



# Steuerungsstelle Psychiatrie

Berichterstattung 2003

# 2003





## **Impressum:**

Herausgeber:

Gesundheitsamt Bremen  
Sozialpsychiatrische Abteilung  
Steuerungsstelle Psychiatrie  
Horner Str. 60-70  
28203 Bremen  
[www.gesundheitsamt-bremen.de](http://www.gesundheitsamt-bremen.de)

## **Redaktion:**

Gabriele Nawroth-Schütz  
Sonja Lünzmann  
Karoline Röschmann  
Tanja Grabbe  
Dr. Gerd Möhlenkamp  
Rolf Bennecke  
Hans-Heinrich Löhr  
Sascha Küchel

Erscheinungsdatum: März 04



## Inhalt

<b>Impressum:</b>	<b>2</b>
Herausgeber:	2
Redaktion:	2
<b>Inhalt 1. Vorwort</b>	<b>3</b>
<b>1. Vorwort</b>	<b>6</b>
Erweiterung des Auftrags	6
Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen – Anstieg der Plätze	6
Heimwohnen für psychisch kranke Menschen – Datenlage noch unzureichend, jedoch auch hier steigender Bedarf	6
Betreutes Wohnen und Heimwohnen für Suchtkranke	7
Tagesstätten	7
Familienpflege: ein modernes Konzept mit Tradition	7
Nichtbehandlungsfälle im Klinikum Ost	7
Qualitätsentwicklung des Hilfeplanverfahrens: Das Hilfeplaninstrumentarium muss den zielgruppenspezifischen Steuerungszwecken folgen.	7
Arbeit und Beschäftigung: die Angebote werden differenzierter	8
Ein Blick auf den „Ausblick“	8
<b>2. Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen</b>	<b>9</b>
<b>2.1. Neuaufnahmen und Beendigungen im Jahr 2003</b>	<b>10</b>
<b>2.2 Auswertung der Wartelisten aus der Abstimmungskonferenz</b>	<b>11</b>
<i>Die folgende Auswertung bezieht sich nur auf die Anmeldungen von Personen, die unversorgt oder in einem Wohnheim bzw. zum Zeitpunkt der Anmeldung in der psychiatrischen Klinik waren (Stichtag 31. Dezember 2003).</i>	<b>11</b>
Aufenthalt bei Anmeldung	12
Gewünschte Maßnahme	12
Anteil der Zugänge über die Warteliste	12
Durchschnittliche Wartezeit	13
<b>2.3. Kennziffern im Betreuten Wohnen</b>	<b>13</b>
Altersverteilung	14
Verhältnis Gruppenwohnen – Einzelbetreutes Wohnen	14
Verteilung nach Betreuungsumfang	14
Regionale Verteilung der Maßnahmen und der Betreuungsstufen	15
Betreuungsumfang und Geschlecht	16
Betreuungsumfang und Wohnform	16
Zusammenfassung	17
<b>2.4. Leistungswirtschaftliche Kennziffern Betreutes Wohnen</b>	<b>17</b>
Betreuungsumfang und geleistete Entgelttage	17
Schlüsselasenkungen und –erhöhungen	18
Verteilung der Entgelttage nach Betreuungsstufen und Leistungserbringern	18
Betreuungsschlüsselstruktur der Leistungserbringer	19
<b>2. 5. Gutachterliche Stellungnahmen und diagnostische Verteilung</b>	<b>20</b>
Regionale Verteilung der Gesamtpläne	20
Diagnosen	21



<b>2.6. Krankenhausaufenthalte</b>	<b>21</b>
Häufigkeit stationärer Behandlung	21
Verweildauer in der psychiatrischen Klinik	22
<b>2.7. Junge Erwachsene im Betreuten Wohnen (Jahrgang 1980 und später)</b>	<b>22</b>
<b>2.8. Ältere Menschen im Betreuten Wohnen (Jahrgang 1938 und früher)</b>	<b>23</b>
<b>2.9. Zusammenfassung Betreutes Wohnen psychisch kranke Menschen</b>	<b>24</b>
Wartelistenauswertung	24
Betreutes Wohnen	24
Tabellenverzeichnis	25
Abbildungsverzeichnis	25
<b>3. Tagesstätten</b>	<b>26</b>
<b>4. Familienpflege</b>	<b>27</b>
<b>5. Nichtbehandlungsfälle im ZKH – OST (vormals: Langzeitpflegeplätze)</b>	<b>28</b>
Warteliste	28
Verteilung nach Kliniken:	29
Zusammenfassung	29
<b>6. Heimwohnen für psychisch kranke Menschen</b>	<b>30</b>
<b>6.1. Auftrag und Arbeitsstand</b>	<b>30</b>
<b>6.2. Allgemeine Verteilung im Jahr 2003</b>	<b>31</b>
Wohnheime in Bremen	31
In auswärtigen Einrichtungen untergebrachte Bremerinnen und Bremer	31
<b>6.3. Wartelisten im Heimbereich</b>	<b>32</b>
<b>6.4. Perspektiven im Heimbereich 2004</b>	<b>32</b>
<b>7. Qualitätssicherung der Gesamtpläne einschließlich IBRP für psychisch kranke Menschen, 2003</b>	<b>33</b>
Im Einzelnen standen bei den Gesamtplänen folgende Probleme im Vordergrund:	33
Gesamtplan	34
Mitarbeiterzufriedenheit mit dem Begutachtungsverfahren	35
Neue Aufgaben	35
<b>8. Betreutes Wohnen und Heimwohnen für suchtkranke Menschen</b>	<b>37</b>
<b>8.1 Vorbemerkungen</b>	<b>37</b>
<b>8.2 Überblick</b>	<b>37</b>
<b>8.3 Betreutes Wohnens für Suchtkranke</b>	<b>37</b>
<b>8.4 Heimwohnen für Suchtkranke</b>	<b>38</b>
<b>8.4.1 Übergangseinrichtungen</b>	<b>38</b>
<b>8.4.2 Fördereinrichtungen für Suchtkranke mit hirnorganischen und anderen Folgeerkrankungen</b>	<b>39</b>
Fördereinrichtungen für Menschen mit suchtmittelbedingtem hirnorganischen Abbau des Sozialwerks der Freien Christengemeinde	39
Intensiv Betreutes Wohnen der Arbeiterwohlfahrt in Bruchhausen-Vilsen	39
Christliches Reha-Haus	40
<b>8.5 Nichtbehandlungsfälle in der Klinik</b>	<b>40</b>
<b>8.6 Probleme und Entwicklungen</b>	<b>40</b>



Zugangssystematik im Suchtbereich	40
Qualitätsentwicklung durch Plausibilitätsprüfung der Gutachten	41
Alternativen zur Eingliederungshilfe	41
<b>9. Arbeit und Beschäftigung 2003</b>	<b>42</b>
Ausgangslage	42
Platzzahlen und Belegungen 2003	42
Derzeitiger Entwicklungsstand im Bereich Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen	42
Das aktuelle Zugangsverfahren zur Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)	43
<b>10. Ausblick</b>	<b>45</b>
Stärkung fallführender Verantwortlichkeit	45
Gutachterfunktion, Fallführung und Behandlungsverantwortung zusammenführen	45
Betreutes Wohnen und Krankenhausbehandlung	45
Abgrenzung Betreutes Wohnen und Psychotherapie	46
<b>Anhang:</b>	<b>47</b>
<b>Studie zur Arbeitsmotivation psychisch kranker Menschen (Bremer Wohnheime)</b>	<b>47</b>
<b>Fokus: Die Bedeutung monetärer Anreize</b>	<b>47</b>
<b>Einleitung</b>	<b>47</b>
<b>1. Population der Bremer Heimbewohner</b>	<b>47</b>
1.1 Geschlecht	47
1.2. Alter	47
1.3. Berufserfahrung	48
1.4. Arbeitsformen	48
1.5. Wöchentliche Arbeitsstunden	48
1.6. Verweildauer	48
<b>2. Statistische Daten zur Heimstruktur</b>	<b>49</b>
2.1. Allgemeine Strukturen	49
2.2. Spezialisierung auf Arbeit und Beschäftigung	49
2.3. Beschäftigungsangebote in den Wohnheimen	50
<b>3. Erste Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse</b>	<b>50</b>
3.1 Aussagen der Bewohner	50
3.2 Aussagen der Mitarbeiter	51
<b>4. Abschließendes</b>	<b>51</b>
<b>Kurzdarstellung des Verfahrens zum Betreuten Wohnen und Heimwohnen für psychisch kranke Menschen Stand: 2003</b>	<b>52</b>
<b>Produktgruppe: 5.1. Leistungen der Steuerungsstelle Psychiatrie</b>	<b>53</b>



## 1. Vorwort

---

### **Erweiterung des Auftrags**

Mit Jahresbeginn 2003 wurde der Auftrag der Steuerungsstelle Psychiatrie erweitert. Zur bisherigen Fach- und Ressourcenverantwortung für das Betreute Wohnen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen kamen die Bereiche: Heimwohnen, Tagesstätten, Familienpflege und Nichtbehandlungsplätze im Klinikum Ost hinzu. Grundlage der Steuerung ist ein mit dem Ressort geschlossener Kontrakt, der die Steuerungsziele und Berichtspflichten festlegt.

Die mit dem Amt für Soziale Dienste erarbeiteten neuen Verfahrensrichtlinien zum Antrags- und Bewilligungsverfahren für das Betreute Wohnen und Heimwohnen wurden 2003 offiziell in Kraft gesetzt (Betr.: Wirtschaftliche Hilfen 1/03). Sie gelten inzwischen in Ergänzung zur Dienstanweisung 12/88 für das Betreute Wohnen und Heimwohnen sowohl für psychisch kranke als auch für suchtkranke Menschen.

Die Steuerungsstelle sieht ihren Aufgabenschwerpunkt weiterhin vor allem in der fachlichen Plausibilitätsprüfung der Hilfepläne und in einer Berichterstattung, die Transparenz schafft. Die Einzelfallsteuerung stellt primär auf fachliche Standards ab und nicht auf Einsparvorgaben.

Die Koordination des Antrags- und Begutachtungsverfahrens nach § 46 BSHG durch die Steuerungsstelle ermöglicht die Erhebung der wesentlichen Struktur- und Leistungsdaten aus dem Verfahrensablauf heraus, was arbeitsintensiv ist, jedoch für eine zuverlässige Datenlage sorgt.

### **Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen – Anstieg der Plätze**

Trotz einer Leistungsausweitung um ca. 6 % blieben die Ausgaben im Planungsrahmen. Erreicht wurde dies durch eine Reduktion der höherschwelligen Betreuungsstufen 1:2,5 und 1:4. Der Durchschnittsschlüssel lag 2003 bei 1:5,6. Im Betreuten Wohnen befanden sich zum Jahresende 433 Personen – 30 mehr als im Vorjahr.

Es ist davon auszugehen, dass sich der seit Jahren zu beobachtende Trend einer steigenden Nachfrage nach Betreutem Wohnen fortsetzen wird. Den damit verbundenen steigenden Mittelbedarf weiterhin über Einzelfallsteuerung zu begrenzen, wird nur sehr eingeschränkt möglich sein.

Die Umsteuerung von Mitteln in neue und anerkannt dringliche Betreuungsprojekte im Bereich Wohnen, z. B. ein betreutes Hotelangebot für obdachlose psychisch Kranke ohne Krankheitseinsicht (Projekt „Hotel Plus“ der Inneren Mission), ist nicht gelungen.

### **Heimwohnen für psychisch kranke Menschen – Datenlage noch unzureichend, jedoch auch hier steigender Bedarf**

Unter Berücksichtigung, dass die außerhalb Bremens stationär untergebrachten Menschen mit einer psychischen Erkrankung noch nicht genau erfasst werden konnten, ist für Ende 2003 von 258 Wohnheimplätzen auszugehen.

Das Verhältnis von Neuaufnahmen und Beendigungen und eine umfangreiche Warteliste belegen einen steigenden Bedarf, wobei im gerontopsychiatrischen Heimbereich die Diskrepanz zwischen Nachfrage und Angebot besonders auffällig ist.

Die steigende Anzahl von Unterbringungen jüngerer psychisch Kranker außerhalb Bremens hat vor allem damit zu tun, dass in Bremen Wohnheimplätze mit einem ruhigen Umgebungsmilieu und Beschäftigungsangeboten fehlen.

Die aus dem stationären Jugendhilfebereich nachrückenden auswärts untergebrachten psychisch Kranken stellen eine besondere Problemgruppe dar, weil der Wechsel vom KJHG zum BSHG- Maßnahmebereich weiterhin unzureichend geregelt ist.



## **Betreutes Wohnen und Heimwohnen für Suchtkranke**

Erstmals liegen für 2003 zuverlässige Zahlen vor. Im Betreuten Wohnen gab es zum Jahresabschluss 65, in den Übergangswohneinrichtungen 54 und in den Wohnheimen 74 belegte Plätze.

Seit einigen Jahren gibt es einen kontinuierlichen Anstieg der Nachfrage nach Heimplätzen für Suchtkranke mit hirnganischen Folgeerkrankungen. Eine Differenzierung des Angebots für diesen Personenkreis wäre wünschenswert.

## **Tagesstätten**

Die Aufgabe der Steuerungsstelle beschränkt sich für diesen Zuwendungsbereich auf die Darstellung der wichtigsten Leistungskennziffern. Eine fallbezogene Zugangssteuerung und Hilfeplanung wie im Betreuten Wohnen erfolgt hier nicht. Es gibt derzeit in Bremen 148 Tagesstättenplätze (27,3 Plätze pro 100.000 Einwohner).

## **Familienpflege: ein modernes Konzept mit Tradition**

Obwohl Familienpflege (früher „Landpflege“) eine lange Tradition hat und auch heute noch eine erfolgreiche Eingliederungshilfemaßnahme darstellt, führt sie ein eher stiefmütterliches Dasein.

Die Familienpflege sollte bei der Hilfeplanung mehr Berücksichtigung finden, z. B. als Alternative zum Heimwohnen. Familienpflege bietet etwas, was zumindest für einen Teil psychisch kranker Menschen, die nicht allein leben können, hilfreich und stabilisierend ist: ein vergleichsweise ruhiges Milieu, Familienanschluss und meist auch noch ein sinnvolles Betätigungsfeld.

Die Familienpflege sieht 17 Plätze vor, hiervon wurden im Jahr 2003 durchschnittlich fünf mit Bremern/innen belegt.

## **Nichtbehandlungsfälle im Klinikum Ost**

Bei den Nichtbehandlungsfällen handelt es um psychisch kranke und suchtkranke Krankenhauspatienten/innen, die nach Beendigung der medizinischen Behandlungsmaßnahmen als Pflegefälle in der Klinik verbleiben, weil noch keine geeignete Anschlussmaßnahme gefunden werden konnte.

Obwohl die Planzahl von im Jahresschnitt zehn belegten Plätzen nicht ganz erreicht wurde (real waren es 13), zeigt sich im Jahresverlauf 2003 und auch im Vergleich zum Vorjahr eine stetige Tendenz nach unten. Die mit dem Klinikum Ost vereinbarte Kooperationsvereinbarung, welche die Hilfeplanung bei diesen besonderen Problemfällen regelt, zeigt offenbar Wirkung.

## **Qualitätsentwicklung des Hilfeplanverfahrens: Das Hilfeplaninstrumentarium muss den zielgruppenspezifischen Steuerungszwecken folgen.**

Der 2002 verabschiedete zielgruppenübergreifende Gesamtplan ist für die Zwecke der Steuerungsstelle nur bedingt hilfreich. Mit einem einheitlichen Gesamtplan-Formularsatz alle Maßnahmen der Eingliederungshilfe unabhängig von der Zielgruppe erfassen zu wollen, führt zu einer inhaltlichen Überfrachtung und verhindert die Umsetzung zielgruppenspezifischer Anpassungen des Hilfeplaninstrumentariums.



Die eingeschränkte Praktikabilität eines elfseitigen Gesamtplanes plus eines achtseitigen IBRP Hilfeplans wurde uns erwartungsgemäß von Gutachterseite deutlich zurückgemeldet. Unübersichtlichkeit beeinträchtigt die formale und inhaltliche Qualität der Begutachtungen. Um die Qualität der Begutachtungen zu verbessern, wurde in jeder Region eine Gutachter-schulung durchgeführt.

### **Arbeit und Beschäftigung: die Angebote werden differenzierter**

Die zentrale Bedeutung sinnvoller Tätigkeit und Arbeit für die Rehabilitation psychisch Kranker wird immer deutlicher. Es ist bereits viel in Bewegung: Die Werkstatt für behinderte Menschen weitet ihr Angebot für psychisch kranke Menschen aus, wobei die Möglichkeit zur Teilzeitarbeit und eine enge Zusammenarbeit mit den regionalen Leistungserbringern im Wohnbereich neue Perspektiven eröffnen.

Die Steuerungsstelle hat für den Bereich Arbeit und Beschäftigung noch keine definierte Steuerungsfunktion. Die derzeitige Leistungs- und Steuerungssituation wird dargestellt und die Relation von Aufwand und Nutzen einer fortlaufenden Gesamtplansteuerung problematisiert

Mit dem Thema Arbeit und Beschäftigung in Wohnheimen befasste sich ein kleineres Forschungsprojekt der Steuerungsstelle in Zusammenarbeit mit der Universität Bremen. Ausgangspunkt der Untersuchung war die Frage, wie sich monetäre Anreize, z. B. Arbeitsprämie über Blaue Karte, auf die Arbeits- und Beschäftigungsmotivation von Heimbewohnern auswirken. Eine Zusammenfassung dieser Studie findet sich im Anhang.

### **Ein Blick auf den „Ausblick“**

Im letzten Abschnitt des Jahresberichtes werden unter der Überschrift „Ausblick“ konzeptionelle Steuerungsprobleme und mögliche Lösungsansätze angesprochen. Es geht um folgende Themen:

- Weiterfinanzierung von Betreutem Wohnen bei Krankenhausaufenthalt
- Abgrenzung Betreutes Wohnen und Psychotherapie
- Stärkung fallführender Verantwortlichkeit
- Zusammenführung von Gutachterfunktion, Fallführung und Behandlungsverantwortung
- Ambulante Psychiatrische Pflege und Soziotherapie stärker einbeziehen

Dr. Gerd Möhlenkamp  
Sozialpsychiatrische Abteilung

Gabriele Nawroth  
Steuerungsstelle Psychiatrie





## 2. Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen

Der vorliegende Bericht gliedert sich nach den verschiedenen Maßnahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit einer seelischen Behinderung.

Begonnen wird mit dem Betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen.

Nach einer Auswertung der Neuaufnahmen und Beendigungen wird das Zugangssystem (Warteliste) in das Betreute Gruppen- und Einzelwohnen betrachtet.

Eine Stichtagssauswertung ist zum 31. Dezember 2003 vorgenommen worden, die im Wesentlichen die Strukturen des Betreuten Wohnens darstellt. Zum einen geht es hier um Klientenmerkmale (Alter und Geschlecht), zum anderen um die Angebotsstruktur des Betreuten Wohnens (Anzahl, Verhältnis von Einzel- zu Gruppenbetreuung, regionale Verteilung der Betreuungsstufen).

Die zeitraumbezogene Leistungsbetrachtung schließt sich an und legt den Fokus auf das Volumen (Entgelttage und Kosten) – differenziert nach Betreuungsstufen und Regionen. Diese Betrachtungsweise gibt einen Überblick über das quantitative Ergebnis im Verhältnis zu den eingesetzten Mitteln.

In jeder Stadtregion gibt es ein psychiatrisches Behandlungszentrum mit Institutsambulanz, Sozialpsychiatrischer Beratungsstelle und Tagesklinik<sup>1</sup>. Die Angebotsstruktur der Leistungserbringer im Bereich Eingliederungshilfen sieht folgendermaßen aus:

### Übersicht Leistungserbringer und Einrichtungen

Stadtregion	Eingliederungshilfe-Einrichtungen für psychisch kranke Menschen	Eingliederungshilfe-Einrichtungen für suchtkranke Menschen
Mitte	Verein für Innere Mission: Betreutes Wohnen, Heimwohnen, Tagesstätte	
Süd	AWO (Arbeiterwohlfahrt): Betreutes Wohnen, Heimwohnen Initiative zur sozialen Rehabilitation e .V.: Betreutes Wohnen Bremer Werkgemeinschaft: Tagesstätte	AWO Integra (Arbeiterwohlfahrt): Betreutes Wohnen, Heimwohnen Initiative zur sozialen Rehabilitation e .V.: Betreutes Wohnen
Ost	ASB (Arbeiter- Samariter-Bund – Gesellschaft für sozialpsychiatrische Hilfen mbH): Betreutes Wohnen, Heimwohnen, Tagesstätte	
West	BWG (Bremer Werkgemeinschaft: Dezentrales Wohnen DZW und Intensiv Betreutes Wohnen IBW ): Betreutes Wohnen, Tagesstätte Initiative zur sozialen Rehabilitation e. V.: Betreutes Wohnen SFC (Sozialwerk der Freien Christengemeinde): Betreutes Wohnen, Heimwohnen	Initiative zur sozialen Rehabilitation e. V.: Betreutes Wohnen SFC (Sozialwerk der Freien Christengemeinde): Betreutes Wohnen, Heimwohnen
Nord	SFC (Sozialwerk der Freien Christengemeinde): Betreutes Wohnen, Heimwohnen, Tagesstätte	SFC (Sozialwerk der Freien Christengemeinde): Betreutes Wohnen, Heimwohnen Initiative zur sozialen Rehabilitation e. V.: Betreutes Wohnen

<sup>1</sup> In Bremen-Mitte ist noch keine Tagesklinik vorhanden. Die Tagesklinik Mitte befindet sich weiterhin auf dem Gelände des Klinikums Ost.



## 2.1. Neuaufnahmen und Beendigungen im Jahr 2003

Im Jahr 2003 gab es 99 Neuaufnahmen und 80 Beendigungen im Betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen. Im Jahr 2002 waren es 81 (2001 zum Vergleich 66 Neuaufnahmen, 69 Beendigungen) und 77 Beendigungen. Damit hat sich die Anzahl der Neuaufnahmen kontinuierlich erhöht, die Anzahl der Beendigungen ist dagegen annähernd gleich geblieben. Von den 99 **Neuaufnahmen** im Jahr 2003 wurden 17 sowohl im Jahr 2003 begonnen als auch in diesem Jahr wieder beendet. Im letzten Jahr waren es nur sieben Neuaufnahmen mit kurzfristiger Betreuung. Von den Neuaufnahmen im Jahr 2003 kommen drei aus dem Wohnheim, und vier konnten aus der Langzeitpflege in der Klinik in das Betreute Wohnen wechseln. 57 der Neuaufnahmen wurden als Einzelbetreuung begonnen.

Von den 80 **Beendigungen** sind sieben Personen in ein psychiatrisches Wohnheim gezogen (auch nach auswärts oder in eine gerontopsychiatrische Einrichtung). Drei Betreuungen endeten durch Versterben der betreuten Personen. Weitere vier Personen wurden nach zumeist längerer stationärer Akutbehandlung als Nichtbehandlungsfall in die psychiatrische Klinik aufgenommen. Der größte Teil (80 %) konnte in der eigenen Wohnung ohne weitere Betreuung verbleiben bzw. in eine eigene Wohnung einziehen. Zu beachten ist, dass in der Zahl der Beendigungen auch die Anzahl von 17 Beendigungen von Kurzfristbetreuungen enthalten sind.

Kurzfristbetreuungen in diesem Ausmaß (17 % der Neuaufnahmen, 23 % der Beendigungen) sind in den vergangenen zwei Berichtsjahren nicht beobachtet worden.

**Tab. 1 Neuaufnahmen und Beendigungen nach Betreuungsumfang:**

Betreuungsumfang	Neuaufnahmen	Beendigungen
1:1,9	2	2
1:2,5	3	4
1:4	41	15
1:8	53	59
<b>Summe</b>	<b>99</b>	<b>80</b>

Die Anzahl der Neuaufnahmen mit dem Betreuungsumfang 1:4 übersteigt die Zahl der Beendigungen erheblich. Die Aussagefähigkeit dieser Auszählung ist jedoch begrenzt, da die Betreuungen häufig mit 1:4 begonnen werden, um dann im Verlauf relativ zügig auf 1:8 abgesenkt zu werden. Vielfach ist schon die Erstbegutachtung so angelegt, dass nach dem ersten Halbjahr ein niedrigerer Betreuungsumfang vorgesehen wird.

Die durchschnittliche Verweildauer im Betreuten Wohnen beträgt 3,4 Jahre (bezogen auf beendete Maßnahmen), wobei zehn Betreuungen unter einer Dauer von drei Monaten lagen und die längste nach 16,5 Jahren beendet war. Die Verweildauer bezogen auf beendete Maßnahmen hat sich im Vergleich zum Vorjahr stark verkürzt. Sieben Betreuungen mit einer Dauer von mindestens zehn Jahren sind im Jahr 2003 beendet worden, wobei hiervon nur zwei Personen aktuell ohne weitere Anschlussmaßnahme leben.

<sup>2</sup> Die Information zum Wechsel vom Betreuten Wohnen in die Wohnheime und umgekehrt waren im Jahr 2002 noch lückenhaft, so dass diese Zahlen u. U. nach oben korrigiert werden müssen.



## 2.2 Auswertung der Wartelisten aus der Abstimmungskonferenz

In den bremischen Stadtregionen werden in regionalen Abstimmungsgremien gemeinsam mit den regionalen Beratungsstellen bzw. Behandlungszentren, den Maßnahmeträgern und der psychiatrischen Klinik Wartelisten geführt. Die Aufnahme der/die Klienten/innen in die Zugangssystematik ist an folgende Kriterien geknüpft:

- In der Regel ist der Beratungsstelle bzw. dem Behandlungszentrum der oder die Kandidatin bekannt und das Betreute Wohnen wird als sinnvoll erachtet. Aus dem stationären Klinikbereich ist eine solche Empfehlung ebenfalls die Regel.
- Vorgespräche mit dem Leistungserbringer haben stattgefunden.
- Die Kostenträgerschaft sollte – auch im Interesse des Leistungserbringers – bereits entschieden sein.
- Zukünftig ist, vor dem Hintergrund der Umsetzung der § 37 SGB V „Ambulante Psychiatrische Krankenpflege“ (APP), zu prüfen, ob diese Maßnahme ebenfalls geeignet ist. Maßnahmeträger hierfür ist die Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste GmbH (Gapsy GmbH). Voraussetzung für die Nutzung von APP ist die ärztliche Verordnung.

Die Steuerungsstelle führt die Anmeldungen aus den Regionen zu einem Gesamtüberblick zusammen und gibt ggf. Rückmeldung – beispielsweise bei Mehrfachanmeldungen- und unterstützt die Aufnahme von Klienten, die sich als „Nichtbehandlungsfall“ in der psychiatrischen Klinik befinden und in der Regel schwer zu vermitteln sind.

Das Verfahren der Anmeldung ist im Jahr 2003 weiter qualifiziert worden. Die Klienten, die sich für einen Platz im Betreuten Wohnen anmelden, werden im regionalen Abstimmungsgremium nach Dringlichkeit und Versorgungssituation eingestuft. Folgende Kriterien für die Bedarfsbewertung gelten als Orientierungshilfen:

- Vorrangigen Bedarf haben diejenigen, die aktuell nicht selbständig wohnen können, allein keinen Zugang zu ambulanten professionellen Hilfen finden und über keine sonstige Unterstützung im sozialen Umfeld verfügen.
- Hoher Bedarf ist auch anzuerkennen, wenn jemand vom Heimwohnen in das Betreute Wohnen wechseln will und dies fachlich befürwortet wird.
- Zweitrangig ist der Wunsch nach einem Wechsel von Wohnformen (Gruppenwohnen/Einzelwohnen) und nach einem Wechsel des Leistungserbringers.

In der Regel wird der Wechsel vom Gruppenwohnen zum Einzelwohnen im Rahmen zunehmender Verselbständigung ohne formelles Anmeldeverfahren vollzogen.

Einige Klienten melden sich in mehreren Regionen an. Die Warteliste wird entsprechend durch die Steuerungsstelle bereinigt. Die regionale Zuordnung der wartenden Klienten erfolgt nach der Erstanmeldung. Zuständig ist primär die Region, in der der/die Klient/in zuerst einen Warteplatz auf der Warteliste bekommt. Regelmäßig bereinigt werden die Anmeldungen der Personen, die ihren Antrag zurückziehen bzw. nicht weiter verfolgen.

Die folgende Auswertung bezieht sich nur auf die Anmeldungen von Personen, die unversorgt oder in einem Wohnheim bzw. zum Zeitpunkt der Anmeldung in der psychiatrischen Klinik waren (Stichtag 31. Dezember 2003).



## Aufenthalt bei Anmeldung

Insgesamt stehen nach den oben genannten Eingrenzungskriterien 42 Menschen auf der Warteliste für das Betreute Wohnen. Die beiden größten Gruppen befinden sich zum Zeitpunkt der Anmeldung entweder in einer psychiatrischen Klinik oder in der eigenen Wohnung.

**Tab. 2 Aufenthalt bei Anmeldung**

Derzeitiger Aufenthalt	Anzahl	
	Absolut	in %
Wohnheim	4	9,5
Ohne festen Wohnsitz	1	2,4
Klinik	15	35,7
Familienpflege	1	2,4
In eigener Wohnung	18	42,9
Kombination (Klinik u. Angehörige usw.)	3	7,1
<b>Gesamt</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

## Gewünschte Maßnahme

Der Wunsch nach einem Wohnplatz in einer WG hat gegenüber dem Vorjahr deutlich zugenommen (knapp 47 % wünschten 2002 eine Betreuung in einer Wohngemeinschaft).

**Tab. 3 Gewünschte Maßnahme**

Maßnahme	Anzahl	
	Absolut	In %
Einzelbetreutes Wohnen	15	35,7
WG	27	64,3
<b>Gesamt</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Wünsche nach einer WG-Betreuung sind schwieriger umzusetzen als die Betreuung in einer eigenen Wohnung aufzunehmen, so dass sich WG-Sucher länger in Warteposition befinden.

## Anteil der Zugänge über die Warteliste

Im Jahr 2003 sind 90 der insgesamt 99 neu hinzugekommenen Klienten/innen über die Warteliste in das Betreute Wohnen für psychisch kranke Menschen aufgenommen worden. Das Anmeldeverfahren erfasst damit 90 % der Neuzugänge. Die neun Personen, die an dem regulären Anmeldeverfahren vorbei hinzugekommen sind, konnten/mussten aus verschiedenen Gründen besonders zügig aufgenommen werden:

- Die Besonderheit des Einzelfalles machte eine sofortige Unterbringung nötig und es gab gleichzeitig einen Leistungserbringer mit dem gesuchten Platz.
- Ein schon längere Zeit vakanter WG-Platz konnte mit einer Person besetzt werden, die zu den Bedingungen gut passte.
- Häufig wird in einer Region die Anmeldeliste zweiwöchentlich aktualisiert, so dass Anmeldung und Aufnahme zusammenfallen.



## Durchschnittliche Wartezeit

Die Unterschiede in der Wartezeit bezogen auf den Aufenthalt vor Aufnahme in das Betreute Wohnen zeigt folgende Tabelle:

**Tab. 4 Durchschnittliche Wartezeit**

Aufenthalt bei Anmeldung	Wartezeit (in Monaten)	Anzahl
Klinik	5,1	31
Klinik Sucht	1,2	2
Eigene Wohnung	6,7	41
Betreutes Wohnen	25,7	1
Wohnheim	6,1	5
o. A./o. f. W.	4,7	5
Bei Angehörigen	2,8	3
Anbindung an Behandlungszentrum oder Tagesstätte	2,5	2
<b>Durchschnitt/Gesamt</b>	<b>5,83</b>	<b>90</b>

Die Dauer bis zur Aufnahme in das Betreute Wohnen bei den beiden größten Zugangsgruppen aus der Klinik oder aus der eigenen Wohnung hat sich im Vergleich zum Vorjahr nur unwesentlich verändert. Insgesamt vergehen durchschnittlich 5,8 Monate im Jahre 2003 von der Anmeldung bis zum Beginn der Betreuung.

## 2.3. Kennziffern im Betreuten Wohnen

Am 31. Dezember 2003 befinden sich insgesamt **433** psychisch kranke Menschen im Betreuten Wohnen. Gezählt wurden nur die für den bremischen Kostenträger relevanten Wohnbetreuungen. Damit hat sich die Anzahl der betreuten Personen im Vergleich zum Vorjahr bezogen auf den Stichtag um 30 erhöht. Bezogen auf das gesamte Jahr 2003 wurden durchschnittlich 434 Betreuungen gezählt, im Vorjahr waren es 410.

Knapp 45 % der Menschen im Betreuten Wohnen sind Frauen. Der Anteil ist im Vergleich zum Vorjahr konstant geblieben. Alle Regionen verzeichnen einen Anstieg in der Anzahl von Betreuten. Inwieweit tatsächlich Betreuungskapazitäten gestiegen sind, kann anhand der bloßen Fallzahl nicht berechnet werden. Hierfür ist die Verteilung der Betreuungsumfänge im Vergleich zum Vorjahr aufschlussreicher (s. u. Zeitrumbetrachtung: Anzahl der Entgelttage nach Betreuungsumfängen, 2.5. Leistungskennziffern Betreutes Wohnen).

**Tab. 5 Region und Geschlecht (Stichtag: 31.12.2003)**

Region	Geschlecht		
	Weiblich	Männlich	Gesamt
Mitte	27	31	58
Süd	38	40	78
Ost	41	49	90
West	67	90	157
Nord	21	29	50
<b>Gesamt</b>	<b>239</b>	<b>194</b>	<b>433</b>



## Altersverteilung

Das Durchschnittsalter beträgt 44 Jahre, die jüngste betreute Person ist 21,5 Jahre, die älteste 82 Jahre alt. Zwischen Männern und Frauen besteht bezüglich des Lebensalters kein nennenswerter Unterschied (Männer 43,9 Jahre, Frauen 43,8 Jahre). Das Durchschnittsalter im Vergleich zum Vorjahr ist um ein Jahr gesunken.

**Tab. 6 Altersklassen (Stichtag: 31. Dezember 2003)**

Altersgruppe	Anzahl	In %
20 bis unter 27 Jahre	42	9,7
27 bis unter 40 Jahre	146	33,7
40 bis unter 50 Jahre	114	26,3
50 bis unter 60 Jahre	66	15,2
60 Jahre und älter	64	14,8
Fehlend	1	0,2
<b>Gesamt</b>	<b>433</b>	<b>100,0</b>

Regional betrachtet sind die Klienten/innen im Bremen Nord mit einem durchschnittlichen Lebensalter von 49 Jahren am ältesten. Am jüngsten sind die Menschen im Betreuten Wohnen in der Stadtregion Ost mit im Durchschnitt 42 Jahren. Bezogen auf den Betreuungsumfang sieht die Altersverteilung folgendermaßen aus:

**Tab. 7 Betreuungsumfang und Lebensalter (Stichtag:31. Dezember 2003)**

Betreuungsumfang	durchschnittliches Lebensalter
1,:1,9	51,1
1:2,5	39,8
1:4	44,2
1:8	43,4
<b>Gesamt</b>	<b>43,9</b>

Während die Verteilung in den Stufen 1:4 und 1:8 durchschnittlich ist, weichen in den höheren Betreuungsumfängen die Mittelwerte vom Gesamtdurchschnitt erheblich ab:

- Bezogen auf den Durchschnitt am ältesten sind die Menschen im Intensiv Betreuten Wohnen.
- Relativ jung dagegen sind die Menschen mit einem 1:2,5 Hilfebedarf.

## Verhältnis Gruppenwohnen – Einzelbetreutes Wohnen

Im Jahr 2003 leben 54 % der Betreuten in einer Wohngemeinschaft. Auch in diesem Jahr hat im Vergleich zum Vorjahr die Wohngemeinschaft mengenmäßig an Bedeutung verloren. Im Jahr 2002 war der Anteil der Plätze in Wohngemeinschaften mit 226 bzw. 56 % gegenüber 44 % in Einzelbetreuung um 2 % höher. Im Jahr 2001 fanden noch 61 % der Betreuungen in Wohngemeinschaften statt.

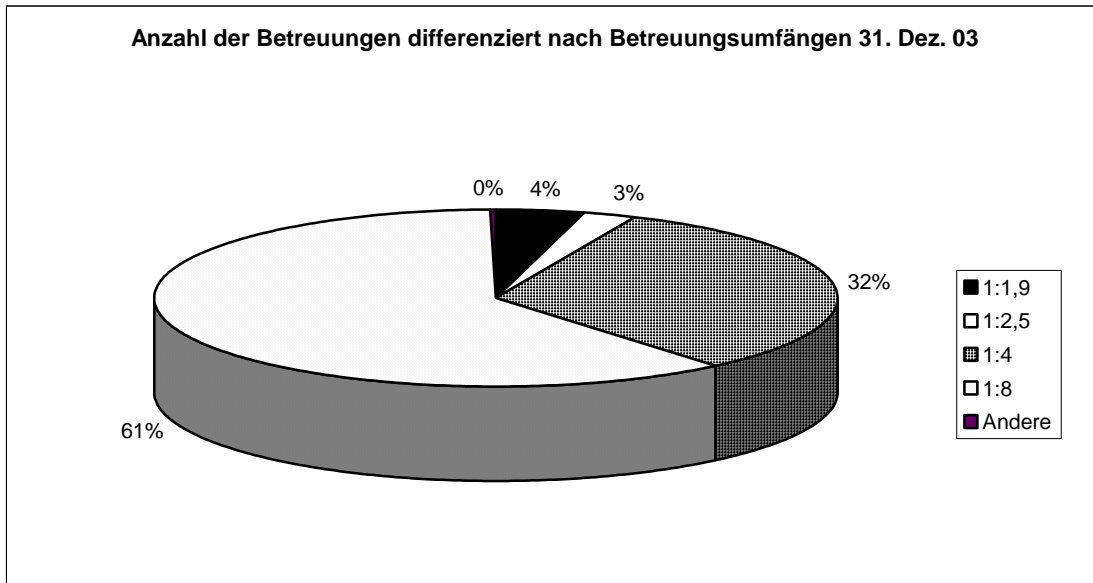
Die Präferenzen von weiblichen und männlichen Bewohnern sind unverändert: 60 % der Frauen befinden sich in einer Einzelbetreuung, bei den Männern sind es nur 35 %.

## Verteilung nach Betreuungsumfang

Der Anteil der Wohnbetreuungen mit einem Betreuungsumfang von 1:8 hat sich im Vergleich zum Vorjahr deutlich von 53 % auf 61 % erhöht. Die Anzahl der Betreuungen mit einem Umfang von 1:4 beträgt dagegen nur noch 32 % (zum Vergleich 2002: 38,5 %). Besonders intensive Betreuungsmaßnahmen (1:1,9 und 1:2,5) erreichen 7 % aller Wohnbetreuungen. Sonderschlüssel spielen so gut wie keine Rolle.



**Abb. 1 Anzahl der Betreuungen differenziert nach Betreuungsumfang**



Im Vergleich zum Jahr 2002 hat sich der Anteil der 1:8 Betreuungen um 8 % erhöht. Demgegenüber steht ein Absinken der 1:4 Betreuungen um 6 %. Bereits im Vorjahresvergleich konnte diese Tendenz – wenn auch schwächer ausgeprägt – beobachtet werden.

Aufschlussreicher bezogen auf die tatsächliche Bewegung ist die Zeitrumbetrachtung (vgl. unten Leistungskennziffern), weil es im Ablauf eines Jahres zu zahlreichen Verschiebungen der Betreuungsumfänge kommt.

Der **durchschnittliche Betreuungsschlüssel** (ohne Intensiv Betreutes Wohnen) über alle geleisteten Entgelttage beträgt bezogen auf die 38,5 Stundenwoche **1:5,6<sup>3</sup>** (absolut: 6,9 Wochenstunden ohne Abzug des Verwaltungsanteils).

### Regionale Verteilung der Maßnahmen und der Betreuungsstufen

Angegeben ist jeweils die absolute Zahl der Betreuungen in der Region differenziert nach Betreuungsumfängen. Der Vergleich im Anteil der Gesamtbetreuung (letzte Spalte) lässt über- oder unterproportionale Verteilungen sichtbar werden.

**Tab. 8 Region und Betreuungsstufen (Stichtag 31. Dezember 2003)**

Region	1:1,9	In %	1:2,5	In %	1:4	In %	1:8	In %	Andere	In %	Gesamt	In %
Mitte	0	0	5	45,5	13	9,4	39	14,8	1	100,0	58	13,4
Süd	0	0	0	0	14	10,1	64	24,2	0	0	78	18,0
Ost	0	0	1	9,1	29	20,9	60	22,7	0	0	90	20,8
West	18	100	5	45,5	66	47,5	68	25,8	0	0	157	36,3
Nord	0	0	0	0	17	12,2	33	12,5	0	0	50	11,5
<b>Gesamt</b>	<b>18</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>139</b>	<b>100,0</b>	<b>264</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>433</b>	<b>100,0</b>

Der Bremer Westen hat mit 36 % den größten Anteil an den Betreuungsmaßnahmen in der Gesamtbetrachtung. 47,5 % oder annähernd die Hälfte aller 1:4 Betreuungen finden im Bremer Westen statt.

<sup>3</sup> Vgl. 2002 = 1:5,3



## Betreuungsumfang und Geschlecht

In den höheren Betreuungsstufen ist der Anteil der Männer überdurchschnittlich hoch. Die Frauen stellen 44 % der Gesamtheit aber nur 33 % der 1:4 Betreuten. Dieses hängt auch mit den Wohnformpräferenzen der Frauen und Männer zusammen. Der Anteil hoher Betreuungsumfänge ist bei WG – Betreuungen höher. Im Bereich 1:8 ist die Geschlechterverteilung ausgeglichen.

**Tab. 9 Betreuungsumfang und Geschlecht (Stichtag 31. Dezember 2003)**

Betreuungsumfang	Geschlecht		Gesamt
	Weiblich	Männlich	
1:1;9	3	15	18
1:2,5	4	7	11
1:4	56	83	139
1:8	131	133	264
Andere	0	1	1
<b>Gesamt</b>	<b>194</b>	<b>239</b>	<b>433</b>

Von den Plätzen in Wohngemeinschaften werden 40 % im Umfang 1:4 betreut, im Einzelwohnen werden in dieser Stufe jedoch nur knapp 23 % der Maßnahmen erbracht.

## Betreuungsumfang und Wohnform

**Tab. 10 Betreuungsumfang und Wohnform (Stichtag 31. Dezember 2003)**

Betreuungsumfang	Einzelbetreuung	Wohngemeinschaft	Gesamt
1:1;9	0	18	18
1:2,5	3	8	11
1:4	45	94	139
1:8	151	113	264
Andere	0	1	1
<b>Gesamt</b>	<b>199</b>	<b>234</b>	<b>433</b>

Eine gesonderte Befragung zu den WG-Plätzen ausschließlich für Frauen ist in diesem Jahr nicht vorgenommen worden. Es ist anzunehmen, dass sich die Zahl der Frauen-Plätze in Wohngemeinschaften im Vergleich zum Vorjahr (36) nicht erhöht hat, da die WG generell an Bedeutung verliert und insbesondere bei Frauen eine geringere Rolle spielt.





## Zusammenfassung

Die Stichtagsergebnisse zeigen zusammengefasst folgende Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr:

- Insgesamt warten 42 Menschen am 31. Dezember 2003 auf einen Platz im Betreuten Wohnen. Die Wartezeiten auf einen Platz im Betreuten Wohnen sind unverändert. Der Wunsch nach einer Betreuung in einer Wohngemeinschaft hat im Vergleich zum Vorjahr bei den Anmeldungen an Bedeutung zugenommen.
- Die Dauer der im Jahr 2003 beendeten Maßnahmen beträgt im Durchschnitt 3,4 Jahre.
- Im Betreuten Wohnen werden am Stichtag 433 Menschen gezählt. Im Vergleich zum Jahr 2002 sind das 30 Wohnbetreuungen mehr.
- Das Verhältnis der Geschlechter veränderte sich nicht. Das durchschnittliche Lebensalter ist um ein Jahr auf durchschnittlich 44 Jahre gesunken.
- Der Anteil hoher Betreuungsumfänge ist überproportional abgesenkt worden. Dementsprechend angestiegen ist die Zahl der 1:8 Betreuungen.
- Die Wohngemeinschaft hat im Verhältnis zum Einzelbetreuten Wohnen an Bedeutung verloren. Dieses ist eine Tendenz, die sich seit dem Beginn der Beobachtung in 2001 fortsetzt.
- Frauen sind bei den höheren Betreuungsumfängen unterrepräsentiert.

## 2.4. Leistungswirtschaftliche Kennziffern Betreutes Wohnen

### Betreuungsumfang und geleistete Entgelttage

In Tagen ausgedrückt wurden im Jahr 2003 insgesamt 158.306 für den bremischen Kostenträger relevante Entgelttage im Betreuten Wohnen geleistet. Dies entspricht einer Steigerung von 5,8 % im Vergleich zur Vorjahresleistung. Im Jahresdurchschnitt waren 434 Plätze belegt

**Tab. 11 Betreuungsumfang und geleistete Entgelttage**

Betreuungsumfang	Entgelttage (absolut und in Prozent)			
	Absolut	In %	In % 2002	In % 2001
1:1,9	6.327	4,0	3,7	4,4
1:2,5	5.063	3,2	4,8	6,4
1:4	53.685	33,9	38,6	38,5
1:8	92.866	58,7	52,5	50,6
Andere	365	0,24	0,5	0,5
<b>Gesamt</b>	<b>158.306</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Reduziert hat sich im Vergleich zum Jahr 2002 der Anteil der höherschweligen Betreuungen im Bereich 1:2,5 und 1:4. Während im Vorjahresvergleich nur leichte Verschiebungen ablesbar sind, ist im Jahr 2003 eine deutliche Bewegung hin zu mehr 1:8 Betreuungen zu beobachten.



## Schlüsselabsenkungen und –erhöhungen

Im Jahr 2003 sind insgesamt 90 Veränderungen der Betreuungsumfänge vorgenommen worden. Das sind 21 Veränderungen mehr als im Vorjahr. Relativ gesehen hat sich bezogen auf die Gesamtzahl der Veränderungen der Anteil der Absenkungen leicht reduziert (64 % gegenüber 66 % im Jahr 2002).

**Tab. 12 Anzahl der Schlüsselabsenkungen und -erhöhungen**

Schlüsselabsenkung	Anzahl	Schlüsselerhöhung	Anzahl
1:4 : 1:8	58	1:8 : 1:4	24
1:2,5 : 1:4	6	1:4 : 1:2,5	2
<b>Gesamt</b>	<b>64</b>		<b>26</b>

Die Auszählung der Veränderungen im Jahresablauf bezüglich der Betreuungsstufen gibt einen Hinweis auf die Dynamik des Systems. Von entscheidender Bedeutung ist aber die jeweilige Dauer der Leistung in der betrachteten Stufe.

## Verteilung der Entgelttage nach Betreuungsstufen und Leistungserbringern

Die Gesamtheit der Entgelttage und Berücksichtigung aller möglichen Verschiebungen im Zeitablauf ist in unten stehender Tabelle differenziert nach Betreuungsstufen und Leistungserbringern dargestellt.

**Tab. 13 Verteilung der Entgelttage nach Betreuungsstufen und Leistungserbringern (ohne forensische Nachsorge, Selbstzahler/innen und Klienten/innen mit auswärtigem Kostenträger)**

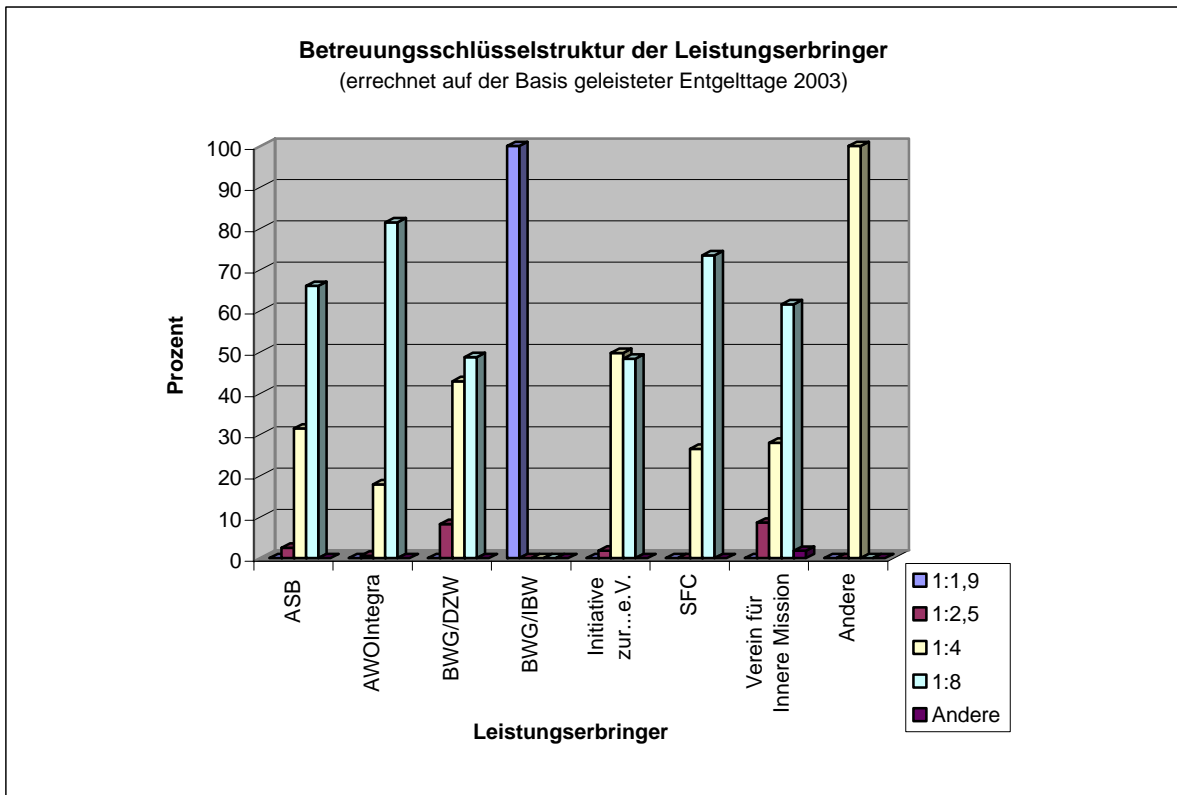
Leistungserbringer	1:1,9	1:2,5	1:4	1:8	Andere	Gesamt	Anteil in %t
ASB	0	794	9.983	20.956	0	31.733	20,0
AWO Integra	0	120	3.754	17.059	0	20.933	13,2
BWG/DZW	0	1.659	8.610	9.776	0	20.045	12,7
BWG/IBW	6.327	0	0	0	0	6.327	4,0
Initiative zur...e.V.	0	738	20.022	19.466	0	40.226	25,4
SFC	0	0	4.731	13.086	0	17.817	11,3
Verein für Innere Mission	0	1752	5.703	12.523	365	20.343	12,9
Andere	0	0	882	0	0	882	0,06
<b>Gesamt</b>	<b>6.327</b>	<b>5.063</b>	<b>53.685</b>	<b>92.866</b>	<b>365</b>	<b>158.306</b>	<b>100,0</b>

Im Vergleich zum Vorjahr hat sich der Leistungsumfang in der Betreuungsstufe 1:4 weiter reduziert. Im Jahr 2003 sind aber über alle Betreuungsstufen 8.430 Entgelttage mehr zu berechnen als in 2002. Diese Zunahme vollzog sich im Wesentlichen im Bereich 1:8. Dies entspricht einer absoluten Zunahme von 10.714 Entgelttagen oder einem Plus von 13 %.

Die prozentuale Verteilung zeigt Abbildung 2. (s. u.)



**Abb. 2 Betreuungsschlüsselstruktur der Leistungserbringer**



**Betreuungsschlüsselstruktur der Leistungserbringer**

**Tab. 14 Betreuungsschlüsselstruktur der Leistungserbringer in %**

Leistungserbringer	1:1,9	1:2,5	1:4	1:8	Andere	Gesamt
ASB	0,0	3,0	31,0	66,0	0,0	100,0
AWO Integra	0,0	1,0	18,0	81,0	0,0	100,0
BWG/DZW	0,0	8,0	43,0	49,0	0,0	100,0
BWG/IBW	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Initiative zur... e.V.	0,0	2,0	50,0	48,0	0,0	100,0
SFC	0,0	0,0	27,0	73,0	0,0	100,0
Verein für Innere Mission	0,0	9,0	28,0	62,0	2,0	100,0
Andere	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
<b>Gesamt</b>	<b>4,0</b>	<b>3,0</b>	<b>34,0</b>	<b>59,0</b>	<b>0,0</b>	<b>100,0</b>

Den höchsten Abbau im Bereich 1:4 verzeichnet die Bremer Werkgemeinschaft/Dezentrales Wohnen mit - 8 % (von 51 % im Jahr 2002 auf 43 % in 2003.) Dem gegenüber steht ein höherer Anteil im Bereich 1:2,5 (+ 4,8 %). Insbesondere verringert hat sich der Umfang der 1:4 Betreuungen auch bei der Initiative zur...e.V. mit 6 % weniger Entgelttagen im Jahr 2003 der Gesamtleistung des Leistungserbringers. Hier wurden auch deutlich weniger intensive Betreuung im Bereich 1:2,5 als im Vorjahr geleistet (- 6,3 %), die für den bremischen Sozialhilfeträger kostenwirksam sind. Die Veränderungen sind bei den anderen Leistungserbringern nicht so stark, weil durch eine insgesamt geringere Leistung im Bereich 1:4 die Veränderungsmöglichkeiten begrenzt sind. Eine Umverteilung kann anschaulich beim ASB beobachtet werden: Jeweils 3 % weniger Leistung im Vergleich zum Vorjahr in den Stufen 1:2,5 und 1:4 , dagegen 6 % mehr geleistete Entgelttage für Betreuungen im Umfang 1:8.



Eine rein quantitative Betrachtung kann eine Qualitätsbeurteilung nicht ersetzen. Parameter für die qualitative Betrachtung der Leistung sind die Anzahl der Entlassungen ohne weitere Betreuung und die Häufigkeit und Dauer von Klinikaufhalten während der Maßnahmen oder im direkten Anschluss. Diese die Prozessdimension beschreibenden Indikatoren werden zur Zeit noch nicht von der Steuerungsstelle erhoben. Sinnvoller ist es möglicherweise, dass die Leistungserbringer diese Beobachtung selbst im Rahmen des eigenen Qualitätsmanagements durchführen. Teilweise geschieht dies bereits und wird in den Jahresberichten der Leistungserbringer veröffentlicht.

## 2. 5. Gutachterliche Stellungnahmen und diagnostische Verteilung

Im Jahr 2003 sind in der Steuerungsstelle 467 Stellungnahmen zum Gesamtplan für psychisch kranke Menschen im Betreuten Wohnen bearbeitet worden<sup>4</sup>. Hier spiegelt sich die höhere Fluktuation (höhere Anzahl von Neuaufnahmen, Zunahme von Kurzfristbetreuungen bzw. Abnahme der Verweildauer insgesamt) wieder. 406 Begutachtungen wurden in den regionalen Beratungsstellen, 57 Stellungnahmen in einer psychiatrischen Klinik (zwei aus der Tagesklinik, 15 aus der forensischen Klinik) erstellt. In der psychiatrischen Klinik wurden 31 Erstbegutachtungen für das Betreute Wohnen psychisch kranker Menschen vorgenommen. Insgesamt wurden 94 Erstbegutachtungen im Jahr 2003 für Betreutes Wohnen erstellt. Dieses entspricht auch in etwa der Zahl der Neuaufnahmen.

### Regionale Verteilung der Gesamtpläne

*Tab. 15 Regionale Verteilung der Gesamtpläne*

Behandlungszentrum/Klinik	Anzahl	Davon erste
Mitte	61	9
Süd	82	9
Ost	89	20
West	113	10
Nord	61	11
Klinik Dr. Heines	2	2
ZKH – Ost (P I u. II)	41	31
Forensik	15	2
Ohne Zuordnung	4	-
<b>Gesamt</b>	<b>467</b>	<b>94</b>

Die Anzahl der Stellungnahmen korrespondiert mit der Anzahl der Personen im Betreuten Wohnen in der jeweiligen Region. Für 30 Personen sind im Jahr 2003 zwei Begutachtungen vorgenommen worden.

<sup>4</sup> Zum Vergleich 2001: 431 Stellungnahmen



## Diagnosen

**Tab. 16 Diagnosen (Stichtag 31. Dezember 2003)**

Diagnose	2003		2002	2001
	Absolut	In %	In %	in %
Psychotische Erkrankung	335	77,49	78,9	81,5
Borderline Störung (auch Doppeldiagnose mit Borderline)	53	12,2	9,4	6,1
Doppeldiagnose Psychose und Sucht - mit vorrangiger psychotischer Störung	45	10,4	11,2	11,6
<b>Gesamt</b>	<b>433</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Weiterhin verringert hat sich der Anteil psychotischer Störungen. Knapp 3 % zugenommen hat der Anteil der Betreuten mit einer Borderline – Persönlichkeitsstörung (auch Doppeldiagnose mit Suchtproblematik). Ohne Doppeldiagnosen ergibt sich ein Anteil von ca. 9 %. Da auch in den vergangenen Jahren immer die Doppeldiagnose/Borderline Kategorie einbezogen wurde, ist in der oben dargestellten Tabelle die Vergleichbarkeit gegeben. Im Durchschnitt steigt der Anteil um 3 %. Setzt sich diese Entwicklung fort, sind ein Drittel der Betreuten im Jahr 2010 Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Defizite in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, z. B. unzumutbar lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz, führen möglicherweise zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfe. Hinzu kommt, dass für den Personenkreis mit einer Borderlinestörung keine Soziotherapie verordnet werden kann.

## 2.6. Krankenhausaufenthalte

### Häufigkeit stationärer Behandlung

Insgesamt wurden im Jahr 2003 in der Steuerungsstelle **8.704 stationäre Tage** gezählt (nur psychiatrische Kliniken) die von Klienten/innen des Betreuten Wohnens belegt wurden. Diese Zahl teilt sich auf in 304 Einzelaufenthalte. Es ergibt sich eine durchschnittliche Verweildauer von 28,6 Tagen. Bezogen auf die Gesamtleistung von 158.306 Entgelttagen im Betreuten Wohnen ergibt sich ein Anteil der klinischen Akutbehandlungen von 5,5 %.

Ausgezählt wurden alle stationären Aufenthalte während des Betreuten Wohnens. Berücksichtigt wurden auch Klinikmaßnahmen, die vor dem 1. Januar 2003 begonnen bzw. nach dem 31. Dezember 2003 beendet wurden. Gezählt wurden dann jeweils nur die Behandlungstage im Jahr 2003 und dann auch nur bei gleichzeitig laufendem Betreuten Wohnen.



## Verweildauer in der psychiatrischen Klinik

Bezogen auf die Leistungserbringer ergeben sich nur leichte Abweichungen in der durchschnittlichen Verweildauer (mit Ausnahme des Intensiv Betreuten Wohnens der Bremer Werkgemeinschaft):

**Tab. 17 Verweildauer in der psychiatrische Klinik nach Leistungserbringern**

Leistungserbringer	Anzahl	Verweildauer (im Durchschnitt)	Gesamtzahl der Tage
ASB	59	33	1.956 <sup>5</sup>
AWO	35	28	974
BWG/DZW	35	32	1.113
BWG/IBW	40	14	563
Initiative zur...e.V.	59	30	1.775
Verein für Innere Mission	47	34	1.617
SFC	29	34	706
<b>Gesamt/Durchschnitt</b>	<b>304</b>	<b>29</b>	<b>8.704</b>

## 2.7. Junge Erwachsene im Betreuten Wohnen (Jahrgang 1980 und später)

Vor dem Hintergrund der besonderen sozialrechtlichen Zuordnungsproblematik bei Hilfen für junge Volljährige, die bereits eine KJHG – Maßnahme durchlaufen haben, ist eine kurze Sonderauswertung zur Vorgeschichte junger Erwachsener im Betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen in der Steuerungsstelle durchgeführt worden. Die Merkmale dieser Gruppe stellen sich zusammengefasst wie folgt dar:

24 junge Erwachsene befinden sich am 31. Dezember 2003 im Betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen. Die Auswahl wurde auf diejenigen begrenzt, die nach dem 31. Dez. 1979 geboren wurden. Hintergrund für diese Auswahl sind die Altersgrenzen im Übergang von der Kinder- und Jugendhilfe zum Hilfesystem für erwachsene Behinderte (diese liegen in den meisten Fällen zwischen 18 und 23 Jahren).

14 der 24 jungen Erwachsenen unter 24 Jahren sind männlichen Geschlechts, 11 Betreuungen werden mit einem Umfang von 1:4 durchgeführt. Eine kinder- und jugendpsychiatrische Vorgeschichte hatten 12 der betreuten Personen. In direktem oder zumindest zeitnahe Anschluss an eine KJHG- Maßnahme stehen neun Eingliederungshilfemaßnahmen nach den §§ 39/40 BSHG.

Es stellt sich die Frage, ob die Zuordnung zum Erwachsenenbereich in jedem Fall inhaltlich gerechtfertigt ist. Die Notwendigkeit der Einstufung nach KJHG über das 18. Lebensjahr hinaus ist vor allen Dingen dann gegeben, wenn a) bereits im Vorfeld eine kinder- und jugendpsychiatrische Maßnahme erfolgt ist und/oder b) ein Reifungsdefizit diagnostiziert wird. Wenn darüber hinaus noch die Fähigkeit, eine Berufsausbildung zu durchlaufen nicht auszuschließen ist bzw. vorliegt, kann bis zum Alter von 27 Jahren die Finanzierung der Maßnahme durch die Kinder- und Jugendhilfe erfolgen.

<sup>5</sup> Der ASB hat 2.083 Kliniktage für das Jahr 2003 angegeben. Tendenziell ist der zu berechnende Wert der Behandlungstage höher, da 29 bei Klinikaufenthalte zum Zeitpunkt der Auswertung in der Steuerungsstelle das Beendigungsdatum nicht verlässlich berechnet werden konnte.



Die Schnittstelle zum Übergang vom Jugend- in das Erwachsenensystem bedarf einer besonderen Verfahrensregelung, die eine frühzeitige Abstimmung zwischen der Jugendhilfe und dem Hilfesystem für psychisch kranke Erwachsene in jedem Einzelfall gewährleistet. Bereits vor ihrer Volljährigkeit sollte bei den Jugendlichen, bei denen aufgrund der Schwere ihrer psychischen Störung Fördermaßnahmen absehbar nicht erfolgreich sein werden, kinder- und jugendpsychiatrische Kompetenz in die Hilfeplanung einbezogen werden. Ab der Volljährigkeit wären die regionalen Behandlungszentren bzw. sozialpsychiatrischen Beratungsstellen einzubeziehen. Kommen beide Seiten – Jugendhilfe und SpsD – zu dem Ergebnis, dass ein Wechsel in den BSHG-Hilfebereich begründet ist, liegt die Gesamtplanverantwortlichkeit bei den Beratungsstellen.

Die weiterhin ausstehende Regelung durch den Jugendhilfebereich hat zeitaufwendige Zuständigkeitsklärungen zur Folge und führt auch immer wieder zu unabgestimmten oder sehr kurzfristigen Überleitungen unter Handlungsdruck.

## 2.8. Ältere Menschen im Betreuten Wohnen (Jahrgang 1938 und früher)

Der demographische Trend der Zunahme des Anteils älterer Menschen führt naturgemäß auch zu einem Anwachsen der Leistungen für diesen Personenkreis und zu veränderten Bedarfsstrukturen. Im Betreuten Wohnen stellt sich diese Personengruppe folgendermaßen dar:

- Am 31. Dezember 2003 sind insgesamt 28 Personen im Betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen, die 65 Jahre und älter sind.
- Das Alter bewegt sich bei dieser Auswahl zwischen knapp 67 und 82 Jahren. Der Durchschnitt liegt bei einem Lebensalter von 70,6.
- Der überwiegende Anteil ist weiblich (61 %). Bezüglich des Alters bestehen zwischen Frauen und Männern keine Unterschiede. (w: 71 J.; m: 70 J.).
- Dagegen ist die Verweildauer bei Frauen mit im Durchschnitt nur 6,6 Jahren deutlich kürzer als bei männlichen Bewohnern mit 9,4 Jahren. Die durchschnittliche Verweildauer der Gruppe beträgt 7,7 Jahre<sup>6</sup>.

Nach Leistungserbringern differenziert stellen sich die Merkmale älterer Menschen im Betreuten Wohnen folgendermaßen dar:

**Tab. 18 Verweildauer und Lebensalter älterer Menschen nach Leistungserbringern**

Leistungserbringer	Anzahl	Verweildauer (Durchschnitt)	Lebensalter (Durchschnitt)
ASB	6	5,1	72,0
AWO Integra	3	5,0	69,0
BWG/DZW	3	5,4	70,0
Initiative zur...e.V.	7	8,0	71,8
SFC	9	10,9	69,5
<b>Gesamt</b>	<b>28</b>	<b>7,7</b>	<b>70,6</b>

Die meisten älteren Menschen betreut das Sozialwerk der freien Christengemeinde in Bremen Nord. Auch bezogen auf die Gesamtheit der Wohnbetreuungen ergibt sich bei diesem Leistungserbringer ein überdurchschnittlicher Anteil älterer Menschen (20 %).

Entwicklungen und Tendenzen lassen sich erst nach einer wiederholten Beobachtung ableiten, so dass die hier vorliegende Auswertung nur beschreibenden Charakter haben kann.

<sup>6</sup> Die Verweildauer wurde nur bezogen auf den jetzt betreuenden Leistungserbringer erhoben. Für das Jahr 2004 sind weitergehende Erhebungen geplant, die dann auch die Recherche vorhergehender Maßnahmen mit einbeziehen werden.



## **2.9. Zusammenfassung Betreutes Wohnen psychisch kranke Menschen**

Im Jahr 2003 wurden durchschnittlich 434 Personen im Betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen betreut. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Zahl der Neuaufnahmen weiter erhöht, während Beendigungen im Umfang annähernd gleich blieben. Auffallend ist in diesem Zusammenhang eine relativ hohe Zahl von Kurzfristbetreuungen, die sowohl im Jahr 2003 begonnen als auch beendet wurden.

Das Verfahren zur Anmeldung konnte weiter qualifiziert und mit Kriterien zur Bewertung der Dringlichkeit verfeinert werden. Über dieses Anmeldeverfahren sind 90 % der Neuzugänge in das Betreute Wohnen gelangt.

Die beendeten Wohnbetreuungen im Jahr 2003 hatten eine durchschnittliche Dauer von 3,4 Jahren.

### **Wartelistenauswertung**

Der Wunsch nach einem Platz in einer Wohngemeinschaft hat im Vergleich zum Vorjahr zugenommen. Die vergleichsweise hohe Zahl der neu begonnenen Einzelbetreuungen (57) hat offenbar zu einem Abbau in diesem Maßnahmebereich geführt. Die Wartezeit ist gegenüber dem Vorjahr unverändert.

### **Betreutes Wohnen**

Die WG verliert im Vergleich zum Betreuten Einzelwohnen bezogen auf die Anzahl kontinuierlich an Bedeutung. Besonders Frauen ziehen die Wohnform des einzelbetreuten Wohnens vor.

Eine geringe Zahl von Betreuten Personen wohnt – zumeist vorübergehend – während der Maßnahme noch bei Angehörigen oder mit dem Partner zusammen. Nur wenige psychisch kranke Eltern leben mit ihren Kindern zusammen.

Alter und Geschlechterverteilung der Menschen im Betreuten Wohnen blieben annähernd gleich. Regional betrachtet sind die Menschen im Bremer Norden am ältesten und im Stadtbezirk Ost im Vergleich jünger.

Im Jahr 2003 kam es zu einer hohen Platzzahlausweitung bei gleichzeitig massiver Verschiebung der Leistung hin zu niedrigeren Betreuungsumfängen. Die Frauen sind bei höheren Betreuungsumfängen unterrepräsentiert.

Die Verschiebung hin zu niedrigeren Betreuungsschlüsseln hat sich bei den Leistungserbringern, die bereits einen nur geringen Anteil intensiver Betreuungen im Jahr 2002 hatten, nicht so stark vollzogen wie bei Leistungserbringern mit einem hohen Leistungsanteil im Bereich 1:4 bzw. 1:2,5.





---

## **Tabellenverzeichnis**

- Tab. 1 Neuaufnahmen und Beendigungen nach Betreuungsumfang
- Tab. 2 Aufenthalt bei Anmeldung
- Tab. 3 Gewünschte Maßnahme
- Tab. 4 Durchschnittliche Wartezeit
- Tab. 5 Region und Geschlecht
- Tab. 6 Altersklassen
- Tab. 7 Betreuungsumfang und Lebensalter
- Tab. 8 Region und Betreuungsstufen (Stichtagsauswertung 31. Dez. 2003)
- Tab. 9 Betreuungsumfang und Geschlecht
- Tab. 10 Betreuungsumfang und Wohnform
- Tab. 11 Betreuungsumfang und geleistete Entgelttage 2003
- Tab. 12 Schlüsselabsenkungen und –erhöhungen im Jahr 2003
- Tab. 13 Verteilung der Entgelttage nach Betreuungsstufen und Leistungserbringern  
(ohne forensische Nachsorge, Selbstzahler/innen und Klienten/innen mit auswärtigem Kostenträger)
- Tab. 14 Betreuungsschlüsselstruktur der Leistungserbringer in %
- Tab. 15 Regionale Verteilung der Gesamtpläne
- Tab. 16 Diagnosen
- Tab. 17 Verweildauer in der psychiatrischen Klinik nach Leistungserbringern
- Tab. 18 Verweildauer und Alter älterer Menschen nach Leistungserbringern

## **Abbildungsverzeichnis**

- Abb. 1 Anzahl der Betreuungen differenziert nach Betreuungsumfang
- Abb. 2 Betreuungsschlüsselstruktur der Leistungserbringer



### 3. Tagesstätten

Tagesstätten sind in der Regel wochentäglich geöffnet und bieten einer Gruppe von Menschen, die stationäre Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr benötigen, aber noch nicht für eine Förderung in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation in Frage kommen, therapeutische und/oder Beschäftigungsprogramme an<sup>7</sup>. Abweichend von dieser offiziellen Sprachregelung haben die bremischen Tagesstätten auch die Funktion von „Kontaktstellen“, d. h. sie werden genutzt als Orte zwangloser Geselligkeit und Kommunikation.

In Tagesstätten für psychisch kranke Menschen in der Stadtgemeinde Bremen stehen 148 Plätze an sechs Tagen in der Woche zur Verfügung. Das entspricht einer Gesamtleistung von 46.176 Tagen im Jahr. Es gibt fünf Tagesstätten, je Stadtregion eine. Mit Ausnahme einer Tagesstätte, die über 36 Plätze verfügt, sind es bei den anderen 28.

Die Tabelle zeigt die Durchschnittswerte für das Jahr 2003 nach Regionen. Die Öffnungstage errechnen sich als Durchschnittswert der geöffneten Tage in den jeweiligen Monaten. Theoretisch müsste dieser Wert bei allen Tagesstätten übereinstimmen. In Bremen Nord ist jedoch eine Sondersituation durch den Einsatz von ABM-Kräften im Café am Abend gegeben. Dieses wirkt sich sowohl auf die Anzahl der Besucher als auch auf die Öffnungstage aus. Der Hintergrund für die vergleichsweise niedrigen Werte im Bremer Süden und Westen ist konzeptioneller Art: Die Tabelle weist nur betreute Öffnungstage aus – in den Stadtbezirken Süd und West werden aber auch Tage in Eigenregie der Nutzerinnen angeboten. Dieses erklärt die wiederum hohe Anzahl der Besucher, wobei jede Person für das Jahr nur einmal gezählt wird. Die Anzahl der Kontakte pro Person werden nicht dargestellt, so dass sich die Durchschnittsauslastung je Öffnungstag aus der Tabelle nicht errechnen lässt.

#### **Tagesstättenstatistik 2003: Bremen Land und Durchschnittswerte je Region**

2003 Gesamt	BHV	Nord	West	Mitte	Süd	Ost	Durchschn.
Öffnungstage betr.	22,58	29,00	21,08	25,08	21,67	24,67	24,01
Anzahl Besucher Ges.	99,67	168,08	104,75	106,75	75,75	68,17	103,86
Ganze Plätze <sup>8</sup>	28,00	39,33	40,33	27,67	0,00	48,58	36,78
Halbe Plätze <sup>9</sup>	16,17	18,25	14,58	18,00	0,00	7,25	14,85
Nicht abrechenbare B. <sup>10</sup>	55,33	110,50	49,83	61,08	0,00	12,33	57,82

*Erläuterung:* Für ganze und halbe Plätze sowie nicht abrechenbare Besucher wurden aus dem Bremer Süden keine Angaben gemacht, daher ist für die Berechnung des Gesamtwertes der Durchschnittswert der anderen Tagesstätten gesetzt worden.

Leistungskennziffern für Tagesstätten sind die angebotenen Mitarbeiterstunden, die Inanspruchnahme durch die Klienten/innen, die Anzahl und Dauer angebotener Projekte und Gruppen sowie die Beschäftigungsmöglichkeiten. Diese Zahlen müssen in den Tagesstätten erhoben werden. Ein Verfahren in der Art der Einzelplatzvergabe wie im Betreuten Wohnen, Heimwohnen oder der Familienpflege gibt es für die Inanspruchnahme der Tagesstätte nicht. Durch den zuständigen SpsD erfolgt eine listenbezogene Bestätigung der Auslastung.

<sup>7</sup> Definition der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich, 1988.

<sup>8</sup> 15 und mehr Kontakte im Monat

<sup>9</sup> zwischen 10 und 15 Kontakte im Monat

<sup>10</sup> unter 10 Kontakten oder anderer Personenkreis



## 4. Familienpflege

Als Psychiatrische Familienpflege wird das Wohnen bei einer Pflegefamilie/Gastfamilie bezeichnet, wobei eine enge Anbindung an das Familienpflegeteam der psychiatrischen Klinik gegeben ist. Für die Klinik und die Pflegefamilie ist ein Tagesentgeltsatz vereinbart. Für einen begrenzten Zeitraum ist unter bestimmten Voraussetzungen die Berechnung eines erhöhten Entgeltsatzes vorgesehen. Im Durchschnitt des Jahres 2003 werden fünf Plätze von Bremern belegt. Weitere vier Personen werden in der Familienpflege betreut, die einen auswärtigen Kostenträger haben oder Selbstzahler sind, so dass die Zahl der belegten Plätze insgesamt bei neun liegt. Die Besetzung erfolgt durch die Klinik im Rahmen eines Vermittlungsprozesses. Familienpflegeplätze werden in den Wartelistengremien nicht vergeben.

Entsprechend den Angaben der Familienpflege wurden 1.933 für den bremischen Kostenträger relevante Entgelttage gezählt. Dieses entspricht einer Durchschnittsbelegung von 5,3 Plätzen.

Die Familienpflege gilt als stationäre Maßnahme. Sie ist langfristig angelegt und zeitlich nicht begrenzt. Die Klienten unterscheiden sich im Wesentlichen in zwei Gruppen:

- junge Erwachsene (Altersgruppe wie oben 2.7.), die eine Nachreifungsphase durchlaufen und nur begrenzte Zeit (zwischen zwei und vier Jahren) in der Familienpflege verbleiben;
- ältere Menschen, deren Perspektive langfristig die Familienpflege ist.

Nach den Erfahrungen des Familienpflegeteams am Klinikum Ost, ist eine Vermittlung in eine Gastfamilie eher nicht erfolgreich, wenn noch eine eigene Wohnung vorhanden ist und eine starke Bindung an die Herkunftsfamilie besteht. Im Jahr 2003 kam es bei bis zu zehn Neuvermittlungen in der Endphase des Kennenlernens zum Abbruch. Von der Familienpflege profitieren besonders solche Menschen, die die akute Phase ihrer psychischen Erkrankung bewältigen und mit den Auswirkungen ihrer Erkrankung umzugehen gelernt haben. Bedeutend ist vor allem ein gewisser Abstand von den manchmal frustrierenden Erfahrungen in der Ursprungsfamilie.

Das Familienpflegeteam am Klinikum Ost möchte die Betreuungszahl im Jahr 2004 auf 17 erhöhen. Um dies zu erreichen, soll das Konzept der Familienpflege systematischer und regelmäßig in den Behandlungsteams der Behandlungszentren, bei niedergelassenen Ärzten/innen, Rechtsbetreuern/innen usw. vorgestellt werden. Beabsichtigt ist ebenfalls eine enge Kooperation mit der Steuerungsstelle Psychiatrie im Hinblick auf Veränderungswünsche von psychisch kranken Menschen, die bereits das psychiatrische Versorgungsangebot nutzen, z. B. Psychiatrisches Wohnheim.

Das längerfristige Ziel ist der weitere Ausbau der Psychiatrischen Familienpflege als ein zeitgemäßes und wirtschaftliches Betreuungsangebot im psychiatrischen Versorgungssystem.

Für die Zukunft ist die Berücksichtigung der Familienpflege in den Abstimmungskonferenzen wünschenswert. Die Nachfrage in den Regionen zur Vermittlungsroutine ergab, dass in der Klinik regelmäßig an die Möglichkeit der Familienpflege als Maßnahme gedacht wird, diese jedoch nur selten in Betracht kommt.



## 5. Nichtbehandlungsfälle im ZKH – OST (vormals: Langzeitpflegeplätze)

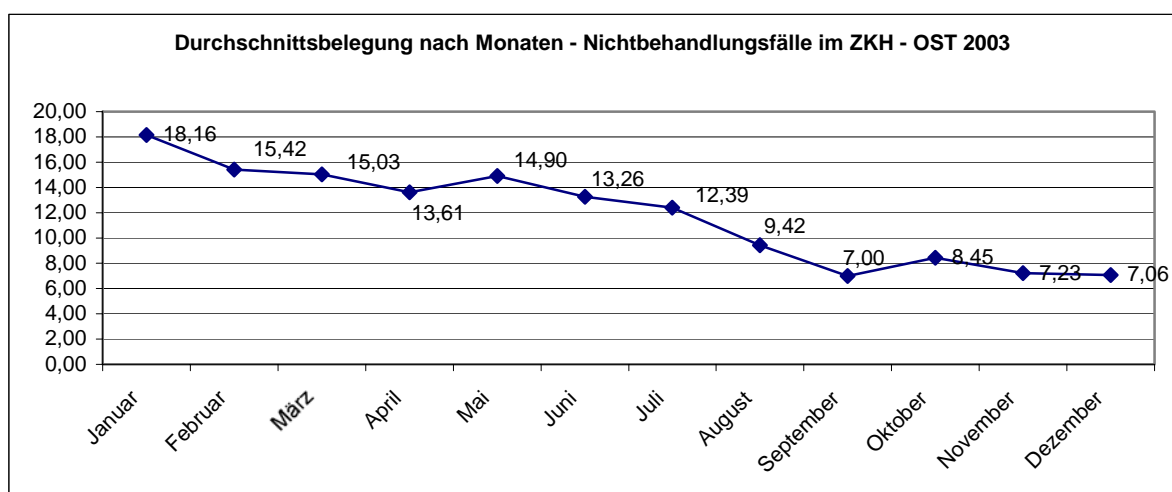
Als Nichtbehandlungsfall (psychiatrische Langzeitpflege) wird der Status nach Behandlung der akuten Erkrankung bezeichnet, wobei mangels Alternative oder Perspektive der Verbleib in der Klinik notwendig ist<sup>11</sup>. Die Klinik erhält hierfür ein jährliches Budget, das sich auf eine vereinbarte Belegungszahl bezieht. Im Jahr 2003 war dies ein Bezugswert von zehn Betten bzw. 3.650 Entgelttage. Tatsächlich lag die Belegung im Jahr 2002 deutlich über diesem Wert und auch 2003 liegt die Anzahl der zu berechnenden Entgelttage bei 4.652 bzw. 13 Plätzen durchschnittlich. Eine Belegung über die vereinbarte Zahl von zehn hinaus führt laut Leistungsvereinbarung zu einem Ausgleich von 75 % je belegtem Platz.

### Warteliste

Nichtbehandlungsfälle werden sowohl in der psychiatrischen als auch in der Klinik für Suchterkrankungen geführt. Im Jahr 2003 sind insgesamt 39 Menschen mit diesem Status gezählt worden. Davon waren 14 bereits vor dem 1. Januar 2003 als Nichtbehandlungsfall in der Klinik. 21 Menschen aus dieser Gruppe stehen im Jahr 2003 auf den regionalen Wartelisten. Dabei handelt es sich primär um psychisch kranke Menschen. Nichtbehandlungsfälle mit einer Suchterkrankung konnten mangels eines Zugangssystems (Warteliste/Anmeldeforum o. ä.) nicht über eine Warteliste vermittelt werden. Im Jahr 2003 sind dennoch fünf der neun mit Suchtproblematik aufgenommenen Nichtbehandlungsfälle zügig in ein Dauerwohnheim für suchtkranke Menschen vermittelt worden. Drei Menschen mit Status Nichtbehandlungsfall waren so kurz in der Klinik, dass der Zugang in das Anmeldeverfahren aus der Klinik heraus praktisch nicht erfolgen konnte. Zumindest nicht als Nichtbehandlungsfall. Sinnvoller wäre auch die Anmeldung in eine Warteliste bereits vor der Umwandlung in diesen Status.

Im Jahr 2003 sieht die Belegung im Monatsverlauf folgendermaßen aus:

**Abb. Durchschnittsbelegung nach Monaten – Nichtbehandlungsfälle im ZKH-Ost 2003**



<sup>11</sup> Zum Verfahren siehe unter 7. Qualitätssicherung der Gesamtpläne einschließlich IBRP für psychisch kranke Menschen, 2003



Die anfangs deutlich fallende Tendenz schwächt sich zum Jahresende ab und stabilisiert sich bei einer Durchschnittsbelegung von ca. sieben.

Im Verlauf des Jahres 2003 wurden 39 Patienten/innen als Nichtbehandlungsfall angemeldet. Hiervon waren drei Personen das ganze Jahr über in der Klinik. Die durchschnittliche Verweildauer liegt bei 118 Tagen, wobei der kürzeste registrierte Aufenthalt mit Status Nichtbehandlungsfall bei acht Tagen liegt.

#### **Verteilung nach Kliniken:**

**Tab. Anzahl und durchschnittliche Verweildauer nach Kliniken**

<b>Klinik</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Durchschnittliche Verweildauer</b>
P I	17	181
P II	10	97
P III	11	46
o. Zuordnung	1	70

Zu berücksichtigen ist, dass die Personen mit einer Verweildauer von einem Jahr und mehr der Klinik P I zugeordnet werden.

#### **Zusammenfassung**

- Die Belegung mit Nichtbehandlungsfällen zeigt abnehmende Tendenz.
- Der Zugang zur Warteliste ist für die psychisch kranken Menschen weitgehend geregelt. Für die Nichtbehandlungsfälle in der Suchtklinik muss der Zugang mit Einführung einer Anmeldesystematik noch geschaffen werden.
- Grundsätzlich erfolgt die Anmeldung in eine regionale Warteliste noch verspätet.

Für das Jahr 2004 wird die Fortsetzung dieser positiven Entwicklung angestrebt. Mit dem Klinikum Nord muss eine Kooperationsvereinbarung geschlossen werden.



## 6. Heimwohnen für psychisch kranke Menschen

### 6.1. Auftrag und Arbeitsstand

Seit Beginn des Jahres 2003 wurden auch die Wohnheime für psychisch kranke Menschen in den Kontrakt mit dem SfAFGJS einbezogen. Die Ausgaben für auswärtige Einrichtungen, die Bremer/innen betreuen, zählen ebenfalls zum kontraktierten Produktbereich.

Die Zusammenarbeit mit den Wirtschaftlichen Hilfen/Heimhilfe des AfSD wurde im Februar 2003 durch die Erarbeitung und einer damit verbundenen Erweiterung der Verfahrensrichtlinien zum Betreuten Wohnen neu geregelt. Analog zum Betreuten Wohnen liegt die fachliche Anspruchsprüfung auch für stationäre Maßnahmen bei der Steuerungsstelle, die materielle Anspruchsprüfung bei der Heimhilfe. Im Mai 2003 wurde der Geltungsbereich dieser Richtlinien auch auf Eingliederungshilfemaßnahmen für suchtkranke Menschen erweitert.

Neben der Veröffentlichung der Verfahrensrichtlinien nebst Kurzinfo in den "Betrifft: Wirtschaftliche Hilfen" wurden auch Informationsveranstaltungen zum Verfahren durch die Steuerungsstelle in den Regionen durchgeführt.

Die Zusammenarbeit hat sich seitdem kontinuierlich verbessert und damit auch die Möglichkeiten der Kommunikation und Berichterstattung. Grundsätzliche Probleme, wie die zu Beginn des Jahres noch recht lückenhafte Datenlage, konnten im Laufe des Jahres 2003 im Wesentlichen behoben werden.

Die Erhebung und laufende Aktualisierung des Datenbestandes war aus folgenden Gründen im Bereich Heimwohnen besonders problematisch:

- Anfangs waren mehrjährige und zum Teil auch Kostenübernahmen „bis auf weiteres“ bei einer Vielzahl von belegten Plätzen vorhanden. Erst bei der Umstellung auf ProHeim im Jahr 2003 sind alle stationären Maßnahmen auf die jährlich zu erteilende Kostenübernahme umgestellt worden, so dass auch erst ab dem Jahr 2003 die jährliche Wiederbegutachtung verbindlich wurde.
- Verfahrensveränderungen bedürfen einer gewissen Anlaufzeit, bis sich Routine und ein vertrauensvolles Miteinander einstellt.
- Mitteilungen über Veränderungen (insbesondere Klinikaufenthalte und Beendigungen) wurden – wie auch zu Beginn der Begutachtungscoordination im Betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen – nicht zuverlässig und zeitnah auch an die Steuerungsstelle gegeben.
- Besonders schwierig war und ist die Zusammenarbeit mit auswärtigen Einrichtungen. Diese kennen weder die Strukturen in Bremen, noch hat die Steuerungsstelle einen vollständigen Überblick über den Zugang in diese Einrichtungen (z. B. bei Auswärtsunterbringung durch die Jugendhilfe oder aus der Klinik heraus). Auch die Leistungsvereinbarungen liegen nicht vor. Der diesbezügliche Kenntnisstand wird sich zukünftig durch die Zusammenarbeit mit der Heimhilfe verbessern.



## 6.2. Allgemeine Verteilung im Jahr 2003

### Wohnheime in Bremen

Von den insgesamt 211 zur Verfügung stehend Plätzen in Wohnheimen für psychisch kranke Menschen sind in 2003 im Durchschnitt 189 mit Bremer/innen belegt. Dies entspricht einer Summe von 68.894 geleisteten Entgelttagen. Am Stichtag 31. Dez. 2003 werden 191 Plätze gezählt, die durch den bremischen Kostenträger finanziert werden. Hiervon entfallen 91 auf gerontopsychiatrische Wohnheime und 100 auf Plätze für jüngere Erwachsene.

Für das Vorjahr gibt es in dieser Form noch keine Vergleichsdaten, da die Daten der Wohnheime für psychisch kranke Menschen erstmals mit dem Jahr 2003 im Rahmen des Kontrakts mit SfaFGJS in der Steuerungsstelle erhoben wurden.

Wohnheime für jüngere und ältere Erwachsene unterscheiden sich deutlich hinsichtlich des Lebensalters der Bewohner/innen und ihrer Verweildauer von den Heimen für ältere Menschen.

#### ***Lebensalter und Verweildauer differenziert nach gerontopsychiatrischen Wohnheimen und Wohnheimen für jüngere Erwachsene***

<b>Art des Wohnheims</b>	<b>Durchschnittliches Lebensalter</b>	<b>Durchschnittliche Verweildauer</b>
Wohnheim (geronto)	67,3	8,2
Wohnheim (jüngere Erwachsene)	43,1	3,9
<b>Durchschnitt gesamt</b>	<b>55,0</b>	<b>6,0</b>

Gezählt wurden für das Jahr 2003 **19 Neuaufnahmen und 11 Beendigungen**. Es ist davon auszugehen, dass es real mehr Beendigungen waren und einige der Neuaufnahmen Umwandlungen von bislang selbstzahlenden Personen sind. In dieser Differenziertheit ist die Auszählung für das Jahr 2003 noch nicht möglich. Besonders zu Beginn des Jahres, als das Verfahren noch nicht allen Beteiligten bekannt und die Fehlerquote hoch war, sind vermutlich einige Informationen nicht der Steuerungsstelle zugeleitet worden. Diese Startschwierigkeiten scheinen aber nunmehr überwunden, so dass sich die Angaben der Realität mehr und mehr annähern werden.

#### **In auswärtigen Einrichtungen untergebrachte Bremerinnen und Bremer**

Die Zahl der auswärtig in Wohnheimen oder Außenwohngruppen lebenden Bremer steigt stetig an. Im Jahr 2003 werden 17.066 Entgelttage bzw. durchschnittlich 47 Plätze in auswärtigen Einrichtungen gezählt. Wie eingangs schon erwähnt, ist die Zusammenarbeit mit auswärtigen Einrichtungen schwierig, so dass zum einen Mitteilungen über Beendigungen fehlen und zum anderen der Zugang insbesondere aus dem Bereich der Jugendhilfe noch nicht ausreichend transparent ist. Es bestehen Zweifel, dass bei einer Umwandlung einer KJHG – in eine BSHG Maßnahme die Steuerungsstelle regelmäßig beteiligt wurde und eine Gesamtplanung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst erfolgte.

Die Möglichkeiten der Überprüfung sind begrenzt. Derartige Abfragen sieht ProHeim, das die grundlegenden Informationen enthält, nicht routinemäßig vor. Im Jahr 2004 soll ein Auftrag an ID Bremen vergeben werden, um die Datenlage zu verbessern.



### 6.3. Wartelisten im Heimbereich

Erstmals konnten Anmeldungen im Bereich Heimwohnen für psychisch kranke Menschen überregional zusammengestellt werden. Die Ergebnisse stellen sich zusammengefasst wie folgt dar:

- 27 Menschen sind am 31. Dezember 2003 für einen Platz in einem Wohnheim angemeldet, hiervon entfallen acht auf gerontopsychiatrische Wohnheime.
- Die Verteilung nach Männern und Frauen ist ausgewogen (12 Frauen und 13 Männer, zwei ohne Angabe).
- Die Wartezeit beträgt am 31. Dezember 2003 durchschnittlich 13 Monate. Der Unterschied zwischen den Wartenden auf einen gerontopsychiatrischen Wohnheimplatz (22 Monate) und einen Platz in einem Wohnheim für jüngere Erwachsene (knapp zehn Monate) ist erheblich.
- Knapp 30 % der angemeldeten Personen befanden sich zum Zeitpunkt der Anmeldung in der eigenen Wohnung, 26 % im Betreuten Wohnen und jeweils 18,5 % bereits in einem Wohnheim (12 % auswärts) oder in einer psychiatrischen Klinik.<sup>12</sup>
- Nichtbehandlungsfälle wurden für den Bereich der psychisch kranken Menschen mit wenigen Ausnahmen über die Warteliste in die Wohnheime vermittelt (insgesamt neun der Neuaufnahmen in 2003).

### 6.4. Perspektiven im Heimbereich 2004

Die Wartelistenauswertung weist darauf hin, dass in Bremen ein zusätzlicher Bedarf an Wohnheimplätzen besteht.

Die zahlenmäßige **Erfassung auswärtig untergebrachter Bremer/innen** muss verbessert werden. Hierzu wird eine Abfrage an ProHeim als Auftrag an ID – Bremen formuliert und vergeben werden müssen.

Unzureichend geregelt ist nach wie vor die der Übergang von einer KJHG zu einer BSHG Maßnahme. Die Anzahl der möglicherweise auswärts zuwachsenden Maßnahmen für den Geltungsbereich des BSHG ist zur Zeit nicht bekannt. Planungen sind damit nicht möglich. In Kooperation mit dem Jugendhilfebereich ist hier nach Lösungen zu suchen.

---

<sup>12</sup> Die restlichen 7 % verteilen sich auf drei nicht in die vorhandenen Kategorien passenden Aufenthaltsorte.





## **7. Qualitätssicherung der Gesamtpläne einschließlich IBRP für psychisch kranke Menschen, 2003**

Die Mitarbeiter der Beratungsstellen und der psychiatrischen Kliniken (letztere bei Erstbelegung oder längeren Krankenhausaufenthalten) erstellen bei Anträgen auf Eingliederungshilfe (wie: Betreutes Wohnen und Heimwohnen) die nach §§ 39/40 BSHG notwendigen Gesamtpläne mit dem IBRP. Von den Kliniken kommen zudem die Hilfepläne für die Nichtbehandlungsfälle (früher Langzeitpflegefälle) sowie für die Patienten der Abteilung für psychiatrische Familienpflege.

Im Jahr 2003 wurden für den Bereich der psychisch kranken Menschen (ohne Sucht) insgesamt **630** Gesamtpläne erstellt, davon **163** aus den Bereichen Heimwohnen, Nichtbehandlungsfälle und Familienpflege.

Im Rahmen der Qualitätssicherung des Begutachtungsverfahrens durch die Steuerungsstelle werden alle Gutachten auf formale Mängel und auf fachlich-inhaltliche Plausibilität überprüft.

### **Im Einzelnen standen bei den Gesamtplänen folgende Probleme im Vordergrund:**

- Fehlende Angabe zum Gültigkeitszeitraum bzw. Beginn der Betreuung
- Art der Behinderung, nicht immer eindeutig
- Fehlende Angaben zur Beschäftigungs-/Arbeitssituation des Antragstellers
- Keine Angabe zum Ort der Maßnahme (besonders bei Neuaufnahmen)
- Übersichtsbogen IBRP wurde nur teilweise ausgefüllt
- Angaben zur aktuellen Problemlage und zu den Zielen waren unzureichend
- Betreuungsziele wurden sehr allgemein bzw. zu abstrakt formuliert
- Bei den Folgegutachten fehlte oftmals der Bezug zum Hilfeplan des Vorjahres
- IBRP - Anamnesebögen bei Erstanträgen fehlten oder waren nur teilweise ausgefüllt
- Nicht nachvollziehbare Widersprüche zwischen dem Grad der Beeinträchtigung und dem Betreuungsschlüssel
- Umzüge und neue Adressen wurden mehrfach nicht registriert

Bei diesen Mängeln<sup>13</sup> oder Differenzen erfolgte entweder:

- eine Klärung kleinerer Ungereimtheiten nach telefonischer Rücksprache;
- eine Rückmeldung an den Gutachter über einen Rückmeldebogen mit der Bitte um Nachbesserung oder Ergänzung des Gesamtplans und/oder des IBRP;
- eine Fallkonferenz, um das weitere Vorgehen abzusprechen.

---

<sup>13</sup> Durch eine inzwischen überarbeitete Fassung des Gesamtplans „176a, 2004“ und des IBRP „Version GA Bremen 2004“ ist zukünftig ein Rückgang der formalen Fehler zu erwarten.



**Fallkonferenzen** sind immer angezeigt bei Unklarheiten des Betreuungsaufwands, der Betreuungsart oder bei einseitigen Anträgen auf Beendigung. Bei längeren Krankenhaus-Aufenthalten sind sie notwendig zum Erhalt des Wohnplatzes und der Betreuung. Auch wenn der/die Klient/in außerhalb Bremens untergebracht werden soll, sowie bei der Umstellung auf Nichtbehandlungsfall in psychiatrischer Krankenhausversorgung (Pflegefall) ist dieses Gremium oftmals nötig.

Im Jahr 2003 haben Insgesamt **33 Fallkonferenzen** stattgefunden - mit durchschnittlich sechs Teilnehmern.<sup>14</sup> Ziel der Fallkonferenz ist es, die weitere Perspektive der Klienten zu klären oder Doppelfinanzierungen von z. B. Betreutem Wohnen und Klinik zu vermeiden bzw. zu verkürzen. Im Einzelfall kann aber eine „teure“ Lösung durchaus sinnvoll sein und langfristig gesehen die günstigere Variante darstellen. Es geht immer um das Wohl der Hilfeempfänger, aber auch darum, Überflüssiges zu beenden und abzuwägen, welche Hilfen außerhalb von Eingliederungshilfe aktivierbar sind.

### **Gesamtplan**

Die Einführung der neuen Formulare des Gesamtplans (Anfang 2003) und die damit verbundene neue Einweisung in das Verfahren hat zu einer Verbesserung der Qualität geführt – sowohl formal wie inhaltlich.

Zu Beginn der Überprüfungen (2001) lag die **Quote der beanstandeten Gutachten/Hilfepläne** sehr hoch (fast 100 %). Dies besserte sich im Laufe der Jahre bis 2003 deutlich. Zum Jahresende 03 lag:

- der Anteil der beanstandeten Gutachten bei 32 %
- der Anteil mit inhaltlichen Mängeln bei 9 %
- der Anteil der bemängelten IBRPs bei 10 %.

Die Integration des Sozialpsychiatrischen Dienstes in die Behandlungszentren und die damit verbundenen Personalveränderungen führten 2003 zu Neuzuweisungen der Fallbearbeitung. Dadurch wurde in einzelnen Regionen (Süd, Ost, Nord) die Verbesserungstendenz etwas abgebremst.

Zudem hat die Einführung des neuen Formulars Nr. 176 a, Gesamtplan (nicht mehr „Stellungnahme zum Gesamtplan“) durch das Sozialressort zu Umstellungsproblemen geführt. Alle Behandlungszentren wurden durch uns in das Handling eingewiesen. Nach sieben Monaten wurde eine überarbeitete Version (176a, 2004) eingeführt. Weitergehende Veränderungen der Fragebögen, z. B. eine Reduktion des Umfangs - zugeschnitten auf unsere Zielgruppe - konnten wir nicht durchsetzen, weil die Einheitlichkeit des Formulars aus der Sicht des AfSD Priorität hat.

Die Durchsicht der Gutachten vermittelte immer wieder den Eindruck, dass der **Betreuungsaufwand in den Regionen** unterschiedlich beurteilt wird - sowohl von den Gutachter/innen als auch von den Leistungserbringern. Um eine Angleichung der Begutachtungsstandards zu erreichen, wurden für die Gutachter Begutachtungsleitlinien erstellt und für die Leistungserbringer Leitsätze zum Betreuten Wohnen formuliert.

---

<sup>14</sup> Klient, Rechtlicher Betreuer, Wohnbetreuer, Klinik-Mitarbeitern, Arzt, Sozialarbeiter, Gutachter desBHZ, Steuerungsstelle



Die **Bearbeitungszeit der Begutachtungen**, d. h. der Zeitraum von Antragseingang bis zur Weiterleitung des Gesamtplans an die Wirtschaftlichen Hilfen, konnte deutlich reduziert werden. Durchschnittlich vergehen **6,6 Tage** zwischen Gesamtplaneingang in der Steuerungsstelle und dem Verschicken des Antrags auf Kostenübernahme. Die lange **Laufzeit des Gesamtverfahrens** (siehe Anhang Kurzdarstellung), vom Antragseingang bis zum Eintreffen des Kostenbewilligungsbescheids, von durchschnittlich **89 Tagen**, hat ihre Ursache in der Regel in einer verzögerten **Gesamtplanerstellung**. Die gemittelte Dauer beträgt **42,7 Tage**. Zum Teil liegt der Grund der verzögerten Begutachtung bei den Leistungserbringern, da die Verlaufsberichte nicht rechtzeitig erstellt bzw. wie vereinbart den Anträgen beigelegt werden.

Der Antrag auf Weiterführung des BW (Betreuten Wohnens)/Heimwohnens und der Verlaufsbericht gehören zusammen. Mit den vollständigen Unterlagen kann die Steuerungsstelle die Folgebegutachtung in die Wege leiten, zeitraubende Rückfragen entfallen.

Vom Antrag auf Kostenübernahme unsererseits bis zum **Eintreffen des Bewilligungsbescheids** vergehen rund **40 Tage**.

### **Mitarbeiterzufriedenheit mit dem Begutachtungsverfahren**

Seitens der Mitarbeiter wird das Begutachtungsverfahren immer noch als zu aufwändig und kompliziert bemängelt. Gefordert wird vor allem eine Integration des Gesamtplans und des IBRP auf Formblattebene sowie eine Vereinfachung des IBRP-Übersichtsbogen. Diese seit langem überfällige Vereinfachung konnte nicht erfolgen, weil sich die auf Ressortebene laufenden Anpassungen des § 93 BSHG (z. B. Bildung von Hilfeempfängergruppen) weiterhin verzögert.

Zwar wurde ein für alle Behinderten-Gruppen einheitlicher Gesamtplan eingeführt, es wird aber häufig über die vielen Seiten und die doppelten Abfragen geklagt.<sup>15</sup>

Die Entwicklung, Änderung und Einführung dieser Formulare liegt nicht in der Verantwortlichkeit der Steuerungsstelle. Wir sind aber weiterhin bemüht, vernünftige und praktischere Lösungen zu erreichen.

Als Erleichterung konnte die PC-Fähigkeit des Gesamtplans und auch des IBRP (als Version „GA Bremen“) optimiert werden, so dass, einmal ausgefüllt, in der Folge nur noch die Änderungen eingetragen werden müssen.

### **Neue Aufgaben**

Zu dem Bereich des Betreuten Wohnens, für den wir die Verfahrens- und Begutachtungskoordination übernommen haben, sind im vergangenen Jahr 2003 der Wohnheimbereich, die Familienpflege, die Nichtbehandlungsfälle des Klinikums-Bremen-Ost sowie die Tagesstätten hinzugekommen.

Für diese neuen Bereiche wurden insgesamt 163 Gutachten erstellt.

Der Begutachtungsablauf für die Wohnheime konnte im Jahr 2003 weitgehend harmonisiert werden. Die Zahlen aus den Belegungslisten der Einrichtungen gleichen sich zunehmend der Anzahl unserer Fallakten an, allerdings haben wir noch nicht alle Fälle der auswärtig untergebrachten Personen erfasst.

Vereinbarungsgemäß werden wir uns zukünftig auch an den Begehungen der Heime durch die Heimaufsicht beteiligen. Der Einblick in den Versorgungsalltag der Einrichtungen unterstützt die Beurteilung der Hilfepläne, die sonst, mit Ausnahme der Fallkonferenzen, lediglich nach Aktenlage erfolgt.

<sup>15</sup> bei Neuaufnahme 19 Seiten, IBRP und Gesamtplan benötigen mehrere identische Eingaben



---

Ein Steuerungsverfahren für die **Nichtbehandlungsfälle** wurde Anfang 2003 mit dem Klinikum-Bremen-Ost vereinbart.

Ein routinierterer Ablauf hat sich im Laufe des Jahres eingestellt. Ebenso funktioniert die Zusammenarbeit mit der Heimhilfe zunehmend besser.

Laut Vereinbarung muss die Steuerungsstelle jeder Umwandlung zeitnah zustimmen. 39 Nichtbehandlungsfälle gab es im Jahr 2003, nur in ca. einem Drittel der Fälle erreichte die Meldung vorab die Steuerungsstelle. Drei Patienten leben seit mehr als 12 Monaten in der Klinik. Für fünf Klienten wurde eine Fallkonferenz durchgeführt, bei weiteren sieben reichte eine telefonische Abklärung.

Ein analoges Verfahren\* gilt für die **Familienpflege** des Klinikums-Bremen-Ost. 2003 wurden fünf Gutachten für Bremer Bürger erstellt. Bei der Hilfeplanung sollte die Familienpflege noch mehr Beachtung finden, zumal zur Zeit vermehrt Familien bereit sind, diese Aufgabe zu übernehmen.

Eine weitere Aufgabe der Steuerungsstelle war die Prüfung der Verordnungen für **Ambulante Psychiatrische Pflege** (APP) bei krankenhilfeberechtigten psychisch kranken Menschen. Die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten steht dabei im Vordergrund. Es gab im Jahr 2003 insgesamt 31 Erst- und Folgeverordnungen. Für das Prüf- und Bewilligungsverfahren wurden mit dem Sozialressort und den Wirtschaftlichen Hilfen entsprechende Regelungen getroffen. Analoge Regelungen wurden im Herbst 2003 auch für den Bereich der **Soziotherapie** vereinbart, kamen aber nicht mehr zur Anwendung, da mit Jahresanfang 2004 alle bislang nur über die Sozialhilfe versicherten Personen Zugang zu den gesetzlichen Kassen haben. Die Prüfung der Verordnung liegt nun bei den jeweiligen Krankenkassen.

Beide ambulanten GKV-Angebote (APP und Soziotherapie) sind jedoch weiterhin steuerungsrelevant, da sie bei spezieller Indikation Eingliederungshilfemaßnahmen ersetzen und ergänzen können.



## 8. Betreutes Wohnen und Heimwohnen für suchtkranke Menschen

### 8.1 Vorbemerkungen

Für das Jahr 2003 wurde im Kontrakt zur operativen Steuerung eines Psychriatriebudgets zwischen dem Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales und dem Gesundheitsamt Bremen vereinbart, auch den Bereich Suchtkrankenhilfe (legaler Bereich) mit folgenden Leistungsbereichen einzubeziehen:

Betreutes Wohnen für Suchtkranke

Übergangswohnheime für Suchtkranke

Dauerwohnheime für Suchtkranke

Im Kontrakt wurde unter anderem ausgeführt: „Mit dieser Zusammenfassung und Übertragung der operativen Steuerungsverantwortung für das Psychriatriebudget auf das Gesundheitsamt Bremen verfolgt der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales das Ziel eines möglichst wirtschaftlichen, effektiven und effizienten Ressourceneinsatzes.“ Im Folgenden wird die Versorgungslage im Jahr 2003 für den Bereich der Suchtkrankenhilfe dargestellt.

### 8.2 Überblick

Tab.1: Platzzahlen

Leistungsbereich	Platzzahl 2003
Betreutes Wohnen	67
Übergangswohnheime	54
Wohnheime	74

### 8.3 Betreutes Wohnens für Suchtkranke

Tab. 2: Verteilung Betreutes Wohnen am 31.12. 2003

Träger	Platzzahl	davon 1:4	davon 1:8
Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V.	35	5	30
AWO Integra	27	7	20
Christliches Reha-haus	2	1	1
Sozialwerk der Freien Christengemeinde	3	2	1
Summe	67	15	52

Nicht in der Tabelle berücksichtigt ist eine Einzelbetreuung, die zu einem festen Satz erfolgt. Im Jahresdurchschnitt lebten 68 Menschen im Betreuten Wohnen, darunter 15 Frauen. 63 von ihnen leben in Wohngemeinschaften.

Der Zielwert von 20 Plätze mit einem Betreuungsschlüssel von 1:4 im Jahresdurchschnitt wurde erreicht. Zum Stichtag wurden nur 15 Personen mit diesem Betreuungsschlüssel betreut. Dieser niedrige Anteil von 1:4 Betreuungen zum Jahresende ergibt sich daraus, dass der Betreuungsschlüssel zum Ende des Betreuungsverhältnisses niedriger ist und bei neun Personen die Beendigung der Betreuung geplant war. Die Neubesetzung dieser Plätze wird wieder zu einem Anstieg des Anteils mit höherer Betreuungsstufe führen.

Im Vergleich zum Vorjahr sind zwei Betreuungen mit einem Schlüssel von 1:8 hinzugekommen. Drei Bewohner des Betreuten Wohnens für psychisch Kranke wechselten in das Betreute Wohnen für Suchtkranke, da ihre Primärdiagnose „Suchterkrankung“ lautete.



Insgesamt führten diese Veränderungen zu einer Überschreitung des Haushaltsanschlags um 7 %.

Tab.3: Neuaufnahmen

	Bis zum 30.6.	Bis zum 30.9.	Bis zum 31.12.
Neuaufnahmen	14	24	30

Die Fluktuation im Betreuten Wohnen für Suchtkranke ist fast doppelt so hoch wie im Betreuten Wohnen für psychisch Kranke.

Anmerkung: Das Betreute Wohnen ist insbesondere bei Suchtkranken mit einer hirnganischen Beeinträchtigung eine relativ kostengünstige Betreuungsform. Ein Betreuungsschlüssel von 1:12 würde das Angebot weiter differenzieren.

## 8.4 Heimwohnen für Suchtkranke

Tab. 4: Heimplätze in Bremen

Name	Träger	Plätze	Art des Heimes
Haus Neuland	Arbeiterwohlfahrt Kreisverband e. V.	30	Übergangseinrichtung
Haus Blumenthal im Willi-Dehnpark-Haus	Arbeiterwohlfahrt Kreisverband e. V.	24	Übergangseinrichtung
Haus Noah	Sozialwerk der Freien Christengemeinde	24	Fördereinrichtung für Menschen mit Suchtmittelbedingtem hirnganischen Abbau
Heimstätte Ohlenhof	Sozialwerk der Freien Christengemeinde	20	Fördereinrichtung für Menschen mit Suchtmittelbedingtem hirnganischen Abbau (Korsakow-Fördereinrichtung)
Intensiv Betreutes Wohnen im Kurzentrum Bruchhausen-Vilsen	Arbeiterwohlfahrt Kreisverband e. V.	20	Fördereinrichtung für mehrfach beeinträchtigte chronisch Abhängigkeitskranke
Christliches Reha-Haus	Christliches Reha-Haus Bremen e. V.	10	Wohnheim für Suchtkranke Erwachsene

### 8.4.1 Übergangseinrichtungen

Übergangseinrichtungen stellen eine Alternative zu Entwöhnungsbehandlungen dar oder ergänzen diese bei Suchtkranken, die in besonderem Maße sozial destabilisiert sind, nach einer Entgiftung noch nicht allein leben können und oft auch unter psychischen und körperlichen Folgeschäden leiden. Häufig sind schon mehrere Therapieversuche gescheitert. Der Aufenthalt soll in der Regel nicht länger als zwei Jahre betragen. Das bedeutet in der Praxis eine relativ hohe Fluktuation und nicht selten einen halbjährlichen Begutachtungsrhythmus. 2003 wurden 46 Menschen in eines der beiden Übergangshäuser aufgenommen, ebenso viele waren ausgezogen.

Seit 2003 erfolgte das Antrags- und Begutachtungsverfahren für die Übergangseinrichtungen nach den BSHG-Vorgaben für Maßnahmen der Eingliederungshilfe. Das schließt die



Erstellung eines Gesamtplanes (§ 46BSHG) ein. Diese Umstellung und die Beteiligung der Steuerungsstelle in das Verfahren führte zum Jahresbeginn sowohl beim Sozialhilfeträger als auch bei den Leistungserbringern zu Irritationen. Die gute Kommunikation mit allen Beteiligten und eine Informationsveranstaltung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen und Klinik zum Antrags- und Begutachtungsverfahren trugen dazu bei, dass die Umstellungsschwierigkeiten überwunden werden konnten.

Auch 2003 hielten die Einrichtungen Haus Neuland und Haus Blumenthal der AWOIntegra 54 Plätze vor. Im Jahresdurchschnitt wurde für 48 suchtkranke Bremer ein Platz im Übergangwohnheim durch den Bremischen Sozialhilfeträger finanziert. Am 31. Dezember wohnten fünf Personen mit einem auswärtigen Kostenträger im Übergangwohnheim.

In Einzelfällen werden auch Bremer Bürger in auswärtigen Einrichtungen untergebracht. Im vergangenen Jahr wurden 3 Personen im Bremerhavener „Haus Lehe“ untergebracht.

#### **8.4.2 Fördereinrichtungen für Suchtkranke mit hirnorganischen und anderen Folgeerkrankungen**

Im Jahresdurchschnitt wurden 67 suchtkranken Menschen mit Suchtfolgeerkrankungen in Heimeinrichtungen mit einem besonderen rehabilitativen Angebot betreut (Kostenträger Bremen). Am 31. Dezember belegten sechs Personen mit einem auswärtigen Kostenträger einen Platz, sieben finanzierten ihn selbst. Die genaue Anzahl der suchtkranken Bremer Bürger, die in auswärtigen Einrichtungen leben, konnte noch nicht genau ermittelt werden, da die Plätze über unterschiedliche Haushaltstellen gebucht werden und in einigen Fällen auch ein zweijähriger Begutachtungsrhythmus praktiziert wird.

In neun Fällen wurde die Heimunterbringung beendet, neun neue Bewohnerinnen und Bewohner wurden aufgenommen.

Die Platzzahl in den Heimen für chronische mehrfach geschädigte Alkoholranke, vor allem spezielle Angebote für Menschen, die am Korsakow-Syndrom erkrankt sind, hat sich in den letzten Jahren stark erhöht. Abgesehen vom Christlichen RehaHaus mit 10 Heimplätzen boten ursprünglich nur zwei Heime, nämlich das Intensiv Betreutes Wohnen in Bruchhausen-Vilsen und das Haus Noah jeweils 20 Personen Unterkunft. Zum Zeitpunkt der Haushaltserstellung wurde von 40 Plätzen ausgegangen.

#### **Fördereinrichtungen für Menschen mit suchtmittelbedingtem hirnorganischen Abbau des Sozialwerks der Freien Christengemeinde**

Das Sozialwerk der Freien Christengemeinde unterhält eine Fördereinrichtung in der Heimstätte Ohlenhof in Gröpelingen und das Haus Noah in der Heimstätte Grambke. Zwischenzeitlich wurde die Kapazität des Haus Noah von 20 auf 24 Plätze erweitert. Die Heimstätte Ohlenhof bietet 20 Plätze, eine Kapazitätserweiterung auf 26 Plätze steht 2004 bevor.

Am 31.12.2003 wurde 1 Bewohner mit einem auswärtigen Kostenträger in diesen Einrichtungen betreut, sechs zahlten die Unterbringungskosten selbst.

#### **Intensiv Betreutes Wohnen der Arbeiterwohlfahrt in Bruchhausen-Vilsen**

Seit 1998 Jahren werden 20 Menschen mit einer chronischen Abhängigkeitserkrankung im Kurzentrum Bruchhausen-Vilsen betreut, ursprünglich geplant als Notbehelf, bis eine geeignete Einrichtung in Bremen bezogen werden kann. Auch im vergangenen Jahr wurde dieser Zustand durch eine weitere (Übergangs-)Vereinbarung verlängert. Die geplante Erstellung eines Gebäudes in der Stadtgemeinde Bremen erfolgte nicht. Das Prinzip der Gemeindenähe dürfte für diese Einrichtung angesichts des relativ großen räumlichen Abstandes kaum realisierbar sein.



Für 17 Bewohnerinnen und Bewohner ist die Stadtgemeinde Bremen der Kostenträger, zwei von ihnen haben auswärtige Kostenträger und eine Bewohnerin ist Selbstzahlerin (Stichtag 31.12.2003).

### **Christliches Reha-Haus**

Die Anpassung der Leistungsvereinbarung für das Christliche Reha-Haus in „Stationäres Wohnen für Suchtkranke“ ist noch nicht erfolgt. Ein entsprechender Antrag wurde im September 2003 gestellt. Dieser Antrag hat zum Ziel, dem Heimcharakter der Einrichtung Rechnung zu tragen. Die 10 Plätze für das „Wohntraining“ wurden bisher als „Ambulantes Wohnen“ verbucht. Drei der Bewohner haben auswärtige Kostenträger. Zusätzlich bietet diese Einrichtung noch zwei Plätze Betreutes Wohnen an.

## **8.5 Nichtbehandlungsfälle in der Klinik**

2003 konnten 12 suchtkranke Patienten nicht aus der Klinik entlassen werden, obwohl ihre eigentliche kassenfinanzierte medizinische Behandlung abgeschlossen war. Der Verbleib in der Krankenhauspflege war erforderlich, weil keine geeignete Unterbringung vorhanden war. In der Regel war eine Heimunterbringung vorgesehen, ein geeigneter Platz aber noch nicht frei. Diese Patienten werden mit dem Begriff „Nichtbehandlungsfälle“ beschrieben. Im Durchschnitt betrug ihre Verweildauer 38 Tage. Die entstandenen Kosten belaufen sich auf 93.742 €. Die längste Verweildauer von suchtkranken Patienten über die von den Krankenkassen finanzierte Behandlung hinaus betrug 110 Tage, die kürzeste 8 Tage.

## **8.6 Probleme und Entwicklungen**

### **Zugangssystematik im Suchtbereich**

Die komplexer gewordene Angebotsstruktur im Suchtbereich machte es notwendig, den Zugang zum Hilfesystem klarer zu regeln und vor allem transparenter und übersichtlicher zu machen. Bisher wurde lediglich für den Bremer Westen eine Warteliste für suchtabhängige Menschen, die in das Betreute Wohnen ziehen wollten, erstellt.

Das Ausgangsproblem stellte sich folgendermaßen dar:

Es fehlten Informationen darüber, wie viele Menschen in Bremen wie lange auf einen Platz im Heim oder im Betreuten Wohnen warten. Die tatsächliche Belegungssituation war nicht transparent. Aufgrund fehlender Transparenz und Abstimmung kann nicht zügig belegt werden. z.B. nach beendeter Krankenhausbehandlung

Erreicht werden soll mit einer verbesserten Steuerung des Zugangs:

- Transparenz bei der Besetzung freier Plätze stadtweit
- Erfassung von Doppelbewerbungen
- Schnelle Aufnahme und minimaler Zeitaufwand bei der Planung der Belegung von Heim oder Betreutem Wohnen
- Schaffung eines fachlich und wirtschaftlich angemessenen Angebots für Überbrückungszeiten vor dem möglichen Aufnahmetermin

Die Steuerungsstelle initiierte eine Arbeitsgruppe, besetzt mit Vertreterinnen und Vertretern der Einrichtungsträger, der Klinik und der Behandlungszentren, um ein möglichst effektives Instrument zu entwickeln, das sowohl Wartelistenpflege als auch fallbezogene Hilfeplanung beinhaltet.

Die Arbeitsgruppe entwickelte eine Anmeldeleiste. Diese soll zur besseren Abstimmung und Planbarkeit beitragen, nicht aber die Aufnahme im Betreuten Wohnen oder Heim verzögern. Die Möglichkeit zur schnellen Unterbringung von „Akutfällen“ muss gesichert sein. Dieses Verfahren soll ebenfalls dazu beitragen, Fehlplatzierungen, beispielsweise in einem Pflegeheim, zu reduzieren. Die Liste wird von der Steuerungsstelle geführt und auf dem aktuellen Stand gehalten. Eine regelmäßig tagende Abstimmungskonferenz mit





---

Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Einrichtungen bespricht insbesondere schwierige Einzelfälle.

### **Qualitätsentwicklung durch Plausibilitätsprüfung der Gutachten**

205 suchtkranke Menschen wurden im vergangenen Jahr in Heimen oder dem Betreuten Wohnen versorgt. Insgesamt wurden 217 mal ein Gesamtplan oder eine ergänzende Stellungnahme für einen bestehenden Gesamtplan erstellt und von der Steuerungsstelle geprüft.

In 73 Fällen gab es keinen Grund zu Nachfragen oder Ergänzungen. In 82 Fällen konnten fehlerhafte Angaben von der Steuerungsstelle nach Aktenlage ohne weitere Rückfrage ergänzt oder berichtigt werden. In 62 Fällen waren fernmündliche Rückfragen erforderlich und in hiervon 21 Fällen war eine teilweise Neufassung des Gesamtplans erforderlich oder es mussten ergänzende Unterlagen nachgereicht werden.

Häufige Beanstandungsgründe waren: In 55 Fällen fehlte die Angabe zur Pflegestufe, in 33 Fällen waren die Angaben zur Krankheitsgeschichte oder Anamnese unvollständig, in 12 Fällen fehlten die Angaben zu Gründen und Zielen des betreuten Wohnens, in 8 Fällen waren die Gründe für die Veränderung des Betreuungsschlüssels nicht plausibel.

Kritisch zu sehen ist die Praxis, bei Wiederbegutachtungen lediglich auf Vorgutachten und die von den Leistungserbringer verfassten Verlaufsberichte zu verweisen.

### **Alternativen zur Eingliederungshilfe**

Die Förderung von suchtkranken Menschen in den Bremer Heimen findet in durchweg sehr qualifiziert geführten Häusern statt. Für viele der dort lebende Menschen bedeutet diese Maßnahme eine Chance, so viel an Fähigkeiten wiederzuerlangen, dass ein Leben außerhalb des Heimes möglich ist.

Bei hirnganisch beeinträchtigen Menschen besteht ein besonderes Problem, weil die Prognose oft schwer einzuschätzen ist. Nach einer Zeit der Eingliederungshilfe in einer speziellen Fördereinrichtung kann sich herausstellen, dass eine weitere Rehabilitation nicht mehr erfolgreich ist. Der Betreuungsbedarf sollte dann entsprechend angepasst werden können. Es fehlen in Bremen allerdings Alternativen zu den primär rehabilitativ ausgerichteten Eingliederungshilfeeinrichtungen. Über Möglichkeiten der Differenzierung des Angebots sollte deshalb weiter nachgedacht werden.



## **9. Arbeit und Beschäftigung 2003**

### **Ausgangslage**

Im Kontrakt zwischen dem Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales und dem Gesundheitsamt zur operativen Steuerung des Psychiatrie- und Suchtkrankenhilfebudgets für das Jahr 2003 wird die Absicht formuliert, u. a. die Leistungsbereiche Arbeit und Beschäftigung für seelisch behinderte Menschen (WfbM und WeBeSo) einzubeziehen. Ein konkreter Steuerungsauftrag wurde noch nicht erteilt.

In der Steuerungsstelle steht für den Bereich Arbeit und Beschäftigung, seit März 2003, eine viertel Stelle zur Verfügung.

Haushaltsrelevant sind zwei Institutionen: die Werkstatt Bremen (Martinshof) und die WeBeSo des Sozialwerkes der freien Christengemeinde.

### **Werkstatt Bremen – Martinshof**

#### **Platzzahlen und Belegungen 2003**

Im Jahr 2003 beschäftigte die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) 1.590 Menschen (Gesamtmittelwert). Im Berufsbildungsbereich, der in der Regel von der Bundesagentur für Arbeit und Rentenversicherungsträgern finanziert wird, arbeiten 131 Beschäftigte. Im Arbeitsbereich arbeiten 1.459 Beschäftigte.

Der Anteil der Menschen mit einer seelischen Behinderung in der WfbM wird von der Werkstatt Bremen für das Jahr 2003 mit 25 % (im Jahr 2002 waren es noch 23 %) angegeben.

Geht man von 1.459 Beschäftigten im Arbeitsbereich aus, ergibt sich eine Anzahl von 360 seelisch behinderten Menschen. In Kostenträgerschaft des überörtlichen Sozialhilfeträgers sind 312 seelisch behinderte Menschen.

Im Kontrakt 2004 wird von einer durchschnittlichen Belegungszahl von 297 seelisch behinderten Menschen im Arbeitsbereich in überörtlicher Trägerschaft ausgegangen.

Diese Angaben sind noch unzuverlässig. U. a. erschwert die in einigen Fällen noch nicht erfolgte diagnostische Abgrenzung einer seelischen oder geistigen Behinderung eine genaue Summenangabe.

### **Derzeitiger Entwicklungsstand im Bereich Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen**

Obwohl eine Bedarfsanalyse ergeben hatte, dass die Schaffung weiterer Förderplätze wünschenswert ist, konnten diese Pläne aufgrund fehlender Mittel nicht realisiert werden. Alternativ sollte eine optimalere Ausnutzung der bisherigen Struktur und Angebote angestrebt werden, d. h. mehr niedrigschwellige Zuverdienstmöglichkeiten und eine weitere Flexibilisierung der Angebote der WfbM. Durch eine engere Kooperation zwischen der WfbM und den Leistungserbringern im Bereich Wohnen sollten unter anderem mehr Außenarbeitsplätze für psychisch kranke Menschen geschaffen werden.



Der Anteil der seelisch Behinderten in der WfbM steigt an. Da die WfbM entsprechend den Werkstattempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS), Stand 20. November 2002 inzwischen auch psychisch Behinderte aufnimmt, die nur 15 Std. wöchentlich arbeiten können (vorher 20 Std.), dürfte die steigende Belegung u. a. auf die Änderung der Zugangsvoraussetzungen zurückzuführen sein. Ein weiterer Grund könnte in den verschlechterten Chancen für seelisch Behinderte auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt liegen, wodurch beschützte Arbeitsplätze attraktiver geworden sind. Nicht zuletzt ist zu berücksichtigen, dass es für psychisch Behinderte im komplementären Versorgungsbereich (Heimwohnen, Betreutes Wohnen) einen Nachholbedarf gibt. Der Anteil betreuter psychisch kranker Menschen ohne Arbeit und Beschäftigung ist in Bremen vergleichsweise hoch. Genauere aktuelle Angaben fehlen.

Ein erster Schritt zur Ermittlung des Psychriebudgets im Bereich Arbeit und Beschäftigung konnte dadurch umgesetzt werden, dass im Jahr 2003 erstmalig die Kosten der WfbM für körperlich-/ und geistig- mehrfach behinderte- und seelisch behinderte Menschen getrennt beim Sozialhilfeträger erfasst wurden.

Das Berichtswesen der WfbM bezüglich Volumen und Veränderungen ist bereits auf einem differenzierten Niveau. Die jährliche Sozialbilanz der Werkstatt Bremen liefert u. a. Daten zu der Anzahl und den Besonderheiten der Werkstattbeschäftigten in den verschiedenen Bereichen der WfbM.

Die WeBeSo hat noch kein vergleichbares Berichtswesen eingeführt, jedoch die Absicht formuliert, ein solches zu entwickeln.

### **Das aktuelle Zugangsverfahren zur Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)**

Der Fachausschuss der WfbM entscheidet darüber, ob die WfbM die geeignete Einrichtung zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben ist und welche Zielsetzungen im Rahmen einer individuellen Förderplanung im Einzelfall zu berücksichtigen sind. Eine Bewilligung erfolgt auf der Grundlage des Fachausschussprotokolls bzw. der Fachausschussempfehlung. Darin vorgegebene zeitliche Befristungen sind bei der Bewilligung zu beachten, z. B. wenn nach Ablauf eines bestimmten Zeitablaufs die Möglichkeit besteht, auf den ersten Arbeitsmarkt zu wechseln. Die Bewilligung bezieht sich auf die Förderung und Betreuung im Arbeitsbereich der WfbM. Ihr geht i. d. R. ein dreimonatiges Eingangsverfahren und eine zweijährige Förderung im Berufsbildungsbereich (i. d. R. finanziert von der Bundesanstalt für Arbeit) voraus.

Eine Bedarfsfeststellung nach dem Gesamtplanverfahren gem. § 46 BSHG findet z. Z. nicht statt.

Von der Sozialbehörde (Fachreferat 50) wird insbesondere wegen der Zunahme der psych. Behinderten mit z. T. qualifizierter Ausbildung das „vereinfachte Verfahren“ auf den Prüfstand gestellt. Bemängelt wird das Fehlen eines nach § 46 BSHG vorgeschriebenen Gesamtplanes, zur Überprüfung der Maßnahmeziele. Eingliederungsziel der Förderung in der WfbM ist grundsätzlich die Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (WeBeSo: in die WfbM). Möglicherweise hat die Gruppe der seelisch behinderten Menschen gegenüber der Gruppe der geistig Behinderten vergleichsweise größere Chancen, auf den ersten Arbeitsmarkt zu wechseln. Eine fortlaufende Hilfeplanung könnte von besonderer Bedeutung sein, um den Übergang auf den allgemeinen Arbeitsmarkt mehr in den Blick zu nehmen und zu fördern.

Ob bei der insgesamt angespannten Arbeitsmarktsituation und den entsprechend schlechten Chancen einer Überleitung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt solche Folgebegutachtungen den Aufwand rechtfertigen, wäre zu überprüfen.



---

Im Zusammenhang mit der Einführung einer Einzelfallsteuerung im Bereich Arbeit und Beschäftigung durch die Steuerungsstelle ergeben sich derzeit folgende Probleme:

Bisher gibt es noch kein Konzept, wie und mit welchen Zielen, Zuständigkeiten und Abgrenzungen eine Steuerung des Bereiches Arbeit und Beschäftigung auf der operativen Ebene gestaltet werden soll.

Die Einzelfallsteuerung erfordert eine regelmäßige Begutachtung nach § 46 BSHG, für die es bislang keine Regelung und auch kein Verfahren gibt. Das vereinfachte Verfahren müsste durch eine Gesamtplanung nach § 46 BSHG ersetzt werden.

Sollte hier eine Änderung vorgenommen werden, müssen die personellen Ressourcen für die Erstellung von Gutachten und Folgegutachten sowie für Plausibilitätsüberprüfungen und Berichtswesen ermittelt und zur Verfügung gestellt werden.



## 10. Ausblick

### **Stärkung fallführender Verantwortlichkeit**

Um fallbezogen die beste Lösung zu finden und umzusetzen, ist ein funktionierendes Case Management notwendig. Gerade in einem immer komplexer werdenden Hilfesystem muss eine fallführende Bezugsperson vorhanden sein, die den Überblick behält, an die jeweils notwendigen Hilfen heranführt, über die verschiedenen Betreuungs- und Behandlungsstufen zumindest informiert bleibt und sowohl im Binnenverhältnis als auch nach außen planvoll koordinierend tätig wird. Ein Behandlungsverbund ergibt sich nicht aus formalen Kooperationsregeln, er muss in jedem Einzelfall über ein Case Management erarbeitet werden.

Die Verbesserung des Case Management, welches personenbezogene Hilfeplanung, koordinierende Prozessbegleitung und regelmäßige Ergebnisüberprüfung zusammenführt, ist für die weitere Qualitätsentwicklung im Begutachtungsbereich entscheidend.

Konzeptionell ist die fallführende Bezugsperson sowohl Bestandteil der in der Gesamtweisung zum Gesamtplan vereinbarten IBRP-Hilfeplanung als auch der auf personale Kontinuität angelegten Betreuung und Behandlung durch die regionalen psychiatrischen Behandlungszentren. Auch die Weiterentwicklung gemeindepsychiatrischer Verbundlösungen wird von einer Regelung der fallführenden Verantwortlichkeit im Kooperationsalltag abhängen.

### **Gutachterfunktion, Fallführung und Behandlungsverantwortung zusammenführen**

Gesamtplanerstellung und Hilfeplanung ohne fallführende Begleitung der begutachteten Maßnahme machen wenig Sinn. Bei der Mehrzahl der Begutachtungen bestehen über den Begutachtungskontakt hinaus keine weiteren Kontakte zum Hilfeempfänger/zur Hilfeempfängerin oder zum Betreuer/zur Betreuerin.

Die Verbindung von Gutachterfunktion und Fallführung würde der gutachterlichen Hilfebedarfsfeststellung zum einen mehr Objektivität verleihen, da der Gutachter/die Gutachterin aus erster Hand informiert ist. Zum anderen könnte bei einer Beendigung der Eingliederungshilfemaßnahme bruchlos in eine bestehende Hintergrundbetreuung übergeleitet werden. Der/die Gutachter/in übernimmt dann keinen neuen Fall, er/sie ist bereits involviert.

Liegt die psychiatrische Behandlungsverantwortung bei einem/er niedergelassenen Psychiater/in, sollte überlegt werden, wie dieser/diese zukünftig in den Hilfeplanprozess einbezogen werden kann.

### **Betreutes Wohnen und Krankenhausbehandlung**

Die Weiterfinanzierung des Betreuten Wohnens bei längerem Krankenhausaufenthalt an den nachgewiesenen Hilfebedarf zu koppeln, steht weiterhin aus. In Gang gekommen ist jedoch ein fruchtbarer Diskussionsprozess mit den Leistungserbringern. Die Steuerungsstelle hat ihre Absicht konkretisiert, nach 30 Tagen stationärer Krankenhausbehandlung obligatorisch den Betreuungsschlüssel abzusenken, wenn nicht ein Hilfeplan vorgelegt wird, der einen weiterhin höheren Betreuungsbedarf belegt. Ein dafür notwendiges Abstimmungsverfahren zwischen Träger und Klinik ist noch festzulegen.



## **Abgrenzung Betreutes Wohnen und Psychotherapie**

Bereits im Bericht 2002 wurde auf die stetig ansteigende Zahl von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung hingewiesen, die im Rahmen des Betreuten Wohnens betreut werden. Die Steigerungsrate liegt bei etwa 3 % jährlich, absolut sind es derzeit 12,2 % aller Plätze im Betreuten Wohnen. Lebensweltlich orientierte Eingliederungshilfe und Psychotherapie sind nicht immer klar zu trennen, es muss im Einzelfall jedoch alles versucht werden, bei gegebener Indikation in eine Psychotherapie zu vermitteln. Teilweise beinhalten die Hilfepläne Zielsetzungen, die in den Bereich der psychotherapeutischen Krankenbehandlung gehören. Eingliederungshilfe kann und darf Defizite in der psychotherapeutischen Versorgung nicht kompensieren. Es wurde mit der Psychotherapeutenkammer Bremen Kontakt aufgenommen und auf die besonderen Schwierigkeiten von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung hingewiesen, Zugang zu einer ambulanten Psychotherapie zu finden. Eine von der Initiative zur Sozialen Rehabilitation und von der Inneren Mission organisierte Fachtagung zum Thema „Borderline im Niemandsland“ im Frühjahr 2004 bot Gelegenheit zum fachlichen Austausch.

## **Ambulante Psychiatrische Pflege und Soziotherapie stärker einbeziehen**

Ambulante psychiatrische Pflege und Soziotherapie als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen und erweitern das Spektrum rehabilitativer Hilfen. Ihre vorrangigen Zielsetzungen sind die Vermeidung oder Verkürzung stationärer Behandlung und die Sicherung ambulanter psychiatrischer Behandlung. Ambulante Psychiatrische Pflege wird seit 2001 angeboten und hat sich inzwischen gut etabliert. Vertragsbeziehungen bestehen allerdings noch nicht zu allen Kassen. Soziotherapie wird als relativ neue Leistung für psychosekranke Menschen bereits von verschiedenen Trägern angeboten, die praktische Umsetzung über fachärztliche Verordnungen muss sich noch entwickeln.

Sowohl Ambulante Psychiatrische Pflege als auch Soziotherapie müssen in die integrative Hilfeplanung einbezogen werden. Um dies von Beginn des Planungsprozesses an sicherzustellen, sollten die Anbieter dieser beiden Leistungen an den Abstimmungskonferenzen (früher Wartelistenkonferenzen) teilnehmen.

Dr. Gerd Möhlenkamp  
Sozialpsychiatrische Abteilung

Gabriele Nawroth  
Steuerungsstelle Psychiatrie



Anhang:

## **Studie zur Arbeitsmotivation psychisch kranker Menschen (Bremer Wohnheime)**

Fokus: Die Bedeutung monetärer Anreize

Karoline Röschmann

Projektleitung: Dr. Gerd Möhlenkamp

### **Einleitung**

Die soziale und berufliche Integration von behinderten Menschen sind wichtige Rehabilitationsziele, die auch gesetzlich im SGB IX verankert wurden. Insbesondere die berufliche Wiedereingliederung wird von psychisch Kranken jedoch selten erreicht (Schmiedebach et al., 2002).

Da psychische Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis häufig mit mangelnder Motivation und Apathie einhergehen, ist dieses Thema selbstverständlich auch hinsichtlich von beruflicher Integration von besonderem Interesse.

Die Studie zur Arbeitsmotivation psychisch kranker Menschen basiert auf einem explorativen Ansatz. Der Gewinn erster Eindrücke zur Thematik stand demzufolge im Vordergrund. Im einleitenden quantitativ geprägten Teil der Untersuchung wurden Daten zur Population der Bremer Heimbewohner und zur Struktur der Wohnheime erhoben. Der qualitative Untersuchungspart stellt jedoch den Hauptteil dieser Studie dar. Hier wurden Interviews durchgeführt, die zum einen hinsichtlich allgemein-arbeitsmotivationaler Aspekte und zum anderen bzgl. monetärer Anreize untersucht wurden.

### **1. Population der Bremer Heimbewohner**

Es sind Daten von insgesamt fünf Bremer Wohnheimen („Heim A“ bis „Heim E“) für jüngere Erwachsene psychisch Kranke in die Untersuchung eingegangen. Aus der Erhebung vom Umfang  $n = 108$  bzgl. der Variablen „Geschlecht“, „Alter“, „Berufserfahrung“, „Arbeitsform“, „Wöchentliche Arbeitsstunden“ und „Dauer des Wohnverhältnisses“ haben sich zum Zeitpunkt September 2003 folgende Häufigkeitsverteilungen ergeben.

#### **1.1 Geschlecht**

Das Verhältnis von Männern zu Frauen ist ungleichmäßig verteilt. Es wohnen tendenziell mehr Männer (59 %) als Frauen (41 %) in den Wohnheimen.

Nimmt man einen Vergleich der einzelnen Wohnheime untereinander vor, zeigt sich, dass dieses Verhältnis prinzipiell einheitlich vertreten ist. Bei lediglich einem Wohnheim (D) liegt ein leichter Überschuss im Verhältnis 54%:46% an weiblichen Bewohnerinnen vor.

#### **1.2. Alter<sup>16</sup>**

Die Werte bewegen sich für die gültigen Fälle mit einer Standardabweichung von 9,23 um den Durchschnitt von 44 Jahren. Man kann also sagen, dass die Spannweite des Durchschnittsalters der Bewohner zwischen 35 und 53 Jahren liegt.

---

<sup>16</sup> Fehlende Werte = 26 Fälle (Von den Heimen C und D wurden lediglich kategorisierte Angaben zum Alter gemacht. Trotz fehlender Werte können aber keine gravierenden Abweichungen gegenüber nicht kategorisierten Angaben festgestellt werden.)



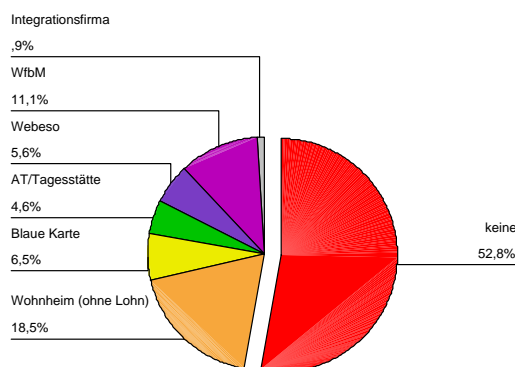
### 1.3. Berufserfahrung

Tendenziell verfügen die meisten Bewohner (58 %) über Ausbildungs- bzw. Berufserfahrung. Ein etwas geringerer Anteil von 42 % der Bewohner hat weder eine Ausbildung noch berufliche Erfahrung.

Bei dem Vergleich der Wohnheime untereinander fällt lediglich ein Wohnheim (A) extrem mit einem reziprok-proportionalen Verhältnis von 80 % (ohne Erfahrung) zu 20 % (mit Erfahrung) aus der allgemeinen Verteilung heraus.

### 1.4. Arbeitsformen

Die Verteilung der Arbeitsformen hat ergeben, dass nahezu  $\frac{3}{4}$  der Bewohner (71,3 %) keiner oder einer niederschweligen Tätigkeit im Wohnheim ohne Bezahlung (18,5 %) nachgehen. Die restlichen knapp 30 % verteilen sich über die Bereiche Blaue Karte<sup>17</sup> (6,5 %), Arbeitstherapie/Tagesstätte (4,6 %), Webeso (5,6 %), WfbM (11,1 %) und Integrationsfirma (0,9 %). Mehr als die Hälfte (52,8 %) der Bewohner geht gar keiner Arbeitstätigkeit nach. Diese Angaben beziehen sich ausschließlich auf die Haupttätigkeiten der Bewohner, da Mehrfachnennungen nur von einem Wohnheim vorlagen. In jenem Wohnheim (A) gehen 20 % der Bewohner neben der Haupttätigkeit zusätzlich noch einer Beschäftigung im Wohnheim nach.



**Abb.1 Arbeitsformen der Heimbewohner**

### 1.5. Wöchentliche Arbeitsstunden<sup>18</sup>

Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt im Durchschnitt 5,6 Stunden. Diese Variable weist allerdings sehr heterogene Ausprägungen auf. Beinahe  $\frac{3}{4}$  der Arbeitszeit (73 %) aller gültigen Fälle liegen im Bereich von null bis fünf Stunden.

### 1.6. Verweildauer

Die Dauer der Wohnverhältnisse bezieht sich bei knapp der Hälfte aller Bewohner (47 %) auf einen Zeitraum von bis zu maximal vier Jahren. 36 % der Bewohner leben seit fünf bis neun Jahren und ein Anteil von immerhin 17 % lebt bereits seit mindestens zehn Jahren im Wohnheim. Bei einer relativ hohen Standardabweichung von 4,8 kann mit durchschnittlich sechs Jahren Aufenthalt im Wohnheim gerechnet werden. Dies spricht für eine ausgeprägte Heterogenität der Daten. Das heißt, der Übergang vom Wohnheim ins Betreute oder eigenständige Wohnen scheint sehr individuell bedingt zu sein.

<sup>17</sup> Bis auf eine Ausnahme, finden diese Angebote alle im eigenen oder nahegelegenen Wohnheim statt.

<sup>18</sup> Fehlende Werte = 14 Fälle (Von einem Wohnheim konnten keine Angaben gemacht werden, weil der zeitliche Umfang nur schwer zeitlich erfassbar war.)





## 2. Statistische Daten zur Heimstruktur

Es wurden Daten aus allen Wohnheimen dazu erfasst, welche Berufsgruppen regulär im Wohnheim als Personal tätig sind. Darüber hinaus ist die Frage nach einer Spezialisierung auf den Bereich Arbeit und Beschäftigung gestellt worden und welche Arbeits- und Beschäftigungsangebote im Wohnheim stattfinden.

Einleitend soll eine kurze Zusammenfassung zu allgemeinen Strukturen der Bremer Wohnheime stattfinden. Die Inhalte gingen aus persönlichen Gesprächen sowie schriftlichen Angaben durch die Wohnheime selbst hervor.

### 2.1. Allgemeine Strukturen

Die Wohnheime für psychisch kranke Menschen in Bremen zählen mit 13 bis maximal 32 Bewohnern zu den eher kleineren und überschaubaren Wohnformen, welche grundlegend mehr Potential zur Rücksichtnahme auf individuelle Bedürfnisse bieten und im Gegensatz zu den großen, i. d. R. mit mehr internen Angeboten ausgestatteten Heimen, stärker auf die Angebote des Wohnumfeldes angewiesen sind.

	Anzahl der Bewohner <sup>19</sup>
Heim A	25
Heim B	25
Heim C	13
Heim D	13
Heim E	32

Die Heimbewohner leben überwiegend in Wohngemeinschaften von beispielsweise fünf Personen, darüber hinaus existieren aber i. A. auch immer einige Einzelwohnmöglichkeiten. Teilweise sind ausgelagerte Wohngruppen installiert oder es gibt explizite Trainingswohngruppen, die auf einen zukünftigen Auszug vorbereiten sollen. In allen Wohnheimen wird das Prinzip der Selbstversorgung entsprechend der gegebenen Möglichkeiten und unter Anleitung praktiziert. In einem Wohnheim wurden sog. Schwerpunktgruppen gebildet, wodurch eine Unterteilung in die Kategorien „Frauen“, „selbständig“ und „besonderer Unterstützungsbedarf“ vorgenommen wurde.

### 2.2. Spezialisierung auf Arbeit und Beschäftigung

Eine konkrete Spezialisierung auf den Bereich Arbeit und Beschäftigung findet im Grunde nicht statt. Die einzelnen Heime unterschieden sich diesbezüglich auch nicht voneinander. Von den 63 Mitarbeitern sind insgesamt lediglich drei Personen in jeweils unterschiedlichen Wohnheimen z. B. als Ergotherapeuten auf das Thema spezialisiert. Es ist allerdings anzumerken, dass sich die Aufgaben und Kompetenzen prinzipiell auf alle Mitarbeiter verteilen. Das heißt, im Rahmen des Bezugsbetreuersystems wird u. a. auch das Thema „Arbeit“ von jedem Mitarbeiter und deren Betreuten individuell behandelt.

<sup>19</sup> Die Anzahl bezieht sich auch auf auswärtig finanzierte Heimplätze. Wohnheim C und D sind räumlich separiert, aber gehören demselben Leistungsträger an.



### 2.3. Beschäftigungsangebote in den Wohnheimen

Die Beschäftigungsangebote sind grundsätzlich sehr unterschiedlich. Wobei hauswirtschaftliche Dienste im Sinne der gemeinschaftlichen Haushaltsführung überall stattfinden oder diese über spezielle Trainingsgruppen (z. B. Kochen, Wohnen) ausgeübt werden. Im folgenden soll aufgrund der hohen Vielfältigkeit lediglich eine Aufzählung der verschiedenen anderen Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten stattfinden: Botengänge, Café, Schwimmgruppe, Kunsttherapie, Freizeitgruppe, Hausparlament<sup>20</sup>, spezielle Gesprächsgruppen, sozialtherapeutische Gruppenfahrten, Nähwerksatt, Hausmeisterei, Garten, Kabelrecycling. Insgesamt wurden 21 Angebote für alle fünf Wohnheime beschrieben, die täglich oder in regelmäßigen wöchentlichen Abständen stattfinden. In jedem Heim gibt es zwischen drei bis sechs dieser o. g. Angebote.

### 3. Erste Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

Bei der Untersuchung ging es u. a. um die Frage „Welche Bedeutung nehmen monetäre Anreize aus Sicht einzelner Bewohner und Mitarbeiter hinsichtlich der Arbeitsmotivation psychisch kranker Menschen ein?“. Diesbezüglich sind zehn Interviews mit je fünf Heimbewohnern und –mitarbeitern anhand eines halbstandardisierten Leitfadeninterviews durchgeführt worden. Diese Gespräche wurden vollständig von Audio- in Schriftmaterial transkribiert und in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse von Mayring (2003) ausgewertet.

Es haben sich im Auswertungsprozess die zwei Schwerpunktkategorien „Allgemeine Bedeutung von Geld für die Bewohner“ und „Der motivationale Wirkungsgrad von Entlohnung“ ergeben, welche sich wiederum in verschiedene Unterkategorien aufteilen ließen. Es folgt nun eine übersichtsartige Darstellung der ausgewählten Unterkategorie „Mögliche Auswirkungen bei (höherer, Cash-) Entlohnung“.

#### 3.1 Aussagen der Bewohner

- Geld spiele bei der Aufnahme der Arbeit keine Rolle
- Mehr Geld würde nicht reizen, öfter zu arbeiten
- Würde gegen Geld öfter tätig werden und dafür auch eher Unannehmlichkeiten in Kauf nehmen
- Auch wenig Geld (1 €) würde ihn hierzu motivieren
- Würde im Heim berufliche Tätigkeiten ausüben, wenn sich das „auch einigermaßen rentiert“, Vorschlag: 20 €

---

<sup>20</sup> Regelmäßiger offener Gesprächskreis mit Themen, welche die Bewohner beschäftigen und in dem psychoedukative Angebote seitens des Heimes gemacht werden.



## 3.2 Aussagen der Mitarbeiter

### ➤ Entlohnung besitzt eine Anreizfunktion

- Geld wird mehrfach als effektiver Motivator für den Einstieg in Arbeitstätigkeit angenommen (konkrete Erfahrungen mit Cash-Entlohnung gemacht, es gebe Leute, die nur wegen des Geldes Arbeit im Heim aufnahmen, insbesondere Suchtabhängige seien hoch motiviert)
- Deutlichen Imitationseffekt bei Cashentlohnung festgestellt
- Bei höherer Bezahlung würden wesentlich mehr Bewohner arbeiten
- Bei höherer Bezahlung wären vielleicht einige Bewohner motivierter
- Die Wahrnehmung eines finanziellen Verlustes führt bei manchen Bewohnern zur Wiederaufnahme von Arbeit
- Der motivationale Anreiz wird mehrfach als kurzfristig eingestuft

### ➤ Kontraproduktive Effekte

- Bei Cash-Entlohnung sei Krach unter den Mitbewohnern und Kollegen entstanden
- Kein „normaler“ Alltag sei mehr möglich gewesen
- Verweigerung von Arbeitstätigkeit im Heim: wegen überhöhter Ansprüche; nach dem Motto „Das mache ich aber nur, wenn ich Geld dafür bekomme“
- Verweigerung von Arbeitstätigkeit im Heim: wegen psychischer Belastung, im Sinne eines überhöhten Verpflichtungsgefühls

### ➤ Fraglich Kontraproduktive Effekte

- Vermutung, dass die Sozialstruktur sich aufspalten würden in Bewohner, die sehr auf finanziellen Gewinn aus sind und in Bewohner, die insbesondere aus einer inneren Motivation Arbeitstätigkeiten übernehmen.
- Unterstützung von Sucht und Abhängigkeit

## 4. Abschließendes

Arbeitsmotivation ist ein hoch komplexes und individuelles Geflecht, dessen Untersuchung immer unzureichend bleiben wird. Die ersten Ergebnisse deuten jedoch darauf hin, dass monetäre Anreize in diesem Kontext eine bestimmte – teilweise hohe – motivationale Wirkungskraft besitzen, die insgesamt eher kurzfristig und darüber hinaus auch unter bestimmten Umständen als stark kritikwürdig eingeschätzt wird. Es kann also davon ausgegangen werden, dass Geld ein Mittel ist, das auch bewusst therapeutisch zur Motivationssteigerung eingesetzt werden könnte. Wie die inhaltlichen Differenzierungen aber zeigen, sollte hierbei individuell vorgegangen und eine entsprechend strukturierte Anwendung entwickelt werden, um den Effekt kontraproduktiver Momente zu vermeiden.

Da die Grundlage der Arbeitsmotivation von psychisch kranken Menschen selbstverständlich nicht ausschließlich aus dem Blickwinkel monetärer Anreize eingeschätzt werden kann, sondern weitaus mehr Motive möglich sind, wurde innerhalb dieser Untersuchung parallel eine fallspezifische Analyse der allgemein arbeitsmotivierenden Aspekte vorgenommen. Diese Ergebnisse werden zur weiterführenden Interpretation hinsichtlich der monetären Anreize eine wichtige Reflexionsgrundlage bilden.



## Anlage:

### Kurzdarstellung des Verfahrens zum Betreuten Wohnen und Heimwohnen für psychisch kranke Menschen Stand: 2003

\*Die **Vereinheitlichung des Antragsverfahrens** und der Veränderungsmitteilungen ist umgesetzt (PK ambulant, stationär, ebenso bei Sucht, Familienpflege und der Gerontopsychiatrie)

In der Regel gilt folgender Weg:

1. Durch ein Behandlungszentrum und/oder über einen Trägerverein gelangt der Betroffene auf die regionale Anmelde-Liste
2. Der /die Klienten unterschreibt einen „Persönlichen Antrag“. Dieser ist **die Grundlage** für den weiteren Ablauf.
3. Der zuständige oder gewünschte Leistungserbringer bestätigt dann mittels einer „Trägerbestätigung“ die Aufnahmebereitschaft (mit Beginn-Datum, Wohnform, Adresse, gewünschtem Betreuungsumfang)
4. Diese Anträge werden an die Steuerungsstelle geschickt.
5. Von hier werden dann die Wirtschaftlichen Hilfen oder die Heimhilfe über die Beantragung informiert und es wird
6. der Gesamtplan angefordert.

Für **alle Formen** der Eingliederungshilfen wird, neben dem persönlichem Antrag und der Trägerbestätigung

- ein Gesamtplan und
- ein IBRP

benötigt.

Für gerontopsychiatrische Heime muss zusätzlich der Bogen mit den Verhaltensstörungen erstellt werden (als PC-Vorlage von uns gestaltet kann die Seite A2 des IBRP damit ersetzt werden)

In Einzelfällen müssen noch weitere Formulare beigebracht werden, bei auswärtigen Einrichtungen kann eventuell der IBRP durch den Verlaufsbericht bzw. dem Ausfüllen der entsprechenden Felder ersetzt werden.

7. Nach der fachlichen Prüfung der Formulare wird durch die Steuerungsstelle die Kostenübernahme beim AfSD beantragt.
  8. Dort werden die Zuständigkeit und die vermögensrechtlichen Fragen geklärt.
  9. Von dort ergeht dann der endgültige Bescheid an den Antragssteller.
- Produktbeschreibung der Steuerungsstelle Psychiatrie am Gesundheitsamt Bremen



Produkt: 5.1.1

Steuerung eines Psychriatriebudgets über Sozialhilfeleistungen für psychisch kranke und suchtkranke Erwachsene

### **Produktgruppe: 5.1. Leistungen der Steuerungsstelle Psychiatrie**

Produktbereich: 5

**Sozialpsychiatrische Aufgaben und Leistungen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen**

#### **Produktdefinition**

##### **Kurzbeschreibung:**

Operative Fach- und Ressourcensteuerung eines kommunalen Psychriatriebudgets – bezogen auf Maßnahmen der Eingliederungshilfe für psychisch kranke und suchtkranke Erwachsene.

##### **Auftragsgrundlage:**

BSHG, §§ 46, 39 und 40; SGB IX, § 10; ÖGDG

Senatsbeschluss vom 1. Februar 2000 über die Einrichtung einer Steuerungsstelle am GA

Kontrakt zwischen dem Senator für AFGJS und dem GA Bremen

Kooperationsverträge mit dem Amt für Soziale Dienste und dem Referat für Pflegesatzangelegenheiten und Controlling

##### **Zielgruppe:**

Erwachsene psychisch kranke und suchtkranke Erwachsene

##### **Ziele:**

- Einhaltung des Budgets
- Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des Begutachtungs- und Hilfeplanverfahrens
- Sicherstellung der Inanspruchnahme von Maßnahmen vorrangiger Kostenträger
- Sicherstellung fachlicher Standards im Bereich der Leistungserbringung
- Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen kommunalen Versorgungsstruktur für psychisch kranke und suchtkranke Menschen

##### **Leistungsumfang qualitativ**

- Aufbau und Pflege einer leistungs- und finanzwirtschaftlichen Datenbasis
- Prüfung der fachlichen Voraussetzungen der Hilfestellung, z. B. Überprüfung der Begutachtungen auf inhaltliche Plausibilität;
- Methodische Weiterentwicklung des Begutachtungs- und Hilfeplanverfahrens
- Fachliches Controlling laufender Maßnahmen, z. B. bei Änderungsmitteilungen
- Pflege einer zentralen Warteliste (Zusammenführung und Abgleich der regionalen Wartelisten)
- Umsteuerung von Ressourcen in effektivere Hilfeformen
- Entwicklung und Kontrolle von Qualitätsstandards im Bereich der Leistungserbringung, z.B. Entwicklung einrichtungsübergreifender Dokumentationsstandards.
- Durchführung von Fallkonferenzen in besonderen Fällen, z. B. bei nicht nachvollziehbarern Begutachtungsergebnis
- Regelmäßige Berichterstattung



Produkt: 5.1.2

## **Einzelfallbezogene Koordination des Antrags- und Begutachtungsverfahrens für Eingliederungshilfemaßnahmen für psychisch kranke und suchtkranke Erwachsene**

Produktgruppe: 5.1

### **Leistungen der Steuerungsstelle Psychiatrie**

Produktbereich: 5

## **Sozialpsychiatrische Aufgaben und Leistungen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen**

### **Produktdefinition**

#### **Kurzbeschreibung:**

Einzelfallbezogene Koordinierungsaufgaben im Wiedereingliederungshilfe-Antragsverfahrens für psychisch Kranke – soweit fachliche Aspekte zu berücksichtigen sind. Betrifft in erster Linie die Abwicklung des Begutachtungsverfahrens im Rahmen des Gesamtplanverfahren nach § 46 BSHG, die Entgegennahme von Änderungsmitteilungen im Maßnahmebereich und weitere fachliche antragsbezogene Kontroll- und Koordinierungsaufgaben, die sich aus der Dienstanweisung zum Betreuten Wohnen und aus sonstigen Regelungen zum Maßnahmebereich ergeben.

#### **Auftragsgrundlage:**

BSHG, §§ 46, 39 und 40; SGB IX, § 10; ÖGDG

Senatsbeschluss vom 1. Feb. 2000 über die Einrichtung einer Steuerungsstelle am GA Kontrakt zwischen dem Senator für AFGJS und dem GA Bremen.

Kooperationsverträge mit dem Amt für Soziale Dienste und dem Referat für Pflegesatzangelegenheiten und Controlling; Dienstanweisung Betreutes Wohnen

#### **Zielgruppe:**

Erwachsene psychisch kranke und suchtkranke Menschen

#### **Ziele:**

- Ordnungsgemäße Abwicklung und Koordination des einzelfallbezogenen Antrags- und Begutachtungsverfahrens im Maßnahmebereich Betreutes Wohnen und Heimwohnen (Sicherung von Prozess- und Ergebnisqualität ).
- Optimierung der Datenqualität durch prozessgenerierte Datenerhebung
- Zuverlässige Erfassung von Änderungsmitteilungen – als Voraussetzung für fachliches Reagieren auf Bedarfsänderungen.
- Rationalisierung des Antrags- und Begutachtungsverfahrens in Abstimmung mit dem AfSD

#### **Leistungsumfang qualitativ**

- Beauftragung der Fachdienste zur Begutachtung (Stellungnahme zum Gesamtplan nach § 46 BSHG); Kontrolle des Rücklaufes.
- Prüfung der Gutachten nach formalen Kriterien und nach inhaltlicher Stimmigkeit, u.U. Rückgabe mit der Bitte im Nachbesserung.
- Entgegennahme von Änderungsmitteilungen und ggf. Einberufung einer Fallkonferenz (z.B. bei längerem Klinikaufenthalt)
- Führen von Einzelfallakten – als Voraussetzung für das Fach- und Leistungscontrolling im Verlauf einer Maßnahme.