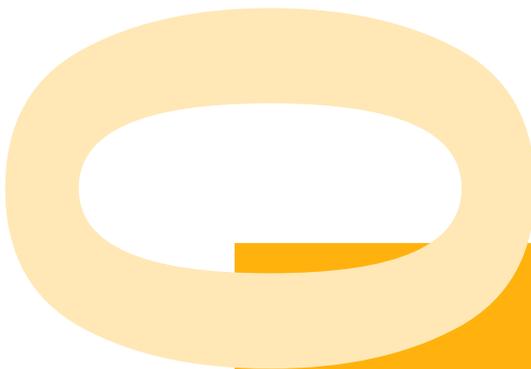




# Steuerungsstelle Psychiatrie

Berichterstattung 2004





## **Impressum:**

### **Herausgeber:**

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

### **Redaktion:**

Rolf	Bennecke
Ramona	Eickhof
Tanja	Grabbe
Sascha	Küchel
Hans-Heinrich	Löhr
Johann	Lücken
Sonja	Lünzmann
Dr. Gerd	Möhlenkamp
Gabriele	Nawroth-Schütz
Frank	Schmidt
Karsten	Schmidt

Auflage: 100  
Erscheinungsdatum: Mai 2005



<b>Inhalt</b>	<b>Seite</b>
1. Vorwort .....	5-7
2. Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen .....	8-9
2.1. Fallzahlentwicklung, Neuaufnahmen und Beendigungen im Jahr 2004.....	9-11
2.2. Allgemeine Verteilung im Betreuten Wohnen .....	12-15
2.3. Leistungswirtschaftliche Kennziffern Betreutes Wohnen .....	16
2.4. Gutachterliche Stellungnahmen und diagnostische Verteilung .....	16
2.5. Krankenhausaufenthalte .....	17
2.6. Zusammenfassung Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen .....	17-18
3. Tagesstätten .....	19
4. Familienpflege .....	20
5. Nichtbehandlungsfälle im ZKH – OST (vormals: Langzeitpflegeplätze) .....	21
6. Heimwohnen für psychisch kranke Menschen .....	22
6.1. Auftrag und Arbeitsstand .....	22
6.2. Allgemeine Verteilung im Jahr 2004.....	22-25
6.3. Perspektiven im Heimbereich 2004 .....	25-28
7. Qualitätssicherung der Gesamtpläne einschließlich IBRP Bereich psychisch kranke Menschen .....	29
7.1. Gesamtplanverfahren.....	29-30
7.2. Fallkonferenzen.....	30-31
7.3. Weitere Aufgaben.....	31-32
8. Sonderauswertung zu besonders problematischen Bewohnern in psychiatri- schen Wohnheimen in Bremen.....	33



---

9.0	Eingliederungshilfe für suchtkranke Menschen.....	34
9.1.	Betreutes Wohnen für suchtkranke Menschen.....	34
9.2.	Heimwohnen für suchtkranke Menschen.....	35
9.2.1.	Übergangswohnheime.....	35-36
9.2.2.	Heime für mehrfach geschädigte chronisch alkoholabhängige Menschen.....	37-38
9.3.	Suchtkranke Bremer in auswärtigen Einrichtungen.....	39-40
9.4.	Zugangssystematik.....	40
9.5.	Entwicklungen und Perspektiven.....	41
10.	Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen.....	42
10.1.	WfbM – Werkstatt für behinderte Menschen.....	42
10.1.1.	WfbM – Belegung im Jahr 2004.....	42-44
10.1.2.	Zugangssystematik zur WfbM.....	45
10.1.3.	Zusammenfassung.....	46
10.2.	WeBeSo – Werstatt für Ergotherapie und Beschäftigung des Sozialwerks der freien Christengemeinde.....	46
10.2.1.	Belegung WeBeSo im Jahr 2004.....	47
10.2.2.	Ausgewählte Daten.....	47-48
10.2.3.	Zusammenfassung.....	48
11.	Jahresbericht 2004 der Steuerungsstelle Drogenhilfe.....	49
11.1.	Vorbemerkung.....	49
11.2.	Umstrukturierung der ambulanten Drogenhilfe in Bremen.....	49-51
11.3.	Fachcontrolling Betreutes Wohnen.....	51-53
11.4.	Weitere Aufgabenbereiche der Steuerungsstelle Drogenhilfe.....	53-54
11.5.	Ausgewählte Statistische Daten der Steuerungsstelle Drogenhilfe.....	55
11.5.1.	Drogenberatungsstellen und niedrigschwellige Angebote.....	55
11.5.2.	Notunterkünfte.....	56-57
11.5.3.	Betreutes Wohnen für drogenabhängige Menschen.....	57-59
11.5.4.	Auswärtige Unterbringungen.....	59
11.6.	Zusammenfassung/Ausblick.....	60



## 1. Vorwort

### **Steuerungsstelle Psychiatrie und Steuerungsstelle Drogenhilfe unter einem Dach.**

Zu Beginn des Jahres 2004 wechselte im Rahmen der Neustrukturierung der Drogenhilfe die Steuerungsstelle Drogen vom Amt für Soziale Dienste zum Gesundheitsamt. Beide Steuerungsstellen sind jetzt Referate der Sozialpsychiatrischen Abteilung, die überkommene Trennung des legalen und des illegalen Suchtbereichs ist zumindest auf der Steuerungsebene überwunden. Erstmals enthält der vorliegende Jahresbericht auch einen Jahresbericht der Steuerungsstelle Drogen. Dieser Bericht informiert ausführlich sowohl über die organisatorischen Veränderungen, insbesondere über die Konzentration aller zuwendungsfinanzierten Hilfen in drei Drogenhilfezentren und die Überführung dieser Angebote in freie Trägerschaft als auch über die kommunalen Eingliederungshilfeleistungen für Drogenabhängige.

### **Die Fallzahlen und Ausgaben steigen**

Im Jahr 2004 sind die Fallzahlen im Betreuten Wohnen und Heimwohnen für psychisch kranke Erwachsene erneut gestiegen. Konnten die Ausgaben für das Betreute Wohnen trotz Fallzahlsteigerungen in den letzten Jahren durch den Abbau hoher Betreuungsschlüssel noch kompensiert werden, ist für das Jahr 2004 für den Bereich der psychisch Kranken im Betreuten Wohnen eine Ausgabensteigerung von 7,5 % zu verzeichnen. Im Betreuten Wohnen für Suchtkranke blieb der Versorgungsstand im Vergleich zum Vorjahr unverändert. Auffällig ist der steigende Anteil junger Erwachsener im Betreuten Wohnen.

Die Zahl der Unterbringungen in auswärtigen Heimen hat sich besonders stark erhöht. Im Jahr 2004 erfolgen allein 32 Neuvermittlungen in auswärtige Einrichtungen. Da die bremischen Heimeinrichtungen kaum Fluktuation aufweisen, sind auswärtige Heimunterbringungen inzwischen zum Regelfall geworden.

Auch im Bereich des Betreuten Wohnens und Heimwohnens für Drogenabhängige ist ein Fallzahlsteigerung festzustellen. Im Betreuten Wohnen kam es zu einem Anstieg der Entgelttage um 7 %. Gegenüber dem Vorjahr wurden 2004 doppelt so viele Drogenabhängige in auswärtige Einrichtungen vermittelt.

Die steigende Nachfrage nach Heimplätzen ist im Zusammenhang zu sehen mit einem bundesweit festzustellenden Anstieg von Hilfen im Wohnbereich für psychisch schwerwiegend beeinträchtigte Menschen, die ohne den schützenden Rahmen eines Heimes nicht auskommen. Für alle Bundesländer lässt sich feststellen, dass trotz eines Anstiegs der Angebote im ambulanten Betreuten Wohnen die Heimplätze für seelisch behinderte Menschen weiter steigen.

Die gesellschaftlichen Hintergründe der steigenden Fallzahlen sind vielfältig. Die demographische Entwicklung (Alterung der Gesellschaft) spielt eine Rolle. Hinzu kommt der weitgehende Wegfall tragender familiärer Strukturen, da immer mehr Menschen allein leben.

Auch der verschärfte Selektionsdruck am Arbeitsmarkt trägt dazu bei, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zunehmend aus normalen sozialen Bezügen herausfallen, mit dem Status der Nichterwerbsfähigkeit kaum noch Rehabilitationschancen haben und letztlich an Selbständigkeit verlieren. Vieles deutet auch darauf hin, dass mit einer zunehmenden Ökonomisierung gesundheitlicher Dienstleistungen immer mehr Leistungsanteile in die Eingliederungshilfe verlagert werden.

### **Kreative Problemlösungen sind gefragt**

Die Schere zwischen den verfügbaren öffentlichen Mitteln und einer steigenden Nachfrage nach Eingliederungshilfeleistungen öffnet sich weiter. Immer dringlicher wird die Aufgabe, die Balance zwischen den individuellen gesetzlich festgeschriebenen Ansprüchen auf Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und den finanziellen Möglichkeiten des Gemeinwesens nachhaltig zu sichern.



Patentlösungen gibt es nicht. Steuerung durch einzelfallbezogene Interventionen und Qualitätssicherung der Hilfeplanung ist wichtig, hat aber ihre Grenzen.

Vor allem ist immer wieder zu prüfen, ob Aufwand und Steuerungsnutzen noch in einem angemessenen Verhältnis stehen.

Notwendig ist ein Diskurs aller Verantwortlichen darüber, wie das Kosten-Nutzen Verhältnis sowohl auf der Verwaltungs- und Steuerungsebene als auch auf der Ebene der Leistungserbringung verbessert werden kann.

Fragen, die gestellt und beantwortet werden müssen:

- Wie lässt sich der Koordinations- und Kooperationsaufwand zwischen den diversen mit der Behindertenhilfe befassten Verwaltungsbereiche durch eine konsequente organisatorische Konzentration zielgruppenbezogener Verantwortlichkeit verringern?
- Lässt sich der Ressourceneinsatz im Betreuungsbereich rationalisieren? Hier geht es um mehr Zusammenarbeit und wechselseitige Angebotsnutzung zwischen den Leistungserbringern einer Region und um eine flexiblere Nutzung der unterschiedlichen Settings wie Einzelbetreuung, Gruppenangebote und Tagesstätte.
- Lassen sich regionale Budgetierungsmodelle (im Sinne von Träger-, Trägerverbund- oder Sozialraumbudgets) umsetzen, die Leistungserbringern Anreize für einen effizienten und vor allem flexiblen Mitteleinsatz bieten?
- Wie können mehr Beschäftigungs- und Arbeitsmöglichkeiten geschaffen werden? Die Zielsetzung geht dabei in zwei Richtungen: Sinnstiftende Arbeit und Beschäftigung ist für den Erhalt und die Wiederherstellung psychischer Gesundheit besonders wichtig, im günstigen Fall kann eine Beschäftigung von Betreuung unabhängig machen. Der zweite Aspekt betrifft die Notwendigkeit, auch nach Hartz IV für nicht erwerbsfähige psychisch Kranke arbeitsrehabilitative Hilfen bereitzustellen, die eine Chance bieten, wieder in das normale Erwerbsleben einzusteigen. Die personenbezogene Koordination der Hilfen der verschiedenen Leistungserbringer wird dabei von entscheidender Bedeutung sein.
- Wie eine Kultur gefördert werden kann, die nicht nur auf professionelle staatlich finanzierte Hilfe setzt, sondern stärker als bisher einerseits die Ressourcen der Betroffenen – nicht nur zur Selbsthilfe sondern auch zur wechselseitigen Hilfe - nutzt und andererseits bürgerschaftliches Engagement fördert? Letzteres bedeutet nicht, dass Laien sozialarbeiterisch oder therapeutisch tätig werden sollen. Es könnte aber z.B. bedeuten, im Sinne eines Patenschaftsmodells einen psychisch kranken Menschen für einige Stunden im eigenen Betrieb zu beschäftigen.



## **Das Persönliche Budget – Chancen und Probleme**

Nach neuem Sozialrecht (SGB IX) können alle Rehabilitationsleistungen statt als Sachleistung auch als Geldleistung oder geldwerte Leistung gewährt werden – und dies leistungsträgerübergreifend. Für viele Behinderte bedeutet dies eine Chance auf mehr Selbstbestimmung. Man muss jedoch differenzieren: Psychisch kranke, suchtkranke, geistig und körperlich behinderte Menschen unterscheiden sich sowohl in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit als auch bezogen auf die Planbarkeit budgetfähiger Maßnahmen. Allein die Gruppe der psychisch kranken Behinderten umfasst ein sehr weites Spektrum von Beeinträchtigungen, die sich mehr oder weniger auf die Regiefähigkeit des Einzelnen auswirken. Viele Budgetnehmer wären auf eine anwaltschaftliche Begleitung angewiesen, deren Finanzierung mit dem Gesetz ebenso wenig abgesichert wurde wie die Finanzierung des nicht unerheblichen Verwaltungsaufwandes, der mit dem PB verbunden ist. Damit der Einstieg in das Persönliche Budget gelingt, sollte man sich in einem ersten Schritt auf klar definierte und handhabbare Inselfösungen beschränken.

Eine sinnvolle und finanzierbare Option könnte darin liegen, über das Persönliche Budget rehabilitative Arbeit und Beschäftigung zu subventionieren. Damit ließe sich das Problem zumindest mildern, dass die meisten seelisch Behinderten keiner Beschäftigung nachgehen und dadurch oft weiter an Selbstständigkeit und Selbstvertrauen verlieren.

Der Weg vom Heim in ambulante Betreuungsformen könnte durch das Persönliche Budget ebenfalls erleichtert werden. Bewährt hat sich in Modellprojekten das sogenannte Rucksackmodell, d. h. nach Auszug aus dem Heim werden noch über eine gewisse Zeit für besonderer Übergangshilfen Mittel bis zur Höhe des Heimpflegesatzes zur Verfügung gestellt.



## 2. Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen

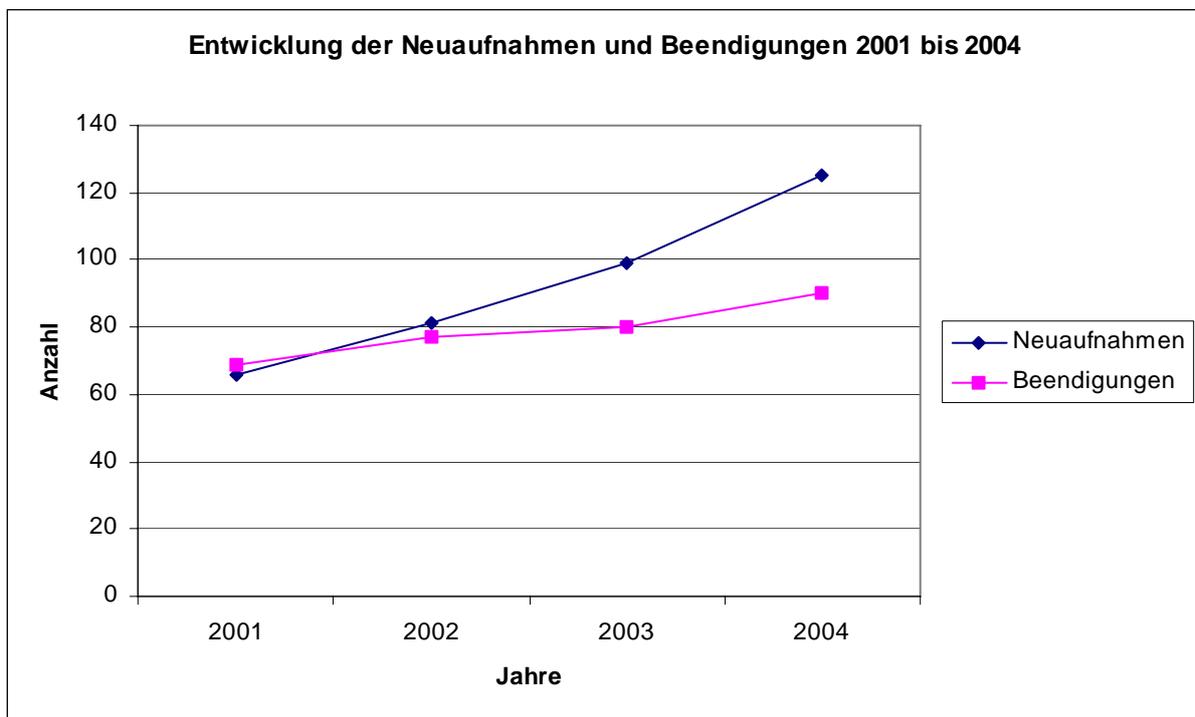
### 2.1. Fallzahlentwicklung, Neuaufnahmen und Beendigungen im Jahr 2004

Am 31. Dezember 2004 befinden sich insgesamt **478** 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 45 erhöht. Bezogen auf das gesamte Jahr 2004 wurden durchschnittlich 463 Betreuungen gezählt, im Vorjahr waren es 433.

Im Jahr 2004 gab es 125 Neuaufnahmen und 90 Beendigungen im Betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen. Von den 125 **Neuaufnahmen** im Jahr 2004 wurden 19 im Jahr 2004 begonnen und im gleichen Jahr wieder beendet. Die Gründe für – teilweise monatelange – Verzögerungen in der Aufnahme oder Beendigung einzelner Maßnahmen sind: Kurzfristige Wiederaufnahmen, Übergang aus der Kinder- und Jugendhilfe sowie Änderung der Vermögenslage. Es handelt sich aber immer nur um einige wenige im Ablauf eines Jahres.

Aussagen über den Verbleib von Menschen nach Beendigung des Betreuten Wohnens, können nur für diejenigen gemacht werden, die in eine andere Eingliederungshilfemaßnahme gewechselt sind: Für neun der 90 Beendigungen erfolgte eine Aufnahme in ein Wohnheim.

**Abb. 1 Neuaufnahmen und Beendigungen 2001 bis 2004**



Ausgehend von einem ohnehin gut ausgebautem Angebot im Betreuten Wohnen im Jahr 2001 (31. Dezember 2001 Stichtagsauswertung: 410 Plätze) hat sich die Anzahl der Neuaufnahmen stetig erhöht, ohne dass dieser Anstieg durch eine entsprechende Anzahl von Beendigungen ausgeglichen wurde. Im Jahr 2003 wurde der dadurch bedingte Fallzahlanstieg noch weitgehend durch Umwandlungen in niedrigere Betreuungsumfänge kompensiert. Dies ist im Jahr 2004 nicht gelungen.



## Warteliste

Die Erfassung aller Zu- und Abgänge auf den regionalen Wartelisten erwies sich im vergangenen Jahr als besonders aufwendig: Für eine Reihe von Aufnahmen in das Betreute Wohnen kam die Anmeldeliste aus der Region nach dem regulären Aufnahmedatum. Eine rückwirkende Aufnahme in die Warteliste hat die Steuerungsstelle nicht vorgenommen. Die nachfolgende Auswertung der durchschnittlichen Wartezeit auf einen Platz im Betreuten Wohnen bezieht sich daher nur auf diejenigen, von denen die Steuerungsstelle vor Aufnahme in die Maßnahme Kenntnis erlangt hat (74 Personen). Aufgrund dieser Problematik dürfte die reale Wartezeit über alle aufgenommenen Personen erheblich kürzer sein. Die durchschnittliche Wartezeit für die auswertbaren 74 Aufnahmen im Betreuten Wohnen beträgt drei Monate. Die Wartezeit hat sich gegenüber den Vorjahren erheblich verkürzt. Die Länge der Warteliste (50 Personen) ist unverändert.

## 2.2. Allgemeine Verteilung im Betreuten Wohnen

*Tab. 1 Region und Geschlecht (Stichtag: 31. Dezember 2004)*

Region	Geschlecht		Gesamt (2003)	Gesamt (2004)	Veränderung Gegenüber 2003
	Weiblich	Männlich			
Mitte	30	28	58	58	0,0 %
Süd	39	46	78	85	9,0 %
Ost	54	59	90	113	25,6 %
West	74	91	157	165	5,1 %
Nord	26	31	50	57	14,0 %
<b>Gesamt</b>	<b>223</b>	<b>255</b>	<b>433</b>	<b>478</b>	<b>10,4 %</b>

Sowohl in der regionalen Betrachtung (in der Mitte eher jüngere Menschen, in Bremen Nord die im Durchschnitt ältesten Betreuten) als auch in der Verteilung nach Betreuungsstufen ist im Vergleich zu den Jahren 2002 und 2003 die Altersverteilung gleich geblieben. Das Durchschnittsalter beträgt 43,8 Jahre. Innerhalb der Altersklassen hat sich jedoch eine Verschiebung vollzogen:

*Tab. 2 Altersklassen 2003 und 2004 (jeweils Stichtag 31.12.)*

Altersgruppe	Anzahl (2003)	In % (2003)	Anzahl (2004)	In % (2004)	Veränderung (in Prozent)
20 bis unter 27 Jahre	42	9,7	54	11,3	+28,6
27 bis unter 40 Jahre	146	33,7	142	29,7	-2,7
40 bis unter 50 Jahre	114	26,3	138	28,9	+21,1
50 bis unter 60 Jahre	66	15,2	79	16,5	+19,7
60 Jahre und älter	64	14,8	65	13,6	+1,6
Fehlend	1	0,2	0	0	0
<b>Gesamt</b>	<b>433</b>	<b>100,0</b>	<b>478</b>	<b>100,0</b>	<b>10,4</b>



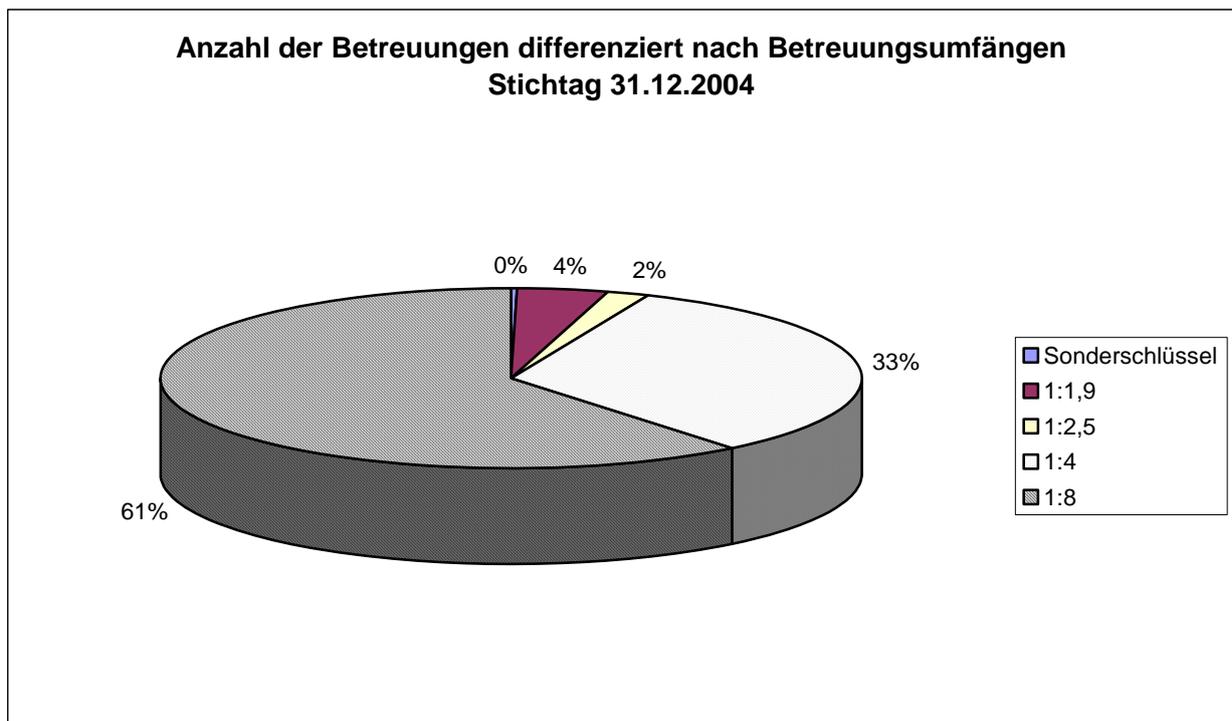
Entgegen der durch die allgemeine demografische Entwicklung zu erwartenden relativen Abnahme in den jüngeren Altersgruppen, vollzieht sich der Anstieg der Fallzahlen besonders stark in der Gruppe der 20 bis unter 27-jährigen. Sollte sich dieser Trend in den folgenden Jahren fortsetzen, wird auch das Durchschnittsalter sinken, d. h. die Betreuten werden jünger! Ebenfalls hoch ist der Zugang bei den Jahrgängen ab 1965 und älter – insgesamt ist diese Altersgruppe auch die stärkste in der Gesamtbevölkerung. Der Zuwachs in den älteren Jahrgängen ist unterdurchschnittlich. Der Anteil älterer Menschen spiegelt den Anteil der Langzeitchroniker im Betreuten Wohnen wider.

### Verhältnis Gruppenwohnen – Einzelbetreutes Wohnen

Das Verhältnis von Maßnahmen in Einzelbetreuung oder in Wohngemeinschaften ist im Jahr 2004 annähernd gleich (49 % Einzelbetreuung zu 51 % in Wohngemeinschaften). Der Anteil der Maßnahmen in Wohngemeinschaften ist seit 2002 (56 %) kontinuierlich gesunken.

### Verteilung nach Betreuungsumfang

**Abb. 2 Anzahl der Betreuungen differenziert nach Betreuungsumfang**



Im Vergleich zum Jahr 2003 ergeben sich nur geringfügige Verschiebungen:

- Der Anteil der 1:8 Betreuungen ist unverändert;
- 1:4 Maßnahmen stiegen um 1 % an;
- Mit einem Umfang von 1:2,5 werden nur 2 % der Maßnahmen durchgeführt.

Der **durchschnittliche Betreuungsschlüssel** (ohne Intensiv Betreutes Wohnen) über alle geleisteten Entgelttage beträgt bezogen auf die 38,5 Stundenwoche **1:5,7<sup>1</sup>** (absolut: 6,76 Wochenstunden vor Abzug des Verwaltungsanteils).

<sup>1</sup> Vgl. 2002 = 1:5,3; 2003 = 1: 5,6



## Regionale Verteilung der Maßnahmen und der Betreuungsstufen

**Tab. 3 Region und Betreuungsstufen (Stichtag 31. Dezember 2004)**

Region	1:1,9	In %	1:2,5	In %	1:4	In %	1:8	In %	Andere	In %	Gesamt	In %
Mitte	0	0	4	40,0	21	13,5	32	11,0	1	100,0	58	12,1
Süd	0	0	0	0	14	9,0	71	24,4	0	0	85	17,8
Ost	0	0	3	30,0	31	19,9	79	27,1	0	0	113	23,6
West	20	100	3	30,0	72	46,2	70	42,4	0	0	165	34,5
Nord	0	0	0	0	18	11,5	39	13,4	0	0	57	11,9
<b>Gesamt</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>	<b>156</b>	<b>100,0</b>	<b>291</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>	<b>478</b>	<b>100,0</b>

Der Bremer Westen hat mit 34,5 % den größten Anteil an den Betreuungsmaßnahmen in der Gesamtbetrachtung. Im Vergleich zum Vorjahr ist der Anteil der 1:4 Betreuungen im Bremer Westen mit 46 % unverändert hoch. Zugenommen hat der Anteil der Betreuungen im Bremer Osten: 23,6 % der Gesamtheit werden im Stadtbezirk Ost geleistet (2003: 20,8 %). In beiden Regionen hat absolut die Anzahl der 1:4 Betreuungen zugenommen.

## Betreuungsumfang und Geschlecht

Im Jahr 2004 ist der Anteil weiblicher Betreuer um 3 % auf 46 % in der Gesamtheit gestiegen. Überproportional angewachsen sind auch die 1:4 Betreuungen für Frauen. Im Bereich 1:8 ist die Geschlechterverteilung ausgeglichen.

**Tab. 4 Betreuungsumfang und Geschlecht (Stichtag 31. Dezember 2004)**

Betreuungsumfang	Geschlecht		Gesamt
	Weiblich	Männlich	
1:1;9	3	17	20
1:2,5	2	8	10
1:4	72	84	156
1:8	146	145	291
Andere	0	1	1
<b>Gesamt</b>	<b>223</b>	<b>255</b>	<b>478</b>

**Tab. 5 Betreuungsumfang und Wohnform (Stichtag 31. Dezember 2004)**

Betreuungsumfang	Einzelbetreuung	Wohngemeinschaft	Gesamt
1:1;9	0	20	20
1:2,5	3	7	10
1:4	59	97	156
1:8	172	119	291
Andere	0	1	1
<b>Gesamt</b>	<b>234</b>	<b>244</b>	<b>478</b>

Annähernd gleich ist der Anteil von Einzelbetreuung und Betreuung in einer Wohngemeinschaft. Deutliche Unterschiede ergeben sich bei der Betrachtung nach Betreuungsumfang: Nach wie vor werden in Wohngemeinschaften die Betreuungen mit höherem Betreuungsumfang vorgenommen.

Von den Plätzen in Wohngemeinschaften werden 40 % im Umfang 1:4 betreut, im Einzelwohnen werden in dieser Stufe 25 % der Maßnahmen erbracht.



## 2.3. Leistungswirtschaftliche Kennziffern Betreutes Wohnen

### Gesamtausgabenvolumen

Das Gesamtausgabenvolumen des Betreuten Wohnens für das Jahr 2004 beträgt in der zeitraum-bezogenen Betrachtung 5,8 Mio. €. Die kalkulierten Ausgaben übersteigen den Zielwert 2004 um 405.927 € bzw. um 7,5 %.

### Betreuungsumfang und geleistete Entgelttage

In Tagen ausgedrückt wurden im Jahr 2004 insgesamt 169.564 für den bremischen Kostenträger relevante Entgelttage im Betreuten Wohnen geleistet. Dies entspricht einer Steigerung von 13 % im Vergleich zur Vorjahresleistung. Im Jahresdurchschnitt waren 463 Plätze belegt.

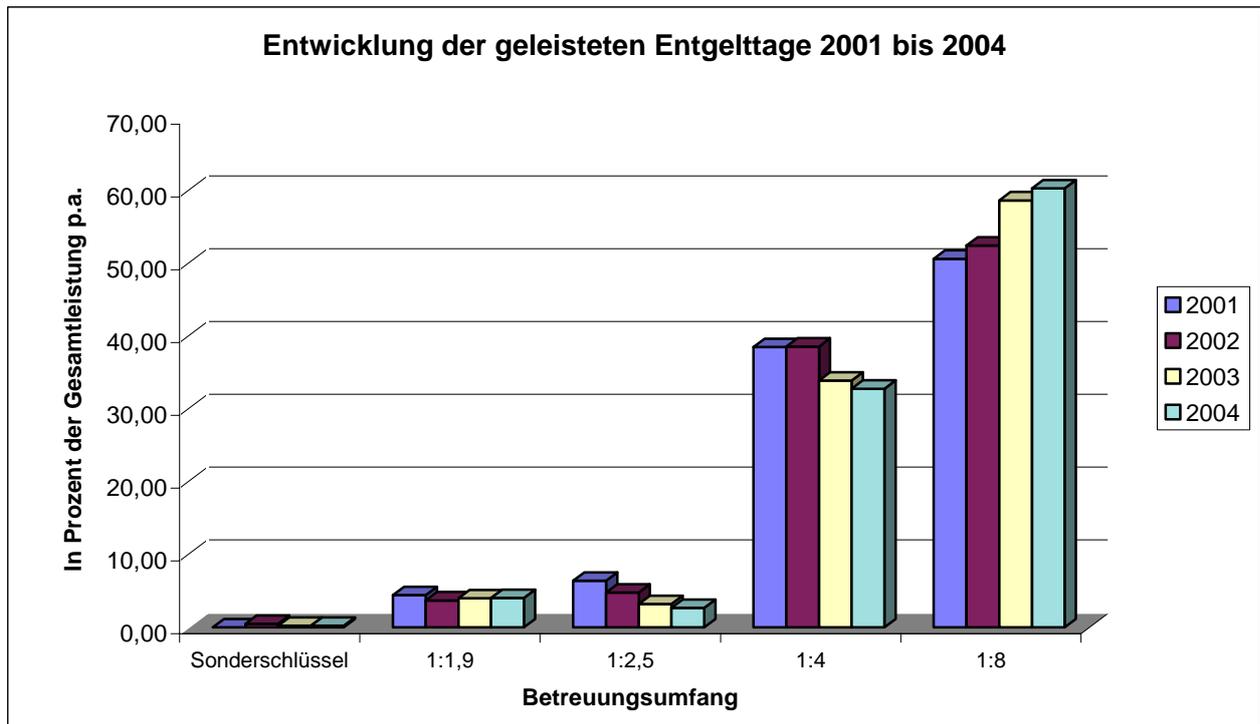
**Tab.6 Betreuungsumfang und geleistete Entgelttage**

Betreuungsumfang	Entgelttage (absolut und in Prozent)				
	Absolut	In %	In % 2003	In % 2002	In % 2001
1:1,9	6.844	4,0	4,0	3,7	4,4
1:2,5	4.526	2,7	3,2	4,8	6,4
1:4	55.583	32,8	33,9	38,6	38,5
1:8	102.245	60,3	58,7	52,5	50,6
Andere	366	0,22	0,24	0,5	0,5
<b>Gesamt</b>	<b>169.564</b>	<b>100,0</b>	<b>100,00</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Bei den höheren Betreuungsschlüsseln setzt sich der Trend einer gemäßigten Absenkung der Betreuungsumfänge fort.



**Abb. 3 Entwicklung der geleisteten Entgelttage nach Betreuungsstufen von 2001 bis 2004**



Deutlich zeigt sich die Verschiebung zu niedrigeren Betreuungsschlüsseln im Zeitablauf, wobei die Veränderung von 2003 zu 2004 geringer ist als in den Vorjahren.

### Verteilung der Entgelttage nach Betreuungsstufen und Leistungserbringern

Die Gesamtheit der Entgelttage ist in unten stehender Tabelle differenziert nach Betreuungsstufen und Leistungserbringern dargestellt.

**Tab. 7 Verteilung der Entgelttage nach Betreuungsstufen und Leistungserbringern (ohne forensische Nachsorge, Selbstzahler/innen und Klienten/innen mit auswärtigem Kostenträger)**

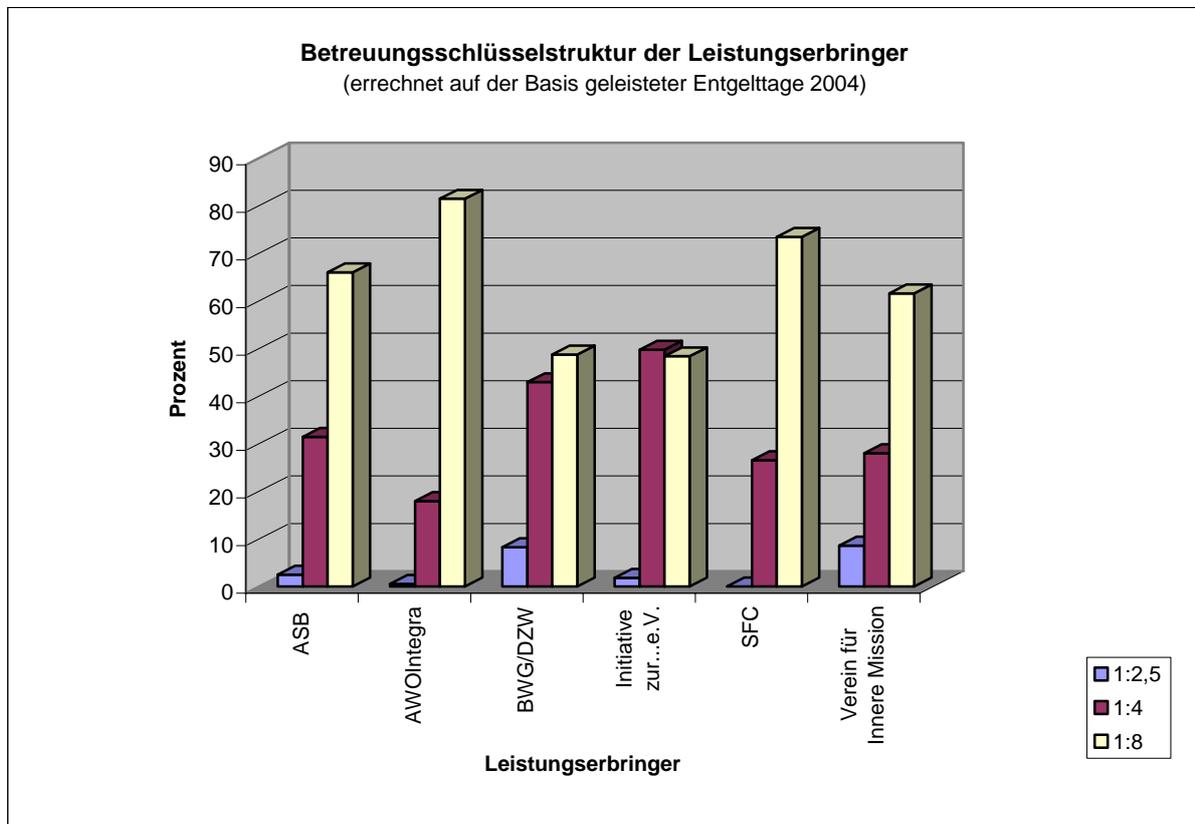
Leistungserbringer	1:1,9	1:2,5	1:4	1:8	Andere	Gesamt	Anteil in %
ASB	0	1.464	10.244	25.507	0	37.215	22,0
AWO Integra	0	0	3.864	17.508	0	21.372	12,6
BWG/DZW	0	1.005	9.863	10.978	0	21.846	12,9
BWG/IBW	6.844	0	0	0	0	6.844	4,0
Initiative zur...e.V.	0	281	20.947	23.132	0	44.360	26,2
SFC	0	0	4.461	13.128	0	17.589	10,4
Verein für Innere Mission	0	1776	5.764	11.992	366	19.898	11,7
Andere	0	0	440	0	0	440	0,26
<b>Gesamt</b>	<b>6.844</b>	<b>4.526</b>	<b>55.583</b>	<b>102.245</b>	<b>366</b>	<b>169.564</b>	<b>100,0</b>

Im Jahr 2004 sind über alle Betreuungsstufen 11.258 Entgelttage mehr zu berechnen als in 2003 und knapp 20.000 zusätzliche Tage gegenüber 2002.



Die prozentuale Verteilung zeigt Abbildung 4.

**Abb. 4 Betreuungsschlüsselstruktur der Leistungserbringer (Ohne BWG/IBW und Andere)**



Drei Typen lassen sich beschreiben:

- eine dem Durchschnitt entsprechende Verteilung der Betreuungsstufen liegt vor beim Verein für Innere Mission;
- Ein Schwergewicht bei den 1:8 Betreuungen verzeichnen die AWO, das Sozialwerk der freien Christengemeinde (SFC) und der ASB.
- Einen überdurchschnittlichen Anteil von 1:4 Betreuungen haben nach wie vor die BWG/DZW und die Initiative zur sozialen Rehabilitation. e. V..

### Betreuungsschlüsselstruktur der Leistungserbringer

**Tab. 8 Betreuungsschlüsselstruktur der Leistungserbringer in %**

Leistungserbringer	1:1,9	1:2,5	1:4	1:8	Andere	Gesamt
ASB	0,0	3,9	27,5	68,5	0,0	100,0
AWO Integra	0,0	0,0	18,1	81,9	0,0	100,0
BWG/DZW	0,0	4,6	45,1	50,3	0,0	100,0
BWG/IBW	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Initiative zur...e.V.	0,0	0,6	47,2	52,1	0,0	100,0
SFC	0,0	0,0	25,4	74,6	0,0	100,0
VIM	0,0	8,9	29,0	60,3	1,8	100,0
Andere	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
<b>Gesamt</b>	4,0	2,7	32,8	60,3	0,2	100,0



## Entgelttage und Kosten nach Leistungserbringern

**Tab. 9 Entgelttage und Kosten nach Leistungserbringern**

(Berechnung Datenbank Steuerungsstelle, IV. Quartal 2004, Entgelttage)

Leistungserbringer	Planzahlen	Durchschnitts- Belegung 2004	Kalk. Kosten 2004	Entgelttage 2004	Belegung 2003	Kalk. Kosten 2003	Entgelttage 2003	Steigerung 2003 - 2004 in Pro- zent (Entgelttage)	Steigerung 2003-2004 in Prozent (Kosten)
<b>Andere</b>	3	1	13.200	440	2	25.071	882	-50,1	-47,3
<b>ASB</b>	82	102	1.068.863	37.215	87	919.894	31.733	17,3	16,2
<b>AWO</b>	54	58	552.784	21.372	57	546.247	20.933	2,1	1,2
<b>BWG/DZW</b>	52	60	844.608	21.846	56	803.517	20.045	9,0	5,1
<b>BWG/IBW</b>	18	19	710.339	6.844	17	656.679	6.327	8,2	8,2
<b>INI</b>	100	121	1.493.864	44.360	110	1.391.633	40.226	10,3	7,3
<b>SFC</b>	50	48	502.344	17.589	49	513.691	17.817	-1,3	-2,2
<b>VIM</b>	50	54	615.304	19.898	56	616.004	20.343	-2,2	-0,1
<b>Gesamt</b>	<b>409</b>	<b>463</b>	<b>5.801.306</b>	<b>169.564</b>	<b>434</b>	<b>5.472.736</b>	<b>158.306</b>	<b>7,1</b>	<b>6,0</b>

Am stärksten hat der ASB seine Leistungen ausgeweitet – allein im Vergleich zum Jahr 2003 um zusätzliche 17 %, verbunden mit einer annähernd gleich hohen Kostensteigerung. Die Initiative zur sozialen Rehabilitation. e. V. und die BWG/DZW haben ihre Leistung um 10 bzw. 9 % gesteigert. Bei diesen Leistungserbringern hat sich die Auslastung in den Jahren 2003 und 2004 deutlich erhöht.



## 2.4. Gutachterliche Stellungnahmen und diagnostische Verteilung

Im Jahr 2004 sind in der Steuerungsstelle 494 Stellungnahmen zum Gesamtplan für psychisch kranke Menschen im Betreuten Wohnen bearbeitet worden<sup>2</sup>. Hier spiegelt sich die höhere Fluktuation (höhere Anzahl von Neuaufnahmen, Zunahme von Kurzfristbetreuungen bzw. Abnahme der Verweildauer insgesamt) wider. Insgesamt wurden 99 Erstbegutachtungen im Jahr 2004 für Maßnahmen des Betreuten Wohnens erstellt.

### Regionale Verteilung der Gesamtpläne

*Tab. 10 Regionale Verteilung der Gesamtpläne*

Behandlungszentrum	Anzahl	davon Erstbegutachtungen
Mitte	64	11
Süd	83	17
Ost	113	26
West	168	29
Nord	55	14
Forensik	11	2
<b>Gesamt</b>	<b>494</b>	<b>99</b>

Die Anzahl der Stellungnahmen korrespondiert mit der Anzahl der Personen im Betreuten Wohnen in der jeweiligen Region. Für 25 Personen im Betreuten Wohnen sind im Jahr 2004 zwei Begutachtungen vorgenommen worden.

### Diagnosen

*Tab. 11 Diagnosen (Stichtag 31. Dezember 2004)*

Diagnose	2004		2003	2002	2001
	Absolut	In %	In %	In %	in %
Psychotische Erkrankung	375	78,5	77,49	78,9	81,5
Borderline Störung	53	11,1	12,2	9,4	6,1
Doppeldiagnose Psychose und Sucht ( psychotische Störung als Primär- diagnose)	50	10,5	10,4	11,2	11,6
<b>Gesamt</b>	<b>478</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Die Verteilung der Diagnosen ist bei absolutem Fallanstieg relativ betrachtet gleich geblieben. Die in den vergangenen drei Jahren stetige Zunahme des Anteils von Borderline-Patienten im Betreuten Wohnen kann im Jahr 2004 nicht mehr festgestellt werden.

<sup>2</sup> Zum Vergleich 2001: 431 Stellungnahmen; 2003:467 Stellungnahmen



## 2.5. Krankenhausaufenthalte

### Häufigkeit stationärer Behandlung

Insgesamt wurden im Jahr 2004 in der Steuerungsstelle **11.061 stationäre Tage** gezählt (nur psychiatrische Kliniken), die von Klienten/innen des Betreuten Wohnens belegt wurden. Diese Zahl teilt sich auf in 386 Einzelaufenthalte. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt 28,7 Tage. Die Anzahl der gezählten Aufenthalte und auch die Gesamtzahl klinischer Tage hat sich gegenüber dem Vorjahr deutlich erhöht. Bezogen auf die Gesamtleistung von 169.564 Entgelttagen im Betreuten Wohnen ergibt sich ein Anteil der klinischen Akutbehandlungen von 6,5 %. (5,5 % in 2003; 7,3 % in 2002)

Ausgezählt wurden alle stationären Aufenthalte während des Betreuten Wohnens. Berücksichtigt wurden nur die stationären Aufenthalte im Jahr 2004, d. h. nur die in diesem Jahr begonnenen und auch beendeten Behandlungen.

Tagesklinische Aufenthalte sind in der Berechnung nicht enthalten.

## 2.6. Zusammenfassung Betreutes Wohnen psychisch kranke Menschen

### Stichtagsergebnisse

Die Stichtagsergebnisse zeigen folgende Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr:

- Die Fallzahl ist erneut gestiegen. Mit 478 Betreuungen (stichtagsbezogen) stieg die Zahl der Betreuten im Betreuten Wohnen um 45 bzw. 9,4 %. Im Verhältnis zu den Neuaufnahmen erfolgen immer weniger Beendigungen.
- Der Anteil der Frauen im Betreuten Wohnen steigt auf 46 %. Das durchschnittliche Lebensalter im Vergleich zum Vorjahr ist unverändert. Bezogen auf Altersklassen zeigt sich ein Anstieg in der Gruppe der 20 bis unter 27jährigen.
- Die Quote der 1:2,5 Betreuungen konnte abgesenkt werden. Entgegen der Entwicklung im Jahr 2003 ist die Anzahl von Betreuungen mit 1:4 wieder angestiegen. Relativ betrachtet hat der Anteil von 1:4 Betreuungen leicht abgenommen.
- Die Platzverteilung von Betreuungen in Wohngemeinschaften und im einzelbetreutem Wohnen ist annähernd ausgeglichen. Es zeigen sich jedoch erhebliche regionale Unterschiede in der Angebotsstruktur: Überproportional hoch ist die Anzahl von Einzelplätzen im Bremer Süden (68 %) und im Osten (56 %). Den geringsten Anteil von Einzelplätzen bezogen auf die regionale Gesamtzahl der Plätze im Betreuten Wohnen hat die Region Mitte mit 36 %.

### Zeitraumbetrachtung

Im Jahr 2004 wurden durchschnittlich 463 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.

- Die Fallzahlsteigerung hat sich im wesentlichen im Bremer Westen und Osten vollzogen. Die absolute Fallzahlsteigerung führt zu einer Kostensteigerung. Gegenüber den Zielzahlen (Zielzahl Entgelttage 2004: 150.060 bzw. 410 belegte Plätze durchschnittlich) beträgt der Anstieg sogar 13 %.
- Die Fallzahlsteigerung geht mit einer deutlich geringeren Wartezeit auf einen Platz im Betreuten Wohnen als in den Vorjahren einher. Die Informationsübermittlung der regionalen Anmeldungen aus den Abstimmungskonferenzen an die Steuerungsstelle ist verbesserungsbedürftig.



Die Steigerung der Fallzahlen entspricht einem bundesweit erwarteten Trend eines erhöhten Versorgungsbedarfs für psychisch kranke Menschen.<sup>3</sup>

Vermutet werden kann auch, dass die quartalsmäßige Pauschalvergütung der Institutsambulanzen durch die Krankenkassen zu einer institutionellen Verschiebung in Richtung Eingliederungshilfe führt. Für zeitintensivere kontinuierliche Betreuungen fehlt den Behandlungszentren der ökonomische Anreiz.

In den Regionen ist nicht nur die Platzzahl im Betreuten Wohnen, sondern auch die Anzahl von beitragsfinanzierten ambulanten psychiatrischen Pflegemaßnahmen angestiegen. Entgegen der Erwartung führte das neue Angebot „Ambulante Psychiatrische Pflege“ nicht zu einer Entlastung im Eingliederungshilfebereich. Denkbar wäre sogar ein gegenteiliger Effekt: Die Klienten werden auf relativ hohem Niveau für kurze Zeit nach einem Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik betreut und nach Ablauf des Bewilligungszeitraums von der APK in das Betreute Wohnen überführt.

**Empfohlene Maßnahmen:**

- Anhand der Entgeltvereinbarungen sollte geprüft werden, welche Leistungserbringer längerfristig die in den Vereinbarungen festgelegten Kapazitäten überschritten haben.
- Kurzfristig kann nur eine Absenkung der Betreuungsumfänge zu einer Ausgabenminderung führen.
- Die Gesamtplanverantwortlichkeit sollte aus Steuerungsgründen nicht bei den Behandlungszentren liegen. In ihrer Rolle als Leistungserbringer dürfte es schwierig sein, unabhängige Begutachtungen vorzunehmen.
- Die Behandlungszentren zu einem Angebot wie z. B. verlässliches Sprechstundenangebot heranziehen, das alternativ zum Betreuten Wohnen angeboten wird.
- Rücksprache mit den Krankenkassen und Behandlungszentren mit dem Ziel, die ausschließliche Pauschalfinanzierung der Institutsambulanzleistungen durch eine leistungsbezogene Komponente zu ergänzen.

---

<sup>3</sup> vgl. Fehlzeiten Report 2003 und 2004 in: [www.wido.de](http://www.wido.de)



### 3. Tagesstätten

In Tagesstätten für psychisch kranke Menschen in der Stadtgemeinde Bremen stehen 148 Plätze an sechs Tagen in der Woche zur Verfügung. Das entspricht einer Soll- Gesamtleistung von 46.176 Tagen im Jahr. Die Ist-Gesamtleistung im Jahr 2004 liegt bei gezählten 67.368 Besuchertagen bzw. 43,5 Kontakten am Tag durchschnittlich bei 310 Öffnungstagen. Es handelt sich hierbei um ganz unterschiedliche Formen: Sie reichen vom Besuch des offenen Bereichs der Tagesstätte zur Kontaktaufnahme bis hin zur Teilnahme an einer regelmäßigen Beschäftigung von bis zu 20 Wochenstunden.

Die Tagesstätten bieten folgende Angebote:

- offener Bereich
- Beschäftigungsangebot
- Sonstige Leistungen (Kreativbereich, bes. Gruppenangebote etc.)

Die Frequenz über alle Angebote liegt zwischen 35 (Süd) und 53 (Ost) Besuchern öf-fnungstägig. Der offene Bereich hat den mit Abstand größten Anteil an gezählten Kontak-ten (zwischen 7.874 bzw. 74 % der Leistung in Süd und 14.129 bzw. knapp 86 % der Ge-samtleistung in der Togsstätte Ost).

#### **Übersicht Tagesstätten nach Stadtregion**

Stadt-bezirk	Name der Einrichtung	Träger	Anzahl der Plätze	Öffnungs-tage 2004	Anz. Std./Woche	Gesamtleistung in Besucherta-gen	Durchschnitt /Tag
Mitte	Wichernhaus	VIM	28	306	45	11.073	36
Süd	Klamotten-Café	BWG	28	305	47	10.637	35
Ost	Villa Wisch	ASB	28	310	47	16.461	53
West	Café Klatsch	BWG	36	306	47	14.344	47
Nord	Tagesstätte Nord	SFC	28	310	-	14.853	48

Die Tagesstätenträger berichten halbjährlich ihre Leistungskennziffern (Anzahl der Besu-cherinnen differenziert nach Angebot). Ähnlich wie im Betreuten Wohnen reicht die bloße Betrachtung von Entgelttagen zu Beurteilung der Leistung nicht aus, vielmehr muss auch Art und Umfang der Kontakte betrachtet werden. Dieses wird im Jahr 2005 Schwerpunkt der Betrachtung sein.



## 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. Die Familienpflege gilt als stationäre Maßnahme und richtet sich im wesentlichen an zwei Personenkreise: Junge Erwachsene, die eine Nachreifungsphase durchlaufen und eine begrenzte Zeit in der Familienpflege verbleiben und ältere Menschen, deren Perspektive langfristig die Familienpflege 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 2004 werden acht Plätze von Bremern belegt. Die Besetzung erfolgt durch die Klinik im Rahmen eines Vermittlungsprozesses.

Familienpflege und Nichtbehandlungsfälle im ZKH-Ost werden auf einer Haushaltsstelle verbucht. Die kalkulatorischen Kosten der Familienpflege liegen bei rund 133.000 € für den bremischen Kostenträger. Im Jahr 2004 wurden 2.888 Entgelttage gezahlt. Ein Tag kostet durchschnittlich 46,00 €. Es entstehen Kosten in Höhe von 16.625,00 € je Platz. Die Kosten liegen deutlich über den im letzten Jahr kalkulierten. Das liegt daran, dass im Jahr 2004 eine höhere Fluktuation in der Familienpflege vorlag: Insgesamt gab es fünf Neuaufnahmen (darunter drei, die nach relativ kurzer Zeit schon wieder beendet wurden) und vier Beendigungen. Neuaufnahmen werden in der Regel mit dem höheren Intensivpflegesatz begonnen.

Das im Jahr 2003 formulierte Ziel, die Betreuungszahl zu erhöhen, ist in gewissem Umfang gelungen. Weniger erfolgreich ist der Versuch verlaufen, das Konzept der Familienpflege systematischer und regelmäßig in den Behandlungsteams der Behandlungszentren, bei niedergelassenen Ärzten/innen, Rechtsbetreuern/innen usw. vorzustellen und entsprechend zu etablieren. Nach wie vor werden Plätze der Familienpflege in den regionalen Abstimmungskonferenzen nicht vergeben.

Für die Zukunft sollte das Konzept der Familienpflege weiter ausgebaut werden. Besonders vor dem Hintergrund der ansteigenden Vermittlungen in auswärtige Einrichtungen (s. u. 6. Wohnheime in Bremen und außerhalb) ist darüber nachzudenken, Profifamilien zu akquirieren, die zumindest für einen Teil der Klienten- jüngere Erwachsene- die sonst in auswärtige Einrichtungen vermittelt würden, eine regionale Perspektive bieten zu können.

Die Familienpflege hat den Vorteil, dass keine neue Einrichtung mit einer starr vorgehaltenen Platzzahl geschaffen werden muss. Kapazitätsauslastungsschwankungen werden dann nicht in jedem Fall kostenwirksam. Die Schaffung geeigneter Plätze ist nur mit ausreichender Motivation und Vorbereitung der Familien möglich. Die Akquirierung solcher Plätze ist daher von maßgeblicher Bedeutung. Akquirierung, Vermittlung, Schulung und Betreuung der Familien können durch (einen) privaten Träger übernommen werden.



## 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>4</sup>. Die Klinik erhält hierfür ein jährliches Budget, das sich auf eine vereinbarte Belegungszahl bezieht.

Im Jahr 2004 wurden 2.622 Entgelttage geleistet, das entspricht einer Durchschnittsbelegung von sieben Plätzen. Die kalkulatorischen Kosten liegen bei 518.032 € im Jahr 2004, der tägliche Entgeltsatz beträgt 197,56 €. Bezogen auf die Entgelttage liegt das Ergebnis deutlich unter dem Zielwert von 4.026 Entgelttagen bzw. 11 belegten Plätzen durchschnittlich. Die Anzahl der Entgelttage und Plätze bezieht das Klinikum-Nord mit ein (1,2). Insgesamt waren 33 Menschen zeitweise bis zu einem Jahr in der Klinik mit dem Status Nichtbehandlungsfall. Davon entfallen 20 auf psychisch kranke und 13 auf suchtkranke Menschen. Das Verhältnis von Neuaufnahmen und Beendigungen ist mit jeweils 25 ausgeglichen.

Der größte Teil der Beendigungen (13) erfolgt durch Vermittlung in bremische Wohnheime (davon fünf Aufnahmen in psychiatrische Wohnheime), zwei Personen wurden direkt in auswärtige Einrichtungen vermittelt. Nur drei Menschen fanden einen Platz im Betreuten Wohnen. Niemand konnte im Anschluss durch die Familienpflege betreut werden.

Die Differenz zu den Angaben der Klinik (2.269 Entgelttage) ergibt sich aus verschiedenen Gründen:

- die Steuerungsstelle Psychiatrie zählt nur die für den bremischen Kostenträger relevanten Tage;
- bei der Umstellung zwischen Klinikum-Nord und Klinikum –Ost auf das Verfahren zu Nichtbehandlungsfällen sind insbesondere diejenigen, die am Anfang des Jahres aus dem Suchtbereich heraus Nichtbehandlungsfall wurden und Bremen Nord zuzuordnen sind, von der klinischen Statistik nicht erfasst worden.

### Zusammenfassung/Problemlage

- Die Belegung mit Nichtbehandlungsfällen zeigt weiter abnehmende Tendenz.
- Zu prüfen ist, ob der überdurchschnittliche Abbau von Plätzen für Nichtbehandlungsfällen im Zusammenhang mit der ansteigenden Vermittlung in auswärtige Wohnheime steht. Die Betrachtung der Beendigungen ist dafür nicht aufschlussreich genug. Es stellt sich die Frage, ob die Suche nach auswärtiger Unterbringung bereits vor einer möglichen Umwandlung in einen Nichtbehandlungsfall eintritt.

<sup>4</sup> Zum Verfahren siehe unter 7. Qualitätssicherung der Gesamtpläne einschließlich IBRP für psychisch kranke Menschen, 2003



## **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 Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (SfAFGJS) einbezogen. Die Ausgaben für auswärtige Einrichtungen, die Bremer/innen betreuen, zählen ebenfalls zum kontraktierten Produktbereich.

Einige Probleme in der Datenerhebung, die bereits 2003 genannt wurden, konnten auch 2004 nicht vollständig überwunden werden. Hervorgehoben werden können:

- Die nicht zuverlässige und zeitnahe Übermittlung von Veränderungen und Klinikaufenthalten an die Steuerungsstelle Psychiatrie;
- Die weiterhin schwierige 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).
- Angestrebt wird eine engere Zusammenarbeit mit der Heimhilfe im Jahr 2005, um die Einbindung der Steuerungsstelle Psychiatrie in den gesamten Verlauf – d. h. nicht nur zu Beginn der Maßnahme und zum Zeitpunkt der Folgegutachten- zu verbessern.

### **6.2. Allgemeine Verteilung im Jahr 2004**

#### **Wohnheime in Bremen**

Von den insgesamt 211 zur Verfügung stehend Plätzen in Wohnheimen für psychisch kranke Menschen sind in 2004 im Durchschnitt 188 mit Bremer/innen belegt. Dies entspricht einer Summe von 68.843 geleisteten Entgelttagen. Am Stichtag 31. Dez. 2004 werden 193 Plätze gezählt, die durch den bremischen Kostenträger finanziert werden. Hiervon entfallen 90 auf gerontopsychiatrische Wohnheime und 98 Plätze für jüngere Erwachsene. Es kommen noch fünf Plätze in anderen Einrichtungen wie GB- und KJHG-Wohnheimen hinzu.



## Verteilung nach Geschlecht

Art des Wohnheims	männlich	weiblich	Gesamt
KJHG- Wohnheim	3	0	3
GB-Wohnheim	1	1	2
Erwachsene	59	39	98
Gerontopsychiatrische	38	52	90
<b>Gesamt</b>	<b>101</b>	<b>92</b>	<b>193</b>

Das durchschnittliche Lebensalter ist in den verschiedenen Wohnheimen unverändert im Vergleich zum Jahr 2003 (54,5). Die Altersdurchschnitte von Männern (50,6) und Frauen (58,8) weichen deutlich voneinander ab. Ursächlich dafür ist, der überproportionale Anteil von Frauen (58 %) in gerontopsychiatrischen Einrichtungen – umgekehrt ist das Verhältnis von Männern (60 %) und Frauen (40 %) in Wohnheimen für jüngere Erwachsene. In Wohnheimen für jüngere Erwachsene liegt das Durchschnittsalter bei 42,2 Jahren, in gerontopsychiatrischen Einrichtungen bei 64 Jahren. Der Anteil der Menschen mit einer Doppeldiagnose (mit psychischer Erkrankung im Vordergrund) beträgt 4,1 %.

Gezählt wurden für das Jahr 2004 **17 Neuaufnahmen und 11 Beendigungen**. Sechs der Neuaufnahmen kamen aus dem Betreuten Wohnen, dagegen erfolgten nur zwei Beendigungen in Betreutes Wohnen. Vier Menschen verstarben, zwei wurden in auswärtige Einrichtungen vermittelt.

### Anmeldungen für Wohnheimplätze

Im Dezember 2004 warten 20 Personen<sup>5</sup> auf einen Wohnheimplatz (davon vier auf die Aufnahme in ein gerontopsychiatrisches Wohnheim und zwei Personen bei denen Bremen nicht Kostenträger bzw. die Selbstzahler sind).

10 Menschen wurden über die regionalen Wartelisten in ein Wohnheim aufgenommen (davon drei in ein gerontopsychiatrisches Wohnheim). Die durchschnittliche Wartezeit der aufgenommenen Personen beträgt 13,5 Monate. Drei für ein Wohnheim angemeldete Personen wurden in das Betreute Wohnen vermittelt.

### 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. 2004 sind es bereits 27.062 Entgelttage – die Belegung steigt entsprechend auf 74 Plätze im Durchschnitt. Das entspricht einer Zunahme von 57 %! Diese Entwicklung in dieser Größenordnung ist neu. Es handelt sich sowohl um psychisch kranke als auch um suchtkranke Menschen. 52 durchschnittlich belegte Plätze zählen den psychisch erkrankten und 22 den suchtkranken Menschen zu.

<sup>5</sup> Vier mit dem Zusatz „vorsorglich“ wurden nicht gezählt, da hier kein unmittelbarer Bedarf vorliegt.



## Verteilung nach Art der Behinderung <sup>6</sup>

Art der Behinderung	Entgelttage	Durchschnittsbelegung	Anteil
Psychische Erkrankung	15.456	42,2	57,1
Borderline	1.769	4,8	6,5
Suchterkrankung	6.098	16,7	22,5
Doppeldiagnosen	3.739	10,2	13,8
<i>davon PK im Vordergrund</i>	<i>1.834</i>	<i>5,0</i>	<i>6,8</i>
<i>davon Sucht im Vordergrund</i>	<i>1.905</i>	<i>5,2</i>	<i>7,0</i>
Gesamt	27.062	73,9	100,0

(ohne davon PK oder Sucht)

Die häufig genannte Begründung, dass insbesondere Menschen mit Doppeldiagnosen schwerpunktmäßig nach auswärts vermittelt werden, lässt sich anhand der Zahlen nicht unbedingt bestätigen.

Der Anteil von Menschen mit Doppeldiagnose (und psychischer Erkrankung im Vordergrund) unterscheidet sich nur unwesentlich von den in Bremer Wohnheimen untergebrachten Menschen mit dieser Problematik. Im Betreuten Wohnen ist der Anteil sogar – für den Bereich psychisch kranker Menschen – deutlich höher.

Der Blick auf die Neuvermittlungen in den Jahren 2003 und 2004 lässt für das Jahr 2004 einen besonderen Anstieg erkennen: Im Jahr 2003 wurden zwei Menschen mit Doppeldiagnose in auswärtige Einrichtungen vermittelt, 2004 waren es neun.

### Hintergrund für Auswärtsvermittlungen

32 Neuaufnahmen auswärts und 14 Beendigungen sind im Jahr 2004 gezählt worden. Neuvermittlungen erfolgten relativ konstant um die acht pro Quartal im Jahr 2004. Von den Neuvermittlungen sind 12 den Suchterkrankungen zuzählen. Psychisch kranke Menschen in auswärtigen Einrichtungen sind mit 37,2 Jahren durchschnittlich deutlich jünger als die auswärts untergebrachten suchterkrankten Bremerinnen und Bremer (44,6 Jahre durchschnittlich).

Die auswärtigen Vermittlungen gehen oft an den regionalen Wartelisten-, Abstimmungskonferenzen vorbei, in der Regel werden diese Menschen gar nicht in den Regionen angemeldet. Argumentiert wird, dass im Vorfeld ersichtlich ist, dass kein geeignetes Angebot innerhalb Bremens vorläge. Auch wenn dies in einigen Fällen zutreffend ist, ist die Praxis der Direktvermittlung nach auswärts auch vor dem Hintergrund der Bedarfsermittlung durch Anmeldezeiten und Maßnahmebeschreibung zu bemängeln.

Um eine angemessene Abstimmung für diese Menschen zu erreichen, sollte in jedem Fall eine Fallkonferenz vor der Unterbringung in eine auswärtige Einrichtung erfolgen. Eine Abstimmung mit der Steuerungsstelle ist im Jahr 2004 höchstensfalls telefonmündlich vorgenommen worden. In einem Fall kam es sogar zu einer Kostenübernahme vor Aufnahme und Gesamtplan, obwohl die Zuständigkeit Bremens fraglich ist.

Die Beteiligung des Gesundheitsamtes bei der Entwicklung bzw. Vergabe der EDV-gestützten Sachbearbeitung im Amt für Soziale Dienste wird die Datenlage und den aktuellen Kenntnisstand der Steuerungsstelle voraussichtlich verbessern. In diesem Zusammenhang ist der direkte Zugriff auf die Fallakte wünschenswert.

<sup>6</sup> Erhoben wird die im Gesamtplan genannte 1. Zuordnung, z. B. psychische Erkrankung und Sucht.



Zusammenfassend muss bei dem zur Zeit praktizierten Verfahren direkter Vermittlung in auswärtige Einrichtungen kritisiert werden, dass

- die Klienten und Klientinnen bzw. deren Problemlage nicht in allen Fällen in den regionalen Abstimmungskonferenzen beraten werden. Eine Anmeldung auf regionale Wartelisten erfolgt nicht.
- die Beteiligung der Steuerungsstelle nicht immer gewährleistet ist. Im Jahr 2004 hatte die Steuerungsstelle den ersten Kontakt im Rahmen einer Auswärtsunterbringung häufig erst mit dem fertigen Gesamtplan. Fallkonferenzen fanden dementsprechend nicht statt.

### **6.3. Perspektiven im Heimbereich 2005**

Die Fluktuation in den bremischen Wohnheimen hat sich in den vergangenen Jahren nicht erhöht und liegt bei etwa 17 Aufnahmen im Jahr. Die Warteliste Wohnheime entspricht in etwa dieser Zahl – die Dauer der Wartezeit auf einen Platz ist mit durchschnittlich 13,5 Monaten aber zu lang. Das Betreute Wohnen nimmt nur in geringem Umfang aus den Wohnheimen Klienten auf. Hier wäre ein Ansatzpunkt um die Verweildauer in Wohnheimen zu verkürzen.

Sprunghaft gestiegen ist im Jahr 2004 die Anzahl der Vermittlungen in auswärtige Einrichtungen. Zu vermuten ist, dass nicht nur die Zunahme von Neuerkrankungen bzw. eine Zunahme von schwereren Verläufen hierfür ursächlich ist, sondern auch strukturelle Bedingungen Einfluss haben. Strukturelle Veränderungen gab es im Jahr 2004 vor allem durch die Einrichtung der regionalen Behandlungszentren. Ein weiterer Faktor ist sicherlich auch der Abbau von Plätzen für Nichtbehandlungsfälle im Klinikum Ost. Die geringe Fluktuation in Bremer Einrichtungen ist daneben grundsätzlich ein Problem.

Die Problematik der Auswärtsunterbringung im Verhältnis zu den Zielen der Psychiatriereform und bezüglich der Steuerungsprobleme in der Zusammenarbeit mit einer Vielzahl unterschiedlichster Einrichtungen wurde bereits im Jahresbericht 2003 ausführlich beschrieben. Der Handlungsbedarf hat sich seitdem erhöht. Ansatzpunkte sind:

- Überprüfung des Betreuten Wohnens bzw. konzeptionelle Veränderung mit dem Ziel einer höheren Aufnahme aus den Wohnheimen;
- Familienpflege als flexibles Mittel für die Betreuung jüngerer Erwachsener mit Nachreifungsproblematik – die Anbindung an Ausbildungsmöglichkeiten müsste gegeben sein.
- Einhaltung der Verfahrensmäßigkeit durch die Klinik/Behandlungszentren, d.h. Anmeldung der Klienten in den regionalen Abstimmungsgremien und Einbindung der Steuerungsstelle.
- Die milieuferne Unterbringung von Personen mit einer Doppeldiagnose – Problematik lässt sich womöglich nicht umgehen, sollte dann aber in Zusammenarbeit mit einigen wenigen Einrichtungen erfolgen.
- Jüngeren Erwachsenen mit Pflegebedarf kann in Bremen kein Angebot gemacht werden. Zu prüfen ist, ob die vorhandenen Wohnheime solche Plätze in ihren Rahmen einbauen können.
- Eine ruhige Einrichtung im ländlichem aber stadtnahem Raum ist für ein Teil der Klienten geeigneter als die in der Stadtgemeinde Bremen sehr zentral liegenden Wohnheime.



---

Der Druck durch die Kassen auf eine Verkürzung stationärer Behandlungen nimmt künftig eher zu und damit die Anzahl drohender Umwandlungen in Nichtbehandlungsfälle. Eine relativ einfache Lösung für die Klinik ist die Verschiebung in den Bereich der Leistungen des Sozialhilfeträgers. Hier führt die Politik der Kassen zu einem wachsendem Anteil von steuerfinanzierten Rehabilitationsleistungen. Dieser Entwicklung ist bundesweit zu beobachten. Der wachsende Anteil von Rehamaßnahmen (2003 entspricht dieser 40 % an allen Rehabilitationsleistungen der Bundesrepublik)<sup>7</sup>, die durch den Sozialhilfeträger finanziert werden, ist für die Bundesländer ein generelles Problem. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) geht in ihrer Prognose für die Entwicklung der Fallzahlen im Rahmen der Eingliederungshilfe (volljährige Empfänger) von einer Steigerung im stationären Bereich von 17 % aus. Für den ambulanten Wohnbereich geht die Schätzung sogar von einer Steigerung um 35 % aus.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Arbeitsgruppe „Finanzierungsfragen der Eingliederungshilfe“ des deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge: Entwicklung der Sozialhilfeausgaben für Hilfen für Menschen mit Behinderungen – Der Bundesgesetzgeber muss tätig werden!, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Heft 4/2003, 83.,Jg.,S.122.

<sup>8</sup> ebenda



## Anlage 1

In jeder Stadtregion gibt es ein psychiatrisches Behandlungszentrum mit Institutsambulanz, Sozialpsychiatrischer Beratungsstelle und Tagesklinik<sup>9</sup>. Die Angebotsstruktur der Leistungserbringer im Bereich Eingliederungshilfen sieht folgendermaßen aus:

### **Übersicht Leistungsprofil steuerfinanzierter Maßnahmen nach Regionen**

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

<sup>9</sup> In Bremen-Mitte ist noch keine Tagesklinik vorhanden. Die Tagesklinik Mitte befindet sich weiterhin auf dem Gelände des Klinikums Ost.



## Anlage 2

### **Anhang Tabelle: Stationäre Einrichtungen für psychisch kranke Menschen in Bremen und Belegung 2003**

Träger/Name der Einrichtung	Pfleges.	Plätze	Ges./ Kosten Tag	Ges./Kosten/ Jahr bei 100%	Akt. Belegung 2003 (Stichtag 31. Dez. 03)	Berechn. auf der Basis des Stichtags
AWO Senator-Willy-Blase-Haus (2003)	67,17	32	2.149,44	784.545,60	30	735.511,50 €
ASB Haus Hastedt (2003)	91,18	24	2.188,32	798.736,80	24	798.736,80 €
Innere Mission Wohnheim (auch Frida-Bücker-Haus) Parkstraße (2002)	86,86	12	1.042,32	380.446,80	12	380.446,80 €
Innere Mission Frida-Bücker-Haus (2002)	86,86	14	1.216,04	443.854,60	11	348.742,90 €
SFC Heimstätte am Grambker See (2002)	78,63	27	2.123,01	774.898,65	20	573.999,00 €
SFC Heimstätte am Grambker See intensiv (2002)	185,16	4	740,64	270.333,60	3	202.750,20 €
SFC Ohlenhof (2003)	123,95	18	2.231,10	814.351,50	20	904.835,00 €
AWO Meybohms Hof (2003)	86,2	31	2.672,20	975.353,00	28	880.964,00 €
DRK Haus Hohenkamp (2003)	111,13	49	5.445,37	1.987.560,05	43	1.744.185,35 €
<b>Gesamt</b>	<b>917,14</b>	<b>211</b>	<b>19.808,44</b>	<b>7.230.080,60</b>	<b>191</b>	<b>6.570.171,55 €</b>



## 7. Qualitätsentwicklung 2004 der Hilfeplanung und des Gesamtplanverfahrens für psychisch kranke Menschen

Die MitarbeiterInnen der Behandlungszentren und der psychiatrischen Kliniken (letztere bei Erstbelegung oder längeren Krankenhaus-Aufenthalten) erstellen bei Anträgen auf Eingliederungshilfe (wie: Betreutes Wohnen und Heimwohnen) die nach §§ 39/40 BSHG (ab 2005 nach § 58 SGBXII) notwendigen Gesamtpläne mit dem IBRP. Von den Kliniken kommen zudem die Hilfepläne für die Nichtbehandlungsfälle (früher Langzeitpflegefälle) sowie für Patienten der Abteilung für psychiatrische Familienpflege.

### 7.1. Gesamtplanverfahren

Im Jahr 2004 wurden für den Bereich der psychisch kranken Menschen insgesamt **709** Gesamtpläne erstellt, davon **218** aus den Bereichen Heimwohnen (inkl. 47 für auswärtige Heime), Nichtbehandlungsfälle und Familienpflege.

Im Bereich der legalen Sucht waren es weitere **210** Gutachten.

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

Im Einzelnen standen weiterhin 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 oder fehlerhafte 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 teilweise 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 oder Differenzen erfolgte entweder:

- eine Klärung durch telefonische Rücksprache und Abstimmung (Gutachter, Leistungserbringer);
- eine Rückmeldung an den Gutachter mit der Bitte um Nachbesserung oder Ergänzung des Gesamtplans und / oder des IBRP;
- eine Fallkonferenz, um das weitere Vorgehen abzusprechen oder zu entscheiden.



Die Verbesserung der Qualität seit Einführung der neuen Formulare des Gesamtplans (Anfang 2003) hat sich stabilisiert – sowohl formal wie inhaltlich.

Zu Beginn der Überprüfungen (2001) lag die **Quote der beanstandeten Gutachten/Hilfepläne** sehr hoch (fast 100%). Zum Jahresende 2004 lag der Anteil der beanstandeten Gutachten bei **33%**

Insgesamt ist anzunehmen, dass durch Fluktuation bei den Gutachtern und unzureichend abgestimmter Antragslage der Anteil der Beanstandungen / Interventionen dauerhaft bei etwa 25 – 30 % liegen wird.

Eine Angleichung der Begutachtungsstandards in den Regionen zeichnet sich langsam ab. Die von der Steuerungsstelle erstellten Begutachtungsleitlinien für die Gutachter und die Leistungserbringer dienen dabei erfolgreich als Hilfestellung. Ebenso wird häufiger die Möglichkeit genutzt, die Steuerungsstelle telefonisch um Erläuterung zu fragen.

Die **Laufzeit des Gesamtplanverfahrens\*** (vom Antragseingang bis zum Eintreffen des Gesamtplans), liegt jetzt bei durchschnittlich **63 Tagen** (Vorjahr 84)

Die gemittelte Dauer, aus 406 Verfahrensläufen, zwischen Anforderung und Eintreffen des Gesamtplans beträgt **61 Tage**.

Für die Erstellung des Gesamtplans benötigten die Regionen Mitte, Süd, Ost und Nord zwischen 43 und 46 Tage. Im BHZ West dauerte ein Gesamtplan durchschnittlich 96 Tage! In der Region West sind allerdings auch mit Abstand die meisten Gesamtpläne zu erstellen.

Der Eingang des Kostenbewilligungsbescheids erfordert in der Regel weitere zwei bis drei Wochen. Hierzu können keine genauen Angaben erfolgen, weil es durch die Umstrukturierungen in den Sozialzentren zeitweise zu erheblichen Verzögerungen kam. Auch wird der Steuerungsstelle nicht immer eine Kopie zugestellt.

Durch die Regelung, dass der Antrag auf Weiterführung des BW/Heimwohnens und der Verlaufsbericht zusammen gehören und daher die Steuerungsstelle mit den vollständigen Unterlagen die Folgebegutachtung in die Wege leiten konnte, entfielen zeitraubende Rückfragen. Bei Einhaltung dieses Weges verkürzten sich nachweislich die Gesamtlaufrzeiten.

## **Mitarbeiterzufriedenheit mit dem Begutachtungsverfahren**

Seitens der Mitarbeiter wird das Begutachtungsverfahren immer noch als zu aufwändig und kompliziert bemängelt<sup>10</sup>. Gefordert wird vor allem eine Integration des Gesamtplans und des IBRP auf Formblattebene sowie eine Vereinfachung des IBRP - Übersichtsboogens. Diese seit langem überfällige Vereinfachung konnte nicht erfolgen, weil die Gesamtweisung zum Gesamtplan einen einheitlichen Formblattsatz für alle Behindertengruppen vorschreibt und die Anpassung des IBRP zusammen mit dem neuen Verfahren zur Bildung von Hilfeempfängergruppen erfolgen sollte. Dies hat sich weiter verzögert.

Auf die Entwicklung und Änderung dieser Formulare sollte die Steuerungsstelle zukünftig mehr Einfluss nehmen können, damit praktikable und auf die zielgruppenspezifischen Steuerungszwecke zugeschnittene Lösungen erreicht werden können.

## **7.2. Fallkonferenzen**

Sie 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 Klient außerhalb Bremens untergebracht werden soll, sowie bei der Umstellung auf Nichtbe-

<sup>10</sup> bei Neuaufnahme 19 Seiten, IBRP und Gesamtplan benötigen mehrere identische Eingaben



handlungsfall in psychiatrischer Krankenhausversorgung (Pflegefall) ist dieses Gremium oftmals nötig.

Im Jahr 2004 haben insgesamt **31 Fallkonferenzen** stattgefunden - mit durchschnittlich sechs Teilnehmern.<sup>11</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.

### 7.3. Weitere Aufgaben

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

Ein Steuerungsverfahren für die **Nichtbehandlungsfälle** (NBF) wurde Anfang 2004 mit dem Klinikum-Bremen-Ost und dem Klinikum-Nord vereinbart.

Ein routinierterer Ablauf hat sich im Laufe der Zeit teilweise etabliert. Das gilt auch für die Zusammenarbeit mit der Heimhilfe.

Laut Vereinbarung muß die Steuerungsstelle jeder Umwandlung zeitnah zustimmen. Von Seiten des Klinikums wird dies manchmal nicht berücksichtigt und die Heimhilfe direkt angeschrieben. Das geschieht oftmals dann, wenn die Krankenkasse rückwirkend die Kostenübernahme verweigert.

33 Nichtbehandlungsfälle gab es im Jahr 2004, in ca. 80% der Fälle erreichte die Meldung vorab die Steuerungsstelle. Drei Patienten leben seit mehr als 12 Monaten in der Klinik (2 Nord, 1 Ost). Für acht Klienten wurde eine Fallkonferenz durchgeführt, bei allen anderen reichte eine telefonische Abklärung. Die Verweildauern in der Klinik sind bei ca. der Hälfte dieser Klientel deutlich über drei Monate (nach Umstellung auf NBF). D. h., dass es zu wenig geeignete Plätze für diesen Personenkreis gibt.

Das Gesamtplanverfahren\* (siehe Anhang) gilt auch für die **Familienpflege** des Klinikums-Bremen-Ost. 2004 wurden lediglich acht Gutachten für Bremer Bürger erstellt.

Bei der Hilfeplanung sollte die Familienpflege mehr Beachtung finden, zumal zur Zeit vermehrt Familien bereit sind, diese Aufgabe zu übernehmen.

Besonders aufwändig gestaltete sich die Regelung für **Zusatzbetreuungen** in Wohnheimen, die für den Bereich der psychiatrischen Wohnheime praktikabler gefasst werden sollte.

Es handelt sich dabei in den psychiatrischen Wohnheimen um wenige Einzelfälle, die einen besonderen Aufwand erfordern und teilweise auch fehlplatziert sind. Es gibt für diese Personen weder in Bremen noch außerhalb adäquate Plätze (siehe auch Sonderauswertung im Anhang). Ohne diesen Mehraufwand der zusätzlichen Betreuung würden diese Heimplätze aufgekündigt mit der Folge, dass dadurch die Zahl der oben genannten Nichtbehandlungsfälle mit sehr hoher Verweildauer ansteige.

Die Steuerungsstelle hat für diese Personen mit Zusatzbetreuung (3) jeweils halbjährlich Heimbesuche durchgeführt und Berichte über die Versorgung und Notwendigkeit der Zusatzbetreuung angefertigt. Ebenso haben die zuständigen Gutachter speziell begründete

<sup>11</sup> Klient, Rechtlicher Betreuer, Wohnbetreuer, Klinik-Mitarbeitern, Arzt, Sozialarbeiter, Gutachter des BHZ, Steuerungsstelle



Gesamtpläne anfertigen müssen. Hinzu kommen noch halbjährliche Entwicklungsberichte durch das betreuende Personal in den Heimen.

Eine Vereinfachung des Bewilligungsverfahrens für Zusatzbetreuungen konnte nur in Ansätzen erreicht werden.

\*Anhang

### **Gesamtplanverfahren:**

Erläuterung **des Antragsverfahrens** und zu Veränderungsmitteilungen (PK ambulant, stationär und für die Bereiche Sucht, Familienpflege und Gerontopsychiatrie)

In der Regel gilt folgender Weg:

- Durch ein Behandlungszentrum und/oder über einen Trägerverein gelangt der Betroffene auf die regionale Anmelde-Liste
- Der /die Klientin unterschreibt einen „Persönlichen Antrag“. Dieser ist **die Grundlage** für den weiteren Ablauf.
- Der zuständige oder gewünschte Leistungserbringer bestätigt mittels einer „Trägerbestätigung“ die Aufnahmebereitschaft (mit Beginn-Datum, Wohnform, Adresse, gewünschtem Betreuungsumfang)
- Diese Unterlagen werden an die Steuerungsstelle geschickt.
- Von hier werden dann die Wirtschaftlichen Hilfen oder die Heimhilfe über die Beantragung informiert und es wird der Gesamtplan angefordert.
- Für **alle** Maßnahmen der Eingliederungshilfe wird neben dem persönlichen Antrag und der Leistungserbringerbestätigung
  - o ein Gesamtplan und ein IBRP (Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan) benötigt.
- Nach der fachlichen Prüfung der Unterlagen wird durch die Steuerungsstelle die Kostenübernahme beim AfSD beantragt.
- Beim AFSD erfolgt die materielle Anspruchsprüfung. Von dort ergeht dann der endgültige Bescheid an den Antragssteller.

Für gerontopsychiatrische Heime muss zusätzlich der Bogen mit den Angaben zu den Verhaltensstörungen (früher: Gutachterlicher Fragebogen zum Antrag auf Pflege und Förderung in einem gerontopsychiatrischen Heim mit besonderem Pflegeschlüssel) erstellt werden (ist als PC-Vorlage vorhanden und kann die Seite A2 des IBRP ersetzen.)

In Einzelfällen müssen noch weitere Formulare beigebracht werden, bei auswärtigen Einrichtungen kann ggf. der IBRP durch einen ausführlichen Verlaufsbericht und frei formulierte Stellungnahmen zu den Inhalten und Zielen der Maßnahme ersetzt werden.



## **8. Sonderauswertung zu besonders problematischen Bewohnern in psychiatrischen Wohnheimen in Bremen**

Zusammenfassung einer Erhebung der Steuerungsstelle

Zweck der Erhebung war es zu untersuchen, wieviel sogenannte Problemfälle mit besonderem Betreuungsbedarf in den Bremer Heimen (zusätzlich zu den Personen mit Zusatzbetreuung) und in Heimen außerhalb Bremens untergebracht sind. Es geht hier insbesondere um Heimbewohner mit einer Doppeldiagnose (legale und illegale Drogen) und mit besonders auffälligen Verhaltensstörungen, bei denen zum Teil davon auszugehen ist, dass sie nicht angemessen untergebracht sind.

Erhebungszeitraum war Dezember 2004. Die Einschätzungen erfolgten durch die Einrichtungen selbst.

Anhand der Daten sind es 41 Fälle (17%) der insgesamt 242<sup>12</sup> mit Bremern belegten Heimplätzen für psychisch Kranke, deren Betreuung mit einem besonderen Aufwand verbunden ist.

Die Gruppe der 41 stationär betreuten psychisch kranken Menschen mit besonderem Betreuungsbedarf setzt sich wie folgt zusammen:

- 6 Nichtbehandlungsfälle/Behandlungsfälle mit langer Verweildauer im Krankenhaus
- 18 außerhalb Bremens untergebrachte psychisch kranke Menschen
- 17 in Bremer Einrichtungen wohnende Klienten, die nur mit Mehraufwand zu betreuen sind - davon 7 mit entgeltfinanzierter Zusatzbetreuung bzw. Intensiv-Platz und 3 im IBW der BWG

Folgende Problembereiche lassen sich den 41 Bewohnern mit besonderem Betreuungsbedarf zuordnen (teilweise Doppelnennungen)

- 32 Personen mit besonderen Verhaltensstörungen: z.B. dissozial, aggressiv, laut belästigend, stark verschmutzend, sexuell übergriffig, ständig hochpsychotisch
- 3 Personen mit einer Doppeldiagnose Psychose und Sucht (legale Suchtmittel)
- 5 Personen mit einer Doppeldiagnose Psychose und Sucht (illegale Suchtmittel)
- 6 Personen mit einer Doppeldiagnose Psychose und Geistige Behinderung

6 der 41 Bewohner mit besonderen Problemen sind junge Erwachsene unter 28 Jahre

Bei 11 der 41 Bewohner kann davon ausgegangen werden, dass sie fehlplatziert sind.

---

<sup>12</sup> 191 in Heimen in Bremen, 51 außerhalb Bremens zum Zeitpunkt der Erhebung:



## 9. Eingliederungshilfe für suchtkranke Menschen

### 9.1. Betreutes Wohnen für suchtkranke Menschen

Im Jahr 2004 finanzierte die Stadtgemeinde Bremen Hilfen zum Wohnen für 272 von legalen Suchtmitteln abhängigen Menschen. Knapp ein Drittel von ihnen lebte im Betreuten Wohnen, die übrigen in Übergangwohnheimen oder sonstigen Heimen.

#### Platzangebot

Im Jahresdurchschnitt lebten 70 Menschen im Betreuten Wohnen, am Stichtag 31. Dezember waren es 68. Bremen gab für das Betreute Wohnen suchtkranker Menschen 776.049 € aus. Der Tagesentgeltsatz liegt im Schnitt bei 30,73 €. Inclusive der Fluktuation befanden sich 85 Menschen im Jahr 2004 im Betreuten Wohnen für Suchtkranke.

**Tab. 1: Betreutes Wohnen für suchtkranke Menschen - Platzangebot und Entgelte**

Leistungserbringer	Plätze <sup>13</sup>	1:4	1:8
AWO Integra gGmbH	28	39,95	24,78
Initiative zur sozialen Rehabilitation	35	54,03	27,02
Christliches Reha-Haus Bremen e. V.	2	31,03	17,41
Sozialwerk der Freien Christengemeinde	4	45,57	22,78
Sonderregelung nach Stunden berechnet	1		

Angegeben sind die Kosten pro Person und Tag in Euro für den entsprechenden Betreuungsschlüssel. Für eine Sonderregelung wurden 5 Stunden pro Woche zu einem Stundensatz von 15,34 € vergütet.

#### Betreuungsaufwand

Der Betreuungsaufwand wird durch den Betreuungsschlüssel definiert. Ein Betreuungsschlüssel von 1:8 bedeutet, dass ein Betreuer oder eine Betreuerin acht Menschen betreut, also 4,8 Stunden pro Person und Woche aufwendet.<sup>14</sup>

Der durchschnittliche Betreuungsschlüssel entspricht etwa dem Verhältnis 1:7.

Die Verteilung der Betreuungsschlüssel und die Vergleichszahlen zu den Vorjahren 2003 und 2002, wie in folgender Tabelle dargestellt, zeigen einen Trend zu weniger intensiven Betreuungsformen.

**Tab. 2: Verteilung der Betreuungsschlüssel seit 2002<sup>15</sup>**

Betreuungsschlüssel	2002	2003	2004
1:2,5	1	-	-
1:4	23	20	17
1:8	45	46	52

Im Jahr 2004 wurde das Betreute Wohnen in 17 Fällen beendet, neue Betreuungen wurden 15 mal begonnen.

<sup>13</sup>Im Jahresdurchschnitt, Zahlen gerundet

<sup>14</sup>Bei einem Schlüssel von 1:4 gilt das entsprechend für vier Betreute. Hier sind es 9,6 Stunden.

<sup>15</sup>Im Jahresdurchschnitt



## Bewohnerstruktur

Für die Betrachtung von Alter und Geschlecht ist die Gesamtzahl aller im Betreuten Wohnen für suchtkranke Menschen herangezogen worden.

**Tab. 3: Alter und Geschlecht - Betreutes Wohnen für suchtkranke Menschen**

Alter	männlich	weiblich	gesamt
60 - 69	8	2	10
50 - 59	24	6	30
40 - 49	28	6	34
30 - 39	7	3	10
jünger als 30	1		1
	<b>68</b>	<b>17</b>	<b>85</b>

64 Bewohner (75 %) waren zwischen 40 und 60 Jahre alt. 17 suchtmittelabhängige Frauen leben im betreuten Wohnen, das sind 20 %, aller Bewohner.

## 9. 2. Heimwohnen für suchtkranke Menschen

Die Wohnheime in Bremen unterscheiden sich in ihrem Angebot: Die Übergangswohnheime sind eine Alternative oder Ergänzung zu einer stationären Rehabilitationsmaßnahme. Die anderen Heimangebote richten sich an ein durch die Folgen einer langjährigen Alkoholabhängigkeit gesundheitlich und sozial schwer geschädigtes Klientel.

### 9.2.1. Übergangswohnheime

#### Platzangebot

**Tab. 4: Heimplätze - Übergangswohnheime**

Einrichtung	Träger	Pflegesatz/Tag	Plätze
Haus Neuland	AWO Integra gGmbH	49,41 €	30
Haus Blumenthal	AWO Integra gGmbH	53,27 €	24

**Tab. 5: Belegungszahlen - Übergangswohnheime**

Einrichtung	durchschnittliche Belegung	gesamte Personenzahl
Haus Neuland	27	48
Haus Blumenthal	21	33

Die Spalte „durchschnittliche Belegung“ bezieht sich auf die durchschnittliche Auslastung mit sozialhilfefinanzierten Plätzen für Bremer Bürgerinnen und Bürger.

Die Stadtgemeinde finanzierte diese Plätze mit 1.020,623 €.

In der Spalte „gesamte Personenzahl“ finden sich alle Bewohnerinnen und Bewohner unabhängig von ihrer Verweildauer wieder, d. h. auch unterjährig betreute Personen werden mitgezählt.

Die Aufenthaltsdauer in den Übergangswohnheimen soll zwischen sechs Monaten und zwei Jahren betragen. Ein etwas längerer Aufenthalt ist in Ausnahmefällen möglich. Das bringt einen, verglichen mit anderen Wohnangeboten der Eingliederungshilfe, relativ hohen Wechselrhythmus mit sich. In einigen Fällen scheitern die Bewohnerinnen und Bewohner an der Verpflichtung einer abstinenten Lebensweise. Das führt zu einer Fluktuation von 34 beendete Maßnahmen und 31 Neuaufnahmen.



## Bewohnerstruktur

Auffallend ist, dass relativ wenige Frauen dieses Angebot wahrnehmen. Die Bewohnerinnen und Bewohner der Übergangwohnheime sind im Schnitt jünger als die Menschen, die im Betreuten Wohnen oder anderen Heimen leben.

**Tab. 6: Alter und Geschlecht - Übergangwohnheime**

	Männlich	Weiblich	gesamt
60 – 69	6	2	8
50 – 59	14	3	17
40 – 49	34	5	39
30 – 39	19	1	20
Jünger	1		1
<b>Gesamt</b>	<b>74</b>	<b>11</b>	<b>85</b>

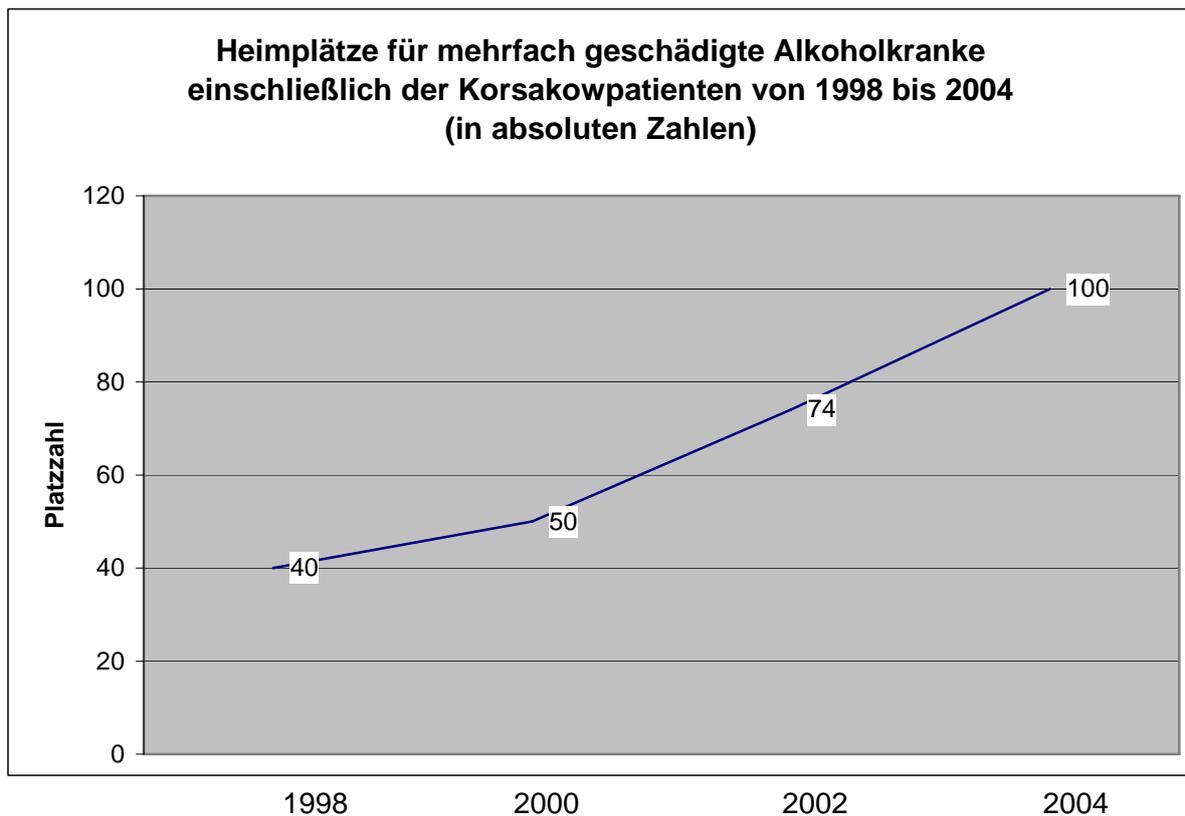
In dieser Tabelle sind alle Bewohnerinnen und Bewohner der Übergangwohnheime erfasst. Da sich das Angebot des Haus Lehe an die selbe Zielgruppe richtet wie das der Bremer Heime, wird es hier mitgenannt (4), um die tatsächliche Zahl der Unterbringung Bremer Bürgerinnen und Bürger in Übergangwohnheimen zu dokumentieren.



## 9.2.2. Heime für mehrfach geschädigte chronisch alkoholabhängige Menschen Platzangebot

Für abhängigkeitskranke Menschen mit mehrfachen chronischen Beeinträchtigungen (CMA), wurden im Jahr 2004 insgesamt 100 Plätze in fünf Heimen der Eingliederungshilfe angeboten. Das bedeutet eine Platzsteigerung von 26 Plätzen allein für das Jahr 2004. Vor fünf Jahren wurden 40 Plätze in zwei Heimen angeboten. Im Jahr 2004 wurden für die im Jahresdurchschnitt 76 steuerfinanzierten Plätze 2.492.940 € aufgewendet bei einem Tagessatz von durchschnittlich 86,62 Euro.

**Abb. 1**



Bis auf das Christliche Reha-Haus bieten diese Heime ein spezielles Förderprogramm für Menschen mit einer Korsakowerkrankung an. Im Mittelpunkt steht ein neuropsychologisches Gedächtnistraining für Suchtkranke mit einem Korsakowsyndrom. Diese und andere spezielle Fördermaßnahmen sollen zu einer Verbesserung der Denk- und Merkfähigkeit führen und grundlegende Leistungstechniken vermitteln. Wieweit und in welchem Umfang besondere Fördermaßnahmen zum Tragen kommen und inwieweit sie medizinisch indiziert sind und tatsächlich die Prognose verbessern, wird zur Zeit von der Steuerungsstelle im Rahmen einer Erhebung untersucht. Das Ergebnis wird im April 2005 erwartet.



**Tab. 7: Heimplätze**

Name	Träger	Pflegesatz/Tag	Plätze
Bodo-Heyne Haus	Friedehorst gGmbH	85,56 €	20
Haus Noah	Sozialwerk der Freien Christengemeinde	92,28 €	24
Heimstätte Ohlenhof	Sozialwerk der Freien Christengemeinde	92,92 €	26
Intensiv Betreutes Wohnen im Kurzentrum Bruchhausen-Vilsen	Arbeiterwohlfahrt Kreisverband e. V	89,64 €	20
Christliches Reha-Haus	Christliches Reha-Haus Bremen e. V.	74,98 €	10

2004 waren bis auf die hinzugekommenen Plätze in der Heimstätte Ohlenhof und im neu eröffneten Bodo-Heyne-Haus alle Heime ausgelastet. Im Jahresdurchschnitt wurden 76 Plätze, das sind 85 % der tatsächlich belegten Plätze (90) aus bremischen Steuermitteln finanziert. Einige der Bewohner kommen für die Unterbringungskosten selbst auf (Selbstzahler). In anderen Fällen waren auswärtige Kostenträger zuständig. Ein Heimplatz kann pro Jahr je nach Träger 30.000 € oder mehr kosten (vergl. Tab. 7). Es ist also abzu-sehen, dass bei einigen Selbstzahlern das vorhandene Vermögen bald aufgebraucht sein dürfte und dann die Stadt Bremen die Finanzierung übernehmen muss.

### **Bewohnerstruktur**

Tabelle 8 zeigt alle Bewohner, die am 30. September 2004 in den Einrichtungen lebten.

**Tab. 8.: Belegung**

	Bewohnerzahl		
	männlich	weiblich	Gesamtzahl
Bodo-Heyne Haus	12	1	13
Haus Noah	14	7	21
Heimstätte Ohlenhof	19	3	22
Intensiv Betreutes Wohnen im Kurzentrum Bruchhausen-Vilsen	14	6	20
Christliches Reha-Haus	7	3	10
<b>Gesamt</b>	<b>66</b>	<b>20</b>	<b>86</b>

Im Jahr 2004 beendeten 16 Bewohnerinnen und Bewohner ihren Aufenthalt in den Einrichtungen, neu aufgenommen wurden 35. In den fünf Heimen wohnten 20 Frauen und 66 Männer.

Die Altersverteilung in allen Heimen wird in Tabelle 9 dargestellt. 51 % der Bewohner sind über 60 Jahre alt.

**Tab. 9: Alterstruktur**

Lebensalter	Personenzahl
40 bis 49	17
50 bis 59	25
60 bis 69	37
70 und älter	7
<b>Gesamt</b>	<b>86</b>



### 9. 3. Suchtkranke Bremer in auswärtigen Einrichtungen

27 suchtkranke Bremerinnen und Bremer (legaler Suchtbereich) lebten im Jahr 2004 in auswärtigen Einrichtungen, im Jahresdurchschnitt waren es 22.

Die Stadtgemeinde Bremen wendete 720.180 € für auswärtige Unterbringungen auf. Der durchschnittliche Tagesentgeltsatz liegt bei 89,44 €<sup>16</sup>

Um die Gründe für die auswärtigen Unterbringungen zu ermitteln, wertete die Steuerungsstelle die erstellten Gesamtpläne<sup>17</sup> (gem. § 46 BSHG) aus. In einigen Fällen wurden mehrere Gründe für die Vermittlung außerhalb Bremens genannt.

In acht Fällen sind der auswärtigen Unterbring gescheiterte Betreuungsversuche in Bremer Einrichtungen vorausgegangen.

In zehn Fällen wurde als Grund für eine auswärtige Unterbringung angeführt, dass eine geeignete Einrichtung in Bremen nicht vorhanden ist.

Bei elf Unterbringungen wurde angegeben, dass die persönlichen Besonderheiten des Klienten gegen eine Unterbringung in Bremen sprechen oder dass es für diese Klienten notwendig ist, eine gewisse räumliche Distanz zum alten Umfeld zu bekommen.

Weitere Begründungen differieren stark: Die Spanne reicht von Unterbringungen in einer Mutter-Kind-Einrichtung<sup>18</sup>, in einer Einrichtung für süchtige Sexualstraftäter oder in speziellen Einrichtungen für Süchtige mit einer erheblichen Minderbegabung. Von der Steuerungsstelle kritisch gesehen wird eine Unterbringung im Anschluss an die Behandlung in einer Klinik außerhalb Bremens<sup>19</sup>. Die Unterbringung erfolgt dann in der Regel ohne Einbeziehung der zuständigen bremischen Fachstellen (Behandlungszentren) in die Hilfeplanung.

Die Steuerungsstelle intervenierte in den Fällen, in denen die Unterbringung von einer auswärtigen (Fach-)Klinik betrieben wurde, sofern sie von dem Vorgang rechtzeitig erfuhr. Sie bestand darauf, dass die Erstellung des Gesamtplanes entsprechend § 46 BSHG durch das zuständige Bremer Behandlungszentrum erfolgte. Das änderte in der Regel allerdings nichts an der Unterbringung, da bereits vollendete Tatsachen geschaffen waren. Im Falle der Nichtunterbringung hätte eine Gefährdung der Klienten in Kauf genommen werden müssen.

Eine Sonderrolle nimmt bei den auswärtigen Einrichtungen das Haus Lehe in Bremerhaven ein. Vom Angebot her ist es mit den Bremer Übergangwohnheimen vergleichbar, berechnet aber mit 85,61 € einen deutlich höheren Tagessatz. Das Haus bietet 26 Plätze, von denen im Jahresdurchschnitt vier mit Bremer Bürgern belegt waren. Hierfür wurden 123.364 € aufgewendet.

<sup>16</sup> Einschließlich Haus Lehe, ausschließlich Intensiv Betreute Wohnen der AWO Integra gGmbH im Kurzentrum Bruchhausen-Vilsen

<sup>17</sup> In einigen Fällen wurden mehrer Gründe für die auswärtige Unterbringung genannt.

<sup>18</sup> Eine solche Einrichtung existiert in Bremen nicht.

<sup>19</sup> Das ist in sechs Fällen erfolgt.



Das Intensiv Betreute Wohnen der AWO Integra gGmbH im Kurzentrum Bruchhausen-Vilsen betreut 16 Bürgerinnen und Bürger, für die von der Gemeinde Bremen die Betreuungskosten getragen werden. Diese Einrichtung wird in den Aufstellungen der Bremer Heime mit aufgeführt, da die Belegung aufgrund einer (Übergangs-)Vereinbarung mit der Freien Hansestadt Bremen erfolgt. Die ursprünglich als Provisorium gedachte Unterbringung in Bruchhausen-Vilsen dauert inzwischen über fünf Jahre an und der Bezug eines Hauses in Bremen ist nicht in Sicht. Es bestehen in der Regel keine speziellen Gründe für eine auswärtige Unterbringung bei den Bewohnerinnen und Bewohnern dieses Heimes. Die relativ große Entfernung erschwert eine Eingliederung in Bremen zum Ende der Maßnahme.

#### **9.4. Zugangssystematik**

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kliniken und Behandlungszentren äußerten wiederholt den Wunsch nach mehr Transparenz und Übersichtlichkeit vorhandener Platzangebote. Eine von der Steuerungsstelle initiierte Arbeitsgruppe entwickelte zu den bereits vorhandenen Bestandteilen der Zugangssystematik<sup>20</sup> das im Jahr 2004 eingeführte Anmeldeverfahren.

Das Ziel des Anmeldeverfahrens ist es, eine überregionale Transparenz bei der Belegung freier Plätze zu schaffen. Das fördert die Zugangsgerechtigkeit vor allem zu den Plätzen des Betreuten Wohnens. Doppelbewerbungen werden deutlich. Ein Prioritätenprinzip bewirkt, dass nach Dringlichkeit und Bedürftigkeit entschieden wird. Das Verfahren dient außerdem der Ermittlung der aktuellen tatsächlichen Bedarfslage.

Zielgruppe sind alle suchtkranken Menschen, die eine Aufnahme in das Betreute Wohnform oder ein Heim als Eingliederungshilfemaßnahme entsprechend § 53 des SGB XII anstreben.

Die Anmeldeliste wird von der Steuerungsstelle geführt und auf dem aktuellen Stand gehalten. Sie ist Bestandteil der Datenbank. Die Aufnahme in die Anmeldeliste ist Voraussetzung für die Aufnahme in eine Maßnahme der Eingliederungshilfe für suchtkranke Menschen.

Die Zugangskonferenz dient der wechselseitigen Informationen und Abstimmung über Platz- und Belegungsfragen. Besondere Probleme in Einzelfällen werden hier besprochen. Soweit es möglich ist, soll durch die Zugangskonferenz eine Reduzierung der Anzahl der Fallkonferenzen erreicht werden. TeilnehmerInnen sind VertreterInnen der Klinik, der Leistungserbringer, der Steuerungsstelle und die mit dem Fall befassten MitarbeiterInnen.

---

<sup>20</sup> Das sind Aufnahmeantrag, Trägerbestätigung und Gesamtplan



## 9.5. Entwicklungen und Perspektiven

Betreuungsschlüssel durch stärkere Ausdifferenzierung mehr an den Bedarf anpassen:  
Wie schon im Vorjahr von der Steuerungsstelle beobachtet, ist auch 2004 eine Abnahme des Betreuungsverhältnis von 1:4 und eine Zunahme des Betreuungsschlüssel von 1:8 im Betreuten Wohnen zu erkennen. Es werden mehr Menschen mit weniger Aufwand betreut. Eine Reduktion des Betreuungsschlüssels ist oft erst nach einer gewissen Verweildauer im Betreuten Wohnen möglich, in der Eingewöhnungsphase ist in der Regel eine intensivere Betreuung notwendig. Zum Ende des Betreuten Wohnens dagegen benötigen viele Betreute lediglich noch eine Unterstützung beim Ablöseprozess. Letzteres erfordert oft einen wesentlich geringeren Aufwand als 4,8 Stunden in der Woche, wie es beim niedrigsten Betreuungsschlüssel von 1:8 der Fall ist. Eine sinnvolle Ergänzung zum bestehenden Angebot wäre daher ein Betreuungsschlüssel von 1:12.

Durchlässigkeit von unterschiedlichen Heimformen und Betreutem Wohnen fördern:  
Übergangswohnheim, Betreutes Wohnen und Heime für abhängigkeitskranke Menschen mit mehrfachen chronischen Beeinträchtigungen existieren nebeneinander. Es kommt zwar immer wieder einmal zu einem Wechsel von einem Angebotstyp zum anderen, ein solcher Wechsel findet jedoch in der Regel nur zwischen Angeboten eines Trägers statt und nur selten trägerübergreifend. Eine Chance zur besseren Koordinierung vorhandener Angebote bietet die Zugangskonferenz. Hier sitzen alle an der Hilfeplanung beteiligten Fachkräfte beieinander.



## 10. Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke Menschen

### 10.1. WfbM - Werkstatt für behinderte Menschen

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

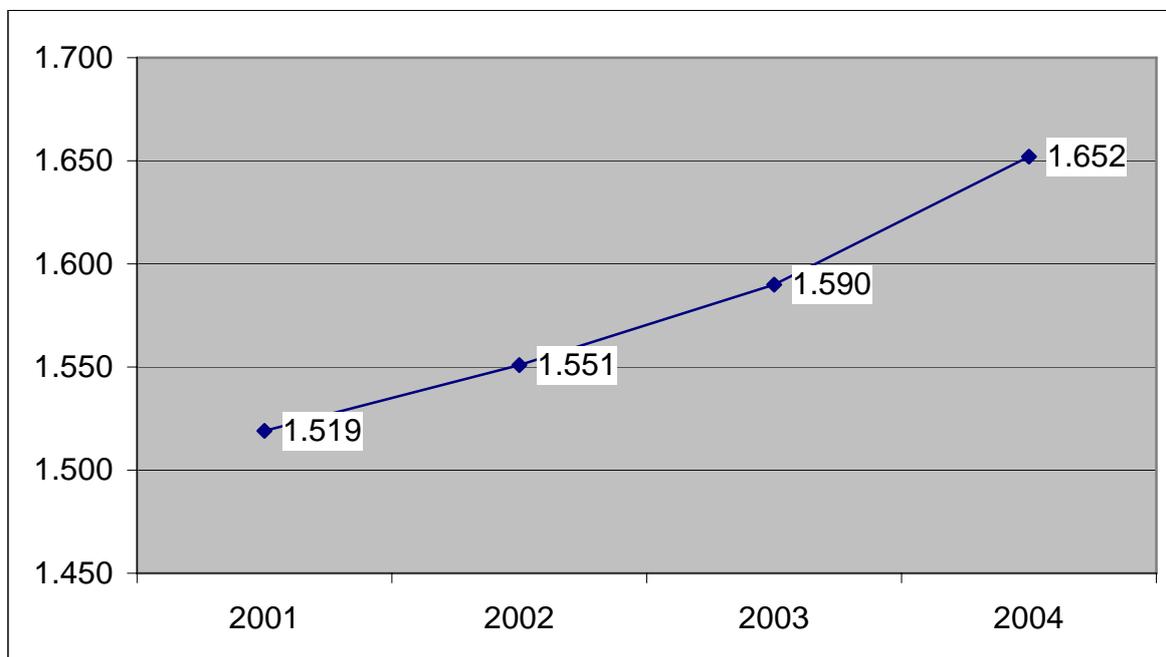
#### 10.1.1. WfbM-Belegung im Jahr 2004

##### Die Gesamtbelegung in der WfbM

Seit 2003 nimmt die WfbM auch psychisch Behinderte auf, wenn diese nur 15 Std. wöchentlich arbeiten können<sup>21</sup>. Die folgenden Zahlen zur WfbM-Belegung werden erstmals in dieser detaillierten Form getrennt nach den Zielgruppen psychisch kranke / geistig behinderte Menschen berichtet<sup>22</sup>. Die Tabellen berücksichtigen die Gesamtbelegung der WfbM wie auch die Belegung psychisch kranker Menschen im Berufsbildungs- und im Arbeitsbereich. Steigerungen und Verhältnisse können so transparenter dargestellt werden.

Im Jahr 2004 beschäftigte die WfbM sowohl im Berufsbildungs- als auch im Arbeitsbereich 1.652 Menschen (Jahresmittelwert). Am Stichtag 31. Dezember 2004 waren 1.663 Menschen in der WfbM beschäftigt. Die durchschnittliche Anzahl aller Beschäftigten (geistig behinderte sowie psychisch kranke Menschen) hat sich gegenüber den Vorjahren weiter erhöht. Die Steigerung seit dem letzten Jahr beträgt 4 %.

**Tab 1 Gesamtbelegung der Werkstatt von 2001 bis 2004 – Mittelwert**



<sup>21</sup> entsprechend den Werkstattempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BA-GüS).

<sup>22</sup> Die Steuerungsstelle erhält die Belegungszahlen nicht direkt von der Werkstatt Bremen. Die Werkstatt Bremen berichtet an den Senator für Soziales, Referat 50.



## Der Berufsbildungsbereich

Die Werkstatt für behinderte Menschen gliedert sich in die Bereiche „Berufsbildungsbereich“ und „Arbeitsbereich“. Vor Aufnahme in den Berufsbildungsbereich findet ein i.d.R. 3-monatiges Eingangsverfahren statt. Die Belegung im Berufsbildungsbereich erlaubt einen Blick auf die zukünftige Auslastung, da viele der dort beschäftigten Menschen später in den Arbeitsbereich aufgenommen werden, d. h. zukünftig dem Landshaushalt zugerechnet werden müssen.

Im Berufsbildungsbereich der WfbM wurden im Jahresdurchschnitt 168 Menschen beschäftigt. Erstmals wurden zum Jahresende 2004 die psychisch kranken Menschen getrennt ausgewiesen. Am Stichtag 31. Dezember 2004 sind von den 175 dort Beschäftigten 78 psychisch erkrankte Menschen (44,6 %).

**Tab. 2 Belegung Berufsbildungsbereich.**

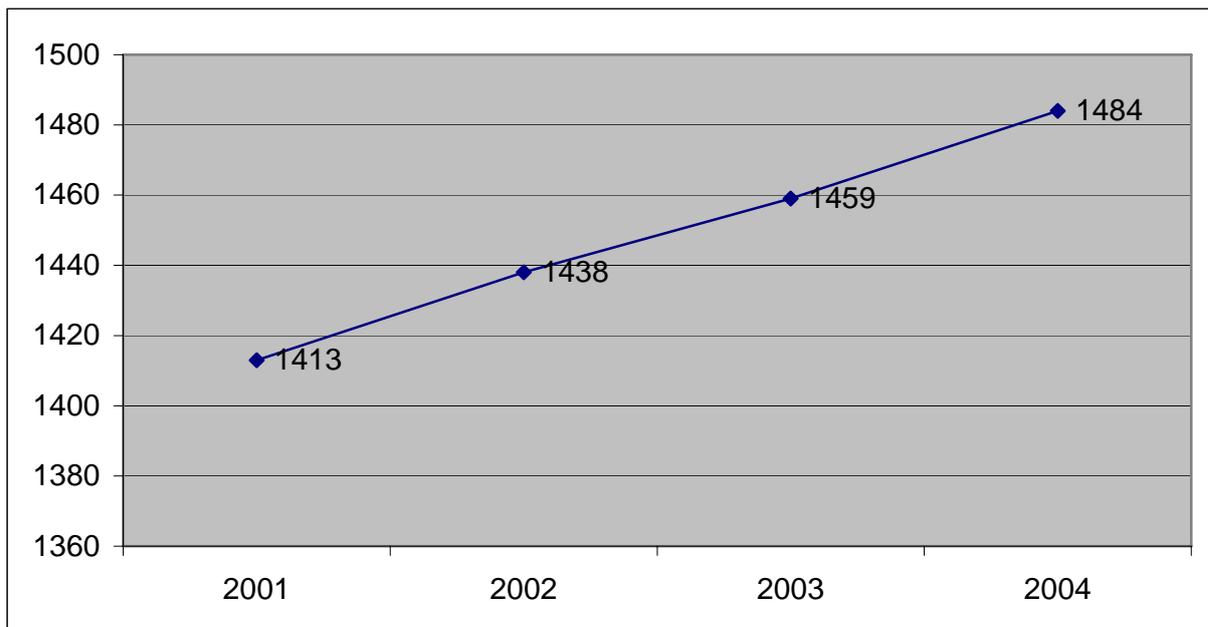
Belegung Berufsbildungsbereich	per 31.03.04	per 30.06.04	per 30.09.04	per 31.12.04	Belegung Mittelwert
gesamt	174	158	166	175	168
davon KB / GB				97	
davon psych. behindert				78	
in Prozent				44,6 %	

Abzüglich der hier anzurechnenden Abbrecherquote von derzeit ca. 30 % werden im Jahr 2005 und 2006 (zweijährige Laufzeit des Berufsbildungsbereiches) voraussichtlich jeweils 27 psychisch kranke Menschen in den Arbeitsbereich der WfbM wechseln.

## Der Arbeitsbereich der Werkstatt Bremen

Im Arbeitsbereich der Werkstatt Bremen waren im Jahr 2004 (in bremischer und auswärtiger Kostenträgerschaft) durchschnittlich 1.484 Menschen beschäftigt, am Stichtag Ende des Jahres waren es 1.488 Beschäftigte im Arbeitsbereich. Die Steigerung seit dem letzten Jahr beträgt 1,7 %.

**Tab 3 Belegung Arbeitsbereich der Werkstatt von 2001 bis 2004 – Mittelwert**



Der Anteil der psychisch kranken Menschen im Arbeitsbereich liegt im Jahr 2004 konstant bei 23,3 % (absolut = 345 Beschäftigte). Bezogen auf den Mittelwert der Gesamtbelegung 2004 sind 20,88 % der Gesamtbeschäftigten psychisch kranke Menschen.



## Psychisch Kranke Menschen in bremischer Kostenträgerschaft

Zählt man nur die psychisch kranken Menschen im Arbeitsbereich der WfbM in bremischer Kostenträgerschaft, kommt man auf eine Mittelwertbelegung von 287 Beschäftigten im Jahr 2004. Das sind 22,7 % der im Arbeitsbereich Beschäftigten in bremischer Kostenträgerschaft oder 17,4 % bezogen auf den Mittelwert der Gesamtbelegung 2004.

**Tab 4 Belegung Arbeitsbereich in bremischer Kostenträgerschaft**

Arbeitsbereich + Kostenträgerschaft	per 31.03.04	per 30.06.04	per 30.09.04	per 31.12.04	Belegung Mittelwert
davon Kostenträger HB		1.253		1.266	1.260
davon KB / GB		973		972	973
davon psych. behindert		280		294	287
in Prozent		22,4 %		23,2 %	22,7 %
davon Kostenträger NS		215		211	213
davon Kostenträger Andere		19		11	15

Am Stichtag 31. Dezember 2003 (Vorjahr) wurde eine Belegung von 268 seelisch behinderten Menschen im Arbeitsbereich in überörtlicher Trägerschaft angegeben. Das ergibt eine Steigerung von 26 (9 %) seelisch behinderten Beschäftigten (Stichtagsvergleich) im Arbeitsbereich im Jahr 2004.

## WfbM- Außenarbeitsplätze bei anderen Versorgungseinrichtungen

Die Versorgungsträger für psychisch behinderte Menschen und die Werkstatt Bremen haben bereits im Mai 2003 eine enge Zusammenarbeit und Vernetzung ihrer Angebote vereinbart mit dem Ziel einer verstärkten Beschäftigung in der WfbM, und zwar auch auf Arbeitsplätzen im Bereich anderer Versorgungsträger.

In diesem Zusammenhang wird eine optimalere Ausnutzung der bisherigen bremischen Angebotsstruktur im Bereich Arbeit und Beschäftigung in Bremen, insbesondere auch durch Schaffung von weiteren niedrighwelligen Arbeitsangeboten, angestrebt. Eine engere Kooperation zwischen der WfbM und anderen Versorgungseinrichtungen konnte durch Schaffung von Außenarbeitsplätzen im Jahre 2004 erreicht werden.

Die Einrichtung von WfbM-Außenarbeitsplätzen an den Orten anderer Versorgungseinrichtungen soll werkstattfähigen psychisch kranken Menschen einen Wechsel des Betreuungsortes ersparen und zudem eine sofortige Eingliederung in die WfbM möglich machen. Ziel ist u. a., werkstattfähige psychisch kranke Menschen sozialversicherungsrechtlich abzusichern, um bei späteren Rentenzahlungen den Sozialhilfeträger zu entlasten. Der Abschluss weiterer Kooperationsvereinbarungen wird angestrebt.

## Flexibilisierung der Angebote in der WfbM

Die Werkstatt Bremen wird in Zukunft Prämienarbeit (rehabilitative Beschäftigung) nach § 11 Abs. 3 SGB XII (analog der früheren „Hilfe zur Arbeit“ § 19 Abs. 2 BSHG) für psychisch behinderte erwerbsunfähige Menschen anbieten.

Ergänzend sollen auch Prämienarbeitsplätze für Bezieher von Arbeitslosengeld II (In-Jobs) angeboten werden. Diese Erweiterung der Angebote der Werkstatt Bremen werden von den zuständigen Abteilungen des Senators für AFGJS ausdrücklich unterstützt.

Die WfbM hat sich als sog. „Knoten-Anbieter“ für je ein themenbezogenes (Sozialer Dienstleistungssektor - Berufliche und Soziale Rehabilitation für kranke/behinderte Menschen) und ein sozialintegratives (sozialintegrative Angebote in der beruflichen Rehabilitation) Netzwerk für die sog. „In-Jobs“ beworben. Im Netzwerkverbund sind weitere Leistungserbringer wie der ASB, die AWO und das Klinikum Bremen Ost. In einem ersten Verfahren konnte der Antrag noch nicht berücksichtigt werden. Es ist davon auszugehen, dass der nachbearbeitete Antrag im zweiten Ausschreibungsverfahren berücksichtigt werden wird.



## 10.1.2 Zugangssteuerung zur WfbM

### **Ablösung der sog. „Vereinfachten Verfahrens“ – Gesamtplannotwendigkeit**

Grundsätzliches Eingliederungsziel der Förderung in der WfbM ist die Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Gerade bei der Zielgruppe der seelisch behinderten Menschen ist die Chance, auf den ersten Arbeitsmarkt zu wechseln, vergleichsweise größer als z. B. bei geistig behinderten Menschen. Eine fortlaufende Hilfeplanung sowie eine regelmäßige Überprüfung der Maßnahmeziele sind daher von besonderer Bedeutung.

Die bisherige Verfahrensvereinfachung der Kostenübernahme, nach der u.a. eine Bedarfsfeststellung nach Gesamtplan gem. § 46 BSHG (ab 01. Januar 2005 § 58 SGB XII) sowie eine sozialhilferechtliche Einzelfallsachbearbeitung für die WfbM-Maßnahme nicht stattfindet, soll zum 01. Januar 2005 abgelöst werden.

Eine Weisung zum Aufnahmeverfahren, Gesamtplanung nach § 58 SGB XII und Kostenentscheidung wurde erarbeitet und wird derzeit abgestimmt. Die Einbindung der Steuerungsstelle Psychiatrie in das Verfahren konnte geklärt werden. Es wurde eine Regelung getroffen, nach der der überörtliche Sozialhilfeträger die Steuerungsstelle Psychiatrie als ständigen Vertreter des Sozialhilfeträgers im WfbM - Fachausschuss Psychisch Kranke benennt.

Die Ablösung des vereinfachten Verfahrens erfordert einen erhöhten Prüf- und Begutachtungsaufwand, u.a. eine regelmäßige Gesamtplanerstellung nach § 58 SGB XII. Personelle Ressourcen müssen bei den neuen Aufgaben der Begutachtung / Folgebegutachtung, Plausibilitätsüberprüfungen, Berichtswesen, Aktenführung berücksichtigt werden.

Da auch beim AfSD verschiedene Verfahrensfragen noch offen sind, u.a. das Verfahren der Zahlbarmachung, das ggf. mit dem Nachfolgeprogramm PROHEIM/Prosoz erfolgen könnte, ist davon auszugehen, dass sich die Ablösung des vereinfachten Verfahrens verzögern wird.

### **Zugangssteuerung zur Werkstatt**

Die Feststellung, 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, trifft der Fachausschuss der WfbM, der monatlich tagt. Eine Bewilligung erfolgt z. Z. auf der Grundlage des Fachausschussprotokolls bzw. der Fachausschussempfehlung. Die Bewilligung bezieht sich auf die Förderung u. Betreuung im Arbeitsbereich der WfbM. Ihr geht i. d. R. ein 3-monatiges Eingangsverfahren und eine 2-jährige Förderung im Berufsbildungsbereich (i. d. R. finanziert von der Bundesanstalt für Arbeit) voraus.

Ziel der Zugangssteuerung psychisch kranker Menschen in die WfbM muss sein, bereits im Vorfeld des Fachausschusses mit einem Assessment und einer individuellen Rehabilitations-Planung anzusetzen, um vor einer Aufnahme in die Werkstatt in die vielfältigen Angebote aus dem Angebotsspektrum der bremischen Leistungserbringer zu vermitteln.



### 10.1.3 Zusammenfassung

- Die Anzahl der seelisch behinderten Menschen in der WfbM ist steigend. Die Steigerung der Gesamtbelegung von 2003 auf 2004 beträgt 4 %. Eine Ursache könnte die verschlechterten Chancen für seelisch Behinderte auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sein. Beschützte (Werkstatt-) Arbeitsplätze sind attraktiv, zumal sie sozialversicherungspflichtig sind und eine Rente erwirtschaftet werden kann.
- Die Steigerung im Berufsbildungsbereich ist im Jahr 2004 mit durchschnittlich 37 Personen (28 %) angegeben. Die dort Beschäftigten werden mit hoher Wahrscheinlichkeit (abzüglich einer Abbruchsquote von ca. 30 %) in den Arbeitsbereich der WfbM aufgenommen.
- Die Platzzahl der seelisch behinderten Menschen im Arbeitsbereich steigt an. Durchschnittlich 287 Personen befanden sich 2004 in bremischer Kostenträgerschaft im Arbeitsbereich der WfbM. Das sind 22,7 % der im Arbeitsbereich Beschäftigten in bremischer Kostenträgerschaft oder 17,4 % bezogen auf den Mittelwert der Gesamtbelegung 2004.
- Die Schaffung weiterer Außenarbeitsplätze der WfbM an Orten anderer bremischer Versorgungseinrichtungen, Prämienarbeit nach § 11 (3) SGB XII für seelisch behinderte erwerbunfähige Menschen sowie die sog. „In-Jobs“ für Bezieher von Arbeitslosengeld II sollen den Bedarfen der seelisch behinderten Menschen entgegenkommen.
- 2005 soll das Gesamtplanverfahren auch für Beschäftigte der WfbM zur Anwendung kommen und das bisherige Listenverfahren ablösen.

## 10.2 WeBeSo – Werkstatt für Ergotherapie und Beschäftigung des Sozialwerks der freien Christengemeinde

Die „Werkstatt für Ergotherapie und Beschäftigung des Sozialwerks der freien Christengemeinde“ (WeBeSo) ist eine teilstationäre Beschäftigungswerkstatt für wesentlich seelisch behinderte Erwachsene, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einer WfbM beschäftigt werden können.

Der Steuerungsstelle liegen die WeBeSo-Belegungslisten vom Juni und Dezember 2004 vor. In diesem Zeitraum fanden die letzten beiden Sitzungen des begleitenden Ausschusses statt, der über Neuaufnahmen entscheidet.<sup>23</sup>

WeBeSo nimmt das Risiko auf sich, Beschäftigte aufzunehmen, deren Platz nicht bewilligt wurde, d. h. deren Finanzierung noch nicht gesichert ist. Einzelne WeBeSo-Beschäftigte werden von vornherein als sog. Mitläufer ohne Aussicht auf Platzbewilligung aus therapeutischen Gründen geführt. Überbelegungen finden aus kalkulatorischen Gründen manchmal statt, wenn Abbrüche anderer Beschäftigten zu erwarten sind o. ä.

Die Zugangssteuerung zur Beschäftigungswerkstatt WeBeSo wurde Anfang 2005 neu geregelt.

Im Sinne der Zusammenlegung von Fach- und Ressourcensteuerung wird Anfang 2005 die Steuerungsstelle Psychiatrie zuständig. Inwieweit sich diese Zuständigkeitsregelung auf das Zugangsverfahren auswirken wird, ist mit dem AFSD und der WEBESO im weiteren abzustimmen.

<sup>23</sup> Aufgrund der erhöhten Arbeitsbelastung aller Sitzungsteilnehmer/innen (Hartz IV) konnte in der zweiten Jahreshälfte nur ein gemeinsamer Termin für den begleitenden Ausschuss gefunden werden, so dass Neuaufnahmen zunächst in Eigenregie durchgeführt wurden. WeBeSo hat dabei sowohl die Situation der entsprechenden seelisch behinderten Menschen als auch das eigene Platzangebot berücksichtigt.



### 10.2.1 Belegung WeBeSo im Jahr 2004

Die folgenden Zahlen zur WeBeSo-Belegung wurden erstmals in dieser detaillierten Form berichtet und können daher noch nicht im Zeitablauf betrachtet werden. In der WeBeSo werden im Jahresmittel 50 seelisch behinderte Menschen beschäftigt. Die vereinbarte Belegung liegt bei 48 Plätzen.

Tab 5 Belegung WeBeSo - Stichtagszahlen

Belegung WeBeSo 2004	per 30.06.04	per 31.12.04	Mittelwert
	48	52	50

### 10.2.2 Ausgewählte Daten

#### Altersverteilung

85 % der Beschäftigten sind zwischen 30 – 60 Jahren alt. Lediglich 15 % der WeBeSo-Beschäftigten sind jünger als 30 Jahre oder älter als 60 Jahre alt.

Tab. 6 Altersverteilung

Altersverteilung	per 30.06.04		per 31.12.04		Mittelwert	
20 – 29 Jahre	3	6,25%	4	7,69%	4	6,97%
30 – 39 Jahre	14	29,17%	18	34,62%	16	31,90%
40 – 49 Jahre	13	27,08%	11	21,15%	12	24,16%
50 – 59 Jahre	14	29,17%	15	28,85%	15	29,01%
60 – 65 Jahre	4	8,33%	4	7,69%	4	8,01%

Eine neue Weisung vom Januar 2005 beschreibt erstmals das Ende der Leistungsbewilligung für WeBeSo-Beschäftigte mit Vollendung des 60. Lebensjahres (§ 55 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX). Begründend wird angegeben, dass ab diesem Lebensjahr auch keine Aufnahme mehr in die WfbM erfolgt, da eine Eingliederung in das Arbeitsleben nicht mehr erreicht werden kann. Die Zielsetzung und Förderleistung Teilhabe am Arbeitsleben entfällt somit. Die Altersbegrenzung entfällt für die seelisch behinderten Menschen, die in einer privaten Wohnform leben.

#### Geschlechtsverteilung

Bei der Betrachtung der geschlechtsbezogenen Belegung gibt es kaum nennenswerte Ungleichgewichte. Die Männer sind mit durchschnittlich 55% etwas überrepräsentiert.

Tab. 7 Geschlechtsverteilung

Geschlechtsverteilung	per 30.06.04		per 31.12.04		Mittelwert	
Weiblich	21	43,75%	24	46,15%	23	44,95%
Männlich	27	56,25%	28	53,85%	28	55,05%

#### Wohnformen der WeBeSo-Beschäftigten

Im Jahr 2004 werden durchschnittlich 44 % der WeBeSo-Beschäftigten in Eingliederungshilfe-Maßnahmen des Betreuten Wohnens betreut. Jeweils ein weiteres Viertel wohnen im Wohnheim oder leben unbetreut. Menschen mit einer zusätzlichen geistigen Behinderung, die in Wohnformen für geistig behinderte Menschen untergebracht sind, stellen 4 %.

Tab. 8 Wohnbetreuungsform

Wohnbetreuungsform (nur Eingliederungshilfe § 39 BSHG)	per 30.06.04		per 31.12.04		Mittelwert	
Betreutes Wohnen	21	43,75%	23	44,23%	22	43,99%
Wohnheim	13	27,08%	14	26,92%	14	27,00%
Ohne Wohnbetreuung	12	25,00%	13	25,00%	13	25,00%
Doppeldiagnosen / Wohnen GB	2	4,17%	2	3,85%	2	4,01%



## Anzahl von und Gründe für Beendigungen

Die nachfolgende Tabelle gibt lediglich die Beendigungen des zweiten, dritten und vierten Quartals 2004 wieder. Das zweite Quartal wurde zum Stichtag 30. Juni 04 berichtet, das dritte und vierte Quartal zum 31. Dezember 2004.

In dieser Zeit sind 11 Beschäftigungsverhältnisse mit der WeBeSo beendet worden. Das Gros der Gründe hierfür stellt mit sechs Fällen die eigene Kündigung aufgrund von Überforderung, Erkrankung oder Pflegebedarf dar. Zwei Beschäftigte siedelten in ein anderes Bundesland über. Eine beschäftigte Person konnte in die WfbM vermittelt werden. Jeweils eine Person beendete die Maßnahme aufgrund des eingetretenen Vorruhestandes und eines längeren Klinikaufenthaltes.

**Tab. 9 Beendigungen**

Beendigungen	per 30.06.04		per 31.12.04		Mittelwert	
WfbM	1	0,48%	---	---	1	0,48%
Neues Bundesland	2	0,96%	---	---	2	0,96%
Vorruhestand	1	0,48%	---	---	1	0,48%
Erkrankung (Psych. Klinikaufenthalt über sechs Wochen)	---	---	1	0,52%	1	0,52%
Eigene Kündigung - Überforderung	1	0,48%	3	1,56%	4	2,04%
Eigene Kündigung - somatische Erkrankung	1	0,48%	---	---	1	0,48%
Eigene Kündigung - Pflegeeinrichtung	---	---	1	0,52%	1	0,52%
<b>Gesamt</b>	<b>6</b>	<b>2,88%</b>	<b>5</b>	<b>2,6%</b>	<b>11</b>	<b>5,48%</b>

### 10.2.3 Zusammenfassung

- Die Belegung wurde 2004 im Mittelwert um zwei Plätze überschritten.
- Das Gros der WeBeSo-Beschäftigten (85 %) ist 30 bis 60 Jahre alt. Ab 2005 wird für Beschäftigte mit Vollendung des 60. Lebensjahres die Maßnahme aus Altersgründen beendet.
- Im Durchschnitt werden gut 70 % aller WeBeSo-Beschäftigten ergänzend zur Beschäftigungsmaßnahme wohnbereit. Das Betreute Wohnen stellt dabei mit 44 % die am häufigsten vorkommende Wohnform dar.
- 2004 konnte nur ein 1 Beschäftigter in die Werkstatt Bremen vermittelt werden. Acht von 11 Beendigungen können auf fehlende Belastbarkeit der WeBeSo-Anforderungen wie Krankheit, Klinikaufenthalt, Pflegebedürftigkeit und Vorruhestand zurückgeführt werden.



## **11. Jahresbericht 2004 der Steuerungsstelle Drogenhilfe**

### **11.1. Vorbemerkung**

Auf Grundlage der Empfehlungen, die das Institut FOGS in seinem Prüfbericht zur Bremer Drogenhilfe im Jahr 2003 ausgesprochen hatte, wurde die Zuständigkeit für die Steuerung und Koordination der Drogenhilfe Anfang 2004 vom Amt für Soziale Dienste auf das Gesundheitsamt übertragen. Die neue Steuerungsstelle "Drogenhilfe" ist neben der Steuerungsstelle "Psychiatrie" (zuständig für psychisch Kranke und Suchtkranke) als Referat der Sozialpsychiatrischen Abteilung zu geordnet.

Primäre Aufgabe der Steuerungsstelle ist die Steuerung des kommunalen Drogenhilfebudgets, dessen maßgebliche Bestandteile die zuwendungsfinanzierten Einrichtungen der ambulanten Drogenhilfe und die entgeltfinanzierten Projekte in den Bereichen Betreutes Wohnen und Notunterkünfte sind. Hinzu kommen kommunale Mittel für die Förderung der Selbsthilfe im Suchtbereich.

Über diese unmittelbare Ressourcensteuerung hinaus versteht sich die Steuerungsstelle aber auch als zentrale Koordinierungsstelle für das gesamte Bremer Drogenhilfesystem inklusive der Schnittstellen zur (legalen) Suchtkrankenhilfe, zur Psychiatrie, zur Jugendhilfe und zur Suchtprävention, sowie soweit nötig auch zur Polizei und Justiz. Eine weitere Aufgabe liegt in der konzeptionellen Weiterentwicklung des Hilfesystems, wobei die Spielräume durch die engen finanziellen Ressourcen naturgemäß stark eingeengt sind.

### **11.2. Umstrukturierung der ambulanten Drogenhilfe in Bremen**

Das Jahr 2004 stand für die Steuerungsstelle ganz im Zeichen der Umsetzung der Senatsbeschlüsse zur Umstrukturierung des ambulanten Drogenhilfesystems in Bremen.

Kernelemente der vom Senat und den Deputationen beschlossenen Umstrukturierung waren

- die Konzentration der ambulanten Drogenhilfe in Bremen auf zwei Drogenhilfezentren in Bremen Mitte und Bremen Nord und das Grundversorgungszentrum "Tivoli" und
- die vollständige Übertragung der bisher kommunalen Aufgabenwahrnehmung in freie gemeinnützige Trägerschaft.

Die Leistungserbringerauswahl erfolgte auf Grundlage einer Ausschreibung, die auf Bremer Leistungserbringer mit Erfahrungen in der Suchtkrankenhilfe beschränkt war ("beschränkte Bekanntgabe"). Ausgewählt wurden im August 2004 schließlich zwei neu gegründete gemeinnützige Gesellschaften:

- für die beiden Drogenhilfezentren die "Ambulante Drogenhilfe Bremen gem. GmbH" (Gesellschafter: Innere Mission und Hohehorst GmbH) und
- für das Grundversorgungszentrum "Tivoli" die "comeback gmbh" (alleiniger Gesellschafter: Initiative zur Sozialen Rehabilitation e. V.)

Nach dieser Entscheidung und ihrer Bestätigung durch die zuständigen Deputationen konnte die konkrete Phase der Umstrukturierung beginnen. Es zeigte sich sehr bald, dass angesichts der zu lösenden Probleme die verbleibende Zeit von drei Monaten bis zur geplanten Übergabe der Einrichtungen am 1. Januar 2005 außerordentlich knapp bemessen war.

Als besonders schwierig und zeitaufwendig erwiesen sich die personalrechtlichen Fragen (Personalüberlassung der kommunalen Mitarbeiter bzw. Betriebsübergänge der Mitarbeiter, die bei anderen freien Leistungserbringern beschäftigt waren).

Probleme ergaben sich auch bei der Berechnung der erforderlichen Budgets/ Zuwendungen, da eine exakte betriebswirtschaftliche Kostenberechnung für die zuvor kommunalen



Einrichtungen auf Grund der kameralen Haushaltswirtschaft nur eingeschränkt möglich war.

Letztlich ist es der hohen Einigungsbereitschaft und Kompromissfähigkeit aller Beteiligten zu verdanken, dass am Tag vor Heiligabend die Zuwendungsrahmenverträge unterzeichnet werden konnten und damit sichergestellt war, dass die Übergabe der Einrichtungen planmäßig zum 1. Januar 2005 erfolgen konnte.

Hervorgehoben werden muss auch, dass der Dienstbetrieb in den Einrichtungen und damit die Betreuung und Versorgung der Zielgruppen während der Umstrukturierungsphase fast uneingeschränkt aufrechterhalten wurde, obwohl die Neuorganisation auch für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhebliche Veränderungen und z. T. Ungewissheit über die berufliche Zukunft bedeutete.

Die Entscheidung fast aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, unabhängig von der Umstrukturierung ihre bisherige Tätigkeit in der ambulanten Drogenhilfe weiter auszuüben und die Bereitschaft der Kommune, die Weiterbeschäftigung aller Mitarbeiter finanziell zu gewährleisten, bedeutet zugleich, dass für die Klientel der Drogengefährdeten und Drogenabhängigen und ihrer Bezugspersonen ein hohes Maß an Kontinuität in der Betreuung und damit ein maßgebliches Element von Qualität in der Drogenhilfe erhalten werden konnte.

Nach Abschluss der organisatorischen Umstrukturierung ergibt sich für die zukünftige Struktur der ambulanten Drogenhilfe in Bremen folgendes Bild:

<u><b>Drogenberatungsstelle Mitte</b></u>	<u><b>Drogenberatungsstelle Nord</b></u>	<u><b>Grundversorgungszentrum Tivoli</b></u>
(bis 2007 in der Ölmühlenstr. 2)	(Georg-Gleistein-Str. 13)	(Bahnhofsplatz 29)
<u>Träger:</u> <b>Ambulante Drogenhilfe Bremen gGmbH</b>	<u>Träger:</u> <b>Ambulante Drogenhilfe Bremen gGmbH</b>	<u>Träger:</u> <b>comeback gmbH</b>
<u>Zugeordnet/ integriert:</u>	<u>Zugeordnet/integriert:</u>	<u>Zugeordnet/integriert:</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bisher kommunale Drogenberatungsstellen Mitte, Ost*, Süd</li> <li>• PSB Meta</li> <li>• PSB Aidshilfe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bisher kommunale Drogenberatungsstelle</li> <li>• <del>NSB</del> ANI AVATI e.V.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontaktladen Weberstr.</li> <li>• Begleitstelle PSB</li> <li>• Clearingstelle "Wohnen"</li> <li>• Entgiftungsvermittlung</li> </ul>
<u>als separates Projekt**:</u>		<u>als separate Projekte***:</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projekt "Schritt für Schritt" (Betreuung drogenabh. Schwangerer + Mütter)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• EMP Männer</li> <li>• EMP Frauen</li> </ul>

PSB: ambulante Psychosoziale Betreuung Substituierter

\* Die Beratungsstelle Ost bleibt voraussichtlich noch bis 2007 als Dependence der Drogenberatungsstelle Mitte bestehen

\*\* räumlich integriert in die Drogenberatungsstelle Mitte

\*\*\* EMP`s (Ergänzende Methadonprogramme) an den bisherigen Standorten



Wenngleich die Übergabe der Einrichtungen an die freien Leistungserbringer planmäßig zum 1. Januar 2005 vollzogen werden konnte, musste auf Grund der Kürze der Zeit die Klärung einer Reihe von Detailfragen auf das Jahr 2005 verschoben werden. Dazu gehören u. a. die endgültige vertragliche Regelung der Personalüberlassungen der kommunalen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, der in den Zuwendungsrahmenverträgen bereits vorgesehene Abschluss einer Leistungs- und Qualitätsvereinbarung mit den neuen Leistungserbringern sowie offene Fragen im Zusammenhang mit der Übertragung der Zuständigkeiten vom Amt für Soziale Dienste zum Gesundheitsamt.

### **11.3. Fachcontrolling Betreutes Wohnen**

Die Bereiche Wohnen und Unterkunft spielen in der Versorgung von Drogenabhängigen eine zentrale Rolle, da Drogenabhängige oft nur über eingeschränkte Fähigkeit zur eigenständigen Lebensführung verfügen und überdurchschnittlich häufig von Wohnungsverlusten betroffen sind.

Die wichtigsten Segmente des Versorgungssystems in diesem Bereich sind

- Zwei Notunterkünfte mit insgesamt 55 Plätzen
- Neun Projekte des Betreuten Wohnens für aktiv konsumierende, substituierte und abstinente Drogenabhängige mit insgesamt 129 Plätzen.

#### **a) Notunterkünfte**

Der Zugang zu den Notunterkünften erfolgt in der Regel durch Eigeninitiative der Klienten bzw. durch Vermittlung eines der ambulanten Drogenhilfezentren. Das Controlling erstreckt sich primär auf eine umfassende und zeitnahe Belegungs- und Nutzerdokumentation.

Wie schon in den Vorjahren waren die Notunterkünfte auch im Jahr 2004 ausgelastet, wobei sich die Situation 2004 nach der zeitweise massiven Überbelegungen des Jahres 2003 wieder normalisiert hat. Die insgesamt sehr hohe Auslastung der Projekte (Planwert: 91 %) in den letzten Jahren ist auch eine Folge des rückläufigen Platzangebotes in vom Sozialamt belegten Billighotels/ Pensionen.

Die relativ lange durchschnittliche Verweildauer in den Notunterkünften (ca. drei Monate) ist einerseits auf das mangelhafte Angebot an geeignetem Wohnraum auf dem allgemeinen Wohnungsmarkt in Bremen zurückzuführen. Andererseits ist eine zunehmende Zahl von Plätzen in den Notunterkünften dauerhaft durch chronisch mehrfach geschädigte Drogenabhängige (fehl)belegt, für die es im Bremer Versorgungssystem keine adäquaten alternativen Unterbringungsmöglichkeiten gibt.

Nach wie vor nicht zufriedenstellend sind auch die kurzfristigen Unterbringungsmöglichkeiten für abstinent lebende Drogenabhängige nach Entgiftungsbehandlungen und/oder stationären Therapien. Die für diese Zielgruppe vorgesehene Unterbringung in Hotels bzw. Pensionen ist angesichts deren Bewohnerstruktur ähnlich rückfallgefährdend wie die Unterbringung dieser Gruppe in den Notunterkünften.



## b) Betreutes Wohnen

Die fachliche Zuweisung und Begutachtung erfolgt beim Betreuten Wohnen in der Regel über die drei ambulanten Drogenhilfezentren. Alle beantragten Maßnahmen werden von der Steuerungsstelle fachlich überprüft und abschließend entschieden. In strittigen Fällen beruft die Steuerungsstelle Fallkonferenzen ein. Die Steuerungsstelle ist auch zuständig für die fachliche Entscheidung von Unterbringungen in Einrichtungen außerhalb Bremens, soweit die Kommune Kostenträger dieser Maßnahmen ist.

Von den insgesamt 129 Betreuungsplätzen befinden sich 66 in Wohngruppen, darunter auch 26 Plätze für abstinent lebende Drogenabhängige. Derzeit 63 Klienten werden in eigenem Wohnraum betreut. Der weit überwiegende Teil der nicht abstinenten Klienten im Betreuten Wohnen befindet sich parallel zur Betreuung in einer Substitutionsbehandlung.

### **Übersicht: Betreutes Wohnen für Drogenabhängige**

<u>Maßnahme/ Träger</u>	<u>Zielgruppe</u>	<u>Platzzahl/ Maßnahmeort</u>	<u>Bemerkungen</u>
Betreutes Wohnen Clean <i>Therapiehilfe Bremen</i>	Abstinente Drogenabhängige	26 in vier WGs* 1 in EW*	Begrenzter Aufenthalt auf 2 Jahre. Ziel: Übergang in eigenen Wohnraum
Betreutes Wohnen Frauen: Newcastle <i>Initiative zur sozialen Rehabilitation</i>	Drogenkonsumierende und/ oder substituierte Frauen	8 in 1 WG 2 in EW (20% Überschreitung möglich)	Langfristige Betreuungen möglich. Ziel: harm-reduction
Betreutes Wohnen Frauen: Husumer Straße <i>Therapiehilfe Bremen</i>	Substituierte Frauen	5 in einer WG 7 in EW	Langfristige Betreuungen möglich. Ziel: harm-reduction
Wohnprojekt Nord <i>Hohehorst gGmbH</i>	Substituierte Männer und Frauen	12 in einer WG	Regelaufenthalt 2 Jahre. Ziel: Stabilisierung, Übergang in eigenen Wohnraum
Wohnprojekt Walle <i>Hohehorst gGmbH</i>	Substituierte Männer	8 in einer WG	Regelaufenthalt 2 Jahre. Ziel: Stabilisierung, Übergang in eigenen Wohnraum
Wohnprojekt Roonstrasse <i>Initiative zur sozialen Rehabilitation</i>	Drogenkonsumierende und/ oder substituierte Frauen oder Männer	7 in einer WG 5 in EW	Langfristige Betreuungen möglich. Ziel: harm-reduction
Projekt Mobile <i>Hohehorst gGmbH</i>	Drogenkonsumierende und/ oder substituierte Frauen oder Männer; abstinenten Klienten in Einzelfällen	26 in EW	Regelaufenthalt 1 Jahr. Ziel: Stabilisierung in eigenem Wohnraum.
Betreutes Wohnen der Aidshilfe <i>Aidshilfe e.V.</i>	Drogenabhängige, die HIV-positiv- oder aidserkrankt sind	12 in EW	Langfristige Betreuungen möglich. Ziel: harm-reduction
Intensive Einzelfallbetreuung Ani Avati <i>Ani Avati e.V.</i>	Drogenabhängige junge Menschen, bis max. 27. Lebensjahr	10 in EW Abrechnung nach Stundensatz.	Aufenthalt begrenzt auf 2 Jahre. Ziel: Stabilisierung in eigenem Wohnraum.

\*WG: Wohngemeinschaft, EW: Eigener Wohnraum



In den Projekten Betreutes Wohnen Clean, Wohnprojekt Nord, Wohnprojekt Walle und Aidshilfe gibt es ein pauschalisiertes Betreuungsentgelt auf Grundlage des Schlüssels 1:6. Die Tagessätze liegen zwischen 31,29 € und 37,47 €

Die Tagesentgelte bei den Projekten mit differenzierten Betreuungsschlüsseln variieren zwischen 43,59 € und 50,25 € beim Schlüssel 1:4, zwischen 34,65 € und 38,83 € beim Schlüssel 1:6 und zwischen 27,47 € und 33,35 € beim Schlüssel 1:8.

Alle Projekte waren im Jahr 2004 voll ausgelastet. Wartezeiten gab es insbesondere bei den Plätzen für abstinent lebende Drogenabhängige. Die Gesamtzahl der betreuten Klienten ist mit 210 gegenüber 224 im Vorjahr leicht zurückgegangen, allerdings ist parallel die durchschnittliche Betreuungsdauer angestiegen. Die verlängerte Betreuungsdauer ist offenbar z. T. auf das Problem zurückzuführen, auf dem Bremer Wohnungsmarkt geeigneten Anschlusswohnraum für die Klientel zu finden, andererseits aber auch auf veränderte Betreuungsbedarfe, wobei hier insbesondere die zunehmende Zahl langjährig drogenabhängiger und chronisch mehrfach geschädigter Klienten zu nennen ist. Zugenommen hat die Zahl der Klienten, die in eigenem Wohnraum betreut werden. Im Gespräch mit den betroffenen Trägern muss nach geeigneten Wegen gesucht werden, einerseits der offenbar steigenden Nachfrage gerecht zu werden, andererseits aber Kostensteigerungen zu vermeiden.

Zunehmende Bedarfe zeichnen sich einerseits bei Klienten mit einer abstinenten Lebensperspektive ab (hier gibt es z. T. erhebliche Wartezeiten), andererseits bei chronisch mehrfach geschädigten Drogenabhängigen, wobei ein Teil dieser Gruppe auch in den Notunterkünften (fehl)platziert ist und ein anderer, zunehmender Teil auswärtige Einrichtungen in Anspruch nimmt (17 Fälle bis Ende 2004).

#### **11.4. Weitere Aufgabenbereiche der Steuerungsstelle Drogenhilfe**

Ein Kernbereich der Steuerungsstelle ist die Fach- und Ressourcensteuerung aller Zuwendungen in der Bremer Drogenhilfe. Die Gesamtsumme der Zuwendungen für Projekte der Drogenhilfe betrug im Jahr 2004 1,16 Mio. €, die sich auf 15 Einzelprojekte bei 12 Leistungserbringer verteilen.

Fachliche Schwerpunkte der Zuwendungen sind die ambulanten Beratungs- und Betreuungsprojekte inkl. der niedrighschwelligen Angebote und verschiedene Selbsthilfeprojekte im Bereich der Drogenhilfe. Alle medizinischen Behandlungsangebote der Drogenhilfe (Entgiftungsbehandlung, ambulante und stationäre Rehabilitation) sind beitragsfinanziert. Die Fach- und Ressourcensteuerung liegt hier bei den Rentenversicherungen bzw. den Krankenkassen.

Auf Grund der entsprechenden Senatsbeschlüsse wurden auch in der Drogenhilfe die zur Verfügung stehenden Zuwendungen gegenüber 2003 um 5,6 % gekürzt. In Verhandlungen mit den betroffenen Drogenhilfeträgern und durch deren konstruktive Mitwirkungsbereitschaft ist es gelungen, die Kürzungen so umzusetzen, dass gravierende Einschnitte im Versorgungssystem vermieden werden konnten.

Die Senatsentscheidungen zur Umstrukturierung der ambulanten Drogenhilfe (siehe 1.) werden im Jahr 2005 auch im Zuwendungsbereich zu Veränderungen führen. Einerseits werden in Folge der Übernahme der Drogenberatungsstellen durch freie Träger bisher haushaltsfinanzierte Kosten in den Zuwendungsbereich übertragen, andererseits führt die Zusammenführung bisher getrennter Projekte zu einer Konzentration der Zuwendungsmittel auf nur noch zwei Leistungserbringer.



Bereits vor dem Wechsel vom Amt für Soziale Dienste zum Gesundheitsamt war die Steuerungsstelle maßgeblich an der Implementierung der Aktenführungs- und Dokumentationssoftware HORIZONT in der Bremer Drogenhilfe beteiligt. Im Unterschied zu Software-Lösungen, die primär auf die Anforderungen von Controlling und Ressourcensteuerung zu geschneitten sind, ist HORIZONT vorrangig ein praxisorientiertes Instrument zur elektronischen Aktenführung in der ambulanten Drogenhilfe inkl. einer umfassenden Klienten- und Leistungsdokumentation. Gleichwohl wurde bei der Entwicklung der Bremer HORIZONT-Version der Versuch unternommen, sowohl den Anforderungen der internen Qualitätssicherung auf Nutzer bzw. Leistungserbringerebene als auch den Anforderungen des externen Fachcontrollings durch die Steuerungsstelle Rechnung zu tragen. HORIZONT wird seit 2003 schrittweise in den Drogenhilfeprojekten implementiert, seit 2004 ist eine flächendeckende Anwendung vereinbart. Erste Teilauswertungen zeigen, dass dieses quantitative Ziel weitestgehend erreicht werden konnte, dass aber die Dokumentationsqualität insbesondere im Bereich der Leistungsdokumentation jedoch noch hinter den Erwartungen zurückgeblieben ist.

In regelmäßigen Arbeitstreffen mit den beteiligten Leistungserbringern und dem für die Begleitforschung des Vorhabens zuständigen Institut ISD aus Hamburg unter Federführung der Steuerungsstelle und durch gezielte Schulungsmaßnahmen wurde versucht, bereits im Verlauf des Jahres 2004 die Dokumentationsqualität zu verbessern.

Weitere Aufschlüsse sind von der ersten umfassenden Jahresauswertung zu erwarten, die vom ISD im Mai 2005 vorgelegt werden soll.

Neben der Beteiligung am Fachausschuss Sucht fanden unter Leitung der Steuerungsstelle im Jahr 2004 insgesamt acht Koordinationstreffen mit den Geschäftsführern der Drogenhilfeträger statt, die vorrangig dem regelmäßigen Informationsaustausch und der Erörterung von aktuellen fachlichen Entwicklungen dienen.

Beteiligt war die Steuerungsstelle an der (Weiter-) Entwicklung verschiedener fachlicher Weisungen; Maßgeblichen Einfluss genommen hat die Steuerungsstelle insbesondere auf die unter Federführung der Fachabteilung Junge Menschen des AfSD erarbeitete Weisung "Umgang mit Kindern substituierter bzw. drogenabhängiger Mütter/ Väter bzw. Eltern", die Anfang des Jahres 2005 in Kraft getreten ist und vorrangig eine verbesserte Beachtung und Gewährleistung des Kindeswohls zum Ziel hat.



## 11.5. Ausgewählte Statistische Daten der Steuerungsstelle Drogenhilfe

### 11.5.1. Drogenberatungsstellen und niedrigschwellige Angebote

Insgesamt ist die Datenlage für 2004 im Bereich der ambulanten Einrichtungen durch die in diesem Jahr erfolgte Umstellung des Dokumentationssystems insbesondere hinsichtlich der Vergleichbarkeit zu früheren Daten beeinträchtigt. Deshalb sind hier zunächst nur wenige zentrale Kennzahlen dargestellt.

Im Mai 2005 wird durch das Forschungsinstitut ISD Hamburg eine erste umfassende Darstellung und Bewertung der Gesamtstatistik des Jahres 2004 erfolgen.

**Tab.1: Fallzahlen (Klienten) der Drogenberatungsstellen**

	2003	2004
Drogenberatungsstellen	1.210	1.297
davon: Drogenkonsumenten	832	962
davon. Angehörige	378	335
Neufälle	492	490

Nach einem Rückgang im Jahr 2003 entsprechen die Klientenzahlen 2004 wieder dem relativ konstanten Niveau der Vorjahre.

**Tab.2: Klienten und Leistungen Kontakt- und Beratungszentrum**

	2003	2004
Klienten offene Beratung	793	832
Kontakte offene Beratung	4.196	5.233
Öffnungstage Cafe	127	240
Besucher Cafe	8.618	18.375
Mittagessen Anzahl	2.937	6.976
Getauschte Spritzen	244.992	334.622

Die deutlich unterdurchschnittlichen Zahlen des Jahres 2003 sind vornehmlich durch zeitweilige Schließungen des Cafes auf Grund von Personalengpässen verursacht.

**Tab.3: Drogenberatung Nord offener Bereich**

	2003	2004
Öffnungstage	99	147
Besucher offener Bereich (Cafe)	1.180	1.106
Spritzentausch	22.367	39.797

Hier ist nur der offene Bereich der Drogenberatungsstelle Nord dokumentiert. Die Fallzahlen der Beratungsstelle sind in der ersten Tabelle enthalten.



### 11.5.2. Notunterkünfte

Zum Bereich Notunterkünfte findet ein Controlling zur Belegungssituation der insgesamt 55 Plätze statt. Darüber hinaus werden Maßnahmen zur Vermeidung von Obdachlosigkeit koordiniert. Neben der Unterbringung in den beiden unten aufgeführten Notunterkünften, wird ein Teil des Klientels in Hotels/Pensionen untergebracht, wofür es bisher kein zielgruppenspezifisches Controlling möglich ist.

#### Übersicht Notunterkünfte

Maßnahme	Träger	Zielgruppe	Maßnahmeort	Platzzahl	Übernachtungssatz
Notunterkunft La Campagne	Hohehorst gGmbH	Obdachlose	Einrichtung in Hemelingen	24 Plätze*	48,86 €
Übergangswohnen La Campagne		Chronisch Mehrfach Abhängige Obdachlose		7 Plätze*	48,86 €
Notunterkunft SleepInn	ASB	Obdachlose	Einrichtung in Oberneuland	24 Plätze	53,43 €

\*Beide Bereiche werden in der weiteren Betrachtung zusammen ausgewertet, da sie unscharf von einander getrennt sind und lt. Vereinbarung eine gegenseitige Aufrechnung in der Platzzahl zulässig ist.

**Tab. 4: Belegung in den Notunterkünften**

	2003	2004	Zuwachs/Abnahme absolut 2003/2004	Zuwachs/Abnahme in % 2003/2004
Belegungstage	21.335	19.164	- 2171	- 10 %
Auslastung	106 %	95 %		- 10 %
Anzahl Klienten	281	291	+ 10	+ 3,6 %
Stichtagsbetrachtung zum 31. Dezember Anzahl Klienten	50	52	+ 2	+ 4 %

Die Belegung, bzw. Auslastung ist in 2004 rückläufig gewesen. Nach einer Überbelegung in 2003 hat sich die Auslastung auf 95 % normalisiert. Der entgeltrelevante Richtwert liegt bei 91 % Auslastung.

**Tab. 5: Durchschnittliche Verweildauer**

Durchschnittlicher Aufenthalt der Klient eines Jahres in Tagen	2003	2004
Unter Berücksichtigung der Vorjahre	98	88
Bezogen auf das Erhebungsjahr	76	66

**Tab 6: Verteilung nach Geschlecht**

	2003	2004
Männer	83 %	79 %
Frauen	17 %	21 %

**Tab 7: Verteilung nach Alter**

	2003	2004
Bis 20	2%	4%
21-25	17%	12%
26-30	23%	21%
31-35	18%	30%
35-40	22%	20%
Über 41	18%	13%



**Tab. 8: Aufenthalt vor/ nach Maßnahme**

	vor Notunterkunft		nach Notunterkunft	
	2003	2004	2003	2004
Eigene Wohnung	8%	3%	10%	13%
Stat. Entwöhnungsbehandl.	8%	3%	8%	5%
Klinik/Krankenhaus	17%	23%	32%	31%
Obdachlos	31%	27%	2%	10%
Angehörige/Eltern/Bekannte	13%	22%	13%	12%
sonstige	10%	8%	21%	8%
JVA	10%	10%	12%	18%
Hotel/Pension	1%	2%	1%	2%
Übergangseinrichtung	1%	0%	0%	1%

### 11.5.3. Betreutes Wohnen für drogenabhängige Menschen

**Tab. 9: Belegungsvergleich 2003/ 2004**

Belegung/ Auslastung/ Klienten	2003	2004	Zuwachs/Abnahme absolut 2003/2004	Zuwachs/Abnahme in % 2003/2004
Belegungstage	46861	49894	+ 3033	+ 6 %
Auslastung	100 %	106 %		+ 6 %
Anzahl Klienten	224	210	- 14	- 6 %
Stichtagsbetrachtung 31. Dezember: Anzahl Klienten	132	139	+ 7	+ 5 %

**Tab. 10: Fluktuation**

	2003	2004
Einzüge	116	83
Auszüge	109	74

Die Zunahme der Belegung hat sich nach 2003 (+ 4 %) auch in 2004 fortgesetzt. Der gleichzeitige Rückgang der Klientenzahl und Rückgang der Fluktuation in 2004 erklärt sich aus dem überdurchschnittlichen Anstieg der Neueinzüge im zweiten Halbjahr 2003 (s.a. Stichtagsbetrachtung).

**Tab. 11: Auslastung nach Zielgruppe in Prozent**

Maßnahmeart	Auslastung in 2003	Auslastung in 2004
Betreutes Wohnen Clean	92 %	99 %
Betreutes Wohnen Substituierte/ Aktiv Konsumierende	102 %	108 %



**Tab. 12: Auslastung nach Betreuungsform**

Betreuungsform	Auslastung in 2003	Auslastung in 2004
In Wohngemeinschaft	100 %	100 %
In eigenem Wohnraum	99 %	112 %

Der Belegungsanstieg in den Bereichen Clean und Substituierte/ aktiv Konsumierende ist in etwa gleich.

Bei der Betrachtung nach Betreuungsform wird deutlich, warum die Gesamtauslastung im Betreuten Wohnen die 100 % überschreitet: Während die Platzzahl in den WGs` die reale Kapazitätsgrenze darstellt, ist die Platzzahl der Betreuung im Eigenem Wohnraum nach oben offen, wenn entsprechend der Bedarf und die personellen Ressourcen nachgewiesen werden.

Dieses Problem ist in 2004 erstmalig deutlich geworden. Die Vereinbarungen nach § 93a BSHG, die am 01. Januar 04 ohne Änderungen für zwei Jahre fortgeschrieben wurden, begrenzen diese Kontingentausweitung nicht explizit, so dass mehrere Leistungserbringer ohne weitere Rücksprache oder Vertragsänderungen in der Lage waren, ihre Platzzahl in diesem Bereich zu erhöhen.

Bei Neuabschlüssen sollen nun Leistungsvereinbarungen mit konkreten Angaben zu Zielgruppe, Aufenthalt und Personalausstattung abgeschlossen werden, wodurch eine planbare Bedarfsanpassung wieder möglich wird.

**Tab 13: Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen)**

	2003	2004
alle Projekte	398	444
nur Langzeitprojekte	566	634
ohne Langzeitbetreuung	330	371

Die durchschnittliche Verweildauer ist im Durchschnitt aller Projekte um beinahe 12 % gestiegen.

### **Verteilung Betreuungsschlüssel<sup>24</sup>**

**Tab. 14: Im Betreuten Wohnen gesamt**

Betreuungsschlüssel	2003	2004
1:4	27 %	27 %
1:6	70 %	71 %
1:8	3 %	2%
Durchschnittlicher Betreuungsschlüssel	1:5,52	1:5,50

**Tab. 15: Nach Betreuungsform**

Betreuungsschlüssel	In WG		Eigener Wohnraum	
	2003	2004	2003	2004
1:4	20 %	23 %	34 %	32 %
1:6	80 %	77 %	60 %	64 %
1:8	0	0	6 %	4 %
Durchschnittlicher Betreuungsschlüssel	1:5,60	1:5,54	1:5,44	1:5,44

<sup>24</sup> Hierin nicht enthalten sind die Belegtage von Ani Avati, weil hier statt eines Betreuungsschlüssel Betreuungsstunden/Woche bewilligt werden



**Tab. 16: Verteilung nach Geschlecht**

	2003	2004
Männlich	64 %	66 %
Weiblich	36 %	34 %

**Tab. 17: Verteilung nach Alter**

	2003	2004
Bis 20	1 %	1 %
21-25	9 %	14 %
26-30	14 %	12 %
31-35	22 %	18 %
35-40	26 %	25 %
Über 41	28 %	30 %

**Tab. 18: Aufenthalt vor/ nach Maßnahme**

	vor Notunterkunft		nach Notunterkunft	
	2003	2004	2003	2004
Betreutes Wohnen	4%	3%	8%	5%
Eigene Wohnung	7%	3%	9%	11%
Stat. Entwöhnungsbehandlung	10%	3%	10%	5%
Klinik/Krankenhaus	15%	19%	29%	27%
Obdachlos/o. festen Wohnsitz	40%	34%	18%	18%
Angehörige/Eltern/Bekannte	11%	19%	12%	10%
sonstige	3%	7%	7%	7%
JVA	8%	9%	7%	15%
Hotel/Pension	1%	2%	1%	2%
Übergangseinrichtung	1%	0%	0%	1%

Die Aufnahmen aus einer stationären Entwöhnungsbehandlung in Notunterkünfte (zumeist Therapieabbrecher) sind 2004 zurück gegangen. Der Wechsel von der Notunterkunft in stationäre Entwöhnung ist letztlich eine Angabe zur Perspektive, da zuvor in fast allen Fällen ein Klinikaufenthalt zur Entgiftung ansteht.

Der recht hohe Anteil von Anschlussaufenthalten in der Klinik/im Krankenhaus bedeutet in den meisten Fällen einen Entzug/Teilentzug oder eine unumgängliche Behandlung von typischen Folgeerkrankungen der Drogensucht.

Unter obdachlos/ ohne festen Wohnsitz sind überwiegend Klienten aufgeführt, die die Notunterkunft ohne bekannte Anschlussperspektive verlassen bzw. den Aufenthalt abbrechen.

Inhaftierungen während des Aufenthalts in der Notunterkunft sind ein typisches Phänomen in der Zielgruppe. Eine spezifische Erklärung für den Anstieg der Inhaftierungen in 2004 gibt es nicht.

#### **11.5.4. Auswärtige Unterbringungen**

Eine zuverlässige Datenerfassung zu auswärtigen Unterbringungen gibt es erst seit Anfang 2004. Es lässt sich jedoch feststellen, dass sich die Anzahl der Vermittlungen nach auswärts gegenüber 2003 erhöht hat. Insgesamt befanden sich im Erhebungsjahr 17 Klienten in Einrichtungen außerhalb Bremens. Dabei handelt es sich überwiegend um Klienten mit Doppeldiagnosen (Psychose und Sucht), in vier Fällen liegen manifeste gesundheitliche Erkrankungen mit z. T. hirnorganischer Problematik vor.



## 11.6. Zusammenfassung/Ausblick

In 2004 wurde das Ziel erreicht, die kommunalen und zuwendungsfinanzierten Angebote im ambulanten Drogenhilfesystem zusammenzufassen und an (nur noch) zwei freie Leistungserbringer zu übertragen.

Nachdem bereits in der Vorbereitung der Umstrukturierung umfangreiche Detailfragen zu klären waren, ist auch in 2005 ein hoher Aufwand bei der weiteren Organisation dieses Umbauprozesses für die Steuerungsstelle abzusehen. Es geht dabei in erster Linie um folgende Aufgaben:

- Regelung verwaltungstechnischer Verantwortlichkeiten zwischen dem Amt für Soziale Dienste und dem Gesundheitsamt
- Übertragung von Aufgaben des Amtes für Soziale Dienste an die Leistungserbringer, soweit diese nicht bereits in den Zuwendungsverträgen geregelt wurden
- Klärung des Finanzrahmens für die Folgejahre

Neben den organisatorischen Fragen sind nach einer Anlaufphase auch die konzeptionellen und inhaltlichen Bedingungen des ambulanten Drogenhilfesystems weiter abzustimmen:

- Aufbau von Kooperationsstrukturen zwischen der Steuerungsstelle und den Leistungserbringern
- Entwicklung eines Konzepts zum Qualitätsmanagement
- Weiterentwicklung des Dokumentationssystems, insbesondere Entwicklung einer differenzierten Leistungsdokumentation
- Konzeptionelle Anpassung des Aufgabenbereichs „Psychosoziale Begleitung“ bei Substituierten
- Detaillierte Beschreibung übernommener hoheitlicher Aufgaben

Im Bereich Wohnen/Unterkunft hat sich die Situation der Notunterkünfte „normalisiert“, mit der Umstellung durch die Hartz IV Reform ergeben sich aber neue Problemstellungen:

Die Zuständigkeiten für die Unterbringungen in Notunterkünften werden sich ab 2005 vom Amt für Soziale Dienste auf die BAGIS verlagern. Dabei ist die Übernahme von den bisherigen Regelungen durch die BAGIS noch nicht geklärt (z. B. Vorrang Notunterkunft vor Hotel/Pensionen, Verfahren bei Aufenthalt über drei Monaten, Eigenanteilsberechnung- u. Einbehaltung, etc.) Vor diesem Hintergrund ist auch zu klären, wie das weitere Controlling organisiert wird, zumal das AfSD und die BAGIS einen zentralen Fachdienst Wohnen planen.

Ebenfalls zu prüfen sind Alternativen zur Unterbringung von chronisch-mehrfach-abhängigen Klienten. Hierbei handelt es sich um eine Notunterbringung in doppelter Hinsicht – neben der Obdachlosigkeit fehlt es auch an adäquaten Betreuungsmöglichkeiten in Bremen.

Im Bereich Betreutes Wohnen gibt es eine Überschreitung der vereinbarten Platzzahlen bei Betreuungen im eigenen Wohnraum, dementsprechend eine Überschreitung des Haushaltsanschlages. Dies bedeutet für 2005:

Analyse des offensichtlich steigenden Bedarfes

- Klärung von Interventionsmöglichkeiten

Die auswärtigen stationären Unterbringungen (hauptsächlich Doppeldiagnose-Klienten) haben in 2004 zugenommen: Für die weitere Arbeit des Fachcontrolling bedeutet dies:

- weitere Beobachtung dieses Trends
- Klärung, welche Alternativen für eine Unterbringung/Versorgung in Bremen möglich sind