

Psychiatriebericht der Stadt Dortmund 1998–2003

Juni 2005



Vorwort

Die Arbeit an dieser Fortschreibung des Psychiatrieberichtes der Stadt Dortmund hat mehr als zwei Jahre gedauert. In dieser Zeit haben die Akteure vor Ort, wozu diesmal auch eine Vertretung der Psychiatrieerfahrenen gehörte, Erhebungsbögen ausgefüllt, Anregungen und Hinweise gegeben, Anmerkungen gemacht und Daten sowie Aussagen korrigiert. Sie haben sich intensiv mit dem Projekt und der Sache auseinandersetzt und ihre – knappe – Zeit mit eingebracht.

Hierfür bedanke ich mich.

Mein Dank gilt auch den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern der externen „Datenhalter“ beim Statistischen Landesamt, dem Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD), dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe, der Bundesagentur für Arbeit sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, die ihre Datenbestände aufgearbeitet und dem Projekt zur Verfügung gestellt haben. Die Kombination von eigener Erhebung und Auswertung von externen Datenbeständen, die hierdurch erst möglich wurde, ist eine der Besonderheiten des Dortmunder Projektes und der Dortmunder Vorgehensweise.

Die Stadt Dortmund hat das ambitionierte Projekt einer Fortschreibung der Psychiatrieberaterstattung in einer schwierigen Zeit leerer Kassen finanziert. Ich betone dies, weil eine gute Informationslage und das Wissen über Entwicklungen und Zusammenhänge im Gesundheits- und Sozialbereich zwar Voraussetzung ist für eine verbesserte Steuerung, für einen wirksamen und wirtschaftlichen Einsatz von knappen Ressourcen, den öffentlichen Haushalten gleichzeitig oftmals aber wenig Möglichkeit gegeben ist, hier zu investieren. Dass dies der Stadt Dortmund trotz schwierigster Rahmenbedingungen gelungen ist, verdient besondere Anerkennung.

Wittlich im Juni 2005



Thomas Schmitt-Schäfer

Psychiatriebericht der Stadt Dortmund 1998–2003

Juni 2005

| | | |
|-----------|--|-----------|
| | Vorwort | 3 |
| 1 | Einleitung | 7 |
| 2 | Psychiatrische Krisen- und Notfallversorgung | 8 |
| | 2.1 Inhalt der Handlungsempfehlungen | 8 |
| | 2.2 Ergebnisse der Psychiatrieerberichterstattung | 8 |
| 3 | Ambulante psychiatrische Behandlung und Betreuung | 9 |
| | 3.1 Inhalt der Handlungsempfehlungen | 9 |
| | 3.2 Ergebnisse der Psychiatrieerberichterstattung | 9 |
| 4 | Krankenhausversorgung | 10 |
| | 4.1 Inhalt der Handlungsempfehlungen | 10 |
| | 4.2 Ergebnisse der Psychiatrieerberichterstattung | 10 |
| 5 | Bereich des Wohnens | 11 |
| | 5.1 Inhalt der Handlungsempfehlungen | 11 |
| | 5.2 Ergebnisse der Psychiatrieerberichterstattung | 11 |
| 6 | Beschäftigung und berufliche Eingliederung | 12 |
| | 6.1 Inhalt der Handlungsempfehlungen | 12 |
| | 6.2 Ergebnisse der Psychiatrieerberichterstattung | 12 |
| 7 | Verbesserung der Zusammenarbeit | 13 |
| | 7.1 Inhalt der Handlungsempfehlungen | 13 |
| | 7.2 Ergebnisse der Psychiatrieerberichterstattung | 13 |
| 8 | Zusammenfassung der Erhebungsergebnisse | 14 |
| | 8.1 Ambulante medizinische Behandlung | 14 |
| | 8.2 Krankenhausbehandlung im Rahmen einer Institutsambulanz | 14 |
| | 8.3 Krankenhausbehandlung im Rahmen der Tageskliniken | 16 |
| | 8.4 Krankenhausbehandlung in den stationären Abteilungen | 16 |
| | 8.5 Leistungen der medizinischen Rehabilitation | 20 |
| | 8.6 Beschütztes Wohnen in der Stadt Dortmund | 22 |
| | 8.7 Leistungen für Arbeit, Beschäftigung und berufliche Rehabilitation | 25 |
| | 8.8 Tagesstrukturierende Hilfen | 28 |
| | 8.9 Der Sozialpsychiatrische Dienst | 31 |
| 9 | Verzeichnis der Tabellen | 33 |
| 10 | Literaturverzeichnis | 34 |

Die Funktion von Sozial- bzw. Gesundheitsberichterstattung im Allgemeinen und einer Psychiatrieberichterstattung im Besondern besteht darin, für die Akteure in der jeweiligen Versorgungsregion relevante Informationen für Planungszwecke im Interesse einer Weiterentwicklung des Versorgungssystems zur Verfügung zu stellen.

Die aufbereiteten Daten bedürfen der Interpretation und darüber hinaus der Bewertung durch die Verantwortlichen vor Ort. Die Reflektion bestehender Zusammenhänge und die Bewertung von Stärken und Schwächen des Versorgungssystems orientieren sich an normativen Leitlinien, wie sie zu Beginn des Projektes Ende der Neunziger Jahre formuliert wurden¹. Inhaltlich ging es den Handelnden vor Ort um die Weiterentwicklung des Versorgungssystems im Sinne eines personenzentrierten gemeindepsychiatrischen Verbundsystems.

Nach Vorlage des ersten Psychiatrieberichtes im Oktober 2000 und der Diskussion der Ergebnisse in den entsprechenden fachlichen und politischen Gremien, die unter Beteiligung der Betroffenen geführt wurde, wurde die Erstellung des Psychiatrieberichtes begleitende Expertengruppe beauftragt, „Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung für Dortmund“ zu entwickeln. Diese Handlungsempfehlungen wurden im April 2001 vorgelegt und im September 2001 von der Psychosozialen Konferenz verabschiedet.

Die nun vorliegende Fortschreibung des Psychiatrieberichtes Dortmund bis zum Jahre 2003 gibt neben anderen Aspekten auch Auskunft darüber, ob und inwieweit die in den „Handlungsempfehlungen ...“ formulierten Ziele erreicht wurden.

Die Psychiatrieberichterstattung bildet Aspekte des Leistungsgeschehens der Dienste und Einrichtungen in der Stadt Dortmund ab, die mit Menschen mit seelischer Behinderung arbeiten. Weder wird das Leistungsgeschehen als solches in all seiner Vielseitigkeit dargestellt, noch konnten im Rahmen der vorliegenden Fortschreibung die dahinter stehenden Strukturen und Prozesse beleuchtet werden. Die Daten informieren darüber, wo Dortmunder Bürgerinnen und Bürger mit einer psychischen und Verhaltensstörung bzw. einer seelischen Behinderung Begleitung und Unterstützung erfahren haben.

Die Berichterstattung umfasst somit zwangsläufig jene, die von den Diensten und Einrichtungen erreicht werden oder umgekehrt diejenigen, die die Dienste und Einrichtungen erreichen und in Anspruch nehmen. Die vorliegende Datensammlung bildet also nicht die gesamte psychiatrische Versorgungsrealität in der Stadt Dortmund oder für Dortmunder Bürgerinnen und Bürger ab, sondern sie zeigt einen Ausschnitt dessen, was in den Diensten und Einrichtungen geschieht und wie sich dies in den letzten fünf Jahren verändert hat.

Auf den letzten Aspekt wird besonders Wert gelegt. Neben der Interpretation und Bewertung von Daten im Lichte normativer Setzungen bildet der Vergleich eine wesentliche, vielleicht die wichtigste Grundlage zur Beurteilung eines Versorgungssystems. Vgl. sind in zweierlei Richtungen möglich.

Zum einen kann im Querschnitt mit anderen Versorgungsregionen, im Landes- oder dem Bundesdurchschnitt verglichen werden, zum anderen im Längsschnitt auf der Zeitachse. Die Fortschreibung des Psychiatrieberichtes Dortmund dokumentiert die Entwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems über den Zeitraum von nahezu sechs Jahren hinweg, womit erste Reflektionen im Längsschnitt möglich werden.

Die Akteure in der Stadt Dortmund haben mit ihren „Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung“ vom April 2001 die Schwerpunkte der inhaltlichen Darstellung vorgegeben.

Der nun folgende Textteil greift aus der Fülle der vorliegenden Daten diejenigen heraus, die im Lichte dieser Prioritäten relevant sind. Dies schließt mit ein, dass die Leserinnen und Leser andere, hier nicht herausgegriffene, gleichwohl vorhandene Daten bedeutsam finden, um sie für ihre Zwecke und zur Weiterentwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems nutzbar zu machen.

Im April 2001 hat die begleitende Arbeitsgruppe zum Psychiatriebericht „Handlungsempfehlungen zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung für Dortmund“ formuliert, die im September 2001 von der Psychosozialen Konferenz Dortmund verabschiedet wurden. Den Handlungsfeldern „psychiatrische Notfallversorgung“ sowie den Bereichen „Wohnen“ und „Arbeit“ wurde bezogen auf die Bearbeitung Priorität eingeräumt.

Insgesamt machen die „Handlungsempfehlungen ...“ Aussagen zum Bereich

1. der psychiatrischen Krisen- und Notfallversorgung
2. der ambulanten psychiatrischen Behandlung und Betreuung
3. der Krankenhausversorgung
4. des Wohnens
5. der Beschäftigung und beruflichen Eingliederung
6. der Verbesserung der Zusammenarbeit
7. der Beteiligung der Betroffenen

Die nachfolgende Auswahl der Erhebungsergebnisse aus der Fortschreibung der Psychiatrieberichterstattung konzentriert sich auf die in den „Handlungsempfehlungen ...“ angesprochenen Themen. Das vorliegende Material wird auf Aussagen zu den aufgelisteten Themenfeldern hin befragt.

¹ Vgl. Psychiatriebericht Dortmund, Oktober 2000, Seite 18 ff.

2 Psychiatrische Krisen- und Notfallversorgung

2.1 Inhalt der Handlungsempfehlungen

Die psychiatrische Notfallversorgung sollte im Sinne eines außerhalb der allgemeinen Dienststunden verfügbaren psychiatrischen Notdienstes neu geordnet werden. Zur Realisierung eines solchen Fernzieles sollten auch Zwischenschritte ins Auge gefasst werden.

2.2. Ergebnisse der Psychiatrieberichterstattung

Die avisierte Neuordnung der psychiatrischen Notfallversorgung konnte nicht abgebildet werden, da Strukturdaten mit der Fortschreibung der Psychiatrieberichterstattung nicht erhoben wurden.

Es liegen folgende Informationen vor:

1. Die Häufigkeit von Stundenfällen² bei Krankenhausaufnahmen ist im Berichtszeitraum von 1998 bis 2002 um nahezu 60 % gestiegen. In den psychiatrischen Abteilungen stieg die Anzahl der Stundenfälle von 172 in 1998 auf 273 im Jahre 2002, in den somatischen Abteilungen stieg die Anzahl der Stundenfälle von 406 in 1998 auf 640 im Jahre 2002 (vgl. Kapitel 4.1.6 des Materialienbandes). Während der Anteil der Stundenfälle an allen Behandlungsmaßnahmen in psychiatrischen Abteilungen in Dortmund von 1998 bis 2002 mit 3 % stabil blieb, stieg er in den somatischen Abteilungen von 10 % in 1998 auf 15 % in 2002.
2. Die Anzahl der Fälle im Sozialpsychiatrischen Dienst mit einem bis drei Kontakten stieg in der psychosozialen Beratung und Betreuung von Alkoholkranken von 18 % (109 von 602 Fällen) im Jahre 1998 auf 62 % (301 von 483 Fällen) im Jahre 2003, bei der psychosozialen Beratung und Betreuung von Drogenabhängigen von 21 % (90 von 438 Fällen) in 1998 auf 64 % (283 von 444 Fällen) im Jahre 2003 und bei der psychosozialen Beratung und Betreuung von psychisch Kranken von 34 % (336 von 983 Fällen) im Jahre 1998 auf 61 % (668 von 1.100 Fällen) im Jahre 2003. Der Sozialpsychiatrische Dienst der Stadt Dortmund hat sich somit im Berichtszeitraum stärker als dies bereits im Jahre 1998 der Fall war zu einer Kriseninterventionsstelle entwickelt.

3. Die Anzahl der Aufnahmen zu stationärer Behandlung in den psychiatrischen Abteilungen in Dortmund gegen bzw. ohne den Willen der Klientinnen und Klienten auf der Grundlage des PsychKG Nordrhein-Westfalen ist von 878 Fällen in 1998 auf 982 Fälle im Jahre 2002 gestiegen. Da insgesamt die Aufnahmen von 5.979 auf 8.539 zunahmen, verringerte sich der prozentuale Anteil der Unterbringungsmaßnahmen nach PsychKG von nahezu 15 % in 1998 auf 12 % im Jahre 2002.

Zusammenfassend finden wir im Bereich der Krisen- und Notfallversorgung eine Zunahme der Kriseninterventionen in den Krankenhäusern in der Stadt Dortmund (Stundenfälle), beim Sozialpsychiatrischen Dienst sowie in der Häufigkeit zwangsweiser Unterbringung in psychiatrischen Abteilungen der Stadt Dortmund.

2 „Stundenfälle sind Patientinnen und Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen und noch am gleichen Tag wieder entlassen bzw. in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, sowie Patientinnen und Patienten, die am Aufnahmetag versterben“ (Erläuterung des Stat. Bundesamtes 2002).

3 Ambulante psychiatrische Behandlung und Betreuung

3.1 Inhalt der Handlungsempfehlungen

Die Handlungsempfehlungen sahen die Notwendigkeit einer Verbesserung niedrigschwelliger und ambulant aufsuchender Hilfen für die Personen, die sozial wenig auffällig zurückgezogen leben und von sich aus nicht um Hilfe nachsuchen. Ein gemeinsames Konzept der für aufsuchende ambulante Arbeit zuständigen Fachdienste sollte entwickelt werden. Angesprochen waren die niedergelassenen Psychiater, der Sozialpsychiatrische Dienst sowie die Institutsambulanzen. Darüber hinaus wurden Krankenkassen und Wohlfahrtsverbände „dringend gebeten“, eine Verständigung mit dem Ziel der Aufrechterhaltung ambulanter psychiatrischer Krankenpflege herbeizuführen.

3.2 Ergebnisse der Psychiatrieberichterstattung

Zur Existenz eines gemeinsamen Konzeptes der für aufsuchende ambulante Arbeit zuständigen Fachdienste bzw. eine Verständigung von Wohlfahrtsverbänden und Krankenkassen können im Rahmen der Fortschreibung der Berichterstattung keine Aussagen gemacht werden, da Strukturdaten nicht erhoben wurden.

Zur Versorgungssituation des angesprochenen Personenkreises ist festzuhalten:

1. Diejenigen Personen, die im fachlichen Sinne behandlungs- und unterstützungsbedürftig sind, sozial unauffällig leben und selbst keine Hilfe nachsuchen, hinterlassen im vorliegenden Psychiatriebericht allenfalls insoweit Spuren, als sie die Dienste niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in Anspruch nehmen und diese das Vorliegen der psychiatrischen Erkrankung erkennen und entsprechend dokumentieren. Hier liegen die Daten zur ambulanten medizinischen Versorgung (siehe Kapitel 2 des Materialienbandes) ein beeindruckendes Volumen ambulanter ärztlicher Leistungserbringung wegen psychischen und Verhaltensstörungen an den Tag. Ohne Berücksichtigung von qualitativen Gesichtspunkten entfielen im Jahre 2002 13 % aller niedergelassen ärztlich abgegebenen Leistungen auf Nervenärztinnen und -ärzte und Psychiater, die übrigen 87 % wurden von Medizinern mit anderen Gebietsbezeichnungen abgegeben. In den vier Quartalen des Jahres 2002 blieb die Häufigkeit abgerechneter Leistungen durch

niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Dortmunder in Dortmund recht stabil. Die Häufigkeit schwankte um 93.665 abgerechneter Leistungen im arithmetischen Mittel bei einem Minimalwert von 92.166 und einem Maximalwert von 94.984.

Eine im 2. und 3. Quartal 2002 verzeichnete Zunahme der Fälle ist nahezu vollständig auf die Inanspruchnahme von Behandlungskapazitäten in der Stadt Dortmund durch Auswärtige zurückzuführen.

Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Dortmunder, die von sich aus ärztliche Hilfe wegen einer psychischen und Verhaltensstörung suchen, diese auch erhalten. Im Übrigen findet sich für das Jahr 2002 keine Zunahme an behandlungsbedürftigen psychiatrischen Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung der Stadt Dortmund.

2. In der Fortschreibung des Psychiatrieberichtes wurden die Leistungen der Institutsambulanzen von 1999 bis 2002 abgebildet. In diesem Versorgungsbereich ist eine beeindruckende Steigerung der Fallzahlen von 1.167 im ersten Quartal 1999 auf 2.211 im vierten Quartal 2002 dokumentiert (vgl. Kapitel 2 des Materialienbandes). Mit dieser Zunahme der Fälle ging eine Zunahme der Hausbesuche einher. Wurden in 1999 durchschnittlich 82 Hausbesuche durchgeführt, so waren dies in 2002 256.

Im gleichen Zeitraum ging die Anzahl der Fälle mit mehr als drei Kontakten im Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Dortmund um über 700 zurück (vgl. Kapitel 18 des Materialienbandes).

3. Die psychiatrische Krankenpflege sowie ergänzende Leistungen der Pflegeversicherung spielen zur Finanzierung des ambulant-betreuten Wohnens innerhalb der Stadt Dortmund nur noch eine randständige Rolle. Maßnahmen psychiatrischer Krankenpflege wurden seltener und über kürzere Zeiträume bewilligt (vgl. Kapitel 6.11 des Materialienbandes).

4 Krankenhausversorgung

4.1 Inhalt der Handlungsempfehlungen

Die Handlungsempfehlungen sprachen sich für den Ausbau tagesklinischer Behandlung insbesondere zur Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung sowie die Einrichtung von weiteren Institutsambulanzen aus.

Im Hinblick auf den großen Versorgungsbeitrag der allgemeinen Krankenhäuser zur Versorgung von psychisch Kranken sollte die Konsiliarversorgung ausgebaut werden.

4.2 Ergebnisse der Psychiatrieberichte

Die Existenz von Maßnahmen zur Verbesserung der konsiliarischen Versorgung der allgemeinen Krankenhäuser wurden im Rahmen der Fortschreibung des Psychiatrieberichtes nicht evaluiert. Ein Ausbau der Institutsambulanzen und die Erweiterung tagesklinischer Kapazitäten, auch mit Schwerpunkt im geronto-psychiatrischen Bereich, ist zwischenzeitlich erfolgt. Neben den in den Handlungsempfehlungen angesprochenen Punkten kann zur Krankenhausbehandlung gesagt werden:

1. Die Anzahl der Fälle in tagesklinischer Behandlung ist von 856 in 1999 auf 1.041 in 2003 gestiegen. Im gleichen Zeitraum sank die durchschnittliche Verweildauer von 25,9 Tagen in 1999 auf 19,9 Tage in 2003. Lag der Anteil der über 60-jährigen und insoweit der Gerontopsychiatrie zuzuordnenden Patientinnen und Patienten in 1999 bei über 5 %, so stieg deren Anteil im Jahre 2002 auf 9,7 %.
2. Die Häufigkeit organischer Psychosen in tagesklinischer Behandlung nahm im Berichtszeitraum nicht zu, worin sich auch die konzeptionelle Orientierung der Gerontopsychiatrischen Tagesklinik der Westfälischen Klinik Dortmund ausdrückt, die auf eine Behandlung von „Depressionen, pathologischen Trauerreaktionen, Angststörungen, Neurosen“³ konzentriert ist.
3. Die Häufigkeit von stationären Krankenhausbehandlungen wegen organischer Störungen (F00–F09) lag in Dortmund sowohl über dem Landes- als auch über dem Bundesdurchschnitt (vgl. Kapitel 4.2.2 des Materialienbandes, dort vgl. Tabelle 4–46).

4. Im Berichtszeitraum hat sich der Versorgungsbeitrag anderer medizinischer Fachabteilungen bei der stationären Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen verringert. Wurden 1998 noch 3.586 Behandlungsfälle von Dortmundern in somatischen Fachabteilungen in Dortmund gezählt, so waren es im Jahre 2002 3.521. Wegen der insgesamt gestiegenen Fallzahlen entsprechen diese Absolutwerte einer relativen Häufigkeit von 47 % in 1998 und 39 % im Jahre 2002.
5. Werden Behandlungsmaßnahmen von Auswärtigen in Dortmund in die Betrachtung mit einbezogen, so finden sich im Jahre 1998 4.095 Behandlungsmaßnahmen in somatischen Fachabteilungen in Dortmund (dies entspricht 41 %) und im Jahre 2002 4.192 Behandlungsmaßnahmen (dies sind 34 % aller Maßnahmen) in der Stadt Dortmund. Damit ist die Häufigkeit stationärer Behandlungsmaßnahmen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose in Dortmund vergleichbar mit dem bundesweiten Behandlungsgeschehen geworden (vgl. Kapitel 5.1.5 und Kapitel 5.2.1 des Materialienbandes). Die Zahlen weisen darüber hinaus auf einen erheblichen positiven Wanderungssaldo von Patientinnen und Patienten hin: Auswärtige nahmen im Berichtszeitraum zunehmend psychiatrische Abteilungen in der Stadt Dortmund in Anspruch.

³ Frau Dr. Dlugosch in der Psychosozialen Konferenz der Stadt Dortmund am 30. Oktober 2002

5 Bereich des Wohnens

5.1 Inhalt der Handlungsempfehlungen

Alle psychisch kranken Menschen, die Hilfen im Wohnbereich benötigten, sollten in der Stadt Dortmund selbst angemessene Versorgungsmöglichkeiten finden. Heimatferne Langzeitunterbringungen sollten vermieden werden. Hierzu sollten Wohnplätze mit intensiver Betreuung in differenzierten Wohnformen ausgebaut und die Absprachen zur Sektorversorgung mit dem Ziel des Aufbaus von Verbundstrukturen weiterentwickelt werden. Ergänzend dazu wurde empfohlen, „eine wirksame Form der Belegungskoordination“ zu finden.

5.2 Ergebnisse der Psychiatrieberichterstattung

Eine Weiterentwicklung der Sektorversorgung und der Aufbau von Verbundstrukturen wurde im Rahmen der Berichterstattung nicht erhoben.

In der Darstellung wurden für das Jahr 2003 erstmals die Beschlüsse der Clearingstelle, die der Landschaftsverband Westfalen-Lippe als nunmehr zuständiger Kostenträger eingeführt hat, mit berücksichtigt.

1. In 1999 lebten zum Stichtag 31. Dezember 46 Dortmunder/innen in der Stadt Dortmund im stationär beschützten Wohnen, am 31. Dezember 2003 waren es 86, was einer prozentualen Zunahme von 87 % entspricht. Im gleichen Zeitraum nahm die Anzahl der stationär außerhalb von Dortmund betreuten Dortmunder/innen von 93 in 1999 auf 119 in 2003 zu, was eine Zunahme von 28 % ist.
2. In 1998 wurden 348 ambulante Betreuungsverhältnisse im beschützten Wohnen für Dortmunder/innen in Dortmund gezählt, am 31. Dezember 2003 waren es 437. Das heißt, dass in den sechs hier dargestellten Jahren insgesamt 89 Betreuungsverhältnisse hinzugekommen sind, dies sind 26 %, es entspricht einer durchschnittlichen Steigerung von 4 %.

3. Im Ergebnis zeigt sich, dass der Aufbau von Kapazitäten im ambulant und stationär beschützten Wohnen innerhalb der Stadt Dortmund zwar zu einer Abflachung der Zunahme der auswärts untergebrachten Dortmunder/innen geführt hat, allerdings immer noch mehr als die Hälfte der im Bereich des Wohnens intensiv unterstützungsbedürftigen Dortmunder/innen außerhalb untergebracht waren (vgl. Kapitel 6 und Kapitel 7 des Materialienbandes).

6 Beschäftigung und berufliche Eingliederung

6.1 Inhalt der Handlungsempfehlungen

Der Ausbau tagesstrukturierender Beschäftigung im Rahmen von Tagesstätten wurde dringend empfohlen. Tagesstrukturierende Beschäftigung in Form von Zuverdienstmöglichkeiten bzw. stundenweiser Beschäftigung sollte ausgebaut werden. Das Angebot für psychisch Kranke im Rahmen der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) sollte qualifiziert und ebenfalls weiter ausgebaut werden, ergänzend hierzu sollten Beschäftigungsmöglichkeiten im Rahmen von Integrationsprojekten entstehen.

6.2 Ergebnisse der Psychiatrieberichterstattung

Der Psychiatriebericht liefert Daten zu jedem der vier angesprochenen Punkte.

1. Die Anzahl der Besucherinnen und Besucher in den Tagesstätten in Dortmund wuchs zum Stichtag 31.12. von 23 in 1998 um 42 oder 180 % auf 65 im Jahre 2003.
2. Die Anzahl von Maßnahmen beruflicher Rehabilitation und Beschäftigung wegen einer seelischen Behinderung stiegen von 120 in 1999 auf insgesamt 178 in 2003 (Stichtagswerte), wobei die größte Steigerung auf den Arbeitsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen der AWO sowie den Rehabilitationsbereich des CJD Dortmund entfiel.
Die Werkstatt für behinderte Menschen der AWO erreichte mit 112 psychisch behinderten Beschäftigten 0,29 auf 1.000 der erwerbsfähigen Dortmunder.
Unter Berücksichtigung der außerhalb Dortmunds in Lehrstätten für Menschen mit seelischer Behinderung beschäftigten Dortmunder ergibt sich eine Inanspruchnahmerate von 0,43 auf 1.000 erwerbsfähige Dortmunder.
Von 10.000 Dortmundern sind 2 wegen einer psychischen Behinderung in einer WfbM in Dortmund beschäftigt – im Zuständigkeitsbereich des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe kommen auf 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner 6, die wegen einer psychischen Behinderung in einer WfbM beschäftigt sind.

3. Im Oktober 2001 wurde das Projekt „Pluspol“ des Diakonischen Werkes gegründet, um Zuverdienstmöglichkeiten vorrangig für psychisch kranke Menschen zu schaffen. Zum Stichtag 30. April 2004 waren dort von 16 Beschäftigten 8 psychisch krank; im gesamten Projektverlauf von Oktober 2001 bis zum 30. April 2004 wurden 18 psychisch kranke Beschäftigte gezählt, die im Rahmen des Projektes zumindest sporadisch Einkommen erzielen konnten.

7 Verbesserung der Zusammenarbeit

7.1 Inhalt der Handlungsempfehlungen

In den Handlungsempfehlungen wurde der Ausbau personenzentrierter Hilfeplanung und Case Management sowie ein „verbindliches Zusammenwirken verschiedener Fachdienste für einen definierten Sozialraum“ angemahnt. Die sich aus der Komplexität des Leistungsrechtes ergebenden Hindernisse sollten abgebaut, die Zusammenarbeit sollte verbessert werden.

7.2 Ergebnisse der Psychiatrieberaterstattung

Die Strukturen der Zusammenarbeit wurden im Rahmen der Fortschreibung nicht erhoben.

Die Fortschreibung der Psychiatrieberaterstattung Dortmund brachte lediglich mittelbar und in Ansatzpunkten Hinweise zur Zusammenarbeit der Akteure im psychiatrischen Feld. Die Schnittstellen beschreibenden Daten (Übergang ambulant beschütztes Wohnen zu stationär beschütztem Wohnen; Arbeitsmöglichkeiten für ambulant und stationär beschützt Wohnende; Weiterbehandlung und Betreuung nach teilstationärer bzw. stationärer Krankenhausbehandlung etc.) waren häufig unvollständig.

8 Zusammenfassung der Erhebungsergebnisse

8.1 Ambulante medizinische Behandlung

Im Jahre 2002 wurden durchschnittlich 107.800 **ambulante medizinische Leistungen** wegen einer ärztlichen Behandlung aufgrund einer psychischen und Verhaltensstörung abgerechnet, davon entfielen 14.500 oder 13 % auf niedergelassene psychiatrische Fachärzte und 93.300 oder 87 % auf Ärztinnen und Ärzte anderer Gebietsbezeichnungen. Im Jahre 2002 wurden in jedem Quartal für 16 % der Dortmunder Bürgerinnen und Bürger Leistungen wegen einer psychiatrischen Diagnose abgerechnet. Eine Zunahme psychiatrischer Krankheitsbilder von psychischen oder Verhaltensstörungen in der Allgemeinbevölkerung findet nach den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung für die Dortmunder Bevölkerung keine Bestätigung.

Zwei Drittel der ärztlichen Behandlungen, die in Dortmund ambulant durchgeführt und abgerechnet wurden, entfielen auf Frauen. Wird die **Geschlechtsverteilung** in der Dortmunder Bevölkerung in die Darstellung mit einbezogen, relativiert sich das Bild. Unter der Annahme, dass Männer und Frauen im Quartal gleich häufig mehrere Arztpraxen aufsuchen, wurden im Jahr 2002 11 % der Dortmunder Männer wegen einer psychiatrischen Diagnose medizinisch behandelt und 20 % der Frauen.

Das statistische **Durchschnittsalter** der Patientinnen und Patienten, für die wegen einer mit einer psychiatrischen Diagnose verschlüsselten Störung ambulante ärztliche Leistungen erbracht wurden, lag im Jahr 2002 bei 51 Jahren. In der Altersverteilung zeigt sich, dass die jüngeren Jahrgänge bis zu 37 Jahren häufiger wegen einer psychischen oder Verhaltensstörung von Ärzten nicht-psychiatrischer Fachrichtung ambulant behandelt wurden. Dieser Sachverhalt drückt sich auch im Altersdurchschnitt aus. Der Altersdurchschnitt der Patientinnen und Patienten aller niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte liegt bei 50 Jahren, der Altersdurchschnitt der Patientinnen und Patienten niedergelassener Nervenärzte bei 54 Jahren. Der Anteil der bis zu 17-jährigen Dortmunder an der Gesamtbevölkerung lag in 2002 bei 17 %, die an diese Altersgruppe wegen einer psychiatrischen Diagnose abgegebenen ambulanten medizinischen Leistungen lag gleichzeitig bei nahezu 19 % aller abgegebenen ambulanten medizinischen Leistungen mit einem eindeutigen Schwerpunkt bei den bis zu 5-jährigen. Eine Verknüpfung von Alter und

Gebietsbezeichnung zeigt, dass etwa 1 % der 3- bis 7-jährigen ambulant medizinisch durch Nervenärzte somit zu 99 % durch andere Ärzte, vermutlich Kinderärzte, behandelt wurden. Von allen Behandelten wegen einer psychiatrischen Diagnose suchten die 48- bis 52-jährigen am häufigsten Nervenärzte auf.

Häufigster Anlass einer ambulanten medizinischen Behandlung wegen einer mit einer **psychiatrischen Diagnose** verschlüsselten Störung sind neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F49), die gut 30 % aller Behandlungsfälle ausmachen. Affektive Störungen rangieren mit einem Viertel aller angegebenen Fälle auf Rang 2, gefolgt von Suchterkrankungen, die mit 12 % aller Behandlungsfälle am dritthäufigsten genannt wurden. Organische Störungen einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00–F09) wurden in 9 % der Fälle als behandlungsauslösende Diagnose angeführt, in 6 % der Fälle wurde die Existenz von Entwicklungsstörungen (F80–F89) als Anlass der ambulanten medizinischen Behandlung genannt. Schizophrene Störungen kommen auf einen Anteil von 4 % aller abgerechneten Leistungen. Andere niedergelassene Ärzte geben durchgängig in allen Diagnosebildern mehr Leistungen wegen einer mit einer psychiatrischen Diagnose verschlüsselten Störung ab als niedergelassene Nervenärzte. Allerdings entfallen 34 % der ambulanten ärztlichen Behandlungsmaßnahmen wegen Schizophrenien, schizotypen und wahnhaften Störungen (F20–F29) auf niedergelassene Nervenärzte. Dies ist deren höchster Anteil.

8.2 Krankenhausbehandlung im Rahmen einer Institutsambulanz

Die Anzahl der in den Institutsambulanzen behandelten Fälle ist von 1.167 im 1. Quartal 1999 um 1.044 Fälle auf 2.211 Fälle im 4. Quartal 2002 gestiegen. Dies ist eine Steigerung von nahezu 90 %. Die Inanspruchnahmerate veränderte sich im Berichtszeitraum von 2 auf 1.000 EW in 1999 auf 3,67/1.000 EW in 2002, was einer Steigerung um 1,66 auf 1.000 EW oder 82 % entspricht.

Der Anteil der Frauen hat zwischen 1999 und 2002 deutlich zugenommen. Er lag in 1999 bei 50 %, in 2002 bei 56 % aller Fälle. Auch im Hinblick auf die Bevölkerungsstruktur findet sich für 1999 eine geschlechtsneutrale Inanspruchnahme. Jeweils etwa 2 auf 1.000

Männer oder Frauen in Dortmund nahmen das Angebot der Institutsambulanz in Anspruch. In 2000 lag die Behandlungsrate bei 2,5 auf 1.000 Männer und 2,4 auf 1.000 Frauen, was sich in 2002 auf 4 von 1.000 Frauen und 3,3 von 1.000 Männern veränderte. Die Steigerung der Inanspruchnahme der Institutsambulanzen nach Geschlechtern je 1.000 des Geschlechts in der Bevölkerung Dortmunds betrug von 1999–2002 bei den Männern 62 % und bei den Frauen 103 %, im Mittel 83 %.

Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten der Institutsambulanzen lag in 1999 bei 56 Jahren, in den Jahren 2000 und 2001 bei 55 Jahren und im Jahre 2002 wieder bei 56 Jahren. Hinter diesen Durchschnittswerten verbergen sich allerdings spürbare Veränderungen in der Altersstruktur. Die Anzahl der über 62-jährigen ist im Berichtszeitraum von 409 um 396 auf 805 gestiegen und hat sich damit bei einer Steigerungsrate von 97 % nahezu verdoppelt.

Die Anzahl der bis zu 33-jährigen ist von 80 in 1999 um 185 auf 265 in 2002 gestiegen, was 231 % Prozent entspricht.

Ein Vergleich der Altersstruktur der Patientinnen und Patienten in der Ambulanz der Westfälischen Klinik Dortmund (WKDo) mit der Altersstruktur der Ambulanz des Ev. Krankenhauses Lütgendortmund zeigt einen höheren Anteil hochbetagter Menschen ab dem 77. Lebensjahr in der Institutsambulanz der WKDo. Im Unterschied hierzu sind bis zu 22-jährige häufiger in der Institutsambulanz des Ev. Krankenhauses Lütgendortmund vertreten. Die stärkere Inanspruchnahme der Ambulanzen durch jüngere Patientinnen und Patienten wurde in allen Institutsambulanzen Dortmunds unabhängig vom jeweiligen Krankenhausträger gefunden.

Der Anteil schizophrener Störungen (F20–F29) hat zwischen 1999 und 2002 deutlich abgenommen. Er lag 1999 bei 40 % aller Diagnosen und ist im Berichtszeitraum auf 25 % der Behandlungsfälle gesunken. Gleichzeitig ist die Anzahl um 20 % gestiegen, was allerdings spürbar unter der allgemeinen Zunahme von nahezu 90 % liegt. Der Anteil von Suchterkrankungen (F10–F19) nahm im Berichtszeitraum um 2 % ab.

Gleichzeitig ist ein Anstieg der absoluten Werte um 80 % verzeichnet. Dreistellige Steigerungsraten und damit einen Bedeutungszuwachs fanden sich mit 320 % bei organischen Störungen (F00–F09), mit 237 % bei neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40–F48), und mit 207 % bei affektiven Störungen (F30–F39).

Ein Vergleich der Diagnoseverteilung zwischen den beteiligten Krankenhäusern legt die Vermutung nahe, dass die beschriebenen Veränderungen in einem Zusammenhang mit der Eröffnung der Institutsambulanz am Ev. Krankenhaus Lütgendortmund zu sehen sind. Es zeigt sich nämlich, dass Behandlungsschwerpunkt in der Institutsambulanz der WKDo schizophrene Störungen (F20–F29), Suchterkrankungen (F10–F19) und organische Störungen (F00–F09) sind, während der Schwerpunkt der Maßnahmen in der Institutsambulanz des Ev. Krankenhauses Lütgendortmund bei den affektiven Störungen (F30–F39) und den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40–F49) liegt.

Im Berichtszeitraum nahm die Häufigkeit von Hausbesuchen zu. In 1999 wurden insgesamt 80 Fälle von bis zu 3 Hausbesuchen und 2 Fälle von 4 bis 10 Hausbesuchen gezählt, in 2002 waren dies schon 255 Fälle von bis zu 3 Hausbesuchen und 1 Fall von 4 bis 10 Hausbesuchen. Die Steigerungsrate beträgt 218 %. Eine ambulant aufsuchende und nachgehende Arbeit im Rahmen von Hausbesuchen wird bis auf vereinzelte Ausnahmen von der Institutsambulanz der WKDo gemacht und hat dort eindeutig zugenommen.

In der Institutsambulanz der WKDo hat im Berichtszeitraum die Häufigkeit der Fälle mit einer Kontaktdichte von bis zu drei Kontakten im Quartal zugenommen.

Die Häufigkeit der Fälle in den übrigen aufgeführten Merkmalsklassen blieb über die Jahre hin nahezu konstant: etwa 210 Fälle entfielen auf 4 bis 5 Kontakte, etwa 95 Fälle auf 6 bis 9 Kontakte, um die 20 Fälle auf 10 bis 14 Kontakte und etwa 4 Fälle auf intensivste Behandlungen mit 15 bis 20 Kontakten. Die Zunahme der Behandlungsfälle in der Institutsambulanz der WKDo entfiel damit nahezu vollständig auf die Merkmalsklasse einer Kontaktdichte von 1 bis 3 Kontakten und nicht auf länger dauernde Behandlungen mit 4 und mehr Kontakten. Es ist zu vermuten, dass sich hinter einer Kontakt-

häufigkeit von 1 bis 3 Kontakten im Quartal die Gabe der monatlich zu verabreichenden Depotmedikation verbirgt.

8.3 Krankenhausbehandlung im Rahmen der Tageskliniken

In 1998 erfolgten 641 Aufnahmen, in 2002 waren es 1.130, was einer Steigerung um 76 % entspricht. Der Anteil der Wiederaufnahmen stieg von 67 % in 1999 auf 75 % in den Jahren 2000, 2001 und 2002. Durchschnittlich 60 % der Wiederaufnahmen erfolgten innerhalb von vier Wochen seit einer Entlassung aus teilstationärer oder stationärer psychiatrischer Behandlung.

Die Fallzahl ist im Berichtszeitraum von 856 Fällen in 1999 auf 1.041 Fälle in 2003 um 185 Fälle oder ein Fünftel gestiegen – gleichzeitig gingen die Behandlungstage um 7 % und die Verweildauer durchschnittlich um 6 Tage oder 23 % zurück. Tagesklinische Behandlungen dauerten nur in Ausnahmefällen (4 % in 2002) drei Monate oder länger, knapp die Hälfte der Behandlungsfälle wird innerhalb von drei Wochen abgeschlossen.

Durchschnittlich die Hälfte der tagesklinischen Behandlungsmaßnahmen wurden an Männer abgegeben, wobei deren Inanspruchnahme im Berichtszeitraum mit 81 % stärker stieg als bei den Frauen mit 44 %.

Die starke Zunahme tagesklinischer Behandlung bei den Männern scheint in Zusammenhang mit dem Leistungsgeschehen in der Abteilung für Suchtmedizin der WKDo zu stehen, da drei Viertel der dort Behandelten männlichen Geschlechts sind.

Das Durchschnittsalter der teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten in den psychiatrischen Abteilungen Dortmunds lag bis 2001 bei 39 Jahren und stieg von 2001 zu 2002 auf 41 Jahre, wobei die Erhöhung des statistischen Durchschnitts in 2002 auf die Zunahme der Behandlungsfälle in der gerontopsychiatrischen Tagesklinik zurück geführt werden kann.

Zwei Drittel der teilstationär behandelten Patientinnen und Patienten kommen aus der Stadt Dortmund. Der Anteil der aus dem Kreis Unna Behandelten lag in 1998 bei 24 % und ab dem Jahre 1999 bis 2002 bei 18 %. Eine Steigerung erfahren hat die Anzahl der teilstationären Behandlungsmaßnahmen in Fällen, die nicht aus dem unmittelbaren Um-

feld der Stadt Dortmund, sondern aus anderen Regionen Nordrhein-Westfalens kamen. 95 % der Fälle tagesklinischer Behandlung entfallen auf Deutsche.

Behandlungsschwerpunkte in den Tageskliniken Dortmunds sind affektive Störungen (F3) und Suchterkrankungen (F1), auf gut die Hälfte aller Maßnahmen entfallen.

Der Anteil der Suchterkrankungen ist allerdings von 29 % in 2000 auf 20 % in 2002 gesunken. Neurotische, Belastungs-, und somatoforme Störungen (F4) sind die am dritthäufigsten vertretene Diagnosegruppe. Schizophrene Störungen (F2) machen ca. 10 % der Behandlungsmaßnahmen aus.

Tagesklinische Behandlungen sind nahezu vollständig über die Sozialversicherung finanziert. Im Unterschied zu stationären Krankenhausbehandlungen, die in etwa 8 % der Fälle vom Sozialhilfeträger finanziert werden, ist der Sozialhilfeträger in nur 1 % der Fälle Kostenträger tagesklinischer Behandlungsmaßnahmen.

8.4 Krankenhausbehandlung in den stationären Abteilungen

Die vorhandenen Daten für Krankenhausbehandlungen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose erlauben eine differenzierte Darstellung in zwei Richtungen: Zum einen kann im Detail beschrieben werden, in welchem Umfange die in der Stadt Dortmund vorgehaltenen Ressourcen von Auswärtigen in Anspruch genommen werden.

Zum anderen ist es möglich, die Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach psychiatrischen und nicht-psychiatrischen medizinischen Fachabteilungen darzustellen. Die Westfälische Klinik Dortmund als psychiatrisches Fachkrankenhaus wurde in der nun folgenden Darstellung unter psychiatrischen Fachabteilungen subsumiert.

Im Zeitraum von 1998–2002 nahm die **Häufigkeit von stationären Krankenhausbehandlungen** wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose von Dortmundern von 9.102 Fällen in 1998 um 1.429 Fälle auf 10.531 Fälle in 2002 oder um 16 % zu. Der Anteil von Behandlungsmaßnahmen in Dortmund lag 1998 bei 83 % aller Maßnahmen (somit 17 % außerhalb) und im Jahr 2002 bei 86 % der Maßnahmen (somit 14 % außerhalb), d.h. die Inanspruchnahme der Dortmunder von in Dortmund vorgehal-

tenen Einrichtungen hat sich erhöht, nämlich um 1.483 Fälle von 1998–2002 oder 20 %. Ebenfalls erhöht hat sich die Inanspruchnahme Dortmunder Einrichtungen durch Auswärtige. Diese nahm von 2.127 Fällen in 1996 um 1.332 Fälle auf 3.459 Fälle in 2002 zu, was einer Steigerung um 63 % entspricht. Im gleichen Zeitraum ist die Zahl der Dortmunder, die sich außerhalb der Stadt wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose haben stationär behandeln lassen, gleich geblieben. Dies hat zur Folge, dass der Wanderungssaldo, also der Unterschied zwischen den in der Stadt Dortmund stationär behandelten Auswärtigen und der außerhalb der Stadt behandelten Dortmunder gestiegen ist. Der Wanderungssaldo stieg um 1.325 Fälle oder 202 % zugunsten der Behandlungsmaßnahmen in Dortmund. Die psychiatrischen Fachabteilungen üben eine starke Anziehungskraft aus, denn hier nahm die Anzahl der Fälle um 88 % zu, während stationäre Behandlungsmaßnahmen in nicht-psychiatrischen Fachabteilungen um 77 % zurück gingen.

Die Inanspruchnahme Dortmunder Einrichtungen durch Auswärtige hat weitreichende Konsequenzen für die Berichterstattung. Wird nämlich die Inanspruchnahme der Häuser in Bezug gesetzt zur Bevölkerung Dortmunds ohne die Auswärtigen zu berücksichtigen, führt dies zu einer Überschätzung der tatsächlichen Versorgung der Dortmunder Bevölkerung. Tatsächlich liegt die **Versorgungsrate sowohl auf nationalem als auch auf Landesniveau**, wie am Beispiel der **Pflegetage** gezeigt werden kann: Wird die Quote Pflegetage/je 1.000 EW ausschließlich für Dortmunder berechnet, ergeben sich Werte zwischen 217 Pflegetagen je 1.000 Dortmunder in 1999 und 243 Pflegetagen je 1.000 Dortmunder in 1998, Werte, die 17 % und mehr unter den entsprechenden Werten von Nordrhein-Westfalen liegen. Für das Jahr 2001 stimmt die Dortmunder Behandlungsquote mit 234 Pflegetagen je 1.000 Dortmunder mit dem nationalen Durchschnitt überein, während sie für 1999 mit 20 Pflegetagen je 1.000 EW unter dem nationalen Durchschnitt angesiedelt war.

Andererseits werden Dortmunder häufiger wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose im Krankenhaus behandelt als die Bevölkerung von Nordrhein-Westfalen oder in Deutschland. Auf 1.000 Dortmunder kamen im Jahre 2001 16,7 Krankenhausaufenthalte (ohne Stundenfälle⁴) wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose, im gesamten Bundesland Nordrhein-Westfalen

waren es 12,8 Krankenhausaufenthalte je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Im Jahre 2002 wurden je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner Deutschlands 11,4 Krankenhausaufenthalte wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose gezählt, in Dortmund waren es wie schon in 2001 16,7 Behandlungsmaßnahmen auf 1.000 Dortmunder/innen.

Dieses Ergebnis – Pflegetage auf nationalem Niveau bei überdurchschnittlicher Behandlungshäufigkeit – setzt eine im Vergleich zum Landes- und Bundesdurchschnitt niedrigere Verweildauer voraus, was auch den anderen Erhebungsergebnissen entspricht. Die durchschnittliche Verweildauer in psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen in Deutschland wurde für das Jahr 2002 mit 27,4 Tagen angegeben, die Dortmunder psychiatrischen Fachabteilungen einschließlich der Westfälischen Klinik Dortmund gaben für das Jahr 2002 eine Verweildauer von 22,9 Tagen an.

Damit findet sich die These einer höheren stationären Behandlungsrate großstädtischer Bevölkerung im Vergleich zu anderen Regionen vor dem Hintergrund des vorliegenden Zahlenwerkes lediglich im Hinblick auf die Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte, nicht jedoch im Hinblick auf die Anzahl der Pflegetage, bestätigt.

Die Dortmunder hatten sich in 1996 lediglich in der Hälfte aller **stationären Behandlungsmaßnahmen** wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose in psychiatrischen **Fachabteilungen**⁵ behandeln lassen. Dies hat sich im Zeitablauf verändert. In 1998 wurden 53 %, in 1999 57 % in 2000 61 %, in 2001 59 % und in 2002 58 % der stationären Behandlungsmaßnahmen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose für Dortmunder in psychiatrischen Fachabteilungen durchgeführt.

Die vorliegenden Daten weisen auf eine größere Attraktivität des Angebotes in den psychiatrischen Abteilungen in Dortmund hin, denn deren Inanspruchnahme ist sowohl von Dortmundern als auch von Auswärtigen gestiegen. Gleichzeitig scheint sich die Akzeptanz des stationären psychiatrischen Angebotes bei den Dortmundern verbessert zu haben, denn der Anteil von Behandlungsmaßnahmen in nicht-psychiatrischen Fachabteilungen in Dortmund ist gesunken. Im Mittel der fünf betrachteten Jahre sind

4 Vgl. Tabelle 4–46 auf Seite 85 des Materialienbandes 1998–2003.

5 Vgl. Materialband zum Psychiatriebericht Dortmund 2000, Tabelle 48, Seite 57.

38 % aller **Aufnahmen** (hierin sind die Aufnahmen Auswärtiger enthalten) Erstaufnahmen, dementsprechend lag die Wiederaufnahmerate in den beschriebenen Jahren stabil bei 62 %. Die Wiederaufnahmerate innerhalb eines Jahres nach Entlassung lag zwischen 68 % (Minimum in 1999) und 73 % (Maximum in 2001 und 2002).

Die Häufigkeit einer **freiwilligen Unterbringung** im psychiatrischen Krankenhaus ist gestiegen. Lag der Anteil der auf Freiwilligkeit beruhenden Aufnahmen in 1998 bei 72 % aller Aufnahmen, so stieg dieser Wert bis zum Jahre 2002 um 4 % auf 76 % aller Aufnahmen. Der Rückgang findet sich bei den öffentlich-rechtlichen Unterbringungsmaßnahmen, deren Anteil bis ins Jahr 2002 auf 12 % der durchgeführten Aufnahmen sank. Absolut nahm die Anzahl der unfreiwilligen Unterbringungen im Berichtszeitraum von 1998–2002 allerdings um 104 Fälle zu. Der Anteil der zivilrechtlich durchgeführten Unterbringungen an allen Aufnahmen blieb im vorliegenden Zeitraum konstant bei 5 %. Es findet sich keine Verschiebung von öffentlich-rechtlichen Unterbringungen hin zu zivilrechtlichen Maßnahmen.

Die Zunahme teilstationärer Behandlungsmaßnahmen hatte nach den vorliegenden Werten keinen erkennbaren Einfluss auf die Häufigkeit stationärer Krankenhausbehandlungen. Jedenfalls wurde in nur einem Fall für die Jahre 2000–2001 eine Zunahme teilstationärer Maßnahmen bei einem Rückgang stationärer Maßnahmen dokumentiert. In den übrigen Jahren findet sich jeweils eine Zunahme sowohl der teilstationären als auch der stationären Aufnahmen.

Die Häufigkeit der **Abgänge** ist von 1998 bis 2002 durchgängig von 5.874 beendeten Krankenhausaufenthalten in 1998 um 2.332 auf 8.206 Krankenhausaufenthalten in 2002 gestiegen, was einer Steigerung um 40 % entspricht. Von 2002 zu 2003 kam es dann zu einem Rückgang der Abgänge um 1.171 Fälle, was 14 % entspricht. Insgesamt stieg die Häufigkeit von stationären Krankenhausbehandlungen von 1998 zu 2003 um 20 % an.

Die **Verweildauer** in den psychiatrischen Abteilungen hat sich von 1996 auf 2002 um fast 51 Tage verkürzt – ein Sachverhalt, der insbesondere mit der Entlassung langjährig Untergebrachter aus dem Krankenhaus zu-

sammen hängt. In somatischen Häusern ist die durchschnittliche Verweildauer viel niedriger gewesen und ist dennoch von 1998 auf 2002 um mehr als fünf Tage zurückgegangen.

Kürzere Verweildauern nahmen zu. Wurden in 1998 noch 55 % aller Behandlungsmaßnahmen innerhalb eines Zeitraums von drei Wochen abgeschlossen, so stieg deren Anteil im Laufe der Jahre auf 62 % in 2002. Absolut nahm die Häufigkeit der Maßnahmen in dieser Zeitklasse um 1.377 Fälle zu, was einer Steigerung von 37 % entspricht.

Ein Fünftel der Fälle wurde von drei Wochen bis zu sechs Wochen behandelt – im Zeitablauf blieb die Häufigkeit der stationären Behandlungsmaßnahmen in dieser Zeitklasse an allen Behandlungsmaßnahmen stabil. Allerdings nahm die Anzahl der Fälle von 1999 zu 2002 um 315 auf 1.762 und damit 22 % zu. Maßnahmen mit einer Dauer von sechs Wochen und mehr nahmen im Berichtszeitraum ab.

Die stärkste Abnahme findet sich mit 85 % bei Krankenhausaufenthalten, die sechs Monate und länger dauern.

Lässt man Krankenhausbehandlungen wegen Intelligenzminderung außer Acht, sind es neurotische und neurosenähnliche Störungen, bei denen der Rückgang der Verweildauer unabhängig von der medizinischen Fachrichtung am größten ausfällt – um 82 Tage oder 77 % in psychiatrischen Fachabteilungen bzw. um 33 Tage oder 86 % bei den somatischen Disziplinen. Bei schizophrenen Störungen wurde ein Rückgang von fast 53 Tagen oder 61 % in psychiatrischen Fachabteilungen registriert, von deutlich niedrigerem Niveau war dagegen der Rückgang der Behandlungszeit von schizophrenen Störungen bei somatischen Disziplinen. Vergleichbares lässt sich auch zur Veränderung der Behandlungszeit bei organischen Störungen aussagen, die in psychiatrischen Fachabteilungen um 57 % oder 26 Tage und in somatischen Abteilungen um 19 % oder drei Tage zurückgingen. Die Behandlung von Suchterkrankungen verkürzte sich in den psychiatrischen Fachabteilungen nahezu um die Hälfte von 20 Tagen in 1996 auf knapp 11 Tage in 2002. Bei den somatischen Disziplinen gab es eine Verkürzung von 9 Tagen auf 5,5 Tage oder 47 %.

Die Anzahl der **Pflegetage** ist im Berichtszeitraum von 1998–2003 insgesamt um 4 % zurück gegangen, gleichzeitig stiegen die **Fallzahlen** um 5 % bei einer Verkürzung der **Verweildauer** um 12 %. Diese Veränderung

bei Pflgeetagen, Fallzahlen und Verweildauer führte nicht zu einer linearen Veränderung bei den Wiederaufnahmen, vielmehr haben die Wiederaufnahmen in den dargestellten Jahren elastisch reagiert. Dies lässt vermuten, dass eine Verkürzung der Verweildauer bei unterschiedlichen Patientengruppen unterschiedliche Auswirkungen hat, für eine Gruppe zu einer Zunahme von Wiederaufnahmen führt, für eine andere Gruppe jedoch angemessen ist. Damit geht weiter die Überlegung einher, dass für diese unterschiedlichen Patientengruppen unterschiedliche Verweildauern effizient sind im Sinne eines Schnittpunktes zwischen wirtschaftlichem Ressourceneinsatz einerseits und angestrebtem therapeutischem Ziel andererseits.

Suchterkrankungen (F1) sind häufigster Anlass einer stationären Behandlungsmaßnahme – gefolgt von schizophrenen Störungen (F2) und affektiven Störungen (F3). Insgesamt entfielen drei Viertel aller Krankenhausaufenthalte in psychiatrischen Abteilungen auf diese Diagnosen. Organische Störungen (F0) nahmen gegen den allgemeinen Rückgang der Entlassungen zwischen 2002 und 2003 von 488 Fällen in 2000 um 60 Fälle auf 548 in 2003 oder 12 % zu. Dies lässt sich auch von den Entwicklungsstörungen (F8) berichten, deren Häufigkeit sich von 6 in 2000 auf 12 in 2003 verdoppelt hat. Die Häufigkeit stationärer Behandlungsmaßnahmen nahm bei schizophrenen Störungen (F2) mit 338 Fällen und 20 % von 2000 auf 2003 ab⁶.

Die **Geschlechtsverteilung** bei stationären Behandlungsmaßnahmen in Dortmund ist über die Jahre hinweg nahezu unverändert geblieben. Auf Männer entfallen etwa 55 % aller Krankenhausbehandlungen in den psychiatrischen Abteilungen in Dortmund. Die Häufigkeit der stationären Behandlungen für Männer steigt stärker an als bei Frauen. Insgesamt stieg die Anzahl der Krankenhausbehandlungen für Männer in psychiatrischen Abteilungen von 1998 auf 2003 um 793 Fälle oder 25 % an. Der Anstieg bei den Frauen betrug dagegen mit 368 Fällen 12 %. Auf 1.000 Dortmunder Männer kamen in 1998 17,7 stationäre Krankenhausbehandlungen, in 2002 waren es bereits 21. Auf 1.000 Dortmunder Frauen kamen dagegen in 1998 13 und in 2002 15 Krankenhausaufenthalte wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose. Die Krankenhaushäufigkeit stieg um 1,9 je 1.000 Frauen oder 14 % und 3,3 je 1.000 Männer oder 19 %.

Stationäre Krankenhausbehandlungen wegen organischen psychischen Störungen (F0) entfielen zu 71 % im Jahr 2000 bzw. zu zwei Dritteln in 2001 und 2002 auf Frauen, was jedoch im engen Zusammenhang mit der Altersstruktur und der unterschiedlichen Lebenserwartung der Geschlechter steht. Bis zum 55. Lebensjahr gibt es – auf der Grundlage geringer Häufigkeiten – eine ausgeglichene Verteilung organischer psychischer Störungen zwischen den Geschlechtern. Ab dem 55. bis zum 70. Lebensjahr wurden Männer häufiger wegen einer organischen psychischen Störung (F00–F09) behandelt als Frauen, was sich ab dem 75. Lebensjahr in der Verteilung deutlich und mit jeweils großen Differenzen in den Altersklassen umkehrt. Abhängigkeitserkrankungen sind dagegen eine Art „Männerkrankheit“, da in den Jahren 2000–2002 jeweils drei Viertel aller Krankenhausbehandlungen auf Männer entfallen und sich die Verteilung zwischen den Geschlechtern unabhängig vom Lebensalter darstellt.

Auch bei schizophrenen Störungen fand sich ein Überhang an stationären Krankenhausaufenthalten bei Männern, der mit 57 % in 2000, 59 % in 2001 und 56 % in 2002 allerdings nicht sehr ausgeprägt ist. 70 % der stationär im Krankenhaus behandelten affektiven Störungen (F30–F39) entfielen in 2000 auf Frauen, in 2002 waren es noch 65 %, d. h. es fand sich für diese Diagnosegruppe in den Jahren 2000 zu 2002 eine zunehmende Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen wegen einer affektiven Störung für Männer und eine dementsprechende abnehmende Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte von Frauen. Auch neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48), Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50–F59) und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60–F69) waren häufiger bei Frauen als bei Männern Anlass zu einer stationären Krankenhausbehandlung.

Das **Durchschnittsalter** der wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose stationär in psychiatrischen Abteilungen behandelten Patientinnen und Patienten lag konstant bei 45 Jahren. 92 % der Fälle der wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose stationär in psychiatrischen Abteilungen behandelten Patientinnen und Patienten waren Deutsche.

6 Vgl. Tabelle 4–33 auf Seite 71 des Materialienbandes 1998–2003.

8 Zusammenfassung der Erhebungsergebnisse

8.5 Leistungen der medizinischen Rehabilitation

An einer schizophrenen Störung leidende Dortmunder/innen hatten nur vereinzelt Gelegenheit zur medizinischen Rehabilitation. Die Häufigkeit schwankte zwischen 6 Maßnahmen in 2000 und 14 Maßnahmen in 2001 und liegt unter dem Landesdurchschnitt. Zwischen 2000 und 2002 wurden wegen schizophrener Störungen insgesamt 30 Maßnahmen medizinischer Rehabilitationen durchgeführt und 180 Menschen berentet.

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) und affektive Störungen (F3) waren – nach den Suchterkrankungen – am häufigsten Anlass einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme im Rahmen psychiatrischer Krankheitsbilder, wurden für Dortmunder/innen jedoch seltener durchgeführt als im Landesdurchschnitt.

Im Vordergrund des Rehabilitationsgeschehens standen Suchterkrankungen, die am häufigsten und im Vergleich mit dem Land überdurchschnittlich oft durchgeführt wurden. Diese Maßnahmen medizinischer Rehabilitation wegen Suchterkrankungen scheinen außerordentlich erfolgreich zu sein, da sie 10-mal häufiger waren als Berentungen mit diesem Beschwerdebild.

Der Anteil der Männer bei den medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen lag in den Berichtsjahren zwischen 54 % und 56 %, der der Frauen zwischen 44 % und 46 %, also 10 Prozentpunkte darunter.

Das durchschnittliche Alter lag bei 42 Jahren.

Das **Friederike-Fliedner-Haus** als Einrichtung medizinischer Rehabilitation hat die Häufigkeit von Aufnahmen im **teilstationären Bereich** von 3 in 1998 auf 16 in 2003 erhöht, in 2003 fand sich eine Wiederaufnahme.

Die in teilstationären Maßnahmen medizinischer Rehabilitation aufgenommenen Personen kamen aus der eigenen Wohnung ohne Betreuung oder aus dem stationären Rehabilitationsbereich des eigenen Hauses.

Nutzer ambulant beschützten Wohnens hatten jeweils einmal in 1999 bzw. 2003 Gelegenheit, eine teilstationäre Maßnahme medizinischer Rehabilitation in Anspruch zu nehmen. In zwei Fällen war dies für Nutzer einer psychiatrischen stationären Wohneinrichtung im Jahre 2003 der Fall.

Die Verweildauer lag in 1998 bei 258 Tagen und in 2003 bei 152 Tagen. Sie bewegte sich im Berichtszeitraum in einer Spanne zwischen 130 Tagen in 2001 und 297 Tagen in 2002. Der Mittelwert der Angaben von 1998–2003 lag bei 209, der Median bei 208.

Zwei Drittel der teilstationären Rehabilitationsmaßnahmen wurden an Männer abgegeben.

Das Durchschnittsalter lag bei 36 Jahren.

Im Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit im teilstationären Bereich des Friederike-Fliedner-Hauses stehen Psychosen und Persönlichkeitsstörungen, die das Diagnosespektrum fast vollständig abdeckten.

82 % der teilstationären Maßnahmen wurden für Dortmunder/innen durchgeführt.

90 % der teilstationär behandelten Rehabilitanden waren Deutsche.

Die Hälfte der teilstationär durchgeführten Maßnahmen wurde vom Sozialhilfeträger finanziert.

Im Jahre 2003 bestritten 7 von 12 der aus teilstationärer Rehabilitation entlassenen Rehabilitanden ihren Lebensunterhalt mit der Sozialhilfe. Dies ist in dem hier beschriebenen Zeitraum der höchste Wert. Häufig wird auch Kranken- bzw. Übergangsgeld bezogen, wobei dessen Bedeutung abgenommen zu haben scheint. Der Bezug von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente ist für das Jahr 2001 in zwei Fällen dokumentiert.

64 % der teilstationär behandelten Rehabilitanden wurden in die eigene Wohnung ohne weitere komplementäre Betreuung, 26 % in das ambulant beschützte Wohnen entlassen. In einem Fall findet sich auch das psychiatrische Wohnheim als Wohnsituation.

Das **Friederike-Fliedner-Haus** hat die Häufigkeit von Aufnahmen im **stationären Bereich** von 21 in 1998 auf 32 in 2003 erhöht, in 2003 fand sich eine Wiederaufnahme.

Ein Drittel der Rehabilitanden lebten vor ihrer Aufnahme in der stationären Einrichtung, die sie zu ihrer medizinischen Rehabilitation aufsuchten, in der eigenen Wohnung ohne psychosoziale Begleitung oder Betreuung.

In 60 % der Fälle kamen die Rehabilitanden unmittelbar aus dem Krankenhaus, weil sie zum einen tatsächlich keinen eigenen Wohnsitz mehr hatten bzw. vorübergehend bei den Eltern gewohnt haben.

Die Verweildauer bewegte sich im Berichtszeitraum in einer Spanne zwischen 522 Tagen in 1998 und 308 Tagen in 2003. Der Mittelwert der Angaben von 1998–2003 lag bei 412, der Median bei 402, d. h. im Verlauf der sechs Jahre zeichnete sich ein Rückgang der Verweildauer bei stationären Maßnahmen medizinischer Rehabilitation ab.

Zwei Drittel der Rehabilitationsmaßnahmen entfielen im Berichtszeitraum auf Männer.

Das Durchschnittsalter lag bei 33 Jahren.

Therapeutischer Schwerpunkt der medizinischen Rehabilitation des Friederike-Fliedner-Hauses waren schizophrene Störungen, die zwischen 70 % (in 1999) und 83 % (im Jahre 2003) aller Rehabilitationsmaßnahmen ausmachten.

60 % der Menschen, die im Friederike-Fliedner-Haus rehabilitiert wurden, kamen aus der Stadt Dortmund.

Im Jahre 2003 hatten 9 (87 %) der 12 Rehabilitanden die deutsche Staatsbürgerschaft.

64 % der stationär durchgeführten Maßnahmen wurden vom Sozialhilfeträger finanziert.

Nach Abschluss der Maßnahmen stationärer medizinischer Rehabilitation wurde der Lebensunterhalt von den Rehabilitanden am häufigsten durch Hilfe zum Lebensunterhalt als Leistung der örtlichen Sozialhilfe bestritten. Der Anteil von Kranken- bzw. Übergangsgeld ging von einem Viertel der Fälle in 1998 auf 7 % im Jahre 2003 zurück.

Nach Ende der Maßnahmen stationärer medizinischer Rehabilitation gab es im Hinblick auf die Wohnsituation für die Rehabilitanden drei Optionen: Es gab den Weg in die eigene Wohnung ohne weitere psychosoziale Unterstützung und Begleitung (38 %), die Inanspruchnahme des ambulant beschützten Wohnens (40 %) oder aber die Nutzung von stationär beschütztem Wohnraum (8 %).

8 Zusammenfassung der Erhebungsergebnisse

8.6 Beschütztes Wohnen in der Stadt Dortmund

Tabelle 1 weist die Summe der ambulanten und stationären Formen des beschützten Wohnens für Dortmunder Bürgerinnen und Bürger wegen einer seelischen Behinderung für die Jahre 1998–2003 aus. Nicht berücksichtigt sind Formen des beschützten Wohnens für Menschen mit einer geistigen Behinderung bzw. einer Suchterkrankung. Die Angaben von Mobilflex e. V. fehlen für die Jahre 1999–2001. Die Darstellung basiert auf Informationen aus der durchgeführten Erhebung bei den Einrichtungen und Diensten der Stadt Dortmund und auf Daten des LWL. Die Angaben zu den ambulanten Betreuungsverhältnissen wurden aus der Erhebung gewonnen, die Informationen zur Anzahl stationärer Betreuungsverhältnisse für Dortmunder Bürgerinnen und Bürger in Dortmund und außerhalb der Stadt Dortmund wurden vom LWL zur Verfügung gestellt.

Es ist eine stetige Zunahme der Fallzahlen festzustellen. Diese Aussage betrifft sowohl die ambulant als auch die stationär erbrachten Hilfen innerhalb und außerhalb der Stadt Dortmund. Bezogen auf die Einwohnerzahl standen zwischen 0,80 (im Jahr 1999) und 1,09 (im Jahr 2003) je 1.000 EW Betreuungsangebote im Funktionsbereich Wohnen für Dortmunder Bürgerinnen und Bürger zur Verfügung. Der Schwerpunkt der Hilfgewährung für Dortmunder Bürgerinnen und Bürger wegen einer seelischen Behinderung liegt eindeutig im ambulanten Bereich, wie der Anteil ambulanter Hilfen an allen Hilfen (zwischen 67 %–71 %) ausweist. Bemerkenswert ist, dass trotz einer Zunahme stationärer Versorgung der Anteil ambulanter Leistungen in etwa gleich hoch geblieben ist, was bedeutet, dass die Zunahme ambulant und stationär beschützter Formen des betreuten Wohnens gleichförmig verlief.

Tabelle 1: Anzahl aller Formen des beschützten Wohnens für Dortmunder Bürgerinnen und Bürger – Stichtag 31.12. des Jahres, ohne geistige Behinderung, ohne Suchterkrankungen, eigene Berechnungen

| Jahr | in Dortmund | | außerhalb von Dortmund | stationär gesamt | ambulant und stationär | je 1.000 EW | Anteil der ambulanten Hilfen an allen Hilfen |
|------|------------------|-----------------------|----------------------------------|------------------|------------------------|-------------|--|
| | ambulant | stationär in Dortmund | stationär außerhalb von Dortmund | | | | |
| 1998 | 348 | – | | | | | |
| 1999 | 334 ⁷ | 46 | 93 | 139 | 473 | 0,80 | 71 % |
| 2000 | 328 | 50 | 97 | 147 | 475 | 0,81 | 69 % |
| 2001 | 341 | 47 | 113 | 160 | 501 | 0,85 | 68 % |
| 2002 | 377 | 67 | 115 | 182 | 559 | 0,95 | 67 % |
| 2003 | 437 | 86 | 119 | 205 | 642 | 1,09 | 68 % |

Tabelle 2: Vergleich der Versorgung in der Stadt Dortmund und in Bremen 2002, jeweils Einheimische

| 2002 | innerhalb | | außerhalb | stationär gesamt | ambulant und stationär | je 1.000 EW ambulant | je 1.000 EW stationär | je 1.000 EW | Anteil der ambulanten Hilfen an allen Hilfen |
|---------------------------|-----------|-----------|-----------|------------------|------------------------|----------------------|-----------------------|-------------|--|
| | ambulant | stationär | stationär | | | | | | |
| Dortmund | 377 | 67 | 115 | 182 | 559 | 0,65 | 0,31 | 0,96 | 67 % |
| Stadt Bremen ⁸ | 403 | 211 | 35 | 246 | 649 | 0,74 | 0,45 | 1,19 | 62 % |

⁷ Die Jahre 1999–2001 ohne Mobilflex e. V.

⁸ Steuerungsstelle Psychiatrie am Gesundheitsamt Bremen: Berichterstattung 2002, Bremen 2003.

Tabelle 2 vergleicht die Situation in der Stadt Dortmund mit der in der Stadt Bremen. Die Darstellung beinhaltet die Versorgungsleistungen im Funktionsbereich Wohnen ausschließlich für Einheimische mit einer seelischen Behinderung differenziert nach dem Ort der erbrachten Maßnahmen.

Leistungen wegen einer Suchterkrankung oder einer geistigen Behinderung sind nicht enthalten. Die von Mobilflex e. V. für das Jahr 2002 ausgewiesenen 18 Fälle mit einer Doppeldiagnose „Psychose und Sucht“ sind berücksichtigt, da auch die Bremer Angaben diese Doppeldiagnose beinhaltet. Das Diagnosespektrum der nachfolgenden Darstellung umfasst somit betreute Wohnformen ausschließlich wegen psychotischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen.

Es zeigt sich in der Stadt Bremen mit 1,19 Betreuungsverhältnissen auf 1.000 EW eine höhere Inanspruchnahmerate der Einheimischen als in Dortmund⁹. Diese höhere Inanspruchnahmerate gibt es sowohl im ambulant als auch im stationär beschützten Wohnen für Menschen mit auf einer Psychose bzw. einer Persönlichkeitsstörung basierenden seelischen Behinderung.

Im arithmetischen Mittel gibt es pro Jahr 91 **Neuaufnahmen** im ambulanten Bereich, wovon es sich in durchschnittlich sechs Fällen um Wiederaufnahmen handelt. Diesen Neuaufnahmen stehen durchschnittlich 79 **Betreuungsbeendigungen** gegenüber. In 2003 wurden 36 % der Aufnahmen im ambulant beschützten Wohnen in der seit Juli des Jahres zuständigen Clearingstelle beraten.

Das ambulant beschützte Wohnen in der Stadt Dortmund wurde nach den **Betreuungsintensitäten** 1:6, 1:9 und 1:12 unterschieden. In der Clearingstelle wurde darüber hinaus Mitte 2003 ein Betreuungsschlüssel von 1:3 ermöglicht. Es findet sich ein stetiger Rückgang der Häufigkeit von Betreuungsverhältnissen mit einer Intensität von 1:12, in den Jahren 2002 und 2003 entfielen noch ein Fünftel der Betreuungsverhältnisse auf diese Kategorie. In 1998 war es ein Viertel aller Fälle gewesen. Dem gegenüber steigt die Häufigkeit der Betreuungen mit einer Intensität von 1:6, während der

Anteil der Betreuungsverhältnisse mit 1:9 um einen mittleren Wert von 45 % schwankt. Die Tendenz zu intensiveren Betreuungsverhältnissen im ambulant beschützten Wohnen wurde in der 2. Jahreshälfte 2003 durch die Entscheidungen der Clearingstelle gestützt. Von den 46 Fällen, für die in der Clearingstelle ein Hilfebedarf festgestellt wurde, wurde die Betreuungsintensität in 44 Fällen dokumentiert. 2 Fälle (5 %) davon entfielen auf eine Betreuungsintensität von 1:3, 23 (52 %) auf eine Betreuungsintensität von 1:6 und 19 (43 %) auf eine Betreuungsintensität von 1:9. Eine Betreuungsintensität von 1:12 wurde in keinem Fall dokumentiert.

In 2003 dauerten erstmals 41 % aller ambulanten Betreuungsverhältnisse länger als fünf Jahre.

Diagnoseverteilung: Durchschnittlich 61 % aller ambulanten Betreuungsverhältnisse¹⁰ entfielen auf schizophrene Störungen, gefolgt von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (14 %) und Suchterkrankungen (13 %). Im Zeitablauf zeigt sich eine Zunahme der Betreuungsverhältnisse wegen einer Suchterkrankung.

In Bremen lag der Anteil psychotischer Erkrankungen in 2001 bei 81,5 % und in 2002 bei 79 %, auf Persönlichkeitsstörungen entfielen in 2001 6 % und in 2002 9,4 % aller Betreuungsverhältnisse. Neurotische Erkrankungsbilder finden sich im Bremer Diagnosespektrum ebenso wenig wie geistige Behinderungen oder psychische Behinderungen als Folge einer organischen Erkrankung.

Die **Geschlechtsverteilung** im ambulant beschützten Wohnen hat sich im Berichtszeitraum zu Gunsten der Männer verändert, deren Anteil an den Betreuungsverhältnissen von 47 % in 1998 auf 59 % im Jahre 2003 stieg.

97 % der Bewohnerinnen und Bewohner im ambulant beschützten Wohnen sind Deutsche.

Die ambulant beschützten Wohnenden werden älter. Hinter dieser Aussage verbirgt sich eine Zunahme der über 40-jährigen, während die Häufigkeit der 27- bis 40-jährigen stabil blieb. Die größte Zunahme findet sich mit 60 % (n=65) im Alter der 50- bis 60-jährigen.

9 Bremen verfügt über eine vergleichbare Einwohnerzahl und im übrigen über ein kontinuierliches Berichtswesen zur psychiatrischen Versorgung.

10 Die Aussagen zur Diagnoseverteilung beinhalten auch Suchterkrankungen.

8 Zusammenfassung der Erhebungsergebnisse

Das **Durchschnittsalter** verschob sich von 44,2 Jahren in 1998 auf 47,4 Jahre in 2003.

Nahezu zwei Drittel aller ambulant Beschützten wohnen in den Stadtbezirken Innenstadt-Nord, Aplerbeck und Hörde.

Kostenträger des ambulant beschützten Wohnens ist in nahezu allen Fällen der Sozialhilfeträger.

Es gibt durchgängig nur geringe Möglichkeiten der ambulant beschützten Wohnenden, den **Lebensunterhalt** aus eigenem Arbeitseinkommen zu bestreiten. Dies ist in nur etwa 3 % der Fälle durchführbar, wovon wiederum nur die Hälfte ihren Lebensunterhalt vollständig aus Arbeitseinkommen bestreiten kann.

Ausbildungsbeihilfe bzw. Unterhaltsgeld wird nur ausnahmsweise (1998 20 Fälle = 4 %, 2003 16 Fälle = 3 %) bezogen, was bedeutet, dass sich ambulant beschützten Wohnende nur selten in einer beruflichen Ausbildung oder einer beruflichen Rehabilitation befinden. In drei Viertel der Fälle wird Hilfe zum Lebensunterhalt oder Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen, wobei der Anteil derjenigen, die ihren Lebensunterhalt vollständig durch Bezug der Renten wegen Erwerbsminderung bestreiten können, von 122 in 1998 auf 47 in 2003 gesunken ist. Gestiegen ist die Häufigkeit des Bezugs „sonstiger Renten“, was vermutlich im Zusammenhang mit der veränderten Altersstruktur steht.

Im Durchschnitt wurden im Berichtszeitraum pro Jahr 29 Dortmunder/innen neu in Formen **stationär beschützten Wohnens** aufgenommen. In der Clearingstelle für die Stadt Dortmund wurden im zweiten Halbjahr 2003 29 Anträge¹¹ auf Aufnahme in ein Heim gestellt, alle Anträge wurden beraten, alle Anträge wurden bewilligt. Im gleichen Zeitraum wurden durchschnittlich sieben Maßnahmen in Wohnheimen beendet.

Erkennbare Unterschiede gab es in der durchschnittlichen **Verweildauer** der beendeten stationären Maßnahmen in Abhängigkeit vom Ort der Maßnahme. In allen Jahren lag die durchschnittliche Verweildauer der außerhalb der Stadt Dortmund **beendeten** Heimunterbringungen über der Verweildauer der in der Stadt beendeten Maßnahmen. Zum jeweiligen Stichtag 31.12. betrug die durchschnittliche

Verweildauer außerhalb der Stadtgrenzen Dortmunds etwa 7,6 Jahre und war in der Stadt mit einer durchschnittlich 4,5-jährigen Verweildauer deutlich niedriger.

Auch beim stationär beschützten Wohnen hat sich die **Geschlechtsverteilung** im Berichtszeitraum zu Gunsten der Männer verändert, deren Anteil an den Betreuungsverhältnissen von 56 % in 1998 auf 66 % im Jahre 2003 stieg.

Das **Durchschnittsalter** im stationär beschützten Wohnen sank von 1999 auf 2000 von 43,4 um zwei Jahre auf 41,3 und blieb in den folgenden Jahren bei etwa 41 Jahren unverändert. Damit entwickelte sich die Altersstruktur im ambulant beschützten Wohnen in Dortmund anders als im stationären Bereich: Während dort die Betreuten durchschnittlich älter wurden, wurden sie hier jünger bzw. blieben durchschnittlich gleich alt. Die außerhalb der Stadtgrenzen Untergebrachten waren zum jeweiligen Stichtag 31.12. des Jahres älter als die in der Stadt Betreuten.

Dauerhaft an einer schizophrenen Psychose erkrankte Menschen stellen stabil über die Jahre hinweg einen Anteil von mindestens 70 % aller Betreuungsverhältnisse. Suchterkrankungen werden in etwa 8 % der Fälle in den psychiatrischen Versorgungseinrichtungen registriert, wobei zu berücksichtigen ist, dass die stationären Angebote der Suchtkrankenhilfe in der Erhebung nicht berücksichtigt wurden. Persönlichkeitsstörungen stellen etwa 15 % der Fälle.

Durchschnittlich 94 % der Bewohnerinnen und Bewohner im stationär beschützten Wohnen sind Deutsche.

Der Sozialhilfeträger ist bis auf wenige Ausnahmen Kostenträger in den stationär beschützten Wohnformen. Selbstzahler gab es bis 2002 vereinzelt, in 2003 gar nicht mehr.

Es findet sich eine schrittweise Veränderung der Betreuungsstruktur: Gab es in 1999 erst einen Fall im stationär beschützten Einzelwohnen und 8 Bewohnerinnen und Bewohner in Außenwohngruppen, so stieg deren Anteil im Zeitablauf auf 8 Fälle (8 %) im stationären Einzelwohnen und 14 Fälle (14 %) in Außenwohngruppen.

¹¹ In sechs Fällen waren Suchterkrankungen ursächlich für die beantragten Leistungen.

Menschen im stationär beschützten Wohnen sind überwiegend Bezieher von „Hilfe zum Lebensunterhalt“ in Form des Barbetrages zur persönlichen Verfügung.

8.7 Leistungen für Arbeit, Beschäftigung und berufliche Rehabilitation

Im Jahr 1998 wurden in der **Rehabilitationsabteilung der Bundesanstalt für Arbeit (Bundesagentur) Dortmund** mit Zuständigkeit für Dortmund und die Städte Schwerte und Lünen/Selm aus dem Kreis Unna 2.233 Zugänge verzeichnet, deren Anzahl bis zum Jahre 2002 insgesamt um 909 Zugänge auf 1.324 Zugänge zurück ging. Dies entspricht einem prozentualen Rückgang der Rehabilitationsmaßnahmen um 41 %. Dieser Rückgang steht im Zusammenhang mit der Einführung des SGB IX. Danach erfasst die Bundesagentur nur noch diejenigen Rehabilitanden, für die sie gleichzeitig Rehabilitationsträger ist. Rehabilitationsträger ist sie aber u. a. nur bei den Personen, die noch keine 15 Jahre einer beitragspflichtigen Beschäftigung nachweisen können.

Der Rückgang bei den Zugängen ging im Wesentlichen zu Lasten „anderer“ Behinderungsarten. „Andere Behinderungsarten“ bezeichnen hier das gesamte Spektrum körperlicher Behinderungen ohne „Psychosen“, „sonstige Neurosen“, „geistige Behinderungen“ und „Lernbehinderungen“.¹² Im gesamten Zeitraum von 1998 bis 2002 ging die Häufigkeit von Zugängen zur beruflichen Rehabilitation wegen einer Psychose mit 34 Fällen um 2 % zurück, während sich bei den Rehabilitationsmaßnahmen wegen einer „sonstigen Neurose“ keine Veränderung fand.

Der Anteil von Rehabilitationsmaßnahmen wegen einer Psychose bei den Bestandsfällen blieb im Berichtszeitraum 1998–2002 mit 5 % stabil. Absolut hat die Häufigkeit beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen wegen einer „Psychose“ von 161 Fällen in 1999 um 37 Fälle auf 198 Fälle in 2002 zugenommen.

Das **statistische Durchschnittsalter** der Rehabilitanden ist erkennbar gesunken, was auf die bereits angesprochene Einführung des SGB IX und die geltenden Zuständigkeitsregeln zurück zu führen ist. Lag bei der Behinderungsart „Psychosen“ das Durchschnittsalter in 1998 noch bei 37 Jahren, so sank es bis in das Jahr 2002 auf 26 Jahre.

Bei der Behinderungsart „sonstige Neurose“ ging das Durchschnittsalter von 34 in den Jahren 1998 bis 2001 auf 25 im Jahre 2002 zurück. Dies lässt sich auch von den Rehabilitanden mit einer anderen Behinderungsart berichten.

Integrationsfachdienst: Bis einschließlich zum Jahr 2000 war es Ziel und Auftrag des Projektes Integrationsfachdienst beim Diakonischen Werk Dortmund, „arbeitslose Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, Lern- und geistigen Behinderungen aus dem Stadtgebiet Dortmund bei ihrer beruflichen Eingliederung durch Beratung und Begleitung zu unterstützen“ (aus dem Jahresbericht 1999). Mit Inkrafttreten des neuen Schwerbehindertengesetzes zum 01.10.2000 wurde diese Spezialisierung aufgegeben zugunsten einer behinderungsübergreifenden Tätigkeit auf Zuweisung der Bundesagentur für Arbeit.

Es wurde befürchtet, dass die „ursprüngliche Zielgruppe des Integrationsfachdienstes – Geistig-, Psychisch- und Lernbehinderte –“ in Zuweisungsverfahren nur geringfügig vertreten sei und sich durch die Rechtsänderung insoweit eine Verschlechterung der Versorgungssituation ergebe.

In den Jahren der Restrukturierung des Integrationsfachdienstes enthielten die entsprechenden Tätigkeitsberichte nur spärliche Informationen hinsichtlich der begleiteten Personengruppe. Für das **Jahr 2003** wird vom Trägerverbund Integrationsfachdienst von insgesamt 657 Zuweisungen berichtet, wovon 18 auf Rentenversicherungsträger bzw. die Berufsgenossenschaft (drei Fälle) entfielen. Der Anteil psychisch behinderter Menschen lag bei 12,4 %, was bedeutet, dass 82 der vom Trägerverbund Integrationsfachdienst fachlich beratenen und begleiteten Personen (auch) psychisch behindert waren. Dies bedeutet im Vergleich zu der zuletzt vorliegenden Zahl des Integrationsfachdienstes des Diakonischen Werkes aus dem Jahre 2000, in dem 58 psychisch Behinderte gezählt wurden, fast eine Verdoppelung der vom Integrationsfachdienst erreichten psychisch behinderten Menschen. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass sich die Zuständigkeit des Integrationsfachdienstes des Diakonischen Werkes im Jahre 2000 auf das Stadtgebiet Dortmund beschränkte, während sich die Zuständigkeit des Trägerverbundes Integrationsfachdienst auf den Zuständigkeitsbereich der Arbeitsagentur für Arbeit Dortmund bezieht,

¹² Geistige Behinderungen und Lernbehinderungen wurden nicht gesondert ausgewiesen.

zu der die Stadt Dortmund und die Städte Lünen/Selm und Schwerte gehören.

Die Häufigkeit von **Maßnahmen für psychisch kranke Menschen in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) für Dortmunder Bürgerinnen und Bürger** hat von 1999 bis zum Jahre 2003 um ein Fünftel, das entspricht 28 Fällen, zugenommen.

24 dieser 28 Fälle fanden Aufnahme in einer WfbM vor Ort. Über die Jahre zeigt sich eine relative Abnahme der behinderten Menschen, die außerhalb der Stadt Dortmund Beschäftigung in einer WfbM gefunden haben. Deren Anteil sank von 40 % (n=56) in 1999 auf 36 % (n=60) in 2003. Dementsprechend stieg der Anteil der in Dortmund Beschäftigten von 60 % (n=83) in 1999 auf 64 % (n=107) im Jahre 2003. 90 % aller wegen einer seelischen Behinderung in einer Werkstatt für behinderte Menschen Beschäftigten in Dortmund arbeiten in den AWO-Werkstätten Dortmund, 10 % (im Jahre 2003 waren dies 10 Fälle) entfielen auf die WfbM „Gottesseggen“ und „Über den Teichen“.

Die **durchschnittliche Verweildauer** der Maßnahmen in Werkstätten für behinderte Menschen lag bei sechs Jahren, wobei systematische Unterschiede zwischen der Maßnahmedauer innerhalb und außerhalb der Stadt Dortmund nicht identifiziert werden konnten.

Insgesamt findet sich eine geringe Fluktuation und eine lange Beschäftigungsdauer.

Etwa 60 % der im Arbeitsbereich beschäftigten Dortmunder sind Männer, dementsprechend sind ca. 40 % der Beschäftigten weiblichen **Geschlechts**.

Die **Altersverteilung** blieb in den Jahren 1999 bis 2003 bei einem Durchschnittsalter von 41 Jahren konstant. Die Anzahl der **seelisch behinderten Beschäftigten in der Abteilung für psychisch behinderte Menschen der AWO-Werkstätten in Dortmund** nahm von 88 in 1999 um 24 Fälle auf 112 im Jahre 2003 zu, dies entspricht einer Steigerung von 27 % im Ablauf der sechs Jahre.

65% aller Beschäftigten mit seelischer Behinderung in der WfbM der AWO Dortmund sind Männer.

Im Hinblick auf die **Diagnoseverteilung** ist zwischen dem Berufsbildungs- und Arbeits-

bereich zu unterscheiden. In den Jahren 1999 und 2000 litten 71 % bzw. 75 % der Rehabilitanden im Berufsbildungsbereich an einer Psychose. Deren Anteil im Berufsbildungsbereich nahm im Jahre 2000 auf 50 % ab und blieb in den Folgejahren bei 63 % bzw. 64 % stabil. Im Berufsbildungsbereich fanden sich mit Ausnahme des Jahres 2000 häufiger Rehabilitanden mit einer Psychose als in der gesamten Abteilung für psychisch behinderte Menschen der WfbM. Behinderungen als Folge einer organisch bedingten psychischen Störung, die 10 % aller Beschäftigten in der WfbM ausmachen, finden sich im Berufsbildungsbereich nur selten, während die Angaben zum Arbeitsbereich daraufhin deuten, dass diese Beschäftigten auf Dauer im Arbeitsbereich der WfbM integriert wurden.

Der größte Anteil der Beschäftigten mit einer psychischen Behinderung wohnt mit jeweils knapp einem Fünftel in den Stadtteilen Eving und Hörde, gefolgt vom Stadtteil Aplerbeck, aus dem zwischen 11 % und 18 % der Beschäftigten stammen.

Über die Hälfte der in der Abteilung für psychisch behinderte Menschen der AWO-Werkstätten Beschäftigten ist zwischen 35 und 49 Jahre alt. Die **Altersverteilung** stellt sich in den Berichtsjahren stabil und unverändert dar.

Durchschnittlich 90 % der Beschäftigten in der WfbM sind Deutsche.

Etwa zwei Drittel der Werkstattbeschäftigten leben in einer eigenen Wohnung ohne weitere psychosoziale Betreuung. Hierbei finden sich keine aussagefähigen Unterschiede im Hinblick darauf, ob es sich um Rehabilitanden im Berufsbildungsbereich oder aber um Beschäftigte im Arbeitsbereich handelt. Etwa ein Viertel der Beschäftigten in der WfbM leben im Rahmen des ambulant beschützten Wohnens. Der Anteil der Rehabilitanden im Berufsbildungsbereich, die im ambulant beschützten Wohnen leben ist in all den Jahren höher, als deren Anteil in der gesamten Abteilung für psychisch behinderte Menschen der WfbM. Dies deutet daraufhin, dass ein gewisser Anteil der Rehabilitanden, die im ambulant beschützten Wohnen leben, nach Abschluss der Berufsbildungsphase nicht länger in der Werkstatt beschäftigt sind. In den Jahren 1999 bis 2001 kam es nur in Einzelfällen vor, dass seelisch behinderte Menschen in einem Wohnheim

lebten und gleichzeitig im Berufsbildungsbereich der WfbM tätig sein konnten. Die Häufigkeit dieser Kombination – Wohnheim und berufliche Rehabilitation im Berufsbildungsbereich – nahm für die Jahre 2002 und 2003 mit drei Fällen in 2002 und fünf Fällen in 2003 leicht zu. Mit Ausnahme des Jahres 2003 lag der Anteil für Menschen aus (psychiatrischen) Wohnheimen an den Werkstattbeschäftigten unter 10 %.

Häufigste Diagnose der von 1998 bis zum Jahre 2003 in der Abteilung für psychisch behinderte Menschen der AWO-Werkstätten beendeten Maßnahmen war eine „Psychose“. Im Durchschnitt der Jahre entfielen 60 % aller beendeten Maßnahmen auf das Behinderungsbild „Psychose“. Erwartungsgemäß wurden Maßnahmen am häufigsten im **Berufsbildungsbereich** beendet. In den Jahren 1999, 2000 und 2003 wurden Maßnahmen im Berufsbildungsbereich **vorzeitig** am häufigsten von Rehabilitanden mit einer Psychose beendet. Im Jahre 2001 entfielen zwei der insgesamt sechs vorzeitig beendeten Maßnahmen im Berufsbildungsbereich auf die Behinderungsart „Psychose“, im Jahre 2002 wurde ein Fall einer vorzeitigen Beendigung mit einer Psychose dokumentiert.

Bei den vorzeitigen Beendigungen im Arbeitsbereich stellte die „Psychose“ in den Jahren 1998 bis 2003 jeweils die häufigste Behinderungsart der vorzeitig im Arbeitsbereich beendeten Maßnahmen dar.

In 2002 wurde eine Maßnahme im Arbeitsbereich der WfbM wegen einer Weiterbeschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beendet. In einem weiteren Fall desselben Jahres wurde eine Maßnahme im Arbeitsbereich vorzeitig als Folge einer Weiterbeschäftigung in einem Integrationsbetrieb beendet. Im Jahre 2003 wurde ein Mitarbeiter bzw. eine Mitarbeiterin mit Behinderung berentet.

Die Anzahl der Rehabilitanden im **Beruflichen Trainingszentrum Dortmund** (BTZ Dortmund) stieg von 60 im Jahre 1998 bis auf 88 in den Jahren 2001 und 2002 an. In 2003 wurden 87 Rehabilitanden gezählt, einer weniger als im Vorjahr und 27 Rehabilitanden oder 45 % mehr als in 1998.

Der Anteil der Dortmunder/innen an den Rehabilitanden bewegte sich in einer Spanne von 30 % (n=26) im Jahre 2003 und 55 % (n= 34) im Jahre 2000. In drei der insgesamt sechs betrachteten Jahre wurde die Hälfte der

Maßnahmen zum Stichtag von Dortmundern/innen in Anspruch genommen, in 1998 waren es 47 % (n=28). Im Durchschnitt der Jahre kamen 45 % der Rehabilitanden im Beruflichen Trainingszentrum Dortmund aus Dortmund.

Diagnoseverteilung: Es zeigt sich, dass mit Ausnahme des Jahres 2003 jeweils mehr als die Hälfte der Rehabilitanden aus Dortmund an einer Psychose litten. Der Anteil der an einer Neurose Erkrankten erreichte seinen höchsten Wert in 1999 mit 35 % und betrug im Jahre 2003 15 %. Menschen mit einer Suchterkrankung wurden im BTZ nicht rehabilitiert, allerdings gab es Angebote für Methadon-Substituierte. Die Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen nahm von zwei Fällen im Jahre 1999 auf neun Fälle in den Jahren 2001 bis 2003 zu, was einem Fünftel bzw. einem Drittel aller Fälle entsprach.

Durchschnittlich 58 % der Rehabilitanden mit seelischer Behinderung im BTZ Dortmund waren Männer. Im Jahre 2003 waren 54 % (n=14) der Rehabilitanden **aus Dortmund** männlichen **Geschlechts**.

Im Durchschnitt der letzten fünf Jahre lag das **Alter** der Rehabilitanden im BTZ bei 35 Jahren, das geringste Durchschnittsalter wurde mit 33 Jahren in 2000 und 2001 dokumentiert. In den Jahren 2002 und 2003 stieg das Durchschnittsalter auf 37 bzw. 38 Jahre, was mit einem höheren Anteil der über 40-jährigen zusammenhing.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass ein im zeitlichen Ablauf sinkender Anteil von Dortmundern/innen im beruflichen Trainingszentrum Dortmund wegen einer psychischen Behinderung rehabilitiert wird. Der Anteil der Dortmunder/innen lag zuletzt bei 30 % an allen Rehabilitanden.

Die Geschlechtsverteilung der Dortmunder/innen im BTZ war 2003 mit einem leichten Überhang bei den Männern nahezu ausgeglichen. Der Anteil der Menschen mit Behinderung vor dem Hintergrund einer Psychose und mit Herkunft aus der Stadt Dortmund nahm im Berichtszeitraum stetig ab und lag im Jahre 2003 bei 46 %. Damit liegt die Vermutung nahe, dass Menschen mit einer schizophrenen Störung im Zeitablauf abnehmend vom Angebot des beruflichen Trainingszentrums profitieren konnten, während umgekehrt die Bedeutung der Einrichtung für Menschen mit

einer Persönlichkeitsstörung zunahm. Die Anzahl der Jugendlichen mit einer seelischen Behinderung aus Dortmund im **Christlichen Jugenddorf Dortmund** (CJD) nahm von 1999 mit zwölf Fällen (52 % aller Rehabilitanden mit einer seelischen Behinderung) auf 18 Fälle (40 % aller Rehabilitanden mit einer seelischen Behinderung) in 2002 und 38 Fälle im Jahre 2003 (30 % aller Rehabilitanden mit einer seelischen Behinderung) zu, nachdem in den Jahren 2000 und 2001 jeweils zehn seelisch behinderte Jugendliche aus Dortmund gezählt worden waren. Dies bedeutet, dass durchschnittlich 37 % der Rehabilitanden mit einer seelischen Behinderung aus Dortmund kamen. Der Anteil der seelisch behinderten Rehabilitanden aus Dortmund an allen Rehabilitanden aus Dortmund bewegte sich im Berichtszeitraum von einem Viertel der Fälle bis zur Hälfte und betrug durchschnittlich 40 %.

Die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitationen werden im CJD Dortmund überwiegend für männliche Jugendliche durchgeführt. Deren prozentualer Anteil lag in 1999 bei 59 %, in 2000 bei 71 %, in 2001 bei 80 % sowie in 2003 bei 64 %. Nur im Jahre 2002 fand sich mit jeweils 50 % eine Gleichverteilung zwischen den **Geschlechtern**.

Ausgeprägte **diagnostische Schwerpunkte** wurden im Berichtszeitraum für das CJD nicht festgestellt. Im Vordergrund der Beschwerdebilder stehen neurotische Erkrankungen, Psychosen und Persönlichkeitsstörungen. Menschen mit einer Suchterkrankung werden im CJD nicht rehabilitiert.

Durchschnittlich 92 % der Rehabilitanden im CJD sind Deutsche.

Der größte Teil der Rehabilitanden im CJD Dortmund ist bis zu 19 Jahre alt. Das statistische Durchschnittsalter betrug in den Jahren 2000, 2002, und 2003 17 Jahre, in 2001 18 Jahre und im Jahre 1999 20 Jahre.

Im Jahre 2003 wurden insgesamt 43 Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation für Dortmunder/innen im CJD Dortmund beendet. Es fand sich in 14 der 43 Fälle eine reguläre Beendigung, in 21 Fällen eine vorzeitige Beendigung und 8-mal wurden keine Angaben zur Art der Beendigung gemacht. Die Hälfte der insgesamt 10 beendeten Maßnahmen bei Rehabilitanden mit einer Psychose wurden

vorzeitig beendet. Diese Aussage gilt auch für Rehabilitanden, deren Behinderung auf einer neurotischen Erkrankung beruhte.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass über die Jahre hinweg ein Drittel der im CJD Dortmund rehabilitierten Personen aus der Stadt Dortmund selbst kommt. Davon sind im Mittel der Jahre wiederum 40 % seelisch behindert. Deren Anzahl betrug im Jahre 2003 38 und belief sich in den vorangegangenen Jahren zwischen 10 und 18 Personen.

8.8 Tagesstrukturierende Hilfen

Niederschwellige tagesstrukturierende Hilfen werden in Dortmund in Kontaktstellen und Kontaktclubs angeboten. Die Anzahl der Nutzerinnen und Nutzer in den **Kontaktstellen** reicht insgesamt wöchentlich an bis zu 200 Personen. In den drei **Kontaktclubs** trafen sich bis zu 120 Besucherrinnen und Besucher, wobei es sich nicht um eine homogene Gruppe handelte, so dass die Zahl der Gesamtnutzer deutlich höher liegen dürfte.

Nach den Beobachtungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter handelt es sich bei den Besucherinnen und Besuchern von Kontaktstellen und Kontaktclubs um chronisch psychisch kranke Menschen, die mindestens einen oder aber mehrere Klinikaufenthalte hinter sich haben und bzw. oder sich in fachärztlicher Behandlung befinden. Es handele sich bei den Krankheitsbildern vorwiegend um schizophrene Psychosen, affektive Psychosen und Persönlichkeitsstörungen. Ergänzend hierzu würden die Kontaktstellen von Menschen in Lebenskrisen z. B. im Zusammenhang mit dem Verlust des Partners etc. genutzt.

Die Verteilung zwischen den Geschlechtern sei ausgeglichen, die meisten Besucherinnen und Besucher in der Kontaktstelle seien zwischen 40 und 60 Jahren alt. Im Hinblick auf die Einkommenssituation wird berichtet, dass die Mehrzahl entweder Hilfe zum Lebensunterhalt und/oder ergänzend hierzu eine Rente wegen einer Minderung der Erwerbsfähigkeit beziehe. Nur ein geringer Teil der Besucherinnen und Besucher sei Bezieher von Arbeitslosengeld bzw. Arbeitslosenhilfe.

Die Bedeutung der **Offenen Arbeitstherapie der Westfälischen Klinik Dortmund** (OAT) für die Strukturierung des Tages hat im Berichtszeitraum zugenommen. Die Anzahl der Auf-

nahmen zu Maßnahmen tagesstrukturierender Beschäftigung für chronisch psychisch Kranke stieg von 17 auf 151 und damit um nahezu 800 %. Der Anteil der Wiederaufnahmen ist von 1998 auf 2002 gestiegen. Von den 388 Aufnahmen im stationären Bereich handelte es sich in 118 Fällen (30 %) um Wiederaufnahmen.

Bei den ambulant abgegebenen Maßnahmen der tagesstrukturierenden Beschäftigung von chronisch psychisch Kranken lag der Anteil der Wiederaufnahmen mit 56 Fällen bei 37 %.

Zum Stichtag 31. Dezember 1998 erfuhren 59 Personen Hilfestellungen bei der Tagesstrukturierung. Hiervon waren 55 Personen (93 %) ambulante Patientinnen und Patienten, in vier Fällen wurden Leistungen für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner abgegeben.

Der Männeranteil ist von 1998 mit 70 % auf 68 % im Jahre 2002 gesunken. Der Anteil der Männer in stationären Maßnahmen als Bestandteil der Krankenhausbehandlung betrug im Jahr 2002 73 % und im Rahmen ambulanter tagesstrukturierender Beschäftigung 63 %.

Der Anteil der an einer Psychose erkrankten Patientinnen und Patienten ist im Berichtszeitraum von 80 % in 1998 auf 58 % im Jahre 2002 gesunken.

Die durchschnittliche Dauer der Förderung für die jeweiligen Patientinnen und Patienten im Rahmen der Krankenhausbehandlung ist von 28,7 Tagen im Jahre 1998 auf 22,2 Tage im Jahre 2002 gesunken. Im gleichen Zeitraum nahm die durchschnittliche Dauer im Bereich tagesstrukturierender Beschäftigung von 72,4 Tagen in 1998 auf 80,1 im Jahre 2002 zu. Die durchschnittliche Beschäftigungsdauer betrug bei der Heilmittelabgabe 28,3 Tage. Im Mittel lag damit die Beschäftigungsdauer im ambulanten Bereich, zu dem die tagesstrukturierende Beschäftigung und Leistungen im Rahmen der Heil- und Hilfsmittelverordnung zählen, bei 61,6 Tagen.

Der Anteil der Klientinnen und Klienten aus Dortmund in der Arbeitstherapie als Bestandteil der vollstationären Krankenhausbehandlung ist von 63 % in 1998 auf 75 % im Jahre 2002 gestiegen. In 2002 wurden vereinzelt ambulante Leistungen der Organisationseinheit Arbeitstherapie auch an Patientinnen und Patienten aus Unna abgegeben, sodass sich

der Anteil der Dortmunder/innen geringfügig veränderte.

Auch bei der **Altersverteilung** wurde eine Veränderung registriert, indem der Anteil der bis zu 58-jährigen von 85 % in 1998 auf 96 % im Jahre 2002 gestiegen ist. Dagegen ist der Anteil der Klienten mit deutscher Staatsbürgerschaft auf 89 % in 2002 um fünf Prozentpunkte im Vergleich zu 1998 gesunken.

1998 entfielen auf Maßnahmen der Arbeitstherapie als Bestandteil der Krankenhausbehandlung 80 % und somit auf Maßnahmen tagesstrukturierender Beschäftigung 20 % aller an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer abgegebenen Tage. Dies hat sich in den darauf folgenden vier Jahren deutlich zugunsten ambulanter Maßnahmen bzw. tagesstrukturierender Beschäftigung verschoben. In dem Jahre 2002 wurden von insgesamt 17.926 Teilnehmertagen 9.298 oder 52 % an ambulante Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Rahmen der ambulanten Heilbehandlung oder der tagesstrukturierenden Beschäftigung chronisch psychisch kranker Menschen abgegeben.

Zusammenfassend zeigt sich eine deutliche Ausweitung und Intensivierung der Arbeit der **offenen Arbeitstherapie der Westfälischen Klinik Dortmund**. Neben einer allgemeinen Steigerung der Aufnahmen sowie der Fallzahlen ist eine gravierende Verschiebung in den Bereich ambulanter Maßnahmen sowohl im Sinne der Heilbehandlung nach der Heil- und Hilfsmittelverordnung als auch im Rahmen der tagesstrukturierenden Hilfestellung für chronisch psychisch Kranke zu verzeichnen. Dies ergibt sich aus einem Anteil von 28 % der Aufnahmen im ambulanten Bereich an allen Aufnahmen, stärker jedoch noch aus einem Anteil von 52 % aller abgegebenen Teilnehmertage auf ambulante Hilfen bzw. tagesstrukturierende Maßnahmen.

Während Heimbewohnerinnen und Heimbewohner das Angebot der OAT wie schon in 1998 auch im Jahre 2002 mit fünf Fällen nur vereinzelt annehmen, ist die Inanspruchnahme von ambulanten Patientinnen und Patienten, das heißt solchen, die nicht stationär beschützt wohnen, gleichgeblieben, ohne dass aus dem vorliegenden Material geschlossen werden könnte, ob es sich hierbei um ambulant beschütztes Wohnen oder das Leben in der eigenen Privatwohnung ohne psychosoziale Betreuung handelte. Die verstärkte Inanspruchnahme der OAT kam Klientinnen

und Klienten mit einer anderen psychiatrischen Diagnose als einer Psychose zugute, da der Anteil der psychotischen Erkrankungen im Berichtszeitraum deutlich abnahm.

Der Anteil der Patientinnen und Patienten im erwerbsfähigen Alter nahm zu, wie auch der Anteil der Frauen an allen Patientinnen und Patienten der OAT.

Bedingt durch die Eröffnung der Tagesstätte des Diakonischen Werkes im Jahr 1999 kam es von 1998 zu 1999 zu einer Verdreifachung der Aufnahmen in **Tagesstätten** in Dortmund, was auf einen hohen Bedarf an tagesstrukturierenden Hilfen schließen lässt. In den folgenden beiden Jahren wurden jeweils 37 Aufnahmen registriert. In 2002 stieg die Anzahl der Aufnahmen auf 42, was im Zusammenhang mit der Eröffnung der Tagesstätte des Westfälischen Wohnverbundes in Brackel zu sehen ist, nahm jedoch in 2003 auf 31 Aufnahmen ab. Dies hing mit einer Minderung der Wiederaufnahmerate in 2003 zusammen. Entfielen in den Jahren 2000 bis 2002 noch ein Viertel aller Aufnahmen auf Wiederaufnahmen, so nahm dieser Anteil in 2003 auf 13 % ab. Am häufigsten erfolgten Wiederaufnahmen innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten nach einer beendeten Maßnahme, auch der erneute Besuch einer Tagesstätte binnen Jahresfrist wurde registriert.

Die Anzahl der Nutzer der Tagesstätten stieg von 23 in 1998 auf 65 in 2003, d. h. im Berichtszeitraum haben sich die Kapazitäten beinahe verdreifacht, was eine deutliche Verbesserung der Versorgungssituation sein dürfte.

Das **Diagnosespektrum** in den Tagesstätten hat sich von 1998 zu 2003 von psychotischen Erkrankungen hin zu neurotischen Krankheitsbildern und Suchterkrankungen verschoben. Stellten Psychosen in 1998 und 1999 noch nahezu drei Viertel aller Fälle, so sank dieser Anteil in 2000 auf 67 %, stieg im folgenden Jahr erneut auf 71 %, um in 2002 mit 60 % und 2003 bei 63 % zu verbleiben. Im gleichen Zeitraum nahmen neurotische Krankheitsbilder bis zu 30 % der Fälle in 2002 zu. In 2003 wurde noch ein Fünftel aller Fälle neurotischen Erkrankungen zugeordnet. In dieses Jahr fällt auch eine verstärkte Berücksichtigung von Suchterkrankungen in allen Tagesstätten, die von konstant zwei Fällen in den Vorjahren auf sechs Fälle oder 9 % der Fälle in 2003 anstiegen.

Die **Geschlechtsverteilung** unterlag in den hier beschriebenen Jahren einer gewissen Dynamik, da sie sich im Zeitablauf wiederholt veränderte. Insgesamt jedoch entfielen – mit unterschiedlichen Gewichtungen – jeweils etwa die Hälfte der Plätze auf Frauen bzw. Männer, was diese Versorgungsform von den übrigen Angeboten unterscheidet.

Die Inanspruchnahme der Tagesstätten durch Menschen mit anderer als der **deutschen Staatsbürgerschaft** ist im Berichtszeitraum ausgehend von einem niedrigen Niveau auf Null zurück gegangen.

Die **Art des Einkommens** hat sich im Berichtszeitraum nicht verändert. Bis auf einen Fall mit Bezug von Arbeitslosengeld bzw. Arbeitslosenhilfe haben alle Besucherinnen und Besucher der Tagesstätten Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BSHG erhalten oder von EU- bzw. BU-Rente gelebt.

Besucherinnen und Besucher von Tagesstätten leben in der eigenen Wohnung oder einer Form des ambulant beschützten Wohnens. Andere Wohnformen wurden nicht dokumentiert. In durchschnittlich knapp 40 % aller Fälle findet eine zur Tagesstätte ergänzende psychosoziale Unterstützung beim Wohnen nicht statt – 60 % der Nutzerinnen und Nutzer der Tagesstätte leben mit Formen ambulant beschützten Wohnens.

Besucherinnen und Besucher der Tagesstätten sind im Berichtszeitraum älter geworden. Lag das Durchschnittsalter in 1999 bei 41 Jahren, so stieg es in den folgenden Jahren auf 46 Jahre in 2003 an. Häufigstes Alter war – mit Ausnahme des Jahres 2002 – ein Lebensalter zwischen 45 bis 49 Jahren. In 2002 stellten die 50- bis 54-jährigen den höchsten Anteil an allen Tagesstättenbesucherinnen und -besuchern.

Die Tagesstätten werden in der Stadt Dortmund am häufigsten von Bewohnerinnen und Bewohnern des Stadtteils „Innenstadt Nord“ in Anspruch genommen. Prozentual stieg der Anteil von 13 % aller Nutzerinnen und Nutzer in 1998 auf 35 % im Jahre 2003. Die Inanspruchnahme der Tagesstätten fällt somit nicht mit ihrer geografischen Lage zusammen. Dies gilt mit Ausnahme der Tagesstätte der Halte Stelle e. V., die im südlichen Teil des Stadtbezirkes Innenstadt-Nord liegt. Die Ta-

gesstätte des Westfälischen Wohnverbundes liegt im Stadtbezirk Brackel und die Tagesstätte des Diakonischen Werkes mitten im Stadtbezirk Innenstadt-West.

8.9 Der Sozialpsychiatrische Dienst

Am 31. Dezember 1998 wurden beim Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Dortmund 4.025 Fälle registriert, am 31. Dezember 2003 waren es 5.055 Fälle, insgesamt nahm die Anzahl der laufenden Fälle somit um ein Viertel oder absolut 1.030 Fälle zu.

Bedeutsam ist jedoch die Unterscheidung in Verwaltungsvorgänge und die Fälle mit persönlichem Kontakt. Hier zeigt sich dann ein gänzlich anderes Bild, da die Häufigkeit der Fälle ausschließlich mit persönlichem Kontakt in der psychosozialen Beratung und Betreuung von Alkoholkranken von 1999 auf 2003 um 173 Fälle auf 483 Fälle in 2003 zurückging. Ein leichter Rückgang wurde auch bei der psychosozialen Beratung und Betreuung von Drogenabhängigen verzeichnet, da hier 41 Fälle weniger registriert wurden.

Angestiegen ist dagegen die Häufigkeit von psychosozialer Beratung und Betreuung von psychisch Kranken von 981 in 1999 auf 1.100 Fälle im Jahre 2003, was einem prozentualen Anstieg von 12 % entspricht. Zusammenfassend heißt dies, dass eine stärkere Inanspruchnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes durch psychisch Kranke zeitlich mit einer verminderten Inanspruchnahme von alkoholkranken bzw. drogenabhängigen Menschen zusammenfiel.

Die Häufigkeit von Fällen mit persönlichem Kontakt lag in den Jahren 1999–2003 durchschnittlich bei 2.000 Fällen, was darauf hindeutet, dass mit dieser Fallzahl die Kapazitäten des Sozialpsychiatrischen Dienstes ausgeschöpft sind. Dies wird durch den Sachverhalt unterstrichen, dass eine Erhöhung der Neuzugänge sich im wesentlichen in einer Steigerung reiner Verwaltungsvorgänge ausdrückt und nicht in einer Zunahme der face-to-face Kontakte.

Die Kontakthäufigkeit hat im Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Dortmund von 1998 bis zum Jahre 2003 deutlich abgenommen und dies offensichtlich unabhängig von den jeweiligen Zielgruppen. Wurde 1998 in der psychosozialen Beratung und Betreuung von Alkoholkranken ein Anteil von 82 % mit mehr

als drei Kontakten gezählt, so sank dieser Anteil auf 52 % im Jahre 2002 und 38 % im Jahre 2003. Eine vergleichbare Entwicklung findet sich in der psychosozialen Beratung und Betreuung von Drogenabhängigen, hier nahm der Anteil der Betreuungsverhältnisse mit mehr als drei Kontakten von 79 % im Jahre 1998 auf 36 % im Jahre 2003 ab. Nicht anders, wenn auch weniger ausgeprägt, ist die Entwicklung bei den psychisch Kranken. Hier findet sich ein Rückgang des Anteils der Betreuungsverhältnisse mit mehr als drei Kontakten von 66 % im Jahre 1998 auf 39 % im Jahre 2003. Demnach hat die Häufigkeit von Kurzbetreuungen deutlich zugenommen, was wohl bedeutet, dass der Sozialpsychiatrische Dienst der Stadt Dortmund im Kern der Krisenintervention in psychosozialen Notlagen dient.

Geschlechtsverteilung: Insgesamt 60 % der Klienten/innen des Sozialpsychiatrischen Dienstes mit persönlichem Kontakt in 2002 waren Männer, im Jahre 2003 lag deren Anteil bei 61 % aller Fälle. Auch hier lohnt eine differenziertere Betrachtung nach Zielgruppen.

Es zeigt sich nämlich, dass sich eine einigermaßen ausgeglichene Geschlechtsverteilung nur in der psychosozialen Beratung von psychisch kranken Menschen (Jahr 2002: 51 % Männer; Jahr 2003: 52 % Männer) findet. Im Arbeitsfeld mit Abhängigkeitskranken sind bei den Drogenabhängigen 73 % (2002) bzw. 74 % der Fälle (2003) Männer.

Bei den Alkoholkranken liegt der Anteil der Männer bei 68 % in 2002 bzw. 72 % im Jahre 2003.

Der Sozialpsychiatrische Dienst erreicht ganz überwiegend **deutsche Staatsbürger**, die mit 94 % den größten Anteil unter den betreuten Alkoholkranken ausmachen.

In der Arbeit mit Drogenabhängigen und psychisch Kranken liegt der Anteil der Betreuten mit deutscher Staatsbürgerschaft zwischen 79 % und 86 %. Damit erreicht der Sozialpsychiatrische Dienst wie kein anderes in diesem Bericht berücksichtigtes Versorgungsangebot auch Menschen mit nicht-deutscher Staatsbürgerschaft.

Die Menschen, die in Kontakt mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst stehen, leben zu 80 % allein oder aber mit der eigenen Familie in der eigenen Wohnung. Dies gilt unabhängig von der jeweiligen Zielgruppe. Die Berührung zu

8 Zusammenfassung der Erhebungsergebnisse

den psychosozialen Versorgungsangeboten des ambulant beschützten Wohnens oder der Wohnheimbetreuung sind auch beim Personenkreis der psychisch Kranken mit jeweils 2 % eher gering. Aus der Perspektive des ambulant beschützten Wohnens ist damit zu sagen, dass knapp 5 % der dort Betreuten mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst in Berührung gekommen sind.

98 % der alkoholkranken bzw. der psychisch kranken Klientinnen und Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes kommen aus der Stadt Dortmund, während Drogenabhängige öfter, in etwa 10 % der Fälle, von auswärts kommen.

Der Anteil der Obdachlosen unter den Drogenabhängigen ist mit 10 % in dieser Gruppe am höchsten.

Die Inanspruchnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes durch alkoholranke Menschen verteilt sich relativ gleichmäßig über die Stadtbezirke der Stadt Dortmund. Anders war die Situation im Bereich der Beratung und Betreuung von Drogenabhängigen, hier wurden deutliche Unterschiede zwischen den Stadtbezirken identifiziert. Nahezu ein Viertel (2002: 22 %; 2003: 23 %) aller Fälle dieser Zielgruppe kam aus dem Stadtbezirk Innenstadt-Nord, gefolgt vom Stadtbezirk Hörde, auf den ein Anteil von 16 % in 2002 und 18 % im Jahre 2003 entfiel.

Im Betreuungsbereich für psychisch Kranke stellte im Jahre 2002 der Stadtbezirk Innenstadt-Nord mit 17 % und im Jahre 2003 mit 18 % den höchsten Anteil innerhalb dieser Zielgruppe. An zweiter Stelle mit jeweils 14 % in den beiden Jahren folgte die Inanspruchnahme von Menschen aus dem Stadtbezirk Innenstadt-West.

Eine differenzierte Betrachtung der Diagnoseverteilung legt offen, dass immerhin 12 % aller Fälle mit persönlichem Kontakt auf organische Störungen einschließlich demenzieller Erkrankungen entfallen.

Unter den weiter aufgeführten psychischen Erkrankungen entfallen im Jahre 2003 19 %, also nur knapp ein Fünftel aller Fälle, auf schizophrene Störungen. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen geben in 10 % der Fälle Anlass zu einer Kontaktaufnahme mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst. Affektive Störungen kommen in etwa 7 % der Fälle vor.

Die **Altersverteilung** in der psychosozialen Beratung und Betreuung von Alkoholkranken, die durchgängig für die Jahre 1999–2003 ausgewiesen wurde, hat sich im Berichtszeitraum verändert. Die vom Sozialpsychiatrischen Dienst wegen einer Alkoholkrankheit Betreuten sind im Berichtszeitraum jünger geworden. Im Arbeitsbereich der psychosozialen Beratung und Betreuung von Alkoholkranken ist das Durchschnittsalter von 52 Jahren in 1999 auf 45 Jahre in 2003 gesunken.

Abgenommen hat auch das Durchschnittsalter in der psychosozialen Beratung und Betreuung von Drogenabhängigen, hier sank das Durchschnittsalter von 32 Jahren in 1999 auf 28 Jahre in 2003.

Stabil mit leicht ansteigender Tendenz zeigt sich dagegen das durchschnittliche Alter der Nutzerinnen und Nutzer im Sozialpsychiatrischen Dienst in der psychosozialen Beratung und Betreuung von psychisch Kranken. Es liegt bei etwa 46 Jahren.

9 Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1

Anzahl aller Formen des beschützten Wohnens für Dortmunder Bürgerinnen und Bürger, Stichtag 31.12. des Jahres, ohne geistige Behinderung, ohne Suchterkrankungen, eigene Berechnungen (Seite 22)

Tabelle 2

Vergleich der Versorgung in der Stadt Dortmund und in Bremen 2002, jeweils Einheimische (Seite 22)

10 Literaturverzeichnis

Aktion psychisch Kranke (Hrsg.):

Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Bonn 1993

Arbeitsgemeinschaft Brücke Schleswig-Holstein gGmbH:

STAR '98 Studie zur Arbeitssituation und beruflichen Rehabilitationsmöglichkeiten psychisch erkrankter Menschen in Schleswig-Holstein, 1998

Arbeitsgemeinschaft der lfd. Medizinalbeamten und Medizinalbeamten der Länder (AGLMB) im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz:

Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, 2., überarbeitete Fassung 1996

Arnold, M./Armann, W.:

Verweildauer im Krankenhaus.
In: Krankenhausumschau, 11/1992

BAG Psychiatrie (Hrsg.):

Bericht über den Stand der klinisch – gerontopsychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1997, Köln 1997

Bardehle, D.:

Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen.
In: Laaser, U., Gebhardt, K., Kemper, P.: (Hrsg.): Gesundheit und soziale Benachteiligung, Lage 2000

Berning, R., Rosenow, Ch.:

Statistische Krankenhausdaten.
In: Krankenhaus-Report 2000, Stuttgart 2001

Berning, R., Rosenow, Ch.:

Statistische Krankenhausdaten.
In: Krankenhaus-Report 2001, Stuttgart 2002

Bochnik H.J., Koch, H.:

Die Nervenarztstudie, Köln 1990

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.):

Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter – RPK Bestandsaufnahme –, Frankfurt am Main, Juli 2000

Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.):

Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich, 1998

Bundesminister für Gesundheit (Hrsg.):

Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker [Bd. 77 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit],
Baden-Baden 1996

Bundesminister für Gesundheit (Hrsg.):

Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung [Bd. 99 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit], Baden-Baden 1998

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.):

Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung [Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 114], Baden-Baden 1999

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.):

Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung [Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 116], Baden-Baden 1999

Bundesministerium für Gesundheit:

Berufliche Rehabilitation und Beschäftigung für psychisch Kranke und seelisch Behinderte [Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 119], Baden-Baden 1999

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.):

Daten des Gesundheitswesens Ausgabe 1999 [Band 122 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit], Baden-Baden 1999

Cording, C., Klein, H.:

Die Bedeutung von Qualitätssicherung und Patientenwünschen für die Zukunft der psychiatrischen Krankenhäuser.
In: Cording, C., Weig, W. (Hrsg.): Die Zukunft des psychiatrischen Krankenhauses [Schriftenreihe der Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser Band 1], Regensburg 1997

Dilling, H., Dittmann, V.:

Die psychiatrische Diagnostik nach der 10. Revision der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in: Der Nervenarzt (1990) 61

Dilling, H., Weyerer, S., Castell, R.:

Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung, Stuttgart 1984

Dörner, K. (Hrsg.):

Ende der Veranstaltung, Gütersloh 1998

Eirnbter, W. H., Hahn, A., Jacob, R., Michels, H. (Hrsg.):

Erster Gesundheitsbericht für die Stadt Trier und den Landkreis Trier-Saarburg, Februar 2000

Fichter, M. M.:

Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung, Berlin-Heidelberg-New York 1990

Franz, M.:

Epidemiologie psychogener Störungen und Bedarf an Versorgungsleistungen.
In: Janssen, P. L. (Hrsg.): Psychotherapeutische Medizin, Stuttgart, New York 1999

Freie Hansestadt Bremen, Gesundheitsamt:

Kommunale Soziale Psychiatrie. Was wir leisten, was wir kosten. Tätigkeits- und Leistungsbericht des Sozialpsychiatrischen Dienstes Bremen, Bremen 1998, einschließlich ergänzender Leistungsstatistiken für das Jahr 1998, 11/1999

Freie Hansestadt Bremen, Gesundheitsamt:

Sozialpsychiatrische Abteilung, Steuerungsstelle Psychiatrie,
Bericht 2004

Frießen, D. H.:

Psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen
ausländischer Arbeiter in der BRD.
In: Psychiat. Neurol. Med. Psychot., Leipzig 26 (1974), Februar 2

Gräb, C.:

Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der
Krankenhäuser.
In: Krankenhausreport '99, Stuttgart 2000

**Graf v. d. Schulenberg, J.-M., Uber, A., Höffler, J.,
Trenckmann, U., Kissling, W., Seemann, U., Müller, P., Rüter, E.:**
Untersuchungen zu den direkten und indirekten Kosten der Schizo-
phrenie.
In: Gesundh.ökon.Qual.manag. 3 (1998), Stuttgart-New York

Hautop, W.:

Die Werkstatt für behinderte Menschen.
In: Aktion psychisch Kranke e. V. (Hrsg.): Teilhabe am Arbeitsle-
ben, Bonn 2002

Häfner, H.:

(1992a) The epidemiology of schizophrenia. Traingle 31, 1992,
133–154, zit. nach: Rössler, W.: Die psychiatrische Versorgung
chronisch psychisch Kranker: Daten, Fakten, Analysen [Schriften-
reihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 77], Baden-
Baden 1996

Häfner, H.:

Das Rätsel Schizophrenie, München 2000

Janssen, Franz, Herzog, Heuft, Paar, Schneider:

Psychotherapeutische Medizin, Stuttgart New York 1999

Kallert, Th. W., u. a.:

Dokumentationssystem für den komplementären psychiatrischen
Versorgungsbereich.
In: Psychiatrische Praxis 2000; 27

Kallert, Th. W., u. a.:

Rechtliche Problemstellungen einer Basisdokumentation
für komplementäre psychiatrische Versorgungseinrichtungen.
In: Recht & Psychiatrie, 18. Jg., Heft 1, 2000

Kebbel, J.:

Zwischen Gewalt und Zwang und der Unantastbarkeit
der Person in der Psychiatrie
In: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.):
Gewalt und Zwang in der stationären Psychiatrie,
Tagungsberichte Band 25, Köln 1998

Krüger, U., Kunze, H., Kruckenberg, P.:

Zur Bestimmung von Maßnahmepauschalen gemäß § 93 a BSHG.
In: NDV 7/2000

Kunze, Kaltenbach (Hrsg.):

Psychiatrie-Personalverordnung, Stuttgart, Berlin, Köln 1996

Laaser, U., Gebhardt, K., Kemper, P. (Hrsg.):

Gesundheit und soziale Benachteiligung, Lage 2000

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (Hrsg.):

Diagnosestatistik in Nordrhein-Westfalen 1993
Beiträge zur Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen,
Heft 762, Düsseldorf, September 1996

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik:

Heft 795, der Beiträge zur Statistik des Landes Nordrhein-
Westfalen.

Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Hrsg.):

Planungshilfe für die ortsnahe Koordinierung, 1996

Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Hrsg.):

Planungshilfe Gerontopsychiatrie im Rahmen des Modellpro-
gramms des MAGS NRW

Landschaftsverband Westfalen-Lippe:

Psychiatrische Gesamtversorgung in Westfalen-Lippe, Oktober
1981

Längle, G., Welte, W., Niedermeier-Bleier, M.:

Berufliche Rehabilitation psychisch Kranker.
In: MittAB 2/97

Lebok, U., Mey, W.:

Unterschiede der durchschnittlichen Verweildauer in
stationären Einrichtungen der alten und neuen Länder.
In: Das Gesundheitswesen, 61. Jg., 6/1999

Leidinger, F., Pittrich, W., Spöhring, W.:

Grauzonen der Psychiatrie, Bonn 1995

**Linden M., Maier W., Achberger M., Herr, R., Helmchen H.,
Benkert, O.:** Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in
Allgemeinpraxen in Deutschland.
In: Nervenarzt (1996) 67

Maylath, E., Seidel, J.:

Analyse der psychiatrischen Krankenhausfälle in Hamburg
1988–1994. In: Das Gesundheitswesen 59. Jg., 1997

Maylath, E., u. a.:

In welchen Krankenhausabteilungen werden psychisch Kranke
behandelt?
In: Das Gesundheitswesen 65. Jg., 2003

10 Literaturverzeichnis

Melchinger, H.:

Ambulante Soziotherapie [Bd. 115 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit] Baden-Baden 1999

Niße, K.:

Psychisch krank im Alter [Kuratorium Deutsche Altershilfe Thema 136], Köln 1998

Podeszfa, H.:

Umschulung von psychisch Behinderten.
In: Podeszfa, H., Mehms, B. (Hrsg.): Berufsförderung psychisch Behinderter – Berichte zur beruflichen Bildung – Heft 207 des Bundesinstituts für Berufsbildung, Bielefeld 1997.

Reister, M.:

Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1996.
In: Arnold, M., Pfaffrath, D. (Hrsg.): Krankenhausreport '98, Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm 1998.

Reister, M.:

Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1994–1997.
In: Arnold, Litsch, Schwartz (Hrsg.): Krankenhausreport '99 Stuttgart, New York 2000

Richter, D.:

Krankenhausbetriebsvergleich für psychiatrische Kliniken – Wie sinnvoll ist ein Vergleich der Behandlungsdauern nach Diagnose und Alter.
In: Das Gesundheitswesen, 61. Jg., 5/1999.

Riedel-Heller, S., Angermeyer, M.C.:

Die räumliche Verteilung psychisch Kranker in Großstädten.
In: Psychiatrische Praxis 2000; 27

Rössler, W., Salize, H.-J.:

Planungsmaterialien für die psychiatrische Versorgung, Weinheim 1993

Rolland, S., Rosenow, Ch.:

Statistische Krankenhausdaten.
In: Krankenhaus-Report 2003, Stuttgart 2004

Rolland, S., Rosenow, Ch.:

Statistische Krankenhausdaten.
In: Krankenhaus-Report 2004, Stuttgart 2005

Rüesch, P., Meyer, P.C., Hell, D.:

Wer wird psychiatrisch hospitalisiert?
Psychiatrische Hospitalisierungsraten und soziale Indikatoren im Kanton Zürich (Schweiz).
In: Das Gesundheitswesen 60 Jg., 2000

Salize, H.-J., Rössler, W.:

Kosten und Kostenwirksamkeit der gemeindepsychiatrischen Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, Berlin-Heidelberg-New York 1998

Salize, H.-J., Bullenkamp, J., Wolf, I., Alscher, I.:

Qualitätssicherung und Dokumentation im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV). Sozialministerium Baden-Württemberg, Stuttgart 1999

Salize, H.-J., Bullenkamp, J., Wolf, I., Alscher, I.:

Qualitätssicherung und Dokumentation im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV).
In: Psychiatrische Praxis 2000; 27

Stadt Dortmund, Gesundheitsamt/Koordinierungsstelle für die psychiatrische Versorgung (Hrsg.):

Psychosoziales Adressbuch. Psychiatrische und psychosoziale Hilfen in Dortmund, Dortmund 1997

Stadt Dortmund, Gesundheitsamt/Koordinierungsstelle für die psychiatrische Versorgung (Hrsg.):

Psychosoziale Krisen- und Notfallversorgung in Dortmund, Dortmund 1997

Stadt Dortmund, Gesundheitsamt (Hrsg.):

Sozialpsychiatrischer Dienst – Sachstandsbericht zur Entwicklung –, Dortmund 1997

Stadt Dortmund, Sozialamt (Hrsg.):

Pflegebedarfsplan für die Stadt Dortmund 1998, Dortmund 1998

Stadt Dortmund, Gesundheitsamt (Hrsg.):

Psychiatriebericht Dortmund. Eine Bestandsaufnahme und Mängelanalyse zur psychiatrischen Versorgung, Bearb.: Schmitt-Schäfer, T., Dortmund 2000

Stadt Dortmund, Gesundheitsamt (Hrsg.):

Psychiatriebericht Dortmund. Eine Bestandsaufnahme und Mängelanalyse zur psychiatrischen Versorgung, Materialband. Bearb.: Schmitt-Schäfer, T., Dortmund 2000

Stadt Dortmund, Gesundheitsamt (Hrsg.):

Psychiatriebericht Dortmund 1998–2003. Materialienband. Bearb.: Schmitt-Schäfer, T., Dortmund 2005
[www document]
URL: <http://www.dortmund.de/gesundheitsamt>

STAR '98:

Studie zur „Arbeitssituation und beruflichen Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen in Schleswig-Holstein“, im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein, vorgelegt von der Arbeitsgemeinschaft Brücke Schleswig-Holstein gGmbH, Postfach 1228, 24011 Kiel, 1998

Stark, K., Guggenmoos-Holzmann, I.:

Wissenschaftliche Ergebnisse deuten und nutzen.
In: Schwartz, F.W. (Hrsg.):
Das Public Health Buch, München, Wien, Baltimore 1998

Statistisches Bundesamt:

Gesundheitsbericht für Deutschland, Stuttgart 1998

Statistisches Bundesamt:

Fachserie 12, Reihe 6.1

Trabert, G.:

Interventive Potentiale der medizinischen Versorgung von sozial benachteiligten (armen) Menschen in unserer Gesellschaft.

In: Laaser, U., Gebhardt, K., Kemper, P. (Hrsg.):

Gesundheit und soziale Benachteiligung, Lage 2000

Universität Koblenz-Landau, Fachbereich 8:

Psychologie (Hrsg): Bericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zu den Modellprojekten in Landau / Südliche Weinstraße sowie in Koblenz und Trier, Prof. Dr. Annette Schröder (Hrsg.):

Tagesstätten als Baustein zur Verbesserung psychiatrischer Versorgung in Rheinland-Pfalz. Landau 1997

Valdes-Stauber, Nißle, K., von Cranach, M.:

Veränderungen der Inanspruchnahme stationärer Behandlung nach Einführung eines gerontopsychiatrischen Zentrums.

In: Psychiatrische Praxis 26 (1999)

Weth, Claus:

Der Gesundheitsbericht der Stadt Münster.

In: Laaser, U., Gebhardt, K., Kemper, P. (Hrsg.):

Gesundheit und soziale Benachteiligung, Lage 2000

Impressum**Herausgeber**

Stadt Dortmund, Gesundheitsamt

Redaktion

Dr. Annette Düsterhaus (verantwortlich), Ulrike Sundermann

Autor:

Thomas Schmitt-Schäfer

Satz, Gestaltung, Produktion

Dortmund-Agentur

Druck

Graphischer Betrieb 08/2005

Autor:

Thomas Schmitt-Schäfer, Wittlich
transfer-Unternehmen für soziale Innovation
www.transfer-net.de

