



Kommunaler Psychiatrieplan 2005

Gesundheitsamt Bremen





Impressum:

Herausgeber:

Gesundheitsamt Bremen
Sozialpsychiatrische Abteilung
Horner Str. 60-70
28203 Bremen
www.gesundheitsamt-bremen.de



Inhaltsverzeichnis

1.	Stand der aktuellen Versorgungssituation.....	7
1.1	Basisdaten zur Epidemiologie und demografischen Entwicklung	7
1.2	Aktueller Stand der Versorgung psychisch kranker und suchtkranker Menschen	9
1.3	Kooperation, Koordination und Steuerung der psychiatrischen Versorgung.....	11
1.3.1	Gremien in der Stadtgemeinde	12
1.3.1.1	Zentrale Arbeitsgruppe zur Versorgung psychisch kranker und suchtkranker Menschen in der Stadtgemeinde Bremen (ZAG)	14
1.3.1.2	Fachausschüsse der ZAG	15
1.3.1.3	Regionalkonferenzen der Leistungserbringer	17
1.3.2	Steuerungsstelle Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe des Gesundheitsamtes Bremen	18
1.3.3	Gemeindepsychiatrischer Verbund	21
1.3.4	Bewertung und Planungsempfehlungen	22
2.	Bausteine und Basiskennzahlen der allgemeinen psychiatrischen Versorgung	24
2.1	Hilfen und Schutzmaßnahmen nach dem PsychKG	24
2.1.1	Zentraler Krisendienst (KID)	25
2.1.2	Unterbringungen nach dem PsychKG und BTG	26
2.1.3	Bewertung und Planungsempfehlungen	28
2.2	Behandlung und Pflege	30
2.2.1	Stationäre und teilstationäre Versorgung	39
2.2.2	Sozialpsychiatrische Beratungsstellen und Ambulanzen	41
2.2.3	Niedergelassene FachärztInnen	47
2.2.4	Niedergelassene PsychotherapeutInnen	49
2.2.5	Ambulante psychiatrische Pflege	50
2.2.6	Soziotherapie	50
2.2.7	Bewertung und Planungsempfehlungen	51
2.3	Bereich Wohnen	54
2.3.1	Betreutes Wohnen	54
2.3.2	Heimstationäre Versorgung	59
2.3.3	Nichtbehandlungsfälle im Klinikum Ost	61
2.3.4	Familienpflege	62
2.3.5	Bewertung und Planungsempfehlungen	62
2.4	Bereich Arbeit und Beschäftigung	66
2.4.1	Bewertung und Planungsempfehlungen	70
2.5	Bereich Tagesstrukturierung – Tagesstätten	73
2.5.1	Bewertung und Planungsempfehlungen	73
3	Besondere Versorgungsbereiche	74
3.1	Gerontopsychiatrie	74
3.1.1	Gerontopsychiatrische Versorgung im Rahmen der Behandlungszentren	74
3.1.2	Gerontopsychiatrische Versorgung im Bereich Wohnen	76
3.1.3	Bewertung und Planungsempfehlungen	78
3.2	Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung	80
3.2.1	Stationärer und teilstationärer Bereich	80
3.2.2	Niedergelassene ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen	83



3.2.3	Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Bereich Wohnen	83
3.2.4	Bewertung und Planungsempfehlungen	84
3.3	Psychisch Kranke in Einrichtungen der Obdachlosenhilfe	85
4	Selbsthilfe und Angehörige psychisch kranker Menschen	88
5	Bausteine und Basiskennzahlen der Suchtkrankenversorgung ...	90
5.1	Die klinische Versorgung suchtkranker Menschen (legaler Suchtbereich)	92
5.1.1	Stationärer und teilstationärer Bereich	92
5.1.2	Sozialpsychiatrische Beratungsstellen und Institutsambulanzen	92
5.1.3	Bereich Wohnen für Suchtkranke	93
5.2	Drogenhilfe	98
5.2.1	Entgiftungsbehandlung	98
5.2.2	Stationäre und ambulante Rehabilitation (Therapie)	98
5.2.3	Ambulante Hilfen (niedrigschwellige Hilfen, Beratung, psychosoziale Betreuung)	100
5.2.4	Bereich Wohnen für Drogenabhängige	102
5.2.5	Substitutionsbehandlung	103
5.2.6	Selbsthilfe und Angehörige suchtkranker Menschen	106
5.2.7	Bewertung und Planungsempfehlungen	107

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	12-Monatprävalenz nach Diagnose	7
Tab. 2	Kriseninterventionen durch den Zentralen Krisendienst	25
Tab. 3	Krankenhauseinweisungen durch den Zentralen Krisendienst	25
Tab. 4	Zwangsunterbringungen PsychKG	27
Tab. 5	Betreuungsrechtliche Unterbringungen nach BgB	28
Tab. 6	Veränderungen der Planbetten.....	33
Tab. 7	Veränderung der Belegung in den an der Regionalisierung beteiligten Bereichen von 1999 – 2003	33
Tab. 8	Regionale Verteilung stationärer und teilstationärer Betten/Plätze im Bereich der Allgemeinen Psychiatrie und Gerontopsychiatrie	39
Tab. 9	Regionale Verteilung des Personals in VzK	40
Tab. 10	Fallzahlentwicklung und durchschnittliche Verweildauer in der stationären und teilstationären Psychiatrie	40
Tab. 11	Verteilung des kommunal finanzierten Personals im ambulanten Bereich in VzK ...	42
Tab. 12	Versorgte KlientInnen in den Ambulanzen der BHZ	42
Tab. 13	Kontakte und Kontaktarten der Ambulanzen	43
Tab. 14	Diagnosen der Klienten in den Ambulanzen (Allgem. Psychiatrie)	44
Tab. 15	Ausgewählte soziodemografische Angaben über Klienten in den Ambulanzen	45
Tab. 16	Gutachten der Behandlungszentren	46
Tab. 17	Niedergelassene PsychotherapeutInnen in Bremen	49
Tab. 18	Leistungserbringer und Angebote im Bereich Wohnen	55



Tab. 18a	Leistungs- und Kostenentwicklung Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen	56
Tab. 19	KlientInnen des Betreuten Wohnens nach Betreuungsumfang	57
Tab. 20	Wohnheime in Bremen	59
Tab. 20a	Wohnheimplätze für psychisch kranke Menschen	60
Tab. 21	Ausgewählte Durchschnittswerte der Tagesstätten	73
Tab. 22	Verweildauer und Lebensalter alter Menschen nach Leistungserbringern	76
Tab. 23	Bewohnerstruktur gerontopsychiatrischer Heime	77
Tab. 24	Ausprägungsgrad der Verhaltensstörungen	77
Tab. 25	PatientInnen der Beratungsstelle KIPSY	82
Tab. 26	Leistungen der Beratungsstelle Kipsy	83
Tab. 27	Stationäre und teilstationäre Betten/Plätze in den Behandlungszentren.....	92
Tab. 28	Kontakte und Kontaktarten der Ambulanzen	93
Tab. 29	Diagnosen der Sucht-Klienten in den Ambulanzen	93
Tab. 30	Leistungserbringer, Plätze und Betreuungsschlüssel im Betreuten Wohnen für Suchtkranke	94
Tab. 30a	Plätze im Betreuten Wohnen für suchtkranke Menschen	95
Tab. 31	Heime für suchtkranke Menschen	95
Tab. 31a	Heimplätze für suchtkranke Menschen in bremischer Kostenträgerschaft – Jahresdurchschnittsbelegungen	96
Tab. 32	Die neuen Projektzuordnungen im Überblick (Planung ab 2005)	100
Tab. 33	Fallzahlen (Klienten) und Leistungen ambulante Drogenhilfe	102
Tab. 34	Leistungsdaten Notunterkünfte	102
Tab. 35	Leistungsdaten Betreutes Wohnen	103



Vorwort

Gesetzliche Grundlage des kommunalen Psychiatrieplans ist das bremische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten, § 34. Hier ist festgelegt, dass auf der Grundlage kommunaler Psychiatriepläne ein Landespsychiatrieplan zu erstellen ist.

Die zahlreichen Rückmeldungen auf den im Frühjahr 2005 vorgelegten Entwurf des kommunalen Psychiatrieplans Bremen konnten genutzt werden, um den Bericht zu verbessern und zu ergänzen. Alle Beiträge und Kommentare Dritter wurden soweit wie möglich berücksichtigt und integriert. Bezugsjahr für die Datenerhebung des Ende 2004 begonnenen Psychiatrieplans ist das Jahr 2003. Aktuellere Daten wurden jedoch soweit wie möglich in die Endfassung eingearbeitet.

Die einzelnen Abschnitte des Psychiatrieplans umfassen jeweils einen Berichtsteil und eine zusammenfassende Bewertung mit Planungsempfehlungen. Im Berichtsteil geht es zunächst darum, deskriptiv alle verfügbaren Daten zusammen zu stellen, um die Versorgungsstruktur näherungsweise abzubilden. In einem nächsten Schritt werden auftragsgemäß Bewertungen vorgenommen und Planungsempfehlungen aus Sicht der kommunalen Gesundheitsfachverwaltung formuliert.

Ziel und Zweck des vorgelegten Psychiatrieplans ist es, den fachlichen und politischen Diskurs aller Beteiligten und Verantwortlichen zu unterstützen. Eine Fortschreibung des Berichtes entsprechend den Veränderungen der Versorgungsstruktur ist geplant.

Eine große Herausforderung der nächsten Jahre wird darin bestehen, die bei steigenden Fallzahlen wachsenden Hilfebedarfe psychisch kranker und suchtkranker Menschen mit den begrenzten Ressourcen der Leistungsträger zu decken. Eine offene Kommunikation und Kooperation aller Beteiligten in der Region, der Politik, der Leistungsträger, der Leistungserbringer und der Leistungsberechtigten wird nötig werden, um nachhaltige Problemlösungen zu entwickeln.

Danken möchte ich denjenigen, die an diesem Bericht mitgearbeitet haben. Die Recherche und redaktionelle Aufbereitung der vielen Daten lag im Wesentlichen bei Herrn Reumschüssel-Wienert. Viele andere Institutionen und Personen waren an der Abfassung spezieller Berichtsteile beteiligt oder haben durch konkrete kritische Rückmeldungen für Ergänzungen und Korrekturen gesorgt und damit entscheidend zur Abrundung des Berichtes beigetragen. Nicht allen Wünschen nach weiteren inhaltlichen Ergänzungen des Berichtes konnte entsprochen werden, da die für die Erstellungen des Berichtes zur Verfügung stehenden Ressourcen begrenzt waren.

Bremen, den 7. Februar 2006
Dr. Gerd Möhlenkamp



1. Stand der aktuellen Versorgungssituation und Rahmenbedingungen

1.1 Basisdaten zur Epidemiologie und demografischen Entwicklung

Weltweit nehmen psychische Erkrankungen zu. Nach Einschätzungen der Weltgesundheitsorganisation WHO sind weltweit 11,5 % aller Krankheiten neuropsychiatrischen Ursprungs. Man kann davon ausgehen, dass etwa 20 – 30 % der Bevölkerung an psychiatrischen und psychosomatischen Störungen leiden und dass ca. die Hälfte davon dringend einer professionellen Behandlung bedarf. Folgt man dem Gesundheitssurvey¹, dann sind 32,1 % (15,6 Mio.) der erwachsenen deutschen Bevölkerung (zwischen 18 – 64 J.) psychisch krank. Davon stehen lediglich 36 % im Kontakt mit professionellen Diensten. Die häufigsten Störungsformen im Sinne der Prävalenz sind bei der erwachsenen Bevölkerung: Angststörungen (14,5 % bzw. 7,03 Mio.), affektive (meist depressive) Störungen (11,5 % bzw. 7,03 Mio.), und somatoforme Störungen. Sie liegen weit vor den Suchterkrankungen (6,8 % bzw. 3,31 Mio.), die an vierter Stelle folgen. Männer sind eher von Suchterkrankungen betroffen und Frauen weisen vergleichsweise eine höhere Prävalenz bei Angst- und affektiven Störungen auf. Die Prävalenz psychischer Störungen ist in den neuen Bundesländern geringer als in den alten.

Tab. 1: 12-Monatprävalenz nach Diagnose²

DSM-IV Diagnosen	Prävalenz
Somatoforme Störungen	11,0%
Essstörungen	0,3%
Zwangsstörungen	0,7%
Panik/Agoraphobie	4,3%
GAE	1,5%
Phobien	7,6%
Depressionen	8,3%
Dysthymie	4,5%
Bipolare Störungen	0,8%
Psychotische Störungen	2,6%
Alkohol	6,2%
Drogen	1,0%

Auch die Krankenversicherungen, die seit geraumer Zeit Gesundheitsreports veröffentlichen, konstatieren einen drastischen Anstieg psychischer Störungen.

¹ Robert Koch Institut: Bundesgesundheitsurvey (BGS) 1998. Zusatzmodul „Psychische Störungen“. Berlin 1999.

² Quelle: Wittchen, H.U.: Stellungnahme für den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen „Bedarfsgerechte Versorgung psychischer Störungen – Abschätzung aufgrund epidemiologischer, bevölkerungsbezogener Daten“, München 2002.



Der Anteil der psychischen Störungen am Krankheitsgeschehen hat sich in den letzten 20 Jahren verdreifacht und steht nun mit einem Anteil von 7,35 % bis 13 %³ an vierter Stelle der ärztlich registrierten Krankheitstage. Der durch psychische Erkrankungen bedingte Anteil der Fehlzeiten liegt bei Frauen deutlich höher als bei Männern. Bei Frauen stehen depressive Erkrankungen im Vordergrund, bei Männern Störungen im Zusammenhang mit Alkohol und Drogen.

Das Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken, sowie auch das Nutzungsverhalten eines therapeutischen Behandlungsangebotes ist eng verbunden mit regionalen sozialstrukturellen und –demografischen Bedingungen.

Nur einige ausgewählte demographische Angaben sollen hier angeführt werden, für 544.853 EinwohnerInnen die die Stadt Bremen, am 31. Dez. 2003 hatte⁴:

- 19,3 % aller Bremer sind älter als 65 Jahre
- Mit fast 50 % Einpersonenhaushalten liegt Bremen weit über dem Bundesdurchschnitt
- Bei 166.294 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten hatte Bremen 32.183 arbeitslose Menschen am 30. Juni 2003
- Darüber hinaus bezogen 8,6 % der Bremer Bevölkerung (46.966) am 31. Dez. 2003 laufende Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen.

Insgesamt ist die demografische Entwicklung in Deutschland – und dies gilt auch für die Stadt Bremen - durch zwei Tendenzen gekennzeichnet:

- Der Anteil alter Menschen nimmt zu, was sich durch den Geburtenrückgang auf ein Niveau weit unter dem Generationenersatz und eine steigende Lebenserwartung ergibt.
- Durch Zuwanderung und Einbürgerung wurde dieser Prozess zwar verlangsamt, aber nicht aufgehalten.

Dies bedeutet: Bei einer Steigerung der Lebenserwartung und Geburtenrückgang wird der Anteil der alten – insbesondere der hochbetagten – Menschen an der Gesamtbevölkerung zunehmen. Es wird zukünftig eher die Regel sein, dass Menschen älter als 80 Jahre alt werden.

Dies wird sich auch in der Psychiatrieplanung niederschlagen müssen – insbesondere im Bereich der Hilfen für seelisch behinderte Menschen. In diesem Zusammenhang hat die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) gegen Ende des Jahres 2002 eine Umfrage durchgeführt zur Entwicklung der Fallzahlen in der Eingliederungshilfe (volljährige Behinderte) bezogen auf ambulante und stationäre Wohnformen⁵.

³ Je nach Kasse variieren die Zahlen geringfügig. Vgl.: BKK-Gesundheitsreport 2003, Essen (<http://www.bkk.de> (20.10.2004). DAK Gesundheitsreport 2004, Hamburg (<http://www.dak.de> (20.10.2004) TK-Gesundheitsreport 2004, Hamburg (<http://www.tk-online.de> (20.10.2004)

⁴ Vgl. hierzu und im folgenden, soweit nicht anders vermerkt: Statistisches Landesamt: www.bremen.de/infostatistik/hbklein/bremen.htm (21. Okt. 2004); eigene Berechnungen.

⁵ Vgl. zum folgenden: Entwicklungen der Sozialhilfeausgaben für Hilfen für Menschen mit Behinderungen – Der Bundesgesetzgeber muss tätig werden! In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 4/ 2003: 121 – 125.



Nach dieser Umfrage werden die Fallzahlen bis zum Jahre 2007 im stationären Bereich um 17 % und im ambulanten Bereich (Betreutes Wohnen) um 35 % zunehmen. Diese Entwicklung im Eingliederungshilfereich hängt im wesentlichen mit folgenden Faktoren zusammen:

- Bei Menschen mit Behinderungen steigt ebenso wie in der sonstigen Bevölkerung die Lebenserwartung.
- Das durchschnittliche Eintrittsalter von Personen mit Behinderungen in stationäre oder ambulante Wohnformen der Eingliederungshilfe sinkt tendenziell.
- Die Anzahl der Hilfeempfänger mit seelischen Behinderungen nimmt stetig zu. Dies betrifft sowohl die seelisch Behinderten mit einer psychischen Erkrankung im engeren Sinne (Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Neurosen) als auch Behinderte mit einer Suchterkrankung
- es gibt deutliche Hinweise darauf, dass der Anteil der unter 30-jährigen Personen mit schweren und mehrfachen Behinderungen zugenommen hat.

Aufgrund dieser Faktoren wird in den kommenden Jahren von einem deutlichen Fallzahlanstieg auszugehen sein.

1.2 Aktueller Stand der Versorgung psychisch kranker und suchtkranker Menschen

Die in der Koalitionsvereinbarung für die 16. Wahlperiode der Bremischen Bürgerschaft 2003 bis 2007 festgelegte Umsetzung der Reform der psychiatrischen Versorgung im ambulanten und stationären Bereich der Krankenhausversorgung ist in ihrer ersten Stufe bis Ende 2003 vollständig umgesetzt worden. Bremen verfügt damit über eine regionalisierte psychiatrische Versorgungsstruktur, die in der Bundesrepublik Deutschland bisher einmalig ist:

- Statt der für die ganze Stadt zentralisierten stationären Versorgung im Klinikum Bremen Ost bestehen nun fünf regionale Behandlungszentren für die Regionen Nord, West, Mitte, Süd und Ost. Sie tragen die regionale Pflichtversorgung aller psychiatrischen PatientInnen im Bereich Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und Sucht.
- Jedes Behandlungszentrum verfügt über vollstationäre Betten und tagesklinische Plätze, Plätze zur tagesklinischen Akutversorgung und eine Institutsambulanz. Der örtliche und räumliche Entwicklungsstand ist jedoch noch unterschiedlich:
- Die Behandlungszentren Nord und Ost verfügen über alle Elemente im räumlichen Zusammenhang mit dem jeweiligen regionalen Klinikum.
- Die Behandlungszentren West und Süd haben jeweils die Tagesklinik, die Institutsambulanz und das kommunale Leistungsangebot (Sozialpsychiatrischer Dienst) in der jeweiligen Region, aber den vollstationären Versorgungsteil noch im Klinikum Bremen Ost.
- Das Behandlungszentrum Mitte verfügt lediglich über die Institutsambulanz und das kommunale Leistungsangebot in der Region.



- Seit dem 1. Okt. 2003 sind die Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen für erwachsene psychisch kranke und suchtkranke Menschen in die regionalen psychiatrischen Behandlungszentren integriert und gehören damit nicht mehr zum Gesundheitsamt. Alle psychiatrischen Versorgungselemente (mit Ausnahme der Behandlung durch niedergelassene ÄrztInnen) finden sich unter einem Dach.
- Durch die Integration des Sozialpsychiatrischen Dienstes werden in den Behandlungszentren nicht nur Behandlungsleistungen gem. SGB V, sondern auch die kommunalen Leistungen nach dem PsychKG (Beratung, Hilfen und Schutzmaßnahmen) und dem ÖGDG erbracht⁶.
- Lediglich nicht regionalisierbare stationäre Spezialversorgungen wie Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Suchtrehabilitation, Forensik (Bremen Ost) sowie die Behandlung Drogenkranker und Borderlinekranker (Klinik Dr. Heines) werden zentral vorgehalten.
- Die frühere Fachabteilung „Sozialpsychiatrischer Dienst“ des Gesundheitsamtes hat sich als „Sozialpsychiatrische Abteilung“ neu formiert. Ihr Aufgabenschwerpunkt liegt in der Steuerung und Koordination der kommunalen Leistungen für seelisch behinderte Menschen. Neben der seit 2001 bestehenden Steuerungsstelle Psychiatrie ist 2004 mit dem Wechsel der Steuerungsstelle Drogenhilfe vom Amt für Soziale Dienste zum Gesundheitsamt die Fach- und Ressourcenverantwortung für den Drogenhilfebereich hinzugekommen. Nach dem Wechsel des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu den Psychiatrischen Behandlungszentren liegt die kommunale Steuerungsverantwortung für die ausgelagerten kommunalen Aufgabenbereiche ebenfalls bei der Sozialpsychiatrischen Abteilung. Grundlage ist eine Leistungsvereinbarung zwischen den Klinika Ost und Nord und dem Gesundheitsamt, in der die Aufgaben und Leistungen festgelegt sind, die von dem kommunal finanzierten Mitarbeiteranteil der Behandlungszentren (37 VK) zu erbringen sind. Zur Sozialpsychiatrischen Abteilung am Gesundheitsamt gehören noch die Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle und die Medizinische Ambulanz für Drogenabhängige.
- Das ambulante Drogenhilfesystem ist in einem gravierenden Umbauprozess begriffen. Im Dezember 2004 haben die Deputation für Arbeit und Gesundheit und die Deputation für Soziales, Jugend und Senioren und Ausländerintegration einem Umbau des Hilfesystems zugestimmt. Als Ziele der Maßnahmen wurden festgelegt:
 - Konzentration der Aufgaben auf zwei Drogenhilfezentren Mitte und Nord und eine niedrigschwellige Grundversorgungseinrichtung (Kontakt- und Beratungszentrum Tivoli).
 - Verlagerung der operativen Steuerungsverantwortlichkeit an das Gesundheitsamt und Zusammenführung der Steuerungsstelle Drogenhilfe mit der Steuerungsstelle Psychiatrie am Gesundheitsamt
 - Vollständige Übertragung der bisher kommunalen Aufgabenwahrnehmung in frei gemeinnützige Trägerschaft durch Überlassung des bisher beim Amt für Soziale Dienste beschäftigten Personals.

⁶ Zu den Aufgaben siehe Kap. 2.1.4.



1.3 Kooperation, Koordination und Steuerung der psychiatrischen Versorgung

Seit Beginn der Psychiatriereform in Deutschland wird auf die Notwendigkeit der Kooperation unterschiedlicher Leistungserbringer sowie auf die Koordination und Steuerung von konkreten Hilfeprozessen bis hin zu (regionalen) Versorgungssystemen hingewiesen. Die Notwendigkeit zur Kooperation, Koordination und Steuerung ergibt sich insbesondere aus zwei Gegebenheiten:

- Insbesondere chronisch schwer psychisch erkrankte Menschen haben Störungen und Probleme, die sich als ein komplexes Problemsyndrom darstellen mit Bezügen zu unterschiedlichsten Lebensbereichen und Hilfebedarfen.
- Die Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung von Menschen trifft auf ein Hilfesystem, das gekennzeichnet ist durch eine Vielzahl von Leistungsträgern, Hilfsfunktionen und arbeitsteilig tätigen Leistungserbringern.

Kooperation, Koordination und Steuerung ist damit sowohl auf der fachlichen Ebene notwendig, um zielgerichtete Behandlungs-, Rehabilitations- und Eingliederungsprozesse zu gestalten, als auch auf der wirtschaftlichen Ebene, um diese Prozesse effektiv und wirtschaftlich zu organisieren.

Kooperation meint hierbei die planmäßige Zusammenarbeit zur Erzielung umfassender Problemlösungen sowohl auf der Arbeitsebene des Einzelfalls als auch auf der Ebene (ggf. ressortübergreifender) sozialer Planung und Steuerung.

Koordination ist die zielorientierte Abstimmung und Steuerung verschiedener Maßnahmen, um deren Wirksamkeit zu optimieren und Synergieeffekte zu nutzen.

Steuerung bezeichnet dabei die Aufgabe, die Leistungserbringung systematisch und planvoll in Richtung abgestimmter Ziele zu lenken und zu kontrollieren.⁷ Steuerung kann sich sowohl auf der Ebene des Einzelfalls als auch auf der Ebene von Hilfesystemen bewegen.

Zur Verbesserung der Kooperation von Leistungserbringern und Einflussnahme auf die weitere Entwicklung der psychiatrischen Hilfen wurde in Bremen eine Gremienstruktur aufgebaut, welche die verschiedenen Entscheidungsebenen und Akteure im psychiatrischen Versorgungssystem einbindet und aufeinander bezieht.

⁷ Vgl. Deutscher Verein (HG): Fachlexikon der sozialen Arbeit. Frankfurt am Main 1977⁴



1.3.1 Gremien in der Stadtgemeinde Bremen

Zu unterscheiden sind die Gremien auf Landes- und kommunaler Ebene.

Der **Landespsychiatrieausschuss**, der auf der Grundlage des § 35 PsychKG eingerichtet wurde, hat folgende Aufgaben:

- Beratung des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in grundsätzlichen Fragen zur Planung, Gewährleistung und Koordination der Versorgung psychisch kranker Menschen sowie
- Beteiligung an der Aufstellung des Landespsychiatrieplans

Seine Mitglieder sind: Der Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, das Gesundheitsamt Bremen, der Magistrat Bremerhaven, die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände, die Kassenärztliche Vereinigung Bremen, die Bremer Krankenhausgesellschaft, die Landesarbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände, der Landesverband der Angehörigen psychisch kranker Menschen sowie der Landesverband der Landesverband der Psychiatrieerfahrenen.

Der Psychiatrieausschuss tagt zwei Mal pro Jahr. Die Geschäftsführung liegt beim dem zuständigen Fachreferat des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales.

Auf kommunaler Ebene ist die „**Zentrale Arbeitsgruppe zur Versorgung psychisch kranker und suchtkranker Menschen in der Stadtgemeinde Bremen**“ (**ZAG**) das entscheidende Gremium, das alle an der kommunalen psychiatrischen Versorgung beteiligten Institutionen zusammenführt. Auf der fachbezogenen Arbeitsebene sind der zentralen Arbeitsgruppe 5 Fachausschüsse zugeordnet. Die ZAG steht in einem engen Verhältnis zu den fünf Regionalkonferenzen, die auf der Arbeitsebene der 5 Bremer Versorgungsregionen eingerichtet wurden.

Die Struktur und der Zusammenhang der unterschiedlichen Gremien wird durch die unten stehende Grafik verdeutlicht.

Gremienstruktur im Rahmen der psychiatrischen Versorgung

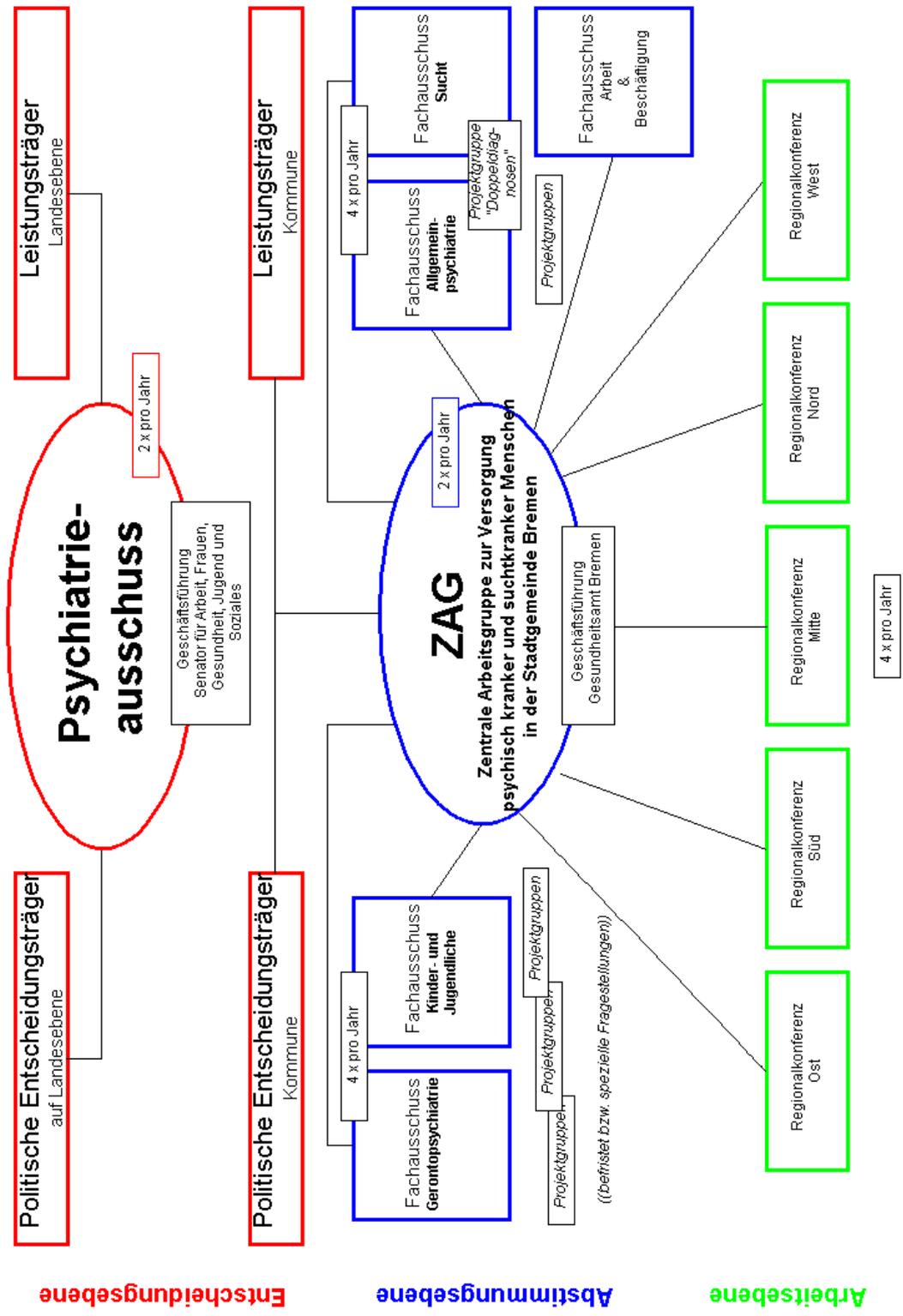


Abb. 1: Bremer Gremienstruktur im Rahmen der psychiatrischen Versorgung



1.3.1.1 Zentrale Arbeitsgruppe zur Versorgung psychisch kranker und suchtkranker Menschen in der Stadtgemeinde Bremen (ZAG)

Auf der Grundlage ihrer Geschäftsordnung vom 21. August 2002 wirkt die ZAG in der Stadtgemeinde Bremen mit, die Rechte und die Würde psychisch kranker und suchtkranker Menschen sowie ihren Anspruch auf eine qualitativ angemessene Versorgung zu gewährleisten. Ihre Aufgaben liegen in der

- Bedarfsfeststellung,
- Planung,
- Koordination und Gewährleistung der Kooperation

von Versorgungsangeboten für psychisch kranke und suchtkranke Menschen in der Stadtgemeinde Bremen. Sie befasst sich darüber hinaus mit strukturellen und konzeptionellen nutzerorientierten Regelungen.

Adressaten für Empfehlungen und Beschlüsse der Zentralen Arbeitsgruppe sind das Gesundheitsamt Bremen als für die operative Steuerung zuständige Stelle in der Stadtgemeinde Bremen sowie der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales in übergeordneten Fragen von strategischer Bedeutung.

Der Vorsitz und die Geschäftsführung der ZAG liegen beim namentlich benannten Vertreter des Gesundheitsamtes Bremen. Die ZAG tagt mindestens zwei Mal im Jahr.

Die Mitglieder sind jeweils ein/e namentlich zu benennende/r Vertreter/in

- des Gesundheitsamtes
- des Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie des ZKH Bremen Ost
- der Klinik Dr. Heines
- der Fachausschüsse
- des Amtes für Soziale Dienste

und jeweils zwei namentlich zu benennende Vertreter/innen der

- Regionalkonferenzen mit jeweils einem/er Vertreter/in der Träger und einem/er Vertreter/in des psychiatrischen Behandlungszentrums
- des Verbandes der Angehörigen psychisch Kranker
- des Landesverbandes der Psychiatrieerfahrenen.

Die ZAG hat (bisher) fünf Fachausschüsse eingerichtet:

- Fachausschuss Allgemeine Psychiatrie
- Fachausschuss Suchtkrankenhilfe
- Fachausschuss Gerontopsychiatrie
- Fachausschuss Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Fachausschuss Arbeit und Beschäftigung



Die Fachausschüsse werden von Koordinatoren geleitet und haben folgende Aufgaben:

- Verbesserung der fachspezifischen Kooperation,
- Feststellung von Defiziten in der Versorgung,
- Entwicklung von Problemlösungen als Entscheidungsvorlagen.

Mitglieder der Fachausschüsse sind Vertreter/innen der wesentlichen Leistungserbringer sowie der Kommune.

Um eine effektive Arbeit sowie einen Informationsfluss zwischen den unterschiedlichen Ebenen und Gremien gewährleisten zu können, war vereinbart und geschäftsordnungsmäßig festgelegt, dass die einzelnen Fachausschüsse, die Regionalkonferenzen sowie die ZAG in ihrer Gesamtheit einen jährlichen Bericht zu Beginn eines jeden Jahres verfassen. Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung der Mitglieder sind die Gremien hierzu bisher nicht in der Lage gewesen. Aus diesem Grunde ist die ZAG 2004 dahingehend übereingekommen, dass nunmehr statt jährlicher Berichte in den ZAG Sitzungen Resolutionen bzw. Stellungnahmen zu bestimmten Themenbereichen verabschiedet werden. Die Stellungnahmen, Empfehlungen oder Resolutionen sollen im Vorfeld der ZAG auf der Ebene der Fachausschüsse oder Regionalkonferenzen vorabgestimmt werden. Sie werden nach Verabschiedung durch die ZAG an die jeweils relevanten Adressaten weitergeleitet, z. B. an den Landespsychiatrieausschuss, an das Gesundheitsamt oder an die senatorische Behörde. Zum 8. September 2004 ist zum ersten Mal aus aktuellem Anlass eine Resolution „Zur Gefährlichkeit psychisch kranker Menschen“ verabschiedet worden.

1.3.1.2 Fachausschüsse der ZAG

Fachausschuss Allgemeine Psychiatrie

Vertreten sind im Fachausschuss „Allgemeine Psychiatrie“ die Behandlungszentren, die Leistungserbringer im komplementären Bereich und die Steuerungsstelle Psychiatrie des Gesundheitsamtes. Dieser Fachausschuss beschäftigte sich in den Jahren 2003 und 2004 mit allen relevanten Entwicklungen, wobei u.a. folgende Themen im Vordergrund standen:

Bildung von Hilfebedarfsgruppen: Wie lässt sich die Forderung des neuen Leistungserbringungsrechts nach §§ 75 ff SGB XII, Empfänger von Eingliederungshilfeleistungen Gruppen gleichen Hilfebedarfs zuzuordnen, methodisch umsetzen?

Soziotherapie: Hier wurde festgestellt, dass sich die Einführung dieser neuen Leistung als recht schwierig darstellt, insbesondere aufgrund des bürokratischen Verordnungsaufwandes.

Projekt „Hotel Plus“. Dieses Projekt für wohnungslose psychisch kranke Menschen, die weder Krankheitseinsicht haben noch psychiatrisch behandelt oder betreut werden möchten, sieht 20 Hotelplätze vor, von denen 10 Plätze durch das psychiatrische Hilfesystem belegt werden können. Zwar wird ein dringender Bedarf für eine solche Einrichtung gesehen, sowohl zur Vermeidung von Fehlplatzierungen in Einrichtungen der Obdachlosenhilfe als auch im Betreuten Wohnen für psychisch Kranke, das Projekt konnte bisher jedoch nicht realisiert werden.



Leitsätze Betreutes Wohnen: Die Steuerungsstelle Psychiatrie hatte als Diskussionsvorlage Leitsätze formuliert, die Qualitätsstandards der Hilfeplanung und die Aufgaben des Betreuten Wohnens beschreiben. Von besonderem Interesse war die Abgrenzung des Betreuten Wohnens von den Angeboten der Behandlungszentren. Weiter in der Diskussion ist das Verhältnis von Betreutem Wohnen und dem Bereich Tagesstrukturierung und Beschäftigung. Weitgehender Konsens besteht dahingehend, Tätigkeitsangebote und rehabilitative Beschäftigung gegenüber kommunikativen Betreuungsformen stärker in den Vordergrund zu rücken.

Darüber hinaus ist die prozessbegleitende **Kooperation über die Hilfeplanerstellung hinaus zwischen Betreutem Wohnen und den Behandlungszentren** von Belang. Die Fragen, die sich hieraus ergeben, sind weiterhin in der Diskussion.

Fachausschuss Gerontopsychiatrie

Nach einer Phase des Aufbaues und der Konstituierung hat der Fachausschuss Gerontopsychiatrie zu Beginn des Jahres 2004 seine Arbeit aufgenommen. Zentrale Themen waren bisher das Verhältnis von Eingliederungshilfe(einrichtungen) und Pflege(einrichtungen), der problematische Wechsel von einer Eingliederungshilfeeinrichtung in eine Pflegeeinrichtung, wenn körperliche Pflege in den Vordergrund rückt und das Problem steigender Nachfrage bei konstanter Platzzahl in den Heimeinrichtungen bei gleichzeitig geringer Fluktuation.

Fachausschuss Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Konstituierung dieses Fachausschusses hat sich aufgrund organisatorischer Veränderungen im Kooperationsbereich von Kinder- und jugendpsychiatrischer Klinik und Gesundheitsamt verzögert und ist nunmehr für den Jahresbeginn 2005 festgelegt.⁸

Fachausschuss Suchtkrankenhilfe

Durch die Einbeziehung des Drogenbereiches bzw. der Träger der Drogenhilfe in den Fachausschuss Suchtkrankenhilfe ist die Integration des legalen und illegalen Suchtbereiches auf der Gremienebene vollzogen worden. Im Zusammenhang mit der Einbeziehung des Drogenbereiches in den Fachausschuss war auch die Neuorganisation der Drogenhilfe zentrales Thema des Fachausschusses.

Im Bereich der legalen Drogen war die Neuorganisation ambulanter und stationärer Entwöhnungsangebote unter dem Dach eines Entwöhnungszentrums auf dem Gelände des Klinikum Bremen Ost (Haus Delbrück) ein wichtiges Thema. Im Verbund mit ambulanten rehabilitationsangeboten sind nun flexible und abgestufte Formen der Entwöhnungsbehandlung möglich. Diese sogenannte „Entwöhnung im Verbundsystem – EVS“ wurde vom Klinikum Bremen Ost zunächst mit der LVA vereinbart.

Eine Differenzierung der Angebote der Heime für chronisch mehrfach geschädigte abhängigkeitskranke Menschen (CMA-Heime, auch „Korsakow-Einrichtungen“ genannt) ist weiterhin in der Diskussion. Hier steht die Frage im Vordergrund, ob und welche Menschen mit schwerwiegenden Suchtfolgeerkrankungen neben dem stationären Wohnangebot besondere Eingliederungshilfen benötigen. Grundlage der Diskussion ist eine Fragebogenuntersuchung zur Bewohner- und Angebotsstruktur der Heime.

⁸ Der Fachausschuss Kinder- und Jugendpsychiatrie hat sich inzwischen im Frühjahr 2005 konstituiert unter der geschäftsführenden Leitung der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle (KIPSY) am Gesundheitsamt.



Fachausschuss Arbeit und Beschäftigung

Die Koordination der Angebote und die Kooperation der Leistungserbringer im Bereich Arbeit und Beschäftigung sind thematischer Schwerpunkt des Fachausschusses Arbeit und Beschäftigung. Neben den Leistungserbringern sind die Behandlungszentren, das Gesundheitsamt/Steuerungsstelle Psychiatrie und die Abteilung Soziales der sen. Behörde vertreten.

Die Werkstatt für Behinderte Menschen hat im Fachausschuss Arbeit und Beschäftigung eine geschäftsführende Funktion.

Die Sicherung und der weitere Ausbau der niedrigschwelligen Beschäftigungsangebote über Blaue Karte (Prämienmodell) wurde im Hinblick auf die Veränderungen durch die Hartz IV Reform zu einem wichtigen Anliegen des Fachausschusses. Der zu befürchtenden Aufkündigung von arbeitsrehabilitativen Maßnahmen für seelisch behinderte Menschen, die als nicht erwerbsfähig eingestuft werden, soll weiterhin entgegen getreten werden.

Der Fachausschuss unterstützt das Projekt „Integrierte Hilfeplanung im Bereich Arbeit und Beschäftigung“, das in Zusammenarbeit mit der Aktion Psychisch Kranke die Voraussetzungen dafür schaffen soll, dass die verschiedenen Leistungsträger im Sinne des SGB IX zu einer koordinierten und personenbezogenen Rehabilitationsplanung gelangen.

Näheres zu den Inhalten, Problemen und Planungen im Bereich Arbeit und Beschäftigung ist im Abschnitt 2.4 nachzulesen.

1.3.1.3 Regionalkonferenzen der Leistungserbringer

Auf der Arbeitsebene sind in den Versorgungsregionen Ost, Süd, Mitte, Nord und West der Stadtgemeinde Bremen Regionalkonferenzen eingerichtet worden. Ihre Aufgaben liegen in der

- Verbesserung der Kooperation der regionalen Leistungserbringer,
- Klärung von Verantwortlichkeiten bei besonderen Versorgungsproblemen,
- Feststellung von Versorgungsproblemen in der regionalen Versorgung und
- Entwicklung von Lösungsvorschlägen und Empfehlungen an die ZAG.

Die Mitglieder der Regionalkonferenzen sind Vertreter/innen der in den Regionen tätigen freien Träger sowie der Behandlungszentren. Die Steuerungsstelle Psychiatrie nimmt auf besondere Einladung ebenfalls teil.

Die Regionalkonferenzen tagen vier Mal pro Jahr. Sie haben eine turnusmäßig wechselnde Geschäftsführung bzw. eine koordinierende Stelle, die z. T. bei den Trägern angesiedelt ist.



1.3.2 Steuerungsstelle Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe des Gesundheitsamtes Bremen

Mit der Bremer Psychiatriereform der letzten Jahre waren vor allem folgende Zielsetzungen verbunden:

- Die konsequente Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung unter dem Leitbild „persönliche Hilfen vor Ort“.
- Die Zusammenführung von Ressourcen bislang getrennter Institutionen sollen die strukturellen Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Bremer Psychiatriereform auch in Zeiten knapper Mittel weiter vorankommt.
Diesem Ziel diene die Integration des Sozialpsychiatrischen Dienstes in die regionalen Behandlungszentren, die durch den zum 1. Oktober 2003 erfolgten Wechsel des Sozialpsychiatrischen Dienst für Erwachsene in die Trägerschaft der psychiatrischen Klinik Bremen-Ost vollzogen wurde (siehe Kap. 2.2).

Die Aufgaben der Sozialpsychiatrischen Abteilung des Gesundheitsamtes liegen nun nicht mehr schwerpunktmäßig im Dienstleistungsbereich, sondern in der Steuerung und Koordination der steuerfinanzierten kommunalen Leistungen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen – insbesondere der Eingliederungshilfeleistungen. Die auf der Grundlage des Senatsbeschlusses vom 1. Feb. 2000 bereits im Jahre 2001 erfolgte Einrichtung der Kommunalen Steuerungsstelle Psychiatrie fügt sich hier ein.

Diese Entwicklung von der Leistungserbringung zur Fach- und Ressourcensteuerung ist im Zusammenhang zu sehen mit einer neuen Zielorientierung des Gesundheitsamtes Bremen hin zu einer kommunalen Fachverwaltung, die sich vor allem über ein kommunales Public-Health-Management profiliert. Diese Neuorientierung des Gesundheitsamtes beinhaltet:

- die Orientierung an prioritären Problemfeldern und kommunalpolitischen Zielsetzungen,
- die Stärkung der kommunalen Gesundheitsberichterstattung und
- die Übernahme operativer Steuerungsverantwortung im Sinne von Fach- und Ressourcenverantwortung für alle steuerfinanzierten präventiven, rehabilitativen und kurativen Leistungen für psychisch Kranke.

Aufgabenbereiche - Produkte

Die Aufgaben der Steuerungsstelle Psychiatrie liegen in zwei Bereichen:

- Die operative Fach- und Ressourcensteuerung eines kommunalen Psychiatriebudgets – bezogen auf Maßnahmen der Eingliederungshilfe für psychisch kranke und suchtkranke Erwachsene. Grundlage dieser Steuerungsaufgaben ist ein Kontrakt zwischen dem Gesundheitsamt und dem Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, der u.a. die leistungs- und finanzwirtschaftlichen Ziele sowie die Berichtspflichten regelt.



- Die Durchführung von einzelfallbezogenen Koordinierungsaufgaben im Wiedereingliederungshilfe-Antragsverfahren für psychisch kranke und suchtkranke Menschen.

Dies betrifft in erster Linie die Abwicklung des Begutachtungsverfahrens im Rahmen des Gesamtplanverfahrens nach § 46 BSHG bzw. § 58 SGB XII, die Entgegennahme von Änderungsmitteilungen im Maßnahmebereich und weitere fachliche antragsbezogene Kontroll- und Koordinierungsaufgaben, die sich aus der Dienstanweisung zum Betreuten Wohnen und aus sonstigen Regelungen zum Maßnahmebereich ergeben.

Die Steuerungsstelle Drogenhilfe ist im Jahre 2004 vom Amt für Soziale Dienste zum Gesundheitsamt gewechselt, sodass auf der Steuerungsebene die kommunalen Hilfen für alle Formen seelischer Behinderung unter einem Dach zusammengefasst sind. Die Zusammenführung der Steuerungsstellen Psychiatrie und Drogen ist ein weiterer Schritt Integration der Behindertenhilfe auf der Verwaltungs- und Steuerungsebene, insbesondere auch des legalen und illegalen Suchthilfebereichs. Beiden Steuerungsstellen steht derzeit insgesamt ein Personalvolumen von 7 Stellen zur Verfügung.

Maßnahmebereiche - Teilbudgets

Die operative Fach- und Ressourcensteuerung eines kommunalen Psychriatriebudgets umfasst im Jahr 2003 ein Volumen von ca. 26 Millionen Euro und bezieht sich auf folgende Maßnahmebereiche bzw. Teilbudgets:

- Betreutes Wohnen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen
- Heimwohnen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen
- Tagesstätten
- Langzeitpflegeplätze/ Nichtbehandlungsfälle, die übergangsweise in der Klinik verbleiben
- Familienpflege/ Landpflege
- Leistungen der Kommunalen Drogenhilfe

Steuerungsziele

Folgende Ziele sind mit der operativen Fach- und Ressourcensteuerung verbunden werden:

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



Aufgabenspektrum

Die zugehörigen Aufgaben lassen sich wie folgt beschreiben:

- Aufbau und Pflege einer leistungs- und finanzwirtschaftlichen Datenbasis
- Koordination des Antrags- und Begutachtungsverfahrens gemäß § 58 SGB XII (467 Fälle in 2003)
- Prüfung der fachlichen Voraussetzungen der Hilfestellung, z. B. Überprüfung der Begutachtungen auf inhaltliche Plausibilität
- Methodische Weiterentwicklung des Begutachtungs- und Hilfeplanverfahrens
- Fachliches Controlling laufender Maßnahmen z. B. bei Änderungsmitteilungen
- Pflege einer zentralen Warteliste (Zusammenführung und Abgleich der regionalen Wartelisten)
- Umsteuerung von Ressourcen in effektivere Hilfeformen
- Entwicklung und Kontrolle von Qualitätsstandards im Bereich der Leistungserbringung, z. B. Entwicklung einrichtungsübergreifender Dokumentationsstandards
- Durchführung von Fallkonferenzen in besonderen Fällen, z. B. bei nicht nachvollziehbarem Begutachtungsergebnis oder bei strittiger BSHG / KJHG Zuordnung
- Regelmäßige Berichterstattung (vierteljährliche Controllingberichte und ausführlicher Jahresbericht)
- Im Steuerungsbereich Drogen bilden zuwendungsrechtliche Prüfungen einen besonderen Aufgabenschwerpunkt, da die Zuwendungsfinanzierung von Maßnahmen hier eine besondere Rolle spielt.
- Mit der Ausgliederung der Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes in die regionalen Behandlungszentren der Klinika Ost und Nord ist das Fach- und Leistungscontrolling der weiterhin kommunal finanzierten Aufgaben nach dem PsychKG, ÖGDG und SGB XII als weiterer Aufgabenschwerpunkt hinzugekommen.

Zusammenfassende Bewertung:

Die seit 2002 gewonnenen Erfahrungen im operativen Steuerungsbereich lassen folgende Schlussfolgerungen zu:

Die Herstellung von **Transparenz** hat eine zentrale Steuerungsfunktion. Transparenz wird hergestellt durch Kennziffern, die die Leistungs- und Kostenentwicklung wiedergeben, durch ergebnisbezogene Indikatoren, die über erreichte Ziele informieren, durch Vergleiche zwischen Leistungserbringern, um Effizienzunterschiede darzustellen und durch eine qualitative Bewertung des Hilfesystems auf der Grundlage solider Daten. Eine offene und allen zugängliche, z. B. über Veröffentlichung der Berichte der Steuerungsstelle im Internet und „lesefreundliche“ Berichterstattung schafft die Voraussetzungen für einen rationalen Diskurs unter den an der Versorgung beteiligten Einrichtungen und Institutionen, zwischen Leistungsträger und Leistungserbringern, mit den politisch Verantwortlichen, mit der Öffentlichkeit und nicht zuletzt mit den Hilfeempfängern.



Die **Verknüpfung von fachlicher und Ressourcensteuerung** hat sowohl auf der Steuerungsebene als auch bei Leistungserbringern und Gutachtern das Bewusstsein für Kosten- und Wirtschaftlichkeitsaspekte der Versorgung gestärkt.

Einzelfallbezogene Interventionen bleiben ein wichtiges Steuerungsinstrument. Sie haben die Funktion, die Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit von Eingliederungshilfemaßnahmen zu überprüfen. Interveniert wird, wenn Hilfepläne nicht plausibel sind, wenn Gutachter und Leistungserbringer sich nicht einigen können, wenn bei längeren Klinikaufenthalten eine Fortsetzung der Wohnbetreuung zu überprüfen ist oder wenn bei besonderen Problemfällen eine angemessene zeitnahe Versorgung nicht gelingt. Die Nachfragen und beratenden Hilfen der Steuerungsstelle werden von den Gutachtern meist positiv aufgenommen. Wenn nötig, wird in einer Fallkonferenz entschieden, bei neu angemeldeten „Nichtbehandlungsfällen“ im stationären Klinikbereich ist eine Fallkonferenz obligatorisch.

1.3.3 Gemeindepsychiatrischer Verbund

Seit der Psychiatrie-Enquete ist die Bildung von gemeindepsychiatrischen Verbänden ein wesentliches Ziel der Psychiatriereform. In Bremen steckt die Entwicklung von regionalen Verbundsystemen noch in den Anfängen, es wurden jedoch wichtige strukturelle Voraussetzungen geschaffen durch:

- die Schaffung von Regionalen Behandlungszentren,
- die weitgehende regionale Orientierung der Träger psychiatrischer Dienste und Einrichtungen sowie
- eine Gremienstruktur, die sich an den Versorgungsregionen orientiert und für die die Teilnahme der Leistungserbringer verpflichtend ist. Die Teilnahme an den Gremien ist darüber hinaus in allen neu geschlossenen Verträgen (z. B. für Institutsambulanzen oder zuwendungsfinanzierte Einrichtungen) verpflichtender Bestandteil.

Eine Weiterentwicklung von Verbundsystemen ist wünschenswert. Sie sollte sich auf eine Intensivierung der Kooperation der Leistungserbringer beziehen sowie auf eine Intensivierung der koordinierten Leistungserbringung. Hierbei ist auch an eine Formalisierung der Beziehungen der Leistungserbringer in Betracht zu ziehen, die sich nicht nur auf Kooperationsverträge beziehen sollte, sondern auch „gemeinsame“ Leistungserbringung im Rahmen von „Joint-Ventures“ bzw. „Fusionen“ von – insbesondere kleinen – Einrichtungsträgern zum Ziel haben kann. Hierdurch könnten durch die Nutzung von Synergieeffekten sowohl die Qualität der Versorgung gesteigert werden als auch Wirtschaftlichkeitspotentiale erschlossen werden.



Ein besonderes Augenmerk bei der Intensivierung der Kooperation, Koordination und Vernetzung ist hierbei auf folgende Aspekte zu legen:

- Die Entwicklung und Umsetzung verbindlicher Qualitätsstandards gemeindepsychiatrischer Behandlung, Rehabilitation und Eingliederung in den verschiedenen Leistungsbereichen.
- Die Erschließung bisher nicht hinreichend genutzter Ressourcen insbesondere im Bereich sozialversicherungsfinanzierter Leistungen, wie z. B. psychiatrische Krankenpflege, Soziotherapie oder auch Leistungen zur (medizinischen) Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben im Rahmen von sog. „RPK – Einrichtungen“.

Insbesondere die sozialrechtliche Entwicklung, die markiert ist durch eine Entwicklung hin zu „persönlichen, trägerübergreifenden Budgets“ sowie – damit z. T. verbunden – zu integrierten Versorgungssystemen, setzt eine Flexibilität und Qualität in der Leistungserbringung voraus, die von den Leistungserbringern eine dies gewährleistende Größe erfordert. Einzelne kleine Träger sind mit diesen Aufgaben oft überfordert.

1.3.4 Bewertung und Planungsempfehlungen

Mit dem **Aufbau einer kommunalen Gremienstruktur**, die mit ihren Fachausschüssen und Regionalkonferenzen alle Bereiche der kommunalen psychiatrischen Versorgung einbezieht, wurden die Voraussetzungen für die notwendige Kooperation und Abstimmung unter den verantwortlichen Akteuren und für eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in gemeinsamer kommunaler Verantwortung geschaffen.

Das ursprüngliche Vorhaben, über ein gestaffeltes jährliches Berichtswesen von den Regionalkonferenzen über die Fachausschüsse bis zur Zentralen Arbeitsgruppe (ZAG) zentrale Problemstellungen und Planungsempfehlungen herauszuarbeiten, erwies sich vom Aufwand her als zu anspruchsvoll. Der Kompromiss liegt nun darin, in den Fachausschüssen oder Regionalkonferenzen Stellungnahmen zu besonderen Problembereichen zu erarbeiten und diese durch die Zentrale Arbeitsgruppe beraten und ggf. verabschieden zu lassen. Ob es gelingt, über die Gremien tatsächlich Einfluss auf planerische Entscheidungen zu nehmen und sich als mitgestaltender **gemeindepsychiatrischer Verbund** zu konstituieren, wird die weitere Entwicklung zeigen.

Eine stärkere Einbindung auch der niedergelassenen Fachärzte und Psychotherapeuten in die Gremienarbeit wäre wünschenswert.

Die Übernahme der operativen Fach- und Ressourcensteuerung aller Eingliederungshilfeleistungen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen in der Stadtgemeinde Bremen durch die **Steuerungsstelle Psychiatrie am Gesundheitsamt** kann als wegweisendes Projekt bezeichnet werden, das auch überregional Beachtung findet. Erstmals kann das gesamte Leistungsgeschehen transparent gemacht werden, sodass sowohl für fiskalische als auch für fachliche Bewertungen Grundlagen geschaffen wurden.

Der Aufbau einer Fachverwaltung am Gesundheitsamt für einen Teilbereich der Eingliederungshilfeleistungen für Behinderte folgt dem Ziel, Steuerungsverantwortung auf der operativ-fachlichen Ebene zusammenzuführen. Diese Zielsetzung stellt besondere Anforderungen an die Kooperation mit dem Amt für Soziale Dienste und mit den übergeordneten



behördlichen Verwaltungsbereichen, die für die Behindertenhilfe zuständig sind. Um die **Funktionalität des Verwaltungshandelns** weiter zu verbessern und insbesondere Entscheidungsprozesse zu beschleunigen, sollte auf eine weitere Vereinfachung der sowohl vertikal als auch horizontal verzweigten Verwaltungsstrukturen hingearbeitet werden.

Auf der Ebene der Einzelfallsteuerung ist sowohl eine **Anpassung und Weiterentwicklung des Hilfeplaninstrumentariums** als auch eine Neugewichtung der gutachterlichen Steuerungsfunktion durch die Behandlungszentren notwendig.

Das Begutachtungsverfahren sollte vereinfacht werden. Das Nebeneinander von zielgruppenübergreifendem Gesamtplan und fachspezifischem IBRP-Hilfeplan sollte durch einen einheitlichen integrierten Gesamtplan/Hilfeplan für seelisch Behinderte abgelöst werden, der den bürokratischen Aufwand auf ein praktikables Minimum reduziert.

Die bislang für die Feststellung des Hilfebedarfs gutachterlich verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste bzw. jetzt der Behandlungszentren sollten weiterhin in der fachlichen Zugangssteuerung mitverantwortlich bleiben. Da sie jedoch selbst Leistungserbringer sind, ist ihre gutachterliche Unabhängigkeit eingeschränkt. Die **fachliche Letztentscheidung** über den individuellen Hilfebedarf und damit die Gesamtplanverantwortlichkeit müssen deshalb eindeutig bei der Steuerungsstelle Psychiatrie liegen.

Kommunale Steuerung sollte sich methodisch und organisatorisch an den **zielgruppenspezifischen Bedingungen und Problemen** orientieren. Die Steuerungsstrukturen der beiden Behindertengruppen „seelische Behinderung“ auf der einen Seite und „geistige und körperliche Behinderung“ auf der anderen Seite sollten jedoch angeglichen werden, um an den Schnittpunkten die Zusammenarbeit zu erleichtern. Einer Vernetzung und weitgehenden Vereinheitlichung im EDV-Bereich kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zu.

Die auch in den nächsten Jahren zu erwartenden weiteren Fallzahlsteigerungen im Bereich der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Menschen erfordern eine Steigerung von Effizienz und Effektivität der Leistungserbringung, um die ökonomische Mehrbelastung möglichst zu kompensieren. Es sollten neue Steuerungsoptionen geprüft werden, die über die externe Kontrolle und Fallsteuerung durch den Sozialhilfeträger hinausgehen und beim Leistungserbringer selbst Anreize für eine möglichst wirtschaftliche Organisation der Hilfen wirksam werden lassen. Umsetzbar wäre dies über **Träger- oder Trägerverbundbudgets**, die für einen mittelfristigen Planungszeitraum vereinbart werden. Budgetvereinbarungen dürften zu einer erheblichen Flexibilisierung des Hilfesystems beitragen, sie ersetzen jedoch nicht die Fallsteuerung und individuelle Hilfeplanung in kommunaler Verantwortung. (Näheres zum Thema Budgetierung unter 2.3.5)



2. Bausteine und Basiskennzahlen der allgemeinen psychiatrischen Versorgung

2.1 Hilfen und Schutzmaßnahmen nach dem PsychKG

Die Hilfen und Schutzmaßnahmen nach dem PsychKG sind im Kontext des Aufbaus regionaler Behandlungszentren organisatorisch neu zugeordnet worden. Die entsprechenden Aufgaben liegen nicht mehr beim Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes, den es als Organisationseinheit seit dem 1. Okt. 2003 nicht mehr gibt, sondern bei den regionalen Behandlungszentren. In den regionalen Behandlungszentren wurden im ambulanten Sektor die steuerfinanzierten Leistungen (SpsD) und beitragsfinanzierten Leistungen (Institutsambulanz) unter einem Dach als Einrichtungen des Klinikum Ost bzw. Klinikum Nord zusammengefasst und zusätzlich um teilstationäre und stationäre Angebote ergänzt.

Grundlage dieses in der Zielsetzung konsequenten Regionalisierungsansatzes war der Auftrag des Senats vom 30. Aug. 2001 und der Beschluss des Senats vom 2. Sep. 2003.

Schon seit 1994 sind in Bremen die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpsD) mit denen einer Institutsambulanz eng verflochten. Die psychiatrische Klinik Ost hatte ihre Institutsambulanzermächtigung an die Beratungsstellen des SpsD übertragen. Ohne diesen krankenkassenfinanzierten Leistungsanteil, der etwa 20 % der Gesamtaufwendungen kompensiert, wäre es zu deutlichen Einschnitten im ambulanten Leistungsangebot gekommen.

Die nahezu 45 Vollzeitstellen des SpsD wurden im Rahmen der Neuorganisation an das ZKH Bremen-Ost versetzt bzw. abgeordnet⁹.

Die nunmehr von den regionalen Behandlungszentren zu erbringenden SpsD Leistungen gem. §§ 4 und 5 PsychKG und die Aufgaben des ÖGDG (z.B. Prävention, Information, Beratung) sind mit dem Übergang an die psychiatrischen Behandlungszentren übertragen und inzwischen in einer Rahmenvereinbarung und einer Leistungsvereinbarung zwischen dem Gesundheitsamt Bremen und dem Klinikum Ost und dem Klinikum Nord geregelt¹⁰.

Die zu erbringenden Leistungen umfassen

- Beratung, Vermittlung, Betreuung und Behandlung
- Krisenintervention
- Gutachten (hier geht es nicht nur um PsychKG-Aufgaben, sondern auch um ÖGD-Aufgaben wie amtsärztliche Begutachtungen und Stellungnahmen)
- Übergreifende Aufgaben

Die kommunale Steuerungsverantwortung für die kommunalen Aufgaben und Leistungen verbleibt beim Gesundheitsamt Bremen.

Die Behandlungszentren halten im Rahmen ihrer Aufgaben gemeinsam einen Krisendienst rund um die Uhr vor. Es ist geplant, den zentralen Kriseninterventionsdienst (KID) nach Dienstschluss und an Wochenenden neu zu regeln, wobei die neuen gesetzlichen Regelungen über zulässige Arbeitszeiten und das Regionalisierungsprinzip die Richtung vorgeben.

⁹ Jahresbericht 2002 – Sozialpsychiatrischer Dienst: 3

¹⁰ Siehe „Leistungsvertrag 30. 8. 2004.doc“



2.1.1 Zentraler Krisendienst (KID)

Seit 1985 besteht ein zentraler Krisendienst, der außerhalb der normalen Dienstzeiten zwischen 17:00 – 08:30 Uhr, an Wochenenden, sowie an Feiertagen für alle psychiatrischen Krisen zuständig ist. Er versorgt damit Psychatriepatienten sowie Suchtpatienten des legalen und illegalen Bereiches. Sein Standort ist im Gesundheitsamt, Horner Straße 60.

Der Krisendienst besteht immer aus zwei anwesenden Mitarbeitern der Behandlungszentren mit psychosozialer/ psychiatrischer Kompetenz und Erfahrung, eine dritte Person hat Hintergrundsdiens. Eine von diesen drei diensthabenden Personen ist Arzt/Ärztin. Damit ist jeder zweite Krisendienst außerhalb der normalen Dienstzeiten mit einer Ärztin/ einem Arzt besetzt, ansonsten hat ein Arzt/ eine Ärztin Rufbereitschaft.

Tab. 2: Kriseninterventionen durch den Zentralen Krisendienst¹¹

Intervention/Beratung	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Telefonisch/ Kontakt im KID	2386	2390	2201	2380	2427	2303	1790
Intervention vor Ort	617	711	780	842	865	822	856
Gesamtsumme	3003	3101	2981	3222	3292	3125	2646

Der seit Jahren zu verfolgende Trend einer verstärkten Inanspruchnahme des Krisendienstes hat sich auf einem hohen Niveau stabilisiert.

Der Zentrale Krisendienst war im Jahr 2003 an 355 Krankenhauseinweisungen beteiligt. Der Anteil der Einweisungen nach dem PsychKG blieb mit 205 gegenüber 2003 nahezu konstant. Für die im Vergleich zum Vorjahr erheblich geringere Zahl freiwilliger Einweisungen in 2003 lässt sich keine plausible Erklärung anführen, zumal die Anzahl der Hausbesuche zugenommen hat.

Tab. 3: Krankenhauseinweisungen durch den Zentralen Krisendienst

Einweisung	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Freiwillig	193	206	178	204	209	140	148	253
PsychKG	151	162	185	230	200	205	139	198
andere/ unbekannt		22	25	24	13	10	5	6
Gesamtsumme	344	390	388	458	422	355	292	457

¹¹ Quelle: KID-Statistik 2003



2.1.2 Unterbringungen nach dem PsychKG und BTG

Eine Zwangsunterbringung einer psychisch kranken Person ist nach § 9 Abs. 2 des Bremischen PsychKG nur dann zulässig, wenn und solange durch ihr krankheitsbedingtes Verhalten eine gegenwärtige Gefahr für

- ihr Leben oder ihre Gesundheit oder
- die Gesundheit, das Leben oder andere bedeutende Rechtsgüter Dritter besteht und diese Gefahr nicht anders abgewendet werden kann.

Ohne eine unmittelbar drohende Selbst- oder Fremdgefährdung darf das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen nicht eingeschränkt werden.

Seit dem Jahr 1994 (408 Fälle) sind die Zwangsunterbringungen mit 830 Fällen im Jahre 2003 um über 100 % gestiegen und haben sich seit 2001 auf hohem Niveau stabilisiert.

Bei den 830 Zwangsunterbringungen waren die Behandlungszentren (SpsD) während der „normalen Dienstzeit“ in 154 Fällen¹² (18,5 %) beteiligt und der Krisendienst in 205 Fällen (24,7 %)¹³. Dies bedeutet, dass nahezu 57 % der Zwangsunterbringungen durch andere Stellen veranlasst wurden, wie z. B. durch die Kliniken während des stationären Aufenthaltes. Auf der Grundlage der klinikinternen Statistik¹⁴, die nur etwa 85 % aller Klienten erfasst, lässt sich hochrechnen, dass ca. 320 Zwangsunterbringungen (39 %) dort veranlasst wurden. Bei ca. 150 Unterbringungen (18 %) bleibt unklar, durch wen sie veranlasst wurden. Hier ist eine Verbesserung der Dokumentation notwendig.

Nach der klinikinternen Statistik werden etwa 2/3 der zwangsweise untergebrachten Personen nach der Krisenintervention entlassen oder freiwillig weiterbehandelt.

Nach einer Stichprobenauswertung aus dem Jahr 1998¹⁵ wurden 14 % am Folgetag wieder entlassen.

Weitere Ergebnisse dieser Studie:

- Diagnostisch standen an erster Stelle schizophrene wahnhaftige Störungen mit 45 %, gefolgt von Störungen im Zusammenhang mit Drogen und Alkohol mit 27 %
- 60 % zeigten bis zum Ende der Behandlung Krankheitseinsicht
- 38 % von 460 erfassten Personen wurden im Jahresverlauf mindestens 2mal eingewiesen, 77 Personen mindestens 3mal.

Als Hauptursache für die auch im Vergleich zum Bundesdurchschnitt hohe Rate der Zwangseinweisungen wird die kürzere Verweildauer in klinisch-stationärer Behandlung im Zusammenhang mit der Veränderung der Versorgungsstrukturen insgesamt gesehen.

¹² Siehe: Gutachtenstatistik Behandlungszentren 2003.

¹³ Siehe Tab. 2.

¹⁴ Vgl. Kapitel 2.2.1 Stationäre und teilstationäre Versorgung

¹⁵ Biehl, H & Krischke, N: Ergebnisse der Aktenstudie der in Bremen zwangseingewiesenen psychiatrischen Patienten



Tab. 4: Zwangsunterbringungen Psych KG¹⁶

Jahr	Fälle	% Steigerung Vorjahr	% Steigerung seit 1994
1994	408		
1995	410	0,50 %	0,50 %
1996	479	16,80 %	17,80 %
1997	515	7,50 %	26,20 %
1998	527	2,30 %	29,20 %
1999	596	13,10 %	46,10 %
2000	746	25,20%	82,80 %
2001	815	9,20 %	99,80 %
2002	771	-5,40 %	89,00 %
2003	830	7,70 %	103,40 %
2004	773	-6,9 %	89,5 %
2005	847	9,5 %	107 %

Nach mehreren tragischen Vorfällen im Jahre 2003, bei denen es im Zusammenhang mit einer psychischen Störung zu lebensgefährlichen Handlungen und in zwei Fällen zu Tötungsdelikten gekommen ist, wurde eine ressortübergreifende Arbeitsgruppe eingerichtet, die zu folgenden Ergebnissen gekommen ist:

- Als Sofortmaßnahme wurde der Informationsaustausch zwischen Polizei und Sozialpsychiatrischem Dienst bzw. Behandlungszentren verbessert, u. a. durch Einführung eines neuen Mitteilungsbogens des Polizeidienstes an die regionalen Behandlungszentren, wenn eine Gefährdungslage im Zusammenhang mit einer psychischen Störung bekannt wird.
- Es wird geprüft, das PsychKG so anzupassen, das zukünftig auch ambulante Maßnahmen gegen den Willen des Patienten möglich sind. Danach würde eine Unterbringung unter der Auflage einer ambulanten Behandlung ausgesetzt werden. Folgt der Patient der Auflage nicht, kann die Aussetzung mit sofortiger Wirkung widerrufen werden.

Im Jahr 2003 wurden **485 betreuungsrechtliche Unterbringungen** nach BTG durchgeführt.

Sie sind im Vergleich zu 1994 (316 Fälle) im Jahre 2003 um mehr als 50 % (485 Fälle) angestiegen, wobei insbesondere die Jahre 2000 und 2003 hohe Steigerungsraten aufweisen.

¹⁶ Quelle: „Psych KG – Statistik Stadtamt“



Tab. 5: **Betreuungsrechtliche Unterbringungen nach BGB¹⁷**

Jahr	Fälle	% Steigerung Vorjahr	% Steigerung seit 1994
1994	316	20,2 %	
1995	269	-14,9 %	-14,9%
1996	316	17,5 %	0,0%
1997	319	0,9 %	0,9%
1998	345	8,2 %	9,2%
1999	371	7,5 %	17,4%
2000	445	19,9 %	40,8%
2001	432	-2,9 %	36,7%
2002	412	-4,6 %	30,4%
2003	485	17,7 %	53,5%
2004	470	-3 %	49 %

2.1.3 Bewertung und Planungsempfehlungen

Bremen verfügt seit 1981 über einen vergleichsweise **gut ausgebauten Krisendienst**, der von Mitarbeitern durchgeführt wird, die in der Regel über langjährige Erfahrung im Umgang mit psychiatrischen Krisen verfügen. Die Zusammenarbeit mit der Polizei hat sich nach Einführung übersichtlicher und inhaltlich neu gestalteter Meldebögen verbessert und intensiviert. Gleichzeitig ist festzustellen, dass sich nach 2 Tötungsdelikten im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung der öffentliche Druck auf den Sozialpsychiatrischen Dienst bzw. die Behandlungszentren deutlich erhöht hat, **Gefährdungsrisiken** bei psychisch kranken Menschen durch präventive Maßnahmen und ggf. **durch Zwangsmaßnahmen zu minimieren**. Der zunehmenden Verunsicherung, die zum Ausdruck kommt in einem überhöhten Anspruch an professionelles Handeln und in verstärktem Misstrauen gegenüber psychisch kranken Menschen, lässt sich am wirksamsten mit Information und Aufklärung begegnen. Die Absicht, die Strukturen des Sozialpsychiatrischen Dienstes und die Fachlichkeit des Krisendienstes durch unabhängige externe Experten begutachten zu lassen, ist in diesem Zusammenhang zu begrüßen.

Eine bereits vorliegende wissenschaftliche Studie über die Entscheidungskriterien bei Zwangseinweisungen aus 2003 stellt keine grundsätzlichen Abweichungen von den Standards fest, die gesetzlich im Bremischen PsychKG festgelegt sind. Die Studie gibt jedoch Hinweise darauf, dass die im Bremischen PsychKG eng gefassten rechtlichen Voraussetzungen für eine Zwangseinweisung der Komplexität des realen Entscheidungsprozesses nicht immer gerecht werden. Faktisch sind neben den „harten“ PsychKG Kriterien wie die Gegenwärtigkeit einer Gefahr, das Vorliegen einer psychischen Störung und das Scheitern freiwilliger Maßnahmen auch Faktoren entscheidungsrelevant, die mit Erfahrungswissen und Intuition zu tun haben oder mit dem Motiv, bei dringender Behandlungsnotwendigkeit helfen zu wollen.

¹⁷ Quelle: „Unterbringungen betreuungsrechtlich bis 2003.doc“



Notwendige Maßnahmen zur **Qualitätssicherung des Krisendienstes** werden inzwischen umgesetzt. Ein Kurs zu „Standards und Qualitätssicherung im Kriseninterventionsdienst“ für alle Krisendienstmitarbeiter begann im Frühjahr 2005. Vorgesehen ist außerdem die Etablierung fortlaufender Qualitätszirkel in den regionalen Behandlungszentren und ein Basisseminar „Krisenintervention“ für neu am Krisendienst teilnehmende Mitarbeiter.

Schaut man auf die **Ursachen der** vor allem in den neunziger Jahren stark **gestiegenen Zahl von Zwangseinweisungen**, so muss an erster Stelle auf den gut belegten Zusammenhang zwischen erhöhter Zwangseinweisungsrate und dem Anstieg der stationären Behandlungsepisoden hingewiesen werden. Verlagert sich der Versorgungsschwerpunkt vom stationären in den ambulanten Bereich, steigt die Anzahl meist kurzer stationärer Behandlungsepisoden und damit auch die Häufigkeit der Zwangsunterbringungen. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen aber auch, dass die großen regionalen und nationalen Unterschiede in der Häufigkeit von Zwangsunterbringungen nicht nur auf den Drehtüreffekt einer modernen ambulant orientierten psychiatrischen Versorgung zurückzuführen sind. Zu klaren Ergebnissen hat die Ursachenforschung aber noch nicht geführt.¹⁸ Um die bremische Situation näher analysieren zu können, sollten insbesondere zu folgenden Fragen **differenzierte Daten** erhoben werden:

- Wie hoch ist der Anteil kurzfristiger Zwangsunterbringungen?
- Inwieweit spielen besondere Untergruppen eine statistisch relevante Rolle, z. B. „Heavy User“ mit sich häufig wiederholenden Einweisungen und Entlassungen, Suchtkranke oder Menschen mit dementiellen Störungen.

Die Frage der **ambulanten Zwangsbehandlung** bzw. Zwangsmedikation wird zu Recht kontrovers diskutiert. Die Einschränkung von Grundrechten gilt es abzuwägen gegen das Schutzbedürfnis der Bevölkerung, wobei die Sorge nachvollziehbar ist, dass es durch mediale Panikmache und politischen Druck zu einer extensiven Anwendung von Zwangsbehandlungen kommen könnte. In einer Resolution der Zentralen Arbeitsgruppe zur Versorgung psychisch kranker und suchtkranker Menschen in der Stadtgemeinde Bremen (ZAG) zum Thema „Gefährdungsrisiken von psychisch kranken Menschen“ wurden diese Bedenken zum Ausdruck gebracht.

Da das dem PsychKG übergeordnete Zivilrecht die Aussetzung einer Zwangsunterbringung mit einer ambulanten Behandlungsaufgabe bereits ermöglicht, ist es in jedem Fall notwendig, im PsychKG Verfahrensregeln festzulegen, wie und durch wen Behandlungsaufgaben durchzuführen und zu kontrollieren sind.¹⁹ Weitgehender Konsens herrscht dahingehend, dass die Durchführung einer Zwangsmedikation auf die Örtlichkeit der Behandlungszentren oder den stationären Behandlungsbereich beschränkt bleiben muss.

¹⁸ Vgl. Müller, P.: Zwangseinweisungen nehmen zu. Deutsches Ärzteblatt 42/2004 und Dreßing, H. & Salize H.J.: Nehmen Zwangseinweisungen psychisch Kranker in den Ländern der EU zu?, Gesundheitswesen 2004; 66: 240-245

¹⁹ Das Bremische PsychKG wurde inzwischen mit Wirkung vom 28.06.2005 entsprechend angepasst. Im § 8 wurde in den Absätzen 3 bis 6 geregelt, dass die Zurückhaltung einer psychisch kranken Person in der Klinik mit der Auflage einer ambulanten oder teilstationären Behandlung ausgesetzt werden kann, dass die nach § 13 zuständigen Einrichtungen die Auflagen überwachen und vollziehen und dass die Aussetzung der Zurückhaltung vom Gericht widerrufen werden kann, wenn die angeordneten Auflagen vom Patienten nicht erfüllt werden.



Auch der Vorschlag einer wissenschaftlichen Evaluation und die Einbeziehung von Fällen von Zwangsmedikation in die Kontrollbefugnisse der Besuchskommission könnten dazu beitragen, eine öffentliche Kontrolle und einen fortgesetzten rationalen Diskurs zu gewährleisten.

Seitens der Betroffenen bzw. Psychiatrieerfahrenen, die eine Zwangsbehandlung oft als traumatische Erfahrung erleben, wird immer wieder darauf hingewiesen, wie wichtig ihnen eine **Aufarbeitung** im Nachhinein ist. Hilfreich könnten hier Standards der kommunikativen Vermittlung der Unterbringungsumstände und –gründe nach erfolgter Beruhigung im stationären Rahmen sein.

Ein Schritt zur Intensivierung und Versachlichung des Dialogs zum Thema Zwang zwischen Psychiatrieerfahrenen und professionellen Helfern könnte darin liegen, die Mitgliedschaft eines Vertreters der Psychiatrieerfahrenen in der „Besuchskommission“ nach § 36 PsychKG vorzusehen.

2.2 Behandlung und Pflege

Die Situation im Bereich „Behandlung und Pflege“ ist im wesentlichen geprägt durch die Umstrukturierungen der klinischen psychiatrischen Versorgung. Die mit dem Konzept der Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung verbundenen Umsetzungsmaßnahmen wurden in ihrer ersten Stufe von 1999 – 2003 erfolgreich abgeschlossen.

Die Regionalisierung der bisher am ZKH Bremen-Ost durchgeführten stationären psychiatrischen Versorgung und deren Integration in regionale Behandlungszentren zielt auf eine integrierte gemeindenahere Versorgung mit dem Leitgedanken der Etablierung eines personenzentrierten Hilfesystems vor Ort. Die fachlich-konzeptionellen Zielsetzungen sind im einzelnen dargestellt in dem Rahmenkonzept 5.1 vom 04. Dez. 2002 sowie in dem Leitbild „Persönliche Hilfen vor Ort“ vom 27. Feb. 2003²⁰.

Dieser Umstrukturierungsprozess wurde bereits als Ziel in die Koalitionsvereinbarungen für die Wahlperiode 1991 – 1995 aufgenommen. Weitere Reformschritte in zeitlicher Reihenfolge sind:

- Das Konzept „Regionalisierung der stationären psychiatrischen Versorgung in der Stadtgemeinde Bremen unter Aufgabe des Standortes Sebaldsbrück“ des SfGJSU vom 24. Nov. 1997
- Die Deputationsvorlage: Stand der Regionalisierung der stationären Psychiatrie in der Stadtgemeinde Bremen vom Juni 1998
- Der Landeskrankenhausplan 1998 – 2003 vom 20. Jul. 1998
- Die Vereinbarung zwischen dem Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales und Umweltschutz, der AMEOS-Klinik Dr. Heines, dem ZKH Bremen-Nord, dem ZKH Bremen-Ost und den Krankenkassen vom 21. Juni 1999
- Die Pflegesatzvereinbarung zwischen den Krankenkassenverbänden und dem ZKH Bremen-Ost für das Jahr 2000

²⁰ Das Rahmenkonzept 5.1. sowie Das Leitbild „Persönliche Hilfen vor Ort“ sind diesem Bericht als Anlage beigelegt.



- Schreiben des SfAFGJS vom 10. Jan. 2001 und 30. Aug. 2001 an die Direktion des ZKH Bremen-Ost mit dem Ziel des Aufbaues von regionalen Behandlungszentren.

Diese Reformschritte beinhalten, dass das Klinikum Bremen Ost

- die Versorgungsverpflichtung (in den Bereichen allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie und Sucht, ausschließlich Abhängigkeit von illegalen Drogen) für die Stadtbezirke Bremen Ost, -West, -Süd und -Mitte weiterhin ausübt,
- Schwerpunkt Krankenhaus für die Stadtgemeinde Bremen bleibt, in dem das gesamte Spektrum der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik vertreten ist,
- außerdem für das Land Bremen die Kliniken für forensische Psychiatrie und Psychotherapie und für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie vorhält, und beinhalten zusammenfassend folgende Maßnahmen:
- Aufbau und Erprobung eines psychiatrischen Behandlungszentrums in Bremen-Nord
- Aufbau einer Tagesklinik in Bremen-Süd
- Bettenverlagerung an die Klinik Dr. Heines für die Pflichtversorgung von Patienten mit Drogenerkrankungen und die psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit Borderline-Erkrankungen
- Umwandlung von 85 vollstationären Betten in tagesklinische Plätze
- Abbau von 35 vollstationären Betten
- Belegungsreduzierung mit dem Ziel, die Personalausstattung gemäß Psych-PV wieder auf den Stand von 100 % anzupassen
- Umsetzung der vereinbarten Bau- und Investitionsmaßnahmen
- Umstrukturierung der bisherigen Organisationsform der psychiatrischen Kliniken I, II und III in regional zuständige Behandlungszentren
- Integration des Sozialpsychiatrischen Dienstes mit dem Ziel einer engen Vernetzung von ambulanten, teil- und vollstationären Behandlungsangeboten
- Schließung des Standortes Sebaldsbrück.

Im Rahmen einer komplexen Projektorganisation erfolgte die Umsetzung der Maßnahmen. Diese umfassten:

Baumaßnahmen, insbesondere

- Umbaumaßnahmen im ZKH Bremen Nord für die Einrichtung einer psychiatrischen Station
- Umbau- und Ausbaumaßnahmen für ein Behandlungszentrum mit Tagesklinik auf dem Gelände des Gesundheitsamtes Nord
- Anmietung und Einrichtung eines Gebäudekomplexes in Bremen Süd für ein Behandlungszentrum („Zentrum Buntes Tor“) mit einer Tagesklinik neben den ambulanten Angeboten.



- Erweiterung der Tagesklinik West incl. örtliche Eingliederung der Beratungsstelle des SpsD
- Renovierungen und Umbaumaßnahmen innerhalb des ZKH Bremen Ost, um den erforderlichen Platz für die Schließung des Standortes Sebaldsbrück zu schaffen
In enger Absprache und Zusammenarbeit mit der Klinik Dr. Heines wurden entsprechend dem vereinbarten Zeitplan am:
 - 01. Juli 2000 13 Betten für die Versorgung von Pat. mit Borderline-Erkrankungen und am
 - 01. Juli 2002 26 Betten für die Pflichtversorgung der Drogenkranke
jeweils mit den vereinbarten Budgetanteilen an die Klinik Dr. Heines verlagert.

Einrichtung eines Behandlungszentrums Nord

In enger, kooperativer und konstruktiver Zusammenarbeit mit dem ZKH Nord wurden sowohl bauliche, konzeptionelle und organisatorische Vorbereitungs- und Umsetzungsschritte geplant, immer wieder aktuellen Bedingungen angepasst und schließlich umgesetzt.

Eine psychiatrische Station am Krankenhaus Blumenthal nahm im Oktober 2002 den Betrieb auf. Der stationäre und teilstationäre Bereich am Aumunder Heerweg startete im Mai 2003. Zum 1. Januar 2004 wurde das Behandlungszentrum nach einer halbjährigen Erprobungsphase mit den vereinbarten Budgetanteilen an das Klinikum Bremen Nord übergeben.

Das Ziel eines vollständigen vernetzten Angebots mit allen Behandlungsbereichen im Sektor ist damit in Bremen Nord am konsequentesten umgesetzt.

Betten - Belegungsveränderungen

Eine auf den Landeskrankenhausplan abgestimmte Bettenzuordnung wurde zwischen den Kliniken PI, PII, PIII abgestimmt und den sich verändernden Bedingungen angepasst.



Tab. 6: Veränderungen der Planbetten:

Ausgangssit. LKPI 99					Stand Ende 2003 nach Abgabe 26 Betten an Heines					Veränderung Klinikum Ost	
	vollstat.	ak TK	re TK	Ges.		vollstat.	ak TK	re TK	Ges.		
PI-PIII	445		65	510	BHZ Mitte	58	15	14	87	Umschichtung v. voll- zu teilstat.	89
ZKH Ost	445	0	65	510	BHZ West	57	15	14	86	davon akut TK plus	71
ZKH Nord	0	0	0	0	BHZ Ost	68	5	25	98	davon regelTK plus	18
Heines	115			115	BHZ Süd	39	15	14	68	Abgabe an Heines 2000 u. 2002	39
Bremen	560	0	65	625	BHZ Abh.	28	5	4	37	Abgabe an Nord 2004	62
Differenz durch Regionalisierung					Klin. Ost	250	55	71	376	Bettenabbau	33
	vollstat.	ak TK	re TK	Ges.	BHZ Nord	34	16	12	62		
Klin. Ost	-195	55	6	-134	Heines	140			140		
Klin. Nord	34	16	12	62	Bremen	424	71	83	578		
Heines	25	0	0	25							
Bremen	-136	71	18	-47							

Ebenso wurde im Projektzeitraum die durchschnittliche Belegung reduziert, um die Vorgaben der Krankenkassen (Erreichen von 100 % Psych-PV durch Belegungsreduktion) umzusetzen. Insgesamt wurden in 2003 die dafür errechneten Belegungszahlen erreicht.

Durch die jährlich sich fortschreibende Unterfinanzierung der steigenden Personalkosten kann mit Projektende allerdings nur eine Erfüllungsquote von ca. 91 % umgesetzt werden.²¹

Tab. 7: Veränderung der Belegung in den an der Regionalisierung beteiligten Bereichen²² von 1999 – 2003:

	Berechnungstage	Ø budget. Betten	Fallzahlen	Verweildauer (t)
vollstationäre Behandlung	- 19.311	-52,9	+324	-6,1
akuttageskl. Behandlung	+ 5.893	16,1	+278	+21,2
regeltageskl. Behandlung	+156	0,6	+322	-22
Gesamt	-13.267	36,2	+924	-6,9

Es zeigt sich, dass mit der Verlagerung der Versorgung, der Reduzierung der Berechnungstage und einer starken Erhöhung der Fallzahlen die Verweildauer im Schnitt bedeutsam gesenkt werden konnte.

Personalplanung und Umsetzung

Ausgehend von den vereinbarten Sollzahlen wurden zu Beginn des Projektes nach Abzug der an die Klinik Dr. Heines und Nord abzugebenden Anteile, die verbleibenden Stellenanteile auf die neu einzurichtenden Bereiche verteilt. Entsprechend den neuen Versorgungs-

²¹ Obwohl nach Bundespflegesatzverordnung ein Rechtsanspruch auf 100% Psych PV besteht, ließ sich darüber mit den Krankenkassen keine Einigung erzielen.

²² PI – PIII ohne Borderline und Drogenbehandlung



bereichen wurde der jeweilige Anspruch nach PsychPV-berechnet und entsprechende Personalzuordnungen festgelegt.

Für die Personalveränderung wurden jeweils in den betroffenen Bereiche in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern und dem Personalrat Umstellungspläne erarbeitet.

Für alle Mitarbeiter konnten einvernehmliche Lösungen erarbeitet werden.

Integration SpsD

In einer übergreifenden Arbeitsgruppe (Leitung SpsD, Personalabtlg. und Personalräte Gesundheitsamt, ZKH Nord, ZKH Ost sowie Vertreter der BHZ) wurden die notwendigen Schritte erarbeitet, vorbereitet und von den Leitungen Verträge vereinbart.

Im August 2002 erfolgte die Zustimmung der Personalräte zu der Organisationsveränderung.

Zum 1. Okt. 2003 wurde dann in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt die Integration des SpsD in die Behandlungszentren umgesetzt. In einem Rahmenvertrag zwischen dem Gesundheitsamt und den Kliniken Ost und Nord wurden die personellen und finanziellen Bedingungen der Übertragung des SpsD geregelt.

Ein Leistungsvertrag, in dem die an die Behandlungszentren übertragenen Aufgaben beschrieben sind, wurde zwischen dem Gesundheitsamt und den Kliniken ebenfalls abgestimmt.

Die "angestellten" MitarbeiterInnen des Gesundheitsamtes wurden vom Klinikum Ost übernommen, beamtete Mitarb. bleiben beim Gesundheitsamt angestellt und werden an die Behandlungszentren abgeordnet.

Einführung Akut-Tagesklinik ²³

Für die neue Behandlungsform Akut- Tagesklinik wurde ein Konzept erarbeitet und mit den Klinikleitungen abgestimmt.

Im Behandlungszentrum Süd konnte ab Feb. 2002 mit der Umsetzung begonnen werden, die Umsetzung in den anderen Behandlungszentren erfolgte dann schrittweise entsprechend dem Fortschritt im baulichen Bereich und der Organisationsänderung.

Die ersten Schritte wurden von der MH Hannover evaluiert, die als erstes Ergebnis eine hohe Akzeptanz dieses Behandlungsangebotes vor allem bei den Psychiatrieerfahrenen feststellte. Die bisherigen Erfahrungen wurden im Februar und März 04 mit Vertretern der KK-Verbände unter Einbeziehung des psychiatrischen Kompetenzzentrums des MDK und der MHH erörtert.

Dabei wurde eine Fortführung des Erprobungszeitraumes in Aussicht gestellt und eine weitere wissenschaftliche Begleitung als dringend notwendig erachtet, wobei allerdings eine entsprechende Finanzierung nicht in Aussicht gestellt werden konnte.

Qualifizierung

Zur Qualifizierung der Mitarbeiter für die neuen Aufgaben, sowie zur Unterstützung der Leitungen und Teams bei den Organisations- und Teamveränderungen wurden Konzepte

²³ Das Akuttagesklinische Behandlungsangebot wird ab 2005 nicht weitergeführt. Mit den Kassen wurde ein neuer regeltagesklinischer Standard vereinbart, der bei Bedarf auch akuttagesklinische Behandlungsmöglichkeiten einschließt.



für die jeweiligen Bereiche entwickelt und entsprechend dem Projektverlauf weiterentwickelt und umgesetzt.

Zu diesen Maßnahmen gehörten u.a.

- Fortbildungsmaßnahmen für neue Aufgabenbereiche, (z. B. Sucht-, Krisendienstseminare, Gerontopsychiatrie)
- Fachvorträge, Seminare zu ausgewählten Themen
- Intensive Begleitung durch externe Berater für Organisations- und Teamentwicklung
- Hospitationen in anderen Einrichtungen in Deutschland (Berlin, München, Merzig) und auch außerhalb in anderen Ländern (Triest, Birmingham, London)

Zusammenfassung des Projektverlaufs und aktueller Stand

Insgesamt wurden im vorgegebenen Zeitrahmen alle vereinbarten Maßnahmen umgesetzt.

Dieses war nur durch ein ganz besonders hohes Maß an Engagement und Flexibilität der Beteiligten auf allen Ebenen möglich.

Die Klinik Dr. Heines und das Klinikum Nord haben die übertragenen Aufgaben vollständig übernommen.

Im Klinikum Ost sind die Kliniken PI, PII, PIII aufgelöst und regionale psychiatrische Behandlungszentren aufgebaut. Die Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes sind in die Behandlungszentren integriert.

Die Umstellung war mit erheblichen zusätzlichen Belastungen für alle beteiligten Mitarbeiter verbunden. Die parallel ablaufende Organisationsänderung der Krankenhäuser von Eigenbetrieben in eine gGmbH führte zu zusätzlichen Belastungen und/oder Unsicherheiten bei den Beteiligten.

In den einzelnen Behandlungszentren wurden je nach den Bedingungen unterschiedliche Organisationskonzepte entwickelt, wobei die jeweiligen regionalen Gegebenheiten und Arbeitsschwerpunkte berücksichtigt wurden.

Im weiteren wird im ambulanten Bereich der Behandlungszentren darauf zu achten sein, dass sich ein Leistungsprofil entwickelt, das den Anspruch einlöst, vor allem für die längerfristig betreuten psychisch kranken Menschen zuständig zu sein.

Das Behandlungszentrum Nord

Hier konnte die Verlagerung aller Behandlungsbereiche und die Einbindung des psychiatrischen Behandlungszentrums in ein regionales Krankenhaus umgesetzt werden. Damit ist das Ziel eines vollständigen vernetzten Angebotes mit Standort im Sektor in Bremen Nord am konsequentesten umgesetzt.

Das Behandlungszentrum West

Die vollstationäre Versorgung aller Patientengruppen findet im Klinikum Bremen Ost / Züricher Str. statt. Die im Stadtteil bestehenden allgemeinspsychiatrischen und gerontopsychiatrischen tagesklinischen Angebote wurden um tagesklinische Suchtbehandlung erweitert. Durch die Anmietung zusätzlicher Wohnungen am Standort konnten Voraussetzungen für die räumliche Integration des ambulanten Bereiches geschaffen werden.



Diese konnten im Juni 2004 bezogen werden und damit wird der Standort in der Helgolander Str. aufgegeben.

Das Behandlungszentrum Mitte

Die teil- und vollstationäre Versorgung aller Patientengruppen findet in der Züricher Str. statt. Durch Umwandlung von vollstationären Betten wurde hier eine Tagesklinik eingerichtet. Die bereits im Stadtteil bestehenden ambulanten Angebote bleiben am dortigen Standort.

Das Behandlungszentrum Ost

Am Klinikum Bremen Ost / Züricher Str., also im Stadtteil, wurden die ambulanten, teilstationären und vollstationären allgemein- und gerontopsychiatrischen Bereiche zu einem Behandlungszentrum integriert. Seit Anfang 2002 nutzt die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle und Institutsambulanz ebenfalls Räume in Haus 7 (Osterholzer Landstr.) auf dem Gelände Züricher Straße.

Neben einer Aufnahmestation wurden, in arbeitsteiliger Kooperation mit dem Sektor Süd, für gerontopsychiatrische Patienten, sowie diejenigen allgemeinspsychiatrischen Patienten, bei denen eine mittelfristige Behandlung indiziert ist, aus Bremen Süd und Ost spez. Schwerpunktstationen eingerichtet.

Das Behandlungszentrum Süd

Im Stadtteil entstand das Zentrum „Buntes Tor“, in dem die ambulante und teilstationäre Versorgung für alle Patientengruppen des Sektors Süd in enger Vernetzung stattfindet. Der 1. Bauabschnitt konnte im Januar 2002 bezogen werden, der 2. Bauabschnitt wurde im ersten Quartal 2004 fertig.

Die vollstationäre allgemein- und gerontopsychiatrische Behandlung wird weiterhin in der Züricher Str. durchgeführt.

Hier wurde ebenfalls eine Aufnahmestation und in arbeitsteiliger Kooperation mit dem Sektor Ost eine Schwerpunktstation für depressive und persönlichkeitsgestörte Patienten aus Bremen Ost und Süd eingerichtet.

Das Behandlungszentrum für Abhängigkeitserkrankte

Am Standort Züricher Str. wurden für die vollstationäre Suchtbehandlung für Patienten des Sektors Süd und Ost sowie für die teilstationäre Behandlung für Suchtpatienten aus Bremen Ost Behandlungseinheiten eingerichtet.

Zum Behandlungszentrum gehört ein Fachbereich für die vollstationäre und teilstationäre medizinische Rehabilitation für Abhängigkeitskranke (Entwöhnung) aus allen Stadtbezirken.

Mit dem „Haus Delbrück“ ist 2004 eine Fachklinik zur medizinische Rehabilitation für Abhängigkeitserkrankte eröffnet worden.



Zentrenübergreifende Angebote

Im Klinikum Bremen Ost werden weiterhin einige zentrenübergreifende Funktionsbereiche für spezifische Angebote vorgehalten:

Tagesförderzentrum mit speziellem Behandlungsangebot für voll- und teilstationäre Patienten mit schweren Folgeerkrankungen einer chronischen Alkoholabhängigkeit

Ergotherapie:

- zentrale Ergotherapie mit Gruppenangeboten für vollstationäre, teilstationäre und ambulante Patienten
- -teilstationäre med. Rehabilitation für chronisch psychisch Kranke
- Klinische Psychologie:
- konsiliarische psychologische/psychotherapeutische Diagnostik
- psychotherapeutische und neuropsychologische Behandlungen bei besonderer Indikation

Familienpflege:

- Psychiatrische Familienpflege als Eingliederungshilfe im Rahmen von § 39 BSHG

AMEOS Klinik Dr. Heines

Die AMEOS Klinik Dr. Heines ist eine bremische psychiatrische Privatklinik mit einer langen Tradition. Sie verfügt über 206 Betten auf 9 Stationen. 140 dieser Betten waren 2003 Teil des Landeskrankenhausplans. Im Jahr 2005 kamen nochmals 24 geförderte Betten in der neu eingerichteten Traumastation hinzu.

In Ergänzung des psychiatrischen Angebots durch die Behandlungszentren der Klinika Ost und Nord wurden in den letzten Jahren folgende störungsspezifische Therapieverfahren etabliert:

- Station zur Behandlung von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen nach der dialektisch-behavioralen Therapie
- Station zur Behandlung von Depressionen und Angststörungen mit kognitiver Verhaltenstherapie
- Station zur Behandlung von depressiven Menschen in der zweiten Lebenshälfte nach Prinzipien der interpersonellen Therapie
- Station zur Behandlung von Traumastörungen (psychodynamisch-imaginative Therapie, EMDR)

Darüber hinaus verfügt die Klinik über

- drei allgemeinspsychiatrische Stationen
- zwei Stationen zum niedrigschwelligen qualifizierten Drogenentzug
- Institutsambulanz (Indikationsgebiete: Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Drogenabhängigkeit)

Eine Versorgungsverpflichtung für Bremen besteht für die beiden Drogenentzugsstationen, die Borderline-Station und die Institutsambulanz. Darüber hinaus erstreckt sich das Einzugsgebiet auf den gesamten norddeutschen Raum.



Abb. 1: Organisationsstruktur der stationären psychiatrischen Versorgung einschließlich Institutsambulanzen und Beratungsstellen.

1. Schritt Regionalisierung der stationären Psychiatrie Stand 1. Jan. 04		AMEOS		BHZ Nord, Klinikum Nor		
		Klinik Dr. Heines				
		2 Drogenentzugstationen 1 Borderline Station Institutsambulanz für Drogenabhängige und Borderlinestörungen		Aumunder Heerweg -Beratungsstelle und Institutsambulanz -Tagesklinik -1 Station für allg. Geronto- Psych. Und Abhängigkeits-erkrankung		am Klinikum Nord 1 Stat. für allg.- Geronto- Psych. Und Abh. erkr.
Klinikum Bremen Ost						
Gröpelinger Heerstr. Luchtenberg Str.		Züricher Str.			Buntentorsteinweg	
BHZ West	BHZ West	BHZ Ost	BHZ Süd	BHZ Süd		
-Beratungsstelle und Institutsambulanz -Tagesklinik für Allg.- Geronto-Psych. Und Abh. Erkr.	2 Stat. für Allg. und Geronto-psych.	Beratungsstelle und Institutsambulanz	1 Aufnahmestat. für Allgem. Psych./Süd	-Beratungsstelle und Institutsambulanz -Tagesklinik für Allg.- Geronto-Psych. Und Abh. erkr.		
		1 Tagesklinik für Allgem. und Gerontopsych. Sektor Ost	1 Schwerpunktstat. Depressive Störungen Sektor Süd und Ost			
Horner Str.		1 Aufnahmestat. für Allg. Psych./Ost				
BHZ Mitte	BHZ Mitte	1 Stat. für mittelfr. Behandl. Sektor Ost + Süd	BHZ Abh.			
-Beratungsstelle und Institutsambulanz	2 Stat. für Allgem. und Gerontopsych.	1 Stat. für Doppeldiagnosen Sektor Ost und Süd	1 Station für Abhängigkeitserkr. Sektor Ost + Süd			
	1 Tagesklinik f. Allg. und Gerontopsych.		1 Tagesklinik für Abhängigkeitserkr.			
	1 Station und Tagesklinik für Abhängigkeitserkr.		Fachbereich med. Reha. für Abh.			
Sektorübergreifende Aufgabenbereiche						
Arbeitther. Tagesklinik, zentrale Ergotherapie, Familienpflege klinische Psychologie, zentraler Krisendienst						
	Klinik für forens. Psychiatrie u. Psychotherapie	Klinik für psychother. Med. und Psychotherapie	Klinik für Kinder u. Jugend Psychiatrie u. Psychotherapie			



2.2.1 Stationäre und teilstationäre Versorgung

Durch die oben genannten Veränderungen im Rahmen der Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung und die damit verbundenen Organisationsveränderungen können die den unterschiedlichen Bereichen zugeordneten statistischen Daten und Auswertungen nicht zuverlässig erhoben werden. Neue und veränderte Erhebungs- und Auswertungsroutinen sind noch nicht entwickelt und müssen noch erarbeitet werden. Insofern handelt es sich bei den im folgenden dargestellten Daten um Annäherungswerte.

Gemäß dem Landeskrankenhausplan vom Juli 2003 verfügt die Stadtgemeinde Bremen über 373 vollstationäre Betten sowie über 52 akuttagesklinische und 70 regeltagesklinische Behandlungsplätze im Bereich der allgemeinspsychiatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgung. Darüber hinaus verfügt Bremen über 7 Betten für sog. „Nichtbehandlungsfälle“, die für Menschen vorbehalten sind, die zwar eines klinischen Behandlungssettings bedürfen, jedoch nicht über die Krankenversicherungen finanziert werden sondern über den Sozialhilfeträger

Tab. 8: Regionale Verteilung stationärer und teilstationärer Betten/Plätze im Bereich der Allgemeinen Psychiatrie und Gerontopsychiatrie²⁴

	BHZ - Nord	BHZ - Mitte	BHZ - West	BHZ - Ost	BHZ - Süd	AMEOS Klinik Dr. Heines	Summe
Vollstationär	34,0	46,0	46,0	68,0	39,0	140,0	373,0
Akuttageskl.	16,0	11,0	10,0	5,0	10,0		52,0
Regeltageskl.	12,0	11,0	11,0	25,0	11,0		70,0
Σ Betten	62,0	68,0	67,0	98,0	60,0	140,0	495,0
Pflegefälle	1,0	0,0	2,0	2,0	2,0		7,0
Gesamt	63,0	68,0	69,0	100,0	62,0	140,0	502,0

Die Bettendichte des vollstationären Bereiches lag damit 2003 bei 6,8 Betten pro 10.000 Einwohner.²⁵

Bei der Interpretation der Bettenmessziffer ist der Bettenanteil zu berücksichtigen, der von Nichtbremern belegt wird. 22,3 % der stat. Aufnahmen entfielen auf der Basis des Jahres 2000 auf auswärtige Patienten.

Ebenfalls müssten die Betten berücksichtigt werden, die in somatischen Abteilungen durch Personen belegt werden, die primär an einer psychiatrischen Störung leiden. Daten sind dazu nicht vorhanden.

Im Rahmen der stationären und teilstationären Versorgung stehen in den Bremer Behandlungszentren und den Zentralen Einrichtungen/ Bereichen am Klinikum Bremen-Ost ca. 340 MitarbeiterInnen im therapeutischen Bereich zur Verfügung. Davon sind 53 Ärzte bzw. PsychologInnen, nahezu 240 Pflegekräfte, 27 ErgotherapeutInnen, 14 Sozialarbeiter/SozialpädagogInnen und ca. 6 BewegungstherapeutInnen.

²⁴ Siehe: Verteilung Planbetten Stationen.xls (M. Stock); AMEOS Klinik Dr. Heines: Angaben der Klinik - 2005 sind weitere 24 geförderte Betten der Traumastation hinzugekommen.

²⁵ Rechnet man die akuttagesklinischen Betten hinzu ergibt sich eine Bettenmessziffer von 7,8 pro 10000 Einwohner



Tab. 9: Regionale Verteilung des Personals in VzK²⁶

	BHZ - Nord	BHZ - Mitte	BHZ - West	BHZ - Ost	BHZ - Süd	Zentr. Ber.	Summe
Ärzte/Psychologen	7,4	10,9	10,6	11,7	10,1	2,3	53,0
Pflegekräfte	37,5	49,3	45,6	54,2	39,3	13,8	239,6
Ergotherapeuten	3,4	3,2	3,0	3,4	2,5	11,8	27,3
Sozialarbeiter	2,4	3,2	3,1	3,1	2,6	0,0	14,4
Bewegungstherap.	0,9	1,9	1,1	1,2	0,9	0,3	6,3
Gesamt	51,6	68,5	63,4	73,6	55,4	28,2	340,6

Im vollstationären Bereich hat sich trotz eines Anstieges der Behandlungsfälle um 324 die durchschnittliche Verweildauer im Vergleich zu 1999 um 6,1 Tage auf 22,3 Tage im Jahr 2003 senken lassen. Im Bereich der Akuttageskliniken ist sie aufgrund der Neueinrichtung der Kliniken angestiegen. Im Bereich der Regeltageskliniken konnte sie, obgleich auch hier neue Kapazitäten geschaffen wurden, die zur Erhöhung der Fallzahlen wesentlich beitragen, um 21,9 Tage gesenkt werden.

Tab. 10: Fallzahlentwicklung und durchschnittliche Verweildauer in der stationären und teilstationären Psychiatrie²⁷

	1999		2000		2001		2002		2003		1999 - 2003	
	Fälle	Verweild.	Fälle	Verweild.								
Vollstat.	4.306	24,8	4.747	26,3	4.728	23,8	4.707	22,7	4.630	22,3	324	-6,1
Akut Tageskl.							135	28,7	278	21,2	278	21,2
Regel Tageskl.	387	48,7	588	30,4	558	29,0	539	29,0	709	26,8	322	-21,9
Nachtkl.	10	24,6	19	23,7	26	15,1	4	11,8	13	18,5	3	-6,1
Summe	4.703	30,1	5.354	26,8	5.312	24,3	5.385	23,5	5.630	22,8	927	14,3

Hinsichtlich der Verteilung von stationär behandelten bremischen und nichtbremischen PatientInnen ergibt sich auf der Basis des Jahres 2000 folgendes Bild²⁸:

- von den 7.067 Aufnahmen entfielen auf Einheimische 5.492 (77,7 %) und auf Auswärtige 1.575 (22,3 %).
- Die Krankenhaushäufigkeit der Bremer BürgerInnen lag bei 10,2 %.

²⁶ Sieh „Übersicht Veränderungen“ (M. Stock) ohne PIA, Psych PV Erfüllungsquote 99,5%

²⁷ Gesamtbremen ohne Klinik Dr. Heines, Entwöhnung und Borderlinepatienten Siehe: „Belegungsentwicklung.Psych 99 – 2003.xls“

²⁸ Vgl. Landeskrankenhausplan Bremen v. 12.06.02: 135.



Art der Krankenhausaufnahme

Die Angaben zur Art der Krankenhausaufnahmen bzw. Unterbringung im Jahre 2003 werden im klinisch stationären Bereich ausschließlich in der BADO dokumentiert. Aufgrund der vielen Organisationsänderungen sowie – damit verbunden – aufgrund von EDV-technischen Problemen sind nur eine geringe Zahl von Falldokumenten erfasst: 5046 Fälle konnten dokumentiert werden, das sind ca. 85 % der Fälle der in den von Unterbringungsmaßnahmen betroffenen Stationen des ZKH Bremen- Ost bzw. der Behandlungszentren.

Zusammengefasst ergibt sich folgendes Bild²⁹:

- Ca. 82 % (abs. 4153) der dokumentierten Krankenhausaufnahmen erfolgten freiwillig.
- Bei etwa 12 % (599) der erfassten Fälle erfolgte eine Aufnahme mit einem Unterbringungsbeschluss nach §§ 14 oder 16 PsychKG.
- in 536 Fällen wurde eine anschließende freiwillige Weiterbehandlung dokumentiert.
- Bei 5,3 % (257 von 4793) der erfassten Fälle wurde eine Unterbringung nach §§ 14 oder 16 PsychKG während des Aufenthaltes im Klinikum Ost dokumentiert.
- Etwa 5 % (457) der Aufnahmen erfolgten aufgrund des BTG bzw. § 1906 BGB mit richterlichem Beschluss.

Die vorliegenden Zahlen können so interpretiert werden, dass bei etwa einem Drittel der sofortigen Unterbringungen eine Weiterbehandlung mit Unterbringungsbeschluss notwendig war und die anderen 2/3 nach der Krisenintervention entlassen oder freiwillig weiterbehandelt wurden.

2.2.2 Sozialpsychiatrische Beratungsstellen und Ambulanzen

In den neu geschaffenen regionalen Behandlungszentren sind die Aufgaben der sozialpsychiatrischen Dienste sowie der Institutsambulanzen integriert. Zu dem nun „Sozialpsychiatrische Beratungsstelle und Ambulanz“ genannten ambulanten Organisationsbereich der Behandlungszentren gehören als Aufgaben:

- Beratung und Vermittlung
- Betreuung und ambulante psychiatrische Behandlung
- Kriseninterventionen (einschließlich Krisendienst außerhalb der normalen Dienstzeiten)
- Begutachtungen (PsychKG Gutachten, amtsärztliche Gutachten, Gesamtplan etc.)

Die Entwicklung in den einzelnen Versorgungsregionen ist bereits oben dargestellt worden.

Neben den Institutsambulanzen der Behandlungszentren sei auch noch auf die Institutsambulanz der AMEOS Klinik Dr. Heines hingewiesen, die einen Versorgungsauftrag für die Behandlung von Borderline-Patienten und Drogenabhängigen hat.

²⁹ Vgl. Entwurf Jahresbericht 2003 Behandlungszentren für Psychiatrie und Psychotherapie v. 30. 08.2004: 3.



Personal

Insgesamt sind nahezu 37 Vollzeitstellen auf den ambulanten therapeutischen Bereich der Behandlungszentren verteilt. Davon sind 9,5 Arzt- oder PsychologInnenstellen, 15,45 Stellen, die von Sozialarbeitern/ SozialpädagogInnen und 7 Stellen, die mit Krankenpflegekräften besetzt sind. 4,5 Verwaltungskräfte stehen zur Verfügung.

Tab. 11: Verteilung des kommunal finanzierten Personals im ambulanten Bereich in VzK³⁰

	BHZ - Nord	BHZ - Mitte	BHZ - West	BHZ - Ost	BHZ - Süd	Summe
Ärztl.Dienst/ Psychologinnen	2,0	2,0	2,0	1,5	2,0	9,5
SozialarbeiterInnen	4,0	3,0	3,2	2,25	3,0	15,45
Pflegekräfte	2,0	1,0	1,0	1,0	2,0	7,0
Verwaltungskräfte	0,25	1,0	1,25	1,0	1,0	4,5
Gesamt	8,25	7,0	7,45	5,75	8,0	36,45

KlientInnenkontakte

Im Jahr 2003 hatten die Ambulanzen der Behandlungszentren zu insgesamt 5113 KlientInnen/PatientInnen Kontakt, das sind nahezu 550 KlientInnen/PatientInnen mehr als im Jahr zuvor. Davon waren 3386 (66 %) PsychatriepatientInnen und 1727 (34 %) SuchtpatientInnen. In den meisten Ambulanzen liegt der Schwerpunkt der Arbeit überwiegend bei den PatientInnen der allgemeinen Psychiatrie, lediglich in der Ambulanz des BHZ – Ost liegt insgesamt ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen den Bereichen allgemeine Psychiatrie und Sucht vor. Die folgende Tabelle 14 unterscheidet die kontaktierten KlientInnen und PatientInnen nicht nur nach den Kategorien Psychiatrie und Sucht, sie gibt auch an, ob es sich um KlientInnen des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpsD) oder um PatientInnen der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) mit den entsprechend unterschiedlichen Aufgabenschwerpunkten handelt.

Tab. 12: Versorgte KlientInnen in den Ambulanzen der BHZ³¹

Patienten	BHZ - Nord		BHZ - Mitte		BHZ - West		BHZ - Ost		BHZ - Süd		Alle 2003		2002
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.
Psychiatrie	616	73	899	71	662	70	488	51	721	65	3386	66	3007
Sucht	232	27	366	29	279	30	467	49	383	35	1727	34	1562
Alle Patienten	848	100	1265	100	941	100	955	100	1104	100	5113	100	4569
Σ PIA-Patienten	559	66	481	38	359	38	569	60	388	35	2356	46	
Psychiatrie	377	67	283	59	262	73	326	57	262	68	1510	64	
Sucht	182	33	198	41	97	27	243	43	126	32	846	36	
Σ SpsD-Klienten	289	34	784	62	582	62	386	40	716	65	2757	54	
Psychiatrie	239	83	616	79	400	69	162	42	459	64	1876	68	
Sucht	50	17	168	21	182	31	224	58	257	36	881	32	

³⁰ Siehe Rahmenvereinbarung

³¹ Siehe „Leistungsstatistik Behandlungszentren 2003“



Die Behandlungszentren hatten 2003 insgesamt 35.806 Kontakte zu Ihren KlientInnen, nahezu 1.300 Kontakte mehr als im Jahr davor. PatientInnen der allgemeinen Psychiatrie sind auch hier, mit regionalen Unterschieden, in der Mehrheit. Im Schnitt hat jede/r PsychiatriepatientIn 7,8 Kontakte und jede/r SuchtpatientIn 5,6 Kontakte zu einer Ambulanz.

Die Dauer eines Kontaktes beträgt im Durchschnitt 40 Minuten. 30 % aller Kontakte dauern weniger als 20 Minuten und 20 % aller Kontakte länger als eine Stunde, z. B. bei Kriseninterventionen.

Bei den o. g. Kontakten beziehen sich insgesamt 32 % auf den Leistungsbereich „Beratung und Information“, 61 % der Kontakte beziehen sich auf den Bereich „Behandlung und Betreuung“. Es wurden 2748 (8 %) Kriseninterventionen durchgeführt. Die MitarbeiterInnen der Behandlungszentren führten 2003 3897 Hausbesuche durch, das sind 11 % aller Kontakte oder ca. 2 Hausbesuche pro Tag pro Behandlungszentrum. Rund 10 % der Kontakte fanden 2003 in den durch die Behandlungszentren angebotenen Gruppen statt.

Das Behandlungszentrum Nord verzeichnet eine vergleichsweise geringe Anzahl von Kontakten, was im wesentlichen auf weniger Kontakte in der Kategorie Beratung und Information (Ber./Info) zurückzuführen ist. Schwerpunktmäßig beziehen sich die Kontakte in Nord mehr auf in der Regel auch zeitintensivere Behandlungs- und Betreuungskontakte (Beh./Betr.).

Tab. 13: Kontakte und Kontaktarten der Ambulanzen³²

Kontakte	BHZ - Nord		BHZ - Mitte		BHZ - West		BHZ - Ost		BHZ - Süd		Alle 2003		2002
	abs.	%	Abs.	%	abs.								
Psychiatrie	4661	74	6070	68	6617	86	4032	59	4753	78	26133	73	24106
Sucht	1665	26	2895	32	1060	14	2820	41	1368	22	9808	27	10404
Summe	6326	100	8965	100	7677	100	6852	100	6121	100	35941	100	34510
Ber./Info	847	13	4284	48	2913	38	1465	21	1875	31	11384	32	10896
Beh./Betr.	4914	78	4095	46	4167	54	4867	71	3664	60	21707	61	21231
Krisenint.	565	9	586	5	597	8	520	8	582	10	2850	8	2383
Hausbes.	535	8	977	11	782	10	887	13	716	12	3897	11	
Gruppe	522	8	523	6	1167	15	322	5	1207	20	3741	10	
Fallkonf.	117		212		86		67		179		661		

³² Siehe „Leistungsstatistik Behandlungszentren 2003“ Die aktuellen Daten aus 2004 zeigen keine bedeutsamen Abweichungen.



Diagnosen

Tab. 14: Diagnosen der Klienten in den Ambulanzen (Allgem. Psychiatrie)³³

Klienten	BHZ - Nord		BHZ - Mitte		BHZ - West		BHZ - Ost		BHZ – Süd		Alle 2003	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Schizophrene Psychose	205	35	338	47	246	38	245	47	347	53	1381	44
schwere affektive Störung	101	17	81	11	97	15	55	11	65	10	399	13
Neurose, Belastungsreaktion	116	20	171	24	103	16	72	14	73	11	535	17
Persönlichkeitsstörung	127	21	56	8	159	25	109	21	123	19	574	18
Gerontopsychiatrische Störung	30	5	72	10	42	6	39	8	43	7	226	7
Gesamt-P.	579	100	718	100	647	100	520	100	651	100	3115	100

Eine sogenannte Doppeldiagnose „Psychose und Sucht“ wurde darüber hinaus bei 232 PatientInnenen (7,4 %) festgestellt.

Wie oben schon beschrieben, hatten die Ambulanzen (Psychiatrie und Sucht) 5113 PatientInnen. Das Geschlechterverhältnis ist dabei nahezu ausgeglichen. Fast 40 % (1977) der PatientInnen waren „neue“ PatientInnen, die zum ersten Mal in die Ambulanz kamen. Knapp über 10 % der KlientInnen hatten keine deutsche Staatsbürgerschaft.

16 % der durch die Ambulanzen kontaktierten KlientInnen leben in einer betreuten Wohnform. 41 % (1381) der allgemeinpsychiatrischen Patienten sind auch bei einem niedergelassenen Nervenarzt in Behandlung. Nahezu die Hälfte (44 %) der PatientInnen war ohne Arbeit oder Beschäftigung und 63 % der PatientInnen lebte von einem Transfereinkommen wie Rente, Arbeitslosenunterstützung oder Hilfe zum Lebensunterhalt.

³³ Siehe „Klientenstatistik Behandlungszentren 2003“



Weitere Klientenmerkmale

Tab. 15: Ausgewählte soziodemografische Angaben über Klienten in den Ambulanzen³⁴

Klienten	BHZ - Nord		BHZ - Mitte		BHZ - West		BHZ - Ost		BHZ - Süd		Alle 2003		2002
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	
Ges.Pat	848	100	1265	100	941	100	955	100	1104	100	5113	100	4569
Weiblich	433	51	619	49	441	47	417	44	529	48	2439	48	
Männlich	415	49	646	51	500	53	538	56	575	52	2674	52	
Neu	312	37	602	48	279	30	395	41	389	35	1977	39	1735
Bekannt	536	63	663	52	662	70	560	59	715	65	3136	61	2834
Deutsch	762	90	1181	93	846	90	824	86	953	86	4566	89	4104
andere Nat.	86	10	84	7	95	10	131	14	151	14	547	11	465
Betreute Wohnform	112	13	195	15	167	18	144	15	219	20	837	16	
Ohne Arbeit/Beschäftig.	390	46	437	35	413	44	518	54	ka		1758	44	2181
Bezug v. EU-Rente, HzL / AIU	581	69	476	38	675	72	676	71	834	76	3242	63	2874
Rechtl.Betreuung	154	18	185	15	219	23	203	21	223	20	984	19	875

Begutachtungen

Ein wichtiger Tätigkeitsbereich der MitarbeiterInnen der Ambulanzen der Behandlungszentren ist die Erstellung von Gutachten.

Der Gesamtplan nach § 46 BSHG bzw. IBRP stand hierbei mit insgesamt 802 Fällen, das sind 33,5 % aller gutachterlichen Stellungnahmen, im Vordergrund. Es wurden insgesamt 470 (19,6 %) ärztliche Gutachten zum Betreuungsgesetz (BtG) erstellt und 344 (14,4 %) amtsärztliche Stellungnahmen für das Amt für soziale Dienste. Sozialberichte zur Einleitung einer Nachsorge- bzw. Entwöhnungsbehandlung für Suchtkranke spielten eine geringe Rolle.

Der relativ geringe Anteil an Begutachtungen durch das BHZ Ost, insbesondere bei den ärztlichen Gutachten zum Betreuungsgesetz und den amtsärztlichen Gutachten, lässt sich vorläufig schwer interpretieren.

³⁴ Siehe „Klientenstatistik Behandlungszentren 2003“. Die aktuellen Daten aus 2004 zeigen keine bedeutsamen Unterschiede.



Tab. 16: Gutachten der Behandlungszentren³⁵

Art	BHZ - Nord		BHZ - Mitte		BHZ - West		BHZ - Ost		BHZ - Süd		Alle 2003		2002
	Abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.
BtG ärztliche Gutachten	152	32	95	20	74	16	47	10	102	22	470	100	442
Btg Sozialbericht	25	20	23	19	13	11	24	20	38	31	123	100	
Psych KG	11	7	53	34	32	21	31	20	27	18	154	100	162
Gesamtplan/ IBRP	116	14	147	18	185	23	131	16	223	28	802	100	677
Pflegegutachten	18	30	4	7	15	25	1	2	22	37	60	100	
Amtsärztl. AFSD-Gutachten	80	23	65	19	68	20	55	16	76	22	344	100	363
Amtsärztliche Gutachten	63	21	55	19	74	25	28	9	77	26	297	100	347
Sucht - Sozialbereich	21	20	23	21	22	21	25	23	16	15	107	100	112
ambulante Reha - Nachsorge	7	23	4	13	12	39	0	0	8	26	31	100	
ambulante Reha - Entwöhnung	0	0	4	67	2	33	0	0	0	0	6	100	
Summe	493	21	473	20	497	21	342	14	589	25	2394	100	2453

Die Ambulanzen haben 2003 bei 3115 ihrer PatientInnen des Bereiches „Allgemeine Psychiatrie“ eine Diagnose gestellt. Nahezu die Hälfte (44 %) der allgemeinspsychiatrischen PatientInnen erhielten die Diagnose „schizophrene Psychose“, 18 % der PatientInnen wurden als „persönlichkeitsgestört“ diagnostiziert, und 17 % der KlientInnen litten an einer „Neurose/ Belastungsreaktion“. Jeweils 7 % der PatientInnen waren gerontopsychiatrisch erkrankt.

Institutsambulanz der AMEOS Klinik Dr. Heines

Seit dem Jahr 2002 verfügt die AMEOS Klinik Dr. Heines über eine Institutsambulanz mit einem Versorgungsauftrag für die Behandlung von Borderline-PatientInnen und von Drogenabhängigen.

440 PatientInnen wurden im Jahr 2003 in der Institutsambulanz behandelt, im Jahr 2004 660.

³⁵ Siehe „Gutachtenstatistik Behandlungszentren 2003“ Die aktuellen Daten aus 2004 zeigen keine bedeutsamen Unterschiede.



2.2.3 Niedergelassene FachärztInnen³⁶

Behandlungsfälle

60 Nervenärzte/Psychiater waren in Bremen im Jahre 2003 in 49 Praxen tätig. Versorgt wurden statistisch betrachtet 164 583 Patienten, wobei zu berücksichtigen ist, dass hier eine quartalsbezogene Zählweise zugrunde liegt, d. h. jeder Fall eines Quartals wird als Neufall gezählt. Insgesamt ergibt sich gegenüber dem Jahr 2000 (157 052) ein Fallzahlanstieg von 8,7 %. Unter Berücksichtigung der bekannten, aber hinreichend abschätzbaren Inhomogenität dieser Facharztgruppe kann man davon ausgehen, dass es sich dabei um etwa 123 500 psychiatrische Behandlungsfälle im Jahr 2003 gegenüber etwa 118 000 psychiatrischen Behandlungsfällen im Jahr 2000 handelt. Unter Annahme einer eher niedrig geschätzten Zahl von 3 Kontakten pro Patient und Quartal erfolgten damit im Jahre 2003 von 60 Ärzten ca. 370.000 Kontakte mit psychiatrischen Patienten.

Der Fallzahlenzuwachs von > 8 % innerhalb von 3 Jahren (2000-2003) spiegelt die hohe, vom Patienten gesuchte fachliche Kompetenz der niedergelassenen FachärztInnen wider. Dies verdient eine besondere Berücksichtigung vor dem Hintergrund der sich verändernden Versorgungsstrukturen psychiatrischer Versorgung u. a. unter Beteiligung kommunaler und freier Träger. Unübersehbar ist, dass die Facharztpraxen sich zum Teil in Konkurrenz zu den Institutsambulanzen befinden und die Inanspruchnahme von Institutsambulanzen durch psychisch Kranke nach Eindruck der niedergelassenen FachärztInnen von den Kliniken zum Teil ausgesprochen gefördert bzw. favorisiert wird.

Behandelte Erkrankungen

Die Einschätzung des hochzurechnenden Anteils psychiatrischer Patienten in gemischten (neurologisch-psychiatrischen) Nervenarztpraxen basiert auf einer Umfrage innerhalb der Fachgruppe. Die in Diagnostik und Behandlung am häufigsten auftretenden Erkrankungen sind (in abnehmender Häufigkeit) depressive bzw. affektive Störungen (incl. bipolare Störungen), Schizophrenien, Demenzen bzw. organische Psychosyndrome, Persönlichkeitsstörungen / Borderline-Störungen / posttraumatische Belastungsstörungen. Besonders hinzuweisen ist auf die sehr geringe Quote von stationären Einweisungen (nach dem Umfrageergebnis innerhalb der Fachgruppe zwischen unter 1 und maximal 2% der betreuten Patienten).

Die ambulante gerontopsychiatrische Versorgung vor allem in Form aufsuchender Betreuung der Heime wird in weit überwiegendem Maß von den niedergelassenen Facharztpraxen geleistet, wobei die Beratung und Betreuung von Angehörigen und Pflegepersonal ebenfalls erbracht wird. Der durchschnittliche prozentuale Anteil der von den einzelnen Facharztpraxen versorgten Heimpatienten liegt im Bereich zwischen 8 und 15 % aller Patienten der Praxis..

³⁶ Dieser Abschnitt wurde von den niedergelassenen NervenärztInnen und PsychiaterInnen verfasst – autorisiert über deren Fachverband.



Neue Kooperationsformen

Auch bei den niedergelassenen FachärztInnen deuten sich Möglichkeiten neuer Kooperationsformen an. 12 Ärzte (5 Doppelpraxen, 2 Einzelpraxen) kooperieren im Rahmen eines Projektes Integrierter Versorgung gemeinsam mit der Gesellschaft für Ambulante Psychiatrische Dienste (GAPSY). In dem Projekt „Rückzugsräume“ wird psychisch kranken Menschen zur Überbrückung von Krisen vorübergehend nachts eine ärztlich und pflegerisch begleitete Rückzugsmöglichkeit geboten. Im Interesse der Patienten und der Angehörigen (sowie auch der Krankenkassen und der Gesellschaft) können hierdurch in enger Kooperation mit den sozialen Fachdiensten ansonsten erforderliche Einweisungen in die Klinik verhindert werden.

Arbeitsbedingungen

Die Zusammenarbeit mit den ambulanten und stationären Bereichen der Behandlungszentren der Klinika Bremen-Ost und Bremen Nord wird von der Gesamtheit der niedergelassenen FachärztInnen unterschiedlich beurteilt. Kritikwürdig ist, wenn nach Einweisung eines Patienten in die Klinik von dort aus ohne weitere Absprache die Weiterbetreuung des Patienten in einem Behandlungszentrum angebahnt wird.

Es sei in diesem Zusammenhang hingewiesen auf ein ansonsten in psychiatriepolitischen Debatten gemiedenes Tabuthema: Die Vergütung in der psychiatrischen Versorgung. Die niedergelassenen FachärztInnen diagnostizieren und behandeln gegenwärtig (Stand 2005) psychiatrische (und neurologische) PatientInnen für ein durchschnittliches Honorar von ca. 50 €/Quartal. Hinzu kommt das gravierende Problem der Medikamentenrichtgrößen (Verordnungsbudgets bei Medikamenten- und Heilmittelverordnungen). Zivilrechtlich geschuldet ist eine Behandlung nach dem wissenschaftlichen Standard der Medizin, gleichzeitig wird die Realisierung eben dieses Behandlungsstandards sozialrechtlich sanktioniert. Für die gegenwärtig zur Verfügung gestellten Verordnungsvolumina kann eine lege artis - Behandlung z. B. eines jungen Psychosepatienten nicht ohne das Risiko von Regresszahlungen durchgeführt werden. Noch wird eine solche lege artis -Behandlung durchgeführt in der Erwartung, dass letztlich gesellschaftspolitisch eine reale Umsetzung der angedrohten Sanktionen nicht toleriert wird. Die niedergelassenen FachärztInnen halten die Situation für unzumutbar, dass trotz mehrjähriger Bemühungen unter Einbeziehung wissenschaftlicher Fachberater die Positionen der Krankenkassen und der KV-Prüfgremien bislang unverändert geblieben sind.

Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Gesamtheit der niedergelassenen Facharztpraxen qualitativ hochwertig, effizient und kostengünstig den Großteil der ambulanten psychiatrischen Versorgung der Bremer Bevölkerung leistet. Sie hält ein breites diagnostisches und therapeutisches Spektrum vor mit psychiatrisch-psychopharmakologisch-psychotherapeutisch und psychosomatischer Einzelbehandlung, Angehörigenbetreuung, Krisenintervention und Beratung/Betreuung anderer Bezugspersonen (z. B. Pflegepersonal in den Heimen, Betreuungspersonen) unter ganzjähriger Einhaltung hoher Präsenzzeiten.



Durch die in den meisten Praxen gleichzeitig vorhandene fachneurologische Expertise sind auch die zahlreichen (oft älteren) Patienten mit Symptomen aus dem Grenzbereich beider Fachgebiete oder mit einem psychiatrischen Leitsymptom auf der Basis einer neurologischen oder internistischen Grunderkrankung gut betreut.

Wünschenswert für die zukünftige Entwicklung ist über die bereits vorhandenen Ansätze hinaus eine weitere Verbesserung der Zusammenarbeit mit den anderen Institutionen des kommunalen psychiatrischen Versorgungssystems unter vergleichbaren, adäquaten Rahmenbedingungen.

2.2.4 Niedergelassene PsychotherapeutInnen

Im Jahr 2003 praktizierten in Bremen 96 Ärztliche PsychotherapeutInnen in 95 Praxen, die 15.521 Fälle versorgten. 261 Psychologische PsychotherapeutInnen versorgten insgesamt 33.939 Fälle. 201 Psychologische PsychotherapeutInnen sind hierbei tiefenpsychologisch bzw. analytisch und 60 Psychotherapeutinnen sind verhaltenstherapeutisch orientiert.

Tab. 17: Niedergelassene PsychotherapeutInnen in Bremen

Bezeichnung	2003			2000		
	Anzahl Praxen	Anzahl PsychTh.	Summe Fälle	Anzahl Praxen	Anzahl PsychTh.	Summe Fälle
Ärztliche Psychotherapeuten	95	96	15.521	93	94	14.414
Psychologische Psychotherapeuten / Verhaltenstherapie	60	60	10.817	59	59	9.445
Psychologische Psychotherapeuten / tiefenpsychol. fundiert u./o. analytisch	201	201	23.122	197	197	19.824
Psychologische Kinder- und Jugendl. Psychotherapeuten	36	37	3.017	37	37	2.837

Die Konzentration der niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den Stadtteilen Schwachhausen und Östliche Vorstadt stellt im Erwachsenenbereich aus Sicht der Psychotherapeutenkammer kein wesentliches Erschwernis dar. Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird dies allerdings als ein Erschwernis angesehen, da die Schwelle des Zugangs aus den Stadtteilen, in denen sozial schwächere Familien anzutreffen sind (insbesondere in Bremen-Nord) im Vergleich zu den Angeboten in Bremen Stadt z. T. erheblich erhöht sein dürfte.

Die Psychotherapeutenkammer Bremen ist jedoch bemüht, die Zugangsmöglichkeiten für Patienten zur psychotherapeutischen Versorgung zu verbessern. Zu diesem Zweck wurde im örtlichen Telefonbuch eine „Psychotherapeutentafel“ veröffentlicht, in der alle Behandler differenziert nach Zielgruppen aufgelistet sind. Darüber hinaus wurden Behandlerlisten erstellt für Patientengruppen wie Suchtkranke, Psychosekranken, Sexual- und Gewaltstraftäter und behinderte Menschen. Ab 2006 werden Informationen über alle psychologischen Psychotherapeuten auch über ein Internetverzeichnis der Psychotherapeutenkammer („Psych-Info“) abrufbar sein.



Eine Kooperation mit dem psychiatrischen Versorgungssystem, vor allem mit den regionalen Behandlungszentren findet gegenwärtig im Rahmen informeller Strukturen und Netzwerke statt.

2.2.5 Ambulante psychiatrische Pflege

Ambulante häusliche Krankenpflege wird auf der Grundlage des § 37 SGB V zur Krankenhausvermeidung bzw. als Teil der ärztlichen Versorgung erbracht. Sie hat – neben der Krankenhausvermeidung bzw. der Verkürzung von Krankenhausbehandlung – das Ziel, die ambulante ärztliche Behandlung zu sichern.

In der Nachfolge eines Modellprojektes hat ein bremischer Leistungserbringer (Gesellschaft für Ambulante Psychiatrische Dienste GmbH - GAPSY) eine Vereinbarung mit der AOK Bremen/ Bremerhaven und der Hkk Bremen zur Erbringung von Leistungen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege nach § 37 SGB V abgeschlossen.

Ebenfalls hat der ambulante psychiatrische Pflegedienst Pro Care einschlägige Vereinbarungen mit der Hkk Bremen abgeschlossen.

Ambulante psychiatrische Krankenpflege (APP) kann für Menschen verordnet werden, die sich in einer akuten Krise befinden. Die Behandlungsdauer kann dabei unterschiedlich sein. Für Menschen mit einer akuten psychischen Erkrankung kann die APP während des Krankheitsprozesses verordnet werden. Für Menschen mit einer länger währenden Erkrankung gilt: Alle psychiatrischen Diagnosen sind möglich, die Dauer der psychiatrischen Pflege richtet sich nach der Verordnung des Arztes.

Die Patienten, die APP erhalten, verteilen sich über das gesamte Stadtgebiet.

Folgende Angaben beziehen sich nur auf den Leistungserbringer GAPSY: Im Jahre 2003 wurden ca. 110 Patienten monatlich versorgt. Sie erhielten, bei einem Maximum von 12 und Minimum von 2 Std., ca. 3,8 Std. wöchentliche Leistungen. Die Leistungsdauer kann im Einzelfall bis zu vier Jahren betragen.

Gegenwärtig (Oktober 2004) erhalten ca. 160 Menschen Leistungen ambulanter psychiatrischer Krankenpflege durch die GAPSY. Der Pflegedienst Pro Care erbringt 2005 zusätzlich APP-Leistungen für 45 Menschen.

Die Leistungen werden durch Fachkrankenpflegekräfte erbracht, die in der Regel über klinische Erfahrungen und eine sozialpsychiatrische Fachausbildung verfügen. Die Leistungen sind 24 Std. an sieben Tagen in der Woche verfügbar. Es gibt ein Krisentelefon sowie Wochenendbereitschaften. Für die MitarbeiterInnen steht ein ärztlicher Hintergrunddienst konsiliarisch zur Verfügung.

2.2.6 Soziotherapie

Seit dem Jahr 2001 ist ein gesetzlicher Anspruch auf Leistungen der Soziotherapie im § 37a SGB V verankert. Die Aufgaben der Soziotherapie liegen vor allem in der Koordination verordneter Leistungen und bei Hilfen im häuslichen Umfeld. Soziotherapie richtet sich an psychisch kranke Menschen mit einer schweren Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis oder mit einer depressiven Episode mit psychotischen Symptomen.



Die Krankenkassen in Bremen haben sich nicht auf eine einheitliche Verhandlungsführung gegenüber den Leistungserbringern einigen können. Mit Beginn des Jahres 2004 hatten die AOK, die IKK und die BKK Verträge mit 4 Leistungserbringern abgeschlossen. Der Verband der Angestellten-Ersatzkassen sowie der Arbeiter-Ersatzkassen schlossen mit einem Anbieter, die ProCare-Soziotherapie GmbH, einen Vertrag.

Vom größten Anbieter, der Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste GmbH (GAPSY), die vor allem in den Regionen West und Nord tätig ist, wurden ab April 2003 mehr als 30 Menschen betreut, ca. 10 Patienten pro Monat. Im Oktober 2004 wurden bereits mehr als 60 Menschen betreut.

25 Vertragsärzten wurde bis Anfang 2005 die Zulassung zur Verordnung von Soziotherapie erteilt.

Die Leistungen werden in der Regel durch Sozialpädagogen/ SozialarbeiterInnen erbracht, die über eine psychiatrische Zusatzqualifikation verfügen.

Ein weiterer Leistungserbringer ist im Bezirk Mitte tätig. Er versorgt ca. 10 Patienten.

Die Erfahrungen zeigen, dass es sich bei der Soziotherapie um eine effektive Behandlungsleistung handelt, um Krankenhausbehandlungen zu vermeiden und zu verkürzen.³⁷

2.2.7 Bewertung und Planungsempfehlungen

Mit dem **Wechsel des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu den Behandlungszentren** wurden die personellen Ressourcen des ambulanten Bereichs (SpsD und Institutsambulanz) und der nunmehr regionalisierten stationären Bereiche unter dem Dach der Klinik zusammengeführt, so dass Synergieeffekte erzielt werden können und Voraussetzungen geschaffen wurden für eine fachliche Qualitätssteigerung der psychiatrischen Versorgung. Bruchlose Übergänge zwischen dem ambulanten und stationären Bereich, personelle Betreuungskontinuität und durch größere räumliche Nähe zum Lebensfeld der Patienten verbesserte ambulante Behandlungsmöglichkeiten sind die entscheidenden Vorteile der neuen Organisationsform.

Soweit die **Regionalisierung** der stationären und teilstationären Behandlungsbereiche noch nicht konsequent umgesetzt wurde, sollte dies in den nächsten Jahren geschehen. Vordringlich ist die räumliche Integration von Ambulanz und (teil)stationärem Bereich in der Versorgungsregion Mitte. Mittel- bis langfristig sollten die auf dem Gelände des Klinikum Ost verbliebenen vollstationären KH-Bereiche in die Versorgungsregionen dezentralisiert werden.

In einem in der BRD einmaligen Modell wurden in Bremen beitrags- und steuerfinanzierte Leistungsbereiche zusammengeführt. Ausgespart bleibt bei diesem Modell integrierter Versorgung jedoch weiterhin die steuerfinanzierte Eingliederungshilfe, die für die Versorgung psychisch kranker und suchtkranker Menschen eine zunehmend große Rolle spielt. Vom Kostenvolumen nähern sich die **Eingliederungshilfeleistungen** – also insbesondere das ambulante Betreute Wohnen, die Tagesstätten und die heimstationären Angebote inzwischen den kassenfinanzierten Aufwendungen für psychisch kranke und suchtkranke

³⁷ vgl. H. Tiede: Erste Erfahrungen eines Trägers bei der Umsetzung der Soziotherapie, Psychosoziale Umschau 2/2004



Menschen³⁸ oder übertreffen diese sogar, wenn man nur die an einer Schizophrenie erkrankten Menschen als Bezugsgröße nimmt³⁹.

Es steht zu befürchten, dass sich mit einem weiteren Bettenabbau und einer Verkürzung der Liegezeiten der Druck auf den ambulanten Behandlungssektor und in der Folge auch auf den Eingliederungshilfebereich erhöhen wird. Diese Entwicklung sollte über eine entsprechende Datenerhebung beobachtet werden.

Aus zwei Gründen – soweit nicht rechtzeitig gegengesteuert wird – wird sich der Trend fortsetzen, dass im schwer abgrenzbaren Überschneidungsbereich von Behandlungs- und Eingliederungshilfeleistungen verstärkt Eingliederungshilfeleistungen induziert werden, wobei den Behandlungszentren als gutachtende Instanz im Gesamtplanverfahren eine Schlüsselrolle in der Zugangssteuerung zu Eingliederungshilfemaßnahmen zukommt.

- Der ambulante Leistungsbereich der Behandlungszentren finanziert sich neben dem steuerfinanzierten kommunalen Anteil durch eine **Fallpauschale** (290 Euro pro Quartal). Es ist zu hinterfragen, ob eine Fallpauschale genügend Anreiz bietet, die zeitaufwendige kontinuierliche ambulante Behandlung und Betreuung schwerwiegender beeinträchtigter psychisch kranker Menschen selbst zu übernehmen.
- Die für kontinuierliche Behandlungs- und Betreuungsleistungen notwendigen personellen Ressourcen - insbesondere im ärztlichen Bereich - sind durch das Vorhalten eines Rund-um-die-Uhr Krisendienstes zu einem wesentlichen Teil gebunden. Der immer mehr auf **Krisenintervention und Gefahrenabwehrmanagement** ausgerichtete Alltag bringt nicht nur zeitökonomische Probleme mit sich, er hat auch motivationale Auswirkungen und droht das Milieu einer „Beratungsstelle und Ambulanz“ zu einem hektischen Ort psychiatriepolizeilicher Betriebsamkeit zu verändern.

Es ist von vordringlichem kommunalen Interesse, **dass mit hoher Priorität chronisch psychisch kranke Menschen durch die Behandlungszentren ambulant betreut werden,**

- die (noch) in psychiatrischen Wohnheimen leben und Unterstützung auf dem Weg nach draußen benötigen,
- die den Übergang vom Betreuten Wohnen in die Selbständigkeit anstreben, aber weiterhin auf ein verlässliches Unterstützungsangebot angewiesen sein werden, das fachpsychiatrische und lebensweltliche Hilfen verbindet,
- die mit einem verbindlichen ambulanten Angebot ausreichend versorgt sind, so dass sich darüber hinausgehende Eingliederungshilfemaßnahmen erübrigen.

³⁸ Die Kostenverteilung zwischen Sozialhilfe und Krankenkassen dürfte bezogen auf psychiatrisch relevante Störungen insgesamt bei 1/3 zu 2/3 liegen (Melchinger H., Rössler W. und Machleidt W.: Ausgaben in der psychiatrischen Versorgung. Der Nervenarzt 2005, 10.)

³⁹ Eine Untersuchung in München Süd zur Kostenverteilung bezogen auf schizophrene Erkrankte ergab für den Kostenträger Krankenkassen einen Anteil von 35,4 % und für den Sozialhilfeträger einen Anteil von 64,6 % an den Gesamtkosten. (Schleunig, G. & Heel S.: „Kostenverteilung in der Schizophreniebehandlung", Psychiat. Praxis 2004; 31, Supplement 1:56-58.)



Die neuen beitragsfinanzierten Leistungsangebote der Ambulanten Psychiatrischen Pflege und der Soziotherapie und nicht zuletzt die neuen gesetzlichen Möglichkeiten zum Aufbau integrierter Versorgungsnetze sollten verstärkt genutzt werden, um alle psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten auszuschöpfen und neue Formen der Kooperation zwischen den Leistungserbringern im ambulanten und stationären Behandlungsbereich zu erproben.

- Die Leistungen der **Ambulanten Psychiatrischen Pflege** haben sich als effektiv erwiesen, um stationäre Behandlung zu vermeiden und nach stationärer Behandlung den weiteren Gesundungsprozess zu unterstützen. Damit alle Patienten die Möglichkeit erhalten, vom ambulanten psychiatrischen Pflegeangebot zu profitieren, sollten allen GKV-Versicherten diese Leistungen offen stehen.⁴⁰ Da sich Ambulante Psychiatrische Pflege und die Eingliederungshilfeleistung „Betreutes Wohnen“ bezogen auf Leistungsinhalte und Leistungsziele in vieler Hinsicht überschneiden, gibt es einen Regelungsbedarf zwischen den Leistungsträgern, um die Entwicklung unkoordinierter Doppelstrukturen zu vermeiden.
- Die Leistungen der **Soziotherapie** könnten stärker genutzt werden. Dies setzt voraus, dass die Kassen über den prüfenden MDK den gegebenen Indikationsspielraum nutzen und mehr niedergelassene Psychiater die Zulassung zur Verordnung von Soziotherapie bei der kassenärztlichen Vereinigung beantragen.
- Die **Medizinische Rehabilitation** psychisch Kranker sollte mit den Angeboten der sozialen und beruflichen Rehabilitation stärker vernetzt werden. Knotenpunkt dieses Netzwerkes sollte eine Rehabilitationseinrichtung Psychisch Kranke (RPK) sein, wie sie auch in anderen Regionen vorgehalten wird (z. B. Osnabrück u. Oldenburg).
- Mit den neuen gesetzlichen Möglichkeiten nach § 140 a SGB V zum **Aufbau integrierter Versorgungssysteme** könnte die Vernetzung von ambulanten und stationären Leistungen und Leistungserbringern vorangebracht werden. Bezogen auf die psychiatrische und suchtttherapeutische Versorgung in Bremen bieten sich folgende Bereiche für integrierte Versorgungsmodelle an:⁴¹
- Die **psychiatrisch-suchtttherapeutische Behandlung von Drogenabhängigen** in Verbindung mit Substitutionsbehandlung und weiteren medizinischen Behandlungsangeboten, um komorbide schwerstabhängige Menschen umfassend medizinisch versorgen zu können. Die weitgehend kommunal finanzierten 3 Substitutionsprogramme (EMPs und Überbrückungssubstitution) und die allgemeinmedizinische Sprechstunde der Medizinischen Ambulanz des Gesundheitsamtes im Kontakt- und Beratungszentrum für Drogenabhängige ließen sich in ein Modell Integrierter Versorgung einbeziehen.

⁴⁰ Seit dem 1.7. 2005 ist die APP Pflichtleistung im GKV-Bereich. Die Richtlinien wurden dahingehend geändert, dass die entsprechenden Leistungen bei Persönlichkeitsstörungen nicht mehr verordnungsfähig sind, während die Demenzerkrankungen in den Indikationskatalog aufgenommen wurden.

⁴¹ Ein erstes Projekt integrierter Versorgung wurde im August 2004 zwischen der AOK und der Gesellschaft für Ambulante Psychiatrische Dienste GmbH (GAPSY) vereinbart. Das Projekt „Rückzugsräume“, dem sich mehrere niedergelassene Nervenärzte und Psychiater angeschlossen haben, bietet im Bremer Westen als Alternative zur stationären Behandlung Übernachtungsmöglichkeiten für maximal 8 Personen an, die von der GAPSY bereits Leistungen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege oder Soziotherapie erhalten. Die Verordnung erfolgt durch die eingebundenen Vertragsärzte, die auch die ärztliche Behandlung während des Aufenthaltes im Projekt gewährleisten.



Die AMEOS -Klinik Dr. Heines mit seinem stationären und ambulant-psychiatrischen Angebot für Drogenabhängige könnte innerhalb eines solchen integrierten Versorgungsangebotes eine zentrale Rolle übernehmen.

- psychiatrischen Angebot für Drogenabhängige könnte innerhalb eines solchen integrierten Versorgungsangebotes eine zentrale Rolle übernehmen.
- Die **Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Störung** bietet sich für ein Integriertes Versorgungsmodell an, um neue effektive ambulante psychotherapeutische Behandlungsformen zu erproben und die ambulante Nachbehandlung nach stationärer Behandlung sicherzustellen. Andernorts haben sich entsprechende Netzwerkmodelle als erfolgreich erwiesen. Insbesondere lassen sich durch spezielle ambulante Behandlungsprogramme stationäre Behandlungen, die seit einigen Jahren stark zunehmen, vermeiden oder verkürzen.

2.3 Bereich Wohnen

In Anlehnung an die funktionale Betrachtungsweise der Expertenkommission (1988) sowie des „personenzentrierten Ansatzes“ werden im Bereich Wohnen – in unterschiedlicher organisatorischer Form – Hilfen zur Selbstversorgung, zur Aufnahme und Gestaltung sozialer Beziehungen sowie zur Teilhabe am sozialen und gesellschaftlichen Leben erbracht. Die Leistungen werden finanziert durch den Bremischen Sozialhilfeträger im Rahmen der Eingliederungshilfe.

Als Möglichkeiten der Hilfestellungen kommen in Bremen das Betreute Wohnen, das Heimwohnen, Tagesstättenangebote und – zum geringen Teil – die Familienpflege (früher „Landpflege“) und eine Langzeitpflege im Klinikum- Ost in Betracht. Diese verschiedenen Maßnahmebereiche werden im folgenden beschrieben.

2.3.1 Betreutes Wohnen

Das sog. „Betreute Wohnen“ erbringt ambulant aufsuchende Leistungen zur Eingliederungshilfe sowie Leistungen im Rahmen von therapeutisch und lebenspraktisch orientierten Gruppenangeboten.

Eingliederungshilfeleistungen wie das Betreute Wohnen sollen behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen. Eingliederungshilfeleistungen sind gegenüber Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nachgeordnet (vgl. SGB IX, Kapitel 7).

In der Dienstanweisung „Betreutes Wohnen“ des Sozialhilfeträgers Bremen sind für das Betreute Wohnen folgende Ziele genannt:

- eine weitgehend selbständige Lebensführung ermöglichen
- von Betreuung unabhängig machen
- durch Aktivieren und Stabilisieren die Folgen der Erkrankung abbauen
- Aufenthalte in Kliniken und heimähnlichen Einrichtungen vermeiden
- Krankenhausbehandlung und Pflege abkürzen



Aufgaben des Betreuten Wohnens sind nach der Dienstanweisung rehabilitative Hilfen zur Alltagsbewältigung im Wohnbereich, insbesondere im Zusammenhang mit Selbstversorgung, persönlicher Hygiene, Umgang mit Geld, Haushaltsführung und Konflikten mit Bewohnern und Nachbarn

- zur Unterstützung der notwendigen Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Dienste
- zur Anregung und Unterstützung bei der Erweiterung des Lebenskreises über den Wohnbereich hinaus, insbesondere beim Aufsuchen tagesstrukturierender Angebote, z. B. in einer Tagesstätte
- beim Aufsuchen von Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten
- beim Aufsuchen von Freunden und Angehörigen
- beim Aufsuchen von Bildungs- und Freizeitangeboten

Die Hilfen für psychisch erkrankte und behinderte Menschen im Rahmen der Eingliederungshilfe sind schon seit vielen Jahren in Bremen regional organisiert, so dass sich die Grundstruktur der Versorgung folgendermaßen darstellt.

Tab. 18: Leistungserbringer und Angebote im Bereich Wohnen

Region⁴²	Träger	Angebote
Nord	SFC Sozialwerk der freien Christengemeinde	Betreutes Wohnen Heimwohnen
Mitte	IM Verein für Innere Mission	Betreutes Wohnen Heimwohnen
West	BWG Bremer Werkgemeinschaft	Dezentrales Wohnen Intensiv Betreutes Wohnen Betreutes Wohnen
	IsR Initiative zur sozialen Rehabilitation	Betreutes Wohnen
	SFC Sozialwerk der freien Christengemeinde	Betreutes Wohnen Heimwohnen
Ost	ASB Arbeiter-Samariter-Bund Gesellschaft für Soziale Hilfen mbH	Betreutes Wohnen Heimwohnen
Süd	AWO Arbeiterwohlfahrt	Betreutes Wohnen Heimwohnen
	IsR Initiative zur sozialen Rehabilitation	Betreutes Wohnen

⁴² Bestimmte Träger sind auch über die angeführten Schwerpunktreionen hinaus aktiv, z.B. die Initiative zur soz. Rehabilitation.



Die Bremer Behandlungszentren folgen derselben Struktur, so dass insgesamt gute Ausgangsbedingungen für integrierte Hilfesysteme bestehen.

Tab. 18 a: Leistungs- und Kostenentwicklung Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen

	2003	2004	2005
Durchschnittlich belegte Plätze	433	463	478
Platzzahlanstieg in Prozent	5,4 %	6,9 %	3,2 %
Kostenanstieg in Prozent	3,4 %	6,0 %	-0,06 %

Im Jahr 2003 waren im Durchschnitt insgesamt 433 Plätze im Betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen belegt. Leistungen durch das Betreute Wohnen⁴³. Dies sind 23 Plätze mehr als im Vorjahr (+ 5,6 %).

Die aktuellen Zahlen weisen insbesondere für 2004 einen weiteren deutlichen Fallzahlanstieg auf 463 Fälle (+6,9 %) auf. Im Jahr 2005 kam es zu einem leichten Anstieg auf 478 Fälle (+3,2 %).

Die **Ausgabenentwicklung** verlief im Vergleich zur Leistungsentwicklung deutlich moderater, weil über die Jahre eine Umschichtung in weniger intensive Betreuungsstufen stattfand. Im Jahr 2005 kam es trotz eines Fallzahlanstiegs von 2,9 % zu keinem weiteren Kostenanstieg. Diese positive Entwicklung dürfte zu einem wesentlichen Anteil auf die Steuerungsbemühungen der Steuerungsstelle Psychiatrie zurückzuführen sein.

Das Gesamtausgabenvolumen im Betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen liegt bei ca. 5,8 Millionen Euro.

In Bremen existiert schon seit geraumer Zeit ein Finanzierungssystem des Betreuten Wohnens, das sich zwar an „Personalschlüsseln“ orientiert, jedoch eine Flexibilität aufweist, die einem „personenzentrierten“ Finanzierungssystem in etwa entspricht. Der Umfang der Betreuung wird nach 3 Betreuungsstufen bemessen, die in Personalschlüsseln ausgedrückt werden:⁴⁴:

Von den 433 betreuten Menschen in 2003 wurden ca. 60 % (264) mit einem Schlüssel von 1:8 betreut und fast ein Drittel (139) mit einem Schlüssel von 1:4. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich damit der Anteil der 1:8-Betreuungen um 8 % erhöht und der Anteil der 1:4-Betreuungen um mehr als 6 % verringert. Fast 7 % der Betreuungen beziehen sich auf intensive Formen mit einem Schlüssel von 1:2,5 oder 1:1,9⁴⁵.

Im Vergleich zum Vorjahr ist damit auch der auf die geleisteten Entgelttage bezogene durchschnittliche Betreuungsschlüssel von 1: 5,3 auf 1 : 5,6 (2004 auf 1:5,7) angestiegen⁴⁶. Damit setzt sich eine Tendenz fort, die schon seit 2001 zu beobachten ist.

⁴³ Gezählt wurden nur die für den Bremer Sozialhilfeträger relevanten Fälle.

⁴⁴ Die folgenden Aussagen und Tabellen finden sich auch in: Steuerungsstelle Psychiatrie – Berichterstattung 2003

⁴⁵ Die 18 Plätze mit einem Schlüssel von 1:1,9 beziehen sich auf die Einrichtung „Intensiv Betreutes Wohnen“ der BWG, die zwar formal als Betreutes Wohnen eingestuft ist, vom Setting her jedoch einem Heim entspricht.

⁴⁶ Ohne Intensiv Betreutes Wohnen; Ohne Verwaltungsanteile.



Die durchschnittliche Betreuungsintensität vermindert sich, d. h. es können bei relativ konstanten Kosten mehr Menschen betreut werden.

Tab. 19: KlientInnen des Betreuten Wohnens nach Betreuungsumfang 2003

Betreuungsstufen	Nord		Mitte		West		Ost		Süd		Gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1 : 1,9	0	0,0	0	0,0	18	100,0	0	0,0	0	0,0	18	4,3
1 : 2,5	0	0,0	5	45,5	5	45,5	1	9,1	0	0,0	11	2,5
1 : 4	17	12,2	13	9,4	66	47,5	29	20,9	14	10,1	139	32,1
1 : 8	33	12,5	39	14,8	68	25,8	60	22,7	64	24,2	264	60,9
Andere	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Gesamt	50	11,5	58	13,4	157	36,3	90	20,8	78	18,0	433	100,0

Bei einer regionalen Betrachtung der Daten aus 2003 fällt auf, dass auf die Region West mit 36,3 % insgesamt einen überproportionalen Anteil an Leistungen des Betreuten Wohnens entfällt, dies gilt vor allem für intensive Maßnahmen.

- Im Jahr 2003 gab es 99 Neuaufnahmen und 80 Beendigungen im Betreuten Wohnen. Damit hat sich die Zahl der Neuaufnahmen seit 2001 kontinuierlich erhöht. Von den 99 Neuaufnahmen 2003 wurden im selben Jahr 17 wieder beendet. Drei Neuaufnahmen kamen aus einem Wohnheim und vier kamen aus der Langzeitpflege der Klinik- Ost. 57 Betreuungen wurden als Einzelbetreuung begonnen.

Von den 80 Beendigungen wurden mehr als 80 % so beendet, dass die Menschen in Ihren Wohnungen verbleiben bzw. in eine eigene Wohnung einziehen konnten⁴⁷. Sieben Personen sind in ein psychiatrisches Wohnheim gezogen (auch nach auswärts). Drei Maßnahmen endeten durch Versterben der HilfeempängerInnen und vier Personen verblieben nach einer Akutbehandlung als „Nichtbehandlungsfall“ in der psychiatrische Klinik aufgenommen, weil zunächst kein angemessenes Versorgungsangebot gefunden werden konnte. .

Zwar übersteigt die Anzahl der Neuaufnahmen mit einem Schlüssel „1:4“ die Anzahl der Beendigungen erheblich, jedoch ist dies vielfach damit verbunden, dass die Hilfen oft relativ intensiv beginnen, jedoch nach dem ersten Halbjahr schon abgesenkt werden können.

- Die durchschnittliche Verweildauer⁴⁸ im Betreuten Wohnen beträgt 3,4 Jahre, wobei 10 Maßnahmen kürzer als drei Monate dauerten und die längste nach 16,5 Jahren beendet war.
- Die Anteile von Frauen und Männern im Betreuten Wohnen sind relativ ausgeglichen. Knapp 45 % der Menschen im betreuten Wohnen waren 2003 Frauen. In der geschlechtsspezifischen Betrachtung ist auffällig, dass der Anteil der Männer in den intensiveren Betreuungsstufen ungewöhnlich hoch ist. Grob lässt sich interpretieren: Je intensiver die Betreuung, desto höher der Anteil der Männer. Allerdings ergibt sich auch ein Zusammenhang mit den Präferenzen hinsichtlich der Wohnform. Männer leben eher in intensiv betreuten Wohngemeinschaften. In der Betreuungsstufe „1:8“,

⁴⁷ Hier sind auch die 17 Kurzzeitbetreuungen eingerechnet.

⁴⁸ Bezogen auf beendete Maßnahmen.



die eher im „Einzelwohnen“ zur Geltung kommt, ist das Verhältnis der Geschlechter nahezu ausgeglichen.

- Das Durchschnittsalter der HilfeempfängerInnen beträgt 44 Jahre, die jüngste betreute Person ist 21,5 Jahre und die älteste 82 Jahre alt. Hinsichtlich des Durchschnittsalters besteht zwischen Frauen und Männern kein Unterschied. Der Fallzahlenanstieg vollzieht sich besonders in der Altersgruppe der 20- bis 27-jährigen.
- Von den 433 KlientInnen des Betreuten Wohnens wiesen 77,4 % (335) eine psychotische Erkrankung auf, 12,2 % (53) eine Borderline Störung und 10,4 % (45) hatten eine sog. „Doppeldiagnose Psychose und Sucht“, wobei die psychotische Störung im Vordergrund stand. Der Anteil der KlientInnen mit einer psychotischen Störung (Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis) ist in den letzten drei Jahren insgesamt um ca. 5 % gesunken und der Anteil der Menschen mit einer Borderline Störung um 6 % angestiegen. Damit setzt sich auch in Bremen ein Trend fort, der auch in anderen Regionen Deutschlands zu beobachten ist. Es ist zu erwarten, dass dieser Trend sich in den nächsten Jahren fortsetzen wird⁴⁹.
- Eine Auswertung der Wartelisten, die in den regionalen Abstimmungskonferenzen geführt wird, ergab für 42 Personen, dass die meisten Menschen in einer eigenen Wohnung (42,9 %) lebten oder sich in einer psychiatrischen Klinik befanden (35,7 %). Die durchschnittliche Wartezeit auf einen Platz im Betreuten Wohnen beträgt nahezu 6 Monate. Diese lange durchschnittliche Wartezeit erklärt sich u. a. dadurch, dass die Wartelisten auch weniger dringliche Fälle enthalten. Eine besonders lange Wartezeit von mehr als zwei Jahren muss in Kauf genommen werden, wenn ein „Trägerwechsel“ im Betreuten Wohnen gewünscht wird. Antragsteller mit einem als dringlich eingestuftem Bedarf werden in der Regel zügig in eine Betreuung vermittelt. Die regionalen Abstimmungskonferenzen, die vom regionalen Sozialpsychiatrischen Dienst geleitet werden und in denen alle regionalen Leistungserbringer vertreten sind, hat für die Vermittlung in geeignete Maßnahmen eine wichtige Steuerungsfunktion, die von der Funktion her weitgehend einer sogenannten Hilfeplankonferenz entspricht.
- Die Zahl der Plätze in einer Wohngemeinschaft geht seit Jahren zurück⁵⁰. Lebten 2001 noch 61 % in einer Wohngemeinschaft, waren es 2003 nur noch 54 %. Die Nachfrage nach Betreuung in einer Wohngemeinschaft ist dagegen gestiegen. 2003 wollten 64,3 % der Hilfesuchenden einen WG-Platz, 2002 waren es lediglich knapp 47 % der Hilfesuchenden. Die Diskrepanz zwischen Angebot und Nachfrage hat u.a. damit zu tun, dass die Wünsche nach einer WG-Betreuung für den Leistungserbringer schwieriger umzusetzen sind. Notwendig ist nicht nur ein freier WG-Platz, die einzelnen Bewohner einer WG müssen auch zueinander passen. Einzelbetreutes Wohnen im schon vorhandenen Wohnraum kann dagegen schneller realisiert werden.
- 304 HilfeempfängerInnen waren während einer Maßnahme des Betreuten Wohnens 2003 in stationärer psychiatrischer Akutbehandlung mit insgesamt 8.704 Behandlungstagen. Mit durchschnittlich 28,6 Tagen ist bei diesem Personenkreis die durchschnitt-

⁴⁹ Vgl. hierzu: Möhlenkamp, G.: Betreutes Wohnen für Menschen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung aus der Sicht eines Sozialhilfeträgers. Vortrag auf der Fachtagung „Borderline im Niemandsland“ am 11. Feb. 2004 in Bremen. Siehe auch: Kap. 1.1.1.1.

⁵⁰ Vgl. Tab. 5.



liche Verweildauer in der Klinik deutlich höher als im allgemeinen Durchschnitt (22,3 Tage). Vergleiche mit anderen Regionen wären hier notwendig, um diese Daten näher interpretieren zu können.

2.3.2 Heimstationäre Versorgung⁵¹

In Bremen standen **2003** insgesamt 207 Heimplätze für psychisch kranke Menschen zur Verfügung. Hiervon waren im Durchschnitt **189 Plätze** mit Bremer/innen über den bremischen Kostenträger belegt. Am Stichtag 31. Dez. 2003 wurden 191 Plätze gezählt, die durch den bremischen Kostenträger finanziert wurden. Hiervon entfielen 91 Plätze auf gerontopsychiatrische Wohnheime .

Tab. 20: Wohnheime in Bremen

Träger	Angebote	Plätze 2003	SHT ⁵² Bremen (31.12.03)	Plätze 2005	SHT Bremen (31.12.05)
SFC Sozialwerk der freien Christengemeinde	Heimstätte am Grambker See	27	20	27	21
	Heimstätte am Grambker See (intensiv)	4	3	4	2
	Ohlenhof (Gerontopsychi- atrie)	18	20	18	19
IM Verein für Innere Mission	Wohnheim Parkstraße	12	12	12	11
	Frieda Bücken Haus	14	11	14	13
ASB Arbeiter-Samariter-Bund Gesellschaft für Soz. Hilfen mbH	Haus Hastedt	24	24	24	25
AWO Arbeiterwohlfahrt	Senator Willy-Blase-Haus	32	30	32	31
	Meybohms Hof (Gerontopsy- chiarie)	31	28	31	27
DRK Deutsches Rotes Kreuz	Haus Hohenkamp (Geron- topsychiarie)	49	43	49	45
Summe		211	191	211	194

Unter Einbeziehung der in auswärtigen Heimen untergebrachten Personen ergibt sich für die Jahre 2003 bis 2004 folgende Entwicklung der Durchschnittsbelegungen zu Lasten des bremischen Kostenträgers:

⁵¹ Das Folgende wurde mit geringfügigen Veränderungen übernommen aus: Steuerungsstelle Psychiatrie: Berichterstattung 2003: 30 – 32.

⁵² SHT steht für Sozialhilfeträger Bremen, d. h. hier werden nur die Plätze in bremischer Kostenträgerschaft gezählt.



Tab. 20 a: Wohnheimplätze für psychisch kranke Menschen

	2004	2005
In Bremen	188	192 (+2,1%)
außerhalb	52	58 (+11,5%)
gesamt	240	250 (+4,2%)

Für das Vorjahr **2002** gibt es in dieser Form noch keine Vergleichsdaten, da die Daten der Wohnheime für psychisch kranke Menschen erstmals mit dem Jahr 2003 im Rahmen des Kontrakts mit SfAFGJS durch die Steuerungsstelle Psychiatrie erhoben wurden.

Die Daten aus **2004** zeigen eine Durchschnittsbelegung der bremischen Heime von 188 psychisch kranken Personen (nur Plätze in bremischer Kostenträgerschaft). Im Jahr **2005** kam es zu einer Ausweitung der vom bremischen Kostenträger finanzierten Heimplätze in Bremen auf 192 durchschnittlich belegte Plätze. Diese relative Konstanz (2,1 %) ergibt sich aus dem Umstand, dass es in Bremen in den letzten Jahren zu keiner Ausweitung der Heimkapazität für psychisch kranke Menschen gekommen ist. Kompensatorisch kommt es jedoch zu einer verstärkten Belegung auswärtiger Wohnheime mit 52 Plätzen in 2004 und 58 Plätzen in 2005 (s. u.).

Einschließlich auswärtiger Unterbringungen ergibt sich damit für das Jahr **2005** eine **Gesamtzahl von 250 belegten Heimplätzen** (Jahresdurchschnittszahl) für psychisch kranke Menschen in bremischer Kostenträgerschaft. Das Gesamtkostenvolumen liegt bei ca. 8,5 Millionen Euro.

Stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen in Einrichtungen außerhalb Bremens

Die Zahl der außerhalb Bremens in Wohnheimen oder Außenwohngruppen lebenden Bremer BürgerInnen steigt stetig an. Im Jahr **2003** wurden 17.066 Entgelttage bzw. durchschnittlich **47 Plätze** in auswärtigen Einrichtungen gezählt. Die Datenlage zu den auswärtigen Heimplätzen ist jedoch weiterhin unzureichend.

Die aktuellen Zahlen zeigen einen weiteren Anstieg in **2004** auf **52 Plätze** und **2005** auf **58 Plätze**. Der jährliche Anstieg liegt demnach bei ca. 10 %.

Gründe für die auswärtige Unterbringung sind:

- Mehrheitlich konnte aufgrund persönlicher Besonderheiten keine geeignete Einrichtungen in Bremen gefunden werden.
- 6 Personen wurden 2003 aufgrund einer Doppeldiagnose in auswärtigen Einrichtungen untergebracht.
- In acht Fällen ist mindestens ein Unterbringungsversuch in Bremen in der Vergangenheit gescheitert.
- In zwei Fällen wurden KJHG Maßnahmen umgewandelt.
- Jungen Erwachsenen steht in Bremen offenbar kein ausreichendes Angebot zur Verfügung. Bei den hier betrachteten Personen handelt es sich in der Regel um Vermittlungen in Einrichtungen, die eine Möglichkeit zur Berufsausbildung bzw. ein Arbeitstraining anbieten.



2.3.3 Nichtbehandlungsfälle im Klinikum Ost

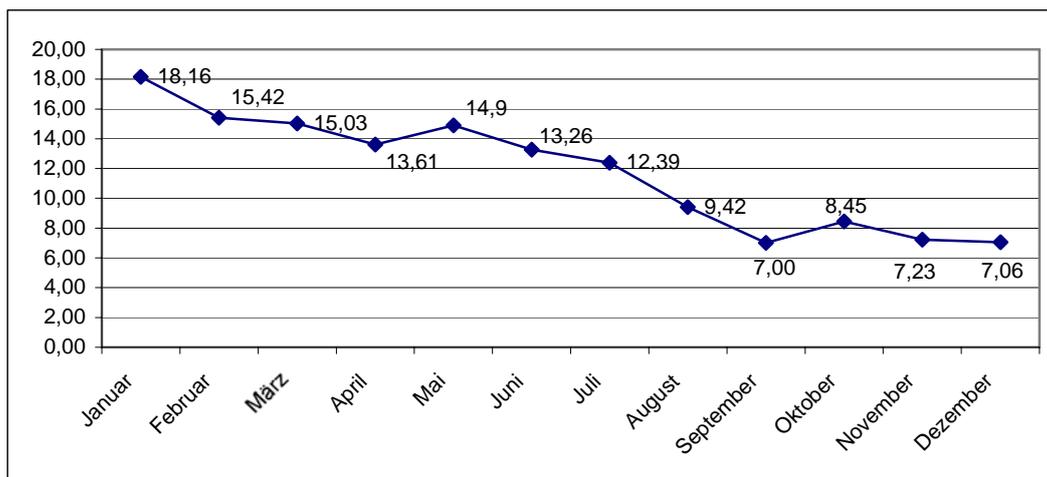
Als Nichtbehandlungsfall (psychiatrische Langzeitpflege) wird der Status nach stationärer Behandlung der akuten Erkrankung bezeichnet, wobei mangels Alternative oder Perspektive der Verbleib in der Klinik notwendig ist. Die Klinik erhält hierfür ein jährliches Budget, das sich auf eine vereinbarte Belegungszahl bezieht. Im Jahr 2003 war dies ein Bezugswert von zehn Betten bzw. 3.650 Entgelttage.

Im Jahr 2002 lag die Belegung deutlich über diesem Wert und auch 2003 liegt die Anzahl der zu berechnenden Entgelttage bei 4.652 bzw. 13 Plätzen durchschnittlich.

Die Entwicklung im zweiten Halbjahr 2003 und auch die weitere Entwicklung in 2004 zeigt jedoch einen deutlichen Trend nach unten. Zurückzuführen ist diese positive Entwicklung u. a. auf eine zwischen dem ZKH-Ost und der Steuerungsstelle Psychiatrie getroffene Vereinbarung, die eine verstärkte Einzelfallprüfung und einen geregelten Zugang zur regionalen Warteliste vorsieht.

Im Jahr 2003 sieht die Belegung im Monatsverlauf folgendermaßen aus.

Abb. 2: Durchschnittsbelegung nach Monaten Nichtbehandlungsfälle



Die anfangs deutlich fallende Tendenz schwächt sich zum Jahresende ab und stabilisiert sich bei einer Belegung von ca. sieben, die auch in 2004 gehalten werden konnte.

Im Verlauf des Jahres 2003 wurden 39 Patienten/innen als Nichtbehandlungsfall angemeldet. Hiervon waren drei Personen das ganze Jahr über in der Klinik. Die durchschnittliche Verweildauer liegt bei 118 Tagen, wobei der kürzeste registrierte Aufenthalt mit Status Nichtbehandlungsfall bei acht Tagen liegt. Die durchschnittlich kürzeste Verweildauer von 46 Tagen haben SuchtpatientInnen.

Zusammenfassend lässt sich für die Nichtbehandlungsfälle konstatieren:

- Die Belegung mit Nichtbehandlungsfällen zeigt eine abnehmende Tendenz.
- Der Zugang zur Warteliste ist für die psychisch kranken Nichtbehandlungsfälle weitgehend geregelt. Für die Nichtbehandlungsfälle in der Suchtklinik wird derzeit ein eigenes Abstimmungsgremium geschaffen, um die Versorgung von Nichtbehandlungsfällen außerhalb der Klinik sicherzustellen.



2.3.4 Familienpflege

Die sog. Familienpflege, auch begleitetes Wohnen oder betreutes Wohnen in einer Gastfamilie⁵³ genannt, ist in Bremen eine stationäre Maßnahme der Eingliederungshilfe, die langfristig angelegt und zeitlich nicht begrenzt ist. Die psychisch kranken Menschen sowie ihre Gastfamilien werden durch das Familienpflegeteam der psychiatrischen Klinik- Ost betreut. Die Kapazität der Familienpflege ist derzeit auf neun psychisch kranke Menschen beschränkt, die in einer Gastfamilie wohnen bzw. leben können.

- Im Jahre 2003 wurden im Schnitt fünf Plätze von Bremern belegt und vier Plätze von Personen, deren Aufenthalt bei den Gastfamilien von einem auswärtigen Kostenträger finanziert wird oder die sog. „Selbstzahler“ sind.
- Im Jahre 2004 wurden im Schnitt 8 Plätze von Bremern mit bremischer Kostenträgerschaft belegt.

Für die Familienpflege kommen als Zielgruppe eher „junge Erwachsene“ in Frage, die in der Gastfamilie eine Nachreifungsphase durchlaufen sowie ältere Menschen, deren Perspektive eine langfristige Betreuung in der Gastfamilie ist. Von der Familienpflege profitieren besonders solche Menschen, die die akute Phase ihrer psychischen Erkrankung bewältigt und mit den Auswirkungen ihrer Erkrankung umzugehen gelernt haben.

Wenn noch eine starke Bindung an die Herkunftsfamilie besteht und eine eigene Wohnung vorhanden ist, hat sich eine Vermittlung in eine Gastfamilie nach den Erfahrungen des Betreuungsteams des Klinikums –Ost als nicht erfolgversprechend erwiesen.

Das Klinikum Ost plant, die Anzahl der Betreuungsplätze des Familienpflegeteams weiter zu erhöhen. Da es sich bei der Familienpflege um eine effektive und zugleich wirtschaftliche Maßnahme handelt, sollte der Ausbau der Familienpflege unterstützt werden, wobei allerdings eine engere Kooperation mit den regionalen Abstimmungskonferenzen, den Behandlungszentren, der Steuerungsstelle Psychiatrie und den Fachgremien gewährleistet sein sollte.

2.3.5 Bewertung und Planungsempfehlungen

Alle bedarfsbezogenen Indikatoren – und dies gilt nicht nur für Bremen – weisen darauf hin, dass die **Nachfrage** nach ambulanten Hilfen im Wohnbereich für psychisch kranke Menschen weiter steigen wird. Damit diese Entwicklung finanzierbar bleibt, sind verschiedene Anpassungen notwendig:

Durch die Fortführung der **Qualitätssicherung der Hilfeplanung** muss gewährleistet werden, dass sich die Hilfen auf das Notwendige und auf das zielbezogen Zweckmäßige beschränken. In den letzten Jahren konnte durch entsprechende Anstrengungen der Steuerungsstelle, der Gutachter und der Leistungserbringer erreicht werden, dass im Betreuten Wohnen inzwischen deutlich mehr Menschen bei gleichem Mitteleinsatz betreut werden.

⁵³ Vgl. Schwerpunktthema Psychiatrische Familienpflege. In: Sozialpsychiatrische Informationen 4/ 2004.



Zukünftig werden strukturelle Anpassungen im Bereich der Wohnbetreuung notwendig werden, um bei voraussichtlich nicht weiter steigenden Mitteln den zu erwartenden Fallzahlanstieg bewältigen zu können. Dazu gehören im Wesentlichen die Optionen einer sozialraumbezogenen oder trägerbezogenen Budgetierung und eine Leistungserbringung im regionalen Trägerverbund.

Auf Seiten der Leistungserbringer sollte die Entwicklung einer standardisierten **Leistungsdokumentation** unter Berücksichtigung konkreter zielbezogener Indikatoren weiter vorangetrieben werden. In Zusammenarbeit mit der Steuerungsstelle Psychiatrie wurden inzwischen erste EDV-gestützte Problemlösungen entwickelt.

Durch **verstärkte Kooperation und Koordination** sowohl zwischen den Leistungserbringern als auch zwischen den unterschiedlichen Maßnahmebereichen und Versorgungsebenen könnten Synergieeffekte erzielt werden. Die traditionellen einrichtungsbezogenen Angebotstypen sind zugunsten einer stärkeren Integration und Flexibilisierung der Hilfen zu überwinden. Ambulante Betreuungsformen, besondere Angebote der Wohnheime, die Tagesstättenangebote und Angebote im Arbeits- und Beschäftigungsbereich sollten im Sinne einer personenzentrierten Ausrichtung der Hilfen miteinander verbunden werden.

Um eine **rationelle Leistungserbringung im Verbundmodell** und einen flexiblen Personaleinsatz zu unterstützen, müssen entsprechende Anreize geschaffen werden. Bei einem festgelegten Betreuungssetting mit starren Leistungszeiten besteht kein hinreichender Anreiz, die Betreuung auf das jeweils Notwendige und Ausreichende zu beschränken, außerhalb professioneller Betreuung liegende Ressourcen extensiv zu nutzen und neben dem Aspekt des Förderns verstärkt Eigeninitiative und Selbsthilfe einzufordern. Das Ableisten von gutachterlich zugestandenen Betreuungszeiten ist als Erfüllungskriterium angemessener Betreuung nicht ausreichend. Eine stärkere Zielorientierung und der Nachweis der Wirksamkeit der Hilfen müssen in den Vordergrund treten. Beitragen könnten zu dieser Neuorientierung **Budgetvereinbarungen**, die in einem mittelfristigen Zeitrahmen einen sicheren finanziellen Planungsrahmen bieten, gleichzeitig aber bei steigenden Fallzahlen zu einer Steigerung von Effizienz und Effektivität der Hilfen herausfordern. Ein derartiges Konzept eines sozialraumbezogenen Träger- oder Trägerverbundbudgets wird modellhaft in verschiedenen Regionen der BRD erprobt. Die bekannten wettbewerbsrechtlichen Bedenken erscheinen überwindbar, soweit allen potentiellen Leistungserbringern bei Erfüllung bestimmter Qualitätsstandards eine Beteiligung an der Versorgung offen steht. Der individuelle Hilfebedarf und insbesondere die Hilfeziele wären weiterhin im Rahmen der kommunalen Fallsteuerungsverantwortung festzulegen, so dass auch der individuelle Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe gewährleistet bleibt.

Es geht nicht nur darum, Anreize für eine möglichst flexible und rationelle Leistungserbringung zu schaffen. Sozialraumbezogene Budgetierungsmodelle können auch zu einem neuen Verständnis von gemeindepsychiatrischer Betreuung und Unterstützung beitragen, das in den letzten Jahren vielleicht etwas zu sehr mit professioneller Hilfestellung gleichgesetzt wurde. Nicht jede Hilfestellung setzt professionelle Kompetenz voraus. Eine sozialraumbezogene Budgetierung schafft Anreize, alle vorhandenen Ressourcen zu nutzen und diese liegen nicht nur bei den Betreuern sondern auch bei den Betreuten und darüber hinaus in noch zu erschließenden Reserven an bürgerschaftlichem Engagement in der Gemeinde.



Eine **intensivere Kooperation zwischen dem Betreuten Wohnen und den regionalen Behandlungszentren** sollte angestrebt werden, damit die Zielgruppe der chronisch psychisch kranken Menschen, die über Eingliederungshilfeleistungen in ihrem Lebensumfeld stabilisiert wird, mehr als bisher von den Angeboten der Behandlungszentren profitiert. Die derzeit typische Versorgungskonstellation: Medikation durch den niedergelassenen Psychiater, psychiatrische Krisenintervention und Eingliederungshilfeplanung (Gesamtplanerstellung) durch die Behandlungszentren und mit einem sowohl zeitlichen als auch ökonomischen Übergewicht lebensweltliche (Dauer)-Betreuung durch das Betreute Wohnen ist zu hinterfragen.

Die Zerteilung der psychiatrischen Behandlungsverantwortung zwischen niedergelassenen Psychiatern und Behandlungszentren hat mit dem alltagspraktischen Umstand zu tun, dass seit jeher der Sozialpsychiatrische Dienst bzw. jetzt die Behandlungszentren die Kriseninterventionen für die Patienten der niedergelassenen Ärzte übernommen haben. Die Betreuer des Betreuten Wohnens (und nebenbei auch die Betreuten) haben es von daher im Regelfall mit 2 psychiatrischen Grundversorgungsinstitutionen zu tun, was eine strukturell ungünstige Ausgangslage für eine koordinierte Versorgung darstellt. Da die Behandlungszentren in ihrem ambulanten Angebotsbereich überwiegend kommunal finanziert werden, sollte erwartet werden können, dass die Behandlung und Betreuung der Eingliederungshilfeklienten im Sinne einer integrierten Behandlung und Betreuung gemeinsam mit den Einrichtungen des Betreuten Wohnens und Heimwohnens erfolgt. Die Überlastung gerade des ärztlichen Personals der BHZs durch Kriseninterventionen und zunehmende psychiatriepolizeiliche Aufgaben mag einer Neuorientierung der Aufgaben entgegenstehen, ebenso die Pauschalfinanzierung der Leistungen im Rahmen der kassenfinanzierten Institutsambulanz, die für intensive Betreuungen – z. B. als Anschlussangebot nach Beendigung des Betreuten Wohnens – keinen ausreichenden Anreiz bietet. Hier auch in Abstimmung mit den niedergelassenen Psychiatern nach Wegen zu suchen, wie eine Verschiebung der Versorgungsleistungen zu Lasten der Eingliederungshilfe verhindert werden kann, stellt vielleicht die größte Herausforderung für die nächsten Jahre dar. Das oben angesprochene sozialraumbezogene Psychriatriebudget könnte sich allerdings auch hier als Problemlösung anbieten: Eine Budgetierung würde den Träger des Betreuten Wohnens motivieren, soweit wie möglich auch ambulante Behandlungsleistungen anderer Leistungsträger einzufordern.

Die **Ambulante Psychiatrische Pflege** (§ 37 SGB V) und das relativ neue Angebot der **Soziotherapie** (§ 37a SGB V) sollten weiter ausgebaut werden. Insbesondere bei der Überleitung von stationärer Behandlung in das Betreute Wohnen haben diese Maßnahmen eine wichtige Brückenfunktion – auch zur Absicherung der Indikation des Betreuten Wohnens. Insbesondere die Ambulante Psychiatrische Pflege hat den Vorteil, dass sie schneller organisierbar ist und sich auf den nicht immer sofort einschätzbaren Hilfebedarf flexibler einstellen kann als das Betreute Wohnen.

Die Veränderungen im Diagnosespektrum, insbesondere die stark ansteigende Anzahl von Menschen mit **Persönlichkeitsstörungen** im Betreuten Wohnen, führen zu der Frage, wie angemessene Hilfen für diese Problemgruppe organisiert werden können. Hier wird zukünftig darauf zu achten sein, dass verstärkt psychotherapeutische Hilfen im Rahmen der ambulanten vertragspsychotherapeutischen Versorgung zum Tragen kommen.



Durch den Aufbau von Netzwerken im psychotherapeutischen Versorgungsbereich oder von spezialisierten integrierten Versorgungsformen für diese besondere Patientengruppe könnten Alternativen zur Eingliederungshilfe und auch zu stationären Behandlungen geschaffen werden. Eingliederungshilfe kann und darf Psychotherapie nicht ersetzen.

Ein **zusätzlicher Bedarf an Wohnheimplätzen** ist unabweisbar. Die Wartezeit auf einen Wohnheimplatz betrug am 31. Dez. 2003 durchschnittlich 13 Monate. Die Fluktuation in den Wohnheimen ist sehr gering, eine Überleitung in das Betreute Wohnen gelingt nur selten.

Ein weiteres Indiz für einen zusätzlichen Bedarf an (speziellen) Heimplätzen, ist die steigende Zahl der Heimunterbringungen außerhalb Bremens.

Ein zusätzlicher Bedarf besteht vor allem für folgende Personengruppen:

- Menschen mit einer sog. „Doppeldiagnose“, die sowohl unter einer psychotischen Erkrankung als auch unter einer Suchterkrankung leiden
- Menschen mit extremen Verhaltensauffälligkeiten, die besonders strukturierte Heimeinrichtungen benötigen.
- Menschen, die ein eher reizarmes, ländliches Umfeld benötigen und/oder im näheren Wohnumfeld rehabilitative Beschäftigungsangebote.

Die **auswärtige Unterbringung** von Bremer BürgerInnen⁵⁴ ist insofern als problematisch zu betrachten, als sie den Grundsätzen einer gemeindeintegrierten und lebensweltbezogenen Hilfeerbringung entgegen steht.

Zudem wird eine personenbezogene Hilfeplanung und Leistungssteuerung bei auswärtiger Hilfeerbringung erschwert. Es ist schwieriger, Kooperationsroutinen zu entwickeln, die betroffenen Menschen geraten schneller aus dem Blick und eine Rückführung bzw. Wiederzuführung in das bremische Hilfesystem werden erschwert.

Eine Berücksichtigung auswärtiger Einrichtungen ist unter Kostengesichtspunkten wiederum nachvollziehbar, um die Konkurrenzfähigkeit bremischer Einrichtungen zu verbessern.

Unzureichend geregelt ist der **Übergang von einer KJHG zu einer BSHG bzw. SGB XII** Maßnahme bei jungen seelisch behinderten Erwachsenen. Ohne vorherige Abstimmung zwischen der Jugendhilfe auf der einen Seite und der Kinder- und jugendpsychiatrischen Beratungsstelle am Gesundheitsamt und dem regionalen Behandlungszentrum auf der anderen Seite sollte keine Überleitung erfolgen. Eine entsprechende Weisung der Jugendhilfe wurde 2005 verabschiedet. Nähere Regelungen sind hier noch notwendig, um die Abstimmung zwischen den beiden Hilfesystemen zu verbessern.

⁵⁴ Im Oktober 2005 hat die Ressortleitung des SfaFGJS entschieden, dass entgegen der bisherigen Zielsetzung, wie sie im Programm „Bremer leben in Bremen 1998 – 2007“ festgeschrieben war, auch auf Betreuungsangebote außerhalb der Landesgrenzen zurückzugreifen ist, wenn diese die wirtschaftlichste Lösung darstellen und fachliche Gründe im Einzelfall nicht dagegen sprechen.



2.4 Bereich Arbeit und Beschäftigung

Psychische Gesundheit ist entscheidend dadurch bestimmt, sich über eine den individuellen Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit als produktives Mitglied der Gesellschaft erleben zu können und insofern am normalen sozialen Leben teilzuhaben.

Menschen, die aus psychischen Gründen in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sind, werden in einer Leistungsgesellschaft, die vor allem auf Effizienz und Verwertbarkeit schaut, zunehmend ausgegrenzt. Sie geraten in einen Teufelskreis von Versagenserfahrungen, geringer werdendem Selbstwerterleben und zunehmender Unselbständigkeit. Beispielhaft sei darauf hingewiesen, dass von den Klienten und Patienten der Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen und Ambulanzen der Behandlungszentren fast 50 % ohne Arbeit und Beschäftigung sind.

Fehlende Arbeit und Beschäftigung trägt zur Chronifizierung und zur Steigerung der Rückfallhäufigkeiten bei psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen entscheidend bei. Um so wichtiger ist es, bei den Hilfen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen arbeitsrehabilitative Aspekte besonders zu berücksichtigen.

Die Angebote im Bereich von Arbeit und Beschäftigung sind selbst für den Fachmann kaum überschaubar, was vor allem auf ein stark zergliedertes System unterschiedlicher Kostenträger und Zuständigkeiten zurückzuführen ist. Eine besondere Herausforderung stellen die neuen sozialrechtlichen Regelungen der sogenannten Hartz IV Reform dar, die ab 2005 große Veränderungen im Leistungsbereich mit sich brachten. Die Frage, ob jemand noch erwerbsfähig ist oder nicht, wird zu einer Schlüsselfrage, die über weitere Hilfen und Fördermöglichkeiten entscheidet. Vieles ist derzeit im Fluss, die zuständigen Institutionen müssen sich noch formieren und erste Erfahrungen sammeln. Um so wichtiger ist es, dass sich das Hilfesystem für psychisch kranke und suchtkranke Menschen von Anfang an aktiv an dieser neuen Entwicklung beteiligt und dafür Sorge trägt, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen angemessene rehabilitative Hilfen erhalten und Möglichkeiten geboten bekommen, am Arbeitsleben teilzuhaben.

Die vielfältigen Angebote der beruflichen Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen in der Stadtgemeinde Bremen sind in folgender Übersicht aufgelistet:



Abb. 3: Angebote der beruflichen Rehabilitation in Bremen⁵⁵

Maßnahme	Beschreibung	Rechtsgrund- lage Finanzierung	Anbieter
Arbeitstherapie	<p>Arbeitstherapie und Belastungserprobung im Rahmen der med. Behandlung oder - Rehabilitation um Krankheits- oder behinderungsbedingte Einschränkungen zu beheben oder zu bessern.</p> <p>Dauer: bis 12 Monate</p> <p>Für stat. behandelte Patienten: 30 Plätze</p> <p>Für externe Patienten: 18 Plätze</p>	<p>§ 42 SGB V</p> <p>§ 15 SGB VI</p> <p>Kranken- und Renten- Vers.</p>	Klinikum Bremen Ost, Arbeitstherapie
Teilstationäres Förderangebot	<p>Tagesklinik mit arbeitstherapeutischem Schwerpunkt; 10 Plätze</p>	Krankenkassen	Klinikum Bremen Ost
Vorbereitende Maßnahmen vor einer Ausbildung oder zur Eingliederung	<p>Berufsfördernde Bildungsmaßnahme, Lehrgang mit Bremer Betrieben (LBB) für Behinderte, die mit Beschäftigung in der WfbM unterfordert, mit Berufsausbildung überfordert sind</p> <p>Dauer: 11 Monate⁵⁶</p> <p>Berufsfindung und Arbeitserprobung zur Vorbereitung auf eine Umschulung</p> <p>Dauer: bis 3 Monate</p>	<p>§§ 97 ff SGB III</p> <p>dto.</p>	<p>Werkstatt Bremen,</p> <p>Berufl. Trainingszentrum</p> <p>Berufsförderungswerk</p>
Ausbildung, Umschulung	<p>Berufsbildungswerk</p> <p>-Erstausbildung für Jugendliche und junge Erwachsene, Berufsfindung, Arbeitserprobung</p> <p>Berufsförderungswerk</p> <p>-Ausbildung und Umschulung von Erwachsenen, Vorbereitungslehrgang, Berufsfindung, Arbeitserprobung</p> <p>Dauer: bis 3 Jahre;</p>	<p>§§ 97 ff SGB III</p> <p>§§ 97 ff SGB III</p> <p>§ 16 SGB VI</p> <p>Agentur für Arbeit</p> <p>Renten- u. Unfallvers.</p>	<p>Berufsbildungswerk</p> <p>Berufsförderungswerk Friedehorst,</p>

⁵⁵ Angaben zur Platzzahl, bzw. zur Anzahl der geförderten psychisch kranken Klienten sind nicht zu allen Bereichen vorhanden. Notwendig wäre für eine zuverlässige Datenerhebung in allen Einrichtungen die Trennung zwischen seelisch und geistig/körperlich behindert und zwischen Bremern und Externen.

⁵⁶ Der LBB-Förderlehrgang der Werkstatt Bremen wurde zum 31.7.2005 aufgrund einer Kündigung durch die Agentur für Arbeit beendet.



<p>Integrationsfachdienste</p>	<p>Integrationsfachdienst</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akquirierung geeigneter Arbeitsplätze, Arbeitserprobung • Begleitung in die Arbeit • Nachbetreuung am Arbeitsplatz <p>PAS-Projekt Arbeit für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen</p> <p>-Arbeitserprobung, -sozialtherapeutische Gruppenangebote, -Begleitung in die Arbeit, -Nachbetreuung am Arbeitsplatz (6 bis 12 Mon.)</p> <p>Psychosoz. Fachdienst Unterstützung von Arbeitnehmern mit psychosozialen Problemen zur Sicherung und Erhalt des Arbeitsplatzes</p> <p>Insgesamt ca. 130 Klienten pro Jahr</p>	<p>Kapitel 7 SGB IX</p> <p>§§ 97 ff SGB III</p> <p>§ 28 SchwbAV</p>	<p>Integrationsfachdienst</p> <p>PAS, BFW Friedehorst</p> <p>Psychosozialer Fachdienst</p>
<p>Integrationsprojekte</p>	<p>Arbeitsplätze für Behinderte, die prinzipiell dem allg. Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, aber keine Arbeit finden können in Zusammenarbeit mit nichtbehinderten Beschäftigten</p> <p>Sonstige Integrationsprojekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Neue Arbeit der Diakonie ○ Sozialwerk für Arbeit und Rehabilitation - SFC 	<p>Kapitel 11 SGB IX</p> <p>keine institutionelle Förderung, Individuell: ABM,</p>	<p>- „Integra Dienstleistungen“ Werkstatt Bremen - „Neue Arbeit“ der Diakonie GmbH - „Sozialwerk f. Arbeit und Rehabilitation“ SFC.</p>
<p>Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)</p>	<p>Die WfbM bietet Behinderten, die wegen Art und Schwere der Behinderung nicht auf dem allg. Arbeitsmarkt tätig sein können, einen Arbeitsplatz oder Gelegenheit zur Ausübung einer geeigneten Tätigkeit.</p> <p>-Berufsbildungsbereich -Arbeitsbereich -Vermittlungsdienst zum allg. Arbeitsmarkt</p> <p>2004 waren im Jahresmittel 294 seelisch behinderte Bremer im Arbeitsbereich beschäftigt.⁵⁷</p>	<p>Kapitel 12 SGB IX</p> <p>§ 40 BSHG § 54 SGB XII § 102 SGB III</p> <p>Agentur für Arbeit, Sozialhilfetr, Unfallvers.</p>	<p>Werkstatt Bremen, Martinshof</p>
<p>Tagesstrukturierende Beschäftigung als Teil des Betreuten Wohnens und des Heimwohnens sowie in den Tagesstätten</p>	<p>Betreuung in den Maßnahmebereichen Betreutes Wohnen und Heimwohnen umfasst die Motivierung und ggf. Anleitung zu tagesstrukturierender Beschäftigung. Auch wenn grundsätzlich eine Eingliederung in Arbeit und Beschäftigung angestrebt wird, ist für viele schwerer beeinträchtigte psychisch Kranke nur eine tagesstrukturierende Aktivierung zu erreichen – oft beschränkt auf den Wohnbereich oder das nähere Wohnumfeld. Durch diese Angebote kann das beschränkte Platzangebot der Tagesstätten ergänzt werden.</p> <p>Plätze: ca. 800 (Betreutes Wohnen und Heimwohnen incl. legaler Suchtbereich)</p>		

⁵⁷ 2003 waren in der WfbM Martinshof im Arbeitsbereich 268 seelisch Behinderte beschäftigt, in 2004 waren es 294 und 2005 327 (nur bremischer Kostenträger). Dies entspricht einem jährlichen Zuwachs von 10 bzw. 11%.



Beschäftigung über Prämie „Blaue Karte“ und „Lila Karte“	<p>Niedrigschwellige Beschäftigung mit Prämienzahlung, früher im Rahmen des § 19 BSHG, ab 2005 als Tätigkeitsangebot zur sozialen Stabilisierung nach § 11 Abs. 3 SGBXII dient der Hinführung auf eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in der WfbM oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, soweit dies möglich ist⁵⁸. Einsatzfelder liegen in der Mitwirkung bei Aufgaben der Wohnträger und ambulanten Tagesstätten (z.B. Wirtschaftsbereich, Verwaltung).</p> <p>Der Einsatz ist auf max. 2,5 Std. täglich begrenzt, weil bei weitergehender Einsatzmöglichkeit die Werkstattfähigkeit gegeben ist.</p> <p>In 2004 waren 340 psychisch kranke Menschen über die „Blaue Karte“ beschäftigt. Die Kosten lagen pro beschäftigter Person bei ca. 100 Euro monatlich. 34 EU-Rentner wurden über die blaue Karte beschäftigt.⁵⁹</p>
Werkstatt für Beschäftigung und Arbeitstherapie WEBESO	<p>Maßnahme der Eingliederungshilfe für psychisch kranke und behinderte Menschen, die noch nicht in die WfbM integriert werden können, aber in der Lage sind, einer regelmäßigen Beschäftigung nachzugehen. Die Nutzer dieses Angebots des Sozialwerks der Freien Christengemeinde (SFC), das mit einer Tagesförderstätte vergleichbar ist, kommen in der Regel (75%) aus dem Betreuten Wohnen oder Heimbereich.</p> <p>Anzahl der Plätze: 48</p>
allg. Arbeitsmarkt	<p>Vorrangiges Eingliederungsziel ist eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Dazu können die Vermittlungs- und Hilfsangebote der Agentur für Arbeit, des Integrationsamtes und der bestehenden Fachdienste genutzt werden.⁶⁰</p>

Die **Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)** hat innerhalb des Angebotsspektrums einen besonderen Stellenwert.

Im Jahr 2004 beschäftigte die Werkstatt 1.652 behinderte Menschen (Jahresmittelwert). Davon befanden sich 168 Menschen im Berufsbildungsbereich, der in der Regel von der Bundesagentur für Arbeit und den Rentenversicherungsträgern finanziert wird und mit einer Dauer von bis zu zwei Jahren als Rehabilitationsmaßnahme dem sogenannten Arbeitsbereich vorgeschaltet ist. Im Arbeitsbereich, der oft auf Dauer angelegt ist, befanden sich 1.484 behinderte Menschen.

Die WfbM gibt die Zahl der im Arbeitsbereich beschäftigten Menschen mit einer seelischen Behinderung für 2004 mit 345 an (23 %). Von diesen 345 Werkstattnutzern sind im Jahresmittelwert 294 Menschen in der Kostenträgerschaft des überörtlichen Sozialhilfeträgers Bremen. In den letzten Jahren hat der Anteil der seelisch Behinderten in der WfbM zugenommen, was insbesondere durch Arbeitsplätze in regionalen Kleinwerkstätten und durch ein besser auf die Bedürfnisse von seelisch behinderten Menschen zugeschnittenes

⁵⁸ Mit Inkrafttreten der Hartz IV Reformen ab 2005 wird es ein **Arbeitsangebot** für erwerbsunfähige behinderte Menschen nicht mehr geben. „Arbeit“ und Arbeitsförderung ist dann reserviert für „arbeitssuchende erwerbsfähige Personen“, die mindestens 3 Stunden täglich dem allg. Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen und SGB II Leistungen erhalten. Für alle Erwerbsfähigen gibt es ab 01. Jan. 2005 die sogenannten „1 € In-Jobs“ nach dem SGB II.

⁵⁹ Die bewährten niedrigschwelligen Beschäftigungsangebote auf Prämienbasis sollen erhalten bleiben, müssen jedoch auf der Basis des ab 2005 gültigen SGB XII auf eine rechtlich neue Basis gestellt werden. Ab 2005 sollen - zunächst für 1 Jahr - die niedrigschwelligen Beschäftigungsangebote über Prämie als Tätigkeitsangebote zur sozialen Stabilisierung nach § 11 Abs. 3 SGBXII fortgeführt werden. Für berentete Personen (EU-Rente) wird es Tätigkeitsangebote mit Prämie („Lila Karte“) wahrscheinlich nicht mehr geben.

⁶⁰ Es ist nötig, in größerem Umfang in Teilzeitbeschäftigungen zu vermitteln, insbesondere im sog. Geringverdienerbereich von bis zu mtl. 310 €.



Angebot erreicht wurde.⁶¹ In den Jahren 2004 und 2005 lag der Zuwachs der seelisch behinderten Menschen im Arbeitsbereich der WfbM (nur bremischer Kostenträger) bei 10% bzw. 11%.

2.4.1 Bewertung und Planungsempfehlungen

Der derzeitige Entwicklungsstand im Bereich Arbeit und Beschäftigung ist als nicht zufriedenstellend zu bezeichnen.

Ca. 62 % der Klienten der Eingliederungshilfe in den Bereichen Betreutes Wohnen und Heimwohnen sind trotz vielfältiger Anstrengungen noch ohne Arbeit und Beschäftigung. **Niedrigschwellige Beschäftigungsangebote** sollten mehr als bisher in den Betreuungsalltag integriert und als Leistung im Rahmen der Komplexleistungsmaßnahmen Betreutes Wohnen und Heimwohnen festgeschrieben werden.

Der Anteil der seelisch behinderten Menschen in der WfbM steigt kontinuierlich um etwa 10% jährlich an. Diese Entwicklung ist zum einen auf eine hohe Steigerungsrate von seelisch behinderten Menschen zurückzuführen, die gemäß § 136 SGB IX einen Rechtsanspruch auf Aufnahme in eine Behindertenwerkstatt haben, weil sie wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht, noch nicht oder nicht wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt werden können⁶². Zum anderen wird es für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen immer schwieriger, auf dem enger werdenden allgemeinen Arbeitsmarkt einen Arbeitsplatz zu finden, wodurch **WfbM-Arbeitsplätze** – mit der Möglichkeit Rentenansprüche zu erwerben - attraktiver werden. Hinzu kommt, dass die WfbM in den letzten Jahren verstärkt Arbeitsplätze anbietet, die in besonderem Maße individuelle Bedürfnisse psychisch beeinträchtigter Menschen berücksichtigen. Es ist davon auszugehen, dass die Nachfrage nach Arbeitsplätzen in der WfbM zusätzlich ansteigen wird, wenn alternative niedrigschwellige Beschäftigungs- und Zuverdienstmöglichkeiten reduziert werden (z. B. Lila Karte für E.U.- Rentner) oder durch Wegfall von Mehraufwandsentschädigung und Beständigkeitsprämie an Attraktivität verlieren. Niedrigschwellige Beschäftigungsangebote bzw. Arbeitsgelegenheiten mit relativ geringen Subventionierungskosten über Prämienzahlung sollten weiterhin ausreichend zur Verfügung stehen. Auf längere Sicht könnte auch eine Leistungsgewährung über das Persönliche Budget (SGB IX) Arbeits- und Beschäftigungsalternativen außerhalb der WfbM eröffnen.

Eine geplante Schaffung weiterer **Förderplätze** (analog WEBESO) konnte wegen fehlender Mittel nicht umgesetzt werden. Grundsätzlich ist zu hinterfragen, ob unterhalb des Anforderungsniveaus der WfbM spezielle Förderwerkstätten auf Dauer institutionalisiert werden sollten. Die Alternative wären im Bereich niedrigschwelliger Beschäftigung die oben beschriebenen tagesstrukturierenden Beschäftigungsangebote im Betreuten Wohnen, in den Heimen und in den Tagesstätten und sonstige Tätigkeitsangebote mit Zahlung einer Prämie.

⁶¹ Es liegen keine zuverlässigen Vergleichszahlen zu den seelisch behinderten Menschen aus den Vorjahren vor. Ab 2004 konnte die Datenerhebung verbessert werden.

⁶² Die vom Versorgungsamt Bremen anerkannten Schwerbehinderungen bezogen auf seelische Behinderungen stiegen zwischen 2001 und 2003 um 10% jährlich und seitdem um ca. 15% jährlich. Obwohl nicht identisch mit dem Behinderungsbegriff des SGB IX, kann von einer relevanten Schnittmenge ausgegangen werden.

Eine weitere potentielle Zielgruppe für die WfbM sind Personen, die zunächst dem SGB II zugeordnet wurden, zwischenzeitlich jedoch als voll erwerbsgemindert eingestuft wurden. Allein in 2005 waren dies gut 1000 Personen, die gutachterlich wegen einer psychischen Störung wieder in den SGB XII Grundsicherungsbereich zurückgestuft wurden.



Bei einem höheren Leistungsniveau sollten entweder sozialversicherte reguläre Arbeitsplätze der WfbM angeboten werden – ggf. als ausgelagerte Arbeitsplätze auf der Basis von Kooperationsverträgen zwischen der WfbM und Trägern komplementärer Einrichtungen oder es sollten über Geldleistungen (Persönliches Budget) Beschäftigungs- und Arbeitsmöglichkeiten unter normalen Arbeitsbedingungen geschaffen werden.

Ein Schwachpunkt der Angebotsstruktur liegt im **Nebeneinander von Wohnbetreuung und betreuter/beschützter Arbeit und Beschäftigung**, was den Koordinierungsaufwand erhöht und als tendenzielle Doppelstruktur weitere Nachteile mit sich bringt. Alle notwendigen Betreuungsanteile aus einer Hand anzubieten, wäre im Sinne einer integrierten Hilfeplanung und Fallsteuerung sinnvoller. Je nach Schwerpunkt der Betreuung wäre dann von zwei Leistungstypen auszugehen: Zum einen Wohnbetreuung plus Beschäftigung oder Arbeit und Beschäftigung plus Wohnbetreuung.

In Bremen fehlt bislang eine **Rehabilitationseinrichtung für Psychisch Kranke (RPK)**, in der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden. Die Maßnahmen Medizinischer Rehabilitation beschränken sich in Bremen im Wesentlichen auf das arbeitstherapeutische Angebot des Klinikum Bremen Ost als Anschlussbehandlung und Belastungserprobung nach stationärer Behandlung. Ziel der med. Rehabilitation ist die Behebung oder Besserung krankheits- oder behinderungsbedingter Einschränkungen und in einem weiteren Schritt die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Gegenwärtig ist eine Fortschreibung der RPK – Empfehlungsvereinbarung in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in der Diskussion. Es sollten mit den zuständigen Leistungsträgern (Krankenkassen und Rentenversicherungsträger) Verhandlungen aufgenommen werden, um eine RPK-Einrichtung in Bremen aufzubauen. Dabei ist zu prüfen, ob entsprechend der Fortschreibung der RPK – Empfehlungsvereinbarung bereits bestehende Angebote als Bausteine einer Rehabilitationseinrichtung genutzt werden können und ein Verbundmodell mehr Flexibilität bietet als eine isolierte stationäre Einrichtung.

Als eine besondere Herausforderung stellt sich die **veränderte Rechtslage** aufgrund des Inkrafttretens des SGB II und SGB XII dar. Hiervon werden insbesondere die Integrationsprojekte betroffen sein. Psychisch kranken Menschen, die dauerhaft weniger als 3 Stunden täglich auf dem allg. Arbeitsmarkt arbeiten können, steht keine Arbeitsförderung mehr zu. Es muss dafür Sorge getragen werden, dass die künstliche 3-Stunden-Grenze flexibel gehandhabt wird. Mit flankierenden Maßnahmen (psychosoziale Betreuung, Suchtberatung, Therapievermittlung) und passenden Unterstützungsangeboten (Arbeitsassistenz, Minderleistungszuschüssen, Bereitstellung einer Ersatzkraft) muss verhindert werden, dass psychisch beeinträchtigte Menschen vorschnell aus dem Arbeitsleben ausgegrenzt werden. **Aussagen über die Erwerbs- und Rehabilitationsfähigkeit** sind in der Regel erst nach einer längeren Förderungs- und Erprobungsphase möglich.

In diesem Zusammenhang ist es besonders bedauerlich, dass die Agentur für Arbeit im Juli 2005 eine seit 10 Jahren bestehende und bis dahin sehr erfolgreiche berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme der Werkstatt Bremen (**LBB-Förderlehrgang** mit 15 Plätzen) gekündigt hat. Diese Maßnahme ermöglichte jungen psychisch kranken Menschen durch Praktika auf dem allg. Arbeitsmarkt einen beruflichen Einstieg – als mögliche Alternative



zum Berufsbildungsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen. Für junge psychisch kranke Menschen werden im Berufsbildungsbereich die entscheidenden Weichen gestellt. Ein analoges Förderprojekt sollte mit hoher Priorität wieder begonnen werden.

Die **Zuverdienst – Beschäftigungsmöglichkeiten auf Prämienbasis** (Blaue Karte und Lila Karte) für nicht erwerbsfähige seelisch behinderte Menschen sollten weiter ausgebaut werden, da sie ein sehr effektives und zugleich wirtschaftliches Rehabilitationsangebot darstellen. Ohne diese niedrighschwelligen Zuverdienstangebote und weitere noch zu schaffende Beschäftigungs- und Arbeitsangebote gibt es für die meisten psychisch behinderten Menschen keine Alternativen und für einige bleibt nur der Weg in die WfbM.

Es sollten Projekte entwickelt werden, die **verschiedene Leistungsstufen und Finanzierungsarten integrieren**, z. B. SGB II In-Jobs und SGB XII Arbeitsgelegenheiten auf Prämienbasis. Der Vorteil liegt in der Kontinuität von Arbeitsplatz und Umfeld für die Betroffenen, in größeren Chancen wechselseitiger Hilfestellung von mehr und weniger beeinträchtigten Menschen und in einer unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten effizienteren Einrichtungsgröße.

Verhindert werden muss, dass psychisch beeinträchtigte Personen, deren Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt „behindert“ ist, in die seelische Behinderung gedrängt werden, weil nur über diesen Status eine angemessene Arbeitsmöglichkeit erreichbar ist. Für diesen Personenkreis möchte die WfbM ihr Angebot ausweiten und sich zu einem Kompetenzzentrum und Netzwerkknoten für „alternative Arbeit“ entwickeln. Diese **Öffnung der WfbM** sollte unterstützt werden.

Die bestehenden **Kooperationsstrukturen sind weiterzuentwickeln** mit folgenden Zielen:

- Koordination von Begutachtung, Assessment und Leistungserbringung im Rahmen einer ggf. Leistungsträger und Leistungserbringer übergreifenden Hilfeplanung
- Engere Vernetzung der ambulanten Integrationsfachdienste mit den psychiatrischen Behandlungszentren, damit mehr förderfähige Klienten mit Rehabilitationsbedarf erreicht werden
- Verbesserung der Entwicklungsplanung von Hilfen für Arbeit und Beschäftigung in kommunaler Koordination und Steuerung unter Beteiligung der Rehabilitationsträger und der Nutzer.

Wesentliche Impulse zur Umsetzung der beschriebenen Maßnahmen und Ziele werden durch die Teilnahme Bremens an dem vom BMGS geförderten **Projekt „Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung** für psychisch kranke Menschen – Entwicklung regionaler integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme“ erwartet.⁶³ Das Projekt soll in enger Zusammenarbeit aller von dem Problemkreis betroffenen Leistungsträger und Leistungserbringer, koordiniert von der Stadtgemeinde Bremen, durchgeführt werden.

Die notwendige Weiterentwicklung im Bereich Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch kranke und behinderte Menschen sollte im **Mittelpunkt der Reformbemühungen** in den nächsten Jahren stehen.

⁶³ Das Projekt wird von der Aktion Psychisch Kranke in 10 Regionen der Bundesrepublik durchgeführt und in ein Projekt der EU (im Rahmen von *equal*) übergeleitet mit einem Projektzeitraum bis Ende 2007



2.5 Bereich Tagesstrukturierung - Tagesstätten⁶⁴

Tagesstätten sind in der Regel wochentäglich geöffnet und bieten einer Gruppe von Menschen, die stationäre Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr benötigen, aber nicht für eine Förderung in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation in Frage kommen, Kontaktmöglichkeiten, betreuende Hilfen und tagesstrukturierende Beschäftigung an.

Im Vergleich zu sonstigen „Tagesstätten“ steht in den bremischen Tagesstätten die „Kontaktstellenfunktion“ stärker im Vordergrund, d. h., sie werden genutzt als Orte zwangloser Geselligkeit und Kommunikation.

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

Die Tagesstätten haben im Schnitt an knapp mehr als 24 Tagen im Monat geöffnet. Die Tagesstätte Nord hat aufgrund der Beschäftigung von ABM-Kräften an weitaus mehr Tagen geöffnet, was sich auch auf die Besucherzahl auswirkt. Auf die Besucherzahl wirkt sich auch aus, dass in einige Tagesstätten in Eigenregie der NutzerInnen an bestimmten Tagen öffnen.

Tab. 21: Ausgewählte Durchschnittswerte der Tagesstätten

2003 Gesamt	Nord	Mitte	West	Ost	Süd ⁶⁵	Durchschnitt
Betreute Öffnungstage	29,0	25,1	21,1	24,7	21,7	24,3
Anzahl Besucher	168,1	106,8	104,8	68,2	75,8	104,7
Ganze Plätze ⁶⁶	39,3	27,7	40,3	48,6	30,7	37,3
Halbe Plätze ⁶⁷	18,3	18,0	14,6	7,3	10,9	13,8
Nicht abrechenbare BesucherInnen ⁶⁸	110,5	61,1	49,8	12,3	34,2	53,6

2.5.1 Bewertung und Planungsempfehlung

Wie schon im sogenannten Kulenkampff-Gutachten aus dem Jahr 1990⁶⁹ gefordert, sollten die Tagesstätten stärker gefördert werden, ggf. auch zu Lasten des Betreuten Wohnens. Die Tagesstättenangebote und das Betreute Wohnen überschneiden sich bezogen auf Zielsetzungen und Aufgaben in vieler Hinsicht, wobei die Tagesstätten den Vorteil bieten, das soziale Miteinander psychiatrienerfahrener Menschen und die Hilfestellung untereinander als Ressource besser nutzen zu können. Tagesstätten können zudem bestimmte Hilfestellungen als Gruppenangebot besonders ökonomisch anbieten und mit ihrem aktivierenden Beschäftigungsangebot die Verselbständigung besonders fördern.

⁶⁴ Vgl. zum Folgenden: Steuerungsstelle Psychiatrie – Bericht 2003: 26.

⁶⁵ Für die mit „0,0“ gekennzeichneten Plätze wurden aus der Region Süd keine Angaben gemacht. Für die entsprechenden Durchschnittswerte wurde deshalb der Süden nicht berücksichtigt.

⁶⁶ 15 und mehr Kontakte im Monat.

⁶⁷ Zwischen 10 und 15 Kontakte im Monat.

⁶⁸ Unter 10 Kontakten oder anderer Personenkreis.

⁶⁹ „Gutachten über den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpsD)“ vom 04. Mai 1990, erstellt durch Prof. Dr. C. Kulenkampff



Es sollten deshalb konzeptionelle Überlegungen angestellt werden, wie die Tagesstättenangebote und das Betreute Wohnen mehr als bisher miteinander verzahnt werden können.

3. Besondere Versorgungsbereiche

3.1 Gerontopsychiatrie

Zielgruppe der Gerontopsychiatrie und der gerontopsychiatrischen Versorgung sind Menschen über 65 Jahre, die erstmals im Alter psychiatrisch erkranken oder als (chronisch) psychisch kranke Menschen alt werden.

Im höheren Lebensalter leiden zunehmend Menschen an einer psychischen Erkrankung bzw. Störung. Studien gehen davon aus, dass 25 – 30 % der Bevölkerung über 65 Jahre eine behandlungsbedürftige psychische Störung aufweisen. Im Vordergrund stehen hierbei depressive Störungen und dementielle Syndrome sowie psychoreaktive Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Psychosomatosen. Gerontopsychiatrische Erkrankungen stehen in einem engen Zusammenhang mit somatischen Krankheiten oder Krankheitsfolgen, altersbedingten Gebrechen und Fähigkeitseinbußen sowie einer sozialen Situation der betroffenen Menschen, die insbesondere von Isolation und Einsamkeit geprägt ist⁷⁰.

Mit den Veränderungen der demographischen Entwicklung wird die gerontopsychiatrische Versorgung der Bremer BürgerInnen wichtiger werden, da dieser altersabhängige Versorgungsbereich zunehmend nachgefragt werden wird. Der Anteil über 70jähriger an der Bevölkerung und ihre Anzahl wächst. Die Gruppe der über 80jährigen wird in Bremen bis 2010 um 12 % (N= ca. 3.000) zunehmen. Die Gruppe der 70 bis 80 Jährigen wird um ca. 15 % wachsen. Insgesamt werden in Bremen im Jahr 2010 ca. 80.000 über 70 jährige leben – und damit 10.000 mehr als im Jahr 2000⁷¹.

Die gerontopsychiatrische Versorgung im Bundesgebiet wie auch in Bremen befindet sich an einer Schnittstelle zwischen dem „informellen Hilfesystem“ durch Angehörige, der Versorgung im Rahmen der allgemeinen medizinischen Versorgung, der geriatrischen Versorgung, der klinischen und außerklinischen psychiatrischen Versorgung sowie der Versorgung durch Einrichtungen der Altenhilfe. Im Rahmen dieses Berichts erfolgen jedoch nur Aussagen über den klinischen und außerklinischen psychiatrischen Versorgungsbe- reich.

3.1.1 Gerontopsychiatrische Versorgung im Rahmen der Behandlungszentren

Stationärer- und teilstationärer Bereich

Für den stationären und teilstationären Bereich der Bremer Behandlungszentren sind im Landeskrankenhausplan gerontopsychiatrische Betten und Behandlungsplätze nicht gesondert ausgewiesen, sondern gehören zum Bereich allgemeine Erwachsenenpsychiatrie. Aus diesem Grunde können an dieser Stelle keine dezidierten Angaben erfolgen.

⁷⁰ Vgl. Hirsch, R. D. et al.: Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung. (Hrsg. Die Bundesministerin für Gesundheit) Baden Baden: Nomos Verl. Ges., 1999 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; Bd. 114.

⁷¹ Vgl. Landeskrankenhausplan Bremen vom 12.06. 2002.



BHZ - Nord

Die stationäre Versorgung erfolgt in zwei Stationen der allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie im Krankenhaus Blumenthal. Die teilstationäre Versorgung erfolgt in der Tagesklinik für allgemeine Erwachsenenpsychiatrie am Aumunder Heerweg.

BHZ - Mitte

Die stationäre Versorgung erfolgt in zwei Stationen der allgemeinen, Erwachsenenpsychiatrie. Die teilstationäre Versorgung erfolgt in der Tagesklinik für allgemeine Erwachsenenpsychiatrie. Beide Versorgungsbereiche befinden sich auf dem Gelände des Klinikum Bremen Ost.

BHZ - West

Die stationäre Versorgung erfolgt in zwei Stationen der allgemeinen, Erwachsenenpsychiatrie am Klinikum Ost. Die teilstationäre Versorgung erfolgt in der Tagesklinik für allgemeine Erwachsenenpsychiatrie innerhalb der Region.

BHZ - Ost

Die stationäre Versorgung erfolgt in einer spezialisierten Station für Gerontopsychiatrie, die auch zuständig für die Region Süd ist. Die teilstationäre Versorgung erfolgt in der Tagesklinik für allgemeine Erwachsenenpsychiatrie.

BHZ – Süd

Die stationäre Versorgung erfolgt in der spezialisierten Station für Gerontopsychiatrie am Klinikum Ost, die auch zuständig ist für die Region Ost . Die teilstationäre Versorgung erfolgt in der Tagesklinik für allgemeine Erwachsenenpsychiatrie im Sektor.

Ambulanter Bereich

Im ambulanten Bereich der Behandlungszentren, den Institutsambulanzen und sozialpsychiatrischen Beratungsstellen, wird in der Regel nicht zwischen allgemeiner Psychiatrie und Gerontopsychiatrie unterschieden. Deshalb sind auch hier dezidierte Daten nicht verfügbar. Lediglich im Rahmen der Diagnosestatistik sind gerontopsychiatrische Störungen ausgewiesen⁷². Hieraus ergibt sich, dass insgesamt ca. 8% (abs. 226) der 2812 KlientInnen im Jahr 2003 eine gerontopsychiatrische Störung aufwiesen. Bezogen auf die einzelnen Behandlungszentren sind dies:

- 10% (52) für das BHZ – Nord
- 12% (72) für das BHZ – Mitte
- 8% (42) für das BHZ – West
- 8% (39) für das BHZ – Ost
- 7% (43) für das BHZ – Süd.

⁷² Siehe Kap.2.2.2, Tab. 11.



Eine wichtige Rolle bei der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung spielen die niedergelassenen Nervenärztinnen und PsychiaterInnen. Insbesondere wird ein Großteil der Heimbewohner mit gerontopsychiatrischem Hilfebedarf durch die Facharztpraxen betreut. Genauere Zahlen liegen hier allerdings ebenfalls nicht vor.

3.1.2 Gerontopsychiatrische Versorgung im Bereich Wohnen

Betreutes Wohnen

Im Betreuten Wohnen werden keine expliziten Daten für den gerontopsychiatrischen Bereich ausgewiesen. Allerdings lässt sich der Altersverteilung der KlientInnen im Betreuten Wohnen entnehmen, dass ca. 15% (abs. 64) der KlientInnen zum Stichtag 31. 12. 2003 über 60 Jahre alt waren. Alte Menschen haben im Betreuten Wohnen in der Regel einen höheren Betreuungsaufwand, viele sind KlientInnen des „Intensiv Betreuten Wohnens“⁷³.

Die Merkmale alter Menschen (über 65 Jahre) im Betreuten Wohnen stellen sich wie folgt dar:

Tab. 22: Verweildauer und Lebensalter alter Menschen nach Leistungserbringern

Leistungs- erbringer	Anzahl	Durchschn. Verweildauer	Durchschn. Lebensalter
ASB	6	5,1	72,0
AWO	3	5,0	69,0
BWG/DZW	3	5,4	70,0
IsR	7	8,0	71,8
SFC	9	10,9	69,5
Gesamt	28	7,7	70,6

Heimwohnen

Eine zum Jahresende 2004 durchgeführte Erhebung⁷⁴ zur Bewohnerstruktur der bremschen Heime, die als Eingliederungshilfeeinrichtungen oder Pflegeeinrichtungen mit ergänzender Eingliederungshilfe ältere psychisch kranke Menschen versorgen, ergab insgesamt eine Summe von 191 Heimplätzen.

Die 3 gerontopsychiatrischen Heime mit 104 Plätzen (Heimstätte Ohlenhof, Meybohms Hof, Haus Hohenkamp), die den Status von Eingliederungshilfeeinrichtungen haben, sind zu unterscheiden von den 3 Pflegeeinrichtungen nach SGB XI mit 87 Plätzen (Fichtenhof, Eggestorf-Stiftung, Heimstätte am Grambker See), deren Bewohner aufgrund eines besonderen gerontopsychiatrischen Hilfebedarfs ergänzende Eingliederungshilfe erhalten.

Die Pflegekassen zahlen bei den Pflegeeinrichtungen mit ergänzender Eingliederungshilfe den vollen Satz für pflegerische Aufwendungen entsprechend Pflegestufe nach SGB XI. Die reinen Eingliederungshilfeeinrichtungen erhalten für zusätzlichen Pflegebedarf unabhängig von der Einstufung nur eine Pauschalbetrag in Höhe von € 256,-.

⁷³ Siehe Kap. 2.3.2; Tab. 9 und 10.

⁷⁴ Die Erhebung basiert auf Angaben und Selbsteinschätzungen der Einrichtungsträger.



Tab. 23: Bewohnerstruktur gerontopsychiatrischer Heime

	Heimstätte Ohlenhof	Meybohms Hof	Haus Hohenkamp	Fichtenhof	Egestorf	Heimstätte am Grambker See	Summe
Anzahl/Bewohner	23	32	49	31	27	29	191
m/w	m-13/57 % w-10/43 %	m-7/22 % w-25/78 %	m-26/53 % w-23/47 %	m-10/32 % w-21/68 %	m-8/30 % w-19/70 %	m-7/24 % w-22/76 %	m-70/37 % w-120/63%
über 65	11/48 %	24/75 %	31/63 %	23/74 %	23/85 %	22/76 %	134/71 %
Rechtliche Betreuung	22/96 %	18/56 %	31/63 %	26/84 %	19/70 %	24/83 %	139/73 %
Ohne Pflegestufe	20/87 %	20/63 %	31/63 %	6/19 %	10/37 %	3/10 %	89/47 %
Pflegestufe I	1/4 %	11/34 %	13/27 %	17/55 %	12/44 %	11/38 %	65/34 %
Pflegestufe II und III	2/9 %	1/3 %	5/10 %	8/26 %	5/19 %	15/52 %	36/19 %

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich deutlich mehr Frauen als Männer in den Einrichtungen befinden, dass gut 2/3 der Bewohner über 65 Jahre alt sind und bei einem ähnlich großen Anteil eine rechtliche Betreuung eingerichtet wurde. Erwartungsgemäß sind die höheren Pflegestufen II und III in den Pflegeeinrichtungen mit 32 % stärker vertreten als in den Eingliederungshilfeeinrichtungen mit nur 8 %.

Tab. 24: Ausprägungsgrad der Verhaltensstörungen

(Die Stufe 2 „Ausgeprägte Verhaltensstörung“ und die Stufe 3 „Stark ausgeprägte Verhaltensstörung“ wurden zusammengefasst)

	Heimstätte Ohlenhof	Meybohms Hof	Haus Hohenkamp	Fichtenhof	Egestorf	Heimstätte am Grambker See
Anzahl Bewohner	23	32	49	31	27	29
Weglauffendenzen	2/9 %	2/6 %	3/6 %	2/6 %	3/11 %	3/10 %
Desorientiertheit/ Inkontinenz	10/43 %	14/44 %	8/16 %	13/42 %	8/30 %	16/55 %
Aggressives Verhalten	7/30 %	5/16 %	19/39 %	17/55 %	10/37 %	17/59 %
Selbstgefährdendes Verhalten	6/26 %	12/38 %	12/24 %	18/58 %	15/56 %	17/59 %
Antriebs-, Kontakt- und Angststörungen	19/82 %	24/75 %	29/59 %	23/74 %	26/96 %	19/66 %



Die Angaben der Einrichtungsträger zu den Verhaltensstörungen und Beeinträchtigungen der Heimbewohner lassen sich dahingehend zusammenfassen, dass für die Bewohner der Pflegeeinrichtungen häufiger ausgeprägte und stark ausgeprägte Verhaltensstörungen genannt werden und dies insbesondere in den beiden Kategorien: aggressives und selbstgefährdendes Verhalten.

3.1.3 Bewertung und Planungsempfehlungen

In Bremen gibt es eine historisch gewachsene **Zuständigkeitstrennung** in der steuerfinanzierten gerontopsychiatrischen Versorgung. Für **psychisch kranke** alte Menschen sind fachdienstlich die Sozialpsychiatrischen Beratungsstellen bzw. die regionalen Behandlungszentren zuständig und auf der Steuerungsebene das Gesundheitsamt und die Abteilung Gesundheit der senatorischen Behörde. Für **demenzkranken** alte Menschen sind das Amt für Soziale Dienste und Abteilung Soziales in der senatorischen Behörde zuständig. Diese Trennung entspricht weitgehend den beiden Leistungsbereichen Eingliederungshilfe (§ 53 SGB XII) und Hilfe zur Pflege (§ 61 SGB XII).

In einer **Kooperationsvereinbarung** vom 30.07.2003 zwischen dem Sozialdienst Erwachsene und den regionalen psychiatrischen Behandlungszentren sind die wechselseitigen Zuständigkeiten und das Kooperationsverfahren geregelt. Die Kooperationsvereinbarung zählt dementielle Erkrankungen nur dann zu den gerontopsychiatrischen Erkrankungen, "wenn es zusätzlich zu psychiatrisch relevanten Erlebens- und Verhaltensauffälligkeiten (Depression, Wahnideen, Aggressivität usw.) kommt".

Die institutionelle Aufteilung der kommunalen gerontopsychiatrischen Verantwortlichkeit in Psychiatrie und Soziales führt nicht nur zu Verständigungsproblemen, weil Gerontopsychiatrie mal im engeren Sinn, d. h. ohne Einbeziehung von Demenzerkrankungen und dann wieder im weiteren Sinn aufgefasst wird. Auch aus fachlicher und versorgungspraktischer Sicht ist zu fragen, ob eine **engere Verzahnung der beiden Steuerungs-, Planungs- und Versorgungsbereiche für ältere Menschen mit psychischen Störungen einerseits und für Demenzkranke andererseits** wegen ihrer großen Schnittmengen nicht sinnvoll wäre. Demenz und psychische Erkrankungen im Alter sind zwar unterschiedliche diagnostische Kategorien, auf fachwissenschaftlicher Ebene werden jedoch sowohl die hirnganisch bedingten als auch die sogenannten funktionellen psychischen Störungen im Alter der Gerontopsychiatrie zugerechnet. Im Einzelfall lassen sich die beiden Störungsbereiche oft nicht voneinander trennen und dies gilt mit zunehmendem Alter um so mehr. Auch versorgungspraktisch erfordern beide Gruppen Angebotsformen und professionelle Kompetenzen, die sehr nahe beieinander liegen.

Die Aufteilung in einen psychiatrischen und einen sozialen Zuständigkeitsbereich spiegelt sich auch in parallel organisierten Gremien und Kooperationsstrukturen wider. Die Erfahrung zeigt auch hier, dass die zu lösenden Probleme in der Regel beide Bereiche betreffen.

Grundsätzlich sollte überdacht werden, ob die gerontopsychiatrische Versorgung im weiteren Sinne – d. h. unter Einschluss der Versorgung Demenzkranker – auf administrativer, fachdienstlicher und klinischer Ebene nicht stärker zusammengeführt werden sollte. In einem ersten Schritt sollte die Kooperation auf Amts-, Behörden- und Gremienebene verbessert werden.



Für die bremischen „**gerontopsychiatrischen Heime**“, die sich als spezialisierte Eingliederungshilfeeinrichtungen für psychisch kranke alte Menschen verstehen, ergibt sich aus dem Umstand, dass mit zunehmendem Alter die Grenzen zwischen psychischen Störungen einerseits und hirnganischen Störungen und somatischen Beeinträchtigungen andererseits verwischen und veränderte Hilfebedarfe in den Vordergrund rücken, ein Anpassungsproblem. Es geht zunehmend weniger um **Eingliederungshilfe** als um typische Aufgaben der **Altenpflege**. Soweit Träger von Eingliederungshilfeeinrichtungen auch über eine Pflegeeinrichtung verfügen – womöglich in räumlicher Nähe, kann bei verändertem Hilfebedarf ein Einrichtungswechsel erfolgen. Haben Eingliederungshilfeeinrichtungen diese Möglichkeit des Statuswechsels für ihre Bewohner nicht, hat dies Auswirkungen auf die Fluktuation und auf die Möglichkeiten, Pflegeleistungen nach dem SGB XI in voller Höhe in Anspruch zu nehmen. Mehr Flexibilität im Angebot könnte auch durch ergänzende ambulante und teilstationäre Angebote innerhalb eines Einrichtungsverbundes erreicht werden. Vor diesem Hintergrund empfiehlt es sich, keine weiteren spezialisierten gerontopsychiatrischen Heime ohne Einbindung in einen umfassenden Betreuungs- und Pflegeverbund einzurichten.

Die Nachfrage nach gerontopsychiatrischen Heimplätzen für alte Menschen mit psychischen Störungen übersteigt das Angebot. Dieser Nachfragedruck gilt sowohl für die gerontopsychiatrischen Eingliederungshilfeeinrichtungen als auch für die Pflegeeinrichtungen mit zusätzlichen durch die Sozialhilfe finanzierten Eingliederungshilfe- und Pflegeangeboten. Angesichts der demographischen Entwicklung dürfte sich die Nachfrage weiter verstärken. Problematisch ist in diesem Zusammenhang die zunehmende Belegung gerontopsychiatrischer Einrichtungen mit jüngeren psychisch kranken Menschen, für die ansonsten keine geeignete Perspektive gefunden werden konnte. So sind Plätze perspektivisch über Jahrzehnte belegt und stehen dem eigentlich vorgesehenen Klientel nicht mehr zur Verfügung.

Zu überprüfen wäre, ob und in welchem Ausmaß Menschen mit gerontopsychiatrischem Hilfebedarf mangels Alternativen in normalen Altenpflegeeinrichtungen untergebracht werden. Die Datenerhebung an der **Schnittstelle von spezieller gerontopsychiatrischer Heimversorgung und normaler stationärer Altenpflege** sollte verbessert werden, um die Zuweisung zu dem einen oder anderen Maßnahmebereich in einem ersten Schritt transparent zu machen und in einem zweiten Schritt die Entscheidungsprozesse im Sinne einer personenzentrierten Hilfeplanung zu systematisieren.

Die Frage, ob die **stationäre und teilstationäre gerontopsychiatrische Krankenhausbehandlung** zentral durch spezialisierte oder dezentral durch gemischte Angebotsstrukturen erfolgen sollte, ist vorläufig insofern entscheiden, als die teilstationäre Versorgung durchweg gemischt auf sektorierten bzw. regionalisierten Stationen erfolgt. Im vollstationären Bereich hält das Behandlungszentrum Süd/Ost eine gesonderte Station im Klinikum Ost vor. Die übrigen Behandlungszentren haben die vollstationäre Behandlung in die Stationen der allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie integriert. Beide Angebotsstrukturen sollten evaluiert werden, um empirisch gesicherte Anhaltspunkte für die weitere Planung zu erhalten.



3.2 Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung

Zielgruppe der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 bzw. 23 Jahren.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung befindet sich an einer Schnittstelle zwischen dem informellen Hilfesystem, vornehmlich in der Familie, der (fach-) ärztlichen Versorgung, der klinischen und außerklinischen psychiatrischen Versorgung sowie der Versorgung im Rahmen der Kinder und Jugendhilfe (KJHG), wobei letztere unter Umständen bis zu einem Alter von 27 Jahren zuständig sein kann. Im Rahmen dieses Berichts erfolgen nur Aussagen über den klinischen und außerklinischen psychiatrischen Versorgungsbereich.

3.2.1 Stationärer und teilstationärer Bereich

Die klinische Versorgung für die bremischen Kinder und Jugendlichen wird zentral durch die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Ost durchgeführt. Sie verfügt über 39 stationäre Behandlungsplätze in 4 Stationen und 8 tagesklinische (teilstationäre) Behandlungsplätze.

Hinsichtlich einiger Kennziffern ergibt sich folgendes Bild⁷⁵:

Mit 296,5 (272) Fällen und einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 51,60 (63,89) Tagen ist die Klinik mit 94,24 % (107,04 %) voll ausgelastet. Die im letzten Jahr beobachtete leichte Tendenz zur Verkürzung der Verweildauer bei Erhöhung der Fallzahlen hat sich nicht fortgesetzt. Die Auslastung blieb in den letzten Jahren nahezu konstant.

Hinsichtlich einiger soziodemografischer PatientInnenmerkmale ergibt sich⁷⁶:

- 129 (47,7 %) der Patienten waren männlichen und 143 (52,6 %) waren weiblichen Geschlechts.
- Die überwiegende Mehrheit (84,2 %) der PatientInnen waren deutscher Herkunft. Von den nichtdeutschen PatientInnen stellten die Kinder und Jugendlichen aus den Staaten der ehemaligen GUS den größten Anteil (4,4 %).
- Im Durchschnitt waren die PatientInnen ca. 15 Jahre alt. Der jüngste Patient war 5,66 und die älteste Patientin war 20,91 Jahre alt. Die Patientinnen haben ca. ein um zwei Jahre höheres Durchschnittsalter als die Pateinten.
- 73,2 % der PatientInnen kommen aus Bremen (61,8%) oder Bremerhaven (11,4 %). 26,5 % der PatientInnen kommen aus Niedersachsen, meist aus angrenzenden Kreisen.
- Aus einer alleinerziehenden Elternkonstellation kommen 35,3 % der PatientInnen. 28,3 leben bei den leiblichen Eltern.

⁷⁵ Die Differenzen zwischen der Krankenhausstatistik und der – hier in Klammern gesetzten – Versorgungsdokumentation ergeben sich durch Beurlaubungen oder andere kurzfristige Behandlungsunterbrechungen. Hierdurch entstehen durch „Wiederaufnahmen“ neue Behandlungsfälle, obwohl es sich tatsächlich um Behandlungsfortsetzungen handelt, wobei bei den Unterbrechungen (z.B. durch Probewohnen im Heim oder Familienurlaub) die Betten freigehalten werden müssen.

⁷⁶ Siehe zum folgenden: Klinikum Bremen Ost: Dokumentation der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2003: 7 ff.



- Die Anregung zur Aufnahme erfolgte in 38,6 % der Fälle durch die Erziehungsberechtigten, bei 21,0 % durch die eigene Ambulanz und in 14,3 % der Fälle durch einen Arzt oder anderen Klinik.
- Die häufigsten Anlässe für die Aufnahme⁷⁷ waren in 42,6 % der Fälle Probleme mit den Bezugspersonen, in 28,7 % Schwierigkeiten in anderen sozialen Bereichen, bei 26,1 % extrem aggressives Verhalten und in 22,8 % der Fälle Leistungsprobleme.
- In 93 Fällen (34,2 %) erfolgte eine Aufnahme als Krisenintervention, davon erfolgten in 18 Fällen (19,4 %) die Aufnahme mit Beschluss. 22 (8,1 %) Aufnahmen erfolgten auf der Grundlage des § 1631 BGB, davon 14 (63,6 %) als Krisenintervention. Auf der Grundlage des PsychKG erfolgten (als Krisenintervention) 4 Aufnahmen (1,5 %).
- Die häufigsten Diagnosen waren.
 - (F 91, F 92) Störung des Sozialverhaltens = 30,1 %
 - (F 43) Anpassungsstörungen = 26,8 %
 - (F 90) Hyperkinetische Störungen = 11,4 %
 - (F 6) Persönlichkeitsstörungen = 11,0 %
- Bei 86,0% der Fälle wurden Beratungen der Erziehungsberechtigten durchgeführt.
- In 191 Fällen wurde eine Entlassung ins Elternhaus geplant oder angeregt und in 44 Fällen wurde ein Heim bzw. Wohngruppe geplant oder angeregt.

Im ambulanten Bereich stehen außerhalb der Versorgung durch niedergelassene Fachärzte stehen eine Institutsambulanz am Klinikum Ost sowie die Beratungsstelle für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KIPSY) am Gesundheitsamt Bremen zur Verfügung. Die KIPSY hat seit 2003 neben ihren bisherigen Aufgaben auch die Funktion einer Institutsambulanz des Klinikum Ost inne. Beide Einrichtungen – die Institutsambulanz mit ihren 2 Standorten und die KIPSY - haben eine gemeinsame ärztliche und psychologische Leitung.

Die Leistungen der Institutsambulanz und der sozialpsychiatrischen Beratungsstelle „KIPSY“ am Gesundheitsamt können in Anspruch genommen werden, wenn die bisherigen Hilfen, Beratungen und Therapien nicht ausreichen und eine besonders schwerwiegende psychische Störung vorliegt. Die Einrichtungen bieten unter kinder- und jugendpsychiatrischer Leitung ein breites Spektrum an Hilfen an, wobei der individuelle Hilfebedarf unter Einbeziehung des Lebensumfeldes im Fordergrund steht. Eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung mit unterschiedlichen Stellen ist gewährleistet. Zu den Angeboten der Einrichtungen gehört im einzelnen:

⁷⁷ Mehrfachnennungen waren möglich



- Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung und Diagnostik
- Psychotherapie – mit multimodaler Ausrichtung
- Heilpädagogische und soziotherapeutische Hilfen
- Krisenintervention
- Elternberatung/ Institutionsberatung
- Vermittlung in stationäre Behandlung
- Hilfen zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld, in Schule Ausbildung und Beruf.
- Gutachterliche Stellungnahmen

An Personal steht der KIPSY einschließlich integrierter Institutsambulanzfunktion zur Verfügung⁷⁸: 1,5 ÄrztInnen, 1,5 Diplom-PsychologInnen, 1,0 Diplom-SozialpädagogIn und 0,5 Verwaltungskraft.

Für die Beratungsstelle für Kinder- und Jugendpsychiatrie KIPSY liegen Leistungsdaten vor. Danach hat die Beratungsstelle in 2003 gegenüber dem Vorjahr nahezu 80 KlientInnen mehr versorgt. Insbesondere bei Informationen und Beratungen konnte das Leistungsvolumen deutlich verbessert werden. Zwar haben die Hausbesuche an Gewicht verloren, jedoch ist das nähere soziale Umfeld (Familien, Partner/Angehörige) stärker als im Vorjahr eingebunden worden.

Tab. 25: PatientInnen der Beratungsstelle KIPSY⁷⁹

Klientenstatus	2003		2002	
	abs.	%	abs.	%
SpsD	206	58,69	190	68,84
PIA	145	41,31	86	31,16
Summe	351	100,00	276	100,00

⁷⁸ In VzSt. Siehe „Geschäftsverteilungsplan“.

⁷⁹ Vgl. Leistungsstatistik 2003



Tab. 26: Leistungen der Beratungsstelle KIPSY

Leistungen	abs.	%	abs.	%
Information / Beratung	818	48,00	617	41,00
Behandlung/ Betreuung	866	50,82	862	57,28
Krisenintervention	20	1,17	30	1,99
Kontakte insgesamt	1704	100,00	1505	100,00
Hausbesuch/ ext. Kontakte	116	6,79	131	14,77
Familiengespräch	499	29,22	163	18,38
Partner/ Angehörige	635	37,18	225	25,37
Fallkonf./Koop./Gruppenbeh.	458	26,81	368	41,49
Kontakte insgesamt⁸⁰	1708	100,00	887	100,00

3.2.2 Niedergelassene ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen

Im Jahr 2003 praktizierten 11 FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in 9 Praxen in Bremen. Das sind 4 ÄrztInnen und 2 Praxen mehr als im Vorjahr. Sie versorgten 6.891 Fälle (2002 = 4.290) im Jahr 2003.

Die Anzahl der Psychologischen Kinder- und Jugendlichen PsychotherapeutInnen blieb mit 37 TherapeutInnen in 36 Praxen im Vergleich zum Vorjahr konstant. Sie versorgten 3.017 Patientinnen (Vorjahr (2.837)).

Sowohl die niedergelassenen FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch die Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen sind im kommunalen Fachausschuss „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (Geschäftsführung liegt beim Gesundheitsamt) regelmäßig vertreten.

3.2.3 Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Bereich Wohnen

Die Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen durch Einrichtungen der Kinder und Jugendhilfe nach dem KJHG (SGB VIII) ist nicht Gegenstand dieses Berichtes⁸¹.

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

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

⁸⁰ Unterschiede in der Summe ergeben sich aufgrund der Dokumentation.

⁸¹ Siehe zum Folgenden: Steuerungsstelle Psychiatrie: Berichterstattung 2003



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

3.2.4 Bewertung und Planungsempfehlungen

Im stationären und ambulanten Behandlungsbereich verfügt Bremen über ein weites Spektrum differenzierter kinder- und jugendpsychiatrischer Angebote auf hohem fachliche Niveau. Die Kooperation zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren ist positiv zu bewerten. Die seit dem Jahr 2003 **gemeinsam getragene Institutsambulanz** hat die Zusammenarbeit zwischen der Kinder und Jugendpsychiatrischen Klinik und der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle des Gesundheitsamtes weiter verfestigt.

Eine besondere Problemgruppe im kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsbe- reich stellen **suchtmittelabhängige Jugendliche** dar, die zusätzlich an einer schweren psychischen Störung erkrankt sind. Wie andernorts auch, steigt die Zahl dieser komorbi- den Jugendlichen deutlich an. Für diese Problemgruppe geeignete stationäre und ambu- lante Angebote zu entwickeln und kommunal vernetzte Strukturen aufzubauen, wird ein Aufgabenschwerpunkt in den nächsten Jahren sein.

Im **ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbereich** wird trotz einer relativ hohen Dichte an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten über unzumutbare Warte- zeiten geklagt. Diese Situation sollte näher analysiert werden - wobei nicht nur der quanti- tative Aspekt zu betrachten wäre, um hier zu angemessenen Planungsempfehlungen zu kommen.

Zu problematisieren wäre in diesem Zusammenhang auch die räumliche Konzentration der niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in den Stadtteilen Schwachhausen und Östliche Vorstadt. Für Kinder und Jugendliche aus den entfernter liegenden und in der Regel auch problembelasteteren Stadtteilen ist dadurch die Zu- gangsschwelle erheblich erhöht.

Für den Bereich der Eingliederungshilfe bedarf es an der **Schnittstelle vom KJHG zum BSHG Maßnahmebereich** einer besonderen Verfahrensregelung, die eine frühzeitige Abstimmung zwischen der Jugendhilfe und dem Hilfesystem für psychisch kranke Er- wachsene in jedem Einzelfall gewährleistet.

Bereits vor ihrer Volljährigkeit sollte bei den Jugendlichen, bei denen aufgrund der Schwe- re ihrer psychischen Störung ein psychiatrisch orientierter Hilfebedarf absehbar ist, die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beratungsstelle (KIPSY) in die Hilfeplanung einbezo- gen werden. So könnten frühzeitig die Weichen gestellt werden für eine möglicherweise längerfristige Behindertenhilfe im Erwachsenenbereich, auf die sich dann auch die betrof- fene Person frühzeitig einstellen kann. Ab der Volljährigkeit sind die regionalen Behand- lungszentren bzw. sozialpsychiatrischen Beratungsstellen einzubeziehen.



3.3 Psychisch Kranke in Einrichtungen der Obdachlosenhilfe

Viele psychisch kranke Menschen sind auch wohnungslos. Sie leben entweder auf der Straße oder sie nutzen das Hilfesystem für Wohnungslose

Das Hilfesystem für alleinstehende Wohnungslose umfasst in Bremen folgende Angebote, die im Verbundsystem vom **Sozialzentrum der Inneren Mission** vorgehalten werden:

- 53 Übernachtungsplätze (45 für Männer im Jakobushaus / 8 für Frauen im Wohnheim Abbentorstraße)
- 43 Plätze Übergangswohnen (32 für Männer / 11 für Frauen)
- 2 Dauerwohnheime mit 95 Plätzen (Isenbergheim mit 35 Plätzen, Adelenstift mit 60)
- Begleitetes Übergangswohnen (Aufsuchende Hilfe) 36 Plätze / 1:12
- Intensiv begleitetes Übergangswohnen (IBEWO) 16 Plätze / 1:8
- Flankierende (Beratungs-)angebote: Schuldnerberatung, Suchtberatung, Arbeitsberatung, Tagesaufenthalt; Service (Sanitär, Wäschepflege, Schließfächer etc.).
- Medizinische Notversorgung (allgemeinärztl. Sprechstunde)

Ein erheblicher Anteil der Nutzer dieser Einrichtungen der Obdachlosenhilfe ist psychisch krank oder suchtkrank. Wissenschaftliche Studien belegen, dass etwa 25 % der Obdachlosen, die in der Bundesrepublik auf der Straße oder in Notunterkünften leben, unter schweren psychischen Störungen leiden und dass 70 % chronisch suchtmittelabhängig sind.

Innerhalb des Hilfesystems für Obdachlose haben diese Menschen den sozialrechtlichen Status von Personen „mit besonderen sozialen Problemen“ und erhalten entsprechende Übergangshilfen nach Par. 72 BSHG bzw. § 68 SGB XII für den Personenkreis gem. § 67 SGB XII. Obwohl psychisch krank oder suchtkrank, sind sie in der Regel nicht in das psychiatrische oder suchtherapeutische Hilfesystem integriert, weil sie dies entweder selbst ablehnen oder weil die Helfer keinen Zugang für eine professionelle Hilfestellung sehen.

Nach einer **Jahresstatistik des Sozialzentrums** der Inneren Mission aus dem Jahr 2000 wurden 15 % der obdachlosen Personen, die sich in bremischen Einrichtungen der Obdachlosenhilfe⁸² aufhielten, von den Mitarbeitern als psychisch krank eingestuft, weitere 30 % als alkoholabhängig und nochmals fast 6 % als drogenabhängig.

Nach einer Stichtagserhebung vom 26. Feb. 2001 waren von 212 erfassten Bewohnern⁸³:

- 90 Personen (42,5 %) psychisch unauffällig
- 75 Personen (35,4 %) psychisch auffällig (nach Einschätzung der Mitarbeiter)
- 47 Personen (22,2 %) psychisch krank (diagnostiziert oder offensichtlich)

Von den 47 Personen mit einer eindeutigen psychischen Erkrankung waren gut 50 % in ambulanter fachärztlicher Behandlung, etwa 20 % waren beim Sozialpsychiatrischen Dienst anhängig.

⁸² Es handelt sich um Durchschnittswerte; die Angaben sind je Einrichtungstyp unterschiedlich.

⁸³ Aus Sicht der Einrichtungsträger wird davon ausgegangen, dass weitere 100 bis 200 Personen (sog. „Platztäger“) nicht erfasst worden sind.



Etwa 50 % dieser Personen nahmen regelmäßig verordnete Psychopharmaka, weitere ca. 50 % betrieben im Sinne einer Selbstmedikation einen Alkoholmissbrauch.

Der **Sozialpsychiatrische Dienst bzw. die Behandlungszentren** stehen den Einrichtungen der Obdachlosenhilfe mit seinen Beratungs- und Behandlungsleistungen ebenso zur Verfügung wie anderen sozialtherapeutischen Einrichtungen. Liegt ein längerfristiger sozialpsychiatrischer Hilfebedarf vor und ist gleichzeitig beim Betroffenen ein Mindestmaß an Mitwirkungsbereitschaft vorhanden, kann die Fallführung – einschließlich Gesamtplanerstellung – an den Sozialpsychiatrischen Dienst übertragen werden. Mit der Übergabe der Fallverantwortung muss kein Einrichtungswechsel in den Eingliederungshilfebereich verbunden sein. Das Verfahren ist in einer Fachlichen Weisung geregelt.

Faktisch ist es in der Vergangenheit allerdings selten zu einer formalen Übergabe der Fallführung an den Sozialpsychiatrischen Dienst gekommen, wenn dies nicht gleichzeitig mit der Einleitung eines Einrichtungswechsels verbunden war. Die fachliche Beratung, eine begleitende psychiatrische Betreuung und Behandlung und die Intervention im Krisenfall stehen im Vordergrund einer mittlerweile eingespielten Kooperation zwischen den beiden Hilfesystemen.

Eine besondere Problemgruppe stellen diejenigen psychisch kranken obdachlosen Personen dar, die keine Krankheitseinsicht haben oder aus sonstigen Gründen Distanz zum psychiatrischen Hilfesystem wünschen. Sie leben auf der Straße, in „Schlichthotels“ und Pensionen oder in den Übernachtungseinrichtungen des Sozialzentrums der Inneren Mission. Insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt wird oft deutlich, dass ein Verbleib auf der Straße oder im bisherigen Wohnumfeld nicht zu verantworten ist und ein Mindestmaß an Betreuung gewährleistet sein sollte.

Das Betreute Wohnen für psychisch Kranke ist für diese Menschen keine Alternative, da sie sich nicht als psychisch krank betrachten und auf sozialtherapeutischen Rehabilitationsdruck mit Abwehr reagieren.

Bereits in der Vergangenheit gab es immer wieder Überlegungen, für diese Zielgruppe eine spezielle Wohneinrichtung mit Asylcharakter zu schaffen, so dass eine Grundversorgung gesichert ist und durch eine sozialpsychiatrische Betreuung auf Abstand bei Bedarf Hilfestellung gegeben werden kann. Die Vermeidung unnötig verlängerter Krankenhausaufenthalte wegen ungeklärter oder unzumutbarer Wohnverhältnisse wäre ein weiterer Vorteil einer solchen Einrichtung.

Im Jahr 2002 legte schließlich eine Arbeitsgruppe der Inneren Mission die **Konzeption „Hotel Plus“** vor, das sich an einem bewährten Kölner Projekt orientierte. Konzipiert ist das „Hotel Plus“ als ein Schlichthotel mit 15 bis 20 Plätzen für wohnungslose Menschen mit psychiatrischen Problemen. Um die Akzeptanz durch die Betroffenen nicht zu gefährden, gibt es im Haus lediglich ein Beratungsangebot ohne ausdrücklichen rehabilitativen Anspruch (Personalschlüssel 1:10) und eine Möglichkeit der Begegnung in einem Aufenthaltsraum. Wie in anderen Hotels der Obdachlosenhilfe sorgt der Hotelier für die Reinigung der Gemeinschaftsräume und der Zimmer sowie für die Bettwäsche, ebenfalls übt er das Hausrecht aus und sanktioniert Verstöße gegen die Hausordnung.



Dieses Einrichtungsprojekt an der Schnittstelle von Obdachlosenhilfe und Sozialpsychiatrie wurde in den entsprechenden Gremien diskutiert und aus fachlicher Sicht als mögliche Alternative zur gegenwärtigen Unterbringung psychisch Kranker in Übernachtungseinrichtungen gewertet Voraussetzung sollte allerdings - in Abgrenzung zu bestehenden Billighotels - eine vertretbare Personalausstattung sein.

Angedacht war eine jeweils hälftige Finanzierung des Betreuungsangebots als Eingliederungshilfe und als Obdachlosenhilfe. Eine kostenneutrale Finanzierung sollte für den Eingliederungshilfeanteil durch eine entsprechende Reduzierung der Plätze im Betreuten Wohnen erreicht werden; im System der Obdachlosenhilfe hätte eine Reduzierung der Übernachtungsplätze erfolgen müssen. Da sich dieses Finanzierungskonzept durch Umschichtung nicht realisieren ließ, wurde das Projekt „Hotel Plus“ nicht weiter verfolgt. Es wird dringend empfohlen, diese Planung wieder aufzunehmen.

Eine besondere Bedeutung dieses Projektes liegt auch darin, dass hier modellhaft ein Kooperationsprojekt umgesetzt werden könnte, das zwei Bereiche der Sozialhilfe miteinander verbindet: die Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte und die Obdachlosenhilfe. Dieser kooperative Ansatz sollte auch an anderen Schnittstellen weiter verfolgt werden, z. B. im Bereich der Hilfen zum Wohnen für chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke

Unmittelbar verbunden mit dem Problem der Obdachlosigkeit ist das übergreifende Problem der **Wohnraumversorgung für psychisch kranke und suchtkranke Menschen**. Die Zentrale Arbeitsgruppe zur Versorgung psychisch kranker und suchtkranker Menschen (ZAG) hat dazu am 27. Januar 2005 eine Stellungnahme verabschiedet.⁸⁴ Die Problemlage ist dadurch gekennzeichnet, dass

- die Wohnungsbaugesellschaften sich zunehmend zurückhaltend und ablehnend gegenüber einer Vermietung an psychisch kranke und suchtkranke Menschen verhalten – auch gegenüber der „Ersatzlösung“ einer Anmietung über Träger, z. B. im Rahmen des Betreuten Wohnens.
- der Bestand an Wohnungen innerhalb der vom Sozialamt oder der BAGIS akzeptierten Mietobergrenzen abnimmt
- die Toleranz gegenüber psychisch kranken Mitbewohnern eher abgenommen hat

Die Probleme in der Wohnraumversorgung für den angesprochenen Personenkreis führen u. a. dazu, dass ein Umzug von psychisch kranken Personen in selbständigere Wohnformen, z. B. von einer betreuten Wohngemeinschaft in eine eigene Wohnung erschwert wird. Ein weiteres Beispiel sind suchtkranke Personen, die nach einer stationären Entgiftungs- oder Entwöhnungsbehandlung in ein Wohnumfeld mit hoher Problembelastung zurückkehren müssen, wodurch der Rückfall häufig vorprogrammiert ist.

Damit sich die kritische Entwicklung in der Wohnraumversorgung für psychisch kranke und suchtkranke Menschen nicht weiter verschärft, sollten bei der Bemessung der Mietobergrenze die Besonderheiten des Einzelfalls stärker berücksichtigt werden. Auf die Wohnungsbaugesellschaften sollte eingewirkt werden, mehr Wohnraum für auch für „schwierige Mieter“ bereit zu stellen. Projekte wie das „Hotel Plus“ können ebenfalls dazu beitragen, die Wohnraumversorgung für diese Zielgruppe zu verbessern.

⁸⁴ Ebenfalls hat die Regionale AG Betreuungsrecht dazu aus Sicht der Rechtsbetreuer am 13.07.2005 Stellung genommen, worauf hier inhaltlich ebenfalls Bezug genommen wird.



Die Pläne des Amtes für Soziale Dienste zusammen mit der BAGIS und der Inneren Mission die Wohnungshilfe zielgruppenübergreifend organisatorisch zusammenzufassen, sind ein wichtiger Schritt, präventiv den Verlust der Wohnung zu verhindern, zentral alle Angebote zu steuern und diejenigen wieder in normalen Wohnraum zu integrieren, die in Notunterkünften leben.

4. Selbsthilfe und Angehörige psychisch kranker Menschen

Den Aktivitäten der Selbsthilfegruppen für psychisch kranke Menschen und deren Angehörige kommt eine erhebliche Bedeutung zu.

Selbsthilfe ist nicht nur als eine Ergänzung professioneller Hilfen zu betrachten, sie hat sich inzwischen zu einem eigenständige Unterstützungssystem entwickelt, das einen quantitativ und qualitativ wesentlichen Beitrag zur Überwindung von Problemen im Zusammenhang mit psychischen Störungen leistet. Selbsthilfe setzt an bei den Interessen und Erfahrungen von Betroffenen, sie stärkt das Selbstbewusstsein und fordert zu Recht ein, als gleichberechtigter Partner bei der Weiterentwicklung des Hilfesystems mitzubestimmen.

Zum Bereich der Selbsthilfe werden sowohl kleine autonome in der Regel nicht angeleitete Gesprächsselbsthilfegruppen gerechnet, wie auch Selbsthilfeinitiativen und Selbsthilfeorganisationen.

Auf gesundheitliche und psychosoziale Probleme beziehen sich ca. 650 Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeinitiativen. Bremen weicht mit dieser Dichte an Selbsthilfe nicht wesentlich von anderen bundesdeutschen Großstädten ab, bewegt sich aber im vorderen Feld.

Die Selbsthilfe bei psychosozialen Problemen und psychischen Erkrankungen ist in Bremen von großer Vielfalt und Heterogenität geprägt: kleine Gesprächsgruppen nach oder während ambulanter Behandlung, beispielsweise zur Bewältigung von Depressionen, Psychiatrieinitiativen, halbangeleitete Gruppen zu Angststörungen unter dem Dach eines Vereins, Gruppen die etwas gemeinsam machen, wie beispielsweise die Herausgabe einer Zeitung und so weiter. Ihr Anteil dürfte etwa 15 Prozent der Gesundheitsgruppen und somit bei etwa 100 liegen. Mit einbezogen sind dabei geschätzte 5 – 10 Angehörigengruppen.

Für den psychiatrischen Bereich sind vor allem 2 Selbsthilfegruppen von Bedeutung:

- Die **Selbsthilfegruppe der Angehörigen** psychisch erkrankter Menschen in Bremen. Diese offene Gruppe trifft sich jeden 1. und 3. Montag im Monat um 19 Uhr in der Begegnungsstätte des Roten Kreuzes, Wachmannstraße 9. Eine wichtige Aufgabe sieht die Angehörigengruppe neben solidarischer Unterstützung und Erfahrungsaustausch darin, miteinander Möglichkeiten zu erarbeiten, sich sowohl von den erkrankten Familienmitgliedern als auch vom psychiatrischen Versorgungssystem positiv abzugrenzen und Mitbestimmung und Mitsprache einzufordern. Die Selbsthilfegruppe ist assoziiert mit dem Verband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Niedersachsen und Bremen. Der Verband ist seit 1989 ein eingetragener Verein, die Geschäftsstelle ist in Hannover.



- Im **Landesverband Psychiatrieerfahrener** haben sich die Betroffenen selbst organisiert. Dem eingetragenen Verein gehören derzeit ca. 25 Mitglieder an. Treffen finden jeden ersten Sonntag im Monat im Gesellschaftshaus des Klinikum Bremen Ost statt. Weitere Angebote sind das Netzwerk Stimmenhörer, ein Arbeitskreis Nutzerinteressen/Nutzerkontrolle und eine Medien-AG.

Dem Selbsthilfebereich für Psychiatrieerfahrene können auch die Zeitungsinitiative IRR-TU(R)M, das Integrationsprojekt Blaue Karawane im Speicher XI und das inzwischen weltweit bekannte Kulturprojekt „Blaumeier-Atelier“ zugeordnet werden.

Die **Zeitungsinitiative IRRTU(R)M** ist ein außerklinisches, professionell begleitetes Forum für Kommunikation und Information, das psychiatrieerfahrenen Menschen die Möglichkeit gibt, ihre individuellen Erfahrungen, Sichtweisen und Anliegen auszutauschen und in einer selbsterstellten Zeitschrift zu publizieren. Entstanden ist dieses Projekt 1988 als ein Arbeitsbereich des Trägervereins Initiative zur sozialen Rehabilitation e. V.

Neben der jährlichen Erstellung und Herausgabe der Zeitschrift IRRTU(R)M geht es um den selbsthilfeorientierten Austausch in einer überschaubaren Gruppe. Darüber hinaus beteiligt sich die Zeitungsinitiative an öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungen wie Tagungen, Behindertenprotesttage, überregionale Treffen, Lesungen, u. a.

Zur Zeit beteiligen sich ca. 35 Personen unterschiedlichen Alters am IRRTU(R)M. Abgesehen von der wöchentlichen Redaktionssitzung beteiligen sich die MitarbeiterInnen ebenso an temporären Projekten (beispielsweise Interviews, Layout, Fotografie, Ausrichtung des jährlichen Pressefestes, etc.)

Die **Blaue Karawane e. V. im Speicher XI** ist ein sozial – psychiatrisches Integrationsprojekt. Das Angebot zur Begegnung und zur Mitarbeit an künstlerischen und handwerklichen Projekten ist nicht nur an psychisch und behinderte Menschen gerichtet, sondern an alle von gesellschaftlicher Ausgrenzung bedrohte Menschen, z. B. Langzeitarbeitslose, Rentner, Migranten und Straffällige. Im Juni 2003 konnten im restaurierten Speicher XI im Bereich Walle-Überseestadt neue Räumlichkeiten bezogen werden. Mittelpunkt dieser Arbeits- und Begegnungsstätte ist das Cafe Blau, Werkstatt- und Atelierräume und ein auch für kulturelle Veranstaltungen und Fachtagungen nutzbarer Raum sind vorhanden.

Das **Blaumeier-Atelier** ist im Rahmen der Auflösung der langzeitpsychiatrischen Klinik Kloster Blankenburg entstanden. Seit 1986 arbeitet Blaumeier e. V. in einem eigenen Atelier in Bremen-Walle. Gemeinsam mit behinderten Menschen, aber auch mit anderen Interessierten erarbeiten Künstler Theaterproduktionen, Maskenauftritte auf Straße und Bühne, Konzerte und Ausstellungen mit selbstproduzierten Bildern und Objekten. Das Blaumeier- Atelier ist mit seinem integrativen Ansatz einzigartig und genießt international ein hohes Renommee.

Selbsthilfeförderung

Selbsthilfe wird auf verschiedenen Ebenen unterstützt und gefördert. Grundlage der **finanziellen Förderung** durch die öffentliche Hand (Projektförderung durch Zuwendungen) sind die Selbsthilfeförderbestimmungen des Senats von 1988. Hinzu kommen seit 2001 Förderungen der gesetzlichen Krankenversicherung auf der Grundlage von § 20 Abs. 4 SGB V..

Die Selbsthilfegruppen bei psychosozialen Problemen und psychischen Erkrankungen haben sich im **Netzwerk „Seelische Gesundheit“** organisiert. Beide Bereiche sind mit ihren Gruppen und Initiativen im „Bremer Topf“ vertreten, dem Zusammenschluss von ca. 200 Selbsthilfegruppen.



Meinungsbildung, Erfahrungsaustausch, der Bezug externer Unterstützungsleistungen und Gemeinschaftsaktionen wie die Veranstaltung von Selbsthilfetagen stehen im Vordergrund der Kooperation.

Unterstützt wird die Selbsthilfe auf kommunaler Ebene insbesondere durch das Gesundheitsamt, ebenso aber auch durch das Netzwerk Selbsthilfe e.V. und durch andere wie den Gesundheitstreffpunkt Bremen-West und den Paritätischen Wohlfahrtsverband. Zu den Unterstützungsleistungen gehören:

- Beratungsleistungen für finanzielle Unterstützung
- Hilfe bei der Initiierung, Organisation und Öffentlichkeitsarbeit
- Vermittlung von Räumen für Gruppentreffen
- Aufnahme in Wegweiser (z. B. Internetwegweiser des Netzwerkes Selbsthilfe e. V. oder Suchtwegweiser des Gesundheitstreffpunkt Bremen-West)

Die Entwicklung einer selbstbewussten und unabhängigen Selbsthilfebewegung ist gerade im psychiatrischen Bereich von großer Bedeutung. Sie ist Voraussetzung für einen Dialog auf gleicher Augenhöhe zwischen Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Professionellen. Psychiatrieerfahrene müssen als Experten in eigener Sache ernst genommen werden. Mit ihrer persönlichen Krankheitserfahrung ergänzen und korrigieren sie Krankheitsmodelle der Professionellen, die sich oft zu sehr an biochemischen Defekthypothesen orientieren und die subjektive Bedeutung der Erkrankung ausblenden.

Die Mitbestimmungs- und Mitsprachemöglichkeiten Psychiatrieerfahrener sollten weiter ausgebaut werden. Ein konkreter Ansatz wäre die Beteiligung Psychiatrieerfahrener an der Besuchskommission nach dem Vorbild Nordrhein-Westfalens. Bislang sind an der nach dem bremischen PsychKG (§ 36) geregelten Besuchskommission, die regelmäßig psychiatrische Einrichtungen besucht und überprüft, Vertreter der Psychiatrieerfahrenen bzw. der Nutzer nicht beteiligt.

Die Weiterentwicklung konkreter Formen wechselseitiger Unterstützung von Psychiatrieerfahrenen, ggf. in Zusammenarbeit mit professionellen Helfern, könnte dazu beitragen, eine Dialog-Kultur zu fördern, die auf gemeinsamer Verantwortlichkeit und praktischer Hilfeleistung basiert. Eine stärkere Einbeziehung der Kompetenzen von Psychiatrieerfahrenen in Beratungs- und Betreuungszusammenhänge schafft einen verbindenden Erfahrungshorizont, von dem beide Seiten – Psychiatrieerfahrene und professionelle Helfer – profitieren könnten.

5. Bausteine und Basiskennzahlen der Suchtkrankenversorgung

Die spezifisch suchtherapeutische Versorgung suchtkranker Menschen mit den Bereichen Klinische Versorgung, Suchtberatung und Eingliederungshilfen (Betreutes Wohnen / Heimwohnen), stellt nur einen Ausschnitt der tatsächlichen Versorgungssituation für Suchtkranke dar. Bezogen auf alkoholbezogene Störungen ist z. B. zu berücksichtigen, dass nur weniger als 30 % aller Alkoholabhängigen irgendwann in ihrem Leben mit suchtspezifischen Einrichtungen Kontakt haben.



Die überwiegende Mehrheit der alkoholabhängigen Menschen findet man in den Praxen der niedergelassenen Ärzte und in den Allgemeinkrankenhäusern. Hier werden Suchtkranke in der Regel nur auf alkoholbedingte Folgekrankheiten und nicht auf die zugrunde liegende Suchterkrankung hin behandelt.

In jüngster Zeit gibt es verstärkte Anstrengungen in der medizinischen Fortbildung, die suchtherapeutische Kompetenz der Behandler im primärmedizinischen Bereich zu erhöhen.⁸⁵ In Bremen gab es ein über mehrere Jahre erfolgreich durchgeführtes Frühinterventionsprojekt auf internistischen Stationen des Klinikum Mitte, das beendet werden musste, weil eine Regelfinanzierung nicht zu erreichen war. Auf die Bedeutung des nichtspezialisierten medizinischen Behandlungsbereichs mit seinen bislang wenig genutzten Interventionschancen kann im Rahmen dieses Berichtes nur nochmals hingewiesen werden.

Die spezialisierte suchtttherapeutische Versorgung befindet sich, wie die psychiatrische Versorgung insgesamt, in einem Prozess der Umstrukturierung. Mit der Einrichtung der Behandlungszentren ist auch die klinische Versorgung suchtkranker Menschen zum großen Teil regionalisiert worden. Inwieweit bestimmte Bereiche, wie z. B. die ambulante Entwöhnungsbehandlung für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen, regional oder zentral vorgehalten werden sollen, ist noch nicht entschieden.

Auch das ambulante Drogenhilfesystem ist in einem gravierenden Umbauprozess begriffen. Im Dezember 2003 haben die Deputation für Arbeit und Gesundheit und die Deputation für Soziales, Jugend und Senioren und Ausländerintegration einer Neuorganisation des Hilfesystems zugestimmt. Als Ziele der Maßnahmen wurden festgelegt:

- Konzentration der Aufgaben auf zwei Drogenhilfezentren Mitte und Nord und eine niedrigschwellige Grundversorgungseinrichtung im Tivoli
- Verlagerung der operativen Steuerungsverantwortlichkeit an das Gesundheitsamt und Zusammenführung der Steuerungsstelle Drogenhilfe mit der Steuerungsstelle Psychiatrie am Gesundheitsamt
- Vollständige Übertragung der bisher kommunalen Aufgabenwahrnehmung in freie gemeinnützige Trägerschaft

Darüber hinaus ist zu Beginn des Jahres 2004 die Steuerungsstelle Drogenhilfe vom Amt für Soziale Dienste an die sozialpsychiatrische Abteilung des Gesundheitsamtes übergegangen, so dass nunmehr zusammen mit der Steuerungsstelle Psychiatrie die operative Steuerung der kommunalen Drogenhilfe und des ambulanten und stationären betreuten Wohnens im gesamten Suchtbereich organisatorisch zusammengeführt ist. Das Gesundheitsamt hat inzwischen auch die Geschäftsführung des „Fachausschuss Sucht“ übernommen, der als Unterausschuss der „Zentralen Arbeitsgruppe zur Versorgung psychisch kranker und suchtkranker Menschen in der Stadtgemeinde Bremen“ (ZAG) eingerichtet wurde und alle für die Versorgung verantwortlichen Institutionen und Einrichtungen an einen Tisch bringt.

⁸⁵ Daten und Informationen zu diesem Thema in: Deutsches Ärzteblatt / Jg.102 / Heft 33 / 19.8.2005: Diehl A., Mann K.: „Früherkennung von Alkoholabhängigkeit“.



5.1 Die klinische Versorgung suchtkranker Menschen (legaler Suchtbereich)

5.1.1 Stationärer und teilstationärer Bereich

Für den Bereich der Suchtkrankenversorgung verfügt die Stadtgemeinde Bremen gemäß Landeskrankenhausplan vom Juni 2003 über insgesamt 77 vollstationäre Betten, 19 akut- und 13 regeltagesklinische Plätze sowie 14 Betten und 5 tagesklinische Plätze zur Rehabilitation (Entwöhnung) im Behandlungszentrum für Abhängigkeitskranke.

Tab. 27: Stationäre und teilstationäre Betten/Plätze in den Behandlungszentren⁸⁶

	BHZ – Nord	BHZ - Mitte	BHZ - West	BHZ - Ost	BHZ – Süd	Haus Delbrück	Klinik Dr. Heines	Summe
Vollstationär	0	12	11	0	0	28	24	75
Akuttageskl.	0	4	5	0	5	5	0	19
Regeltageskl.	0	3	3	0	3	4	0	13
Entw. VS	0	0	0	0	0	14	0	14
Entw. TK	0	0	0	0	0	5	0	5
Gesamt	0	19	19	0	8	56	24	126

Die Struktur im Bereich der klinischen Suchtkrankenhilfe beinhaltet einige Besonderheiten:

- Zwar verfügt das BHZ – Nord über keine ausgewiesenen Betten/ Plätze für den Bereich der Abhängigkeitskranke, jedoch werden diese Menschen explizit im Rahmen der allgemeinen psychiatrischen Versorgung mit versorgt.
- das Behandlungszentrum für Abhängigkeitskranke am KH – Ost (BHZ – Abh.) führt die vollstationäre Suchtbehandlung für Patienten der Region Süd und die voll- und teilstationäre Behandlung für Suchtpatienten aus Bremen – Ost durch. Darüber hinaus wird hier die medizinische Rehabilitation für Abhängigkeitskranke (Entwöhnungsbehandlung) für alle Stadtteile durchgeführt.
- Mit 24 vollstationären Betten ist die Klinik Dr. Heines sektorübergreifend in die stationäre Pflichtversorgung für drogenabhängige Menschen eingebunden.

5.1.2 Sozialpsychiatrische Beratungsstellen und Institutsambulanzen

Zu den Aufgaben jeder Beratungsstelle und Ambulanz in den Behandlungszentren gehört auch die Versorgung abhängigkeitskranker Menschen im sog. „legalen Bereich“.

Wie oben schon dargestellt machten im Jahr 2003 die 1727 SuchtpatientInnen 34 % des Gesamtklientels im ambulanten Bereich der Behandlungszentren aus. Diese unterteilen sich zu fast gleichen Teilen in PatientInnen mit Status „SpsD“ (881) und mit Status „PIA“ (846)⁸⁷.

⁸⁶ Vgl. Verteilung Planbetten Stationen.xls (M.Stock) und eigene Ergänzungen.

⁸⁷ Vgl. Kap. 2.2.2, Tab. 8 und 9.



Die Behandlungszentren hatten im Jahr 2003 insgesamt 9808 Klientenkontakte, davon entfielen 32 % (3121) auf den Leistungsbereich „Beratung und Information“, 62 % (6064) auf den Bereich „Behandlung und Betreuung“ und 6 % (623) auf den Leistungsbereich „Krisenintervention“.

Ambulante suchtherapeutische Rehabilitationsmaßnahmen (Entwöhnungsbehandlungen – Kostenträger ist in der Regel der Rentenversicherungsträger) wurden in 37 Fällen durchgeführt. Diese 37 Behandlungen teilen sich auf in 31 Nachsorgebehandlungen nach stationärer Entwöhnung und in 6 ambulant durchgeführte Entwöhnungsbehandlungen.

Tab. 28: Kontakte und Kontaktarten der Ambulanzen⁸⁸

Kontakte	BHZ – Nord		BHZ - Mitte		BHZ - West		BHZ - Ost		BHZ - Süd		Alle 2003	
	abs.	%										
Ber./Info	269	16	1254	43	491	46	685	24	422	31	3121	32
Beh./Betr.	1258	76	1539	53	554	52	1917	68	796	58	6064	62
Krisenint.	138	8	102	4	15	1	218	8	150	11	623	6
Summe	1665	100	2895	100	1060	100	2820	100	1368	100	9808	100

Die absolut überwiegende Mehrheit derjenigen KlientInnen/PatientInnen, deren Diagnose dokumentiert wurde, hatte durch Alkohol bedingte Probleme und Störungen.

Tab. 29: Diagnosen der Sucht-Klienten in den Ambulanzen⁸⁹

Patienten	BHZ - Nord		BHZ - Mitte		BHZ - West		BHZ - Ost		BHZ - Süd		Alle 2003	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Störungen durch Alkohol	186	86	292	91	231	99	370	95	350	97	1429	94
Mehrfachabhängigkeit	19	19	22	7	3	1	18	5	10	3	72	5
Drogen (illegaler Bereich)	12	6	6	2	0	0	0	0	2	1	20	1
Gesamt-P.	217	100	320	100	234	100	388	100	362	100	1521	100

Die klientenbezogenen Daten der Ambulanzen in den Behandlungszentren sind nicht differenziert nach SuchtpatientInnen ausgewertet worden, so dass auf das Kap. 2.2.2 verwiesen werden muss.

5.1.3 Bereich Wohnen für Suchtkranke

In den Kontrakt zu operativen Fach- und Ressourcensteuerung zwischen dem SfAFGJS und dem Gesundheitsamt sind die Eingliederungshilfemaßnahmen für Süchtige (hier legaler Bereich) ebenso einbezogen, wie der weiter oben bereits dargestellte Maßnahmebereich für Erwachsene mit Störungen aus dem allgemeinspsychiatrischen Bereich.

⁸⁸ Siehe Leistungsstatistik BHZ 2003 (Sonderblatt). Anscheinend ohne Behandlungszentrum Abhängigkeitserkrankte.

⁸⁹ Siehe „Klientenstatistik Behandlungszentren 2003“



Es handelt sich im Einzelnen um folgende Leistungsbereiche:

- Betreutes Wohnen für Suchtkranke
- Übergangswohnheime für Suchtkranke
- Wohnheime für Suchtkranke

Die Versorgung suchtkranker Menschen hat nicht den Stand der Regionalisierung erreicht, den die Versorgung im Bereich der allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie aufweist. Im folgenden wird deshalb die Versorgungslage im Jahr 2003 für den Bereich der Suchtkrankenhilfe für die Stadtgemeinde Bremen insgesamt dargestellt⁹⁰.

205 suchtkranke Menschen wurden im Jahr 2003 in Heimen oder dem Betreuten Wohnen versorgt. Insgesamt wurden 217 mal ein Gesamtplan oder eine ergänzende Stellungnahme für einen bestehenden Gesamtplan erstellt und von der Steuerungsstelle geprüft.

Um Transparenz bei der Belegung freier Plätze zu gewährleisten, die Belegungsplanung zwischen den beteiligten Leistungserbringern abzustimmen (Pflege einer zentralen Warteliste und fallbezogene Hilfeplanung), wurde auf Initiative der Steuerungsstelle eine „Arbeitsgruppe Zugangssteuerung“ eingerichtet, an der neben der Steuerungsstelle die Behandlungszentren und die Einrichtungsträger teilnehmen.

Betreutes Wohnen

Zum Stichtag 31. Dezember 2003 wurden im Betreuten Wohnen 67 suchtkranke Menschen betreut, davon 15 mit einem Betreuungsschlüssel von 1:4 und 52 mit einem Betreuungsschlüssel von 1:8. Der Durchschnittsschlüssel liegt bei 1:7,1.

Tab. 30: Leistungserbringer, Plätze und Betreuungsschlüssel im Betreuten Wohnen für Suchtkranke

Träger	Platzzahl	Davon 1 : 4	davon 1 : 8
IsR Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V.	35	5	30
AWO Integra	27	7	20
Christiliches RehaHaus	2	1	1
SFC Sozialwerk der freien Christengemeinde	3	2	1
Summe	67	15	52

Im Jahresdurchschnitt lebten 68 Menschen im Betreuten Wohnen, davon 15 Frauen und 53 Männer. 63 Menschen lebten in Wohngemeinschaften.

Im Laufe des Jahres 2003 wurden 30 Menschen neu in das Betreute Wohnen aufgenommen. Die sich hieraus ergebende Fluktuation im Betreuten Wohnen ist damit doppelt so hoch wie im Betreuten Wohnen für psychisch kranke Menschen.

⁹⁰ Vgl. zum Folgenden: Steuerungsstelle Psychiatrie – Bericht 2003: 37 ff.



Unter Berücksichtigung der aktuellen Zahlen aus 2004 und 2005 ergibt sich folgende Entwicklung für das Betreute Wohnen für suchtkranke Menschen (Jahresdurchschnittsbelegung in bremischer Kostenträgerschaft):

Tab. 30a: Plätze im Betreuten Wohnen für suchtkranke Menschen

2003	2004	2005
68	69	75

Insbesondere in 2005 kam es zu einem deutlichen Fallzahlenanstieg um 8,7 % auf 75 Plätze. Dieser Platzzahlanstieg wirkte sich allerdings auf der Kostenseite nur mit einer Steigerungsrate von 1,6 % aus, da in weniger intensive Betreuungen umgesteuert werden konnte.

Heimwohnen für suchtkranke Menschen

Zum o. g. Stichtag wurden in den 6 Bremer stationären Einrichtungen insgesamt 128 suchtkranke Menschen versorgt. Im Jahr 2005 waren es 154 Plätze (unabhängig vom Kostenträger), was einem Anstieg von 20% entspricht.

Tab. 31: Heime für suchtkranke Menschen

Träger	Name	Platzzahl 2003	Platzzahl 2005	Art des Heimes
Arbeiterwohlfahrt	Haus Neuland	30	30	Übergangseinrichtung
Arbeiterwohlfahrt Kreisverband e.V.	Haus Blumental im Willi Dehnkamp Haus	24	24	Übergangseinrichtung
Sozialwerk der freien Christen- gemeinde	Haus Noa	24	24	Fördereinrichtung für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhän- gigkeitserkrankte (CMA)
Sozialwerk der freien Christen- gemeinde	Heimstätte Ohlenhof	20	26	Fördereinrichtung für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhän- gigkeitserkrankte (CMA)
Arbeiterwohlfahrt Kreisverband e.V.	Intensiv Betreutes Wohnen im Kurzent- rum Bruchhausen- Vilsen	20	20	Fördereinrichtung für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhän- gigkeitserkrankte (CMA)
Friedehorst	Bodo Heine Haus		20	Fördereinrichtung für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhän- gigkeitserkrankte (CMA)
Christliches Reha- Haus Bremen e.V.	Christliches Reha- Haus	10	10	Wohnheim für suchtkranke Er- wachsene
Summe		128	154	



Die in Fördereinrichtungen für **chronisch mehrfach** beeinträchtigte **Abhängigkeitserkrankte** (CMA) betreuten Menschen leiden in der Regel unter einem suchtmittelbedingten hirnor-
ganischen Abbau (Korsakow-Syndrom).

Mit der Eröffnung einer weiteren derartigen Einrichtung in der Neustadt („Bodo Heine Haus“ des Trägers Friedehorst) werden **ab Anfang 2004 weitere 20 CMA-Heimplätze** vorgehalten.

Mit dem Umzug/Übergang des entsprechenden Heimbereichs des Sozialwerks der Freien Christengemeinde aus der Heimstätte Ohlenhof in die „Abteilung Abraham“ im Schwarzen Weg 92 stehen **seit 2004 nochmals 6 weitere Plätze** zur Verfügung.

Insgesamt stehen **2005** unter Einbeziehung der Übergangswohnheime in Bremen 154 Heimplätze für suchtkranke Menschen zur Verfügung. Im Jahresdurchschnitt 2005 waren zu Lasten des bremischen Kostenträgers in bremischen Einrichtungen **134 Plätze** belegt. **82** dieser Plätze beziehen sich auf Einrichtungen für chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitserkrankte mit im Vordergrund stehenden hirnor-
ganischen Schädigungen, **52** Plätze auf Übergangswohn-
einrichtungen. Zählt man die in auswärtigen Heimen untergebrachten 27 suchtkranken Bremer (s. u.) hinzu, ergibt sich im Jahresdurchschnitt für 2005 eine **Gesamtplatzzahl von 161**.

Tab. 31a: Heimplätze für suchtkranke Menschen in bremischer Kostenträgerschaft – Jahresdurchschnittsbelegungen (Prozentangaben beziehen sich auf Vorjahr)

	2003	2004	2005
Bremische Heime	67	76 (+13 %)	82
auswärtige Heime	23	29 (+26 %)	27
Übergangswohnheime	48	52	52
alle Plätze	138	157 (+14 %)	161 (+2,5 %)

Übergangseinrichtungen

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

Seit 2003 erfolgte das Antrags- und Begutachtungsverfahren für die Übergangseinrichtungen nach den BSHG-Vorgaben für Maßnahmen der Eingliederungshilfe. Das schließt die Erstellung eines Gesamtplanes (§ 46BSHG) ein.

2003 hielten die Einrichtungen Haus Neuland und Haus Blumenthal der AWOIntegra 54 Plätze vor.



Im Jahresdurchschnitt **2003** wurde für **48 suchtkranke Bremer**⁹¹ ein Platz im Übergangswohnheim durch den Bremischen Sozialhilfeträger finanziert. In den Jahren **2004** und **2005** waren es jeweils **52 Plätze**.⁹²

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

Fördereinrichtungen für chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitserkrankte (CMA Heime)

Im Jahresdurchschnitt **2003 wurden 67** suchtkranken Menschen mit Suchtfolgeerkrankungen in Heimeinrichtungen mit einem besonderen rehabilitativen Angebot betreut (Kostenträger Bremen). Am 31. Dezember 2003 belegten sechs Personen mit einem auswärtigen Kostenträger einen Platz, sieben finanzierten ihn selbst. Im Jahresdurchschnitt **2004 wurden 76 Plätze** (+13 %) in bremischer Kostenträgerschaft belegt, im Jahr **2005 waren es 82 Plätze** (+ 8 %).

Belegung auswärtige Heime

Im Jahre 2003 wurden 6 Suchtkranke (alle mit Doppeldiagnose) nach auswärts verlegt. Erstmals konnte für die Jahre 2004 und 2005 mit relativer Zuverlässigkeit die Zahl der insgesamt auswärts untergebrachten Suchtkranken erfasst werden. In Heimen außerhalb Bremens waren im Jahr **2004** insgesamt **29** Suchtkranke untergebracht, im Jahr **2005** waren es **27** Personen (Die Zahlen beziehen sich auf die Jahresdurchschnittsbelegung). Bei 5 von den 27 auswärts untergebrachten Personen lag eine Doppeldiagnose vor (Psychose und Sucht).

Nichtbehandlungsfälle in der Klinik

2003 konnten 12 suchtkranke Patienten nicht aus der Klinik entlassen werden, obwohl ihre eigentliche kassenfinanzierte medizinische Behandlung abgeschlossen war. Der Verbleib in der Krankenhauspflege war für einen begrenzten Zeitraum erforderlich, weil keine geeignete Unterbringung vorhanden war. In der Regel war eine Heimunterbringung vorgesehen, ein geeigneter Platz aber noch nicht frei. Diese Patienten werden mit dem Begriff „Nichtbehandlungsfälle“ beschrieben.

Im Durchschnitt betrug ihre Verweildauer 38 Tage. Die entstandenen Kosten belaufen sich auf 93.742 € bei einem Tagessatz von ca. 200 € (entspricht einer durchschnittlichen Platzzahl von 1,3). Die längste Verweildauer von suchtkranken Patienten über die von den Krankenkassen finanzierte Behandlung hinaus betrug 110 Tage, die kürzeste 8 Tage.

U.a. durch Interventionen der Steuerungsstelle konnte erreicht werden, dass in 2004 und 2005 diese Aufenthaltsform in der Klinik bei Suchtkranken weiter reduziert wurde und inzwischen deutlich unterhalb einer Durchschnittsfallzahl von 1 liegt.

⁹¹ Hiervon entfallen 2 Plätze auf das Übergangswohnheim „Haus Lehe“ in Bremerhaven

⁹² Hiervon entfallen in 4 Plätze in 2004 und 3 Plätze in 2005 auf das „Haus Lehe“



5.2 Drogenhilfe

5.2.1 Entgiftungsbehandlung

Die Entgiftungsbehandlung für Drogenabhängige erfolgt in Bremen seit 2002 zentral in der Klinik Dr. Heines. Es stehen insgesamt 24 Betten in zwei Stationen zur Verfügung.

Die verfügbaren Entgiftungsbetten sind durchgängig voll ausgelastet, häufig sind längere Wartezeiten nicht zu vermeiden. Die Belegungsvermittlung erfolgt durch eine Mitarbeiterin der Drogenberatungsstelle Mitte ("Aufnahmestelle"), die auch die Wartelisten führt und versucht, die Belegung einzelfallorientiert bedarfsgerecht zu steuern.

Ein erhebliches Problem stellen komorbide Drogenabhängige dar, die in der Regel akut aufgenommen werden (müssen) und nicht selten als sogenannte "Drehtürpatienten" mehrere mehrwöchige Aufenthalte innerhalb eines Jahres haben. Dabei ist die Verweildauer häufig im Fehlen einer adäquaten Anschlussbehandlungsmöglichkeit begründet. Das weiter oben beschriebene Konzept einer szenenahen drogenpsychiatrischen Ambulanz (incl. Substitution) der Klinik Heines im Rahmen eines Integrierten Versorgungsangebotes könnte diese Versorgungslücke schließen helfen.

Auf den Drogenstationen werden auch Drogenkranke mit akuten psychiatrischen Störungen sowie mit Unterbringungsbeschluss nach dem PsychKG bzw. Bertreuungsrecht behandelt. Insbesondere auf Grund dieser Klientel konnte das Klinikkonzept, nach der eine der beiden Stationen als "Motivationsstation" für Klienten mit Abstinenzperspektive geführt werden sollte, bisher nur unzureichend umgesetzt werden.

Auch aus diesem Grund nehmen nach wie vor viele Bremer Klienten insbesondere im Vorfeld einer Abstinenztherapie lieber Entgiftungskliniken im näheren und weiteren Umfeld Bremens in Anspruch.

Dies gilt auch für minderjährige Drogenabhängige, wobei insbesondere eine Zunahme bei Klienten mit einer manifesten Cannabisabhängigkeit festzustellen ist. Entgiftungs- und Behandlungsangebote für diese Gruppe stehen ausschließlich außerhalb Bremens zur Verfügung. Für 2005 sind Kooperationsgespräche zwischen Drogenhilfe, Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie verabredet, um nach bremischen Lösungsmöglichkeiten für diese Zielgruppe zu suchen.

5.2.2 Stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation ("Therapie")

Vorrangiger Kostenträger für die medizinische Rehabilitation Drogenhängiger sind die Rentenversicherungen, denen auch die Steuerung dieses Segments des Hilfesystems obliegt.

Stationäre Medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung)

Die Nachfrage nach stationären Entwöhnungsbehandlungen ist in Bremen zwar seit Anfang der 90er Jahre parallel zur Ausweitung der Substitutionsbehandlung etwas zurückgegangen, hat sich aber seit einigen Jahren auf einem stabilen Niveau von etwa 130 - 150 abgeschlossenen Vermittlungen im Jahr eingependelt. Die Erfolgsquote liegt bei stationären Therapien bundesweit im Durchschnitt bei etwa 50 %.



Die Bremer Drogenberatungsstellen vermitteln den überwiegenden Teil ihrer Klienten in die 4 Therapieeinrichtungen der Bremer Träger:

- Therapiezentrum Hohehorst (Löhnhorst, Hohehorst gGmbH)
- Therapiezentrum STEPS (Schwachhauser Ring, STEPS gGmbH)
- Reha-Klinik "Pyramide" (Oyten, Therapiehilfe Bremen gGmbH)
- Therapiehof Loxstedt/ Düring (Therapiehilfe Bremen gGmbH) und in die
- Einrichtungen der "Therapiekette Niedersachsen" (TKN).

Andere überregionale Einrichtungen werden genutzt, wenn dies durch eine spezielle individuelle Indikation begründet ist. Dies ist insbesondere der Fall bei Minderjährigen komorbiden KlientInnen mit unzureichenden Deutschkenntnissen (i. d. Regel russischsprachige Aussiedler).

Nach wie vor bestehen für praktisch alle Therapieeinrichtungen Wartezeiten von in der Regel 3 bis 6 Monaten, verbunden mit der Schwierigkeit, die Behandlungsmotivation während der Wartezeit stabil zu halten.

Bei den in der Vergangenheit häufig sehr zeitaufwendigen Kostenübernahmeverfahren hat sich die Situation durch das SGB IX und die Krankenversicherungspflicht für Sozialhilfeempfänger verbessert.

Schwierigkeiten treten auf Grund des sehr aufwendigen Bewilligungsverfahrens vornehmlich in Fällen auf, bei denen die Wirtschaftliche Jugendhilfe Kostenträger ist (Klienten bis zum 21. Lebensjahr). Angesichts der gerade in dieser Altersgruppe in der Regel sehr labilen Therapiemotivation muss in diesem Bereich ein "schlankeres" Verfahren vereinbart werden.

Ambulante Medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung)

Die ambulante Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger spielt im Vergleich zur Gruppe der von legalen Suchtmitteln Abhängigen nur eine untergeordnete Rolle. Im wesentlichen liegt dies darin begründet, dass die Lebensumstände Drogenabhängiger in der Regel eine erfolversprechende ambulante Behandlung nicht zulassen.

In den meisten Fällen erfolgt eine ambulante Therapie deshalb als Nachbehandlung im Anschluss an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung. Dieses Angebot besteht bei allen Bremer Therapieträgern (Hohehorst GmbH, STEPS, Therapiehilfe Bremen).

Inwieweit die nach der Umstrukturierung der ambulanten Drogenhilfe vorgesehene engere Anbindung der ambulanten Entwöhnung an die ambulanten Drogenhilfezentren den Anteil der Fälle erhöhen kann, in denen eine ambulante Therapie als Alternative zur stationären Therapie sinnvoll ist, bleibt abzuwarten.

Unbefriedigend ist, dass es in Bremen nach wie vor kein von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte anerkanntes ambulantes (und stationäres) Therapieangebot für Drogenabhängige gibt.

Dies gilt bisher auch für Angebote der ambulanten medizinischen Rehabilitation für substituierte Drogenabhängige, obwohl die Finanzierung solcher Behandlungen durch die Rentenversicherungen und Krankenkassen seit 2003 prinzipiell unter allerdings engen Indikationen möglich ist.



5.2.3 Ambulante Hilfen (niedrigschwellige Hilfen, Beratung, psychosoziale Betreuung)

Angebote und Einrichtungen

Die Ende 2003 beschlossene Umstrukturierung des Bremer Hilfesystems wurde im Jahr 2004 eingeleitet und soll im Jahr 2005 abgeschlossen sein.

Im Wege einer auf Bremer Träger beschränkten Ausschreibung wurden als Träger für die beiden verbleibenden Drogenberatungsstellen in Bremen-Stadt und Bremen-Nord die neugegründete "Ambulante Drogenhilfe Bremen gGmbH" (Gesellschafter: Hohehorst gGmbH und Verein für Innere Mission) und für das niedrigschwellige Grundversorgungszentrum "Tivoli" der Träger "Comeback gGmbH" (Gesellschafter: Initiative zur Rehabilitation psychisch Kranker) ausgewählt.

Im Bereich der Drogenberatungsstellen besteht die wesentlichste konzeptionelle Veränderung in der vollständigen Integration der bisher räumlich und organisatorisch separaten Angebote der psychosozialen Betreuung Substituierter.

Das Projekt "Schritt für Schritt" (Betreuung drogenabhängiger Schwangerer und Mütter) wird ebenfalls zum Träger "Ambulante Drogenhilfe Bremen" übergeleitet, bleibt aber (zunächst) als eigenständiges Betreuungsprojekt erhalten.

Die vorgesehene vollständige räumliche Zusammenführung der Projekte in Bremen-Stadt wird wegen langfristiger Mietverträge voraussichtlich erst im Jahr 2007 möglich sein. Bis dahin wird die zentrale Drogenberatungsstelle in der Ölmühlenstr. 2 verbleiben.

Ins Grundversorgungszentrum Tivoli werden insbesondere die MitarbeiterInnen des Kontaktladens Weberstr. und der Begleitstelle für Substituierte (bisher am Dobben) integriert. Zusätzlich übernimmt die "Comeback gGmbH" die Trägerschaft der beiden "Ergänzenden Methadonprogramme (EMP)", die jedoch weiterhin als separate Projekte bestehen bleiben.

Tab. 32: Die neuen Projektzuordnungen im Überblick (Planung ab 2005):

<u>Drogenberatungsstelle Mitte</u>	<u>Drogenberatungsstelle Nord</u>	<u>Grundversorgungszentrum Tivoli</u>
<p><u>Träger:</u> Ambulante Drogenhilfe Bremen gGmbH</p>	<p><u>Träger:</u> Ambulante Drogenhilfe Bremen gGmbH</p>	<p><u>Träger:</u> Comeback gGmbH</p>
<p><u>Zugeordnet:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunale Drogenberatungsstellen Mitte, Ost, Süd • PSB Meta • PSB Aidshilfe <p><u>als separates Projekt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Projekt "Schritt für Schritt" 	<p><u>Zugeordnet:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunale Drogenberatungsstelle Nord • PSB ANI AVATI 	<p><u>Zugeordnet:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontaktladen Weberstr. • Begleitstelle PSB <p><u>als separate Projekte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • EMP Männer • EMP Frauen



Im personellen Bereich erhalten alle beim AfSD angestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der kommunalen Einrichtungen das Angebot, im Rahmen einer Personalüberlassung ihre bisherige Tätigkeit beim neuen Einrichtungsträger fortzusetzen.

Für die Neuordnung der MitarbeiterInnen der Projekte im Bereich der freien Träger sind Betriebsübergänge vorgesehen.

Durch diese Maßnahmen kann aller Voraussicht nach eine weitgehende personelle Kontinuität in der Leistungserbringung gewährleistet werden.

Auch räumlich bleibt es zunächst bei den eingeführten Standorten im Tivolihochhaus (Grundversorgungszentrum) sowie in der Ölmühlenstr. (Drogenberatungsstelle Mitte) und in der Georg-Gleistein-Str. (Drogenberatungsstelle Nord). Für die Drogenberatungsstelle Mitte soll jedoch nach Auslaufen des Mietvertrages ein größeres Objekt gefunden werden, um dann alle der Drogenberatungsstelle bereits organisatorisch zugeordneten Bereiche auch "unter einem Dach" zusammenführen zu können.

Die "**Medizinische Ambulanz für Drogenabhängige**" des Gesundheitsamts mit ihren Schwerpunkten med. Beratung und Behandlung und Überbrückungssubstitution blieb zunächst von der Umstrukturierung unberührt.⁹³ Die Überbrückungssubstitution findet im Gesundheitsamt in der Horner Str. statt, die übrigen Leistungen inkl. regelmäßiger Sprechstunden im Grundversorgungszentrum "Tivoli".

Für die Überbrückungssubstitution – in der Regel nach einem Klinikaufenthalt bis zur Überleitung in die Regelversorgung – besteht seit 2004 eine Ermächtigung für 20 Patienten. 2003 fanden 74 Substitutionsbehandlungen bei 64 Patienten statt.

In der allgemeinmedizinischen Sprechstunde der Med. Ambulanz wurden 2003 bei 305 Patienten 637 Behandlungen durchgeführt.

Basis- und Leistungsdaten

Seit 2002 wird unter wissenschaftlicher Begleitung durch das ISD Hamburg in der Bremer Drogenhilfe das bundesweit gebräuchliche Dokumentationssystem HORIZONT (elektronische Aktenführung mit begleitender Dokumentation von Biografie- und Leistungsdaten) implementiert. Aus verschiedenen Gründen vollzog sich die Einführung des neuen Systems schwieriger und langwieriger als zunächst erwartet, so dass erst für das Berichtsjahr 2004 eine erste umfassendere Datenauswertung durch das ISD erfolgen kann (Vorlage voraussichtlich im Mai 2005).

Für das Berichtsjahr 2003 ist aus den genannten Gründen die Datenlage insbesondere in den Bereichen Drogenberatung und niedrigschwellige Versorgung noch unbefriedigend und durch veränderte Indikatoren nur begrenzt mit den Vorjahrsdaten vergleichbar (bis 2002 Stichtagsdokumentation mit dem System DESTAS). Da die vorliegenden Zahlen jedoch die Einschätzung zulassen, dass gegenüber 2002 keine wesentlichen Veränderungen eingetreten sind, wird in der folgenden Darstellung auf Daten der Jahre 2001 und 2002 zurückgegriffen:

⁹³ Geplant ist für 2006 eine organisatorische Zusammenführung der Med. Ambulanz mit den beiden in freier Trägerschaft liegenden Substitutionsprojekten (EMP.Männer und EMP.Frauen).



Tab. 33: Fallzahlen (Klienten) und Leistungen ambulante Drogenhilfe⁹⁴

	2001	2002
Drogenberatungsstellen (5) (ohne Mehrfachnennungen)	1424	1382
davon: Drogenkonsumenten	1122	1003
Angehörige/ Eltern	302	379
Neufälle	549	435
Vermittlungen in Entgiftungsbehandlung	275	277
Vermittlungen in amb. und stat. Therapie (mit Aufnahme)	183	165
Begutachtungen § 46 BSHG	120	116
Kontakt- und Beratungszentrum "Tivoli"	877	836

Insgesamt muss für das ausschließlich Zuwendungs- bzw. pauschalfinanzierte Segment der ambulanten Drogenhilfen darauf hingewiesen werden, dass die in diesem Bereich dokumentierten Daten überwiegend keine unmittelbar budgetwirksame Relevanz haben (können). Gleichwohl vermitteln sie wichtige Anhaltspunkte für die fachliche Steuerung der Angebotsstruktur (z.B. Entwicklung der Klientenstruktur, Inanspruchnahme von Angeboten und Leistungen etc.).

5.2.4 Bereich Wohnen für Drogenabhängige

Die Bereiche Wohnen und Unterkunft spielen in der Versorgung Drogenabhängiger eine zentrale Rolle, da Drogenabhängige auf Grund ihrer Erkrankung und ihrer Lebensumstände überdurchschnittlich häufig von Wohnungsverlusten betroffen sind.

Die wichtigsten Segmente des Versorgungssystems sind in diesem Bereich

- Notunterkünfte
- Betreute Wohnprojekte für aktuell konsumierende bzw. substituierte Drogenabhängige
- Betreute Wohnprojekte für abstinenter lebende Drogenabhängige

Notunterkünfte

Die Auslastung und Verweildauern in den beiden Notunterkünften "La Campagne", Al-ringstr. (Hohehorst gGmbH) und "Sleep in Neuland", Oberneulander Landstr. (ASB) sind in erheblichem Maße von der allgemeinen Wohnraumsituation in Bremen abhängig und unterliegen darüber hinaus auch jahreszeitlichen Schwankungen.

Tab. 34: Leistungsdaten Notunterkünfte

	2002	2003
Zahl der Nutzer	257	281
Gesamtbelegtage	19517	21335
Auslastungsquote	97,2 %	106,3 %
Durchschnittl. Verweildauer pro Nutzer (Tage)	72	76

⁹⁴ Ein umfassender Jahresbericht 2002 der Drogenberatung mit Vergleichsdaten der vergangenen 10 Jahre kann bei der Steuerungsstelle "Drogen" des Gesundheitsamtes angefordert werden.



Die sehr hohe Auslastung der Notunterkünfte und die durchschnittliche Verweildauer von ca. 11 Wochen pro Klient im Jahr 2003 zeigen, dass es nach wie vor sehr schwierig ist, Drogenabhängige in Wohnraum des allgemeinen Wohnungsmarktes in Bremen zu vermitteln. Nach wie vor unbefriedigend sind auch die Möglichkeiten, Drogenabhängige über Kontingente in Wohnraum der Wohnungsbaugesellschaften zu vermitteln.

Ein Grund für die zeitweise Überbelegung der Notunterkünfte im Jahr 2003 liegt auch in geringeren Platzzahlen bei den über das Sozialamt belegten Hotels/ Pensionen.

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

Betreutes Wohnen

Im Betreuen Wohnen für aktiv konsumierende Drogenabhängige bzw. substituierte Drogenabhängige (Träger: Hohehorst GmbH, AK kommunale Drogenpolitik) standen 2003 in 5 Wohnprojekten 42 Plätze zur Verfügung, in 4. Projekten für abstinent lebende Drogenabhängige (Träger: Therapiehilfe Bremen) 27 Plätze.

Für Betreutes Wohnen in eigenem Wohnraum (Träger: Hohehorst GmbH, AK kommunale Drogenpolitik, AIDS-Hilfe) gab es 50 Plätze in 6 Einrichtungen. Drei dieser Einrichtungen bieten sowohl Betreuung in einer WG als auch in eigenem Wohnraum an. Im Regelfall wird der Übergang aus der WG in ein selbständiges Leben begleitet.

Tab. 35: Leistungsdaten Betreutes Wohnen

	2002	2003
Gesamtnutzer	161	212
Gesamtbelegtage	37197	42985
Auslastungsquote	85,6 %	99,8 %
Durchschnittl. Verweildauer pro Nutzer (Tage)	231	203

Die deutlich erhöhte Auslastung trotz der durchschnittlich um fast einen Monat reduzierten Verweildauer ergibt sich aus der um fast 25 % gestiegenen Zahl der betreuten Klienten. Zugenommen hat insbesondere die Zahl der in eigenem Wohnraum betreuten Klienten. Eine mögliche Ursache der verstärkten Inanspruchnahme von Wohnbetreuung könnte darin liegen, dass die Drogenberatungsstellen, z. B. aufgrund von Personaleinsparungen, weniger lebensfeldbezogene Hilfestellungen anbieten.

5.2.5 Substitutionsbehandlung

Während Substitutionsbehandlungen von Opiatabhängigen in anderen Ländern seit langem praktiziert wurden (USA Mitte der 60er Jahre, Schweiz und Holland z. B. seit Anfang der 80er Jahre), war diese Form der Behandlung Opiatabhängiger in Deutschland fachlich lange Zeit heftig umstritten („Abstinenzdogma“) und rechtlich faktisch durch das geltende Betäubungsmittelrecht nicht erlaubt. Erst im Zuge zunehmender HIV-Infektionen von Opiatabhängigen und nach einem Beschluss des Bundesgerichtshofs wurden Substitutionsbehandlungen auch in Deutschland **seit Oktober 1991 in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen.**



Das Bundesgesundheitsministerium beziffert derzeit die Zahl der Substitutionsbehandlungen in Deutschland mit rund 50.000. Nachdem über ein Jahrzehnt wesentliche Voraussetzung für eine Substitutionsbehandlung schwere gesundheitliche (Folge-) Erkrankungen waren – „nur“ Opiatabhängigkeit galt nicht als Behandlungsindikation - wurde nach den sog. BUB-Richtlinien v. Oktober 2002 gem. § 135 SGB V diese restriktive Haltung deutlich relativiert. Nach wie vor wird jedoch als „oberstes Ziel der Behandlung“ die Suchtmittelfreiheit angestrebt (Präambel der BUB-Richtlinien v. 28. Okt. 2002). Voraussetzung für die Durchführung einer Substitutionsbehandlung in der vertragsärztlichen Versorgung ist die „fachliche Befähigung“ der Ärzte nach § 5 BtMVV und eine entsprechende Genehmigung zur Substitutionsbehandlung durch die jeweilige KV nach entsprechender Antragstellung des Arztes (§ 10 BUB-Richtlinie). Die Behandlung kann nur im Rahmen eines umfassenden Therapiekonzeptes nach vorgeschriebener Indikation (§ 3 BUB Richtlinien) stattfinden. Substantieller Teil dieses Therapiekonzeptes sind u.a. „die im Einzelfall erforderlichen **psychosozialen Betreuungsmaßnahmen**“, die aber nicht unter die Leistungspflicht der GKV fällt. Ein Abbruchkriterium der Substitutionsbehandlung ist die „dauerhafte Nicht-Teilnahme des Substituierten an ggf. erforderlichen psychosozialen Betreuungsmaßnahmen“ (§ 8 BUB-Richtlinien). Während lange Zeit eine Substitutionsbehandlung nur in Notfällen sofort eingeleitet werden durfte, ist inzwischen die Aufnahme in eine Substitutionsbehandlung ausschließlich in die ärztliche Verantwortung übergegangen. Eine Qualitätssicherungskommission überprüft den Verlauf in „mindestens 2 % der abgerechneten Behandlungsfälle im Rahmen einer Zufallsauswahl“, ebenso alle Substitutionsfälle, deren Behandlungsdauer 5 Jahre überschreiten (§ 9 BUB-Richtlinien).

Von Anfang an wurde in Bremen das Ziel verfolgt, dass die Substitutionsbehandlungen im wesentlichen durch niedergelassene Ärzte als Leistungserbringer erfolgen und darüber das „randständige“ Klientel der Opiatabhängigen wieder mehr in das medizinische Regelversorgungssystem integriert wird. Nach BtMVV dürfen pro Arzt bis zu 50 Substitutionspatienten behandelt werden. Die meisten Ärzte in Bremen beschränken ihre Substitutionspatientenzahl aber auf 10 bis 25 Patienten, nur wenige behandeln 50 (oder mehr) Substitutionspatienten. Derzeit sind in der Stadtgemeinde Bremen **52 niedergelassene Ärzte** (v.a. Allgemeinmediziner, manche in Praxisgemeinschaften) an der Substitutionsbehandlung beteiligt. Hinzu kommen noch die für Substitutionsbehandlungen ermächtigten Ärzte in Sonderprogrammen wie dem EMP-Frauen und EMP-Meta/Altfixer (in freier Trägerschaft), der Überbrückungssubstitution des Gesundheitsamtes Bremen und seit Anfang Oktober 2005 der psychiatrischen Drogenambulanz der Aneos Klinik Dr. Heines in der Schillerstraße. Derzeit wird überlegt, ob und unter welchen Bedingungen im Jahre 2006 eine Zusammenlegung der beiden ergänzenden Methadonprogramme (EMP) mit den Angeboten der Medizinischen Ambulanz des Gesundheitsamtes Bremen einschließlich Überbrückungssubstitution erfolgen kann.

Perspektivisch könnte dann in einem nächsten Schritt eine Zusammenführung mit der psychiatrischen Drogenambulanz der Aneos Klinik Dr. Heines in Frage kommen, ggf. als Integriertes Versorgungsmodell.

Durchschnittlich werden in Bremen zwischen 1000 und **1100 PatientInnen** substituiert (nach KV-Statistik). Kumuliert kommt man im Land Bremen auf ca. 4000 Opiatabhängige, die inzwischen Erfahrung mit Substitutionsbehandlungen haben. Erfasst sind nicht „Privatpatienten“, die ihre Substitutionsbehandlung selbst bezahlen. Ebenso nicht erfasst sind die in der JVA Bremen substituierten Inhaftierten (vermutlich 60 – 80).



Die Wochenendvergabe wird bei etwa einem fünftel der Patienten über den sog. Methadonbus organisiert, der von der KV Bremen organisiert/finanziert wird und in dem Substitutionsärzte an vier Haltestelle in Bremen (Mitte, Neustadt, Sebaldsbrück, Walle) die Patienten versorgen, die nicht für eine take-home-Mitnahme berechtigt sind oder am Wochenende in Praxen von ihren behandelnden Ärzten versorgt werden.

Die **Ergänzenden Methadon Programme (EMP's)** mit derzeit bis zu 80 Patienten sind Anfang der 90er Jahre für ein bestimmtes Klientel (in der Regel PatientInnen, die aufgrund ihrer Verhaltensauffälligkeiten nicht oder nur eingeschränkt in Arztpraxen behandelt werden können) bei freien Trägern der Drogenhilfe angesiedelt worden. Sie finanzieren sich über Ermächtigungen für vertragsärztliche Abrechnungsmöglichkeiten und kommunale Zuwendungen. Eine weitere Besonderheit dieser Sonderprogrammen besteht darin, dass die psychosozialen Begleithilfen unmittelbar vorgehalten werden.

Die **Überbrückungssubstitution der Med. Ambulanz** im Gesundheitsamt Bremen übernimmt seit 1998 den Versorgungsauftrag, bis zu 20 Patienten unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt zu substituieren. Innerhalb von 6 Monaten muss dann der weitere Behandlungsverlauf, z. B. durch Übergabe in die vertragsärztliche Regelversorgung, geklärt werden.

Seit Beginn der Substitutionsbehandlungen in Bremen wurde über den Stellenwert von psychosozialen Begleitmaßnahmen debattiert (vgl. Abhandlung Bartling/Schöfer 2004: „Psychosoziale Begleitung: ideologische Chimäre oder konkrete substituitionsbegleitende Hilfen“). Problematisiert wurde vor allem, dass sich die **Psychosozialen Begleithilfen (PSB)** von Substituierten mehr und mehr neben der normalen Drogenberatung sowohl inhaltlich/fachlich als auch organisatorisch als eine spezielle Therapieform etablierten. Mit der Umstrukturierung der ambulanten Drogenhilfe ab dem 1. Januar 2005 wurde der „spezialisierte“ Teil der Substitutionsbegleitung wieder in die jetzt bestehenden Drogenberatungsstellen (Mitte, Nord, Ost) als Regelaufgabe integriert. Die Indikationsregeln für substituitionsbegleitende Hilfen wurden klarer definiert und orientieren sich deutlicher am konkreten individuellen Hilfebedarf, an der Motivation zur Mitarbeit und an realistischen prognostisch begründeten Zielen. Die Zusammenarbeit zwischen der Drogenberatung und den zuweisenden substituierenden Ärzten wurde in einem Leitfaden neu geregelt. Jeder Substituierte erhält auf Wunsch eine fallführende Ansprechperson im Drogenhilfesystem, die in einem Beratungsgespräch abklärt, ob und welche psychosozialen Begleithilfen indiziert sind. Der zuweisende Arzt wird über eine schriftliche Rückmeldung bzw. Bescheinigung über das Ergebnis dieser Abklärung möglicher substituitionsbegleitender Hilfen informiert. Für die Klienten in den Substitutionsprojekten (EMP's und Überbrückungssubstitution) erfolgen die substituitionsbegleitenden Hilfen durch die Mitarbeiter der jeweiligen Projekte. Seit Beginn der Substitutionsbehandlungen in Bremen gibt es für substituierende Ärzte den **„Qualitätszirkel Suchterkrankung“** in der Ärztekammer Bremen. In bisher mehr als 100 Sitzungen wurden die verschiedensten Bereiche der Substitutionsbehandlungen (vertragsrechtliche Fragen, Qualitätsstandards, Fortbildungsangebote) behandelt. U. a. war in 2004 das Thema „Sicherstellungsauftrag“ der KV bzw. ausreichende Versorgung für bestimmte Patientengruppen (v. a. schwer in einer Arztpraxis fähbare und haftentlassene Personen). Dies wurde auch mit dem KV-Vorstand erörtert und durch eine Umfrage bei Substitutionsärzten recherchiert. Niedergelassene Ärzte wurden aufgefordert, ihre Patientenanzahl zu erhöhen, um dem Sicherstellungsauftrag gerecht zu werden.



Trotz eines inzwischen erweiterten Substitutionsangebotes (Dr. Koc, Ameos Klinik Dr. Heines) bleibt festzustellen, dass nach wie vor bestimmte Patientengruppen schwer vermittelbar sind. Hilfreich wäre eine Clearingstelle, der freie Substitutionsplätze gemeldet werden, damit Vermittlungsanfragen gezielter beantwortet werden können.

5.2.6 Selbsthilfe und Angehörige suchtkranker Menschen

Neben den professionellen Hilfen durch Beratungsstellen und Kliniken kommt den Aktivitäten der Selbsthilfegruppen erhebliche Bedeutung zu.

Selbsthilfeorganisationen von und für Menschen mit substanzbezogenen Störungen sind nicht nur als eine Ergänzung der professionellen Suchtkrankenhilfe zu betrachten, sie stellen ein eigenständiges Unterstützungssystem dar, das einen quantitativ und qualitativ wesentlichen Beitrag zur Überwindung von Problemen im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch und Abhängigkeitserkrankungen leistet.

In Bremen gibt es bezogen auf den Suchtbereich etwa 100 Selbsthilfegruppen, die regelmäßig von etwa 1200 Personen besucht werden.

Alkoholabstinenzgruppen gibt es in jedem Stadtteil und in der Regel ist auch an jedem Wochentag mindestens eine Gruppe erreichbar. Für Menschen mit Drogen- und Medikamentenproblemen gibt es spezielle Selbsthilfegruppen. Auch für Angehörige Süchtiger werden Selbsthilfegruppen vorgehalten.

Die Sucht-Selbsthilfegruppen sind Bestandteil bundesweit aktiver Selbsthilfeorganisationen mit geregelten Zuständigkeiten und Abläufen. Es dominieren besonders die bekannten Selbsthilfeorganisationen wie die Anonymen Alkoholiker (AA), Guttempler, Kreuzbund, Blaues Kreuz, Narcotics Anonymous (NA).

Bestimmte Gruppen sind bereits in die stationäre Fachbehandlung Süchtiger aktiv eingebunden.

Bezüglich der Rahmen- und Förderbedingungen wird auf das Kapitel 4 „Selbsthilfe und Angehörige psychisch Kranker“ verwiesen.

Nähere Informationen zu den Selbsthilfegruppen sind zu erhalten über:

Selbsthilfe- und Gesundheitsförderung am Gesundheitsamt Bremen

Horner Str. 60/70, 28203 Bremen

Tel.: (0421) 361-15141, FAX; (0421) 361-15554

Öffnungszeiten: Mo, Mi und Do 09:00- 15:00 Uhr, Di 11:00-15:00 und Fr 09:00-14:00 Uhr

Netzwerk Selbsthilfe e. V.

Faulenstr. 31, 28195 Bremen

Tel.: (0421) 498-8634, FAX (0421) 707472

Öffnungszeiten: Mo, Di, Do und Fr von 10:00 – 13:00 Uhr, Mo und Do 14:00-18:00 Uhr

Für den Bremer Westen ist beim Gesundheitstreffpunkt West, Gröpelinger Heerstr. 120, Tel 617079, eine Broschüre zu den „**Hilfsangeboten im Bremer Westen**“ zu erhalten.

Umfassende Informationen zu Hilfsangeboten für Menschen mit Suchtproblemen und Suchtkrankheiten sind im regelmäßig aktualisierten „**Beratungsführer Sucht Bremen**

Stadt“ über die Internetadresse des Gesundheitsamtes: www.Gesundheitsamt-Bremen.de unter „Sozialpsychiatrie“ abrufbar.



5.2.7 Bewertung und Planungsempfehlungen

Zwei wichtige organisatorische Veränderungen sind im Bereich der Suchtkrankenhilfe hervorzuheben:

- Mit der Integration des Sozialpsychiatrischen Dienstes in die Behandlungszentren wechselte im Jahr 2003 die dem Sozialpsychiatrischen Dienst angegliederte ambulante kommunale Suchtkrankenhilfe im legalen Bereich in die Trägerschaft des Klinikum Ost bzw. des Klinikum Nord.
- Die kommunale Drogenhilfe wurde ebenfalls neu strukturiert. Zum einen wechselte 2004 die operative Steuerung dieses Bereichs vom AFSD zum Gesundheitsamt, so dass die Steuerungsstellen Psychiatrie und Drogen nunmehr unter einem Dach zusammengefasst sind. Zum anderen wurden die Drogenberatungsstellen und das Kontakt- und Beratungszentrum Tivoli ab 2005 in freie Trägerschaft überführt und die Angebote organisatorisch konzentriert.

Sowohl die Veränderungen im legalen Suchtbereich als auch im Drogenbereich waren **wichtige Reformschritte**, um die vorhandenen Ressourcen effizienter zu nutzen und durch die Integration bislang getrennter Leistungsbereiche mehr Wirksamkeit entfalten zu können.

Die ambulante Drogenhilfe wird aufgrund bereits beschlossener Mittelkürzungen in den kommenden Jahren weitere **Leistungseinschränkungen** hinnehmen müssen, die u.a. die sogenannte psychosoziale Begleitung von Substituierten (PSB) betreffen. Für die substituitionsbegleitenden Hilfen wird verstärkt auf eine differenzierte Indikation zu achten sein, die der gesetzlich vorgeschriebenen Angebotspflicht an psychosozialen Begleithilfen Genüge tut, sich gleichzeitig jedoch auf das begrenzt, was bezogen auf realistische Zielsetzungen erfolversprechend ist.

Die begrenzten Mittel erzwingen insgesamt eine noch stärkere Ergebnisorientierung der therapeutischen Angebote und eine konzeptionell möglichst klare Trennung zwischen Hilfen zum Überleben (KBZ-Tivoli) und Hilfen zum Ausstieg in den beiden Drogenhilfezentren Mitte und Nord.

Die im Zuge der Regionalisierung der stationären psychiatrischen Versorgung und der Auflösung der Suchtklinik Sebaldsbrück erfolgten Veränderungen im **stationären Behandlungsbereich** sind vielschichtig. Neben spezialisierten zentralen Strukturen (Entgiftung Drogenabhängiger, med. Rehabilitation legale Sucht, zentrale stat. Behandlung für die Sektoren Süd und Ost) gibt es in die alltagspsychiatrische Behandlung integrierte stationäre Behandlungsangebote sowohl regionalisiert (Nord) als auch weiterhin auf dem Gelände des Klinikum Ost (West, Mitte). Man wird die weitere Entwicklung abwarten und beobachten müssen, bevor die unterschiedlichen Angebotsformen bewertet werden können.

Für den stationären Behandlungsbereich Drogenabhängiger (Klinik Dr. Heines) besteht die Notwendigkeit, den Belegungsdruck durch Drogennotfälle zu reduzieren. Empfohlen wird die Einrichtung einer szenenahen Vorschaltambulanz, um Notfälle möglichst ambulant aufzufangen und in der Klinik die Bedingungen für eine qualifizierte Entgiftungsbehandlung zu erhalten. Ein integriertes ambulantes Versorgungsmodell nach § 140 a SGB V unter Einbezug substituierender Vertragsärzte und der Med. Ambulanz des Gesundheitsamtes wäre eine zukunftsweisende Lösung, um den schwerst drogenabhängigen Drehtürpatienten eine ambulante Alternative anbieten zu können.



Mit einem solchen auch psychiatrische Kompetenz umfassenden ambulanten Angebot könnte zudem die Versorgungslücke für komorbide Drogenabhängige geschlossen werden, bei denen neben der Drogensucht auch schwerwiegende psychische Störungen vorliegen.

Im steuerfinanzierten Eingliederungshilfebereich kann man im legalen Suchtbereich zumindest für das **Betreute Wohnen** und die Übergangseinrichtungen eine relative Konstanz der Platzzahlentwicklung feststellen.

Die Platzzahl der **Heimeinrichtungen** mit speziellen Förderangeboten für chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitserkrankte (CMA) mit im Vordergrund stehenden hirnorganischen Schädigungen ist in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Mit der Eröffnung der Fördereinrichtung „Bodo Heine Haus“ im Frühjahr 2004, sowie einer Platzzahlerweiterung von 20 auf 26 Plätze beim Sozialwerk der Freien Christengemeinde (SFC) stehen in Bremen inzwischen 90 Plätze zur Verfügung. Die Förderung von suchtkranken Menschen in Eingliederungshilfeeinrichtungen mit besonderen rehabilitativen Angeboten bedeutet für viele der dort lebenden Menschen eine Chance, so viel an Fähigkeiten wiederzuerlangen, dass ein Leben außerhalb des Heimes möglich ist. Zu prüfen ist jedoch, welche Bewohner von diesen Förderangeboten tatsächlich profitieren und ob eine Differenzierung des Hilfeangebots möglich ist. Bei hirnorganisch beeinträchtigten Menschen besteht ein besonderes Problem, weil die Prognose oft schwer einzuschätzen ist. Nach einer Zeit der Eingliederungshilfe kann sich herausstellen, dass besondere Fördermaßnahmen keine weiteren Fortschritte bewirken. Der Betreuungsbedarf sollte dann entsprechend angepasst werden können. Eine gemeinsam mit den Leistungserbringern im Jahr 2005 durchgeführte Erhebung zur Bewohnerstruktur der CMA-Heime unterstützt die Einschätzung, dass es um zwei Klientengruppen geht: Zum einen um solche Klienten, die durch gezielte Fördermaßnahmen an Selbständigkeit hinzugewinnen und zum anderen um solche, die diese Entwicklungsmöglichkeiten nicht mehr haben und eine stationäre „Dauerbeheimatung“ benötigen.

Seit 1998 werden 20 Menschen mit einer chronischen Abhängigkeitserkrankung im Kurzentrum Bruchhausen-Vilsen betreut, ursprünglich geplant als Notbehelf, bis eine geeignete Einrichtung in Bremen bezogen werden kann. Durch weitere (Übergangs)Vereinbarungen wurde dieser Zustand immer wieder verlängert. Die geplante Erstellung eines Gebäudes in der Stadtgemeinde Bremen erfolgte bislang nicht. Das Prinzip der Gemeindenähe dürfte für diese Einrichtung angesichts der relativ großen Entfernung kaum realisierbar sein. Es wird deshalb empfohlen, die Verhandlungen mit dem Träger der Einrichtung wieder zu intensivieren, um auf eine Änderung dieses Provisoriums hinzuwirken.

Eine besondere Problemgruppe stellen neben den chronisch mehrfach geschädigten Abhängigkeitskranken die komorbid Suchtkranken dar, die neben ihrer Suchterkrankung zusätzlich unter einer schwerwiegenden psychischen Störung leiden. Insbesondere in der Nachsorge nach stationärer Behandlung fehlen für diese sogenannten **Doppeldiagnose-Patienten** spezialisierte Angebote. Eine Arbeitsgruppe des Fachausschusses Sucht beschäftigt sich seit 2003 mit diesem Thema. Man kann davon ausgehen, dass 25 bis 30 % der psychisch kranken Menschen in betreuten Wohneinrichtungen zumindest einen Suchtmittelmissbrauch betreiben.



Bei etwa 10 % im Betreuten Wohnen und bei 5 % in den Heimeinrichtungen ist im Hilfeplan ausdrücklich eine Doppeldiagnose festgehalten, d.h. hier liegt neben der psychotischen Erkrankung eine manifeste Suchtmittelabhängigkeit vor. Diese Komorbidität stellt in einem nicht spezialisierten Setting nicht nur die individuelle Behandlung und Betreuung vor große Probleme, die Integration dieser Personen in normale Wohneinrichtungen geht oft auch zu Lasten der übrigen Bewohner.

Mit zunehmender Tendenz werden Personen aus dieser Problemgruppe in **auswärtige Einrichtungen** vermittelt. Im Jahr 2004 waren es 6 Personen aus dem Bereich Psychiatrie/legaler Suchtbereich (Vorjahr 2) und 11 Personen aus dem Drogenhilfebereich, die mit einer Doppeldiagnose-Problematik in auswärtige Einrichtungen verlegt wurden. Die steigende Zahl stationärer Eingliederungshilfemaßnahmen bei komorbiden Drogenabhängigen dürfte auch damit zusammenhängen, dass es an ambulanten psychiatrisch-suchttherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten für Drogenabhängige fehlt. Das bereits angesprochene Konzept einer szenenahen integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V für mehrfach geschädigte Drogenabhängige könnte diese Versorgungslücke schließen helfen.

An der Schnittstelle zum Jugendhilfebereich stellt die steigende Zahl **junger Erwachsener mit einer Doppeldiagnose** eine besondere Herausforderung dar. Eine engere Kooperation zwischen dem Hilfesystem für Erwachsene und dem Jugendhilfebereich ist notwendig, um die diesbezügliche Datenlage zu verbessern und abgestimmte Betreuungskonzepte zu entwickeln (s. 3.2.3).

Die **Arbeitsgruppe Doppeldiagnosen** des Fachausschusses Sucht der ZAG hat in der zweiten Jahreshälfte 2005 einen Ergebnisbericht zur „Versorgungs- und Behandlungssituation von komorbiden Patienten aus akutstationärer Sicht“ vorgelegt.⁹⁵ Der Bericht schließt mit folgenden zielgruppenspezifischen Vorschlägen ab:

- Konzeptionelle Öffnung und Weiterentwicklung der bestehenden psychiatrischen und suchtspezifischen Angebote – vor allem durch Qualifizierungsmaßnahmen.
- Einrichtung einer Drogenambulanz mit Substitutionsangebot für komorbide Patienten⁹⁶
- Einrichtung eines sozialtherapeutischen Wohnheimes für Jugendliche und junge Erwachsene – mit integrierter Berufsfindungs- und Ausbildungsmaßnahme.
- Einrichtung abstinenzorientierter Wohngemeinschaftsplätze
- Einrichtung von Wohnheimplätzen für sog. CMA-Patienten (chronisch mehrfach geschädigte Abhängige) ohne kurzfristige Abstinenzperspektive
- Einrichtung einer niedrighwelligen abstinenzorientierten Übergangseinrichtung mit eher kurz- bis mittelfristiger Aufenthaltsdauer, z. B. für Patienten, die nach einer Entgiftung nicht sofort in eine Entwöhnungsbehandlung aufgenommen werden können

⁹⁵ Erstellt wurde der Bericht durch Herrn H. Georgi (Klinikum Bremen Ost) und Herrn Dr.med. J. Koc (Ameos Klinik Dr. Heines).

⁹⁶ Die AMEOS Klinik Dr. Heines hält seit Herbst 2005 in der Schillerstraße 14 ein derartiges Ambulanzangebot vor auf der Grundlage einer psychiatrischen Institutsambulanzermächtigung für Drogenabhängige und einer persönlichen Substitutionsermächtigung des auch für die stationäre Behandlung verantwortlichen Oberarztes.



Inwieweit spezialisierte Angebote unter fachlichen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten die richtige Antwort auf die beschriebenen Probleme sind, ist auf der Fachebene weiter zu klären. Jedes spezialisierte Angebote schafft auch neue Schnittstellenprobleme. Da sich abzeichnet, dass die klassische Trennung von Sucht und Psychiatrie und innerhalb der Suchthilfe die Trennung zwischen legalem und illegalem Suchtbereich den realen komplexen Problemlagen immer weniger gerecht wird, dürfte eine der größten Herausforderungen der nächsten Jahre darin liegen, die **Integration und Vernetzung** dieser Bereiche weiter voranzubringen.