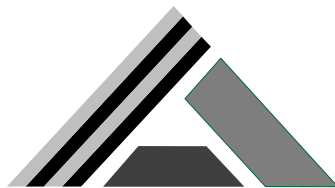


# Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung

9. Bericht  
Mai 2001 - April 2002



**SACHSEN-ANHALT**

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

9. Bericht  
Mai 2001 - April 2002

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

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

## 9. Bericht

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

Berichtszeitraum: Mai 2001 - April 2002

Inhaltsverzeichnis	Seite
I. Vorwort	1
II. Tätigkeitsbericht	3
III. Unfallversicherungsschutz im Ehrenamt	11
IV. Ausgewählte Aspekte der psychiatrischen Versorgung	15
1. Die endlose Geschichte der §§ 93 ff BSHG und der Stand der Umsetzung in Sachsen-Anhalt	15
2. Zur Versorgungssituation von verhaltensauffälligen, schwer fährbaren geistig bzw. seelisch behinderten Menschen	19
3. Betreuung statt Entmündigung und anonymer Verwaltung – 10 Jahre Reform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts	23
4. Ambulante und stationäre Pflege gerontopsychiatrischer Patienten und Bewohner	27
5. Stationäre Betreuungseinrichtungen für aktuell nicht abstinentzfähige Alkoholranke?	29
6. Die Änderungen der Vorschriften über die Eingliederungshilfe im Bundessozialhilfegesetz durch das SGB IX	33
V. Hinweise und Empfehlungen des Psychiatrieausschusses	37
VI. Berichte der regionalen Besuchskommissionen	51
Kommission 1: Landkreise Altmarkkreis Salzwedel, Stendal, Jerichower Land	45
Kommission 2: Stadt Magdeburg, Landkreise Ohrekreis, Bördekreis, Schönebeck, Anhalt-Zerbst	45
Kommission 3: Stadt Dessau, Landkreise Bernburg, Wittenberg, Köthen, Bitterfeld	57
Kommission 4: Landkreise Halberstadt, Wernigerode, Quedlinburg, Aschersleben-Stassfurt	64
Kommission 5: Stadt Halle, Landkreise Saalkreis, Mansfelder Land	70
Kommission 6: Landkreise Sangerhausen, Merseburg-Querfurt, Burgenlandkreis, Weißenfels	77
Anhang	
Personelle Zusammensetzung des Ausschusses und der regionalen Besuchskommissionen	83



## I. Vorwort

Ehrenamtliche Tätigkeit bedeutet Ausdruck der Verantwortung für die allgemeinen Aufgaben von Organisationen, Gemeinden, überörtlichen Einrichtungen, Kirchen, Sozialhilfeträgern, ist Mithilfe im demokratischen Kontext, verleiht subjektiv auch Erfahrungszuwachs. Sie ist nötig zum Gelingen öffentlicher Aufgaben und stellt einen wesentlichen Aspekt demokratischen Selbstverständnisses dar.

Die 3. Amtsperiode des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Sachsen-Anhalt begann mit einer erfreulichen Bereitschaft einer Reihe von bisherigen Ausschussmitgliedern, erneut in diesem Gremium mitzuarbeiten und ihre Erfahrungen den neu Hinzutretenden zu vermitteln. Auch dass sich nun wieder viele Engagierte fanden, die sich erstmals für die Arbeit der nächsten Jahre zur Verfügung zu stellen, ist hoffnungsvoll für das Gelingen der uns gesetzlich gestellten und aus eigener Verantwortlichkeit resultierenden Vorhaben.

Mit erheblichen inneren Bedenken habe ich die Wahl zum neuen Vorsitzenden angenommen, der hohe Stand und die Anerkennung der bisherigen Tätigkeit des Ausschusses innerhalb des Landes und über seine Grenzen hinaus ist ganz wesentlich durch die bisherigen Vorsitzenden, Herrn Prof. Dr. Hans Heinze und Herrn Priv. Doz. Dr. Felix M. Böcker, erreicht worden und bedeutet damit eine hohe Verpflichtung für mich. So danke ich zunächst an dieser Stelle Herrn Dr. Böcker sehr herzlich für einen gleitenden Übergang in der Leitung des Ausschusses, darüber hinaus auch dafür, dass er sich für die nächsten vier Jahren in der Öffentlichkeitsarbeit des Ausschusses engagiert und den Kontakt zu den Medien intensivieren wird. Wir halten das für eine sehr wichtige Möglichkeit, gesellschaftlich problematisch erscheinende Aspekte des Umgangs mit seelisch und geistig behinderten und kranken Menschen publik zu machen, das Verständnis für notwendige Versorgung zu erweitern und gegen Ungerechtigkeiten, wo sie vorkommen, öffentlich vorgehen zu können.

Wir nutzen unsere vom Gesetzgeber eingeräumten Möglichkeiten der Überprüfung von Einrichtungen auf Orts-, Kreis- und Landesebene, von Beratung bei der Organisation eines stabilen Versorgungsnetzes für unsere kranken und behinderten Mitmenschen in den Landkreisen, der Information von Ministerien und Landtag, sehen im gesetzlichen Auftrag die Chancen für Veränderungen und wollen uns beharrlich in die Entwicklung zeitgemäßer personenbezogener Hilfen für den Personenkreis einbringen, für den wir uns verantwortlich fühlen. Die Optimierung einer Betreuungsstruktur muss als Ziel angestrebt werden; der Ausschuss ist sich dabei natürlich darüber im Klaren, dass die realen Möglichkeiten immer begrenzter sind als die Ideale. Auch müssen viele Aspekte berücksichtigt werden, die neue Strategien erforderlich machen. Dabei denke ich z.B. an die hohe Arbeitslosigkeit gerade im eigenen Bundesland mit ihren Auswirkungen auf die Integration der psychisch Kranken und Behinderten, oder auch an die Situation in den Altenpflegeheimen mit einer erheblichen Anzahl alter Menschen mit demenziellen Erkrankungen.

Dass sich in der vergangenen Zeit eine Reihe von Bürgern und Organisationen an die Geschäftsstelle des Ausschusses gewendet hat, um Informationen, Beratung u.a.m. zu erhalten, sehen wir als Ausdruck des Vertrauens in unserer Tätigkeit. Allerdings ist damit eine erhebliche Mehrarbeit verbunden, die bei der dürftigen personellen Ausstattung deutlich ins Gewicht fällt.

Die Vielfalt von Aufgaben in der Organisation des Ausschusses und der Besuchskommissionen, die Vor- und Nacharbeiten der Beratungen, Sitzungen und Besuche, die Kontakte zu Einrichtungen und Behörden usw. gehen bis an die Grenzen der Belastbarkeit der Geschäftsstelle. Durch den engagierten Einsatz der Geschäftsführerin, Frau Dr. Fiss, wurde bisher noch alles bewältigt. Ihr gebührt in erster Linie mein Dank!

Dr. med. Alwin Fürle  
Vorsitzender des Ausschusses

**Redaktionskollegium:**

An der Erarbeitung dieses Berichtes sind mit eigenen Beiträgen beteiligt: Herr Dr. Alwin Fürle (Bernburg), Frau Birgit Garlipp (Magdeburg), Herr Kai-Lars Geppert (Halle), Herr Erhard Grell (Halle), Frau Dr. Ute Hausmann (Halle), Frau Dr. Christiane Keitel (Magdeburg), Herr Carsten Schäfer (Halle), Frau Ute Schinzel (Quedlinburg).

## II. Tätigkeitsbericht

### Berufung des neuen Psychiatrieausschusses

Am 25.04.2001 verabschiedete die Ministerin für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Frau Dr. Gerlinde Kuppe, die Mitglieder der zweiten Amtsperiode des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung (Psychiatrieausschuss), die zwischen 1997 und 2001 tätig waren.

Sie dankte für die Arbeit und berief die Mitglieder und Stellvertreter für die dritte Amtsperiode, die zwischen Mai 2001 und April 2005 die Aufgaben des Ausschusses wahrnehmen sollen. Frau Dr. Kuppe wertete den Psychiatrieausschuss als besondere Hilfe im Entscheidungsprozess von Ministerium und Landkreisen, als eine Unterstützung der Körperschaften, die in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter tätig sind, und würdigte das Engagement der Ausschuss- und Besuchskommissionsmitglieder. Besonders die kritische Einschätzung der Einrichtungen durch die Besuchskommissionen und den Ausschuss sei hilfreich für Entscheidungsprozesse der verschiedenen Leitungsbereiche. Damit wäre auch der Ausschuss der zweiten Berufungsperiode ein ebenso unbequemer wie notwendiger Partner gewesen.

In der anschließenden konstituierenden Sitzung gab der bisherige Ausschussvorsitzende, Herr Priv. Doz. Dr. Böcker, eine Einführung in den Aufgabenbereich des Ausschusses und der Besuchskommissionen. Die persönliche Vorstellung der Mitglieder und der stellvertretenden Mitglieder zeigte die geforderte paritätische Zusammensetzung des Ausschusses, der für Landtag, Ministerium, Kostenträgern (Krankenkassen, Arbeitsverwaltung, Rentenversicherungsträger, Sozialhilfeträger), für Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten, Wohlfahrtsverbände und schließlich auch für die Öffentlichkeit Ansprechpartner und Vermittler sein soll, wenn es um psychiatrische Probleme im weiteren Sinne in Sachsen-Anhalt geht, und es in der Vergangenheit auch gewesen ist.

In geheimer Wahl wurde der Vorstand des Ausschusses bestimmt, der die Geschäfte des Ausschusses zwischen den Sitzungen führt. Herr Dr. Alwin Fürle, Chefarzt in der SALUS gGmbH, Fachkrankenhaus Bernburg, und seit 1993 Mitglied des Psychiatrieausschusses, wurde zum Vorsitzenden gewählt. Stellvertretender Vorsitzende wurde Herr Erhard Grell, Vizepräsident des Landessozialgerichtes Sachsen-Anhalt und seit 2000 Mitglied des Ausschusses.

Dem bisherigen Vorsitzenden des Ausschusses, Herrn Priv. Doz. Dr. Böcker, Naumburg, und seinem Stellvertreter, Herrn Dr. Rehbein, Quedlinburg, wurde seitens des Ausschusses für ihre sehr intensive und zeitaufwendige Tätigkeit gedankt.

### Bearbeitung des 8. Berichtes des Psychiatrieausschusses

Am 07.09.2001 wurde der 8. Bericht dem Präsidenten des Landtages, Herrn Wolfgang Schaefer, überreicht und anschließend in einer Landespressekonferenz der Öffentlichkeit vorgestellt. Dieser Bericht stellt nicht nur das Resümee des letzten Jahres dar, sondern versucht, die in der letzten Amtsperiode aufgekommenen Probleme und Mängel innerhalb der psychiatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt anhand von Dokumentation und Erfahrung zu bündeln, ihre Umsetzung oder Erledigung oder ihre bleibende Relevanz darzustellen.

Die Öffentlichkeit erfuhr über die Presse den in den Landkreisen sichtbaren Mangel an Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, besonders in der ambulanten Versorgung, in den Sozialpsychiatrischen Diensten, aber auch in den Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen, hier vor allem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in den Kliniken für Forensische Psychiatrie.

Erst am 28.01.2002 gelang es, mit der Ministerin für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales, Frau Dr. Gerlinde Kuppe, zu einem gemeinsamen Gespräch über den 8. Bericht an den Landtag zusammen zu kommen. Es wurden sowohl Sachthemen aus dem Bericht, wie z.B. der von Herrn Dr. Särchen, Wittenberg, erstellte Bericht über ambulant betreute Wohnformen, besprochen, als auch die unausgewogene psychiatrische Versorgungssituation in den Landkreisen bzw. in den Großstädten und schließlich die unzureichende bis mangelhafte ambulante Versorgung durch

Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie im Land und besonders in den Maßregelvollzugseinrichtungen diskutiert. Obwohl Psychiatrische Institutsambulanzen inzwischen an Fachabteilungen per Bundesgesetzgebung zugelassen sind, sind bisher durch Verweigerung von Abrechnungsnummern durch die Kassenärztliche Vereinigung des Landes Sachsen-Anhalt (KV) solche Einrichtungen nicht oder nur unzureichend arbeitsfähig. Frau Ministerin sicherte zu, dass in Kürze über Runde Tische die Problematik mit der KV und der Ärztekammer zu klären sein wird. Sie bestätigte, dass auch die Enthospitalisierung aus stationären Einrichtungen immer wieder ins Stocken kommt. In der Regelung der finanziellen Verantwortung besteht durch das Hin- und Herschieben zwischen den örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträgern ein dringender Handlungsbedarf. Derzeitig drängten die Kommunen darauf, neben den finanziellen Mitteln auch die Steuerungsmöglichkeiten für den Einsatz der Gelder zu bekommen. Da aber nach Erfahrung des Ministeriums die Kommunen in den letzten 10 Jahren zu wenig für die komplementären regionalen Versorgungsstrukturen getan hätten, müsse das Land auch zukünftig entgegensteuern. Der Ausschuss wies erneut darauf hin, dass Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (PSAG), die eine wichtige Möglichkeit der Koordination im vernetzten komplementären Angebote darstellen, nach wie vor in einigen Landkreisen fehlen, u.a. auch deshalb, weil es in Sachsen-Anhalt im Unterschied zu anderen Bundesländern hierzu keine rechtlichen Verankerungen im Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) gibt.

Das Problem der Kündigung von Heimverträgen durch die Heime bei schwierigen Bewohnern wurde angesprochen. Beispielsweise haben Heimbewohner keine ausreichenden Schutzmechanismen, die ihnen ihren „Wohnort“ erhalten können.

Hinsichtlich der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung ist nicht nur keine Verbesserung eingetreten, sondern eher eine Verschlechterung. Dort wie auch im gerontopsychiatrischen Bereich gibt es zunehmend eher einen Übergang in die teure Heimbetreuung als z.B. in das Betreute Wohnen.

Am 31.01.2002 hatten der bisherige und der jetzige Vorstand sowie weitere sechs Ausschussmitglieder Gelegenheit, den 8. Bericht im Landtagsausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales vorzutragen. Die Unausgewogenheit des bisherigen psychiatrischen Sozialnetzes im Land wurde angesprochen, insbesondere der hohe Ausstattungsgrad Sachsen-Anhalts mit Heimen auf der einen und die unzureichende wohnortnahe Versorgung mit Betreutem Wohnen auf der anderen Seite. In der Suchtkrankenversorgung hat die seit Jahren bekannte Problematik der Trennung von Entgiftung und Entwöhnung inzwischen zwar zu einer gewissen Gesprächsbereitschaft zwischen den beiden Leistungserbringern, den Krankenkassen und den Rentenversicherungsträger, geführt, sie hat jedoch bislang keine verbessernden Entscheidungen gebracht. Ebenso ist eine sachlich sinnvolle Veränderung der Zuständigkeiten zwischen überörtlichen und örtlichen Leistungsträgern in der Behindertenhilfe ein mehr als zögerlich angegangener Prozess, der für die Entscheidung über Art und Weise der Eingliederungshilfe hinderlich ist. Die Mangelsituation im ärztlichen und insbesondere im fachpsychiatrischen Bereich wurde dargestellt. Die fachärztliche Behandlung ist im Maßregelvollzugsbereich schon jetzt besonders defizitär. Eine Ergänzung durch Ärzte aus Osteuropa stellt nach Auffassung des Ausschusses bei der sprachgebundenen Versorgung in der Psychiatrie und Psychotherapie keine Alternative dar.

Wie groß erneut das Interesse der Landtagsabgeordneten am Bericht des Ausschusses war, zeigte u.a. die ausführliche und sachkundig geführte Diskussion aller angesprochenen Fragen. Der Ausschuss hofft, damit erneut Impulse für die Arbeit der Legislative gegeben zu haben.

### Sitzungen des Psychiatrieausschusses

Im Berichtszeitraum wurden drei Sitzungen durchgeführt, zwei davon unter Beteiligung der Mitglieder der Besuchskommissionen.

Die erste Sitzung des neuen Ausschusses fand am 13. Juni 2001 im Fachkrankenhaus Bernburg statt. Zunächst ging es um die Aufstellung der Besuchskommissionen, deren personelle Zusammensetzung und die Bestätigung der regionalen Zuständigkeiten. Beraten wurde, welche



Schwerpunkte der Ausschuss seiner Arbeit in den nächsten Jahren gibt. Hauptsächlich wird es um die kritische Begleitung der Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in den Landkreisen und den Regionen gehen.

Ein verantwortungsvoller, aber aufwendiger Aspekt der Besuchsarbeit ist immer wieder das Protokollieren der Ergebnisse. Die Arbeit der Kommissionen spiegelt sich in den Besuchsprotokollen wider. Soweit die Beurteilungskriterien einheitlich angewendet werden, können die besuchten Einrichtungen und Versorgungsstrukturen gut verglichen und eingeschätzt werden. Daher muss den Protokollen besondere Sorgfalt gewidmet werden. Sie sind Grundlage für die Gesamtbeurteilung der Versorgungsnetze. Wegen der großen Zahl der zu besuchenden Einrichtungen einigte sich der Ausschuss darüber, dass eine für ihre gute und stabile Arbeit bekannte Einrichtung erst dann wieder besucht werden sollte, wenn Besonderheiten eintreten. Einrichtungen, die der Kritik der Kommissionen ausgesetzt waren, werden dagegen häufiger und ggf. auch ohne vorherige Ankündigung besucht werden. Außerdem werden die Kommissionen Schwerpunkte in ihrer Besuchstätigkeit festlegen.

Am 14.11.2001 hat sich der Ausschuss mit den Mitgliedern der Besuchskommissionen zu seiner ganztägigen Herbst-Sitzung in der Paul-Riebeck-Stiftung zu Halle zusammengefunden. Thematisch waren das neue Sozialgesetzbuch SGB IX und seine zu erwartenden Auswirkung in Sachsen-Anhalt zu besprechen, die die Rechte behinderter Menschen, besonders das Recht auf Rehabilitation und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben regeln.

Der Vertreter des Landesarbeitsamtes Sachsen-Anhalt-Thüringen, Herr Dr. Landmann, betonte, dass es Erleichterungen für die Betroffenen u.a. durch Fristverkürzungen in der Antragsbearbeitung geben wird und dass mit der Sozialhilfe und mit der Jugendhilfe zwei neue Rehabilitationsträger bestätigt wurden. Vorgesehene Servicestellen sollen Ratsuchenden von der Antragstellung bis zur Erledigung helfen. Mit Hilfe der gesetzlich verankerten Integrationsfachdienste sollen bis 2002 bundesweit 50.000 Arbeitsplätze für Behinderte geschaffen werden. Hier seien noch einige Schwierigkeiten aus dem Weg zu räumen. Problematisch besonders für psychisch kranke Menschen bleibe jedoch weiterhin, dass die Arbeitsämter erst dann beraten könnten, wenn der Behinderte vermittelbar sei, d.h. wenn er kein Patient mehr ist. Somit seien auch zukünftig die nahtlos gewünschten Übergänge zwischen klinischer Behandlung, beruflicher Rehabilitation und Integration auf dem Arbeitsmarkt kaum realisierbar.

Die Vertreterin des Integrationsamtes Halle, Frau Dr. Partsch, sah die Arbeit der Integrationsfachdienste als Ergänzung der berufsbegleitenden Dienste. Zielgruppen seien Menschen mit Behinderungen, Unfallpatienten, lern- und geistig behinderte Jugendlichen und Menschen mit psychiatrischen Krankheiten. Bedingt durch die hohe Arbeitslosigkeit in diesen Zielgruppen stünden zurzeit Menschen mit psychischen Behinderungen noch nicht im Mittelpunkt der Vermittlungsbemühungen.

Insgesamt wurde der Hoffnung Ausdruck gegeben, dass sich die Rehabilitationschancen in der Umsetzung des SGB IX auch für geistig und seelisch behinderte Menschen erhöhen. Bisher ist es trotz Schwerbehindertenrecht und Servicestellen für seelisch behinderte Menschen besonders schwer, berufliche Rehabilitations- und Arbeitsmöglichkeiten zu finden. Häufig kommt ein Rentenverfahren eher als ein Rehabilitationsverfahren zustande. Die Schnittstellen zwischen SGB V und SGB IX müssen geschlossen werden, zwischen Gesundheits- und Rehabilitationssystem muss eine gleitende Verbindung geschaffen werden.

Ein weiterer Tagesordnungspunkt war der Versicherungsschutz im Ehrenamt, der von Herrn Schäfer vom Landessozialgericht erläutert wurde; siehe hierzu Kapitel III.

In der anschließenden Diskussion sollte zum „Rahmenvertrag gemäß § 93 d Abs. 2 BSHG für das Land Sachsen-Anhalt“ dargestellt werden, wie die Umsetzung von personenbezogenen Eingliederungshilfen statt einrichtungszentrierter Arbeit in den Heimen erfolgt und wie sichergestellt wird, dass jeder einzelne behinderte Mensch die Hilfen bekommt, die er benötigt, mit dem Ziel einer möglichen Enthospitalisierung.

Hierzu stellte Herr Dr. Dr. Nehring aus Sicht des Ministeriums für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales die Situation vor. Die Landkreise unterschieden sich in den Heimplatzzahlen erheblich. Bisher sei das Prinzip „ambulant vor stationär“ regional sehr unterschiedlich und insgesamt nicht ausreichend umgesetzt. Es gelte noch, Kostenfragen zu klären und Fehlbelegungen abzubauen.

Herr Gramatke, Leiter des Landessozialamtes, legte dar, dass die Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Eingliederungshilfe bisher noch offen seien. Der Rahmenvertrag konzentriere sich auf Veränderungen im stationären Bereich. Die Aufnahmen sollten regional- und wohnortnah gesichert werden, doch sei es bis zur Verwirklichung der personenbezogenen Hilfen noch ein langer Weg. Sowohl hinsichtlich der Personalbemessung als auch der Weiterbildung des Personals in den Einrichtungen und der Sicherung von Eingliederungswegen ins Arbeitsleben sei noch Vieles zu beraten. Für Träger sollten Anreize geschaffen werden, um für Hilfeempfänger ambulante Hilfsformen anzubieten und die stationären Plätze zu reduzieren. Die Kostenträgerschaft im örtlichen und überörtlichen Bereich müsste zusammengefasst werden. Gelder, die bei zukünftiger Platzreduzierung im stationären Heimbereich eingespart werden, dürften vom Land jedoch nicht anderweitig eingesetzt werden, z.B. wie der Ausschuss erwarte, für das Ambulant Betreute Wohnen.

Das Ergebnis dieser Beratung war insgesamt für die Ausschussmitglieder, die sich seit Jahren für die Umsetzung personenzentrierter Hilfen einsetzen, nicht befriedigend. Die in allen Beratungen mit dem Ministerium immer wieder geübte Vertröstung auf zukünftige Regelungen sieht der Ausschuss mit großer Sorge. Weiterführende Überlegungen werden hierzu im Kapitel IV.1 dargelegt.

In seiner Frühjahrs-Sitzung am 20.03.2002, die in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Halle stattfand, widmete sich der Ausschuss der Versorgung und Betreuung schwer verhaltensgestörter geistig und seelisch behinderter Menschen. Grundlage der Beratung waren die Erfahrungen der verschiedenen in die Betreuung dieser Menschen eingebundenen Personen und Institutionen.

Von juristischen Betreuern und Betreuungsbehörden wurde vorgetragen, dass Betreuer verhaltensauffälliger, herausfordernder Personen es zunehmend schwerer haben, die notwendigen Hilfen für ihre Betreuten zu finden. Auch würden vermehrt Betreuungen in dem Glauben eingerichtet, dass der juristische Betreuer die Probleme selbst lösen könne. In der öffentlichen Meinung herrsche ein unrealistisches Bild über die Möglichkeiten eines Betreuers vor, von dem man erwarte, dass er die Auffälligkeiten und Störungen vom öffentlichen Leben der Gesellschaft fernhalte. Betreuungen seien jedoch kein Ersatz für die vielerorts vorhandenen Versorgungs- und Hilfedefizite. Juristische Betreuer könnten ihren gesetzlichen Auftrag nur erfüllen, wenn sie neben den notwendigen Informationen und einer entsprechenden Weiterbildung vor Ort auch das nötige Hilfenetz vorfinden und Kooperationspartner haben. Oftmals käme es erst zu chronifizierten Verhaltensauffälligkeiten, weil diese Netze nicht vorhanden sind oder weil Anbieter keine ausreichenden personengebundene Hilfen leisten. In der Diskussion wurde bestätigt, dass Verhaltensauffälligkeiten unterschiedlichste Ursachen haben können; z.T. seien sie objektiv bedingt, z.B. weil es zu wenig Arbeitsmöglichkeiten für Betroffene gibt, die ihnen Halt geben könnten, oder weil Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) in erster Linie leistungsorientiert und nicht behindertenorientiert arbeiten. Behinderungen und Auffälligkeiten würden oftmals zu wenig ursächlich aufgearbeitet. MitarbeiterInnen in Heimen seien zu wenig qualifiziert, um den spezifischen Anforderungen solcher Menschen gerecht zu werden. Es werde den Einrichtungen auch zu leicht gemacht, diese mit Hinweis auf den „nicht eingehaltenen“ Heimvertrag abzuschieben.

Leitende Vertreter von ausgewählten Heimen der Eingliederungshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe belegten, dass durch gezielte individuelle Zuwendung zu den „schwierigen“ Bewohnern, die eine tägliche Herausforderung seien, und durch eine entsprechende Teambeziehung der Mitarbeiter dauerhafte Verhaltensstörungen innerhalb der Häuser abgefangen, aufgearbeitet und z.T. reduziert werden können. In ihren Einrichtungen werden auch für „dissoziale“ Menschen breite Betreuungsangebote und vielfältige therapeutische Möglichkeiten vorgehalten. Das „Weiterreichen“ störender Bewohner würde somit vermieden.

Vom DPWV Landesverband wurde eingeschätzt, dass diesen Personen eine sehr individuelle Hilfe zuteil werden müsse. Die Mehrzahl der Heime sei derzeit aber überwiegend auf Gruppenbetreuung ausgerichtet. Die Sorge der Träger, für die personenzentrierte Hilfe i.d.R. höhere Tagessätze veranschlagen und mehr Personal einstellen zu müssen, sei sicher nachvollziehbar. Doch das Gesamtbudget müsse bei guter Ausbildung der Mitarbeiter und entsprechender Arbeitsorganisation nicht zwangsläufig höher werden. Geschlossene Heime seien

nicht die anzustrebende Lösung. Die oftmals geforderte geschlossene Unterbringung könne durch besondere Betreuungsformen vermieden werden. Hier seien die Träger in der Verantwortung. Von Fachärzten wurde die Versorgung aus der Sicht der stationären Kinder- bzw. Erwachsenenpsychiatrie diskutiert. Die Aufnahme „schwer führbarer“ Kinder, Jugendlicher und Erwachsener auf der Akutstation der Kliniken geschehe i.d.R. aus einer aktuellen Krisensituation heraus, die von den Angehörigen oder den Betreuungseinrichtungen nicht mehr bewältigt wird. Oftmals erfolgen Einweisungen, meist ohne Einschaltung eines niedergelassenen Psychiaters, durch Hausärzte, die von hilflosen Heimen unter Druck gesetzt würden. Immer wieder käme es vor, dass viele Betroffene unter dem Einfluss von ausreichendem und qualifiziertem Personal in der Klinik schnell zu behandeln sind, sich völlig problem- und symptomlos verhalten und umgehend in die Häuslichkeit bzw. in die Einrichtung zurück können. Nach Erfahrung der Fachärzte könnten die Einrichtungen ohne bauliche und personelle Erweiterung bei Vorhalt von entsprechenden Rückzugs- und Ruhebereichen sowie einer evtl. fakultativ geschlossenen Einheit auch ohne Einweisungen in die Psychiatrie auskommen. So aber erlebten und erleben diese Menschen wiederholt Beziehungsabbrüche, die zur Verschlechterung der therapeutischen Chance und zur Chronifizierung ihrer Störung führten. Aus juristischer Sicht wurde aufgezeigt, wie durch den Richter Grenzen für unbegründete Unterbringungswünsche gesetzt werden können.

In der sich anschließenden Diskussion wurde nochmals das Problem der leichten Kündigung der Heimverträge angesprochen. Zu schnell würde die „Verletzung der Heimordnung“ als Kündigungsgrund genannt, ohne nach den objektiven und subjektiven Ursachen der Störung zu fragen und innerhalb des Hauses entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Eine Einrichtungsleiterin dagegen schilderte aus der aktuellen Heimsituation heraus sehr anschaulich die Schwierigkeit und zeitweise Unmöglichkeit, bei viel zu wenig Personal und gleichzeitig zu vielen zu versorgenden Heimbewohnern auch noch individuelle Hilfen für einen besonders herausfordernden Bewohner zu leisten. Kündigungen und schnelles Einweisen in eine Klinik seien unter den gegebenen Bedingungen oftmals die einzige Hilfe für das Heim und für den Betroffenen. Ärztliche Vertreter des Ausschusses forderten dennoch auf, die Gründe für Verhaltensauffälligkeiten genauer zu erforschen und mehr therapeutische Geduld in den Heimalltag einzubringen.

Als erstes Fazit wurden folgende Vorschläge zur Lösung des Problems vorgetragen, um der „Rundreise durch Heime und Kliniken“ betroffener Menschen Einhalt zu gebieten und auch für sie eine Heimstätte zu finden:

1. Die **Selbstverpflichtungen** der Einrichtungen, das „Abschieben“ unliebsamer „Störer“ zu vermeiden, und innerhalb der eigenen Reihen und in Zusammenarbeit mit den regionalen Kooperationspartnern alle therapeutischen Kräfte zu mobilisieren.
2. Die Erarbeitung einer **Landesregelung zur Aufnahmeverpflichtung** der Einrichtungen der Eingliederungshilfe, bei gleichzeitiger Sicherstellung personenbezogener Personal- und Hilfebemessung.
3. Der Ausschuss sieht die **Notwendigkeit sehr differenzierter Forschungsthemen** zur Betreuung und Versorgung dieser behinderten und schwer verhaltensgestörten Menschen, die z.B. im Rahmen von Diplom- und Promotionsthemen von der Behindertenpädagogik in Zusammenarbeit mit der Sozialpsychiatrie an den beiden Universitäten und den Fachhochschulen Sachsen-Anhalts erarbeitet werden könnten. Siehe hierzu auch Kapitel IV, 2 und 3.

### Öffentlichkeitsarbeit des Ausschusses

Nach § 29 PsychKG LSA und § 32 MVollzG LSA ist es Aufgabe des Ausschusses, bei der Bevölkerung Verständnis für die Lage psychisch kranker und behinderter Menschen sowie von Maßregelvollzugspatienten zu wecken und für die Belange dieses Personenkreises einzutreten. Der Ausschuss soll zu einschlägigen Problemen in der Öffentlichkeit Stellung nehmen und die Öffentlichkeit über allgemein interessierende Fragen unterrichten. Während in der Vergangenheit vor allem die interessierte Fachöffentlichkeit durch die regelmäßige Protokoll- und jährliche Berichtsarbeit über die anstehenden Probleme informiert wurde, ist für die neue Arbeitsperiode

erstmalig die Öffentlichkeitsarbeit so geregelt, dass eine kontinuierliche Berichterstattung über die Ausschussarbeit und deren Aspekte und Erkenntnisse erfolgen kann. Die Ausschussmitglieder beauftragten in ihrer ersten Sitzung Herrn Priv. Doz. Dr. Böcker mit der Aufgabe der Öffentlichkeitsarbeit. Von ihm wurde inzwischen ein Flyer erarbeitet, der über den gesetzlichen Auftrag und über die Arbeitsweise und Struktur von Ausschuss und Besuchskommissionen informiert und der z.B. in Praxen, Kliniken, Beratungsstellen, Diensten und Stadt- und Landkreisverwaltungen ausgelegt werden wird. Darüber hinaus wurde durch den Beauftragten für Öffentlichkeitsarbeit die Verbindung zu den Printmedien und zum Fernsehen aufgebaut, um auf der Grundlage von Besuchsberichten der Kommissionen den Lebensalltag von Menschen mit Behinderungen mit seinen Schwierigkeiten und seinen Chancen der Öffentlichkeit nahezubringen.

### Tätigkeit der Besuchskommissionen

Am 23.08.2001 berief der Präsident des Landesamtes für Versorgung und Soziales, Herr Lehmann, in einer Feierstunde in den Räumen des Landtages von Sachsen-Anhalt die neuen ehrenamtlichen Mitglieder der Besuchskommissionen. Fast die Hälfte der bisherigen Mitglieder hatte sich dankenswerterweise erneut für eine Mitarbeit bereit erklärt. Durch intensive Öffentlichkeitsarbeit konnten erfreulicherweise auch sehr viele neue Mitglieder aus den unterschiedlichsten Berufen gewonnen werden. Sie wurden in die Aufgaben der Kommissionen eingeführt und übernehmen mit diesem gesetzlichen Auftrag die nach wie vor unerlässliche Aufgabe, für die Umsetzung der Interessen und Rechte von Menschen, die sich auf Grund ihrer Erkrankung oder Behinderung nicht selbst vertreten können, öffentlich einzutreten. Dieses Engagement erfordert solide Sachkenntnis, persönliche Auseinandersetzungsbereitschaft und Standhaftigkeit.

In der Zeit von Oktober 2001 bis April 2002 haben die sechs Besuchskommissionen insgesamt 89 Besuche durchgeführt, darunter in zehn Kliniken und Abteilungen für Psychiatrie, in einer der beiden Kliniken für Forensische Psychiatrie, in zehn Sozialpsychiatrischen Diensten und Betreuungsstellen, in vier Beratungs- und Begegnungsstätten für behinderte Menschen, in fünf Suchtberatungsstellen, in zwei Tagesstätten für seelisch behinderte und suchtkranke Menschen, in 22 vollstationären Heimen der Eingliederungshilfe, in drei Altenpflegeheimen, in acht Kinder- und Jugendheimen, in sechs ambulant betreuten Wohnformen, in fünf Wohnheimen an WfbM, in zwölf Werkstätten für behinderte Menschen sowie in einer Beruflichen Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK).

Der Ausschussvorstand dankt allen aktiv Mitwirkenden, die im Ausschuss und in den Kommissionen durch die gemeinsame Aufgabe verbunden sind und mit ungebrochenem Engagement und Verantwortungsbewusstsein beharrlich und unbeeindruckt von objektiven Schwierigkeiten und subjektiven Widerständen für die Durchsetzung der gesetzlich verbrieften Rechte und Interessen der psychisch kranken und behinderten Menschen eintreten.

### Sonstige Aktivitäten

Darüber hinaus hat der Ausschuss im Berichtsjahr eine ganze Reihe von Aufgaben wahrgenommen.

So hat er auf Bitten des Ministeriums ein Statement zur Krankenhausperspektivplanung erarbeitet. Die Landesstelle gegen die Suchtgefahren bat um eine Stellungnahme zu Projekten der Betreuung sog. „nasser“ Alkoholabhängiger. Vor dem Landtagsausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales wurde von Frau Dr. Keitel in Abstimmung und im Auftrag des Ausschusses ein Statement zur Verbesserung der Hilfen für Demenzkranke im Land Sachsen-Anhalt vorgetragen. Frau Dr. Keitel arbeitet darüber hinaus als Vertreterin des Ausschusses im Geriatriebeirat des Landes mit. Vertreter des Ausschusses im Arbeitskreis Forensische Psychiatrie ist Herr Dr. Fürle. Herr Prof. Dr. Heinze, Ehrenmitglied unseres Ausschusses und Gründungs-Vorsitzender von 1993 bis 1997, hielt in Schloss Hoym einen Vortrag zur Geschichte der Psychiatrie, der auch von Ausschussmitgliedern besucht wurde. Ausschussmitglieder waren auf der Tagung des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker sowie auf der

Jahresmitgliederversammlung des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker (LV ApK) vertreten. Herr Grell, stellv. Ausschussvorsitzender, erläuterte auf einer Tagung der Lebenshilfe LSA e.V. in einen Beitrag das neue SGB IX. Zur Präsentation der MS-Studie über die Situation der ambulanten Pflege in Sachsen-Anhalt waren Vertreter des Ausschusses anwesend. An der Festveranstaltung im Landtag zum Internationalen Jahr der Freiwilligen 2001 haben ebenfalls Ausschussmitglieder teilgenommen. Den vielen Einladungen zu Jubiläumsfeiern, Grundsteinlegungen, Einweihungen und Eröffnungen neuer Einrichtungen der Krankenversorgung und Behindertenhilfe konnten die Ausschussmitglieder aus Zeitgründen nur vereinzelt nachkommen. Alle Entwicklungsfortschritte der psychiatrischen Versorgungslandschaft werden jedoch mit großer Aufmerksamkeit verfolgt und begrüßt. Darüber hinaus wurden die Ehrungen ehemaliger aktiver Ausschussmitglieder mit Freude wahrgenommen: So im Juli 2001 das Symposium in der Universitätsnervenklinik Halle zum 65. Geburtstag von Prof. Dr. med. Helmut F. Späte, und im Januar 2002 die feierliche Verabschiedung von Frau MR Dr. med. Ilse Schneider, Leiterin des SpDi in Magdeburg.

### Kontakte zu Krankenkassen

Zwischen der AOK und Vertretern des Ausschusses wurde am 20.02.2002 ein erstes Arbeitsgespräch geführt, bei dem von Seiten des Ausschusses neben dem Ausschussvorsitzenden auch Frau Dr. Hausmann, Frau Garlipp, Frau Rabsch, Frau Liebrecht, Herr Priv. Doz. Dr. Böcker, Herr Dr. Särchen, Herr Grell und Frau Dr. Fiss teilnahmen. Es wurden mit den Vertretern der AOK einige mit der psychiatrischen Versorgung verbundene Fragen erörtert, so u.a. dass es sowohl hinsichtlich der unzureichenden fachärztlichen Betreuung in den ländlichen Regionen als auch in Bezug auf die stationäre Behandlung von Suchtkranken Mängel gibt. Dabei zeigte sich, dass auch von Seiten der Krankenkassen die Probleme ähnlich gesehen werden und Bereitschaft signalisiert wurde, sich aktiv an einer Veränderung der kritisierten Versorgungssituation zu beteiligen. Wie der Ausschuss sieht auch die AOK Gesprächsbedarf mit der LVA und BfA. Die Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke (RPK) in Halle wurde dagegen von der Kasse als nur bedingt effektiv beurteilt. Handlungsbedarf für weitere RPKs im Lande sieht die AOK deshalb im Unterschied zum Psychiatrieausschuss nicht. Das Gespräch verlief insgesamt in einer sachlichen und konstruktiven Atmosphäre. Weitere Gespräche sind vorgesehen.

### Zusammenarbeit mit dem Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker

Zwischen dem Psychiatrieausschuss und dem Landesverband der Angehörigen wurde bereits in der zweiten Legislaturperiode eine Vereinbarung zur engen Zusammenarbeit abgeschlossen. So gehört es inzwischen zu den Regeln, dass zu jeder Sitzung des Ausschusses auch die Vertreter des Angehörigenverbandes geladen und gehört werden.

Umgekehrt sind regelmäßig auf den Veranstaltungen des Landesverbandes Ausschussmitglieder präsent.

Auf Bitten der Vorsitzenden des Landesverbandes fand darüber hinaus eine Beratung mit dem Ausschussvorstand statt, in der inhaltliche, organisatorische und Personalfragen der landesweiten Angehörigenarbeit diskutiert wurden. In diesem Zusammenhang möchte der Ausschuss erneut darauf hinweisen, dass die Angehörigen, die in besonderem Umfang die Sorgen und die Last in der Betreuung ihrer kranken Angehörigen zu tragen haben, dringend und stetig zuverlässige Unterstützung brauchen. Die Verbandsarbeit, die zur Selbsthilfe und Entstigmatisierung der Angehörigen beiträgt, kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Sie ist aber nicht allein auf ehrenamtlicher Basis zu schaffen. Sie braucht eine personell und technisch gesicherte Zentralstelle. Hier richtet der Ausschuss neben dem ausdrücklichen Dank an die Stadt Halle auch die Bitte an das Gesundheits- und Sozialministerium, den hoffnungsvollen Beginn der Geschäftsstelle zu fördern und zu sichern, dass die Angehörigen eine dauerhafte Plattform für ihre Arbeit haben.

### Bearbeitung von Anfragen

Der Ausschuss hat erneut eine erhebliche Anzahl von Anfragen zu bearbeiten gehabt. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich neben den Ausschuss- und Kommissionsmitgliedern immer wieder auch telefonisch, schriftlich oder persönlich Patienten, Angehörige, Heime, Kliniken, Krankenkassen, Behörden, Studierende, Lehrende und andere mit einer unüberschaubaren Vielzahl von unterschiedlichsten Fachfragen oder Beschwerden an den Ausschussvorstand und an die Geschäftsstelle gewandt haben. Trotz der geringen Personalbesetzung von Vorstand und Geschäftsstelle wurden alle Anfragen beantwortet, teilweise wurden sie an die zuständigen Besuchskommissionen zur Beantwortung weitergegeben.

Im Übrigen wird hierbei u.a. deutlich, dass in der Geschäftsstelle des Psychiatrieausschusses die offensichtlich aussagefähigste und umfangreichste Übersicht über die Einrichtungen für die Versorgung und Betreuung psychisch Kranker und geistig und seelisch Behinderter in Sachsen-Anhalt erarbeitet wurde.

### Kontakte zum Ministerium

Entsprechend seiner Berichtspflicht informiert der Ausschussvorstand das Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales regelmäßig anhand der Besuchsprotokolle über besondere Vorkommnisse und Probleme. Die Bearbeitung der angesprochenen Fragen erfordert im Ministerium wegen der referats- und abteilungsübergreifende Recherchen oftmals viel Zeit. Von den Antworten der Verwaltung erwartet der Ausschuss, dass auf die Probleme und kritischen Hinweise gründlich und sachkundig eingegangen wird, damit es in gemeinsamer Anstrengung zu einer entscheidenden Verbesserung der Versorgungssituation kommt.

Die Leiterin des Psychiatriereferates, Frau Dr. Willer, hat der Arbeit des Ausschusses stets viel Aufmerksamkeit gewidmet und sich auf seinen Tagungen zu den anstehenden Themen geäußert. Der Ausschuss hofft, dass auch in Zukunft seine Hinweise und Anregungen als konstruktiver Beitrag zur Gesamtversorgung eines sensiblen medizinischen und sozialen Bereiches verstanden werden.

### Kontakte zum Landesamt für Versorgung und Soziales

Die Kontakte zum Landesamt für Versorgung und Soziales in Halle sind durch die verwaltungstechnische Angliederung der Geschäftsstelle geregelt. Die gute technische Ausstattung der Geschäftsstelle und die unproblematische Unterstützung durch die Verwaltung sind für die Arbeit des Ausschusses ein wesentlicher Garant effektiven Arbeitens. Die Personalausstattung von derzeit nur 1  $\frac{3}{4}$  Mitarbeiterstellen erfordert zur Erfüllung der umfangreichen und vielfältigsten Arbeitsinhalte neben breit gefächerten Sachkenntnissen und persönlichem Engagement der Geschäftsführerin und ihrer Mitarbeiterin, Frau Simone Taubert, vor allem eine gute und zuverlässige Organisation, überschaubare Aktenführung sowie die ständige Bereitschaft zur variablen Arbeitszeit.

Abschließend sei erneut darauf hingewiesen, dass entgegen allen begründeten Anträgen auch in diesem Jahr das finanzielle Budget des Ausschusses so gering bewilligt wurde ist, dass mit den zur Verfügung stehenden Haushaltsmitteln die gesetzliche Verpflichtung zur Entschädigung der ehrenamtlichen Mitglieder nur auf dem Wege einer ÜPL (Antrag auf Gewährung überplanmäßiger Haushaltsmittel) erfüllt werden kann. Um Gleiches für 2003 zu vermeiden, empfiehlt der Ausschuss, dem Antrag auf die erforderliche Mittelzuweisung zu entsprechen.

Dr. med. Alwin Fürle  
Vorsitzender des Psychiatrieausschusses

### III. Unfallversicherungsschutz im Ehrenamt

Carsten Schäfer, Halle

Fast kein Bereich des Gesundheitswesens, insbesondere in der Betreuung von psychisch erkrankten und geistig behinderten Menschen, ist funktionsfähig ohne das Engagement von ehrenamtlich Tätigen. Angesichts der leeren Staatskassen kommt diesem Personenkreis eine enorme Bedeutung zu, die leider in der Öffentlichkeit nicht immer ausreichend gewürdigt wird. Der Gesetzgeber hat jedoch wenigstens im Bereich des gesetzlichen Unfallversicherungsschutzes die ehrenamtliche Tätigkeit in der Weise anerkannt, dass eine Gleichrangigkeit von ehrenamtlich und hauptberuflich Tätigen besteht. Dieser Versicherungsschutz ist nur wenig bekannt. Das Wissen um die Einbeziehung in den staatlichen Schutz kann aber dazu beitragen, den ehrenamtlich Tätigen ein Gefühl einer offiziellen Anerkennung zu geben, es kann außerdem auch als Argumentationshilfe bei der Gewinnung weiterer Mitstreiter dienen. Aus diesem Grund soll folgender Beitrag eine Übersicht über den Umfang des gesetzlichen Unfallversicherungsschutzes geben.

Nach der unerbittlichen statistischen Wahrscheinlichkeit muss man sich bewusst sein, dass niemand während seines Einsatzes in der ehrenamtlichen Tätigkeit vor Unfällen oder Verletzungen gefeit ist. Durch die gesetzliche Unfallversicherung werden jedoch im Falle einer Gesundheitsschädigung die gesundheitlichen und finanziellen Folgen gemildert.

Die gesetzliche Unfallversicherung wurde schon 1884 geschaffen und sollte zunächst vornehmlich die Arbeitgeber vor Schadensersatzforderungen ihrer bei der Arbeit verunfallten Beschäftigten bewahren. Im Lauf der Jahre wurde der Schutzbereich wesentlich erweitert beispielsweise auf Schüler oder Nothelfer. Seit 1963 werden auch ehrenamtlich Tätige erfasst. Der früher in der RVO geregelte Unfallversicherungsschutz wird seit 1.1.1997 als SGB VII geführt.

Maßgeblich für das Vorliegen einer ehrenamtlichen Tätigkeit sind Kriterien wie Unentgeltlichkeit, fehlendes Beschäftigungsverhältnis und ein Tätigwerden für das öffentliche Wohl auf dem Gebiet des Gesundheitswesens oder der Wohlfahrtspflege. Dabei gelten eventuell gewährte Zeitaufwandsentschädigung und Fahrtkostenerstattung nicht als Entgelt. Die Tätigkeit kann für eine Körperschaft des Öffentlichen Rechts, einen freien Träger oder einen Verein erfolgen, indem bestimmte Funktionen übertragen werden. Sie kann aber ebenso außerhalb einer solchen Struktur wahrgenommen werden. Unerheblich ist auch, ob und bei welcher Institution daneben eine Berufstätigkeit ausgeübt wird.

Anders als in anderen Sozialversicherungszweigen ist eine förmliche Anmeldung nicht notwendig, der Versicherungsschutz entsteht kraft Gesetz. Entscheidend für diese Entstehung ist im Fall der Besuchskommissionen die Berufung. Die ehrenamtliche Tätigkeit außerhalb einer Institution oder eines Vereins setzt keine förmliche Berufung voraus, sondern entsteht durch die Tätigkeit als solche.

Der Versicherungsschutz des SGB VII besteht während der tatsächlichen Ausübung des Ehrenamtes, auf dem Weg zur ehrenamtlichen Tätigkeit und zurück sowie bei sonstigen in engem Zusammenhang stehenden Handlungen. Darunter fallen auch Vorbereitungs- und Abwicklungshandlungen, die zum Beispiel der Informationsbeschaffung dienen. Ausgeschlossen sind allerdings allgemeine gesellige Veranstaltungen.

Ein besonderes Augenmerk verdienen die so genannten Arbeits- und Wegeunfälle, zwei klassische juristische Begriffe aus dem Unfallversicherungsrecht:

**Arbeitsunfälle** können insbesondere vorkommen bei den Wegen zum Ort der Tätigkeit oder solchen, die in diesem Zusammenhang anfallen. Erfasst ist auch das Aufsuchen einer Toilette, nicht jedoch - obwohl ein gewisser Sachzusammenhang sicher besteht - ein Gaststätten- oder Kantinenbesuch.

**Wegeunfälle** unterstehen ebenfalls dem Schutzbereich des SGB VII. Die Rechtsprechung ist zu der Frage, ob ein Wegeunfall vorliegt, unüberschaubar. Hier sollen nur die wichtigsten Fälle angeführt werden. Ohnehin wird niemand sein Verhalten allein danach ausrichten, ob sein nächster Schritt noch von der gesetzlichen Unfallversicherung abgesichert ist:

Zunächst fallen unter die Wegeunfälle die Wege von der Außenhaustür der Wohnung oder der Arbeitsstätte bis zum Ort der Tätigkeit und zurück. Dabei ist grundsätzlich der kürzeste oder verkehrsgünstigste Weg erfasst. So genannte Abwege, die von diesem Weg abweichen, sind geschützt, wenn sie durch Fahrgemeinschaften bedingt sind oder notwendig werden, weil die Kinder aus dem Hort oder der Schule abgeholt werden müssen. Wer nach einem Besuch nicht an den Wohnort oder die Arbeitsstätte zurückkehrt, kann dennoch Versicherungsschutz genießen. So sind erfasst auch Fahrten an einen anderen Ort, wenn der Weg nicht wesentlich länger ist als der Heimweg. Geschützt sind auch Wochenendheimfahrten zur Familienwohnung, wenn unter der Woche eine Unterkunft am Arbeitsort genutzt wird. Dann ist die Länge des Heimweges nicht von Bedeutung.

Auch geringfügige Umwege führen nicht zur Unterbrechung des Versicherungsschutzes. Sie müssen aber sehr kurz sein. So ist der Halt am Kiosk an der Straße unschädlich, nicht jedoch das Verlassen des Wagens für einen größeren Einkauf oder für einen privaten Besuch. Wenn der Versicherungsschutz unterbrochen ist, kann er innerhalb von 2 Stunden nach der Unterbrechung wieder aufleben. Wird der weitere Heimweg aber erst später fortgesetzt, liegt eine endgültige Lösung vor, weil dann ein enger Zusammenhang mit der eigentlichen ehrenamtlichen Tätigkeit nicht mehr besteht.

Wer mit öffentlichen Verkehrsmitteln unterwegs ist, genießt Versicherungsschutz auch während der dort auftretenden Wartezeiten. Dabei wird nicht erwartet, dass man sich an dem Haltestellenschild festhält. Eine der Wartezeit angemessene Bewegung in der Umgebung der Haltestelle ist für den Versicherungsschutz ohne Folgen.

Der **Versicherungsfall** tritt ein bei Tod, Gesundheitsschädigungen oder Sachschäden an Hilfsmitteln (Brillen, Körperersatzstücke). Notwendig ist jedoch ein ursächlicher Zusammenhang mit der ehrenamtlichen Tätigkeit, die Schädigung muss also „in Folge“ und nicht lediglich „bei Gelegenheit“ der Tätigkeit aufgetreten sein. So werden nicht wesentliche Unfallursachen (Gelegenheitsursachen) und allein in der Person liegende Ursachen nicht erfasst. Dabei kann es sich um einen bereits bestehenden Vorschaden wie eine degenerative Meniskusschädigung handeln, die durch ein einfaches Stolpern während eines Besuches zum Meniskusriss führt. Hier ist der Zusammenhang mit dem Ehrenamt ein zufälliger - Gleiches hätte ebenso zur selben Zeit im Privatleben geschehen können.

**Schädigende Ereignisse** können Unfälle mit oder ohne Fremdeinwirkung, auch durch vorsätzliches oder fahrlässiges Verhalten eines Dritten sein. Vorstellbar sind hierbei Autounfälle, aber auch ein körperlicher Angriff eines Betreuten. Dabei ist zu beachten, dass der Geschädigte nicht auf die eigene Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen verwiesen wird. Vielmehr leistet der Unfallversicherungsträger vor und kann im Ausgleich von dem Schädiger eine Erstattung der ihm entstandenen Kosten verlangen. Ist eine Verletzung allein auf Eigenverschulden zurückzuführen, ist der Versicherungsschutz abhängig vom Umfang des vernunftwidrigen Verhaltens. Wer also mit 1,1 Promille als absolut fahruntüchtig gilt und dennoch mit dem Auto nach Hause „rauscht“, genießt im Falle eines Unfalles keinen Versicherungsschutz.

Warum ist die gesetzliche Unfallversicherung so wichtig, wo doch in der Regel Krankenversicherungsschutz über den Beruf oder die Familienversicherung besteht? Anders als bei den Krankenkassen werden neben der Krankenbehandlung Leistungen zur beruflichen und sozialen Rehabilitation sowie gegebenenfalls Geldleistungen gewährt. So kommen in Betracht Umschulungen, Arbeitsplatzausstattungen und Kfz-Hilfen zum Ausgleich einer Behinderung oder auch Haushaltshilfen. Daneben kann Verletztengeld gewährt werden, das sich am Einkommen orientiert, jedoch nicht neben einer Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber geleistet wird. Unbeachtlich für einen solchen Anspruch sind aber Leistungen aus einer privaten Unfallversicherung.



Bei dauerhaften Schädigungen kommen auch Rentenleistungen in Betracht, die sich am Ausmaß der Beeinträchtigung orientieren. So wird eine Rente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 20 % beispielsweise beim Verlust eines Daumens gewährt. Dabei wird auf einen abstrakten Maßstab abgestellt. Der Rentenanspruch besteht also auch dann, wenn der bisherige Beruf weiter ausgeübt werden kann.

Kein Ersatz wird geleistet für Sachschäden außer bei Hilfsmitteln, auch Schmerzensgeldansprüche bestehen nicht. Ferner kommt auch eine Freistellung von Schadensersatzforderungen Dritter nicht in Betracht, wenn etwa der ehrenamtlich Tätige einen Autounfall verschuldet hat.

Während für gewerbliche Arbeitnehmer verschiedene Unfallkassen entsprechend der jeweiligen Branche zuständig sind, ist für die im Land engagierten ehrenamtlich Tätigen die Zuständigkeit der Unfallkasse Sachsen-Anhalt gegeben. Nicht zuständig ist die Berufsgenossenschaft für Wohlfahrtspflege, da das Ehrenamt nicht in einem Beschäftigungsverhältnis und nicht gegen Entgelt ausgeübt wird.

Was ist zu tun, wenn trotz aller Vorsicht eine Gesundheitsschädigung während des Einsatzes erfolgt ist? Nach Möglichkeit sollte ein Durchgangsarzt aufgesucht werden, der durch Meldung an den Unfallversicherungsträger das Verfahren in Gang setzt. Bei Bagatellverletzungen ist dies nicht erforderlich, man sollte aber dem Hausarzt immer angeben, dass der Verdacht eines Arbeits- oder Wegeunfalles besteht. Zum einen hat dieser eine Meldepflicht, zum anderen kann es aus beweisrechtlichen Gründen vorteilhaft sein. Wer weiß denn schon, ob nicht doch Spätfolgen einer zunächst harmlosen erscheinenden Verletzung auftreten? Bei erheblichen Verletzungen mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung wird, soweit medizinisch erforderlich und möglich, nach der Erstversorgung so schnell wie möglich eine Verlegung in eine berufsgenossenschaftliche Klinik erfolgen.

Zur Beweissicherung sollte durch das Mitglied des Ausschusses bzw. der Besuchskommissionen die Geschäftsstelle des Ausschusses und im Übrigen der eigene Arbeitgeber benachrichtigt werden, die die Meldung an die Unfallkasse weiterleiten. Von dort wird dann von Amts wegen, also ohne dass man einen gesonderten Antrag stellen muss, ermittelt, ob ein Versicherungsfall vorliegt und welche Maßnahmen zu ergreifen sind.

Für den Fall, dass Streit über das Vorliegen von Versicherungsschutz, über die Höhe einer verbliebenen Körperschädigung oder über die Notwendigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen besteht, kann nach Durchführung eines Widerspruchsverfahrens Klage vor dem Sozialgericht erhoben werden. Die Zuständigkeit richtet sich nach dem Wohnsitz des Verletzten. Das Verfahren ist kostenfrei, die Gerichte ermitteln unabhängig und von Amts wegen, ob der geltend gemachte Anspruch besteht.



## IV. Ausgewählte Aspekte der psychiatrischen Versorgung

### IV. 1. Die endlose Geschichte der §§ 93 ff BSHG und der Stand der Umsetzung in Sachsen-Anhalt

Birgit Garlipp, Magdeburg, Kai-Lars Geppert, Halle

Der Ausschuss macht seit Jahren auf die Probleme der personenzentrierten Hilfen, der erforderlichen Personalschlüssel, der entsprechenden Qualifikation des Personals und der damit verbundenen Entgelte aufmerksam. Immer wieder wurde seitens des Ausschusses auch auf die Ungleichbehandlung der Menschen mit seelischer Behinderung und Menschen mit seelischer Behinderung infolge von Sucht gegenüber den Menschen mit geistiger Behinderung hingewiesen. Das gilt für stationäre, teilstationäre und ambulante Einrichtungen gleichermaßen. Das Ergebnis der Diskussionen sollte nicht sein, die Personalbemessung für Menschen mit geistiger Behinderung zu verschlechtern, sondern die Personalbemessung für o.g. Gruppen dem tatsächlichen Hilfebedarf entsprechend anzupassen.

Vom Ministerium wurden die Problemkreise bestätigt. Dennoch fand immer wieder eine Vertröstung auf den „alles regulierenden“ § 93 BSHG statt. Mit dem zu verabschiedenden Landesrahmenvertrag sollten alle Defizite in der Betreuung von Menschen mit Hilfebedarf ausgeräumt werden. Die Erläuterungen zum Rahmenvertrag auf der Ausschusssitzung im Oktober 2001 durch Vertreter des Ministeriums und der Landessozialverwaltung ließen den Ausschuss eher ratlos zurück. Wieder nur Hoffen auf Umsetzung! Wie dringend die Lösung dieser Aufgabe ist, zeigen die Ergebnisse der Besuchskommissionen: Durchgängig wurde von den besuchten Einrichtungen auf schwerwiegende Defizite in der Personalbemessung und auf große Probleme bei der Umsetzung des Rahmenvertrages hingewiesen.

#### Vorgeschichte

Aufgrund des am 01.08.1996 in Kraft getretenen Gesetzes zur Reform des Sozialhilferechts vom 23.07.1996 (BSHG-Novelle 1996) wurde für den Abschluss von Pflegesatzvereinbarungen zwischen den Einrichtungen bzw. Verbänden und den Trägern der Sozialhilfe vereinbart, dass der Pflegesatz in den alten Bundesländern in den Jahren 1996, 1997 und 1998 jährlich nicht um mehr als 1 % (im Beitrittsgebiet 2 %) steigen darf.

Grundlage für die „Deckelung“ waren die am 18. Juli 1995 vereinbarten oder durch die Schiedsstelle festgesetzten Pflegesätze. In begründeten Einzelfällen, insbesondere um den Nachholbedarf bei der Anpassung der Personalstruktur zu berücksichtigen, konnte im Beitrittsgebiet der jährliche Steigerungssatz um bis zu 0,5 v.H. erhöht werden.

#### Die Rechtslage ab 01.01.1999

Am 01.01.1999 trat § 93 Abs. 2 BSHG neue Fassung in Kraft. Danach „ist der Träger der Sozialhilfe zur Übernahme der Vergütung für die Leistung“, die von einer Einrichtung erbracht wird, „nur verpflichtet, wenn mit dem Träger der Einrichtung oder seinem Verband“ eine **Leistungsvereinbarung**, eine **Vergütungsvereinbarung** und eine **Prüfungsvereinbarung** besteht, die „den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit“ entspricht. Die Leistungsvereinbarung muss „Inhalt, Umfang und Qualität“ der Leistungen der Einrichtungen beschreiben. § 93 a Abs. 1 BSHG sieht vor, dass die „Vereinbarung über die Leistung die **wesentlichen Leistungsmerkmale** festlegen muss“. Insbesondere müssen sich die Vertragsparteien auf die „betriebsnotwendigen Anlagen der Einrichtung, den von ihr zu betreuenden Personenkreis, Art, Ziel und Qualität der Leistung, Qualifikation des Personals sowie die erforderliche und personelle Ausstattung“ verständigen (§ 93 a Abs. 1 Satz 2 BSHG).

Um der Gefahr vorzubeugen, dass sich Leistungs- und Prüfungsvereinbarungen regional sehr unterschiedlich entwickeln, sieht das Gesetz in § 93d Abs. 2 BSHG vor, dass „die überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Landesebene gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge zu den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen nach § 93 Abs. 2 BSHG in der ab 01.01.1999 geltenden Fassung abschließen“. Die Bundesempfehlung wurde im Juli 1999 abgeschlossen, wobei anzumerken ist, dass nicht in allen Punkten zwischen

den Verhandlungspartnern Einigung erzielt wurde. Ziel der Novellierung des § 93 ff BSHG war, mehr Leistungsgerechtigkeit bei Budgetneutralität herzustellen.

### **Der Rahmenvertrag gemäß § 93 d Abs. 2 BSHG Sachsen-Anhalt**

Der Rahmenvertrag gemäß § 93 d Abs. 2 BSHG Sachsen-Anhalt wurde am 29.11.2000 von allen Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege, dem Land Sachsen-Anhalt als überörtlichem Träger der Sozialhilfe, den Kommunalen Spitzenverbänden, dem Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und ambulanter Dienste e.V. und der Arbeitsgemeinschaft privater Heime, Bundesverband e.V., unterzeichnet. Er trat am 01.01.2001 in Kraft. Dazu ist anzumerken, dass der Spitzenverband des Diakonischen Werkes der Kirchenprovinz Sachsen dem Rahmenvertrag, wie alle anderen Spitzenverbände, beigetreten ist, aber einige große Träger der Diakonie dies nicht getan haben. Der Grund war, dass das Diakonische Werk ein Rechtsgutachten zur Prüfung des Rahmenvertrages in Auftrag gegeben hatte. In diesem wurden auf Mängel in verschiedenen Bereichen hingewiesen.

Der Rahmenvertrag ist in fünf Abschnitte gegliedert, neben den beschriebenen Vereinbarungen zu Leistung, Vergütung und Prüfung werden allgemeine Regelungen und Schlussbestimmungen erwähnt. In den nachfolgenden Protokollnotizen und Anlagen werden Leistungstypen, Hilfebedarfsgruppen sowie der Erhebungsbogen für den individuellen Hilfebedarf in sechs Leistungsbereichen ausführlich dargestellt.

Erfreulich in diesem Zusammenhang ist der Ansatz, dass für die HilfeempfängerInnen ein individueller Hilfebedarf erhoben wird. In sechs Leistungsbereichen mit 2 bis 13 Items werden Punktwerte ermittelt. Interessanterweise sind diese Leistungsbereiche unterschiedlich gewichtet und erhalten dadurch in der Kostenbewertung ihre Entsprechung. Die HilfeempfängerInnen erhalten einen Punktwert und können so einer Hilfebedarfsgruppe zugeordnet werden. Selbstverständlich dient dieser Punktwert der Abstraktion und damit der Vergleichbarkeit von Leistungen in den entsprechenden Leistungstypen und Einrichtungstypen. Es bleibt demzufolge innerhalb einer Hilfebedarfsgruppe bei einem Solidarsatz, d.h. innerhalb eines Punktekorridentors ist der Kostensatz gleich, obwohl der individuelle Hilfebedarf unterschiedlich sein kann.

Zur Verdeutlichung sei an dieser Stelle das Bewertungssystem kurz dargestellt:

1. Arbeit und Beschäftigung – ist mit allen Facetten ein wesentlicher Bestandteil der Eingliederungshilfe, alle Maßnahmen zur Erlangung eines Arbeitsplatzes ...  
maximal 116 Punkte = 33 %
2. Lebenspraktische Anleitung – alle Maßnahmen, die die Fähigkeiten der Leistungsberechtigten zu einer selbständigen und individuellen Lebensführung sowie das Verstehen der Umwelt ...  
maximal 52 Punkte = 15 %
3. Besondere psychosoziale Hilfen – hier wird dem besonderen psychosozialen Hilfebedarf einzelner Behinderungsarten Rechnung getragen ...  
maximal 56 Punkte = 16 %
4. Pflegerische Hilfe – hier geht es vornehmlich um das körperliche Wohlbefinden und die Gesundheit des Leistungsberechtigten ...  
maximal 92 Punkte = 26 %
5. Bildung – vorhandene Fähigkeiten zur Entwicklung von Persönlichkeit und Selbständigkeit fördern, verbessern, stabilisieren ...  
maximal 12 Punkte = 4 %
6. Freizeitgestaltung – Wahrnehmung von Angeboten der Unterhaltung bzw. Kultur, Begegnung ...  
maximal 20 Punkte = 6 %

Der Vertrag soll in den nächsten zwei Jahren mit Leben erfüllt und dann funktionsfähig werden. Folgende Aufgaben stehen aktuell im Land zur Bearbeitung an:

Zur Umsetzung des Rahmenvertrages wurde von der Kommission K 93 eine Arbeitsgruppe gegründet. Die Arbeitsgruppe hatte schon im Juni 2001 einen Fahrplan zur Gesamterhebung zur Bildung von Gruppen für HilfeempfängerInnen erarbeitet. Dieser sah vor, dass im Oktober 2001 bereits die Gesamterhebung zur Feststellung der Hilfebedarfe beginnen sollte.

Das bedeutet, dass alle HilfeempfängerInnen, die sich in teilstationärer und stationärer Betreuung befinden und Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, mittels des Fragebogens aus Anlage 4 zu erfassen sind. Die Gesamtzahl der HilfeempfängerInnen beträgt im Land Sachsen-Anhalt 14.500. Die K 93 und die Arbeitsgruppe befürworteten eine wissenschaftliche Begleitung der „Aktion Fragebogen“, für die der Verein IfA e.V. (Integration für Alle) aus Halle gewonnen werden konnte. Der Verein setzt sich aus MitarbeiterInnen der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg zusammen und soll eine organisatorische und inhaltliche Unterstützung der „Aktion Fragebogen“ sichern. Mitglieder sind u.a. Prof. Opp und Prof. Theunissen vom Fachbereich Erziehungswissenschaften und dem Institut für Rehabilitationspädagogik. Finanziert wird die Begleitung durch das Ministerium für Arbeit, Frauen Gesundheit und Soziales. Gründe der Verzögerung des Beginns der Erhebung waren unterschiedlicher Art.

Zurzeit erfolgen die Schulungen der MitarbeiterInnen aus den Einrichtungen, sie sollten Ende Mai 2002 abgeschlossen sein. Es ist geplant, dass die Erhebung des Hilfebedarfs der betroffenen Menschen mit Behinderung in den Einrichtungen im Juni 2002 erfolgen soll.

Geht man von den festgelegten Fristen der ursprünglichen Planung der Arbeitsgruppe aus, sollen die Einrichtungen innerhalb von drei Wochen die Erhebung durchführen. Die Umsetzung dieses Zeitplanes erscheint gegenwärtig fraglich. Auch der nachfolgende Schritt, die Übersendung der Unterlagen an die für die Einrichtungen zuständigen Ämter, wird sich weiter verzögern.

Die Ämter werden dann die Unterlagen auf Vollständigkeit sichten und stichprobenhafte Überprüfungen in Bezug auf den erfassten Hilfebedarf durchführen; vorgesehene Zeitdauer: acht Wochen. Danach soll die Übergabe an das Landesamt für Versorgung und Soziales zur Eingabe in das Statistikprogramm erfolgen. Im Januar 2003 erwartet die Arbeitsgruppe erste Ergebnisse der erfassten Daten. Bleibt es bei der Zeitplanung, könnten im Mai 2003 die Ergebnisse der „Aktion Fragebogen“ in der K 93 vorliegen. Erst danach wird man sehen können, ob dieser Fragebogen wirklich den Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung widerspiegeln kann und zur Bildung von Gruppen zu verwenden ist.

Parallel dazu haben die zwei Unterausschüsse der K 93 ihre Arbeit aufgenommen. Der Unterausschuss „Leistungsvereinbarung“ hat den Auftrag, die Qualitätskriterien für die Leistungstypen zu erarbeiten, der Unterausschuss „Leistungsvereinbarung“ erarbeitet eine Vorstellung zur Systematik der Verpreislichung.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass frühestens ab dem 01.01.2004 das angestrebte System greifen wird. Untermuert wird dies auch durch die Tatsache, dass die K 93 bereits über die lineare Anhebung der Entgelte für das Jahr 2003 verhandelt.

Wie in der Präambel des Landesrahmenvertrages formuliert ist, gehen die Unterzeichner von einer kostenneutralen Umsetzung aus. Das Land als überörtlicher Kostenträger untersetzt diese Aussage aufgrund eines Probelaufs zur Feststellung des Hilfebedarfs von HilfeempfängerInnen aus unterschiedlichen Einrichtungen der Behindertenhilfe im Jahr 1998. Bis zum heutigen Tag liegen dem Ausschuss hierzu keine Informationen vor.

### **Resümee zum Rahmenvertrag Sachsen-Anhalt:**

Der Rahmenvertrag steht als Gerüst, aber seine Umsetzung wirft mehr Fragen auf als er Antworten gibt. Bei der Auseinandersetzung mit dem Fragebogen ist festzustellen, dass die betroffenen Menschen in den teilstationären und stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe insgesamt einen hohen Unterstützungsbedarf im Bereich Arbeit und Beschäftigung bzw. bei den pflegerischen Hilfen haben sollten, um eine entsprechende Förderung erhalten zu können.

Beachtenswert ist auch, dass psychosoziale Hilfen den lebenspraktischen Hilfen ebenbürtig sind. Gleiches gilt für Freizeit und Bildung. Diese Aufteilung wird aber Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht gerecht. Wie ordnet man einem Menschen mit seelischer Erkrankung Punkte zu, wenn er mit technischen Geräten umgehen kann, es aber nicht tut? Auch im Bereich der Arbeit mit schwerst mehrfachbehinderten, verhaltensauffälligen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen ist die Gewichtung des Erhebungsbogens sehr fraglich.

Prof. Fröhlich, Universität Koblenz-Landau, Institut für Sonderpädagogik, hat nach Prüfung des Fragebogens für den Personenkreis der schwerst mehrfachbehinderten Kinder, Jugendlicher und Erwachsener ausgeführt, „dass allein die Grobgliederung an der Lebenswirklichkeit vorbeigeht. Die körperliche Existenz, das alltägliche Überleben, die Auseinandersetzung mit Nahrungsaufnahme

und Ausscheidung, mit Temperaturregelung, Beatmung und mit den elementarsten Formen zwischenmenschlicher Kommunikation erfüllt das Leben dieser Menschen, belastet sie aber auch in hohem Maße....“. Diese Beschreibung ist sicher auch für viele Menschen, die noch in den vorläufigen Heimbereichen der Fachkrankenhäuser leben, zutreffend. Oder man stelle sich vor, in der Gruppe „Arbeit und Beschäftigung“ werden in der entsprechenden Hilfebedarfsgruppe 4 Menschen mit einem sehr hohen Hilfebedarf abgebildet. Welcher Personenkreis kann sich dahinter verbergen? Es kann z.B. ein WfbM-Mitarbeiter sein, der nur in einer besonderen Betreuung, vielleicht in einer extra kleinen Gruppe, das Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Leistung erbringt. Es könnte aber auch ein Mensch mit schwerst mehrfacher Behinderung dahinter stehen oder mit einer besonderen Verhaltensauffälligkeit. Der wirkliche Hilfebedarf dieses Menschen ist durch den Punktwert nicht zu ersehen.

Zusammenfassend sind als Hauptkritikpunkte zu nennen:

1. Der Rahmenvertrag ermöglicht den HilfeempfängerInnen keine Hilfen unabhängig von Institutionen.
2. Der Rahmenvertrag fördert nicht den Enthospitalisierungsprozess.
3. Der Rahmenvertrag unterstützt nicht die Bemühungen der Leistungserbringer, die sich um eine Reduzierung der stationären Plätze bemühen.
4. Die in der Präambel formulierte kostenneutrale Umsetzung darf nicht Ziel des Rahmenvertrages sein.
5. Auch durch den individuellen Punktwert im Rahmenvertrag wird es bei einem Solidarsatz innerhalb einer Hilfebedarfsgruppe bleiben. Die kurzfristige Anpassung an einen veränderten Hilfebedarf erscheint bei diesem Verfahren fraglich.
6. Problematisch bleibt die Abgrenzung der Zuständigkeit des überörtlichen und örtlichen Kostenträgers der Sozialhilfe.

Eine wirkliche Verbesserung der gemeindenahen Versorgungslandschaft im Interesse der Betroffenen ist nach Auffassung des Ausschusses nur mit der Schaffung eines Netzwerkes mit ausgewogenen, nutzerorientierten Angeboten im ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen in der Heimatgemeinde möglich. Der Rahmenvertrag gibt hierzu derzeit nur unzureichend Orientierung.

Der Ausschuss wird die Umsetzung des aus seiner Sicht zu überarbeitenden Rahmenvertrages im Interesse der betroffenen Menschen weiter kritisch verfolgen.

Quellen bei den Verfassern

## **IV. 2 Zur Versorgungssituation von verhaltensauffälligen schwer fñhrbaren geistig bzw. seelisch behinderten Menschen**

Herr Kai-Lars Geppert, Halle, Frau Dr. Ute Hausmann, Halle

Der Ausschuss und seine regionalen Besuchskommissionen sind in der Vergangenheit des öfteren mit der Problematik der Versorgung von verhaltensauffälligen, schwer fñhrbaren geistig mehrfach und seelisch behinderten Menschen in Sachsen-Anhalt konfrontiert und um Hilfe angerufen worden. Mitarbeiter aus Kliniken, von Sozialpsychiatrischen Diensten, von Betreuungsbehörden, aus Werkstätten für behinderte Menschen oder aus Heimen suchten dringend Unterbringungsmöglichkeiten in „spezialisierten“ Heimen. Juristische Betreuer suchten für ihre Betreuten Wohnheimplätze, weil andere Heime die Aufnahme der Betroffenen ablehnten und die Betroffenen eine lange Heimkarriere incl. Drehtürpatientenkarriere hinter sich gebracht hatten. Stichworte wie „Abschieben von Hilfebedürftigen“, „unmenschliches Verhalten“, „Verantwortungslosigkeit“, „Versagen der Eingliederungshilfe“ auf der einen Seite und „Störung der Heimatmosphäre“, „Verletzung der Hausordnung“, „nicht gruppenfähige Querulanten“ auf der anderen Seite, sowie Rufe nach „geschlossenen Unterbringungsmöglichkeiten“, „besseren Personalbemessungen incl. höheren Pflegesätzen“, „Spezialausbildung für Erzieher, Sozialpädagogen und Heilerziehungspfleger“, „Recht auf Hilfe“ und „gesetzlicher Verankerung einer Versorgungs- und damit Aufnahmeverpflichtung für stationäre Einrichtungen“ für Betroffene aller Altersstufen deuten die Komplexität und die Schwierigkeiten der Problematik an.

Immer häufiger stellt sich in diesem Zusammenhang besonders die Frage nach einer geschlossenen Unterbringung für Menschen, die sich durch ein besonders aggressives Verhalten auszeichnen, meisten schon eine lange Heimkarriere hinter sich haben und deren Aufnahmen nunmehr von allen angefragten Heimen abgelehnt wurde.

### **Die Ausgangslage**

Gegenwärtig gibt es in Sachsen-Anhalt nur wenige Einrichtungen, die sich der Aufgabe stellen, stark verhaltensauffällige, schwer fñhrbare geistig behinderte bzw. chronisch psychisch kranke Menschen aufzunehmen. Bei den Krankheitsbildern ist eine deutliche Dominanz von Erkrankungen des schizophrener Formenkreises, affektiver Störungen und Suchterkrankungen zu finden. Meistens handelt es sich um Menschen mit selbst- und fremdaggressivem Verhalten im Rahmen verschiedener psychiatrischer Erkrankungen. Das therapeutische Milieu, das solchen Menschen gerecht wird, kann durch die meisten Einrichtungen nicht vorgehalten werden. Hinzu kommt, dass diese besonders schwierigen Hilfeempfänger mit anderen vom Kostenträger „über einen Kamm“ geschoren werden, indem den Heimen eine Intensivbetreuung nur äußerst selten zugestanden und zusätzliche Betreuungskosten nicht abgegolten werden.

Bemühungen der Leistungserbringer, sich mit den Kostenträgern im Hinblick auf die Bewohnergruppe auf eine dem Hilfebedarf angemessene Finanzierung zu einigen, sind bedauerlicherweise überwiegend gescheitert. Auch mit der Einführung des Rahmenvertrages nach § 93 BSHG hat sich die Situation dieses Personenkreises nicht gebessert. Wohl gibt es den Anspruch der individuellen Hilfeleistung und der speziellen Hilfebedarfsgruppe, doch findet man im Vertrag kein Item für die Erhebung des Hilfebedarfs bei Eigen- und Fremdgefährdung.

Ein weiteres Problem ergibt sich aus der Möglichkeit der Leistungserbringer, unbequemen Hilfeempfängern den Heimvertrag zu kündigen. Dies geschieht in der Regel nach eskalierenden Situationen und einer anschließenden klinischen Behandlung, so dass der Hilfeempfänger nach der stationären Behandlung obdachlos ist. Für die Versorgungsregion haben die Einrichtungen zwar in der Regel einen Versorgungsauftrag, dennoch steht es ihnen frei, bei wiederholten Verstößen gegen die Heimordnung und Gefährdung von Mitbewohnern und Mitarbeitern, den Vertrag zu kündigen. Nach den Verwaltungsvorschriften ist das Ziel der Eingliederung - oder ist es nicht eher eine geforderte Anpassung? - eben nicht erreichbar. Ganz ähnlich stellt sich die Situation im Bereich der Werkstatt für Menschen mit Behinderungen dar. Auch hier gibt es häufig wegen erheblich sozial störenden Verhaltens die Kündigung des Arbeitsvertrages. Selten wird nach den Ursachen der aktuellen Auffälligkeit geforscht, meistens werden neue Regelungen,

Reglementierungen und weitere Einengungen des persönlichen Freiraums dagegengesetzt, so dass der Betroffene noch aggressiver reagiert; ein Circulus vitiosus!

Was sind die häufigsten Ursachen für krisenhafte Entgleisungen von schwer gestörten Heimbewohnern?

1. Die Ursachen können in einer krisenhaften Episode ihrer Erkrankung bzw. Behinderung selbst liegen. In diesem Fall wird richtigerweise ein Facharzt zu konsultieren sein. Aus dem Heimalltag ist jedoch leider bekannt, dass eine schnelle Vorstellung des Heimbewohners beim Facharzt bei akuten Verschlechterungen meistens nicht möglich ist. Niedergelassene Fachärzte kommen in der Regel auch nicht kurzfristig in die Einrichtungen, sie sind auf eine „Komm-Struktur“ ausgerichtet.
2. Ungünstige äußere Konstellationen oder bestimmte aktuelle soziale Bedingungen können u.U. die Krise erst heraufbeschwören. Dann wird eine sozialtherapeutische Intervention die richtige Maßnahme sein. Zur sicheren Unterscheidung bedarf es genauer Kenntnisse des therapeutischen Personals und guter und vertrauensvoller Beziehungen zum Bewohner.
3. Meistens sind die Heime räumlich nicht so ausgestattet, dass bei Entwicklung schwieriger Situationen, in denen Bewohner zunehmend gereizt reagieren, Rückzugsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden können und der Betroffene aus der Konfliktsituation herausgenommen werden und sich beruhigen könnte.
4. Der Personalschlüssel entspricht nicht dem Bedarf; es gibt zu wenig Personal, häufig ist das Personal nicht entsprechend qualifiziert. Supervision und regelmäßige Fallbesprechungen sind erforderlich. Ebenso ist eine Überprüfung und Überarbeitung der eigenen konzeptionellen Zielstellungen zu empfehlen.
5. Wegen des Personalmangels fehlt oft auch eine ausgewogene Tagesstrukturierung, die geeignet ist, krisenhaften Zuspitzungen vorzubeugen. Leider werden beantragte 1:1-Betreuungen durch den überörtlichen Sozialhilfeträger fast immer abgelehnt.

### **Lösungsvorschläge:**

Wenn geistig behinderte und chronisch psychisch kranke Menschen ein Grundanerkentnis auf Eingliederungshilfe durch eine Behinderteneinrichtung erhalten, geschieht dies nicht ohne Grund. Sie benötigen aufgrund ihrer Erkrankung bzw. Behinderung umfangreiche Hilfe, um ihren Lebensalltag zu meistern. Wenn dann Verhaltensauffälligkeiten, die der Erkrankung geschuldet sind, als Kündigungsgrund herhalten müssen, wird die eigentliche Aufgabe und Verantwortung der Hilfeeinrichtung verkannt. Ihrem und auch dem Schutzbedürfnis der Mitmenschen ist dadurch Rechnung zu tragen, dass permanent andere und sich selbst gefährdende Personen eben nicht ohne Unterstützung bleiben. Diese Unterstützung ist durch die Einrichtungen zu gewährleisten, ggf. auch unter zeitweise geschlossenen Bedingungen, aber immer mit der Perspektive auf Selbstbestimmtheit.

Als kurzfristige Lösung für diese Probleme wird vorgeschlagen, dass möglichst viele Heime die Chance bekommen, sich für die Arbeit mit schwer verhaltensgestörten Bewohnern besonders zu qualifizieren. Eine Konzentration einer Einrichtung auf ausschließlich solcher „Systemsprenger“ muss allerdings vermieden werden. Diese besonders qualifizierten Einrichtungen sollten neben einer ausreichenden und für Krisenfälle variierbaren Personalbemessung auch die Möglichkeit der „fürsorglichen Zurückhaltung“ haben. Das bedeutet, dass ein Bereich des Heimes fakultativ zu schließen sein müsste, damit die Krise vor Ort bewältigen werden kann. Der Bewohner muss dann nicht verlegt werden, sondern kann im gleichen Haus in vertrauter Umgebung mit ihm bekanntem Personal bleiben, um anschließend wieder ohne Beschränkungen dort weiter zu leben. Damit würde auch ein anderes schwerwiegendes Problem an Bedeutung verlieren, dass nämlich bei einer Krise ein Bewohner in die Klinik eingewiesen und gleichzeitig der Heimplatz gekündigt wird. Eine weitere Möglichkeit sieht der Ausschuss in einer Selbstverpflichtung von Trägern, sich das „Abschieben“ zu verbieten und über interne und externe Kompetenz Verhaltensauffälligkeiten langfristig vorzubeugen bzw. sachgerecht innerhalb der Einrichtung aufzufangen. Der Ausschuss schlägt außerdem vor, eine Landesregelung zu erarbeiten, die die Möglichkeit einer Aufnahmeverweigerung durch Heime ausschließt.



Generell plädiert der Ausschuss dafür, auch für Menschen mit herausforderndem Verhalten das Leben innerhalb der Gemeinde zu sichern. Ein „Abschieben“ gegen den Willen des Betroffenen in andere Landkreise oder gar in andere Bundesländer ist menschenunwürdig und deutet auf ein Versagen der Hilfsstrukturen hin. Diese Menschen haben wie alle anderen ein Recht auf Heimat und eine gemeindenahere Versorgung, ein Recht auf ein therapeutisches Umfeld, in dem die ihrem Hilfebedarf angemessene Unterstützung gesichert wird. Der Ausschuss könnte sich für die Zukunft kleine, intensiv betreute therapeutische Wohngruppen vorstellen; ebenso könnte es eine 24-Stunden-Begleitung in der eigenen Wohnung sein. Bundes- und weltweit hat es hierfür immer wieder interessante Versuche mit unterschiedlichsten Ansätzen gegeben. In Deutschland sind bisher bedauerlicherweise fast alle Initiativen an den Fragen der Finanzierung gescheitert.

Das Ab- und Weiterschieben war bislang sicher die preiswertere Alternative.

Somit bleibt es eine Frage der politischen, institutionellen, gesellschaftlichen und persönlichen Ehrlichkeit, wie wir mit den am schwersten behinderten Menschen zukünftig umgehen wollen, wie viel wir bereit sind, für sie zu tun und für sie zu bezahlen.

### **Zur besonderen Situation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie lässt sich in den letzten Jahren ein ständig zunehmender Bedarf an intensiver Betreuung erkennen. Die Anträge von Eltern auf Genehmigung der „Unterbringung in einer geschlossenen psychiatrischen Einrichtung“ oder einer „sonstigen mit Freiheitsentziehung einhergehenden Unterbringung“ sind sprunghaft angestiegen.

Die Unterbringung gegen den Willen der Betroffenen ist bei einigen Jugendlichen zunächst das Problem, an dem jegliche Maßnahme der Jugendhilfe scheitert, so dass in vielen Fällen die Situation unbeeinflusst bleibt und allmählich eskaliert. Gelegentlich entsteht hier der Eindruck, dass der dringende Bedarf nach Hilfe missachtet wird. Mit einer betont liberalen Haltung der Jugendhilfe wird die Hilflosigkeit dem Problem gegenüber und der Unwillen, sich diesem Problem zu stellen, bemäntelt.

In der akuten Krise werden dann solche Jugendliche meistens in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie vorgefahren. Dies ist für beide Seiten, insbesondere aber für die betroffenen Jugendlichen ein ungünstiger, unbefriedigender Zustand. Die wenigen Jugendlichen, um die es hier geht, haben meist schon alle verfügbaren Maßnahmen der Jugendhilfe erfolglos durchlaufen. In der Regel kennen sie mehrere kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken des Landes. Ihre Diagnose ist längst geklärt. Empfehlungen zur Weiterbetreuung wurden von der Klinik gegeben, nur wurden sie nicht umgesetzt. Nach längeren Irrfahrten durch verschiedene Bundesländer wurden einige dieser Jugendlichen schließlich inhaftiert. Einige wurden in extremen Entfernungen von ihren Familien in Bayern oder Schleswig-Holstein untergebracht. Bei wieder anderen verlagerte sich mit Erreichen des Erwachsenenalter das Problem aus der Jugendhilfe in einen anderen Zuständigkeitsbereich.

Durch dieses Verfahren erleiden diese beziehungsgestörten Jugendlichen immer wiederholte Beziehungsabbrüche, die erneute Eskalationen verursachen und den Grund für die Rückkehr in die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie darstellen. Durch diesen Drehtüreffekt wird die Ausprägung der Störung gefördert und zur Chronifizierung beigetragen. Von den entstehenden vermeidbaren Kosten soll nur am Rande die Rede sein. Die Jugendlichen kehren in der Regel in die Kliniken zurück, weil poststationär keine geeignete Nachsorgemöglichkeit gefunden werden konnte.

Zur Bewältigung dieser außerordentlich unbefriedigenden Situation müssten Lösungen im Bereich der stationären Jugendhilfe vorgehalten werden. Spezielle Heime mit entsprechenden räumlichen Voraussetzungen für solche Patienten, die nicht gruppenfähig sind und bei Konflikten dringend Rückzugsmöglichkeiten brauchen, könnten solche Patienten längerfristig aufnehmen. Es müssten dann gleichzeitig personelle Voraussetzungen dafür bestehen, dass eine Krisenintervention vor Ort möglich wird. Natürlich müsste der Personalschlüssel auf diese schwierige Klientel eingestellt sein.

Die Diskussion hat sich ganz offenkundig an dem Reizwort „Geschlossenheit“ festgefahren. Angemessene Konzepte in der Heimbetreuung werden schon zu lange gesucht. Unser Vorschlag wäre in Anlehnung an die Empfehlungen für den Erwachsenenbereich, dass Heime, die sich dieser schwierigen Aufgabe stellen, fakultativ geschlossen zu führende Bereiche mit den räumlichen und personellen Voraussetzungen vorhalten. Fakultative Geschlossenheit ist in den meisten Fällen nur zu Beginn des Heimaufenthaltes erforderlich, in der Zeit, in der die Beziehungsanbahnung erfolgt. Ein solches Vorgehen ist ein therapeutisches Erfordernis, es hat nichts mit diffamierendem „Wegschließen“ zu tun, sondern wird die Jugendlichen genau davor bewahren. In der ersten Zeit der Unterbringung gibt es in der Regel zahlreiche Krisen, in denen die Jugendlichen ihre Probleme durch Weglaufen beseitigen möchten, da sie sich den Konflikten noch nicht stellen können. Oft kommt es dann auch zur Selbst- oder Fremdgefährdung.

Natürlich würde es der Ausschuss begrüßen, wenn eine räumliche Geschlossenheit durch eine intensive persönliche Einzelbetreuung rund um die Uhr ersetzt werden könnte. Solche Maßnahmen wurden bereits in einigen besonders schwierigen Fällen beantragt, von Jugendämtern jedoch aus Kostengründen abgelehnt. Schließlich erfolgte die Unterbringung dann in einem westlichen Bundesland, wo die i.d.R. sehr viel höheren Tagessätze, nunmehr offenbar problemlos, von den zuständigen Jugendämtern übernommen wurden.

Für die 15 geschlossenen Behandlungsplätze in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Uchtspringe bestehen Wartezeiten zwischen 3 und 6 Monaten. Sehr häufig gibt es aber einen aktuellen Anlass für eine Soforteinweisung nach dem PsychKG oder nach dem § 1631 b BGB. Meistens liegt dann eine kriminelle Entgleisung im Zusammenhang mit Drogenmissbrauch oder Gewalttätigkeit im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung vor. Nicht alle dieser stationär eingewiesenen Patienten brauchen wirklich eine psychiatrische stationäre Behandlung. Bei ihnen liegt ein komplexer Hilfebedarf vor, dem mit der einfachen Lösung der mehr oder weniger gewaltsamen Einweisung in eine solche Klinik nicht Rechnung getragen wird.

Um die Konzentration schwer verhaltensauffälliger Jugendlicher mit schweren Störungen des Sozialverhaltens in einer einzelnen Einrichtung zu vermeiden, wird vorgeschlagen, dass mehrere Heime diese Aufgaben unter sich aufteilen. Günstig wäre es, solche Heime in der Nähe von Kliniken zu etablieren. Bei krisenhaften Zuspitzungen könnten diese Kliniken dann kurzfristig Krisenintervention leisten.

Es ist nicht hinzunehmen, dass diese Jugendlichen unversorgt bleiben, bis schwerwiegende Vorfälle dazu führen, dass sie außer Landes abgeschoben werden.

### **IV. 3. Betreuung statt Entmündigung und anonymer Verwaltung - 10 Jahre Reform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts**

Ute Schinzel, Quedlinburg

Der Psychiatrieausschuss hat sich wiederholt mit der Thematik des Betreuungsrechts beschäftigt. Dies ergibt sich zum einen aus seinem Auftrag zu prüfen, ob psychisch kranke und behinderte Menschen in Krankenhäusern und Einrichtungen der Behindertenhilfe entsprechend ihren Bedürfnissen und Wünschen fachgerecht behandelt und betreut werden. Zum anderen sagt dies auch etwas darüber aus, welche hohe Erwartungshaltung gegenüber dem Betreuungsrecht besteht.

Schon in der anfänglichen Euphorie war klar, dass die Umsetzung des Gesetzes auch entsprechende Kosten verursachen wird. Doch bereits seit Beginn der Reform des Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts im Jahre 1992 wurde z.B. daran gespart, die beteiligten Instanzen, wie Amtsgerichte, Behörden und Vereine, mit den nötigen materiellen und personellen Mitteln auszustatten. Dieses kurzfristige Einsparen auf der einen Seite hat nachfolgend auf der anderen Seite inzwischen zu einer gewaltigen Kostenentwicklung geführt.

Nach wie vor ist die „Betreuungslandschaft“ regional quantitativ und qualitativ sehr unterschiedlich entwickelt. Die Besuchskommissionen mussten feststellen, dass trotz einheitlicher Gesetzgebung die Anwendung des Betreuungsrechts in der Praxis sehr verschieden ist und wesentlich von der vorhandenen sozialen Infrastruktur abhängt. Die Qualität der Sozialarbeit in Kliniken, Einrichtungen und Beratungsstellen wird zunehmend beeinflusst durch Auswirkungen staatlicher und kommunaler Sparprogramme. Der Ausschuss beobachtet mit großer Sorge, dass deshalb die rechtliche Betreuung immer mehr zum Ausfallbürgen des Sozialabbaus wird.

So erfuhren die Besuchskommissionen z.B. von Betreuungssituationen, in denen Betreuungen nur deshalb angeregt wurden, weil ein Bedürfnis nach rechtlicher Absicherung bestand oder weil von Klinikärzten, Leitern von Behinderteneinrichtungen oder Ansprechpartnern in Beratungsstellen/Institutionen eine Entlastung oder gar ein Ausgleich zu bestehenden Defiziten im regionalen Hilfesystems erwartet wurde. In der Betreuung wird vor allem die Garantie persönlicher Zuwendung gesehen. So wird Betreuung noch immer mit individueller Zuwendung durch Besuche, Gespräche, pflegerische Leistungen bis hin zur Erledigung von Dienstleistungen, hauswirtschaftlichen Verrichtungen und Antragstellungen bei Ämtern und Behörden, Schuldenregulierung etc. gleichgesetzt. Dagegen wird die Vertretung rechtlicher Interessen unter Wahrung der Wünsche und des Wohls von Heimbewohnern und Hilfesuchenden oft nur nachrangig mit der Betreuerbestellung in Verbindung gebracht.

Betreuung bedeutet aber immer rechtliche Vertretung und ist verantwortliches Handeln und Entscheiden, Tätigsein für einen anderen Menschen, der infolge von Krankheit oder Behinderung nicht selbst in der Lage ist, die notwendigen Entscheidungen zu treffen und seine Angelegenheiten in einer seinem Wohl entsprechenden Weise zu erledigen. Der Betreuer ist nicht lediglich, wie Bienwald betont, Vollstrecker jeglicher Wünsche des Betroffenen; er ist auch nicht dessen Briefträger!

#### **Kosteneinsparungen als Motor von Reformdiskussionen**

Mit großem Interesse verfolgt der Psychiatrieausschuss die aktuelle bundesweite Reformdiskussion. Bereits in seinem 7. Bericht hat der Psychiatrieausschuss angeregt, in Anbetracht der fehlenden bundesweiten Begleitforschung zur Entwicklung des Betreuungsgesetzes wenigstens auf Landesebene eine Evaluierung des „Jahrhundertgesetzes“ in Auftrag zu geben.

In Sachsen-Anhalt betragen die Ausgaben für Ansprüche der Betreuer auf Vergütung, Aufwandsentschädigung und Kosten für eine Sammelversicherung im Jahr 2000 ca. 11,7 Mio Euro. Für das laufende Jahr werden bereits 15,4 Mio Euro veranschlagt. Dabei sind die Kosten der Infrastruktur im Bereich der Justiz, wie Personal- und Sachkosten für Richter,

Rechtspfleger, Geschäftsstellen, des Sozialministeriums für Förderung von Betreuungsvereinen, Finanzierung der überörtlichen Betreuungsbehörde und der Kommune für Personal- und Sachkosten der Betreuungsbehörden, Ergänzungsfinanzierung der Betreuungsvereine noch nicht berücksichtigt.

Die Anzahl der Betreuungen hat sich seit 1992 insgesamt verdoppelt. Außerdem sind die Ausgaben der Justizhaushalte der Länder überproportional zur Entwicklung der Zahl der Betreuungen gestiegen. Daher werden die aktuellen Reformdiskussionen bedauerlicherweise weniger durch inhaltliche Fragen, sondern vorrangig durch Kosteneinsparungsinteressen geprägt. Das 1999 in Kraft getretene Betreuungsrechtsänderungsgesetz, das trotz großer Kritik sehr schnell verabschiedet wurde, hat den weiteren Kostenanstieg nicht verhindern können.

Eine grundlegende Reform ist wohl in dieser Legislaturperiode nicht mehr zu erwarten. Einzelne Änderungen am Betreuungsrecht sind jedoch nicht auszuschließen; z.B. hat die Bundesregierung mit der Diskussion der Einführung einer gesetzlichen Vertretungsmacht für Angehörige Neuerungen in Aussicht gestellt. Doch da aufgrund unzulänglicher und uneinheitlicher Dokumentationssysteme sowie fehlender Begleitforschung kaum Daten verfügbar sind, blieb eine Vielzahl von Fragen unbeantwortet. Es wurde deshalb frühzeitig von Experten empfohlen, eine umfassende rechtstatsächliche Forschung in Auftrag zu geben, die die Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Praxis des Betreuungsrechts zusammenträgt. Die Bundesregierung bereitet nunmehr, nach Aussagen der Justizministerin, eine Reform des Betreuungsrechts mit dem Ziel vor, die „justizförmige“ durch eine „soziale“ Betreuung abzulösen. Hierzu konstituierte sich Ende 1999 eine interfraktionelle Arbeitsgruppe „Strukturreform des Betreuungsrechts“. Das Bundesministerium der Justiz hat darüber hinaus ein Forschungsvorhaben zum Thema: „Rechtstatsächliche Untersuchung zur Qualität von Betreuungen, zur Aufgabenverteilung im Bereich der Betreuung und zum Verfahrensaufwand“ ausgeschrieben, das bereits bis Ende 2002 mit Ergebnissen aufwarten will. Außerdem ist auf der 72. Konferenz der Justizministerinnen und -minister im Juni 2001 beschlossen worden, eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe einzusetzen, die unter Auswertung der bisher in den Ländern gewonnenen Erfahrungen konkrete Lösungsvorschläge erarbeiten soll. Diese sollen dazu beitragen, die Zahl der Betreuungsfälle zu reduzieren, fehlgeleitete Ressourcen im Interesse der eigentlichen Betreuungsarbeit zu bündeln und Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen auf das Notwendige zu beschränken.

Inwieweit durch die Rechtstatsachenforschung der Bundesregierung und Erhebungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe der Justizminister Erkenntnisse gewonnen werden können, wird in Fachkreisen sehr kritisch betrachtet. Benötigt werde eine kontinuierliche Begleitforschung und Basisdokumentation zur Person, die über Alter, Geschlecht, Art der Erkrankung/Behinderung sowie über das Verfahren und die Betreuung Aufschluss gibt. Sie müsse außerdem Daten zur Infrastruktur des Betreuungswesens, einschließlich personeller und finanzieller Ressourcen enthalten. Außerdem sollten spezifische Fragestellungen im Rahmen von qualitativen Untersuchungen erfolgen, so z.B. zur Verbesserung der Lebenssituation der Betreuten, zur Akzeptanz der Betreuer und des Verfahrens bei Betroffenen, zu Qualitätsstandards für Sachverständigenberichte und Gutachten und zur Frage, welche Kostenverlagerung oder Kostensteigerung Folge von Defiziten in der Infrastruktur des Betreuungswesens und der anderen Hilfen sind. Dabei ist es wichtig, eine solche Begleitforschung als einen kontinuierlichen Prozess anzulegen.

### **Entwicklungen im Betreuungswesen – Ansteigen der Betreuungen**

Da die Landesförderung anerkannter Betreuungsvereine zur Finanzierung der Querschnittsaufgaben in den Jahren 2000 und 2001, im Gegensatz zu den Vorjahren, nicht mehr erfolgte, kam es zur Zunahme beruflich geführter Betreuungen sowie zur Mehrbelastung der Betreuungsbehörden, u.a. durch Werbung und Begleitung von Betreuern, Informationen über Vorsorgevollmachten, und damit zum Ansteigen von Vergütungskosten. Erfreulicherweise sind für 2002 wieder Landesmittel für die Förderung bereitgestellt worden.

Der Ausschuss hat festgestellt, dass es regional große Unterschiede im Zusammenhang mit der Anregung und tatsächlichen Einrichtung einer Betreuung gibt. Aussagefähige Statistiken fehlen hierzu leider. Diese Unterschiede hängen ganz offensichtlich mit der sozialen Infrastruktur des jeweiligen Landkreises und der Regionen zusammen. Das Wissen der Beteiligten über Inhalt und Funktion einer Betreuung und Möglichkeiten und Grenzen des Betreuungsgesetzes sowie den gegebenen sog. anderen Hilfen sind ausschlaggebend für die Anzahl der eingerichteten Betreuungen. Bei fehlenden Alternativen werden Betreuungen schneller und „flächendeckender“ eingerichtet. Der verhängnisvolle Kreis schließt sich, wenn geschlussfolgert wird, dass es bei ausreichend eingerichteten Betreuungen keinen Bedarf an Alternativen gäbe und somit keine Weiterentwicklung der sozialen Infrastruktur mehr erfolgen müsse. Das wiederum hat Auswirkungen auf Qualität und Dauer der Betreuung, da Angebote für die Integration und Rehabilitation fehlen. Die Zahl der Betreuungen wird auch durch unterschiedliche Interessen derer, die die Betreuungen anregen, gesteuert: So möchten gelegentlich Ordnungsämter z.B. störende Suchtkranke mittels Betreuung schnell „unter Verschluss“ haben. Die Heimleitungen möchten ihre Heimkosten termingerecht bekommen, was mit Betreuungen „leichter“ geht. Eltern geistig behinderter erwachsener „Kinder“ haben Sorge, nicht mehr als Ansprechpartner akzeptiert zu werden, wenn sie nicht als Betreuer bestellt sind.

Nicht unerheblich sind auch die Qualitätsunterschiede in der Arbeit von Behörden und Amtsgerichten. Viele Behörden sind personell und organisatorisch unzureichend ausgestattet. Oft wird beklagt, dass Richter und Rechtspfleger zu oft wechseln, überlastet sind und unzureichende Sachkenntnisse in sozialen und medizinischen Problemfeldern haben. So kommt es zu Mängeln in der Sachverhaltsaufklärung und in der Anhörung. Aufgabenkreise werden zu umfangreich festgelegt und führen zur Einschränkung von Fähigkeiten und Vernachlässigung von Interessen der Betreuten. Stigmatisierung wird ungewollt gefördert. Betreuungen werden eingerichtet, obwohl andere Hilfen existieren. Verfahrenspflegschaften werden, parallel zum erteilten Betreuungsbeschluss, vorrangig an Behördenmitarbeiter erteilt, um Formalien einzuhalten und Kosten zu sparen.

Ausschlaggebend für die Einrichtung oder das Nichteinrichten von Betreuungen sind meist die Sachverständigengutachten. Sie werden in der Regel von Fachärzten für Psychiatrie, z.T. aber auch von Fachärzten für Allgemeinmedizin erstellt. Je nach Wissensstand des Arztes hinsichtlich der Behinderung oder der Erkrankung des Betroffenen mit den Auswirkungen auf die Bewältigungsmöglichkeiten des Alltags und den verbliebenen Kompetenzen wird der Fragenkatalog im Gutachten unterschiedlich beantwortet. Aus der Diagnose werden gelegentlich Defizite begründet, verbliebene Ressourcen und Chancen des Betroffenen werden oftmals gar nicht erkundet. Dies kann zur Folge haben, dass schon aufgrund des Vorliegens einer Behinderung oder Erkrankung eine Betreuung eingerichtet wird.

Während es zu den vorgenannten Gründen des Betreuungszahlenanstiegs viele Möglichkeiten einer Reduzierung durch Vervollständigung regionaler Hilfenetze, Ausbau der Kooperationsbeziehungen und Weiterbildung gibt, muss akzeptiert werden, dass die gesamtgesellschaftliche Tendenz der „Überalterung“ der Bevölkerung objektiv zum Ansteigen von Betreuungen führt. Auch die Lockerung traditioneller Sozialstrukturen durch Veränderungen innerhalb der Familie, der Wegbruch sozialer Hilfesysteme und die zunehmende Schwierigkeit, sich im bürokratisierten Sozialstaat zurecht zu finden, tragen zum weiteren Ansteigen bei.

### **Schlussbemerkungen**

Um die Jahrhundertreform des Vormundschafts- und Pflsgerichtsrechts zu unterstützen, muss verhindert werden, dass das Betreuungsrecht immer mehr zum Ausfallbürgen des Sozialabbaus im Sozialstaat wird. Hierzu müssen sachliche Auseinandersetzungen in den verschiedenen Fachbereichen stattfinden und vordergründige und kurzsichtige Sparprogramme staatlicher und kommunaler Stellen verhindert werden.

Bundesweite und landesspezifische kontinuierliche Begleitforschungen sind zu Strukturen von Betreuungsbehörden und Amtsgerichten, zu Erforderlichkeit von Betreuungen, zu Umfang und

Dauer von Betreuungsmaßnahmen, zu regionalen Hilfesystemen und Alternativen erforderlich. Über die Aufgaben von Betreuungsbehörden ist neu nachzudenken, da funktionierende Strukturen in diesem Bereich erfahrungsgemäß zu weniger Betreuungsfällen führen. Auch durch die Einführung von Alternativen zur Betreuung, z.B. in Form der gesetzlichen Vertretung durch Angehörige, kann das Betreuungswesen entlastet werden.

Mit besonderem Nachdruck ist darauf hinzuweisen, dass die Übernahme eines Ehrenamtes im Betreuungswesen zu unterstützen ist, da sonst die Förderung der organisierten Einzelbetreuung in Frage gestellt ist. Die fachliche und organisatorische Unterstützung der ehrenamtlich Tätigen muss geregelt sein, um sie zur Übernahme von Betreuungen zu motivieren und sie durch entsprechende Organisationsformen mit ihrer anspruchsvollen Aufgabe nicht allein zu lassen. Hier sind Kommunen und Land gleichermaßen gefordert. Auch damit kann die weitere Zunahme beruflich geführter Betreuungen verhindert werden.

Die positiven Ergebnisse des Betreuungsgesetzes und die Arbeit der engagierten Mitstreiter in ehrenamtlicher Betreuung, in Vereinen, Behörden, Amtsgerichten und Institutionen müssen öffentlich gemacht und gewürdigt werden.

Literaturquellen bei der Verfasserin

#### IV. 4. Ambulante und stationäre Pflege gerontopsychiatrischer Patienten und Bewohner

Dr. med. Christiane Keitel, Magdeburg

Gerontopsychiatrische Erkrankungen betreffen Patienten, die zumeist das 65. bzw. 70. Lebensjahr überschritten haben und an Demenzen, Depressionen, wahnhaften Störungen, Folgen von Suchterkrankungen usw. leiden. Vorrangig bezieht man sich im Alltagssprachgebrauch hier auf das Vorliegen von Demenzen. In ca. 70 % der Fälle ist hier das Vorhandensein der Alzheimerdemenz vorausgesetzt.

Mehrere epidemiologische Studien gehen davon aus, dass ca. 800.000 Menschen in Deutschland an einer mittel- bis schwergradigen Demenz erkrankt sind. Zählt man leichtgradige Demenzen hinzu, kann man von einer Prävalenz von ca. 1,2 Millionen Erkrankten in Deutschland ausgehen. Das Institut für Gesundheitsforschung in Kiel (unter Leitung von Prof. Beske) nimmt für das Jahr 2030 an, dass es zu diesem Zeitpunkt 2,2 Millionen Demenzerkrankte geben wird. Andere gerontopsychiatrische Erkrankungen, wie oben erwähnt, sind hierbei noch nicht eingeschlossen. Erschwerend kommt hinzu, dass aufgrund sich abzeichnender künftiger Lebensformen die familiäre Pflegeform im engeren Sinne einen rückläufigen Trend einschlägt und dann Einrichtungen der professionellen Pflege in ihrer Vielzahl und Vielschichtigkeit zunehmen werden müssen.

Betrachtet man das Land Sachsen-Anhalt, kann man nach Studien von BICKEL davon ausgehen, dass ca. 31.000 demente Patienten hier leben und mit 7.700 Neuerkrankungen pro Jahr zu rechnen ist.

Neben Diagnostik und Therapie stehen dann unausweichlich Fragen zur pflegenden Betreuung der Betroffenen auch im zunehmenden Interesse des Psychiatrieausschusses des Landes Sachsen-Anhalt. In einer gerade vorgelegten Studie zur ambulanten Pflege in Sachsen-Anhalt (2001) wird auf den baldigen Wegfall der Familienpflege verwiesen und man schlägt als Lösung den Ausbau des altengerechten Ambulant Betreuten Wohnens vor. Auch der Ausschuss tritt stets dafür ein, so lange wie möglich das selbstständige Leben zu unterstützen. Doch sei daran erinnert, dass 20 % der Aufnahmen im psychiatrischen Heimbereich durchgeführt worden sind, nachdem ein Wohnen im betreuten Wohnbereich gescheitert war, d.h. für eine bestimmte psychiatrische Klientel ist das Ambulant Betreute Wohnen auf Dauer keine angemessene Lösung (Untersuchungen des Dachverbandes psychosozialer Hilfsvereinigungen an 110 Heimbewohnern in fünf Bundesländern).

Anhand statistischer Angaben des MDK Sachsen-Anhalt wurden Daten zur Begutachtung nach dem Pflegeversicherungsgesetz ausgewertet. Vergleicht man für die Jahre 2000 sowie 2001 nur die Gutachten für Antragsteller über dem 65. Lebensjahr mit einer Demenzdiagnose als Erstdiagnose, kann man eine Steigerung der Anträge zur Begutachtung um 28 % feststellen. Hinsichtlich der Pflegestufenverteilung ergibt sich zunehmend eine Tendenz zur Verschiebung zu den Pflegestufen II und III.

Gerontopsychiatrische Patienten weisen einen anders gearteten Pflegeaufwand auf als Patienten mit vorwiegend somatischen Erkrankungen. Oft ist Krankheitseinsicht nicht vorhanden, der Hilfebedarf wechselt. Die Hilfen sind oft erforderlich in den Bereichen Motivation, Anleitung und Beaufsichtigung. Bekannt, und vom Ausschuss und besuchten stationären Einrichtungen immer wieder beklagt, ist die mangelhafte Berücksichtigung der Aufgaben einer allgemeinen Beaufsichtigung und psychosozialen Betreuung, die zusätzlich zu den im Pflegeversicherungsgesetz definierten Verrichtungen erforderlich sind.

Während für den stationären Bereich bisher keine Änderungen in Aussicht stehen, ist doch zumindest im ambulanten Bereich der Pflege seit Beginn 2002 eine kleine qualitative Wende eingetreten. Das Pflegeleistungsergänzungsgesetz soll Entlastung bringen für pflegende Angehörige, insbesondere für Angehörige von Demenzkranken. Gemäß § 45 b Pflegeleistungsergänzungsgesetz können bis zu 460 Euro pro Jahr **zweckgebunden** für die Betreuung der Betroffenen in Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege, in niedrigschwellig aktivierenden Betreuungsangeboten (gerontopsychiatrische Zentren, Tagesbetreuung usw.) sowie für besondere Angebote zugelassener Pflegedienste eingesetzt werden. Vorausgesetzt hierbei ist, dass es sich um einen ambulant Pflegebedürftigen handelt. Diese genannten 460 Euro sind nach Meinung des Psychiatrieausschusses nur als ein „Tropfen auf den heißen Stein“ zu werten, jedoch

ein Anfang in die richtige Richtung. Erstmals werden ausschließlich nicht die Betroffenen unterstützt, sondern die pflegenden Angehörigen, da man erkannt hat, dass diese die Hauptlast der Betreuung tragen.

Allerdings gibt es bei der Umsetzung noch Probleme. Denn nach aktuellen Angaben der Pflegekasse der AOK Sachsen-Anhalt ist zu erfahren, dass derzeit nur Leistungen im Sinne von Kurzzeitpflege und Tages- und Nachtpflege vergütet werden. Differenzierte Leistungsangebote in Form niedrigschwelliger Betreuung bzw. besonderer Angebote zugelassener Pflegedienste liegen bisher in konzeptioneller Form noch nicht vor und würden somit zurzeit von den Kostenträgern auch noch nicht vergütet werden können. Es handelt sich hierbei um die Forderung nach niedrigschwelligen Betreuungsangeboten, ergänzt oder kombiniert durch die Förderung von Modellprojekten. Letzteres bedeutet, dass eine Vernetzung von vorhandenen Hilfen für demenzkranke Pflegebedürftige angestrebt wird, auch unter Einbeziehung stationärer Einrichtungen. Beide Komponenten werden anteilig durch die soziale und private Pflegeversicherung einerseits sowie durch Land oder Kommunen andererseits in Höhe von insgesamt 20 Millionen Euro jährlich finanziert. Dadurch soll in Ergänzung und Unterstützung des bisherigen Leistungsangebotes der Pflegeversicherung ein zusätzliches Betreuungsangebot für Pflegebedürftige mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf, insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige, geschaffen werden. Da 60 % bis 70 % der Demenzpatienten zurzeit in der Häuslichkeit betreut werden, ist es dringend erforderlich, diese Modellprojekte und niedrigschwellige Betreuungsangebote einzuführen, um nicht nur pflegerische Angebote für die Angehörigen der Betroffenen anbieten zu können.

Hier sieht der Psychiatrieausschuss insbesondere die Pflegekassen und das Ministerium in der Pflicht. Es gilt, niedrigschwellige Betreuungsangebote zu definieren, entsprechende Angebote in kurzer Zeit zu prüfen und eingereichte Modellprojekte (die bereits vorliegen) zeitnah zu fördern.

Im Bereich der stationären Pflege für gerontopsychiatrische Patienten fehlen größtenteils adäquate Betreuungsangebote. In den Heimen finden die Besuchskommissionen kaum oder zu wenig spezialisierte Hilfen für die Betroffenen. Nur wenige stationäre Einrichtungen halten notwendige ergotherapeutische Angebote, eine entsprechende Tagesstrukturierung sowie das Training kognitiver Fähigkeiten vor. Somit ist es den Betroffenen kaum möglich, verbliebene Ressourcen zu trainieren und entsprechend zu nutzen.

Der Psychiatrieausschuss sieht es nach wie vor für seine Pflicht an, auch in Altenpflegeeinrichtungen Besuche durchzuführen, um die Betreuungssituation insbesondere für gerontopsychiatrische Heimbewohner zu prüfen. In den meisten Einrichtungen gibt es für diese Bewohner keine geschützte Station. Wenn psychopathologische Auffälligkeiten registriert werden oder Störungen des Sozialverhaltens im engeren Sinne vorliegen, erfolgen zu schnell Einweisungen in psychiatrische Kliniken oder Verlegungen in ausgewiesene psychiatrische Pflegeheime. Facharztkontakte erfolgen zu selten. Es werden keine spezifischen Hilfen für desorientierte oder depressive Patienten vorgehalten.

Seit kurzem gibt es wegweisende Ausnahmen, wie z.B. die ASB-Pflegeeinrichtung in Halle und die GGSW-Einrichtung „Burgbreite“ in Wernigerode, die ein spezielles Betreuungsangebot für gerontopsychiatrische Bewohner vorhalten. Auch der Akazienhof Halle und das Diakoniekrankenhaus Halle haben mit dem Bau spezieller Pflegeeinrichtungen für gerontopsychiatrisch zu versorgende Menschen begonnen.

Der Psychiatrieausschuss hält es für dringend notwendig, dass die Pflegekassen, die Fachverbände, die Einrichtungen und das Ministerium gemeinsam landesweit geltende Standards für die gerontopsychiatrische Betreuung entwickeln und die Einrichtungen dann daran auch messen. Land und Bund müssen sich positionieren, inwieweit höhere Vergütungen zur Verfügung gestellt werden, denn die adäquate Betreuung dieser Bewohner ist natürlich personalintensiv und damit ein erheblicher Kostenfaktor. Der Psychiatrieausschuss hält die Erarbeitung dieser Standards für wichtig, um künftig Pflegefehler und gehäufte Krankenhausaufenthalte (Drehtüreffekt) aufgrund von Aggressionen oder Ernährungsdefiziten (die durch fehlendes Fachpersonal entstehen) zu vermeiden.

Der Landtag hat auf seiner 72. Sitzung einen Beschluss zur „Verbesserung der Hilfen für Demenzkranke in Sachsen-Anhalt“ gefasst, in dem die Landesregierung aufgefordert wurde, die notwendigen entscheidenden Maßnahmen einzuleiten. Der Ausschuss hofft auf eine schnelle Umsetzung.



## **IV. 5. Stationäre Betreuungseinrichtungen für „aktuell nicht abstinenzfähige“ Alkoholranke?**

Dr. Alwin Fürle, Bernburg

Nachdem der Ausschuss sich bereits in den vorangegangenen acht Jahren regelmäßig in seinen Sitzungen und in seinen Berichten den verschiedensten Aspekten der Suchtkrankenversorgung gewidmet hat, so der aktuellen Suchtkrankenplanung und –versorgung in den Landkreisen, den Suchtberatungsstellen, dem Problem der Trennung von Entgiftung und Entwöhnung, der medizinischen Versorgung chronisch mehrfachgeschädigter Suchtkranke, hat sich der Ausschuss in diesem Jahr mit einem weiteren besonderen Problem befasst: Der Betreuung sog. „nasser“ oder nichtabstinenzfähiger Suchtkranke.

Konkreter Anlass für eine ausführliche Diskussion waren eine Anfrage der Landesstelle gegen die Suchtgefahren an den Ausschuss, der ein Positionspapier eines Wohlfahrtsverbandes „zur Betreuung und zum Umgang mit nicht abstinenz lebenden Alkoholkranken“ vorgelegt worden war, sowie die Bitte eines weiteren Wohlfahrtsverbandes, ihn bei der Umprofilierung eines Wohnheimes zu einem Heim für „kontrolliert trinkende Alkoholranke“ zu unterstützen.

In ihrer Arbeit wurden Ausschuss und Besuchskommissionen regelmäßig mit der speziellen Problematik der Versorgung nicht abstinenzfähiger oder nicht abstinenzwilliger suchtmittelabhängiger Menschen konfrontiert, so in Suchtberatungsstellen, Sozial-psychiatrischen Diensten, Behindertenwerkstätten, Wohnheimen und Übergangswohnheimen sowie betreuten Wohnangeboten für seelisch behinderte Menschen infolge Sucht und selbst in Altenpflegeheimen und Behindertenwohnheimen.

Der Ausschuss macht in diesem Zusammenhang zunächst auf die weit verbreitete Begriffsunschärfe von „abstinenzwillig“ und „abstinenzfähig“ aufmerksam. Während der medizinischen Versorgung dieser Patienten in der Klinik ist für jeden Einzelfall zu klären, ob von einem freien Willen ausgegangen werden kann oder nicht mehr. Liegt ein freier Wille vor und ist der Patient auch nach vielen Motivationsbemühungen durch das medizinische Personal oder Mitarbeitern von Suchtberatungsstellen nicht bereit, eine Therapie zu machen, dann gibt es keine Berechtigung zum Eingreifen. Hier muss, so bedauerlich das ist, der „freie Wille zum Saufen“ akzeptiert werden. Ist jedoch der Patient zu keiner freien Willensbildung mehr fähig, dann kann eine Betreuung vorgeschlagen und über den Betreuer eine Therapie und spätere Heimunterbringung in soziotherapeutischen Einrichtungen angeregt werden.

Hierzu hatte sich der Ausschuss bereits auf seiner Tagung im Oktober 2000 zur „Versorgung von chronisch mehrfach geschädigten Suchtkranken“ und der besonderen Möglichkeiten der S4-Behandlung (spezielles Behandlungsprogramm für chronisch mehrfach geschädigte Alkoholranke) positioniert. Grundaussage war, dass es sich um schwer kranke Menschen handelt, die ein Recht auf Behandlung, Versorgung und Betreuung haben.

Der Ausschuss hatte bei vielen „Hilferufen“ den Eindruck, dass neben der verbreiteten Unkenntnis über therapeutische Möglichkeiten auch zu wenig unterschieden wird zwischen gelegentlichem starken Alkoholmissbrauch und einer tatsächlichen Alkoholabhängigkeit.

Alkohol gehört zu den legalen Alltagsdrogen, die gesellschaftlich toleriert werden. Hier liegt es in der Hand und im Geschick der Leitung, in den Einrichtungen für Bewohnern und Mitarbeitern gleichermaßen zu regeln, wie mit Alkoholkonsum umgegangen wird. Ein generelles Verbot wäre lebensfremd. Normalisierung im Lebensbereich behinderter Menschen zu fordern, heißt auch, den sinnvollen und kontrollierten Umgang mit dem Genussmittel Alkohol zu erlernen. Die Konzepte der Einrichtungen sollten daraufhin überprüft und entsprechend ausgerichtet werden.

Liegt dagegen eine diagnostisch abgeklärte Alkoholabhängigkeit vor, sind die Voraussetzungen für einen kontrollierten Umgang mit der Droge nicht mehr gegeben. Der „Königsweg“ der Suchtkrankenbehandlung wäre dann die Strecke von Psychiatrischer Klinik über Suchtberatungsstelle und Selbsthilfegruppe mit Motivationsphase zur Entwöhnung und schließlich Abstinenz. Bekanntermaßen läuft dies leider so in der Praxis nicht. In den Kliniken erfolgt häufig nur eine Entgiftung, selten eine qualifizierte Entgiftung. Die Suchtberatungsstellen werden von max. 10 % der Abhängigen aufgesucht. Noch weniger schaffen den langen Weg bis zur Entwöhnungsbehandlung und nur ein Teil von ihnen bewältigt dann die dauerhafte Abstinenz. Somit kann nur einer verhältnismäßig kleinen Gruppe auf dem gewünschten Weg zur Abstinenz geholfen werden.

Einige wenige schaffen den Weg über die sozialen Netze in „Übergangswohnheime“ oder in „Wohnheime für seelisch behinderte Menschen infolge Sucht“, so der verwaltungstechnische Begriff für Suchtkrankeneinrichtung nach dem BSHG. Diese Einrichtungen erfüllen einen schweren Auftrag, ihre Arbeit wird gesellschaftlich viel zu wenig geachtet. Die Vorurteile der Öffentlichkeit sind nach wie vor gewaltig. Man liebt den Alkohol, aber nicht den Alkoholiker! Auch bei den Pflegesätzen liegen diese Einrichtungen unter denen für chronisch psychisch Kranke und noch weiter unter denen für geistig behinderte Menschen. Doch in diesen Einrichtungen, von denen es auch in Sachsen-Anhalt einige sehr gut arbeitende gibt, wird von den Mitarbeitern ein therapeutisches Milieu aufgebaut. Qualifizierte Helfer arbeiten mit den Bewohnern, um ihre Gesundheit zu stabilisieren, um mit ihnen ein Leben in Würde zurückzuerobern und ihnen zu helfen, abstinenz zu leben. Dazu gehört auch das Bearbeiten von Rückfällen. Doch die vorhandenen Plätze reichen nicht. Viele dieser Einrichtungen haben z.T. zu wenig qualifiziertes Personal. So bleiben viele Betroffene unversorgt, ohne Beratung, ohne Begleitung, verlieren die Arbeit, die Familie, die Wohnung, leben auf der Straße, im Obdachlosenheim.

Die Landesplanung der stationären Hilfen für suchtkranke Menschen ist nach Auffassung des Psychiatrieausschusses deshalb dringend überarbeitungswürdig.

Die Besuchskommissionen wurden im Laufe des letzten Jahres mehrere Male über konkrete Einzelfälle „nicht (mehr) abstinenzfähiger Suchtmittelabhängiger“ informiert; von einem Sozialpsychiatrischen Dienst wurde z.B. ein regionaler Betreuungsbedarf für ca. 40 Betroffene gemeldet; von einer Suchtklinik wurde der Bedarf für Betroffene, die an alkoholbedingten Folgeerkrankungen wie einer Korsakow-Demenz leiden und aus diesen Gründen über lange Zeit auch mit niederschweligen Hilfen und individueller Betreuung in ungeschützteren Bedingungen nicht abstinenzfähig sind und Drehtürpatienten bleiben werden, auf zwölf Plätze geschätzt. Die Anfragen waren i.d.R. verbunden mit der dringenden Bitte um Hilfe bei der Suche nach entsprechenden stationären Betreuungseinrichtungen. Der Ausschuss verwies in diesen Fällen auf die in Sachsen-Anhalt bestehenden Wohn- und Übergangswohnheime für seelisch behinderte Menschen infolge Sucht, doch offensichtlich waren dort alle Plätze belegt oder die Einrichtungen verweigerten unter Hinweis auf ihre Aufnahmevoraussetzungen (Abstinenzwille des Betroffenen) die Übernahme.

Vor diesem Hintergrund wurden von einem Wohlfahrtsverband Ideen zum Aufbau niedrigschwelliger Angebote und zur Einrichtung von adäquaten Hilfen für sog. „Nasse Alkoholiker“ entwickelt, die der Landesstelle gegen die Suchtgefahren vorgetragen und auch im Ausschuss diskutiert wurden.

Vorweg sei betont, dass der Ausschuss jede Initiative begrüßt, die zur Weiterentwicklung in der Suchtkrankenversorgung beiträgt. Viele der dort genannten Angebote sind jedoch, wenn auch bei weitem nicht flächendeckend und in der erforderlichen Qualität, in Sachsen-Anhalt bereits vorhanden. Neu wäre dagegen eine vom Wohlfahrtsverband geforderte staatlich geförderte Wohnhilfe für „nasse“ Alkoholiker, für chronisch suchtkranke Menschen, die aktuell nicht zur Abstinenz bereit oder fähig sind.

Bekannt ist, dass das beschriebene Problem der mangelhaften Versorgungsangebote für noch nicht abstinenzfähige Alkoholiker sich nicht auf Sachsen-Anhalt beschränkt, sondern ein bundesweites Problem darstellt. Die bestehenden Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe befassen sich fast ausschließlich mit Menschen, denen Abstinenzwille unterstellt wird.

Die in Sachsen-Anhalt vorhandenen Wohn- und Übergangswohnheime für suchtkranke Menschen sind voll belegt, es fehlen weitere Plätze. Die bislang angetroffene Praxis eines latent tolerierten Trinkens, sowohl in Einrichtungen der Eingliederungshilfe als auch speziell in Wohnheimen für Alkoholiker, ist für dort lebende motivierte „trockene“ alkoholiker Menschen nicht hinnehmbar. Viele Einrichtungen haben inzwischen stillschweigend vor dem Problem kapituliert oder sie reagieren rigoros, indem „Rückfälligen“ gekündigt wird.

In den nichtpsychiatrischen Kliniken beziehen sich oftmals die medizinischen Hilfsangebote ausschließlich auf stationäre Entgiftungsbehandlungen; qualifizierte weitere Angebote stehen dort nicht zur Verfügung. Wo Möglichkeiten für qualifizierte Entgiftungen und Motivationsbehandlungen zur Verfügung stehen, so in den Psychiatrischen Fachkliniken, Tageskliniken und Fachabteilungen, werden die Kosten von den Krankenkassen nicht oder nur sehr zögerlich übernommen. Patienten verlassen auch oft gegen den Willen der Ärzte die Klinik bzw. sie müssen nach der Entgiftung, wie oben geschildert, in ihr ursprüngliches soziales Umfeld oder in die

Obdachlosigkeit ohne entsprechende Betreuung und Aufmerksamkeit und damit in weitere Verelendung entlassen werden.

Zu der vorgeschlagenen Einrichtung spezieller Heime mit toleriertem Alkoholkonsum gibt es im Ausschuss eine insgesamt kritische Auffassung. Die Ausschussmitglieder sind sich darüber einig, dass es DEN abstinenzunfähigen Alkoholkranken nicht gibt. Allenfalls handelt es sich um abstinenzunwillige Personen bzw. liegt die Ursache in fehlenden Hilfestrukturen für momentan nicht abstinenzfähige Personen. Die Praxis zeigt, dass trotz gelegentlich längerfristiger Behandlungsansätze oftmals eine dauerhafte Alkoholfreiheit nicht erreichbar ist. Um diesen Menschen ein Angebot machen zu können, muss zunächst für die Arbeit mit ihnen vom Ziel der absoluten Abstinenz Abstand genommen werden. Die Aussage, dass der Alkoholiker erst „ganz unten“ sein müsse, um Hilfe anzunehmen, hat für diese Menschen keine Bedeutung - sie sind bereits ganz unten und finden den „Weg nach oben“ nicht, da er nur über den Abstinenzwillen geht. Diese Menschen müssen also von dort unten abgeholt und aufgefangen werden, weitere Verschlimmerung des gesundheitlichen und sozialen Zustands muss vermieden werden. Hier bieten neue medikamentöse Möglichkeiten den einen oder anderen Ansatzpunkt. Unter streng strukturierten Bedingungen lässt sich der Alkoholkonsum häufig ganz erheblich reduzieren. Mit der Vermittlung einer Tagesstruktur, einer sinnvollen Tätigkeit, eines Gemeinschaftslebens und vor allem einer sozialen Absicherung ist dann oftmals eine gewisse Stabilisierung möglich. Unabdingbar ist dabei die medizinische Versorgung unter psychiatrischer Anleitung. Feste Ansprechpartner sind erforderlich.

Es widerspricht jedoch dem therapeutischen Anliegen der Suchtkrankenmedizin, ein Wohnheim für suchtkranke Menschen mit dem eindeutigen Konzept eines tolerierten und ggf. kontrollierten Trinkens aufzubauen. Im günstigsten Falle könnte es sich um falsch verstandene Nächstenliebe handeln, diesen Betroffenen ein einigermaßen menschenwürdiges Über-Leben zu ermöglichen. Im ungünstigsten Falle scheint es aber Resignation zu sein, aus der praktischen Erfahrung der Einrichtungen heraus, dass man mit den gegebenen Möglichkeiten an Personal, Ausbildung und Pflegesatz das Weitertrinken abhängiger Heimbewohner nicht in den Griff bekommen wird.

Die Einrichtung von speziellen stationären Wohnheimen mit toleriertem Alkoholkonsum kann nach Auffassung der Mehrheit der Ausschussmitglieder zwar kurzfristig die Betroffenen tatsächlich „von der Straße“ holen. Dies würde das Gesamtproblem jedoch nicht wirklich lösen und darf deshalb nicht gefördert werden. Folgende Stichworte verdeutlichen u.a. die Erfahrungen und Befürchtungen und weisen auf Gefahren hin: Verlängerung des Suchtprozesses bei mehrfach geschädigten Betroffenen! „Trinkerheime“? Organisiertes und finanziertes Trinken? Sozial und politisch gewolltes Begleiten des „sich letztlich tot Trinkens“? Wie ließe sich in einem solchen Heim die Binnenatmosphäre gestalten und beherrschen? Wie sollten Sicherheitsfragen, Hygienesicherung, Hausordnung, Grundregeln des Zusammenlebens auf Dauer geklärt werden? Welches Personal sollte dafür eingesetzt werden, welches würde sich hierfür finden lassen? Welches Therapieziel soll damit erreicht werden? Wie viel Kontrolle von außen wäre nötig und machbar? Wie viel Freiheitsentziehung, wie viel „Verschluss“ wäre tragbar? Auf welcher sozialrechtlichen Grundlage soll die Finanzierung eines solchen Angebotes für „nasse“ Abhängigkeitskranke realisiert werden?

Aufgabe der Suchtkrankenmedizin ist, den Ausstieg aus der Sucht so leicht wie möglich zu machen. Das geht aber nicht mit der Sucht, weil jedes weitere Trinken die Krankheit verlängert. Für den Ausstieg gibt es verschiedene Ansätze. Heute wird öfter diskutiert, den Weg über eine Schadensbegrenzung, „Harmreduction“, zu gehen, d.h., in Stufen vom Suchtmittel loszukommen. Die 1. Stufe kann dabei die reine Sicherung des Überlebens sein – unter Umständen auch mit „betreutem“ Trinken. Dieser Stufe aber schließen sich notwendigerweise weitere an, nach der körperlichen eine psychische Stabilisierung, Motivierung und schrittweise Therapieangebote. Ein Erfolg ist nur über das Bewältigen aller Stufen erreichbar, an deren Ende als langfristiges Ziel die Abstinenz steht. Bei Versuchen, stationäre Einrichtungen für kontrolliertes Trinken einzurichten, handelt es sich offensichtlich um das Missverständnis, dass das Ziel Nummer Eins schon ausreicht. Solche Heime anzubieten, bedeutet aber, die Stufe Eins zu isolieren und vom Therapieprozess abzukoppeln, die Therapie zu unterbrechen. Dies ist völlig unakzeptabel. Wirkliche Hilfe für die Betroffenen verlangt, dass Schritt für Schritt die Therapie bis zum Ziel durchgehalten wird.

Der Ausschuss möchte aus gegebenem Anlass auch auf eine nahe liegende Gefahr hinweisen: Es ist in diesem Zusammenhang nämlich zu hinterfragen, ob hier Träger nicht der Neueinrichtung von Plätzen für eine schier unerschöpfliche Klientel entgegensehen und damit die ohnehin ausufernden stationären Heimangebote noch weiter ausbauen wollen. Außerdem wäre nicht auszuschließen, dass andere Eingliederungshilfeeinrichtungen „schwierig zu führende“ (wer kontrolliert die Kriterien?) Heimbewohner sehr schnell dorthin „abschieben“ und sich damit ihres gesetzlichen Auftrages entziehen können.

Der Ausschuss empfiehlt erneut dringend, die in den vorangegangenen Berichten aufgestellten Empfehlungen zur Suchtkrankenversorgung zu prüfen, das entsprechende Netz zu qualifizieren und flächendeckend in Sachsen-Anhalt aufzubauen. Der Ausschuss ist sich darüber im Klaren, dass hierzu politische Entscheidungen unerlässlich sind. Auf den Zwischenbericht der AG zum Gesundheitsziel „Reduzierung des Verbrauchs und der Auswirkungen des Konsums legaler Suchtmittel“ in Sachsen-Anhalt, Hochschule Magdeburg-Stendal 2001, wird verwiesen.

Zur Bewältigung der Probleme der aktuell nicht abstinenzfähigen Alkoholkranken sind nötig:

- Suchtkrankenplanung der Regionen, Aufbau und Sicherung eines Versorgungs-, Betreuungs- und Beratungsnetzes;
- qualifiziertes und ausreichendes Personal in Suchtberatungsstellen;
- Sucht-Casemanagement in Sozialpsychiatrischen Diensten, PSAG mit Arbeitsgruppe Sucht;
- fachliche Aus- und Weiterbildung der Berufs- und ehrenamtlichen Betreuer;
- Sicherung der medizinischen Versorgung; Kette vom Hausarzt über Psychiatrische Institutsambulanz bis zu stationären S4-Behandlung in der psychiatrischen Klinik;
- Förderung und Unterstützung der Selbsthilfeinitiativen;
- Schaffung ausreichender Wärmestuben, Notschlafstellen, Kontaktcafes, Teestuben, Mittagstische, Kleiderkammern, Hilfen zur Basisversorgung, suchtmittelfreie Atmosphäre bei den Anbietern;
- entsprechende Möglichkeiten in Obdachlosenheimen, wie z.B. niedrigschwellige Hilfeangebote durch ausreichendes und entsprechend ausgebildetes sozialpädagogisches Personal, Schutzräume, Krisenvereinbarungen mit Kliniken;
- ausreichende Angebote mit „trockener“ Atmosphäre in stationären, teilstationären und ambulanten Wohnangeboten für abstinenzmotivierte Bewohner;
- konzeptionelle Öffnung weiterer Suchtkrankenwohnheime und beim Betreutem Wohnen Sucht; Überarbeitung des therapeutischen Profils durch Senkung der Eingangsschwelle und durch das Angebot, auch den Rückfall therapeutisch zu bearbeiten;
- Schaffung zeitweiser fakultativ geschlossener Plätze in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe; es wird empfohlen, in bestehenden Einrichtungen die Möglichkeit zu schaffen, die Betroffenen in einer ersten Phase zwangsweise zum abstinenzorientierten Leben zu führen, um dann nach Wiederherstellung eines stabilen Gesundheitszustandes in einer weiteren Phase ein Fundament zu schaffen, auf dem der Betroffenen als therapeutisches Ziel ein abstinentes Leben erreichen kann;
- unbedingt geforderte Professionalität der Helfer in allen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, Abkehr von Arbeitskräfteeinsatz des 2. Arbeitsmarktes;
- Schaffung ausreichender Möglichkeiten von Beschäftigungs- und Arbeitstherapie sowie Arbeit; Sicherung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben;
- bei Pflegenotwendigkeit qualifizierte Betreuung in Pflegeheimen.

Zusammenfassend stellt der Ausschuss fest, dass die sog. „nassen“ Alkoholkranken die „letzten“ in der Karriere-Kette suchtmittelabhängiger Menschen sind. Das ungelöste Problem ihrer Versorgung ist vor allem ein Ergebnis der ungenügenden Lösungen aller anderen oben genannten Probleme.

## IV.6. Die Änderungen der Vorschriften über die Eingliederungshilfe im Bundessozialhilfegesetz durch das SGB IX

Erhard Grell, Halle

Durch das am 01. Juli 2001 in Kraft getretene Neunte Buch des Sozialgesetzbuches „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ (SGB IX) ist es auch zu umfangreichen Änderungen im Bereich der Eingliederungshilfe gekommen. Bei der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen handelt es sich gemäß § 27 Absatz 1 Nr. 3 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) um eine Form der Hilfe in besonderen Lebenslagen nach dem Bundessozialhilfegesetz. Dazu sind die näheren Einzelheiten in den §§ 39 bis 47 BSHG geregelt. Die systemwidrige und sozialpolitisch beklagenswerte Ansiedlung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in der Sozialhilfe, und damit ihre Unterwerfung unter deren restriktive Strukturprinzipien, ist in Jahresberichten des Ausschusses bereits kritisiert worden (vgl. z. B. den 7. Bericht, Seite 31). Leider ist es auch im Zuge der Neuregelung des Rehabilitationsrechts durch das Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX) „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ nicht gelungen, die Eingliederungshilfe für Behinderte aus der Sozialhilfe herauszulösen, was für einen entwickelten Sozialstaat wie die Bundesrepublik Deutschland wahrlich kein Ruhmesblatt darstellt. Sozialhilfe nach dem BSHG ist auf kurzzeitige Bedarfe ausgelegt, während eine geistige oder seelische Behinderung in aller Regel ein lebenslanges Schicksal darstellt. Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen bleibt damit eine Hilfeform der Sozialhilfe, insoweit hat das SGB IX keine Änderung gebracht. Unter Beachtung der Strukturprinzipien der Sozialhilfe ist es aber auch zu Verbesserungen für die behinderten Menschen, die auf Eingliederungshilfe angewiesen sind, und deren Angehörige gekommen.

### 1. Personenkreis – Verhältnis zu anderen Leistungserbringern

Zunächst sind die §§ 39 bis 41 BSHG ohne wesentliche inhaltliche Änderungen sprachlich neu gefasst worden. Bemerkenswert ist dabei, dass § 39 Absatz 2 BSHG den **Begriff des behinderten Menschen** einschränkender formuliert als § 2 Absatz 2 Satz 2 SGB IX. Während dort Menschen als behindert definiert werden, deren körperliche Funktion, geistige Fähigkeiten oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht, verlangt § 39 Absatz 1 BSHG eine **wesentliche** Einschränkung dieser Fähigkeiten. Damit wird der auch bisher im BSHG verwendete Behindertenbegriff beibehalten.

In dem neu geschaffenen § 39 Absatz 5 BSHG wird der so genannte **Nachranggrundsatz** für die Eingliederungshilfe noch einmal explizit festgeschrieben (er ergibt sich auch schon aus der allgemeinen Nachrangregel des § 2 BSHG): Danach hat ein behinderter Mensch keinen Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn er gegenüber einem anderen Rehabilitationsträger (z. B. der Krankenkasse, dem Träger der Rentenversicherung oder der Bundesanstalt für Arbeit) Anspruch auf eine gleiche Leistung hat. Dies gilt für seelische Behinderungen auch im Verhältnis zum Träger der Jugendhilfe. Hat ein seelisch behinderter junger Mensch einen Anspruch auf Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII, so ist diese Hilfeform gegenüber der Eingliederungshilfe nach dem BSHG vorrangig (vgl. § 10 Absatz 2 Satz 2 SGB VIII, der nur bei Eingliederungshilfe für körperlich und geistig behinderte junge Menschen, Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem BSHG für vorrangig erklärt).

### 2. Maßnahmen der Eingliederungshilfe

Auch § 40 BSHG, der sich mit den Maßnahmen der Eingliederungshilfe befasst, ist sprachlich neu gefasst worden. Wie sich aus dem Begriff „vor allem“ in § 40 Absatz 1 Satz 1 BSHG ergibt, ist der dort aufgeführte Leistungskatalog – wie bisher – nicht erschöpfend.

**Leistungen der medizinischen Rehabilitation** werden nunmehr ausschließlich in Anwendungen von § 26 Absätze 2 und 3 SGB IX gewährt. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang darauf, dass dazu auch Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder gehören (§ 26 Absatz 2 Nr. 2 SGB IX). Diese Hilfeform umfasst nach § 30 Absatz 1 Nr. 2 SGB IX auch nichtärztliche, sozialpädiatrische, psychologische,

heilpädagogische und psychosoziale Leistungen sowie die Beratung der Erziehungsberechtigten. Nach § 26 Absatz 3 SGB IX gehören auch die zur Erreichung des Rehabilitationszieles erforderlichen Hilfen zur Bewältigung psychosozialer Problemlagen zum Leistungskatalog der Eingliederungshilfe. In der Gesetzesbegründung ist wörtlich ausgeführt, dass im Einzelfall auch die **Hippotherapie** zu den zu erbringenden Leistungen gehören kann (BT-Drucksache 14/5074, Seite 107).

Ausdrückliche Aufnahme in den Leistungskatalog haben auch die **Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen** nach § 41 SGB IX oder in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten gefunden (§ 40 Absatz 1 Satz 1 Nr. 7 BSHG). Während für den Eingangsbereich und den Berufsbildungsbereich einer Werkstatt der Träger der Sozialhilfe wegen der in § 42 Absatz 1 Nr. 1 SGB IX normierten Auffangzuständigkeit der Bundesanstalt für Arbeit in keinem Fall zuständiger Rehabilitationsträger sein kann, kann für den Arbeitsbereich einer Werkstatt (§ 41 SGB IX) die Zuständigkeit des Trägers der Sozialhilfe eröffnet sein (§ 42 Absatz 2 Nr. 4 SGB IX). Dabei schließen Leistungen im Arbeitsbereich auch die Gewährung des **Arbeitsförderungsgeldes** gemäß § 43 SGB IX ein, das vom Sozialhilfeträger an die Einrichtung ausbezahlt ist, die es an den Hilfeempfänger weiterzuleiten hat.

Schließlich ist in diesem Zusammenhang noch auf die **Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft** hinzuweisen (§ 40 Absatz 1 Satz 1 Nr. 8 BSHG), für die ebenfalls unmittelbar eine Vorschrift des SGB IX Anwendung findet, nämlich § 55 SGB IX. Diese Leistungen sind gegenüber den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nachrangig. Zu diesen Leistungen gehört weiterhin die Hilfe zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung (§ 55 Absatz 2 Nr. 5 SGB IX). In diesem Zusammenhang ist insbesondere auf § 55 Absatz 2 Nr. 6 SGB IX hinzuweisen, wonach ein **Anspruch auf Hilfe für ein selbstbestimmtes Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten** besteht.

### 3. Heranziehung zu den Kosten

Der geänderte und neu gefasste § 43 Absatz 2 BSHG schränkt den **Grundsatz des Nachrangs der Sozialhilfe** gegenüber dem Hilfeempfänger und den sonstigen Personen seiner Bedarfsgemeinschaft bei der Gewährung der sog. erweiterten Hilfe weitgehend ein. Fälle der erweiterten Hilfe sind diejenigen, in denen die Behinderung die Gewährung der Hilfe in einer Anstalt einem Heim oder einer Tageseinrichtung für Behinderte erfordert. In diesen Fällen war bisher bei den in der Vorschrift genannten Maßnahmen ein möglicher Kostenbeitrag des Hilfeempfänger, seines Ehegatten bzw. der Eltern nur dann auf die Kosten des Lebensunterhalts begrenzt gewesen, wenn der behinderte Mensch das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte. Diese Altersgrenze ist entfallen. Dies bedeutet, dass für alle behinderten Menschen, die erweiterte Hilfe im Sinne des § 43 Absatz 2 BSHG erhalten, ein **Kostenbeitrag nur noch zu den Kosten des Lebensunterhalts** gefordert werden darf. Als Hilfemaßnahmen in diesem Zusammenhang besonders zu nennen sind die heilpädagogischen Maßnahmen für noch nicht eingeschulte Kinder (Nr. 1), Hilfen zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft für noch nicht eingeschulte Personen (Nr. 3), Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Nr. 5), Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen (Nr. 7) und in besonderen teilstationären Einrichtungen zu erbringende Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen (Nr. 8). Damit dürften auch **Fördergruppen und Tagesförderstellen** gemeint sein.

Von erheblicher Bedeutung ist auch, dass nach dem neu eingefügten § 43 Absatz 2 Satz 2 BSHG die **Aufbringung der Mittel** (für die Hilfe zum Lebensunterhalt) aus dem Einkommen bei der Gewährung von Eingliederungshilfe in Werkstätten für Behinderte und in den in Nr. 8 genannten Einrichtungen dann nicht zumutbar ist, wenn das Einkommen des behinderten Menschen insgesamt einen Betrag in Höhe des für einen Haushaltsvorstand geltenden **zweifachen Regelsatzes** nicht übersteigt. Wird die Hilfe teilstationär gewährt, so verbleibt die Möglichkeit, einen Kostenbeitrag für das Mittagessen zu fordern (häusliche Ersparnis).

Durch eine Ergänzung von § 85 Absatz 2 BSHG wird erreicht, dass das **Arbeitsförderungsgeld** gem. § 43 SGB IX bei der Berechnung des **freizulassenden Teils** des (Arbeits-)Einkommens bei Hilfen in stationären oder teilstationären Einrichtungen **in voller Höhe** berücksichtigt wird. Arbeitet ein behinderter Mensch in einer Werkstatt, und ist er daneben in einem Wohnheim untergebracht, so wird hinsichtlich der Wohnheimkosten sein Arbeitsförderungsgeld nicht berücksichtigt.

#### **4. Heranziehung unterhaltspflichtiger Personen**

Nach Vorschriften des bürgerlichen Rechts (§§ 1601 ff. BGB) sind **Verwandte in gerader Linie** (Großeltern, Eltern, Kinder, aber nicht Verwandte in der Seitenlinie wie etwa Geschwister oder Verschwägerter) einander **zum Unterhalt verpflichtet**. Dieser bürgerlichrechtliche Unterhaltsanspruch geht gemäß § 92 Absatz 1 BSHG, beschränkt auf Verwandte ersten Grades (Eltern – Kinder), in der Höhe auf den Träger der Sozialhilfe über, als ein Unterhaltsbedarf nach dem BGB besteht, die Unterhaltsfähigkeit des Unterhaltsschuldners vorliegt und soweit Sozialhilfe geleistet wird. Wird **Eingliederungshilfe** (oder Hilfe zur Pflege) **in vollstationären Einrichtungen** geleistet, so gilt nach der Neufassung des § 91 Absatz 2 BSHG nunmehr Folgendes: Haben behinderte Menschen das 18. Lebensjahr vollendet, so ist davon auszugehen, dass der Unterhaltsanspruch gegen die Eltern in Höhe von **monatlich 26 Euro** (50 DM) übergeht. Sind die Eltern bereit, diesen Beitrag zu zahlen, sollte auf eine Überprüfung ihrer Unterhaltsverpflichtung verzichtet werden. Sie haben allerdings bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres des behinderten Menschen das Recht, eine ins einzelne gehende Überprüfung ihrer Unterhaltsverpflichtung nach Grund und Höhe zu verlangen. Hat der unterhaltsberechtigten behinderte Mensch das 27. Lebensjahr vollendet, haben die Unterhaltsverpflichteten nur die Möglichkeit, den Beitrag von 26 Euro zu akzeptieren oder nachzuweisen, dass sie nach bürgerlich-rechtlichen Unterhaltsvorschriften nicht leistungsfähig sind.

Zusammenfassend schätzt der Psychiatrieausschuss ein, dass es mit dem SGB IX und den darin erfassten Änderungen zu den Vorschriften über die Eingliederungshilfe mit einzelnen Teilbeschlüssen punktuell zu Vereinfachungen und Verbesserungen in der Situation behinderter Menschen gekommen ist. Insgesamt jedoch haben sich die Hoffnungen, dass die entwürdigende Situation, als Mensch mit Behinderungen Sozialhilfeempfänger zu sein, endlich beseitigt wird, nicht erfüllt. Dafür zu kämpfen bleibt somit weiterhin auf der Tagesordnung der Interessenverbände und -vertreter der Menschen mit Behinderungen.





## **V. Hinweise und Empfehlungen des Psychiatrieausschusses**

„Der Ausschuss kann Vorschläge vorlegen, wie festgestellte Mängel, deren Beseitigung geboten erscheint, baldmöglichst abgestellt werden können“ (Verordnung über den Ausschuss, § 2 Abs. 3). Er kann „dem Ministerium für Gesundheit und Soziales, dem Landesamt für Versorgung und Soziales, den sonst betroffenen Personen, Behörden, Stellen und Einrichtungen Anregungen geben oder Empfehlungen aussprechen“ (§ 4 Abs. 2). Von dieser Befugnis macht der Ausschuss regelmäßig Gebrauch,

- indem von den Kommissionsmitgliedern in den Besuchsprotokollen Hinweise und Empfehlungen formuliert werden, die den zuständigen Landes- und Regionalverwaltungen zugeleitet werden,
- indem von Ausschussmitgliedern in thematischen Ausschusssitzungen, in Arbeitsberatungen mit Vertretern vom Ministerium, von Leistungsträgern sowie Interessenverbänden und im Landtagsausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales die aktuellen Probleme in der Versorgung und Betreuung beraten und Lösungsvorschläge erörtert werden
- und indem jährlich dem Landtag und der Landesregierung ein zusammenfassender Bericht zur Arbeit des Ausschusses und zu ausgewählten Schwerpunkten der psychiatrischen Krankenversorgung vorgelegt wird, der mit Hinweisen und Empfehlungen zur weiteren Entwicklung der psychiatrischen Krankenversorgung verbunden ist.

### **1. Klinische psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung**

Die Anzahl der Betten im psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsbereich ist mit 1.547 Planbetten in Sachsen-Anhalt zwar weiter ausgebaut worden, aber gegenüber anderen Bundesländern nach wie vor sehr gering (2002 nur 5,8 Betten pro 10.000 Einwohnern, bei einem Bundesdurchschnitt von 8,4 Betten pro 10.000 EW) Der von externer Seite gutachtlich empfohlenen Reduzierung der Bettenzahl folgte das Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales deshalb nicht.

Der Ausschuss begrüßt die inzwischen erfolgte Erweiterung durch Neubau und Sanierungsarbeiten, so in der psychiatrischen Klinik Bosse Wittenberg und in der Bernburger Suchtklinik sowie in den Sucht-Rehabilitationskliniken Sotterhausen und Kelbra. Absehbar ist auch der lange geplante Umzug der psychiatrischen Abteilungen Zingst und Großörner in die neu gebauten Klinikgebäude in Querfurt und in Hettstedt, die die bisher als unzumutbar geschilderten räumlichen Verhältnisse aufheben und die nötige Bettenzahl ermöglichen werden.

Verzögerungen in Planung und Neubau sind bedauerlicherweise in Naumburg und in Bernburg zu beobachten, ebenso in Magdeburg und bei weiteren Vorhaben.

Mit wenigen Ausnahmen, die auf die ohnehin gut versorgten Großstädte bezogen sind, leiden nahezu alle Kliniken und Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie unter Ärztemangel. Das bezieht sich sowohl auf die Fachärzte als auch auf die fachärztlich Auszubildenden. Die Folge sind umfangreichere Arbeitsaufgaben, häufigere Bereitschaftsdienste, Überstunden und schließlich Überlastung der Ärzte, was möglicherweise, so die Sorge des Ausschusses, zu Qualitätsmängeln in der psychiatrischen Versorgung führen könnte.

Der Ausschuss gibt zu bedenken, dass wegen des sprachgebundenen Faches in der Psychiatrie und Psychotherapie ein Ausgleich durch Anwerbung ausländischer ärztlicher Kolleginnen und Kollegen nicht ratsam ist. Es sollten verstärkt Maßnahmen getroffen werden, um der Abwanderung von Ärzten in die alten Bundesländer oder ins Ausland entgegenzusteuern.

### **2. Ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung**

Noch immer ist es so, dass in den beiden Großstädten Halle und Magdeburg eine Konzentration ambulanter psychiatrischer Praxen besteht (teilweise ein Nervenarzt auf weniger als 7.000 Einwohner, Bundesdurchschnitt: ein Nervenarzt auf 20.000 EW), was einer Überversorgung entspricht. Dagegen sind in den ländlichen Regionen erhebliche Mängel bekannt, so dass ein Nervenarzt die Versorgung von 30.000 bis gar 50.000 Einwohner übernehmen muss. Hinzu kommt, dass viele Fachärzte auch neurologische Aufgaben erfüllen und somit nicht ausschließlich

den psychiatrischen Anforderungen zur Verfügung stehen können. Aufgrund des Altersdurchschnittes dieser Ärztegruppe ist zu befürchten, dass in fünf bis zehn Jahren eine weitere Verschlechterung der Versorgungssituation eintritt.

Es ist zu begrüßen, dass durch die gezielten Bemühungen der KV LSA in Gardelegen und in Salzwedel neue Praxen eröffnet werden konnten. Doch wurden und werden auch Praxen geschlossen, für die keine Nachfolge gesichert ist, z.B. in Aschersleben und Roßlau. Das bedeutet auch weiterhin für die Kassenärztliche Vereinigung, die den Sicherstellungsauftrag zu erfüllen hat, steuernd auf die Zulassung von psychiatrisch und psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzten einzuwirken. Für die Niederlassungen psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gilt dies ebenso.

### **3. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJP)**

Sachsen-Anhalt hält lt. Krankenhausplan 2002 für die stationäre Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 290 Betten vor, das ist mit 1,5 Betten für 10.000 Einwohner vergleichsweise viel (die Expertenkommission empfahl 0,6 Betten auf 10.000 EW). Die Versorgung konzentriert sich nach wie vor in den Kliniken Uchtspringe, Haldensleben, Magdeburg, Bernburg, Halle und Merseburg, die für viele Betroffene aus anderen Regionen schwer erreichbar sind. Eine gemeindenahere Versorgung ist nur schwer möglich.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Universität Magdeburg erhielt die leitende Ärztin nunmehr den Ruf auf den Lehrstuhl für das Fachgebiet, dotiert mit einer C3-Professur. Damit sind auch die Voraussetzung für die Aus- und Weiterbildung des fachärztlichen Nachwuchses gegeben. Der Ausschuss hofft, dass mit der geplanten Übernahme der Klinik in das Städtische Krankenhaus, nach neuesten Informationen frühestens in 2005, sowohl der Standort als auch eine ausreichende Bettenzahl gesichert werden, damit endlich auch die Landeshauptstadt Magdeburg angemessene Behandlungsmöglichkeiten für betroffene Kinder und Jugendliche vorhalten kann.

Mit Sorge hat der Ausschuss zur Kenntnis nehmen müssen, dass die Beschulung der Kinder und Jugendlichen in den Kliniken während der meist längerfristigen Behandlung nach wie vor nicht ausreichend geregelt ist. Das Kultusministerium wird gebeten, die derzeitigen Regelungen zu überprüfen.

Im Interesse einer gemeindenahen Versorgung hatte sich der Ausschuss für die Einrichtung weiterer Tageskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, gekoppelt an die regionalen Fachkliniken und Fachabteilungen für Psychiatrie, ausgesprochen. Die tagesklinischen Angebote in Magdeburg, Dessau, Halle und Merseburg und besonders die Erweiterung der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Stendal werden deshalb sehr begrüßt. Der Ausschuss weist jedoch darauf hin, dass sie sich, bis auf Dessau, bisher nur an den Standorten der KJP-Kliniken konzentrieren.

Bedauerlich ist, dass die geplanten Tageskliniken in Wittenberg und in Bitterfeld bisher nicht realisiert werden konnten. Als ein besonders alarmierendes Signal für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung muss die Schließung der Tagesklinik im Landkreis Quedlinburg gewertet werden.

Auch in diesem Bericht muss der Ausschuss auf die mehr als defizitäre ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt hinweisen. Nach Auskunft der KV LSA arbeitet in freier Niederlassung nur eine einzige Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie (mit gleichzeitiger Zulassung als Fachärztin für Kinderheilkunde). Von den 112 an der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung beteiligten Ärzten haben nur sechs eine Zusatzqualifikation für die Kinder- und Jugendpsychiatrie (fünf praktizieren in Halle, eine in Magdeburg). Die Kassenärztliche Vereinigung geht davon aus, dass jeder der Fachärzte neben den erwachsenen Patienten auch Kinder und Jugendliche behandeln kann. Der Ausschuss bezweifelt auch nicht, dass Psychiater in der Lage sind, die therapeutischen Belange im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich zu erfüllen. Doch sei zum einen aus Erfahrung darauf hingewiesen, dass die Bedingungen einer Nervenarztpraxis es selten gestatten, den notwendigen

Aufwand an Gesprächen mit den Patienten, den Eltern, den Mitarbeitern des Jugendhilfebereichs, den Sozialhilfeträgern, eventuell auch mit sonstigen Betreuern, z.B. aus Heimen, abzusichern. Zum anderen sei daran erinnert, dass der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie ein Facharzt mit eigenständiger Ausbildung und einer besonderen Behandlungsgruppe ist, deren Bedeutung durch die Zunahme alkohol- und drogenabhängiger Kinder und Jugendlicher wächst, und die spezialisierte Behandlungsstrategien erfordern.

Unzureichend geklärt ist nach wie vor die Betreuung von schwer verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen mit Behandlungsunwilligkeit und Weglauftendenz. Hier wird sehr oft das Problem noch zu Lasten der jungen Menschen gelöst, indem sie in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie eingewiesen werden, weil die Jugendhilfe sich außerstande sieht, für diese kleine Gruppe von Jugendlichen angemessene Konzepte zu entwickeln und geeignete Angebote vorzuhalten. Der Ausschuss empfiehlt, dass sowohl in den Jugendhilferessorts als auch in den Gesundheitsressorts der Städte und Landkreise Regelungen für eine intensivere Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kliniken vereinbart werden.

Die Schließung der therapeutischen Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung Schköna, AWO, die so hoffnungsvoll die Arbeit mit seelisch behinderten und von seelischer Behinderung bedrohten Kindern und Jugendlichen begonnen hatte, wird vom Ausschuss als Rückschlag gewertet. Als Schließungsgrund wurde vom Träger angegeben, dass die Finanzierung des therapeutischen Personals nach § 35 a KJHG durch die zuständigen örtlichen Jugendhilfeträger nicht gesichert werden konnte. Das ist bedauerlich, zumal es in LSA keine ausreichenden entsprechenden Angebote gibt.

#### **4. Maßregelvollzug (MRV)**

Die im Lande insgesamt unzureichende Anzahl an Fachärzten wirkt sich in den Einrichtungen des Maßregelvollzuges besonders nachteilig aus. Im Landeskrankenhaus für Forensische Psychiatrie in Uchtspringe gestaltete sich im Berichtszeitraum die Situation so ungünstig, dass die therapeutische Arbeit des MRV gefährdet war. Die SALUS gGmbH hat inzwischen erhebliche Anstrengung unternommen, um Ärzte, insbesondere Fachärzte, für die Arbeit im MRV zu interessieren und zu gewinnen. Inzwischen ist eine erste Entlastung sichtbar, die aber noch nicht ausreicht. Weitere Bemühungen sind erforderlich, um Ärzte und Psychologen in diesen wichtigen psychiatrischen Behandlungs- und Sicherungsbereich zu lenken.

Noch immer übersteigen die Zahlen der durch die Gerichte in den Maßregelvollzug eingewiesenen psychisch kranken Straftäter die derzeit vorhandenen 306 Plätze (201 in Uchtspringe, 105 in Bernburg). Nach Ansicht von Fachleuten resultiert dieser Trend aus den veränderten Strafrechtsbemühungen, die mehr den Schutz der Bevölkerung und damit mehr die Sicherung denn die Besserung und Therapie der psychisch kranken Straftäter im Auge haben. Zunehmend werden auch Straffällige mit schweren Persönlichkeitsstörungen eingewiesen, die kaum therapiert werden können und besonders hohe Anforderungen an das Personal stellen. Es ist davon auszugehen, dass diese Tendenz anhält. Erweiterungs- und gegebenenfalls auch weitere Neubauten sind zu planen. Der Konzeption der geplanten Longstay-Station wird mit Interesse entgegengesehen.

Da auch die Qualität von Gutachtern und Gutachten Einfluss auf die Entscheidung der Gerichte hinsichtlich der Anwendung der §§ 63 und 64 StGB haben, hofft der Ausschuss auf die baldige Arbeitsaufnahme des Arbeitskreises Forensik des Landes Sachsen-Anhalt. Dieser Arbeitskreis soll die Fortbildung von Psychiatern in Forensischer Psychiatrie übernehmen und Sachkunde für Begutachtung und Behandlung Einzuweisender und Eingewiesener vermitteln.

#### **5. Sozialpsychiatrische Dienste an den Gesundheitsämtern (SpDi)**

Die Besuchskommissionen mussten feststellen, dass in den meisten Fällen die Personalausstattung der SpDi am unteren Limit, nicht selten sogar unterhalb einer angemessenen

Arbeitsfähigkeit liegt. Eine fachärztliche Leitung der Dienste ist nur in acht von 24 Diensten gesichert (davon vier mit ½ Stelle). Zwei Leiterinnen befinden sich derzeit in der Facharztausbildung. In den anderen 14 Diensten wird versucht, über Honorarverträge fachärztliche Kompetenz heranzuziehen. Weiterbildungsmöglichkeiten können aus personellen und finanziellen Gründen nicht überall ausreichend wahrgenommen werden. Auch die Ausstattung der Arbeitsplätze mit einer zeitgemäßen Kommunikationstechnik ist durchaus nicht überall die Regel.

Sozialpsychiatrische Dienste sind wichtige Koordinationsstellen für die Entwicklung und Sicherung des Netzwerkes der psychiatrischen Versorgung einer Region. Dazu ist neben der konkreten Tagesarbeit auch eine detaillierte Kenntnis aller an der Versorgung und Betreuung psychisch kranker und geistig und seelisch behinderter Menschen beteiligten Einrichtungen erforderlich. Die initiierende Arbeit der Mitarbeiterinnen in der regionalen PSAG hält der Ausschuss deshalb für unabdingbar.

## 6. Enthospitalisierung

Der Prozess der Enthospitalisierung wird vom Ausschuss seit seiner Gründung begleitet und hat inzwischen zu wiederholten Stellungnahmen Anlass gegeben. Der derzeitige Entwicklungsstand lässt ahnen, dass es für die Umsetzung der Enthospitalisierungsziele und für die Vermeidung neuer Hospitalisierungstendenzen noch intensiver und jahrelanger Anstrengungen bedarf.

Aus dem 19. Jahrhundert stammend, damals humanitär und karitativ gedacht und als innovativ begrüßt, war das „Heim“ die versorgungstypische Wohnstätte für Menschen mit Behinderungen. Es kann jedoch den Ansprüchen der Menschen im 21. Jahrhundert nach Individualisierung und Umsetzung der Persönlichkeitsrechte nicht mehr gerecht werden.

In den Großheimen sind inzwischen einige messbare Fortschritte, besonders auch durch Sanierungs- und Baumaßnahmen, erkennbar. Inhaltlich kam es jedoch durch den Auszug von seelisch behinderten Menschen in andere Heime eher zu einer „Entflechtung“ und zur Umhospitalisierung. Für den Psychiatrieausschuss ist es im Übrigen nach wie vor nicht nachvollziehbar, warum an den Fachkrankenhäusern nunmehr Großheime für geistig behinderte Menschen, statt wie in den Leitlinien des Landes einst vorgesehen, Wohnheime mit max. 50 Plätzen für schwer chronisch psychisch kranke Menschen entstanden sind.

Die geförderte Größenordnung eines Wohnheimes ist nach Auffassung des Ausschusses neu zu hinterfragen. Das „Großheim“ ist sicher ein relativer Begriff. Möglicherweise lässt sich ein größeres Heim wirtschaftlich besser führen. Doch ein Heim mit 80 Plätzen und mehr ist nach modernen Maßstäben kein „Ort zum Leben“, besonders nicht für seelisch behinderte Menschen oder für Kinder und Jugendliche. Für ihre Betreuung sind bereits Heime mit mehr als 40 Plätzen unverhältnismäßig groß. In der sozialpsychiatrischen Literatur wird deshalb inzwischen vorgeschlagen, Heime mit einer Platzkapazität ab 40 Plätzen als „Großheime“ zu bezeichnen.

Beispielhaft sei die Tendenz (Zahlen wegen der laufenden Veränderungen ohne Garantie) in den Heimen in Sachsen-Anhalt dargestellt, die für die Betreuung geistig und seelisch behinderter Menschen aller Altersstufen zuständig sind (ohne Wohnheime an WfbM):

- Nur ca. 2.000 geistig und seelisch behinderte Menschen wohnen in 85 Wohnheimen und Außenwohngruppen, die weniger als 40 Plätze haben.
- Fast 2.200 leben in 42 Heimen, die zwischen 40 und 79 Plätze anbieten, darunter in sechs Heimen 300 Kinder und Jugendliche.
- Über 4.500 Behinderte leben in 33 Heimen mit mehr als 80 Plätzen. (Hierunter sind auch 15 Altenpflegeheime mit angegliederten Wohnheimbereichen für behinderte Menschen und gerontopsychiatrischen Pflegebereichen erfasst worden). Fünf Heime haben mehr als 200 Plätze. Die größte Einrichtung beherbergt 390 sowohl behinderte, als auch gerontopsychiatrisch zu versorgende und nicht behinderte alte Bewohner in einem Haus.

Viele der Großheime werden durch einen Komplex von Klinik, Altenpflegeheim, Außenwohngruppe und/oder Werkstatt für behinderte Menschen und Wohnheim an WfbM flankiert, so dass sehr große Versorgungseinheiten an einem Ort entstanden sind.

Auffallend und besorgniserregend sind auch die z.T. überdimensionierten Altenpflegeheime und Seniorenresidenzen.

Zusammengefasst wohnen ca. 77 % der behinderten Menschen in großen Heimen bzw. ca. 52 % in sehr großen Einrichtungen. Lediglich ca. 23 Prozent der behinderten Menschen leben in stationären Wohnstätten von akzeptabler Größe.

Die gewollte Verringerung der stationären Heimplätze ist eindeutig nicht erreicht worden. Neue große Einrichtungen entstanden durch Erweiterung, durch Neubau oder Verlegung aus kleinen Einrichtungen in bestehende Heime, deren z.T. gewaltige Größenordnung auch nicht durch die freundliche Bezeichnung als „Betreuungs-“ oder „Seniorenzentrum“ kaschiert werden kann.

Der Ausschuss befürchtet, dass die Leitlinien des Landes zur Enthospitalisierung inzwischen beiseite gelegt wurden und auch der Rahmenvertrag durch seine Konzentration auf die stationäre Hilfe die Chance verpasst, die Enthospitalisierung wirksam zu unterstützen. Der Ausschuss erwartet deshalb sichtbare Signale für die Realisierung personenbezogener Hilfen

- durch gestufte Angebote in stationären und teilstationären Einrichtungen,
- durch einen engagierten Aus- und Aufbau der regionalen ambulanten Angebote,
- durch die Möglichkeiten eines Persönlichen Budgets gemäß § 9 Abs. 2 SGB IX.

Die Bemühungen zur Überwindung der bisherigen Trennung der Kostenträgerschaft sind zu intensivieren und damit den Kommunen die Möglichkeiten zu eröffnen, trotz angespannter Haushaltslage die erforderlichen ambulanten Betreuungsangebote zu finanzieren. Ein Lösungsweg kann die Schaffung eines regionalen Psychiatriebudgets sein.

## **7. Psychiatrische Versorgung der Heimbewohner**

Die Besuchskommissionen weisen darauf hin, dass nur in wenigen Wohnheimen eine regelmäßige psychiatrische Untersuchung und Versorgung der Bewohner gesichert ist. Nicht selten passiert es, dass selbst in akuten Fällen kein Termin bei niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie zu erhalten ist. Hausärzte oder Personal versuchen dann, Krisensituationen durch Einweisungen in ein psychiatrisches Krankenhaus oder in eine psychiatrische Abteilung zu bewältigen, die ansonsten vermeidbar gewesen wären. Die Qualifizierung des Personals für den Umgang mit psychiatrisch auffälligen Personen muss intensiviert werden.

Dem Ausschuss ist bekannt, dass in allen Pflegeeinrichtungen ein hoher Anteil pflegebedürftiger Personen wohnt, bei dem als pflegebegründende Diagnose gerontopsychiatrische und besonders oft demenzielle Erkrankungen angegeben sind. Der Anteil in den Pflegeeinrichtungen ist in den unterschiedlichen Schweregraden von 40 – 70 % aller Bewohner statistisch belegt. Mit Sorge stellt deshalb der Ausschuss fest, dass in den besuchten Einrichtungen und selbst in Altenpflegeheimen, die alt gewordene geistig und seelisch behinderte Bewohner betreuen, von leitenden Mitarbeitern betont wird, man sei ein „ganz normales“ Altenpflegeheim und habe somit keine psychiatrische Relevanz mehr. Sonderbereiche oder besondere Betreuungsangebote für diese Bewohnergruppe werden mit Hinweis auf die im Pflegeversicherungsgesetz festgelegten Aufgaben i.d.R. nicht vorgehalten. Dies offenbart schwere Defizite in der fachgerechten Betreuung gerontopsychiatrisch zu versorgender Menschen.

Umso bemerkenswerter sind die Bemühungen von Trägern und Einrichtungen, die die Notwendigkeit der spezialisierten gerontopsychiatrischen Betreuung erkannt haben, zielgerichtet für diese Klientel Neubauten planen und entsprechende Konzepte in ihren Häusern umsetzen.

## **8. Suchtkrankenversorgung**

Da sich der Ausschuss in jedem seiner inzwischen vorliegenden acht Berichte zur Suchtkrankenversorgung geäußert hat, seien hier nur stichpunktartig Empfehlungen genannt:

- Regelfinanzierung für Suchtberatungsstellen bei Nachweis der Kompetenz,
- Vermittlung von Fachwissen zur „Suchtmedizinischen Grundversorgung“ für Hausärzte und Ärzte in Allgemeinkrankenhäusern,
- Intensivierung der Einflussnahme auf das Missbrauchs- und Suchtverhalten Jugendlicher; vom Modellprojekt zu flächendeckenden Präventionsangeboten,
- Sicherung der Motivationsbehandlung neben der stationäre Entzugsbehandlung; Krankenabteilungen, die nur eine Entzugsbehandlung vorhalten können, sollten nicht weiter im Krankenhausplan ausgewiesen werden,
- Erweiterung der klinischen Versorgung Suchtgefährdeter und deren Nachsorge,
- Möglichkeiten der gemeindenahen ambulanten Rehabilitation von Suchtkranken,
- Sicherung niederschwelliger Betreuungsangebote für chronisch suchtkranke Menschen und
- Einrichtungen für pflegebedürftige chronisch suchtkranke Menschen.

## **9. Versorgung schwer verhaltensauffälliger Menschen mit seelischen oder geistigen Behinderungen**

Um einer endlosen „Rundreise durch Heime und Kliniken“ von behinderten Menschen mit herausforderndem Verhalten Einhalt zu gebieten und auch für sie eine Heimstätte zu finden, wird empfohlen:

- Eine freiwillige Selbstverpflichtung der Einrichtungen und ihrer Träger darüber, grundsätzlich ein „Abschieben“ unliebsamer „Störer“ zu vermeiden und innerhalb der eigenen Reihen und in Zusammenarbeit mit den regionalen Kooperationspartnern die therapeutischen Konzepte zu überarbeiten und besondere Betreuungsformen zu entwickeln. Hierzu kann auch die Einrichtung entsprechender Rückzugs- und Ruhebereiche sowie zeitweise verschließbarer Räume gehören.
- Die Erarbeitung einer Landesregelung zur Aufnahmeverpflichtung der Einrichtungen der Eingliederungshilfe. Dies schließt eine gleichzeitige Sicherstellung personenbezogener Personal- und Hilfebemessung ein. Darüber hinaus ist im Rahmenvertrag gemäß § 93 d BSHG dem Anspruch auf individuelle Hilfeleistung in der speziellen Hilfebedarfsgruppe durch ein Item für die Erhebung des Hilfebedarfs bei Eigen- und Fremdgefährdung gerecht zu werden.
- Der Ausschuss schlägt die Vergabe differenzierter Forschungsthemen zur Betreuung und Versorgung dieser behinderten und schwer verhaltensgestörten Menschen vor, die z.B. im Rahmen von Diplom- und Promotionsthemen von der Behindertenpädagogik in Zusammenarbeit mit der Sozialpsychiatrie an den beiden Universitäten und den Fachhochschulen Sachsen-Anhalts erarbeitet werden könnten.

## **10. Werkstätten für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen**

Erfreulicherweise zeigt sich, dass nur noch wenige Werkstätten in alten und unsanierten Häusern arbeiten. Die Mehrzahl der Werkstätten befindet sich in modernen Neubauten, die ansprechend gestaltet und behindertengerecht eingerichtet sind. Bei den Besuchen wurde den Kommissionen durchgängig berichtet, dass die Werkstätten mit steigender Tendenz überbelegt sind. Aus den G-Schulen kommen ständig junge Menschen nach, weil außerhalb der Werkstätten keine anderen Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten gegeben sind. Die Chancen der Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt sind äußerst gering, so dass es auch kaum zu „Abwanderungen“ aus den Werkstätten kommt.

Die Regelungen des SGB IX greifen bisher nicht, da sich die Integrationszentren auf die Vermittlung der Körper- und Sinnesbehinderten konzentrieren und offensichtlich erhebliche Schwierigkeiten haben, Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung in ihre Vermittlungsbemühungen aufzunehmen. Hierin sieht der Ausschuss eine Benachteiligung der Menschen mit geistigen und seelischen Behinderungen und fordert die Umsetzung des Rechts auf Gleichbehandlung mit Menschen mit somatischen Behinderungen.

## **11. Wohnheime an Werkstätten für behinderte Menschen**

Auch in den Wohnheimen an WfbM gibt es einen erheblichen Zulauf an Bewerbern. Der Platzbedarf wird größer, die Wartelisten werden länger. Gründe liegen u.a. in den Elternhäusern, die mit zunehmendem Alter mit der Betreuung und Versorgung der Betroffenen überfordert sind. Andererseits wächst aber auch der verständliche Wunsch behinderter junger Menschen nach Selbständigkeit. In Ermangelung ambulant betreuter Wohnangebote sind sie gezwungen, die Wohnheime als Alternative anzunehmen, wo sie dann viel zu lange wohnen bleiben. Die Gefahr einer neuen Hospitalisierung ist nicht ausgeschlossen.

Der Ausschuss weist aus aktuellem Anlass darauf hin, dass der Bau eines neuen Wohnheimes direkt neben dem Werkstattgelände durch die fehlende Trennung von Arbeit und Wohnen in besonderer Weise dem Normalisierungsprinzip widerspricht.

## **12. Juristische Betreuung**

Noch immer ist der Trend zur Einrichtung von Betreuungen für behinderte Menschen ansteigend. Das wird vom Ausschuss mit Sorge beobachtet, zumal die Besuchskommissionen vor Ort immer wieder feststellten, dass nicht in jedem Falle eine Betreuungsnotwendigkeit vorlag. Den Besuchskommissionen war auch nicht verständlich, dass in einigen Heimen alle Bewohner unter juristische Betreuung gestellt waren, in anderen Regionen dagegen nur wenige oder keine.

Es gilt bei der Festlegung der Betreuungsbereiche das Prinzip: So wenig wie möglich, nur so viel wie nötig. Grundlage für das Gutachten sollten vor allem die Stärken und Entwicklungschancen und weniger die persönlichen Defizite des Betroffenen sein.

Der Ausschuss empfiehlt, das vorsorgende soziale Betreuungsnetz ausbauen, um den steigenden Betreuungstrend zu stoppen. Darüber hinaus gilt es, durch den gezielten Einsatz von Fördermitteln die ehrenamtliche Betreuungsarbeit zu fördern und zu honorieren

## **13. Angehörige psychisch Kranker und Behinderter**

Im Rahmen der Gesamtversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen haben Angehörige vielfach die Hauptlast zu tragen. Es ist deshalb von unschätzbarem Wert, wenn sich Angehörige psychisch kranker Menschen in Selbsthilfegruppen und regionalen Verbänden zusammenfinden, ihre Erfahrungen und Kenntnisse austauschen und gemeinsam versuchen, Einfluss auf die Versorgungsstrukturen zu nehmen. Die ehrenamtliche Verbandsarbeit regional und landesweit zu organisieren sowie über Jahre zu sichern, fordert viel Kraft und Optimismus und bedarf besonderer Unterstützung. Die Einrichtung der koordinierenden Geschäftsstelle des Landesverbandes in Halle war darum ein großer Erfolg für die Angehörigenarbeit. Ihre Arbeit ist derzeit jedoch durch die Beendigung der ABM des Geschäftsstellenleiters gefährdet.

Selbsthilfe fördern heißt auch, ihre Gremien zu unterstützen. Der Ausschuss empfiehlt deshalb zu prüfen, wie die Arbeitsfähigkeit der Geschäftsstelle des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker auf Dauer geregelt werden kann.

## **14. Datenschutz**

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass dem Datenschutz in einigen Heimen nicht genügend Aufmerksamkeit gewidmet wird. Nicht selten werden bei den Besuchen mit den Informationen über die Arbeit der Heime der Besuchskommission auch Daten über Heimbewohner ausgereicht, die dem Datenschutz unterliegen. Der Ausschuss empfiehlt deshalb dringend, der Weiterbildung auf diesem Gebiet mehr Beachtung zu schenken.

Der Ausschussvorsitzende: MR Dr. med. Alwin Fürle





## **VI. Berichte der regionalen Besuchskommissionen**

### **Besuchskommission 1**

Vorsitzender Herr Bernhard Maier; Stellv. Vorsitzende Frau Dr. Claudia Glöckner

#### **Landkreis Stendal**

Im Besuchszeitraum wurden im Landkreis in fünf Einrichtungen und deren angegliederten Bereichen Gespräche geführt, Hinweise gegeben und Probleme aufgenommen. Dabei war der Besuch in der Forensischen Psychiatrie in Uchtspringe von besonderer Bedeutung. Die mangelhafte Ausstattung des Maßregelvollzuges mit Fachpersonal, besonders im Bereich des ärztlichen Personals, ließ die Besuchskommission das Gesamtkonzept der Klinik in Frage stellen. Zwischenzeitlich wurden Stellen besetzt, so dass der erste Notstand zumindest behoben werden konnte.

Problematisch erweist sich nach wie vor die Enthospitalisierung, da ambulante Angebote auf Grund der unterschiedlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Angeboten kaum vorgehalten werden. Hier wird von kommunaler Seite die fehlende finanzielle Ausstattung zum Aufbau von ambulanten Wohnformen angemahnt. Die besuchten Werkstätten für behinderte Menschen sind über die geplanten Platzzahlen hin ausgelastet, so dass das Land Sachsen-Anhalt gefordert ist, die Landesplanung in diesem Bereich zu prüfen und fortzuschreiben, um neue Standorte erschließen zu können. Die Umsetzung des Rahmenvertrages gemäß § 93 d Abs. 2 BSHG bereitet in der Praxis Schwierigkeiten und verschlechtert möglicherweise punktuell die Lebensbedingungen der Menschen mit Behinderungen. Hier wird vor allem das Thema der Differenzierung und Umsetzung der Leistungstypen diskutiert.

Bis auf das bereits beschriebene Fehlen von ambulanten Wohnformen und das Fehlen von niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie gibt es im Landkreis eine gute gemeindenahere Versorgungsstruktur und Vernetzung.

#### **Landkreis Jerichower Land**

Die Angebote einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung wurden ausgebaut. Neben Tageskliniken in Burg, Havelberg und Jerichow ist eine Tagesklinik der Kinder - und Jugendpsychiatrie in Genthin geplant. Problematisch ist die Versorgung geistig behinderter Menschen mit starken Verhaltensstörungen. Hier gibt es kaum Nachfolgeeinrichtungen, die diese Gruppe nach stationären Klinikaufenthalten übernehmen. Bedauernd ist ebenso, dass das Fachkrankenhaus in Jerichow die Infektionsabteilung (psychische Erkrankung und Lungentuberkulose) nicht weiterführen kann, die dort als einzige Abteilung mit diesem Behandlungsprofil im Land Sachsen-Anhalt bestand.

Die Versorgungsstrukturen für Suchtkranke wurden ausgebaut. Leider wird ein Modellprojekt für die ambulante Rehabilitation Suchtkranker nicht fortgeführt.

#### **Altmarkkreis Salzwedel**

Da im Berichtszeitraum noch keine Einrichtung im Bereich Salzwedel besucht wurde, waren für uns erste Aussagen der Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Salzwedel wichtig. Die fehlende Finanzausstattung der Landkreise behindert den Aufbau des Angebotes ambulanter Wohnformen. Hingegen sind Heimplätze für geistig behinderte Menschen und psychisch kranke Menschen vorhanden. Die Gemeindenähe der psychiatrischen Versorgung ist erst im Ansatz gegeben. Schwerwiegend war zum Besuchszeitpunkt das Fehlen von niedergelassenen Psychiatern und Nervenärzten. Es fehlen auch weitgehend Arbeitsmöglichkeiten für psychisch Kranke.

Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft arbeitet gut in themenorientierten Arbeitskreisen.

## **Besuche im Einzelnen**

### **1. AWO-Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Jerichow**

Besuch am 01.10.2001

Das Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie und Psychotherapeutische Medizin in Jerichow ist ein Krankenhaus der Zentralversorgung und nimmt die Pflichtversorgung für die Altlandkreise Havelberg, Genthin und Burg wahr. Hier leben ca. 120.000 Einwohner. Das Fachkrankenhaus verfügt über eine Kapazität von 195 Betten (incl. 20 Plätzen im Bereich der Neurologie). In Tageskliniken mit Standorten in Burg, Havelberg und Jerichow werden 35 Plätze vorgehalten. Die Möglichkeit der Spezialbehandlung in einer Infektionsabteilung (psychische Erkrankungen und Lungentuberkulose) mit 10 Plätzen soll nicht weitergeführt werden (entsprechende Sicherheitsstandards sind nicht finanzierbar), obwohl das Fachkrankenhaus in Jerichow die einzige Klinik im Land Sachsen-Anhalt ist, die solch ein Angebot vorhält. Eine weitere Besonderheit ist der Langzeitbereich für geistig behinderte psychisch Kranke, der vom Fachkrankenhaus vorgehalten wird. Die Personalbesetzung nach PsychPV ist fast vollständig, lediglich ein Arzt fehlt. Gemeindenähe wird erreicht durch Tageskliniken in Havelberg und Burg, eine Tagesklinik im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in Genthin geplant. Die Gesamtentwicklung der Einrichtung und das überregionale Leistungsangebot wurden positiv bewertet

Nach wie vor gibt es einen klinischen Langzeitbereich für psychisch kranke geistig Behinderte mit schweren Verhaltensstörungen, die für lange Zeit in der Klinik verbleiben müssen, da ihnen der Vertrag im Wohn- oder Pflegeheim gekündigt wurde. Nach Aussage der Leitung ist es ausgesprochen schwierig, für diese Menschen ein neues Heim zu finden. Einige werden im speziellen Heimbereich Jerichow wohnen können, befinden sich aber noch als „Pflegefälle“ im Krankenhausbereich, weil ausreichende Kapazitäten und die erforderlichen Konzepte noch nicht zur Verfügung stehen.

Durch die Fortführung der Sanierungsarbeiten wird die Zahl der noch vorhandenen Vier- bis Sechs-Bett-Zimmer weiter reduziert.

Das Land Sachsen-Anhalt sollte finanzielle Mittel in ausreichender Höhe zur Verfügung stellen, um die Lebenssituation von Menschen mit seelischen Behinderungen nachhaltig zu verbessern.

### **2. Wohnheim für Behinderte Jerichow im AWO-Heimverbund**

Besuch am 01.10.2001

Das Wohnheim für Behinderte des AWO-Heimverbundes Jerichow umfasst einem Bereich für geistig behinderte Personen mit 50 Plätzen und sieht zehn Plätze mit geschlossener Unterbringung für hochgradig verhaltensauffällige, geistig behinderte Menschen vor. Das derzeitige Therapiekonzept für die geistig Behinderten ist differenziert und mit vielfältigen Therapie- und Förderangeboten auf Normalisierung und Integration ausgerichtet. Das Konzept für die Heimbewohner mit geschlossener Unterbringung lag zum Besuchszeitpunkt noch nicht in der Endfassung vor.

Als problematisch wird nach wie vor die Situation der noch im Altbau untergebrachten seelisch behinderten Bewohner gesehen. Sie sind in den Wohnbedingungen gegenüber den geistig behinderten Bewohnern deutlich benachteiligt.

Der Besuchskommission ist bisher nicht ausreichend deutlich geworden, warum der Träger, der am gleichen Ort das psychiatrische Krankenhaus betreibt, sich auf die Betreuung geistig behinderter Menschen konzentriert, dagegen aber für den Bereich der seelisch behinderten Menschen keine Aufnahmen zugelassen werden.

### **3. Landeskrankenhaus für Forensische Psychiatrie Uchtspringe, SALUS gGmbH**

Besuch am 05.11.2001

Es handelt sich um eine moderne Einrichtung mit guter Ausstattung und einer differenzierten Konzeption. Trotz Bezug des Neubaus ist die Einrichtung weiterhin überbelegt. Durch die Verschärfung der Sicherheitsvorkehrungen wurden die Sicherheitsstandards weiter verbessert, die Rehabilitationsbedingungen jedoch schlechter. So sind die pflegerische Begleitung in therapeutischen Bereichen und die psychologische Behandlung der Patienten in für sie überschaubaren Zeiträumen nicht gesichert. Hinzu kommt ein häufiger personeller Wechsel im Bereich der psychologischen Versorgung. Der ärztliche Notstand hatte sich seit dem letzten Besuch weiter verschärft. Die Einrichtung mit 225 z.T. multimorbiden Patienten war mit nur zwei Ärzten nicht mehr zu versorgen. Die Umsetzung der Konzeption der Einrichtung war ernsthaft anzufragen. Es mangelte in allen Bereichen an Personal. Auch die Anzahl der psychologischen Mitarbeiter reichte nicht aus, um die Versorgung auf den elf Stationen abzusichern. An dieser Stelle muss auch darauf hingewiesen werden, dass es für die Profilierung eines Krankenhauses in dieser Größenordnung sehr abträglich ist, wenn mit dem derzeit amtierenden Chefarzt mittlerweile der fünfte ärztliche Leiter innerhalb von zehn Jahren tätig geworden ist. Aufgrund dieser schlechten Rahmenbedingungen ist die Stimmung unter den PatientInnen und dem Personal sehr angespannt. Insgesamt ist derzeit die Resozialisierung der PatientInnen in Frage gestellt. Es besteht dringlicher Handlungsbedarf. Es sollten wenigstens neun Fachärzte, darunter wenigstens vier Fachärzte für Psychiatrie, beschäftigt werden, um das Konzept aufrechterhalten zu können. Eine zeitnahe Debatte über Inhalte und Ziele des Maßregelvollzugs in und zwischen den verantwortlichen Ministerien und Ausschüssen des Landtages hält die Kommission für unabdingbar.

Auf Veranlassung des Psychiatrieausschusses gab es im Januar 2002 Beratungen im Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales und im Landtagsausschuss. In deren Folge wurden Neueinstellungen von Fachpersonal zugesichert.

Dem Ausschuss wurde inzwischen bekannt, dass seit April 2002 drei weitere Fachärzte in Uchtspringe eingestellt wurden. Außerdem gibt es Übergaberegulungen für die Funktion des Chefarztes, die in den kommenden drei Monaten greifen sollen.

### **4. Werkstatt für behinderte Menschen und Wohnheim an WfbM Tangerhütte**

Besuch am 03.12.2001

Die Werkstätten für Behinderte der Lebenshilfe für Behinderte e.V., Landkreis Stendal, erfüllen im Einzugsbereich eine wichtige Funktion zur Eingliederung behinderter Menschen in die Arbeitswelt. Das Konzept ist überzeugend und bietet durch die Bereiche Fördergruppe und verschiedene Arbeitstrainingsbereiche genügend Möglichkeiten, die Behinderten entsprechend ihrer Fähigkeiten und auch Interessen auf unterschiedlichen Arbeitsplätzen einzusetzen. Insgesamt wird die Einrichtung durch die Besuchscommission als positiv bewertet. Die Besuchscommission sieht als größtes Problem die Überbelegung der Einrichtung mit der damit verbundenen räumlichen Beengtheit der Werkstattdarbeitsplätze. Hier kann nur eine Kapazitätserweiterung Abhilfe schaffen. So wohnen ca. 80 Mitarbeiter der Werkstatt für behinderte Menschen im Wohnheim, das sich auf dem gleichen Gelände der Werkstatt befindet. Eine örtliche Trennung von Arbeits- und Wohnbereich ist somit nicht gegeben. Das Fehlen eigener Sanitärzellen in den Zimmern wurde noch mit der Unselbständigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit von Bewohnern begründet. Dieser Umstand ist jedoch auf Grund der Werkstättfähigkeit zu hinterfragen. Die Integrationsversuche über Außenarbeitsplätze scheitern zunehmend auf Grund kurzfristiger Kündigungen. Der Übergang von Werkstattdarbeitsplätzen auf den ersten Arbeitsmarkt ist zurzeit nahezu unmöglich.

## **5. Ambulante Rehabilitation, Tagesstätte, Betreutes Wohnen für Suchtkranke, Burg** Besuch am 07.01.2002

Die DRK-Suchthilfeeinrichtung in Burg, Jerichower Land, erfüllt im Einzugsbereich eine wichtige Funktion für suchtkranke Menschen im Rahmen eines komplexen Betreuungsnetzes und wird nach seiner Erweiterung über 20 Plätze in der Tagesstätte und zwölf Plätze im Betreuten Wohnen verfügen. Der vorhandene Gebäudekomplex ist in sich geschlossen und vermittelt den Eindruck von Nähe und Schutz. Das Konzept erscheint nachvollziehbar und wird mit viel Engagement der Mitarbeiter realisiert. Ein wesentliches Ziel in der Arbeit mit den Klienten ist die Wiedergewinnung ihrer aktiven Teilnahme am Leben in der Gesellschaft. Eine wichtige Voraussetzung für diesen Prozess ist die Erbringung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Entsprechende Angebote, auch für die Besucher der Tagesstätte, werden vorgehalten. Die Integration in das Arbeitsleben wirkt für suchtmittelabhängige Menschen große Schwierigkeiten auf. An dieser Stelle ist die Zusammenarbeit mit dem Arbeitsamt und den Fortbildungseinrichtungen noch auszubauen. Eine Vermittlung auf dem ersten Arbeitsmarkt ist nur in Ausnahmefällen möglich. Für die Klienten, die nicht abstinenzfähig bzw. abstinenzwillig sind, besteht derzeit im Landkreis keine Möglichkeit einer adäquaten Versorgung, so dass der Personenkreis nach Arbeits- und Wohnungsverlust häufig in die unbetreute Obdachlosigkeit entlassen wird.

## **6. DRK-Wohnheim und betreutes Wohnen für suchtkranke Menschen, Möckern** Besuch am 07.01.2002

Die PSAG des Landkreises Jerichower Land leistet seit 10 Jahren eine hervorragende Arbeit beim Aufbau und zur ständigen Verbesserung der Suchtkrankenhilfe. Mit ihrer Unterstützung entstand u. a. 1997 die vom Kreisverband des DRK Jerichower Land getragene Einrichtung Betreutes Wohnen für Suchtkranke mit einer aktuellen Kapazität von 24 Plätzen am Standort. Aufgenommen werden hier für die Dauer von 24 Monaten (im Einzelfall auch länger) chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke, die eine Abstinenz anstreben und wieder „Leben lernen“ wollen. Nach umfangreichen Rekonstruktionsmaßnahmen ist die Einrichtung in einen gutem Zustand, der Wohnlichkeit und Zweckmäßigkeit gewährleistet. Der Standort des Objektes am Rande der Stadt, eingebunden in ein Wohngebiet mit Versorgungseinrichtungen, ermöglicht viele Kontakte mit der Umwelt und bewahrt vor Abgeschiedenheit. Es existiert ein differenziertes Betreuungs- und Behandlungskonzept, an deren Umsetzung auch im Zusammenwirken mit regional ansässigen Hausärzten, Psychiatern und Psychologen gearbeitet wird. Die personelle Ausstattung mit qualifizierten Mitarbeitern reicht noch nicht aus, um alle therapeutischen Angebote allen Klienten jederzeit zugänglich zu machen. Es fehlen mindestens drei festangestellte Mitarbeiter zur Therapieoptimierung und zur Nachsorge. Ungelöst ist bei der derzeitigen Haushaltslage die Finanzierung zusätzlicher Stellen. Weitere Probleme bestehen in der ungenügenden Bereitstellung von Arbeit auf dem freien Arbeitsmarkt, weshalb hochverschuldete Bewohner den angehäuften Schuldenberg nicht abtragen können, zumal auch noch kein Lösungsweg gefunden wurde, wie arbeitende Bewohner von dann fälligen Rückzahlungen gegenüber dem Sozialamt entlastet werden können.

Mit Bedauern hat der Ausschuss zur Kenntnis nehmen müssen, dass das Modellprojekt mit der AOK zur ambulanten Rehabilitation Suchtkranker nach drei Jahren nunmehr ausläuft und keine Nachfolgeeinrichtung gesichert ist. Das Projekt wurde wissenschaftlich begleitet und positiv eingeschätzt. Die Tatsache, dass derzeit die ambulanten Möglichkeiten nur von drei Patienten genutzt werden, lässt jedoch konzeptionelle Unsicherheiten vermuten.

Während die Besuchskommission die Arbeit im Wohnheim, im Betreuten Wohnen und in der Tages- und Begegnungsstätte sehr begrüßt, steht sie dem Vorhaben eines Wohnheimes für nicht abstinenzwillige Abhängigkeitskranke, in dem keine Abstinenz angestrebt wird, prüfend gegenüber. Vom Ausschuss wird empfohlen, im Interesse der Betroffenen die Abstinenz als Fernziel nicht aufzugeben.

## **7. Elbe-Havel-Werkstätten gmbH Schönhausen**

Besuch am 18.02.2002

Die Werkstatt für behinderte Menschen der Elbe-Havel-Werkstätten gmbH in Schönhausen wurde im Dezember 1994 in Betrieb genommen. Die Gebäude und die Einrichtung sind in sehr gutem Zustand, die technische Ausrüstung entspricht einem sehr modernen Standard. Eine räumliche Erweiterung der Werkstattbereiche ist für 2002/2003 angedacht. Dies ist durch den Bau einer neuen Lagerhalle und das räumliche Ausgliedern des Verwaltungsbereiches möglich. Die Arbeitsatmosphäre ist sehr gut, die Mitbestimmung durch die behinderten Mitarbeiter (Werkstatttrat) und die Elternarbeit sind garantiert. Durch die neu geschaffenen Außenbereiche in Genthin (Floristik, Verpackung, Werkstattladen) und in Zabakuck (Tierpark, Tierheim, Tierpension) konnten die Arbeitsinhalte wiederum erweitert werden. Zurzeit sind 184 behinderte Mitarbeiter tätig (1995 waren es 120). Ergänzt wird das Angebot durch Außenarbeitsplätze in Gemeinden und Betrieben. Die Erfahrungen mit den Integrationsfachdiensten sind noch nicht umfangreich; es gab bisher auch noch keine Vermittlung auf den freien Arbeitsmarkt. Der Personalschlüssel ist ausreichend und den Bereichen angemessen. Dabei gibt es einen hohen Qualifikationsstandard und vielseitige begleitende Angebote. Die WfbM ist mit entsprechenden Fachdiensten gut vernetzt und arbeitet in der regionalen Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft mit. Ein pensionsgerechtes Wohnen in Zabakuck ist geplant. Sorgen bereitet in der Perspektive die Finanzierung der Werkstatt sowie die permanente Überbelegung.

## **8. Wohnheim an WfbM in Havelberg**

Besuch am 18.02.2002

Das Wohnheim an WfbM der Lebenshilfe Genthin und Umgebung e.V. und des Deutschen Roten Kreuz Östliche Altmark e.V. in Havelberg wurde am 01.12.2001 eingeweiht, hat 32 Plätze und entspricht in allen Bereichen der Heimmindestbauverordnung. Die Atmosphäre im Haus ist freundlich und bewohnerorientiert. Die Bewohner leben in modernen Einzel- und Doppelzimmern mit Duschen und WC, die zweckmäßig eingerichtet sind und gleichzeitig Freiräume für eigene Gestaltungselemente lassen. Bemerkenswert ist eine moderate und überschaubare Wohnheimordnung. Vielfältige Angebote der Freizeitgestaltung können im Haus und außerhalb genutzt werden. Das Wohnheim ist gut in die Umgebung integriert, alle Versorgungseinrichtungen (Einkauf, Kultur, Ärzte) können eigenständig aufgesucht werden. Bei einem Auszug eines Bewohners in eine eigene Wohnung ist die Nachbetreuung gesichert. Das Ausbildungsniveau der Mitarbeiter ist hoch; alle Mitarbeiter haben eine Zusatzausbildung als Wohnheimbetreuer. Bewusst wird auf den Einsatz von ABM/SAM verzichtet, um Qualitätsstandards umzusetzen. Die Mitbestimmung des Lebens im Wohnheim ist u.a. über den sehr aktiven Wohnheimrat gewährleistet. Für die Bewohner, die das Pensionsalter erreichen, werden fünf bis sechs Plätze im Wohnheim in Zabakuck ausgebaut.

Deutlich spürbar in der Gesamteinrichtung ist das enge Zusammenspiel von Träger, Geschäftsführung und Mitarbeiter in der gemeinsamen Arbeit für behinderte Menschen.

## **9. Wohnheim für geistig behinderte Menschen, Hassel/Bismark, Werkstatt Badingen**

Besuch am 04.03.2002

Die Einrichtung der Wohnheim Chausseehaus-Hassel gmbH besteht derzeit aus drei Standorten; Chausseehaus Hassel, Badingen und Bismark. Es handelt sich um eine Einrichtung für 30 Bewohner mit geistiger Behinderung. Für sie werden vielfältige Therapiemöglichkeiten angeboten. Es stehen Einzelkonzepte zur Verfügung. Es herrscht in der Einrichtung eine freundliche, herzliche Atmosphäre zwischen Mitarbeitern und Bewohnern. Die Ergotherapeutische Werkstatt der „Chausseehaus Hassel“ gmbH in Badingen ist eine Übergangslösung, die von den beiden Wohnheimen in Bismark und Chausseehaus Hassel genutzt wird. Derzeit fallen dadurch noch weite Fahrtwege an, die jedoch mit dem geplanten Neubau des Ergotherapeutischen Zentrums in Hassel wegfallen würden. Derzeit wird mit dem Sozialministerium des Landes Sachsen-Anhalt

über Fördermittel für die Sanierung des Haupthauses in Chausseehaus Hassel und die Errichtung des Therapiezentrums verhandelt. Eine Entscheidung ist bislang nicht abzusehen, ist im Interesse der Bewohner aber dringend zu wünschen.

Problematisch für die relativ kleine Einrichtung gestaltet sich nach Aussage der Leitung der Umgang mit dem Rahmenvertrag gemäß § 93 BSHG, da durch fehlende Standards noch keine Vereinbarungen mit dem Amt für Versorgung und Soziales möglich waren. Ebenfalls für schwierig wird das Verfahren gehalten, Bewohner im Rahmen einer Erhebung verschiedenen Leistungstypen bzw. Wohnformen zuzuordnen.

## **10. Heimbereich Uchtspringe mit Außenwohngruppen**

Besuch am 08.04.2002

Derzeit leben im Heimbereich der Salus gGmbH, im Wohnheim und in den Außenwohngruppen, noch 181 Bewohner. Im Jahre 2000 waren es 271 Bewohner. Die Reduzierung ist Ergebnis des Enthospitalisierungsprogramms des Landes Sachsen-Anhalt, wobei Bewohner u.a. allerdings wiederum in stationäre Einrichtungen verlegt wurden und damit eher Umhospitalisierung statt Enthospitalisierung erfolgte. Die Unterbringung der Bewohner im Heimbereich am Standort Uchtspringe entspricht noch nicht in vollem Umfang den baulichen Mindestanforderungen. Teilweise bestehen noch Ausnahmegenehmigungen. Der Wohnbereich für die besonders geschützt (geschlossen) unterzubringenden Bewohner ist unzulänglich. Abhilfe ist notwendig. Sie wird nach der Konzeption der Einrichtung wohl erst mit dem Umzug in andere Häuser realisiert werden können.

Das Fehlen von ergo- und physiotherapeutisch ausgebildetem Personal, das von der Leitung auf den unzureichenden Pflegesatz zurückgeführt wird, hält die Kommission für bedenklich. Auch wenn einige therapeutische Arbeiten in der Gruppe erfolgen, erreichen sie nicht alle Bewohner. Das Gruppenpersonal ist insbesondere auch durch den hohen Krankenstand belastet. Inwieweit ein Bedarf für eine Ausweitung der geschlossenen Unterbringungsmöglichkeiten besteht, vermag sich der Kommission nicht zu erschließen, zumal Neuaufnahmen nicht erfolgen sollen. Aufnahmestopp bestehe nach Aussage der Leitung nicht.

Die Umsetzung des Enthospitalisierungsgedankens im Eingliederungsbereich wird zunehmend problematischer. Die durchschnittliche Verweildauer der Bewohner mit geistigen Behinderungen beträgt 33 Jahre, ihr durchschnittliches Alter 54 Jahre, so dass ein Auszug langfristig therapeutisch vorbereitet und anschließend ebenso langfristig begleitet werden muss. Das größte Problem aber besteht darin, dass im Landkreis Stendal keine und auch sonst im Land kaum irgendeine Unterbringungsstruktur für Ambulant Betreutes Wohnen für geistig behinderte Menschen existiert. Wesentliche Ursache hierfür dürfte der sehr gering bemessene Betreuungsschlüssel sowie das zwischen dem Land Sachsen-Anhalt und den Landkreisen und kreisfreien Städten aufgeteilte Finanzierungssystem sein. Der angedachte niedrige Betreuungsschlüssel macht die Etablierung ambulant betreuter Wohnformen für geistig behinderte Menschen den grundsätzlich interessierten Trägern insbesondere der freien Wohlfahrtspflege aus finanzökonomischer Sicht unattraktiv. Die für diese ambulanten Wohnformen zuständigen Landkreise und kreisfreie Städte scheuen ebenfalls aus finanziellen Erwägungen vor deren Einrichtung zurück. Eine zufriedenstellende Umsetzung des im Grunde sinnvollen Enthospitalisierungsgedankens wird sich wohl nur durch eine Reform des Finanzierungssystems erreichen lassen. Einfließen sollte dabei der Gedanke der Hospitalisierungsvermeidung. Sollte sich die Annahme des Landkreises Stendal über eine Zunahme von jungen Eingliederungshilfebedürftigen im ländlichen Bereich bestätigen, wären Hilfen zur Vermeidung stationärer Unterbringungen und Betreuungsformen sogar dringend erforderlich.

## **Besuchskommission 2**

Vorsitzender Herr Dr. Bernd Hahndorf; Stell. Vorsitzende Frau Birgit Garlipp

Die Besuchskommission begann ihre Arbeit in einer neuen personellen Zusammensetzung, so dass auf Erfahrungen aus den vergangenen acht Jahren nicht zurückgegriffen werden konnte. Der Besuchszeitraum war auch zu kurz, um sich einen Überblick über die Versorgungslandschaft der Landkreise und der Landeshauptstadt verschaffen und damit eine allgemeingültige Einschätzung geben zu können. Es wird deshalb auf die Aussagen des Vorberichtes und auf die Besuchsergebnisse im einzelnen verwiesen.

### **1. Sozialpsychiatrischer Dienst der Landeshauptstadt Magdeburg**

Besuch am 18.10.2001

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) wird von einem professionell und routiniert arbeitenden Team unter Leitung einer erfahrenen Fachärztin für Psychiatrie gesichert. Der Dienst ist zentral gelegen und auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar. Das Gebäude ist behindertengerecht. Probleme sieht die Besuchskommission in der Unterbesetzung mit Sozialarbeiterinnen, zumal hier auch Aufgaben nach dem PsychKG wahrgenommen werden, die in anderen Landkreisen in die Zuständigkeit des Ordnungsamtes fallen. Wünschenswert wäre weiterhin eine bessere finanzielle Ausstattung für Weiterbildungsmaßnahmen sowie für eine zeitgemäßere Ausstattung der Büros mit PCs. Als Nachfolgerin für die Anfang 2002 aus Altersgründen ausscheidende Leiterin konnte bereits eine neue Fachärztin gewonnen werden. Positiv für die Entwicklung der psychiatrischen Versorgungslandschaft der Landeshauptstadt wird die Arbeit der Psychiatriekoordinatorin und der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) eingeschätzt.

Als Defizit für Magdeburg wurden seitens der Mitarbeiter u.a. die fehlenden Unterbringungsmöglichkeiten für schwerstgeschädigte Suchtkranke benannt, die aktuell trinken und ihrer Meinung nach geschlossen untergebracht werden müssten. Hier gäbe es jedoch im Land Sachsen-Anhalt keine Kapazitäten, so dass die derzeit acht Betroffenen im Übergangwohnheim für Männer als Obdachlose nächtigen müssten und sich weitgehend selbst überlassen blieben, ohne für das eigene Wohl Sorge tragen zu können. Die Anzahl der Wohn- und Beschäftigungsmöglichkeiten für seelisch behinderte Menschen reiche für Magdeburg noch nicht aus. Als defizitär stelle sich auch weiterhin die stationäre kinderpsychiatrische Versorgungssituation dar. In der Zusammenarbeit mit juristisch bestellten Betreuern sieht der Dienst hinsichtlich deren Kooperationsbereitschaft und fachlichen Kompetenzen noch Verbesserungsmöglichkeiten.

### **2. Tagesklinik für Abhängigkeitserkrankungen und psychosomatische Störungen Dr. Kielstein GmbH, Magdeburg**

Besuch am 18.10.2001

Es handelt sich um eine auf hohem professionellem Niveau arbeitende Einrichtung, die inzwischen als bundesweites Modellprojekt anerkannt ist. Sie verfügt über kompetente und motivierte Mitarbeiter. Vom ärztlichen Leiter der Einrichtung wurde insbesondere die fehlende Verankerung der Einrichtung im Krankenhausplan, die Belegung nur durch einen Teil der Kassen und ein zu niedriger, die Vollkosten nicht deckender Pflegesatz moniert. Auf entsprechende Anfragen des Ausschusses informierte das Ministerium, dass die Klinik einen konkreten Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes stellen müsse. Nach Aussage einer Krankenkasse seien die finanziellen Forderungen der Klinik im Vergleich zu stationären Rehabilitationskliniken des Landes zu hoch, so dass es zu Belegungsproblemen komme. Wegen der unterschiedlichen Belegung der Einrichtung durch verschiedene Krankenkassen und Rentenversicherungsträger müsse die Klinik

selbst weitere Gespräche führen, da das Ministerium über Sozialversicherungsträger lediglich die Rechtsaufsicht habe.

### **3. Sozialpsychiatrischer Dienst Ohrekreis, Haldensleben** Besuch am 01.11.2001

Der Umzug des Sozialpsychiatrischen Dienstes nach Haldensleben im Mai 2001 hat sich als günstig erwiesen. Die zentrale Lage in der Kreisstadt erleichtert den Zugang für viele Betroffene. Für die Orte Wolmirstedt und Oebisfelde werden regelmäßige Außensprechstunden angeboten. Eine telefonische Erreichbarkeit in der Dienststelle Haldensleben während der Dienstzeiten ist durch eine entsprechende Arbeitsorganisation gewährleistet. Die Leitung des SpDi durch eine Fachärztin für Psychiatrie wird positiv bewertet. Es werden Weiterbildungsangebote der Region von den Mitarbeitern genutzt und interne Fortbildungen organisiert.

Bei Einweisungen und Schutzmaßnahmen gem. PsychKG LSA fungiert der SpDi als Vollzugsbehörde, außerhalb der Dienstzeiten ist das Ordnungsamt zuständig.

Der Besuchskommission erscheint die Zahl der Anträge auf Unterbringung nach PsychKG mit 148 im Jahr 2000 sehr hoch, selbst wenn man ca. ein Drittel kreisfremder Patienten von der Gesamtzahl abzieht.

Die Besuchskommission schätzt als problematisch ein, dass die Räume im Amt sehr hellhörig sind und für die vier Mitarbeiterinnen nur zwei Computer zur Verfügung stehen.

Die Zusammenarbeit mit dem Fachkrankenhaus wird als gut beschrieben. Defizitäre Versorgungsstrukturen im Landkreis ergeben sich aus dem Fehlen einer stationären Einrichtung für depravierte Alkoholiker, so dass diese Zielgruppe heimatfern untergebracht werden muss, dem Fehlen eines Angebots im Bereich des betreuten Wohnens in Zuständigkeit des örtlichen Sozialhilfeträgers und dem Fehlen einer Tagesstätte für seelisch Behinderte. Die Enthospitalisierung von Langzeitpatienten des örtlichen Fachkrankenhauses wird auch durch die Mitarbeiter des SpDi als unbefriedigend beschrieben.

Die Besuchskommission begrüßt die Absicht, nunmehr die PSAG wiederzubeleben.

### **4. Behinderten- und Altenpflegebereich im Seniorenwohnpark Wolmirstedt** Besuch am 01.11.2001

Die Besuchskommission hält die Verlegung der geistig behinderten Erwachsenen aus Ramstedt in eine eindeutig an der Altenhilfe und Pflege gem. SGB XI orientierten Großeinrichtung für eine Fehlentscheidung. Aus Sicht der Besuchskommission sind zeitgemäße Standards einer ressourcenorientierten und am Normalitätsprinzip orientierten Behindertenhilfe bei dieser Entscheidung nicht berücksichtigt worden. Für die Bewohner wäre ein eigenes Haus mit Wohngruppen und familienähnlichen Bedingungen angemessen gewesen. Die jetzige Situation widerspricht allen Bemühungen um Entflechtung, Verselbständigung und Normalisierung. Erschwerend für die Beurteilung der Situation war die Informationspolitik der Einrichtung, die zunächst die bei Besuchen der Besuchskommissionen allgemein übliche Übergabe schriftlicher Informationen zur Einrichtung verweigerte und erst nach mehrmaligen Hinweisen auf das PsychKG schließlich erst zum Jahresende nachlieferte.

Im Rahmen der jetzigen Möglichkeiten sollten unbedingt Verbesserungen für die Bewohner durchgesetzt werden. Die Kommission empfiehlt die Erstellung eines behindertenspezifischen Betreuungskonzeptes, das die aktive Teilhabe und Mitgestaltung der Bewohner in allen Bereichen des Tages-, Wochen- und Jahresablaufes sichert. Bei der Qualifikation des Pflegepersonals und der Auswahl der Fortbildungen sollten zukünftig mehr sozial- und heilpädagogische Themen besetzt werden. Das Tragen von Pflegekleidung im Wohnbereich, das eher den Pflegecharakter unterstützt, sollte überdacht werden. Darüber hinaus wird die Veränderung der Gestaltung der Zimmer der Bewohner hin zu mehr Wohnatmosphäre empfohlen. Bei Werkstattfähigkeit sollte eine Integration in eine Werkstatt für Behinderte erfolgen.



## **5. „Matthias Claudius Haus“: Werkstatt für behinderte Menschen, Oschersleben**

Besuch 06.12.2001

Die Werkstatt für behinderte Menschen konnte 1996 in einen Neubau umziehen. Konzeption, Arbeit und Atmosphäre hinterließen auf die Kommission einen sehr guten Eindruck. Der Personalschlüssel und die Qualifikation entsprechen den Anforderungen, wenngleich besonders verhaltensauffällige Behinderte mit diesem Personalschlüssel nicht zu betreuen sind. Für die Weiterentwicklung der Gesamtkonzeption wird vorgeschlagen, auch schwer behinderten Heimbewohnern die Fördergruppe an der WfbM zu öffnen. Hierzu bedarf es grundsätzlicher Klärungen auf Landesebene. Ursprünglich waren für die Einrichtung 164 Plätze geplant, inzwischen wird sie von mehr als 260 Mitarbeitern genutzt. In den nächsten Jahren wird ein Bedarf von weiteren 30 Plätzen gesehen. Deshalb bedarf es dringend neuer Überlegungen in der WfbM-Landesplanung.

Besonders beeindruckend war der offene und herzliche Kommunikationsstil zwischen behinderten und nicht behinderten Mitarbeitern und den behinderten Mitarbeitern untereinander. So wurde die Besuchscommission durch zwei behinderte Mitglieder des Werkstattbeirats kompetent durch die Einrichtung geführt.

## **6. Sozialpsychiatrischer Dienst des Bördekreises, Oschersleben**

Besuch am 06.12.2001

Die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes werden unter Leitung des Amtsarztes erfüllt. Die räumliche und personelle Ausstattung entspricht im Wesentlichen den Anforderungen. Die halbe Stelle für einen Psychiater als Leiter ist jedoch zurzeit nicht besetzt.

Zur sozialpsychiatrischen Versorgung wird eingeschätzt, dass stationäre und teilstationäre Behandlungen wegen einer fehlenden psychiatrischen Abteilung und Tagesklinik außerhalb des Landkreises erfolgen müssen. Auch ambulante Behandlungsmöglichkeiten sind außerordentlich begrenzt. Es gibt nur eine niedergelassene Psychiaterin, die zudem so überlastet ist, dass ihr Honorarvertrag mit dem SpDi bisher nicht erneuert werden konnte. Als weitere aktuell zu lösende Probleme wurden die fehlenden Angebote für suchtkranke Menschen sowie die defizitäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung bezeichnet.

## **7. Sozialpsychiatrischer Dienst Schönebeck**

Besuch am 10.01.2002

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist räumlich im Gesundheitsamt in relativ zentraler Lage der Stadt untergebracht und gut und modern ausgestattet. Jeder Mitarbeiter verfügt über einen eigenen Arbeitsraum, auch für Gruppenarbeit steht ein großer Raum zur Verfügung. Die Erreichbarkeit für gehbehinderte Personen gestaltet sich eher ungünstig, da die Räume im Obergeschoss des Hauses liegen und nur über die Treppe zu erreichen sind.

Nach wiederholtem Wechsel in der Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes hat nunmehr eine Ärztin, die sich zum Besuchszeitpunkt in der Facharztausbildung befand, mit viel Engagement die Leitung übernommen.

Die Kooperation zu ambulanten Nervenärzten ist gut. Es gibt jedoch keinen ambulant tätigen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die geplante psychiatrische Tagesklinik im Stadtkrankenhaus Calbe wurde nicht eingerichtet, so dass die klinische Versorgung in Nachbarkreisen erfolgen muss.

Kritisch wird eingeschätzt, dass der Landkreis komplementäre Einrichtungen nach wie vor nur unzureichend vorhält und auf Angebote von Nachbarkreisen bzw. Versorgungseinrichtungen in Magdeburg zurückgreift. So fehlen eine Tagesstätte, ein Wohnheim für chronisch suchtkranke Menschen, eine ambulant betreute Wohnform für psychisch Kranke und Suchtkranke sowie geschützte Arbeitsplätze für psychisch Kranke. Die Initiative und das Engagement des Landkreises, für seelisch behinderte Menschen gemeindenahе und damit zumutbare Angebote wie Wohnbereiche und tagesstrukturierende Maßnahmen zu schaffen, erscheinen noch unzulänglich.

**8. Heimverbund und Betreutes Wohnen des Diakonieverein Burghof e.V. Schönebeck**  
Besuch am 10.01.2002

Der Heimverbund hält in einem schönen Neubau für 30 geistig und seelisch behinderte Menschen überwiegend Einzelzimmer vor. Die räumliche und materielle Ausstattung des Wohnheimes, der Ergotherapie und der Begegnungsstätte ist gut. Zwischen Bewohnern und Mitarbeitern wurde ein offener und wertschätzender Kommunikationsstil registriert. Insgesamt erscheint die Tagesförderung der Bewohner noch ausbaufähig. Die Verpflegung über die Zentralküche mit täglich vier kompletten Mahlzeiten grenzt nach Meinung der Besuchskommission die Eigenständigkeit der Bewohner ein, sich z.B. kleine Mahlzeiten selbst zuzubereiten. Von der Kommission wird auch eine regelmäßige Überprüfung der WfbM-Fähigkeit der Bewohner empfohlen, um ihnen mit dem Recht auf Arbeit weitere Lebensperspektiven zu eröffnen.

Das Ambulant Betreute Wohnen für fast 30 seelisch behinderte Menschen wird derzeit über ABM-Mitarbeiter abgesichert. Dies hält die Kommission wegen der erforderlichen zuverlässigen und kontinuierlichen Beziehungen zwischen Bewohner und Betreuer für ungünstig. Außerdem sind die fachlichen Voraussetzungen der Betreuung nicht gesichert.

**9. Begegnungsstätte für psychisch Kranke, Schönebeck**  
Besuch am 10.01.02

In der Begegnungsstätte des Diakonievereins Heimverbund Burghof e.V. werden täglich bis zu 15 Personen betreut. Fest angestelltes Personal gibt es nicht; die Betreuung wird durch ABM-Kräfte gewährleistet, die ständig wechseln, was einer vertrauensvollen Betreuungsatmosphäre nicht förderlich ist.

Die geplante Tagesstätte für seelisch behinderte Menschen sei nach Aussage des Trägers vom zuständigen Ministerium mit der Begründung abgelehnt worden, die psychisch kranken Menschen könnten doch in die Tagesstätten nach Magdeburg oder Bernburg fahren. Die Besuchskommission lehnt dies entschieden ab, da Sinn und Erfolg einer Tagesstättenbetreuung gerade in ihrer Gemeindeintegration liegen.

**10. Werkstatt für behinderte Menschen, Lebenshilfewerk Magdeburg gGmbH**  
Besuch am 07.02.2002

Auf der Grundlage einer ehemaligen geschützten Werkstatt entwickelte sich unter Einbeziehung der alten Werkstatträume in den vergangenen zehn Jahren eine ansprechende, anerkannte Werkstatt für Behinderte mit einer Kapazität von derzeit 262 Plätzen. Die vorhandene Überbelegung macht sich insbesondere in den Bereichen der alten Werkstatt bemerkbar, so dass der geplante Erweiterungsbau auch aus Sicht der Besuchskommission dringend erforderlich erscheint. Die Auftragssituation in der Werkstatt ist gut. Es werden sehr vielfältige, interessante und auch den verschiedenen Behinderungsgraden angepasste Arbeitsgänge angeboten.

Selbstbewusste und aufgeschlossene WfbM-Mitarbeiter führten der Besuchskommission die vorhandenen abwechslungsreichen Arbeitsgänge vor. Es entstand der Eindruck einer gut geführten und gut organisierten Einrichtung.

Die Kommission unterstützt die Empfehlung der Werkstatteleitung, den Personalschlüssel auf Landesebene dringend zu überarbeiten und dem tatsächlichen Hilfebedarf anzupassen. Probleme wurden auch bei der Umsetzung des Rahmenvertrages gemäß § 93 BSHG genannt.

Insgesamt erschwert die wirtschaftliche Lage in Sachsen-Anhalt das Ziel der WfbM, im Einzelfall die Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erfolgreich umzusetzen.

**11. Wohnheim an der Werkstatt für behinderte Menschen, Magdeburg**

Besuch am 07.02.2002

Das Wohnheim der Lebenshilfswerk Magdeburg gGmbH in der Zielitzer Straße vermittelt den Eindruck einer guten Wohnqualität und zeichnet sich durch geschmackvoll eingerichtete Zimmer in ruhiger Wohnlage aus. Die Wohnanlage trägt dazu bei, die insgesamt unzureichende Wohnsituation für geistig behinderte Menschen in der Landeshauptstadt zu verbessern. Da nach Aussage des Trägers bereits 60 Anträge auf Wohnheimaufnahme vorliegen, erscheint ein weiterer Neubau unbedingt erforderlich. Die Kommission empfiehlt deshalb dem Ministerium, den vorliegenden Antrag vorrangig zu bearbeiten.

**12. Wohnheim an der WfbM, Roßlau**

Besuch am 07.03.2002

Die Wohneinrichtung der Lebenshilfe Rotall e. V. für 20 Bewohner ist eine gemeindenahe Einrichtung, die gut in der Stadt Roßlau und in die Versorgungslandschaft des Landkreises Anhalt-Zerbst integriert ist. Die Bewohner äußerten sich in Gesprächen mit der Kommission positiv und gaben an, sich ausgesprochen wohl zu fühlen. Die Einrichtung entspricht räumlich, personell und konzeptionell den gesetzlichen Anforderungen. Der Träger weist jedoch darauf hin, dass die derzeitige Finanzierung nicht ausreicht, um das erforderliche Fachpersonal zu bezahlen. Als weiteres Problem wird vom Träger benannt, dass die Gesamtkapazität der Wohnheimplätze an WfbM im Landkreis nicht ausreichend sei. Die geplante Kapazität eines Ersatzneubaus sei vom Ministerium ungeachtet des Bedarfs reduziert worden. Die Enthospitalisierung in ein Betreutes Wohnen sei bei dem derzeitigen geringen Personalschlüssel für die meisten schwerbehinderten Bewohner nicht realisierbar. Derzeit gäbe es deshalb Überlegungen für gestufte Wohnformen wie Außenwohngruppen und intensiv betreutes Wohnen in Kostenträgerschaft des überörtlichen Sozialhilfeträgers.

Die Besuchskommission unterstützt die Pläne für gestufte Wohnangebote am Wohnheim, empfiehlt darüber hinaus dennoch, auch das Ambulant Betreute Wohnen zu fördern und den Personalschlüssel entsprechend dem konkreten Hilfebedarf anzupassen. Hier ist der Landkreis aufgefordert, seiner Versorgungsverpflichtung für jeden behinderten Bürger seines Gebietes, der dieser Hilfe bedarf, nachzukommen.

**13. Sozialpsychiatrischer Dienstes Anhalt-Zerbst, Zerbst**

Besuch am 07.03.2002

Die Hauptstelle des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Landkreises arbeitet in einem behindertengerechten Gebäude und ist in gut ausgestatteten Räumen untergebracht. Nebenstellen befinden sich in Roßlau und Wörlitz.

Im Landkreis Anhalt-Zerbst fehlen gemeindenahe Strukturen für die Versorgung und Betreuung geistig behinderter und psychisch kranker Menschen, wie z.B. Frühförderstellen, Arbeitsmöglichkeiten, Tages- und Begegnungsstätten und Ambulant Betreutes Wohnen. Die ambulante fachärztliche Krankenversorgung wird sich verschlechtern, da einer der beiden niedergelassenen Psychiater in Kürze seine Praxis schließt. Im Landkreis stehen ca. 1000 Menschen unter juristischer Betreuung (ca. 1,3 % der Landkreisbevölkerung). Für die stationäre psychiatrische Versorgung greift der Landkreis wegen fehlender eigener Einrichtungen auf die Klinik in Dessau zurück. Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsmöglichkeiten gibt es ebenfalls nur in Dessau oder in Bernburg.

Im Landkreis hat sich bisher auch keine Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft etablieren können, die die Behinderten- und Psychiatrieplanung fachlich begleiten und die Entwicklung der nötigen Angebote koordinieren könnte.

#### **14. Heimbereich am Fachkrankenhaus Haldensleben** Besuch am 04.04.2002

Beim Heimbereich am Fachkrankenhaus Haldensleben handelt es sich nach wie vor um einen großen Wohnheimkomplex auf dem Klinikgelände mit 198 Plätzen. Der mehrmalige Heimleiterwechsel wirkte sich bisher hemmend auf die Entwicklung aus. Die Kommission hat die Hoffnung, dass sich nunmehr die Heimleitung stabilisiert. Allerdings scheint durch die Doppelfunktion der Verwaltungsleiterin, die gleichzeitig auch die Verwaltung des Fachkrankenhauses führt, eine Lösung des Heimes von der Klinik noch auszustehen.

Die Besuchskommission sieht die Ergebnisse der Enthospitalisierung im Heimbereich des Fachkrankenhauses weiterhin als unbefriedigend an. Der Umzug seelisch behinderter Menschen in das vollstationäre Caritaswohnheim in Groß Ammensleben ist dem Wesen nach nur eine Umhospitalisierung. Auch die an sich erfolgreichen Bemühungen der Ausgliederung von Wohnheimbereichen und Trainingswohngruppen sind, da keine Standortveränderung stattgefunden hat, nur scheinbare Lösungen des Enthospitalisierungsauftrages. Die Kommission empfiehlt für die weitere Planung im Bereich der Eingliederungshilfe, Gebäude außerhalb des Klinikgeländes ins Auge zu fassen, um die Normalisierung und die Individualisierung der Lebensgestaltung besser umsetzen zu können. Das Betreute Wohnen in der Stadt Haldensleben wurde bedauerlicherweise wieder aufgegeben. Durch die Rückstände in der Umsetzung sinkt die Chance vieler behinderter Menschen, die Enthospitalisierung zu erleben.

Die Betreuung der 107 Bewohner des Altenpflegebereiches erfolgt derzeit immer noch unter völlig unakzeptablen räumlichen Bedingungen, ohne private Atmosphäre, mit einer Einengung auf Tisch und Bett. Der Umzug einiger Bewohner in ein Psychiatrisches Pflegeheim mit 50 Plätzen ist in Kürze geplant.

40 Bewohner mit geistigen und seelischen Behinderungen sind auf Anordnung freiheitsentziehender Maßnahmen geschlossen untergebracht. Dieser Bereich ist nur auf Pflege, nicht auf Wohnen ausgerichtet. Weitere Probleme ergeben sich hier durch eine mangelhaft geregelte Zusammenarbeit der Mitarbeiter mit Gutachtern.

### **Besuchskommission 3**

Vorsitzender Herr Mario Gottfried, Stellv. Vorsitzende Frau Dr. Christiane Keitel

#### **Landkreis Wittenberg**

Im Berichtszeitraum hat die Besuchskommission lediglich den Diest-Hof Seyda und die WfbM-Außenstelle des Augustinuswerkes in Jessen besucht.

#### **Kreisfreie Stadt Dessau**

In der Stadt Dessau ist die Versorgungssituation insgesamt zufriedenstellend, wobei die niedrigschwelligen Angebote noch erweitert werden müssen. Dies wurde bereits im letzten Bericht kritisiert. Leider ist eine Rückentwicklung im Bereich des Ambulant Betreuten Wohnens für seelisch Behinderte dadurch eingetreten, dass die Einrichtung vom Träger, Volkssolidarität Dessau/ Roßlau e. V., zum 31.12.2001 aus wirtschaftlichen Gründen aufgegeben wurde. Eine Tagesstätte für seelisch Behinderte und Suchtkranke wird nicht vorgehalten.

#### **Landkreis Köthen**

Im Ergebnis des Besuches des Sozialpsychiatrischen Dienstes am Gesundheitsamt Köthen ist festzustellen, dass es im Landkreis Defizite in der kinderpsychiatrischen Versorgung gibt. Hilfe in Akutfällen wird durch die Zusammenarbeit mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Bernburg geleistet.

Positiv ist zu bewerten, dass ein Gerontopsychiatrisches Zentrum in Köthen geplant und durch den Sozialausschuss bereits befürwortet ist. Defizite gibt es noch in vielen Bereichen, so ist dringend eine Tagesstätte, Übergangseinrichtung und Betreutes Wohnen für Suchtkranke vorzuhalten. Der Neubau einer WfbM wird befürwortet.

#### **Landkreis Bitterfeld**

Hier bleibt es im Wesentlichen bei der Einschätzung des 8. Berichts.

Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kreis ist nach der Schließung der Außenstelle eines niedergelassenen Facharztes aus Halle nun nicht mehr gewährleistet. Die geplante Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie wurde bisher nicht genehmigt. Unbefriedigend ist auch die soziale Versorgung psychisch Kranker. Die Einrichtung einer Tagesstätte für psychisch Kranke scheint dringend erforderlich.

#### **Landkreis Bernburg**

Die Kommission verweist auf die Einschätzung des letzten Berichtes. Gravierende Defizite in der psychiatrischen Versorgung konnten nicht festgestellt werden.

### **Besuche im Einzelnen**

#### **1. Amalienhof Pflegezentrum GmbH Dessau**

Besuch am 01.10.2001

Seit dem letzten Besuch 1999 ist der Entflechtungsprozess aus dem Altenpflegezentrum, in dem zum Besuchszeitpunkt 169 alte und behinderte Menschen wohnen, fortgeschritten. Problematisch ist, dass es in der Stadt Dessau keine stationäre Wohneinrichtung für Menschen mit seelischen Behinderungen gibt. Die seelisch behinderten Bewohner sind deshalb in eine Behindertenhilfeeinrichtung des Trägers nach Zehringen, Landkreis Köthen, umgezogen. Der Träger schätzt ein, dass von den 29 Bewohnern, die Eingliederungshilfe erhalten, noch fünf bis sechs nach Zehringen gehen könnten. Etwa 20 der Bewohner sind jedoch lt. Aussage des Trägers nicht zu motivieren, ihren Wohnort zu wechseln. Teilweise konnten die Vertreter der Besuchskommission die Argumente akzeptieren, so bei über 60-Jährigen oder auch bei einer Mutter/Tochter-Bindung. Es muss aber festgestellt werden, dass 18 Bewohner derzeit unter 60

Jahre alt sind und langfristig keine andere Wohn- und Betreuungsperspektive vom Träger erhalten. Die Kommission empfiehlt deshalb, ein klar strukturiertes Konzept zu erarbeiten, in dem u.a. eine zeitliche Befristung für das „Wohntraining“ deutlich wird, damit die Bewohner nicht auf Dauer in der Altenpflegeeinrichtung leben müssen. Das grundsätzliche Ziel in der Behindertenhilfe, ein selbständigeres und damit institutionsunabhängigeres Leben für BewohnerInnen zu erreichen, sollte konsequenter verfolgt werden. Die Kommission musste feststellen, dass der Anteil der eingestellten Fachkräfte weit unter 50 % liegt.

Positiv ist die Anmietung eines Einfamilienhauses des Trägers in Ziebigk für die WfbM-ArbeitnehmerInnen zu erwähnen. Der Träger plant außerdem, Möglichkeiten des Ambulant Betreuten Wohnens anzubieten. Jedoch hat er für diesen Versorgungsbaustein bisher keine Unterstützung auf kommunaler Ebene gefunden.

## **2. Werkstatt für behinderte Menschen des Augustinuswerk Wittenberg e.V., Außenstelle Jessen**

Erstbesuch am 05.11.2001

Der neue Gebäudekomplex, in dem sich die WfbM befindet, macht einen hellen und übersichtlichen Eindruck und ist behindertengerecht gebaut worden. Momentan wirkt er zum Teil noch etwas steril, was sicherlich auf das kurze Bestehen der Einrichtung zurückzuführen ist. Die verschiedenen Arbeitsbereiche sind akzeptabel, bis auf den Bereich, in dem Sanitär-Duftspender zusammengesteckt werden. Bei dieser Tätigkeit kann keine individuelle Förderung stattfinden. Ein Ruheraum mit zwei Liegen wird vorgehalten; jedoch ermöglicht er keinen Rückzug, da er nur aus Glaswänden besteht und somit Außenreize nicht abgeschirmt werden können. Für die Ausgestaltung der Pausen gibt es wenig differenzierte Möglichkeiten, da sich die Werkstatt am Stadtrand befindet. Der Integrationsgedanke ist schwer umsetzbar. Der Bedarf für eine WfbM für seelisch Behinderte wird von der Besuchskommission gesehen und als wichtig empfunden.

Die WfbM ist bestrebt, eine separate Abteilung für Menschen mit psychischer Behinderung zu schaffen. Entsprechende Anträge wurden schon beim Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales eingereicht. Es stellt sich jedoch als schwierig dar, diesbezüglich anfallende Kosten mit dem jetzt vereinbarten Tageskostensatz der WfbM zu decken. Arbeitsmöglichkeiten, die dem angepassten Musterraumprogramm entsprechen, sind über diesen Tageskostensatz nicht finanzierbar.

## **3. Diest-Hof Seyda; Wohnheim für geistig behinderte Menschen und Wohnheim an WfbM**

Besuch am 05.11.2001

Der Diesthof wird von der Kommission als wichtige Einrichtung im vorhandenen Betreuungsnetz des Landkreises Wittenberg eingeschätzt. In den letzten Jahren wurde viel investiert, um die Sanierung der Gebäude voranzubringen. Altbauten und Neubau bilden eine gelungene Einheit. Unter der engagierten, kompetenten Leitung des Hauses hat sich ein fester Personalstamm gehalten. Die Zusammenarbeit zwischen Personal und dem neuen Heimleiter hat sich positiv entwickelt. Entsprechende Weiterbildungen für die Mitarbeiter wurden in den letzten Jahren realisiert. Differenzierte Förderpläne für die einzelnen Bewohner zeugen vom individuellen Herangehen an die subjektiven Stärken und Schwächen der einzelnen Bewohner. Konzeptionelle Ansätze des gestuften Betreuungsangebotes und der Durchlässigkeit in der Betreuung sollen noch stärker entwickelt werden. Trainingswohnen ist bereits jetzt möglich. Die ärztliche Versorgung ist gut. Enge Beziehungen bestehen sowohl zu niedergelassenen Ärzten als auch zu Krankenhäusern des territorialen Umfeldes. Die Zahl notwendiger Krankenhausaufenthalte ist in den letzten Jahren durch die sachkundige Betreuung zurückgegangen.

#### **4. Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt Köthen**

Besuch am 03.12.2001

Seit einem Jahr existiert nach Auskunft des Amtsarztes eine psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG), die sich regelmäßig trifft. Ambulante und stationäre Angebote sind vorhanden. Die Betreuung von Kindern Suchtkranker erfolgt gemeinsam mit Kindern aus „normalen“ Familien. Noch nicht verbessert hat sich die Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Es gibt in Köthen keinen Kinderpsychiater. Die Versorgung erfolgt durch Ärzte aus Bernburg und Dessau. Die Zusammenarbeit mit den stationären Einrichtungen, z.B. bei Einweisungen in Kliniken oder Heime, ist geregelt. Die Zusammenarbeit mit dem Psychiatrischen Fachkrankenhaus Bernburg ist problemlos.

Für Köthen ist ein gerontopsychiatrisches Zentrum geplant, beantragt und vom Sozialausschuss befürwortet worden. Besonders dringend ist die Einrichtung einer Tagesstätte für Suchtkranke. Die Besuchscommission empfiehlt daher, diese so bald wie möglich einzurichten.

Als Problem wurde von den Mitarbeitern des SpDi benannt, dass die Tagesstätte für seelisch behinderte Menschen immer weniger aufgesucht wurde, da der Aufenthalt dieser Tagesstätte für die Behinderte bisher mit zu hohen Kosten verbunden war. Die Besuchscommission weist auf die neuen Regelungen des inzwischen in Kraft getretenen SGB IX hin, mit denen die finanziellen Hürden für Betroffene beseitigt wurden.

#### **5. Werkstatt für behinderte Menschen, Lebenshilfe Köthen**

Besuch am 03.12.2001

Seit Mai 1999 befindet sich die Werkstatt für behinderte Menschen in einem Neubau mit 120 Plätzen im Gewerbegebiet der Stadt Köthen. Der jetzige Standort hat gute Verkehrsanbindungen. Die Räume sind hell, modern und behindertengerecht.

In der Werkstatt arbeiten geistig und seelisch behinderte Menschen. Obwohl die Einrichtung im Landkreis bekannt ist, gibt es wenig Auftraggeber aus dem Landkreis Köthen. Vorwiegend werden Dienstleistungen in Anspruch genommen (Gärtnerei, Wäscherei). Die Werkstatt ist überbelegt. Als weitere Probleme wurden von der Einrichtung benannt, dass die Stelle des erforderlichen Ergotherapeuten im Stellenplan gestrichen wurde und der bewilligte Betreuungsschlüssel für die Tagesförderung wegen der oftmals notwendigen Einzelbetreuung nicht ausreichend sei.

#### **6. Sozialpsychiatrischer Dienst Landkreis Bitterfeld**

Besuch am 07.01.2002

Der Sozialpsychiatrische Dienst am Gesundheitsamt Bitterfeld arbeitet gegenüber dem Erstbesuch mit einem reduzierten Mitarbeiterstamm bei gleich bleibendem Aufgabenbereich. Es fiel der Besuchscommission auf, dass der SpDi trotz der Existenz zweier Suchtberatungsstellen im Landkreis intensiv in die ambulante Beratung Suchtkranker involviert ist. Die stationäre Versorgung psychisch Kranker erfolgt im Wesentlichen außerhalb des Landkreises. Eine teilstationäre psychiatrische Versorgung wird durch die Tagesklinik für Psychiatrie/Psychotherapie mit einer Kapazität von 15 Plätzen ermöglicht. Die psychiatrische Versorgung Kinder und Jugendlicher ist nach dem Weggang eines niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaters regional nicht mehr gewährleistet. Das Projekt einer kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik ist bisher nicht positiv beschieden. Als unbefriedigend wird auch die soziale Versorgung psychisch Kranker eingeschätzt. In diesem Zusammenhang wird von der Besuchscommission die Einrichtung einer Tagesstätte für psychisch Kranke im Landkreis dringend befürwortet.

## **7. Altenpflegeheim Pro Civitate, Carlsfeld**

Besuch am 07.01.2002

In der Einrichtung hat seit dem letzten Besuch 2000 eine weitere Entflechtung durch Umzug von geistig und seelisch behinderten Menschen, die Anspruch auf Eingliederungshilfe haben, in andere Einrichtungen des Trägers stattgefunden. Nunmehr leben nur noch vier behinderte Bewohner hier, die eine WfbM besuchen und ebenfalls demnächst in eine entsprechende Einrichtung nach Wolfen umziehen sollen. Damit erreichte der Träger das geplante Ziel, in Carlsfeld eine „reine“ Altenpflegeeinrichtung für derzeit 47 Bewohner zu betreiben. Der sehr abgelegenen Lage des Heimes versucht der Träger u.a. durch die Nutzung von Rufbussen entgegenzuwirken. Eine Integration der pflegebedürftigen Bewohner in das Leben umliegender Gemeinden erscheint jedoch fraglich.

Die zum Besuchszeitpunkt erfolgten umfangreichen Umbau- und Sanierungsarbeiten führten für die Heimbewohner zu räumlich beengten Verhältnissen und zu Provisorien, lassen aber wesentliche Verbesserungen der Wohn- und Arbeitsbedingungen erwarten.

Der Auffassung des Trägers und der Heimleitung, dass mit der Profiländerung des ehemaligen Eingliederungshilfeheimes in ein Altenpflegeheim die Zuständigkeit des Psychiatrieausschusses erloschen sei, muss widersprochen werden. Der Ausschuss mit seinen Besuchskommissionen ist gesetzlich verpflichtet, die Betreuung und Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, gleich welcher Altersstufe, zu prüfen. Bekanntermaßen leben in allen Altenpflegeheimen zu einem wachsenden Anteil Menschen, die psychiatrisch und hier insbesondere gerontopsychiatrisch zu versorgen sind. Darüber hinaus ist in den Unterlagen der Einrichtung detailliert belegt, dass die Bewohner durchgängig an geistigen bzw. seelischen Behinderungen leiden, die mit dem Älterwerden und der Umstufung in den Pflegebereich nicht verschwunden sind. Deshalb wird auf Empfehlung des Ausschusses diese Einrichtung auch weiterhin von der Kommission aufgesucht werden.

## **8. Werkstatt für behinderte Menschen der Lebenshilfe Bernburg**

Besuch am 04.02.2002

Der Neubau der Einrichtung ist architektonisch gelungen. Die Werkstatt ist für 140 Arbeitsplätze konzipiert. Von den insgesamt 232 Mitarbeitern, die in dieser Werkstatt tätig sind, sind noch 49 Klienten in Peißen tätig. Im Vergleich zum vorherigen Besuch 1999 (148 Mitarbeiter) kam es zu einem erheblichen Zugang von Mitarbeitern. Es wird von der Geschäftsführung auf die problematische Betreuungssituation aufgrund der Überbelegung der Werkstätten aufmerksam gemacht. Damit verbunden sei eine Qualitätsminderung in der Arbeit mit den werkstattbeschäftigten Mitarbeitern. Das Ministerium Sachsen-Anhalt habe jedoch einer geplanten größeren Werkstatt nicht zugestimmt. Vom Amt für Versorgung und Soziales in Magdeburg sei mitgeteilt worden, dass erst eine Überbelegung von 30% bis 40% vorliegen müsse, um einen Ausbau und Aufbau von Außenstellen zu genehmigen. Problematisch sei das Leistungsentgeltverfahren für 2002, das zwischen Träger und Landesversorgungsamt noch nicht entschieden ist.

In der Konzeption, die für die seelisch behinderten Mitarbeiter erstellt wurde, fällt die Zielstellung positiv auf, geeignete werkstattbeschäftigte Mitarbeiter in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu integrieren und dieses Ziel über Praktika in Betrieben und Einrichtungen anzubahnen. Bisherige Bemühungen, WfbM-Mitarbeiter über Maßnahmen des Arbeitsamtes dauerhaft in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren, waren nicht erfolgreich gewesen. Als ein weiteres Problem nannte die Geschäftsführung, dass der Verwaltungsaufwand für die Einrichtung zur immer wieder erneut notwendigen Beantragung von Linien im Behindertenfahrdienst oder auch im Rahmen persönlicher Genehmigungen zum Fahrdienst nach den Regeln des Rundschreibens 31/98 des Amtes für Versorgung und Soziales erheblich zu hoch ist.



## **9. Tagesstätte für seelisch behinderte Menschen „Lichtblick“, Bernburg**

Besuch am 04.02.2002

Die Tagesstätte der Diakonie für 15 Menschen mit seelischen Behinderungen wird von den Mitarbeitern mit großem Engagement geführt. Die Atmosphäre der Einrichtung ist freundlich und offen. Die Tagesstättenbesucher äußerten sich der Kommission gegenüber zufrieden mit den angebotenen Möglichkeiten und tagesstrukturierenden Maßnahmen der Einrichtung. Der Kommission wurde jedoch nicht deutlich genug, dass es sich bei diesem niederschweligen Angebot tatsächlich um eine Tagesstätte und nicht um eine Begegnungsstätte handelt. Die Konzeption berücksichtigt u.a. zu wenig die verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen bzw. individuellen Ressourcen der Besucher.

Bei der Einsicht in ausgewählte Dokumentationen der Tagesstätte musste die Kommission deutliche Mängel feststellen. Die Defizite führte die Bereichsleiterin auf die noch ungenügend gesicherte inhaltliche Zusammenarbeit des örtlichen Fachkrankenhauses sowie der niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie mit der Tagesstätte zurück. Nach Auffassung der Kommission liegen Verbesserungsmöglichkeiten neben einer offensiveren Öffentlichkeitsarbeit vor allem in der Überarbeitung und Konkretisierung der eigenen Konzeption der sozialtherapeutischen Arbeit.

Der Träger der Tagesstätte plant, im kommenden Jahr weitere Räume des Gebäudes, die derzeit noch von einer Sozialstation genutzt werden, für Therapie und Küchennutzung zugänglich zu machen und damit das Angebot für die Tagesstätte zu erweitern.

## **10. Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Dessau**

Besuch am 04.03.2002

Nach seinem Umzug im November 2000 hat der Dienst einen zentralen, innerstädtischen Standort erhalten. Die personelle Ausstattung des Dienstes ist gut. Das Team besteht aus einer Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie als Leiterin, einer Sozialarbeiterin, einem Sozialarbeiter, einer Krankenschwester und einer Sekretärin. Es wird qualifizierte und engagierte Arbeit geleistet. Als nachteilig erweist sich in den neuen Räumen die Hellhörigkeit des Gebäudes.

Im Mittelpunkt stehen aufsuchende Hilfen und gruppentherapeutische Angebote.

Über einen psychosozialen Arbeitskreis innerhalb der Stadtverwaltung wird die Psychiatrieplanung des Sozialpsychiatrischen Dienstes mit der Kommune abgestimmt. Auch mit den anderen Trägern psychosozialer Einrichtungen erfolgt eine enge Zusammenarbeit. Eine PSAG gibt es bisher in Dessau nicht.

Leider ist eine Rückentwicklung im Bereich des Ambulant Betreuten Wohnens für seelisch Behinderte eingetreten, da die Einrichtung vom Träger, Volkssolidarität Dessau/Roßlau e. V., aus wirtschaftlichen Gründen aufgegeben werden musste.

Tagesstätten für seelisch Behinderte oder Suchtkranke werden nicht vorgehalten.

## **11. Suchtberatungsstelle des Diakonisches Werk Bethanien, Dessau**

Besuch am 04.03.2002

Nach einem Trägerwechsel 2001 befindet sich die Beratungsstelle noch in einer Phase der Neuorientierung. Die Suchtberatungsstelle ist verkehrsgünstig innerstädtisch gelegen und fügt sich gut in das Gemeinde- und Diakoniezentrum mit seinen anderen Beratungsdiensten ein.

Die Beratungsstelle ist ausreichend besetzt mit einer Diplom-Sozialarbeiterin, einer Sozialarbeiterin in Ausbildung und einer Diplom-Gesundheitswirtin.

Im Jahr 2001 wurden insgesamt 190 Ratsuchende, Betroffene und Angehörige in insgesamt 698 Einzelgesprächen betreut. Sehr intensiv gestaltet sich die Gruppenarbeit in dieser Einrichtung. Derzeit bestehen drei Gruppen für Männer und zwei Gruppen für Frauen, die sich wöchentlich treffen. Außerdem existieren eine Angehörigengruppe und eine Männergruppe, die sich 14tägig treffen.

Die Zusammenarbeit mit der zweiten Suchtberatungsstelle der Stadt Dessau ist gut.

Die Einrichtung kritisiert die Finanzierung ihrer Suchtberatungsstelle, insbesondere, dass zugesagte Fördermittel während des laufenden Haushaltsjahres gestrichen wurden. Diese Defizite musste der Träger aus eigenen Mitteln aufbringen.

## **12. Betreutes Wohnen für suchtkranke Menschen des DW Bethanien, Dessau** Besuch am 04.03.2002

Das Betreute Wohnen des Diakonischen Werkes Bethanien e. V. ist ein wichtiger Bestandteil des Versorgungsnetzes für Suchtkranke in der Stadt Dessau. Zurzeit werden in der ambulant betreuten Wohnform sechs Betroffene begleitet. Die Räumlichkeiten sind in gutem Zustand, individuell und wohnlich eingerichtet.

Die Betreuung erfolgt qualifiziert und engagiert. Der Kontakt zwischen den Mitarbeitern und den Bewohnern erscheint herzlich und von gegenseitiger Achtung getragen. Die Verweildauer der Bewohner ist nicht von vornherein begrenzt. So können individuelle Voraussetzungen des einzelnen Betreuten ausreichend berücksichtigt werden. Allerdings liegt darin auch die Gefahr der Überversorgung Einzelner, die bereits langjährig untergebracht sind und den Schritt in die Selbständigkeit von sich aus nicht wagen. Hier ist der Kommission nicht transparent geworden, wie der Bewohner für das eigenständige Leben vorbereitet wird. Es wird deshalb empfohlen, eine Übergangslösung, z.B. durch Bildung von Wohngemeinschaften, anzuregen und auf diese Weise den Bewohnern den Schritt in die Selbständigkeit leichter zu machen.

Der Träger kritisiert die unbefriedigende Finanzierung der Einrichtung über eine Tagessatzhöhe, die nicht ausreichend ist. Das Problem wird nur dadurch gelöst, dass die Einrichtung unter dem Dach eines großen Trägers betrieben wird.

## **13. Fachkrankenhaus Bernburg, Abteilung für Gerontopsychiatrie** Besuch am 08.04.2002

Die Klinik für Gerontopsychiatrie wird mit 37 Planbetten im Fachkrankenhaus geführt. Außerdem existieren fünf tagesklinische Plätze, die im Klinikbettenplan integriert sind. Es werden Patienten etwa ab dem 60. Lebensjahr aufgenommen und Erkrankungen wie Hirnleistungsstörungen, Depressionen, Psychosen und Suchterkrankungen behandelt. Neben ärztlicher, psychologischer, paraklinischer und bildgebender Diagnostik wird ein individueller Therapieplan festgelegt. Dieser beinhaltet neben Pharmakotherapie ein breites Spektrum an Ergotherapie, Psychotherapie und Physiotherapie sowie Musik- und Logotherapie. Die Verweildauer betrug im Jahr 2001 ca. 27 Tage, die Auslastung lag bei 95 %.

Die Klinik befindet sich in einem Neubau (Eröffnung 1995) mit hellen und freundlichen Räumen. Es werden Ein- und Zwei-Bettzimmer mit eigener Nasszelle vorgehalten. Auf der Station befinden sich ein Stationsbad sowie fünf Duschen. Die sanitären Einrichtungen sind behindertengerecht. Die Gruppenräume sind großzügig, ausreichend und angemessen gestaltet. Die Stationsflure und Patientenzimmer hinterlassen dagegen einen relativ „nüchternen“ Eindruck. Die Kommission vermisst Orientierungshilfen wie z.B. Fotos, Farben und Bilder bzw. bunte Ornamente. Die in der Einrichtung hierzu vorhandenen Ideen und Gedanken sollten schnellstmöglich umgesetzt werden.

Die personelle Ausstattung der Klinik ist gut und hochqualifiziert.

Die Einschätzung der Klinik, dass keine ausreichende gerontopsychiatrische Versorgung der in Altenpflegeheimen lebenden Patienten durch Nervenärzte gewährleistet ist, bestätigt die bisherigen Erfahrungen der Besuchskommission. Hier kommt es entweder zu Unterversorgungen der Bewohner oder aber zu Überdosierungen von Medikamenten mit der Folge, dass viele Patienten mehrfach wieder in die Klinik aufgenommen werden mussten. Dies wäre vermeidbar durch konstante ambulante psychiatrische Weiterbehandlung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus.

#### **14. Fachkrankenhaus Bernburg, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**

Besuch am 08.04.2002

Die Klinik am Fachkrankenhauses Bernburg hält auf vier Stationen 60 Planbetten vor. Der Stellenwert dieser Einrichtung wird von der Kommission sehr hoch angesetzt. Sie kompensiert die nach wie vor in weiten Gebieten des Landes defizitäre ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Die Einrichtung befindet sich gegenwärtig noch in einem Altbau, einem ehemaligen Kinderkurheim. Optisch zeigt die Einrichtung einige „Patina“, an einigen Stellen zeigt sie auch ein stark abgewohntes Bild. Die Mitarbeiter und die Patienten, die zum Teil über mehrere Monate in der Einrichtung behandelt werden, äußerten sich zufrieden mit der Einrichtung. Ansprechend ist auch der Außenbereich, der den Jugendlichen einfache, aber gut angenommene Beschäftigungsfelder bietet. Die personelle Ausstattung und das Therapieangebot der Einrichtung können als gut eingeschätzt werden. Die Einrichtung plant seit langem einen Neubau auf dem Gelände des Fachkrankenhauses. Es ist davon auszugehen, dass es dann zu einer wesentlichen Verbesserung in den Patientenzimmern, Therapie- und Freizeitangeboten kommen wird.

Unakzeptabel erscheint der Kommission, dass gegenwärtig eine Wartezeit für die Neuaufnahme von Patienten von vier Monaten besteht. Nach Aussage der Einrichtung ist damit zu rechnen, dass sich diese Wartezeiten noch verlängern werden. Eine Ursache liegt in der völlig ungenügenden ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in der gesamten Region.

Kritisiert werden muss erneut die reduzierte Beschulung der Patienten. In den vergangenen Jahren wurden den drei externen Grundschullehrern, die in der Einrichtung tätig waren, die Unterrichtsstunden stufenweise und ersatzlos gekürzt. Im letzten Schuljahr machte dies neun Wochenstunden aus. Bei der z.T. sehr langen Verweildauer der Patienten in der Einrichtung entstehen hierdurch Wissenslücken, die nach der Entlassung und Rückkehr in die Heimatschule wieder zu Verhaltensauffälligkeiten führen können.

## **Besuchskommission 4**

Vorsitzender Herr Joachim Müller, Stellvertr. Vorsitzende Frau Susanne Rabsch

### **Landkreis Halberstadt**

Seit etwa einem Jahr existiert die PSAG für den Landkreis Halberstadt unter Federführung des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi). In den Fachausschüssen arbeiten Vertreter der Träger der Behindertenhilfe und kommunale Mitarbeiter gemeinsam an der Lösung von Sachfragen. Ziel ist eine bessere Vernetzung, Erhöhung der Betreuungsqualität und fachkompetente bedarfsgerechte Planung. Schwerpunktmäßig sollen gemeinsame Handlungsweisen und Handlungskompetenzen für den Komplementärbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie erarbeitet werden. Die zuständigen Kliniken Uchtspringe und Bernburg sind für die ohnehin sehr belasteten Eltern schwer erreichbar.

Positiv hervorzuheben sind die etablierten komplementären teilstationären und ambulanten Versorgungsstrukturen für seelisch Behinderte infolge Sucht. Die stationäre Behandlung erfolgt überwiegend im Diakonie-Krankenhaus Elbingerode und in der Psychiatrischen Fachabteilung Neinstedt.

Komplementäre ambulante und teilstationäre Angebote für seelisch Behinderte sind im Landkreis vorhanden. Die klinische Vollversorgung erfolgt in der Psychiatrischen Abteilung Blankenburg, die Wohnheimunterbringung in Wernigerode.

### **Landkreis Quedlinburg**

Nach dem Ausscheiden des bisherigen Amtsarztes und Leiters des Sozialpsychiatrischen Dienstes gibt es im Gesundheitsamt Quedlinburg keinen Nervenarzt mehr. Die Leitung des Sozialpsychiatrischen Dienstes hat der jetzige Amtsarzt übernommen. Im Landkreis gibt es gewachsene Strukturen für die komplementäre Versorgung seelisch behinderter Menschen von ambulanter Wohnbetreuung über Tagesstätte, WfbM und neu das Angebot Wohnheim für seelisch behinderte Menschen in Ballenstedt. Die klinische Versorgung erfolgt in der Psychiatrischen Fachabteilung des Klinikums Quedlinburg in Ballenstedt bzw. im Psychiatrischen Fachkrankenhaus Neinstedt. Mehr Kooperation zwischen den beiden Kliniken ist zu empfehlen, besonders auch in der Absprache zu Spezialangeboten. In beiden Kliniken fehlen Fachärzte.

Für hoch brisant hält die Besuchskommission die Schließung der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Quedlinburg, begründet u.a. durch mangelnde Kooperation der Krankenkassen. Für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung sind dringend teilstationäre und stationäre Behandlungsplätze erforderlich. Zurzeit erfolgt die Versorgung lediglich durch die Ermächtigung von Krankenhausärzten, das Angebot ist deutlich eingeschränkt.

Der komplementäre Bereich für seelisch behinderte Menschen infolge Sucht ist bedarfsgerecht mit niederschweligen Angeboten für Wohnen und Tagesstrukturierung versorgt. Die Zusammenarbeit mit dem Diakonie-Krankenhaus Elbingerode ist sehr gut.

Hervorzuheben ist im Landkreis das Ambulant Betreute Wohnen für geistig behinderte Menschen. Erstmals ist damit eine gezielte Enthospitalisierung aus den Heimen möglich. In der Altstadt von Quedlinburg gibt es vom Lebenshilfe-Kreisverband und den Neinstedter Anstalten sehr gelungene integrative Wohnangebote.

Seit Jahren besteht eine PSAG. Durch Kreistagsbeschluss hat sie ein Mitspracherecht für Planungsfragen in der Behindertenhilfe.

## **Landkreis Wernigerode**

Da die Besuchskommissionen der 3. Legislaturperiode erst im September 2001 in ihr Amt berufen wurden, ist wegen des verkürzten Berichtszeitraumes in diesem Landkreis erst mit den Besuchen begonnen worden.

Deutlich wurden während des ersten Termins die gut vernetzten und gewachsenen Strukturen im Komplementärbereich für geistig Behinderte, seelisch Behinderte und seelisch behinderte Menschen infolge Sucht. Insbesondere die ambulanten und teilstationären Wohn-, Beschäftigungs- und Arbeitsangebote bilden die Grundlage von Enthospitalisierung.

Es fehlen Angebote für ein Ambulant Betreutes Wohnen für geistig behinderte Menschen.

## **Landkreis Aschersleben**

Dieser Landkreis konnte bisher wegen des verkürzten Berichtszeitraumes nicht besucht werden.

## **Besuche im Einzelnen**

### **1. Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt Quedlinburg**

Besuch am 24.10.2001

Der Sozialpsychiatrische Dienst am Gesundheitsamt Quedlinburg erfüllt die ambulanten Aufgaben nach PsychKG LSA ohne den Vollzugsdienst. Nach dem Ausscheiden des bisherigen Leiters gibt es keinen Nervenarzt mehr im Gesundheitsamt. Die Leitung wurde vom jetzigen Amtsarzt übernommen. Zugenommen haben die Überprüfungen der Eingliederungshilfen nach BSHG. Bei Empfehlungen von ambulanten Wohn- und Betreuungsangeboten wirkt sich in der Praxis der Interessenkonflikt zwischen örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger hemmend aus. Der Sozialpsychiatrische Dienst arbeitet gut vernetzt mit aufsuchenden Hilfen, ambulanten Betreuungsgesprächen und Gruppenangeboten für chronisch psychisch Kranke, geistig Behinderte und Suchtkranke.

Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Betreuungsbehörde. Erschwert wird die Arbeit durch die teilweise zu langen Bearbeitungszeiten für Betreuungen im Gericht. Hervorzuheben ist die aktive Arbeit der PSAG unter Federführung des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Spezifische Weiterbildungen und Supervisionssitzungen wären für die Mitarbeiter wünschenswert. Darüber hinaus wird ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch mit den Sozialpsychiatrischen Diensten der anderen Landkreise empfohlen.

### **2. Psychiatrisches Krankenhaus Neinstedt**

Besuch am 21.11.2001

Das Fachkrankenhaus der Neinstedter Anstalten übernimmt einen Teil der psychiatrischen Versorgung der Region. Dafür stehen 40 Betten auf zwei Stationen, 20 Plätze in der Tagesklinik und eine Institutsambulanz zur Verfügung.

Nach Aussagen der Klinikleitung und vorliegender schriftlicher Konzeption werden alle psychiatrischen Krankheitsbilder sowie neurologische Erkrankungen, wie Epilepsien und Parkinsonerkrankungen, außerdem zunehmend jugendliche Drogenabhängige behandelt. Das wird von der Besuchskommission kritisch beurteilt, da entsprechende Behandlungsstrukturen nicht vorgehalten werden können. Die Besuchskommission stellte fest, dass eine Spezialisierung auf die psychiatrische Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung, wie konzeptionell vorgesehen und von der Kommission begrüßt, bisher nur in Ansätzen realisiert wurde.

Die räumlichen Bedingungen entsprechen nicht dem erforderlichen Standard. Die Räume sind beengt und befinden sich an verschiedenen Standorten innerhalb des Geländes. Es fehlen Fachärzte.

Von der Besuchskommission wird erneut empfohlen, dass sich das Krankenhaus in Abstimmung und zur Ergänzung der psychiatrischen Versorgung am Klinikum Quedlinburg auf spezielle Angebote innerhalb des psychiatrischen Behandlungsbereiches konzentriert.

### **3. WfbM-Bereich für seelisch behinderte Menschen, ERAS-Kreuzhilfe der Neinstedter Anstalten in Thale**

Besuch am 21.11.2001

Die Zweigwerkstatt für seelisch Behinderte hat sich gut etabliert. Die Kapazität von 48 ist durch die derzeit 45 behinderten Mitarbeiter, davon fünf Mitarbeiter im Berufsausbildungsbereich, fast ausgeschöpft. Die Arbeitsangebote umfassen Recycling, Archivierung, Hauswirtschaft und Garten. Den besonderen Bedürfnissen der seelisch behinderten Menschen wird durch die Bildung kleiner Gruppen und die Möglichkeit von Einzelarbeit Rechnung getragen. Eine Vermittlung behinderter Mitarbeiter auf den ersten Arbeitsmarkt ist im Moment trotz rehabilitativer Fortschritte der Betroffenen unrealistisch. Empfehlungen für eine Arbeit in der WfbM bekommen die seelisch Behinderten von Kliniken, niedergelassenen Ärzten, Sozialarbeitern und zu selten vom Arbeitsamt. Die Personalbemessung wird vom Träger als zu niedrig angegeben. Die vier betreuenden Mitarbeiter verfügen über keine psychiatrischen Kenntnisse. Geplant ist, diese nach zwei Praxisjahren in einer sonderpädagogischen Zusatzausbildung zu erwerben. Unter diesem Gesichtspunkt empfiehlt die Kommission, umgehend Supervision anzubieten, um einer Überforderung der Mitarbeiter vorzubeugen.

Kritisch anzumerken ist die ungenügende Abwesenheitsregelung im Krankheitsfall.

### **4. Wohnheim „Elisabethstift“ der Neinstedter Anstalten**

Besuch am 21.11.2001

Die Wohnstätte Elisabethstift für 93 geistig behinderte Menschen ist immer noch in einem alten Wohnheim mit schlechter Bausubstanz und engen räumlichen Bedingungen untergebracht. Der Umzug in einen Ersatzbau mit 60 Plätzen sei nach Aussage der Leitung für 2003 geplant.

Trotz der beengten Verhältnisse ist die Atmosphäre gut. Von den Bewohnern gehen zwölf in die WfbM am Ort. Das besondere Angebot zur intensiven Betreuung von vier schwerst verhaltensauffälligen Bewohnern wurde von der Kommission sehr begrüßt, zumal nach drei Jahren nunmehr das Ziel der Re-Integration der Bewohner in ein Gruppenleben erkennbar war. Leider gibt der Träger dieses besondere Angebot auf.

Für 33 Bewohner werden neue Wohnmöglichkeiten gesucht. Bemühungen, auch Wohngruppen außerhalb von Neinstedt zu etablieren, z.B. in Quedlinburg, sind erfolgreich angelaufen. Es wird erkannt, dass auch der Bedarf an Ambulant Betreutem Wohnen wächst.

Da viel Bewohner im „Elisabethstift“ alt geworden ist, gibt es Bemühungen, sie auch weiterhin im gewohnten Umfeld im Rahmen der Eingliederungshilfe zu betreuen. Dem standen bisher teilweise gesetzlichen Regelungen entgegen, die die Gewährung von Eingliederungshilfe ab einem bestimmten Alter versagen. Der Träger bemüht sich um rechtliche Klärung; vorgeschlagen sei die Schaffung von Richtlinien, die Eingliederungsleistungen neben Pflegeleistungen ermöglichen.

**5. Pflegeheim „Haus Einetal“ Schielo**  
Besuch am 12.12.2001

In dem Heim leben 40 geistig und mehrfachbehinderte Menschen, 13 geistig behinderte Menschen im WH an WfbM, 35 seelisch Behinderte sowie 22 seelisch Behinderte infolge Sucht. Neu ist die Möglichkeit des Trainingswohnens in separaten Häusern als Außenwohngruppen für jeweils zehn und acht seelisch behinderte Menschen. Seit dem letzten Besuch hat sich die Wohnsituation der Behinderten durch bauliche Veränderungen des Trägers positiv verändert. Es gibt inzwischen kleinere Wohneinheiten mit zugeordneten Nasszellen.

Ebenfalls positiv ist die Eingliederung von einigen Bewohnern in die WfbM. Als Hinderungsgrund für die Gewinnung von Bewohnern für eine Arbeit in der WfbM schildern die Mitarbeiter die zu langen Beantragungszeiten und die fehlende Bezahlung im Eingangs- und Arbeitstrainingsbereich. Es besteht nach wie vor nur ein geringes Maß an Integrationsmöglichkeiten für die behinderten Bewohner. Hervorzuheben ist deshalb das Bemühen, der räumlichen Abgeschiedenheit des Pflegeheims durch verstärkte Kommunikation mit der Bevölkerung der Region und durch zusätzliche Außenaktivitäten zu begegnen.

Die Ausstattung der Ergotherapie und des Snoezelraums entspricht noch nicht den vorgegebenen Standards.

Nach wie vor vermittelt die Einrichtung den Charakter eines Krankenhauses. Empfohlen werden konzeptionelle, das bisherige Profil verändernde Umstrukturierungen.

**6. Heilpädagogisches Kinderheim Halberstadt**  
Besuch am 09.01.2002

Im Kinderheim „St. Josef“ stehen 47 Plätze für die Betreuung geistig mehrfachbehinderte Kinder und Jugendlicher zur Verfügung. Ein integrativer Kindergarten des Trägers befindet sich in unmittelbarer Nachbarschaft. In der Einrichtung herrscht eine freundliche familienähnliche Atmosphäre. Hervorzuheben sind neben den personenbezogenen Hilfen in Betreuung und Pflege die speziellen therapeutischen Angebote für Kinder mit schwersten körperlichen und geistigen Störungen. Die Zusammenarbeit mit der Einrichtung in Dingelstedt, die Bewohner nach ihrem Eintritt in das Erwachsenenalter aufnimmt, ist inzwischen gut gedingen. Mitarbeiterinnen des Hauses sind auch in der PSAG des Landkreises Halberstadt vertreten.

Als problematisch für den Erhalt dieser fachkompetenten und gut strukturierten inhaltlichen Arbeit im Heim werden die derzeit unzureichenden Vereinbarungen über den Pflegesatz benannt.

**7. Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt Halberstadt**  
Besuch am 09.01.2002

Der Sozialpsychiatrische Dienst am Gesundheitsamt Halberstadt ist mit einer Fachärztin für Psychiatrie (½ Stelle) und drei Diplom-Sozialarbeitern/-pädagoginnen fachkompetent besetzt und erfüllt nach PsychKG LSA ambulante Beratungs- und Betreuungsaufgaben und, während der Dienstzeiten, den Vollzugsdienst nach PsychKG.

Im letzten Jahr ist eine PSAG mit den Unterausschüssen für geistig Behinderte, psychisch Kranke, Gerontopsychiatrie, Suchtkranke und Kinder- und Jugendpsychiatrie unter Federführung des SpDi gegründet worden. Es bleibt zu hoffen, dass sich die Gremien schnell zusammenfinden und die PSAG vom Landkreis mit der nötigen Beratungskompetenz ausgestattet wird. Mit der Psychiatrischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Blankenburg/Landkreis Wernigerode gibt es eine enge Zusammenarbeit. Zugenommen hat der Beratungs- und Informationsbedarf für Angehörige von dementen Patienten und für Vorsorgevollmachten, bei dem der Sozialpsychiatrische Dienst auf die Unterstützung durch die Betreuungsbehörde zurückgreifen kann. Deutliche Defizite werden im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie geschildert. Durch den fehlenden Psychiatrieplan ist noch keine Feststellung über den Bedarf an Ambulant Betreutem Wohnen getroffen worden.

**8. Cecilienstift zu Halberstadt, Wohnheime für geistig behinderte Menschen und Wohnheim an WfbM**  
Besuch am 06.02.2002

Das „Wohnheim im Park“ ist ein Wohnheim an WfbM für 60 geistig behinderte Menschen. Das neu entstandene Haus ist auf drei Etagen in sechs Wohnbereiche für je zehn Bewohner aufgeteilt. Es gibt keine Fremdversorgung, Kochen und Einkaufen erfolgen selbst oder unter Anleitung der Betreuer.

Im „Anna-Mansfeld-Haus“, das vollständig rekonstruiert wurde, wohnen zwölf geistig behinderte und schwer verhaltensauffällige Menschen. Durch die geringe Bewohnerzahl konnte eine deutliche Verminderung der Verhaltensauffälligkeiten beobachtet werden. Es gibt auch eine Außenwohngruppe mit selbständigeren Bewohnern. Ein betreutes Wohnen ist geplant, allerdings in Trägerschaft des überörtlichen Trägers. Externe und interne Freizeitangebote werden von einer Pädagogin organisiert. Es gibt im Haus Räume für Sport, Einzelförderung, Computerangebote und Musik sowie einen Snoezelraum.

Die Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Betreuern wird als nicht zufriedenstellend geschildert, da nach Aussage der Leitung die Betreuer zu oft *für* und zu wenig *mit* den Behinderten arbeiten.

Die Kommission gibt zu bedenken, dass ein Wohnheim mit 60 Plätzen den Prinzipien der Normalisierung und Selbstbestimmtheit entgegensteht.

**9. Tagesstätte und Betreutes Wohnen für seelisch behinderte Menschen infolge Sucht ASB Halberstadt**  
Besuch am 06.03.2002

Die Tagesstätte mit einer Kapazität von 15 Plätzen und das Ambulant Betreute Wohnen mit zwölf Plätzen sowie der angegliederte Kontaktladen liegen in der Altstadt von Halberstadt und sind für die Suchtkranken des Landkreises gut erreichbar. Niederschwellig mit gestuften Betreuungsangeboten ist erstmals im Landkreis die gemeindenahе ambulante Versorgung von Suchtkranken nach Entgiftung und Rehabilitation möglich. Das Ziel ist Eigenverantwortung. Die Zusammenarbeit mit den Fachkliniken der Region ist gewachsen. In der neu gegründeten PSAG wird mitgearbeitet. Die bedarfsgerechte Kapazitätserweiterung wurde dort diskutiert und befürwortet. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass bei den derzeitigen Finanzierungsmodalitäten die Sicherung der ambulanten Angebote sehr schwierig ist.

**10. Sozial- und Suchtberatungsstelle ASB Halberstadt**  
Besuch am 06.03.2002

Die Beratungsstelle ist im Dezember 2001 in das Haus Voigtei 38 gezogen. Die Schwerpunkte der Arbeit liegen im Bereich der Alkoholabhängigkeit. Darüber hinaus gibt es das Modellprojekt „Prävention“. Medikamenten- und Spielsucht sowie Essstörungen spielen eine untergeordnetere Rolle. Es werden regelmäßig verschiedene Gruppen angeboten, z.B. eine Selbsthilfegruppe, eine Frauengruppe, auch eine Angehörigengruppe. Tendenziell erkennbar ist, dass zunehmend Frauen die Suchtberatung aufsuchen. Für die suchtspezifisch ausgebildeten Mitarbeiter wird monatlich eine Supervision realisiert. Sie sind außerdem in Suchtarbeitskreisen der verschiedensten regionalen und überregionalen Gremien aktiv.

Es besteht eine gute Zusammenarbeit mit den Rehabilitationskliniken in Kelbra, Sotterhausen und Elbingerode. Klienten kommen auch durch niedergelassene Ärzte, verschiedene Ämter und Mund-zu-Mund-Propaganda.

Als Problem erweist sich die ungeklärte Finanzierung der Beratung der zahlenmäßig zunehmenden Klientel aus dem offenen und geschlossenen Vollzug der Justizvollzugsanstalt. Das ist mit der derzeitigen personellen Situation nicht realisierbar. Das Ministerium verweist auf die Zuständigkeit des Landkreises.



Im Sommer 2002 läuft das Modellprojekt Prävention nach drei erfolgreichen Jahren aus. Trotz Zusicherung der weiteren Förderung durch den Landkreis ist bei gekürzter Zuweisung von Landesmitteln die Finanzierung durch den Träger noch ungeklärt. Das Modellprojekt hält Angebote für Schüler und Pädagogen bereit. Außerdem wurden regionale Fachtagungen organisiert. Es bestehen Kooperationen mit anderen Angeboten, z.B. Gewaltprävention und Kriminalitätsprävention. Die Besuchskommission empfiehlt, auch die Zusammenarbeit mit der Polizeidirektion Halberstadt zu intensivieren.

Wegen der besonderen Bedeutung der präventiven Arbeit hält die Kommission eine Fortführung für dringend erforderlich. Die Erfahrungen des Modellprojektes sollten außerdem zum Aufbau entsprechender Angebote in anderen Regionen genutzt werden.

**11. Wohnheime für geistig und mehrfach behinderte Menschen, Haus der Diakonie Wernigerode**

Besuch am 24.04.2002

Mit 79 Plätzen an zwei Standorten deckt die Einrichtung den Bedarf der Region. Vier rekonstruierte Häuser mit Garten bieten den Bewohnern sehr gute äußere Bedingungen. Durch die ausreichende Personalbesetzung ist eine individuelle Hilfeleistung möglich. Die Tagesstrukturierung wird vom begleitenden Dienst außerhalb der eigentlichen Wohnräume gestaltet. Bisher ist noch kein Bewohner in die WfbM integriert worden, obwohl es Vorbereitungen dazu gab. Geplant ist eine Außenwohngruppe mit Wohntrainingscharakter. Der Aufbau einer Tagesbetreuung wird empfohlen, außerdem konzeptionelle Schritte, um den pflegebedürftigen alten, geistig behinderten Menschen gerecht zu werden. Hervorzuheben sind die geplanten trägerübergreifenden Weiterbildungen der Diakonie zu Verhaltensauffälligkeiten.

**12. WfbM, Bereich für seelisch behinderte Menschen, Lebenshilfe Wernigerode** Besuch am 24.04.2002

Die Servicewerkstatt für Industrie und Handel befindet sich in einem Industriegebiet und ermöglicht für die dort arbeitenden seelisch behinderten Menschen eine sehr gute Integrationsmöglichkeit. Mit 28 Plätzen sind jedoch die Räume erheblich überbelegt. Alternativen werden derzeit vom Träger gesucht.

Es gibt ein sehr differenziertes Arbeitsangebot je nach Fähigkeiten und Belastbarkeit. Die Produkte des Kreativbereichs, insbesondere Kerzen, werden sehr gut verkauft. Innerhalb dieses WfbM-Bereiches werden z.T. Aufgaben einer beruflichen Rehabilitation realisiert.

Um mit gelegentlichen Krisensituationen der seelisch behinderten Menschen besser umgehen zu können, sollten für die Mitarbeiter arbeitsbegleitend psychiatrische Schulungen durch den Träger organisiert werden.

Als unzureichend wurde auch hier die Abwesenheitsregelung des überörtlichen Kostenträgers von nur 30 Tagen benannt; eine längere Krankenhausbehandlung hat damit ein vorübergehendes Ausscheiden aus der Werkstatt zur Folge.

## **Besuchskommission 5**

Vorsitzender Herr Dr. Nikolaus Särchen, Stellv. Vorsitzende Frau Sylvia Herrmann

Nach der Neuberufung von Ausschuss und Besuchskommission stand bis zum Redaktionsschluss des Berichtes nur ein kurzer Besuchszeitraum zur Verfügung, in dem sich die weitgehend neu zusammengesetzte Besuchskommission 5 bemühte, in jedem Landkreis einen ersten Überblick über die Versorgungssituation zu gewinnen.

### **Stadt Halle (Saale)**

Die Stadt Halle verfügt seit Januar 2001 über eine vom Stadtrat beschlossene gemeindenahe Psychiatrieplanung, die vom Sozialpsychiatrischen Dienst am Gesundheitsamt der Stadt Halle entwickelt und mit allen Arbeitskreisen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG), dem Amt für Kinder, Jugend und Familie, der Psychiatriekoordinatorin und der Drogenbeauftragten der Stadt abgestimmt wurde. Die Psychiatrieplanung basiert auf den wesentlichsten Grundsatzpapieren kommunaler Psychiatrieentwicklung, zu denen die Psychiatrie-Enquete, die Empfehlungen der Expertenkommission, der Bericht zum Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit zu den „Personenzentrierten Hilfen“ und kommunalen „Leitlinien zur Behindertenpolitik“ zählen. Damit zählt die Stadt Halle bezüglich ihrer bekundeten Absichten auf dem Gebiet der Gemeindepsychiatrie zu einem Schrittmacher in Sachsen-Anhalt. Die Besuchskommission konnte sich während der im Berichtszeitraum durchgeführten Besuche davon überzeugen, dass es auf dem Boden dieser Psychiatrieplanung möglich ist, Projekte anzubieten, die in anderen Gebieten Sachsen-Anhalts weitgehend fehlen (z.B. das Begegnungszentrum für Menschen mit psychischen Erkrankungen). Gleichzeitig wurde bei den Besuchen auch deutlich, dass es über die PSAG wesentliche Bemühungen gibt, die Versorgungslandschaft in der Stadt Halle zu strukturieren. Da Angebote der Stadt Halle auch von Klienten aus anderen Landkreisen genutzt werden, insbesondere aus dem Saalkreis, gibt es zwischen beiden Regionen eine Zusammenarbeit. Von der Besuchskommission konnte einerseits die über die Stadtgrenzen hinausgehende Wirksamkeit ihrer Angebote beobachtet werden, wobei dies aus der Zentrumslage der Stadt Halle zunächst sinnvoll erscheint, andererseits überprüft werden muss, ob damit auch wirklich eine flächendeckende Angebotsstruktur für psychisch kranke Menschen realisiert werden kann. Mit Besorgnis wurde deshalb auch festgestellt, dass Zusammenlegungen von Einrichtungen innerhalb der Stadt Halle, wofür im Wesentlichen wirtschaftliche Faktoren ausschlaggebend waren, zu einer Neuorientierung der Klienten führte und damit für einzelne Klienten durchaus auch Probleme auftraten. Derartige Prozesse sollten sorgfältig beobachtet und wissenschaftlich evaluiert werden, damit hieraus tragfähige Konsequenzen für die weitere Psychiatrieplanung abgeleitet werden können.

### **Saalkreis**

Wie bereits in vorherigen Berichten beschrieben, wird die Versorgungssituation von psychisch kranken Menschen auch durch die enge territoriale Anbindung an die Stadt Halle mitgeprägt. Seit November 2001 gibt es eine gemeinsame PSAG der Stadt Halle und des Saalkreises. Dabei haben sich die Psychiatriekoordinatorinnen der Stadt Halle und des Landkreises die Zuständigkeiten geteilt. Bei den im Besuchszeitraum besuchten Einrichtungen fiel auf, dass diese eher abgelegen im ländlichen Bereich waren. Auch wenn unmittelbare Rückmeldungen von Angehörigen und Besuchern dies nicht negativ reflektierten, schien der Besuchskommission allein durch die Lage der Einrichtungen eine Teilnahme der Betroffenen an differenzierten Angeboten der Gemeinden erschwert. Trotz der beschriebenen guten Integration in das Leben der Dorfgemeinschaften kann nicht immer eine Stigmatisierung verhindert werden.

## **Landkreis Mansfelder Land**

Die Situation der stationären psychiatrischen Versorgung hatte sich im Berichtszeitraum nicht verbessert, wobei der Besuchskommission jetzt glaubhaft dargestellt werden konnte, dass der Umzug in den Neubau der Psychiatrischen Klinik nach Hettstedt unmittelbar bevorsteht. Die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Landkreises wird dann in unmittelbarer räumlicher Nähe zur psychiatrischen Klinik und teilweise auch in Personalunion von Ärzten der Klinik realisiert. Es wird sich zeigen, inwieweit durch diese Nähe sich ergänzende und Strukturen schaffende Entwicklungen vollziehen. Durch den Ärztemangel in der Klinik wird sich die ärztliche Versorgungssituation zunehmend verschärfen, eine Entspannung ist nicht abzusehen, so dass für die absehbare Zukunft derartige gekoppelte Versorgungsstrukturen oft die einzige Möglichkeit sein werden. Als unbefriedigend muss das Angebot niedrighwelliger Einrichtungen für chronisch psychisch Kranke im Landkreis gesehen werden. Ebenso ist die Suchtkrankenversorgung defizitär.

### **Besuche im Einzelnen**

#### **1. RPK gGmbH - ambulante Berufliche Rehabilitation für seelisch Behinderte, Halle (Saale)**

Besuch am 24.10.2001

Der Entwicklung der RPK, die die einzige dieser Art in Sachsen-Anhalt ist, hat der Ausschuss seit Jahren besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Sie wurde das dritte Mal besucht. Aufgrund offensichtlicher Unkenntnis der Einrichtungsleitung über den gesetzlichen Auftrag und die Rechte der Besuchskommission kam es in der Vorbereitung und während des Besuches diesmal zu Irritationen, die durch die zögerliche Nachreichung der Einrichtungsinformationen bedauerlicherweise noch verstärkt wurden.

Es handelt sich bei diesem Angebot im Unterschied zu üblichen RPK-Einrichtungen nur um eine berufliche Rehabilitation. Bisher konnte aufgrund der Weigerung der Krankenkassen, sich am Projekt zu beteiligen, kein medizinischer Rehabilitationsanteil aufgebaut werden.

Die Einrichtung hat mit einer Kapazität von 40 Plätzen ein Maß an Stabilität und Dauerhaftigkeit erreicht, dass Angebotspalette und die Vernetzung insgesamt auf einem neuen Niveau erfolgen können. Die RPK steht vor der Eröffnung einer neuen Werkstatt in der Innenstadt. Hier soll besonders der Bereich „Holz und Metall“ im handwerklich-technischen Bereich erweitert werden. Man verspricht sich davon eine Verbesserung der Angebotspalette. Insgesamt wird eine engagierte Arbeit, die über ein Basisbildungsangebot hinausgeht, geleistet. Die Besuchskommission hatte den Eindruck einer sehr begrenzt zur Verfügung stehenden Raumkapazität. Die Schulungs- und Aufenthaltsbereiche waren relativ klein. Von den Besuchern der RPK wurde jedoch die insgesamt familiäre Atmosphäre gelobt.

Das Konzept der RPK ist durch seine offene Gestaltung im Vergleich zu bestehenden RPKs in anderen Bundesländern eine interessante Alternative. Insgesamt lässt sich feststellen, dass bei dem überregionalen Einzugsgebiet der Einrichtung ihre Kapazität noch nicht ausreicht. Die Besuchskommission hält es für empfehlenswert, ebenfalls im Bereich Magdeburg eine RPK einzurichten, weist aber darauf hin, dass das Leistungsprofil einer RPK auch eine medizinische und soziale Rehabilitation einschließen muss.

**2. WH an WfbM „Bethke-Lehmann-Haus“, Diakoniekrankenhaus Halle**  
Besuch am 24.10.2001

Das „Bethke-Lehmann-Haus“ ist ein sehr gut geführtes Wohnheim mit 24 Plätzen für geistig behinderte Menschen, das durch seine übersichtliche Größe den Versorgungsauftrag für Behinderten gut wahrnimmt. Sowohl die Personalbesetzung und die materiellen Ausstattung als auch die Konzeption haben die Kommission überzeugt. Die Leistung dieser kleinen Einrichtung wird durch den Gesamtverbund der Diakonie ermöglicht. So werden z. B. Tätigkeiten der Hauptverwaltung, Zentralküche und Technik des Haupthauses genutzt. Im regionalen Versorgungsnetz kooperiert die Einrichtung mit verschiedenen Werkstätten für Behinderte der Stadt Halle. Die allgemeinärztliche und psychiatrische Versorgung der Bewohner außerhalb der Einrichtung ist sichergestellt ist.

Positiv bewertet die Kommission die räumlich Trennung des Wohnheimes von der Werkstatt. Dabei sind auch die Arbeitsorte der Bewohner nicht in nur einer WfbM geregelt, sondern hier gibt es eine trägerplurale Zusammenarbeit, die sich über das gesamte Stadtgebiet erstreckt. Diese konstruktive Zusammenarbeit verschiedener Träger ist sehr zu begrüßen. Die Wohnheimleitung bemüht sich um die Sicherung der Betreuung altgewordener, nicht mehr werkstattfähiger Heimbewohner. Für ihre angemessene Unterbringung gäbe es in Halle noch Klärungs- und Nachholbedarf.

**3. Kinder- und Jugendwohnheim Lutherstadt Eisleben**  
Besuch am 28.11.2001

Das Kinder- und Jugendwohnheim für geistig Behinderte der Lebenshilfe Mansfelder Land ist eine gut geführte Einrichtung, die durch ihre sachliche und personelle Ausstattung ihren Versorgungsauftrag in aner kennenswerter Weise wahrnimmt.

Die Einrichtung war auf den Besuch gut vorbereitet. Die Gesprächspartner standen den Anregungen der Kommission aufgeschlossen gegenüber.

Die Mitarbeiter sind mit hohem Engagement um die Gewährleistung einer individuellen und freundlichen Betreuung der behinderten Kinder und Jugendlichen bemüht. Ein Gesamtbetreuungsplan besteht. Die Kommission empfiehlt, darüber hinaus die Förderkonzeptionen so zu überarbeiten, dass auch für jeden einzelnen Bewohner Förderziele erkennbar und konkrete Betreuungsleistungen ableitbar werden.

Die abgelegene Lage am Stadtrand wird von der Besuchskommission als ungünstig eingeschätzt, da an diesem Standort eine Integration in das soziale Leben der Gemeinde nur schwer zu realisieren ist.

**4. WfbM-Spezialbereich für seelisch Behinderte, Neckendorf**  
Besuch am 28.11.2001

Die Einrichtung der Lebenshilfe Mansfelder Land war auf den Besuch gut vorbereitet. Insgesamt wird eingeschätzt, dass das Personal sehr engagiert arbeitet und dass die Ziele der Einrichtung äußerst aner kennenswert sind, zumal es nur sehr wenige Werkstätten für seelisch behinderte Menschen gibt. Die Umsetzung der Ziele, re-integrierend zu wirken und die Mitarbeiter auf den ersten Arbeitsmarkt vorzubereiten, gelingt nur eingeschränkt, da zwar die Einrichtung selbst hierfür gute Arbeit leistet, jedoch die korrespondierenden Bedingungen ungünstig sind. Die Fluktuation ist äußerst gering, da sich bei der derzeitigen Arbeitsmarktlage kaum Wechsel auf den freien Arbeitsmarkt vollziehen. Selbst hierfür befähigte Mitarbeiter werden bei potentiellen Arbeitgebern oft von vornherein als „unzuverlässig“ eingeschätzt. Das führt dazu, dass die meisten Mitarbeiter ihre Perspektive auf Dauer in der Werkstatt suchen. Einigkeit wurde darüber erzielt, dass die Trennung zwischen seelisch und geistig Behinderten weiter verfolgt werden sollte. Der Personalschlüssel 1 : 12 für die Betreuung der seelisch Behinderten ist zu gering. Nach Einschätzung der Kommission sollten die manuellen Tätigkeitsfelder besser auf die Behinderungen bzw. auf die verbliebenen Ressourcen jedes Mitarbeiters zugeschnitten werden. Dabei ist auch eine leistungsgerechte Entlohnung anzustreben. Es wird empfohlen, kleinere Gruppen zu bilden und vielfältigere Arbeitsangebote zu sichern.

**5. Seniorenzentrum „Clara Zetkin“, Halle (Saale)**

Besuch am 12.12.2001

Zum Besuchstermin wurde der Besuchskommission von der Leiterin des AWO-Seniorenzentrums mitgeteilt, dass nach dem Umzug der Einrichtung in einen Neubau seit Frühjahr 2000 die gerontopsychiatrische Abteilung aufgelöst worden sei, keine Menschen mit seelischer Behinderung in der Einrichtung leben würden und damit das Seniorenzentrum nicht mehr in den Zuständigkeitsbereich des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung falle. Es wurde zunächst von einem Besuch Abstand genommen. Im Nachgang vergewisserte sich die Besuchskommission, dass der Ausschuss berechtigt und nach dem Gesetz verpflichtet ist, in allen stationären Einrichtungen die Betreuungs- und Versorgungssituation der Bewohnern zu beurteilen, bei denen psychiatrische und hier besonders gerontopsychiatrische Leiden bestehen. Da in Pflegeeinrichtungen bekanntermaßen zu einem hohen Anteil Menschen mit derartigen Krankheitsbildern leben, wird der Besuch im Seniorenzentrum „Clara Zetkin“ zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt.

**6. Begegnungszentrum für Menschen mit psychischen Erkrankungen, Halle**

Besuch am 12.12.2001

Bei der besuchten Einrichtung handelt es sich um eine der wenigen Kontakt- und Begegnungsstätten für den betroffenen Personenkreis in Sachsen-Anhalt. Im Begegnungszentrum, in dem nunmehr die Begegnungsstätte des „Labyrinth e.V.“ und die Diakonische Beratungsstelle (DBS) gemeinsam untergebracht sind, wird eine sehr gute Arbeit geleistet. Die Angebote, die von erfrischendem Engagement und von Fachkenntnis geprägt sind, sind sehr vielfältig und reichen von der Begegnung über gemeinsame Freizeiten, das Erstellen einer eigenen Zeitschrift bis zur Schaffung von Arbeitsmöglichkeiten für die chronisch psychisch kranken Besucher. Damit wird eine wichtige Aufgabe im niedrigschwelligen Versorgungsangebot wahrgenommen. Nach der Zusammenlegung wurde der Bedarf nach wohnortnäheren Begegnungsstellen, vor allem im Zentrum von Halle, deutlich. Einige Nutzer fanden nach der Fusion nicht mehr das Angebot vor, das sie brauchen und früher in den beiden kleineren Einrichtungen gefunden hatten. Auch über die PSAG ist es derzeit nicht möglich, hier grundlegend Abhilfe zu schaffen, denn die finanziellen Ressourcen sind begrenzt und die Bedürfnisse individuell zu unterschiedlich. Ungeklärt für das Fortbestehen des Beschäftigungsprojektes sind die finanziellen Regelungen eines Arbeitsentgeltes. Erforderlich ist der Aufbau eines Kriseninterventionsdienstes.

**7. ASB-Altenpflegeheim Jamboler Straße, Halle (Saale)**

Besuch am 23.01.2002

Die Einrichtung liegt im Süden von Halle und ist verkehrsgünstig gelegen. Nach umfangreichen Umbauten verfügt sie nun über ansprechende Gemeinschafts- und Therapieräume sowie altengerechte Ein- und Zwei-Bettzimmer mit Sanitärzelle und Dusche. Größe und Ausstattung der Zimmer sind ansprechend. Das Haus strahlt durch den Einsatz von Farbe, Licht und Form Behaglichkeit und Geborgenheit aus. Das Pflegeheim wird durch zwei engagierte Leiterinnen geführt. Ihre Motivation überträgt sich sowohl auf das Personal im Pflege- und Betreuungsbereich als auch auf die Bewohner. Das Pflegekonzept basiert auf dem humanistischen Menschenbild und sieht als zentrale Aufgabe die Wahrung der Würde des alten pflege- und betreuungsbedürftigen Menschen. Das Pflegeheim leistet wesentlichen Anteil an der Umsetzung des Gesamtplanes zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung der Stadt Halle. Die Einrichtung weist eine Vernetzung mit der Gemeinde, den medizinischen Betreuungsmöglichkeiten und den Beratungsdiensten auf, wobei die allgemeinärztliche Betreuung weitgehend durch die Hausärzte wahrgenommen wird. Die Kommission unterstützt den aktivierenden Ansatz, wie er aus dem Konzept der Einrichtung deutlich wird. Die konstruktive fachliche Zusammenarbeit mit anderen

Einrichtungen gibt der Pflegeeinrichtung gute Impulse für die tägliche Arbeit. Eine umfangreiche interne und externe Weiterbildung ist für die Mitarbeiter gesichert. Als sehr positiv wertet die Kommission die Integration des Hauses in das Umfeld.

#### **8. Kontakt- und Beratungsstelle für suchtkranke Menschen des Landesvereins für Gesundheitspflege, Halle (Saale)**

Besuch am 23.01.2002

Die Beratungsstelle erhebt neben einer Vielzahl von Beratungsangeboten auch den Anspruch einer regionalen Suchtkrankenberatung. Die Einrichtung war beim vorangegangenen Besuch wegen inakzeptabler räumlicher Bedingungen, wegen nicht ausreichend suchtkompetenter Arbeit und wegen fehlender Kooperation in die Kritik geraten. Eine Anerkennung als Suchtberatungsstelle und Förderung durch das Land, Stadt Halle und Saalkreis waren nicht mehr möglich. Die Kommission fand nach nunmehr vier Jahren eine fast unveränderte räumliche, personelle und konzeptionelle Situation vor. Auch der gesamte Gesprächsverlauf wirkte auf die Kommission sehr irritierend. Nach wie vor werden die Aufgaben der Suchtberatung durch eine Mitarbeiterin wahrgenommen, die durch eine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme vom Arbeitsamt bezahlt wird. Zwei ehrenamtliche Mitglieder unterstützen sie. Aus der vorgelegten Statistik wurde ersichtlich, dass sich die Anzahl der Beratungen seit dem letzten Besuch auf ein Drittel reduziert hat. Mit Besuchern der Beratungsstelle konnte nicht gesprochen werden, da keine Beratung in Anspruch genommen wurde. In der Konzeption ist die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, Ämtern und Behörden zwar festgehalten. Doch konnte die Kommission nicht erkennen, dass die Arbeit der Beratungsstelle im psychosozialen Netzwerk auch tatsächlich verankert ist. Seitens des Trägers wurde bestätigt, dass sich der ständige Mitarbeiterwechsel negativ auf das Verhältnis und die Zusammenarbeit mit den Klienten auswirkt. Alleinige Ursache sei die fehlende Anerkennung und finanzielle Förderung durch die Stadt und den Landkreis.

In Anbetracht der doch sehr verhaltenen und abgeschirmten Beratungstätigkeit wurde dem Träger erneut empfohlen, mit dem regionalen Versorgungsnetz zu kooperieren und das Suchtberatungskonzept fachlich zu überarbeiten und personell kompetent abzusichern.

#### **9. Ambulant Betreutes Wohnen an WfbM für Menschen mit geistiger, seelischer und körperlicher Behinderung, Lutherstadt Eisleben**

Besuch am 27.02.2002

Das Betreute Wohnen des Mansfeld Bildungszentrums mit 15 Plätzen befindet sich im gleichen Gebäude wie das Jugendwohnheim des Trägers. Alle Zimmer liegen auf einem Flur und haben von allen Bewohnern gemeinsam zu nutzende Gemeinschaftsräume, so dass trotz ausreichender Ausstattung der Zimmer der äußere Charakter der Wohnform wenig mit einer individuellen Lebensweise zu tun hat. Außerdem liegt das Gebäude relativ dezentral am Stadtrand von Eisleben. Bedingt durch den Internatscharakter der Einrichtung ist es schwierig, eine wohnliche Atmosphäre aufkommen zu lassen. Eine Förderung der Bewohner zu selbständiger Lebensweise ist schlecht möglich. Die Kontakte der Bewohner zur Leiterin des Betreuten Wohnens sind gut und nach Eindruck der Kommission harmonisch. Durch die Mitarbeit in der Arbeitsgemeinschaft für Betreutes Wohnen der Landes-DGSP versucht die Leiterin, die ambulant betreuten Wohnformen mitzugestalten und voranzubringen. Alle in der Einrichtung lebenden Bewohner haben einen amtsgerichtlich bestellten Betreuer. Nach Auffassung der Kommission wäre zu prüfen, ob die Betreuung in jedem Einzelfall bzw. für den angegebenen Aufgabenkreis tatsächlich notwendig ist. Von der Besuchskommission wird eingeschätzt, dass diese Wohnform nicht den Kriterien eines Ambulant Betreuten Wohnens entspricht, sondern einer Wohnform ähnlich einem Wohnheim an WfbM gleichzusetzen ist. Da nur eine Mitarbeiterin eingestellt ist, wird die Betreuung der behinderten Bewohner für den Träger mit einem bedeutend geringeren Personalschlüssel und damit geringeren Kosten als in einem Wohnheim geleistet.

**10. Klinikum Mansfelder Land, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tagesklinik für Psychiatrie und Institutsambulanz, Großörner**

Besuch am 27.02.2002

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Mansfelder Landes stellt einen wichtigen Bestandteil in der klinischen Versorgung von Patienten in dieser Region dar. Das Versorgungsgebiet der Klinik umfasst die Landkreise Mansfelder Land und Sangerhausen. Die materiellen und baulichen Verhältnisse sind nicht mehr zumutbar, werden sich jedoch in absehbarer Zeit nach dem Umzug in den Hettstedter Neubau verbessern. Wie bereits in anderen Kliniken festgestellt wurde, ist es auch in der Klinik Großörner schwierig, qualifiziertes ärztliches Personal vorzuhalten. Durch die Einstellung eines zusätzlichen Psychologen wurde versucht, hier Entlastung zu schaffen. Die Leistung einer psychiatrischen Institutsambulanz wird von der Klinik vorgehalten, jedoch fehlen seit Jahren entsprechende Verträge mit den Kostenträgern. Hier besteht dringender Handlungsbedarf. Pläne, den Sozialpsychiatrischen Dienst in die Klinik zu integrieren bzw. die Arbeit beider Einrichtungen inhaltlich und personell zu koppeln, sind nach Auffassung der Besuchskommission gründlich zu prüfen.

**11. Betreutes Wohnen an WfbM für geistig behinderte junge Menschen Fienstedt/Saalkreis**

Besuch am 19.03.2002

Die Wohngemeinschaft des Betreuten Wohnens des Trägerwerks Soziale Dienste befindet sich in einem zweigeschossigen Wohnhaus auf einem Bauernhof des Ortes Fienstedt. Die Einrichtung verfügt über neun Plätze, wovon sich ein Platz im Einzelwohnen in Wettin befindet. Die Betreuung und Versorgung zielt insbesondere darauf ab, Fähigkeiten zu entwickeln, zu fördern und zu erhalten. Die Besuchskommission konnte sich davon überzeugen, dass in dieser Einrichtung versucht wird, die Bewohner weitestgehend zu einer eigenständigen Lebensführung zu befähigen. Als Problem stellt sich auch in dieser Einrichtung dar, dass in kleinen Einrichtungen die zu lösenden Aufgaben mit dem geltenden Personalschlüssel nur schwer vereinbar sind. Die Kommission unterstützt den Träger darin, einen angemesseneren Personalschlüssel auszuhandeln und die Vorteile kleiner Einrichtungen bezüglich ihrer besseren Betreuungsqualität hervorzuheben. Da der Saalkreis mit Wohnheimplätzen bzw. Plätzen im Betreuten Wohnen unterversorgt ist, hat der Träger gute Voraussetzungen für den Ausbau der Wohnform.

**12. Werkstatt für behinderte Menschen der Behinderteneinrichtungen „Haus Rungholt“ der Ev. Stadtmission Halle e.V., Kloschwitz, Saalkreis**

Besuch am 19.03.2002

Die sehr großzügige Anlage ist mit einem breiten Angebot an Arbeitsfeldern ausgestattet. Der Einzugsbereich der WfbM umfasst hauptsächlich den Landkreis Saalkreis, aber auch das Stadtgebiet Halle (Saale). Außenarbeitsplätze sind in verschiedenen Bereichen geschaffen worden. Besonders hervorzuheben sind die integrierten Arbeitsplätze bei Unternehmen der Region. Der konzeptionell verankerte Anspruch auf Erhalt und Ausbau der Fertigkeiten und Fähigkeiten ist im Werkstattbereich umgesetzt. Die Selbstvertretung ist durch den Werkstatttrat gegeben. Die Werkstatt stellt mit ihren facettenreichen Arbeitsplätzen einen wichtigen Baustein in der regionalen Versorgung dar. Die anspruchsvollen Arbeiten, die von den Behinderten durchgeführt werden können, tragen dazu bei, dass sich die Behinderten mit ihren Aufgaben in der Werkstatt identifizieren. Die behinderten Menschen werden von qualifizierten und engagierten Mitarbeitern begleitet, das Personal verfügt überwiegend über sozialpädagogische Zusatzqualifikationen.

Wegen der begrenzten Platzkapazität gibt es Einschränkungen für Neuaufnahmen. Gegenwärtig trägt sich der Träger mit Überlegungen für einen weiteren Werkstattneubau.

**13. Wohnheim für geistig und mehrfachbehinderte Menschen Kloschwitz,  
Behinderteneinrichtungen „Haus Rungholt“ der Ev. Stadtmission Halle e.V.**  
Besuch am 19.03.2002

Insgesamt werden die Arbeit und die Situation im Wohnheim „Haus Bethel“ von der Besuchskommission sehr positiv eingeschätzt. In ruhiger Lage wurde durch einen durchdachten Neubau eine Einrichtung geschaffen, die eine wichtige Stellung in der Versorgungsstruktur des Saalkreises hat. Das Engagement aller Mitarbeiter fordert Respekt, und die kooperative Zusammenarbeit mit allen verantwortlichen Stellen trug zum Erfolg bei. Die Wohneinrichtung entspricht modernsten Anforderungen. Beeindruckend ist die Gestaltung des Gebäudes bei Wahrung der individuellen Bedürfnisse und Ansprüche der Bewohner. Der Heimfürsprecher wird entsprechend der rechtlichen Vorgaben einbezogen. Die Arbeit der gesetzlichen Betreuer ist gut eingebunden. Differenzierte Förderpläne für die einzelnen Bewohner zeugen vom individuellen Herangehen an die subjektiven Stärken und Schwächen der einzelnen Bewohner. Unter der engagierten, kompetenten Leitung hat sich ein fester Personalstamm herausgebildet. Entsprechende Weiterbildungen für die Mitarbeiter wurden in den letzten Jahren realisiert.

**14. S.C.H.I.R.M.-Projekt e.V., Halle (Saale)**  
Besuch am 24.04.2002

Es handelt sich bei dem S.C.H.I.R.M.-Projekt um eine Einrichtung, die aufgrund der in Halle existierenden großen Zahl von Straßenkindern unverzichtbar ist. Die Zusammenarbeit mit der Stadt funktioniert gut, die materielle Ausstattung ist dank guter Öffentlichkeitsarbeit ausreichend. Die Mitarbeiter sind hoch motiviert und fachlich gut ausgebildet. Nicht zum Konzept gehören psychosoziale Hilfen, bei Bedarf findet jedoch eine Vermittlung statt. Ebenfalls nicht zu den Aufgaben gehört die Vermittlung von Fertigkeiten, die in Berufsfindungsprojekten benötigt werden, wie zum Beispiel regelmäßige Belastbarkeit und Einhaltung von Verpflichtungen. Notwendig ist sicher über das jetzige Angebot hinaus die Schaffung weiterer Einrichtungen, die die bestehenden hohen Schwellen zu Arbeitsprojekten überwinden helfen. Diesbezüglich bestehen bereits Pläne zu Errichtung einer „S.C.H.I.R.M.-Work“, die die Besuchskommission für unterstützungswürdig hält.

**15. DROBS Halle - Jugend- und Drogenberatungsstelle Halle (Saale), DPWV**  
Besuch am 24.04.2002

Die Beratungsstelle DROBS ist eine angesichts der bekannten Drogenproblematik unverzichtbare Einrichtung für Halle und den Saalkreis. Die Zusammenarbeit mit der Stadt ist gut, die Einrichtung ist in die bestehenden psychosozialen Netzwerke eingebunden. Die Mitarbeiter sind trotz vieler Rückfälle der Betreuten und schwieriger Kontaktfindung hoch motiviert und fachlich gut ausgebildet. Die Einrichtung und die Angebote erscheinen derzeit ausreichend, um dem Auftrag gerecht zu werden. Die Kommission teilt auch die Sorgen der DROBS hinsichtlich der fehlenden zur Substitution bereiten Ärzte. Ein Ausbau der Substitutionsprogramme sollte diskutiert werden, wobei dies nur gelingen kann, wenn sich weitere Ärzte dem bestehenden Qualitätszirkel Suchtmedizin anschließen.

Für sehr bedenklich hält die Kommission Pläne zur Beendigung der von der DROBS bisher geleisteten externen Betreuungen suchtkranker Inhaftierter.



## **Besuchskommission 6**

Vorsitzender Herr Kai-Lars Geppert; Stellv. Vorsitzende Frau Silvia Iseler

### **Aktuelle Entwicklungstendenzen in den besuchten Regionen**

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

#### **Landkreis Sangerhausen**

Im Landkreis Sangerhausen wurden im zurückliegenden Besuchszeitraum drei Einrichtungen besucht. Mit den beiden Rehabilitationskliniken in Kelbra und in Sotterhausen kann eine ausreichende Versorgung im Bereich der medizinischen Rehabilitation konstatiert werden. Patienten die einer stationären psychiatrischen Krankenhausbehandlung bedürfen müssen allerdings ins benachbarte Thüringen ausweichen oder durch Kliniken anderer Landkreise versorgt werden. Es gibt nur einen niedergelassenen Nervenarzt. Praktisch nicht vorhanden ist die ambulante Versorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater, gleiches gilt für den Bereich des Ambulant Betreuten Wohnens und im teilstationären Bereich. Im sozialpsychiatrischen Dienst ist kein Facharzt für Psychiatrie/Neurologie angestellt.

#### **Landkreis Weißenfels**

Im Landkreis Weißenfels wurde im zurückliegenden Besuchszeitraum eine Großeinrichtung der Behindertenhilfe besucht. Die stationäre klinische psychiatrische Versorgung erfolgt durch die benachbarten Landkreise. Die ambulante Versorgung wird durch drei niedergelassene Nervenärzte gesichert. Im Landkreis Weißenfels gibt es kein Ambulant Betreutes Wohnen, wohl aber eine gut funktionierende Tagesstätte, die in absehbarer Zeit ihre bisherigen Plätze erweitern wird. Im sozialpsychiatrischen Dienst ist kein Facharzt für Psychiatrie/Neurologie angestellt.

#### **Landkreis Merseburg-Querfurt**

Im Landkreis Merseburg-Querfurt wurden im zurückliegenden Besuchszeitraum vier Einrichtungen besucht. Die stationäre klinische psychiatrische Versorgung ist ausreichend gesichert und erfährt in den kommenden Monaten durch den Umzug der psychiatrischen Abteilung von Zingst in den Neubau nach Querfurt eine deutliche qualitative Verbesserung. Die Versorgung durch vier niedergelassene Nervenärzte erscheint für Merseburg und Querfurt ausreichend. Im Landkreis findet sich kein teilstationäres Angebot. Ein Ambulant Betreutes Wohnen in Kostenträgerschaft des Landkreises ist ebenso nicht vorhanden. Im sozialpsychiatrischen Dienst ist kein Facharzt für Psychiatrie/Neurologie angestellt.

#### **Landkreis Burgenlandkreis**

Im Landkreis Burgenlandkreis wurden im zurückliegenden Besuchszeitraum zwei Einrichtungen besucht. Die stationäre klinische psychiatrische Versorgung ist gut. Die ambulante Versorgung durch drei niedergelassene Nervenärzte ist befriedigend. Der Burgenlandkreis ist durch eine Vielzahl von Trägern und Angeboten im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich gekennzeichnet. Im sozialpsychiatrischen Dienst ist kein Facharzt für Psychiatrie/Neurologie und Psychotherapie angestellt.

### **Fazit:**

Für die besuchten Landkreise muss mit Ausnahme des Burgenlandkreises festgestellt werden, dass im Bereich der komplementären psychiatrischen Versorgung erhebliche Defizite bestehen. Gerade in diesem Bereich werden in den Landkreisen Merseburg-Querfurt, Weißenfels und Sangerhausen die gesetzlichen Empfehlungen und der von der Landesregierung formulierte Anspruch ambulant vor stationär durch eine Übergewichtung des stationären Sektors und dem Erhalt und/oder Schaffung von Großeinrichtungen ignoriert und ad absurdum geführt. Eine Mitverantwortung für diese Entwicklung liegt bei den Kommunen, die ambulante Entwicklungen nicht hinreichend unterstützen. Ein weiterer Grund liegt wohl aber auch in Beendigung der Förderung des Ambulant Betreuten Wohnens durch die Landesregierung im Jahre 2000.

Für die kommenden Jahre muss die Entwicklung eines sozialpsychiatrischen Netzwerkes, d.h. die Kooperation aller an der Versorgung psychisch kranker Menschen Beteiligten, intensiviert werden.

### **Besuche im Einzelnen**

#### **1. Kreiskrankenhaus Carl-von-Basedow-Klinikum Merseburg-Querfurt Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie in Zingst/Unstrut**

Besuch am 30.10.2001

Der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie stehen am Standort Zingst 40 Betten zur Verfügung; die Tagesklinik für Psychiatrie in Querfurt arbeitet mit 12 Plätzen, die Station für Psychotherapie, ebenfalls in Querfurt, hält 15 Betten vor.

Die Krankenversorgung in der Klinik Zingst wird durch ein qualifiziertes Fachpersonal gesichert. Die räumlichen Bedingungen sind allerdings unzumutbar. In verschiedenen Bereichen herrscht eine bedrückende Atmosphäre. Die Stationen sind unübersichtlich. Es gibt voll belegte Durchgangszimmer und Zimmer mit mehr als drei Betten. Die Intimsphäre der Patienten kann unter solchen Umständen nur mit äußerster Mühe gewahrt werden. Die jetzige Auslastung von 97 % wird unter den gegebenen Bedingungen auch vom Personal zu Recht als belastend empfunden. Die Klinik wird demnächst in ein neues Gebäude nach Querfurt umziehen. Es ist zu hoffen, dass der Umzug planmäßig erfolgen kann, damit der jetzige unbefriedigende Zustand beendet wird. Dort werden der Einrichtung mit ihren einzelnen Bereichen insgesamt 110 Betten zur Verfügung stehen, nach Meinung der Kommission ein für den Einzugsbereich angemessener Betten-Standard.

#### **2. Kreiskrankenhaus Carl-von-Basedow-Klinikum Merseburg-Querfurt Abteilung und Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Merseburg**

Besuch am 21.11.2001

Die Einrichtung ist für die Versorgung im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich im Süden von Sachsen-Anhalt zuständig. Es handelt sich um eine moderne Klinik, die kind- und jugendgerecht ausgestattet ist, und in der die Kommissionsmitglieder das Engagement des qualifizierten Personals spürte. Sie verfügt über neun tagesklinische Behandlungsplätze und hält 30 Betten vor. Vier Betten können befristet unter geschützten Bedingungen geführt werden. Der Antrag zur Erweiterung auf sechs geschützte Betten war vom Ministerium jedoch bis zum Besuchsdatum nicht genehmigt worden.

Auf Grund einer großen Anzahl von Kriseninterventionen, so bei Suizidalität, ist eine hohe Auslastung zu konstatieren. Die durchschnittliche Verweildauer ist mit 44 Tagen vergleichsweise gering.

Als Problem wurde erneut die unzureichende Schulung während des Behandlungszeitraums mit nur drei bis fünf Stunden pro Woche angesprochen. Es sei zwar die Zahl der Lehrer erhöht worden, aber die Qualifikation für den Unterricht in einer psychiatrischen Einrichtung sei nicht im gleichen Maße gewachsen. Es bestehe außerdem keine Urlaubsregelung.

Als schwerwiegendes Problem wurde von der Klinik auch das Fehlen einer nachsorgenden Einrichtung zur Unterbringung von Jugendlichen mit seelischen Störungen benannt.

### 3. Caritaswohn- und Förderstätte „Julius von Pflug“ in Schelkau

Besuch am 05.12.2001

In dem großzügig angelegten und ausgestatteten Gesamtkomplex hat im zurückliegenden Zeitraum eine gezielte konzeptionelle Weiterentwicklung und innere Differenzierung stattgefunden. Mit viel Engagement der Einrichtung wird sukzessiv eine Integration in das soziale Umfeld und die Nachbargemeinden angestrebt.

Die Kapazität der Einrichtung ist mit 98 Plätzen nach Auffassung der Besuchskommissionsmitglieder weiterhin zu groß. Einrichtungen mit dieser Platzkapazität können den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen nach Heimatnähe, sozialer Integration und weitgehender Selbstbestimmung nicht ausreichend Rechnung tragen.

Die verstärkte Zusammenarbeit mit dem Landkreis wird empfohlen, um Angebote auch im ambulanten Bereich zu etablieren und den Hilfeempfängern eine Entwicklungsperspektive außerhalb stationärer Versorgungsstrukturen zu geben. Damit wird nicht nur dem Anspruch „ambulant vor stationär“ Rechnung getragen, sondern auch die Fortführung des Förderprozesses ermöglicht.

Die Besuchskommissionsmitglieder wurden in der Einrichtung von den Mitarbeitern auf Probleme aufmerksam gemacht, die mit großer Wahrscheinlichkeit so auch bei anderen Trägern wiederzufinden sind und an dieser Stelle stellvertretend genannt werden;

- Es wird zunehmend schwieriger, qualifiziertes und praxiserfahrenes Personal für den Bereich der Betreuung und Pflege behinderter Menschen zu gewinnen.
- Die Kostensteigerungen im Bereich der Personal- und Nebenkosten werden von den Kostenträgern bei den Pflegesatzverhandlungen nicht hinreichend berücksichtigt.
- Die Mitarbeiter berichten über wiederholt pflegerische Vernachlässigungen von Bewohnern während notwendig gewordener Krankenhausbehandlungen.
- Krankenkassen gewähren oft nur zögerlich Heil- und Hilfsmittel für geistig und mehrfachbehinderte Menschen in Heimen.
- Bei der Erteilung von Kostenanerkennnissen werden in zunehmendem Maße medizinisch-pflegerische Aspekte in den Vordergrund gestellt und heilpädagogische Gesichtspunkte nur sekundär herangezogen.

### 4. Caritaswohn- und Förderstätte „Julius von Pflug“, Schelkau - Außenwohngruppe „Knittelholz“ in Zeitz

Besuch am 22.01.2002

Der Besuch des Kinder- und Jugendheimes „Knittelholz“ in Zeitz ergänzt die Erkenntnisse des vorangegangenen Besuchs über die Arbeit des Stammhauses der Caritaswohn- und Förderstätte „Julius von Pflug“ in Schelkau. Die Außenstelle mit 15 Plätzen dient im Rahmen des Gesamtkonzepts der Caritaswohn- und Förderstätte einer begrüßenswerten differenzierteren Betreuungsmöglichkeit für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen. Für fünf jugendliche Schüler/innen und zehn WfbM-Bewohner/innen finden sich in dem modern sanierten Fachwerkhaus in idyllischer Waldrandlage und Ortsnähe ideale Bedingungen. Vielfältige therapeutische Angebote, hohes Engagement der Mitarbeiter und sehr differenzierte Strukturierungen in den Betreuungsplänen verhelfen den Heimbewohnern zu einem höheren Grad an Selbständigkeit, befähigen sie zu zunehmend eigenständigem Handeln, Selbstverantwortung und Selbstfindung.

Für die Kommission war im Detail nicht nachvollziehbar, weshalb es dem Einrichtungsträger und den Kostenträger noch nicht gelungen war, die nötigen Vereinbarungen abzuschließen und die Weiterführung der Einrichtung zu sichern.

**5. Heilpädagogisches Kinderheim „Paul Wegmann“, Zeitz**  
Besuch am 22.01.2002

Bei dem Träger handelt es sich um einen eingetragenen, aus 32 Mitarbeitern und sechs weiteren Mitarbeitern bestehenden Verein. Dieser Verein ist korporatives Mitglied der Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Naumburg. Die Einrichtung ist ein Kinderheim für entwicklungsgestörte, sucht- und suizidgefährdete sowie missbrauchte oder kriminell gewordene Kinder und Schulverweigerer, die in unterschiedlichen Projekten betreut werden. So umfasst die stationäre Wohngruppe zehn Plätze, die Wochengruppe umfasst neun Plätze, eine Außenwohngruppe hat acht zur Verfügung stehende Plätze. Eine Tagesgruppe hält weitere zwölf Plätze vor. Die Projekte sind konzeptionell und örtlich voneinander getrennt, so dass die Kinder unter ansprechenden familienähnlichen Bedingungen betreut werden. Seit dem letzten Besuch hat eine gezielte konzeptionelle Weiterentwicklung der einzelnen Projekte stattgefunden. Insgesamt kann eingeschätzt werden, dass die Einrichtung von Größe, Ausstattung und personeller Besetzung optimal ausgestattet ist. Eine intensivere Unterstützung und Kooperation durch das Jugendamt wird empfohlen.

**6. Wohnheim für Behinderte – Heilpädagogisches Kinderheim „Sternchen“, Merseburg**  
Besuch am 26.02.2002

Die Einrichtung des Albert-Schweizer-Familienwerk e.V. vermittelte den Besuchskommissionsmitgliedern eine angenehme und freundliche Atmosphäre. Die fachlich kompetenten Mitarbeiter widmen sich den 24 Kindern in liebevoller und engagierter Art und Weise. Dem Anspruch einer familienorientierten Betreuung wird im Rahmen der Möglichkeiten entsprochen. Noch in diesem Jahr ist ein Umzug der Bewohner des Hauses „Sternchen“ in einen größeren Neubau nach Merseburg und damit die Zusammenlegung mit dem „Haus Saaleblick“ geplant. Die weitere Begleitung erwachsen gewordener ehemaliger Bewohner sei nach Aussage des Trägers problematisch. Es wird empfohlen, bereits frühzeitig den Kontakt zu Anbietern entsprechender Angebote aufzunehmen und ggf. Kooperationsvereinbarungen zu treffen. Der Landkreis ist aufgefordert, seiner Verpflichtung zur Gewährung ambulanter Hilfen gerecht zu werden.

**7. Heim für behinderte Kinder und Jugendliche „Haus Saaleblick“, Leuna**  
Besuch am 26.02.2002

Der Albert-Schweizer-Familienwerk e.V. betreut in Leuna im „Haus Saaleblick“ derzeit 30 geistig und mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche. Die Einrichtung vermittelt den Besuchskommissionsmitgliedern, wie die Einrichtung in Merseburg, eine angenehme und freundliche Atmosphäre. Die fachlich kompetenten Mitarbeiter widmen sich den Hilfeempfänger in liebevoller und engagierter Art und Weise. Dem Anspruch einer familienorientierten Betreuung wird im Rahmen der Möglichkeiten entsprochen. Es bleibt den Bewohnern und den Mitarbeitern zu wünschen, dass sie den in den kommenden Monaten bevorstehenden Umzug in das „Haus Lambarene“ gut bestehen.

Die Kommission gibt zu bedenken, dass hier mit der Zusammenlegung der beiden Einrichtungen Haus „Sternchen“ und Haus „Saaleblick“ eine Einrichtung mit ca. 50 Plätzen entsteht. Von Seiten des Ausschusses werden insbesondere für den Kinder- und Jugendbereich eher kleine, familienähnliche Einrichtungen favorisiert.

Die insgesamt positiv zu bewertende Arbeit wird dennoch, so die Hoffnung der Besuchskommission, in dem neuen Objekt unter günstigeren räumlichen und sachlichen Voraussetzungen fortgeführt werden.

## **8. Wohnstätte für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung, Sangerhausen** Besuch am 19.03.2002

Die Einrichtung im Rehabilitationszentrum des Christlichen Jugenddorf Deutschland e.V., CJD, ist mit 43 Plätzen bedarfsgerecht und gut in die regionale Versorgungslandschaft eingebunden. Sie vermittelt den Besuchscommissionsmitgliedern eine angenehme und freundliche Atmosphäre. Das Gebäude ist geräumig und sauber, die Heimbewohner sind sehr gepflegt. Die Einrichtung verfügt über vergleichsweise viel Fachpersonal, das sich den behinderten jungen Heimbewohnern liebevoll und engagiert widmet. Die Kapazität von 40 Plätzen ist nach Darstellung der Heimleitung nicht ausreichend. Derzeit befinden sich 43 Bewohner in der Einrichtung, 30 junge Erwachsene und 13 Kinder und Jugendliche, vier weitere Anträge junger Erwachsener auf Heimunterbringung lägen vor. In unmittelbarer und zumutbarer Entfernung gebe es für sie keine weitere Einrichtung. Die Besuchscommission befürwortet und unterstützt die Absicht, den Bereich der Kinder- und Jugendbetreuung auszugliedern und auf der Grundlage des KJHG eine eigene Einrichtung für die derzeit betreuten Kinder und Jugendlichen zu schaffen. Die Altersstruktur zeigt, dass ein höherer Bedarf im Erwachsenenbereich vorhanden ist. Die Besuchscommission empfiehlt daher, die Konzeption auf den Erwachsenenbereich zu konzentrieren.

## **9. Fachklinik „Am Kyffhäuser“, Klinik für Abhängigkeitserkrankungen und sozio- psychosomatische Rehabilitation, Kelbra** Besuch am 23.04.02

Die Kommission hat eine großzügig angelegte neue Klinik besucht, die nach ihrem Umzug aus Sotterhausen am 01.07.2000 in Betrieb genommen worden ist. Es handelt sich um eine Einrichtung mit 106 Betten für Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen, insbesondere der Alkoholkrankung. Es besteht eine gute materielle und personelle Ausstattung. Es ist eine hohe Arbeitszufriedenheit des Personals zu konstatieren. Das Personal ist für eine Rehabilitationseinrichtung ausreichend qualifiziert.

Die Klinik ist in der Region und im Ort integriert. Sie hat auch Aktivitäten nach außen hin initiiert. Es wäre zu wünschen, dass die Entwicklung so fortgeschrieben werden kann.

Als problematisch wird die noch mangelhafte Vernetzung bzgl. der sozialpsychiatrischen Strukturen erwähnt, hier im konkreten Falle die Nachsorge nach abgeschlossener Rehabilitationsbehandlung. Es wird von Seiten der Besuchscommission nochmals auf die problematische Situation bzgl. der Zahl an niedergelassenen Nervenärzten im Landkreis Sangerhausen hingewiesen.

## **10. Fachklinik „Therapiehof Sotterhausen“, Klinik für Abhängigkeitserkrankungen und sozio-psychosomatische Rehabilitation** Besuch am 23.04.2002

Im „Therapiehof Sotterhausen“ werden seit dem Wechsel des Gesellschafters im Juli 2001 jugendliche Abhängige und abhängige junge Erwachsene (stoffliche Süchte, legale und illegale Drogen) im Rahmen einer stationären Rehabilitation behandelt. Die Einrichtung des Therapiehofes bietet dafür von den äußeren Bedingungen her sehr günstige Voraussetzungen mit guter materieller Ausstattung. Geplant ist eine Kapazität von 35 Plätzen. Die personelle Ausstattung ist noch nicht vollständig gesichert, die Qualifikationen der Mitarbeiter sind z.T. noch nicht abgeschlossen. Die Besuchscommission konnte sich davon überzeugen, dass das Personal die Aufbauphase mit großem Engagement in Angriff genommen hat. Das therapeutisch anspruchsvolle Konzept und die gute Strukturierung der Tagesabläufe, einschließlich der Freizeitgestaltung an den Wochenenden, überzeugten ebenfalls. Positiv stellt sich die gute Integration der Einrichtung in die Dorfumgebung dar. Die vielfältigen örtlichen Angebote werden gern genutzt. Qualitätssichernd wirkt die enge Zusammenarbeit mit der Rehabilitationsklinik für Suchtkranke in Kelbra. Guter Kontakt besteht auch zu Institutionen, die die Patienten nach der

Entlassung weiterbetreuen. Problematisch gestaltet sich dagegen die Tatsache, dass es an niedergelassenen Psychiatern und Psychotherapeuten in der Region fehlt.

Der Therapiehof kann erst auf Erfahrungswerte von wenigen Monaten zurückgreifen, die geprägt sind von anfangs hoher Fluktuationsrate, geringer Belegung, Arbeitsbeginn der leitenden Ärztin erst im November 2001 und des leitenden Therapeuten ab Januar 2002, so dass die weitere Entwicklung abgewartet werden muss. Hierzu zählen insbesondere die noch notwendige personelle Ausstattung, die entsprechende Qualifikation der Mitarbeiter, die Zunahme der Belegung, die Entscheidung über den Kassenvertrag sowie allgemeine Erfahrungswerte im Umgang mit den Abhängigen unter den gegebenen Bedingungen. Unter diesem Gesichtspunkt empfiehlt die Besuchskommission einen erneuten Besuch der Einrichtung nach Ablauf eines Jahres. Zur offenen Frage des Kassenvertrages sollte durch die zuständigen Ämter eine baldige Entscheidung getroffen werden.

**Personelle Zusammensetzung**  
**des Ausschusses und seiner Besuchskommissionen**

<b>Mitglied</b>	<b>Stellvertretendes Mitglied</b>
<b>Ausschussvorsitzender</b> <b>Herr Dr. med. Alwin Fürle</b> ChA Institutsambulanz u. Tagesklinik Fachkrankenhaus Bernburg / SALUS gGmbH	<b>Herr Priv. Doz. Dr. med. Felix M. Böcker</b> ChA der Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie am KKH Naumburg
<b>Frau Dr. med. Ute Hausmann</b> ChÄ der Abt. Kinder- und Jugendpsychiatrie St. Barbara-KH Halle	<b>Frau Dr. med. Christiane Keitel</b> Fachverbandsleiterin Psychiatrie und Geriatrie Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Sachsen-Anhalt
<b>Herr Dr. med. Nikolaus Särchen</b> ChA Abt. Psychiatrie Klinik Bosse Wittenberg	<b>Herr Joachim Müller</b> ChA Fachkrankenhaus Psychiatrie und Neurologie Jerichow
<b>Herr Bernhard Maier</b> Dipl. Pädagoge, Dipl. Sozialpädagoge Referent für Erziehungshilfen Caritasverband Magdeburg	<b>Frau DM Angela Jäger</b> OÄ Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Klinikum Dorothea Christiane Erxleben Quedlinburg
<b>Herr Kai-Lars Geppert</b> Krankenpfleger, Leiter Wohnheim und Tagesstätte für seelisch Behinderte Halle	<b>Frau Silvia Herrmann</b> Diplom-Sozialpädagogin, Betreuungsverein Diakonie Aschersleben
<b>Frau Susanne Rabsch</b> Sozialarbeiterin im Sozialpsychiatrischen Dienst am Gesundheitsamt Wernigerode	<b>Frau Ute Schinzel</b> Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin Leiterin der Betreuungsbehörde am Gesundheitsamt Quedlinburg
<b>Stellv. Ausschussvorsitzender</b> <b>Herr Erhard Grell</b> Vizepräsident Landessozialgericht S.-A.	<b>Frau Claudia Freier</b> Staatsanwältin an der Staatsanwaltschaft Halle, Zwgst. Naumburg
<b>Herr Mario Gottfried</b> Richter am Amtsgericht Halle-Saalkreis	<b>Frau Silvia Iseler</b> Staatsanwältin an der Staatsanwaltschaft Halle
<b>Herr Thomas Klumpp-Nichelmann</b> Richter am Amtsgericht Dessau	<b>Herr Olaf Kleßen</b> Richter am Sozialgericht Stendal
<b>MdL Herr Dr. med. Uwe Nehler</b> Fraktion der SPD	<b>MdL Herr Marco Steckel</b> Fraktion der SPD
<b>MdL Frau Sabine Dirlich</b> Fraktion der PDS	<b>Frau Birgit Garlipp</b> Leiterin der Beratungs- und Geschäftsstelle der Lebenshilfe Sachsen-Anhalt e.V.
<b>MdL Frau Brunhilde Liebrecht</b> Fraktion der CDU	<b>MdL Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Böhmer</b> Fraktion der CDU

**Besuchskommission 1:** Regionale Zuständigkeit

- Altmarkkreis Salzwedel
- Landkreis Stendal
- Landkreis Jerichower Land

<p><b><u>Vorsitzender der Besuchskommission</u></b>  <b>Herr Bernhard Maier</b>                  Dipl. Pädagoge, Dipl. Sozialpädagoge                  Referent für Erziehungshilfen                  Caritasverband Magdeburg</p>	<p><b>Herr Dr. med. Rainer Wolf</b>                  Facharzt für Psychiatrie/Neurologie, Psychotherapie                  Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und                  Psychosomatische Medizin                  Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg</p>
<p><b><u>Stellv. Vorsitzende der Besuchskommission</u></b>  <b>Frau Dr. med. Claudia Glöckner</b>                  Fachärztin für Psychiatrie                  Stationsärztin im AWO-Fachkrankenhaus für Psychiatrie und                  Neurologie</p>	<p><b>Frau Dr. med. Margarete Neumann</b>                  Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie                  Oberärztin der Klinik für Kinder- und                  Jugendpsychiatrie/Psychotherapie am                  Fachkrankenhaus Uchtspringe</p>
<p><b>Herr Olaf Kleßen</b>                  Richter am Sozialgericht Stendal</p>	<p><b>Frau Uta Wilkmann</b>                  Leitende Oberstaatsanwältin                  Staatsanwaltschaft Stendal</p>
<p><b>Frau Dr. rer. nat. Christel Conrad</b>                  Dipl.-Psychologin, Psych. Psychotherapeutin                  Klinik f. Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der                  Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg</p>	<p><b>Frau Dr. phil. Waltraud Groscheck</b>                  Dipl.-Psychologin, Psych. Psychotherapeutin                  Klinik für Neurologie und Psychiatrie am Städtischen                  Krankenhaus Magdeburg</p>
<p><b>Herr Tobias Lösch</b>                  Sozialpädagoge                  Wohnbereichsleiter für seelisch behinderte Menschen, „Der                  Weg“ e.V.</p>	<p><b>Frau Gisela Matthäus</b>                  Lehrerin a.D.                  Vorstandsmitglied des Landesverbandes der                  Angehörigen psychisch Kranker Sachsen-Anhalt e. V.</p>

**Besuchskommission 2:** Regionale Zuständigkeit

- Landeshauptstadt Magdeburg
- Ohrekreis
- Bördekreis
- Landkreis Schönebeck
- Landkreis Anhalt-Zerbst

<p><b><u>Vorsitzender der Besuchskommission</u></b>  <b>Herr Dr. med. Bernd Hahndorf</b>                  Facharzt für Psychiatrie/Neurologie, Chefarzt der Klinik für                  Allgemeine Psychiatrie am Fachkrankenhaus Uchtspringe</p>	<p><b>Frau Ute Griesenbeck</b>                  Referentin Suchtkrankenhilfe                  Diakonisches Werk i. d. Kirchenprovinz Sachsen e.V.</p>
<p><b><u>Stellv. Vorsitzende der Besuchskommission</u></b>  <b>Frau Birgit Garlipp</b>                  Dipl.-Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin                  Geschäftsführerin des LV Lebenshilfe für Menschen mit                  geistiger Behinderung Sachsen-Anhalt e.V.</p>	<p><b>Frau Ute Schinzel</b>                  Dipl.-Sozialpädagogin/Sozialarbeiterin                  Leiterin der Betreuungsstelle am Gesundheitsamt                  Quedlinburg</p>
<p><b>Herr Dr. med. Dietrich Rehbein</b>                  Facharzt für Neurologie und Psychiatrie                  Amtsarzt a.D.</p>	<p><b>Frau DM Gabriele Witschaß</b>                  Fachärztin für Psychiatrie/Neurologie                  Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienst am                  Gesundheitsamt Halberstadt und                  Stationsärztin in der Abt. Psychiatrie am                  Kreiskrankenhaus Blankenburg</p>
<p><b>Herr Thomas Klumpp-Nichelmann</b>                  Richter am Amtsgericht Dessau</p>	<p><b>Herr Wolfgang Wickinghoff</b>                  Richter am Sozialgericht Dessau</p>
<p><b>Frau MdL Sabine Dirlich</b>                  Landtagsabgeordnete                  Landtag von Sachsen-Anhalt</p>	<p><b>Herr Matthias Gallei</b>                  Dipl.-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge                  Leiter der Außenwohngruppe/Betreutes Wohnen                  Psych. Pflegeheimes Dr. Nowack GmbH Salzwedel</p>



**Besuchskommission 3:** Regionale Zuständigkeit:

- Kreisfreie Stadt Dessau
- Landkreis Köthen/Anhalt
- Landkreis Wittenberg
- Landkreis Bernburg
- Landkreis Bitterfeld

<b><u>Vorsitzender der Besuchskommission</u></b> <b>Herr Mario Gottfried</b> Richter am Amtsgericht Halle/Saalkreis	<b>Frau Jana Heinecke</b> Richterin am Amtsgericht Lutherstadt Wittenberg
<b><u>Stellv. Vorsitzende der Besuchskommission</u></b> <b>Frau Dr. med. Christiane Keitel</b> Fachärztin für Psychiatrie/Neurologie Fachverbandsleiterin Psychiatrie und Geriatrie MDK Sachsen-Anhalt	<b>Herr Dr. päd. Uwe Salomon</b> Diplom-Lehrer AOK Sachsen-Anhalt Geschäftsbereich Krankenhaus-Management Zentrale Koordination Sucht
<b>Frau DM Angela Jäger</b> Fachärztin für Neurologie/Psychiatrie, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Klinikum „Dorothea Christiane Erleben“	<b>Frau Evelin Nitsch</b> Sozialpädagogin Referentin für Gefährdetenhilfe Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband LV S.-A.
<b>Frau Heidi Bayer</b> Dipl.-Psychologin, Psych. Psychotherapeutin Leiterin Sozialpsychiatrischer Dienst am Gesundheitsamt Landkreis Wittenberg	<b>Herr Uwe Bartlick</b> Dipl.-Psychologe, Psych. Psychotherapeut Klinik Bosse Wittenberg Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie und Geriatrie
<b>Frau Frances Höfflin</b> Diplom-Sozialpädagogin, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg	<b>Frau Ursel Pazio</b> Ökonomin des Gesundheitswesens Heimleiterin VS-Wohnheim Söllichau

**Besuchskommission 4:** Regionale Zuständigkeit:

- Landkreis Halberstadt
- Landkreis Wernigerode
- Landkreis Aschersleben-Stassfurt
- Landkreis Quedlinburg

<b><u>Vorsitzender</u></b> <b>Herr Joachim Müller</b> Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Chefarzt des AWO-Fachkrankenhauses für Neurologie und Psychiatrie	<b>Herr DM Jens Gregor</b> Facharzt für Psychiatrie Oberarzt Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Klinikum „Dorothea Christiane Erleben“
<b><u>Stellv. Vorsitzende</u></b> <b>Frau Susanne Rabsch</b> Diplom-Sozialarbeiterin im Sozialpsychiatrischen Dienst am Gesundheitsamt Wernigerode	<b>Frau Birgit Tank</b> Krankenschwester Wohnheimleiterin WH für seelisch behinderte Menschen „Thomas Müntzer“
<b>Herr Dr. med. Uwe Nehler</b> <b>MdL der 1. - 3. Legislaturperiode</b> Facharzt für Allgemeinmedizin	<b>Frau Dr. med. Gabriele Jungbluth</b> Fachärztin für Psychiatrie; Oberärztin der Suchtklinik Fachkrankenhaus Bernburg
<b>Herr Erhard Grell</b> Richter, Stellv. Ausschussvorsitzender Vizepräsident des Landessozialgericht S.-A. Halle	<b>Herr Dieter Köneke</b> Direktor des Amtsgerichts Wernigerode
<b>Frau Elke Borchert</b> Dipl. Sozialarbeiterin; AWO-Bereichsleiterin der Tagesstätte für psychisch kranke Erwachsene	<b>Frau Andrea Tillmann</b> Dipl.-Sozialpädagogin, Suchttherapeutin DPWV-Abt. Leiterin stationäre Einrichtungen Heimleiterin ÜWH „Haus Lauenburg“

**Besuchskommission 5.** Regionale Zuständigkeit:

- Kreisfreie Stadt Halle/Saale
- Saalkreis
- Landkreis Mansfelder Land

Mitglied	Stellvertretendes Mitglied
<p><b><u>Vorsitzender der Besuchskommission</u></b>  <b>Herr Dr. med. Nikolaus Särchen</b>                      Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie                      Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie                      der Klinik Bosse Wittenberg</p>	<p><b>Priv. Doz. Dr. med. Felix M. Böcker</b>                      Nervenarzt, Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und                      Psychotherapie                      am Kreiskrankenhaus Saale-Unstrut</p>
<p><b><u>Stellv. Vorsitzende der Besuchskommission</u></b>  <b>Frau Sylvia Herrmann</b>                      Diplom-Sozialpädagogin, Berufsbetreuerin im                      Betreuungsverein Diakonisches Werk</p>	<p><b>Frau Maria-Anna Maurer</b>                      Diplom-Pädagogin                      Pädagogische Leiterin der Einrichtungen des                      Augustinuswerk e.V.</p>
<p><b>Frau MdL Brunhilde Liebrecht</b>                      Abgeordnete des Landtags von Sachsen-Anhalt</p>	<p><b>Frau Gabriele Westendorf</b>                      Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin                      Leiterin Wohnanlage für behinderte Menschen „Otto-                      Lüdecke-Haus“ Stiftung Stassfurter Waisenhaus</p>
<p><b>Frau Claudia Freier</b>                      Staatsanwältin                      Staatsanwaltschaft Halle, Zwgst. Naumburg</p>	<p><b>Herr Carsten Schäfer</b>                      Richter                      Landessozialgericht Sachsen-Anhalt</p>
<p><b>Herr Hermann Günther</b>                      Diplom-Pädagoge                      Wohnbereichsleiter für behinderte Menschen                      „Schloss Hoym“</p>	<p><b>Frau Kerstin Reuter</b>                      Diplom-Psychologin                      Leiterin des Therapiezentrums Bethanien Dessau</p>

**Besuchskommission 6:** Regionale Zuständigkeit:

- Landkreis Sangerhausen
- Landkreis Merseburg-Querfurt
- Burgenlandkreis
- Landkreis Weißenfels

<p><b><u>Vorsitzender der Besuchskommission</u></b>  <b>Herr Kai-Lars Geppert</b>                      Leiter des Wohnheimes und der Tagesstätte für Menschen                      mit seelischen Behinderungen                      Paul-Riebeck-Stiftung zu Halle</p>	<p><b>Frau Susan Busch</b>                      Dipl. Sozialpädagogin                      Lebenshilfe Mansfelder Land e.V.                      Sozialer Dienst der WfbM</p>
<p><b><u>Stellv. Vorsitzende der Besuchskommission</u></b>  <b>Frau Silvia Iseler</b>                      Staatsanwältin, Staatsanwaltschaft Halle</p>	<p><b>Herr Michael Thiel</b>                      Staatsanwalt,                      Staatsanwaltschaft Halle, Zwgst. Naumburg</p>
<p><b>Frau Dr. med. Cornelia Bergunder</b>                      FÄ für Neurologie u. Psychiatrie - Psychotherapie                      OÄ Leiterin der Tagesklinik des Psychiatrischen                      Krankenhauses Halle</p>	<p><b>Herr Eckehard Seifert</b>                      Facharzt für Neurologie und Psychiatrie                      Oberarzt Gerontopsychiatrie                      Psychiatrischen Krankenhauses Halle</p>
<p><b>Frau Dr. med. Ute Hausmann</b>                      Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie/                      Psychotherapie                      Chefärztin der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psycho-                      therapie am St. Elisabeth und St. Barbara-Krankenhaus                      Halle</p>	<p><b>Frau Verona Becker</b>                      Hauptsachbearbeiterin für Rehabilitation                      LVA Sachsen-Anhalt                      Halle</p>
<p><b>Frau Annelotte Schmidt</b>                      Richterin am Amtsgericht Merseburg</p>	<p><b>MdL Herr Marco Steckel</b>                      Fraktion der SPD im Landtag von Sachsen-Anhalt</p>