SACHSEN-ANHALT

Ministerium für
Arbeit, Soziales und
Integration

Bestandsanalyse, Prognose und Handlungsempfehlungen zur Versorgung von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen im Land Sachsen-Anhalt unter Berücksichtigung demografischer und regionaler Entwicklungen

Abschlussbericht

im Auftrag des
Ministeriums für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt

FOGS

FOGS
Gesellschaft für
Forschung und Beratung
im Gesundheits- und
Sozialbereich

Prälat-Otto-Müller-Platz 2
50670 Köln
Tel.: 0221 973101-0
Fax: 0221 973101-11

E-Mail: kontakt@fogs-gmbh.de
www.fogs-gmbh.de

Bearbeitet durch:
Prof. Dr. Rudolf Schmid
Martina Schu
Gianna Cannizzaro

Köln, im Dezember 2018
Projekt 927/2017

Inhaltsverzeichnis:

Kap.		Seite
TEIL I	1	
AUFTRAG UND RAHMENSETZUNGEN		1
1	AUFTRAG UND ZIELSETZUNG	1
1.1	Ausschreibung des Auftrags und Leistungsbeschreibung	1
1.2	Umsetzung des Auftrags, Arbeitsorganisation und Durchführung	2
1.3	Sekundäranalyse	3
1.4	Befragung von Kommunen, Einrichtungen und Betroffenen	4
1.5	Workshops	7
1.6	Begleitgremium	8
1.7	Zu Ausrichtung und Aufbau des Berichts	9
2	GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE VERSORGUNG VON PSYCHISCH KRANKEN UND (SEELISCH) BEHINDERTEN MENSCHEN	10
2.1	Aktuelle Rahmensetzungen auf Bundesebene	12
2.2	Rahmensetzung auf Ebene des Landes Sachsen-Anhalt	20
3	EPIDEMIOLOGIE: PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN IN DER BEVÖLKERUNG	22
3.1	Das Krankheitsspektrum allgemein	23
3.2	Zu Zahl und Verteilung psychischer und Verhaltensstörungen: Altersstufenbezogener Überblick	24
3.2.1	Kinder und Jugendliche	24
3.2.2	Erwachsene Bevölkerung	26
3.2.3	Anmerkungen zu psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter	27
3.3	Psychische Erkrankungen in Abhängigkeit von Geschlecht, soziostrukturellen und regionsspezifischen Merkmalen	29
3.3.1	Geschlechterbezogene Unterschiede	29
3.3.2	Psychische Erkrankungen bei geistig behinderten Personen	30
3.3.3	Psychische Erkrankungen unter dem Aspekt Migration	32
3.3.4	Zur sozialschichtsbezogenen und regionalen Varianz von psychischen Erkrankungen	34
3.3.5	Psychische Erkrankungen bei Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit – Frühberentung	36
3.4	Bewertung der epidemiologischen Daten – Schlussfolgerungen zu Inanspruchnahme und Vorhaltung von Versorgungsangeboten	37
4	SACHSEN-ANHALT: STRUKTUR – BEVÖLKERUNG – ANMERKUNGEN ZUR BISHERIGEN ENTWICKLUNG DER PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG	41
4.1	Bevölkerung: Stand und Prognose bis zum Jahr 2030	43
4.1.1	Bevölkerung im Bezugsjahr 2016	43
4.1.2	Bevölkerungsprognose bis zum Jahr 2030	46

4.2 Anmerkungen zur bisherigen Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt 48
4.3 Die Versorgungstruktur in Sachsen-Anhalt im Ländervergleich zum Zeitpunkt 2015/2016 52

TEIL II 54

ERGEBNISSE DER BESTANDSANALYSE FÜR SACHSEN-ANHALT 54

5 DER AMBULANTE BEREICH: BEHANDLUNG, VERSORGUNG UND HILFEN, BERATUNG 55
5.1 Ärztliche und psychotherapeutische Versorgung 55
5.1.1 Der niedergelassene, vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Bereich 55
5.1.2 Psychiatrische Institutsambulanzen 58
5.1.3 Sozialpädiatrische Zentren 60
5.1.4 Fallzahl und -struktur im niedergelassenen ärztlichen und psychotherapeutischen Bereich 60
5.1.5 Anmerkung zur Fallstruktur bei Psychiatrischen Institutsambulanzen 66
5.1.6 Zu Altersstufe und Diagnose 67
5.2 Sozialpsychiatrische und Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste 69
5.2.1 Sozialpsychiatrische Dienste 70
5.2.2 Kinder- und jugendpsychiatrische Dienste 74
5.3 Ambulante Psychiatrische Pflege – Soziotherapie 75
5.4 Zur Rolle der Hausärztlichen Versorgung 78
5.5 Angebote der Beratung, Information und Vermittlung 79
5.5.1 Örtliches Teilhabemanagement 83
5.5.2 Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) 83
5.5.3 Ehe-, Familien-, Lebens- und Erziehungsberatungsstellen (EFLE) 84
5.5.4 Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern 86
5.5.5 Suchtberatung 87
5.5.6 Beratung im Kontext Migration und Flucht - PSZ 87

6 STATIONÄRER UND TEILSTATIONÄRER BEREICH 88
6.1 Kliniken und Tageskliniken für Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie 88
6.2 Zur Fallstruktur der vollstationären Behandlung 92
6.3 Zur psychosomatischen Versorgung 96
6.4 Werden alle psychisch kranken Menschen in Fachkliniken behandelt? 99
6.5 Merkmale und Einschätzungen der Kliniken zu Versorgungsgegebenheiten 99
6.5.1 Kliniken für Erwachsene 99
6.5.2 Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) 102
6.6 Medizinische Rehabilitation psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen – Rehabilitationseinrichtung für Psychisch Kranke RPK 103
6.6.1 Ausgangs- und Problemlage 103
6.6.2 Zur medizinischen Rehabilitation 105
6.6.3 Rehabilitationseinrichtung für Psychisch Kranke (RPK) 107

7 TEILHABE 108
7.1 Tagesgestaltung 109
7.2 Wohnen 116

7.3	Arbeit und Beschäftigung	127
7.3.1	Integrationsämter und Integrationsfachdienste (IFD)	128
7.3.2	Arbeits- und Beschäftigungsangebote	131
7.3.3	Modellprojekte	140
8	SCHNITTSTELLEN DER VERSORGUNG VON PSYCHISCH KRANKEN UND SEELISCH BEHINDERTEN MENSCHEN MIT DER SUCHTHILFE, DER VERSORGUNG GEISTIG BEHINDERTER MENSCHEN UND MIT DEM MAßREGELVOLLZUG	143
8.1	Versorgung suchtkranker Menschen mit psychischen Störungen	143
8.1.1	Zum System der Suchthilfe	145
8.1.2	Medizinische Beratung, Behandlung und Rehabilitation	147
8.1.3	Suchtselbsthilfe	149
8.1.4	Vernetzung	149
8.2	Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung	150
8.3	Maßregelvollzug: Schnittstelle zur allgemeinpsychiatrischen Versorgung	152
9	PARTIZIPATION UND SELBSTHILFE	155
9.1	Patient*innenrechte und Partizipation	156
9.2	Unabhängige Beschwerdestellen und Fürsprecher*innen	161
9.3	Barrierefreiheit	165
9.4	Einbezug von Peers und EX IN	169
9.5	Selbsthilfeförderung	172
9.6	Selbsthilfekontaktstellen	173
9.7	Selbsthilfe	175
9.8	Stärken und Entwicklungsbedarfe	179
10	PLANUNG UND STEUERUNG, KOORDINATION UND KOOPERATION	180
10.1	Zur Notwendigkeit von Planung und Steuerung – Rahmensetzungen und Maßstäbe	180
10.2	Planung und Steuerung: Aktueller Sachstand	184
TEIL III	189	
EMPFEHLUNGEN		189
11	BEWERTUNG UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN – PROGNOSEHORIZONT 2030	190
11.1	Maßstab, Kriterien und Leitlinien	190
11.2	Prognosehorizont 2030 – landesweite Entwicklungen, Auswirkungen und übergreifende Empfehlungen	191
11.2.1	Folgen für die psychiatrische Planung	192
11.2.2	Werden psychische Erkrankungen häufiger werden?	195
11.3	Spezielle Handlungsempfehlungen zu einzelnen Bereichen der Versorgung	197
11.3.1	Ambulanter Bereich	197
11.3.2	Stationärer und teilstationärer Bereich	199
11.3.3	Teilhabe, Arbeit, Wohnen	200

11.3.4	Sucht und Psychiatrie	203
11.3.5	Geistig behinderte Menschen mit psychischen Erkrankungen	204
11.3.6	Empfehlungen zu Maßregelvollzug und Psychiatrie	205
11.3.7	Partizipation und Barrierefreiheit	207
11.3.8	Planung und Steuerung: Vorschläge zum Vorgehen	210
11.3.9	Abschließende Bermerkungen	216
12	LITERATURVERZEICHNIS	218
13	GLOSSAR	231

Tabellenverzeichnis

Tab.		Seite
Tab. 1:	Bevölkerung am 31.12.2016 nach Altersgruppen	44
Tab. 2:	Bevölkerung 2016 nach Geschlecht	45
Tab. 3:	Bevölkerung 2016 nach Staatsbürgerschaft	46
Tab. 4:	Bevölkerungsprognose nach Kreisen 2015, 2025 und 2030 – bei Annahme moderater Zuwanderung	47
Tab. 5:	Bevölkerungsprognose nach Altersgruppen 2014, 2025 und 2030 – bei moderater Zuwanderung	48
Tab. 6:	Versorgungsbezogener Vergleich Bundesgebiet mit Land Sachsen-Anhalt (LSA) zum Stand: 31.12.2015	53
Tab. 7:	Ärztliche und psychotherapeutische Versorgung im niedergelassenen Bereich	56
Tab. 8:	Ärztliche und psychotherapeutische Versorgung im niedergelassenen Bereich für Kinder und Jugendliche	57
Tab. 9:	Einwohnerzahl pro niedergelassene Fachpraxis in Sachsen-Anhalt und in Deutschland (Bezugsjahr: 2015)	58
Tab. 10:	Psychiatrische/Psychosomatische Institutsambulanzen (PIA)	59
Tab. 11:	Diagnosen: Psychische und Verhaltensstörung im kassenärztlichen Bereich insgesamt (alle Fachgruppen) im Jahr 2016	61
Tab. 12:	Diagnosen: Psychische und Verhaltensstörung im fachärztlichen Bereich im Jahr 2016	63
Tab. 13:	Diagnosen: Psychische und Verhaltensstörung im fachpsychotherapeutischen Bereich im Jahr 2016	64
Tab. 14:	Diagnosen: Psychische und Verhaltensstörung im fachärztlichen Bereich im Jahr 2016 bezogen auf Altersgruppe und Geschlecht	65
Tab. 15:	Diagnosen: Psychische und Verhaltensstörung im fachpsychotherapeutischen Bereich im Jahr 2016 bezogen auf Altersgruppe und Geschlecht	66
Tab. 16:	Diagnosen und Altersverteilung (2017):Benennung der Altersgruppe, in der die Diagnose vor allem auftritt	67
Tab. 17:	Sozialpsychiatrischer Dienst und Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst	70
Tab. 18:	Sozialpsychiatrischer Dienst: Verteilung der Fallzahlen nach Hauptdiagnosen	72
Tab. 19:	Verteilung APP und Soziotherapie bezogen auf die Gebietskörperschaften	77
Tab. 20:	Beratungsstellen und Beratungsangebote, Anzahl	81
Tab. 21:	Kliniken und Plan-Bettenzahlen	89
Tab. 22:	Tageskliniken und Platzzahlen	91
Tab. 23:	Krankenhausfälle im Jahr 2016 nach F-Diagnosen (ICD-10), Anzahl und Prozentanteil	93
Tab. 24:	Stationäre Fallzahl (F00-F99, ICD-10) pro Altersstufe und pro 100.000 EW im Jahr 2016	94

Tab. 25:	Vollstationäre Fallstruktur: Ausgewählte Merkmale für 34.730 Fälle (2015) und Zeitreihe 2000 bis 2015	95
Tab. 26:	Reha-Kliniken mit Ausrichtung auf suchtkranke Menschen	105
Tab. 27:	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von psychischen und Verhaltensstörungen nach Geschlecht für die Jahre 2000 und 2016	106
Tab. 28:	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht für die Jahre 2000 bis 2016	106
Tab. 29:	Einrichtungen zur Rehabilitation Psychisch Kranker (RPK) – Standorte und Platzzahl	107
Tab. 30:	Kontakt- und Begegnungsstätten für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen	109
Tab. 31:	Tagesstätten für seelisch Behinderte pro Gebietskörperschaft	111
Tab. 32:	Geschlecht, Altersverteilung und Migrationshintergrund der Klientel in Tagesstätten	113
Tab. 33:	Ambulante Gruppenmaßnahmen (AGM) pro Gebietskörperschaft	114
Tab. 34:	Geschlecht, Altersverteilung und Migrationshintergrund der Klientel im Ambulant Betreuten Wohnen	117
Tab. 35:	Stationäre Wohneinrichtungen/Wohnangebote für seelisch Behinderte	119
Tab. 36:	Geschlecht, Altersverteilung und Migrationshintergrund der Klientel in stationären Wohneinrichtungen	120
Tab. 37	Geschlecht, Altersverteilung und Migrationshintergrund der Klientel „Wohnverbund“	122
Tab. 38:	Spezialeinrichtungen zur Versorgung von Menschen mit schweren gerontopsychiatrischen Veränderungen	124
Tab. 39:	Standorte Integrationsamt und Integrationsfachdienste in Sachsen-Anhalt	129
Tab. 40:	Berufliche (Wieder-)Eingliederung gemäß § 51 SGB IX	132
Tab. 41:	Unterstützte Beschäftigung: Anbieter individuelle betriebliche Qualifizierung	133
Tab. 42:	Inklusionsbetriebe/-abteilungen und Neugründungen	134
Tab. 43:	Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)	136
Tab. 44:	Geschlecht, Altersverteilung und Migrationshintergrund der Klientel in WfbM	137
Tab. 45:	Wohneinrichtungen, die Klient*innen aus dem MRV aufnehmen	154
Tab. 46:	Vorhandensein von Psychiatriekoordination, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft, Pläne pro Gebietskörperschaft	185

Abbildungsverzeichnis

Abb.		Seite
Abb. 1:	Online-Forum für Betroffene und Angehörige	7
Abb. 2:	Verteilung der Angebote an Beratung, Information und Vermittlung	82
Abb. 3:	Verteilung der Tagesstätten und Ambulanten Gruppenmaßnahmen in Sachsen-Anhalt	115
Abb. 4:	Beteiligungsmöglichkeiten für Betroffene in Einrichtungen	160
Abb. 5:	Beschwerdestellen/-möglichkeiten, Fürsprecher*innen	163
Abb. 6:	Behinderungsbezogene Hilfen	166
Abb. 7:	Sprachbezogene Hilfen	167
Abb. 8:	Hilfen bei kognitiven Einschränkungen	168
Abb. 9:	Einsatz von Peers in den Einrichtungen im März 2018	171
Abb. 10:	Verteilung Selbsthilfegruppen in den Gebietskörperschaften	177
Abb. 11:	Regelmäßige Kooperation mit Selbsthilfe bzw. Präsenz von SHG in Einrichtungen	178

TEIL I

AUFTRAG UND RAHMENSETZUNGEN

1 Auftrag und Zielsetzung

1.1 Ausschreibung des Auftrags und Leistungsbeschreibung

Das Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt (nachfolgend: MS bzw. Auftraggeber) hat die Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH (FOGS GmbH) in Köln (FOGS bzw. Auftragnehmer) nach einem Ausschreibungsverfahren Ende Oktober 2017 mit der „Bestandsanalyse, Prognose und Handlungsempfehlungen zur Versorgung von psychisch kranken und (seelisch) behinderten Menschen im Land Sachsen-Anhalt unter Berücksichtigung demografischer und regionaler Entwicklungen“ beauftragt.

Die letzte landesweite Erhebung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Sachsen-Anhalt hat im Jahr 1996 stattgefunden. Im Rahmen der aktuellen Untersuchung bildet deshalb eine aktuelle Bestandsanalyse der gesamten Versorgungsangebote im Land den Schwerpunkt der Arbeit. Des Weiteren ist auf Basis der 6. Bevölkerungsprognose Sachsen-Anhalt von 2014 bis 2030 eine Prognose zu erstellen, welche Versorgungsstrukturen bis zum Jahr 2030 vorhanden sein sollen, um eine nachhaltige und effektive Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Schließlich sollen Handlungsempfehlungen zu zukünftigen Versorgungsstrukturen auf kommunaler und Landesebene abgeleitet werden.

Die Leistungsbeschreibung des MS verknüpfte mit der Durchführung der Bestandsaufnahme eine inhaltlich weit gespannte Aufgabenstellung, im Einzelnen:

- *Literaturrecherche* hinsichtlich wissenschaftlicher Untersuchungen im Land Sachsen-Anhalt
- *Wissenschaftliche Analyse* der Versorgungssituation zum jetzigen Zeitpunkt unter Einbeziehung relevanter Untersuchungsfelder, insbesondere zu den derzeitig vorhandenen Strukturen und deren Inanspruchnahme
- *Aufzeigen von Versorgungslücken*, sowohl in quantitativer (z. B. Kapazitäten, regionale Verteilung, Wartezeiten) als auch in qualitativer Hinsicht.

Als wesentliche *Untersuchungsfelder* wurden in der Leistungsbeschreibung genannt:

- *Psychiatrische Erkrankungen/Seelische Behinderungen* Entwicklungsverläufe und Bewertung derselben sowie hauptsächliche Diagnosen
- *Versorgungsstrukturen* in Sachsen-Anhalt differenziert nach Krankenhaussektor, Ambulantem Sektor, Rehabilitation und Arbeitsangebote, Wohnen, Tagesstruktur, Niedrigschwellige Angebote, Angehörigen- und Selbsthilfegruppen
- *Kinder und Jugendliche* mit Blick auf Versorgungsangebote und künftige Bedarfe für psychisch kranke sowie seelisch behinderte Kinder und Jugendliche inkl. Übergangsmanagement und nachsorgende Betreuung; Jugendhilfe als Schnittstelle
- *Sozialpsychiatrische Dienste* hinsichtlich der Entwicklung von Aufgabenspektrum, personeller Ausstattung und Qualifikationsprofil der (leitenden) Beschäftigten
- *Psychiatriekoordination und Psychiatrieplanung*: Vorhandensein von Psychiatriekoordination und Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften sowie von Psychiatrieplanung in Landkreisen und kreisfreien Städten inkl. der Einbettung in die kommunalen Verwaltungsstrukturen
- *Gemeindepsychiatrische Versorgung* auf kommunaler Ebene im Hinblick auf das Vorhandensein gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen bzw. gemeindepsychiatrischer Verbünde

- *Selbsthilfe:* Selbsthilfestrukturen und Angebote für Angehörige psychisch kranker Menschen im lokalen, regionalen und landesweiten Kontext und deren Einbindung in Netzwerkstrukturen, Selbsthilfekontaktstellen
- *Demenzkranke*: ambulante und stationäre Versorgungsangebote für demenzkranke und vergleichbar psychisch veränderte Menschen im Pflegebereich und in der Gerontopsychiatrie sowie Beschreibung des künftigen Bedarfs an entsprechenden Angeboten
- *Geflüchtete Personen*: spezielle Angebote für geflüchtete Menschen sowie deren Inanspruchnahme
- *Barrierefreiheit:* Zugänglichkeit und spezielle Angebote für Menschen mit Behinderungen
- *Schnittstelle Sucht*: Übersichten zu niedrigschwelligen Angeboten, ambulanten, teil- und vollstationären Einrichtungen sowie der medizinischen Rehabilitation
- *Arbeit:* spezielle Einrichtungen für die berufliche Teilhabe und Förderung, WfbM und Inklusionsbetriebe/-abteilungen.

Für diese Untersuchungsfelder sollen folgende Differenzierungskriterien gelten:

- *Regionale Verteilung*: Differenzierung nach Landkreisen und kreisfreien Städten
- *Alter* (nach den Zielgruppen Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre, Erwachsene bis 65 und Menschen ab 65 Jahren), *Geschlecht* und *Migrationshintergrund*
- *Barrierefreiheit* (Gewährleistung des Schutzes vor Benachteiligung bzgl. baulichen Gegebenheiten, sprachlichen und krankheits- bzw. behinderungsbedingen Barrieren).

Anknüpfend an die Ergebnisse der Bestandsanalyse und der 6. Regionalisierten Bevölkerungsprognose bis 2030 ist im zweiten Aufgabenbereich zu untersuchen, welche Diagnosen und Behandlungsformen künftig im Vordergrund stehen werden sowie zu prognostizieren, wie sich der Bedarf an psychischen Versorgungseinrichtungen bis zum Jahr 2030 vor dem Hintergrund veränderter aktueller bundesgesetzlicher Rahmenbedingungen (u. a. PsychVVG, BTHG, PSG II und III) entwickeln wird.

Im Rahmen des dritten Aufgabenbereichs sind, abgeleitet aus der Bestandsanalyse und den prognostischen Bedarfsaussagen, *Handlungsempfehlungen* zu erarbeiten, wie eine nachhaltige und effektive Versorgung der Bevölkerung in Sachsen-Anhalt erhalten bzw. ausgebaut werden kann. Dabei soll es auch um Versorgungslücken und innovative Behandlungsmöglichkeiten (wie z. B. Home Treatment, Telemedizin) gehen.

1.2 Umsetzung des Auftrags, Arbeitsorganisation und Durchführung

In den ersten Besprechungen von Auftraggeber und Auftragnehmer am 17. November und 19. Dezember 2017 im MS in Magdeburg wurden die Aufgaben gemeinsam präzisiert und im Detail abgestimmt sowie die Arbeitsorganisation im Detail festgelegt.

Inhaltlich wurde dabei seitens des Auftraggebers unterstrichen, dass einer aktuellen Bestandsaufnahme aller Angebote für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen großer Wert beigemessen wird: Welche Angebote gibt es, wo und wie verteilt? Dabei sollten die Akzente auf das Gesamtspektrum der im Land in den letzten Jahren gewachsenen und (neu) entstandenen Angebote, auf die Situation in den Kommunen sowie

auch darauf gelegt werden, welchen Beitrag die Versorgung zur Teilhabe von Betroffenen leistet. Im Vordergrund der Betrachtung sollen die von psychischer Erkrankung und Leiden besonders schwer und langfristig betroffenen Personen mit häufig multiplen Problemlagen stehen.

Teilhabe stellt heute eine zentrale Orientierung für die Gestaltung und Strukturierung psychiatrischer Versorgung dar. Weil differenzierte Handlungsweisen gerade angesichts der Bedarfslagen schwer betroffener psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen angezeigt sind und die UN-Behindertenrechtskonvention und das Bundesteilhabegesetz den Handelnden auf allen Ebenen, auch im Hinblick auf die Steuerung der Angebote, entsprechende Auflagen macht, wurde die Bestandsanalyse dementsprechend ausgerichtet.

In der zuständigen Abteilung (unter Leitung von Dr. Gabriele Theren) stellte das Fachreferat (Leitung: Claudia Reich-Becker) eine Ansprechstruktur sicher und koordinierte die Kontakte mit weiteren Abteilungen und Referaten des MS. Dazu fand am 19. Dezember 2017 im MS eine erste Zusammenkunft unter Leitung von Staatssekretärin Beate Bröcker statt. Zudem unterstützten die Abteilungsleitung und das Fachreferat bei der Beschaffung von Unterlagen und beförderten Kontakte mit relevanten Institutionen und Akteur*innen im Land.

Zur Unterstützung der Auftragsbearbeitung wurde ein Begleitgremium eingerichtet, in dem ministeriumsinterne sowie externe Fachleute aus Institutionen, Verbänden, Versorgungsangeboten und Selbsthilfe mitwirkten. Das Begleitgremium wurde am 31. Januar 2018 in einer Sitzung im MS konstituiert.

Auf Vorschlag von FOGS wurden im August 2018 mehrere Workshops mit Betroffenen und Fachleuten im Land durchgeführt (s. u.), die die quantitativen Erhebungen um qualitative Bewertungen ergänzten und im interdisziplinären Kontext erörterten. Zugleich beförderte die Einbindung von Fachpersonen aus dem Land die Akzeptanz des gesamten Unterfangens.

Als Bezugsjahr für Erhebungen, Analysen und Aussagen wurde im Grundsatz das Jahr 2016 festgelegt, da davon auszugehen war, dass relevante Daten dann im Bearbeitungsjahr 2018 vollständig vorliegen. Z. T. wurden neuere Daten genutzt, darauf wird jeweils aufmerksam gemacht.

Der Auftrag wurde im Zeitraum von Oktober 2017 bis Dezember 2018 bearbeitet.

1.3 Sekundäranalyse

Im ersten Arbeitsschritt der Bestandsanalyse wurden in enger Kooperation mit dem MS Dokumente und weitere Materialien zusammengetragen. Anschließend wurden die so gesammelten Unterlagen systematisch gesichtet und im Hinblick auf den Projektauftrag analysiert und ausgewertet. Dieser Vorgang bildete die Grundlage für alle weiteren Schritte im Arbeitsprozess.

Für die Bereitstellung dieser und weiterer Unterlagen danken wir allen jeweils verantwortlichen und die Sache unterstützenden Personen und Institutionen!

Insbesondere wurden folgende Datenquellen und Materialien verwendet:

- Bevölkerungs- und gesundheitsbezogene Daten des Landesamts für Statistik, des Landesamts für Verbraucherschutz und des Statistischen Bundesamts

- Materialien und Angebotslisten des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Integration Sachsen-Anhalt, des Ministeriums für Wirtschaft, Wissenschaft und Digitalisierung sowie Informationen des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales
- Dokumente vom Landesverwaltungs- sowie Landesjugendamt Sachsen-Anhalt
- Kommunale Sozial-, Jugendhilfe- und Gesundheitsplanungen sowie Psychiatrie- und Suchthilfeberichte
- Daten und Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Sachsen-Anhalt, der AOK und der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt
- Informationen zu Angeboten der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der beruflichen Rehabilitation der Regionaldirektion Sachsen-Anhalt-Thüringen der Bundesagentur für Arbeit (BA RD-SAT)
- Berichte (2009 bis 2017) des Psychiatrieausschusses des Landes Sachsen-Anhalt gemäß PsychKG LSA
- Materialien der Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt (LS-LSA) sowie die Deutsche Suchthilfestatistik (2016) auf Bundesebene und für das Land Sachsen-Anhalt
- Jahresberichte (2016) der Integrationsfachdienste in Sachsen-Anhalt
- Informationen der Landesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen (LAG WfbM)
- Dokumente der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen
- Informationen und Dokumente der Monitoringstelle der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK).

Allgemein zugängliche Quellen aus der Fachliteratur werden jeweils im Text zitiert und mit Quellenangaben versehen.

1.4 Befragung von Kommunen, Einrichtungen und Betroffenen

Aufbauend auf ersten Ergebnissen der Sekundärdatenanalyse wurden von Januar bis Mai 2018 verschiedene Befragungen durchgeführt.

Vorabrecherche:

Da dem Auftragnehmer zu Beginn des Jahres 2018 nicht zu allen Angeboten vollständige Übersichten oder Listen vorlagen, wurden die kommunalen Gebietskörperschaften/Kommunen zunächst zu zielgruppenspezifischen Angeboten vor Ort befragt. Dazu wurden per E-Mail Excel-Listen an die Dezernate, Ämter bzw. Abteilungen aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Jugend verschickt, in denen die Kommunen ihre Angebote aus den jeweiligen Bereichen mit Kontaktadresse eintragen und an FOGS zurücksenden konnten. Auf diese Weise wurden fehlende Adressen für die geplante Anbieterbefragung sowie spezifische Angebote für spezielle Zielgruppen (bspw. psychisch kranke Flüchtlinge) ermittelt.

Die Vorabrecherche fragte nach folgenden Angeboten:

- Niedrigschwellige Hilfen, Begegnungs-/Kontaktstellen, Tagesstätten o. ä.
- Beratungsstellen, Servicestellen, Betreuungsangebote u. ä.
- Jugendhilfeangebote mit entsprechendem Schwerpunkt
- Ambulante (psychiatrische) Pflege und Soziotherapie
- Stationäre Pflegeeinrichtungen/Wohngemeinschaften mit Schwerpunkt für Menschen mit psychischen oder Sucht-Erkrankungen sowie Senior*innen mit Demenz oder Alzheimer
- Arbeits- und beschäftigungsbezogene Hilfen, Integrationsprojekte o. ä.
- Hilfen und Angebote für Zugewanderte/Flüchtlinge
- Spezialisierte Angebote, bspw. für Menschen mit Lernschwierigkeiten/geistiger Behinderung mit psychischen Erkrankungen etc.
- Beschwerdestellen/-möglichkeiten
- Weitere Angebote, Initiativen o. ä., die für die Versorgung und Unterstützung von Menschen mit psychischen Störungen/seelischen Behinderungen relevant sind
- Selbstvertretungsorganisationen, Selbsthilfegruppen für Betroffene oder Angehörige
- Stadt-/kreisweite Auswertung zur Suchthilfe
- Wegweiser oder andere Übersichten für die benannte Zielgruppe.

Alle 14 kommunalen Gebietskörperschaften des Landes Sachsen-Anhalt beteiligten sich entweder über ausgefüllte Excel-Listen oder in anderer Form, bspw. Zusendung von Wegweisern, an der Befragung.

Online-Befragung

Unter Zugrundelegung der ermittelten Einrichtungsadressen erfolgten (teil-)standardisierte Online-Befragungen, die sich an Kommunen, Anbieter sowie Betroffene und Angehörige richteten. Die Fragebogen differenzierten nach Einrichtungsart bzw. Aufgabenstellung für:

- Gesundheitsämter, Sozialpsychiatrische Dienste sowie Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste
- Sozialämter
- Jugendämter
- Psychiatrische/psychosomatische/psychotherapeutische Fachkrankenhäuser bzw. Tageskliniken oder Allgemeinkrankenhäuser, Universitätskliniken mit entsprechenden Bereichen sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche
- Kliniken für Rehabilitation und Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen (RPK)
- Begegnungs- und Kontaktstätten
- Tagesstätten
- Stationäre Wohneinrichtungen und Anbieter ambulant betreuten Wohnens

- Werkstatt für behinderte Menschen
- Selbsthilfekontaktstellen
- Betroffene und Angehörige.

Der niedergelassene vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Bereich wurde in Abstimmung mit dem Auftraggeber nicht in die standardisierte Erhebung mit Fragebogen einbezogen. Die Abbildung der Leistungen dieses Bereichs erfolgte durch Bereitstellung von Daten durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt und durch den Einbezug von Fach- und Verbandsvertretungen in Expertengesprächen, im Begleitgremium und in Workshops.

Die inhaltlichen Schwerpunkte der Fragebogen leiteten sich aus dem Auftrag bzw. der Leistungsbeschreibung des MS ab, folgende Themenblöcke stellten dementsprechend – mit einrichtungsspezifisch gebotener Variation – die zentralen inhaltlichen Bereiche der Befragung dar:

- Zielgruppen und spezialisierte Angebote
- Platzkapazitäten und Fälle nach ausgewählten Merkmalen
- Personalsituation und Fachkräfteverfügbarkeit, Beteiligung von ehrenamtlich Helfenden, EX-IN und Peers (engl. Gleichgestellte; hier Psychiatrieerfahrene)
- Institutionelle Kooperation
- Fallbezogene Kooperation
- Patientenrechte und Barrierefreiheit bzgl. Behinderungen, Sprache und kognitiven Einschränkungen
- Kooperation mit Selbsthilfe und Partizipation
- Kommunale Planung und Steuerung
- Zusammenfassende Einschätzung der Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt: Stärken und Entwicklungsbedarfe.

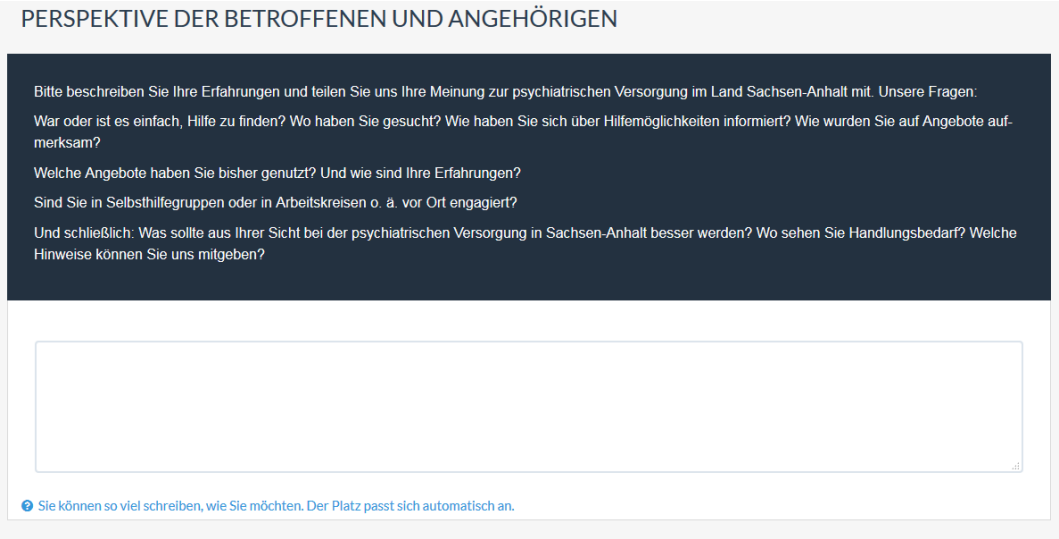
Die Online-Fragebogen enthielten vorrangig Fragen mit vorgegebenen Antwortkategorien und z. T. offene Fragen. Der Befragungszeitraum erstreckte sich von Anfang März bis Ende April 2018.

Online-Forum

Betroffene und Angehörige konnten sich von Anfang März bis Ende September 2018 über ein Online-Forum am Prozess beteiligen. In diesem Online-Forum waren die eigenen Erfahrungen betreffende Leitfragen formuliert, für deren Beantwortung ein offenes Textfeld zur Verfügung stand. Betroffene und Angehörige konnten frei und anonym von ihren Erfahrungen berichten, sich dabei auf die Leitfragen beziehen und zudem neue Aspekte einbringen. Der Fokus der Leitfragen lag in den Bereichen Informationsbeschaffung und Zugangswege, Erfahrungen mit bisher genutzten Angeboten, Partizipation und Selbsthilfe sowie Hinweise zu Entwicklungsbedarfen im psychiatrischen Versorgungssystem (vgl. Abb. 1).

Die Befragung wurde über Selbsthilfekontaktstellen im Land und die Website des Landesverbands Angehöriger von psychisch Kranken beworben.

Abb. 1: Online-Forum für Betroffene und Angehörige



Im Online-Forum gingen insgesamt 19 Antworten von Betroffenen und Angehörigen ein.

1.5 Workshops

Zur Vertiefung der Analyse sowie der Validierung der Befragungsergebnisse fanden insgesamt zwölf Workshops mit Expert*innen vor Ort statt. Neun Workshops erfolgten mit Fachleuten aus der Versorgung von psychisch kranken bzw. seelisch behinderten Menschen einschließlich Repräsentant*innen verschiedener Ämter und Verbände. Drei Workshops wurden mit Betroffenen, EX-IN und Angehörigen durchgeführt.

Die Workshops fanden zu folgenden Themenstellungen am 15. und 16. sowie am 21. und 22. August 2018 in Magdeburg statt (in Klammern: Anzahl der Teilnehmenden):

- Sicht der Betroffenen auf das System (7)
- Einbindung und Mitarbeit von Peers und EX-IN (8)
- Angehörigenperspektive (6)
- Planung und Steuerung: Aufgaben und Möglichkeiten von Kommunen (11)
- Teilhabe, Integration und Arbeit (11)
- Rolle, Aufgaben und Nutzung von Integrationsamt und Integrationsfachdiensten (4)
- Ambulante Versorgung (15)
- Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen (17)
- Versorgung kognitiv veränderter älterer Menschen (12)
- Versorgung von Menschen mit Lernschwierigkeiten bzw. geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung (5)
- Versorgung von Menschen mit Sucht- und psychischer Erkrankung (10)
- Maßregelvollzug: Psychiatrische Versorgung nach Entlassung aus dem MRV (12).

Die zwei- bis dreistündigen Workshops wurden von FOGS vorbereitet, moderiert und dokumentiert. In den unterschiedlichen Workshops wurden übergreifend folgende Themenbereiche diskutiert:

- Derzeitiger Ist-Stand an Angeboten, Diensten und Hilfen für die Zielgruppe
- Rolle/Möglichkeiten von Land und Kommunen im Versorgungssystem
- Schwächen, Stärken und Entwicklungsbedarfe nach derzeitigem Ist-Stand
- Empfehlungen/Prioritäten zur Weiterentwicklung des Versorgungssystems.

Die Ergebnisse der Workshops finden sich in den entsprechenden Berichtskapiteln integriert eingearbeitet, insbesondere in den Handlungsempfehlungen.

In Besuchen wie bspw. in Arbeitskreisen der Chefärzt*innen und im Psychiatrieausschuss wurden weitere Themen behandelt und die Ergebnisse ebenfalls in den Bericht integriert, darunter auch die Gespräche zu:

- Psychosomatischer Versorgung in Sachsen-Anhalt am 22. Oktober 2018 in Magdeburg
- Rolle und Beitrag des niedergelassenen ärztlichen und psychotherapeutischen Bereichs am 24. Oktober 2018 in Magdeburg.

FOGS dankt den über 120 Teilnehmenden an den Workshops und Gesprächen für die engagierte Erörterung der Fachthemen.

1.6 Begleitgremium

Das in Abstimmung mit dem MS zur Beratung eingesetzte Begleitgremium kam dreimal zu Sitzungen zusammen: 31. Januar, 4. Juli und 29. November 2018. Der Vorsitz oblag Frau Staatssekretärin Bröcker. Mitglieder des Begleitgremiums waren:

- Beate Bröcker (MS)
- Beate Caspar (Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer)
- Hermann Doering (MS)
- Prof. Dr. Hans-Henning Flechtner (Klinikum Magdeburg, Vors. des Psychiatrie-Ausschuss)
- Hermann Fox (AWO Landesverband Sachsen-Anhalt e. V., LIGA der Freien Wohlfahrtspflege im Land Sachsen-Anhalt e.V.)
- Erhard Grell (Landessozialgericht Sachsen-Anhalt, Psychiatrie-Ausschuss)
- Karin Hanschke (Landesverband Angehörige psychisch Kranker e. V.)
- Cedric Harms (MS)
- Isolde Hofmann (MS)
- Ingrid Hollman (SHI – Stimme für Psychiatrie-Erfahrene, EX-IN, EUTB)
- Prof. Dr. Wolfgang Jordan (Klinikum Magdeburg)
- Michael Kunstmann (MS)
- Nadine Mahnecke-Windhövel (Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer)

- Birgit Neuwirth (Alexianer Ambulante Dienste)
- Claudia Reich-Becker (MS)
- Dr. Anke Schmidt (SpDi Magdeburg)
- Antje Schmidtke (MS)
- Dr. Gabriele Theren (MS)
- Claudia Valentin (Alexianer Ambulante Dienste)
- Martin Wenger (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt)
- Verena Wicke-Scheil (Landesverband Sachsen-Anhalt e. V. Angehörige psychisch Kranker, Psychiatrie-Ausschuss).

Seitens FOGS nahmen an allen Sitzungen des Begleitgremiums teil: Prof. Dr. Rudolf Schmid, Martina Schu und Gianna Cannizzaro.

In der ersten Sitzung des Begleitgremiums skizzierte Frau Staatssekretärin Bröcker Hintergrund und Ziel des Auftrags. Anschließend informierte FOGS über das geplante Vorgehen bzw. die Arbeitsschritte der Untersuchung. Hinweise zu Materialien für die Sekundärdatenanalyse sowie zur Vorbereitung und Durchführung der Befragungsphase wurden durch das Begleitgremium erbeten bzw. gegeben, ebenso sagte es seine Unterstützung während der Befragungsphase (bspw. durch eigene Teilnahme oder Motivation Dritter zur Teilnahme) zu.

In der Sitzung im Juli 2018 präsentierte FOGS dem Begleitgremium erste Auswertungen der schriftlichen Befragungen. Darauf aufbauend wurden die Themen der geplanten Workshops diskutiert und der Teilnehmendenkreis abgestimmt.

Ende November 2018 fand die dritte Sitzung statt, in der der zuvor zugesandte Berichtsentwurf diskutiert wurde. Das Begleitgremium lieferte erneut wichtige Anmerkungen und Hinweise zur finalen Überarbeitung des Berichts.

Die FOGS bedankt sich herzlich bei allen Mitgliedern des Begleitgremiums für ihren Rat und ihre Unterstützung der Arbeit.

1.7 Zu Ausrichtung und Aufbau des Berichts

Der Bericht zur Bestandsanalyse ist – nach über zwei Jahrzehnten wieder ein landesinitiierter und landesweiter Bericht – zweifelsohne hohen Erwartungen ausgesetzt. Von daher ist einleitend und zur Klarstellung festzuhalten:

- Die im Zusammenhang der psychiatrischen Versorgung in den Einrichtungen, Diensten und Praxen anzuwendenden und/oder im Einzelfall eingesetzten therapeutischen, unterstützenden, beratungsorientierten usw. Verfahren und Maßnahmen sind nicht Gegenstand des Berichts. Gleiches gilt im Hinblick auf die interne Organisation der Einrichtungen und ihres Fachpersonaleinsatzes.
- Ebenso erfolgt auftragsgemäß keine juristisch orientierte oder gestützte Auseinandersetzung mit dem Rechtsstatus der Patient*innen im Hinblick auf forensische Maßnahmen oder Maßnahmen der Freiheitsbeschränkung wie Medikation oder Behandlung unter Zwang oder zu deren Anwendung.
- Schließlich geht es nicht explizit um ethische Fragen im Kontext der psychiatrischen Versorgung, gleichwohl werden diese z. B. mit Blick auf die UN-Behindertenrechts-

konvention und der grundlegenden Konzepte „Inklusion“ und „Teilhabe“ thematisiert. Unbenommen davon muss die Versorgung psychisch kranker Menschen grundsätzlich von einer ethischen Haltung der professionell Handelnden geprägt sein, die Würde, Mitmenschlichkeit und Sensibilität sicherstellt und sich zudem der Sensitivität bewusst ist, die dieses Feld in mehrfacher Hinsicht und auf allen Handlungsebenen kennzeichnet.

Unter den dargestellten Zielsetzungen und Maßgaben gliedert sich der Bericht in drei Teile mit den folgenden Kapiteln: In Teil I erfolgt im Kapitel 2 ein Überblick über die gesetzlichen und rechtlichen Rahmensetzungen sowie Problemstellungen der Versorgung und ihrer Strukturierung. Kapitel 3 skizziert unter Rückgriff auf einschlägige wissenschaftliche und epidemiologische Erkenntnisse, für welche Bedarfsgruppen und in welchen Größenordnungen sich das Thema der psychischen Erkrankung für eine Gesellschaft stellt. Kapitel 4 widmet sich einer Beschreibung des Landes Sachsen-Anhalt unter regionalstrukturellen und bevölkerungsbezogenen Aspekten. Ebenso wird kurz nachvollzogen, welche Entwicklungen das Land mit Blick auf die psychiatrische Versorgung bis heute kennzeichnen. Ziel des ersten Teils ist es, einen Hintergrund aufzuspannen, auf dem die dann darzustellenden Ergebnisse und Handlungsempfehlungen einzuordnen und mit Blick auf das Land Sachsen-Anhalt zu bewerten sind.

Teil II widmet sich Darstellung und Analyse der Ergebnisse der Bestandsaufnahme: In Kapitel 5 werden die ambulanten Angebote vorgestellt, inkl. SpDi und verschiedener Beratungsangebote. Kapitel 6 fokussiert auf stationäre Angebote und Kapitel 7 auf Teilhabe. Kapitel 8 berichtet zu Schnittstellen zwischen dem psychiatrischen und anderen Feldern, Kapitel 9 widmet sich dem Stand von Partizipation und Selbsthilfe im Land sowie Barrierefreiheit. Kapitel 10 betrachtet Planung und Steuerung der Versorgung für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen und fokussiert dabei auf die Situation in den Kommunen.

Teil III widmet sich schließlich den Empfehlungen.

2 Gesetzliche Rahmenbedingungen für die Versorgung von psychisch kranken und (seelisch) behinderten Menschen

Die letzten Jahrzehnte waren sowohl bundes- wie länderbezogen von wesentlichen Fortschritten in der Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen gekennzeichnet. Die Bemühungen auf den gesetzgebenden Ebenen ebenso wie die Klärung rechtsmaterieller Tatbestände für diese Gruppen bis hinauf zur höchstrichterlichen Instanz haben bei den Betroffenen Anerkennung gefunden und wirken impulssetzend und innovativ bei Trägern, Einrichtungen und Fachpersonal. Dennoch werden nach wie vor kritische Stimmen laut, dass den Belangen psychisch kranker Menschen nicht ausreichend entsprochen werden kann, weil bereichsintern fixierte, zueinander rechtlich abgegrenzte Leistungsbereiche den leistungs-, bereichs- und sektorenübergreifend notwendigen Hilfen für psychisch kranke Menschen entgegenstehen. Abgegrenzte Leistungsbereiche können zudem die zunehmend geforderten integrativen Maßnahmen bzw. die Schaffung entsprechender Finanzierungen verhindern.

Ziel im Folgenden ist es, diese Veränderungen und aktuelle gesetzliche Rahmenvorgaben kurz zu betrachten, um die heute gegebenen Möglichkeiten realistisch einschätzen und sachgerecht bewerten zu können. Dazu ist allerdings festzuhalten, dass der in seiner Bin-

nenstruktur hochkomplexe Sektor Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie und psychosoziale Versorgung eine Fülle von Gesetzen und Vorschriften tangiert:

- Es geht eben im Fall psychischer Erkrankung oft nicht nur um Behandlung gemäß SGB V, sondern vielfach (im Anschluss daran) um Rehabilitation und/oder Frühberentung (SGB VI). Häufig sind vorher, begleitend oder nachher Betreuung, Hilfe, Unterstützung und Eingliederung (SGB XII) angezeigt, Pflege (SGB XI) kann erforderlich werden, die Schnittstellen zur Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) sind erheblich von Belang usw., bezogen auf Arbeitssuche und Arbeitsförderung sind SGB II und SGB III zunehmend wichtiger geworden.
- Bei allen Maßnahmen ist die betroffene Person in ihren Persönlichkeitsrechten und ihrer persönlichen Würde zu schützen. Vorgaben des Bürgerlichen Gesetzbuchs entfalten hier ihre Wirkung ebenso z. B. das Patientenrechtegesetz, herrührend u. a. aus dem Verbraucherschutzinteresse, das die Europäische Union erheblich fördert und auch für den Gesundheitsbereich zur Durchsetzung gebracht hat. Dort, wo eine Person gleich welcher Altersstufe in Obhut gegeben wird oder der Betreuung bedarf, sind die einschlägigen Gesetze und Vorschriften des Betreuungs- und Vormundschaftsrechts zu berücksichtigen.
- Befindet sich eine Person aufgrund von psychischer Erkrankung im Zustand der Hilflosigkeit oder droht aus diesem Grund Selbst- und/oder Fremdgefährdung, so sollen auf Basis der früher so genannten Unterbringungsgesetze der Länder – heute mit Ausnahme des Saarlandes als Psychisch-Kranken-Gesetze firmierend – entsprechende ambulante Hilfen (z. B. durch Sozialpsychiatrische Dienste) greifen oder die Unterbringung in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus erfolgen.
- Für den Fall schließlich, dass eine Person im Zustand psychischer Erkrankung oder Suchterkrankung eine Straftat begeht, kann diese aufgrund richterlicher Entscheidung auf Basis der §§ 63 und 64 im Strafgesetzbuch (StGB) in einer entsprechenden forensisch-psychiatrischen Einrichtung untergebracht werden bzw. in einer Einrichtung des Maßregelvollzugs.

Internationale und nationale ethische Maßstabsetzungen haben schließlich den Blick auf die „Behinderung“ in den letzten Jahrzehnten deutlich verändert, Aspekte der „Teilhabe“ und der „Inklusion“ haben erheblich an Beachtung gewonnen – mit entsprechenden Auswirkungen auf die Gestaltung von Wohnraum, Hilfen, Einrichtungen und öffentlichen Räumen unter Berücksichtigung des SGB IX, Rehabilitation und Teilhabe (seelisch) behinderter Menschen sowie Wohn- und Teilhabegesetze.

Ebenso zu berücksichtigen sind jeweilige (anstehende) Modifikationen und Ergänzungen der Gesundheits- und Sozialgesetze: Z. B. im Geltungsbereich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) erfolgt die Umsetzung eines neuen pauschalierten Entgeltsystems ab 2017 für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP); zu Änderungen durch das PsychVVG s. Abschnitt 2.1 Gesetzliche Veränderungen zur Pflegeversicherung SGB XI (z. B. Pflegeneuordnungsgesetz, Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, Pflegestärkungsgesetz I, II und demnächst III) tangieren auch die psychosoziale Versorgung. Stetig erfolgte Überlegungen zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe (SGB XII) sowie Folgen der Ratifizierung der UN-Konvention für die Rechte der Menschen mit Behinderungen sind in der Gesetzeslandschaft zu berücksichtigen. Beschlüsse der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK), der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) modulieren das Feld ebenfalls u. a. m.

Reform- und Entwicklungsansätze in der Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen bedürfen folglich eines sehr weiten Blickwinkels, eines stetigen

Durch- und Umsetzungswillens auf den verantwortlichen Ebenen sowie einer längerfristigen Perspektive. Unbestritten besteht hier für alle Beteiligten und Verantwortungstragenden eine hochkomplexe Herausforderung: Die Versorgung psychisch kranker Menschen in allen Altersstufen setzt zwangsläufig eine integrative Hilfestruktur und Arbeitsweise voraus. Psychische Erkrankung tangiert vielfach seelische, körperliche, intellektuelle, personale, familiale, tätigkeitsbezogene und soziale Aspekte gleichermaßen. Die Gliederung des Sozialleistungssystems, für viele Aufgabenstellungen erfolgreich, steht jedoch integrativer Leistungserbringung vielfach entgegen und ist im Kern sektor- und bereichsbezogen aufgestellt. Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V hat zwar vielfach Impulse gesetzt, doch sind gesicherte in die Fläche übertragbare Erfolge noch wenig erkennbar. Es mangelt weiterhin mit Ausnahme von Modellvorhaben und Innovationsprojekten (s. dazu Abschnitt 2.1) an weitreichenden Instrumenten der Regelfinanzierung für bereichsübergreifende Ansätze.

Folglich ist der Psychiatrie und ihrer Strukturierung auferlegt, immer wieder Grenzen des gegenwärtigen Systems zu benennen sowie Vorschläge zu unterbreiten, wie diese Grenzen zu überwinden sind, z. B. durch sektorenübergreifende Ansätze, durch Leistungsbereiche und Rechtskreise übergreifendes Denken und Handeln. Gerade in den letzten Jahren haben diverse Gegebenheiten und Initiativen den (Bundes-)Gesetzgeber veranlasst, verschiedentlich Öffnungen und neue Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen zu ermöglichen, die es nun aktiv auszugestalten gilt. An welchen gesetzlich markierten Stellen noch intensiv zu arbeiten sein wird und an welchen sich neue Wege abzeichnen, dazu soll in den nächsten Abschnitten ein Überblick skizziert werden.

2.1 Aktuelle Rahmensetzungen auf Bundesebene

Wesentlicher bzw. Hauptakteur für die Rahmensetzung zur Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen ist der Bundesgesetzgeber, Folge der grundgesetzlich verfügten konkurrierenden Gesetzgebung, die dem Bund hinsichtlich bestimmter Gebiete Priorität zuweist, z. B. für die Sozialversicherung, das Bürgerliche Recht, das Personenstandswesen, also Gebiete, die gerade für die psychiatrische Versorgung von zentraler Bedeutung sind. Von daher sind Blickwinkel und Umfang dieses Abschnitts auch davon bestimmt.

Aus der Fülle der Gesetze und Vorschriften werden allerdings nur solche aus jüngerer Zeit herausgegriffen, die (noch) wesentliche Auswirkungen auf die konkrete Gestaltung der Versorgung bzw. auf psychisch kranke Menschen haben (werden).[1] Geregelte Tatbestände älteren Datums wie z. B. Psychiatrische Institutsambulanz (PIA, § 118 SGB V, seit 1986), Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV, seit 1991), Psychotherapeuten-Gesetz (PsychThG 1998) werden nicht thematisiert, sofern ihre Fortschreibungen nicht prinzipiell ändernder Natur sind.

- *Stationäre Versorgung:* Die Einführung eines tages- und leistungspauschalierten Entgeltsystems für Psychiatrie/Psychosomatik (PEPP) auf Basis § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), verfügt durch das Psych-Entgeltgesetz vom 1. August 2012, wurde über die letzten Jahre in der Fachwelt und zwischen Bund und Ländern

[1] Es sei außerdem an dieser Stelle unterstrichen, dass in diesem Abschnitt nur solche Gesetze und Regelungen näher diskutiert werden, die für das Gesamtsystem der psychiatrischen Versorgung von Belang sind. Wenngleich sie dieses System tangieren und Schnittstellen aufweisen, werden z. B. das Rentenrecht, die Jugendhilfegesetzgebung, Schulgesetze, das Strafgesetzbuch, das Asyl- und Migrationsrechts etc. hier nicht behandelt, dies würde den Rahmen sprengen. Wenn Regelungen aus diesen Bereichen von Belang sind, werden sie im Bericht an den jeweils einschlägigen Stellen bzw. Abschnitten aufgegriffen.

z. T. sehr kritisch diskutiert. Im Ergebnis verständigte man sich am 18. Februar 2016 im Rahmen eines „Strukturierten Dialogs“ mit dem zuständigen Bundesgesundheitsminister auf ein deutlich anderes Vorgehen: Bedarfs- und leistungsgerechte, krankenhausorientierte Budgets sollen künftig die Basis bilden, mit denen die Kliniken flexibel auf individuelle, stationäre, teilstationäre (und institutsambulante) Behandlungsbedarfe im regionalen Kontext reagieren können.[2] Wesentliche Bestandteile des Ergebnisses vom 18. Februar 2016 sind des Weiteren: Personalmindestvorgaben sollen sich an der PsychPV orientieren, die Versorgungsqualität wird Maßstab, die Kalkulationsgrundlagen sollen auf den regional-empirischen Versorgungsgegebenheiten beruhen, Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch die Möglichkeit komplexer Akut-Behandlung im häuslichen Umfeld durch Home-Treatment bzw. „stationsersetzende Leistungen“. Im Ergebnis finden diese Vereinbarungen ihren Niederschlag im „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG, in Kraft seit 01.01.2017). Neben anderem wurde dadurch die „stationsäquivalente psychiatrische Behandlung“ im § 115d SGB V verankert (ein Team des Krankenhauses kann unter Maßgabe entsprechender Indikationen auch Patient*innen im häuslichen Umfeld aufsuchen bzw. behandeln). Ebenso sieht das PsychVVG vor, dass Mindestvorgaben zur Personalausstattung in psychiatrischen Einrichtungen bis zum 01.01.2020 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu entwickeln sind – bis dahin gelten die Vorgaben der PsychPV. Die Umsetzung all der hier genannten bzw. vorgesehenen Regelungen erfordert von allen Seiten jetzt und künftig noch erhebliche Anstrengungen.

- *Exkurs Regionales Psychiatriebudget:* Das Konzept des sog. Regionalen Psychiatriebudgets zielte bereits vor einigen Jahren modellhaft auf bereichsübergreifende, stationsersetzende Leistungsgestaltung, in einigen Kliniken: Ein einheitliches Budget für stationäre, teilstationäre und institutsambulante Leistungen ermöglicht hier, dass „changierend“ zwischen diesen Bereichen behandelt werden kann, je nachdem, was für die/den Patient*in therapeutisch angezeigt ist. Ausgehend bspw. von der Klinik für Psychiatrie am Klinikum Itzehoe – und in Folge davon in weiteren Kliniken, z. B. der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Nordhausen/Thüringen – können dort mit Zustimmung der Kassen Patient*innen in den je für sie geeigneten Settings behandelt werden. Diese mit den Kassen auf mehrere Jahre hinaus vereinbarten Modelle fassen den Begriff „regionales“ Psychiatriebudget zwar sehr weit, denn sie verlassen nicht den Bereich des SGB V und beziehen auch den niedergelassenen ärztlichen Bereich bzw. dessen Budget nicht mit ein, ebenso wenig bspw. Leistungen zur Tagesstrukturierung. Dennoch überschreiten die Modellversuche durchaus Grenzen zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung und wirken dadurch innovativ.[3]
- *Qualität als Maßstab der stationären Versorgung:* Die Hervorhebung der Qualität als Merkmal der Behandlung und Versorgung ist seit längerem gegeben (durch SGB V, Neunter Abschnitt: Sicherung der Qualität der Leistungserbringung). Neu ist, dass Qualität auch zum Kriterium für die Krankenhausplanung erhoben wurde (Krankenhausstrukturgesetz, KHSG, vom 1. Januar 2016). Konkrete Auswirkungen auf die jeweilige Landeskrankenhausplanung auf dem Gebiet der Psychiatrie können zwar derzeit noch nicht abgeschätzt werden, die weitere Entwicklung sollte jedoch auch auf Seiten der psychiatrischen Krankenhäuser beobachtet werden.

---

2 Hier wird u. a. der Grundgedanke der sog. „Regionalbudgets“ aufgegriffen, wie er in einigen Kliniken (z. B. Klinikum Itzehoe/Schleswig-Holstein für die Erwachsenenpsychiatrie, Klinikum Nordhausen/Thüringen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie) bereits als mit den Kassen konsentierter Modellversuch seit Jahren umgesetzt wird.

3 Siehe z. B. http://www.adeister.net/Psychiatrie/Regionales-Psychiatrie-Budget, zuletzt abgerufen am 01.12.2018

- *Ambulante Versorgung:* Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 hat angesichts sich abzeichnender Verschiebungen in den regionalstrukturellen Gegebenheiten insbesondere in den Flächenländern die Möglichkeiten u. a. für den Erhalt von Mindeststandards in der Versorgung ausgeweitet. Diese betreffen z. B. flexiblere Versorgungsstrukturen auf dem Land, Anreize für die Niederlassung von Ärzt*innen in strukturschwachen Gebieten, Rahmensetzungen für den Arztberuf mit dem Ziel des Erhalts der hausärztlichen Versorgung. Dazu sind durch das GKV-VStG Regeln für Änderungen der Kassenärztlichen Bedarfsplanung gesetzt worden, die eine zielgenauere Bedarfsplanung ermöglichen sollen (Abbau von Überkapazitäten in den Metropolregionen, Vermeidung von Unterversorgung auf dem Land).
- *Pflege:* Im Bereich der Pflege haben sich in den letzten Jahren die Bemühungen intensiviert, Antworten auf die demografische Entwicklung zu finden. In der jüngeren Zeit sind insbesondere die Pflegestärkungsgesetze I (vom 17. Oktober 2014), II (1. Januar 2017) und III (23. Dezember 2016) zu nennen, u. a. mit folgenden Konsequenzen: Ab dem Jahr 2017 ist die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verfügt, der u. a. statt der bisher drei Pflegestufen nun fünf Pflegegrade vorsieht. Ein geändertes Begutachtungsverfahren soll nun gewährleisten, dass Demenz sowie geistige und psychische Einschränkungen ebenfalls Berücksichtigung finden. Das PSG III verpflichtet die kommunale Ebene zu mehr Steuerung und Beratung im Bereich Pflege. Auch wenn mit den PSG I bis III wichtige Schritte für pflegebedürftige, ältere Personen getätigt wurden, die Frage der Spezifität „psychiatrischer Pflege“ im Bedarfsfall ist damit allerdings noch nicht endgültig geklärt. Für den Fall, dass Betroffene zugleich Pflegeleistungen und Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, haben mit Datum vom 10. April 2018 der GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Pflegekassen und die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe eine Empfehlung abgeschlossen, die im Konfliktfall regelt, wer vorrangig zu leisten hat.[4]
- *Prävention:* Der Bundestag hat am 18. Juni 2015 das Präventionsgesetz verabschiedet, das diverse Verbesserungen auf diesem Gebiet vorsieht. Es verpflichtet u. a. Kranken- und Pflegekassen zu Präventionsprogrammen in Schulen, Kindertagesstätten, Betrieben und Pflegeeinrichtungen. Die Mittel der gesetzlichen Krankenkassen für Präventionsaufgaben wurden deutlich erhöht. Um dem Selbsthilfegedanken im Gesundheitswesen mehr Geltung zu verschaffen, sollen Krankenkassen Selbsthilfegruppen stärker fördern. Damit sind auch für die Selbsthilfe im psychiatrischen Sektor Verbesserungen möglich. Im Rahmen des Präventionsgesetzes werden durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zudem Modellprojekte zur „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Lebenswelt“ gefördert. Projektträger sind dabei insbesondere die Krankenkassen und die Jobcenter.
- *Modellvorhaben:* Der § 64b SGB V sieht seit 2012 „Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen [vor], die auf eine Verbesserung der Patient*innenversorgung oder der sektorenübergreifenden Leistungserbringung ausgerichtet sind, einschließlich der komplexen psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld. In jedem Bundesland soll „unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens ein Modellvorhaben durchgeführt werden“ (vgl. § 64b SGB V, Satz 1 und 2). Nach aktuellem Stand findet sich in Sachsen-Anhalt allerdings (noch) kein Modellprojekt auf dieser Basis.

---

4 Die Empfehlung ist zu finden unter www.gkv-spitzenverband.de.

- *Innovationsfonds:* Mit dem „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz oder auch GKV-VSG)“ vom 23. Juli 2015 wurde der § 92a in das SGB V eingefügt. Auf dieser Grundlage werden neue, sektorübergreifende Versorgungsformen gefördert, sofern sie „hinreichendes Potential aufweisen“, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. Ausführungsbestimmungen dazu sind in § 92b SGB V niedergelegt. Erste Projekte befinden sich in der Umsetzung, das Gutachten des Sachverständigenrats weist mit aktuellem Stand bereits 22 Projekte auf dem Gebiet psychischer Erkrankungen und Störungen im Bundesgebiet auf (Sachverständigenrat, 2018, S. 712 – 714).

*Rechte von Patient*innen*

Neben den vorgenannten Rahmensetzungen, die insbesondere die Bereiche Behandlung und (Sekundär-/Tertiär-)Prävention betreffen bzw. auf den Gesetzbüchern SGB V und SGB XI beruhen, wurde sozusagen quer zu diesem Bereich die Rechtsbasis der Betroffenen gestärkt: Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patient*innen (Patientenrechtegesetz, 1. Februar 2013) wurden die Pflicht zum Abschluss eines Behandlungsvertrags, Informations- und Aufklärungspflichten, Dokumentation, Transparenz deutlich unterstrichen. Die Geltendmachung von Rechten der Betroffenen, auch über die Instanz von Patientenfürsprecher*innen und die Etablierung von Beschwerdestellen, wurde dadurch deutlich ausgeweitet.

Für die Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen sind jedoch nicht nur die Hilfen und Rechte von Belang, die ihnen im Status der Behandlung als „Patient*in“ zukommen, sondern gerade diese Gruppe ist darauf angewiesen, darüber hinaus Maßnahmen und Hilfen zu erhalten – ebenfalls unter Wahrung ihrer Rechte und ihrer Würde. Auf die Rahmensetzungen hierzu konzentrieren sich die nachfolgenden Ausführungen.

Gleichstellung, Rehabilitation, Eingliederung

Die Umsetzung einer auf alle Lebensbereiche bezogenen, gleichberechtigten Teilhabe psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen spielt eine immer größere Rolle für die Weiterentwicklung psychiatrischer und psycho-sozialer sowie anderer Versorgungsstrukturen (Schädler et al., 2008, S. 256 ff). Das Recht auf Teilhabe leitet sich schon aus dem Diskriminierungsverbot (Artikel 3 Abs. 3) des Grundgesetzes ab. Ein weiterer „Meilenstein“ auf dem Weg zur (rechtlichen) Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen stellte das am 1. Mai 2002 in Kraft getretene Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG) dar. Außerdem wurde im Jahr 2006 das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) vorgelegt, das Menschen im Arbeitsleben und Zivilrechtsverkehr nicht nur aufgrund einer Behinderung, sondern auch aufgrund der Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, des Alters oder der sexuellen Identität vor Benachteiligungen schützt. Darüber hinaus sind folgende wesentliche gesetzliche Rahmenbedingungen zu berücksichtigen:

- Mit dem SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ (2001) wurde in der Bundesrepublik Deutschland der Grundstein für ein bürgernahes Rehabilitations- und Teilhaberecht gelegt. Danach sollen die Hilfen für Menschen mit geistiger, körperlicher und seelischer Behinderung sowie für suchtkranke Personen ausdrücklich darauf ausgerichtet sein, „die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die persönliche Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleich-

tern“ (SGB IX § 4 Abs. 1 Ziff. 4). Zudem wurde mit dem SGB IX auch das persönliche Budget als neue Form der Inanspruchnahme von Dienstleistungen eingeführt. Seitdem können – auf Antrag – Teilhabeleistungen auch durch ein persönliches Budget ausgeführt werden, um den Leistungsberechtigten in eigener Verantwortung ein (möglichst) selbstständiges Leben zu gewährleisten.

- Der Gesetzgeber hat im SGB IX und SGB XII schon vor einigen Jahren seinen Willen zum Ausdruck gebracht, die Leistungserbringung am Bedarf des Einzelfalls zu orientieren; Leistungsanbieter und Leistungsträger sollen abgestimmte und maßgeschneiderte Hilfen zur Verfügung stellen. Der damit gewünschte prinzipielle Wechsel von einer angebots- zu einer personenzentrierten Versorgung setzt ein hohes Maß an lokal/regional orientierter Zusammenarbeit der Akteure sowie die fallbezogene Vernetzung von Hilfeangeboten mit reibungslosen Übergängen zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen voraus. Gemeindeintegrierte bzw. wohnortnahe Behandlungs- und Betreuungsangebote sollen ermöglichen, dass gewünschte bzw. erforderliche Hilfen „zu den Betroffenen kommen“ und nicht umgekehrt.

UN-Behindertenrechtskonvention und UN-Kinderrechtskonvention

Von großer Bedeutung für die Wahrung der Rechte und der Würde der behinderten Menschen und damit für die Gestaltung der Versorgung und die Zusammenarbeit der Leistungsanbieter war die im Jahr 2009 durch die Bundesrepublik Deutschland erfolgte Ratifizierung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK). Die Behindertenrechtskonvention konkretisiert vor dem Hintergrund spezieller Bedürfnisse und Lebenslagen die universellen Menschenrechte aus der Perspektive der Menschen mit Behinderung. Dabei verfolgt die UN-BRK ein grundsätzlich neues Leitbild: die Inklusion. Ziel ist es, dass Menschen mit und ohne Behinderung in allen Lebensbereichen (Erziehung und Bildung, Arbeit und Beschäftigung, Wohnen, Kultur/Sport/Freizeit, Gesundheit und Pflege, Schutz der Persönlichkeitsrechte, Partizipation und Interessenvertretung, Mobilität und Barrierefreiheit sowie barrierefreie Kommunikation und Information) selbstbestimmt und gleichberechtigt (zusammen-)leben. Allgemeine Grundsätze der UN-Behindertenrechtskonvention sind (s. Artikel 3 und 25 Abs. d):

- Achtung der Würde, Autonomie, Selbstbestimmung
- Nichtdiskriminierung
- volle Teilhabe und Einbeziehung in die Gesellschaft
- Achtung der Unterschiedlichkeit und Akzeptanz der Vielfalt
- Chancengleichheit
- Barrierefreiheit
- Gleichberechtigung von Mann und Frau
- Achtung vor sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderung und Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität.

Die UN-Behindertenrechtskonvention betont – im Sinne dieser Grundsätze – den Grundgedanken der vollen und wirksamen gesellschaftlichen Teilhabe. Insoweit wirkt die UN-BRK sowohl auf der gesellschaftlichen als auch auf der persönlichen Ebene (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, 2009).

In ähnlicher Weise wie die UN-Behindertenrechtskonvention stellt auch das „Übereinkommen über die Rechte des Kindes“ (UN-Kinderrechtskonvention), verabschiedet in der

UN-Generalversammlung am 20. November 1989, in Kraft seit 2. September 1990 und ratifiziert von nahezu allen Mitgliedsstaaten der UN einschließlich Deutschland, eine wichtige Rahmensetzung für die (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie bzw. die Versorgung psychisch kranker Kinder dar. Die UN-Kinderrechtskonvention ist umfassend am allgemeinen Wohl des gesunden und des kranken Kindes orientiert. Mit Blick auf seelisch kranke sowie bezogen auf in der Teilhabe beeinträchtigte behinderte Kinder und Jugendliche sind neben den allgemeinen Ausführungen (bspw. zu Rechten auf Ruhe, Freizeit, Bildung, Unterhalt, soziale Sicherheit, Meinungs- und Religionsfreiheit, Schutz von Privatsphäre und Ehre, Verbot von Diskriminierung) für eine Behandlung insbesondere folgende Punkte der Konvention handlungsleitend:

- Recht auf Gesundheit und Behandlung
- Behandlung, Förderung und Teilhabe behinderter Kinder
- Sicherung von Betreuungs- und Behandlungsstandards
- Verbot rechtswidriger freiheitsentziehender Maßnahmen.

Die UN-Kinderrechtskonvention stellt außerdem Flüchtlingskinder unter besonderen Schutz und verlangt für sie angemessenen Schutz und humanitäre Hilfe. Mit Blick auf unbegleitete Flüchtlinge weist die Konvention darauf hin, diesen denselben Schutz zu gewähren wie jedem anderen Kind, das aus irgendeinem Grund dauernd oder vorübergehend aus seiner familiären Umgebung herausgelöst ist.

Bundesteilhabegesetz

Ausgehend von Selbstbestimmungsrecht und Eigenverantwortung der Menschen mit Behinderung wurde in den letzten zehn Jahren eine Vielzahl von Vorschlägen für die Weiterentwicklung der im SGB XII geregelten Eingliederungshilfe (Sechstes Kapitel) entwickelt. So haben in den Jahren 2009 und 2010 die Arbeits- und Sozialministerkonferenzen (ASMK) die Bundesregierung gebeten, die „Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe und zur besseren Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben“ umzusetzen und den Entwurf eines Reformgesetzes zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe vorzulegen.

Anknüpfend an die Koalitionsvereinbarung zwischen CDU, CSU und SPD (2013) auf Bundesebene wurde in den letzten Jahren die Reform der Eingliederungshilfe mit dem Ziel vorbereitet, ein modernes Teilhaberecht zu entwickeln, das dem Ansatz der Personenzentrierung verpflichtet ist.

Mit dem „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen“ (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vom 23. Dezember 2016 ist dieser Prozess zunächst abgeschlossen worden, indem einerseits die Koordination der Leistungen der Rehabilitationsträger verbindlich ausgestaltet (SGB IX n. F. Teil 1) und andererseits die Eingliederungshilfe grundlegend reformiert wurde (SGB IX n. T. Teil 2). Insgesamt sind im BTHG zahlreiche Veränderungen der Leistungen für Menschen mit Behinderungen enthalten, die in mehreren Reformstufen in Kraft gesetzt werden. Nach ersten Verbesserungen bei der Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen, die bereits im Jahr 2017 wirksam wurden, ist seit dem 1. Januar 2018 die zweite Stufe des BTHG in Kraft getreten, die u. a. folgende grundlegende Änderungen umfasst:

- Gem. § 12 Abs. 1 Satz 3 SGB IX (n. F.) müssen alle Rehabilitationsträger Ansprechstellen benennen, die barrierefreie Informationen zur Inanspruchnahme von Leistungen und zu Beratungsangeboten bereitstellen. Diese müssen sich vernetzen und Men-

schen mit Behinderungen Informationen zu allen Rehabilitationsleistungen vermitteln können.

- Zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs müssen alle Rehabilitationsträger gem. § 13 SGB IX (n. F.) systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel verwenden, die eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung sicherstellen und weitere gesetzliche Mindeststandards erfüllen.
- Nach den §§ 14 ff. SGB IX (n. F.) soll im Rahmen des Teilhabeverfahrens die Zusammenarbeit unter der Verwaltung der verschiedenen Rehabilitationsträger und der Gesetzlichen Pflegeversicherung gestärkt werden, wobei der Gesetzgeber klare Vorgaben zur Zuständigkeit und trägerübergreifenden Zusammenarbeit definiert hat.
- Auf Basis von § 32 SGB IX (n. F.) sollen Ergänzende unabhängige Teilhabeberatungen (EUTB) implementiert werden, die die bestehenden Beratungsangebote von Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern erweitern sollen. Fachstellen EUTB sollen diese Beratungsangebote miteinander vernetzen und dabei auch Peer-Counseler einbeziehen.
- Gem. §§ 60 f. SGB IX (n. F.) wurde die Leistungsgruppe „Teilhabe am Arbeitsleben“ um das Budget für Arbeit und die Zulassung anderer Leistungsanbieter ergänzt. Damit sollen für Menschen mit Behinderungen (Angebots-)Alternativen zu Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) geschaffen und der Übergang in den allgemeinen Arbeitsmarkt erleichtert werden.
- Um die Reform der Eingliederungshilfe ab 2020 zu realisieren, müssen alle Bundesländer gem. §§ 123 ff. SGB IX (n. F.) die künftigen Träger der Eingliederungshilfe bestimmen und neue Rahmenverträge mit den Leistungserbringern abschließen. Die entsprechenden Änderungen im Vertragsrecht sind nun gültig.

Von besonderer Bedeutung für die Leistungen der Eingliederungshilfe ist das mit dem BTHG neu gestaltete *Gesamtplanverfahren*, für das vom 1. Januar 2018 bis 31. Dezember 2019 ein Übergangsrecht nach §§ 141 ff. SGB XII (n. F.) gilt. Ab 1. Januar 2020 werden diese Bestimmungen durch die §§ 117 ff. SGB IX (n. F.) im Wesentlichen inhaltsgleich abgelöst. Das Gesamtplanverfahren ergänzt das für alle Rehabilitationsträger verbindlich geltende Teilhabeverfahren und umfasst u. a. die Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs anhand eines Instruments, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) orientiert.

In Sachsen-Anhalt orientiert sich die Durchführung der Gesamtplanung gem. §§ 141 ff. SGB XII in der Übergangsphase an der „Handreichung zum Gesamtplanverfahren in der Eingliederungshilfe (gem. §§ 141 ff. SGB XII). Entsprechend dieser Handreichung dient das Gesamtplanverfahren vor allem der „Ermittlung, Planung, Steuerung, Dokumentation und Wirkungskontrolle“ von Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe. Ziel ist es, Menschen mit Behinderungen die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.

In Sachsen-Anhalt wird der Hilfe- und Unterstützungsbedarf der Menschen mit Behinderungen mit Hilfe des Bogens „ICF Erhebung Sachsen-Anhalt“ erfasst; zugleich erfolgt eine Übersetzung des ermittelten individuellen Hilfebedarfs in die Leistungsbereiche des bis zum 31. Dezember 2019 gültigen Rahmenvertrages des Landes Sachsen-Anhalt, der die Grundlage für die derzeitige Gesamtplanung bildet. Dabei wird mit Hilfe des Bedarfsermittlungsbogens zunächst eine codierte Beschreibung von möglichen Beeinträchtigungen in den neun Kapiteln der Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation

(Teilhabe) vorgenommen, danach erfolgt die Zuordnung der einzelnen Items zu den sechs Lebensbereichen des Rahmenvertrags.

Anknüpfend an die mit dem BTHG verbundenen rechtlichen Wirkungen hat der Landtag des Landes Sachsen-Anhalt am 20. Juni 2018 das Zweite Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Ausführung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe (AG SGB XII) beschlossen. Das AG SGB XII regelt, dass das Land als überörtlicher Träger der Sozialhilfe zugleich Träger der Eingliederungshilfe ist und nach wie vor die Landkreise und kreisfreien Städte zur Ausführung im Einzelfall heranzieht.

Das BTHG stellt einen Fortschritt im Hinblick auf die Leistungsgestaltung der Menschen mit Behinderungen dar, doch kann seine Wirkung zum jetzigen Zeitpunkt noch kaum abgeschätzt werden. Es wird eine große Kraftanstrengung auf allen Ebenen bedeuten, die einzelnen Regelungen pragmatisch wirksam und an der Lebenswelt der Betroffenen orientiert umzusetzen. Als Gesetzeswerk setzt das BTHG sehr hohe Maßstäbe, nun müssen auf Landes- und kommunaler Ebene gangbare Wege gefunden werden.

Von besonderem Interesse ist, wie das BTHG, das auf alle Formen von Behinderung ausgerichtet ist, sich spezifisch auf psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen auswirkt. Eine erste Einschätzung dazu gibt Rosemann in Bezug auf die sich stellenden Herausforderungen: „Sie beginnen bei dem Umstand, dass Leistungen der Eingliederungshilfe und insbesondere zur sozialen Teilhabe Antragsleistungen werden. Hinter dem Antrag steht die Erwartung, dass die Leistungen erfolgreich sein werden. Die Eingliederungshilfe wird damit in das System der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe eingebettet, das wir schon lange kennen – auch mit seinen negativen Auswirkungen. Viele Menschen haben die Erfahrung gemacht, dass ein Antrag zunächst abgelehnt wurde und erst ein Widerspruch zur Leistung geführt hat. Für die Abfassung des Widerspruchs benötigt man Durchsetzungskraft und Unterstützung […] Die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung stellt daher ein ganz wichtiges Element in diesem neuen System dar“ (Rosemann, 2018, S. 29 – 30).

Arbeit und Beschäftigung

Dieser Themenkreis stellt nach Einschätzung der Fachwelt einen schwierigen und noch ungelösten Aufgabenkomplex dar. Der erste Arbeitsmarkt ist nach aller Erfahrung und quantitativ betrachtet nach wie vor nur minimal offen für Beschäftigung und Rehabilitation psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen. In den Einrichtungen der Arbeitsverwaltung, der Jobcenter wird diese Gruppe von Betroffenen zwar gesehen, es fehlt jedoch nach wie vor an für sie geeigneten Instrumentarien, mindestens in der Umsetzung von Vorschriften des SGB II und SGB III. Seit 2016 kooperieren gesetzliche Krankenkassen bundesweit mit Jobcentern und Arbeitsagenturen, um Arbeits- und Gesundheitsförderung systematisch zu verzahnen. Um den genannten Problemen entgegenzuwirken, sollen Mitarbeitende u. a. auch für psychische Krankheiten von SGB-II- und SGB-III-Klientel sensibilisiert werden.

Obwohl inzwischen steigende Zahlen an Beschäftigten aufgrund psychischer Störungen vorübergehend oder auf Dauer aus dem Arbeitsleben herausfallen (s. Abschnitt 3.3.5), fehlen in der Arbeitswelt noch (sekundär-)präventive Mechanismen. Vorurteilsstrukturen erschweren die Situation zusätzlich. Es spricht folglich einiges dafür, z. B. das neue Paradigma „First place, then train“ deutlicher in den Vordergrund zu rücken.

Der zweite Arbeitsmarkt mit Werkstätten für behinderte Menschen, Berufsbildungs- und Berufsförderungswerken, Rehabilitationseinrichtungen, Trainingszentren etc. stellt zwar für eine große Zahl behinderter Menschen einen wichtigen Sektor dar. Doch werden

weithin Zweifel geäußert, ob dessen Angebote den Bedarfslagen und Fähigkeiten von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen gerecht werden (können). Trotz aller positiven Entwicklungen liegt die Hoffnung auf Optimierung der Verhältnisse beim BTHG: „Im Bereich der Hilfen im Bereich Arbeit und Beschäftigung werden sich zwei neue Regelleistungen etablieren. Zum einen wird eine einfachere Art der Werkstatt für Menschen mit Behinderungen flexiblere Beschäftigungsmöglichkeiten anbieten. Zum andern wird das Budget für Arbeit ganz neue, werkstattunabhängige Möglichkeiten schaffen. […] (Die) Budgets für Arbeit (können) sich zu einer echten individualisierten Leistungsform entwickeln. Das alles setzt voraus, dass sie tatsächlich individuelle Wege ins Arbeitsleben ermöglichen. Insofern kommt der Ausgestaltung in den Bundesländern eine ganz wesentliche Bedeutung zu. Für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen ist es erforderlich, im Rahmen von Teilhabe- und Gesamtplänen sehr persönlich zugeschnittene Möglichkeiten der Beschäftigung zu schaffen. Das sonst im Feld der Teilhabeleistungen übliche Verfahren von ‚eingekauften' Maßnahmepaketen ist gerade für diesen Personenkreis nur wenig hilfreich." (Rosemann, 2018, S. 96 f.).

2.2 Rahmensetzung auf Ebene des Landes Sachsen-Anhalt

Für die Landesebene sind für den gegebenen Kontext einschlägig u. a. folgende Gesetzeswerke (einschließlich fortgeschriebener Fassungen) maßgeblich:

- *Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt (PsychKG LSA) vom 30. Januar 1992.* Dieses Gesetz regelt zum einen die Hilfen für Personen mit einer psychischen Erkrankung als Leistung der kommunalen Gebietskörperschaften (Landkreise und kreisfreie Städte) bzw. als Aufgabe des übertragenen Wirkungskreises bzw. als Teil der Daseinsfürsorge auf kommunaler Ebene. Zum anderen regelt es die zu ergreifenden Schutzmaßnahmen im Fall von Selbst- und Fremdgefährdung sowie die Frage der Unterbringung. Des Weiteren regelt das Gesetz die Organisation der Hilfen vor Ort und ist Grundlage für die Einsetzung und Arbeit des „Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in Sachsen-Anhalt." Dieses Gesetz befindet sich derzeit in Novellierung; Auslöser hierfür sind u. a. die Umsetzung der UN-BRK sowie die Berücksichtigung höchstrichterlicher Urteile zum Rechtsstatus psychisch kranker Personen.
- *Maßregelvollzugsgesetz Sachsen-Anhalt (MVollzG LSA) vom 21. Oktober 2010*. Das MVollzG LSA regelt „den Vollzug der durch strafrichterliche Entscheidung angeordneten freiheitsentziehenden Maßregeln der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt sowie die Aufsicht über den Vollzug" (§ 1 MVollzG LSA). Dies geschieht unter Bezug auf und Maßgabe von § 63 Strafgesetzbuch für Personen, die den Rechtsbruch im Zustand der Schuldunfähigkeit oder der verminderten Schuldfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankung begangen haben oder gemäß § 64 Strafgesetzbuch von Suchtmitteln abhängig sind. Mit der Umsetzung der Maßregel als hoheitliche Aufgabe des Landes ist in Sachsen-Anhalt die landeseigene Salus gGmbH betraut. Die Landeskrankenhäuser für forensische Psychiatrie in Uchtspringe und Bernburg in Trägerschaft der Salus gGmbH vollziehen die richterlich angeordneten Maßregeln zum Zweck der Heilung und Besserung gemäß MVollzG LSA.
- Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Berufsausübung im Gesundheitswesen im Land Sachsen-Anhalt (Gesundheitsdienstgesetz – GDG LSA) vom 21. November 1997. Die Bedeutung des GDG für den gegebenen Zusammenhang liegt darin, dass dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) gemäß § 1 Abs. 1 Ziffer

3 GDG die „Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung“ obliegt. Dies schließt die psychiatrische Versorgung ein, da gemäß § 10 Abs. 2 der ÖGD auch Hilfe leistet „für Personen mit seelischen und geistigen Behinderungen oder Erkrankungen nach PsychKGLSA“. Gemäß § 12 Abs. 1 GDG soll der ÖGD außerdem „fachliche Zielvorstellungen … (entwickeln) insbesondere für die Betreuung und Versorgung von seelisch, geistig und körperlich behinderten, psychisch kranken und abhängigkeitskranken sowie älteren Menschen“. Die Bezugnahme des GDG auf das PsychKGLSA verweist darauf, dass das Handeln des ÖGD bei bestimmten Betroffenengruppen die Maßgaben des PsychKGLSA zu beachten hat, z. B. hier also die Sozialpsychiatrischen Dienste der Kommunen als beizuziehende Instanz ihre Rolle spielen (sollten).

- Von Bedeutung ist auch das Gesetz zur Familienförderung und zur Neuordnung der Förderung sozialer Beratungsstellen des Landes Sachsen-Anhalt (Familien- und Beratungsstellenfördergesetz Sachsen-Anhalt – FamBeFöG LSA) vom 19. Dezember 2005, zuletzt geändert 2017. Zwar richtet sich dieses Gesetz gemäß § 1 FamBeFöG LSA vor allem auf die „Förderung familienfreundlicher Lebensbedingungen“, jedoch bezieht es an verschiedenen Stellen auch suchtkranke Personen bzw. die psychosoziale Versorgung ein und setzt strukturierende Vorgaben zur Planung und Organisation von Beratung und Beratungsstellen in Sachsen-Anhalt. Gemäß § 19 FamBeFöG LSA soll die Förderung von Beratungsstellen dazu beitragen, „abgestimmte Leistungen der Ehe-, Lebens-, Familien-, Erziehungs- und Suchtberatung bedarfsgerecht anzubieten“. In § 20 FamBeFöG LSA werden in den Aussagen zu den Grundsätzen der Förderung Festlegungen getroffen, an die die Gewährung einer (finanziellen) Förderung durch das Land gebunden ist: So legt § 20 Abs. 1 fest, dass die Zuweisungsempfänger (Landkreise und kreisfreie Städte) „Sozialplanung“ und „Jugendhilfeplanung“ durchzuführen haben. In § 20 Abs. 5 wird gefordert, dass die Beratungsstellen „im Sinne einer integrierten psychosozialen Beratung … zusammenwirken“ sowie dass umfassende und gebündelte Beratungsleistungen „auch für Ratsuchende mit mehreren Problemen“ erbracht werden sollen. Solche Festlegungen lassen zumindest die Frage aufkommen, ob eine spezifische Fachplanung für die Versorgung von psychisch kranken Menschen einen gesonderten Stellenwert bekommen oder von vornherein Teil der „Sozialplanung“ sein soll. Die Richtung scheint (noch) offen, und ebenso erscheint die Diskussion über die Umsetzung des FamBeFöG LSA noch nicht abgeschlossen. An späterer Stelle ist darauf noch näher einzugehen.
- *Gesetz über Wohnformen und Teilhabe des Landes Sachsen-Anhalt (Wohn- und Teilhabegesetz – WTG LSA) vom 17. Februar 2011*. Dieses Gesetz schafft neue Rahmenbedingungen für Wohnangebote für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen, u. a. als Folge der UN-Behindertenrechtskonvention. Gegenüber früheren heimgesetzlichen Regelungen unterstreicht das WTG die freie Wählbarkeit der Wohnform durch die Betroffenen. Zudem sollen Beratung verbessert, mehr Transparenz geschaffen und Qualitätsanforderungen an Wohneinrichtungen erhöht werden.

Abgesehen von Gesetzen auf Landesebene ist Sachsen-Anhalt wie jedes andere Bundesland auch aufgefordert, bundesgesetzliche Regelungen auf Landesebene umzusetzen. Das betrifft Vorschriften des Sozialgesetzbuchs ebenso wie z. B. das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Insbesondere von Bedeutung ist das BTHG, da die Art und Weise, wie Teilhabe zu realisieren ist, vielfach auf Landes- und kommunaler Ebene zu regeln ist. Das betrifft z. B. die Teilhabe am Arbeitsleben, die u. a. den Zugang zum ersten Arbeitsmarkt verbreitern soll, was die Ziel- und Aufgabenstellungen der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) konkret tangieren wird.

3 Epidemiologie: Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung

Zum Stellenwert und zur Einordnung epidemiologischer Erkenntnisse

Darstellungen, Analysen und Empfehlungen zur Gestaltung der psychiatrischen Versorgung setzen Erkenntnisse voraus, in welcher Größenordnung psychische Erkrankungen und seelische Behinderungen in der Bevölkerung vorkommen. Diese bereitzustellen, ist Aufgabe und Ziel epidemiologischer Forschung. Wesentliches Interesse besteht dabei an der *Morbidität* (Krankheitshäufigkeit in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt) und an der *Prävalenz*: Welcher Anteil der Menschen einer definierten Bevölkerungsgruppe ist zu einem bestimmten Zeitpunkt/einer bestimmten Zeitspanne von einer bestimmten Krankheit betroffen?

Wenn im Folgenden dazu einige wichtige Studien mit Relevanz für das Bundesgebiet referiert werden, so verlangt dies einige Vorbemerkungen:

- Für das Land Sachsen-Anhalt liegen zwar dem Fachjargon entsprechend sog. „administrative Prävalenzdaten“ (z. B. statistische Daten von Landesämtern oder Institutionen zur Inanspruchnahme), jedoch keine methodisch umfassenden, auf das ganze Land, repräsentativ ausgerichteten epidemiologischen Arbeiten zur sog. „wahren Prävalenz“ vor. Es ist jedoch anzunehmen, dass Erkenntnisse aus vorhandenen bundesweiten Studien zumindest im Grundsatz sowie ggf. unter Berücksichtigung sozialstruktureller Unterschiede auf die Bevölkerung in Sachsen-Anhalt übertragen werden können.
- Die epidemiologischen Arbeiten teilen sich im Großen und Ganzen auf nach solchen, die die Altersgruppe bis 18 Jahre im Fokus haben, und solchen, die auf die erwachsene Bevölkerung ausgerichtet sind. Differenzierungen, die über die Situation bei der Gruppe Älterer jenseits der 65 Jahre Auskunft geben, sind vergleichsweise selten zu finden. Hier bestehen noch Erkenntnislücken, zumal die Konzeptualisierung dahingehend, ob eine psychische Erkrankung im Alter vorliegt oder hier Folgen eines normalen Alterungsprozesses zu gewärtigen sind, gerade bei der zunehmenden Gruppe von über 80-jährigen Personen nicht einfach ist. Analoges gilt im Übrigen auch für die Gruppe der Heranwachsenden/Adoleszenten (16/18 – 25 Jahre); obwohl sich in diesen Jahren gerade im Hinblick auf psychische Gesundheit noch wesentliche Weichenstellungen ergeben können, ist die Erkenntnislage zu dieser Gruppe derzeit schmal.
- Aus Aussagen zu Zahl und Verteilung psychischer Erkrankungen kann konkreter Behandlungsbedarf nicht linear abgeleitet werden. Zwar liegen diverse epidemiologisch ausgerichtete Studien und Erkenntnisse dazu vor, der Grad der Aussagensicherheit ist jedoch in keinem Fall so ausgeprägt, dass daraus eindeutige Abschätzungen zu Handlungs- und Behandlungsbedarf abgeleitet werden könnten. Das liegt nicht an mangelnder Güte der Studien, sondern an der Komplexität psychischer Erkrankungen und seelischer Behinderungen und ihren Varianzen, die sich einfachen Beurteilungsmaßstäben entziehen. Das Ziel, exakte Prävalenzziffern und deren behandlungsbezogene Folgen zu ermitteln, verlangt einen hohen methodischen Aufwand, reliable Verfahren, repräsentative Stichproben und letztlich vor allem die expertengestützte Diagnose und Therapieempfehlung zu jeder einzelnen Person in der Stichprobe. Wo dieser z. T. sehr hohe Aufwand nicht konsequent betrieben wird, ist die Aussagekraft der Ergebnisse beschränkt.
- Die Umsetzung von bevölkerungsbezogenen Prävalenzziffern in Hilfebedarfe etc. folgt deshalb keiner einfachen Logik, sondern hat eine Vielzahl moderierender Fak-

toren und intervenierender Variablen zu berücksichtigen wie bspw. geschlechts-, schichts-, herkunfts- und regionalbezogene Unterschiede.

Hier soll keine umfassende Abhandlung zur Epidemiologie psychischer Erkrankungen gegeben werden, es geht unter Bezug auf einschlägige Studien aus den letzten ca. zehn bis 15 Jahren eher um eine Orientierung, in welchen Größenordnungen überhaupt und bei welcher Art an psychischer Erkrankung diese auftreten (können).

3.1 Das Krankheitsspektrum allgemein

Zur Einordnung zunächst ein kurzer Blick auf das *gesamte Krankheitsspektrum* bzw. zu Stand und Entwicklung *somatischer und psychischer* Erkrankungen generell:

Der säkulare, langfristige *Wandel im Krankheitsspektrum* in den letzten ca. 100 – 150 Jahren verweist aufgrund der Fortschritte in der Ernährung, der Medizin und Hygiene, aufgrund gesundheitsorientierter Lebensstile auf ein nahezu völliges Zurückdrängen der früher durch mangelnde Hygiene, verseuchtes Wasser u. ä. bedingten infektiösen Erkrankungen (Cholera, Typhus usw.), hingegen auf ein Anwachsen von Muskel-, Skelett-, Herz-Kreislauf-, Atemwegs-, Magen-Darm-, Krebs- und auch psychischer Erkrankungen, mit zugleich Tendenzen zur Chronifizierung. Die Ursachen hierfür sind vielfältiger Natur, bei einzelnen Erkrankungen spielen sicher auch z. B. einseitige Ernährung, Rauchen, Bewegungsarmut, Alkoholmissbrauch, aber auch Prädisposition, Lebenslage, Umgang mit Stress als Prädiktoren für einzelne Erkrankungen eine Rolle. Die großen Volkskrankheiten nehmen seit Jahrzehnten die vorderen Ränge z. B. in der Krankenhausstatistik ein:

- Von 20,063 Mio. stationären Krankheitsfällen (entlassene Fälle) in Deutschland im Jahr 2016 entfallen gut zwei Drittel auf die vorgenannten großen Volkskrankheiten. 1,222 Mio. Fälle entfallen auf „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Hauptdiagnose nach International Classification of Diseases: ICD-10, F00 bis F99), dies entspricht einer Quote von knapp 6,1 %. Von diesen wiederum entfallen 26,4 % auf alkoholbedingte Erkrankungen (ICD-10, F10; Statistisches Bundesamt, 2017a, S. 11).
- Für Sachsen-Anhalt wurden im Jahr 2016 insgesamt 611.641 Krankenhausfälle gezählt, davon entfallen auf „Psychische und Verhaltensstörungen“ 33.869 Fälle (entspricht 5,5 % von allen), davon wiederum durch Alkoholsucht (ICD-10, F 10) bedingt 10.513 Fälle (31,0 %) (Statistisches Bundesamt, 2017a, S. 48).

Was die Zukunft betrifft, so sind Prognosen bezogen auf das Krankheitsspektrum von einer Vielzahl interagierender Variablen abhängig. Die Fachwelt ist sich allerdings dahingehend einig, dass es einen alterskorrelierten Anstieg bestimmter Erkrankungen geben wird, z. B. für Krebserkrankungen ein Anstieg um 26 %, für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen um 23 % bis zum Jahr 2030 (Fritz Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung, 2011, S. 29 f.). Ob psychische Erkrankungen in der Zukunft zunehmen werden, ist mindestens fraglich, darauf ist nach den folgenden Ausführungen zur Epidemiologie „Psychischer und Verhaltensstörungen“ noch weiter einzugehen. Zweifelsohne werden jedoch die Formen altersbedingter „Demenz“ zunehmen (s. auch Abschn. 3.3)

Verwiesen sei aber darauf, dass diese auch manchmal als „Krankheitslast“ bezeichneten Gegebenheiten keinesfalls immer die negative Assoziation dieser Bezeichnung verdienen. Dass im erreichten höheren Alter mehr Störungen und Krankheiten auftreten können, ist eine altbekannte Tatsache. Dabei muss es zunächst als erheblicher Gewinn betrachtet

werden, dass die Lebenserwartung insbesondere im letzten Jahrhundert in Deutschland deutlich gestiegen ist (von im Schnitt ca. 44,82 Jahren in den Jahren 1901/1910 auf 75,08 Jahre zum Zeitpunkt 1988/2000) (Bundesministerium für Gesundheit, 2017, S. 11). Auf die Eindämmung der Säuglings- und Kindersterblichkeit sei ebenfalls verwiesen. Die Korrelation zwischen höherem Alter und Krankheit ist auch nicht so ausgeprägt, als dass nicht auch im höheren Lebensalter vielfach gesunde Jahre verbracht werden können. Das Robert Koch-Institut (RKI) verweist z. B. nach einer Analyse von stationären Diagnosedaten für die Jahre 2000 bis 2010 darauf, „dass es einerseits Krankheiten gibt, bei denen die demografische Alterung zu einem starken Anstieg der Krankenhausbehandlungen geführt hat (z. B. Herzschwäche oder Prostatakrebs). Andererseits hat sie bei Krankheiten wie unspezifischen Rückenschmerzen […] nur leichte Anstiege der Behandlungszahlen nach sich gezogen. Daneben gibt es Krankheiten, bei denen die Behandlungszahlen trotz demografischer Alterung gesunken sind. Das sind z. B. ischämische Herzkrankheiten." (Nowossadeck, 2012, S. 4 f.). Schlussfolgernd: „Auch wenn mit zunehmendem Alter physiologische Veränderungen eintreten, die mit einem höheren Risiko für die Ausbildung von Erkrankungen einhergehen, lässt sich die Gesundheit älterer Menschen auf vielfältige Weise positiv beeinflussen. Durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention können Krankheiten vermieden, hinausgezögert und ihre Folgen reduziert werden. Präventive Maßnahmen tragen damit auch zur Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit im höheren Lebensalter bei" (ebd., S. 6). Ein entsprechend differenzierter Blick ist deshalb auch für das Gebiet der psychischen Erkrankungen und darauf bezogene versorgungsbezogene Fragen angezeigt.

3.2 Zu Zahl und Verteilung psychischer und Verhaltensstörungen:[5] Altersstufenbezogener Überblick

Die Verfasser der Psychiatrie-Enquête gingen 1975 davon aus, dass ca. ein Drittel der Bevölkerung mindestens einmal im Leben eine (ambulant oder stationär) behandlungsbedürftige Episode psychischer oder von Verhaltensstörung durchlaufen würde, dies beruhte damals z. T. noch auf Schätzungen und einer geringen Zahl von Untersuchungen. Die Heranziehung von einschlägigen Studien und Erkenntnissen aus den letzten Jahren bis in die Gegenwart ergibt kurz skizziert folgendes Bild:

3.2.1 Kinder und Jugendliche

Ihle und Esser (2002, S. 159) fassen in einem Übersichtsartikel bereits im Jahr 2002 die Ergebnisse von insgesamt 19 nationalen und internationalen Untersuchungen zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter wie folgt zusammen: „Der Median der Periodenprävalenzraten […] betrug 18 %, wobei ca. drei Viertel der Prävalenzraten zwischen 15 und 22 % lagen. Damit sind psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen in etwa gleich häufig wie bei Erwachsenen". Barkmann & Schulte-Markwort (2004) kommen in ihrem Literaturüberblick aus dem Jahr 2004 auf eine mittlere Prävalenzrate von 17,2 %.

Aktuell für Deutschland von Bedeutung sind insbesondere die Arbeiten am RKI in Berlin, die unter den Bezeichnungen: Studie zur „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen"

---

5 Redaktionelle Anmerkung: Die Begrifflichkeit „Psychische und Verhaltensstörungen" enstammt der Überschrift für alle diese Störungen in der ICD-10, Kapitel F, Diagnosengruppen F00 bis F99. Diese Begrifflichkeit wird hier nicht stetig in gleicher Weise gebraucht, sondern auch durch psychische oder seelische „Erkrankungen" z. T. ersetzt. Gemeint bleibt jedoch unabhängig von der Wortwahl immer das Spektrum gemäß ICD-10, F00 bis F99.

(kurz: KiGGS) bzw. „Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten“ (kurz: BELLA) als Modul innerhalb von KiGGS durchgeführt werden. Basiserhebungen zu KiGGS fanden dazu in bisher drei sog. Wellen statt: 2003 bis 2006, 2009 bis 2012 und 2014 bis 2017, Ergebnisse zu dieser dritten Welle waren zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Berichts noch nicht publiziert. KiGGS widmet sich der Untersuchung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, BELLA bezeichnet das Untersuchungs-Modul Psychische Gesundheit innerhalb KiGGS mit mehreren Messpunkten. Für BELLA wurden die Untersuchungen nach der Basiserhebung 2005 bis 2008 (2-Jahre-follow-up) und 2009 bis 2012 (6-Jahre-follow-up) fortgeführt, in denen diverse Merkmale zu psychischer Gesundheit, Beeinträchtigungen, Inanspruchnahme etc., ausgehend von den in der ersten BELLA-Welle bereits befragten Studienteilnehmenden (N = 2.863), im weiteren Verlauf untersucht werden. Folgende Ergebnisse sind im gegebenen Kontext von Bedeutung:

- Die KiGGS-Befragung von 2009 bis 2012 mit den Schwerpunkten: körperliche Gesundheit, psychische Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung. Ca. 16 % der Kinder und Jugendlichen wiesen nach Angaben der Eltern ein chronisches Gesundheitsproblem auf; 3,2 % waren krankheitsbedingt eingeschränkt, Dinge zu tun, die Gleichaltrige tun können.
- Die Auffälligkeitsrate bei psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen drei und 17 Jahren lag in der KiGGS-Basiserhebung (2003 – 2006) bei 20,0 % (Jungen: 23,4 %; Mädchen: 16,9 %). In der zweiten KiGGS-Welle lag dieser Anteil bei 16,9 %; erklärt wird dieser Rückgang durch rückläufige Trends bei männlichen Jugendlichen (Klipker et al., 2018, S. 37).
- Die vertieften Untersuchungen in den BELLA follow-up-Studien ergaben: Unter den Kindern und Heranwachsenden, die an allen o. g. Messpunkten teilnahmen (N = 1.255), zeigten rd. 10 % klinisch signifikante psychische Probleme. In einem Zeitraum von sechs Jahren zeigten 74,3 % keine Auffälligkeiten, 15,5 % hatten sich erholt („remitted“). 2,9 % wiesen durchgehende, 7,3 % akute oder wiederkehrende Probleme auf. Insgesamt ist die relative Wahrscheinlichkeit, dass im Alter zwischen sieben und zwölf Jahren psychische Probleme auftreten, am höchsten, ebenso im Alter ab 19. Die Inanspruchnahme von Diensten und Einrichtungen erfolgt bei 33 % der Befragten mit akuten oder wiederkehrenden Problemen und bei ca. 64 % mit persistierenden Problemen (Ravens-Sieberer et al., 2014).
- Der sozioökonomische Status (SES) der Familien korreliert mit der Auffälligkeitsrate bei psychischen Problemen/Erkrankungen: „Während insgesamt etwas mehr als ein Viertel (26,0 %) der Kinder und Jugendlichen mit niedrigem SES dem eingesetzten Screeninginstrument zufolge psychisch auffällig ist, trifft dies auf rund ein Sechstel (16,1 %) der Heranwachsenden aus der mittleren und ein Zehntel (9,7 %) derer aus der hohen Statusgruppe zu. Dieser soziale Gradient tritt bei Mädchen und Jungen gleichermaßen zutage" (Kuntz et al., 2018, S. 25).
- In einer Sekundäranalyse von 33 internationalen Studien zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen finden Barkmann und Schulte-Markwort (2012) eine mittlere Prävalenzrate von 17,6 %. Diese Rate variiert jedoch zwischen den Studien, abhängig u. a. von der Falldefinition und von den eingesetzten Erhebungsinstrumenten.
- Die vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Studie zur Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher geht (2017) davon aus, dass „ca. 6 % aller Kinder unter 18 Jahren behandlungsbedürftig psychisch krank (sind) und die Diagnosekriterien (erfüllen)“ (Fegert, Kölch & Krüger, o. J., S. 21).

- Der jüngst erschienene „Kinder- und Jugendreport 2018“ der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) analysiert die Daten der Versicherten der DAK und kommt zu dem Ergebnis, dass der Anteil an psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen bei 25,9 % liegt (Storm, 2018b, S. 15). Allerdings bezieht sich diese Zahl auf Kinder und Jugendliche, die bereits das Behandlungssystem in Anspruch genommen haben (analysiert werden die Abrechnungsdaten), sodass die Prozentzahl zwar einen weiteren Anhaltspunkt liefert, aber keine stringente Aussage über die „wahre“ Prävalenz in der gesamten Population zulässt. Bestätigt wird jedoch auch im DAK-Report der deutliche Zusammenhang von Erkrankung und sozioökonomischem Status der Familien (a. a. O., S. 95 ff.).

Alle Studien zusammen genommen verweisen bei Kindern und Jugendlichen auf eine Auffälligkeitsrate von 15 % bis 21 % hinsichtlich psychischer Störungen. Allerdings ist unter methodischen Aspekten darauf hinzuweisen, dass z. B. die Ergebnisse der KiGGS- und BELLA-Studien auf Befragungen der Eltern und deren Wahrnehmung beruhen.

3.2.2 Erwachsene Bevölkerung

Die DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) geht in ihrer Schrift „Psychiatrie 2020“ davon aus, dass „32,1 % der erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren in einer 12-Monats-Prävalenz die Kriterien einer psychischen Erkrankung [erfüllen]. Am häufigsten treten Angststörungen (12,6 %), somatoforme Störungen (11 %), depressive Störungen (8,8 %) und Alkoholabhängigkeit (6,3 %) auf“ (Schneider, Falkai & Maier, 2011, S. 2).

Die Auswertung verschiedener Studien auf EU-Ebene (Jacobi, 2009, S 17) ergibt für verschiedene psychogene Erkrankungen innerhalb eines 12-Monatszeitraums Prävalenzraten (Erkrankungsraten) von beispielsweise

- 4,8 % bis 8,0 % der Bevölkerung für Depression
- 0,2 % bis 4,8 % für Alkoholabhängigkeit
- 0,8 bis 2,2 % für Angststörungen
- 0,5 % bis 1,1 % für Zwangsstörungen usw.

Zusammenfassend wird festgehalten, dass die Wahrscheinlichkeit, von irgendeiner psychischen oder Verhaltensstörung in einem 12-Monatszeitraum betroffen zu werden, bei Erwachsenen bei 27 % liegt.

Bestätigt wird diese Zahl durch die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH)“, referiert durch Jacobi u. a. im Jahr 2014, bei der sie feststellten, dass bei etwa einem Drittel der Frauen und gut einem Fünftel der Männer im Alter von 18 bis 79 Jahren „in den vergangenen 12 Monaten zumindest zeitweise mindestens eine psychische Störung vor[lag ...]. Die Gesamtprävalenz beträgt 27,7 %. Häufigste Störungen sind Angststörungen (15,3 %), affektive Störungen (9,3 %) und Störungen durch Substanzgebrauch (5,7 %, ohne illegale Drogen). In etwa 40 % – 50 % der Fälle waren mehrere Diagnosen zu verzeichnen. [...] Die Prävalenzen unterscheiden sich stark hinsichtlich des Geschlechts (mit Ausnahme von Substanzstörungen häufiger bei Frauen), des Alters (höhere Prävalenz bei jüngeren und niedrigere Prävalenz bei Älteren) und des sozioökonomischen Status (höhere Prävalenz bei niedriger sozialer Schicht) [...]. Regional zeigen sich bei psychotischen und affektiven Störungen höhere Raten in Großstädten" (Jacobi, Höfler & Strehle, 2014).

3.2.3 Anmerkungen zu psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter

Es wurde bereits einleitend vermerkt, dass die Datenbasis zu psychischen Erkrankungen im höheren Lebensalter – mit Ausnahme von Aussagen zu Demenz – vergleichsweise schmal ist. Dazu kommen wissenschaftlich-konzeptionelle Fragen, inwieweit psychische Störungen im Alter gesondert, d. h. je „für sich“ auftreten oder Ergebnis von allgemeinen Alterungsprozessen sind, d. h. ein allgemeiner „Lebensrückzug“ zu konstatieren und zu akzeptieren ist, auch verbunden mit Einschränkungen in der kognitiven und emotionalen Leistungsfähigkeit insbesondere in den Altersstufen ab 75 bzw. ab 80 Jahren. Diese Differenzierungen sind nicht unwichtig, denn je nach Betrachtung sind unterschiedliche Hilfesysteme zuständig oder präventive Maßnahmen nötig. Für die „Demenz“ gilt Ähnliches, wobei dieser Begriff selbst bereits unterschiedliche Ursachen und Erscheinungsformen umfasst: Handelt es sich um cerebrale Veränderungs- und Abbauprozesse im Sinne von „Alterserscheinungen“ oder (in jedem Fall?) um „Krankheit“ mit z. B. auch psychiatrischem Hilfebedarf? Verbindliche Aussagen sind zwar im Einzelfall möglich, flächendeckende Aussagen darauf aufzubauen, ist jedoch schwierig.

Bei der analytischen Aufbereitung zu den Erscheinungsformen psychischer Veränderungen im Alter ist es hilfreich, mindestens drei Gruppen zu unterscheiden:

- Bereits *früher psychisch erkrankte Menschen*, die *jetzt alt* geworden sind
- Menschen, die *erst im Alter von psychischer Erkrankung betroffen* sind (z. B. Depression, Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit, Wahn, delirante Zustände, z. B. nach Unfällen, permanente Schlafstörungen, Ängste)
- Menschen, die aufgrund *degenerativer, vaskulärer oder hirnorganischer Veränderungen kognitive Einschränkungen oder demenzielle Entwicklungen* erfahren.

Die Gruppen sind nicht trennscharf voneinander abzugrenzen. Schwerpunktmäßig lassen sich jedoch jeweils folgende Aussagen treffen:

- *Alt gewordene psychisch erkrankte Menschen* sind im System i. d. R. bereits früher bekannt und versorgt worden. Ganz überwiegend leben sie noch zu Hause, falls dort noch Versorgung geleistet werden kann oder in Heimen oder, bei Behandlungsbedürftigkeit, in psychiatrischen Kliniken. Der Anteil der alt gewordenen psychisch erkrankten Menschen an der Gesamtbevölkerung dürfte unter einem Prozent liegen.
- Menschen, die *im Alter von psychischen Erkrankungen betroffen* sind bzw. werden: Jacobi u. a. (2014, S. 82) berichten, bezogen auf eine 12-Monatsprävalenz, von einem Anteil von 20,3 % der Bevölkerung im Alter von 65 bis 79 Jahren (d. h. Betroffenheit von mindestens einer psychischen Störung im Jahr). Das bestätigen zunächst auch ältere Studien, bei denen zusammenfassend davon ausgegangen wird, dass „etwa ein Viertel der Altenbevölkerung an einer psychischen Krankheit leidet.“ (Weyerer & Bickel, 2007, S. 55). Allerdings sind in dieser Aussage die kognitiven und hirnorganischen Veränderungen auch zusammengefasst; die Prozentsätze für einzelne Erkrankungen wie Depression, Sucht u. a. liegen jeweils deutlich unter 20 % bzw. im einstelligen Prozentbereich. Zu unterscheiden sind hier außerdem, da sind sich alle Autoren einig, die Altersstufen bis 75, bis 80 Jahre und darüber. „Etwa ein Viertel der über 64-Jährigen leidet an einer psychischen Störung. Trotz der altersabhängigen Zunahme von Demenzerkrankungen ist jedoch die psychiatrische Gesamtmorbidität in der Gruppe der 65-jährigen und älteren Menschen nicht höher als in jüngeren Altersgruppen“ (Kruse, Gaber et al., 2002, S 18). Jenseits der 80 Jahre nehmen psychische Veränderungen und Störungen dann aber dynamisch zu, sodass aufgrund des

generell steigenden Anteils der über 80-Jährigen an der Bevölkerung der größere Handlungsbedarf hier liegen dürfte.

- Ein dynamisches Wachstum ist aufgrund der demografischen Entwicklung jedoch insbesondere für die *dritte Gruppe von Betroffenen mit kognitiven Veränderungen und Demenzen aufgrund vaskulärer und hirnorganischer Veränderungen* anzunehmen, wobei kognitive Veränderungen im Alter nicht in jedem Fall mit Demenz i. e. S. gleichzusetzen sind; hier kommt es sehr auf den individuellen Fall und den Prozessverlauf an, der mit unterschiedlichen Ausprägungen in Selbststeuerung bzw. mit Einschränkung der Alltagskompetenz einhergeht. Aktuell wird davon ausgegangen, dass in Deutschland „gegenwärtig rund 1,7 Millionen Menschen mit Demenz (leben). Die meisten von ihnen sind von der Alzheimer-Krankheit betroffen. Jahr für Jahr treten mehr als 300.000 Neuerkrankungen auf“ (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., 2018, S. 1).

Das Fritz Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung (2011, S. 30) prognostizierte bis zum Jahr 2030 einen Anstieg auf 1,6 Mio. Eine heutige Hochrechnung geht davon aus, dass die Zahl der Demenzen bis zum Jahr 2030 bundesweit sogar auf knapp 2,1 Mio. steigen könnte (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V., 2018, S. 5), das entspricht einem Anstieg um gut 20 % gegenüber heute. Für Sachsen-Anhalt wird von der Alzheimer-Gesellschaft eine geschätzte Anzahl an Demenz leidender Personen jenseits der Altersstufe 65 von 52.478 angegeben (a. a. O., S. 3). Nimmt man für diese Zahl den gleichen Zunahmefaktor wie im Bundesgebiet an, wäre für das Jahr 2030 mit ca. gut 60.000 Personen jenseits von 65 Jahren mit Demenz zu rechnen. Die für das Jahr 2015 für Sachsen-Anhalt berichtbare Zahl (gemäß Mitteilung von Referat 22 des MS vom 11.12.2018) umfasst „46.292 Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI [alte Fassung]) sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, überwiegend Menschen mit Demenz.“ Diese Zahl liegt etwas niedriger als die vorgenannte Schätzung der Alzheimer-Gesellschaft.

In gewisser Weise unabhängig von der exakt bestimmbaren Ausgangslage wird aufgrund der demografischen Entwicklung ein Anstieg eintreten, welche Größenordnungen er allerdings erreicht, ist nicht linear oder nur einfach alterskorreliert abzuleiten. So verweist z. B. eine größer angelegte Studie aus England mit Zeitvergleich 1989 bis 1994 und 2008 bis 2011 im Ergebnis sogar auf eine deutliche Reduktion in der Prävalenz der Demenzerkrankungen (–24 % in den untersuchten Populationen). Die Autor*innen verweisen darauf, dass später im 20. Jahrhundert geborene, heute älter werdende Personen geringere Gesundheitsrisiken und anderes Gesundheitsverhalten aufweisen. Dies scheint Demenz auch „aufschieben“ zu können. Dem widerspricht nicht, dass dennoch im Untersuchungszeitraum ein Anstieg der Prävalenz von Demenz in „care settings“ von 56 % auf 70 % erfolgt ist (Matthews et al., 2013). Das heißt, die mit dem längeren gesunden Alter immer später erfolgende Betreuungsnotwendigkeit oder die Heimunterbringung ist dann mit einem gehäuften Auftreten von Einschränkungen, eben auch der Demenz, konfrontiert.

Allerdings ist nochmals festzuhalten, dass ein undifferenzierter Gebrauch des Begriffs „Demenz“ verdeckt, dass es auch Beeinträchtigungen „milderen“ Grades aufgrund vaskulärer Veränderungen gibt, die besser mit „kognitiven Einschränkungen“ oder als „Mild Cognitive Impairments MCI“ bezeichnet werden sollten (d. h. subjektiv empfundene und objektiv bestätigte Gedächtnisverluste, verzögerte Wiedergabe, Bewältigung von Alltagsaktivitäten ist jedoch nicht beeinträchtigt). Je nach Abgrenzung ergibt sich in der Literatur dann ein Verhältnis von „schwerer“ Demenz zu MCI

von einem Drittel zu zwei Drittel bis zu 20 % zu 80 %. Eine Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung verweist auf einen Betroffenheitsgrad (Prävalenz) von schwerer Demenz in der Altenbevölkerung ab 75 Jahre in Höhe von 12,4 % bis 17,4 %. Bei jeder fünften Person (19,3 %) in dieser Altersgruppe wurden leichtere Beeinträchtigungen gemäß MCI festgestellt (Luck, Angermeyer & Riedel-Heller, 2011). Diese Unterscheidung ist auch deshalb von Bedeutung, da der Hilfebedarf unterschiedlich ist.

3.3 Psychische Erkrankungen in Abhängigkeit von Geschlecht, soziostrukturellen und regionsspezifischen Merkmalen

Psychische Erkrankungen, seelische Behinderungen und Störungen variieren nicht nur in Abhängigkeit des Lebensalters, sondern stehen auch im Zusammenhang mit weiteren Merkmalen, insbesondere bezogen auf die Geschlechtszugehörigkeit, auf das Vorliegen von (weiteren) Behinderungen, aber auch bezogen auf soziostrukturelle und regionenspezifische Gegebenheiten. Über einige Ergebnisse dazu sei im Folgenden berichtet.

3.3.1 Geschlechterbezogene Unterschiede

Auf allen Altersstufen und in allen Lebensphasen manifestieren sich geschlechterbezogene Unterschiede hinsichtlich gesundheitlicher Störungen, Erkrankungen und Krankheitsverläufe. Dies gilt für somatische Erkrankungen in gleicher Weise wie für psychische Störungen und Erkrankungen. So zeigen z. B. die Verteilungen der 20 häufigsten Hauptdiagnosen vollstationär behandelter Patient*innen bei diversen somatischen Erkrankungen z. T. gravierende Unterschiede (Bundesministerium für Gesundheit, 2017, S. 22).

Bezogen auf psychische Störungen und Erkrankungen lässt sich insbesondere festhalten: Die o. g. KiGGS-Studie verweist auf Auffälligkeitsraten von 23,4 % bei Jungen im Alter von drei bis 17 Jahren und von 16,9 % bei Mädchen. Im Detail gibt es dabei Tendenzen, dass Mädchen allerdings, wenn sie betroffen sind, längere Verlaufsphasen aufweisen (Ravens-Sieberer et al., 2014). In ihren Ergebnissen verweisen KiGGS- und BELLA-Studie außerdem darauf, dass bei den Auffälligkeitsraten Zusammenhänge mit Familienstruktur, sozialer Schicht und Migrationsstatus bestehen.

Bei den Altersgruppen von 18 bis 79 Jahre zeigen sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezogen auf die durchschnittlichen 12-Monats-Prävalenzraten vor allem bei „Störung durch Substanzgebrauch“ (F1 nach ICD-10): Frauen 13,9 %, Männer 19,4 %; bei „Affektiven Störungen“ (F3): Frauen 12,4 %, Männer 6,1 %; bei „Angststörung“ (F40/F41): Frauen 21,3 %, Männer: 6,1 %; bei „Somatoformen Störungen“ (F45): Frauen 5,2 %, Männer 1,7 % (Jacobi et al., 2014, S. 80). Zusammenfassend halten Jacobi u. a. bezogen auf das Gesamtspektrum der psychischen Störungen fest: „In den 12 Monaten vor der Untersuchung erfüllte etwa jede dritte Frau (33,3 %) und etwa jeder vierte bis fünfte Mann (22,0 %) die Kriterien für mindestens eine der aufgeführten Diagnosen (ohne Nikotinabhängigkeit)“ (ebd., S. 81). Bereits diese Daten verweisen auf ein geschlechtsspezifisch differenzierendes Konzipieren und Umsetzen psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Hilfe. Bezogen auf die Altersgruppen ab 65 Jahren lassen sich die Erkenntnisse aus der Literatur zwar so zusammenfassen, dass Depression, Schlafstörung, Medikamentengebrauch tendenziell bei Frauen häufiger auftreten; aller-

dings bedürfte es mit Blick auf die durchschnittlich höhere Lebenserwartung von Frauen für genauere Aussagen altersstandardisierter Untersuchungen.

Bezogen auf die erwerbstätige Bevölkerung enthält der „DAK Gesundheitsreport 2016“, der „Gender und Gesundheit“ zum Schwerpunktthema hat, aufschlussreiche Ergebnisse (DAK, 2016). Zwar beziehen sich die Untersuchungen nur auf die DAK-Versicherten, sodass sich die Aussagen nicht linear auf die Gesamtbevölkerung übertragen lassen. Doch verweisen sie ebenso auf deutliche Unterschiede in der Diagnosen-Struktur, aber insbesondere auf die unterschiedliche Wahrnehmung von Krankheit und Störung, Krankheitsverarbeitung usw. zwischen den Geschlechtern: „Krankheitsbedingte Fehlzeiten sind ein hochkomplexes Phänomen […]. Der höhere Krankenstand von Frauen ist weniger ein Indikator für objektive Morbidität als für weibliches Gesundheitsverhalten (wie umgekehrt der geringere Krankenstand bei Männern kein Indikator für eine bessere Gesundheit von Männern ist) im Hinblick auf höhere Stresssensibilität, höhere Sensibilität gegenüber körperlichen und psychischen Symptomen, stärkere Befindlichkeitsstörungen, stärker ausgeprägtes präventives Verhalten […]“ (ebd., S. 38). Der Gesundheitsreport 2018 der DAK bestätigt die Situation: Der Krankenstand im Jahr 2017 liegt bei den weiblichen Versicherten bei 4,4 %, bei den männlichen Versicherten bei 3,8 % (Storm, 2018a).

3.3.2 Psychische Erkrankungen bei geistig behinderten Personen

Die genaue Ermittlung der Gesamtzahl der Menschen mit Behinderungen im Allgemeinen und mit geistiger Behinderung im Speziellen erweist sich als schwierig, da es in Deutschland keine lokalen oder nationalen Register[6] über Menschen mit geistiger Behinderung gibt (Dieckmann & Metzler, 2013). Erste, aber unvollständige Anhaltspunkte geben die Schwerbehindertenstatistik des Statistischen Bundesamtes bzw. der Statistischen Landesämter und die Sozialhilfestatistik, die Daten zu Empfänger*innen von Eingliederungshilfe für behinderte Menschen enthält.[7] In Deutschland leben (Stand 31.12.2017) 7,766 Mio. schwerbehinderte Menschen (alle Altersgruppen), das entspricht knapp 9,5 % der Bevölkerung. Die Mehrzahl ist körperbehindert, auf mit „geistig-seelische“ etikettierte Behinderungen entfallen gemäß Statistik 9,8 % (entspricht 765 Tsd. Personen) (Statistisches Bundesamt, 2018, S. 7). Über die Hälfte aller schwerbehinderten Menschen ist älter als 65 Jahre (56,3 %), auf die Altersgruppe ab 75 Jahren entfallen 33,8 %, sie ist damit größte Gruppe innerhalb der Altersstufung (a. a. O., S. 6 und S. 8). Es ist davon auszugehen, dass der überdurchschnittliche Zuwachs an Schwerbehinderung sich künftig insbesondere in den höheren Altersgruppen zeigen wird.

Für das Land Sachsen-Anhalt werden 197.902 schwerbehinderte Personen mit Stand 2017 ausgewiesen, das entspricht einer Quote von 8,8 % der Bevölkerung (a. a. O., S. 6). Eine prozentuale Umrechnung ergäbe für Sachsen-Anhalt wiederum eine Zahl von ca. 19.400 „geistig-seelisch“ schwerbehinderten Personen.

---

6 In Schweden und den Niederlanden gibt es solche Register.

7 In der Schwerbehindertenstatistik werden nur die Personen erfasst, die bei den Versorgungsämtern einen Antrag auf Anerkennung ihrer Behinderung gestellt haben. Zudem sind nur Personen dokumentiert, bei denen der Grad der Behinderung bei mindesten 50 oder mehr liegt. Personen, die von einer Behinderung bedroht sind, sowie Personen mit einem Behinderungsgrad von unter 50 sind nicht erfasst. Die Leistungsempfängerstatistik erfasst nur die Personen mit einer Behinderung, die Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten. Über die Personen, die in Wohnpflegeheimen leben, sowie die Ruheständler der WfbM, die eigenständig oder bei Angehörigen wohnen und keine Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen, können keine Angaben gemacht werden.

Genaue Angaben zur Lebenserwartung von Menschen mit (geistigen) Behinderungen in Deutschland liegen nicht vor. Doch zeigen Ergebnisse internationaler Studien wie auch die Studie von Dieckmann & Metzler (2013), dass die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung generell gestiegen ist und dass sich für einige Personengruppen – insbesondere bei den Menschen mit leichter bis mittlerer Behinderung – die Lebenserwartung zunehmend an die der Gesamtbevölkerung angleicht (Bittles & Glasson, 2004; Patja, Iivanainen, Vesala, Oksanen & Ruoppila, 2000; Tyrer, Smith & McGrother, 2007). Schätzungen nach wird sich bis zum Jahr 2030 die Anzahl der Personen mit geistiger Behinderung, die 60 Jahre alt und älter sind, mehr als vervierfachen. Die Anzahl der 80-Jährigen und Älteren wird sich bis 2030 sogar verzehnfachen (Dieckmann et al., 2010). Dieser Zuwachs in der Gruppe älterer Menschen mit Behinderungen stellt in Deutschland eine historisch neue Entwicklung dar. Die Euthanasie-Morde während des Nationalsozialismus haben Menschen mit Behinderungen systematisch ausgelöscht, sodass ältere Menschen mit geistiger Behinderung als größere Personengruppe erstmals seit Mitte der 1990er Jahre in Erscheinung treten bzw. die nach dem Krieg geborenen Personen mit Behinderungen seit dem Jahr 2010 erstmals in größerer Zahl das Rentenalter erreichen. Zudem steigt die Lebenserwartung durch den medizinischen Fortschritt und die insgesamt verbesserte medizinische, therapeutische und soziale Versorgung sowie allgemein bessere Lebensbedingungen (Schwarte, 2009). Die Lebenserwartung geistig behinderter Menschen liegt deshalb mittlerweile bei 70 bis 73 Jahren für Frauen und 65 bis 70 Jahren für Männer (Dieckmann & Metzler, 2013).

Mit Blick auf psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen zeigen die wenigen Studien eine große Bandbreite von Ergebnissen: Zwischen mindestens 10 % und über 30 % aller Menschen mit geistigen Behinderungen haben demnach zusätzlich eine psychische Störung, die häufig schon in der Kindheit beginnt und bis in das Erwachsenenalter bestehen bleibt.[8] Das Störungsspektrum umfasst sämtliche Erkrankungsbilder der ICD-10 mit einer Häufung atypischer schizophrener oder affektiver Psychosen. Symptomatik und Verlauf können sich deutlich anders als bei nicht behinderten Betroffenen äußern. Zudem zeigen sich bei bis zu etwa 60 % der Menschen mit geistigen Behinderungen (schwere) Verhaltensauffälligkeiten oder herausforderndes Verhalten (Deb, S., Thomas & Bright, 2001; Diefenbacher & Voß, 2007; Cooper, Smiley, Morrison, Williamson & Allan, 2007; Deb, Kwok, Bertelli, Salvador-Carulla, Bradley, Torr & Barnhill, 2009).

Als Ursachen für die höhere Belastung werden v. a. diskutiert: Hirnschädigungen, behinderungsbezogene Beeinträchtigungen der psychosozialen Entwicklung, negative Wirkungen von Pharmakotherapie, schwierige Sozialisation und Stigmatisierungserfahrungen sowie geringere persönliche Kompensationsmöglichkeiten und beeinträchtigte Selbstwahrnehmung sowie eingeschränktes Ausdrucksvermögen (Underreporting). Hinzu kommt eine i. d. R. verspätete Diagnostik.

Ähnliches gilt für das Thema geistige Behinderung und Demenz: Der Zusammenhang von geistiger Behinderung und Demenz ist u. a. aufgrund der großen Heterogenität der Gruppe und Schwierigkeiten der Diagnosestellung bisher noch wenig erforscht. Während einige Autoren über dieselbe Prävalenzrate für Menschen ohne und mit geistiger Behinderung (mit Ausnahme der Gruppe mit Down-Syndrom) berichten, kommen andere zu dem Ergebnis, dass Menschen mit geistiger Behinderung zwei- bis dreimal häufiger an Demenz erkranken (Gusset-Bährer, 2012, S. 39). Erfahrungsgemäß verlaufen demenzielle Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung z. T. anders als bei Menschen ohne Behinderung und eine Abgrenzung oder Diagnostik ist schwieriger. Von Demenz be-

---

8 Vgl. z. B. Seidel, M., 2009 (s. o.); DGPPN, o. J. (s. o.); Hennicke, K. (Hrsg.). (2011). *Verhaltensauffälligkeiten, Problemverhalten, Psychische Störungen – Herausforderungen für die Praxis.* Berlin: DGSGB sowie weitere Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V.

troffen sind vor allem Personen mit Down-Syndrom. Die Krankheit beginnt früh, 20 bis 30 Jahre früher als in der Allgemeinbevölkerung und verläuft schnell (Müller, & Wolff, 2012). Auch wenn keine zuverlässigen Zahlen zur Häufigkeit von Demenzerkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung vorliegen, so werden in der Behindertenhilfe doch zunehmend demenzielle Entwicklungen wahrgenommen, insbesondere fällt der Verlust von Fähigkeiten auf. Gleichzeitig sind Fachwissen und praktische Erfahrungen im Umgang mit älteren Menschen mit (geistiger) Behinderung und Demenz bisher eher gering und es existieren nur wenige zielgruppenspezifische Angebote (ebd.).

3.3.3 Psychische Erkrankungen unter dem Aspekt Migration

Nach Definition des Statistischen Bundesamts hat „eine Person dann einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist“ (Statistisches Bundesamt, 2017b, S. 41). Im Jahr 2016 hatten von 82,4 Mio. Menschen in Deutschland 18,6 Mio. einen Migrationshintergrund (22,5 %); dieser Anteil liegt in Sachsen-Anhalt bei 6,2 %, das entspricht ca. 140.000 Personen (Statistisches Bundesamt 2017b, S. 41; s. zur Bevölkerung in Sachsen-Anhalt auch Kapitel 4, zu Beratung im Kontext Migration Abschnitt 5.5.6).

Betrachtet man die Situation der Bevölkerung mit Migrationshintergrund, ist zunächst eine sehr unterschiedliche Ausgangslage festzustellen: Etwa zwei Drittel der Menschen mit Migrationshintergrund sind selbst migriert, ein Drittel wurde in Deutschland geboren und verfügt nicht selbst über eine eigene Migrationserfahrung. Sowohl die eigenen oder familiären Migrationsmotive (Studien- und Arbeitsmigration, Flucht und Vertreibung, Familienzusammenführung u. v. m.) als auch die Integrationsverläufe (unterschiedliche Aufenthaltsdauer, in erster, zweiter oder dritter Generation) unterscheiden sich.

Psychische Erkrankungen treffen auch Menschen mit Migrationshintergrund. Verschiedene Studien deuten auf eine höhere Belastung in migrantischen Populationen, bspw. bzgl. Depressionen.[9] Auch sind der subjektive Gesundheitszustand und die Gesundheitszufriedenheit von Migrant*innen niedriger als in der Herkunftsbevölkerung. Flüchtlinge sind in besonderer Weise in Folge von Gewalterfahrung, Bedrohung, Flucht etc. von posttraumatischen Belastungsstörungen betroffen. Die Interpretation von Erkrankungsraten muss jedoch neben der Mirgrationserfahrung eine Vielzahl von Wirkfaktoren berücksichtigen: demografische und sozioökonomische Faktoren, Rollenzuweisungen durch die Aufnahmegesellschaft sowie spezifische Belastungsfaktoren.

Allerdings sind die Belastungen unterschiedlicher Art, je nachdem, ob die eigene Migration oder die Migration in der vorherigen Generation stattgefunden hat. Selbst migrierte Menschen können mit Krisen konfrontiert sein, wenn sie z. B. das soziale Umfeld aufgeben mussten. Das kann Verlust psychischer Ganzheit bedeuten und die Anforderung stellen, in einem neuen Sozialisations- und Integrationsprozess diese Ganzheit wiederherzustellen. In psychologischer Perspektive kann eine traumatisierende Erfahrung entstehen, wenn sie eng verknüpft ist mit Flucht vor Krieg, Gewalt, Verfolgung etc. Für Angehörige

---

9 Vgl. z. B. Schuler-Ocak, M., Eichberger, M.C., Penka, S., Kluge, U. & Heinz, A. (2015). Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 58, 6, 527-532.
Boos-Nünning, U., Siefen, R.G., Kirkcaldy, B., Otyakmaz, B.Ö. & Surall, D. (2002). Migration und Sucht. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. In Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit 141/2*. Baden-Baden: Nomos.
Razum, O., Zeeb, H. u. a. (2008). Migration und Gesundheit. In Robert Koch-Institut & Statistisches Bundesamt (Hrsg.), *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Migration und Gesundheit*. Berlin: RKI.
Strobl, R. & Kühnel, W. (2000). *Dazugehörig und ausgegrenzt: Analysen zu Integrationschancen junger Aussiedler*. Weinheim: Juventa.

der Folgegeneration(-en) treffen zwar viele der genannten Belastungsfaktoren nicht oder nur eingeschränkt zu, es kommt jedoch in den Familien wie auch im größeren sozialen Umfeld oft zu einer Konfliktdynamik, die mit den migrationsbedingten Erfahrungen der ersten Generation und den Schwierigkeiten der neuen Identitätsentwicklung im Zusammenhang zu sehen ist.

Der Wechsel von einer Gesellschaft in eine andere kann aber auch mit vielen neuen und bereichernden Erfahrungen verbunden sein und Persönlichkeit stärken. Spezifische protektive Faktoren (familiäre Bindungsqualität, kultur-basierte Regeln, Ernährungsgewohnheiten u. ä.) können die Prävalenz von Störungen günstig beeinflussen. Dieser sog. „healthy-migrant-effect“ (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2011) geht auch damit einher, dass vorrangig junge und gesunde Menschen migrieren oder, im Kontext des Zugangs von Flüchtlingen, Menschen mit einer eher guten Ressourcenausstattung.

Die psychischen Belastungen der Bevölkerung mit Migrationshintergrund und die Möglichkeiten, die Probleme zu überwinden, stehen in einem engen Zusammenhang mit der Bereitstellung adäquater Hilfeangebote. Tatsächlich werden soziale und medizinische/ psychiatrische Hilfeangebote von psychisch kranken Migrant*innen aber nur unzureichend in Anspruch genommen – durchgehend weniger als von der übrigen Bevölkerung. Offensichtlich bestehen Zugangsbarrieren wie bspw. ein kulturabhängig unterschiedliches Krankheitsverständnis, Mangel an Wissen über Hilfemöglichkeiten und an Vertrauen in deutsche Hilfeangebote oder Sprachbarrieren und weitere Kommunikationsschwierigkeiten (Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, o. J; Horn, Vogt, Messer & Schaeffer, 2015).

Die Bundeszentrale für politische Bildung veröffentlichte am 03.05.2016 die Zusammenfassung einer Studie zu „Migration und Gesundheit“. Dort heißt es u. a.:

- „Im Alter bis 44 Jahre geben Migranten etwas seltener als die übrige Bevölkerung an, in den letzten vier Wochen krank oder unfallverletzt gewesen zu sein. Bei den 45- bis 64- und den 65-Jährigen und Älteren sind Männer und Frauen mit Migrationshintergrund etwas häufiger von einer Krankheit oder Unfallverletzung betroffen […]
- Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund lassen sich auch bei verhaltensbedingten Gesundheitsrisiken beobachten […]
- Dabei unterscheiden sich (Menschen mit Migrationshintergrund) in ihrem Inanspruchnahmeverhalten […] Die vorliegenden Studien zeigen, dass Migrant*innen in bestimmten Situationen häufiger Rettungsstellen als Hausärzte aufsuchen, seltener Vorsorgeleistungen in Anspruch nehmen und […] seltener auf ambulante Pflegedienste zurückgreifen […]
- Außerdem ist festzustellen, dass Menschen mit ausländischer Staatsangehörigkeit seltener Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen sowie einen geringeren Rehabilitationserfolg und höhere Frühberentungsraten haben“ (Lampert et al., 2016).

Eine Studie (Koch, Staudt, & Gary, 2015) gibt Anhaltspunkte, in welchen Größenordnungen sich diagnostisch betrachtet der medizinisch-psychiatrische Versorgungsbedarf bei *stationär* behandelten Migrant*innen darstellt, die bereits in Deutschland beheimatet sind (93 %) oder hier Asyl suchen (7 %). Ausgewertet wurden dazu Daten der Vitos GmbH (in Trägerschaft des Landeswohlfahrtsverbands Hessen; zwölf Kliniken mit 3.500 Betten Psychiatrie, Psychosomatik, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Forensische Psychiatrie). Ergebnisse sind demnach u. a.:

- In der Vitos-Studie werden die größten Auffälligkeiten bei Suchterkrankungen festgestellt: „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen […] werden in der Erwachsenenpsychiatrie deutlich häufiger bei Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund diagnostiziert. Erklärungen für die hohen Abhängigkeitsraten könnten in kulturell vorgebahnten Problemlösungsstrategien liegen, insbesondere bei russischen Personen.“ Betrachtet man die Ergebnisse weiterer Untersuchungen, so ist die Datenlage zur Prävalenz von Suchtproblemen in verschiedenen Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund allerdings nicht eindeutig. Methodologische Einwände stellen bisher gewonnene Forschungsergebnisse z. T. grundsätzlich in Frage, da besondere Anforderungen an eine kultursensible Methodik der Datenerhebung zu stellen sind. Czycholl geht davon aus, dass für Menschen mit Migrationshintergrund auf die Gesamtbevölkerung bezogene Schätzungen zunächst einmal einfach hochgerechnet werden können (Czycholl, 2005).
- Die Vitos-Studie beobachtet des Weiteren, dass bei Menschen ohne Migrationshintergrund Behandlungen aufgrund affektiver Störungen „sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vergleichsweise häufiger [sind].
- Der Anteil an Patient*innen mit Migrationshintergrund in der Gerontopsychiatrie […] wird sich voraussichtlich in den nächsten Jahren an das Niveau jener ohne Migrationshintergrund angleichen, also steigen“ (Koch, Staudt & Gary, 2015, S. 811). Und trotz spezifischer Ausprägungen kommt die Vitos-Studie insg. zu dem Schluss, dass „sich die Profile von Patientinnen und Patienten mit und ohne Migrationshintergrund [ähneln]“ (ebd., S. 812).

3.3.4 Zur sozialschichtsbezogenen und regionalen Varianz von psychischen Erkrankungen

In Sozialepidemiologie und Sozialmedizin ist es seit längerem bekannt, dass Erkrankungen Zusammenhänge mit der Lebenssituation, hier insbesondere bezogen auf die Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen Schichten sowie bezogen auf das Merkmal Armut aufweisen. Das Robert-Koch-Institut (RKI) in Berlin befasst sich – neben anderen Institutionen – seit Jahren und im Auftrag des Bundes mit dem Thema Sozialschicht und Gesundheit. In der bereits 2005 vorgelegten Expertise des RKI zu „Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit“ wird dokumentiert, dass eine große Zahl von gesundheits- und gesundheitsverhaltensbezogenen Indikatoren mit sozialer Schicht, Bildungsstatus und Höhe des Einkommens korreliert, z. B. Herzinfarktrisiko, orthopädische Beschwerden, Magen-Darm-Erkrankungen, aber auch die Empfindung oder das Vorherrschen von Schmerzzuständen. Verhaltensbezogen ist das Rauchen stärker in unteren und bildungsferneren Schichten vorzufinden. Gleiches gilt für einseitige Ernährung mit der Folge, dass Adipositas sich dort häufiger findet (Lampert, Saß, Häfelinger, Ziese, 2005). Das RKI verfolgt seit Jahren die einschlägigen Trends und schlussfolgert in einer jüngst vorgelegten Arbeit dazu: „Die sozialepidemiologische Forschung und die Gesundheitsberichterstattung haben inzwischen überzeugend belegt, dass Personen mit niedrigem im Vergleich zu denjenigen mit höherem sozioökonomischen Status von vielen Krankheiten, Beschwerden und Funktionseinschränkungen verstärkt betroffen sind und zu einem größeren Anteil vorzeitig sterben. Als Gründe hierfür werden unter anderem stärkere Belastungen am Arbeitsplatz, in der Wohnumgebung und im familiären und sozialen Umfeld diskutiert. Daneben dürften soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten sowie in den verfügbaren sozialen und personalen Ressourcen … eine Rolle spielen“ (Lampert et al., 2018a, S. 2).

Was soeben kurz mit Blick auf soziale Schicht unterstrichen wurde, gilt in analoger Weise auch für die gebietsbezogene Verteilung von Erkrankungen. Hinzuweisen ist z. B. hier auf die Statistiken des Statistischen Bundesamts, die im Abschnitt „Gesundheit“ diverse länderbezogene Vergleiche ermöglichen. Aussagekräftig im gegebenen Kontext ist z. B. eine Publikation aus dem Jahr 2014: „Gesundheit in Regionen“ (Melchior, Schulz, Walker, Ganninger & Härter, 2014). Darin wird – i. d. R. mit Bezugsjahr 2013 – anhand der Verteilung von Arbeitsunfähigkeit aufgrund verschiedener Erkrankungen aufgezeigt, dass hier zwischen den Bundesländern z. T. deutliche Varianzen existieren. Gleiches gilt für die Inanspruchnahme von ärztlicher Versorgung, von Langzeitpflege, von Rehabilitationsleistungen und beim Zugang zu Erwerbsminderungsrenten.

Eine aktuelle Studie des Robert-Koch-Instituts kommt überdies zum Ergebnis, dass auch die subjektive Einschätzung der gesundheitlichen Situation in den Bundesländern variiert, in Bayern und Baden-Württemberg ist sie am besten, hingegen in den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen-Anhalt am schlechtesten (Lampert et al., 2018b).

Von Interesse ist, inwieweit sich solche schicht- bzw. gebietsbezogenen Unterschiede auch bei psychischen Erkrankungen zeigen. Die epidemiologisch fundierteste Studie der letzten Jahre (Jacobi, et al., 2014) kommt zu folgendem Ergebnis: „Die Prävalenzraten sind je nach soziodemografischer Gruppierung sehr verschieden […] Psychische Störungen waren häufiger bei Jüngeren (18 – 34 Jahre) und seltener bei Älteren (65 – 79 Jahre) verglichen mit der am stärksten besetzten Altersgruppe von 35 bis 49 Jahren sowie häufiger in der unteren verglichen mit der mittleren sozioökonomischen Schicht (und bei Frauen auch niedriger in der oberen Schicht). Keine nennenswerten Unterschiede ergab der Ost-West-Vergleich, und hinsichtlich der Urbanisierung ergab sich lediglich ein Trend zu höheren Raten in Großstädten (> 500.000 Einwohner); signifikant erhöht lediglich bei möglichen psychotischen sowie affektiven Störungen …“ (a. a. O., S. 82 f.).

Zu unterstreichen ist allerdings, dass alle hier aufgeführten Erkenntnisse auf statistischen Erhebungen beruhen, d. h. welche soziodemografischen und regionalen Faktoren im konkreten bzw. im Einzelfall welche psychische Erkrankung hervorrufen (können), ist damit nicht beantwortet. Zwar kann eine Kausalität im individuellen Fall nachverfolgt werden. Ob hingegen die Merkmale: Arbeitslosigkeit, geringes Einkommen, prekäre familiäre Verhältnisse oder schwieriges Wohnumfeld je für sich oder zusammen genommen zwangsläufig zu einer psychischen Störung führen, ist für davon betroffene Bevölkerungsgruppen nicht ohne Weiteres und stringent anzunehmen. Nicht zu bestreiten ist allerdings, dass die genannten Merkmale dispositiv wirken, sodass daraus resultierende Belastungen, wenn weitere (individuelle) Gegebenheiten vorliegen wie z. B. mangelnde Resilienz, Stress-Intoleranz, mangelnder gesundheitserhaltender Einsatz persönlicher Ressourcen zur Entstehung von psychischen und Verhaltensstörungen führen.

Damit ist zumindest Zurückhaltung angezeigt, bei Regionen mit bestimmten, negativ konnotierten soziodemografischen Kennzeichnungen und Merkmalen von vornherein von höherer Belastung mit psychischer Erkrankung und Verhaltensstörungen auszugehen. Dies kann sein, ist aber nicht zwingend. Dafür sind die Zusammenhänge zu komplex, im Übrigen fehlen für die regionale und/oder Kreisebene noch entsprechende wissenschaftliche Untersuchungen, die auf bestimmte Gebiete konkludent übertragbar wären. Wiederholt sei, dass dispositive Faktoren vorliegen können, wie sie sich konkret auf und in Regionen auswirken, kann nach heutigen Erkenntnissen nur in genauer Kenntnis des Einzelfalls beurteilt werden.

Zum Beleg dieser Überlegungen sei zur Thematik abschließend eine Studie zitiert, die auf diese Zusammenhänge Bezug nimmt: Melchior u. a. befassen sich mit „Unterschieden in der Prävalenz und der Versorgung depressiver Erkrankungen.“ (Melchior et al., 2014).

Ein Schaubild und auch in der Studie genannten Zahlen belegen eindrücklich, dass Prävalenzraten zur Depression im Bundesgebiet und auch auf Landkreisebene deutlich schwanken und zwar zwischen 6 % und 18 % pro Kreisbevölkerung. Die das Land Sachsen-Anhalt bildenden Kreise liegen dabei eher im unteren bzw. mittleren Bereich, Teile von Ost und Nordbayern im oberen Bereich, was die Häufigkeit depressiver Erkrankungen betrifft (bezogen auf die herangezogenen Daten aus dem Jahr 2011, a. a. O., S. 89). Zur Frage, wie sich diese regionalen Unterschiede erklären lassen, vermuten die Autoren allerdings, dass hierfür diverse (regionalspezifische) Gründe vorliegen könnten: Es gibt diese Unterschiede bei depressiven Störungen tatsächlich (im Sinne „wahrer" Prävalenz); und/oder die regionalen Unterschiede sind bedingt durch die Einstellung der Betroffenen mit entsprechenden Unterschieden in der Inanspruchnahme von Hilfen und Therapie, und/oder die Unterschiede sind bedingt durch solche in der Ausstattung mit Versorgungsstrukturen für psychisch kranke Menschen generell und schließlich wird vermutet, dass auch das spezifische (vorhandene oder nicht vorhandene) Angebot explizit für Personen mit depressiver Erkrankung die Prävalenzraten modulierend beeinflusst.

3.3.5 Psychische Erkrankungen bei Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit – Frühberentung

Eine wesentliche Folge von psychischen und Verhaltensstörungen kann in der Unfähigkeit liegen, weiter arbeiten zu können. Die Statistik zur Arbeitsunfähigkeit (AU) der gesetzlich krankenversicherten Personen (Pflichtversicherte: ca. 66,1 Mio. einschl. Rentner*innen und Familienangehörige) führt dazu für das Bundesgebiet und das Jahr 2016[10] 40.513.396 Arbeitsunfähigkeitsfälle mit 524.253.033 Arbeitsunfähigkeitstagen auf (12,94 AU-Tage/Fall).

Den relativ größten Anteil an den o.g. AU-Fällen und -Tagen haben die Erkrankungen des „Muskel-/Skelettsystems und des Bindegewebes" mit 16,9 % aller Fälle und 26,0 % aller AU-Tage.

An zweiter Stelle aller Erkrankungen folgen heute bereits die „Psychischen und Verhaltensstörungen" mit 5,6 % der AU-Fälle und 17,5 % der AU-Tage. Letzteres liegt daran, dass die Tage/Fall bei den „Psychischen und Verhaltensstörungen" bei im Schnitt 40,24 Tagen/Fall liegen, der Durchschnitt der AU-Tage/Fall bei allen Erkrankungen liegt bei 12,94. Von Interesse ist, dass die Zahl der AU-Fälle und AU-Tage bei weiblichen GKV-Versicherten höher liegt als bei männlichen Versicherten: Von allen AU-Fällen entfallen im Jahr 2016 auf Frauen 62,0 %, von allen AU-Tagen auf Frauen 62,1 %. Die Tage pro Fall sind vergleichbar: Frauen 40,32, Männer: 40,11.

Die Arbeitsunfähigkeit aufgrund „Psychischer und Verhaltensstörung" gemäß Kapitel F der ICD-10 steigt im gesamten Bundesgebiet in den letzten Jahren statistisch betrachtet an, im Zeitraum von 2011 bis 2016 ist die Zahl der AU-Fälle aufgrund dieser Krankheitsgruppe von 1,78 Mio. auf 2,28 Mio. (+ 28,1 %), die Zahl der AU-Tage von 63,6 Mio. auf 91,9 Mio. (+ 44,5 %) gestiegen. Die Zahl der AU-Tage/Fall hat von 35,7 auf 40,24 Tage zugenommen (+ 12,7 %). Bezogen z. B. auf die Versicherten der Ersatzkasse DAK heißt es dazu: „Der Anstieg der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen ist eine der auffälligsten Entwicklungen in Bezug auf die Krankenstandskennziffern in den letzten Jahren". Im Zeitraum von 1997 bis 2017 ist die Zahl der AU-Fälle der DAK-Versicherten von 2,5 pro 100 Versicherte auf 7,0 pro 100 Versicherte gestiegen (Storm, 2018, S. 19).

---

10 Alle statistischen Angaben im Folgenden: Bundesministerium für Gesundheit: Arbeitsunfähigkeit – Fälle und Tage nach Alters- und Krankheitsgruppen 2016. Abgerufen am 07.08.2018 unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/Statistiken/GKV/Gesch

Es überrascht folglich nicht, dass auch die Zahl der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund „Psychischer und Verhaltensstörungen“ in den letzten Jahren gestiegen ist (alle Zahlen im Folgenden aus Deutsche Rentenversicherung Bund, 2017, S. 57 f.):

- Im Jahr 2006 lag die Zahl der Rentenzugänge wegen Erwerbsminderung aufgrund psychischer Erkrankungen im Bundesgebiet bei 45.499, im Jahr 2011 liegt diese Zahl bereits bei 64.725 und im Jahr 2016 bei 74.468.
- Der Rentenzugang aufgrund psychischer Erkrankung stellt damit derzeit den höchsten Anteil an allen Zugängen aufgrund von Erkrankungen dar: Im Jahr 2016 liegt dieser Anteil bei 42,8 % von allen Zugängen (insgesamt 173.996). Der zweithöchste Anteil entfällt auf Krankheiten von Skelett/Muskeln/Bindegewebe mit 13,1 %.
- Damit erweist sich, dass bei der Arbeitsunfähigkeit die „Psychischen und Verhaltensstörungen“ derzeit an zweiter Stelle der Gründe hierfür liegen, an erster Stelle liegen Erkrankungen des Skeletts-, Muskel- und Bindegewebsystems. Bezüglich Zugang zu Erwerbsminderung dreht sich das Verhältnis um, hier dominieren inzwischen die Psychischen und Verhaltensstörungen deutlich.

Schließlich ein Blick auf die Medizinische Rehabilitation und das hierfür ursächlich gegebene Krankheitsspektrum (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2018, S. 6/92 und 26/92):

- Für das Jahr 2016 entfallen folgende Anteile an allen 1.026.971 medizinischen Rehabilitationsleistungen (ambulant und stationär) auf folgende (ausgewählte) Krankheitsgruppen: 41 % auf Erkrankungen des Skelett-, Muskel- und Bindegewebssystems, 16 % auf „Psychische und Verhaltensstörungen“ (ohne Sucht), 15 % auf Neubildungen (Krebs, Tumor) und auf Suchterkrankungen 4 %.
- In den Jahren von 2000 bis 2016 sind die Anteile an allen Leistungen bei Skelett-, Muskel- und Bindegewebserkrankungen von 43 % auf 41 % gefallen, ebenso bei Sucht von 6 % auf 4 %. Hingegen sind sie bei Neubildungen von 14 % auf 15 % gestiegen und bei Psychischen und Verhaltensstörungen (ohne Sucht) von 11 % auf 16 %.
- Geschlechtsbezogene Unterschiede zeigen sich wiederum bei den ca. 880 Tsd. stationären medizinischen Rehabilitationsleistungen: Bei Frauen liegt der Anteil daran aufgrund psychischer Erkrankungen (ohne Sucht) bei 21 % und bezogen auf Sucht bei 2 %. Bei Männern liegen die Anteile bei 13 % (psychische Erkrankungen) und bei 6 % (Sucht).

3.4 Bewertung der epidemiologischen Daten – Schlussfolgerungen zu Inanspruchnahme und Vorhaltung von Versorgungsangeboten

Kann aus den vorgestellten epidemiologischen Daten und zur (psychischen) Morbidität der Bevölkerung unmittelbar oder auf einfachem Wege auf den Behandlungsbedarf und die Dimensionierung von Versorgungsangeboten in einer Region, in einem Land geschlossen werden? Eine vorweggenommene Antwort, die jedoch im Folgenden noch näher zu qualifizieren ist, lautet: Ja – jedoch weder unmittelbar noch auf einfachem Weg, sondern unter Heranziehung und Berücksichtigung von Variablen und Einflussgrößen, die direkten Schlussfolgerungen vorgeschaltet werden müssen. Hier mindestens zu nennen sind: Der Begriff des Bedarfs bzw. des Behandlungsbedarfs, die Modalitäten der In-

anspruchnahme, die Art der Erkrankung, ihr Schweregrad sowie Persönlichkeitsmerkmale der betroffenen Person. Die Aussage zu Zeiten der Psychiatrie-Enquête (1975), dass jede dritte Person mindestens einmal in ihrem Leben eine behandlungsbedürftige Episode einer „Psychischen oder Verhaltensstörung" durchmache, bedeutet nicht, unmittelbar darauf die Behandlungseinrichtungen in Quantität und Qualität im Land auf- und auszubauen. Zu fragen ist vielmehr, wie dieser Behandlungsbedarf subjektiv und objektiv gesehen und beurteilt wird, welcher Intervention welche Erkrankung in welchem Ausmaß bedarf, ob Inanspruchnahme effektiv und im Sinne der Compliance erfolgt, auf welchen Ressourcen aufgebaut werden kann u. a. m.

Von daher kann eine weitergehende Antwort auf die eingangs gestellte Frage auch lauten: Epidemiologische Erkenntnisse können und sollen dazu dienen, orientierend zu klären, ob der Ist-Stand des Versorgungssystems die wissenschaftlich durchleuchtete Situation in Bezug auf Morbidität und Behandlungsbedarf noch trifft oder in welchen Richtungen Weiterentwicklungen des gegebenen Systems angezeigt oder erforderlich sein könnten. Von diesen Grundüberlegungen sind auch die schließlichen Empfehlungen in diesem Bericht gekennzeichnet.

Zur Begründung des eben Ausgeführten seien einige Aspekte noch kurz thematisiert:

- Zum *Begriff des Bedarfs*: Die Komplexität von Krankheitsbildern, insbesondere psychischer Erkrankungen, lässt einfache Antworten, welche Interventionen in welcher Größenordnung bei welchen Bedarfsgruppen erfolgversprechend sind und was folglich institutionell wo und wie vorzuhalten wäre, kaum zu. Es gibt auch nicht „den" einheitlich akzeptierten Bedarfsbegriff. So hat z. B. der „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen" in seinem Jahresgutachten 2000 zu „Bedarf, bedarfsgerechte Versorgung, Über-, Unter- und Fehlversorgung im Rahmen der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung – Herleitung grundlegender Begriffe" darauf verwiesen, dass z. B. subjektiver, objektiver, von Expert*innen definierter und vom Angebot induzierter Bedarf zu unterscheiden seien. Ebenso zeigte er auf, dass z. B. die kassenärztliche Bedarfsplanung einerseits, die Krankenhausbedarfsplanung andererseits von unterschiedlichen konzeptionellen Ansätzen zur Bestimmung des Bedarfs ausgehen. Schließlich unterliegt die Umsetzung bedarfsbezogener Indikatoren der Interpretation, so ist z. B. die Frage der „Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit" von Erkrankungen durchaus nicht einvernehmlich festgelegt, sondern bedarf nicht selten der Klarstellung durch Gerichtsurteile.
- Eine Ableitung des „benötigten, faktischen" Behandlungsbedarfs für (einzelne) kranke Personen aus epidemiologischen Erkenntnissen ist weder linear möglich noch gibt es hierzu allgemein konsentierte Konzepte. Heinz fasst nach einer theoretischen Auseinandersetzung mit Krankheit vs. Störung und zu medizinischen und lebensweltlichen Aspekten psychischen Leidens zusammen: „Eine Person sollte jedoch nur dann als krank gelten, wenn sich aus dieser Organfunktionsstörung ein Schaden für die Person ergibt. Hierzu zählt das individuelle Leiden an der Störung der Funktionsfähigkeit [...] oder die Beeinträchtigung der für die soziale Teilhabe relevanten alltäglichen Fähigkeiten [...]. Über solche Erkrankungen hinaus gibt es eine Vielzahl von Leidenszuständen, die objektiviert und klassifiziert werden können, ohne dass sie eine Beeinträchtigung lebenswichtiger Funktionsfähigkeiten beinhalten und die mit dem gebräuchlichen Begriff der ‚Störung' bezeichnet werden können" (Heinz, 2015, S. 38). Jacobi und Barnikol ziehen zur Abschätzung von Prävalenz und Behandlungsbedarf das Fazit: „Bei der Frage des Behandlungsbedarfs (sowohl individuell als auch auf aggregierter nationaler oder regionaler Ebene) gibt es keine festen Grenzen: Weder stehen für psychische Störungen universal akzeptierte, biologisch oder psychopathologisch klar definierbare Marker zur Verfügung [...] noch existieren all-

gemeingültige Grenzen für krankheitswertiges Leiden und Beeinträchtigung [...]. Es bleibt weiterhin den fachkundigen Ärzt*innen überlassen, die diagnostischen Kategoriensysteme als positive Stütze bei der Diagnostik als lernende, intelligente Methode anzuwenden und nicht als nominalen Diagnostikmantel der Therapiegrundlage einzusetzen“ (Jacobi & Barnikol, 2015, S. 49.).

- Unbestritten ist, dass sich Erkrankungsursachen, -arten und -verläufe sowohl zwischen den Geschlechtern unterscheiden als auch hinsichtlich soziökonomischer und regionaler Merkmale. Wenngleich hier noch nicht alle Zusammenhänge wissenschaftlich ausgelotet sind, sollte ein diesbezüglich differenzierendes Vorgehen institutionell und individuell Bestandteil von Versorgung sein: Wie auch im somatischen Bereich sind bei psychischen Erkrankungen Krankheitswahrnehmung und –akzeptanz, Störanfälligkeit, emotionale Verarbeitung und Krankheitsverlauf offenkundig unterschiedlich verteilt und bedürfen unterschiedlicher therapeutischer Vorgehensweisen sowie gendersensibler und Diversity orientierter Gestaltung der Beziehung zwischen allen Beteiligten.
- Die Einschätzung, welcher Behandlungsbedarf aus epidemiologischen Studien zu Erkrankungs-, Störungs- und Auffälligkeitsraten resultiert, muss des Weiteren die Perspektive der betroffenen Person einbeziehen: Einsicht in die subjektive Behandlungsbedürftigkeit, Wille und Bereitschaft dazu, Einstellung und Akzeptanz von Behandlung, Vorhandensein eines Angebots, geeignete Verfahren, Krankheitsverlauf (wie manche somatische Erkrankung unterliegen auch psychische Erkrankungen der Spontan-Remission), sodass auch in der Fachliteratur davon ausgegangen wird, dass eine faktische Inanspruchnahme von Behandlungen nur bei einem Teil der diagnostisch eingegrenzten Betroffenen gegeben sein dürfte: Die bereits zitierte BELLA-Studie verweist z. B. darauf, dass auch bei persistierenden Problemen dennoch keine „100 %-Inanspruchnahme“ erfolgt. Die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) der Leitenden Klinikärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie geht davon aus, „dass die Inanspruchnahme-Rate weiterhin um mindestens 50 % niedriger ausfällt als aufgrund der Prävalenzraten psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter zu erwarten wäre.“ (Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. und Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e. V., 2009, S. 7).
- *Schweregrad:* Nur ein Teil der epidemiologischen Arbeiten richtet sich auch auf den Schweregrad einer Erkrankung – zweifelsohne auch kein einfaches Unterfangen, denn die Bestimmung eines Schweregrades verlangt letztlich vorab ein theoretisch-konzeptionell begründetes Kriterienraster sowie eine Stufung. Analoges gilt für die sog. „Multi-Problemfälle“. Letztere sind gerade im Bereich der psychiatrischen Versorgung von besonderer Bedeutung, da nicht wenige psychische Erkrankungen mit dem Verlust von Arbeits- und Sozialbezügen, mit dem Verfall familiärer Strukturen, mit Wohnungs- und ökonomischen Problemen einhergehen. Und zugleich: Gerade die Betroffenengruppen mit höherem Schweregrad, mit chronifiziertem Leiden und mit multiplen Problemstellungen bedürfen insbesondere im Krisenfall umgehender Interventionen, Hilfen und Unterstützung, sie beanspruchen auch die Ressourcen des gesamten Systems in höherem Maß. Das heißt, die Konzentration der Leistungen auf diese Gruppe von Betroffenen ist in besonderer Weise angezeigt. Ein dazu sehr hilfreicher Ansatz findet sich in der Studie im Auftrag der „Gesundheitsstadt Berlin“, der DGPPN (Gühne & Riedel-Heller, 2015) in Zusammenarbeit mit der Universität Leipzig (Medizinische Fakultät). Die Autor*innen halten u. a. fest, dass „schwer psychisch Kranke bei solchen Bevölkerungsstudien oft unzureichend einzubinden

(sind) (z. B. sind Termine schwer zu vereinbaren, die Betreffenden sind gerade in der Klinik etc.) und nur teilweise für die Beteiligung zu gewinnen. Oft gibt es auch Personengruppen wie z. B. Wohnungslose und Inhaftierte, die per se schlecht erreichbar sind.“ (a. a. O., S. 11). Das belegt zunächst, dass über die „wahre“ Prävalenz von schwer betroffenen psychisch kranken Menschen und Personen mit multiplen Problemlagen nur bedingt Aussagen vorliegen. Nach Diskussion und Übersicht über die Literatur kommen die Autor*innen zu folgendem Schluss: „Die Zahl von Betroffenen mit einer schweren psychischen Erkrankung wird … vorsichtig auf 1 % bis 2 % der Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahren geschätzt. Die im Rahmen des Gesundheitsmonitorings des Robert-Koch-Instituts (RKI) geschätzte Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen von knapp 28 % der 18- bis 79-jährigen Erwachsenen in Deutschland versteht sich als die Gesamtzahl derjenigen Personen, die in einem Zwölf-Monatszeitraum zumindest zeitweilig unter voll ausgeprägten psychischen Störungen gelitten hat. Wenngleich die Krankheitslast bei vielen Betroffenen hoch ist, ist lediglich ein geringer Teil davon im Sinne der aufgeführten Definitionsansätze schwer psychisch krank“ (a. a. O., S. 14). Auch dadurch wird nochmals unterstrichen, dass die epidemiologischen Zahlen nicht einfach in zwingenden Behandlungsbedarf umgesetzt werden können, sondern dass mindestens die Frage zu stellen ist, für welche Gruppe dieser in besonderer Weise zu konzentrieren ist.

- *Sind psychische Erkrankungen häufiger geworden?* Es gibt keine Belege, dass psychische Störungen und Erkrankungen in den letzten Jahren an sich häufiger geworden sind. Diese Aussage widerspricht nur scheinbar den Befunden, dass z. B. diverse neurotische Störungen, Depression, Lebenskrisen wie z. B. Burn-Out heute häufiger auftreten. Epidemiologisch betrachtet ist mindestens nicht methodisch exakt geklärt (z. B. mangels Zeitreihen-Studien), ob dies auf ein faktisches, „reales“ Anwachsen hindeutet oder Folge eines deutlich gewachsenen Behandlungsangebots ist. Das Steigen der „Inanspruchnahme-Prävalenz“ ist jedoch nicht zwangsläufig ein hinreichender Beleg für eine tiefgreifende Veränderung der „wahren Prävalenz“. Möglicherweise wächst die Akzeptanz für psychische Beeinträchtigungen in der Gesellschaft und die Bereitschaft, sich mit diesen Problemen an Behandlungs- und Beratungsinstanzen zu wenden. Bezogen auf die Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern in Kliniken in den Jahren 2003 bis 2012 ziehen Plener u. a. folgendes Fazit: „In der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass der Anteil der aufgrund einer F-Diagnose in einem Krankenhaus behandelten Kinder in den zehn Jahren zwischen 2003 und 2012 zugenommen hat. Angesichts der gleichbleibenden Rate psychischer Auffälligkeiten in der Allgemeinbevölkerung spricht dies für einen Trend im Sinne einer gesteigerten Wahrnehmung und besserer Behandlungsoptionen“ (Plener et al., 2015, S. 18 – 23). Die DGPPN hält jüngst mit Blick auf die gesamte Bevölkerung fest: „Während epidemiologische Studien (`wahre Prävalenz´) keinen Anstieg psychischer Erkrankungen nahelegen, weisen Daten der Krankenkassen auf eine deutliche Zunahme von Diagnosen, Behandlungen und Krankheitstagen aufgrund psychischer Erkrankungen in den letzten 20 Jahren hin. Dieser scheinbare Widerspruch spiegelt eine veränderte Bedeutung psychischer Gesundheit wider. Eine steigende Sensibilität, eine gewachsene Beeinträchtigung durch die individuellen Störungsfolgen sowie mehr und bessere therapeutische Angebote führen dazu, dass psychische Erkrankungen eher als solche erkannt werden“ (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2018, S. 13). Zusammenfassend dazu lässt sich die Auffassung des Sachverständigenrats im Gesundheitswesen hier zitieren: „Nach Einschätzung vieler Experten und auch der Gesundheitsberichterstattung des Bundes gibt es allerdings keine Belege für eine Zunahme der wahren Prävalenz psychischer Erkrankungen in Deutschland … Stattdessen wird

von einem Effekt durch eine andere Wahrnehmung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung, eine teilweise Entstigmatiserung, eine korrekte (oder jedenfalls häufigere) Diagnosestellung und ein verändertes Hilfesuchverhalten seitens der Patienten ausgegangen. Die Konstanz der wahren Prävalenz wird auch durch das Zusatzmodul `Psychische Gesundheit` der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH) im Vergleich zum Bundesgesundheitssurvey aus dem Jahr 1998 nahegelegt … Demnach liegt die Zwölf-Monats-Prävalenz für psychische Erkrankungen bei ca. 28 %“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2018, S. 688 f.). Die Sachverständigen halten zugleich fest, dass einerseits „der Anstieg der administrativen Prävalenz (also der in Institutionen aufgrund von Behandlung, Beratung usw. auftretenden und dokumentierten Fälle, die Verfasser) unabhängig von der Entwicklung der wahren Prävalenz den Bedarf an Koordination im System erheblich vergrößern“ (a. a. O., S. 689); andererseits merken sie kritisch an: „Obwohl sich in verschiedenen Studien immer wieder relativ große Prävalenzen für psychische Erkrankungen zeigen, so ist zugleich Vorsicht vor einer Ausweitung der diagnostisch-klassifikatorischen Einordnung von psychischen Symptomen und Zuständen angebracht.“ (a. a. O., S. 689, Fußnote 332).

Fazit

Epidemiologische Studien können eine (bundesweite) Orientierung bieten. Die Datenlage ist jedoch zu diversen betroffenen Gruppen noch verbesserungsbedürftig, z. B. für die Bevölkerung ab 65 Jahren, für Adoleszente, für Personen mit multiplen Problemlagen. Bundesweite Daten können außerdem, sofern vorhanden, nur begrenzt auf die lokale Lage heruntergebrochen werden.

In vertretbaren Grenzen und wissenschaftlich fundiert ist es also nur eingeschränkt möglich, von epidemiologisch ermittelten Prävalenzziffern unmittelbar auf Behandlungsbedarfe und Behandlungsinanspruchnahme zu schließen, weshalb von einer „automatischen“, abstrakten und unreflektierten Umrechnung dieser Ziffern auf Bevölkerungsanteile und Einrichtungsbedarfe für die psychiatrische Versorgung Abstand genommen werden sollte.

Dennoch können epidemiologische Studien Erkenntnisse liefern, an welchen Stellen sich das Gesamtsystem weiterentwickeln soll. Der dazu einzuschlagende Weg muss jedoch die jeweilige konkrete örtliche, regionale und landesweite Situation zum Ausgangspunkt nehmen, sie bedarf vor allem der Beurteilung und Bewertung hinsichtlich der aktuellen Bedarfslage bzw. der Versorgungsbedarfe – auch im Sinne einer regionalen oder lokalen Ist-/Soll- oder Stärken- und Schwächen-Analyse.

4 Sachsen-Anhalt: Struktur – Bevölkerung – Anmerkungen zur bisherigen Entwicklung der psychiatrischen Versorgung

Zur Geschichte: Das Bundesland Sachsen-Anhalt umfasst in seiner heutigen Gestalt eine erhebliche Anzahl von Orten und Entwicklungen, die historisch betrachtet für die deutsche und europäische, aber auch für weitere Teile der Welt von herausragender Bedeutung sind. Harz, Börde, Altmark, Elbe, Saale u. a. zeichneten sich bereits früh durch Besiedelung, Handel, Gewinnung von Rohstoffen und Naturalien aus. Sie haben, wie Harz und Elbe einerseits, Grenzwirkung sowie andererseits eine wichtige Rolle im Übergang West-Ost. Politisch, wirtschaftlich und historisch gesehen ist das sachsen-anhaltische Gebiet seit vor- und frühmittelalterlicher Zeit Kulturland, im Hochmittelalter hatte bspw.

Magdeburg europäischen Rang. Allein die Nennung von Orten wie Quedlinburg, Halberstadt, Tangermünde, Salzwedel, Halle, Merseburg, Naumburg, Köthen, Zerbst lässt eine erhebliche Fülle von Assoziationen zu, die die deutsche und europäische Geschichte mitprägten. Und die Lutherstädte Wittenberg und Eisleben sind im Kontext der Reformation weltweit bekannt. Damit in Zusammenhang steht, dass Sachsen-Anhalt mit allein fünf die meisten UNESCO-Welterbestätten im Vergleich aller Bundesländer hat.

Aber auch in der Neuzeit hat das Gebiet, trotz der Verheerungen im 30-jährigen Krieg, in den Napoleonischen Kriegen sowie in den Weltkriegen seinen Stellenwert behauptet. Sachsen-Anhalt ist zum einen landwirtschaftlich produktives Agrarland und zum anderen innovativ in Wirtschaft, Industrie, Gewerbe sowie Bildung, verwiesen sei z. B. auf Magdeburg, Halle, Dessau, Bitterfeld. In jüngerer Zeit lagen Herausforderungen unbestritten in den Anforderungen und der Bewältigung der Folgen des Beitritts der sog. neuen Bundesländer zur Bundesrepublik im Jahr 1990.

Das *Bundesland Sachsen-Anhalt* entstand verfassungsrechtlich am 3. Oktober 1990 durch die Zusammenfassung mehrerer Bezirke auf dem Gebiet der ehemaligen DDR. Es umfasst heute eine Fläche von 20.451 qkm, das entspricht einem Anteil 5,7 % am Gesamtgebiet Deutschlands mit 357.385 qkm. Aus zunächst 21 Landkreisen wurden durch die Gebietsreform vom 1. Juli 2007 die heutigen 11 Landkreise und drei kreisfreien Städte.

Geografisch betrachtet ist Sachsen-Anhalt einerseits geprägt durch das eher dünn besiedelte Flachland im Norden, durch Harz und Harzvorland im (Süd-)Westen, durch die Magdeburger Börde in der Mitte und im Süd-Osten durch die eher flache Landschaft, die z. B. das Chemiedreieck Halle-Bitterfeld-Wolfen kennzeichnen. Trotz einer Vielzahl durchziehender Flüsse (Elbe, Saale, Havel, Aller, Unstrut, Mulde, Schwarze und Weiße Elster) ist das Land verkehrsbezogen insgesamt gut erschlossen.

Die *Regionalstruktur* des Landes, sowohl begründet durch die geografischen Gegebenheiten wie durch die gewachsene Besiedelung, verweist deutlich auf einige Zentren wie Magdeburg, Halle, Dessau-Roßlau (diese sind zugleich kreisfreie Städte), in denen sich Bevölkerung und Wirtschaft konzentrieren, wie auf wirtschafts- und strukturschwächere Gebiete mit dünnerer Besiedelung wie z. B. in der Altmark sowie in Harz und Harzumland.

Wirtschafts- und Beschäftigtenstruktur: Tradiert geprägt war bzw. ist noch Sachsen-Anhalt von Chemie, Maschinenbau, Ernährungsgewerbe/Landwirtschaft (große Agrarflächen) und Touristik. Nicht alle diese Wirtschaftszweige haben sich seit 1990 in der ursprünglichen Bedeutung erhalten, die Industrie hatte z. T. starke nicht kompensierte Einbrüche zu verzeichnen. Andererseits sind neue Wirtschaftszweige entstanden, z. B. in der Informationstechnologie, in der Biotechnik, in den erneuerbaren Energien, aber vor allem auch im Dienstleistungssektor (z. B. Bildung, Forschung, Gesundheitswesen). Vor allem die städtischen Zentren haben große Anziehungskraft für die neuen Wirtschaftszweige, sodass – mit Ausnahmen einzelner Orte – erhebliche Strukturungleichheiten im Land fortbestehen. Zudem ist relevant, dass die betriebliche Struktur im Land von vielen Kleinbetrieben geprägt wird – eine Rahmenbedingung die Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch belastete, psychisch kranke oder seelisch behinderte Personen erschwert.

Einer aktuellen Veröffentlichung des Wirtschaftsministeriums LSA sind folgende Angaben zur Wirtschafts- und Beschäftigungsstruktur des Landes zu entnehmen (alle folgenden Angaben und Zahlen aus Ministerium für Wirtschaft, Wissenschaft und Digitalisierung des Landes Sachsen-Anhalt, 2018):

- Die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten beträgt im ersten Quartal bzw. im März 2018 insgesamt 794.500, das entspricht etwa einem Drittel der Gesamtbevölkerung.

- Die Arbeitslosenquote beträgt zum gleichen Zeitpunkt 8,3 % (95.260 Personen). Die Arbeitslosenquote ging gegenüber März 2017 um 0,8 Prozentpunkte zurück.
- Die Arbeitslosenquoten sind regional unterschiedlich: Die niedrigste Quote im März 2018 betrug 5,8 % im Landkreis Börde und die höchste 11,0 % im Landkreis Mansfeld-Südharz (a. a. O., S. 15).
- In der Rangfolge der Verteilung der Erwerbstätigen auf Wirtschaftsbereiche dominieren „Öffentliche Dienstleister, Erziehung und Gesundheit“ vor „Handel, Verkehr, Gastgewerbe“ gefolgt von „Unternehmensdienstleister“; in diesen Zweigen sind insgesamt gut vier Fünftel der Beschäftigten tätig.

Während einzelne Zweige wie Gewerbe als aktuell rückläufig gesehen werden, zeigen Maschinenbau und Baugewerbe seit einiger Zeit Wachstum (vgl. a. a. O, S. 15 f. und S. 30 f.).

4.1 Bevölkerung: Stand und Prognose bis zum Jahr 2030[11]

4.1.1 Bevölkerung im Bezugsjahr 2016

Die *Bevölkerung* des Landes Sachsen-Anhalt umfasst mit Stichtag 31.12.2016 (also zum Ende des Bezugsjahres 2016) insgesamt 2.236.252 Einwohner*innen. Dies entspricht einem Anteil von 2,71 % an der Gesamtbevölkerung von Deutschland (82,52 Mio. 2016). In den Jahren seit 2010 hat die Bevölkerung um 98.754 Personen (4,2 %) abgenommen.

Der Anteil der Fläche des Landes an der Fläche des Bundesgebiets beträgt (s. o.) 5,7 %, daraus wird offenkundig, dass die *Einwohnerdichte* bezogen auf das Bundesgebiet unterdurchschnittlich ist: Sie beträgt in Sachsen-Anhalt 110 Einw./qkm, im Bundesgebiet 230 Einw./qkm. Dabei schwanken die Werte pro Stadt bzw. Landkreis stark. So liegt die Einwohnerdichte mit 1.755 Personen pro qkm in Halle (Saale) am höchsten, im Altmarkkreis Salzwedel beträgt sie nur 38 Personen pro qkm (niedrigster Wert in Sachsen-Anhalt).

Altersverteilung in der Bevölkerung

Die Verteilung der Altersstufen in der Bevölkerung mit Stand 31.12.2016 zeigt die folgende Tab. 1.

11 Alle Zahlen, tabellarischen Darstellungen und Angaben in diesem Abschnitt beruhen auf: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt. Bevölkerungsstatistik (www.statistik.sachsen-anhalt.de/bevoelkerung ...), abgerufen am 14.11.2017, soweit sie Sachsen-Anhalt betreffen oder: Statistisches Bundesamt (www.destatis.de/...), abgerufen am 17.10.2018.

Tab. 1: Bevölkerung am 31.12.2016 nach Altersgruppen

Gebietskörperschaften	Altersgruppen in Jahren			
	unter 18	18 – 64	65 und älter	Gesamt
Dessau-Roßlau, Stadt	10.715	46.733	25.057	82.505
Halle (Saale), Stadt	35.781	145.595	56.629	238.005
Magdeburg, Stadt	34.552	146.710	56.874	238.136
Altmarkkreis Salzwedel	13.056	52.445	19.735	85.236
Anhalt-Bitterfeld	22.039	97.523	43.538	163.100
Börde	26.447	107.548	38.964	172.959
Burgenlandkreis	25.096	108.844	49.234	183.174
Harz	30.506	130.349	58.788	219.643
Jerichower Land	13.434	55.391	22.520	91.345
Mansfeld-Südharz	18.772	81.504	39.505	139.781
Saalekreis	27.492	112.707	45.752	185.951
Salzlandkreis	27.033	115.158	52.384	194.575
Stendal	16.984	69.792	27.617	114.393
Wittenberg	17.297	75.190	34.962	127.449
Gesamt	319.204	1.345.489	571.559	2.236.252

Quelle: Statistisches Jahrbuch (2017) des Statistischen Landesamts Sachsen-Anhalt, eigene Berechnung der Altersgruppen

Dieser Tabelle ist zu entnehmen, dass die Altersverteilung im Jahr 2016 die aufgrund der demografischen Entwicklung bekannte „Rechtsschiefe“ aufweist, also ein Überwiegen der Gruppen mit höherem Alter (über 65 Jahre). Doch ist das Ausmaß in Sachsen-Anhalt anders als im Bundesgebiet:

Bundesgebiet:	< 18: 16,3 %	> 65: 21,1 %
Sachsen-Anhalt:	< 18: 14,3 %	> 65: 25,6 %.

Dem Land fehlt es also im Vergleich an Kindern und Jugendlichen, während die Altersgruppen ab 65 in höherem Ausmaß als im Bundesgebiet vertreten sind.

Den Erhebungen des Statistischen Landesamts Sachsen-Anhalt ist außerdem zu entnehmen, dass die Altersverteilung zwischen den kreisfreien Städten und den Landkreisen unterschiedlich ist, am Beispiel Halle (Saale) und Landkreis Anhalt Bitterfeld zeigt sich dazu Folgendes:

Halle (Saale)	< 18: 15,0 %	> 65: 23,8 %
LK Anhalt-Bitterfeld	< 18: 13,5 %	> 65: 26,7 %.

Dies entspricht auch der bundesweit zu beobachtenden Tendenz, dass in Landkreisen, insbesondere in strukturschwächeren Gebieten die ältere Bevölkerung stärker steigt.

Die Bevölkerung nach Gebietskörperschaft, Geschlechtsverteilung und Ausländer*innenanteil zeigen die Tab. 2 und Tab. 3:

Tab. 2: Bevölkerung 2016 nach Geschlecht

Gebietskörperschaft	Geschlecht	
	männlich	weiblich
Dessau-Roßlau, Stadt	40.105	42.400
Halle (Saale), Stadt	115.198	122.807
Magdeburg, Stadt	117.527	120.609
Altmarkkreis Salzwedel	42.579	42.657
Anhalt-Bitterfeld	80.043	83.057
Börde	86.387	86.572
Burgenlandkreis	90.964	92.210
Harz	108.403	111.240
Jerichower Land	45.611	45.734
Mansfeld-Südharz	68.902	70.879
Saalekreis	92.122	93.829
Salzlandkreis	95.151	99.424
Stendal	56.664	57.729
Wittenberg	62.798	64.651
Gesamt	1.102.454	1.133.798

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

Die Verteilung der Bevölkerung auf die Geschlechter ergibt einen Anteil von 49,3 % männlicher und 50,7 % weiblicher Bevölkerung; dieses Verhältnis entspricht im Jahr 2016 demjenigen im Bundesgebiet (mit ebenfalls 49,3 % männlicher bzw. 50,7 % weiblicher Bevölkerung). Die vorstehende Tabelle zeigt des Weiteren die Verteilung der Bevölkerung auf die kommunalen Gebietskörperschaften (kreisfreie Städte und Landkreise) mit deren Konzentration auf die großen Städte Magdeburg und Halle (Saale). Die Verteilung der Geschlechter auf die Gebietskörperschaften zeigt außer geringen Schwankungen keine Auffälligkeiten, z. B. im Unterschied zwischen Stadt und Land.

Anders erscheint das Bild mit Blick auf die *Anteile der ausländischen Bevölkerung*, d. h. Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft, die in Sachsen-Anhalt leben. Deren Anteil liegt im Bezugsjahr 2016 insgesamt bei 4,6 % landesweit, im Bundesgebiet im Jahr 2016 bei 10,5 %). Jedoch schwanken hier die Anteile (s. Tab. 3) deutlich zwischen Städten und Landkreisen. So weist z. B. Magdeburg einen Ausländer*innenanteil von 7,8 % auf, während der Anteil z. B. im Landkreis Mansfeld-Südharz bei 2,8 % liegt:

Tab. 3: Bevölkerung 2016 nach Staatsbürgerschaft

Gebietskörperschaft	Staatsbürgerschaft	
	Deutsche	Ausländische
Dessau-Roßlau, Stadt	78.550	3.955
Halle (Saale), Stadt	218.738	19.267
Magdeburg, Stadt	219.511	18.625
Altmarkkreis Salzwedel	82.317	2.919
Anhalt-Bitterfeld	157.549	5.551
Börde	167.962	4.997
Burgenlandkreis	174.704	8.470
Harz	211.669	7.974
Jerichower Land	88.134	3.211
Mansfeld-Südharz	135.932	3.849
Saalekreis	180.065	5.886
Salzlandkreis	188.807	5.768
Stendal	110.053	4.340
Wittenberg	123.680	3.769
Gesamt	2.137.671	98.581

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt. Das Statistische Landesamt bestätigt diese Zahlen auch im Jahr 2018, gibt jedoch einen Ausländeranteil von 4,4 % für 2016 an (s. https://www.stala.sachsen-anhalt.de/Internet/Home/Veroeffentlichungen/Pressemitteilungen/2018/01/11.html, abgerufen am 06.12.2018); rechnerisch korrekt wäre gemäß Tab. 3 ein Ausländeranteil von 4,6 %.

Zu unterscheiden ist der Ausländeranteil, also Personen mit ausschließlich ausländischer Staatsangehörigkeit, jedoch vom Anteil der *Personen mit Migrationshintergrund* – gemäß Definition des Statistischen Bundesamts (selbst oder mindestens ein Elternteil ist nicht mit deutscher Staatsbürgerschaft geboren). Der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund liegt in Sachsen-Anhalt im Jahr 2016 bei 6,2 % und damit weitaus niedriger als im Bundesgebiet (22,5 %, im Jahr 2016; Statistisches Bundesamt, 2017b, S. 41).

Damit ist festzuhalten, dass im Land Sachsen-Anhalt, wie in anderen neuen Bundesländern (z. B. Thüringen), im Vergleich zum Bundesgebiet weniger Menschen mit ausländischer Staatsbürgerschaft und deutlich weniger mit Migrationshintergrund leben.

4.1.2 Bevölkerungsprognose bis zum Jahr 2030

Über eine „Regionalisierte Bevölkerungsprognose bis 2030“ (zugleich das Jahr, auf das gemäß Leistungsbeschreibung des MS zukunftsorientierte Aussagen auszurichten sind) gibt die folgende Tab. 4 Auskunft:

Tab. 4: Bevölkerungsprognose nach Kreisen 2015, 2025 und 2030 – bei Annahme moderater Zuwanderung

	Jahr		
Gebietskörperschaft	**2015**	**2025**	**2030**
Dessau-Roßlau, Stadt	82.919	75.553	70.825
Halle (Saale), Stadt	236.991	240.582	238.551
Magdeburg, Stadt	235.723	242.376	241.056
Altmarkkreis Salzwedel	86.164	78.265	74.039
Anhalt-Bitterfeld	164.817	150.476	141.854
Börde	173.473	159.236	151.375
Burgenlandkreis	184.081	167.068	157.308
Harz	221.366	201.298	190.465
Jerichower Land	91.693	82.823	78.112
Mansfeld-Südharz	141.408	123.887	114.858
Saalekreis	186.431	172.389	163.762
Salzlandkreis	196.695	174.306	162.804
Stendal	115.262	103.452	97.605
Wittenberg	128.447	115.038	107.709
Gesamt	2.245.470	2.086.749*	1.990.323*

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt (Korrektur der Summenwerte durch die Autor*innen, die Quelle gibt als Summenwerte an: 2.086.750 und 1.990.234)

Die Zahlen zur Bevölkerungsprognose für Sachsen-Anhalt verdeutlichen, dass die Bevölkerungszahl weiter abnimmt, im Prognosezeitraum bis zum Jahr 2030 um geschätzte 255.000 Personen, das entspricht einem Rückgang von landesweit 11,4 % der Bevölkerung gegenüber 2015. Der Rückgang betrifft vor allem – z. T. deutlich – die Landkreise und die Stadt Dessau-Roßlau, während die Städte Magdeburg und Halle (Saale) weiter wachsen (um 2,3 % bzw. 0,7 %).

Eine rückläufige Bevölkerung wird vor allem für den LK Mansfeld-Südharz prognostiziert, hier wird erwartet, dass er ein knappes Fünftel (18,8 %) seiner Bevölkerung verliert, gefolgt vom Salzlandkreis (-17,2 %) und LK Wittenberg (-16,1 %). Am wenigsten Verlust wird für den Saalekreis erwartet, aber mit immerhin 12,2 % Rückgang doch ein erheblicher Wert.

Der Rückgang der Bevölkerung tangiert auch die Altersverteilung (s. Tab. 5). Der Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre wird sich weiter erhöhen und bis 2030 auf 33,1 % steigen. Dieser prozentuale Anstieg ist auch bedingt dadurch, dass alle Altersgruppen unter 65 Jahren ihren Anteil absolut und relativ verringern:

Tab. 5: Bevölkerungsprognose nach Altersgruppen 2014, 2025 und 2030 – bei moderater Zuwanderung

	Jahr		
Altersgruppe	**2014**	**2025**	**2030**
unter 20	333.492	340.041	321.144
20 bis unter 50	780.456	655.422	617.652
50 bis unter 65	563.086	465.245	392.039
65 und älter	558.514	626.043	659.489
Gesamt	2.235.548	2.086.750	1.990.324

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt

Auch wenn eine Bevölkerungsprognose nur so gut sein kann, wie die ihr zugrunde liegenden Annahmen (Geburtenzahlen, Sterbeziffern, Wanderungsbewegungen usw.) und derzeit offen bleiben muss, ob Gegensteuerungsmaßnahmen ergriffen werden, die Wirkung zeigen, wird man sich auf einen Bevölkerungsrückgang in der differenziert gezeigten Weise einstellen müssen.

4.2 Anmerkungen zur bisherigen Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt

Ziemlich früh nach (Neu-)Gründung des Landes hatte Sachsen-Anhalt die Initiative ergriffen, die einschlägigen Versorgungsgegebenheiten zu analysieren und zu ordnen: Bereits im *Juni 1992* wurden seitens des Ministeriums für Arbeit und Soziales ein „*Programm und Bericht der Landesregierung zur Psychiatrischen Versorgung im Land Sachsen-Anhalt"* vorgelegt. Dieser Bericht baute auf einer Bestandsausnahme auf, bezog den „Bericht der Gutachterkommission zu Verstößen in der Psychiatrie in den Landeskrankenhäusern des Landes Sachsen-Anhalt (Bernburg, Haldensleben, Uchtspringe)" sowie dessen Kritik und Empfehlungen mit ein und setzte sich zum Reform-Ziel, „von einer verwahrenden zu einer therapeutischen und rehabilitativen Psychiatrie zu kommen" (Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, 1992, S. 7). Programmatisch wurde der Gesamtbereich von „Vor- und Nachsorge" über „Ambulante Behandlung" bis hin zur „Rehabilitation" in den Blick genommen, ebenso die „Versorgung besonderer Gruppen psychisch Kranker". Anstoßgebend hierfür wirkten mehrere Ursachen: Zum einen der bauliche Zustand der damaligen Landeskrankenhäuser, die Abkehr von einer sog. Verwahrpsychiatrie und die Umsetzung von Vorstellungen und Zielen der Psychiatrie-Enquête. Zum anderen ging es um die Herausarbeitung einer eigenständigen Linie und politischen Haltung des Landes für die Versorgung psychisch kranker Menschen. Dies zeigte sich auch daran, dass zu allen wesentlichen Versorgungsbereichen „Empfehlungen und Perspektiven" (a. a. O., S. 25 ff.) formuliert wurden, die eine zeitgemäße Auffassung von reformorientierter Psychiatrie erkennen lassen.

Zum damaligen Zeitpunkt wurden im Rahmen der Bestandsaufnahme im Land gezählt (vgl. a. a. O., S. 41 – 51):

- „17 Krankenhäuser mit psychiatrischen und neuropsychiatrischen Abteilungen", einige davon (ehem. Bezirkskrankenhäuser) mit hoher Bettenzahl und Einzugsgebieten bis zu 600.000 Einwohner*innen. Für das Jahr 1992 wurden ausgewiesen: 1.870 Betten für Psychiatrie, 477 Betten für Neurologie und 383 Betten für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

- 55 Nervenarztpraxen, elf neurologische Praxen, drei Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und sechs Praxen für Psychotherapie.
- „KHG-geförderte tagesklinische Plätze“: 210.
- „Vorläufige Heimbereiche an den psychiatrischen Fachkrankenhäusern“: 1.389.

Weitere Angaben zu anderen Versorgungsbereichen finden sich 1992 in Tabellenform nicht. Der Bericht enthält neben der Wiedergabe des PsychKG des Landes vom 30. Januar 1992 (a. a. O., S. 64 ff.) einen ausführlichen Adressenanhang (a. a. O., S. 85 ff.), der bereits damals auf vielerlei Versorgungsangebote mit Sozialpsychiatrischen Diensten, Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen für Suchtkranke, Alten- und Pflegeheime, Wohnheime für geistig und seelisch Behinderte, Heime für geistig behinderte Kinder, Werkstätten für Behinderte (entsprechend damaliger Bezeichnungen) verweist.

Dem Bericht aus dem Jahr 1992 kommt das Verdienst zu, für das Thema der psychiatrischen Versorgung deutliche reformerische Impulse gesetzt und dieses in die Fach- und allgemeine Öffentlichkeit getragen zu haben. Dieser Impulssetzung ist – neben anderem – auch zu verdanken, dass bereits wenige Jahre später, nämlich im November 1996 das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt die „1. Fortschreibung des Psychiatrieplanes“ veröffentlichte. Auch diese Fortschreibung enthielt Zählungen, z. B. mit Stand (September) 1996 (Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt, 1996, S. 25 ff.):

- 94,4 Nervenärzte gemäß kassenärztlicher Bedarfsplanung
- 1.370 Betten für „Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin“, 264 Betten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und 513 Betten für Neurologie
- sowie erneut einen Anhang mit Adressenverzeichnis zu Versorgungsangeboten, Verbänden und Vereinen sowie Gesetzesgrundlagen.

Hauptbestandteil des Berichts waren erneut programmatische Ausführungen zur Weiterentwicklung der Versorgungssektoren sowie ein „Ausblick auf die psychiatrische Versorgung bis zum Jahr 2000“ (a. a. O., S. 21 f.) – damals noch bezogen auf 21 Landkreise und drei kreisfreie Städte. Die Kernaussagen im Jahr 1996 waren dabei:

- „Die psychiatrische Versorgung soll sich zukünftig mehr und mehr zu einer gemeinde-integrierten Versorgung […] entwickeln“
- „Anpassung der Bettenzahl an den realen Bedarf“, „Möglichkeiten der teilstationären Betreuung stärker nutzen“
- „Die Grundsätze der Psychiatriereform […] sind maßgeblich für die weitere Entwicklung“
- „Der chronisch Kranke soll möglichst in seiner gewohnten Umgebung integriert werden […] dazu notwendige Koordinierungsaufgaben liegen vorrangig bei den sozialpsychiatrischen Diensten“
- „Anzustreben ist, dass ambulant tätige Psychiater und Psychotherapeuten flächendeckend … im ganzen Land tätig sind und so den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung erfüllen. Ein derartiges Versorgungskonzept muß auch für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelt werden“
- „Obwohl der Auf- und Ausbau der Komplementärversorgung in originärer Zuständigkeit der Kommunen liegt, wird die Landesregierung diesen auch weiterhin durch Empfehlungen zur kommunalen Psychiatrieplanung unterstützen“

- „Weiterführung der Enthospitalisierung der vorläufigen Heimbereiche“
- „Auf- und Ausbau des Maßregelvollzugs zielt auf eine Endkapazität von 306 Plätzen“ (Zitate aus der 1. Fortschreibung des Psychiatrieplans, 1996, a.a.O, S. 21 f).

Im Rückblick kann festgehalten werden, dass die beabsichtigten, damals programmatisch vorgezeichneten Wege durchaus und an verschiedenen Stellen mit Erfolg beschritten wurden, wofür die Ergebnisse der aktuellen Bestandsanalyse Belege liefern werden.

Dennoch ist auffällig, dass seit 1996 über 20 Jahre vergangen sind, bis eine erneute landesweite Impulssetzung in den Blick genommen wurde. In der Zwischenzeit war die Fachwelt nicht untätig, wobei vor allem dem mit § 29 PsychKG LSA vom 30. Januar 1992 (Böcker, Jeschke & Brieger, 2000, S. 34 – 52) eingerichteten Psychiatrieausschuss Bedeutung zukommt. Der Psychiatrieausschuss und seine Besuchskommissionen nehmen seit der Gründung Jahr um Jahr die Versorgung im Land unter die Lupe und liefern bedeutsame fachliche Impulse.

Im Jahr 2000 legte der Psychiatrieausschuss mit seinem 7. Bericht eine weitere Bestandsaufnahme zur psychiatrischen Versorgung vor. Die Lektüre dieses 7. Berichts zeigt auf, dass gegenüber den Jahren 1992 und 1996 erneut kleinere Fortschritte in der Ausstattung mit Einrichtungen erzielt werden konnten; so wurden z. B. bereits 22 Tageskliniken, sieben Institutsambulanzen, 60 Sozialpsychiatrische Dienste (einschl. Außenstellen), 41 Werkstätten, 20 Einrichtungen des Betreuten Wohnens u. a. m. gezählt (a. a. O., S. 39). Allerdings sparen die Autoren nicht mit kritischen Hinweisen, darunter: „Die ambulante Versorgungsdichte war […] auf niedrigem Niveau regional unausgewogen. Die klinische Versorgung […] war geprägt von einer deutlichen Bettenknappheit im Süden und Osten des Landes […] Unter den Heimbewohnern waren vier Fünftel als ‚geistig behindert‘ eingestuft […] Formen beschützter Arbeit fehlten fast ganz; Angebote für Tagesstruktur/ Kontaktstiftung waren sporadisch vorhanden“ (a. a. O., S. 34).[12]

Erhofft wurden mit solchen kritischen Einschätzungen weitere Impulssetzungen durch das Land. Dass dies im weiteren Verlauf nur begrenzt fruchtete, hat vermutlich mit der schwierigen Gesamtsituation im Land zu tun: Sachsen-Anhalt hatte in den Jahren nach 1992 bis ca. 2006 aufgrund des damals und heute unterschiedlich beurteilten Abbaus der Kombinate im Maschinenbau, in der Chemieindustrie und im Bergbau mit erheblichen wirtschaftlichen Schwierigkeiten zu kämpfen. Die Arbeitslosenquote stieg von 10,3 % im Jahr 1991 auf 21,7 % (1997/1998) und blieb mehrere Jahre auf diesem Niveau. Erst ab 2005 sank sie wieder kontinuierlich ab, bis 2011 eine landesweite Quote von 11,5 % erreicht wurde. Allerdings war auch damals schon eine erhebliche Spannbreite gegeben: Während der Landkreis Börde „nur“ 7,9 % Arbeitslosenquote verzeichnete, musste der Landkreis Mansfeld-Südharz 14,3 % verkraften.[13] Vermutlich wurde die politische Gestaltungskraft in den genannten Jahren durch diese Entwicklungen stark gebunden.

Mit der Vorlage des 14. Berichts des Psychiatrieausschusses im Jahr 2007 erfolgte eine weitere Auseinandersetzung mit der Situation im Land, die mit der Frage begann: „Braucht Sachsen-Anhalt einen Psychiatrie-Plan?“ (Böcker, 2007, S. 6 – 19). Nach Darstellung zeitgemäßer Ziele der Versorgung und der Betrachtung der Probleme und Regelungsnotwendigkeiten in den einzelnen Versorgungsbereichen, kritisierte Böcker die aus

---

12 Im Übrigen ist der zitierte Bericht auch deshalb lesenswert, weil in ihm der Versuch unternommen wird, mittels statistischer Verfahren (Faktorenanalyse) Korrelationen zwischen regionalstrukturellen Merkmalen und Ausstattung mit Einrichtungen herzustellen. Ein durchaus lohnenswerter Ansatz, um zu objektiven Beurteilungskriterien zu kommen, welcher Grad von Ausstattung unter bestimmten regionalen Gegebenheiten angezeigt ist.

13 Alle Angaben und Zahlen in diesem Absatz sind entnommen: https://de.wikipedia.org/wiki/Sachsen-Anhalt, abgerufen am 24.07.2018

Sicht der Fachwelt nicht nachvollziehbare Latenz seit der 1. Fortschreibung des Psychiatrieplans (1996) und forderte eine stärkere, kompetente „Planung und Überwachung aller Aspekte der psychiatrischen Versorgung“ und deren Bündelung an einer zentralen (ministeriellen) Stelle (a. a. O., S. 18). Wenngleich zwar darauf verwiesen wurde, dass die Durchgriffsmöglichkeiten des Landes in diesem Bereich begrenzt seien, forderte Böcker dennoch eine fortgesetzte Planungsinitiative und argumentierte dabei auch mit dem Beitrag, den psychiatrische Versorgung zur Wirtschaft eines Landes leisten könnte, wenn in diesen Bereich investiert und damit auch Arbeitsplätze geschaffen würden. Außerdem „wird das Versorgungssystem (in den kommenden Jahren) dazu beitragen müssen, die Produktivität von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erhalten, denn wegen des demografischen Wandels werden wir es nicht mehr leisten können, auf die Arbeitskraft unserer psychisch kranken Mitbürger zu verzichten“ (a. a. O., S. 19).

In den letzten Jahren, auch im Kontext der bundesgerichtlich angestoßenen Überarbeitung der Landes Psychiatrie-Gesetze, kam erhebliche Bewegung ins Thema: Am 14. Oktober 2015 veranstaltete die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie Sachsen-Anhalt eine Tagung mit dem Thema: „Blick in die Zukunft – Psychiatrische Versorgung 2025 in Sachsen-Anhalt“. Mit der Tagungsankündigung wurde Kritik geübt: „unflexibles Hilfeleistungssystem, bürokratische Hürden, ein Land ohne Psychiatrie-Plan oder Referentenstelle Psychiatrie“ und die Notwendigkeit für „hilfreiche Perspektiven“ und „Visionen“ unterstrichen.

Die nach der Landtags-Wahl vom 13. März 2016 verabschiedete Koalitionsvereinbarung der regierenden Parteien SPD, CDU und Bündnis 90/Die Grünen enthält die Forderung, „im Rahmen der Sozialplanung auch die Zielvorstellungen für eine zeitgemäße psychiatrische Versorgung zu überarbeiten“(Land Sachsen-Anhalt. 2016, S. 57).

2017 wurde die Novellierung des PsychKG LSA im Zuge der Umsetzung von Vorgaben des Koaltionsvertrags in Angriff genommen, u. a. mit den Zielen: „Anpassung an aktuelle Rechtsprechung und die UN-BRK; Aufbau einer gemeindenahen und effektiven Versorgung; Koordination der vorhandenen Strukturen; Entwicklung einer landesweiten psychiatrischen Versorgungsstrategie“. Die verschiedenen Akteure des Landes sollen eingebunden werden, geplant ist, das novellierte Gesetz Ende 2018/Anfang 2019 in Kraft treten zu lassen.[14] In diesem Rahmen fand am 12. Oktober 2017 in Magdeburg eine Fachtagung mit dem Titel „Auf dem Weg zu einer modernen psychiatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt“ statt. Hier wurden nochmals die Rahmenbedingungen für eine „gute gemeindepsychiatrische Versorgung“ gebündelt. Die Diskussion widmete sich den Themen „Zwangsbehandlung“ und „Stärkung der Rechte der Betroffenen“, entwickelte Überlegungen zur „Psychiatrischen Versorgungsstrategie“ und forderte ebenfalls, dass eine Landespsychiatrieplanung Basis für die kommunale Planung vor Ort sein müsse.

Mit dem Schluss dieses Abschnitts soll nochmals unterstrichen werden, dass die Arbeit und die regelmäßigen Berichte des „Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung (Psychiatrieausschuss)“ jedes Jahr dazu beigetragen haben, die Themenbreite der psychiatrischen Versorgung stets neu, kritisch und zugleich lösungsorientiert in die (Fach-)Öffentlichkeit zu tragen. Die Berichte zeichnen sich durch Substanz, Kompetenz und Argumentation aus, sie berichten über die zahlreichen Besuche verschiedenster Einrichtungen und zeichnen so ein eindrucksvolles Bild der Situation. Auch handeln sie aktuelle Fachthemen gezielt ab. So kann bereits an dieser Stelle der politischen und der Fachöffentlichkeit die regelmäßige Lektüre dieser Berichte empfohlen werden. Mit den Berichten werden immer wieder Vorschläge für eine Weiterentwicklung unterbreitet. Dass dabei auch anerkannt wird, dass sich manche Gegebenheiten nur

---

14 Quelle: https://ms.sachsen-anhalt.de/themen/gesundheit/aktuell, abgerufen am 14.11.2017

schrittweise optimieren lassen, zeigt bspw. das Vorwort des scheidenden Vorsitzenden des Ausschusses zum letzten vorliegenden Bericht vom August 2017: „Viele der Forderungen des Psychiatrieausschusses haben endlich den Weg in den politischen Gestaltungsprozess gefunden – allen voran das zentrale Erfordernis eines modernen, an Patientenrechten und Teilhabe, an Rechtsstaatlichkeit und weitestgehender Vermeidung von Zwang ausgerichteten PsychKG. Die Arbeit hat begonnen, aber das Ziel ist noch lange nicht in Sicht“ (Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung Sachsenanhalt, 2017, S. 1).

Auf dem Weg seit 1990/1992 wurde vieles erreicht, das den Voraussetzungen einer zeitgemäßen psychiatrischen Versorgung Rechnung trägt. Für die noch anstehende Arbeit sollen die folgenden Kapitel Richtung und Argumente liefern.

4.3 Die Versorgungstruktur in Sachsen-Anhalt im Ländervergleich zum Zeitpunkt 2015/2016

Der vorige Abschnitt skizzierte knapp die Entwicklung der psychiatrischen Versorgung seit 1990/1992. Dem folgt nun ein Blick auf die Versorgungsgegebenheiten im Land Sachsen-Anhalt und im Bund anhand der Daten aus dem Anhang zu TOP 10.2 der 90. Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 2017. Enthalten sind darin Daten zu diversen Versorgungsbereichen im Ländervergleich, die auszugsweise im Folgenden wiedergegeben werden, um die Situation in Sachsen-Anhalt zahlenbezogen einordnen bzw. im Vergleich bewerten zu können.

Die Angaben beziehen sich auf das Jahr 2015 bzw. auf den 31.12.2015 (Ausnahmen davon sind angegeben), sodass gleichsam der Ausgangspunkt für das Bezugsjahr dieses Berichts (2016) dargestellt werden kann (alle folgenden Zahlen aus Gesundheitsministerkonferenz, 2017). Es werden nicht zu allen Bereichen Vergleichszahlen angegeben, da in einigen Tabellen der GMK die Angaben nicht vollständig sind oder bei anderen (z. B. beim SpDi) nicht eindeutig ist, wo Außenstellen mitgezählt wurden und wo nicht.

Zur Bewertung der folgenden Angaben soll nochmals daran erinnert werden, dass der Bevölkerungsanteil von Sachsen-Anhalt am Bundesgebiet bei 2,7 % liegt. Diese Orientierung kann bei einigen Zahlen hilfreich sein, um abzuschätzen, ob Sachsen-Anhalt im Durchschnitt, darüber oder darunter ausgestattet ist.

Tab. 6: Versorgungsbezogener Vergleich Bundesgebiet mit Land Sachsen-Anhalt (LSA) zum Stand: 31.12.2015

Versorgungsmerkmale	Alle Länder	Sachsen-Anhalt	Versorgungs-Anteil LSA/ Länder in % (Bevölk.-Anteil LSA: 2,7%)
Bettenzahl (psychiatr./psychosomatisch)	49.469	1.536	3,1
Platzzahl, teilstationär (für Erwachsene)	14.086	588	4,1
Betten/Plätze insgesamt/1.000 Einw.	0,87	0,95	-
Psychosomatische Betten/Plätze/1.000 Einw.	0,13	0,14	
Betten Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)	5.501	315	5,7
Plätze, teilstationäre (für KJP)	3.191	153	4,8
Betten/Plätze, KJP insgesamt/1.000 Einw	0,14	0,21	
Bettenauslastung (psychiatr. Betten) in %*	94,56	94,77	
Verweildauer (Psychiatrie), Tage*	21,67	21,54	
Bettenauslastung KJP-Betten in %*	94,47	90,27	
Verweildauer KJP, Tage*	37,70	48,48	
Psychiatr. Inst.-Ambulanzen (PIA), Anzahl	623	16	2,5
PIA-Fälle/1.000 Einw.	8,28	4,03	
Psychiatrische, Nervärztl. Praxen	4.441	100	2,3
Einwohner pro psychiatr./nervenärztl. Praxis	17.288	22.288	
Praxen Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJPP)	976	7	0,7
Minderjährige pro Praxis KJPP	15.268	43.710	
Psychotherapeutische Praxen (Erwachsene)	15.320	284	1,9
Einwohner pro Psychotherapeutische Praxis	5.386	7.872	
Psychotherapeutische Praxen (KiJu)	4.084	95	2,3
Minderjährige pro KiJu-PT-Praxis	3.019	3.198	
Heimplätze (Eingliederungshilfe)	58.329	2.068	3,5

* Bezugsjahr 2014

Die vorstehende Tabelle zeigt einige quantitative Aspekte der Ausstattung. Vielfach deuten die Werte darauf hin, dass die Ausstattung in Sachsen-Anhalt in der Summe betrachtet dem Bundesdurchschnitt ähnelt. Allerdings ist eine überdurchschnittliche Ausstattung im stationären Bereich zu erkennen, insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Demgegenüber erscheint die ambulante Versorgung unterdurchschnittlich, deutlich insbesondere im ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen und –psychotherapeutischen Bereich.

In Verbindung mit den Ergebnissen der Bestandsaufnahme für diesen Bericht wird es darauf ankommen, unter Hinzuziehung aktueller Quantitäten das Ausstattungsniveau in Sachsen-Anhalt noch näher zu qualifizieren, insbesondere mit Blick auf die regionale Verteilung der Angebote und Einrichtungen.

TEIL II

Ergebnisse der Bestandsanalyse für Sachsen-Anhalt

5 Der ambulante Bereich: Behandlung, Versorgung und Hilfen, Beratung

Die ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen aller Altersstufen wird heute von einer großen Breite von Einrichtungen, Diensten und Praxen wahrgenommen. Dies allein schon deshalb, da einerseits die Betroffenen, weil oft auch mit somatischen Beschwerden konfrontiert, die Angebote der allgemeinen gesundheitlichen Versorgung in Anspruch nehmen oder diese Angebote (z. B. hausärztliche Praxis) nicht selten als erste Anlaufstelle nutzen; andererseits hat die psychiatrische Versorgung sich erheblich ausdifferenziert, um Behandlung, Therapie, Hilfen und Unterstützung anbieten zu können. Die Darstellung im Folgenden hat auftragsgemäß das Ziel, schwerpunktmäßig die Kernangebote der fachlich psychiatrischen Versorgung abzubilden, darüber hinaus, im eben erwähnten Sinn werden relevante Leistungserbringer ebenfalls beschrieben. Die Bestandsanalyse bezieht sich i. d. R. auf das Jahr 2016, liegen die Daten (nur) für andere Zeiträume vor, wird dies entsprechend angegeben.

Tabellen, die die Ergebnisse der Bestandsanalyse darstellen, beziehen sich lediglich auf die Standorte der Angebote, Einzugsgebiete werden nicht dargestellt, da diese oft variabel und kaum erfassbar sind. Dennoch berücksichtigen die Tabellen die besondere geografische Lage von Halle und dem Saalekreis bzw. die Tatsache, dass der Saalekreis und die Stadt Halle in vielen Bereichen eng kooperieren und die Angebote sich meist an die Bevölerung von Stadt und Kreis richten.

5.1 Ärztliche und psychotherapeutische Versorgung

5.1.1 Der niedergelassene, vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Bereich

Dem niedergelassenen Bereich, d. h. der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung gemäß §§ 72ff. SGB V fällt für die Erkennung einer Erkrankung, für Diagnosestellung, Behandlung und weitere Steuerung des Geschehens eine i. d. R. erste und zentrale Rolle zu. Die Praxen der durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zur Versorgung zugelassenen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen sind meist auch erste Stelle, die patientenseitig im Fall körperlicher und/oder seelischer Störungen und Erkrankungen aufgesucht wird. Zugunsten der „Sicherstellung“ dieser Versorgung legt § 72 Abs. 1 Satz 1 fest: „Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zusammen.“ Zum Zweck der Sicherstellung stellen die Kassenärztlichen Vereinigungen für ihr Versorgungsgebiet Bedarfspläne auf und passen sie der Entwicklung an (so § 99 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

Nach Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Sachsen-Anhalt sind im Land pro kommunaler Gebietskörperschaft im Jahr 2017 folgende Anzahlen (Personen) an Vertragsärzt*innen auf den einschlägigen Gebieten der Nervenheilkunde, Neurologie, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie einerseits und den Gebieten der Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie andererseits tätig. Tab. 7 gibt dazu zunächst einen Gesamtüberblick (zur Situation nur bezogen auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie s. Tab. 8):

Tab. 7: Ärztliche und psychotherapeutische Versorgung im niedergelassenen Bereich (Personenzahl pro Gebietskörperschaft, Jahr 2017)

Gebietskörperschaft[15]	Ärzt*innen	Psychotherapeut*innen
Altmarkkreis Salzwedel	4	17
Landkreis Anhalt-Bitterfeld	7	32
Landkreis Börde	7	23
Burgenlandkreis	13	22
Stadt Dessau-Roßlau	7	16
Stadt Halle (Saale)	49	75
Saalekreis	14	25
Landkreis Harz	18	36
Landkreis Jerichower Land	6	14
Stadt Magdeburg	39	76
Landkreis Mansfeld-Südharz	6	26
Salzlandkreis	15	21
Landkreis Stendal	11	19
Landkreis Wittenberg	7	27
Gesamt	203	429

Quelle: KV LSA

Die vorstehende Tabelle bedarf folgender Erläuterung:

- Die Tabelle enthält alle Fachgebiete, die seitens der KV für die Versorgung psychisch kranker Menschen gemeldet wurden, darunter auch 30 Personen, die nur unter dem Gebiet „Neurologie“ rubrizieren (jedoch mit diesem Gebiet auch bestimmte Leistungen für psychisch kranke Menschen erbringen, z. B. bei Epilepsie oder hirnorganischen Veränderungen). Schlösse man dieses Gebiet dennoch aus, so reduziert sich die Zahl der Ärzt*innen in der Tabelle von 203 auf 173.
- Die Tabelle enthält auch diejenigen Personen, die in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätig sind, das betrifft von den 203 Ärzt*innen in Tab. 7 insgesamt 45 Personen und von den 429 Psychotherapeut*innen insgesamt 8 Personen. In eigener Praxis sind demnach in Sachsen-Anhalt 148 Ärzt*innen und 421 Psychotherapeut*innen tätig.
- *Allerdings ist wichtig*: Die vorgenannten Zahlen betreffen *Personen*, diese arbeiten in eigener Praxis *vollzeit oder (nur) teilzeit*. Damit ist die *faktische Behandlungskapazität* – ohne dass hier ein konkretes Maß angegeben werden kann – *mit Sicherheit geringer* als die Personenzahl signalisiert!

Nach erteilter Auskunft der KV Sachsen-Anhalt besteht – nach den für die kassenärztliche Bedarfsplanung und Sicherstellung aktuell maßgeblichen Kriterien – jedoch (noch) keine Unterversorgung für die Planungsgebiete bzw. Gebietskörperschaften in Sachsen-Anhalt. Dennoch wird anerkannt, dass die einzelnen Gebietskörperschaften in

15 Aufgrund der besonderen geografischen Lage (Saalekreis umschließt Halle) und der engen Kooperation wird der Saalekreis in dieser und den folgenden Tabellen direkt hinter Halle eingeordnet. Die gestrichelte Linie soll verdeutlichen, dass die Angebote in den beiden Gebietskörperschaften nicht trennscharf sind.

unterschiedlichem Maße mit Praxen unterschiedlicher Kapazität ausgestattet sind sowie eine Konzentration in Städten zu verzeichnen ist. Nicht nur die befragte Fachwelt befürchtet, dass aufgrund der Altersstruktur der Praxisinhaber*innen künftig einzelne Landkreise keine Fachpraxen mehr aufweisen könnten; dieser Punkt ist im Rahmen der Handlungsempfehlungen nochmals aufzugreifen.

Tab. 8 zeigt nun die Verhältnisse ausschließlich bezogen auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Tab. 8: Ärztliche und psychotherapeutische Versorgung im niedergelassenen Bereich für Kinder und Jugendliche (Personenzahl pro Gebietskörperschaft, Jahr 2017)

Gebietskörperschaft	Ärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen
Altmarkkreis Salzwedel		3
Landkreis Anhalt-Bitterfeld		9
Landkreis Börde	1	4
Burgenlandkreis	2	6
Stadt Dessau-Roßlau	2	3
Stadt Halle (Saale)	7	17
Saalekreis	1	5
Landkreis Harz	1	10
Landkreis Jerichower Land	1	5
Stadt Magdeburg	3	16
Landkreis Mansfeld-Südharz		8
Salzlandkreis		5
Landkreis Stendal	2	6
Landkreis Wittenberg		7
Gesamt	20	104

Quelle: KV LSA

Von den 20 Ärzt*innen arbeiten acht, von den 104 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen vier in einem MVZ.

Tab. 8 zeigt nun eine deutliche Ungleichverteilung der für die Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen zuständigen Praxen im Land Sachsen, die im Übrigen von keiner Seite bestritten wird. Darüber hinaus gilt auch hier, dass die angegebene Personenzahl nicht die faktische Behandlungskapazität spiegelt. Unzweifelhaft liegt hier ebenfalls ein deutlicher Handlungsbedarf für die Zukunft, der an entsprechender Stelle unten aufzugreifen sein wird.

Auszugsweise seien in diesem Zusammenhang hier noch einmal die Zahlen referiert, die einen Vergleich der Ausstattung in Sachsen-Anhalt mit dem Bundesgebiet zeigen (vgl. Tab. 9):

Tab. 9: Einwohnerzahl pro niedergelassene Fachpraxis in Sachsen-Anhalt und in Deutschland (Bezugsjahr: 2015)

	Sachsen-Anhalt	Deutschland
Einw. pro niedergel. Ärzt*in für Psychiatrie, Psychosom., Psychoth., Nervenheilkunde	22.288	17.288
Einw. pro niedergel. Psychotherapeut*in	7.872	5.386
Minderjährige pro Praxis Kinder- und Jugend-Psychiatrie	43.710	15.268
Minderjährige pro Praxis Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	3.198	3.019

Quelle: Gesundheitsministerkonferenz, 2017

Dies belegt mittels der von der Gesundheitsministerkonferenz 2017 insgesamt erhobenen Zahlen (s. dazu Abschnitt 4.3 und Tab. 6) erneut die unterdurchschnittliche Ausstattung in Teilbereichen der ambulanten Versorgung, eklatant insbesondere bei kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen.

Medizinische Versorgungszentren

Neben den Praxen haben für die ambulante Versorgung zunehmend die Medizinischen Versorgungszentren an Bedeutung gewonnen. Nach den Vorschriften des § 95 SGB V sind MVZ fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen ärztliches Personal angestellt oder vertragsärztlich tätig ist. Ansonsten sind sie im vollem Umfang Teil der kassenärztlichen Versorgung.

In Sachsen-Anhalt existieren derzeit 20 MVZ, die sich zumindest jeweils einem einschlägigen Fachgebiet der Versorgung psychisch kranker Menschen widmen. Das diesbezüglich u. a. herangezogene MVZ-Verzeichnis der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt benennt hier als Fachgebiete in den MVZ: Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatische Medizin, Psychotherapie (Erwachsene), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

MVZ können jedoch nicht zur bisher abgebildeten Versorgung im niedergelassenen Bereich „addiert“ werden, da nach Auskunft der KV die in MVZ tätigen ärztlichen und psychotherapeutischen Fachkräfte bereits bei den Darstellungen der niedergelassen tätigen Personen pro Fachgebiet (s. Tab. 7 und Tab. 8) enthalten sind.

5.1.2 Psychiatrische Institutsambulanzen[16]

Der Behandlungsauftrag der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) ist „auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Kran-

16 Dargestellt werden hier die Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V. Institutsambulante Aufgaben erfüllen auch die Hochschulambulanzen gemäß § 117 SGB V der Universitätskliniken. Auch sie werden vom Zulassungsausschuss der KV zur Teilnahme an der Versorgung zugunsten der ambulanten Versorgung der gesetzlich Versicherten ermächtigt. Jedoch bestimmt § 117 Abs.1 Satz 2 eindeutig, dass die „Ermächtigung so zu gestalten (ist), dass die Hochschulambulanzen die Untersuchung und Behandlung der … genannten Personen in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang durchführen können“. Damit liegt der Akzent zwar auch auf Versorgung, jedoch soll dieser explizit geprägt sein durch die Aufgabenstellung der Hochschule, Forschung und Lehre zu betreiben. Folglich müssen die Hochschulambulanzen der Uni-Kliniken hier ebenfalls als Versorgungsträger genannt werden, jedoch unter der soeben getroffenen inhaltlichen Qualifizierung und Ausrichtung.

kenhäuser angewiesen sind“ (§ 118 Abs. 1 Satz 2 SGBV). Damit ist explizit zum Ausdruck gebracht, dass eine PIA auch den Zweck haben soll, regional unterversorgte Gebiete zu bedienen. War bei Einführung der PIA in das SGB V zunächst daran gedacht, dass nur Psychiatrische Fachkrankenhäuser eine PIA vorhalten können, so hat nicht nur der Maßstab einer flächendeckenden Erreichbarkeit der vorgenannten Patientengruppe dazu geführt, dass eine PIA auch an einem Allgemeinkrankenhaus mit psychiatrischer oder psychosomatischer Abteilung und regionaler Versorgungsverpflichtung errichtet werden kann. Folglich ist in der Darstellung zu trennen zwischen einer PIA am Psychiatrischen Fachkrankenhaus gemäß § 118 Abs. 1 SGB V und einer PIA am Allgemeinkrankenhaus gemäß § 118 Abs. 2 SGB V. Nachrichtlich sei mitgeteilt, dass eine Geriatrische Institutsambulanz (GIA) nach § 118 a SGB V in Sachsen-Anhalt (ähnlich wie in anderen Bundesländern) noch nicht existiert.

Die folgende Tab. 10 zeigt die Verteilung der insgesamt 19 PIA in Sachsen-Anhalt:

Tab. 10: Psychiatrische/Psychosomatische Institutsambulanzen (PIA)

	Anzahl PIA	
Gebietskörperschaft	**§ 118 Abs. 1 SGB V**	**§ 118 Abs. 2 SGB V**
Altmarkkreis Salzwedel		
Landkreis Anhalt-Bitterfeld	1	
Landkreis Börde	1	
Burgenlandkreis		1
Stadt Dessau-Roßlau	1	
Stadt Halle (Saale)	1	2
Saalekreis	1	
Landkreis Harz	1	3
Landkreis Jerichower Land	1	
Stadt Magdeburg		2
Landkreis Mansfeld-Südharz		1
Salzlandkreis	1	
Landkreis Stendal	1	
Landkreis Wittenberg	1	
Gesamt	10	9

Quelle: MS LSA

Für das Jahr 2015 verzeichnet der bereits zitierte Bericht der Gesundheitsministerkonferenz insgesamt 16 PIA für Sachsen-Anhalt; diese rechneten 44.993 Fälle ab (Gesundheitsministerkonferenz, 2017a). Das entspricht einer durchschnittlichen Quote von 2.812 Fällen pro Jahr und PIA sowie 18,34 Fällen pro 1.000 Einwohner*innen. Damit lag Sachsen-Anhalt leicht unterhalb des Durchschnitts in der Republik mit 22,34 Fällen pro Einwohner*in.

Inzwischen hat sich die Zahl der PIA (auf 19, s. o.) erhöht. Diese Entwicklung entspricht, trotz des immer wieder im niedergelassenen Bereich befürchteten Verdrängungswettbewerbs durchaus der Vorstellung, mittels PIA gering versorgte Gebiete „aufzurüsten“. Zumal in der Befragung der Kliniken zum Ausdruck kommt, dass zwei von drei PIA auch aufsuchende Arbeit leisten bzw. Hausbesuche durchführen und Heimeinrichtungen versorgen. So ist zumindest aus der vorstehenden Tabelle ablesbar, dass mit Aus-

nahme des Altmarkkreises Salzwedel jede kommunale Gebietskörperschaft prinzipiell über mindestens eine PIA verfügt. Nimmt man den Bevölkerungsanteil von Sachsen-Anhalt am Bundesgebiet in Höhe von 2,7 % wieder zum Maßstab, so liegt im Jahr 2015 der Anteil der PIA in Sachsen-Anhalt im Vergleich zum Bundesgebiet (mit damals 662 PIA) bei 2,4 %; ein gewisser Nachholbedarf (Anstieg von 16 auf 19 PIA) war also auch unter diesem Betrachtungsaspekt gerechtfertigt.

5.1.3 Sozialpädiatrische Zentren

Sozialpädiatrische Zentren bieten gemäß § 119 SGB V Versorgungsleistungen für Kinder und Jugendliche an, die „wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können“. Dabei sollen sie eng mit Ärzt*innen und Frühförderstellen kooperieren. Sozialpädiatrische Zentren, die „fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuss (§ 96 SGB V) zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen.“

In Sachsen-Anhalt existieren zwei Sozialpädiatrische Zentren, jeweils eins an den Standorten Magdeburg (Kinderzentrum Magdeburg gGmbH) und Halle am Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara (Elisabeth Vinzenz Verbund). Zielgruppen sind besonders geistig, körperlich oder seelisch behinderte bzw. von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche sowie solche mit (anderen) Entwicklungsstörungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten. Das Leistungsspektrum der Sozialpädiatrischen Zentren aus dem psychologisch-psychiatrischen Bereich umfasst vor allem: Leistungs-, Entwicklungs-, Persönlichkeits- und Autismusdiagnostik, Erziehungs- und Familienberatung, psychologische und (verhaltens-/familien-)therapeutische Angebote sowie die Weitervermittlung an andere Förder- und Therapiemöglichkeiten.

Der Anteil an psychisch kranker bzw. seelisch behinderter Klientel innerhalb der Sozialpädiatrischen Zentren Sachsen-Anhalts ist nicht bekannt.

5.1.4 Fallzahl und -struktur im niedergelassenen ärztlichen und psychotherapeutischen Bereich

Zur Fall- und Diagnosenstruktur im niedergelassenen Bereich (Praxen und MVZ) wurden seitens der KV Sachsen-Anhalt Daten für das Jahr 2016 zur Verfügung gestellt und zwar für *alle somatisch, psychiatrisch und psychotherapeutisch tätigen* Fachgruppen. Damit besteht die Möglichkeit darzustellen, wie oft eine einschlägige Diagnose überhaupt vergeben wurde:

Im Jahr 2016 erhielten in allen Praxen/MVZ insgesamt 790.523 Personen aller Altersgruppen mindestens eine Diagnose nach Kapitel F „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10 – und zwar unter dem Merkmal „Patient gesichert“, d. h. Verdachtsdiagnosen sind hier nicht mitgezählt.

Auf diese 790.523 Personen entfallen im Jahr 2016 wiederum insgesamt 1.187.441 Diagnosen, d. h. eine gewisse (kleinere) Anzahl von Personen erhielten demnach zwei oder

mehr Diagnosen.[17] Diese gesichert vergebenen Diagnosen verteilen sich prozentual auf folgende Diagnosegruppen nach Kapitel F ICD-10 (s. Tab. 11).

Tab. 11: Diagnosen: Psychische und Verhaltensstörung im kassenärztlichen Bereich insgesamt (alle Fachgruppen) im Jahr 2016: Prozentuale Verteilung

Diagnose nach ICD 10, Kapitel F	Prozentuale Verteilung Alle Praxen/MVZ
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	8,3
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	12,9
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	1,8
F30-F39 Affektive Störungen	21,3
F40-F49 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	34,9
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	5,3
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	3,5
F70-F79 Intelligenzminderung	2,2
F80-F89 Entwicklungsstörungen	4,8
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	4,1
F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	1,0
Gesamt	100,0

Quelle: KV Sachsen-Anhalt

Tab. 11 verdeutlicht, dass im gesamten niedergelassenen Bereich (Praxen und MVZ) in Sachsen-Anhalt vor allem folgende Diagnosengruppen angesprochen bzw. vergeben werden: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (34,9 %), gefolgt von Affektiven Störungen (21,3 %), Störungen aufgrund psychotroper Substanzen (Alkohol-, Drogen-, Medikamentenmissbrauch, 12,9 %) und Organisch bedingte psychische Störungen (mit 8,3 %, vorwiegend bei älteren Personen). Auf diese vier Diagnosengruppen entfallen fast vier Fünftel aller Nennungen.

Die Analyse der von der KV Sachsen-Anhalt zur Verfügung gestellten Gesamtzahlen der Diagnosen pro Gebietskörperschaft und Einwohnerzahl lassen mit einer Ausnahme keine besonderen Auffälligkeiten erkennen: Eine Ausnahme stellt dar, dass in den Städten Magdeburg, Halle (Saale) und Dessau-Roßlau (und im Landkreis Stendal) jeweils bezogen auf die Einwohnerzahlen leicht mehr F-Diagnosen vergeben wurden als in den (übrigen) Landkreisen. Die höheren Zahlen in Städten/Ballungszentren entsprechen der epidemiologisch gestützten Erfahrung, dass sich dort auch Problemfälle konzentrieren können und/oder im städtischen Milieu eine andere Akzeptanz für psychische Beschwerden existiert; für den Landkreis Stendal findet sich hier kein unmittelbares Erklärungsmuster.

Die Zahl von 790.523 Personen, die in *allen* Praxen des kassenärztlichen Bereichs (alle Haus- und Fachärzt*innen, alle psychotherapeutischen Praxen) mindestens eine Diagnose nach Kapitel F der ICD-10 erhält, überrascht zunächst der Höhe nach, betrifft sie doch ein

[17] Diese Zahl mit mindestens zwei Diagnosen herauszurechnen, ist mit einem großen Aufwand verbunden und unterbleibt deshalb; im Übrigen überwiegt das Interesse daran, welche Diagnosen überhaupt vergeben werden.

gutes Drittel der Bevölkerung. Dies relativiert sich jedoch etwas, wenn man – auch nach Ansicht befragter Expert*innen aus dem niedergelassenen Bereich – folgende Tendenzen in Betracht zieht, die im Übrigen nicht nur für Sachsen-Anhalt, sondern im Bundesgebiet insgesamt eine Rolle spielen dürften (ohne dass genaue Größenordnungen angegeben werden können):

- Die hohen Diagnosenzahlen nach Kapitel F ICD-10 finden ihre Erklärung in sozialmedizinischen und sozialepidemiologischen Erkenntnissen: Einerseits förderten schwierige sozioökonomische und z. T. prekäre Verhältnisse (Arbeitslosigkeit) seelische Beschwerden, Antriebslosigkeit, Neigung zu wenig gesundheitsbewusstem Verhalten, Gebrauch von Suchtmitteln u. a.m., die in der Praxis dann vorgebracht würden – und zu einer F-Diagnose führen können. Andererseits ist die Schwelle hinsichtlich der Akzeptanz einer psychisch schwierigen Phase gesunken, insbesondere was so beschriebene Zustände wie Depression, Burnout, Ängste u. ä. betrifft; dies könne auch die Akzeptanz einer F-Diagnose befördern (nicht in allen Fällen, jedoch vermehrt gegenüber früheren Jahren).
- Vermutet wird, dass ein Teil der Diagnosen aus früheren Jahren oder Behandlungen bereits „mitgebracht“ wurde bzw. patient*innenseitig seit längerem besteht.
- Bei älteren oder hochaltrigen Personen sind kognitive Einschränkungen oder emotional belastende Gegebenheiten, die zu einer F-Diagnose führen können, nicht selten.
- Es ist nicht auszuschließen, dass z. B. länger andauernde Schlafstörungen, Verstimmtheiten, Stresszustände, aber auch Ursachen oder Folgen von Arbeits- und Beschäftigungslosigkeit in der Praxis als mit einer psychischen Störung diagnostisch verknüpft beurteilt werden.
- Ärztliche und therapeutische Verantwortung verlangen diagnostische Genauigkeit, sodass auch psychische Störungen in Erwägung gezogen werden.

Allerdings bleiben Fragen offen, ob diese Erklärungen oder Annahmen die Situation und die Größenordnungen vollständig erklären können. Denn z. B. nicht alle Personen mit einer Diagnose nach Kapitel F der ICD 10 „landen“ schließlich in der fachärztlichen oder fachpsychotherapeutischen Praxis, was auch von Betroffenen im Einzelfall bestätigt wurde. Welche Qualität hat dann die Diagnose „Psychische und Verhaltensstörung“ im gesamten niedergelassenen Bereich, welche Rolle spielt sie, welche Wirkung entfaltet sie? Es ist hier nicht Aufgabe, das ambulante ärztliche Versorgungssystem zu bewerten, aber die Frage nach der Qualitätssicherung von F-Diagnosen bleibt dennoch gestellt.

Dies wird auch dadurch bestätigt, dass von den 1.187.441 Diagnosen nach Kapitel F der ICD-10 im Jahre 2016 „nur“ 206.487 in den Fachpraxen gezählt werden (entspricht ca. 17,4 %), d. h. die Diagnosen sind nur bei einem deutlich geringeren Teil der eine Praxis Aufsuchenden fachärztlich gestellt.

Auf die einzelnen, einschlägigen Fachgruppen entfallen gemäß KV-Angaben im Jahr 2016 folgende Anzahlen von allen 194.030 diagnostischen Nennungen:

- Nervenheilkunde 86.063
- Psychiatrie und Psychotherapie[18] 57.825
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 1.764
- Ausschließlich psychotherapeutisch tätige(r) Ärzt*in 2.613

18 Unter Einschluss der geringen Zahl von niedergelassenen Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie 12.457
- Psychologische Psychotherapeut*innen 36.973
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen 8.792

Diese diagnostischen Nennungen verteilen sich nun auf die einzelnen Diagnosengruppen wie folgt (s. Tab. 12 und Tab. 13; aufgrund z. T. sehr geringer Nennungen bei einzelnen Diagnosengruppen ergeben sich minimale Rundungsabweichungen):

Tab. 12: Diagnosen: Psychische und Verhaltensstörung im fachärztlichen Bereich im Jahr 2016: Prozentuale Verteilung

Diagnose nach ICD 10, Kapitel F	Fachgruppe und prozentuale Verteilung der Diagnosen				Kinder- und Jugend-psych-iatrie und –psycho-therapie
	Nerven-heilkunde	Psych-iatrie und Psycho-therapie	Psycho-somati-sche Me-dizin und Psycho-therapie	Aus-schließ-lich psycho-therapeut. tätige/r Ärzt*in	
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Stö-rungen	20,0	9,2	0,2	1,0	3,4
F10-F19 Psychische und Verhal-tensstörungen durch psychotrope Substanzen	7,0	7,5	2,8	2,8	1,2
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	6,2	5,3	0,2	0,7	1,9
F30-F39 Affektive Störungen	29,0	36,3	34,7	44,4	7,4
F40-F49 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	25,1	29,3	48,1	39,0	20,2
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1,8	3,0	4,9	2,2	1,6
F60-F69 Persönlichkeits- und Ver-haltensstörungen	4,4	5,3	8,8	6,7	2,7
F70-F79 Intelligenzminderung	4,6	3,2	0,0	0,4	4,8
F80-F89 Entwicklungsstörungen	0,8	0,3	0,01	0,3	18,1
F90-F98 Verhaltens- und emotio-nale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1,0	0,6	0,02	2,6	38,6
F99 Nicht näher bezeichnete psy-chische Störungen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt	100	100	100	100	100

Quelle: KV Sachsen-Anhalt

Tab. 12 zeigt auf, dass zwar alle fachärztlichen Gruppen ihren Schwerpunkt bei Affektiven Störungen und Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen haben, dass jedoch die einzelnen Profile doch auch Unterschiede zeigen; so liegt z. B. bei der Fachgruppe Nervenheilkunde ein weiterer Schwerpunkt bei organischen Störungen, schizophrene Störungen treten im Wesentlichen nur bei den Fachgruppen Nervenheilkunde so-

wie Psychiatrie und Psychotherapie auf. Im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie liegen die Schwerpunkte „naturgemäß“ bei Entwicklungsstörungen und Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend.[19]

Tab. 13 gibt nun Einblick in die Verteilung der diagnostischen Nennungen bei den Fachpsychotherapeut*innen.

Tab. 13: Diagnosen: Psychische und Verhaltensstörung im fachpsychotherapeutischen Bereich im Jahr 2016: Prozentuale Verteilung

Diagnose nach ICD 10, Kapitel F	Fachgruppe und prozentuale Verteilung der Diagnosen	
	Psychotherapie (für Erwachs.)	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0,3	0,0
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1,6	0,1
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	0,5	0,1
F30-F39 Affektive Störungen	37,2	9,3
F40-F49 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	48,1	33,7
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	3,1	3,3
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	7,8	1,7
F70-F79 Intelligenzminderung	0,1	1,0
F80-F89 Entwicklungsstörungen	0,3	4,9
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1,0	45,0
F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0,0	1,0
Gesamt	100,0	100,0

Quelle: KV Sachsen-Anhalt

Auch hier liegen Profile innerhalb der fachbezogenen Erwartung – mit kleinen Ausnahmen: Es überrascht doch etwas, dass im niedergelassenen fachpsychotherapeutischen Bereich die prozentualen Anteile bei Störungen durch psychotrope Substanzen und bei schizophrenen Störungen vglw. gering ausfallen. Hier gibt es in der Fachdiskussion inzwischen mindestens theoretische Hinweise darauf, dass diese Anteile (und diesbezügliche Psychotherapieleistungen) durchaus leicht höher sein könnten, da mindestens ein gewisser Teil dieser Störungen für bestimmte Formen der Psychotherapie im Einzelfall zugänglich ist.

Behandlungsstellen für Störungen aufgrund (des Missbrauchs) psychotroper Substanzen (Alkohol, Medikamente, Drogen) sowie für schizophrene und wahnhafte Erkrankungen

19 Allerdings muss die weitere Interpretation der Diagnosen/Zahlen zur Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie (KJPP) mit Vorsicht genommen werden bzw. unterbleiben, da sich nach Auskunft der KV Sachsen-Anhalt in dieser Fachgruppe auch (zwei) Ärzt*innen befinden, die zugleich die Bezeichnung „Nervenheilkunde“ führen. Damit „mischen“ sich in das Diagnosenspektrum KJPP auch solche für Erwachsene; ein Herausrechnen ist nur mit unverhältnismäßig großem Aufwand möglich.

ebenso wie für Intelligenzminderung sind im Ist folglich (vorwiegend) die ärztlichen Praxen.

Schließlich können weitere Informationen dazu gegeben werden, wie sich die Diagnosen im fachärztlichen und fachpsychotherapeutischen Bereich prozentual auf Alter und Geschlecht verteilen (s. Tab. 14 und Tab. 15):

Tab. 14: Diagnosen: Psychische und Verhaltensstörung im fachärztlichen Bereich im Jahr 2016: Prozentuale Verteilung bezogen auf Altersgruppe und Geschlecht

	Fachgruppe und prozentuale Verteilung der Diagnosen				
	Nervenheilkunde	**Psychiatrie und Psychotherapie**	**Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**	**Ausschließlich psychotherapeut. tätige(r) Ärzt*in**	**Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie*)**
Altersgruppe					
Bis 18 Jahre	0,3	0,4	0,3	5,5	(96,3)
19 bis 65 Jahre	56,3	74,2	94,6	88,5	(3,7)
Älter als 65 Jahre	43,4	25,4	5,1	6,0	
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100
Geschlecht					
Männlich	37,1	35,5	27,4	31,8	(64,8)
Weiblich	62,9	64,5	72,6	68,2	(35,2)
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100

Quelle: KV Sachsen-Anhalt
* Zahlen in dieser Spalte nur eingeschränkt interpretierbar, siehe Fußnote auf vorheriger Seite.

Die ambulante ärztliche Fachversorgung wird demnach mehrheitlich vom weiblichen Bevölkerungsanteil aufgesucht. Bezogen auf die Altersgruppen erscheint die Altersgruppe bis 18 Jahre dort nur in einem sehr geringen Umfang. Den deutlichen Schwerpunkt in der Versorgung bildet die erwachsene Bevölkerung. Das Fachgebiet Nervenheilkunde hat dabei relativ am häufigsten mit der Bevölkerung über 65 Jahre zu tun, gefolgt vom Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie, dort ist jede/r vierte Patient*in älter als 65 Jahre.

Tab. 15: Diagnosen: Psychische und Verhaltensstörung im fachpsychotherapeutischen Bereich im Jahr 2016: Prozentuale Verteilung bezogen auf Altersgruppe und Geschlecht

	Geschlecht Fachgruppe und prozentuale Verteilung der Diagnosen	
	Psychotherapie für Erwachsene	**Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**
Altersgruppe		
Bis 18 Jahre	2,0	92,4
19 bis 65 Jahre	93,3	7,6
Älter als 65 Jahre	4,7	0,0
Gesamt	100,0	100,0
Geschlecht		
Männlich	25,4	47,8
Weiblich	74,6	52,2
Gesamt	100,0	100,0

Quelle: KV Sachsen-Anhalt

Demgemäß liegt der Schwerpunkt der Behandlungsleistungen der Psychotherapie für Erwachsene auch in dieser Altersgruppe, allerdings fällt der doch vglw. geringe Anteil (4,7 %) von über 65-Jährigen dort auf. Hingegen entsprechen Alters- und Geschlechtsverteilung bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen im Großen und Ganzen der Erwartung, da sie in Einzelfällen auch Personen im Alter von über 18 Jahren hinaus behandeln können (hier in einer Größenordnung von 7,6 %). Der höhere Anteil des männlichen Geschlechts ist nach epidemiologischen Erkenntnissen dadurch bestimmt, dass Krisen in bestimmten Abschnitten des Kindes- und Jugendalters häufiger Jungen betreffen.

Abschließend lässt sich zu diesem Abschnitt festhalten, dass gemäß der angegebenen Zahlen die ambulante fachpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung überwiegend von Patient*innen weiblichen Geschlechts in Anspruch genommen wird, der stationäre Bereich überwiegend von Patient*innen männlichen Geschlechts (s. u.). Hierfür dürften auch alterskorrelierte Entwicklungen eine Rolle spielen, d. h. dass bestimmte Erkrankungen und Abhängigkeiten sich quantitativ bedeutsam erst im Laufe der Zeit so ausprägen, so z. B. die Alkoholsucht bei Männern, dass sie stationärer Behandlung bedürfen (im Einzelnen s. Abschnitt 6.2).

5.1.5 Anmerkung zur Fallstruktur bei Psychiatrischen Institutsambulanzen

Für die Psychiatrischen Institutsambulanzen in Sachsen-Anhalt (16 an der Zahl im Jahr 2015, jetzt 19) liegen unmittelbar keine diagnostischen Angaben vor. Wie in Abschnitt 5.1.2 bereits berichtet, rechnete eine PIA in Sachsen-Anhalt im Jahr 2015 im Durchschnitt 2.812 Fälle ab. Eine bundesweite Studie zu Struktur und Tätigkeitsspektrum von PIA kommt mit Bezug auf das Jahr 2014 auf 3.425 Fälle pro PIA, allerdings „mit erheblicher Streuung“ (Koch-Stoecker et al., 2016, S. 130).

Diagnostisch betrachtet waren die „größte Gruppe Patienten mit affektiven Störungen (Median 29 %), gefolgt von solchen mit psychotischen (19 %), neurotischen, Angst- und

Posttraumatischen Belastungsstörungen (12 %). Substanzbezogene Störungen waren mit 9 % und psychoorganische Störungen mit 8,5 % vertreten“ (a. a. O., S. 130).

5.1.6 Zu Altersstufe und Diagnose

Die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) Sachsen-Anhalt stellte Daten zur Verteilung der Diagnosen ihrer Versicherten (nach Kapitel F der ICD 10) auf Altersgruppen zur Verfügung. Dies ermöglicht eine Aussage über die Altersphasen, in denen bestimmte Erkrankungen (vorrangig) diagnostiziert werden. Da die AOK größter Krankenversicherungsträger in Sachsen-Anhalt ist, dürften die diesbezüglichen Erkenntnisse das Bild für Sachsen-Anhalt annähernd repräsentativ spiegeln.

Die folgende Tab. 16 zeigt bezogen auf die F-Diagnosen, welche Altersgruppen damit vorrangig befasst sind; wiedergegeben werden die 1., 2. und 3. Rang-Stelle:

Tab. 16: Diagnosen und Altersverteilung (2017):Benennung der Altersgruppe, in der die Diagnose vor allem auftritt (1., 2. und 3. Rang-Stelle)

Diagnose nach ICD 10, Kapitel F	Altersgruppe, in der die Diagnose vorrangig vergeben wird:		
	Erste Rangstelle	Zweite Rangstelle	Dritte Rangstelle
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	80 und älter	66-80	22-65
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	22-65	66-80	80 und älter
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	22-65	66-80	80 und älter
F30-F39 Affektive Störungen	22-65	66-80	80 und älter
F40-F49 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	22-65	66-80	80 und älter
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	22-65	66-80	80 und älter
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	22-65	66-80	80 und älter
F70-F79 Intelligenzminderung	22-65	66-80	0-12
F80-F89 Entwicklungsstörungen	0-12	13-18	22-65
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0-12	22-65	13-18

Quelle: AOK Sachsen-Anhalt

Abgesehen von den Diagnosenschwerpunkten bei Jüngeren verweist die Tabelle deutlich auf den „Bedeutungsgewinn“ der Bevölkerung ab 66 Jahren für die psychiatrische Versorgung.

Zusammenfassende Bemerkungen zur ambulanten fachpsychiatrischen und –psychotherapeutischen Versorgung:[20]

20 In die Bewertungen fließen auch Ergebnisse und Zitate aus einer fachärztlich/psychotherapeutischen Gesprächsrunde in der KV-Sachsen Anhalt am 24.10.2018 ein.

- Die Ausstattung im niedergelassenen Bereich insgesamt ist in Sachsen-Anhalt etwas schlechter als im Bundesgebiet: Im Bundesgebiet entfallen im Jahr 2016 auf eine KV-Niederlassung 689 Einwohner*innen, in Sachsen-Anhalt 849 (Ärztestatistik der Bundesärztekammer, 2016; eigene Berechnung).
- Der Fachgesprächs-Kreis (24.10.2018) konstatiert trotzdem ein hohes Engagement der die Versorgung leistenden Praxisinhaber*innen, bei zugleich oft hoher Fallzahl: Einzelne Praxen würden nicht nur die Klientel vor Ort versorgen, sondern sich auch bei Hausbesuchen und bei der Versorgung von Heimbewohner*innen engagieren.
- Dennoch: Die Versorgung mit für psychisch kranke Menschen tätigen ärztlichen und psychotherapeutischen Fachpraxen ist im Land in der Summe gegenüber dem Bundesgebiet leicht unterdurchschnittlich, eklatant niedriger auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Fachpraxen sind ungleich über das Land verteilt und eher konzentriert auf städtische Gebiete.
- Die Psychiatrischen Institutsambulanzen und Medizinische Versorgungszentren kompensierten diese Situation zum Teil, auch hier ist allerdings keine volle „Flächendeckung“ gegeben. Nach dem Ergebnis der Befragung der FOGS bei Kliniken wird „Aufsuchende Arbeit“ nur von einem Teil der PIA geleistet u. a. in Richtung auf „stationsersetzende Leistungen/Hometreatment“.
- Für die Zukunft wird aufgrund der Altersstruktur der niedergelassenen Fachärzt*innen (Nervenheilkunde, Psychiatrie) eine zunehmende Ausdünnung in der Versorgung prognostiziert. Zwar dürfte sich dies nach Ansicht von Befragten nicht so sehr in den Städten, sondern insbesondere auf dem flachen Land auswirken. Bedingt auch durch ausgedünnte Verkehrsverbindungen würden sich entsprechend Zugangsschwellen erhöhen. Vorgeschlagen wird, dass künftig wegfallende KV-Sitze der „Nervenheilkunde“ (als weggefallenes Gebiet ärztlicher Weiterbildung) in jeweils zwei Fach-Sitze umgewandelt werden sollten.
- Nach Auffassung des o. g. Gesprächskreises sind die Problemstrukturen der Klientel komplexer geworden: Zum einen nähmen insbesondere Komorbiditäten zu, meist in Kombination psychischer Erkrankung mit Süchten. Das ambulante niedergelassene Behandlungssystem sei darauf nur mit einzelnen, zu wenigen Praxen fachlich gerüstet, die ambulante Suchthilfe sei vorhanden, die ambulante Suchtmedizin angesichts hoher Anzahl von Betroffenen jedoch im Vergleich dazu „desaströs“ (s. dazu auch in Abschnitt 8.1 die Ausführungen zum Thema Sucht). Des Weiteren sei das Behandlungssystem für eine bestimmte Klientel zu hochschwellig, es „fehlen Möglichkeiten zur schnellen Akutbehandlung von schwierigen Patienten“, Wartezeiten seien z. T. zu lang. Schließlich wurde auf den zunehmenden Anteil junger Erwachsener verwiesen, psychische Störungen träten häufiger beim Ende der Jugendzeit und mit der Konfrontation der Herausforderungen des Erwachsenenlebens zum Vorschein, darauf hätte das System bisher noch keine zureichenden Antworten gefunden.
- Der niedergelassene Bereich würde bessere und mehr Möglichkeiten zur Arbeitstherapie begrüßen: „Stundenweise wieder in Arbeit bringen, niedrigschwellig, im Rhythmus von zeitweiser Beschäftigung bleiben können, Tagestruktur aufrecht erhalten“ werden als Begründungen hierfür angeführt. Differenziert fällt das Urteil gegenüber Soziotherapie und Ambulanter Psychiatrischer Pflege aus, hier komme es sehr darauf an, wie diese jeweils effektiv und qualitativ gestaltet werden könne.

- Die Kooperation mit den Diensten und Einrichtungen vor Ort wird im Wesentlichen als funktional wahrgenommen. Zwar sei eine bessere Vernetzung und Verzahnung wünschenswert, doch solle eine „Psychiatriekoordination“ nicht abstrakt agieren, sondern eng entlang der konkreten Bedarfe der Betroffenen und ihrer Behandlungseinrichtungen.

5.2 Sozialpsychiatrische und Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) in Sachsen-Anhalt findet seine Grundlegung und Aufgabenbestimmung explizit im PsychKG LSA: Dieses Gesetz zielt darauf ab, Hilfen und Schutzmaßnahmen im Hinblick auf Personen zu regeln, die an einer psychischen Krankheit, Störung oder Behinderung leiden (gemäß § 1 PsychKG), unter Wahrung des Vorrangs ambulanter Behandlungs- und Therapiemaßnahmen vor einer stationären Unterbringung (so § 2). Vorsorgende Hilfen sollen darauf hinwirken, dass die betroffene Person rechtzeitig ärztlich behandelt wird, nachsorgende Hilfsmaßnahmen sollen den aus einer Unterbringung entlassenen Personen den Übergang in das Leben und die Eingliederung in die Gemeinschaft erleichtern (§ 3). § 4 PsychKG legt fest, dass die Leistung der Hilfen bzw. deren Bereitstellung den Landkreisen und kreisfreien Städten als Aufgabe des übertragenen Wirkungskreises obliegt. § 5 Abs. 1 bestimmt schließlich, dass zur „Leistung der Hilfen die Landkreise und kreisfreien Städte beim Gesundheitsamt einen sozialpsychiatrischen Dienst (einrichten)“.

Auf diesem Hintergrund verfügen heute alle kommunalen Gebietskörperschaften über einen SpDi. Im Bezugsjahr 2016 bestanden außerdem bereits zwei Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste in Magdeburg und Halle (Saale); ein dritter Dienst wurde im Jahr 2018 im Saalekreis eingerichtet – in Auslegung der Vorschriften des PsychKG LSA, die einer Übertragung analoger Aufgaben auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht entgegenstehen.

Die Vorhaltung eines SpDi (und eines Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes) ist dabei nicht nur einer Landesvorschrift geschuldet, sondern sie ist auch Ausdruck der allgemeinen, übergreifenden Aufgabenstellung der Kommunen im Sinne der Daseinsfürsorge: Diese „verwalten ihre Angelegenheiten im Rahmen der Gesetze … mit dem Ziel, das Wohl ihrer Einwohner zu fördern“ (§ 1 Kommunalverfassungsgesetz – KVG LSA vom 17. Juni 2014). Dass dieser Aufgabenstellung im Falle psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen nicht immer auf einfachem Wege entsprochen werden kann, hier Krisensituationen im kommunalen Raum zu gewärtigen sind, Grenzen der organisatorischen und finanziell unterstützten Vorhaltung im Raum stehen, ist unbestritten. Umso mehr muss es darauf ankommen, die gegebene Situation im Land auf Basis der erfolgten Bestandsaufnahme bzw. Befragung abzubilden und aus den Erkenntnissen heraus weitere, gangbare Wege für die Zukunft mit allen beteiligten Ebenen zu finden.

Im Vordergrund in diesem Abschnitt steht, welche Versorgungsleistungen i. e. S. die genannten Dienste erbringen. In welcher Weise die Dienste ihrerseits in kommunale Planungs-, Steuerungs- und fallbezogene Vernetzungsaufgaben eingebunden sind – entweder selbst oder durch ihre Trägerebene Gesundheitsamt bzw. kommunale Gebietskörperschaft, wird im Kapitel 10 näher beleuchtet.

Tab. 17 gibt Auskunft darüber, über welche Dienste und Außenstellen die kommunalen Gebietskörperschaften aktuell verfügen:

Tab. 17: Sozialpsychiatrischer Dienst und Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst

Gebietskörperschaft	Standorte SpDi	Standorte KiJuDi
Altmarkkreis Salzwedel	3	
Landkreis Anhalt-Bitterfeld	3	
Landkreis Börde	5	
Burgenlandkreis	3	
Stadt Dessau-Roßlau	2	
Stadt Halle (Saale)	2	1
Saalekreis	3*	1
Landkreis Harz	4	
Landkreis Jerichower Land	2	
Stadt Magdeburg	1	1
Landkreis Mansfeld-Südharz	3	
Salzlandkreis	4	
Landkreis Stendal	7	
Landkreis Wittenberg	5	
Gesamt	47	3

* Einer dieser drei Standorte befindet sich in Halle und nicht im Saalekreis, dient aber als Außenstelle für den SpDi Saalekreis
Quelle: 1. und 2. Befragung der Kommunen; Homepages der SpDi

In Sachsen-Anhalt verfügen demnach alle Gebietskörperschaften über einen SpDi, mit Ausnahme von Magdeburg haben alle anderen darüber hinaus mindestens eine Außenstelle. Diese Situation ist deckungsgleich mit jener in anderen Bundesländern.

Wenn die Städte Halle und Magdeburg sowie der Saalekreis (seit April 2018) jeweils über einen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst verfügen, so ist zu unterstreichen, dass im Gegensatz zu den SpDi solche Dienste (noch) nicht in allen Bundesländern etabliert sind. Dies stellt für Sachsen-Anhalt eine gewisse, allerdings örtlich beschränkte Kompensation dar für die unterdurchschnittliche Ausstattung mit kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen.

5.2.1 Sozialpsychiatrische Dienste

Für zehn von 14 SpDi in Sachsen-Anhalt liegen Angaben zur *Personalstruktur* vor. Insgesamt werden für diese zehn Dienste 77,6 Stellen bzw. Vollzeit-Äquivalente (VZÄ) bezogen auf das Jahr 2016 gemeldet. Diese verteilen sich prozentual auf die einzelnen Berufsgruppen bzw. Fachgebiete wie folgt:

- Psychiatrie, Psychosomatik, Nervenheilkunde 4,5 %
- andere ärztliche Fachrichtungen 3,7 %
- Psychologie 8,0 %
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 1,3 %
- Sozialarbeit/-pädagogik, Pädagogik 70,1 %

- Krankenpflege 2,6 %
- Fachkrankenschwester Psychiatrie 1,3 %
- Verwaltung (einschl. Sekretariat) 8,5 %

Damit dominiert Sozialarbeit/-pädagogik die berufsbezogene Ausstattung der Dienste deutlich. Dies entspricht nach einer 2016/2017 erfolgten bundesweiten Umfrage bei den SpDi auch den Verhältnissen in anderen Bundesländern (Elgeti & Erven, 2017).

Für Sachsen-Anhalt ist darauf hinzuweisen, dass die ärztliche Ausstattung stark zwischen den Diensten schwankt, sowohl quantitativ betrachtet wie auch fachgebietsbezogen, wobei sich die Situation seit dem Jahr 2016 eher noch leicht verschlechtert hat: Die Auswertung der Berichte der Besuchskommissionen des Psychiatrie-Ausschusses für 2017/2018 zeigt, dass von allen SpDi nur (noch) vier durch Fachärztinnen (3) bzw. einen Facharzt auf Honorarbasis geleitet werden. Eine aus Altersgründen kürzlich frei gewordene Stelle konnte noch nicht wieder besetzt werden. Zwei Dienste werden von Psycholog*innen bzw. Psychologischen Therapeut*innen geleitet (in förmlicher Delegation und in Kooperation mit der/dem Amtsärzt*in). Alle anderen sieben SpDi werden durch die/den Amtsärzt*in des Gesundheitsamts geleitet. Eine Ermächtigung zur Krankenbehandlung durch die KV Sachsen-Anhalt ist in keinem Dienst gegeben.

Die Bewertung der Personalsituation der SpDi fällt mit sechs positiven und vier negativen Bewertungen „gemischt“ aus. Den negativen Bewertungen liegen u. a. die langen Zeiten (von einem halben Jahr bis zu mehreren Jahren) bei der Nachbesetzung von freien Stellen zu Grunde. Im Übrigen weist der Psychiatrieausschuss in seinem Bericht für 2015/2016 auf die bundesweit bekannte Problemstellung hin, dass aufgrund der Tarife im Öffentlichen Dienst die Gehälter von fachärztlichem Personal in Gesundheitsämtern i. d. R. unter den gehaltsbezogenen Möglichkeiten der Fachärzt*innen in Kliniken liegen. Dieser Aspekt beeinflusst die Attraktivität einer Tätigkeit im Gesundheitsamt für ärztliches Personal. Änderungen sind wegen der Bindung an die öffentliche Tarifstruktur mit Ausnahme einzelfallbezogener Lösungen kaum möglich. Hinzu kommen z. T. unflexible Arbeitszeitvorgaben. Es wird abzuwägen sein, wie künftig mit der Frage der fachärztlichen Leitung der SpDi umzugehen ist bzw. umgegangen werden kann (s. dazu Abschnitt 11.3.1).

Zielgruppen der Sozialpsychiatrischen Dienste

Von den 14 haben elf SpDi Angaben zu ihren Zielgruppen gemacht: Alle diese richten sich auf die psychiatrische Kernklientel aus, d. h. auf neu, akut oder wieder psychisch erkrankte, suchtkranke und demenziell erkrankte erwachsene und ältere Menschen. Zehn von elf SpDi sind offen für Menschen mit Migrationshintergrund, acht von elf geben an, Flüchtlingen mit entsprechenden Störungen Hilfen zu bieten. Schließlich geben zwei SpDi an, dass sie auch Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen/seelischer Behinderung aufnehmen.

Zehn Dienste haben zahlenbezogene Angaben gemacht. Soweit diese vorliegen, zeigen sie Folgendes (da die Zahlen pro Antwortkategorie differieren, werden nur die prozentualen Verhältnisse wiedergegeben): Mit 54,7 % liegen die männlichen Betreuten etwas über dem Bevölkerungsanteil (weiblich: 45,0 %; andere: 0,3 %), unter 18 Jahren sind 1,0 % und 18 – 24 Jahre 18,5 %. Die 25- bis 64-Jährigen stellen mit 54,2 % die Hauptgruppe, gefolgt von über 65-Jährigen mit 26,3 %. Diese Altersverteilung entspricht in etwa dem Bevölkerungsschnitt.

Die meisten Hilfesuchenden sind Deutsche, lediglich 2,1 % besitzen einen Migrationshintergrund (darunter mit 5,3 % zum kleinsten Teil Flüchtlinge), sodass Klientel mit Migrationshintergrund bei den SpDi eher unterrepräsentiert ist.

Bei sechs von 14 SpDi konnten diagnostische Angaben gemacht werden; Tab. 18 zeigt das Ergebnis:

Tab. 18: Sozialpsychiatrischer Dienst: Verteilung der Fallzahlen nach Hauptdiagnosen

	Verteilung der Haupt-Diagnosen	
Diagnose nach ICD 10, Kapitel F	**Anzahl**	**Prozent**
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	935	7,5
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	2.546	20,3
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	1.784	14,2
F30-F39 Affektive Störungen	1.095	8,7
F40-F49 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	1.194	9,5
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	33	0,3
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	2.017	16,1
F70-F79 Intelligenzminderung	346	2,8
F80-F89 Entwicklungsstörungen	794	6,3
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	912	7,3
F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	29	0,2
andere	845	6,7
Gesamt	12.530	100,0

Quelle: Bestandserhebung FOGS

Angesichts der Gesamtfallzahl bei sechs SpDi ist nicht auszuschließen, dass Mehrfachdiagnosen vergeben wurden; das ändert jedoch nichts daran, dass damit dennoch in Tab. 18 gespiegelt wird, mit welchem „Profil an psychischen Störungen“ die SpDi über die Dienste hinweg bzw. in der Summe befasst sind.

Aus Tab. 18 ist zu entnehmen, dass offensichtlich drei Fallgruppen die Arbeit der SpDi bestimmen: Psychische Störungen aufgrund psychotrop wirkender Substanzen (Alkohol, Medikamente, Drogen, auch: Spielsucht) mit 20,3 %, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen mit 16,1 % und schizophrene Störungen mit 14,2 % der Fälle. Damit wirkt der SpDi – durchaus aufgaben- und sachgerecht – im ambulanten Bereich für die Fallgruppen, die im niedergelassenen ärztlichen und psychotherapeutischen Bereich nicht die vorderen Rangstufen einnehmen, dort dominieren wie bereits aufgezeigt die Fallgruppen der affektiven Störungen und der neurotischen, psychosomatischen Störungen.

Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die einzelnen SpDi hinsichtlich der diagnostischen Angaben deutliche Unterschiede untereinander aufweisen. Hier kann nur vermutet werden, dass dies an deren Personalausstattung, an der konzeptionellen Ausrichtung oder an der regionalen Situation liegt, zumindest gehen einige offene Antworten in diese Richtung. Im Übrigen ist dies auch die Erkenntnis der zitierten bundesweiten Umfrage zu den

SpDi, dass Aussagen über alle SpDi hinweg nur begrenzt möglich sind, da örtliche Situation und Ausrichtung, regionale Gegebenheiten und Ländertraditionen erheblich modulierend wirken. So interpretieren die Autoren der bundesweiten Studie die Ergebnisse jeweils unter Bezug auf „Nord-, West-, Süd- und Ostdeutschland“ in Anerkennung diesbezüglich unterschiedlich ausgeprägter „regionaler Charakteristika der Arbeit Sozialpsychiatrischer Dienste“ (a. a. O., S. 11 ff.).

Einige der offenen Antworten der SpDi lassen überdies erkennen, dass sich deren Klientel in den letzten Jahren verändert hat, so heißt es z. B. dort: „Die Problemlagen sind komplexer geworden, die Klienten haben statt klassischer psychischer Erkrankung wie Depression oder Schizophrenie häufiger Doppeldiagnosen (z. B. psychische Erkrankung und Sucht), der Anteil an Menschen mit Persönlichkeitsstörungen und psychosozialen Verhaltensauffälligkeiten hat deutlich zugenommen“. Oder: „Steigende Anzahl umfangreicherer oder aufwändigerer Fälle.“ Oder: „Zunahme der Verwahrlosung, Wohnungslosigkeit, Unbeholfenheit“. Offensichtlich wenden sich auch Menschen an den SpDi, die keine psychiatrische Diagnose im engeren Sinn haben, sondern ggf. unter sozialen Problemstellungen leiden; immerhin entfallen fast 7 % der SpDi-Klientel auf eine Kategorie: „Andere“ Problemstellungen.

Angebote

Die Angebote der SpDi in Sachsen-Anhalt sind vielfältig und z. T. hoch ausdifferenziert. Allerdings kann kein vollständiges Gesamtbild aller Angebote wiedergegeben werden, da auch dazu nicht alle Dienste Angaben gemacht haben. Unter dieser Einschränkung lassen sich folgende Aussagen treffen:

- Zunächst ist festzuhalten, dass die SpDi die ihnen zugewiesenen Kernaufgaben erfüllen, in der Ausgestaltung in Abhängigkeit von örtlichen Gegebenheiten und unterschiedlicher Personalausstattung variierend; dies entspricht den Ergebnissen der zitierten bundesweiten Studie zu den SpDi.
- Alle SpDi bieten geregelte Sprechzeiten an, ebenso telefonische Beratung; es erfolgen Abklärung der Situation mit Betroffenen und Bezugspersonen, Information über individuelle Hilfen, Vermittlung an andere spezialisierte ambulante Hilfen. Acht von elf SpDi bieten tagesgleiche persönliche Beratung in der Dienststelle an.
- Im Feld besteht der Eindruck, dass aufsuchende Arbeit zu den Kernaufgaben der SpDi gehört – ja, dass SpDi oft die einzigen aufsuchend arbeitenden Dienste vor Ort sind. In der Befragung berichten allerdings lediglich fünf von neun (56 %) darüber – und werten aufsuchende Arbeit dabei als besondere Stärke ihres Angebots. Hier muss offen bleiben, ob die Angaben ungenau sind oder ob tatsächlich hohe Anteile der SpDi nicht aufsuchend tätig sind bzw. sein können (aufgrund fehlender Personalausstattung oder Mobilität).
- Des Weiteren sind die Dienste eingebunden in planende, organisierende und koordinierende Aufgaben vor Ort, z. T. für Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (PSAG), für fachbezogene Arbeitskreise vor Ort, für Zuarbeit zu Sozialplanung oder Berichterstellung zur eigenen Arbeit sowie gutachterliche Stellungnahmen.
- Bei weiteren Teilaspekten zum Angebot sind die Antworten spärlicher ausgefallen: So wurde die Frage nach der Bereitschaft, sich neuen Ansätzen wie Trialog zuzuwenden, nur vereinzelt beantwortet, ebenso die Frage nach der Bereitststellung (durchgängiger) niedrigschwelliger Hilfen sowie nach der Durchführung von Hilfeplan- oder Gesamtplanverfahren nach gesetzlichen Vorschriften (bei letzterem ist von einer durchgängigen Befassung auszugehen). Aufgrund der geringeren Antwort-

zahl wird hier von einer weiteren Bewertung Abstand genommen. Allerdings wurde erkennbar, dass die vorgenannten Aufgaben die personellen und zeitlichen Ressourcen der Dienste zunehmend in Anspruch nehmen, auch diese Erkenntnis deckt sich mit der o. g. bundesweiten Studie zu den SpDi.

Ein genauerer Blick gilt dem Thema *Krisendienst.* Kein SpDi hält einen Krisendienst vor, in drei Fällen wurde darauf verwiesen, dass in Krisen die Psychiatrische Klinik, das Ordnungsamt oder der Notarzt Aufgaben übernehmen. Dies erfüllt die Erwartung an die Leistung von SpDi nur in Grenzen. Wenn dann, wie in Fachgesprächen mitgeteilt wurde, in Kommunen in Krisenfällen der allgemeine Rettungsdienst gerufen werden muss und keine fachpsychiatrische Qualifikation dazukommt, stellt sich die Frage nach der Qualität des Prozesses. Hier kommt es regelhaft und mit fraglicher Indikation zu einer Klinikeinweisung. Die Folge sind zum einen Pathologisierung und Stigmatisierung der Betroffenen. Und zum anderen eine Überlastung der Kliniken. Dies gilt umso mehr, als die Kliniken, so mehrfache Berichte, zusätzlich noch durch Fehl-Einweisungen von Randalierern und Betrunkenen sowie von auffälligen Jugendlichen fehl- und überbelegt werden.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass aufsuchende Arbeit und Krisenhilfe mit Personalausstattung und Personalorganisation korrelieren, so auch die Erkenntnis der oben bereits zitierten bundesweiten Studie: „Eine gesonderte Frage zielte darauf, ob der SpDi im Jahr 2016 eine sofortige aufsuchende Krisenintervention leisten konnte. Bei der Auswertung … zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Erfüllung dieser Funktion und einer besseren Personalausstattung der entsprechenden SpDi“ (a. a. O., S. 8). Zweifelsohne sollte mit Blick auf diesen wichtigen Kern-Baustein, den der SpDi in einer Kommune darstellt, die Frage des Krisendienstes als besondere Aufgabe der Daseinsfürsorge deutlicher in den Vordergrund gerückt werden. Fehlende Hilfen bzw. Daseinsfürsorge in Krisen sind für die betroffenen Bürger*innen (und für das System) außerordentlich belastend. Erfahrungen andernorts verweisen darauf, dass auch vergleichsweise kostengünstig kreative Lösungen, z. T. gemeinsam mit Einrichtungen und unter Beteiligung von Selbsthilfe, realisiert werden können.

Ein ebenso über das Land hinweg gemischtes Bild ergibt die Auswertung zur Frage der Kooperation der Dienste mit anderen Stellen hinsichtlich fallbezogener Abstimmung und Regelung von Übergängen: Hierzu gibt die Hälfte der zwölf antwortenden SpDi an „gut/eher gut“ und die andere Hälfte „eher schlecht“ oder macht keine Angabe. Dies lässt die Frage nach durchgehend guter Vernetzung in einem Kernbereich der Versorgung offen – und unterstreicht die Frage nach Planung, Steuerung und Kooperation vor Ort, auf die später gesondert eingegangen wird. Das Fehlen Gemeindepsychiatrischer Verbünde, überall in Sachsen-Anhalt, wird von einem Gutteil der Befragten bedauert. Hiervon erhofft man sich insbesondere mehr Verbindlichkeit bzgl. Aufnahme und Verbleib besonders belasteter Klient*innen im Bereich der Eingliederungshilfe.

5.2.2 Kinder- und jugendpsychiatrische Dienste

Im Bezugsjahr 2016 existierten zwei Kinder- und jugendpsychiatrische Dienste, der im Saalekreis jüngst (2018) etablierte Dienst konnte ebenfalls in die Fragebogenerhebung einbezogen. Die Antworten auf die Fragen zeigen in der Summe Folgendes:

Personalstruktur/Fachgebiet (Angaben nach Vollzeitäquivalenten): Kinder- und Jugendpsychiatrie (1,0); Psychologie (2,0); Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (1,0); Sozialarbeit/-pädagogik (3,5); Verwaltung (1,0).

Zielgruppen (für alle Dienste): Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen und seelischen sowie geistigen Behinderungen; Kinder und Jugendliche mit auffälligem, ggf. abhängigem, Suchtmittelkonsum oder mit Doppeldiagnose Sucht und psychische Störung; Kinder von sucht-/psychisch kranken Eltern; Angehörige und andere Bezugspersonen von Kindern/Jugendlichen mit entsprechenden Störungen; junge Flüchtlinge mit psychischen Störungen; Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund.

Fallzahlen liegen nur für zwei der Dienste vor. Die insgesamt benannten 4.458 Fälle im Jahr 2016 entfielen deutlich verstärkt auf männliche Klientel (65,6 %; weiblich: 34,4 %) im Alter bis 13 Jahren (81,0 %; 14 bis 17 Jahre: 19,0 %).

Der *Zugang* zu den zwei schon länger etablierten Diensten ist unterschiedlich. Meist kommen die Klient*innen auf Eigeninitiative bzw. auf Initiative der Sorgeberechtigten, über Allgemeine Soziale Dienste/Behörden sowie über das System KiTa, Schule, Hort. Weitervermittelt werden die Fälle wiederum primär an zuständige Behörden (bspw. Jugendamt), KJP oder ambulante Psychotherapie.

Diagnostische Angaben: Diagnostische Angaben liegen von zwei Diensten für 4.066 Fälle vor, diese teilen sich wie folgt gemäß Kapitel F der ICD-10 prozentual auf:

- F20-F29 Schizophrenie: 1,1 %
- F30-F39 Affektive Störungen: 5,3 %
- F40-F48 Neurotische Störungen: 11,3 %
- F70-F79 Intelligenzminderung: 10,9 %
- F80-F89 Entwicklungsstörungen: 16,5 %
- F90-F98 Störungen mit Beginn in der Kindheit/Jugend: 54,9 %

Angebote: Alle Dienste bieten an: Telefonische Beratung, Abklärung der Situation mit Betroffenen und Bezugspersonen, Information über individuelle Hilfen, Vermittlung an andere spezialisierte ambulante Hilfen, tagesgleiche persönliche Beratung in der Dienststelle. Ein Dienst vermittelte sehr ausführliche Angaben dazu, in welcher Weise er in das gesamte Versorgungsnetz der Gebietskörperschaft eingebunden ist und wie aufgrund langjähriger Erfahrungen „hoch die Notwendigkeit der Verbindlichkeit von Abstimmungen und Übergängen (ist)“. Unterstrichen wird auch die „Multi-Professionalität für die Fragen zur Abklärung/Versorgung psychisch beeinträchtigter junger Menschen und deren Familien/Bezüge.“ Hierbei wird auch die Notwendigkeit zu „aufsuchender Arbeit“ unterstrichen bzw. diese geleistet.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste sind in der Regel von Montag bis Freitag vormittags erreichbar, z. T. auch nachmittags bzw. nach Vereinbarung. Außerhalb dieser Zeiten wird dann, wie bei manchen SpDi nur „die Klinik“ genannt. *Krisenintervention und Krisendienst* werfen also auch hier Fragen nach Daseinsfürsorge und qualitativen, prozessbezogenen Standards auf.

Die fallbezogene Kooperation mit anderen Stellen wird von den bereits etablierten Diensten als „gut“ bezeichnet.

5.3 Ambulante Psychiatrische Pflege – Soziotherapie

Die Rechtsgrundlagen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege und der Soziotherapie als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (Sozialgesetzbuch V – SGB V) lassen sich in Kürze wie folgt wiedergeben:

Ambulante Psychiatrische Pflege

- Die Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) rubriziert trotz der Bezeichnung „Pflege“ nicht unter der Pflegeversicherung. Analog zur häuslichen Krankenpflege dient sie psychisch kranken Menschen, für die ein Klinikaufenthalt nicht (mehr) notwendig ist, zur Vermeidung oder zur Verkürzung von Krankenhausaufenthalten. Dies ist auf Basis von § 132a SGB V („Versorgung mit häuslicher Krankenpflege“) zu regeln, entsprechend den Vorschriften gemäß § 132a Abs. 2 ist ein Vertrag zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern der APP erforderlich. Die Leistungserbringer, i. d. R. Pflegedienste mit entsprechend geprüftem, qualifiziertem Personal und/oder psychiatrische Pflegedienste müssen ihre Fachkompetenz regelhaft nachweisen und durch Fortbildung sichern.
- APP richtet sich an akut oder chronisch psychisch kranke einschließlich suchtkranke und von Demenz betroffene Menschen; ebenso soll sie Folgen der Erkrankung lindern helfen. Gemäß § 37 Abs. 1 SGB V kann sie Krankenhausvermeidungspflege sein oder der Sicherung des Ziels ärztlicher Behandlung dienen (Sicherungspflege gemäß § 37 Abs. 2 SGB V). In jedem Fall bedarf sie einer ärztlichen Verordnung.
- Der Leistungsumfang der APP ist i. d. R. auf bis zu vier Monate begrenzt, bei bis zu 14 Einheiten pro Woche. Nach Krankenhausentlassung kann die APP für nachfolgende sieben Werktage verordnet werden.
- Die APP ist nicht im Gesamtsystem der Krankenversicherungsleistungen budgetiert, d. h. es bedarf eines Betreuungsplans zur Kostenbewertung, der der Krankenkasse der versicherten Person zur Genehmigung vorzulegen ist.

Soziotherapie

- Die Soziotherapie ist ebenfalls ein Angebot im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung und beruht auf § 37a SGB V. Zielgruppe sind „Versicherte, die wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen“. Diese haben Anspruch auf Soziotherapie, „wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder wenn diese geboten, aber nicht ausführbar ist“, so der Gesetzestext. Damit fungiert Soziotherapie nicht in erster Linie als Behandlung, sondern sie zielt auf die Auswirkungen der Erkrankung und auf die Förderung der Selbstständigkeit und der eigenen Bewältigungskräfte. Diese Leistung wird von entsprechend qualifizierten und von der Krankenversicherung anerkannten Soziotherapeut*innen, meist in eigener Praxis tätig, erbracht.
- Die Soziotherapie bedarf ebenfalls fachärztlicher Verschreibung. Sie kann für bis zu 120 Stunden im Laufe von drei Jahren verordnet werden. Voraussetzung ist auch hier, dass ein Betreuungsplan vorgelegt und von der zuständigen Krankenkasse genehmigt wird.

APP und Soziotherapie sind in Sachsen-Anhalt bisher nur vereinzelt vorzufinden, Tab. 19 zeigt die Verteilung dieser Angebote bezogen auf die Gebietskörperschaften:

Tab. 19: Verteilung APP und Soziotherapie bezogen auf die Gebietskörperschaften

Gebietskörperschaft	Standorte Anbieter	
	APP	Soziotherapie
Altmarkkreis Salzwedel		1
Landkreis Anhalt-Bitterfeld		
Landkreis Börde		
Burgenlandkreis		
Stadt Dessau-Roßlau	1	1
Stadt Halle (Saale)		2
Saalekreis	1	
Landkreis Harz		1
Landkreis Jerichower Land	1	
Stadt Magdeburg		2
Landkreis Mansfeld-Südharz		1
Salzlandkreis	1	
Landkreis Stendal	1	
Landkreis Wittenberg		
Gesamt	5	8

Quelle: Liste M. Gallei (Horizont GbR); Eigenerhebung

Zur Soziotherapie in Sachsen-Anhalt können einer „Antwort der Landesregierung auf eine Kleine Anfrage“ folgende Erkenntnisse entnommen werden:

- Im Jahr 2016 waren 45 Ärzt*innen berechtigt, Soziotherapie zu verordnen, es handelte sich dabei (nur) um Vertreter*innen der Fachgebiete: Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatische Medizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- Die „Hinzuziehung soziotherapeutischer Leistungserbringer“ erfolgte gemäß Gebührenabrechnung im Jahr 2016 in 284 Fällen. Erstverordnungen erfolgten 50- und Folgeverordnungen 40mal.
- Die Angabe zu den Leistungserbringern deckt sich mit der Angabe in Tab. 19: Acht Anbieter/Träger bieten Soziotherapie an. Insgesamt sind an den Standorten Salzwedel, Magdeburg, Halberstadt, Dessau-Roßlau, Wittenberg, Bitterfeld, Sangerhausen, Halle und Saalekreis 23 Soziotherapeut*innen zugelassen.
- Seit 2012 gelten folgende Vergütungssätze: Für Probestunde und Einzelmaßnahme (60 Minuten) je 36,00 €, für Gruppenmaßnahmen mit bis zu fünf Teilnehmenden (90 Minuten) je Teilnehmendem 15,84 € (Landtag von Sachsen-Anhalt, 2018).

Die Verhältnisse betreffend APP und Soziotherapie in Sachsen-Anhalt unterscheiden sich nicht prinzipiell von denen in anderen Bundesländern. Nur in wenigen Ländern (z. B. Niedersachsen) bestehen größere Angebote von APP und Soziotherapie. Von der Bedarfslage der betroffenen Menschen sind beide Angebote dem Grunde nach durchaus angezeigt und hilfreich, dies heben auch die Betroffenen selbst hervor. Besonders Gegenden mit wenig Infrastruktur und Versorgungsangeboten wie der Altmarkkreis Salzwedel und der Landkreis Anhalt-Bitterfeld profitieren von diesen ergänzenden ambulanten Angebo-

ten. Im Rahmen der Untersuchung wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass bereits etablierte Soziotherapieangebote von der Zielgruppe gut und gerne angenommen werden.

Die hauptsächlichen bis heute bestehenden Hürden für eine Ausweitung dieser Angebote bestehen zum einen darin, dass eine psychische Erkrankung nicht selten als chronische auftritt. Die Zumessung und Anwendung in der zeitlichen Erstreckung begrenzter Leistungen der GKV können zwar impulssetzend wirken und Auswirkungen mildern. Die Eigenart gerade der schweren psychischen Erkrankungen mit Tendenz zu Chronifizierung und langfristigen Folgen steht einer zeitbegrenzten Leistung jedoch in gewisser Weise entgegen, was nicht nur in Sachsen-Anhalt zu Grundsatzfragen in der Zuständigkeit des SGB V („Krankenbehandlung") und SGB XII („Eingliederungshilfe") für die Soziotherapie geführt hat (Ließem, 2015).

Zum andern decken die aktuellen Kostensätze die Durchführungskosten für die Soziotherapie in eigener Praxis ebenso wie die Vorhaltekosten für APP (qualifiziertes, mehrfach besetztes Personal in den Diensten) nicht. Nach Ansicht von Praxisinhaber*innen und Diensten kann auch über etwaige Fallzahlsteigerung der zu erbringende Aufwand nicht kompensiert werden – insbesondere da die Zahl der Indikationen und Genehmigungen begrenzt sei und in Stundenkontingenten gearbeitet werde. Aufgrund dieser Gegebenheiten, belegt auch durch die Antworten auf die soeben zitierte Anfrage im Landtag, haben sich in Sachsen-Anhalt APP und Soziotherapie bisher kaum entwickelt. Die Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Soziotherapeut*innen im Land waren zuletzt aufgrund der besonders geringen Kostensätze und wohl gänzlich fehlender Aussicht auf Steigerung sehr verfahren. Nachdem dann in Sachsen-Anhalt, als einzigem Bundesland bisher, ein Schiedsgericht angerufen wurde, scheint jüngst zumindest wieder Gesprächsbereitschaft auf beiden Seiten gegeben zu sein.

5.4 Zur Rolle der Hausärztlichen Versorgung

Wie einleitend dargestellt stellen die psychiatrisch, psychosomatisch und psychotherapeutisch ausgewiesenen Praxen, MVZ und Ambulanzen die *Fach*angebote für die Behandlung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen auf Basis des SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) dar. Diese qualitativ nicht bestreitbare Aussage relativiert sich jedoch quantitativ betrachtet, wenn der Blickwinkel sich darauf richtet, welche Behandlungsinstitutionen, Praxen, Dienste, Hilfen usw. (wie z. B. Praxen der somatischen Versorgung oder die Sozialpsychiatrischen Dienste auf landesgesetzlicher Basis) diese Gruppe von Menschen darüber hinaus *überhaupt* in Anspruch nimmt bzw. nehmen muss. Es wurde bereits darauf verwiesen, dass dies offensichtlich umfänglich der Fall ist, anders sind die hohen Zahlen vergebener Diagnosen nach Kap. F der ICD-10 in *allen* KV-Praxen nicht zu erklären – und die entsprechend gestellten Fragen dazu zu klären (siehe dazu oben Abschnitt 5.1.4 und Tab. 11).

Selbstverständlich hat die somatische Versorgung zu erfolgen, so wie sie nötig ist. Deshalb ist das Augenmerk auch auf die hausärztliche Praxis und ihre Rolle zu richten. Denn sie ist vielfach nicht nur somatischer Behandlungsort für psychisch kranke Menschen, sondern auch erste Anlaufstelle für Personen, für die zwar vordergründig somatische Themen im Vordergrund stehen (Schlafstörung, Niedergeschlagenheit, mangelhafte Ernährung, Medikamentengebrauch usw.), bei denen jedoch eine psychische Thematik nicht auszuschließen ist oder im Hintergrund wirkt. Insbesondere eine alternde Bevölkerung und damit das Versorgungssystem scheint zunehmend damit konfrontiert. So beschreiben Jacobi u. a. den Kontakt mit dem Gesundheitssystem bezogen auf Erwachsene und Ältere bis 79 Jahre wie folgt: „Nur ein geringer Anteil der Betroffenen mit einer 12-Monats-

Diagnose einer psychischen Störung berichtet, im letzten Jahr aufgrund psychischer Probleme in Kontakt mit dem Gesundheitswesen gestanden zu haben […] zu beachten (ist), (dass) offensichtlich in manchen Fällen kein Kontakt bzw. keine Behandlung wegen psychischer Probleme berichtet (wird), obwohl die Betroffenen wahrscheinlich beim Hausarzt […] mit einer F-Diagnose geführt werden“ (Jacobi et al., 2014, S. 84). Eine Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen hatte zum Ergebnis, dass „die große Mehrheit der Patienten den Hausarzt als ersten Ansprechpartner für psychische Probleme (84,9 Prozent) (benennt). Es folgen die Gynäkologen (11,3 Prozent), Orthopäden (4,3 Prozent), Urologen (3,8 Prozent), HNO-Ärzte (1,9 Prozent) und Hautärzte (1,7 Prozent)“ (Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen, 2014) – auch dies unterstreicht die Rolle der hausärztlichen Praxis.

Tatsächlich ist die hausärztliche Praxis eine wichtige, oft die erste und z.T. die einzige Anlaufstation für psychisch kranke Menschen. Deshalb hebt z. B. der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen in seinem jüngsten Gutachten (2018, S. 748) die Rolle des Hausarztes gerade auch in der Versorgung psychisch kranker Menschen hervor: Die hausärztliche Praxis fungiert in einem „Modell einer gestuften Versorgung mit Angeboten unterschiedlicher Intensität“ als erste Stufe. Sachsen-Anhalt steht derzeit allerdings vor der Herausforderung, dass größere Anteile der Hausärzt*innen kurz vor der Rente stehen, ohne dass die Nachfolge gesichert ist. Im Gegenteil: Es ist davon auszugehen, dass der Nachwuchsmangel künftig (große) Probleme in der hausärztlichen Versorgung mit sich bringen wird.

Die Lösung muss also weder dahingehend gesucht werden, die hausärztliche Praxis aus dem Fachsystem „auszugliedern“, noch dahingehend, sie als „psychiatrische Erstinstanz“ zu qualifizieren. Doch es kommt darauf an, die patientenbezogenen Kooperationen zwischen den ambulanten Behandlungsinstanzen systematisch zu vertiefen, Wissen über die ärztliche Aus- und Weiterbildung zu transferieren und zu vertiefen. Zudem ist vor allem im regionalen Kontext die Vernetzung der Leistungsträger zu fördern, z. B. auch dadurch, dass eine Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) auch die hausärztliche Versorgung in ihren Arbeitskontext einbezieht. Insbesondere mit Blick auf steigende Zahlen kognitiv veränderter und dement werdender älterer und hochaltriger Menschen ist die Vernetzung der hausärztlichen Versorgung mit sozialen Diensten – auch zu deren Entlastung sowie zur Einleitung sachgerechter Unterstützungsmaßnahmen vor Ort und in den Familien bzw. Partnerschaften der Betroffenen – angezeigt.

5.5 Angebote der Beratung, Information und Vermittlung

Für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen haben Angebote der Beratung, der Information und der Vermittlung einen hohen Stellenwert: Psychische Erkrankungen sind nicht selten mit einer Reduktion des Alltagsbezugs, mit einem Rückzug aus familiären, beruflichen und sozialen Kontexten verknüpft; andererseits werden komplexere Hilfen auf mehreren Ebenen notwendig, auf deren Existenz hinzuweisen ist, die aufgesucht werden müssen, dazu sind Information und Vermittlung notwendig.

Doch bereits der Informationsprozess, welche Hilfe- und Versorgungsangebote verfügbar sind, können für psychisch Kranke bzw. ihre Angehörigen zur Herausforderung werden. In den Workshops wurde angemerkt, dass Informationen teils mit viel Aufwand (online) ermittelt werden müssen. Zudem seien viele (Online-)Informationen, besonders zum niedrigschwelligen Angebot für psychisch Kranke im LSA, veraltet. Auch dem Land ist dies bereits bekannt. Daher plant das Land, künftig einen digitalen Versorgungsatlas zu implementieren.

Selbstverständlich schließen Einrichtungen, Dienste und Praxen im Rahmen von Behandlung und therapeutischen, stützenden usw. Maßnahmen immer auch Beratung ein; ärztliche Behandlung, Medikamentenvergabe, Psychotherapie, Soziotherapie usw. sind davon nicht zu trennen. Jedoch ist es für den Bereich psychischer Erkrankungen oft notwendig, im Rahmen von Vorsorge und Nachsorge, für die Prävention und zur Orientierung der Betroffenen, auf einfachem, „niedrigschwelligen", kontaktfördernden Wege Rat und Wegweisung zu bieten. Dies gilt insbesondere für leichtere/frühere Verläufe – hier kann Beratung Prozesse vielleicht so beeinflussen, dass Behandlungsbedarf gar nicht erst entsteht oder krisenhaften Entwicklungen die Spitze genommen wird. Schließlich verlangen die Festigung von Behandlungsergebnissen und die Erreichung gesetzgeberisch gewollter Ziele wie die Förderung der „Teilhabe" auch beratende Orientierung, gemeinsame Reflexion und Umsetzung, auf welchem Wege, mit welchen Mitteln diese für welche Gruppe von Betroffenen zu erreichen ist – unter Einschluss von Angehörigen und Partner*innen. Die Funktionalität eines SpDi bindet sich schließlich auch daran, dass stützende, orientierende Maßnahmen, die der Dienst „von Amts wegen" ergreift, beratend und vermittelnd ihre Entsprechung und Folge im kommunalen Umfeld finden und dort aufgegriffen werden.

In Anerkennung der Bedeutung so verstandener Beratung haben deshalb die psychiatriereformerischen Bemühungen der letzten Jahrzehnte immer auch darauf geachtet, Beratungsangebote als unverzichtbar zu erachten. Der noch aus Zeiten der Psychiatrie-Enquête (1975) stammende Vorschlag, grundsätzlich in jedem Versorgungsgebiet „Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen" vorzuhalten, hat aus diesem sprechenden Einrichtungstitel seither ein vielerorts realisiertes Programm gemacht.

In Sachsen-Anhalt existieren keine deratigen psychosozialen Beratungsstellen. Doch gibt es eine Reihe von (integrierten) Beratungsmöglichkeiten, die ggf. (auch) von psychisch kranken Menschen sowie ihren Angehörigen und Partner*innen genutzt werden können oder sollten, bspw. Kindern von psychisch Kranken. In diesem Abschnitt wird der Bestand an Beratungsstellen in Sachsen-Anhalt auf Basis von Recherche, Gesprächs- und Befragungsergebnissen abgebildet.

Tab. 20 liefert zunächst eine Übersicht zu den in diesem Kontext zu nennenden Stellen und Institutionen. Natürlich übernehmen auch z. B. Schuldnerberatungsstellen im Einzelfall Beratung für den hier im Mittelpunkt stehenden Kreis von Betroffenen, sie werden jedoch nicht einbezogen. Einbezogen werden vor allem diejenigen Stellen, die als integrierte Beratungslandschaft gedacht und über das FamBeFöG LSA oder spezifische Programme gefördert werden. Es ist davon auszugehen, dass sie zumindest in einem Teilbereich ihrer Aufgabenstellung auch Menschen mit psychischen Problemen offen stehen und/oder Angebote psychosozialer Beratung, Information, Hilfen, Vermittlung und Maßnahmen konzeptionell verankert, in offener, niedrigschwelliger Weise verfolgen.

Gemäß Aufstellung in Tab. 20 werden betrachtet: Örtliches Teilhabemanagement (ÖTM), Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB), Suchtberatung, Ehe-, Lebens-, Familien- und Erziehungsberatungsstellen (EFLE), Psychosoziales Zentrum für Migrant*innen (PSZ). Ein kurzer zusätzlicher Abschnitt (5.5.4) dient überdies der Beschreibung von Hilfen für Kinder mit psychisch kranken Eltern.

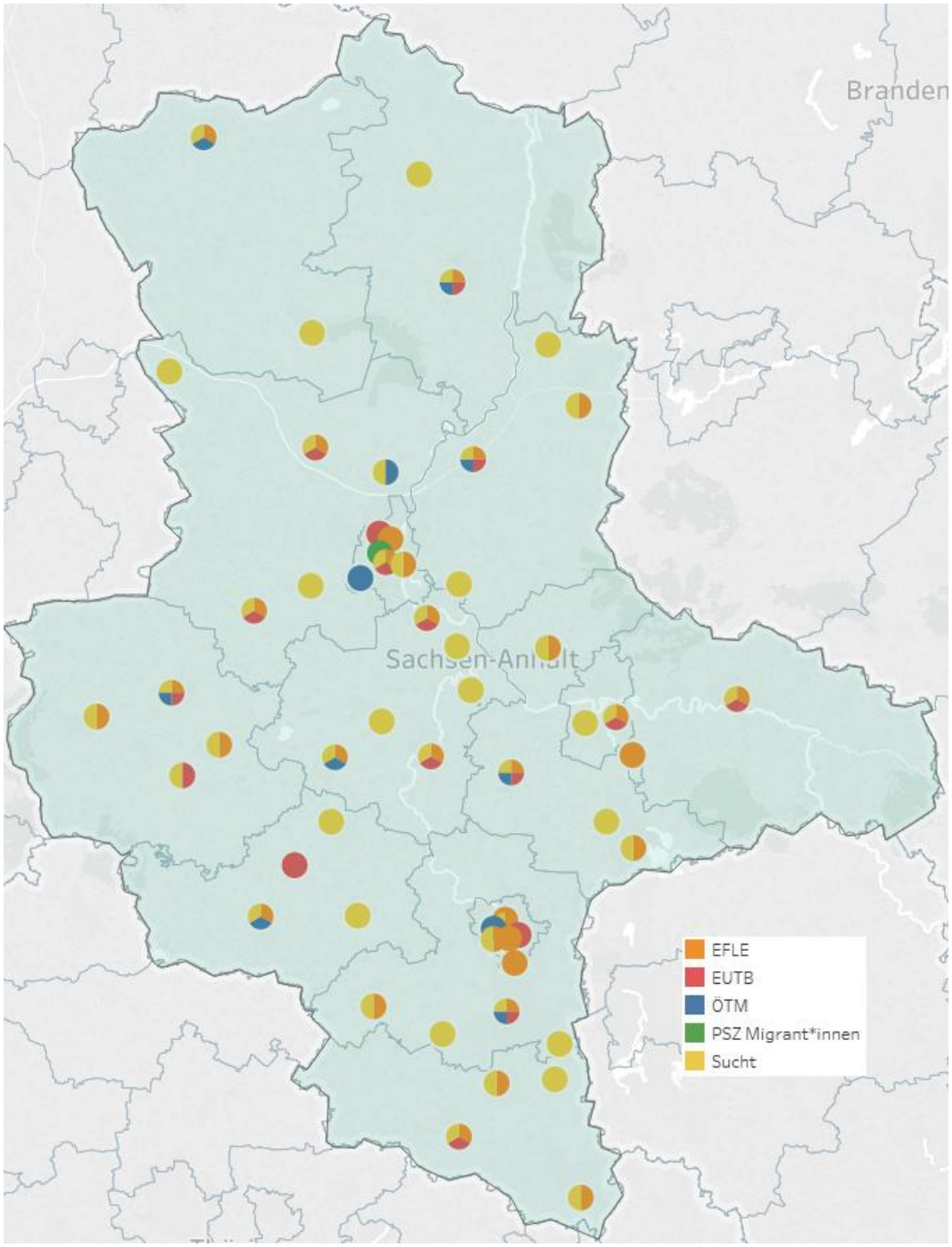
Tab. 20: Beratungsstellen und Beratungsangebote, Anzahl

Gebietskörperschaften	Anzahl Teilha-bemana-ger*innen	Beratungsstellen/-angebote			
		EUTB	EFLE	Sucht-beratung	PSZ
Altmarkkreis Salzwedel	1		1	2	
Landkreis Anhalt-Bitterfeld	2	1	3	4	
Landkreis Börde	4	4	2	5	
Burgenlandkreis	3	1	3	4	
Stadt Dessau-Roßlau		1	2	3	
Stadt Halle (Saale)	3	3	5	3	1
Saalekreis	2	1	2	5	
Landkreis Harz	3	2	3	4	
Landkreis Jerichower Land	2	1	2	4	
Stadt Magdeburg	4	3	3	3	1
Landkreis Mansfeld-Südharz	3	1	1	3	
Salzlandkreis	1	2	3	6	
Landkreis Stendal	2	1	1	2	
Landkreis Wittenberg		1	1	1	
Gesamt	30	22	32	49	2

Quellen: Homepage MS LSA 2018; Fachstelle EUTB; LS-LSA

Abb. 2 vermittelt einen grafischen Überblick über die Verteilung der Angebote im Land.

Abb. 2: Verteilung der Angebote an Beratung, Information und Vermittlung



Wie die Karte zeigt, sind die Beratungsangebote im LSA sehr ungleich verteilt. Wie in anderen Bereichen, ist auch hier der Norden am wenigsten versorgt. Auffällig ist auch, dass in einigen Regionen Beratungsangebote vorrangig in derselben Ortschaft angesiedelt sind. Aufgrund der Ungleichverteilung der Angebote sind die Zugänge zur Beratung für Hilfesuchende in bestimmten Regionen (bspw. LK Wittenberg) erschwert.

Nachfolgend werden die Angebote im Einzelnen textlich dargestellt.

5.5.1 Örtliches Teilhabemanagement

Sachsen-Anhalt ist das einzige Bundesland, das vom Europäischen Sozialfonds ESF gefördertes Teilhabemanagement implementiert hat. Seit 2016 können Kommunen Teilhabemanagement auf Basis einer landesspezifischen Förderrichtlinie des Ministeriums für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt (2016b) aufbauen. Der Förderzeitraum beträgt vier Jahre, mit der Möglichkeit der Verlängerung um weitere drei Jahre. Alle Kommunen in Sachsen-Anhalt haben die Möglichkeit, Förderung zu beantragen, um ein solches Angebot zu entwickeln.

Teilhabemanagement hat das Ziel, Organisation und Umsetzung der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen in der Kommune zu stärken. Dazu sieht die Förderrichtlinie folgende Aufgaben und Ziele vor:

- Identifikation von Teilhabebarrieren und -defiziten
- Maßnahmen zur Überwindung der Barrieren und Defizite entwickeln und begleiten
- Einrichtung einer zentralen Ansprechstelle vor Ort für den Inklusionsbereich Durchführen mindestens eines Sprechtages pro Monat für Betroffene, aber auch für Verwaltung, Unternehmen, Verbände und Vereine
- Erstellen und Umsetzen von Aktionsplänen auf kommunaler Ebene, in Sinne der UN-BRK
- Individuelle Möglichkeiten der Teilhabe aufzeigen
- Aufbau und Pflege einer zentralen Internetseite
- Mitwirkung an der individuellen Teilhabeplanung in der Kommune
- Bildung und Pflege eines Netzwerks zur Inklusion sowie Öffentlichkeitsarbeit, die zur Bewusstseinsbildung im Sinne von Inklusion und UN-BRK beitragen soll.

Die Förderrichtlinie regelt Anforderungen an die Qualifikation der Beschäftigten und strebt Peer-Beratung an, sodass vorrangig Menschen mit Behinderung einzustellen sind.

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass zwölf Kommunen Teilhabemanagement implementiert haben. Derzeit liegen weitere fünf Anträge von Kommunen vor. Der Antrag des Landkreises Wittenberg ist noch offen und lediglich von der Stadt Dessau-Roßlau gab es bisher keinen Antrag. Landesweit sind aktuell insgesamt 30 Teilhabemanager*innen tätig. Der Stellenumfang für Teilhabemanagement variiert je nach Kommune zwischen einer und vier Stellen. Die Teilhabemanager*innen sind in Sachsen-Anhalt vorrangig im Sozialamt bzw. bei der Sozialplanung oder im Bereich des/der Behindertenbeauftragten angesiedelt. Das Aufgabenspektrum der Teilhabemanager*innen richtet sich nach der Förderrichtlinie, scheint jedoch unterschiedlich akzentuiert zu sein – mal eher in Richtung fallbezogener Unterstützung und andernorts eher in Richtung Systementwicklung.

5.5.2 Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB)

Im Rahmen des BTHG werden bundesweit, basierend auf § 32 SGB IX, EUTB-Stellen implementiert. Die Förderung dieser neuen Angebotsstruktur erfolgt aus Mitteln des BMAS und ist zunächst bis zum Ende des Jahres 2022 befristet.

Ziel ist es, eine von Leistungsträgern und Leistungsbringern unabhängige sowie unentgeltliche Beratungsstruktur zu schaffen, die bei Fragen zu Rehabilitation und Teilhabe in Anspruch genommen werden kann. Zur Förderung einer selbstbestimmten Lebensführung

soll die EUTB u. a. zum Thema Teilhabe am Arbeitsleben beraten und gemeinsam mit den Hilfesuchenden berufliche Perspektiven ermitteln. Zu den Zielgruppen zählen Menschen mit Behinderungen, von Behinderung bedrohte Menschen, aber auch deren Angehörige. EUTB ist grundsätzlich als Peer-Beratung geplant: „Bei der Förderung von Beratungsangeboten ist die von Leistungsträgern und Leistungserbringern unabhängige ergänzende Beratung von Betroffenen für Betroffene besonders zu berücksichtigen“ § 32 SGB IX Abschnitt 3. Dieser Anspruch wird in Sachsen-Anhalt bisher eher ausnahmsweise umgesetzt (vgl. dazu Abschnitt 9.1).

Die Fachstelle für Teilhabeberatung weist für Sachsen-Anhalt 22 bewilligte EUTB-Stellen aus, zehn davon richten sich speziell (auch) an psychisch kranke Menschen. Das Spektrum der Träger von EUTB ist facettenreich: So bestehen zehn EUTB in Trägerschaft kirchlicher Organisationen wie Caritas oder Diakonisches Werk, die übrigen EUTB sind in Trägerschaft verschiedener Vereine, darunter im Paritätischen Wohlfahrtsverband organisierte sowie Teile eines Betreuungs- und eines Sportvereins.

Im Landkreis Börde sind drei von vier EUTB in Haldensleben verortet, zusätzlich zu mehreren anderen Beratungsstellen. Die mangelnde Streuung des Angebots über die Fläche erschwert weiter entfernt wohnenden Betroffenen den Zugang. Hier wirkt sich vermutlich aus, dass die EUTB vom Bund gefördert werden und Land oder Kommunen bei Förderentscheidung und Platzierung nicht einbezogen sind.

5.5.3 Ehe-, Familien-, Lebens- und Erziehungsberatungsstellen (EFLE)

Ausgehend von einem Rechtsanspruch im Kinder- und Jugendhilfegesetz (§§ 16, 28 SGB VIII) auf Familien- und Erziehungsberatung stellen die EFLE eine landesweit breit gefächerte Beratungsstruktur in Sachsen-Anhalt dar, für die die Kommunen zuständig ist. In einem landesweiten Reorganisationsprozess, ausgelöst durch die Verabschiedung des FamBeFöG LSA im Jahr 2005 und in den Jahren darauf durch eine Revision der Beratungslandschaft in Sachsen-Anhalt offenkundig befördert (Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, 2011), wurde die Initiative ergriffen, die unterschiedlichen Beratungsangebote vor Ort bzw. in den einzelnen Gebietskörperschaften zu einer verbindlichen Zusammenarbeit im Sinne einer integrierten psychosozialen Beratungsstruktur zu motivieren und eine Einbindung der Beratungsangebote in die kommunale Sozial- und Jugendhilfeplanung zu erreichen. Die Förderung ist an den Nachweis der Erfüllung dieser Krtierien gebunden. Wenngleich die Finanzierungsverantwortung nun bei den örtlichen Trägern der Jugendhilfe liegt, fördert das Land Beratungsfachkräfte wie zuvor mit einem Zuschuss in Höhe von jeweils 10.000 Euro. Nach Änderung des FamBeFöG LSA werden Fördermittel für diese Beratungsstellen sowie für die Suchtberatungsstellen in einem Förderbetrag an die Landkreise und kreisfreien Städte ausgegeben. Diese entscheiden dann in eigener Verantwortung über die Verteilung der Mittel zwischen EFLE- und Suchtberatungsstellen.

Die Förderungshöhe richtet sich nach den Einwohnerzahlen der Kommunen. Beratungsangebote freier Träger haben Vorrang vor Angeboten der Kommunen. Die Beratungsstellen sollen eine integrierte psychosoziale Beratung anbieten und dabei:

- fachübergreifend kooperieren, auch im Hinblick auf die Nutzung gemeinsamer Ressourcen
- zu Beginn der Beratung in gemeinsamer Abstimmung den individuellen Hilfebedarf der Hilfesuchenden identifizieren

- auf den ermittelten individuellen Hilfebedarf abgestimmte Beratungsleistungen erbringen
- ein Netzwerk mit den Kommunen aufbauen und pflegen oder ein gemeinsames Beratungszentrum betreiben
- Dokumentation sowie ein einheitliches Qualitätsmanagementsystem nachweisen können.

Die Auflistung verweist auf Überschneidungen zu den Aufgaben der Teilhabemanager*innen wie bspw. Netzwerkaufbau. Die Recherche (primär auf der Homepage des MS) ergab, dass es in Sachsen-Anhalt insgesamt 32 EFLE-Beratungsstellen gibt (Tab. 20).

Wenngleich es nicht Aufgabe war, die EFLE als solche einer Untersuchung zu unterziehen, so war es auftragsgemäß dennoch erforderlich, zu klären, ob die EFLE psychisch kranke Menschen oder davon bedrohte Personen zu ihrer Zielgruppe zählen.

Dazu wurden die Sozialämter und Jugendämter im Rahmen der Befragung der Gebietskörperschaften um Auskunft gebeten; die Antworten ergaben Folgendes: Fünf von elf Jugendämtern, die sich an der Befragung beteiligten, äußerten, dass EFLE-Beratungsstellen auch Familien mit psychisch belasteten, psychisch kranken oder suchtkranken Personen beraten (sollen). Angaben zur Anzahl von Personen mit eben diesen Belastungen bzw. Erkrankungen, die im Jahr 2017 beraten wurden, gibt es jedoch nicht. In drei Kommunen steht in EFLE-Beratungsstellen kinder- und jugendpsychiatrische Kompetenz zur Verfügung, in drei Kommunen wird mit Kinder- und Jugendpsychiater*innen kooperiert, in zwei Kommunen (auch) mit Selbsthilfegruppen. Sofern kaum oder keine Kompetenz im Bereich psychischer Belastungen bzw. Erkrankungen vorhanden ist, werden Ratsuchende ggf. an andere Beratungsangebote verwiesen. Acht Jugendämter geben dazu an, dass die Weitervermittlung der psychisch oder suchtkranken bzw. davon bedrohten Klientel in andere (zielgruppenspezifische) Hilfen im Wesentlichen gelingt. Allerdings seien die Vermittlungschancen vom Engagement aller Beteiligten sowie von der Kooperation innerhalb des Hilfe- und Versorgungssystems abhängig.

Es überschreitet die Möglichkeiten dieser Untersuchung, die Arbeit der EFLE näher zu bewerten, auch sollen sie nicht „durch die Hintertür“ zu psychosozialen Beratungsstellen umfunktioniert werden. Doch ist es sicher eine Tatsache, dass hier auch psychisch belastete Personen oder Familien mit entsprechender Problembelastung Hilfe nachfragen. Auch deshalb soll die im System der Hilfen zur Erziehung nach SGB VIII verortete Erziehungsberatung (§ 28 SGB VIII) multiprofessionell aufgestellt sein (Fachkräfte können auch Zusatzausbildungen im psychiatrischen Bereich haben).

Die Ergebnisse können jedoch die Frage aufwerfen, ob, wo und wie die (beratungsbezogenen) Belange von (auch) psychisch belasteten bzw. kranken Menschen in der Kommune verortet werden sollen. Dies gilt umso mehr, als die Untersuchung Hinweise zusammentrug, dass immer wieder auffällige Jugendliche in eskalierenden Situationen – ohne vorherige Beratung oder Krisenintervention – direkt in die KJP gebracht werden. Hier sind weder andere und geeignetere Ansprechstellen bekannt oder sie sind dann gerade geschlossen, noch bestehen wohl Möglichkeiten von Krisenintervention und Deeskalation.

Auch die Sozialpläne der Kommunen lassen – soweit sie vorliegen – nicht durchgehend erkennen, wer oder welche Stelle kompetent Beratungsleistungen für diese Zielgruppe erbringen soll. Die Lösung muss nicht in der Schaffung neuer Stellen liegen. Wichtig erscheint vielmehr, angesichts zunehmend komplexer werdender Problemlagen für Familien und bei psychisch belasteten oder kranken Menschen den damit aufkommenden

Problemstellungen konzeptionell unterstützt klärend gegenüberzutreten und dieses Thema in die weitere kommunale Ausrichtung, Planung und Steuerung mit einzubeziehen.

5.5.4 Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern

Wie oben angemerkt, ist davon auszugehen, dass Familien mit psychisch kranken bzw. von psychischer Krankheit bedrohten Elternteilen in den EFLE und in weiteren Beratungsstellen anzutreffen sind. Hier die psychische Belastung von Eltern einschätzen und dieser begegnen zu können, muss deshalb zum Aufgabenspektrum gehören und konzeptionell und qualifikatorisch sowie bei Vernetzung mitgedacht werden. Zudem sind hier und da spezifische Angebote für die Kinder aus derart belasteten Familien sinnvoll, deshalb fragte die Bestandsaufnahme auch danach.

Gemäß Bestandsaufnahme vermitteln Kliniken vereinzelt Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern: Zwei psychiatrische Kliniken berichten, dass sie ggf. Kontakt zur Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik haben bzw. suchen, die PIA einschalten oder auf familienbezogene/-therapeutische Hilfen verweisen. Stationäre Aufnahmen von Mutter und Kind bieten einzelne Kliniken, jedoch mit Altersbeschränkung (bei Kindern bis zu ein oder drei Jahren) und die Mutter müsse in der Lage sein, sich „auf Station mit flankierender Hilfe des Personals um ihre Kinder zu kümmern“. Im stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich wird z. B. „Eltern-Kind-Behandlung“ angeboten. Die Auskünfte lassen jedoch nicht erkennen, dass das Thema im stationären Bereich durchgängig aufgegriffen wird.

Anders der ambulante Bereich, was die Erwähnung in diesem Kapitel rechtfertigt: In einem Beitrag der Zeitschrift „Jugendhilfe“ aus dem Jahr 2014 schildern die Autor*innen, dass bereits im Jahr 2008 in Sachsen-Anhalt bzw. in Halle (Saale) erste Angebote familienorientierter Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern entstanden sind, im Rahmen des Präventionsprojekts „Seelensteine“. (Abel, Otto & Schliebs, 2014, S. 202 - 209). Die Angebote umfassen „verschiedene therapeutische Settings, ein Ambulant betreutes Wohnen, eine Kontakt- und Beratungsstelle bis hin zu einer Selbsthilfegruppe für erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern“ (a.a.O., S. 203). Weiter heißt es: „Nicht nur für die Eltern ist der Austausch untereinander wichtig, auch die Kinder profitieren, wenn sie an einer psychoedukativen Kindergruppe teilnehmen. Kinder psychisch kranker Eltern wachsen oft damit auf, dass die Erkrankung der Eltern tabuisiert wird und sie das Gefühl haben, mit ihren Problemen auf sich alleine gestellt zu sein … Die Kinder sollen lernen, Vorläufer einer Krise zu erkennen … (und) wo sie sich rechtzeitig Hilfe holen können“ (a.a.O., S. 205).

Auch hier wird allerdings betont, dass es aber auch darauf ankommt, im gegebenen Fall Kooperation und Vernetzung zu fördern: „Wir sind davon überzeugt, dass … große fachliche Ressourcen in beiden Systemen (Gesundheits- und Jugendhilfe) existieren, die durch einen regelmäßigen Austausch zu einer Verbesserung der Hilfe- und Unterstützungslandschaft für die betroffenen Familien und Kinder führen“ (a.a.O., S. 209). „Seelensteine“ verfügen zudem über flexible ambulante Erziehungshilfen mit Sitz in Merseburg und über ein ambulantes Familienzentrum mit Sitz in Wittenberg. Eine weitere Anlaufstelle hat sich in Salzwedel/Altmarkkreis etabliert: „Horizont Ambulante Hilfen“.

Es ist nicht zwingend, dass jedes Kind mit einem psychisch oder suchtkranken Elternteil selbst dementsprechende Störungen entwickelt, dies hängt von einer Vielzahl von zugleich wirkenden Faktoren ab. Es gibt dazu allerdings keine flächenbezogen verwertbaren Erkenntnisse oder Zahlen. Ergeben sich jedoch Anhaltspunkte, dass ein Kind selbst in einer permanent belasteten Situation steht, Erziehung und familiäre Stützungssysteme aus-

fallen, so sollte sowohl präventiv wie ggf. in Abwägung zur Situation auch interventionell im Sinne des Kindeswohls gehandelt bzw. Beratung und Unterstützung angeboten werden. Die Behandlungs-, Beratungs- und Hilfesysteme sollten eine hohe Sensibilität und Kompetenzen haben, im Bedarfsfall agieren zu können.

5.5.5 Suchtberatung

Tab. 20 bietet einen Überblick, in welcher Zahl und in welchen Gebietskörperschaften Suchtberatung angeboten wird.

Die Untersuchung des Suchthilfesystems gehörte nicht als eigenes Thema zum Auftrag des MS, jedoch war die Schnittstelle: Suchthilfesystem und Psychiatrische Versorgung vertieft zu bewerten. Dies erfolgt in in einem gesonderten Abschnitt (s. Abschnitt 8.1).

5.5.6 Beratung im Kontext Migration und Flucht

Wie in Abschnitt 3.3.3 geschildert, leben im Land Sachsen-Anhalt vergleichsweise wenig Menschen mit Migrationshintergrund (6,2 %, vgl. Abschnitt 3.3.3). Die zuletzt im Rahmen der Frühjahrssitzung des Psychiatrie-Ausschusses am 24. April 2018 vorgetragenen Daten gehen für 2018 (Stand Februar 2018) von insgesamt 109.401 Ausländer*innen in Sachsen-Anhalt aus (die ausländische Bevölkerung ist also dementsprechend gegenüber 2016 um ca. 10 % gewachsen, vgl. für 2016 dazu Tab. 3, S. 46). Die meisten Ausländer*innen leben erst seit kurzem im Land (zwei Drittel seit bis zu vier Jahren), viele sind Flüchtlinge. Unter der Rubrik „Schutzsuchende“ verwies das MS auf folgende Zahlen: Derzeit haben 4.449 Personen, davon 1.254 Frauen einen offenem Schutzstatus (Asylsuchende, Asylbewerber*innen, Gestattete); mit anerkanntem Schutzstatus (subsidiär Schutzberechtigte, Asylberechtigte, anerkannte Flüchtlinge) leben 24.024 Personen im Land (davon 8.689 Frauen), abgelehnt, aber geduldet sind 6.058 Personen (davon 1.375 Frauen).

Viele der erst seit kurzem im Land lebenden Menschen brauchen eine besondere sprach- und kultursensible Unterstützung, viele haben Krieg, Ausbeutung und Flucht erlebt und sind dadurch belastet, hinzu kommen Sorgen um die Familie im Herkunfstland. Hieraus resultieren Herausforderungen bei der Betreuung Schutzsuchender im Regelsystem, in dem bedarfsgerechte, sprach- und kultursensible Unterstützungsangebote nicht ausreichend verfügbar, zugänglich oder erreichbar (sind).[21]

Dementsprechend werden Menschen mit Migrationshintergrund durch die Regelversorgung oft nicht erreicht. Und wo es doch Inanspruchnahme gibt, fehlt es an sprachlichen Verständigungsmöglichkeiten sowie an kultursensiblen zielgruppenorientierten Angeboten. Häufig sind auch die Anspruchsvoraussetzungen nicht gegeben. Im niedergelassenen Bereich ist die Beantragung der Erstattung von Dolmetscher*innenkosten (zeit-)aufwändig und der Ausgang ungewiss. Gerade vor dem Hintergrund der hohen Auslastung der niedergelassenen Ärzt*innen und Therapeut*innen ist schon allein der Mehraufwand, der mit der Behandlung von Flüchtlingen entsteht, oft kaum zu leisten.

---

21 Alle Angaben und Zitate sind dem Vortrag/den Vortrags-Folien des Referatsleiters „Integration“ Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration entnommen: Malycha, B. (2018). Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Sachsen-Anhalt – Einführung in die Thematik. Vortrag bei der Frühjahrssitzung des Landespsychiatrieausschusses am 24. April 2018 in Magdeburg.

Um dem Bedarf zu begegnen, wurde in der Zentralen Aufnahmestelle in Halberstadt eine Stelle Psycholog*in (Vollzeit) eingerichtet. Seit November 2016 bietet diese ergänzend zur medizinischen Erstversorgung psychologische Diagnostik und ermittelt psychosozialen Beratungs- und Behandlungsbedarf.[22]

Für die psychosoziale Versorgung der Menschen mit Migrationshintergrund bzw. mit entsprechenden Problemstellungen steht in Sachsen-Anhalt zudem das Psychosoziale Zentrum für Migrant*innen (PSZ) zur Verfügung. Es leistet an den Standorten Magdeburg und Halle/Saale spezifische und kostenlose psychologische Beratung und Sozialberatung, bietet Therapie und psychosoziale Gruppenangebote. Zielgruppe des PSZ sind Menschen mit Migrationshintergrund jeden Alters, darunter auch Flüchtlinge.

Gefördert durch das Land, die EU, die Aktion Mensch und u. a. durch Spender weisen die beiden PSZ-Standorte in Trägerschaft der St. Johannis GmbH eine multidisziplinäre Personalbesetzung (7,6 Stellen für psychosoziale Beratung, plus: Projektleitung/Verwaltung) auf. Studierende und ehrenamtlich Helfende ergänzen die Personalausstattung. Bei der Überwindung von Sprachbarrieren wird das PSZ von Dolmetscher*innen bzw. Sprachmittler*innen unterstützt. Der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung Sachsen-Anhalt (2018) weist in seinem 25. Bericht im Abschnitt zum Besuch des PSZ in Halle auf die Probleme hin, die sich durch die Jährlichkeit der Finanzierung ergeben. Diese führt zu befristeten Jahresverträgen für die Beschäftigten: „Nur durch die jährliche Vorfinanzierung der Personalkosten durch den Träger konnten Personalfluktuation und Stellenvakanzen verhindert werden“. Aus dem befragten Kreis von fachpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Praxen wird vorgeschlagen, das PSZ um eine halbe Stelle einer/s Fachärzt*in für Psychiatrie zu erweitern (Psychosoziales Zentrum für Migrantinnen und Migranten in Sachsen-Anhalt, 2017).

An beiden Standorten wurden im Jahr 2016 insgesamt 291 Klient*innen betreut, davon zwei Drittel männlichen Geschlechts; ein Drittel ist unter 24 Jahre alt, zweit Drittel im Alter von 25 – 44 Jahren. Zu deren häufigsten Problemlagen zählten: Posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Angst-, Zwangs- sowie Somatisierungsstörungen, auch diese oft in Zusammenhang mit Traumata. Wenngleich die genannte Klient*innenzahl für 2016 nicht sehr hoch erscheint, ist zu berücksichtigen, dass hier Schwellen zu überwinden sind und dass einzelne Fälle sehr aufwändig sein können. Die berichteten Wartezeiten von mehreren Monaten sind folglich nachvollziehbar.

Im Rahmen der Netzwerkarbeit nehmen die PSZ regelmäßig an migrationsspezifischen Arbeitskreisen teil und besuchen zielgruppenrelevante Veranstaltungen (ebd.).

6 Stationärer und teilstationärer Bereich

6.1 Kliniken und Tageskliniken für Psychiatrie, Psychosomatik und Kinder- und Jugendpsychiatrie

Das Land Sachsen-Anhalt hat zuletzt im Jahr 2014 einen Krankenhausplan verabschiedet. Nach Auskunft des Krankenhausreferats des MS im Januar 2018 galt dieser Plan *unverändert im Bezugsjahr 2016* für diesen Bericht, er ist deshalb Grundlage der folgenden Darstellungen zu Betten, tagesklinischen Plätzen und Fachgebieten. Seit 2016 erfolgte, etwaige Änderungen in Bettenzahl, Trägerschaft o. ä. finden deshalb keine Berücksichtigung.

---

22 Information von MinRat V. Harms, Referatsleiter Erstaufnahme, Unterbringung, Rückführung beim Ministerium für Inneres und Sport im Vortrag am 24. April 2018 im Rahmen der Frühjahrssitzung des Landespsychiatrieausschusses.

Hochschulkliniken, d. h. die Uni-Kliniken in Magdeburg und Halle/Saale haben auch den Auftrag, Forschung und Lehre zu betreiben, dies sei unterstrichen. Dennoch steht in diesem Bericht die Versorgung im Vordergrund, sodass hier wie auch im Krankenhausplan einheitlich vorgegangen wird und keine Detailanalysen in Abhängigkeit von Hochschulstatus oder Trägerart vorgenommen werden. Tab. 21 gibt einen Überblick über die Verteilung der Betten im Land:

Tab. 21: Kliniken und Plan-Bettenzahlen

Gebietskörperschaft	Träger-schaft	Kliniken (Plan-Bettenzahlen) für ..			
		Psychia-trie *PSY*	Psycho-somatik *PSM*	Kinder- u. Jugend-psychia-trie *KJP*	Geschütz-te Betten (nach PSYCH-KG, BGB)
Altmarkkreis Salzwedel					
Landkreis Anhalt-Bitterfeld					
Landkreis Börde	AMEOS	130		40	43 PSY 4 KJP
Burgenlandkreis	BurgenLK	95			18 PSY
Stadt Dessau-Roßlau	St. Joseph	80	20		9 PSY
Stadt Halle (Saale)	Univ.-Klinik.	93	12		42 PSY
Stadt Halle (Saale)	AWO	100			20 PSY
Stadt Halle (Saale)	St. Elisab.		20	50	5 KJP
Stadt Halle (Saale)	Diakonie		25		
Landkreis Harz	Harz-Klinik.	78			8 PSY
Landkreis Harz	Diakonie	26	18		
Landkreis Harz	D.C.Erx-leben	80			20 PSY
Landkreis Harz	Neinst. An-stalten	40			
Landkreis Jerichower Land	AWO	135	30		34 PSY
Stadt Magdeburg	Univ.-Klinik.	65	20		20 PSY
Stadt Magdeburg	Städt.Klinik.	100		35	46 PSY
LK Mansfeld-Südharz	HELIOS	75			21 PSY
Saalekreis	Saalekreis	80	15	40	40 PSY 10 KJP
Salzlandkreis	SALUS	165		60	44 PSY 10 KJP
Landkreis Stendal	SALUS	124	50	90	57 PSY 16 KJP
Landkreis Wittenberg	Klinik Bosse	70	10		20 PSY
Gesamt		1.536	220	315	442 PSY 45 KJP

Quelle: MS LSA; Krankenhausreferat

Der Tab. 21 ist Folgendes zu entnehmen:

- In zwei von 14 Gebietskörperschaften ist keine stationäre Versorgung unmittelbar angesiedelt. Alle anderen verfügen über mindestens eine stationäre Einrichtung des jeweils genannten Fachgebiets, mit allerdings stark unterschiedlichen Plan-Bettenzahlen. Auffällig ist die zahlenmäßige Konzentration von (u. a. kleineren) Standorten im Landkreis Harz und in der Stadt Halle.
- Die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) ist auf sechs von 14 Gebietskörperschaften konzentriert.
- Die stationäre psychosomatische Versorgung (PSM) wird in zehn von 14 Gebietskörperschaften vorgehalten. Da der Krankenhausplan anmerkt, dass im Burgenlandkreis bzw. in der Klinik in Naumburg die psychosomatische Versorgung „innerhalb der vorhandenen Kapazität (PSY)“ erfolgen kann, ist faktisch dadurch ein weiterer, elften Standort zu verzeichnen.
- Zu Zwecken der Unterbringung nach PsychKG oder BGB weisen die Kliniken geschützte Betten aus, in allerdings jährlichen Schwankungen. Für das Bezugsjahr 2016 werden knapp 29 % der psychiatrischen Plan-Betten und etwa 14 % der kinder- und jugendpsychiatrischen als „geschützte“ Betten ausgewiesen. Diese Betten dienen der Versorgung von Patient*innen, die aufgrund richterlichen Beschlusses auf Basis PsychKG LSA oder auf Basis §§ 1631b und 1906 BGB untergebracht wurden.
- Die Zahl der Betten im psychiatrischen Bereich bzw. im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich – darauf wurde bereits im Abschnitt 4.3 zum Ländervergleich hingewiesen – liegt leicht bzw. deutlich über dem bundesweiten Schnitt, die Zahl der psychosomatischen Betten unter diesem (allerdings weisen nicht alle Bundesländer explizit psychosomatische Plan-Betten aus).

Die tagesklinische Versorgung nach Fachgebiet gibt Tab. 22 wieder (Nachtkliniken werden in Sachsen-Anhalt nicht vorgehalten):

Tab. 22: Tageskliniken und Platzzahlen

Gebietskörperschaft	Trägerschaft	Tageskliniken Platzzahlen für		
		Psychiatrie *PSY*	Psycho-somatik *PSM*	Kinder- und Jugend-psychiatrie *KJP*
Altmarkkreis Salzwedel				
Landkreis Anhalt-Bitterfeld	Gesundheits-zentrum	20		
Landkreis Börde	AMEOS	27		20
Burgenlandkreis	BurgenLK	55		
Stadt Dessau-Roßlau	St. Joseph	32	20	
Stadt Halle (Saale)	Univ.-Klin	15	8	
Stadt Halle (Saale)	AWO	40		
Stadt Halle (Saale)	St. Elisab.			12
Stadt Halle (Saale)	Diakonie		30	
Landkreis Harz	Harz-Klin.	25		
Landkreis Harz	Diakonie		16	
Landkreis Harz	D.C.Erxl.	20		
Landkreis Harz	Neinst.An.	12		
Landkreis Jerichower Land	AWO	60		
Stadt Magdeburg	Univ.-Klin.	10	10	
Stadt Magdeburg	Städt.Klin.	40		30
Landkreis Mansfeld-Südharz	HELIOS	35		
Saalekreis	Saalekreis	25		19
Salzlandkreis	SALUS	40		42
Salzlandkreis	AMEOS	50		
Landkreis Stendal	SALUS	62		30
Landkreis Wittenberg	Klinik Bosse	20	10	
Gesamt		588	94	153

Quelle: MS LSA; Krankenhausreferat

Der vorstehenden Tab. 22 ist zu entnehmen:

- Alle Träger der Kliniken halten auch Tageskliniken (TK) vor, verteilt auf die Gebiete PSY, PSM und KJP.
- Ein Teil der Klinikträger hat am Standort der Klinik selbst die Tagesklinik aufgebaut, sieben Träger halten pro Tagesklinik zugleich mehrere Außenstandorte vor. Dies dient dem sachgerechten und sinnvollen Zweck, tagesklinische Angebote für psychisch kranke Menschen besser verteilt über das Land vorzuhalten.
- Zu diesem Zweck bestehen überdies in zwei Landkreisen jeweils Tageskliniken und Außenstandorte, bei denen der Träger selbst keine psychiatrische Klinik vorhält: Dies betrifft den Salzlandkreis (Klinikum Aschersleben, TK-Standorte in Aschersle-

ben und Staßfurt) und den LK Anhalt-Bitterfeld (Gesundheitszentrum gGmbH, TK-Standorte in Bitterfeld und Wolfen).

Der Blick auf die Kliniken und Tageskliniken sowie ihre Verteilung in Sachsen-Anhalt gibt zu folgenden ersten Bewertungen Anlass:

- Es wurde bereits aufgeführt (s. Kap. 4.3), dass gemäß der Daten, die die Gesundheitsministerkonferenz zum Stand 31.12.2015 aufbereitet hat, die jeweilige Gesamtzahl der Betten und Tagesklinikplätze bezogen auf je 1.000 Einwohner*innen (EW) in Sachsen-Anhalt die Verhältnisse im Bundesgebiet merklich übersteigt. Auch die Daten in Tab. 21 und Tab. 22 bestätigen dies bezogen auf die EW-Zahl im Jahr 2016 in Sachsen-Anhalt mit 1,09 Betten/Plätzen (Psychiatrie und Psychosomatik) für erwachsene psychisch kranke Menschen je 1.000 EW und 0,21 Betten/Plätzen (Kinder- und Jugendpsychiatrie) je 1.000 EW.
- Das Bild ändert sich allerdings, wenn man nur die psychiatrischen Betten heranzieht und sie auf die in der Fachwelt diskutierte Anhaltszahl von 0,7 Betten auf 1.000 EW bezieht; dann liegt Sachsen-Anhalt bei 0,69 psychiatrischen Betten auf 1.000 EW, unter Einschluss der psychosomatischen Betten, die andere Bundesländer nicht getrennt ausweisen, bei 0,79 Betten auf 1.000 EW. Eine vergleichbare Anhaltszahl für kinder- und jugendpsychiatrische Betten wird mit 0,6 bis 0,7 Betten pro 10.000 EW angegeben, hier läge Sachsen-Anhalt mit derzeit 1,4 Betten pro 10.000 EW deutlich darüber. Die Tatsache einer gegenüber dem Bundesdurchschnitt erhöhten Ausstattung mit kinder- und jugendpsychiatrischen Betten hat auch mit den gegenüber dem Bundesdurchschnitt deutlich geringeren, z. T. fehlenden einschlägigen ambulanten Behandlungsmöglichkeiten zu tun. Die KJPP wird hier vielfach kompensatorisch genutzt (und zusätzlich, u. a. aufgrund vor Ort fehlender niedrigschwelligen Ansprechstellen und Kriseninterventionsmöglichkeiten, z. T. mit nicht klinikwürdigen Fällen fehlbelegt).
- Festzuhalten ist jedoch, dass aufgrund eines „Enthospitalisierungsprogramms“ seit Anfang der 1990er Jahre die ursprünglich hohe Zahl der Betten über einen längeren Zeitraum fast halbiert wurde: Gemäß Angaben im „Psychiatrieplan 1992“ auf den heute geltenden Krankenhausplan (s. Tab. 21 und Tab. 22) von damals 2.794 (Krankenhausförderliste 1991) auf jetzt 1.536 psychiatrische Betten sowie von 632 (Krankenhausförderliste 1991) auf jetzt 315 kinder- und jugendpsychiatrische Betten (Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, 1992, S. 48). Auch der Aufbau von Tagesklinikplätzen ist positiv zu vermerken, der mehr und mehr ortsnahe teilstationäre Behandlungsmöglichkeiten in der Fläche ermöglichte. 1992 wurden insgesamt 210 KHG-geförderte Tagesklinikplätze ausgewiesen (a. a. O., S. 49), heute sind es 835 Plätze über alle Fachgebiete hinweg (s. Tab. 22).

6.2 Zur Fallstruktur der vollstationären Behandlung

Im Bundesgebiet wurden in Krankenhäusern im Jahr 2016 insgesamt 20.063.689 Fälle behandelt (alle somatischen und psychischen Diagnosen), davon entfielen auf das Land Sachsen-Anhalt 611.641 Fälle, das entspricht einem Anteil von 3,04 % aller Krankenhausfälle. Letztgenannte Prozentzahl liegt über dem Bevölkerungsanteil von Sachsen-Anhalt am Bundesgebiet, der bei 2,76 % liegt, es erfolgen also statistisch betrachtet mehr Krankenhausfälle in Sachsen-Anhalt. Das liegt offensichtlich daran, dass z. B. die Erkrankungen des Kreislaufsystems oder des Verdauungsapparats in Sachsen-Anhalt leicht häufiger als im Bundesdurchschnitt zu Krankenhauseinweisungen führen.

Tab. 23 zeigt nun die Krankenhausfälle aufgeteilt nach den Diagnosen nach Kapitel F der ICD-10 für das Bezugsjahr 2016:

Tab. 23: Krankenhausfälle im Jahr 2016 nach F-Diagnosen (ICD-10), Anzahl und Prozentanteil

	Fallzahl 2016 und Prozentanteil im Gebiet	
F-Diagnosen	**Sachsen-Anhalt**	**Deutschland**
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	3.557 (10,5 %)	100.107 (8,2 %)
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychoaktive Substanzen	12.931 (38,2 %)	433.030 (35,4 %)
Darunter: Alkoholsucht (F 10):	*10.513 ((81,3 %))*	*322.608 ((74,5 %))*
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	3.084 (9,0 %)	134.232 (11,0 %)
F30-F39 Affektive Störungen	5.973 (17,6 %)	289.792 (23,7 %)
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	4.682 (13,8 %)	163.830 (13,4 %)
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	309 (1,0 %)	16.112 (1,3 %)
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1.088 (3,2 %)	40.292 (3,3 %)
F70-F79 Intelligenzstörung	522 (1,5 %)	7.658 (0,6 %)
F80-F89 Entwicklungsstörungen	166 (0,5 %)	7.149 (0,6 %)
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1.547 (4,6 %)	29.518 (2,4 %)
F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	10 (0,03 %)	521 (0,04 %)
Gesamt	33.869 (100 %)	1.222.241 (100 %)

Quelle: Statistisches Bundesamt, Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern; Fachserie 12 Reihe 6.2.1. Anmerkung: Das Statistische Bundesamt fasst unter den Begriffen „Alkoholsucht“ oder „durch Alkohol“ in seinen Tabellen jeweils die „Psychischen und Verhaltensstörungen aufgrund Alkohol“ nach ICD 10, Diagnosengruppe F10 zusammen. Diese Kurzbegriffe werden auch hier im Text so verwendet.

Unter der Rubrik „Psychische und Verhaltensstörungen“ nach Kapitel F ICD-10 wurden folglich im Jahr 2016 in Deutschland 1.222.241 Fälle gezählt, davon 53,9 % männlichen und 46,1 % weiblichen Geschlechts. Von allen Fällen zählte man „aufgrund von Alkohol“ 322.608 Fälle (gleich 26,4 % von allen psychischen und Verhaltensstörungen).

Auf Sachsen-Anhalt …

- entfielen auf „Psychische und Verhaltensstörungen“ 33.869 stationäre Fälle, das entspricht einem Anteil von 2,8 % an allen diesen Fällen im Bundesgebiet. Damit weicht Sachsen-Anhalt zunächst insgesamt betrachtet nicht wesentlich von seinem Bevölkerungsanteil (2,7 %) ab.
- Die Verteilung der Fälle auf das Geschlecht ergibt: 56,6 % männliche und 43,4 % weibliche Krankenhausfälle. „Aufgrund von Alkohol“ wurden 10.513 Fälle stationär behandelt, das entspricht einem Anteil von 31,0 % von allen Fällen in Sachsen-Anhalt, davon 78,5 % männlichen und 21,5 % weiblichen Geschlechts.

- Während also bei allen psychischen und Verhaltensstörungen Sachsen-Anhalt nicht von seinem Bevölkerungsanteil am Bundesgebiet abweicht, ist dies bei der Diagnosengruppe F10 „Alkoholsucht“ der Fall, wobei hier wiederum mehr als drei Viertel aller Fälle männlichen Geschlechts sind, was auch das leichte Überwiegen des männlichen Geschlechts bei allen stationären Fällen erklären dürfte.
- Auffällig gegenüber dem Bundesgebiet sind des Weiteren ein leicht höherer Anteil bei F00-F09 (Organisch begründete Psychosen) sowie ein deutlich höherer Anteil bei F90-F98 (Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend). Ersteres dürfte seinen Grund auch in einem höheren Anteil älterer Bevölkerung haben, Letzteres im Zusammenhang mit einer im Vergleich zum Bundesgebiet überdurchschnittlichen Ausstattung mit kinder- und jugendpsychiatrischen Betten stehen (Statistisches Bundesamt, 2017a, S. 48). Diese höheren Anteile werden vor allem durch einen niedrigeren Anteil bei Affektiven Störungen (F30-F39) kompensiert.

Auch in Bezug auf die *Altersstruktur* der Fälle in Kliniken zeigen sich Unterschiede zwischen Sachsen-Anhalt und dem Bundesgebiet.[23] Auf jeweils 100.000 Einwohner*innen (EW) bezogen befanden sich im Jahr 2016 folgende Fallzahlen pro Altersgruppe in stationärer Behandlung:

Tab. 24: Stationäre Fallzahl (F00-F99, ICD-10) pro Altersstufe und pro 100.000 EW im Jahr 2016

Altersgruppe	Sachsen-Anhalt	Deutschland
Alter bis 15 Jahre	768	449
Alter 15 bis 45 Jahre	2.024	1.865
Alter 45 bis 65 Jahre	1.646	1.678
Alter größer 65	1.160	1.184

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Der auffälligste Unterschied in Tab. 24 ergibt sich auch hier bei Kindern und Jugendlichen (bis 15 Jahre) mit höheren Fallzahlen/100.000 EW; auch die Fallzahl in der Altersgruppe 15 bis 45 ist gegenüber dem Bundesgebiet leicht erhöht.

Eine weitere *Analyse der Fallstruktur bezogen auf das Jahr 2015*, also ein Jahr vor dem Bezugsjahr 2016, sowie eine *Zeitreihe seit dem Jahr 2000* zeigen folgendes weiteres Bild für Sachsen-Anhalt:

Die Gesamtzahl der behandelten Fälle im Jahr 2015 liegt bei 34.730 (also leicht höher als 2016). Sie verteilen sich prozentual auf die Merkmale Geschlecht, Alter und ausgewählte F-Diagnosen wie folgt:

23 Quelle:Gesundheitsberichterstattung des Bundes http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/se, zuletzt abgerufen am 14.10.2018

Tab. 25: Vollstationäre Fallstruktur: Ausgewählte Merkmale für 34.730 Fälle (2015) und Zeitreihe 2000 bis 2015

Merkmal	Fallzahl 2015, prozentuale Anteile			
	Weiblich	Männlich	Gesamt	% an allen Fällen
Geschlecht (Fälle, Prozentanteil)	15.203 (43,8 %)	19.527 (56,2 %)	34.730 (100,0 %)	
Alter				
0 bis 19	1.846	2.251	4.097	11,8 %
20 bis 64	9.311	14.493	23.804	68,5 %
65 und älter	4.046	2.783	6.829	19,6 %
Von allen Fällen rubrizieren unter …				
F00, F01, F02, F03 (gerontopsych. Erkr.)	587	485	1.072	3,1 %
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	2.132	8.271	10.403	29,9 %
F11-F19 Psychische Störungen durch psychotrope Substanzen	675	1.816	2.491	7,2 %
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	1.485	1.593	3.078	8,9 %
F30-F39 Affektive Störungen	3.870	2.310	6.180	17,8 %
Summe dieser ausgewählten Fälle			23.224	66,9 %
Zeitreihe				
Fälle im Jahr 2000	12.600 (39,7 %)	19.172 (60,3 %)	31.772 (100,0 %)	
Fälle im Jahr 2005	14.326 (42,1 %)	19.715 (57,9 %)	34.041 (100,0 %)	
Fälle im Jahr 2010	15.183 (43,2 %)	19.967 (56,8 %)	35.150 (100,0 %)	
Fälle im Jahr 2015	15.203 (43,8 %)	19.527 (56,2 %)	34.730 (100,0 %)	

Quelle: Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt 2017, Krankenhausstatistik, Teil II – Diagnosen

Zur Interpretation der Angaben in Tab. 25, die Auskunft über fallbezogene Merkmale von (vollstationär) klinisch behandelten Personen gibt, lässt sich festhalten:

- Das Geschlechterverhältnis entspricht 2015 wie 2016 nicht ganz den bundesweiten Gegebenheiten, der Anteil der Männer ist in Sachsen-Anhalt leicht erhöht.
- Gut jeder zehnte Fall in den Kliniken im Jahr 2015 betrifft Kinder, Jugendliche bzw. Heranwachsende. Circa jeder fünfte Fall ist 65 Jahre alt und älter. Im Alter bis 19 Jahre dominiert das männliche, im Alter jenseits der 65 Jahre das weibliche Geschlecht in den Krankenhäusern.
- Der Gesamtüberhang an männlichen Fällen findet seinen Grund wahrscheinlich in der deutlichen Dominanz dieses Geschlechts bei Alkoholerkrankungen, die in Sachsen-Anhalt auch 2016 insgesamt über dem Bundeschnitt liegen.

- Die für 2015 aufgeführten, ausgewählten F-Diagnosen bestimmen zwei Drittel aller Krankenhausfälle, mit diesem Profil haben es folglich die Kliniken schwerpunktmäßig zu tun. Alkoholsucht steht an erster Stelle gefolgt von affektiven Störungen.
- Die *Zeitreihe seit dem Jahr 2000* zeigt einen tendenziellen Anstieg in der Fallzahl in Sachsen-Anhalt um +9,3 % bis 2015; dieser liegt deutlich unter dem im Bundesgebiet mit +34,2 % von 2000 bis 2015. Der Anstieg in Sachsen-Anhalt ist dabei z. T. dem Anstieg der Fälle weiblichen Geschlechts geschuldet: Von 2000 bis 2015 wächst der Anteil an weiblichen Fällen an allen stationären Fällen überproportional von 39,7 % auf 43,8 %, im Bundesgebiet ist dieser Trend für den gleichen Zeitraum geringer ausgeprägt: 44,7 % im Jahr 2000 bzw. 46,2 % aller Fälle 2015 sind weiblichen Geschlechts. Hierfür können mehrere Ursachen gelten: Absoluter, „wahrer" Anstieg der Erkrankungen oder auch veränderte Bereitschaft, sich zu Krankheit zu bekennen (z. B. depressive Episode, Burn-out), verändertes Inanspruchnahmeverhalten; veränderte, auch angebotsinduzierte Zuschreibung von Erkrankungen u. a. m.

Schließlich wurden zur Fallstruktur einzelne Aussagen dahingehend getätigt, dass die Fälle über die Jahre komplexer hinsichtlich der Problemstellungen und „anspruchsvoller" geworden seien. Der aufgezeigte höhere Anteil an suchtkranken Personen und deren Verhaltensweisen stelle überdies die allgemeinpsychiatrischen Stationen verschiedentlich vor Organisationsprobleme im Stations-Alltag.

6.3 Zur psychosomatischen Versorgung

Das Land Sachsen-Anhalt weist – im Unterschied zu manch anderen Bundesländern (z. B. Thüringen, Rheinland-Pfalz) – psychosomatische Betten und Tageskliniken im Krankenhausplan gesondert aus. Gemäß Tab. 21 und Tab. 22 war dies im Jahr 2016 an zehn Standorten mit insgesamt 220 Betten der Fall, psychosomatische Tageskliniken sind an sechs Orten in Sachsen-Anhalt mit insgesamt 94 Plätzen vorhanden.

Mit den genannten Zahlen ist allerdings die (stationäre) psychosomatische Versorgung nicht vollständig abgebildet; es wurde bereits darauf verwiesen, dass bspw. in der psychiatrischen Klinik in Naumburg psychosomatische Versorgung ebenfalls vorgehalten wird, ohne dass hierfür explizit Betten ausgewiesen sind. Die psychosomatische Behandlungskapazität dürfte also insgesamt höher sein, zumal auch z. B. eine nicht im Krankenhausplan stehende Klinik Psychosomatik anbietet (s. nächsten Abschnitt).

Wenngleich nach wie vor unterschiedliche Beurteilungen dahingehend zu verzeichnen sind, in welchem Verhältnis Psychosomatik (PSM) und Psychiatrie (PSY) zueinander stehen, wo und an welchen Stellen Schnittstellen oder auch Überschneidungen in den Zuständigkeits- und patientenbezogenen Tätigkeitsbereichen bestehen, sind in den letzten Jahrzehnten diverse Fakten geschaffen worden, u. a.:

- Seit dem Jahr 2003 existiert die Bezeichnung „Fachärztin/Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie" und die Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2003 benennt in ihrer Fassung vom 23.10.2015, dass dieses Gebiet Krankheiten und Störungen dient, „an deren Verursachung psychosoziale und psychosomatische Faktoren einschließlich dadurch bedingter körperlich-seelischer Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind."[24]

---

24 Vgl.: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO, S. 127, zuletzt abgerufen am 23.10.2018

- Das künftig voll umzusetzende tages- und leistungspauschalierte Entgeltsystem für Psychiatrie/Psychosomatik PEPP auf Basis § 17 d KHG legt drei Strukturkategorien fest, in denen die Behandlungsleistungen künftig zu erbringen sind: „Psychiatrie“, „Psychosomatik“ und „Kinder- und Jugendpsychiatrie“.

In dieser Hinsicht ist die diesbezügliche Dreiteilung konsequent, die der sachsen-anhaltische Krankenhausplan hinsichtlich der Bettenkategorien PSY, PSM und KJP vornimmt, wenngleich wie oben erwähnt nicht alle Bundesländer so verfahren. Dies belegt, dass die „Zuständigkeitsfrage“ im stationären Planbetten-Bereich bundeseinheitlich noch nicht endgültig beantwortet ist. Es ist allerdings nicht Aufgabe, hier darüber zu entscheiden, sondern es gilt, die Gegebenheiten so abzubilden, wie das Land sie vorsieht, wenn es gesonderte Planbetten und Tageskliniken für PSY und PSM ausweist.

Die zitierte Gebietsabgrenzung der Bundesärztekammer lässt erkennen, dass im Gebiet der Psychosomatik insbesondere körperlich-seelische Komorbiditäten zu behandeln sind, die ihre Ursachen und Folgen zwar auch im somatischen Bereich zeitigen, jedoch entsprechende Behandlungssettings verlangen, die den psychischen Komponenten Rechnung tragen können. Frommer nennt als „schwerpunktmäßig im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zu behandelnde Krankheitsbilder“ folgende: „Anpassungsstörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen; Funktionelle Störungen (z. B. Herz, Abdomen), Somatoforme Störungen…; Persönlichkeitsstörungen; Psychosomatische Erkrankungen im engeren Sinne (organdestruktive Erkrankungen …)“ (Frommer, 2016, S. 201). Die Behandlung dieser Erkrankungen verlangt bestimmte Qualifikationsstandards und Ausstattungsmerkmale in den Einrichtungen.

In Tab. 23 wurden die diagnostischen Angaben für alle Krankenhausbehandlungsfälle in Sachsen-Anhalt für das Jahr 2016 aufgeführt. Allerdings liegen bei den Statistischen Ämtern keine landesweiten „Kreuztabellen“ für Diagnosen mit Fachabteilung PSY, PSM und KJP vor, noch gilt dies für die Kreuzung der Altersstruktur mit Fachabteilung. Um dennoch einen Einblick in das Fallspektrum von psychosomatischen Kliniken zu geben, können hierzu die Angaben der Uni-Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Magdeburg und der Klinik und Tagesklinik für Psychosomatik und Psychotherapie des Diakoniekrankenhauses in Halle/Saale (dies mit freundlicher Genehmigung des Chefarztes dieser Klinik, Dr. med. Thilo Hoffmann) herangezogen werden.

Uni-Klinik, PSM, Magdeburg: Für das Jahr 2015 ergab sich mit Angabe der prozentualen Häufigkeit folgendes Indikationsspektrum (Vogel, 2016, S. 46):

- Depressive Störungen 37,5 %
- Somatoforme Schmerzstörungen 13,4 %
- Somatoforme Störungen 12,5 %
- Angststörungen 8,0 %
- Essstörungen 8,0 %
- Dissoziative Störungen 6,3 %
- Zwangsstörungen 4,5 %
- Reaktive Störungen 4,5 %
- Schwere Persönlichkeitsstörungen 3,6 %
- sonstige 1,8 %.

Diakoniekrankenhaus, PSM Klinik und Tagesklinik, Halle/Saale:

Im Jahr 2017 wurden in der Psychosomatischen *Klinik* insgesamt 355 Fälle gezählt (entlassene Patient*innen). Die TOP 10 der häufigsten Diagnosen nach ICD-10, Kapitel F waren nach Angaben der Klinik (wobei die beiden erstgenannten deutlich dominieren):

- F32.1 Mittelgradig depressive Episode
- F33.1 Rezivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
- F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
- F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt
- F43.2 Anpassungsstörungen
- F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
- F41.0 Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)
- F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
- F45.0 Somatisierungsstörung
- F60.31 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ.

Die psychosomatische *Tagesklinik in Halle* zählte im Jahr 2017 insgesamt 526 Fälle (entlassene Patient*innen), die Diagnosenverteilung (TOP 10) ergibt hier folgendes Bild, wobei auch hier die beiden erstgenannten mit deutlichem Abstand dominieren:

- F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
- F32.1 Mittelgradige depressive Episode
- F41.0 Panikstörung
- F40.01 Agoraphobie: Mit Panikstörung
- F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt
- F45.0 Somatisierungsstörung
- F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
- F34.1 Dysthymia
- F41.1 Generalisierte Angststörung
- F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen.

Eine erhebliche Zahl der Fälle in Klinik und Tagesklinik weist überdies mehrere Diagnosen auf bzw. die F-Diagnosen sind mit somatischen Neben-Diagnosen aus anderen Kapiteln der ICD-10 vielfach verknüpft.

Diese Diagnosen-Profile aus Magdeburg und Halle entsprechen im Kern dem im Rahmen einer psychosomatischen Versorgung erwarteten Spektrum mit Schwerpunkt auf affektive Störungen/Depression, neurotische und somatoforme Störungen – kombiniert mit somatischen Diagnosen. Es ist zwar hier nicht Aufgabe, medizinische Analysen oder Beurteilungen abzugeben; es wird jedoch empfohlen, insbesondere die konkreten, fallbezogenen Kombinationen von psychischen und Verhaltensstörungen mit somatischen Störungen in der Psychosomatischen Medizin fachlich ggf. mehr als bisher zu kommunizieren, um auch dadurch deren Rolle innerhalb der Gesamtversorgung: Psychiatrie – Psychosomatik – Psychotherapie abzubilden.

6.4 Werden alle psychisch kranken Menschen in Fachkliniken behandelt?

Zur Einordnung der klinischen Versorgung in Sachsen-Anhalt und ihrer Struktur ist noch zu betonen, dass die oben für die Jahre 2016 bzw. 2015 genannten klinischen Fallzahlen sich nach aller Erfahrung nicht nur in den psychiatrischen und psychosomatischen Fachkliniken und Abteilungen finden. Die Fallzahlen nach F-Diagnosen gemäß ICD-10 der Statistischen Ämter beziehen sich auf alle Krankenhäuser. Wie im ambulanten Bereich werden *auch im Allgemeinkrankenhaus auf somatischen Stationen F-Diagnosen vergeben* und behandelt. Allerdings geht die Erfahrung auch dahin, dass dies nur für eine Größenordnung von ca. 10 % der Fälle gilt und auch hier wiederum eher auf bestimmte Diagnosen bzw. „leichtere“ Fälle beschränkt. Angesichts nicht sinkender, sondern bei Frauen sogar steigender Fallzahlen sind jedoch die Fortsetzung und regelhafte *Vertiefung von Kooperations- und Konsultationsbeziehungen zwischen somatischen und psychiatrischen/psychosomatischen Fachkliniken angezeigt*. Dies betrifft insbesondere auch die Versorgung älterer Patient*innen in Abteilungen der Geriatrie, Inneren Medizin, Neurologie und Chirurgie, die allein aufgrund der demografischen Entwicklung zunehmend mit psychisch veränderten oder kognitiv/demenziell eingeschränkten Menschen befasst sind.

Die hier erfolgenden Ausführungen zur Krankenhauslandschaft in Sachsen-Anhalt beziehen sich auf Plan-Krankenhäuser gemäß Landeskrankenhausplan. Dies bildet die Landschaft auch weitestgehend ab, jedoch nicht vollständig: Denn wie in jedem anderen Bundesland *finden sich Kliniken meist in privater Trägerschaft, die nicht im Krankenhausplan verankert sind*, dies für bestimmte Bedarfslagen noch anstreben oder auf Dauer nicht wollen. So verwies die Recherche im Rahmen der Bestandsaufnahme auf ein im September 2017 eröffnetes „Privates Krankenhaus für Psychosomatische Medizin und Traditionelle Chinesische Medizin (TCM), Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Orthopädische Psychosomatik“ (Schloss Wendgräben, Gemeinde Möckern bei Magdeburg). Ausgewiesen werden 30 stationäre Behandlungsplätze für Erwachsene und 15 Betten für Kinder und Jugendliche. Ein interdisziplinär, fachärztlich geleitetes Team sowie Zielgruppen und Behandlungsangebote werden detailliert benannt. Das aufgezeigte Beispiel soll genügen, um hier darauf zu verweisen, dass neben Plan-Krankenhäusern in gewissem (geringem) Umfang weitere stationäre Kapazitäten bestehen.

6.5 Merkmale und Einschätzungen der Kliniken zu Versorgungsgegebenheiten

Die folgenden Ausführungen befassen sich nun in gebündelter Weise mit Merkmalen, Bewertungen und Einschätzungen der befragten Kliniken zu den für den Auftrag und seine Zielsetzung wichtigen Aspekten.

6.5.1 Kliniken für Erwachsene

Es war nicht Aufgabe der Untersuchung, die einzelnen Kliniken im Hinblick auf ihre Angebotsstruktur und therapeutischen Konzepte hin zu untersuchen bzw. diese zu bewerten, die Aufgabenstellung richtete sich gemäß Auftrag auf die Versorgungstrukturen und alle Leistungsanbieter in Sachsen-Anhalt. Von daher wird im Folgenden nur zu einzelnen Aspekten Auskunft gegeben (Personalsituation, Kooperation im Netz, Einschätzung zur Versorgungssituation). Dennoch kann auf Basis mitgeteilter Klinikkonzepte, Internetrecherchen und Gespräche festgehalten werden, dass die Kliniken über ein breites Spekt-

rum zeitgemäßer, differenzierter Formen der Behandlung verfügen. Über die Angaben im Krankenhausplan des Landes hinaus sind Kliniken vielfach intern weiter differenziert, z. B. durch Abteilungs- und Stationsbereiche für suchtkranke oder gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen. Im Rahmen der Befragung gab eine Klinik an, stationsäquivalente psychiatrische Behandlung („Home treatment“) nach §115d SGB V anzubieten, wobei sowohl in der Befragung als auch in den Workshops darauf hingewiesen wurde, dass einige Kliniken inhaltlich ähnliche Angebote vorhalten, bspw. durch aufsuchende Arbeit über die hauseigene PIA.

Mit Blick auf einzelne Themenbereiche kommt im Gesundheitswesen heute und künftig der Frage Bedeutung zu, wie sich die *Personalsituation* in den Einrichtungen darstellt:

Aus 14 von insgesamt 17 Klinikstandorten für erwachsene psychisch kranke Menschen gingen dazu Antworten ein. Exakt 50 % der Befragten bewerteten die Situation zunächst global als „gut“ oder „eher gut“, die anderen 50 % mit „schlecht“ oder „eher schlecht“. Die Spannbreite der offenen Antworten dazu reicht dabei von „haben alle Stellen besetzt“ bis zu „katastrophal“. Ein eindeutiger Zusammenhang der Beurteilungen mit der Lage der Klinik im städtischen oder ländlichen Raum ist ebenfalls nicht zu erkennen, folglich scheinen jeweils spezielle örtliche Gegebenheiten das Bild zu bestimmen. Dieses Bild relativiert sich noch etwas bei genauerer Durchsicht der offenen Antworten: Auch bei einzelnen Kliniken, die ihre Personalsituation positiv einschätzen, wird dennoch auf die schwierige Gewinnung von Ärzt*innen und Pflegepersonal hingewiesen, dort gibt es relativ auch die meisten unbesetzten Stellen. Die Nachbesetzungsfristen hierfür werden als zwischen wenigen Wochen und „bis zu einem Jahr“ schwankend angegeben. Oft befänden sich die Kliniken auch in einer Konkurrenzsituation um Bewerber*innen.

Es bleibt der Gesamteindruck haften, dass die Personalsituation nicht durchgängig nur schlecht zu sein scheint, wenngleich eine bereits angesprochene realitätsgerechte Spannbreite zu konstatieren ist, wie sie sich bspw. in zwei weiteren Antworten niederschlägt: „… befinden wir uns unverändert auf dem Weg zum arztfreien psychiatrischen Krankenhaus“, andererseits heißt es auch: „mit Anstrengung ist es möglich, alle Stellen zu besetzen“. Sorge bereite allerdings, dass die demografische Entwicklung vor dem Personal nicht Halt mache, der Altersdurchschnitt also stetig steige; diese Entwicklung ist allerdings auch in anderen Bundesländern gegeben.

Eine Fülle von Hinweisen ergab sich auch auf die Frage, welche Maßnahmen die Träger ergreifen, um Personal zu halten oder zu gewinnen. Genannt wurden u. a.: „Marketingmaßnahmen; Imagefilm; Unterstützung bei Weiterbildung, Promotion; familienfreundliches Krankenhaus, Betriebs-Kindertagesstätte; Unterstützung bei der Wohnungssuche; gutes Betriebsklima; Karrieremöglichkeiten im Haus; Führungskräfteschulung; hochmoderne Organisation der Klinik mit flachen Hierarchien; außertarifliche Verträge“ u. a. m. Trotz aller Anstrengungen befürchten 13 antwortende von 14 Kliniken Engpässe in der Zukunft, in erster Linie bei den ärztlichen Fachkräften, in zweiter Linie beim Pflegepersonal.

Fortbildungs- und Trainingsmaßnahmen für das Personal in Bezug auf Deeskalation werden für neun Kliniken explizit bejaht und in bestimmten Abständen durchgeführt. Das Personal wird des Weiteren auf herausfordernde Situationen vorbereitet, die Antworten dazu lauten u. a., dass ein „Notfallmanagement mit telefonbasierter interner Alarmierung in Krisensituationen“ vorhanden ist, Prozessbeschreibungen oder Handbücher zu „Umgang mit Gewalt“, „Fixierung“ sowie „Verfahrensanweisung zu Zwangsmaßnahmen“ existieren. Die Antworten lassen aber auch erkennen, dass man solche Situationen möglichst zu vermeiden versucht: „Zwangsmaßnahmen sind immer das letzte Mittel, davor erfolgt eine umfangreiche Überzeugungsarbeit“.

Kooperation im Versorgungsnetz:

Bei den Antworten auf die Frage, woher die Patient*innen kommen, dominieren einrichtungsbezogen folgende (in absteigender Bedeutung bzw. Häufigkeit der Nennung aufgeführt): Niedergelassener, fachärztlicher und hausärztlicher Bereich, andere Kliniken und Heime, Rettungsdienste (Notfälle), Ambulanzen (PIA), Beratungsstellen, Fachpsychotherapeut*innen. Bei der Frage, wohin die Patient*innen einrichtungsbezogen vermittelt werden, sind die Antworten etwas anders sortiert: Niedergelassener fachärztlicher und psychotherapeutischer Bereich, Hausärzte, andere Kliniken, Heime, Beratungsstellen, Ambulanzen (PIA).

Auffällig ist, dass von keiner Klinik weder bei Herkunft noch bei Vermittlung explizit der „Sozialpsychiatrische Dienst“ genannt wurde, es sei denn, er verbirgt sich hinter der Nennung „Beratungsstelle“.

Gefragt danach, ob sich bei dem seit 2017 gesetzlich vorgeschriebenen Entlass- und Übergangsmanagement Schwierigkeiten ergeben, wird dies bei 14 dazu antwortenden Kliniken verneint. Verwiesen wird darauf, dass die Kliniken über ihre Sozialdienste dies bereits früher praktiziert hätten, sodass sich sachlich betrachtet nur ein „sinnloser Mehraufwand für Dokumentation“ ergeben habe. Die Notwendigkeit als solche wird jedoch nicht bestritten, allerdings wird auch darauf verwiesen, dass die „Facharztbindung“ des Verfahrens, z. B. bei Entlassrezepten, aufgrund der „unbefriedigenden Facharztdicht in der Klinik“ schwierig zu erfüllen sei.

Einige Kliniken verweisen auf Hürden für Weitervermittlungen: So werden fehlende Heimplätze oder Plätze des betreuten Wohnens aufgeführt und auf die ungenügende Ausstattung im ambulanten Bereich (niedergelassene Ärzt*nnen bzw. Therapeut*innen) verwiesen. Beides führt zu Wartezeiten. Hinzu kommt eine z. T. langwierige Klärung der Übernahme der Kosten für die weiteren Versorgung. Auch von Betroffenen wird darauf verwiesen, dass die Heimplatzvermittlung nicht immer problemlos oder zeitnah möglich sei, was auch zur Verlängerung des Klinikaufenthalts beitragen würde.

Einschätzungen zur Versorgungssituation:

Auf die Frage nach den bestehenden Schwachstellen in der Versorgung haben 13 Kliniken z. T. ausführlich geantwortet. Quer durch alle Antworten zieht sich in der Hauptsache die Kritik an der Situation der ambulanten Versorgung; Äußerungen wie z. B. „unzulängliche ambulante Versorgungssituation“, „zu wenig fachärztliche Kompetenz in der ambulanten Versorgung“, „lange Wartezeiten auf einen ambulanten Therapieplatz“, „praktisch keine vertragsärztliche psychiatrische Versorgung“ belegen dies. Befürchtet wird, dass sich die ambulante Versorgung in den kommenden Jahren noch verschlechtere, mindestens in der Fläche.

Des Weiteren werden die „Entlassmöglichkeiten in Heime“ (sowohl für psychisch Kranke als auch für Pflegebedürftige mit psychischen Störungen) als „unzureichend“ qualifiziert ebenso das Fehlen von geeigneten Wohnplätzen für chronisch kranke Personen bemängelt. Auch die Möglichkeiten zur Vermittlung Demenzkranker und gerontopsychiatrischer Patient*innen werden ebenfalls verschiedentlich als unzureichend bewertet. Ähnliches gilt für die psychosomatische Versorgung. Zusätzlich wird aber auch hervorgehoben, dass in einzelnen Gebietskörperschaften „keine Hilfeplan-Konferenzen, keine funktionierende PSAG, kein gemeindepsychiatrischer Verbund“ existierten, die der Funktionalität der Versorgung aufhelfen könnten. Schließlich wird benannt, dass die Erreichbarkeit von Einrichtungen durch den Öffentlichen Personen-Nahverkehr nicht überall gewährleistet sei.

Zur Abhilfe wird vorgeschlagen, dass vor allem die flächendeckende ambulante Versorgung gesichert wird und, wo unzureichend, ausgebaut wird; vermehrt werden sollten auch die Tagesklinikplätze, ebenso die Ambulante Psychiatrische Pflege sowie ambulant betreutes Wohnen gestärkt werden. Schließlich wird auch hier auf die Notwendigkeit planvoller Steuerung verwiesen, wie sie in folgenden Anmerkungen einer Klinik zum Ausdruck kommt: „Kommunale Orientierung und Bedarfsplanung einer umfassenden Versorgung, Priorität für Menschen mit hohem Hilfebedarf. Beitrag zur kommunalen Daseinssicherung. Krankenhaus als ein Element im Netzwerk psychiatrischer Hilfen. Integration von Behandlung und Rehabilitation in die Gemeinde. Regionaler Versorgungsauftrag der Kliniken mit weiterer Öffnung für ambulante Versorgung“.

6.5.2 Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP)

Da im Erhebungszeitraum nur vier der sechs Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie den Fragebogen bearbeitet haben, ist die Aussagekraft zu einzelnen Aspekten Begrenzungen unterworfen. Von daher erfolgt dazu hier ein eher kursorischer Überblick zu den Ergebnissen:[25]

Zur *Personalsituation* ist die Aussage in den KJPP ebenfalls gespalten, das Urteil lautet sowohl „eher gut“ wie „eher schlecht“, wobei Letzteres nach Angabe auf den Mangel an Pflegekräften zurückzuführen ist, der auch für die Zukunft befürchtet wird. Nachbesetzungen aktuell dauerten auch hier „Monate“.

Für die Schulung des Personals zu herausfordernden Situationen gibt es auch hier „Konzepte“ und „Kurse“ (ohne nähere Erläuterung), die verfolgt werden.

Angebote/Zielgruppen: Die KJPP, die geantwortet haben, geben für sich an, „ein komplettes Angebot für Kinder und Jugendliche bereitzustellen“. Das Angebot der KJPP decke die Behandlungsmöglichkeiten für alle Fälle/Diagnosen dieser Altersgruppe ab. Auch hier gilt, dass interne (altersbezogene) Differenzierungen stattfinden, so z. B. durch Eltern-Kind-Stationen. Hilfen für die Kinder psychisch kranker Eltern werden auch in mindestens einer KJPP als Angebot benannt.

Die Kinder und Jugendlichen kommen nach erfolgten Angaben aus dem häuslichen Umfeld, werden von Ämtern, Jugendhilfe oder Schulen vermittelt und/oder vom Kinderarzt eingewiesen. Die Behandlung erfolge bis zum 18., in Ausnahmefällen auch bis zum 21. Lebensjahr. Anzumerken sei, so die AG KJPP, dass die Fälle komplexer und schwieriger geworden seien und auch mehr „Delegationen“ von Erziehungsproblemen an KJPP stattfinden würden.

Kinder und Jugendliche würden in den KJPP auch beschult. Insgesamt wird jedoch bemängelt, dass die Beschulung ortsbezogen sehr unterschiedlich erfolge sowie quantitativ und qualitativ nicht ausreichend sei. Es bedürfte spezieller Fortbildung der Lehrerschaft, kontinuierlicheren Unterrichts und regelmäßigeren Kontakts zu den Herkunftsschulen.

Kooperation und Einschätzung zur Versorgungssituation: Die Kooperation mit anderen Einrichtungen wird mehrheitlich als „gut“ oder „eher gut“ bezeichnet, in Einzelfällen als schwankend zwischen „eher gut – eher schlecht“ (betreffend Schulen, Ämter, Jugend-

---

25 In einer Zusammenkunft mit der AG Kinder- und Jugendpsychiatrie Sachsen-Anhalt am 02.05.2018 und im Workshop vom 22.08.2018 zur Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie durch Sekundäranalyse konnten jedoch diverse Aspekte noch ausgeweitet und vertieft werden, die hier auch einfließen. Bewertungen und Empfehlungen beruhen also nicht nur auf den Fragebogendaten.

hilfe). Gute, gemeinsame Fall- und Hilfeplanung sei nötig. Die Jugendämter lassen auch erkennen, dass nach Entlassung aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht immer nahtlose Übergänge gewährleistet seien. Im Übrigen sei der Übergang von der Schule in das Berufsleben für psychisch gestörte Kinder und Jugendliche häufiger problembehaftet und würde ohne beratende Hilfe kaum bewältigt.

Der Mangel an ärztlichem und pflegerischem Personal wird durchgängig als Problem gesehen, ebenso die Ungleichverteilung und das Ungenügen der ambulanten Behandlungs- und Beratungskapazitäten für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Aufgrund dessen werde im Fall von Krisen (zu) schnell in Kliniken gefahren, weil z. B. Angehörige oder auch Lehrkräfte in den Schulen damit als nicht fachlich ausgewiesene oder beratene Personen mit der Situation überfordert seien.

Die Beratungsstellen EFLE seien zu wenig auf Belange psychisch belasteter bzw. kranker Kinder und Jugendlicher ausgerichtet. Generell sollten nach Auffassung der KJPP Institutionen und Berufsgruppen, die häufiger mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben, stärker dafür sensibilisiert werden.

Die Thematik Migration und unbegleitete minderjährige Flüchtlinge habe sich aktuell etwas entspannt. Dennoch bleibe das Problem der kultursensiblen Bereitstellung sowie Akzeptanz von Hilfen.

Für die Zukunft bedürfe es der Überlegungen zu einer noch besseren regionalen Verteilung der stationären, insbesondere der teilstationären Angebote. Auch die Frage, ob es Schwerpunktsetzungen und Spezialambulanzen für bestimmte Gruppen von betroffenen Kindern und Jugendlichen mit mehrfachen Störungen (z. B. Komorbidität mit süchtigem Verhalten einschließlich medienbezogener Abhängigkeit; geistige und psychische Störungen, schwere Verhaltensauffälligkeit) geben solle, müsse diskutiert werden. Schließlich würden sich bestimmte Problemstellungen bis hin zu psychotischen Phasen z. T. erst und zunehmend im Alter ab 18 oder 21 zeigen. Hier sei die Erwachsenenpsychiatrie zwar grundsätzlich zuständig, jedoch auf die (intensiveren) Betreuungsbedarfe dieser speziellen Gruppe nicht immer ausgerichtet.

6.6 Medizinische Rehabilitation psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen – Rehabilitationseinrichtung für Psychisch Kranke RPK

6.6.1 Ausgangs- und Problemlage

Vorbemerkung: Dieser Abschnitt dient der Information über das rehabilitationsorientierte Geschehen in Sachsen-Anhalt. Zwar umfasste der Auftrag nicht, die Rehabilitation und ihre Einrichtungen (z. B. gemäß Sozialgesetzbuch VI – Rentenversicherung) als eigenen Leistungsbereich gesondert zu untersuchen, noch gehörte das Suchthilfesystem, für das die Rehabilitation tradierterweise eine besondere Rolle spielt, im engeren Sinn zum Auftrag. Gleiches gilt für die Geriatrische (Früh-)Rehabilitation, die nach dem Geriatriekonzept des Landes Sachsen-Anhalt dem Krankenhausbereich zugeordnet ist. Dennoch ist es zugunsten eines Gesamtbilds und späterer Bewertungen zum Versorgungssystem angezeigt, zumindest einige thematische Aspekte näher zu beleuchten soweit sie die (medizinische und berufliche) Rehabilitation psychisch kranker Personen betreffen, Fall- und Einrichtungszahlen hierfür zu nennen und schließlich einen Blick auf die Rehabilitationseinrichtung für Psychisch Kranke (RPK) zu werfen (wobei die RPK als gewissermaßen hybride Einrichtung auch unter dem Aspekt „Teilhabe“ angesiedelt werden könnte, jedoch aufgrund ihres medizinischen Anteils hier vorgestellt wird).

Die Thematik Rehabilitation für psychisch kranke Menschen erweist sich seit Jahrzehnten als komplex und hinsichtlich Lösungen als schwierig: Bereits in den Anfängen der Psychiatriereform in Deutschland war es Ziel, die Rehabilitation so zu gestalten, dass sich diesbezügliche Erfolgsaussichten für psychisch kranke Menschen in gleicher Weise wie für somatisch Kranke abzeichnen können, wenngleich von vornherein offenkundig war, dass die Wege dazu unterschiedlichen Ansätzen gehorchen müssen. Denn, so formulierte es die „Expertenkommission zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich“ bereits 1988: „Beim körperlich Kranken stehen die Bemühungen um eine Behebung seines Leidenszustandes oder um die Kompensation von Ausfallerscheinungen in erster Linie im Dienste der Wiederherstellung seiner Berufs- und Erwerbsfähigkeit. Bei der Formulierung der Genesungs- und Rehabilitationsziele für psychisch Kranke und Behinderte geht es jedoch zunächst darum, ihre Eingliederung oder Wiedereingliederung in ein Netz sozialer Beziehungen zu erreichen … Die Rückführung in Arbeit und Tätigkeit stellt damit lediglich einen Teilaspekt des Rehabilitationsgeschehens dar“ (Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, 1988, S. 151).

Zweifelsohne wurde seither eine Fülle von Möglichkeiten und Maßnahmen, Einrichtungen und Hilfeformen entwickelt und gefördert, die dem Ziel dienen soll, auch die hier im Vordergrund stehende Gruppe der betroffenen Menschen über Rehabilitationsmaßnahmen (wieder) an Arbeit, Beschäftigung und Tätigkeit heranzuführen, selbst wenn die Voraussetzungen (z. B. Integration in ein stabiles Netz sozialer Beziehungen) hierfür aufgrund der Besonderheit der psychischen Erkrankung und Behinderung schwieriger zu schaffen sind. Argumentiert wurde einerseits, dass diese Rehabilitation nur gelingen könne, wenn dafür spezielle Einrichtungen geschaffen würden wie eben die RPK, die den besonderen Bedarfen Rechnung tragen könne und solle. Andererseits wurde dafür plädiert, das bestehende („allgemeine“) Rehabilitationssystem vorwiegend in Trägerschaft der Rentenversicherungsträger so zu entwickeln und zu qualifizieren, dass es den Belangen psychisch kranker Menschen ebenfalls voll gerecht werden könne. Mindestens für suchtkranke Menschen kann dieses allgemeine Reha-System – schon allein aufgrund weit längerer Tradition des Suchthilfesystems – durchaus Erfolge aufweisen. Ein gleiches Urteil kann mit Blick auf psychisch kranke Menschen nicht oder nur bedingt gefällt werden; gerade die bereits in Abschnitt 3 dargestellte Entwicklung der Zunahme von Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung aufgrund psychischer Erkrankung in den letzten Jahren belegt diese Skepsis.

Eine umfassende Evaluation zur „Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ kommt zu folgendem Urteil: „Die Teilhabe am Arbeitsleben stellt ein zentrales Rehabilitationsziel für Menschen mit psychischen Erkrankungen dar. In Deutschland existiert eine Vielzahl von Einrichtungen und Programmen zur beruflichen Teilhabe. Dennoch zeigt die Realität, dass ein substanzieller Teil der beruflichen Rehabilitationsbemühungen nicht die gewünschten Ergebnisse zeitigt und Betroffene sich mit einem Dauerarbeitsplatz in einer Werkstatt für behinderte Menschen zufrieden geben müssen, arbeitslos bleiben oder frühzeitig eine Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten. Die Re-Integration in den ersten Arbeitsmarkt bildet hingegen oft die Ausnahme.“ (Gühne & Riedel-Heller, 2015, S. 4).

Voraussetzungen, wieder in Arbeit, Beruf und Beschäftigung integriert zu werden, sind in jedem Fall die Genesung und körperlich-seelische Festigung bzw. die medizinische Rehabilitation. Die Verhältnisse dazu in Sachsen-Anhalt kurz darzustellen, ist Gegenstand dieses Abschnitts. In welcher Weise die konkrete „Teilhabe“ an Arbeit und Beschäftigung in Sachsen-Anhalt durch entsprechende Angebote und Leistungen im Land befördert wird, ist Gegenstand des Kapitels 7.

6.6.2 Zur medizinischen Rehabilitation

Im Land Sachsen-Anhalt sind für *alle* Folgen *somatischer und psychischer* Erkrankungen und Rehabilitationsanlässe insgesamt 21 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (im Folgenden kurz: Reha-Kliniken) mit 3.678 Betten beheimatet. Im Jahr 2000 waren in 20 Einrichtungen dieser Art 3.690 Betten verzeichnet, der Umfang der einschlägigen Versorgungskapazitäten ist folglich von 2000 bis 2016 gleich geblieben.

Nach durchgeführten Recherchen (unter Heranziehung entsprechender Listungen des MS und des Psychiatrieausschusses) sind nun von allen diesen Reha-Kliniken nur zwei im Burgenlandkreis explizit für *psychisch und psychosomatisch kranke* Menschen ausgewiesen – und zwar mit insgesamt 173 Betten/Plätzen. Vermutet werden kann jedoch, dass in weiteren Reha-Kliniken diese Klientel ebenfalls präsent ist.

Rehabilitationsmöglichkeiten für *suchtkranke* Menschen werden häufiger genannt; Tab. 26 gibt dazu einen Überblick:

Tab. 26: Reha-Kliniken mit Ausrichtung auf suchtkranke Menschen

Gebietskörperschaft	Anzahl	Stationäre Plätze
Altmarkkreis Salzwedel		
Landkreis Anhalt-Bitterfeld		
Landkreis Börde		
Burgenlandkreis	1	12
Stadt Dessau-Roßlau		
Stadt Halle (Saale)		
Saalekreis		
Landkreis Harz	1	132
Landkreis Jerichower Land		
Stadt Magdeburg	1	66
Landkreis Mansfeld-Südharz	2	171
Salzlandkreis		
Landkreis Stendal		
Landkreis Wittenberg		
Gesamt	5	381

Quelle: MS LSA; Psychiatrieausschuss

Tab. 25 zeigt nun auf, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den Jahren 2000 und 2016 erbracht wurden (Fallzahlen für Sachsen-Anhalt):

Tab. 27: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe infolge von psychischen und Verhaltensstörungen nach Geschlecht für die Jahre 2000 und 2016

	Anzahl Leistungen		
Jahr	**Weiblich**	**Männlich**	**Gesamt**
2000	1.386 (53,7 %)	1.194 (46,3 %)	2.580 (100,0 %)
2016	2.616 (58,8 %)	1.834 (41,2 %)	4.450

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung; Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt 2017, Krankenhausstatistik, Teil II – Diagnosen; Deutsche Rentenversicherung

Die Zahl der Rehabilitationsleistungen etc. steigt also von 2000 auf 2016 um 72,5 %, wobei der Anteil der weiblichen Leistungsempfänger leicht überwiegt bzw. über die genannte Zeitspanne sogar noch zunimmt. Insofern ist eine diagnosebezogene Aufteilung von Interesse (für ausgewählte Diagnosen); Tab. 28 zeigt die Ergebnisse:

Tab. 28: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe nach ausgewählten Diagnosen und Geschlecht für die Jahre 2000 bis 2016

	Fallzahl			
	Jahr 2000		Jahr 2016	
Merkmal	**Weiblich**	**Männlich**	**Weiblich**	**Männlich**
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	113	676	165	678
F11-F19 Psychische Störungen durch psychotrope Substanzen	10	44	80	273
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	21	21	31	36
F30-F39 Affektive Störungen	460	124	1.378	439

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung; Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt 2017, Krankenhausstatistik, Teil II – Diagnosen; Deutsche Rentenversicherung

Obwohl bei den Krankenhausfällen in Sachsen-Anhalt das männliche Geschlecht dominiert, verweisen die Zahlen für den Reha-Bereich auf umgekehrte Verhältnisse: Zwar liegt das männliche Geschlecht sowohl 2000 wie 2016 bei alkoholsuchtbedingten stationären Reha-Leistungen vorne, dies wird jedoch statistisch betrachtet ausgeglichen durch die Dominanz des weiblichen Geschlechts bei affektiven Störungen.

Hinsichtlich der Altersgruppen sei unter Bezug auf die genannten Quellen noch nachgetragen, dass bei Alkoholsucht die Altersgruppen zwischen 30 und 55 Jahre im Vordergrund stehen, bei Störungen durch andere psychotrope Substanzen die Altersgruppen von 20 bis 40 Jahre und bei affektiven Störungen die Altersgruppen von 35 bis 64 Jahre. Diese Verhältnisse sind weitgehend gleich zwischen den Geschlechtern und für die Zeitpunkte 2000 und 2016.

Wenngleich hier Bewertungen ohne z. B. Heranziehung der Verhältnisse bei somatischen Erkrankungen oder in anderen Ländern schwierig sind, so fällt doch auf, dass die Reha-Zahlen in Sachsen-Anhalt eher gering erscheinen. Ob dies an Anspruchsvoraussetzungen liegt oder an Kapazitätsengpässen bleibt offen. Dennoch erscheint z. B. der Anteil an alkoholsuchtbedingten Reha-Leistungen im Jahr 2016 mit einer Größenordnung von

18,9 % als gering, gemessen an den Fallzahlen im stationären und ambulanten Bereich aufgrund von Alkoholsucht. Trotz steigender Reha-Leistungen von 2000 bis 2016 steigen die Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen deutlich: Für das Jahr 2000 wurden in Sachsen-Anhalt insgesamt 1.168 Rentenzugänge (davon 588 weiblichen und 580 männlichen Geschlechts), für das Jahr 2016 insgesamt 1.825 Rentenzugänge (davon 1.042 weiblichen und 783 männlichen Geschlechts) gezählt.[26] Inwieweit dies Indiz dafür ist, dass (medizinische) Reha-Maßnahmen bei psychischen und Verhaltensstörungen nur bedingt erfolgreich sind, kann nur vermutet werden. Dass das Verhältnis steigender Reha-Leistungen zu gleichzeitig steigenden Rentenzugängen allerdings kein sachsen-anhaltisches Problem allein sein dürfte, darauf deutet eine auf bundesweite Gegebenheiten bezogene Aussage aus dem Kreis der Deutschen Rentenversicherung hin, dass nämlich „ca. 50 % der vorzeitigen Rentenempfänger vorab keine Reha-Maßnahme erfahren haben.“[27]

6.6.3 Rehabilitationseinrichtung für Psychisch Kranke (RPK)

Tab. 29 zeigt nun die Einrichtungen zur Rehabilitation Psychisch Kranker (RPK) in Sachsen-Anhalt. Es handelt sich um zwei RPK beim gleichen Träger (AWO) mit zwei Standorten in Magdeburg und Halle.

Tab. 29: Einrichtungen zur Rehabilitation Psychisch Kranker (RPK) – Standorte und Platzzahl

Gebietskörperschaft	Standorte	Plätze	
		Med. REHA ganztägig ambulant	Berufliche REHA
Altmarkkreis Salzwedel			
Landkreis Anhalt-Bitterfeld			
Landkreis Börde			
Burgenlandkreis			
Stadt Dessau-Roßlau			
Stadt Halle (Saale)	1	25	45
Saalekreis			
Landkreis Harz			
Landkreis Jerichower Land			
Stadt Magdeburg	1	15	21
Landkreis Mansfeld-Südharz			
Salzlandkreis			
Landkreis Stendal			
Landkreis Wittenberg			
Gesamt	2	40	66

Quelle: MS LSA

26 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Statistisches Landesamt, Deutsche Rentenversicherung.

27 Aussage Dr. Thomas Hansmeier, Deutsche Rentenversicherung Bund, im Rahmen eines Vortrags anlässlich der 19. P.E.G. Fachtagung: Gesundheitswirtschaft im Wandel am 11. Oktober 2018 in München.

Folgendes kann dazu auf Basis der Befragung mitgeteilt werden:

Nach eigenen Angaben bieten die RPK „eine längerfristige konstante Begleitung und Betreuung des Einzelnen mit einem kombinierten Konzept der medizinisch-beruflichen Rehabilitation und sichert ein langes, stabiles Bezugssystem“. Ziele sind: Berufsorientierung, gezielte Vorbereitung auf den Wiedereinstieg, inhaltliche Bearbeitung verschiedener Themen, die Erkrankung/Arbeitstätigkeit/Alltag in ihrem Zusammenhang betrachten. Therapeutisches Milieu soll mit Nähe zum Arbeitsmarkt verbunden sein. „Die RehabilitandInnen werden bei der Bewältigung ihrer Krankheitsfolgen durch Behandlung, Beratung und Gruppenangebote individuell und intensiv unterstützt“.

Die Finanzierung der Leistungen erfolgt auf Basis von Einzelantrag und -genehmigung durch den Rehaträger, dadurch sei „die Belegung auch Schwankungen ausgesetzt“.

Die beiden RPK arbeiten mit einem interdisziplinär besetzten Team. Die Besetzungsmöglichkeiten werden als eingeschränkt angesehen, es sei nicht einfach, ärztliches oder sozialpädagogisches Fachpersonal zu finden, vor allem, da bestimmte Qualifikationsstandards beim Personal in RPK zu erfüllen seien. Da in die RPK nur Personen aufgenommen werden, die sich nicht in akuten Krankheitsphasen befinden, entstehen kaum eskalierende Situationen, die nicht „auf Augenhöhe“ bewältigt werden könnten.

Die Klientel wird in höherem Anteil von der Agentur für Arbeit oder dem Jobcenter zugewiesen, gefolgt von Klinik und Rentenversicherung. Die Weitervermittlung erfolgt in benannten 20 % bis 30 % an Arbeitgeber/Arbeitsstelle, in 45 % bis 75 % an eine Umschulungs- oder Weiterbildungseinrichtung. Die erforderliche Zusammenarbeit mit anderen Institutionen wird durchgehend als „gut“ oder „eher gut“ bezeichnet.

Die Angaben zu den (Vermittlungs-)Leistungen decken sich durchaus mit einer im Jahr 2013 durchgeführten Befragung in den damals bundesweit existenten 52 RPK: Zuweiser für RPK-Maßnahmen waren im Wesentlichen psychiatrische Kliniken und Institutsambulanzen sowie Rehabilitationsträger. „Nach Abschluss der beruflichen RPK-Maßnahme war ein Anteil von 31 % der Rehabilitanden erwerbstätig, 24 % waren in Ausbildung und Umschulung, d. h. ein Anteil von 55 % der Teilnehmer war auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig bzw. in Bildungsmaßnahmen“ (Gühne & Riedel-Heller, 2015, S. 42).

Gefragt nach den Schwächen in der Versorgung, wird von den RPK in Sachsen-Anhalt mitgeteilt: „Zugang zu Psychotherapeuten ist erschwert, die Therapieaufnahme ist selten zeitnah möglich“. Des Weiteren fehlten „Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten auf dem niedrigschwelligen Sektor bzw. Arbeits(-zeit-)modelle, die mit der Erkrankung vereinbar“ seien. Bei Alleinerziehenden sei es schwierig, die Alltagsanforderungen parallel zu bewältigen. Überdies sei der Zugang zu eigenständigen Wohnformen für die Klientel erschwert.

7 Teilhabe

Dieses Kapitel ist vor allem auf zwei Ziele ausgerichtet: Erstens wird detailliert dargestellt, auf welche institutionell in Sachsen-Anhalt vorhandenen oder eigens dazu geschaffenen Angebote und Maßnahmen psychisch kranke bzw. seelisch behinderte Menschen zurückgreifen können, um am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können: Dazu gehören Tagesstruktur, Tagesgestaltung, Wohnen, Beschäftigung und Arbeit, doch bedarf diese Gruppe dazu strukturierter, professioneller Anregung, Unterstützung und Förderung, da sie in ihrer Selbststeuerungskompetenz häufig eingeschränkt ist.

Zweitens hebt das Kapitel darauf ab, zu klären, inwieweit vor Ort mit auf gesetzlicher Basis bereitgestellten Mitteln „Teilhabe“ im Sinne der UN-BRK oder des BTHG (z. B. SGB XII Eingliederungshilfe) realisiert wird.

Dabei gilt grundsätzlich: Mit Blick auf die durch das BTHG und die bis 2020 noch anstehenden Umsetzungsschritte, ist die Situation im Bereich Teilhabe derzeit sehr dynamisch. Dieser Bericht muss sich naturgemäß jedoch auf den derzeitigen Stand (bzw. Stand 2016) beziehen. Zukünftige Entwicklungen können im Folgenden nicht berücksichtigt werden.

7.1 Tagesgestaltung

Begegnungsstätten für psychisch kranke Menschen

Begegnungsstätten für psychisch kranke bzw. seelisch behinderte Personen sind niedrigschwellige offene Angebote, die soziale Kontakte und Möglichkeiten einer (kreativen) Gestaltung der Freizeit bieten.

Die Bestandsaufnahme ergab, dass in Sachsen-Anhalt acht Begegnungsstätten für psychisch Kranke bzw. seelisch Behinderte bestehen (Tab. 30). Wie die Tabelle zeigt, ist diese Angebotsform nicht flächendeckend vorhanden. Dementsprechend äußern Betroffene und Angehörige in der Befragung, dass Begegnungsangebote vor Ort fehlen.

Tab. 30: Kontakt- und Begegnungsstätten für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen

Gebietskörperschaft	Anzahl Begegnungsstätten
Altmarkkreis Salzwedel	
Landkreis Anhalt-Bitterfeld	
Landkreis Börde	1
Burgenlandkreis	
Stadt Dessau-Roßlau	1
Stadt Halle (Saale)	2
Saalekreis	
Landkreis Harz	
Landkreis Jerichower Land	
Stadt Magdeburg	4
Landkreis Mansfeld-Südharz	
Salzlandkreis	
Landkreis Stendal	
Landkreis Wittenberg	
Gesamt	8

Quelle: Eigene Befragung und Recherchen von FOGS.

An der schriftlichen Befragung der Begegnungsstätten haben fünf Anbieter teilgenommen (62,5 %). Alle teilnehmenden Einrichtungen richten sich an Erwachsene und an ältere psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen, vier davon auch Menschen mit einer Doppeldiagnose. Zugangsbeschränkungen bestehen nicht. Zwei Begegnungsstätten zählen auch einige geistig- oder lernbehinderte Menschen zu ihrer Klientel. Über (einzelne)

Nutzer*innen mit Migrationshintergrund berichtet lediglich ein Anbieter, eine andere Begegnungsstätte zählt (wenige) Flüchtlinge zur Klientel. Interessierte erfahren per Internet, Print-Medien oder durch an anderen Stellen ausgelegtes Informationsmaterial sowie durch Empfehlungen von Ärzt*innen o. a. von den Begegnungsstätten.

Spezialisierte Angebote für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen halten vier der befragten Anbieter vor. Dazu zählen u. a. soziotherapeutische Einzelgespräche oder auch Theater- und Malprojekte. Ebenso verfügen vier Einrichtungen über Angebote für Angehörige bzw. beziehen Angehörige in ihre Arbeit ein, wenn das von den Klient*innen gewünscht wird. Drei Begegnungsstätten bieten auch Freizeitaktivitäten außerhalb der Einrichtung an, bspw. Ausflüge. Angebote der Tagesstätten sind teilweise kostenlos und z. T. für ein kleines Entgelt nutzbar. In einer Einrichtung ist es möglich, Leistungen über das Persönliche Budget einzukaufen.

Alle Begegnungsstätten finanzieren sich auch über Eigenmittel bzw. Spenden, darunter zwei ausschließlich. Zwei andere Anbieter erhalten zusätzlich kommunale Zuschüsse. Insgesamt kann die Finanzierung überwiegend als prekär eingeschätzt werden, z. T. ist die Weiterarbeit gefährdet. Der Psychiatrieausschuss äußert in seinem 22. Bericht dazu „Strukturelle Voraussetzungen wie Räumlichkeiten und Ausstattung sowie die personellen Voraussetzungen einer professionellen Begleitung erfordern eine nachhaltige Sicherung der Finanzierung. Ehrenamtliches Engagement kann die Strukturen ergänzen, aber darf nicht als Einsparpotential missverstanden werden“ (Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung Sachsen-Anhalt, 2015, S. 14).

Die erhobenen Öffnungszeiten sind sehr unterschiedlich: Ein Anbieter hat drei Tage pro Woche geöffnet. Jeweils drei Begegnungsstätten sind fünf Tage in der Woche zugänglich. Sechs Tage pro Woche kann lediglich ein Begegnungsangebot in Anspruch genommen werden, das auch als einziges an beiden Wochenendtagen geöffnet ist. Dabei sind die Begegnungsstellen zwischen einer Stunde und zwölf Stunden geöffnet.

Alle Begegnungsstätten werden von ehrenamtlich engagierten Personen unterstützt. Zusätzlich arbeiten in zwei Einrichtungen Betroffene mit. Die Personalausstattung wird, ebenso wie die Fachkräfteverfügbarkeit unterschiedlich beurteilt.

Obgleich Begegnungsstätten dem Charakter nach vorrangig ein offenes Kontaktangebot darstellen, geben drei Anbieter an, dass sie regelhaft einzelfallbezogen mit anderen Akteur*innen des Versorgungssystems kooperieren, am ehesten mit Kliniken und niedergelassenen Praxen. Die einzelfallbezogene Kooperation wird – sofern angegeben – als „gut“ bewertet.

Bezüglich der institutionellen Kooperation bzw. Netzwerkarbeit haben zwei Begegnungsstätten Angaben gemacht. Danach arbeiten sie vorwiegend in Arbeitskreisen oder Arbeitsgruppen mit anderen Akteuren zu versorgungsbezogenen Aspekten wie Behandlung, Beratung, Pflege und Wohnen oder zu spezifischen Themen wie Depression zusammen.

Die befragten Begegnungsstätten äußerten sich auch zu den Stärken und Entwicklungsbedarfen im Versorgungsystem in Sachsen-Anhalt. Positive Äußerungen gab es jeweils einmal zu Tageskliniken und zum Netz innerhalb der psychiatrischen Versorgung. Entwicklungsbedarfe sehen die Befragten im Bereich der Finanzierung von Begegnungsstätten. In der ambulanten Versorgung fehlen niedergelassene (Fach-)Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen, sodass für Hilfesuchende lange Wartezeiten entstehen. Auch die flächendeckende Einführung von Psychiatriekoordination und PSAG wurde im Zusammenhang mit Entwicklungsbedarfen thematisiert.

Unter dem Stichwort Begegnung weist die LS-LSA im Suchthilfewegweiser fünf Angebote aus, davon drei Begegnungsgruppen und zwei Selbsthilfegruppen in einem Begegnungszentrum bzw. -café.

Angebote der Tagesstruktur

Menschen mit einer i. S. des Gesetzes wesentlichen Behinderung, die nicht in einer WfbM arbeiten, können in Sachsen-Anhalt – wie auch in anderen Bundesländern – tagesstrukturierende Angebote zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in Anspruch nehmen.

In Sachsen-Anhalt arbeiten insgesamt 21 Tagesstätten für psychisch Kranke bzw. seelisch Behinderte mit 388 Plätzen, d. h. 1,7 Plätze je 10.000 Einwohner*innen (im Vergleich Thüringen:[28] 3,6 Plätze, Gesundheitsministerkonferenz, 2017). Vier Landkreise verfügen über keine Tagesstätten, in den übrigen Kommunen gibt es bis zu drei Tagesstätten (Tab. 31). Das Sozialministerium weist für das Jahr 2018 insgesamt 371 Leistungsberechtigte mit seelischer Behinderung in Tagesstätten aus. Zusätzlich verfügt Sachsen-Anhalt über acht Tagesstätten mit insgesamt 144 Plätzen für seelisch Behinderte infolge Sucht.

Tagesstätten für psychisch kranke bzw. seelisch behinderte Personen bieten im Rahmen der teilstationären Eingliederungshilfe bspw. Training zur Selbstversorgung, Hinführung zur Arbeit und Beschäftigung im kreativen Bereich oder Sozialkompetenzförderung an.

Tab. 31: Tagesstätten für seelisch Behinderte pro Gebietskörperschaft

	Tagesstätten	
Gebietskörperschaft	**Anzahl**	**Plätze**
Altmarkkreis Salzwedel		
Landkreis Anhalt-Bitterfeld	3	53
Landkreis Börde	1	15
Burgenlandkreis	3	65
Stadt Dessau-Roßlau	1	15
Stadt Halle (Saale)	3	50
Saalekreis	2	44
Landkreis Harz	3	55
Landkreis Jerichower Land		
Stadt Magdeburg	1	25
Landkreis Mansfeld-Südharz		
Salzlandkreis	3	56
Landkreis Stendal		
Landkreis Wittenberg	1	10
Gesamt	21	388

Quelle: Sozialministerium und Sozialagentur Sachsen-Anhalt.

28 Ein Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt ist mit den GMK-Daten nicht möglich, da teils Angaben fehlen, sodass hier zum Vergleich exemplarisch die vorliegenden Daten aus dem benachbarten Bundesland Thüringen herangezogen wurden.

Von den im Rahmen der Erhebungen angeschriebenen Tagesstätten für seelisch Behinderte beteiligten sich zwölf (Rücklaufquote 57,1 %).

Zielgruppen der Tagesstätten sind primär Erwachsene mit psychischen Störungen bzw. einer seelischen Behinderung, aber auch psychisch erkrankte ältere Menschen. Seltener zählen Menschen mit Doppeldiagnose bzw. Abhängigkeitserkrankung oder zusätzlicher geistiger Behinderung zu den Zielgruppen; in einigen Tagesstätten stellt dies auch ein Ausschlusskriterium dar. Erwartet wird zudem ein Mindestmaß an Mitwirkungsbereitschaft und Gruppenfähigkeit. Zielgruppenspezifische besondere Angebote nennen acht der zwölf Tagesstätten, zudem werden auch Freizeitaktivitäten außerhalb der Einrichtung angeboten. In allen Tagesstätten besteht die Möglichkeit, dass Angehörige – sofern dies von den Klient*innen gewünscht wird – in die Betreuung einbezogen werden. Grundsätzlich können Leistungen auch über das Persönliche Budget eingekauft werden.

Für das Jahr 2017 gaben sechs Tagesstätten an, dass Wartezeiten für Klient*innen entstanden sind. Diese resultierten eher selten aus ausgeschöpften Platzkapazitäten, sondern vor allem aus langen Bearbeitungszeiten der zuständigen Träger der Eingliederungshilfe. Im selben Jahr kam es in einer einzigen Einrichtung zu Überbelegung.

Die Öffnungszeiten der Tagesstätten sind variabel: Der Großteil der Einrichtungen hat von montags bis freitags geöffnet. Dabei beginnt der Tag meist zwischen 7:00 und 8:00 Uhr und endet zwischen 13:00 und 16:00 Uhr. Eine einzige Einrichtung gab an, zusätzlich auch am Wochenende geöffnet zu haben.

In drei Tagesstätten wird das hauptamtliche Personal von ehrenamtlich engagierten Personen unterstützt. In vier Einrichtungen sind Peers tätig. Die Personalsituation bzw. die Fachkräfteverfügbarkeit wird ausnahmslos als positiv bewertet. Unbesetzte Stellen gibt es derzeit nicht und Nachbesetzungen können in der Regel zeitnah vorgenommen werden. Allerdings gehen einige Anbieter davon aus, dass es aufgrund der demografischen Entwicklung in Sachsen-Anhalt künftig schwieriger werden wird, Stellen neu zu besetzen. Um Personal zu akquirieren und zu halten, bieten die befragten Tagesstätten u. a. verschiedene Weiterbildungsmöglichkeiten, flexible bzw. familienfreundliche Arbeitszeitmodelle, eine tarifliche Bezahlung mit entsprechenden Lohnanpassungen und gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Beschäftigten an.

Die befragten Tagesstätten machten auch Angaben zu ihrer Klientel im Jahr 2016 (Tab. 32; Angaben teils geschätzt). Anteilig werden in den befragten Tagesstätten mehr Frauen betreut (53,2 %) als Männer (46,8 %). Die Gruppe der 25- bis 64-Jährigen macht mit 90,4 % den größten Anteil der Klientel aus, doch sind immerhin 8 % der Klientel im Rentenalter. Nach Angaben der Tagesstätten weisen 0,3 % der Klientel einen Migrationshintergrund (darunter keine Flüchtlinge) auf.

Tab. 32: Geschlecht, Altersverteilung und Migrationshintergrund der Klientel in Tagesstätten (N = 12) (Angaben teilweise geschätzt)

Geschlecht	**Durchschnittlich in %**
Männlich	46,8
Weiblich	53,2
Anderes	0,0
Altersgruppen	**Durchschnittlich in %**
Unter 18 Jahre alt	0,0
18 – 24 Jahre alt	1,7
25 – 64 Jahre alt	90,4
65 Jahre und älter	8,0
Migrationshintergrund	**Durchschnittlich in %**
Ohne Migrationshintergrund	99,7
Mit Migrationshintergrund	0,3

Quelle: Eigene Befragung.

Der Tagesstätten-Besuch wird nach Durchführung einer individuellen Hilfeplanung ermöglicht. Im Gesamtplanverfahren übernehmen Vertreter*innen der Einrichtungen z. T. die Rolle des (emotionalen) Beistandes für ihre Klient*innen.

Sieben Tagesstätten äußerten, regelmäßig bei der Fallbearbeitung mit anderen Stellen und Akteur*innen zu kooperieren, vorrangig mit Kliniken, (Fach-)Ärzt*innen, dem örtlichen SpDi, Betreuungsvereinen sowie gesetzlichen Betreuer*innen und Leistungsträgern. Über eben diese Akteur*innen werden die meisten Klient*innen an die Tagesstätten vermittelt. Tagesstätten vermitteln Klientel anschließend i. d. R. an WfbM. Obwohl Übergänge häufig nahtlos möglich sind, thematisieren die befragten Einrichtungen, dass lange Bearbeitungszeiten seitens der Behörden die Prozesse erschweren. Ob die Vermittlung für alle Klient*innengruppen gleichermaßen gelingt, bewerten die Einrichtungen unterschiedlich. Besonders die Vermittlung von tagesstrukturierenden Angeboten in Arbeit gestalte sich aufgrund fehlender passgenauer Maßnahmen oft als schwierig.

Neun Tagesstätten machten Angaben zu ihrer Gremienarbeit, wobei der Großteil von einer Teilnahme an Tagesstättentreffen bzw. Arbeitskreisen berichtete. Mehrere Befragte sind Mitglied in der lokalen PSAG oder anderen regionalen Arbeitsgruppen. Alle neun Tagesstätten bewerten die Arbeit in den Netzwerkgremien positiv.

Bei der Bewertung von Stärken und Entwicklungsbedarfen in Sachsen-Anhalt werden Versorgungsstruktur bzw. Angebotsvielfalt sowie die Netzwerkarbeit zwischen den diversen Akteur*innen im System positiv hervorgehoben. Das Angebot an ambulanten Leistungen durch niedergelassene (Fach-)Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen wird als unzureichend erachtet, auch in Bezug auf die damit einhergehenden Wartezeiten für Klient*innen. Entwicklungsbedarfe werden auch im Zusammenhang mit den Kombinationsmöglichkeiten von Leistungen thematisiert. Die fehlende flächendeckende Verteilung von Hilfe- und Versorgungsangeboten im ländlichen Raum betrachten die Befragten ebenfalls kritisch.

Ambulante Gruppenmaßnahmen (AGM)

Bei Ambulanten Gruppenmaßnahmen (AGM) handelt es sich um eine eher neue Leistung der Eingliederungshilfe. Sie richtet sich an erwerbsunfähige Menschen mit (psychischen) Behinderungen, die keinen umfassenderen Bedarf an stationärer oder teilstationärer Betreuung haben und in der eigenen Häuslichkeit leben. Anders als Tagesstättenleistungen sind AGM mit Leistungen des Ambulant Betreuten Wohnens kombinierbar.

Landesweit werden an 16 Standorten in zwölf Kommunen Ambulante Gruppenmaßnahmen mit insgesamt 183 Plätzen, angeboten (Tab. 33). Die Zahlen steigen jährlich, sodass das Sozialministerium für September 2018 eine Zahl von 164 Leistungsberechtigten ausweist (zum Vergleich im Jahr 2016: 75 leistungsberechtigte Personen, die dieses Angebot nutzen konnten).

Tab. 33: Ambulante Gruppenmaßnahmen (AGM) pro Gebietskörperschaft

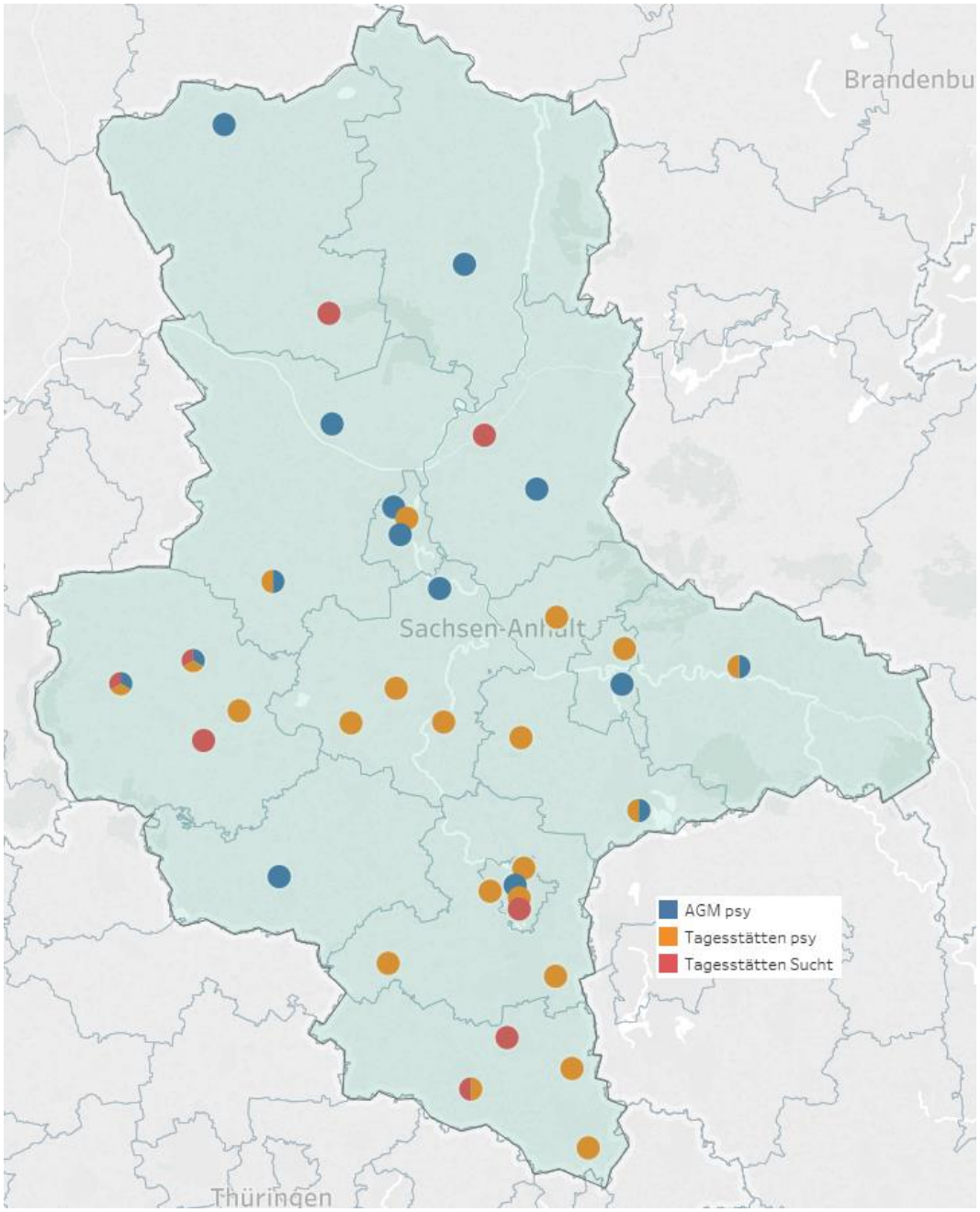
	AGM	
Gebietskörperschaft	**Anzahl**	**Plätze**
Altmarkkreis Salzwedel	1	35
Landkreis Anhalt-Bitterfeld	1	6
Landkreis Börde	2	22
Burgenlandkreis		
Stadt Dessau-Roßlau	1	14
Stadt Halle (Saale)	2	28
Saalekreis		
Landkreis Harz	2	17
Landkreis Jerichower Land	1	15
Stadt Magdeburg	2	10
Landkreis Mansfeld-Südharz	1	8
Salzlandkreis	1	9
Landkreis Stendal	1	8
Landkreis Wittenberg	1	11
Gesamt	16	183

Quelle: Sozialministerium und Sozialagentur Sachsen-Anhalt.

Die Inanspruchnahme dieser Leistungen schwankt je nach Angebot und je Bedarfslage der Betroffenen und hängt auch von den individuellen Vereinbarungen ab. AGM werden z. T. wochentags vorgehalten und ggf. durch Wochenendangebote ergänzt. Die einzelnen Angebote variieren je nach Anbieter und umfassen bspw. Hauswirtschaftstraining oder Inhalte zur Förderung der sozialen Kompetenz.

Die Verteilung von Tagesstätten und AGM über das Land zeigt die folgende Abb. 3:

Abb. 3: Verteilung der Tagesstätten und Ambulanten Gruppenmaßnahmen in Sachsen-Anhalt



Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Sachsen-Anhalt mit Begegnungsstätten, Tagesstätten und Ambulanten Gruppenmaßnahmen ein differenziertes Angebot an Möglichkeiten der Tagesgestaltung für Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen aufweist.

Hinsichtlich niedrigschwelliger Begegnungsangebote für psychisch kranke Personen gilt dieses Urteil allerdings nur eingeschränkt, denn Zahl und Wirkung erscheinen (noch) begrenzt. Die Finanzierung dieser Angebote ist bisher wenig gesichert und erfolgt teils ohne kommunale Zuschüsse; Personalausstattung und Angebotsgestaltung sind deshalb langfristig schwer planbar.

Hingegen wurde mit den AGM ein besonderes Angebot für die Tagesgestaltung psychisch kranker bzw. seelisch behinderter Menschen geschaffen, die Bedarf an einer Kom-

binationsleistung aus Ambulant Betreutem Wohnen und Tagesstruktur haben. Zudem kompensieren Ambulante Gruppenmaßnahmen in den nördlichen Regionen (Altmarkkreis Salzwedel und Landkreis Stendal) das Fehlen von Tagesstättenangebot für psychisch Kranke (Abb. 3), wobei noch zu prüfen ist, ob sie dies ausreichend können.

7.2 Wohnen

Die Wohnsituation psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen ist nicht selten prekär: Bei lang andauernden, chronisch sich auswirkenden Erkrankungen drohen nicht nur Brüche im sozialen Umfeld, sondern es stellt sich ggf. aufgrund fehlender Mittel und Möglichkeiten auch der Verlust der Wohnung ein. Sozialstaatlich begründete Regelungen erfordern dann die Klärung und Behebung dieser Situation auch im Sinne der Daseinsfürsorge, wobei anzustreben ist, den individuellen Gegebenheiten möglichst Rechnung zu tragen.

Die UN-BRK sieht für Menschen mit Behinderung eine unabhängige, also selbstbestimmte Lebensführung vor (Artikel 19). Staaten müssen entsprechende Maßnahmen treffen, um den betreffenden Personen ein selbstbestimmtes Leben und Teilhabe an der Gemeinschaft zu ermöglichen.

Das im Jahr 2017 in Kraft getretene BTHG widmet sich der Umsetzung dieser Vorgaben. Ab 2020 sind Leistungen der Eingliederungshilfe gemäß § 104 SGB IX nach Besonderheiten des Einzelfalls zu bestimmen. Dabei ist den Wünschen der Leistungsberechtigten zu entsprechen, sofern diese angemessen sind. Demnach sollen Menschen mit Behinderung unabhängig von ihrem Hilfe- und Unterstützungsbedarf frei wählen können, wo und wie sie leben möchten.

Voraussetzungen dafür sind flächendeckende sowie differenzierte Wohnmöglichkeiten und Unterstützungsangebote vor Ort, sodass die Betroffenen in ihrem gewohnten Lebensumfeld bleiben können, wenn sie dies wünschen.

Die Befragung im Bereich Wohnen richtete sich sowohl an Träger als auch an Einrichtungen, die Wohnangebote vorhalten, wobei sich die Hälfte der Angeschriebenen (41 von 81) an der Befragung beteiligte (50,6 %).

Ambulant Betreutes Wohnen (ABW) für seelisch Behinderte

Ambulant Betreutes Wohnen richtet sich an volljährige Menschen mit Behinderung, die in einer eigenen Häuslichkeit leben und nur begrenzt Unterstützung bei der eigenständigen Lebensführung sowie weitere psycho-soziale Hilfen benötigen, bspw. bei Kommunikation und Kontaktfindung. Im Rahmen von ABW werden die Klient*innen regelmäßig besucht und bei einer möglichst eigenständigen und selbstbestimmten Lebensführung unterstützt und die Integration in die Gesellschaft gefördert.

Für schwerer beeinträchtigte Personen fehlt es (noch) an ambulant betreuten Wohnangeboten, Voraussetzung hierfür wären vor allem auf deren Unterstützungs- bzw. Hilfebedarfe ausgerichtete bzw. bessere Personalschlüssel (derzeit 1 : 12).

In Sachsen-Anhalt arbeiten derzeit 49 Anbieter, die Ambulant Betreutes Wohnen für seelisch behinderte Menschen vorhalten. Im Juli 2018 konnten insgesamt 1.587 leistungsberechtigte Personen das Ambulant Betreute Wohnen in Anspruch nehmen. Dies sind 7,1 Leistungsberechtigte im Ambulant Betreuten Wohnen je 10.000 Einwohner*innen (im Vergleich Thüringen: 6,6; Gesundheitsministerkonferenz, 2017). Ambulante Betreuung

von suchtkranken Menschen leisten 33 Anbieter, die insgesamt 545 Leistungsberechtigte betreuen. Voraussetzung für die Betreuung im Ambulant Betreuten Wohnen für seelisch Behinderte infolge Sucht ist, dass die Leistungsberechtigten abstinent leben müssen.

Wie aus einer von FOGS durchgeführten schriftlichen Befragung hervorgeht, ist Ambulant Betreutes Wohnen neben psychisch kranken bzw. seelisch behinderten Menschen auf Menschen mit geistigen Behinderungen oder mit Doppeldiagnosen (Sucht und psychische Beeinträchtigung) ausgerichtet (jeweils sieben Anbieter). Zudem halten zwei Träger spezialisierte Familienhilfe nach SGB VIII für von psychischer Erkrankung betroffene Familien vor. Mit den Angeboten sollen die betroffenen Kinder unterstützt, der (familiäre) Tagesablauf strukturiert und Eltern in ihren Erziehungskompetenzen gestärkt werden (siehe Kap. 5.5.4). Ob zwei Anbieter mit einer solchen Leistung für das ganze LSA ausreichend sind, ist zu bezweifeln. In den von FOGS durchgeführten Workshops wurde darauf hingewiesen, dass das Hilfe- und Betreuungssystem Kinder von psychisch kranken Menschen (außerhalb der beiden genannten Angebote) präventiv besser auffangen sollte. Dazu sind entsprechende Angebote erforderlich. Einzelne Leistungserbringer zielen mit ihren Angeboten auf besondere Belastungen, wie posttraumatische Belastungsstörungen. Leistungen über das Persönliche Budget können bei neun Anbietern eingekauft werden. Bei allen Leistungserbringern Ambulant Betreuten Wohnens werden auf Wunsch der Klient*innen Angehörige in die Betreuung einbezogen.

Ein Viertel der befragten Anbieter wies darauf hin, dass es (Stand 2017) zu Wartezeiten bis zu einem halben Jahr für Klient*innen im Hinblick auf die Inanspruchnahme Ambulant Betreuten Wohnens kam, i. d. R. aufgrund langer Bearbeitungszeiten der zuständigen Ämter. Lediglich einmal kam es zu einer Überbelegung.

Zehn bzw. elf Befragte dokumentierten Angaben zu ihrer Klientel (Tab. 34). Demnach ist der Anteil der weiblichen Klientel im Jahr 2016 mit 52,9 % minimal größer als der Anteil der männlichen Klientel mit 47,1 % (Tab. 34; Angaben teils geschätzt).

Tab. 34: Geschlecht, Altersverteilung und Migrationshintergrund der Klientel im Ambulant Betreuten Wohnen (Angaben durch Befragte teilweise geschätzt)

Geschlecht (N = 11)	**Durchschnittlich in %**
Männlich	47,1
Weiblich	52,9
Anderes	0,0
Altersgruppen (N = 10)	**Durchschnittlich in %**
Unter 18 Jahre alt	0,0
18 – 24 Jahre alt	12,5
25 – 64 Jahre alt	82,4
65 Jahre und älter	5,1
Migrationshintergrund (N = 10)	**Durchschnittlich in %**
Ohne Migrationshintergrund	99,0
Mit Migrationshintergrund	1,0

Quelle: Eigene Befragung

Die Gruppe der 25- bis 64-Jährigen macht mit 82,4 % den größten Anteil der Klientel im ABW aus. Erwartungsgemäß wurden entsprechend der für Sachsen-Anhalt bestehenden Vorgaben zu den verschiedenen Leistungstypen Personen unter 18 Jahren nicht betreut.

Wie aus der Befragung hervorgeht, hat lediglich 1,0 % der betreuten Personen einen Migrationshintergrund, Flüchtlinge sind nicht darunter.

Ehrenamtlich Helfende ergänzen das hauptamtliche Personal bei vier Trägern. Ein Träger wird durch einen/eine Peer unterstützt, während ein anderer Träger mit einem/einer EX-IN zusammenarbeitet. Während vier Befragte mit ihrer Personalausstattung und -qualifikation zufrieden sind, bewerten sieben die Personalsituation bzw. Fachkräfteverfügbarkeit als „eher schlecht“ bzw. „schlecht“. Wenngleich zum Zeitpunkt der Befragung nur ein Träger über unbesetzte Stellen berichtete, bestehen doch vielfach Befürchtungen, dass es zunehmend schwerer wird, geeignetes und entsprechend qualifiziertes Fachpersonal zu gewinnen. Um qualifiziertes Personal zu rekrutieren bzw. zu halten, setzen die befragten Anbieter auf Weiterbildungs- bzw. Qualifizierungsmöglichkeiten, Supervision, attraktive (tarifgebundene) Löhne sowie auf ein gutes Arbeitsklima.

An einer individuellen Hilfeplanung bzw. am Gesamtplanverfahren der Klient*innen sind elf von zwölf Anbietern beteiligt. Involviert sind die Mitarbeiter*innen des Ambulant Betreuten Wohnens in der Regel in ihrer Rolle als (Bezugs-)Betreuer*innen.

Neun der befragten Leistungsanbieter kooperieren regelmäßig einzelfallbezogen mit anderen Akteur*innen des auf psychisch kranke bzw. seelisch behinderte Personen ausgerichteten Versorgungssystems. Vernetzt sind die befragten Anbieter u. a. mit den ansässigen SpDi, Fachkliniken, gesetzlichen Betreuer*innen bzw. Betreuungsvereinen, niedergelassenen Ärzt*innen sowie Ämtern und Suchtberatungsstellen. So wurden die Klient*innen oft über Fachkliniken, Fachärzt*innen, Therapeut*innen sowie über gesetzliche Betreuer*innen und Betreuungsvereine an das Ambulant Betreute Wohnen vermittelt. An wen die Klient*innen weitervermittelt werden, variiert von Anbieter zu Anbieter. Klient*innen werden u. a. an (Reha-)Kliniken oder stationäre Wohnformen vermittelt, wenn bei diesen die Erkrankung anderer Behandlungsformen bedarf und/oder das Ambulant Betreute Wohnen nicht mehr die geeignete Wohnform darstellt. Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden Klient*innen fallbezogen an WfbM vermittelt.

Auf der Ebene lokaler Gremien arbeiten die befragten Anbieter vorrangig innerhalb der PSAG oder in Arbeitskreisen zu verschiedenen Themen mit, bspw. zu Sucht, BTHG, Wohnen und Eingliederungshilfe. Die Bewertungen bezüglich der Gremienarbeit fallen gemischt aus. Fünf der Befragten schätzen die Gremienarbeit als „eher gut“, während drei diese als „eher schlecht“ bewerten.

Zum Ende der Befragung äußerten sich die Anbieter des Ambulant Betreuten Wohnens zu den Stärken innerhalb der Versorgungsstrukturen in Sachsen-Anhalt. Zu den Stärken zählen die befragten Anbieter vor allem das breite Spektrum an Angeboten für psychisch kranke Menschen. Entwicklungsbedarfe sehen die befragten Anbieter besonders im ambulanten Bereich. So thematisieren sie den Mangel an niedergelassenen (Fach-)Ärzt*innen sowie das Fehlen einer flächendeckenden Verbreitung von neuen ambulanten Angeboten wie Soziotherapie oder APP. Zudem wird der Personalschlüssel im Ambulant Betreuten Wohnen als unzureichend bewertet. Wie auch die Tagesstätten, bewerten die Anbieter des Ambulant Betreuten Wohnens die Kombinationsmöglichkeiten von Leistungen als unzureichend.

Stationäres Wohnen für seelisch Behinderte

Stationäre Wohnformen für (chronisch) psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen sind dann angezeigt, wenn schwere gesundheitliche und psycho-soziale Beeinträchtigungen vorliegen, es eines dauerhaft beschützten Wohnumfeldes bedarf sowie Hilfe und Betreuung stetig erforderlich sind. In Sachsen-Anhalt arbeiten verschiedene Wohnein-

richtungen, die auf den genannten Personenkreis ausgerichtet sind, bspw. Wohnheime, Übergangswohnen oder intensiv betreutes Wohnen. Ein wesentliches Ziel dieser Wohnformen besteht darin, dass die Leistungsberechtigten lernen, sich wieder im Lebensalltag zu orientieren und selbstbestimmt zu handeln. Im Vordergrund ihres Angebotsspektrums stehen demgemäß Hilfen zur Förderung sozialer und alltagsbezogener Kompetenzen in den Bereichen Selbstversorgung, Tagesstrukturierung, Kommunikation und Kontaktfindung.

Landesweit arbeiten 40 stationäre Wohnangebote mit insgesamt 1.067 Plätzen für seelisch behinderte Menschen (Tab. 35). Dies sind 4,8 Plätze je 10.000 Einwohner*innen (im Vergleich Thüringen: 5,4; Gesundheitsministerkonferenz, 2017). Für das Jahr 2018 (Stand Juli) weist das Sozialministerium 1.233 leistungsberechtigte seelisch Behinderte im stationären Wohnen aus. Zusätzlich können seelisch Behinderte infolge Sucht 48 Angebote nutzen, die insgesamt über 975 Plätze verfügen.

Tab. 35: Stationäre Wohneinrichtungen/Wohnangebote für seelisch Behinderte

Gebietskörperschaft	Anzahl	Plätze
Altmarkkreis Salzwedel	4	108
Landkreis Anhalt-Bitterfeld	3	88
Landkreis Börde	8	206
Burgenlandkreis	2	35
Stadt Dessau-Roßlau	1	1
Stadt Halle (Saale)	2	71
Saalekreis	0	0
Landkreis Harz	4	143
Landkreis Jerichower Land	1	18
Stadt Magdeburg	4	98
Landkreis Mansfeld-Südharz	4	117
Salzlandkreis	4	93
Landkreis Stendal	1	44
Landkreis Wittenberg	2	45
Gesamt	40	1.067

Quelle: Sozialministerium und Sozialagentur Sachsen-Anhalt

Im Frühjahr 2018 befragte FOGS auch die Einrichtungen des stationären Wohnens im Hinblick auf die zu erreichenden Zielgruppen, das Angebotsspektrum, das Personal und die Klientel. 16 Wohnanbieter füllten ausschließlich für das stationäre Wohnen einen Fragebogen aus.

Die stationären Wohneinrichtungen zählen neben psychisch kranken und seelisch behinderten Erwachsenen auch ältere Menschen zu ihren Zielgruppen. Manche Einrichtungen betreuen auch Menschen mit Doppeldiagnose, während wiederum andere Einrichtungen suchterkrankte Personen von der Betreuung ausschließen. Klient*innen aus dem Maßregelvollzug nehmen neun von 16 Einrichtungen auf. Im Rahmen der Untersuchung wurde außerdem darauf hingewiesen, dass Wohneinrichtungen aufgrund des demografischen Wandels mit einer älter werdenden Klientel konfrontiert sind. Tagesstrukturierende Hilfen werden von 13 Einrichtungen angeboten und in sieben Einrichtungen können Leistungen über das Persönliche Budget eingekauft werden. Sofern dies von den seelisch be-

hinderten Bewohner*innen gewünscht wird, beziehen 14 befragte Einrichtungen die Angehörigen in die Betreuung mit ein.

Acht Anbieter berichten im Jahr 2017 von Wartezeiten für ihre Klient*innen. Wenn Wartezeiten auftreten, waren diese vornehmlich ein Resultat aus Platzmangel oder längeren Bearbeitungszeiten bei den zuständigen Leistungsträgern und dauerten zwischen wenigen Monaten bis zu einem Jahr. Im selben Jahr kam es bei lediglich einer Einrichtung zu Überbelegung.

Das Personal wird in fünf stationären Wohneinrichtungen durch ehrenamtlich Helfende ergänzt. In mehr als der Hälfte der befragten Einrichtungen (62,5 %) wird das Personal systematisch in Deeskalation, Krisenmanagement o. ä. fortgebildet. In ebenso vielen Einrichtungen bestehen Konzepte, bspw. in Form von Verhaltensrichtlinien oder regelmäßigen Besprechungen bzw. Übungen, zur Vermeidung von Zwangsmaßnahmen.

Die Personalsituation bzw. die Fachkräfteverfügbarkeit schätzt die Hälfte aller Befragten als problematisch ein. Hierfür werden insbesondere folgende Gründe angeführt: Fachkräfte seien besonders in ländlichen Gegenden kaum vorhanden. Gleichzeitig erschwere die derzeitig enge Personalbemessung (Personalschlüssel: Wohnheime 1 : 5,5; intensiv betreutes Wohnen 1 : 8; Übergangswohnheim 1 : 7 bis 1 : 12) die bedarfsgerechte Versorgung im Betreuungsalltag. Obgleich Nachbesetzungen von Stellen i. d. R. zeitnah erfolgen, berichten vier Einrichtungen zum Befragungszeitpunkt von unbesetzten Stellen. Die Möglichkeit, Praktika in Anspruch zu nehmen, finanzielle Anreize, bspw. durch tarifvertragliche Entlohnung, Qualifizierungsmöglichkeiten und Supervision, Gesundheitsförderung sowie familienfreundliche Arbeitszeiten sollen dabei helfen, Personal zu gewinnen und zu halten. Zukünftige Personalengpässe prognostizieren die befragten Einrichtungen besonders für den Bereich der Heilerziehungspflege.

Zur Klientel liefert die folgende Tabelle Angaben:

Tab. 36: Geschlecht, Altersverteilung und Migrationshintergrund der Klientel in stationären Wohneinrichtungen (Angaben durch Befragte teilweise geschätzt, N = Anzahl der Einrichtungen)

Geschlecht (N = 11)	**Durchschnittlich in %**
Männlich	52,3
Weiblich	47,7
Anderes	0,0
Altersgruppen (N = 13)	**Durchschnittlich in %**
Unter 18 Jahre alt	0,0
18 – 24 Jahre alt	11,6
25 – 64 Jahre alt	69,3
65 Jahre und älter	19,1
Migrationshintergrund (N = 13)	**Durchschnittlich in %**
Ohne Migrationshintergrund	99,0
Mit Migrationshintergrund	1,0

Quelle: Eigene Befragung

Im Bezugsjahr 2016 ist die Klientel in den Wohneinrichtungen zu rd. 52,3 % männlichen und 47,7 % weiblichen Geschlechts (Tab. 36; Angaben teils geschätzt). Die 25- bis 64-Jährigen bilden den größten Anteil (69,3 %) der betreuten Personen. Der Anteil an

Menschen mit Migrationshintergrund in den befragten stationären Wohneinrichtungen ist mit 1,0 % marginal. In zwei der befragten Wohneinrichtungen werden zum Befragungszeitpunkt drei Flüchtlinge betreut.

Psychoedukation, Deeskalationstraining o. ä. für Bewohner*innen und Angehörige werden in zwei Einrichtungen vorgehalten. Die Hälfte der Einrichtungen hält zudem Beschwerdemöglichkeiten für Bewohner*innen bzw. Angehörige vor.

Am Gesamtplanverfahren bzw. der individuellen Hilfeplanung sind meist die Bezugsbetreuer*innen und/oder andere Vertrauenspersonen der Klient*innen innerhalb der Einrichtung beteiligt. Sie nehmen eine beratende Funktion ein, sorgen für Transparenz und klären offene Fragen.

Eine regelmäßige Kooperation mit anderen Akteur*innen des Versorgungssystems dokumentierten elf stationäre Wohneinrichtungen. Einzelfallbezogen arbeiten die befragten Einrichtungen vor allem mit Kliniken, (Fach-)Ärzt*innen, den SpDi sowie mit (gesetzlichen) Betreuer*innen und Betreuungsvereinen zusammen. Klient*innen werden vorrangig über Kliniken oder rechtliche Betreuer*innen und/oder Angehörige an die Wohneinrichtungen überwiesen. Nach einem Aufenthalt im stationären Wohnen wird die Klientel oft in das Ambulant Betreute Wohnen vermittelt oder in die eigene Häuslichkeit entlassen. Drei Einrichtungen berichten, dass Selbsthilfe- bzw. Angehörigengruppen regelmäßig in der Einrichtung präsent sind bzw. von regelhafter Kooperation mit der Selbsthilfe.

Die befragten Einrichtungen kooperieren auf institutioneller Ebene vorrangig im Rahmen der PSAG, verschiedenen Arbeitskreisen (besonders zum Thema Wohnen) sowie innerhalb des Psychiatrieausschusses mit anderen Akteuren des Versorgungssystems.

Ein differenziertes Angebotsspektrum sowie gute Kooperation der diversen Anbieter untereinander zählen die befragten stationären Wohneinrichtungen zu den Stärken im Versorgungssystem. Wie bei allen anderen Anbietern bisher auch, ist der Mangel an niedergelassenen (Fach-)Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen ein zentraler Aspekt bei der Benennung der Entwicklungsbedarfe. Im ländlichen Raum ist der Zugang zur ambulanten Therapie stark erschwert. Daraus resultieren für Hilfesuchende teils lange Wartezeiten. Betroffene müssen im ländlichen Bereich u. U. lange Fahrwege (auf eigene Kosten) auf sich nehmen, bspw. wenn sie zur Psychotherapie fahren. Bemängelt wird von manchen Anbietern außerdem die Anzahl an stationären Wohnangeboten für seelisch Behinderte, besonders Angebote speziell für junge Erwachsene gibt es kaum. Auch die Kombinationsmöglichkeiten von Leistungen werden als zu starr bewertet.

„Wohnverbund“

Hierbei handelt es sich um keine faktisch bestehende Wohnform im Versorgungssystem Sachsen-Anhalts. Der Begriff „Wohnverbund“ wurde von FOGS vor allem deshalb gewählt, um Befragungsergebnisse von Leistungsanbietern bzw. Trägern abzubilden, die einen Fragebogen sowohl für ihr stationäres als auch ambulantes Wohnangebot ausgefüllt haben. Die aus der Befragung resultierenden Daten können somit weder explizit dem stationären noch dem Ambulant Betreuten Wohnen zugeordnet werden. Insgesamt wurden 13 Fragebogen auf diese Weise beantwortet.

Erwartungsgemäß zählen neben psychisch kranken Erwachsenen auch Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen bzw. Doppeldiagnosen oder zusätzlich geistiger Behinderung zu den Zielgruppen der befragten Einrichtungen. Im Unterschied dazu gilt in einzelnen Einrichtungen eine Suchterkrankung als Ausschlusskriterium für eine Aufnahme. Klient*innen aus dem Maßregelvollzug nehmen sechs der 13 Anbieter auf. Eine Spezialisierung des Angebots auf besondere Belastungen liegt bei drei der Anbieter vor. Tagesstruk-

turierende Angebote halten neun befragte Leistungsanbieter vor. Ebenso viele bieten den Einkauf von Leistungen der Einrichtungen über das Persönliche Budget an. Angehörige werden – sofern von den Klient*innen gewünscht – bei zehn Anbietern in die Betreuung einbezogen.

Im Jahr 2017 entstanden bei acht von 13 befragten Einrichtungen Wartezeiten für die Klient*innen. In der Regel betrugen diese einige Monate, in Ausnahmefällen auch ein bis zwei Jahre. Als Gründe für die Wartezeiten wurden sowohl unzureichende Platzkapazitäten als auch aufwändige Einzelfallbeantragungen bzw. längere Bearbeitungszeiten seitens der zuständigen Ämter dokumentiert. Von einer Überbelegung des Wohnangebots im Jahr 2017 berichteten vier Träger.

Das Personal von drei Einrichtungen wird – laut den Befragungsergebnissen – durch ehrenamtlich engagierte Personen unterstützt und bei jeweils zwei Trägern von Peers. Die Beurteilung der Personalsituation bzw. Fachkräfteverfügbarkeit fällt gemischt aus. Sechs Träger begründen ihre negativen Einschätzungen mit mangelnden finanziellen Möglichkeiten, fehlender politischer und gesellschaftlicher Anerkennung von Pflege- und Betreuungsberufen und der schwierigen Lage im ländlichen Bereich. Zudem erschwert die räumliche Nähe zu Niedersachsen, wo bessere Löhne gezahlt werden, es, geeignetes Personal zu gewinnen. Unbesetzte Stellen wurden von vier Anbietern genannt, vor allem im Hinblick auf den pflegerischen Bereich. Um Personal zu gewinnen bzw. zu halten, setzen die befragten Anbieter vor allem auf regelmäßige Fortbildungsmöglichkeiten, Supervision, Gesundheitsmanagement sowie auf teambildende Maßnahmen.

Die Klientel der befragten Leistungsanbieter im Jahr 2016 setzt sich zu 51,1 % aus Männern und zu 48,9 % aus Frauen zusammen (Tab. 37).

Tab. 37 Geschlecht, Altersverteilung und Migrationshintergrund der Klientel „Wohnverbund“ (Angaben durch Befragte teilweise geschätzt)

Geschlecht (N = 8)	**Durchschnittlich in %**
Männlich	51,1
Weiblich	48,9
Anderes	0,0
Altersgruppen (N = 8)	**Durchschnittlich in %**
Unter 18 Jahre alt	0,0
18 – 24 Jahre alt	15,1
25 – 64 Jahre alt	75,9
65 Jahre und älter	9,0
Migrationshintergrund (N = 7)	**Durchschnittlich in %**
Ohne Migrationshintergrund	98,5
Mit Migrationshintergrund	1,5

Quelle: Eigene Befragung

Wie auch bei den anderen Wohnanbietern, ist die Klientel größtenteils zwischen 25 und 64 Jahre alt. Jünger sind rd. 15,1 % und im Seniorenalter sind 9,0 % der Bewohner*innen. Der Anteil an Klient*innen mit Migrationshintergrund beträgt lediglich 1,5 %. Ein Anbieter berichtet außerdem von einem Flüchtling als Bewohner*in.

Am Gesamtplanverfahren bzw. der individuellen Hilfeplanung beteiligen sich die befragten Einrichtungen, indem sie bei Gesamtplangesprächen mitwirken.

Neun der Befragten gaben an, einzelfallbezogen mit anderen Akteur*innen des Versorgungssystems zusammenzuarbeiten. Am häufigsten kooperierten die Befragten mit Kliniken bzw. Psychiatrischen Institutsambulanzen, niedergelassenen Ärzt*innen und Therapeut*innen, den ortsansässigen SpDi sowie verschiedenen (Leistungs-)Trägern. Die Bewohner*innen kommen überwiegend aus der eigenen Häuslichkeit, den Kliniken und anderen stationären bzw. ambulanten Einrichtungen. Des Weiteren kooperieren die Befragten mit verschiedenen Stellen, bspw. den WfbM oder (Reha-)Kliniken. Die Vermittlung von Klient*innen bzw. das Hinzuziehen weiterer Hilfen gelingt nicht für alle Klient*innengruppen gleichermaßen gut, Vermittlungsversuche scheitern bspw. an der fehlenden Mitwirkung der Klientel oder an Wartezeiten. Schwierig sei zudem, dass Angebote für Personen mit hohem Unterstützungsbedarf bzw. Verhaltensauffälligkeiten fehlen.

Die befragten Leistungserbringer vernetzen sich mit anderen Akteuren vorrangig in themenspezifischen Arbeitskreisen und -gruppen oder jeweils vor Ort bestehenden PSAG.

Die Befragten äußerten sich außerdem zu den Stärken und Entwicklungsbedarfen im Versorgungssystem. Besonders positiv werden das umfangreiche Angebotsspektrum sowie das Engagement seitens der Leistungsbringer bewertet. Bemängelt wird die wenig fortgeschrittene Ambulantisierung in Sachsen-Anhalt, ebenso wie die unzureichende Anzahl an niedergelassenen (Fach-)Ärzt*innen. Zudem seien Angebote für die speziellen Zielgruppen Kinder und Jugendliche sowie geistig Behinderte mit Suchterkrankung oder seelischer Behinderung kaum vorhanden. Des Weiteren wird der Aufbau von GPV und Psychiatriekoordination als Entwicklungsbedarf benannt.

Wohnen für kognitiv veränderte Ältere

Wie oben ausführlich dargestellt, verfügt Sachsen-Anhalt für psychisch kranke bzw. seelisch behinderte Menschen im Rahmen der Eingliederungshilfe über eine Reihe von Wohnangeboten. Werden die Bewohner*innen dieser Wohnangebote älter, können sie i. d. R. in den Einrichtungen verbleiben. Doch wird die Situation schwieriger, wenn ältere Bewohner*innen erhebliche kognitive Veränderungen erfahren, mit denen im fortschreitenden Verlauf ein besonderer Hilfe- und Pflegebedarf einhergeht (Kapitel 3.3).

Generell wurde das Spektrum an Wohnmöglichkeiten im Alter in den letzten Jahren erweitert und zunehmend bspw. ambulante betreute Wohngemeinschaften (Stand 2017: 56 Angebote mit 541 Plätzen) oder Wohngruppen für Menschen mit Behinderungen (Stand 2017: 54 Angebote mit 455 Plätzen, Angaben aus dem MS, Referat 22) zu Verfügung gestellt. „Das Wohn- und Teilhabegesetz des Landes Sachsen-Anhalt (WTG LSA) hat dafür die rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen. […] Um die Gründung ambulant betreuter Wohngemeinschaften zu unterstützen, hat das Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration zusammen mit anderen Kooperationspartnern, nämlich der LIGA der freien Wohlfahrtspflege, der Landeshauptstadt Magdeburg, dem Verband der Wohnungswirtschaft Sachsen-Anhalt e. V. und der Gesellschaft für Prävention im Alter e. V. (PiA) einen Leitfaden entwickelt, der mit einer Auflage von 1.000 Stück bereits in kürzester Zeit vergriffen war. Aufgrund der hohen Nachfrage ist in Kürze ein Nachdruck vorgesehen.“ (Landtag, Drs. 7/1678, S. 6f.). Zusätzlich wird die Gründung neuer Wohnformen durch die Wohnberatungsstelle für neue Wohnformen bei der Gesellschaft für Prävention im Alter e. V. (PiA), einem Institut an der Hochschule Magdeburg-Stendal, unterstützt. Das Land fördert gemeinsam mit den Pflegekassen ein Modellprojekt des Vereins zur Ausbildung von Multipliktor*innen für regionale Wohnberatung.

Auch wenn die genaue Anzahl von Menschen mit demenziellen Erkrankungen nicht bekannt ist, gibt die Pflegestatistik des Landes für das Jahr 2015 zumindest den Hinweis,

dass 46.292 Menschen vom MDK als „mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ gezählt wurden (meist kann hier von demenziellen Erkrankungen ausgegangen werden). Das trifft sich recht genau mit den Schätzungen der Alzheimergesellschaft, die für Dezember 2014 von knapp 50 Tsd. Demenzkranken im Land ausging (ebd., S. 4). Viele von ihnen werden zuhause betreut, viele in den 560 stationären Pflegeeinrichtungen im Land: Von den hier betreuten fast 30 Tsd. Pflegebedürftigen haben lt. Angaben des zuständigem Referats 22 im MS durchschnittlich rd. 60 % bis 70 % Demenz.

Ein besonderes Angebot zur Versorgung kognitiv veränderter Personen in Sachsen-Anhalt bieten 18 Spezialeinrichtungen (mit 572 Plätzen), die mit den Pflegekassen Sonderbedingungen vereinbart haben (vgl. Tab. 38).

Tab. 38: Spezialeinrichtungen zur Versorgung von Menschen mit schweren gerontopsychiatrischen Veränderungen

Gebietskörperschaft	Anzahl	Plätze*
Altmarkkreis Salzwedel		
Landkreis Anhalt-Bitterfeld	1	16
Landkreis Börde		
Burgenlandkreis	3	121
Stadt Dessau-Roßlau		
Stadt Halle (Saale)	2	68
Saalekreis	1	23
Landkreis Harz	4	157
Landkreis Jerichower Land		
Stadt Magdeburg	3	81
Landkreis Mansfeld-Südharz		
Salzlandkreis	1	21
Landkreis Stendal	1	21
Landkreis Wittenberg	2	64
Gesamt	18	572

* Die dokumentierte Platzzahl bezieht sich auf die Anzahl der speziell für den o. g. Personenkreis ausgewiesenen Plätze und nicht die Gesamtgröße der Pflegeeinrichtungen.

Quelle: Sozialministerium und Sozialagentur Sachsen-Anhalt.

In diesen Einrichtungen kann aufgrund der spezifischen Sondervereinbarungen eine bessere eine Personalausstattung realisiert werden und das Personal verfügt öfter über psychiatrische Zusatzausbildungen. Ein Problem bleibt hier, wie in den übrigen Pflegeeinrichtungen, die Hinzuziehung von vor allem niedergelassener Psychiater*innen. In den Workshops wiesen Expert*innen darauf hin, dass ärztliche Präsenz in Wohn- und Pflegeeinrichtungen besonders in ländlichen Regionen oft nicht in angemessenem Umfang herzustellen ist, da hier eine geringere Zahl von Ärzt*innen zur Verfügung steht und längere Wegstrecken zurückzulegen sind. Wenn die fachärztliche Behandlung und Begleitung unzureichend ist, kann das den Handlungsspielraum von Einrichtungen einschränken und bspw. dazu führen, dass Bewohner*innen bei auftretenden Problemen und Notfällen sofort in eine Klinik gebracht werden (müssen).

Pflegebedürftige können auch in Sachsen-Anhalt immer länger in der eigenen Häuslichkeit verbleiben, meist mit Unterstützung von Angehörigen und ambulanten Hilfen. Zum

Verbleib in der eigenen Häuslichkeit tragen in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 PflBetrVO auch die *Angebote zur Unterstützung im Alltag* bei. Das sind:

- „Angebote, in denen insbesondere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit allgemeinem oder mit besonderem Betreuungsbedarf in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen (Betreuungsangebote)
- Angebote, die der gezielten Entlastung und beratenden Unterstützung von pflegenden Angehörigen und vergleichbar nahestehenden Personen in ihrer Eigenschaft als Pflegende dienen (Angebote zur Entlastung von Pflegenden)
- Angebote, die dazu dienen, die Pflegebedürftigen bei der Bewältigung von allgemeinen oder pflegebedingten Anforderungen des Alltags oder im Haushalt, insbesondere bei der Haushaltsführung, oder bei der eigenverantwortlichen Organisation individuell benötigter Hilfeleistung zu unterstützen (Angebote zur Entlastung im Alltag).“[29]

Besonders demenzkranke Menschen profitieren von den Angeboten zur Unterstützung im Alltag. Auf der Homepage des MS werden für Oktober 2018 insgesamt 144 anerkannte Institutionen ausgewiesen, die über Angebote zur Unterstützung im Alltag verfügen. Die auf Grundlage der §§ 45a bis c SGB XI (in Verbindung mit der Pflege-Betreuungs-Verordnung LSA) modellgeförderte zentrale Agentur-AUiA unterstützt seit 2017 den Aufbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, von regionalen Netzwerken und berät Träger, Pflegebedürftige und Angehörige.

Durch den längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit, hat sich die Klientel in den stationären Pflegeeinrichtungen bundesweit in den letzten zehn Jahren erheblich verändert. Im Rahmen der Workshops wurde deutlich, dass sich in stationären Pflegeeinrichtungen zunehmend pflege- und betreuungsintensivere, darunter auch verhaltensauffälligere Bewohner*innen konzentrieren. Damit verbunden ergeben sich höhere fachliche, personelle und organisatorische Anforderungen an die Einrichtungen. Obwohl das Personal in den stationären Pflegeeinrichtungen größtenteils als sehr engagiert beschrieben wird, gelingt die Anpassung an die neuen Entwicklungen nicht immer, vor allem aufgrund niedriger, als unzureichend beurteilter Personalausstattung und zu wenig Fort- und Weiterbildung. Pflegende sind oft selbst von psychischer Erschöpfung bedroht. Und wenngleich es Lohnanpassungen gab, so gehört der Pflegeberuf doch weiterhin nicht zu den attraktiv entlohnten Berufen, was es zudem erschwert, (gutes) Personal zu finden.

Heilpädagogische-therapeutische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche können je nach Erkrankungsverlauf, häuslicher, familiärer, erziehungsbezogener und sozialer Situation in eine Entwicklung geraten, die eine vorübergehende oder längere Aufnahme und Betreuung in einem geschützten stationären Umfeld erfordern. Zur Betreuung und möglichst Genesung dieser Zielgruppe „seelisch behinderter Kinder und Jugendlichen“ sollen Einrichtungen mit speziell qualifiziertem Personal nach § 35a SGB VIII entsprechende Angebote bieten.

Laut Angaben des Landesjugendamts im Juni 2018 gibt es in Sachsen-Anhalt insgesamt 17 Träger, die Versorgung nach § 35a SGB VIII anbieten. Aktuell umfasst das Angebot der 17 Träger insgesamt 308 Plätze an verschiedenen Standorten bzw. in verschiedenen Einrichtungen. Im Rahmen der Workshops bzw. Gespräche wurde gleichwohl mehrfach

29 § 3 PflBetrVO, Abs. 1

thematisiert, dass suchtgefährdete bzw. suchtkranke Kinder und Jugendliche hier keine Aufnahme finden.

Drei Einrichtungen nehmen Kinder unter sechs Jahren auf.

Das Angebotsspektrum der Einrichtungen nach § 35a SGB VIII ist insgesamt unterschiedlich und kann bspw. Nachbetreuung nach Psychiatrie-Aufenthalt, intensive Elternarbeit und in Einzelfällen auch freiheitsbeschränkende Maßnahmen mit richterlicher Genehmigung gemäß § 1631b BGB (laut Liste Landesjugendamt 2018: in zwei Einrichtungen je ein Platz) beinhalten.

Im Rahmen von Gesprächen und Workshops mit Fachleuten aus diversen Bereichen, bspw. KJP, KiJuDi und Jugendamt, wurde darauf hingewiesen, dass die Versorgung und Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen bzw. starken Verhaltensauffälligkeiten häufig mit Hürden verbunden sei. Durch einen Mangel an Einrichtungen sowie die fehlende Verpflichtung zur Aufnahme sei es schwierig und zeitaufwendig, bedarfsgerechte Einrichtungen für die Betroffenen zu finden. Obwohl die Finanzierung je nach Auftrag und Leistungsspektrum der Einrichtungen variiert, so wird doch beklagt, dass die Finanzierung die Betreuung schwieriger Fälle, die oft anspruchsvoll und zeitintensiv sei, nicht abdecke. Betroffene Kinder und Jugendliche werden wiederholt von Einrichtung zu Einrichtung weitergereicht, auch bis in andere Bundesländer. Beklagt wird, dass sogar kompensatorisch lange Aufenthalte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Kauf genommen werden müssen – ohne dass ein entsprechender Behandlungsbedarf besteht. So werden für andere Betroffene notwendige Behandlungen blockiert.

Die Expert*innenrunde thematisierte auch die besonderen Herausforderungen, die mit Klient*innen mit Migrationshintergrund bzw. jungen Flüchtlingen einhergehen. So tragen Einrichtungen Kosten für die dringend benötigten Dolmetscher*innen i. d. R. selbst.

Zusammenfassend kann für das Handlungsfeld Wohnen festgehalten werden, dass in Sachsen-Anhalt verschiedene Wohnangebote für Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. seelischer Behinderung und kognitiven Einschränkungen unterschiedlicher Altersgruppen bestehen. Im Rahmen von Befragung und Workshops wurde jedoch von Fachleuten mehrfach auf die als zu niedrig eingeschätzten Personalschlüssel in Wohnangeboten der Eingliederungshilfe nach SGB XII, Wohneinrichtungen gemäß § 35a SGB VIII sowie oft unzureichende Personalausstattung in Pflegeeinrichtungen nach SGB XI hingewiesen. Auch im 22. Bericht des Psychiatrieausschusses heißt es, dass Sachsen-Anhalt in der stationären Eingliederungshilfe laut einer con_sens Studie mit 1 : 5,5 den zweitniedrigsten Personalschlüssel im Vergleich der Bundesländer hat. Ausgangs- und Bezugspunkt für die vergleichende Analyse war die Nettoleistungszeit des Betreuungspersonals, wobei die Ausdifferenzierung zwischen den Hilfebedarfsgruppen zwischen den Bundesländern variiert (Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung, 2015, S. 20). In den Gesprächen mit Expert*innen wurde zudem berichtet, dass auch der bei erheblichem Betreuungsbedarf geltende Personalschlüssel von 1 : 4 im Versorgungsalltag oft als nicht ausreichend bewertet wird. Zudem unterscheide der Personalschlüssel nicht zwischen jungen Erwachsenen und Erwachsenen, wobei für die erste Gruppe i. d. R. anfangs zeitlich mehr Betreuungsaufwand erbracht werde. Darüber hinaus wurde angemerkt, dass die Besetzung von freien Stellen mit qualifiziertem Personal zunehmend schwieriger werde.

Aufgrund der erheblichen Dolmetscher*innenkosten, die Wohnanbieter bei der Versorgung von fremdsprachiger Klientel i. d. R. selbst tragen (müssen), wird die Versorgung von fremdsprachigen Menschen mit psychischer Erkrankung zur Kostenfrage.

Mit Blick auf Kinder und Jugendliche zeigen sich Entwicklungsbedarfe insbesondere in Bezug auf die – wie dargestellt – immer wieder gegebene nicht bedarfsgerechte Unterbringung in Kliniken. Insgesamt gestaltet sich die Unterbringung verhaltensauffälliger Klientel für alle Altersgruppen schwierig. Pflegeeinrichtungen für Ältere sind mit einer immer älter werdenden Klientel und mit zunehmend komplexen Bedarfen konfrontiert, die für das Personal herausfordernde Aufgaben mit sich bringen. Dementsprechend wurden in Befragungen und Workshops thematisiert, dass die Personalausstattung in Pflegeeinrichtungen – trotz der Verbesserungen der letzten Jahre – zu niedrig sei.

7.3 Arbeit und Beschäftigung

Die Lebensqualität sowie die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben von Menschen mit und ohne Behinderung wird durch Arbeit und Beschäftigung maßgeblich beeinflusst. Arbeit dient dabei nicht nur der Sicherung des Lebensunterhalts, sondern kann auch Sinnerleben und Selbstverwirklichung ermöglichen, das Selbstwertgefühl durch Anerkennung steigern und soziale Kontakte fördern.

Gemäß UN-BRK (Artikel 27) haben Menschen mit Behinderungen, gleichberechtigt mit anderen Menschen, ein Recht auf Arbeit. Arbeit soll, unter Berücksichtigung der individuellen Möglichkeiten, frei gewählt werden können. Die Staaten sind dazu verpflichtet, gleichberechtigte Arbeit für Menschen mit Behinderungen zu ermöglichen und entsprechende Angebotsstrukturen zu schaffen. So hat sich das Handlungsfeld Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen in den letzten zehn Jahren – z. T. ausgehend von gesetzlichen Veränderungen, z. T. anknüpfend an die Fachdiskussion – fortlaufend weiterentwickelt und verbessert.

Wie in Kapitel 3. beschrieben, haben psychische Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen oftmals Erwerbsunfähigkeit bzw. Frühberentung zur Folge. Expert*innen vor Ort berichteten in den von FOGS durchgeführten Workshops zudem, dass psychisch Kranke und seelisch behinderte Menschen in Sachsen-Anhalt auch aufgrund unzureichender bzw. nicht bedarfsgerechter Arbeits- und Beschäftigungsangebote frühzeitig in Rente gehen (müssen), bevor überhaupt rehabilitative Maßnahmen versucht wurden.

Im August 2018 fand in Magdeburg eine SGB-II-Regionalkonferenz statt, die besonders langzeitarbeitslose psychisch Kranke fokussierte. In dieser Veranstaltung wiesen Expert*innen mit Blick auf die Klientel in den Jobcentern darauf hin, dass deren Problemlage in nicht geringem Umfang auch mit psychischen Störungen verbunden sein können oder sind. Die jährlich stattfindende SGB-II-Regionalkonferenz setzte damit erneut einen Schwerpunkt auf gesundheitliche Aspekte bei Leistungsberechtigten. Darüber hinaus werden durch das Land und die Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Sachsen-Anhalt-Thüringen (RD SAT) die Beteiligung der Jobcenter bzw. Arbeitsagenturen an bundesweiten Modellprojekten, bspw. „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Arbeitswelt“ unterstützt. Bestandteil dieser Modellprojekte sind insbesondere auch Schulungen der Mitarbeiter*innen, da diesen oft das notwendige Wissen zu psychischen Erkrankungen fehlte, um im Rahmen der Betreuung dieses Personenkreises entsprechend reagieren zu können (Bühring, 2014, S. 110). Es bleibt zu beobachten, ob nach Ablauf des Modellprojekts die gewünschten Effekte erzielt werden konnten. Handlungsanleitungen oder Standards zur Absprache der Thematik mit anderen Stellen fehlen. Hinzu kommt, dass die Weitergabe entsprechender Informationen an Kooperationspartner*innen aufgrund des Datenschutzes kaum bis gar nicht möglich ist. Schließlich fehlen – unabhängig davon, ob psychische Erkrankungen der Klient*innen in den Jobcen-

tern bekannt sind oder nicht – oft passende SGB-II-Maßnahmen, die auf die besonderen Bedürfnisse dieses Personenkreises abgestimmt sind (Oschmiansky et. al., 2017).

Zur Unterstützung bei der Eingliederung in Arbeit können gemäß § 16a SGB II auch kommunale Eingliederungsleistungen (KEL) für Leistungsberechtigte erbracht werden. Es handelt sich dabei bspw. um die Betreuung minderjähriger oder behinderter Kinder, die häusliche Pflege von Angehörigen, die Schuldnerberatung, die psychosoziale Betreuung sowie die Suchtberatung. Dabei variieren die jeweiligen Zugänge zu Beratung bzw. psychosozialer Betreuung im Rahmen von KEL in der Art des Angebots zwischen den einzelnen Kommunen stark.

Das derzeit startende Bundesprogramm rehapro will sich im Rahmen des BTHG ebenfalls der Teilhabe am Arbeitsleben widmen. Ziel ist, Modellprojekte zu etablieren, die die Grundsätze „Prävention vor Rehabilitation“ und „Rehabilitation vor Rente“ verfolgen und den Erhalt bzw. die Wiederherstellung von Erwerbsfähigkeit von Menschen mit Einschränkungen stärken sollen. Jobcenter und Rentenversicherungsträger sollen so die Möglichkeit erhalten, neue und innovative Wege zur Unterstützung der Zielgruppe zu entwickeln. Dazu stehen antragsberechtigten Jobcentern und Rentenversicherungsträgern insgesamt eine Milliarde Euro zur Verfügung. Nach dem ersten Förderaufruf des BMAS im Mai 2018, sollen weitere Förderaufrufe für 2019 und 2020 folgen. Die Förderdauer der Projekte beträgt dabei bis zu fünf Jahre (BMAS, 2018b).[30] Es bleibt zu beobachten, wie sich die Angebotslandschaft durch Modellprojekte im Rahmen von rehapro verändern wird und welche Effekte damit einhergehen werden.

Wenn Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen Teilhabe am Arbeitsleben ermöglicht werden soll, braucht es ein differenziertes Angebot mit zielgruppenspezifischen Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten.

Die folgenden Abschnitte erörtern deshalb den Ist-Stand der Teilhabemöglichkeiten am Arbeitsleben speziell für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen. Zunächst werden dabei die Aufgaben der Integrationsämter und Integrationsfachdienste (IFD) beschrieben, die diesen Personenkreis dabei unterstützen, einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu finden bzw. zu behalten. Im Anschluss folgt die Darstellung einer Reihe von sowohl klassischen als auch neuen Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten/-angeboten für psychisch kranke bzw. seelisch beeinträchtigte Personen. Abschließend werden Modellprojekte, die Menschen mit Behinderungen die Teilhabe am Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen sollen, vorgestellt.

7.3.1 Integrationsämter und Integrationsfachdienste (IFD)

Die Aufgabenbereiche von Integrationsämtern legt § 185 SGB IX fest. Danach sind sie für die Erhebung sowie Verwendung der Ausgleichsabgabe, den Kündigungsschutz, begleitende Hilfe im Arbeitsleben und den zeitweiligen Entzug der besonderen Hilfen für schwerbehinderte Menschen (§ 200 SGB IX) zuständig. Integrationsämter übernehmen die Rolle zentraler Ansprechpartner bzgl. der Teilhabe am Arbeitsleben von schwerbehinderten Menschen und haben dabei sowohl die Interessen schwerbehinderter Arbeitnehmer*innen als auch von Arbeitgeber*innen im Blick. Für den Aufbau und Erhalt von Arbeitsmöglichkeiten für die entsprechende Zielgruppe können sie finanzielle Leistungen an verschiedene Akteur*innen vergeben, bspw. an von Schwerbehinderung Betroffene, an Arbeitgeber*innen oder Träger von Integrationsfachdiensten. Finanzielle Unterstüt-

30 Auch Sachsen-Anhalt plant Modellprojekte im Rahmen von rehapro. Ob und wie die Umsetzung stattfinden wird, ist jedoch noch unbekannt.

zung für Arbeitgeber*innen kann bspw. der behindertengerechten Arbeitsplatzgestaltung dienen. Integrationsämter kooperieren primär mit der Bundesagentur für Arbeit sowie den übrigen Rehabilitationsträgern. In Bezug auf Personalausstattung sowie Finanzierung (Einnahmen aus der Ausgleichsabgabe 2016: 14,3 Mio. Euro; Ausgaben gesamt 2016: 15,12 Mio. Euro) wurde in Gesprächen mit Fachleuten thematisiert, dass beide Faktoren wenig Handlungsspielraum ermöglichen. In Sachsen-Anhalt arbeitet ein Integrationsamt mit zwei Standorten sowie vier IFD mit insgesamt acht Standorten (Tab. 39).

Tab. 39: Standorte Integrationsamt und Integrationsfachdienste in Sachsen-Anhalt

	Standorte	
Gebietskörperschaft	**Integrationsamt**	**IFD**
Altmarkkreis Salzwedel		
Landkreis Anhalt-Bitterfeld		1
Landkreis Börde		
Burgenlandkreis		
Stadt Dessau-Roßlau		
Stadt Halle (Saale)	1	1
Saalekreis		1
Landkreis Harz		1
Landkreis Jerichower Land		
Stadt Magdeburg	1	1
Landkreis Mansfeld-Südharz		
Salzlandkreis		1
Landkreis Stendal		1
Landkreis Wittenberg		1
Gesamt	2	8

Quelle: Sozialministerium und Sozialagentur Sachsen-Anhalt, IFD

In der Strukturverantwortung der Integrationsämter sind seit dem Jahr 2005 die Integrationsfachdienste fest verankert. Laut der von FOGS durchgeführten Recherchen war in Sachsen-Anhalt über einen längeren Zeitraum eine Person, die seit Kurzem berentet ist, im Integrationsamt für die Fachaufsicht der IFD verantwortlich.

IFD, die von den Integrationsämtern bei freien Trägern angesiedelt werden, sollen für schwerbehinderte Menschen die Teilhabe am Arbeitsleben sichern, indem sie sowohl Schwerbehinderte als auch Arbeitgeber*innen beraten und unterstützen (§ 192 ff. SGB IX). Zudem können Sie auch für Menschen ohne anerkannte Schwerbehinderung, aber mit 30 % Behinderungsgrad und mindestens Antrag auf Gleichstellung tätig werden. So sollen auch den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit seelischer Behinderung Rechnung getragen werden. Beauftragt werden die IFD entweder von den Integrationsämtern oder von den Rehabilitationsträgern. Besonders für Menschen mit seelischen Behinderungen sind IFD von zentraler Bedeutung. So bilden im Jahr 2016 Menschen mit seelischer Behinderung mit 27,5 % die größte Gruppe innerhalb der bundesweiten IFD-Klientel (BIH Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, 2017, S. 4 ff.).

Die BIH veröffentlichte Eckdaten zu den IFD auf Landesebene zuletzt im Jahr 2010. Seither enthalten die veröffentlichen Dokumente ausschließlich Auswertungen auf Bun-

desebene. Aufgrund unzureichender Aussagekraft werden die Daten auf Landesebene aus dem Jahr 2010 in diesem Bericht nicht verwendet.

Die IFD liefern in Form von Jahresberichten in Sachsen-Anhalt umfangreiche Daten zu ihrer Einrichtung, dem Aufgabenspektrum sowie ihren Kund*innen. Die Vergleichbarkeit der Daten gestaltet sich jedoch schwierig bis unmöglich, da landesweit keine einheitlichen Auswertungskriterien vorliegen, bspw. variiert je nach Dienst die Berechnungsbasis des Anteils von seelisch Behinderten innerhalb der Klientel.

Im Einzelnen werden von den IFD in Sachsen-Anhalt folgende Kernaufgaben wahrgenommen: Berufsbegleitung, Vermittlung von Klient*innen sowie Tätigkeiten im Rahmen der Modellprojekte ÜFB und ÜWA (Integrationsfachdienst Halberstadt/Sangerhausen, 2016; Integrationsfachdienst Halle/Merseburg, 2016; Integrationsfachdienst Magdeburg/ Stendal, 2016; Integrationsfachdienst Wittenberg-Dessau, 2016). Zu beachten ist, dass das Aufgabenspektrum der IFD bundesweit heterogen geregelt ist. In einigen Bundesländern werden Aufgaben an andere Stellen delegiert, die in anderen Bundesländern zu den Aufgaben der IFD zählen. Die Sicherung von Arbeitsverhältnissen übernehmen alle IFD bundesweit, jedoch werden Daten und Zahlen, zur Sicherung der Arbeitsverhältnisse, nicht separat ausgewiesen, sodass kein Vergleich zwischen den Ländern möglich ist. In den Workshops wurde geäußert, dass die IFD i. d. R. mit verschiedenen Akteur*innen, bspw. dem SpDi oder Sachbearbeiter*innen von Jobcentern, Krankenkasse und Rentenkasse, kooperieren. Zudem streben die IFD Sachsen-Anhalt eine Zusammenarbeit mit den EUTB-Stellen an.

Die personelle Ausstattung der IFD für das Jahr 2017 betrug in Sachsen-Anhalt 1 : 80.441 (Relation Fachkraftstellen zur Einwohner*innenzahl). Im bundesweiten Vergleich lag das Bundesland mit der höchsten Versorgungsdichte bei 1 : 29.200 und das mit der niedrigsten bei 1: 128.000. Der bundesweite Durchschnitt betrug 1 : 62.604. In diesem Vergleich liegt Sachsen-Anhalt damit unter dem Bundesdurchschnitt. Werte zur Versorgungsdichte auf Basis von Personalzahlen sind aber ohne Vergleich der Aufgabenspektren in den einzelnen Bundesländern kaum belastbar (Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg – Integrationsamt, persönliche Kommunikation, 21. September 2018). Die IFD in Sachsen-Anhalt sind zudem jeweils mit mindestens einer Ansprechperson für hörbehinderte Menschen ausgestattet.

Wie bereits erwähnt, bilden Menschen mit seelischen Behinderungen im Bundesdurchschnitt den größten Anteil der Klientel. Dies gilt für Sachsen-Anhalt eher nicht. Unabhängig von der Berechnungsbasis liegt der Anteil seelisch Behinderter unter der IFD-Klientel im Bereich Berufsbegleitung eher im Mittelfeld bzw. an zweithöchster Stelle. In diesem Aufgabengebiet bilden Menschen mit organischer Erkrankung meist den größten Anteil. Bezüglich der Vermittlung und Tätigkeiten in Modellprojekten befindet sich der Anteil seelisch behinderter Menschen eher im mittleren bis niedrigen Bereich (Integrationsfachdienst Halberstadt/Sangerhausen, 2016; Integrationsfachdienst Halle/Merseburg, 2016; Integrationsfachdienst Magdeburg/Stendal, 2016; Integrationsfachdienst Wittenberg-Dessau, 2016). In Expertengesprächen vor Ort (Workshops) mit Vertreter*innen von Integrationsamt und IFD weisen die Expert*innen darauf hin, dass bundesweit keine einheitliche Dokumentationsmethode bzgl. der Klientel vorliegt. Dies sollte berücksichtigt werden, wenn der Bundesdurchschnitt an psychisch kranker bzw. seelisch behinderter Klientel der IFD betrachtet wird. Außerdem seien viele Klient*innen der IFD psychisch krank, jedoch handele es sich nicht immer um die Haupterkrankung. Auf wie viele Klient*innen dies zutrifft, ist zahlenmäßig nicht erfasst.

Vermittelt werden die Klient*innen nach Aussage der Expert*innen vor Ort zu einem Viertel über Beratungsstellen, Kliniken und Tageskliniken, einem Viertel über das Ar-

beitsamt, ein weiteres Viertel über das Sozialamt. Der restliche Anteil bezieht sich vorrangig auf Selbstmelder.

7.3.2 Arbeits- und Beschäftigungsangebote

Berufliche (Wieder-)Eingliederung

Wie bereits in Kapitel 6.6.3 dargestellt, können seelisch behinderte Menschen in Sachsen-Anhalt zwei RPK (auch) zur beruflichen Rehabilitation aufsuchen. Auf Basis des § 51 SGB IX gibt es noch weitere Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation wie bspw. *Berufsbildungswerke (BBW).* Zielgruppen von BBW sind primär Jugendliche bzw. junge Menschen mit Behinderungen, die Anspruch auf Leistungen zur Ausbildungssicherung haben. Diese können dann u. a. an Verfahren der Eignungs- und Arbeitserprobung oder an berufsvorbereitenden Bildungsmaßnahmen teilnehmen und/bzw. eine Ausbildung absolvieren. Wichtige Aufgaben der BBW sind Vorbereitung, Begleitung sowie Nachbetreuung der Klient*innen mit dem Ziel, diese in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu integrieren. Die Eingangserhebung der Teilnehmer*innen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke aus dem Jahr 2015 zeigt, dass der Anteil der Klientel mit psychischer Erkrankung von 2004 bis 2015 stetig angestiegen ist. BBW besitzen für diese Zielgruppe also eine besondere Relevanz. In Sachsen-Anhalt sind zwei Berufsbildungswerke (je eins in Hettstedt und Stendal) tätig, die auch Maßnahmen für psychisch kranke Menschen anbieten (Tab. 40). In der von FOGS durchgeführten Befragung wurde darauf hingewiesen, dass weder Anzahl noch Kapazitäten der BBW in Sachsen-Anhalt in ausreichendem Umfang vorhanden seien, sodass der Übergang von Schule zum Beruf für Jugendliche erschwert wird und als Folge davon, Leistungen von BBW in anderen Bundesländern in Anspruch genommen werden müssten.

Leistungen von *Berufsförderungswerken (BFW)* richten sich an erwachsene Menschen mit Behinderung. Verschiedene Angebote, bspw. Reha-Assessment oder Qualifizierung, sollen eine Wiedereingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt möglich machen. In Sachsen-Anhalt arbeiten zwei BFW, die Leistungen für psychisch kranke Menschen anbieten. Das BFW Sachsen-Anhalt ist an fünf Standorten tätig (Hauptsitz: Staßfurt; Regionalstellen: Halle, Magdeburg, Dessau-Roßlau und Halberstadt) und richtet sich grundsätzlich an Personen aller Behinderungsarten. Im Gegensatz dazu ist die Zielgruppe des BFW Halle klar definiert. So richten sich die Angebote des BFW an Menschen mit Sehbehinderung, auch mit zusätzlicher psychischer Erkrankung. Platzzahlen und Nutzung von BBW und BFW durch seelisch Behinderte konnten weder via Recherche noch Befragung ermittelt werden.

Tab. 40: Berufliche (Wieder-)Eingliederung gemäß § 51 SGB IX

Gebietskörperschaft	Standorte Anbieter			
	BBW	BFW	BTZ	Weitere
Altmarkkreis Salzwedel				
Landkreis Anhalt-Bitterfeld				
Landkreis Börde				
Burgenlandkreis				
Stadt Dessau-Roßlau		1		1
Stadt Halle (Saale)		2		2
Saalekreis				
Landkreis Harz		1		1
Landkreis Jerichower Land				
Stadt Magdeburg		1	1	2
Landkreis Mansfeld-Südharz	1			1
Salzlandkreis		1		
Landkreis Stendal	1			1
Landkreis Wittenberg				
Gesamt	2	6	1	8

Quelle: Sozialministerium und Sozialagentur Sachsen-Anhalt; Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion Sachsen-Anhalt-Thüringen der Bundesagentur für Arbeit

Leistungen gemäß § 51 SGB IX für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen erbringen in Sachsen-Anhalt außerdem ein *Berufliches Trainingszentrum (BTZ)* am Standort Magdeburg, ein Fortbildungszentrum der FAW gGmbH in Dessau-Roßlau, die Akademie für berufliche Aus- und Weiterbildung Schweiger und Schmitt GmbH mit den Standorten Halle und Magdeburg sowie die Salo Bildung und Beruf GmbH an fünf Standorten (Magdeburg, Halle, Sangerhausen, Halberstadt, Stendal).

Unterstützte Beschäftigung

Ziel der Unterstützten Beschäftigung ist nach § 55 SGB IX, Menschen mit Behinderungen und mit besonderem Unterstützungsbedarf dauerhaft in ein angemessenes sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis zu vermitteln. Unterstützte Beschäftigung richtet sich an behinderte Menschen, die zum einen nicht in der Lage sind, eine Berufsausbildung bzw. berufsvorbereitende Maßnahmen zu absolvieren, zum anderen aber keinen Bedarf an WfbM-Leistungen haben. Die Feststellung, ob WfbM-Leistungen erforderlich sind oder nicht, erfolgt mittels der Diagnose Arbeitsmarktfähigkeit (DIA-AM), einem Diagnoseverfahren der Agentur für Arbeit. Zielgruppe von Unterstützter Beschäftigung sind besonders Schulabgänger*innen oder Erwachsene, die erst im Laufe ihres Lebens eine Behinderung erlitten. Leistungen werden vom zuständigen Rehabilitationsträger erbracht.

Im ersten Schritt erfolgt die individuelle betriebliche Qualifizierung und bei Bedarf findet im nächsten Schritt eine Berufsbegleitung statt. Die individuelle betriebliche Qualifizierung kann zwei, in Ausnahmefällen maximal drei Jahre andauern. Anbieter von individueller betrieblicher Qualifizierung stellen gemeinsam mit ihren Klient*innen Fähigkeiten, Neigungen sowie die damit einhergehenden Unterstützungsbedarfe fest. Im An-

schluss wird ein geeigneter Qualifizierungsplatz in einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes identifiziert. Dort soll Leistungsberechtigten ermöglicht werden, eine Tätigkeit im Betrieb zu erproben, sich in die betrieblichen Aufgaben einzuarbeiten und sich auf ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis vorzubereiten. Begleitet werden die Leistungsberechtigten dabei von Jobcoaches, die von Anbietern der Individuellen betrieblichen Qualifizierung zur Verfügung gestellt werden. Auf die Qualifizierungsphase folgt eine Stabilisierungsphase, in der die IFD unterstützend tätig werden. Der zuständige Träger soll dazu ein halbes Jahr vor Ende der Qualifizierungsphase Kontakt zu den IFD aufnehmen. Wie vertiefende Gespräche gezeigt haben, verweisen Expert*innen vor Ort auf Defizite und Probleme in der Zusammenarbeit zwischen Trägern und IFD.

Insgesamt konnten im Rahmen der Bestandsaufnahme in Sachsen-Anhalt neun Anbieter der Individuellen betrieblichen Qualifizierung erfasst werden (Tab. 41). Angaben zur Beschäftigungsquote seelisch Behinderter in der Unterstützten Beschäftigung konnten weder anhand der Befragung noch in vertiefenden Recherchen ermittelt werden.

Tab. 41: Unterstützte Beschäftigung: Anbieter individuelle betriebliche Qualifizierung

Gebietskörperschaften	Anbieter Individuelle betriebliche Qualifizierung
Altmarkkreis Salzwedel	1
Landkreis Anhalt-Bitterfeld	
Landkreis Börde	
Burgenlandkreis	1
Stadt Dessau-Roßlau	
Stadt Halle (Saale)	1
Saalekreis	1
Landkreis Harz	
Landkreis Jerichower Land	
Stadt Magdeburg	3
Landkreis Mansfeld-Südharz	
Salzlandkreis	2
Landkreis Stendal	
Landkreis Wittenberg	
Gesamt	9

Quelle: rehadat

Die wirtschaftliche Struktur Sachsen-Anhalts ist wie bereits beschrieben durch mittlere und kleine Betriebe gekennzeichnet. Vertiefende Recherchen von FOGS ergaben, dass Kleinbetriebe sich oft scheuen, Menschen mit Behinderungen zu beschäftigen, da deren Belastbarkeit meist schwer einschätzbar ist und Personalausfälle bzw. Leistungsminderung in solchen Betrieben kaum kompensiert werden können. Unterstützte Beschäftigung bietet behinderten Menschen eine gute Möglichkeit, in diesen Betrieben „einen Fuß in die Tür“ zu bekommen. Allerdings zeigten die Recherchen auch, dass einige Betriebe die Qualifizierungsphase dazu nutzen, um behinderte Menschen als „billige Arbeitskräfte“ einzustellen. Nach Ablauf der Qualifizierungsphase besteht seitens der Arbeitgeber*innen häufig kein Interesse mehr daran, den betreffenden Personen ein dauerhaftes Arbeitsverhältnis anzubieten. Gefördert werden könne eine Übernahme nach der

Qualifizierungsphase – nach Meinung von Expert*innen vor Ort – durch regelmäßige Kooperation zwischen Anbietern der Unterstützten Beschäftigung und den Arbeitgeber*innen. Zudem könne eine weitere bzw. dauerhafte Förderung bzw. Coaching für Arbeitgeber*innen und/oder Arbeitnehmer*innen hilfreich sein.

Berufsbegleitende Leistungen werden erbracht, wenn Leistungsberechtigte im Anschluss an die Individuelle betriebliche Qualifizierung einen Arbeitsvertrag erhalten haben, aber weiteren Unterstützungsbedarf aufweisen, bspw. zur Krisenintervention. Die Dauer der Berufsbegleitung richtet sich nach dem individuellen Bedarf der Leistungsberechtigten und ist zeitlich nicht begrenzt (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2016).

Inklusionsbetriebe/-abteilungen

Definition, Zielgruppen und Aufgaben von Inklusionsbetrieben (teils auch Integrationsbetriebe oder Integrationsprojekte genannt) sind im elften Kapitel des SGB IX festgelegt. Danach handelt es sich um Betriebe, die schwerbehinderten Menschen Arbeitsplätze bieten und den Einstieg auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen. Das Personal in solchen Betrieben sollte zu mindestens 30 %, aber in der Regel höchstens zu 50 % aus schwerbehinderten Menschen bestehen. In Gesprächen mit Expert*innen wurde darauf verwiesen, dass die Tätigkeit in Inklusionsbetrieben für schwer chronisch psychisch Kranke oft mit zu hohen Anforderungen und/oder nicht ausreichend flexiblen Arbeitszeiten einhergehen.

Tab. 42: Inklusionsbetriebe/-abteilungen und Neugründungen

Gebietskörperschaft	Inklusions…		Neugründungen*
	-betriebe	-abteilungen	
Altmarkkreis Salzwedel			
Landkreis Anhalt-Bitterfeld			1
Landkreis Börde			1
Burgenlandkreis	1	1	
Stadt Dessau-Roßlau		1	
Stadt Halle (Saale)	1	1	1
Saalekreis	2		
Landkreis Harz	1	2	1
Landkreis Jerichower Land			
Stadt Magdeburg	1	2	2
Landkreis Mansfeld-Südharz	1		
Salzlandkreis	1	1	
Landkreis Stendal	2		1
Landkreis Wittenberg	3		
Gesamt	13	8	7

Quelle: MS LSA
* Gründungsbescheid bzw. Erstellung eines betriebswirtschaftlichen Gutachtens liegt vor.

Derzeit stehen behinderten Menschen in Sachsen-Anhalt insgesamt 13 Inklusionsbetriebe und acht -abteilungen als Arbeitsstätte zur Verfügung. Zusätzlich gibt es sieben konzipierte Neugründungen, die entweder einen Gründungsbescheid oder einen Bescheid zum betriebswirtschaftlichen Gutachten erhalten haben (Tab. 42). Das Angebot ist landesweit so verteilt, dass beinahe jede Kommune einen Inklusionsbetrieb, eine Inklusionsabteilung oder eine Neugründung vorweisen kann. Ausnahmen bilden der Altmarkkreis Salzwedel und der Landkreis Jerichower Land.

Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) sind Einrichtungen im Sinne des SGB IX, die Menschen mit Behinderungen die Teilhabe am Arbeitsleben ermöglichen sollen. Ihr Angebot richtet sich sowohl an Menschen mit körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen als auch an Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. seelischen Behinderungen. Gesetzliche Grundlagen bilden neben dem SGB IX besonders die Werkstättenverordnung (WVO) und die Werkstättenmitwirkungsverordnung (WMVO). Gemäß § 219 Abs. 1 SGB IX hat die WfbM „denjenigen behinderten Menschen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können,

- eine angemessene berufliche Bildung und eine Beschäftigung zu einem ihrer Leistung angemessenen Arbeitsentgelt aus dem Arbeitsergebnis anzubieten und
- zu ermöglichen, ihre Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit zu erhalten, zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und dabei ihre Persönlichkeit weiterzuentwickeln.“

WfbM verfügen über Angebote im Berufsbildungs- und im Arbeitsbereich und sollen für geeignete Personen den Übergang in den allgemeinen Arbeitsmarkt fördern. Zum Angebot der WfbM gehören daher u. a. auch ausgelagerte Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben, verfügen die WfbM auch über qualifiziertes Personal sowie einen begleitenden Dienst.

Regelhaft erfolgt zunächst ein drei Monate andauerndes Eingangsverfahren. Es dient insbesondere zur Feststellung, ob WfbM und Leistungsberechtigte zusammenpassen oder nicht. Darauf folgt der Berufsbildungsbereich. Nach Abschluss der Maßnahmen (Lehrgänge) dieses Bereichs, sollen die Teilnehmenden in der Lage sein, ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeit zu leisten. Die Maßnahmen teilen sich in einen Grundkurs, der erste Grundkenntnisse vermittelt und einen Aufbaukurs auf, in dem Fähigkeiten mit höherem Schwierigkeitsgrad erlernt werden sollen. Sowohl Grund- als auch Aufbaukurs sind von zwölfmonatiger Dauer. Erst nach Absolvierung des Berufsbildungsbereichs besteht für die betreffenden Personen die Möglichkeit, in den Arbeitsbereich zu wechseln. WfbM-Beschäftigte können zur Vertretung ihrer Interessen einen Werkstattrat wählen, Frauen können darüber hinaus auch eine Frauenbeauftragte wählen (s. Kapitel 9.1).

Wenn behinderte Menschen die Voraussetzungen für die Arbeit in einer WfbM nicht erfüllen, sollen diese „in Einrichtungen oder Gruppen betreut und gefördert werden, die der Werkstatt angegliedert sind.“ (§ 219 Absatz 3 SGB IX).

Die Recherche zur Anzahl von WfbM und der Zahl der dort beschäftigten seelisch behinderten Menschen zeigte, dass je nach herangezogener Quelle deutlich voneinander abweichende Daten ausgewiesen werden. Grundlage für diesen Bericht stellen deshalb die Angaben aus dem Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration dar.

Landesweit arbeiten 33 anerkannte Werkstattträger, die an 43 Standorten insgesamt 1.320 seelisch behinderte Menschen beschäftigten (Tab. 43), also 5,9 seelisch behinderte Be-

schäftigte je 10.000 Einwohner*innen. Ein Teil dieser Beschäftigten ist in WfbM speziell für seelisch Behinderte tätig, während ein anderer Teil in Werkstätten arbeitet, die sich primär an Menschen mit geistiger oder anderer Behinderung richten. Im Rahmen der Untersuchung wurde thematisiert, dass der Bedarf an WfbM-Plätzen unter in der Vergangenheit oft falsch eingeschätzt wurde: Bspw sei häufiger mit Erhalt von Erwerbsminderungsrente vor Erreichen der Altersgrenze gerechnet worden, sodass nun teilweise benötigte WfbM-Plätze fehlen würden.

Von FOGS konnte nicht ermittelt werden, über wie viele ausgelagerte Arbeits- und Praktikumsplätze die WfbM verfügen. Im con_sens Bericht zum Kennzahlenvergleich in der Eingliederungshilfe für das Jahr 2016 heißt es, Werktstattbeschäftigte auf Außenarbeitsplätzen liegen bei den meisten überörtlichen Sozialhilfeträgern bei einem Anteil von 5 % bis 10 % (con_sens, 2018, S. 35). In den Workshops wurde darauf verwiesen, dass das Vorhalten ausgelagerter Plätze mit hohem Aufwand für die WfbM verbunden ist, der mit dem Personalschlüssel von 1 : 12 kaum leistbar sei.

Tab. 43: Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

	WfbM	
Gebietskörperschaft	**Standorte**	**Beschäftigte***
Altmarkkreis Salzwedel	2	27
Landkreis Anhalt-Bitterfeld	2	74
Landkreis Börde	3	33
Burgenlandkreis	2	116
Stadt Dessau-Roßlau	2	28
Stadt Halle (Saale)	2	70
Saalekreis	4	101
Landkreis Harz	5	183
Landkreis Jerichower Land	2	19
Stadt Magdeburg	3	205
Landkreis Mansfeld-Südharz	2	81
Salzlandkreis	8	234
Landkreis Stendal	4	105
Landkreis Wittenberg	2	44
Gesamt	43	1.320

Quelle: Sozialministerium und Sozialagentur Sachsen-Anhalt
* Ausgewiesen werden ausschließlich seelisch behinderte Beschäftigte

In der Anbieterbefragung im Frühjahr 2018 wurden WfbM befragt, die (auch) seelisch behinderte Menschen beschäftigen. Insgesamt wurden 43 WfbM angeschrieben. 17 Fragebogen wurden ausgefüllt, sodass die Rücklaufquote 39,5 % beträgt.

Zielgruppen der befragten WfbM sind vorrangig Menschen mit seelischer und/oder geistiger Behinderung, sofern diese ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeit leisten können und weder sich selbst noch andere gefährden. In vielen WfbM arbeiten beide Zielgruppen gemeinsam oder haben zumindest die Wahl, in welchem Bereich sie arbeiten möchten. In 16 WfbM besteht die Möglichkeit, in Teilzeit zu arbeiten. Möglichkeiten über das 65. Lebensjahr hinaus zu arbeiten, gibt es hingegen nicht. Dennoch gehen 14 WfbM auf die Bedürfnisse der älter werdenden Beschäftigten ein, primär durch Ar-

beitszeitverkürzung oder Wechsel in leistungsgeminderte Gruppen. Bei knapp der Hälfte der Einrichtungen können Leistungen über das Persönliche Budget eingekauft werden. Drei Träger ermöglichen zudem eine Kombination aus Leistungen der WfbM mit Leistungen von anderen Leistungsanbietern.

Von den befragten WfbM verfügen 14 über ausgelagerte Einzelarbeitsplätze, acht über Gruppenarbeitsplätze und neun über ausgelagerte Praktikumsplätze. Eine Rückkehr von den ausgelagerten Einzel- bzw. Gruppenarbeitsplätzen in die WfbM sei jederzeit möglich.

Wartezeiten entstanden im Jahr 2017 in sechs WfbM, primär aufgrund von längeren Bearbeitungszeiten seitens der Leistungsträger. Von einer Überbelegung der Werkstätten berichten ebenfalls sechs Befragte.

In drei Einrichtungen unterstützen ehrenamtlich engagierte Personen die hauptamtlich beschäftigten Mitarbeitenden der Werkstätten; eine WfbM kann auf das Expertenwissen von zwei zertifizierten EX-IN zurückgreifen. In sieben Werkstätten wird das Fachpersonal systematisch in Deeskalation, Krisenmanagement u. ä. ausgebildet, bspw. in Form von Supervision oder Seminaren.

Die Personalsituation bewerten rd. 71 % der befragten Werkstätten als „eher schlecht“ bzw. „ schlecht“, obgleich aktuell unbesetzte Stellen selten sind und Nachbesetzungen dauern i. d. R. nicht sehr lange. Die Unzufriedenheit mit der Personalsituation basiert vor allem auf dem als zu niedrig empfundenen Personalschlüssel (1 : 12 gemäß WVO). Auch sei es schwierig, Stellen (bspw. für eine Gruppenleitung) mit entsprechend qualifiziertem Personal zu besetzen, da wenig Fachkräfte verfügbar seien. Um bestehendes Personal zu halten bzw. neues zu gewinnen, führen die befragten WfbM regelmäßige interne Besprechungen durch, bieten Löhne nach Tarif oder Sonderzahlungen (z. B. Weihnachtsgeld) und ermöglichen Fortbildungen zu verschiedenen Themen. Gleichzeitig pflegen einzelne Einrichtungen engen Kontakt zur Jobvermittlung und zu ausbildenden Einrichtungen.

Tab. 44: Geschlecht, Altersverteilung und Migrationshintergrund der Klientel in WfbM (Angaben teilweise geschätzt)

Geschlecht (N = 11)	**Durchschnittlich in %**
Männlich	58,7
Weiblich	41,3
Anderes	0,0
Altersgruppen (N = 10)	**Durchschnittlich in %**
Unter 18 Jahre alt	0,0
18 – 24 Jahre alt	7,9
25 – 64 Jahre alt	92,1
65 Jahre und älter	0,0
Migrationshintergrund (N = 9)	**Durchschnittlich in %**
Ohne Migrationshintergrund	99,7
Mit Migrationshintergrund	0,3

Quelle: Eigene Befragung

Der Anteil männlicher Beschäftigter ist mit 58,7 % höher als der Anteil weiblicher Beschäftigter (Tab. 44). 92,1 % der Beschäftigten in der WfbM sind zwischen 25 und 64 Jahre alt. Wie bereits beschrieben, besteht derzeit keine Möglichkeit, Personen zu beschäftigen, die 65 Jahre und älter sind. In den Workshops wurde geäußert, dass die Al-

tersstruktur in WfbM davon geprägt sei, dass das Durchschnittsalter der Beschäftigten ansteige. Menschen mit Migrationshintergrund bilden mit lediglich 0,3 % einen sehr geringen Anteil innerhalb der Beschäftigten in den befragten WfbM. Flüchtlinge sind aktuell in keiner der befragten WfbM beschäftigt.

Fünf Einrichtungen bieten Psychoedukation, Deeskalationstraining o. ä. für ihre seelisch behinderten Beschäftigten an.

Zehn von 17 befragten WfbM geben an, fallbezogen regelmäßig mit anderen Akteur*innen des Versorgungssystems zu kooperieren, sechs machten dazu keine Angabe. Die Befragten arbeiten vor allem mit (Fach-)Kliniken, Wohneinrichtungen diverser Träger, den ortsansässigen SpDi sowie (gesetzlichen) Betreuer*innen zusammen. Von einer regelhaften Kooperation mit Selbsthilfe berichten zwei WfbM. In einer weiteren WfbM sind Selbsthilfegruppen regelmäßig aktiv.

Im Rahmen ihrer Gremienarbeit wirken WfbM vor allem in diversen Arbeitskreisen (bspw. Begleitender Dienst), in der PSAG oder in der LAG WfbM mit. Die Bewertung der Gremienarbeit fällt mit fünf positiven und drei negativen Bewertungen gemischt aus.

Zu den Stärken des Versorgungssystems zählen einige der befragten WfbM das gut ausgebaute Angebotsspektrum vor Ort. Als Entwicklungsbedarfe benennen die befragten WfbM den Ausbau von niedrigschwelligen Hilfe- (bspw. Beratungsstellen oder Kontaktangebote) und Arbeitsangeboten (bspw. Zuverdienst) sowie die Implementierung von ambulanten Krisendiensten. Besonders der ländliche Raum benötige einen Angebotsausbau. Wie alle anderen Anbieter zuvor, bemängeln auch die befragten WfbM das unzureichende Angebot an niedergelassenen (Fach-)Ärzt*innen und Therapeut*innen.

Budget für Arbeit

Im Rahmen des BTHG wurde das Budget für Arbeit unter § 61 im SGB IX verankert und ist zu Beginn 2018 bundesweit in Kraft getreten. Die Zielgruppe des Budgets für Arbeit sind Menschen mit Behinderungen, die nach § 58 SGB IX Anspruch auf Leistungen haben und somit den Eingangs- und Berufsbildungsbereich der WfbM bereits durchlaufen oder auf andere Weise eine Leistungsberechtigung erhalten haben. Im Umkehrschluss heißt das, dass Ausbildungsverhältnisse bzw. der Übergang Schule – Ausbildung nicht gefördert werden. Personen mit der Möglichkeit, ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit tarifvertraglicher oder ortsüblicher Entlohnung einzugehen, können das Budget für Arbeit als Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben beanspruchen.

Arbeitgeber*innen der anspruchsberechtigten Personen erhalten demnach einen Lohnkostenzuschuss, der bis zu 75 % des gezahlten Arbeitsentgelts, aber höchstens, wenn nicht landesrechtlich anders geregelt, 40 % der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 Abs. 1 SGB IV beträgt. Dauer und Umfang der Leistung werden für die Anspruchsberechtigten individuell festgelegt. Arbeitgeber*innen erhalten keinen Lohnkostenzuschuss, wenn sie zuvor ein Arbeitsverhältnis beendet haben, um sich für die Neubesetzung diesen zu sichern. Eine zeitliche Befristung des Budgets für Arbeit besteht nicht, sodass es für Menschen mit Behinderungen, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können und wollen, als dauerhafte Unterstützungsmöglichkeit dienen kann (Rosemann, 2018, S. 94). Das Budget für Arbeit könnte ermöglichen, seelisch behinderte Menschen in den Bereichen zu beschäftigen, in denen derzeit Fachkräftemangel herrscht, sodass nicht nur einzelne Personen, sondern das System Arbeit und Beschäftigung von dieser Förderungsmöglichkeit profitiert. Gleichzeitig können auch seelisch Behinderte mit höherer Bildung, denen die Arbeit in einer WfbM häufig zu monoton bzw. zu wenig fordernd ist, vom

Budget für Arbeit profitieren. Auch bietet das Budget für Arbeit mehr Flexibilität bzgl. der individuellen Förderung als eine Beschäftigung in einer WfbM.

Als problematisch erweist sich die Rückkehrmöglichkeit in die WfbM, wenn Budgetnehmer*innen doch nicht für eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt geeignet sind oder aus anderen Gründen zurück in ihre WfbM möchten. Zwar weist das Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration aus Sachsen-Anhalt (2018a) auf seiner Internetseite darauf hin, dass für die Budgetnehmer*innen ein uneingeschränktes Rückkehrrecht in die WfbM besteht.

Da Anträge zum Budget für Arbeit bzw. zum Lohnkostenzuschuss beim Sozialamt eingehen, wurden die Sozialämter zum Stand der Umsetzung befragt. Zusätzlich dazu wurden auch die WfbM dazu befragt. Zum Befragungszeitpunkt war das Budget für Arbeit erst kürzlich eingeführt, dementsprechend fielen auch die Befragungsergebnisse aus. Konkrete Umsetzungen oder Antragstellungen seitens seelisch behinderter Menschen waren zu diesem Zeitpunkt kaum vorhanden. Zum Befragungszeitpunkt war landesweit ein Antrag bekannt. Weitere Untersuchungen ergaben, dass sich die Anzahl der Anträge bis zum Herbst 2018 auf fünf erhöht hat. Künftige Planungen in diesem Bereich fokussieren sich auf den Informationsaustausch und Gespräche mit Arbeitgeber*innen.

Andere Leistungsanbieter

Mit dem BTHG sind im Jahr 2018 im SGB IX andere Leistungsanbieter, als Alternative zur WfbM, verankert worden. Zielgruppe dieser neuen Struktur sind demnach Menschen mit Behinderung, die Anspruch auf Leistungen nach den §§ 57 und 58 SGB IX haben. Im Gegensatz zur WfbM sind die anderen Leistungsanbieter gesetzlich weniger reglementiert. Gemäß § 60 SGB IX

- bedürfen sie keiner förmlichen Anerkennung
- müssen sie weder über Mindestplatzzahlen noch über die für WfbM angeforderten Ausstattungen verfügen
- können sie ihr Angebot auf § 57 oder § 58 oder nur Teile davon beschränken
- sind sie nicht zur Leistungsbringung nach den §§ 57 und 58 verpflichtet
- wird ab fünf Wahlberechtigten eine dem Werkstattrat ähnliche Vertretung gewählt, die bei bis zu 20 Wahlberechtigten aus einem Mitglied besteht und
- wird ab fünf wahlberechtigten Frauen eine Frauenbeauftragte gewählt und eine Stellvertreterin ab 20 wahlberechtigten Frauen.

Zudem sind die Leistungsträger nicht verpflichtet, Leistungen durch andere Leistungsanbieter zu ermöglichen. Alles in allem können andere Leistungsanbieter ihr Angebot zielgruppengerichtet variabler ausgestalten als WfbM es können, sodass sich für Menschen mit Behinderungen neue Arbeitsmöglichkeiten ergeben (Rosemann, 2018, S. 90).

Die Untersuchungen ergaben, dass inzwischen landesweit ein solches Angebot (in Hettstedt, 17 Plätze) besteht. Zudem liegen fünf weitere Anträge vor, u. a. von Reiterhöfen. Expert*innen verwiesen in Gesprächen auf die hohen bürokratischen Anforderungen, die mit der Schaffung eines derartigen Angebots einhergehen.

Zuverdienst

Zuverdienstangebote ermöglichen Menschen mit Behinderungen, vor allem psychisch kranken bzw. seelisch behinderten Personen, die ihren Lebensunterhalt vorrangig aus anderen (Einnahme-)Quellen beziehen (oft Grundsicherung oder Erwerbsminderungsrente), niedrigschwellige Teilhabe am Arbeitsleben. Sie richten sich also an Menschen, die dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufgrund ihrer Erkrankung bzw. Behinderung (noch) nicht zur Verfügung stehen und auch nicht in einer WfbM o. ä. tätig werden können, jedoch am Arbeitsleben teilhaben wollen. Zuverdienstangebote spielen insbesondere für chronisch psychisch kranke Menschen eine wichtige Rolle (Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen e. V., 2015, S. 2 ff.). Mitarbeiter*innen mit psychischen Beeinträchtigungen arbeiten in Zuverdienstfirmen i. d. R. weniger als 15 Stunden pro Woche. Zur Schaffung von niedrigschwelligen Arbeitsmöglichkeiten, die zu den individuellen Bedürfnissen der Beschäftigten passen, sollten in Zuverdienstfirmen abgestufte Tätigkeitsanforderungen vorhanden und flexible Arbeitszeiten möglich sein (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., 2009a, S. 2 ff.).

Im Jahr 2009 veröffentliche die Freundenberg Stiftung eine Studie zum Zuverdienst als Teilhabechance für psychisch kranke bzw. behinderte Menschen. Im Rahmen der Untersuchungen wurden mittels einer schriftlichen Befragung Daten von Leistungsbringern und (ausgewählten) Leistungsträgern erhoben. Ergänzend fanden auch Gespräche mit Expert*innen, bspw. Mitarbeiter*innen von Sozialämtern, statt. Die Studie weist auf Anforderungskriterien für eine „gute Praxis“ von Zuverdienstangeboten hin. Demnach sollten Zuverdienstfirmen einen hohen Eigenanteil erwirtschaften, mit den regionalen Versorgungsstrukturen vernetzt sein, die für psychisch kranke Beschäftigte Möglichkeiten der Mitwirkung bzw. Partizipation bieten, diverse Tätigkeiten mit unterschiedlichem Anforderungsniveau bereitstellen und Beschäftigungsverhältnisse dieses Personenkreises auf Basis von vertraglichen Regelungen einrichten (Gredig & Schwendy, 2009).

Im Gegensatz zu vielen anderen Arbeitsangeboten für Menschen mit Behinderungen sind Zuverdienstmöglichkeiten rechtlich nicht im SGB IX geregelt, auch nicht im Zuge des BTHG. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017) liefert dazu eine Erklärung. Zuverdienstangebote seien keine angemessene Alternative zur Tätigkeit in einer WfbM, da die Zielgruppe primär als nicht-werkstattfähig gilt. Weiter heißt es, die Zielgruppe würde eher von der Verbesserung der Fördermöglichkeiten in Inklusionsbetrieben profitieren, u. a. durch die mögliche Herabsetzung der wöchentlichen Arbeitswochenstunden auf zwölf Stunden pro Woche als von Zuverdienstangeboten (vgl. S. 33).

Die von FOGS durchgeführten Recherchen zeigen, dass landesweit keine Zuverdienstangebote für psychisch kranke bzw. seelisch behinderte Menschen bestehen. In Gesprächen mit Expert*innen vor Ort wurde mehrfach auf die Vorteile und den Bedarf von Zuverdienstmöglichkeiten für diese Personengruppe hingewiesen. Auch Betroffene und Angehörige thematisierten den Mangel an niedrigschwelligen Arbeitsangeboten, ohne dabei explizit den Zuverdienst zu erwähnen.

7.3.3 Modellprojekte

Im Land Sachsen-Anhalt gibt es eine Vielzahl an Modellprojekten, die Menschen mit Behinderungen den Einstieg in den allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen sollen. Manche richten sich dabei eher an jüngere Menschen, die noch am Anfang ihrer Erwerbsbiographie stehen, während andere Projekte den Übergang vom zweiten in den allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen sollen.

Das Modellprojekt „Unterstützung des Überganges von Schülern mit geistiger Behinderung und weiteren schwerbehinderten Schülern von der Förderschule in Arbeit und Beruf“, kurz *„Übergang Förderschule Beruf“ (ÜFB)* richtet sich an junge Menschen bzw. Schüler*innen mit Behinderungen. Ziel ist es, den Betroffenen frühzeitig Alternativen zur WfbM aufzuzeigen, Neigungen und Talente zu ermitteln und durch Praktika eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erproben, um bestenfalls im Anschluss an ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis bzw. eine berufliche Ausbildung im dualen System zu sichern (Integrationsfachdienst Magdeburg/Stendal, 2016, S. 17). Ein solches Vorgehen soll auf der Arbeitgeber*innenseite zum Abbau von Vorurteilen über behinderte Menschen beitragen. Integrationsfachdienste sind am Modellprojekt maßgeblich beteiligt (siehe Abschnitt 7.3.1). Für die Betroffenen sollen so mehr Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten geschaffen werden. Die Projektlaufzeit dauert noch bis 2019 an (Integrationsfachdienst Halberstadt/Sangerhausen, 2016, S. 9).

Zusätzlich soll das Modellprojekt *„Regionales Übergangsmanagement Sachsen-Anhalt“ (RÜMSA)* für junge Menschen mit und ohne Behinderung Transparenz bzgl. der Angebote am Übergang Schule – Beruf schaffen. Bis spätestens 2021 sollen Anlaufstellen nach dem Vorbild der Jugendberufsagenturen fest in der Beratungsstruktur verankert sein. Gefördert wird das Projekt seit 2015 vom Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration aus Mitteln des ESF, zur Unterstützung der Landkreise und kreisfreien Städte bei der Entwicklung von Modellen der rechtskreisübergreifenden Kooperation (f-bb, 2018, S. 5). Expert*innen thematisierten im Rahmen der Workshops, dass es wenig Erkenntnisse zu der Frage gibt, ob RÜMSA behinderte Menschen erreicht und ob RÜMSA-Koordinierungsstellen systematisch mit für die Zielgruppe zuständigen Stellen kooperieren.

Das *„Arbeitsmarktprogramm für besonders betroffene schwerbehinderte Menschen im Land Sachsen-Anhalt“* (Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, 2016a) richtet sich an keine spezifische Altersgruppe. Entwickelt wurde das Projekt vom Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt, der Regionaldi-rektion Sachsen-Anhalt-Thüringen der Bundesagentur für Arbeit sowie dem Integrationsamt. Arbeitgeber*innen, die besonders betroffene Schwerbehinderte sozialversicherungspflichtig beschäftigen, erhalten neben den Eingliederungszuschüssen der Agenturen für Arbeit bzw. Jobcenter auch zusätzliche Fördermittel in Höhe von 20 % aus der Ausgleichsabgabe. Der Förderumfang wird von den zuständigen Agenturen für Arbeit bzw. Jobcentern festgelegt, wobei die Förderhöhe bis zu 90 % des Bruttoentgelts betragen kann. Die Dauer der Förderung beträgt mindestens 24 Monate. Gefördert werden die Arbeitgeber*innen, wenn sie schwerbehinderte Menschen sozialversicherungspflichtig einstellen, die

- als besonders betroffen schwerbehindert gemäß § 155 SGB IX Abs. 1 gelten oder
- das 50. Lebensjahr im Sinne des § 155 SGB IX Abs. 2 vollendet haben oder
- langzeitarbeitslos nach § 18 SGB III sind oder
- in einer WfbM arbeiten oder
- Absolventen von Förderschulen bzw. inklusiv beschulte Absolvent*innen mit sonderpädagogischem Förderbedarf sind oder
- zusätzlich zur Schwerbehinderung alleinerziehend sind.

Gültigkeit hat das Programm für sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse, die zwischen Beginn 2016 und Ende 2020 geschlossen werden (Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt, 2016).

Einen Übergang von der WfbM zum allgemeinen Arbeitsmarkt soll das Modellprojekt „Unterstützung des Übergangs von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt durch die Integrationsfachdienste in Sachsen-Anhalt“, kürzer *„Übergang Werkstatt – allgemeiner Arbeitsmarkt“ (ÜWA)*, ermöglichen. Auch in diesem Zusammenhang nehmen die Integrationsfachdienste – wie auch beim Projekt ÜFB – eine zentrale Rolle ein (siehe Abschnitt 7.3.1). Zentrale Kooperationspartner*innen sind dabei das Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, das Integrationsamt, die Landesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten (LAG WfbM) sowie die Regionaldirektion Sachsen-Anhalt-Thüringen der Bundesagentur für Arbeit. Gestartet ist das Projekt im Jahr 2013 und soll noch bis einschließlich 2019 laufen. Menschen mit Behinderungen erhalten die Möglichkeit, sich neu zu orientieren und einen dauerhaften Wechsel von der WfbM in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu vollziehen. So werden u. a. aus den Ausgleichsabgabe-Mitteln des Landes einzelfallabhängig Jobcoachings gefördert. Die betreffenden Personen sollen dann auf eine für sie geeignete Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorbereitet werden und können via betriebliche Praktika Interessen ergründen und ihre Eignung für eine entsprechende Tätigkeit erproben. Für Arbeitgeber*innen ergibt sich daraus der Vorteil, dass sie vor Ort testen können, ob die Praktikant*innen mit Behinderungen geeignete Mitarbeiter*innen für den Betrieb wären. Bei beiderseitiger Zufriedenheit kann sogar ggf. direkt im Anschluss an das Praktikum eine Einstellung erfolgen (Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration Sachsen-Anhalt, 2018b).

Mit *„AlleImBetrieb (AIB)“* wurde ein bundesweites Modellprojekt zum Aufbau und zur Erweiterung von Inklusionsbetrieben (auch Integrationsbetriebe genannt) geschaffen. Projektlaufzeit ist von 2016 bis 2019. Die Förderung erfolgt über die landesspezifischen Integrationsämter (BMAS, 2018a). In der Förderrichtlinie des Landes Sachsen-Anhalt heißt es: Gefördert werden gemäß § 217 SGB IX finanzielle Leistungen für Auf- und Ausbau, Modernisierung und Ausstattung inkl. Beratung und besonderer Aufwand sowie Leistungen bei außergewöhnlichen Belastungen nach § 27 SchwbAV. Förderbedingung ist die Schaffung neuer Ausbildungs- bzw. Arbeitsplätze für schwerbehinderte Menschen, d. h. gefördert werden ausschließlich Plätze, die erstmalig besetzt werden. Ausgelagerte Arbeitsplätze von WfbM werden in diesem Zusammenhang nicht gefördert. Die Förderrichtlinie bezieht sich auf den Personenkreis gemäß § 215 ff. SGB IX (Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt, 2018, S. 1 – 2). Besonders psychisch kranke Menschen, die seit dem Jahr 2017 zu den Zielgruppen der Inklusionsbetriebe gehören, können von diesen neu geschaffenen Arbeitsplätzen profitieren.

Zusammenfassend ist hervorzuheben, dass Arbeit ein zentraler Faktor für die gesellschaftliche Teilhabe für psychisch Kranke und behinderte Menschen ist. Auf der Arbeit erhalten sie die Wertschätzung, die ihnen im Alltag oft fehlt. Besonders in Verbindung mit dem BTHG finden bundesweit neue Entwicklungen im Bereich Arbeit für Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen statt. So liegen in Sachsen-Anhalt erste Anträge zum Budget für Arbeit vor und auch ein anderer Leistungsanbieter hat, als Alternative zur WfbM, die Arbeit aufgenommen. Im Verlauf der Untersuchung wurde mehrfach von den Expert*innen darauf hingewiesen, dass die WfbM weiterhin ein integraler Bestandteil der Angebotsstrukturen im Bereich Arbeit und Beschäftigung für behinderte Menschen darstellen. Es bleibt zu beobachten, wie sich die neuen Angebotsformen in das bestehende System einfügen und welche Auswirkungen sie auf die Arbeitssituation der psychisch kranken bzw. seelisch behinderten Menschen haben werden. Dennoch sollte die Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt, sofern möglich, stets das vorrangige Ziel sein. Mit Blick auf die IFD zeigen sich Entwicklungsmöglichkeiten im Bereich Vernetzung und Kooperation mit anderen Akteur*innen aus dem Bereich Arbeit und Beschäftigung, insbesondere im Hinblick auf die Übernahme psychisch kranker und seelisch behinderter Beschäftigten nach der Qualifizierungsphase im Rahmen der Unterstützten Beschäfti-

gung. Sowohl in der Befragung als auch in Gesprächen mit Expert*innen wurde mehrmals auf fehlende niedrigschwellige Arbeitsangebote für psychisch kranke und seelisch Behinderte, wie Zuverdienst, hingewiesen. Trotz des Modellprojekts ÜFB, das zum guten Übergang von Schule – Beruf für Jugendliche bzw. junge Erwachsene mit Behinderungen beitragen soll, bewerten die Jugendämter in der Befragung Übergänge vielfach als unzureichend. Zudem erschwere die geringe Anzahl von BBW die Zugänge zu dieser Angebotsstruktur.

8 Schnittstellen der Versorgung von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen mit der Suchthilfe, der Versorgung geistig behinderter Menschen und mit dem Maßregelvollzug

Es war explizit nicht Auftrag der Bestandsanalyse, das Suchthilfesystem, die Versorgung geistig behinderter Menschen und den Maßregelvollzug zu untersuchen. Die genannten Bereiche haben eigene Traditionen, Handlungs- und Zielkontexte und beruhen im Fall des Maßregelvollzugs auf anderen Rechtsgrundlagen als die psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung. Dennoch werden in diesen Bereichen auch Menschen mit (zusätzlichen) psychischen und Verhaltensstörungen betreut. Von daher werden hier die *Schnittstellen* der Systeme zur psychiatrischen Versorgung betrachtet: Wie gestalten sie sich im Ist – und welche Optimierungen können empfohlen werden? Dieser Aufgabe widmen sich die folgenden drei Abschnitte.

8.1 Versorgung suchtkranker Menschen mit psychischen Störungen

Suchterkrankungen und psychische Erkrankungen zeigen vielfache Überschneidungen, die sich in der Versorgung niederschlagen (müssten). Tatsächlich entwickelte sich in Deutschland „neben“ der Psychiatrie ein eigenständiges beratungs- und rehabilitationsorientiertes Suchthilfesystem. Die Nahtstellen zwischen beiden Systemen erscheinen nicht als perfekt organisiert.

Suchtprobleme können vielfältiger Natur sein und zeigen angebots-, geschlechter- und kulturbezogene Ausprägungen sowie solche nach sozialer Lage. Neben stoffgebundenen Formen wie Tabak-, Alkohol-, Medikamenten- und Drogensucht können Menschen z. B. auch glücksspiel- oder internetsüchtig sein. Manche Formen nicht stoffgebundenen süchtigen Verhaltens werden eher dem Bereich der psychischen Störungen zugeordnet (Impulskontrollstörung, Zwangsstörung) bzw. ihre Einordnung ist umstritten (schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeitserzeugenden Substanzen, Essstörungen, Kaufzwang, Hypersexualität u. a.).

Drogen und Suchtmittel verursachen in Deutschland erhebliche gesundheitliche, soziale und volkswirtschaftliche Probleme (Bundesministerium für Gesundheit, 2018). Nach repräsentativen Studien (insbesondere Epidemiologischer Suchtsurvey 2015) rauchen 14,7 Millionen Menschen, 1,8 Millionen Menschen sind alkoholabhängig und Schätzungen legen nahe, dass 2,3 Millionen Menschen von Medikamenten abhängig sind. Rund 600.000 Menschen weisen einen problematischen Konsum von Cannabis und anderen illegalen Drogen auf und gut 500.000 Menschen zeigen ein problematisches oder pathologisches Glücksspielverhalten. Auch eine exzessive Internetnutzung kann zu abhängigem Verhal-

ten führen: Es ist davon auszugehen, dass in Deutschland etwa 560.000 Menschen onlineabhängig sind.

Für Sachsen-Anhalt bestätigt allein der Blick in die Krankenhausstatistik, dass im Land überdurchschnittlich viele Menschen Alkoholprobleme haben (vgl. Tab. 23). Forschner verweist auf eine 1,8-mal höhere Frühberentung aufgrund Alkoholmissbrauchs und 1,7-mal mehr Todesfälle durch alkoholbedingte Lebererkrankungen als im Bundesdurchschnitt (Forschner, 2013). Daten zur Inanspruchnahme ambulanter Beratung zeigen zudem zunehmend hohe Anteile von Konsumierenden synthetischer Drogen, v. a. von Methamphetamin/Crystal. Von 2011 mit 276 Betreuungen Crystal-Konsumierender in Suchtberatungsstellen steigen diese auf rd. 2.200 im Jahr 2017, schwerpunktmäßig im Halle-Saalekreis (Meeßen-Hühne, 2018, S. 16 f.). Daten des Statistischen Bundesamts bestätigen ebenfalls, dass insbesondere Probleme bzgl. Alkohol und zunehmend auch mit synthetischen Drogen (Crystal) deutlich über dem bundesweiten Durchschnitt liegen (Statistisches Bundesamt, 2017a; LS-LSA, 2017).

Aufgrund der überdurchschnittlichen Problembelastung im Bereich der legalen Suchtmittel hat Sachsen-Anhalt als ein Gesundheitsziel die „Senkung des Anteils an Rauchern in der Bevölkerung und der alkoholbedingten Gesundheitsschäden auf Bundesdurchschnitt“ gesetzt. Die Arbeitsgruppe zu diesem Gesundheitsziel, in der Schlüsselinstitutionen der medizinischen Versorgung sowie Suchtfachkliniken mit Vertreter*innen der GKV zusammenarbeiten, wird von der Landesstelle für Suchtfragen Sachsen-Anhalt (LS-LSA) gemeinsam mit einem Vertreter der AOK Sachsen-Anhalt geleitet.

Das Suchthilfesystem wird als Sachgebiet im Referat 33 des MS „Maßregelvollzug, Psychiatrie und Sucht“ betreut. Das letzte zentral publizierte „Programm zu Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe“ stammt als Teil 2 des Berichts zur Psychiatrischen Versorgung und Suchtkrankenversorgung im Land Sachsen-Anhalt aus dem Jahr 1997. Doch gibt es mit dem Suchthilfewegweiser der LS-LSA eine immer aktuelle Übersicht zum Angebot.

Untersuchungen verweisen spätestens seit der großen epidemiologischen Studie des National Institute of Mental Health, bei der über 20 Tsd. Personen untersucht wurden (Regier, Farmer, Rae, Locke et al.,1990), immer wieder auf große Überschneidungen zwischen Sucht- und (mehreren) anderen psychischen Problemen wie bspw. Depressionen, Angst- und Persönlichkeitsstörungen (Zimmermann, Bilger & Mann, 2008). Derartige Zusammenhänge zeigen sich schon in Kindheit und Jugend (Koglin & Petermann, 2008; Essau, Karpinski, Petermann & Conradt, 1998). Etwa die Hälfte (und mehr) der Patient*innen auf psychiatrischen Stationen haben (auch) ein (nicht selten unerkanntes und unbehandeltes) Suchtproblem. Dabei werden mehrere Modelle diskutiert, welche Störung, oft in Zusammenhang mit erlebten Traumata, primär oder sekundär entwickelt wird. Generell gilt, dass beide Diagnosen die Wahrscheinlichkeit steigern, auch die jeweils andere zu entwickeln. Studien berichten über Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit bei je nach Diagnose 20 % bis 85 % der psychisch Kranken. Und umgekehrt weisen je nach Untersuchung zwischen 50 % und 90 % der Suchtkranken weitere psychische Störungen/Erkrankungen

sowie Traumatisierungen auf, die häufig ohne entsprechende fachärztliche Versorgung bleiben.[31]

Obgleich also deutlich ist, dass Suchtprobleme den gesamten F-Bereich der ICD-10 durchziehen, erfahren Betroffene oft nur isolierte Behandlungen eines Teils ihrer Probleme. Die Versorgung von Menschen mit Sucht- und psychischen Problemen erfolgt im Wesentlichen in zwei verschiedenen Systemen, die aufgrund unterschiedlicher Traditionen, Leistungsträger und Finanzierungsformen nur mäßig aufeinander abgestimmt sind. Die Regularien widersprechen z. T. medizinisch und psychologisch sinnvollen Behandlungskomplexen. Beispielsweise wird die Behandlung von Patient*innen mit Doppeldiagnosen auch dadurch erschwert, dass diese in der Klinik z. T. nicht adäquat vercodet werden können. Im niedergelassenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich gelten akute Suchtprobleme nicht selten als Ausschlussgrund für ambulante Therapie, dann ist eine sachgerechte Abrechnung spezifischer Behandlung nicht möglich. Hinzu kommen fachliche Vorbehalte oder mangelnde Kompetenz/Erfahrung der Behandler*innen. Tatsächlich belegen die Daten zur Diagnoseverteilung im ambulanten Bereich, dass Suchtpatient*innen hier kaum behandelt werden.

Vergleichbare Probleme zeigen sich in weiteren Bereichen: Suchtkranken steht bspw. Ambulant Betreutes Wohnen in Sachsen-Anhalt nur dann offen, wenn sie abstinent leben. Und auch im Rahmen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) dürfen primär Suchtkranke nicht behandelt werden, Soziotherapie wäre für Suchtkranke zwar rechtlich möglich, findet bei ihnen de facto aber noch weniger Anwendung als generell.

8.1.1 Zum System der Suchthilfe

Menschen mit suchtbezogenen Problemen wenden sich in Sachsen-Anhalt, wie überall in Deutschland, an verschiedene Hilfesysteme, an den niedergelassenen Bereich ebenso wie an den Krankenhausbereich, wobei hier offen bzw. unbekannt ist, in welchen Größenordnungen Suchtprobleme z. B. im Allgemeinkrankenhaus offen oder verdeckt behandelt werden; die Zahl an Suchtdiagnosen in nicht-psychiatrischen Abteilungen ebenso wie in allen Praxen der kassenärztlichen Versorgung (siehe Tab. 11) verweisen jedenfalls auf keine vernachlässigbaren Größenordnungen.

Was die fachspezifische Behandlung betrifft, so erfolgt ein Großteil der Basisversorgung von stoffgebundenen und stoffungebundenen Suchtkranken durch das Suchthilfe-System (insbesondere durch ambulante Beratung und Begleitung und psychosoziale Begleitung Substituierter, stationäre Rehabilitation, Ambulant Betreutes Wohnen und Wohnheime für chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigkeitskranke), die in weiten Teilen freigemeinnützig organisiert ist.

---

31 Seit Jahren belegen zahlreiche Forschungsarbeiten den o. g. Zusammenhang, hier wird beispielhaft und exemplarisch verwiesen auf: Sadowski, H. & Niestrat, F. (2010). (Hrsg.). *Psychose und Sucht. Behandlung und Rehabilitation*. Bonn: Psychiatrie-Verlag; Marschall, U., Ullrich, W. & Sievers, C. (2009). Eine Sucht kommt selten allein – Sucht, Komorbidität und psychotherapeutische Behandlung. In U. Repschläger (Hrsg.), *BARMER Gesundheitswesen aktuell 2009* (S. 252 – 276). Wuppertal: Barmer; Gouzoulis-Mayfrank E. (2007). *Komorbidität Psychose und Sucht. Von den Grundlagen zur Praxis.* Darmstadt: Steinkopff; Berthel, T. (2003). Psychiatrische Komorbidität. In E. Beubler, H. Haltmayer & A. Springer (Hrsg.), *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis* (S. 73 – 78). Wien: Springer; Brodbeck, J. (2002). Diagnostik der Komorbidität. In F. Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (S. 125 – 140). Bern: Hans Huber; Addington, J. & Addington, D. (2001). Impact of an early psychosis program on substance use. *Psychiatric rehabilitation Journal*, 25, 60-67; Kovasznay, B. et al. (1997). Substance Use Disorder and the early course of illness in schizophrenia and affective psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 195-201; Soyka, M. (1995). *Die Alkoholkrankheit – Diagnose und Therapie*. London: Chapman & Hall.

Suchtberatung – eine Übersicht, wie die 49 Suchtberatungsstellen im Land verteilt sind, zeigt Tab. 20 – wird fast ausschließlich vom Land finanziert, dabei gelten für Suchtberatungsstellen die gleichen im FamBeFöG LSA ausgewiesenen Fördergrundsätze wie für die EFLE. Zusätzlich sind sie verpflichtet, an der bundesweit einheitlichen Dokumentation im Rahmen des Deutschen Kerndatensatzes in der Suchtkrankenhilfe teilzunehmen. Das Land fördert Suchtberatung bezogen auf die Anzahl der Einwohner*innen über die Kommunen im Umfang von rd. 3 Mio. Euro. Regionalmittel der Rentenversicherung ergänzen das Finanzspektrum der Beratungsstellen. Obwohl Suchtberatung und –prävention zu den kommunalen Pflichtaufgaben im eigenen Wirkungskreis gehören, ist die finanzielle Beteiligung der Kommunen nicht immer klar, die Recherchen weisen auf eine begrenzte kommunale Finanzierung von Suchtberatung hin. Wo Kommunen Suchtberatungsstellen (mit)finanzieren, sind die Beratungsstellen angehalten, ausschließlich Personen aus dieser Kommune zu beraten.

Die Aufgaben der Suchtberatung sind hinsichtlich der vorzuhaltenden Quantität und Qualität im FamBeFöG LSA nicht definiert. Der Landesrechnungshof kritisiert deshalb in seinem Jahresbericht 2017, dass in der Suchtberatung keine landeseinheitlichen Mindestqualitätsstandards für Ausstattung, Tätigkeit und fachliche Besetzung der Suchtberatungsstellen vorliegen, sodass u. a. starke regionale Unterschiede in der Versorgung durch Suchtberatungsstellen bestehen (Landesrechnungshof Sachsen-Anhalt, 2017). Aktuell wird eine Erarbeitung der LIGA zu Leistungsbeschreibung und Qualitätsstandards für Suchtberatung mit dem MS abgestimmt, die dann den Kommunen zur Verfügung gestellt werden soll.

Die Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt koordiniert Suchthilfe, Suchtprävention und Suchtselbsthilfe, wofür sie von Sozialministerium und Rentenversicherung gefördert wird. Für die Koordination eines Programms erhält sie Mittel vom Bildungsministerium. Ihr obliegt die Auswertung der landesweiten Suchthilfestatistik. Diese weist für das Land 34 Suchtberatungsstellen aus, zuzüglich Außenstellen steht in allen Kommunen Suchtberatung an 49 Standorten zur Verfügung (vgl. Tab. 20). Elf Fachstellen für Suchtprävention in zehn Kommunen ergänzen das Spektrum, wobei diese Angebotsstruktur weiter ausgebaut werden soll. Neue Förderanträge hierzu liegen vor. Ziel ist es, in jeder Kommune eine Fachstelle für Suchtprävention zu etablieren. In Gebietskörperschaften mit mehr als 200.000 EW soll es zwei Fachstellen geben.

Die Landesstelle weist für alle Kommunen in Sachsen-Anhalt Beauftragte für Suchtprävention aus. In 13 von 14 Fällen liegt diese Funktion bei der Kommune, meist im Gesundheitsamt, z. T. bei der Psychiatriekoordination bzw. Planungsstelle. In drei Kreisen sind die Suchtpräventionsbeauftragten bei Suchtberatungsstellen freier Träger verortet.

Suchtkranke, die SGB-II-Klient*innen sind, können u. U. gemäß § 16a SGB II Kommunale Eingliegerungsleistungen (KEL) in Anspruch nehmen. Dazu gehört auch die Suchtberatung (siehe dazu auch Kapitel 7.3).

In den Suchtberatungsstellen arbeiten Fachkräfte im Umfang von etwa 70 VZÄ, dabei schwankt die Ausstattung der Stellen deutlich, so berichten etwa Kommunen im Rahmen der Befragung über Personalausstattungen zwischen minimal 2,0 und maximal 9,6 VZÄ. Die Suchtberatungskapazität in den Kommunen ist sehr unterschiedlich. In Sachsen-Anhalt bestehen nur in den Städten Dessau-Roßlau und Magdeburg vergleichbare Versorgungssituationen wie im Bundesdurchschnitt (etwa 1 : 18.000). Ansonsten liegt das Verhältnis Fachkraft/Einwohner*innen zwischen 1 : 30.000 und 1 : 90.000 (vgl. Forschner, 2013; 22. Bericht des Psychiatrieausschusses). Weite Teile des Landes, insbesondere im ländlichen Bereich, können als unterversorgt gelten.

Die oft multiprofessionellen Teams der Beratungsstellen ermöglichen zwar prinzipiell gute Beratung, ggf. auch von Menschen mit Doppeldiagnosen bzw. deren Angehörigen, allerdings weisen die Untersuchungsergebnisse auf eine unterdurchschnittliche Ausstattung der ambulanten Suchthilfe im Land hin. Dies wird im Land als vor allem angesichts der überdurchschnittlich hohen Belastung mit suchtbezogenen Problemen in der Bevölkerung, s. o die Kritik des Landesrechnungshofs, als problematisch bewertet.

Zum Angebotsspektrum von Suchtberatung

17 Suchtberatungsstellen bieten ambulante Nachsorgegruppen an, 23 begleitete Selbsthilfegruppen. 14 Suchtberatungsstellen bieten Menschen mit hohem Alkoholkonsum manualgestützte krankenkassengeförderte Kurse zur Trinkreduktion an oder Präventions- und Interventionsprojekte zu jugendlichem Rauschtrinken. 13 Beratungsstellen führen Kurse zur Tabakentwöhnung durch. Angehörigenarbeit benennen 15 Suchtberatungsstellen eigens und Elternarbeit sieben. Neun Suchtberatungsstellen bieten frauenbezogene Gruppen an. 13 Suchtberatungsstellen halten Angebote zum Thema „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ vor. Dies kann Multiplikator*innenarbeit ebenso sein wie die direkte Beratung von Kindern und ihren Eltern oder spezifische Präventionsmaßnahmen. Auch sind sie mit regionalen Netzwerken zur Kindeswohlsicherung in Kontakt (die LS-LSA hat 2009 eine Handlungsempfehlung erarbeitet: Beitrag zur Kindeswohlsicherung durch Suchtberatungsstellen der freien Wohlfahrtspflege im Land Sachsen-Anhalt).

Lediglich sechs Beratungsstellen verfügen über niedrigschwellige Angebote, darunter Cafébereiche (5x), Streetwork (4x), Spritzentausch (2x) und ein niedrigschwelliges Arbeitsprojekt. Aufsuchende Arbeit im umfassenderen Sinn und Hausbesuche sind kaum vorhanden, vermutlich werden also besonders marginalisierte chronisch mehrfachbeeinträchtigt Abhängigkeitskranke wenig erreicht. Dass Suchtberatung insofern eher nach dem „inverse care law“ (Hart, 1971) erfolgt – d. h.: umgekehrt proportional zum Hilfebedarf, hat vermutlich (auch) mit dem unterdurchschnittlichen Ausbaugrad von Suchtberatung in Sachsen-Anhalt zu tun. Dies trifft insbesondere chronisch mehrfachbeeinträchtigte, häufig wohnungslose Suchtkranke mit oft gegebener psychiatrischer Komorbidität.

Keine Suchtberatungsstelle ist zur Durchführung ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen anerkannt.

Zur Klientel: Die Deutsche Suchthilfestatistik liefert Daten zu Klient*innen in ambulanter Suchtberatung für das Jahr 2016 in Sachsen-Anhalt. Demnach suchten 2016 insgesamt 11.233 Personen Suchtberatungsstellen auf (Daten aus 33 Beratungsstellen), davon 91,2 % selbst Betroffene und 8,8 % Bezugspersonen. Hauptdiagnose der Klient*innen war mit 57,6 % eine alkoholbezogene Problematik (zum Vergleich im Bund: 42,0 %), gefolgt von F15 Stimulanzien mit 15,4 % (im Vergleich Bund: 5,8 %). Die Altersgruppe der 18- bis 64-Jährigen bildete den größten Anteil der Klientel, während 4,0 % der Klientel noch minderjährig und 2,1 % über 65 Jahre alt waren (Braun, Künzel, Specht & Thaller, 2017a; Braun, Specht, Thaller & Künzel, 2017b).

8.1.2 Medizinische Beratung, Behandlung und Rehabilitation

SpDi: Suchtkranke finden in Sachsen-Anhalt grundsätzlich auch in den SpDi ambulante Hilfe: Alle SpDi berichten, dass sie sich auch an suchtkranke Menschen oder Personen mit Doppeldiagnosen richten, mehrere weisen auch Selbsthilfegruppen aus. Bei den SpDi liegt insbesondere die Betreuung chronisch mehrfachbeeinträchtigt und z. T. wohnungs-

loser Suchtkranker, die in den eher hochschwellig arbeitenden Suchtberatungsstellen keine Hilfe finden. Allerdings stehen für Suchtkranke, wie für andere psychisch Kranke, keine Krisendienste bereit.

Substitutionsbehandlung: Knapp 700 Drogenabhängige (31 pro 100.000 Einwohner*innen; Stand: Juli 2016) werden durch 37 Ärzt*innen substituiert (im Mittel 19 Patient*innen pro Ärzt*in; Bundesopiumstelle, 2017). Problematisch ist, dass die Substitutionsbehandlung derzeit wegzubrechen droht, weil ein Großteil der substituierenden Ärzt*innen in den nächsten Jahren in den Ruhestand geht und kaum Nachwuchs gefunden werden kann. Die psychosoziale Betreuung substituierter Personen wird durch Fachkräfte der Suchthilfe (i. d. R. der ambulanten Suchtberatung) geleistet.

Stationäre medizinische Behandlung: In Sachsen-Anhalt bieten 23 Träger in 26 Kliniken medizinische Behandlung für Suchtkranke an, darunter auch 18 Kliniken mit drogenbezogenen Angeboten. 20 Häuser bieten qualifizierten Entzug an, 16 Kliniken S1-Regelbehandlung. Eine Intensivbehandlung (S2) haben 14 und eine S4-Behandlung (Langandauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker) 13 Kliniken. Das stationäre Spektrum wird durch sechs PIA und neun Tagesklinik-Standorte ergänzt – in sechs Häusern ist auch ambulante Entgiftung möglich. Für Jugendliche ist in den KJP in Halle und Stendal Entgiftung/Suchtbehandlung möglich. Die Platzzahl wird im Krankenhausplan nicht ausgewiesen.

Aus Praxissicht fehlen, trotz hoher Bettenzahlen in den psychiatrischen Kliniken, Kapazitäten zum qualifizierten Entzug. Es gebe keine Förderung spezieller Betten, der Krankenhausplan weise keine Suchtbetten aus, aus der Befragung geht hervor, dass (nur) zwölf Kliniken Angebote zum qualifizierten Entzug anbieten. Suchtkranke müssen deshalb oft auf Akutstationen behandelt werden. Es wird berichtet, dass aufgrund fehlender Betten gar keine Aufnahme in Kliniken stattfindet, wenn nicht ein besonders schwerer Fall, bspw. eine akute Intoxikation, vorliege. Das sei für Suchtkranke ein großes Problem, z. T. können sie sich bei Rückfallgefahr nicht hilfesuchend an die Klinik wenden. Klinische Kapazitäten würden vielfach dadurch belastet, dass die Polizei stark alkoholisiert aufgegriffene Personen ohne fachliche Indikation in Kliniken bringe (statt in Gewahrsamszellen). Z. T. betrage der Anteil alkoholisierter Patient*innen deshalb über die Hälfte der Klientel und erschwere eine fachliche Arbeit auf den Stationen. Aus dem Harz wird über Möglichkeiten zu Krisenbehandlung für akut Gefährdete berichtet: Mit der AOK seien hier kurzfristige (zwei bis drei Tage) und mittelfristige (zwei- bis dreiwöchige) Stabilisierungsaufenthalte vereinbart worden.

Psychiatrische Tageskliniken haben lt. Praxisvertreter*innen zu wenig Plätze und nehmen Patient*innen erst auf, wenn sie mindestens drei Monate abstinent sind. Behandelt würden dann psychische Störungen, aber nicht die Suchterkrankung. Tageskliniken zur Suchtbehandlung stehen ausschließlich in Magdeburg und Querfurt zur Verfügung.

Rehabilitation: Fünf Rehakliniken bieten ein stationäres Angebot zu medizinischer Rehabilitation an (private und freigemeinnützige Träger), in denen 381 Plätze zur Verfügung stehen – vorrangig zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit.

In Sachsen-Anhalt stehen mehrere unbürokratische und schnelle Zugänge in medizinische Reha zur Verfügung: die Antragstellung über das SGB II seit Ende 2006, die nahtlose „Schnelleinweisung“ aus der Entzugsbehandlung im Akutkrankenhaus seit 2007 und die Antragstellung direkt aus der hausärztlichen Praxis – jeweils ohne die Notwendigkeit eines Sozialberichts. Grundlagen waren...

- zum einen die *„Schnelleinweisung“*, die Ärzt*innen und Akutkrankenhäusern die Möglichkeit geben, einen Reha-Antrag mit einem Formularantrag und ohne Sozialbericht zu stellen (allerdings nur für Versicherte der DRV Mitteldeutschland). So

kann die in der Entzugsphase oft hohe Veränderungsbereitschaft von Patient*innen für die sofortige Überleitung in Reha genutzt werden. Die Patient*innen schließen die Reha-Maßnahme im gleichen Maß erfolgreich ab wie jene, die zunächst eine ambulante Motivationsphase durchlaufen haben.

- Zum anderen wurde modellhaft der „*Magdeburger Weg*“ erprobt, der dann in eine Kooperationsvereinbarung zur Erbringung von Leistungen für abhängigkeitskranke Menschen zwischen der DRV Mitteldeutschland und der Regionaldirektion Sachsen-Anhalt-Thüringen und Sachsen der Agentur für Arbeit vom August 2010 mündete. In den ersten Jahren der Erprobung wurde nachgewiesen, dass so eine Klient*innengruppe erreicht wurde, die weniger Nähe zum Hilfesystem und eine prognostisch ungünstigere Ausgangslage (arbeitslos, alleinstehend) aufweist und gleichwohl vergleichsweise gute Behandlungsergebnisse erzielt werden konnten – inkl. einer Anbindung an Suchtberatung, Nachsorge und Selbsthilfe. Generell formuliert das SGB II zur Teilhabe am Arbeitsleben seit Januar 2005 erstmals einen Anspruch auf Hilfen zur Überwindung von psychosozialen Vermittlungshemmnissen, darunter auch jene in Folge von Sucht. Allerdings lassen sich auch hieraus meist keine Vorgaben qualitativer oder quantitativer Natur ableiten. Als positive Ausnahme kann jedoch berichtet werden, dass von den Jobcentern in Mitteldeutschland, als Erweiterung des o. g. Magdeburger Wegs, spezielle Arbeits- und Beschäftigungsangebote entwickelt wurden, die im direkten Anschluss an die Reha-Maßnahme greifen (vgl. Forschner, 2013).

8.1.3 Suchtselbsthilfe

Der Suchtselbsthilfe kommt generell große Bedeutung zu: Vielfach sind Selbsthilfegruppen die erste Anlaufstelle für Menschen mit Sucht-, vor allem mit Alkoholproblemen. In Sachsen-Anhalt bieten etwa 200 Suchtselbsthilfegruppen (vor allem im Bereich Alkohol) ortsnahe und unbürokratische Hilfe. Die Suchtselbsthilfe stellt einen wichtigen Bestandteil der Suchthilfe insgesamt dar und trägt dazu bei, das umfassende Hilfeangebot sicherzustellen. In der Regel kooperieren Suchtberatungsstellen und Suchtselbsthilfegruppen. Nicht selten starten die Gruppen als angeleitete Selbsthilfegruppen. Suchtselbsthilfegruppen können häufig Räumlichkeiten der Suchtberatung nutzen, finden dort auch Hilfe bei der Beantragung finanzieller Unterstützung oder in Krisensituationen. Abstinent lebende Suchtkranke aus Suchtselbsthilfegruppen wiederum unterstützten Suchtberatungsstellen häufig bei Veranstaltungen.

8.1.4 Vernetzung

Neben den oben vorgestellten Kooperationen im Bereich Rehabilitation bestehen von Seiten der Suchtberatungsstellen vielfältige Formen der Zusammenarbeit. Auch einige befragte Kommunen konnten über Kooperationsaktivitäten der Suchtberatungsstellen berichten. Demnach arbeiten Suchtberatungsstellen in regionalen AK Sucht (als Teil der PSAG) und mit Fachpsychiater*innen bzw. Psychotherapeut*innen zusammen, mit Schule und mit der polizeilichen Kriminalprävention. Allerdings wird die Kooperation von Suchtberatungsstellen und niedergelassenen Ärzt*innen oft als schwierig beschrieben. Ähnliches gilt für die Kooperation von Suchtberatung und SpDi: Lediglich zwei SpDi berichten über Kooperationsbeziehungen zu Suchtberatung, i. d. R. vermitteln sie Klient*innen dorthin. Tatsächlich weist die Suchthilfestatistik aus, dass lediglich unter 1 %

aller Klient*innen in Suchtberatungsstellen über SpDi in die Beratung kommen (Braun, Specht, Thaller & Künzel, 2017b).

In der Befragung wird nur von fünf Kliniken über Kooperationsbeziehungen zwischen Kliniken und Suchthilfe berichtet, nur einmal i. S. der Übernahme von Klientel aus der Suchtberatung und etwas öfter bzgl. der Weitervermittlung an stationäre Rehabilitation. Tatsächlich ist davon auszugehen, dass es deutlich mehr Verbindungen gibt, allein gut ein Zehntel der Klient*innen ambulanter Suchtberatung wurde von Kliniken vermittelt (ebd.).

Die Möglichkeiten zur Zusammenarbeit werden auch von Versorgungsgrad und Infrastrukturfragen bestimmt: Wo es kaum niedergelassene Psychiater*innen oder Psychotherapeut*innen gibt, haben die wenigen kaum Zeit für Treffen. Und in ländlichen Gebieten erschweren zudem lange Wege die Kooperation. Generell, so wird berichtet, hängt Vernetzung wesentlich vom Engagement der einzelnen Personen ab. Dies kann als problematisch bewertet werden, da es dem System Suchthilfe, vor allem im ambulanten Bereich, an unmittelbarer psychiatrischer Expertise mangelt – ebenso wie in der Psychiatrie angemessene Wahrnehmung und Behandlung von (auch) Suchtproblemen bei psychischen Erkrankungen nicht die Regel sind.

8.2 Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung

Auskunft zu epidemiologischen Erkenntnissen zur Anzahl von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung sowie zu Ursachen und Varianten der Störungen, die spezifische Herangehensweisen erfordern, wurden in Kapitel 3 dieses Berichts niedergelegt.

In Anknüpfung daran ist es folglich für die Abschätzung des Hilfebedarfs wichtig, zwischen primären psychischen Störungen, demenziellen Entwicklungen und Verhaltensauffälligkeiten zu unterscheiden, da erstere psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlungsbedarf nach sich zieht bzw. ziehen sollte, letzteres aber eher Änderungen im Setting oder im Umgang. Allerdings können Verhaltensauffälligkeiten auch Ausdruck einer psychischen Erkrankung sein und beide Aspekte vielfältig ineinander verwoben auftreten.

Die Diagnostik einer psychischen Störung geht, ebenso wie deren Behandlung, mit besonderen Anforderungen einher, vielfach werden Anzeichen als behinderungsbedingt eingestuft (Diagnostic Overshadow). Und selbst wenn Behandlungspersonen sich auf die besondere Art der Kommunikation einlassen (können), über Kenntnisse zu Erscheinungsbild und Verlauf psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung verfügen sowie geeignete spezifische Diagnostikverfahren (Fletcher, Loschen, Stavrakaki & First, 2007) einsetzen, ist eine Befragung der Betroffenen oft aufgrund der eingeschränkten Kommunikationsfähigkeit nur begrenzt möglich. Deshalb ist Diagnostik regelhaft langwierig und nur unter Einbezug des Umfelds möglich (mit ggf. vorhandenen subjektiven Interpretationen oder settingbestimmten Aspekten, ggf. sogar Overreporting).

Behandlung ist ebenfalls zeitaufwendig, erfordert oftmals Hausbesuche und die Unterstützung durch und die Kooperation mit anderen Helfersystemen und privaten Bezugspersonen. Bei der Behandlung ist einfache Sprache wichtig und ggf. unterstützte Kommunikation, die Patient*innen können nicht im gleichen Maß mitarbeiten wie nichtbehinderte Menschen; zudem sind andere Wirkmechanismen und Nebenwirkungen von medikamentöser Therapie zu berücksichtigen (Seidel, 2009). Für die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Menschen mit geistigen Behinderungen gibt es zunehmend Belege (Prout

& Browning, 2011), gleichwohl wird sie selten durchgeführt. Gründe hierfür liegen im Fehlen psychotherapeutischer Kapazitäten und im Mangel an Kompetenz und Bereitschaft im/zum Umgang mit der Personengruppe. Sofern Therapie stattfindet, muss sie anders gestaltet und weniger kognitiv orientiert sein (kürzere Therapieeinheiten, einfachere Sprache, direktiveres Vorgehen, Einbezug von Bezugspersonen etc.).

Auch wenn diese kurzen Anmerkungen schon darauf verweisen, dass das Regelsystem immer wieder damit überfordert ist, Menschen mit geistigen Behinderungen adäquat zu versorgen, besteht mit Verweis, z. B. auf die UN-BRK, der Anspruch, auch diese Zielgruppe angemessen zu versorgen. Dies ist auch im Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) vom 16.07.2015 mit der Einführung des § 119c zu Medizinischen Behandlungszentren für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung (MZEB) berücksichtigt worden. In Sachsen-Anhalt planen derzeit Träger an zwei Standorten die Implementierung von MZEB.

Jüngst hat auch der Gemeinsame Bundesausschuss (GB-A, gemäß § 91 SGB V) die Möglichkeit der Psychotherapie für intellektuell geminderte und geistig behinderte Personen (mit Diagnose nach Gruppe F70 bis F79 nach ICD-10) durch Änderung der Psychotherapie-Richtlinien geschaffen bzw. förmlich erweitert. Künftig können „Menschen mit einer geistigen Behinderung bis zu zehn psychotherapeutische Sprechstunden-Einheiten je Krankheitsfall in Anspruch nehmen. Mit der psychotherapeutischen Sprechstunde soll den Patient*innen zeitnah ein niedrigschwelliger Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ermöglicht werden.“ (Pressemitteilung 35/2018 des GB-A vom 18. Oktober 2018, S. 1). Falls erforderlich gestattet die Änderung der Richtlinie auch den Einbezug von relevanten Bezugspersonen.

In Sachsen-Anhalt gibt es keine systematische Übersicht über spezialisierte ambulante oder stationäre Hilfen für geistig behinderte und psychisch kranke Menschen. Lediglich in zwei Kommunen arbeiten regionale AG, die auf die Zielgruppe fokussieren (als Teile der örtlichen PSAG). Allerdings scheinen Kooperation und gemeinsame Planung zwischen psychiatrischem Bereich und Behindertenhilfe nicht ausgeprägt.

Bei vielen Betroffenen, die zu Hause leben, wird die psychische Störung erfahrungsgemäß nicht (gleich) als solche wahrgenommen und die behinderten Menschen werden erst spät einer Behandlung zugeführt. Dies wird dann noch dadurch erschwert, dass kaum niedergelassene psychiatrische und psychotherapeutische Praxen sowie psychiatrische Kliniken Menschen mit geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen behandeln. Es fehlt zum einen an Wissen und Erfahrung in der Behandlung dieser spezifischen Zielgruppe, aber zum anderen auch an einer angemessenen Finanzierung der sehr viel aufwendigeren Diagnostik und Behandlung.

Geistig Behinderte mit Suchtproblemen fallen am ehesten in WfbM auf und werden von dort der Behandlung zugeführt. Hilfreich erscheint die von der DRV unterstützte Möglichkeit, Entwöhnungsbehandlungen in den Fördergruppen durchzuführen.

In der Befragung im Frühjahr 2018 gaben elf SpDi aus Sachsen-Anhalt an, auch Menschen mit geistigen Behinderungen/Lernschwierigkeiten und psychischen Störungen zu versorgen. Fünf SpDi nannten zudem Anteile von Klient*innen mit geistigen Behinderungen an der Gesamtklientel (Bezugsjahr: 2016), die zwischen 0,8 % und 15 % lagen.

Im stationären Bereich konnten Fachkrankenhäuser identifiziert werden, die explizit über eine Therapiestation für geistig Behinderte mit psychischen Erkrankungen bzw. Sucht verfügen: das AWO Fachkrankenhaus Jerichow und die Salus Klinik in Bernburg. Zudem wird aus dem Klinikum Naumburg berichtet, dass für geistig behinderte Menschen Diagnostik und Behandlung vorwiegend aufsuchend erfolgen und Behandlung kooperativ mit den Fachkräften vor Ort erfolgt (im Rahmen von Hometreatment).

Am häufigsten gaben im Rahmen der Befragung Träger und Einrichtungen der Behindertenhilfe an, auch geistig behinderte Menschen aufzunehmen: Eine Tagesstätte, sieben Träger ambulant betreuten Wohnens, vier stationäre Wohneinrichtungen und acht Träger von Wohnverbünden – im Wesentlichen handelt es sich dabei allerdings um Einrichtungen oder Träger der Behindertenhilfe, die generell vor allem geistig Behinderte betreuen (vgl. auch Kap. 7).[32] Es liegen keine näheren Informationen darüber vor, welche Kompetenzen hier für den Umgang mit psychischen Erkrankungen gegeben sind bzw. welche Kooperationen mit psychiatrischer Expertise bestehen. In den Erhebungen wurde problematisiert, dass psychische Erkrankungen oft unerkannt bleiben und keine spezifische Hilfe gesucht wird, weil die Kompetenz fehle, diese zu erkennen. Konkret konnten zwei Einrichtungen identifiziert werden, die sich in besonderer Weise an geistig behinderte und psychisch kranke Menschen richten: Anker – eine Einrichtung der AWO Halle-Merseburg und Salus Uchtspringe.

Die Erfahrungen in der Versorgung zeigen, dass Menschen mit geistigen Behinderungen und psychischen Störungen/Erkrankungen andere und zeitlich aufwändigere Versorgungsbedarfe als nicht behinderte Betroffene haben, die im Regelversorgungssystem meist nicht gewährleistet sind. In der S2k Praxisleitlinie (Häßler et al., 2014) werden diverse Maßnahmen zur Sicherstellung einer guten Behandlung und Betreuung dieser Zielgruppe benannt. Der für Sachsen-Anhalt auf der Grundlage von Fachdiskussion und Erhebungen vor Ort sich ergebende Entwicklungsbedarf wird im Kapitel 11, Handlungsempfehlungen, entsprechend zusammengefasst.

8.3 Maßregelvollzug: Schnittstelle zur allgemeinpsychiatrischen Versorgung

Die Durchführung des Maßregelvollzugs entsprechend §§ 63 und 64 Strafgesetzbuch (StGB) ist eine hoheitliche Aufgabe der jeweiligen Bundesländer. Im Land Sachsen-Anhalt basiert der Maßregelvollzug auf dem Maßregelvollzugsgesetz Sachsen-Anhalt (MVollzG LSA) vom 21. Oktober 2010. Im Rahmen dieses Berichts ist vor allem zu diskutieren, in welcher Art und Weise sich Schnittstellen zum allgemeinen, psychiatrischen Versorgungssystem ergeben.

In Sachsen-Anhalt wurde die Aufgabe des Maßregelvollzugs der Salus gGmbH übertragen, einer vom Land gegründeten gemeinnützigen Gesellschaft. Vollzogen werden die Maßregeln in den Landeskrankenhäusern für Forensische Psychiatrie in Uchtspringe und Bernburg:

- Das Landeskrankenhaus für Forensische Psychiatrie in Uchtspringe umfasst 172 Plätze, weitere 78 werden in der Außenstelle in Lochow geführt. Aufgenommen werden Personen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung nicht für ihre (Straf-) Taten bestraft werden können (nach § 20 StGB), aber der Behandlung und Sicherung bedürfen (gem. § 63 StGB). Aufgenommen werden in Uchtspringe auch (männliche) suchtkranke Straftäter, die nach § 64 StGB eingewiesen wurden und bei denen eine Alkoholabhängigkeit im Vordergrund steht.
- Das Landeskrankenhaus für Forensische Psychiatrie in Bernburg verfügt über 179 Plätze und dient der Behandlung und Sicherung suchtkranker Straftäter*innen nach § 64 StGB.

---

32 Allerdings zeigt ein Blick auf die Ergebnisse zu vorhandenen Hilfen für kognitiv eingeschränkte Personen, das deutlich weniger Einrichtungen über Informationen, Materialien oder andere Angebote, Maßnahmen oder Hilfen bezüglich kognitiver Einschränkungen verfügen.

Zum Zweck der Nachsorge nach Entlassung (Sicherung der Therapieerfolge, ambulante Betreuung) wurde in Sachsen-Anhalt die Forensische Ambulanz FORENSA geschaffen. Sie betreut Entlassene aus den sozialtherapeutischen Anstalten sowie aus den Einrichtungen des Maßregelvollzugs. Die FORENSA ist in Magdeburg und in Halle/Saale angesiedelt. Die FORENSA ist ein Gemeinschaftsprojekt des Ministeriums für Justiz und Gleichstellung und des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Integration.

Die FORENSA betreut nach eigenen Angaben in Magdeburg und Halle je ca. 50 aus dem Maßregelvollzug entlassene Personen.

Zur Einordnung des Stellenwerts der folgenden Ausführungen sei daran erinnert, dass der Auftrag zur Bestandsaufnahme der psychiatrischen Versorgung explizit nicht die Untersuchung des Maßregelvollzugs selbst umfasste (und auch nicht den Themenkomplex des Strafvollzugs bzw. den aus den Justizvollzugsanstalten entlassenen Personen). In die Berichterstattung aufgenommen werden sollte jedoch, wie die mit der Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen befassten Berufsgruppen, Kliniken, Ämter usw. die Situation beurteilen, wenn Personen aus dem Maßregelvollzug entlassen werden.

Die Notwendigkeit, die Schnittstelle Maßregelvollzug (MRV) und psychiatrische Versorgung zu betrachten, ergibt sich aus den Fragen, was, wie und wo mit den aus dem MRV entlassenen Personen mit Blick auf ihre (Re-)Integration geschehen kann und soll. Zum einen ist ja nicht auszuschließen, dass die (ursächliche) psychische Erkrankung oder Suchterkrankung wieder auftreten kann und dem durch präventive Maßnahmen und fachliche Behandlung frühzeitig entgegengewirkt werden sollte, zum anderen bestehen oft Auflagen wie z. B. hinsichtlich der Pflicht zur (weiteren) Behandlung, die im psychiatrischen System ihre Entsprechung und/oder Überwachung finden sollten – in Koordination mit Bewährungshilfe und sozialen Diensten.

Abgesehen von der Auswertung von Unterlagen wurden folglich in einem interdisziplinär zusammengesetzten Workshop (16. August 2018) diese schnittstellenbezogenen Fragen diskutiert – unter Anwesenheit von Vertreter*innen von Kliniken, FORENSA, Sozialämtern, Sozialdiensten, Bewährungshilfe, Wohneinrichtungen, Sozialagentur sowie vom Psychiatrieausschuss.

Die Beantwortung der vorgenannten Fragen ist aktuell durch eine besondere Dynamik gekennzeichnet. Nicht nur, weil stetig Regelentlassungen erfolgen und zu bewältigen sind, sondern insbesondere, weil zu erwarten ist, dass es aufgrund der in 2017 erfolgten höchstrichterlichen Entscheidung, dass eine „Verhältnismäßigkeit“ von freiheitsentziehenden Maßnahmen und ihrer Dauer generell gegeben bzw. diese im Einzelfall überprüft werden müsse, es wahrscheinlich zu weiteren Entlassungen kommen wird. Damit in Verbindung wird es noch mehr als bisher erforderlich sein, zu klären, wann welche Person wohin, unter welchen Auflagen entlassen und wie die Nachsorge fachlich gestützt übernommen werden kann. Dass in dem Kontext MRV bzw. psychisch oder suchtkranke Straftäter*innen mediale Aufmerksamkeit garantiert ist und Sorgen der Bevölkerung von Bedeutung sind, sei an dieser Stelle durchaus erwähnt, was die Aufgabenstellung noch komplexer werden lässt.

Von daher überrascht es nicht, dass z. B. die Befragung im Rahmen der Bestandsaufnahme durch FOGS ergeben hat (s. Tab. 45), dass nur etwa die Hälfte der Wohneinrichtungen überhaupt aus dem MRV entlassene Klientel aufnehmen.

*Tab. 45: Wohneinrichtungen, die Klient*innen aus dem MRV aufnehmen (Angaben in Prozent)*

	stationäres Wohnen (N = 16)	Wohnverbund stationär und ambulant (N = 13)
Ja	56,3	46,2
Nein	31,3	38,5
keine Angabe	12,5	15,4

Quelle: Eigene Befragung

Auf diesem Hintergrund ging es vor allem darum, die Sichtweise der nach der Entlassung aus dem MRV beteiligten Einrichtungen bzw. Institutionen zu befragen. Der dazu durchgeführte Workshop führte zunächst zu Aussagen, dass es ein breites Bemühen in den Ämtern und Einrichtungen gebe, den entlassenen Patient*innen in den notwendigen Belangen gerecht zu werden. Jedoch würde dies nach Ansicht der Workshop-Teilnehmer*innen häufig an mehreren Hürden scheitern:

- Die gerichtlich verfügten Entlass-Termine würden nicht immer rechtzeitig kommuniziert, das externe Behandlungs- und Hilfesystem könne sich deshalb nicht rechtzeitig und koordiniert vorbereiten.
- Es fehle an durchgängiger, regelhafter Information durch die Landeskrankenhäuser bei Entlassung an die nachsorgenden Einrichtungen, welche Person mit welchen Problemstellungen wohin entlassen werde. Relativierend müsse jedoch auch gesehen werden, dass nicht selten die entlassene Person nicht dort ankomme (oder hin wolle), wo z. B. ihr ursprünglicher Wohnsitz war (und nicht an den Ort der ggf. früher behandelnden Einrichtung).
- Leistungsansprüche, Krankenversicherung und Aufenthalt seien oft nicht vor Entlassung bzw. unmittelbar nach Entlassung regelbar, sodass nicht selten der Rückfall in die Obdachlosigkeit drohe, da kein „Auffangnetz“ greife.
- Werden Auflagen durch die Gerichte erteilt, so sei die Gewinnung von Erkenntnissen, ob diese eingehalten würden, mindestens schwierig. Wenn die Betroffenen unmittelbar nach Entlassung in einem (zivilrechtlich) geschützten häuslichen Umfeld Platz fänden, sei auch die Durchsetzung von Auflagen häufig sehr erschwert.
- Bestätigt wurde im Workshop, dass es an geeigneten Wohn- und Aufenthaltsmöglichkeiten nach Entlassung fehle. Das sei zwar auch eine quantitative Frage, dennoch bestünde bei den Wohneinrichtungen und ihren Trägern die Sorge, mit der Klientel aus dem MRV weder konzeptionell noch personell zurechtzukommen. Hier mangele es auch an Wissen, was diese Betroffenengruppe benötige; frühzeitiger persönlicher Kontakt könne auch manches Vorurteil abbauen helfen. Empfohlen wurde auch, dass die FORENSA als beratende Institution hierbei eine wichtige Rolle spielen könne.
- Thematisiert wurde auch, dass die Schaffung von etwaigen größeren „Sonder“-Einrichtungen nicht zukunftsfähig sei, da diese von der Bevölkerung nicht akzeptiert würden. Das Ziel solle sein, integrierende und integrierte Aufnahme in bestehende Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen zu fördern – in Anerkennung der Tatsache, dass dies die Einrichtungen vor erhebliche Herausforderungen stelle und auch nicht jede/r Klient*in aus dem MRV dies so wolle oder sich dafür eigne.

Eine Überprüfung des landesweit gültigen, empirisch geprüften Realitätsgehalts dieser Aussagen und Einschätzungen bedürfte einer umfassenden Untersuchung der hier beschriebenen Situation; dies konnte im Rahmen des Berichts weder erfolgen noch war solches beauftragt. Auch standen rechts-, persönlichkeits- und datenschutzbezogene Fragen

bei der Diskussion nicht im Vordergrund, sondern versorgungsbezogene, die sich nach Entlassung aus dem MRV stellen.

Diese Bemerkungen relativieren jedoch nicht die Tatsache, dass die im Workshop befragten und diskutierenden Teilnehmer*innen aus ihrer Sicht auf Schnittstellenprobleme in Bezug auf den MRV und die psychiatrische Versorgung verweisen. Nach Ansicht von FOGS sind damit nicht bereits alle Ursachen oder verursachenden Akteure benannt, weitere Aufklärung ist zweifelsohne angezeigt. Zu diesem Zweck ist es aber sicher zielführend, wenn sich die Teilnehmer*innen des Workshops zur Schnittstelle MRV/psychiatrische Versorgung einen deutlich besseren Informationsfluss zwischen allen beteiligten Institutionen (zuständiges Gericht, Landeskrankenhaus, Bewährungshilfe, Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe, Behandlungsinstitutionen) wünschen und ihrerseits vorschlagen, in (ggf. zunächst informellen) Zusammenkünften der beteiligten Institutionen und verantwortlichen Stellen die derzeit bestehende/n Zusammenarbeit und Verfahrensabläufe bei Entlassung aus dem MRV zu überprüfen sowie zu Absprachen mit Blick auf optimierte Kooperationsstandards zu kommen.

Die Empfehlungen aus dem Workshop stehen im Einklang mit den „Handlungsempfehlungen“ zum „Zusammenhang Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie“ der 90. Gesundheitsministerkonferenz (2017). Dort heißt es u. a.:

- „Die verschiedenen Behandlungskonzepte und -aufträge in den jeweiligen Hilfesystemen sollten künftig sowohl auf Einzelfallebene als auch institutionell verbindlich und kontinuierlich miteinander kommuniziert werden, damit die Systeme sich sowohl in Bezug auf die Behandlung und Wiedereingliederung des einzelnen Menschen als auch in ihren Ansätzen verbindlich abstimmen können. Gerade schwer chronisch kranke Menschen sind auf Behandlungskontinuität angewiesen.
- Im Rahmen regionaler Versorgungsstrukturen muss gewährleistet sein, dass die forensischen Kliniken mit komplementären Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie, der örtlichen Akutpsychiatrie ebenso wie mit den Anbietern von Leistungen der Eingliederungshilfe kontinuierlich einen fallbezogenen Austausch (z. B. in Form von Fallkonferenzen) haben, um die individuellen Bedarfe zu identifizieren, die Art der Strukturierung und Betreuungsnotwendigkeiten nach einer Entlassung zu bestimmen und über die Eingliederungshilfe frühzeitig die Finanzierung abzusichern. Darüber hinaus kann die Beteiligung der forensischen Einrichtungen an den regionalen Planungs- und Kooperationsgremien hilfreich sein.“ (Gesundheitsministerkonferenz (GMK), 2017b, S. 68).

9 Partizipation und Selbsthilfe

Das Land Sachsen-Anhalt hat in der Ausschreibung zur Bestandsanalyse der Versorgung von psychisch kranken und (seelisch) behinderten Menschen einen Schwerpunkt auf Teilhabe gelegt (s. o.) und – damit untrennbar verbunden – auch beauftragt, die Möglichkeiten von Partizipation und die Strukturen von Selbsthilfe zu untersuchen. Unter „Partizipation“ werden Formen und Möglichkeiten der Beteiligung, Mitwirkung oder Mitbestimmung verstanden. Dementsprechend wird der Begriff „Partizipation“ in diesem Bericht auf die Beteiligungsmöglichkeiten von psychisch kranken bzw. seelisch behinderten Menschen sowohl in als auch außerhalb von Versorgungseinrichtungen, bspw. in der PSAG, bezogen.

Daten zu Partizipation und Selbsthilfe wurden bei kommunalen Stellen, Selbsthilfekontaktstellen sowie – mit Blick auf Partizipation und Kooperation mit Selbsthilfe – bei

Anbietern von Hilfen für psychisch kranke bzw. seelisch behinderte Menschen im Rahmen der Bestandsaufnahme erfragt.

Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen/-organisationen sind in Deutschland und in Sachsen-Anhalt seit langem etablierte Strukturen, die sich überwiegend diagnose- bzw. behinderungsbezogen organisieren. In anderen Ländern gibt es schon länger auch Selbstvertretung(-sorganisationen), in denen behinderte Menschen sich grundsätzlich selbst vertreten. Die i. d. R. beeinträchtigungsübergreifend arbeitenden Organisationen sind einem menschenrechtlichen Modell von Behinderung verpflichtet, wie es in der UN-BRK festgeschrieben ist. In Deutschland wurde Ende 2015 die LIGA Selbstvertretung als politische Interessenvertretung der Selbstvertretungs-Organisationen behinderter Menschen in Deutschland gegründet. Mitglieder sind u. a. der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. und die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. Mitgliedsorganisationen aus Sachsen-Anhalt gibt es derzeit nicht.

Mit Blick auf Selbsthilfekontaktstellen wurden Anzahl, Größe, Struktur, Finanzierung, Barrierefreiheit etc. erhoben.

In den Befragungsmodulen wurden Partizipation und Selbsthilfe wie folgt thematisiert:

- Art und Anzahl der Selbsthilfegruppen von Menschen mit psychischen Störungen/ Erkrankungen und von Angehörigen in den Kommunen
- Organisationsgrad der Selbsthilfe
- Unterstützung und finanzielle Situation der Selbsthilfe
- Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und professionellen Anbietern sowie kommunalen Stellen wie z. B. Psychiatriekoordination
- Partizipationsmöglichkeiten durch Barrierefreiheit
- Beschwerdemöglichkeiten
- Einbeziehung von Betroffenen bzw. Selbsthilfe in regionale/kommunale Planungs- und Steuerungsprozesse, Trialogforen u. ä.
- Einfluss-/Einwirkungsmöglichkeiten von Betroffen bzw. Selbsthilfe
- Stärken und Entwicklungsbedarfe in Bezug auf die Mitwirkung von Betroffenen bzw. Selbsthilfe.

Nachfolgend werden die Ergebnisse vorgestellt, beginnend mit den Ergebnissen zu Patientenrechten und Barrierefreiheit – und damit einer wesentlichen Voraussetzung für Menschen mit Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen, Zugang zu Hilfen zu erlangen bzw. Hilfe erhalten zu können.

9.1 Patient*innenrechte und Partizipation

Eine Betrachtung von Patient*innenrechten in Sachsen-Anhalt muss an die Tagung der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie „Selbstbestimmt Leben – Werkstatt Trialogische Psychiatrie“ erinnern, die im März 2003 in der Landeshaupstadt Magdeburg stattfand. Die Teilnehmenden der Tagung verfassten die „Magdeburger Thesen zur Trialogischen Psychiatrie“. In sechs Thesen wurde gefordert bzw. konstatiert, dass

- Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige psychisch kranker Menschen sowie Mitarbeitende in allen psychiatrischen Handlungsfeldern auf Augenhöhe in Austausch treten

- man voneinander lernen kann
- Trialog dazu beiträgt, die (bisher) „einseitige Definitionsmacht psychiatrisch Tätiger in eine demokratische Handlungskultur“ zu überführen
- die Verwirklichung einer demokratischen Psychiatrie die volle Unterstützung der Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener und Angehöriger erfordert
- Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige grundsätzlich auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene demokratisch zu beteiligen sind an Planungsprozessen, Gesetzesnovellierungen, Ausbildung, Forschung sowie der (Weiter-)Entwicklung von Qualitätsstandards der Versorgung.

Mit der sechsten These riefen die Teilnehmenden der Magdeburger Tagung alle fachlich und politisch Verantwortlichen auf, die Weiterentwicklung einer „Trialogischen Psychiatrie“ zu fördern und auf allen Ebenen durchzusetzen. Sie erklärten sich zudem bereit, die Idee des Trialogs in ihren jeweiligen Handlungsfeldern bekannt zu machen und weiter zu entwickeln.[33]

Ebenfalls von großer Bedeutung und gesetzgeberisch deutlich prägender für die Gestaltung der Versorgung mit Blick auf Menschen mit Beeinträchtigungen war die im Jahr 2009 von der Bundesrepublik Deutschland ratifizierte UN-BRK. Die Behindertenrechtskonvention konkretisiert vor dem Hintergrund spezieller Bedürfnisse und Lebenslagen die universellen Menschenrechte aus der Perspektive der Menschen mit Behinderungen und stellt damit Rahmen und Zielbestimmung für die Umsetzung von Teilhabe dar. Ihre Vorgaben finden sich in mehreren Gesetzen wieder, darunter im BTHG, im BGG und im BGG LSA aus dem Jahr 2010, im AGG und im Patientenrechtegesetz von 2013. In ähnlicher Weise wie die UN-BRK stellt auch die UN-Kinderrechtskonvention einen wichtigen Rahmen für die Psychiatrie in Sachsen-Anhalt dar.

Seit 2014 ist die Monitoring-Stelle der UN-BRK damit beauftragt, das Land Sachsen-Anhalt bei der Überprüfung des Landesrechts am Maßstab der Rechte von Menschen mit Behinderungen zu unterstützen. In Zusammenarbeit mit dem Sozialministerium wurde ein Raster erarbeitet, dass zur Überprüfung der Einhaltung der Vorschriften dient. Anschließend wurden mit Hilfe des Rasters zehn verschiedene Vorschriften des Landesrechts Sachsen-Anhalts untersucht. Zum Beispiel kann für das Wahlrecht Sachsen-Anhalt festgestellt werden, dass Personen, die im Maßregelvollzug in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht sind, wählen dürfen, sofern nicht ein Richterspruch dagegen steht oder sie eine Betreuung in allen Angelegenheiten haben.[34] Nicht bekannt ist, ob die Bedingungen zur Ausübung des Wahlrechts so ausgestaltet sind, dass alle Menschen mit Behinderungen auch tatsächlich davon Gebrauch machen können, dass also bspw. barrierefreie Räume und geeignetes Material zur Verfügung stehen. Der gesamte Bericht ist jedoch nicht öffentlich.

Im Jahr 2015 besuchte der Europäische Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe verschiedene Bundesländer in Deutschland, darunter auch Sachsen-Anhalt. Im Bericht an die Bundesregierung vom 1. Juni 2017 wurden mit Blick auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen einige Mängel festgehalten: In Uchtspringe wurde den Delegationsmitgliedern die

---

33 Autor*innen der „Magdeburger Thesen zur Trialogischen Psychiatrie“ sind die Teilnehmenden der DGSP-Tagung „Selbstbestimmt leben – Werkstatt Trialogische Psychiatrie“ vom 27. bis 29. März 2003 in Magdeburg.

34 Nicht wählen darf, für wen zur Besorgung aller seiner Angelegenheiten ein Betreuer nicht nur durch einstweilige Anordnung bestellt ist; dies gilt auch, wenn der Aufgabenkreis des Betreuers die in § 1896 Abs. 4 und § 1905 des Bürgerlichen Gesetzbuches bezeichneten Angelegenheiten nicht umfasst. Vgl. https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/monitoring-stelle-un-brk/monitoring/wahlrecht/, zuletzt abgerufen am 15.10.2018.

Einsicht in die Liste der Patient*innen verweigert, die unfreiwillig in der Klinik untergebracht waren. In der Polizeidirektion Magdeburg fehlten Matratzen in den Ausnüchterungszellen. Schließlich wurden die Behörden in Sachsen-Anhalt (wie auch in zwei weiteren Bundesländern) dazu ermuntert, die Praxis der Verhängung disziplinarischer Maßnahmen gegen (forensisch-)psychiatrische Patient*innen vollständig einzustellen, ebenso wie Fixierungen in Polizeieinrichtungen (Europarat CPT/Inf, 2017).

Auf Basis einer Analyse von Textdokumenten (nicht einer Bewertung der gesamten Behindertenpolitik) bewertete die Monitoring-Stelle die Koalitionsvereinbarung aus dem Jahr 2016. Dabei stellte sie fest, dass die Landesregierung von Sachsen-Anhalt den Rechten von Menschen mit Behinderungen in ihrem Regierungsprogramm nicht den angemessenen Stellenwert eingeräumt habe, im Regierungsprogramm Sachsen-Anhalts würden insbesondere die Bereiche Inklusion und Normenprüfung nicht gemäß UN-BRK berücksichtigt. Positiv bewertet wurde, dass ein Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK vorliegt und dass der öffentliche Nahverkehr barrierefrei werden soll (Deutsches Institut für Menschenrechte, 2016).

Landesgremien

Das Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt (PsychKG LSA) regelt neben den Hilfen für Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen auch die Voraussetzungen für eine öffentlich-rechtliche Unterbringung. Der Gesetzesvollzug und damit auch die Einhaltung der UN-BRK unterliegen der gerichtlichen Überprüfbarkeit und der staatlichen Aufsicht. Die im Gesetz ebenfalls geregelten Strukturen *Psychiatrieausschuss* und seine *Besuchskommissionen* sind wichtige Bausteine der Rechtewahrung und Qualitätssicherung. In Sachsen-Anhalt arbeitet seit 1992 ein Psychiatrieausschuss, dessen Aufgaben und Profil mit jenem in Niedersachsen vergleichbar ist. Näheres zu Aufgaben, Zusammensetzung des Ausschusses (derzeit 35 Mitglieder, darin 17 stellvertretend benannte) und dem Zuständigkeitsbereich wird seit 1993 über eine Verordnung geregelt (PsychKrVersAusschV ST). Im Psychiatrieausschuss (mehr dazu vgl. Abschnitt 4.2, S 52 ff.) wirken aktuell zwei Betroffene und zwei Angehörige psychisch Kranker mit. Die Mitwirkung von Betroffenen und Angehörigen ist seit 2017 regelhaft in der zugehörigen Verordnung verankert.

Die Besuchskommissionen wirken an den Kontrollmaßnahmen des Ausschusses mit, Aufgaben und die Zusammensetzung der staatlichen Besuchskommissionen ergeben sich im Einzelnen aus den §§ 29 ff. PsychKG LSA und der o. g. Rechtsverordnung. Zum Zeitpunkt dieses Berichts arbeiten in vier der dazugehörigen sechs Besuchskommissionen insgesamt drei Betroffene und zwei Angehörige mit. Die Besuchskommissionen visitieren regelmäßig ein breites Spektrum von Einrichtungen: ambulante und stationäre Psychiatrie, ambulante und Wohn-Einrichtungen der Eingliederungshilfe, niedrigschwellige Angebote, Beratungs- und Wohneinrichtungen der Suchthilfe und solche für geistig behinderte Menschen. Dass stationäre Pflegeeinrichtungen nicht dazugehören, wurde aufgrund der zunehmend gerontopsychiatrisch kranken Bewohner*innen in Sachsen–Anhalt, wie auch in anderen Bundesländern, wiederholt diskutiert. Über die Besuche berichtet der Psychiatrieausschuss jährlich zusammenfassend. Die Berichte umfassen zudem Fachbeiträge und Stellungnahmen zu verschiedenen Fachthemen, der Ausschuss begleitet die Entwicklung im Land (kritisch), mahnt Veränderungen an etc. Insgesamt ist die Arbeit des Psychiatrieausschusses und der Besuchskommissionen beeindruckend in Fachlichkeit und Reichweite.

Der *Landesbehindertenbeirat* berät seit 1996 die Landesregierung unabhängig und überparteilich in allen Angelegenheiten, die für die Belange der Menschen mit Behinderungen

von Bedeutung sind. Dazu tagt er viermal jährlich unter dem Vorsitz des Landesbehindertenbeauftragten. Der Beirat koordiniert drei Runde Tische: zu Arbeitswelt, Inklusion und Barrierefreiheit und gibt eine Zeitschrift heraus: „normal!“ Im Landesbehindertenbeirat arbeitet auch eine von psychischer Krankheit Betroffene mit.

ÖTM und EUTB

Wie bereits beschrieben, können Kommunen im LSA europaweit als einzige seit 2016 *örtliches Teilhabemanagement* auf Basis einer auf vier Jahre angelegten Förderrichtlinie (Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt, 2018c) implementieren. Die Aufgaben der Teilhabemanager*innen sind sowohl auf die Weiterentwicklung des Systems, u. a. durch kommunale Aktionspläne, als auch fallbezogene Unterstützung ausgerichtet (mehr dazu im Abschnitt 5.5.1).

Von den mit dem BTHG eingeführten *EUTB* existieren in Sachsen-Anhalt derzeit 22 Beratungsstellen in 13 Gebietskörperschaften, davon sind zehn Stellen in besonderer Weise auf psychische Kranke und seelisch Behinderte ausgerichtet. Lediglich für drei EUTB konnte festgestellt werden, dass hier auch Menschen mit Behinderungen tätig sind (Umfassende Informationen zu EUTB in Abschnitt 5.5.2). Allgemein finden sich auf den Internetseiten der EUTB-Stellen kaum Hinweise zum Beratungspersonal. Somit bleibt die Frage, ob die anderen EUTB ebenfalls Peers beschäftigen, offen.

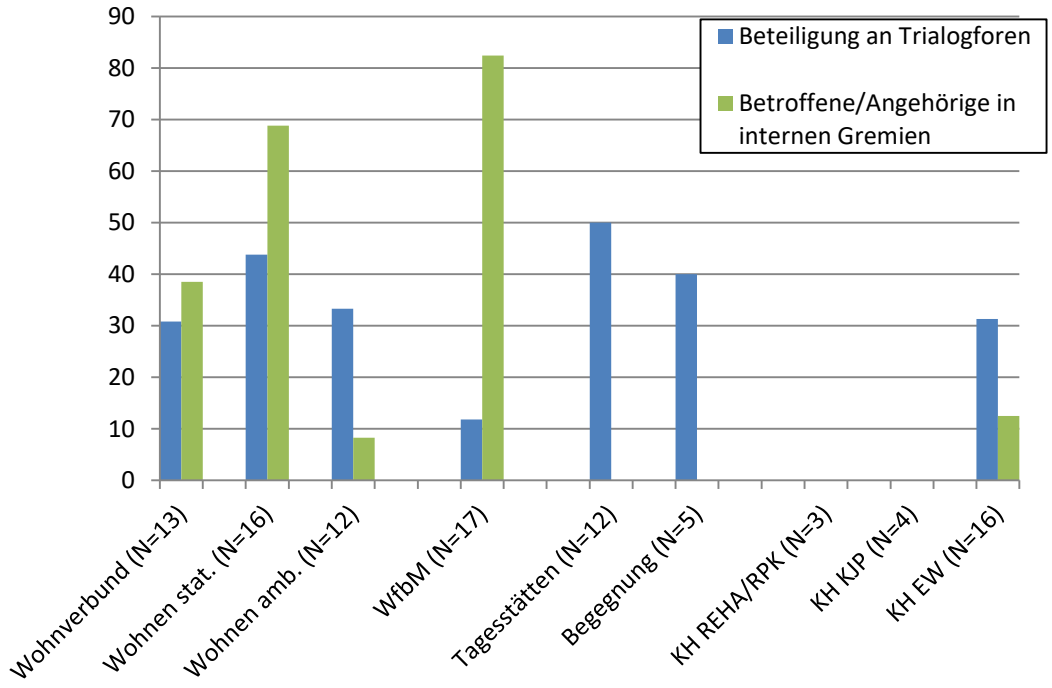
Beteiligung in Kommunen und Einrichtungen, Trialog

Im Rahmen der Befragung wurden Kommunen und Einrichtungen befragt, welche Formen der Partizipation Betroffenen offenstehen. Mit Blick auf die Kommunen zeigt sich dabei folgendes Bild:

- Keine Kommune berichtet über einen Psychiatriebeirat.
- In fünf Kommunen wirken Betroffene in der PSAG mit, in zwei Kommunen nehmen Betroffene am AK Sucht (z. T. als Teil oder Unter-AG der PSAG) teil.
- Zwei weitere Kommunen geben andere Möglichkeiten an, wie/wo Betroffene mitwirken können, darunter an Arbeitsgruppen, Fachgesprächen und dem Bündnis für Familie sowie Selbsthilfeorganisationen.
- Zudem berichten vier Kommunen über Trialogforen/Psychose-Seminare, in einer Kommune gibt es sogar mehrere.

Wie sehen die Beteiligungsmöglichkeiten für Klient*innen/Patient*innen in Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung aus? Um dies zu erfassen, wurden alle Anbieter/Einrichtungen nach den jeweils vorhandenen Beteiligungsmöglichkeiten befragt. Das Ergebnis zeigt Abb. 4:

Abb. 4: Beteiligungsmöglichkeiten für Betroffene in Einrichtungen (N = 3 – 17)



Seitens der an der Befragung teilnehmenden Kliniken wird kaum über Beteiligungsforen (über die o. g. Patient*innenfürsprecher*innen hinaus) berichtet. Lediglich fünf Kliniken für Erwachsene nehmen an Trialogforen teil. Die Begegnungsstätten und Tagesstätten berichten mit 40 % und 50 % über Mitwirkung an Trialogforen.

Bei WfbM und im Wohnbereich ist die Situation etwas anders: Die Bundes-Werkstätten-Mitwirkungsverordnung (WMVO) sieht für WfbM explizit einen Werkstattrat vor. Beteiligungsforen in Wohneinrichtungen werden in Grundzügen im WTG LSA und im Detail in der WTG-MitwVO geregelt. Vorgesehen ist demnach ein Bewohnerbeirat (Abschnitt 2 WTG-MitwVO) oder, insbesondere in kleineren und neuen Wohnformen, die Bewohnerversammlung (Abschnitt 3 WTG-MitwVO).

Behinderte Beschäftigte wirken durch Werkstatträte an der Vertretung ihrer Interessen in der WfbM mit. Wenn in bestimmten Fragen keine Einigung zwischen WfbM und Werkstattrat erzielt werden kann, kann jede Seite eine Vermittlungsstelle anrufen, die einen Eignungsvorschlag unterbreitet. Die abschließende Entscheidung liegt unter Berücksichtigung des Eignungsvorschlags bei der WfbM. Mit Einführung des BTHG wurde die WMVO weiterentwickelt. Es wird nun zwischen Mitwirkung und Mitbestimmung unterschieden. In Angelegenheiten der Mitwirkung bleibt es dabei, dass Vermittlungsstellen Einigungsvorschläge unterbreiten und der WfbM die abschließende Entscheidung obliegt (ohne Verpflichtung, den Vorschlag zu übernehmen). In Angelegenheiten, in denen der Werkstattrat ein Mitbestimmungsrecht hat, bspw. Arbeitszeit und -entgelt, und keine Einigung zwischen WfbM und Werkstattrat erzielt werden kann, liegt die endgültige Entscheidung bei der Vermittlungsstelle. Handelt es sich dabei allerdings um eine Angelegenheit, die nur einheitlich zwischen WfbM und Beschäftigten geregelt werden kann und die Gegenstand einer Betriebsvereinbarung ist (oder sein soll), müssen die Beteiligten auf eine einvernehmliche Lösung hinwirken. Gemäß BTHG haben Frauen in WfbM nun zudem die Möglichkeit, Frauenbeauftragte zu wählen. Beide Funktionen gehen, je nach Werkstattgröße, mit entsprechenden Freistellungen einher.

Obgleich also alle Einrichtungen hier über die gesetzlich vorgeschriebene Beteiligungsgremien hätten berichten (können) sollen, taten dies lediglich rd. zwei Fünftel der Wohnangebote (vor allem aus dem stationären Bereich) und mit vier Fünftel der WfbM doppelt so viele im Arbeitsbereich. Wo keine Beteiligungsgremien notiert wurden, gab es lediglich ausnahmsweise Hinweise auf – ersatzweise tätige – Fürsprecher*innen bzw. eine Bewohnerversammlung.

Zehn befragte WfbM berichten über die Arbeit der und die Kooperation mit den Werkstatträten. Sie schildern ein Aufgabenspektrum entlang der Vorgaben der WMVO, es gibt regelmäßige Zusammenkünfte, z. T. werden die Werkstatträte durch (selbstgewählte) Vertrauenspersonen oder/und Schulungen unterstützt. Ähnliches zeigt sich auch zu den Bewohnerbeiräten: Auch hier werden regelmäßige Treffen in unterschiedlicher Frequenz geschildert, mancher Beirat bietet regelmäßig Sprechstunden an oder nimmt sogar an Vorstandssitzungen des Trägers teil.

Weitere Beteiligungsmöglichkeiten, die jedoch nur vereinzelt angegeben werden, sind die Möglichkeit der Teilnahme behinderter Klient*innen an Dienstbesprechungen sowie ihre Mitwirkung an themenbezogenen Arbeitskreisen.

Mitwirkung bei der Behandlung

Die Kliniken wurden zu Aspekten der Patient*innen-Beteiligung bei der Behandlungsgestaltung bzw. der Reglementierung während des Aufenthalts sowie die Einbeziehung von Peers in der Arbeit gefragt (siehe Kapitel 6.5.1).

Gemeinsame Abstimmung der Behandlung: Fast alle Kliniken geben an, dass die Behandlung gemeinsam besprochen und festgelegt wird. Auch bzgl. des Einsatzes von Medikamenten wird überwiegend geschildert, dass Behandlung auch ohne Medikation möglich ist und Medikamente nur auf Wunsch der Patient*innen eingesetzt werden, sofern Medikation überhaupt angezeigt ist. Lediglich in Notsituationen und richterlichen Anordnungen würden Medikamente ohne Zustimmung gegeben. Aus den Gesprächen mit Betroffenen und einer aktuellen anderen Untersuchung im Rahmen einer Masterarbeit ergibt sich ein etwas anderes Bild. Demnach fühlen Patent*innen sich z. T. nicht (ausreichend) einbezogen, insbesondere vermissen Patient*innen die Bereitschaft von Behandler*innen, Absetzversuche ärztlich zu begleiten.

*Patient*innenverfügungen*: Neun Kliniken berichten, dass sie regelhaft mit Patient*innenverfügungen bzw. Behandlungsvereinbarungen arbeiten. Anders stellt sich die Situation in SpDi dar: Der Psychiatrieausschuss verweist in seinem 22. Bericht (2015) darauf, dass Patient*innenverfügungen bzw. Behandlungsvereinbarungen zum Berichtszeitpunkt ausschließlich in Halle genutzt würden.

Hausordnung: Fast alle Kliniken haben für den Aufenthalt Regeln erlassen. Beschrieben werden vor allem Begrenzungen bei der Nutzung von Telekommunikation und Internet. Manche Kliniken stellen dar, dass sie nur für nach PsychKG untergebrachte Patient*innen oder Drogenabhängige die Kommunikation einschränken. In den Hausregeln sind Besuchszeiten definiert, Einschränkungen hierzu gingen meist auf freiwillige Entscheidungen der Patient*innen für Kontaktpausen zurück.

9.2 Unabhängige Beschwerdestellen und Fürsprecher*innen

In Deutschland sind vielfältige Möglichkeiten vorgesehen, wie Patient*innen sich beschweren können. Auf Bundesebene stehen bspw. zur Verfügung:

- Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit als unabhängige Anlaufstelle für alle Fragen und Beschwerden rund um das deutsche Gesundheitssystem.
- Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung leistet Hilfe und Beratung für Patient*innen und nimmt auch Beschwerden entgegen.
- Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland berät telefonisch und an ihren Standorten (in Sachsen-Anhalt: Magdeburg) zu Vorsorge, Behandlung und Rehabilitation von Krankheiten und nimmt Beschwerden auf.
- Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, das vor allem den Nutzen von Therapien und Medikamenten untersucht, beschäftigt sich um Beschwerden in diesem Kontext.
- Die Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung sind Ansprechpartner*innen bei Beschwerden über die gesetzliche Krankenversicherung. Die Aufsicht über die bundesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen, d. h. jene, deren Zuständigkeitsbereich sich über mehr als drei Bundesländer erstreckt, sowie die bei ihnen jeweils errichteten Pflegekassen führt das Bundesversicherungsamt. Krankenkassen, deren Tätigkeitsgebiet auf bis zu drei Bundesländer beschränkt ist, unterliegen der Landesaufsicht. Dazu gehören die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK). So ist für die AOK Sachsen-Anhalt das Sozialministerium zuständig.
- Grundsätzlich können auch Patientenorganisationen eine Rolle als Beschwerdeinstanz wahrnehmen, insbesondere die vier im Gemeinsamen Bundesausschuss vertretenen Organisationen: der Deutsche Behindertenrat (DBR) als Aktionsbündnis der maßgeblichen Verbände chronisch kranker und behinderter Menschen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Patient*innenstellen (BAGP, in Sachsen-Anhalt existiert allerdings keine Patient*innenstelle), die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. und die Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.

Mit Blick auf landesbezogene Möglichkeiten sind die Krankenkassen (s. o.) und die Kassenärztlichen Vereinigungen für Beschwerden zum vertragsärztlichen Bereich zuständig. Die Ärztekammern sind hingegen zuständig für die Prüfung von Beschwerden gegen in ihrem Bereich tätige Ärzt*innen, nicht jedoch bzgl. pflegerischer Leistungen, z. B. in einem Krankenhaus. In vergleichbarer Weise ist die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer zuständig für die Prüfung von Beschwerden gegen Psychotherapeut*innen. Bei diesen Akteur*innen konnten jedoch nur teilweise Hinweise zum Verfahren gefunden werden, generell gab es keine Angaben zu Häufigkeit und Art von Beschwerden. In Sachsen-Anhalt gibt es keine/n Patientenbeauftragte/n, doch nimmt der Behindertenbeauftragte des Landes auch Beschwerden entgegen.

Tatsächlich wissen aber die meisten Menschen kaum etwas über diese Anlaufstellen und die Möglichkeit, sich direkt an sie zu wenden, und so werden sie vergleichsweise begrenzt genutzt. Zudem können diese Stellen nicht konkret im Einzelfall zwischen Betroffenen und Einrichtung vermitteln. Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen benötigen in Konfliktfällen Unterstützung bei der Wahrung und Durchsetzung ihrer Rechte, gerade weil sie aufgrund ihrer Erkrankung allein z. T. weniger durchsetzungsfähig sind. Aufgrund der hohen Abhängigkeit vom Behandlungssystem ist die Unabhängigkeit einer Beschwerdestelle besonders bedeutsam (Uebele, 2009, S. 10 ff.).

Deshalb gelten Unabhängige Beschwerdestellen in der Fachdiskussion als relevante Möglichkeit für Betroffene, vor Ort in einem geschützten Rahmen Kritik vorzubringen. Im Idealfall sind diese Stellen trialogisch besetzt und unabhängig von Einrichtungen und Trägern organisiert. Die Monitoring-Stelle für Menschenrechte kritisiert mit Blick auf die Unterbringungspraxis von Flüchtlingen im Land Sachsen-Anhalt in ihrem Bericht aus

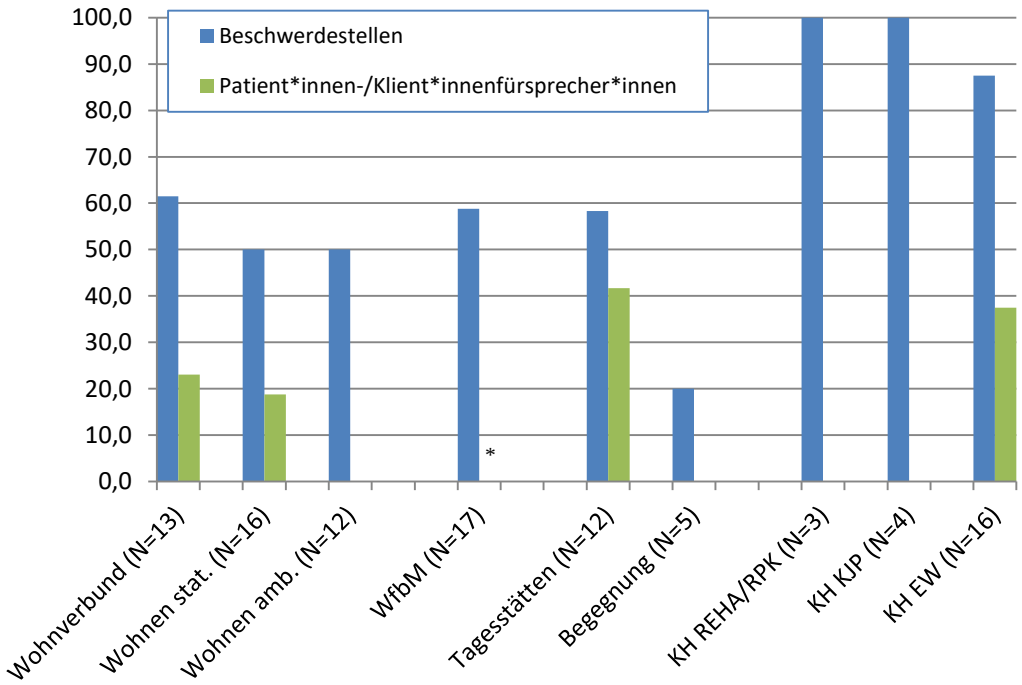
dem Jahr 2017, dass diesen keine unabhängigen Beschwerdestellen zur Verfügung stehen (Deutsches Institut für Menschenrechte, 2017, S. 59). Die Bestandsanalyse hat Gleiches für Menschen mit psychischen Erkrankungen festgestellt: Nirgendwo in Sachsen-Anhalt, weder beim Land noch in einer Kommune, werden unabhängige Beschwerdestellen vorgehalten. Bundesweit betrachtet haben außer Sachsen-Anhalt nur noch Thüringen und das Saarland keine unabhängigen Beschwerdestellen.

Auf kommunaler Ebene berichten vier Kommunen über die Möglichkeiten, sich zu beschweren: Betroffene können sich z. B. bei der Psychiatriekoordination, der/dem Behindertenbeauftragten oder bei anderen Beauftragten beschweren sowie bei Amtsärzt*innen. Betroffene werden allerdings nicht systematisch oder auf den kommunalen Webseiten auf diese Beschwerdemöglichkeiten hingewiesen.

Drei Kommunen bewerten diese Situation als unzureichend, aber lediglich eine Kommune strebt explizit die Einrichtung einer trialogisch besetzten unabhängigen Beschwerdestelle an. Möglicherweise ist es ein Hinweis auf Adäquanz und Akzeptanz, dass lediglich eine befragte Kommune über genau eine Beschwerde berichten konnte.

Beschwerdemöglichkeiten können auch direkt in Einrichtungen und Diensten gegeben sein, deshalb wurden die Einrichtungen im Rahmen der Bestandsanalyse danach gefragt. In der Befragung geben viele Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung an, dass sie Beschwerdemöglichkeiten vorhalten oder/und Klient*innen- bzw. Patient*innenfürsprecher*innen benannt sind. Im Einzelnen verteilt sich das wie Abb. 5 zeigt:

*Abb. 5: Beschwerdestellen/-möglichkeiten, Fürsprecher*innen (N = 3 – 17, Angaben in Prozent)*



* Die WfbM wurden aufgrund der Vorgaben der WMVO nach Werkstatträten gefragt. Vergl. Dazu Kapitel 7.3.2).

Die Ergebnisse zeigen, dass Beschwerdemöglichkeiten insbesondere in stärker institutionalisierten Bereichen vorhanden sind, so in fast allen Kliniken. In den Wohneinrichtungen und WfbM berichten gut die Hälfte der befragten Leistungsanbieter über Beschwerdemöglichkeiten, während Begegnungsstätten dies mehrheitlich verneinen.

Allerdings zeigen die Schilderungen der Befragten zu den Beschwerdestellen, dass diese nur begrenzt separate Stellen mit eigenem Budget sind, vor allem sind sie sehr selten unabhängig von der Leitung. Zwei Beschwerdestellen (in Kliniken) sind trialogisch organisiert, zwei weitere Kliniken berichten, dass „bei Bedarf" eine trialogische Bearbeitung möglich ist (ohne dies näher zu erläutern). Obgleich explizit nach unabhängigen und anonymen Beschwerdestellen gefragt wurde, wird darauf verwiesen, dass Beschwerden an alle Beschäftigten, an Bezugsbetreuer*innen, an Stations-/Gruppenleitung, Einrichtungs-/Klinikleitung oder an das Qualitätsmanagement gerichtet werden können, manchmal wird auf die Heimaufsicht verwiesen. Selten wird der Landesverband des Trägers bzw. der zuständige Leistungsträger als Beschwerdestelle benannt. Dementsprechend sind Beschwerden kaum anonym möglich – falls doch, dann meist in Form von Kummerkästen auf der Station/in der Gruppe oder im Eingangsbereich. Häufig ist der Bewohner*innenbeirat für Beschwerden zuständig. Ein einzelner Träger berichtet, dass regelhaft einmal jährlich Klientel und Angehörige/gesetzliche Betreuungspersonen befragt werden, ein Kummerkasten existiert und auch jede andere anonyme Beschwerdeform genutzt werden könne.

Die insgesamt eher in geringer Anzahl eingehenden Beschwerden werden überwiegend in Dienstbesprechungen besprochen, ab und an beschreiben Befragte, dass sie im Rahmen des Qualitätsmanagements aufgegriffen und ggf. Prozesse angepasst werden. Eingang in das Qualitätsmanagement finden Beschwerden vor allem in Kliniken und WfbM, also den Bereichen, in denen Qualitätsmanagement stärker verankert ist. Zum Teil wird beschrieben, dass die Beschwerdeführenden Antwort bekommen und/oder, dass sie bei der Bearbeitung einbezogen werden.

*Klient*innen- oder Patient*innenfürsprecher*innen* gibt es deutlich seltener: Lediglich sechs psychiatrische Kliniken, fünf Tagesstätten und insgesamt sechs Wohnangebote berichten, dass sie über (Patient*innen-)Fürsprecher*innen verfügen. Auch hier zeigen die näheren Beschreibungen ein breites Bild. Patient*innenbeauftragte werden mal von der Einrichtungsleitung, mal von den Patient*innen selbst ausgewählt. Im Wohnbereich wird diese Funktion, s. o., dem Bewohner*innenbeirat zugeordnet. Manche Patient*innenbeauftragte kommen „auf Abruf" oder "bei Bedarf" ins Haus, andere sind regelmäßig einmal wöchentlich oder einmal monatlich präsent. Die Erreichbarkeit diesseits von Besuchen wurde selten erläutert. Das Engagement wird regelmäßig nicht vergütet, ist also ein Ehrenamt. Manche können auf Kosten der Einrichtung oder durch diese organisiert an Fortbildung oder Supervision teilnehmen. Eine Klinik führt bspw. aus, dass die Patient*innen über einen Flyer zur/zum Patient*innenbeauftragten und den entsprechenden Kontaktdaten informiert werden und dass dieser wöchentliche Präsenzzeiten in der Klinik hat sowie einen eigenen Raum für Beratungen nutzen kann. In einer anderer Klinik führt der Weg zur/zum Patient*innenbeauftragten über die therapeutische Leitung.

Die *Besuchskommissionen* wirken als Teil des Psychiatrieausschusses an dessen Kontrollmaßnahmen mit, doch gilt für Sachsen-Anhalt: Zu den Aufgaben der Besuchskommissionen gehört nicht explizit wie in manchen anderen Bundesländern die Prüfung, ob und wie die Einrichtungen (unabhängige) Beschwerdemöglichkeiten vorhalten. Den Patient*innen steht lt. Gesetz direkter und nicht zu überwachender Kontakt mit den Mitgliedern von Psychiatrieausschuss und Besuchskommissionen zu. Deshalb wurden im Rahmen der Untersuchung die Berichte des Psychiatrieausschusses seit 2014 – 2017 (22. Bericht, 23. Bericht, 24. Bericht) inhaltsanalytisch ausgewertet. Gegenstand der Inhaltsanalyse waren die jeweils in Kapitel IV aufgeführten Berichte unter „Besuche im Einzelnen" (im 24. Bericht unter Kapitel V). Die zentrale Fragestellung war dabei, wie häufig und in welcher Form die Berichte der Besuchskommissionen Angaben zur Betroffenenperspektive enthalten: Wie oft wurde über Gespräche mit Bewohner*innen, Be-

schäftigten, Nutzer*innen etc. berichtet? Und welche Hinweise, insbesondere auf Kritik, können dort herausgezogen werden?

Die Berichte des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung enthalten im Zeitraum von Mai 2014 bis April 2017 insgesamt 261 Berichte zu Einrichtungsbesuchen der regionalen Besuchskommissionen. Bei der Analyse dieser Berichte wurde ersichtlich, dass z. T. Gespräche mit Betroffenen stattgefunden haben, z. T. wurden Angaben zur Betroffenenperspektive gemacht, die jedoch nicht eindeutig Gesprächen mit Klient*innen zugeordnet werden können.

In 52 Berichten über Einrichtungsbesuche gibt es Angaben zur Betroffenenperspektive (20 %), 24x geht es dabei eindeutig um direkte Gespräche mit Klient*innen (9 % aller Besuche). In diesen 24 Gesprächen wurden in fünf Fällen von Klient*innen Kritik, Wünsche, Probleme oder Verunsicherungen geäußert. In den übrigen 28 eher indirekt berichteten Betroffenenperspektiven gab es lediglich einmal einen Hinweis auf Probleme. Insgesamt überwiegen also in den Ergebnissen der Begehungen positive Aussagen bezüglich der Wohn- und Lebensformen in Einrichtungen (20 Fälle von 52) bzw. der Arbeitsbedingungen in Werkstätten für behinderte Menschen (acht Fälle von 52). Aus Betroffenensicht ist die niedrige Zahl von direkten Patient*inneneingaben nicht erstaunlich: Die Hürde, sich einem fremden Menschen mit seinen Sorgen anzuvertrauen, der unerwartet vor einem steht, sei hoch. Es brauche Vertrauen, das sich leichter bilde, wenn Menschen regelmäßig vor Ort sind und eine Chance des Kennenlernens besteht.

Über die Wiedergabe der Betroffenenperspektive in den Besuchsberichten hinaus verweist der Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung in seinen Berichten auch allgemein auf eingehende Anfragen und Hilfeersuche an den Ausschuss. Die in diesem Zusammenhang aufgeführten Themenfelder sind: Fragen nach geeigneten Ansprechpersonen, nach passenden Hilfen, guten Ärzt*innen sowie nach gesetzlichen Anspruchsgrundlagen, Informationen, Aufklärung und Beratung im Einzelfall.

9.3 Barrierefreiheit

Barrierefreiheit ist eine Kernforderung der UN-BRK, die hierzu ein sehr breites Verständnis zugrunde legt: Barrierefreiheit betrifft nicht nur die Behebung physischer Hürden für Menschen mit Körperbehinderungen wie bspw. Rampen statt Treppen, abgesenkte Bordsteine oder Bustüren. Barrierefreiheit meint darüber hinaus, dass Gebäude und öffentliche Plätze, Arbeitsstätten und Wohnungen, Verkehrsmittel und Gebrauchsgegenstände, Dienstleistungen und Freizeitangebote so gestaltet werden, dass sie für alle ohne fremde Hilfe zugänglich sind. Neben baulichen Aspekten sind auch sprachliche und kognitive Barrieren gemeint, es geht also auch darum, dass Informationen, Formulare etc. in mehreren Sprachen, in Blindenschrift und spracharm bzw. nicht nur in komplizierter Amtssprache, sondern auch in Leichter Sprache vorhanden sind und dass auch gehörlose Menschen einen Vortrag verfolgen können – zum Beispiel mit Hilfe einer/s Gebärdensprachdolmetscher*in.

Im Rahmen der Bestandsaufnahme wurden deshalb sowohl kommunale Stellen als auch Einrichtungen zu mehreren Aspekten von Barrierefreiheit befragt.

Das Ergebnis wird im Folgenden vorgestellt, gegliedert nach auf Körper- und Sinnesbehinderungen bezogene Barrierefreiheit, Hilfen für Menschen, die nicht deutsch sprechen, und Barrierefreiheit für Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Die folgenden Grafiken zeigen je beginnend bei SpDi und kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten,

über psychiatrische Kliniken, Begegnungs- und Tagesstätten bis hin zu Wohnangeboten die Umsetzung von Barrierefreiheit.

Abb. 6: Behinderungsbezogene Hilfen (N = 3 – 16; Angaben in %)

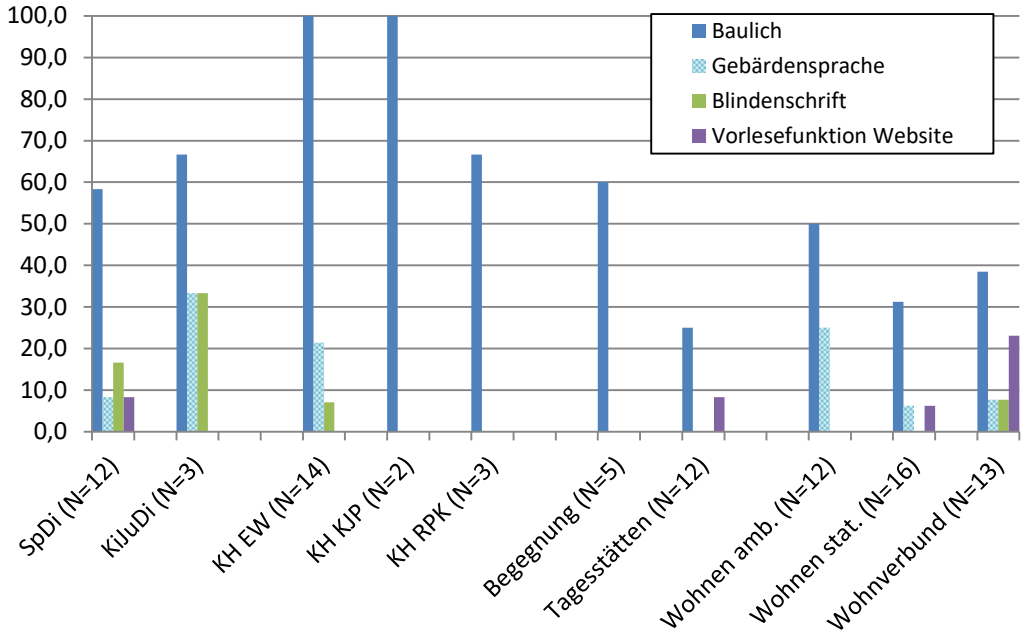


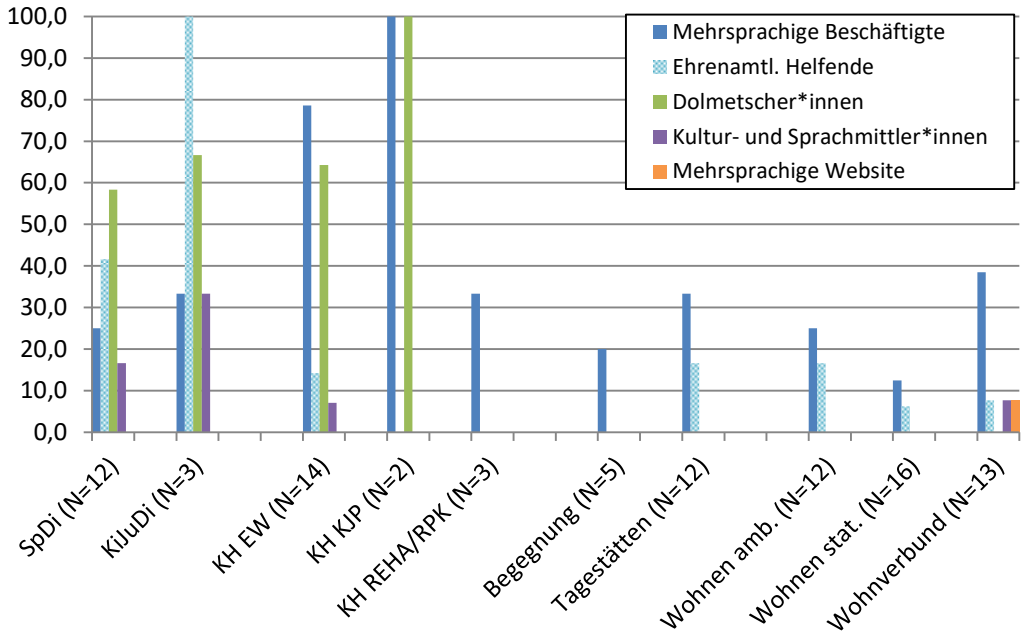
Abb. 6 zeigt auf den ersten Blick, dass bauliche Barrieren am meisten im Blick sind und in vielen Diensten und Einrichtungen entsprechende Maßnahmen für Barrierefreiheit getroffen wurden: Rampen, Aufzüge, breite Türen und ähnliches. Erwartbarerweise sind Kliniken entsprechend der Vorschriften bei baulicher Barrierefreiheit führend, überraschend wenig wird aus dem (stationären) Wohnbereich berichtet. Die Schlusslichter bilden Tagesstätten.

Weitere Angebote sind jedoch nur spärlich vorhanden: Lt. Angaben der Befragten gibt es nur ganz vereinzelt Angebote in Gebärdensprache, Material in Blindenschrift oder eine Vorlesefunktion bei Webseiten: bei je ein bis zwei kommunalen Diensten u. ä. Dieser Befund wird durch einen Beitrag im Online-Forum bestätigt, in dem eine psychisch kranke Person berichtet, dass sie aufgrund ihrer Blindheit keinen Behandlungsplatz in einer psychiatrischen Tagesklinik fand und nur schwer in einer Klinik aufgenommen wurde. Es fehlen Hilfsmittel und das Klinikpersonal zeigte große Berührungsängste und keine Bereitschaft, eine Person mit Handicap zu behandeln.

An der Salus Klinik Uchtspringe gibt es seit 1993 in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie das „Deutsche Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie mit hörgeschädigten Kindern und Jugendlichen“. Auf drei Stationen stehen insgesamt acht Betten für Hörgeschädigte mit psychischen Störungen im Alter zwischen vier und 18 Jahren bereit. Alle an der Behandlung beteiligten Personen beherrschen oder lernen LBG (Lautsprachbegleitende Gebärden), die Behandlung erfolgt integrativ gemeinsam mit Hörenden.

Wie steht es um die Möglichkeit, in mehreren Sprachen zu beraten bzw. um die Ausstattung mit Materialien in verschiedenen Sprachen?

Abb. 7: Sprachbezogene Hilfen (N = 3 – 16; Angaben in %)



Kleinere Anteile der Befragten berichten zunächst, dass sie über Beschäftigte mit Fremdsprachenkenntnissen verfügen. Die Fachkräfte benennen dabei vor allem Englisch und Russisch.

Ein Teil der SpDi und alle KiJuDi werden von ehrenamtlich engagierten Personen, die übersetzen, unterstützt. In den anderen Bereichen ist das nur vereinzelt gegeben. Auf die Hilfe von Dolmetscher*innen oder spezifisch ausgebildeten Sprach- und Kulturmittler*innen bzw. die Übernahme der Kosten für ihren Einbezug können vor allem (ein Teil der) Ämter und Kliniken zurückgreifen, alle anderen Befragten nicht. Generell tragen Krankenkassen keine Kosten für Dolmetscher*innen. Schließlich berichtet nur ein Befragter, ein Wohnverbundträger, von einer mehrsprachigen Website.

Die einzigen Anlaufstellen für Flüchtlinge in Sachsen-Anhalt, die sprachlich adäquat ausgestattet sind und über Expertise im Umgang mit Flucht, Migration und darauf bezogenen Traumata und psychischen Störungen verfügen, sind die beiden Standorte des Psychosozialen Zentrums – PSZ, (s. Kapitel 5.5.6). Zwar steht das PSZ Flüchtlingen unabhängig vom Aufenthaltsstatus zur Verfügung, doch fallen Personen nach Erhalt der Aufenthaltserlaubnis grundsätzlich in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen und der Regelversorgung. Diese kann dem Bedarf jedoch weder fachlich noch sprachlich entsprechen[35] und Kosten für Übersetzungen/Sprachmittlung werden durch die Krankenkassen grundsätzlich nicht übernommen. Dies ist umso schwerwiegender als bis zu 50 % der Asylsuchenden „unter dringend behandlungsbedürftigen Symptomen“ leiden,[36] aber in Sachsen-

35 Bundesweit können lediglich 5 % der Klient*innen aus PSZ an niedergelassene Therapeut*innen überwiesen werden, vgl. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e. V.) (2015). *Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland*. Berlin: BAfF, S. 54.

36 Malycha, B. (2018). Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Sachsen-Anhalt – Einführung in die Thematik. Vortrag bei der Frühjahrssitzung des Landespsychiatrieausschusses am 24. April 2018 in Magdeburg, S. 7.

Anhalt mit 2 % noch weniger Therapien durch Sozial- oder Jugendämter oder die Krankenkassen getragen werden als andernorts.[37]

Im Rahmen der Befragung hatten elf SpDi angegeben, prinzipiell Menschen mit Lernschwierigkeiten/geistiger Behinderung und psychischen Störungen zu versorgen, fünf berichteten auch über Anteile dieser Gruppe in ihrer Klientel (zwischen 0,8 % und 15 %, Kapitel 8.2). Zwei Kliniken, eine Tagesstätte und sieben Träger von Angeboten der Eingliederungshilfe gaben ebenfalls an, (auch) psychisch kranke Menschen mit Lernschwierigkeiten zu betreuen. Die Befragung thematisierte, ob und wie Dienste und Einrichtungen sich auf eine kognitiv eingeschränkte Klientel einstellen, also bspw. Menschen mit Lernschwierigkeiten oder Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Einfachere Informationen und weniger kognitiv orientierte Verfahren können aber auch darüber hinaus weiteren Personengruppen die Nutzung erleichtern.

Abb. 8: Hilfen bei kognitiven Einschränkungen (N = 3 – 16; Angaben in %)

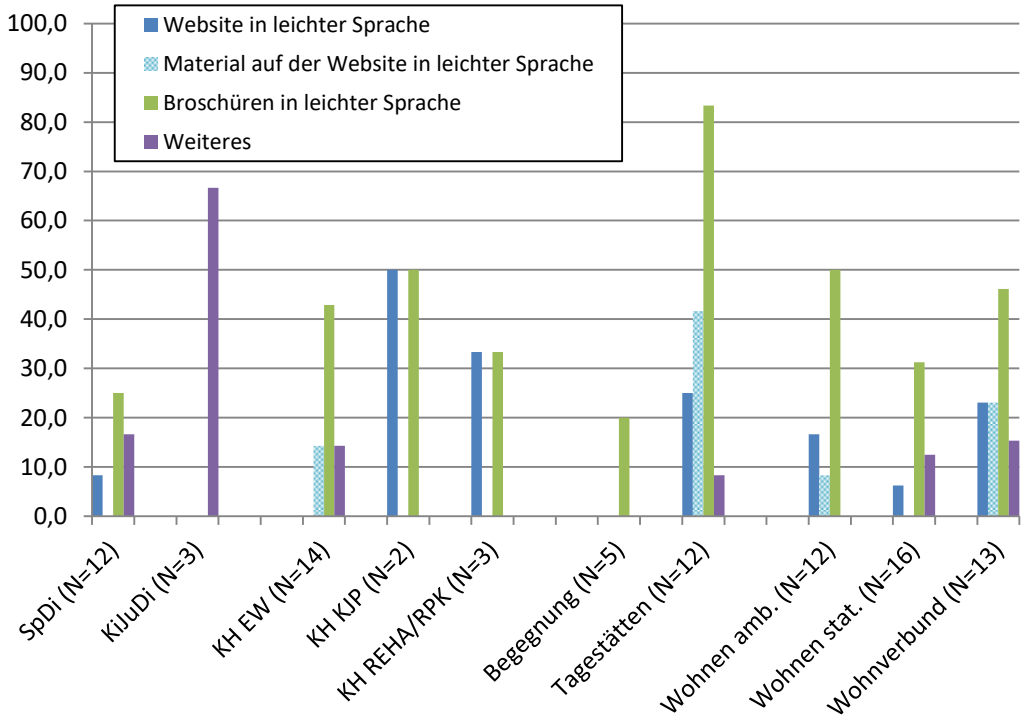


Abb. 8 zeigt deutlich, dass Broschüren in Leichter Sprache am relativ häufigsten zu finden sind, in der Regel werden hier externe Materialien verwendet/ausgelegt. Webseiten sind nur in Einzelfällen in Leichter Sprache verfügbar, noch seltener wurde angegeben, dass auf den Webseiten eingestellte oder verlinkte Materialien in Leichter Sprache vorhanden sind.

Einzelne Befragte berichten von anderen Maßnahmen, bspw. von der Nutzung von Piktogrammen und Bildkarten. Berichtet wird auch, dass man sich mehr Zeit für die Betroffenen nimmt und Angehörige einbezieht. Einzelne Kliniken verweisen auf ihre Behandlungskonzepte für Demenz oder Spezialstationen für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung sowie angepasster/m Ausstattung und Vorgehen. Eine Reihe von Tagesstätten und Wohnangeboten gibt an, dass die Angebote dem kognitiven Leis-

37 In den insgesamt sieben PSZ, die Therapien mit Sozial- oder Jugendämtern und mit Krankenkassen abrechnen, liegt der Anteil der so finanzierten Therapien bei im Mittel 17 %. In allen anderen PSZ liegt der Anteil bei 0 %, woraus sich rechnerisch ein bundesweiter Anteil von 5 % ergibt; ebd., S. 46.

tungsstand angepasst werden, dass man in Leichter Sprache kommuniziert, Hilfsmittel nutzt (z. B. Kennzeichnungen von Schrank, Stuhl o. ä.), Klient*innen stärker anleitet oder auf Wegen begleitet.

Manche Befragte verweisen darauf, dass psychische Erkrankung kognitive Einschränkungen mit sich bringen kann und man deshalb gewohnt sei, mit Hilfsmitteln und Leichter Sprache zu arbeiten, andere Träger halten auch und z. T. vorrangig Angebote für Menschen mit Lernschwierigkeiten vor und können deshalb auf entsprechende Kompetenz zurückgreifen.

Mehrere andere Kliniken und Einrichtungen geben an, geistig Behinderte nicht aufzunehmen.

9.4 Einbezug von Peers und EX IN

Beteiligung von Betroffenen kommt ein immer größerer Stellenwert zu, spätestens seit die UN-BRK in Artikel 26 Peer-to-Peer-Ansätze fordert. Beratung von Betroffenen durch Betroffene gibt es, solange es Selbsthilfe gibt. Im anglo-amerikanischen Raum wurden verschiedene Peer-Ansätze schon länger entwickelt und z. T. in Curricula gegossen und zertifiziert. Sie finden sich in Form anerkannter Qualifizierungen als weitverbreitete Bestandteile gemeindepsychiatrischer und klinisch-psychiatrischer Versorgung. Auch wenn es bisher wenig Forschung zu Selbsthilfe und Peer-Ansätzen gibt, so verweisen vereinzelte Studien jedoch auf Verbesserungen in der Versorgung durch die Beteiligung von Expert*innen durch Erfahrung. So verweist bspw. die S3-Leitlinie zu Bipolaren Störungen darauf, dass „Klienten mit Peer-Support eine bessere Lebensqualität und dichtere Behandlungskontakte aufweisen als eine Vergleichsgruppe (Felton et al. 1995). Zu den besonderen Leistungen von „Peer-Experts“ gehört, auch mit schwer erreichbaren Patientinnen und Patienten in Kontakt zu kommen (Sells et al. 2006). Die Effizienz von verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen, insbesondere von niedrigschwelligen und aufsuchenden Angeboten, wird durch die Integration von Peers demnach wesentlich gesteigert. Für die Beteiligten ergibt sich ein bemerkenswerter Empowerment-Prozess“ (DGBS & DGPPN, 2012, S. 43).

Die EU förderte 2005 – 2007 die multinationale Entwicklung eines Curriculums zur Qualifizierung von Psychiatrie-Erfahrenen für die Mitarbeit in psychiatrischen Diensten. Das Curriculum zur EX-IN-Genesungsbegleitungs-Ausbildung (EX-IN für Experienced Involvement, zu Deutsch: Experten durch Erfahrung) sieht 300 Stunden in zwölf Modulen vor, darunter z. B. Empowerment, Trialog, Selbsterfahrung, Recovery-orientiertes Assessment und Planung, Genesungsbegleitung, Krisenintervention; hinzu kommen zwei Pflichtpraktika mit mind. 120 Stunden und ein Portfolio. EX-IN sieht sich als Interessenvertretung, die Genesungsbegleitung zu einem anerkannten Beruf führen will; als Bindeglied zwischen Betroffenen und Psychiatrie und als wichtiges Element zur Qualitätsentwicklung in der Psychiatrie.

In einigen anderen Ländern ist die Einbeziehung von Betroffenenexpertise umfassender implementiert als in Deutschland. So berichtet bspw. Utschakowski schon 2008 über die Integration von Psychiatrie-Erfahrenen in Home-Treatment-Teams in Großbritannien und über Peer-Angebote in den USA (Utschakowski, 2009). In manchen Ländern gibt es sogar Regularien für Ausbildung und Einsatz von Peers, so wurden bspw. in Kanada im Jahr 2013 „Leitlinien für die Berufspraxis und die Ausbildung von Peers“ veröffentlicht (Cramer, Hiller, Noltkämper, Reisch & Wagner, 2015, S. 3).

Der Bezirk Oberbayern erprobte von 2013 – 2014 den Einsatz von EX-IN-Genesungsbegleiter*innen im Rahmen eines Modellprojekts. Die Ergebnisse verweisen darauf, dass eine formalisierte Ausbildung zur Genesungsbegleitung wichtig ist sowie die Vorbereitung der Teams und die Begleitung des Einsatzes durch eine Ansprechperson. Den EX-IN-Kräften gelang es leichter, in Kontakt mit der Klientel zu kommen und die Einrichtungen profitierten von einem besseren Ruf (ebd., S. 40). Aufgrund der guten Erfahrungen hat der Bezirk Oberbayern EX-IN-Kräfte seit Januar 2015 in den SpDi und seit September 2015 auch in Tagesstätten in die Regelfinanzierung übernommen (Sozialausschuss des oberbayerischen Bezirkstags, 2015).

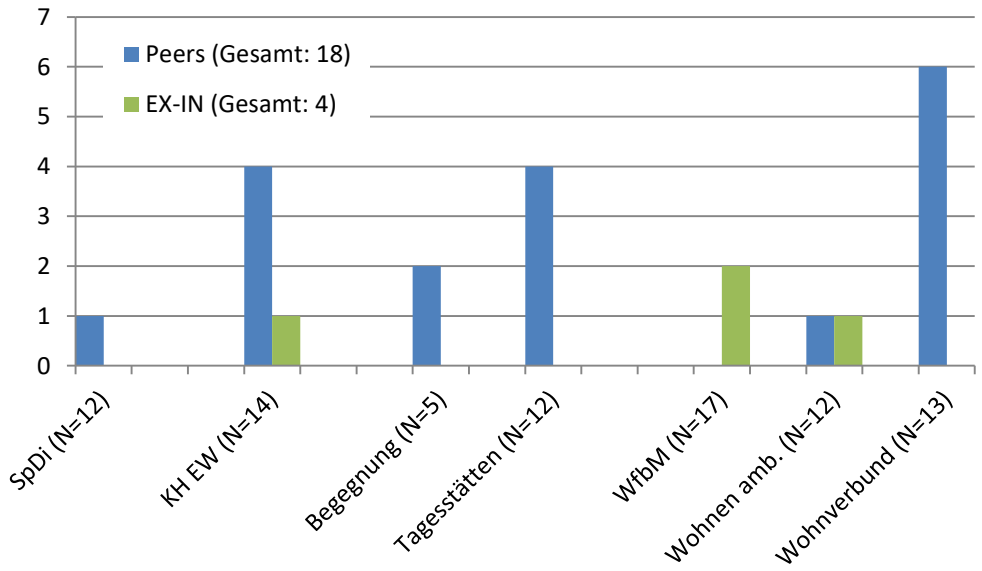
In Nordrhein-Westfalen wurden in den letzten Jahren zwei Modellprojekte zum Einsatz von Peers durchgeführt. Der Landschaftsverband Rheinland erprobt bis Ende 2018 Peer Counseling in zehn Anlauf- und Beratungsstellen, darunter drei in Trägerschaft von Selbsthilfeorganisationen. In vier Projekten, die sich vorrangig an psychisch kranke Personen richten, arbeiten Peers mit seelischen Behinderungen, alle als hauptamtliche Beratende mit fester Anstellung (Braukmann et al., 2017). Derzeit geht es um Anschlussmöglichkeiten und die Nutzung der Erfahrungen, z. B. für EUTB. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe erprobte zwischen 2015 und 2017 den Einsatz von Genesungsbegleiter*innen in vier psychiatrischen Kliniken. Im Herbst 2018 wurden Ergebnisse der Evaluation bei einem EX-IN-Fachtag in Gelsenkirchen präsentiert. Demnach ist die interne Kommunikation im Team vor und bei der Beschäftigung von EX-IN sehr wichtig, um Erwartungen und Möglichkeiten auszuloten und die EX-IN mit ihren individuellen Fähigkeiten gut in Team und Arbeitsalltag zu integrieren. Neue Patient*innen, die oft Ängste und Unsicherheit mitbringen, können von EX-IN gut aufgefangen und v. a. anfangs intensiver begleitet werden. In kritischen Situationen kann die Anwesenheit eines EX-IN deeskalierend wirken und ggf. Zwangsmaßnahmen vermeiden oder verkürzen. Wichtig ist zudem eine klare Aufgabenabgrenzung von EX-IN und anderen Berufsgruppen.

In Sachsen-Anhalt fand 2015 – 2016 der erste (und bisher einzige) EX-IN-Kurs im Land statt, in Trägerschaft von Rückenwind e. V. in Halle und unter Beteiligung der Selbsthilfeinitiative – SHI Stimme für Psychiatrie-Erfahrene. Es nahmen 15 Personen teil, darunter sechs aus Sachsen-Anhalt. Seither kam kein weiterer Kurs zustande. Einzelne Interessent*innen haben deshalb eine Ausbildung in Niedersachsen begonnen.

Der erste Kurs in Sachsen-Anhalt war durch verschiedene Stellen gesponsert worden. Bisher ist es nicht gelungen, für die Kursteilnahme eine Ausbildungsförderung durch das Jobcenter zu erzielen wie etwa, zumindest zeitweise, in Thüringen oder Sachsen. Generell besteht das Problem, dass die Ausbildung nicht AZAV-zertifiziert ist. In Sachsen-Anhalt lehnten Jobcenter eine Ausbildungsförderung zudem (auch) deshalb als nicht förderfähig ab, weil die Ausbildung mangels entsprechender Arbeitsplätze für EX-IN nicht zu einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung führe/führen könne. Auch zeigte sich noch kaum ein Arbeitgeber in Sachsen-Anhalt bereit, die Kursgebühr (teilweise) zu übernehmen: Im Rahmen der Befragung vermeldete lediglich eine befragte Einrichtung, eine WfbM, Gebühren für einen EX-IN-Kurs zu übernehmen.

Im Rahmen der Befragung von Einrichtungen wurde erhoben, ob Genesungsbegleiter*innen oder Peers ohne zertifizierte Ausbildung mitarbeiten. Das Ergebnis zeigt Abb. 9:

Abb. 9: Einsatz von Peers in den Einrichtungen im März 2018 (N = 5 – 17, Angaben in absoluten Zahlen)



Wie Abb. 9 zeigt, arbeiten zum Zeitpunkt der Untersuchung (März 2018) im untersuchten Bereich in Sachsen-Anhalt insgesamt vier zertifizierte EX-IN mit: je eine in einer psychiatrischen Klinik und einem Angebot ambulant betreuten Wohnens. Zudem sind zwei EX-IN in WfbM tätig. Im Rahmen der Recherchen gab es zudem Hinweise auf drei weitere Genesungsbegleiter*innen in nicht befragten Strukturen, bspw. in EUTB und einem beschäftigungsbezogenen Beratungsangebot.

Die befragten Einrichtungen berichteten des Weiteren über insgesamt 18 mitarbeitende Expert*innen aus Erfahrung ohne zertifizierte EX-IN-Ausbildung. Sie sind vor allem im Wohnbereich, in Kliniken und WfbM tätig. Ein SpDi greift auf die Unterstützung einer Peer zurück.Die meisten Peers, mit und ohne EX-IN-Ausbildung, arbeiten im Rahmen von Minijobs oder ehrenamtlich. Ein Einsatz wird über persönliches Budget gefördert.

Soweit Erfahrungen mit dem Einsatz von EX-IN in Sachsen-Anhalt vorliegen, sind sie positiv: Auch wenn die Fachmitarbeitenden zunächst Sorge hatten, wurde das Praktikum dann doch positiv bewertet. Die Teams berichteten, viel von der EX-IN gelernt zu haben, z. B. wie sich Medikamenten(-neben-)wirkungen anfühlen. Wo Erfahrungen gemacht wurden, wird die Zusammenarbeit befürwortet. Auch seitens der Patient*innen habe es gute Rückmeldungen gegeben, EX-IN waren hilfreich und ein Vorbild für die Zeit nach der Behandlung.

Der Einbezug von Peers und Genesungsbegleiter*innen scheitert in Sachsen-Anhalt bisher an mehreren Gründen: Zum einen kennen viele potenzielle Arbeitgeber, obgleich psychiatrische Facheinrichtungen, das Konzept EX-IN nicht und sind oft auch nicht bereit, EX-IN in Ausbildung Praktikumsplätze anzubieten. Zum anderen kennt die PsychPV, anders als bspw. in der Suchthilfe für die Mitarbeit von qualifizierten Ex-User*innen gegeben, keine Berufsgruppe EX-IN, sodass eine Einstellung schwierig ist. Ohne tarifliche Einordnung/Anerkennung als Berufsgruppe müssten Träger diese Kräfte auf eigene Kosten einsetzen oder als „Hilfspersonal“ eingruppieren, was ihrer Qualifikation nicht gerecht würde. Es wird abzuwarten sein, welche Einstellungspraxis sich in den neuen Strukturen EUTB und Teilhabemanagement entwickeln wird, wo explizit auch Betroffene einbezogen werden sollen und die Expertise aus Erfahrung einen gewissen „geldwerten“ Status haben kann. Tatsächlich ist die Einbeziehung von EX-IN derzeit le-

diglich aus drei EUTB bekannt und bei der Gehaltseinstufung ist eine formale Qualifikation höherwertig (vgl. Kap 5.5.2).

9.5 Selbsthilfeförderung

„Die gesundheitsbezogene Selbsthilfe chronisch Kranker und Menschen mit Behinderungen hat einen hohen Stellenwert in Deutschland. Selbsthilfeorganisationen sind heute nicht mehr aus der Gesundheitsversorgung wegzudenken. Sie bieten Hilfestellungen für die Alltagsbewältigung in besonderen Lebenslagen und geben den Betroffenen sowie deren Angehörigen bei einer Krankheit oder einer Behinderung Halt und Perspektive“ (Robert Koch-Institut, 2015, S. 370). Als gesetzliche Grundlage der Selbsthilfe wird in einer Vielzahl von Datenquellen auf das am 18. Juni 2015 verabschiedete „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ (Präventionsgesetz – PrävG) hingewiesen. Das PrävG ist ein Artikelgesetz, das mit Blick auf die Selbsthilfe vor allem zu Änderungen im SGB V (§ 20a – d, Prävention und Selbsthilfe) geführt und die Leistungen der Krankenkassen für Prävention und Gesundheitsförderung mehr als verdoppelt hat. Seit 2016 stehen jedes Jahr mindestens rd. 490 Mio. Euro zur Verfügung. Für die Versicherten sind dies statt 3,09 Euro nun 7,00 Euro pro Person jährlich. Auch die Selbsthilfe wird mit zusätzlichen 30 Mio. Euro gestärkt: Wurden bis inkl. 2015 0,64 Euro pro Versichertem für Selbsthilfeförderung zur Verfügung gestellt, so mussten die Krankenkassen diese Summe seit 2016 auf 1,05 Euro pro Versichertem fast verdoppeln. Die Krankenkassen stellen damit den größten Fördertopf für gesundheitsbezogene Selbsthilfe in Deutschland (und in Sachsen-Anhalt) zur Verfügung. Für Sachsen-Anhalt mit einem Anteil von etwa 93,5 % gesetzlich krankenversicherten Einwohner*innen (vdek, o. J.) bedeutet dies, dass die krankenkassenübergreifende Fördersumme von bisher 1,3 Millionen Euro mit Beginn des Jahres 2016 auf rd. 3,6 Millionen Euro hätte steigen müssen. Eine Übersicht des vdek weist jedoch nur 929.167 Euro für die kassenartenübergreifende Förderung aus (vdek, 2018).

Eine neue Form, den Auf- und Ausbau von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen im Umfeld der Pflege zu fördern, bietet § 45d, Abs. 2 SGB XI. Die neue Regelung schreibt vor, dass die Pflegekassen die Selbsthilfe mit 0,10 Euro[38] je versicherter Person unterstützen. Die privaten Pflegeversicherer beteiligen sich daran mit zehn Prozent des Fördervolumens, zudem sind die Mittel durch die Länder um einen Zuschuss in jeweils gleicher Höhe für die einzelne Fördermaßnahme zu ergänzen (NAKOS, 2014, S. 44 ff.). In Sachsen-Anhalt regelt die Pflege-Betreuungs-Verordnung (PflBetrVO) vom 13. Februar 2017 die Unterstützung von Selbsthilfe nach § 45d, Abs. 2 SGB XI. Die Förderung erfolgt abhängig von den zur Verfügung stehenden Haushaltsmitteln grundsätzlich für ein Jahr, zuständig für Anerkennung und Förderung ist die Sozialagentur.[39] Das Fördervolumen des Landes für 2018 liegt bei 215.000 Euro (Land Sachsen-Anhalt, Haushaltsplan, S. 101).

Nachrangig zu den Krankenkassen werden Selbsthilfeaktivitäten gefördert von Rentenversicherung und Stiftungen sowie über private Spenden. In vergleichsweise begrenztem Umfang übernehmen Kommunen Finanzierungsanteile: Im Rahmen der Befragung gaben

---

38 Durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz sind Änderungen am § 45d SGB XI vorgenommen worden: ab 2019 steigt der Betrag auf 0,15 Euro pro Versichertem und die Pflegeversicherung zahlt 75 % der Fördermaßnahme insgesamt.

39 Vgl. http://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/jportal/?quelle=jlink&query=PflBetrV+ST+%C2%A7+2&psml=bssahprod.psml&max=true, zuletzt aufgerufen am 15.10.2018.

fünf Kommunen an, Selbsthilfekontaktstellen finanziell zu unterstützen, lediglich zwei fördern auch direkt (insgesamt neun) Selbsthilfegruppen.

Das Land Sachsen-Anhalt hat sich als einziges Bundesland in Deutschland im Jahr 2013 ganz aus der Selbsthilfeförderung zurückgezogen und verweist auf die Förderung nach §§ 20 und 20c SGB V durch die Krankenkassen (NAKOS, 2014, S. 9; NAKOS, 2015, S. 20) mit zwei Ausnahmen: die o. g. Mittel nach § 45d, 2 SGB XI sowie Zuschüsse an HIV/Aids-Projekte (ebd., S. 132).

9.6 Selbsthilfekontaktstellen

In Deutschland existieren 296 Selbsthilfekontaktstellen und -unterstützungsstellen, zusätzliche 44 Außenstellen ergänzen das Angebot (Stand 23.10.2017).[40] 245 dieser Stellen sind Selbsthilfekontaktstellen (SHKS), die ausschließlich Selbsthilfeunterstützung erbringen. In Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Bayern, Berlin und Thüringen werden diese Strukturen durch landesweite Fachstellen unterstützt, die Informationen bündeln, Fortbildung organisieren, die Stellen beraten und Austausch untereinander organisieren. Auf Bundesebene informiert und vermittelt die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS).

In Sachsen-Anhalt bestehen in allen Kommunen Selbsthilfekontaktstellen, fast alle in Trägerschaft des paritätischen Wohlfahrtsverbands oder Mitgliedsvereinen, in Magdeburg ist die Caritas Trägerin der Selbsthilfekontaktstelle und in Wittenberg die Kommune. Die Selbsthilfekontaktstellen im Land arbeiten im „Arbeitskreis Selbsthilfekontaktstellen“ zusammen, koordiniert vom Paritätischen Landesverband. Eine eigene Landesstelle zur Förderung der Selbsthilfe besteht ebenso wenig wie eine Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe.

Suchtselbsthilfe wird über die von Land und Rentenversicherung geförderte Landesstelle für Suchtfragen koordiniert. Der Facharbeitskreis Suchtselbsthilfe tagt etwa viermal im Jahr, wirkt mit an der bundesweiten Aktionswoche Alkohol und am Suchtselbsthilfetag und unterstützt aktuell die Landesstelle für Suchtfragen bei der „Analyse der Suchtselbsthilfe in Sachsen-Anhalt zu Mitgliederstruktur und Arbeit“.

Die Selbsthilfekontaktstellen werden im Wesentlichen über die Arbeitsgemeinschaft (ARGE) „Selbsthilfeförderung der Gesetzlichen Krankenversicherung in Sachsen-Anhalt“ im Rahmen der kassenartenübergreifenden Förderung finanziert, im Jahr 2017 wurden dafür 274.655 Euro zur Verfügung gestellt. Zusätzlich zu der gemäß § 20c SGB V gemeinsam zur Verfügung gestellten Summe erhielten Selbsthilfekontaktstellen z. T. auch kassenindividuelle Förderung einzelner Krankenkassen. Die Förderung der Krankenkassen ist stabil – auf dem seit 2016 erhöhten Niveau. Sieben Selbsthilfekontaktstellen gaben an, dass auch eine kommunale Förderung erfolgt – das waren zwei mehr als die Angaben der Kommunen selbst. Zum Kreis der kommunal geförderten Stellen gehört die in Trägerschaft der Kommune befindliche SHKS in Wittenberg. Fünf SHKS notierten auch Förderung durch die Rentenversicherung Mitteldeutschland (§ 31 SGB VI).

Kommunale und andere Förderungen erfolgen regelhaft nicht untereinander abgestimmt.

---

40 Vgl. https://www.nakos.de/informationen/fachwissen/deutschland/key@3528, zuletzt aufgerufen am 19.10.2018.

Zehn Selbsthilfekontaktstellen beschrieben ihre Personalausstattung. Demnach standen den SHKS zwischen 0,3 und 2,0 Stellen für ein bis zwei Beschäftigte zur Verfügung, im Mittel arbeiten 1,2 Beschäftigte auf 0,9 Stellen.

Ein zentrales Qualitätsmerkmal für Selbsthilfekontaktstellen ist eine gute Zugänglichkeit auch für Menschen mit Einschränkungen. Bundesweit bieten 86 % einen barrierefreien Zugang (NAKOS, 2017, S. 12). In Sachsen-Anhalt bewerten sieben Selbsthilfekontaktstellen ihre Zugänglichkeit für Menschen mit körperlichen oder Sinnesbehinderungen als (eher) gut, hier ist i. d. R. ein barrierefreier Zugang über Aufzüge möglich. Für Menschen mit Migrationshintergrund gibt es nur ausnahmsweise Kontakt-/Informationsversuche in verschiedenen Sprachen.

Die Arbeit aller Selbsthilfekontaktstellen wird nach ihren Auskünften zunehmend von Nachfragen im Kontext psychischer Erkrankung geprägt. So entfielen von im Mittel 4,3 Neugründungen von Selbsthilfegruppen, die zu begleiten waren, 2,2 auf Selbsthilfegruppen von/für psychisch Kranke oder deren Angehörige. Immer mehr Betroffene und Angehörige fragen nach Gruppen oder erbitten Unterstützung bei der Gründung einer neuen Selbsthilfegruppe. Mit diesen Nachfragen ist häufig ein großer Aufwand verbunden, stellvertretend für die vielen Schilderungen in der Befragung soll hier eine SHKS zu Wort kommen:

> *„Oft wenden sich verzweifelte Menschen an uns, die schon lange nach Ansprechpartner*innen suchten und nicht fanden. Immer öfter sind es Themen, die nicht unbedingt in unser Aufgabenfeld fallen. Es ist die Überforderung dieser Menschen spürbar auf der Suche nach Hilfe und Unterstützung. Dabei ist auffällig, dass die Zahl psychisch kranker Menschen bzw. Menschen mit psychischen Störungen, die sich hier melden, stark zunimmt, v. a. im Vergleich zur Anzahl anderer Betroffener. Es gibt im Landkreis nur eine SHG ‚Angehörige von psychisch Kranken'. Sie arbeitet sehr selbstständig und deren Sprecherin nimmt regelmäßig an den Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten der Kontaktstelle teil. […]*
>
> *Am umfangreichsten ist die Beratung und Unterstützung der SHG von psychisch Kranken. Die erste Beratung oft bedeutend zeitaufwendiger, um zunächst den Darstellungen ruhig zuzuhören, ihre Wünsche zu erfassen, eine eigene Einschätzung zu ermöglichen usw. Wenn der Wunsch besteht, eine SHG zu gründen, ist die Begleitung und Unterstützung viel umfassender. Bisher wurde von allen neu gegründeten SHG psychisch Kranker unser Angebot angenommen, die ersten 3 Treffen durch uns moderieren zu lassen, um eine Struktur in ein Treffen aufzuzeigen und grundlegende Inhalte, Möglichkeiten und Absprachen miteinander zu treffen. Wenn eine Gruppe dann selbstständig arbeitet, wird die Beratung und Unterstützung der Sprecher*innen telefonisch und persönlich regelmäßiger als in anderen Gruppen in Anspruch genommen."*

Fünf Selbsthilfekontaktstellen arbeiten – außer im landesweiten Arbeitskreis – auch in kommunalen Gremien mit, darunter in der PSAG, im Netzwerk Inklusion, in einer AG barrierefreie Stadt, in einem Gesundheitsforum und in einem Gesunde-Städte-Netzwerk.

Aus Sicht der SHKS ist Selbsthilfe eine wichtige Ergänzung zur professionellen Hilfe. Die Gruppen bieten einen regelmäßigen Anlaufpunkt, schaffen Vertrauen und geben den Betroffenen das Gefühl, mit ihren Problemen nicht allein zu sein. Ein Austausch unter „Gleichgesinnten" helfe im täglichen Umgang mit der Erkrankung. Gerade mit Blick auf den Mangel an Fachärzt*innen und -therapeut*innen wünschen die SHKS sich, mehr Kapazitäten für die (aufwendige) Unterstützung von Selbsthilfegruppen für psychisch Kranke zu haben, und sehen hierfür auch die Kommunen und das Land in der Verantwortung.

9.7 Selbsthilfe

Im Folgenden werden zum einen die Situation im Bereich der Selbsthilfeorganisationen und -gruppen beschrieben sowie Fragen der Selbstvertretung angesprochen. ‚Selbsthilfe' akzentuiert dabei traditionell stärker die gegenseitige Hilfe im Kontext konkreter Probleme, hier: der eigenen psychischen Erkrankung bzw. jener von Angehörigen. Demgegenüber basiert ‚Selbstvertretung' auf einem politisch-menschenrechtlichen Ansatz und zielt, mit Verweis auf die UN-BRK, auf die Verwirklichung voller Teilhabe für Menschen mit Behinderungen oder Beeinträchtigungen und (die Ermöglichung) ihrer politischen Partizipation. In der Praxis sind die Grenzen fließend, auch ein Teil der Selbsthilfeorganisationen strebt nach politischer Einflussnahme und versteht sich als Interessenvertretung, ebenso wie Selbstvertretungsorganisationen i. d. R. auch konkrete Personen bei ihren Problemen unterstützen.

In Sachsen-Anhalt bestehen, mit Ausnahme einer kleinen Initiative in Halle, keine Selbstvertretungsorganisationen von psychisch Kranken, auch existiert kein Landesverband Psychiatrie-Erfahrener. Es gibt jedoch einige Betroffene, die ihre Expertise an verschiedenen lokalen und landesweiten Stellen einbringen wie bspw. in Psychiatrieausschuss, Landesbehindertenbeirat, fünf PSAG und den Trialogforen in vier Kommunen.

Selbsthilfeverbände

Seit 1995 gibt es einen Landesverband von Angehörigen psychisch Kranker, der sich für die Unterstützung der Familien mit psychisch Kranken und politisch für die Stärkung der Angehörigenbewegung im Land einsetzt. Vertreter*innen des Landesverbands arbeiten im Psychiatrieausschuss des Landes und in den zugehörigen Besuchskommissionen mit. Der Angehörigenlandesverband ist Mitglied beim Paritätischen Wohlfahrtsverband Sachsen-Anhalt, im Selbsthilfeforum Sachsen-Anhalt (Bündnis der 31 gesundheitsbezogenen Selbsthilfeverbände im Land)[41] und in der Familien Selbsthilfe Psychiatrie – Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.

Zudem berät die Alzheimer-Gesellschaft Sachsen-Anhalt über ihre Selbsthilfegruppen betroffene Familien und unterhält eine Tagesbetreuung in Magdeburg (als anerkanntes Angebot zur Unterstützung im Alltag).

Im Bereich der Suchthilfe bestehen, wie generell, auch in Sachsen-Anhalt deutlich mehr und etabliertere Strukturen: Allein fünf Spitzenverbände sind aktiv, zudem gibt es Gruppen der Anonymen Alkoholiker.[42] Die Landesstelle für Suchtfragen (LS-LSA) unterstützt die Suchtselbsthilfe in Sachsen-Anhalt, u. a. mittels des Koordinierungskreises, in dem die Suchthilfereferent*innen der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege zusammenarbeiten.

Zur Finanzierung der Landesverbände liegen keine konkreten Informationen vor, doch beschreiben Befragte, dass eine projektunabhängige Grundfinanzierung nötig wäre, um eine Geschäftsstelle und die Verwaltung mit einer Mindestverbindlichkeit, am besten mit hauptamtlicher Besetzung, betreiben zu können.

---

41 Vgl. https://www.selbsthilfe-lsa.org/, zuletzt aufgerufen am 17.10.2018.

42 Vgl. https://www.ls-suchtfragen-lsa.de/arbeitsfelder/suchtselbsthilfe/#ssh, zuletzt aufgerufen am 17.10.2018.

Selbsthilfegruppen

Kernakteure der Selbsthilfe sind vor Ort und bezogen auf konkrete Themen eine Vielzahl an Selbsthilfegruppen. Es handelt sich dabei auch um Einzelpersonen und/oder (z. T. häufig wechselnde) Gruppierungen mit einem unterschiedlichen Institutionalisierungsgrad. Eine laufende Registrierung der eigenen Arbeit ist weder in einer verbindlichen Form für alle fest verankert noch von allen gewünscht. Die Gruppenarbeit ist dynamisch, Neugründungen wechseln sich mit der Einstellung von Gruppen ab, die Situation ist kaum abbildbar. Mit aller Vorsicht kann aus der Befragung der Kommunen und der Selbsthilfekontaktstellen sowie aus weiteren Recherchen (Landtag von Sachsen-Anhalt, 2017, S. 7) geschlossen werden, dass im Land Sachsen-Anhalt etwa 850 gesundheitliche Selbsthilfegruppen existieren. Möglicherweise sind es auch deutlich mehr: Der Arbeitskreis der Selbsthilfekontaktstellen benennt bspw. eine Größenordnung von 1.200 Selbsthilfegruppen.[43] Laut Angaben der Befragten beziehen sich etwa 200 auf psychische Störungen: circa 150 Selbsthilfegruppen für selbst Betroffene sind bekannt sowie etwa 50 Selbsthilfegruppen für Angehörige, darunter ist ein Teil für Angehörige und Betroffene geöffnet.

Die auf psychische Störungen bezogenen Selbsthilfegruppen verteilen sich über die Kommunen in Sachsen-Anhalt sehr unterschiedlich: In den Städten werden zwischen sechs Selbsthilfegruppen in Dessau-Roßlau und 35 in Halle notiert, in den Landkreisen schwanken die Angaben zwischen vier im Burgenlandkreis und etwa fünfmal so viel in den Landkreisen Mansfeld-Südharz (22), Salzlandkreis (21) sowie je 18 im Landkreis Harz und im Altmarkkreis Salzwedel.

Die Selbsthilfegruppen arbeiten weit überwiegend diagnosebezogen, z. T. wird als Zielgruppe eher allgemein „psychisch Kranke“ genannt, z. T. einzelne Diagnosen, darunter am häufigsten Depression, Angst, Soziale Phobien und nur selten Schizophrenie, Bipolare Störungen oder Borderline. Bei einzelnen Gruppenbezeichnungen erscheint die vor Ort vorgenommene Zuordnung zum Bereich „psychische Erkrankung“ eher unklar, bspw. Gruppen zu Trauer, Schulden, Tinnitus oder Kaiserschnitt. Insgesamt elf Gruppen für Frauen mit psychischen Störungen wurden notiert, aber nur eine für Männer sowie eine, die sich gezielt an Menschen mit Migrationshintergrund richtet. Die wenigen Erfahrungen, über die zur Öffnung von Gruppen für Zugewanderte berichtet wurden, waren negativ, die Versuche einer gemeinsamen Selbsthilfearbeit von Alteingesessenen und Zugewanderten haben nicht funktioniert.

Die Selbsthilfegruppen für Angehörige im Kontext psychischer Störungen weisen zwei Schwerpunkte auf: In 23 Gruppen treffen sich (pflegende) Angehörige von Demenz- bzw. Alzheimerkranken und in 22 Gruppen Angehörige psychisch Kranker. Weitere Gruppen fokussieren auf Eltern: von psychisch kranken bzw. von behinderten Kindern, von verhaltensauffälligen Kleinkindern, von verhaltensauffälligen Jugendlichen sowie von Missbrauchsopfern. In einer Selbsthilfegruppe versammeln sich erwachsene Kinder psychisch Kranker. Landesweit wird lediglich über eine Gruppe berichtet, die sich an Familien mit Migrationshintergrund und psychischen Problemen richtet.

Im Bereich Sucht bestehen mit etwa 200 noch einmal so viele Selbsthilfegruppen, deren Kontaktdaten über die Webseite der Landesstelle für Suchtfragen[44] sowie die regionalen Selbsthilfekontaktstellen bereitgestellt werden.

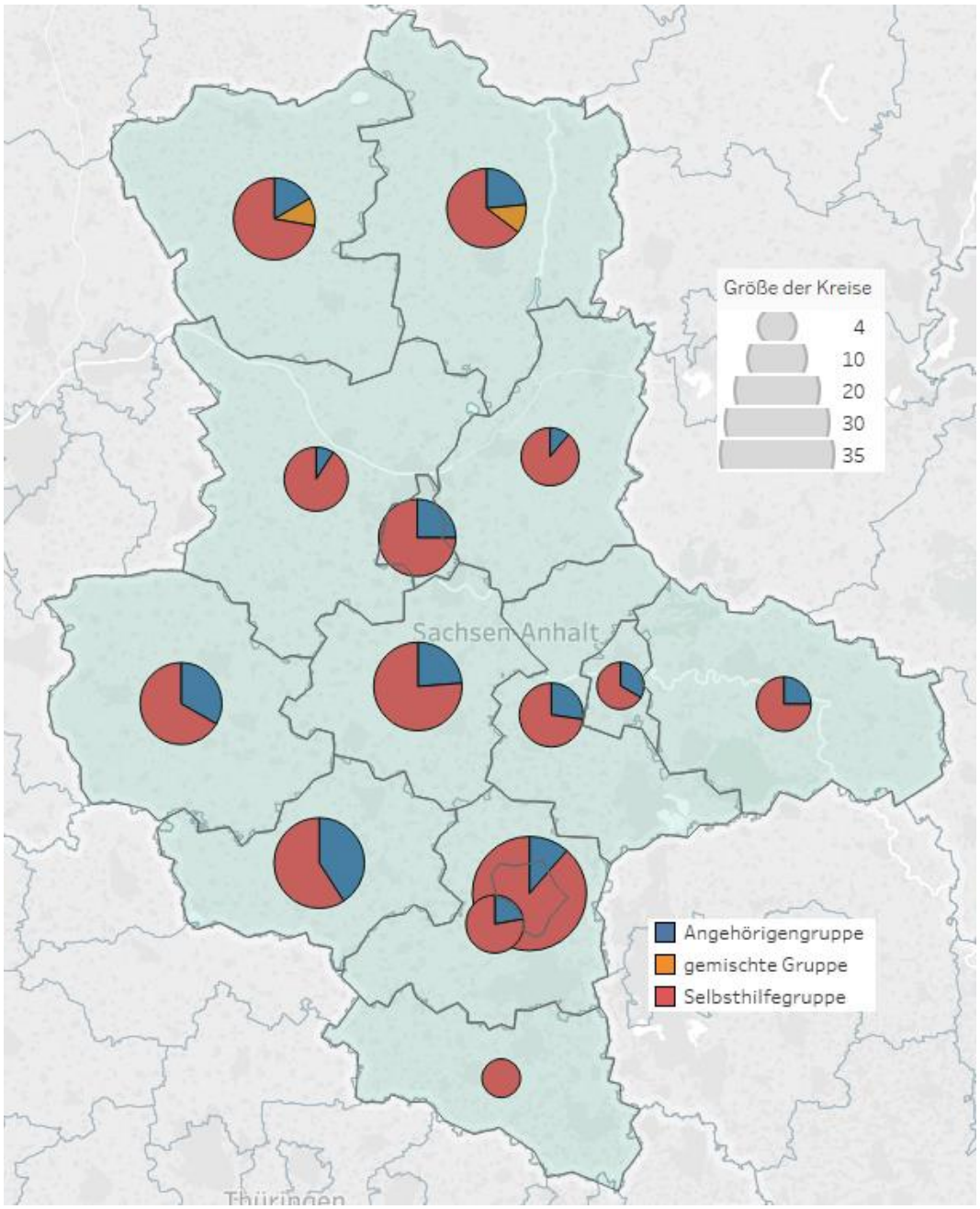
---

43 Vgl. http://www.selbsthilfekontaktstellen-lsa.de/presse/inanspruchnahme-von-selbsthilfekontaktstellen-steigt-weiter/, zuletzt aufgerufen am 19.10.2018.

44 Vgl. https://www.ls-suchtfragen-lsa.de/suchthilfewegweiser/download-suchthilfewegweiser/, zuletzt aufgerufen am 17.10.2018.

Die Abb. 10 zeigt die Verteilung von Selbsthilfegruppen für Betroffene, Angehörige oder beide Gruppen über die Gebietskörperschaften des LSA. Die Kreisgröße ist dabei von der Anzahl der Selbsthilfegruppen abhängig, je größer der Kreis, desto mehr Gruppen. Positiv hervorzuheben ist, dass die nördlichen Regionen, die meist wenig Hilfe- und Versorgungsangebote vorweisen, über ein breit gefächertes Spektrum an Selbsthilfegruppen verfügen.

Abb. 10: Verteilung Selbsthilfegruppen in den Gebietskörperschaften

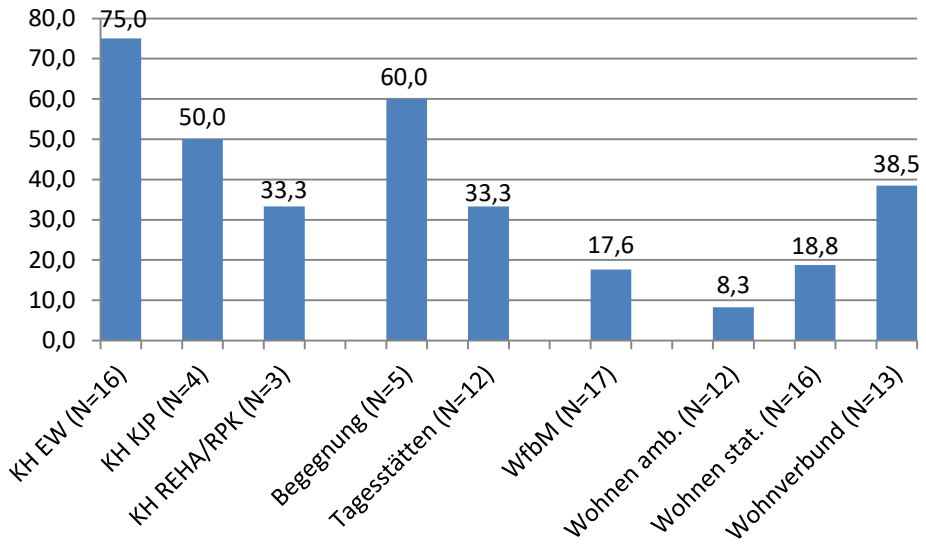


Selbsthilfegruppen können z. T. auf Unterstützung durch professionelle Dienste zurückgreifen, auch über die SHKS hinaus. Zum Beispiel können Räume genutzt werden oder Expert*innen kommen für Vorträge zu den Treffen. Am meisten Kooperation gibt es mit Kliniken. Die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfegruppen und kommunalen Stellen wie bspw. Psychiatriekoordination ist unterschiedlich, sie reicht von wenig oder sporadi-

schem Kontakt bis hin zu gemeinsamen Aktivitäten in Netzwerken und/oder Gremien wie bspw. der PSAG. Etwas weniger ausgeprägt erscheint die Kooperation der Selbsthilfegruppen untereinander.

Im Rahmen der Befragungen wurden die psychiatrischen Einrichtungen und Angebote um Auskunft dazu gebeten, ob Selbsthilfegruppen regelmäßig vor Ort sind bzw. ob sie mit Selbsthilfe kooperieren. Das Ergebnis zeigt Abb. 11:

Abb. 11: Regelmäßige Kooperation mit Selbsthilfe bzw. Präsenz von SHG in Einrichtungen



Selbsthilfegruppen sind demnach am meisten in den Kliniken für erwachsene psychisch Kranke präsent: Drei Viertel dieser Kliniken und 50 % der Kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken berichten, dass sie über Selbsthilfeangebote informieren, Kontakt vermitteln oder dass Selbsthilfegruppen regelmäßig in der Klinik präsent sind. Auch Begegnungsstätten arbeiten viel mit Selbsthilfe zusammen, sie stellen ihnen bspw. Räume zur Verfügung.

In allen übrigen befragten Bereichen scheint die Kooperation mit Selbsthilfe weniger ausgeprägt. Zum Teil wird ausgeführt, dass in Sachsen-Anhalt keine ausreichend organisierte Selbsthilfe bestehe und dass die Strukturen „keinen Ansatz für eine Kooperation hergeben“ würden. Sofern doch mit Selbsthilfe zusammengearbeitet wird, beschreiben die Befragten, dass Klient*innen bei der Suche nach einer Selbsthilfegruppe unterstützt, Selbsthilfegruppen Räume zur Verfügung gestellt oder regelmäßig Schulungen für Angehörige angeboten werden.

Unabhängig von eher institutionellen Kooperationsformen zwischen Einrichtungen und Selbsthilfe, beschreiben Angehörige psychisch Kranker, dass sie oft nicht in Behandlung einbezogen werden. Obgleich sie Expert*innen für das Geschehen im konkreten Fall sind, nutzen professionell Helfende immer wieder Datenschutz und Schweigepflicht als Grund, Zusammenarbeit abzulehnen. Berichtet wird sogar über Versuche, Klient*innen zu Abgrenzung gegen Angehörige zu ermuntern. Wenn zugleich trialogische Formate fehlten, hätten Angehörige dann keinerlei Gelegenheit, ihre Sicht einzubringen.

9.8 Stärken und Entwicklungsbedarfe

Den aktuellen Stand von Partizipation und Patient*innen- und Klient*innenrechten sowie den Stellenwert von Selbsthilfe bewerten die Befragten aus Kommunen, Kliniken und weiteren Einrichtungen überwiegend positiv, was angesichts des Fehlens verschiedener Elemente von Partizipation, begrenzter Umsetzung von Patient*innenrechten und Mitwirkung aus externer Sicht durchaus überrascht.

Doch wird Selbsthilfe insgesamt als wichtige Stimme gesehen, die die Bedürfnisse von Betroffenen am besten vermitteln kann. Viele Gruppen seien aktiv und die Förderung der Krankenkassen sei im Wesentlichen ausreichend für die Arbeit. Eine Kooperation von Einrichtungen und Selbsthilfe findet wesentlich in/mit Kliniken statt. Die meisten Kliniken informieren Patient*innen zu Selbsthilfegruppen, die Gruppen sind in den Kliniken präsent, können dort Räume nutzen etc. In anderen Einrichtungsformen ist Selbsthilfe demgegenüber deutlich weniger präsent. Hier wird z. T. seitens der befragten Einrichtungsvertreter*innen darauf hingewiesen, dass das Interesse an Selbsthilfearbeit bei der Klientel wenig ausgeprägt sei, hier sei zunächst Aufklärung und Motivation erforderlich.

Zum Teil wird das Fehlen einer landesweiten Selbstvertretung von Betroffenen bemängelt und generell eine Stärkung der Organisationen Betroffener und Angehöriger gewünscht. Es wird Bedarf nach Engagement von Kommunen und Land für die Selbstvertretung und Selbsthilfe gesehen, bspw. durch Unterstützung von Landesverbänden und Selbsthilfegruppen. Diese Forderungen werden von Seiten der Selbsthilfe geteilt. Gewünscht werden zudem Foren für Begegnung von Betroffenen und Politikern, ein Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK und gesetzliche Vorgaben für die Beteiligung von Patient*innen und Betreuten.

Betroffene vermissen vielfach adäquate und entgegenkommende Beteiligungsforen. Adäquat meint dabei auch, dass Treffen von Fachleuten wie z. B. in PSAG häufig zu für Selbsthilfe ungeeigneten Zeiten über Tag stattfinden und dass Betroffene z. T. den Eindruck haben, dort nicht wirklich erwünscht zu sein.

Vertreter*innen von Selbsthilfe vermissen zudem vielfach Unterstützung bei Teilhabe, z. B. durch Schulungen und Zugang zu Fachliteratur oder Fachtagungen. Kritisiert wurde, dass die Mitwirkung von Betroffenen und Angehörigen nicht (angemessen) honoriert wird, es gebe i. d. R. höchstens Aufwandsentschädigungen, die sehr niedrig seien, vielfach nicht einmal das. Für EM-Rentenbeziehende sollten diese Beträge nicht rentenschmälernd wirken. Aus Sicht vieler Befragter darf Selbsthilfe nicht automatisch mit Ehrenamt gleichgesetzt werden, insbesondere angesichts der steigenden Teilhabe- und Beteiligungsmöglichkeiten und -wünsche bzgl. Gremien, (regionalen) Arbeitsgruppen und -verbünden, Besuchskommissionen u. a. und der gleichzeitig niedrigen Zahl von Aktiven.

Gewünscht werden mehr Trialogforen ebenso wie unabhängige trialogisch besetzte Beschwerdestellen in allen Kommunen bzw. in Einrichtungen.

Viele befragte Betroffene erwarten von einer breiteren Mitwirkung Betroffener am Hilfegeschehen substantielle Verbesserungen für die Behandlung. Deshalb wünschen sie sich die Unterstützung von EX-IN-Ausbildungen – durch persönliche Ausbildungsförderung, aber auch durch Anpassungen der Tarifverträge zugunsten einer geregelten Einbeziehung derart qualifizierter Expert*innen aus Erfahrung und durch modellhafte Implementierungen.

Betroffene und Angehörige wünschen sich die Verankerung von Elementen, die Patientenrechte und Beteiligung stärken, im neuen PsychKG des Landes und entsprechende Aufgabenzuordnungen bspw. an die geplanten Stellen für Psychiatriekoordination.

10 Planung und Steuerung, Koordination und Kooperation

10.1 Zur Notwendigkeit von Planung und Steuerung – Rahmensetzungen und Maßstäbe

Die bisherigen Kapitel nahmen bereits verschiedentlich auf planungs- und steuerungsbezogene Aspekte Bezug. Im Kern ergibt sich letztlich aus jedem Teilsektor heraus die Frage, wie sich das Gesamtsystem der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung koordiniert und kooperativ planen und steuern lässt. Zumal kein Teilbereich für sich allein umfassend funktionsfähig ist, sondern verschiedene Schnittstellen zu anderen Sektoren des Versorgungssystems aufweist.

Zwei Begründungen sind entscheidend dafür, dass Planen und Steuern für eine wirksame und effiziente Gestaltung der Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen keine Aufgaben sind, die je nach Lage der Dinge „mal getan oder mal gelassen“ werden können, sondern dass diese genuine Teile der Gesamtversorgung und für deren Funktionalität wesentlich sind:

Einerseits gilt für jedes System und für das Gesundheitswesen im Besonderen, dass zur Gesunderhaltung der Bevölkerung Mittel rational und kriteriengeleitet bereitgestellt und eingesetzt werden müssen. In diesem Sinne bedeuten:

- *Planung*: Daten- und konzeptgesteuertes, vorausschauendes Handeln im Hinblick auf die Bereitstellung von Strukturen, Angeboten und Ressourcen, um dadurch Ziele kurz-, mittel- und langfristig zu erreichen.
- *Steuerung*: Systematische und planvolle Lenkung der (leistungsträgerübergreifenden) Hilfen und des Ressourceneinsatzes unter der Maßgabe der Ziel- und Bedarfsgerechtigkeit sowie der Funktionalität, Effektivität und Effizienz der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen. Systematisch bezieht sich Steuerung dabei sowohl auf die Gestaltung der (regionalen und kommunalen) Angebotsstrukturen (Systemsteuerung) als auch auf die Planung und Organisation individueller Hilfeprozesse (einzelfallbezogene Steuerung).
- *Koordination und Netzwerkbildung*: Ziel- und praxisorientierte Verknüpfung der im Versorgungssystem handelnden Leistungsträger, Einrichtungen, Dienste und Berufsgruppen; Förderung der Zusammenarbeit unter diesen Akteuren und mit den psychisch kranken Menschen und deren Angehörigen.

Andererseits wird in der Fachdiskussion deutlich die aktive Gestaltung von Bedingungen vor Ort hervorgehoben, insbesondere für die schwer von psychischer Erkrankung und Behinderung betroffenen Menschen, denn diese sind dadurch gekennzeichnet, dass ihre individuelle Lebensplanungs- und Steuerungsfähigkeit eingeschränkt ist: „Die so verstandenen Interventionen zielen hauptsächlich darauf ab, die individuellen Möglichkeiten der Betroffenen in ihrer sozialen Umgebung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, zu verbessern. Dies wird entweder durch eine günstige Gestaltung der Umgebungsfaktoren oder dadurch erreicht, dass soziale und kommunikative Kompetenzen für die Re-Integration in den verschiedenen Lebensbereichen vermittelt werden. Psychosoziale Interventionen lassen sich verschiedenen Aggregationsebenen zuordnen. Einige Interventionen sind auf der Systemebene angesiedelt, deren Umsetzung durch ein Helfersystem erfolgt (z. B. aufsuchende gemeindepsychiatrische Teams …). Zum anderen gibt es psychosoziale Interventionen, die stärker als Einzelinterventionen beurteilt werden können und die an verschiedenen Stellen im Versorgungssystem in Anspruch genommen werden können …“ (DGPPN, 2012, S. 9).

Unter *System-Interventionen* werden benannt: Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlung, Case Management, Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben, Wohnangebote für psychisch kranke Menschen. *Einzelinterventionen* beinhalten: Psychoedukative Interventionen für Betroffene und Angehörige, Peer-to-peer-Ansätze und Trialog, Training von Alltags- und sozialen Fertigkeiten, künstlerische Therapien, Ergotherapie, Sport- und Bewegungstherapie. Der Selbsthilfe und verwandten Konzepten wird ebenfalls erhebliche Bedeutung zugemessen (ebd.).

Das heißt, Planung, Steuerung und Koordination der verschiedenen Maßnahmen sind elementarer Bestandteil und entscheidend für die Funktionalität und vor allem für die Weiterentwicklung der Versorgungssysteme. Voraussetzungen für den Erfolg des Handelns bestehen u. a. darin, dass

- die von psychischer Erkrankung und Behinderung betroffene Person mit ihren Bedarfen und Belangen, Rechten, Schwächen und Stärken im Mittelpunkt steht
- zu Vorgaben, Maßnahmen und Handlungsergebnissen die notwendige datenbezogene Transparenz geschaffen wird einschließlich evaluativer Maßnahmen und Berichterstattung
- den Zielen der planenden, steuernden und koordinierenden Maßnahmen entsprechendes Engagement und Haltung vorhanden sind und gefördert werden.

Mit Blick auf die Gestaltung von Planung, Steuerung und Koordination im Bereich psychiatrischer und psychosozialer Hilfen sowie angrenzender Versorgungsbereiche ergeben sich im gegliederten System der deutschen Sozialgesetzgebung u. a. folgende, in jüngerer Zeit explizit herausgehobene rechtliche Anknüpfungspunkte, die in der praktischen Umsetzung von allen relevanten Akteuren des Handlungsfelds (u. a. vor- und nachrangige Sozialleistungsträger, Kassenärztliche Vereinigungen und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Ärzteschaft, Bundesagentur für Arbeit, Kommunen, Träger der Sozialhilfe und Leistungsanbieter) zu berücksichtigen sind:

- Gem. § 17 Abs. 1 SGB I sind die Sozialleistungsträger verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise umfassend und zügig erhält und dass die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen.
- § 18 SGB II sieht eine Zusammenarbeitspflicht auf örtlicher Ebene für die Bundesagentur für Arbeit und die Kreise bzw. kreisfreien Städte mit den Beteiligten des örtlichen Arbeitsmarktes zur Erbringung der Eingliederungsleistungen in Arbeit (§ 16 SGB II) vor. Dieses Kooperationsgebot ermöglicht eine Zusammenarbeit zu Zwecken der Planung, der sozialen Infrastrukturgestaltung und der Abstimmung mit gewerblichen und gemeinnützigen Anbietern sozialer Dienstleistungen. Verstärkt wird diese Vorgabe in § 18 Abs.1 Satz 2 SGB II durch eine weiter gefasste Zusammenarbeitspflicht der Träger der Sozialhilfe in § 4 SGB XII. Ähnliche strukturelle Zusammenarbeitsgebote enthalten § 9 Abs. 3 und 9a SGB III für die Agenturen für Arbeit im Bereich des SGB III und die §§ 13 Abs. 4 und 81 SGB VIII für die öffentlichen Träger der Jugendhilfe in Bezug auf die besonders wichtige Verbindung von Jugendhilfe und der Grundsicherung für Arbeitsuchende.
- In § 75 SGB V ist verbindlich geregelt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 75 Abs. 2 SGB V bezeichneten Umfang sicherzustellen haben.
- Eine eindeutige Verpflichtung zu Kooperation sieht auch das SGB X (das die Sozial-

verwaltungsverfahren regelt) vor: Danach sind die Leistungsträger, ihre Verbände und die öffentlich-rechtlichen Vereinigungen gem. § 86 SGB X verpflichtet, bei der Erfüllung ihrer Aufgaben eng zusammenzuarbeiten. Hierzu sieht der Gesetzgeber die Möglichkeit vor, dass die Leistungsträger gem. § 94 SGB X Arbeitsgemeinschaften bilden können. Zudem können sie auf der Grundlage von § 95 SGB X in ihren Aufgabenbereichen gemeinsame örtliche und überörtliche Pläne über ihre Dienste und Einrichtungen insbesondere deren Bereitstellung anstreben und abgestimmte Forschungsvorhaben durchführen.

- Zugleich hat der Gesetzgeber nach Inkrafttreten des BTHG sowohl im SGB IX (insbesondere in den Kapiteln 4 und 5) als auch im SGB XII (18. Kapitel) seinen Willen zum Ausdruck gebracht, die Leistungserbringung am Bedarf des Einzelfalls zu orientieren; Leistungsanbieter und Leistungsträger sollen abgestimmte und maßgeschneiderte (personenzentrierte) Hilfen zur Verfügung stellen.
- Mit dem „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG)“ vom 23. Juli 2015 wurde der § 92a in das SGB V eingefügt (Innovationsfonds). Auf dieser Grundlage werden neue sektorübergreifende Versorgungsformen gefördert, sofern sie „hinreichendes Potential aufweisen“, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden. Ausführungsbestimmungen dazu sind in § 92b SGB V beschrieben.

Gesetze auf Landesebene haben einerseits die bundesgesetzlichen Rahmenvorstellungen zu berücksichtigen, andererseits setzen sie selbst Maßstäbe und Kriterien, so auch Sachsen-Anhalt:

- Das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst – Gesundheitsdienstgesetz GDG LSA legt mit § 1 Abs. 1 Ziffer 3 fest, dass dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), konkret: den Gesundheitsämtern, die „Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung“ für das Zuständigkeitsgebiet obliegt. Dies schließt die psychiatrische Versorgung mit ein, da gemäß § 10 Abs. 2 GDG LSA der ÖGD auch Hilfe leistet „für Personen mit seelischen und geistigen Behinderungen oder Erkrankungen nach PsychKG LSA“. Gemäß § 12 Abs. 1 GDG LSA soll der ÖGD außerdem „fachliche Zielvorstellungen … (entwickeln) insbesondere für die Betreuung und Versorgung von seelisch, geistig und körperlich behinderten, psychisch kranken und abhängigkeitskranken sowie älteren Menschen“. Damit sowie auf Grundlage von § 5 PsychKG LSA erhalten auch die SpDi der Kommunen eine wesentliche gestaltende, unterstützende und Schnittstellenfunktion zugesprochen.
- In § 20 FamBeFöG LSA ist zu den Grundsätzen der (Landes-)Förderung der kommunal angesiedelten Beratungsstellen (EFLE und Suchberatung) festgelegt, dass die Gewährung von finanziellen Mitteln an die Existenz von „Sozialplanung“ und „Jugendhilfeplanung“ gebunden ist. Die im Rahmen der Bestandsanalyse betrachteten Pläne im Land sind, auch aufgrund von geringen Vorgaben, nicht einheitlich gestaltet. Zudem sind sie nicht so verlässlich aufeinander bezogen wie das Gesetz einen Zusammenhang in der Beratungslandschaft anstrebt.
- In § 20 Abs. 5 wird des Weiteren gefordert, dass die Beratungsstellen „im Sinne einer integrierten psychosozialen Beratung … zusammenwirken“ sowie dass umfassende und gebündelte Beratungsleistungen „auch für Ratsuchende mit mehreren Problemen“ (d. h. eben damit auch psychisch kranke und seelisch Behinderte, die gerade davon gekennzeichnet sind) erbracht werden sollen. Davon Betroffene und ihre Angehörigen wissen nicht immer, an wen sie sich im Bedarfsfall wenden sollen – hier mehrere Zugänge auch über kommunale Beratungsstellen zu schaffen, kann angezeigt sein.

- Die Novellierung des PsychKG LSA sieht u. a. vor, eine Psychiatriekoordination auf kommunaler Ebene zu verankern bzw. zu fördern. Deren Schwerpunkt soll eben in der Weiterentwicklung kommunaler Abstimmung/Netzwerke liegen, wie die Orientierung auf den Gemeindepsychiatrischen Verbund zeigt.

In der Fachdiskussion gilt unbestritten, dass Koordination, Planung und Steuerung die verantwortlichen Ebenen gerade bei der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung mit komplexen Herausforderungen konfrontiert:

- Die Anforderungen an Koordination, Planung und Steuerung sind deutlich gewachsen, zumal sich einerseits das Spektrum der Angebote und der Möglichkeiten über die Jahrzehnte deutlich erweitert hat und andererseits durch Gesetze und höchstrichterliche Urteile der Wahlfreiheit des Betroffenen hoher Stellenwert zukommt, im Rahmen der Teilhabe und des Selbstbestimmungsrechts Einfluss auf den Behandlungs- und Betreuungsort zu nehmen. Teilhabe- bzw. Hilfeplanverfahren müssen dies sowie die „Personenzentrierung“ der Maßnahmen berücksichtigen.
- Die Schwierigkeitsgrade des Handelns werden auch dadurch bestimmt, dass psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen, vor allem wenn sie schwer und chronisch betroffen sind, einen meist interdisziplinär und bereichsübergreifend zu deckenden Behandlungs- und Betreuungsbedarf haben. Trotz aller anerkannten und auch gesetzlich beförderten Fortschritte, integrierte, sektorübergreifende Angebote und Maßnahmen zur Verfügung zu stellen, steht den Bemühungen im Einzelfall nach wie vor ein gegliedertes, nach Sektoren und Hilfebereichen getrenntes Leistungs- und Finanzierungssystem entgegen, für das die Trennung nach ambulant und stationär nur ein Beispiel liefert. Keineswegs aufgehellter zeigt sich die Situation, wenn die Frage ausgeweitet wird hinsichtlich Arbeit, Beschäftigung, Verdienstmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen. Es zeigt sich z. B. vielmehr eine seit Jahren steigende Zahl von Erwerbsunfähigkeits-Renten aufgrund psychischer Erkrankung. Schließlich tragen unzureichende Maßnahmen der Steuerung und der Zusammenarbeit auch zu hohen und steigenden Zahlen von Unterbringung und Zwangsmaßnahmen bei. Gleiches gilt für die Bewältigung von Krisen, die nicht nur bezogen auf Ausstattungsgegebenheiten, sondern vor allem mit Blick auf die Koordination der Hilfen und des Zusammenwirkens der Beteiligten suboptimal ist – und damit Folgekosten auslöst.

Auf diesem Hintergrund haben Koordination, Planung und Steuerung für ein bedarfsgerecht ausgerichtetes psychiatrisches System den erheblichen Bedeutungsgewinn erfahren: Und zwar nicht nur dahingehend, die Strukturierung des Angebots und die Verknüpfung der Leistungen fachgerecht zu bewirken. Sondern es stellt sich auch die Frage, ob und inwieweit gerade durch eine verstärkte Planung, Steuerung und Koordination der bestehenden Systeme mit ihren Angeboten und ihrem Fachpersonal optimierte Verhältnisse herbeiführbar sind, um die für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen bestehenden Versorgungslücken abzubauen. Natürlich erhöht dies wie erwähnt die Anforderungen an die bereichsübergreifenden Planungs- und Netzwerkleistungen der heute am System professionell Beteiligten, es gilt jedoch, dafür eine entsprechende Grundlage zu schaffen, auch mit Blick auf immer wieder zur Weiterentwicklung notwendiges, innovatives system- und rechtskreisübergreifendes Handeln. Gerade auch um die im Land gegebenen bzw. für künftig befürchteten lokal-regionalen Engpässe im Gesundheitswesen und der psychiatrischen Versorgung zu erkennen und mit den beteiligten Institutionen vor Ort und in Zusammenarbeit mit der Landesebene schrittweise zu beheben, sollten die Gebietskörperschaften kompetente, zugleich differenzierte, flexible Möglichkeiten zur Eigensteuerung haben bzw. entwickeln.

Fragt man danach, an welchen Maßstäben und Standards sich dieses so beschriebene Handeln orientieren sollte, so können genannt werden:

- Recht und Rechtssicherheit sowie Qualität der Leistungserbringung und ihrer Organisation
- Erhalt der Trägervielfalt
- Verbindlichkeit und Nachhaltigkeit von erforderlicher Zusammenarbeit und Koordination der beteiligten Einrichtungen, Praxen, Dienste und Berufsgruppen
- Erreichbarkeit von Einrichtungen, Diensten und Praxen in gemessener Frist, insbesondere bei Krisen und Notfällen
- Einbindung und Förderung von Betroffenen/Selbsthilfe, trialogisches Handeln
- Sozialraumorientierung und Förderung bürgerschaftlichen Engagements.

10.2 Planung und Steuerung: Aktueller Sachstand

Antworten auf die Frage, in welcher Weise Planung, Steuerung und Koordination im Land und vor Ort vorhanden und entwickelt sind, ergibt sich einerseits daraus, welche Initiativen, Gremien und Pläne dazu jeweils bestehen, andererseits aus der Beschreibung und Einschätzung der auf den verschiedenen Ebenen fachlich handelnden Personen. Aus der Analyse von Unterlagen und der Ergebnisse der Bestandsaufnahme ergeben sich dazu folgende Erkenntnisse:

Ausgewertet wurde zunächst, in welchen kommunalen Gebietskörperschaften Psychiatriekoordinator*innen tätig sind, ob eine Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) existiert und welche Art von Plänen vorliegt. Tab. 46 vermittelt dazu die folgenden Befunde:

Tab. 46: Vorhandensein von Psychiatriekoordination, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft, Pläne pro Gebietskörperschaft

Gebietskörperschaften	Psychiatrie-koordination	PSAG	Plan (Art)
Altmarkkreis Salzwedel	Nein	Nein, jedoch informeller AK tätig	Keine Angabe
Landkreis Anhalt-Bitterfeld	Nein	Ja	Sozialplanung (2017)
Landkreis Börde	Nein	Nein bzw. nicht mehr aktiv	Sozialplan 1. Fortschreibung (2017)
Burgenlandkreis	Nein	Ja	Keine Angabe
Stadt Dessau-Roßlau	Nein	Ja	Sozialbericht (2011 – 2015), mit Thema psychosoziale Gesundheit
Stadt Halle (Saale)	Ja	Ja, gemeinsam mit Saalekreis	Psychiatriebericht (2014) mit Saalekreis
Saalekreis	Ja	Ja, gemeinsam mit Stadt Halle	Psychiatriebericht zusammen mit der Stadt Halle; Integrierter Jugendhilfe- und Sozialplan (2015)
Landkreis Harz	Nein	Nein	Keine Angabe
Landkreis Jerichower Land	Ja	Nein	Sozialplan mit Aspekt psychosoziale Beratung (2016)
Stadt Magdeburg	Ja	Ja	Bericht und Dokumentation zur Psychiatrie (2016/17)
Landkreis Mansfeld-Südharz	Nein	Keine Angabe	Seniorenpolitisches Gesamtkonzept (2013)
Salzlandkreis	Nein	Ja	Integrierter Sozial-, Jugendhilfe- und Schulentwicklungsplan (2016)
Landkreis Stendal	Derzeit nicht besetzt	Ja	Psychiatrieplan (2014 – 2018)
Landkreis Wittenberg	Nein	Ja	Integrierter Sozial- und Jugendhilfeplan (2016); Bericht Fachdienst Gesundheit 2015

Quellen: Zu den Spalten „Psychiatriekoordination“ und „PSAG“: vgl. 25. Bericht des Psychiatrieausschusses; zu Spalte „Plan (Art)“: MS LSA; eigene Recherchen.

Tab. 46 spiegelt im Überblick ein ziemlich variantenreiches Bild: Mit Ausnahme der Städte Magdeburg und Halle zeigt jede kommunale Gebietskörperschaft eine andere Kombination bezogen auf das Vorhandensein von Koordinator*in, PSAG und (einschlägiger) Planung, wobei auch kein durchgängiges Muster erkennbar wird. Insgesamt berichten vier Kommunen über Psychiatriekoordination, in unterschiedlicher hierarchischer Verortung, immer als Vollzeitstelle.

Erscheinungsbilder wie in Tab. 46 kennzeichnen auch andere Bundesländer, mit Ausnahme der Stadtstaaten dürfte kein Bundesland mit Blick auf seine Kommunen die Tab. 64 derzeit lückenlos in allen Zeilen und Spalten ausfüllen können. Die Spannbreite der (örtlichen) Versorgungsplanung in Sachsen-Anhalt hat sicher mehrere Gründe: Zum einen gab es für nahezu zwei Jahrzehnte kaum landesgetragene Impulssetzungen für eine

psychiatrische Fach-Planung i. e. S. Zum anderen sind die einzelnen Gebietskörperschaften, insbesondere die Landkreise, hinsichtlich ihrer Wirtschafts- und Finanzkraft unterschiedlich ausgestattet, sodass auch unterschiedliche Prioritätensetzungen mit Blick auf den Einsatz von (kommunalen) Finanzmitteln gegeben sein dürften. Auch die – landesgeförderte – Entwicklung der Beratungsstellen (EFLE) hat laut Rechercheergebnissen die psychosoziale Versorgung im Beratungsalltag nur begrenzt im Blick und es bleibt offen, ob nicht wenig vernetztes Handeln vor Ort an anderer Stelle kompensiert werden muss. Hier sei an das Fehlen eines koordinierten Umgangs mit Krisensituationen erinnert (betr. Erwachsene und Kinder und Jugendliche), das immer wieder zu (nicht immer indizierten) Klinikeinweisungen führt.

Im Zuge der Bestandsaufnahme wurden zu Planung, Steuerung und Koordination nicht nur die einzelnen Einrichtungen befragt, sondern auch die Sozial-, Gesundheits- und Jugendämter. Aus der Fülle der Ergebnisse sollen folgende auszugsweise wiedergegeben werden:

Von 14 *Sozialämtern* haben zwölf geantwortet – eine Auswahl:

- Auf die Frage, ob im Rahmen der Sozialplanung der Bereich der psychischen, demenziellen oder Suchterkrankungen Berücksichtigung fände, antworteten sechs Ämter mit „keine Bezugnahme“, drei Ämter mit „Bezugnahme“, drei machten keine Angaben.
- Auf die Frage nach „Steuerungs- und Planungsgremien mit Bezug zur psychiatrischen Versorgung“ berichten sieben Ämter über deren Existenz und die Mitwirkung daran, drei antworten negativ und von zweien liegen keine Angaben vor.
- „Da bei uns derzeit kein Psychiatriekoordinator vorhanden ist, existiert derzeit kein Thementeil spezifisch für Versorgungsstrukturen bzgl. psychischer Störungen […] auf Personen im Rahmen der Suchtberatung (wird) Bezug genommen.“
- „Da die Einflussmöglichkeiten der Landkreise bei den Versorgungsstrukturen ziemlich gering sind, ist hier eine überörtliche Sozialplanung durch das Land unter Mitwirkung der Landkreise perspektivisch sinnvoll […] Eine zielgruppenorientierte Planung setzt Erhebung voraus.“

Von 14 *Jugendämtern haben* elf geantwortet – eine Auswahl:

- Auf die Frage, ob im Rahmen der Jugendhilfeplanung der Bereich der psychischen oder Suchterkrankungen/-gefährdungen Berücksichtigung fände, antworteten vier Ämter mit „keine Bezugnahme“, vier Ämter mit „Bezugnahme“, drei machten keine Angaben.
- „Steuerungs- und Planungsgremien mit Bezug zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung“: Sechs Ämter bejahen deren Existenz und die Mitwirkung daran, vier antworten negativ und von einem Amt liegen keine Angaben vor.
- Die Antworten der Jugendämter zu Koordination und Kooperation lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass die formelle Koordination zwischen den Ämtern verschiedentlich verbesserungswürdig ist. Die Zusammenarbeit auf sachbearbeitender und fallbezogener Ebene funktioniere jedoch. Der Schwerpunkt der Antworten liegt generell auf den Schnittstellen von Jugendhilfe zu anderen Leistungsträgern (Kliniken).

Von 14 *Gesundheitsämtern* haben zwölf geantwortet – eine Auswahl:

- Auf die Frage, in welcher Weise die Gesundheitsberichterstattung nach dem Gesundheitsdienstgesetz psychische und/oder Suchterkrankungen berücksichtigt, antworten vier Ämter, dass es einen „separaten Psychiatriebericht/-plan“ gebe, zwei: „Psychiatrie- und Suchthilfebericht“, drei: „eigenständiger Suchthilfebericht/-plan“, ein Amt bestätigt einen „integrierten Gesundheitsbericht/-plan (auch) zur Versorgung psychischer Störungen“, zwei Ämter verweisen darauf, dass man planbezogen überörtlich verbunden sei und zwei antworten mit „weder-noch“. Die Intensität der Befassung mit psychiatrieplanerischen Überlegungen ist folglich ziemlich unterschiedlich.
- „Werden Daten vom SpDi oder Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst für die Psychiatrieplanung genutzt?“: Drei Ämter antworten mit „ja, systematisch“, fünf verneinen diese und vier machen keine Angaben.
- PSAG: Zum Zeitpunkt der Befragung (Frühjahr 2018) berichten acht Ämter von zwölf, dass es eine PSAG gebe (davon sieben mit Geschäftsordnung). Auf die Frage, wer die PSAG leitet, gibt es unterschiedliche Antworten: „Zuständige/r Beigeordnete/r“, „Vorstand“, Psychiatriekoordinatorin“, „Gesundheitsamt, Amtsärztin“, „SpDi“, „Geschäftsführerin“. Das Tätigkeitsspektrum der PSAG scheint deutlich zu variieren und bezieht sich mal eher auf fallbezogene Abstimmungen und lediglich teilweise auch auf Koordinationsaufgaben, die Treffen finden z. T: sehr selten statt.
- Die Existenz eines Arbeitskreises Sucht bejahen zehn von zwölf Gesundheitsämtern und damit zwei Kommunen mehr als von PSAG berichten. Die AK arbeiten z. T. eigenständig, öfter jedoch als Untergruppe der PSAG (so eine PSAG existiert).
- Ein Gemeindepsychiatrischer Verbund existiert im gesamten Land nicht.
- In fünf Kommunen wirken Betroffene in der PSAG mit, in zwei Kommunen nehmen Betroffene am AK Sucht teil, zwei weitere Kommunen geben andere Möglichkeiten an, wie/wo Betroffene mitwirken können und schließlich berichten vier Kommunen über Trialogforen/Psychose-Seminare.
- Bei der Frage, welche Stärken bei Planung und Steuerung gesehen werden, erfolgen von sechs Ämtern qualifizierende Antworten; diese vermitteln den Eindruck, dass die Funktionalität weniger durch systematisches Handeln als durch Kenntnis der Gegebenheiten und Kommunikation gesichert wird. Auch wird beklagt, dass das Land bzw. die Sozialagentur vor Ort handeln, z. B. neue Träger von Eingliederungshilfemaßnahmen zulassen, ohne sich zuvor mit der Kommune auszutauschen oder diese auch nur darüber zu informieren
- Im Hinblick auf Handlungsbedarfe bzgl. Planung und Steuerung ergibt sich ein breiter gefächertes Bild bei zehn qualifizierenden Antworten, z. T. heben diese auf fehlende Versorgungsbestandteile ab, z. T. auf fehlende Planung: „Sicherstellung der ausreichenden ambulanten psychiatrischen und psychologischen Versorgung vor Ort“; „fehlender kinder- und jugendpsychiatrischer Dienst“ und andererseits: „Es gibt keine Psychiatrieplanung“; „Fehlendes Fachpersonal und keine Entscheidungsbefugnisse hinsichtlich der gemeindepsychiatrischen Versorgung“; „Schaffung von Personalkapazitäten, einheitliche Definition von Planung und Steuerung in LSA; Schaffung von Verbindlichkeit auch für die Leistungserbringer“; „Psychiatrieplan (Bestandsanalyse), Einrichtung PSAG, Psychiatriekoordination etablieren“; „Seitens der Leistungserbringer fehlen verbindliche Versorgungsverpflichtungen für alle psychisch kranken Menschen in einem benannten Versorgungsraum (Sektor)“.

Zusammenfassend: Die Bestandsaufnahme und deren Resultate zeigen auf, dass in einigen kommunalen Gebietskörperschaften die auf die psychiatrische Versorgung ausgerichteten Instrumentarien bereits ausgeprägter sind als in anderen. Insgesamt besteht der Eindruck einer unterschiedlichen, mehr oder geringer ausgeprägten Wahrnehmung von Zuständigkeit sowie Bereitschaft oder Möglichkeit, kommunal Hilfen für psychisch kranke Menschen zur Verfügung zu stellen (bspw. niedrigschwellige Angebote, Krisenhilfe) oder koordinativ-steuernd für deren Belange aktiv zu sein. Die sich in der Bestandsaufnahme dazu abbildenden Gegebenheiten lassen die diesbezüglich erreichten Levels noch überwiegend als optimierungsbedürftig erscheinen.

Bei landesweiter Betrachtung ist zudem festzustellen, dass einschlägige kommunal gestützte *(Psychiatrie-)Planung* selten systematisch erfolgt und dass es hierfür keine verbindlichen Rahmensetzungen gibt. Die Versorgung für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen ist landesbezogen sowie regional- und ortsplanerisch so betrachtet „untersteuert“. Die Hürden, die aus dem gegliederten Sozialleistungssystem resultieren, sollen hierbei keinesfalls unterschätzt werden, doch begründet dies nicht zureichend die festgestellte große Varianz und die überwiegend geringe Intensität der Maßnahmen zu Koordination, Planung und Steuerung auf kommunaler Ebene. Wie hergeleitet bestehen gerade bei chronisch und schwer psychisch Kranken Einschränkungen in ihrer Selbststeuerung, die oft nur über Hilfen externer Instanzen zu kompensieren sind. Perspektivisch kann eine diesbezüglich planend-koordinierende Verantwortungsübernahme und Steuerung auch zum Abbau von Doppelzuständigkeiten und Reibungsflächen, zur Reduktion kostenträchtiger Maßnahmen sowie zur besseren Verteilung von knappen Ressourcen führen. Die kommunale Ebene stellt sich der Verantwortung zu Koordination, Planung und Steuerung vielfach noch zu wenig. Landesseitig wird die diesbezügliche Entwicklung auf der kommunalen Ebene bisher kaum unterstützt, es mangelt an Rahmensetzungen sowie an Foren und Maßnahmen zur Förderung des Austauschs zwischen den Kommunen im Sinne einer landesweit vergleichbaren Versorgung (vgl. Abschnitt 11.3.8). Stellen wie bspw. die Sozialagentur agieren und setzen durchaus kommunenbezogene Maßnahmen um, jedoch nach Meinung der Befragten ohne (verbindliche) Abstimmung mit kommunalen Akteur*innen vor Ort

TEIL III

Empfehlungen

11 Bewertung und Handlungsempfehlungen – Prognosehorizont 2030

Die folgenden Vorschläge und Empfehlungen basieren auf der Überlegung, zunächst die inhaltlichen Bezugspunkte bzw. Maßstäbe zu nennen, an denen sich die Empfehlungen grundsätzlich ausrichten sowie dann unter Planungs- und Prognoseaspekten landesweit übergreifende Vorschläge zu benennen (Abschnitte 11.1 und 11.2). Anschließend werden ausgehend von den Erkenntnissen aus der Bestandsaufnahme zu einzelnen Bereichen und Themen (s. Abschnitte 11.3.1 bis 11.3.8) in zusammengefasster Weise Handlungsempfehlungen ausgesprochen.

11.1 Maßstab, Kriterien und Leitlinien

Die Bewertung der Ergebnisse der Bestandsaufnahme und die Formulierung von Handlungsempfehlungen mit dem Prognosehorizont 2030 gehen von folgenden Maßstäben, Kriterien und Leitlinien aus; sie bieten Orientierung für die kurz-, mittel- und langfristige Gestaltung der Versorgung:

- Eine zeitgemäße und zukunftsorientierte Versorgung für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen stellt nicht das Versorgungssystem in den Mittelpunkt, sondern die betroffene Person und stellt die Frage: Was ist für sie tatsächlich nötig und mit welchen Maßnahmen und Hilfen kann der Bedarfslage möglichst vor Ort und durch wen am besten entsprochen werden? Dem entspricht das Prinzip der Personenzentrierung der Leistungen. Maßnahmen und Hilfen dienen der Person, erhalten und fördern zugleich deren Eigenkräfte.
- Damit ist das Versorgungssystem grundsätzlich gestuft und in seinen Leistungen zueinander koordiniert zu konzipieren. Die Stufung entspricht auch dem Grundsatz, dass der Umfang der Leistungen mit dem Schweregrad der Erkrankung und Behinderung steigt. Kriterium für die Wirksamkeit des Systems ist auch, dass den schwerst betroffenen Personen in erster Linie geholfen werden kann und soll – was jedoch nicht im Sinne einer Ausgrenzung früher(er) Hilfen missverstanden werden darf. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen befürwortet in seinem jüngsten Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ (2018) folglich einerseits eine in der medizinischen Intensität gestufte Versorgung beginnend beim Hausarzt und endend bei der vollstationären Versorgung als letzte Stufe. Andererseits schlägt er intensiv wirkende ambulante Angebote sowie aufsuchende, multiprofessionelle Krisenintervention für Personen vor, die für Hilfen schwer erreichbar oder in ihrer Mobilität beschränkt sind.
- Für alle Maßnahmen und Hilfen gilt, dass dabei ethische Standards die Würde und die Rechtsstellung der betroffenen Personen in ihrer Vielfalt (Diversity) garantieren. Leitend sind die Prinzipien von Partizipation, Selbsthilfe und Trialog sowie die fachliche Qualität der Leistungserbringung. Die „Haltung“ der einzelnen Professionen spiegelt diese Standards, fördert und fordert sie, einschließlich entsprechender Beiträge zur Entstigmatisierung der Betroffenen/der Erkrankungen.
- Das Versorgungssystem verpflichtet sich zu Transparenz, nachhaltiger und an Ressourcen orientierter Planung, Steuerung sowie Evaluation der Maßnahmen und Hilfen. Deren Koordination und Verknüpfung werden verbindlich und bereichsübergreifend geregelt. Die Bereitschaft zur sektorübergreifenden Kooperation ist zu fördern.

- Die einzelnen Bereiche des Versorgungssystems gestalten sich unter Maßgabe einer qualifizierten Leistungserbringung, ihrer Funktionalität, Effektivität und Qualitätssicherung. Die Leistungen werden dabei je nach Handlungsebene unterschieden: „Psychosoziale Interventionen lassen sich verschiedenen Aggregationsebenen zuordnen. Einige Interventionen sind auf der Systemebene angesiedelt, deren Umsetzung durch ein Helfersystem erfolgt (z. B. aufsuchende gemeindepsychiatrische Teams …). Zum anderen gibt es psychosoziale Interventionen, die stärker als Einzelinterventionen beurteilt werden können und die an verschiedenen Stellen im Versorgungssystem in Anspruch genommen werden können…“ (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, 2012, S. 9). Unter System-Interventionen werden benannt: Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische teambasierte Behandlung, Case Management, Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben, Wohnangebote für psychisch kranke Menschen. Einzelinterventionen: Psychoedukative Interventionen für Betroffene und Angehörige, Peer-to-peer Ansätze und Trialog, Training von Alltags- und sozialen Fertigkeiten, künstlerische Therapien, Ergotherapie, Sport- und Bewegungstherapie. Der Selbsthilfe und verwandten Konzepten wird ebenfalls erhebliche Bedeutung beigemessen (ebd.).
- Die individuelle, alters- und bevölkerungsbezogene sowie regionalstrukturelle Differenzierung und Differenziertheit der Bedarfslagen und des Angebots erfordern dessen Sicherstellung. Diese ist einerseits durch eine entsprechende Angebotsstruktur zu gewährleisten, andererseits rückt hier zunehmend auch das Konzept des sog. Sozialraums und seine Gestaltung in den Vordergrund. Gerade bei Personengruppen, die einen komplexen Hilfebedarf aufweisen wie z. B. Ältere (mit der Notwendigkeit der Abdeckung sozialer, hauswirtschaftlicher, pflegerischer usw. Bedarfe) oder eben psychisch kranke Menschen ist es sinnvoll, darüber nachzudenken, in welcher Weise die sozialräumliche Umgebung hier präventiv oder kompensatorisch wirken könnte, wie sie diesbezüglich zu gestalten sei, um auch im Vorfeld sich entwickelnder Problemstellungen „niedrigschwellig“, nachbarschaftlich, im sozialen Netz aktiv stützend oder vermittelnd zu wirken. Dies berührt auch weitergreifende Themenstellungen wie die Quartiersentwicklung. Wenngleich diese Themen den hier gesetzten Rahmen übersteigen, erfahren sie doch Erwähnung, da sich auch in der Fachwelt zunehmend Überlegungen zeigen, die Gestaltung des sozialräumlichen Umfelds bei Planungsüberlegungen stärker zu gewichten – nicht zuletzt angestoßen durch das Konzept der Inklusion. In jedem Fall ist es angezeigt, die Bereitschaft zur fortlaufenden Innovation und Weiterentwicklung zu haben und zu fördern.

11.2 Prognosehorizont 2030 – landesweite Entwicklungen, Auswirkungen und übergreifende Empfehlungen

Im Prognosezeitraum bis 2030 ist von Entwicklungen auszugehen, die u. a. folgende Feststellungen und Konsequenzen zeitigen:

- Die Bevölkerung in Sachsen-Anhalt nimmt nach Prognose des Statistischen Landesamts bis 2030 um 240.000 Personen gegenüber dem Bezugsjahr 2016 ab, das entspricht einem Bevölkerungsrückgang von knapp 11 %. Zugleich findet eine weitere Umschichtung in der Altersstruktur statt: Jüngere werden weniger, Ältere werden prozentual mehr, der Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre wird sich auf ca. 33 % erhöhen, also jede dritte Person wird in dieser Altersgruppe sein.
- Die Städte Magdeburg und Halle (Saale) werden nach dieser Prognose bis 2030 an Bevölkerung zunehmen (2,3 % bzw. 0,7 %), während Dessau-Roßlau (-14,6 %) und

alle Landkreise (zwischen 18,8 % im LK Mansfeld-Südharz und 12,2 % im Saalekreis) verlieren (vgl. Kap. 4.1.2).

- Es ist abzusehen, dass die Bevölkerungsrückgänge in den Landkreisen Folgen für die Infrastruktur haben werden, da Nachfrage und Kaufkraft dort zurückgehen und das Angebot verstärkt in die Städte wandert. Doch bedarf eine älter werdende Bevölkerung gerade in Landkreisen entsprechender Mobilität und Transportmöglichkeiten zu den Kaufmöglichkeiten sowie zur Gessundheitsversorgung.
- Was die allgemeine ärztliche Versorgung betrifft, so zeichnen sich für das ganze Bundesgebiet Entwicklungen im niedergelassenen Bereich ab, die auch Sachsen-Anhalt betreffen werden: Gemäß Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2016 sind zu diesem Stichtag im Bundesgebiet insgesamt 119.641 Ärzt*innen niedergelassen in Praxen tätig. Davon sind zu diesem Zeitpunkt bereits 91.248 Ärzt*innen in der Altersgruppe ab 50 Jahre (76,3 %). Diese haben dann im Jahr 2030 mindestens das Alter von 65 erreicht, kurz: Ein Großteil wird dann nicht mehr tätig sein und nach aller Erfahrung hat aktuell die Tätigkeit als niedergelassene/r Ärzt*in, insbesondere als sog. „Landärzt*in“, beim ärztlichen Nachwuchs deutlich an Attraktivität verloren, sodass Kompensationen im erforderlichen Umfang nicht erwartet werden können. D. h. dass die niedergelassene Versorgung durch Praxen weiter deutlich „ausdünnen“ wird. Bereits heute ist das für einige Landstriche in Sachsen-Anhalt erkennbar. Und nach Ergebnissen der Bestandsaufnahme und Fachgesprächen gilt dies auch für die fachpsychiatrische und fachpsychotherapeutische Versorgung bereits heute und für künftig wird befürchtet, dass mindestens einzelne Landkreise nur noch in geringem Umfang, wenn überhaupt, über Fachpraxen verfügen werden.
- Die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt durch ihre Bedarfsplanung zu verlangen, ist zwar eine wohlfeile Forderung. In der Realität ist jedoch davon auszugehen, dass förmliche Änderungen der Bedarfsplanung und andere Bemessungskriterien (z. B. Morbiditäts- und Leistungsorientierung) dafür zwar Voraussetzungen ändern, aber dass damit noch nicht garantiert ist, dass ärztlicher Nachwuchs gleich welchen Fachgebiets die Kassenarztsitze bzw. Praxen in der Fläche tatsächlich einnehmen wird. Es bedarf hier sicher der Anreizsetzung, die den KVen auch per Gesetz ermöglicht wurde (z. B. durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 1. Januar 2012), wie bspw. Sicherstellungszuschläge, Investitionskostenzuschüsse, Eigenbetrieb von Praxen sowie der Zusammenarbeit der KV mit Kommunen und Land hinsichtlich infrastruktureller Gegebenheiten.

11.2.1 Folgen für die psychiatrische Planung

Aufgrund der Entwicklungen wird in diesem Bericht davon Abstand genommen, eine „flächendeckende Versorgung“ abstrakt und in dem Sinne zu fordern, dass in allen Landkreisen eine quantitativ vergleichbare Ausstattung mit Angeboten aufgebaut werden oder vorhanden sein müsse. Einer solchen nur quantitativ ausgerichteten Planungsprämisse für das gesamte Land Sachsen-Anhalt wird wenig Erfolg beschieden sein, weil sie den sich unterschiedlich entwickelnden regionalen und landkreisbezogenen Entwicklungen nicht gerecht würde.

Es zeichnet sich anhand diverser Ergebnisse und auf Gebietskörperschaften bezogener Darstellungen in diesem Bericht ab, dass sich einige Landkreise (z. B. im Norden des Landes, im Harzvorland) in der Ausstattung mit Angeboten bereits heute unterdurchschnittlich zeigen. Mit Blick auf die Zukunft ist nach derzeitiger Einschätzung nicht zu

erwarten, dass sich diese Situation grundsätzlich „drehen“ oder kompensiert werden wird. Das ist bei rückläufiger Bevölkerung auch kaum zu erwarten. Dann erscheint es aber als notwendig, von *qualitativen Planungsprämissen* und von *Mindestanforderungen* auszugehen, die mit Blick auf die Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – lauten können:

- Ist/bleibt mindestens eine hausärztliche sowie fachärztliche und fachpsychotherapeutische *Basisversorgung* vorhanden? Wie kann diese im Zusammenwirken von KV und Kommune gesichert werden, welche Anreize sind möglich, können MVZ geschaffen werden?
- Ist im Sinne einer Mindestanforderung ein *qualitativ leistungsfähiger SpDi erhaltbar* und mit welchen Mitteln? Leistet der Dienst aufsuchende Arbeit und Krisenintervention, sind dazu mobile, interdisziplinäre Teams vorhanden?
- Bestehen niedrigschwellig konzipierte Beratungs- und Vermittlungsangebote?
- Welche *verbindliche, effektive und patientenorientierte Kooperation* besteht zwischen den vor Ort tätigen Einrichtungen mit der (zuständigen) psychiatrischen Klinik und Tagesklinik? Wird oder kann z. B. die PIA ambulante Versorgung für die Kreisbevölkerung leisten?
- Sind die *Schnittstellen* zwischen den Behandlungsinstitutionen gemäß SGB V, dem SpDi gemäß PsychKG und den Systemen der Eingliederungshilfe (SGB XII) und Jugendhilfe (SGB VIII) *gebahnt und wirksam gestaltet*?

Quer durch die vorgenannten vier Anforderungen zieht sich ein weiteres Kriterium: *„Erreichbarkeit“*: Denn zusätzlich ist zu fragen, ob die (Mindest-)Angebote in gemessener Frist (z. B. im Rahmen einer Stunde) erreichbar sind und wie ggf. mobile Dienste bestimmte Radien abdecken können. Das Kriterium der Erreichbarkeit zieht z. B. die Empfehlung nach sich, die tagesklinische Versorgung so über das Land hin weiterzuentwickeln, dass diese in jeweils angemessener Frist erreichbar ist.

Zweifelsohne stellt die Frage der Erreichbarkeit der Angebote in Flächenstaaten und/oder mit Infrastruktur schwach durchsetzten Gebieten schon immer ein Problem dar, das sich in der Zukunft eher verschärfen wird. In der Fachwelt (z. B. Sachverständigenrat im Gesundheitswesen, s. u.) werden folgende Möglichkeiten als Bewältigungsstrategien diskutiert:

- Die Versorgung sowohl im allgemeinen Gesundheitsbereich wie im fachpsychiatrischen Bereich wird sich künftig zunehmend (nur noch) durch die Schaffung von (regionalen) „Zentren der Versorgung“ aufrecht erhalten lassen. „Der Rat befürwortet (unabhängig von der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung) besonders im ländlichen Raum die Etablierung von Lokalen Gesundheitszentren für Primär- und Langzeitversorgung (LGZs) als Modell einer multiprofessionellen, vernetzten, koordinierten Versorgung“ (Sachverständigenrat, (2018, S. 747). Angebunden z. B. an eine Klinik in der Kreisstadt oder in dieser selbst werden dazu „Gesundheitszentren“ mit diversen Fachpraxen oder Medizinischen Versorgungszentren sowie mit (psychosozialen) Fach- und Beratungsdiensten gefördert oder geschaffen. Allerdings sollte eine solche Zentrenbildung einhergehen mit dem Aufbau mobiler Einsatzmöglichkeiten, die für die Kreisbevölkerung „sternförmig“ ausstrahlend, vom Zentrum aus in die Fläche hinein agieren. Das gilt für Rettungsdienste genauso wie z. B. für mobile Teams beim SpDi. Skandinavische Länder arbeiten zunehmend mit solchen „sternförmigen“ Lösungen.

- Die Schaffung qualifizierter interdisziplinärer Zentren für bestimmte Versorgungsgebiete geht damit einher, zugleich niedrigschwellig arbeitende Stützpunkte im Versorgungsgebiet zu verteilen, die als Erstansprechpartner dienen und einfache Hilfen, Beratung und Maßnahmen ortsnah anbieten oder vermitteln. Die Niederlande entwickeln solche Modelle derzeit für die (pflegebedürftige) ältere Bevölkerung; in Deutschland erinnert dies an Gemeindefürsorge- oder Sozialstationen alter Prägung, was ggf. in der Zukunft wieder sinnvoll wäre.
- Verfolgt man den Gedanken der Zentrumsbildung für die Gesundheitsversorgung weiter, so folgt daraus, dass alle Möglichkeiten zur Verfügung stehen sollten, auf Internetbasis, digital gestützt und medienbasiert, rund um die Uhr erreichbar zu sein und zu arbeiten, zu diagnostizieren, zu beraten und den Ratsuchenden erste Hilfe bzw. Handlungsanweisungen zu geben. Telemedizin ist im Bereich der radiologischen Diagnostik schon vielfach verbreitet und wird sich auch auf andere medizinische Gebiete ausweiten. Wo sich die Palette der Fachpraxen in der Fläche ausdünnt, können dann weniger Praxen die Versorgung auch zumindest aufrechterhalten, wenn fachärztliche Kooperation über Telemedizin zeitgleich mit den Zentren möglich ist bzw. vor allem Patient*innen per Internet Rat suchen können. Die Entwicklung solcher Möglichkeiten setzt allerdings das Vorhandensein entsprechender Breitbandnetze voraus.

Schließlich sei kurz angesprochen, ob sich diese Möglichkeiten, die in der somatischen Medizin sicher an Bedeutung zunehmen müssen und werden, auch für die Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen eignen. Die Antwort muss hier differenziert ausfallen:

- Für bestimmte Gruppen von Erkrankungen wie neurotische Störungen, Depression, Ängste, somatoforme Störungen u. a. zeigen internetbasierte fachliche Beratung und Therapie im virtuellen Kontext bereits Erfolge, mindestens im Sinne von Erstintervention. Dies setzt (eine bei jüngeren Generationen erkennbar wachsende) Bereitschaft voraus, sich seitens Behandler*in und Klientel darauf einlassen zu können und zu wollen. Wo dies der Fall ist, entsprechende Erfahrung mit virtueller Kommunikation besteht und die technischen Voraussetzungen gegeben sind, sollten diese Wege weiter beschritten werden.
- Für bestimmte andere Erkrankungsformen wie schizophrene Erkrankungen, schwere affektive Störung, wahnhafte Zustände, demenzielle Formen sowie für die große Gruppe heute älterer und hochaltriger Personen, die auch wenig Erfahrung mit internetbasierter Kommunikation hat, dürften solche Formen der Beratung und Intervention eher nicht geeignet sein, z. T. sogar kontraproduktiv wirken. Hier wird nach wie vor die persönliche Begegnung, Intervention und Hilfe das Mittel der Wahl bleiben müssen. Das unterstreicht noch einmal, dass bei in der Fläche verringerten Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten mobile gemeindepsychiatrische Dienste, Krisenhilfe oder mindestens einfach strukturierte niedrigschwellige „Ansprechstellen“ vor Ort notwendig sind.

Die vorgenannten Vorschläge und Empfehlungen sind auf eine Situation ausgerichtet, dass in einem Flächenland die Bevölkerung abnimmt und sich die infrastrukturellen Voraussetzungen mindern. Inwieweit sie als planerische Ansätze oder Lösungen greifen können oder werden, hängt sehr von den regionalen und örtlichen Gegebenheiten im Ist und darauf bezogener Perspektiven ab.

Umso wichtiger ist es, dass Ist und Perspektiven in den einzelnen Sozial- und Gesundheitsplänen der Gebietskörperschaften konkret abgebildet werden und dies unterstreicht

erneut die hier aufgestellte Forderung (s. Abschnitt 11.3.8), die kommunal verantwortlichen Ebenen auf geeignetem Wege zu Planungsvorstellungen für die hier im Mittelpunkt stehende Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen vor Ort zu verpflichten – mit Zeithorizonten und als unverzichtbare Grundlage für sachgerecht begründete weitere Schritte. Wenn solches von einer Gebietskörperschaft allein nicht erfüllt werden kann, so steht dem nicht entgegen, dass benachbarte Gebietskörperschaften generell oder auf bestimmten Feldern z. B. den Erhalt von Mindestvoraussetzungen der Versorgung für die Bevölkerung gemeinsam und ortsübergreifend zu planen und zu erhalten versuchen. Nicht alles hängt dabei immer nur von Mitteln ab, sondern auch von der Bereitschaft zu innovativer, gemeinsamer Organisation.

11.2.2 Werden psychische Erkrankungen häufiger werden?

Ein weiterer wichtiger Aspekt für die Planung ergibt sich daraus, in welchen Größenordnungen sich künftige Versorgungsbedarfe abzeichnen; folglich ist kurz zu diskutieren, was auf dem Gebiet der psychischen Erkrankungen zu erwarten ist.

Die Bevölkerung nimmt im Prognosezeitraum um knapp 11 % ab. Rein rechnerisch würde dies bedeuten, dass auch die Angebote um diese Größenordnung verringert werden könnten. Mit Blick auf die gesundheitliche und psychiatrische Versorgung ist jedoch hinsichtlich Rückbau, Erhalt oder Aufbau bevölkerungs- und altersgruppenbezogen zu differenzieren (unter Bezugnahme auf die in Kapitel 3 ausführlicher angestellten epidemiologischen Betrachtungen): Mit der Abnahme der Bevölkerung geht eine absolute und relative Zunahme in Höhe von ca. 15 % der älteren Bevölkerung jenseits der 65 Jahre einher, dies bedeutet auch eine stärker notwendige Konzentration der Angebote auf diese Bevölkerungsgruppe. Mindestens bei Höheraltrigen ist mit einem Anstieg kognitiver oder demenzieller Erkrankungen sowie mit psychischen Störungen zu rechnen. Dies wird zu erhöhter Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen einschließlich psychiatrischer Leistungen führen. Die Zunahme an demenziellen Erkrankungen gegenüber heute wird auf eine Größenordnung von 14 % geschätzt. Der einschlägige Versorgungsbedarf der älteren Bevölkerung wird also zunehmen.

Die jüngere, heranwachsende Bevölkerung bis 20 Jahre wird zwar bis zum Jahr 2025 noch leicht um knapp 2 % zunehmen (ausgehend von der Bevölkerungszahl im Jahr 2014), dann jedoch gemäß Prognose des Statistischen Landesamts Sachsen-Anhalt von 2025 bis zum Jahr 2030 um 5,6 % abnehmen (s. Tab. 5). Schreiben sich die gegenwärtigen Verhältnisse ohne große Brüche fort, resultiert daraus mittelfristig kein erhöhter Versorgungsbedarf – sofern der jetzige gedeckt ist: Es gibt Hinweise, dass die Problemstellungen beim Übergang von der Kindheit in die Jugend und vor allem beim Eintritt in das Erwachsenenleben komplexer werden. Allerdings dürfte das Mittel der Wahl hier nicht in einer Ausweitung der Angebote liegen, sondern in ihrer Umschichtung, z. B. vom stationären in den teilstationären und ambulanten Bereich und in einer entsprechenden kooperativen Ausrichtung der Instanzen der Schule, der Jugendhilfe, der Berufsausbildung, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Die Altersstufen zwischen 18 und 65 Jahren nehmen merklich bis zum Jahr 2030 ab, und zwar um eine Größenordnung von ca. 30 % insgesamt. Bevölkerungsbezogen dürfte daraus zunächst ein Rückgang der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen resultieren. Ob dieser Rückgang sich in dieser Größenordnung umsetzt, hängt allerdings ebenfalls von einigen differenzierenden Betrachtungen ab:

- Die Fallzahl der stationären Aufnahme (alle psychischen Erkrankungen) bewegt sich seit dem Jahr 2000 bis heute in einer Größenordnung von ca. 32.000 bis 35.000.

Zwei Drittel davon betreffen das Alter 20 bis 64 Jahre. Es ist folglich rein rechnerisch davon auszugehen, dass die stationären Fallzahlen sinken könnten, selbst wenn die anteilig zunehmende Bevölkerung über 65 Jahre einen höheren stationären Behandlungsbedarf haben wird.

- Der Trend, dass stationär der Anteil der Inanspruchnahme durch Frauen steigt, wird sich auch aufgrund der demografischen Entwicklung fortsetzen. Höheraltrige Fälle sind häufiger weiblichen Geschlechts.
- Von Bedeutung wird auch sein, inwieweit es gelingt, die hohen Fallzahlen aufgrund von Alkoholsucht im stationären Bereich zu reduzieren bzw. das Problem landesweit (ambulant) besser in den Griff zu bekommen. Nach Beobachtung im niedergelassenen Bereich nehmen die Komorbiditäten: Psychische Erkrankung/Sucht eher zu.
- Ein wichtiger Diskussionspunkt ergibt sich aus der genannten Tatsache, dass im Jahr 2016 in Sachsen-Anhalt ca. 800.000 Personen im niedergelassenen Bereich (alle Gebiete und Praxen) mindestens eine Diagnose gemäß Kap. F („Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10 erhalten haben; s. Abschnitt 5.1.4). Dies kann einerseits auf eine gewisse Vulnerabilität der Bevölkerung hinweisen, andererseits aber auch auf eine erhöhte Vergabe dieser Diagnose unter der Annahme wirkender psychischer Komponenten. Sowohl die Fachgesellschaft DGPPN wie der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen gehen allerdings nicht davon aus (s. Abschnitt 3.4), dass sich darin eine „wahre“ Zunahme psychischer Erkrankungen abbildet, sondern dass hier eine höhere Sensibilität gegenüber psychischen Störungen wirkt und mehr und bessere Fach-Angebote allgemeine gesundheitliche Störungen und Erkrankungen generell mit psychischen Faktoren in Verbindung setzen. Das wird auch dadurch gestützt, dass ca. nur 17 % aller in Sachsen-Anhalt im niedergelassenen Bereich vergebenen Diagnosen in den psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachpraxen gezählt werden. Dieses Faktum lässt es nicht zu, bei der Diagnoseerstellung im niedergelassenen Bereich gleich auf einen sofortigen fachlichen Behandlungsbedarf zu schließen. Unabhängig davon lässt die Tatsache, dass ein relevanter Teil der allgemein und fachlich gestellten Diagnosen im Bereich der neurotischen und somatoformen Störungen erfolgt, vermuten, dass auch psychosomatische Behandlungen künftig stärker nachgefragt werden.

Schließlich seien noch drei Themenfelder benannt, die im gegebenen Zusammenhang von Bedeutung sind:

- Die Nachfrage nach psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung von Personen mit geistiger Behinderung wird in kommenden Jahren eher zunehmen, u. a. weil deren Lebenserwartung dem bisherigen Trend folgend weiter zunehmen wird.
- Die Nachfrage von Migrant*innen nach fachlicher Behandlung wird im weiteren Verlauf sehr davon abhängen, ob sich diesbezügliche kulturelle Barrieren mindern. Gleiches gilt für Flüchtlinge, wobei dies von der weiteren Entwicklung der Flüchtlingszahlen abhängt. Insgesamt betrachtet liegt die Prozentzahl der ausländischen Bevölkerung und der Flüchtlinge im Vergleich zum Bundesgebiet in Sachsen-Anhalt im niedrigen Bereich, sodass sich die Thematik mit bereits eingeleiteten oder fortzusetzenden Maßnahmen in der Bewältigung als auch künftig machbar zeigen sollte.
- Sachsen-Anhalt ist wie das Bundesgebiet mit der Entwicklung steigender Zahlen an Erwerbsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankung befasst. Die Ursachen hierfür sind vielfältig, Trends deuten auf eine größere Akzeptanz einer psychischen Störung als Krankheitsursache hin. Ursachen können auch darin liegen, dass es an der „Griffigkeit“ bisheriger Bewältigungsmaßnahmen liegt, wobei anzuerkennen ist, dass die

Rehabilitation psychisch kranker Menschen ein höchst komplexes Geschehen war und ist. Fakt ist, dass die Zahlen gestiegen sind; ob sie weiter steigen, hängt nicht zuletzt von erfolgreich(er)en Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen ab. Derzeit imponieren die hohen Quoten von Frühverrentung ohne vorherige Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen. In jedem Fall bestehen hier neben der Frage der Bewältigung der schwer und dauerhaft psychisch kranken Menschen entscheidende, vor allem qualitative Herausforderungen des Systems für die Zukunft – gerade auch im Sinne des Erhalts von Arbeitskraft und Arbeitskräften.

11.3 Spezielle Handlungsempfehlungen zu einzelnen Bereichen der Versorgung

Auf dem Hintergrund der und unter Bezugnahme auf die Maßstäbe, Kriterien und Maßgaben der vorherigen Abschnitte werden nun Empfehlungen zu einzelnen Bereichen und Gebieten gegeben.

11.3.1 Ambulanter Bereich

Zu Bereichen der ambulanten Versorgung werden folgende Empfehlungen gegeben:

- Ein Schwerpunkt der Anstrengungen im Land muss in den kommenden Jahre darauf gerichtet sein, eine Mindestausstattung im niedergelassenen Bereich zu sichern. Dies wird weniger in den Städten als für einige Landkreise erforderlich sein. Die Maßstäbe hierfür sind über die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigung gegeben bzw. künftig deutlicher nach den Gesichtspunkten des Leistungsbedarfs vor Ort und nach der Morbidität auszurichten. Der Gesetzgeber hat hier bereits Möglichkeiten geschaffen, die Bedarfsplanung nach neuen Maßstäben auszurichten sowie Niederlassung zu fördern. An diesem Punkt ist die KV Sachsen-Anhalt erster Adressat der Handlungsempfehlung. Um jedoch ärztlichen Nachwuchs konkret zu gewinnen, der sich *tatsächlich* niederlässt, sind des Weiteren auch Kommunen, ihre Spitzenverbände (Landkreistag), Krankenhausplanung, Ärztekammer, Medizinische Fakultäten und MS gemeinsam aufgerufen, Anreize für Niederlassung in ihren jeweiligen Zuständigkeiten und Möglichkeiten zu schaffen. Bei jüngeren Ärzt*innen in Weiterbildung sollte mehr als bisher für Niederlassung und Verbleib im Land geworben werden. Die Attraktivität zur Niederlassung kann auch dadurch gesteigert werden, dass eine ausgearbeitete planerische Vorstellung vorliegt, wie sich die (psychiatrische) Versorgung im Landkreis entwickelt bzw. entwickeln soll. Denn die Vorstellung, einen verwaisten Landarztsitz ohne Perspektive zu übernehmen, ist wenig attraktiv. Im Bereich der Psychotherapie wird eine zügiger Abschluss der Reform der Psychotherapeut*innenausbildung hilfreich sein und die aktuelle Wartesituation beenden.
- Besonders trifft Vorgenanntes für die Gewinnung von niedergelassenen Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu. Im Ländervergleich ist Sachsen-Anhalt mit inzwischen drei Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten überdurchschnittlich ausgestattet. Dies kann auch als positiv zu wertende Kompensation einer unterdurchschnittlichen Ausstattung im ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen und – psychotherapeutischen KV-Bereich verstanden werden.

  Die KV bleibt hier als Träger der Sicherstellung in der Verantwortung, dennoch: Sollte sich die Situation auf absehbare Zeit nicht ändern, könnte der Aufbau weiterer Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienste insbesondere in der Fläche, auch als wei-

tere Außenstellen bisheriger Dienste, Unterversorgung und gleichzeitig die mehrfach beklagte Fehlbelegung von Kliniken mangels ambulant zureichend greifender Hilfen mindern helfen. Zugunsten der Übernahme entsprechender Verantwortung, der Heranziehung und Abstimmung (mit) der kommunalen Beratungslandschaft für die betroffenen Kinder und Jugendlichen sollte den Diensten im Kern eine Intervention im Krisenfall und eine Koordinationsfunktion beim Aufbau lokaler Netzwerke zukommen.

- Hausärztliche Versorgung: Die erheblichen Anzahlen von Diagnosen, die im gesamten somatischen Praxisbereich vergeben werden, belegen, dass somatisch orientierte Fachgruppen, aber insbesondere die hausärztliche Versorgung oft an erster Stelle stehen für den Zugang zu und die ambulante Versorgung von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen. Damit diese Versorgung qualitativ hochwertig erfolgt, kommt es darauf an, die patientenbezogenen Kooperationsbeziehungen zwischen den ambulanten Fach-Behandlungsinstanzen systematisch zu festigen, Wissenssachverhalte über die ärztliche Weiter- und Fortbildung zu vertiefen und zu transferieren sowie vor allem im regionalen Kontext die Vernetzung der Leistungsträger zu fördern. Z. B. auch dadurch, dass eine Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) auch die hausärztliche Versorgung in ihren Arbeitskontext einbezieht. Insbesondere mit Blick auf steigende Zahlen kognitiv veränderter und dement werdender älterer Menschen ist die Vernetzung der hausärztlichen Versorgung mit sozialen Diensten – auch zu deren Entlastung sowie zur Einleitung sachgerechter Unterstützungsmaßnahmen vor Ort und in den Familien bzw. Partnerschaften der Betroffenen – angezeigt. Zum Thema Qualifikation in der hausärztlichen Versorgung wird aus der Fachwelt heraus die Empfehlung an die Ärztekammer (Bund, Land) abgegeben, dass ein (sechsmonatiger) Weiterbildungsabschnitt Psychiatrie für künftig als Hausärzt*innen tätig sein wollende Weiterbildungsteilnehmer*innen Pflicht sein sollte (bisher nur fakultativ). Gleichzeitig sollten künftig Strategien zur Überwindung des Nachwuchsmangels im hausärztlichen Bereich entwickelt werden.

- Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi): Der SpDi muss seine Rolle als erreichbarer, niedrigschwelliger, qualifizierter, koordinierender sowie präventiv-krisenmindernder Dienst vor allem für schwer von psychischer Erkrankung und Behinderung betroffene Menschen ausfüllen können. Adressat hierfür ist in erster Linie die kommunale Ebene, die kommunale Zuständigkeit für diese Betroffenengruppe ist unmittelbare Folge des Prinzips der Daseinsfürsorge. Die Frage der Personalausstattung sollte sich vor allem an der Erfüllung dieser Aufgabe ausrichten; Unterbringung bzw. freiheitsbeschränkende Maßnahmen sollten wenn möglich immer nur letztes Mittel der Wahl sein. Dazu gehört aus heutiger Sicht vor allem die Klärung, in welcher Weise und zu welchen Zeiten Krisenhilfe und Kriseninterventionen betrieben werden können, um Eskalation und vorschnelle Klinikeinweisung zu vermeiden. Des Weiteren sollte der SpDi die Schnittstellen mit den anderen Beratungs- und Hilfestellen vor Ort sowie mit den Kliniken klären, auch im Sinne verlässlich gebahnter Wege. Dem SpDi kommt hier als „ausgezeichnete“ Instanz auf der kommunalen Ebene auch die Rolle zu, diesbezüglich initiierend und koordinierend zu wirken, um im eigenen Handlungsprozess auf gut gebahnte Wege bauen zu können.

  Schließlich: Die fachärztliche Leitung des SpDi wird auf absehbare Zeit nicht in allen Gebietskörperschaften zu erfüllen sein. Unabhängig davon, dass an dieser Zielsetzung grundsätzlich festgehalten werden sollte, sind dennoch pragmatische Wege angezeigt, um die Funktionalität des SpDi nicht grundsätzlich zu mindern oder zu gefährden. Bereits heute übernehmen Amtsärzt*innen des Gesundheitsamts hoheitliche Aufgaben. Folglich sollten bei Vorliegen entsprechender Erfahrung mit Leitung und

im Feld (psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatische Versorgung) auch auf Basis des Psychotherapeuten-Gesetzes ausgebildete Psychotherapeut*innen Leitungsaufgaben übernehmen können. Ebenso wäre die Einbindung niedergelassener Fachärzt*innen nicht grundsätzlich auszuschließen. Die Einbindung von Klinikärzt*innen erscheint hingegen wegen möglicher Interessenkollision bei evtl. Einweisungen oder Unterbringungen schwieriger. Des Weiteren ist die Anstellung über eine bessere Vergütung und flexible Arbeitszeitmodelle, auch in Teilzeit, attraktiver zu machen.

- Ambulante Psychiatrische Pflege APP und Soziotherapie: Die Situation bezogen auf diese Möglichkeiten erscheint im Land als unentschieden und (noch) mit jeweils wenig Perspektive versehen, zumal sich die Initiatoren selbst in einem Korsett von Anforderungen einerseits und zu geringen finanziellen Möglichkeiten andererseits sehen. Das Land hat hier zwar keine (Planungs-)Kompetenz, dennoch ist zu empfehlen, dass es sich für Fortschritt einsetzt und Kassen und bisher beteiligten (oder interessierten) Trägern hilft, eine Einigung herbeizuführen. Es ist zu begrüßen, dass zwischenzeitlich zumindest wieder Gesprächsbereitschaft besteht.
- Flüchtlinge, Migration: Empfohlen wird die Fortsetzung des Status quo mit dem PSZ in Magdeburg und Halle, ggf. Erweiterung mit fachpychiatrischer Kompetenz. Zudem sollten sich bestehende Einrichtungen und Dienste grundsätzlich auf die Förderung der kulturellen Offenheit und Senkung der Barrieren (Sprache etc.) ausrichten.

11.3.2 Stationärer und teilstationärer Bereich

Die faktische, *nicht grundsätzlich ausgewogene Verteilung der klinischen Versorgungskapazitäten im Land* hat zweifelsohne ihre historische Ursache. Große ehemalige Landes- bzw. Bezirkskrankenhäuser verfügten über sehr hohe Bettenzahlen, ein „Enthospitalisierungsprogramm“ schaffte zwar kleinere Krankenhäuser, dem stand jedoch entgegen, dass ein Land Sachsen-Anhalt sich erst auf Basis der früheren Bezirke der DDR konstituieren musste, mit zunächst 21, schließlich ab 2007 mit 14 Gebietskörperschaften. Eine stetig sich entwickelnde krankenhausplanerische Orientierung auf „gewachsene“ Landschaften oder -kreise war deshalb kaum möglich Die Einzugsgebiete der Kliniken sind nur im Sinne einer sich herausgebildet habenden Praxis beschreibbar, Zu- und Verweisungswege überkreuzen sich und folgen keinem überörtlich festgelegten Muster.

Empfohlen wird deshalb eine *konsequente Orientierung der Kliniken auf die unmittelbar sie umgebenden Gebiete*. Diese *regionale Orientierung* auf die umliegende Bevölkerung muss das Zusammenspiel der Kliniken mit den örtlichen Praxen, Diensten und Einrichtungen konsequent vertiefen und systematisch befördern. Dies geschieht nach Aussage der Befragten bereits, aber diese Arbeit ist flächendeckend, systematisch fortzusetzen und über örtliche PSAG zu befördern. Angesichts der zunehmend komplexer werdenden Problemlage der Klientel und der wachsenden Anforderungen an die Qualität der Prozesse und der Betreuung ist die regionale Vernetzung dringend geboten und in jeder Hinsicht zu fördern. Nicht nur als Bringschuld der Kliniken und ihrer Träger sondern auch als Holschuld der kommunal verantwortlichen und tätigen Instanzen, gerade auch mit Blick auf die Zukunft eine enge Verbindung aller Einrichtungen und Dienste zusammen mit der jeweiligen Klinik zu erreichen.

Dass hier die Wege, was die Krankenhausplanung betrifft, bereits in die Richtung gegangen werden, zeigt die Ausweisung von *Tageskliniken in der Fläche* in Sachsen-Anhalt, auch dort wo keine stationäre Einrichtung vorhanden ist. Diese Wege sollten weiter beschritten werden. Insbesondere gilt dies für die *(teil-)stationäre kinder- und jugendpsy-*

chiatrische Versorgung, die regional betrachtet noch die vergleichsweise größte Ungleichverteilung aufweist.

Die Kliniken sollten einerseits mit Blick auf die älter werdende Bevölkerung zunehmend *Kapazitäten im psychogeriatrischen und gerontopsychiatrischen Bereich* vorhalten oder diesbezüglich umschichten, andererseits Konsiliar- und Liaisondienste mit Allgemeinkrankenhäusern entwickeln und ausbauen.

Ausgehend von den Diagnosenprofilen im ambulanten und stationären Bereich ist davon auszugehen, dass die Nachfrage nach psychosomatischen Leistungen mindestens konstant bleibt, wenn nicht zunehmen wird. Wenngleich auch in Sachsen-Anhalt die Diskussion um die patientenbezogene Zuständigkeit zwischen Psychiatrie und Psychosomatik noch nicht endgültig abgeschlossen zu sein scheint, sollten auch künftig psychosomatische Kliniken im Krankenhausplan verankert bleiben – allerdings unter der Anforderung, entsprechend fachliche und qualifikationsbezogene Standards zu bieten bzw. nachzuweisen.

Die *Medizinische Rehabilitation* stand als solche nicht im Zentrum der Untersuchung. Soweit sie unter dem Blickwinkel der Versorgung psychisch kranker Menschen betrachtet wurde, scheinen die dort dokumentierten Fälle jedoch zahlenmäßig vergleichsweise gering auszufallen. Dies ist zumindest auffällig, da die Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Erkrankung auch in Sachsen-Anhalt steigen. Wenngleich es keine direkten oder einfachen Zusammenhänge gibt, so ist doch ein vertiefter Klärungsbedarf bei den Verantwortlichen angezeigt bzw. eine entsprechend weitere Öffnung der Rehabilitation und ihrer Anbieter für psychisch kranke Menschen. Im Übrigen besteht mit Blick auf die Verknüpfung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation die Empfehlung, ggf. eine weitere Rehabilitationseinrichtung für Psychisch Kranke (RPK) in Sachsen-Anhalt zu platzieren.

11.3.3 Teilhabe, Arbeit, Wohnen

Das BTHG sieht deutliche Änderungen bzw. Neuerungen im Bereich (soziale) Teilhabe von psychisch kranken bzw. seelisch behinderten Menschen vor. Auch in Sachsen-Anhalt zeigen sich dazu bereits erste Umsetzungen (bspw. Implementierung von 22 EUTB oder die Handreichung zum Gesamtplanverfahren). Künftig wird es von besonderer Bedeutung sein, auf Landes- und kommunaler Ebene Strategien zu entwickeln, um das BTHG mit seinen hohen Anforderungen umzusetzen.

- Die Umsetzung des Gesamtplanverfahrens bis 2020 wird von Fachleuten in Sachsen-Anhalt als schwierig eingeschätzt. Der mit der Erstellung des Gesamtplans einhergehende Zeit- und Personalaufwand ist aus Sicht einiger Kommunen kaum leistbar. Hier sollte das Land u. a. in Form von Vorgaben oder Richtlinien die Kommunen bei der Umsetzung des gesetzlich vorgeschriebenen Gesamtplanverfahrens unterstützen. Zudem sollten Möglichkeiten gefunden werden, entsprechende Personalkapazitäten auf kommunaler Ebene zur Umsetzung des Gesamtplanverfahrens zu aktivieren.
- Den in Sachsen-Anhalt bestehenden integrierten Beratungsstellen (EFLE) die auch von psychisch Belasteten bzw. Kranken und ihren Angehörigen genutzt werden können/sollten, fehlt (trotz gesetzlicher Vorgaben zur Muliprofessionalität der Teams in der Erziehungsberatung nach § 28 SGB VIII) laut Rechercheergebnissen oft die entsprechende Kompetenz bzgl. psychischer Belastung/Erkrankung und damit einhergehenden Problemen. Empfohlen wird daher, Mitarbeitende in diesen Beratungsstellen entsprechend zu schulen und die Kooperation der Beratungsstellen mit dem örtlichen SpDi und anderen Fachinstanzen zu erhöhen, sodass Beratungsstellen entsprechende

Kompetenzen im Umgang mit psychisch Belasteten bzw. Kranken zur Verfügung steht.

- Zugänge zu Beratung sind besonders in ländlichen Regionen nicht optimal. Empfohlen wird daher grundsätzlich, auch aufsuchende Arbeit im Beratungsgeschehen zu implementieren, insbesondere im Bereich der Suchtberatung, und weitere Alternativen zur Beratung vor Ort zu schaffen (z. B. Online- oder telefonische Beratung). Besonders sollte Beratung regelhaft auch über die üblichen Arbeitszeiten hinaus angeboten werden.
- Empfohlen wird außerdem, neue und auch ggf. bestehende Beratungsangebote in den diversen Städten und Kreisen im Sinne der gemeindenahen Versorgung gleichmäßiger zu verteilen. Konzentrationen wie im Landkreis Börde (drei von vier EUTB sind in Haldensleben verortet) sollten vermieden werden. Dies setzt auch regelmäßige Kooperation zwischen Land, Kommunen und Trägern bzw. Anbietern voraus. Gleichzeitig könnten einheitliche kommunale (Gesundheits- bzw. Sozial-)Planungen einen guten Überblick liefern, wo (mehr) Angebot benötigt wird und wo nicht.
- Das derzeitige geringe Angebot an Begegnungsstätten für psychisch Kranke sollte erweitert werden. Zuständig für Aufbau und langfristige Bestandssicherung von Begegnungsmöglichkeiten sind an erster Stelle die Kommunen.
- Es sollte geprüft werden, ob das Angebot an AGM in den nördlichen Regionen des LSA das Fehlen von Tagesstätten kompensieren kann. Falls nicht, sollten auch in den nördlichen Regionen Tagesstätten für psychisch Kranke errichtet werden. Da Ambulant Betreutes Wohnen nicht mit Tagesstätten-Leistungen kombiniert werden kann, sollten mehr AGM etabliert werden, sodass Betroffene Kombinationsleistungen aus Ambulant Betreutem Wohnen mit tagesstrukturierenden Maßnahmen in Anspruch nehmen können.
- Der demografische Wandel spiegelt sich in den SGB-XII-Wohneinrichtungen ebenso wider wie in Pflegeeinrichtungen des SGB XI, wo im Zuge der Ambulantisierung zunehmend stark kognitiv veränderte Klient*innen betreut werden. Die bundesgesetzlichen Regelungen (bspw. § 55 SGB XII) und festen Sektorgrenzen erschweren eine adäquate Versorgung im angestammten Wohnumfeld bzw. die Übernahme dazu anfallender Kosten. Da dies weder allein in Sachsen-Anhalt noch schnell zu ändern ist, wird als ein Beitrag in Richtung bessere Versorgung eine stärkere Vernetzung und Kooperation der beiden Bereiche empfohlen. Zudem sollten beim Personal durch gezielte Fort- und Weiterbildungen Kompetenzen aufgebaut und nach Möglichkeit ein Fachkräftestab mit verschiedenen Qualifikationen aufgebaut werden (dieses ist seitens der Leistungsträger zu ermöglichen).
- Aufgrund der als schwierig erlebten Personalsituation in allen Wohntypen und WfbM sollten im Zusammenhang mit dem neuen Rahmenvertrag des Landes Sachsen-Anhalt (Gültigkeit ab 2020) die Personalschlüssel und die Vorgaben zur Qualifizierung in der Eingliederungshilfe überarbeitet und – differenziert – an die Bedarfe angepasst werden. Dies gilt auch für Pflegeeinrichtungen mit hohen Anteilen kognitiv veränderter und gerontopsychiatrisch kranker Personen.
- Auch der Fachkräftemangel im Pflegebereich bedroht in Sachsen-Anhalt wie (fast) überall eine gute Versorgung – in Krankenhäusern, ambulanten Angeboten, Pflegeeinrichtungen etc. Hierzu sind, wie in weiten Teilen Deutschlands, Konzepte zu erarbeiten, die eine bessere Bezahlung, Spezialisierungs- und Aufstiegschancen, Flexibilität und (weitere) attraktive Arbeits- und Rahmenbedingungen verbinden müssen.

- Zur Verbesserung der stationären Unterbringung herausfordernder Fälle (alle Altersgruppen) außerhalb von Kliniken wird empfohlen, erstens Anreize für Wohneinrichtungen zu schaffen, solche Klientel aufzunehmen und zweitens mit Einrichtungen entsprechende Vereinbarungen bzw. Regelungen zu treffen, die eine Aufnahmeverpflichtung beinhalten.
- Unverhältnismäßige Unterbringungen in KJP sollten vermieden werden. Dazu sollten einerseits ambulante Hilfen, insb. auch für Krisen, geschaffen werden. Zudem sollte für Kinder und Jugendliche die Möglichkeit bestehen, nach einem Klinikaufenthalt in die zuvor genutzte Einrichtung gemäß § 34 SGB VIII zurückkehren können. Nur bei besonderem Bedarf sollten sie in einer neuen Einrichtung nach § 35a SGB VIII untergebracht werden. Für Kinder und Jugendliche mit Betreuungsbedarf gemäß § 35a SGB VIII sollten ausreichend Plätze bzw. Einrichtungen vorhanden sein. Die Verweildauer in der KJP sollte auf das Nötigste (nämlich nur solange der entsprechende Versorgungsbedarf besteht) beschränkt werden. Für einen besseren Übergang von der KJP in Wohneinrichtungen der Jugendhilfe, sollte eine enge Kooperation zwischen den KJP und der Jugendhilfe vor Ort sichergestellt werden. Denkbar ist in diesem Zusammenhang auch eine Kooperationsvereinbarung von Jugendhilfe und Gesundheitswesen auf Landesebene.
- Im niedrigschwelligen und ambulanten Versorgungsbereich für psychisch Kranke sollte es mehr familienübergreifende Konzepte geben. Es sollten mehr Hilfen vorhanden sein, die besonders Kinder von psychisch kranken Menschen auffangen, da diese oft selbst von psychischer Erkrankung bedroht sind. Familienübergreifende Konzepte könnten in dem Zusammenhang Präventionsarbeit leisten.
- Es braucht nachhaltige Angebote im Bereich Arbeit für psychisch kranke Menschen. Dies gilt besonders für eine Tätigkeit bzw. den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Derzeitige Modellprojekte sollten in einem ersten Schritt evaluiert werden und in einem zweiten Schritt sollten aus gut funktionierenden Modellen langfristige Möglichkeiten und Hilfen abgeleitet werden. Zur Unterstützung der Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt empfiehlt sich außerdem eine gute Vernetzung zwischen Arbeitgeber*innen und Integrationsamt bzw. IFD sowie Jobcentern und Arbeitagenturen. Auch ein dauerhaftes Coaching von Arbeitgeber*innen bzw. Arbeitnehmer*innen seitens des Integrationsamtes bzw. der IFD sollte bei individuellem Bedarf ermöglicht werden, sodass auch bei dauerhaftem Unterstützungsbedarf eine Integration von psychisch Kranken in den allgemeinen Arbeitsmarkt möglich ist.
- Der Übergang Schule-Beruf kann für psychisch Kranke bzw. seelisch Behinderte außerdem gestärkt werden, wenn mehr BBW o. ä. als die derzeitigen beiden Angebote für diese Zielgruppe vorgehalten werden.
- Im Sinne des BTHG sollte die Etablierung der Alternativen Budget für Arbeit und andere Leistungsanbieter weiter voranschreiten. Besonders das Budget für Arbeit ermöglicht individuellere Lösungen als die WfbM und trägt, wie auch unterstützte Beschäftigung als Alternativen zur WfbM zur Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts von psychisch kranken bzw. seelisch behinderten Klient*innen bei.
- Dass für psychisch kranke Menschen, die nicht leistungsfähig genug für die WfbM sind, in Sachsen-Anhalt keine niedrigschwelligen Arbeitsangebote existieren, sollte geändert werden. Die Implementierung von niedrigschwelligen Arbeitsangeboten könnte für viele chronisch bzw. schwer psychisch kranke Menschen Zugänge zur Teilhabe am Arbeitsleben schaffen, die sonst oft verwehrt bleibt. So könnten Betroffene dem Wunsch nach Arbeit nachgehen, ihre finanzielle Situation aufbessern und mit Leistung verbundene Wertschätzung erhalten.

- Für die Arbeitsagenturen und Jobcenter empfiehlt sich ein weiterer Ausbau von Schulungsangeboten zur Kompetenzgewinnung bzgl. Erkennen und Umgang mit psychisch Kranken. Ob Modellvorhaben im Rahmen von „Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung in der kommunalen Arbeitswelt“ die gewünschten Effekte erzielen, bleibt zu beobachten. Auch die Einbindung von Fachpersonal (bspw. Psycholog*innen o. ä.) in beratender Funktion für die Mitarbeitenden der benannten Einrichtungen ist denkbar. In dem Zusammenhang sollten auch bessere Zugänge zu den KEL gemäß SGB II ermöglicht werden.

11.3.4 Sucht und Psychiatrie

Ursachen und Vorkommen von Suchterkrankungen und die häufigen Überschneidungen mit (weiteren) psychischen bzw. somatischen Erkrankungen sprechen für eine übergreifende Betrachtung und eine Vernetzung der verschiedenen beteiligten Versorgungssysteme. Suchtkranken Menschen mit (weiteren) psychischen Erkrankungen sind die Fachlichkeit und sämtliche Behandlungsmöglichkeiten des psychiatrischen und psychotherapeutischen Systems zu eröffnen. Deshalb und mit Blick auf die o. g. Defizite werden – über die grundsätzlichen Empfehlungen (mehr Patientenorientierung und Partizipation; Verstärkung von Teilhabe, insbesondere bezüglich Arbeit und Beschäftigung etc.) hinaus – im Wesentlichen zwei Punkte empfohlen: Verbesserung von Fachlichkeit durch Kooperation sowie Verbesserung von Datenlage und Planung. Dabei stehen weniger Ausbau und Ausweitung an, sondern ein Mehr an Funktionalität, Steuerung, Vernetzung sowie Haltung und Qualifikation. Im Einzelnen:

- Suchtassoziierter psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlungsbedarf ist je nach Geschlecht, Herkunft, Alter, Behinderung und sozialer Lage unterschiedlich gelagert. Um nicht vielfach Sonder-Versorgung aufzubauen, sollte diesen Anforderungen durch sensible Diagnostik und passgenaue Behandlung in den Regelsystemen vermehrt Rechnung getragen werden.
- Kinder und Jugendliche brauchen spezifische Behandlungs- und Entzugsplätze, um in einem geschützten Setting behandelt werden zu können. Angesichts der im Bundesvergleich hohen Anteile rauchender und Alkohol trinkender Jugendlicher sollten vorgelagert spezifische Frühinterventionsformen bereitgestellt werden. Bzgl. der spezifischen Gefährdung von Kindern aus psychisch- und suchtbelasteten Familien sollten adäquate Hilfen bereitstehen.
- Doppeldiagnosen gehen i. d. R. und bei allen Altersgruppen mit einem ungünstigen Verlauf einher und einer zunehmenden Kumulation von Problemlagen – auch, weil regelmäßig nur ein Teil der Störung(en) behandelt wird. Für Patient*innen mit Doppeldiagnosen ist deshalb eine angemessene, d. h. regelhaft interdisziplinäre Sucht- und psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung in ausreichender Dauer sicherzustellen, dabei ist es zweitrangig, welches das sog. „primäre“ Problem ist. Die krankheitsauslösende oder -verschlimmernde Bedeutung von süchtigem Konsum ist verstärkt in Anamnese und Behandlungsplanung in der Psychiatrie und Psychosomatik zu beachten. Empfohlen werden dazu bspw. die im April 2016 vorgelegten „Praxisempfehlungen zum Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation“ (Schlöffel et al., 2016).
- Für Angehörige braucht es gezielte Schulung, Psychoedukation und Unterstützung, Entlastung sowie laufende Begleitung vor Ort. Angehörigengruppen kommen aus Angst vor Erkennung oft nicht zustande, hier ist entsprechende Öffentlichkeitsarbeit und generell eine stärkere Sichtbarkeit hilfreich.

- Sowohl in Psychiatrie/Psychotherapie wie auch in der Eingliederungshilfe darf Abstinenz nicht regelhaft Voraussetzung für Behandlung sein. Gerade in der Eingliederungshilfe sollten differenzierte Angebote auch konsumierenden Personen offenstehen. Der unterschiedliche Aufwand sollte sich in differenzierten Ausstattungen niederschlagen. Motivationsarbeit muss genuiner Teil von Sucht- und Eingliederungshilfe sein.
- Förderung von Fachlichkeit und Vernetzung zwischen den beteiligten Versorgungssystemen auf Augenhöhe: Suchthilfe braucht mehr Verständnis von psychischen Erkrankungen und umgekehrt brauchen Psychiatrie und Psychotherapie mehr Suchtkompetenz. Neben Fort- und Weiterbildung für die Beschäftigten beider Bereiche und komplementärer Hilfen sind für die Verbesserung der Behandlung, die Kompetenzausweitung und die fachliche Verzahnung gemeinsame verbindliche fallbezogene Kooperationsformen zu entwickeln und auszustatten (bspw. fallbezogene Abstimmung und nahtlose Weiterbehandlung – vor allem bei Setting-Wechseln [bspw. ambulant – stationär] und im Fall von Komorbidität; Case Management; kollegiale Beratung; Co-Beratung – je mit entsprechenden Qualitätsstandards). Fachlichkeit sollte zudem durch Reflexionsstrukturen und Zusammenarbeit mit geeigneten Fach- und Selbstorganisationen weiterentwickelt werden. Sofern sich die Möglichkeiten einer integrierten Versorgung nach SGB V, § 140 a ff. als sinnvoll erweisen, sollten sie auch komorbiden Patient*innen eröffnet werden.
- Verbindliche strukturelle Vernetzung sollte das fallbezogene Zusammenwirken ergänzen. Hierfür sind Konsiliar- und Liaisondienste zwischen Suchthilfe und Psychiatrie/Psychosomatik/Psychotherapie sowie systemübergreifend wirkendes Case Management im Rahmen der Regelversorgung einzurichten, eine verlässliche Erreichbarkeit der Systeme für das je andere sicherzustellen und geeignete Foren für regionale und landesweite Kooperation auf institutioneller Ebene zu fördern.
- Grundsätzlich sollten Koordination und Steuerung auf kommunaler Ebene erfolgen (Sozialraumorientierung), je nach Thema/Aufgabe sind größere Strukturen/Netzwerke vorzusehen. Suchthilfe und psychiatrische, psychotherapeutische Suchtbehandlung sollten verbindlich im Rahmen regionaler Suchthilfenetzwerke zusammenarbeiten. Suchtkrankenversorgung sollte Kernbestandteil von Psychiatrieplanung und -koordination sein.
- Datenlage und Berichterstattung zu Suchtbehandlung in der Psychiatrie (und zu Suchtmedizin in der Somatik) sollten verbessert werden: Suchtbehandlung sollte Gegenstand der Krankenhausplanung sein bzw. der Krankenhausplanungsausschuss sollte die Aufgabe erhalten, eine landesweit vergleichbare suchtmedizinische Versorgung sicherzustellen. Suchtdiagnosen finden sich häufig auch im niedergelassenen Bereich. Es bedarf der Klärung im ambulanten bzw. KV-Bereich, welche Rolle die suchtmedizinische Behandlung in Praxen haben soll und ob es weiterhin suchtmedizinische Schwerpunktpraxen geben kann und soll.

11.3.5 Geistig behinderte Menschen mit psychischen Erkrankungen

Die Erfahrungen in der Versorgung zeigen, dass Menschen mit geistigen Behinderungen und psychischen Störungen/Erkrankungen andere und zeitlich aufwendigere Versorgungsbedarfe als nicht behinderte Betroffene haben, die im Regelversorgungssystem meist nicht gewährleistet sind. In der S2k Praxisleitlinie (Häßler et al., 2014) werden diverse Maßnahmen zur Sicherstellung einer guten Behandlung und Betreuung dieser Ziel-

gruppe benannt. Für Sachsen-Anhalt zeigt sich auf der Grundlage von Fachdiskussion und Erhebungen vor Ort folgender Entwicklungsbedarf:

- Für lern- bzw. leichter geistig behinderte Personen ist ein besserer Zugang zu und Behandlung bei Hausärzt*innen und niedergelassener psychiatrischer Versorgung als Basisversorgungssystem nötig. Hier braucht es Sensibilisierung, Abbau von Berührungsängsten, Motivation und Kompetenzaufbau (grundständige Ausbildung, Weiterbildungscurricula, Fortbildungen) sowie eine adäquate Finanzierung von Diagnostik und Behandlung.
- Für schwierigere oder komplexere Bedarfe: ambulante und stationäre Spezialangebote für Diagnostik und Behandlung (bspw. als MZEB mit psychiatrisch-psychotherapeutischem Angebot) – auch aufsuchend, da dies i. d. R. nur unter Einschluss der Bezugspersonen möglich und erfolgversprechend ist.
- Kooperation, Konsildienste, kollegiale Beratung, Schulung und Supervision von Regelversorgung und Behindertenhilfe durch (aufsuchende) Spezialdienste und Entwicklung von interdisziplinärer Arbeit und Kooperationsstrukturen (gefördert durch Verpflichtung zur Zusammenarbeit vor Ort, bspw. in PSAG oder GPV o. ä.
- Verbesserter Zugang und adäquate Psychotherapie für Menschen mit Lernschwierigkeiten/geistigen Behinderungen auf Basis der durch den Gemeinsamen Bundesausschuss GB-A im Herbst 2018 beschlossenen Anpassung der Psychotherapierichtlinien.
- Öffnung/Flexibilisierung von Leistungstypen, Anpassung an differenzierte und z. T. hochkomplexe Bedarfe durch differenzierte Betreuungsschlüssel.
- Versorgungsverpflichtung für Kommunen, ihre Bürger*innen in der Kommune zu versorgen, und Verpflichtung der Träger, auch komplex hilfebedürftige Personen aufzunehmen bzw. sie bei gestiegenem Hilfebedarf zu behalten.

Ein Teil der genannten Entwicklungsbedarfe ist im SGB V angesiedelt. Ein anderer Teil zielt auf gute Kooperationen v. a. zwischen Psychiatrie/Psychotherapie und Behindertenhilfe/Familiensystemen, die auch durch (gesetzliche) Verpflichtungen befördert werden können. Und schließlich geht es um Haltungsaspekte und die verpflichtende Zuordnung bzw. die Übernahme von Verantwortung für diese Zielgruppe mit hohem und höchstem Unterstützungsbedarf – das wäre weitgehend kostenneutral umzusetzen.

11.3.6 Empfehlungen zu Maßregelvollzug und Psychiatrie

Wenngleich das System des Maßregelvollzugs (MRV) als solches zu untersuchen nicht Gegenstand des Auftrags war, sollte dennoch auftragsgemäß die Schnittstelle zwischen MRV und psychiatrischer Versorgung näher betrachtet werden. Dazu diente u. a. auch ein am 16. August 2018 durchgeführter Workshop mit Vertreter*innen aus Kliniken, ambulanten Einrichtungen, Sozialämtern und Bewährungshilfe.

Zusammenfassend und empfehlend lässt sich zur Schnittstelle MRV/psychiatrische Versorgung festhalten:

- Aus dem MRV oft nach Jahren dortigen Aufenthalts entlassene Personen bedürfen, abgesehen von zu erfüllenden Auflagen und Maßgaben der Bewährungshelfer*innen der sozialen und psychiatrischen Hilfe. Welche Maßnahmen und Hilfen sich tatsächlich nach der Entlassung aus dem MRV unter dem Blickwinkel der psychiatrischen

Versorgung als möglich, weiterführend oder erfolgversprechend erweisen, dazu sei die Erkenntnis noch nicht sehr ausgeprägt.

- Den Bemühungen, den Entlassenen in den notwendigen Belangen gerecht zu werden, stellen sich u. a. nach Ansicht der Expert*innen verschiedentlich Hürden entgegen: Berichtet wurde, dass im Fall nicht rechtzeitiger Kommunikation der gerichtlich verfügten Entlass-Termine aus den forensischen Kliniken dies die Vorbereitung der außenstehenden Behandlungs- und Hilfe-Systeme erschwere. Kritisiert wird, dass fehlende Informationen an die nachsorgenden Einrichtungen, welche Personen mit welchen Problemstellungen wohin entlassen werden können oder sollen, eine (koordinierte) Bereitstellung von Hilfen behindere. Bestünden gerichtliche Auflagen, so sei die Überprüfung von deren Einhaltung auch deshalb schwierig.
- Bestehende Wohneinrichtungen seien nur in Grenzen bereit, aus dem MRV Entlassene aufzunehmen. Der (resultierende) Mangel an Wohn- und Aufenthaltsmöglichkeiten sei jedoch auch Folge von unzureichender Information, Ängsten und Vorurteilen sowie der Sorge der Träger, mit der Klientel aus dem MRV weder konzeptionell noch personell zurechtkommen zu können. Den Einrichtungen mangele es oft auch an Wissen, was aus dem MRV Entlassene benötigen; frühzeitigere Information, auch persönlicher Kontakt könnten helfen, so manches Vorurteil auch abzubauen.
- Nötig sei deshalb die Erhöhung der grundsätzlichen Bereitschaft, sich mit Problemstellungen (entlassener) MRV-Klientel zu befassen. Dies auch deshalb, weil die Schaffung etwaiger größerer „Sonder"-Einrichtungen für diese Klientel in der Bevölkerung nicht durchsetzbar sei. Angezeigt sei eine eher in bestehende Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen integrierende und integrierte Aufnahme – wohl wissend, dass sich zum einen nicht jede einzelne entlassene Person dafür eigne oder dies wolle und zum anderen, dass dies die Einrichtungen vor erhebliche Herausforderungen stellen könne. Dem gelte es sich jedoch eindeutig zu stellen.

Zweifelsohne wirft die Befragung von Fachpersonen aus einzelnen Kliniken, ambulanten Einrichtungen, Sozialämtern und Bewährungshilfe nur ein Schlaglicht auf die Situation in Sachsen-Anhalt, ohne dass landesweite Repräsentativität beansprucht werden kann. Dennoch decken sich die Aussagen und Bewertungen vielfach mit Beschreibungen und Empfehlungen, die die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) im Rahmen der 90. Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 2017 zum „Zusammenhang Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie" vorgelegt hat. Auch dort wird eine Befassung mit den Problemstellungen nach Entlassung, Aufarbeitung der bestehenden Kooperation, eine bessere Verzahnung der Hilfen und eine integrative Vorgehensweise empfohlen. Insofern kann auf Basis der erfolgten Befragungen für Sachsen-Anhalt durchaus empfohlen werden:

Die Beschäftigung mit den Aufgabenstellungen, die sich bei der Entlassung aus dem MRV für das psychiatrische und psychosoziale Hilfesystem im individuellen Fall und insgesamt ergeben, ist zu intensivieren.

Informationen zum generellen und im Einzelfall erforderlichen Hilfebedarf für aus dem MRV entlassene Patient*innen sollte einerseits fachlich verbreitert werden, dazu könnte die Expertise der forensischen Ambulanz FORENSA in Magdeburg und Halle beratend genutzt werden; andererseits sollten die Kommunikation und der Austausch zwischen den forensischen Kliniken und den nachsorgenden Einrichtungen weiter vertieft werden.

Voraussetzung dafür, an der Schnittstelle MRV/psychiatrische Versorgung weitere Fortschritte zu erzielen ist auch, das alltägliche Zusammenspiel von Gerichten, Landes-

krankenhäusern, Kliniken, Bewährungshilfe, Anbietern der Eingliederungshilfe und sozial stützender Instanzen zu verbessern.

Empfohlen wird dazu, dass sich im Sinne eines ersten Schritts aus den eben genannten Einrichtungen und Hilfesystemen ein ggf. zunächst informeller Arbeitskreis auf Landesebene bildet, der für deren Zusammenwirken die bestehenden Gegebenheiten reflektiert und auf Regeln und Standards in der Kooperation hinarbeitet – in Verbindung mit bzw. mit Blick auf Nachsorge und Betreuungsziele für aus dem MRV entlassene Personen durch das psychiatrische und soziale Hilfesystem. Ein solcher Arbeitskreis sollte ergänzt werden um Vertreter*innen aus dem Justizministerium und dem MS. Die unbestritten bestehende Brisanz, die sich in diesem Kontext auch medienwirksam ausbreiten kann, verlangt es, das zu diesem Zweck bereichsübergreifend, transparent und nachvollziehbar kooperiert und gemeinsam gesteuert wird.

11.3.7 Partizipation und Barrierefreiheit

Partizipation und Selbstvertretung: Betroffene und Angehörige, ob minderjährig oder erwachsen, sollten an den relevanten Gremien in Land und Kommunen beteiligt werden bzw. weiterhin beteiligt sein. D. h. es geht um die verbindliche Mitwirkung in Psychiatrieausschuss und Besuchskommissionen, aber auch in einer Vielzahl kommunaler sozialpsychiatrischer Gremien und Netzwerke sowie um die Einrichtung von Vertretungsforen in allen Einrichtungen und Angeboten (gute Beispiele finden sich bspw. in der Jugendhilfe). Dabei sollten die praktischen Möglichkeiten der Beteiligung von Betroffenen, von Selbsthilfe berücksichtigt werden (Sitzungen am Abend oder am Wochenende, ggf. in leichter Sprache oder mit persönlicher Assistenz etc.). Die Umsetzung von Partizipation sollte einem regelmäßigen Monitoring unterzogen werden, in den Kommunen kann das z. B. über die Psychiatriekoordination erfolgen. Basis hierfür auf Landesebene könnten Berichte verschiedener (Prüf-)Instanzen (z. B. Heimaufsicht, Psychiatrieausschuss) und Patientenvertretungsforen (Landesbehindertenbeirat, Selbsthilfeorganisationen etc.) sein. Die Besuche von Heimaufsicht und Besuchskommissionen vor Ort sollten systematisch auch die Umsetzung von Partizipation und die Wahrung von Patientenrechten in den Blick nehmen und transparent dazu berichten. Vergleichbarkeit und systematischer Überblick über die Situation im Land würden durch strukturierte Berichtsformen gefördert.

Trialog: Mit Blick auf die Bedeutung von Selbsthilfe im Hilfesystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen und den wesentlichen Beitrag, den Angehörige leisten,[45] wird empfohlen, trialogisches Handeln auszubauen und weiterzuentwickeln. Trialogforen sollten in jeder Kommune und unter Beteiligung vieler Versorgungsbereiche angeboten werden. Der Ausbau trialogischer Arbeit sollte verpflichtend zum Aufgabenspektrum der Psychiatriekoordination gehören und einem Monitoring unterzogen werden. Dies trägt, wie ebenfalls zu empfehlende Öffentlichkeitsarbeit, zu einer Entstigmatisierung bei.

Über alle Bereiche der Versorgung hinweg sind Selbstbestimmung und Würde der Betroffenen zu achten. Hierfür gilt es, weitere adäquate Beteiligungsformen auszubauen. Eindeutige *Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen* sollten stärker genutzt bzw. behandlerseitig regelhaft empfohlen werden.

---

45 Hyde verweist darauf, dass Betroffene mit einer eigenen Familie eine bessere Prognose haben. Vgl. S3-Leitlinie, S. 149 und Hyde, J.A. (2001). Bipolar illness and the family. *Psychiatric Quarterly*, 72, 2,109-18.

„Rechte ohne *Ressourcen* sind ein grausamer Scherz“ (Rappaport, 1981)[46] Um den zunehmenden Wünschen nach Mitwirkung, der Bedeutung von Partizipation im Rahmen regionaler Qualitätssicherung und den Aufgaben, die jüngst auch im neuen Referentenwurf zum Bundesteilhabegesetz der Selbsthilfe zugeordnet werden sowie die Rechte auf Beteiligung überhaupt wahrzunehmen, brauchen Betroffene und ihre Selbstvertretungsorganisationen Ressourcen. Dabei geht es um Basisfinanzierungen der Organisationen, verlässliche Förderung von Personal für Geschäftsstellen, Buchhaltung, Förderung von Kommunikationstechnik u. ä. Dem Land wird deshalb empfohlen, landesweite Vertretungen, bspw. Geschäftsstellen und Geschäftsführung, finanziell zu unterstützen, ebenso sollten Kommunen in ihrem Verantwortungsbereich Selbstvertretung fördern. Ehrenamtliches Engagement sollte zudem zumindest in Teilen in bezahlte Arbeit überführt werden, zumindest ist der Aufwand für Gremien-Mitarbeit adäquat zu entschädigen.

Empowerment: Ehrenamtlich Aktive brauchen Know How für ihre Arbeit. Als hilfreich werden bspw. Schulungsmaßnahmen für Selbsthilfe-Gruppenleitungen, supervisorische Begleitung oder kollegialer Austausch erlebt, deshalb wird angeregt, derartige Hilfen regelhaft zum (möglichen) Gegenstand von (Landes-)Förderung zu machen. Ebenfalls als hilfreich werden Seminare u. ä. zur persönlichen Stärkung und zur Empowerment-Förderung bewertet, die bspw. durch Selbsthilfekontaktstellen umgesetzt werden könnten. Eine – landesgeförderte – landesweite Koordination von Selbsthilfekontaktstellen mit den o. g. Aufgaben erscheint sinnvoll, um die Arbeit inhaltlich zu entwickeln und Angebote einem größeren Kreis Interessierter zugänglich zu machen.

Zugang zu Informationen: Im Zuge der fortschreitenden Digitalisierung gewinnen Online-Informationen an Bedeutung. Hilfen und Versorgungsangeboten im Bereich Psychiatrie sind, besonders im Hinblick auf niedrigschwellige Angebote, für Betroffene oft schwer zu finden. Um einer größeren (und auch jüngeren) Zielgruppe einen besseren Zugang zu entsprechenden Informationen zu ermöglichen, wird der Aufbau einer landesweiten zentralen Website empfohlen, wo Hilfesuchende schnell und unkompliziert Hilfe- und Versorgungsangebote vor Ort finden können. Diese sollte fortlaufend aktualisiert werden.

Barrierefreiheit: Die Bestandsanalyse verweist auf erhebliche Barrieren für psychisch Kranke, die eine Behinderung haben oder sprachlich oder kognitiv eingeschränkt sind. Die Dienste sind deshalb aufgefordert, ihre Angebote auch Menschen mit Einschränkungen zugänglich zu machen. Bauliche Bedingungen erscheinen dabei weitgehend unproblematisch. Wichtiger ist es, Kommunikationsunterstützung und Dolmetscherdienste verfügbar zu machen – zuerst durch die Regelung entsprechender Kostenübernahmen durch kommunale Stellen und Krankenversicherungen etc. Materialien, Webseiten usw. sollten in mehreren Sprachen, auch in leichter Sprache verfügbar sowie Konzeptionen auf den Umgang mit eingeschränkten Personen eingerichtet sein. Nicht zuletzt gilt es, über Qualifikation und (Selbst-)Reflexion die Kompetenz und die Bereitschaft des Personals zu fördern, sich auch sprachlich eingeschränkten oder behinderten Menschen mit psychischen Störungen zuzuwenden.

Die *Selbsthilfekontaktstellen* im Land sollten kommunal und vom Land gefördert werden, sodass sie den Aufbau weiterer Selbsthilfegruppen begleiten und Treffen organisatorisch und durch Bereitstellung von Räumen, Fortbildung etc. unterstützen können. Der landesweite Austausch soll gefördert werden.

*Patientenfürsprecher*innen:* Im Referentenentwurf zum neuen PsychKG LSA sind Patientenfürsprecher*innen vorgesehen. Dies ist zu begrüßen und sollte zügig umgesetzt und

---

46 Verkürzt nach: Rappaport, J. (1981). Originaltext: „Having rights but no resources and no services available is a cruel joke.“

kontrolliert werden. Dabei sollte ihnen eine klar(er) definierte Stellung im System zugemessen und Mindestvorgaben an Neutralität und eine eigenständige Zugänglichkeit (ohne Erfordernis der Vermittlung über das Klinikpersonal) formuliert werden. Insbesondere im stationären Bereich ist auf regelmäßige und verlässliche Anwesenheit zu achten sowie, auch über die persönliche Anwesenheit hinaus, eine gute Erreichbarkeit für alle Patient*innen über mehrere Kontaktwege (Telefon, Mail).

Beschwerdestellen: Seitens vieler Akteure im Land wird die landesweite Etablierung von unabhängigen Beschwerdestellen als wichtiges menschenrechtliches Instrument zur Umsetzung der UN BRK betrachtet. Neben der Unterstützung Einzelner kann eine kommunale Beschwerdestelle Qualitätssicherungsaufgaben für das regionale Versorgungssystem wahrnehmen und zu dessen Weiterentwicklung beitragen. Die beschwerdebezogenen (Prüf-)Aufgaben des Psychiatrieausschusses sollten präzisiert und einer zentralen Auswertung zugeführt werden. Beschwerdestellen sind als gemeinsame Aufgabe aller Akteure auch ohne große Kosten realisierbar. Über Patientenfürsprecher*innen hinaus wird hier also die Entwicklung einer verbindlichen Struktur für Beschwerden empfohlen und deren gesetzliche Verankerung als Pflichtaufgabe. Das würde ihre Bedeutung im kommunalen Rahmen sicher stärken. Ziel sollte es sein, in jedem Landkreis und in jeder Stadt unabhängige trialogisch organisierte Beschwerdestellen einzurichten. Die Stellen sollen im Einzelfall unterstützen und (Rechts-)Beratung leisten, hilfreich sind Möglichkeit zu Fortbildung, Supervision und landesweitem Austausch. Beschwerdestellen sollten ihre Erfahrungen systematisch in die Weiterentwicklung der Versorgung einbringen können.

Über die Möglichkeit der Beschwerde muss breit informiert werden, sowohl über Webseiten und Printmedien als auch in jeder Einrichtung, die Hilfen für psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen anbietet. Wo die Implementierung einer Beschwerdestelle nicht möglich ist, sollten andere Formen möglichst unabhängiger Beschwerdemöglichkeiten sichergestellt werden, deren Erkenntnisse gleichfalls in die regionale Weiterentwicklung der Versorgung einfließen.

Peer-Beratung/Mitwirkung von EX-IN verbessern nachweislich Erreichbarkeit und Compliance von Patient*innen und den Behandlungserfolg (Rummel-Kluge, Stiegler-Kotzor, Schwarz, Hansen & Kissling, 2008; Salyers, McGuire, Rollins, Bond, Mueser & Macy, 2010) sowie Befinden und Ressourcen von Angehörigen. Peer-to-Peer-Beratung soll deshalb – in unterschiedlichen Kontexten – gefördert werden. Um dem international anerkannten Modell der EX-IN-Ausbildung zu mehr Geltung zu verhelfen, sollten zum einen Formen gefunden werden, die Ausbildung finanziell zu unterstützen (Anerkennung als berufliche Weiterbildung im Rahmen der Arbeitsförderung[47] und Förderung im Rahmen von SGB II und SGB III, Gewährung von Darlehen o. ä.). Zum anderen sollten über Modellprojekte oder direkte Einstellung Genesungsbegleitung in aufsuchenden Teams in der Gemeinde und im Rahmen klinischer Behandlung eingebunden werden. Die Erfahrungen dabei sind regelhaft in Teamberatungen und Supervisionen zu reflektieren und zur Behandlungsverbesserung zu nutzen. Perspektivisch sollte eine Anerkennung als Berufsgruppe, auch im Rahmen der Tarifwerke (etwa vgl. dem Suchtkrankenhelfer-Status) mit einer angemessenen Entlohnung angestrebt werden, ebenso wie eine Anerkennung von ausgebildeten EX-IN als Fachkräfte durch die Kostenträger.

Ratgeber: Betroffene sollten durch Behandelnde in allen Settings zeitnah nach Auftreten einer Störung Ratgeber, Selbsthilfemanuale und andere Informationsmaterialien bzw. Hinweise darauf erhalten sowie über Selbsthilfegruppen informiert und aktiv zur Teilnahme ermuntert werden.

---

47 Vgl. bspw. EX-IN Ausbildung durch LebensArt in Münster, abgerufen von *http://www.ex-in-lebensart.de/ex-in-kurse-von-a-z/* (zuletzt abgerufen am 21.01.2016).

Angehörige sind erste und wertvolle Unterstützung bei der Versorgung psychisch kranker Menschen. Sie brauchen dafür Wissen und Beratung über Erkrankung und Hilfen sowie Unterstützung. Auch ihnen helfen Informationen, Aufklärungsmaterialien, darüber hinaus sind ein aktiver und wertschätzender Einbezug durch Behandlungspersonen wichtig sowie Beistand und Entlastungsangebote. Angehörige sollten regelhaft und durch alle infrage kommenden Akteure (Behandlungs- und Hilfeangebote, Krankenkassen etc.) über Selbsthilfe informiert und zur Teilnahme motiviert werden. Geschwistern und Kindern von Betroffenen sind aufgrund ihrer spezifischen Belastung Unterstützungsangebote[48] zu unterbreiten. Über Selbsthilfeangebote ist in allen Einrichtungen sowie in lokalen Zeitungen und Medien zu informieren.

Betroffenenexpertise und Selbsthilfe sollten stärker Gegenstand von *Forschung* sein. Dabei sollten Betroffene und Angehörige und ihre Selbsthilfeorganisationen umfassend beteiligt werden: bei der Generierung von Forschungsfragen und -designs, dem Forschungsprozess sowie der Auswertung und Interpretation von Ergebnissen.

11.3.8 Planung und Steuerung: Vorschläge zum Vorgehen

Planung, Steuerung und Koordination sind elementarer Bestandteil sowie entscheidend für die Funktionalität und vor allem der Weiterentwicklung der Versorgungssysteme. Inhaltliche Begründungen hierfür wurden in Abschnitt 10.1 gegeben, der Sachstand dazu in Sachsen-Anhalt u. a. in Abschnitt 10.2 wiedergegeben und Maßstäbe sowie Leitlinien dazu in Abschnitt 11.1 formuliert.

Wie ebenfalls bereits dargestellt (s. Abschnitt 11.2) ergibt sich für Sachsen-Anhalt prognostisch ein z. T. deutlicher Bevölkerungsrückgang vor allem auf Landkreisebene. Auf diesem Hintergrund wurde bereits zum Ausdruck gebracht, dass etwaige Forderungen nach flächendeckendem, rein quantitativ betrachtetem Vorhandensein oder Ausbau von Versorgungsangeboten fehl gehen. Es geht künftig um den Erhalt von Mindestvoraussetzungen und qualitativ bestimmten Strukturgegebenheiten pro Gebietskörperschaft – in Abhängigkeit sich unterschiedlich entwickelnder Versorgungsbedarfe bei den verschiedenen Altersgruppen. Konkrete Lösungswege müssen durch planerische Überlegungen und Perspektiventwicklungen vor Ort erarbeitet werden, initiierend unterstützt durch die Landesebene.

Dazu nun Vorschläge und Empfehlungen – übergreifend und im Einzelnen:

Grundsätzliche Zuständigkeit: Kommunale Ebene

Planungs-, Zuständigkeits- und Steuerungseinheit für die psychiatrische Versorgung sind die kommunalen Gebietskörperschaften im Land samt ihrer Verantwortung hinsichtlich der Daseinsfürsorge und ihrer Zuständigkeiten insbesondere im Rahmen des zu novellierenden PsychKG LSA, des SGB VIII, des SGB IX, des SGB XI und des SGB XII.

Die Belange psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen aller Altersstufen manifestieren sich zuerst im lokalen/kommunalen Umfeld. Dort sind i. d. R. auch die ersten Anlaufstellen: Praxen, Dienste und Einrichtungen der Behandlung, Betreuung und Beratung angesiedelt, um zielgruppenspezifische und bedarfsgerechte Hilfen zu erbringen. Die Eigenart von psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung verlangt fachliche, in-

48 Vgl. bspw. Lenz, A. (2008). *Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen.* Göttingen: Hogrefe.

tegrierte, vernetzte und koordinierte Hilfen und Interventionen. Sie verlangt zudem niedrigschwellige Angebote und Krisenhilfe – diesseits der Klinik und außerhalb der Regelarbeitszeiten. Deshalb sind kommunal lokalisierte Planungs-, Steuerungs- und Koordinationsinstanzen (Gesundheitsamt, Sozialpsychiatrischer Dienst, Psychiatriekoordination, PSAG) zu schaffen oder zu stärken – auch zum Zweck effektiver Verwendung bereitgestellter Finanzmittel. Dazu dient auch die Information über ihre Aufgabenstellung verwaltungsintern und -extern sowie durch Förderung ihrer Rolle in der Kommune und ihres „Ansehens“ als Einrichtungen der Daseinsfürsorge. Die Planungen in neuen PsychKG LSA zur Psychiatriekoordination sind ausdrücklich zu begrüßen.

Kommunen sind zudem im Rahmen der Daseinsfürsorge aufgerufen, stärker als bisher niedrigschwellige Hilfen, Krisenhilfen u. ä. zu schaffen und Selbsthilfe zu unterstützen. Dort, wo nicht alle Versorgungsleistungen vorgehalten werden können, wird empfohlen, dass zur Erfüllung von Standards sowie der Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Einrichtungen und Leistungen etc. Kommunen nachhaltig und vertraglich fixiert mit benachbarten Gebietskörperschaften kooperieren. Dies betrifft insbesondere Versorgungsbereiche, die in ihrer Problemstellung z. T. nur überregional Lösungen zugeführt werden können (z. B. Kinder- und Jugendpsychiatrie) oder Bereiche, in denen absehbar (ärztliche) Unterversorgung droht.

Die so beschriebene Verantwortung der Kommunen ist unabdingbar, sie sind und bleiben erste Adressaten, um für eine Optimierung des Planungs-, aber vor allem auch des Koordinations- und Steuerungsgeschehens im Sinne der Daseinsvorsorge vor Ort und nach Maßgabe noch folgender Ausführungen zu sorgen.

Rahmensetzung und Gestaltung auf Landesebene

Das Land ist selbst Gesetzgeber (z. B. PsychKG) oder erlässt Ausführungsgesetze oder -bestimmungen zu Bundesgesetzen (z. B. KHG, Ausführungsbestimmungen zu SGB IX und XII). Die Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen tangiert – auch im Vergleich zu anderen Bereichen – eine Vielzahl von Gesetzen und Bestimmungen. Damit ist ein Land jedoch nicht außen vor, sondern im Gegenteil: Es ist erforderlich, dass ein Land den Rahmen setzt und konkret(er) ausführt, wie den Aufgaben, Vorschriften und Bestimmungen mit Blick auf die psychische Gesundheit der Landesbevölkerung Rechnung getragen werden kann. Wie die Workshops und die Gespräche gezeigt haben, besteht in Sachsen-Anhalt gegenüber der Landesebene aktuell eine durchgängige Erwartung dahingehend, dass das Land sich deutlicher als bisher einbringt und grundsätzliche Ziele für Gestaltung und Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung vorgibt – in Zusammenarbeit mit den damit befassten Akteuren und verantwortlichen (Landes-)Institutionen sowie (Landes-)Verbänden. Es besteht aus externer Sicht nicht der Eindruck, dass mit dieser Erwartungshaltung Verantwortung und Mittelbereitstellung einfach nur auf das Land „verschoben“ werden sollen. Nach früheren Jahren einer gewissen Abstinenz des zuständigen Ministeriums werden nun zu Recht verstärkt Rahmensetzungen und/oder Leitlinien zur Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen auf der Landesebene erwartet.

Infolgedessen sollte das zuständige MS die Ausstattung und Gestaltungskraft erhalten und stärken, um dieser Aufgabe gerecht werden zu können, Impulse zu setzen, Aufsichtsfunktionen zu erfüllen und Zielerreichung zu überprüfen. Die themenbezogene Zusammenarbeit zwischen dem Fach-Referat und den für gesundheitliche, soziale und sozialrechtliche Belange ministeriellen Instanzen und Landesverwaltungen sollte dazu – unbeschadet ihrer je eigenen Zuständigkeiten – verbindlich strukturiert und vertieft werden.

Damit im Zusammenhang ist zu empfehlen, dass auf Landesebene bei den beteiligten Akteuren und Instanzen Bewusstsein und Bereitschaft gefördert werden, gemeinsam Lösungen zu erarbeiten. Das Land hat eine wichtige Rolle, im Gespräch mit den je wesentlichen Akteuren im Land (Kommunen, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung, Rentenversicherung, Sozialagentur, Landesverwaltungsamt, Jugendhilfe, Eingliederungshilfe sowie jeweilige Spitzenverbände) Themen vorzubereiten, Handlungsbereitschaft zu fördern usw. Das betrifft z. B. Themen wie die Abstimmung von Jugendhilfe und kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer Versorgung ebenso wie die Sicherstellung der ambulanten Versorgung, die aus externer Sicht mittelfristig nicht mehr allein durch die KV gewährleistet werden kann. Die Landesebene muss hier selbst vorleben (können), was von der kommunalen, örtlichen Ebene an Koordinationsleistung, z. B. durch Einbeziehung aller Beteiligten in einer PSAG, zu Recht verlangt wird.

Zudem sollte das Land zu bestimmten Themen jeweils Austauschforen bereitstellen, die der Aufgabe dienen, landesweit vergleichbare Bedingungen sicherzustellen. Dies gilt bspw. für die Umsetzung von APP und Soziotherapie. Zudem gilt dies ganz besonders für die geplante Realisierung von Psychiatriekoordination – siehe dazu unten.

Kernthemen der Koordination, Planung und Steuerung im Einzelnen – Psychiatrie-Koordination

Koordinations-, Planungs- und Steuerungsfunktionen: Sie sind wie dargestellt zwischen den kommunalen Gebietskörperschaften sehr unterschiedlich ausgeprägt, dies betrifft z. B. die Verankerung dieser Funktion innerhalb der örtlichen Verwaltung, die Regelmäßigkeit und Nachhaltigkeit ihrer Aufgabenwahrnehmung, die Erstellung entsprechender Pläne. Das Land sollte hier in Zusammenarbeit mit den Kommunen Standards und Verfahren entwickeln, in welcher Weise die Kommunen die Aufgaben der „Sozialplanung“ und der „Gesundheitsberichterstattung“ durch den ÖGD gemäß GDG LSA verantwortlich so erfüllen, dass eine regional ausgerichtete Psychiatrieplanung bzw. Aussagen zur Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen vor Ort systematisch und regelmäßig in das kommunale Planungswesen aufgenommen werden oder als Teilberichte veröffentlicht werden. Die Verpflichtung hierfür sollte konkretisiert und in das novellierte PsychKG aufgenommen werden. Dies entspricht auch dem Text des Koalitionsvertrags 2016 bis 2021 für Sachsen-Anhalt, in dem es u. a. heißt, dass „im Rahmen der Sozialplanung auch die Zielvorstellungen für eine zeitgemäße psychiatrische Versorgung zu überarbeiten sind“ (Land Sachsen-Anhalt, 2016, S. 57). Verschiedene Planungsbereiche sollten miteinander abgestimmt und mindestens zueinander in Bezug gesetzt werden – insbesondere betrifft dies Psychiatrie-, Sucht- und Teilhabeplanung (inkl. der Planungsbereiche im örtlichen Teilhabemanagement).

Über die Novellierung des PsychKG LSA soll zur Verbesserung vorgenannter Punkte die Verankerung einer *Psychiatrie-Koordination* vor Ort/pro Gebietskörperschaft erfolgen. Deren Erfolg wird davon abhängen, an welcher Stelle in der kommunalen Hierarchie diese platziert wird, mit welchen Aufgaben und Kompetenzen sie versehen wird und mit welcher Unterstützung sie intern und extern rechnen kann. Wiederholt wird die Empfehlung, dass Land und Gebietskörperschaften dazu die konzeptionell-organisatorische Verständigung suchen. Ohne den einzelnen Entscheidungen vor Ort vorzugreifen, sollte zur konkreten Ausgestaltung der landesgeförderten Psychiatrie-Koordination auch eine landesweite Rahmensetzung erfolgen sowie Begleitung, Unterstützung und Monitoring der Umsetzung. Geeignet hierfür ist bspw. ein regelmäßiges landesweites Austauschformat, eine einheitliche Berichterstattung und gemeinsame Auswertung. Die Abstimmung muss

dabei zum einen die Psychiatriekoordinator*innen selbst betreffen – zum anderen aber auch die zuständigen kommunalen Stellen (Amtsleitungen, Dezernent*innen).

Planungsgebiete: Bei z. B. „Sozialplanung“ deckt sich das Planungsgebiet mit den kommunalen Gebietskörperschaften. Anders ist es bei der stationären psychiatrischen Versorgung, vor allem der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie ist mit Blick auf die Landkreise und kreisfreien Städte ungleich über das Land verteilt. Dies hat eine Ursache in der Lage der früheren großen Bezirkskrankenhäuser, deren Standorte nach wie vor die Verteilung wesentlich bestimmen. Die ungleiche regionale Verteilung betrifft aber auch andere Angebote. Trotz Anerkennung der hohen Hürden, die einem solchen Handeln entgegenstehen wird dennoch angeregt zu prüfen, auf welchem Weg und mit welcher Orientierung eine gleichmäßigere Verteilung der stationären und teilstationären Kapazitäten – unter Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung und von Fahrtstrecken/Erreichbarkeit – sowie eine Harmonisierung bzw. Abstimmung zu gebietsbezogenen planerischen Perspektiven erreicht werden kann.

Kommunale Beratungseinrichtungen bzw. -struktur: Überprüft wurde im Rahmen dieser Bestandsaufnahme die Aufgabenübernahme von Ehe-, Familien-, Lebens-, Erziehungs- und Suchtberatungsstellen (EFLE) für psychisch kranke Menschen. Laut Recherche-ergebnissen erfolgt dies in engeren Grenzen, eher unsystematisch und sehr unterschiedlich sowie bedarfsbezogen insgesamt unzureichend. Es fehlt an einer grundsätzlichen konzeptionellen Festlegung, wie den Bedarfslagen der genannten Betroffenengruppe entsprochen werden soll. Deshalb wird vorgeschlagen, dass die EFLE sich für die Belange dieser Gruppen grundsätzlich öffnen, sich ggf. dafür auch durch Fortbildung qualifizieren und im Bedarfsfall die enge und verbindliche Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) und weiteren Fachinstanzen vor Ort aufbauen und verfolgen. Diese Kooperation und Koordination zu fördern und zu unterstützen, sollte zum Aufgabenfeld der Psychiatriekoordination gehören. Des Weiteren ist darauf zu achten, dass die neuen teilhabebezogenen Strukturen (EUTB, Teilhabemanagement) in einen sinnvollen Gesamtkontext mit den schon vorhandenen Beratungsstrukturen eingebunden werden.

Die *Funktionalität der Sozialpsychiatrischen Dienste* erscheint nicht als überall in vollem Umfang gegeben – aus Gründen der Personalausstattung, der fachlichen Leitung und der Konzeption. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Rolle des SpDi im Zusammenspiel kommunaler Akteure, auf Krisenmanagement und als fallkoordinierende Stelle. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass dem SpDi mit einem klaren Aufgabenprofil als wichtiger kommunaler Steuerungsinstanz Ansehen und Wirkung verschafft wird, um für Leitung und Personal attraktiv zu bleiben. Angesichts der fortbestehenden Schwierigkeiten, die fachärztliche Leitung für den SpDi zu sichern, ist der Lösung, wie sie im Land derzeit mehrfach vorfindbar ist, dass dessen hoheitliche Aufgaben durch die/den Amtsärzt*in wahrgenommen wird, nicht zu widersprechen. Grundsätzlich sollte aus fachlicher Sicht prinzipiell an der fachärztlichen Leitung festgehalten werden. Ist diese nicht realisierbar, kommt ein/e nach Psychotherapeutengesetz weitergebildete/r Psychotherapeut*in mit Erfahrung in der psychiatrischen Versorgung für die Leitung in Betracht.

Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (PSAG) sollten in jeder Gebietskörperschaft existieren oder geschaffen werden, mit einer verbindlichen, landesweit vergleichbaren Geschäftsordnung und eigener Leitung. Es ist wünschenswert und strukturell sinnvoll, dass diese Leitung durch z. B. den SpDi oder den/die Psychiatriekoordinator*in wahrgenommen wird. Je nach Gegebenheit vor Ort kann dies jedoch auch in anderen Händen liegen – dann ist jedoch wichtig, dass die Leitung verbindlich mit den kommunalen Akteuren kooperiert. Die PSAG muss in ihrer Aufgabenstellung konkret versorgungsrelevant und problemlösend arbeiten und wirken. Sie stellt das Kern-Austauschforum vor Ort dar und zielt auf die Weiterentwicklung von Strukturen. Hier ist der inhaltliche Bezug ver-

schiedener Bereiche und Angebote zueinander sicherzustellen. Auf diesem Weg muss sie das Interesse aller an ihr zu beteiligenden Fachpersonen, insbesondere auch des niedergelassenen Bereichs zu sichern versuchen.

Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV): In Sachsen-Anhalt hat sich wie bereits erwähnt, bis heute kein Gemeindepsychiatrischer Verbund gebildet, deshalb wird – im vorherstehenden Absatz – auch die Empfehlung zunächst auf aktive PSAG fokussiert. Gleichwohl wird im Land an vielen Stellen die Schaffung von GPV diskutiert, dies ist politisch angestrebt und im Koalitionsvertrag verankert. Im Referentenentwurf zum neuen PsychKG wird der Aufbau von GPV als hervorstechende Aufgabe von Psychiatriekoordination beschrieben. Deshalb soll dazu mit Blick auf die weitere Entwicklung der Versorgung folgendes empfohlen werden:

Gemeindepsychiatrische Verbünde (GPV) haben – ausgehend von Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich (1988) – schon seit Jahren einen zentralen Stellenwert für die regionale bzw. kommunale (Weiter-)Entwicklung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsstrukturen. Aus Sicht der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde (BAG GPV e. V.)[49] sind vor allem folgende Qualitätsstandards elementar für GPV:

- GPV sind verbindliche Zusammenschlüsse wesentlicher Leistungsanbieter einer definierten Region.
- GPV übernehmen für eine definierte Region die Verpflichtung zur Organisation umfassender sozialpsychiatrischer Hilfen.
- Zielgruppe der GPV sind insbesondere Menschen mit schweren akuten und langandauernden psychischen Erkrankungen und komplexen Hilfebedarfen.
- Der GPV umfasst sozialpsychiatrische Hilfen in folgenden Leistungsbereichen:
  - Selbstversorgung/Wohnen
  - Tagesgestaltung und Kontaktfindung
  - Arbeit, Ausbildung und Beschäftigung
  - Grundversorgung
  - spezielle Therapieverfahren
  - Behandlungs- und Rehabilitationsplanung i. S. einer regionalen Versorgungsverpflichtung.
- Die Kommunen sind im Rahmen ihrer Pflichtaufgaben zur Daseinsvorsorge Mitglied im GPV oder es besteht zumindest eine verbindlich geregelte Kooperation.
- GPV-Mitglieder verpflichten sich zur einzelfallbezogenen Kooperation bei psychisch kranken Menschen mit komplexen Hilfebedarfen.
- GPV-Mitglieder verpflichten sich zu gemeinsamer kontinuierlicher Überprüfung der regionalen Versorgungssituation.
- Der GPV sieht sich als Teil des Gemeindepsychiatrischen Hilfesystems. Er trägt aktiv zur Weiterentwicklung der regionalen Steuerung bei, indem er sich u. a. an der Arbeit der regionalen Steuerungsgremien beteiligt.
- GPV unterstützen den Aufbau und fördern die Arbeit von Selbsthilfeorganisationen.

49 Bundesweit gibt es derzeit 25 Mitgliedsverbünde.

- Kooperationsverträge, Vereinssatzungen oder eine Grundsatzerklärung regeln die Zusammenarbeit der Vertragspartner der GPV.[50]

GPV vertiefen und verankern im oben dargestellten Sinne Koordination, Planung und Steuerung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung auf regionaler/kommunaler Ebene.

Dass die BAG GPV e. V derzeit nur ca. 25 Mitglieder hat, verteilt über das gesamte Gebiet Deutschlands, zeigt, dass der hohe Standard, den GPV sich geben, erst sehr begrenzt umgesetzt ist. Auch zeigt eine genauere Analyse bestehender GPV, dass sich verschiedene Ausgestaltungsvarianten beobachten lassen, zum einen mit Blick auf das Vorhandensein „vor allem" von Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe, zum anderen hinsichtlich der Leistungsanbieter aus dem Zuständigkeitsbereich des SGB V und kaum von Leistungsträgern. Insbesondere dann, wenn ein GPV sich dadurch auszeichnet, in seinem Versorgungsgebiet und durch seine Tätigkeit ein Gemeindepsychiatrisches Zentrum (GPZ) zu schaffen, also schließlich verschiedene Einrichtungen (SpDi, Institutsambulanz, Tagesklinik, APP, Tagesstätte) unter einem Dach anzusiedeln (Elgeti, 2018, S. 92-94), ist Wirkung zu erwarten. Ein solches GPZ kann dann auch mit dem Gedanken der Mischfinanzierung von Leistungen oder der Finanzierung aus einer Hand, Stichwort: „Psychiatriebudget" verknüpft werden – hier herrscht allerdings oft noch eine deutliche Zurückhaltung der Leistungsträger.

Unabhängig davon, wie weit hier innovative Lösungen verfolgt werden, stellt der GPV dennoch ein verfolgenswertes Konzept intensivierter Koordination und Kooperation mit dem Ziel aufeinander abgestimmter und vernetzter Leistungserbringung in einer bestimmten Region oder Gebietskörperschaft dar. Nach aller Erfahrung setzt die Bildung eines GPV – als sozusagen nächste, „höhere" Entwicklungsstufe einer gemeindepsychiatrischen Versorgung – ein Mindestmaß an vorhandener Kooperation und Koordination der Versorgung vor Ort voraus. Oft entwickeln sie sich aus gut arbeitenden PSAG heraus (schon deshalb ist die Weiterentwicklung der PSAG sinnvoll). Ein GPV will gemeinsam mit möglichst vielen Beteiligten (Kommune, Träger, Einrichtungen, Berufsgruppen, Praxen) ein für die lokalen bzw. regionalen Gegebenheiten funktionales Konzept entwickeln.

Das Konzept GPV wird im neuen Psych KG favorisiert und seine Entwicklung soll zu den definierten Aufgaben der Psychiatriekoordination gehören. Nach Einschätzung von FOGS sind die kreisfreien Städte im LSA bzw. die darin die Versorgung tragenden Einrichtungen und Professionen durchaus in der Lage, konzeptionelle Schritte im Hinblick auf einen GPV umzusetzen, für einige wenige Landkreise gilt dies ebenfalls, für andere Landkreise (z. Zt. noch) nicht – hier ist zunächst eine PSAG aufzubauen bzw. hinsichtlich ihrer Aufgaben weiterzuentwickeln. Gleichwohl gilt auch für diese Kommunen, dass die Idee eines GPV Impulse setzen kann, vorhandene Leistungen und Leistungserbringer besser zu koordinieren und zu vernetzen. Empfohlen wird, dass wenn der GPV als landesweit diskutiertes Modell oder als weitere, anzustrebende Entwicklungsstufe auf der kommunalen Ebene gesehen wird, das MS auch hierzu inhaltlich fördernde Maßnahmen (über die Implementierung der Psychiatriekoordination hinaus) ergreift. Bspw. ein Veranstaltung ausrichtet, in der verschiedene Konzepte, Modelle und Erfahrungen vorgestellt werden, um darauf basierend ein für Sachsen-Anhalt geeignetes Vorgehen abzuleiten.

Information und Evaluation: Voraussetzung für eine effektive und effiziente Planung, Steuerung und Koordination auf Landes- und kommunaler Ebene ist schließlich eine in Zeitabständen regelmäßige Berichterstattung zur psychiatrischen Versorgung auf Landes-

50 Vgl. Qualitätsstandards Gemeindepsychiatrischer Verbünde in der BAG GPV vom 14. Dezember 2012; *http://www.bag-gpv.de/bag-gpv.asp?id=9&mod=User* (Abruf zuletzt am 28.01.2016).

und kommunaler Ebene nach vorgegeben Standards. Dies betrifft zum einen die Erfassung der Angebotsstrukturen und ihrer Ausstattung sowie der Inanspruchnahme, altersdifferenziert, diagnostisch unterteilt und nach Herkunft. Zum andern ist ein landesweit einheitliches System fortzuschreiben bzw. weiterzuentwickeln, das die Versorgungslage in den einzelnen kommunalen Gebietskörperschaften und den jeweils angrenzenden Gebieten abbilden kann. Schließlich sollte gewährleistet werden, dass eine Aufhellung und Transparenz dort erfolgt, wo die Datenlage bisher schmal ist, dies betrifft z. B. die Situation heranwachsender und junger Erwachsener (im Alter von 15 bis 21 oder 25 Jahre), die Versorgung älterer Personen mit psychischen Störungen, die Versorgung in Heimen, die niedrigschwelligen Angebote in den Kommunen.

Empfohlen wird, das von jetzt an Umgesetzte regelhaft zu evaluieren, z. B. auch durch das Ziel, in bestimmten, etwa 3- bis 5-Jahres-Abständen vom MS getragene Konferenzen mit an der Versorgung Beteiligten zur Systementwicklung und -evaluation durchzuführen.

11.3.9 Abschließende Bermerkungen

Betrachtet man alle Ergebnisse und Empfehlungen unter Einschluss der im Land Sachsen-Anhalt im Zuge der Bestandsaufnahme dazu geführten Diskussionen, so lässt sich abschließend Folgendes festhalten:

Im Land Sachsen-Anhalt sind in den letzten Jahrzehnten trotz schwieriger Ausgangs- und Rahmenbedingungen diverse gute Schritte zur Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen getätigt worden. Auffällig ist jedoch, dass Angebotsstruktur, Differenzierungsgrad sowie Koordination und Steuerung der Versorgung über das Land und in den einzelnen Gebietskörperschaften sehr unterschiedlich gegeben bzw. entwickelt sind. Die kommunale Ebene erscheint im Land als sehr unterschiedlich engagiert: Es gibt wenig kommunengetragene (niedrigschwellige) Angebote und vergleichsweise wenig Koordination und Steuerung. Hier ist anzusetzen. Aus externer Sicht ist die Veränderung der Aufgabenwahrnehmung zugunsten der Versorgung psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen durch und in den Kommunen eine der ersten und wichtigsten Aufgaben der Zukunft.

Die kommunale Ebene ist, vor allem in Landkreisen, aufgefordert, sich den Aspekten der Koordination und Planung von sozialpsychiatrischen Hilfen für psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen deutlicher und gezielter zu stellen, nicht nur im Rahmen kommunaler Zuständigkeit und Vorschriften des PsychKG LSA, sondern auch unter dem generellen Aspekt der verantwortlich wahrgenommenen Daseinsfürsorge. Empfohlen wird nicht, eine Vielzahl neuer Einrichtungen zu schaffen, wenngleich ein Mindestmaß an niedrigschwelligen Hilfen, insbesondere für den Krisenfall und mittels aufsuchender Tätigkeit schon aufzubauen/zu verstärken ist. Noch mehr kommt es darauf an, das Vorhandene über regelhafte Kooperation und verbindliche Koordination der an der Versorgung Beteiligten besser und zielorientierter zu nutzen und zu vernetzen, ggf. Lücken zu schließen. Das Land sollte hierzu rahmensetzend und fördernd wirken, bspw. auch durch Bereitstellung von Austauschforen zwischen Land und/oder Kommunen, einer engen Begleitung von Psychiatriekoordination, der Unterstützung trialogischer Entwicklungen etc.

Koordination, Planung und Steuerung sollten in einem fach- bzw. feldübergreifenden Rahmen erfolgen. Also weniger Fokussierung auf Einzel-Fachplanung, sondern mehr auf übergreifende und miteinander verzahnte Förderung der „Teilhabe“.

Mit Blick auf die Zukunft und den Prognosehorizont 2030 erscheint die allgemeine gesundheitliche, aber auch die spezielle psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung, insbesondere im ambulanten Bereich ungesichert und in einigen ländlichen Regionen gefährdet. Es bedarf hier gemeinsamer Anstrengung von Land, Kommunen, Kassenärztlicher Vereinigung, Ärztekammer und Verbänden, um Lösungen zu generieren, wie Nachwuchs in der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung gesichert werden kann. Dementsprechend braucht es gute Ausbildungsmöglichkeiten sowie attraktive Anreize nach Sachsen-Anhalt zu kommen bzw. hier zu bleiben; das gilt auch für den stationären Bereich. Geprüft werden sollte zudem, ob nicht-ärztliche Assistenzmodelle die knappe ärztliche Ressource entlasten können. Hierfür können Landesmodelle wegweisend wirken.

Im Land sollten besondere Akzente auf die Versorgung betroffener Kinder und Jugendlicher und junger Erwachsener, aber auch auf Gruppen mehrfachbelasteter Personen gelegt werden. Hier sind bspw. zu nennen: (Auch) suchtkranke sowie chronisch kranke und behinderte Personen sowie die wachsende Zahl von kognitiv veränderten älteren Menschen bzw. Menschen mit demenziellen Störungen. Dabei geht es vor allem um Schnittstellenverbesserungen (unter Maßgabe weiterer bundesgesetzlicher Änderungen/Öffnungen).

Bezogen auf Kinder und Jugendliche sollten die Schnittstellen zwischen Erziehungs- und Jugendhilfe, Schule und therapeutischem System weiter verbessert werden; Heranwachsende sollten dann vermehrt fachliche und institutionelle Beachtung finden, wenn sich Krisen aus dem Jugendalter fortsetzen. Für längerfristig von psychischer Erkrankung und Behinderung betroffene Personen stehen Beratung, Beschäftigung, Wohnen und Tagesstruktur im Sinne der Teilhabe und Inklusion im Vordergrund. Mit Blick auf die Bedarfslage Älterer sollten gerade präventive, niedrigschwellige, nachbarschafts- und sozialraumbezogene Hilfen zusammen mit der hausärztlichen sowie ambulant-pflegerischen Versorgung stärker als bisher greifen. Dabei gilt grundsätzlich: Nicht alles wird künftig über mehr Einrichtungen zu lösen sein, sondern über höhere Funktionalität und Vernetzung des bereits Bestehenden.

Gerade die Prinzipien der Teilhabe und der Inklusion verlangen, dass Normalität und Menschenwürde gewährleistet werden. Dies erfordert die Partizipation Betroffener und den Einbezug des Umfelds von psychisch erkrankten und seelisch behinderten Menschen. Notwendig ist des Weiteren eine Unterstützung von Betroffenen, sich einzubringen, mitzuwirken, ihre eigenen Stärken zur Geltung zu bringen. Die Weiterentwicklung der Versorgung in Sachsen-Anhalt sollte deshalb grundsätzlich und auf allen Ebenen Betroffene und Angehörige einbeziehen und Trialog fördern. Selbstvertretung, Selbsthilfe und Selbsthilfeinitiativen sollten mehr Bedeutung und Unterstützung erhalten und Peers und EX-IN stärker und als Fachbeitrag anerkannt in die Hilfeprozesse einbezogen werden.

Dem Land sei abschließend empfohlen, den mit der großen Fachtagung zur Weiterentwicklung der Psychiatrie in Sachsen-Anhalt „Auf dem Weg zu einer modernen psychiatrischen Versorgung in Sachsen-Anhalt“ im 12. Oktober 2017 begonnenen Weg weiterzugehen. Auch die weitere Entwicklung des neuen Psych KG und die u. a. darauf basierenden Versorgung im Land sollten im Diskurs mit vielen Beteiligten und Betroffenen im Land angegangen werden. Regelmäßige Fachtagungen sind ein gutes Mittel der Information, Transparenz und Einbindung der im Kand vorhandenen Expertise.

12 Literaturverzeichnis

Abel, J., Otto, W. & Schliebs, N. (2014). „Seelensteine“ – Eine spezialisierte Familienhilfe für Kinder psychisch kranker Eltern. *Jugendhilfe, 3/2014*, 202-209.

Ärztestatistik der Bundesärztekammer 2016. Abgerufen am 31.10.2018 von https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2016/Stat16AbbTab.pdf.

Arbeits- und Sozialministerkonferenz. (2009). Eckpunkte für die Reformgesetzgebung Eingliederungshilfe im SGB XII. In Arbeits- und Sozialministerkonferenz (Hrsg.), *Beschlüsse der 86. ASMK der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder zur „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung“* am 25./26. November 2009 in Berchtesgaden (S. 7 – 10). München: BStMAS.

Arbeits- und Sozialministerkonferenz (Hrsg.). (2010). *Beschlüsse der 87. ASMK der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder zur „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung“* am 20./21. Oktober 2010 in Wiesbaden (S. 5 – 6). Wiesbaden: Hessisches Sozialministerium.

Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung Sachsen-Anhalt. (2015). *22. Bericht Mai 2014 bis April 2015*. Halle.

Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung Sachsen-Anhalt. (2016). *23. Bericht Mai 2015 bis April 2016.* Halle.

Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung Sachsen-Anhalt. (2017). *24. Bericht Mai 2016 bis April 2017*. Halle.

Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung Sachsen-Anhalt. (2018). *25. Bericht Mai 2017 – April 2018*. Halle.

Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2004). Prävalenz psychischer Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein systematischer Überblick. *Psychiatrische Praxis, 6,* 278-287.

Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2012). Prevalence of emotional and behavioral disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health, 66,* 194-203.

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hrsg.). (2009). *Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.* Bonn: BMAS.

BIH Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen. (2017). *Integrationsfachdienste (IFD). Entwicklung 2012 bis 2016.* Wiesbaden: Universum Verlag.

Bittles, A. & Glasson, E. (2004). Clinical, social, and ethical implications of changing life expectancy in Down Syndrome. *Developmental Medicine & Child Neurology, 46,* 282-286.

Böcker, F. M., Jeschke, F. & Brieger, P. (2000). Psychiatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt: Einrichtungen und Dienste im Überblick. Eine Erhebung mit dem „European Services Mapping Schedule“ ESMS. 7. *Bericht des Psychiatrieausschusses*, Mai 1999-April 2000. Halle.

Böcker, F. M. (2007). Ziele und Aufgaben psychiatrischer Versorgung – oder: Braucht Sachsen-Anhalt einen Psychiatrie-Plan? In Ausschus für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.), *14. Bericht für den Zeitraum Mai 2006 – April 2007*. Halle.

Boos-Nünning, U., Siefen, R. G., Kirkcaldy, B., Otyakmaz, B. Ö. & Surall, D. (2002). Migration und Sucht. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. In Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), *Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit 141/2*. Baden-Baden: Nomos.

Braukmann, J., Heimer, A., Jordan, M., Meatzel, J., Schreiner, M. & Wansing, G. (2017). *Evaluation von Peer Counseling im Rheinland*. Endbericht. Berlin, Düsseldorf, Kassel: Prognos & Universität Kassel.

Braun, B., Specht, S., Thaller, R. & Künzel, J (2017a). *Deutsche Suchthilfestatistik 2016. Alle Bundesländer, Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4).* München: IFT.

Braun, B., Specht, S., Thaller, R. & Künzel, J. (2017b). *Deutsche Suchthilfestatistik 2016. Bundesland Sachsen-Anhalt, Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4).* München: IFT.

Bühring, P. (2014). Ungenutzte Potenziale - Erwerbstätigkeit ist für psychisch Kranke eine wichtige Möglichkeit der gesellschaftlichen Teilhabe. Doch nur wenige schaffen es auf den ersten Arbeitsmarkt. Das soll sich ändern. *Deutsches Ärzteblatt*, *111* (4), 60.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2011): *Morbidität und Mortalität von Migranten in Deutschland.* Abgerufen am 06.12.2018 von https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb09-mortalitaet.html

Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke e. V. (2016). *Die TEE – Herbst 2015 im Überblick.*

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. und Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e. V. (Hrsg.). (2009). *Zielsetzungs- und Orientierungsdaten Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland*.

Bundesarbeitsgemeinschaft Integrationsfirmen e. V. (2015). *Überlegungen zur Implementierung eines neuen Angebots zur beruflichen Teilhabe „Beschäftigung und Zuverdienst“*.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Referat Information, Monitoring, Bürgerservice, Bibliothek. (2016). *Unterstützte Beschäftigung. Neue Chancen auf dem Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderung mit besonderem Unterstützungsbedarf.*

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2017). *Häufige Fragen zum Bundesteilhabegesetz (BTHG).*

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2018a). *Welche Rolle sollen Integrationsbetriebe in Zukunft spielen?* Abgerufen von https://www.bmas.de/DE/Schwerpunkte/Inklusion/Fragen-und-Antworten/welche-rolle-sollen-integrationsbetriebe-in-zukunft-spielen.html

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2018b). *Bundesprogramm "Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben - rehapro"* Abgerufen von https://www.bmas.de/DE/Themen/Teilhabe-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/bundesprogramm-rehapro.html

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2016). *Arbeitsunfähigkeit: Fälle und Tage nach Alters- und Krankheitsgruppen 2016*. Abgerufen von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Geschaeftsergebnisse/AU_nach_Diagnosen_und_Alter_2016.pdf

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2017). *Daten des Gesundheitswesens 2017*. Abgerufen von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/170927_BMG_DdGW.pdf

Bundesministerium für Gesundheit (2018). Sucht und Drogen. Abgerufen von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/sucht-und-drogen.html

Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.). (1988). *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich*. Bonn.

Bundesopiumstelle (2017). *Bericht zum Substitutionsregister*. Bonn: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte.

Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit (Hrsg.). (o. J.). *Positionspapier*. Berlin: AK Migration und öffentliche Gesundheit. Abgerufen von https://www.integrationsbeauftragte.de/resource/blob/72490/392836/9e39d097803a8607e651b27b9487a165/gesundheit-arbeitskreis-papier-data.pdf

con_sens (2018). Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2016. Hamburg.

Cooper, S. A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson A. & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *Br J Psychiatry, 190*, 27–35.

Cramer, M., Hiller, S., Noltkämper, W., Reisch, L. & Wagner, E. (2015). *EX-IN im Bezirk Oberbayern Endbericht zum Modellprojekt. Wissenschaftliche Begleitforschung der Hochschule München: Ergebnisse und Empfehlungen.* München: Bezirk Oberbayern.

Czycholl, D. (2005). Zugangsbarrieren in der Suchthilfe: z. B. für Aussiedler. In Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.; Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V. (Hrsg.), *Sucht, Migration, Hilfe: Vorschläge zur interkulturellen Öffnung der Suchthilfe und zur Kooperation von Migrationsdiensten und Suchthilfe. Ein Manual* (S. 93–109). Geesthacht: Neuland.

Deb, S., Kwok, H., Bertelli, M., Salvador-Carulla, L., Bradley, E., Torr, J. & Barnhill, J. for the Guideline Development Group of the WPA Section on Psychiatry of intellectual disability. (2009). International guide to prescribing psychotropic medication for the management of problem behaviours in adults with intellectual disabilities. *World Psychiatry*, 8, 181–186.

Deb, S., Thomas, M. & Bright, C. (2001). Mental disorder in adults with intellectual disability. 2: The rate of behavior disorders among a community-based population aged between 16 and 64 years. *J Intellect Disabil Res, 45*, 506–514.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (2018). *Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen – Informationsblatt 1*. Berlin.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.). (2012). S-*3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Kurzversion. Abgerufen unter
https://www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.). (2018). *Dossier Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung*. Abgerufen von
https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/f80fb3f112b4eda48f6c5f3c68d23632a03ba599/DGPPN_Dossier%20web.pdf.

Deutsche Rentenversicherung Bund. (2017). *Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rentenversicherung in Zahlen*. Berlin.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). (2018). *Reha-Bericht 2018*. Berlin.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (2007). Verwirklichung selbstbestimmter Teilhabe behinderter Menschen. Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung zentraler Strukturen in der Eingliederungshilfe. *NDV, 7.*

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (2009a). *Arbeitshilfe des Deutschen Vereins zu Zuverdienstmöglichkeiten in Bereichen des SGB XII*. Berlin: DV.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (2009b). Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen. *NDV, 7.*

Deutsches Institut für Menschenrechte. (2016, 27 Mai). *Nach den Landtagswahlen in Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt: Monitoring-Stelle hat Koalitionsvereinbarungen analysiert.* Abgerufen am 20.07.2018 unter
https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/aktuell/news/meldung/article/nach-den-landtagswahlen-in-baden-wuerttemberg-rheinland-pfalz-und-sachsen-anhalt-monitoring-stelle/

Deutsches Institut für Menschenrechte. (2017). *Entwicklung der Menschenrechtssituation in Deutschland Juli 2016 – Juni 2017. Bericht an den Deutschen Bundestag gemäß § 2 Abs. 5 DIMRG*. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte.

DGBS e. V. und DGPPN e. V. (2012). *S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen*. Langversion 1.8, Januar 2014.

Dieckmann, F. et al. (2010). *Vorausschätzungen der Altersentwicklung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe. Forschungsbericht.* Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe/Katholische Fachhochschule NRW.

Dieckmann, F. & Metzler, H. (2013). *Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Abschlussbericht.* Stuttgart: KVJS.

Diefenbacher, A. & Voß, T. (2007). Psychische Störungen und schwere Verhaltensauffälligkeiten bei geistig behinderten Menschen. Berlin: Kassenärztliche Vereinigung. Abgerufen von
https://www.kvberlin.de/40presse/30kvblatt/2007/09/60_medizin/kvbr.html

Elgeti, H. & Erven, S. (2017). *Auswertungsbericht zur bundesweiten Umfrage zur Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste*. Netzwerk Sozialpsychiatrische Dienste in Deutschland. Abgerufen am 01.10.2018 von
https://www.sozialpsychiatrische-dienste.de/aktuelles/

Elgeti, H. (2018). Leitlinien für Gemeindepsychiatrische Zentren in Niedersachsen. In Elgeti, H., Piel, A. & Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (Hg). *Psychiatrie in Niedersachsen* – Band 9. Köln: Psychiatrie Verlag

Essau, C.A., Karpinski, N.A., Petermann, F. & Conradt, J. (1998). Häufigkeit und Komorbidität von Störungen durch Substanzkonsum. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46, 105-124.

Europarat CPT (2017). *Bericht an die Deutsche Regierung über den Besuch Europäischer Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe in Deutschland (CPT) vom 25. November bis zum 7. Dezember 2015*. Arbeitsübersetzung aus dem Englischen. CPT/Inf (2017) 13. Straßburg.

EX-IN Niedersachsen e. V. (o. J.). *EX-IN Curriculum*. Ausbildungsprogramm für Psychiatrie-Erfahrene zur Qualifizierung als Ausbilder und als Genesungsbegleiter. Abgerufen unter http://www.ex-in-niedersachsen.de/ausbildung/

Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich (1988). *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung*. Bonn: BMFSFJ

Fachstelle Teilhabeberatung – Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB). *Beratungsangebote der EUTB.* Abgerufen am 20. Juli 2018 von
https://www.teilhabeberatung.de/beratung/beratungsangebote-der-eutb?bundesland=27&bs_kat=All&nid=&distance=50&combine=&a=&dgs=0&page=0

Fegert, J. M., Kölch, M. & Krüger, U. (o. J.). *Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse*. Projektbericht.

Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C. & First, M. (Hrsg.). (2007). *Diagnostic Manual – Intellectual Disability DM-ID*. Kingston, N.Y.: NADD press.

Forschner, L. (2013). Fortschritte in der Suchttherapie. *Ärzteblatt Sachsen-Anhalt* 03/2013. Abgerufen am 25.10.2018 von https://www.aerzteblatt-sachsen-anhalt.de/ausgabe/fachartikel/63-fachartikel-03-2013/137-fortschritte-in-der-suchttherapie.html

Forschungsinstitut Betriebliche Bildung (f-bb) gemeinnützige GmbH (Hrsg.). (2018). *RÜMSA Regionales Übergangsmanagement in Sachsen-Anhalt: Prozesse am Übergang Schule-Beruf Gemeinsam Gestalten.* Berlin.

Fritz Beske-Institut für Gesundheits-System-Forschung (Hrsg.). (2011). *Sechs Entwicklungslinien für Gesundheit und Pflege*, Kiel: IGSF.

Frommer, J. (2016). Gründung, Entwicklung und Gegenwart der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. In J. Frommer & M. Vogel (Hrsg.), *20 Jahre Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg* (S. 17-39). Lengerich.

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2018, 18 Oktober). *Verbesserte Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit einer geistigen Behinderung*. [Pressemeldung]. 35/2018. Abgerufen von https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/768/

Gesundheitsministerkonferenz (GMK) (Hrsg.). (2017a). Anhang 1 der Anlage zu TOP 10.2 der 90. GMK. Tabellenanhang zum Bericht *Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven* der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden an die Gesundheitsministerkonferenz. Stand: 21.02 2017.

Gesundheitsministerkonferenz (GMK) (Hrsg.) (2017b). Anlage zu TOP 10.2 der 90. GMK: *Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Bericht der AG Psychiatrie der AOLG mit den Schwerpunktthemen „Inklusion – Auftrag und Umsetzung, Trialog und Selbsthilfe“ und „Zusammenhang Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie“

Gredig, C. & Schwendy, A. (2009). *Zuverdienst als Chance zur Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen*. Weinheim: Freudenbergstiftung.

Gühne, U. & Riedel-Heller, S. G. (2015). *Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland*. Im Auftrag von Gesundheitsstadt Berlin e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Berlin.

Gusset-Bährer, S. (2012). *Demenz bei geistiger Behinderung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Häßler, F., Bienstein, P., Buscher, M., Caby, F., Hennicke, K., Hoffman, K., … Rosen-Runge, G. (2014). *S2k Praxisleitlinie Intelligenzminderung*. AWMF-Register Nr. 028-042. Federführende Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Ju-

gendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP). Abgerufen von http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-042.html

Hart, J.T. (1971). The Inverse Care Law. *The Lancet*, 297, 405-412.

Heinz, A. (2015). Krankheit vs. Störung. Medizinische und lebensweltliche Aspekte psychischen Leidens. *Der Nervenarzt, 86,* 36-41.

Horn, A., Vogt, D., Messer, M. & Schaeffer, D. (2015). Health Literacy von Menschen mit Migrationshintergrund in der Patientenberatung stärken. *Bundesgesundheitsbl 58* (6), 577-583.

Ihle, W. & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau, 53,* 159-169.

Integrationsfachdienst Halberstadt/Sangerhausen. (2016). *Jahresbericht des Integrationsfachdienstes Halberstadt/Sangerhausen in den Arbeitsagenturbezirken Halberstadt, Bernburg und Sangerhausen für das Jahr 2016.*

Integrationsfachdienst Halle/Merseburg. (2016). *Jahresbericht 2016.*

Integrationsfachdienst Magdeburg/Stendal. (2016). *Jahresbericht 2016.*

Integrationsfachdienst Wittenberg/Dessau. (2016). *Jahresbericht 2016.*

Jacobi, F. (2009). Nehmen psychische Störungen zu? *Report Psychologie, 34* (1), 16-28.

Jacobi, F. & Barnikol, U. B. (2015). Abschätzung von Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Störungen. *Der Nervenarzt, 86* (1), 42-50.

Jacobi, F. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt, 85* (1), 77-87.

Klipker, K. et al. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring 3* (3), 37-46.

Knieps, F. & Pfaff, H. (Hrsg.). (2014). *Gesundheit in Regionen – Zahlen, Daten, Fakten. BKK-Gesundheitsreport 2014*. Berlin.

Koch, E., Staudt, J. & Gary, A. (2015). Medizinische Versorgung von Migranten – Interkulturelle Öffnung, *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, 10,* 808-812.

Koch-Stoecker, S et al. (2016). Struktur und Tätigkeitsspektrum der Psychiatrischen Institutsambulanzen in Deutschland. *Psychiatrische Praxis, 43,* 129-130.

Koglin, U. & Petermann, F. (2008). Vorläufersyndrome von Suchtstörungen. In M. Klein (Hrsg.), *Kinder und Suchtgefahren* (S. 61 – 71). Stuttgart: Schattauer.

Kruse, A., Gaber, E. et al. (2002). *Gesundheit im Alter*. In Robert Koch-Institut (Hrsg.), *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (10). Berlin: RKI.

Kuntz, B. et al. (2018). Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus der KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring, 3* (3), 19-36.

Lampert, T., Saß, A.-C., Häfelinger, M. & Ziese, T. (2005). Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: RKI.

Lampert, T. et al. (2016): Migration und Gesundheit. Abgerufen von Bundeszentrale für politische Bildung
http://www.bpb.de/nachschlagen/datenreport-2016/226612/migration und gesundheit

Lampert, T. et al. (2018a). Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends. *Journal of Health Monitoring, 3* (S 1), 1-26.

Lampert, T. et al. (2018b). Subjektive Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring, 3* (2), 64-71.

Land Sachsen-Anhalt. (2016). *Koalitionsvertrag 2016 – 2021*. Abgerufen von
https://www.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/
StK/STK/Dokumente/Koalitionsvertrag2016-2012.pdf

Land Sachsen-Anhalt. *Haushaltsplan für die Haushaltsplan für die Haushaltsjahre 2017 und 2018, Einzelplan*.

Land Sachsen-Anhalt. (2018). *Familien- und Beratungsstellenfördergesetz Sachsen-Anhalt - FamBeFöG LSA.*

Landesrechnungshof Sachsen-Anhalt. (2017). *Jahresbericht 2017*. Haushalts- und Wirtschaftsprüfung für das Jahr 2016.

Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt. (2017). *Die Droge Crystal im Spiegel der Betreuungen an anerkannten Suchtberatungsstellen in Sachsen-Anhalt.* Mageburg.

Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt. *Suchthilfewegweiser Sachsen-Anhalt.* Abgerufen von https://www.ls-suchtfragen-lsa.de/suchthilfewegweiser/

Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt, Integrationsamt. (2018). *Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Richtlinie zur Förderung des Programms „Inklusionsinitiative II – AlleImBetrieb (AIB). Umsetzung in Sachsen-Anhalt.*

Landtag von Sachsen-Anhalt (2017). *Hilfe und Selbsthilfe im Umgang mit Diabetes in Sachsen-Anhalt.* Antwort der Landesregierung auf eine Kleine Anfrage – KA 7/642. Drucksache 7/1255 vom 18.04.2017.

Landtag von Sachsen-Anhalt (2017). *Demenzerkrankte in Sachsen-Anhalt.* Antwort der Landesregierung auf eine Kleine Anfrage – KA 7/908. Drucksache 7/1678 vom 25.07.2017.

Landtag von Sachsen-Anhalt (2018). *Soziotherapie in Sachsen-Anhalt.* Antwort der Landesregierung auf eine Kleine Anfrage – KA 7/1390. Drucksache 7/2484 vom 21.02.2018.

Lenz, A. (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern.* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe Verlag.

Ließem, H. (2015). *Soziotherapie und Eingliederungshilfe*. Beitrag E10-2015 vom 03.11.2015. Abgerufen von
https://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-e10-2015/

Luck, T., Luppa, M., Angermeyer, M. C. & Riedel-Heller, S. G. (2011). Leichte kognitive Beeinträchtigungen und Demenzen. Eine Bevölkerungsperspektive: Ergebnisse der Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA 75+). *Ärzteblatt Sachsen*, 8, 426-431.

Matthews, F. E. et al. (2013). A two decade comparison of prevalence of dementia in individuals aged 65 years and older from three geographical areas of England: results of the Cognitive Function and Aging Study I and II. *The Lancet*, 382, 1405-1412.

Meeßen-Hühne, H. (2018). *In der Kommune wird sie gebraucht: die ambulante Suchthilfe*. Vortrag zur Feier 5 Jahre drobs Mansfeld-Südharz, Sangerhausen und Eisleben.

Melchior, H., Schulz, H., Walker, J., Ganninger, M. & Härter, M. (2014). Unterschiede in der Prävalenz und der Versorgung depressiver Erkrankungen. In F. Knieps & H. Pfaff (Hrsg.), *Gesundheit in Regionen – Zahlen, Daten*. (S. 87-92). Berlin.

Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt. (1992). *Programm und Bericht der Landesregierung zur Psychiatrischen Versorgung im Land Sachsen-Anhalt*. Magdeburg.

Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Sachsen-Anhalt. (1996). *Psychiatrische Versorgung und Suchtkrankenversorgung im Land Sachsen-Anhalt*. Teil 1: 1. Fortschreibung des Psychiatrieplanes. Magdeburg.

Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt. (2011). *Bericht über die Arbeit der Projektgruppe „Neustrukturierung der Beratungslandschaft in Sachsen-Anhalt“* vom 26.09.2011. Magdeburg.

Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt. (2016a). *Arbeitsmarktprogramm für besonders betroffene schwerbehinderte Menschen im Land Sachsen-Anhalt* (Faltblatt). Magdeburg.

Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt. (2016b). Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen durch die Entwicklung eines örtlichen Teilhabemanagements aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds des Landes Sachsen-Anhalt. *RdErl. des MS vom 1.6.2016 – 31-122.*

Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration Sachsen-Anhalt. (2018a). *Budget für Arbeit.* Abgerufen von
https://ms.sachsen-anhalt.de/themen/menschen-mit-behinderungen/ausbildung-und-beschaeftigung/budget-fuer-arbeit/

Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration Sachsen-Anhalt. (2018b). *Landesmodellprojekt „Unterstützung des Übergangs von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt durch die Integrationsfachdienste in Sachsen-Anhalt" (Modellprojekt ÜWA).* Abgerufen von https://ms.sachsen-anhalt.de/themen/menschen-mit-behinderungen/ausbildung-und-beschaeftigung/programme-und-projekte/

Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt. (2018c). *Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung der Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen durch die Entwicklung eines örtlichen Teilhabemanagements aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds des Landes Sachsen-Anhalt.*

Ministerium für Wirtschaft, Wissenschaft und Digitalisierung des Landes Sachsen-Anhalt (2018). *Daten zur wirtschaftlichen Lage im Land Sachsen-Anhalt – I. Quartal 2018*. Magdeburg.

Müller, S. V. & Wolff, C. (2012). Demenzdiagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ergebnisse einer Befragung. *Teilhabe, 4,* 51, 155–160.

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS). (Hrsg.). (2014). Selbsthilfeförderung durch die Bundesländer in Deutschland 2013, *NAKOS Studien. Selbsthilfe im Überblick, 4*. Berlin: NAKOS.

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS). (Hrsg.). (2015). Gemeinschaftliche Selbsthilfe fördern. *NAKOS Info, 112*. Berlin: NAKOS.

Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS). (Hrsg.). (2017). Zahlen und Fakten 2017. *NAKOS Studien. Selbsthilfe im Überblick, 5*. Berlin: NAKOS.

Nowossadeck, E. (2012). Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. In Robert Koch-Institut (Hrsg.), *GBE kompakt 3* (2). Berlin: RKI.

Oschmiansky, F., Popp, S., Riedel-Heller, S., Schwarzbach, M., Gühne, U. & Kupka, P. (2017). *IAB-Forschungsbericht. Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung. Nürnberg: IAB.*

Patja, K., Iivanainen, M., Vesala, H., Oksanen, H. & Ruoppila, I. (2000). Life expectancy of people with intellectual disability: a 35-year follow-up study. *Journal of Intellectual Disability Research, 44,* 591-599.

Plener, P. L., Straub, J., Fegert, J. M. & Keller, F. (2015). Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern in deutschen Krankenhäusern. *Nervenheilkunde, 34,* 18-23.

Prout, H. T. & Browning, B. K. (2011). Psychotherapy with persons with intellectual disabilities: a review of effectiveness research. *Advances Ment Health Intell Disabil, 5,* 53-59.

Psychosoziales Zentrum für Migrantinnen und Migranten in Sachsen-Anhalt. (2017). *Abschlussbericht 2016.*

Ravens-Sieberer U. et al. (2014). The longitudinal BELLA study: design, methods and first results on the course of mental health problems. *European Child and Adolescent Psychiatry, 24* (6), 695-703.

Rappaport, J. (1981). In praise of paradox. A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9,1, 1-25.

Razum, O. et al. (2008). Migration und Gesundheit. In Robert Koch-Institut & Statistisches Bundesamt (Hrsg.), *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Migration und Gesundheit*. Berlin: RKI.

Rebscher, H. (Hrsg.). (2016). *Gesundheitsreport 2016*. Hamburg: DAK.

Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z. et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.

Robert Koch-Institut. (Hrsg). (2015). *Gesundheit in Deutschland*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.

Rosemann, M. (2018). *BTHG: Die wichtigsten Neuerungen für die psychiatrische Arbeit.* Köln: Psychiatrie Verlag.

Rummel-Kluge, C., Stiegler-Kotzor, M., Schwarz, C., Hansen, W.P. & Kissling, W. (2008). Peer-counseling in schizophrenia: patients consult patients. *Patient Education Counseling*,70, 357-62.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2018). *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung*. Abgerufen von https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=606

Salyers, M.P., McGuire, A.B., Rollins, A.L., Bond, G.R., Mueser, K.T. & Macy, V.R. (2010). Integrating assertive community treatment and illness management and recovery for consumers with severe mental illness. *Community Mental Health Journey, 46,4*, 319-29.

Schädler, J. & Rohrmann A. (2007). Zuständigkeitsregelungen und Reformperspektiven für wohnbezogene Hilfen für Menschen mit Behinderungen. *NDV, 89,* 6.

Schädler, J. et al. (2008). *Selbstständiges Wohnen behinderter Menschen - Individuelle Hilfen aus einer Hand.* Abschlussbericht der ZPE-Forschungsgruppe an der Universität Siegen zum IH-NRW-Projekt im Auftrag des Sozialministeriums Nordrhein-Westfalen. Siegen, Düsseldorf: Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste.

Schlöffel, M., Mittag, O., Funke, W., Pollmann, H., Köhler, J., Blahs, A., … Worringen, U. (2016). *Praxisempfehlungen für den Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation*. Langfassung.
Abgerufen von https://www.imbi.uni-freiburg.de/SEVERA/Downloads/praxisempfehlungen/praxisempfehlungen

Schneider, F., Falkai, P. & Maier, W. (2011). *Psychiatrie 2020 plus*. Berlin/Heidelberg: Springer.

Schuler-Ocak, M., Eichberger, M. C., Penka, S., Kluge, U. & Heinz, A. (2015). Psychische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl 58*(6), 527-532.

Schwarte, N. (Hrsg.). (2009). *Qualität 60 Plus: Konzepte, fachliche Standards und Qualitätsentwicklung der Hilfen für ältere Menschen mit Behinderung*. Bielefeld: Bethel-Verlag.

Seidel. (2009). *Psychische Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung – Warum bedarf es geeigneter Angebote?* Vortrag beim 5. Hauptstadtsymposium der DGPPN am 17. Juni 2009 in Berlin.

Sozialausschuss des oberbayerischen Bezirkstags. (2015, 17 September). Wir sind von dieser Idee überzeugt. Bezirk Oberbayern fördert Einsatz von EX-IN-Genesungsbegleitern in Tagesstätten [Pressemeldung]. Abgerufen unter *http://www.bezirk-oberbayern.de/Footernavigation/Aktuelles-Prese/Pressemeldungen?NavID=2378.22&object=tx|2378.41.1&ModID=7&startkat=2378.25&kat=2378.25&FID=2378.2909.1*

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2017a). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle). *Fachserie 12 Reihe 6.2.1*. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2017b). *Statistisches Jahrbuch 2017*, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt (Destatis). (2018). Statistik der schwerbehinderten Menschen, Kurzbericht. Wiesbaden.

Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt. (o. J.). Bevölkerungsstatistik. Abgerufen am 14.11.2017 von https://statistik.sachsen-anhalt.de/themen/bevoelkerung-erwerbstaetigenrechnung-mikrozensus-evs/bevoelkerung/berichte-bevoelkerung/

Statistisches Landesamt Sachsen-Anhalt. (2017). *Statistisches Jahrbuch Sachsen-Anhalt 2017.*

Storm, A. (Hrsg.). (2018a). *DAK-Gesundheitsreport 2018*. Hamburg: DAK.

Storm, A. (Hrsg.). (2018b). *Kinder- und Jugendreport 2018*. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 23). Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH.

Strobl, R. & Kühnel, W. (2000). *Dazugehörig und ausgegrenzt: Analysen zu Integrationschancen junger Aussiedler*. Weinheim: Juventa.

Tyrer, F., Smith, L. & McGrother, C. (2007). Mortality in adults with moderate to profound intellectual disability: a population-based study. *Journal of Intellectual Disability Research, 51*(7), 520-527.

Uebele, G. (2009). Unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie – Praktizierter Trialog. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 39,3.

Utschakowski J. (2009). EX-IN-Psychiatrieerfahrung als Kompetenz – Ein europäisches Pilotprojekt und seine Folgen. In Aktion Psychisch Kranke, R. Schmidt-Zadel & P. Kruckenberg (Hrsg.), *Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie.* Tagungsbericht Kassel, 3./4. November 2008 (S. 248-254). Köln: Psychiatrie-Verlag.

vdek. (Hrsg). (o. J.). *Das Gesundheitswesen in Sachsen-Anhalt 2015.* Magdeburg: vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt.

vdek. (2018). *Kassenartenübergreifende Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe gemäß § 20c SGB V im Jahr 2017 durch die GKV-Gemeinschaftsförderungen.* Selbsthilfe in den Ländern und auf Bundesebene. Abgerufen am 19.10.2018 unter https://www.vdek.com/vertragspartner/Selbsthilfe.html

Vogel, M. (2016). Die psychosomatisch-psychotherapeutische Station. In J. Frommer & M. Vogel (Hrsg.), *20 Jahre Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg* (S. 40-59). Lengerich.

Weyerer, S. & Bickel, H. (2007). *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter*. Stuttgart: Kohlhammer.

Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO). (2014). Hohe Zufriedenheit mit ambulanter Versorgung bei psychischen Beschwerden. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. *WIdOmonitor*, 11, 1, 1-8.

Wittchen H. U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland – Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt, 44,* 993-1000.

Zimmermann, U.S., Bilger, S. & Mann, K. (2008). Suchtkrankheiten. In F. Schneider & W. Niebling (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis* (S. 301 – 374). Heidelberg: Springer.

13 Glossar

ABW	Ambulant Betreutes Wohnen
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
AGM	Ambulante Gruppenmaßnahme
AIB	Modellprojekt: AlleImBetrieb
APP	Ambulante Psychiatrische Pflege
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landes-gesundheitsbehörden
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
ASMK	Arbeits- und Sozialministerkonferenzen
AU	Arbeitsunfähigkeit
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BA RD-SAT	Regionaldirektion Sachsen-Anhalt-Thüringen der Bunde-sagentur für Arbeit
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft
BAGP	Bundesarbeitsgemeinschaft der Patient*innenstellen und -initiativen
BÄK	Bundesärztekammer
BBW	Berufsbildungswerke
BELLA	Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten
BFW	Berufsförderungswerke
BGG	Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BIH	Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Haupt-fürsorgestellen
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BTHG	Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung
BTZ	Berufliches Trainingszentrum
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DBR	Deutscher Behindertenrat
DEGS1-MH	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit
DGBS	Deutsche Gesellschaft für bipolare Störungen e. V.

DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DGSGB	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V.
DGSP	Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
DIA-AM	Diagnose der Arbeitsmarktfähigkeit besonders betroffener behinderter Menschen
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EFLE	Ehe-, Lebens-, Familien-, Erziehungsberatung
EM	Erwerbsminderung
ESF	Europäischer Sozialfonds
EUTB	Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung
EW	Einwohner*innen
EX-IN	experienced involvement – dt.: Beiteiligung Erfahrener; in diesem Bericht: Experten durch Erfahrung in der Psychiatrie
F-Diagnose	Diagnoseschlüssel für Psychische und Verhaltensstörungen
FamBeFöG LSA	Gesetz zur Familienförderung und zur Förderung sozialer Beratungsstellen des Landes Sachsen-Anhalt
FORENSA	Forensische Ambulanz in Trägerschaft der Salus gGmbH
GB-A	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GDG LSA	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst und dieBerufsausübung im Gesundheitswesen im Land Sachsen-Anhalt
GIA	Geriatrische Institutsambulanz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VSG	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GPV	Gemeindepsychiatrischer Verbund
HIV	Humane Immundefizienz-Virus
HNO-Ärzte	Hals-Nasen-Ohren-Ärzte
HPK	Hilfeplankonferenz
ICD/ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IFD	Integrationsfachdienst

KEL	Kommunale Eingliederungsleistungen
KH	Krankenhaus/Klinik
KH EW	Krankenhaus/Klinik für Erwachsene
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSG	Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung
KiGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
KiJu	Kinder und Jugendliche
KiJu-PT	Psychotherapeutische Praxen für Kinder und Jugendliche
KiJuDi	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
KiTa	Kindertagesstätte
KJP/KJPP	Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVG LSA	Kommunalverfassungsgesetz Sachsen-Anhalt
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LGB	Lautsprachbegleitende Gebärden
LIGA	Zusammenschluss der Wohlfahrtsverbände
LK	Landkreis
LS-LSA	Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt
LSA	Land Sachsen-Anhalt
LVR	Landschaftsverband Rheinland
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
MCI	Mild Cognitive Impairments – dt.: leichte kognitive Beeinträchtigung
MRV	Maßregelvollzug
MS	Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration Sachsen-Anhalt
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
MVollzG LSA	Maßregelvollzugsgesetz Sachsen-Anhalt
MZEB	Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen
N	Anzahl
NAKOS	Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
NRW	Nordrhein-Westfalen
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖTM	Örtliches Teilhabemanagement

Peer	Gleichgestellte, hier: psychisch Kranke bzw. Psychiatrie-erfahrene (die Betroffene beraten, begleiten oder betreuen)
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PflBetrVO	Pflege-Betreuungs-Verordnung
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PrävG	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften
PSG	Pflegestärkungsgesetz
PSM	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
PSY	Psychiatrie und Psychotherapie
PsychKG LSA	Gesetz über Hilfen für psychisch Kranke und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt
PsychKrVersAusschV ST	Verordnung über den Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung und über die Besuchskommissionen vom 29. Januar 1993
PsychPV	Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie
PsychThG	Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
PsychVVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
PSZ	Psychosoziales Zentrum
RPK	Rehabilitationsreinrichtungen für psychisch kranke Menschen
RKI	Robert Koch Institut
RÜMSA	Modellprojekt: Regionales Übergangsmanagement Sachsen-Anhalt
S2k Praxisleitlinie	Praxisleitlinie Intelligenzminderung
S3-Leitlinie	Medizinische Leitlinie, die alle Elemente einer systematischen Entwicklung durchlaufen hat
SchwbAV	Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung
SES	Sozioökonomischer Status
SGB	Sozialgesetzbuch
SHG	Selbsthilfegruppe
SHKS	Selbsthilfekontaktstelle
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
StGB	Strafgesetzbuch
THP (auch ITP)	Individuelle (bzw. Integrierte) Teilhabeplanung

TK	Tagesklinik
TPK	Teilhabekonferenz
ÜFB	Modellprojekt: Unterstützung des Überganges von Schülern mit geistiger Behinderung und weiteren schwerbehinderten Schülern von der Förderschule in Arbeit und Beruf
ÜWA	Modellprojekt: Unterstützung des Übergangs von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der WfbM auf den allgemeinen Arbeitsmarkt durch die Integrationsfachdienste in Sachsen-Anhalt
UN-BRK	UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
vdek	Verband der Ersatzkassen
VZÄ	Vollzeitstellen-Äquivalent
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WTG LSA	Gesetz über Wohnformen und Teilhabe des Landes Sachsen-Anhalt
WTG-MitwVO	Verordnung über die Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Einrichtungen und sonstigen nicht selbstorganisierten Wohnformen nach dem Wohn- und Teilhabegesetz des Landes Sachsen-Anhalt (Wohn- und Teilhabegesetz-Mitwirkungsverordnung)
WMVO	Werkstättenmitwirkungsverordnung
WVO	Werkstättenverordnung