

A n t w o r t

des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit

auf die Große Anfrage der Abgeordneten Ernst-Günter Brinkmann, Peter Wilhelm Dröscher, Friederike Ebli, Marianne Grosse, Jochen Hartloff, Heribert Heinrich, Gerd Itzek, Ruth Leppla, Joachim Mertes, Renate Pepper, Günther Ramsauer und Günter Rösch (SPD)

– Drucksache 14/725 –

Gemeindenaher Psychiatrie in Rheinland-Pfalz

Die Große Anfrage vom 8. Februar 2002 hat folgenden Wortlaut:

Mit dem Landesgesetz für psychisch kranke Personen (PsychKG), das zum 1. Januar 1996 in Kraft trat, verfolgt die Landesregierung das Ziel, in Kooperation mit den Landkreisen, kreisfreien Städten sowie freien und privaten Trägern der Wohlfahrtspflege umfassende psychiatrische Versorgungsstrukturen aufzubauen. Durch die Koordination zwischen den verschiedenen Trägern sollen regionale Versorgungsverbände entstehen, damit für psychisch kranke und behinderte Menschen verbindliche Hilfen vor Ort entstehen, die ihnen ein möglichst selbstständiges Leben in ihrem sozialen Umfeld ermöglichen sollen.

Damit sich die Hilfen am örtlichen Bedarf orientieren, wurde den Landkreisen und kreisfreien Städten die Verantwortung für die Planung und Koordination der psychiatrischen Hilfe übertragen.

Über die Umsetzung der Zielvorstellungen des PsychKG soll eine erste Zwischenbilanz gezogen werden.

Deshalb fragen wir die Landesregierung:

I. Umsetzung der gemeindenahen Psychiatrie in Landkreisen und Städten

Das Landesgesetz sieht in § 7 Abs. 1 die Planung und Koordination der psychiatrischen Hilfen als Aufgabe der Landkreise und kreisfreien Städte vor.

1. Welche Landkreise und kreisfreien Städte haben im Sinne des § 7 Abs. 1 Landesgesetz für psychisch Kranke (PsychKG) eine Koordinierungsstelle für Psychiatrie eingerichtet? Wie sind diese personell besetzt?
2. Wurden von den Landkreisen und kreisfreien Städten kommunale Psychiatriebeiräte im Sinne des § 7 Abs. 2 PsychKG eingerichtet? Wer wird zu diesen kommunalen Psychiatriebeiräten eingeladen?
3. Welche Landkreise und kreisfreien Städte haben im Sinne des § 7 Abs. 2 PsychKG einen kommunalen Psychiatriebericht erstellt?
4. Welche benachbarten Landkreise und kreisfreien Städte arbeiten im Sinne des § 7 Abs. 3 PsychKG zusammen?
5. Wo gibt es neben den Psychiatriebeiräten auch psychosoziale Arbeitsgemeinschaften im Sinne des § 7 Abs. 4 PsychKG?
6. Wie hat das Land die Entwicklung der gemeindepsychiatrischen Strukturen unterstützt und gefördert? Wie steuert das Land den Informationsaustausch zwischen den kommunalen Gebietskörperschaften? Wie nimmt das Land seine Fachaufsicht wahr?
7. Welche wesentlichen Ausgaben bestreiten die Landkreise und kreisfreien Städte mit den ihnen nach § 7 Abs. 5 PsychKG zugewiesenen Mitteln?

8. Welche fachlichen Hilfen und Unterstützungsmaßnahmen sind für die kommenden Jahre geplant?
9. Welche Erkenntnisse hat sie über die Umsetzung des § 29 PsychKG zur Einrichtung von Besuchskommissionen bei Landkreisen und kreisfreien Städten?

II. Ambulante psychiatrische Versorgung

1. Wie viele Ärztinnen und Ärzte für Psychiatrie arbeiten derzeit in einer eigenen Praxis in Rheinland-Pfalz bzw. in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten?
2. Wo gibt es zurzeit psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V und welche sind zurzeit in Planung?
 - 2.1 Welche Erfahrungen wurden mit den psychiatrischen Institutsambulanzen gemacht?
 - 2.2 Welche Erkenntnisse liegen über die Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den psychiatrischen Institutsambulanzen vor?
3. Welche weiteren Möglichkeiten zur Behandlung und psychiatrischen Pflege von chronisch psychisch kranken Menschen im ambulanten Bereich gibt es darüber hinaus?
4. Wie sieht die personelle Ausstattung der sozialpsychiatrischen Dienste an den Gesundheitsämtern (§ 5 Abs. 1 PsychKG) im Vergleich zu 1997 in Rheinland-Pfalz aus (bitte Vergleichsdaten pro Gesundheitsamt in Tabellenform)?
5. An welchen fachlichen Standards orientiert sich die Arbeit der sozialpsychiatrischen Dienste bei den Gesundheitsämtern?

III. Psychiatrische Krankenhausversorgung

1. Was sind die Kernaussagen der fachlichen Konzeption zur Dezentralisierung der psychiatrischen Krankenhausversorgung?
2. Wie ist diese fachliche Konzeption mit Kostenträgern und den Krankenhausträgern abgestimmt?
3. Welche Kliniken haben die nach § 12 Abs. 1 Satz 2 PsychKG vorgesehene Pflichtversorgung für welche Regionen übernommen?
4. Welche voll- und teilstationären Krankenhausangebote wurden seit 1997 und in welcher Größenordnung entwickelt?
 - 4.1 Wie stellt sich das Verhältnis zwischen vollstationären und teilstationären Einrichtungen dar?
 - 4.2 In welchem Umfang förderte das Land den Ausbau der voll- und teilstationären Angebote seit 1991?
5. Welche Planungen im Krankenhausbereich sind in den nächsten fünf Jahren vorgesehen?
6. Welche Erkenntnisse liegen über die neuen psychiatrischen Abteilungen im Krankenhausbereich vor? Inwieweit haben diese eine Pflichtversorgung übernommen?
7. Welche Veränderungen wurden bei den psychiatrischen Kliniken in Klingenmünster, Andernach und Alzey durchgeführt?
 - 7.1 Wie hat sich deren Bettenkapazität im Behandlungsbereich in den Jahren 1991 bis 2001 entwickelt?
 - 7.2 Welche zukünftigen Planungen sind für diese drei Krankenhäuser vorgesehen?
 - 7.3 Welche neuen Angebote haben die drei Krankenhäuser auch außerhalb des Krankenhauses geschaffen?
 - 7.4 Inwieweit sind die drei Krankenhäuser in gemeindepsychiatrische Angebote eingebunden?
 - 7.5 In welcher Form hat das Land die Träger der drei Krankenhäuser bei der Umstrukturierung unterstützt?
 - 7.6 Welche weitere finanzielle Förderung der drei Krankenhäuser ist geplant?

IV. Kinder- und Jugendpsychiatrie

1. Wie viele Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rheinland-Pfalz praktizieren in freier Arztpraxis?
2. Wie wird die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von der kassenärztlichen Versorgung in der Fläche sichergestellt? Wie bewertet die Landesregierung die Sicherstellung der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung? Können psychiatrische Institutsambulanzen das ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Angebot sinnvoll ergänzen und unterstützen? Welche Institutsambulanzen gibt es?
3. Welche Konzeption hat die Landesregierung zur Dezentralisierung der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie?

4. Welche kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhausangebote wurden seit 1991 verwirklicht und wie sieht die weitere Planung hierzu aus?
5. Was sind die häufigsten psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen?
 - 5.1 Welche Behandlungsangebote gibt es für diese Erkrankungen?
 - 5.2 Welche Pharmaka werden zur Behandlung eingesetzt?
 - 5.3 Welche Erkenntnisse liegen über die Verordnungspraxis von Psychopharmaka bei der Behandlung der Hyperaktivität und des Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms (ADS) vor?
 - 5.4 Welche ergänzenden oder alternativen Behandlungsmöglichkeiten für diese kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen gibt es? In welchem Umfang werden diese angewandt?
6. Wie werden die Kinder und Jugendlichen in den Kliniken beschult (bitte aktuelle Angaben über die tatsächlichen Unterrichtsstunden pro Woche und pro Klinik darstellen)? Hält die Landesregierung diese Beschulung für ausreichend? Wo sieht sie weiteren Handlungsbedarf?

V. Komplementäre psychiatrische Hilfen

1. Welche Maßnahmen wurden von Seiten der Landesregierung in den letzten fünf Jahren ergriffen, um Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen ein selbstbestimmtes Leben außerhalb stationärer Einrichtungen zu ermöglichen?
2. Welche Erkenntnisse gibt es über die Betreuung und Unterstützung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung im Bereich des betreuten Wohnens?
3. Welche Möglichkeiten gibt es, um chronisch psychisch behinderten Menschen tagesstrukturierte Hilfen anzubieten?
 - 3.1 Wie gestaltete sich die Entwicklung in diesen Bereichen in den letzten fünf Jahren?
 - 3.2 Welche Tagesstätten mit Kontaktstellenfunktion sind in den letzten fünf Jahren entstanden?
 - 3.3 Von welchen Organisationen werden darüber hinaus in Rheinland-Pfalz niederschwellige Angebote unterbreitet?
 - 3.4 Welche finanzielle Förderung wurde für dieses Hilfsangebot durch das Land gewährt?
4. Wie viele Menschen mit psychischen Behinderungen leben zurzeit in den Langzeitbereichen der Kliniken in Klingenmünster, Andernach und Alzey?
 - 4.1 Welche weiteren Einrichtungen für psychisch behinderte Menschen gibt es (Auflistung mit Kapazitäten nach Städten und Landkreisen getrennt)? Wie schätzt die Landesregierung dieses Versorgungsangebot ein? In welchen Regionen gibt es eine Über- und in welchen eine Unterversorgung?
 - 4.2 Welche Schritte unternimmt die Landesregierung, um das Heimplatzangebot dezentral zu gestalten? Welche Unterstützung erhalten die Heimträger, damit sie die zentralen Angebote gemeindenah entwickeln können? Welche Aufgaben übernehmen die Landkreise und kreisfreien Städte nach § 7 Abs. 1 PsychKG in diesem Umgestaltungsprozess?
 - 4.3 Gibt es gelungene Beispiele für die Dezentralisierung der großen Heime?
5. Was hat die Landesregierung zur Unterstützung der Landkreise und kreisfreien Städte veranlasst, um diese bei der Erfüllung ihrer Aufgabe, die in § 7 Abs. 1 PsychKG geforderten gemeindepsychiatrischen Verbände zu entwickeln, zu unterstützen?
 - 5.1 Wo gibt es gemeindepsychiatrische Verbände?
 - 5.2 Wie haben sich diese konstituiert?
 - 5.3 Wie arbeiten diese Verbände?
 - 5.4 Wie wird die Arbeit der Verbände von den kommunalen Gebietskörperschaften und von der Landesregierung bewertet?
6. Welche Maßnahmen hat die Landesregierung in die Wege geleitet, um die bisher institutionsbezogenen Hilfen verstärkt am Bedarf der einzelnen Personen auszurichten?
7. Wie hat sich der personenbezogene Ansatz im Bereich der ambulanten teilstationären und stationären Hilfe entwickelt? Gibt es bereits Erfahrungen mit einer individuellen Hilfeplanung nach § 46 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) in Verbindung mit den Entwicklungen nach § 93 BSHG?
8. Welche Selbsthilfeinitiativen sind in Rheinland-Pfalz tätig?
 - 8.1 In welcher Form unterstützt das Land die Selbsthilfeinitiativen?

- 8.2 In welcher Höhe fördern die Krankenkassen nach § 20 SGB V diese Selbsthilfearbeit?
- 8.3 Wie wurden und werden Selbsthilfeinitiativen an Planungen beteiligt?
9. Wo gibt es ehrenamtliches Engagement zur Entwicklung der gemeindenahen Psychiatrie und zur Betreuung chronisch psychisch kranker Menschen? Wie sieht dieses aus? Welche regionalen Unterschiede gibt es?

VI. Maßregelvollzug

1. Wie hat sich das Kapazitätsangebot von 1991 bis 2001 im Maßregelvollzug qualitativ und quantitativ entwickelt?
2. Welche konzeptionellen Entwicklungen hat es in dem Behandlungsangebot zwischen 1991 und 2001 gegeben?
3. Wie stellt sich die Personalsituation derzeit in den Maßregelvollzugseinrichtungen dar?
- 3.1 Welche therapeutischen und pflegerischen Stellen wurden in den einzelnen Einrichtungen 1991, 1996 und 2001 vorgehalten?
- 3.2 An welchen Personalausstattungszahlen orientiert sich das Land bei der Pflegesatzgestaltung?
4. Welche Maßnahmen wurden veranlasst, um einen möglichst hohen Sicherheitsstandard in den Maßregelvollzugseinrichtungen zu gewährleisten?
5. Wie sieht die Kapazitätsentwicklung im Maßregelvollzug aus?
- 5.1 Wie viele Personen wurden in den letzten fünf Jahren in den Maßregelvollzug eingeliefert?
- 5.2 Wie viele wurden aus dem Maßregelvollzug entlassen?
- 5.3 Wie viele wurden in den Strafvollzug verlegt?
6. Mit welchen psychischen Störungen werden die Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten in die Kliniken eingeliefert?
7. Welche störungsspezifischen Behandlungsangebote gibt es?
8. Welche Studien gibt es zur Überprüfung des Behandlungserfolges? Welche Unterschiede gibt es für die einzelnen Störungsbilder? Welche Konsequenzen zieht die Landesregierung aus diesen Ergebnissen?
9. Wie sieht die Entwicklung für die jugendlichen Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten aus und welche Erkenntnisse gibt es über die generelle Prognose für jugendliche Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten?
10. Gibt es wissenschaftlich überprüfte Prognosekriterien als Entscheidungsgrundlage für Vollzugslockerungen einschließlich der Beurlaubung?
- 10.1 Wie sehen diese Prognosekriterien aus?
- 10.2 Wie werden diese in den einzelnen Kliniken angewandt?

VII. Aus-, Fort- und Weiterbildung

1. Welche Weiterbildungsmöglichkeiten gibt es für das in der Psychiatrie tätige ärztliche und pflegerische Personal sowie für die anderen in der Personalverordnung Psychiatrie (PsychPV) genannten Berufsgruppen (Psychologie, Ergo- und Bewegungstherapie sowie Sozialarbeit/Sozialpädagogik)?
2. Welche qualifizierten Abschlüsse gibt es für die einzelnen Berufsgruppen? Bitte getrennt nach der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie darstellen.
3. Wie werden die ärztlichen Weiterbildungsstellen ausgenutzt? Gibt es Über- oder Unterkapazitäten?
4. Welche Weiterbildungsstätten für die Fachkrankenpflege Psychiatrie gibt es?
5. Welche spezifischen Weiterbildungsangebote gibt es für die Ergotherapie?
6. Welche spezifischen Weiterbildungsangebote gibt es für die Bewegungstherapie?
7. Gibt es spezifische Angebote, die die motorische und die psychische Entwicklung von Kindern besonders berücksichtigen? Wie sehen diese Angebote aus?

Das **Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit** hat die Große Anfrage namens der Landesregierung – Zuleitungsschreiben des Chefs der Staatskanzlei vom 25. März 2002 – wie folgt beantwortet:

Mit dem Landesgesetz für psychisch kranke Personen (PsychKG) vom 17. November 1995 wurde die gesetzliche Grundlage zur Entwicklung der Gemeindepsychiatrie in Rheinland-Pfalz geschaffen. Gemeindepsychiatrie bedeutet, psychisch kranken Menschen die notwendigen Hilfen dort anzubieten, wo sie wohnen. Während früher Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Behinderungen in entfernt liegenden Krankenhäusern behandelt wurden, soll ihnen durch die Entwicklung gemeindenaher Hilfen die Möglichkeit gegeben werden, in der gewohnten Umwelt zu bleiben. Die gemeindeferne Behandlung und Unterbringung psychisch kranker Menschen führte letztlich auch dazu, dass diese Menschen ihre sozialen Bezüge verloren und somit aus der Gesellschaft ausgegrenzt wurden. Die Gemeindepsychiatrie hat es sich zum Ziel gesetzt, durch wohnortnahe Hilfen die sozialen Netzwerke des einzelnen Menschen zu stützen und zu fördern, um der sozialen Ausgrenzung entgegenzuwirken. Ein wesentliches Instrument, um die Psychiatrie in der Gemeinde zu verankern, war die gesetzliche Regelung in § 7 Abs. 1 PsychKG, der die Planung und die Koordination der psychiatrischen Hilfen den Landkreisen und kreisfreien Städten als Aufgabe der kommunalen Selbstverwaltung übertrug.

I. Umsetzung der gemeindenahen Psychiatrie in Landkreisen und Städten

1. Welche Landkreise und kreisfreien Städte haben im Sinne des § 7 Abs. 1 Landesgesetz für psychisch Kranke (PsychKG) eine Koordinierungsstelle für Psychiatrie eingerichtet? Wie sind diese personell besetzt?

§ 7 Abs. 1 des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen hat die Planung und Koordination der psychiatrischen Hilfen als eine Aufgabe der kommunalen Selbstverwaltung den Landkreisen und kreisfreien Städten übertragen. Das Landesgesetz für psychisch kranke Personen empfiehlt den kommunalen Gebietskörperschaften die Einrichtung einer Koordinierungsstelle für Psychiatrie in der Kommunalverwaltung. Auf Anfrage haben die Landkreise und kreisfreien Städte über die Umsetzung dieser Empfehlung wie folgt berichtet:

Landkreis/Stadt	Koordinierungsstelle	Besetzung
Ahrweiler	nein	
Altenkirchen	ja	0,5-Stelle Diplomsozialarbeiterin
Alzey/Worms	ja	1,0-Vollzeitstelle als Stabsstelle beim Gesundheitsamt
Bad Dürkheim	ja	0,75-Stelle (mit Stadt Neustadt)
Bad Kreuznach	ja	0,5-Stelle Diplom-Verwaltungswirt
Bernkastel-Wittlich	ja	Facharzt für Psychiatrie am Gesundheitsamt (Teilaufgabe) mit Unterstützung durch eine Verwaltungsangestellte
Birkenfeld	keine Angaben	
Bitburg-Prüm	ja	Aufgabe des Sozialamtsleiters (Teilaufgabe)
Cochem-Zell	ja	Amt für Jugend, Familie und Soziales
Daun	ja	Amtsärztin am Gesundheitsamt (Teilaufgabe)
Donnersbergkreis	ja	Mitarbeiterin im sozialpsychiatrischen Dienst (Teilaufgabe)
Frankenthal	ja	0,5-Stelle: Ärztin der psychiatrischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses
Germersheim	ja	Fachärztin für Psychiatrie am Gesundheitsamt (Teilaufgabe)
Kaiserslautern (Landkreis)	ja	Vollzeitstelle am Gesundheitsamt (mit Stadt Kaiserslautern)
Kaiserslautern (Stadt)	ja	Vollzeitstelle am Gesundheitsamt (mit Landkreis Kaiserslautern)
Koblenz (Stadt)	ja	Vollzeitstelle – gemeinsam mit dem Landkreis Mayen-Koblenz
Kusel	ja	Vollzeitstelle in der Abteilung Gesundheit/Soziale Dienste
Landau	ja	Facharzt für Psychiatrie am Gesundheitsamt (Teilaufgabe) – gemeinsam mit dem Landkreis Südliche Weinstraße –
Ludwigshafen (Landkreis)	ja	0,5-Stabsstelle – Zusammenarbeit mit den Städten Frankenthal und Speyer
Ludwigshafen (Stadt)	ja	Stabsstelle beim Sozialdezernenten, Vollzeit
Mayen-Koblenz	ja	Vollzeitstelle für eine Beamtin des nichttechnischen Dienstes (gemeinsam mit Stadt Koblenz)
Mainz (Stadt)	ja	Dipl.-Psychologe, Vollzeitstelle als Stabsstelle beim Gesundheitsdezernenten
Mainz-Bingen	ja	Amtsleiterin des Kreisjugend- und Sozialamtes (Teilaufgabe mit personeller Unterstützung durch den sozialpsychiatrischen Dienst)

Landkreis/Stadt	Koordinierungsstelle	Besetzung
Neustadt	ja	0,75-Stelle am Gesundheitsamt Neustadt (mit Landkreis Bad Dürkheim)
Neuwied	ja	Stabsstelle beim Gesundheitsdezernenten, Soziologe 30 Stunden
Pirmasens	ja	Vollzeitstelle (gemeinsam mit Landkreis Südwestpfalz und Stadt Zweibrücken)
Rhein-Hunsrück-Kreis	ja	Stabsstelle Sozialplanung (Vollzeit)
Rhein-Lahn-Kreis	ja	Sozialamt
Speyer	ja	0,5-Stabsstelle in Zusammenarbeit mit dem Landkreis Ludwigshafen
Südliche Weinstraße	ja	Facharzt für Psychiatrie am Gesundheitsamt (gemeinsam mit Stadt Landau)
Südwestpfalz	ja	Psychologe Stabsstelle beim Sozialdezernenten (gemeinsam mit den Städten Zweibrücken und Pirmasens)
Trier (Stadt)	ja	Vollzeitstabsstelle Sozialplanung, Sozialwissenschaftler
Trier-Saarburg	keine Angaben	
Westerwaldkreis	ja	Sozialarbeiterin mit 30-Std.-Woche
Worms	ja	Dipl.-Sozialarbeiter, Vollzeit, Abteilung Soziale Dienste
Zweibrücken	ja	Psychologe/gemeinsam mit Stadt Pirmasens und Landkreis Südwestpfalz

2. *Wurden von den Landkreisen und kreisfreien Städten kommunale Psychiatriebeiräte im Sinne des § 7 Abs. 2 PsychKG eingerichtet? Wer wird zu diesen kommunalen Psychiatriebeiräten eingeladen?*

Das Landesgesetz für psychisch kranke Personen empfiehlt den Landkreisen und kreisfreien Städten in § 7 Abs. 2 die Bildung von kommunalen Psychiatriebeiräten als ein wesentliches Steuerungsinstrument zur Planung und Steuerung der psychiatrischen Hilfen. Auf Anfrage teilten die Landkreise und kreisfreien Städte Folgendes mit:

Landkreise/Städte	Psychiatriebeirat
Ahrweiler	ja
Altenkirchen	seit 1996
Alzey-Worms	seit 1997
Bad Dürkheim	ja, gemeinsam mit der Stadt Neustadt
Bad Kreuznach	ja
Bernkastel-Wittlich	ja
Birkenfeld	keine Antwort
Bitburg-Prüm	keine Antwort
Cochem-Zell	bei Bedarf wird zu einem Runden Tisch eingeladen
Daun	im Bedarfsfall wird ein Fachgremium eingeladen
Donnersbergkreis	ja
Frankenthal	seit 1999 gemeinsam mit der Stadt Speyer und dem Landkreis Ludwigshafen
Germersheim	gemeinsam mit der Stadt Landau und dem Landkreis Südliche Weinstraße
Kaiserslautern (Landkreis)	ja, gemeinsam mit der Stadt Kaiserslautern
Koblenz (Stadt)	ja, gemeinsam mit dem Landkreis Mayen-Koblenz
Kaiserslautern (Stadt)	ja, gemeinsam mit dem Landkreis Kaiserslautern
Kusel	ja
Landau	gemeinsam mit den Landkreisen Südliche Weinstraße und Germersheim
Ludwigshafen (Kreis)	ja, seit 1999 gemeinsam mit den Städten Speyer und Frankenthal
Ludwigshafen (Stadt)	ja, seit 1998
Mainz	ja, seit 1994
Mainz-Bingen	Psychiatriebeirat seit 1997
Mayen-Koblenz	seit 1998 gemeinsam mit der Stadt Koblenz

Landkreise/Städte	Psychiatriebeirat
Neustadt	ja, gemeinsam mit dem Landkreis Bad Dürkheim
Neuwied	ja, seit 1997
Pirmasens (Stadt)	gemeinsam mit der Stadt Zweibrücken und dem Landkreis Südwestpfalz
Rhein-Hunsrück-Kreis	seit 1998
Rhein-Lahn-Kreis	ja
Speyer	ja, seit 1999 gemeinsam mit der Stadt Frankenthal und dem Landkreis Ludwigshafen
Südliche Weinstraße	ja, gemeinsam mit der Stadt Landau und dem Landkreis Germersheim
Südwestpfalz	mit den Städten Pirmasens und Zweibrücken
Trier (Stadt)	ja, gemeinsam mit dem Landkreis Trier-Saarburg
Trier-Saarburg	ja, gemeinsam mit der Stadt Trier
Westerwaldkreis	seit 1997 Einladung zu einer Psychiatriekonferenz
Worms	ja
Zweibrücken	gemeinsam mit der Stadt Pirmasens und dem Landkreis Südwestpfalz

Die Landkreise und kreisfreien Städte, die einen kommunalen Psychiatriebeirat eingerichtet haben, laden in der Regel den gleichen Teilnehmerkreis ein. Sie orientieren sich hierbei an der in § 7 Abs. 2 vorgeschlagenen Zusammensetzung. Eingeladen werden Vertreter an der psychiatrischen Versorgung beteiligter Organisationen (Einrichtungsträger, zuständiges Krankenhaus oder Fachabteilung), LIGA-Vertreter, niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und psychologische Psychotherapeuten, Vertreter der Leistungs- und Kostenträger (Krankenkassen, Arbeitsverwaltung und Sozialhilfeträger) und Vertreter der örtlichen Angehörigen- und Selbsthilfegruppen.

3. Welche Landkreise und kreisfreien Städte haben im Sinne des § 7 Abs. 2 PsychKG einen kommunalen Psychiatriebericht erstellt?

Als Grundlage für die Planung der psychiatrischen Hilfen schlägt das Landesgesetz für psychisch kranke Personen in § 7 Abs. 2 den Landkreisen und kreisfreien Städten vor, einen kommunalen Psychiatriebericht aufzulegen, der kontinuierlich fortgeschrieben werden kann. Auf Anfrage antworteten die Landkreise und kreisfreien Städte wie folgt:

Landkreise/kreisfreie Städte	Psychiatriebericht
Ahrweiler	bisher nicht erstellt
Altenkirchen	bisher nicht erstellt
Alzey-Worms	liegt vor
Bad Dürkheim	erster Bericht im Jahr 1998 gemeinsam mit der Stadt Neustadt
Bad Kreuznach	bisher nicht erstellt
Bernkastel-Wittlich	1999 erstellt
Birkenfeld	keine Angaben
Bitburg-Prüm	bisher nicht erstellt
Cochem-Zell	bisher nicht erstellt
Daun	bisher nicht erstellt
Donnersbergkreis	bisher nicht erstellt
Frankenthal	1997 vorgelegt, Folgebericht in Planung
Germersheim	bisher nicht erstellt
Kaiserslautern (Landkreis)	in Arbeit
Kaiserslautern (Stadt)	in Arbeit
Koblenz	gemeinsam mit dem Landkreis Mayen-Koblenz im Jahr 2000 vorgelegt
Kusel	keine Angaben
Landau	bisher nicht erstellt
Ludwigshafen (Landkreis)	1998 gemeinsam mit der Stadt Speyer erstellt
Ludwigshafen (Stadt)	durch das Institut für kommunale Psychiatrie vorgelegt im Jahr 1997; Folgebericht für das Jahr 2003 geplant
Mainz	kein Gesamtplan, sondern Berichte über einzelne Segmente
Mainz-Bingen	in Planung

Landkreise/kreisfreie Städte	Psychiatriebericht
Mayen-Koblenz	2000 gemeinsam mit der Stadt Koblenz vorgelegt
Neustadt	1998 gemeinsam mit dem Landkreis Bad Dürkheim
Neuwied	1999 vorgelegt, Fortschreibung für das Jahr 2004 geplant
Pirmasens	liegt vor – gemeinsam mit dem Landkreis Südwestpfalz und der Stadt Zweibrücken
Rhein-Hunsrück-Kreis	1997 erstellt, Fortschreibung für 2002 geplant
Rhein-Lahn-Kreis	liegt vor
Speyer	1998 gemeinsam mit dem Landkreis Ludwigshafen erstellt
Südliche Weinstraße	bisher nicht erstellt
Südwestpfalz	liegt vor – gemeinsam mit den Städten Pirmasens und Zweibrücken
Trier	erster kommunaler Psychiatrieplan im Mai 1996
Trier-Saarburg	keine Angaben
Westerwaldkreis	liegt vor und wird fortgeschrieben, letzte Fassung vom 18. Februar 2000
Worms	bisher nicht erstellt
Zweibrücken	liegt vor – gemeinsam mit der Stadt Pirmasens und dem Landkreis Südwestpfalz

4. Welche benachbarten Landkreise und kreisfreien Städte arbeiten im Sinne des § 7 Abs. 3 PsychKG zusammen?

Das Landesgesetz für psychisch kranke Personen eröffnet in § 7 Abs. 3 den Landkreisen und kreisfreien Städten die Möglichkeit, mit benachbarten Städten und/oder Landkreisen gemeinsame Planungsregionen zu schaffen. Von dieser Möglichkeit wurde bisher wenig Gebrauch gemacht. Nach Auskunft der Landkreise und kreisfreien Städte haben sich folgende gemeinsame Planungsregionen entwickelt:

- Landkreis Mayen-Koblenz und Stadt Koblenz
- Landkreis Trier-Saarburg und Stadt Trier
- Landkreis Ludwigshafen und Städte Frankenthal und Speyer
- Landkreis Bad Dürkheim und Stadt Neustadt
- Landkreis Kaiserslautern und Stadt Kaiserslautern
- Landkreis Südwestpfalz und Städte Zweibrücken und Pirmasens
- Landkreis Südliche Weinstraße, Stadt Landau und Landkreis Germersheim.

5. Wo gibt es neben den Psychiatriebeiräten auch psychosoziale Arbeitsgemeinschaften im Sinne des § 7 Abs. 4 PsychKG?

Am Anfang der 80er Jahre haben sich Beschäftigte von psychiatrischen und psychosozialen Einrichtungen und Diensten informell in so genannten psychosozialen Arbeitsgemeinschaften mit dem Ziel getroffen, sich regelmäßig über ihre Arbeit zu informieren, besondere Versorgungsprobleme zu erörtern und Lösungsvorschläge für die jeweilige Region zu entwickeln. Das Landesgesetz für psychisch kranke Personen hat in § 7 Abs. 4 diese Selbstorganisation der Beschäftigten aufgegriffen und den Landkreisen und kreisfreien Städten vorgeschlagen, diese psychosozialen Arbeitsgemeinschaften zu unterstützen und zu fördern. Während sich in den Psychiatriebeiräten vorrangig die Trägervertreter treffen, um mit den kommunalen Gebietskörperschaften verbindliche Absprachen zur Erbringung spezifischer Hilfen zu treffen, sind in den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften eher die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der psychiatrischen Dienste und Einrichtungen vertreten. Hier werden vorrangig Fachfragen erörtert und beantwortet. Das Landesgesetz für psychisch kranke Personen sieht vor, dass die psychosozialen Arbeitsgemeinschaften den Psychiatriebeiräten fachlich zuarbeiten sollen. Auf Nachfrage haben die Landkreise und kreisfreien Städte wie folgt geantwortet:

Landkreise/Städte	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften
Ahrweiler	ja
Altenkirchen	ja, seit 1997
Alzey-Worms	ja
Bad Dürkheim	ja (gemeinsam mit Stadt Neustadt)
Bad Kreuznach	ja
Bernkastel-Wittlich	ja
Birkenfeld	keine Antwort
Bitburg-Prüm	ja
Cochem-Zell	ja
Daun	ja

Landkreise/Städte	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften
Donnersbergkreis	ja
Frankenthal	ja, gemeinsam mit nördlichem Teil des Landkreises Ludwigshafen
Germersheim	ja
Kaiserslautern (Landkreis)	ja, seit zwölf Jahren
Kaiserslautern (Stadt)	ja, seit zwölf Jahren
Koblenz	ja (gemeinsam mit Landkreis Mayen-Koblenz)
Kusel	ja
Landau	ja
Ludwigshafen (Landkreis)	ja – zweigeteilt: südlicher Teil mit Stadt Speyer, nördlicher Teil mit Stadt Frankenthal
Ludwigshafen (Stadt)	ja, seit 18 Jahren
Mainz	ja, seit 1991
Mainz-Bingen	die Kreisverwaltung hat Fachausschüsse zu spezifischen Themen wie Kinder- und Jugendpsychiatrie, Gerontopsychiatrie gebildet und lädt regelmäßig dazu ein
Mayen-Koblenz	ja (gemeinsam mit Stadt Koblenz)
Neustadt	ja (gemeinsam mit Landkreis Bad Dürkheim)
Neuwied	ja
Pirmasens	ja (gemeinsam mit Landkreis Südwestpfalz und Stadt Zweibrücken)
Rhein-Hunsrück-Kreis	ja
Rhein-Lahn-Kreis	ja
Speyer	ja, gemeinsam mit südlichem Teil des Landkreises Ludwigshafen
Südliche Weinstraße	ja
Südwestpfalz	ja (gemeinsam mit den Städten Zweibrücken und Pirmasens)
Trier (Stadt)	ja, seit 1976
Trier-Saarburg	keine Antwort
Westerwaldkreis	ja, seit 1983
Worms	ja
Zweibrücken	ja (gemeinsam mit Pirmasens und dem Landkreis Südwestpfalz)

6. *Wie hat das Land die Entwicklung der gemeindepsychiatrischen Strukturen unterstützt und gefördert? Wie steuert das Land den Informationsaustausch zwischen den kommunalen Gebietskörperschaften? Wie nimmt das Land seine Fachaufsicht wahr?*

Das Landesgesetz für psychisch kranke Personen sieht in § 7 Abs. 5 vor, dass die Landkreise und kreisfreien Städte für den Aufbau der gemeindepsychiatrischen Strukturen jährlich eine DM (ab 2002: 0,51 Euro) pro Einwohner erhalten. Dies ergab seit 1996 folgende Auszahlungen an die Landkreise und kreisfreien Städte:

1996:	3 992 895 DM
1997:	3 992 895 DM
1998:	4 009 788 DM
1999:	4 016 485 DM
2000:	4 025 054 DM
2001:	4 025 653 DM.

Die Auszahlung dieser Mittel erfolgt einmal jährlich zum 1. Juli des Jahres.

Nach In-Kraft-Treten des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen hat die Landesregierung eine Informationskampagne zur Umsetzung des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen finanziert. Die Informationskampagne bestand aus folgenden Elementen:

- Fachtagung für die Sozialdezernentinnen und Sozialdezernenten der Landkreise und der kreisfreien Städte,
- sechs jeweils zweitägigen regionalen Fachtagungen im Jahr 1996 für die für die Psychiatriekoordination zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Kreis- und Stadtverwaltungen sowie
- sechs eintägigen regionalen Fachtagungen für den gleichen Personenkreis im Jahr 1997 und
- der Entwicklung und Verteilung von Arbeitsmaterialien mit dem Thema „... und jetzt auch noch die Psychiatrie“.

Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit lädt einmal jährlich die für die Psychiatriekoordination zuständigen Personen der Landkreise und kreisfreien Städte zu einer eintägigen Informationsveranstaltung nach Mainz ein. Bei dieser Tagung werden die wesentlichen aktuellen Fragen der gemeindepsychiatrischen Versorgung erörtert. Die Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren treffen sich weiterhin zweimal jährlich. An diesen Treffen nimmt in aller Regel eine Vertretung des Ministeriums teil, um den Informationsfluss zwischen Land und Kommunen zu gewährleisten.

Außerdem lädt das Ministerium einmal jährlich die Sozialpsychiatrischen Dienste an den Gesundheitsämtern zu einer Fachtagung nach Mainz ein, um aktuelle Fragen und Probleme zu erörtern.

Weiterhin fördert die Landesregierung einzelne Projekte zur Umsetzung des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen. So wurde der Aufbau von Wohnverbänden als Teil eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes im Sinne des § 7 Abs. 1 des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen in den Regionen Trier und Kaiserslautern vom Land mit rd. 300 000 DM in den Jahren 1997 bis 1999 gefördert. Die Ergebnisse dieses Projektes wurden in einer bundesweit beachteten Broschüre „Hilfen zuverlässig gestalten – Entwicklung von Verbundsystemen in der Gemeindepsychiatrie“ dokumentiert.

Mit der Broschüre „Gemeindenaher Psychiatrie – Bestandsaufnahme und Perspektiven“, die im November 2001 in einer Auflage von 5 000 Exemplaren in 5. Auflage erschienen ist, hat das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit eine Planungsgrundlage für alle Landkreise und kreisfreien Städte vorgelegt. Die Broschüre stellt nach Landkreisen und kreisfreien Städten geordnet den Stand der Entwicklung in der Gemeindepsychiatrie dar und zeigt Perspektiven für die weitere Entwicklung auf.

Weiterhin beteiligt sich das Land an der Förderung des vom Bundesministerium für Gesundheit initiierten bundesweiten Projekts zur „Implementation des personenbezogenen Ansatzes“. Ziel dieses Bundesprojektes ist es, darauf hinzuwirken, dass die Träger psychiatrischer Dienste und Einrichtungen mit den zuständigen Landkreisen und kreisfreien Städten eine Vereinbarung über die verbindliche Erbringung personenzentrierter Hilfen abschließen. Mit diesem Implementationsprojekt wird die Entwicklung Gemeindepsychiatrischer Verbände im Sinne des § 7 Abs. 1 PsychKG gefördert. Das Land Rheinland-Pfalz bezuschusst dieses auf drei Jahre angelegte Projekt für insgesamt sieben rheinland-pfälzische Kommunen mit insgesamt rund 150 000 €. An diesem Projekt nehmen teil die Städte Mainz und Kaiserslautern, die jeweils zur Hälfte mit Bundesmitteln gefördert werden, sowie die Städte Pirmasens, Trier und Zweibrücken und die Landkreise Bernkastel-Wittlich, Trier-Saarburg und Südwestpfalz.

Die Landesregierung versteht Fachaufsicht als eine unterstützende und beratende Begleitung dieses Entwicklungsprozesses. Die für Psychiatrie und Behindertenhilfe zuständigen Fachreferate des Ministeriums nehmen auf Einladung an Sitzungen der kommunalen Psychiatriebeiräte teil, um über die Entwicklung auf dem Laufenden zu sein und bei Bedarf in Einzelfragen beraterisch tätig zu werden. Sie beraten die Kommunen in Fragen der Umsetzung des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen und nutzen Informationstage, um in bestimmten grundlegenden Punkten ein gemeinsames Vorgehen abzustimmen.

Der Landespsychiatriebeirat ist in diesem Prozess ein wichtiges Steuerungsinstrument. Mit seinen einvernehmlich verabschiedeten Empfehlungen gibt er Antworten zu verschiedenen Fragen der gemeindepsychiatrischen Entwicklung. So hat er in den letzten Jahren Empfehlungen zu folgenden Themen einvernehmlich verabschiedet:

- Perspektiven und Ziel der Psychiatrie-Reform in Rheinland-Pfalz
- Empfehlungen für die Zusammensetzung der Besuchskommissionen nach § 29 PsychKG
- Empfehlungen für die Arbeit der Besuchskommissionen nach § 29 PsychKG
- Empfehlungen für die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste an den Gesundheitsämtern.

Im Jahr 1999 wurde der Innovationspreis des Gesundheitsministeriums für innovative Projekte in der Gemeindepsychiatrie ausgeschrieben und vergeben.

7. *Welche wesentlichen Ausgaben bestreiten die Landkreise und kreisfreien Städte mit den ihnen nach § 7 Abs. 5 PsychKG zugewiesenen Mitteln?*

Die Landkreise und kreisfreien Städte haben mitgeteilt, dass sie insbesondere folgende Aufgaben mit den vom Land zur Verfügung gestellten Mitteln finanzieren:

- Personal für die Koordinierungsstelle Psychiatrie
- Kontaktstellen in den Tagesstätten
- Projekte wie beispielsweise die Einrichtung eines Krisentelefon (Ludwigshafen, Neuwied, Frankenthal, Speyer)
- Erstellung von psychosozialen Beratungsführern
- Durchführung von regionalen Veranstaltungen, Tagungen und „Wochen der seelischen Gesundheit“
- Förderung von örtlichen Selbsthilfegruppen
- Planungsgutachten, Psychiatrieberichte
- Fort- und Weiterbildungstagungen für Beschäftigte in psychiatrischen Diensten und Einrichtungen.

8. Welche fachlichen Hilfen und Unterstützungsmaßnahmen sind für die kommenden Jahre geplant?

Das Land wird auch in den kommenden Jahren die Weiterentwicklung der gemeindepsychiatrischen Strukturen unterstützen und fördern. Dazu gehört neben der finanziellen Förderung und der Beratung der Landkreise und kreisfreien Städte die Fortsetzung der Informationstagungen für die Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren und für die Sozialpsychiatrischen Dienste bei den Gesundheitsämtern sowie für die sozialen Dienste an den psychiatrischen Krankenhäusern und psychiatrischen Hauptfachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern.

Der Landespsychiatriebeirat wird auch in den kommenden Jahren den regionalen Entwicklungsprozess begleiten.

In Zukunft wird das Land noch stärker als bisher die Entwicklung personenzentrierter Hilfen fördern und unterstützen. Ansatzpunkt ist hier die Umsetzung des § 93 d Bundessozialhilfegesetz. Gemeinsames Ziel des Landes, der Liga der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege und der privaten Dienste und Einrichtungen in der Psychiatrie ist es, ein einheitliches Hilfeplanungsinstrument zu entwickeln, das auch Grundlage für die Kalkulation einer angemessenen Maßnahmepauschale ist. Mit dieser Pauschale sollen die für den Hilfe Suchenden notwendigen Leistungen finanziert werden.

Das Land hat durch die Förderung der Wohnverbundprojekte in den Regionen Trier und Kaiserslautern dazu beigetragen, dass in den Regionen Hilfeplankonferenzen entstanden sind. Aufgabe der Hilfeplankonferenzen ist es, verbindliche Absprachen über die Erbringung von Hilfe zu treffen, so dass kein Hilfe Suchender aus einer Region in eine andere Region wechseln muss, weil die für ihn notwendigen Hilfen in seiner Heimatregion nicht erbracht werden.

9. Welche Erkenntnisse hat sie über die Umsetzung des § 29 PsychKG zur Einrichtung von Besuchskommissionen bei Landkreisen und kreisfreien Städten?

Das Landesgesetz für psychisch kranke Personen sieht in § 29 vor, dass die Landkreise und kreisfreien Städte, in deren Einzugsgebiet eine psychiatrische Klinik oder eine psychiatrische Hauptfachabteilung an einem Allgemeinkrankenhaus besteht, Besuchskommissionen berufen. Aufgabe der Besuchskommission ist es zu überprüfen, ob die Rechte der in diesen Einrichtungen nach dem Landesgesetz für psychisch kranke Personen untergebrachten Personen gewahrt werden.

Seit In-Kraft-Treten des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen wurden für alle psychiatrischen Kliniken und psychiatrischen Hauptfachabteilungen Besuchskommissionen von den zuständigen Landkreisen oder kreisfreien Städten bestellt. Die psychiatrischen Kliniken und psychiatrischen Hauptfachabteilungen werden mindestens einmal jährlich von der für sie zuständigen Besuchskommission aufgesucht. Der Bericht der Besuchskommission wird in den jeweils zuständigen kommunalen Gremien beraten.

Nach Auskunft der Landkreise und der kreisfreien Städte hat sich diese Einrichtung sehr bewährt. Die Arbeit der Besuchskommission trägt insgesamt zur Rechtssicherheit bei. Sie fördert die Kommunikation zwischen Klinik und Gemeinde und trägt auch zu einem besseren Verständnis zwischen Gemeinde und Psychiatrie bei. So werden die Jahresberichte der Besuchskommission nach Angaben der Kommunen oftmals sehr intensiv in den zuständigen Ausschüssen erörtert. Damit erhalten die Mitglieder der Ausschüsse einen Einblick in die Lebenssituation psychisch kranker Menschen. Die Besuchskommissionen haben nach Auskunft der Kommunen auch kleinere bauliche Veränderungen oder Verbesserungen im Tagesablauf des Krankenhauses im Sinne der untergebrachten Personen erreicht.

II. Ambulante psychiatrische Versorgung

1. Wie viele Ärztinnen und Ärzte für Psychiatrie arbeiten derzeit in einer eigenen Praxis in Rheinland-Pfalz bzw. in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten?

Nach Auskunft der Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen ergibt sich folgendes Bild:

Landkreis/Stadt	Anzahl
Kassenärztliche Vereinigung Koblenz	
Ahrweiler	6
Altenkirchen	5
Bad Kreuznach	6
Birkenfeld	3
Cochem-Zell	2
Koblenz (Stadt)	11
Mayen-Koblenz	9
Neuwied	8
Rhein-Hunsrück-Kreis	3
Rhein-Lahn-Kreis	5
Westerwaldkreis	10

Landkreis/Stadt	Anzahl
Kassenärztliche Vereinigung Pfalz	
Bad Dürkheim	4
Donnersbergkreis	2
Germersheim	5
Kaiserslautern (Kreis)	3
Kaiserslautern (Stadt)	10
Kusel	2
Neustadt	6
Südliche Weinstraße	4
Frankenthal	3
Landau	3
Ludwigshafen (Kreis)	4
Ludwigshafen (Stadt)	15
Pirmasens	4
Speyer	6
Südwestpfalz	2
Zweibrücken	2
Kassenärztliche Vereinigung Rheinhessen	
Alzey-Worms	3
Mainz	26
Mainz-Bingen	6
Worms	5
Kassenärztliche Vereinigung Trier	
Berncastel-Wittlich	4
Bitburg-Prüm	3
Daun	2
Trier	9
Trier-Saarburg	4

Die Kassenärztlichen Vereinigungen Pfalz, Rheinhessen und Trier teilten ergänzend mit, dass die genannten Zahlen die Ärzte für Psychiatrie, die Ärzte für Psychiatrie und Neurologie und die Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie umfassen.

Nach Mitteilung der Landesärztekammer ergibt sich folgendes Bild:

Fachgebiet	gesamt	Koblenz	Pfalz	Rheinhessen	Trier
Psychiatrie	119	36	42	25	16
Psychiatrie und Psychotherapie	84	35	19	19	11
Gesamt	203	71	61	44	27

Die Angaben der Landesärztekammer umfassen auch die an den Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung ermächtigten Ärztinnen und Ärzte.

2. *Wo gibt es zurzeit psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V und welche sind zurzeit in Planung?*

Psychiatrische Institutsambulanzen haben nach § 118 SGB V insbesondere die Aufgabe, die psychiatrische Behandlung chronisch psychisch kranker Personen zu übernehmen. Psychiatrische Institutsambulanzen können aufsuchend tätig werden und so die Personen erreichen, die nicht von sich aus krankheitsbedingt fachärztliche Behandlung in Anspruch nehmen, obwohl sie dieser bedürfen. Psychiatrische Institutsambulanzen kooperieren im Regelfall eng mit den niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen in ihrer Region.

Das Gesundheitsreformgesetz hat durch die Novellierung des § 118 Abs. 2 SGB V die psychiatrische Institutsambulanz auch als Regelangebot der psychiatrischen Hauptfachabteilungen eingeführt. Nach dieser Gesetzesänderung haben zunehmend auch Krankenhäuser mit psychiatrischen Hauptfachabteilungen Anträge auf Zulassung psychiatrischer Institutsambulanzen gestellt. Nach Auskunft der zuständigen Krankenhausträger ergibt sich für Rheinland-Pfalz folgendes Bild:

Krankenhaus	Institutsambulanz	
	vorhanden	beantragt
DPWV Tagesklinik, Mainz	x	
Dr. v. Ehrenwall'sche Klinik, Bad Neuenahr	x	
DRK-Tagesklinik, Bad Kreuznach		x
Klinik Sonnenwende	x	
Hunsrück-Klinik der kreuznacher diakonie, Simmern		x
Donnersbergkreis Krankenhaus GmbH, Rockenhausen (in Trägerschaft des Pfalzklunikums für Psychiatrie und Neurologie [AöR])		x
Mutterhaus der Borromäerinnen, Trier	x	
Pfalzklunikum für Psychiatrie und Neurologie (AöR), Klingenmünster	x	
Rheinessen-Fachklinik, Alzey	x	
Rhein-Mosel-Fachklinik, Andernach	x	
St. Antonius-Krankenhaus, Waldbreitbach	x	
St. Antonius-Krankenhaus, Wissen	x	
St. Elisabeth-Krankenhaus, Lahnstein		x
St. Elisabeth-Krankenhaus, Wittlich		x
Städtische Krankenanstalten, Idar-Oberstein	x	
Städtisches Krankenhaus, Frankenthal	x	
	(ab 1. April 2002)	
Städtisches Krankenhaus, Pirmasens	x	
Tagesklinik Kaiserslautern (Pfalzklunikum für Psychiatrie und Neurologie [AöR])	x	
Tagesklinik Kusel (Pfalzklunikum für Psychiatrie und Neurologie [AöR])	x	
Universitätsklunikum Mainz	x	

2.1 Welche Erfahrungen wurden mit den psychiatrischen Institutsambulanzen gemacht?

2.2 Welche Erkenntnisse liegen über die Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den psychiatrischen Institutsambulanzen vor?

Die Krankenhausträger mit psychiatrischen Institutsambulanzen berichten übereinstimmend von einer hohen Akzeptanz der psychiatrischen Institutsambulanzen. Das Ziel, ein kontinuierliches Behandlungsangebot für chronisch psychisch kranke Menschen zu entwickeln, sei erreicht worden. Die psychiatrische Institutsambulanz sei für die Behandlung chronisch psychisch kranker Menschen ein unverzichtbares Instrument. Institutsambulanzen haben nach Auskunft der Krankenhäuser auch die Zusammenarbeit mit den komplementären Diensten in der Region verbessert, denn Krisensituationen im betreuten Wohnen oder in Wohngruppen können durch die aufsuchende Arbeit der psychiatrischen Institutsambulanzen schnell aufgegriffen und bearbeitet werden. So ist nach den Berichten der Krankenhäuser die Zahl der Krisenaufnahmen aus komplementären Einrichtungen durch die Schaffung psychiatrischer Institutsambulanzen zurückgegangen.

Auch die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten entwickle sich nach anfänglicher Skepsis von Seiten der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen sehr gut. In einigen Regionen habe die Eröffnung der psychiatrischen Institutsambulanz zu einem gemeinsamen Arbeitskreis von Krankenhaus, Ärzten und niedergelassener Ärzteschaft geführt. So sei es zu tragfähigen Kooperationsbeziehungen gekommen.

3. Welche weiteren Möglichkeiten zur Behandlung und psychiatrischen Pflege von chronisch psychisch kranken Menschen im ambulanten Bereich gibt es darüber hinaus?

Die ambulante Behandlung psychisch kranker Personen wird durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sichergestellt. Die psychiatrischen Institutsambulanzen ergänzen dieses Angebot durch ihre aufsuchende Arbeit insbesondere für den chronisch psychisch kranken Menschen. Komplementäre Dienste und Einrichtungen ergänzen und unterstützen die ärztliche Behandlung. Die Basisversorgung wird nach dem Landesgesetz für psychisch kranke Personen durch die sozialpsychiatrischen Dienste an den Gesundheitsämtern übernommen. Diese kooperieren eng mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den psychiatrischen Institutsambulanzen. In Einzelfällen gibt es auch enge Arbeitsbeziehungen bis hin zu einem Personalaustausch zwischen dem sozialpsychiatrischen Dienst und der regionalen Versorgungsklinik.

4. *Wie sieht die personelle Ausstattung der sozialpsychiatrischen Dienste an den Gesundheitsämtern (§ 5 Abs. 1 PsychKG) im Vergleich zu 1997 in Rheinland-Pfalz aus (bitte Vergleichsdaten pro Gesundheitsamt in Tabellenform)?*

Das Landesgesetz für psychisch kranke Personen sieht in § 5 Abs. 1 vor, dass an den Gesundheitsämtern sozialpsychiatrische Dienste zu schaffen sind. Gleichzeitig mit dem Landesgesetz für psychisch kranke Personen trat zum 1. Januar 1996 auch das Landesgesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) in Kraft. Mit diesem Gesetz wurden die bisher staatlichen Gesundheitsämter kommunalisiert. Somit ist die Ausgestaltung der sozialpsychiatrischen Dienste an den Gesundheitsämtern eine Aufgabe der Kreisverwaltungen als Träger der Gesundheitsämter. Diese teilten auf Anfrage zur Personalausstattung der sozialpsychiatrischen Dienste Folgendes mit:

Landkreis	1997	2002
Ahrweiler	3,0 Sozialarbeiterinnen	3,0 Sozialarbeiterinnen 1,0 Facharzt für Psychiatrie
Altenkirchen	4,5 Sozialarbeiterinnen	4,0 Sozialarbeiterinnen
Alzey-Worms	4,35 Sozialarbeiterinnen 2,5 Std. pro Woche Facharzt für Psychiatrie	4,1 Sozialarbeiterinnen 2,5 Std. pro Woche Facharzt für Psychiatrie
Bad Dürkheim	4,0 Sozialarbeiterinnen	4,75 Sozialarbeiterinnen 1,0 Psychiater
Bad Kreuznach	4,0 Sozialarbeiterinnen 1,0 Facharzt für Psychiatrie	4,0 Sozialarbeiterinnen 1,0 Fachärztin für Psychiatrie
Bernkastel-Wittlich	keine Angaben	3,0 Sozialarbeiterinnen 1,0 Fachärztin für Psychiatrie
Birkenfeld	keine Angaben	keine Angaben
Bitburg-Prüm	1,5 Sozialarbeiterinnen	1,75 Sozialarbeiterinnen
Cochem-Zell	0,8 Sozialarbeiterin	0,8 Sozialarbeiterin
Daun	1,75 Sozialarbeiterinnen	2,0 Sozialarbeiterinnen
Donnersbergkreis	1,5 Sozialarbeiterinnen	0,5 Sozialarbeiterin (einschl. Koordinierungsaufgaben)
Germersheim	3,0 Sozialarbeiterinnen	3,0 Sozialarbeiterinnen 1,0 Fachärztin für Psychiatrie
Kaiserslautern	keine Angaben	5,5 Sozialarbeiterinnen 0,6 Arzt für Psychiatrie und Neurologie
Kusel	2,0 Sozialarbeiterinnen	2,0 Sozialarbeiterinnen sowie einmal monatlich Beratungstag durch einen niedergelassenen Psychiater
Ludwigshafen		
– Frankenthal und nördlicher Landkreis	1,5 Sozialarbeiterinnen	1,5 Sozialarbeiterinnen
– Speyer und südlicher Landkreis	2,0 Sozialarbeiterinnen	2,0 Sozialarbeiterinnen
– Stadt und mittlerer Landkreis	7,5 Sozialarbeiterinnen	5,75 Sozialarbeiterinnen
– fachärztlicher Dienst für alle drei Regionen	keiner	2,0 Facharztstellen (ab 1. April 2002)
Mainz-Bingen	7,25 Sozialarbeiterinnen	7,25 Sozialarbeiterinnen 1,0 Fachärztin für Psychiatrie 1,0 Verwaltungskraft
Mayen-Koblenz	4,0 Sozialarbeiterinnen	4,5 Sozialarbeiterinnen 1,0 Facharzt für Psychiatrie 1,0 Praktikant im Anerkennungsjahr
Neuwied	6,0 Sozialarbeiterinnen	4,75 Sozialarbeiterinnen 1,0 Fachärztin für Psychiatrie

Landkreis	1997	2002
Rhein-Hunsrück-Kreis	keine Angaben	3,0 Sozialarbeiterinnen 0,5 Verwaltungskraft Geplant: Honorarvertrag über 5 Std. pro Woche mit einem Facharzt der regionalen Klinik
Rhein-Lahn-Kreis	4,0 Sozialarbeiterinnen	4,0 Sozialarbeiterinnen
Südliche Weinstraße	keine Angaben	3,0 Sozialarbeiterinnen-Stellen sowie 3,0 Teilzeitstellen Sozialarbeiterinnen (Anteile unklar) 1,0 Facharzt für Psychiatrie und Neurologie
Südwestpfalz	7,0 Sozialarbeiterinnen	6,5 Sozialarbeiterinnen 0,5 Facharztstelle für Psychiatrie (ausgeschrieben, nicht besetzt)
Trier-Saarburg	keine Angaben	keine Angaben
Westerwaldkreis	5,5 Sozialarbeiterinnen	5,5 Sozialarbeiterinnen 0,5 Arztstelle

5. *An welchen fachlichen Standards orientiert sich die Arbeit der sozialpsychiatrischen Dienste bei den Gesundheitsämtern?*

Die Kreisverwaltungen als Träger der sozialpsychiatrischen Dienste an den Gesundheitsämtern berichten übereinstimmend, dass sich die Arbeit der sozialpsychiatrischen Dienste im Wesentlichen an den im Landesgesetz für psychisch kranke Personen beschriebenen Aufgaben orientieren. Demnach ist der sozialpsychiatrische Dienst subsidiär zu den anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Versorgungsnetz tätig. Der sozialpsychiatrische Dienst versteht sich als Basisdienst, der sich insbesondere um den chronisch psychisch kranken Menschen kümmert. Der sozialpsychiatrische Dienst kann aufsuchend tätig werden. Er bietet dem chronisch psychisch kranken Menschen Hilfestellung an, um andere Behandlungs- und Betreuungsangebote zu nutzen. Der sozialpsychiatrische Dienst hat im Vorfeld einer Unterbringung nach dem Landesgesetz für psychisch kranke Personen die Aufgabe, Alternativen zur Unterbringung zu entwickeln. Der sozialpsychiatrische Dienst kann bei Unterbringungsmaßnahmen mitwirken und bei Gefahr im Verzuge auch eine sofortige Unterbringung nach § 15 PsychKG veranlassen. Nach § 31 PsychKG hat der sozialpsychiatrische Dienst die Aufgabe, nach einer Unterbringung oder Behandlung die nachgehenden Hilfen für die untergebrachte Person zu koordinieren oder selbst zu erbringen.

Der Landespsychiatriebeirat hat einvernehmlich Empfehlungen für die Arbeit der sozialpsychiatrischen Dienste verabschiedet. Nach Auskunft der Kreisverwaltungen orientiert sich die Mehrzahl der sozialpsychiatrischen Dienste in ihrer Alltagsarbeit an diesen Empfehlungen.

Die sozialpsychiatrischen Dienste haben auch in vielen Regionen die Geschäftsführung der psychosozialen Arbeitsgemeinschaften übernommen.

III. Psychiatrische Krankenhausversorgung

1. *Was sind die Kernaussagen der fachlichen Konzeption zur Dezentralisierung der psychiatrischen Krankenhausversorgung?*
2. *Wie ist diese fachliche Konzeption mit Kostenträgern und den Krankenhausträgern abgestimmt?*

Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit hat auf Anregung des Ausschusses für Krankenhausplanung alle an der Krankenhausversorgung Beteiligten zu einer Arbeitsgruppe eingeladen, um gemeinsame und einvernehmliche Empfehlungen für die voll- und teilstationäre psychiatrische Krankenhausversorgung zu erarbeiten. Die ersten Empfehlungen des Ausschusses für Krankenhausplanung zur Psychiatriereform wurden einvernehmlich am 15. Dezember 1994 verabschiedet. Entsprechend dem damaligen Beschluss wurden die Empfehlungen nach fünf Jahren in einer weiteren Arbeitsgruppe unter Federführung des Ministeriums überarbeitet. Die überarbeiteten Empfehlungen wurden einvernehmlich im Ausschuss für Krankenhausplanung am 8. Mai 2001 verabschiedet. Mit diesen Empfehlungen haben sich alle an der Krankenhausversorgung Beteiligten auf die Entwicklung gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen mit dem Ziel, gemeindenahere psychiatrische Krankenhausangebote vorzuhalten, verständigt. Die Empfehlungen halten als grundlegende Zielsetzung fest,

- dezentrale teil- und vollstationäre Behandlungsangebote mit einer Versorgungsverpflichtung im Sinne des § 12 Abs. 1 Satz 1 des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen zu schaffen und die zwischenzeitlich eingerichteten teil- und vollstationären Behandlungsangebote an psychiatrischen Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern in die Lage zu versetzen, die Versorgungsverpflichtung zu übernehmen;
- damit einhergehend die psychiatrischen Krankenhäuser durch die Beschränkung auf die regionale Versorgungsverantwortung bis zu einer fachlich und wirtschaftlich vertretbaren Größe zu verkleinern und ihnen die Möglichkeit zu eröffnen, durch entsprechende Verbundlösungen Teil von Krankenhäusern der Regelversorgung zu werden;

- zur gemeindepsychiatrischen Versorgung gezielt psychiatrische Tageskliniken in fachlicher Anbindung an vollstationäre Angebote zu schaffen. Dabei ist insbesondere bei dezentralen Tageskliniken auf eine wirtschaftliche Betriebsführung zu achten. Dies gelingt am ehesten durch die Anbindung an eine größere Einrichtung;
- psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V an psychiatrischen Krankenhäusern und psychiatrischen Hauptfachabteilungen mit Versorgungsverpflichtung einzurichten. Sie haben insbesondere die Aufgabe, die Nachsorge von schwer chronisch psychisch kranken Personen durch aufsuchende Arbeit sicherzustellen, weiterhin können sie den Übergang vom voll- und teilstationären Sektor in den ambulanten Sektor erleichtern und somit Wiederaufnahmen vermeiden helfen.

Für die Bedarfsplanung wird eine von den außerklinischen Angeboten abhängige Bettenmessziffer von 0,5 bis 0,7 Betten pro 1 000 Einwohner – einschließlich tagesklinischer Plätze – zugrunde gelegt. Dazu sind insbesondere die ambulanten komplementären Angebote weiter zu entwickeln.

Die Größe einer psychiatrischen Hauptfachabteilung an einem Allgemeinkrankenhaus soll in der Regel 70 Betten einschließlich der tagesklinischen Plätze nicht unterschreiten und 100 Betten nicht übersteigen.

Die festzulegenden Versorgungsregionen orientieren sich an den Grenzen der kreisfreien Städte und der Landkreise. Im Einzelfall können mehrere Kommunen zu einer fachlich sinnvollen Versorgungsregion zusammengefasst werden. Unter Berücksichtigung von historischen, geographischen und verkehrstechnischen Gegebenheiten kann im Einzelfall auch von den Stadt- und Landkreisgrenzen abgewichen werden.

Der vollständige Text der Empfehlungen für stationäre psychiatrische Krankenhausversorgung des Ausschusses für Krankenhausplanung ist in der Broschüre Gemeindenahe Psychiatrie in Rheinland-Pfalz, herausgegeben vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, dokumentiert. Die Empfehlungen geben auch einen Überblick über die Versorgungsregionen der psychiatrischen Krankenhäuser und psychiatrischen Hauptfachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

3. Welche Kliniken haben die nach § 12 Abs. 1 Satz 2 PsychKG vorgesehene Pflichtversorgung für welche Regionen übernommen?

Das Landesgesetz für psychisch kranke Personen sieht in § 12 Abs. 1 Satz 2 vor, dass den psychiatrischen Kliniken und psychiatrischen Hauptfachabteilungen Versorgungsregionen zugewiesen werden. Dies bedeutet, dass psychisch kranke Personen, die krankenhausbearbeitungsbedürftig und aufgrund ihrer Erkrankung nach dem Landesgesetz für psychisch kranke Personen unterzubringen sind, von der jeweils zuständigen regionalen Klinik oder Hauptfachabteilung aufgenommen werden müssen. Bei der Festlegung der Personalbemessung nach der Personalverordnung Psychiatrie wird die Zuweisung eines Pflichtversorgungsgebietes personell entsprechend berücksichtigt.

Die psychiatrischen Kliniken und psychiatrischen Hauptfachabteilungen haben nach eigener Information folgende Pflichtversorgungsregionen übernommen:

Krankenhaus		Versorgungsregion
Dr. v. Ehrenwall'sche Klinik	Ahrweiler	Landkreis Ahrweiler
Rheinhausen-Fachklinik	Alzey	Stadt Worms sowie Landkreise Alzey-Worms, Mainz-Bingen und Bad Kreuznach
Rhein-Mosel-Fachklinik	Andernach	Stadt Koblenz sowie Landkreise Mayen-Koblenz, Cochem-Zell und Westerwaldkreis (in Kooperation mit der psychiatrischen Tagesklinik in Dernbach)
Klinik Sonnenwende	Bad Dürkheim	Landkreis Bad Dürkheim
Städtisches Krankenhaus	Frankenthal	Stadt Frankenthal und nördliche Teile des Landkreises Ludwigshafen
St. Elisabeth-Krankenhaus	Gerolstein	Nach Abschluss der laufenden Baumaßnahme: Landkreise Bitburg-Prüm und Daun (derzeit noch Mitversorgung durch die Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach)
Privatklinik Gleisweiler	Gleisweiler	kein Pflichtversorgungsgebiet ausgewiesen
Städtische Krankenanstalten	Idar-Oberstein	Landkreis Birkenfeld
Pfalzklitorium für Psychiatrie und Neurologie (AöR)	Klingenmünster	Städte Landau, Neustadt und Speyer sowie Landkreise Germersheim, Südliche Weinstraße und südlicher Teil des Landkreises Ludwigshafen – bis zum Bau einer Regionalklinik in Kaiserslautern auch Stadt und Landkreis Kaiserslautern

Krankenhaus		Versorgungsregion
St. Elisabeth-Krankenhaus	Lahnstein	Rhein-Lahn-Kreis
Krankenhaus Zum Guten Hirten,	Ludwigshafen	Stadt Ludwigshafen (ab 1. Juni 2002 vollständig; bis zum Abschluss der Baumaßnahme wird die Pflichtversorgung gemeinsam mit dem Pfalzkl. für Psychiatrie und Neurologie [AöR] in Klingenmünster sichergestellt)
Universitätsklinik	Mainz	Stadt Mainz
Städtisches Krankenhaus	Pirmasens	Städte Pirmasens und Zweibrücken sowie Landkreis Südwestpfalz (die Verbandsgemeinden Dahn und Hauenstein werden derzeit noch vom Pfalzkl. für Psychiatrie und Neurologie [AöR] versorgt, bis in Pirmasens die noch fehlende dritte Station gebaut worden ist)
Donnersbergkreis Krankenhaus GmbH	Rockenhausen	Donnersbergkreis und Landkreis Kusel ab 1. Mai 2002 (bis zu diesem Zeitpunkt Unterstützung durch das Pfalzkl. für Psychiatrie und Neurologie [AöR] in Klingenmünster)
Brüderkrankenhaus	Saffig	kein Pflichtversorgungsgebiet ausgewiesen
Mutterhaus der Borromäerinnen (früher: Herz-Jesu-Krankenhaus)	Trier	Stadt Trier und Landkreis Trier-Saarburg (bei Überbelegung wird die psychiatrische Abteilung des Elisabeth-Krankenhauses in Wittlich mitgenutzt)
St. Antonius-Krankenhaus	Waldbreitbach	Landkreis Neuwied
St. Antonius-Krankenhaus	Wissen	geplant nach Fertigstellung der noch laufenden Baumaßnahme: Landkreis Altenkirchen
St. Elisabeth-Krankenhaus	Wittlich	Landkreis Bernkastel-Wittlich sowie bei Überbelegung der psychiatrischen Abteilung des Mutterhauses der Borromäerinnen Stadt Trier und Landkreis Trier-Saarburg

4. Welche voll- und teilstationären Krankenhausangebote wurden seit 1997 und in welcher Größenordnung entwickelt?

Seit dem 1. Januar 1997 wurden folgende psychiatrische Krankenhausangebote neu geschaffen:

Krankenhaus	Ort	vollstationäre Plätze	teilstationäre Plätze
Tagesklinik (in Trägerschaft der Ehrenwall'schen Klinik)	Ahrweiler		15
Tagesklinik des Herz-Jesu-Krankenhauses	Dernbach		20
Tagesklinik (in Trägerschaft des Pfalzkl. für Psychiatrie und Neurologie [AöR])	Kaiserslautern		20
Tagesklinik (in Trägerschaft des Pfalzkl. für Psychiatrie und Neurologie [AöR])	Kusel		20
Tagesklinik des St. Elisabeth-Krankenhauses	Lahnstein		10
Krankenhaus Zum Guten Hirten	Ludwigshafen	45 15 Plätze in Bau	15 15 Plätze in Bau
Tagesklinik (als Teil des St. Antonius-Krankenhauses, Waldbreitbach)	Neuwied		20

Krankenhaus	Ort	vollstationäre Plätze	teilstationäre Plätze
Städtisches Krankenhaus	Pirmasens	60	20
Donnersbergkreis Krankenhaus, (Abteilung in Trägerschaft des Pfalz- klinikums für Psychiatrie und Neurologie [AöR])	Rockenhausen	60	15
Tagesklinik des Kreiskranken- hauses St. Franziskus Saarburg	Saarburg		15
Hunsrück-Klinik der kreuznacher diakonie	Simmern	insgesamt 50 Plätze	
St. Antonius-Krankenhaus	Wissen	20 40 Plätze in Bau	

4.1 Wie stellt sich das Verhältnis zwischen vollstationären und teilstationären Einrichtungen dar?

Das Verhältnis zwischen voll- und teilstationären Angeboten stellt sich wie folgt dar:

Krankenhaus	Ort	vollstationäre Plätze	teilstationäre Plätze
Dr. von Ehrenwall'sche Klinik	Ahrweiler	130	15
Rheinessen-Fachklinik	Alzey	316	10
Rhein-Mosel-Fachklinik (einschl. der Tageskliniken in Andernach, Cochem, Koblenz und Mayen)	Andernach	268	60
Klinik Sonnenwende	Bad Dürkheim	66	0
Privatklinik	Gleisweiler	90	0
DRK-Tagesklinik	Bad Kreuznach	0	24
Tagesklinik des Herz-Jesu-Krankenhauses	Dernbach	0	20
Städtisches Krankenhaus	Frankenthal	77	20
St. Elisabeth-Krankenhaus	Gerolstein	38	20
Städtische Krankenanstalten Idar-Oberstein GmbH	Idar-Oberstein	50	10
Tagesklinik	Kirchen	0	20
Pfalzkllinikum für Psychiatrie und Neurologie (AöR) (einschl. der Tageskliniken in Landau, Kaiserslautern und Kusel)	Klingenmünster	362	62
St. Elisabeth-Krankenhaus	Lahnstein	55	10
Krankenhaus Zum Guten Hirten	Ludwigshafen	45	15
Universitätsklinik	Mainz	126	9
DPWV-Tagesklinik	Mainz	0	24
Donnersbergkreis Kranken- haus GmbH (Trägerschaft des Pfalzkllinikums [AöR])	Rockenhausen	60	15
Städtisches Krankenhaus	Pirmasens	60	20

Krankenhaus	Ort	vollstationäre Plätze	teilstationäre Plätze
Tagesklinik am Kreiskrankenhaus	Saarburg	0	20
Brüderkrankenhaus	Saffig	65	0
Hunsrück-Klinik	Simmern	40	10
Mutterhaus der Borromäerinnen	Trier	70	20
St. Antonius-Krankenhaus	Waldbreitbach	124	20
St. Antonius-Krankenhaus	Wissen	20 (60)	0
St. Elisabeth-Krankenhaus	Wittlich	77	15
DRK-Tagesklinik	Worms	0	20
Gesamt		2 174	424

Das Verhältnis von stationären zu teilstationären Plätzen beträgt 84 zu 16. Mit insgesamt 2 589 Betten/Plätzen stehen pro 100 000 Einwohner rund 63 Betten zur Verfügung. Damit bewegt sich die Bettenzahl in der in den Empfehlungen des Ausschusses für Krankenhausplanung vorgeschlagenen Bandbreite von 0,5 bis 0,7 Betten pro 1 000 Einwohner.

4.2 In welchem Umfang förderte das Land den Ausbau der voll- und teilstationären Angebote seit 1991?

Das Land hat den Umbau der psychiatrischen Krankenhausversorgung 1991 bis 2001 mit insgesamt 56 054 462 € gefördert.

5. Welche Planungen im Krankenhausbereich sind in den nächsten fünf Jahren vorgesehen?

Der Ausschuss für Krankenhausplanung hat in seiner Sitzung am 8. Mai 2001 die überarbeiteten Empfehlungen zur Fortentwicklung der voll- und teilstationären psychiatrischen Krankenhausversorgung angenommen. Die Aufgabe der nächsten fünf Jahre wird es sein, diese Empfehlungen schrittweise umzusetzen. Dazu gehört insbesondere:

- die Fertigstellung der Baumaßnahme St. Elisabeth-Krankenhaus, Gerolstein,
- die Fertigstellung der Baumaßnahme im St. Antonius-Krankenhaus, Wissen,
- die Fertigstellung der psychiatrischen Abteilung am Krankenhaus Zum Guten Hirten in Ludwigshafen,
- die Einrichtung einer dritten Station am Städtischen Krankenhaus, Pirmasens,
- der Neubau der psychiatrischen Abteilung am Mutterhaus der Borromäerinnen, Trier,
- der Bau eines psychiatrischen Krankenhauses in Kaiserslautern und
- die Einrichtung einer psychiatrischen Tagesklinik für die Region Neustadt/Bad Dürkheim.

Ergänzend wird auf die Antwort zu Frage IV.4 verwiesen.

6. Welche Erkenntnisse liegen über die neuen psychiatrischen Abteilungen im Krankenhausbereich vor? Inwieweit haben diese eine Pflichtversorgung übernommen?

Die neuen psychiatrischen Hauptfachabteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern haben alle eine Versorgungsverpflichtung für ihre Region übernommen oder werden dies, wie die Kliniken in Gerolstein und Wissen, nach Fertigstellung der Baumaßnahme tun. Die psychiatrischen Abteilungen sind insgesamt von der Bevölkerung angenommen worden, sie nehmen ihre Versorgungsverpflichtung ernst und haben somit wesentlich zur dezentralisierten, gemeindenahen Versorgung beigetragen.

7. Welche Veränderungen wurden bei den psychiatrischen Kliniken in Klingenmünster, Andernach und Alzey durchgeführt?

Parallel zum Aus- und Aufbau der dezentralen, gemeindenahen Krankenhausangebote wurden die drei großen Fachkliniken Alzey, Andernach und Klingenmünster verkleinert. Die Kliniken haben schrittweise ihre Versorgungsverpflichtungen für das Land Rheinland-Pfalz an die neuen psychiatrischen Hauptfachabteilungen und an die bereits bestehenden psychiatrischen Fachkliniken abgegeben.

Dieser Umstrukturierungsprozess wurde auch von den Beschäftigten der drei großen Fachkliniken mitgetragen und unterstützt. Die Gewerkschaft ÖTV, jetzt ver.di, hat durch mehrere Fachtagungen wesentlich dazu beigetragen, die Bereitschaft der Beschäftigten zu diesem Umstrukturierungsprozess zu erhöhen. Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit hat diesen Prozess mit der finanziellen Förderung des Beratungsverbundes für die „Arbeitsmarktkonferenz Landeck“ unterstützt. Unter Leitung des Staatssekretärs wurden die einzelnen Maßnahmen in einer Arbeitsgruppe koordiniert (vgl. auch Antwort zu Frage III.7.5). Somit konnte der Übergang insgesamt konfliktfrei geplant und gestaltet werden.

7.1 *Wie hat sich deren Bettenkapazität im Behandlungsbereich in den Jahren 1991 bis 2001 entwickelt?*

Im Behandlungsbereich der drei psychiatrischen Fachkliniken hat sich die Bettenkapazität in den letzten zehn Jahren wie folgt geändert:

Klinik		1991	2001	Differenz
Rheinhausen-Fachklinik	Alzey	375	316	59
Rhein-Mosel-Fachklinik	Andernach	406	268	138
Pfalzkl. für Psychiatrie und Neurologie (AöR)	Klingenmünster	658	362	296

Für alle drei Kliniken sind die Betten für die Erwachsenenpsychiatrie dargestellt. Beim Pfalzkl. (AöR) wurden nur die Betten am Standort Klingenmünster dargestellt; die Verlagerung der 75 Betten/Plätze von Klingenmünster nach Rockenhausen ist in der Tabelle bereits berücksichtigt.

7.2 *Welche zukünftigen Planungen sind für diese drei Krankenhäuser vorgesehen?*

Die weitere Planung für die drei Fachkliniken kann wie folgt zusammengefasst werden:

- Rheinhausen-Fachklinik, Alzey
Die Umstrukturierungsmaßnahmen der Erwachsenenpsychiatrie sind für das ehemalige Versorgungsgebiet der Rheinhausen-Fachklinik, Alzey, abgeschlossen.
- Rhein-Mosel-Fachklinik, Andernach
Die Klinik wird nach Abschluss der Baumaßnahmen am St. Elisabeth-Krankenhaus in Gerolstein und am St. Antonius-Krankenhaus in Wissen noch geringfügig Betten abbauen. Nach Abschluss dieser Baumaßnahmen ist der Umstrukturierungsprozess für die ehemalige Versorgungsregion der Rhein-Mosel-Fachklinik in Andernach abgeschlossen.
- Pfalzkl. für Psychiatrie und Neurologie (AöR)
Nach Abschluss der Baumaßnahmen am Krankenhaus Zum Guten Hirten in Ludwigshafen (voraussichtlich im Sommer 2002) wird das Pfalzkl. für Psychiatrie und Neurologie 30 Betten im Rahmen des Krankenhausplanes nach Ludwigshafen abgeben.

Die weiteren geplanten Maßnahmen bleiben in Trägerschaft des Pfalzkl. für Psychiatrie und Neurologie. Dazu gehört aktuell die Inbetriebnahme der psychiatrischen Abteilung am Donnersbergkreis Krankenhaus in Rockenhausen mit 75 Betten/Plätzen, die psychiatrische Tagesklinik in Speyer mit 20 Plätzen (Inbetriebnahme geplant für Mai 2002) und der Bau des psychiatrischen Krankenhauses in Kaiserslautern mit 90 Plätzen. Die psychiatrische Tagesklinik für die Region Neustadt/Bad Dürkheim mit 20 Plätzen wird nach Absprache mit den Krankenkassenverbänden in Rheinland-Pfalz planbettenneutral für das Pfalzkl. geschaffen. Die Gespräche zur Abklärung der Trägerschaft dieser psychiatrischen Tagesklinik werden voraussichtlich im Sommer 2002 abgeschlossen sein. Insgesamt werden in den kommenden Jahren am Standort Klingenmünster somit noch rund 140 Betten abgebaut.

7.3 *Welche neuen Angebote haben die drei Krankenhäuser auch außerhalb des Krankenhauses geschaffen?*

7.4 *Inwieweit sind die drei Krankenhäuser in gemeindepsychiatrische Angebote eingebunden?*

Alle drei psychiatrischen Fachkliniken haben den Umstrukturierungsprozess unterstützt und, wo ihnen dies möglich war, selbst gestaltet.

Im Einzelnen haben die Fachkliniken folgende Maßnahmen ergriffen:

- Rheinhausen-Fachklinik, Alzey
Von Seiten der Beschäftigten wurde bereits Mitte der 80er Jahre der Alzeyer Hilfsverein gegründet. Der Hilfsverein ist Träger des betreuten Wohnens in der Region Alzey und des Integrationsfachdienstes. Die ärztliche Leitung hat neue Krankenhausträger bei der Entwicklung dezentraler Krankenhausangebote beraten und beispielsweise durch Kooperationsverträge die Zusammenarbeit zwischen der Rheinhausen-Fachklinik Alzey und den Tageskliniken in Worms und Bad Kreuznach gefestigt.

Parallel zur Reduktion der psychiatrischen Krankenhausbetten für Erwachsene wurde in der Rheinhausen-Fachklinik Alzey die neurologische Frührehabilitation weiterentwickelt und die kinder- und jugendpsychiatrische Fachabteilung für Rheinhausen geschaffen. Die Rheinhausen-Fachklinik Alzey wird zukünftig Standort des Kinderneurologischen Zentrums werden.

Nach der Umgestaltung des Langzeitbereiches in ein Wohnheim für psychisch behinderte Menschen wurden von der Rheinhausen-Fachklinik Alzey gemeindepsychiatrische Zentren in Bad Kreuznach, Oppenheim und in Bingen geschaffen. Diese Zentren beinhalten eine Wohngruppe für chronisch psychisch kranke Personen sowie eine Tagesstätte mit Kontaktstellenfunktion

für seelisch behinderte Menschen, die in der Region wohnen. Diese Angebote wurden in enger Abstimmung mit den zuständigen kommunalen Gebietskörperschaften vorbereitet und aufgebaut. In der Rheinhessen-Fachklinik Alzey selbst wurde eine Tagesstätte für demenzkranke Personen eröffnet.

– Rhein-Mosel-Fachklinik, Andernach

Die Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach hat durch die Einrichtung von drei dezentralen psychiatrischen Tageskliniken in Koblenz, Mayen und Cochem die Voraussetzung zur Dezentralisierung ihres Krankenhausangebotes für ihre Versorgungsregion geschaffen. Mit der Tagesklinik des Herz-Jesu-Krankenhauses in Dernbach besteht ein Kooperationsvertrag, denn die Pflichtversorgung für den Westerwaldkreis obliegt der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach. Die Klinik hat im letzten Jahr eine qualifizierte Entzugsstation für drogenabhängige Personen eröffnet.

Außerhalb des Krankenhausbereiches wurden von der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach nach Umwandlung des Langzeitbereiches in ein Heim für psychisch kranke Personen Außenwohngruppen für psychisch kranke Menschen in Andernach, Mayen und Cochem geschaffen. Diese komplementären Angebote sind mit den jeweils zuständigen Kreisverwaltungen abgestimmt worden.

Die Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach ist auch Standort des neuen Fort- und Weiterbildungszentrums des Landeskrankenhauses (AöR). Dieses Fort- und Weiterbildungsinstitut soll zur Qualifizierung der Beschäftigten des Landeskrankenhauses (AöR) beitragen.

– Pfalzkllinikum für Psychiatrie und Neurologie (AöR)

Das Pfalzkllinikum für Psychiatrie und Neurologie (AöR) als Träger des Psychiatrischen Krankenhauses in Klingenstein hat den Umstrukturierungsprozess der psychiatrischen Krankenhauslandschaft in der Pfalz wesentlich mitgetragen. So ist das Pfalzkllinikum Träger der drei psychiatrischen Tageskliniken in Landau, Kaiserslautern und Kusel. Es ist Träger der psychiatrischen Abteilung im Donnersbergkreis Krankenhaus in Rockenhausen und wird Träger der psychiatrischen Tagesklinik in Speyer und der geplanten psychiatrischen Fachklinik in Kaiserslautern sein. Somit wurde der Dezentralisierungsprozess der psychiatrischen Krankenhausversorgung wesentlich durch das Pfalzkllinikum als Krankenhausträger mitgestaltet und mitgetragen.

Am Standort Klingenstein wurden Betten in der Akutpsychiatrie abgebaut. Das Pfalzkllinikum hat mit neuen Angeboten wie dem Schlaflabor und der geplanten qualifizierten Entzugstherapie neue Akzente im Krankensektor gesetzt.

Nach der Umwandlung des ehemaligen Langzeitbereiches in das Heim Betreuen – Fördern – Wohnen wurde auch ein dezentrales Wohnangebot für seelisch behinderte Menschen in Edenkoben geschaffen. In Planung sind weitere dezentrale Wohnangebote in gemeinsamer Trägerschaft mit Trägern der freien Wohlfahrtspflege in Speyer, Gernsheim und Dahn. Der Umstrukturierungsprozess hat auch zu engen Kooperationsbeziehungen im Werkstattbereich geführt. Auf dem Gelände des Pfalzklinikums wurde eine Werkstattgruppe eingerichtet.

Auch das Pfalzkllinikum hat ein eigenes Fort- und Weiterbildungsinstitut zur Qualifizierung seiner Beschäftigten am Standort Klingenstein eingerichtet. Dieses Fort- und Weiterbildungsinstitut bietet Maßnahmen für die trägeigenen Einrichtungen und für Externe an.

7.5 In welcher Form hat das Land die Träger der drei Krankenhäuser bei der Umstrukturierung unterstützt?

Das Land hat durch die Errichtung des Landeskrankenhauses (AöR) für die ehemaligen Landesnervenkliniken eine moderne Betriebsstruktur geschaffen. Durch die Eingliederung weiterer Kliniken, wie des Neurologischen Krankenhauses in Meisenheim, der Kurklinik Rheingrafenstein in Bad Münster am Stein, des Kinderneurologischen Zentrums in Mainz und des Sprachheilzentrums in Meisenheim, wurde ein kompetenter Krankenhausträger geschaffen, der seine Angebote im Gesundheitsmarkt positionieren kann.

Auch für die Umgestaltung der Pfalzlinik Landeck zum Pfalzkllinikum für Psychiatrie und Neurologie (AöR) hat das Land mit dem Anstaltsgesetz für den Bezirksverband Pfalz die notwendigen gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen. Auf dieser gesetzlichen Grundlage wurde vom Bezirkstag des Bezirksverbandes Pfalz mit dem Pfalzkllinikum für Psychiatrie und Neurologie (AöR) die Basis zum Aufbau eines modernen Krankenhausträgers geschaffen.

Die einzelnen Projekte im Krankensektor wurden durch investive Zuschüsse des Landes gefördert.

Nach der Bettenreduktion am Standort Klingenstein wurde kurzfristig mehr Personal beschäftigt als vom Arbeitsaufwand erforderlich war. Um Kündigungen zu vermeiden, wurden vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit in den letzten beiden Jahren für das Pfalzkllinikum zur Finanzierung dieser Personalüberlast Fördermittel in Höhe von insgesamt rund 335 400 € bewilligt und ausgezahlt.

Das Pfalzkllinikum, das in den letzten drei Jahren besonders von den Umstrukturierungsprozessen betroffen war, wurde durch einen Beratungsverbund bei den internen Umstrukturierungsmaßnahmen unterstützt. Die Inanspruchnahme des Beratungsverbundes wird vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit mit einer Zuwendung in Höhe von 809 661 € für den Zeitraum von rund drei Jahren gefördert.

Das Projekt „Berufliche Integration und Förderung in Dienstleistungsbetrieben des Pfalzlinikums und der Südpfalz für langzeitarbeitslose Menschen (insbesondere mit psychischen Erkrankungen, Suchterkrankungen und Sozialhilfebezug) – BIFID“ wird vom Land mit 591 342 € gefördert.

Da insbesondere die Arbeitsplätze der Küchenhelferinnen und die Reinigungskräfte des Pfalzlinikums durch den Bettenabbau am Standort Klingenmünster gefährdet sind, hat das Pfalzlinikum Mittel für das Projekt „Anpassungsqualifizierung für Personal des Pfalzlinikums“ aus dem Europäischen Sozialfonds (ESF) in Höhe von bis zu 82 000 € beantragt.

7.6 Welche weitere finanzielle Förderung der drei Krankenhäuser ist geplant?

Das Land wird entsprechend den zur Verfügung gestellten Haushaltsmitteln die Umstrukturierungsmaßnahmen in den drei Kliniken auch finanziell bezuschussen. Dazu gehört insbesondere:

Rheinhessen-Fachklinik, Alzey

- Verlagerung des Kinderneurologischen Zentrums von Mainz nach Alzey.
- Sanierung der forensischen Psychiatrie am Standort Alzey.

Rhein-Mosel-Fachklinik, Andernach

- Finanzierung der notwendigen Kapazitätserweiterungen im Maßregelvollzug.
- Förderung der neuen Station zum qualifizierten Entzug durch Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitforschung.

Pfalzlinikum für Psychiatrie und Neurologie (AöR)

- Umbau- und Sanierungsmaßnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie.
- Umbau- und Sanierungsmaßnahmen des Maßregelvollzugs.
- Aufbau der Psychiatrischen Klinik in Kaiserslautern.
- Förderung der geplanten Wohngruppen in Speyer und Dahn.

Weitere Projekte und Maßnahmen der Krankenhausträger sind in Vorbereitung. Die Kliniken werden entsprechend den vorhandenen Förderrichtlinien auch gefördert.

IV. Kinder- und Jugendpsychiatrie

1. Wie viele Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rheinland-Pfalz praktizieren in freier Arztpraxis?

Die Arbeitsgemeinschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder Rheinland-Pfalz und Saarland hat hierzu folgende Übersicht übermittelt:

Kassenärztliche Vereinigung	Ort	Anzahl
Koblenz		3
Pfalz		9
	Neustadt	2
	Germersheim	1
	Landau	2
	Kaiserslautern (Stadt)	1
	Ludwigshafen (Stadt)	3
Rheinhessen		4
	Mainz	3
	Worms	1
Trier		3
	Trier	2
	Trier-Saarburg	1

Nach Auskunft der Landesärztekammer ergibt sich folgendes Bild:

Fachgebiet	Gesamt	Koblenz	Pfalz	Rheinhessen	Trier
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	19	3	10	2	4

Die Landesärztekammer hat auch die Klinikärzte, die zur ambulanten Behandlung ermächtigt sind, berücksichtigt.

2. *Wie wird die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von der kassenärztlichen Versorgung in der Fläche sichergestellt? Wie bewertet die Landesregierung die Sicherstellung der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung? Können psychiatrische Institutsambulanzen das ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Angebot sinnvoll ergänzen und unterstützen? Welche Institutsambulanzen gibt es?*

In der Fläche besteht ein weiterer Niederlassungsbedarf. Die Landesregierung ist bestrebt, das kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungsangebot in den kommenden Jahren zu verbessern.

Die psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 Sozialgesetzbuch V können einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der ambulanten Versorgung liefern. Die DRK-Fachklinik für Kinder und Jugendliche in Bad Neuenahr-Ahrweiler unterhält eine Institutsambulanz, die auch von Jugendhilfeeinrichtungen in Krisensituationen jederzeit genutzt werden kann. Auch das Pfalzinstitut für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Trägerschaft des Pfalzkrankums (AöR) in Klingenmünster hat eine psychiatrische Institutsambulanz eröffnet und trägt somit zur einer verbesserten ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung bei. Die Johanniter-Tagesklinik in Neuwied versorgt mit ihrer psychiatrischen Institutsambulanz den Landkreis Neuwied und Teile des Westerwaldkreises und die Institutsambulanz der Städtischen Krankenanstalten Idar-Oberstein den Landkreis Birkenfeld und Teile des südlichen Hunsrücks. Die kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung der Rheinhesen-Fachklinik Alzey hat eine psychiatrische Institutsambulanz beantragt. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier plant die Beantragung einer Institutsambulanz.

Somit ergibt sich folgendes Bild:

Psychiatrische Institutsambulanzen für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Klinik	genehmigt	beantragt
DRK Fachklinik für Kinder und Jugendliche Bad Neuenahr-Ahrweiler	x	
Johanniter-Tagesklinik, Neuwied	x	
Kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik der Städtischen Krankenanstalten Idar-Oberstein	x	
Pfalzinstitut für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Pfalzkrankums (AöR) Klingenmünster	x	
Kinder- und Jugendpsychiatrie der Rheinhesen-Fachklinik Alzey		x
Kinder- und Jugendpsychiatrie des Mutter- hauses der Borromäerinnen Trier		in Planung

Die Landesärztekammer verweist in ihrer Stellungnahme auch auf die kinder- und jugendpsychiatrische Kompetenz der sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V. Die acht sozialpädiatrischen Zentren in Rheinland-Pfalz mit zahlreichen Zweigniederlassungen sind insbesondere für die Früherkennung kindlicher Störungen zuständig.

3. *Welche Konzeption hat die Landesregierung zur Dezentralisierung der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie?*

Parallel mit der Dezentralisierung der Erwachsenenpsychiatrie wurden im Ausschuss für Krankenhausplanung auch Empfehlungen für die kinder- und jugendpsychiatrische Krankenhausversorgung erarbeitet und am 15. Dezember 1994 verabschiedet. Nach fünf Jahren wurden diese Empfehlungen überarbeitet. Diese überarbeiteten Empfehlungen wurden in der Sitzung des Ausschusses für Krankenhausplanung am 8. Mai 2001 einvernehmlich angenommen.

Nach diesen Empfehlungen sind die grundlegenden Ziele zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie

- der bedarfsgerechte Ausbau der Kapazitäten von teil- und vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhausangeboten,
- die Dezentralisierung der Behandlungsangebote unter Beachtung der Mindestgröße von Abteilungen und Tageskliniken,
- der Ausbau von dezentralen kinder- und jugendpsychiatrischen Tageskliniken, die fachlich und organisatorisch an bestehende Krankenhausangebote anzubinden sind,
- die Einrichtung von Institutsambulanzen an allen kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhäusern, Fachabteilungen und Tageskliniken, um den Übergang von der teil- oder vollstationären Versorgung zur ambulanten Behandlung zu erleichtern und nach Möglichkeit Wiederaufnahmen zu vermeiden.

Für die Bedarfsplanung wird in Anlehnung an die Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Ärzte kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen eine Bettenmessziffer von 0,05 bis 0,07 Betten pro 1 000 Einwohner – einschließlich der tagesklinischen Plätze – zugrunde gelegt. Aufgrund gegebener Besonderheiten kann von der Anrechnung tagesklinischer Plätze abgesehen werden.

Die Größe eines stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhausangebotes soll im Hinblick auf die Personalbesetzung und die erforderliche Differenzierung der Patientinnen und Patienten – beispielsweise nach Alter – in der Regel nicht unter 30 Betten liegen.

Alle kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhausangebote erhalten in Abstimmung mit dem Krankenhausträger ein regionales Versorgungsgebiet zugewiesen. Die Grenzen dieser Pflichtversorgungsregionen haben sich an den Grenzen der kreisfreien Städte und der Landkreise zu orientieren. Bei der Zielplanung können auch grenznahe Krankenhäuser anderer Bundesländer mit berücksichtigt werden. Diese haben sich vertraglich zur Übernahme einer Versorgungsregion zu verpflichten.

Im Weiteren beschreiben die Empfehlungen die geplanten Versorgungsregionen und den Handlungsbedarf für die kommenden Jahre. So ist für die Region Pfalz mindestens noch ein weiteres kinder- und jugendpsychiatrisches Krankenhausangebot notwendig. Für die Region Westerwald ist zu prüfen, ob eine bessere Versorgung des ländlichen Raums gewährleistet werden kann.

4. *Welche kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhausangebote wurden seit 1991 verwirklicht und wie sieht die weitere Planung hierzu aus?*

In den letzten zehn Jahren wurden folgende kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhausangebote in Betrieb genommen:

- Johanniter-Tagesklinik in Neuwied (entstanden 1991) mit 30 Plätzen,
- DRK-Fachklinik für Kinder und Jugendliche mit 30 stationären Plätzen, eine Tagesklinik mit zehn Plätzen befindet sich im Bau,
- Kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung am Mutterhaus der Borromäerinnen mit 20 Plätzen; der Bau weiterer zehn stationärer und zehn teilstationärer Plätze ist in Planung,
- Kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung der Rheinhessen-Fachklinik Alzey mit 40 Plätzen; eine psychiatrische Tagesklinik mit zehn bis 15 Plätzen in Mainz befindet sich in Planung,
- Kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik an den Städtischen Krankenanstalten Idar-Oberstein mit zehn Plätzen.

Ergänzend wurde 1995 mit dem Land Hessen vereinbart, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Eltville die Versorgungsverpflichtung für den Rhein-Lahn-Kreis und die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Herborn die Versorgungsverpflichtung für den Landkreis Altenkirchen und den Westerwaldkreis übernimmt.

Die Weiterentwicklung des kinder- und jugendpsychiatrischen Angebotes für die Pfalz und den Westerwald wird derzeit mit möglichen Trägern von kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhausangeboten erörtert.

An der Johannes Gutenberg-Universität ist die Einrichtung einer Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgesehen.

5. *Was sind die häufigsten psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen?*

Die kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Tageskliniken berichten übereinstimmend, dass die häufigsten kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen aus dem Formenkreis der Aufmerksamkeitsstörungen stammen. Kernsymptome sind hier Probleme der Konzentration und Daueraufmerksamkeit sowie der erhöhten Ablenkbarkeit. Hinzu kommen Impulsivität und Hyperaktivität. An zweiter Stelle stehen Verhaltensauffälligkeiten, die fachlich als „Störung des Sozialverhaltens“ und als „Anpassungsstörung“ bezeichnet werden. Nicht selten kommen diese beiden Diagnosegruppen in Kombinationen vor.

Eine dritte große Diagnosegruppe sind die Entwicklungsstörungen. Hierbei handelt es sich um Auffälligkeiten der Wahrnehmung, der Motorik, der Sprache und des Schriftlerns. Diese Auffälligkeiten treten einzeln und auch in Kombination auf.

Auffällig bei Jugendlichen sind neben den genannten Störungen auch Störungen des Essverhaltens insbesondere die Anorexie und die Bulimie bei Mädchen. Es treten auch vermehrt Ängste und Zwangshandlungen auf. Dabei nimmt die Zahl der Jugendlichen, die parasuizidale oder suizidale Handlungen verüben, nach Auskunft der Kinder- und Jugendpsychiatrien zu.

5.1 *Welche Behandlungsangebote gibt es für diese Erkrankungen?*

Die kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhauseinrichtungen berichten übereinstimmend, dass es ein weit gefächertes Behandlungsangebot für die genannten kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen und Erkrankungen gibt. Zu diesem Behandlungsangebot gehören insbesondere die psychotherapeutische Behandlung – genannt wird hier die Verhaltenstherapie und die tiefenpsychologisch orientierte Einzel- sowie Gruppentherapie –, aber auch spezifische Entspannungsverfahren, familientherapeutische Maßnahmen, psychomotorische Übungen sowie Ergo-, Musik-, Moto-, Kreativ-, Werk- und Spieltherapie und nicht zuletzt auch die psychopharmakologische Behandlung und freizeitpädagogische Angebote einschließlich der Erlebnispädagogik.

5.2 *Welche Pharmaka werden zur Behandlung eingesetzt?*

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden Psychopharmaka in aller Regel nicht ohne weitere begleitende Behandlungselemente der Förderung, Beratung und Therapie eingesetzt. Die psychopharmakologische Behandlung ist nach Auskunft aller Kliniken nur eine von zahlreichen Behandlungsmaßnahmen. Die Verordnung von Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter unterliegt nach

Einschätzung der Kinder- und Jugendpsychiatrien strengeren Regelungen als im Erwachsenenalter. Verordnet werden vor allem Psychostimulantien, Neuroleptika und Antidepressiva.

5.3 Welche Erkenntnisse liegen über die Verordnungspraxis von Psychopharmaka bei der Behandlung der Hyperaktivität und des Aufmerksamkeits-Defizit-Syndroms (ADS) vor?

Die ärztlichen Leitungen der Kinder- und Jugendpsychiatrien wiesen bei der Beantwortung dieser Frage vor allem auf die Behandlungsleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie hin. Diese Behandlungsleitlinien sehen ein Bündel von Behandlungsmaßnahmen vor. Bei schweren Entwicklungsbeeinträchtigungen und bei Eigen- und Fremdgefährdung ist auch der Einsatz von Psychostimulantien vorgesehen. Führend ist hier die Substanz Methylphenidat. Die Verschreibung erfolgt ausschließlich auf Betäubungsmittelrezept, was zu einer hohen Transparenz der Verordnungspraxis führen soll. Der Einsatz dieses Medikaments ist entsprechend den Behandlungsleitlinien in jedem Einzelfall abzuklären. Voraussetzung ist eine eindeutige Diagnostik und eine sorgfältige Behandlungsplanung. Diese Psychopharmakatherapie ist nach Auskunft der ärztlichen Leitungen der Kinder- und Jugendpsychiatrien nur als ein Behandlungsmodul von mehreren sinnvoll.

Methylphenidat gehört nach Einschätzung der Kinder- und Jugendpsychiatrien in die Hand der zuständigen Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Grundsätzlich ist die verordnete Menge individuell anzupassen. Richtige Anwendung und adäquate Kombination mit den anderen therapeutischen Maßnahmen vorausgesetzt, ist von einer hohen Effizienz der Behandlung auszugehen.

Nach Aussage des Pfalz Institutes für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die Verzehnfachung der verordneten Menge von Methylphenidat in den letzten Jahren allerdings nicht allein damit zu begründen, dass die Bedeutung dieser Behandlung anerkannt wird und jetzt ihren sachgerechten Einsatz findet. Es zeigt sich vielmehr, dass gegenüber früheren Jahren Methylphenidat nun auch von anderen Ärztegruppen verschrieben wird. In den Fällen, in denen keine sachgerechte kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik vor der Verschreibung erfolgt und die anderen therapeutischen nicht medikamentösen Behandlungsschritte ausbleiben, wird diese Praxis aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht mit größter Sorge beobachtet. Dies wirft die Frage einer Beschränkung der Verschreibungsbefugnis auf wenige, für diese Behandlung qualifizierte Ärztegruppen auf.

5.4 Welche ergänzenden oder alternativen Behandlungsmöglichkeiten für diese kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen gibt es? In welchem Umfang werden diese angewandt?

Nach Aussagen der Kinder- und Jugendpsychiatrie kann die Behandlung einer seelischen Störung oder einer psychischen Erkrankung im Kindesalter dann gelingen, wenn die medizinische Behandlung eng mit den notwendigen pädagogischen Maßnahmen und – soweit dies im Einzelfall erforderlich ist – auch mit Maßnahmen der Jugendhilfe abgestimmt wird. Insbesondere bei hyperaktiven und in ihrer Aufmerksamkeit gestörten Kindern und Jugendlichen ist das Zusammenwirken von Fördermaßnahmen, medizinischer Behandlung und pädagogischen Hilfen unabdingbare Voraussetzung für einen Behandlungserfolg. In diesem Verbund können durch die pädagogische Intervention die Ressourcen und Stärken des Kindes gefördert werden. Wenn es gelingt, die lebhaften Anteile des hyperaktiven Kindes beispielsweise durch sportliche Aktivitäten im Sinne der Psychomotorik zu kanalisieren, erhält das Kind auch positive Reaktionen von seiner Umwelt und lernt mit entsprechender Unterstützung, dieses positive Verhalten auf andere Situationen zu übertragen. Das Einbeziehen des sozialen Umfeldes und das Zusammenwirken von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Familie, Schule und Jugendhilfe gehören mittlerweile nach Einschätzung der Kinder- und Jugendpsychiatrien zum Standardrepertoire der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

6. Wie werden die Kinder und Jugendlichen in den Kliniken beschult (bitte aktuelle Angaben über die tatsächlichen Unterrichtsstunden pro Woche und pro Klinik darstellen)? Hält die Landesregierung diese Beschulung für ausreichend? Wo sieht sie weiteren Handlungsbedarf?

Die Beschulung von Kindern und Jugendlichen in Kliniken ist geregelt in der Verwaltungsvorschrift über Krankenhaus- und Hausunterricht vom 4. April 2001. Nach einer Statistik des Ministeriums für Bildung, Frauen und Jugend wird derzeit an folgenden kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen Krankenhausunterricht erteilt:

Klinik	Wochenstunden Unterricht
Kinder- und Jugendpsychiatrie der Rheinessen-Fachklinik Alzey	62
Pfalzinstitut für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Pfalzkrankenhauses (AöR), Klingenstein	164,5
Kinder- und Jugendpsychiatrie am Mutterhaus der Borromäerinnen, Trier	18
Kinder- und jugendpsychiatrische Tagesklinik der Städtischen Krankenanstalten Idar-Oberstein	22
Johanniter-Tagesklinik in Neuwied	68
DRK-Klinik für Kinder und Jugendliche, Bad Neuenahr-Ahrweiler	12

Die DRK-Klinik für Kinder und Jugendliche nutzt sehr intensiv das örtliche Schulangebot, um hier eine Integration der Kinder und Jugendlichen, soweit dies krankheitsbedingt möglich ist, zu gewährleisten. Mit der im Bau befindlichen Tagesklinik in Bad Neuenahr werden auch zusätzliche Schulräume geschaffen; denn insbesondere bei der tagesklinischen Behandlung ist eine enge Zusammenarbeit von Schule und Klinik wesentliche Voraussetzung für eine effektive und effiziente Behandlung.

Im Zusammenhang mit der Erhöhung des Angebotes zur stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung wurden in den letzten Jahren grundsätzlich Lehrer-Wochenstunden für Krankenhausunterricht zur Verfügung gestellt. In diesem Zusammenhang wird an der Rheinessen-Fachklinik Alzey, der Tagesklinik Idar-Oberstein und im Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier seit dem Schuljahr 2000/2001 erstmals Krankenhausunterricht erteilt. Die Landesregierung beabsichtigt, bei weiterem Bedarf an Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen der personellen Möglichkeiten den Krankenhausunterricht auszuweiten.

V. Komplementäre psychiatrische Hilfen

1. *Welche Maßnahmen wurden von Seiten der Landesregierung in den letzten fünf Jahren ergriffen, um Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen ein selbstbestimmtes Leben außerhalb stationärer Einrichtungen zu ermöglichen?*

In den letzten zehn bis 15 Jahren haben sich Menschen mit Behinderung immer stärker in die sie betreffende Politik des Bundes und der Länder eingemischt. Die entscheidende Forderung der Behindertenbewegung ist die nach einem selbstbestimmten Leben.

Um dieser Forderung gerecht zu werden, hat die Landesregierung Ende der 90er Jahre ein Modellprojekt konzipiert mit dem Ziel, behinderten Menschen durch die Gewährung eines persönlichen Budgets ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. In den Städten Koblenz und Ludwigshafen und in den Landkreisen Ludwigshafen und Neuwied wurde dieses Projekt erfolgreich erprobt. Ein Ergebnis dieses Projektes war, dass insbesondere seelisch behinderte Menschen von einem persönlichen Budget profitieren können. Rund die Hälfte aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die während der Projektphase ein persönliches Budget erhielten, war seelisch behindert.

Aufgrund dieser Erfahrungen wurde das Projekt in den letzten Jahren schrittweise auf andere kommunale Gebietskörperschaften übertragen. Dabei ist es eine wichtige Voraussetzung, dass die kommunalen Gebietskörperschaften dieses Projekt selbst wollen; denn zu Beginn des Projektes ist bei den kommunalen Gebietskörperschaften ein personeller Mehraufwand erforderlich, der dann im Laufe des Projektes ausgeglichen wird. Mittlerweile beteiligen sich folgende kommunale Gebietskörperschaften an dem Projekt: die Landkreise Bad Kreuznach, Bernkastel-Wittlich, Bitburg-Prüm, Ludwigshafen, Neuwied, Südwestpfalz, Trier-Saarburg sowie der Rhein-Hunsrück-Kreis und die Städte Frankenthal, Kaiserslautern, Koblenz, Ludwigshafen, Pirmasens, Trier, Worms und Zweibrücken.

Das Land beteiligt sich im Rahmen des Projektes als überörtlicher Sozialhilfeträger zur Hälfte an den Kosten der Eingliederungshilfe und an den Kosten zum Lebensunterhalt bei allen Personen, die ein persönliches Budget erhalten.

Parallel zu diesem Projekt förderte die Landesregierung den Aufbau von gemeindepsychiatrischen Verbänden in den Regionen Kaiserslautern, bestehend aus Stadt und Landkreis Kaiserslautern, und Trier, bestehend aus der Stadt Trier und dem Landkreis Trier-Saarburg. Das Landesgesetz für psychisch kranke Personen (PsychKG) sieht die Bildung eines gemeindepsychiatrischen Verbundes vor. Aufgabe des Verbundes ist es, die notwendigen Hilfen für psychisch kranke Personen in den Regionen sicherzustellen. Dazu sollen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern verbindliche Absprachen über eine sachgerechte Erbringung der Hilfen getroffen werden. Mit den durch das Land geförderten Verbundsystemen in den Regionen Trier und Kaiserslautern konnte dieses Ziel erreicht werden.

2. *Welche Erkenntnisse gibt es über die Betreuung und Unterstützung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung im Bereich des betreuten Wohnens?*

Das betreute Wohnen war der erste wichtige Schritt, um chronisch psychisch kranken Menschen ein Leben außerhalb einer stationären Einrichtung zu ermöglichen. Betreutes Wohnen ist eine ambulante Maßnahme, denn der betreute Mensch lebt entweder in einer kleinen Wohngemeinschaft, in einer Wohnung mit einer anderen Person als Paar oder allein in einer Wohnung. Dort erhält er zur psychischen Stabilisierung das für ihn notwendige Betreuungsangebot. Dabei übernimmt das Land als freiwillige Leistung die Hälfte der anfallenden Personalkosten, die andere Hälfte finanziert der örtliche Sozialhilfeträger. Die Erfahrung in den letzten 15 Jahren zeigt, dass mit diesem Hilfeangebot vielen Menschen das Leben außerhalb von Heimen ermöglicht wird.

Derzeit nutzen 1 524 seelisch behinderte Menschen das betreute Wohnen.

Von Seiten der kommunalen Gebietskörperschaften wird berichtet, dass das betreute Wohnen ein wichtiges Segment der gemeindepsychiatrischen Versorgung sei, das mithilfe, Aufnahmen ins Heim zu vermeiden.

3. *Welche Möglichkeiten gibt es, um chronisch psychisch behinderten Menschen tagesstrukturierte Hilfen anzubieten?*

Das Angebot des betreuten Wohnens wurde in Rheinland-Pfalz Ende der 80er Jahre entwickelt und dann kontinuierlich ausgebaut. Mitte der 90er Jahre zeigte sich, dass Menschen mit seelischen Behinderungen in stationären Einrichtungen lebten, für die das be-

treute Wohnen nicht ausreichte. Psychisch behinderte Menschen benötigen eine Tagesstruktur, um ihren Alltag zu gestalten. Sie sind häufig – nicht zuletzt aufgrund ihrer chronischen Erkrankung – nicht dazu in der Lage, ihren Tag selbst zu strukturieren und zu gestalten. Hierzu benötigen sie Anleitung und Unterstützung. In den stationären Einrichtungen wird die Tagesstruktur von der Einrichtung vorgegeben. Wohnt der Mensch in seiner eigenen Wohnung, ist es seine Aufgabe, sich den Tag zu gestalten.

Anfang der 90er Jahre zeigte sich, dass das Betreuungsangebot des betreuten Wohnens nicht ausreicht, um chronisch psychisch kranken Menschen eine adäquate Hilfestellung zu geben. Vor dem Hintergrund dieser Erfahrung wurde die Konzeption der Tagesstätte mit Kontaktstellenfunktion entwickelt. Tagesstätten haben die Aufgabe, tagesstrukturierende Angebote für seelisch behinderte Menschen zu schaffen. Sie ergänzen hier die Werkstätten für behinderte Menschen, die diese Aufgabe durch entsprechende Arbeitsangebote lösen. Erwerbstätigkeit ist eine klassische Form der Tagesstrukturierung. Diese Aufgabe übernehmen die Werkstätten für behinderte Menschen und die Tagesstätten mit Kontaktstellenfunktion für seelisch behinderte Menschen.

3.1 *Wie gestaltete sich die Entwicklung in diesen Bereichen in den letzten fünf Jahren?*

3.2 *Welche Tagesstätten mit Kontaktstellenfunktion sind in den letzten fünf Jahren entstanden?*

Am 1. Juli 1994 wurde die erste Tagesstätte mit Kontaktstellenfunktion in Landau eröffnet. Sie war das Ergebnis eines kommunalen Planungsprozesses. Weitere Tagesstätten in Alzey, Kandel, Kirchen, Koblenz, Ludwigshafen, Mainz, Neuwied, Trier, Westerbürg und Worms folgten. Seit dem Beginn des Jahres 1997 wurden folgende Tagesstätten in Betrieb genommen:

Landkreis/Stadt	Ort	Inbetriebnahme
Ahrweiler	Bad Neuenahr-Ahrweiler	1. März 2000
Altenkirchen	Altenkirchen	1. November 1998
Altenkirchen	Kirchen	1. Januar 1997
Bad Kreuznach	Bad Kreuznach	1. Januar 1999
Bernkastel-Wittlich	Bernkastel-Kues	1. September 2001
Bernkastel-Wittlich	Wittlich	1. August 1998
Birkenfeld	Idar-Oberstein	1. Januar 1999
Bitburg-Prüm	Prüm	1. Mai 1999
Cochem-Zell	Cochem	1. April 1999
Daun	Daun	1. Dezember 2000
Kusel	Kusel	1. Juni 2001
Mainz	Mainz	1. Januar 1997
Mainz	Mainz	1. Juni 2000
Mainz-Bingen	Bingen	1. November 2001
Mainz-Bingen	Oppenheim	1. November 2000
Neustadt	Neustadt	1. Januar 2000
Pirmasens	Pirmasens	1. März 2000
Rhein-Hunsrück-Kreis	Boppard	1. September 2001
Rhein-Hunsrück-Kreis	Simmern	1. Mai 2001
Rhein-Lahn-Kreis	Bad Ems	1. Oktober 1998
Südwestpfalz	Dahn	1. Januar 2002
Trier-Saarburg	Hermeskeil	1. Juli 1998
Trier-Saarburg	Saarburg	1. September 1998
Westerwaldkreis	Höhr-Grenzhausen	1. April 2000
Worms	Worms	1. März 1997

Das Angebot der Tagesstätten mit Kontaktstellenfunktion ist für Personen bestimmt, die nicht oder nicht mehr in der Lage sind, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einer Werkstatt für psychisch behinderte Menschen tätig zu werden.

Auch im Bereich der Werkstätten für psychisch behinderte Menschen wurden in den vergangenen fünf Jahren entsprechend dem regionalen Bedarf weitere Angebote entwickelt. Die Festlegung der Platzkapazität und der Standorte erfolgte in Abstimmung mit den örtlich zuständigen Trägern der Sozialhilfe und den Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren. Den beteiligten Fachbehörden war es dabei ein Anliegen, eigene Einrichtungen für psychisch behinderte Menschen zu schaffen, um ihnen adäquate und auf ihre Bedürfnisse zugeschnittene Arbeits- und Fördermöglichkeiten zu bieten. So wurden u. a. folgende Vorhaben realisiert:

- Europäische Werkstätten Kooperation (grenzüberschreitende Einrichtung) mit Sitz in Gerolstein mit 60 Plätzen
- Außenstellen der Caritaswerkstätte Trier in Hermeskeil mit 20 Plätzen
- KIS-Kirchener Industrie Service – Erhöhung der Kapazität auf 60 Plätze
- Errichtung einer Außenstelle in Montabaur mit 18 Plätzen
- INTEC, Cochem, Außenstelle der Caritaswerkstätten Mayen mit 30 Plätzen
- Errichtung einer Zweigwerkstatt in Bad Kreuznach mit 40 Plätzen
- Ausweitung der Platzkapazität auf 60 Plätze im Neubau einer Zweigwerkstatt in Idar-Oberstein
- Erhöhung der Platzkapazität auf 150 Plätze beim Service-Center, Mainz
- Außenstelle der Lebenshilfe-Werkstatt, Worms, für psychisch behinderte Personen mit 24 Plätzen
- Erhöhung der Platzkapazität beim Werkhaus Alzey auf 60 Plätze und Erwerb des Gebäudes
- Errichtung einer Außenstelle in Kaiserslautern durch die Westpfalz-Werkstatt, Landstuhl, mit 24 Plätzen
- Zweigwerkstatt der Wichern-Werkstätten in Landau mit 36 Plätzen und einer Außenstelle in Klingenstein
- Neubau einer Zweigwerkstatt in Weißenthurm mit 70 Plätzen (zurzeit im Bau)
- Planung einer Außenstelle der Caritaswerkstätten Mayen in Sinzig mit 35 Plätzen.

3.3 Von welchen Organisationen werden darüber hinaus in Rheinland-Pfalz niederschwellige Angebote unterbreitet?

Grundsätzlich sind niederschwellige Angebote Maßnahmen der ambulanten Eingliederungshilfe. Für diese ambulanten Maßnahmen ist grundsätzlich der örtliche Sozialhilfeträger zuständig. Durch das persönliche Budget beteiligt sich das Land Rheinland-Pfalz an den Kosten solcher Maßnahmen. Da die unmittelbare Zuständigkeit jedoch bei den Kommunen liegt, hat das Land keinen umfassenden Überblick über die niederschweligen Angebote. Auf Anfrage teilten die Landkreise und kreisfreien Städte folgende Angebote mit:

Landkreis/Stadt	Angebote
Ahrweiler	Niederschwellige Angebote der Evangelischen Kirchengemeinde Bad Neuenahr
Altenkirchen	Freizeittreffs und -angebote verschiedener Wohlfahrtsverbände
Bad Dürkheim	Kontaktclub des Deutschen Roten Kreuzes, Angebote des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Angebote des Institutes für Selbsthilfe, Integration und Selbstmanagement (ISES)
Bitburg-Prüm	Freizeittreffs als Angebot der Barmherzigen Brüder, Schönfelder Hof, Freizeittreffs des Deutschen Roten Kreuzes
Cochem-Zell	Kontaktstellenangebot der Tagesstätte
Donnersbergkreis	Selbsthilfegruppen
Frankenthal	Förderverein für Nachsorge und Rehabilitation
Germersheim	Mitschaffzentrale – Arbeitsprojekt für Personen, die psychisch krank oder abhängig sind
Ludwigshafen (Stadt)	Stiftung zur Unterstützung psychisch behinderter Menschen in der Pfalz, Arbeitsgemeinschaft für psychisch kranke Personen als Selbsthilfegruppe
Mainz	Psychose-Seminare, verschiedene Angebote von Wohlfahrtsverbänden und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe
Mainz-Bingen	Verschiedene Wohlfahrtsverbände und der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes bieten Freizeittreffs für psychisch behinderte Menschen an
Mayen-Koblenz	Verschiedene Freizeittreffs in verschiedenen Orten und Integrationsbetriebe der Stiftung Bethesda – St. Martin
Neuwied	Neuwieder Kontakt- und Organisationsstelle. Dies beinhaltet ein Kontakt-Café, eine Selbsthilfegruppe und eine Gruppe mit dem Schwerpunkt Alltagstraining
Pirmasens	Kontaktstellenangebot der Caritas
Speyer	Angebot des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Landkreis/Stadt	Angebote
Südliche Weinstraße	Mitschaffzentrale als Arbeitsprojekt für Menschen mit psychischen Behinderungen oder Abhängigkeitserkrankungen
Südwestpfalz	Kontaktstelle
Trier	Freizeitangebote des Raphaelshauses, Kontaktstellenangebot der Caritas
Westerwaldkreis	Angebote des Sozialpsychiatrischen Dienstes
Worms	Selbsthilfegruppen beim Sozialpsychiatrischen Dienst, Angebote für die Psychiatrie-Erfahrenengruppe, Psychoseseminar

3.4 Welche finanzielle Förderung wurde für dieses Hilfsangebot durch das Land gewährt?

Das Land trägt bei den Tagesstätten mit Kontaktstellenfunktion als überörtlicher Sozialhilfeträger 50 Prozent der laufenden Kosten, die über den Pflegesatz finanziert werden. Die zweite Hälfte des Pflegesatzes trägt der örtliche Sozialhilfeträger. Die Einrichtungskosten fördert das Land mit bis zu 50 Prozent der Gesamtkosten, maximal 13 700 € pro Einrichtung und 760 € pro Platz. Die Tagesstätten haben in der Regel 18 Plätze. Somit ergibt sich ein Förderungsbetrag von maximal 27 400 €. Dieses Fördervolumen wurde bei den neu geschaffenen Tagesstätten stets ausgeschöpft.

Das kontaktstiftende Angebot wird in aller Regel von den kommunalen Gebietskörperschaften finanziert. Diese nutzen dazu auch die Mittel, die ihnen über § 7 Abs. 5 des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen zur Verfügung gestellt werden.

Die Finanzierung der niederschweligen Angebote erfolgt teilweise über die Landkreise und kreisfreien Städte; teilweise werden die entstehenden Kosten von den Trägern dieser Angebote selbst refinanziert.

4. Wie viele Menschen mit psychischen Behinderungen leben zurzeit in den Langzeitbereichen der Kliniken in Klingenmünster, Andernach und Alzey?

Die drei großen Fachkliniken in Rheinland-Pfalz haben Ende der 90er Jahre ihre Langzeitbereiche in Wohnheime für psychisch behinderte Menschen umgestaltet. Alle drei Kliniken berichten übereinstimmend, dass sie es als ihre Aufgabe ansehen, für die psychisch behinderten Menschen gemeindenahere Angebote zu nutzen. So wurden die Langzeitbereiche der Kliniken in den letzten Jahren weiter verkleinert. Im Wohnheim Betreuen – Fördern – Wohnen des Pfalzklunikums leben insgesamt 142 Personen. 130 Plätze befinden sich noch auf dem Gelände des Pfalzklunikums in Klingenmünster, zwölf Plätze wurden in Edenkoben geschaffen.

Das Landeskrankenhaus (AöR) hat die Langzeitbereiche der beiden Fachkliniken in Alzey und Andernach in psychiatrische und heilpädagogische Heime umgewandelt. In dem Andernacher Heim leben derzeit 195 Personen, davon sind 157 psychisch behindert, 38 haben eine geistige Behinderung. Von den 195 Personen leben insgesamt 24 Personen in Außenwohngruppen.

Auf dem Gelände der Rheinhessen-Fachklinik Alzey leben insgesamt 63 Personen, 36 Personen leben in Außenwohngruppen, beispielsweise in Oppenheim, Bad Kreuznach und Bingen. Im Vergleich zu 1997 ergibt sich folgendes Bild für die Heime auf dem Gelände der drei Fachkliniken:

Wohnheim		1997	2002
Heilpädagogisches Wohnheim	Alzey	100	63
Heilpädagogisches Wohnheim	Andernach	226	171
Betreuen – Fördern – Wohnen	Klingenmünster	175	130

4.1 Welche weiteren Einrichtungen für psychisch behinderte Menschen gibt es (Auflistung mit Kapazitäten nach Städten und Landkreisen getrennt)? Wie schätzt die Landesregierung dieses Versorgungsangebot ein? In welchen Regionen gibt es eine Über- und in welchen eine Unterversorgung?

Aufgrund der historisch bedingten Entwicklung hat sich die Versorgung mit Heimplätzen für psychisch behinderte Menschen in Rheinland-Pfalz sehr unterschiedlich entwickelt. Im Einzelnen ergibt sich folgendes Bild:

Landkreis/Stadt	Heim in	Platzzahl	Rechtsform des Trägers
Ahrweiler	Bad Breisig Wohn- und Pflegeheime Schröder	85	privat
Ahrweiler	Bad Neuenahr Haus Alexander	52	privat

Landkreis/Stadt	Heim in	Platzzahl	Rechtsform des Trägers
Ahrweiler	Burgbrohl Haus Bachtal	52	privat
Ahrweiler	Sinzig-Westum	4	privat
Bad Dürkheim	Bad Dürkheim Dürkheimer Höhe	68	privat
Bad Dürkheim	Bad Dürkheim Masurenhof	23	privat
Bad Dürkheim	Obersülzen Mehrgenerationenhof	37	gemeinnützig
Bad Dürkheim	Quirnheim Boßweiler Hof	85	privat
Bad Dürkheim	Tiefenthal Masurenhof	103	privat
Bernkastel-Wittlich	Wittlich Haus Felsenburg	18	gemeinnützig
Birkenfeld	Idar-Oberstein (Pflegezentrum)	105	gemeinnützig
Bitburg-Prüm	Ammeldingen	54	gemeinnützig
Donnersbergkreis	Rockenhausen Zoar	628	gemeinnützig
Kaiserslautern (Stadt)	Kaiserslautern St. Lukas	36	gemeinnützig
Kaiserslautern (Stadt)	Kaiserslautern Sozialtherapeutische Kette	25	gemeinnützig
Koblenz	Koblenz (Haus an der Christuskirche)	63	gemeinnützig
Koblenz	Koblenz-Stolzenfels (Gemeindenaher Psychiatrie Mittelrhein)	24	gemeinnützig
Landau	Landau Sozialtherapeutische Kette	27	gemeinnützig
Ludwigshafen (Stadt)	Ludwigshafen Wohnheim St. Johannes	50	gemeinnützig
Mainz	Mainz Haus am Landwehrweg	34	gemeinnützig
Mainz- Bingen	Heidesheim ZOAR	163	gemeinnützig
Mainz-Bingen	Heidesheim Pflegeheim ZOAR	48	gemeinnützig
Mayen-Koblenz	Andernach, Psychiatrisches Heim – Landeskrankenhaus (AöR)	99	öffentlich-rechtlich
Mayen-Koblenz	Baar-Wanderath Haus Buchholz	38	privat
Mayen-Koblenz	Saffig (Teichhöhe) Barmherzige Brüder	64	gemeinnützig
Neuwied	Rheinbrohl Arienheller 2	110	privat

Landkreis/Stadt	Heim in	Platzzahl	Rechtsform des Trägers
Neuwied	Waldbreitbach Langzeitbereich des St. Antonius-Krankenhauses	115	gemeinnützig
Neuwied	Windhagen-Stockhausen Haus Gisela	36	privat
Rhein-Hunsrück-Kreis	Boppard Stiftung Bethesda – St. Martin	87	gemeinnützig
Rhein-Hunsrück-Kreis	Kastellaun Stiftung Bethesda – St. Martin	35	gemeinnützig
Rhein-Hunsrück-Kreis	Rheinböllen Pflege- und Behindertenheim Haus Obentraut	63	privat
Rhein-Lahn-Kreis	Nassau Nassauer Hof	51	privat
Südliche Weinstraße	Klingenmünster Betreuen – Fördern – Wohnen	142	öffentlich-rechtlich
Trier	Trier Raphaelshaus	40	gemeinnützig
Trier	Trier St. Markus	41	gemeinnützig
Trier-Saarburg	Zemmer Schönfelder Hof	159	gemeinnützig
Westerwaldkreis	Bad Marienberg Gemeindepsychiatrie Westerwald	83	gemeinnützig
Westerwaldkreis	Breitenau Wohn- und Werkgemeinschaft Hofgut Adenroth	10	privat
Westerwaldkreis	Dreifelden Haus Seeblick	38	privat
Westerwaldkreis	Selters Haus Hubertus	46	privat
Zweibrücken	Zweibrücken Internationaler Bund für Sozialarbeit	12	gemeinnützig
Insgesamt		3 272	

Diese Übersicht zeigt, dass in den letzten Jahrzehnten in Grenznähe zu Nordrhein-Westfalen mehrere private Heime entstanden sind, die häufig von Nordrhein-Westfalen belegt werden. Ein weiterer Schwerpunkt der Heimversorgung liegt im nördlichen Teil des Landes an der Rheinschiene (Mayen-Koblenz) und in der Eifel (Trier-Saarburg). Die größte Heimdichte in der Pfalz haben der Donnersbergkreis und der Landkreis Bad Dürkheim.

Die Übersicht zeigt weiterhin, dass es in zahlreichen Landkreisen kein spezifisches Heimangebot für psychisch behinderte Menschen gibt. Bemerkenswert ist, dass trotz der knappen Kapazitäten in Mainz und Trier die Heimplätze ausreichen, um ein gemeindenahes Angebot zu entwickeln, denn die kommunalen Gebietskörperschaften nutzen das persönliche Budget, um stationäre Aufenthalte möglichst zu vermeiden oder diese nur als Übergang zu nutzen. Gerade die knappen Heimplätze, so der Psychiatriekoordinator der Stadt Trier, erhöhen die Bereitschaft bei allen Beteiligten, auch neue, ambulante Hilfen zu entwickeln.

4.2 Welche Schritte unternimmt die Landesregierung, um das Heimplatzangebot dezentral zu gestalten? Welche Unterstützung erhalten die Heimträger, damit sie die zentralen Angebote gemeindenah entwickeln können? Welche Aufgaben übernehmen die Landkreise und kreisfreien Städte nach § 7 Abs. 1 PsychKG in diesem Umgestaltungsprozess?

4.3 Gibt es gelungene Beispiele für die Dezentralisierung der großen Heime?

Vorrang in der Psychiatriereform hatte in den letzten zehn Jahren die Dezentralisierung der psychiatrischen Krankenhausversorgung, denn solange das psychiatrische Krankenhausangebot auf die drei großen Fachkliniken konzentriert war, mussten insbesondere die chronisch psychisch kranken Menschen ihre Heimat verlassen und dann für längere Zeit in den ehemaligen Langzeitbereichen dieser Einrichtungen leben. So entstanden dann auch die großen Heime, die chronisch psychisch kranke Menschen aus den Langzeitbereichen der Kliniken in ihr Wohnangebot übernahmen.

Die Dezentralisierung der Krankenhausversorgung ermöglicht es chronisch psychisch kranken Menschen, in ihrer Heimat zu bleiben. Hier sind dann auch in der Folge entsprechende Hilfen zu entwickeln. In einem zweiten Schritt wurden deshalb die ambulanten und teilstationären Angebote, wie das betreute Wohnen und die Tagesstätten mit Kontaktstellenfunktion, geschaffen. Auch das Projekt Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß für behinderte Menschen mit dem persönlichen Budget trug dazu bei, dass notwendige Leistungen in der Region ambulant erbracht werden können.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung hat das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit mit den Landkreisen und kreisfreien Städten den Dialog über die Entwicklung dezentraler Wohnangebote begonnen. So wurden in einem ersten Schritt mit dem Aufbau von Tagesstätten mit Kontaktstellenfunktion in Bad Kreuznach, Bernkastel, Bingen, Daun, Hermeskeil, Oppenheim, Prüm und Saarburg auch kleine Wohngruppen für chronisch psychisch kranke Personen geschaffen. Somit werden an diesen Orten die tagesstrukturierenden Leistungen, Hilfen beim Wohnen und kontaktstiftende Leistungen in einem Gemeindepsychiatrischen Zentrum zusammengefasst. Mit dieser Konzeption konnten beispielhaft im Schönfelder Hof in Zemmer und in der Rheinhesen-Fachklinik Alzey zentrale Wohnangebote reduziert und dezentrale Wohnangebote geschaffen werden. Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit hat die Träger bei diesem Umstrukturierungsprozess unterstützt und begleitet. Es zeigt sich, dass es so gelingen kann, die großen psychiatrischen Heime schrittweise zu verkleinern und parallel dazu gemeindenahere Versorgungsstrukturen zu entwickeln. Für die kommenden Jahre wird es wichtig sein, darauf zu achten, dass parallel zum Aufbau der dezentralen Hilfen die großen, zentralen Einrichtungen schrittweise entsprechend verkleinert werden.

Derzeit führt das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Gespräche mit weiteren Landkreisen und kreisfreien Städten sowie mit Heimträgern zur Weiterentwicklung dieses Prozesses. Ziel ist es, wie in den Städten Zweibrücken oder Landau, kleine dezentrale Wohnangebote zu schaffen, die mit anderen gemeindepsychiatrischen Hilfen vernetzt werden, sodass der Heimcharakter immer stärker in den Hintergrund tritt und es zu einem fließenden Übergang von stationären zu teilstationären und ambulanten Leistungen kommt. Ähnliche Planungen gibt es beispielsweise auch für die Stadt Worms, die Verbandsgemeinde Dahn, den Landkreis Ludwigshafen und die Stadt Speyer.

Dieser Umstrukturierungsprozess der Heime wird gestärkt durch die Vereinbarung zur Umsetzung des § 93 d des Bundessozialhilfegesetzes (vergleiche Antwort zur Frage V.7).

5. *Was hat die Landesregierung zur Unterstützung der Landkreise und kreisfreien Städte veranlasst, um diese bei der Erfüllung ihrer Aufgabe, die in § 7 Abs. 1 PsychKG geforderten gemeindepsychiatrischen Verbände zu entwickeln, zu unterstützen?*

Die Landesregierung hat nach In-Kraft-Treten des Landesgesetzes für psychisch kranke Personen zahlreiche Maßnahmen getroffen, um die Landkreise und die kreisfreien Städte intensiv auf ihre neue Aufgabe vorzubereiten.

Neben diesen allgemeinen Maßnahmen für alle kommunalen Gebietskörperschaften wurde in zwei Regionen, bestehend aus der Stadt und dem Landkreis Kaiserslautern sowie aus der Stadt Trier und dem Landkreis Trier-Saarburg, die Entwicklung gemeindepsychiatrischer Verbände erprobt. Ausgangspunkt war die Überlegung, die Leistungserbringer für Hilfen im Bereich des Wohnens und der Tagesstruktur in einem Verbund zusammenzuführen. Ergebnis dieses Prozesses war es, dass die in der Region befindlichen Leistungserbringer sich gegenüber den kommunalen Gebietskörperschaften vertraglich verpflichtet haben, die notwendigen Hilfen für psychisch kranke Personen zu erbringen, die aus der Region stammen, und sicherzustellen, dass keiner aufgrund mangelnder Hilfen in eine andere Region wechseln muss. In diesem Projekt hat die Landesregierung die wissenschaftliche Beratung der Kommunen für die Dauer von zwei Jahren mit einer Gesamtsumme von rund 160 000 € gefördert.

Dieses mittlerweile erfolgreiche Projekt wird zwischenzeitlich von anderen kommunalen Gebietskörperschaften übernommen und im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Implementationsprojektes für die personenbezogenen Hilfen auch in den Landkreisen Bernkastel-Wittlich und Südwestpfalz sowie in den Städten Pirmasens, Zweibrücken, Mainz und Ludwigshafen eingeführt.

- 5.1 *Wo gibt es gemeindepsychiatrische Verbände?*

Nach Auskunft der Landkreise und kreisfreien Städte sind neben den beschriebenen Verbänden in Trier, Trier-Saarburg und Kaiserslautern Verbundsysteme in der Planungsregion Südwestpfalz – bestehend aus den Städten Zweibrücken und Pirmasens sowie dem Landkreis Südwestpfalz – sowie in den Landkreisen Altenkirchen, Bernkastel-Wittlich, Ludwigshafen, Kusel, Mainz-Bingen und dem Rhein-Lahn-Kreis sowie in den Städten Mainz, Worms, Speyer und Frankenthal entstanden. Der Landkreis Ludwigshafen hat ergänzend darauf hingewiesen, dass er jeweils ein Verbundsystem mit der Stadt Speyer für den südlichen Teil des Landkreises und mit der Stadt Frankenthal für den nördlichen Teil plant.

- 5.2 *Wie haben sich diese konstituiert?*

Der Anstoß, einen gemeindepsychiatrischen Verbund zu schaffen, kam in allen Fällen von der zuständigen kommunalen Gebietskörperschaft. In allen Landkreisen und kreisfreien Städten, in denen sich gemeindepsychiatrische Verbände entwickelt haben, gibt

es Psychiatriebeiräte. Hier wurde das Anliegen, verbindliche Absprachen über die Erbringung von Leistungen zu treffen, angesprochen und beraten. Im Ergebnis haben die Leistungserbringer den Vorschlag der Kommune aufgegriffen und dann Vorschläge entwickelt, wie ein gemeindepsychiatrischer Verbund entstehen kann. Das Ergebnis ist regional unterschiedlich. So gibt es Kooperationsverträge zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern. Es gibt verbindliche, mündliche Absprachen und in einigen Regionen haben sich Träger auch zu einer gemeinnützigen Gesellschaft zusammengetan, um gemeinsam spezifische Leistungen zu erbringen.

5.3 *Wie arbeiten diese Verbünde?*

Konstitutives Element des gemeindepsychiatrischen Verbundes ist es, dass die Leistungserbringer untereinander verbindliche Absprachen treffen, wie sie für die kommunale Gebietskörperschaft verbindlich alle notwendigen Leistungen für psychisch kranke Personen erbringen. Ziel ist es, eine umfassende Hilfe anzubieten, damit keine psychisch kranke Person seine Heimatregion verlassen muss, weil sie dort die für sie notwendigen Hilfen nicht erhalten kann.

Ein wesentliches Instrument des gemeindepsychiatrischen Verbundes ist die Hilfeplankonferenz. In der Hilfeplankonferenz werden unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Auflagen die notwendigen Hilfen gemeinsam mit dem Leistungsberechtigten zwischen Leistungserbringer und Leistungsträger (örtlicher Träger der Sozialhilfe) abgestimmt und es werden verbindliche Vereinbarungen darüber getroffen, wie diese Leistungen und zu welchem Preis sie erbracht werden.

Hilfeplankonferenzen existieren mittlerweile in der Planungsregion Südwestpfalz – bestehend aus den Städten Pirmasens und Zweibrücken sowie dem Landkreis Südwestpfalz –, in den Städten Kaiserslautern, Ludwigshafen, Mainz, Trier und Worms sowie in den Landkreisen Bad Kreuznach, Bernkastel-Wittlich, Kaiserslautern und Trier-Saarburg.

5.4 *Wie wird die Arbeit der Verbünde von den kommunalen Gebietskörperschaften und von der Landesregierung bewertet?*

Der Aufbau eines gemeindepsychiatrischen Verbundes bedeutet für den Landkreis oder für die kreisfreie Stadt am Anfang Mehrarbeit. Dieser wird in aller Regel von der Psychiatriekoordinatorin oder dem Psychiatriekoordinator geleistet. Wenn es jedoch gelingt, die Leistungserbringer zu verbindlichen Absprachen über die Erbringung ihrer Leistungen zu bewegen, dann zeigt sich sehr schnell, dass durch diese verbindlichen Absprachen tragfähige Kooperationsbeziehungen entstehen, mit denen es dann auch tatsächlich gelingt, die für die einzelne Person notwendigen Hilfen vor Ort anzubieten. Durch das persönliche Budget können diese Hilfeleistungen dann auch sehr flexibel finanziert und erbracht werden.

Alle Landkreise und kreisfreien Städte, die bisher einen gemeindepsychiatrischen Verbund entwickelt haben, bewerten dies für ihre Planungs- und Koordinierungsaufgabe als sehr positiv. Bemerkenswert ist darüber hinaus, dass es den Städten Trier und Mainz gelungen ist, durch dieses Verbundsystem heimatferne Heimunterbringungen grundsätzlich zu vermeiden. Auch die anderen kommunalen Gebietskörperschaften berichten, dass die „Fremdbelegung“ durch den gemeindepsychiatrischen Verbund deutlich zurückgegangen ist. Somit ist der gemeindepsychiatrische Verbund auch ein Instrumentarium, um dezentrale Hilfen zu fördern und damit gemeindeferne schrittweise zu reduzieren. In dem Prozess zeigt sich weiter, dass die Träger von großen Einrichtungen diesen Prozess im eigenen Interesse stärker gestalten wollen und somit dazu beitragen, dass ursprünglich zentral vorgehaltene Leistungen nunmehr dezentral erbracht werden. Beispielhaft sei hier auf die Initiativen der Rheinhesse-Fachklinik Alzey, der Barmherzigen Brüder Schönfelder Hof in Zemmer oder die ersten Schritte des Heims Betreuen – Fördern – Wohnen des Pfalzkrankenhauses verwiesen.

6. *Welche Maßnahmen hat die Landesregierung in die Wege geleitet, um die bisher institutionsbezogenen Hilfen verstärkt am Bedarf der einzelnen Personen auszurichten?*

Zu den Maßnahmen, die die Landesregierung in die Wege geleitet hat, um die bisher institutionsbezogenen Hilfen stärker am persönlichen Bedarf des Leistungsberechtigten auszurichten, gehört insbesondere:

- die Förderung der Entwicklung von gemeindepsychiatrischen Verbänden,
- die Einführung des persönlichen Budgets mit dem Projekt Selbst bestimmen – Hilfe nach Maß für behinderte Menschen und
- die Einführung der individuellen Hilfeplanung.

7. *Wie hat sich der personenbezogene Ansatz im Bereich der ambulanten teilstationären und stationären Hilfe entwickelt? Gibt es bereits Erfahrungen mit einer individuellen Hilfeplanung nach § 46 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) in Verbindung mit den Entwicklungen nach § 93 BSHG?*

§ 46 des Bundessozialhilfegesetzes schreibt vor, dass der Träger der Sozialhilfe so früh wie möglich einen Gesamtplan zur Durchführung der einzelnen Maßnahmen aufzustellen hat. Bei der Aufstellung des Gesamtplans und der Durchführung der Maßnahmen wirkt der Träger der Sozialhilfe mit dem behinderten Menschen und den im Einzelfall Beteiligten, vor allem mit dem behandelnden Arzt, dem Gesundheitsamt, dem Jugendamt und den Dienststellen der Bundesanstalt für Arbeit zusammen. Diese Vorschrift des Bundessozialhilfegesetzes unterstützt den beschriebenen Prozess, der von der institutionsbezogenen Hilfe weg zu einer personenbezogenen Leistung führt.

In den 90er Jahren war es üblich, dass Heime für psychisch behinderte Menschen eine Konzeption erstellten und mit einer solchen Konzeption auch Aufnahmekriterien für die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner formulierten. Somit wählte der Heimträger die Personen aus, die zu seiner Konzeption passten. Im Ergebnis musste der behinderte Mensch oftmals die sozialen Beziehungen in seiner Heimatregion abbrechen, um die für ihn notwendigen Leistungen in einer anderen Region zu erhalten. Gleichzeitig orientierte sich die Hilfeerbringung des Heims nicht an dem Bedarf des einzelnen Menschen, sondern an der vorliegenden Konzeption. Diese Art der Hilfeerbringung wurde von der Art der Finanzierung unterstützt und gefördert.

Durch die Novellierung des Bundessozialhilfegesetzes im Jahr 1996 wurde auch das Finanzierungssystem für die Eingliederungshilfe (§ 39, 40 BSHG) und für die Hilfen in besonderen Lebenslagen (§ 72 BSHG) geändert. Die neuen Vorschriften des Bundessozialhilfegesetzes, die zum 1. Januar 1999 in Kraft traten, sehen jetzt vor, dass die notwendigen Maßnahmen nicht mehr pauschal finanziert werden, sondern dass zuvor eine individuelle Hilfeplanung erforderlich ist, die im Ergebnis die notwendigen Leistungen, die der einzelne Mensch zur Überwindung seiner sozialen Schwierigkeiten oder zur Eingliederung in die Gesellschaft benötigt, beschreibt. Es sollen Gruppen mit einem vergleichbaren Hilfebedarf gebildet werden, für die dann jeweils eine Maßnahmepauschale kalkuliert und bezahlt wird. Im Ergebnis bedeutet dies, dass durch die Novellierung des § 93 BSHG der personenbezogene Ansatz gestärkt wurde.

Leistungsträger und Leistungserbringer haben sich in Rheinland-Pfalz in einer Vereinbarung vom 4. Oktober 2000 darauf verständigt, im Rahmen einer fünfjährigen Übergangsphase ein einheitliches Hilfeplanungsinstrumentarium zu entwickeln, das es auch ermöglicht, am Hilfebedarf des einzelnen Menschen orientierte Maßnahmepauschalen zu kalkulieren. Grundlage eines solchen Hilfeplanungsinstrumentariums sind die Vorarbeiten, die in der Gemeindepsychiatrie zur Entwicklung eines Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans erbracht wurden. Dieser Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan wurde durch eine Arbeitsgruppe, die vom Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 1993 eingesetzt wurde und deren Geschäftsführung die Aktion psychisch Kranke in Bonn übernommen hatte, entwickelt. Aufgabe der Arbeitsgruppe war es, ein System der Personalbemessung für den komplementären Bereich zu entwickeln. Dies gelang, weil die Arbeitsgruppe nicht mehr die Personalbemessung am Bedarf der Institution orientierte, sondern fragte, welche Leistungen der einzelne Leistungsberechtigte benötigt und welche Qualifikationen erforderlich sind, um diese Leistungen zu erbringen. Wenn Quantität und Qualität der erforderlichen Leistungen bekannt sind, dann liegen die notwendigen Kalkulationsgrundlagen vor, um den Preis für diese Leistungen zu berechnen.

Der von der Arbeitsgruppe entwickelte Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan ist ein Instrument zu Erfassung der Quantität und Qualität der notwendigen Leistungen. Zahlreiche psychiatrische Dienste und Einrichtungen haben zwischenzeitlich diesen Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan übernommen. Er wird auch bei den Abstimmungen in den Hilfeplankonferenzen der gemeindepsychiatrischen Verbände genutzt, um den individuellen Hilfebedarf zu beschreiben und um die Erbringung dieser notwendigen Hilfen verbindlich zwischen den Leistungserbringern zu vereinbaren.

Die Landkreise und kreisfreien Städte sind an diesem Umstrukturierungsprozess intensiv beteiligt. Insbesondere die Regionen, die gemeindepsychiatrische Verbände entwickelt haben und den personenzentrierten Ansatz umsetzen, beteiligen sich an diesem Diskussionsprozess. Ihre Erfahrungen werden intensiv bei der Entwicklung des einheitlichen Hilfeplanungsinstrumentariums zur Umsetzung des § 93 d BSHG genutzt.

8. Welche Selbsthilfeinitiativen sind in Rheinland-Pfalz tätig?

Auf Landesebene gibt es den Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Rheinland-Pfalz e. V. und den Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e. V. Beide Landesverbände haben regionale Gruppen und Ansprechpartner, die Adressen sind in der Broschüre Gemeindenahe Psychiatrie – Bestandsaufnahme und Perspektiven im Einzelnen dargestellt. Die Selbsthilfebewegung im psychiatrischen Bereich wird auch von den Selbsthilfekontaktstellen unterstützt und gefördert.

8.1 In welcher Form unterstützt das Land die Selbsthilfeinitiativen?

Die Landesregierung unterstützt Selbsthilfegruppen in der Psychiatrie materiell und ideell. So sieht das Landesgesetz für psychisch kranke Personen in § 6 den Vorrang der Selbsthilfe vor den professionellen Hilfen vor. Die Selbsthilfegruppen sind an den Planungsprozessen zu beteiligen. So sind sowohl der Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Rheinland-Pfalz wie auch der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen Mitglied im Landespsychiatriebeirat. Ähnliches gilt für zahlreiche kommunale Psychiatriebeiräte.

Finanziell hat die Landesregierung den Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker in den letzten Jahren wie folgt gefördert:

1998:	15 000 DM
1999:	15 000 DM
2000:	16 000 DM
2001:	16 000 DM

Der Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker hat mit diesem Geld die Arbeiten der regionalen Gruppen unterstützt. Außerdem wurden landesweite Fachtagungen organisiert.

Der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen wurde von der Landesregierung in den letzten Jahren wie folgt gefördert:

1998: 11 000 DM
 1999: 12 000 DM
 2000: 13 000 DM
 2001: 10 500 DM

8.2 In welcher Höhe fördern die Krankenkassen nach § 20 SGB V diese Selbsthilfearbeit?

Zur Beantwortung dieser Frage wurden die Krankenkassenverbände in Rheinland-Pfalz um eine Stellungnahme gebeten. Dem Verband der Angestelltenkrankenkassen (VdAK) ist hierzu bekannt, dass einige Mitgliedskassen mehrere 1 000 DM auf Landesebene für die Selbsthilfeförderung ausgeben. Weiterhin haben sich die Mitgliedskassen des VdAK im letzten Jahr an der Förderung der vier Selbsthilfekontaktstellen in Rheinland-Pfalz mit einem Betrag in Höhe von 91 580 DM beteiligt.

Die Landwirtschaftliche Krankenkasse Rheinland-Pfalz teilt mit, dass sie den Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen Rheinland-Pfalz e. V. im Jahr 2001 mit 1 500 DM gefördert hat. Weitere Anträge auf Förderung nach § 20 SGB V seien von Selbsthilfegruppen aus dem Bereich der Psychiatrie im Jahre 2001 nicht gestellt worden.

Die AOK – Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz teilte mit, dass sie seit Jahren sowohl den Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen wie auch den Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker mit jährlich 1 000 DM fördert.

Der BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland teilt mit, dass nach den ihm vorliegenden Informationen die Mitgliedskassen in Rheinland-Pfalz Selbsthilfegruppen aus dem Bereich der Psychiatrie im Jahre 2001 mit insgesamt 2 000 DM gefördert haben. Der Landesverband selbst hat Selbsthilfegruppen aus dem psychiatrischen Bereich mit insgesamt 2 400 DM im Jahre 2001 gefördert.

8.3 Wie wurden und werden Selbsthilfeinitiativen an Planungen beteiligt?

Der Landesverband der Angehörigen psychisch Kranker und der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen sind Mitglieder im Landespsychiatriebeirat. Der Landespsychiatriebeirat hat einen Ständigen Arbeitskreis gebildet, der die Geschäfte des Landespsychiatriebeirates führt, Vorlagen erarbeitet und Arbeitsaufträge des Landespsychiatriebeirates umsetzt. In diesem Ständigen Arbeitskreis vertritt der Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen die Selbsthilfebewegung. Der Ständige Arbeitskreis hat insgesamt neun Mitglieder.

Auf kommunaler Ebene sind die Angehörigen und die Psychiatrie-Erfahrenen in den kommunalen Psychiatriebeiräten folgender Landkreise und Städte vertreten: Bad Dürkheim/Neustadt, Bad Kreuznach, Bernkastel-Wittlich, Cochem-Zell, Germersheim/Landau/Südliche Weinstraße, Kaiserslautern (Stadt und Landkreis), Koblenz/Mayen-Koblenz, Mainz, Ludwigshafen (Kreis) mit Frankenthal und Speyer, Ludwigshafen (Stadt), Rhein-Hunsrück-Kreis, Rhein-Lahn-Kreis, Pirmasens/Zweibrücken/Südwestpfalz, Worms, Trier und Trier-Saarburg.

9. Wo gibt es ehrenamtliches Engagement zur Entwicklung der gemeindenahen Psychiatrie und zur Betreuung chronisch psychisch kranker Menschen? Wie sieht dieses aus? Welche regionalen Unterschiede gibt es?

Einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen der Psychiatriereform hat der Verein zur Unterstützung der gemeindenahen Psychiatrie in Rheinland-Pfalz e. V. geleistet. Dieser Verein wurde von Roswitha Beck 1995 in Mainz gegründet. Der Verein hat es sich zur Aufgabe gemacht, Vorurteile gegenüber psychisch Kranken abzubauen und gleichzeitig Spenden zu sammeln, mit denen zahlreiche kleinere Projekte in der Psychiatrie unterstützt und gefördert werden können.

Vor dem Hintergrund dieser wichtigen Arbeit haben auch immer mehr Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene den Mut gefunden, auf regionaler Ebene selbst für ihre Interessen einzutreten.

Die Landkreise und kreisfreien Städte haben über folgende regionale, vom bürgerschaftlichen Engagement getragene Initiativen berichtet:

Alzey-Worms	In verschiedenen Verbandsgemeinden Selbsthilfegruppen von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen
Bad Dürkheim	Patientenclubs bei einigen Kirchengemeinden
Bad Kreuznach	Gesprächsgruppen der Angehörigen, Psychose-Seminare für Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle und eine Alzheimer-Gruppe
Bernkastel-Wittlich	Angehörigengruppe
Cochem-Zell	Gruppen für Eltern betroffener Kinder
Frankenthal	Förderverein Windhorse-Projekt, Selbsthilfegruppe für Menschen mit depressiven Störungen, Alzheimer-Gruppe, mehrere Gruppen für Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene

Germersheim	Ehrenamtliche Betreuung durch Laienhelferinnen und Laienhelfer, ehrenamtliches Sportangebot, Engagement der evangelischen Kirchengemeinde
Kusel	Kontakt- und Freizeitgruppe, die von Psychiatrie-Erfahrenen initiiert worden ist
Landau	Selbsthilfegruppen der Erfahrenen und der Angehörigen
Mainz	Zahlreiche Initiativen der Selbsthilfe einschließlich der Psychose-Seminare
Mainz-Bingen	Selbsthilfegruppen der Betroffenen und der Angehörigen, Alzheimer-Gruppe, Gesprächskreise von Kirchengemeinden, Nachbarschaftshilfen in Verbandsgemeinden
Mayen-Koblenz	Engagement durch Laienhelferinnen und Laienhelfer, Selbsthilfegruppen der Angehörigen und der Psychiatrie-Erfahrenen, Verein Chancen e. V., in dem sich Freunde und Helfer psychisch kranker Menschen mit psychisch kranken Menschen treffen
Neuwied	Ehrenamtlich Tätige, die bei der Durchführung einer Gesundheitskonferenz zum Thema Gerontopsychiatrie gewonnen wurden; Gründung eines Fördervereins zur Unterstützung der gemeindenahen Psychiatrie im Landkreis Neuwied von Psychiatrie-Erfahrenen
Pirmasens	Gruppen für Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene
Rhein-Hunsrück-Kreis	In einzelnen Verbandsgemeinden Nachbarschaftshilfen, die sich um chronisch psychisch kranke Menschen kümmern
Rhein-Lahn-Kreis	Gruppen für Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene
Südwestpfalz	Gruppen für Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene
Trier	Mehrere Gruppen für Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene, Förderverein Trier e. V.
Westerwaldkreis	Begegnungstreffs initiiert von der Kontakt- und Informationsstelle WEKISS sowie von verschiedenen Kirchengemeinden
Worms	Nachbarschaftshilfen, Unterstützung durch Verwandte und Kollegen (Mitarbeit durch den Sozialpsychiatrischen Dienst am Gesundheitsamt)
Zweibrücken	Gruppen für Angehörige und Psychiatrie-Erfahrene

VI. Maßregelvollzug

1. Wie hat sich das Kapazitätsangebot von 1991 bis 2001 im Maßregelvollzug qualitativ und quantitativ entwickelt?

In Rheinland-Pfalz gibt es insgesamt drei forensische Kliniken als Maßregelvollzugseinrichtungen. Dies sind

- die forensische Klinik des Pfalzkrankenhauses für Psychiatrie und Neurologie (AÖR) in Klingenmünster,
- die forensische Abteilung der Rheinhessen-Fachklinik in Alzey und
- die forensische Abteilung „Nette-Gut“ der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach.

Bis zum 31. Dezember 2001 wurde ein Teil der drogenabhängigen Personen, die in den Maßregelvollzug eingewiesen wurden, im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Brauel behandelt. Grundlage war das Vier-Länder-Abkommen zwischen dem Trägerland Niedersachsen und den Ländern Hamburg, Bremen und Rheinland-Pfalz. Niedersachsen hat dieses Vier-Länder-Abkommen gekündigt, da es die Kapazitäten im Niedersächsischen Landeskrankenhaus zur Behandlung eigener Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten selbst benötigt.

Der Maßregelvollzug in Rheinland-Pfalz ist durch steigende Aufnahmezahlen und längere Verweildauern für Personen, die nach § 63 StGB untergebracht sind, geprägt. Die steigenden Aufnahmezahlen und die lange Verweildauer führten in den letzten zehn Jahren zu einer deutlichen Belastung der Maßregelvollzugseinrichtungen. Die Einrichtungen mussten ihre Platzkapazitäten entsprechend weiter ausbauen. Die folgende Übersicht zeigt die tatsächliche Belegung der Kliniken am Ende der Jahre 1991, 1996 und 2001:

Jahr	Pfalzkrankenhaus	Rheinhessen-Fachklinik	Rhein-Mosel-Fachklinik
1991	72	38	104
1996	94	53	123
2001	129	64	271

Im Pflanzinstitut für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Pflanzklinikums (AöR) wurden 1991 drei, 1996 zwei und im Jahre 2001 acht jugendliche Maßregelvollzugspatienten behandelt.

Im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Brauel standen in 1991 für rheinland-pfälzische Patienten 13 und in den Jahren 1996 und 2001 18 Plätze zur Verfügung.

Die Qualität des Maßregelvollzugs konnte in den letzten zehn Jahren deutlich gesteigert werden. Während Anfang der 90er Jahre Maßregelvollzugspatienten noch teilweise auf allgemein psychiatrischen Stationen behandelt wurden, entwickelte sich im Laufe der 90er Jahre in allen drei Einrichtungen eine eigene forensische Abteilung mit eigener ärztlicher Leitung und eigenem Pflegedienst. Die Beschäftigten nutzten auch die angebotenen Weiterbildungen, um ihre therapeutischen und pflegerischen Kompetenzen zu verbessern und ihre Rechtskenntnisse zu erhöhen.

2. Welche konzeptionellen Entwicklungen hat es in dem Behandlungsangebot zwischen 1991 und 2001 gegeben?

Die forensische Psychiatrie in Rheinland-Pfalz hat sich in den letzten zehn Jahren deutlich professionalisiert. Wurden 1991 Maßregelvollzugspatienten noch häufig auf allgemein psychiatrischen Stationen untergebracht und dort wie Langzeitpatienten behandelt, so haben heute alle drei forensischen Abteilungen eine eigenständige ärztliche und pflegerische Leitung. Die forensischen Abteilungen/Kliniken sind räumlich und personell selbständig. Alle drei Einrichtungen haben differenzierte Behandlungskonzepte für die spezifischen Störungsbilder im Maßregelvollzug. Alle drei Kliniken bieten ein umfassendes Behandlungskonzept für Personen, die nach § 63 Strafgesetzbuch untergebracht werden, an. Die forensische Klinik des Pflanzklinikums hat sich auf die Behandlung von alkoholkranken Personen, die nach § 64 StGB untergebracht sind, spezialisiert. Sie hat ein spezifisches sozialtherapeutisches Suchtbehandlungsprogramm für diesen Personenkreis entwickelt, das auch durch Katamneseuntersuchungen evaluiert wurde. Drogenabhängige Personen, die nach § 64 StGB untergebracht sind, werden in der forensischen Abteilung „Nette-Gut“ der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach behandelt. Hier wurde ein stufenweise aufgebautes Behandlungsprogramm für diesen Personenkreis entwickelt.

Parallel mit der Verselbständigung der forensischen Abteilungen wurden auch interne und externe Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten entwickelt. Für die Krankenpflegepersonen gibt es eine eigenständige zweijährige, berufsbegleitende Weiterbildung für die forensische Psychiatrie in Bielefeld. Diese wird vom Pflegepersonal aus den drei forensischen Einrichtungen in Rheinland-Pfalz genutzt. Das Land hat im Rahmen der Budgetverhandlungen besonderen Wert auf die Qualifikation der Beschäftigten im Maßregelvollzug gelegt.

Insgesamt lässt sich sagen, dass das Behandlungskonzept in drei forensischen Kliniken in den letzten zehn Jahren fachlich spezifischer und qualifizierter wurde.

3. Wie stellt sich die Personalsituation derzeit in den Maßregelvollzugseinrichtungen dar?

3.1 Welche therapeutischen und pflegerischen Stellen wurden in den einzelnen Einrichtungen 1991, 1996 und 2001 vorgehalten?

Parallel zu den Patientenzahlen in den Maßregelvollzugseinrichtungen stieg auch die Anzahl der Beschäftigten. Die Personalsituation in den drei rheinland-pfälzischen Maßregelvollzugseinrichtungen hat sich von 1991 über 1996 bis zum Jahre 2001 wie folgt entwickelt:

Klinik	1991	1996	2001
„Nette-Gut“ der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach			
– Arztstellen	4,45	10,18	26,02
– Pflegepersonal	60,60	119,38	280,00
– sonstige Therapeuten	13,54	30,43	52,49
Forensische Abteilung der Rheinhessen-Fachklinik Alzey			
– Arztstellen	1,00	3,33	4,19
– Pflegepersonal	17,83	42,35	54,77
– sonstige Therapeuten	6,05	9,82	11,41
Forensische Klinik des Pflanzklinikums (AöR)			
– Arztstellen	3,75	7,50	12,17
– Pflegepersonal	35,05	68,77	101,54
– sonstige Therapeuten	10,76	15,30	27,94

Die für das Jahr 2001 dargestellten Personalzahlen sind die zwischen dem Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung und den Trägern der Maßregelvollzugseinrichtungen in den Budgetverhandlungen vereinbarten Personalstellen. Da die Budgetverhandlungen für das Jahr 2002 noch nicht abgeschlossen sind, liegen noch keine endgültigen Daten über die tatsächlich besetzten Stellen im Jahr 2001 vor. Für die Jahre 1991 und 1996 wurden die durchschnittlich besetzten Stellen angegeben.

3.2 An welchen Personalausstattungsdaten orientiert sich das Land bei der Pflegesatzgestaltung?

Eine eigenständige verbindliche Grundlage zur Personalbemessung im Maßregelvollzug gibt es bundesweit nicht. Um dennoch eine adäquate, den jeweiligen verschieden zu gewichtenden Sicherungsanforderungen gerecht werdende Personalausstattung ermitteln zu können, hat die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser auf der Basis der Psychiatrie-Personalverordnung vom 18. Dezember 1990 im Jahr 1992 eine Personalverordnung „Forensik“ erarbeitet. Sie orientiert sich an der für die psychiatrischen Kliniken und Abteilungen bundesweit gültigen Personalverordnung Psychiatrie und ergänzt diese um den notwendigen Aspekt der Sicherheitsleistungen, die von den forensischen Kliniken zusätzlich zu erbringen sind.

Die „Personalverordnung Psychiatrie – Forensik“ ist nach dem Beschluss der Sicherheitskonferenz vom 23. Januar 1996 die Grundlage für die Personalbemessung in der forensischen Psychiatrie. Die Sicherheitskonferenz wurde Ende 1994 vom Gesundheitsministerium eingesetzt, um die Sicherungsmaßnahmen im Maßregelvollzug zu verbessern und zu vereinheitlichen.

4. Welche Maßnahmen wurden veranlasst, um einen möglichst hohen Sicherheitsstandard in den Maßregelvollzugseinrichtungen zu gewährleisten?

Zur Sicherheit in den forensischen Kliniken tragen unterschiedliche Maßnahmen bei. Der Maßregelvollzug hat den gesetzlichen Auftrag, die untergebrachten Personen zu bessern und zu sichern. Die erfolgreiche Behandlung von Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten ist die erste Sicherungsmaßnahme für die Gesellschaft; sie ist auch Voraussetzung für eine mögliche Entlassung aus dem Maßregelvollzug.

Mitte der 90er Jahre wurden die baulichen Sicherungsmaßnahmen in der forensischen Abteilung „Nette-Gut“ der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach erheblich verstärkt. Parallel dazu wurden auch die Sicherungsmaßnahmen der forensischen Abteilungen der Rheinhausen-Fachklinik Alzey verbessert.

Aufgrund der baulichen Besonderheiten war es schwieriger, die Klinik für forensische Psychiatrie des Pfalzkrankenhauses in Klingenstein baulich zu sichern. Da die forensische Klinik baulich Bestandteil der Allgemeinklinik ist, konnte sie im Gegensatz zur forensischen Abteilung „Nette-Gut“ nicht durch einen äußeren Zaun gesichert werden. In Klingenstein sind erhebliche Umbau- und Sanierungsmaßnahmen erforderlich, um die Sicherheitsstandards deutlich zu erhöhen. Die Baumaßnahmen haben in Klingenstein 1998 mit dem Bau einer Mehrzweckhalle begonnen, die eine Baulücke schließt und einen möglichen Fluchtweg abschneidet. Gleichzeitig schafft diese Mehrzweckhalle für die untergebrachten Personen einen zusätzlichen Bewegungsraum.

Zuvor mussten die untergebrachten Personen über ungesichertes Gelände in die allgemeine Turn- und Sporthalle des Pfalzkrankenhauses gebracht werden. In einem zweiten Bauabschnitt, der im Frühsommer 2002 fertig gestellt sein wird, werden drei Stationen komplett umgebaut und mit allen notwendigen Sicherungsmaßnahmen ausgestattet. In zwei weiteren Bauabschnitten werden dann die anderen Stationen umgebaut und zusätzlich gesichert. Weiterhin wird durch die Baumaßnahme der Zugang zur forensischen Klinik besser überwacht. Es wird eine eigene Pforte geben, die 24 Stunden am Tag den Eingang zur forensischen Klinik sichert. Die notwendigen baulichen Sicherungsmaßnahmen wurden alle vom Landeskriminalamt vorgeschlagen und in der Umsetzung geprüft. Die gesamten Umbau- und Sanierungsmaßnahmen kosten rund 9,4 Millionen €.

Kurzfristig wurden folgende Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit ergriffen:

- Bestellung eines hauptamtlichen Sicherheitsbeauftragten,
- wöchentliche Sicherheitskonferenz,
- Einrichtung eines Wachschatzes für die äußere Sicherung insbesondere während der Bauphase,
- Einbau von Schleusen an allen Stationstüren,
- eigenständiges Schließsystem für die Forensik,
- spezifisches Dokumentationssystem,
- Sicherung des technischen Betriebshofes und
- Sicherung der Aufzüge durch Schleusen.

Die Sicherung der forensischen Abteilung „Nette-Gut“ der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach wurde im Wesentlichen in den Jahren 1995/1996 durchgeführt. Mit einem Gesamtaufwand von rd. 3,06 Millionen € wurden insbesondere folgende Baumaßnahmen durchgeführt:

- Bau eines Sicherheitszaunes um das gesamte Gelände als Doppelzaunanlage,
- Umbau der Pforte mit Sicherheitszentrale,
- Personenschleuse mit Detektionsbogen und gegeneinander verriegelnden Türen,

- Fahrzeugschleuse mit gegeneinander verriegelnder Toranlage,
- ruhestromüberwachte Zaunanlage mit Meldeanschluss zur Polizei,
- Kameraüberwachung des Zaunes und der Autoschleuse,
- pneumatische Fenstergittersicherung in den beiden hochgesicherten Gebäuden,
- zusätzliche mechanische Sicherungen und
- Sicherung der Lichtkuppeln in den einzelnen Häusern.

Diese baulichen Maßnahmen wurden durch folgende technische und personelle Verbesserungen ergänzt:

- bessere Schutzgeräte für alle Mitarbeiter in der Forensik,
- eigenes Schlüsselsystem für die Sicherheitszentrale und das Pfortengebäude,
- abgestuftes Schlüsselsystem mit Einschränkungen bei der Zugangsberechtigung,
- Abstimmung der Baumaßnahmen hinsichtlich erforderlicher Sicherheitsauflagen mit dem Landeskriminalamt Rheinland-Pfalz,
- kontinuierliche Personalaufstockung entsprechend der angewachsenen Belegung,
- Schaffung eines Sicherheitsdienstes und
- Schulung des Personals im Zusammenwirken mit dem Landeskriminalamt Rheinland-Pfalz.

Die Stationen der forensischen Abteilung der Rheinhessen-Fachklinik Alzey sind inzwischen einheitlich mit Fenstersicherungen versehen, Rauchmelder sind installiert. Es wurde eine Schleuse vor der hochgesicherten Station B 1 installiert und ein neues Türschließ-System angebracht. Die Außenanlagen wurden durch einen neu errichteten Zaun zusätzlich gesichert. Diese baulichen Sicherungsmaßnahmen werden ergänzt durch zahlreiche Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen sowie durch die verbesserte personelle Ausstattung in den letzten Jahren.

Um einen landeseinheitlichen Sicherheitsstandard in den Kliniken zu gewährleisten, lädt das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit mindestens einmal jährlich die Maßregelvollzugseinrichtungen zu einer Tagung ein. Die Sicherheitsbeauftragten treffen sich regelmäßig in einem Qualitätszirkel, um Maßnahmen aufeinander abzustimmen.

5. *Wie sieht die Kapazitätsentwicklung im Maßregelvollzug aus?*

5.1 *Wie viele Personen wurden in den letzten fünf Jahren in den Maßregelvollzug eingeliefert?*

5.2 *Wie viele wurden aus dem Maßregelvollzug entlassen?*

5.3 *Wie viele wurden in den Strafvollzug verlegt?*

Die folgende Tabelle ergibt einen Überblick zu diesem Themenbereich:

	Pfalzkrankenhaus Alzey	Rheinhessen-Fachklinik Andernach	Rhein-Mosel-Fachklinik
Aufnahmen in den letzten fünf Jahren	382	44	497
Entlassungen in den letzten fünf Jahren	318	30	96
Verlegung in den Strafvollzug in den letzten fünf Jahren	nicht bekannt	4	176

Die Tabelle zeigt, dass die Anzahl der Aufnahmen deutlich über der Zahl der entlassenen Personen liegt. Der Unterschied zwischen dem Pfalzkrankenhaus und dem Nette-Gut zeigt, dass alkoholranke Personen in aller Regel innerhalb von zwei Jahren therapiert und dann entlassen werden können. Die drogenabhängigen Personen, die nach § 64 StGB in das Nette-Gut eingewiesen werden, wurden zusätzlich zum Maßregelvollzug noch zu einer oftmals nicht unerheblichen Freiheitsstrafe verurteilt. Diese müssen sie verbüßen, bevor sie entlassen werden können. Somit verbleiben diese Personen oftmals länger als zwei Jahre im Maßregelvollzug.

Die hohe Zahl der Verlegungen aus dem Nette-Gut in den Strafvollzug ist ein Indiz dafür, dass bei der Beschlussfassung, sie in den Maßregelvollzug zur Behandlung einzuweisen, ein Erfolg dieser Behandlung vermutet wurde. Diese Vermutung hat sich dann aber im Laufe der Therapie nicht bestätigt.

Da in den letzten Jahren ein kontinuierlicher Anstieg der Einweisungszahlen zu beobachten ist, müssen in den kommenden Jahren die Kapazitäten im Maßregelvollzug weiter ausgebaut werden.

6. *Mit welchen psychischen Störungen werden die Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten in die Kliniken eingeliefert?*

Die Klinik für forensische Psychiatrie Pfalzkrankenhaus behandelt alle alkoholabhängigen Maßregelvollzugspatienten aus Rheinland-Pfalz. Bei einem Teil dieser Patientinnen und Patienten liegt auch Drogenmissbrauch vor. Bei den nach § 63 Strafgesetzbuch unter

gebrachten Personen sind die typischen psychiatrischen Erkrankungen wie Schizophrenie und wahnhaftige Störungen vertreten, den Schwerpunkt bilden allerdings Persönlichkeitsstörungen und narzisstische Störungen sowie Minderbegabung, Dissozialität und sexuelle Devianzen einschließlich der Pädophilie.

Bei jugendlichen Patientinnen und Patienten finden sich neben den psychotischen Entwicklungen auch beginnende Persönlichkeitsstörungen sowie Störungen des Sozialverhaltens in Kombination mit weiteren psychiatrischen Diagnosen.

Die forensische Abteilung „Nette-Gut“ der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach behandelt alle in den Maßregelvollzug eingewiesenen drogenabhängigen Personen. Die nach § 63 StGB untergebrachten Personen leiden insbesondere an schizophrenen, schizotypen und wahnhaften Störungen, an affektiven Störungen, an neurotischen Störungen sowie an Belastungs- und somatoformen Störungen sowie an Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und Intelligenzminderungen.

In der forensischen Abteilung der Rheinhessen-Fachklinik Alzey werden ausschließlich Personen behandelt, die nach § 63 Strafgesetzbuch untergebracht sind. Die Diagnosen sind mit denen der beiden anderen Einrichtungen identisch.

7. Welche störungsspezifischen Behandlungsangebote gibt es?

In der Klinik für forensische Psychiatrie des Pfalzlinikums gibt es für die minderbegabten Personen ein spezielles heilpädagogisches Konzept, für schizophrene erkrankte Patientinnen und Patienten besondere therapeutische und psychoedukative Gruppen. Für Personen, die Delikte gegen die sexuelle Selbstbestimmung begangen haben, gibt es eigene psycho- und soziotherapeutische Angebote. Die suchtkranken Personen werden auf zwei Stationen, deren Behandlungskonzept aufeinander aufbaut, mit einem spezifischen suchttherapeutischen Konzept behandelt.

Ergänzt werden die therapeutischen Angebote je nach Bedarf um Aggressions-Konfliktbewältigungsgruppen, in denen die Erlangung sozialer Fähigkeiten geübt wird. Daneben gibt es freizeitpädagogische Angebote und Gruppen zur Einübung lebenspraktischer Fertigkeiten. Die Wiedereingliederung in die Gesellschaft wird bei günstiger Prognose in der offenen Wohngruppe erprobt und durch Beurlaubungen nach Hause oder in andere psychiatrische Einrichtungen überprüft.

Die forensische Abteilung „Nette-Gut“ der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach hat ein spezifisches Behandlungsangebot für drogenabhängige Personen entwickelt. Dieses Behandlungskonzept berücksichtigt die lange, häufig kriminelle Karriere der untergebrachten Personen und die sich in diesem Milieu entwickelnden Verhaltensauffälligkeiten.

Die Behandlungsangebote für die nach § 63 Strafgesetzbuch untergebrachten Personen sind mit denen des Pfalzlinikums vergleichbar. Die Behandlungsmaßnahmen bestehen aus einem komplexen Angebot von medizinisch-medikamentöser Therapie, psychotherapeutischer Einzeltherapie, gruppentherapeutischen Behandlungen sowie störungsspezifischen Trainingsgruppen, Informations- und organisationsorientierten Gruppen sowie heilpädagogischer Förderung und Entspannungsverfahren. Ergänzt werden diese Maßnahmen durch die Angebote der Arbeitstherapie, der Sport- und Bewegungstherapie, der schulischen Förderung, der Sozialpädagogik und Sozialarbeit.

Das Nette-Gut ist insgesamt in drei Organisationseinheiten untergliedert, die jeweils einen eigenen Schwerpunkt setzen und ein spezifisches Behandlungsangebot entwickeln.

Da in der forensischen Abteilung der Rheinhessen-Fachklinik Alzey ausschließlich Personen, die nach § 63 StGB untergebracht sind, behandelt werden, sind die hier entwickelten Behandlungskonzepte mit denen des Pfalzlinikums und des Nette-Gutes vergleichbar.

8. Welche Studien gibt es zur Überprüfung des Behandlungserfolges? Welche Unterschiede gibt es für die einzelnen Störungsbilder? Welche Konsequenzen zieht die Landesregierung aus diesen Ergebnissen?

Der Erfolg und der Misserfolg der Behandlung im Maßregelvollzug wird in aller Regel daran gemessen, ob die entlassene Person aufgrund ihrer psychischen Erkrankung oder ihrer Suchterkrankung wieder straffällig wird oder ob sie ein straffreies Leben führt.

Katamnestic Studien zeigen, dass die Behandlung von Menschen mit schizophrenen oder affektiven Psychosen in aller Regel erfolgreich verläuft, während die Behandlung von narzisstischen oder dissozialen Persönlichkeitsstörungen sowie die von Menschen mit sexuellen Devianzen weniger erfolgreich ist. Im Ergebnis bedeutet dies, dass Personen, von denen aufgrund ihrer Erkrankung weitere schwerwiegende Straftaten erwartet werden, langfristig im Maßregelvollzug untergebracht werden.

Eine erste Katamnesticstudie, die das Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit 1998 für die Untersuchung der in den Jahren 1996, 1991 und 1992 aus dem Maßregelvollzug entlassenen Personen in Auftrag gab, bestätigt die bundesweiten Befunde auch für Rheinland-Pfalz. In der Studie wurden Personen untersucht, die nach § 63 StGB in den Maßregelvollzug eingewiesen waren.

Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass Personen, die im Maßregelvollzug waren, nach ihrer Entlassung signifikant weniger neue Straftaten verübten als entlassene Strafgefangene. Von den insgesamt 38 untersuchten Personen verübten

- 16 Personen = 42,0 Prozent keine weitere Straftaten,
- 10 Personen = 26,0 Prozent leichte Straftaten,
- 2 Personen = 7,5 Prozent gewaltlose Eigentumsdelikte und
- 10 Personen = 26,0 Prozent wurden einschlägig rückfällig.

Personen, die an einer schizophrenen Psychose erkrankt waren, wurden nicht einschlägig rückfällig, rückfällig wurden eher Personen mit einer Persönlichkeitsstörung. Kaum Rückfälle hatten Personen, die in eine verbindliche Sozialstruktur entlassen wurden. Dies ist ein Hinweis dafür, dass auf die Entlassungsvorbereitung und die Vorbereitung der Nachsorge großer Wert gelegt werden muss.

Die mittlere Unterbringungsdauer der entlassenen Personen betrug rund 93 Monate (= sieben Jahre und neun Monate); der Median (Zeitpunkt, zu dem 50 % der Personen entlassen worden waren) lag bei 73 Monaten (= sechs Jahre und ein Monat). Personen, die wegen eines Sexualdeliktes untergebracht waren, waren durchschnittlich 113 Monate (= neun Jahre und fünf Monate; Median = 93 Monate = sieben Jahre und neun Monate) im Maßregelvollzug.

Bei einer gleichzeitig verhängten Freiheitsstrafe war die Unterbringung im Maßregelvollzug bei allen Personen, die ein Sexualdelikt begangen haben, länger als die verhängte Freiheitsstrafe. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 14 Jahre, während die mittlere Dauer der verhängten Freiheitsstrafe zwei Jahre und neun Monate betrug.

Die katamnesticen Untersuchungen geben auch Rückschluss auf die Kriterien, die genutzt werden, um eine möglichst sichere Prognose zu erstellen. Sie zeigen auf, wann und unter welchen Bedingungen Personen eher rückfällig werden. Aufgrund dieser Ergebnisse beabsichtigt das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, mit den Einrichtungen regelmäßige katamnestiche Untersuchungen durchzuführen, um den Behandlungserfolg der drei forensischen Kliniken regelmäßig zu überprüfen.

9. Wie sieht die Entwicklung für die jugendlichen Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten aus und welche Erkenntnisse gibt es über die generelle Prognose für jugendliche Maßregelvollzugspatientinnen und -patienten?

Jugendliche Maßregelvollzugspatienten werden derzeit ausschließlich im Pfalzinstitut für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Pfalz-klinikum in Klingenstein behandelt.

Die Behandlungszahlen sehen wie folgt aus:

1991: 3	1995: 2	1999: 3
1992: 3	1996: 2	2000: 3
1993: 2	1997: 2	2001: 8
1994: 1	1998: 2	2002: 11

Ob die seit dem Jahr 2000 steigende Zahl von jugendlichen Maßregelvollzugspatienten Zufall ist oder einen Trend darstellt, kann bis jetzt noch nicht abschließend beurteilt werden. Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit führt derzeit Gespräche mit dem Pfalz-klinikum über einen möglichen Ausbau des Maßregelvollzugs für Jugendliche.

Aussagen über die Prognose der Behandlung von jugendlichen Maßregelvollzugspatienten können aufgrund der bisher geringen Fallzahlen nach Auskunft des Ärztlichen Leiters des Pfalz-institutes für Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht gemacht werden. Das Spektrum der bisherigen Fälle reicht von der Entlassung nach erfolgreicher Durchführung einer Behandlung im Maßregelvollzug bis hin zur Verlegung in die Klinik für forensische Psychiatrie.

10. Gibt es wissenschaftlich überprüfte Prognosekriterien als Entscheidungsgrundlage für Vollzugslockerungen einschließlich der Beurteilung?

Gefährlichkeitsprognosen gehören zu den schwierigsten und verantwortungsvollsten Aufgaben der forensischen Psychiatrie. Im Bereich des psychiatrischen Maßregelvollzugs müssen Prognosen über die Notwendigkeit einer weiteren Unterbringung nach den §§ 63, 64 StGB gestellt werden. Eine Prognose muss auch abgegeben werden, wenn über eine Lockerungsmaßnahme entschieden werden soll. Vor diesem Hintergrund ist es eine Schwerpunktaufgabe der forensischen Institute an den Universitäten, wissenschaftlich überprüfbare und operationalisierbare Prognosekriterien zu entwickeln. Lange Zeit war es in der Psychiatrie üblich, jeden Einzelfall gesondert zu betrachten und vor dem Hintergrund des psychodynamischen Geschehens in jedem Einzelfall nach unterschiedlichen Gesichtspunkten eine Prognose abzugeben.

Dieses kasuistische Vorgehen bleibt jedoch unbefriedigend, da die Kriterien letztlich nicht überprüfbar, sondern in starkem Maße abhängig sind von der klinischen Erfahrung der Gutachterin oder des Gutachters. In den letzten zehn Jahren wurden deshalb zunehmend statistisch gesicherte Prognosekriterien entwickelt. Spezifische, persönlichkeitsrelevante Faktoren werden genutzt, um Prognosewahrscheinlichkeiten zu errechnen. Dieses Vorgehen erhöht die Treffsicherheit deutlich, wie internationale Studien belegen.

10.1 Wie sehen diese Prognosekriterien aus?

Wissenschaftlich überprüfbare Prognosekriterien wurden entwickelt von den Professoren Rasch, Freie Universität Berlin, Leygraf, Universität Essen, Nedopil, Universität München und Dittmann, Universität Basel. Diesen Prognoseinstrumenten gemeinsam ist, dass sie mit unterschiedlicher Gewichtung folgende Faktoren berücksichtigen:

Biographische Entwicklung

Art der begangenen Straftat

Häufigkeit und Schwere der begangenen Straftat
 Beginn der Straffälligkeit
 Verschiedenheit von Straftaten
 Art der psychischen Erkrankung
 Häufigkeit der psychischen Erkrankung
 Einbindung in soziale Netzwerke
 Familiäre Bindungen
 Arbeitsfähigkeit und Arbeitsbereitschaft
 Stressbereitschaft
 Konfliktfähigkeit versus Anpasstheit
 Persönliche Entwicklung im Maßregelvollzug
 Teilnahme an therapeutischen Angeboten
 Behandlungsbereitschaft
 Compliance bei der Behandlung
 Rückfälle während des stationären Aufenthaltes
 Umgang mit den Rückfällen
 Kritikfähigkeit.

10.2 Wie werden diese in den einzelnen Kliniken angewandt?

Auf Anregung des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit einigten sich die drei Maßregelvollzugseinrichtungen in Rheinland-Pfalz im Jahr 1999 darauf, das von Professor Dr. Volker Dittmann, Universität Basel, entwickelte Prognoseinstrumentarium verbindlich anzuwenden. Das ärztliche und psychologische Personal sowie die leitenden Pflegepersonen wurden im Jahre 2000 und 2001 in jeweils zweitägigen Workshops von Professor Dittmann in der Anwendung dieses Prognoseinstrumentariums geschult. Eine weitere zweitägige Fortbildungstagung ist für das Jahr 2002 vorgesehen.

Es zeigt sich, dass das systematische Anwenden eines Prognoseinstrumentariums auch die Sicherheit des Personals im Umfang mit den untergebrachten Personen erhöht. Die Entscheidung über Lockerungsmaßnahmen erscheint nicht mehr zufällig, sondern ist jederzeit von allen Beteiligten überprüfbar, der Entscheidungsprozess ist transparent und nachvollziehbar. Die Ablehnung von Lockerungsmaßnahmen kann jetzt auch eindeutig und klar gegenüber der untergebrachten Person begründet werden. Die systematische Anwendung des Prognoseinstrumentariums hat somit zu einer erhöhten Sicherheit der Maßregelvollzugseinrichtung geführt und gleichzeitig die Qualität der Behandlung verbessert. Das Prognoseinstrumentarium hilft auch mit, die Prozess- und Strukturqualität der Maßregelvollzugseinrichtungen überprüfbar zu machen.

VII. Aus-, Fort- und Weiterbildung

1. Welche Weiterbildungsmöglichkeiten gibt es für das in der Psychiatrie tätige ärztliche und pflegerische Personal sowie für die anderen in der Personalverordnung Psychiatrie (PsychPV) genannten Berufsgruppen (Psychologie, Ergo- und Bewegungstherapie sowie Sozialarbeit/Sozialpädagogik)?

Im Rahmen der Weiterbildung können folgende Arztbezeichnungen erworben werden:

- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
- Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Alle psychiatrischen Fachkliniken und psychiatrischen Hauptfachabteilungen haben eine Ermächtigung von der Landesärztekammer zur Weiterbildung der Assistenzärztinnen und -ärzte zu Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie erhalten.

Alle psychiatrischen Fachkliniken und die überwiegende Zahl der psychiatrischen Fachabteilungen bilden auch Krankenpflegepersonen aus. Die Krankenpflegeschüler und -schülerinnen sind in ihrer dreijährigen Ausbildung zeitweise in den psychiatrischen Krankenhäusern oder psychiatrischen Fachabteilungen eingesetzt.

Krankenpflegepersonen können gemäß den Vorschriften des Landesgesetzes für die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen vom 17. November 1995 sowie der dazu erlassenen Landesverordnung vom 13. Februar 1998 folgende Weiterbildungseinrichtungen belegen und einen staatlich anerkannten Abschluss erwerben:

- Weiterbildung zur Fachkrankenschwester oder zum Fachkrankenpfleger für psychiatrische Pflege
- Weiterbildung zur Fachkrankenschwester, zum Fachkrankenpfleger, zur Fachkinderkrankenschwester oder zum Fachkinderkrankenpfleger für ambulante Pflege

- Weiterbildung zur Leiterin oder zum Leiter einer Pflege- oder Funktionseinheit im Gesundheitswesen
- Weiterbildung zur Praxisanleiterin oder zum Praxisanleiter im Gesundheitswesen
- Weiterbildung zur Pflegedienstleiterin oder zum Pflegedienstleiter
- Weiterbildung zur Praxisanleiterin oder zum Praxisanleiter im Gesundheitswesen
- Weiterbildung zur Lehrerin oder zum Lehrer für Gesundheitsfachberufe.

In der Ergotherapie (früher Beschäftigungs- und Arbeitstherapie) gibt es folgende Weiterbildungsmöglichkeiten mit einem staatlich anerkannten Abschluss:

- Weiterbildung zur Leiterin oder zum Leiter einer Pflege- oder Funktionseinheit im Gesundheitswesen
- Weiterbildung zur Praxisanleiterin oder zum Praxisanleiter im Gesundheitswesen
- Weiterbildung zur Lehrerin oder zum Lehrer für Gesundheitsfachberufe.

Für die Physiotherapeutinnen/-therapeuten (früher Krankengymnasten) werden folgende Weiterbildungen mit einem staatlich anerkannten Abschluss angeboten:

- Weiterbildung zur Leiterin oder zum Leiter einer Pflege- oder Funktionseinheit im Gesundheitswesen
- Weiterbildung zur Praxisanleiterin oder zum Praxisanleiter im Gesundheitswesen
- Weiterbildung zur Lehrerin oder zum Lehrer für Gesundheitsfachberufe.

Alle psychiatrischen Fachkliniken und die meisten psychiatrischen Hauptfachabteilungen bieten Ausbildungsstellen für Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten an. Diese sind gehalten, im Rahmen ihrer Ausbildung ein Jahr in der Psychiatrie zu arbeiten. Die einzelnen Kliniken und Fachabteilungen haben hier Kooperationsverträge mit den staatlich anerkannten Ausbildungsstätten geschlossen.

2. *Welche qualifizierten Abschlüsse gibt es für die einzelnen Berufsgruppen? Bitte getrennt nach der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Erwachsenenpsychiatrie darstellen.*

Qualifizierte Abschlüsse für die in der Psychiatrie-Personalverordnung aufgeführten Gesundheitsfachberufe sind:

Erwachsenenpsychiatrie

Pflegeberufe:

- Grundausbildung: Krankenschwester/Krankenpfleger
Weiterbildung: Fachkrankenschwester/Fachkrankenpfleger für psychiatrische Pflege

Ergotherapeuten:

- Grundausbildung: Ergotherapeut/Ergotherapeutin
(früher Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut)
Weiterbildung: Neben den in der Antwort zur Frage VII. 1 genannten Weiterbildungsmaßnahmen gibt es noch die staatlich anerkannte Lehrerin für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie.

Physiotherapeuten:

- Grundausbildung: Physiotherapeutin/Physiotherapeut
Neben den in der Antwort zur Frage VII.1 genannten Weiterbildungslehrgängen gibt es noch die staatlich anerkannte Lehrerin für Physiotherapie oder den staatlich anerkannten Lehrer für Physiotherapie.

Ärztinnen/Ärzte:

- Grundausbildung: Universitätsstudium mit qualifiziertem Abschluss und Approbation
Weiterbildung: Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Psychologie:

- Grundausbildung: Psychologiestudium mit Abschluss eines Diploms
Ausbildung: zum Psychologischen Psychotherapeuten oder zur Psychologischen Psychotherapeutin

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Pflegeberufe:

- Grundausbildung: Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger
Weiterbildung: Fachkinderkrankenschwester/Fachkinderkrankenpfleger für psychiatrische Pflege

Ärztinnen/Ärzte:

Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendpsychotherapie

Psychologie:

Nach dem Abschluss des Studiums der Psychologie, der Pädagogik oder der Sozialpädagogik kann eine Ausbildung zum Psychologischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemacht werden. Entsprechende Kooperationsverträge haben die kinder- und jugendpsychiatrischen Fachkliniken und Abteilungen mit den staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten in Rheinland-Pfalz abgeschlossen.

3. *Wie werden die ärztlichen Weiterbildungsstellen ausgenutzt? Gibt es Über- oder Unterkapazitäten?*

Alle psychiatrischen Kliniken und psychiatrischen Hauptfachabteilungen bieten Weiterbildungsstellen zum Facharzt oder zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und die Kinder- und Jugendpsychiatrien Weiterbildungsstellen für den Facharzt oder für die Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an. Diese Weiterbildungsstellen sind nach Auskunft der Kliniken und psychiatrischen Hauptfachabteilungen und der Landesärztekammer derzeit fast alle besetzt. Einzelne Kliniken berichten allerdings, dass die Nachfrage nach einer Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie nachlässt.

4. *Welche Weiterbildungsstätten für die Fachkrankenpflege Psychiatrie gibt es?*

Weiterbildungsstätten für die Fachkrankenpflege Psychiatrie gibt es:

- an den Städtischen Krankenanstalten Idar-Oberstein GmbH,
- am Klinikum der Johannes Gutenberg-Universität Mainz,
- an der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach.

Diese Weiterbildungsstätten werden auch von den anderen Kliniken mitgenutzt. Das Pfalzlinikum für Psychiatrie und Neurologie beabsichtigt, eine Weiterbildungsstätte einzurichten, nachdem sie Anfang der 90er Jahre die Weiterbildungsstätte geschlossen hatte.

5. *Welche spezifischen Weiterbildungsangebote gibt es für die Ergotherapie?*

Weiterbildungen für Ergotherapeutinnen und -therapeuten werden vom Berufsverband der Ergotherapeutinnen und -therapeuten und von verschiedenen privaten Ausbildungs- und Fortbildungsinstituten angeboten.

6. *Welche spezifischen Weiterbildungsangebote gibt es für die Bewegungstherapie?*

Auch im Bereich der Bewegungstherapie/Physiotherapie gibt es zahlreiche Fort- und Weiterbildungsangebote von unterschiedlichen Fachgesellschaften und privaten Aus- und Weiterbildungsinstituten. Die beiden Fort- und Weiterbildungsinstitute des Landeskrankenhauses und des Pfalzlinikums für Psychiatrie und Neurologie beabsichtigen, hier spezifische Fortbildungsangebote für den psychiatrischen Bereich zu entwickeln.

7. *Gibt es spezifische Angebote, die die motorische und die psychische Entwicklung von Kindern besonders berücksichtigen? Wie sehen diese Angebote aus?*

Auch im Bereich der psychomotorischen Entwicklung gibt es zahlreiche Fort- und Weiterbildungsangebote, die von Fachgesellschaften und Berufsverbänden angeboten werden. So hat der Landesverband Rheinland-Pfalz des Aktionskreises Psychomotorik eine zweijährige berufsbegleitende Weiterbildung in Motopädagogik/-therapie mit dem Sportinstitut der Universität Koblenz-Landau in Landau entwickelt. Die Kinder- und Jugendpsychiatrien arbeiten eng mit dem Aktionskreis Psychomotorik zusammen. An der Universität Marburg gibt es einen Weiterbildungsstudiengang zum Diplom-Motologen oder zur Diplom-Motologin.

Malu Dreyer
Staatsministerin