikamenten und ihren Darreichungsformen; 4. Akzeptierung oder Ablehnung einer Elektrokrampfbehandlung; 5. Hinweise auf Zwangsmaßnahmen bei einer Eskalierung innerhalb einer Krisenintervention; 6. Angaben und Regelungen der sozialen Situation (z.B. Versorgung von Kindern, anderen Personen und Haustieren); 7. Absprachen zu einem möglichen Therapieprogramm, Ernährung, Rückzugsmöglichkeiten usw.

Verbunden mit einer solchen Behandlungsvereinbarung, aber auch außerhalb davon kann eine **Betreuungsverfügung** (wer soll Betreuer werden? an welche Wünsche hätte sich der Betreuer zu halten – siehe § 1901 BGB – ?) oder eine **Vorsorgevollmacht** erstellt werden (damit der Bevollmächtigte etwa in Krisensituationen medizinische Maßnahmen oder auch eine Unterbringung veranlassen kann).

Die Entwicklung zu solchen Behandlungsvereinbarungen ist Ausdruck davon, dass in der Psychiatrie der Kranke zunehmend als Subjekt respektiert wird: Begegnung von Arzt und Patient auf gleicher Augenhöhe – offener, gleichberechtigter Umgang, soweit immer möglich.¹¹ Zugleich fördert eine solche Vereinbarung die Auseinandersetzung des psychisch Kranken mit seiner Krankheit im Sinne der Entwicklung eines persönlichen Krisenkonzepts.¹² Auf eine Umfrage unter den Chefärzten psychiatrischer Kliniken in Sachsen-Anhalt sind fünf Antworten gekommen. Es ist daher davon auszugehen, dass in den übrigen Einrichtungen bislang keine Behandlungsvereinbarungen abgeschlossen werden. Die Psychiatrischen Kliniken in Halle verfahren wie folgt: Die Behandlungsvereinbarung wird nicht in der Klinik selber geschlossen, sondern zweimal im Jahr in den Räumen des Sozialpsychiatrischen Dienstes, aber durch Ärzte der Klinik. Der Chefarzt einer Klinik hat die Erfahrung gemacht, dass die Patienten, die eine solche Vereinbarung geschlossen haben, kaum wieder in die Klinik kommen, wohl weil die Auseinandersetzung mit ihrer Krankheit selber schon eine therapeutische Wirkung hat. Im St. Joseph-Krankenhaus in Dessau gibt es Behandlungsvereinbarungen für den konkreten, nicht für einen künftigen abstrakten Behandlungsfall. Die HELIOS-Klinik in Hettstedt bietet seit Juni 2009 Behandlungsverfügungen an. Hier liegen noch keine Erfahrungen vor. Nach Ansicht der Klinik spricht für eine Behandlungsvereinbarung der mündige Patient als Kooperationspartner, daraus folgend eine hohe Patientenzufriedenheit und eine Handlungsanleitung für Ärzte und Pflegepersonal. In der Behandlungsvereinbarung, die im Saale-Unstrut-Klinikum Naumburg angewandt wird und sowohl für den konkreten Behandlungsfall wie auch abstrakt für mögliche weitere Klinikaufenthalte gilt, wird betont, dass es sich nicht um eine einseitige Willenserklärung handelt, sondern dass sie auch für die Klinik verbindlich ist und dass Abweichungen ohne Zustimmung des Patienten einer Rechtsgrundlage bedürfen und ausführlich zu begründen, zu dokumentieren und zu besprechen sind.

Die Frage, wieweit Behandlungsvereinbarungen die Kliniken in der Zukunft binden, wird kontrovers diskutiert.¹³ Grundsätzlich ist auf Folgendes hinzuweisen: Patientenverfügung wie Behandlungsvereinbarung sind als Ausdruck des grundrechtlich geschützten Selbstbestimmungsrechtes des Patienten verbindlich. Ein wesentlicher Unterschied liegt aber darin, dass im Anwendungsfall der Patientenverfügung in finalen Lebenssituationen der Patient in der Regel einwilligungs- und kommunikationsunfähig sein wird und der Arzt mit dem Patienten über die Patientenverfügung nicht mehr reden kann, der Patient der Behandlungsvereinbarung aber in der Regel zwar einwilligungsunfähig, aber kommunikationsfähig ist. Wenn jetzt entgegen der Behandlungsvereinbarung oder dem geäußerten Willen des Patienten behandelt werden soll, tut sich die Problematik einer

¹¹ Wienberg, Vom Objekt zum Subjekt (www.ibrp-online.de – pdf Text).

¹² Brigitte Weiß, Ein persönliches Krisenkonzept (Bericht einer Betroffenen). http://www.muepe.org/Veroeffentlichungen/Ein_personliches_Krisenkonzept/ein_personliches_krisenkonzept.html

¹³ Siehe Borbé, Jaeger, Steinert, Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie, Psychiat Prax 2009; 36: 7-15 mit Entgegnung Böcker. Psychiat Prax 2009, 36; 146-147.

Zwangsbehandlung auf. Diese ist nur im Rahmen des PsychKG oder der §§ 1904, 1906 BGB bei (ggf. neu einzurichtender) Betreuung (unter Beachtung der Vorgaben des BGH in seiner Entscheidung vom 1.2.2006 [BGHZ 166, 141]) möglich. Zu beachten ist auch, dass eine Behandlungsvereinbarung von einem bekannten Gesundheitsstatus ausgeht und bei einer nicht vorhergesehenen Änderung dieses Gesundheitsstatus nicht mehr gelten kann.

Antipsychiatrisch eingestellte Psychiatrieerfahrene propagieren das so genannte **Psychiatrische Testament**.¹⁴ In ihm wird mehr oder minder umfassend eine psychiatrische Behandlung abgelehnt und ein Bevollmächtigter benannt, der die Nichtbehandlung durchsetzen soll. Obwohl auch solche Bestimmungen grundsätzlich beachtlich sein können,¹⁵ ist ein Bevollmächtigter zur Erledigung der Angelegenheiten des Betroffenen ungeeignet, wenn er jede Zusammenarbeit mit Ärzten verweigert und nicht willens oder in der Lage ist, die Vollmacht zum Wohle des Betroffenen einzusetzen.¹⁶ Die Bestellung eines Bevollmächtigten geht der gerichtlichen Einsetzung eines Betreuers nämlich nur dann vor, wenn er die Angelegenheiten des Betroffenen genauso gut wie ein Betreuer erledigen kann (§ 1896 Abs. 2 Satz 2 BGB). Wenn das nicht der Fall ist, ist ein Betreuer einzusetzen,¹⁷ der zwar die Wünsche des Betreuten zu berücksichtigen hat, aber nur insoweit, wie diese seinem Wohl nicht zuwider laufen (§ 1901 Abs. 3 Satz 1 BGB).

¹⁴ <http://www.antipsychiatrieverlag.de/info/pt.pdf>

¹⁵ OLG Celle FamRZ 2006, 443.

¹⁶ OLG Schleswig Beschl. v. 13.2.2008, BtPrax 2008, 132.

¹⁷ Kammergericht Berlin FamRZ 2007.

II. 2 Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychosomatik/-psychotherapie

2.1 Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (KJPP): Aktualisierter Bericht zur Lage in Sachsen-Anhalt, Stand: Juni 2009

Hans-Henning Flechtner, Magdeburg

Aktuelle Prävalenzzahlen gehen aus von bis zu 20 Prozent psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen insgesamt, wobei der Anteil der Behandlungsbedürftigen Gegenstand von Kontroversen ist.

Für die Aufgaben der Behandlung und der Gewährleistung einer ungestörten Entwicklung sind in Sachsen-Anhalt zurzeit sieben klinische Einrichtungen für KJPP vorhanden. Es handelt sich hierbei um Fachkliniken sowie Fachabteilungen mit in der Regel vollstationären und tagesklinischen sowie ambulanten Angeboten. Diese sieben Kliniken haben den Versorgungsauftrag übernommen und die Notfallversorgung des Landes untereinander abgestimmt. Trotz einer insgesamt guten regionalen Verteilung mit einigen zusätzlichen tagesklinischen Standorten kommen dennoch für viele Familien längere Fahrtwege zustande, da insbesondere der ambulante Versorgungssektor als immer noch nahezu nicht existent zu betrachten ist. In den sieben Einrichtungen gibt es Spezialangebote für Suchtbehandlungen, Behandlungen von geistig behinderten Kindern sowie eine spezielle Einrichtung für die Behandlung von hörgeschädigten Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen. Weitere spezielle Angebote, wie Interaktionssprechstunden (Stichwort „Schreibaby“) und eine Eltern-Kind-Einheit in Magdeburg sind im Aufbau.

Neben den Versorgungsinstitutionen, welche auch die Fort- und Weiterbildung im ärztlichen und psychotherapeutischen Bereich leisten und tragen, gibt es an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg den Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie, der nach langer Vakanz zum 1. Februar 2009 wieder besetzt werden konnte. Damit sind auch die akademisch-wissenschaftliche sowie die notwendige universitäre Lehre für KJPP wieder vorhanden. Ein regulärer Lehrbetrieb in Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde bereits zum Sommersemester 2006 in Magdeburg und ab dem Sommersemester 2008 zusätzlich in Halle wieder etabliert. Damit sind die Voraussetzungen geschaffen, zukünftig das Fachgebiet in der gesamten Breite von Versorgung, Lehre und Forschung in Sachsen-Anhalt wieder zu vertreten.

Dieser grundsätzlich als positiv zu bewertenden Ausgangslage steht die insgesamt sehr kritisch zu bewertende Realsituation entgegen.

Es ist über die letzten Jahrzehnte nur unzureichend gelungen, Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich aufzubauen. Aktuell steht in Sachsen-Anhalt für etwa 35.000 Kinder und Jugendliche ein niedergelassener Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung; zu fordern wäre ein Facharzt bezogen auf 10.000 minderjährige Einwohner.

Im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sind mittlerweile 23 Therapeuten niedergelassen, so dass sich hier eine deutliche Verbesserung in den letzten Jahren ergeben hat. Allerdings bleibt festzuhalten, dass dadurch der Facharztmangel nicht kompensiert wird, da dieser Personenkreis lediglich den nichtmedizinischen psychotherapeutischen Bereich abzudecken vermag und der medizinisch-psychiatrische Teil unversorgt bleibt.

Weiterhin ist es so, dass in der Fläche eine ambulante kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung kaum zur Verfügung steht. Dieser Mangel kann auch durch die vorhandenen Institutsambulanzen an den klinischen Standorten keineswegs ausgeglichen werden.

Die Ursachen für diesen Mangel sind vielfältig. Eine wichtige Mitursache bleibt aber das ungünstige Finanzierungssystem im niedergelassenen Bereich. Eine Abhilfe könnte eine

allgemeine Sozial-Psychiatrie-Vereinbarung für Sachsen-Anhalt sein, aber ob diese getroffen werden kann, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht geklärt, so dass in der aktuellen Situation kaum erwartet werden kann, dass Fachärzte sich in eine für sie wirtschaftlich kritische Niederlassung begeben.

Neben diesen Kernschwierigkeiten im Gesamtversorgungsbereich der KJPP in Sachsen-Anhalt besteht eine sich dramatisch zuspitzende Lage bei der ärztlichen Versorgung. Eine Reihe von Arztstellen ist in den Kliniken bereits unbesetzt und es besteht zurzeit wenig Hoffnung, dass bei dem insgesamt sich ausbreitenden Ärztemangel dies behoben werden kann. Lediglich in den großen Städten, wie Magdeburg und Halle, könnte für die nächste Zeit noch eine Deckung der ärztlichen Versorgung möglich sein, die etwas entfernter und in ländlichen Gebieten gelegenen Kliniken sehen sich bei der Rekrutierung des ärztlichen Nachwuchses vor fast unlösbare Probleme gestellt. Ein Teil der therapeutischen Aufgaben in der KJPP lässt sich auch durch nichtärztliche Therapeuten abdecken und gut bewältigen, Kernbereiche bedürfen jedoch des KJPP-Facharztes, ohne den z.B. eine Medikation gar nicht möglich ist.

Neben der Problematik der ärztlichen KJPP-Versorgung bleibt die Beschulungssituation während der Klinikaufenthalte ein großes Problem. Es ist lediglich vorgesehen, dass nach vier Wochen Aufenthalt wenige Schulstunden pro Woche und Kind zur Verfügung stehen. Diese unbefriedigende Schulsituation ist nun durch einen aktuellen Erlass nochmals verschärft worden, der die Stundendeputate der abgeordneten Lehrer an ihren Stammschulen auf mindestens sechs Wochenstunden festschreibt. Der notwendigen Aufrechterhaltung von schulischen Entwicklungs- und Ausbildungschancen im Rahmen der Behandlung von psychischen Störungen wird damit keine Rechnung getragen.

Ziel aller Bemühungen darf nicht die alleinige Behandlung und Behebung einer Erkrankung oder einer akut bedrohlichen Situation sein, sondern eine darüber hinausweisende Weichenstellung im Sinne eines Zurückführens von fehlgelaufenen Entwicklungslinien auf wieder geordnete Entwicklungswege.

Zusammenfassend ist die Lage der KJPP in Sachsen-Anhalt als kritisch zu bewerten und ohne die notwendigen Entwicklungsmöglichkeiten für die in Zukunft anstehenden Aufgaben. Es kann der Politik nur dringend empfohlen werden, die aktuelle Entwicklung aufmerksam und engmaschig zu begleiten und ohne Denkverbote nach Lösungen zu suchen. Dies scheint angesichts des zunehmenden Ärztemangels und der ebenfalls zunehmenden psychischen Probleme bei Kindern und Jugendlichen zwingend geboten.

2.2 Anhang zum voranstehenden Kapitel „KJPP“:

Geschlossene Unterbringung von Jugendlichen in Einrichtungen der Jugendhilfe: Umfrage zur Bedarfsermittlung

Felix M. Böcker, Naumburg

Immer dann, wenn die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen in den Blick genommen wird, kommt auch die Frage der geschlossenen Unterbringung von Jugendlichen – außerhalb von Kliniken in Einrichtungen der Jugendhilfe – zur Sprache. Das ist so, seit es den Ausschuss gibt. In der Regel sind es in Kliniken tätige Fachärzte für KJPP, die darauf hinweisen, dass es – wenn auch in geringer Anzahl – Jugendliche gibt, die eine zumindest fakultativ geschlossene Unterbringung für eine mittelfristige Dauer (in der Größenordnung von etwa sechs bis 24 Monaten) benötigen, weil sie sich notwendigen therapeutischen oder erzieherischen Maßnahmen gewohnheitsmäßig entziehen und daran gehindert werden müssen, ohne dass aber für die vorliegende Situation eine stationäre Krankenhausbehandlung angezeigt und sinnvoll ist. Die Forderung der Kliniker, dass die Jugendhilfe solche Einrichtungen vorhalten soll, haben die Träger der Jugendhilfe in Sachsen-Anhalt bisher stets zurückgewiesen. Nach anderthalb Jahrzehnten einer stagnierenden Diskussion erschien dem Ausschuss-Vorstand der Versuch angebracht, anhand einer Umfrage Anhaltspunkte für den tatsächlichen Bedarf zu gewinnen.

Methodik:

Im Herbst 2008 wurden die Chefärzte von sechs Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters in Sachsen-Anhalt in Uchtspringe, Haldensleben, Magdeburg, Bernburg, Halle und Merseburg und vierzehn über die Funktion „Arztsuche“ auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt auffindbare niedergelassene Fachärzte für KJPP angeschrieben und um die Beantwortung von fünf kurzen Fragen gebeten. Fünf von sechs Chefärzt(inn)en und sechs von vierzehn niedergelassenen Fachärzt(inn)en sind der Bitte gefolgt. Als „hartes“ Kriterium für die fachärztliche Indikation zu einer geschlossenen Unterbringung im Heim war die Empfehlung in einem Gerichtsgutachten definiert.

Ergebnisse:

- Auf die Frage: *„Haben Sie schon einmal in einem Gerichtsgutachten die geschlossene Unterbringung eines Jugendlichen in einem Heim empfohlen?“* wurden für die Jahre 2007 und 2008 von einer Klinik zwei Fälle, von einer Klinik drei, von einer Klinik sieben und von einem der sechs niedergelassenen Fachärzte ein Fall benannt. Zwei Kliniken und fünf niedergelassene Fachärzte hatten keine solche Empfehlung ausgesprochen. Von insgesamt 13 Fällen entfielen drei auf das Jahr 2007 und zehn auf das Jahr 2008.
- Die Frage: *„Sind Gerichte Ihrer Empfehlung gefolgt? Wurde eine Unterbringung im Heim richterlich angeordnet?“* ergab für 2007 drei und für 2008 vier solcher Beschlüsse.
- Die nächste Frage lautete: *„Wo wurden solche Beschlüsse vollzogen?“* Innerhalb von Sachsen-Anhalt sei ein Jugendlicher untergebracht worden, allerdings in einer Einrichtung für Erwachsene. Drei Jugendliche seien in Heimen außerhalb von Sachsen-Anhalt untergebracht worden; in einem Fall sei der Gerichtsbeschluss nicht vollzogen worden, und in zwei Fällen sei die Unterbringung nicht im Heim, sondern in der Klinik erfolgt.
- Auf die Frage: *„Kennen Sie Einrichtungen der Jugendhilfe, in denen Jugendliche geschlossen untergebracht wurden? Bitte nennen Sie nach Möglichkeit den Namen, den Ort und das Bundesland“* wurden von fünf Chefärzt(inn)en und zwei niedergelassenen Fachärzt(inn)en die Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg,

Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz erwähnt und drei Einrichtungen konkret benannt.¹

Darüber hinaus wurde um Freitext-Kommentare zum Thema gebeten; diese seien hier auszugsweise wiedergegeben:

Aus einer Klinik, die 2007 und 2008 keine geschlossene Unterbringung von Jugendlichen in einem Heim empfohlen hat, stammt dieser Kommentar: *„Wir halten für einige Kinder und Jugendliche eine geschlossene Unterbringung in der Jugendhilfe durchaus für erforderlich. Das Problem ist dabei die Schaffung geeigneter Bedingungen. Jugendhilfeeinrichtungen sollten sowohl unter offenen als auch unter geschlossenen Bedingungen klare, durchschaubare äußere Strukturen mit konstantem, empathischem, klar strukturiertem Beziehungsangebot vorhalten. ... Es muss ein ausreichender Personalschlüssel vorhanden sein und das Personal muss zur Supervision seiner Arbeit mit den Jugendlichen und der Beziehungen untereinander bereit sein. Geschlossene Einrichtungen sollten die Möglichkeit haben, Jugendliche unter fakultativ offenen und geschlossenen Bedingungen weiter zu betreuen, um eine Konstanz in der Beziehungsgestaltung zu ermöglichen. Der wiederholte Wechsel von Bezugspersonen ist schädlich.“*

Aus einer weiteren Klinik ohne eigene Fälle wird angemerkt: *„Es gibt eine Reihe von Fällen, bei denen eine geschlossene Unterbringung sinnvoll wäre; oft ergeht aber eine solche Empfehlung nicht im Rahmen eines Gerichtsgutachtens, sondern nur als Stellungnahme.“*

Eine Klinik mit drei eigenen Fällen schreibt: *„Oft wird dieser Lösungsweg nicht erörtert, weil es kaum Umsetzungsmöglichkeiten gibt.“*

Eine Zuschrift berichtet detailliert: *„Insgesamt wurden 2007 und 2008 49 Gutachten zur Unterbringung erstellt. Dabei wurde eine geschlossene Unterbringung in einer Einrichtung der Jugendhilfe sieben Mal empfohlen, in einer Klinik 22 Mal. Fünf Jugendliche entschlossen sich freiwillig zu einer Therapie, so dass eine Maßnahme gegen ihren Willen nicht nötig war. Sechs Jugendliche wurden freiwillig in einem Heim der Jugendhilfe untergebracht. Bei neun Jugendlichen erfolgte keine Empfehlung zur Unterbringung, weder im Heim noch in einer Klinik. ... Jugendliche wurden teilweise im Heim 'X' in 'Y' untergebracht, in den mir erinnerlichen Fällen mit desolaten Ergebnissen. Ein Gespräch mit den anderen Chefärzten ergab, dass wegen der vorhandenen Situation in der Jugendhilfe schon gar keine Empfehlungen in dieser Richtung mehr gegeben wurden. ... Allerdings gab es mehrfach erhebliche Zumutungen seitens der Jugendhilfe: Schon ein dreiviertel Jahr vor Eintritt der Volljährigkeit hatte die Jugendhilfe schriftlich mitgeteilt, dass sich Hilfen für die betroffene Patientin jetzt nicht mehr lohnen würden. Als auf meine Intervention hin dann noch einmal eine Begutachtung erfolgte, zeigte man sich unwillig hilflos und bat darum, die Jugendliche bis zum 18. Geburtstag, also noch über ein halbes Jahr, in der Klinik zu behalten. Dieses Mädchen wurde schließlich durch unsere Sozialarbeiter in einer offenen Einrichtung im Schwarzwald untergebracht.“*

Die Kommentare der niedergelassenen Fachärzte sind ebenfalls aufschlussreich:

„Es besteht die dringende Notwendigkeit, auch in Sachsen-Anhalt fakultativ geschlossene Heimplätze für verhaltensgestörte Jugendliche einzurichten.“

„Ich bin bislang nicht mit dieser Problematik konfrontiert worden.“

„Die Thematik war bisher nicht Inhalt meiner ambulanten Arbeit im KV-Bereich. Diese Patienten werden vorwiegend in der Institutsambulanz des Fachklinikums 'Y' behandelt.“

¹ Nach Informationen aus der zuständigen wissenschaftlichen Fachgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugend-Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie DGKJP, standen im Jahr 2003 in sieben Bundesländern 185 Plätze zur Verfügung; bis Dezember 2007 habe sich diese Anzahl auf 279 Plätze erhöht (Frank Häßler, Rostock, persönliche Mitteilung).

„Einzige konkrete Fallbeschreibung in meiner mehrjährigen ambulanten Berufserfahrung: Bei einem Jugendlichen empfahl ich der Mutter nach tagesklinischer und stationärer KJP-Behandlung, die geschlossene Heimunterbringung zu beantragen. Vorgegangen war eine Weigerung des zuständigen Jugendamtes, diesem Jugendlichen einen Heimplatz zur Verfügung zu stellen, da der Jugendliche bei der ersten Nachfrage nicht freiwillig einwilligte (und er es sich aber auch nicht im Vorfeld ansehen durfte!). Meiner Ansicht nach wäre der Jugendliche bei Klarheit aller beteiligten Erwachsenen auch freiwillig in ein Heim gegangen, wenn das Jugendamt bereit gewesen wäre, ihm einen Heimplatz anzubieten. ...“

„Ich habe keine einschlägigen Erfahrungen.“

Diskussion:

Ohne weiteres wird erkennbar, dass die Kooperationsbeziehungen zwischen den Vertretern des Fachgebietes KJPP einerseits und „der Jugendhilfe“ andererseits – hier wurden neben den Jugendämtern und den Einrichtungen in einer Zuschrift auch die Schulämter genannt – keineswegs frei von Spannungen sind, wobei in der vom Ausschuss-Vorstand initiierten kleinen Umfrage nur eine der beiden Seiten zu Wort kommen konnte. Ferner versteht sich von selbst, dass die als Ergebnis der Befragung mitgeteilten Zahlen nicht überinterpretiert werden dürfen: Statistische Analysen können darauf nicht gestützt werden.

Für den Verfasser, der als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie nur volljährige Patienten behandelt und insofern keine eigene Kompetenz für das Fachgebiet KJPP beanspruchen kann, ergeben sich aus den Daten und den Kommentaren zwei mögliche Szenarien hinsichtlich der Größenordnung des Bedarfs für die zwangsweise und damit ggf. geschlossene Unterbringung von Jugendlichen im Heim auf der Grundlage familiengerichtlicher Beschlüsse:

- Das eine Szenario geht aus von der Überlegung, dass die Möglichkeit der geschlossenen Unterbringung erst gar nicht in Betracht gezogen wird, weil die Umsetzung einer solchen Empfehlung ohnehin aussichtslos erscheint. Dann wäre von einer hohen Dunkelziffer auszugehen, bei der die tatsächlich ausgesprochenen Empfehlungen in der genannten Größenordnung von etwa sechs Fällen pro Jahr im Land Sachsen-Anhalt nur die Spitze eines Eisbergs unbekannter Größe bilden. Bei diesem Szenario bleibt die Frage offen, was anstelle der aus fachärztlicher Sicht notwendigen Unterbringung im Heim mit den jungen Leuten passiert; dass sie unversorgt bleiben und verwahrlosen, bis sie das Erwachsenenalter erreichen, erscheint zumindest nicht ausgeschlossen. Wenn die Erfahrungen der klinisch tätigen Kollegen im Fachgebiet KJPP dafür sprechen, dass es ein solches Dunkelfeld gibt, dann muss versucht werden, Licht in dieses Dunkel zu bringen. Dazu können die Kollegen selbst einen Beitrag leisten, indem sie immer dann, wenn sie eine geschlossene Unterbringung im Heim aus fachärztlicher Sicht nicht nur für indiziert, sondern für alternativlos halten, dies durch entsprechende Gutachten und Stellungnahmen auch deutlich zum Ausdruck bringen, und zwar ohne Rücksicht auf die gegenwärtige Realisierbarkeit, denn nur so kann der tatsächliche Bedarf sichtbar gemacht werden. Aufgabe der Behörden, Träger und Einrichtungen der Jugendhilfe im Land Sachsen-Anhalt wäre es dann, sich auf diesen nunmehr demaskierten Bedarf einzustellen. Auf ein fachärztliches Gutachten kann bei einer familiengerichtlichen Entscheidung über eine freiheitsentziehende Maßnahme ohnehin nicht verzichtet werden.
- Wenn hingegen die bei der Befragung ermittelte Anzahl fachärztlicher Empfehlungen einer geschlossenen Unterbringung im Heim den tatsächlichen Bedarf zutreffend widerspiegelt, dann ergibt sich ein ganz anderes Szenario: Wenn landesweit pro Jahr nur sechs junge Menschen eine solche „fürsorgliche Zurückhaltung“ benötigen, um am Weglaufen gehindert und einer therapeutischen oder pädagogischen Intervention zugeführt zu werden, dann stellt sich dem Verfasser aus seiner Perspektive auf die regionale Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen die Frage, ob dafür wirklich mit nicht geringem Aufwand ein neues Angebot außerhalb der

Kliniken geschaffen werden muss. Wenn eine geschlossene Unterbringung von Jugendlichen nur in wenigen Einzelfällen notwendig ist, dann kann diese Aufgabe auch in der Hand der Kliniken für KJPP bleiben. Dafür spricht, dass die Kliniken anders als die Heime über umfangreiche Erfahrungen mit der Gestaltung der geschlossenen Unterbringung einschließlich abgestufter Lockerungen verfügen und auch mit den rechtlichen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen wesentlich besser vertraut sind. Den Krankenkassen gegenüber muss dann argumentiert werden, dass eine geschlossene Unterbringung im Jugendalter eben eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich macht, weil es dazu keine Alternative gibt.

Die Frage, welche dieser beiden Skizzen die Situation in Sachsen-Anhalt zutreffend beschreibt, lässt sich anhand der widersprüchlichen Ergebnisse unserer Umfrage nicht schlüssig beantworten. Fest zu stehen scheint, dass die Indikation zu einer geschlossenen Unterbringung im Heim nicht während der ambulanten Behandlung von Jugendlichen mit psychischen Störungen, sondern fast ausschließlich im Rahmen der stationären Behandlung gestellt wird. Welche Kriterien die Kollegen zur Verfügung haben, um im Einzelfall zu unterscheiden, ob eine therapeutische oder eine pädagogische Intervention, eine Behandlung im Krankenhaus oder eine Betreuung im Heim erforderlich sein wird, ist dem Verfasser bisher nicht deutlich geworden. Wenn sich diese Unterscheidung in jedem Falle objektiv, klar und zweifelsfrei treffen ließe, dann gäbe es diesen Streit um den „Missbrauch der KJPP“ wohl nicht. (Für die gegebene Situation, dass Kliniker sich selbst für unzuständig und eine im Land nicht verfügbare Instanz für zuständig erklären, gibt es in Sachsen-Anhalt mindestens ein weiteres Beispiel aus der Erwachsenen-Psychiatrie, wo Möglichkeiten zur Unterbringung von nicht mehr geschäftsfähigen suchtkranken Menschen in Wohnheimen für seelisch behinderte Menschen infolge Sucht auf der Rechtsgrundlage des § 1906 BGB fehlen.)

Da die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Sachsen-Anhalt bezogen auf die minderjährige Bevölkerung über die höchste Bettenmessziffer aller sechzehn Bundesländer verfügt, erstaunt es ein wenig, dass das Thema von den Vertretern des Fachgebietes mit solcher Hartnäckigkeit immer wieder angesprochen wird. Wenn es wirklich nur um so wenige Fälle jährlich geht, wie es unsere Umfrage nahelegt, dann sollten unsere sechs Klinikstandorte eigentlich imstande sein, diese Aufgabe zu bewältigen. Auf der anderen Seite wird wohl niemand bestreiten können, dass alles getan werden muss, um durch frühzeitige Unterstützung von Kindern und ihren Eltern schweren Fehlentwicklungen möglichst vorzubeugen; dies wird Jugendämtern und Sozialämtern, Kindergärten und Schulen, niedergelassenen Fachärzten und Kliniken wohl in Kooperation besser gelingen als in Konfrontation und gegenseitigen Schuldzuweisungen.

Kommentar aus der Sicht der KJPP:

Hans-Henning Flechtner, Magdeburg

Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht ist die Darstellung an einigen Punkten zu ergänzen. Wichtig erscheint insbesondere, die in Frage stehende Klientel genau zu beschreiben. Es handelt sich nicht um Kinder und Jugendliche, die eine geschlossene bzw. geschützte Unterbringung für einen kürzeren Zeitraum benötigen, um die angezeigten Therapiemaßnahmen umzusetzen. Für sie stehen in den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken des Landes entsprechende Plätze zur Verfügung. Es handelt sich auch nicht um die Jugendlichen, die in der Regel aus biografischen Gründen nicht mehr pädagogisch erreicht werden können, für die aber im engeren Sinne keine jugendpsychiatrische Therapieindikation (mehr) sinnvoll gestellt werden kann. Es handelt sich vielmehr um Kinder und Jugendliche, bei denen aus der Sicht unseres Fachgebietes an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe intensive Maßnahmen erfolgen müssen, die insbesondere eine adäquate Dauer benötigen, um therapeutisch wirksam werden zu können. Dies bedeutet, dass solche Maßnahmen mindestens sechs Monate, eher

aber ein bis zwei Jahre oder noch länger zur Verfügung stehen müssen, damit das, was an Problematik bei diesen Kindern und Jugendlichen im Spannungsfeld zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe erfolgen muss, sich auch in eine positive Entwicklung umsetzt. Hierfür sind nun die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken nicht ausgerüstet, da derart langfristige Therapieprozesse dort nicht abgebildet werden können. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass für diese längerfristigen Zeiträume eine wohnungsähnliche Umgebung für die Kinder und Jugendlichen zur Verfügung gestellt werden muss. Dies lässt sich nur im Rahmen von Jugendhilfeeinrichtungen mit Möglichkeiten zur geschlossenen Führung realisieren. Es bedarf natürlich entsprechender therapeutischer Konzepte, um auch erfolversprechend arbeiten zu können. Zur Entwicklung solcher Konzepte steht die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit zur Verfügung. Eine Unterbringung dieser sehr speziellen Klientel in den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken ist aber für Erfolg versprechende Zeiträume unter den jetzigen Gegebenheiten nicht möglich. Von unserer Seite aus befürworten wir also die Weiterführung der intensiven Diskussion und halten eine integrierte Lösung im Rahmen der Jugendhilfe für anstrengenswert. Die Arbeitsgemeinschaft der KJPP-Kliniken des Landes hat bereits diesbezüglich Gesprächstermine im Sozialministerium vereinbart.

II.3 Ist die Zuteilung von Alkohol an alkoholabhängige Heimbewohner vertretbar? Eine Stellungnahme aus ärztlicher Sicht

Felix M. Böcker, Naumburg

Im neunten Bericht des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung hat der damalige Vorsitzende Dr. Alwin Fürle im Sommer 2002 unter dem Titel „Stationäre Betreuungseinrichtungen für 'aktuell nicht abstinenzfähige' Alkoholranke?“ ausführlich zu notwendigen Hilfen für suchtkranke Menschen Stellung genommen¹ und dabei auch die kritische Haltung des Ausschusses zu einer Duldung von Alkoholkonsum oder gar einer „kontrollierten Vergabe“ von Alkohol an suchtkranke Heimbewohner begründet. In einem „Fachgespräch“ am 25.10.2002, einem Kommentar zum Bericht des Ausschusses vom 12.12.2002 und einer im März 2003 veröffentlichten, im Internet zugänglichen Stellungnahme² haben die Liga der Freien Wohlfahrtspflege im Land Sachsen-Anhalt und die Landesstelle für Suchtfragen zum Ausdruck gebracht, dass sie „Initiativen zur Schaffung angemessener Einrichtungen für nicht abstinente Alkoholranke nachdrücklich unterstützen“. Als Vorbild wird das Konzept einer Einrichtung in Mecklenburg-Vorpommern („Haus zur Hoffnung“ in Greifswald) ausführlich dargestellt. In dieser soziotherapeutischen Einrichtung werde an Werktagen an die Bewohner gegen Bezahlung um 12:00 Uhr, 15:00 Uhr und 18:00 Uhr Flaschenbier – jeweils maximal ein Liter – abgegeben. Taschengeld werde montags für die Woche und freitags für das Wochenende ausgegeben; den Alkoholkonsum am Wochenende müssen die Bewohner daraus selbst bestreiten. Ob über die zugeteilte Menge hinaus konsumiert wird, könne nicht kontrolliert werden; Wein und hochprozentige alkoholische Getränke seien nicht erlaubt und werden, wenn sie aufgefunden werden, vernichtet. Die Alkoholzuteilung erfolge nur bei medizinischer Unbedenklichkeit, die durch eine ärztliche Untersuchung sichergestellt werde. Auf Entzugserscheinungen könne mit einer zeitweiligen Erhöhung des Bierverbrauchs in Kooperation der Einrichtung mit dem Hausarzt reagiert werden.

In den letzten Jahren ist der Ausschuss immer wieder einmal aufgefordert worden, seine Position zu überdenken und seine Ablehnung solcher Konzepte aufzugeben. Eine Besuchskommission hat berichtet, dass vor einem Pflegeheim, in dem überwiegend schwer beeinträchtigte alkoholranke Bewohner leben, gerade die Bierkisten abgeladen wurden, als die Mitglieder der Kommission zu einem unangemeldeten Besuch eintrafen. Der Besuch ergab, dass diese Einrichtung keinesfalls als Vorbild gelten kann, und zwar nicht nur wegen der Alkoholvergabe an die Bewohner. Am 12.11.2008 hat die Geschäftsführerin der Landesstelle für Suchtfragen dem Ausschuss auf Anfrage bestätigt, dass die Stellungnahmen aus den Jahren 2002 und 2003 noch immer den inhaltlichen Konsens von Landesstelle und Liga wiedergeben. Vor diesem Hintergrund sieht der Ausschuss sich aufgefordert, sich mit den Argumenten der Befürworter auseinander zu setzen und erneut Stellung zu beziehen. Dabei muss insbesondere geprüft werden, wie die Zuteilung von Alkohol an alkoholabhängige Personen medizinisch, ethisch und rechtlich zu bewerten ist.

Medizinische Aspekte:

Das individuelle gesundheitliche Risiko steigt mit der Höhe des Alkoholkonsums. Einen völlig risikofreien Alkoholkonsum gibt es nicht. Zur Einschätzung von Risiken wurden Konsumklassen definiert³:

- Risikoarmer Konsum:
bei Frauen bis 12 Gramm, bei Männern bis 24 Gramm Alkohol pro Tag

¹ Fürle A: Stationäre Betreuungseinrichtungen für „aktuell nicht abstinenzfähige“ Alkoholranke? In: Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.): 9. Bericht, Mai 2001 bis April 2002, S. 29 – 32.

² Schumann M, Schnelle H, Meeßen-Hühne H: Hilfen für nicht abstinente Alkoholranke – eine Stellungnahme. www.ls-suchtfragen-lsa.de/fachforum/documents/HilfenfuernichtabstinenteAlkoholranke.pdf

³ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: Alkoholkonsum und Gesundheit. http://www.dhs.de/web/daten/Alkoholkonsum_und_Gesundheit.pdf

- Riskanter Konsum:
bei Frauen bis 40 Gramm, bei Männern bis 60 Gramm Alkohol pro Tag
- Gefährlicher Konsum:
bei Frauen bis 80 Gramm, bei Männern bis 120 Gramm Alkohol pro Tag
- Hochkonsum:
bei Frauen mehr als 80 Gramm, bei Männern mehr als 120 Gramm Alkohol pro Tag.

Mit der im „Haus zur Hoffnung“ praktizierten Zuteilung von drei Litern Bier täglich⁴ (und der Möglichkeit eines darüber hinausgehenden weiteren Konsums) wird demnach die Grenze der Risikoklasse „Hochkonsum“ erreicht bzw. überschritten. Schon damit muss die Behauptung als widerlegt gelten, dass im „Haus der Hoffnung“ die Alkoholvergabe nur bei medizinischer Unbedenklichkeit praktiziert werde. Ein Konsum von drei Litern Bier pro Tag ist per se medizinisch bedenklich.

Hinzugefügt werden muss, dass die Bewohner einer soziotherapeutischen Einrichtung für „seelisch behinderte Menschen infolge Sucht“ in aller Regel körperlich nicht gesund sind. Die meisten haben mehrmals und ohne nachhaltigen Erfolg das gesamte Hilfesystem durchlaufen; andere sind erst so spät mit dem Hilfesystem in Kontakt gekommen, dass Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation keinen Erfolg mehr versprechen. Alle haben bereits über viele Jahre einen Hochkonsum betrieben und sich dabei Organschäden zugezogen. Die meisten haben einen bleibenden Leberschaden, viele eine Leberzirrhose; häufig besteht in Form der Alkohol-Polyneuropathie eine Schädigung des peripheren Nervensystems und infolge einer schweren Kleinhirn-Schädigung eine Störung der Bewegungskoordination. In nahezu allen Fällen lässt sich mit bildgebenden Verfahren eine Hirnsubstanzminderung (Hirnatrophie) nachweisen; dem entsprechen klinisch verschiedene Schweregrade hirnorganischer Psychosyndrome, die von der Persönlichkeitsveränderung bis hin zum amnestischen Syndrom und zur Alkoholdemenz reichen können.

Aus zwei Gründen ist die weitere Zufuhr des Zellgifts Alkohol in einer solchen Situation besonders ungünstig: Zum einen sind die geschädigten Organe nach aller medizinischen Erfahrung für die toxischen Wirkungen von Alkohol besonders empfindlich. Zum anderen hat bei einem bereits geschädigten Organ eine geringe Zunahme des Gewebes Schadens erhebliche funktionelle Auswirkungen, weil es keine Reservekapazität und insofern keine Möglichkeit zur Kompensation der Schädigung mehr gibt. So kann eine dekompensierte Leberzirrhose mit Ödemen, Aszites und Ikterus unter den Bedingungen der Abstinenz und medizinischer Behandlung vielleicht noch einmal rekompensieren; erneuter Konsum von Alkohol auch in geringen Mengen wird rasch wieder zur Dekompensation führen, die dann lebensbedrohlich wird. Das gleiche gilt für die chronische Entzündung der Bauchspeicheldrüse. Eine Polyneuropathie, eine Ataxie und ein hirnorganisches Psychosyndrom können sich unter Abstinenz funktionell allmählich bessern, auch wenn die zugrundeliegenden Organschäden nicht mehr rückbildungsfähig sind; unter fortgesetzter Alkoholzufuhr wird der Schweregrad solcher Störungen hingegen weiter zunehmen. Insofern ist die Zuteilung von Alkohol an Personen mit alkoholbedingten Organschäden aus medizinischer Sicht keinesfalls vertretbar. Dass bei einer Person, die wegen einer Alkoholabhängigkeit stationäre Eingliederungshilfe benötigt, keine alkoholbedingten Organschäden vorliegen, ist aber extrem unwahrscheinlich.

Hin und wieder berichten Patienten mit einer fortgeschrittenen Alkoholabhängigkeit selbst, dass sie weniger Alkohol „vertragen“ als in früheren Zeiten. Für eine verminderte Alkoholverträglichkeit sprechen auch schwere Intoxikationszeichen bei verhältnismäßig geringen Alkoholmengen. Wenn nicht einmal mehr die Alkoholmenge getrunken werden kann, die erforderlich wäre, um den gewünschten Rauschzustand zu erreichen, liegt ein sogenannter Toleranzbruch vor.

⁴ Unter der Annahme eines Alkoholgehalts von 5 Volumenprozent enthalten drei Liter Bier eine Alkoholmenge von 120 Gramm

Neurobiologische Aspekte:

Ein zentrales Konzept zum Verständnis von Sucht bildet der Begriff der Gewöhnung. Das Gehirn adaptiert sich an die Gegenwart des Suchtmittels. Eine Folge davon ist, dass eine immer höhere Dosis benötigt wird, um die erstrebten psychischen Wirkungen zu erreichen (Toleranz). Eine weitere Folge davon ist, dass bei einer Unterbrechung der Substanzzufuhr Entzugsserscheinungen auftreten.

Entzugssymptome bei einer Alkoholgewöhnung und Verringerung oder Unterbrechung der Alkoholfuhr reichen vom vegetativen Alkoholentzugssyndrom bis hin zum Alkoholentzugsdelir. Relativ häufig treten am Beginn und im Verlauf eines unbehandelten Entzugs zerebrale Krampfanfälle auf. Das ist der Grund, warum aus fachärztlicher Sicht unbedingt empfohlen werden muss, ein Alkoholentzugssyndrom engmaschig ärztlich – ggf. stationär – zu überwachen und zu behandeln, wobei die zur Behandlung eingesetzten Arzneimittel ihrerseits ein Suchtpotenzial haben und deshalb nicht aus der Hand gegeben werden dürfen.

Auf Entzugsserscheinungen wie im „Haus der Hoffnung“ mit einer „zeitweiligen Erhöhung des Bierverbrauchs zu reagieren“, ist aus zwei Gründen nicht sachgerecht. Zum einen wird diese von den Betroffenen in ihrer Vergangenheit bereits hinlänglich geübte Strategie einerseits durch die Gewöhnung und andererseits durch die begrenzte Alkoholverträglichkeit limitiert; zum anderen verlagert die Zuteilung von Alkohol das Alkoholentzugssyndrom genau in solche Situationen, in denen es als Komplikation unerwünscht und gefährlich ist, nämlich wenn interkurrente Erkrankungen, Unfälle oder Operationen eine Unterbrechung der Alkoholfuhr erzwingen. Auch in dieser Hinsicht wird mit der Zuteilung von Alkohol ein medizinisch nicht vertretbares Risiko eingegangen. Sachgerecht ist stattdessen die rechtzeitig elektiv geplante und ärztlich überwachte Entzugsbehandlung, bevor eine kritische Situation eintreten kann.

Charakteristisch für die Abhängigkeit von einem Suchtmittel – im Unterschied zum Missbrauch – ist aus suchtmmedizinischer und neurobiologischer Sicht der irreversible Verlust der Fähigkeit zu einem kontrollierten, selbst bestimmten Umgang mit dem Suchtmittel, der „Kontrollmangel“. Viele Betroffene wissen, auch wenn sie es nicht immer wahrhaben wollen, dass sie die Menge oder den Zeitpunkt ihres Konsums nicht – jedenfalls nicht in jeder Lebenslage – selbst bestimmen können. Wenn sich eine Abhängigkeit im neurobiologischen Sinn entwickelt hat, dann führt jede Zufuhr des Suchtmittels über Schlüsselreize, bedingte Reflexe und operante Konditionierung und über das zentrale Belohnungssystem des Gehirns, vermittelt durch den Neurotransmitter Dopamin, zur Aktivierung von Erlebens- und Verhaltensmustern, die mit dem Konzept des „Suchtgedächtnis“ verständlich werden. Die Zufuhr des Suchtmittels weckt den Wunsch nach „mehr“, das sogenannte „Craving“, ohne dass jemals eine Sättigung erreicht werden kann. Den meisten Betroffenen wird die Begrenzung der Trinkmenge deshalb auf die Dauer nicht gelingen. Insofern ist Abstinenz vom Alkohol nicht nur das ferne Ziel einer gestuften Behandlung, sondern nach ärztlicher Erfahrung regelmäßig unverzichtbare neurobiologische Voraussetzung einer „Entwöhnung“. Hier besteht ein wichtiger Unterschied zwischen dem kurz wirksamen und toxischen Suchtstoff Alkohol und den in der Substitutionsbehandlung der Heroinabhängigkeit verwendeten lang wirksamen Opiaten.

Ethische Aspekte:

Es hat sich eingebürgert, die Ziele, die mit Hilfen für suchtkranke Menschen verfolgt werden, in einer Zielhierarchie anzuordnen⁵. Wenn eine Überwindung der Sucht nicht oder nicht sofort erreichbar ist, kann auch der Versuch einer Schadensbegrenzung vertretbar sein („Harm reduction“). Unbestritten Vorrang hat in einem solchen Konzept die Sicherung des

⁵ Schwoon 1992, zitiert nach Wienberg G: Die vergessene Mehrheit – Struktur und Dynamik der Versorgung Abhängigkeitskranker in der Bundesrepublik. In: Jagoda B, Kunze H (Hrsg.): Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung – regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen (Tagungsberichte der Aktion Psychisch Kranke Band 21). Köln 1994: Rheinland- Verlag, S. 18 – 37.

Überlebens. Das Verhindern von schweren körperlichen Folgeschäden folgt bereits auf der zweiten Stufe.

Hier kommt ein weiterer Unterschied zwischen Heroin auf der einen Seite und Alkohol auf der anderen Seite zum Tragen: Bei einer Heroinabhängigkeit kann möglicherweise durch Abgabe eines Ersatzstoffes verhindert werden, dass der Betroffene sich schwere sekundäre Gesundheitsschäden (durch eine HIV-Infektion, eine Virus-Hepatitis oder eine Geschlechtskrankheit) zuzieht. Insofern kann bei heroinabhängigen Personen die Substitution, also der vorläufige Verzicht auf die Abstinenz vom Suchtmittel, mit der Chance begründet werden, hochrangige Ziele zu erreichen. Für die Zuteilung von Alkohol an Personen mit fortgeschrittener Alkoholabhängigkeit ist dies nicht in gleicher Weise möglich. Vielmehr gefährdet die Zuteilung von Alkohol potenziell hochrangige Ziele wie die Sicherung des Überlebens und die Verhinderung schwerer körperlicher Folgeschäden, denn bei der Alkoholabhängigkeit werden schwere primäre Gesundheitsschäden durch das Suchtmittel selbst verursacht.

Hinsichtlich der Frage, welche Ziele mit der Alkoholvergabe erreicht werden sollen, begnügen die zitierten Stellungnahmen der Liga und der Landesstelle für Suchtfragen sich mit vagen Andeutungen. Der Leiter der soziotherapeutischen Einrichtung „Haus der Hoffnung“ hat als Ziel genannt, dass in der Beziehung zwischen den Bewohnern und dem Personal Vertrauen wachsen können soll. Das soll „bei dieser Klientel“ nur realisierbar sein, wenn das Verbot von Alkohol nicht im Vordergrund steht – eine Behauptung, die durch die Erfahrungen des Unterzeichners nicht gestützt wird. Vermutlich werden etliche Mitarbeiter von Übergangseinrichtungen und Wohnheimen ebenfalls widersprechen und darauf verweisen, dass sich auch in einer alkoholfreien Umgebung unter den Bedingungen der kontrollierten Abstinenz vertrauensvolle Arbeitsbeziehungen zwischen Bewohnern und Mitarbeitern entwickeln können und oft entwickeln werden.

Ebenso haben die Verfasser der genannten Stellungnahmen es – vermutlich mit voller Absicht – vermieden, die Zielgruppe zu definieren, für die sie eine Zuteilung von Alkohol in Einrichtungen in Betracht ziehen. Mit der Überschrift „Hilfen für nicht abstinente Alkoholranke“ wird im Grunde das gesamte Suchthilfesystem angesprochen, von der Suchtberatung und der ambulanten medizinischen Versorgung über die Krankenhausbehandlung und die medizinische Rehabilitation bis hin zur ambulanten Nachsorge und zur ambulanten, teilstationären und stationären Eingliederungshilfe, denn all diese Hilfen richten sich an nicht abstinente Alkoholranke und sollen ihnen ermöglichen, abstinent zu werden und zu bleiben und dennoch ein zufriedenes Leben zu führen. Erst die Lektüre des ganzen Textes zeigt, was die Überschrift verschleiern soll: Gemeint sind die „noch immer nicht“ abstinenten Alkoholranke, die mit den gegenwärtig verfügbaren Hilfen bisher eben nicht abstinent geworden oder geblieben sind.

Nun gehören Rückfälle zum Wesen von Suchterkrankungen, und es ist zweifellos eine wichtige Aufgabe des gesamten Hilfesystems, sich darauf einzustellen, angemessen damit umzugehen und die Betroffenen bei der Überwindung und Bewältigung von Rückfällen zu unterstützen. Insbesondere muss das Hilfesystem in der Lage sein, durch nachgehende Fürsorge dafür Sorge zu tragen, dass suchtkranke Menschen bei einem Rückfall den Kontakt zum Hilfesystem nicht verlieren.

Sicher wird es auch viele Suchtkranke geben, die an Hilfen zur Überwindung der Sucht primär nicht interessiert sind, denen es lieber wäre, stattdessen Hilfen zum Leben mit dem Suchtmittel zu bekommen. Und tatsächlich erhalten viele Betroffene in ihrer sozialen Umgebung auch solche Hilfen: Dieses als „co-abhängig“ bezeichnete Verhalten von Bezugspersonen hat potenziell und oftmals real krankheitsverlängernde und krankheitsverschlimmernde Folgen.

Dennoch wird jeder Suchtkranke – und zwar bei jedem Rückfall wieder – vor eine Entscheidung gestellt sein, nämlich vor die Frage, ob er künftig auf „sein“ Suchtmittel verzichten und abstinent leben will. Natürlich kann die Abstinenzmotivation nicht vorausgesetzt werden und nicht zur Bedingung für den Zugang zum Hilfesystem erhoben werden. Wenn aber ein Suchtkranke nach ambulanter Beratung, stationärer

Entzugsbehandlung, medizinischer Rehabilitation und Adaptation, nach zahlreichen vergeblichen Anläufen und Rückschlägen aus eigener Erfahrung weiß, dass die ambulanten Hilfen nicht ausreichen und dass er in ungeschützter Umgebung nicht abstinent bleiben wird, und wenn dieser Kranke sich im nüchternen Zustand, nach Diagnostik, Aufklärung und Beratung, dennoch dazu entschließt, das Angebot der Unterbringung in einer alkoholfreien Umgebung (in Form der stationären Eingliederungshilfe) abzulehnen, und wenn er gleichzeitig über die psychopathologischen Voraussetzungen verfügt, um seinen Willen frei bestimmen zu können, dann ist die Grenze dessen erreicht, was die Gemeinschaft an Unterstützung leisten kann und schuldet. „Hilfe zur Sucht“ kann ein Suchtkranker, der nicht abstinent leben will, jedenfalls nicht vom Staat erwarten; wenn andere mildtätige Helfer sich seiner annehmen wollen, ist ihnen dies ja unbenommen. Insofern kommt es aber immer wieder auf die Frage an, was der Betroffene will: Wenn er seine Sucht überwinden oder trotz einer schweren Suchterkrankung ein menschenwürdiges Leben führen will, dann kann ihm Hilfe angeboten werden; wenn er das Leben mit dem Suchtmittel fortsetzen will, dann steht ihm frei, dies zu tun, solange er imstande ist, seinen Willen „frei“ zu bestimmen; eine über die Grundsicherung hinausgehende Unterstützung der Solidargemeinschaft kann er deshalb aber nicht beanspruchen.

Rechtliche Aspekte aus ärztlicher Sicht:

Insofern wird zur entscheidenden Frage, ob und unter welchen Umständen ein suchtkranker Mensch seinen Willen frei bestimmen kann. Sozialrechtlich bildet seit einer Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 18.06.1968 die Sucht selbst einen regelwidrigen Körper- und Geisteszustand, der die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben kann, und damit eine Krankheit. Der regelwidrige Zustand besteht bei der Abhängigkeit im Verlust der Selbstkontrolle und im Nicht-mehr-Aufhören-Können. Dennoch wird im Zivilrecht von den Gerichten regelmäßig unterstellt, dass ein suchtkranker Mensch seinen Willen im nüchternen Zustand trotz seines „Hanges“ frei bestimmen kann. In der Beobachtung, dass viele suchtkranke Menschen sich für eine Behandlung und für einen Suchtmittelverzicht entscheiden, findet diese Annahme auch eine empirische Bestätigung. Andererseits belegt die klinische Erfahrung auch, dass es Menschen gibt, die einem Suchtmittel völlig verfallen und insofern bezüglich ihrer zukünftigen Lebensführung ohne Zweifel zu einer freien Willensbestimmung nicht mehr in der Lage sind. Auch wenn dies aus dem aktenkundigen Krankheits- beziehungsweise Behandlungsverlauf offensichtlich mit unmittelbarer Evidenz hervorgeht, ist es nach der Erfahrung des Unterzeichners ausgesprochen schwer, Amtsrichter davon zu überzeugen, dass eine Suchterkrankung so schwer ausgeprägt sein kann, dass die Sucht selbst eine freie Willensbestimmung ausschließt. Leichter gelingt dies, wenn grundlegende psychopathologische Voraussetzungen für eine freie Willensbildung (Orientierung, Merkfähigkeit, Gedächtnis, Denken, Realitätsurteil, Steuerungsfähigkeit) nicht mehr vorliegen, wie das bei einem höhergradig ausgeprägten hirnganischen Psychosyndrom der Fall sein kann.

In einem solchen Fall, wenn nach fachärztlicher Überzeugung aufgrund des Verlaufs und des psychopathologischen Befundes davon ausgegangen werden muss, dass der Betroffene aufgrund einer schweren chronischen Suchterkrankung seine Angelegenheiten nicht mehr selbst besorgen und seinen Willen nicht mehr frei bilden kann, dann hat der Arzt nicht nur das Recht, sondern nach der Überzeugung des Unterzeichners die Pflicht, die angemessenen Hilfen zu veranlassen, und zwar auch dann, wenn diese von dem Betroffenen selbst nicht gewünscht werden, also dem sogenannten „natürlichen“ Willen nicht entsprechen, notfalls also auch gegen dessen erklärten Willen (sogenannter „gemäßigter Paternalismus“). Es kann sich dann als unumgänglich erweisen, für die angemessene und aus ärztlicher Sicht indizierte, von dem geschäftsunfähigen Betroffenen aber abgelehnte Hilfeform eine Rechtsgrundlage zu schaffen, indem nach § 1896 BGB ein Betreuer mit der Befugnis der Gesundheitsorge, Aufenthaltsbestimmung und Entscheidung über die Unterbringung bestellt und nach § 1906 eine Unterbringung in einer Übergangseinrichtung oder einem Wohnheim für seelisch behinderte Menschen infolge Sucht vom Betreuer angeordnet und vom zuständigen Amtsgericht genehmigt wird. Zwar wird auf diese Weise dem Betroffenen die Freiheit entzogen, die er ohnehin längst an das Suchtmittel verloren hat;

damit wird aber andererseits erst wieder die Voraussetzung geschaffen, ein Leben in Würde führen zu können.

Das praktische Problem liegt darin, dass es im wirklichen Leben nicht nur eindeutige Fälle gibt, sondern kontinuierliche Übergänge, dass aber im Einzelfall eine Entscheidung getroffen werden muss. Bei der Klärung der Frage, ob bei einem Suchtkranken stationäre Eingliederungshilfe erforderlich ist und ob darüber hinaus die Voraussetzungen für eine Unterbringung nach § 1906 BGB erfüllt sind, können Checklisten hilfreich sein⁶. Die Entscheidungsfindung erfolgt ohnehin in einem komplexen Kooperationsprozess mit verteilten Rollen. Auf der einen Seite steht die Auswahl der Einrichtung und die Bewilligung der Kostenübernahme, an der neben dem Betroffenen, seinem Betreuer, dem behandelnden Arzt und der zuständigen Sozialpädagogin auch die Einrichtung, das Sozialamt der herangezogenen Gebietskörperschaft und das Gesundheitsamt (und schließlich der rehabilitationspädagogische Fachdienst der Sozialagentur) beteiligt ist; auf der anderen Seite steht der richterliche Beschluss, auf dessen Zustandekommen neben dem Betroffenen, dem Betreuer, dem Verfahrenspfleger, der Betreuungsbehörde und dem behandelnden Arzt auch der vom Gericht mit der Begutachtung beauftragte Sachverständige Einfluss nehmen wird.

Wenn demnach ein Mitbürger mit einer schweren chronischen Suchterkrankung und schwerwiegenden Suchtfolgen einerseits nicht abstinent leben will und andererseits nicht ohne Hilfe gelassen werden soll, dann kann und muss geprüft werden, ob die Voraussetzungen für eine Unterbringung nach § 1906 BGB gegeben sind, um in einer alkoholfreien Umgebung unter den Bedingungen der kontrollierten Abstinenz eine menschenwürdige Lebensführung und mittelfristig eine Überwindung der Sucht zu ermöglichen. Die Entscheidung für eine freiheitsentziehende Maßnahme wird den Beteiligten in einer solchen Situation auch dann, wenn schwerwiegende Gründe dafür sprechen, zweifellos nicht leicht fallen; sie wird auch den Betroffenen zunächst belasten. Sicher werden im Vorfeld alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden müssen, die gleichen Ziele mit weniger eingreifenden Maßnahmen zu erreichen.

Die Zuteilung von Alkohol kann allerdings nicht als ein solches milderer Mittel betrachtet werden. Gerade bei den Betroffenen, die zu einer freien Willensbestimmung selbst nicht mehr in der Lage, also einwilligungsunfähig sind, käme die Zuteilung von Alkohol einer Vernachlässigung der Fürsorgepflicht gleich, auch wenn der Straftatbestand der §§ 223 StGB (Körperverletzung), 223b StGB (Misshandlung von Schutzbefohlenen) oder 229 StGB (Vergiftung) mangels Vorsatz nicht erfüllt sein dürfte. Auch der Betreuer kann nicht stellvertretend für den einwilligungsunfähigen Betroffenen in die Zuteilung von Alkohol einwilligen, weil er damit gegen § 1901 BGB verstieße. Der Betreuer hat die Angelegenheiten des Betroffenen so zu besorgen, wie es dessen Wohl entspricht (§ 1901 Abs. 2 Satz 1), und es entspricht dem Wohl eines Alkoholkranken eben nicht, ihm Alkohol zu verabreichen. Wünschen des Betreuten hat der Betreuer zu entsprechen, soweit dies dessen Wohl nicht zuwider läuft (§ 1901 Abs. 3 Satz 1). Der Wunsch, in einer soziotherapeutischen Einrichtung für Suchtkranke den Alkoholkonsum fortsetzen zu können, läuft aber nicht nur den Interessen des Kostenträgers, sondern auch dem Wohl des Betreuten zuwider.

Zusammenfassung:

In der Frage der Zuteilung von Alkohol an Bewohner in stationären soziotherapeutischen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe (Übergangwohnheim, Wohnheim für seelisch behinderte Menschen infolge Sucht, Pflegeheim) gibt es in Sachsen-Anhalt offenbar einen Dissens zwischen einer von Vertretern der Verbände der freien Wohlfahrtspflege und der Landesstelle für Suchtfragen vorgetragenen Sichtweise einerseits und der im Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung überwiegenden medizinisch-psychiatrischen Auffassung andererseits. Aus fachärztlicher Sicht ist die Vergabe von Alkohol an Personen, deren Suchterkrankung so weit fortgeschritten ist, dass sie eine

⁶ Böcker FM: Checkliste „Indikation zur Heimaufnahme bei suchtkranken (alkoholabhängigen) Patienten“. In: Böcker FM (Hrsg.): Geschlossene Unterbringung im Heim – Beiträge zur Diskussion. Schriftenreihe des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Sachsen-Anhalt, Halle 2008, S. 48 – 53.

stationäre Hilfeform benötigen, nicht zu vertreten: Auch in den zugeteilten Mengen wird Alkohol bei diesen Personen mit hoher Wahrscheinlichkeit weitere Gesundheitsschäden verursachen und medizinische Risiken heraufbeschwören; die Suchtmittelzufuhr unterhält die neurobiologischen Grundlagen der Sucht und kann als co-abhängiges Verhalten gewertet werden.

Wenn trotz einer fortgeschrittenen Suchterkrankung die Voraussetzungen für eine freie Willensbestimmung gegeben zu sein scheinen, setzt der Anspruch auf kostenintensive stationäre Hilfen und insbesondere auf die von allen Bürgern gemeinsam aufgebrauchten Mittel des überörtlichen Sozialhilfeträgers eine Bereitschaft zur Mitarbeit in Form des Willens zur Abstinenz voraus. Zum Ausdruck kommt diese Motivation in der Bereitschaft, die Regeln der Einrichtung einschließlich der Abstinenzkontrollen, die Maßnahmen zur Rückfallbewältigung und ein System gestufter Sanktionen bei wiederholten Regelverstößen zu akzeptieren. Wer anstelle von Hilfen zur Überwindung der Sucht Hilfen zum Leben mit der Sucht erwartet und seinen Suchtmittelkonsum fortsetzen will, soll deshalb nicht seinem Schicksal überlassen bleiben; die Hilfen werden sich dann aber zwangsläufig auf den Versuch beschränken müssen, im Rahmen einer ambulanten nachgehenden Fürsorge ein Umdenken anzustoßen und bei akuter Lebensgefahr einzugreifen.

Wenn hingegen bei einer fortgeschrittenen Suchterkrankung die Voraussetzungen für eine freie Willensbestimmung nicht mehr gegeben sind, dann kommt eine Zuteilung des Zellgiftes Alkohol erst recht nicht in Betracht; vielmehr muss dann – wenn der Betroffene die ihm vorgeschlagenen Hilfen nicht akzeptieren will – geprüft werden, ob die Eingliederungshilfe durch eine Unterbringung nach § 1906 BGB ermöglicht werden kann. Insofern bleibt für eine Erweiterung bestehender Konzepte um die Zuteilung von Alkohol an suchtkranke Menschen in Einrichtungen aus fachärztlicher Sicht kein Raum.

II.4 Psychisch kranke Bewohner in Altenpflegeheimen

4.1 Medizinische Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Altenpflegeheimen aus psychiatrischer Sicht

Bernd Langer, Halle

Einleitung

Das gegenwärtig noch gültige Heimgesetz vom 07.08.1974, zuletzt geändert am 31.10.2006, bestimmt in § 11 Abs. 1 Ziffer 3, dass ein Heim nur betrieben werden darf, wenn der Träger und die Leitung eine angemessene Qualität der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner, auch soweit sie pflegebedürftig sind, in dem Heim selbst oder in angemessener anderer Weise einschließlich der Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse sowie die ärztliche und gesundheitliche Betreuung sichern.

Das Gesetz über Hilfen für Psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt vom 30.01.1992 (PsychKG LSA) und das Maßregelvollzugsgesetz für das Land Sachsen-Anhalt (MVollzG LSA) vom 09.10.1992 bestimmen den Auftrag des Psychiatrieausschusses. Dieser besteht in der Kontrolle der Einhaltung der genannten Gesetze und in der Information des Landtages über die Lebensumstände psychisch Kranker, und zwar sowohl im Einzelfall als auch im Hinblick auf die allgemeinen Bedingungen der Behandlung und Betreuung.

Nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 der Verordnung über den Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung und die Besuchskommissionen vom 29.01.1993 gehören zu den zu besuchenden und zu prüfenden Einrichtungen „stationäre und teilstationäre Einrichtungen für Abhängigkeitskranke, für psychisch Alterskranke und für seelisch oder geistig Behinderte“, § 3 Abs. 2 Nr. 3 benennt ausdrücklich Übergangs-, Wohn- und Pflegeheime und therapeutische Wohngemeinschaften für den im PsychKG LSA und MVollzG LSA genannten Personenkreis als zu besuchende Einrichtungen. Die durch Gesetz bzw. Verordnung geregelte ehrenamtliche Tätigkeit des Psychiatrieausschusses und der derzeit sechs Besuchskommissionen kann aber eine systematische Versorgungsforschung nicht ersetzen.

Erkenntnisse des Ausschusses

Dennoch verfügt der Ausschuss über Erkenntnisse zur Situation der haus- und fachärztlichen Versorgung in Pflegeheimen in Sachsen-Anhalt. Auf der Grundlage der Tätigkeit in der 4. Berufenungsperiode (2005–2009) wurden 55 Besuchsprotokolle über Besuche in Alten- und Pflegeheimen ausgewertet¹ (Stichtag: 15.04.2009), in denen insgesamt 6.246 Plätze zur Verfügung stehen. Mindestens 2.781 Bewohnerinnen und Bewohner (entsprechend 44,5 %) waren als gerontopsychiatrisch erkrankt anzusehen. Der Anteil lag zwischen 13 % und 100 %. Bei der Quote von 44,5 % handelt es sich um eine Mindestzahl, denn bei vielen Besuchen wurden den Besuchskommissionen Diagnoselisten oder (anonymisierte) Bewohnerlisten zur Verfügung gestellt, aus denen eine gewisse Anzahl von gerontopsychiatrisch erkrankten Bewohnern hervorging; zugleich wurde aber darauf hingewiesen, dass aus dem Pflegealltag heraus anzunehmen sei, dass weitaus mehr Bewohner an derartigen Erkrankungen leiden, diese aber bislang nicht ärztlich diagnostiziert wurden. In einer Einrichtung konnte gar keine Quote benannt werden, weil es dort an

¹ Insgesamt lagen zum Stichtag 57 Protokolle vor. Eines konnte aufgrund des anhängigen Verfahrens vor dem OVG Magdeburg nicht in die Auswertung einfließen, weil dem Ausschuss die Verwertung jeglicher Informationen über den betreffenden Besuch untersagt wurde. Ein zweites Protokoll enthielt keine Feststellungen zur medizinischen Versorgung, weil der Besuch eine andere Fragestellung verfolgte.

jeglicher psychiatrischer (nervenärztlicher)² Versorgung fehlte. Der erste Befund der vorliegenden Auswertung ist also, dass wir infolge der nicht ausreichenden medizinischen Versorgung in Heimen gar nicht genau wissen, wie viele Heimbewohner überhaupt anhaltend (chronisch) gerontopsychiatrisch erkrankt sind.

Die Situation der haus- und nervenärztlichen (psychiatrischen) Versorgung der Heimbewohner wird regelmäßig bei den Besuchen in den Einrichtungen erfragt. Dabei ergibt sich aus den Besuchsprotokollen ein sehr unterschiedliches Bild, welches die gesamte Bandbreite von exzellenter Zusammenarbeit bis zu völlig unzureichenden Versorgungsverhältnissen umfasst. Dabei ist zu beachten, dass eine Operationalisierung unbestimmter Begriffe, die häufig in den Besuchsprotokollen verwendet werden – etwa „problematisch“ oder „besorgniserregend“ – nicht möglich ist. Zum Zwecke der hier vorliegenden Analyse wurde eine einfache Kategorisierung in „bedarfsgerecht“ und „nicht ausreichend“ vorgenommen, ohne dass damit zum Verfahren der Bedarfsplanung durch die KVSA Stellung genommen werden soll. Überall dort, wo die Verhältnisse der ärztlichen Heimversorgung als „hervorragend“, „sehr gut“, „gut“, „ausreichend“ oder wenigstens „zufriedenstellend“ beschrieben wurden, wurde von einer *bedarfsgerechten* Versorgung ausgegangen. Beschreibungen als „problematisch“, „nicht ausreichend“, „Besorgnis erregend“ oder „unzureichend“ wurden als *nicht ausreichend* gewertet. Dabei ist zu beachten, dass es sich sowohl um quantitative Unterversorgung handeln kann als auch um fachliche Unzulänglichkeiten, wie etwa die Weigerung einzelner Hausärzte, wegen des Verdachts auf eine demenzielle Entwicklung Überweisungen zu Fachärzten auszustellen.

Mit dieser Betrachtungsweise konnte die hausärztliche und die psychiatrische Versorgung von Heimbewohnern einer Analyse unterzogen werden. Zur Versorgung auf anderen Fachgebieten liegen dem Ausschuss nur sporadische Mitteilungen vor.

Die **hausärztliche Versorgung** wird in 87 % der besuchten Einrichtungen (55 Häuser wurden besucht) als bedarfsgerecht beschrieben. Probleme betreffen die Vermittlung neu aufgenommener Heimbewohner in eine hausärztliche Behandlung, Unterversorgung, Schließung von Hausarztpraxen sowie die Nicht-Überweisung in fachärztliche Behandlungen. Regional sind Probleme der hausärztlichen Versorgung von Einrichtungen in den Landkreisen Jerichower Land, Harz, Burgenlandkreis, Mansfeld-Südharz berichtet worden. (Abb. 1)

Hausärztliche Versorgung

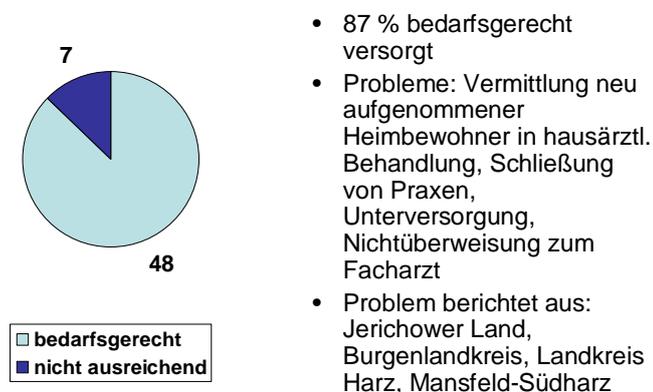
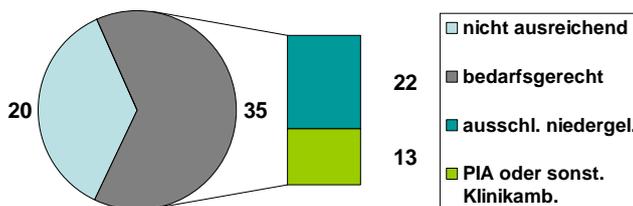


Abb. 1

² Für die vorliegende Übersicht wird auf eine exakte Unterscheidung zwischen Nervenärzten und Fachärzten für Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Psychotherapie verzichtet, da diese in der Versorgungsrealität kaum von Bedeutung ist.

Die **nervenärztliche (psychiatrische) Versorgung** wird nur von 64 % der besuchten Einrichtungen (55 Häuser) als bedarfsgerecht beurteilt. In 24 % sind Psychiatrische Institutsambulanzen oder sonstige Klinikambulanzen an der Versorgung beteiligt. Probleme der psychiatrischen Versorgung betreffen den Mangel an Fachärzten, die Ablehnung von Hausbesuchen in Heimen aus Budget-Gründen, lange Wartezeiten auf Termine in den Praxen, fehlende Überweisungen durch Hausärzte. Regionale Schwerpunkte liegen in den Landkreisen Anhalt-Bitterfeld, Teilen des Burgenlandkreises, Mansfeld-Südharz, Landkreis Harz, Dessau-Roßlau. (Abb. 2)

Psychiatrische Versorgung



64 % bedarfsgerecht versorgt, in 24 % PIA oder sonst. Klinikambulanz beteiligt

Abb. 2

Die Besuchskommissionen stießen auf enorme Unterschiede in der Intensität der psychiatrischen Versorgung, die von intensiver Betreuung mit Hausbesuchen alle zwei Wochen bis zum völligen Fehlen einer psychiatrischen Versorgung reichen. Oft wurden langjährige persönliche Kooperationsbeziehungen erwähnt. Positiv hervorzuheben ist, dass sämtliche auf die Betreuung gerontopsychiatrisch erkrankter Bewohner spezialisierte Einrichtungen (Häuser der 4. Generation, Demenz-Kompetenz-Stationen) über eine bedarfsgerechte nervenärztliche Versorgung berichten.

Die Probleme der psychiatrischen Versorgung in Heimen erklären sich vorrangig aus der viel zu niedrigen Anzahl ambulant tätiger Psychiater in unserem Bundesland (4,9 Fachärzte pro 100.000 Einwohner, Bundesdurchschnitt: 11,4 Fachärzte pro 100.000 Einwohner)³. Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen einer Tätigkeit als niedergelassener Facharzt unterliegen gegenwärtig einem Wandel, die Attraktivität der Versorgung von Heimbewohnern scheint aber dadurch nicht anzuwachsen. Dem Ausschuss liegen Berichte von Fachärzten vor, die unter Verweis auf Budgetierungen die Betreuung weiterer Patienten, etwa in Pflegeheimen, ablehnen.

Die Mitbetreuung von Heimen durch Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) kann die Versorgungslücke nicht schließen. Dies ist weder von den rechtlichen Grundlagen des § 118 SGB V her möglich, noch wäre eine weitere Kapazitätsausweitung der PIA möglich, denn hier handelt es sich stets um Patienten, die einen hohen Betreuungsbedarf durch ein multiprofessionelles Team tragen.

Besonders problematisch ist die Situation in jenen sechs Einrichtungen, die über Schwierigkeiten sowohl der hausärztlichen als auch der nervenärztlichen (psychiatrischen) Versorgung berichten. In den betroffenen Regionen besteht insoweit besonderer Handlungsbedarf (Jerichower Land, Harz, Teile des Burgenlandkreises, Mansfeld-Südharz).

³ Zur fachärztlichen Versorgung psychisch kranker Menschen liegt eine detaillierte Übersicht im 13. Bericht vor.

Zur sonstigen fachärztlichen Versorgung liegen dem Psychiatrieausschuss nur Einzelberichte vor, die keine systematische Auswertung zulassen. Teils wurde die enge Zusammenarbeit hervorgehoben, teils über Versorgungsdefizite berichtet (insbesondere in den Fachgebieten Orthopädie, Augenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten).

Heimärzte

Durch Art. 6 Nr. 10 des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28. Mai 2008 wurde das SGB V um den § 119b ergänzt.

§ 119b Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Stationäre Pflegeeinrichtungen können einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf unbeschadet des § 75 Abs. 1 Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen. Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 anzustreben. Kommt ein Vertrag nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen, zu ermächtigen; soll die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten durch einen in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellten Arzt erfolgen, ist der angestellte Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in den Pflegeeinrichtungen zu ermächtigen. Das Recht auf freie Arztwahl der Versicherten in der Pflegeeinrichtung bleibt unberührt. Der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt ist bei seinen ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden. Er soll mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten.

Obwohl seitens des Bundesministeriums für Gesundheit und der Sozialverbände die Anstellung fester Heimärzte favorisiert wird, sind diese neu geschaffenen Möglichkeiten von Kooperationsverträgen mit Vertragsärzten oder der Ermächtigung sog. Heimärzte nach jetzigem Kenntnisstand des Ausschusses in Sachsen-Anhalt bislang noch nicht genutzt worden.

Mögliche Handlungsempfehlungen

Aus der beschriebenen Versorgungssituation kann trotz aller methodischen Einschränkungen zumindest die Handlungsempfehlung abgeleitet werden, die hausärztliche Versorgung lückenlos sicherzustellen und die gerontopsychiatrische Kompetenz der Hausärzte zu stärken, weil angesichts des bekannten Fachärztemangels in Sachsen-Anhalt nicht in absehbarer Zeit damit gerechnet werden kann, dass die zu erwartende Zunahme gerontopsychiatrischer, besonders demenzieller, Störungsbilder von den Nervenärzten (Psychiatern) besser bewältigt werden kann als gegenwärtig. Die Forderung nach der Erhaltung und Stärkung der ambulanten nervenärztlichen Versorgung muss auch angesichts der Versorgungssituation in Heimen bekräftigt werden. Die langfristige Absicherung der fachärztlichen Versorgung der spezialisierten Einrichtungen durch entsprechende Standards ist wünschenswert. Die vorhandenen Möglichkeiten des § 119b SGB V sollten zügig genutzt werden. Erneut ist auf die Notwendigkeit einer systematischen Versorgungsforschung mit hinreichender personeller und materieller Ausstattung hinzuweisen.

Nachsatz

Am 24. April 2009 hat sich der Landespflegeausschuss Sachsen-Anhalt mit der Thematik befasst. Angesichts der Defizite wurde die Bildung einer Arbeitsgruppe beschlossen, die langfristig orientierte konkrete Lösungsansätze aus Sicht der Pflegeeinrichtungen formulieren soll.

4.2 Stellungnahme zur Notwendigkeit, im Rahmen der Tätigkeit der Besuchskommissionen Altenpflegeheime zu besuchen – oder „Sind Altenpflegeheime Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung?“

Dr. Christiane Keitel, Magdeburg

Das Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke des Landes Sachsen-Anhalt (PsychKG LSA) regelt in § 1 Abs. 1 die Hilfen für Personen, die an einer Psychose, Suchtkrankheit, einer anderen krankhaften seelischen oder geistigen Störung oder an einer seelischen/geistigen Behinderung leiden oder gelitten haben oder bei denen Anzeichen einer solchen Krankheit, Störung oder Behinderung vorliegen. Im 4. Teil des Gesetzestextes sind die Aufgaben des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung festgelegt. Nach § 29 Abs. 2 hat der Ausschuss zu prüfen, ob die Personen des o. g. Personenkreises 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.

Diesem Auftrag und Anliegen wurde bisher mit der Arbeit der Besuchskommissionen Rechnung getragen. Seit eineinhalb Jahrzehnten wurden Einrichtungen der Jugendhilfe aufgesucht, in denen Kinder und Jugendliche leben, die psychische Erkrankungen oder seelische Behinderungen haben bzw. von seelischer Behinderung bedroht sind, Sozialpsychiatrische Dienste an den Gesundheitsämtern, Krankenhäuser mit Psychiatrischen Institutsambulanzen und Tageskliniken sowie Rehabilitationskliniken, Werkstätten für behinderte Menschen, Wohnheime an Werkstätten für behinderte Menschen, betreute Wohnformen und auch Altenpflegeheime.

Bezogen auf ein bestimmtes Altenpflegeheim geht das Obergerverwaltungsgericht Magdeburg in seiner Entscheidung vom 17.04.2009 (AZ 6 A 88/09 HAL, Ausfertigung vom 23.04.2009) davon aus, dass die Berechtigung des Ausschusses und der Besuchskommissionen, sich auch um die Belange von psychisch kranken Bewohnern in Altenpflegeheimen zu kümmern, vom Wortlaut des PsychKG LSA nicht gedeckt sei. Medizinisch-inhaltlich besteht jedoch ein dringender Bedarf für Besuche durch die Besuchskommissionen. Das entspricht der grundsätzlichen Intention des PsychKG LSA und seinem präventiven Zweck.

Die Demenzen gehören zu den häufigsten folgenreichen psychischen Erkrankungen im höheren Alter. Neben kognitiven Störungen treten bei an Demenz Erkrankten aber auch häufig andere psychische Auffälligkeiten auf, wie Verstimmungen, Schlafstörungen, Unruhe, Angst, paranoid-halluzinatorische Syndrome und aggressives Verhalten. Solche Begleitsymptome bedingen eine weitere Verschlechterung der Lebensqualität und zusätzlich erhebliche Belastungen für die Bezugspersonen, die Pflege und Betreuung der Betroffenen sicherstellen. Neben der Demenz sind im Alter weitere gerontopsychiatrische Erkrankungen häufig festzustellen, darunter wahnhaftige Störungen, depressive Störungen, Angsterkrankungen und Suchterkrankungen. An solchen behandlungsbedürftigen und behandelbaren Erkrankungen leiden auch sehr viele Bewohner von Altenpflegeheimen.

Von den über 65-Jährigen sind in Deutschland zwischen 6 % und knapp 9 % von einer Demenz betroffen, im Mittel liegt die in verschiedenen Studien ermittelte Prävalenzrate bei etwas mehr als 7 %. Die Zahl der Erkrankten liegt demnach zwischen 770.000 und 1.100.000 Personen. Die niedrigsten Schätzwerte resultieren aus Studien, die nur mittelschwere und schwere Demenzen einbezogen haben, während die höchsten Schätzwerte auch leichtere Demenzgrade einschließen. Es handelt sich also insgesamt schon um einen relativ großen Kreis von Personen, die im Alter an dieser Form einer seelischen Erkrankung leiden.

Hinsichtlich des Settings der Pflege und Betreuung ist zwar davon auszugehen, dass die Betreuung durch Bezugspersonen des sozialen Umfelds – das sind in der Regel die

Angehörigen – wohl zunächst die Wahrscheinlichkeit einer Heimeinweisung reduziert; sie kann aber nicht verhindern, dass ein großer Teil der Demenzkranken früher oder später dennoch in einem Altenpflegeheim untergebracht werden muss. Die Anzahl Demenzkranker in Deutschland wird perspektivisch für das Jahr 2050 auf über zwei Millionen Menschen ansteigen. Da parallel zu dieser Entwicklung das familiäre Pflegepotenzial abnehmen wird, ist künftig mit einer starken Nachfrage nach professioneller Altenhilfe zu rechnen.

Im Rahmen der institutionellen Versorgung von an Demenz Erkrankten kommt den Alten- und Altenpflegeheimen die größte Bedeutung zu. Seit Beginn der 80er Jahre in Skandinavien, Großbritannien und Nordamerika durchgeführte Studien belegen, dass dort zwischen 17 % und 36 % der Altenheimbewohner, zwischen 51 % und 72 % der Pflegeheimbewohner und im Mittel fast 60 % aller in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe versorgten Menschen an einer Demenz leiden (Bickel 1997). Bickel ging auch der Frage nach, ob Demenzen ursächlich für den Heimeintritt verantwortlich waren oder ob sie eher als Begleiterkrankung zu verstehen waren bzw. sich sogar erst nach der Heimaufnahme entwickelten. Es konnte gezeigt werden, dass Demenzen nicht nur sehr häufig unter Heimbewohnern vorhanden sind, sondern dass sie auch mit großem Abstand den wichtigsten Grund für den Eintritt in ein Heim bilden. Bestätigt wird dieses Ergebnis durch eine neuere repräsentative Studie in Mannheimer Altenpflegeheimen, in der neu aufgenommene Bewohner zum Zeitpunkt der Heimübersiedlung im Querschnitt mit jenen verglichen wurden, die bereits etwa vier Jahre lang im Heim lebten. Es zeigte sich, dass in beiden Gruppen jeweils mehr als die Hälfte der Bewohnerschaft von einer mittelschweren oder schweren Demenz betroffen waren (Weyerer et al, 2000).

Somit ist aus sozialpsychiatrischer Sicht davon auszugehen, dass auch Altenpflegeheime (neben den Krankenhäusern) stationäre Einrichtungen der gerontopsychiatrischen Versorgung darstellen.

Ohne die Situation in Sachsen-Anhalt dramatisieren zu wollen, muss festgehalten werden, dass nach übereinstimmenden Erkenntnissen des Ausschusses und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung etwa 50 % bis 70 % der Altenpflegeheimbewohner an gerontopsychiatrischen Erkrankungen leiden, die ein entsprechendes diagnostisches und therapeutisches Handeln und eine adäquate Betreuungsstruktur erfordern. Es gibt keine medizinisch tragfähige Begründung dafür, diesen Personenkreis, der kaum eine Lobby hat und sich aufgrund der Erkrankungen selbst nicht mehr vertreten kann, vom Aufgabenkreis und von der Tätigkeit der Besuchskommissionen auszuschließen.

An dieser Stelle muss natürlich aus der medizinischen, fachärztlich-psychiatrischen Sicht kurz auf die Aufgaben der Heimaufsicht und die Grundlagen der Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in der stationären Pflege eingegangen werden.

Die Heimaufsicht erfolgt mit dem Ziel, die Interessen und Bedürfnisse der Heimbewohner zu schützen und ihre Selbstständigkeit sowie Selbstverantwortung im Heim zu wahren. Sie berät Heimbewohner und Personen, die Interesse an einer Heimaufnahme haben, Angehörige und Träger von Heimeinrichtungen. Die Aufgaben der Heimaufsicht werden überwiegend von Verwaltungsmitarbeiter/innen erfüllt. Es werden die Baulichkeiten, Personalausstattung, Pflegedokumentationen, Musterheimverträge, Verpflegung, hygienische Verhältnisse und die Wahrung des Beschwerderechtes geprüft. Insgesamt ist die Prüfung primär im formalen Bereich angesiedelt; die speziellen gerontopsychiatrischen Aspekte können hier nicht detailliert berücksichtigt werden.

Die Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfung in der stationären Pflege sind in entsprechenden Richtlinien festgelegt. Die Prüfungen in den Einrichtungen werden im Allgemeinen durch qualifizierte Pflegefachkräfte vorgenommen. Geprüft werden unter anderem Ablauforganisation, Qualitätsmanagement, konzeptionelle Grundlagen, Pflegedokumen-

tationen, Hygiene, Verpflegung, Behandlungspflege, Ernährung, Urinkontinenz usw. Unter dem Begriff „Soziale Betreuung“ geht es u. a. um die Organisation von jahreszeitlich bedingten Festen im Heimbereich, Kontaktpflege usw. Auch hier wird eine spezifische gerontopsychiatrische Betreuung noch nicht erfasst. In den Grundlagen der Qualitätsprüfung ist ein Punkt „Umgang mit Demenz“ zu prüfen. Hier werden u. a. das Vorhalten von Biographie- und Angehörigenarbeit geprüft, Tagesangebote und auch die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen.

Die Besuchskommissionen des Ausschusses sind multiprofessionell zusammengesetzt. Hier sind Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie tätig, psychologische oder ärztliche Psychotherapeuten, Sozialpädagogen, Juristen, Angehörige psychisch Kranker, Landtagsabgeordnete, Heimleiter/innen und andere Personen mit langjähriger Erfahrung im Umgang mit psychisch Erkrankten und seelisch Behinderten.

Bei ihren Besuchen in den Einrichtungen geht es immer auch um die fachärztliche Versorgung der gerontopsychiatrisch erkrankten Bewohner und um die Psychopharmaka-Verordnungen. Die Besuchskommissionen mussten feststellen, dass die fachärztlich-psychiatrische Versorgung der betroffenen Bewohner häufig nicht ausreichend gesichert ist. Fachärztliche Kompetenz ist jedoch unabdingbar, um z.B. eine indikationsgerechte Verordnung von Cholinesterasehemmern als Antidementiva zu gewährleisten. Die Mitglieder der Besuchskommissionen haben sich insbesondere auch die speziellen Konzepte zur Tagesstrukturierung von mobilen demenzkranken Bewohnern angesehen. Festzuhalten bleibt, dass es dazu in Sachsen-Anhalt immer noch weder verbindliche gesetzliche Standards noch entsprechende Empfehlungen gibt. Geprüft wurde die Einhaltung der Voraussetzungen des Betreuungsrechtes (bezogen zum Beispiel auf unterbringungsähnliche Maßnahmen), die Verfügbarkeit von ergotherapeutischen Einzel- oder Gruppenangeboten sowie der Einsatz gerontopsychiatrischer Fachkräfte und deren Fort- und Weiterbildung.

Insofern mag es sein, dass einige tangentielle Überschneidungen zwischen den Prüfaufträgen von MDK und Besuchskommissionen nicht ganz zu vermeiden sind; jedoch legen die Besuchskommissionen bei ihren Besuchen ihren Fokus speziell auf die gerontopsychiatrischen Aspekte der Versorgung der Bewohner von Altenpflegeheimen, die für betagte Mitbürger den einzigen stationären Einrichtungstyp im Bereich der komplementären psychiatrischen Versorgung darstellen und insofern aus fachlicher Sicht ohne jeden Zweifel zu den Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung gezählt werden müssen.

So kann nur dringend an Legislative und Exekutive in Sachsen-Anhalt appelliert werden, durch eine formale Klarstellung – sei es im PsychKG, sei es im geplanten „Bewohnerschutzgesetz“ – die Voraussetzungen zu schaffen, um es dem Ausschuss und seinen Besuchskommissionen wieder zu ermöglichen, einzutreten für die Belange auch dieses Personenkreises, die an einer gerontopsychiatrischen Erkrankung leiden, und die Einrichtungen, in denen diese Menschen versorgt werden, zu besuchen, um so deren Lebensumstände zu untersuchen und damit bei der Bevölkerung Verständnis für ihre Lage zu wecken. Insofern ist hier eine parlamentarische Entscheidung gefordert.

Literatur:

- Weyerer S, Hönig T, Schäufele M, Zimmer A (2000): Demenzkranke in Einrichtungen der voll- und teilstationären Altenhilfe. Sozialministerium Baden-Württemberg: Epidemiologische Forschungsergebnisse.
- Weyerer S, M Schäufele (2004): Die Versorgung dementer Patienten in Deutschland aus epidemiologischer Sicht. ZfGP 17(1): 41-50.
- Bickel H (2000): Demenzsyndrom und Alzheimerkrankheit: Eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankung in Deutschland. Das Gesundheitswesen 62: 211 – 218.
- Bohlken J, Selke GW (2009): Verordnungshäufigkeit von Antidementiva – eine Bilanz aus Berlin. Neurotransmitter 5/2009: 22 – 31.

II.5 Protokoll über den Besuch der Besuchskommission I im Landeskrankenhaus für Forensische Psychiatrie Uchtspringe am 02.03.2009

Aufgrund der besonderen Relevanz wird das Protokoll über den Besuch nachstehend im Wortlaut (geringfügig gekürzt) abgedruckt.

Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Sachsen-Anhalt

Protokoll der Besuchskommission 1

- 0.1 Name der Einrichtung: **Landeskrankenhaus für Forensische Psychiatrie Uchtspringe**
- 0.2 Anschrift, Telefon: **Schnöggersburger Weg 1
39599 Uchtspringe
Tel. 039329 – 705501 / 705610**
- 0.3 Träger: **Salus gGmbH
Betreibergesellschaft für sozial orientierte
Einrichtungen des Landes Sachsen-Anhalt
Seepark 5
39116 Magdeburg**
- 0.4 Stadt/Landkreis: **Stendal**
- 0.5 Besuch am: **02.03.2009**
- 0.6 Vorangegangener Besuch: 07.02.2006

1. Teilnehmer

1.1 Besuchskommission/Ausschuss:

Frau Ewald	Frau Dr. Glöckner	Frau Dr. Groscheck
Frau Dr. Hüskens	Frau Matthäus	Herr Lösch
Herr Maier	Herr Prof. Dr. Flechtner	

1.2 Einrichtung/Dienst (Name/Funktion):

Herr Dr. Witzel, Chefarzt	Frau Neufink, Pflegedienstleiterin
Frau Burmeister, Verwaltungsleiterin	Herr Ebering, MRV
Herr Müller, MRV	Herr Schweinert, MRV
Frau Wolski, MRV	Herr Hennicke, MRV
Herr Fuder, Betriebsrat MRV	

1.3 Vertreter des Trägers:

Herr Huppertz; Geschäftsführer der Salus gGmbH

1.4 Vertreter der Region:

Frau Himmel, Leiterin der Betreuungsbehörde des Landkreises Stendal

2. Informationen der Einrichtung: s. Anlagen

3. Beobachtungen und Feststellungen der Kommission

Gebäude und Einrichtung

Auf Grund der aktuellen Themen, die es im Vorfeld unseres Besuches gab (Fund von DVD mit kinderpornographischem Inhalt im MRV; Brief des Betriebsrates an den Ministerpräsidenten), gab es auf unseren Wunsch hin keinen Rundgang durch die Räumlichkeiten des MRV. Bauliche bzw. räumliche Veränderungen gab es seit unserem letzten Besuch nicht; der MRV war zum Zeitpunkt unseres Besuches erneut überbelegt. Eine vergleichbare Belegungssituation erlebten wir ebenfalls bereits im Rahmen unseres letzten Besuches.

Atmosphäre der Einrichtung

Wir konnten eine angespannte Atmosphäre wahrnehmen. Sehr viele Patienten hatten sich zu Einzelgesprächen mit Vertretern unserer Besuchskommission angemeldet. Der Betriebsrat hatte u.a. sowohl gegenüber dem Ministerpräsidenten unseres Landes, der Sozialministerin und unserem Ausschuss die sehr schwierige Personalsituation beklagt.

Bereits die erste Gesprächsrunde, an der der Geschäftsführer des Trägers des MRV, der Chefarzt, die Pflegedienstleiterin, die Verwaltungsleiterin und der Betriebsrat des MRV teilnahmen, legte die Konflikte und Probleme offen.

Hinweise der Patienten

Zweiundvierzig Patienten hatten sich zu individuellen Gesprächen angemeldet. Die vorgetragenen Probleme haben aus unserer Sicht vor allem ihren Ursprung in der mangelnden Personalausstattung und der damit verbundenen Überlastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

In der Zusammenfassung der Gespräche lassen sich folgende Schwerpunkte und Anfragen der Patienten formulieren.

- Personalmangel, der im Alltag deutlich zu spüren ist.
- Sehr wenige Ausführungen der Patienten trotz Lockerungsstufe (maximal einmal im Monat; in einem Fall nur alle vier Monate)
- Therapeutenmangel führt dazu, dass im Durchschnitt nur alle 14 Tage ein Therapiegespräch von 45 Minuten möglich ist.
- Durch Überlastung fehle es dem Personal an respektvollem Umgang mit den Patienten. Es werde vor dem Betreten der Räume nicht mehr angeklopft, der Umgangston werde rüder.
- Die Arbeitstherapie wurde auf maximal 3,5 Stunden am Tag zurückgefahren; nach der Eröffnung der Außenstelle Lochow, als der MRV Uchtspringe mit nahezu 100% belegt war, waren 7,5 Stunden Arbeitstherapie am Tag möglich.
- Im MRV fehlen Möglichkeiten zum Rauchen. Ungenutzte Räume wären aus Sicht der Patienten auf den Stationen vorhanden. Als Folge ergäben sich Verstöße gegen die Regelungen für Raucher, die mit dem Entzug einer Lockerungsstufe geahndet würden. Dies wird von den Patienten als kontraproduktiv empfunden. Auf Grund des hohen Suchtdrucks kämen sie so zu einer negativen Behandlungsbilanz. Patienten würden sogar auf Grund dieser Regelung auf Lockerungen verzichten.
- Auf der Grundlage der neuen Hausordnung wurden die TV-Geräte, DVD-Player, Playstation und PC entzogen, bevor die neue Hausordnung ausgeteilt wurde.
- Die Frage wurde gestellt, inwieweit für die Arbeit in den Küchen auf den Stationen ein Gesundheitspass notwendig sei.

- Defekte elektrische Geräte würden erst nach einigen Wochen repariert bzw. ersetzt. Der Geschirrspüler auf einer Station sei sogar seit September 2008 defekt.
- Patienten würden gern Herd und Kühlschrank im Kontaktzimmer im Rahmen von Besuchen nutzen.
- Die wöchentliche Wiederholung der Speisen zum Frühstück und Abendessen wurde bemängelt. Auf Besonderheiten in der Ernährung (u.a. Vegetarier) werde keine Rücksicht genommen.
- Es wird nicht verstanden, warum 30% des Arbeitslohnes pauschal abgezogen werden.
- Es wäre der Wunsch, zusätzlich zur bestehenden Theatergruppe mit Unterstützung der Klinikleitung einen Musikzirkel aufzubauen.
- Die Patienten, die auf Grund eines Asylantrages eine Duldung erhalten haben, sollten von der Klinikleitung bei der Verlängerung der Duldung unterstützt werden.
- In Lochow stehen Gesprächspartner für Therapien zur Verfügung (50-minütige Therapiegespräche), in Uchtspringe nach der Rückkehr aus Lochow nicht; kaum Personal für die Durchführung der Lockerung, die Grund für Rückverlegung nach Uchtspringe war.
- Häufiger Wechsel der Psychologen; damit verbunden permanenter Neubeginn von Therapien.
- Schlechte Atmosphäre auf den Stationen durch Überbelegung und räumliche Enge. Doppelzimmer werden willkürlich belegt.
- Kaum Möglichkeiten, die Freizeit sinnvoll zu gestalten.

Hinweise von MitarbeiterInnen

- Belegung des MRV Uchtspringe aktuell 116%; permanente Diskrepanz zwischen Belegung, den zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten und dem zur Verfügung stehenden Personal aller Berufsgruppen.
- Für 34 Patienten Überbelegung (entspräche ca. 2 Stationen mit je 18 Patienten) kein zusätzliches Personal.
- Für drei in den Ruhestand tretende MitarbeiterInnen keine zeitnahe Neueinstellung.
- Aktuell fehlen bereits Ärzte; in 2009 werden drei weitere Ärzte den MRV verlassen.
- Zwei freie Psychologen-Planstellen sind seit Monaten unbesetzt; gravierende Therapieeinschränkungen für zwei Stationen.
- Eine Stelle Sozialarbeiterin seit 2008 nicht besetzt.
- Im Jahr 2008 ging einer von zwei Sporttherapeuten in den Vorruhestand; Stelle nicht wieder besetzt; in der Folge wurde Angebot Sporttherapie für Patienten halbiert.
- Von fünf Schreibkräften nur noch drei (zwei davon in Teilzeit) tätig; in der Folge müssen Therapeuten Therapiezeit für schriftliche Arbeiten nutzen.
- Die Stations-Wochen-Visiten werden verschoben, verkürzt oder fallen auf Grund des Ärztemangels ersatzlos aus.
- Die Therapiestunden der Psychologen sind nicht mehr bedarfsgerecht durchführbar.
- 30 bis 40 Patienten können auf Grund des Personalmangels keine adäquate Ergotherapie erfahren.
- Die Lockerungs-Erprobungen wurden auf Grund des Personalmangels im pflegerischen Bereich deutlich minimiert.
- Resozialisierungsaktivitäten wurden auf ein Minimum reduziert.
- Für MitarbeiterInnen der Ergotherapie werden keine Fortbildungen genehmigt.
- Scheinbar wird von der Ergotherapie keine professionelle Arbeit mehr gefordert. Sie dient der „Aufbewahrung“ von Patienten, um die Stationen zeitweise zu entlasten.
- Entlohnung der MitarbeiterInnen in allen Bereichen zu gering im Verhältnis zur Schwierigkeit der Arbeitsaufgaben
- Ständiger Motivationsverlust.

4. Beurteilung der Einrichtung durch die Besuchskommission

Stellenwert im regionalen Versorgungsnetz

In die Gespräche im Rahmen unseres Besuches im MRV Uchtspringe flossen auch Informationen zur Entwicklung in der Außenstelle in Lochow ein. So erreichten in der Außenstelle in Lochow auf Grund des dort bestehenden Konzeptes zehn Patienten eine Lockerungsstufe und wurden nach Uchtspringe zurückverlegt. Insgesamt gibt es aktuell weniger persönlichkeitsgestörte Patienten; die Anzahl der Patienten mit schizophrenen Störungen nehmen zu.

Auch wenn nach Aussage der Klinikleitung es derzeit keinen nennenswerten Aufwuchs an Patienten im MRV in Uchtspringe gibt, so bleibt die permanente Überbelegung bei räumlicher Enge und mangelhafter Personalausstattung aus unserer Sicht ein ernstzunehmendes Problem mit nicht absehbaren Risiken und Folgen für Patienten, Mitarbeiter und Öffentlichkeit. Die Sozialministerin des Landes Sachsen-Anhalt sollte Überlegungen zur strukturellen Neuordnung der Maßregelvollzüge im Land veranlassen.

Wir sind uns als Besuchskommission nach den aktuellen Besuchserkenntnissen nicht sicher, ob eine gGmbH die Aufgaben des Landes in der gegebenen Tragweite, wie sie der Betrieb von Maßregelvollzügen erfordert, erfüllen kann.

Materielle Ausstattung

Auf Grund der Begrenzung unserer Besuchszeit auf einige Stunden verzichteten wir auf einen Rundgang durch die Einrichtung zugunsten der anstehenden Gespräche. Seit unserem letzten Besuch scheint sich nach der Aussage von Patienten und Mitarbeitern hinsichtlich des guten materiellen Standards nichts verändert zu haben. Offen bleibt die Frage, inwieweit Therapieräume etc. auf Grund des Personalmangels auch wirklich effektiv genutzt werden können.

Personal

Entgegen aller Gutachten und Studien, die für die Personalbemessung der Maßregelvollzüge in Auftrag gegeben wurden bzw. kostenintensiv noch in Auftrag gegeben werden, halten wir es für wichtig, bei der Personalbemessung den genehmigten Stellenplan des Landes Sachsen-Anhalt einzuhalten. Das Jahr 2008 zieht auf dieser Grundlage eine skandalöse Bilanz: Den 284 zu besetzenden Stellen über alle fachlichen Bereiche hinweg standen lediglich 210 tatsächlich besetzte Stellen gegenüber.

Bei den vergangenen Besuchen hatte sich unsere Kommission vorrangig auf die Diskussion um die nicht besetzten ärztlichen Stellen konzentriert und deren Besetzung gefordert. Von 19 Stellen im ärztlichen Bereich waren nur 9 besetzt. Der Träger hatte mit dem europaweiten Ärztemangel „argumentiert“, ohne die Kommission ausreichend überzeugen zu können. Mit dem aktuellen Besuch zeigt sich nun, dass der Personalmangel im Maßregelvollzug viel gravierender ist, als bisher von uns wahrgenommen wurde. Im Krankenpflegedienst standen den 230 zu besetzenden Stellen nur 164 tatsächlich besetzte Stellen gegenüber. Dies ist in einer Einrichtung, die ständige Personalpräsenz erfordert, nicht hinnehmbar. Fortbildungen finden nur sporadisch statt, Supervision aus Kostengründen überhaupt nicht.

Die Mitglieder der Besuchskommission erwarten, dass auch im MRV die Arbeit in guter Qualität geleistet wird. Diese Qualität wird derzeit jedoch keineswegs erreicht, unter Inkaufnahme möglicher fataler Konsequenzen. Das Vorschieben von Kostengründen überzeugt als Argument nicht. Die Aufgabe „Maßregelvollzug“ wurde vom Land seiner 100%igen Tochtergesellschaft, der Salus gGmbH, übertragen und ist damit auch von der Salus gGmbH zu sichern.

Das Hin- und Herschieben der Verantwortung für notwendige Entscheidungen zwischen dem Sozialministerium und dem Finanzministerium, um die angezeigten Missstände zu beheben, ist aus unserer Sicht nicht zielführend.

Konzeption

Die Konzeption der Einrichtung entspricht aktuellen Standards, doch die Umsetzung des Therapiekonzeptes ist auf Grund der schwierigen Personalsituation kritisch zu sehen.

Rechtsschutz

Der Rechtsschutz der Patienten ist gewährleistet.

Gezielte Hinweise und Empfehlungen der Kommission

Das Protokoll unseres Besuches vom 02.03.2009 im Landeskrankenhaus für Forensische Psychiatrie in Uchtspringe bezieht sich auf Grund aktueller Anlässe verstärkt auf die Situation der Patienten im Maßregelvollzug im Zusammenhang mit der ungenügenden Personalausstattung des Maßregelvollzuges.

Die Besuchskommission bittet den Ausschussvorstand, dieses Protokoll mit der Bitte um Stellungnahme weiterzugeben an:

- das Sozialministerium des Landes Sachsen-Anhalt
- das Finanzministerium des Landes Sachsen-Anhalt
- den Wirtschaftsausschuss des Landtages
- den Sozialausschuss des Landtages
- die SALUS gGmbH.

Zur Information bitte an den Betriebsrat weitergeben.

Die Mitglieder der Besuchskommission 1 möchten abschließend uneingeschränkt ihre hohe Wertschätzung für die Arbeit aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MRV Uchtspringe ausdrücken, die sie täglich unter sehr schwierigen Rahmenbedingungen leisten.

Kurzeinschätzung für den Ausschussbericht

Das Landeskrankenhaus für Forensische Psychiatrie in Uchtspringe ist eine zentrale Versorgungseinrichtung, die Patienten im Rahmen des § 63 StGB, der §§ 81a, 126a und 453c StPO behandelt. Zum Zeitpunkt des Besuches waren bei einer Kapazität von 212 Betten 246 Patienten untergebracht. Die Versorgung der Patienten erfolgt unter problematischen räumlichen und personellen Bedingungen. Für die permanente Überbelegung des Maßregelvollzuges reichen die Räumlichkeiten für die Unterbringung und Therapie kaum aus. Die Umsetzung des Therapiekonzeptes ist auf Grund fehlender personeller Ressourcen kaum zu realisieren. Dieser Zustand wird deutlich von Patienten, Klinikleitung, Betriebsrat und Mitarbeitern beklagt. Der tatsächliche Einsatz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern über alle Fachbereiche erreicht die Vorgaben der PsychPV nicht einmal ansatzweise.

Wir empfehlen dem Sozialministerium des Landes Sachsen-Anhalt, sich zeitnah mit den seit langem bekannten, teilweise unhaltbaren räumlichen und personellen Bedingungen im MRV auseinanderzusetzen und Lösungen für die anstehenden Probleme zu finden.

Für das Protokoll (Datum, Unterschrift):
03.04.2009

gez. Bernhard Maier
Vorsitzender der Besuchskommission

II.6 Erfahrungen zur Arbeit der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft der Stadt Halle

Gastbeitrag von Dr. Jutta Melzig, Psychiatriekoordinatorin

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) Halle wurde im Juli 1995 auf Initiative der Stadt Halle, des Dezernates für Jugend, Soziales und Gesundheit gegründet. Die Stadtverwaltung folgte damit einer Anregung des Sozial- und Gesundheitsausschusses.

„Die PSAG soll die Arbeit des Beirates für kommunale Psychiatrie wieder aufnehmen, fortsetzen und intensivieren.“ (Auszug aus der Einladung zur Gründung der PSAG vom 21.06.1995). Der auf Beschluss des Gesundheitsausschusses ins Leben gerufene Beirat hatte seine erste Tagung am 23. Januar 1991. Hauptaufgabe des Beirates war, die Planung und Koordination der psychiatrischen Versorgung in Halle vordergründig im medizinischen Beratungs- und Behandlungsbereich effektiv zu gestalten. 1993 stellte der Beirat seine Arbeit ein, weil zum selben Zeitpunkt die Verwaltung die Bildung einer PSAG für notwendig hielt und Anfang 1993 eine Tagung zu deren Gründung durchführte. Allerdings endeten damit auch alle weiteren Aktivitäten.

Erst 1995 wurde die Bildung einer PSAG wieder von der Verwaltung und dem Sozial- und Gesundheitsausschuss thematisiert. Damals hatten sich zwar die Beratungs- und medizinischen Behandlungsangebote für psychisch kranke Bürger in der Stadt deutlich verbessert – jedoch traten zunehmend Probleme bei der Versorgung der besonders hilfsbedürftigen chronisch Kranken im Komplementärbereich auf. Nach einer stationären Klinikbehandlung fehlten oft die notwendigen ambulanten, tagesstrukturierenden und rehabilitativen Hilfsangebote für die chronisch psychisch Kranken. Dieser Umstand enthielt die Gefahr eines sozialen Abdrängens der Zielgruppe in das gesellschaftliche Abseits bis hin zur Obdachlosigkeit. Die Arbeit der PSAG sollte dieser Entwicklung gezielt entgegensteuern.

Die Gründung der PSAG wurde 1995 auch dadurch positiv beeinflusst, weil damals vom Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit Koordinatorenstellen mit Landesmitteln anteilig für drei Jahre gefördert wurden (1. Fortschreibung des Psychiatrieplanes, 1997). Durch die Koordinatoren sollten regional vernetzte Strukturen aufgebaut werden. Die Stadt Halle nutzte das Angebot und richtete eine solche Stelle ein, anfangs zugeordnet in der städtischen Planungsgruppe, ab 1996 dann im Gesundheitsamt, beim Sozialpsychiatrischen Dienst angebunden.

In Ihrem Grußwort anlässlich der Gründung der PSAG beschrieb die damalige Beigeordnete für Jugend, Gesundheit und Soziales der Stadt Halle, Frau Dagmar Szabados, die kommunalpolitische Erwartungshaltung an die PSAG Halle mit den folgenden Worten: *„Dem verwaltungstechnischen Verstand soll Sach- und Fachwissen beigefügt werden. Der PSAG kommt eine besondere Bedeutung als qualitatives und quantitatives Planungsinstrument zu“* (Protokoll der Gründungsveranstaltung). Diese Aussagen entsprachen den Vorstellungen der anwesenden Trägervertreter, die einen empfehlenden Charakter der PSAG für die Psychiatrie- und Suchtkrankenhilfeplanung der Stadt sowie eine bessere Kooperation untereinander erhofften.

Bei der Gründung der PSAG wurden die Leitung, die Struktur, die Aufgaben und die Organisation/Geschäftsführung verbindlich vereinbart. Die Leitung der PSAG Halle wurde der Stadtverwaltung, konkret der/dem zuständigen Beigeordneten für Gesundheit übertragen. Damals war das die heutige Oberbürgermeisterin Frau Szabados.

Die PSAG begann ihre Arbeit in zwei Untergruppen (UG) – UG „Psychiatrie“ mit vier Arbeitskreisen (Wohnen/ Soziale Teilhabe/ Arbeit und Beschäftigung/ Beratung, Behandlung, Pflege und Rehabilitation) und der UG „Sucht“ (ohne Arbeitskreise). Die Untergruppen und Arbeitskreise trafen sich zunächst alle zwei Monate zu ihren Beratungen mit abgestimmten Tagesordnungspunkten. Das Plenum fand in der ersten Zeit alle zwei Jahre statt.

Die Organisation und Geschäftsführung der PSAG hatte der Sozialpsychiatrische Dienst am Gesundheitsamt der Stadt übernommen, verantwortlich ist die Psychiatriekoordinatorin. Gemäß Geschäftsordnung der PSAG bildet die Mitarbeit an der gemeindenahen Psychiatrie-

und Suchtkrankenhilfeplanung der Stadt die grundlegende Arbeitsaufgabe. Weitere Aufgaben sind der fachliche Informationsaustausch, die Absprache/Umsetzung von Kooperation und Vernetzung der Hilfsangebote, die Wahrnehmung der „Lobby-Funktion“ und die berufsbegleitende Fort- und Weiterbildung.

Es war gelungen, die PSAG Halle berufs-, träger- und ämterübergreifend zusammenzusetzen. Ihre Mitglieder kamen aus Verbänden der freien Wohlfahrtspflege, aus eingetragenen Vereinen, aus Fachämtern der Stadt und des Landes bzw. von Bundesbehörden mit Sitz in Halle, aus regionalen psychiatrischen Fach- und Tageskliniken, aus Selbsthilfegruppen sowie vom Landesverband der „Angehörigen psychisch Kranker“.

Von Anfang an haben Vertreter von Krankenkassen (Gesundheitsberater), Arbeitsagentur (Psychologischer Dienst, Rehaberater), der Rentenversicherungsträger (Rehaberater) und der Hauptfürsorgestelle aktiv in der PSAG mitgearbeitet. Die Mitarbeit der Kostenträger ist ein echter Gewinn für die Planung und Schaffung von Hilfsangeboten und unterstützt maßgeblich den Aufbau des gemeindenahen Hilfesystems. In Absprache mit dem damaligen Arbeitsamt Halle konnte z.B. die erste ambulante Maßnahme zur Rehabilitation und Fortbildung psychisch Kranker ab September 1997 mit 16 Plätzen in der Stadt initiiert werden. Dies war auch die erste ambulante Reha-Maßnahme in Sachsen-Anhalt überhaupt; daraus ist die heute überregional arbeitende RPK gGmbH Sachsen-Anhalt entstanden.

Die Arbeit der PSAG Halle erhielt im Jahre 2001 eine neue Dimension, weil im Plenum der PSAG am 21. November des Jahres der Beitritt der PSAG Saalkreis zur PSAG Halle und damit auch der neue Name PSAG Halle/Saalkreis beschlossen wurde. Dementsprechend musste die Geschäftsordnung geändert werden. Die Leitung der PSAG Halle/Saalkreis verblieb bei der Beigeordneten für Jugend, Gesundheit und Soziales der Stadt Halle, Stellvertreter war der Dezernent für Gesundheit und Soziales, Kultur und Bildung des Landkreises Saalkreis. Die Geschäftsstelle im Bereich Psychiatrie (Erwachsenenpsychiatrie/ Kinder- und Jugendpsychiatrie und Gerontopsychiatrie) lag ab sofort in den Händen der Psychiatriekoordinatorin der Stadt, die Geschäftsstelle für den Bereich Suchtkrankenhilfe lag in den Händen der Psychiatriekoordinatorin des Landkreises.

Von den Verwaltungen beider Gebietskörperschaften war als Grundlage eine entsprechende Vereinbarung zur Zusammenarbeit in der PSAG abgeschlossen worden. Die gemeinsame Arbeit wurde sinnvoll, weil einige Hilfsangebote wie z.B. die Psychosoziale Kontaktstelle des Vereins „Stadtinsel“, das Begegnungszentrum „Labyrinth-DBS“ oder die Suchtberatungsstellen in der Stadt Halle auch verstärkt von Bürgern aus dem Saalkreis genutzt wurden. Die Beplanung der neuen, größeren Versorgungsregion Halle/Saalkreis erfolgte z.B. in gemeinsamen Absprachen beider Verwaltungen, hier der beiden Sozialämter mit den jeweiligen Trägern, die aus kommunalen Mitteln gefördert werden.

Aufgrund der Verwaltungsgebietsreform vom Juli 2007 entstand ein neuer Landkreis, der den ehemaligen Saalkreis und den Landkreis Merseburg-Querfurt zum Saalkreis verschmolz. Die neue Landkreisverwaltung wünscht durch die Mitglieder eine Prüfung der Möglichkeit und Sinnhaftigkeit einer künftigen gemeinsamen PSAG Halle/Saalkreis. Das Ergebnis wird zum Jahresende 2009 erwartet.

Im Laufe der Jahre hat sich die PSAG Halle und später die PSAG Halle/Saalkreis „zum Motor der Organisation der gesamten gemeindeintegrierten Psychiatrie des komplementären Bereiches entwickelt.“ (1. Fortschreibung des Landespsychiatrieplanes, 1997). Ihre Mitglieder führten Bedarfsermittlungen für Hilfsangebote durch, organisierten thematische Informationsveranstaltungen und spezifische Fachgespräche und unterstützten die beiden Psychosozialen Veranstaltungswochen. Schwerpunktmäßig aber beteiligten sich die Mitglieder durch ihre fachliche Zuarbeit aktiv an der Erstellung der „Gemeindenahen Psychiatrieplanung der Stadt Halle 2000“; am „Psychiatriebericht der Stadt Halle 2002“ und an der „Fortschreibung der Psychiatrieplanung 2006“. Die Planung wird dem Stadtrat zur Abstimmung vorgelegt. Durch den Stadtratsbeschluss zur Planung wurde auch die PSAG

selbst als ein Bestandteil der städtischen Planung in ihrer Arbeit auf kommunaler Ebene legitimiert.

Dies ist deshalb besonders erwähnenswert, weil in Sachsen-Anhalt eine PSAG gesetzlich nicht verankert ist. Es finden sich dazu verbindliche Aussagen weder im PsychKG LSA noch im ÖGDG, im Gegensatz zu anderen Psychriegesetzen, wie z.B. dem Sächsischen Gesetz über die Hilfen und die Unterbringung bei psychischen Krankheiten (§ 7 SächsPsychKG, Koordination der psychiatrischen Versorgung).¹

Bedeutung und Nutzen einer PSAG wurden schon in der **Psychiatrie-Enquête** aus dem Jahre **1975** und später in den **Empfehlungen der Expertenkommission von 1988** hervorgehoben. In der Psychiatrie-Enquête heißt es sinngemäß, *es ist von der Tatsache auszugehen, dass die Psychiatrie stärker als andere medizinische Fächer mit nichtmedizinischen, sozialen, rehabilitativen und beratenden Diensten verflochten ist; deshalb sind auf regionaler Ebene Koordination und Planung zur Sicherstellung der Kooperation, der Vermeidung von Doppelbetreuungen und Entwicklung eines personenbezogenen Hilfesystems erforderlich.* Dazu empfiehlt die Psychiatrie-Enquête die Bildung einer PSAG auf regionaler Ebene. Die PSAG soll der Zusammenschluss der auf diesem Gebiet tätigen und an der Versorgung beteiligten Betreuungs-, Beratungs- und Behandlungsdienste sein.

Aus der 13-jährigen Erfahrung der Arbeit in der PSAG in Halle und Saalkreis ist festzustellen, dass eine vereinbarte und koordinierte Zusammenarbeit unterschiedlicher Leistungserbringer und Kostenträger, Verwaltungs-, Ämter- und Institutionsvertreter sowie Betroffenen- und Angehörigenvertreter in einem Arbeitsgremium eine gute und zuverlässige Basis für die bedarfsgerechte Gestaltung eines gemeindepsychiatrischen Hilfesystems ist. Die Verwaltung gewinnt durch diese Zusammenarbeit wertvolle und notwendige fachliche Unterstützung für ihre kommunale Planung und vor allem die Möglichkeit, ihre Daseinsvorsorge für psychisch kranke Bürger in einem weit gefächerten Netzwerk von Hilfsangeboten wahrnehmen zu können.

¹ § 7 Abs. 1 SächsPsychKG: Die Landkreise und Kreisfreien Städte richten als beratendes Gremium in den Fragen der psychiatrischen Versorgung Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften ein. Diese sind vor grundlegenden Veränderungen in der psychiatrischen Versorgung zu hören. Den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften sollen niedergelassene Ärzte, vor allem Ärzte, die eine Facharztanerkennung für das Fachgebiet Psychiatrie erworben haben, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Sozialleistungsträger, Verbände der freien Wohlfahrtspflege, öffentliche Stellen, die für Hilfen für psychisch kranke Menschen zuständig sind, Angehörigen- und Betroffenenverbände sowie Hilfsvereine angehören. Den Interessen von Kindern und Jugendlichen mit seelischen Behinderungen ist durch eine Fachkraft der öffentlichen Jugendhilfe Rechnung zu tragen. Zur Sicherstellung und Koordination der Hilfen nach den §§ 5 und 6 bestellen die Landkreise und Kreisfreien Städte einen fachkompetenten Mitarbeiter ihres Bereiches zum Psychiatriekoordinator. Mehrere Landkreise und Kreisfreie Städte können gemeinsam eine Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft und einen oder mehrere Psychiatriekoordinatoren bestellen.

III. Tätigkeitsbericht des Ausschusses

Erhard Grell

Die nachstehende Tabelle zeigt eine Übersicht über die Tätigkeit der Ausschussmitglieder im Berichtszeitraum, soweit diese über die regelmäßigen Vorstandssitzungen und Besuche in Einrichtungen hinausging:

Mai 2008	Diskussion des MS-Konzepts „Forensa“ für die ambulante Nachbetreuung von ehemaligen Patienten des Maßregelvollzugs und entlassenen Insassen der Sozialtherapeutischen Anstalt der Justiz Keitel, Langer, Maier
Juni 2008	Diskussion des Ausschuss zur geplanten Novellierung des Maßregelvollzugsgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt Böcker, Geppert, Grell, Kleßen, Maier, Methling, Scheffler
Juni 2008	Beratung des Ausschusses zum geplanten „Bewohnerschutzgesetz“ (Heimgesetz) des Landes Sachsen-Anhalt Böcker, Geppert, Grell, Tank
Juli 2008	Berufung zum Mitglied des Beirates der „Forensa“ in Magdeburg Langer
Juli 2008	Stellungnahme an das MS zu dem von einer „Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V.“ in Berlin ¹ in Auftrag gegebenen Gutachten über die Vereinbarkeit der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen mit dem Berliner PsychKG Böcker, Grell, Gottfried, Heitmann, Kleßen
09.07.2008	Redaktionsschluss zum 15. Ausschussbericht Böcker, Draba, Fiss, Flechtner, Geppert, Grell, Hahndorf, Heitmann, Keitel, Langer, Maier, Müller, Scheffler
10.07.2008	Redaktionsschluss zur Broschüre „Geschlossene Unterbringung im Heim – Beiträge zur Diskussion“ Böcker, Geppert, Gottfried, Herrmann, Reuter, Scheffler
27.08.2008	Übergabe des 15. Berichts an den Landtag und das Ministerium für Gesundheit und Soziales in Magdeburg, Landespressekonferenz Böcker, Fiss, Flechtner, Grell, Keitel, Langer
27.08.2008	Arbeitsgespräch in Magdeburg mit dem Landesgeschäftsführer, der Psychiatriebauftragten und dem Vorsitzenden des Behindertenhilfe-Fachausschusses der LIGA Böcker, Fiss, Grell
15.09.2008	Teilnahme an der 4. Landesgesundheitskonferenz in Magdeburg Böcker, Langer
26.09.2008	Landkreistag in Freyburg/Unstrut Böcker, Grell
26.09.2008	Stellungnahme des Ausschusses zum Arbeitsentwurf für ein Änderungsgesetz zum Maßregelvollzugsgesetz des Landes Sachsen-Anhalt Böcker, Geppert, Kleßen, Langer, Maier, Methling, Scheffler
29.09.2008	Stellungnahme des Ausschusses zum MS-internen Arbeitspapier „Bausteine für eine Landesregelung zur Ablösung des Bundes-Heimgesetz in Sachsen-Anhalt“ Böcker, Geppert, Herrmann, Keitel, Maier, Tank

¹ „die-BPE“, nicht zu verwechseln mit dem Bundesverband Psychiatrie- Erfahrener BPE mit Sitz in Bochum!

-
- 30.09.2008 Stellungnahme des Ausschusses zum Modellprojekt „Forensische Ambulanz in Sachsen-Anhalt“
Böcker, Langer
- 08.10.2008 Arbeitsgespräch in Magdeburg mit dem Vorstandsvorsitzenden der AOK Sachsen-Anhalt
Böcker, Fiss, Grell
- 10.10.2008 Fachgespräch „Selbstbefähigung psychisch und suchtkranker Menschen“ der PSAG Halle-Saalkreis
Geppert, Fiss
- 29.10.2008 Ausschusssitzung im Klinikum Hettstedt
„Psychiatrierelevante Fragen der Bildungspolitik“
Referenten: Herr Bohlmann, Kultusministerium,
Herr Redlich, Landesverwaltungsamt
- 18.11.2008 Symposium der Landesstelle für Suchtfragen in Magdeburg:
Alkoholbezogene Krankheitslast und Sterblichkeit in Sachsen-Anhalt
Reuter
- 21.11.2008 Beratung mit Frau Ministerin Dr. Kuppe in Magdeburg zum 15. Bericht
Böcker, Fiss, Flechtner, Grell, Langer, Maier
- 05.12.2008 Beratung mit Frau Ministerin Dr. Kuppe in Magdeburg und Vertretern von KVSA, AOK, VdAK und des Berufsverbandes der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater zum Stand der ambulanten Versorgung in der KJPP
Böcker, Flechtner
- 14.01.2009 Beratung des 15. Berichts im Ausschuss für Soziales des Landtages
Böcker, Flechtner, Fiss, Grell, Langer, Maier
- 21.01.2009 Gespräch des Vorstandes mit dem Ärztlichen Direktor des Klinikums der Universität Halle zu Bau- und Sanierungsvorhaben für die Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Böcker, Grell
- 18.03.2009 Erweiterte Ausschuss-Sitzung in Halle:
Prävention psychischer Erkrankungen in Sachsen-Anhalt
Referentinnen: Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller, Lehrstuhl für Public Health an der Psychiatrischen Klinik des Universitätsklinikums Leipzig,
Helga Meeßen-Hühne, Landesstelle für Suchtfragen,
Gäste: Dr. Theren, Ministerium, Abt. Gesundheit
Martina Kolbe, Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V.
- 21.04.2009 Arbeitsgespräch des Vorstandes in Halle mit Herrn Richard, MS, zu Gleichstellung von seelisch behinderten, suchtkranken und geistig behinderten Menschen in den Pflegesatzverhandlungen und in der Personalbemessung für Einrichtungen der Eingliederungshilfe
Böcker, Fiss, Grell
- 24.04.2009 Landespflegeausschuss des Landes Sachsen-Anhalt in Magdeburg
Langer
- 29.04.2009 Beginn der Redaktionsarbeit für den 16. Ausschussbericht in Halle
Böcker, Fiss, Flechtner, Grell, Geppert, Hahndorf, Heitmann, Langer, Keitel, Maier, Müller
- 04.05.2009 Verabschiedung der Mitglieder des Ausschusses der vierten Berufenungsperiode in Magdeburg und Berufung der Mitglieder des fünften Ausschusses durch Frau Ministerin Dr. Kuppe

Erarbeitung des 15. Berichts

Zu Beginn des Berichtszeitraumes von Mai 2008 bis April 2009 war zunächst der 15. Bericht zu erarbeiten und den zuständigen Stellen vorzustellen und zu erläutern. Der Bericht wurde im Rahmen der Landespressekonferenz am 27. August 2008 dem Präsidenten des Landtages von Sachsen-Anhalt, Herrn Dieter Steinecke, und der Ministerin für Gesundheit und Soziales, Frau Dr. Gerlinde Kuppe, übergeben. Auch diesmal fiel das Echo in den Medien eher gering aus, jedoch war das Interesse der Fachöffentlichkeit wieder erfreulich groß (der Bericht ist als Landtagsdrucksache Nr. 5/1481 veröffentlicht). Inhaltlich wurde der Bericht am 21. November 2008 mit Frau Ministerin Dr. Kuppe und Mitarbeitern ihres Ministeriums diskutiert. Am 14. Januar 2009 hat der Ausschuss für Soziales des Landtags von Sachsen-Anhalt ausführlich über den Bericht debattiert.

Sitzungen:

Am 29. Oktober 2008 fand die **Herbstsitzung des Ausschusses** im Klinikum in Hettstedt statt. Sie stand unter dem Thema „Psychiatrierelevante Fragen der Bildungspolitik“. Als Referenten für den öffentlichen Teil der Veranstaltung konnten Herr Bohlmann vom Kultusministerium des Landes Sachsen-Anhalt und Herr Redlich aus der Schulabteilung des Landesverwaltungsamtes gewonnen werden. Herr Bohlmann referierte zu dem Thema „Ausbildungswege und Ausbildungsinhalte für die Pflege gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen“. Dazu legte er dar, dass sein Ministerium nur für die Erstausbildung in der Altenpflege zuständig sei. Die Weiterbildung der Altenpfleger in der gerontopsychiatrischen Pflege ressortiere im Ministerium für Gesundheit und Soziales. Die Ausbildung enthalte nur pflegerische Elemente. Sie umfasse 2.100 Stunden Theorie und 2.500 Stunden Praktika. Das Lernfeld „situationsbezogene Pflege“ umfasse dementielle Erkrankungen, auf die ca. 100 bis 120 Stunden entfallen. In der anschließenden Diskussion wurde eindringlich darauf hingewiesen, dass erst wenige Einrichtungen der Altenpflege auf das Aufgabenfeld der gerontopsychiatrischen Pflege vorbereitet seien, obwohl in den Heimen 50% und mehr der Bewohner an Krankheiten dieses Formenkreises litten. In der Ausbildung bestehe Handlungsbedarf, damit die Pflegerinnen und Pfleger entsprechende Störungsbilder erkennen können. Es wurde bedauert, dass es keine festgelegten Inhalte für die Weiterbildung zur gerontopsychiatrischen Fachkraft gebe und das Land sich aus der inhaltlichen Gestaltung der Weiterbildung zurückgezogen habe.

Anschließend wandte sich Herr Redlich vom Landesverwaltungsamt den Schulbildungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche im Krankenhaus zu. Zunächst schilderte er die Organisation des Krankenhausunterrichts in Sachsen-Anhalt. Rechtlich beruhe der Unterricht auf Bestimmungen des Schulgesetzes des Landes und der Verordnung über sonderpädagogische Förderung. Der Unterricht erfolge in 16 Kliniken (Kinderkliniken, Kinder-Reha-Kliniken und an sechs Standorten der KJPP), jedoch gebe es nur in Uchtspringe eine „Klinikschule“. Bei den anderen Einrichtungen sei das wegen der mangelnden Größe bisher nicht möglich gewesen. Schwerpunktfächer seien Deutsch und Mathematik. Die Planung der Unterrichtsversorgung sei sehr schwierig, weil das Patientenaufkommen nicht vorhergesagt werden könne. Ziel sei es, eine Stammlehrerschaft für jede Klinik aufzubauen, um die Zusammenarbeit zwischen Klinik, Schule und Eltern zu intensivieren. Dann könne vielleicht auch das Problem der Wiedereingliederung der Kinder und Jugendlichen in ihre Herkunftsschule gelöst werden. Die Diskussion erbrachte die Forderung nach einem tragfähigen Konzept für die Klinikbeschulung mit einer umfassenden Einrichtung von Klinikschulen. Die Konzentration auf die Fächer Deutsch und Mathematik reiche nicht aus. Anzustreben sei eine klinikintegrierte Beschulung der Patienten. In Sachsen-Anhalt würden auch die Voraussetzungen für die Ableistung des Berufsvorbereitungsjahres für diesen Personenkreis fehlen, so dass sie nicht die Chance hätten, in das Berufsleben einzusteigen.

Im internen Teil der Sitzung wurde unter anderem über die Arbeit des Redaktionskollegiums für die Erstellung des 15. Berichts, die Vorstellung des Berichts in der Landespressekonferenz, Probleme mit dem Internet-Portal des Ausschusses, die Zusammenarbeit mit der Liga der Freien Wohlfahrtspflege, das Gespräch mit dem Vorstandsvorsitzenden der AOK, die Aufnahme der Tätigkeit der Forensischen Ambulanzen in Magdeburg und Halle und die Arbeit der Besuchskommissionen diskutiert. Im Anschluss daran fand eine Klausurtagung des Ausschusses zur Gestaltung der Hinweise und Empfehlungen für den 16. Bericht des Ausschusses statt.

Die **erweiterte Frühjahrssitzung des Ausschusses** am 18. März 2009 in Halle befasste sich mit dem Thema „Prävention psychischer Erkrankungen in Sachsen-Anhalt“. Als Referenten für dieses Thema standen Frau Prof. Dr. Riedel-Heller von der Psychiatrischen Universitätsklinik Leipzig und Frau Meeßen-Hühne von der Landesstelle für Suchtfragen Sachsen-Anhalt zur Verfügung. Als Gäste nahmen an dieser Veranstaltung die stellvertretende Abteilungsleiterin der Abteilung Gesundheit des Ministeriums für Gesundheit und Soziales, Frau Dr. Gabriele Theren, sowie Frau Martina Kolbe von der Landesvereinigung für Gesundheit Sachsen-Anhalt e.V. teil.

Frau Prof. Dr. Riedel-Heller referierte zu dem Thema „Die Prävention psychischer Störungen“. Dazu stellte sie fest, dass eine Primärprävention psychischer Erkrankungen sehr wohl möglich sei. Allerdings würde dieser Tatsache im öffentlichen Raum nicht genügend Aufmerksamkeit gewidmet. Auch gute Modelle würden nicht umgesetzt. Dies liege auch daran, dass das Vorbeugen gesellschaftlich nicht belohnt werde. Dabei seien die Einsparmöglichkeiten bei den Folgekosten von psychischen Erkrankungen enorm. Allerdings könne der Nachweis einer erfolgreichen Prävention erst nach relativ langen Zeiträumen erfolgen, was sich in den in der Regel jährlich abzurechnenden Budgets nicht widerspiegele.

Frau Meeßen-Hühne berichtete über „Suchtprävention – Begrifflichkeit, Struktur und Maßnahmen in Sachsen-Anhalt“. Sie stellte zunächst die Struktur der Landesstelle für Suchtfragen und ihre Einbindung in die Arbeit der Liga der Freien Wohlfahrtsverbände dar. Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit sei die Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs, der in Sachsen-Anhalt eine im bundesweiten Rahmen unrühmliche Rolle spiele. Es gebe auch in Sachsen-Anhalt gute Präventionsmodelle und man arbeite mit vielen Partnern des öffentlichen Bereichs zusammen. Vor Ort werde die Arbeit von den Suchtberatungsstellen und vier Fachstellen für Suchtprävention geleistet. Für viele Modelle fehle es aber oft an Geld und Personal.

In der anschließenden Diskussion wurden die Rolle des Arztes etwa in der Schwangerenberatung sowie Maßnahmen gegen Glücksspielsucht bzw. bei Jugendlichen mit Essstörungen thematisiert. Frau Dr. Theren merkte an, dass die Prävention psychischer Erkrankungen zwar in den Gesundheitszielen des Landes nicht explizit genannt sei. Es würden aber gezielt verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen gefördert. Auch das Land fordere personell qualitativ und quantitativ ausreichend ausgestattete Suchtberatungsstellen. Das sei aber Aufgabe der Kommunen und der Krankenkassen. Das Land könne nur zusätzlich mit freiwilligen Leistungen helfen. Frau Kolbe führte aus, dass die Landesvereinigung für Gesundheit die Prävention psychischer Erkrankungen bisher nicht bearbeitet habe. Sie berichtete über die Zusammensetzung und die Arbeit ihrer Vereinigung und warb um Mitarbeit in den Arbeitskreisen, von denen sich viele auch mit Suchtproblemen befassen würden. In der weiteren Diskussion wurde die Verantwortung des Landes für die Gesamtheit seiner Bewohner betont. Man könne nicht immer auf die Zuständigkeit anderer Institutionen verweisen, sondern müsse selbst in geeigneter Weise handeln.

Im internen Teil der Sitzung berichtete der Vorstand aus der aktuellen Ausschussarbeit. Nach den Berichten aus der Arbeit der Besuchskommissionen wurden die Schwerpunkte des

zu erarbeitenden schriftlichen Berichtes des Ausschusses erörtert und die Mitglieder des Redaktionskollegiums bestimmt.

Besuchsarbeit der regionalen Besuchskommissionen

Ein wesentlicher Teil der Arbeit des Ausschusses und seiner Besuchskommissionen ist der regelmäßige (in der Regel monatliche) Besuch von Einrichtungen. Insgesamt wurden im Berichtszeitraum **94 Einrichtungen** aufgesucht:

- 4 Sozialpsychiatrische Dienste
- 5 Suchtberatungsstellen
- 7 Betreuungsformen des Ambulant Betreuten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung / seelischer Behinderung infolge Sucht
- 2 Tagesstätten für Menschen mit seelischer Behinderung / seelischer Behinderung infolge Sucht
- 9 Heilpädagogische Kinder- und Jugendeinrichtungen
- 8 Wohnheime für Menschen mit seelischer Behinderung
- 6 Wohn- und Übergangsheime für suchtkranke Menschen
- 7 Wohnheime für Menschen mit geistiger Behinderung
- 11 Werkstätten für Menschen mit Behinderung, darunter mit Spezialbereichen für Menschen mit seelischen Behinderungen
- 6 Wohnheime an WfbM
- 17 Altenpflegeheime, zum Teil mit ausgewiesenen Wohnbereichen für Menschen mit psychischen Störungen
- eine Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz
- ein Tagesbetreuungszentrum für Menschen mit Demenz
- eine Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK)
- 5 psychiatrische Kliniken
- 3 psychiatrische Tageskliniken
- eine Maßregelvollzugsklinik.

Weiterhin erreichten den Ausschuss-Vorstand und die Geschäftsstelle wie in jedem Berichtsjahr so auch in diesem in einem erheblichen Umfang Hilfersuchen von Menschen und Institutionen, die im Rahmen der laufenden Geschäfte bearbeitet wurden. Der Ausschussvorstand (der Vorsitzende und sein Stellvertreter) haben sich in der Regel 14-tägig zu einer Vorstandssitzung getroffen, an der auch die Geschäftsführerin des Ausschusses teilgenommen hat.

Dazu im Einzelnen:

- wiederholte Hinweise aus Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychosomatik/-psychotherapie zur Notwendigkeit von Unterbringungsmöglichkeiten für „austherapierte“ schwerst gestörte, aggressive Jugendliche mit endlosen Heimkarrieren; grundsätzliche Absage des Landes zur Einrichtung geschlossener Plätze, keine Unterbringungsmöglichkeiten in Sachsen-Anhalt vorhanden oder geplant; auch in anderen Bundesländern werden Plätze knapp und Anfragen abgewiesen, Wartelisten in dortigen Einrichtungen mit bis zu 80 Antragstellern, stark ansteigender Bedarf: Gefahr, dass Jugendliche ohne Schulabschluss, ohne Berufsausbildung in die Kriminalität abrutschen. Anlass für eine Umfrage unter den Chefärzten und niedergelassenen Fachärzten für KJPP (Kapitel II.2.2, Seite 15);
- Rechtsstreit zwischen dem Träger eines Altenpflegeheims und dem Ausschuss; vom Ausschuss wurde Berufung zum Oberverwaltungsgericht Magdeburg eingelegt.
- Rechtsstreit zwischen dem Träger eines weiteren Altenpflegeheims und dem Ausschuss vor dem Verwaltungsgericht Halle und dem Oberverwaltungsgericht Sachsen-Anhalt im Eilverfahren;

- Beantwortung der Anfragen von Studenten der Hochschule Magdeburg-Stendal zur „Psychotherapeutischen Versorgung älterer Menschen“, u.a. zu Versorgungsdaten in Sachsen-Anhalt, Einrichtungen, Patienten über 65 Jahre, Diagnosen, Psychotherapie;
- Bearbeitung von Anfragen der Fraktionen Die LINKE und SPD zum Gutachten einer Gruppe von Rechtsanwälten im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V. Berlin, zu Konsequenzen aus der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen; fachliche Erläuterungen durch den Ausschussvorsitzenden
- Bitte des Betriebsrates im MVollz Uchtspringe wegen gravierender Personaldefizite um Unterstützung durch den Ausschuss – Besuchskommission I führt vor Ort Gespräch mit Vertretern;
- Bearbeitung zahlreicher Beschwerden von Maßregelvollzugspatienten Uchtspringe; Klärung vor Ort durch Gespräche der Besuchskommission; Beantwortung der Schreiben durch den Ausschussvorsitzenden
- Beantwortung der Anfrage eines Sozialpsychiatrischen Dienstes zu Rechtsgrundlagen und Befugnissen einer Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft;
- Bearbeitung von Anfragen, Beschwerden und Hilfeersuchen von Patienten und Angehörigen;
- Anfrage des Robert Koch-Instituts (vertritt die Bundesrepublik Deutschland in der OECD-Arbeitsgruppe *Mental Health Care Indicators*) zu Qualitätsindikatoren im Bereich der psychischen Gesundheit.

„Neuigkeiten“

Die nachfolgende Zusammenstellung versucht einen Überblick darüber zu geben, was sich in der Versorgungslandschaft im Berichtszeitraum verändert hat. Die Aufzählung ist wertfrei und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit:

- Mai 2008: Eröffnung des SALUS-MVZ in Oebisfelde mit ambulanter Versorgung in Psychiatrie und Psychotherapie, KJPP und Allgemeinmedizin.
- Mai 2008: Die „FORENSA“ eröffnet in Magdeburg – zunächst unter Protest von Anwohnern – die erste forensisch-psychiatrische Ambulanz. Mittlerweile nimmt ein Vertreter der Bürgerinitiative als Gast an den Sitzungen des Beirates teil.
- Juni 2008: Berufung der Beiratsmitglieder der „FORENSA“.
- Juni 2008: Die AOK Sachsen-Anhalt gibt gemeinsam mit der PSAG Magdeburg einen „Wegweiser Psychiatrie/Sucht/Gerontopsychiatrie“ für die Landeshauptstadt heraus.
- Juni 2008: Begegnungs- und Beratungsstätte „Seelensteine“ als Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern in Halle.
- Juli 2008: "Pflegerreform 2008", das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz tritt in Kraft.
- August 2008: Umzug des St. Joseph-Krankenhauses Dessau in einen Neubau.
- Oktober 2008: Eröffnung der zweiten forensisch-psychiatrischen Ambulanz in Halle in der JVA Halle I.
- Oktober 2008: Teilung der Salus-Klinik für KJPPP am Klinikum Uchtspringe und Bildung der Kliniken I und II.
- Oktober 2008: Das Salus-Wohnheim „St. Georgii“ Magdeburg eröffnet einen neuen Tagesförderbereich im „Aktivitätszentrum“, Seepark 5, am Standort der Salus-Zentrale.
- Oktober 2008: Kündigung aller Verträge der Stadt Halle mit Verbänden und Vereinen über „freiwillige Leistungen“; Basisprotestbewegung der Betroffenen, z.B. Labyrinth e.V.

- Dezember 2008: Eröffnung einer Eltern- und Kind-Station an der Klinik für KJPP am Klinikum Magdeburg.
- Januar 2009: Eröffnung einer zweiten Tagesklinik mit zwölf Plätzen für Erwachsenenpsychiatrie des Salus-Fachklinikums in Bernburg.
- Januar 2009: Verkauf des Psychiatrischen Krankenhauses der Stadt Halle an die AWO Krankenhausbetriebs-GmbH.
- Januar 2009: Verkauf der Klinikums Mansfelder Land mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Hettstedt an die HELIOS Kliniken GmbH. Im Februar 2009 Amtsantritt des neuen Chefarztes Dr. Schwaiger in der Nachfolge von Dr. Feseler.
- Februar 2009: Wiedereröffnung der Klinik für Psychosomatische Medizin am Diakoniekrankenhaus Halle, Amtsantritt von Chefarzt Dr. Hoffmann in der Nachfolge von Dr. Maaz.
- Februar 2009: Berufung des Chefarztes der Klinik für KJPP am Klinikum Magdeburg auf den Lehrstuhl für KJPP an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.
- März 2009: Eröffnung einer Außenstelle der Klinik für psychische Erkrankungen des Saale-Unstrut-Klinikums Naumburg am Georgius-Agricola-Klinikum in Zeitz mit Tagesklinik, Institutsambulanz und Konsiliardienst.
- März 2009: Der Landkreis Börde schafft und besetzt die Stelle eines Psychiatriekoordinators.
- März 2009: Gründung der Landesarbeitsgemeinschaft der Werkstatträte in Sachsen-Anhalt.
- März 2009: Gründung eines Netzwerkes „Werkstätten im Landkreis Stendal“.
- April 2009: Verabschiedung von Frau Dr. Hausmann, Chefarztin der Klinik für KJPP am Krankenhaus St. Barbara in Halle, in den Ruhestand und Amtsantritt der neuen Chefarztin, Frau Dr. Goering.

IV. Bilanz und Perspektiven

Etliche der vorangegangenen fünfzehn Berichte enthielten – als Kondensat aus den Besuchsberichten und den thematischen Beiträgen – einen Abschnitt, in dem möglichst konkret formulierte „Hinweise und Empfehlungen“ – in erster Linie für die unmittelbaren Adressaten des Berichts, also Landtag und Landesregierung, in zweiter Linie aber auch für viele andere mit dem Feld der psychiatrischen Versorgung befasste Behörden, Körperschaften, Verbände, Kostenträger, Einrichtungsträger, Einrichtungen und Dienste im Land und den Kommunen – zusammengestellt wurden. Ganz glücklich waren wir damit nie, zum einen weil sich eine gewisse Redundanz meist nicht vermeiden ließ, und zum anderen, weil wir die Gefahr sahen, dass nur dieser Abschnitt überflogen wird, ohne die Begründung durch die inhaltlich vertiefende Analyse in den einzelnen Kapiteln zur Kenntnis zu nehmen.

Zum Ende der vierten Amtsperiode hat der Ausschuss sich dennoch entschlossen, als Ergänzung zu den vorangegangenen Kapiteln und den Besuchsberichten wieder solche Überlegungen zum gegenwärtigen Stand und zu offenen Problemen besonders herauszustellen – schon um die Themen zu benennen, mit denen die im politischen Raum strategisch und die im Tagesgeschäft operativ Verantwortlichen sich nach der Ansicht der Ausschussmitglieder auseinandersetzen sollten. Im Wesentlichen sind die nachfolgend dargestellten Überlegungen das Ergebnis der Klausurtagung des Ausschusses am 29.10.2008 in Hettstedt und der Sitzung am 18.03.2009 in Halle. In das Vorwort wurden die Punkte aufgenommen, die im Sinne von „Altlasten“ als Auftrag an den Ausschuss selbst zu verstehen sind; hier sollen nun weitere Themen angesprochen werden, die der Ausschuss den übrigen Adressaten seines Berichts zur Beachtung und Bearbeitung empfehlen möchte.

Prävention psychischer Erkrankungen:

Ein vom Ausschuss gewissermaßen erst spät entdecktes, obwohl ganz zentrales Thema ist die Prävention psychischer Erkrankungen. Der Ausschuss empfiehlt, nicht nur die Prävention von Suchtkrankheiten, sondern auch die Prävention von psychischen Erkrankungen in Sachsen-Anhalt künftig aktiver anzugehen. Ziel muss es sein, die bereits vorliegenden Forschungsergebnisse in konkrete praktische Interventionen umzusetzen. Aufgrund der Daten, die von der Forschung bereitgestellt werden, können gegenwärtig drei Schwerpunkte empfohlen werden, für die kosteneffektive Interventionen zur Verfügung stehen:

- Programme zur Förderung von psychischer Gesundheit und zur Prävention von emotionalen und Verhaltensstörungen bei Kindern im Vorschulalter aus sozial benachteiligten Familien (selektive Prävention);
- Programme zur Suizidprävention (indizierte Prävention);
- Programme zur Prävention von (degenerativen und vaskulären) Demenzen (universelle Prävention).

Interventionen zur Früherkennung und Frühbehandlung von Prodromalstadien schizophrener Psychosen bei jungen Erwachsenen sind noch Gegenstand aktueller Forschungsvorhaben. Auf jeden Fall empfehlenswert ist bei diesem Risiko der Verzicht auf den Konsum von Cannabis. Ein hohes Risiko für psychische Erkrankungen tragen die Kinder von chronisch kranken Eltern und insbesondere die Kinder von psychisch kranken und suchtkranken Eltern; diese Risikogruppen lassen sich einerseits leicht definieren und beschreiben, sind andererseits aber besonders schwer zugänglich. Es geht darum, mit Screening-Verfahren die besondere Belastung der Kinder überhaupt wahrzunehmen und daraus effektive Vorsorgemaßnahmen in interdisziplinärer Zusammenarbeit zu entwickeln. Traditionelle Interventionen der Jugendhilfe in Form der Herausnahme der Kinder aus der Herkunftsfamilie sind hier nicht zielführend.

Prävention findet nicht oder nur zu einem ganz geringen Teil innerhalb der Psychiatrie statt. Interventionen zur Prävention psychischer Erkrankungen können in der Kinderkrippe und im Kindergarten beginnen; sie können in der Schule, am Ausbildungsplatz, im Studium und am Arbeitsplatz weitergeführt werden. Der Gesundheitsziele-Prozess bietet hierfür

Ansatzpunkte. Neben Bildungsinhalten (Lehrpläne!) spielen Werbung und Medien eine wichtige Rolle. Profitieren werden von kosteneffektiven Präventionsmaßnahmen nicht nur unsere Mitbürger, die im Ergebnis weniger häufig und weniger schwer erkranken, sondern auch die Träger der Kosten des Versorgungssystems, also die Krankenkassen und Rentenversicherungsträger, die Pflegekassen und das Land als überörtlicher Sozialhilfeträger. Aspekte der (psychischen) Gesundheit müssen von der Landes- und Kommunalpolitik auch bei Planungsaufgaben (Landes-Entwicklungsplan, Raumordnung, Verkehrsplanung, Flächennutzungspläne, Bebauungspläne und Umweltgestaltung) berücksichtigt werden.

Demographischer Wandel:

Die Notwendigkeit, das Versorgungssystem als „Reparaturbetrieb“ durch Vorbeugung zu entlasten, ergibt sich schon aus dem demographischen Wandel. Wenn immer mehr Menschen immer älter werden, dann werden künftig auch mehr Menschen an Demenz erkranken. Die Rezepte dagegen decken sich mit den Empfehlungen der Philosophen des klassischen griechischen Altertums für ein gutes geglücktes Leben: Richtige Ernährung, genügend körperliche Bewegung, geistige Aktivität in sozialen Beziehungen. Gesichert ist, dass der Lebensstil (Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen) über die bekannten Risikofaktoren (Hypertonie, Diabetes) das Risiko zerebrovaskulärer Erkrankungen mitbestimmt. Bei älteren Menschen, die körperlich aktiv sind, ist die Wahrscheinlichkeit höher, von einer Demenz verschont zu bleiben; das gilt wahrscheinlich auch für diejenigen, die in einer anregenden Umgebung leben und ihr Gehirn benutzen und trainieren („use it or lose it“). Diese Erkenntnisse können und müssen in gesundheitsfördernde Maßnahmen umgesetzt werden, die allerdings nicht erst im hohen Alter beginnen dürfen, sondern die gesamte Bevölkerung durchdringen müssen, wenn sie vorbeugend wirksam werden sollen.

Dennoch wird es in Zukunft eine große Zahl von betagten Mitbürgern geben, die wegen psychischer Erkrankungen untersucht, beraten, behandelt und gepflegt werden müssen. Immer noch mehr immer schlechter personell ausgestattete Pflegeheime zu bauen, kann auf die Dauer nicht die Lösung sein. Viel zu oft wird gegenwärtig von den Betroffenen, ihren Angehörigen und manchmal auch den Hausärzten nichts unternommen, bis es buchstäblich „zu Hause nicht mehr geht“ und dann die Heimaufnahme unvermeidlich wird. Neue Modelle für frühzeitige interdisziplinäre ambulante geriatrische und gerontopsychiatrische Diagnostik und Beratung werden ebenso dringend benötigt wie weitere Initiativen zur Befähigung, Unterstützung und Entlastung der pflegenden Angehörigen.

Überdies steht das Versorgungssystem seit einigen Jahren schon vor neuen Herausforderungen in Form der Notwendigkeit, für Menschen mit Behinderungen über die Lebensspanne hinweg angemessene Betreuungsformen zu entwickeln:

- Bei geistig behinderten Menschen, die als Erwachsene bei ihren Eltern wohnen, muss rechtzeitig ein alternativer Plan vorbereitet werden für den Fall, dass diese schwer krank werden oder sterben. Dazu benötigen diese Familien frühzeitig gezielte und fachkundige Beratung, eine Aufgabe, die nicht nur Selbsthilfe-Organisationen überlassen bleiben sollte, sondern auch bei den begleitenden Diensten der Werkstätten und Förderstätten für behinderte Menschen und bei den Betreuungsbehörden und Gerichten stärker in den Blick genommen werden muss.
- Für die wachsende Zahl von behinderten Menschen, die ein höheres Alter erreichen, müssen neue Lösungen gefunden werden, um ihre Pflege im erforderlichen Umfang sicherzustellen, ohne ihre Teilhabe abrupt zu beenden. Uns erscheint es weder sachgerecht, sie alle in Altenpflegeheime abzudrängen, noch können wir in jedem Fall einem unbegrenzten Verbleib im Wohnheim an WfbM das Wort reden. Gerade in dieser Frage ist zu empfehlen, Erfahrungen aus anderen europäischen Ländern einzubeziehen, um neue Modelle einer „integrierten“ Versorgung zu entwickeln.
- Es war historisch richtig, die geistig Behinderten im Zuge der Psychiatrie-Reform aus den Langzeitstationen der psychiatrischen Großkrankenhäuser und den großen Heimeinrichtungen zu entlassen und ihre Anstaltsverwahrung durch pädagogische

Konzepte der Förderung zu ersetzen. Allerdings darf nicht übersehen werden, dass geistig behinderte Menschen ein besonders hohes Risiko tragen, psychisch krank zu werden; sie benötigen dann zusätzlich zur heilpädagogischen Förderung medizinische (psychiatrisch-psychotherapeutische) Hilfe in Form fachkundiger Diagnostik und Therapie. Deshalb müssen alle Einrichtungen der Behindertenhilfe, insbesondere die Wohnheime und Werkstätten, aber auch die Sonderschulen, stabile und verlässliche Kooperationsbeziehungen zu Nervenärzten bzw. Psychiatern und zu ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapeuten unterhalten, und alle Betroffenen müssen ungehinderten Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischer Beratung und Behandlung haben. Symptome psychischer Erkrankungen bei geistig behinderten Menschen dürfen nicht voreilig als behinderungsbedingte Verhaltensstörung fehlgedeutet werden.

Werkstätten für behinderte Menschen:

Nach den Berichten der Besuchskommissionen besteht in vielen Werkstätten für behinderte Menschen in Sachsen-Anhalt eine Diskrepanz zwischen der Anzahl der verfügbaren Arbeitsplätze und der tatsächlichen Zahl der Mitarbeiter im Sinne einer erheblichen Überbelegung. Vor einigen Jahren hat die Sozialagentur Berechnungen vorgelegt, mit denen aufgrund des demographischen Wandels ein Rückgang der Neuzugänge in den Werkstätten vorausgesagt wurde; deshalb wurde ein weiterer Ausbau der Werkstätten nicht für erforderlich gehalten. Dem Ausschuss ist nicht bekannt, ob die prognostizierte Entwicklung eingetreten ist. Vertreter der Werkstätten haben dem Ausschuss eine insgesamt prekäre Situation geschildert. Der Ausschuss wird sich im kommenden Jahr diesem Thema intensiv zuwenden.

Auch Werkstätten müssen nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen geführt werden und bei Strafe des eigenen Untergangs kostendeckend arbeiten; deshalb teilen wir die Sorge, dass ihr rehabilitativer Auftrag immer mehr in den Hintergrund rückt und hier ein neuer Niedriglohnsektor entsteht mit billigen Arbeitskräften, die leicht ausgebeutet werden können. Für diese Annahme sprechen Berichte, dass mehr und mehr lernbehinderte Menschen nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt unterkommen und nur in Werkstätten einen Arbeitsplatz finden. Darunter werden viele junge Leute sein, die „nur“ eine Entwicklungsverzögerung haben und etwas länger brauchen als ihre Altersgenossen, um erwachsen zu werden („Spätentwickler“); ihre Chancen zur Teilhabe am Arbeitsleben dürfen keinesfalls durch eine zu frühe einseitige Festlegung auf den geschützten Arbeitsmarkt geschmälert werden. Es bleibt zu hoffen, dass der sogenannte „Fachkräftemangel“ und eine künftig zu erwartende Nachfrage nach Arbeitskräften dazu führen werden, dass auch Menschen mit Handicaps im Arbeitsleben wieder Chancen eingeräumt werden.

In den letzten Jahren haben sich in einigen Regionen, zum Teil in Form von Zweigwerkstätten, sogenannte „Werkstätten für seelisch behinderte Menschen“ entwickelt. Für den Ausschuss ist gegenwärtig nicht überschaubar, ob hier Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen, die schwieriger zu beschäftigen sind, nur abgesondert und ausgegrenzt werden oder ob die Arbeitsaufgaben und Arbeitsbedingungen tatsächlich besonders auf ihre Behinderung zugeschnitten sind.

Personalbemessung in der komplementären Versorgung:

In Sachsen-Anhalt sind mehr Menschen wegen Behinderungen in Heimen untergebracht als in den meisten anderen Bundesländern; entsprechend hoch sind die Gesamtkosten, die Jahr für Jahr für stationäre Eingliederungshilfe in den Landeshaushalt eingestellt werden müssen. Seit der Zusammenführung der Zuständigkeiten für ambulante und stationäre Wohnformen beim überörtlichen Sozialhilfeträger war bei den ambulanten Wohnformen ein deutlicher Zuwachs – von wenigen Hundert Plätzen auf mehrere tausend betreute Personen – zu registrieren; zu einem Abschmelzen der hohen Kapazitäten der Heime ist es dagegen nicht gekommen. Regional fehlen sogar Heimplätze, so im Süden des Landes für die vorübergehende oder dauerhafte Unterbringung von „seelisch behinderten Menschen infolge Sucht“.

Insgesamt ist das System nach der Einschätzung des Ausschusses zu starr, zu wenig flexibel. Auf der einen Seite starre Vorgaben (Leistungstypen, Personalschlüssel) – auf der anderen Seite lebendige Menschen mit ihren Stärken und Schwächen, ihren Ecken und Kanten, ihren persönlichen Vorstellungen und Vorlieben und ihren spezifischen Problemen und Ressourcen. Viele der Betroffenen sind nicht „nur“ geistig behindert oder „nur“ chronisch psychisch krank oder „nur“ suchtkrank; anspruchsvoll wird es dann, wenn beispielsweise ein junger Mann mit einer Intelligenzminderung an einer schizophrenen Psychose erkrankt und sekundär in eine Suchtmittelabhängigkeit hineingerät. Solche Kombinationen von Problemlagen sind aber eher die Regel als die Ausnahme.

Dem Sozialrecht ist noch immer anzumerken, dass es sich aus der Kriegsofopferfürsorge entwickelt hat. Vorstellungen davon, was eine „Behinderung“ ist, gehen noch immer aus von einem abgeschlossenen Schadensereignis und einem konstanten Hilfebedarf. Das ist nicht die Lebensrealität von Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen. Sie benötigen keine starren Schemata, sondern kreative, höchst individuelle, manchmal fantasievolle, vor allem aber flexible Lösungen – in Krisen anders als im Alltag, in zwei Jahren anders als heute, über die Lebensspanne hinweg stets orientiert am Bedarf. Dieser resultiert aus ihrem Anspruch auf Teilhabe am Leben der Gemeinschaft. An der Teilhabe gehindert und auf Hilfe angewiesen sind sie, weil es nicht gelungen ist, Fähigkeitsstörungen aufgrund von Krankheitssymptomen durch Behandlung zu beseitigen oder durch rehabilitative Interventionen zu kompensieren. Je erfolgreicher Prävention, Behandlung und Rehabilitation gelingen, umso weniger Eingliederungshilfe wird erforderlich sein. Je tragfähiger das soziale Netzwerk eines in dieser Weise „behinderten“ Menschen entwickelt wird, je besser seine persönlichen und sozialen Beziehungen gepflegt werden, je erfolgreicher Hilfen in den Familien und im sozialen Umfeld, also außerhalb des professionellen Unterstützungssystems, aktiviert werden können, um so weniger Eingliederungshilfe wird erforderlich sein. Je behutsamer die Übergänge gestaltet werden, je mehr Spielraum für Anpassung und Entwicklung gelassen wird, je individueller im Einzelfall Formen der Unterstützung miteinander kombiniert werden können, um so weniger Eingliederungshilfe wird auf die Dauer erforderlich sein.

Hilfeplankonferenzen sind nur ein erster Schritt auf diesem Weg zur Individualisierung der Teilhabe behinderter Menschen. Aus der Sicht des Ausschusses müssen die Kostenträger enger zusammenarbeiten, um im Einzelfall zu prüfen, welchen Beitrag jeder von ihnen zur Eingliederung eines geistig behinderten, chronisch psychisch kranken, suchtkranken oder mehrfach behinderten Mitbürgers leisten kann. Erst wenn es gelingt, den vom gegliederten System der sozialen Sicherung kultivierten „Verschiebebahnhof“ abzulösen durch eine kostenträgerübergreifende Zusammenarbeit, werden wir bei der Integration behinderter Menschen spürbar vorankommen. Gebraucht werden außerdem neue Ideen und neue Modelle; hier sind die Einrichtungsträger und ihre Verbände aufgerufen, das Denken in Besitzständen aufzugeben und sich stärker an der Entwicklung von zukunftsfähigen und originellen neuen Lösungen zu beteiligen.

Ziele der Sozialpolitik

Egal aus welchem Topf die Gelder kommen – ob von den Krankenkassen, den Rentenversicherungsträgern, der Bundesagentur für Arbeit, vom Land oder den Kommunen – immer sind es öffentliche Mittel, die zusätzlich zum Eigenanteil der betroffenen Menschen und ihrer Familien eingesetzt werden. Zu dem Ziel, langfristige Hospitalisierungen zu verhindern, können viele Interventionen und Hilfeformen einen Beitrag leisten, lange bevor überhaupt erstmals ein Sozialhilfeantrag gestellt wird: Das Spektrum der Möglichkeiten, die herkömmliche hausärztliche, fachärztliche und klinische Behandlung zu ergänzen, reicht vom „Home Treatment“, also der „Intensivbehandlung zuhause“ über die sozialpsychiatrische Schwerpunktpraxis, die ambulante Soziotherapie, das Fallmanagement, die unterstützte Beschäftigung und die ambulante psychiatrische Fachkrankenpflege bis hin zur Laienhilfe, Selbsthilfe und Angehörigenarbeit. Gelder, die hier von den Beitragszahlern investiert werden, werden nicht nur Leiden lindern, sondern überdies die Steuerzahler entlasten.

Oder werden Enthospitalisierung, Eingliederung und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen von den Bürgern unseres Landes womöglich nicht gewünscht? Diesen Eindruck haben wir nicht. Der Ausschuss verfolgt seit einigen Jahren anhand eines eigenen Pressespiegels die Berichterstattung über gemeinsame Initiativen und Aktivitäten von behinderten und nicht behinderten Menschen in den Lokalteilen der Volksstimme und der Mitteldeutschen Zeitung. Regional gibt es vielfältige Gelegenheiten zur Begegnung, und regelmäßig werden solche Anlässe positiv wahrgenommen und kommentiert. Auch über die regionale – kommunale – Psychiatriepolitik wird berichtet, dort wo sie überhaupt stattfindet. Die Medien können viel beitragen zur Entstigmatisierung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen und teilen hier mit der Politik eine große Verantwortung.

Bei der Politik hat der Ausschuss in den letzten Jahren mit seinen Überlegungen wenig Gehör gefunden. Das hindert uns nicht daran, unverdrossen unser Credo zu wiederholen, dass wir die Psychiatriepolitik für einen wichtigen Teil der Sozialpolitik halten. Nach unserer Auffassung muss durch konsequentes, kraftvolles, mutiges und klares Regierungshandeln dafür gesorgt werden, dass die vielen zum Teil gegeneinander laufenden Partikularinteressen unter einem gemeinsamen Leitbild gebündelt und durch Vorgabe sozialpolitischer Ziele gelenkt werden. Deshalb wiederholen wir unsere Forderung, anhand eines Psychiatrieplans alle Beteiligten auf gemeinsame psychiatriepolitische Ziele zu verpflichten. Dazu wird es notwendig sein, im MS wieder ein Psychiatriereferat einzurichten und mit einem in Psychiatrie kundigen Facharzt zu besetzen.

Wir verzichten an dieser Stelle darauf, in enzyklopädischer Vollständigkeit alle Einzelprobleme aufzulisten, auf die Mitglieder des Ausschusses und der Besuchskommissionen gestoßen sind. Uns kam es darauf an, einen Bogen zu spannen und damit einige der Themen anzusprechen, die den Ausschuss im letzten Jahr bewegt haben und die Politiker unseres Landes beschäftigen sollten. Wir danken den Abgeordneten des Landtags für ihr Interesse an diesen Fragen, und wir bitten sie: Helfen Sie mit, die Reformbremse zu lösen!

Naumburg, im Juni 2009

Felix M. Böcker

V. Berichte der regionalen Besuchskommissionen

V.1 Bericht der Besuchskommission 1

Vorsitzender Herr Bernhard Maier, Stellv. Vorsitzende Frau Dr. Waltraud Groscheck

Landkreis Stendal

Der Landkreis Stendal umfasst eine Fläche von 2.423 km². Auf diesem Territorium leben ca. 130.000 Einwohner; die Kreisstadt ist Stendal. Der strukturschwache Flächenlandkreis setzt seit geraumer Zeit Prioritäten in der medizinischen und sozialpsychiatrischen Versorgung.

Der Sozialpsychiatrische Dienst des Landkreises verfügt über acht Beratungsstellen im Landkreis (Stendal, Osterburg, Havelberg Tangermünde, Tangerhütte, Bismark, Seehausen, Klietz). Diese ermöglichen den Bürgern ein umfassendes Beratungsangebot und relativ kurze Wege. Die Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist allerdings, anders als es das PsychKG des Landes Sachsen-Anhalt seit 1992 zwingend vorsieht, keine Fachärztin für Psychiatrie.

Der Landkreis Stendal verfügt über eine große Trägervielfalt für soziale Einrichtungen und Dienste. 50 verschiedene Träger beteiligen sich an den unterschiedlichsten Aufgabenstellungen. Die Einrichtungen der SALUS gGmbH in Uchtspringe (Fachkrankenhaus, Heimverbund) mit den Tageskliniken und Institutsambulanzen in Stendal und den Institutsambulanzen in Uchtspringe, Tangerhütte, Tangermünde und Bismark nehmen aktuell mit ihrer Vielfalt, fachlichen Differenzierung und ihrer zahlenmäßigen Kapazität in der Region den zentralen Platz in der medizinischen Versorgung und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen ein. In Stendal ist die SALUS gGmbH Träger einer kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik mit 14 Plätzen. Wünschenswert wäre der Aufbau einer Tagesklinik für Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie in Osterburg, um diese Region besser zu versorgen. Nicht ausreichend hinsichtlich der Nachfrage sind bisher die Angebote in der Gerontopsychiatrie.

Die stationäre psychiatrische Versorgung der Einwohner des Landkreises östlich der Elbe wird durch das Fachkrankenhaus Jerichow im Landkreis Jerichower Land gesichert.

Die vorgehaltene Platzzahl in stationären Behinderteneinrichtungen und Werkstätten für behinderte Menschen ist für den Landkreis ausreichend, nach wie vor ist das Angebot an Tages- und Begegnungsstätten unzureichend.

Im Landkreis gibt es eine große Anzahl von Selbsthilfegruppen, die sich thematisch neben psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen vor allem mit den verschiedenen Formen von Suchterkrankungen beschäftigen.

Problematisch ist die Arbeit im Bereich der Sucht- und Drogenprävention. Hier gibt es lediglich eine einzige Suchtberatungsstelle in Stendal mit einer Außenstelle in Osterburg.

Im Landkreis arbeiten nur noch vier Nervenärzte in freier Niederlassung; zwei in Stendal, einer in Osterburg und eine Nervenärztin in Havelberg, die aber nur bedingt für den Landkreis Stendal versorgungswirksam werden kann. Die SALUS gGmbH erhielt eine Zusage für zwölf Tagesklinikplätze (Erwachsenenpsychiatrie) für den Standort Seehausen, an der Umsetzung wird derzeit gearbeitet. Hinzu kommen fünf Psychologische Psychotherapeuten in freier Niederlassung, vier in Stendal, einer in Bismark. In Bismark praktiziert eine Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie in freier Niederlassung.

Hingegen gibt es keine niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten. Neben der geringen Anzahl von niedergelassenen Fachärzten ist die Versorgung regional ausgesprochen unterschiedlich.

Landkreis Jerichower Land

Im Rahmen der Kreisgebietsreform im Jahr 2007 wurden einige Gemeinden, die vorher zum Altlandkreis Anhalt-Zerbst gehörten, in den neuen Landkreis Jerichower Land einbezogen und so leben im neuen Landkreis auf einer Fläche von 1.337 km² ca. 100.000 Einwohner. Die Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Landkreises wird von einem Facharzt für Chirurgie wahrgenommen. Dies entspricht nicht den Vorgaben des PsychKG LSA. Der Hauptsitz des SpDi befindet sich in Genthin, eine Nebenstelle in Burg.

Die vorgehaltenen Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung im stationären Bereich sind ausreichend. Die Hilfen im ambulanten Bereich sind dagegen unzureichend entwickelt, und die Anzahl der Tages- und Begegnungsstätten zu gering.

Die Außenstelle der Forensischen Psychiatrie Uchtspringe in der Gemeinde Lochow mit einer statischen Kapazität von 80 Plätzen hat zu einer Entlastung der massiven Überbelegung in Uchtspringe beigetragen. Problematisch bleiben die fehlenden Lockerungen für Patienten, die nicht ausreichende ärztliche Besetzung und die fehlenden personellen Ressourcen im pflegerischen Bereich. Im Landkreis existieren 26 Selbsthilfegruppen von psychisch kranken, suchtkranken und seelisch behinderten Menschen mit Kontaktstellen in Burg, Genthin, Jerichow und Möckern.

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft entwickelt nur Restaktivitäten in einem Fachausschuss Sucht. Ihre Arbeit, mit der Möglichkeit der Entwicklung innovativer Ideen, sollte unbedingt neu belebt werden.

Die stationäre und teilstationäre fachärztliche Versorgung ist durch das Fachkrankenhaus in Jerichow mit seinen Tageskliniken und Institutsambulanzen in Jerichow, Burg und Havelberg gut gesichert.

In freier Niederlassung arbeiten vier Nervenärzte, vier psychologische Psychotherapeuten, jedoch kein psychotherapeutisch tätiger Arzt. Häufig gibt es Wartezeiten von bis zu sechs Monaten für eine psychotherapeutische Behandlung. Fast gänzlich fehlen Versorgungsstrukturen auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Es gibt weder eine Klinik, noch eine Tagesklinik, noch eine Psychiatrische Institutsambulanz für KJPP. Auf diese Unterversorgung wurde bereits in mehreren Berichten verwiesen. Aktuell scheint sich die Situation in diesem Bereich zuzuspitzen, denn der schwierigen Versorgungssituation steht eine zunehmende Zahl an Kindern und Jugendlichen mit abweichendem Verhalten gegenüber.

Besuche im Einzelnen

SALUS-Fachklinikum, Tagesklinik für KJPPP in Stendal

SALUS gGmbH Betreibergesellschaft für sozialorientierte Einrichtungen des Landes Sachsen-Anhalt

Besuch am 5. Mai 2008

Die Tagesklinik und Institutsambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie als Außenstelle des Fachklinikums Uchtspringe in Stendal ist ein wesentlicher Baustein der regionalen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung im jetzigen Landkreis Stendal. In den neuen Räumlichkeiten ist die Ausstattung für die tagesklinische Versorgung von zwölf Patienten in zwei Altersgruppen bedarfsgerecht und modern. Neben den ärztlichen und psychologischen Therapien werden die üblichen multiprofessionellen fachtherapeutischen Angebote vorgehalten. Die Beschulungssituation ist als ausgesprochen gut zu bewerten. Die Außenanlage befindet sich noch in der Gestaltung und wird einmal das sehr freundlich und funktional gestaltete Gebäude um entsprechende Therapie-, Sport- und Spielmöglichkeiten im Freien ergänzen.

Die Personalsituation ist entsprechend der PsychPV ausgerichtet. Kritisch anzumerken ist, dass der ärztliche Bereich erheblich unterbesetzt ist und hier auf längere Sicht die grundsätzlichen Probleme bei der Besetzung von Stellen im ärztlichen Bereich vermutlich nicht behoben werden können. Alternative Lösungen sollten hier erwogen werden.

Die Wartezeiten für die Tagesklinik sind „üblich“ und betragen mehrere Monate. Neben dem Angebot der tagesklinischen Behandlung besteht eine ärztlich und psychologisch betriebene Institutsambulanz, die die tagesklinischen Möglichkeiten in sinnvoller Weise durch ambulante Vor- bzw. Nachbehandlung ergänzt. Die Wartezeiten auf einen ambulanten Termin richten sich nach Dringlichkeit und betragen in der Regel einige Wochen.

SALUS-Tagesklinik für Erwachsenenpsychiatrie in Stendal
SALUS gGmbH Betreibergesellschaft für sozialorientierte Einrichtungen des Landes Sachsen-Anhalt

Besuch am 5. Mai 2008

Im April 2008 zogen die Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie und die Psychiatrische Institutsambulanz in neue Räumlichkeiten in die Bahnhofstraße in Stendal. In dem großen Gebäude mit Innenhof befinden sich auf zwei Etagen sehr großzügige Räumlichkeiten für Therapie und Versorgung mit multifunktionalen Nutzungsmöglichkeiten. In der Psychiatrischen Institutsambulanz herrscht ein hoher Versorgungsdruck mit ca. 300 Patienten. Aus diesem Grund kam es in letzter Zeit zu mehrwöchigen Wartezeiten für Neuaufnahmen. Für 21 Plätze wird eine Arztstelle im Umfang von 39 Wochenstunden vorgehalten. Gegenwärtig wird das Personal der Tagesklinik auch in der Psychiatrischen Institutsambulanz eingesetzt. Zusätzlich gibt es Zugriffsmöglichkeiten auf den Personalpool in Uchtspringe. Klärungsbedarf sieht die Kommission in der Absicht des Trägers, die Psychiatrische Institutsambulanz trotz des hohen Patientenaufkommens und des sozialpolitischen Versorgungsauftrages zu verkleinern.

Gute Kooperationsbeziehungen bestehen mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst, dem Integrationsfachdienst, mit den stationären Einrichtungen in Uchtspringe, Haldensleben, Jerichow und Magdeburg sowie mit dem Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker.

Anerkannte Werkstatt für behinderte Menschen; Außenstelle I, Fördergruppe und Wohnheim an WfbM in Osterburg
Lebenshilfe Osterburg gGmbH

Besuche am 2. Juni 2008

Die Außenwerkstatt bietet 50 Plätze im Arbeitsbereich an. In unmittelbarer Nähe der Werkstatt ist die Fördergruppe mit 12 Plätzen in einem 2004 fertig gestellten Neubau untergebracht. Das Haus ist so eingerichtet, dass in drei Gruppen gearbeitet werden kann. Den Mitarbeitern stehen Gruppenräume, Therapiebad, Snoezelraum, Therapieraum (auch als Gemeinschaftsraum nutzbar), eine Küche, Schlafräum und Sanitärbereiche je Gruppeneinheit zur Verfügung

Die Werkstatt hält ein differenziertes Angebot von Arbeitsfeldern und Arbeitsplätzen vor und ist für Menschen mit seelischer Behinderung gut geeignet. Der zu erfüllende Arbeitsumfang kann an die individuellen Möglichkeiten des Einzelnen angepasst werden. Das Arbeitsklima zwischen den meist älteren geistig behinderten Mitarbeitern und den seelisch behinderten Mitarbeitern ist ausgeglichen und von gegenseitiger Akzeptanz geprägt.

Die Fördergruppe bietet Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung, die im Elternhaus leben, ein individuelles Förder- und Betreuungsangebot in Form von tagesstrukturierenden Maßnahmen und individuellen Förderangeboten an wie Hydrotherapie, Snoezelen, kreatives Arbeiten und Kochen. Arbeitstherapeutische Angebote erfolgen ggf. entsprechend den individuellen Möglichkeiten in der Werkstatt.

Der Wohnheim-Neubau mit 24 Plätzen befindet sich am Stadtrand von Osterburg. Die zwei Wohneinheiten mit je 12 Plätzen zeichnen sich durch freundliche, individuell eingerichtete Einzel- und Doppelzimmer aus. Darüber hinaus gibt es auch hier großzügig gestaltete Gemeinschafts- und Therapieräume. Die Bewohner werden entsprechend ihrer individuellen Bedürfnisse sozialpädagogisch begleitet und betreut. Dabei steht die Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die für ein selbstständigeres Leben notwendig sind, im Vordergrund. Hauptziel ist die Integration in die Gemeinschaft und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben mit dem für die Bewohner höchstmöglichen Maß an Selbstständigkeit und Eigenverantwortung.

Das geplante Integrationsprojekt scheint auch der Besuchskommission gut geeignet, diejenigen behinderten Menschen, denen eine Tätigkeit im Hotel- und Gaststättenbetrieb liegt, besonderes zu fördern und sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einzugliedern.

Wohnheim- und Förderbereiche für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen in Stendal
Borghardtstiftung zu Stendal
Besuch am 8. September 2008

Die Borghardtstiftung zu Stendal ist eine kirchliche Stiftung und steht unter Stiftungsaufsicht der Evangelischen Kirche Mitteldeutschland. Als gemeinnützige Einrichtung betreut sie Menschen mit geistiger Behinderung und schwerster Mehrfachbehinderung auf der Grundlage der §§ 53, 54 SGB XII und § 67 SGB XI. Die problematische finanzielle Situation aus den Jahren 2004 und 2005 konnte überwunden werden; ein neuer Vorstand wurde in der Borghardtstiftung tätig. Die Stiftung verfügt über 155 Plätze in drei Wohnheimen und über 27 Plätze in einer Außenwohngruppe. Zur Stiftung gehört ein Tagesförderzentrum für 100 BewohnerInnen in 14 Arbeitsgruppen entsprechend des Zwei-Milieu-Prinzips. Die Wohnbereiche sind modern und zweckmäßig gestaltet und strahlen eine angenehme Atmosphäre aus. Die Professionalität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ihre Identifikation mit der Stiftung sind sehr hoch einzuschätzen.

Die Borghardtstiftung kooperiert mit vielen Partnern, wie dem Landkreis, den Betreuern, Angehörigen, ehrenamtlichen Helfern, Kirchengemeinde etc. Eine Vertreterin der Einrichtung arbeitet im Arbeitskreis für geistig und mehrfach behinderte Menschen der PSAG mit.

Tagesstätte „Betreuungszentrum für Demenzkranke“ in Stendal
Bürgerinitiative Stendal e.V.
Besuch am 8. September 2008

Der Verein bietet mit der „Tagesstätte zur zeitweiligen Betreuung Alzheimerdementer“ ein im Landkreis Stendal einzigartiges Angebot für Menschen mit Demenz. In zwei Mietwohnungen in zentraler Lage in der Stadt Stendal werden zurzeit täglich bis zu zwölf Menschen mit einer Demenzerkrankung stundenweise betreut. Ein weitreichendes ehrenamtliches Engagement ermöglicht die umfangreiche und individuelle Betreuung. Zwei examinierte Krankenschwestern sorgen für bedarfsgerechte betreuende Leistungen. Eine intensive Kooperation mit der Fachhochschule Magdeburg-Stendal ermöglicht die Grundausbildung der ehrenamtlichen Helfer und zielt auf die Verbesserung der Betreuung demenzerkrankter Menschen im Landkreis. Die Finanzierung der Tagesstätte erfolgt durch Leistungen der Pflegeversicherung, durch Landesmittel und Spenden. Kürzungen der Landesmittel sowie deren Bewilligung erst Mitte des laufenden Jahres erschwerten aktuell die kostendeckende Finanzierung des Angebotes. Für Bewohnerinnen und Bewohner entlegener Gemeinden des Landkreises ist ein Zugang zur Tagesstätte derzeit nicht gewährleistet, da eine Regelung zur Übernahme der Fahrkosten durch die Kostenträger noch aussteht.

Angesichts der demographischen Entwicklung im Landkreis empfiehlt die Besuchskommission den Ausbau tagesbetreuender Angebote für demenzerkrankte Menschen und appelliert an die Kostenträger, im Interesse der betroffenen Bürger und ihrer Angehörigen entsprechende Initiativen zu unterstützen und angemessen zu fördern.

Elbe-Havel-Werkstätten für behinderte Menschen, Hauptstelle Schönhausen und Nebenstelle Zabakuck
Elbe-Havel-Werkstätten gGmbH
Besuch am 6. Oktober 2008

Die Hauptwerkstatt befindet sich in der Gemeinde Schönhausen, hier werden ca. 170 betreute Mitarbeiter beschäftigt. Hinzu kommen Standorte in Genthin, Zabakuck und Havelberg. Am Standort in Schönhausen sind außerdem zwei Fördergruppen und der Berufsbildungsbereich untergebracht. Für die nahe Zukunft plant der Träger die Erweiterung der Werkstätten. Es werden Menschen mit geistigen, psychischen, körperlichen und Mehrfachbehinderungen betreut. Die Werkstätten sind entsprechend der Netzplanung des

Landes Sachsen-Anhalt für das Einzugsgebiet der ehemaligen Landkreise Genthin und Havelberg zuständig. Insgesamt konnte die Besuchskommission am Standort Schönhausen einen positiven Eindruck von der Arbeit gewinnen. Für unterstützenswert hält sie die Bestrebungen der Einrichtung, ein spezielles integriertes Konzept für die zunehmende Zahl der psychisch behinderten Mitarbeiter anzubieten. Problematisch wird die Integration von jungen seelisch behinderten Menschen infolge Sucht in die WfbM gesehen.

Am WfbM-Standort Zabakuck werden 51 betreute Mitarbeiter beschäftigt. Im gleichen Gebäude befindet sich ein Wohnheim mit 12 Plätzen. Aufgrund der schwierigen örtlichen Bedingungen und der damit zusammenhängenden Unzufriedenheit der Mitarbeiter im Montagebereich wird von der Besuchskommission empfohlen, an diesem Standort den Montagebereich aufzugeben, um im Gegenzug dazu den Therapiebereich mit Tierarbeit zu erweitern.

Wohnheim für Menschen mit seelischen Behinderungen infolge Sucht, Kehnert DRK Kreisverband Östliche Altmark e.V.

Besuch am 3. November 2008

Das Wohnheim befindet sich am Ortsausgang der Gemeinde Kehnert und ist ca. 15 km von Tangerhütte entfernt. Es werden 30 Plätze vorgehalten. Die Mehrzahl der Bewohnerinnen und Bewohner kommen aus dem Landkreis Stendal und dem angrenzenden Bördekreis. Im Wohnhaus gibt es 26 Betten in Ein- und Zwei-Bett-Zimmern und 2 Übungswohnungen mit je zwei Plätzen. Für die Beratung und Einzelgespräche stehen vier Räume zur Verfügung. Die Aktivitäten im Rahmen der Tagesstruktur sind vielfältig. Zu den Angeboten gehören die Ergotherapie, die Holzverarbeitung, eine Wäscherei, eine Töpferei, die Garten- und Landschaftsgestaltung und Küchenhilfsdienste. Das großzügige Gelände, auf dem sich das Wohnheim befindet, bietet eine gute Möglichkeit, suchtpräventiv wirksam zu werden. Die Kooperation in der Region ist bemerkenswert. Die Bewohnerinnen und Bewohner werden in viele Aktivitäten der Gemeinde Kehnert einbezogen, die Verantwortlichen des Wohnheimes pflegen intensive Kontakte zu Ärzten, Behörden und öffentlichen Einrichtungen. Regelmäßige Fortbildung und Supervision stärken die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Bewältigung ihrer Aufgaben.

Wohnbereiche an WfbM in Tangerhütte Lebenshilfe für behinderte Menschen e.V.

Besuch am 3. November 2008

Der Wohnheimverbund in Tangerhütte an der Werkstatt für behinderte Menschen hat seit dem letzten Besuch der Kommission eine gute und rasante Entwicklung genommen und dürfte in der Region beispielhaft sein. Die Gespräche, der Rundgang und der Eindruck, der von den Bewohnerinnen und Bewohnern vermittelt wurde, waren ausgesprochen angenehm. Es besteht eine gut geknüpfte Kette von Hilfeformen, bestehend aus einem Wohnheim an WfbM, dem Intensiv Betreuten Wohnen, dem Ambulant Betreuten Wohnen und der Tagesförderung. Das Mitarbeiterteam ist hoch motiviert und um eine gute Zusammenarbeit im Landkreis bemüht. Im aktuellen Fokus der konzeptionellen Entwicklung stehen Betreuung und Förderung alt werdender Menschen mit geistiger Behinderung. Die Arbeit im Seniorenbereich wird dadurch erschwert, dass im Rahmenvertrag des Landes Sachsen-Anhalt ein entsprechender Leistungstyp „Hilfen für Senioren“ nicht formuliert wurde. Die Ambulantisierung und die Hilfen im Rahmen eines Persönlichen Budgets können kaum umgesetzt werden; da die teilweise sehr geringe finanzielle Untersetzung dieser Hilfen wenig Mut macht, sich auf diesem Feld verstärkt zu engagieren.

**Altenhilfezentrum „Käthe-Kollwitz-Haus“
Cornelius-Werk gGmbH in Burg**

Besuch am 1. Dezember 2008

Das „Käthe-Kollwitz-Haus“ in Burg ist eine 2003 eröffnete Spezialeinrichtung mit 22 Plätzen für an Demenz erkrankte Menschen. Das am Stadtrand von Burg gelegene Haus ist saniert, sehr geräumig, wohnlich eingerichtet, gepflegt und bietet durch angrenzenden Park und Garten sehr viele sichere Bewegungsmöglichkeiten für Bewohnerinnen und Bewohner. Die Tagesstruktur ist durchdacht und beeindruckt durch die Vielfalt der Angebote. Die Besuchskommission gewann einen Eindruck eines annehmenden, sehr professionellen Arbeitens. Das achtungsvolle Miteinander von Bewohnerinnen und Bewohnern, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern war deutlich zu spüren. Dieser Eindruck wurde vom anwesenden Heimfürsprecher bestätigt, der den würdevollen Umgang im Miteinander hervorhob und die gute Angehörigenarbeit der Einrichtung unterstrich.

Die fachärztliche Versorgung im gerontopsychiatrischen Bereich wird durch eine sehr enge Zusammenarbeit mit dem Fachkrankenhaus in Jerichow, mit einer Nervenärztin und einer Fachärztin für Neurologie in Burg gewährleistet. Die Pflegedienstleiterin und Pflegekräfte haben eine gerontopsychiatrische Zusatzausbildung. In der Einrichtung gibt es keine Form der geschlossenen Unterbringung, der Isolation bzw. Fixierung.

**Drogen- und Suchtberatungsstelle in Burg
DPWV Landesverband Sachsen-Anhalt e.V.**

Besuch am 2. Februar 2009

Die Drogen- und Suchtberatungsstelle DROBS ist die einzige anerkannte Einrichtung der ambulanten Suchthilfe im Landkreis Jerichower Land. Zwei sehr engagierte Fachkräfte betreuen an den Standorten Burg und Genthin über 400 suchtkranke und suchtgefährdete Menschen und leisten im Rahmen der begrenzten personellen Möglichkeiten auch Präventionsarbeit. Durch die zwei Standorte der Beratungsstelle und durch Außensprechzeiten an weiteren Orten wird den Ratsuchenden der Zugang zur Einrichtung erleichtert. Auf Wunsch von Betroffenen wird auch aufsuchende Sozialarbeit geleistet. Die Mitarbeiter arbeiten intensiv mit Partnern im Bereich der Suchtkrankenhilfe, Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, anderen Fachdiensten, Kostenträgern, Ämtern und Schulen zusammen.

Eine sichere Finanzierung der Suchtberatungsstelle ist nicht gewährleistet. Die jährlich vom Land bewilligten Fördermittel sind sehr knapp bemessen. Besonders kritisch wurde es, als 2008 das Land versuchte, durch Forderung nach Mittelkürzungen von 10% in die laufende Arbeit einzugreifen. Aus Sicht der Kommission ist jedoch jede weitere Kürzung der Mittel nicht hinnehmbar. Im Gegenteil, mit Blick auf die aktuellen Suchtberichte empfiehlt die Kommission dringend die Einrichtung einer Präventionsfachstelle. Hierzu erwartet die Kommission auch eine entsprechende politische Unterstützung.

Außerdem stellt sich der Kommission die Frage, ob es nicht angezeigt ist, die Einrichtung und personelle wie finanzielle Absicherung von Drogen- und Suchtberatungsstellen einschließlich Präventionsstellen zur gesetzlich verankerten Pflichtaufgabe der kreisfreien Städte und Landkreise zu machen.

**Therapeutisches Kinder- und Jugendheim „Haus Sonnenschein“ in Hohenwarthe
Trägerwerk Soziale Dienste in Sachsen-Anhalt e.V. (TWS)**

Besuch am 2. Februar 2009

Das Haus „Sonnenschein“ bietet Platz für zehn Kinder und Jugendliche in vier Doppelzimmern und zwei Einzelzimmern. Nach der Übernahme der Einrichtung durch den neuen Träger hat sich die Einrichtung konzeptionell verändert. Die Einrichtung kann entsprechend ihrer Konzeption Kinder und Jugendliche mit massiven Problemen auf der

Grundlage der §§ 34, 35, 35a und 41 SGB VIII aufnehmen. Der Träger erbringt neben der Alltagsbegleitung in der Wohneinrichtung auch individuelle therapeutische Angebote für die jungen Bewohner. Obwohl fast 50% der Kinder und Jugendlichen eine psychiatrische Diagnose haben, traf die Kommission keine Bewohner mit einer Einweisung nach § 35a SGB VIII in der Einrichtung an. Unklar bleibt, ob diese Belegungsrealität auf Grund von Kostenaspekten oder dem vermeintlichen „Schutz“ der Kinder und Jugendlichen vor Stigmatisierung erfolgt. Auf jeden Fall kann die Einrichtung nicht jene therapeutischen Angebote vorhalten, auf die betroffene Bewohner nach § 35 a SGB VIII Anspruch hätten. Die Arbeit in der Einrichtung überzeugte die Kommission dennoch, die Kinder und Jugendlichen zeigten sich sehr zufrieden, zumal sie in den Strukturen des Hauses und durch das persönliche Engagement der Mitarbeiterinnen einen familiären Charakter erleben und sehr individuell betreut werden.

Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung wird durch eine Psychiaterin und durch das Sozialpädiatrische Zentrum in Magdeburg gesichert.

**Landeskrankenhaus für Forensische Psychiatrie Uchtspringe
Salus gGmbH Betreibergesellschaft für sozial orientierte Einrichtungen des Landes
Sachsen-Anhalt**

Besuch am 2. März 2009

Protokoll im Wortlaut als Kapitel II.5 (Seite 34)

**Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt Jerichower Land – Außenstelle Burg
Landkreis Jerichower Land**

Besuch am 6. April 2009

Der Sozialpsychiatrische Dienst des Landkreises Jerichower Land hat neben seinem Dienstsitz in Genthin eine Außenstelle in Burg. Der Dienst, der vom Amtsarzt des Landkreises geleitet wird, beschäftigt keinen Psychiater. Im Jahr 2008 konnten die beiden Mitarbeiterinnen der Außenstelle in Burg in neue Räumlichkeiten umziehen. Dies hat sehr zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen beigetragen. In zwei Büroräumen, die multifunktional auch als Gruppenräume genutzt werden, findet die Beratung der Klienten statt, die die neuen Räume gut angenommen haben.

Nachteilig ist jedoch, dass sich die Räumlichkeiten im Dachgeschoss des Gebäudes befinden, die nur über eine Wendeltreppe zu erreichen und nicht behindertengerecht sind. Erschwerend kommt hinzu, dass den Mitarbeiterinnen bisher keine PC-Technik zur Verfügung steht.

Durch den SpDi des Landkreises Jerichower Land erfolgt in der Regel eine mittel- und langfristige Betreuung psychisch kranker Menschen. Gute Kooperationen gibt es mit dem Fachkrankenhaus in Jerichow, den niedergelassenen Ärzten, den Fallmanagerinnen der ARGE und der Betreuungsbehörde.

V.2 Bericht der Besuchskommission 2

Vorsitzender: Dr. med. Bernd Hahndorf, Stellv. Vorsitzender: Matthias Gallei

Landeshauptstadt Magdeburg

Das vollstationäre, teilstationäre, ambulante und komplementäre Behandlungs- und Betreuungsangebot in der Landeshauptstadt entspricht im Wesentlichen den Anforderungen eines Ballungsraums dieser Größenordnung. Mit Ausnahme der bekannten Versorgungsdefizite im Bereich der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie sind alle erforderlichen Strukturen existent und arbeitsfähig. Bemerkenswert ist die im Rahmen der Landesbettenplanung erfolgte Erhöhung der vollstationären Plätze in der psychiatrischen Klinik in Olvenstedt um 15, eine Forderung, die auch durch die Besuchskommission 2 im 15. Ausschussbericht formuliert worden war. Für Kinder und Jugendliche stehen zehn teilstationäre und fünf stationäre Plätze zusätzlich zur Verfügung. Auch auf die Forderung des Ausschusses nach einer Professur für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wurde in Magdeburg erfreulicherweise nun endlich reagiert. Der Chefarzt der entsprechenden Klinik im Klinikum Magdeburg, die gleichzeitig als Universitätsklinik fungiert, wurde auf eine W2-Professur berufen. Wir erhoffen uns davon einen mittelbaren Einfluss auf die ambulante kinderpsychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt, da sich hier Möglichkeiten bieten, Studenten für das Fachgebiet zu interessieren.

Altmarkkreis Salzwedel

Die Versorgungslandschaft in diesem dünn besiedelten, weit ausgedehnten Flächenkreis ist trotz breit gefächelter und vielfältiger Träger weiterhin durch ausgeprägte Asymmetrien gekennzeichnet. Die stationäre Behandlung ist durch das Fachklinikum Uchtspringe mit seiner differenzierten Binnenstruktur abgesichert. Im Bereich der im Norden des Landkreises gelegenen Kreisstadt befinden sich die Tageskliniken dieses Krankenhauses für Erwachsenenpsychiatrie sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die mit ihren angeschlossenen psychiatrischen Institutsambulanzen auch an der ambulanten Versorgung besonders betreuungsaufwändiger psychiatrischer Patienten mitwirken. Ein Modellprojekt der Behandlung von Eltern und Kindern in den beiden Tageskliniken unter einem Dach und mit der Etablierung einer Familientagesklinik ist in Vorbereitung. Die Tagesklinik für KJPP konnte ihr Angebot um vier Plätze erweitern, nachdem eine entsprechende Entscheidung im Rahmen der Landesbettenplanung erfolgte. Die drei Kassenarztsitze für Nervenheilkunde im Landkreis sind besetzt. Allerdings gibt es in Salzwedel nur eine Psychiaterin, im Süden des Kreises in Gardelegen nur einen Neurologen, sodass sich auch hier Asymmetrien ergeben, die durch die PIA des Fachklinikums Uchtspringe nur partiell kompensiert werden können. Außerdem wird inzwischen ein in Oebisfelde, also im Landkreis Börde, lokalisiertes, unmittelbar an der Kreisgrenze gelegenes Medizinisches Versorgungszentrum mit einem erwachsenen- und einem kinderpsychiatrischen Behandlungsangebot im westlichen Teil des Landkreises versorgungswirksam. Das im Jahr 2005 begonnene Ambulant Betreute Wohnen hat inzwischen vielen Menschen mit psychischen Erkrankungen ein weitgehend selbstständiges Leben ermöglicht und Heimaufenthalte beendet und auch vermieden. Dazu beigetragen hat auch das Modellprojekt der Leistungskombination mit ambulanten Gruppenmaßnahmen für Menschen mit seelischer Behinderung mit seit 2008 nun 18 Plätzen; die hier beispielhaft geleistete Arbeit sollte endlich als Regelleistung anerkannt werden und auch in anderen Teilen Sachsen-Anhalts die ambulante Betreuung der Zielgruppe stärken. Bisher gibt es diese Leistungskombination für diesen Personenkreis nur in Salzwedel und Umgebung.

Die Arbeit der PSAG zeigt weiter keine erkennbaren Impulse für eine regionale Psychiatrieplanung, die Besuchskommission setzt auf eine neue Startinitiative für die fachliche Kooperation durch das zuständige Gesundheitsamt im Landkreis.

Landkreis Börde:

Die Besuchskommission hatte sich von der Fusion der beiden Altkreise Börde und Ohre bereits in ihrem letzten Bericht einen Ausgleich der Defizite im damaligen Bördekreis erhofft. Die Schaffung und Besetzung der Stelle eines Psychiatriekoordinators für den neuen Landkreis Börde nährt die Hoffnung, dass dieser Wunsch in Erfüllung geht. Am letzten Besuch der Kommission 2 in diesem Berichtsjahr hat der neue Psychiatriekoordinator bereits teilgenommen, wie auch andere zuständige Mitarbeiter des Gesundheitsamtes, die zur Zeit dabei sind, sich ein umfassendes Bild von der Lage im Kreis, insbesondere im Bereich des Altkreises Börde zu verschaffen. Hinsichtlich der Situation im mehrfach kritisierten Altenpflegeheim Hornhausen herrscht bei der Besuchskommission völliges Unverständnis: Trotz mehrerer Besuche, der letzte auch unangemeldet, und ausführlicher Beschreibung der Lage aus fachlicher psychiatrischer und sozialpädagogischer Sicht hat sich an der Situation nichts geändert. Eine Schließung ist nicht in Sicht. Argumentiert wird hier von Seiten des Trägers insbesondere mit dem angeblich positiven Urteil der Heimaufsicht. Die Besuchskommission regt an, verbindliche Qualitätsanforderungen für derartige Einrichtungen zu formulieren, die ihrer inhaltlichen Aufgabe und den tatsächlichen Gegebenheiten Rechnung tragen. Die eher formalen Kriterien, die die Heimaufsicht auf Grund des Heimgesetzes anlegt, sind hier wohl nicht zielführend. Die fachliche Kompetenz des Ausschusses und der hohe Zeitaufwand der Besuchskommission zur Verbesserung der Situation werden hier offensichtlich unterbewertet. Die besuchten Altenpflegeeinrichtungen vermittelten der Kommission den Eindruck eines recht unterschiedlichen Entwicklungsstandes. Neben Heimen, die sich bereits gut auf die neuen Herausforderungen infolge der demographischen Entwicklung und der Zunahme der Anzahl demenzkranker Bewohner einstellen, waren in einigen Einrichtungen auch Entwicklungsdefizite nicht zu übersehen.

Die Besuche im Einzelnen:

Caritas-Wohnheim „Friedrich Lorenz“ Beetzendorf: Caritaträgersgesellschaft Sankt Mauritius gGmbH

Besuch am 7. Mai 2008

Es werden 80 Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen in einem vom Wohnheim bis zum betreuten Wohnen reichenden differenzierten Angebot betreut, wobei arbeits- und beschäftigungstherapeutische Möglichkeiten vom Wohnbereich nach dem Zweimilieuprinzip getrennt organisiert sind. Es werden ergotherapeutische Angebote in den Bereichen Holz, Ton, anderer Naturmaterialien aus Wirtschaft, Garten und Musik bereitgestellt. Die gut geführte Einrichtung zählt Sozialpädagogen, eine Rehabilitationspsychologin, Erzieher, Heilpädagogen und Heilerziehungspfleger, daneben auch Krankenschwestern und Altenpfleger zu ihren Fachkräften, die regelmäßig einem Fortbildungsprogramm unterliegen. Der steigende Bedarf an Einzelbetreuungen schwerstbehinderter Menschen werde durch die Sozialagentur nicht ausreichend finanziert. Darüber hinaus wurde der Einzelfall einer fehlplatzierten Bewohnerin mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung beschrieben, für die trotz einjähriger Bemühungen und Einbeziehung der Sozialagentur in die Suche zum Zeitpunkt des Besuches kein adäquates Angebot gefunden werden konnte. Wie uns im Nachhinein mitgeteilt wurde, war dies nach dem Besuch dann jedoch möglich.

Werkstatt für behinderte Menschen Mieste Lebenshilfe Altmark-West gGmbH Gardelegen

Besuch am 7. Mai 2008

Die Arbeitsmöglichkeiten der behinderten Mitarbeiter konnten durch umfangreiche Sanierungs- und Umbauarbeiten sichtlich verbessert werden. Für die Kommission vermittelte

sich der Eindruck einer qualifizierten und engagierten Arbeit, was von den 60 behinderten Menschen durch große Zufriedenheit offensichtlich honoriert wird. Besonders hervorzuheben ist ein Pilotprojekt „Teilautonome Arbeitsgruppen“, in dessen Rahmen die behinderten Mitarbeiter an eine weitgehend eigenständige Organisation ihrer Arbeitsabläufe herangeführt werden sollen. Hervorzuheben ist auch die Kooperation mit der lokal zuständigen Schule für geistig Behinderte, deren Schülern Praktika in der Werkstatt ermöglicht werden, um sie so mit ihrer späteren Tätigkeit vertraut zu machen. Als problematisch wurde die fehlende Vermittelbarkeit behinderter Mitarbeiter in den ersten Arbeitsmarkt benannt, darüber hinaus auch die Vorgabe des Landes zum Ausbau ambulanter Betreuungsangebote bei gleichzeitigem Abbau stationärer Kapazitäten, was sich vor dem Hintergrund der größer werdenden Gruppe alt gewordener behinderter Menschen und deren Betreuungsnotwendigkeit als nicht der Versorgungsrealität entsprechend darstelle.

Altenpflegeheim „Haus Hoheneck“ Ebendorf
Haus Hoheneck GmbH und Co. KG
Besuch am 4. Juni 2008

Die Einrichtung bietet Platz für 80 Menschen mit Pflegebedarf und gerontopsychiatrischen Hintergrund. Die Anzahl demenzkranker Bewohner nimmt ständig zu. Die engagierte Arbeit der Heimmitarbeiter führt offensichtlich zu hoher Bewohnerzufriedenheit. Bemerkenswert ist auch, dass einige Bewohner durch aktivierende Pflege wieder in die Häuslichkeit zurückgeführt werden konnten. Die Anzahl freiheitsentziehender Maßnahmen ist erfreulich gering. Trotz dieser generell positiven Beurteilung muss der Einrichtungsleitung dringend die Ausbildung von gerontopsychiatrischen Fachkräften empfohlen werden, die bisher nicht vorhanden sind. Auch über die Implementierung gerontopsychiatrischer Wohnbereiche sollte nachgedacht werden.

Ambulant und Intensiv Betreutes Wohnen für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen in Magdeburg
Paritätisches Sozialwerk Behindertenhilfe
Besuch am 3. September 2008

Obwohl die Einrichtung die einzige Wohn- und Betreuungsmöglichkeit für suchtkranke Menschen in der Landeshauptstadt ist, ist die Auslastung in den letzten Jahren von 93 % (2005) bzw. 100 % (2006) auf 70 % im Jahre 2008 zurückgegangen. Neben einer längeren Erkrankung des Einrichtungsleiters wird hier insbesondere das Fehlen von Kooperationsverträgen mit anderen Institutionen ins Feld geführt, was durch die enge Zusammenarbeit mit Beratungsstellen und der Tagesklinik Dr. Kielstein nur unzureichend kompensiert werden könne. Außerdem würden Jugendhilfeeinrichtungen ihre Bewohner auf Grund eigener Auslastungsprobleme nicht mehr „abgeben“, weswegen zum 30.09.2008 das bisherige betreute Wohnen für Jugendliche geschlossen werde. Das Sozialamt übernehme die Kosten für Patienten, die eine suchtspezifische Therapie in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus hinter sich hätten, nicht. Trotz dieser schwierigen Rahmenbedingungen wird in der Einrichtung eine qualifizierte und engagierte Arbeit geleistet. Die Erlangung eigenständigen Wohnens gelang 2007 elf Personen, ein Abbruch der Betreuung seitens der Klienten erfolgte sehr selten, allerdings mussten 2007 sechs Kündigungen wegen des Bruchs des Abstinenzgebotes ausgesprochen werden. Die Kommission bedauert es, dass dieses Hilfeangebot für suchtkranke Jugendliche aufgegeben wird.

Drogen- und Suchtberatungsstelle DROBS Magdeburg DPWV Landesverband Sachsen-Anhalt

Besuch am 3. September 2008

Die Mitarbeiter leisten eine engagierte und fachlich qualifizierte Arbeit. Angesichts der sich ausweitenden Suchtproblematik, insbesondere im Bereich illegaler Drogen ist das Beratungsangebot ein unverzichtbarer Bestandteil der psychosozialen Dienste der Stadt Magdeburg. Die übergreifende Kooperation im Rahmen unterschiedlicher Projekte und die Zusammenarbeit zwischen den Suchtberatungsstellen hinsichtlich der spezialisierten Beratung diverser Abhängigkeitserkrankungen müssen als besonders positiv herausgestellt werden. Allerdings würde auf Grund der rückläufigen finanziellen Zuwendungen durch Land und Kommune die wirtschaftliche Existenz der Einrichtung in Frage gestellt. Die daraus resultierenden engen personellen Kapazitäten führen dazu, dass an sich notwendige Fortbildungen auf Grund der Zunahme komplexer Störungsbilder nicht im ausreichenden Umfang wahrgenommen werden können. Insbesondere bei Patienten mit Doppeldiagnosen im jugendlichen Alter bestehen Unterbringungsschwierigkeiten zur Entgiftung und Kapazitätsengpässe in der ambulanten suchtspezifischen Psychotherapie.

Seniorenpflegezentrum „Hagenhof“ Haldensleben Seniorenhilfe GmbH Haldensleben

Besuch am 8. Oktober 2008

Die Einrichtung wurde 1993 als Heim der sogenannten vierten Generation mit 40 Plätzen eröffnet. Für die inhaltliche Orientierung von Einrichtungen dieser Art fehlen immer noch vom Land festgelegte Richtlinien. Auf der Basis eines entsprechenden Hauskonzeptes wird eine engagierte und qualifizierte Arbeit geleistet. Da über 50 % der Bewohner gerontopsychiatrische Störungen aufweisen, wurde ein Wohnbereich zum gerontopsychiatrischen Schwerpunkt. Die Bewohner leiden vor allem an schwerer Demenz und werden in einer familienähnlichen Kleingruppenstruktur betreut. Als spezieller gerontopsychiatrischer Bereich ist die WG bisher nicht ausgewiesen. Die Besuchskommission empfahl deshalb, hierüber nachzudenken, ebenso wie über die Weiterbildung von weiteren Mitarbeitern zur gerontopsychiatrischen Pflegefachkraft, zumal mit den Mitarbeitern ein individueller Fortbildungsplan vereinbart wurde und auch die Möglichkeit zur externen Supervision besteht. Die Mitarbeiter vermittelten den Eindruck hohen Engagements für ihre Tätigkeit und empathischer Einstellung den Betreuten gegenüber.

Seniorenpflegezentrum „Schlossgarten“ Flechtingen Seniorenhilfe GmbH Haldensleben

Besuch am 8. Oktober 2008

Auch hier handelt es sich um ein Pflegeheim der vierten Generation. Im Vordergrund der Tagesstrukturierung für die 70 Bewohner und vor allem Bewohnerinnen stehen vertraute Verrichtungen des Haushalts wie Kochen, Tisch decken, Aufräumen, gemeinsames Singen usw. Einzelne Komponenten einer Mahlzeit werden gemeinsam zubereitet. Der Besuchskommission vermittelte sich der Eindruck hohen Engagements und einer wertschätzenden Atmosphäre zwischen Mitarbeitern und Bewohnern. Auch hier wird die hausärztliche Betreuung durch Hausbesuche nach dem Prinzip der freien Arztwahl realisiert. Darüber hinaus erfolgt die fachärztliche gerontopsychiatrische Betreuung durch die PIA des Fachklinikums Haldensleben. Da ausgewiesenermaßen 35 Bewohner an gerontopsychiatrischen Erkrankungen leiden, empfiehlt die Besuchskommission auch hier den Einsatz einer gerontopsychiatrischen Fachkraft und die Bildung von ausgewiesenen gerontopsychiatrischen Pflegebereichen.

**Wohn- und Übergangwohnheim Flora mit IBW und ABW Haldensleben
Flora e.V. Förderverein für seelisch kranke Menschen**

Besuch am 5. November 2008

„Die Flora“ ist eine regional und überregional anerkannte Einrichtung, die einen Teil der stationären Eingliederungshilfe abdeckt, jedoch auch im rehabilitativen und ambulanten Bereich Ansätze entwickelt und umgesetzt hat, die Menschen mit seelischen Behinderungen Entwicklungschancen bieten. Das ausdifferenzierte Betreuungsangebot reicht vom Wohnheim über Übergangwohnheim, Intensiv Betreutem Wohnen bis hin zum Ambulant Betreuten Wohnen. In der Begegnungsstätte „Florissima“ finden auch ehemalige Bewohner sowie Patienten des psychiatrischen AMEOS Klinikums Rat und Kontaktmöglichkeiten. Als Problem wurde die derzeit nur unzureichende Tagesförderung für ambulant Betreute thematisiert. Im Rahmen der Weiterentwicklung des Rahmenvertrages ist dringend auf eine differenzierte Ausgestaltung der ambulanten Eingliederungshilfe zu achten, um die Hilfen mit den Bereichen Wohnen und Tagesförderung ausreichend flexibel gestalten zu können.

**Heilpädagogisches Zentrum Don Bosco Wolmirstedt
Caritasträgergesellschaft Sankt Mauritius gGmbH Magdeburg**

Besuch am 5. November 2008

Angeboten werden insgesamt 29 Plätze in zwei Wohngruppen, einer Tagesgruppe und im Trainingswohnen, alles in zentraler Stadtlage. Eine früher angebotene integrative Familienbetreuung wurde mangels Belegung aufgegeben. Planstellen sind wegen einkalkulierter Belegungsschwankungen und daraus resultierender finanzieller Unterdeckung nicht vollständig besetzt. Hier besteht dringender Handlungsbedarf im Rahmen der nächsten Pflegesatzverhandlungen. Unter diesen schwierigen Rahmenbedingungen wird eine engagierte und fachlich fundierte Arbeit geleistet, die den betreuten Jugendlichen gute Lebens- und Förderbedingungen zur Verfügung stellt. Nach § 35a SGB VIII erfolgen keine Einweisungen, obwohl nach Ansicht der Einrichtungsmitarbeiter einige Betreute darunter fallen würden. Hier mangle es jedoch an einer entsprechenden Diagnosefestlegung durch externe Gutachten.

**RPK Sachsen-Anhalt, Außenstelle Magdeburg
RPK gGmbH Halle**

Besuch am 3. Dezember 2008

Durch die Eröffnung dieser Außenstelle wurde ein wichtiger Baustein sozialpsychiatrischer Rehabilitation im Bereich der Landeshauptstadt hinzugefügt. Es werden 24 Plätze vorgehalten, die derzeit mit 80 % belegt sind. Zum Besuchszeitpunkt war allerdings nur eine berufliche Rehabilitation möglich. Die zwingend zum Konzept einer RPK dazugehörige medizinische Rehabilitation soll ab April 2009 in Angriff genommen werden, wozu unter anderem intensive Bemühungen zur Einstellung eines Psychiaters laufen würden.

**AMEOS Heimbereich Haldensleben, Psychiatrische Wohn- und Pflegehäuser
AMEOS Pflege- und Eingliederungshilfe GmbH**

Besuch am 2. Februar 2009

Die Besuchskommission sah wie bereits 2005 zwei sehr unterschiedlich ausgestattete Bereiche: Während sich im Bereich der Pflege (SGB XI) durch umfassende Sanierungen ein gutes Wohnumfeld für dort lebende Menschen präsentierte, haben sich die Wohn- und Lebensbedingungen für Menschen mit Behinderung im Bereich der Eingliederungshilfe nicht grundlegend verbessert. Dass die längst überfälligen Baumaßnahmen unterlassen werden, behindert die konzeptionelle Weiterentwicklung; entsprechend qualifiziertes Personal fehlt

ebenfalls. Die vorgelegten Weiterbildungsangebote sind auf pflegerische Aspekte konzentriert. Ansätze für den pädagogischen Umgang mit Menschen mit Behinderungen tauchen dort trotz entsprechender bereits bei früheren Besuchen geäußerten Empfehlungen der Besuchskommission nicht auf. Die Einrichtungsleitung vermittelte der Besuchskommission nicht den Eindruck vorhandenen Problembewusstseins. Die Wertung ergotherapeutischer Arbeit als nicht erforderliche „Bespäßung“ wirkte auf die Kommission recht befremdlich, ebenso wie die implizit wahrnehmbaren Zeichen mangelnder Wertschätzung für die behinderten Menschen. Die kritischen Hinweise der Besuchskommission wurden offensichtlich als persönliche Kränkung erlebt, und nicht wie erhofft als hilfreiche Orientierung. Doch konzeptionelle, personelle und bauliche Konsequenzen sind aus Sicht der Kommission unumgänglich. Interaktive Schuldzuweisungen zwischen Träger, Kommune, Denkmalschutzbehörde und Land sind keine plausiblen Begründungen für den derzeitigen Zustand.

Sozialtherapeutische Kinder- und Jugendeinrichtungen „Waldhaus“ Altbrandsleben und „Haus am Teich“ Altenweddingen

Trägerwerk Soziale Dienste in Sachsen-Anhalt e.V. (TWSD)

Besuch am 4. März 2009

Auch nach dem 2004 vollzogenen Trägerwechsel wird in beiden Einrichtungen eine qualifizierte und engagierte Arbeit geleistet. In beiden Einrichtungen wird der Eindruck hoher Professionalität bei gleichzeitiger emotionaler Wärme und Wertschätzung vermittelt. Die Wohngruppen sind familiär und gemütlich eingerichtet. Die alte Bausubstanz in Altbrandsleben wird bestmöglich genutzt, wobei jedoch Grenzen erreicht sind, so dass ein Neubau geplant ist. Betreut werden Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene nach SGB VIII und XII, die unter verschiedenen psychischen Störungen leiden. Bei den Kindern und Jugendlichen wird die Rückkehr in die Herkunftsfamilien angestrebt. Die Betreuung ist recht individuell, das Therapieangebot differenziert, die Personalausstattung gut. Die in Altenweddingen aufgenommenen Kinder und Jugendlichen kommen nicht aus dem Landkreis Börde, sondern aus anderen Landkreisen, was bereits beim letzten Besuch Verwunderung erregte, inzwischen aber von der Einrichtungsleitung als durchaus förderlich angesehen werde.

Caritas-Wohnheim St. Klara und Gut Glüsig für Menschen mit seelischer Behinderung Groß Ammensleben

Caritasverband für Dekanat Magdeburg e. V.

Besuch am 1. April 2009

Das Wohnheim St. Klara bietet 30 seelisch behinderten Menschen eine freundliche und familiäre Atmosphäre. Die ersten Bewohner waren aus dem Fachklinikum Haldensleben gekommen, inzwischen kommen neue Bewohner aus den umliegenden Landkreisen, was zu einer Altersdurchmischung führte und neue heilpädagogische und therapeutische Anforderungen an den Träger stellte. So wurde zum Beispiel das Angebot an tagesstrukturierenden Maßnahmen erweitert und Betätigungsmöglichkeiten im sechs Kilometer entfernten Bio-Hofgut Glüsig geschaffen, auf dem nach Eindruck der Kommission sowohl von Seiten der Leitung als auch von Seiten der behinderten Mitarbeiter mit viel Engagement gearbeitet wird. Neben dem einrichtungseigenen Shuttle-Bus bietet auch der ÖPNV gute Verkehrsmöglichkeiten. Der Wunsch der Leitung nach Erweiterung der angebotenen Wohnformen, insbesondere in Form eines ambulanten Betreuten Wohnens, wird von der Kommission unterstützt. Somit könnten aus dem Heimbereich heraus entwickelte Bewohner in Ortsnähe bleiben und Kontakte zur Einrichtung aufrechterhalten. Über eine Arbeitsbelohnung auf Gut Glüsig sollte nachgedacht werden.

V.3 Bericht der Besuchscommission 3

Vorsitzende Frau Dr. med. Christiane Keitel, Stellv. Vorsitzender Herr DP Uwe Bartlick

Stadt Dessau-Roßlau

Nach der Gebietsreform 2007 stabilisiert sich die Region Dessau-Rosslau. Die Versorgungssituation der Stadt hat sich durch den Umzug des Gesundheitszentrums für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im stationären Bereich in der Qualität deutlich verbessert. Nur die unzureichende Besetzung ärztlicher Stellen bleibt zu beklagen. Im Kinder- und Jugendbereich änderte sich an der Versorgung durch die Tagesklinik und Institutsambulanz des Fachklinikums Bernburg nichts.

Die Anzahl der niedergelassenen Psychotherapeuten und Nervenärzte stellt sich wie folgt dar: Es gibt insgesamt zehn niedergelassene psychologische Psychotherapeuten, davon vier mit zusätzlicher Genehmigung zur Behandlung von Kindern, einen niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, drei niedergelassene Nervenärzte, einen Arzt im Medizinischen Versorgungszentrum.

Die Versorgung mit Heim- und Werkstattplätzen erfolgt bedarfsgerecht. Die Tagesstätte für seelisch behinderte Menschen in Roßlau ist dem Bedarf von Dessau-Roßlau entsprechend auf 15 Plätze erweitert (Träger ist die Diakonie). Für das „Robert-Koch-Haus“ ist ein Nachnutzungskonzept für soziale Zwecke vorgesehen, das der komplementären Versorgung seelisch behinderter Menschen dienen soll (u.a. Wohnheim für Menschen mit seelischen Behinderungen). Der Sozialpsychiatrische Dienst befindet sich im Stadtzentrum.

Zurzeit werden für den Suchtkrankenbereich übergreifende Organisationsaufgaben von einer Arbeitsgemeinschaft Suchtkrankenhilfe wahrgenommen, zu der die Suchtberatungsstelle, das Therapeutische Zentrum Bethanien, das Sozialpsychiatrische Zentrum und die Psychiatrische Klinik gehören. Die primäre Suchtprävention ist davon getrennt, denn es gibt eine hauptamtliche am Jugendamt angestellte Mitarbeiterin, die einem Präventionsrat vorsteht, der sich um Suchtprobleme kümmert.

Die Entwicklung einer psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG), deren Gründung von der Besuchscommission empfohlen wurde, wird in der Stadt Dessau-Roßlau derzeit diskutiert.

Landkreis Anhalt-Bitterfeld

Die Bevölkerung im 2007 neu gebildeten Landkreis Anhalt-Bitterfeld ist ausgesprochen unausgewogen verteilt; einer hohen Bevölkerungsdichte im Raum Bitterfeld-Wolfen stehen sehr dünn besiedelte Flächen im Raum Zerbst gegenüber. Die Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen wird von der Besuchscommission überwiegend als schlecht beurteilt.

Eine vollstationäre Krankenhauseinrichtung ist auch im vergrößerten Landkreis nicht vorhanden. Patienten müssen außerhalb des Landkreises versorgt werden, sie reisen nach Magdeburg und Dessau, aber auch in die Krankenhäuser Bernburg, Halle-Neustadt, Uniklinik Halle und in die Bosse Klinik Wittenberg. Einzelne Patienten werden auch immer noch in Altscherbitz in Sachsen behandelt. Ein Regionsbezug während des stationären Aufenthaltes ist somit nicht gegeben. Welcher Klinikstandort die Versorgungsverpflichtung hat und Patienten aus dem Landkreis Anhalt-Bitterfeld nicht abweisen kann, ist nicht geklärt. Die Tagesklinik in Wolfen hält ein teilstationäres psychiatrisches und psychotherapeutisches Angebot vor.

Auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es im Landkreis kein stationäres Krankenhausangebot. Betroffene Kinder und Jugendliche werden in den entsprechenden Einrichtungen Halle, Merseburg und Bernburg behandelt. Vor einigen Jahren war eine Tagesklinik für Kinder und Jugendliche in Wolfen angedacht, bisher wurde das Projekt nicht realisiert.

Die ambulante Versorgung wird im Landkreis Anhalt-Bitterfeld durch sieben Nervenärzte oder Psychiater abgedeckt. Davon praktizieren zwei Ärzte in Köthen, vier im Bereich Bitterfeld-Wolfen und eine Ärztin in Zerbst. Eine Veränderung der Versorgungsstruktur hat

sich im Berichtszeitraum dadurch ergeben, dass in Bitterfeld eine Ärztin aufhören wird zu praktizieren, zwei andere Ärzte an einem medizinischen Versorgungszentrum im Krankenhaus die Tätigkeit wieder aufnehmen. Für die Zukunft wird eine weitere Zuspitzung der Versorgungsproblematik erwartet, da die praktizierenden Ärzte zum Teil ein recht hohes Alter aufweisen. Im Landkreis ist eine Kinder- und Jugend-Psychotherapeutin niedergelassen, eine ambulante kinder- und jugendpsychiatrisch/psychotherapeutische Versorgung ist nicht gewährleistet.

Im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung Erwachsener hat sich im Vergleich zum Vorbericht keine Veränderung ergeben, es sind insgesamt neun psychologische Psychotherapeuten tätig.

Der Sozialpsychiatrische Dienst am Gesundheitsamt hat seinen Hauptsitz zurzeit in Köthen, mit Außenstellen in Zerbst und in Bitterfeld-Wolfen. Es ist jedoch geplant, Bitterfeld-Wolfen wieder zum Hauptsitz des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu machen. Als Grund wird genannt, dass der Schwerpunkt der Arbeit dort lokalisiert ist. Der fachärztliche Teil der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes wird teilweise über Ärzte des Gesundheitsamtes durchgeführt, teilweise wird fachärztliche Kompetenz über den Einsatz von Honorarkräften sichergestellt. Geleitet wird der Sozialpsychiatrische Dienst seit vielen Jahren durch einen erfahrenen Diplompsychologen. Auf die Besetzung mit einem Facharzt für Psychiatrie sollte deshalb nicht verzichtet werden. Der Aufbau einer funktionierenden PSAG ist, wie auch im Vorjahresbericht beklagt, bisher nicht realisiert worden.

Im Landkreis arbeiten sechs Selbsthilfegruppen von psychisch kranken und alkoholkranken Menschen, drei in Köthen, drei in Zerbst, leider keine am Standort Bitterfeld-Wolfen. Im Spektrum der komplementären Betreuungen haben sich gegenüber dem letzten Berichtszeitraum keine wesentlichen Veränderungen ergeben. Nach wie vor wird der Schwerpunkt der Arbeit verschiedener Träger im Vorhalten des stationären Versorgungsangebotes gesehen; ambulante Betreuungsangebote erscheinen nur schwer realisierbar.

Im genannten Besuchszeitraum wurden drei Altenpflegeheime besucht. Die Kommission konnte feststellen, dass man sich in diesen Heimen um ein besonderes Betreuungsangebot für gerontopsychiatrisch erkrankte Bewohner bemühte.

Gravierende Veränderungen der Versorgungssituation für den genannten Zeitraum konnten im Landkreis Anhalt-Bitterfeld nicht eruiert werden. Durch die Kreisgebietsreform hat sich die Situation der psychisch kranken Menschen nicht verbessert. Teilweise sind eher weite Wege zu Behandlungsplätzen zurückzulegen.

Landkreis Wittenberg

Die Versorgungssituation im Landkreis Wittenberg hat sich auch nach der Gebietsreform 2007 nicht wesentlich verändert. Zwar ist festzustellen, dass der Landkreis an Fläche und Bewohnern, aber kaum an Versorgungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen gewonnen hat. Sowohl die fachmedizinische Versorgung als auch die komplementären Einrichtungen bestehen unverändert und arbeiten bedarfsorientiert. Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) des Landkreises ist angegliedert beim Fachdienst Gesundheit und wird seit Anfang 2007 von einer Nervenärztin geleitet. Der SpDi unterhält Außensprechstunden in den Städten Jessen und Gräfenhainichen.

Seit vielen Jahren gibt es eine Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG), die in Arbeitsgruppen organisiert ist. Außerdem bildete sich auf Initiative der Direktoren der beiden großen Kliniken der Lutherstadt Wittenberg ein Runder Tisch „Gesundheit“. Dieser beschäftigt sich mit der medizinischen Versorgungslandschaft und Vernetzung der Einrichtungen in der Lutherstadt.

Als nicht ausreichend ist nach wie vor die ambulante fachpsychiatrische und psychotherapeutische Versorgung zu bewerten. Der gesamte Landkreis wird durch nur drei niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie und drei psychologische Psychotherapeuten, die alle in der Stadt Wittenberg ansässig sind, versorgt. Unberücksichtigt bleiben dabei die unterschiedlichen Leistungsspektren von Psychiatern und Neurologen.

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es die Tagesklinik der SALUS-gGmbH. Außerdem hat sich im Berichtszeitraum ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut niedergelassen. Nach wie vor gibt es jedoch keinen niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater im Landkreis.

Bei den Besuchen in den Alten- und Pflegeeinrichtungen wurde immer wieder die mangelnde fachpsychiatrische Betreuung der gerontopsychiatrischen Bewohner beklagt. Daher ist es umso erfreulicher, dass die stationäre und teilstationäre psychiatrische Vollversorgung von Erwachsenen durch die Klinik Bosse in Wittenberg gewährleistet wird.

Im komplementären Bereich gibt es für seelisch behinderte Menschen das Ambulant Betreute Wohnen der Klinik Bosse, „Die ANDERE Werkstatt“ in Trägerschaft des Augustinuswerkes und die Tagesstätte des Gemeinnützigen Behindertenverbandes. Für geistig behinderte Menschen hält im Landkreis Wittenberg das Augustinuswerk differenzierte Angebote vor.

Im Bereich der Suchtkrankenhilfe arbeitet die Beratungsstelle für Abhängigkeits-erkrankungen des Paul-Gerhardt-Diakonie-Krankenhauses und Pflege GmbH.

Das größte Problem bleibt aber weiterhin das Fehlen niederlassungswilliger Ärzte in den Fachrichtungen der Nervenheilkunde. Die derzeitige Altersstruktur wird in wenigen Jahren dazu führen, dass es zu einer erdrutschartigen Unterversorgung in den meisten Regionen kommt.

Im Berichtszeitraum wurde im Landkreis Wittenberg eine Einrichtung besucht, das Kinder- und Jugendheim „Adolf Reichwein“ in Pretzsch, das den Eindruck eines adäquaten Betreuungsangebotes hinterließ.

Besuche im Einzelnen

Caritas-Wohnheim und Intensiv Betreutes Wohnen „St. Hildegard“ für Menschen mit seelischer Behinderung in Osternienburg

Caritas-Trägersgesellschaft St. Mauritius gGmbH (ctm) Magdeburg

Besuch am 5. Mai 2008

Das Caritas-Wohnheim und das Intensiv Betreutes Wohnen „St. Hildegard“ für Menschen mit seelischen Behinderungen tragen mit den speziellen Betreuungs- und Förderangeboten für die Zielgruppe zur Angebotsvielfalt im regionalen Versorgungssystem des Landkreises Anhalt-Bitterfeld bei. Für die 48 Bewohner in der vollstationären Einrichtung wird ein umfangreiches Beschäftigungsangebot vorgehalten, bei dem die Förderung der individuellen Ressourcen und der Selbstständigkeit im Mittelpunkt stehen. Neu seit 2002 ist das Vorhalten des Intensiv Betreuten Wohnens. Die sechs Bewohner, die in Einzelwohnungen untergebracht sind, waren gut in die Gemeindegemeinschaft integriert.

Die Besuchskommission gewann den Eindruck, dass der personenzentrierte Ansatz in der Betreuung seelisch Behinderter hier in engagierter Weise umgesetzt wird.

Werkstatt für Menschen mit Behinderungen, Arbeitsbereich „Impuls-Werkstatt“ in Köthen

Lebenshilfe gGmbH Köthen

Besuch am 5. Mai 2008

Die Werkstatt für Menschen mit Behinderungen, Arbeitsbereich „Impuls-Werkstatt“ erbringt eine bemühte Arbeit zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben. Die Kommissionsmitglieder nehmen durch ihren Perspektivwechsel von der medizinischen in die wirtschaftliche und betreuende Perspektive die Arbeit der Mitarbeiter als engagiert wahr. Die Werkstatt ist räumlich sehr gut ausgestattet und hat einen hervorragenden Außenbereich sowie helle und geräumige Sanitär-, Aufenthalts- und Sozialräume. Die Arbeitsangebote sind auf die einzelnen Gruppen der verschiedenen Arten und Grade an Behinderung zugeschnitten.

Von den 215 vorhandenen Plätzen in der Werkstatt sind 296 belegt, die Überbelegung mit 80 Mitarbeitern erscheint erheblich problematisch, da auch mit dem neuen Bauabschnitt dieser Überbelegung nicht völlig begegnet werden kann. Es ist fast nicht möglich, Menschen mit Behinderungen auf den ersten Arbeitsmarkt wieder einzugliedern. Die Frage der Fahrtkostenabrechnung sollte für alle Seiten perspektivisch zufriedenstellend gelöst werden.

Sozialpsychiatrischer Dienst in Bitterfeld Landkreis Anhalt-Bitterfeld

Besuch am 2. Juni 2008

Aufgrund der Kreisgebietsreform fand nach gut einem Jahr ein rascher Nachfolgebesuch statt. Das Gesundheitsamt ist jetzt für die doppelte Einwohnerzahl (185.000) zuständig. Ein Fachpsychologe der Medizin ist Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Die Besuchskommission empfiehlt, einen Facharzt für Psychiatrie einzusetzen entsprechend der Empfehlung des Psychiatrischen Krankengesetzes des Landes. Während des Besuches konnte festgestellt werden, dass die personelle, strukturelle und inhaltliche Umstrukturierung nur sehr schleppend vorangeht. Kritikwürdig wurde empfunden, dass am Standort Bitterfeld-Wolfen keine Gruppenarbeit am Sozialpsychiatrischen Dienst mehr angeboten wird. Weiterhin war eine funktionierende PSAG nicht vorhanden.

Abschließend war festzustellen, dass die Schaffung eines neuen und damit größeren Landkreises nicht dazu geführt hat, dass sich die Versorgungssituation der psychisch Kranken und seelisch Behinderten in irgendeiner Weise verbessert hätte.

Wohnheim „Am Schloss“ Trebitz für Menschen mit seelischen Behinderungen und IBW Trainingswohnen

Volkssolidarität Verwaltungs-gGmbH Sachsen-Anhalt

Besuch am 1. September 2008

In der Einrichtung werden 40 Personen mit seelischer Behinderung betreut. Die räumlichen Voraussetzungen sind als gut zu betrachten. Die Konzeption konnte erweitert werden durch das Angebot eines Intensiv Betreuten Wohnens mit 5 Plätzen. 2 Bewohner des Intensiv Betreuten Wohnens haben sich durch die Förderung so gut entwickelt, dass sie inzwischen die Werkstatt für Behinderte besuchen können.

Die nervenfachärztliche Betreuung der Bewohner ist gewährleistet. Das Angebot durch die Ergotherapeuten stellt eine wertvolle Ergänzung zur allgemeinen Betreuungskonzeption dar. Es wurde eine gute Tagesstrukturierung gesehen mit dem Ziel der Stärkung der sozialen Eigenkompetenz. Vielfältige Freizeitangebote ergänzen das Betreuungsangebot. Es fiel auf, dass 9 von 40 Bewohnern bereits über 60 Jahre alt waren. Aus dieser Sicht wird sich perspektivisch die Frage der Versorgung künftig pflegebedürftiger seelisch Behinderter stellen.

Kinder- und Jugendheim „Adolf Reichwein“ in Pretzsch Salus gGmbH

Besuch am 1. September 2008

Das Kinderheim und die Schule sind in der rekonstruierten Schlossanlage Pretzsch untergebracht. Die Außenrekonstruktion ist noch nicht erfolgt, allerdings vermittelte der Schulbereich einen sehr repräsentativen Eindruck. Ein Hauptaugenmerk der Einrichtung liegt auf der Stärkung von sozialen Kompetenzen. Bei dem Besuch fiel auf, dass das Verhältnis und der Umgang der Betreuer mit den Kindern und Jugendlichen sehr herzlich sind. Zurzeit wird das Heim umstrukturiert. Die Planung einer Clearinggruppe steht hierbei im Vordergrund. Die Kinder und Jugendlichen, für die sich die Einrichtung stark macht,

kommen aus entwicklungshemmenden Familienkonstellationen und haben in der Regel Bindungs- und Selbstwertungsprobleme.

Die Einrichtung ist sowohl stationär als auch teilstationär und bietet ein sehr differenziertes Programm für die Betreuung der entsprechenden Kinder und Jugendlichen an. Die Auslastung würde 50 Plätze zulassen, leider liegt die aktuelle Auslastung aufgrund finanzieller Probleme bei 35 Plätzen.

Die fachärztliche Versorgung wird als gut eingeschätzt. Die personelle Ausstattung entspricht den gesetzlichen Vorschriften, alle Mitarbeiter sind den Erfordernissen entsprechend qualifiziert. Außerdem bestehen gute Kooperationen mit anderen

Salus-Einrichtungen. Das Kinder- und Jugendheim erfüllt gerade im stationären Jugendhilfeangebot eine wichtige Aufgabe. Durch die Veränderung der Struktur versucht die Einrichtung, sich den veränderten Anforderungen anzupassen. Gerade die Kombination von Schule und Heim ist eine sehr wichtige Komponente, die die Kommission überzeugte. Hinzuweisen ist hier noch einmal ausdrücklich auf die fehlende Möglichkeit der Unterbringung nach § 1631b BGB, die für einen besseren Rechtsschutz der Beteiligten sorgen würde. Diese fehlt aber in allen Jugendhilfeeinrichtungen in Sachsen-Anhalt.

Kursana Domizil Seniorenzentrum Wolfen

Kursana Social Care GmbH

Besuch am 6. Oktober 2008

Bei dem Altenpflegeheim Kursana Domizil Wolfen handelt es sich um ein Altenpflegeheim, welches in einem sanierten DDR-Plattenbau untergebracht ist. Die 280 Plätze wurden auf 140 Plätze reduziert, dennoch handelt es sich um eine Großeinrichtung.

Es werden 108 Einzelzimmer in einer modernen Bauweise vorgehalten, die Sanierung wurde 2004 abgeschlossen. Zwei Bewohner eines Einzelzimmers teilen sich jeweils eine Nasszelle. Es fiel eine noch nüchterne Ausgestaltung von Fluren und Wohnräumen auf, ebenso fehlen Orientierungshilfen bei langen und zum Teil auch verwinkelten Fluren. Bezüglich des Personalschlüssels war festzustellen, dass die Quote von Fach- und Hilfskräften eingehalten wurde. Eine Wohnbereichsleiterin hat bereits die Ausbildung zur Gerontopsychiatrischen Fachkraft abgeschlossen. Für das Jahr 2009 sind zwei weitere Mitarbeiter für diese Ausbildung vorgesehen.

Die Einrichtung hält einen Wohnbereich, ein besonderes Betreuungsangebot für mobile demente Bewohner vor, mit einem ansprechend strukturierten Angebot. Eine entsprechende Sondervereinbarung mit den Pflegekassen war diesbezüglich noch nicht getroffen worden. Es sind neben dem Pflegepersonal in der Einrichtung auch zwei Sozialpädagogen und zwei Ergotherapeuten in Teilzeit angestellt, die sich insbesondere um die Belange der gerontopsychiatrisch kranken Bewohner bemühen. Kritisch ist die unzureichende ambulante nervenfachärztliche Versorgung, eine reguläre Versorgung mit einem Kontakt im Quartal findet nur für ca. 30 Bewohner statt.

Insgesamt konnte die Besuchskommission sich von einem engagiert arbeitenden Team in diesem Altenpflegeheim überzeugen.

Kursana Domizil Seniorenzentrum Bitterfeld „Hildegard Seidel“

Kursana Social Care GmbH

Besuch am 6. Oktober 2008

Das Altenpflegeheim in Bitterfeld ist mit seinen 50 Plätzen angenehm klein. Die Atmosphäre in der Einrichtung war freundlich und angenehm, insbesondere die bauliche Anlage ist für dement erkrankte Bewohner geeignet und sehr übersichtlich. Das Personal wirkte engagiert. Kritisch angemerkt wurde von der Besuchskommission jedoch die etwas nüchterne Ausstattung der Flure, Orientierungshilfen waren in Ansätzen vorhanden, ebenso ein Wegeleitsystem. Beides könnte noch ausgebaut werden.

Empfohlen wurde weiterhin eine regelmäßige Supervision für die Mitarbeiter, welche es nur noch gezielt nach Einforderung gab. Die Supervision sollte perspektivisch als Angebot im Rahmen des Pflegeschwerpunktes gerontopsychiatrisch erkrankter Bewohner angeboten werden. Da nach Angaben des Heimes auch hier über 60 % der Bewohner alterspsychiatrisch erkrankt waren, kann auch hier die Empfehlung getroffen werden, einen besonderen Wohnbereich für gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung zu installieren.

Werkstatt für Menschen mit Behinderungen in Roßlau Lebenshilfe für geistig Behinderte Rotall e.V.

Besuch am 3. November 2008

Die Werkstatt für Menschen mit Behinderung hält ein Beschäftigungsangebot für geistig und mehrfachbehinderte Menschen vor, seelisch behinderte Menschen sind nur zu einem geringen Anteil in der Einrichtung beschäftigt (drei Mitarbeiter mit Kostenanerkennung). Ein Bedarf an Arbeitsplätzen für seelisch behinderte Mitarbeiter kann durch die Stadt Dessau-Roßlau nicht festgestellt werden, weil es keine Warteliste oder Anmeldungen gibt. Auch das Thema altgewordener Mitarbeiter ist präsent, der älteste Mitarbeiter ist 70 Jahre alt und wird weiterhin beschäftigt.

Über die zukünftigen speziellen Angebote für ältere Mitarbeiter wird gegenwärtig eine strukturelle Lösung gesucht. Schwierig für den Träger erscheint die Tatsache, dass es seit Jahren keine gültige unterzeichnete Rahmenvereinbarung gibt. Das schafft Rechtsunsicherheit. Aus der Werkstatt konnten bisher kaum Mitarbeiter in den ersten Arbeitsmarkt vermittelt werden, weil einerseits das Angebot an entsprechenden Arbeitsplätzen in der Region nicht vorhanden ist und andererseits die Mitarbeiter mit Behinderungen dem entstehenden Leistungsdruck nicht standhalten können.

Komplizierte Abrechnungsmodalitäten durch viele Kostenträger erschweren die Finanzierung innerhalb der Werkstatt. Zurückgezogene Verträge über Pflegesätze bzw. Entgelte im Berufsbildungsbereich durch das Bundesfinanzministerium führten auf Seiten des Trägers zum Rückzug aus der Tarifgemeinschaft BAT-O und damit effektiv zu Lohnkürzungen (Steigerungen werden nicht mitgetragen, schwierige Personalakquise).

Wohnstätten an WfbM in Dessau Diakonisches Werk im Kirchenkreis Dessau e.V.

Besuch am 3. November 2008

Das Wohnheim an der WfbM ist ein wichtiger Baustein in der gut strukturierten Betreuungskette des Diakonischen Werkes im Kirchenkreis Dessau e.V. Die Einrichtung ist zentral und dennoch ruhig in der Nähe des Stadtzentrums gelegen und vermittelt eine wohnliche Atmosphäre.

Die 28 Wohnplätze sind voll belegt. Bis auf zwei Bewohner, die eine seelische Behinderung haben, sind alle anderen geistig behindert. Die Bewohner sind alle in Einzelzimmern untergebracht. Das Personal arbeitet engagiert und qualifiziert. Die Betreuungsquoten sind ausreichend sowie auf die Förderung der Selbstständigkeit und Individualität der Bewohner ausgerichtet. Ziel der Förderung sollte die Befähigung der Bewohner zu einer Inanspruchnahme niedrigschwelliger Hilfen und Wohnformen sein. Dazu hält der Träger ein Intensiv Betreutes Wohnen mit 11 Wohnplätzen vor. Pläne für ein Ambulant Betreutes Wohnen sind derzeit nicht realisierbar, da der finanzielle Rahmen, den der Gesetzgeber vorsieht, nicht ausreichend ist. Ebenso arbeitet der Träger an einer Lösung für den Verbleib alt gewordener Bewohner, die zurzeit noch die Einrichtung wechseln müssen.

St. Joseph-Krankenhaus Dessau
Gesundheitszentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Alexianerbrüdergemeinschaft GmbH
Besuch am 1. Dezember 2008

Der Besuch der Einrichtung erfolgt nach Umzug in das neugebaute und sanierte Gebäude. Die Kapazität des Gesundheitszentrums veränderte sich dadurch nicht. In den Häusern werden erwachsene Menschen mit psychischen Störungen aller Art behandelt. Dabei hat der Träger die Stationen indikationsspezifisch aufgeteilt in die Bereiche Allgemein- und Akutpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Sucht und psychosomatische Medizin. Die Bedingungen für Patienten und Personal haben sich gegenüber der vorherigen Einrichtung deutlich verbessert. So gibt es nur noch Ein- und Zweibettzimmer mit jeweils einer Nasszelle. Die Bereiche erscheinen durch Farbauswahl und Mobiliar wohnlicher und freundlicher. Mit der Gestaltung eines abgegrenzten gartenähnlichen Bereiches für die untergebrachten Patienten wurden die Bewegungsfreiräume für diese Klientel verbessert. Die Therapiebereiche sind räumlich erweitert worden und ermöglichen so bessere Arbeitsbedingungen. Perspektivisch sind diesbezüglich weitere Veränderungen geplant (Errichtung einer Mehrzweckhalle). Auffallend ist die ausgesprochen hohe Auslastung der Klinik, sowohl im stationären als auch im tagesklinischen Bereich. Dem gegenüber steht eine schwierige Ärztesituation. Hier ist es bislang trotz unterschiedlicher Anreize nicht gelungen, neue Ärzte zu gewinnen. Dies limitiert auch weitere Vorhaben des Trägers. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass inhaltlich die Arbeit in bewährter Form fortgeführt wird bei deutlich verbesserten äußeren Bedingungen.

Alten- und Pflegeheim „Willy Wegener“ Zerbst
APH im Zerbst GmbH und Co. Betriebs-KG
Besuch am 2. Februar 2009

Es handelt sich bei dem Altenpflegeheim „Willy Wegener“ in Zerbst um ein Altenpflegeheim, welches 177 Betten im Altenpflegebereich sowie 26 Betten in einer Gerontopsychiatrischen Fachabteilung vorhält. Die Einrichtung gehört damit zu den großen Einrichtungen, ein ehemaliger Plattenbau wurde ansprechend saniert. Die Bewohner sind zumeist in Einzelzimmern untergebracht. Die räumlichen Bedingungen wurden von der Besuchskommission als sehr gut eingeschätzt. Eine individuelle Raumausstattung ist erkennbar, ebenso eine übersichtliche Anordnung von Orientierungshilfen. Der Bereich der besonderen Dementenbetreuung verfügt für mobile Demenzerkrankte und Bewohner mit anderen gerontopsychiatrischen Diagnosen über Fachpersonal, um eine spezifische Tagesbetreuung durchzuführen. Eine gerontopsychiatrische Fachkraft ist tätig in dieser Abteilung. Die Heimleitung wurde von der Besuchskommission unterstützt in dem Ansinnen, eine weitere Mitarbeiterin zur Ausbildung für die gerontopsychiatrische Fachkraft zu fördern. Die nervenfachärztliche Behandlung wird wohnortnah durch die ansässige Nervenfachärztin, Frau Dr. Krüger, ausgeführt. Es sind 1,75 Vollkräfte Ergotherapeuten in der Einrichtung tätig und bieten entsprechende Angebote im Einzel- und Gruppensetting an. Die Mitarbeiter der Einrichtung wurden im Umgang mit den Bewohnern als sehr bemüht und engagiert erlebt. Auch das Arbeitsklima wurde von der Kommission als förderlich empfunden. Leider war zu ersehen, dass aufgrund der Zahlung des hohen Eigenanteils die spezielle Teileinrichtung nicht vollständig ausgelastet war.

Betreuungszentrum „Marie von Kalitsch“ in Bärenthoren
Deutsches Rotes Kreuz Wittenberg gemeinnützige Pflege GmbH
Besuch am 2. Februar 2009

Das Betreuungszentrum Bärenthoren hält ein Wohnangebot für suchtmittelabhängige Menschen vor, insbesondere für jene Betroffenen, die gern in ländlicher Region leben

möchten. Die Wohnbedingungen wurden von der Besuchskommission als gut eingeschätzt, auch gibt es eine ausreichende fachärztliche Versorgung und gute ergotherapeutische Angebote. Gleichwohl stellte die Kommission fest, dass das sozialtherapeutische Anliegen einer solchen Einrichtung, die Bewohner zu einem Leben in Abstinenz und Eigenständigkeit zu führen, nicht unmittelbar erkennbar war. Sicher werden die Bewohner im ambulanten Bereich zu mehr Eigenständigkeit angehalten, doch eine klare Trennung zwischen stationärem, Intensiv Betreutem und Ambulant Betreutem Wohnen wurde nach außen hin nicht deutlich sichtbar. Die Besuchskommission verkennt nicht die Schwierigkeiten, die ein Ambulant Betreutes Wohnen an die Fähigkeiten sozialhilfebedürftiger alkoholkranker Menschen stellt, sei es die selbstständige Tagesstrukturierung oder die täglich zu arbeitende Abstinenzmotivation. Sie kann auch nachvollziehen, dass der Träger die Betroffenen und ihre Entwicklung gern im Blick und damit im Objekt behalten möchte. Die Kommissionsmitglieder halten es jedoch für erfolgreicher, werkstattfähig gewordene Bewohner auch in Werkstätten unterzubringen und für sie vor allem die Möglichkeit des Ambulant Betreuten Wohnens außerhalb des Grundstückes der Betreuungseinrichtung zu schaffen. Ohne eine örtliche Trennung innerhalb der gestuften Wohnformen entsteht der Eindruck eines Sicherheit gebenden geschlossenen Kreises, aus dem letztlich keiner der Betroffenen heraustreten will und soll.

**Gut Zehringen: „Wohnheime I „Strandespalais“ und II „Wohn- und Therapiecenter“ für Menschen mit geistigen Behinderungen und Wohnheim III „Oswaldhaus“ für Menschen mit seelischen Behinderungen
Unternehmensgruppe Burchard Führer, Heimservice GmbH
Besuch am 30. März 2009**

Die Einrichtungen halten insgesamt 140 Plätze vor, davon 30 für Menschen mit seelischer Behinderung. Inzwischen bietet der Träger auch ein Intensiv Betreutes Wohnen in Großspaschleben an. Dessen 10 Bewohner besuchen die Werkstatt der Lebenshilfe in Köthen.

Auf Gut Zehringen werden neue Therapiekonzepte integriert. In planerischer Diskussion ist die Errichtung einer eigenen Werkstatt für seelisch Behinderte in Köthen. Diese Pläne sollten mit dem Landkreis und allen Kostenträgern abgestimmt werden. Auch die Problematik des Vorhaltens von Doppelzimmern wurde diskutiert. Im Wohnbereich der Menschen mit geistigen Behinderungen scheinen oft Wünsche nach Nähe, Hilfe und Unterstützung vorzuliegen. Für den Wohnbereich der seelisch Behinderten ist geplant, möglichst Einzelzimmer anzubieten.

Die nervenfachärztliche Versorgung der Bewohner wird als gut eingeschätzt.

Als besondere Problematiken wurden die künftige Betreuung altgewordener und pflegebedürftiger Mitbewohner erkennbar und die Schwierigkeit, Bewohner aus der stationären Heimversorgung in niedrighospitalisiertere Wohnformen zu enthospitalisieren.

V.4 Bericht der Besuchskommission 4

Vorsitzender Herr Joachim Müller, Stellv. Vorsitzende Frau Birgit Tank

Landkreis Harz

Der Landkreis Harz hat ca. 241.000 Einwohner, Kreisstadt ist Halberstadt. Das Gesundheitsamt befindet sich in Wernigerode. Durch drei Außenstellen ist die Erreichbarkeit für die Klienten gegeben. Die in den letzten Jahren noch vorgefundenen unterschiedlichen Verfahrensweisen bei Einweisungen nach PsychKG sind nunmehr vereinheitlicht. Auch die Sozialverwaltung hat ihren Sitz in Wernigerode, einzelne Bereiche der „Hilfe außerhalb von Einrichtungen“ und der Betreuungsbehörde sind auch als Außenstellen vorhanden. Damit sind die Entfernungen für die Bürger zumutbar. Im Landkreis gibt es neben der ARGE auch die KOBA. Eine Zusammenarbeit beider Angebote erfolgt derzeit nicht. Ein Wohnortwechsel über eine ehemalige Kreisgrenze hinweg ist für Klienten mit großen Schwierigkeiten verbunden, da sie bei gleicher Leistungsart das System wechseln müssen. Wie in anderen Bereichen auch, sollte es im Landkreis hierfür nur einen Leistungsträger geben. Eine Rolle spielt dabei, dass politisch noch nicht klar ist, wie in Zukunft die Versorgung erfolgen soll.

Problematisch ist weiterhin die fehlende Struktur für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung. Sie erfolgt zurzeit durch Kinderärzte und Psychologen. Nach Berichten der Mitarbeiter der Ämter (vor allem Jugendamt und SpDi) wächst die Zahl der schwerstgestörten, multimorbiden Kinder und Jugendlichen.

Die psychiatrische Notfallversorgung erfolgt regionalisiert nach Absprache der vier Kliniken im Landkreis. Die Anzahl der niedergelassenen Nervenärzte im Erwachsenenbereich ist angemessen, dennoch gibt es Wartezeiten von mehreren Monaten, da einige Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ausschließlich psychotherapeutisch arbeiten. Eine ambulante Versorgung wird auch durch die Psychiatrischen Institutsambulanzen an den Kliniken in Blankenburg, Ballenstedt und Neinstedt geleistet, eine persönliche Ermächtigung besteht am Diakoniekrankenhaus Elbingerode.

Im klinischen Bereich gibt es die Kliniken in Blankenburg, Neinstedt, Ballenstedt und die auf Sucht ausgerichtete Klinik in Elbingerode. Zwischen den Kliniken gibt es keinen Kooperationsvertrag und keine regelmäßige Zusammenarbeit. Eine Abstimmung erfolgt allenfalls bezüglich Sucht. Die Bettenmessziffer liegt deutlich über dem Landesdurchschnitt; nur zwei der vier Kliniken erfüllen die Voraussetzungen für die Pflicht- und Vollversorgung. Die Versorgungsaufgabe des Psychiatrischen Fachkrankenhauses Neinstedt im klinischen Bereich wird nicht deutlich. Die Landkreisreform bietet die Chance, die stationäre Versorgung neu zu regeln und neu zu ordnen, z.B. mittels Kooperationen und Spezialisierungen. Diese sollte auch wahrgenommen werden.

Die räumliche Situation in der psychiatrischen Abteilung im Harzkrankenhaus in Blankenburg hat sich noch nicht verändert. Die seit Jahren geplante Fertigstellung soll nun in diesem Jahr erfolgen. Die in Ballenstedt leerstehende ehemalige innere Station ist für den psychiatrischen Bereich geplant, allerdings erfolgte auch hier noch kein entsprechender Umbau.

Der Landkreis bietet eine breite Palette gut vernetzter Angebote in einem verträglichen Verhältnis von stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten für Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung oder seelischer Behinderung infolge Sucht. Für demenziell erkrankte Menschen gibt es in mehreren Einrichtungen spezialisierte Bereiche. Es wird vereinzelt beobachtet, dass der überörtliche Träger die Klienten aus Altersgründen zwingt, aus der Eingliederungshilfe in die Hilfe zur Pflege zu wechseln. Hier sollte entschieden gegengesteuert werden, denn Eingliederungshilfebedarf ist nicht altersbeschränkt.

In allen Werkstätten für behinderte Menschen gibt es auch spezielle Arbeitsangebote für Menschen mit seelischer Behinderung. Allgemein ist es so, dass keine Chancen zur Vermittlung auf den ersten Arbeitsmarkt bestehen. Außerdem ist zu beobachten, dass die Abgrenzung zu milieugeschädigten Klienten bei allen Angeboten immer schwieriger wird. Die gesellschaftliche Situation lässt hier eher eine Zunahme erwarten, zumal derzeitige Angebote für diese gefährdeten Gruppen als Maßnahmen zur Vorbeugung von Behinderungen nicht ausreichen. Der Druck auf die vorhandenen Versorgungsstrukturen erhöht sich und es besteht die Gefahr, diese zu überfordern bzw. zu überlasten.

Salzlandkreis

Der Salzlandkreis hat ca. 219.000 Einwohner, Kreisstadt ist Bernburg. Das Gesundheitsamt mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst hat seinen Hauptsitz in Aschersleben, Regionalstellen arbeiten in Schönebeck, Staßfurt und Bernburg. Die Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeitet überwiegend im Jugendamt. Die psychiatrische Versorgung ist im westlichen Teil des Landkreises sehr schlecht, niedergelassene Ärzte gibt es nicht, die Tagesklinik in Aschersleben mit der PIA kann nicht alle Patienten behandeln. Betroffene werden nach Bernburg verwiesen, was für viele aufgrund der Entfernung unzumutbar ist.

Die Versorgung in der KJPP ist teilweise, aber nicht flächendeckend gesichert. Betroffene Kinder und Jugendliche können ambulant in den PIA und Tageskliniken in Dessau, Wittenberg und Bernburg und im MVZ in Bernburg und Dessau behandelt werden.

Das Klinikum Bernburg bietet seit diesem Jahr für Erwachsene Behandlungen in der psychiatrischen Tagesklinik „Angst plus“ an.

Eingliederungshilfeleistungen für Menschen mit geistigen Behinderungen sind im Salzlandkreis relativ gut geregelt. Die Stiftung Schloß Hoym mit ihren verschiedenen Teilbereichen hält alle Arten von betreuten Wohnangeboten für Menschen mit geistigen Behinderungen vor.

Vom überörtlichen Sozialhilfeträger wird bei zusätzlich erforderlicher Hilfe zur Pflege aus Altersgründen verstärkt ein Ausschluss aus der Eingliederungshilfe angestrebt. Dem sollte aus fachlichen Gründen entschieden entgegengetreten werden.

Weitere freie Träger haben Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten geschaffen, die besonderen Bedürfnissen angepasst wurden. So wurde z. B. von der Lebenshilfe Staßfurt ein betreutes Wohnangebot für Mütter/Eltern mit geistiger Behinderung geschaffen, in dem die Kinder bei ihren Eltern aufwachsen können.

Arbeitsmöglichkeiten in Form von Behindertenwerkstätten werden in allen ehemaligen Landkreisen des Salzlandkreises angeboten, so dass eine räumliche Nähe für die Werkstattmitarbeiter gegeben ist und sich für den Einzelnen auch Wahlmöglichkeiten ergeben. Die Besuchskommission stellt fest, dass die Werkstätten immer größer werden, da keine fortführenden Fördermöglichkeiten wie RPK und gestützte Arbeitsmöglichkeiten bestehen und eine Entwicklung aus der Werkstatt heraus auf den freien Arbeitsmarkt kaum vorkommt.

In der Versorgung von Menschen mit seelischen Behinderungen in komplementären Einrichtungen bestehen im Salzlandkreis noch größere Defizite. Zwar befinden sich mehrere Wohnangebote für Menschen mit seelischen Behinderungen im Salzlandkreis, die Anzahl der Plätze ist jedoch zu gering, um ausreichend gemeindenah zu versorgen. Nicht in jeder Werkstatt gibt es Teilwerkstätten für Menschen mit seelischen Behinderungen. Menschen mit seelischen Behinderungen, die nicht mehr allein in ihrer Wohnung leben können, haben darüber hinaus auch keine Möglichkeit, in einer Werkstatt für behinderte Menschen zu arbeiten, da es für sie kein Wohnheim an WfbM gibt.

Die Versorgung mit Tagesstättenplätzen für Menschen mit psychischen Erkrankungen hat sich im Landkreis verbessert. So wurde in Aschersleben eine neue Tagesstätte eröffnet. Ambulant betreute Wohnformen sind vorhanden und wurden weiterentwickelt.

Besuche im Einzelnen

Werkstatt für Menschen mit Behinderungen in Staßfurt Lebenshilfe Bördeland Gemeinnützige Gesellschaft mbH

Besuch am 7. Mai 2008

Es handelt sich um eine wirtschaftlich stabile Werkstatt mit breit gefächerten Arbeitsmöglichkeiten für behinderte Menschen. Der interessante und hoch differenzierte Betrieb ist vorrangig im Dienstleistungssektor tätig. So werden beispielsweise am Hauptstandort unter anderem Bettenroste komplett zusammengesetzt und an anderen Standorten in einer Großküche, im Tiergarten oder im Grünflächenbereich anspruchsvolle Arbeitsaufträge erledigt. Die WfbM-Leitung macht darauf aufmerksam, dass es für Menschen mit Behinderungen wegen der Situation auf dem freien Arbeitsmarkt sehr schwer sei, die errungenen Außenarbeitsplätze dauerhaft zu halten. Eine Zweigwerkstatt für die seelisch behinderten Mitarbeiter existiert bisher nicht. Die Kommissionsmitglieder verwiesen auf die sehr guten Erfahrungen anderer Werkstätten mit speziellen Arbeitsbereichen für Menschen mit seelischen Behinderungen sowie auf den steigenden Bedarf und empfahlen die Einrichtung zumindest einer eigenen Abteilung. Die Werkstatt will sich diesem Thema stellen. Wie bereits in anderen Einrichtungen zu erfahren war, wird auch hier versucht, junge Menschen mit Lernbehinderung in die Werkstatt zu integrieren. Auch Kommunalpolitiker können sich mit dem Gedanken anfreunden, um diese Menschen aus der Arbeitslosigkeit zu holen. Das ist nicht Aufgabe der Werkstätten, zumal sich dadurch ein weiteres gravierendes Problem auftut. Diese Menschen sind oft verhaltensauffällig und üben auf die Menschen mit geistiger Behinderung einen negativen Einfluss aus.

Leider ist auch die Tendenz festzustellen, dass sich junge Arbeitslose in der rechten Szene organisieren und Menschen mit Behinderungen, die in der Werkstatt Arbeit haben, als Konkurrenz ansehen. Hier ist die Politik gefragt, jungen Menschen wieder berufliche Perspektiven zu geben.

Wohnheimbereiche an WfbM in Staßfurt

Wohnstätte „Leopoldshall“ sowie Außenwohngruppe, Intensiv Betreutes Wohnen, Betreutes Wohnen, Ambulant Betreutes Wohnen, Intensiv Betreutes Wohnen für geistig behinderte Mütter/Väter mit Kind,

Lebenshilfe Bördeland Gemeinnützige Gesellschaft mbH

Besuch am 7. Mai 2008

In Staßfurt betreut die Lebenshilfe 72 geistig, 8 seelisch und 2 körperbehinderte Menschen im Wohnheim, Außenwohngruppe, Intensiv Betreutem Wohnen, betreutem Wohnen und Ambulant Betreutem Wohnen. Im Stadtzentrum sind die Wohnmöglichkeiten verkehrsgünstig gelegen und profitieren von der guten Infrastruktur. Betreutes Wohnen und Außenbereiche in Egeln und Hecklingen unterstützen das Prinzip der Gemeindenähe und vermeiden eine Konzentration in abgelegenen Großeinrichtungen.

Besonders hervorzuheben ist das Intensiv Betreute Wohnen für geistig behinderte Eltern mit Kind. Über eine kombinierte Finanzierung zwischen SGB VIII und SGB XII ist hier ein tragfähiges Konzept umgesetzt worden, das ein Verbleiben des Kindes bei seinem behinderten Elternteil ermöglicht. 13 Mütter und Väter mit 14 Kindern werden betreut, alle aus der Region. Dieser Bedarf scheint auch in anderen Regionen zu bestehen, allerdings ist dort die Finanzierung bisher immer als unmöglich dargestellt worden.

Beim geplanten Umbau des Wohnheimes wird eine Platzreduzierung angestrebt. Dadurch erhöht sich auch die Zahl der Einzelzimmer. Das kann nur begrüßt werden. Eine Rückforderung von Fördermitteln wäre in dieser Situation aus der Sicht der Besuchscommission kontraproduktiv. Eine Anfrage an das Ministerium für Gesundheit und Soziales vom 26.06.2008 blieb unbeantwortet.

Auch Menschen mit geistiger Behinderung können ein Alkoholproblem haben. Dieses wurde in der Einrichtung ganz offen thematisiert. Leider ist das Hilfesystem auf diese Problematik

nicht oder nur unzureichend eingestellt. Die Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtverhalten werden oft kurzfristig nach der Entgiftung wieder aus der Klinik entlassen und zur Entwöhnungsbehandlung erst gar nicht genommen, weil sie der üblichen Therapie aufgrund ihrer besonderen Probleme nicht folgen können.

Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt, Hauptstelle in Wernigerode Landkreis Harz

Besuch am 4. Juni 2008

Mit der Fusion der drei ehemaligen Landkreise Wernigerode, Quedlinburg und Halberstadt im Rahmen der Kreisgebietsreform im Sommer 2007 gab es auch erhebliche Veränderungen und Neuorientierungen für die Mitarbeiter. Die Besetzung des SpDi mit Sozialarbeiterstellen ist insgesamt gut. Dass die Leitung durch eine Fachärztin für Psychiatrie wahrgenommen wird, ist sehr zu begrüßen. Allerdings reicht in Anbetracht der Größe des Landkreises und der Bevölkerung eine Facharztstelle nicht aus (247.000 EW). Bisher konnte die ausgeschriebene zweite Stelle mangels Bewerber nicht besetzt werden. Dennoch zeichnen sich die Mitarbeiterinnen nach wie vor durch hohe Motivation und großes Engagement aus. Da sich Arbeitsaufwand und Anforderungen verändert haben, empfiehlt die Kommission, diesen Prozess durch Supervision und regelmäßige Fallberatungen auszubauen, fachliche Kompetenzen aus Kliniken einzukaufen sowie Hospitationen und Kooperationen zu nutzen. Im Interesse der Klienten sollte auf eine personelle Kontinuität an den vier Standorten geachtet werden. Allerdings entspricht die bestehende Personalrichtlinie nach PsychKG LSA nicht mehr den gewachsenen und erweiterten Aufgaben und den komplexer gewordenen Problemfeldern der Klienten. Die Arbeitsschwerpunkte des SpDi verlagern sich zunehmend auf die Zielgruppe Jugendlicher und junger Erwachsener mit psychiatrischen Störungen und sozialer Inkompetenz, Arbeitslosigkeit bzw. Ausbildungsunfähigkeit mit einer begleitenden Suchtproblematik vielfältiger Art (z.B. Alkohol, Drogen, Spiel- und Computersucht etc.). Insbesondere für lernbehinderte und für junge sozial- und lernschwache Erwachsene zeigen sich große Versorgungs- und Betreuungslücken.

Die Vernetzung von stationären Behandlungsmöglichkeiten mit Instituts- und Fachambulanzen, niedergelassenen Fachärzten, psychologischen Psychotherapeuten und dem gesamten gemeindenahen Komplementärbereich ist besonders in der Wernigeröder Region vorbildlich. Dagegen besteht in der Region Quedlinburg noch Nachholbedarf, um den Anforderungen des PsychKG zu entsprechen.

Die Besuchskommission musste erneut feststellen, dass der kinder- und jugendpsychiatrische Bereich im Landkreis Harz weiterhin flächendeckend unversorgt ist.

Werkstatt für Menschen mit seelischen Behinderungen Peißen Lebenshilfe Bernburg gGmbH

Besuch am 27. August 2008

Die Außenstelle der WfbM der Lebenshilfe Bernburg gGmbH liegt in der Gemeinde Peißen in einem Gewerbegebiet in 5 km Entfernung von Bernburg. Bereits seit mehreren Jahren existiert dieser stark vernetzte Standort für Menschen mit seelischen Behinderungen. Die mit 40 Plätzen genehmigte Einrichtung hat einen eigenen Berufsbildungsbereich (BBB) und ist derzeit überbelegt.

Das breite Aufgabenspektrum bietet den Beschäftigten ein abwechslungsreiches Betätigungsfeld. Im Besonderen sei die Versorgung von fünf Alpakas für „tiergestützte“ Therapie genannt. Zur Verbesserung der Betreuung beim Wohnen ist dem Träger die Initiierung eines Ambulant Betreuten Wohnens zu empfehlen.

Ein Zustrom ehemaliger Besucher der Schulen für heranwachsende Menschen mit Lernbehinderung verändert die Altersstruktur in der Werkstatt und verschleiert hier den sonst sichtbaren demographischen Wandel. Für die Menschen mit Lernbehinderung und sozialen Schwierigkeiten sind noch differenzierte bedarfsgerechte Angebote zu entwickeln.

Die zur Verfügung stehenden Gelder und Personalbemessungen reichen nicht mehr aus. Letztere orientieren sich am Stand November 1993. Obgleich die Einrichtungsmitarbeiter engagiert ihr Möglichstes tun, ist die Qualität einer bedarfsorientierten und individuellen Betreuung ebenso wie in anderen Einrichtungen der Behindertenhilfe gefährdet.

Wohnheimverbund der Lebenshilfe Bernburg gGmbH
Außenwohngruppe an Werkstatt für behinderte Menschen, Kugelweg, Bernburg
Lebenshilfe Bernburg gGmbH
Besuch am 27. August 2008

Die Lebenshilfe Bernburg betreibt an den Standorten Kugelweg 10 Plätze und Annenstrasse 16 Plätze im Intensiv Betreuten Wohnen. Das Haus Kugelweg 22 wurde besichtigt. Es macht einen freundlichen und bedarfsgerechten Eindruck. In Treppenhaus und Flure fällt viel Licht. Im Haus gibt es zwei Doppel- und sechs Einzelzimmer. Jeweils zwei Zimmer teilen sich ein Bad. Die beiden Doppelzimmer werden von jeweils einem „Pärchen“ bewohnt. Die Wohnräume liegen im ersten Stock des Hauses, in jedem Stockwerk gibt es eine Gemeinschaftsküche. Im Erdgeschoss befinden sich weitere ansprechend möblierte Gemeinschaftsräume. Mit einzelnen Bewohnern war während des Rundgangs ein Gespräch möglich. Kritik am Haus bzw. der Heimleitung wurde nicht geäußert. Vielmehr entstand der Eindruck der Zufriedenheit. Insgesamt handelt es sich um gut geführte Einrichtungen, die menschenwürdiges Dasein ermöglichen.

Wohnheime „Elisabethstift“ für geistig und mehrfach behinderte Menschen Neinstedt
Neinstedter Anstalten
Besuch am 1. Oktober 2008

Das alte Elisabethstift der Neinstedter Anstalten mit 90 Plätzen ist endlich abgerissen worden. Der Neubau mit nur noch 60 Plätzen wurde erstmals besucht. In 5 Wohngruppen finden sich Menschen mit geistiger Behinderung, die nicht die WfbM besuchen, in 30 Einzel- und 15 Doppelzimmern. Die Räumlichkeiten sind modern und hell, eine eigene Tagesförderung sowie ein Snoezelraum sind vorhanden. Die Milieutrennung findet zum Teil schon statt, ist aber noch ausbaufähig. Die Größe der Einrichtung insgesamt muss als nicht mehr zeitgemäß im Sinne von kleineren Strukturen angesehen werden.

Kinderheim „Buntes Haus“ in Neinstedt
Neinstedter Anstalten
Besuch am 1. Oktober 2008

Durch den Neubau des „Bunten Hauses“ hat die Besuchskommission sehr gute materielle Voraussetzungen zur Versorgung von geistig behinderten Kindern und Jugendlichen vorgefunden. Die Einrichtung ist zweckentsprechend, hell und freundlich ausgestattet und es herrscht ein positives und konstruktives Klima beim Personal zur Versorgung der Bewohner. Die Reduzierung der Platzkapazität des Trägers von 50 Plätzen im Kinder- und Jugendbereich auf 24 Plätze wird als gut und ausreichend angesehen. Da die Nachfrage zur Aufnahme von leicht geistig behinderten Jugendlichen mit massiven Verhaltensproblemen stark zunimmt und die Nachfrage nach Plätzen für Kinder und Jugendliche mit schweren geistigen Behinderungen rückläufig ist, sollte unbedingt bedacht werden, ob dieses Bewohnerklientel zur Einrichtung passt oder nicht den Umgang mit den anderen Bewohnern erschwert.

**Wohnheim Haus „Einetal“ in Schielo
Trägersgesellschaft der Haus „Einetal“ GmbH**
Besuch am 5. November 2008

Das Haus „Einetal“ erfuhr wiederum einen Trägerwechsel und wurde in eine GmbH überführt. Es ist regional gut integriert und unterhält zahlreiche Kooperationen. Die allgemeinärztliche und psychiatrische Versorgung erfolgt am Standort oder in den umliegenden Orten und in den psychiatrischen Kliniken Ballenstedt, Bernburg und Blankenburg. Die Mitarbeiter nutzen Angebote für Fortbildung und Supervision.

In drei Häusern gibt es 35 Einzel- und 39 Zweibettzimmer für Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung oder mit seelischer Behinderung infolge Sucht. Sechs Bewohner besuchen die Werkstatt, die anderen werden im Wohnheim gefördert. Der Heimbeirat trifft sich monatlich. Die Umsetzung des Nichtraucherschutzgesetzes in dieser Einrichtung wird von der Besuchskommission unterstützt, ebenso das absolute Alkohol- und Drogenverbot. Der vorhandene Stufenplan bei Nichteinhaltung der Alkohol- und Drogenabstinenz ist sinnvoll. Als problematisch wird die gleichzeitige Betreuung von geistig Behinderten bei der überwiegenden Klientel der seelisch Behinderten, einschließlich seelischer Behinderung durch Sucht, angesehen. Die wohnliche und gemütliche Ausgestaltung der großen Flure hat aufgrund der vorhandenen Architektur Grenzen.

**Ambulant Betreutes Wohnen „Villa Monika“ in Gernrode
AWO Kreisverband Quedlinburg e.V.**
Besuch am 5. November 2008

Das Ambulant Betreute Wohnen ist in Trägerschaft des AWO Kreisverbandes Quedlinburg. Gegenwärtig nehmen insgesamt 39 Leistungsberechtigte diese Hilfeform in Anspruch. 28 Leistungsberechtigte werden im nahe liegenden Umkreis in eigener Wohnung betreut. In der ambulant betreuten Wohngemeinschaft „Villa Monika“ in Gernrode leben elf Leistungsberechtigte. Diese Form des Ambulanten Betreuten Wohnens wurde 1995 zum Modellprojekt. Das vorgehaltene Konzept des Trägers orientiert sich an dem individuellen Hilfebedarf der Leistungsberechtigten. Die zunehmende Erweiterung dieses Leistungsangebotes verdeutlicht den Bedarf für dieses Hilfsangebot. Es bestehen von weiteren zwei Leistungsberechtigten Anträge für das Ambulant Betreute Wohnen.

Bei den Mitarbeitern sind eine hohe Motivation und ein Engagement zu spüren. Die Arbeit mit psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen erfordert von den Mitarbeitern eine gleich bleibende psychische Belastbarkeit. Regelmäßige Supervisionssitzungen unterstützen das Betreuungsteam. Alle Mitarbeiter nutzen die Angebote zur Fort- und Weiterbildung.

Die Vernetzung und Kooperation mit anderen Diensten, niedergelassenen Ärzten, Kliniken und anderen Komplementäreinrichtungen des sozialpsychiatrischen Verbundes des Landkreises ist gut ausgebaut. Die Mietsituation für die Klienten des Ambulant Betreuten Wohnens bedarf einer generellen Regelung, um dem individuellen Schutz dieser Menschen gerecht zu werden. Der Sprecher der gesetzlichen Betreuer hat sich dieser Thematik angenommen, um eine entsprechende Lösung für die Bewohner herbeizuführen.

Die Besuchskommission empfiehlt die Verselbstständigung einzelner stabiler Bewohner durch Anmietung einer eigenen Wohnung.

**„open door“ Wernigerode – Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen
open door – christliche Lebenshilfe e.V. Wernigerode**
Besuch am 3. Dezember 2008

Im Herzen von Wernigerode befindet sich die Villa des Vereins „open door“. Seit 1998 wurden hier bereits 70 Frauen und 10 Männer mit seelischen Behinderungen betreut. Der Verein „open door – christliche Lebenshilfe Wernigerode e.V.“ ermöglicht – zeitlich begrenzt –

ein betreutes Leben für Menschen, die aufgrund von Konflikten und Spannungen im sozialen Herkunftsfeld (z.B. im Elternhaus) auf eine ambulante psychosoziale Begleitung angewiesen sind. Oft erfolgt ihre Betreuung im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt. Am Hauptstandort können in angemieteten Einzelzimmern bis zu sieben Frauen wohnen. Weitere Betroffene werden ambulant in ihren Wohnungen betreut.

Dieses Angebot des Vereins ist bedarfsgerecht, die Arbeit der Helfer basiert auf hohem fachlichen Wissen, persönlichem Engagement, aus christlicher Nächstenliebe und der Verantwortung für das gesellschaftliche Zusammenleben. Für hilfebedürftige Menschen mit seelischen Behinderungen ist „open door“ inzwischen zu einer unverzichtbaren Einrichtung geworden. Durch einen zusätzlich hohen ehrenamtlichen Einsatz von Freunden und Förderern des Vereins, zu dem auch Ärzte und weitere Mitarbeiter der Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH gehören, werden Teilhabe, Gemeindeintegration und Selbstbefähigung der Betreuten gesichert.

Tagesstätte „Hoffnung“ für Menschen mit seelischen Behinderungen, Quedlinburg AWO KV Quedlinburg e. V.

Besuch am 4. Februar 2009

Die Tagesstätte ist im Einzugsgebiet des ehemaligen Landkreis Quedlinburg eine wichtige Einrichtung zur ambulanten Betreuung von psychisch kranken Menschen. Sie hilft dem Einzelnen, eine Heimaufnahme zu vermeiden, in den Lebensalltag zurückzufinden und diesen wieder allein zu bewältigen. Auch für einige Heimbewohner wäre eine Ausgliederung aus einem vollstationären Wohnheim denkbar, wenn in Einzelfällen das Tagesstättenangebot auf Leistungen des ABW ausgeweitet werden könnten.

Die Mitarbeiter unterstützen mit hoher Fachkompetenz und mit Engagement die Tagesstättenbesucher. Die Arbeit erfolgt in drei Gruppen mit einer klaren Strukturierung der einzelnen Aufgaben. Die Besuchscommission empfiehlt für eine längerfristige Betreuung der Besucher, neue interessante Fördermöglichkeiten aufzubauen. Der geplante Umzug der Tagesstätte in neue Räumlichkeiten wird von der Kommission begrüßt, denn für 18 Besucher sind die momentan genutzten Räume zu klein.

Ein niedrigschwelliges Angebot für seelisch behinderte Menschen in Form einer Begegnungsstätte ist im Einzugsgebiet nicht vorhanden und sollte eingerichtet werden.

Evangelisches Fachkrankenhaus für Psychiatrie „Hildegard von Bingen“ Neinstedter Anstalten

Besuch vom 4. Februar 2009

Das Evangelische Fachkrankenhaus für Psychiatrie in Neinstedt ist mit 40 vollstationären Betten auf 2 Stationen, 12 Tagesklinikplätzen und einer Psychiatrischen Institutsambulanz als „Krankenhaus der Zentralversorgung“ eingestuft. Die verkehrstechnische Erschließung und die territoriale Vernetzung sind gut und von Bedeutung für die Tagesklinik und die PIA. Es werden schwerpunktmäßig Patienten aus dem ehemaligen Kreis Quedlinburg versorgt. Ein nicht geringer Anteil von Patienten – vor allem mit Suchtproblematik – kommt aber auch aus dem überregionalen Bereich. Die Behandlung erfolgt als qualifizierte Entgiftung vorwiegend von illegalen Drogen. Eine Station behandelt die anderen psychiatrisch relevanten Erkrankungen verschiedener Schweregrade.

Beide Stationen sind offen geführt, gemischt geschlechtlich belegt und verfügen nicht über die Möglichkeit der geschützten Unterbringung. Patienten, bei denen dies erforderlich ist, müssen verlegt werden. Insofern besteht keine Vollversorgung bzw. Pflichtversorgung des Einzugsgebietes.

Die Tagesklinik hat ein allgemein psychiatrisches Profil mit dem Schwerpunkt Psychotherapie. Die Fallzahl der Psychiatrischen Institutsambulanz hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Neben der Versorgung des benachbarten Wohnheimes findet ein Ausgleich zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Mangelversorgung der Region statt.

Kooperationen mit den benachbarten Kliniken bestehen nicht. Die Personalsituation im ärztlichen Dienst hat sich weiter verschlechtert. Eine Fachärztin und zwei Assistenzärzte müssen die Versorgung absichern; eine geplante Neueinstellung wurde avisiert. Zwei Fachärzte im Ruhestand unterstützen die Chefärztin jeweils während der Hälfte eines Jahres. Ein Ersatz der Arztstellen durch Psychologen erfolgt nicht. Der ärztliche Dienst werde als Rufbereitschaft geleistet und, soweit er nicht von den eigenen ärztlichen Mitarbeitern geleistet werden könne, durch Honorarärzte abgesichert. Trotz einiger baulicher Maßnahmen (Wintergarten) bestehen nach wie vor extrem beengte Verhältnisse und schwierige Bedingungen für Patienten und Mitarbeiter. Möglichkeiten, Teilbereiche fakultativ geschlossen zu führen, sind nicht vorhanden. Nach wie vor empfiehlt die Besuchskommission für die Zukunft der Klinik, einige wenige spezialisierte Therapieangebote z.B. in Gruppenstärke zu entwickeln, um die Einrichtung überhaupt auslasten zu können. Um den regionalen Versorgungsauftrag wenigstens zum Teil erfüllen zu können, halten wir dringend Kooperationen innerhalb des Landkreises erforderlich. Dabei sollte – wie gesundheitspolitisch gewollt – der Schwerpunkt auf die ambulante bzw. tagesklinische Versorgung gelegt werden.

Werkstatt für Menschen mit Behinderung in Hoym Lebenshilfe Harzvorland gGmbH Besuch am 4. März 2009

In der WfbM Hoym sind im Arbeitsbereich 385 Mitarbeiter mit geistiger oder seelischer Behinderung, im Berufsbildungsbereich 36 Mitarbeiter und in der Fördergruppe 12 Menschen mit geistiger Behinderung integriert. Es gibt eine gute materielle Ausstattung mit großzügigen Außenanlagen. Der Versorgungsauftrag für den Landkreis wird erfüllt. Mit dem Wohnheim Schloss Hoym gibt es eine enge Kooperation. Menschen mit seelischer Behinderung sind in der Werkstatt integriert, allerdings erfolgt keine konsequente Trennung zu den Menschen mit geistiger Behinderung. Auch scheint das Arbeitsangebot für die 40 Mitarbeiter mit seelischer Behinderung wenig differenziert zu sein. Hier sind kreative und höherwertige Arbeiten wünschenswert. Trotz der allgemeinen Wirtschaftskrise scheint die Werkstatt gut aufgestellt zu sein, hat Aufträge von vielen verschiedenen Firmen und Betrieben. In den letzten 15 Jahren ist die Eingliederung auf den 1. Arbeitsmarkt nur bei vier Mitarbeitern gelungen, was der allgemeinen Arbeitsmarktlage geschuldet ist. Der Werkstatttrat ist aktiv und in der Einrichtung fest integriert.

Wohnheime an WfbM in Aschersleben „Villa Kastanienhof“ und „Parkblick“ Lebenshilfe Harzvorland gGmbH Aschersleben Besuch am 4. März 2009

Die Lebenshilfe Wohnstätten in Aschersleben an der Werkstatt für Menschen mit Behinderungen in Hoym bieten 89 individuelle Plätze zum Großteil in Einzelzimmern im Wohnheim, in Außenwohngruppen (AWG), im Intensiv und Ambulant Betreuten Wohnen an. Die Lebenshilfe Harzvorland gGmbH richtet ihre Angebote an Menschen mit vorrangig geistigen Behinderungen und orientiert sich an deren Kompetenzen und Bedarfen. Aktuell gibt es ein besonderes konzeptionell abgestimmtes Wohnangebot in der AWG für Eltern mit Kind. Ein freundlicher und gepflegter Umgang zwischen Mitarbeitern und Klienten war beim Besuch spürbar. In der Wohnstätte ist ein Heimbeirat aktiv, der gewählte Vertreter aus den zwei Wohnheimen und der Außenwohngruppe vereint. Selbstständigkeit, Teilhabe und Selbstverantwortung werden durch Begleitung und Assistenz gefördert. Mit Erstaunen stellte die Besuchskommission fest, dass dennoch 59 Wohnstättenbewohner einen Betreuer haben. Eine wegen fehlender Ärzte und sehr langer Wartezeiten mangelhafte fachärztliche Versorgung erschwert die Arbeit in der breit gefächerten Behindertenhilfeeinrichtung. Die Tagesförderung für ehemalige Werkstattbesucher, bisher von fünf Senioren aus dem Wohnheim genutzt, sollte weiter ausgebaut und gezielt auch für externe Nutzer geöffnet werden.

**Wohnheim und Förderstätte „Sankt Pia“ für Menschen mit Behinderung in Dingelstedt
Caritas-Trägersgesellschaft St. Mauritius gGmbH (ctm)**

Besuch am 31. März 2009

Im Caritasheim „Sankt Pia“ stehen 83 Plätze zur Verfügung, die sich auf 69 Plätze im Wohnheim für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen und auf eine Wohngruppe für Menschen ab Erreichung des Rentenalters, die Pflege nach SGB XI erhalten und geistig und geistig schwerst mehrfach behindert sind, aufteilen. Zwei Plätze befinden sich in einer Außengruppe im Ort Dingelstedt. Der Wohnheimbereich für Menschen unter 65 Jahren hat fünf Wohngruppen. Die Mitarbeiter sind den zwei getrennten Heimbereichen entsprechend zugeordnet. Die Fortbildung erfolgt entsprechend ihres Arbeitsbereiches. Gleichwohl können die Bewohner der Wohngruppe nach SGB XI auch an allen Projekten der gesamten Einrichtung teilnehmen. Sie erleben eine individuelle Förderplanung durch „Hilfe nach Maß“, bei der für jeden genau definierte Ziele festgelegt werden. Regelmäßig erfolgt eine Kontrolle mit ggf. Neuformulierungen der Ziele.

Seit 2006 existiert ein Neubau auf dem Gelände der Einrichtung, in dem die Tagesförderung der Bewohner erfolgt. Somit ist die Trennung von Wohnen und Leben optimiert worden. Erfreulich ist, dass zwei Bewohner im Januar 2009 in eine Außengruppe umziehen konnten. Ein Bewohner konnte in eine WfbM integriert werden, und in absehbarer Zeit werden zwei weitere folgen. Die Einrichtung will sich zunehmend der Aufgabe widmen, geistig behinderte Menschen mit Verhaltensstörungen und Aggressivität, die in einer WfbM gescheitert sind, aufzunehmen und sie innerhalb einiger Jahren zu befähigen, durch entsprechende Sozialisation mit Erlernen lebenspraktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten erneut in den Berufsbildungsbereich einer WfbM einzugliedern.

Die Kommission bewertet es positiv, dass Unterbringungen und Fixierungen deutlich reduziert werden konnten. Zurückzuführen ist das auch auf die verbesserte Zusammenarbeit mit Haus- und Fachärzten, die die Bewohner in der Einrichtung aufsuchen und untersuchen. Im Dorf ist die Einrichtung gut integriert. Es gibt vielfältige Kontakte und Kooperationen. Im gesamten Haus wird deutlich, dass Wille und Wohl sowie Eigenständigkeit der Bewohner im Mittelpunkt der Arbeit stehen.

V. 5. Bericht der Besuchskommission 5

Vorsitzender: Dr. med. Bernd Langer, Stellv. Vorsitzende: Kerstin Reuter

Stadt Halle (Saale)

In Halle (Saale) mit einer Einwohnerzahl von 231.000 ist es im Berichtszeitraum zu einigen Veränderungen im System der psychiatrischen Versorgung gekommen. Die Versorgungssituation wird insgesamt als ausreichend beurteilt. Die stationäre psychiatrische Pflichtversorgung wird gemeinsam von der Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und von der AWO Psychiatriezentrum Halle GmbH wahrgenommen, welche durch Verkauf aus dem früheren Psychiatrischen Krankenhaus Halle, einem kommunalen Eigenbetrieb, hervorgegangen ist. Positiv ist dabei hervorzuheben, dass die Empfehlungen des Ausschusses in den Verkaufsprozess Eingang gefunden haben. Auf dem Gebiet der Psychosomatik ist festzustellen, dass die Arbeit an allen drei Standorten (Diakoniekrankenhaus, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara und Universitätsklinik) fortgesetzt wird, wobei eine stärkere Einbindung in das regionale Versorgungssystem unterstützt wird. Die ambulante fachärztliche Versorgung ist vergleichsweise gut, mit Einschränkungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Es bestehen zahlreiche komplementäre Einrichtungen, die auch niedrigschwellig erreichbar sind. Angesichts der defizitären Situation des kommunalen Haushaltes ist zu fordern, dass sich die Stadt auch zukünftig nicht vollständig aus der Finanzierung dieser Angebote der allgemeinen Daseinsvorsorge zurückzieht. Die gerontopsychiatrische Versorgung wird durch zahlreiche Heime, teils mit spezialisierten Bereichen, gewährleistet. Auf erfolgreiche Ansätze der ambulanten Betreuung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen ist besonders hinzuweisen, weil damit eine Alternative zur Heimunterbringung gegeben sein kann. Die seit mehr als zehn Jahren erfolgreich arbeitende PSAG befindet sich in einem Prozess der Veränderung. Zum einen wird die neue Struktur mit den vier Arbeitskreisen Erwachsenenpsychiatrie (mit nur noch zwei Unterarbeitskreisen), Sucht, Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und einem Steuerungsteam als besser geeignet angesehen, die Aufgabe der Planung und Steuerung zu bewältigen. Zum anderen wird bis Ende des Jahres 2009 abschließend zu klären sein, inwieweit die Zusammenarbeit mit dem Saalekreis in einer gemeinsamen PSAG fortzusetzen ist. Die auf dem Boden der PSAG gewachsenen Hilfeplankonferenzen im Bereich Arbeit/Beschäftigung bzw. Wohnen zeigen, wie erfolgreich eine strukturierte Zusammenarbeit unterschiedlicher Träger im Interesse der betroffenen Menschen sein kann. Verstärkt wird das Engagement einzelner Krankenkassen in diesem Zusammenhang beobachtet.

Saalekreis

Die zahlreichen Angebote der psychiatrischen Versorgung für die 204.000 Einwohner verteilen sich auf ein Kreisgebiet von 1.433 km². Die stationäre psychiatrische Versorgung wird durch die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Querfurt und die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Merseburg gewährleistet, wobei ein Teil der Bürger Angebote in Halle wahrnimmt. Die ambulante nervenärztliche Versorgung ist regional sehr unterschiedlich, insbesondere im nördlichen Teil des Kreises fehlt es an ambulanten Angeboten. Durch die Niederlassung psychologischer Psychotherapeuten im Kreisgebiet hat sich eine Verbesserung der Situation ergeben. Komplementäre Einrichtungen existieren für unterschiedliche Nutzergruppen, wobei diese in Größe und Betreuungsangebot angemessen erscheinen. Die Aufgaben der Koordinierung werden von der Kreisverwaltung wahrgenommen, deren Bemühungen um ein persönliches Kennenlernen sämtlicher Einrichtungen nach der Kreisgebietsreform zu würdigen sind. Im SpDi steht nunmehr eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie zur Verfügung. Die Möglichkeit einer Psychiatrieplanung sollte im Kreis umgesetzt werden.

Besuche im Einzelnen

Altenpflegeheime „Akazienhof“ und „Hausgemeinschaften für Menschen mit Demenz“ in Halle

Paul-Riebeck-Stiftung zu Halle

Besuch am 28. Mai 2008

Es handelt sich um Einrichtungen für 151 bzw. 30 Bewohner, in der engagierte Mitarbeiter kontinuierlich an einem überzeugenden Pflege- und Ergotherapiekonzept arbeiten und bei der Pflegeplanung die Angehörigen mit einbeziehen. Alle drei Monate gibt es eine Pflegevisite für alle Bewohner. Es gibt eine ausführliche Dokumentation, die ca. 20% der Arbeitszeit in Anspruch nimmt. Die Umsetzung dieses Konzeptes stößt indessen an die Grenzen, die sich aus dem Pflegesatz ergeben. Es wäre wünschenswert, wenn der Kostenträger diese notwendigen Zeitaufwendungen mitberücksichtigen würde. Der Pflegesatz ist so nicht auskömmlich. Es wird abzuwarten sein, ob die inzwischen erfolgten Verbesserungen im Pflegerecht für Demente ausreichend sein werden. Während es sich beim „Akazienhof“ um ein herkömmliches Altenpflegeheim handelt mit begrenzten Möglichkeiten der persönlichen und individuellen Betreuung, steht mit den Hausgemeinschaften ein spezialisiertes Angebot (Haus der vierten Generation) zur Verfügung.

Das Konzept und dessen Durchführung in den Hausgemeinschaften für Demente war beeindruckend, insbesondere die bauliche Gestaltung der Anlage. Hervorzuheben ist die enge Einbeziehung der Angehörigen, die sichtbar gelebt wird.

Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen „rückenwind“ in Halle

Verein für Rehabilitation Behinderter Halle/Saale e. V.

Besuch am 28. Mai 2008

Auf die Besuchskommission machten die Organisationsstrukturen, die Konzeption und die konkrete Arbeit des Vereins „rückenwind“ im Bereich Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen mit psychischen Erkrankungen einen sehr guten Eindruck. Die qualifizierte fachliche Leitung, das effektive Handeln aller Mitarbeiter, die vielfältige gute Gruppenarbeit für die Nutzer, über das Maß einer Einzelfallhilfe hinaus, sind vorbildlich. Damit nimmt das Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen mit psychischen Erkrankungen einen ganz wichtigen Platz im psychiatrischen Versorgungssystem ein. Es ist beeindruckend, dass diese Hilfeform keinen Katalog von Ausschlusskriterien vorsieht. Nach einer Nutzerbefragung werden regelmäßige Gespräche zur Krisenbewältigung und die Hilfen bei Behördenangelegenheiten als besonders wichtig angegeben. Des Weiteren zeigt die Nutzerbefragung deutlich, dass sich während der Begleitung von „rückenwind“ die Häufigkeit und Dauer von stationären Aufenthalten verringert. Nur 3 % der Nutzer von „rückenwind“ erhalten Lohn und Gehalt. Damit zeigt sich umso deutlicher, dass Menschen infolge ihrer psychischen Erkrankungen zu den ökonomisch schwächsten Bürgern in unserem Sozialleistungssystem gehören. Umso wichtiger ist es, die Zuspitzung sozialer Brennpunkte zu verhindern, in dem das ambulante Betreuungssystem gestärkt wird.

Die Bemühungen der Einrichtung, neben dem Ambulant Betreuten Wohnen auch ambulante Gruppenmaßnahmen anbieten zu können, wurden von der Sozialagentur bisher nicht unterstützt. Es handle sich bei einem in Salzwedel erprobten derartigen Modellprojekt um eine Maßnahme mit dem Ziel, Menschen aus stationären Einrichtungen früher entlassen zu können. Aus Sicht der Besuchskommission erscheint eine derartige Beschränkung jedenfalls nicht sinnvoll, denn es sollte das Ziel verfolgt werden, Heimunterbringungen nachhaltig zu verhindern.

**Tagesstätte für Menschen mit seelischen Behinderungen Leuna
Paritätisches Sozialwerk Behindertenhilfe Leuna**

Besuch am 4. Juni 2008

Die Tagesstätte des Paritätischen Sozialwerkes ist eine wichtige Einrichtung zur komplementären Betreuung von seelisch behinderten Menschen und hält ein differenziertes Angebot an tagesstrukturierten, sozio- und ergotherapeutischen Maßnahmen vor. Die Angebote erscheinen lebenspraktisch und sind geeignet, das erklärte Ziel, so viel Normalität wie möglich, erlebbar zu machen. Im Landkreis gibt es kein anderes adäquates Angebot, die Einrichtung ist mit 26 Personen bei 17 Plätzen überbelegt und auf Grund ständiger Anfragen sieht der Träger die Chance, ab 01.08.08 in Querfurt eine Außenstelle zu eröffnen. Der Träger ist auch bereit, sich dem ständigen Wandel der gesellschaftlichen Veränderungen zu stellen und konzipiert Maßnahmen entsprechend des notwendigen Bedarfes von Betroffenen. Die Besuchskommission ermutigte die Mitarbeiter der Einrichtung, die Förderung von Projekten und Angeboten mit den zuständigen Kostenträgern prüfen zu lassen und im Interesse der betroffenen Menschen eine Erweiterung des eigenen Handlungsspektrums anzustreben.

**Heilpädagogisches Kinder- und Jugendheim auf Burg Krosigk
AWO Kreisverband Saalkreis, Soziale Dienste und Einrichtungen**

Besuch am 10. September 2008

Bei der besuchten Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe Burg Krosigk handelt es sich um eine überschaubare Einrichtung, deren Arbeit durch hohe fachliche Kompetenz geprägt ist. In den beiden Gruppen des stationären Angebotes und einer Intensivgruppe wird ein schlüssiges Konzept mit Elementen der Gruppenpädagogik, der Bezugsbetreuung und der sozialen Teilhabe umgesetzt. Durch aktive Kontaktgestaltung zu den ansässigen Vereinen scheint die Integration in die Gesellschaft gewährleistet zu sein. Die fach- und hausärztliche Betreuung wird durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie des St. Barbara-Krankenhauses Halle und der Klinik in Merseburg realisiert. Die ortsnahe Beschulung (Wallwitz) muss ausgebaut werden.

**Heilpädagogischer Erziehungshilfeverbund Kinder- und
Jugendheim „Regenbogenland“ Halle.**

DRK Kreisverband Halle-Saalekreis-Mansfelder Land e. V.

Besuch am 10. September 2008

Die fachliche und konzeptionelle Weiterentwicklung ist für die Mitarbeiter des Heilpädagogischen Erziehungsverbundes „Regenbogenland“ die Voraussetzung für individuelle Betreuungsansätze und Lebensorte. In der Betreuung der hier lebenden Kinder und Jugendlichen ist die ständige Qualifizierung, Fachreflexion und Fortbildung der Mitarbeiter ein leitendes Ziel. Ebenso wird in der täglichen Arbeit des Teams deutlich, dass die beteiligten Mitarbeiter die Verantwortung für ein gut funktionierendes Netzwerk übernommen haben, das damit sowohl den Betroffenen als auch den Fachleuten selbst verlässlich zur Verfügung steht.

Seniorenhaus „Geiselsblick“ in Braunsbedra
Privater Träger: Frau Maria Buhse-Krausemann
Besuch am 8. Oktober 2008

Der Antrag der Trägerin auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gegen den Ausschuss, um eine Veröffentlichung des Berichts und einen weiteren Besuch in ihrer Einrichtung zu verhindern, wurde vom Verwaltungsgericht Halle am 23. März 2009 abgelehnt. Sie hat dagegen Beschwerde eingelegt. In Anbetracht des schwebenden Verfahrens unterbleibt die an dieser Stelle vorgesehene zusammenfassende Wiedergabe des Besuchsberichts.

Altenpflegeheim „Am Stadtpark“ Braunsbedra
Senioren Wohn- und Pflege GmbH „Am Stadtpark Braunsbedra“
Besuch am 8. Oktober 2008

Das Altenpflegeheim „Am Stadtpark“ leistet mit einer Kapazität von 59 Betten einen wesentlichen Beitrag zur bedarfsgerechten Versorgung in der Region. Das zwischen 1992 und 1996 komplett sanierte ehemalige Schloss wirkt liebevoll und wohnlich und vermittelt das Gefühl, zu Hause zu sein. Die großzügig angelegte, hauseigene Parkanlage ist einzigartig. Die Leitung des Heimes ist eng mit der Einrichtung verwurzelt, viel Engagement ist spürbar. Deutlich wird ein hoher Anteil an Bewohnern mit gerontopsychiatrischem Krankheitsbild. Aus wirtschaftlichen Gründen können nach Darstellung des Trägers für Bewohner jedoch keine differenzierten Angebote vorgehalten werden. Eine Veränderung der Pflegesätze wurde beantragt, deren Effekt aber abzuwarten bleibt. Die medizinische, insbesondere psychiatrisch-fachärztliche Versorgung der Bewohner erscheint im vollen Umfang gesichert. Die Besuchskommission begrüßt das Vorhaben, eine gerontopsychiatrische Fachkraft auszubilden, sehr. Wünschenswert wäre es, parallel ein adäquates Supervisionsangebot für die Mitarbeiter der Einrichtung aufzubauen.

Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin
am Krankenhaus St. Barbara und St. Elisabeth Halle
Katholische Wohltätigkeitsanstalt zur Heiligen Elisabeth Halle
Besuch am 5. November 2008

Die Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik leistet mit ihren 20 Behandlungsplätzen einen wichtigen und hervorragenden Dienst in der Versorgung psychisch kranker Menschen in Halle, auch wenn sich offenbar nach den Veränderungen im universitären psychosomatischen Bereich und in der Diakonie zunächst keine direkten Auswirkungen ergeben haben. Die Klinik hat darüber hinaus eine deutliche regionale Ausstrahlung, ca. 50 % der Patienten kommen überregional. Hervorragend ist die Vernetzung der unterschiedlichen Fächer am Allgemein-Krankenhaus, mit denen eine enge Kooperation besteht. Mit dem Wechsel von Herrn Dr. Piskorz zu Frau Dr. Bahn hat es die dargestellten inhaltlichen Schwerpunktveränderungen gegeben, die weiter ausgebaut werden. Der Zustand der Klinik ist weiterhin sehr gut, darüber hinaus werden die fachlichen Standards gut eingehalten, die menschliche und therapeutische Zuwendung ist ebenfalls hervorragend. Alle Mitarbeiter der Klinik nehmen an Supervisionen und Fortbildungen teil. Insgesamt konnte sich die Besuchskommission von einem fachlich spezialisierten Ansatz der Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik überzeugen.

**Altenpflegeheim „Hospital St. Cyriaci et Antonii“ in Halle/Saale
Stiftung „Hospital St. Cyriaci et Antonii“**

Besuch am 5. November 2008

Die Besuchskommission fand eine schöne einladende Einrichtung vor. Vordergründig ist das Haus auf eine integrative Betreuung von alten und kranken Menschen unabhängig von einer Pflegestufe ausgerichtet. Auch Menschen mit psychiatrischen Diagnosen sollen in die vorhandenen Bereiche eingebunden werden. Die Heimleitung geht davon aus, dass den Menschen möglichst lange bis in das hohe Alter ein relativ eigenständiges Leben in einem individuellen Umfeld gewährleistet werden sollte. Man bemüht sich um die Unterstützung einer möglichst persönlichen Lebensweise entsprechend den Vorstellungen der einzelnen Heimbewohner. Das vorgestellte Konzept ist bei der derzeitigen Pflegestufenstruktur akzeptabel. Es wird von der Besuchskommission empfohlen, eine Fachkraft für Gerontopsychiatrie ausbilden zu lassen, die als Multiplikator in der Einrichtung wirksam werden könnte. Weiterhin sollte sich die Einrichtung im Arbeitskreis für Gerontopsychiatrie der PSAG Halle einbringen. Die Besuchskommission hat darauf hingewiesen, dass jüngere, nicht abstinenzfähige suchtkranke Bürger keine Aufnahme in einem Altenpflegeheim finden sollten. Hierfür gäbe es spezialisierte Einrichtungen der Eingliederungshilfe für chronisch mehrfach geschädigte suchtkranke Menschen im Land Sachsen-Anhalt.

**HBW-Integrationswerkstatt für Menschen mit seelischen Behinderungen in Halle/Saale
Hallesche Behindertenwerkstätten e. V. des Caritasverbandes**

Besuch am 10. Dezember 2008

Die Integrationswerkstatt für Menschen mit seelischen Behinderungen hat im regionalen Versorgungsnetz einen enormen Stellenwert. Hervorzuheben ist die Einbindung in ein System der Hilfeplankonferenzen (WABE – Wege in Arbeit und Beschäftigung). Für viele junge Menschen mit seelischen Behinderungen stellt die Tätigkeit in der WfbM die einzige Möglichkeit dar, unter den gegenwärtigen sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen überhaupt am Prozess gesellschaftlicher Wertschöpfung teilzuhaben. Die 56 Nutzer kommen sämtlich aus Halle bzw. dem Saalekreis. Die personelle Ausstattung genügt den Erfordernissen, so dass die anspruchsvolle und überzeugende Konzeption auch umgesetzt werden kann. Die materielle Ausstattung jedoch ist dem Bedarf nicht angemessen. Die Einrichtung ist mit der Situation einer Überbelegung von 30 % konfrontiert und sucht andere Räumlichkeiten. Angesichts geringer Erlösmöglichkeiten verschärft sich nach Darstellung der Einrichtung die Problematik der zu geringen Tagessätze.

Für die Ausschussarbeit ergibt sich die Frage, inwieweit sich in Sachsen-Anhalt auch anderenorts der Bedarf an WfbM-Plätzen für seelisch behinderte Menschen darstellt und wie sich die bundesweit steigenden Bedarfszahlen in unserem Bundesland in der Angebotsstruktur widerspiegeln. Auf eine Anhebung des Werkstattentgeltes sollte hingewirkt werden, zumal für junge seelisch behinderte Menschen eine Werkstatttätigkeit inzwischen fast die einzige Chance darstellt, Tagesstruktur und Selbstständigkeit zu finden.

**Curanum Betriebs-GmbH Altenpflegeheim Merseburg
CURANUM AG München**

Besuch am 4. Februar 2009

Die Besuchskommission war beeindruckt von den positiven Veränderungen, die sich gerade im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung der Heimbewohner im Vergleich zum vergangenen Besuch entwickelt haben. Aufgrund des Rückgangs der an schwerer Demenz erkrankten Heimbewohner scheint ein integrativer Ansatz in der momentanen Situation des mit 216 Plätzen recht großen Heimes erfolversprechend zu sein. Das Heim hat eine Vielzahl tagesstrukturierender, aktivierender und motivierender Pflege- und Betreuungsmaßnahmen, insbesondere unter Einbeziehung der Ergotherapie, entwickelt.

Hervorzuheben ist die Absicht des Trägers, das Außengelände weiter umzugestalten, um auf die Bedürfnisse der demenziell erkrankten Heimbewohner besser eingehen zu können. Die aktuelle Umfrage des Trägers zur Bewohnerzufriedenheit mit einer Rücklaufquote von ca. 80 % und einer zum Teil 100 %igen Zufriedenheit der Bewohner spricht für die positive Entwicklung der Einrichtung.

**Seniorenzentrum „An der Geisel“ in Mücheln
Pro Civitate gGmbH Bitterfeld**

Besuch am 4. Februar 2009

Das Seniorenzentrum „An der Geisel“ ist eine baulich sehr gelungene Einrichtung mit 40 Bewohnern, die nahezu vollständig an Demenzen leiden. Das Haus liegt in Mücheln ideal sowohl in unmittelbarer Nähe zum Stadtzentrum als auch naturnah zum Flüsschen Geisel. Es hat eine gute personelle Ausstattung, vor allem durch den Einsatz einer Ergotherapeutin mit 15 Wochenstunden. Die Mitarbeiterinnen werden gut fortgebildet und geben das Erlernte innerhalb des Hauses weiter. Besonders positiv fällt das Betreuungskonzept auf, das auf den individuellen Grad der demenziellen Behinderung der Bewohner abgestimmt ist: Beginnend mit einer möglichst weitgehenden Mitgestaltung innerhalb der Hausgemeinschaften über Validation, 10-Minuten-Aktivierung, basale Stimulation, verbunden mit einer Musiktherapie wird auf jeden Bewohner eingegangen.

Die Einrichtung hinterließ bei der Besuchskommission insgesamt einen vorbildlichen Eindruck.

**Werkstatt für Menschen mit Behinderungen, Zweigwerkstatt in Oppin
Evangelische Stadtmission Halle**

Besuch am 4. März 2009

Der Träger hat sich durch kontinuierlich angepasste Angebote in den Bereichen Arbeit, Beschäftigung, Betreuung und Wohnen einen nachhaltigen Stellenwert im Versorgungsnetz Halle und Saalekreis für Menschen mit Behinderungen erarbeitet.

Das Mitarbeiterteam arbeitet engagiert und auf die individuellen Bedarfslagen der beschäftigten behinderten Menschen ausgerichtet und ist daran interessiert, Synergieeffekte durch die Vernetzung interner und externer Angebote zu erreichen. Die Mitglieder der Besuchskommission konnten beim Rundgang und in den Gesprächen mit Werkstattmitarbeitern und Betreuern den Eindruck gewinnen, dass der Arbeitsalltag differenziert und gut strukturiert gestaltet wird.

Die permanente Überbelegung aller Werkstattbereiche stellt den Träger vor immer neue konzeptionelle, personelle und finanzielle Herausforderungen. Hier sieht die Kommission die Notwendigkeit grundlegender Veränderungen der Landes-Rahmenbedingungen. Auch für die Umsetzung des Rehabilitationsauftrages der WfbM, die Vorbereitung der Mitarbeiter für die Integration auf den 1. und 2. Arbeitsmarkt, sind die Bedingungen gesamtgesellschaftlich zu diskutieren und zu garantieren.

**Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen mit seelischer Behinderung infolge Sucht,
Halle**

Evangelische Stadtmission Halle

Besuch am 4. März 2009

Das ABW für suchtkranke Menschen der Stadtmission Halle ist ein wichtiges Bindeglied in der Rehabilitation suchtkranker Menschen. Mit Blick auf den aktuellen Gesundheitsbericht des Landes Sachsen-Anhalt, der eine starke Häufung von alkoholbedingten Morbiditäts- und Mortalitätszahlen in unserem Bundesland beschreibt, ist es umso unverständlicher, weshalb diese niederschwellige, effiziente Maßnahme der Eingliederungshilfe mit Blick auf die

rückläufigen Klientenzahlen so wenig Beachtung findet. Die verantwortliche Mitarbeiterin des ABW war konzeptionell überzeugend und erschien der Besuchskommission äußerst engagiert und auch entsprechend qualifiziert für diese Arbeit. Das Problem scheint im ressourcenbezogenen Zuständigkeitsdenken verschiedener Leistungsträger der Suchtkrankenhilfe zu liegen. Deshalb bleibt abzuwarten, ob das angedachte Modell eines trägerübergreifenden Fallmanagements mit verschiedenen Leistungsträgern suchtkranken Menschen wirklich besser helfen kann.

Suchtberatungsstelle, Halle
Evangelische Stadtmission Halle
Besuch am 4. März 2009

Der Focusbericht der Gesundheitsberichterstattung des Landes Sachsen-Anhalt zeichnet in der Gesamtheit der zusammengetragenen Daten ein bedenkliches Bild zur Lage der Alkoholschäden in unserem Land und unterstreicht damit, dass ein flächendeckendes leistungsfähiges Netz von Suchtberatungsstellen unbedingt gewährleistet bzw. ausgebaut werden soll. Deshalb erscheint es unverstündlich, weshalb der ohnehin festgeschriebene Landeszuschuss verzögert ausgereicht wird und der Träger keine Planungssicherheit hat.

Die Suchtstelle der ev. Stadtmission Halle zeichnet sich insbesondere durch ihre gute Zusammenarbeit und strukturierte Vernetzung mit kommunalen Behörden, Ämtern, Institutionen, Vereinen und Initiativen aus. Dabei ist die Erreichbarkeit durch die zentrale Lage in der Innenstadt von Halle äußerst günstig. Die Zielgruppe der Suchtberatung bilden Jugendliche, junge Erwachsene und Erwachsene mit riskantem, missbrauchendem, abhängigem oder mehrfach abhängigem Konsum mit legalen Drogen. Zu den behandelnden Suchtstoffen gehören überwiegend Alkohol, Tabak und Medikamente. Neu ins Blickfeld geraten sind Computerspielsucht und Onlinesüchte.

Die Besuchskommission hatte den Eindruck, dass sich die Mitarbeiterinnen durch intensive Fort- und Weiterbildung auf die Problemlagen im Rahmen einer Suchtberatungsstelle fachlich gut einstellen können.

Pflegeheim des Arbeiter-Samariter-Bundes in Halle
gGmbH für Sozialeinrichtungen und Soziale Dienste des ASB
Besuch am 8. April 2009

Das ASB-Pflegeheim in der Südstadt von Halle ist eine moderne, nach neuestem Standard eingerichtete Pflegeeinrichtung mit 96 Betten. Die Plätze sind auf 44 Einzelzimmer und 26 Zweibettzimmer verteilt. Innerhalb der Einrichtung befindet sich eine Demenzkompetenzstation mit 22 Betten, auf der mittelgradig demente Personen intensiv betreut werden. Ein klarer Tagesablauf und eine Vielzahl von Betreuungsangeboten ermöglichen eine intensive Tagesstrukturierung. Hier erfolgt auf höchstem Niveau eine spezialisierte Betreuung der Bewohner, zugeschnitten auf ihre konkreten Bedürfnisse und Fähigkeiten. Die sehr gute personelle Ausstattung mit zwei Ergotherapeuten und sieben Beschäftigungshelfern sichert den erforderlichen großen Betreuungsaufwand.

Als besonders positiv sind auch die kurzen Wege zwischen Pflege und medizinischer Versorgung zu werten. So befindet sich in der Einrichtung die Zweigstelle einer niedergelassenen Allgemeinärztin und alle sechs Wochen kommt eine Psychiaterin ganztägig in die Einrichtung.

Der Anspruch der Einrichtungsleitung an die Mitarbeiter ist hoch, die Pflegedokumentation erfolgt sehr detailliert und über das für die Besuchskommission gewohnte Maß hinaus. Sicher könnten Abstimmungen zwischen MDK und Einrichtungsleitung zu einer Reduzierung des Dokumentationsaufwandes führen und damit eine Freigabe von Arbeitskraft für Pflege- und Betreuungsmaßnahmen erreicht werden.

V.6 Besuchskommission 6

Vorsitzender Herr Kai-Lars Geppert, Stellv. Vorsitzende Frau Verona Becker

Burgenlandkreis

Im Burgenlandkreis leben ca. 202.000 Menschen. Der Sitz der Kreisverwaltung ist Naumburg. Der Sozialpsychiatrische Dienst mit Hauptsitz in Naumburg und Außenstellen in Hohenmölsen und Zeitz steht unter Leitung eines Facharztes für Allgemeinmedizin und Öffentlichen Gesundheitsdienst. Ambulante fachärztliche Unterstützung finden die Bürger des Landkreises in den Städten Naumburg, Weißenfels, Freyburg; eine Fachärztin praktiziert in Zeitz. Ferner besteht in Naumburg eine Facharztpraxis für KJPP.

Die klinische Versorgung wird durch die Klinik für psychische Erkrankungen am Saale-Unstrut-Klinikum in Naumburg sichergestellt. Hier finden die Patienten stationäre, tagesklinische und ambulante Angebote. Ebenso unterstützen die Fachärzte und die Institutsambulanz einige Träger von Alten- und Behinderteneinrichtungen im näheren Umfeld von Naumburg. Im Februar 2009 konnte die Außenstelle der Institutsambulanz am Georgius-Agricola-Klinikum Zeitz nach einem Vorlauf von mehr als zehn Jahren um die Bausteine „Tagesklinik“ und „Konsiliardienst“ erweitert werden.

Die komplementären Angebote sind überwiegend in einer guten Qualität. Nach wie vor besteht ein Übergewicht an stationären Angeboten. Die insgesamt gute psychosoziale Landschaft hat nach Einschätzung der Besuchskommission im Wesentlichen mit der gut etablierten PSAG, einer gemeindespsychiatrisch interessierten Klinik und engagierten Bürgern einen substanziellen Nährboden, welcher in der Zukunft die weitere Stärkung der ambulanten Versorgung zum Ziel haben sollte.

Landkreis Mansfeld-Südharz

Der Sitz der Kreisverwaltung ist Sangerhausen. Im Landkreis leben ca. 205.000 Menschen. Der Sozialpsychiatrische Dienst mit Hauptsitz in Sangerhausen und Außenstellen in Eisleben und Hettstedt steht unter Leitung einer Fachärztin für Öffentlichen Gesundheitsdienst. Die Personalbemessung liegt nach wie vor unter den Empfehlungen des PsychKG LSA. Fachpsychiatrische Kompetenz wird auf Honorarbasis an sieben Stunden in der Woche geleistet. Ambulante ärztliche Unterstützung finden die Bürger in den Städten Hettstedt, Sangerhausen und Eisleben. Kinder und Jugendliche müssen im Landkreis auf die fachärztliche-psychiatrische Behandlung verzichten und Behandlungen in anderen Landkreisen in Anspruch nehmen.

Die klinische Versorgung wird durch die Psychiatrische Klinik am Klinikum Mansfelder Land geleistet. Hier finden sich stationäre, teilstationäre und ambulante Angebote.

Die komplementären Angebote sind überwiegend in einer guten Qualität. Nach wie vor besteht ein Übergewicht an stationären Angeboten. Dem Landkreis ist es im Jahr 2008 gelungen, die PSAG wiederzubeleben. Die Besuchskommission verbindet damit die Hoffnung, dass eine strukturelle Weiterentwicklung gelingt, welche sich an dem notwendigen Unterstützungsbedarf der Menschen orientiert und nicht von der schwierigen fiskalischen Situation des Landkreises geprägt ist.

Landkreisübergreifende Themen, welche bearbeitet werden müssen, sehen wir nach wie vor in dem Übergewicht von stationären Angeboten, der unzureichenden bis prekären ambulanten nervenärztlichen Versorgung im Kinder- und Jugendbereich, der Vernachlässigung der Suchtprävention und der unzureichenden Personalbemessung in Diensten und Einrichtungen für Menschen mit seelischen Behinderungen. Als Lösungswege sehen wir u. a. eine verbindliche Landespsychiatrieplanung, die Verbesserung der Finanzausstattung der Beratungsstellen und eine Angleichung der Personalbemessung im Bereich der Behindertenhilfe.

Besuche im Einzelnen:

DRK Seniorenzentrum „Kyffhäuserblick“ in Sangerhausen Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Sangerhausen e.V.

Besuch am 7. Mai 2008

Das Seniorenzentrum ist ein sehr weitläufiger Komplex, der in unterschiedlichen Bereichen verschiedene Angebote vorhält. Die Bereiche funktionieren als in sich geschlossene Einheiten, ohne abgeschottet zu wirken. Der Pflegebereich nimmt den größten Raum ein und ist farblich klar gestaltet. Der 2001 sanierte Bereich bietet 115 Einzel- und acht Doppelzimmer an, verteilt auf fünf Wohnbereiche mit jeweils 25 bis 34 Betten. Die Ausstattung ist angemessen und freundlich. Im Zentrum sind eine Sozialstation und eine Tagesstätte integriert. Die Einrichtung bietet im Hauptgebäude und einem weiteren separaten Haus auf dem Gelände Platz für 48 betreute Wohneinheiten. Diese sind individuell ausgestattet und erfreuen sich größter Beliebtheit. Durch die enge Verbindung zum Zentrum vermitteln sie den Bewohnern das Gefühl der Geborgenheit, aber auch Geselligkeit mit der Möglichkeit, sich zurückzuziehen. Täglich wird Beschäftigung angeboten. Die Mitarbeiter bemühen sich intensiv um die Aktivierung der Bewohner. Die Einnahme der Mahlzeiten erfolgt zu 75 % gemeinsam in gepflegter Atmosphäre im Speisesaal. Hohen Stellenwert hat die Arbeit mit Angehörigen und Betreuern. Dies ist eine Grundlage für die in der Einrichtung sehr bedeutsame Biographiearbeit mit den Bewohnern, um individuelle Interessen und Angewohnheiten in den Tagesablauf einfügen und berücksichtigen zu können. Die nervenärztliche Konsultation erfolgt regelmäßig, dies ist umso wichtiger, sind doch nach Aussagen der Mitarbeiter ca. 90 % der Bewohner psychiatrisch behandlungsbedürftig. Insgesamt vermittelt das Seniorenzentrum einen gepflegten Eindruck mit vielfältigen Angeboten, die durch engagierte Mitarbeiter geleistet werden.

Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen und für Menschen mit Suchterkrankungen in Sangerhausen

Netzwerk für PsychoSoziale Integration e.V. Sangerhausen – PSInet e.V.

Besuch am 7. Mai 2008

Das Ambulant Betreute Wohnen in Trägerschaft des PSInet e.V. ist das einzige ambulante Hilfsangebot im Landkreis Mansfeld-Südharz. Seine Nutzung ist für Betroffene durch lange Anfahrtswege mitunter aufwendig. Der Träger begleitet derzeit 24 Klienten, die vor allem in Sangerhausen und in Eisleben wohnen. Der Träger nutzt für die Beratungsarbeit gut eingerichtete Büroräume im Haus der Vereine in Sangerhausen. Die Klienten werden von den sechs Sozialarbeiter/Sozialpädagogen und Heilerziehungspflegern überwiegend im häuslichen Milieu aufgesucht. Unterstützt wird der Träger durch eine Diplom-Psychologin und einen Betriebswirt. Im Gespräch mit Betreuten wurde deutlich, dass das Unterstützungsangebot als „Brücke“ zurück ins Leben gesehen wird und die engagierten Mitarbeiter hier wertvolle und oft einzige Hilfe bei der Bewältigung des Alltags leisten. In den Gesprächen wurde auch deutlich, dass ein Mehrbedarf an psychosozialen Hilfen besteht. Der Träger bestätigt das, ist aber durch den Personalschlüssel in seinen Möglichkeiten eingeschränkt. Deshalb ist das Engagement des Trägers und der Mitarbeiter besonders zu würdigen, da die befragten Klienten eine große Zufriedenheit äußerten. Die Kooperation mit dem Landkreis wird als konstruktiv und gleichberechtigt eingeschätzt. Nicht zufriedenstellend sei dagegen die Zusammenarbeit mit anderen Anbietern der Eingliederungshilfe; so scheiterte der Versuch einer Kooperation mit der Kontext gGmbH Sotterhausen, eine Koordination und Sozialraumgestaltung für den Enthospitalisierungsprozess von Heimbewohnern anzustreben. Verbesserungspotenzial sieht die Besuchskommission auch in einer kollegialen Fallarbeit der Mitarbeiter, empfohlen wurde die wöchentliche Zusammenkunft aller Mitarbeiter. Der niedrige Tagessatz ist nach Aussage des Trägers auskömmlich, führt aber nach Einschätzung der Kommission dazu, dass Fachkräfte zu Niedriglöhnen beschäftigt werden. Hier ist Nacharbeit

auf Landesebene erforderlich. Dem Träger sollte außerdem zur Erweiterung seines Angebotes die notwendige Unterstützung gewährt werden.

Burgenlandklinik, Fachklinik für Verhaltenstherapie und psychosomatische Rehabilitation Bad Kösen der Medinet AG

Besuch am 11. Juni 2008

Mittlerweile hat die Rehabilitationseinrichtung ihren festen Platz in der Versorgung psychosomatisch und suchterkrankter Menschen, vorwiegend aus Mitteldeutschland, gefunden. Dies zeigt die über 90 %ige Auslastung. Die Zusammenarbeit, überwiegend mit der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland als Kostenträger, funktioniert einwandfrei. Die Wirtschaftskraft des als AG geführten Unternehmens scheint sehr gut zu sein; davon zeugen die Investitionen in dem Standort. Daneben ist auch das rehabilitationsmedizinische Konzept überzeugend und wird von einem sehr engagierten Team umgesetzt. Die Mitarbeiter sehen die sozialen Probleme der Patienten, z. B. oft langjährige Arbeitslosigkeit, und versuchen, durch Arbeitspraktika und nachstationäre psychosomatische Nachsorge (zumindest im Raum Halle/Saale) einen nachhaltigen Rehabilitationseffekt zu erzielen. Die Suchtbetreuung ist trotz der Eröffnung einer Rehabilitationseinrichtung in Magdeburg ein wichtiger Bereich geblieben und wird unverändert zur Versorgung der Menschen in Sachsen-Anhalt benötigt. Angesichts der steigenden Zahl jüngerer Suchtkranker wird die Klinik auch in Zukunft eine wichtige Rolle wahrnehmen.

**Wohnpark Villa Kunterbunt, Behindertenwohnstätte „Das Dorf“ für Menschen mit geistigen Behinderungen Sangerhausen / OT Obersdorf
Projekt 3 e. V.**

Besuch am 10. September 2008

Der letzte Besuch liegt sechs Jahre zurück. Die idyllische Lage in einer landschaftlich reizvollen Region, die Pavillonbauweise mit genügend Raum für Individualität, der würde- und liebevolle Umgang zwischen Betreuern und Bewohnern sind geblieben. Inhaltlich hat sich die Einrichtung unter der neuen Leitung weiterentwickelt. So stehen jetzt 50 Plätze mit einer fachlichen Binnendifferenzierung, von Intensivbetreuung über Fördergruppe, Orientierungsgruppe hin zur Trainingswohngruppe als Angebot zur Verfügung. Seit 2006 gibt es acht Plätze für Tagesgäste als tagesstrukturierendes Angebot. Die Integration in die Gemeinde wird durch verschiedene Projekte unterstützt, so finden Chortreffen und Tage der Begegnung statt. Ein regelmäßiger Kontakt besteht auch zur Grundschule und zur Kirchengemeinde. Inzwischen ist im Landkreis die Plattform der PSAG etabliert und der Träger engagiert sich in diesem Forum für die inhaltliche Weiterentwicklung der Angebote. In den kommenden Monaten ist geplant, ambulante Wohnformen anzubieten. Es bleibt aus Sicht der Besuchskommission abzuwarten, ob die Bewohner des „Dorfes“ von dieser Entwicklung profitieren können. Problematisch ist weiterhin, wie im gesamten Landkreis, die nervenärztliche Konsultation und die weiten Wege zur Nutzung der Infrastruktur. Insgesamt hat die Besuchskommission einen guten Eindruck von der Arbeit im „Dorf“ gewonnen.

**Premium Lebenswelt für Menschen mit Suchterkrankungen Villa Sonne in Hainrode
Projekt 3 e. V. Sangerhausen**

Besuch am 10. September 2008

Das Orientierungshaus „Zur Sonne“ ist ein wichtiges Bindeglied zwischen der Entgiftungsbehandlung und der stationären Rehabilitationsbehandlung. Die gute Zusammenarbeit mit den Kliniken und Beratungsstellen und die Akzeptanz durch die Hilfeempfänger geben dem Konzept recht. Unklar ist, warum diese „Brücke“ zwischen

Entgiftung und Rehabilitation von den Kostenträgern nicht stärker nachgefragt wird. Das engagierte Personal bietet die gebotene Konsequenz gegenüber der Suchterkrankung. Es herrscht ein vertrauensvoller Umgang mit den Bewohnern. Die Integration in die Gemeinde wird dadurch unterstützt, dass die Bewohner verschiedene Arbeitsangebote für die Gemeinde durchführen. Inzwischen ist im Landkreis die PSAG etabliert und der Träger engagiert sich in diesem Forum. Insgesamt hat die Besuchskommission einen guten Eindruck von der geleisteten Arbeit im Orientierungshaus bekommen.

Seniorenwohnstift Zeitz
Seniorenhilfe Zeitz gGmbH
Besuch am 8. Oktober 2008

Das Seniorenwohnstift liegt in der Nähe des Zentrums von Zeitz und ist gut erreichbar. Die recht große Einrichtung verfügt insgesamt über 122 Einzelzimmer und 29 Doppelzimmer mit jeweils separatem Sanitärbereich. Darüber hinaus befinden sich im Komplex 12 seniorengerechte Wohnungen, die komplett vermietet sind. Deren Bewohner können das Serviceangebot der Einrichtung nutzen. Die Sanierungs- und Baumaßnahmen wurden 2007 beendet. Insbesondere das neu errichtete Atriumhaus bietet beste Voraussetzungen für die dort befindliche Betreuung demenziell erkrankter Bewohner. Der durch die Form des Baus abgeschlossene Gartenbereich bietet den Bewohnern hohe Bewegungsfreiheit. Insgesamt befinden sich Gebäude und Ausstattung auf einem hohen Niveau, wirken gepflegt und ansprechend. Die Atmosphäre in der Einrichtung ist geprägt von einem freundlichen und respektvollen Umgang mit den Bewohnern, die in ihren Wohnbereichen von stabilen Teams und Bezugspersonen betreut und gepflegt werden. Die Qualitätssicherung hat einen hohen Stellenwert und spiegelt sich in der aktiven Mitarbeit des Trägers in der Qualitätsgemeinschaft Pflege des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, dessen Mitglied der Träger ist, wider. Die medizinische Betreuung wird über Hausärzte, niedergelassene Fachärzte sowie die Psychiatrische Institutsambulanz Naumburg abgesichert. Das durchaus umfangreiche und anspruchsvolle Weiterbildungsangebot für die Mitarbeiter sollte nach Empfehlung der Besuchskommission um gerontopsychiatrische Themen erweitert und die Ausbildung von gerontopsychiatrischen Fachkräften geprüft werden.

Suchtberatungsstelle des DRK in Zeitz.
DRK Kreisverband Naumburg/Nebra e.V.
Besuch am 8. Oktober 2008

Die einzige Suchtberatungsstelle in der Stadt Zeitz, die organisatorisch auch den Raum Nebra mitversorgt, befindet sich am Stadtrand von Zeitz in einer Wohnsiedlung. Mitversorgt bedeutet in diesem Fall, eine Mitarbeiterin ist einmal wöchentlich zur Sprechstunde in Nebra vor Ort. Die Einrichtung vermittelt den Besuchskommissionsmitgliedern trotz der etwas beengten räumlichen Verhältnisse eine angenehme und freundliche Atmosphäre. Der positive Gesamteindruck wird durch die fachlich kompetenten und sehr engagierten Mitarbeiter unterstützt. Obwohl die Fallzahlen ansteigen, Prävention und Nachsorge für den Erfolg der Arbeit außerordentlich bedeutungsvoll sind, konnte die Personalsituation nicht entsprechend angepasst werden. Die Einrichtung ist für die Region unverzichtbar, so dass den Mitarbeitern gewünscht wird, dass der unsicheren Finanzierungslage abgeholfen und die Personalbemessung angehoben wird, um weiterhin qualitativ hochwertige Arbeit leisten zu können. Insgesamt hat die Einrichtung bei der Besuchskommission einen guten Eindruck hinterlassen.

Wohnheim für suchtkranke Menschen „Villa Noah“ in Stolberg/Harz Projekt 3 e. V.

Besuch am 19. November 2008

Die Villa „Noah“ am Rande der Stadt Stolberg bietet 30 Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung ein unbefristetes Wohnangebot. Die Einrichtung befindet sich auf einem ausreichend großen, gepflegten Grundstück, welches die Möglichkeit zur sinnstiftenden Tätigkeit gibt. Das Wohnheim wird von den Bewohnern gut angenommen. Der Träger der Einrichtung ist in der Suchtkrankenhilfe erfahren und hat in seiner Einrichtung ein klar strukturiertes und dem Abstinenzgebot verpflichtendes Konzept etabliert. Als Binnenstruktur finden sich drei Gruppen von Personen mit vergleichbarem Hilfebedarf und ein stringentes Tagesregime mit vereinbarten Aufgaben und Regeln. Die Besuchskommissionsmitglieder konnten sich in den persönlichen Gesprächen mit den Bewohnern davon überzeugen, dass die vorgefundenen Bedingungen von den Bewohnern gut angenommen und als hilfreich empfunden werden. Dem Wohnheim nachgeordnet ist ein in Roßla befindliches Intensiv Betreutes Wohnen mit vier Plätzen. Mit dem Wohnheim und dem Intensiv Betreuten Wohnen für Menschen mit Suchterkrankungen stellt der Träger ein gut aufgestelltes Angebot der Region zur Verfügung. Im Landkreis Mansfeld-Südharz wird die ambulante fachärztliche Versorgung nach wie vor als unbefriedigend empfunden. Erschwerend kommt die infrastrukturelle Ausdünnung des öffentlichen Nahverkehrs in der Region dazu.

Kinder- und Jugendheim in Stolberg/Harz Albert-Schweitzer-Familienwerk e. V.

Besuch am 19. November 2008

Das Kinder- und Jugendhaus Stolberg „Albert-Schweitzer“ befindet sich idyllisch gelegen am Stadtrand von Stolberg/Harz. Das große Fachwerkhaus wurde rekonstruiert und den Bedürfnissen eines Kinderheimes angepasst.

Das Heim bietet in einer Wohngruppe, einer Verselbstständigungsgruppe (inkl. zwei Plätze für Inobhutnahme), einer Wohngruppe mit heilpädagogischer Orientierung und einer neu eingerichteten Mutter-/Vater-und-Kind-Gruppe 21 Plätze (+1) an. Die im Heim lebenden Kinder sind vorwiegend älter als 14 Jahre und zeigen vor allem Störungen im Sozialverhalten und Schulphobien. Sie kommen aus allen Landkreisen Sachsen-Anhalts. Es werden pädagogische und verhaltens-therapeutische Hilfen angeboten. Alters- und geschlechtsgemischte Gruppen und ein familienorientiertes Arbeiten bestimmen den Alltag. Hervorzuheben ist die gute Zusammenarbeit mit den zuständigen Schulen. Ziel der Aufnahme ist die Rückführung in die Familien bzw. in die jugendgemäße Selbstständigkeit mit Berufsausbildung. Die Kooperation mit den Hausärzten der Umgebung, den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und den Jugendämtern ist konstruktiv. Die Mitarbeiter des Heimes arbeiten engagiert und sind an stetiger Weiterentwicklung interessiert. Es ist rund um die Uhr eine adäquate Betreuung und Versorgung gesichert. Die Kommission erlebte eine freundliche und warmherzige Atmosphäre in der Einrichtung. Die altersbezogenen Bedürfnisse der Kinder- und Jugendlichen stehen im Mittelpunkt der Arbeit. Die notwendige individuelle Beschulung, Forderung und Förderung ist gewährleistet. Das Kinderheim „Albert-Schweitzer“ hinterließ einen positiven Gesamteindruck. Da das Konzept der ganzheitlichen Entwicklungs- und Persönlichkeitsförderung dient und pädagogische und verhaltenstherapeutische Aspekte auf hohem Niveau eingesetzt werden, ist die Einrichtung empfehlenswert. Die Kommission empfiehlt eine Überprüfung der Gründe der Unterbelegung. Da die Jugendämter berechtigterweise verstärkt auf Einzelfallhilfen in den betroffenen Familien oder auf eine Unterbringung in Pflegefamilien abstellen und eine stationäre Heimunterbringung nur der letzte Ausweg sein sollte, stehen landesweit viele therapeutische Kindereinrichtungen vor dem Problem, Plätze abzubauen oder sich konzeptionell neu zu orientieren. Bedarf für stationäre Plätze in Sachsen-Anhalt sieht die Kommission u. a. für suchtmittelabhängige Kinder und Jugendliche sowie für schwer sozial-

und verhaltensgestörte Kinder und Jugendliche, die zeitweise geschützt untergebracht werden müssen.

Soziotherapeutisches Zentrum „Sprungbrett“ Eckartsberga DRK Kreisverband Naumburg / Nebra e. V.

Besuch am 3. Dezember 2008

Das Soziotherapeutische Zentrum befindet sich oberhalb der Stadt Eckartsberga. Auf einem großzügigen Gelände steht hier ein 2002 fertiggestellter mehrgeschossiger Neubau, in dem insgesamt 55 Plätze im Wohn- und Übergangsheim und 10 Plätze im Intensiv Betreuten Wohnen im benachbarten Gebäude zur Verfügung stehen. Die Ausstattung ist zweckmäßig und modern und die Angebote strukturieren den Tagesablauf der Bewohnerinnen und Bewohner. In Naumburg bietet der Träger 10 Plätze im Ambulant Betreuten Wohnen an. Das Ziel der Arbeit ist das suchtmittelfreie Leben und die Wiedereingliederung in die Gemeinde. In den zurückliegenden Jahren hat die Einrichtung durch die Entwicklung der Angebote, Wohn- und Übergangswohnheim, Intensiv Betreutes Wohnen und Ambulant Betreutes Wohnen ca. 40 Personen dabei unterstützt, sich wieder mehr dem selbstbestimmten Leben zuzuwenden. Damit hat der Träger eine sinnvolle und erfolgreiche Abfolge von Hilfe- und Unterstützungsangeboten im Burgenlandkreis etabliert. Die Bemühungen, sich dem schwierigen Klientel, welches einer geschlossenen Unterbringung bedarf, zuzuwenden, scheiterten bislang an den unterschiedlichen Positionen der Verhandlungspartner. Hier fordert die Besuchskommission zielführende Gespräche, da bislang Bürger des Landes Sachsen-Anhalt in anderen Bundesländern mit hiesigen Steuergeldern gemeindefern versorgt werden müssen. Ebenso halten wir die hilfeleistungsbezogene Gleichstellung von Menschen mit seelischen Behinderungen und Menschen mit seelischen Behinderungen infolge Sucht zum Beispiel mit Menschen mit geistigen Behinderungen für dringend erforderlich.

Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt Burgenlandkreis, Naumburg Burgenlandkreis

Besuch am 11. Februar 2009

Die Mitarbeiter des SpDi leisten eine fachlich kompetente Arbeit, sie sind engagiert und das auch über das zu erwartende Maß hinaus. Die Räumlichkeiten sind auskömmlich und bieten die Möglichkeit, Klienten individuell und in Einzelgesprächen zu betreuen. Die personelle Situation hat sich nach der Kreisgebietsreform nicht verschlechtert, nach wie vor sind die Vorgaben des PsychKG, bezogen auf die psychiatrische Fachkompetenz, nicht umgesetzt. Um auch weiterhin eine professionelle und fachlich kompetente Arbeit leisten zu können, ist es notwendig, den Mitarbeitern deutlich mehr als jährlich 30 € Weiterbildungsbudget zur Verfügung zu stellen. Außerdem ist aufgrund der komplexer werdenden Aufgaben und steigenden Fallzahlen das Angebot von Supervision unumgänglich. Die Problematik der Substitutionsbehandlung im Landkreis ist weiterhin ungelöst und bedarf einer baldigen Klärung.

Die PSAG wird durch die Ärztin des SpDi geleitet und bietet eine Kommunikationsplattform. Wünschenswert ist es, den Landkreis bei der Planung von Hilfeangeboten zu unterstützen, indem entsprechende Empfehlungen durch die PSAG ausgesprochen werden.

Suchtberatungsstelle der Diakonie in Naumburg

Besuch am 11. Februar 2009

Die Besuchskommission konnte sich von einer gut funktionierenden und stark frequentierten Beratungsstelle überzeugen. Die strukturelle und inhaltliche Anbindung der Suchtberatungsstelle an die Kreisstelle der Diakonie wirkt sich nachhaltig auf die Betreuung der Klienten aus. Aufgrund der zunehmenden Beratungskontakte und der Komplexität der einzelnen Fälle

ist die Beratungsstelle an ihrer Kapazitätsgrenze angekommen. So werden deshalb vorrangig Gruppengespräche anstatt Einzelgespräche durchgeführt.

Die Suchtberatungsstelle ist fester Bestandteil bei der Betreuung abhängiger Klienten im Burgenlandkreis. Die räumlichen Voraussetzungen sind einer Beratungsstelle angemessen. Die engagierten und sehr motivierten Mitarbeiter verfügen über eine angemessene Qualifikation. Kritisch schätzen wir die Mittelzuweisung des Landes an die Suchtberatungsstellen ein, darunter leidet insbesondere die wichtige Präventionsarbeit.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die konzeptionelle Ausrichtung sowie die organisatorische und strukturelle Umsetzung den Bedürfnissen des Landkreises nach Beratung und Behandlung suchtkranker Menschen entspricht.

HELIOS Klinik und Tagesklinik für Psychiatrie/Psychotherapie, Hettstedt

HELIOS Kliniken GmbH

Besuch am 22. April 2009

Nach Monaten der Ungewissheit befindet sich das Klinikum seit März 2009 in der Trägerschaft der HELIOS Klinik GmbH, seit dem 1. Februar hat die psychiatrische Klinik einen neuen Chefarzt. Beides sind wichtige Aspekte, die der psychiatrischen Grund- und Vollversorgung im Landkreis Mansfeld-Südharz neue Impulse geben können.

Die Räumlichkeiten und Außenanlagen der psychiatrischen Klinik entsprechen modernen Standards. Der stationäre Bereich ist gut ausgelastet, die Tagesklinik bis zu 150 % belegt. Die schwierige Personalsituation im ärztlichen Bereich konnte im Wesentlichen auch durch die Einstellung ausländischer Ärzte kompensiert werden. Nach Angaben der Leitung wird ab Mai 2009 den Vorgaben der PsychPV entsprochen. Chefarzt und Geschäftsführer haben die Besuchscommission mit zukunftssträchtigen Visionen und Plänen vertraut gemacht; so soll vor allem die Platzzahl und ggf. die Standorte der Tagesklinik endlich erweitert und die Klinik in der Öffentlichkeit besser bekannt gemacht werden. Die geplante Erweiterung der tagesklinischen Kapazitäten (an den Standorten Eisleben und Sangerhausen) ist auch aus Sicht des Ausschusses nachdrücklich zu begrüßen, damit die Klinik ihren regionalen Versorgungsverpflichtungen nachkommen kann.

In den Gesprächen mit den Mitarbeitern und beim Rundgang durch die Klinik konnten sich die Commissionsmitglieder von der Aufbruchstimmung überzeugen.

Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung Sachsen-Anhalt
4. Amtsperiode 01.05.2005 – 30.04.2009

Mitglied	Stellvertretendes Mitglied
<p>Vorsitzender des Ausschusses Herr Priv. Doz. Dr. med. Felix M. Böcker Chefarzt der Klinik für psychische Erkrankungen (Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik) am Saale-Unstrut-Klinikum Naumburg</p>	<p>Herr Dr. med. Bernd Langer Leitender Chefarzt der AWO Psychatriezentrum Halle GmbH Halle (Saale)</p>
<p>Frau Dr. med. Christiane Keitel Grundsatzreferatsleiterin Psychiatrie Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Sachsen-Anhalt e.V., Magdeburg</p>	<p>Herr Joachim Müller Leitender Chefarzt des AWO-Fachkrankenhauses Jerichow, Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie und PTM, Jerichow</p>
<p>Frau Dr. med. Steffi Draba Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes am Gesundheitsamt der Stadt Halle (Saale)</p>	<p>Herr Wolfgang Scheffler Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am Carl-von-Basedow-Krankenhaus, Merseburg</p>
<p>Frau Sylvia Herrmann Berufsbetreuerin Aschersleben Gatersleben</p>	<p>Herr Prof. Dr. med. Hans-Henning Flechtner Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin des Kindes- und Jugendalters der Med. Fakultät der Otto-von-Guericke- Universität an der Klinikum Magdeburg gGmbH</p>
<p>Herr Kai-Lars Geppert Leiter Wohnheim, Intensiv Betreutes Wohnen und Tagesstätte für Menschen mit seelischen Behinderungen Paul-Riebeck-Stiftung zu Halle</p>	<p>Frau Kerstin Reuter Leiterin des Therapiezentrum für Menschen mit seelischer Behinderung infolge Sucht „Bethanien“ e.V., Dessau-Roßlau</p>
<p>Herr Bernhard Maier Einrichtungsleiter der Caritas Wohn- und Förderstätten für Menschen mit geistigen Behinderungen, Schelkau und Burgkernitz</p>	<p>Frau Birgit Tank Direktorin/Heimleiterin des Wohnheims für Menschen mit seelischer Behinderung GSW, Wernigerode</p>
<p>Stellv. Vorsitzender des Ausschusses Herr Erhard Grell Präsident des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt, Halle (Saale)</p>	<p>Herr Carsten Schäfer Richter am Landessozialgericht Halle (Saale)</p>
<p>Herr Mario Gottfried Richter am Amtsgericht Halle (Saale)</p>	<p>Herr Ernst Heitmann Direktor des Amtsgerichts Bitterfeld-Wolfen a.D.</p>
<p>Herr Olaf Kleßen Richter am Sozialgericht Stendal</p>	<p>Frau Claudia Methling Vorsitzende Richterin am Landgericht Magdeburg</p>
<p>Frau Sabine Dirlich, MdL Landtag von Sachsen-Anhalt, Fraktion Die Linke Ausschuss-Mitglied für Wirtschaft und Arbeit</p>	<p>Frau Dr. Lydia Hüskens, MdL Landtag von Sachsen-Anhalt, FDP-Fraktion Mitglied des Ausschusses für Soziales</p>
<p>Herr Kurt Brumme, MdL Landtag von Sachsen-Anhalt, CDU-Fraktion Mitglied des Ausschusses für Soziales</p>	<p>Herr Peter Rotter, MdL Landtag von Sachsen-Anhalt, CDU-Fraktion Mitglied des Ausschusses für Soziales</p>
<p>Frau Renate Schmidt, MdL Fraktion der SPD des Landtages Stellv. Mitglied des Ausschusses für Soziales</p>	<p>Frau Dr. Verena Späthe, MdL Landtag von Sachsen-Anhalt, SPD-Fraktion Mitglied des Ausschusses für Soziales</p>

Besuchskommission 1

Regionale Zuständigkeit

Landkreis Jerichower Land, Landkreis Stendal, Landeskrankenhäuser für Forensische Psychiatrie, Uchtspringe, Lochow, Bernburg

Mitglied	Stellvertretendes Mitglied
Kommissionsvorsitzender Herr Bernhard Maier Dipl.-Pädagoge, Dipl.-Sozialpädagoge, Einrichtungsleiter der Caritas Wohn- und Förderstätten in Teuchern / OT Schelkau und in Burgkernitz	Herr Tobias Lösch Diplom-Sozialpädagoge, Integrationsfachdienst Magdeburg/Stendal <i>in</i> Stendal
Stellv. Kommissionsvorsitzende Frau Dr. phil. Waltraud Groscheck Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Leitende Psychologin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Magdeburg gGmbH, Magdeburg	Frau Gisela Matthäus Lehrerin a.D., Leiterin der Selbsthilfegruppe ApK Osterburg Gründungsmitglied des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker Sachsen-Anhalt e. V., Osterburg
Frau Dr. med. Claudia Glöckner Fachärztin für Psychiatrie/Psychotherapie Oberärztin im AWO-Fachkrankenhaus Jerichow Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie und Psychosomatische Medizin, Jerichow	Herr Prof. Dr. med. Hans-Henning Flechtner Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin des Kindes- und Jugendalters der Med. Fakultät der OvG-Universität an der Klinikum Magdeburg gGmbH
Herr Olaf Kleßen Richter am Sozialgericht Stendal	Frau Steffi Ewald Richterin am Oberlandesgericht Naumburg
Frau Dr. rer. nat. Christel Conrad Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg	Frau Dr. Lydia Hüskens, MdL Landtag von Sachsen-Anhalt, Fraktion der FDP Mitglied im Ausschuss für Soziales, Magdeburg

Besuchskommission 2

Regionale Zuständigkeit

Landeshauptstadt Magdeburg, Altmarkkreis Salzwedel, Landkreis Börde

Kommissionsvorsitzender Herr Dr. med. Bernd Hahndorf Psychiater, Neurologe, Forensischer Psychiater (DGPPN), Ärztlicher Direktor des Salus-Fachklinikums Uchtspringe (Psychiatrie, Psychosomatik, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie, Schlafmedizin)	Frau Dipl.-Med. Gabriele Witschaß Fachärztin für Psychiatrie, Stationsärztin der Abt. Psychiatrie und Psychotherapie am Harzkrankenhaus Wernigerode/Blankenburg, Blankenburg
Stellv. Kommissionsvorsitzender Herr Matthias Gallei Dipl.-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, Geschäftsführer der Außenwohngruppe/ Betreutes Wohnen GmbH für Menschen mit seelischen Behinderungen am Psychiatrischen Pflegeheim Dr. Nowack, Salzwedel	Frau Heike Woost Diplom-Sozialarbeiterin Geschäftsführerin der Lebenshilfe-Magdeburg gGmbH, Magdeburg
Frau Ute Griesenbeck Referentin für Suchtkrankenhilfe, Selbsthilfe und Bahnhofsmision der Diakonie Mitteldeutschland, Magdeburg	Frau Sylvia Merten Diplom-Sozialpädagogin Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt der Stadt Magdeburg
Frau Simone Schreiber Richterin am Amtsgericht Salzwedel	Frau Susanne Storbeck Richterin am Amtsgericht Stendal
Herr Dr. Hartwig Schuster Ministerium für Landesentwicklung und Verkehr LSA Mitglied der Selbsthilfegruppe Angehörige psychisch Kranker (ApK), Magdeburg	Frau Renate Schmidt, MdL Landtag von Sachsen-Anhalt, Fraktion der SPD, Stellv. Mitglied im Ausschuss für Soziales, Magdeburg

Besuchskommission 3

Regionale Zuständigkeit: Kreisfreie Stadt Dessau-Roßlau,
Landkreis Anhalt-Bitterfeld, Landkreis Wittenberg

Mitglied	Stellvertretendes Mitglied
Kommissionsvorsitzende Frau Dr. med. Christiane Keitel Fachärztin für Psychiatrie und Sozialmedizin Ärztliche Gutachterin, Referatsleiterin Psychiatrie Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Sachsen-Anhalt e. V., Magdeburg	Frau Cathrin Seehagen Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Oberärztin, Leiterin der Psychiatrischen Institutsambulanz AWO Psychiatriezentrum Halle GmbH
Frau Claudia Methling Vorsitzende Richterin am Landgericht Magdeburg	Herr Thomas Klumpp-Nichelmann Richter am Amtsgericht Dessau-Roßlau
Stellv. Kommissionsvorsitzender Herr Uwe Bartlick Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut Klinik Bosse Wittenberg, Gesundheitszentrum für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Lutherstadt Wittenberg	Frau Heidi Bayer Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt Landkreis Wittenberg, Lutherstadt Wittenberg
Herr Wolfgang Scheffler Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/- psychotherapie, Facharzt für Kinderheilkunde, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/- psychotherapie, Carl-von-Basedow-Klinikum, Merseburg	Herr Kurt Brumme, MdL Landtag von Sachsen-Anhalt, Fraktion der CDU Mitglied im Ausschuss für Soziales, Magdeburg
Herr Dr. Uwe Salomon Fachberater Zentrale Koordination Sucht, AOK Sachsen-Anhalt, Halle	Herr Torsten Sielaff Stellv. Pflegedienstleiter und Beauftragter für Qualitätsmanagement / Datenschutz / Hygiene der Klinik Bosse Wittenberg, Gesundheitszentrum für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Lutherstadt Wittenberg

Besuchskommission 4

Regionale Zuständigkeit: Landkreis Harz, Landkreis Salzlandkreis

Kommissionsvorsitzender Herr Joachim Müller Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Leitender Chefarzt des AWO-Fachkrankenhauses Jerichow, Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie und Psychosomatische Medizin, Jerichow	Herr Dipl.-Med. Jens Gregor Facharzt für Psychiatrie Oberarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum „Dorothea Christiane Erleben“ Quedlinburg gGmbH, Ballenstedt
Stellv. Kommissionsvorsitzende Frau Birgit Tank Heimleiterin des Wohnheimes für Menschen mit seelischer Behinderung „Thomas Müntzer“, Wernigerode	Frau Erdmuthe Sacher Heimleiterin des Wohnheimes für Menschen mit geistiger Behinderung Haus der Diakonie „Zum guten Hirten“, Wernigerode
Frau Katja Meyer Richterin am Landgericht Magdeburg	Herr Tobias Hoffmann Direktor des Amtsgerichts Bernburg
Frau Sabine Dirlich, MdL Landtag von Sachsen-Anhalt, Fraktion PDS/Die Linke Mitglied im Ausschuss für Wirtschaft und Arbeit, Magdeburg	Frau Dr. med. Edeltraud Dögel Fachärztin für Neurologie, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychosomatik und -psychotherapie; Leitende Chefarztin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychosomatik am Salus-Klinikum, Bernburg
Frau Sylvia Herrmann Diplom-Sozialpädagogin Berufsbetreuerin Gatersleben, Aschersleben	Herr Jürgen Hoppe Diplom-Pädagoge, Diplom-Sozialpädagoge Referent für Behindertenhilfe, Caritasverband für das Bistum Magdeburg e.V.

Besuchskommission 5

Regionale Zuständigkeit: - Kreisfreie Stadt Halle/Saale, Landkreis Saalekreis

Mitglied	Stellvertretendes Mitglied
Kommissionsvorsitzender Herr CA Dr. med. Bernd Langer Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie Leitender Chefarzt AWO Psychiatriezentrum Halle GmbH, Halle (Saale)	Herr CA Dr. med. Hubert Becker Facharzt für Neurologie, Psychiatrie/ Psychotherapie Ärztl. Direktor des St. Joseph-Krankenhauses der Alexianerbrüdergemeinschaft, Gesundheitszentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Dessau-Roßlau
Stellv. Kommissionsvorsitzende Frau Kerstin Reuter Diplom-Psychologin Leiterin der Suchthilfeeinrichtungen des Therapiezentrums „Bethanien“ e.V., Dessau-Roßlau	Frau Alice Dreßler Fachkrankenschwester für Psychiatrie und Neurologie, Stationsleiterin Psychosomatik Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Martin- Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale)
Herr Peter Rotter, MdL Landtag von Sachsen-Anhalt Fraktion der CDU Mitglied im Ausschuss für Soziales, Magdeburg	Frau Gabriele Westendorf Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin Einrichtungsleiterin der Wohnanlage für Menschen mit Behinderungen „Otto-Lüdecke-Haus“, Stiftung Staßfurter Waisenhaus, Staßfurt
Herr Ernst Heitmann Direktor des Amtsgerichts Bitterfeld-Wolfen a.D.	Herr Mario Gottfried Richter am Amtsgericht Halle (Saale)
Frau Dr. Petra Suttner Landesrechnungshof Sachsen-Anhalt Zuständigkeitsbereich Gesundheit und Soziales, Dessau-Roßlau	Frau Anne-Juliane Schulze Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin Klinischer Sozialdienst der Klinik Bosse Wittenberg, Alexianerbrüdergemeinschaft, Gesundheitszentrum für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Lutherstadt Wittenberg

Besuchskommission 6

Regionale Zuständigkeit: - Landkreis Mansfeld Südharz, Landkreis Burgenlandkreis

Kommissionsvorsitzender Herr Kai-Lars Geppert Leiter Wohnheim, Intensiv Betreutes Wohnen und Tagesstätte für Menschen mit seelischen Behinderungen Paul-Riebeck-Stiftung zu Halle an der Saale	Frau Katlen Rohne Heilpädagogin, Leiterin des Förderwohnheimes für Menschen mit geistiger Behinderung, Standort Akazienhof Paul-Riebeck-Stiftung
Frau Dr. med. Steffi Draba Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes am Gesundheitsamt der Stadt Halle, Halle (Saale)	Frau Andrea Funk Geschäftsführerin, Heimleiterin der Betreuungseinrichtungen für Menschen mit seelischen Behinderungen in Schwenda, Sittendorf und Roßla; Pflege- und Behinderteneinrichtungen Funk GmbH, Schwenda
Frau Dr. Barbara Schünemann Fachärztin für Pädiatrie, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychosomatik/-psychotherapie Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara, Halle (Saale)	Frau Dipl.-Med. Gerlinde Gerdes Fachärztin für Allgemeinmedizin Praxis Halle (Saale)
Frau Sabine Neufang Richterin am Amtsgericht Zeitz	Herr Carsten Schäfer Vorsitzender Richter am Landessozialgericht Sachsen-Anhalt, Halle (Saale)
Stellv. Kommissionsvorsitzende Frau Verona Becker Bereich Koordination Reha-Einrichtungen und Sozialmedizin, Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland (drv-md), Halle (Saale)	Frau Dr. Verena Späthe, MdL Landtag von Sachsen-Anhalt, Fraktion der SPD Mitglied im Ausschuss für Soziales Magdeburg

