

2. Bericht zur Situation und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung im Freistaat Thüringen

des
Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und
Gesundheit (TMSFG)

unter Mitarbeit von:

Ulrich Krüger (FEB)
Christian Reumschüssel-Wienert (FEB)
Wilfried Görgen
Rüdiger Hartmann
Günter Schlanstedt

Oktober 2002

INHALTSVERZEICHNIS

KAPITEL		SEITE
	VORWORT	1
1	AUSGANGSSITUATION UND VORGEHEN	3
1.1	Veränderung der Rahmenbedingungen seit dem 1. Thüringer Psychiatrieplan	3
	Fortschreibung des 1. Thüringer Psychiatrieplans	3
	Sozialrechtliche Entwicklungen	3
	Wissenschaftliche Entwicklungen	4
1.2	Vorgehen	5
	Ziele	5
	Arbeitsweise	6
2	GRUNDSÄTZE UND LEITLINIEN	8
3	ORGANISATION DER HILFEN FÜR PSYCHISCH KRANKE MENSCHEN IN THÜRINGEN	12
3.1	Begriffe und Grundlagen der Erhebung	12
3.2	Hilfen im Überblick	14
3.3	Selbsthilfe und Begegnungsstätten	16
3.3.1	Situation	16
3.3.1.1	Selbsthilfe	16
3.3.1.2	Begegnungsstätten	17
3.3.2	Handlungsvorschläge	17
3.4	Ambulante Versorgung	18
3.4.1	Situation	18
3.4.1.1	Niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten	18
3.4.1.2	Sozialpsychiatrische Dienste	19
3.4.1.3	Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen	26
3.4.1.4	Sonstige ambulante Versorgung	32
3.4.2	Handlungsvorschläge	33
3.5	Klinische Versorgung	34
3.5.1	Situation	34
3.5.1.1	Stationäre Behandlung	34
3.5.1.2	Tagesklinische Behandlung	37
3.5.1.3	Regionale Versorgung	39
3.5.1.4	Spezielle Behandlungsbereiche	40
3.5.1.4.1	Gerontopsychiatrische Behandlung	40
3.5.1.4.2	Suchtkrankenbehandlung	40
3.5.1.4.3	Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung	40
3.5.1.5	Verknüpfung psychiatrischer und somatischer Krankenhausbehandlung	42
3.5.1.6	Ambulante Behandlung und Rehabilitation und sonstige Leistungen durch und bei psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen	42
3.5.1.7	Personalstruktur	43
3.5.1.8	Verzahnung mit anderen Leistungsbereichen	44
3.5.1.9	Beteiligung der Krankenhäuser an Planung, Steuerung und fachlicher Abstimmung	46

3.5.2	Entwicklung der psychiatrischen Krankenhausbehandlung	46
3.5.2.1	Entwicklungen seit dem 1. Thüringer Psychiatrieplan	46
3.5.2.2	Einschätzung der Versorgungssituation	47
3.5.2.2.1	Allgemeine Psychiatrie	47
3.5.2.2.2	Kinder- und Jugendpsychiatrie	47
3.5.2.2.3	Gerontopsychiatrie	48
3.5.2.2.4	Neurologie	48
3.5.2.2.5	Rehabilitation durch psychiatrische Fachkliniken und Abteilungen	48
3.5.2.3	Empfehlungen zur Weiterentwicklung psychiatrischer Krankenhausbehandlung in Thüringen	48
3.5.2.3.1	Leitlinien	48
3.5.2.3.2	Pflichtversorgung	49
3.5.2.3.3	Teilstationäre und ambulante Behandlung durch psychiatrische Fachkliniken und -abteilungen	49
3.5.2.3.4	Kinder- und Jugendpsychiatrie	52
3.5.2.3.5	Gerontopsychiatrie	53
3.5.2.4	Berücksichtigung neuerer sozialrechtlicher Entwicklungen	54
3.6	Komplementäre Versorgung - Sozialpsychiatrische Leistungen im Bereich Selbstversorgung/ Wohnen und Tagesgestaltung	55
3.6.1	Situation	55
3.6.1.1	Komplementäre Hilfen im Überblick	55
3.6.1.2	Betreutes Wohnen	57
3.6.1.3	Tagesstätten	62
3.6.1.4	Übergangswohnheime	67
3.6.1.5	Wohnheime	72
3.6.1.6	Pflegeheime	77
3.6.2	Handlungsvorschläge	81
3.6.2.1	Reduzierung stationärer, bedarfsgerechter Ausbau ambulanter Hilfen zur Teilhabe	81
3.6.2.2	Zusammenführung der sachlichen Zuständigkeit für Hilfen zur Teilhabe	82
3.6.2.3	Schaffung Gemeindepsychiatrischer Verbünde	83
3.6.2.4	Funktionale Gliederung des Versorgungsangebots	84
3.7	Bereich Arbeit	85
3.7.1	Situation	85
3.7.1.1	Übersicht	85
3.7.1.2	Trainingszentren	86
3.7.1.3	Werkstätten für Behinderte	88
3.7.2	Handlungsvorschläge	93
3.8	Spezielle Versorgungsbereiche	94
3.8.1	Kinder- und Jugendpsychiatrie	94
3.8.1.1	Situation	94
3.8.1.2	Handlungsvorschläge	98
3.8.2	Gerontopsychiatrie	100
3.8.2.1	Situation	100
3.8.2.2	Handlungsvorschläge	104
3.8.3	Maßregelvollzug	108
3.8.3.1	Situation	108
3.8.3.2	Handlungsvorschläge	113
4	QUALITÄTSSICHERUNG UND -ENTWICKLUNG	115
4.1	Situation	115
4.1.1	Nutzereinbeziehung auf der Arbeitsebene	115

4.1.2	Nutzereinbeziehung auf der Steuerungsebene	115
4.1.3	Nutzerzufriedenheit	115
4.1.4	Beschwerdemöglichkeiten	116
4.1.5	Transparenz und Erreichbarkeit der Hilfen	116
4.1.6	Dokumentation	116
4.1.7	Gesundheitsberichterstattung zum Stand der Versorgung im Bereich Psychiatrie	116
4.1.8	Einrichtungs- und berufsgruppenübergreifende Fort- und Weiterbildung	117
4.2	Handlungsvorschläge	117
4.2.1	Nutzereinbeziehung auf der Arbeitsebene	117
4.2.2	Nutzereinbeziehung auf der Steuerungsebene	117
4.2.3	Nutzerzufriedenheit	118
4.2.4	Beschwerdemöglichkeiten	118
4.2.5	Transparenz und Erreichbarkeit der Hilfen	118
4.2.6	Dokumentation	118
4.2.7	Gesundheitsberichterstattung zum Stand der Versorgung im Bereich Psychiatrie	118
4.2.8	Einrichtungs- und berufsgruppenübergreifende Fort- und Weiterbildung	119
5	KOORDINATION, STEUERUNG UND PLANUNG	120
5.1	Situation	120
5.2	Handlungsvorschläge	123
6	SCHWERPUNKTE DER ZUKÜNFTIGEN ENTWICKLUNG	125
7	LITERATURVERZEICHNIS	127

MATERIALBAND

Wir bitten alle Leserinnen des Berichtes um Verständnis, dass im Text bei Personen ausschließlich die männliche Bezeichnung gewählt wurde, obwohl mindestens in gleichem Ausmaß Mitarbeiterinnen, Patientinnen usw. gemeint sind. Diese sprachliche Unvollständigkeit wurde in Kauf genommen, um die Lektüre zu erleichtern.

VORWORT

Die Psychiatriepolitik des Freistaates Thüringen hat seit der Veröffentlichung des 1. Landespsychiatriepflichtgesetzes im Jahr 1994 erhebliche Fortschritte zu verzeichnen. Nachdem mit dem Inkrafttreten des Thüringer Gesetzes zur Hilfe und Unterbringung psychisch Kranker zum 11.02.1994 die rechtlichen Grundlagen für eine umfassende psychiatrische Versorgung psychisch kranker Menschen geschaffen wurde, gelang es in den Folgejahren, das Angebotsspektrum kontinuierlich auszubauen. Insbesondere bei der Erweiterung der komplementären Angebote sind in den vergangenen Jahren große Erfolge erreicht worden.

Um auch in der Zukunft weitere Fortschritte bei der psychiatrischen Gesundheitspolitik verzeichnen und eine Anpassung an veränderte sozialrechtliche und wissenschaftliche Erkenntnisse vornehmen zu können, ist zunächst eine Bestandsaufnahme der vorhandenen Versorgungssituation in Thüringen notwendig. Anhand einer Analyse der vorhandenen Gegebenheiten können dann Handlungsgrundsätze und Perspektiven aufgezeigt werden.

Bei der Erarbeitung der Grundlagen zum Bericht begleiteten Fachleute aus allen Bereichen psychiatrischer Hilfestellung mit großem Interesse und Engagement die Bestandsaufnahmen, Analysen und Perspektivenentwicklungen.

Da sich entsprechende Verbände gegründet haben, waren diesmal in allen Arbeitsgruppen auch Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige vertreten. Obwohl die Landesverbände der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen psychisch Kranker noch jung und ihre regionalen Gruppen oft noch klein sind, haben die Vertreter engagiert, kompetent und selbstbewusst neue Aspekte in die Diskussion gebracht, die Konzeptionen der Professionellen aufmerksam und kritisch verfolgt und wichtige Beiträge zur Psychiatrieplanung geleistet.

In den acht Arbeitsgruppen zum Psychiatriebericht und in zahlreichen sonstigen Treffen, Veranstaltungen und Gesprächen wurde um die Zukunft der Psychiatrie im Lande gerungen.

Stets war so etwas wie Aufbruchstimmung zu spüren. Die grundlegenden strukturellen Änderungen auch im Bereich der Psychiatrie in Thüringen nach der Wiedervereinigung Deutschlands sind bewältigt. Das Ende der Verwahrspsychiatrie in gemeindefernen Großeinrichtungen konnte im Wesentlichen erreicht werden, die neuen sozialrechtlichen Bedingungen sind vertraut geworden und Eigeninitiative und Engagement in psychosozialen Trägervereinen, Selbsthilfegruppen, Verbänden, Einrichtungen und Organisationen sind als notwendiger Motor jeglicher Entwicklung erkannt worden.

Die psychiatrischen Kliniken haben sich auf der Grundlage der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) zu psychiatrischen Kompetenzzentren mit hochqualifiziertem therapeutischen Angebot entwickelt. Viele außerklinische Einrichtungen und Hilfeformen sind neu entstanden und haben sich bewährt. Der Beweis, dass auch schwer und chronisch psychisch gestörte Menschen bei entsprechender Hilfe in der Gemeinde leben und sich weiterentwickeln können, ist gelungen.

Die erreichten Erfolge können durchaus Stolz und Freude begründen. Im Alltag richtet sich die Aufmerksamkeit jedoch eher auf Mängel und künftige Ziele. Dies hat sich auch in der Diskussion zum Psychiatriebericht widerspiegelt. Unbestritten ist die Überzeugung: Es gibt noch viel zu tun, das Ziel ist noch nicht erreicht. Die bedarfsgerechte Versorgung ist nicht in allen Leistungsbereichen flächendeckend sichergestellt. Im Hinblick auf die Vorrangstellung ambulanter Behandlungs-, Rehabilitations- und Pflegemöglichkeiten, die personenzentrierte Gesamtausrichtung der Angebote und die intensive und verbindliche Verzahnung der Leistungen über Trägergrenzen und Leistungsträgerzuständigkeiten hinweg ist mehr als ein hoffnungsvoller Beginn noch nicht zu verzeichnen.

Die erwähnte Aufbruchstimmung ist eine günstige Voraussetzung dafür, dass auch dieser nächste große Schritt der Psychiatriereform gelingt.

Insgesamt ist der vorliegende Psychiatriebericht das Ergebnis eines landesweiten, konsensorientierten Abstimmungsprozesses. Den vielen Mitwirkenden, Mitdenkern und Mitautoren sei an dieser Stelle gedankt.

Der Psychiatriebericht wird seine volle Wirkung jedoch nur entfalten können, wenn er nicht als Ergebnis, sondern als neuer Auftakt, als Orientierungshilfe und Anschlag zu weiterer Aufbauarbeit verstanden wird.

Die Leitlinien werden allen an der psychiatrischen Versorgung Beteiligten zur Orientierung nahegelegt: den Leistungserbringern, den Leistungs- bzw. Kostenträgern, der Politik, Gesundheits- und Sozialverwaltung auf kommunaler und Landesebene. Jeder sollte zunächst in seinem Einfluss- und Entscheidungsbereich nach Möglichkeiten der Fortentwicklung suchen. Niemand sollte darauf warten, dass ein Anderer die Initiative ergreift.

Dr. Frank-Michael Pietzsch

Thüringer Minister für
Soziales, Familie und Gesundheit

1 AUSGANGSSITUATION UND VORGEHEN

1.1 VERÄNDERUNG DER RAHMENBEDINGUNGEN SEIT DEM 1. THÜRINGER PSYCHIATRIEPLAN

Fortschreibung des 1. Thüringer Psychiatrieplans

Der 1. Thüringer Psychiatrieplan beschrieb die tiefgreifende Umgestaltung der psychiatrischen Versorgung seit der Neugründung des Landes und formulierte die zentralen Grundlinien und Ziele der weiteren Entwicklung. Neben der Mängelbeseitigung im stationären Bereich und dem Ausbau komplementärer Angebote ging es vor allem um eine Neustrukturierung der nachsorgenden Hilfen, Heime und Wohngemeinschaften mit Schwerpunktsetzung auf gemeindepsychiatrische Angebote.

Im 2. Bericht zur Situation und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung im Freistaat Thüringen werden auf der Basis einer aktuellen Situationsanalyse Grundsätze und Ziele fortgeschrieben. Hierbei gilt es, an bereits Formuliertes bzw. Bewährtes anzuknüpfen und an die veränderten sozialpolitischen Rahmenbedingungen und fachlichen Weiterentwicklungen anzupassen.

Sozialrechtliche Entwicklungen

Bundessozialhilfegesetz

Durch die Novellierung der §§ 93 ff. Bundessozialhilfegesetz (BSHG) im Jahr 1996 (in Kraft getreten am 1.1.1999) werden Änderungen der Leistungsbeschreibung, Qualitätssicherung und Finanzierung im Bereich der Eingliederungshilfe von Einrichtungen intendiert, die Leistungsträger und Leistungserbringer vor neue Aufgaben stellen. In diesem Zusammenhang galt seit dem 01.01.1999 bis zum Inkrafttreten des Landesrahmenvertrages zum 01.12.2001 in Thüringen eine Übergangsregelung. Der Landesrahmenvertrag umfasst zunächst den stationären Bereich, wird aber auch für den ambulanten Bereich offen bleiben.

Sozialgesetzbuch Elftes Buch- Soziale Pflegeversicherung

Die Auswirkungen der Pflegeversicherung (Elftes Buch des Sozialgesetzbuches- SGB XI) auf psychisch kranke Menschen sind erst jetzt ansatzweise erkennbar. Es bestehen weiterhin Unklarheiten bei der funktionalen Abgrenzung zwischen Eingliederungshilfe und Grundpflege. Die Leistungsträgerzuständigkeit richtet sich nach dem Einrichtungstyp.

GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000

Am 01.01.2000 trat das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 in Kraft, das in den Bereichen Behandlung und Rehabilitation auch Auswirkungen auf die Versorgung psychisch Kranker haben wird. Im Besonderen sind hier zu nennen:

- a) Veränderungen im Bereich der Rehabilitation: In § 40 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) wird der Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation unterstrichen. Der ambulanten Rehabilitation wird der Vorrang eingeräumt.
- b) Veränderungen im Bereich ambulanter Behandlung: Im neu aufgenommenen § 37a SGB V wird der Anspruch auf „Soziotherapie“ für Versicherte begründet, die „wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen“.
- c) Möglichkeiten der Etablierung von Institutsambulanzen: In § 118 SGB V wird für psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern der Anspruch auf Ermächtigung zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung normiert.
- d) Ausbau der Prävention: In § 20 Abs. 3 SGB V werden die Aufwendungen der Krankenkassen für primäre Prävention und Gesundheitsförderung auf DM 5,00 (2,56 Euro) pro Versicherten festgelegt.
- e) Förderung der Selbsthilfe: In § 20 Abs. 4 SGB V wird die Förderung von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen mit DM 1,00 (0,51 Euro) pro Versicherten festgelegt.
- f) Qualitätssicherung: In den §§ 135 - 139 SGB V werden die Anforderungen an die interne und externe Qualitätssicherung erhöht und auf den ambulanten Bereich erweitert.

Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Am 1.7.2001 ist ein neues Sozialgesetzbuch IX in Kraft getreten, in dem das Rehabilitationsrecht zusammengefasst und vereinheitlicht wurde. Dabei wurde die Sozialhilfe und die Jugendhilfe als Rehabilitationsträger aufgenommen. Beratung, Zugang und Qualitätsmanagement sollen über Leistungsträgergrenzen hinweg vereinheitlicht werden. Der vorliegende Psychiatriebericht berücksichtigt die Vorgaben für eine leistungsbereichsübergreifende Rehabilitationsplanung und Leistungsdokumentation.

Heimgesetz

Das Heimgesetz von 1974 in mehreren Neufassungen wurde novelliert. Dabei ist der Anspruch des Bewohners auf differenzierte Beschreibung der für ihn zu erbringenden Leistungen sowie sein Anspruch auf Änderung der Leistung bei Veränderung des Hilfebedarfs festgeschrieben worden.

WISSENSCHAFTLICHE ENTWICKLUNGEN

Schon durch die in den Empfehlungen der EXPERTENKOMMISSION (1988) eingeführte funktionale Betrachtungsweise treten die einzelnen institutionellen

Bausteine des gemeindepsychiatrischen Hilfesystems in den Hintergrund. In den Vordergrund rückt eine Sichtweise, die auf die Erfüllung von Helfefunktionen gerichtet ist. Maßstab der Gesamtversorgung ist dabei die bedarfsgerechte Versorgung schwer und chronisch psychisch kranker Menschen. Der Schwerpunkt soll im ambulanten Bereich liegen.

In Fortentwicklung dieser Empfehlungen stellt die Kommission "Personalbemessung" der AKTION PSYCHISCH KRANKE die Forderung nach integrierten personenbezogenen Behandlungs- und Rehabilitationsprogrammen in den Mittelpunkt (vgl. KAUDER, AKTION PSYCHISCH KRANKE 1997 und BMG 1998)¹. Gefordert wird die Entwicklung „vom institutionszentrierten zum personenzentrierten System der Versorgung“. Mit einer solchen Perspektive werden die Helfefunktionen in den Bereichen

- ❑ stationäre und teilstationäre Behandlung,
- ❑ ambulante sozialpsychiatrische Behandlung,
- ❑ Selbstversorgung (Wohnen),
- ❑ Tagesgestaltung und Kontaktfindung und
- ❑ Arbeit und Ausbildung

innerhalb eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes funktional organisiert. Leistungen sollen je nach individuellem Bedarf flexibel zu erbringen sein. Der individuellen Hilfeplanung kommt dabei zentrale Bedeutung zu. Die Anforderungen an Steuerung, Kooperation und Koordination im Gemeindepsychiatrischen Verbund werden nach dieser Konzeption deutlich erhöht.

In den Empfehlungen der Expertenkommission zum personenzentrierten Ansatz wurde die bundesweite Fachdiskussion aufgegriffen und in der Folge deutlich angeregt. Der Impuls zur Entwicklung personenzentrierter psychiatrischer Versorgungsstrukturen wurde in der Fachwelt und der Politik begrüßt. Die Diskussionen zum 2. Thüringer Psychiatriebericht zeigten eine breite Akzeptanz der Konzeption in Thüringen.

1.2 Vorgehen

Ziele

Die Erstellung des Psychiatrieberichts hat vor allem folgende Zielsetzungen:

- a) Die Beschreibung der aktuellen Versorgungssituation im Hinblick auf unterschiedliche Versorgungsbereiche, Versorgungsformen und Zielgruppen.
- b) Die Evaluation der aktuellen Versorgungssituation im Hinblick auf unterschiedliche Versorgungsbereiche, Versorgungsformen und Zielgruppen. Dies beinhaltet eine Überprüfung, inwieweit wichtige Ziele und Forderungen des ersten Psychiatrieplans entwickelt und umgesetzt wurden. Dies bezieht sich auf den klinisch-stationären Bereich ebenso wie auf den au-

¹ Literaturverzeichnis S.138

ßberklinisch-komplementären Bereich bzw. den „gemeindepsychiatrischen“ Bereich.

- c) Die Formulierung von Grundsätzen, inhaltlichen Schwerpunktsetzungen sowie der nächsten Entwicklungsziele für die gemeindepsychiatrische Versorgung in Thüringen. Dies beinhaltet Planungsvorschläge im Hinblick auf die unterschiedlichen Zielgruppen bzw. Behandlungsbereiche: Allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie sowie Maßregelvollzug.

Die genannten Zielsetzungen greifen ineinander. Insbesondere die Bewertung der Bedarfsgerechtigkeit und damit auch der *Strukturqualität der Versorgung* sowie Entscheidungen über die prioritätengerechte Ressourcenverteilung müssen sich an den formulierten Grundsätzen und Zielsetzungen zukünftiger Entwicklung orientieren. Dabei sollten die gemeindepsychiatrischen Grundsätze des personenzentrierten Ansatzes als Leitperspektive dienen.

Arbeitsweise

Der 1. Thüringer Psychiatrieplan (1994) entstand als Zusammenstellung der Berichte themenspezifischer Arbeitsgruppen. Fachleute aus der psychiatrischen Versorgung, der Planung und Verwaltung sowie Fachleute der Leistungsträger hatten nach gründlicher Abstimmung den Entwicklungsstand beschrieben und Handlungsbedarfe formuliert. Die Federführung hatte das Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit.

Die Fortschreibung ist gemäß Entscheidung des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit in Form eines Psychiatrieberichts und parallel dazu, in Vorgehen und inhaltlicher Ausrichtung abgestimmt, aber gesondert, eines Berichtes zur Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe erstellt worden. Die Vorbereitung wurde nach Ausschreibung im Jahr 1999 externen Forschungsinstituten übertragen.

Dabei kam der Einbeziehung der im Land Thüringen vorhandenen Fachkompetenz, Kenntnis der Versorgungssituation und deren Entwicklungslinien entscheidende Bedeutung zu.

Das Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit gab schriftlich und in Zusammenarbeit mit dem beauftragten Institut FEB/FOGS GmbH auf einer öffentlichen Veranstaltung am 22.02.2000 das Vorhaben des Psychiatrieberichts bekannt und forderte zu Stellungnahmen und Mitarbeit auf. Dem sind zahlreiche Fachleute und Interessierte in Thüringen gefolgt.

Insbesondere die Formulierung von Grundsätzen und Zielsetzungen, die mit dem 2. Psychiatriebericht erreicht werden sollen, setzten einen breit angelegten Diskussionsprozess unter allen Beteiligten in Thüringen voraus. Die Erwartungen, der unterschiedlichen Beteiligten, wie Leistungsträger, Leistungserbringer sowie Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige, an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Hilfesystems wurden festgestellt und zusammengeführt. Dabei zeigte sich in den grundsätzlichen konzeptionellen Fragen psychiatrischer Versorgung weitgehende Übereinstimmung.

Folgende Arbeitskreise² wurden gebildet und trafen sich zu jeweils vier bis fünf Sitzungen:

- ❑ Projektgruppe Psychiatriebericht,
- ❑ AG Allgemeine Erwachsenenpsychiatrie,
- ❑ AG Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- ❑ AG Gerontopsychiatrie,
- ❑ AG Qualitätsentwicklung,
- ❑ AG Maßregelvollzug,
- ❑ AG Krankenhäuser,
- ❑ AG Regionale Versorgung.

Darüber hinaus fanden Einzel- oder Gruppengespräche mit ausgewählten Experten statt. Zahlreiche schriftliche Beiträge und Anregungen wurden verwertet.

Zu jedem Zeitpunkt wurde auf eine enge Verzahnung mit der Planung im Bereich Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe geachtet.

² Mitglieder der Arbeitsgruppen: siehe Anhang I.

2 GRUNDSÄTZE UND LEITLINIEN

Im 1. Thüringer Psychiatrieplan wurde auf die Leitlinien der Psychiatriereform zurückgegriffen, die im Rahmen der *PSYCHIATRIE-ENQUÊTE (1975)* und im Bericht der *EXPERTENKOMMISSION (1988)* formuliert wurden.

In der *PSYCHIATRIE-ENQUÊTE (1975)* wurden vier Grundprinzipien benannt:

- gemeindenahe Versorgung
- bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten
- Planung, Koordination und Kooperation aller Dienste in der Versorgungsregion
- Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken.

Die Empfehlungen der *EXPERTENKOMMISSION (1988)* behielten diese Prinzipien bei und entwickelten sie weiter:

- Gemeindenahe Versorgung bedeutet danach Hilfeleistung innerhalb festgelegter Versorgungsgebiete (100.000 - 150.000 Einwohner), die in der Regel den Gebietskörperschaften (Städte und Landkreise) entsprechen.
- Bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller psychisch kranken und behinderten Personen sollte erreicht werden durch die Abkehr von der angebotsorientierten Versorgungsstruktur und Hinwendung zur funktionalen Gliederung des Angebots und zur am individuellen Bedarf orientierten Hilfeleistung.
- Die Koordination der Dienste und die funktionale Gliederung der Versorgungsstruktur sollte sichergestellt werden durch die Bildung Gemeindep psychiatrischer Verbände.
- Die Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken schließt die Integration der psychiatrischen Krankenhausbehandlung in die allgemeine Krankenhausversorgung durch Schaffung von psychiatrischen Abteilungen und verstärkte Kooperation psychiatrischer Fachkliniken mit somatischen Krankenhäusern und die Gleichstellung bei der medizinischen und beruflichen Rehabilitation ein.

Im 1. *THÜRINGER PSYCHIATRIEPLAN* wurden mit gleicher Ausrichtung folgende Grundlinien der psychiatrischen Versorgung benannt:

- Würde und Selbstverantwortung
- Gleichstellung mit körperlich Kranken
- Gemeindenähe der Hilfen
- ambulante Behandlung und Hilfe vor stationärer Behandlung
- rechtsstaatliche Verfahren.

Alle genannten Grundsätze bleiben uneingeschränkt gültig.

Bei der Beachtung dieser Prinzipien sind deutliche Fortschritte unübersehbar. Sie haben weiterhin konsequent als Grundlage von Entscheidungen und Bewertungen zu dienen.

Über die im 1. Thüringer Psychiatrieplan formulierten Leitlinien hinaus steht für die Landesregierung im *2. Bericht zur Situation und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung* die fachliche Orientierung am personenzentrierten Ansatz im Vordergrund. In diesem Zusammenhang erhalten vor allem folgende Aspekte Bedeutung:

- a) personenzentrierte Hilfeplanung,
- b) Verbundentwicklung und -gestaltung,
- c) Qualitätssicherung,
- d) optimierte Nutzung vorhandener Ressourcen.

zu a) *personenzentrierte Hilfeplanung:*

- Orientierung am individuellen Bedarf statt an Einrichtungskonzeptionen
- Einbeziehung der Nutzer bei der Hilfeplanung
- Behandlungs- und Rehabilitationsplanung sollen im Bedarfsfall einrichtungsübergreifend erfolgen, damit therapeutische Kontinuität erreicht und Absprachen erleichtert und überschaubarer werden.
- Der Hilfebedarf soll *integriert* ermittelt werden (Gesamtplan).
- Die Hilfeplanung ist *zielorientiert* vorzunehmen.
- Die Hilfeplanung ist *unabhängig von der Wohnform* vorzunehmen. Die Hilfeleistung soll nicht starr mit einer Wohnform gekoppelt werden. Das Leben in einer Einrichtung darf nicht automatisch eine festgelegte Hilfe bedeuten.
- Der Hilfebedarf soll einrichtungs- und berufsgruppenübergreifend ermittelt werden.
- Im Rahmen der Hilfeplanung soll eine koordinierende Bezugsperson mit ihren Aufgaben benannt werden.
- Die Ergebnisse der Behandlungs- und Rehabilitationsplanung sind zu dokumentieren (geeignetes Instrument: Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan der Aktion Psychisch Kranke).
- Datenschutz und Schweigepflicht sind jederzeit zu beachten. Art und Umfang des vorgesehenen und vorgenommenen Informationsaustauschs sind für Klienten offen zu legen.

zu b) *Verbundentwicklung und -gestaltung:*

- Die Leistungserbringer einer Region sollen die Leistungserbringung aufeinander beziehen und sich im Interesse des Klienten informieren.
- Ziel ist der Aufbau personenzentrierter Gemeindepsychiatrischer Verbünde.

- ❑ Die Koordination der regionalen Angebote und Leistungen ist sicherzustellen.
- ❑ Die rechtlichen Beziehungen der Träger sind klar und funktional sinnvoll zu gestalten (Kooperationsverträge, verpflichtende Teilnahme bzw. Teilnahmeberechtigung an Gremien usw.).
- ❑ Die Pflichtversorgung im Leistungsbereich Eingliederungshilfe nach BSHG (Hilfe zur Teilhabe) soll verbindlich eingeführt und umgesetzt werden. Dies beinhaltet die Bereitschaft, Menschen mit akutem Behandlungs- bzw. Rehabilitationsbedarf *kurzfristig Leistungen anzubieten* und insbesondere *keinen* psychisch kranken Menschen wegen Art oder Schwere der Störung *abzuweisen*.

zu c) *Qualitätssicherung:*

- ❑ Die Hilfeleistung soll regelmäßig unter Einbeziehung der Nutzer ausgewertet werden.
- ❑ Die Auswertung ist zu dokumentieren.
- ❑ Die Auswertung ist Bestandteil einer erneuten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung.
- ❑ Die Zufriedenheit der Nutzer mit dem Angebot und den Leistungen ist zu erfragen.
- ❑ Der einrichtungs- und trägerübergreifende Fachaustausch soll gefördert werden (z.B. durch gemeinsame Fallbesprechungen).
- ❑ Die Dokumentation für den Bereich Psychiatrie ist kontinuierlich durchzuführen (nicht nur für Psychiatrieberichte).
- ❑ Beschwerdemöglichkeiten für Nutzer sollen klar und erkennbar sein.
- ❑ Eine Evaluation des regionalen psychiatrischen Versorgungsangebots soll regelmäßig vorgenommen werden (kommunaler Psychiatriebericht).

zu d) *optimierte Nutzung vorhandener Ressourcen:*

- ❑ Eingliederungsziele werden am besten durch Behandlung und Rehabilitation am üblichen (oder ggf. angestrebten) Wohnort erreicht.
- ❑ Der Vorrang ambulanter vor teilstationären und teilstationärer vor stationären Hilfen ist zu beachten.
- ❑ Die fachliche Verzahnung verschiedener aufeinanderfolgender oder parallel laufender Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen ist sicherzustellen, therapeutische Kontinuität möglichst zu gewährleisten.
- ❑ Die Finanzierung ist am individuellen Hilfebedarf zu orientieren (keine Festschreibung einrichtungshomogener Pflegesätze).
- ❑ Der Ressourceneinsatz der Leistungsträger ist transparent zu gestalten.

Die begrüßenswerten Tendenzen zur Gemeindenähe der psychiatrischen Hilfen und der Integration auch chronisch und schwer psychisch gestörter Menschen sowie seelisch behinderter Menschen wirft zusätzliche Akzeptanzprobleme in der Bevölkerung auf. Daher sind als weitere Leitlinien zu benennen:

- kontinuierliche Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit mit Aufklärung über Verbreitung, Erkennung, Prognose und Behandlung psychischer Erkrankung sowie der Bedeutung der sozialen Integration,
- Unterstützung bürgerschaftlichen Engagements für psychisch Kranke (Laienhelfer, Bürgerhelfer, selbstorganisierte Integrationsangebote usw.),
- verstärkte Fortbildung zu psychischer Erkrankung für nicht-psychiatrische Berufsgruppen in Verwaltung, Gesundheits- und Sozialwesen (z.B. auch in der Altenhilfe, Kinder- und Jugendhilfe, Schule, Erwachsenenbildung usw.).

3 Organisation der Hilfen für psychisch kranke Menschen in Thüringen

3.1 Begriffe und Grundlagen der Erhebung

Begriffe

Menschen mit psychischen Störungen haben unterschiedliche Hilfebedarfe. Vorhandene Hilfeangebote richten sich an Männer und Frauen, alte oder junge Menschen, Deutsche und Nichtdeutsche sowie Menschen aus verschiedenen sozialen Milieus. Psychiatrische Hilfen richten sich an Menschen, deren Störung einen eher episodischen Charakter hat oder deren Störung einen chronischen Verlauf nimmt bzw. genommen hat oder die schwer gestört sind. Insbesondere seit den „Empfehlungen der EXPERTENKOMMISSION“ im Jahr 1988 hat sich als fachliche Leitlinie eine Orientierung des psychiatrischen Hilfesystems an den Menschen mit chronischen und/oder schweren Störungen etabliert, d.h. an Menschen, die einen komplexen und längerfristigen Hilfebedarf haben. Die Hilfen, die für Menschen mit chronischen/schweren Störungen geeignet sind, sind in der Regel auch geeignet für Menschen mit leichten bzw. episodischen Störungen. Dies gilt jedoch nicht umgekehrt.

Seit einigen Jahren findet in der psychiatrischen Versorgung eine Umorientierung statt, die als „Paradigmenwechsel“ zu bezeichnen ist. Im Gegensatz zu einer institutionszentrierten Sichtweise setzt eine *personenzentrierte* Sichtweise (vgl. BMG 1999) und Hilfeerbringung an dem aktuellen individuellen Hilfebedarf an und organisiert die entsprechenden Hilfen flexibel entsprechend den individuellen Schwankungen des Bedarfs unter Wahrung größtmöglicher Kontinuität im Prozess der Hilfeerbringung. Leitend bei der Hilfeerbringung ist zum einen, dass die Hilfen gemeindeintegriert, koordiniert und kooperativ im Rahmen eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes erbracht werden. Zum anderen werden die Hilfen nicht mehr institutionell bzw. nach Einrichtungstypen organisiert, sondern nach Funktionsbereichen. Die Funktionsbereiche eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes sind:

- ❑ (klinisch) stationäre und teilstationäre Behandlung,
- ❑ sozialpsychiatrische Hilfen im Bereich Grundversorgung,
- ❑ sozialpsychiatrische Hilfen im Bereich Selbstversorgung/Wohnen,
- ❑ sozialpsychiatrische Hilfen im Bereich der Kommunikation, Kontaktfindung, Tagesgestaltung und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben,
- ❑ sozialpsychiatrische Hilfen im Bereich Arbeit und Ausbildung.

Mit dem personenzentrierten Ansatz wird die Perspektive der Umorientierung und Umstrukturierung des gemeindepsychiatrischen Hilfesystems beschrieben, die im gesamten Bundesgebiet noch nicht umgesetzt ist. Sie gilt als Leitlinie, der für die weiteren Umsetzungsschritte der Psychiatriereform in Bund und Ländern eine Leitfunktion zukommt.

Da es sich bei dem personenzentrierten Ansatz zur Zeit um eine Entwicklungsperspektive handelt, muss im 2. Psychiatriebericht die bisherige Entwicklung und die Bestandsaufnahme die tatsächlichen Begebenheiten in Betracht ziehen. Aus diesem Grunde wird insbesondere in der Situationsbeschreibung eine traditionelle bereichs- und institutionsorientierte Sichtweise

beibehalten. Die Handlungsvorschläge orientieren sich hingegen an der Perspektive des personenzentrierten Ansatzes.

Die folgenden Darstellungen gliedern sich in:

- den Bereich der Selbsthilfe und Begegnungsstätten
- den ambulanten Versorgungsbereich

Hierunter werden niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten gefasst sowie Sozialpsychiatrische Dienste und Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen.

- den Bereich der klinischen Versorgung

Dieser Bereich umfasst die stationäre und teilstationäre Versorgung durch psychiatrische Krankenhäuser und psychiatrische Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser inklusive der Institutsambulanzen.

- den Bereich der „komplementären“ Versorgung

Hierunter werden Einrichtungen des Betreuten Wohnens, Tagesstätten, Übergangswohnheime, Wohnheime (inkl. Außenwohngruppen) gefasst und damit vor allem Einrichtungen, die Leistungen zur Eingliederungshilfe nach BSHG erbringen. In diesem Bereich werden auch psychiatrische Pflegeeinrichtungen erfasst. Der Begriff „komplementär“ wird seit der Psychiatrie-Enquête für die Angebote neben stationärer und ambulanter Behandlung (Krankenhaus und niedergelassene Psychiater) verwendet. Er könnte suggerieren, dass die Klinik in der Bedeutung vor den sie „ergänzenden“ Angeboten steht. Dies würde den fachlichen wie den gesetzlichen Vorgaben widersprechen. Da ein besserer Begriff bisher fehlt, wird trotz des möglichen Missverständnisses zunächst weiter von „komplementärer Versorgung“ gesprochen.

- den Bereich Arbeit

Unter diesen Bereich werden in erster Linie Werkstätten für Behinderte, jedoch auch Einrichtungen wie berufsbegleitende Dienste, Selbsthilfebetriebe/Integrationsfirmen oder Ausbildungsstätten (Trainingszentren) gefasst.

- spezielle Versorgungsbereiche

Hierunter fallen Hilfeangebote aus den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Maßregelvollzug.

Grundlagen

Der 2. Bericht zur Situation und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung beruht auf umfangreichen Erhebungen die im Jahr 2000 in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen durchgeführt wurden. Die Bestandsaufnahmen berücksichtigen Daten zur Angebots- und Versorgungsstruktur sowie zur Klientenstruktur in den unterschiedlichen Bereichen. Obwohl in der Regel nicht auf vorhandene EDV-gestützte Dokumentationssysteme zurückgegriffen werden konnte, waren die Rückläufe bei den meisten Erhebungen hoch und die Qualität der Angaben gut.

Im Einzelnen wurden durchgeführt:

- Eine Erhebung im „komplementären Bereich“ und im Bereich Arbeit. Die Erhebung ergab insgesamt eine Rücklaufquote von 92,4 % (134 von 145 Einrichtungen)³.
- Eine Erhebung im „ambulanten Bereich“ bei den Sozialpsychiatrischen Diensten und Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen. Hier gab es einen nahezu 100 % igen Rücklauf⁴.
- Eine Erhebung im klinischen Bereich, die einen 100 %igen Rücklauf ergab.
- Eine Erhebung bei niedergelassenen Fachärzten und Psychotherapeuten. Die Rücklaufquote lag hier unter 25 %, so dass diese Erhebung nicht verwertet werden konnte.
- Eine Zusatzerhebung im Bereich der Pflegeheime (Altenhilfe) im Zusammenhang mit dem Versorgungsbereich „Gerontopsychiatrie“. Der Rücklauf lag hier bei 54 %, so dass die Ergebnisse nur teilweise herangezogen werden konnten.

Der parallel erarbeitete 2. Thüringer Bericht zur Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe gründet auf Erhebungen des TMSFG und FOGS, die am „Kern Datensatz“ der DHS (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren) orientiert waren. Dies wurde bei der Erstellung der Erhebungsinstrumente für den 2. Bericht zur Situation und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung berücksichtigt. Für den klinischen Bereich ist ein eigenständiges Instrument entwickelt worden. Dieses ist orientiert an Bögen, die bei einer bundesweiten Erhebung der Aktion Psychisch Kranke, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung der Psych-PV verwendet wurden (vgl. KUNZE, POHL, KRÜGER 1998).

Im Gegensatz zu den Erhebungen zum *Thüringer Bericht zur Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe* war für die ambulanten und komplementären Einrichtungen des psychiatrischen Hilfesystems eine derartige Erhebung neu. Da bei vielen Einrichtungen ein Dokumentationssystem noch nicht hinreichend entwickelt ist, blieben die Rückläufe hinsichtlich der Daten zur Klientenstruktur in der Regel unterhalb der Rücklaufquoten bzgl. der allgemeinen Strukturdaten.

Es ist jedoch beabsichtigt, ab dem Jahr 2002 regelmäßige Erhebungen im psychiatrischen Hilfesystem unter Zugrundelegung der entwickelten Instrumente durchzuführen, um zu einer regelmäßigen Berichterstattung zu gelangen, die auch Entwicklungsprozesse berücksichtigen kann.

3.2 Hilfen im Überblick

In den letzten Jahren hat sich in Thüringen ein differenziertes System an psychiatrischen Hilfen entwickelt. Das Hilfesystem umfasst u.a. im außerklinischen Bereich⁵:

³ Die Rücklaufquoten waren je nach Einrichtungstyp unterschiedlich. Bei Einrichtungen, die einen Fragebogen nicht zurückgesandt hatten, wurden teilweise telefonisch die Platz- und Mitarbeiteranzahl erfragt.

⁴ Lediglich eine Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle hat keinen Fragebogen zurückgesandt. Hier wurde telefonisch die Mitarbeiterzahl erfragt.

- ❑ 93 Selbsthilfegruppen für Psychiatrie-Erfahrene und/oder Angehörige,
- ❑ 10 Begegnungsstätten,
- ❑ 96,8 niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie o.ä.⁶,
- ❑ 145,6 niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeuten,
- ❑ Sozialpsychiatrische Dienste in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt. Die Dienste unterhalten z.T. Außenstellen.
- ❑ 14 Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, in denen 26,9 Mitarbeiterstellen bestehen,
- ❑ 28 Einrichtungen des Betreuten Wohnens mit 513 Plätzen,
- ❑ 24 Tagesstätten mit 105,84 Mitarbeiterstellen und 431 Plätzen,
- ❑ 12 Übergangwohnheime mit 139,94 Mitarbeiterstellen und 246 Plätzen,
- ❑ 22 Wohnheime mit 492,5 Mitarbeiterstellen und 892 Plätzen,
- ❑ 8 Pflegeheime, mit 223,1 Mitarbeiterstellen und 378 Plätzen,
- ❑ 30 anerkannte Werkstätten für behinderte Menschen, zum Teil mit Außenstellen oder Abteilungen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen,
- ❑ 3 Selbsthilfefirmen/Integrationsbetriebe, die mit 2,8 Mitarbeiterstellen 21 Arbeitsplätze vorhalten,
- ❑ 4 Ausbildungs- bzw. Trainingszentren, die mit 30,8 Mitarbeiterstellen 86 Ausbildungsplätze für überwiegend jüngere psychisch kranke Menschen anbieten,
- ❑ 2 Zuverdienstbereiche, die mit 2,5 Mitarbeiterstellen Arbeit für 13 Menschen anbieten sowie
- ❑ 7 berufsbegleitende Fachdienste.

Im klinischen Bereich wird die Versorgung gemäß 3. Thüringer Krankenhausplan vom 19.01.1998⁷ sichergestellt durch:

- ❑ 3 Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Neurologie (ehemalige Landesfachkrankenhäuser), die mit rd. 1700 Mitarbeiterstellen
 - ❑ 829 vollstationäre Betten (einschließlich Neurologie) und
 - ❑ 57 teilstationäre Plätze vorhalten,
- ❑ 9 Psychiatrische Abteilungen, die mit 520,68 Mitarbeiterstellen
 - ❑ 657 vollstationäre Betten und
 - ❑ 95 teilstationäre Plätze vorhalten,
- ❑ 1 Fachklinik für Suchtbehandlung.

⁵ vgl. Anhang, Tabellen 1 - 8.

⁶ Manche niedergelassene Ärzte haben eine doppelte (fachärztliche) Zulassung. Sie werden dem Bereich Psychiatrie dann nur anteilig zugerechnet.

⁷ Zwischenzeitlich ist der 4. Thüringer Krankenhausplan verabschiedet worden.

In einigen Bereichen der Versorgung ist das außerklinische Hilfesystem flächendeckend ausgebaut, so bei den Selbsthilfegruppen, den niedergelassenen Fachärzten und Psychotherapeuten, den Sozialpsychiatrischen Diensten oder den Werkstätten für Behinderte, die mit großem Abstand den umfangreichsten Versorgungsbereich in der psychiatrischen Versorgung darstellen. In anderen Sektoren, insbesondere im komplementären Bereich oder im Bereich Arbeit/Ausbildung/Beschäftigung außerhalb von Behindertenwerkstätten bestehen Versorgungslücken oder Disparitäten.

Die Ausstattung der einzelnen Landkreise und kreisfreien Städte hinsichtlich des Personals außerklinischer psychiatrischer Einrichtungen, Dienste und Leistungserbringer verteilt sich unterschiedlich. Kommen im Land Thüringen 7,18 Mitarbeiterstellen/Leistungserbringer auf 10 Tsd. Einwohner, so reicht bei einer regionalen Betrachtung die Spannweite von 1,8 (im Landkreis Gotha) bis hin zu 23,79 (im Landkreis Hildburghausen)⁸.

Eine ähnlich breite Spannweite liegt hinsichtlich der außerklinisch angebotenen Plätze vor⁹. Im Freistaat Thüringen werden im Schnitt 13,88 außerklinische Plätze pro 10 Tsd. Einwohner angeboten, im Landkreis Weimarer Land werden 4,79 und im Landkreis Hildburghausen 50,56 Plätze pro 10 Tsd. Einwohner angeboten.

Die Ursachen für diese Spannweiten liegen insbesondere in den Ungleichheiten im komplementären Bereich.

3.3 Selbsthilfe und Begegnungsstätten

3.3.1 Situation

3.3.1.1 Selbsthilfe

Zu den bedeutendsten Entwicklungen im Bereich Psychiatrie gehört die Entwicklung von Selbsthilfegruppen. In Thüringen haben sich die Selbsthilfegruppen für psychisch kranke Menschen bzw. der Psychiatrie-Erfahrenen sowie die Selbsthilfegruppen für Angehörige in den letzten Jahren äußerst stark entwickelt. Dies entspricht der bundesweiten Entwicklung (vgl. hierzu: BRILL 1991; S. 222 - 245), die sich in der Gründung des Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen und des Bundesverbandes der Angehörigen ausdrückt. Im Freistaat Thüringen bestehen Landesverbände der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen psychisch Kranker.

Insgesamt existieren in Thüringen 93 Selbsthilfegruppen, die in nahezu allen Landkreisen und kreisfreien Städten angesiedelt sind¹⁰.

Für Psychiatrie-Erfahrene gibt es in 20 Landkreisen und kreisfreien Städten 57 Selbsthilfegruppen, die sich z.T. auf bestimmte Problemfelder beziehen wie „Angst“ oder „Depressionen“. Sie sind im Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen zusammengeschlossen.

⁸ vgl. Anhang, Tabelle 4.

⁹ Berücksichtigt wurden hier nur Einrichtungen, die definierbare „Plätze“ anbieten.

¹⁰ vgl. Anhang, Tabelle 5.

Für Angehörige existieren 28 Gruppen in 22 kreisfreien Städten und Landkreisen, die sich zum Landesverband der Angehörigen zusammengeschlossen haben.

Darüber hinaus gibt es in 4 kreisfreien Städten und Landkreisen 8 Gruppen, in denen Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige gemeinsam Selbsthilfegruppen bilden.

Ergänzt werden diese Gruppen durch sog. „Psychoseseminare“ (vgl. hierzu: BOCK, DERANDERS, ESTERER 1996). Diese neue Art der Gruppen, in denen Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle in einem gemeinsamen Austausch Probleme diskutieren, sind seit kurzem in einigen Kreisen entstanden.

Dem zunehmenden Gewicht von Selbsthilfegruppen wird in Thüringen neben anderem dadurch Rechnung getragen, dass es in dreizehn Landkreisen und kreisfreien Städten Beratungs- und Kontaktangebote für Selbsthilfegruppen gibt¹¹. Zum Teil erfüllen auch die Sozialpsychiatrischen Dienste oder die Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen eine Vermittlungs- und Beratungsfunktion für Selbsthilfegruppen.

3.3.1.2 Begegnungsstätten

An der Schnittstelle zwischen Selbsthilfe, ehrenamtlicher und professioneller Hilfe sind Begegnungsstätten angesiedelt. Während der Öffnungszeiten der Begegnungsstätten kann man sich hier zum zwanglosen Gespräch oder anderen Aktivitäten treffen.

An der Erhebung zum Thüringer Psychiatriebericht haben sich insgesamt acht von zehn Begegnungsstätten beteiligt. Der offenen („niedrigschwelligen“) Struktur der Einrichtungen entsprechend wird über Besucher wenig dokumentiert. Über die Klientenstruktur der Begegnungsstätten sind daher keine Aussagen möglich. Die neun Begegnungsstätten sind in der Regel an sog. „Psychosoziale Zentren“ angegliedert und stehen somit in einem engen Zusammenhang mit Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen oder auch Tagesstätten. Sie sind in der Regel mit 0,5 VZSt (Vollzeitstellen) ausgestattet, sofern nicht ABM-Mittel oder andere Sonderprogramme eine höhere Personalausstattung ermöglichen. In einigen Fällen werden Begegnungsstätten durch das zusätzliche ehrenamtliche Engagement professioneller Mitarbeiter unterstützt.

3.3.2 Handlungsvorschläge

Selbsthilfegruppen dienen der Entlastung, Optimierung und Kontrolle des professionellen Bereichs. Durch sie finden (ehemals) psychisch kranke Menschen und deren Angehörige Austauschmöglichkeiten, Rat und Interessenvertretung. Die Selbsthilfebewegung ist auch höchst bedeutsam hinsichtlich Planung und Qualitätssicherung. Dem ansteigenden Gewicht von Psychiatrie-

¹¹ vgl. Anhang, Tabelle 6.

Erfahrenen und Angehörigen wird zunehmend in den Gremien Rechnung getragen.

- ❑ Vertreter der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen sind in Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG), Beiräten und andere relevante Steuerungsgremien einzubeziehen.
- ❑ Im Landesfachbeirat für Psychiatrie sind Vertreter des Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen sowie des Landesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker berücksichtigt¹².
- ❑ Die Funktion des Patientenfürsprechers gemäß § 26 ThürPsychKG sollte flächendeckend besetzt werden.
- ❑ ‚Psychoseseminare‘ als Möglichkeit des Austausches zwischen Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen aus dem Bereich Psychiatrie und Instrumente zur Förderung des Verständnisses für psychisch Kranke und ihre Bedürfnisse sollten fortgesetzt und weiter aufgebaut werden.
- ❑ Bürgerschaftliches Engagement zur Unterstützung psychisch Kranker sollte finanziell und durch Beratung bzw. Supervision unterstützt werden (Laienhilfe, Bürgerhilfe).

3.4 Ambulante Versorgung

3.4.1 Situation

3.4.1.1 Niedergelassene Fachärzte und Psychotherapeuten

Eine wesentliche Säule der ambulanten psychiatrischen Versorgung stellen die niedergelassenen Vertragsärzte der Fachgebiete Nervenheilkunde, Psychiatrie, Neurologie, Neurologie/ Psychiatrie sowie Psychiatrie/ Psychotherapie dar.

In Thüringen praktizieren in den kreisfreien Städten und Landkreisen insgesamt 97 Fachärzte¹³. Bei einer Bevölkerungszahl von 2.449.089 Einwohnern versorgt damit ein Facharzt ca. 25.300 Personen, 0,4 Fachärzte kommen auf 10.000 Einwohner.

Gemessen am Versorgungsgrad ist die Ausstattung der einzelnen Landkreise und kreisfreien Städte sehr unterschiedlich. Sie reicht von 62,0 % in der Stadt Gera bis zu 202,9 % im Saale-Holzland-Kreis¹⁴.

Insgesamt 9 Fachärzte gibt es in Thüringen mit der Fachrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie¹⁵, davon ein ermächtigter Arzt in einer Einrichtung.

Insgesamt 13 ärztliche und 133 zugelassene nichtärztliche psychologische Psychotherapeuten praktizieren in allen kreisfreien Städten und Landkreisen

¹² Der Landesfachbeirat für Psychiatrie wurde im Februar 2002 gegründet.

¹³ vgl. Anhang, Tabelle 7.

¹⁴ vgl. Anhang, Tabelle 7.

¹⁵ Inklusiv der Fachärzte für Kinder und Jugendpsychotherapie. Angaben nach Kassenärztlicher Vereinigung Thüringen, Stand Mai 2000.

Thüringens¹⁶. Damit versorgt ein Psychotherapeut ca. 18.007 Personen, und auf 10 Tsd. Einwohner kommen 0,56 Psychotherapeuten. Der Versorgungsgrad der einzelnen kreisfreien Städte und der Landkreise bewegt sich zwischen 80,3 % im Landkreis Greiz und 128,0 % in Jena¹⁷.

Als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind in Thüringen 7 Therapeuten zugelassen (3) oder ermächtigt (4).

3.4.1.2 Sozialpsychiatrische Dienste

In jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt Thüringens ist die Versorgung psychisch kranker Menschen durch den Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes sichergestellt. Die Versorgung Eisenachs wird entsprechend einer Kooperationsvereinbarung durch eine Zweigstelle des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Wartburgkreises wahrgenommen.

Die Zielgruppen und Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste sind im Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch Kranker (ThürPsychKG) sowie in einer Fachempfehlung des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit beschrieben (vgl. TMSFG: Fachempfehlungen für die Arbeit und Struktur Sozialpsychiatrischer Dienste in Thüringen auf der Grundlage des Thüringer PsychKG; 1994).

Zielgruppen sind:

- psychisch Kranke, chronisch psychisch Kranke/seelisch Behinderte, dabei insbesondere auch
 - psychisch Alterskranke,
 - psychisch kranke Kinder und Jugendliche,
 - geistig behinderte Menschen in psychischen Krisensituationen,
 - Suchtkranke,
- Personen, die von einer psychischen Erkrankung oder Behinderung bedroht sind und
- von einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung mitbetroffene Angehörige.

Folgende Aufgaben werden genannt:

- vorsorgende Hilfen,
- Koordination der Hilfen im Einzelfall,
- Koordination und regionale Planung,
- Unterbringung (hoheitliche Aufgaben),
- Bereitschaftsdienste,
- Nachsorge,
- Dokumentation und Planung.

¹⁶ vgl. Anhang, Tabelle 8.

¹⁷ vgl. Anhang, Tabelle 8.

Die Erhebung, die bei den Sozialpsychiatrischen Diensten durchgeführt wurde, hat einen Rücklauf von 24 Einrichtungen ergeben, wobei die Dienste ihre Zweig- und Nebenstellen mit berücksichtigt haben¹⁸.

Die Befragung der Sozialpsychiatrischen Dienste zeigt, dass die Größe des Einzugsgebietes für zwei Dienste bis 50.000 Einwohner, für sieben Dienste bis 100.000 und für 13 Dienste bis 250.000 Einwohner beträgt. Aus diesem Grund haben 13 Dienste Zweig- und/oder Nebenstellen eingerichtet bzw. führen Außensprechstunden durch.

Entsprechend ihrer rechtlichen Grundlagen haben alle Dienste einen regionalen Versorgungsauftrag.

Spezialisierte gerontopsychiatrische oder kinder- und jugendpsychiatrische Dienste gibt es laut Angaben in Thüringen nicht. 13 Dienste haben jedoch angegeben, dass sie gerontopsychiatrische Aufgaben und neun Dienste, dass sie kinder- und jugendpsychiatrische Aufgaben übernehmen.

Die Öffnungszeiten inklusive der Sprechstunden der Sozialpsychiatrischen Dienste liegen in den üblichen Dienstzeiten. Ein Dienst bietet Sprechstunden nach Vereinbarung an. Drei Dienste haben auch freitags am späteren Nachmittag geöffnet.

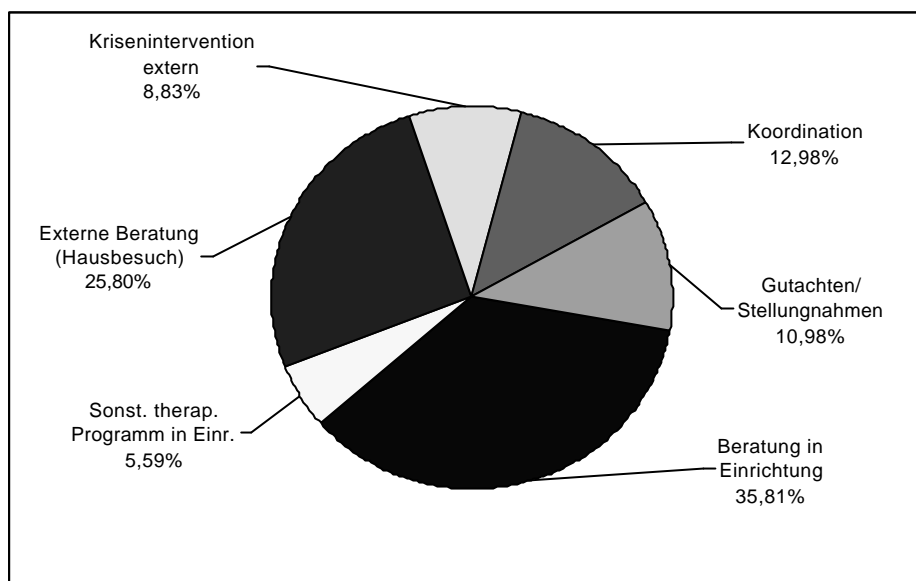
18 Dienste verfügen neben ihren regulären Öffnungszeiten über eine Rufbereitschaft. Hiervon haben 16 Dienste (davon 15 an sieben Tagen in der Woche) eine 24-Stunden-Rufbereitschaft oder eine, die nach Dienstschluss bis zum nächsten Dienstbeginn eingerichtet ist. Zwei Dienste bieten nur am Wochenende, davon einer nur vormittags, eine Rufbereitschaft an.

Zehn Dienste haben angegeben, dass es in ihrer Versorgungsregion/in ihrem Kreis einen Kriseninterventionsdienst gibt, der nachts oder am Wochenende tätig und an dem der Sozialpsychiatrische Dienst beteiligt ist. Diese Dienste werden in einigen Fällen (3) in Kooperation mit dem ärztlichen Notdienst, in einem Fall mit der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle oder der Rettungsleitstelle durchgeführt.

Die Anteile ihres Aufgabenspektrums umreißen die Sozialpsychiatrischen Dienste wie folgt:

¹⁸ Zum großen Teil wurden die Außen- und Nebenstellen innerhalb eines Erhebungsbogens berücksichtigt. Außerdem ist der Sozialpsychiatrische Dienst des Wartburg-Kreises auch für die Versorgung Eisenachs zuständig.

Abb. 1: Aufgabenstruktur der Sozialpsychiatrischen Dienste (N = 21, Angaben in %)



Die Sozialpsychiatrischen Dienste haben 1999 1.544 Krankenhauseinweisungen durchgeführt, davon 810 freiwillige, 666 nach dem Thüringer PsychKG und 68 nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch.

Die Personalstruktur der Sozialpsychiatrischen Dienste stellt sich wie folgt dar:

Insgesamt sind in 13 Diensten 14 Ärzte vollzeitbeschäftigt, in fünf Diensten sind Ärzte mit insgesamt 67 Std. Teilzeit und in fünf Diensten Ärzte stundenweise als Honorarkräfte beschäftigt.

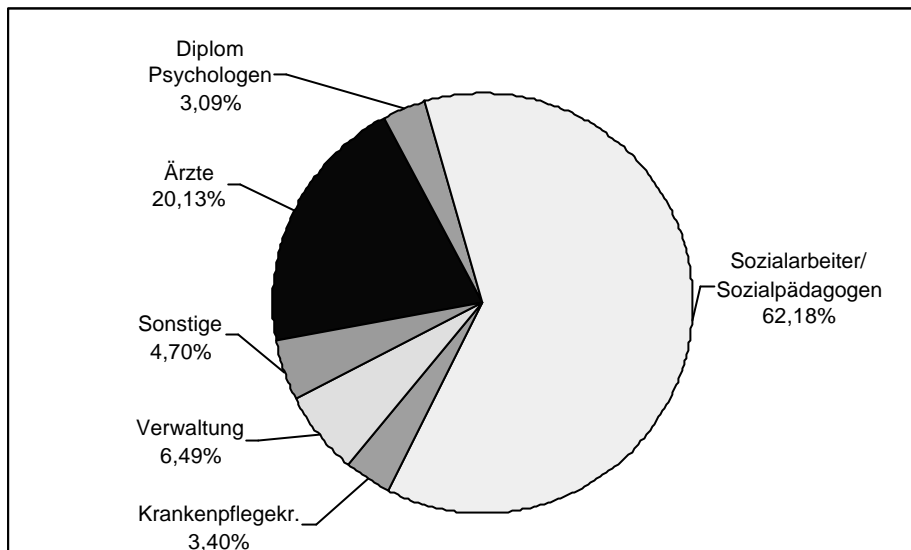
2,5 VZSt. sind mit Diplompsychologen und insgesamt 50,28 VZSt. mit Sozialarbeitern/Sozialpädagogen besetzt.

2,75 VZSt. sind mit Krankenpflegepersonal besetzt.

5,25 VZSt sind mit Verwaltungskräften besetzt und 3,8 VZSt mit sonstigen Mitarbeitern. In vier Diensten wird zusätzliches Personal außerhalb des regulären Stellenplanes beschäftigt.

Die prozentuale Verteilung des Personals der Sozialpsychiatrischen Dienste Thüringens verdeutlicht Abb. 2:

Abb. 2: Personalstruktur der Sozialpsychiatrischen Dienste
(N = 23, Angaben in % der VzSt.)



Die Personalausstattung der Sozialpsychiatrischen Dienste liegt unter den Empfehlungen des 1. Thüringer Psychiatrieplanes bzw. den Fachempfehlungen. Diese empfehlen einen Arzt pro Sozialpsychiatrischem Dienst, was insgesamt 23 VZSt entspricht. Tatsächlich sind jedoch (inkl. Honorarstellen) ca. 16 VZSt. mit Ärzten besetzt. Für nichtärztliche Fachkräfte wird eine Stelle pro 25 Tsd. Einwohnern empfohlen, was 98 Stellen ergeben würde. Hier liegt der tatsächliche Wert bei ca. 62 Stellen.

Im Hinblick auf die Qualifikationen bzw. Fort- und Weiterbildung ergibt sich aufgrund der Angaben folgendes Bild:

Neben der schon erwähnten Ausstattung der Dienste mit Fachärzten und Diplompsychologen hat ein Mitarbeiter eine Anerkennung als Suchttherapeut, drei Mitarbeiter in zwei Diensten haben eine Weiterbildung als Sozialtherapeut abgeschlossen, ein Mitarbeiter hat eine sozialpsychiatrische Zusatzausbildung, zwei Mitarbeiter eines Dienstes haben eine Weiterbildung zum „personenzentrierten Ansatz“ (IBRP) und 18 Mitarbeiter aus acht Diensten eine sonstige abgeschlossene Weiterbildung.

Im Jahr 1999 haben insgesamt 59 Mitarbeiter aus 20 Diensten an einer externen Fortbildung teilgenommen.

An der Finanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste waren in den vergangenen Jahren sowohl die jeweiligen Kreise bzw. kreisfreien Städte als auch das Land Thüringen beteiligt. Über die Finanzierungsstruktur der Sozialpsychiatrischen Dienste können keine genauen Angaben gemacht werden, da nur die Hälfte der Dienste hierzu Angaben gemacht haben. Bei diesen zeigte sich folgende Verteilung:

- Die jeweiligen kreisfreien Städte und Landkreise waren mit 62 % und
- das Land Thüringen mit 38 % an den Gesamtkosten beteiligt.

Unter dem Gesichtspunkt der Regionalisierung der Versorgung und der Bildung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden kommen der Kooperation und Koordination psychiatrischer Einrichtungen und Dienste eine besondere Be-

deutung zu. Den Sozialpsychiatrischen Diensten kommt bei dieser Aufgabe eine Schlüsselrolle zu. Wegen ihrer regionalen Aufgabenstellung gibt es keine psychisch kranken Menschen, für die diese Dienste „nicht zuständig“ sind. Sie treten vor allem dort ein, wo andere Dienste und Einrichtungen noch nicht oder nicht mehr tätig werden können. Die Sozialpsychiatrischen Dienste spielen daher als zuweisende Dienste eine bedeutsame Rolle. Sie werden auch nach Fremdmeldungen tätig. Die Kontaktaufnahme ist flexibel und reicht von Einladungen über Hausbesuche zu Kriseneinsätzen an allen notwendigen Orten. Die multiprofessionelle Zusammensetzung entspricht den vielfältigen Einsatzbereichen.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste Thüringens kooperieren anlassbezogen und im Einzelfall mit einer Vielzahl unterschiedlicher Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung und Einrichtungen und Diensten anderer Versorgungssektoren. Verbindliche (schriftliche) Absprachen mit anderen Leistungserbringern in der jeweiligen Versorgungsregion werden jedoch nicht angegeben. In der Erhebung haben hierzu acht Dienste grundsätzlich verneinend geantwortet bzw. keine Angaben gemacht¹⁹.

Im Vordergrund der Absprachen bzgl. einer Arbeitsteilung stehen niedergelassene Fachärzte (54 %), Einrichtungen des Betreuten Wohnens und Pflegeheime (je 50 %), sowie Beratungs- und Begegnungsstätten (37,5 %). Wohngruppen, Tagesstätten, Pflegedienste, Psychosoziale Dienste und Werkstätten für Behinderte wurden jeweils von über 40 %, Wohnheime und Übergangswohnheime sowie Einrichtungen der Altenhilfe wurden jeweils von mehr als 30 % der Dienste genannt. Einrichtungen der Jugendhilfe wurden von einem Fünftel und klinische Einrichtungen jeweils von ca. 17 % der Dienste aufgeführt.

Verbindliche (schriftliche) patienten- bzw. klientenbezogene Hilfeplanung geben die Hälfte der 24 befragten Sozialpsychiatrischen Dienste an. Hier wurden mit jeweils 38 % der Nennungen Fachärzte, Psychosoziale Beratungsstellen, Einrichtungen des Betreuten Wohnens und Werkstätten für Behinderte angegeben. Stationäre außerklinische Einrichtungen wie Übergangs-, Wohn- oder Pflegeheime wurden von ca. 25 % der Dienste genannt. Sämtliche anderen Leistungserbringer wurden von nicht mehr als 21 % der Dienste genannt²⁰.

Hieraus folgt, dass Leistungserbringer, die in ihrer fachlichen Ausrichtung, ähnlich wie die Sozialpsychiatrischen Dienste selbst, eher ambulant (bzw. teilstationär) ausgerichtet sind, im Vordergrund der Absprachen mit Sozialpsychiatrischen Diensten stehen. Dies macht sich auch im Hinblick auf die gemeinsame Behandlungsplanung bemerkbar. Allerdings sind hier auch stationäre außerklinische Einrichtungen stark vertreten.

Nahezu sämtliche Sozialpsychiatrischen Dienste sind in den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften ihrer jeweiligen Kreise vertreten. Fünf Dienste haben angegeben, dass sie Aufgaben mit Koordinationsfunktion übernehmen.

Darüber hinaus sind die Dienste in vielfältigen psychiatrierelevanten Gremien vertreten, wie z.B. regionalen Beiräten, Arbeitsgruppen zur Koordination besonderer Versorgungsbereiche (Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugend-

¹⁹ Diese wurden als „Nein“ gewertet.

²⁰ vgl. Anhang, Tabelle 11.

psychiatrie, Sucht) oder auch in überregionalen Gremien, wie dem Arbeitskreis der Sozialpsychiatrischen Dienste in Thüringen, Arbeitskreisen der Wohlfahrtsverbände oder auch Angehörigengruppen und Psychoseseminaren.

Die Angaben, die Sozialpsychiatrische Dienste zu ihren Klienten gemacht haben, stehen zum gegenwärtigen Zeitpunkt unter gewissen Vorbehalten. Dies hat im wesentlichen zwei Gründe: Zum einen existiert bei den Diensten kein allgemeinverbindliches Dokumentationssystem, welches auf die gestellten Fragen Antwort geben könnte. Zum anderen dokumentieren nicht alle Dienste ihre Arbeit, so dass die Angaben zu den Klienten oft auf Schätzungen beruhen.

18 Dienste, die zur entsprechenden Frage geantwortet haben, hatten im Jahr 1999 ca. 7.145 Klientenkontakte, davon 53,4 % (3.816) zu Frauen und 46,6 % (3.329) zu Männern. Die Altersstruktur der Klientel gestaltet sich wie folgt:

Ca. 1 % der Klienten ist unter 18 Jahre alt, 16 % zwischen 18 und 30 Jahre, 57 % sind 30 bis 60 Jahre alt, 23,5 % sind 60 bis 80 Jahre alt und 2,7 % sind über 80 Jahre alt²¹.

Der Anlass des Kontakts ergab sich in der Mehrzahl der Fälle (22,4 %) durch eine Anfrage von anderen Dienststellen. Eine Krise mit Gefährdung war in 14,26 % und ein Problem mit Krankheitseinsicht war in 10,68 % der Fälle Anlass eines Kontakts. Andere Problembereiche machten jeweils deutlich weniger als 10 % der Fälle aus²².

Im Hinblick auf die Zielgruppen wurden folgende Angaben gemacht:

- Nahezu 80 % der Klienten sind aus dem Bereich der allgemeinen Psychiatrie.
- Ca. 18 % der Klienten sind aus dem Bereich der Gerontopsychiatrie.
- 2 % der Klienten aus dem Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und
- ca. 0,5 % der Klienten sind aus dem forensischen Bereich²³.

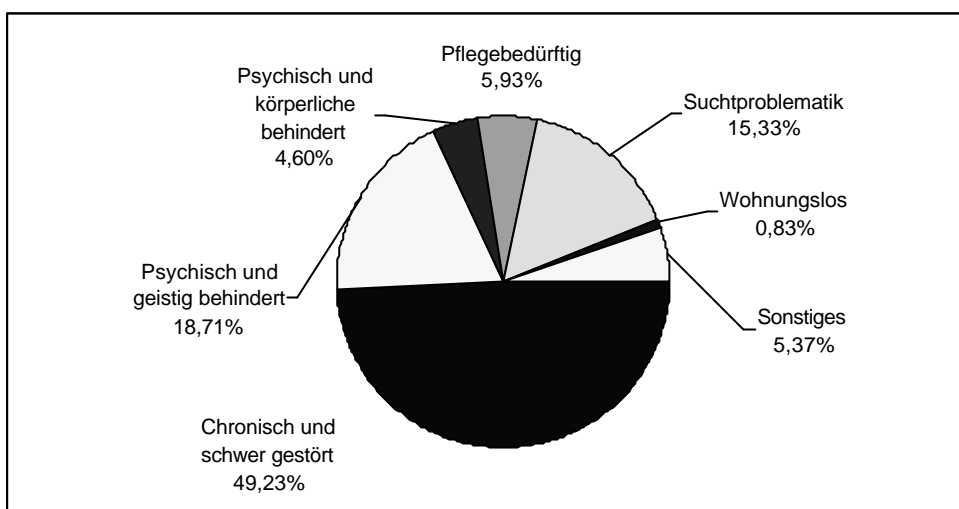
Als besondere Problembereiche der Klienten wurde in nahezu 50% der Fälle eine chronische und schwere Störung angegeben. Weitere Problembereiche ergeben sich aus der Abb. 3:

²¹ vgl. Anhang, Tabelle 12.

²² vgl. Anhang, Tabelle 13.

²³ vgl. Anhang, Tabelle 14.

Abb. 3: Besondere Problembereiche der Klienten in % (N = 18)



Die Häufigkeit der Kontakte zu einzelnen Klienten und die Betreuungsdauer im Jahr 1999 zeigen, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste Thüringens eine Vielzahl von Klienten kontinuierlich und längerfristig begleiten. Von den 21 Diensten, die hierzu Angaben machten, hatten immerhin fast die Hälfte der Klienten (3.865) mehr als fünf Kontakte mit Mitarbeitern des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Davon 1.901 Klienten zwischen fünf bis zehn Kontakte, 1.096 Klienten zwischen elf und 20 Kontakte, 690 Klienten 21 bis 40 Kontakte und 178 mehr als 40 Kontakte im Jahr 1999²⁴.

15,29 % der Klienten wurden 1999 über einen Zeitraum von bis zu drei Monaten betreut, ca. 15 % zwischen drei und sechs Monaten, ca. 16 % zwischen sieben und zwölf Monaten und ca. 53 % der Klienten wurden 1999 bereits seit über einem Jahr durch die Sozialpsychiatrischen Dienste betreut²⁵.

Die Kontakte kamen in ca. 37 % der Fälle auf Initiative von anderen professionellen Einrichtungen oder anderen Behörden/Dienststellen zustande. In 32 % der Fälle kamen die Klienten auf eigene Initiative und in ca. 18 % der Fälle wurde der Kontakt durch Angehörige oder das soziale Umfeld (inkl. Vermieter) hergestellt bzw. vermittelt²⁶.

Die von den Sozialpsychiatrischen Diensten betreuten Klienten lebten in ca. 83 % der Fälle allein in einer eigenen Wohnung oder zusammen mit Verwandten/Bekanntem. In ca. 14 % der Fälle lebten die Klienten in meist stationären Kontexten wie Krankenhaus, Wohn- und Pflegeheim oder im Betreuten Wohnen²⁷.

Eine parallele Inanspruchnahme anderer (psychiatrischer) Dienste und Einrichtungen durch die Klienten der Sozialpsychiatrischen Dienste findet in der Hauptsache durch die Konsultation niedergelassener Fachärzte statt, nämlich in ca. 40 % der Fälle. 14 % der Klienten wurden (ggf. zeitweise) stationär im Krankenhaus behandelt und 6 % durch Tageskliniken und Institutsambulan-

²⁴ vgl. Anhang, Tabelle 16.

²⁵ vgl. Anhang, Tabelle 17.

²⁶ vgl. Anhang, Tabelle 18.

²⁷ vgl. Anhang, Tabelle 19.

zen. Ca. 10 % der Klienten nahmen die Dienste des komplementären Bereichs in Anspruch bzw. waren in Werkstätten für Behinderte beschäftigt²⁸.

Dies zeigt, dass sich eine Überschneidung der Klientel mit dem außerklinischen bzw. komplementären Bereich im Sinne einer „Doppelbetreuung“ in recht engen Grenzen hält. Die Sozialpsychiatrischen Dienste Thüringens versorgen signifikant andere Klienten als der komplementäre Bereich.

3.4.1.3 Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen

Die Sozialpsychiatrischen Diensten kooperieren eng mit den Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen in Thüringen, denen nach § 4 ThürPsychKG Aufgaben der Vor- und Nachsorge vertraglich übertragen werden können. Sie versorgen deshalb dieselben Zielgruppen wie die Sozialpsychiatrischen Dienste. Hinzu kommen jedoch auch Suchtkranke mit ihrem psychiatrischen Behandlungsbedarf, soweit dieser nicht durch Fachdienste der ambulanten Suchthilfe abgedeckt wird.

Als Aufgaben ergeben sich:

- Befunderhebung und Sicherung von psychiatrischer Behandlung,
- vor- und nachsorgende Hilfen,
- Koordination der Hilfen im Einzelfall,
- Koordination und regionale Planung,
- vor- und nachsorgende Hilfen bei Unterbringungen nach ThürPsychKG,
- Dokumentation und Planung (vgl. Fachempfehlungen des Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit und der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Thüringen für die Arbeit und Struktur Psychosozialer Kontakt- und Beratungsstellen auf der Grundlage des Thüringer PsychKG, 1997).

Nach Ergebnissen der Erhebung sind in den letzten Jahren in Thüringen 14 Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen in zwölf kreisfreien Städten und Landkreisen entstanden, die vielfach in Gemeindepsychiatrische Zentren eingegliedert sind. Alle Beratungsstellen sind in freigemeinnütziger Trägerschaft. Die Mehrheit der Beratungsstellen (acht) hat eine vertraglich geregelte Versorgungsverpflichtung für den Landkreis oder die Stadt, in dem/der sie gelegen ist.

Zwei Einrichtungen liegen in Orten bis 10 Tsd. Einwohnern, eine Einrichtung in einem Ort bis 20 Tsd., vier in Orten bis 50 Tsd., zwei in Orten bis 100 Tsd. und vier Einrichtungen liegen in Orten bis 200 Tsd. Einwohnern. Die Größe des Versorgungs- bzw. Einzugsgebietes liegt bei einer Einrichtung bis 50 Tsd., bei fünf Einrichtungen bis zu 100 Tsd. und bei sieben Einrichtungen bis zu 250 Tsd. Einwohnern.

Vier Einrichtungen führen eine Außensprechstunde durch.

²⁸ vgl. Anhang, Tabelle 20.

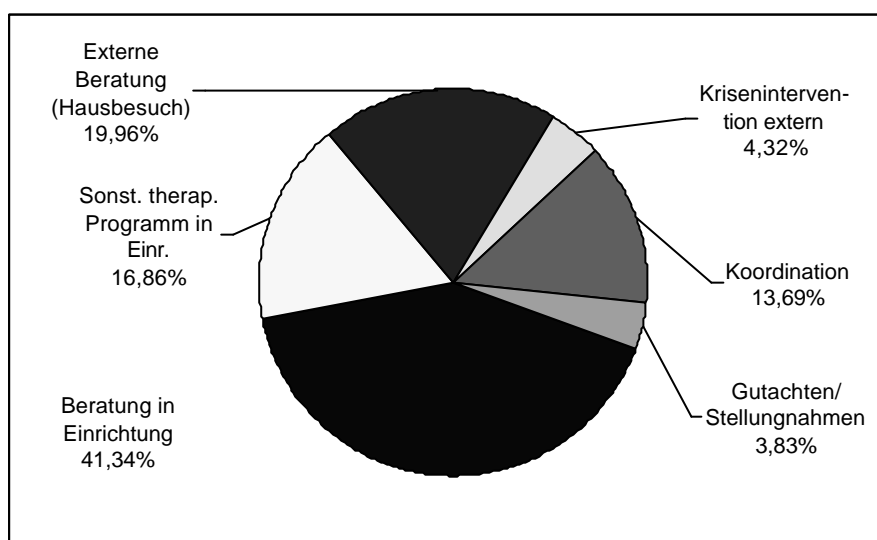
Zwei Einrichtungen gaben an, dass sie gerontopsychiatrische Aufgaben übernehmen, und eine Einrichtung, dass kinder- und jugendpsychiatrische Aufgaben zu ihrem Spektrum gehören.

Die Öffnungszeiten der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen liegen in den regulären Dienstzeiten, in denen auch ihre Sprechstunden angeboten werden. Zwei Einrichtungen haben freitags bis ca. 19 Uhr geöffnet. Eine Einrichtung ist im 14-tägigen Turnus Samstag nachmittags geöffnet. Zwei Einrichtungen bieten am Wochenende eine Rufbereitschaft an, davon eine auch nachts.

Eine Einrichtung hat eine Einbeziehung in den regionalen Krisendienst mit dem zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst vereinbart.

Die Aufgabenstruktur der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen stellt sich folgendermaßen dar:

Abb. 4: Aufgabenstruktur der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen in %
(N = 13)



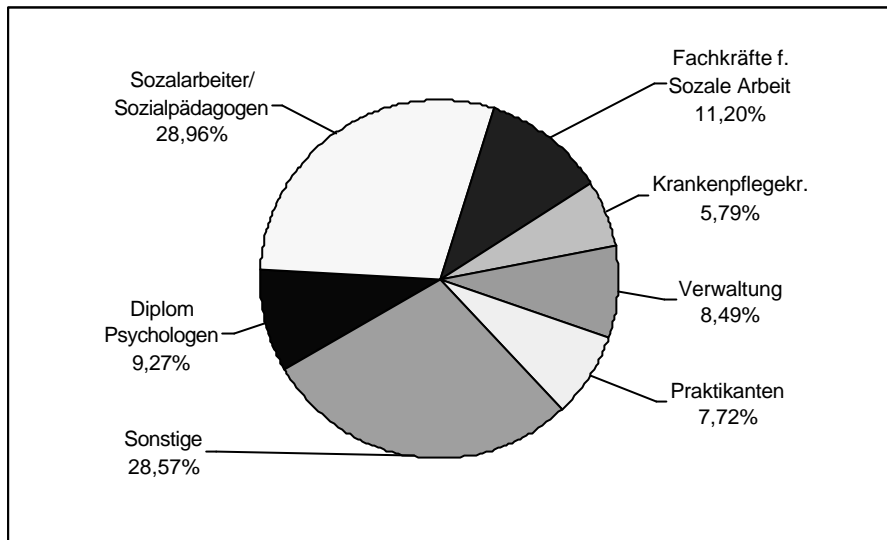
Die Beratungsstellen waren 1999 an insgesamt zehn Krankenhauseinweisungen nach dem ThürPsychKG sowie an 49 freiwilligen Krankenhauseinweisungen beteiligt.

Die Personalstruktur der Einrichtungen umfasst zwischen einer und nahezu vier Vollzeitstellen. Insgesamt sind ca. 25 Vollzeitstellen auf die Einrichtungen verteilt. Drei Einrichtungen beschäftigen Mitarbeiter außerhalb des regulären Stellenplanes²⁹.

²⁹ Diese werden im Folgenden nicht weiter berücksichtigt.

Die prozentuale Verteilung der Berufsgruppen verdeutlicht folgende Abb. 5:

Abb. 5: Personalstruktur der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen in %
(N = 13)



Da die 14 Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen bislang erst in 12 kreisfreien Städten und Landkreisen Thüringens entstanden sind, erübrigt sich eine landesweite Umrechnung von Personalanhaltszahlen. Für die 12 kreisfreien Städte und Landkreise ergibt sich ein Verhältnis von 0,22 VZSt pro 10 Tsd. Einwohner. Damit liegt die Personalausstattung der Beratungsstellen leicht unter dem durch die Fachempfehlung geforderten Wert von einer VZSt pro 50 Tsd. Einwohner und 1/2 VZSt pro 100 Tsd. Einwohner für Verwaltung.

Im Hinblick auf besondere Qualifikationen bzw. die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter der Beratungsstellen ergibt sich folgendes Bild:

- Ein Psychologe hat eine psychotherapeutische Qualifikation.
- Ein Mitarbeiter verfügt über eine Qualifikation als Sozialtherapeut.
- Fünf Mitarbeiter aus vier Einrichtungen weisen eine sozialpsychiatrische Zusatzausbildung nach.
- Vier Mitarbeiter aus drei Einrichtungen haben eine Ausbildung im „Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan“ (IBRP) und elf Mitarbeiter aus acht Einrichtungen eine sonstige abgeschlossene Weiterbildung.

Aus allen 14 Einrichtungen nahmen 22 Mitarbeiter im Jahr 1999 an einer externen Fortbildung teil.

Die Finanzierungsstruktur der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen gestaltete sich in den vergangenen Jahren wie folgt:

- 45 % der Aufwendungen wurden über den Freistaat Thüringen bestritten,
- 45 % der Aufwendungen wurden von den jeweiligen kreisfreien Städten bzw. Landkreisen und
- 10 % der Aufwendungen wurden durch sonstige, meist Träger- oder Arbeitsamtsmittel (ABM), aufgebracht.

Auch für die Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen ist die Kooperation von besonderer Bedeutung - nicht nur im Hinblick auf ihre Aufgabenstellung. Auch sie kooperieren - wie die Sozialpsychiatrischen Dienste - anlassbezogen mit einer Vielzahl von anderen Einrichtungen und Diensten.

Im Rahmen der Erhebung haben alle Einrichtungen Angaben darüber gemacht, mit welchen Einrichtungen innerhalb ihrer Region sie verbindliche (schriftliche) Absprachen bzgl. einer Arbeitsteilung haben.

Hier steht das Betreute Wohnen im Vordergrund, mit deren Trägern ca. 62 % der Beratungsstellen Absprachen getroffen haben. Auch mit den Sozialpsychiatrischen Diensten haben mehr als 50 % der Einrichtungen verbindliche Absprachen vereinbart. Mit Tagesstätten haben ca. 46 % und mit niedergelassenen Fachärzten, Begegnungsstätten, Wohnheimen und Werkstätten für Behinderte haben je ca. 31 % der Einrichtungen Absprachen getroffen. Klinische Institutionen wurden von bis zu 15 % der Einrichtungen genannt; dasselbe gilt für Übergangswohnheime.

Niedergelassene Psychotherapeuten, Krankenpflegedienste, Pflegeheime, Zuverdienstbereiche und Integrationsbetriebe spielen bei Absprachen zur Arbeitsteilung ebenso noch keine Rolle wie Einrichtungen der Altenhilfe oder der Jugendhilfe³⁰.

Ein ähnliches Bild zeigt sich im Hinblick auf eine verbindliche (schriftliche) klientenbezogene Hilfeplanung. Auch hier stehen das Betreute Wohnen mit nahezu 70 % und die Sozialpsychiatrischen Dienste mit ca. 54 % der Nennungen an erster Stelle, gefolgt von Werkstätten für Behinderte (46 %) sowie Psychiatrischen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten mit je 38 % der Nennungen. Ca. 31 % der Einrichtungen stimmen ihre Hilfeplanung mit Begegnungsstätten, Tagesstätten und Psychosozialen Diensten ab und ca. 15 % der Einrichtungen mit Institutsambulanzen, Pflegediensten und Übergangswohnheimen. In allen anderen Fällen erfolgt keine Abstimmung oder nur durch jeweils eine Einrichtung³¹.

Es zeigt sich auch bei den Beratungsstellen, dass eine fallbezogene Kooperation in erster Linie mit ambulant arbeitenden Leistungserbringern wie Sozialpsychiatrischen Diensten, niedergelassenen Fachärzten und dem Betreuten Wohnen erfolgt. Allerdings geben in keinem Fall sämtliche Beratungsstellen verbindliche Kooperationsbezüge an.

Mit Einrichtungen der Altenhilfe oder Jugendhilfe gibt es kaum verbindliche Kooperationen.

Die Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen sind in den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften, in deren vielfältigen Untergliederungen/Arbeitskreisen sowie in den Psychiatriebeiräten ihrer Landkreise und kreisfreien Städte vertreten. Weiterhin nehmen sie an den unterschiedlichen Fachgremien der Wohlfahrtsverbände oder auch an Angehörigengruppen und Psychoseseminaren teil.

Zu ihrer Klientenstruktur haben alle Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen Angaben gemacht, wenngleich auch hier - mangels eines verbindlichen Dokumentationssystems - viele Angaben auf Schätzungen beruhen.

³⁰ vgl., Anhang, Tabelle 23.

³¹ vgl., Anhang, Tabelle 23.

Insgesamt betreuten die Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen Thüringens im Jahr 1999 nahezu 1.700 Klienten, davon 42 % (718) Männer und 58 % (979) Frauen.

Von der Klientel sind 1,5 % unter 18 und 16 % zwischen 18 und 30 Jahre alt. 65 % der Klienten sind zwischen 30 und 60 Jahre und 31 % sind über 60 Jahre alt, wobei die Hälfte der Letztgenannten ein Alter von über 80 Jahren hat³².

Als Anlass des Kontakts wurde von diesen für ca. 28 % der Klienten eine Kontakt- und Beziehungsproblematik angegeben. In ca. 17 % der Fälle war eine Krise mit Gefährdung Anlass des Kontakts und in ca. 10 % der Fälle bestand der Anlass in einem Problem mit der Krankheitseinsicht, mit der Arbeit oder Ausbildung sowie in finanziellen Problemen. Selbstversorgungsprobleme waren für 6,7 % der Klienten Anlass für einen Kontakt und eine Anfrage von Dienststellen für 7,3 % der Klienten. Andere Problembereiche machten jeweils unter 5 % der Fälle aus³³.

Im Hinblick auf die betreuten Zielgruppen wurden folgende Angaben gemacht:

- 81 % der Klienten sind dem Bereich der allgemeinen Psychiatrie zuzuordnen,
- ca. 10 % der Klientel kommen aus dem Bereich der Gerontopsychiatrie,
- 8 % der Klienten kommen aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und
- knapp weniger als 0,5 % der Klienten sind aus dem forensischen Bereich.

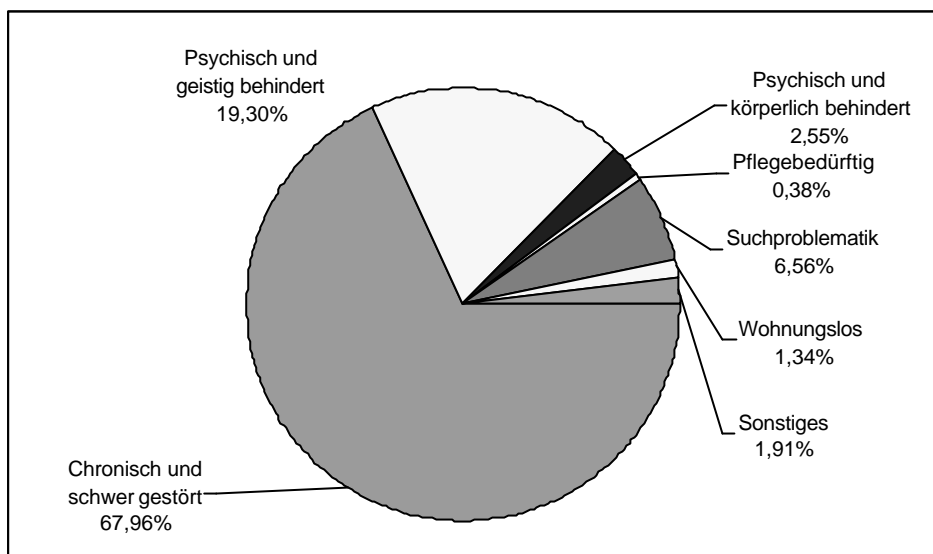
In der überwiegenden Mehrheit der Fälle wird von den Beratungsstellen als besonderer Problembereich angegeben, dass die Klienten chronisch und schwer gestört sind (ca. 68 %). In ca. 19 % der Fälle wurde eine psychische *und* geistige Behinderung angegeben. Eine Suchtproblematik im Sinne einer zusätzlichen Problematik wurde in 6,6 % der Fälle angegeben. Eine psychische und körperliche Behinderung war bei 2,5 %, eine Pflegebedürftigkeit für 0,4 % und Wohnungslosigkeit für 1,3 % der Klienten ein Problem. Sonstiges wurde für 1,9 % der Klienten angegeben³⁴.

³² vgl. Anhang, Tabelle 24.

³³ vgl. Anhang, Tabelle 25.

³⁴ vgl. Anhang, Tabelle 27.

Abb. 6: Problembereiche der Klienten in % (N = 13)



Wie bei den Sozialpsychiatrischen Diensten zeigt sich auch bei den Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen, dass sie ein Drittel ihrer Klienten kontinuierlich begleiten. Zwar haben mehr als 50 % der Klienten im Jahr 1999 einen bis fünf Kontakte und nahezu 10 % der Klienten fünf bis zehn Kontakte zu den Beratungsstellen gehabt, jedoch haben ca. 25 % der Klienten im Jahr 1999 bis zu 40 Kontakte zu den Beratungsstellen gesucht³⁵.

Ca. 19 % der Klienten wurden 1999 über einen Zeitraum von bis zu drei Monaten betreut, 17,5 % der Klienten zwischen drei Monaten und einem halben Jahr und 21 % der Klienten zwischen sieben und zwölf Monaten. Ca. 43 % der Klienten wurden 1999 über einen Zeitraum von mehr als einem Jahr betreut. Auch dies spricht für eine kontinuierliche Begleitung bei einem Großteil der Klienten.

Der Kontakt zu den Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen kam in den meisten Fällen (41 %) durch eigene Initiative oder Angehörige/soziales Umfeld der Klienten zustande. An der Vermittlung der Kontakte hatten ansonsten psychiatrische Krankenhäuser bzw. Abteilungen oder niedergelassene Ärzte einen nennenswerten Anteil von ca. 10 % bzw. 8 % der Nennungen. Sieht man von sonstigen Nennungen ab, haben andere Einrichtungen oder Dienste keinen erwähnenswerten Anteil an der Kontaktvermittlung³⁶.

In ca. 90 % der Fälle lebten die Klienten der Beratungsstellen in einer eigenen Wohnung bzw. mit ihren Verwandten oder Bekannten zusammen. Lediglich ca. 3 % der Klienten waren in einem Krankenhaus oder lebten in Wohnungen des Betreuten Wohnens. In (Übergangs-)Wohnheimen lebten 2 % der Klienten³⁷.

In 29 % der Fälle fand eine parallele Versorgung durch andere Einrichtungen oder durch Sozialpsychiatrische Dienste statt. 20 % der Klienten waren zu-

³⁵ vgl. Anhang, Tabelle 28.

³⁶ vgl. Anhang, Tabelle 30.

³⁷ vgl. Anhang, Tabelle 31.

gleich Klienten einer Tagesstätte und 17 % wurden parallel durch niedergelassene Ärzte versorgt. 9 % der Klienten suchten eine Institutsambulanz auf und 6 % hatten einen Krankenhausaufenthalt³⁸.

Bei den Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen wird deutlich, dass sie eine wesentliche Ergänzung zu den Sozialpsychiatrischen Diensten darstellen. Sie versorgen eine vergleichbare Klientel, die in ihrer überwiegenden Mehrheit nicht durch die Einrichtungen des komplementären Bereiches, mit Ausnahme von Tagesstätten, erreicht wird. Dies zeigt, dass sie eine wichtige Funktion in einem Gemeindepsychiatrischen Verbund erfüllen.

3.4.1.4 Sonstige ambulante Versorgung

Die Akzeptanz von Behandlung durch Psychiater und von sonstigen psychiatrischen Hilfen ist in den letzten Jahren deutlich gewachsen. Zahlreiche Indikatoren weisen jedoch darauf hin, dass der größte Teil der Hilfeleistungen für psychisch Kranke nicht in fachpsychiatrischen Diensten, Praxen und Einrichtungen geleistet wird. Dies gilt für Beratung, Behandlung, Krisenintervention und Rehabilitation. Viele psychisch kranke Menschen suchen bevorzugt allgemeine Beratungsstellen auf (Familien- und Lebensberatungsstellen, Arbeits- bzw.- Arbeitslosenberatung, Wohnungslosenhilfe, Schuldnerberatung usw.), lassen sich von Allgemeinmediziner, Internisten oder anderen Fach- und Hausärzten auch bezüglich psychischer Störungen behandeln, nehmen notärztliche Versorgung in Anspruch oder durchlaufen nicht-psychiatrische berufliche und medizinische Rehabilitationen. Dies gilt für psychisch kranke Kinder und Jugendliche und alte Menschen in besonderem Maße.

Dieser große Leistungsbereich konnte im Rahmen des Psychiatrieberichts nicht untersucht werden, sollte jedoch nicht unbeachtet bleiben.

Grundsätzlich kann man in diesen Fällen nicht von Fehlplatzierungen oder Fehlbehandlungen ausgehen. Im Gegenteil sollte fachpsychiatrische Hilfe immer subsidiär eingesetzt werden, das heißt wenn allgemeine soziale oder medizinische Hilfen nicht mehr oder noch nicht ausreichen. Selbst wenn eine fachpsychiatrische Behandlung oder Rehabilitation indiziert wäre, ist eine nicht fachpsychiatrische professionelle Leistung besser als keine Hilfe, wenn zum Beispiel der psychisch Kranke fachpsychiatrische Hilfen ablehnt.

Allerdings sind die früh einsetzende fachpsychiatrische Behandlung und Rehabilitation wesentlich effektiver als die verzögerte. Eine Erhöhung diagnostischer Kompetenz im Hinblick auf psychische Erkrankung im sonstigen medizinischen und rehabilitativen Bereich ist daher wünschenswert. Der Königsweg der Optimierung von Behandlung und Rehabilitation besteht in der verstärkten interdisziplinären Kooperation.

Gleichzeitig ist weiterhin an der Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken und der Enttabuisierung psychischer Erkrankung zu arbeiten, um die Akzeptanz fachpsychiatrischer Hilfen zu erhöhen.

³⁸ vgl. Anhang, Tabelle 32.

3.4.2 Handlungsvorschläge

Die *Sozialpsychiatrischen Dienste* sind in ihrer Schlüsselrolle bei der flexiblen Krisenintervention, der Zuweisung von Klienten zu anderen Einrichtungen, der Betreuung und Motivation von Klienten, die sich trotz Bedarfs noch nicht oder nicht mehr in Behandlung oder Betreuung begeben und der einrichtungs- und leistungsbereichsübergreifenden Kooperation zu stärken. Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste haben in der Regel einen verlässlichen Überblick über die regionale Versorgungsstruktur und insbesondere über unzureichend versorgte Patienten- und Klientengruppen.

- ❑ Die personelle Situation der Sozialpsychiatrischen Dienste sollte verbessert werden. Die Anhaltszahlen der Fachempfehlungen des Thüringer Sozialministeriums vom Dezember 1994 haben nach wie vor Gültigkeit und sollten flächendeckend umgesetzt werden, wobei vorrangig die Ausstattung mit Ärzten abzusichern ist.
- ❑ Die Sozialpsychiatrischen Dienste sollten bei allen Fragen der regionalen Versorgungsstruktur angehört und bei Entscheidungen einbezogen werden.
- ❑ Die Sozialpsychiatrischen Dienste sollten die Federführung bei regionalen Hilfeplanungskonferenzen übernehmen, solange keine Gemeindepsychiatrischen Verbände bestehen, die diese Aufgabe übernehmen. Sie sollten in jedem Fall an Hilfeplanungskonferenzen beteiligt werden.

Die *Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen* decken mit ihrer offenen und flexiblen („niedrigschwelligen“) Angebotsstruktur eine unverzichtbare Funktion der regionalen psychiatrischen Versorgung ab. Sie erreichen auch die Klienten, die sich nicht in regelmäßige Betreuung begeben wollen oder brauchen. Als ideale Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Störungen kommt ihnen als Clearing- und Vermittlungsstelle eine große Bedeutung zu. Bei Klienten ohne sonstige Anbindung an das psychiatrische Versorgungsnetz können sie auch Kriseninterventionen übernehmen. Die Nähe der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen zu Angeboten der sozialen und medizinischen Rehabilitation ist daher unverzichtbar.

- ❑ In den Kreisen, in denen noch keine Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen vorhanden sind, sollten diese eingerichtet werden. Sie sind - wie in vielen Fällen schon geschehen - in Verbundstrukturen (Psychosoziale Zentren) zu integrieren.
- ❑ Die Kooperation der Dienste und Beratungsstellen insbesondere mit den Bereichen Gerontopsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte intensiviert werden.
- ❑ Die Arbeitsweise sollte im Bedarfsfall auch zugehend und aufsuchend sein, z.B. in (vermuteten) Krisenfällen oder zur Motivation der Klienten zum Besuch der Kontakt- und Beratungsstelle.
- ❑ Um gegebenenfalls eine in der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle entstandene gute Arbeitsbeziehung zu schwer vermittelbaren Klienten für rehabilitative Zusammenarbeit nutzen zu können, sind personelle Verknüpfungen zu anderen Bereichen (Betreutes Wohnen, ambulante Eingliederungshilfe usw.) sinnvoll.

3.5 Klinische Versorgung

3.5.1 Situation

Die klinisch-psychiatrische Versorgung in Thüringen stellen zum Zeitpunkt der Erhebung 14 psychiatrische Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen und Universitätskliniken, die im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie 1.368 Betten und 131 tagesklinische Plätze vorhalten³⁹, sicher.

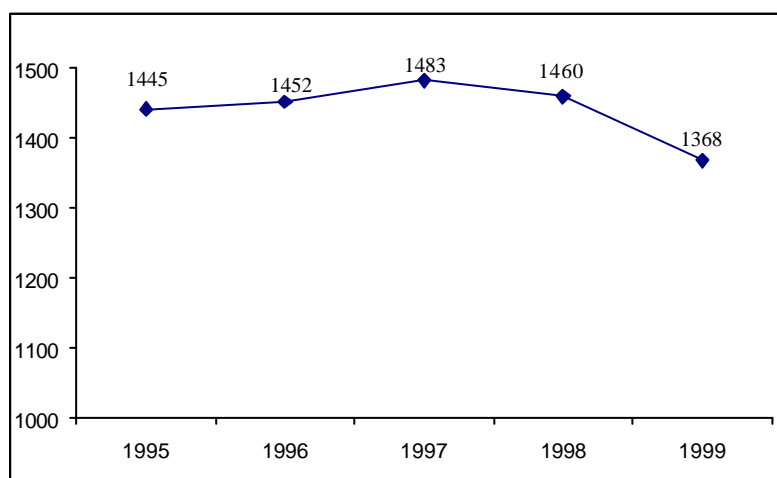
Die Versorgung wird durchgeführt durch 3 psychiatrische Fachkrankenhäuser, eine spezialisierte Fachklinik für Abhängigkeitskranke, 9 psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sowie eine Suchtbehandlungsabteilung, die in eine Abteilung der Inneren Medizin integriert ist. Sieben Krankenhäuser bzw. Abteilungen befanden sich zum Erhebungszeitpunkt in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft, drei Krankenhäuser/Abteilungen in freigemeinnütziger Trägerschaft, zwei Krankenhäuser/Abteilungen in privater und zwei Krankenhäuser in einer Mischträgerschaft.

Durch den Freistaat wurde ein Trägerwechsel der landeseigenen Fachkliniken für Psychiatrie und Neurologie betrieben. Im Juni 2000 wurde ein Interessenbekundungsverfahren durchgeführt, auf Grund dessen eine Vorauswahl der neuen Träger stattfand. Der Trägerwechsel wurde mit Wirkung vom 01.01.2002 vollzogen.

3.5.1.1 Stationäre Behandlung

Die Entwicklung der vollstationären psychiatrischen Betten ist nach Angaben der Krankenhäuser in den letzten fünf Jahren rückläufig. Betrug die Anzahl der vollstationären Betten 1995 noch 1.445, so waren es 1999 nur noch 1.368 Betten. Der 3. Thüringer Krankenhausplan vom 19.01.1998 bestimmte einen Bettenabbau von 52 Plätzen bei gleichzeitig gesonderter Ausweisung der tagesklinischen Plätze. Der 4. Thüringer Krankenhausplan weist insgesamt 1.299 vollstationäre und 204 tagesklinische Plätze aus.

Abb. 7: Entwicklung der vollstationären psychiatrischen Betten (belegte Betten) in Thüringen zwischen 1995 und 1999 nach Angabe der Krankenhäuser (N = 14)



³⁹ Stand Ende 1999.

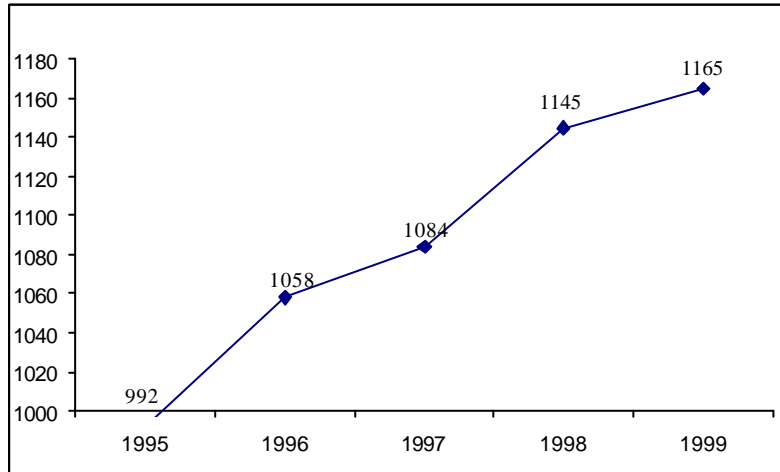
Dabei wurden die stationären Kapazitäten der großen (landeseigenen) Fachkliniken nochmals deutlich verkleinert.

Tab. 1: Entwicklung der Betten der Landesfachkrankenhäuser in Thüringen

Landesfachkrankenhaus	Planbetten Erwachsenenpsychiatrie (KHG-Betten mit Tagesklinik- TK)		
	1994 2. KH-Plan	1998 3. KH-Plan	2002 4. KH-Plan
Hildburghausen	237	188 + 12 TK	188 + 12 TK
Mühlhausen	400	255 + 15 TK	255 + 15 TK
Stadtroda	242	175 + 12 TK	210 + 12 TK

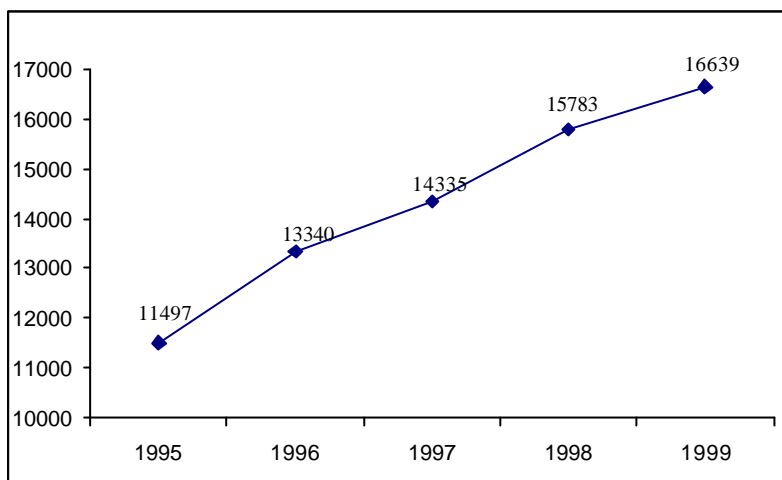
Lt. Angaben der Krankenhäuser sind die durchschnittlich belegten psychiatrischen Betten in den letzten Jahren von 992 im Jahr 1995 auf 1.165 im Jahr 1999 gestiegen.

Abb. 8: Entwicklung der durchschnittlich belegten psychiatrischen Betten zwischen 1995 und 1999 (N = 14)



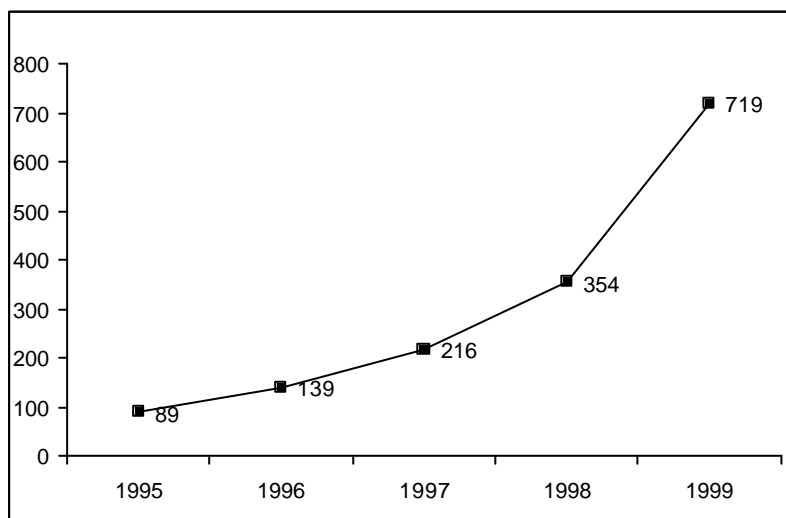
Auch die vollstationären Zugänge weisen in den letzten Jahren eine steigende Tendenz auf. 1995 betrug die Anzahl vollstationärer Zugänge 11.497, wohingegen im Jahr 1999 16.639 vollstationäre Zugänge verzeichnet wurden.

Abb. 9: Entwicklung der vollstationären Zugänge zwischen 1995 und 1999
(N = 14)



Die Zugänge nach PsychKG haben sich für die psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen in den letzten Jahren deutlich vervielfacht und zwar von 89 im Jahr 1995 auf 719 im Jahr 1999⁴⁰. Ähnliches gilt für die Zugänge nach dem Betreuungsgesetz: Hier stieg - nach Angaben der Krankenhäuser - die Zahl der Zugänge von 31 im Jahr 1995 auf 145 im Jahr 1999 an.

Abb. 10: Entwicklung der Zugänge nach ThürPsychKG zwischen 1995 und 1999
(N = 9)



Über die durchschnittliche Verweildauer der Patienten im Jahr 1999 in den einzelnen Behandlungsbereichen liegen Angaben von sieben Krankenhäusern vor. Für den Bereich der Allgemeinen Psychiatrie (A1 - A6) ergibt sich, dass die Angaben zur durchschnittlichen Verweildauer pro Patient und Jahr

⁴⁰ Angaben haben neun Krankenhäuser gemacht. Berücksichtigt werden muss, dass einige Abteilungen erst in den letzten Jahren entstanden sind.

zwischen den einzelnen Krankenhäusern deutlich unterschiedlich sind; sie reichen von 19 bis 41 Tagen und liegen im Durchschnitt bei 31,1 Tagen.

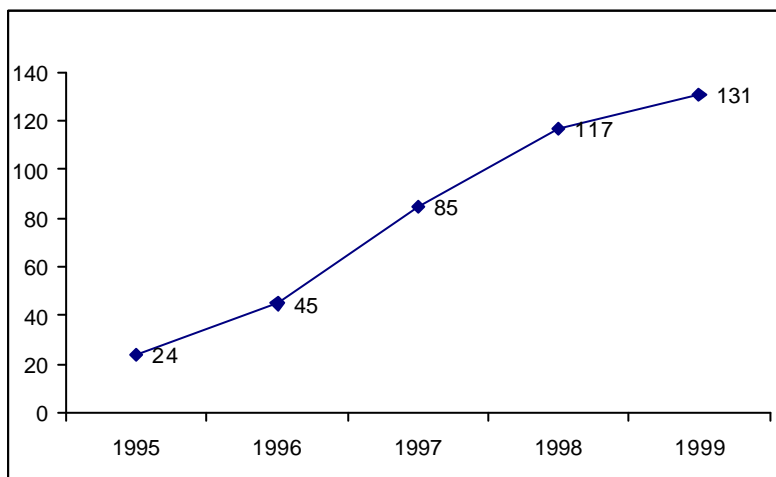
Die durchschnittliche Verweildauer pro Patient und Jahr im Bereich der Gerontopsychiatrie (G1 - G6) liegt zwischen 25 und 35,7 Tagen, im Schnitt bei 27,9 Tagen und die Verweildauer im Bereich Abhängigkeitskranke (S1 - S6) liegt zwischen 6 und 28, im Schnitt bei 12,7 Tagen.

Die von den Fachkrankenhäusern angegebenen Werte liegen in der Regel höher als die der psychiatrischen Abteilungen. Hier wirken sich noch unterschiedliche Patientenverteilungen aus. Aus Gründen der traditionellen Anbindung, aber auch konzeptioneller Besonderheiten (geschlossene Stationen) finden sich insbesondere gerontopsychiatrisch Erkrankte gehäuft in den Fachkrankenhäusern.

3.5.1.2 Tagesklinische Behandlung

In Thüringen unterschied sich die Entwicklung der tagesklinischen Plätze in den letzten Jahren deutlich von der des vollstationären Bereichs. Durch den Auf- und Ausbau tagesklinischer Kapazitäten an den meisten psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen wurde die Anzahl der Plätze in den letzten Jahren deutlich erhöht. Sie stieg nach Angabe der Krankenhäuser von 24 im Jahr 1995 auf 131 Plätze im Jahr 1999, die auf zehn Krankenhäuser im Land verteilt sind.

Abb. 11: Entwicklung der tagesklinischen Plätze zwischen 1995 und 1999 (Erwachsenenpsychiatrie) (N = 10)



Die Tageskliniken halten zwischen 10 und 30 Plätzen vor.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt befindet sich in Erfurt eine weitere Tagesklinik mit zehn Plätzen im Aufbau. Diese Plätze sind in der angegebenen Statistik bereits berücksichtigt. Die Tagesklinik in Altenburg wurde nicht in die Statistik einbezogen, da sie zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht in Betrieb war.

Die Anzahl der tagesklinischen Planplätze, die gemäß 3. Thüringer Krankenhausplan mit 189 an 13 Standorten vorgesehen sind, wurde damit noch nicht erreicht.

Mit dem gestiegenen Angebot hat sich die Anzahl der durchschnittlich belegten tagesklinischen Plätze sowie der teilstationären Zugänge wie folgt erhöht:

Abb. 12: Entwicklung der teilstationären Zugänge zwischen 1995 und 1999
(N = 10)

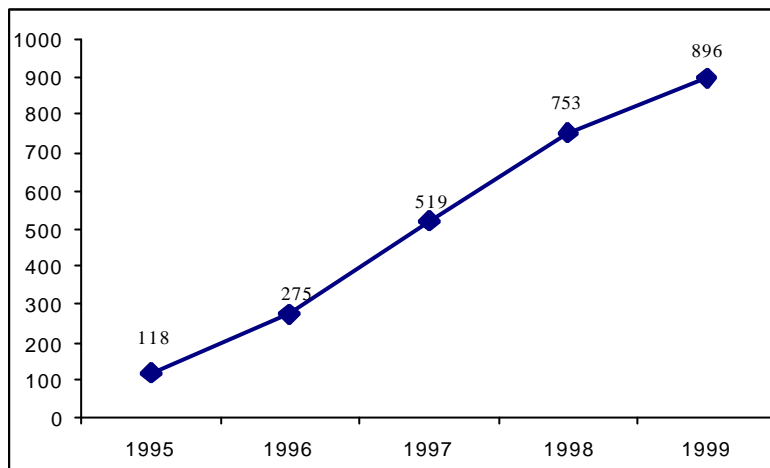
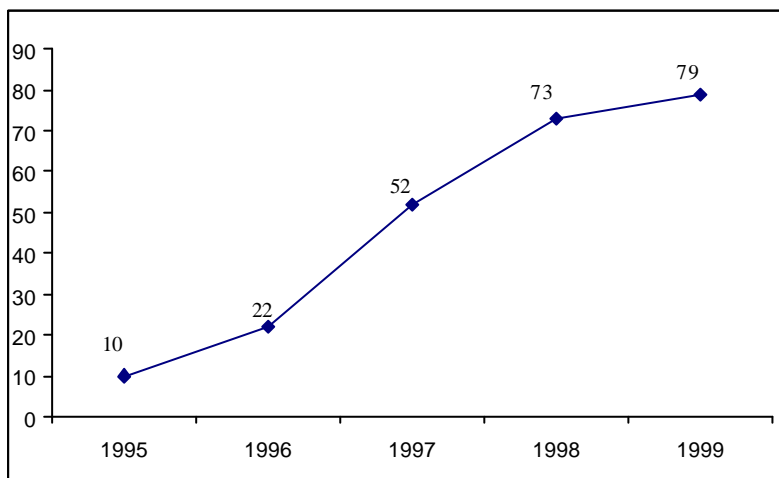


Abb. 13: Entwicklung der durchschnittlich belegten tagesklinischen Plätze zwischen 1995 und 1999 (N = 10)



Die Auslastung lag damit im Schnitt bei ca. 50 % der angegebenen Kapazitäten. Die Inanspruchnahme spiegelt jedoch nicht den teilstationären Behandlungsbedarf wider. Folgende Aspekte wirken sich aus:

- ❑ Die durchschnittliche Auslastung wurde durch Neugründungen mit den entsprechenden Anlaufzeiten gedrückt.
- ❑ Tagesklinische Behandlung erfordert oft Vorbereitungen des Patienten. In diesen Zeiten des Vorlaufs müssen Platzkapazitäten freigehalten werden.
- ❑ In ländlichen Bereichen sind die Anfahrtswege für Patienten in entlegenen Wohnorten mühsam, zeitaufwendig und finanziell belastend.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer im Behandlungsbereich Allgemeine Erwachsenenpsychiatrie (A1 - A6) liegt zwischen 13,2 und 35,8 Tagen, was einem Mittelwert von 21,2 Tagen entspricht⁴¹.

Der Anteil der durchschnittlich belegten tagesklinischen Plätze an der Gesamtzahl der durchschnittlich belegten Betten und Plätze in psychiatrischen Kliniken und Abteilungen in Thüringen ist von 1,0 % (1995) auf 6,4 % (1999) angewachsen. (Zum Vergleich: Bundesdurchschnitt 1995: 6,7 %)

Tab. 2: Entwicklung der durchschnittlich belegten Betten und tagesklinischen Plätze

	1995	1996	1997	1998	1999
durchschnittlich belegte vollstationäre Betten	992	1058	1084	1145	1165
durchschnittlich belegte tagesklinische Plätze	10	22	52	73	79
Anteil tagesklinischer Plätze an der Gesamtzahl der Betten und Plätze	1,0 %	2,0 %	4,6 %	6,0 %	6,4 %

3.5.1.3 Regionale Versorgung

Ein relevanter Indikator für eine regionale Orientierung der gesamten psychiatrischen Versorgung Thüringens wie auch im Hinblick auf die durch die Psychiatrie-Personalverordnung aufgestellten Leitlinien und Kriterien ist die Definition von Pflichtversorgungsgebieten der Krankenhäuser. Pflichtversorgungsgebiete definieren hauptsächlich die Zuständigkeit für nicht freiwillige Aufnahmen, das heißt in der Regel für Aufnahmen nach dem Thüringer PsychKG. Nur für die Fachklinik und die Abteilung für Abhängigkeitskranke besteht kein regional eingegrenztes Gebiet für Aufnahmen.

Alle anderen psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen haben in einer Vereinbarung vom 19.11.1999 einen Vorschlag für die Definition von Pflichtversorgungsgebieten unterbreitet⁴². Die Pflichtversorgung hat auch Eingang in den 4. Thüringer Krankenhausplan gefunden.

Entsprechend der Größe der Krankenhäuser umfassen die Pflichtversorgungsgebiete zum Teil mehrere kreisfreie Städte und Landkreise und teilen darüber hinaus einige Kreise unterschiedlichen Krankenhäusern zu.

Neben den Pflichtversorgungsgebieten sind auch die Einzugsgebiete der Krankenhäuser, also die Regionen, aus denen die Patienten bei freiwilligen Aufnahmen kommen, unter einer regional orientierten Perspektive von Bedeutung.

⁴¹ Für den Bereich der allgemeinen Psychiatrie haben sechs Krankenhäuser Angaben gemacht. Für andere Behandlungsbereiche liegen keine verwertbaren Angaben vor.

⁴² vgl. Anhang, Tabelle 35.

Die diesbezüglichen Angaben der Krankenhäuser machen deutlich, dass die Einzugsgebiete in Einzelfällen zwar weit über die Pflichtversorgungsgebiete hinausreichen⁴³, die Behandlung jedoch überwiegend gemeindenah erfolgt.

3.5.1.4 Spezielle Behandlungsbereiche

3.5.1.4.1 Gerontopsychiatrische Behandlung

In neun Krankenhäusern werden insgesamt 221 vollstationäre Betten für gerontopsychiatrische Behandlung vorgehalten. Ergänzt wird dieses Angebot durch 13 tagesklinische Plätze für gerontopsychiatrische Behandlung, die sich auf vier Krankenhäuser verteilen.

Gerontopsychiatrische Betten sind im Krankenhausplan nicht gesondert ausgewiesen, sondern Bestandteil der Erwachsenenpsychiatrie.

3.5.1.4.2 Suchtkrankenbehandlung

In 13 Krankenhäusern werden Plätze für eine qualifizierte Entzugsbehandlung bzw. Entgiftung für abhängigkeitskranke Menschen vorgehalten, die zum Teil innerhalb von Abteilungen der Inneren Medizin geführt werden. Diese Plätze sind im Krankenhausplan nicht gesondert ausgewiesen und zählen nicht zum Fachgebiet ‚Psychiatrie‘.

3.5.1.4.3 Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung

Im 3. Thüringer Krankenhausplan sind sechs Standorte für kinder- und jugendpsychiatrische Krankenhausbehandlung ausgewiesen⁴⁴:

Tab. 3: *Kinder- und jugendpsychiatrische Plan-Betten und Plan-Plätze in Thüringen gemäß 3. Thüringer Krankenhausplan*

	Anzahl der Planbetten und tagesklinische Plätze	davon Anzahl der tagesklinischen Plätze
Mühlhausen	33	8
Nordhausen	34	6
Erfurt	34	6
Jena	32	6
Stadtroda	44	6
Hildburghausen	32	4
GESAMT	209	36

⁴³ vgl. Anhang V.

⁴⁴ Der zwischenzeitlich verabschiedete 4. Thüringer Krankenhausplan beinhaltet 180 vollstationäre und 36 tagesklinische Betten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Alle genannten Abteilungen verfügen über eine Institutsambulanz. Zur kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung berechnete Institutsambulanzen existieren darüber hinaus in Altenburg und Gera. Kinder und Jugendliche werden vereinzelt in Stationen der Erwachsenenpsychiatrie behandelt. Insgesamt zehn Krankenhäuser geben an, dass sechs Kinder unter 14 Jahren und 71 Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren im Jahr 1999 auf Stationen der Erwachsenenpsychiatrie behandelt wurden. Dabei handelt es sich ausschließlich um Einrichtungen ohne eine eigenständige kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung.

Tab. 4: Stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Jahr 2000

	Planbetten	Ist-Betten	Fallzahl	Verweildauer (Tage)	Auslastung* in %
Mühlhausen	33	30	173	44,0	69,3
Nordhausen	34	50	324	51,1	90,5
Erfurt	34	15	110	39,0	78,1
Jena	32	23	179	44,0	93,6
Stadtroda	44	50	239	69,0	90,1
Hildburgh.	32	28	84	80,6	66,1
GESAMT	209	196			

* Auslastung bezogen auf die Ist-Betten

Das Thüringer PsychKG schließt psychisch kranke Kinder und Jugendliche ein.

Die Leiter der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen haben im Rahmen der Erarbeitung des Psychatrieberichts folgende Pflichtversorgungsgebiete vorgeschlagen:

Tab.5: Pflichtversorgungsgebiete der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen

Klinik	Landkreise und Städte
Mühlhausen	Eisenach, Unstrut-Hainich-Kreis, Wartburgkreis
Nordhausen	LK Eichsfeld, LK Nordhausen, Kyffhäuserkreis, LK Sömmerda, LK Gotha (teilweise)
Erfurt	Erfurt, Ilm-Kreis
Jena	Weimar, Jena, LK Weimarer Land, im Saale-Holzland-Kreis der Altkreis Jena-Land
Stadtroda	Gera, Altenburger Land, LK Greiz, Saale-Orla-Kreis, LK Saalfeld Rudolstadt, Saale-Holzland-Kreis ohne Altkreis Jena-Land
Hildburghausen	Suhl, LK Schmalkalden-Meiningen, LK Hildburghausen, LK Sonneberg

Diese Pflichtversorgungsgebiete der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen haben Eingang in den 4. Thüringer Krankenhausplan gefunden.

3.5.1.5 Verknüpfung psychiatrischer und somatischer Krankenhausbehandlung

Im Rahmen der Erhebungen zum 2. Bericht zur Situation und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung wurden Angaben erbeten, inwieweit psychisch kranke Menschen auch an somatischen Abteilungen des Krankenhauses bzw. anderen Krankenhäusern des Versorgungsgebietes behandelt wurden. Dies wurde in vielen Fällen verneint. In einigen Fällen konnten hierüber keine genauen Angaben gemacht werden. Allerdings gaben zwei Krankenhäuser an, dass psychisch kranke Menschen auch in anderen Abteilungen des Krankenhauses bzw. in anderen Krankenhäusern des Versorgungsgebietes behandelt werden.

Der Umfang der Behandlung psychisch Kranker in somatischen Stationen ist schwer zu ermitteln. Im krankenversicherungsfinanzierten Bereich muss als Erstdiagnose eine somatische Erkrankung gegeben sein, um Behandlungskosten in einer somatischen Station abrechnen zu können. Zweitdiagnosen werden nicht systematisch erfasst. Zweifellos ist ein gegenüber der Gesamtbevölkerung deutlich erhöhter Anteil der Patienten somatischer Abteilungen auch psychisch erkrankt. Teilweise stehen die somatischen Krankheiten mit psychischen Störungen in Zusammenhang (ungesunde Lebensführung, selbstschädigendes Verhalten, Suizidversuche, Drogengebrauch, Medikamentenabusus, krankhafte psychische Reaktionen auf somatische Erkrankung oder deren Folgeerscheinungen), teilweise treten die Erkrankungen ohne medizinischen Zusammenhang synchron auf. Letzteres gilt besonders für psychisch kranke alte Menschen. Erhöhte Anteile psychisch kranker Patienten sind vor allem in den Abteilungen der Inneren Medizin, z.T. jedoch auch in chirurgischen Abteilungen zu verzeichnen.

Umgekehrt werden auch somatisch Kranke in der Psychiatrie behandelt, soweit die Patienten vorwiegend psychisch erkrankt sind. Bei einem steigenden Anteil gerontopsychiatrisch gestörter Personen in den psychiatrischen Kliniken und Abteilungen nimmt dieses Phänomen zu.

3.5.1.6 Ambulante Behandlung und Rehabilitation und sonstige Leistungen durch und bei psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen

Aufgrund der Befragungsergebnisse existieren neben den eben genannten Behandlungsbereichen und Differenzierungen an den Krankenhäusern Thüringens im Hinblick auf die psychiatrische Versorgung weitere Einrichtungen:

An der Schnittstelle zur ambulanten Versorgung gibt es an sieben Krankenhäusern eine psychiatrische Institutsambulanz, die insgesamt 4.984 Fälle pro Quartal behandeln. Die abgerechneten Fälle variieren zwischen den einzelnen Krankenhäusern zwischen 80 und 3.000 pro Quartal. Darüber hinaus existieren an drei Krankenhäusern sog. „Ermächtigungsambulanzen“, die z.T. Neurologische Fachambulanzen sind. Ein Krankenhaus betreibt eine Poliklinik.

Sechs Krankenhäuser bieten eine ambulante bzw. teilstationäre Arbeitstherapie mit insgesamt 61 Plätzen an.

Ein Fachkrankenhaus hat - neben der Fachklinik für Abhängigkeitskranke - eine rehabilitative medizinische Einrichtung zur Entwöhnung abhängigkeitskranker Menschen mit 20 Betten/Plätzen.

Bei den ehemals landeseigenen Fachkrankenhäusern gibt es folgende Kopplungen mit anderen Einrichtungen in gleicher Trägerschaft und auf gleichem Gelände:

Alle drei Fachkrankenhäuser führen forensische Abteilungen.

Zwei der Fachkrankenhäuser haben Betreuungs- bzw. Pflegebereiche. In diesen stationären Einrichtungen leben chronisch kranke bzw. seelisch, geistig oder mehrfach behinderte Menschen, die schwerstpflegebedürftig sind. Hier ist eine innere und räumliche Differenzierung der Bewohner erfolgt, so dass die Versorgung von chronisch psychisch kranken bzw. seelisch behinderten Menschen, von geistig behinderten sowie mehrfach behinderten Menschen weitgehend entflochten werden konnte.

3.5.1.7 Personalstruktur

Das therapeutische Personal der psychiatrischen Kliniken und Abteilungen Thüringens ist zwischen 1995 und 1999 erweitert worden⁴⁵.

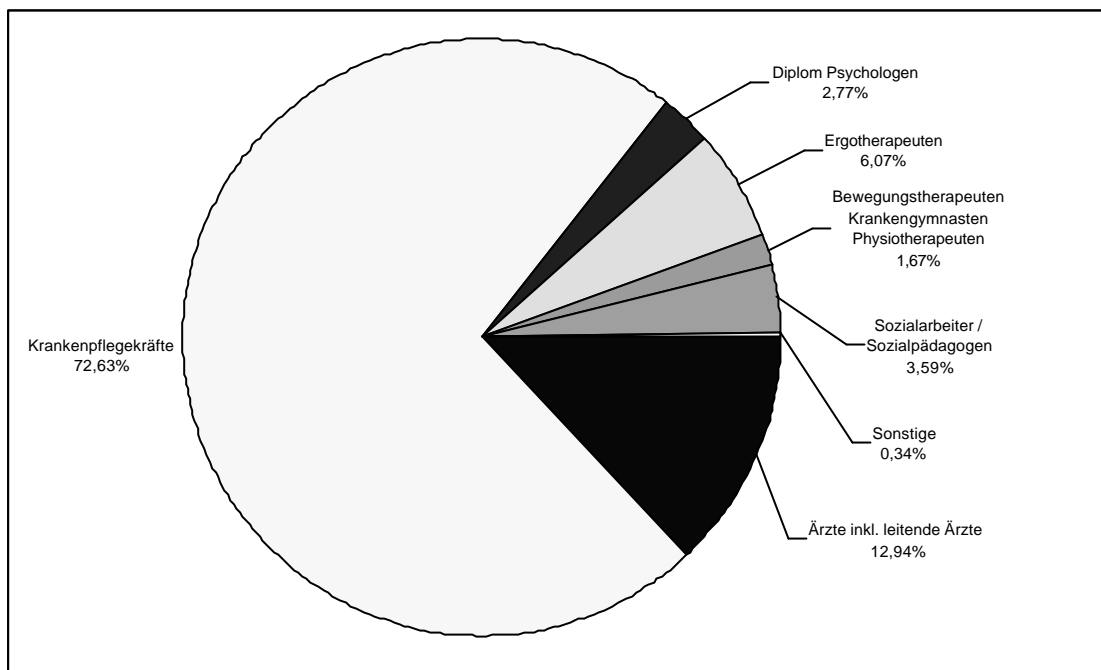
Im Jahr 1999 standen im Bereich der klinisch-psychiatrischen Versorgung insgesamt 1.109,5 Fachkräfte zur Verfügung. In Relation zur Bevölkerungszahl sind dies 4,5 Fachkräfte pro 10 Tsd. Einwohner. Im Jahr 1995 waren es dagegen 3,4 Fachkräfte pro 10 Tsd. Einwohner.

Die Berufsgruppen, deren prozentuale Anteile sich zwischen 1995 und 1999 nicht wesentlich verändert haben, verteilen sich wie folgt:

Der größte Anteil mit 72,63 % entfällt auf die Krankenpflegekräfte, gefolgt von den Ärzten mit einem Anteil von 12,94 %. Ergotherapeuten machen einen Anteil von 6,07 %, Sozialarbeiter/Sozialpädagogen einen Anteil von 3,59 % aus. Auf Diplompsychologen entfällt ein Anteil von 2,77 % und auf Bewegungstherapeuten oder ähnliche Berufsgruppen ein Anteil von 1,67 % der therapeutisch Beschäftigten. Auf „sonstige“ Berufsgruppen, z.B. Musiktherapeuten, entfällt ein Anteil von 0,34 %.

⁴⁵ vgl. Anhang, Tabelle 33.

Abb. 14: Personalstruktur der psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen 1999
in % (N = 14)



Damit liegt die Berufsgruppenzusammensetzung bzw. die Zusammensetzung des „multidisziplinären Teams“ in den thüringischen psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen im Bereich dessen, was durch die Psychiatrie-Personalverordnung vorgegeben ist.

Die psychiatrischen Krankenhäuser bzw. Abteilungen stellen in einer personenzentrierten Perspektive einen wesentlichen Funktionsbereich für einen „Gemeindepsychiatrischen Verbund“ dar. Aus diesem Grund sind die Kooperationsbeziehungen im Hinblick auf Arbeitsteilung und Behandlungs- bzw. Hilfeplanung zu anderen Einrichtungen, Diensten und Leistungserbringern, insbesondere in der Versorgungsregion/im Landkreis, von besonderer Relevanz.

3.5.1.8 Verzahnung mit anderen Leistungsbereichen

Alle Krankenhäuser kooperieren anlassbezogen mit einer Vielzahl von Leistungserbringern. Ein differenzierteres Bild ergibt sich, wenn die Angaben zu verbindlichen Absprachen hinsichtlich einer Arbeitsteilung mit Leistungserbringern der allgemeinen Psychiatrie sowie im Hinblick auf besondere Versorgungsbereiche, die in derselben Versorgungsregion (Kreis) liegen, zu Grunde gelegt werden⁴⁶.

Für den Bereich der allgemeinen Psychiatrie zeigt sich hier folgendes Bild:

Jeweils 83 % der Krankenhäuser haben verbindliche Absprachen mit sozialpsychiatrischen Diensten, Tagesstätten oder Übergangwohnheimen.

⁴⁶ vgl. Anhang, Tabelle 34.

Jeweils 75 % der Krankenhäuser verfügen über verbindliche Absprachen mit Einrichtungen des Betreuten Wohnens.

Mit Wohn- und Pflegeheimen sowie Begegnungsstätten bestehen für 67 % der Krankenhäuser Absprachen.

Jeweils 58 % der Krankenhäuser haben verbindliche Absprachen mit niedergelassenen Fachärzten und Werkstätten für Behinderte.

Andere Einrichtungen der allgemeinen psychiatrischen Versorgung, wie andere Krankenhäuser, Abteilungen und Tageskliniken, Pflegedienste oder Einrichtungen/Dienste aus dem Bereich „Arbeit“ wurden von weniger als 50 % genannt. Zu berücksichtigen ist, dass diese Einrichtungen und Dienste in der jeweiligen Versorgungsregion ggf. nicht vertreten sind.

Mit den Leistungserbringern im ambulanten und komplementären Bereich der allgemeinen Psychiatrie unterhalten die Krankenhäuser vielfach verbindliche Kooperationsbeziehungen:

Insbesondere im Bereich der Suchtkrankenhilfe sind z.T. intensive Kooperationsbeziehungen zu verzeichnen. Es unterhalten 92 % der Krankenhäuser Kooperationsbeziehungen zu Suchtberatungsstellen. 67 % der Krankenhäuser haben verbindliche Absprachen mit Einrichtungen des Betreuten Wohnens, 50 % der Krankenhäuser mit Wohnheimen und jeweils 25 % Krankenhäuser haben Absprachen mit Fachkliniken und sonstigen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe.

Neben den schon erwähnten Pflegeheimen in gleicher Trägerschaft gibt lediglich ein Krankenhaus Kooperationsbeziehungen zu einer Einrichtung der Altenhilfe an.

Im Bereich der Jugendhilfe verfügen zwei Krankenhäuser über Absprachen im Hinblick auf eine Arbeitsteilung.

Die institutionsübergreifende Hilfeplanung ist ein wesentlicher Bestandteil einer personenzentrierten Kooperation im „Gemeindepsychiatrischen Verbund“. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass eine systematische Hilfeplanung erfolgt. Geeignet dazu ist der „Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan“ der Aktion Psychisch Kranke.

Im Hinblick auf eine systematische Hilfeplanung haben sieben Krankenhäuser angegeben, dass eine solche im Bereich der allgemeinen Psychiatrie erfolgt. Elf Krankenhäuser führen diese Hilfeplanung im Bereich der Abhängigkeitskranken durch und sieben Krankenhäuser im Bereich der Gerontopsychiatrie.

Einrichtungsübergreifende Absprachen im Hinblick auf eine klientenbezogene Hilfeplanung treffen, bezogen auf alle Fälle, ca. die Hälfte der Krankenhäuser. Im Vordergrund stehen hier Sozialpsychiatrische Dienste mit 60 % und Einrichtungen des Betreuten Wohnens, die von 50 % der Krankenhäuser genannt wurden. Niedergelassene Psychotherapeuten, Tagesstätten und Übergangwohnheime werden von 42 % der Krankenhäuser in Absprachen einbezogen und niedergelassene Fachärzte, Begegnungsstätten sowie Wohn- und Pflegeheime jeweils von einem Drittel der Krankenhäuser. Mit anderen Einrichtungen und Diensten der allgemeinen psychiatrischen Versorgung haben weniger Krankenhäuser Absprachen getroffen.

Mit sonstigen Einrichtungen der Versorgung Abhängigkeitskranker haben insgesamt 42 % der Krankenhäuser Absprachen zur Hilfeplanung getroffen.

Mit Einrichtungen der Altenhilfe trafen 42 % der Krankenhäuser und mit Einrichtungen der Jugendhilfe ein Krankenhaus Absprachen zur Hilfeplanung.

Die Entwicklungen zu einrichtungsübergreifender Behandlungs- und Rehabilitationsplanung sind ermutigend. Die Erhebungsergebnisse zeigen jedoch, dass insbesondere für nachstationäre rehabilitative Versorgung psychisch kranker Menschen eine institutionsübergreifende Hilfeplanung noch nicht flächendeckend realisiert ist.

3.5.1.9 Beteiligung der Krankenhäuser an Planung, Steuerung und fachlicher Abstimmung

Ein wichtiger Gesichtspunkt im Hinblick auf eine Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung, der Bildung „Gemeindepsychiatrischer Verbände“ sowie der damit verbundenen einrichtungsübergreifenden Vernetzung ist die Teilnahme an psychiatrierelevanten Gremien wie der „Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft“ (PSAG) in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten Thüringens.

Mit Ausnahme von zwei Krankenhäusern, von denen eines als Fachklinik für Abhängigkeitskranke einen überregionalen Versorgungsauftrag innehat, sind alle Krankenhäuser in den PSAGen der Landkreise und kreisfreien Städte vertreten. Ein Krankenhaus (Mühlhausen) ist entsprechend seines großen Versorgungsgebietes in mehreren PSAGen vertreten. Darüber hinaus sind zwei Krankenhäuser in den Psychiatriebeiräten ihrer Kreise und ein Krankenhaus in der AG Allgemeine Psychiatrie der Stadt Erfurt vertreten.

An unterschiedlichen Arbeitskreisen der regionalen Suchtkrankenhilfe, z.T. als Arbeitsgruppen der PSAG, nehmen zehn Krankenhäuser teil.

Ein Krankenhaus nimmt am regionalen Arbeitskreis Gerontopsychiatrie im Ilm-Kreis teil.

Vervollständigt wird das Spektrum der Gremienarbeit der Krankenhäuser durch die Teilnahme an weiteren Gremien und Verbänden wie z.B. den Arbeitskreisen der Krankenhausleiter der Thüringer Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie, der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), der Bundesdirektorenkonferenz Psychiatrischer Krankenhäuser, der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Lehrstuhlinhaber-Konferenz Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie usw. In derartigen Gremien und Verbänden arbeiten insgesamt neun Krankenhäuser mit, einige davon in mehreren.

3.5.2 Entwicklung der psychiatrischen Krankenhausbehandlung

3.5.2.1 Entwicklungen seit dem 1. Thüringer Psychiatrieplan

Neu hinzugekommen sind die Psychiatrische Klinik in Altenburg (ehemalige Kinderklinik) und die Tagesklinik in Eisenach.

Die Verkleinerung der stationären Behandlungsbereiche ist fortgesetzt worden. Dies ist vor allem durch Enthospitalisierung von Langzeitpatienten gelungen.

Wegen der noch nicht abgeschlossenen Baumaßnahmen im Klinikum Erfurt und dem Katholischen Krankenhaus Erfurt konnten die für das Fachkrankenhaus Mühlhausen angestrebten Kapazitätsanpassungen erst begrenzt umgesetzt werden.

3.5.2.2 Einschätzung der Versorgungssituation

3.5.2.2.1 Allgemeine Psychiatrie

- Die Psych-PV wird landesweit als Grundlage der Personalausstattung anerkannt. Die stationäre und teilstationäre Behandlung ist an ihren therapeutischen Differenzierungen orientiert. Berufsgruppenspektrum und Qualifikationsniveau entsprechen heutigen Erwartungen.
- Die Pflichtversorgung wird landesweit praktiziert. Das Regionalisierungsprinzip wird beachtet. Die Pflichtversorgungsgebiete sind im 4. Thüringer Krankenhausplan verbindlich festgelegt worden.
- Einzelne Fachabteilungen berichten von ständigen Überbelegungen, so dass hier weitere Planbetten begründet seien (wurde im Rahmen des 4. Krankenhausplans geprüft).
- Die Regionalisierung der stationären psychiatrischen Behandlung ist durch die Reduzierung der Kapazitäten der drei Fachkliniken vorangeschritten. Langzeitpatienten und schwerst gestörte Patienten sind jedoch weiterhin in diesen Kliniken überproportional vertreten.
- Der Anteil tagesklinischer Behandlung ist gewachsen, liegt jedoch noch unter dem bundesweiten Durchschnitt. Eine deutliche Erhöhung des Anteils ist sinnvoll.

3.5.2.2.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Für die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden die im 1. Psychiatrieplan vorgesehenen Standorte durch den 4. Thüringer Krankenhausplan bestätigt. Auch heute erscheinen die vollstationären Betten unter folgenden Bedingungen bedarfsgerecht:

- 20 neuropädiatrische Betten dienen weiter der Entlastung kinder- und jugendpsychiatrischer Fachabteilungen.
- Die fehlenden Kapazitäten im tagesklinischen, ambulanten und komplementären Bereich werden aufgebaut. Es fehlt z.B. ein flächendeckendes Therapieangebot von Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, die aus eigenen Ressourcen oder durch Kooperation auch spezielle Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche anbieten, vgl. auch Kapitel 3.5.2.3.4 und 3.8.1.1.

Die Pflichtversorgung wird landesweit praktiziert. Das Regionalisierungsprinzip wird beachtet. Die Pflichtversorgungsgebiete sind im 4. Thüringer Krankenhausplan ausgewiesen. Eine noch weitergehende Regionalisierung wäre

im Hinblick auf die Erreichbarkeit wünschenswert, stößt jedoch wegen der geringen Patientenzahlen an Grenzen.

3.5.2.2.3 Gerontopsychiatrie

Gerontopsychiatrische Betten und Plätze sind im Krankenhausplan nicht gesondert ausgewiesen. Die gerontopsychiatrische Behandlung ist integraler Bestandteil der psychiatrischen Krankenhausbehandlung. Es gibt spezialisierte Stationen, altersgemischte Behandlung herrscht jedoch vor.

Dieser Behandlungsbereich erhält aufgrund demographischer Entwicklung zunehmende Bedeutung.

Dementielle und andere gerontopsychiatrische Erkrankungen werden oft zu spät bzw. nicht ausreichend behandelt. Hier multiplizieren sich fehlende spezielle gerontopsychiatrische Kompetenz und Kapazität mit mangelnder Behandlungsmotivation der Betroffenen.

3.5.2.2.4 Neurologie

Die stationäre Neurologie ist nicht Thema des Psychatrieberichtes. Sie wurde im Rahmen des 4. Krankenhausplanes aktuell behandelt.

3.5.2.2.5 Rehabilitation durch psychiatrische Fachkliniken und Abteilungen

Hinsichtlich der psychiatrischen Rehabilitationsbetten besteht Planungsbedarf, zumal seit einigen Jahren auch die Fachkrankenhäuser keine Rehabilitationsverträge zur Entwöhnungsbehandlung mehr geschlossen haben. Seit der GKV-Gesundheitsreform 2000 kommt der ambulanten medizinischen Rehabilitation Vorrang zu. Solche Angebote bestehen in Thüringen noch nicht. Die medizinische Rehabilitation sollte integriert im sonstigen Versorgungssystem erbracht werden, um im Bedarfsfall therapeutische Kontinuität von der (stationären) Behandlung über die medizinische Rehabilitation bis zur Eingliederungshilfe zu ermöglichen.

3.5.2.3 Empfehlungen zur Weiterentwicklung psychiatrischer Krankenhausbehandlung in Thüringen

3.5.2.3.1 Leitlinien

Gemäß der weitgehend anerkannten mehrdimensionalen Betrachtungsweise sind bei psychischen Erkrankungen biologische, psychische und soziale Faktoren wirksam. Die Behandlung hat daher neben den biologisch-somatischen Phänomenen auch den intrapsychischen Anteil inkl. biographischer Perspektive und die aktuellen sozialen Bezüge zu berücksichtigen. Hinsichtlich der Versorgungsstruktur führt insbesondere der letztgenannte Aspekt zu speziellen Anforderungen an psychiatrische Krankenhausbehandlung. Diese muss gemeindenah angeboten und lebensweltorientiert durchgeführt

werden, Bezugspersonen der Patienten einbeziehen und eng mit außerklinischen Hilfen verzahnt sein. Daraus erwachsen folgende Grundanforderungen:

- ❑ Anspruch auf gemeindeintegrierte Behandlung (Festlegen der Pflichtversorgungsgebiete),
- ❑ Vorrang teilstationärer vor stationärer und ambulanter vor teilstationärer Behandlung,
- ❑ lebensfeldbezogene Behandlung unter Berücksichtigung nicht-psychiatrischer Hilfemöglichkeiten,
- ❑ Verzahnung mit anderen psychiatrischen Hilfen (ambulante Behandlung, Rehabilitation, Hilfen zur Teilhabe an der Gesellschaft, Pflege) durch Beteiligung am Gemeindepsychiatrischen Verbund.

3.5.2.3.2 Pflichtversorgung

Der Aufnahmeverpflichtung nach Psych-PV kommen die Kliniken bereits aufgrund einer gemeinsamen Absprache zu Versorgungszuständigkeiten nach. Dieser Vorschlag liegt als Anlage bei und wird als Planungsgrundlage übernommen.

- ❑ Die Versorgungsgebiete, für die die Fachkliniken und -abteilungen Versorgungsverpflichtung erhalten, werden gemäß Anlage „Pflichtversorgungsgebiete der psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen in Thüringen“ festgelegt.
- ❑ Die Aufteilung der Versorgungsgebiete ist öffentlich transparent und wird insbesondere Rettungsdiensten zugänglich gemacht.

Die Aufteilung berücksichtigt besondere geographische Bedingungen und weicht daher in einigen Fällen von kommunalen Grenzen ab. Dadurch, dass Kreisgebiete in einigen Fällen aufgeteilt werden, steigt die Erreichbarkeit für die Patienten. Es entstehen hierdurch erhöhte Anforderungen an die Kooperation mit regionalen Versorgungs- und Absprachesystemen, die konsequent stadt- bzw. kreisbezogen organisiert sind (psychiatrische Dienste, Jugendämter, PSAG, weitere Fachgremien). Gegebenenfalls sind daher zwei im Stadt- bzw. Kreisgebiet liegende Kliniken in die Kooperationsgremien einzubeziehen.

3.5.2.3.3 Teilstationäre und ambulante Behandlung durch psychiatrische Fachkliniken und -abteilungen

Die Verweildauern pro Behandlungsfall zeigen eine deutlich sinkende Tendenz. Die gesetzliche Vorgabe, stationäre Behandlung auf das Mindestmaß des Notwendigen zu beschränken, wird beachtet. Stationäre Behandlung konzentriert sich zunehmend auf Krisenintervention.

Die Beschränkung stationärer Behandlung auf das unbedingt notwendige Maß entspricht auch fachlichen Gesichtspunkten, nach denen psychiatrische Behandlung vorrangig im gewohnten Lebensfeld erfolgen sollte, weil dies

- a) Sekundärschäden durch Verlust von Kontakten, Orientierung und Eigenverantwortung vermeidet,
- b) die Nutzung von nicht-psychiatrischen Ressourcen ermöglicht,
- c) therapeutische Kontinuität auch in Phasen geringen Behandlungsbedarfs ermöglicht.

Es ergibt sich allerdings durch die Verkürzung der Behandlungsphase das Risiko, dass über die psychiatrische Behandlung ausschließlich die schwersten Symptome gelindert werden, notwendige Behandlungsmaßnahmen zur dauerhaften psychischen Stabilisierung bzw. zur Verhütung von Chronifizierung oder Behinderung unterbleiben, weil

- a) Patienten aufgrund ihrer krankheitsbedingten Einschränkungen nicht in der Lage oder nicht zu motivieren sind, ambulante Therapeuten aufzusuchen (z.B. fehlende Krankheitseinsicht oder Antriebsschwäche) oder
- b) die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten nicht ausreichend sind (Fehlen multiprofessioneller Komplexeleistungen, wie sie im Krankenhaus durchgeführt werden).

In solchen Fällen droht eine progressive Krankheitsentwicklung mit gehäuften stationären Wiederaufnahmen, Verlust von Fähigkeiten und Eigenkompetenz zur Kontaktpflege, Selbstversorgung, Tagesgestaltung, Arbeitsfähigkeit und zum Umgang mit Krankheitserscheinungen und -folgen. Diesen Risiken kann im Krankenhausbereich durch folgende Maßnahmen wirksam entgegengewirkt werden:

- Der Anteil der teilstationären Behandlung sollte perspektivisch erhöht werden.

Während der teilstationären Behandlung bleibt der Patient im ständigen Kontakt zu seiner vertrauten Lebenswelt. Die Behandlung kann auf dort entstehende kritische Entwicklungen direkt reagieren.

Tagesklinische Behandlung sollte nicht auf die (rehabilitative) tagesklinische Behandlung gemäß der Stufen A6, G6, S6 beschränkt werden, sondern das volle Spektrum der Behandlung nach Psych-PV abdecken (z.B. auch Akutbehandlung nach A1, G1, S1).

In einigen Fällen besteht gerade bei Wiedereintritt ins gewohnte Lebensfeld nach stationärer Behandlung ein erhöhter Behandlungsbedarf. Bei manchen Patienten ist trotz intensiven Akutbehandlungsbedarfs eine vollstationäre Aufnahme nicht möglich oder sinnvoll. Die „Behandlungsbereiche“ (A1 bis 6, G1 bis 6 und S1 - 6) zur Ermittlung des Personalbedarfs sind in der Psych-PV an „Art und Schwere der Krankheit“ sowie an den „Behandlungszielen und -mitteln“ orientiert, nicht an Stationen oder am Setting der Behandlung (stationär oder teilstationär). Einige Kliniken in anderen Bundesländern praktizieren bereits in diesem Sinn eine differenzierte tagesklinische Behandlung.

- Tagesklinische Behandlung sollte möglichst in allen Stationen möglich sein und nicht auf gesonderte tagesklinische Stationen beschränkt werden.

Für manche Patienten ist der Stationswechsel von einer vollstationären Station zur Tagesklinik wegen der damit verbundenen Veränderungen (Wechsel

von Therapeuten und Milieu) mit Behandlungsrückschlägen verbunden oder er wird abgelehnt. Durch stationsintegrierte, tagesklinische Behandlung wird die therapeutische Kontinuität erhöht.

- Teile tagesklinischer Behandlung sollten im Bedarfsfall auch im Lebensfeld der Patienten angeboten werden.

Der Behandlungserfolg hat sich im Lebensfeld zu erweisen und kann bisweilen im Lebensfeld am besten gefördert werden. Nach Lage des Einzelfalls ist die Behandlungsleistung nur in therapeutischer Kontinuität durch das Krankenhauspersonal zu erbringen.

- Die Erhöhung des Anteils tagesklinischer Behandlung ist kostenneutral, nicht betten- bzw. platzneutral umzusetzen.

Tagesklinische Behandlung nach A6, G6, S6 ist definitionsgemäß nicht auf kurzfristige Krisenintervention beschränkt. Die Behandlungsdauer ist entsprechend durchschnittlich höher, dafür weniger personalintensiv und daher kostengünstiger (Kostenverhältnis pro Behandlungstag: ca. 1: 2). Bei Gleichbewertung von tagesklinischen Plätzen und vollstationären Betten im Bedarfsplan führt der Ausbau tagesklinischer Behandlung zu einer Reduzierung von Behandlungskapazität. Durch eine kostenneutrale Umschichtung ist eine qualitative Veränderung ohne Reduzierung von Behandlungskapazität möglich.

- Die vor- und nachstationäre Behandlung durch psychiatrische Krankenhäuser und Abteilungen (§ 39 i.V.m. § 115a SGB V) sollte ausgebaut werden.

Das SGB V sieht als Instrument zur Verkürzung stationärer Behandlung die vor- und nachstationäre Behandlung vor. Nachstationäre Behandlung wird in einigen Fachabteilungen bereits erfolgreich praktiziert. Sie ist ein im Einzelfall bedarfsgerechtes Behandlungsangebot zwischen tagesklinischer oder vollstationärer Behandlung und Nachsorge durch die Institutsambulanz. Während (teil-)stationärer Behandlung eingeleitete Psychotherapien können unter Umständen nicht ohne Risiko abgebrochen werden, benötigen jedoch nicht mehr das (teil-)stationäre Setting. Die Befristung der vorstationären Behandlung auf drei, der nachstationären Behandlung auf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen ist jedoch für den Bereich Psychiatrie als problematisch anzusehen. Hier sollte der Bundesgesetzgeber zu einer Verlängerung der Fristen aufgefordert werden.

- Die Behandlungsmöglichkeiten der Institutsambulanzen sollten bedarfsgerecht ausgebaut werden: flächendeckende Versorgung, ggf. ausgelagerte Behandlungsmöglichkeiten der Institutsambulanzen, im Bedarfsfall auch zugehende Behandlung durch Institutsambulanzen (ggf. multiprofessionell).

Die Institutsambulanzen haben sich als Behandlungsangebot für Patienten, für die das Behandlungsangebot der niedergelassenen Psychiater nicht ausreicht (z.B. Behandlungsakzeptanz nur bei therapeutischer Kontinuität, Notwendigkeit des vertrauten Rahmens, Bedarf an multiprofessioneller Behandlung) bewährt und sind als unverzichtbarer Bestandteil des Behandlungsspektrums anzusehen. Mit der Gesundheitsreform 2000 wurde die Zulassung von Institutsambulanzen auch für Fachabteilungen obligatorisch.

Aufgrund der räumlichen Distanz und der Verkehrsanbindung in ländlichen Teilen der jeweiligen Versorgungsgebiete der Kliniken ist die Erreichbarkeit

für manche Patienten nicht befriedigend. Durch (ggf. tageweise) in abgelegene Teile des Versorgungsgebietes ausgelagerte Institutsambulanzen wäre eine Erreichbarkeit für Patienten, die speziell auf das Behandlungsangebot der Institutsambulanz angewiesen sind, gegeben.

In besonderen Bedarfsfällen sollte die Behandlung der Institutsambulanz auch zugehend oder aufsuchend erbracht werden. Dies kann aus therapeutischen Gründen sinnvoll (Behandlungsbedarf im Lebensfeld, z.B. Angehörigengespräch, Wohnungsorganisation) oder notwendig sein, weil der Patient nur so zu einer Fortsetzung notwendiger Behandlung gewonnen werden kann.

- Klinik, Tagesklinik und Institutsambulanz sollten organisatorisch verbunden in einer Trägerschaft geführt werden. Dies schließt ausgelagerte Organisationseinheiten nicht aus.

Im Interesse der Behandlungskontinuität, der Flexibilität der Behandlung und zur Vermeidung kostenaufwendiger Parallelstrukturen sind stationäre, teilstationäre und ambulante Krankenhausbehandlung als Einheit zu organisieren. Diese Forderung ergibt sich auch aus der Empfehlung der integrierten tagesklinischen Behandlung in vollstationären Stationen (siehe oben).

3.5.2.3.4 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie kommt den Aspekten der Kooperation mit außerklinischen Diensten und Einrichtungen und der Einbindung in regionale Hilfesysteme vorrangige Bedeutung zu. Psychisch gestörte Kinder und Jugendliche fallen in der Regel im allgemeinen pädagogischen, sozialen und medizinischen Bereich auf und erhalten dort auch weitergehende Hilfen nach psychiatrischer Krankenhausbehandlung. Die kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen wirken als Kompetenzzentren in den ambulanten und komplementären Bereich hinein. Dieser besondere Behandlungsanteil setzt Gemeindenähe und verbindliche Kooperationsstrukturen voraus.

- Die Schaffung von ausgelagerten tagesklinischen Behandlungsangeboten der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist voranzutreiben. Aus fachlichen und organisatorischen Gründen sind Anbindungen an bestehende psychiatrisch-klinische Facheinrichtungen zwingend.
- Stationäre und teilstationäre Behandlung sollte über personelle Verknüpfungen, Konsiliartätigkeit und bzw. oder durch intensiven Fachaustausch sichergestellt werden.
- Die kinder- und jugendpsychiatrische Kompetenz muss, über die sonstige Vertretung der Klinik im Gemeindepsychiatrischen Verbund hinaus, in die regionale Versorgung einfließen. Die Beteiligung der Kliniktherapeuten an Hilfeplankonferenzen der jeweiligen Region ist sicherzustellen.

3.5.2.3.5 Gerontopsychiatrie

Die Prinzipien der Personenzentrierung gelten bei gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen in besonderem Maße: Diese Menschen ziehen oft viel psychische Stabilität aus vertrauten Abläufen und Umgebungen. In Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung zeigen sie sich häufig wenig flexibel. Behandlungskontinuität, Behandlungsangebote im gewohnten Lebensfeld und integrierte Behandlungsformen, die auch das soziale Umfeld berücksichtigen und erforderliche kompensatorische, pflegerische und rehabilitative Hilfen im Lebensfeld einbeziehen, sind unerlässlich, um verbleibende Fähigkeiten zu erhalten und zu fördern. Gleichzeitig wird die Bereitschaft zur Behandlung gefördert, wenn der Erhalt von Wohnung und vertrautem Lebensfeld im Mittelpunkt der Bemühungen steht.

- ❑ Stationäre Behandlung ist daher auf das erforderliche Minimum zu reduzieren. Der Einbeziehung von Bezugspersonen und der Zusammenarbeit mit komplementären psychiatrischen und pflegerischen Hilfsmöglichkeiten kommt besondere Bedeutung zu.
- ❑ Der Anteil tagesklinischer Behandlung sollte auch in diesem Bereich erhöht werden. Die Bedingungen dazu müssen verbessert werden. Insbesondere ist die Erreichbarkeit der tagesklinischen Behandlung für in der Bewegungs- oder Orientierungsfähigkeit eingeschränkte Patienten zu fördern (Organisation der Anfahrt als besonderer, die therapeutischen Hilfen gemäß Psych-PV übersteigender Behandlungsanteil, ggf. Fahrdienste, aber auch zugehende und aufsuchende teilstationäre Behandlung).
- ❑ Neben tagesklinischer Behandlung sind bei Bedarf weitere Leistungen zu organisieren und zu finanzieren: häusliche Krankenpflege, Hilfe zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, Grundpflege und hauswirtschaftliche Hilfen.
- ❑ Aufgrund der im Alter häufigeren Multimorbidität wächst die Notwendigkeit der Verzahnung psychiatrischer und somatischer Behandlung.

Im Bericht der EXPERTENKOMMISSION (1988) wird der Aufbau gerontopsychiatrischer Zentren empfohlen. Sie sind in der Zwischenzeit an mehreren Psychiatrischen Kliniken entstanden und haben sich bewährt. Die Kliniken werden dadurch zu gerontopsychiatrischen Kompetenzzentren mit starker Ausstrahlung in den komplementären und ambulanten Bereich. Die Schaffung von neuen Einrichtungen oder eine Ausweitung der jeweiligen Budgets für Krankenhausbehandlung ist dafür nicht erforderlich. Vielmehr wird durch enge Verzahnung von gerontopsychiatrischer teilstationärer und ambulanter Behandlung einerseits und Rehabilitation und Altenhilfe andererseits ein Höchstmaß an Effektivität erreicht.

Beim gerontopsychiatrischen Zentrum handelt es sich um eine Bündelung der Angebote

- ❑ Tagesklinik (mit Institutsambulanz),
- ❑ ambulanter gerontopsychiatrischer Dienst und
- ❑ Altenberatung.

Die gerontopsychiatrische Tagesklinik übernimmt dabei die Funktionen

- ❑ diagnostische Abklärung und Assessment,
- ❑ Behandlung von Patienten, deren Versorgung nachts (und bei 5-Tage-Betrieb am Wochenende) gewährleistet ist,
- ❑ Einleitung rehabilitativer Maßnahmen und
- ❑ Übergang von der stationären zur ambulanten Behandlung und Rehabilitation.

Der ambulante gerontopsychiatrische Dienst beinhaltet

- ❑ Beratung der Hausärzte,
- ❑ Sozialpsychiatrischer Konsiliardienst für den komplementären Bereich,
- ❑ Hausbesuche (multiprofessionell zur Abklärung erforderlicher Hilfen),
- ❑ Beratung von Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen,
- ❑ Therapie (soweit außerhalb des Angebots des Zentrums nicht möglich).

Die Altenberatung erfolgt in Sprechstunden des gerontopsychiatrischen Zentrums.

Der Behandlungsanteil ist aus dem Budget des Krankenhauses und der Vergütung für Leistungen der Institutsambulanz zu finanzieren. Wünschenswert sind auch neue Formen der integrierten Versorgung gemäß § 140 a SGB V unter Einbeziehung niedergelassener Nervenärzte, Internisten, Allgemeinmediziner usw. mit gerontopsychiatrischem oder geriatrischem Schwerpunkt.

Zur Finanzierung der Beratungsleistungen (inkl. Konsiliarleistungen) kommen z.B. in Frage:

- ❑ die Nutzer (z.B. komplementäre Einrichtungen),
- ❑ öffentliche Mittel (z.B. allgemeine Daseinsvorsorge),
- ❑ Krankenkassen nach § 20 SGB V: Prävention und Selbsthilfe.

Konzeptionell wird vorgeschlagen, neben den klinischen Behandlungsaufgaben die Fachkrankenhäuser und -abteilungen als gerontopsychiatrische Kompetenzzentren mit Ausstrahlung in die Region und auf die Einrichtungen der Altenhilfe zu entwickeln. Gerontopsychiatrische Zentren im Sinne des Berichts der EXPERTENKOMMISSION von 1988 sind funktional zu verstehen, nicht als neue Versorgungsbausteine.

Dabei sind integrierte Versorgungsformen gemäß § 140 a SGB V unter Einbeziehung der psychiatrischen Klinik, niedergelassener Vertragsärzte und (ambulanter) Rehabilitationseinrichtungen zu schaffen. Die Verzahnung mit häuslicher Krankenpflege nach SGB V, Grundpflege nach SGB IX und Hilfe zur Teilhabe nach BSHG ist sicherzustellen.

3.5.2.4 Berücksichtigung neuerer sozialrechtlicher Entwicklungen

Im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurden einige für die Krankenhaus-Psychiatrie besonders relevante gesetzliche Bestimmungen geändert:

- Im Krankenhausfinanzierungsgesetz (§ 17 b) wird die Psychiatrie vom pauschalierenden Vergütungssystem ausgenommen.
- In der Bundespflegesatzverordnung (§ 6 Abs. 1 S. 4 Nr. 4.) werden die Vorgaben der Psych-PV als Ausnahmetatbestand festgehalten, der Budgetüberschreitungen begründen kann. Dabei ist sicherzustellen, dass das Personal nicht anderweitig eingesetzt wird.

Psychiatrische Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung sind zur ambulanten Behandlung im Rahmen einer Institutsambulanz gesetzlich ermächtigt. Die Zielgruppendefinition wurde gemäß gesetzlicher Vorgabe (§ 118 SGB V) von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vertraglich vereinbart. Die Vereinbarung ist am 1.4.2001 in Kraft getreten.

Die Krankenkassen können mit Trägern zugelassener Krankenhäuser allein oder in Verbindung mit Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte, Kassenärztlichen Vereinigungen, Trägern stationärer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen Verträge zu integrierten Versorgungsformen abschließen (§§ 140a- h SGB V).

3.6 Komplementäre Versorgung - Sozialpsychiatrische Leistungen im Bereich Selbstversorgung/ Wohnen und Tagesgestaltung

3.6.1 Situation

3.6.1.1 Komplementäre Hilfen im Überblick

Wie eingangs dargestellt⁴⁷, orientiert sich die Situationsbeschreibung an einer traditionellen, einrichtungszentrierten Sichtweise um den vorfindbaren Gegebenheiten der Versorgungsstruktur in Thüringen gerecht zu werden. Mit dem „komplementären“ Bereich werden damit Einrichtungen des Betreuten Wohnens, Tagesstätten, Übergangwohnheime, Wohnheime und Pflegeheime beschrieben.

Allerdings muss in diesem Zusammenhang betont werden, dass die mit dem 1. Thüringer Psychiatrieplan eingeleitete Entwicklung zu einer gemeindeintegrierten Versorgung, namentlich zur Bildung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden in vielen kreisfreien Städten und Landkreisen, Fortschritte gemacht hat. In diesen bestehen Verbundsysteme von Begegnungsstätten, Beratungsstellen, Tagesstätten und Übergangs-/Wohnheimen, die z.T. „unter einem Dach“ gelegen sind bzw. zu einem Träger gehören und in denen auf vielfältige Art und Weise kooperiert wird. Den Kern der Gemeindepsychiatrischen Verbände stellen die komplementären Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung dar.

⁴⁷ vgl. Kapitel Begriffe und Grundlagen.

Insgesamt werden in nahezu allen kreisfreien Städten und Landkreisen Thüringens durch 97 komplementäre Einrichtungen mit 1.032,91 Mitarbeiterstellen insgesamt 2.481 Plätze vorgehalten⁴⁸.

Die vorgehaltenen Plätze verteilen sich wie folgt⁴⁹:

- 513 Plätze durch das Betreute Wohnen (20,68 %),
- 431 Plätze durch Tagesstätten (17,29 %),
- 21 Plätze durch Wohngruppen/Außenwohngruppen (0,84 %),
- 246 Plätze durch Übergangswohnheime (9,87 %),
- 892 Plätze durch Wohnheime (35,79 %),
- 378 Plätze durch Pflegeheime (15,17 %).

Im Land Thüringen werden im Schnitt 10,13 komplementäre Plätze pro 10 Tsd. Einwohner vorgehalten, allerdings mit großen regionalen Schwankungen. So stehen im Landkreis Gotha nur 3,08 Plätze, hingegen im Landkreis Hildburghausen 35,19 Plätze zur Verfügung.

Auch hinsichtlich der beschäftigten Mitarbeiter bestehen zwischen den unterschiedlichen Einrichtungstypen und den Regionen z.T. beträchtliche Differenzen⁵⁰.

Im komplementären Bereich bestehen in Thüringen insgesamt 1032,91 Mitarbeiterstellen. Davon entfallen

- 44,85 auf das Betreute Wohnen (4,34 %),
- 105,84 auf Tagesstätten (10,25 %),
- 9,68 auf Wohngruppen/Außenwohngruppen (0,94 %),
- 139,94 auf Übergangswohnheime (13,55 %),
- 492,5 auf Wohnheime (47,68 %),
- 223,1 auf Pflegeheime (21,6 %) und
- 17 auf sonstige Einrichtungen (1,65 %).

Die Anzahl der Mitarbeiter pro 10 Tsd. Einwohner liegt im Landesschnitt bei 4,21 Mitarbeitern und variiert zwischen 0,66 im Landkreis Gotha und 16,95 im Landkreis Hildburghausen.

Entsprechend den obigen Angaben variiert die Ausstattung der Thüringer Regionen beträchtlich⁵¹.

Im Landesdurchschnitt liegt die Ausstattung hinsichtlich ambulant aufsuchender Einrichtungen mit 534 bei 2,18 Plätzen und 0,21 Mitarbeitern pro 10 Tsd. Einwohner, bei teilstationären Angeboten liegt sie mit 431 bei 1,76 Plätzen und 0,43 Mitarbeitern pro 10 Tsd. Einwohner und bei stationären Angeboten liegt sie mit 1.516 bei 6,10 Plätzen und 3,49 Mitarbeitern pro 10 Tsd. Einwohner.

Hinsichtlich ambulant-aufsuchender Dienste ergibt sich folgendes Bild:

⁴⁸ vgl. Anhang, Tabellen 36 und 37.

⁴⁹ vgl. Anhang, Tabelle 37.

⁵⁰ vgl. Anhang, Tabelle 38.

⁵¹ vgl. Anhang, Tabelle 39.

- ❑ In dem Landkreis Sömmerda gibt es keine Angebote.
- ❑ Der Landkreis Gotha hält mit 10 Plätzen 0,67 Plätze und 0,07 Mitarbeiter pro 10 Tsd. Einwohner vor.
- ❑ Der Landkreis Sonneberg hält mit 34 Plätzen 4,97 Plätze pro 10 Tsd. Einwohner vor.
- ❑ Die Stadt Eisenach hält 1,46 Mitarbeiter pro 10 Tsd. Einwohner vor.

Die Situation im teilstationären Bereich gestaltet sich wie folgt:

- ❑ In den Landkreisen Nordhausen, Saale-Holzland-Kreis, Sonneberg, Weimarer Land und der Stadt Suhl existieren keine Angebote.
- ❑ Die Stadt Weimar hält mit 35 Plätzen 5,6 Plätze und 1,3 Mitarbeiter pro 10 Tsd. Einwohner vor.

Die Situation im stationären Bereich stellt sich wie folgt dar:

- ❑ Die Stadt Suhl hält keine Angebote vor.
- ❑ Der Landkreis Hildburghausen hält mit 215 Plätzen 28,99 Plätze und 15,59 Mitarbeiter pro 10 Tsd. Einwohner vor.

Von insgesamt 2.481 komplementären Plätzen in Thüringen werden 1.516 Plätze als stationäre Plätze in Einrichtungen zur Verfügung gestellt. 534 Plätze werden im Rahmen ambulant- aufsuchender Einrichtungen/Dienste und 431 Plätze teilstationär in Form von Tagesstättenplätzen vorgehalten.

3.6.1.2 Betreutes Wohnen

Einrichtungen des Betreuten Wohnens sind gemeindeintegrierte ambulante Angebote zur Eingliederung von psychisch kranken bzw. seelisch behinderten Menschen im häuslichen Umfeld. Sie erbringen Unterstützungsleistungen, die - neben der Bearbeitung krankheitsspezifischer Problemstellungen - vor allem im Bereich der Selbstversorgung, der Kommunikation und Kontaktfindung angesiedelt sind. Die Klienten des Betreuten Wohnens leben entweder in eigenen Wohnungen oder in Wohnungen/Wohngruppen der Einrichtung.

Das Betreute Wohnen wendet sich insbesondere an Menschen, die

- ❑ vorübergehend, für längere Zeit oder auf Dauer nicht zur selbstständigen Lebensführung fähig und
- ❑ nicht, noch nicht oder nicht mehr auf vollstationäre Hilfe angewiesen sind sowie
- ❑ allein oder in Wohngemeinschaften gemeinsam mit bis zu sieben anderen Behinderten oder Suchtkranken leben und betreut werden können (vgl. RICHTLINIEN FÜR DIE FÖRDERUNG NICHTINVESTIVER SOZIALER MAßNAHMEN ZUR DURCHFÜHRUNG DES BETREUTEN WOHNENS FÜR BEHINDERTE UND SUCHTKRANKE, Staatsanzeiger Nr. 29/1994 S. 2057 ff.⁵²).

⁵² Die Richtlinie wurde im Jahr 2001 überarbeitet (Thüringer Staatsanzeiger Nr.14/2001 S. 664 ff.).

Die Hilfen durch das Betreute Wohnen erfolgen im Rahmen von regelmäßigen Hausbesuchen und Gesprächen.

In den letzten Jahren ist ein kontinuierlicher Aufbau des Betreuten Wohnens in Thüringen erfolgt, so dass es Ende 1999 28 Einrichtungen in 21 Landkreisen und kreisfreien Städten in Thüringen gibt, in denen insgesamt 513 Plätze zur Verfügung stehen.

An der Erhebung zum Psychatriebericht haben sich insgesamt 24 Einrichtungen des Betreuten Wohnens beteiligt. In diesen Einrichtungen sind fast 42 Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen beschäftigt. Die Platzzahl schwankt zwischen 8 und 47 Plätzen. Der Personalschlüssel der Einrichtungen liegt bei 1 : 10 und 1 : 12. Eine Einrichtung hat einen Personalschlüssel von 1 : 3. Insbesondere die Einrichtungen, die über weniger als 20 Plätze verfügen, sind eng verbunden mit Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen, Tagesstätten oder anderen Einrichtungstypen (Gemeindepsychiatrische Zentren). Sie sind sämtlich in freigemeinnütziger Trägerschaft.

Von den Einrichtungen, die Angaben gemacht haben, liegen 12 in den größeren Städten Thüringens von mehr als 50 Tsd. Einwohnern. 50 % der Einrichtungen liegen in Orten, die zwischen 5 und 50 Tsd. Einwohner haben.

Zwei Drittel der Einrichtungen haben einen Versorgungsauftrag, der sich auf ihren Landkreis bzw. ihre kreisfreie Stadt bezieht, 54 % der Einrichtungen haben ein Versorgungsgebiet, das zwischen 100 und 250 Tsd. Einwohner umfasst, 46 % der Einrichtungen eines von weniger als 100 Tsd. Einwohnern.

Die Personalstruktur der Einrichtungen des Betreuten Wohnens stellt sich wie folgt dar:

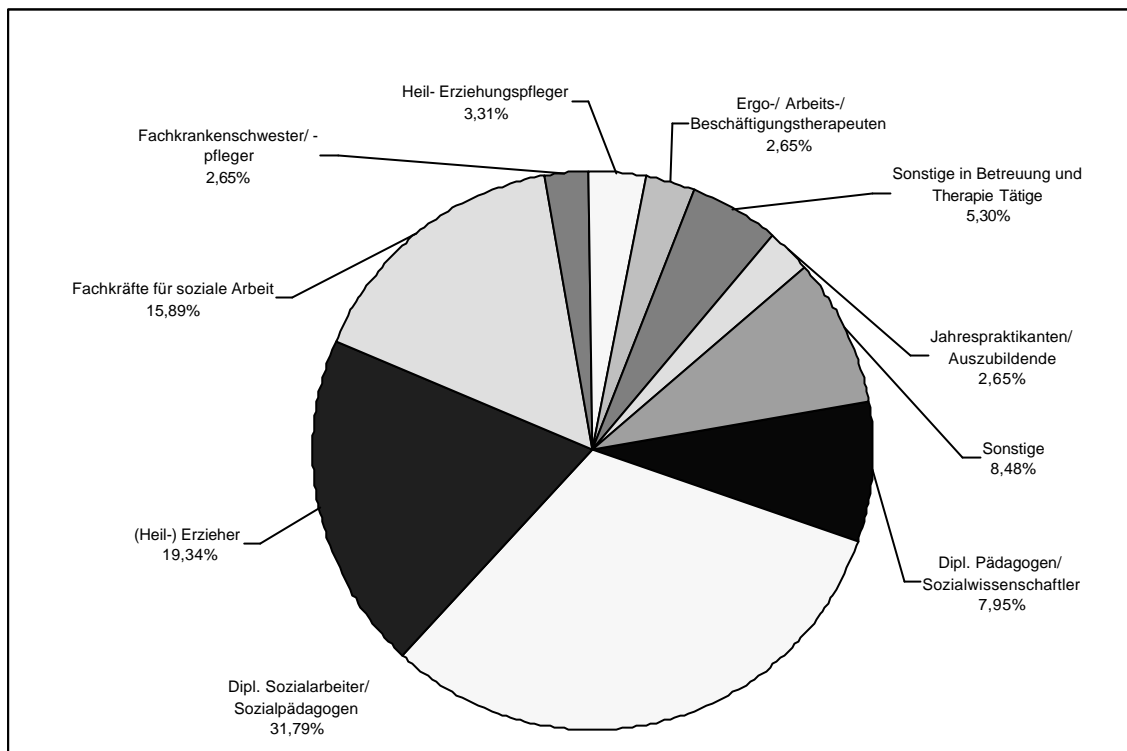
Den größten Anteil mit ca. 32 % der Mitarbeiter stellt die Berufsgruppe der Diplomsozialpädagogen/Sozialarbeiter.

Erzieher oder Heilerzieher sind mit ca. 19 % beteiligt und Fachkräfte für soziale Arbeit mit ca. 16 %.

Diplompädagogen oder andere Sozialwissenschaftler sind zu 8 % repräsentiert, Heilerziehungspfleger zu ca. 3 % und Fachkrankenpflegekräfte, Ergotherapeuten und Jahrespraktikanten/Auszubildende zu je ca. 3 %. Sonstige in Betreuung und Therapie Tätige sind zu 8,5 % in dem Berufsgruppen - Mix vertreten⁵³.

⁵³ vgl. Anhang, Tabelle 40.

Abb. 15: Personalstruktur des Betreuten Wohnens (N = 15, Angaben in % der VZSt)



Im Hinblick auf besondere Qualifikationen der Mitarbeiter zeigt sich folgendes Bild:

Jeweils ein Mitarbeiter einer Einrichtung ist anerkannter Suchttherapeut oder Sozialtherapeut. Fünf Mitarbeiter aus vier Einrichtungen haben eine sozialpsychiatrische Zusatzausbildung und drei Mitarbeiter aus je einer Einrichtung haben eine Ausbildung im personenzentrierten Ansatz (IBRP). Acht Mitarbeiter aus sieben Einrichtungen haben eine sonstige abgeschlossene Weiterbildung.

27 Mitarbeiter aus 19 Einrichtungen haben im Jahr 1999 an einer externen Fortbildung teilgenommen.

Entsprechend seiner bisherigen Förderpraxis zum Aufbau des Betreuten Wohnens war der Freistaat Thüringen mit einem erheblichen Anteil (maximal 100 %) an der Finanzierung des Betreuten Wohnens beteiligt. Die weiteren Finanzierungsanteile verteilten sich im Jahr 2000 auf:

- Sonstige (meist Trägerzuschüsse),
- die Arbeitsverwaltung,
- die Kommunen,
- die sog. „Eigenanteile“ (aufgrund der Heranziehung nach BSHG)⁵⁴.

⁵⁴ Angaben hierzu haben 24 Einrichtungen gemacht.

Die Landesfinanzierung des Betreuten Wohnens betrug

- im Jahr 2001 bis zu 75 %,
- im Jahr 2002 bis zu 50%.

Die Einrichtungen des Betreuten Wohnens sind im Durchschnitt zu 99,0 % ausgelastet; 75 % der Einrichtungen haben eine Warteliste.

Fragen der *Qualität* werden im gesonderten Qualitätsteil dargestellt.

Für die Einrichtungen des Betreuten Wohnens sind aufgrund ihrer Aufgabenstellung und Zielsetzung sowie auch ihrer Personalausstattung die Kooperation und Koordination mit anderen Einrichtungen und Diensten der gemeindepsychiatrischen Versorgung von großer Bedeutung. Auch im Hinblick auf die Bildung Gemeindepsychiatrischer Verbände kommt der Kooperation ein hoher Stellenwert zu. Wesentliche Indikatoren sind hierfür eine verbindliche, ggf. schriftliche Absprache über eine Arbeitsteilung innerhalb der Versorgungsregion sowie eine verbindliche Absprache bzgl. einer klientenbezogenen Hilfeplanung.

Im Hinblick auf Absprachen zur Arbeitsteilung innerhalb der Region haben 64 % der Einrichtungen positive Antworten gegeben, im Hinblick auf eine Hilfeplanung, 68 % der Einrichtungen.

Im Vordergrund der Absprachen zur Arbeitsteilung in der Region stehen Werkstätten für Behinderte. 78,5 % der Einrichtungen des Betreuten Wohnens haben diesbezügliche Absprachen getroffen. 71,4 % der Einrichtungen kooperieren mit den Sozialpsychiatrischen Diensten und je 35,7 % der Einrichtungen mit psychiatrischen Krankenhäusern oder (Übergangs-)Wohnheimen. Mit anderen Einrichtungen haben jeweils - zum Teil weit weniger als ein Drittel der Einrichtungen - Absprachen getroffen⁵⁵.

Auch im Hinblick auf (schriftliche) Absprachen zur Hilfeplanung stehen die Werkstätten für Behinderte (73,3 %) und die Sozialpsychiatrischen Dienste (66,7 %) im Vordergrund. Mit Tagesstätten haben hier 53,3 % der Einrichtungen, mit niedergelassenen Fachärzten 46,7 %, mit Krankenhäusern und Institutsambulanzen 40,0 % und mit Pflegediensten 33,3 % der Einrichtungen Absprachen bzgl. einer fallbezogenen Hilfeplanung getroffen⁵⁶.

Es zeigt sich, dass im Vordergrund der Absprachen diejenigen Einrichtungen stehen, die in ihren Zielsetzungen „komplementär“ zum Betreuten Wohnen sind. Es zeigt sich jedoch auch, dass insbesondere die fallbezogene Kooperation entwicklungsbedürftig ist - auch unter Berücksichtigung, dass nicht jeder Einrichtungstyp in jedem Kreis vorhanden ist.

Fast sämtliche Einrichtungen des Betreuten Wohnens sind in den regionalen Gremien, wie z.B. der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, deren Untergruppen oder auch regionalen Fallbesprechungen - sofern vorhanden -, vertreten. Darüber hinaus nehmen die Einrichtungen an vielfältigen Arbeitsgruppen im Land teil. Hier stehen - entsprechend der Trägerschaft - die unterschiedlichen Arbeitskreise der LIGA bzw. der einzelnen Verbände im Vordergrund.

⁵⁵ vgl. Anhang, Tabelle 41.

⁵⁶ vgl. Anhang, Tabelle 41.

22 Einrichtungen des Betreuten Wohnens haben Angaben zu ihren Klienten gemacht. Insgesamt betreuten sie im Jahr 1999 406 Klienten. Von diesen haben immerhin 90 % ihren Wohnsitz innerhalb der Versorgungsregion vor der Betreuung gehabt. Ein regionaler Versorgungsauftrag wird also von den Einrichtungen verwirklicht.

Die Altersstruktur der Klienten ergibt folgendes Bild:

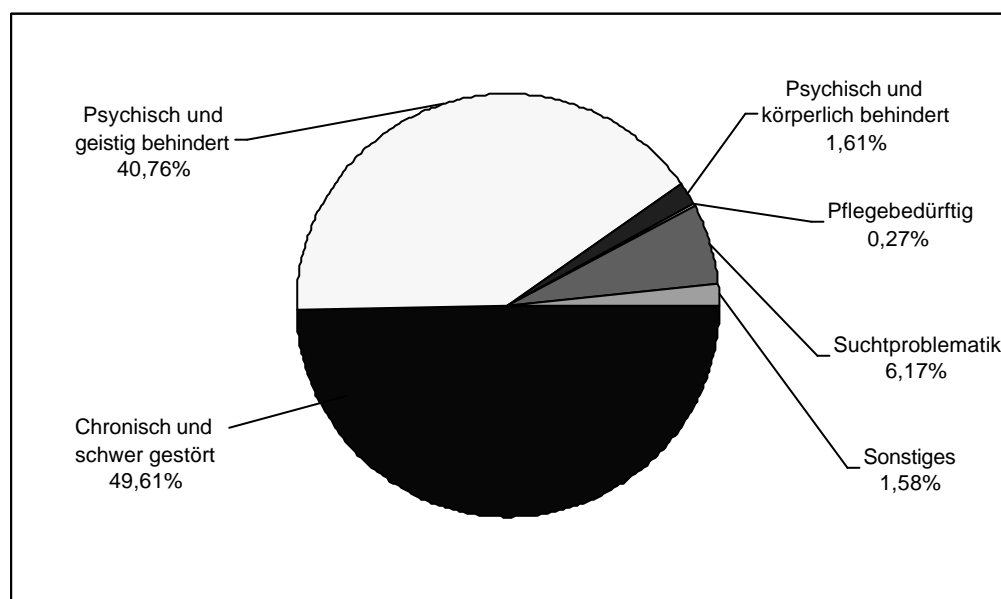
- ❑ Menschen unter 18 Jahren werden nicht betreut.
- ❑ Ca. 10 % der Klienten sind zwischen 18 und 30 Jahre alt,
- ❑ 77 % der Klienten sind zwischen 30 und 60 Jahre alt,
- ❑ 12 % der Klienten sind zwischen 60 und 80 und
- ❑ 0,5 % der Klienten sind über 80 Jahre alt⁵⁷.

Im Hinblick auf die Zielgruppen wurden folgende Angaben gemacht:

- ❑ ca. 97,4 % der Klienten sind aus der allgemeinen Psychiatrie,
- ❑ ca. 2,3 % sind gerontopsychiatrische Klienten und
- ❑ 0,2 % der Klienten kommen aus dem forensischen Bereich⁵⁸.

Bei ca. 49,61 % der Klienten wurden als besondere Problembereiche eine chronische und schwere Störung genannt. Ca. 40,76 % der Klienten haben eine psychische und geistige Behinderung und ca. 6,17 % der Klienten eine Suchtproblematik im Sinne von „Psychose und Sucht“.

Abb. 16: Besondere Problembereiche der Klienten in % (N = 22)



Insbesondere durch den hohen Anteil der Menschen, deren Problembereich als psychische und geistige Behinderung benannt wurde, deutet sich an, dass

⁵⁷ vgl. Anhang, Tabelle 42.

⁵⁸ vgl. Anhang, Tabelle 43.

es im Betreuten Wohnen auch ein gewisse Anzahl sog. „Mischeinrichtungen“ gibt. Dieses ist jedoch nicht näher untersucht worden.

Für 40 % der Klienten ist eine gesetzliche Betreuung nach dem Betreuungsgesetz (BTG) eingerichtet, z.T. mit Aufenthaltsbestimmungsrecht. Ein Klient wird nach Strafgesetzbuch/Strafprozeßordnung durch das Betreute Wohnen versorgt.

Mehr als 50 % der Klienten wurden bisher länger als zwei Jahre betreut⁵⁹, obwohl viele Einrichtungen erst in den letzten Jahren ihren Betrieb aufgenommen haben. Der Anteil der mehrjährigen Betreuungen wird voraussichtlich steigen. Dies entspricht dem Bedarf, sofern chronisch psychisch kranke oder behinderte Menschen betreut werden.

Die vom Betreuten Wohnen versorgten Menschen lebten vor der Betreuung - und tun dies sicher auch weiter - zu über 80 % in einer eigenen Wohnung oder zusammen mit Verwandten/Bekanntem. Jeweils 5,5 % der Klienten lebten in einem Krankenhaus oder in einem (Übergangs-)Wohnheim⁶⁰.

Das Betreute Wohnen versorgt zwar eine Klientel mit chronischen bzw. schweren Störungen; langzeit-hospitalisierte Menschen, die längere Zeit in stationären Einrichtungen gelebt haben, werden jedoch durch das Betreute Wohnen selten in eine Betreuung aufgenommen.

Krankenhäuser sind in ca. 13 % der Fälle die zuweisende Instanz für das Betreute Wohnen. Andere stationäre Einrichtungen wie Wohn- oder Pflegeheime treten hier nur in 2 - 3 % der Fälle in Erscheinung. Ca. 37 % der Klienten wurden durch die Sozialpsychiatrischen Dienste ins Betreute Wohnen vermittelt. Betreuer vermittelten in ca. 17 % einen Platz und das soziale Umfeld in 5 % der Fälle. 8 % der Klienten kamen durch eigene Initiative ins Betreute Wohnen⁶¹.

Von den 22 Einrichtungen des Betreuten Wohnens, die an der Erhebung teilgenommen haben, wurden im Jahr 1999 64 Klienten aus der Betreuung entlassen, das sind 15,7 % der Klienten insgesamt.

Von diesen wurden ca. 45 % in eine eigene Wohnung entlassen, davon fast die Hälfte mit einer nachsorgenden Betreuung. 11 % der Klienten wurden in ein (Übergangs-) Wohnheim vermittelt und nahezu 8 % in eine Tagesstätte. Weitere 8 % der Klienten sind 1999 verstorben⁶².

3.6.1.3 Tagesstätten

Tagesstätten sind teilstationäre Einrichtungen zur Eingliederungshilfe psychisch kranker bzw. seelisch behinderter Menschen. Sie bieten insbesondere den Menschen ein Angebot zur Tagesstrukturierung, die nicht oder noch nicht einer Arbeit nachgehen oder in einer Rehabilitationsmaßnahme gefördert werden oder die langzeit-arbeitslos bzw. berentet sind. Sie bieten vielfältige Gruppenangebote im Bereich Arbeit oder Beschäftigungsangebote im kreativen Bereich, z.T. auch im Bereich der Selbstversorgung, an. Tagesstätten

⁵⁹ vgl. Anhang, Tabelle 45.

⁶⁰ vgl. Anhang, Tabelle 46.

⁶¹ vgl. Anhang, Tabelle 47.

⁶² vgl. Anhang, Tabelle 48.

stehen vor allem in einem engen fachlichen Zusammenhang mit Begegnungsstätten. Darüber hinaus sind sie vielfältig auch mit anderen Einrichtungen, z.B. Beratungs- und Kontaktstellen verbunden (Psychosoziale Zentren).

Auch im Bereich der Tagesstätten erfolgte in den letzten Jahren ein kontinuierlicher Aufbau. Ende 1999 gab es in Thüringen in 18 kreisfreien Städten und Landkreisen 24 Tagesstätten, die mit ca. 106 Mitarbeitern insgesamt 431 Plätze zur Verfügung stellten. Die Platzzahl variiert zwischen 10 und 20 Plätzen. Der Personalschlüssel beträgt in der Regel 1 : 4. Sämtliche Tagesstätten sind in freigemeinnütziger Trägerschaft.

An der Erhebung zum Psychiatriebericht haben sich sämtliche 24 Einrichtungen beteiligt.

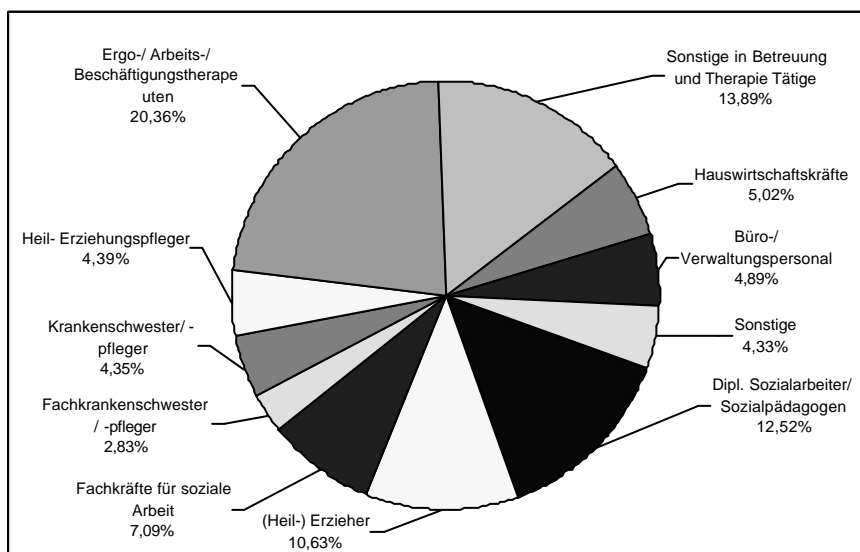
Die Hälfte der Tagesstätten liegt in den Thüringer Städten, die mehr als 50 Tsd. Einwohner haben. Die andere Hälfte der Einrichtungen liegt in Städten mit 5 bis 50 Tsd. Einwohnern.

Zwar haben mehr als die Hälfte der Einrichtungen einen Versorgungsauftrag, jedoch bezieht sich ein Versorgungsauftrag nur bei einem Drittel der Einrichtungen auf die jeweilige kreisfreie Stadt bzw. den jeweiligen Landkreis. 46 % der Tagesstätten haben ein Versorgungsgebiet zwischen 100 und 250 Tsd. Einwohnern, 36 % der Einrichtungen eines zwischen 50 und 100 Tsd. Einwohnern und 18 % der Einrichtungen haben ein Versorgungsgebiet, das weniger als 50 Tsd. Einwohner umfasst.

Die Personalstruktur der Tagesstätten stellt sich als sehr vielfältig dar. Die hauptsächlich beschäftigten Berufsgruppen sind:

- Ergo-/Arbeits- oder Beschäftigungstherapeuten mit einem Anteil von ca. 20 %,
- Diplomsozialarbeiter/Sozialpädagogen mit einem Anteil von ca. 13 % und
- (Heil-) Erzieher mit einem Anteil von 11 % der Beschäftigten⁶³.

Abb. 17: Personalstruktur der Tagesstätten (N = 24; Angaben in % der VZSt)



⁶³ vgl. Anhang, Tabelle 49.

Fünf Einrichtungen beschäftigen Mitarbeiter zusätzlich zum vereinbarten Stellenplan, die in den therapeutischen Bereichen - z.T. als Praktikanten - tätig sind.

Sieben Mitarbeiter aus sechs Einrichtungen verfügen über eine sozialpsychiatrische Zusatzausbildung und 17 Mitarbeiter aus fünf Einrichtungen haben eine Ausbildung im personenzentrierten Ansatz (IBRP). 14 Mitarbeiter aus acht Einrichtungen haben eine sonstige abgeschlossene Weiterbildung.

An einer externen Fortbildung haben im Jahr 1999 50 Mitarbeiter aus 18 Einrichtungen teilgenommen.

Die Tagesstätten werden nahezu vollständig durch das Land Thüringen finanziert.

Die Verteilung der Finanzierung ergibt sich aus den nachfolgenden Prozentwerten:

- 98,6 % der Entgelte werden vom Land Thüringen übernommen
- 1,0 % der Entgelte werden durch sog. „Eigenanteile“ (aufgrund der Heranziehung nach BSHG) gedeckt (zwei Einrichtungen) und
- 0,4 % der Entgelte (bei einer Einrichtung) werden von den Kommunen gedeckt⁶⁴.

In der Regel liegt der tägliche Entgeltsatz (Pflegesatz) zwischen DM 100 und 125 (Euro 51,13 und 63,91). Bei 15 % der Einrichtungen liegt er zwischen DM 75 (Euro 38,35) und 100 DM (51,13 Euro) und bei einer Einrichtung unter DM 25 (Euro 12,78).

Der mittlere Auslastungsgrad der Tagesstätten liegt bei 85,2 %, wobei berücksichtigt werden muss, dass eine Reihe von Einrichtungen erst seit kurzer Zeit besteht und sich z.T. noch in einer Aufbauphase befindet. Nahezu die Hälfte der Einrichtungen führt eine Warteliste.

Die Einrichtungen geben vielfältige Kooperationsbeziehungen an. Dieses Bild relativiert sich jedoch, wenn der Blick auf eine verbindliche (schriftliche) Absprache bzgl. einer Arbeitsteilung in der Region und auf verbindliche Absprachen einer klientenbezogenen Hilfeplanung gerichtet wird.

Lediglich ein Drittel der Einrichtung hat angegeben, dass sie mit Einrichtungen innerhalb ihrer kreisfreien Stadt bzw. ihres Landkreises Absprachen im Hinblick auf eine Arbeitsteilung haben und knapp über die Hälfte gab an, dass sie Absprachen hinsichtlich einer klientenzentrierten Hilfeplanung getroffen haben. Berücksichtigt werden muss hier jedoch das oben genannte „Alter“ der Einrichtungen.

Aus den Angaben der Einrichtungen ergibt sich folgendes Bild:

Im Vordergrund hinsichtlich einer Arbeitsteilung stehen das Betreute Wohnen, mit dem sämtliche Einrichtungen sowie die Sozialpsychiatrischen Dienste, mit denen 75 % der Einrichtungen Absprachen getroffen haben. Mit Werkstätten für Behinderte kooperieren 62,5 % und mit niedergelassenen Fachärzten 50 % der Tagesstätten. Mit Krankenhäusern haben 37,5 % der Einrichtungen

⁶⁴ Angaben hierzu haben 14 Einrichtungen gemacht.

und mit Übergangs- und Wohnheimen je 25 % der Einrichtungen Absprachen über eine Arbeitsteilung getroffen⁶⁵.

Auch im Hinblick auf (schriftliche) Absprachen zur klientenbezogenen Hilfeplanung stehen Sozialpsychiatrische Dienste mit 78,6 % und Einrichtungen des Betreuten Wohnens mit 64,3 % der Nennungen im Vordergrund. Mit niedergelassenen Fachärzten arbeiten 50 % und mit Krankenhäusern 35,7 % im Rahmen von Hilfeplanungen zusammen. Mit Werkstätten für Behinderte und Übergangswohnheimen kooperieren je 28,6 % der Einrichtungen fallbezogen⁶⁶.

Insgesamt zeigt sich vor allem aufgrund der z.T. geringen Anzahl an positiven Angaben, dass für die Tagesstätten die klientenzentrierte Kooperation und Koordination entwicklungsfähig ist. Es zeigt sich allerdings auch, dass durchaus verbindliche Kooperationsstrukturen vorhanden sind, insbesondere zu ambulant tätigen Einrichtungen, so dass hier die Entwicklung von Verbundstrukturen aufbauen kann.

Die Tagesstätten sind in den regionalen Gremien, wie z.B. der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft, deren Untergruppen oder auch regionalen Fallbesprechungen - sofern vorhanden -, vertreten. Darüber hinaus nehmen die Einrichtungen an vielfältigen Arbeitsgruppen im Land teil. Hier stehen - entsprechend der Trägerschaft - die unterschiedlichen Arbeitskreise der LIGA bzw. der einzelnen Verbände im Vordergrund.

Insgesamt haben 22 Tagesstätten Angaben zu ihrer Klientenstruktur gemacht. Sie betreuen 404 Klienten, die zu 92 % aus der jeweiligen kreisfreien Stadt oder dem jeweiligen Landkreis stammen. Dies zeigt die regionale Orientierung der Tagesstätten.

Die Altersstruktur der Klienten der Tagesstätten stellt sich wie folgt dar:

- Menschen unter 18 Jahren werden nicht betreut.
- Ca. 13,4 % der Klienten sind zwischen 18 und 30 Jahre alt,
- 80,7 % der Klienten sind zwischen 30 und 60 Jahre und
- ca. 5,9 % der Klienten sind zwischen 60 und 80 Jahre alt.
- Menschen über 80 Jahre werden nicht betreut⁶⁷.

Die Hauptzielgruppe der Tagesstätten sind Klienten der allgemeinen Psychiatrie, die ca. 97,4 % der Klienten ausmachen. Als weitere Zielgruppe wurden mit 2,4 % gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen angegeben⁶⁸.

Als besondere Problembereiche wurden bei ca. 55,11 % der Klienten eine chronische und schwere Störung angegeben und bei 28,47 % der Klienten eine psychische und geistige Behinderung. Eine zusätzliche Suchtproblematik im Sinne von „Psychose und Sucht“ kam bei 9,85 % der Klienten und eine psychische und körperliche Behinderung bei 5,47 % der Klienten in Betracht⁶⁹.

⁶⁵ vgl. Anhang, Tabelle 50.

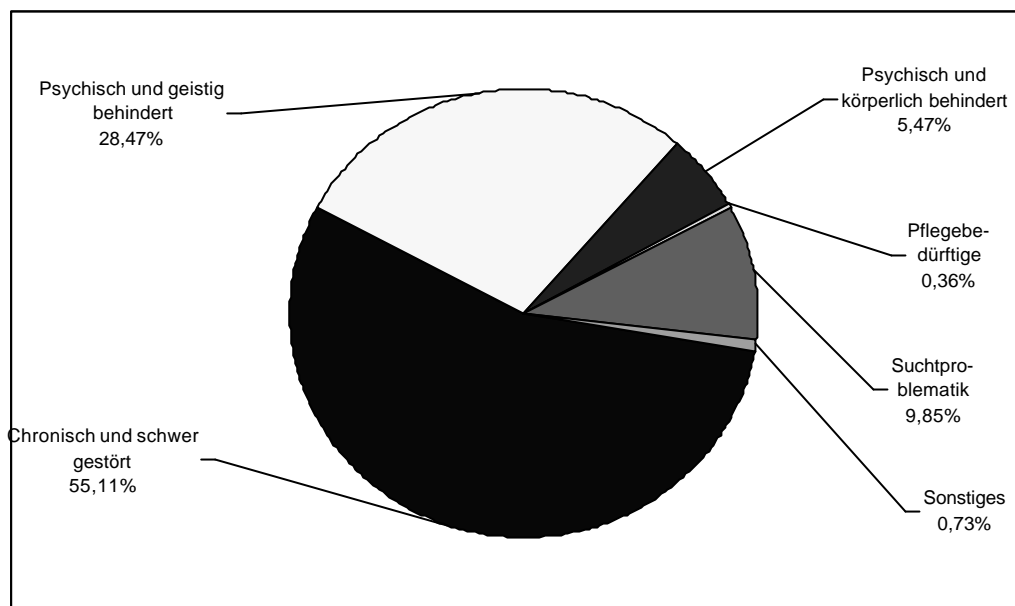
⁶⁶ vgl. Anhang, Tabelle 50.

⁶⁷ vgl. Anhang, Tabelle 51.

⁶⁸ vgl. Anhang, Tabelle 52.

⁶⁹ vgl. Anhang, Tabelle 53.

Abb. 18: Besondere Problembereiche der Klienten in % (N = 16)



Für ca. 17 % der Klienten ist eine gesetzliche Betreuung nach dem Betreuungsgesetz (BTG) eingerichtet, davon für einen geringen Teil mit Aufenthaltsbestimmungsrecht.

Die Betreuungsdauer der Klienten von Tagesstätten im Jahr 1999 beträgt bei ca. 68 % der Klienten bis zu zwei Jahren. Ca. 30 % der Klienten wurde zwischen zwei und fünf Jahren und 2 % der Klienten länger als fünf Jahre durch Tagesstätten betreut⁷⁰. Allerdings muss auch hier berücksichtigt werden, dass viele Einrichtungen noch nicht sehr lange bestehen bzw. sich noch in der Aufbauphase befinden.

Die Klienten der Tagesstätten lebten vor Beginn der Betreuung zu über 85 % in einer eigenen Wohnung bzw. mit Bekannten/Verwandten zusammen. 6 % der Klienten lebten vorher in einem Wohnheim und 5 % in einer Wohnung im Rahmen des Betreuten Wohnens⁷¹.

Auch für die Tagesstätten scheint sich - wie im Betreuten Wohnen - durch diese Ergebnisse anzudeuten, dass langzeit-hospitalisierte Menschen oder Menschen, die längere Zeit in stationären Kontexten gelebt haben, nicht zur hauptsächlichen Klientel der Tagesstätten gehören.

Auch als zuweisende Stellen fungieren in erster Linie ambulante Leistungserbringer wie Sozialpsychiatrische Dienste (ca. 26 %), Betreuer (10 %) und niedergelassene Ärzte (8 %). Durch eigene Initiative oder vermittelt durch das soziale Umfeld kamen je 6 % in die Tagesstätten⁷². Zwar wurden 20 % der Klienten durch Krankenhäuser den Tagesstätten zugewiesen, die obigen Ergebnisse legen jedoch nahe, dass es sich hier um Menschen handelt, die einen eigenen Wohnsitz hatten.

⁷⁰ vgl. Anhang, Tabelle 54.

⁷¹ vgl. Anhang, Tabelle 55.

⁷² vgl. Anhang, Tabelle 56.

Von den Tagesstätten, die an der Erhebung teilgenommen haben, sind im Jahr 1999 ca. ein Viertel der Klienten entlassen worden. Von diesen wohnen ca. 41 % in einer eigenen Wohnung, 6 % mit weiterer nachsorgender Betreuung. Fast 18 % der Klienten sind zu einer Werkstatt für Behinderte gewechselt und 7,4 % in eine andere Tagesstätte. 6,3 % wurden aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes entlassen und 5,3 % wurden durch eine Einrichtung des Betreuten Wohnens weiter betreut⁷³.

3.6.1.4 Übergangwohnheime

Übergangwohnheime für psychisch kranke bzw. seelisch behinderte Menschen sind stationäre Einrichtungen der Eingliederung mit einer stark rehabilitativen Ausrichtung. Zielsetzung ist es, durch eine an den medizinischen Erfordernissen orientierte Rehabilitation die Fähigkeiten zur Selbstversorgung sowie die sozialen und beruflichen Fähigkeiten der Bewohner soweit zu stabilisieren bzw. zu bessern, dass sie - ggf. mit weniger intensiven ambulanten Hilfen - in einem eigenen Haushalt leben und eventuell weiterführende rehabilitative Hilfen in Anspruch nehmen können. Der Aufenthalt in Übergangwohnheimen ist aus diesem Grund für die Bewohner befristet. Die Befristung wird jedoch nicht selten überschritten.

In Thüringen existieren 12 Übergangwohnheime in ebenso vielen kreisfreien Städten und Landkreisen, die insgesamt 246 Plätze anbieten. Sie sind sämtlich in freigemeinnütziger Trägerschaft. Ihre Platzzahl schwankt zwischen 12 und 36 Plätzen und liegt im Schnitt bei ca. 23 Plätzen. Die Übergangwohnheime arbeiten in der Regel mit einem Personalschlüssel von 1 : 2,5 - 3; vereinzelt auch mit einem Schlüssel von 1 : 1,25⁷⁴. Hinzu kommen in verschiedenen Einrichtungen noch sog. „Gruppenhelfer“. Einige Einrichtungen sind mit Wohnheimen sowie mit Einrichtungen des Betreuten Wohnens eng verbunden, so dass sie einen „Wohnverbund“ bilden⁷⁵.

Insgesamt zwölf Übergangwohnheime haben sich an der Erhebung zum Psychiatriebericht beteiligt.

Die Einrichtungen liegen zu einem Drittel in den größeren Städten Thüringens zwischen 50 und 200 Tsd. Einwohnern. Nahezu die Hälfte der Einrichtungen liegt in Städten zwischen 20 und 50 Tsd. und etwas weniger als ein Drittel der Einrichtungen in Orten zwischen 5 und 20 Tsd. Einwohnern.

Die Hälfte der Einrichtungen hat einen schriftlichen Versorgungsauftrag mit dem zuständigen Leistungsträger, d.h. dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Dieser bezieht sich in vier Fällen auf eine definierte Region und in zwei Fällen auf den jeweiligen Landkreis bzw. die jeweilige kreisfreie Stadt. Entsprechend groß sind die Einzugsgebiete der Einrichtungen, soweit sie definierbar sind. In der Regel haben die Übergangwohnheime Einzugsgebiete, die mehr als 100 Tsd. Einwohner umfassen, ein Viertel der Einrichtungen hat ein Einzugsgebiet von mehr als 500 Tsd. Einwohnern.

Die Personalstruktur der Übergangwohnheime stellt sich als sehr heterogen dar. Eine ganze Reihe unterschiedlicher Berufsgruppen arbeitet in den thera-

⁷³ vgl. Anhang, Tabelle 55.

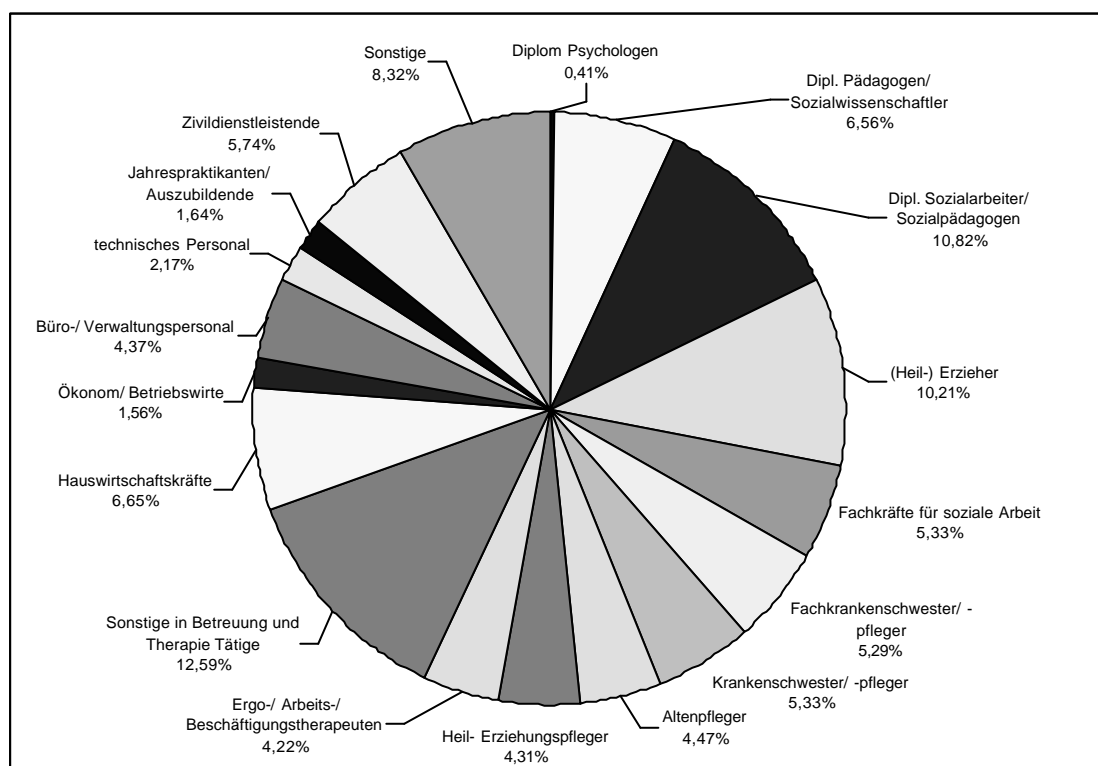
⁷⁴ Angaben zum Personalschlüssel haben fünf Einrichtungen gemacht.

⁷⁵ Der Wohnverbund Jena wird gesondert betrachtet.

peutischen Teams der Einrichtungen. Im Wesentlichen sind folgende Berufsgruppen in den Übergangwohnheimen beschäftigt:

- ❑ Diplomsozialarbeiter/Sozialpädagogen mit ca. 11 % der Beschäftigten,
- ❑ Krankenpflegekräfte einschließlich Fachkrankenpflegekräfte mit ca. 11 % der Mitarbeiter,
- ❑ (Heil-)Erzieher mit ca. 10 %,
- ❑ Diplompädagogen oder Sozialwissenschaftler sowie Hauswirtschaftskräfte mit ca. 6 % und
- ❑ Fachkräfte für soziale Arbeit mit ca. 5 %.
- ❑ Der Anteil von sonstigen in der Betreuung und Therapie Beschäftigten und anderen Berufsgruppen beträgt 21 %⁷⁶.

Abb. 19: Personalstruktur der Übergangwohnheime in % der VZSt. (N = 12)



Im Hinblick auf besondere Qualifikationen der Mitarbeiter zeigt sich folgendes Bild:

Je ein Mitarbeiter einer Einrichtung verfügt über eine Facharztqualifikation (Honorarkraft) oder eine psychotherapeutische Ausbildung. Acht Mitarbeiter aus vier Einrichtungen haben eine sozialpsychiatrische Zusatzausbildung und neun Mitarbeiter aus fünf Einrichtungen eine Weiterbildung im personenzentrierten Ansatz (IBRP). Über eine sonstige abgeschlossene Weiterbildung verfügen 24 Mitarbeiter aus sechs Einrichtungen.

⁷⁶ vgl. Anhang, Tabelle 58.

49 Mitarbeiter aus zehn Einrichtungen nahmen im Jahr 1999 an einer externen Fortbildung teil.

Die Übergangswohnheime werden als stationäre Einrichtungen nahezu ausschließlich über das Land Thüringen entsprechend seiner Aufgaben als überörtlicher Träger der Sozialhilfe finanziert⁷⁷.

- Das Land Thüringen trägt insgesamt 99 % der Leistungsentgelte.
- Die Kommunen sind (in einem Fall) mit 0,5 % der Kosten beteiligt und
- die sog. „Eigenanteile“ (aufgrund der Heranziehung nach BSHG) machen 0,5 % der Finanzierung aus. Diese fallen in einem Übergangsheim an.

Die Leistungsentgelte (Pflehsätze) differieren je nach Personal- oder Sachausstattung.

Der Auslastungsgrad der Übergangswohnheime liegt bei 90 %. Die Hälfte der Einrichtungen führt eine Warteliste.

Für die Übergangswohnheime kommt, entsprechend ihrer rehabilitativen Ausrichtung und konzeptionell bedingten Befristung der Aufenthaltsdauer der Bewohner, der Kooperation und Koordination der nachsorgenden Hilfen eine große Bedeutung zu. Dies gilt insbesondere für die Absprachen im Hinblick auf eine Arbeitsteilung und klientenbezogene Hilfeplanung.

Zwei Drittel haben zu den beiden Themenbereichen im Rahmen der Erhebung zum Psychiatriebericht entsprechende Angaben gemacht.

Im Hinblick auf eine verbindlich (schriftlich) vereinbarte Arbeitsteilung innerhalb der Versorgungsregion stehen hierbei die Sozialpsychiatrischen Dienste, Einrichtungen des Betreuten Wohnens sowie Werkstätten für Behinderte im Vordergrund, die von je 62,5 % der Übergangswohnheime genannt wurden. Psychiatrische Krankenhäuser wurden von 50 % der Einrichtungen angegeben und Psychosoziale Dienste von 37,5 % der Einrichtungen⁷⁸.

Im Hinblick auf Absprachen bzgl. einer klientenbezogenen Hilfeplanung zeigt sich ein ähnliches Bild. Sozialpsychiatrische Dienste und Werkstätten für Behinderte werden hier von 55,6 % der Einrichtungen genannt. Psychiatrische Krankenhäuser und Einrichtungen des Betreuten Wohnens werden von 44,5 % der Einrichtungen angegeben. Psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Tagesstätten werden in je 33,3 % von den Übergangsheimen genannt⁷⁹.

Deutlich wird in den Nennungen, dass die Übergangswohnheime entsprechend ihrer Funktion als rehabilitativ ausgerichtetes „Zwischenglied“ zwischen klinisch-stationärer und ambulanter Versorgung ihre Kooperationsbezüge gestalten. Allerdings ist auch hier eine Intensivierung der einrichtungsübergreifenden Kooperation möglich.

Die Übergangswohnheime sind in den regionalen Gremien, wie PSAG und deren spezifischen Arbeitsgruppen (soweit vorhanden), beteiligt. Darüber hinaus arbeiten sie in vielfältigen überregionalen Arbeitsgremien, wie den Arbeitskreisen der LIGA oder einzelnen Verbänden, mit.

⁷⁷ Diesbezügliche Angaben haben 10 Einrichtungen gemacht.

⁷⁸ vgl. Anhang, Tabelle 59.

⁷⁹ vgl. Anhang, Tabelle 59.

Insgesamt haben bis zu elf Übergangswohnheime, die 222 psychisch kranke bzw. seelisch behinderte Menschen versorgen, Angaben zu ihren Klienten gemacht.

Im Hinblick auf die Herkunft der Klienten wurde von den Einrichtungen angegeben, dass ca. 60 % der Bewohner ihren Wohnsitz vor der Betreuung in der Region hatten und - entsprechend - 40 % der Bewohner aus anderen Regionen stammen. Dies macht deutlich, dass nur eine Minderheit der Einrichtungen einen kreisbezogenen Versorgungsauftrag hat und in neun Landkreisen keine Übergangswohnheime und in drei Landkreisen keine stationären außerklinischen Versorgungsmöglichkeiten (Wohnheime) für psychisch kranke Menschen bestehen.

Die Altersstruktur der Bewohner von Übergangswohnheimen gestaltet sich wie folgt⁸⁰:

- Ca. 1 % der Bewohner sind unter 18 Jahre,
- 20 % der Bewohner sind zwischen 18 und 30 Jahre,
- ca. 75 % der Bewohner sind zwischen 30 und 60 Jahre und
- 4 % der Bewohner sind zwischen 60 und 80 Jahre alt.

Als Zielgruppen wurden angegeben⁸¹:

- Ca. 97,2 % der Klienten sind aus der allgemeinen Psychiatrie,
- 1,9 % der Bewohner aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und
- 0,9 % der Bewohner gehören zur Zielgruppe der gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen.
- Menschen aus dem forensischem Bereich werden lt. Angaben der Einrichtungsträger durch Übergangswohnheime nicht versorgt.

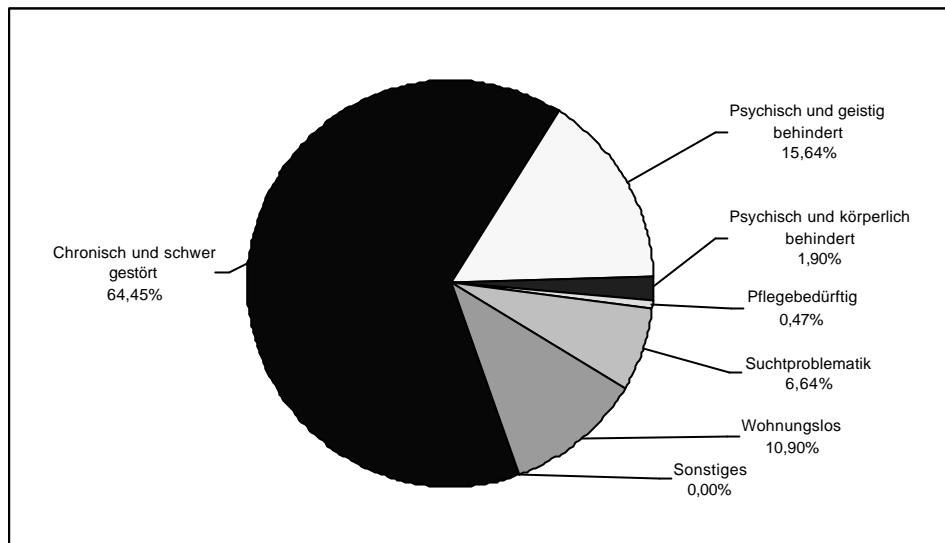
Durch die Einrichtungen wurden mit 64,5 % in erster Linie chronische und schwere Störungen der Bewohner angegeben. 15,6 % der Bewohner sind psychisch und geistig behindert, ca. 11 % der Bewohner sind wohnungslos (gewesen) und 6,6 % haben eine Suchterkrankung im Sinne von „Psychose und Sucht“. Eine psychische und körperliche Behinderung haben 1,9 % und ca. 0,5 % der Bewohner sind pflegebedürftig⁸².

⁸⁰ vgl. Anhang, Tabelle 60.

⁸¹ vgl. Anhang, Tabelle 61.

⁸² vgl. Anhang, Tabelle 62.

Abb. 20: Besondere Problembereiche der Klienten in % (N = 10)



Für 48 % der Bewohner ist eine gesetzliche Betreuung nach BTG eingerichtet, davon für mehr als die Hälfte mit Aufenthaltsbestimmungsrecht.

Die Bewohner verbleiben in ihrer Mehrzahl länger als zwei Jahre in Übergangwohnheimen.

Die Angaben über die bisherige Verweildauer der Bewohner zeigen⁸³, dass die Betreuung durch Übergangwohnheimen in der Praxis nicht als eine auf maximal zwei Jahre befristete Maßnahme erfolgt. Offensichtlich lassen sich Klienten nicht immer termingerecht in andere Betreuungsangebote vermitteln oder als ausreichend rehabilitiert entlassen. Die gleichzeitige Veränderung von Wohnung, Lebensfeld und Betreuungspersonen bilden eine hohe Hürde.

Die Wohnsituation der Bewohner von Übergangwohnheimen vor der Versorgung gestaltete sich wie folgt:

- ❑ Ca. 42 % der Menschen lebten vor ihrem Aufenthalt in der Einrichtung in einer eigenen Wohnung - entweder allein oder mit Verwandten/Bekanntem,
- ❑ ca. 27 % waren vorher im Krankenhaus,
- ❑ ca. 13 % lebten in anderen stationären Einrichtungen (Wohnheim/Pflegeheim),
- ❑ ca. 12 % waren ohne Wohnung und
- ❑ ca. 4 % der Bewohner lebten in Einrichtungen des Betreuten Wohnens⁸⁴.

Zuweisende Stellen für die Übergangwohnheimen sind mit ca. 20 % psychiatrische Krankenhäuser bzw. Abteilungen, gefolgt von gesetzlichen Betreuern mit 19 %. 16 % der Bewohner ergriffen eigene Initiativen zur Betreuung und 10 % wurden durch Sozialpsychiatrische Dienste zugewiesen. Nahezu 10 %

⁸³ vgl. Anhang, Tabelle 63.

⁸⁴ vgl. Anhang, Tabelle 64.

der Bewohner wurden durch andere Wohnheime vermittelt und in ca. 7 % der Nennungen ergriffen Angehörige die Initiative zur Versorgung⁸⁵.

Aus den zehn Einrichtungen, die zur entsprechenden Frage Angaben machten, wurden im Jahr 1999 insgesamt 80 Bewohner aus dem Übergangswohnheim entlassen. Mehr als die Hälfte (58,8 %) der Bewohner wurde in eine eigene Wohnung entlassen, 10 % der Bewohner mit nachsorgender Betreuung. Ca. 6 % der Bewohner zogen mit Bekannten/Verwandten zusammen, in jedem Fall mit nachsorgender Betreuung.

12,5 % der Menschen arbeiteten nach dem Aufenthalt in einem Übergangswohnheim in einer Werkstatt für Behinderte und ca. 11 % wurden im Anschluss durch eine Einrichtung des Betreuten Wohnens begleitet⁸⁶.

3.6.1.5 Wohnheime

Wohnheime für psychisch kranke Menschen sind stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe und wenden sich insbesondere an die psychisch kranken bzw. seelisch behinderten Menschen, die aufgrund ihrer chronischen und komplexen Problemlagen einen langfristigen und komplexen Hilfebedarf haben. Sie bieten insbesondere Hilfen zur Förderung sozialer und alltagsbezogener Kompetenzen in den Bereichen der Selbstversorgung, der Tagesstrukturierung bzw. zur Förderung von Kommunikation und Kontaktfindung. Darüber hinaus sollen sie arbeits- und beschäftigungstherapeutische Angebote vorhalten bzw. ermöglichen, die einerseits rehabilitativen Charakter haben und andererseits zur Tagesstrukturierung dienen. Wohnheime stehen z.T. in einem engen organisatorischen Zusammenhang mit Werkstätten für Behinderte, deren Angebote sie für ihre Bewohner erschließen sollen.

Im Freistaat Thüringen ist in den letzten Jahren ein Prozess erfolgt, der zum Ziel hatte, sog. „Mischeinrichtungen“ zu entflechten. Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen sollten in den jeweils für sie geeigneten Einrichtungen, entsprechend ihrem spezifischen Bedarf, ein geeignetes Hilfeangebot finden. Dieser Prozess wird in den nächsten Jahren abgeschlossen sein. Dies bedeutet, dass die im folgenden beschriebenen Einrichtungen in ihrer überwiegenden Mehrzahl psychisch kranke bzw. seelisch behinderte Menschen zu ihren Bewohnern zählen. Darüber hinaus leben jedoch auch heute noch Menschen, die geistig behindert sind, in diesen Einrichtungen. Die entsprechenden Einrichtungen haben sich jedoch z.T. durch innere Differenzierung zielgruppenspezifische Bereiche geschaffen.

In Thüringen gibt es 22 Wohnheime für psychisch kranke Menschen, die auf 15 kreisfreie Städte und Landkreise verteilt sind. 20 Einrichtungen haben sich an der Erhebung zum Psychiatriebericht beteiligt. Hiervon sind 16 Einrichtungen in freigemeinnütziger und vier Einrichtungen in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft. Die Wohnheime, in denen ca. 492,5 Mitarbeiter beschäftigt sind, bieten insgesamt 892 Plätze an. Die Größe der Einrichtungen liegt zwischen 14 und 48 Plätzen. Der Personalschlüssel variiert zwischen 1 : 1,2 und 1 : 3,4 und liegt in der Regel bei ca. 1 : 2,5. Acht Einrichtungen haben zusätzlich zu ihrem stationären Angebot „Außenwohngruppen“ in ihrer Trägerschaft.

⁸⁵ vgl. Anhang, Tabelle 65.

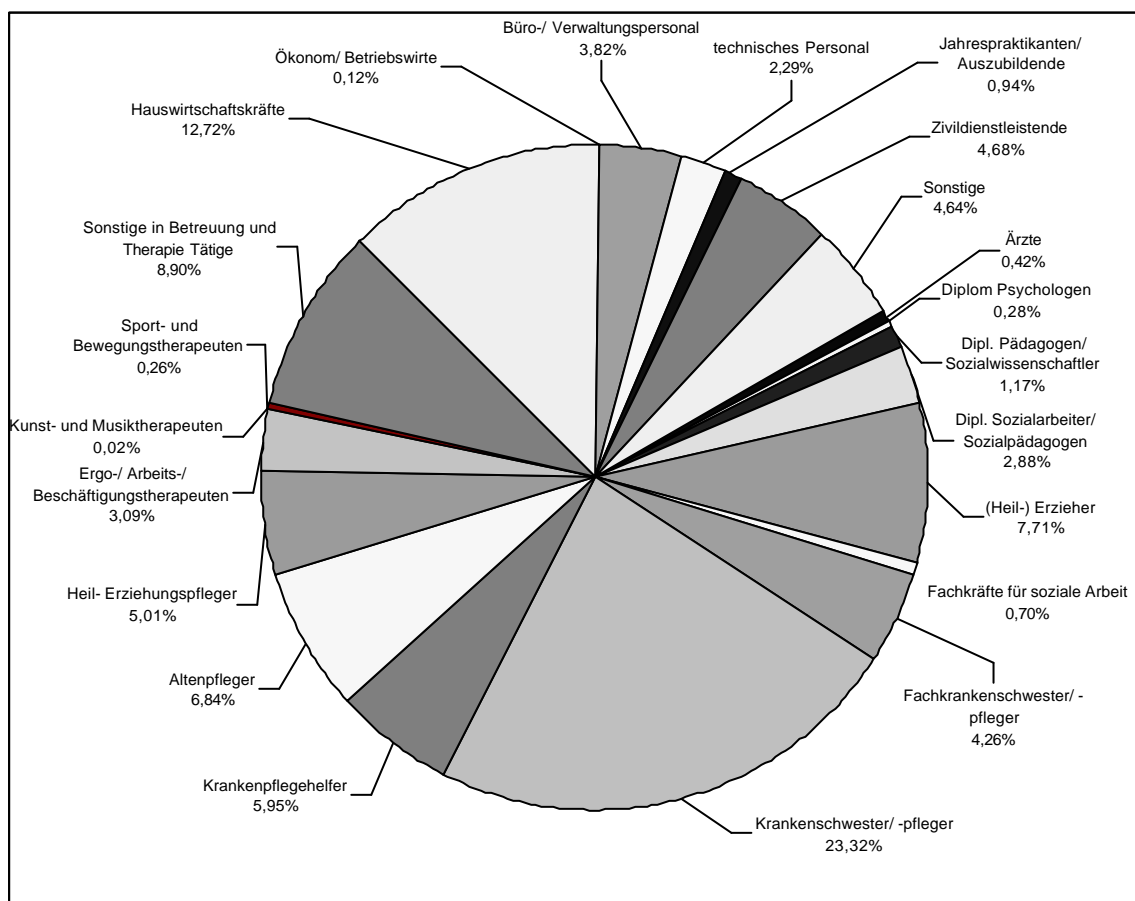
⁸⁶ vgl. Anhang, Tabelle 66.

Im Gegensatz zu anderen Einrichtungen des „komplementären“ Bereichs liegen Wohnheime auch in ausgesprochen ländlichen Gebieten. 30 % der Einrichtungen liegen in Orten mit weniger als 5 Tsd. Einwohnern, 25 % der Einrichtungen in Städten zwischen 10 und 20 Tsd. Einwohnern und 40 % der Einrichtungen in Städten zwischen 20 und 100 Tsd. Einwohnern. Eine Einrichtung (5 %) liegt in einer Stadt mit über 100 Tsd. Einwohnern.

Ca. ein Drittel der Einrichtungen hat einen Versorgungsauftrag, der sich auf ihre kreisfreie Stadt bzw. ihren Landkreis bezieht. 36 % der Einrichtungen haben ein Einzugsgebiet, das bis zu 100 Tsd. Einwohner umfasst, 50 % versorgen ein Gebiet von 100 bis 250 Tsd. und 14 % der Einrichtungen versorgen einen Einzugsbereich von über 250 Tsd. Einwohnern⁸⁷.

Die Personalstruktur der Wohnheime ist sehr vielfältig. Die Berufsgruppe mit dem höchsten Beschäftigtenanteil sind die (Fach-)Krankenpflegekräfte, deren Anteil an den Mitarbeitern bei ca. 28 % liegt. Die zweitgrößte Gruppe ist die der (Heil-)Erzieher und Heilerziehungspfleger, deren Anteil insgesamt bei ca. 13 % liegt - ebenso wie der der Hauswirtschaftskräfte. Altenpflegekräfte sind mit einem Anteil von 7% und Krankenpflegehelfer mit ca. 6% vertreten. Sämtliche anderen Berufsgruppen sind mit unter 5 % beteiligt.⁸⁸

Abb. 21: Personalstruktur der Wohnheime in % (N = 12)



⁸⁷ 14 Einrichtungen haben hierzu Angaben gemacht.

⁸⁸ vgl. Anhang, Tabelle 67.

Im Hinblick auf weitere Qualifikationen der Mitarbeiter ergibt sich folgendes Bild:

- Ein Mitarbeiter einer Einrichtung hat eine Qualifikation als Sozialtherapeut,
- elf Mitarbeiter aus sieben Einrichtungen haben eine sozialpsychiatrische Zusatzausbildung,
- 35 Mitarbeiter aus sieben Einrichtungen haben eine Ausbildung im personenzentrierten Ansatz (IBRP) und
- 15 Mitarbeiter aus acht Einrichtungen haben eine sonstige abgeschlossene Weiterbildung.

100 Mitarbeiter aus 18 Einrichtungen haben im Jahr 1999 an einer externen Fortbildung teilgenommen.

Da die Wohnheime stationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe sind, ist der Freistaat Thüringen als überörtlicher Sozialhilfeträger im Wesentlichen als Kostenträger zuständig. Die Finanzierung der Entgelte verteilte sich bisher wie folgt⁸⁹:

- das Land Thüringen zu 85,0 %,
- einzelne Kommunen zu 13,4 %,
- 1,4 % durch Eigenanteile/ Selbstzahler und
- 0,2 % über sonstige Träger.

Die Leistungsentgelte (Pflugesätze) liegen bei 50 % der Wohnheime zwischen DM 125 und 150 (Euro 63,91 und 76,70) pro Tag, bei 25 % liegen sie darunter - meist zwischen DM 100 und 125 (Euro 51,13 und 63,91) und bei weiteren 25 % liegen sie zwischen DM 150 und 175 (Euro 76,70 und 89,48) - im Ausnahmefall bis zu DM 200 (Euro 102,26) pro Tag.

Die Wohnheime sind im Schnitt zu 91 % ausgelastet. 55 % der Einrichtungen führen eine Warteliste.

Die Angaben der Wohnheime im Hinblick auf eine verbindlich (schriftlich) vereinbarte Arbeitsteilung mit anderen Einrichtungen und einer vereinbarten klientenzentrierten Hilfeplanung ergeben ein differenziertes Bild:

Zwar kooperieren die Wohnheime mit einer Vielzahl unterschiedlicher Einrichtungen und Leistungserbringer. Vereinbarungen zur Arbeitsteilung innerhalb der Versorgungsregion sind jedoch von nur 10 Einrichtungen geschlossen worden. Bei diesen stehen sowohl die psychiatrischen Krankenhäuser, die Werkstätten für Behinderte sowie die niedergelassenen Fachärzte mit je 70 % der Nennungen im Zentrum von Absprachen. Institutsambulanzen werden von 60 % und Sozialpsychiatrische Dienste, Einrichtungen des Betreuten Wohnens und Psychosoziale Dienste von je 50 % der Wohnheime angegeben, Tagesstätten von 40 % der Einrichtungen⁹⁰.

Die Durchführung einer klientenbezogenen Hilfeplanung haben 17 Einrichtungen bejaht. Hier stehen Werkstätten für Behinderte mit 70,6 % und nieder-

⁸⁹ 15 Einrichtungen haben Angaben zu ihrer Finanzierungsstruktur gemacht.

⁹⁰ vgl. Anhang, Tabelle 68.

gelassene Fachärzte mit 64,7 % der Nennungen wiederum im Vordergrund. Psychiatrische Krankenhäuser wurden von ca. 53 % der Einrichtungen angegeben. Institutsambulanzen, Betreutes Wohnen und Außenwohngruppen wurden von 35,3 % der Einrichtungen genannt⁹¹.

Entsprechend der Aufgabenstellung und z.T. bestehenden organisatorischen Verflechtung mit Werkstätten für Behinderte sind diese die hauptsächlichen Kooperationspartner für Wohnheime. Allerdings werden bei der Kooperation mit Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten auch stärker als in anderen „komplementären“ Einrichtungen medizinische Aspekte betont, was - neben konzeptionellen Ausrichtungen - mit der Bewohnerstruktur zusammenhängt.

Nahezu sämtliche Wohnheime sind in den regionalen Gremien (PSAG u.a.) vertreten. Darüber hinaus nehmen sie an weiteren Arbeitsgremien, wie den Arbeitskreisen der LIGA oder ihrer jeweiligen Verbände, teil.

Angaben zu ihren Bewohnern haben 20 Wohnheime für 672 Bewohner gemacht.

Laut eigenen Angaben stammen ihre Bewohner zu 72,3 % aus der Region, in der die Einrichtung gelegen ist.

61% der Bewohner von Wohnheimen sind zwischen 30 und 60 Jahren alt, jüngere Jahrgänge sind unterrepräsentiert⁹².

Als Zielgruppen der Wohnheime werden zu ca. 80 % Bewohner aus dem Bereich der allgemeinen Psychiatrie und 9 % sonstige, überwiegend gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen, benannt⁹³. Die restlichen Bewohner wurden keiner psychiatrischen Behinderungsgruppe zugeordnet.

Bezüglich der psychisch kranken Bewohner werden folgende Zusatzprobleme benannt⁹⁴:

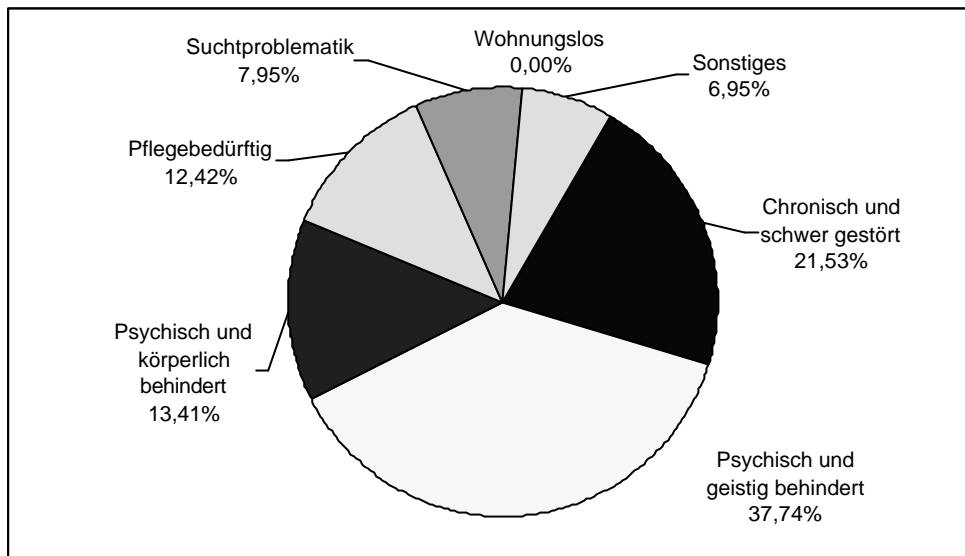
⁹¹ vgl. Anhang, Tabelle 68.

⁹² vgl. Anhang, Tabelle 69.

⁹³ Zielgruppenverteilung vgl. Anhang, Tabelle 70.

⁹⁴ vgl. Anhang, Tabelle 71.

Abb. 22: Besondere Problembereiche der Klienten in Wohnheimen in % (N = 20)



Es zeigt sich ein im Verhältnis zu anderen komplementären Einrichtungen hoher Anteil von Menschen mit psychischer und geistiger Behinderung, der damit zusammenhängen dürfte, dass der oben genannte Prozess der „Entflechtung“ in Thüringen noch nicht vollständig abgeschlossen ist.

Bei 64,8 % der Bewohner von Wohnheimen wurde eine gesetzliche Betreuung beschlossen, bei 38,4 % der Bewohner ist das Aufenthaltsbestimmungsrecht miteingeschlossen.

Ein Wohnheim hat einen sog. „geschlossenen Bereich“ mit acht Plätzen.

Die Betreuungsdauer der Menschen, die in Wohnheimen leben, weicht deutlich von der anderer „komplementärer“ Einrichtungen ab. Zum Teil ist dies darin begründet, dass die Wohnheime einen Großteil der Klienten der ehemaligen Langzeit- bzw. Betreuungsbereiche der Landesfachkrankenhäuser übernommen haben.

Ca. ein Drittel der Bewohner wird seit fünf Jahren oder kürzer durch die Wohnheime versorgt. Ca. 23 % der Bewohner leben zwischen fünf und zehn Jahren in einem Wohnheim und ca. 14 % zwischen zehn und fünfzehn Jahren. Ca. 7 % der Bewohner lebt zwischen 15 und 20 Jahren und nahezu 22 % der Bewohner seit mehr als 20 Jahren in einem Wohnheim⁹⁵.

Es zeigt sich, dass die Wohnheime im Regelfall ein Dauerwohntort für deren Bewohner sind.

Vor dem Aufenthalt in einem Wohnheim lebten 30 % der Bewohner in einer eigenen Wohnung, ggf. zusammen mit Verwandten oder Bekannten. Weitere 22 % lebten vorher in einem Pflegeheim und 3 % der Bewohner in einem anderen (Übergangs-)Wohnheim⁹⁶.

„Zuweisende“ Stellen sind in erster Linie mit ca. 41 % die gesetzlichen Betreuer der Bewohner.

⁹⁵ vgl. Anhang, Tabelle 72.

⁹⁶ vgl. Anhang, Tabelle 73.

Nahezu 24 % der Bewohner werden durch ein/e Psychiatrische/s Krankenhaus/Abteilung zugewiesen. Insgesamt 12,5 % wurden durch ein (Übergangs-)Wohnheim oder Pflegeheim vermittelt. 5% der Bewohner wurden über Initiativen von Angehörigen oder des sozialen Umfelds und 4 % der Bewohner aufgrund eigener Initiative in ein Wohnheim aufgenommen⁹⁷.

Im Jahr 1999 sind 81 Bewohner aus der Betreuung durch eines der erfassten Wohnheime ausgeschieden. Die Hälfte dieser Bewohner (51 %) ist in ein anderes (Übergangs-)Wohnheim übergewechselt. 21 % der Bewohner sind verstorben. Ca. 11 % sind in Wohnungen eines Betreuten Wohnens gezogen und ca. 9 % der Bewohner leben jetzt in einer eigenen Wohnung, ggf. mit Bekannten/Verwandten zusammen - in den meisten Fällen mit einer nachsorgenden Betreuung⁹⁸.

3.6.1.6 Pflegeheime

Pflegeheime sind stationäre Pflegeeinrichtungen, die sich an psychisch kranke bzw. seelisch behinderte Menschen wenden, die aufgrund ihrer Krankheit/Behinderung oder aus anderen Gründen an Fähigkeitseinschränkungen leiden, so dass sie vor allem in den Bereichen der Selbstversorgung, in der Tagesstrukturierung und Beschäftigung oder im Bereich der Aufnahme sozialer Beziehungen einer umfassenden pflegerischen Unterstützung bedürfen.

In Thüringen gibt es 8 Pflegeheime (davon 2 Einrichtungen der Altenpflege) in sechs kreisfreien Städten und Landkreisen, die ihren Schwerpunkt in der Versorgung psychisch kranker bzw. seelisch behinderter Menschen haben. In ihnen leben zum Teil auch Menschen, die aus anderen Gründen pflegebedürftig geworden sind, wie es ebenso psychisch kranke und pflegebedürftige Menschen gibt, die in Pflegeheimen wohnen, die schwerpunktmäßig andere Gruppen von Menschen versorgen.

Die 8 Pflegeheime, von denen fünf in freigemeinnütziger, zwei in öffentlich-rechtlicher und eines in privatwirtschaftlicher Trägerschaft sind, bieten insgesamt 378 Plätze und beschäftigen mehr als 223 Mitarbeiter. Die Größe der erfassten psychiatrischen Pflegeheime liegt zwischen 29 und 59 Plätzen. Der Personalschlüssel liegt im Schnitt bei 1 : 2.

An der Erhebung zum Psychiatriebericht haben sich acht Pflegeheime (davon zwei Altenpflegeheime) beteiligt.

Ca. ein Drittel der Pflegeheime liegt in Orten mit weniger als 5 Tsd. Einwohnern. Die Hälfte der Einrichtungen liegt in Städten zwischen 50 und 200 Tsd. Einwohnern. Ein Pflegeheim hat einen Versorgungsauftrag, der sich auf seinen Landkreis bezieht und damit ein Einzugsgebiet zwischen 100 und 250 Tsd. Einwohnern⁹⁹.

Die Personalstruktur der Pflegeheime wird - entsprechend ihrer konzeptionellen Ausrichtung - geprägt durch Berufsgruppen aus dem pflegerischen Bereich¹⁰⁰:

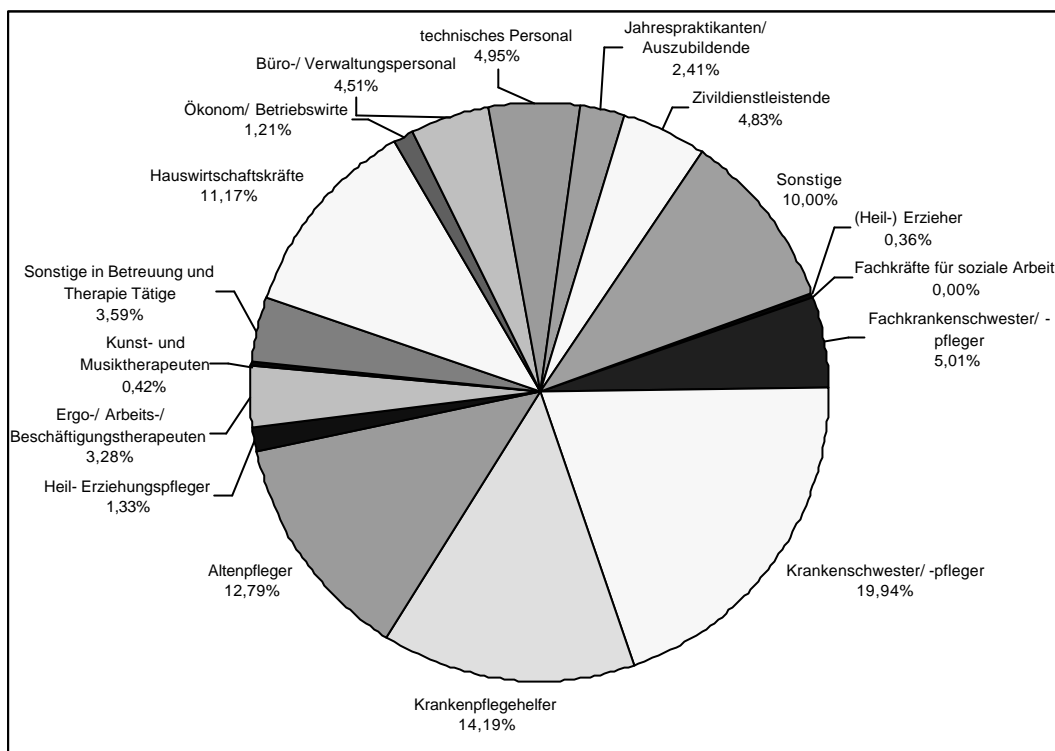
⁹⁷ vgl. Anhang, Tabelle 74.

⁹⁸ vgl. Anhang, Tabelle 75.

⁹⁹ Die anderen Einrichtungen haben hierzu keine Angaben gemacht.

¹⁰⁰ vgl. Anhang, Tab. 76.

Abb. 23: Personalstruktur der Pflegeheime in % (N = 8)



Insgesamt vier Mitarbeiter aus zwei Einrichtungen verfügen über eine soziopsychiatrische Zusatzausbildung und neun Mitarbeiter aus drei Einrichtungen über eine sonstige abgeschlossene Fortbildung.

47 Mitarbeiter aus sieben Einrichtungen haben im Jahr 1999 an einer externen Fortbildung teilgenommen.

Die Finanzierungsstruktur der Pflegeeinrichtungen stellt sich wie folgt dar¹⁰¹:

- Die Pflegekassen sind mit 51,50 %,
- der Freistaat Thüringen ist mit 25,55 %,
- die Kommunen sind mit 14,94 %,
- die Bewohner sind mit 6,77 % und
- sonstige sind mit 1,2 % an der Finanzierung der Pflegeheime beteiligt.

Die Leistungsentgelte richten sich nach den Bestimmungen des Elften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB XI) und des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG); über deren Höhe liegen keine Angaben vor. Die Pflegeheime sind im Schnitt zu 95 % ausgelastet und die Hälfte der Einrichtungen führt eine Warteliste.

Unter einer gemeindepsychiatrisch und verbundorientierten Perspektive ist auch die Kooperation der Pflegeheime im Hinblick auf eine Arbeitsteilung in der Region sowie auf Absprachen zur Hilfeplanung von Interesse.

¹⁰¹ Grundlage der Berechnungen sind die Angaben von fünf Einrichtungen.

Verbindliche (schriftliche) Regelungen zur Arbeitsteilung mit anderen Einrichtungen wurden von der Hälfte der Einrichtungen (vier) bejaht. Diese haben mit niedergelassenen Fachärzten, Sozialpsychiatrischen Diensten und Werkstätten für Behinderte derartige Absprachen getroffen¹⁰².

Absprachen bezüglich einer klientenbezogenen Hilfeplanung bestehen bei 7 Einrichtungen mit niedergelassenen Fachärzten. Mehr als die Hälfte der Einrichtungen kooperiert mit Werkstätten für Behinderte¹⁰³.

Die insgesamt geringe Kooperation der Pflegeheime mit anderen Einrichtungen ist z.T. darauf zurückzuführen, dass sie anderen rechtlichen Rahmenbedingungen als z.B. Wohnheime unterworfen sind (SGB XI) und eine Klientel versorgen, deren Rehabilitationsfähigkeit nicht in jedem Fall gesehen wird. Pflegeheime stehen eher am Rande des psychiatrischen Hilfesystems.

Zu ihren Bewohnern haben alle acht an der Erhebung zum Psychatriebericht beteiligten Einrichtungen Angaben gemacht. Die psychisch kranken, von ihnen versorgten Bewohner stammen zu 73,3 % aus der Region, in der die Einrichtung gelegen ist.

Die Alterstruktur der Bewohner der Pflegeheime verteilt sich wie folgt:

- 0,3 % der Bewohner sind unter 18 Jahre alt,
- 2,5 % der Bewohner sind zwischen 18 und 30 Jahre alt,
- 51,8 % der Bewohner zwischen 30 und 60 Jahre alt,
- 27,5 % der Bewohner sind zwischen 60 und 80 Jahre alt und
- 17,9 % der Bewohner sind über 80 Jahre alt¹⁰⁴.

Im Hinblick auf relevante Zielgruppen werden folgende Angaben gemacht:

- 44,8 % der Bewohner werden dem Bereich der allgemeinen Psychiatrie zugerechnet,
- 0,25 % der Bewohner dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- 23,7 % der Bewohner dem Bereich der Gerontopsychiatrie und
- 0,25 % der Bewohner dem Bereich der Forensik¹⁰⁵.

Als besondere Problembereiche der Bewohner werden von den Pflegeheimen genannt¹⁰⁶:

¹⁰² vgl. Anhang, Tabelle 77.

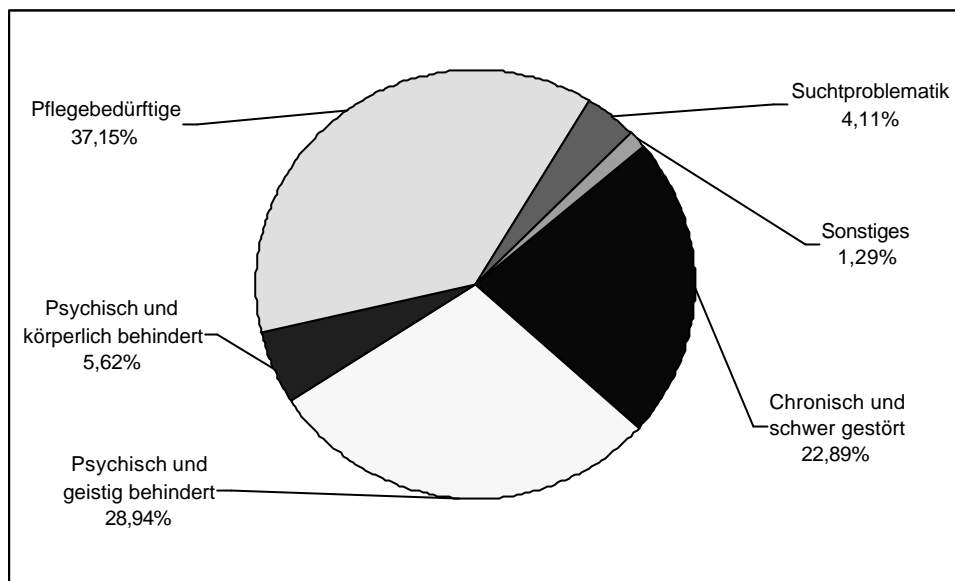
¹⁰³ vgl. Anhang, Tabelle 77.

¹⁰⁴ vgl. Anhang, Tabelle 78.

¹⁰⁵ vgl. Anhang, Tabelle 79.

¹⁰⁶ vgl. Anhang, Tabelle 80.

Abb. 24: Besondere Problembereiche der Bewohner in % (N = 8)



Es ist zu vermuten, dass bei einem Teil der Bewohner von Pflegeheimen eine psychische Störung nicht im Vordergrund der Problembereiche steht.

Für ca. 46 % der Bewohner von Pflegeheimen ist eine gesetzliche Betreuung nach dem Betreuungsgesetz eingerichtet, davon für ca. zwei Drittel eine Betreuung mit Aufenthaltsbestimmungsrecht.

Die Aufenthaltsdauer in den Pflegeheimen zeigt sich wie folgt:

- Die Versorgungsdauer für 33,5 % der Bewohner liegt unter einem Jahr,
- für 10,9 % der Bewohner liegt sie zwischen einem und zwei Jahren,
- für 12,57 % der Bewohner liegt sie zwischen zwei und fünf Jahren,
- für 16,5 % der Bewohner liegt sie zwischen fünf und zehn Jahren,
- für 16,8 % der Bewohner zwischen zehn und 15 Jahren,
- für 9,2 % der Bewohner zwischen 15 und 20 Jahren und
- für 0,6 % der Bewohner liegt die Aufenthaltsdauer im Pflegeheim bei mehr als 20 Jahren¹⁰⁷.

Vor der Versorgung durch ein Pflegeheim lebten 40 % der Bewohner in einem eigenen Haushalt bzw. zusammen mit Verwandten oder Bekannten. Ca. 30 % befanden sich vorher in einem Krankenhaus und 15 % der Bewohner in einem anderen Pflegeheim¹⁰⁸.

Jeweils knapp mehr als 30 % der Bewohner von Pflegeheimen wurden diesen durch ein psychiatrisches Krankenhaus oder durch einen gesetzlichen Betreuer zugewiesen bzw. vermittelt. Ca. 22 % der Bewohner kamen durch Initiative von Angehörigen bzw. des sozialen Umfeldes in ein Pflegeheim und

¹⁰⁷ vgl. Anhang, Tabelle 81.

¹⁰⁸ vgl. Anhang, Tabelle 82.

9 % durch Vermittlung eines (Übergangs-)Wohnheims. Nur ca. 1 % der Klienten kamen auf eigene Initiative¹⁰⁹.

Im Jahr 1999 haben die acht Pflegeheime insgesamt bei 31 Bewohnern die Betreuung beendet, bei 77,4 % der Bewohner aufgrund ihres Todes. 9,7 % der Bewohner wurden in eine eigene Wohnung (inkl. Zusammenleben mit Bekannten/Verwandten) entlassen, in den meisten Fällen mit einer nachsorgenden Betreuung. Weitere 9,7 % der Bewohner wurden in ein anderes Pflegeheim verlegt und 3,2 % der Bewohner wurden in Wohnungen des Betreuten Wohnens entlassen.

3.6.2 Handlungsvorschläge

3.6.2.1 Reduzierung stationärer, bedarfsgerechter Ausbau ambulanter Hilfen zur Teilhabe

Das Übergewicht stationärer Eingliederungshilfe widerspricht dem fachlich und gesetzlich gebotenen Vorrang ambulanter Hilfeleistung. Schwer und chronisch psychisch kranke Menschen vermögen oft nicht oder nur unter großen Mühen psychische Stabilität und erworbene Fähigkeiten von einem Lebenskontext in den anderen zu transferieren. Die Verweildauer in Thüringer Heimen und Übergangswohnheimen kann hierfür als Beleg angesehen werden. Der Rehabilitationserfolg ist geknüpft an die vertraute Umgebung, das spezielle soziale Umfeld und die Verlässlichkeit der therapeutischen Hilfen. Daher bedeutet stationäre Eingliederung oft (dauerhafte) Eingliederung in die Einrichtung. Im Bericht der EXPERTENKOMMISSION zum komplementären Bereich psychiatrischer Versorgung (1992 - 1996) heißt es:

„Mit der Dauer des Aufenthalts in der Institution steigt die Gefahr der Ausgliederung:

- Reglementierte Überversorgung erzeugt Lebensuntüchtigkeit.
- Die Bezüge zum eigenen Lebensfeld schwinden mehr und mehr.
- Die Bezugspersonen im Lebensfeld lernen nicht, mit der psychisch gestörten Person zusammen zu leben und sich dazu geeignete Hilfen zu holen.“ (BMG 1999, S. 65)

Dass stationäre Eingliederungshilfe so häufig in Anspruch genommen wird, liegt im Wesentlichen daran, dass vergleichbare ambulante Hilfeleistungen nicht in ausreichendem Maße angeboten werden. Intensivere Hilfen zur Teilhabe werden in Thüringen zur Zeit ausschließlich stationär vorgehalten. Hilfebedürftige Menschen werden dadurch in Sonderlebensformen gedrängt, die neben der Hilfeleistung zusätzliche Belastungen durch Mitbewohner und konzeptionelle Anforderungen beinhalten.

Die Eingliederungshilfe/Hilfe zur Teilhabe ist am wirksamsten, wenn sie dort erbracht wird, wo der psychisch kranke Mensch lebt und seine sozialen Bezüge hat, das heißt in der Regel ambulant. Falls die bestehende Wohnform nicht fortgesetzt werden kann, sollte die Hilfe zur Teilhabe dort erbracht werden, wo der Klient den Erfolg der rehabilitativen Bemühungen auch nutzen kann.

¹⁰⁹ vgl. Anhang, Tabelle 83.

Falls jedoch für den psychisch kranken Menschen das Leben in einer Großgruppe (wie im Heim) erwünscht und geeignet ist, sollte dies ermöglicht und rehabilitativ begleitet werden.

- ❑ Zusätzliche Heime als stationäre Einrichtungen der Hilfe zur Teilhabe sollten nicht mehr errichtet oder genehmigt, bestehende nicht vergrößert werden. Soweit aus baulichen Gründen bestehende Einrichtungen geschlossen werden, ist vor der Errichtung von Ersatzneubauten der Vorrang ambulanter und teilstationärer Betreuung zu beachten.
- ❑ Der rehabilitative Charakter der Hilfen zur Teilhabe in Heimen ist zu stärken. Die Unterscheidung zwischen Wohnheimen und Übergangsheimen sollte aufgehoben werden. Die Zielorientierung der Hilfen mit Schwerpunkt auf Verselbständigung sollte in den Leistungsvereinbarungen gemäß §§ 93 ff. BSHG vereinbart werden.
- ❑ Ambulante Formen der Eingliederung, wie das Betreute Wohnen, sind Grundlage der komplementären Versorgung und haben Vorrang vor stationären und teilstationären Hilfen zur Teilhabe. Sie sollten in jedem Kreis vorhanden sein.
- ❑ Obwohl ambulante Hilfen zur Teilhabe Selbsthilfepotentiale stärker nutzen und Hilfen aus dem nicht-psychiatrischen und nicht-professionellen sozialen Umfeld einbeziehen können, ist eine Begrenzung der Hilfeintensität unter das Niveau von Hilfeleistungen, die im stationären Kontext möglich sind, nicht vertretbar.
- ❑ In jeder kreisfreien Stadt und in jedem Landkreis Thüringens sollte mindestens ein Angebot für Hilfen zur Tagesgestaltung vorhanden sein.

Insbesondere in Übergangsphasen (Klinikentlassung nach längerer Behandlung, Auszug aus einer stationären Einrichtung, Auszug aus dem elterlichen Haushalt, Begründung eines eigenen Haushalts usw., aber auch Erhalt oder Verlust eines Arbeitsplatzes, Beziehungsabbrüche usw.) können intensivere ambulante Hilfen erforderlich sein.

Teilstationäre Einrichtungen, wie Tagesstätten, erfüllen als Einrichtungen zur Tagesstrukturierung sowie mit ihren Programmen, die im Bereich der Beschäftigung bzw. Arbeit liegen, eine wichtige Funktion in einem Gemeindepsychiatrischen Verbund.

3.6.2.2 Zusammenführung der sachlichen Zuständigkeit für Hilfen zur Teilhabe

Der Ausbau der ambulanten Hilfe zur Teilhabe könnte finanziert werden durch Reduzierung stationärer Hilfe zur Teilhabe. Haupthindernis bei der Realisierung solcher Umschichtungen ist die geteilte Zuständigkeit des überörtlichen Sozialhilfeträgers (Land) für stationäre und des örtlichen Sozialhilfeträgers (Kommune) für ambulante Eingliederung.

- ❑ Eine Änderung ist nur zu erwarten, wenn die Zuständigkeiten für ambulante und für stationäre Hilfen zur Teilhabe zusammengeführt werden. Das BSHG-Ausführungsgesetz müsste in den Bestimmungen zum § 100 BSHG entsprechend geändert werden.

- Die regionalen Budgets für sämtliche Hilfen zur Teilhabe für seelisch behinderte Menschen sind zu ermitteln und transparent zu machen.

Durch Ermittlung der Eingliederungs-/Teilhabeaufwendungen nach dem Prinzip des gewöhnlichen Aufenthalts (Wohnortprinzip) werden die Aufwendungen des Landes und der Kommune für die seelisch behinderten Personen der einzelnen Städte und Landkreise bestimmt. Damit würden

- a) die Höhe der Gesamtaufwendungen für Bürger der einzelnen Städte und Landkreise,
- b) die Verteilung auf ambulante, teilstationäre und stationäre Leistungen und
- c) die Anteile gemeindeintegrierter und außergemeindlicher Hilfen

deutlich gemacht. Gleichzeitig würde eine Berechnungsgrundlage für den Finanzausgleich bei Änderung der Kostenzuständigkeit geschaffen. In einem zweiten Schritt könnten die Budgetmittel in Abstimmung zwischen örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger flexibel eingesetzt werden. Dadurch würden ohne Kostenverschiebungen Umschichtungen vom stationären in den ambulanten Bereich möglich.

Das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, die Stadt Gera, der örtliche und der überörtliche Träger der Sozialhilfe und die örtlichen Leistungserbringer beteiligen sich in Gera an dem *Modellprojekt „Implementation des personenzentrierten Ansatzes in der psychiatrischen Versorgung“* (Projektträger: Aktion Psychisch Kranke e.V.). Im Rahmen dieses Projekts wurde die Budgetermittlung für stationäre, teilstationäre und ambulante Eingliederungsleistungen einschließlich Betreutem Wohnen für psychisch Kranke aus Gera vereinbart. Des Weiteren soll im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekts eine einrichtungsübergreifend einheitliche Behandlungs- und Rehabilitationsplanung eingeführt werden, die in eine bedarfsgerechte Personalbemessung einmündet. Die Herstellung von Budgettransparenz, die Implementierung einheitlicher Hilfeplanung und Leistungsbeschreibung im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich der Eingliederungshilfe und die Schaffung von geeigneten Austausch- und Entscheidungsstrukturen auf örtlicher Ebene sollen modellhaft für das Land Thüringen entwickelt und erprobt werden. Die Erfahrungen und Zwischenergebnisse dieses Projekts in Gera sollen kontinuierlich überregional zur Kenntnis gebracht und zu einer landesweiten Neuregelung mit Zusammenführung der derzeitig hinsichtlich Kostenübernahme und Leistungserbringung getrennten Eingliederungsbereiche genutzt werden (siehe auch 3.6.2.3.).

3.6.2.3 Schaffung Gemeindepsychiatrischer Verbände

Die Träger der Einrichtungen des komplementären Bereichs sollten sich mit der psychiatrischen Klinik bzw. Abteilung und den schwer und chronisch psychisch Kranke behandelnden niedergelassenen Psychiatern zu einem Gemeindepsychiatrischen Verbund zusammenschließen. Dieser Verbund sollte als juristische Person vertragsfähig sein. Dies kann zum Beispiel durch einen Kooperationsvertrag erreicht werden, in dem die Zusammenarbeit bei der regionalen Versorgung psychisch kranker Menschen vereinbart wird. Dabei sind

als Aufgaben des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) vor allem zu nennen:

- ❑ Sicherstellung des kurzfristigen Zugangs zu Hilfen,
- ❑ Sicherstellung der Versorgung aller seelisch behinderter Menschen mit Bedarf an Hilfen gemäß Leistungsvereinbarung,
- ❑ Überprüfung der Einhaltung der Qualitätsstandards, insbesondere der Vorgaben der Leistungsvereinbarungen, z.B.
 - ❑ integrierte Eingliederungsprogramme,
 - ❑ individuelle Hilfeplanung,
 - ❑ Verhandlung mit den Leistungsträgern über die Höhe des vereinbarten jährlichen Budgets für die regionalen Aufwendungen für Leistungen für seelisch behinderte Menschen gemäß der Leistungsvereinbarung,
 - ❑ Verhandlungen mit den Leistungsträgern über Änderungen der Bedarfssituation,
 - ❑ Mitwirkung bei der Festlegung der individuellen Hilfebedarfe,
 - ❑ Festlegung der Zuständigkeiten der Einrichtungen bzw. Träger für die Leistungserbringung für konkrete Hilfeempfänger.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund muss offen sein für neue Anbieter mit gleicher Qualität und Zielsetzung (Verbot der Kartellbildung). Diesbezüglich kann der Kommune ein Mitspracherecht eingeräumt werden.

Der kinder- und jugendpsychiatrischen, der gerontopsychiatrischen und der Suchtkrankenversorgung ist im Gemeindepsychiatrischen Verbund gesondert Beachtung zu schenken.

Im Rahmen des bereits in Kapitel 3.6.2.2 erwähnten Modellprojekts „Implementation des personenzentrierten Ansatzes“ soll in Gera exemplarisch ein personenzentrierter Gemeindepsychiatrischer Verbund aufgebaut werden, der die genannten Anforderungen erfüllt. Die Ergebnisse dieses Projekts und die Erfahrungen beim Prozess des Aufbaus eines solchen Gemeindepsychiatrischen Verbunds sollen landesweit genutzt werden.

3.6.2.4 Funktionale Gliederung des Versorgungsangebots

In der regionalen sozialpsychiatrischen Versorgung bzw. im Gemeindepsychiatrischen Verbund sind folgende Leistungsbereiche zu berücksichtigen:

- ❑ ambulante sozialpsychiatrische Behandlung,
- ❑ sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung im Bereich Wohnen,
- ❑ sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung, Kontaktfindung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben,
- ❑ sozialpsychiatrische Leistungen im Bereich Arbeit und Ausbildung,
- ❑ stationäre und teilstationäre psychiatrische Behandlung.

Andere Gliederungen sind schrittweise zu überwinden. Es sollte z.B. keine Einrichtungen für ausschließlich stationäre Leistungen geben, da ohne teilstationäre und ambulante Leistungsangebote nur durch Verbleib in der stationären Hilfeform therapeutische Brüche vermieden werden können.

Es sollte zukünftig vermieden werden, vollstationäre Einrichtungen zu schaffen, in denen ausschließlich pflegerische Leistungen auf der Grundlage des Pflegeversicherungsgesetzes, Elftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI), erbracht werden.

Bei Bedarf sind Pflegeplätze an Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder in Hilfen zur Teilhabe vorzusehen.

3.7 Bereich Arbeit

3.7.1 Situation

3.7.1.1 Übersicht

Auch in Thüringen hat sich in den letzten Jahren eine differenzierte Infrastruktur entwickelt, die für psychisch kranke und behinderte Menschen Hilfen im Bereich Arbeit anbietet. Hierbei handelt es sich im Wesentlichen um folgende Angebote:

Berufsbegleitende Dienste

Diese Psychosozialen Dienste bieten Beratung und Arbeitsassistenz für Menschen, die überwiegend im sog. „ersten Arbeitsmarkt“ beschäftigt sind. In Thüringen sind mittlerweile sieben derartige Dienste eingerichtet. Die Fachdienste werden über die Hauptfürsorgestelle des Landes Thüringen finanziert¹¹⁰.

Berufsförderungswerk (BFW)

Das Berufsförderungswerk Thüringen ist eine Einrichtung der beruflichen Rehabilitation mit einem umfangreichen Trainings- und Ausbildungsprogramm. Auch psychisch behinderte Menschen können nach vorheriger Kontaktaufnahme mit dem Reha-Fachdienst des BFW Thüringen aufgenommen werden¹¹¹.

Selbsthilfe- bzw. Integrationsbetriebe

Integrationsbetriebe bieten geschützte Arbeitsplätze, die auf die spezifischen Belange psychisch kranker und behinderter Menschen zugeschnitten sind. In Thüringen gibt es drei Integrationsbetriebe, die für insgesamt 21 Menschen Arbeitsplätze anbieten. Für die Anleitung bzw. Betreuung am Arbeitsplatz bestehen insgesamt 2,8 Mitarbeiterstellen¹¹².

Zuverdienstbereiche

¹¹⁰ Die Fachdienste haben sich an der Erhebung zum Landespsychiatrieplan nicht beteiligt, so dass eine nähere Darstellung nicht erfolgen kann.

¹¹¹ Für das BFW Thüringen kann mangels Daten keine nähere Darstellung erfolgen.

¹¹² Aufgrund der geringen Anzahl unterbleibt eine nähere Darstellung.

Zuverdienstbereiche bieten geschützte und flexible Arbeitsmöglichkeiten für psychisch kranke bzw. seelisch behinderte Menschen, die in der Regel über ein geringes Sozialeinkommen verfügen und in diesen Bereichen entsprechend ihren Fähigkeiten einer Beschäftigung nachgehen können. In Thüringen existieren zwei Zuverdienstbereiche, in denen insgesamt 13 psychisch Kranke arbeiten. Für die Anleitung bzw. Betreuung am Arbeitsplatz bestehen insgesamt 2,5 Mitarbeiterstellen¹¹³.

An der Erhebung zum Landespsychiatriebericht haben sich Trainingszentren und Werkstätten für Behinderte in einem nennenswerten Umfang beteiligt. Für diese erfolgt nachfolgend eine vertiefte Darstellung.

3.7.1.2 Trainingszentren

Unter diesem Überbegriff wurden für die Erhebung diejenigen Einrichtungen zusammengefasst, die rehabilitative Angebote in Form von Lehrgängen, Ausbildungen und Trainingsprogrammen anbieten.

Neben dem Berufsbildungswerk in Gera gibt es vier Projekte, die sich an der Erhebung beteiligt haben. Hierunter fallen ein Berufliches Trainingszentrum sowie drei Ausbildungseinrichtungen bzw. Lehrgänge. Die Einrichtungen wenden sich überwiegend an Jugendliche bzw. junge Erwachsene.

Die vier an der Erhebung beteiligten Einrichtungen, die in zwei Landkreisen angesiedelt sind, bieten insgesamt 86 Plätze an. Die Einrichtungen sind in freigemeinnütziger Trägerschaft, wobei ein Träger mit drei Projekten 74 Plätze in einem Landkreis (Hildburghausen) und der andere Träger zwölf Plätze anbietet. Ca. 31 Mitarbeiter sind in den Einrichtungen beschäftigt.

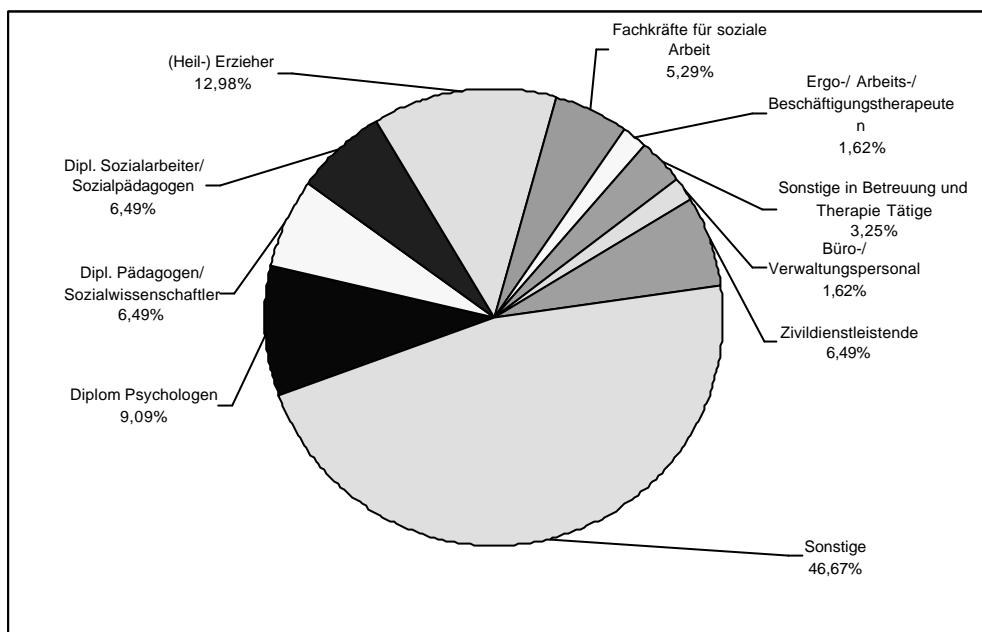
Die vier Projekte haben entsprechend ihrer Aufgabenstellung keinen regionalen bzw. kreisbezogenen Versorgungsauftrag. Ihr Einzugsgebiet bezieht sich auf Thüringen.

Die Personalstruktur der Trainingszentren stellt sich wie folgt dar¹¹⁴:

¹¹³ Auch hier unterbleibt aufgrund der geringen Anzahl eine nähere Darstellung.

¹¹⁴ vgl. Anhang, Tabelle 85.

Abb. 25: Personalstruktur der Trainingszentren in % der VZSt (N = 4)



Den größten Anteil der Beschäftigten stellen die „Sonstigen“, worunter hier in erster Linie Ausbilder, Lehrer und (handwerkliche) Anleiter gefasst wurden.

Über besondere Qualifikationen der Mitarbeiter können keine Angaben gemacht werden.

Die Finanzierung erfolgt durch Mittel der Bundesanstalt für Arbeit.

Die Leistungsentgelte differieren je nach Leistungsumfang, Personal- und Sachausstattung. Sie liegen ca. zu je einem Drittel zwischen DM 25 und 50 (Euro 12,78 und 25,56), DM 75 und 100 (Euro 38,35 und 51,13) sowie DM 100 und 125 (Euro 51,13 und 63,91).

Der mittlere Auslastungsgrad der Projekte liegt bei 81,5 %. Die Hälfte der Einrichtungen führt eine Warteliste.

Im Hinblick auf Kooperationsbezüge der Einrichtungen können mangels Rückmeldungen wenig genaue Angaben gemacht werden. Dies betrifft insbesondere verbindliche Absprachen zur Arbeitsteilung innerhalb der Versorgungsregion sowie Absprachen bzgl. einer klientenbezogenen Hilfeplanung. Vereinzelt kooperieren die Projekte mit Krankenhäusern bzw. Institutsambulanzen sowie mit Einrichtungen der Jugendhilfe.

In regionalen Gremien sind die Projekte kaum vertreten. Eine Ausnahme stellt in einem Fall die Teilnahme am kommunalen Jugendhilfeausschuss dar. Im überregionalen Zusammenhang sind die Einrichtungen teilweise an den Arbeitsgemeinschaften und -gruppen aus dem Bereich Arbeit (Rehabilitation, Werkstätten für Behinderte) vertreten.

Über ihre Klientenstruktur haben die vier an der Erhebung beteiligten Trainingszentren für ca. 75 Klienten Angaben gemacht.

Die überwiegende Mehrheit der Klienten (94 %) hatte ihren Wohnsitz vor der Maßnahme nicht in der Region (Kreis), in der die Einrichtung liegt, was mit der besonderen Aufgabenstellung und der Zielgruppe der Projekte in Zusammenhang gebracht werden kann.

Die Altersstruktur der Klienten von Trainingszentren gestaltet sich wie folgt¹¹⁵:

- Ca. 55 % der Klienten sind unter 18 Jahre,
- ca. 31 % der Klienten sind zwischen 18 und 30 Jahre und
- ca. 15 % der Klienten sind zwischen 30 und 60 Jahre alt.

Die Alterstruktur findet ihre Entsprechung in den Zielgruppen der Einrichtungen¹¹⁶:

- 71 % der Klienten sind aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und
- 29 % der Klienten aus dem Bereich der allgemeinen Psychiatrie.

Als besondere Problemgruppen werden von den Einrichtungen angegeben, dass 52 % der Klienten eine psychische und körperliche Behinderung aufweisen, 2 % der Klienten haben eine zusätzliche Suchtproblematik (Psychose und Sucht) und 16 % der Klienten haben eine sonstige - nicht näher definierte - Problematik¹¹⁷.

Entsprechend der Befristung der Maßnahmen in Trainingszentren gestaltet sich die Dauer des Aufenthalts der Klienten. Ca. 35 % der Klienten sind unter einem Jahr in einer Maßnahme und 65 % der Klienten zwischen einem und zwei Jahren¹¹⁸.

Ca. 91 % der Klienten der Trainingszentren lebten vor Beginn der Maßnahme allein (6 %) oder zusammen mit Verwandten/Bekanntem, meist der Familie. In einem Übergangwohnheim lebten ca. 6 % und einen Krankenhausaufenthalt hatten ca. 3 % der Klienten vor Beginn der Maßnahme.¹¹⁹

Als zuweisende Stellen fungierten in keinem Fall Einrichtungen des psychiatrischen Hilfesystems oder der Jugendhilfe, sondern ausschließlich „sonstige“.

Von den vier Einrichtungen wurden im Jahr 1999 insgesamt 53 Klienten entlassen, davon 85 % in ihre Familien und 13 % in eine eigene Wohnung. Hinsichtlich einer nachsorgenden Betreuung wurden keine Angaben gemacht. 2 % der Klienten wurden in ein Krankenhaus vermittelt.¹²⁰

3.7.1.3 Werkstätten für Behinderte

Werkstätten für Behinderte bieten Beschäftigungsmöglichkeiten für diejenigen behinderten Menschen, denen wegen der Art und Schwere ihrer Behinderung

¹¹⁵ vgl. Anhang, Tabelle 86.

¹¹⁶ vgl. Anhang, Tabelle 87.

¹¹⁷ vgl. Anhang, Tabelle 88.

¹¹⁸ vgl. Anhang, Tabelle 89.

¹¹⁹ vgl. Anhang, Tabelle 90.

¹²⁰ vgl. Anhang, Tabelle 91.

die Teilhabe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zeitweise oder dauerhaft versperert ist. Darüber hinaus haben Werkstätten für Behinderte das rehabilitative Ziel, im Eingangsverfahren und im Arbeitstrainingsbereich die Leistungsfähigkeit der behinderten Menschen festzustellen und fachgerecht zu fördern.

Nahezu alle Thüringer Landkreise und kreisfreie Städte bieten in anerkannten Werkstätten für Behinderte, zum Teil als Zweigstellen oder besondere Einrichtungsbereiche, Arbeitsmöglichkeiten an.

Speziell für das Klientel der psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen werden 23 Zweigwerkstätten bzw. gesonderte Abteilungen in Thüringen mit insgesamt 749 Plätzen vorgehalten.

Insgesamt 26 Einrichtungen haben sich an der Erhebung zum Psychiatriebereich beteiligt.

Die Platzzahl der in freigemeinnütziger Trägerschaft befindlichen Einrichtungen schwankt zwischen zwölf und 150 Plätzen. Die Mitarbeiterzahl beträgt weit mehr als 300. Die Einrichtungen haben in der Regel einen differenzierten Personalschlüssel für ihre unterschiedlichen Bereiche, nämlich 1 : 6 und 1 : 12.

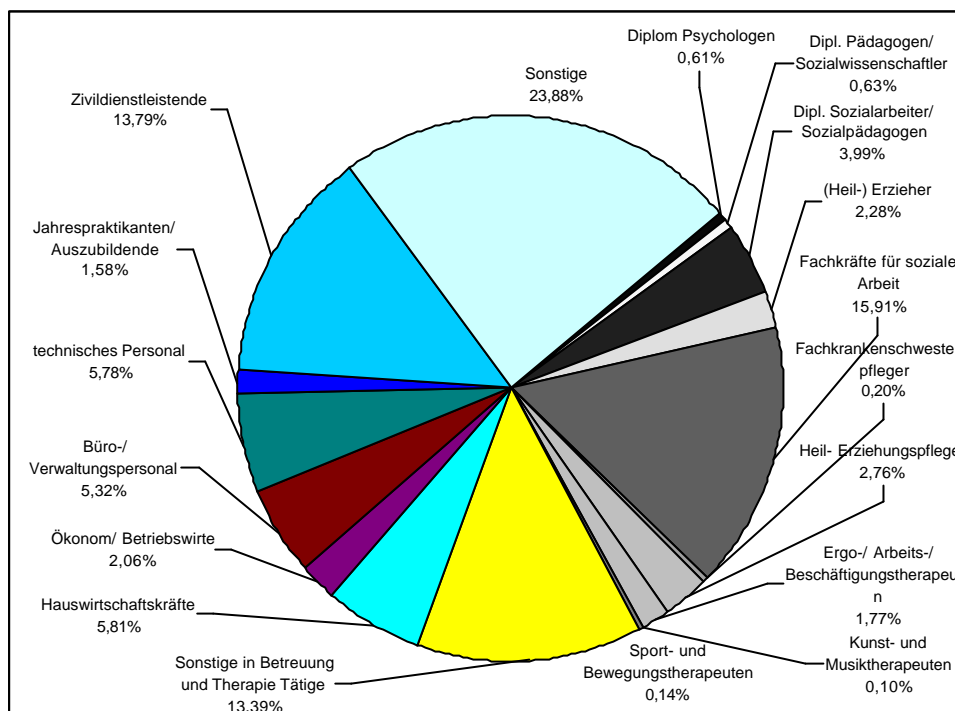
Ca. 8 % der Einrichtungen liegen in den größeren Städten Thüringens mit mehr als 50 Tsd. Einwohnern, 35 % der Einrichtungen liegen in Städten zwischen 20 und 50 Tsd. Einwohnern, weitere 35 % liegen in Orten zwischen 5 und 20 Tsd. Einwohnern und 8 % der Einrichtungen liegen in Orten zwischen 2 und 5 Tsd. Einwohnern.

Mehr als 70 % der Einrichtungen haben einen Auftrag zur Pflichtversorgung, wobei sich für nahezu 50 % der Werkstätten der Versorgungsauftrag auf die jeweilige kreisfreie Stadt bzw. den jeweiligen Landkreis bezieht. Mehr als die Hälfte der Einrichtungen haben ein Einzugsgebiet zwischen 100 und 250 Tsd. Einwohnern, mehr als ein Drittel der Einrichtungen eines zwischen 50 und 100 Tsd. und ca. 10 % der Werkstätten haben ein Einzugsgebiet unter 50 Tsd. Einwohnern.

Die Personalstruktur der Werkstätten stellt sich als recht heterogen dar. Als wesentliche Berufsgruppen sind zu nennen¹²¹:

¹²¹ vgl. Anhang, Tabelle 92.

Abb. 26: Personalstruktur der Werkstätten für Behinderte in % der VZSt (N = 26)



Als besondere Qualifikationen der Mitarbeiter zeigt sich folgendes Bild:

Je eine Einrichtung verfügt über einen fachärztlichen Mitarbeiter (Honorar), über einen Mitarbeiter mit psychotherapeutischer oder über einen Mitarbeiter mit sozialtherapeutischer Qualifikation. 34 Mitarbeiter aus fünf Einrichtungen haben eine sozialpsychiatrische Zusatzausbildung und vier Mitarbeiter aus drei Einrichtungen haben eine Weiterbildung im personenzentrierten Ansatz (IBRP). Über eine sonstige abgeschlossene Weiterbildung verfügen 40 Mitarbeiter aus zwölf Einrichtungen.

65 Mitarbeiter aus 17 Einrichtungen haben im Jahr 1999 an einer externen Fortbildung teilgenommen.

Entsprechend der differenzierten Aufgabenstellung und rechtlichen Fundierung gestaltet sich die Finanzierungsstruktur der Werkstätten¹²²:

- Der Freistaat Thüringen trägt als überörtlicher Sozialhilfeträger 67,7 % der Leistungsentgelte,
- die kreisfreien Städte und Landkreise tragen (inkl. Jugendhilfe) 25,2 % der Finanzierung,
- die Rentenversicherungen (LVA, BfA) tragen 4,5 % der Entgelte,
- die Arbeitsverwaltung 2,6 % und
- die Unfallversicherung trägt 0,2 % der Leistungsentgelte.

¹²² Angaben zur Finanzierung liegen von 13 Einrichtungen vor.

Die Leistungsentgelte¹²³ liegen bei 78 % der Einrichtungen zwischen DM 75 und 100 (Euro 38,35 und 51,13), bei 17 % der Einrichtungen zwischen DM 50 und 75 (Euro 25,57 und 38,35) und für 5 % der Einrichtungen zwischen DM 100 und 125 (Euro 51,13 und 63,91) pro Tag.

Die Einrichtungen sind in der Regel zu 100 % ausgelastet, teilweise darüber hinaus. 23 % der Werkstätten führen eine Warteliste.

Wie in den vorangehenden Abschnitten schon deutlich wurde, sind die Werkstätten für Behinderte in vielfältige Kooperationsbezüge eingebunden. Allerdings stellt sich die Situation im Hinblick auf verbindliche Absprachen hinsichtlich der Arbeitsteilung sowie einer klientenbezogenen Hilfeplanung für die Werkstätten selbst anders dar.

Zu beiden Themenbereichen haben weniger als die Hälfte der Einrichtungen entsprechende Angaben gemacht. Diejenigen Einrichtungen, die verbindlich kooperieren, sind jedoch wie folgt eingebunden:

Im Hinblick auf eine verbindliche (schriftlich) vereinbarte Arbeitsteilung steht das Betreute Wohnen mit 72,7 % der Nennungen im Vordergrund. Mit niedergelassenen Fachärzten, Sozialpsychiatrischen Diensten oder Wohnheimen haben jeweils 63,6 % der Werkstätten verbindliche Absprachen getroffen. Mit psychiatrischen Krankenhäusern oder Übergangwohnheimen kooperieren 54,6 % und mit Tagesstätten 45,5 % der Werkstätten¹²⁴.

Auch im Hinblick auf eine klientenbezogene Hilfeplanung steht das Betreute Wohnen mit 58,3 % der Nennungen im Vordergrund der Absprachen. Mit Sozialpsychiatrischen Diensten, Wohnheimen und anderen Werkstätten hat die Hälfte der Einrichtungen und mit niedergelassenen Fachärzten und Übergangwohnheimen haben 41,7 % der Werkstätten Absprachen getroffen¹²⁵.

Im Ergebnis zeigt sich, dass die Werkstätten, die regional kooperieren, in vielfältigen Beziehungen zum ambulanten und stationären außerklinischen psychiatrischen Versorgungsbereich stehen, wenn auch im Hinblick auf eine regionale Kooperation Entwicklungsbedarf vorhanden ist.

Die Werkstätten sind an den regionalen Gremien wie PSAGen und deren spezifischen Arbeitsgruppen beteiligt. Sie arbeiten darüber hinaus insbesondere in den überregionalen Gremien und Arbeitskreisen, die die für sie relevanten Themenbereiche berühren.

Insgesamt haben bis zu 22 Werkstätten für Behinderte, die 1215 behinderte Menschen beschäftigen, Angaben zu diesen¹²⁶ gemacht.

Hinsichtlich der Herkunft der Beschäftigten wurde von den Werkstätten angegeben, dass 89 % ihren Wohnsitz vor der Aufnahme der Arbeit innerhalb der Versorgungsregion hatten bzw. haben.

¹²³ Angaben zu Leistungsentgelten liegen für 18 Einrichtungen vor.

¹²⁴ vgl. Anhang, Tabelle 93.

¹²⁵ vgl. Anhang, Tabelle 93.

¹²⁶ Im Folgenden werden die behinderten Menschen in Werkstätten als „Beschäftigte“ bezeichnet.

Die Altersstruktur der Beschäftigten ergibt folgendes Bild¹²⁷:

- ❑ Weniger als 1 % der Beschäftigten ist unter 18 Jahre alt,
- ❑ ca. 21 % der Beschäftigten sind zwischen 18 und 30 Jahre,
- ❑ ca. 77 % der Beschäftigten sind zwischen 30 und 60 Jahre und
- ❑ ca. 1 % der Beschäftigten ist über 60 Jahre alt.

Als Zielgruppe wird mit nahezu 100 % die der allgemeinen Psychiatrie angegeben; lediglich 0,39 % der Beschäftigten gehören zur Zielgruppe der Kinder- und Jugendpsychiatrie¹²⁸.

Als besondere Problembereiche wird für die Beschäftigten zu 36,4 % eine psychische und geistige Behinderung angegeben. Eine chronische und schwere psychische Störung wird für 20,5 % der Beschäftigten genannt. Eine psychische und körperliche Behinderung sowie eine Suchtproblematik werden für 4 bzw. 5 % der Beschäftigten angegeben.¹²⁹

Auffällig ist hierbei der relativ hohe Anteil an Menschen mit zusätzlicher geistiger Behinderung. Nicht nur dieser, sondern auch die Struktur vieler Werkstätten, die sich häufig explizit auch an geistig behinderte Menschen wenden und die für psychisch kranke Menschen in diesem Rahmen häufig Plätze oder Abteilungen und Außenstellen bereitstellen, weist darauf hin, dass Werkstätten oft als „Mischeinrichtungen“ organisiert sind. Dies hängt sicherlich auch mit der gesetzlichen Verpflichtung an die Werkstattträger gemäß § 54 a Schwerbehindertengesetz, wonach jeder Antragsteller unabhängig von der Ursache, Art und Schwere seiner Behinderung aufzunehmen ist, zusammen.

Für 47 % der Klienten ist eine gesetzliche Betreuung eingerichtet, davon für ca. 20 % eine mit Aufenthaltsbestimmungsrecht.

In der Regel arbeiten die Beschäftigten länger als zwei Jahre in einer Werkstatt für Behinderte. Weniger als ein Jahr oder zwischen einem und zwei Jahren arbeiten jeweils 15 % der Beschäftigten, zwei bis fünf Jahre 31 % und zwischen fünf und zehn Jahren arbeiten ca. 29 % der Beschäftigten in einer Werkstatt. Immerhin 2,7 % arbeiten zwischen 15 und 20 Jahren und fast 1 % der Beschäftigten arbeitet seit mehr als 20 Jahren in einer Werkstatt für Behinderte¹³⁰.

Die Wohnsituation der Beschäftigten vor der Aufnahme der Beschäftigung gestaltet sich folgendermaßen¹³¹:

- ❑ 77 % der Beschäftigten lebten allein oder mit Verwandten/Bekanntem in einer eigenen Wohnung,
- ❑ 6,6 % lebten in einer Wohnung eines Betreuten Wohnens und
- ❑ jeweils 2 - 3 % lebten in stationären Kontexten.

Zuweisende Stellen sind - lässt man sonstiges außer Acht - in erster Linie gesetzliche Betreuer mit 14 %. Jeweils ca. 11 % der Zuweisungen erfolgten durch Sozialpsychiatrische Dienste, (Übergangs-)Wohnheime oder Einrich-

¹²⁷ vgl. Anhang, Tabelle 94.

¹²⁸ vgl. Anhang, Tabelle 95.

¹²⁹ vgl. Anhang, Tabelle 96.

¹³⁰ vgl. Anhang, Tabelle 97.

¹³¹ vgl. Anhang, Tabelle 98.

tungen der Jugendhilfe. Zu je 9 % erfolgte eine Initiative durch ein psychiatrisches Krankenhaus oder die Angehörigen bzw. das soziale Umfeld. Eine Initiative des Beschäftigten selbst erfolgte zu 4 %¹³².

Im Jahr 1999 haben die 22 Werkstätten, die hierzu Angaben machten, 25 Menschen entlassen. 40 % dieser Menschen wurden in eine eigene Wohnung allein oder zusammen mit Bekannten bzw. Verwandten entlassen - ohne nachsorgende Betreuung. Jeweils 16 % wurden in eine Wohnung des Betreuten Wohnens oder in eine weitere Werkstatt für Behinderte entlassen. Ein Beschäftigter wechselte in einen Integrationsbetrieb. Zwei Menschen sind verstorben¹³³.

3.7.2 Handlungsvorschläge

Den Hilfen im Bereich Arbeit ist im Rahmen der Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Thüringen ein großes Gewicht beizumessen, da Arbeit und Beschäftigung gerade für psychisch erkrankte Menschen neben einer Entlohnung eine rehabilitativ-integrative und sinnstiftende Funktion zukommt. Erforderlich ist vor allem:

- ❑ In Thüringen sollte medizinisch-berufliche Rehabilitation angeboten werden. Das Konzept der „Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke“ (RPK) entsprechend den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation ist empfehlenswert, da es berufliche und medizinische Rehabilitation integriert und abhängig von den individuellen Voraussetzungen von Rentenversicherungsträgern und Krankenversicherung finanziert wird. Der Schwerpunkt der Rehabilitation sollte entsprechend der gesetzlichen Vorgaben und der Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) auf ambulante und teilstationäre Rehabilitationsformen gerichtet sein. Eine Rehabilitation im Betrieb oder am (potentiellen) Arbeitsplatz ist besonders empfehlenswert.
- ❑ Aus Gründen der therapeutischen Kontinuität soll medizinische Rehabilitation eng mit anderen Angeboten der Rehabilitation (z.B. Eingliederungshilfe) und Behandlung verzahnt werden. Vor dem Bau von neuen Einrichtungen soll geprüft werden, ob nicht bestehende Einrichtungen (Klinik, Träger der Eingliederungshilfe, WfB, usw.) bereit und geeignet sind, Rehabilitationseinrichtung zu werden.
- ❑ Die Rehabilitationsziele sind individuell zu bestimmen und haben sich an der speziellen Leistungsfähigkeit und Motivation des psychisch kranken Menschen zu orientieren. Die Zielalternative ‚volle Erwerbsfähigkeit‘ oder ‚Platz in der Werkstatt für Behinderte‘ ist bei weitem nicht ausreichend. Für psychisch behinderte Menschen sind vor allem Teilzeitarbeitsplätze mit Toleranz gegenüber Diskontinuität zu finden bzw. zu schaffen.
- ❑ Insbesondere in Verbindung mit ambulanten und teilstationären komplementären Angeboten ist der Bereich des Zuverdienstes auszubauen, um so den Menschen Arbeits- und Verdienstmöglichkeiten zu eröffnen, die

¹³² vgl. Anhang, Tabelle 99.

¹³³ vgl. Anhang, Tabelle 100.

nur begrenzt leistungsfähig sind. Erforderlich ist hierbei ggf. eine Kooperation mit der regional ansässigen Industrie, Handel und Gewerbe.

- In Kooperation mit freien Trägern sind Konzepte und Möglichkeiten für den Aufbau weiterer Integrationsbetriebe zu entwickeln, da diese sich im Bereich der Beschäftigung psychisch kranker Menschen als erfolgreich erwiesen haben. In diesem Zusammenhang sind die sich durch die Neufassung des Rehabilitationsrechtes (SGB IX) ggf. eröffnenden Möglichkeiten und Spielräume zu nutzen.
- Die vorhandenen Beschäftigungsmöglichkeiten für Behinderte sind für psychisch kranke Menschen nicht immer ausreichend geeignet. Die Leistungsfähigkeit psychisch kranker bzw. seelisch behinderter Menschen ist in besonderem Maße Schwankungen unterworfen. Bei gleich bleibenden Anforderungen sind psychisch Kranke oft abwechselnd unter- und überfordert. Daraus resultieren spezielle Anforderungen an die Flexibilität der Arbeitsorganisation. Es sollten verstärkt behindertengerechte Arbeitsplätze speziell für psychisch kranke Menschen geschaffen werden. Diese sind durch hohe Toleranz für Diskontinuität bezüglich Präsenz und Leistung gekennzeichnet, beachten dabei das (eventuell nur sporadisch) erreichbare Qualifikationsniveau des behinderten Menschen.
- Werkstätten, die als sog. „Mischeinrichtungen“ für verschiedene Behindertengruppen tätig sind, sollten hinsichtlich ihrer Beschäftigten weiter entfaltet werden. Eine auch oder sogar vorrangig auf geistig oder mehrfachbehinderte Menschen ausgerichtete Arbeitswelt entspricht weder den subjektiven noch den objektiven Interessen psychisch kranker Menschen. Die Bereiche oder Betriebsteile für psychisch kranke Menschen sind daher entsprechend den spezifischen Bedürfnissen der Beschäftigten und dem regionalen Bedarf konzeptionell auszurichten. Dabei sollten kleine, im besten Fall ausgelagerte Arbeitsgruppen und auch Einzelarbeitsplätze geschaffen werden. Soweit die Maßnahme der späteren Integration auf den ersten Arbeitsmarkt dient, sollte die Arbeitstätigkeit möglichst weitgehend am künftigen Arbeitsort geleistet werden können. In Betriebe ausgelagerte oder mobile Werkstattplätze sollten geschaffen, Praktikumsmöglichkeiten ausgebaut werden.

3.8 Spezielle Versorgungsbereiche

3.8.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie

3.8.1.1 Situation¹³⁴

Die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung stellt sich wie folgt dar:

¹³⁴ Zur stationären und teilstationären Kinder- und Jugendpsychiatrie siehe Kap. 3.5: 3.5.1.4.3, 5.5.2.2.2 und 3.5.2.3.4

Tab. 6: *Niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Thüringen*

	Anzahl
Erfurt	3
Gotha	1
Jena	1
Stadtroda	1
Weimar	2
GESAMT	8*

* z.T. mit Doppelzulassung Neurologie/Psychiatrie

Tab.7: *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Thüringen*

	Anzahl
Jena	3
Erfurt	1
Kahla	1
Ilmenau	1
Suhl	1
GESAMT	7*

* davon 4 zugelassen und 3 ermächtigt

Über „besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ wurde am 29.04.1996 eine Vereinbarung zwischen Krankenkassen (AOK, IKK, BKK Thüringen) und der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen geschlossen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung).

Das außerklinische Behandlungsangebot für psychisch kranke Kinder und Jugendliche ist noch nicht landesweit bedarfsdeckend.

Regional fehlen Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Es ist zu hoffen, dass bald Therapeuten von den Niederlassungsmöglichkeiten Gebrauch machen. Gegebenenfalls ist dieser Prozess durch bundesweite Information zu beschleunigen.

Ähnlich wie Fachärzte und Institutsambulanzen übernehmen die Sozialpädiatrischen Zentren wichtige Anteile der Versorgung in Bezug auf Behandlung, Diagnostik und Begutachtung. Die Zentren sind multiprofessionell besetzt und bieten gute Voraussetzungen zur Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe, den Kliniken und Fachärzten.

Neben den ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen haben seelisch behinderte Kinder und Jugendliche Anspruch auf Eingliederungshilfe gemäß § 35a des Achten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB VIII).

- Am 01.07.1999 wurde ein Rahmenvertrag nach § 78f SGB VIII geschlossen. Darin werden unter anderem Leistungsvereinbarung, Entgeltvereinbarung und Qualitätsentwicklungsvereinbarung für Maßnahmen und Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gemäß § 35a SGB VIII geregelt.

Die Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche wird überwiegend in Einrichtungen der Jugendhilfe erbracht. Spezialisierte kinder- und jugendpsychiatrische Bereiche oder Einrichtungen sind im Rahmen der Erhebungen zum 2. Bericht zur Situation und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung kaum genannt worden. In welcher Form den seelisch behinderten Kindern und Jugendlichen fachpsychiatrische Hilfen zukommen, ist oft nicht bekannt. Spezielle kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen oder Kooperationen der stationären Kinder- und Jugendhilfe mit den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen der Kliniken gibt es in Hildburghausen, Jena, Mühlhausen, Nordhausen und Stadtroda.

Der Umfang der von den Jugendämtern der Städte und Landkreise finanzierten Maßnahmen nach § 35a SGB VIII wurde im Rahmen der Erhebungen zum 2. Bericht zur Situation und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung vom Landesjugendamt erhoben. Insgesamt wurden 23 Jugendämter der Landkreise und kreisfreien Städte angeschrieben.

Rückmeldungen gab es bis 31.10.2000 lediglich von 15 der angeschriebenen Jugendämter. Dies entspricht einem Rücklauf von rd. 65%.

Es zeigen sich erhebliche Unterschiede in der Anzahl der Fälle. Das Spektrum liegt 1999 zwischen einem und 38 Fällen und 2000 (bis Oktober) zwischen einem und 42 Fällen. Ob die Eingliederungshilfe innerhalb der Landkreise bzw. kreisfreien Städte oder innerhalb des Freistaats erbracht wurde, ist nicht erhoben worden. Es ist jedoch bekannt, dass eine relevante Anzahl seelisch behinderter Kinder und Jugendlicher außerhalb des Freistaats Thüringen rehabilitiert wird.

Tab. 8: Finanzierte Maßnahmen der Jugendämter 1999/2000 nach Kreisen

Jugendamt	Anzahl der Fälle 1999	Anzahl der Fälle 2000	Kooperationen mit der Psychiatrie
Nordhausen	16 ambulante Hilfen teilstat. Hilfen (Tagesgruppe) 8 stationäre Hilfen Gesamt: 26	15 ambulante Hilfen 2 teilstat. Hilfen (Tagesgruppe) 6 stationäre Hilfen Gesamt: 23	In allen Fällen bereits im Vorfeld der Hilfestellung durch das JA, gemeinsame Beratungen, enger Austausch der Institutionen
Schmalkalden-Meiningen	2 ambulante Hilfen (neu in 1999 bewilligt) 7 stationäre Hilfen (davon 3 Hilfen aus dem Vorjahr, die weiterhin bewilligt wurden) Gesamt: 9	2 ambulante Hilfen (neu in 1999 bewilligt) 9 stationäre Hilfen (davon 3 Hilfen aus 1999, die weiterhin bewilligt wurden) Gesamt: 11	Beim überwiegenden Teil der Fälle, sowohl bei Diagnostik, Therapie und Krisenintervention
Gotha	Gesamt: 18	Gesamt: 23	In allen Fällen aus Gründen der Diagnostik und Behandlung
Saale-Holzland-Kreis	Gesamt: 1	Gesamt: 0	Zusammenarbeit aus Gründen der Diagnostik
Ilm-Kreis	Gesamt: 3	Gesamt: 5	Beim überwiegenden Teil der Fälle, sowohl bei Diagnostik, Behandlung und Krisenintervention
Sömmerda	Gesamt: 3	Gesamt: 1	In allen Fällen; Kontakte zu niedergelassenen KJP
Eisenach	Gesamt: 11	Gesamt: 8	In allen Fällen aus Gründen der Diagnostik, Behandlung und Therapie
Mühlhausen	Gesamt: 38	Gesamt: 32	In allen Fällen aus Gründen der Diagnostik, Behandlung und Krisenintervention
Stadt Weimar	7 Fälle aus dem Vorjahr, 1 Fall bewilligt in 1999 Gesamt: 8	5 Fälle aus 1999 1 Fall bewilligt in 2000 Gesamt: 6	In allen Fällen aus Gründen der Diagnostik, Behandlung und Krisenintervention
Greiz	Gesamt: 2	Gesamt: 2	In allen Fällen aus Gründen der Diagnostik
Weimarer Land	Gesamt: 4	Gesamt: --	In allen Fällen aus Gründen der Diagnostik
Suhl	Fälle aus dem Vorjahr Fälle 1999 bewilligt Gesamt: 5	Fälle aus 1999 2 Fälle neu in 2000 bewilligt Gesamt: 6	Beim überwiegenden Teil der Fälle aus Gründen der Diagnostik, Behandlung und Krisenintervention
Hildburghausen	Gesamt: 2	Gesamt: 1	Bei allen Fällen zum Zweck der Diagnostik
Wartburgkreis	10 Einzelfälle (davon 3 junge Volljährige) in stationären Hilfen 27 Einzelfälle in ambulanten Hilfen Gesamt: 37	15 Einzelfälle (davon 2 junge Volljährige) in stationären Hilfen 27 Einzelfälle in ambulanten Hilfen Gesamt: 42	Beim überwiegenden Teil der Fälle aus Gründen der Diagnostik, Behandlung und Krisenintervention
Saalfeld-Rudolstadt	Gesamt: 5	Gesamt: 3	Teilweise Kooperation mit der KJP, bei einigen Fällen, Kontakte bestehen auch in Fällen der Hilfen zur Erziehung (§27 SGB VIII)

Das Bewilligungsverhalten der Jugendämter dürfte teilweise auch vom Wunsch der Vermeidung von Stigmatisierung getragen sein. Wenn die Eingliederungshilfe in einer Einrichtung der allgemeinen Kinder- und Jugendhilfe erbracht wird, könnte aus diesem Grund die Neigung bestehen, die Hilfe auf

der Grundlage der §§ 27 ff. SGB VIII zu gewähren. Auf der Grundlage von § 9 des Rahmenvertrages nach § 78f SGB VIII können dann zusätzliche individuelle Erziehungsleistungen bewilligt werden. Inwieweit dies geschieht und ob es sich ggf. um fachpsychiatrische Hilfen handelt, ist nicht bekannt.

Es bestehen regionale Kapazitätsmängel. Darauf weisen auswärtige Unterbringungen und Berichte aus Kliniken und Jugendämtern hin. Gemäß fachlicher Einschätzung kann von einem durchschnittlichen Bedarf von ca. 10 Plätzen/100.000 Einwohnern ausgegangen werden. Dies würde ca. 240 Plätzen entsprechen.

Als problematisch stellt sich die Versorgungssituation für psychisch kranke junge Erwachsene dar. Insbesondere psychisch gestörte junge Menschen mit Verhaltensstörungen und begleitender Alkohol- und/oder Drogenproblematik treten vermehrt auf. Grundsätzlich kann bei jungen Menschen im Alter bis 27 Jahre auch Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII in Anspruch genommen werden. In der Regel tritt jedoch der Sozialhilfeträger ein. Einrichtungen für Hilfen gemäß §§ 39/40 BSHG sind jedoch nicht immer ausreichend auf den speziellen pädagogisch-therapeutischen Rehabilitationsbedarf von jungen Erwachsenen eingestellt, die in ihrer Gesamtentwicklung eher Jugendlichen gleichen.

3.8.1.2 Handlungsvorschläge

Die Datenlage zur komplementären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung ist unbefriedigend. Die Frage der Bedarfsdeckung und der Versorgungsqualität lässt sich über die Fallzahlermittlung allein nicht klären.

- Es wird eine gesonderte Erhebung im Bereich der komplementären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung empfohlen.

Grundlage einer auch qualitativen Aspekten Rechnung tragenden Bestandserhebung müssten Kriterien sein, die kinder- und jugendpsychiatrische Eingliederung kennzeichnen. Dies sollte nicht einrichtungsbezogen definiert werden (Spezialeinrichtungen oder Spezialbereiche). Grundsätzlich ist der integrierten vor der solitären Versorgung der Vorzug einzuräumen. Es ist jedoch sicherzustellen, dass kinder- und jugendpsychiatrische Fachkompetenz einfließt. Psychische Störungen lassen sich nicht allein durch zusätzlichen pädagogischen Aufwand beheben, sondern erfordern in der Regel spezielle Therapieverfahren. Das Qualifikationsniveau der Therapeuten muss diesen Anforderungen Rechnung tragen.

Trotz der Festlegungen im Rahmenvertrag nach §§ 78f SGB VIII bleiben die Anforderungen an spezialisierte kinder- und jugendpsychiatrische Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe unbestimmt. Es besteht der Plan, Kriterien bundesweit zu benennen. Eine entsprechend beauftragte Arbeitsgruppe im Bundesministerium für Jugend und Familie ist bisher zu keinem Ergebnis gekommen.

- Es wird empfohlen, auf Landesebene eine Handlungsorientierung für kinder- und jugendpsychiatrische Eingliederungshilfe zu bieten. Unter Federführung des Landesjugendamts, unter Beteiligung des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit, Vertretern der Kommunen

und sonstigen Fachleuten aus dem Freistaat Thüringen könnte eine Arbeitsgruppe eine Empfehlung erarbeiten.

- ❑ Im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe sollten auch künftig keine spezialisierten Einrichtungen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche geschaffen werden. Allerdings ist dem besonderen Betreuungs- und Behandlungsbedarf von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen mit speziellen Hilfen Rechnung zu tragen.
- ❑ Kinder- und jugendpsychiatrische Kompetenz wird in der Kinder- und Jugendhilfe vor allem durch folgende Maßnahmen implementiert:
 - spezifische Fortbildung der dort beschäftigten Fachkräfte,
 - Betreuung durch multiprofessionelle Teams,
 - soweit die Einrichtung schwerpunktmäßig psychisch kranke Kinder und Jugendliche betreut, Einbindung von therapeutisch qualifizierten Personen und
 - Kooperation mit kinder- und jugendpsychiatrisch qualifizierten Therapeuten in allen Bedarfsfällen.
 Ein Wechsel in spezialisierte Einrichtungen kann so vermieden werden.
- ❑ Bei allen Formen kinder- und jugendpsychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung und Rehabilitation haben die Aspekte der Einbeziehung von Bezugspersonen und der Kooperation und Abstimmung im Vordergrund zu stehen. Kinder- und jugendpsychiatrische Hilfe hat vernetzt mit anderen professionellen und nicht-professionellen Hilfen zu erfolgen.
- ❑ Kinder- und jugendpsychiatrische Dienste der Kommunen können bei der Verzahnung und der bedarfsgerechten Vermittlung von Hilfeleistungen eine zentrale Rolle spielen. Fortgeschrittene diesbezügliche Entwicklungen gibt es in Erfurt, Jena und Weimar. Sofern keine gesonderten kinder- und jugendpsychiatrischen Dienste geschaffen werden, ist diese Funktion von den Sozialpsychiatrischen Diensten zu erfüllen.

Dem Aspekt der Gemeindenähe kommt bei der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung und Rehabilitation besondere Bedeutung zu. Dies schließt therapeutisch sinnvolle räumliche Trennungen von belastenden oder pathogenen Milieus im Einzelfall nicht aus. Psychisch kranke Kinder und Jugendliche sowie ihre Eltern sollten jedoch bedarfsgerechte Angebote auch ortsnah vorfinden.
- ❑ Die gleichmäßige Verteilung kinder- und jugendpsychiatrischer Angebote im Freistaat Thüringen sollte verbessert werden. Im Ostteil des Landes müssen zur Zeit von manchem Wohnort zu weite Anfahrten in Kauf genommen werden. Eine stärkere Regionalisierung ist durch Dezentralisierung bestehender Einrichtungen möglich.
- ❑ Die regionale Orientierung des Versorgungssystems hat im Vordergrund zu stehen. Eine Spezialisierung kann nur dann befürwortet werden, wenn dadurch die Zuständigkeit der entsprechenden Einrichtung für regionale Grundversorgung nicht berührt wird.
- ❑ Im Übrigen haben die Leitlinien des 2. Berichtes zur Situation und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung auch für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie Gültigkeit. Dies gilt insbesondere für die Aspekte einrichtungsübergreifender, zielorientierter, integrierter Behandlungs- und

Rehabilitationsplanung sowie Zusammenschluss zu einem Gemeindep psychiatrischen Verbund.

3.8.2 Gerontopsychiatrie

3.8.2.1 Situation

Zielgruppe der Gerontopsychiatrie und der gerontopsychiatrischen Versorgung sind Menschen über 65 Jahre, die erstmals im Alter psychiatrisch erkranken oder als (chronisch) psychisch kranke Menschen alt werden (vgl. TÖLLE 1999, S. 54 und BMG 1999: Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung).

Im höheren Lebensalter leiden zunehmend Menschen an einer psychischen Krankheit bzw. Störung. Wissenschaftliche Studien gehen davon aus, dass 25 - 30 % der Bevölkerung über 65 Jahre eine behandlungsbedürftige psychische Störung aufweisen. Im Vordergrund hierbei stehen depressive Störungen und dementielle Syndrome sowie psychoreaktive Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Psychosomatosen. Auch die Suizidrate steigt im Alter. Gerontopsychiatrische Erkrankungen stehen zudem in einem engen Zusammenhang mit somatischen Krankheiten oder Krankheitsfolgen, altersbedingten Gebrechen und Fähigkeitseinbußen sowie einer sozialen Situation der betroffenen Menschen, die insbesondere von Isolation und Einsamkeit geprägt ist (vgl. TÖLLE 1999, BMG 1999, RAHN/MAHNKOPF 1999, S. 621 ff. und DÖRNER/PLOG 1996, S. 407 ff.).

Die gerontopsychiatrische Versorgung im Bundesgebiet wie auch in Thüringen befindet sich an einer Schnittstelle zwischen dem „informellen Hilfesystem“ durch Angehörige, der Versorgung im Rahmen der allgemeinen medizinischen Versorgung, der geriatrischen Versorgung, der klinischen und außerklinischen psychiatrischen Versorgung sowie der Versorgung durch Einrichtungen der Altenhilfe. Diese „Schnittstellenfunktion“ bedeutet für die gerontopsychiatrische Versorgung eine besondere Herausforderung. Nach neueren Erkenntnissen ist es empfehlenswert, die Gerontopsychiatrie als einen relativ eigenständigen Versorgungsbereich zu konzipieren, da nur auf diese Art und Weise die besonderen Bedürfnisse der erkrankten alten Menschen angemessen in Beratung, Therapie, Rehabilitation und Pflege berücksichtigt werden können. Die besonderen gerontopsychiatrischen Beratungs-, Behandlungs-, Rehabilitations- und Pflegebereiche müssen hierbei eng mit den angrenzenden Bereichen der allgemeinmedizinischen und psychiatrischen Versorgung, der Altenhilfe und der Pflege zusammenarbeiten und im Rahmen von Verbundsystemen einen „Gerontopsychiatrischen Verbund“ bilden, der als Teil eines „Gemeindep psychiatrischen Verbundes“ anzusehen ist (vgl. BMG 1999) und eine integrierte Versorgung mit einem ambulant rehabilitativen Schwerpunkt gewährleisten kann (vgl. PAULUS u.a. in *psycho* 26/2000: Integrierte gerontopsychiatrische Versorgung- das Essener Modell).

Insbesondere der Aufbau von gerontopsychiatrischen Zentren als Verknüpfung von Tagesklinik, Ambulanz und Beratungsstelle hat sich als organisatorische Basis für die Ausgestaltung solcher außerstationär orientierter Hilfenetze erwiesen, da durch solche Zentren nicht nur Impulse für die Entwicklung der Versorgung ausgehen, sondern gleichermaßen eine Beratung von Professio-

nellen und Angehörigen erfolgen kann (vgl. EXPERTENKOMMISSION 1988, S. 457 ff. und BMG 1999).

Mit der sich verändernden Altersstruktur der Bevölkerung gewinnt das Problem der gerontopsychiatrischen Versorgung zunehmend an Bedeutung. Es ist davon auszugehen, dass der Anteil der über 65-jährigen Menschen an der Bevölkerung Thüringens in den nächsten 20 Jahren zunimmt - bei abnehmenden Bevölkerungszahlen. Im Jahr 1999 hatte Thüringen 2.449.082 Einwohner, hiervon waren 398.386 Menschen über 65 Jahre alt, was einem Bevölkerungsanteil von 16,27 % entspricht (vgl. THÜRINGER LANDESAMT FÜR STATISTIK 2000 a, S. 46 f.). Nach einer Vorausberechnung wird die Einwohnerzahl Thüringens im Jahr 2020 auf 2.202.700 sinken, die Anzahl der über 65-jährigen Einwohner auf 522.400 jedoch ansteigen, was einem Bevölkerungsanteil von 23,72 % entsprechen wird (vgl. THÜRINGER LANDESAMT FÜR STATISTIK 2000 b).

Die folgenden Ausführungen zur gerontopsychiatrischen Versorgung berücksichtigen die Erhebungen, die zum Landespsychiatriebericht durchgeführt wurden. Diese beschränken sich jedoch auf das psychiatrische Hilfesystem und sind deshalb lediglich als ein Ansatzpunkt zur Beschreibung der gerontopsychiatrischen Versorgung zu sehen. Eine vollständige Bestandsaufnahme der gerontopsychiatrischen Versorgung muss - neben umfangreichen epidemiologischen Untersuchungen - aufgrund der Schnittstellenfunktion der Gerontopsychiatrie weit über die Versorgungsstrukturen der psychiatrischen Versorgung hinausreichen. Dies konnte jedoch im Rahmen der Erhebungen zum Psychiatriebericht nicht geleistet werden. Es wurde jedoch eine Zusatzerhebung in stationären Altenhilfeeinrichtungen (Pflegeheimen) durchgeführt, um ergänzende Angaben zur Versorgungssituation zu erhalten.

Zentrale Themen im Hinblick auf die Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen hierbei sind:

- inwieweit die Einrichtungen und Dienste alten Menschen ihre Hilfen anbieten bzw. sie versorgen,
- inwieweit die Einrichtungen und Dienste gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen zu ihren Zielgruppen zählen und
- inwieweit im Hinblick auf gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen eine einrichtungs- und bereichsübergreifende Kooperation, Berichterstattung und Planung stattfindet.

Im außerklinischen Bereich stellt sich die Situation folgendermaßen dar¹³⁵:

Von den 24 betroffenen Sozialpsychiatrischen Diensten zählen 13 Gerontopsychiatrie explizit zu ihren Aufgabenbereichen. Darüber hinaus gibt es zwei Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, die einen gerontopsychiatrischen Schwerpunkt aufweisen (Erfurt, Saalfeld-Rudolstadt). Jedoch zählen alle Sozialpsychiatrischen Dienste und nahezu alle Psychosozialen Kontaktstellen alte Menschen zu ihrer Klientel¹³⁶.

Im komplementären Bereich stellt sich die Situation differenzierter dar.

¹³⁵ Zu den niedergelassenen Fachärzten und Psychotherapeuten können aufgrund des geringen Rücklaufs aus der Erhebung keine Angaben gemacht werden.

¹³⁶ vgl. Anhang, Tabelle 101.

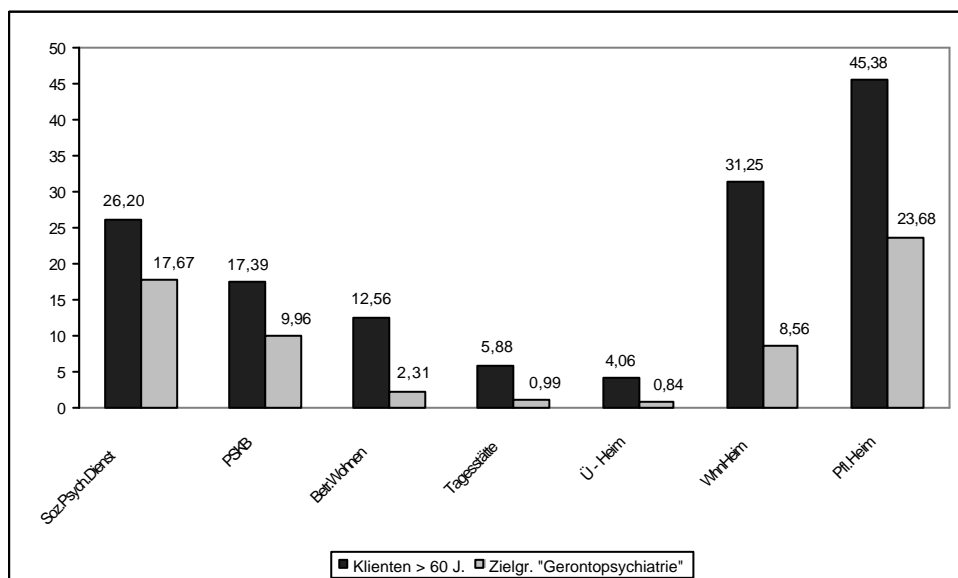
Eine explizite Ausrichtung auf eine gerontopsychiatrische Klientel findet sich bei einer Reihe von Pflegeheimen (Gerontopsychiatrisches Pflegeheim)¹³⁷. Andere komplementäre Einrichtungen zählen ältere Menschen in einem unterschiedlichen Ausmaß zu ihrer Klientel.

Ca. die Hälfte der Einrichtungen des Betreuten Wohnens, der Tagesstätten und der Übergangwohnheime versorgt Menschen, die über 60 Jahre alt sind. Nahezu alle Wohn- und Pflegeheime zählen ältere Menschen zu ihren Bewohnern¹³⁸.

Entsprechend stellt sich der Anteil der über 60-jährigen Menschen an der Klientel der unterschiedlichen Einrichtungen dar. Bei den Sozialpsychiatrischen Diensten beträgt der Anteil an der Gesamtklientel ca. 26 % und bei den Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen 17,4 %. Bei den Tagesstätten beträgt der Anteil 12,6 % und Übergangwohnheime haben einen Anteil von ca. 4 % über 60-jähriger Menschen unter ihren Bewohnern. Bei den Wohnheimen beträgt der Anteil über 60-jähriger Menschen ca. 31 % und bei den Pflegeheimen 45,4 %.

Ein ähnliches Bild zeigt sich hinsichtlich der Zielgruppenorientierung der Einrichtungen. 17,7 % der Klienten der Sozialpsychiatrischen Dienste werden von diesen zur Zielgruppe „Gerontopsychiatrie“ gezählt und ca. 10 % der Klienten der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen. Die Einrichtungen des Betreuten Wohnens zählen 2,3 %, die Tagesstätten und Übergangwohnheime ca. 1 % ihrer Klientel zur Zielgruppe „Gerontopsychiatrie“. Bei den Wohnheimen beträgt der Anteil dieser Zielgruppe 8,6 % und bei den Pflegeheimen 23,7 %.

Abb. 27: Anteil der über 60-jährigen Klienten und Zielgruppe „Gerontopsychiatrie“ in den außerklinischen Einrichtungen und Diensten.



¹³⁷ Pflegeheime wurden nur zu einem geringen Teil durch die Erhebungen zum Psychiatrieplan erfasst, da sie im Zuständigkeitsbereich der Altenhilfe liegen. Zu einem weiteren Teil sind diese Pflegeheime in der Zusatzerhebung erfasst worden.

¹³⁸ vgl. Anhang, Tabelle 101.

Die Ergebnisse zeigen, dass im Wesentlichen die Sozialpsychiatrischen Dienste und die Psychosozialen Kontaktstellen auf der einen Seite und - stärker noch - die auf langfristige Versorgung mit hohen Pflegeanteilen angelegten Einrichtungen auf der anderen Seite alte psychisch kranke Menschen zu ihrer Klientel zählen. In den Einrichtungen, die eher ein auf Rehabilitation bzw. Eingliederung angelegtes Aufgabenprofil haben, sind alte Menschen - von einzelnen Ausnahmen abgesehen - eher seltener vertreten.

Es zeigt sich weiterhin, dass der Anteil der alten Menschen, die zur Zielgruppe „Gerontopsychiatrie“ gezählt werden zum Teil beträchtlich unterhalb des Anteils der entsprechenden versorgten Klientel liegt. Angaben im Hinblick auf die Zielgruppe „Gerontopsychiatrie“ haben 16 Sozialpsychiatrische Dienste, sechs Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, eine Einrichtung des Betreuten Wohnens, ein Übergangwohnheim, vier Wohnheime und fünf Pflegeheime gemacht.

Zwar betreut eine Reihe von Einrichtungen alte Menschen, zählt diese jedoch nicht zur Zielgruppe der „Gerontopsychiatrie“. Anscheinend ist ein „Bewusstsein“ im Hinblick auf das Problemfeld „Gerontopsychiatrie“ noch nicht hinreichend entwickelt.

Eine Vielzahl von psychisch kranken alten Menschen wird neben anderen durch die Thüringer Pflegeeinrichtungen versorgt.

Der 4. Thüringer Landespflegeplan weist insgesamt 230 Pflegeeinrichtungen aus, von denen 206 im laufenden Betrieb sind. Hiervon sind 186 vollstationäre Dauerpflegeeinrichtungen, 3 solitäre Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen, 2 solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen und 15 solitäre Tagespflegeeinrichtungen¹³⁹.

Unter diesen Einrichtungen wurde im Rahmen der Erhebungen zum Psychiatriebericht eine Zusatzerhebung durchgeführt, um die Anzahl der gerontopsychiatrisch ausgewiesenen Plätze in den Einrichtungen und die Anzahl der Mitarbeiter mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation zu ermitteln¹⁴⁰. Die Zusatzerhebung hatte zum Ergebnis:

- 5,3 % der in den Einrichtungen verfügbaren Plätze sind als „gerontopsychiatrisch“ ausgewiesen. Bei einer Gesamtzahl von 15.063 entspricht dies ca. 800 Plätzen.
- Ca. 18 % der Einrichtungen haben angegeben, dass sie über gerontopsychiatrische Plätze verfügen. Bei einer Gesamtzahl von 206 Einrichtungen entspricht dies 37 Einrichtungen mit gerontopsychiatrischen Plätzen.
- 2,1 % der Mitarbeiter in den Pflegeeinrichtungen haben eine gerontopsychiatrische Zusatzqualifikation.

Im klinischen Bereich ergibt sich hinsichtlich der Gerontopsychiatrie folgendes Bild¹⁴¹:

¹³⁹ vgl. THÜRINGER LANDESPFLEGEPLAN 1999, S.1702 f.: Der Pflegeplan weist nicht aus, wie viele der durch die Einrichtungen versorgten Menschen gerontopsychiatrisch erkrankt sind.

¹⁴⁰ Auf die Zusatzerhebung haben 113 Einrichtungen geantwortet. Das entspricht einer Rücklaufquote von ca. 55 %. Aus diesem Grunde können in der Darstellung keine absoluten Zahlen für die Plätze und Mitarbeiter angegeben werden.

¹⁴¹ vgl. hierzu die Ausführungen im Kapitel zur klinischen Versorgung.

- ❑ Neun Krankenhäuser halten insgesamt 221 vollstationäre gerontopsychiatrische Betten vor.
- ❑ An zwei Krankenhäusern werden insgesamt 40 gerontopsychiatrische Patienten in anderen Abteilungen des Krankenhauses behandelt.
- ❑ An vier Krankenhäusern werden insgesamt 13 gerontopsychiatrische teilstationäre Plätze vorgehalten.

Eine verbindliche bereichsübergreifende Kooperation zwischen psychiatrischen Einrichtungen und Einrichtungen der Altenhilfe ist wenig ausgeprägt. Lediglich die Sozialpsychiatrischen Dienste und die Krankenhäuser haben in einem nennenswerten Umfang angegeben, dass sie hinsichtlich einer Arbeitsteilung oder einer klientenbezogenen Hilfeplanung Absprachen mit Pflegeheimen oder Einrichtungen der Altenhilfe haben¹⁴².

Diese Resultate werden durch die Ergebnisse der Zusatzerhebung bestätigt.

- ❑ 85,7 % der Pflegeeinrichtungen kooperieren mit Krankenhäusern,
- ❑ 34,8 % mit niedergelassenen Ärzten/Fachärzten und
- ❑ 17,9 % der Pflegeeinrichtungen kooperieren mit Sozialpsychiatrischen Diensten.
- ❑ Ca. 3 % der Einrichtungen gaben an, dass sie mit Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen bzw. mit einer Tagesstätte kooperieren.

Andere Einrichtungen wurden nicht erwähnt.

Eine regionale einrichtungsübergreifende Aufnahmekonferenz für den Bereich der Gerontopsychiatrie gibt es im Landkreis Altenburger Land.

Ein einrichtungsübergreifendes Case-Management, meist koordiniert durch den zuständigen Sozialpsychiatrischen Dienst gibt es in den Landkreisen Altenburger Land, Saalfeld-Rudolstadt, Unstrut-Hainich-Kreis und Jena.

Eine kommunale Berichterstattung und Planung zur gerontopsychiatrischen Versorgung existiert in den Kreisen Ilm-Kreis, Kyffhäuserkreis, Wartburgkreis und Erfurt.

Arbeitskreise mit einer gerontopsychiatrischen Ausrichtung gibt es auf kommunaler Ebene, in dem fachliche und versorgungsrelevante Themen zur Sprache kommen.

3.8.2.2 Handlungsvorschläge

Insgesamt steht die gerontopsychiatrische Versorgung in Thüringen - wie im übrigen Bundesgebiet - erst am Anfang ihrer Entwicklung.

Insbesondere die Versorgungsstrukturen für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen sind als defizitär zu bezeichnen. Defizite sind vor allem in folgenden Bereichen zu erwähnen:

- ❑ Im Bereich gerontopsychiatrisch ausgewiesener Beratungsangebote.

¹⁴² vgl. hierzu die Tabellen in den einzelnen einrichtungsbezogenen Abschnitten.

Dies gilt in erster Linie für Betroffene und ihre Angehörigen. Allerdings finden auch Professionelle aller Berufsgruppen kaum eine Beratung im Hinblick auf gerontopsychiatrisch relevante Fragestellungen. Die Anfang der 90er Jahre durch Modellmittel geförderte Beratungsstelle für Betroffene, Angehörige und Professionelle in Weimar hat nach Auslauf der Modellförderung schließen müssen.

- Im Bereich der außerklinischen psychiatrischen Versorgung gibt es keine spezialisierten Einrichtungen, Dienste oder Ressourcen. Dies gilt für die unterschiedlichsten Versorgungsformen.
- Es gibt in Thüringen keine psychiatrische Krankenpflege (§ 37 SGB V). Dies ist ein gravierender Mangel, zumal gerade alte Menschen hiervon profitieren können und eine stationäre Unterbringung verhindert werden kann.
- Die Pflegedienste (SGB XI) sind nach Ansicht der im Rahmen der Erarbeitung des Berichtes tätig gewordenen Arbeitsgruppe Gerontopsychiatrie nicht hinreichend gerontopsychiatrisch ausgewiesen. Darüber hinaus wird ein Pflegebedarf für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen oft nicht hinreichend berücksichtigt.
- Die Ressourcen im ambulanten Bereich, insbesondere bei den Sozialpsychiatrischen Diensten und Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen, sind nicht hinreichend, um sich dieser Zielgruppe verstärkt widmen zu können.
- Defizitär entwickelt sind tagesstrukturierende und auch Angehörige entlastende Angebote, wie z.B. Tagesstätten, Tagesbetreuung oder auch „Nachtcafés“ für Menschen mit verkehrtem Tag-Nacht-Rhythmus.
- Auch im stationären Bereich der Alten-, Wohn- und Pflegeheime muss die Situation als entwicklungsbedürftig angesehen werden. Kapazitäten und Ressourcen müssen so gestaltet werden, dass mit gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen angemessen umgegangen werden kann. Dies gilt insbesondere für den Bereich der tagesstrukturierenden Angebote.
- Auch im klinischen Bereich erscheint die Situation als entwicklungsbedürftig. Dies gilt insbesondere für den teilstationären Bereich.
- Zum Teil aufgrund der vorgenannten Defizite ist vor allem die Zusammenarbeit/Kooperation des klinischen und außerklinischen Bereichs nicht hinreichend entwickelt. Auch eine Zusammenarbeit von Einrichtungen des komplementären psychiatrischen Hilfesystems und der Altenhilfe insbesondere auf regionaler Ebene ist kaum entwickelt.
- Die Zusammenarbeit auf der Ebene der Leistungsträger und Planungsinstanzen erscheint entwicklungsfähig. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Zusammenarbeit zwischen Altenhilfe, Eingliederungshilfe und Pflege.

Darüber hinaus ist die Situation in der gerontopsychiatrischen Versorgung in vielen Fällen dadurch gekennzeichnet, dass vielfältig das notwendige professionelle Wissen in Diagnostik/Assessment, in der spezifisch gerontopsychiatrischen Beratung, Behandlung, Rehabilitation/Eingliederung und Pflege über alle Leistungsträger- und Leistungserbringergruppen hinweg als insgesamt nicht hinreichend zu bezeichnen ist.

Weiterhin ist für Thüringen ein besonderer Forschungsbedarf für den Bereich der Gerontopsychiatrie festzustellen. Die im vorliegenden Landespsychiatriebericht vorgelegten Daten dienen unter anderem dazu, das Problem aufzuzeigen und weiteren Bedarf an Forschung und Untersuchungen anzuregen. Hierbei müssen insbesondere Forschungen zur Epidemiologie gerontopsychiatrischer Erkrankungen verbunden werden mit umfassenden Erhebungen zur Versorgungssituation im Bereich der Gerontopsychiatrie. Letztere müssen hierbei weit über den psychiatrischen Bereich hinausreichen und insbesondere die Bereiche der „informellen“ Versorgungssysteme (Familie), der allgemeinmedizinischen, pflegerischen, rehabilitativen Versorgung sowie der Versorgungsstrukturen im System der allgemeinen sozialen Hilfen, der Altenhilfe unter Einbeziehung aller Leistungsträger berücksichtigen.

Vor diesem Hintergrund werden folgende Leitlinien und Maßnahmen zur gerontopsychiatrischen Versorgung empfohlen:

Gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen sollen solange es irgend möglich ist in ihrem gewohnten sozialen Umfeld leben. Dies bedeutet:

- ❑ Eine rehabilitativ ausgerichtete Hilfeleistung, die es den Betroffenen ermöglicht, durch Erhalt und Entwicklung lebensfeldbezogener Kompetenzen, weiter im gewohnten sozialen Bezugsfeld zu leben, muss in den Vordergrund gerontopsychiatrischer Versorgung gestellt werden.
- ❑ Eine besondere Betonung des Prinzips „ambulant vor stationär“ muss erfolgen. Dies bedeutet, dass die erforderlichen Hilfen in erster Linie durch aufsuchende ambulante Dienste sowie teilstationäre Angebote, z.B. der Behandlung und Tagesstrukturierung erbracht werden.

Eine Fortentwicklung der gemeindeintegrierten gerontopsychiatrischen Versorgung wird vor allem darin gesehen, dass

- ❑ sich auf der einen Seite die ambulanten Dienste und Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung und der Geriatrie/Altenhilfe für die Aufgaben der Gerontopsychiatrie öffnen und qualifizieren sowie in ihren Kapazitäten komplettiert werden. Dies betrifft in erster Linie Sozialpsychiatrische Dienste (Gerontopsychiatrischer Dienst), Beratungsstellen, (Kranken-) Pflegedienste und Sozialstationen, Betreute Wohnformen etc. und
- ❑ auf der anderen Seite die stationären Einrichtungen, d.h. sowohl die Kliniken und die Heime (insbesondere Wohn- und Übergangsheime sowie Pflegeheime) jeweils fachspezifisch gerontopsychiatrisch orientierte teilstationäre und ambulante Hilfeangebote realisieren.

Weiterhin wird eine Perspektive in dem Aufbau von „Gerontopsychiatrischen Zentren“ gesehen. Ein „Gerontopsychiatrisches Zentrum“ besteht aus der organisatorischen Verknüpfung von Tagesklinik, Ambulanz und Beratungsstelle, die ggf. an eine gerontopsychiatrische Abteilung eines Krankenhauses angebunden sind. Es ist für eine Versorgungsregion von 200 - 300 Tsd. Einwohnern zuständig. Seine Funktionen bestehen nicht zuletzt darin, als ein „Motor“ für die Entwicklung gerontopsychiatrischer Angebote zu dienen, Fortbildungs- und Beratungsdienste sowie Öffentlichkeitsarbeit zu leisten (vgl. EXPERTENKOMMISSION 1988, S. 457 ff. und BMG 1999, S. 167 ff.).

Als vordringlich erscheint jedoch, dass im Hinblick auf gerontopsychiatrische Erkrankungen unter sämtlichen Leistungsträgern, Verbänden und Leistungs-

erbringern ein Problembewusstsein entwickelt wird. Dieses ist zu verbinden mit breit angelegten Fort- und Weiterbildungsangeboten.

Da die gerontopsychiatrische Versorgung im außerklinischen Bereich zum großen Teil durch Einrichtungen der Altenhilfe geleistet wird, ist es notwendig, dass Altenhilfe und Psychiatrie eng zusammenarbeiten. Eine Kooperation ist vor allem notwendig in den Bereichen:

- ❑ Untersuchungen zum Ausmaß gerontopsychiatrischer Erkrankungen und zur Versorgungssituation gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Thüringen,
- ❑ Fort- und Weiterbildung (Qualifizierung) im Bereich Gerontopsychiatrie,
- ❑ Entwicklung von Qualitätsstandards für die gerontopsychiatrische Versorgung, leitend ist hierbei das „Hamburger Modell“,
- ❑ Erstellung eines gesonderten Berichts/Planes zur Entwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung in Thüringen.

Darüber hinaus wird empfohlen:

- ❑ Einrichtung einer „ständigen Arbeitsgruppe“ für Gerontopsychiatrie.

Insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung von Versorgungsstrukturen ist es notwendig, eine solche „ständige Arbeitsgruppe“, ggf. als eine Arbeitsgruppe des Landesfachbeirats für Psychiatrie einzurichten. Sie erscheint insbesondere notwendig vor dem Hintergrund der „Schnittstellenfunktion“ der gerontopsychiatrischen Versorgung und der spezifischen fachlichen Ausrichtung der Gerontopsychiatrie. Nicht zuletzt deshalb, um den unterschiedlichen Akteuren (Leistungsträger, Leistungserbringer, Angehörige, Betroffene) ein Forum des Austausches und der Koordination von Aktivitäten zu bieten.

Um die Versorgungssituation gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen zu verbessern, sind vor allem Anstrengungen der unterschiedlichen Leistungsträger erforderlich. Um eine kooperative und vernetzte Versorgung auf regionaler Ebene gewährleisten zu können, sind unter Einbeziehung aller Leistungsträger entsprechende Möglichkeiten auszuschöpfen. In diesem Zusammenhang werden folgende Initiativen und Maßnahmen empfohlen:

- ❑ Die häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) mit spezifisch psychiatrischen Inhalten der „Behandlungspflege“ sollte in Thüringen ermöglicht werden. Hierzu sollten umgehend Verhandlungen mit den Krankenversicherungen aufgenommen werden.

Durch häusliche psychiatrische Krankenpflege wird eine Versorgungslücke im ambulanten Bereich geschlossen, die insbesondere älteren Menschen zugute kommen kann.

- ❑ In vollstationären Pflegeeinrichtungen sollten nach Ablauf der Erprobungsphase (§ 43 Abs. 2 SGB XI), Leistungen der medizinischen Behandlungspflege nicht mehr zu Lasten der Pflegekassen, sondern als Leistungen der Behandlungspflege der Krankenversicherung (§ 37 SGB V, s.o.) erbracht werden. Die Landesregierung sollte hier zum geeigneten Zeitpunkt ihren Einfluss auf die Gesetzgebung geltend machen.

Hierdurch kann ein Beitrag geleistet werden, dass auch in vollstationären Pflegeheimen die entsprechenden Leistungen durch entsprechend qualifiziertes Personal erbracht werden.

- In den Einrichtungen der Altenhilfe wie auch der komplementären psychiatrischen Versorgung sollten die Rehabilitationsmöglichkeiten für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen verbessert werden. Entsprechend des Hilfebedarfes wird es hierbei in erster Linie darum gehen, Leistungen zur Selbstversorgung und zur Tagesstrukturierung in den Einrichtungen zu fördern, die gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen als besondere Zielgruppe haben.
- Insbesondere im ambulanten Bereich, vor allem bei den Kontakt- und Beratungsstellen und den Sozialpsychiatrischen Diensten, sind die Möglichkeiten von Diagnostik/Assessment und Beratung in den Regionen zu stärken. Die Aufgaben der Beratung beziehen sich hierbei nicht nur auf die Betroffenen und deren Angehörige, sondern auch auf Professionelle und beinhalten somit auch Aufgaben der Vernetzung und Koordination.
- An einem Standort, an dem bereits eine gewisse Infrastruktur vorhanden ist, sollte ein „Gerontopsychiatrisches Zentrum“ eingerichtet werden. Im Rahmen der Krankenhausplanung sollten entsprechende Planungsschritte erfolgen.

3.8.3 Maßregelvollzug

3.8.3.1 Situation

Im Maßregelvollzug werden Straftäter behandelt, deren Straftaten durch den psychischen Krankheitszustand oder Drogenmissbrauch (Alkohol oder illegale Drogen) bedingt wurden und die daher gerichtlich zur psychiatrischen Behandlung bzw. Entziehung in eine psychiatrische Klinik oder in eine Entziehungsanstalt eingewiesen wurden. Der Maßregelvollzug erfüllt somit die Aufgaben der Sicherung und der Therapie psychisch Kranker und suchtkranker Straftäter. Der Maßregelvollzug findet in Thüringen an den drei Standorten Hildburghausen, Mühlhausen und Stadtroda statt. Die forensischen Abteilungen sind jeweils angegliedert an die ehemaligen Landesfachkrankenhäuser für Psychiatrie und Neurologie. Im Zusammenhang mit dem zum 01.01.2002 vollzogenen Trägerwechsel der Fachkliniken wurde die Durchführung des Maßregelvollzuges durch gesonderten Vertrag (Beleihung) mit den jeweils neuen Trägern geregelt. Der Maßregelvollzug bleibt jedoch eine hoheitliche Aufgabe des Freistaats Thüringen.

Psychisch kranke Straftäter gemäß § 63 StGB werden in Mühlhausen und Stadtroda aufgenommen, suchtkranke Straftäter gemäß § 64 StGB in Hildburghausen. An allen Standorten werden neben den genannten verurteilten Straftätern auch Personen im Strafverfahren gemäß § 126a StPO vorläufig untergebracht, wenn ärztlich zumindest verminderte Schuldfähigkeit und eine positive Gefährlichkeitsprognose attestiert wurde. Dies entspricht dem Status von Untersuchungshäftlingen.

Die fachlichen Anforderungen werden im Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch Kranker (ThürPsychKG) vom 02.02.1994 festgelegt. Die Thüringer Verwaltungsvorschrift zu Kostenregelungen für Unterbringun-

gen in Maßregelvollzugseinrichtungen des Freistaats Thüringen regelt die personelle Ausstattung gemäß den Anforderungen der Psychiatrie-Personalverordnung für psychiatrische Krankenhäuser unter zusätzlicher Berücksichtigung des Sicherheitsbedarfes. Die Kosten werden pauschal pro Patient und Tag gezahlt.

Gemäß Stichtagserhebung am 01.08.2000 stellt sich die Belegungssituation wie folgt dar:

Tab. 9: Anzahl untergebrachter Patienten gem. §§ 63, 64 StGB und 126 a StPO

Standort	am 01.08.2000 in der forensischen Abteilung Untergebrachte					
	Gesamt	männlich	Weiblich	§ 63	§ 64	§ 126a
Hildburghausen	41	36	5	3	38	0
Mühlhausen	49	49	1*	46	0	3
Stadtroda	52	46	6	43	0	9
Gesamt	142	131	11	92	38	12

* auf sozialtherapeutischer Station (nicht in Summe enthalten)

Tab. 10: Anzahl untergebrachter Jugendlicher gem. JGG

Standort	am 01.08.2000 in der forensischen Abteilung Untergebrachte	
	nach §§ 63, 64 StGB in Verbindung mit JGG (Jugendliche)	
Hildburghausen	0	
Mühlhausen	1	
Stadtroda	2	

Tab.11: Altersdurchschnitt und Verweildauer forensischer Patienten

Am 01.08.2000 in den forensischen Abteilungen Untergebrachte		
Standort	Altersdurchschnitt	Durchschnittliche Verweildauer
Hildburghausen	33 Jahre	1,46 Jahre
Mühlhausen	36 Jahre	3,18 Jahre
Stadtroda	37 Jahre	2,93 Jahre

Tab. 12: Häufigkeit der Einweisungsdelikte am 01.08.2000

	Häufigkeit der Einweisungsdelikte							
	Hildburgh.		Mühlhausen		Stadtroda		Gesamt	
Delikt	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Tötung	8	19,5	8	16,3	3	5,8	19	13,4
Körperverletzung	8	19,5	5	10,2	17	32,6	30	21,1
Vergewaltigung/ Sex. Nötigung	1	2,4	4	8,1	3	5,8	8	5,6
Sex. Missbrauch von Kindern	2	4,9	15	30,6	13	25,0	30	21,1
Sonstige Sexualdelikte	1	2,4	2	4,1	0	0	3	2,1
Eigentumsdelikte Ohne Gewalt	6	14,6	9	18,4	2	3,8	17	12,0
Eigentumsdelikte mit Gewalt	8	19,5	2	4,1	3	5,8	13	9,2
Brandstiftung	2	4,9	3	6,1	7	13,5	12	8,5
Verstoß gegen BtMG	5	12,2	0	0	0	0	5	3,5
Sonstige Delikte	0	0	1	2,0	4	7,7	5	3,5
Gesamt	41	100	49	100	52	100	142	100

Tab. 13: Häufigkeit der Diagnosen am 01.08.2000

	Häufigkeit der Diagnosen							
	Hildburgh.		Mühlhausen		Stadtroda		Gesamt	
Diagnose	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Organ. Psychose/ Persönlichkeitsver- änderung	0	0	4	8,1	3	5,8	7	4,9
Affektive Psychose	0	0	2	4,1	3	5,8	5	3,5
Schizophrene Psy- chose	3	7,3	12	24,5	13	25,0	28	19,7
Persönlichkeitsstö- rung	1	2,4	15	30,6	21	40,4	37	26,0
Persönlichkeitsstö- rung und Minderbe- gabung	0	0	9	18,4	11	21,1	20	14,3
Intellektuelle Behin- derung	0	0	7	14,3	1	1,9	8	5,6
Alkoholabhängigkeit	23	56,1	0	0	0	0	23	16,2
Drogenabhängigkeit	14	34,1	0	0	0	0	14	9,8
Sonstige	0	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	41	100	49	100	52	100	142	100

Tab. 14: Fluktuation im Maßregelvollzug 1996-1999

	Fluktuation im Maßregelvollzug							
	Hildburghausen		Mühlhausen		Stadtroda		Gesamt	
	Aufnahme	Entlassung	Aufnahme	Entlassung	Aufnahme	Entlassung	Aufnahme	Entlassung
1996	23	18	6	6	6	6	42	30
1997	35	23	16	12	20	13	71	48
1998	45	40	14	3	13	7	72	50
1999	30	30	12	9	13	4	45	43

Seit 1993 hat die Belegung der Maßregelvollzugseinrichtungen in einer im 1. Landespsychiatrieplan nicht vorausberechenbaren Anzahl zugenommen:

Tab. 15: Entwicklung der durchschnittlichen Patientenbelegung Maßregelvollzug Thüringen (Einweisungen nach §§ 7, 93a JGG und § 126a StPO sind entsprechend ihrer Erkrankung unter § 63 StGB (psychisch krank) bzw. § 64 StGB (suchtkrank) subsumiert)

Maßregel, Vollzugseinrichtung	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000 (2.11.)
Hildburghausen	8,1	24,1	27,5	29,4	35,4	49,3	42,9*	46
Mühlhausen	15,2	18,7	22,5	29,1	35,4	40,1	44,8	49
Stadtroda	14,3	18,6	21,0	24,7	30,8	35,1	40,7	54
Summe	37,6	61,4	71,0	83,2	101,6	124,5	128,4	149

* Der Rückgang im Jahr 1999 ist einem verminderten Platzangebot durch Renovierungsarbeiten geschuldet

Kapazitäten

In der Vergangenheit sind durch Not- und Sofortbaumaßnahmen wesentliche Verbesserungen der Sicherheit und erste Schritte zur Kapazitätserweiterung erreicht worden. Angesichts des stetig steigenden Bedarfes wurde im Jahr 1998 die Zahl der Planplätze Maßregelvollzug von 74 auf 106, im Jahr 2000 nochmals auf 132 erhöht. In Thüringen werden zur Zeit 132 Planplätze für den Bereich Maßregelvollzug vorgehalten, davon 40 in Hildburghausen, 37 in Mühlhausen und 55 in Stadtroda. Dies hätte dem durchschnittlichen Bedarf von 1999 genügt, entspricht aber schon jetzt nicht mehr den Anforderungen.

Die bestehenden Kapazitäten im Maßregelvollzug des Freistaats Thüringen sind damit in keiner Weise ausreichend. Wegen der Aufnahmeverpflichtung kommt es gemessen an der baulichen und planerischen Kapazität zu Überbelegungen von je nach Station bis zu über 100 %. Dies führt zu äußerst beengten Wohnverhältnissen, schließt notwendige und sinnvolle Binnendifferenzierungen (z.B. nach Alter, Diagnosegruppe, Sicherheitsbedarf) aus und reduziert die räumlichen Möglichkeiten zur Therapie. Besondere Engpässe bestehen in den gesicherten und hochgesicherten Bereichen. Der Aufnahme-

verpflichtung kann kaum noch nachgekommen werden. Soweit weitere Überbelegungen in Kauf genommen werden müssen, geht dies zu Lasten der Sicherheit und der therapeutischen und wohnlichen Mindestanforderungen. Die Maßregelvollzugseinrichtungen haben jedoch keine Einflussmöglichkeiten auf die Anzahl der Aufnahmen. Diese ergeben sich ausschließlich aus den Urteilen der zuständigen Gerichte. Eine Unterbringung in anderen Ländern ist wegen der bundesweit bestehenden Überbelegung ausgeschlossen.

Zur Stichtagserhebung im Rahmen des 2. Berichtes zur Situation und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung zum 01.08.2000 wurden 142 belegte Plätze gemeldet. Am 02.11.2000 waren es 149 belegte Plätze, hinzu kamen 11 Personen, für die ein Einweisungsbeschluss vorlag, die aber wegen der Belegungsdichte noch nicht aufgenommen werden konnten.

Gemäß § 126a StPO untergebrachte Personen werden bei fehlender Kapazität im forensischen Bereich, wenn ein unvertretbares Sicherheitsrisiko für Mitpatienten ausgeschlossen werden kann, in geschlossenen allgemeinpsychiatrischen Stationen aufgenommen. Für diese Personen gelten Sicherheitsauflagen wie bei Untersuchungshäftlingen (Einschränkungen der Kommunikationsfreiheit: Besuche, Briefe, Telefon, sonstiger Informationsaustausch), deren Einhaltung im allgemeinen Stationsbetrieb nicht sichergestellt werden kann.

Bauliche Situation

Eine vom Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit eingesetzte ‚EXPERTENARBEITSGRUPPE MAßREGELVOLLZUG‘ legte im März 1997 nach eingehender Analyse einen Bericht vor (‘‘Maßregelvollzug in Thüringen Situation, Standards, Sofortmaßnahmen, Planung’’). Danach wurden ‘‘in den letzten Jahren (...) die Sicherheitsmaßnahmen in den Maßregelvollzugsstationen der Landesfachkrankenhäuser Hildburghausen, Mühlhausen und Stadtroda ständig verbessert.

Letztlich aber können die bestehenden Einrichtungen aufgrund ihrer Struktur und ihrer baulichen Ausstattung die zeitgemäßen Sicherheitsstandards noch nicht in allen Punkten erfüllen.’’ Der Expertenbericht empfiehlt Sofortmaßnahmen zur Verbesserung der Sicherung. Die Empfehlungen wurden aufgegriffen und inzwischen umgesetzt.

Seit dem 1. Thüringer Psychiatrieplan wurden bauliche Maßnahmen an allen drei Standorten mit einem Gesamtvolumen von ca. 5 Mio DM (2,56 Mio Euro) durchgeführt.

Dennoch bleibt die Einschätzung der o.g. Expertenkommission aktuell. Insbesondere vor dem Hintergrund der Überbelegung ist derzeit die notwendige Differenzierung in hochgesicherte und gesicherte Bereiche nicht konsequent durchzuhalten.

Die Planplätze Maßregelvollzug in Thüringen entsprechen einer Verhältniszahl von 5,39 Plätzen pro 100.000 Einwohnern. Bundesweit wird von einer notwendigen Verhältniszahl von 10 Plätzen pro 100.000 Einwohner ausgegangen. Dies entspräche für Thüringen einer Platzzahl von 240. Angesichts der in allen Ländern festzustellenden kontinuierlichen Zunahme von Einwei-

sungen in den vergangenen Jahren ist diese Zahl sehr vorsichtig geschätzt. Auch in Bundesländern, die diese Maßzahl bereits erreicht haben oder übersteigen, bestehen Ausbaupläne wegen der Überbelegung.

Der Freistaat Thüringen hat mit Kabinettsbeschluss vom 18.12.2000 zu Dringlichkeitsmaßnahmen zur Kapazitätserweiterung in Thüringer Maßregelvollzugseinrichtungen die Weichen für die zukünftige Entwicklung des Maßregelvollzuges gestellt. Unabhängig von der Frage des Trägerwechsels wurden unverzüglich Interimsmaßnahmen und Planungen von Neubauten in Angriff genommen. Ende 2002 soll nach einer Sofortbaumaßnahme in Mühlhausen eine Kapazitätserweiterung von ca. 22 Plätzen für Patienten nach § 63 StGB in Betrieb genommen werden. Die Planungen für Erweiterungs- und Ersatzneubauten an allen drei Standorten haben begonnen. Dabei soll auch den besonderen Erfordernissen hochzusichernder Patienten, Langzeitpatienten, Frauen und Abhängigkeitskranker von Drogen (im Unterschied zu Alkoholkranken) Rechnung getragen werden.

3.8.3.2 Handlungsvorschläge

- ❑ Neubaumaßnahmen sind an allen drei Standorten unumgänglich und aus humanitären, fachlichen und Sicherheitsgründen kurzfristig einzuleiten.
- ❑ Die Erhöhung der Platzkapazität besitzt äußerste Dringlichkeit. Es ist nicht zu erwarten, dass künftige Zugänge in vollem Umfang durch vorherige Entlassungen ausgeglichen werden können. Die Möglichkeiten der Überbelegung sind erschöpft. Im Hinblick auf die bedarfsgerechte Kapazitätsanpassung kommt den Neubauten an allen drei Standorten besondere Bedeutung zu.
- ❑ Reservekapazitäten sind erforderlich, da die Einrichtungen zu kurzfristigen Aufnahmen in der Lage sein müssen.
- ❑ Der Maßregelvollzug soll weiterhin an den bisherigen drei Standorten durchgeführt werden. Die spezielle Zuständigkeit für die forensische Behandlung suchtkranker Patienten (§ 64 StGB) des Fachkrankenhauses Hildburghausen ist sinnvoll und beizubehalten, da der spezielle Behandlungsbedarf und die Milieuanforderungen dieser Patientengruppe aufgrund der geringen Fallzahlen an mehreren Standorten wirtschaftlich nicht zu realisieren ist.
- ❑ Eine weitere Zentralisierung würde die Vorbereitung und Begleitung der Entlassung wegen der dann erheblichen Verkehrswege unvermeidbar erschweren. Die Kooperation mit entfernten Nachsorgeeinrichtungen würde wegen der Fahrwege minimiert. Entlassungen würden dadurch erschwert. Klientenkonzentrationen um den zentralen Standort herum mit den entsprechenden Akzeptanzproblemen in der Bevölkerung wären die Folge.
- ❑ Eine weitere Dezentralisierung ginge zu Lasten der notwendigen inneren Differenzierung.
- ❑ Die Arbeitsgruppe zur Planung der Ersatzneubauten geht von einem Bedarf von 260 Plätzen Maßregelvollzug für den Freistaat Thüringen aus, davon 100 Plätze für Patienten nach § 63 StGB in Mühlhausen, 80 Plätze

für Patienten nach § 63 StGB in Stadtroda und für Patienten nach § 64 StGB 80 Plätze in Hildburghausen.

- Der Vollstreckungsplan von 1991 sollte aktualisiert werden.

Nachsorge

Bei den Hilfen zur Reintegration besteht dringender Ausbaubedarf.

Maßnahmen der Nachsorge sind:

- Begleitung in die ambulante Versorgung, Probewohnen, Probearbeiten.
- Die psychiatrische Behandlung nach Entlassung sollte zeitweise in personeller Kontinuität durch Therapeuten des Maßregelvollzugs geleistet werden können (Institutsambulanz des Fachkrankenhauses § 118 SGB V; Finanzierung über die Krankenkassen; hier ist zu prüfen, ob die als Durchschnittswert ausgelegte Quartalspauschale zur Vergütung der Leistungen der Institutsambulanz auch eine zugehende Behandlung von Patienten aus einem größeren Versorgungsgebiet abdeckt). Die Versorgungsregionen der Einrichtungen des Maßregelvollzugs umfassen den halben (bezüglich § 63 StGB) oder ganzen (bezüglich § 64 StGB) Freistaat. Entsprechende Wegezeiten wären zu berücksichtigen.
- Einbeziehung von Mitarbeitern der nachsorgenden komplementären Einrichtungen in die Behandlung vor der Entlassung.
- Einzelfallbezogene fachliche Kooperation mit den Mitarbeitern der nachsorgenden komplementären Einrichtungen (insbesondere gemeinsame Eingliederungsplanung).

4 QUALITÄTSSICHERUNG UND -ENTWICKLUNG

4.1 Situation

Leistungs-, einrichtungs- und berufsgruppenbezogen werden Fragen der Qualität im gesamten Psychiatriebericht behandelt. Hier werden nur die leistungsbereichs-, einrichtungs- und berufsgruppenübergreifenden Qualitätsaspekte gemäß der Leitlinien (in Kapitel 2 dieses Berichts) aufgegriffen.

4.1.1 Nutzereinbeziehung auf der Arbeitsebene

Wie in anderen Dienstleistungsbereichen verstärkt Kundenorientierung propagiert wird, so hat auch im Bereich Gesundheitswesen und Behindertenhilfe eine deutliche Entwicklung zu partnerschaftlichem Umgang mit Patienten und Klienten stattgefunden. Behandlungs- und Rehabilitationsziele und -verfahren werden verhandelt, nicht nach Experteneinschätzung einseitig festgelegt. Der Therapeut versteht sich als fachkundiger Ratgeber, der Leistungen anbietet, nicht verordnet. Psychisch kranken und behinderten Menschen werden Wahlmöglichkeiten eingeräumt. Das Selbstbestimmungsrecht wird verstärkt geachtet.

Verbindliche Formen der Patienteneinbeziehung wie z.B. durch Behandlungsverträge, gemeinsam vereinbarte Hilfepläne usw. sind noch selten. Die Wahlmöglichkeit beschränkt sich zumeist auf die Auswahl zwischen vorgegebenen Alternativen.¹⁴³

4.1.2 Nutzereinbeziehung auf der Steuerungsebene

Psychisch Kranke und deren Angehörige als Hauptnutzer sozialpsychiatrischer Leistungen wirken seit einigen Jahren auch im Freistaat Thüringen kompetent an der Planung und Kontrolle des Hilfesystems mit.

Es handelt sich jedoch in der Regel nicht um entscheidungskompetente Gremien, sondern um informelle Beratungsgremien.

Verbindliche Einbeziehungsrechte (z.B. Anhörungsrecht ggf. mit Aufschubwirkung) bestehen kaum. Andere Nutzer von Dienstleistungen (z.B. Schüler, Studenten, Kunden von öffentlichen Nahverkehrsbetrieben) haben teilweise stärker abgesicherte Beteiligungsrechte.

4.1.3 Nutzerzufriedenheit

Der Versuch, den psychisch kranken Menschen in Bezug auf die Hilfeleistungen zufrieden zu stellen, dürfte zumindest als ein Aspekt der Entscheidungsfindung selbstverständlich sein.

¹⁴³ In Rheinland-Pfalz wird seit 1999 eine Form der Hilfeleistung für seelisch behinderte Menschen erprobt, die z.B. in den Niederlanden schon längere Tradition hat: das Klientenbudget. Bedarfsgerechte Geldbeträge werden den Hilfeempfängern ausgehändigt, die dann frei entscheiden können, bei wem und in welcher Form sie Leistungen abrufen. Persönliche Budgets werden auch im SGB IX vorgesehen.

Ein standardisiertes, regelmäßiges und dokumentiertes Verfahren zur Feststellung der Nutzerzufriedenheit ist jedoch nicht eingeführt.

4.1.4 Beschwerdemöglichkeiten

Grundsätzlich hat jeder Nutzer die Möglichkeit, sich bei Einrichtungsleitungen, Trägern oder Leistungsträgern über mangelhafte Leistungen oder fehlerhafte Behandlung zu beschweren. Oftmals werden dafür auch anonymisierte Möglichkeiten geschaffen.

Für neue oder abgewiesene Klienten sind mögliche Adressaten für Beschwerden nicht immer deutlich.

4.1.5 Transparenz und Erreichbarkeit der Hilfen

Die Kenntnis bestehender Hilfemöglichkeit ist Grundvoraussetzung für die Inanspruchnahme. Nutzer und vermittelnde Stellen außerhalb des psychiatrischen Feldes haben oft Schwierigkeiten, geeignete Hilfen herauszufinden.

Im Jahr 2000 ist ein Psychiatriewegweiser aufgelegt worden, der Orientierung ermöglicht und den Zugang zu psychiatrischen Ansprechpartnern erleichtert.

4.1.6 Dokumentation

Die Dokumentation spielt schon jetzt beim Zugang zu Hilfen, im Verlauf und bei der retrospektiven Qualitätskontrolle eine große Rolle. In allen Leistungsbereichen besteht Dokumentationspflicht. Diese wird in der Regel erfüllt.

Die Dokumentation ist jedoch weitestgehend auf die Bedürfnisse der Einrichtungen bzw. Träger und der jeweiligen Leistungsträger abgestimmt.

So kommt es vor, dass Klienten gleiche Angaben in jeder Einrichtung, eventuell bei jedem Therapeuten erneut machen müssen.

Einblick in die Dokumentation wird Klienten nur auf Nachfrage gewährt.

4.1.7 Gesundheitsberichterstattung zum Stand der Versorgung im Bereich Psychiatrie

Im Rahmen der Erstellung des 2. Berichtes zur Situation und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung wurden Erhebungsinstrumente für psychiatrische Kliniken und Abteilungen (Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie), für niedergelassene Fachärzte und ärztliche und psychologische Therapeuten, für komplementäre Einrichtungen und für ambulante Dienste erstellt.

Es wurde deutlich, dass ein großer Teil der Daten nicht routinemäßig festgehalten wird, sondern speziell zum Zweck der Psychiatrieberichterstattung ermittelt wurde.

Ein Teil der erhobenen Daten erhält erst relevante Aussagekraft, wenn sie über mehrere Jahre erhoben werden und Verläufe sichtbar werden.

4.1.8 Einrichtungs- und berufsgruppenübergreifende Fort- und Weiterbildung

Kooperation, Koordination und Verzahnung der Leistungen rücken als Mittel der Qualitäts- und Effizienzsteigerung in den Vordergrund.

In diesem Zusammenhang spielen einrichtungs- und berufsgruppenübergreifende Fort- und Weiterbildungen sowie strukturierter Fachaustausch über Einrichtungs- und Trägergrenzen hinweg eine große Rolle.

Diese Aufgaben wurden zunächst von der Koordinierungsstelle Weiterbildung in Thüringen im Bereich Psychiatrie übernommen, deren Aufbau durch eine Anschubfinanzierung des Landes ermöglicht werden konnte.

Trägerübergreifende Fort- und Weiterbildungen werden nunmehr überwiegend von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege angeboten.

4.2 Handlungsvorschläge

4.2.1 Nutzereinbeziehung auf der Arbeitsebene

- ❑ Die Einbeziehung der (potentiellen) Hilfeempfänger bei der Behandlungs- und Rehabilitationsplanung sollte obligatorisch werden. Mit dem „Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)“ hat die Aktion Psychisch Kranke, Bonn, ein Instrument und Verfahren entwickelt, das die gemeinsame Hilfeplanung erleichtert und strukturiert.
- ❑ Die Ergebnisse der Hilfeplanung sind im IBRP zu dokumentieren. Die Zustimmung des Klienten wird in der Regel durch Unterschrift belegt. Er erhält ein Exemplar des Bogens.
- ❑ Die Auswertung erfolgt ebenfalls gemeinsam mit dem Klienten. Das Ergebnis wird wiederum dokumentiert.
- ❑ Bei Einverständnis des Klienten sind in der Regel auch Angehörige und benannte Bezugspersonen an der Hilfeplanung zu beteiligen.

4.2.2 Nutzereinbeziehung auf der Steuerungsebene

- ❑ Die Mitwirkungsmöglichkeiten der Psychiatrie-Erfahrenen sind weiter auszubauen. Psychiatrie-Erfahrene sollten in allen relevanten Planungsgremien vertreten sein.
- ❑ Das Gleiche gilt für Angehörige psychisch Kranker.
- ❑ Die Landesverbände der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen sind (weiterhin) als Interessen- und Fachverbände zu werten und bei Experten- und Verbandsanhörungen entsprechend zu berücksichtigen.

4.2.3 Nutzerzufriedenheit

- ❑ Die Zufriedenheit der Hilfeempfänger mit der Behandlung und Rehabilitation sollte routinemäßig schriftlich abgefragt werden.
- ❑ Die Abfrage könnte in Form eines Fragebogens zur Klientenzufriedenheit erfolgen. Dieses Instrument könnte im Landesfachbeirat für Psychiatrie entwickelt werden.

4.2.4 Beschwerdemöglichkeiten

- ❑ In jedem Dienst und jeder Einrichtung sollten für Nutzer Beschwerdemöglichkeiten transparent sein.
- ❑ Im Rahmen der Gemeindepsychiatrischen Verbände sollten einrichtungsübergreifende Beschwerdemöglichkeiten geschaffen werden. Nach Möglichkeit sind dabei Psychiatrie-Erfahrene einzubeziehen.

4.2.5 Transparenz und Erreichbarkeit der Hilfen

- ❑ Eine Information nach Art des Psychiatriewegweisers sollte ständig verfügbar sein. Sie muss regelmäßig aktualisiert werden.

4.2.6 Dokumentation

- ❑ Hilfeempfänger sollten im Regelfall und nicht nur auf Nachfrage Einsicht haben in die Dokumentation der Zielbestimmung, der Absprache zur Vorgehensweise und der Zuständigkeiten (IBRP).
- ❑ Auch die Dokumentation der Leistungserbringung sollte dem Klienten jederzeit einsichtig sein.
- ❑ Die Anforderungen an Dokumentation sollten in Kernbereichen einrichtungs- und leistungsbereichsübergreifend angeglichen werden, um die Abstimmung der Leistungen aufeinander zu erleichtern und Mehrfachhebungen zu vermeiden.

4.2.7 Gesundheitsberichterstattung zum Stand der Versorgung im Bereich Psychiatrie

- ❑ Die Erhebungen im Rahmen des 2. Berichtes zur Situation und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung im Krankenhausbereich, im komplementären Bereich und bei ambulanten Diensten haben sich als praktikabel und aussagekräftig erwiesen. Die entsprechenden Daten sollten kontinuierlich auch in den Jahren erfasst werden, in denen kein Psychiatriebericht erstellt wird.
- ❑ Zusätzlich sollte eine Zugangs- und Abgangsstatistik eingeführt werden, die über zuweisende Stellen und vorherige Lebensform sowie über nach-

behandelnde/rehabilitierende oder pflegende Einrichtungen oder Dienste sowie die künftige Lebensform Auskunft gibt.

- Durch entsprechende Ausrichtung der EDV wird der Arbeitsaufwand der Einrichtungen bei der Datenerfassung minimiert.

4.2.8 Einrichtungen- und berufsgruppenübergreifende Fort- und Weiterbildung

- Ein selbst-finanziertes Tagungszentrum mit eigenen Angeboten zur sozialpsychiatrischen Fort- und Weiterbildung, zur Förderung des Austausches unter psychiatrischen Fachleuten, zur sozialpsychiatrischen Öffentlichkeitsarbeit und zur Förderung des Austausches unter Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen könnte aufgebaut werden.
- Der Kreis der an der Trägerschaft beteiligten Verbände sollte erweitert werden. Dabei sind auch Leistungsträger einzubeziehen.

Als Nutzer einer Fort- und Weiterbildungsstelle kommen vor allem alle Einrichtungsträger und Leistungsträger im Bereich Psychiatrie sowie deren Verbände in Frage. Die Träger der Einrichtungen sowie selbständige Leistungserbringer sind zur kontinuierlichen Fortbildung und zur sonstigen Qualitätssicherung verpflichtet und sind, eigenem Interesse und dieser Verpflichtung folgend, bereits vielfältig in Fortbildung und Qualitätssicherung engagiert. Der Kreis der regelmäßigen Nutzer einer Fort- und Weiterbildungsstelle sollte nicht eingeschränkt werden und kostendeckend an der Finanzierung beteiligt werden.

Weitere Voraussetzung einer breiten Akzeptanz ist ein hohes fachliches Niveau der Angebote.

5 KOORDINATION, STEUERUNG UND PLANUNG

Vor dem Hintergrund einer personenzentrierten Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen in ihrem Lebensfeld kommt der Kooperation und Koordination der psychiatrischen Hilfen ein zentraler Stellenwert zu. Dies betrifft zum einen die koordinierte Planung und Erbringung der Hilfen auf der Ebene der Klienten. Zum anderen betrifft dies jedoch auch die Absprachen, die Einrichtungen bzw. ihre Träger in einer Versorgungsregion (kreisfreie Städte und Landkreise) treffen sowie die „institutionalisierten“ Formen der Kooperation auf Kreisebene wie z.B. „Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften“ (PSAG) und andere Gremien. Zum dritten betrifft es auch Formen der Berichterstattung, Steuerung und Planung auf der Ebene der Kreise sowie insgesamt der koordinierten Versorgungsplanung und Steuerung auf Landesebene (vgl. BMG 1998).

5.1 Situation

Aus der Darstellung der einzelnen Versorgungsbereiche ergibt sich zusammenfassend, dass der klinisch-stationäre Bereich, der ambulante und ambulanz-komplementäre Bereich sowie der stationär-komplementäre Bereich in der klientenzentrierten Kooperation (Arbeitsteilung, Hilfeplanung) strukturelle Defizite aufweisen. Dies betrifft insbesondere die Vernetzung mit Versorgungsbereichen, die sich mit dem „psychiatrischen Hilfesystem“ überschneiden, wie z.B. die Suchtkrankenhilfe, Altenhilfe oder die Jugendhilfe. Dennoch sind hier Ansatzpunkte für eine Fortentwicklung vorhanden, was sich insbesondere an den Sozialpsychiatrischen Diensten sowie den Werkstätten für Behinderte zeigt.

Entscheidend für eine vernetzte personenzentrierte Versorgung ist jedoch die Ebene der einzelnen Versorgungsregionen, d.h. die Ebene der kreisfreien Städte und Landkreise. Hier stellt sich die Situation, gemessen und bewertet hinsichtlich der dort vorfindbaren Hilfeangebote, folgendermaßen dar¹⁴⁴:

Hinsichtlich verbindlicher Absprachen zur Arbeitsteilung ist die Situation in fünf kreisfreien Städten bzw. Landkreisen als „gut ausgeprägt“ zu bezeichnen, d.h. die überwiegende Mehrheit der dort ansässigen Einrichtungen hat derartige Absprachen getroffen. In weiteren fünf kreisfreien Städten und Landkreisen hat ca. die Hälfte der Einrichtungen Absprachen getroffen und in acht kreisfreien Städten und Landkreisen verfügt eine Minderheit der Einrichtungen über Absprachen. In weiteren fünf kreisfreien Städten und Landkreisen gibt es keine oder kaum Absprachen über eine Arbeitsteilung.

In zwei kreisfreien Städten und Landkreisen verfügen die dort ansässigen Einrichtungen in ihrer überwiegenden Mehrheit über Absprachen hinsichtlich einer einrichtungsübergreifenden Hilfeplanung und in fünf Kreisen ca. die Hälfte der Einrichtungen. In elf Kreisen hat jeweils eine Minderheit Absprachen getroffen und in fünf kreisfreien Städten und Landkreisen ist eine einrichtungsübergreifende Hilfeplanung nicht oder kaum vorhanden. Diese Absprachen sind jedoch in ihrer Mehrzahl nicht „institutionalisiert“, denn nur in fünf kreisfreien Städten oder Landkreisen ist eine „regionale Aufnahmekonfe-

¹⁴⁴ vgl. Anhang, Tabelle 108.

renz“ vorhanden. Ein einrichtungsübergreifendes „Case-Management“ ist in fünf Kreisen vorhanden¹⁴⁵.

Die institutionelle Kooperation und Vernetzung in Form von *kommunalen Gremien* in den Thüringer kreisfreien Städten und Landkreisen stellt sich uneinheitlich dar¹⁴⁶.

In insgesamt 19 Kreisen existiert eine Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) bzw. ein vergleichbares Gremium (z.B. Beirat, Arbeitskreis Psychiatrie). Diese Gremien werden z.T. ergänzt durch unterschiedliche fachspezifische Arbeitskreise wie zur Suchtkrankenhilfe oder - vereinzelt - zur gerontopsychiatrischen Versorgung. Hauptsächlich Aufgaben der PSAGen sind die institutionelle Koordination der Hilfen sowie der fachliche Austausch. In den Kreisen, in denen ein Beirat besteht, gehört auch Planung mit zum Aufgabenbereich.

Die Häufigkeit der Tagungen der PSAGen variiert beträchtlich. In zwei Kreisen gibt es monatliche Treffen der PSAGen und in fünf Kreisen bis zu sechs Treffen. In acht Kreisen treffen sich die Gremien weniger als sechsmal pro Jahr.

In 13 kreisfreien Städten und Landkreisen gibt es einen Koordinator, der in der Regel beim Sozialpsychiatrischen Dienst angesiedelt ist und die Arbeit der PSAG sowie die Versorgung insgesamt koordiniert. Bemerkenswert hierbei ist, dass in einem Fall eine Koordinationsstelle für drei Landkreise zuständig ist.

Neun kreisfreie Städte und Landkreise geben eine regionale Psychiatrieberichterstattung und elf Kreise eine regionale Psychiatrieplanung an¹⁴⁷. Diese regionale Berichterstattung und Planung erfolgen innerhalb der kommunalen Behindertenplanung bzw. im Zusammenhang mit der landesweiten Psychiatrieplanung.

Die unterschiedlichen Einrichtungen sind im überregionalen Zusammenhang in vielfältigen Gremien und Arbeitskreisen vertreten. Hier sind die bereichsspezifischen Gremien zu nennen, wie z.B. die der Krankenhäuser und Abteilungen, der Sozialpsychiatrischen Dienste, der Einrichtungen des „komplementären Bereichs“ sowie des Bereichs Arbeit oder die Gremien der Wohlfahrtsverbände.

Auf Landesebene wird eine Planungs- und Steuerungsfunktion entsprechend der unterschiedlichen sozialrechtlichen Grundlagen in erster Linie durch das *Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit* wahrgenommen. Dies betrifft sowohl den Bereich der klinischen Versorgung im Rahmen der Krankenhausplanung als auch den Bereich der komplementären Versorgung. Darüber hinaus wird die Planung im Zusammenhang mit dem Bereich „Arbeit“ oder mit angrenzenden Versorgungsbereichen (Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie) durch das TMSFG vorgenommen.

Eine Planung im Bereich der niedergelassenen Fachärzte und Psychotherapeuten erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringens.

¹⁴⁵ vgl. Anhang, Tabellen 108 und 109.

¹⁴⁶ vgl. Anhang, Tabelle 109.

¹⁴⁷ vgl. Anhang, Tabelle 110.

Seit Mitte 2000 hat in Thüringen eine „Besuchskommission“ gem. § 25 ThürPsychKG ihre Arbeit aufgenommen. Sie hat die Aufgaben:

- ❑ die stationäre Unterbringung, die Verpflegung und Kleidung psychisch Kranker sowie die allgemeinen Verhältnisse in den Einrichtungen zu überprüfen,
- ❑ mündliche und schriftliche Anregungen, Wünsche und Beschwerden von untergebrachten psychisch Kranken entgegenzunehmen und diesen, soweit möglich, an Ort und Stelle nachzugehen,
- ❑ sonstige schriftliche Anregungen, Wünsche und Beschwerden von untergebrachten psychisch Kranken zu überprüfen und auszuwerten,
- ❑ über die Durchführung von Maßnahmen zur Versorgung psychisch Kranker zu berichten und, soweit erforderlich, Maßnahmen anzuregen¹⁴⁸.

Im Februar 2002 wurde der Landesfachbeirat für Psychiatrie in Thüringen gegründet. Ein Landesfachbeirat für Psychiatrie, wie er in einigen Bundesländern bereits besteht¹⁴⁹, hat die Aufgaben der gesundheits- und sozialpolitischen Interessenvertretung und Meinungsbildung, Nutzbarmachung der Kompetenzen sowie zur Partizipation an der Vorbereitung und Abstimmung politischer Entscheidungen und Planungen.

Im Landesfachbeirat für Psychiatrie sind vertreten:

- ❑ Leistungsträger wie z.B. Sozialhilfeträger, Gesetzliche Krankenversicherung und Rentenversicherung und Arbeitsverwaltung
- ❑ Leistungserbringer, wie z.B. Krankenhäuser/Abteilungen, Kassenärztliche Vereinigung/Landesärztekammer, Wohlfahrtsverbände
- ❑ Verbände der Psychiatrie-Erfahrenen
- ❑ Verbände der Angehörigen
- ❑ Vertreter aus den Versorgungsregionen

Die Teilnahme der Beteiligten sowie Aufgaben und Kompetenzen des Landesfachbeirates für Psychiatrie sind durch eine Geschäftsordnung verbindlich geregelt. Die Federführung liegt beim Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit.

Insgesamt zeigt sich, dass in Thüringen - wie auch im übrigen Bundesgebiet - die Möglichkeiten der Kooperation und Koordination sowie insbesondere der Steuerung und Planung noch nicht hinreichend ausgeschöpft sind und dass es vielfältige Entwicklungspotentiale gibt. Dies betrifft die Koordinierung der Hilfen im regionalen Zusammenhang und die Möglichkeiten der Steuerung und Planung auf regionaler bzw. kommunaler Ebene, sowie auch die Verknüpfung der kommunalen und Landesebene sowie die Verknüpfung von unterschiedlichen Leistungsbereichen und Leistungsträgern.

¹⁴⁸ § 25 Abs. 2 Thüringer Gesetz zur Hilfe und Unterbringung psychisch Kranker (ThürPsychKG).

¹⁴⁹ Der Landesfachbeirat für Psychiatrie in Thüringen hat am 18. Februar 2002 seine Arbeit aufgenommen.

5.2 Handlungsvorschläge

Die große Heterogenität in den einzelnen Versorgungs- bzw. Funktionsbereichen innerhalb der psychiatrischen Versorgung erfordert eine aufeinander abgestimmte und transparente Struktur, damit die unterschiedlichen Interessen der beteiligten Akteure angemessen zur Geltung kommen können. Darüber hinaus ist es notwendig, gerade im Hinblick auf Kooperation und Koordination unterschiedlicher Bereiche eine Verbindlichkeit herzustellen, da nur so die vorhandenen Ressourcen durch „Synergieeffekte“ optimal genutzt sowie auch Veränderungen angemessen berücksichtigt werden können. Hierzu ist eine gewisse Formalisierung unerlässlich.

Insbesondere eine Steuerung im Hinblick auf Informations- und Entscheidungsprozesse sowie auch im Hinblick auf ökonomische Gegebenheiten macht es erforderlich, dass folgende Gremien und Instrumente geschaffen werden:

Landesebene

□ Regelmäßige Psychiatriedokumentation und -berichterstattung

Auf der Grundlage der zu diesem Psychiatriebericht durchgeführten Einrichtungserhebungen ist eine regelmäßige kreis- und landesbezogene Dokumentation einzuführen und in regelmäßigem Turnus (ca. zwei Jahre) als Bericht zu veröffentlichen. Eine solche Berichterstattung dient dem „Monitoring“ der Entwicklung des Hilfesystems sowie zur Erarbeitung fachlicher Grundlagen zur Fortentwicklung der Versorgung.

Psychiatriedokumentation bzw. Berichterstattung und Landesfachbeirat für Psychiatrie stehen in einem engen Verhältnis. Auf der Grundlage der Berichterstattung käme dem Landesfachbeirat die Aufgabe zu, Leitlinien, wie sie im vorliegenden Psychiatriebericht entwickelt wurden, fortzuentwickeln, vorhandene Entwicklungen zu bewerten, die daraus gewonnenen Erkenntnisse abzustimmen und in Zielstellungen und Maßnahmen umzusetzen bzw. hierfür Empfehlungen auszusprechen.

Weiterhin ist es auf Landesebene notwendig, die bestehenden für die psychiatrische Versorgung relevanten Fachempfehlungen, Richtlinien und Förderbedingungen fortzuentwickeln, so dass die Kooperation und Koordination der unterschiedlichen Leistungserbringer auf regionaler Ebene gefördert werden. Hierzu bieten die unterschiedlichen Vertragswerke, die im Zusammenhang mit den §§ 93 ff. BSHG gegenwärtig im Verhandlungsstadium sind, relevante Möglichkeiten. In derartigen Verträgen sollte u.a. geregelt werden:

- Eine verbindliche einrichtungsübergreifende personenzentrierte Hilfeplanung (IBRP) - auch im Zusammenhang mit einer Rehabilitations-Gesamtplanung (§ 46 BSHG).
- Die Gewährleistung einer einrichtungsübergreifenden Behandlungskontinuität im Rahmen eines „Case-Managements“.
- Die Verpflichtung zur Kooperation mit anderen Leistungserbringern in der Region.
- Die Verkoppelung von stationären und ambulanten Versorgungsformen und die Ermöglichung möglichst reibungsloser Übergänge im Rahmen eines „Wohnverbundes“.

Verbunden hiermit sind die Umstellung der Finanzierung der Einrichtungen insbesondere der Eingliederungshilfe auf eine „personenzentrierte Finanzierung“ sowie die Steuerung über Betreuungskontingente statt über ‚Plätze‘ mit festgelegten Leistungen (siehe Kap. 6).

Kommunale Ebene

Ein personenzentriertes, flexibles Angebot psychiatrischer Hilfen in den kreisfreien Städten und Landkreisen ist nur im Rahmen eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes, der eine Versorgungsverpflichtung für den Kreis übernimmt, zu gewährleisten. Neben den oben genannten Maßnahmen sind mit Blick auf Planungs- und Steuerungsgesichtspunkte nicht nur Gemeindepsychiatrische Verbünde zu etablieren, sondern die Klärung der Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten muss verbindlich erfolgen. Hierfür müssen die Voraussetzungen geschaffen werden:

- ❑ Auf Kreisebene ist jeweils ein Gremium zu schaffen, das dort als Vermittlungs-, Aushandlungs- und Planungsinstanz eine zentrale Steuerungsfunktion wahrnimmt. Hier kann z.T. an den in den Kreisen vorfindbaren Beiräten bzw. Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften angesetzt werden. Beteiligt werden sollten in diesen Gremien:
 - ❑ kommunale Ämter (Gesundheit, Soziales)
 - ❑ Verband der Psychiatrie-Erfahrenen
 - ❑ Verband der Angehörigen psychisch Kranker
 - ❑ Leistungserbringer bzw. deren Träger
 - ❑ Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft.

Aufgaben dieser Gremien werden zunächst darin bestehen müssen, Möglichkeiten und Wege zur Bildung Gemeindepsychiatrischer Verbünde aufzuzeigen sowie hierzu verbindliche Kooperationsvereinbarungen zu entwickeln. Darüber hinaus gehören jedoch - in Verbindung mit der oben genannten Dokumentation - auch die Erstellung von regionalen Psychiatrieberichten und Leitlinien, Ziele und Empfehlungen für die Fortentwicklung der Versorgung, insbesondere in Abstimmung mit angrenzenden Bereichen (Sucht, Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie) zu den Aufgaben dieser Gremien. Die Verbindlichkeit der Zusammenarbeit in einem solchen Gremium sowie dessen Kompetenzen sollte durch eine Geschäftsordnung geregelt werden. Dies betrifft insbesondere die Beteiligung im Hinblick auf Planungsprozesse bzw. der Schaffung neuer Angebote.
- ❑ Die Psychiatriekoordination sollte als eine wichtige Funktion (Psychiatriekoordinator) der kommunalen Versorgung, Vernetzung und Fortentwicklung in sämtlichen Landkreisen und kreisfreien Städten Thüringens implementiert werden. Der Psychiatriekoordinator kommt eine wichtige Vermittler- und Scharnierfunktion zwischen Verwaltung, politischer Entscheidung und den Versorgungsbeteiligten zu sowie in der „Geschäftsführung“ des genannten kommunalen Gremiums. Darüber hinaus ist die Vernetzung mit angrenzenden Versorgungsbereichen (z.B. Suchtbereich) eine Aufgaben der Koordinatoren. Für die Psychiatriekoordination sollte

eine landesweit verbindliche Aufgaben- und Kompetenzbeschreibung erstellt werden.

Verknüpfung von Landes- und kommunaler Ebene

Zur Verbesserung der Abstimmung zwischen Planungs- und Steuerungsaktivitäten auf der Landesebene mit denen auf kommunaler Ebene ist vor allem notwendig:

- ❑ der fachliche Austausch der kommunal Verantwortlichen für die Koordination der Hilfen,
- ❑ die Wahrnehmung einer fachlichen Vermittlungs- und Scharnierfunktion zwischen Landesebene und kommunaler Ebene,
- ❑ eine vergleichbare Versorgungsstruktur und -qualität in den kreisfreien Städten und Landkreisen zur Vermeidung regionaler Disparitäten,
- ❑ die Vermittlung der landesweiten Planungsvorgaben auf der regionalen Ebene bzw. die Aggregation kommunaler Vorgaben.

Hierzu bietet sich insbesondere eine punktuelle Einbeziehung der kommunalen Ebene bzw. der Koordinatoren in den „Landesfachbeirat für Psychiatrie“ an, z.B. dann, wenn wichtige Planungsziele zu definieren sind.

Die Empfehlungen im Hinblick auf den Landesfachbeirat für Psychiatrie, die kommunalen Gremien und die Funktion des Psychiatriekoordinators sollten im Rahmen einer Novellierung des Thüringer Gesetzes zur Hilfe und Unterbringung psychisch Kranker (ThürPsychKG) aufgegriffen werden.

6 SCHWERPUNKTE DER ZUKÜNFTIGEN ENTWICKLUNG

Der dringendste Investitionsbedarf besteht im Maßregelvollzug. Hier sind sowohl Kapazitätserweiterungen als auch bauliche Veränderungen unumgänglich (siehe Kap. 3.8.3).

Der dringendste Vereinbarungsbedarf besteht im Bereich Eingliederungshilfe. Hier sind über Rahmenverträge nach § 93 d BSHG Entwicklungen von angebots- und einrichtungsorientierter zu bedarfs- und personenzentrierter Leistungserbringung und Finanzierung anzubahnen (siehe Kap. 3.6.2).

Der dringendste Steuerungsbedarf besteht auf der Einzelfallebene. Durch integrierte, zielorientierte und lebensfeldorientierte Behandlungs-, Rehabilitations- und Hilfeplanung (statt Zuordnung zu Einrichtungen) sind Effektivität und Effizienz der Leistungserbringung zu stärken und der bedarfsgerechte Einsatz der Ressourcen sicherzustellen (siehe Kap. 4.2.1 und 5.2).

Der dringendste Reformbedarf besteht im AG-BSHG. Die Zuständigkeit für ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfe zur Teilhabe/Eingliederungshilfe muss zusammengeführt werden (siehe Kap. 3.6.2.2).

Der dringendste Umgestaltungsbedarf besteht im Bereich Heimversorgung. Im Pflege- und Eingliederungsbereich ist dem Vorrang ambulanter vor stationärer Hilfe Geltung zu verschaffen (siehe Kap. 3.6.1.5 und 3.6.2.1).

Der dringendste Kooperationsbedarf besteht im Schnittbereich psychiatrischer und nicht-psychiatrischer Hilfen, insbesondere der Kinder- und Jugend-

hilfe und der Altenhilfe. Hier soll zur Zusammenarbeit motiviert werden, damit nach Möglichkeit Wechsel in psychiatrische Spezialeinrichtungen vermieden werden (siehe Kap. 3.8.1.2 und 3.8.2.2).

Der dringendste Koordinationsbedarf besteht auf kommunaler Ebene. Durch Auf- bzw. Ausbau Gemeindepsychiatrischer Verbände und der zentralen Positionierung kommunaler Sozialpsychiatrischer Dienste ist die regionale Bedarfsdeckung abzusichern (siehe Kap. 3.6.2.3).

Der dringendste Gesprächsbedarf besteht gegenüber den gesunden Mitbürgern. Durch Fortschreiten vom Dialog der Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Professionellen zum erweiterten Austausch mit verunsicherten, verärgerten, hilfsbereiten oder interessierten Mitbürgern sind Stigmatisierung, Ausgrenzung und Selbstisolation in Richtung Akzeptanz, Integration und adäquater Auseinandersetzung zu wenden.

7 LITERATURVERZEICHNIS

- BOCK, T./DERANDERS, J.E./ESTERER, I. 1996
Stimmenreich. Mitteilungen über den Wahnsinn. Psychiatrieverlag: Bonn.
- BRILL, K.-E. 1991
Selbsthilfegruppen und –organisationen. Ein Tabu durchbrechen, in: BOCK, T./WEIGAND, H (Hg): Handwerksbuch Psychiatrie, Psychiatrieverlag: Bonn.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) (Hg.) 1998
Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Bericht zum Forschungsprojekt des BMG, Schriftenreihe des BMG, Band 116, Baden-Baden.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG) (Hg.) 1999
Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung, Baden Baden.
- DÖRNER, K.; PLOG, U. 1996
Irren ist menschlich - Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie, Bonn.
- EXPERTENARBEITSGRUPPE MAßREGELVOLLZUG 1997
Maßregelvollzug in Thüringen Situation, Standards, Sofortmaßnahmen, Planung, Bericht im Auftrag des Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit, Erfurt.
- EXPERTENKOMMISSION 1988
Empfehlung der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung, Bonn.
- FACHEMPFEHLUNGEN 1997
Fachempfehlungen des Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit und der LIGA der freien Wohlfahrtspflege in Thüringen für die Arbeit und Struktur Psychosozialer Kontakt- und Beratungsstellen auf der Grundlage des Thüringer PsychKG, Stand 11/97.
- KAUDER, V., AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) 1997
Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Kurzfassung des Berichts zum Forschungsprojekt des BMG, Bonn.
- KUNZE,H., POHL, J., KRÜGER, U. 1998
Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 99, Baden-Baden.
- PAULUS, H.J.; JÜPTER, M.; HÜNDLINGS, A.; GASTPAR, M. 2000
Integrierte gerontopsychiatrische Versorgung – das Essener Modell, in: psycho 26/2000, S. 396 – 399.

BERICHT ÜBER DIE LAGE DER PSYCHIATRIE IN DER BUNDESREPUBLIK
DEUTSCHLAND – ZUR PSYCHISCHEN UND
PSYCHOTHERAPEUTISCHEN/PSYCHOSOMATISCHEN VERSORGUNG DER
BEVÖLKERUNG- (PSYCHIATRIE-ENQUÊTE 1975) DRUCKSACHE 7/4200

RAHN, E.; MAHNKOPF, A. 1999
Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf, Bonn.

RICHTLINIEN 1994
Richtlinien für die Förderung nichtinvestiver sozialer Maßnahmen zur
Durchführung des betreuten Wohnens für Behinderte und Sucht-
kranke, in: Thüringer Staatsanzeiger Nr. 29/1994.

TÖLLE, R 1999
Psychiatrie - einschließlich Psychotherapie, Berlin/Heidelberg/New
York.

THÜRINGER LANDESAMT FÜR STATISTIK (Hg.) 2000 a
Statistisches Jahrbuch Thüringen, Erfurt.

THÜRINGER LANDESAMT FÜR STATISTIK 2000 b
Statistischer Bericht. Entwicklung der Bevölkerung Thüringens von
1998 bis 2020 nach Kreisen - Bevölkerungsvorausberechnung, Er-
furt.

THÜRINGER LANDESPFLEGEPLAN 1999
4. Thüringer Landespflegeplan, in: Thüringer Staatsanzeiger Nr.
31/1999.

TMSFG 1994
Fachempfehlungen für die Arbeit und Struktur der Sozialpsychiatri-
schen Dienste an den Gesundheitsämtern auf der Grundlage des
Thüringer PsychKG, Stand 12/94.