

SOZIALPSYCHIATRISCHER
DIENST **1997–2007**

SACHSTANDSBERICHT ZUR ENTWICKLUNG

Stadt Dortmund
Gesundheitsamt



INHALTSVERZEICHNIS

	SEITE
I. VORWORT	4
II. AUFGABEN DES SOZIALPSYCHIATRISCHEN DIENSTES	5
III. VERÄNDERUNG DER RAHMENBEDINGUNGEN	9
IV. FACHBEREICH PSYCHISCH KRANKE	
A. ENTWICKLUNG DER PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNG	15
B. SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN	16
C. FALLBEISPIEL	20
D. KOOPERATIONSSTRUKTUREN	22
V. FACHBEREICH ALKOHOLKRANKE	
A. ENTWICKLUNG DER PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNG	23
B. SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN	24
C. FALLBEISPIEL	29
D. KOOPERATIONSSTRUKTUREN	31
VI. FACHBEREICH DROGENKRANKE	
A. ENTWICKLUNG DER PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNG	32
B. SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN	33
C. FALLBEISPIEL	38
D. KOOPERATIONSSTRUKTUREN	40
VII. METHADONAMBULANZ	
A. ENTWICKLUNG DER PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNG	41
B. SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN	44
C. FALLBEISPIEL	48
VIII. LEISTUNGSPROFIL UND KENNZAHLEN	49
IX. AUSBLICK	51
X. ANHANG	
1. ZUSAMMENFASSUNG PSYCHIATRIEBERICHT 2005	54
2. STATISTIK 2007	57
3. ZUSCHUSSBEDARF METHADONAMBULANZ	58
4. MITARBEITERINNEN DES SOZIALPSYCHIATRISCHEN DIENSTES	59
5. TELEFONVERZEICHNIS	61
6. PRESSESPIEGEL	63
7. ABKÜRZUNGEN	72



LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

wir freuen uns, Ihnen hiermit den Bericht über die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes in den letzten 10 Jahren vorlegen zu können.

Der letzte Bericht stammt aus dem Jahr 1997. In der Zwischenzeit haben wir Teilaspekte der Arbeit in anderen Veröffentlichungen abgebildet:

- Psychiatriebericht der Stadt Dortmund (2000, 2005)
- Berichten über die Methadonambulanz (2000, 2002)
- Berichten zu Drogentodesfällen
- Dezernatsberichten und Geschäftsberichten des Gesundheitsamts

Wir wollen mit diesem Bericht eine umfassende Darstellung der Entwicklung der letzten 10 Jahre im Kontext der Veränderungen der Rahmenbedingungen geben und das Aufgabenspektrum des Sozialpsychiatrischen Dienstes beschreiben.

Wir sind froh, dass wir mit diesem Spezialdienst Menschen erreichen, die besonders auf unsere Hilfe angewiesen sind - Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen, die einerseits oft einsam und zurückgezogen leben und andererseits besonders sozial auffällig werden.

Diese Menschen müssen niedrigschwellig und in kleinen Schritten an adäquate Hilfen herangeführt werden. Sie haben im Regelfall keine Lobby, leben am Rand unserer Gesellschaft und oft besteht die Gefahr, dass sie trotz des immer differenzierter werdenden Sozialsystems verloren gehen.

Der Sozialpsychiatrische Dienst versteht sich als Lotse und Vermittler der Betroffenen, wofür wir allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besonders danken.

Dortmund, Juni 2008

Siegfried Pogadl
Stadtrat

Dr. Annette Düsterhaus
Leiterin des Gesundheitsamtes

II. AUFGABEN DES SOZIALPSYCHIATRISCHEN DIENSTES (SpD)

Die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes gehört zu den gesetzlich vorgeschriebenen kommunalen Pflichtaufgaben (§ 16 ÖGD, § 5 PsychKG NRW). Das PsychKG NRW wurde am 23.12.99 novelliert, die Hilfen für psychisch Kranke „obliegen den Kreisen und kreisfreien Städten – Unteren Gesundheitsbehörden – als Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung und werden insbesondere durch Sozialpsychiatrische Dienste geleistet“ (§ 5 Abs. 1 Satz 1 PsychKG NRW).

Entsprechend den Empfehlungen des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales ist der Sozialpsychiatrische Dienst im besonderen Maße geeignet und verpflichtet, Personen mit schweren, insbesondere chronischen psychischen Störungen und Behinderungen (akute u. chronische Psychosen, schwere Verläufe von Abhängigkeitserkrankungen, psychiatrische Alterserkrankungen und schwere Persönlichkeitsstörungen), die aufgrund der Schwere und Komplexität ihrer Problematik häufig nicht bereit oder in der Lage sind, von sich aus andere geeignete Hilfsformen in Anspruch zu nehmen, zu betreuen.

Es geht also vorrangig um jene Patienten, die nicht bereits durch das Regelsystem (z. B. niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, gesetzliche Betreuer, psychosoziale Betreuer im Rahmen des ambulant Betreuten Wohnens etc.) versorgt sind, sondern aufgrund der Schwere ihrer Beeinträchtigung ohne Behandlung, Hilfe oder Kontakte oft sehr zurückgezogen leben.

Vorsorgende Hilfen (§ 7 ff. PsychKG NRW) haben das Ziel, bei Beginn einer Erkrankung oder bei Wiedererkrankung bzw. bei sich anbahnenden Konfliktsituationen zu erreichen, dass die Betroffenen rechtzeitig ärztlich behandelt werden und in Zusammenarbeit mit der Behandlung geeignete betreuende Einrichtungen in Anspruch genommen werden. Die Durchführung oder Vermittlung der Hilfen soll vor allem die Hospitalisierung entbehrlich machen. Vorsorgende Hilfe kann aber unter bestimmten Bedingungen auch darin bestehen, eine frühzeitige und möglichst freiwillige Krankenhausaufnahme einzuleiten und zu vermitteln, wenn dies erforderlich ist.

Nachsorgende Hilfen (§ 27 ff. PsychKG NRW) haben das Ziel, Personen, die aus stationärer psychiatrischer Behandlung entlassen wurden, durch individuelle Beratung, Betreuung und Einleitung geeigneter Maßnahmen die Wiedereingliederung in Gemeinschaft zu erleichtern sowie eine erneute Erkrankung zu verhüten. Dabei ist neben der Vermittlung ggf. notwendiger weiterführender Behandlungen durch niedergelassene Ärzte von entscheidender Bedeutung, dass die Existenzgrundlagen erhalten bzw. geschaffen werden (Wohnung, materielle Absicherung, Arbeit).

A. WIE WERDEN DIE HILFEN ANGEBOTEN?

Telefon:

Häufig wird telefonische Auskunft und Beratung in Anspruch genommen.

Sprechstunde:

Alle Mitarbeiter halten regelmäßige Sprechstunden ab. Neben den vereinbarten Terminen wird aber ebenfalls durch einen Präsenzdienst sichergestellt, dass jederzeit während der Dienstzeit Mitarbeiter vorhanden sind, die Betroffene und ihre Angehörigen beraten können.

Hausbesuche:

Vor allem bei Kriseninterventionen oder Notfällen, aber auch um sehr zurückgezogene und ältere Menschen zu erreichen, werden zahlreiche Hausbesuche durch alle Mitarbeiter durchgeführt. Die aufsuchende Hilfe ist ein Kerncharakteristikum des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Das breite Spektrum der Einsatzarten, Tätigkeitsanlässe und Kooperationswege kann hier nur beispielhaft aufgezählt werden:

- Unterstützung niedergelassener Ärzte (hier insbesondere aufsuchende Hilfen für Patienten, die die Behandlung beim niedergelassenen Arzt abbrechen oder nicht mehr in die Praxis kommen konnten)
- Beratung und Unterstützung der Angehörigen und gemeinsame Hausbesuche mit Angehörige psychisch Kranker
- Untersuchungen im Polizeigewahrsam und auf Polizeiwachen
- Gemeinsame aufsuchende Hilfe mit der Obdachlosenhilfe
- Beauftragung durch die Justiz (Staatsanwaltschaft, Amtsgericht, Staatsschutz)
- Begutachtungen, fachliche Beratung und Begleitung des Personalamtes, in deren Umgang mit psychisch erkrankten Mitarbeitern der Stadt (insbesondere Finden eines geeigneten Arbeitsplatzes, Vermittlung fachgerechter Behandlung u. Rehabilitation)
- Unterstützung des Sozialamtes: Hier insbesondere der Ämter 50/3-1-2 (Psychosoziale Betreuung der im Arbeitsleben stehenden psychisch Behinderten u. Kranken), 50/4-2-1 (Betreuung bei drohender Wohnungslosigkeit/Soziale Betreuung für Asylbewerber), 50/2 bzw. StÄ 33/SHD (hier insbesondere Begutachtung, fachliche Beratung im Einzelfall über mögliche Behandlungs- u. Rehabilitationsmöglichkeiten und den Umgang mit psychisch kranken Sozialamtskunden)
- Unterstützung von gesetzlichen Betreuern (Behandlungsbedürftigkeit, Behandlungsplanung, Atteste)
- Gemeinsame Hausbesuche mit dem Jugendamt
- Kooperation mit Bewährungshelfern
- Kooperation mit ambulanten Pflegediensten (Mitwirken bei der Behandlungsplanung, Hilfe bei der Zuführung zu ärztlicher Behandlung)
- Unterstützung der Ordnungsbehörde und der Betreuungsbehörde bei Unterbringungen
- Vor allem anderen aber Unterstützung, Begleitung, Beratung und Vermittlung von psychisch kranken Dortmunder Bürgern; Begleitung ins Krankenhaus, in die Ambulanz oder in die Praxis

*Die Beratung, Vermittlung und Betreuung psychisch Kranker, geistig Behinderter und Suchtkranker sowie ihrer Angehörigen und anderer Mitbetroffener geschieht unmittelbar und **ohne Antragsverfahren**. Die Leistungen des Sozialpsychiatrischen Dienstes sind unabhängig von Kostenzusagen Dritter. Der SpD arbeitet anbieterunabhängig und klientenorientiert, er bietet in einem unübersichtlich gewordenen Feld diverser Hilfsangebote Informationen, Beratung und Vermittlung zu geeigneten Maßnahmen und Behandlungen (**Lotsenfunktion**).*

*Bis andere Leistungserbringer (Krankenkassen, Pflegekassen, Eingliederungshilfe, gerichtliche Betreuung etc.) über ihre Zuständigkeit entscheiden, vergehen häufig Wochen oder Monate. In dieser Zeit gewährleistet der SpD in einer **Brückenfunktion** die Unterstützung der Klienten.*

Neben der patientenorientierten Arbeit informiert und berät der SpD Institutionen und Bürger über den Umgang mit psychisch kranken Menschen und die vorhandenen Hilfsmöglichkeiten.

Kooperation

§ 6 PsychKG NRW verpflichtet zur Kooperation mit den anderen Hilfeerbringern. In Dortmund gibt es ein ausgedehntes Netz verlässlicher und regelmäßiger Absprache und Zusammenarbeit. Der SpD kooperiert mit den ambulanten und stationären Behandlern (niedergelassene Ärzte, psychiatrische Krankenhäuser), mit den komplementären psychosozialen Diensten (ambulant Betreutes Wohnen, Beratungsstellen, psychiatrische Pflege, Institutsambulanzen etc.), mit der Betreuungsstelle, den gesetzlichen Betreuern, dem Amtsgericht und der Bewährungshilfe sowie selbstverständlich in großem Umfang mit den entsprechenden Behörden (Sozialamt, Jugendamt, überörtl. Sozialhilfeträger, Versorgungsamt, Polizei, ARGE etc.). Der SpD beteiligt sich an zahlreichen regelmäßigen Arbeitskreisen und Kooperationsgesprächen und nimmt darüber hinaus anlassbezogenen Kontakt zu den jeweiligen Kooperationspartnern auf.

B. WELCHE HILFEN WERDEN ANGEBOTEN?

- Informationen über Behandlungsmöglichkeiten
- Hilfestellung im Umgang mit der psychischen Erkrankung (z. B. Erkennen von Frühwarnzeichen, Umgang mit Belastung u. Krisen, Tagesstruktur)
- Vermittlung von ambulanten u. stationären Behandlungen. Begleitung zum Arzt oder ins Krankenhaus
- Begleitung von Menschen in akuten seelischen Krisen u. ihrer Familien (Krisenintervention)
- Psychosoziale Betreuung:
Hilfe bei Anträgen u. Behördenangelegenheiten,
im Umgang mit finanziellen Angelegenheiten, im Berufsalltag,
Vermittlung beruflicher Trainingsmaßnahmen u. Rehabilitation,
Hilfe im Wohnumfeld,
Unterstützung bei der Suche nach einer Wohnung
oder nach einem geeigneten Wohnheimplatz,
Information über die Möglichkeiten einer gesetzlichen Betreuung
und Hilfe bei deren Beantragung
- Vermittlung von ambulanten Hilfen: Haushaltshilfe, Pflegedienste, Betreutes Wohnen, Umzugs- und Entrümpelungshilfe, Schuldnerberatung etc.
- Suchtberatung für Menschen mit Schwierigkeiten im Umgang mit Alkohol, Medikamenten oder illegalen Drogen
- Vermittlung von ambulanten u. stationären Entgiftungsbehandlungen, Soforthilfe
- Vermittlung von Langzeittherapieplätzen (ambulante, teilstationäre u. stationäre Entwöhnungsbehandlungen), Hilfe bei der Antragstellung Ambulante Nachsorge nach stationärer Behandlung
- Methadonambulanz (hier erhalten chronisch Opiatabhängige ärztlich verordnet und kontrolliert Methadon und werden psychosozial betreut)
- Psychosoziale Betreuung von Opiatabhängigen in Methadonbehandlung bei niedergelassenen Ärzten

- Beratung von Angehörigen, Bezugspersonen u. gesetzlichem Betreuer/-innen
- Angehörigengruppe (für die Familien von Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen)
- Fachlicher Rat und Begutachtung für die anderen Ämter der Stadt Dortmund
- Zusammenarbeit mit allen anderen Dortmunder psychosozialen Organisationen

C. ORGANISATION DES SOZIALPSYCHIATRISCHEN DIENSTES

Bei der Organisation des Sozialpsychiatrischen Dienstes werden zwei Prinzipien umgesetzt:

- gemeindenahe Versorgung
- fachliche Spezialisierung

Daraus ergibt sich die Aufteilung in 4 Fachbereiche:

- Fachbereich Psychisch Kranke
- Fachbereich Alkoholranke
- Fachbereich Drogenranke
- Methadonambulanz

In den Fachbereichen Psychisch Kranke und Alkoholranke ist die Zuständigkeit der Mitarbeiter für bestimmte Stadtbezirke (Sektoren) festgelegt. Im Drogenbereich erscheint eine Sektorzuständigkeit nicht sinnvoll, da die Betroffenen relativ häufig umziehen bzw. Mietverhältnisse durch Inhaftierung beendet werden.

Räumlich ist der SpD derzeit an zwei Standorten angesiedelt:

Beratungsstelle Mitte Eisenmarkt 3

Fachbereich Psychisch Kranke Mitte	Fachbereich Alkohol	Fachbereich Drogen
------------------------------------	---------------------	--------------------

Beratungsstelle Nord Bornstraße 239

Fachbereich Psychisch Kranke Nord	Methadonambulanz
-----------------------------------	------------------

Diese Organisationsstruktur entspricht im Prinzip der Entwicklung in den psychiatrischen Krankenhäusern, in denen ebenfalls die Sektorzuständigkeit kombiniert wird mit einer zunehmenden Spezialisierung.

III. VERÄNDERUNG DER RAHMENBEDINGUNGEN

A. STADTINTERN

Im Vergleich zu den frühen 90er Jahren musste sich der Sozialpsychiatrische Dienst der Stadt Dortmund im Berichtszeitraum zusätzlichen neuen Anforderungen stellen. Die Verwaltungsreform und insbesondere die Einführung des neuen Kommunalen Finanzmanagements sowie der Kosten- und Leistungsrechnung erforderten die Definitionen von Produkten, Kennzahlen, eine erhebliche Umstellung der Dokumentationsanforderungen und vieles mehr. Ein EDV-System wurde eingeführt und fortwährend ausgebaut. EFQM-Maßnahmen wurden im Sozialpsychiatrischen Dienst erfolgreich umgesetzt.

Der Gesundheitsberichterstattung kommt ein deutlich höherer Stellenwert als früher zu. So war im Berichtszeitraum der Sozialpsychiatrische Dienst maßgeblich an der Erstellung des Psychiatrieberichtes Dortmund beteiligt, der im interkommunalen Vergleich als beispielhaft bezeichnet wird.

Aber auch in vielen anderen Frage- und Aufgabenstellungen wird die Kompetenz des Sozialpsychiatrischen Dienstes von anderen Stellen der Stadt Dortmund nachgefragt. Dies reicht von kleineren Anfragen im operativen Geschäft bis hin zu umfangreichen Beteiligungen an Projekten, wie zum Beispiel dem Aufbau der psychosozialen Notfallversorgung bei Großschadenslagen.

In Bezug auf die Personalbewirtschaftung bleibt festzuhalten, dass frei werdende Stellen aufgrund der Maßnahmen zur Haushaltskonsolidierung, aber auch geänderter tarifrechtlicher Rahmenbedingungen oft nur mit einer erheblichen zeitlichen Verzögerung wiederbesetzt werden konnten und können.

Aktuell verfügt der Sozialpsychiatrische Dienst noch über 27 vollzeitverrechnete Planstellen im Vergleich zu 1997. Dabei verringerten sich die Planstellen von 1997 bis 1999 von 29,5 auf 27,35 vollzeitverrechnete Stellen.

*Zeitintensive Zusatzaufgaben im Rahmen der Verwaltungsreform und der Berichterstattung, Reduktion der Mitarbeiterzahl und Zunahme der Fallzahlen führten zu einer deutlichen **Arbeitsverdichtung**, die nur durch das besondere Engagement, das langjährige Berufswissen und die kompetente selbständige Arbeitsweise der qualifizierten Mitarbeiter geschultert werden konnten. Regelmäßige Supervisionen und Fortbildungen sind bei dieser Entwicklung der Arbeitsbedingungen essentiell für den Erhalt von Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter.*

B. GESETZGEBUNG

Beispielhaft seien mit der

- Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe (2005; **SGB II, SGB XII**)
 - sowie der Änderung der **Betreuungsrechtsgesetzgebung** (2002) hier zwei legislative Änderungen aufgeführt, die deutliche Auswirkungen auf die Arbeit des SpD hatten.
- 1.** Die Mehrzahl der früheren Sozialhilfeempfänger ist in den Leistungsbereich des Sozialgesetzbuches II überführt worden und bezieht seitdem Arbeitslosengeld II. Darunter befinden sich zahlreiche unserer Patienten, die aber oft krankheitsbedingt den erhöhten Mitwirkungspflichten des „Forderns und Förderns“ nicht nachkommen können. Kürzungen oder Einstellungen der Leistungen zum Lebensunterhalt mit resultierender Mittellosigkeit sowie Einstellungen der Mietzahlungen mit Gefährdung des Wohnraums sind die Folge. Gemeinsam mit der ARGE suchen wir nach Lösungen, wie Wohnung und Lebensunterhalt sichergestellt werden können. Dem SpD kommt in diesem Zusammenhang eine wichtige Vermittlungsfunktion für seine Patienten zu. Im Rahmen des § 16 Abs. 2 SGB II sind die Kommunen verpflichtet, fachliche Hilfen zum Abbau sogenannter Vermittlungshemmnisse bei psychisch Kranken und Suchtkranken bereit zu stellen. Vom Beginn an kam es hier zu einer engen Zusammenarbeit mit der ARGE und die Stadt richtete für diese Tätigkeiten 2,5 befristete Planstellen ein.

Die **allgemeinen Sozialdienste** haben sich in den vergangenen 10 Jahren stark verändert:

die Mehrzahl der Mitarbeiter wurde in die ARGE überführt, die verbleibenden Mitarbeiter arbeiten nun in **Familienbüros, Seniorenbüros** und stark verkleinerten **Sozialbüros**. Die von unserer Gesellschaft politisch gewollte Stärkung von Autonomie und Eigenverantwortlichkeit stellt für psychisch Kranke und Behinderte oft eine Überforderung dar. Die uns und unseren Patienten früher vertraute Allzuständigkeit des Sozialamts bei Mittellosigkeit und Notlagen ist durch die neue sozialpolitische Gesetzgebung weitgehend aufgehoben worden. Für die neuen Antragsleistungen benötigt unser Klientel deutlich mehr Unterstützung.

- 2.** Der seit Abschaffung der früheren Vormundschaft und Pflegschaft und Einführung der „**Gesetzlichen Betreuung**“ im BGB Anfang der 90er Jahre zu beobachtende Trend zu deutlich steigenden Fallzahlen im Betreuungswesen hat sich im Berichtszeitraum ungebrochen weiter fortgesetzt. Ehrenamtliche Betreuer, Betreuungsvereine und 140 Berufsbetreuer führen inzwischen in Dortmund 9 600 gesetzliche Betreuungen (zum Vergleich: 1997 waren es noch 5 500). Mehrere Dutzend psychiatrisch sehr erfahrene Berufsbetreuer sind in Dortmund tätig, dies hat zu einer teilweisen Entlastung geführt: Denn Berufsbetreuer unterstützen unsere Patienten in Bereichen, in denen sie früher Hilfe von Familienangehörigen, dem allgemeinen Sozialdienst oder auch dem SpD erfahren hätten (Antragsstellung, Organisation ambulanter Hilfen, Ämtergänge etc.).

In anderen Aspekten ist es aber durch die Zunahme der Betreuungszahlen auch zu einer stärkeren Inanspruchnahme der Sozialpsychiatrischen Dienste gekommen: Zum einen ist hier **Information und Beratung der gesetzlichen Betreuer** zu nennen, denn dies gehört zu den gesetzlich vorgeschriebenen kommunalen Pflichtaufgaben (§ 8 Abs. 3 PsychKG NRW).

Zum anderen werden im Verfahrensgang von den Vormundschaftsgerichten und den gesetzlichen Betreuern häufig **fachärztliche Gutachten** benötigt, die inzwischen den Großteil der gutachterlichen Tätigkeit des SpD ausmachen (So wurden von 129 erstatteten fachärztlichen Gutachten im Jahr 2007 allein 90 für gesetzliche Betreuer oder das Vormundschaftsgericht erstattet. Die häufigsten Begutachtungsanlässe sind: Einrichtung einer Betreuung, Verlängerung einer Betreuung und Notwendigkeit einer geschlossenen Unterbringung.).

Aufgrund der starken Kostenzunahme des Betreuungswesens für die Landesjustizkasse wurde 2005 die **Betreuervergütung pauschaliert**. Dies hat zur Folge, dass bei einer seit längerem bestehenden Betreuung der Berufsbetreuer nur noch 3,5 Stunden pro Monat und Klient vergütet bekommt. Dies führt naturgemäß dazu, dass gesetzliche Betreuer nach anderen Wegen suchen müssen, die persönliche Betreuung und Begleitung ihrer Klienten zu gewährleisten. Bei den psychisch Kranken der gesetzlich Betreuten führt dies häufig zu einer Antragsstellung im Rahmen des ambulant Betreuten Wohnens oder zu einer verstärkten Einschaltung des SpD.

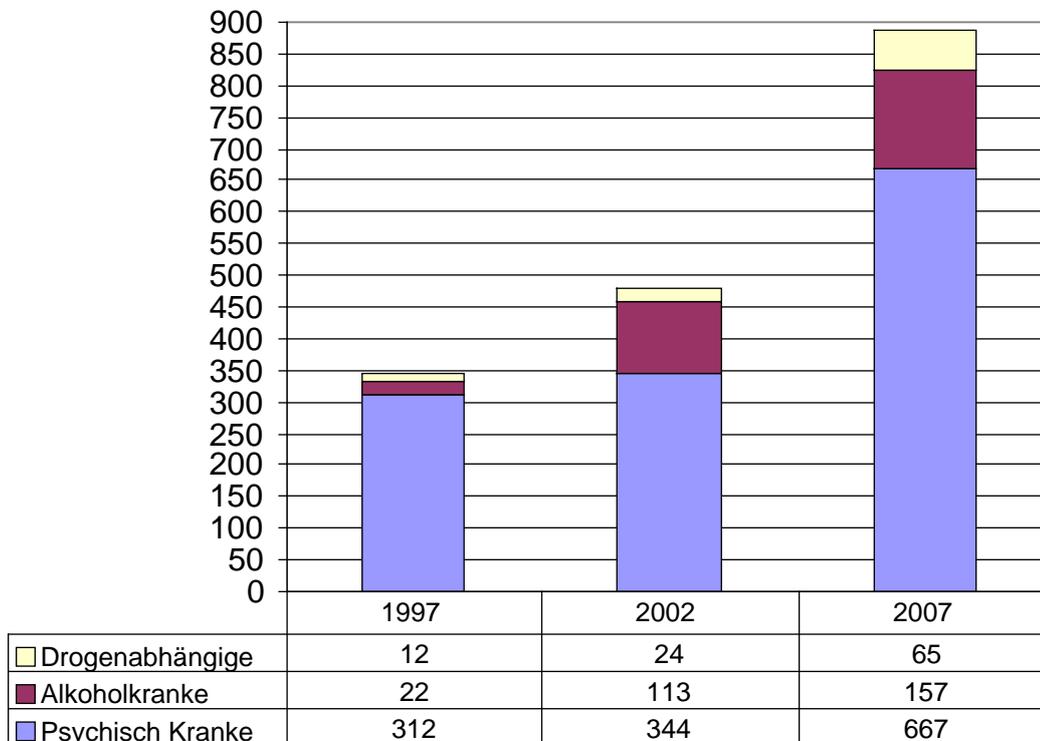
C. PSYCHOSOZIALE LANDSCHAFT

1. Die durchschnittliche Dauer einer stationären psychiatrischen Krankenhausbehandlung betrug 1997 in Dortmund 30 Tage, 2007 war sie mit 21 Tagen fast ein Drittel kürzer (zum Vergleich: 1980 waren es 169 Tage). Die Budgetierung der niedergelassenen Ärzte und die drastische **Verkürzung der Behandlungsdauer** in psychiatrischen Krankenhäusern beeinflussen nachhaltig die Behandlungssituation psychisch Kranker.

Nicht oder nur verkürzt erbrachte Behandlungen und Therapien verschieben Probleme und Kosten in andere Bereiche. Beispielhaft führte die deutliche Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer im Krankenhaus zu einer Zunahme von Zahl und Fällen der Institutsambulanz. Auch die starke Zunahme der Zahl gesetzlicher Betreuungen und der Fallzahlen anderer ambulanter komplementärer Einrichtungen ist in diesem Zusammenhang zu sehen, nicht zuletzt hat auch die hohe Zahl der rasch erforderlich werdenden Wiederaufnahme hier eine ihrer Ursachen.

2. Traditionell hat Dortmund eine Vorreiterrolle im Bereich des **ambulant Betreuten Wohnens** (siehe dazu auch den Psychiatriebericht Dortmund). Dabei handelt es sich um eine Leistung der Eingliederungshilfe, die psychisch Kranken individuell zugeschnittene, ambulante, aufsuchende Hilfe zum selbständigen Wohnen gewährt. Im Berichtszeitraum wurde dieses System weiter ausgebaut.

AMBULANT BETREUTES WOHNEN



Die exakte Erfassung nach Diagnosegruppen erfolgt erst seit 2001.

Die Personalbesetzung des SpD ist in Dortmund so ausgelegt, dass nur wenig Langzeitbetreuungen durchgeführt werden können, diese werden ganz überwiegend durch das ambulant Betreute Wohnen geleistet.

Dies wurde im Rahmen der umfangreichen Erhebungen des **Psychiatrieberichtes** der Stadt Dortmund noch einmal sichtbar: „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“ (Psychiatriebericht der Stadt Dortmund 1998 bis 2003).

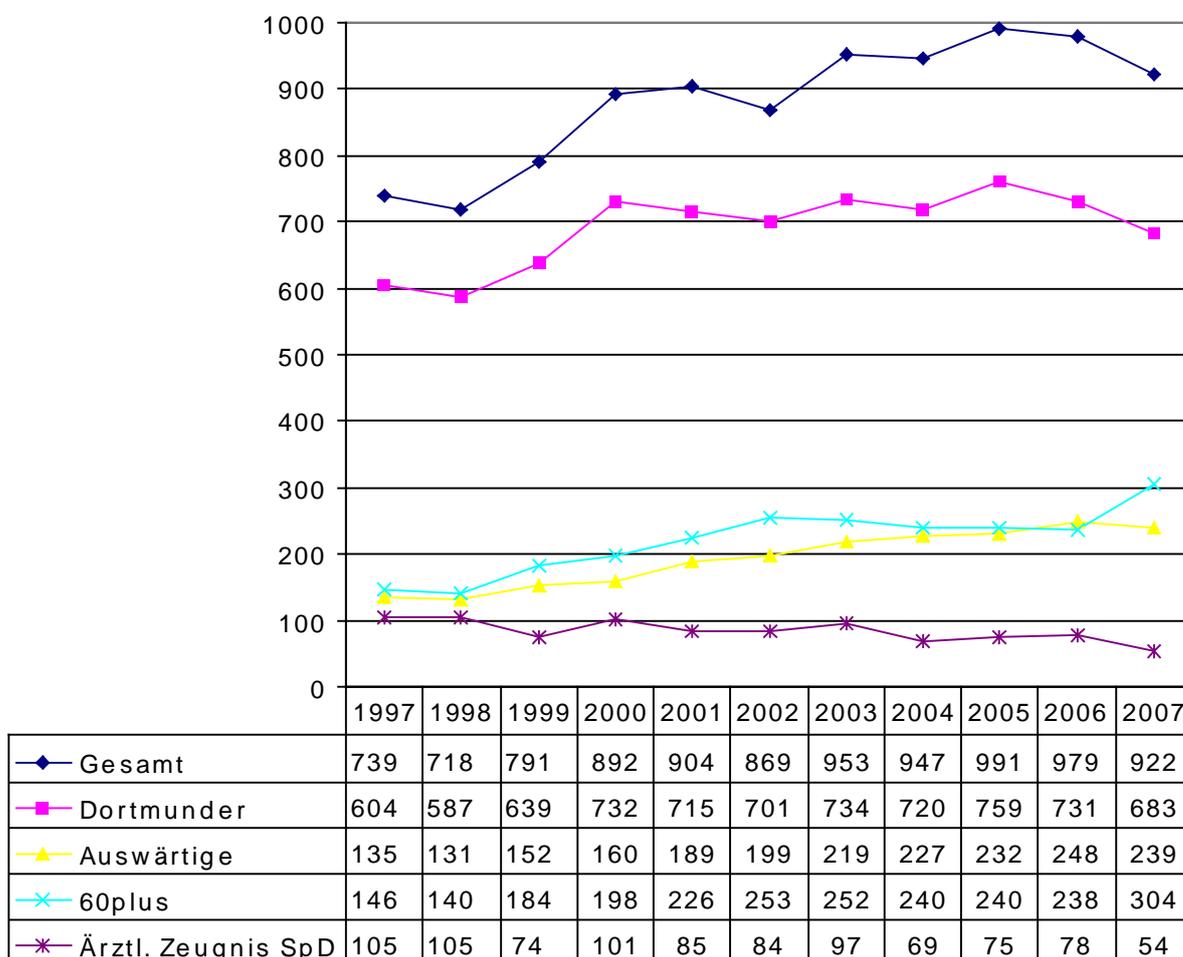
Seitdem das Antragsverfahren und die Bewilligungen von „Betreutem Wohnen“ von den Städten auf den überörtlichen Sozialhilfeträger übergingen („Hochzoning“ seit 2006), finden wöchentlich halb- bis ganztägige **Clearingsitzungen** des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) in Dortmund statt, an denen ein Arzt des SpD in beratender Funktion teilnimmt.

Diese zeitintensive Aufgabe ist wichtig zur Steuerung nicht unbeträchtlicher kommunaler Mittel. Vielen hundert psychisch Kranken, Suchtkranken und geistig Behinderten wird so das selbständige Wohnen in eigener Wohnung ermöglicht.

3. Die im Landesdurchschnitt vergleichsweise hohen Zahlen geschlossener Unterbringungen nach PsychKG NRW führen immer wieder zu Anfragen an den SpD. Als Antwort darauf wurden zum einen Fortbildungsaktivitäten entfaltet: Zu nennen ist hier die Schulung der Beamten des Polizeigewahrsams sowie die Durchführung einer Fortbildung gemeinsam mit der Ärztlichen Akademie der Ärztekammer Westfalen-Lippe im Herbst 2007, die von 150 Ärzten, Polizeibeamten und Behördenvertretern besucht wurde.

Zum anderen wurde gemeinsam mit dem Ordnungsamt und der Psychiatriekoordination eine genauere Analyse der Unterbringungspraxis begonnen.

ENTWICKLUNG DER UNTERBRINGUNGEN NACH DEM PSYCHKG



Ohne der endgültigen Auswertung vorgreifen zu wollen, ergeben die ersten Zählungen folgendes vorläufiges Bild: Von ca. 900 PsychKG-Unterbringungen im Jahr entfallen 200 auf auswärtige Bürger, vorwiegend aus dem Kreis Unna, für die die LWL-Klinik Dortmund die Pflichtversorgung wahrnimmt.

Bei weiteren 100 Unterbringungen handelt es sich um Mehrfachunterbringungen der gleichen Patienten in einem Berichtsjahr.

Bei ca. 20 Patienten pro Jahr handelt es sich eigentlich um betreuungsrechtliche Unterbringungen, die lediglich aufgrund verfahrensrechtlicher Gegebenheiten

zunächst durch sofortige Anordnung des Ordnungsamtes untergebracht werden, deren richterliche Anhörung jedoch zu einer Unterbringung nach BGB führt.

Bringt man diese Fälle in Abzug, liegt die Unterbringungsrate im Landesschnitt.

(Unterbringungsrate in NRW: 1,11/Tausend EW,
Unterbringungsrate in Dortmund: 1,6 /Tausend EW,
Unterbringungsrate in Dortmund
nach Abzug Unterbringung Auswärtiger: 1,16/Tausend EW)

Auch in den Unterbringungszahlen spiegelt sich das zunehmende inhaltliche und zahlenmäßige Gewicht der psychiatrischen Versorgung älterer Menschen wider (s. dazu Kapitel IV und IX).

4. Die Grundsätze der **Psychiatrieenquête des Deutschen Bundestages (1975)** wurden in den vergangenen Jahren in Dortmund umgesetzt durch:

- Verkleinerung des großen psychiatrischen Fachkrankenhauses
- Aufbau psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern
- Aufbau einer gemeindenahen Versorgung
- Ausbau ambulanter Behandlungsmöglichkeiten
- Aufbau eines Systems ambulanter, komplementärer psychiatrischer Hilfen, um chronisch psychisch Kranken ein möglichst selbstbestimmtes Leben in der eigenen Wohnung und außerhalb von Institutionen zu ermöglichen.

1970	2000
1.600 vollstationäre Betten in der LWL-Klinik, dem psychiatrischen Fachkrankenhaus in Dortmund-Aplerbeck	537 Betten (incl. Tagesklinik) in der LWL-Klinik, und in den Abt. der Allgemeinkrankenhäuser Marien Hospital Dortmund-Hombruch und Ev. Krankenhaus Dortmund-Lütgendortmund
8 Nervenärzte/Psychiater	27 Nervenärzte/Psychiater

Es fand eine Umsteuerung von stationärer zu ambulanter Versorgung statt. Der Wegfall von zwei Dritteln der 1970 bestehenden stationären Behandlungsplätzen hat auch enorme finanzielle Auswirkungen: Jahr für Jahr werden von Krankenkassen und Sozialhilfeträger 50-70 Millionen Euro an stationären Kosten gespart. Aber: Enthospitalisierung ist nicht umsonst. Die Patienten werden jetzt durch niedergelassene Ärzte, Institutsambulanzen, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, das ambulant Betreute Wohnen, Kontaktstellen und Tagesstätten, gesetzliche Betreuer, Werkstätten für Behinderte, Zuverdienstarbeitsstätten und Anbieter tagesstrukturierender Maßnahmen versorgt.

Mit der Umsetzung der Ziele der Psychiatrieenquête ergaben sich neue Rollen und Aufgaben für den Sozialpsychiatrischen Dienst. Für die vielen enthospitalisierten Patienten des früheren Landeskrankenhauses galt es, in dem sich immer weiter differenzierenden ambulanten Angebot passgenaue und gute Lösungen zu finden. So ist es zu erklären, dass mit dem sich stetig vergrößernden ambulanten Versorgungsangebot auch die Inanspruchnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes zunahm.

IV. FACHBEREICH PSYCHISCH KRANKE

A. ENTWICKLUNG DER PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNG

1998	Tagesstätte Sternstraße des Diakonischen Werkes
1999	Kontaktstelle Sternstraße des Diakonischen Werkes
1999	Institutsambulanz des Marienhospitals Dortmund-Hombruch
2001	Institutsambulanz des Evangelischen Krankenhauses Dortmund-Lütgendortmund
2002	Tagesstätte Brackel des LWL - Wohnverbundes
2002	Stationäres Wohnen Haus Oberfeld (24 Plätze) in Trägerschaft von „Bethel vor Ort“
2006	Erweiterung der Plätze in den Tagesstätten Sternstraße und Brackel um jeweils 5 Plätzen
2007	Stationäres Wohnen Haus Westricher Straße (16 Plätze) in Trägerschaft „Bethel vor Ort“

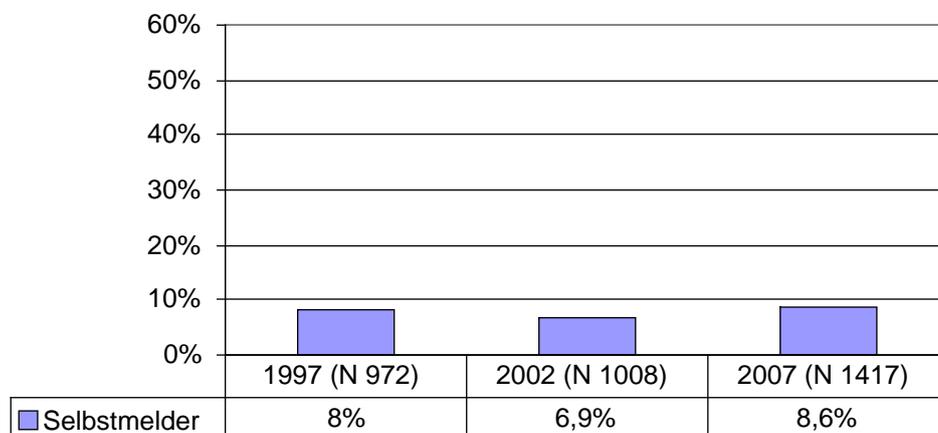
In den letzten 10 Jahren konnte die Versorgung vor allem für chronisch psychisch Kranke verbessert werden durch den Ausbau des ambulant Betreuten Wohnens und den Aufbau von zwei Wohnheimen und den Ausbau niedrigschwelliger tagesstrukturierender Angebote.

B. SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN

Nachfolgende Erhebungen zeigen auf, dass im Fachbereich psychisch Kranke in den letzten 10 Jahren:

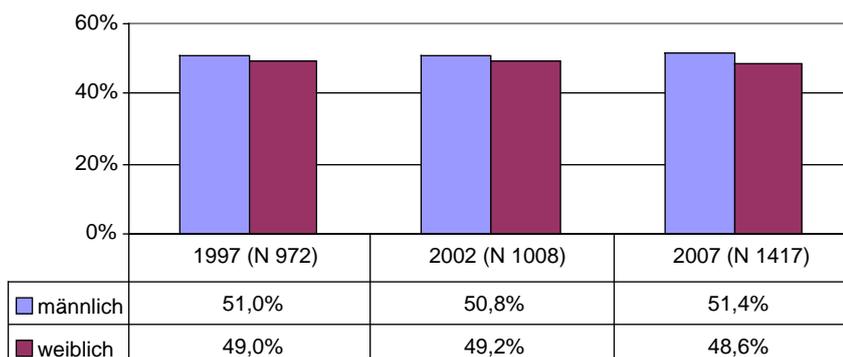
- 90 % durch Dritte bekannt wurden
- der Anteil der ausländischen Mitbürger wächst
- der Anteil der Alleinlebenden wächst
- der Anteil der über 60-jährigen wächst.

KONTAKTAUFNAHME

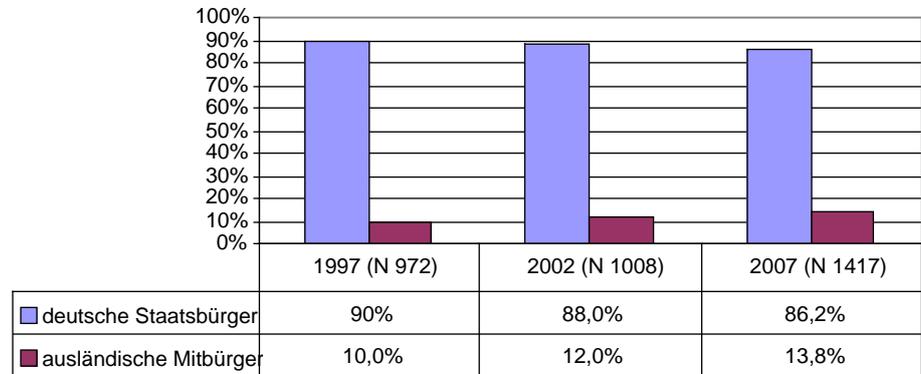


Der Fachbereich psychisch Kranke betreut in der Mehrheit Menschen mit einer chronischen Psychose oder einer schwerwiegenden Persönlichkeitsstörung. Die Erkrankung bedingt einen meist sehr zurückgezogenen Lebensstil, die Patienten leben überwiegend allein (s. Lebensform) und haben krankheitsbedingt kaum die Möglichkeit, sich Unterstützung zu organisieren. Daraus resultiert der über die Jahre konstant geringe Anteil der Patienten, die sich selbst mit der Bitte um Beratung oder Vermittlung an den Sozialpsychiatrischen Dienst wenden. Über 90 % dieser Patienten werden also durch Angehörige, Nachbarn, die Polizei oder andere Ämter und Institutionen beim SpD bekannt.

GESCHLECHT

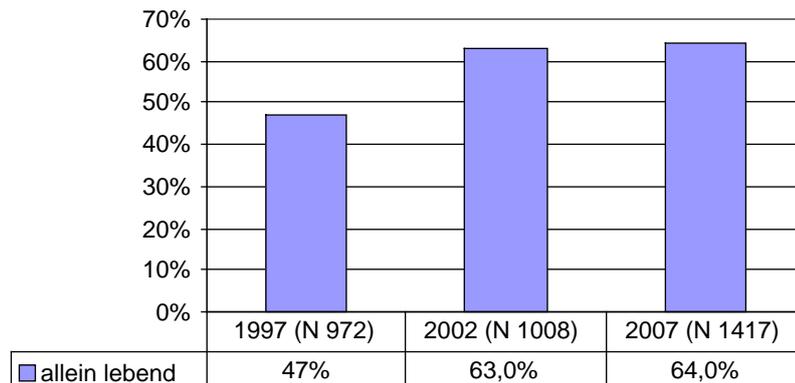


NATIONALITÄT

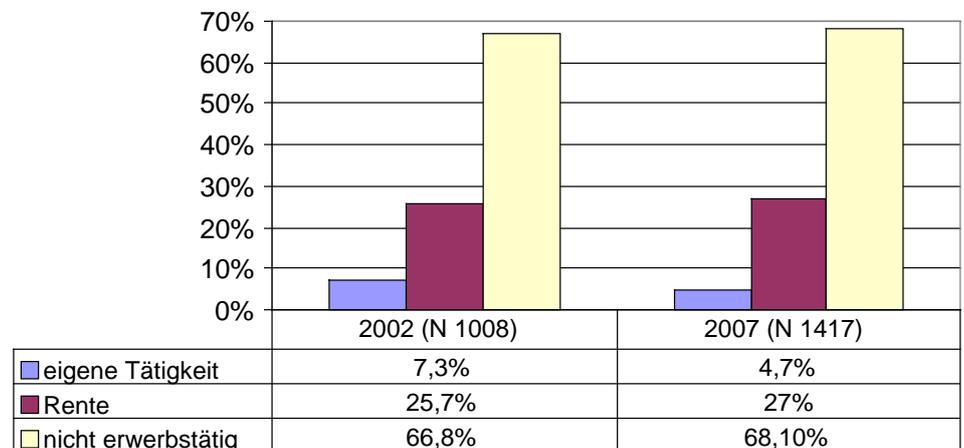


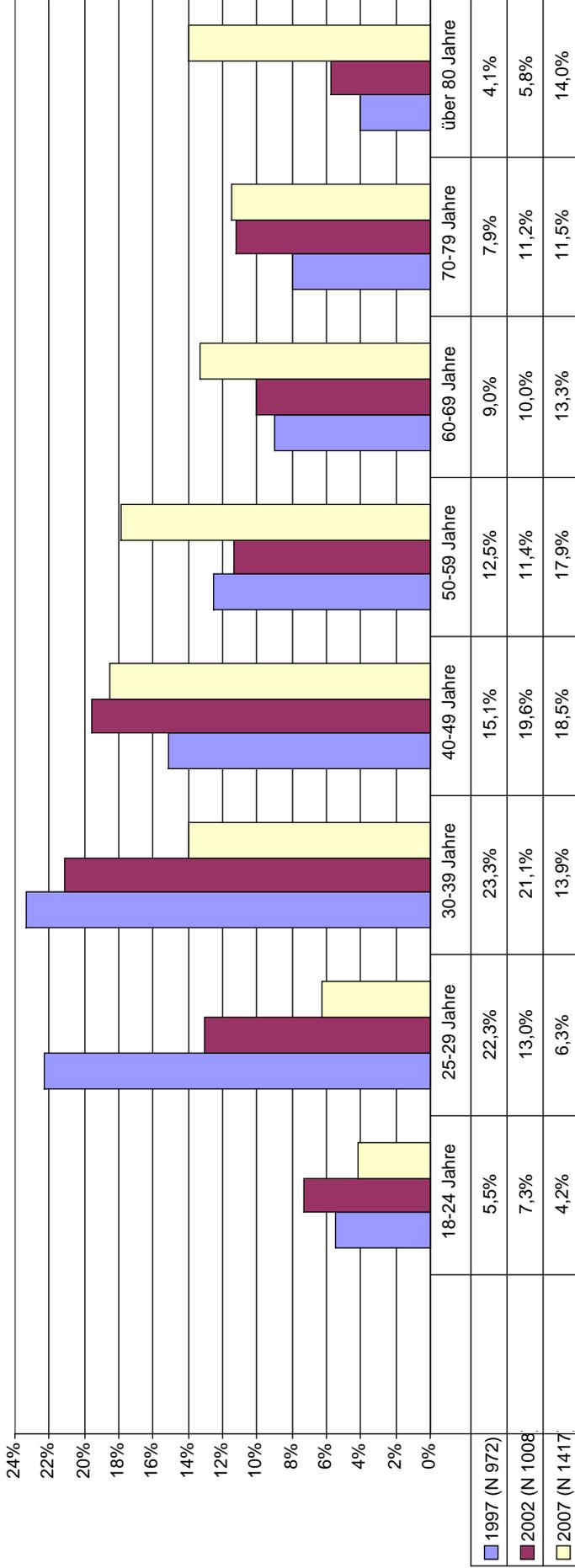
Der Anteil der ausländischen Mitbürger, die vom SpD erreicht werden, wächst deutlich, liegt aber noch in der Größenordnung des Ausländeranteils an der Dortmunder Gesamtbevölkerung von knapp unter 13 %. Eine gezielte Erfassung von Mitbürgern mit Migrationshintergrund erfolgte im Berichtszeitraum nicht.

LEBENSFORM



LEBENSUNTERHALT

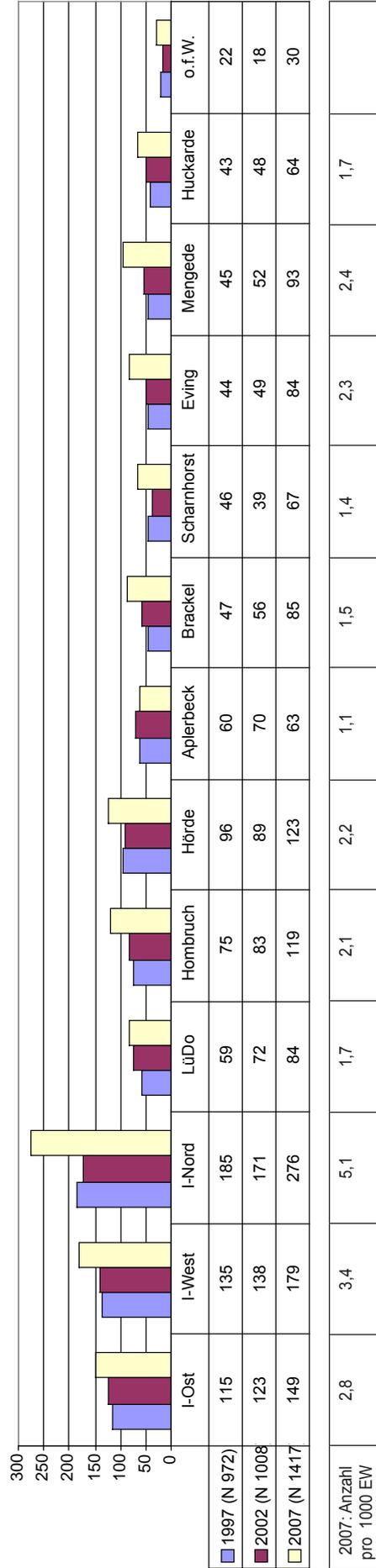




Fast man die Altersgruppen über 60 Jahre zusammen, so sieht man einen deutlichen Anstieg von ca. 20 % 1997 auf fast 40 % im Jahr 2007. Dieser deutliche Anstieg ist nur teilweise durch den parallelen demografischen Wandel zu erklären. Die Problemlagen älterer Menschen mit psychischer Erkrankung oder Behinderung sind in den letzten Jahren zunehmend in das öffentliche Bewusstsein gerückt. Außerdem ist die städtische Seniorenarbeit im letzten Jahrzehnt neu ausgerichtet worden (Schaffung von Seniorenbüros in allen Stadtbezirken, Gründung des Demenz-Service-Zentrums).

Wir gehen davon aus, dass durch die sensibilisierte öffentliche Wahrnehmung und das systematisierte dezentrale Angebot der Seniorenhilfe uns inzwischen viele ältere Mitbürger mit psychischen Erkrankungen gemeldet werden, die vor 10 Jahren noch unbemerkt und ohne Unterstützung blieben.

WOHNORT PSYCHISCH KRANKE



Die Fallzahlen des SpD steigen in allen Stadtbezirken. Auffällig ist die Massierung in den 3 Innenstadtbezirken. Gründe hierfür liegen u. a. in der unterschiedlichen Sozialstruktur der verschiedenen Stadtbezirke (z. B. Anteil der Hochbetagten über 80 Jahre, Arbeitslosenquote, Anteil der Ein-personen-Haushalte).

C. FALLBEISPIEL

Frau T. wandte sich nach ihrem Umzug aus München vor 2 Jahren **eigenständig** an den Sozialpsychiatrischen Dienst. Frau T. wohnte bereits seit zwei Monaten in Dortmund. Bei Frau T. handelt es sich um eine 21-jährige junge Frau. Sie berichtete, dass sie nach Dortmund gezogen sei, um hier eine Schule zu besuchen. In München habe man ihr von Seiten der ARGE einen Schulbesuch nicht gestattet. Sie sei ohne Genehmigung der ARGE umgezogen. Außerdem lebe ihr Freund im Ruhrgebiet.

Frau T. habe sich bereits 2mal in stationärer psychiatrischer Behandlung befunden, jeweils nach Suizidversuchen. Diagnostisch liege bei ihr eine Persönlichkeitsstörung sowie eine Essstörung vor.

Frau T. habe nach der Trennung der Eltern (10. Lebensjahr) zunächst bei ihrer an einer Psychose erkrankten Mutter und deren neuem Lebenspartner gelebt. Seit dem 12. Lebensjahr habe Frau T. im Heim und dann bei Pflegeeltern gelebt. Nach der Schule habe sie eine Lehre als Schreinerin begonnen, diese musste sie leider aufgrund von körperlichen Beschwerden abbrechen.

Zum Zeitpunkt des Erstgesprächs bezog Frau T. keinerlei Sozialleistungen, da die ARGE aufgrund des Schulbesuchs nicht zuständig war und sie an das BAföG-Amt verwiesen hatte.

Frau T. lebte von ihrem Kindergeld, welches ihr der Vater in Raten überwies. Die Miete konnte sie nicht zahlen, so dass Mietschulden vorlagen.

Psychisch befand sich Frau T. aufgrund der Situation in einer depressiven Verstimmung, sie wirkte sehr verzweifelt. Sie verließ die Wohnung nur noch zum Schulbesuch.

Mit Frau T. wurden **wöchentliche Gesprächstermine** vereinbart, da die Wartezeit für eine **psychotherapeutische Behandlung** ca. **6 Monate beträgt**.

Zur Entlastung von Frau T. wurde zuerst die **soziale Situation** geklärt. In gemeinsamen Gesprächen mit der ARGE und dem BAföG-Amt wurde die Zuständigkeit geklärt und Frau T. erhielt im 1. Semester Leistungen nach dem SGB II.

Ab dem 2. Semester stand ihr BAföG zu.

Der **BAföG-Antrag** konnte nicht bearbeitet werden, da sich ihr Vater weigerte, seine Vermögensverhältnisse offen zu legen.

Frau T. reichte schließlich mit unserer Unterstützung eine Unterhaltsklage ein und erhält nun BAföG.

Frau T. wurde schließlich in **ambulante fachärztliche Behandlung** begleitet.

Eine angestrebte Psychotherapie kam nicht zustande, da sie immer wieder die Termine beim Psychotherapeuten nicht wahrnahm.

Auffallend bei Frau T. waren ihre massiven Stimmungsschwankungen.

In guten Phasen bekam Frau T. ihre Angelegenheiten gut geregelt, wenn es ihr psychisch schlecht ging, konnte sie die Wohnung kaum verlassen und neigte zu suizidalen Gedanken.

In diesen Krisensituationen wurden **sofortige Hausbesuche** durchgeführt.

Bei einem der Hausbesuche ließ sich keine tragfähige Stabilisierung erreichen, so dass Frau T. vom Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes **zur stationären Behandlung in ein psychiatrisches Krankenhaus** gebracht wurde.

Nach der stationären Behandlung wurde durch den Sozialpsychiatrischen Dienst für Frau T. ein **ambulant Betreutes Wohnen** beantragt, welches auch genehmigt wurde.

Allerdings gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen Frau T. und der Mitarbeiterin des Betreuten Wohnens als schwierig. Zwischen dem Betreuten Wohnen und dem Sozialpsychiatrischen Dienst besteht ein regelmäßiger Austausch über die Entwicklung bei Frau T.

Im Rahmen der nun 2-jährigen Betreuung hat sich Frau T. deutlich stabilisiert, sie besucht regelmäßig ihre Schule, lebt inzwischen mit ihrem Freund in einer gemeinsamen Wohnung und nimmt ihre ambulante psychiatrische Behandlung zuverlässig wahr.

Frau T. gehört zu den 10 % unserer Klienten, die von sich aus die Hilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Anspruch nehmen.

D. KOOPERATION PSYCHIATRISCHE HILFEN DORTMUND



V. FACHBEREICH ALKOHOLKRANKE

A. ENTWICKLUNG DER PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNG

1999	Ludwig-Steil-Haus (Diakonisches Werk), 26 Plätze, davon 5 geschlossen seit 2008
2002	Passgenau Zuverdienstwerkstatt (DW), 82 Plätze
2003	„Haus am Weg“ (LWL), 26 Plätze, davon 6 geschlossen
2006	Arbeitskreis „Hilfen für Kinder alkoholkranker Eltern“
2006	Spielerberatung (Caritas)
2007	Wohntrainingsprogramm, Kooperation zwischen Stadt u. DW, 24 Plätze

Im Berichtszeitraum konnte die Versorgung **chronisch mehrfach geschädigter Suchtkranker** deutlich verbessert werden. Diese Gruppe geriet auch bundesweit in den Fokus der Aufmerksamkeit.

Im Bereich der legalen Suchtkrankenhilfe vollzog sich ein **Paradigmenwechsel**, wie er bereits Anfang der 90er Jahre in der Drogenhilfe stattgefunden hatte. Der „Königsweg“ – die Heranführung an die Abstinenz – war nicht mehr die einzig handlungsbestimmende Orientierung.

Auch die Notwendigkeit von **Überlebenshilfen** und niedrigschwelliger Hilfen, die bezüglich der Alkoholkranken bis dato nur im Bereich der Wohnungslosenhilfe eine Bedeutung hatte, wurde jetzt von der professionellen Suchtkrankenhilfe übernommen und die Systeme entsprechend weiterentwickelt.

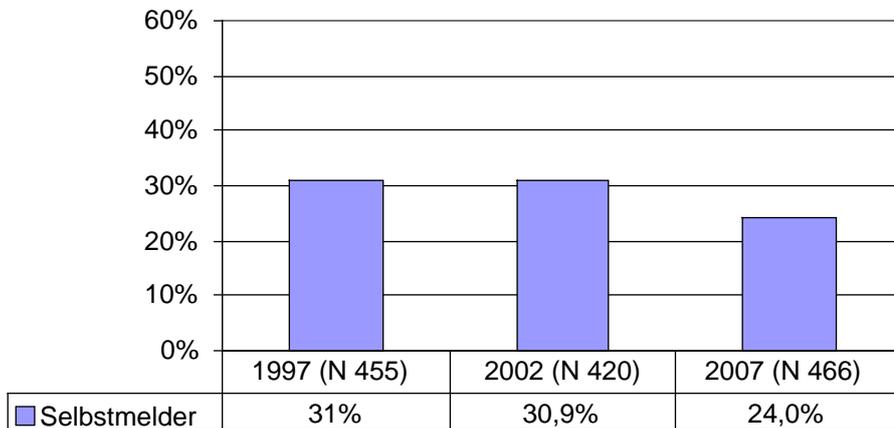
Für den Sozialpsychiatrischen Dienst stellten die chronisch Suchtkranken schon seit Jahren eine besondere Herausforderung dar. Eine Unterbringung in Wohnheimen war bis 1997 nur außerhalb von Dortmund möglich. Der Aufbau von zwei Wohnheimen in Dortmund erleichterte hier die Entwicklung von Hilfen für diese Gruppe, auch wenn zeitweilig Wartezeiten bis zur Aufnahme in den beiden stationären Einrichtungen auftraten.

Ähnlich wie im Fachbereich Psychisch Kranke war jedoch trotz Verbesserung der Versorgungssituation kein Rückgang der Inanspruchnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu verzeichnen. Hier ist besonders hervorzuheben, dass es zu einer Zunahme der Meldungen Dritter kam.

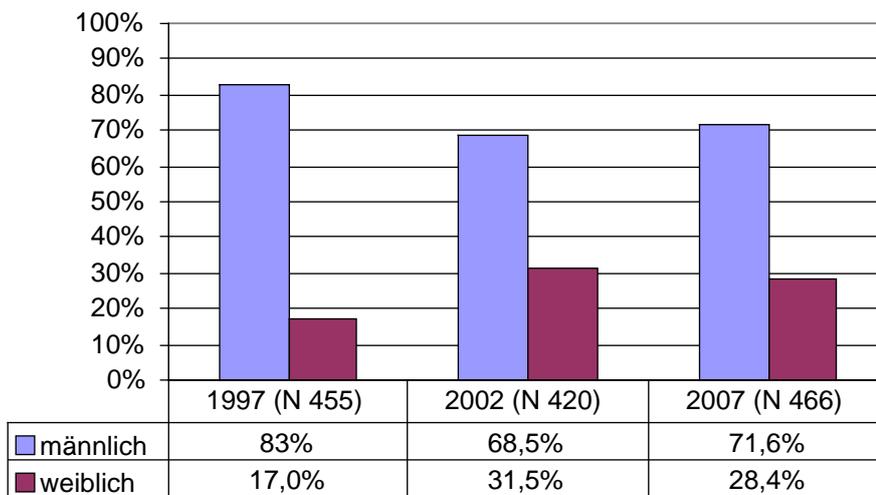
Möglicherweise wirken sich hier gesamtstädtische Initiativen, wie Stadtteilbüros, Quartiersmanagement u. a., aus und die Aufmerksamkeit von Nachbarn und Wohnungsgesellschaften wurde geschärft, so dass sich im Sozialpsychiatrischen Dienst eine Zunahme der Fremdmelder abzeichnete.

B. SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN

KONTAKTAUFNAHME

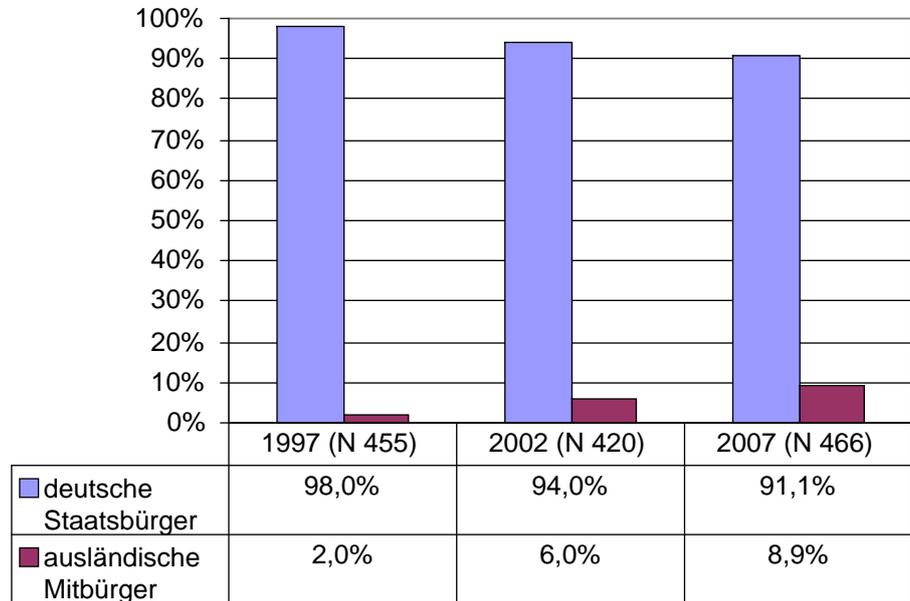


GESCHLECHT



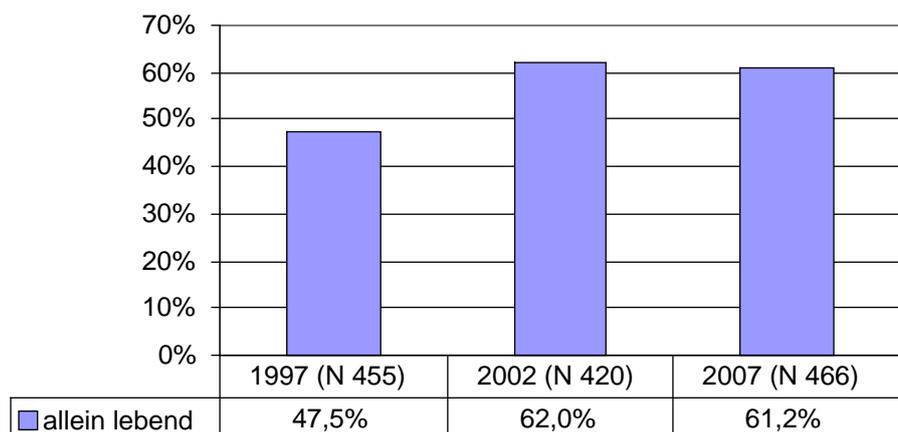
Die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes erreicht zunehmend auch weibliche Suchtkranke. Ihr Anteil liegt mit zuletzt 28,4 % gering über dem Bundesdurchschnitt von 25 %.

NATIONALITÄT



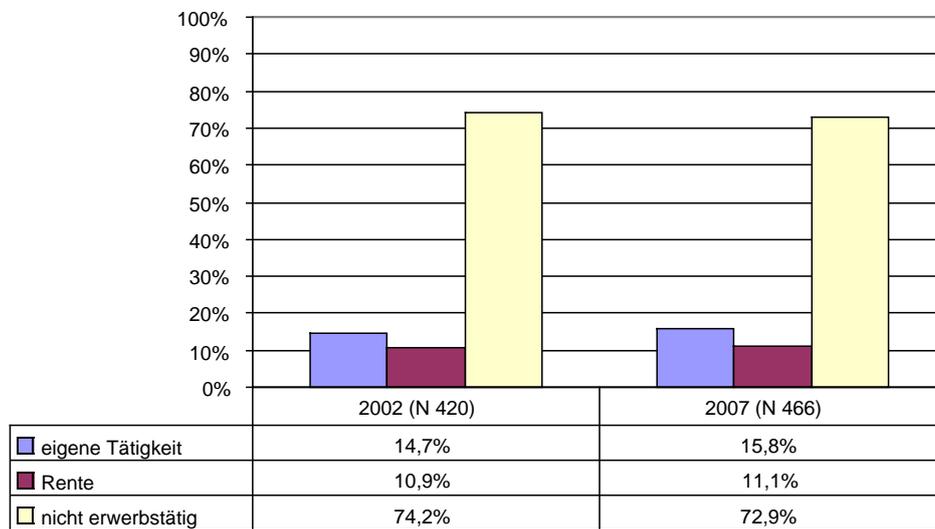
Zunehmend werden auch ausländische Mitbürger erreicht, ihr Anteil liegt aber noch deutlich unter dem Ausländeranteil an der Gesamtbevölkerung (13 %).

LEBENSFORM

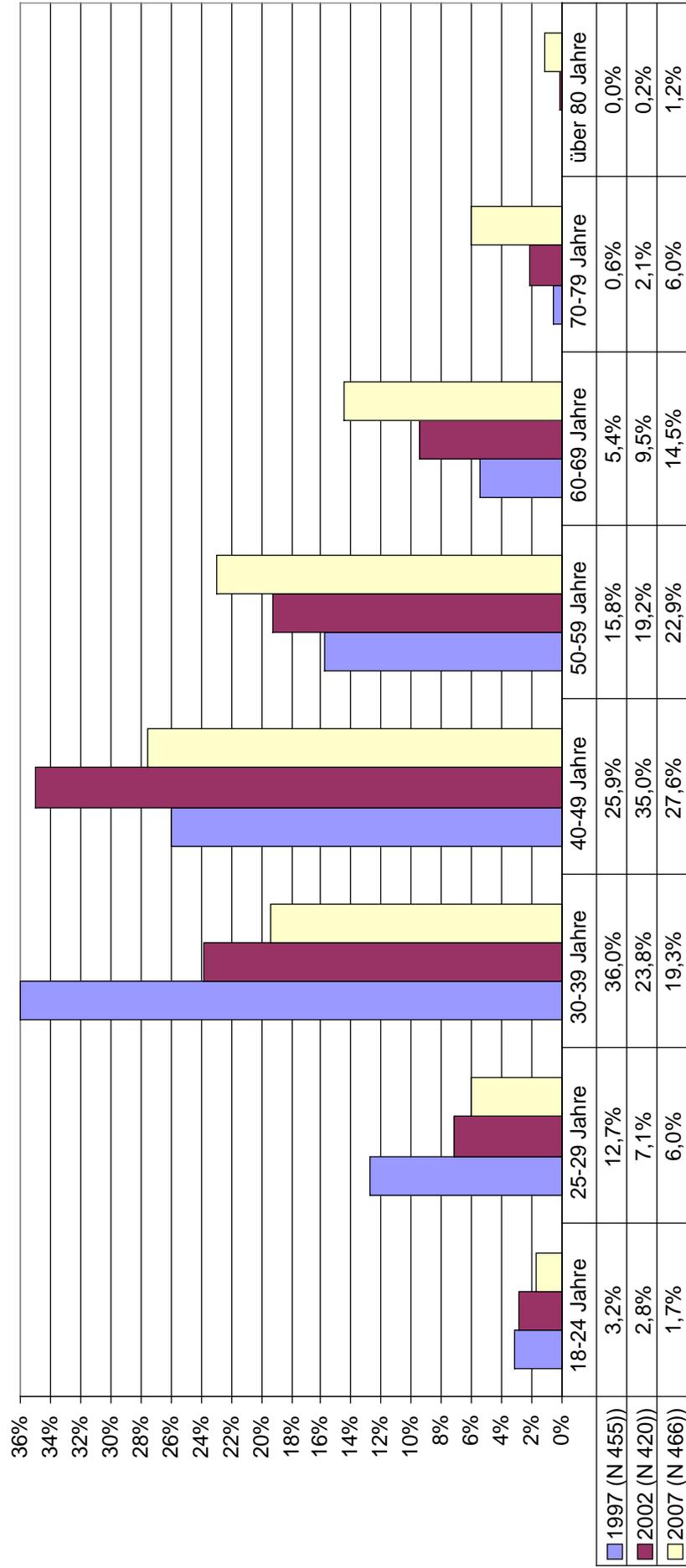


Der Anteil der allein lebenden Alkoholkranken hat sich auf hohem Niveau (ca. 60 %) stabilisiert.

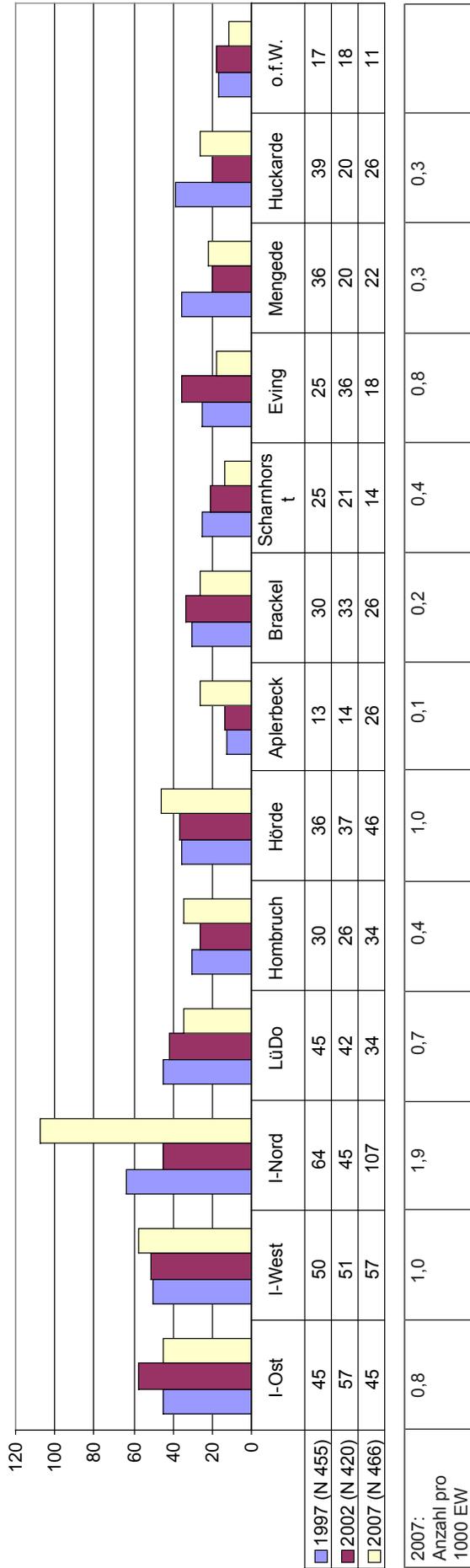
LEBENSUNTERHALT



ALTER ALKOHOLKRANKE



Der Anteil der über 60-jährigen hat sich im Berichtszeitraum von 6 % auf 21,7 % gesteigert.



C. FALLBEISPIEL

Durch den Verwalter einer Wohnungsgesellschaft wurde Herr P. im Jahr 2004 gemeldet. Die Wohnungsgesellschaft teilte folgendes mit:

Herr P. sei 71 Jahre alt, lebe seit Jahrzehnten im Erdgeschoss des Mehrfamilienhauses und seit dem Tod seiner Ehefrau vor 1 ½ Jahren sei er dem Alkohol verfallen. Die Nachbarn hätten berichtet, dass Herr P. im betrunkenen Zustand in den Hausflur uriniert habe und es aus der Wohnung unangenehm rieche. Während der Weihnachtsfeiertage sei der Fernseher Tag und Nacht sehr laut zu hören gewesen und der Geruch sei so unerträglich geworden, dass die Nachbarschaft befürchtet habe, dass Herr P. tot in der Wohnung liege.

Die Polizei habe die Wohnung geöffnet, ein unerträglicher Geruch sei ihnen entgegen geschlagen. Die Polizei habe den RTW hinzugezogen, Herr P. sei lebend angetroffen worden, habe sich geweigert, mitzufahren. Die Situation sei deshalb weiterhin sehr beunruhigend.

Unmittelbar nach Eingang der Meldung erfolgte ein **Hausbesuch** bei Herrn P. Dieser öffnete die Tür, war anfangs eher zurückhaltend. Er schämte sich für den offensichtlich desolaten eigenen Pflegezustand und den der Wohnung.

Herr P. berichtete, dass er 40 Jahre verheiratet war und seine Frau vor 1 ½ Jahren verstorben sei. Die Ehe sei kinderlos geblieben. Angehörige habe er keine. Bis zu seinem Vorruhestand mit 55 Jahren habe er 40 Jahre auf der Zeche unter Tage gearbeitet. In seiner Freizeit habe er zusammen mit seiner Frau einen Kleingarten gepflegt. Nach dem Tod der Ehefrau habe er sich zunächst ständig im Vereinsheim aufgehalten und begonnen, sehr viel Alkohol mit seinen Freunden zu trinken. Ihm sei alles egal gewesen und es sei ihm körperlich immer schlechter gegangen. Er habe zunehmend Schmerzen in den Knien und in der Hüfte entwickelt, habe kaum noch laufen können.

Schließlich habe er seinen Garten verkauft und sein „Freunde“ zu sich in die Wohnung eingeladen. Da er eine gute Rente habe und auch das Geld vom Gartenverkauf zur Verfügung gestanden habe, sei er sehr großzügig gewesen, die „Freunde“ hätten für ihn eingekauft, vorwiegend Alkohol. Inzwischen habe er sich sogar verschuldet. Im Erstkontakt lehnte Herr P. jegliche Hilfen ab, erklärte sich aber mit einem erneuten Hausbesuch einverstanden. In den folgenden Monaten wurde **wöchentlich ein Hausbesuch** durchgeführt.

Diagnostisch lag eine manifeste Alkoholabhängigkeit sowie eine körperliche Behinderung bei Verschleiß beider Kniegelenke und Hüftgelenke vor.

Im Rahmen zahlreicher Hausbesuche gelang es allmählich, das **Vertrauen** von Herrn P. zu gewinnen. Herr P. gestattete Einsicht in seine finanzielle Situation, wurde zur Bank begleitet, um die Finanzierbarkeit von Hilfen zu überprüfen.

Schließlich gelang es mit Einverständnis von Herrn P., einen **Pflegedienst** zu installieren, der 2 x täglich Herrn P. versorgte, eine **Grundreinigung** der Wohnung durchführen zu lassen und eine **Haushaltshilfe** zu installieren.

Darüber hinaus wurde „**Essen auf Rädern**“ bestellt, Herr P. wurde zum Friseur und zur Fußpflege begleitet, die regelmäßige **Behandlung** durch einen niedergelassenen Arzt wurde organisiert und mit Unterstützung des Arztes wurden **Hilfsmittel** wie Wannenslifter, Rollator und Toilettensitz besorgt.

Nach Installation der erforderlichen Hilfen wurde Herr P. über einen Zeitraum von **3 Jahren** durch die Mitarbeiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes **monatlich weiter besucht**.

Zwischenzeitlich war auch die Nachbarschaft durch die Verbesserung der Situation erleichtert und wurde in die Betreuung von Herrn P. locker eingebunden.

Die Mitarbeiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes entwickelte sich zur Hauptbezugsperson von Herrn P., bei allen anstehenden Problemen wandte sich Herr P. telefonisch an die Mitarbeiterin.

Herr P. lehnte von Anfang an jegliche stationäre Hilfe ab, weder eine Entgiftungsbehandlung noch ggf. eine Umsiedlung in ein Altersheim waren für Herrn P. akzeptabel. Mit der Stabilisierung seiner Situation (Pflegezustand, Zustand der Wohnung) und durch das stabilisierende Netzwerk der Hilfen gelang es Herrn P. seinen Alkoholkonsum allmählich zu reduzieren, seine „guten Freunde“ besuchten ihn zunehmend seltener und **nach ca. 1 Jahr** lebte Herr P. **völlig abstinent**.

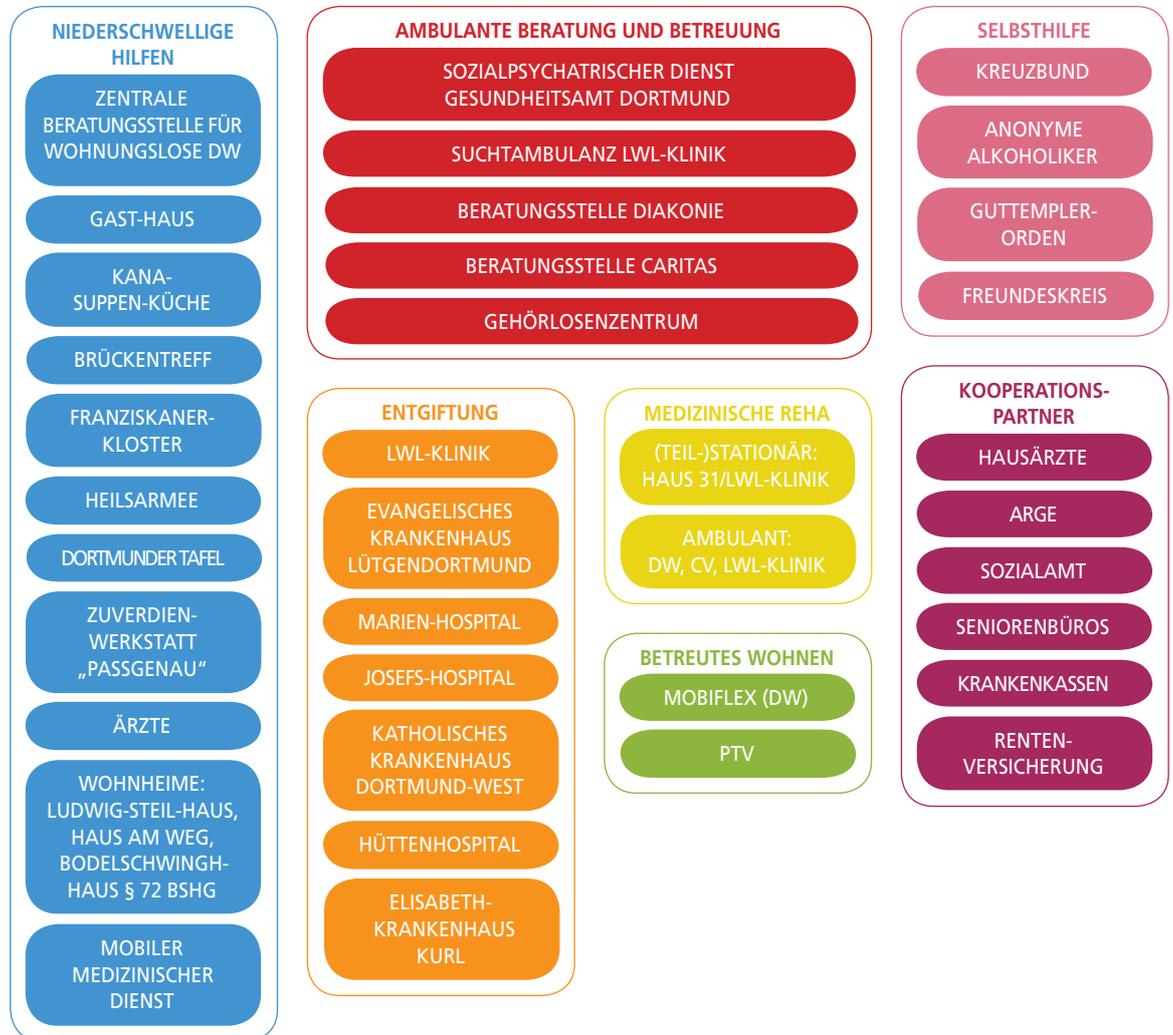
Stabilisierend wirkte sich auch die Anschaffung eines Kanarienvogels aus. Unterstützt durch obengenannte Hilfen lebte Herr P. so relativ zufrieden und sozial angemessen mit guten Kontakten zur Nachbarschaft und abstinent. Die Mitarbeiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes blieb Ansprechpartnerin für alle anstehenden Probleme und **koordinierte das Hilfenetz**.

3 Jahre nach Beginn der Betreuung kam es zu einer dramatischen Verschlechterung. Herr P. wurde hilflos im Hausflur von den Nachbarn gefunden und mit dem RTW in ein Krankenhaus gebracht. Dort stellte man eine fortgeschrittene Karzinom-Erkrankung fest mit Metastasierung.

Zwei Monate später verstarb Herr P. im Krankenhaus. Während der Krankenhausbehandlung wurde Herr P. im Sinne einer Sterbebegleitung durch die Mitarbeiterin weiter betreut.

Die Alkoholabhängigkeit hat vielfältige Ursachen, an diesem Beispiel soll gezeigt werden, wie ein Schicksalsschlag Auslöser für eine Suchtentwicklung sein kann und wie durch eine intensive **Beziehungsarbeit** dem einzelnen ermöglicht werden kann, seine Lebenssituation wieder suchtmittelfrei zu bewältigen und seine Menschenwürde zurück zu gewinnen.

D. KOOPERATION ALKOHOLHILFE DORTMUND



VI. FACHBEREICH DROGENKRANKE

A. ENTWICKLUNG DER PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNG

1996	Adaption (16 Plätze stationär) NaDo e.V. (Nachsorge Dortmund)
	Café Kick
1997	Methadonambulanz (100 Plätze ambulant)
1998	Arbeitskreis „ Kinder drogenkonsumierender Eltern “
1999	Drogentherapeutische Ambulanz im Café Kick
2000	Berufliche Rehabilitation für Substituierte (Berufliches Trainingszentrum)
2002	Drogenkonsumraum im Café Kick
2003	Schließung der Übernachtungsstelle „ Relax “ in der Drobs, Übernahme der Klienten durch die Frauenübernachtungsstelle u. die Männerübernachtungsstelle Unionstraße
2007	ambulanter Opiatenzug LWL-Klinik

Nur wenige Sozialpsychiatrische Dienste halten einen eigenen Fachbereich Drogenkranke vor. In vielen Kommunen wurde dieses Arbeitsfeld den freien Trägern übertragen.

In den letzten 10 Jahren hat sich gezeigt, dass die Integration des Fachbereichs Drogen in den Sozialpsychiatrischen Dienst erhebliche Vorteile mit sich bringt:

- Im Rahmen unserer gesetzlichen Aufgabenstellung wird keine Gruppe der Suchtkranken ausgegrenzt.
- Seit Jahren ermöglicht die Kooperation mit den Fachbereichen Alkohol und dem Fachbereich Psychisch Kranke eine ganzheitliche, suchtmittelunabhängige Sichtweise.
- Die enge Zusammenarbeit mit den Fachärzten für Psychiatrie hat im Fachbereich Drogen den Blick für die medizinischen Aspekte der Drogenkrankheit erweitert. Dieses gilt insbesondere für die Patienten mit **Suchtfolgeerkrankungen** und für die Patienten mit **Doppeldiagnosen** (z. B. Psychose u. Sucht).
- Die Zusammenarbeit mit dem Ordnungsamt, der Polizei und der Staatsanwaltschaft ist seit Jahren durch den „Behördenbonus“ erleichtert und ermöglichte z. B. die Kooperationsvereinbarungen zwischen der Hilfeseite und der repressiven Seite, im Berichtszeitraum von besonderer Bedeutung im Zusammenhang mit dem Drogenkonsumraum.
- Der Fachbereich Drogen orientiert sich auch an der sonstigen Arbeitsweise des Sozialpsychiatrischen Dienstes und führt regelmäßig **Hausbesuche** durch und hält damit ein erweitertes Tätigkeitsprofil im Vergleich zu den Beratungsstellen in freier Trägerschaft vor.
- Der Fachbereich Drogen kann Maßnahmen einleiten, die durch die multiprofessionelle Zusammenarbeit ermöglicht werden, wie Einleitung einer gesetzlichen Betreuung, wie Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik gegen den Willen der Betroffenen.
- Die Anbindung des Fachbereichs Drogen an die „Untere Gesundheitsbehörde“ speist die Gesundheitsplanung mit eigenen Erkenntnissen und Erfahrungen auf der operativen Ebene.

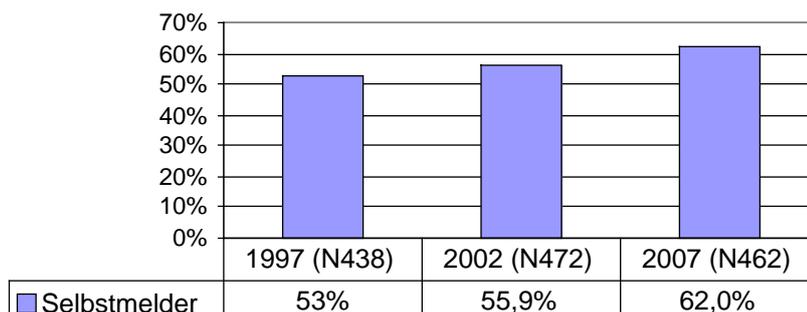
Seit Jahren ist der Sozialpsychiatrische Dienst an der Weiterentwicklung der Drogenhilfe aktiv beteiligt.

Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass der Fachbereich Drogen bereits frühzeitig in Kooperation mit der Kinderklinik, dem Jugendamt, niedergelassenen Ärzten u. a. die Problematik der Kinder drogenkonsumierender Eltern erkannte und hier unter dem Aspekt „Kindeswohlgefährdung“ frühzeitig an der Entwicklung eines Netzwerkes mitarbeitete.

Diese jahrelange Zusammenarbeit mündete 2007 in einen **Kooperationsvertrag** zwischen der Drogenhilfe der Stadt und dem Jugendamt in Anlehnung an das Kinder- und Jugendhilfegesetz § 8a.

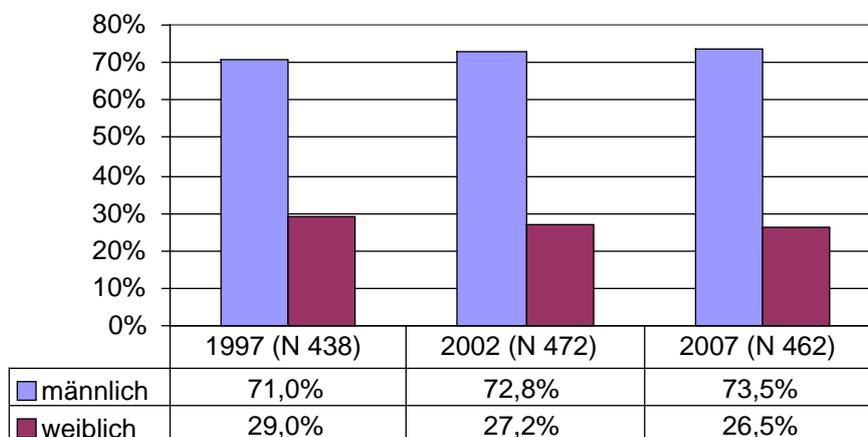
B. SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN

KONTAKTAUFNAHME



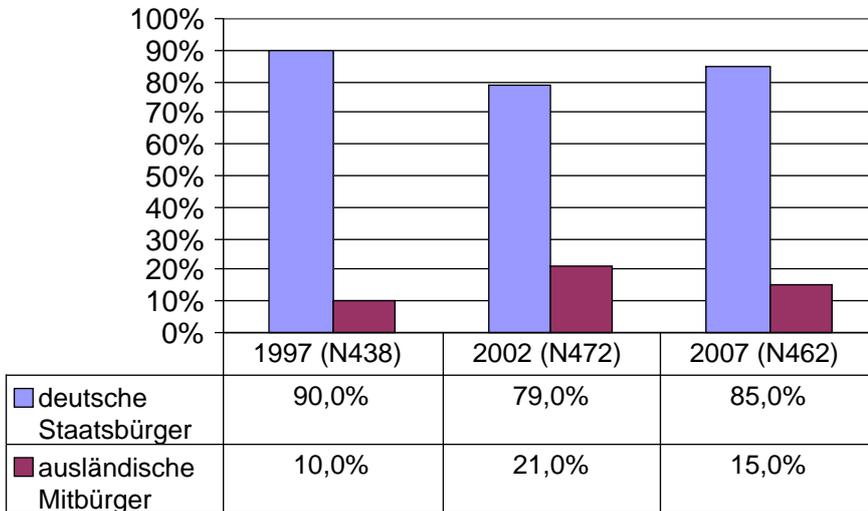
Die enge Verzahnung mit anderen Trägern der Drogenhilfe, hier ist insbesondere die räumliche Nähe zum Café Kick und zum Drogenkonsumraum zu nennen, führte im Berichtszeitraum dazu, dass die Anzahl der „Selbstmelder“ gestiegen ist.

GESCHLECHT



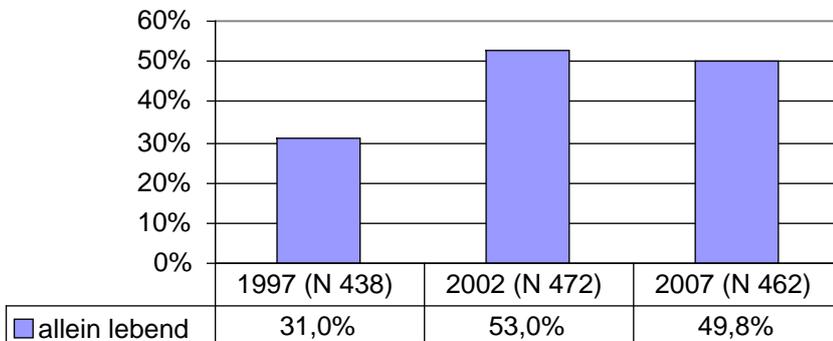
Der Anteil der Frauen ist seit 1997 leicht rückläufig, liegt aber über dem Landesdurchschnitt.

NATIONALITÄT



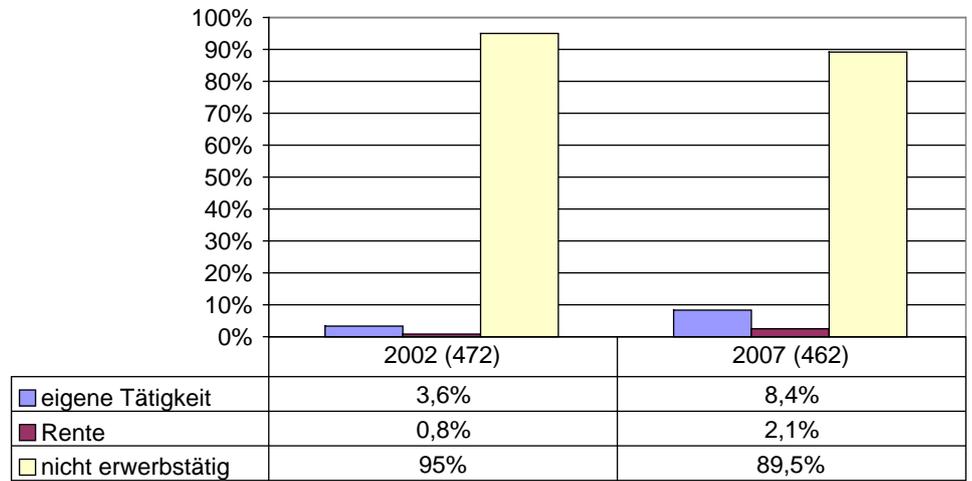
Bei der Erreichbarkeit der ausländischen Mitbürger haben Sprachbarrieren eine zunehmend geringere Bedeutung. Zur Zeit liegt der Anteil der erreichten ausländischen Drogenabhängigen gering über dem Bevölkerungsanteil in Dortmund (13 %).

LEBENSFORM

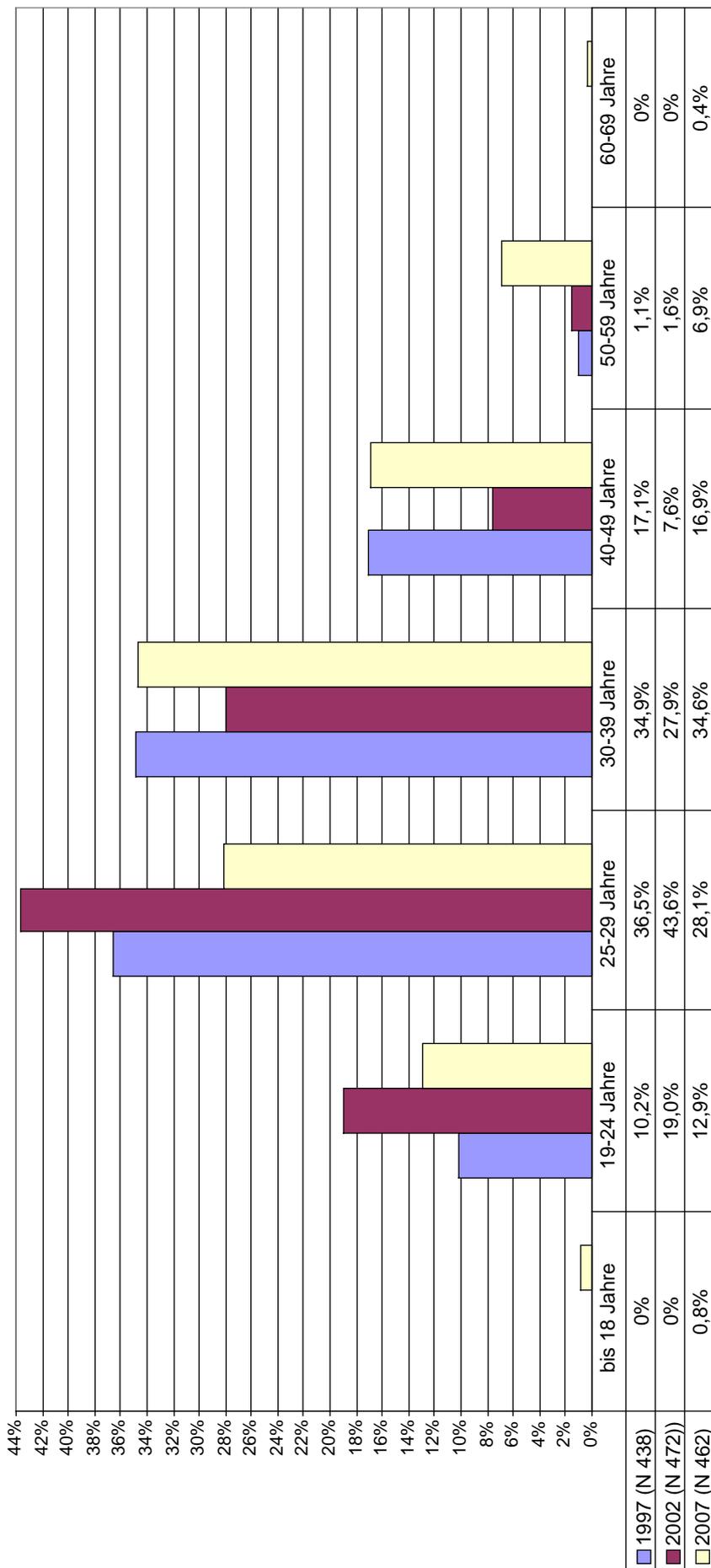


Der Anteil der Alleinlebenden ist auf 50 % gestiegen.

LEBENSUNTERHALT

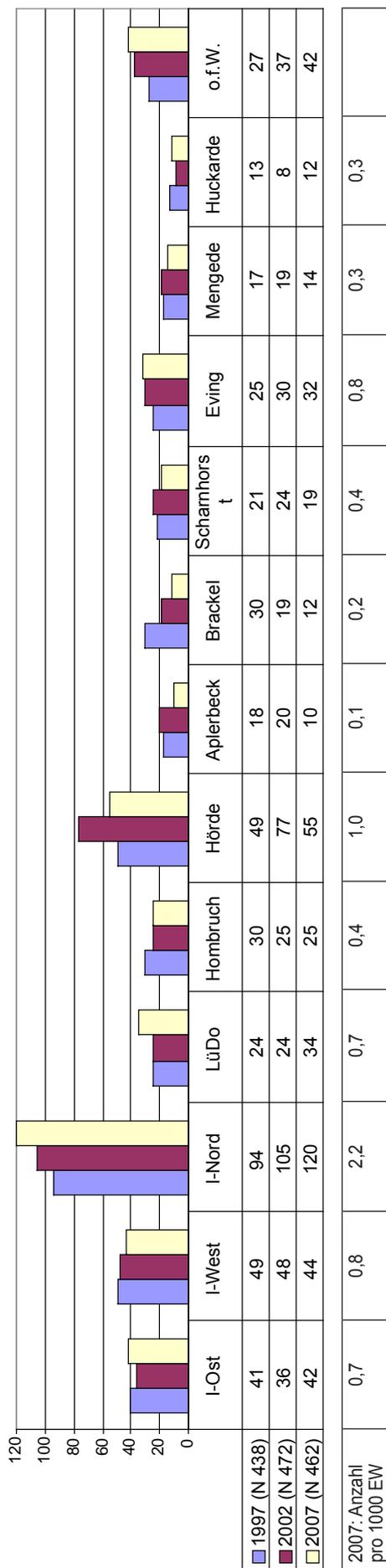


ALTER DROGENKRANKE



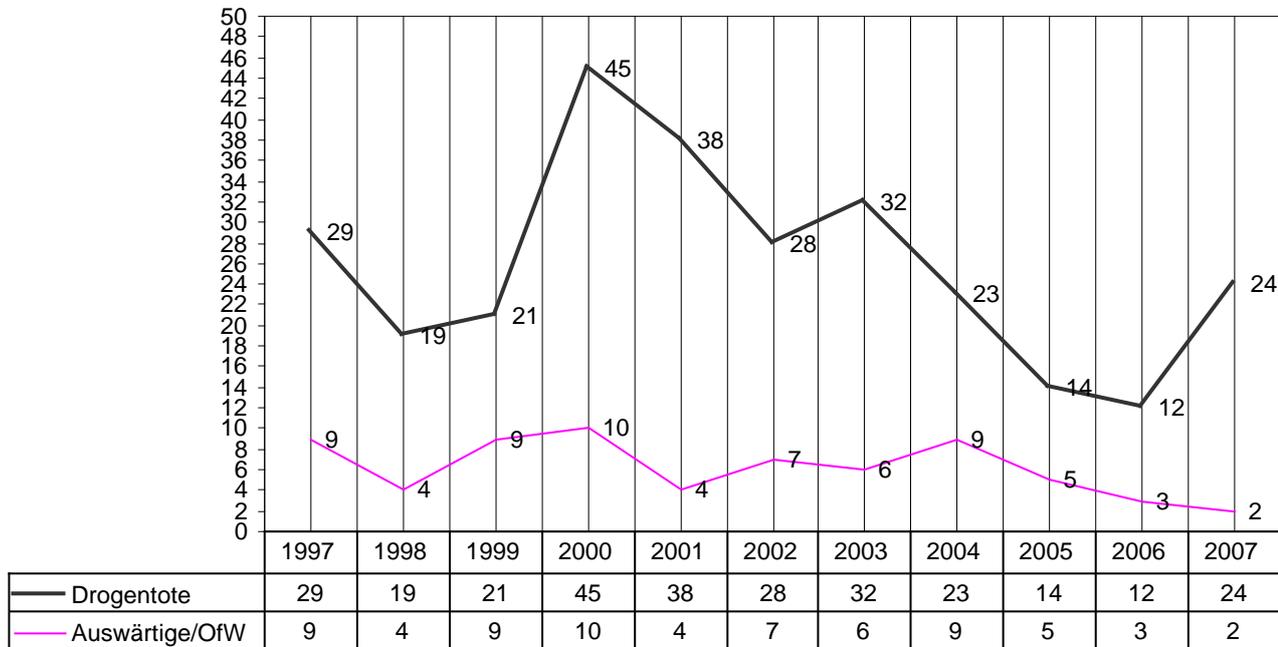
Während vor 10 Jahren nur wenige Drogenabhängige über 50 Jahre alt wurden, sind nach dem Aufbau niedrigschwelliger Überlebenshilfe und dem Ausbau der Behandlungsmöglichkeiten jetzt auch ältere Drogenkranke in unserer Betreuung.

WOHNORT DROGENKRANKE



Als Wirkungskennzahl im Fachbereich Drogen wurde „Anzahl der Drogentoten“ benannt.

DROGENTODESFÄLLE IN DORTMUND



Das Ziel „Senkung der Anzahl der Drogentoten“ ist seit Anfang der 90er Jahre ein Hauptziel der gesamten Dortmunder Drogenhilfe. Steuerungsrelevant für den Sozialpsychiatrischen Dienst ist es sowohl im Hinblick auf den einzelnen Patienten, als auch bei der Weiterentwicklung der Drogenhilfe. Hier ist einerseits die Weiterentwicklung der Substitutionsbehandlung zu nennen, andererseits die Entwicklung der niedrighwelligen Bereiche, insbesondere die Installation des Drogenkonsumraums. Hier muss jedoch auch deutlich gesagt werden, dass diese Kennzahl noch von zahlreichen weiteren Parametern abhängig ist, die durch die Drogenhilfe nicht beeinflusst werden können, wie z. B. der Reinheitsgehalt des jeweils verfügbaren Heroins und die Entwicklung der Drogenkriminalität in unserer Stadt.

C. FALLBEISPIEL

Ein Teilnehmer der Selbsthilfegruppe „Eltern suchtkranker Kinder“ informiert den Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes über den Sohn eines Gruppenmitgliedes. Der Junge sei Drogenkonsument und der Hausarzt habe bereits einen Hausbesuch gemacht. Es bestehe eine schwere Herzerkrankung. Der Melder bittet um Kontaktaufnahme.

Am gleichen Tag ruft der Vater des 26-jährigen an und berichtet über Kontakte seines Sohnes zur Drogenszene seit 10 Jahren. Der Sohn konsumiere überwiegend Cannabis. Er liege seit Tagen im Bett, kümmere sich nicht um seine Erkrankung und wolle nicht in ein Krankenhaus. Nach Auskunft von Freunden konsumiere er auch „härtere Sachen“.

Eine Rückfrage beim Hausarzt des jungen Mannes ergibt, dass dieser keine akute gesundheitliche Gefährdung festgestellt habe. Herr N. habe aber ein Drogenproblem.

Vor dem Hintergrund dieser Information wird am folgenden Tag ein **Hausbesuch** durchgeführt. Herr N. lebt in einer eigenen Wohnung, die vernachlässigt wirkt. Im Gespräch ist der junge Mann orientiert. Er liegt im Bett und erscheint sediert. Zögernd gibt Herr N. an, dass er Cannabis und „etwas“ Heroin rauche. Er sei seit fünf Jahren arbeitslos, früher habe er in der Gastronomie gearbeitet, seit zwei Jahren habe er keine Freundin mehr. Er sei nicht bereit eine Behandlung durchzuführen. Bei einer Verschlechterung seines körperliche Zustandes wolle er ein Krankenhaus aufsuchen. Er nehme wieder seine Herzmedikamente ein.

Im anschließenden **Gespräch** mit dem Vater wird deutlich, dass dieser sich weiter große Sorgen um den Gesundheitszustand des Sohnes macht.

Eine erneute **Rücksprache mit dem Hausarzt** wird vereinbart. Telefonisch sagt der **Hausarzt** einen weiteren Krankenbesuch zu und gibt an, dass er sich weiter kümmern wolle.

Da Herr N. keine Unterstützung durch den SpD wünscht und keine Anzeichen einer akuten Gefährdung vorliegen, wird Herrn N. angeboten, sich jederzeit an uns wenden zu können.

Am folgenden Tag berichtet der Vater, dass der Hausarzt noch einmal vor Ort gewesen sei. Er teilt mit, dass der Arzt sich weiter um seinen Sohn kümmern werde.

Nach zwei Monaten erscheint Herr N. in der **Beratungsstelle** des Sozial-psychiatrischen Dienstes. Er teilt mit, dass er mit Drogen gehandelt habe und eine Gerichtsverhandlung anstehe. Er bittet um die Vermittlung in eine stationäre therapeutische Behandlung.

Im Verlauf eines Monats finden mehrere Kontakte statt. Auch der Vater nimmt Kontakt zur Beratungsstelle auf. Für Herrn N. wird eine Behandlung in der LWL-Klinik Dortmund organisiert, die Herr N. jedoch nicht antritt. Der Vater informiert über die Aufnahme des Sohnes in einem Dortmunder Allgemeinkrankenhaus.

Herr N. wird im Krankenhaus besucht, bricht die Behandlung aber nach 8 Tagen ab.

Herr N. hält den Kontakt zum Sozialpsychiatrischen Dienst weiterhin aufrecht.

Mit Unterstützung durch die Beratungsstelle im Gesundheitsamt

- absolviert Herr N. eine ambulante Therapie,
- beginnt eine Substitutionsbehandlung und
- nimmt an weiteren stationären Entgiftungsversuchen teil.

An die Entgiftungsbehandlungen schließen sich Abstinenzphasen an, die immer wieder durch Rückfälle beendet werden.

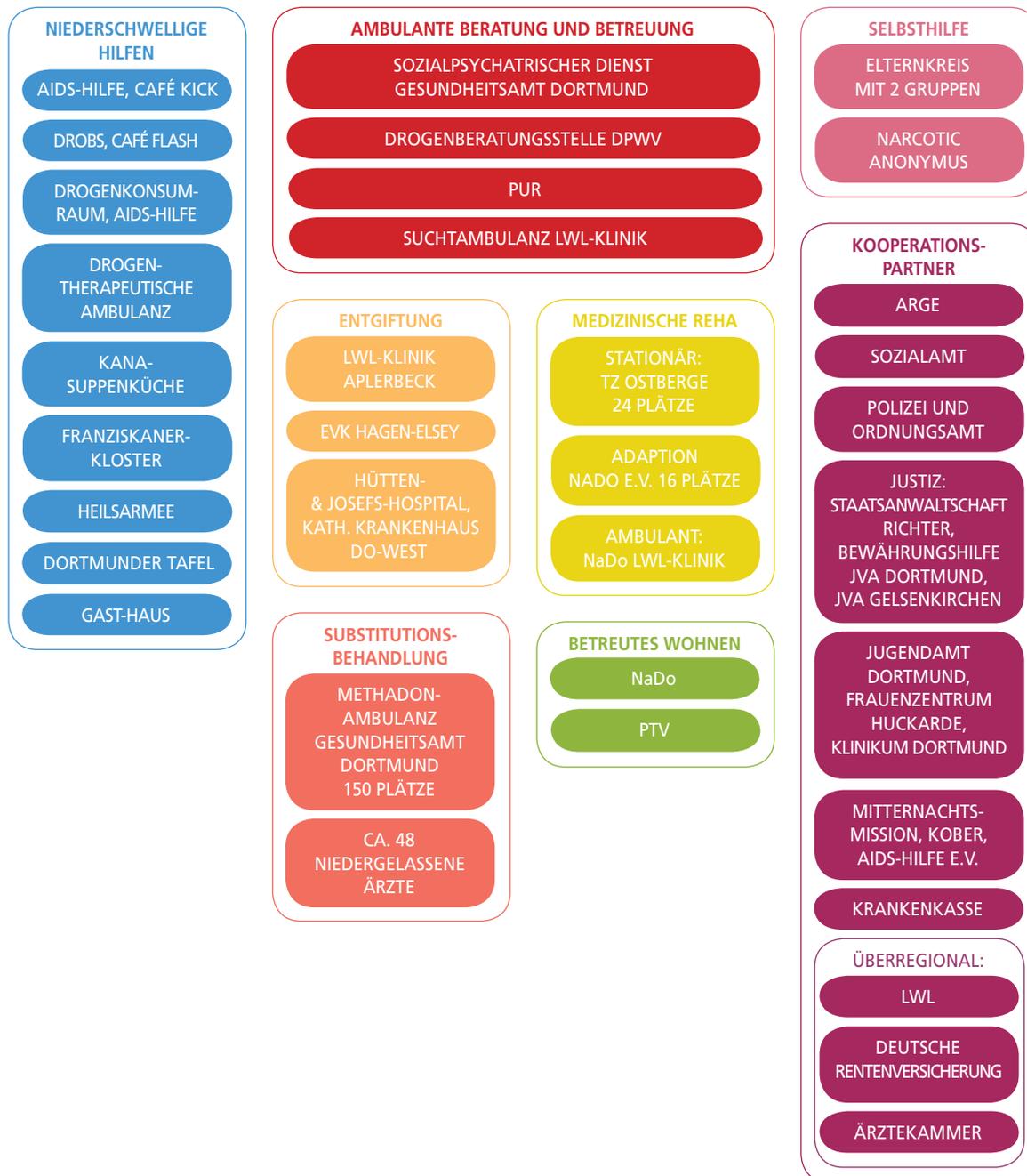
Erst 3 Jahre nach dem Erstkontakt kann sich Herr N. zu einer stationären Entwöhnungsbehandlung entschließen und die Rentenversicherung erteilt eine Kostenzusage für eine stationäre Maßnahme der medizinischen Rehabilitation.

Die Eltern halten in dieser Zeit immer wieder Kontakt zur Beratungsstelle.

Vor Antritt der Entwöhnungsbehandlung wird Herr N. **inhaftiert**. Er wird in der JVA besucht und eine Aussetzung der Strafvollstreckung nach §§ 35/36 BTMG wird beantragt. Nach Klärung der Nebenkosten und Kontakten zu den entsprechenden Einrichtungen beginnt Herr N. ca. 4 Jahre nach dem Erstkontakt die **Behandlung in einer Suchtklinik**, in der er sich zur Zeit noch befindet.

Ob sich die gesundheitliche und soziale Situation nach dieser Behandlung stabilisiert und weiterhin positiv entwickelt bleibt abzuwarten.

D. KOOPERATION DROGENHILFE DORTMUND



VII. METHADONAMBULANZ

A. ENTWICKLUNG DER PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNG

Der letzte ausführliche Bericht zur Methadonambulanz wurde dem Ausschuss für Soziales, Familie u. Gesundheit am 03.06.03 (Drucksache-Nr. 04342-03) vorgelegt. Der Ausschuss stimmte dem Vorschlag der Verwaltung zu, *die Wirtschaftlichkeit der Methadonambulanz durch Abrechnungen mit den Krankenkassen weiter zu verbessern und Verhandlungen mit den Dortmunder Krankenhäusern sowie niedergelassenen Ärzten mit dem Ziel zu führen, die Methadonambulanz in eine Fachambulanz oder Schwerpunktpraxis zu integrieren, um Synergieeffekte im medizinischen Bereich zu erzielen.*

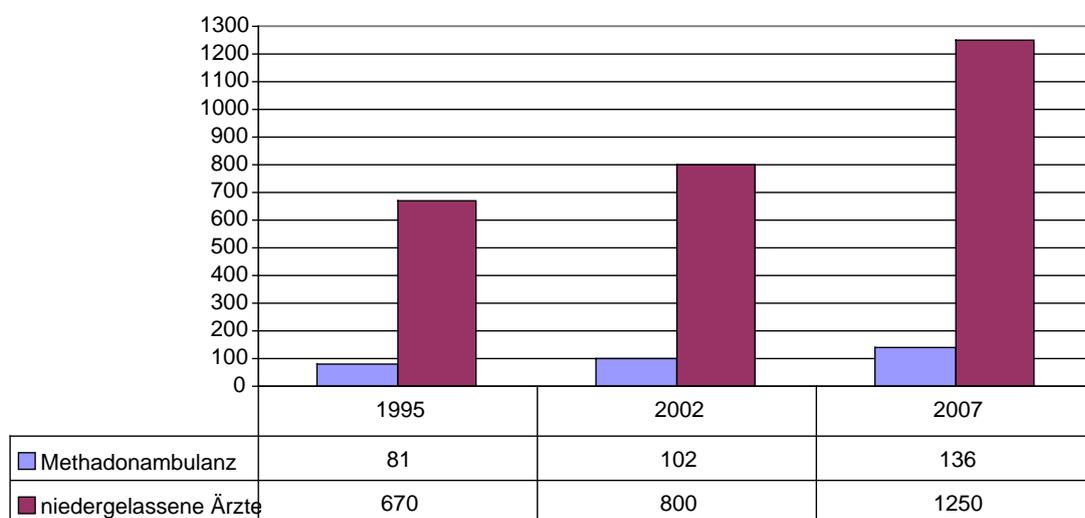
Es erfolgten **Abstimmungsgespräche** mit dem Vorstand des Vereins der substituierenden Ärzte, „Prävention u. Rehabilitation“ (PuR) sowie der Kassenärztlichen Vereinigung. Sowohl der Vorstand der substituierenden Ärzte als auch die KV sahen eine Notwendigkeit für den Fortbestand der Methadonambulanz, da das Setting der **Ambulanz besonders geeignet für Patienten ist, die schwer führbar sind und einer intensiven psychosozialen Betreuung bedürfen.**

Mit Datum vom **17.04.03** erhielt die Methadonambulanz des Gesundheitsamtes Dortmund die **Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.**

Die Fortschreibung der Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (**BUB-Richtlinien**) zum 01.01.03 erweiterte die Möglichkeit zur Abrechnung aller krankenversicherten Drogenabhängigen, bei denen eine Indikation zur Durchführung der Substitutionsbehandlung vorlag.

Die veränderte Sozialgesetzgebung 2005 führte dazu, dass nahezu alle Drogenabhängigen einen Krankenversicherungsschutz aufwiesen. Es kam zu einem sprunghaften Anstieg der Anzahl der substituierten Patienten in Dortmund.

ENTWICKLUNG DER SUBSTITUTION



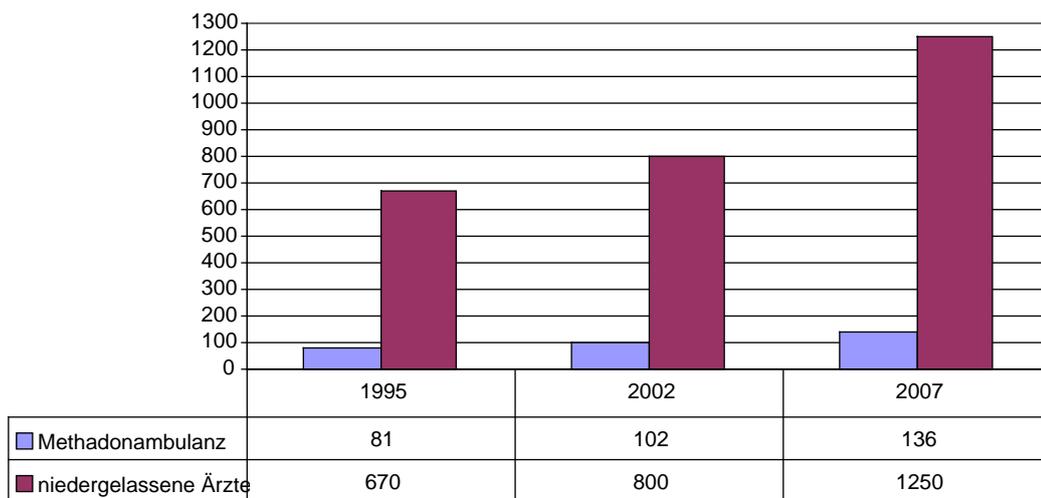
Obwohl die BUB-Richtlinien die **psychosoziale Betreuung** als integralen Bestandteil der Substitutionsbehandlung festschreiben, lehnen die Krankenkassen die Finanzierung der psychosozialen Betreuung bis heute ab.

So bleibt die Sicherstellung der psychosozialen Betreuung weiter Aufgabe der Kommunen (mit Unterstützung des Landes).

In den letzten 10 Jahren hat sich die Anzahl der psychosozialen Betreuer nicht verändert (7 PSB-Stellen, die zu 50 % aus Landesmitteln finanziert werden), die Zahl der substituierten Patienten hat sich aber verdoppelt. Mit sieben Vollzeitstellen wurden 1999 650 Patienten betreut, 2007 müssen über 1.250 Patienten versorgt werden. (Das entspricht in etwa sechs Minuten persönliche Betreuungszeit für jeden Patienten in der Woche.)

Die **Wirtschaftlichkeit der Methadonambulanz** ließ sich durch die Abrechnungen mit den Krankenkassen verbessern und der städtische Zuschussbedarf sank von 446 000,-- € im Jahr 2002 auf 130 000,-- € im Jahr 2007.

DAUER DER SUBSTITUTION



Zwei Patientengruppen können unterschieden werden:

- Der Anteil der Patienten, der sich nur bis zu einem Jahr in Behandlung der Methadonambulanz befindet, ist deutlich gestiegen. Diese Patienten weisen zum Zeitpunkt der Aufnahme folgende Merkmale auf:
 - fehlender Krankenversicherungsschutz zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns (z. B. nach Haftentlassung, Wohnungslosigkeit)
 - psychiatrische Komorbidität (z. B. schizophrene Psychosen, Depressionen)
 - Suchtfolgeerkrankungen, wie Hepatitis C und HIV (Anstieg seit 2002 auf 10 %)
 - Beikonsum von Alkohol, Kokain und/oder Benzodiazepinen

Diese Gruppe profitiert von der MAD durch folgende Möglichkeiten:

- Die antipsychotische Medikation wird täglich verabreicht.
- Die antivirale Medikation wird in Zusammenarbeit mit der AIDS-Ambulanz täglich verabreicht.

- Unterstützung der SozialarbeiterInnen bei den notwendigen Antragsstellungen zur sozialen Integration, insbesondere Wiederherstellung eines Krankenversicherungsschutzes.
- Durch regelmäßige Urinkontrollen unter Sicht und tägliche Alkoholkontrollen soll der Beikonsum allmählich reduziert werden bzw. durch Vermittlung in eine Entgiftungsbehandlung eingestellt werden.
- Regelmäßige psychosoziale Betreuung, insbesondere Ansprache der Bereiche „Senkung der Kriminalität/Senkung der Prostitution“.

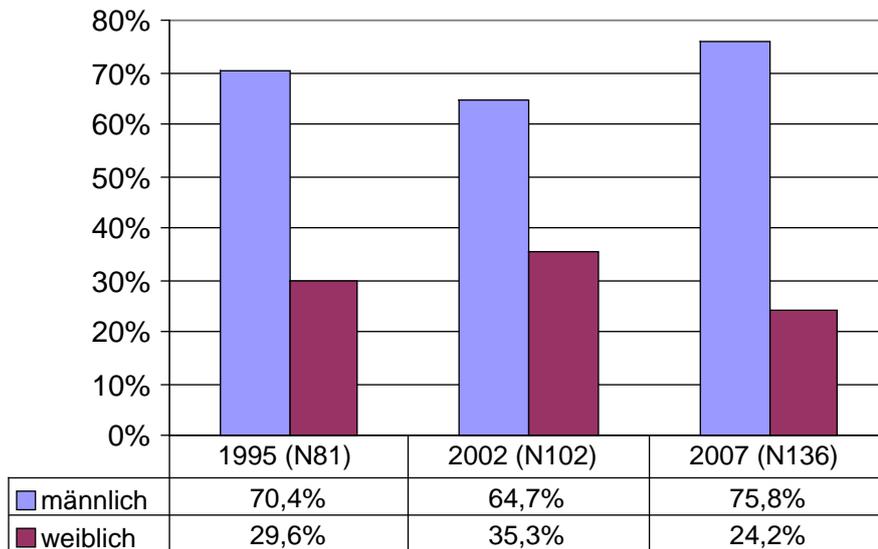
Viele Patienten wechseln nach Wiederherstellung ihres Krankenversicherungsschutzes im Rahmen der psychosozialen Betreuung und nach der Stabilisierung ihres Gesundheitszustandes bereits im ersten Behandlungsjahr zu einem niedergelassenen Arzt.

Bei fortgesetztem schwierigen Verlauf oder besonderen Erfordernissen (z. B. Elternschaft, Doppeldiagnosen) sind diese Patienten längerfristig auf das spezielle Setting der MAD angewiesen.

- 2.** In den letzten 5 Jahren waren nahezu 30 % der behandelten Patienten **länger als 5 Jahre** in Behandlung der Methadonambulanz. Dabei handelt es sich vorwiegend um Patienten, die auf das spezielle Setting der Methadonambulanz angewiesen sind (schwere Suchterkrankungen mit Zusatzdiagnosen). In dieser Gruppe finden sich jedoch auch 10 Patienten, die als besonders stabilisiert angesehen werden müssen, die berufstätig sind und dadurch auf die Frühvergabe ab 06.15 Uhr angewiesen sind, die in den Arztpraxen nicht angeboten werden kann.

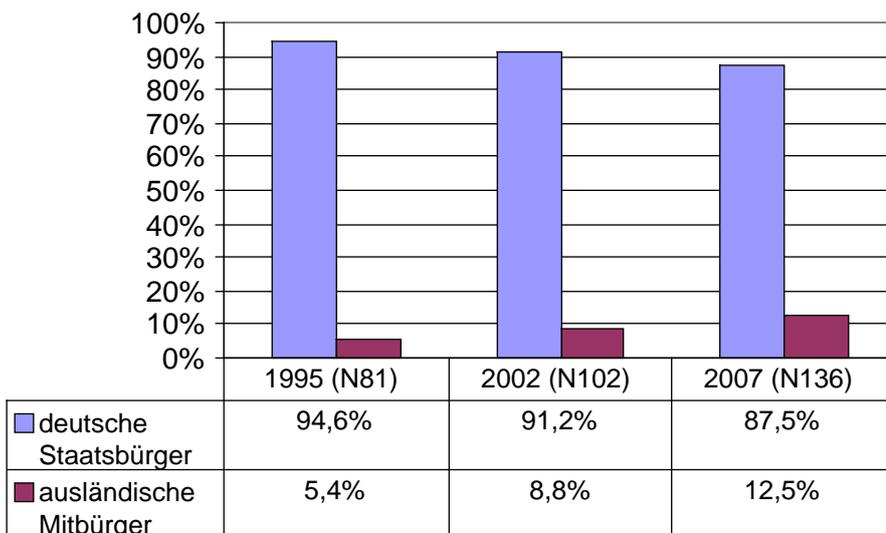
B. SOZIODEMOGRAPHISCHE DATEN

GESCHLECHT



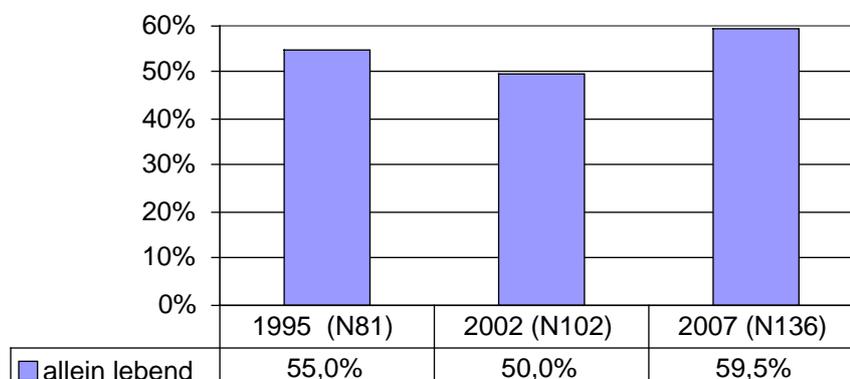
Der Frauenanteil ist nach vorübergehendem Anstieg wieder gesunken, er entspricht jetzt dem Bundesdurchschnitt (ca. 25 %).

NATIONALITÄT



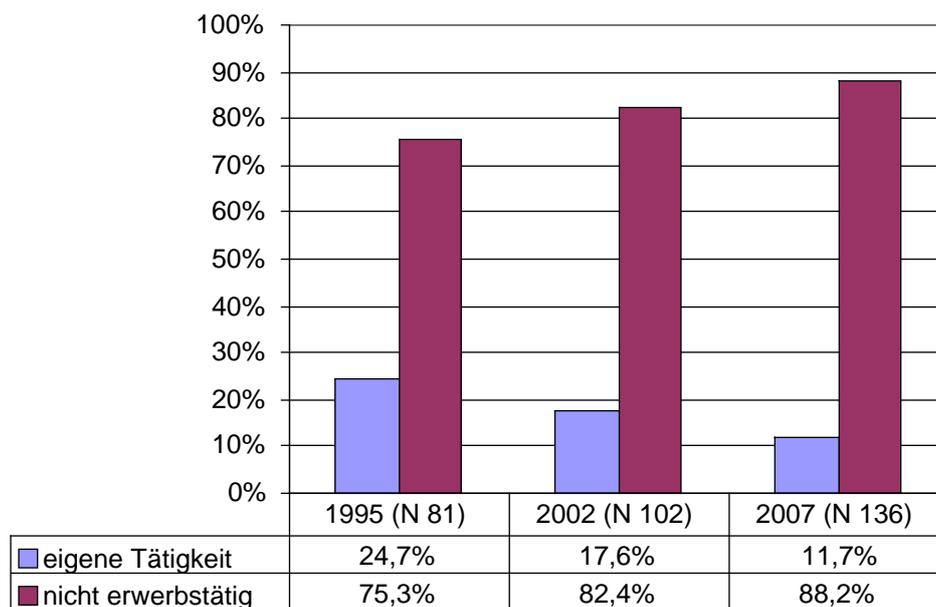
Ausländische Suchtkranke werden zunehmend erreicht, Ihr Anteil entspricht jetzt nahezu dem Anteil an der Gesamtbevölkerung.

LEBENSFORM



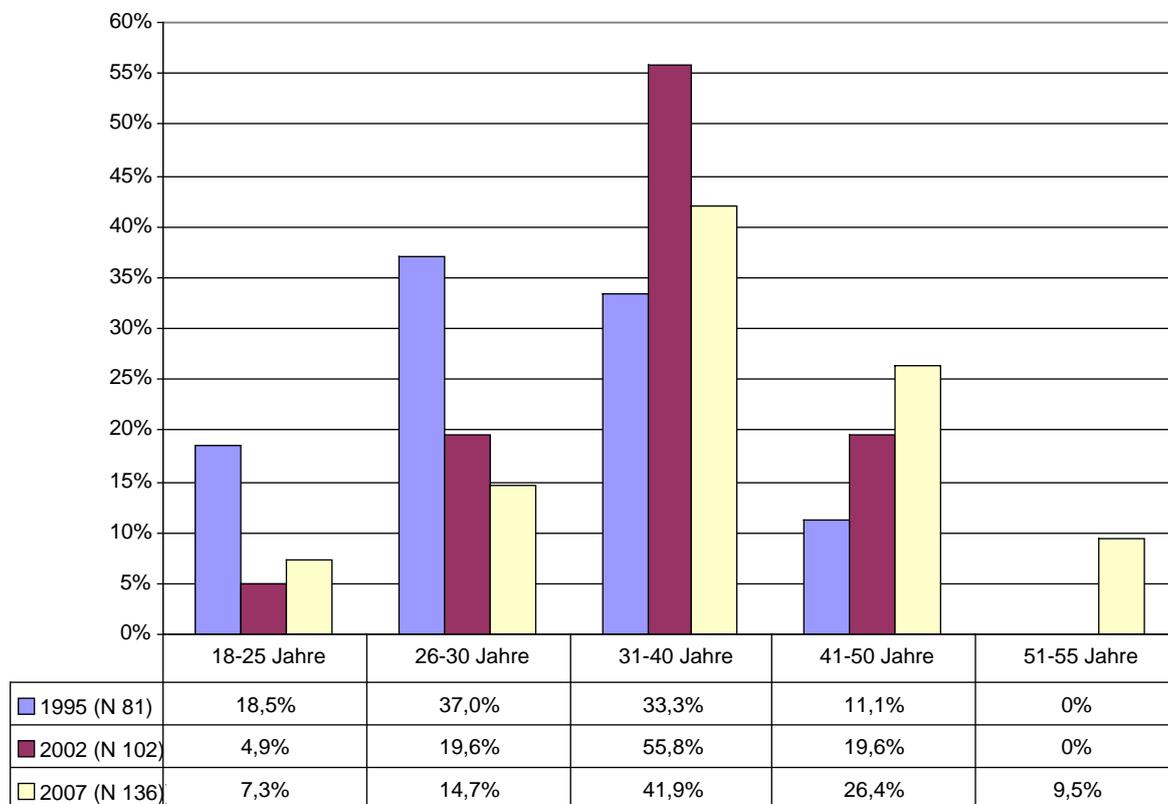
Der Anteil der Alleinlebenden ist leicht angestiegen.

LEBENSUNTERHALT



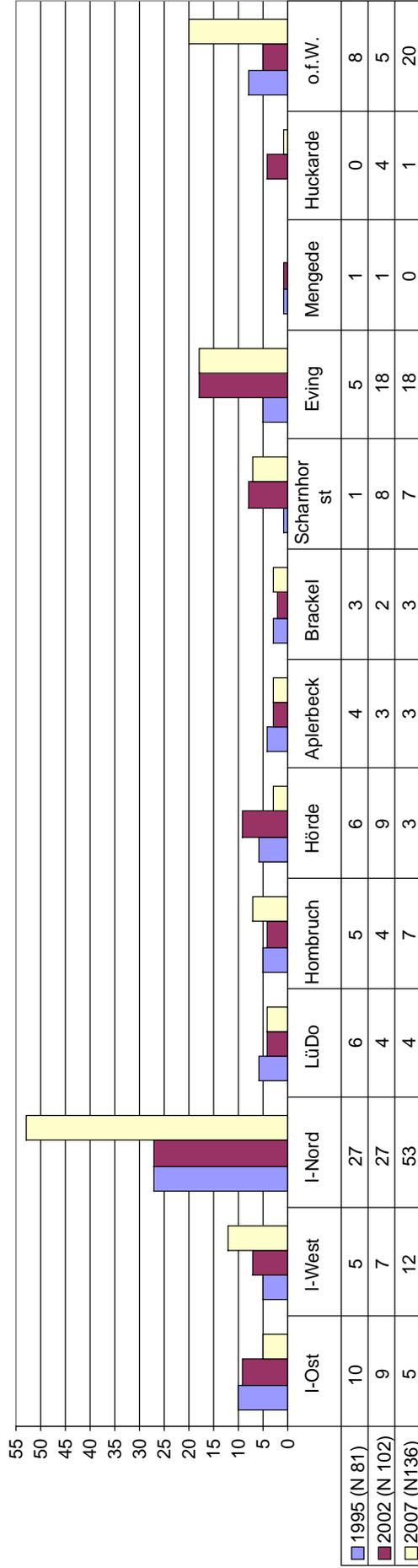
Der Anteil der Patienten, die ihren Lebensunterhalt selbst sicherstellen, ist im Berichtszeitraum gesunken. Dies ist Ausdruck der zunehmend komplexer werdenden Behandlungs- und Lebenssituation der Patienten (Doppeldiagnosen, Suchtfolgenkrankheiten, Inhaftierungen).

ALTER SUBSTITUIERTE



Durch die Niedrigschwelligkeit der Drogenhilfe und die wachsende Zahl der Abhängigen, die durch eine Substitutionsbehandlung erreicht werden, erreichen mehr Drogenabhängige die zweite Lebenshälfte – dem entsprechend nimmt der Anteil der Altersgruppen ab 40 zu.

WOHNORT SUBSTITUIERTE



Die besondere Bedeutung der Stadtbezirke I-Nord und Eving spiegeln vor allem die Lage der MAD Bornstraße wieder, die aus diesen Stadtbezirken fußläufig erreichbar ist.

C. FALLBEISPIEL:

Vera F. stellte sich **1997** in der Methadonambulanz erstmalig vor. Damals war sie 20 Jahre alt, konsumierte intravenös Heroin und Beruhigungstabletten, finanzierte ihre Sucht durch Prostitution. Eine Entgiftungsbehandlung oder Entwöhnungsbehandlung lehnte Vera F. entschieden ab, so dass sie in der Methadonambulanz aufgenommen wurde, auf die geeignete Methadondosis eingestellt wurde und sich 1 x wöchentlich zum Gespräch bei der zuständigen Sozialarbeiterin vorstellte.

Im Rahmen der Betreuungsarbeit konnte über einen Zeitraum von ca. 1 Jahr eine Motivation zur Durchführung einer Entwöhnungsbehandlung erreicht werden und Vera F. wurde **1999** in eine **stationäre Entwöhnungsbehandlung** vermittelt. Mit großen Abständen rief Vera F. an und informierte über ihre Fortschritte:

Sie habe die Therapie erfolgreich beendet.

Sie sei jetzt in einer Nachsorgeeinrichtung.

Sie habe einen Ex-User geheiratet.

Dann hörten wir ca. 2 Jahre nichts von ihr.

2001 stellte sich Vera F. erneut vor, sie war völlig verzweifelt. Ihr Ehemann sei rückfällig geworden, kurze Zeit später habe sie ebenfalls erneut begonnen, Drogen zu konsumieren. Jetzt sei ihr Ehemann inhaftiert worden, sie wolle sich nicht wieder prostituieren. Vera F. bat um sofortige Substitutionsbehandlung.

Vera F. wurde erneut aufgenommen, neben der reinen **Methadonsubstitution** profitierte sie erneut von der **regelmäßigen psychosozialen Betreuung**.

Sie konnte motiviert werden, eine erneute Entwöhnungsbehandlung durchzuführen und wurde bereits nach 3 Monaten in die **Entwöhnungsbehandlung** vermittelt. Während der Entwöhnungsbehandlung konnte sich Vera F. rasch stabilisieren, bereits nach 4 Monaten wurde sie in eine Nachsorgeeinrichtung verlegt, dort führte sie ein Praktikum in einem Geschäft durch und trat eine **Ausbildung zur Kauffrau** an. Zwischenzeitlich hatte Vera F. die Scheidung von ihrem Ehemann erreicht.

Während der Ausbildung wurde Vera F. durch das **ambulant Betreute Wohnen** regelmäßig unterstützt und es gelang ihr, dauerhaft drogenfrei zu bleiben.

Im Jahr **2006** konnte Vera F. ihre Ausbildung erfolgreich beenden. Sie hat sich von der Drogenszene total zurückgezogen und lebt jetzt mit ihrem drogenfreien Partner in einem Außenbezirk in Dortmund. In unregelmäßigen Abständen informiert sie die MitarbeiterInnen der MAD über ihre Entwicklung: *„Ihr sollt Euch mit mir freuen!“*

In den letzten 5 Jahren konnten ca. 10 % der Klienten der MAD zu einer Entwöhnungsbehandlung motiviert werden.

VIII. LEISTUNGSPROFIL UND KENNZAHLEN

In den letzten 10 Jahren entwickelte der Sozialpsychiatrische Dienst im Rahmen der Verwaltungsreform und der Einführung des neuen kommunalen Finanzmanagements Kennzahlen, um das Ergebnis der Tätigkeit messbar zu machen.

Folgende Kennzahlen werden erhoben:

- Anzahl der betreuten Klienten
- Anzahl der Sprechstundenkontakte
- Anzahl der Hausbesuche
- Unterbringungen nach dem Psychisch Krankengesetz (PsychKG)
- im Suchtbereich Anzahl der eingeleiteten Entwöhnungsbehandlungen

Kennzahlen Fachbereich Psychisch Kranke					
	2003	2004	2005	2006	2007
Anzahl betreuter Klienten	1 100	1 291	1 227	1 212	1 417
Sprechstundenkontakte	1 443	1 615	1 533	1 674	1 579
Hausbesuche	2 496	2 103	2 122	2 472	2 373
Unterbringungen PsychKG	80	63	60	63	44

Kennzahlen Fachbereich Alkoholranke					
	2003	2004	2005	2006	2007
Anzahl betreuter Klienten	482	469	556	451	463
Sprechstundenkontakte	830	1 319	761	1 100	1 422
Hausbesuche	533	664	556	640	754
Unterbringungen PsychKG	12	12	9	10	8
Entwöhnungsbehandlungen	64	59	61	57	57

Kennzahlen Fachbereich Drogenranke					
	2003	2004	2005	2006	2007
Anzahl betreuter Klienten	444	462	579	520	462
Sprechstundenkontakte	1 411	1 741	1 860	1 930	1 828
Hausbesuche	168	289	376	302	296
Unterbringungen PsychKG	11	2	6	5	2
Entwöhnungsbehandlungen	56	56	68	78	74

Die Anzahl der Patienten, die vom Sozialpsychiatrischen Dienst betreut werden können, korreliert eng mit der Anzahl der verfügbaren MitarbeiterInnen. Unbesetzte Planstellen, Krankenstände usw. verringern sofort die Zahl der versorgten Patienten.

Angesichts der Personalsituation und der steigenden Fallzahlen ist es nicht möglich, zu allen bekannt gewordenen Bürgern persönlich Kontakt herzustellen und ihnen Beratung, Vermittlung und Betreuung anzubieten. Täglich müssen wir angesichts dieser unbefriedigenden Situation Prioritätenentscheidungen treffen und unter den gemeldeten Menschen diejenigen aufsuchen, die unsere Hilfe am nötigsten brauchen und auch durch keine andere Institution (Betreuer, Hausärzte usw.), Leistungen oder Unterstützung in Anspruch nehmen (können).

Dies hinterlässt immer wieder die Sorge, die Dringlichkeit einer anstehenden Problematik nicht richtig eingeschätzt zu haben und dafür „öffentlich angeprangert“ zu werden: „Der Sozialpsychiatrische Dienst war informiert und hat nichts unternommen“.

Die Anzahl der Unterbringungen nach dem PsychKG liegt angesichts der großen Zahl von Sprechstundenkontakten und Hausbesuchen relativ niedrig. Dieses Ergebnis ist als Indikator zu werten, dass es den Mitarbeiter/-innen des Sozialpsychiatrischen Dienstes häufig gelingt, ohne Zwang die gesundheitliche und soziale Situation der Betroffenen zu verbessern. Voraussetzung dafür ist die Herstellung einer Beziehung zum Klienten und die Herstellung einer Kooperationsbereitschaft.

Diese „Beziehungsarbeit“ ist durch Kennzahlen nicht zu erfassen.

Dies wird im „Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung“ (Prof. Regus: „Kommunale Gesundheitsberichterstattung über psychiatrische Unterbringungen und Möglichkeiten ihrer Nutzung im Rahmen eines gemeindepsychiatrischen Qualitätsmanagements“, 2003) wie folgt kommentiert:

„Der SpD ist die einzige fachlich kompetente Stelle, die zur aufsuchenden Hilfe bei psychischen Krisen und Notfällen verpflichtet ist. Außerdem hat er eine Beratungs- und Begleitfunktion gerade für die Personen, bei denen die Gefahr einer Zwangseinweisung besonders groß ist. Dies erscheint bedenkenswert, da heute manche Kommunen dazu übergehen, die Aufgaben des Dienstes an freie Träger zu delegieren. Ob diese sich gleichermaßen qualifiziert in diesem Aufgabenbereich engagieren werden, erscheint fraglich, zumindest wenn dies nicht eindeutig vereinbart und überprüft wird.“

IX. AUSBLICK

A. WAS BRINGT DIE ZUKUNFT?

Eine durchgreifende Besserung der Haushaltslage nordrhein-westfälischer Kommunen ist nicht in Sicht, deshalb gehen wir von einer weiteren **Arbeitsverdichtung** aus. Steigende Einsatzzahlen bei abnehmender oder bestenfalls unveränderter Mitarbeiterzahl werden hohe Anforderungen an die Leistungsfähigkeit unserer Mitarbeiter stellen.

Wir erwarten eine weitere **Zunahme der Bedeutung der Gerontopsychiatrie** innerhalb der Aufgaben des SpD. Machten 1997 die über 60-jährigen ca. 20 % der psychisch kranken Patienten aus (ohne Suchtpatienten), so stieg der Anteil 2002 auf über 25 % und erreichte 2007 fast 40 %. Dieser Anstieg ist nur teilweise durch den demographischen Wandel zu erklären. Obwohl in den letzten Jahren das Regelsystem der geronto-psychiatrischen ambulanten Versorgung deutlich ausgebaut wurde (Aufbau einer Gerontopsychiatrischen Tagesklinik, Ausbau der Geronto-psychiatrischen Institutsambulanz, Schaffung des Demenz-Servicezentrum etc.) und trotz des Umbaus der Städt. Altenhilfe (z. B. Aufbau von Seniorenbüros in allen Stadtbezirken) gibt es einen wachsenden Anteil psychisch kranker Menschen über 60 Jahre, die vom Regelsystem nicht oder nur unter Schwierigkeiten erreicht werden können. Hohes Autonomiebedürfnis, auch schon im Leben vor dem 60. Geburtstag gering ausgeprägtes Hilfesuchverhalten und wenig Hilfeakzeptanz, solitäre Lebensstile und soziale Isolation kennzeichnen einen Großteil der gerontopsychiatrischen Patienten des SpD.

Denkbar wäre der **Aufbau eines ambulant Betreuten Wohnens für alte Menschen**. Bisher werden in Dortmund nur ganz vereinzelt über 60-jährige durch das ambulant Betreute Wohnen versorgt. Sicherlich würden aber auch viele gerontopsychiatrische Patienten von diesem aufsuchenden, professionellen Angebot der Eingliederungshilfe profitieren. Die Schaffung solcher Dienste mit sowohl psychiatrischer als auch somatisch-pflegerischer Kompetenz und angemessen gemischter Finanzierung (überörtl. Sozialhilfeträger, örtl. Sozialhilfeträger, Kranken- und Pflegekassen) ist eine professionelle Herausforderung für die nächsten Jahrzehnte der Sozialpsychiatrischen Dienste in ganz NRW.

In der Suchtkrankenhilfe sind mehrere Tendenzen erkennbar: Zum einen die **Zunahme sehr junger Abhängigkeitskranker** mit schwerem, oft unkontrolliertem Konsum. Zum anderen finden sich immer häufiger **polytoxikomane Konsummuster**: der „nur“ Alkoholabhängige oder „nur“ Opiatabhängige wird immer seltener. Die Übergänge zwischen den vor 10 Jahren noch sehr klar abgrenzbaren Patientengruppen der illegalen Drogen konsumierenden Menschen (Heroin, Kokain, Cannabis etc.) und der legalen Süchte (Alkohol, Medikamente und nicht stoffgebundene Sucht, wie z. B. Spielsucht) verwischen sich zunehmend. Die Suchtkrankenhilfe muss dem Rechnung tragen und sich in Zukunft noch mehr an Lebenslage, Motivation und Behandlungsfähigkeit orientieren und weniger an der Art des Suchtmittels.

Deutlich steigt die Zahl der Doppeldiagnosen: Psychisch Kranke entwickeln zusätzlich eine Abhängigkeit, chronisch Suchtkranke entwickeln psychiatrische Folgeerkrankungen. Eine erste Reaktion auf diese Tendenzen ist z. B. die Schaffung einer spezialisierten Doppeldiagnosen-Station in der LWL-Klinik Dortmund. Auch die Erbringer ambulanter komplementärer Leistungen stellen sich zunehmend auf diese neuen Herausforderungen ein.

Angesichts der für die Patienten immer unübersichtlicher werdenden Differenzierung psychosozialer Unterstützungsangebote wird der SpD noch häufiger die Rolle des „**Lotsen im System**“ wahrnehmen.

Die Versäulung des deutschen Gesundheitswesens mit seiner Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung hat potentielle Sollbruchstellen und Behandlungsdiskontinuitäten zur Folge. Vor allem für schwer und chronisch psychisch Kranke stellen diese eine besondere Belastung dar. Verzahnung und Vernetzung sind deshalb zunehmend wichtig: Die Etablierung von Institutsambulanzen an allen drei Dortmunder Psychiatrien ist ein Schritt in die richtige Richtung, ebenso wie die gelebte Praxis der Mitarbeiter des ambulant Betreuten Wohnens, ihre Patienten auch während Krankenhausbehandlungen weiter zu betreuen. Für die Zukunft gilt es, die vielfältigen kooperativen und koordinativen Funktionen des SpD weiter zu intensivieren (z. B. durch Mitarbeit von Krankenhausmitarbeitern im SpD, Projekte der sogenannten integrierten Versorgung, gemeinsame Hilfeplanung).

B. BRAUCHT DORTMUND EINEN SOZIALPSYCHIATRISCHEN DIENST?

Häufig wird uns die Frage gestellt: „Wozu Sozialpsychiatrische Dienste?“ Und immer wieder neu stellen wir uns selbst die Fragen: „Was ist unsere Rolle? Welches sind unsere Aufgaben?“

Bei der immer wieder neuen Beantwortung dieser Fragen helfen uns im Sozialpsychiatrischen Dienst Dortmund die nachfolgend kurz skizzierten Erfahrungen und Ziele. Unbeschadet der Wertigkeit psychiatrischer und psychologischer Standardtherapien ist das Fundament unserer Arbeit das Wissen: **Menschen werden an Beziehungen gesund.**

Das Schaffen verlässlicher materieller Lebensbedingungen (Wohnen, Ernährung, ausreichende Finanzmittel) ist unerlässlich, ebenso wie eine der Krankheit und dem Patienten angemessene gesellschaftliche Partizipation an Arbeit, Erwerb, Sinn und Struktur.

Der Sozialpsychiatrische Dienst Dortmund macht Beziehungsangebote für Menschen, die aufgrund der Erkrankung und/oder ihrer sozialrechtlichen Situation im Regelsystem keine konstruktiven und heilend gestalteten Beziehungen finden können.

Wir sind „Ausfallbürgen“ für nicht „wartezimmerfähige“, nicht versicherte, nicht die Kriterien der verschiedenen Hilfesysteme erfüllende Patienten; für Menschen zwischen den Stühlen unseres gegliederten Sozialsystems, für Menschen die eine eigene Sicht auf ihre Beeinträchtigung haben und deshalb die gängigen Angebote nicht nachsuchen.

Als **kommunaler Dienst** sind wir neben dem je **einzelnen Patientenwohl** auch dem Gemeinwohl, dem Ausgleich der Interessen gesunder und beeinträchtigter Bürger und dem schadlosen und gedeihlichen Zusammenleben in Nachbarschaften und Familien verpflichtet.

Es gilt Räume, Nischen und Lebensmöglichkeiten für alle zu schaffen oder zu erhalten. Es gilt bisher funktionierende Systeme (Familie, Nachbarschaft) zu erhalten, zu beraten, erneut zu befähigen.

Es gilt das Umfeld (vom Polizisten über den Vermieter, dem psychosozialen oder gesetzlichen Betreuer bis zu den Angehörigen) zu unterstützen, zu informieren und zu erhalten.

Als kommunaler Dienst kann auf Gleichmäßigkeit der Hilfen hingewirkt werden, so dass „Versorgungsmoden“, politische Schwerpunktsetzung, journalistisch erregte Aufmerksamkeiten oder „Spielregeländerungen“ der Sozialsysteme nicht zum Vergessen oder zur Ausgrenzung einzelner Patienten oder Störungsbilder führen.

Aufgrund der jetzigen Regeln unseres Sozialsystems ist weitgehend nur uns eine aufsuchende Arbeit möglich, so dass Menschen psychiatrisch erreicht werden können, die aufgrund ihrer Person, ihrer Lebensumstände oder ihrer Erkrankung für das Regelsystem mit seiner ganz überwiegenden Komm-Struktur unerreichbar sind.

Mit seinen zahlreichen Koordinations-, Beratungs-, Kooperations- und Planungsaktivitäten wirkt der Sozialpsychiatrische Dienst mit, dass jenseits der Partikularinteressen einzelner Leistungserbringer und der Leistungsfinanzierer in Dortmund eine förderliche Atmosphäre und Lebensräume existieren, die es möglichst allen durch psychische Krankheit betroffenen Menschen erlauben, ein weitgehend erfülltes und wenig beeinträchtigtes Leben zu führen. Die kommunale Trägerschaft erleichtert hierbei Neutralität, Interessenausgleich, Stetigkeit und Gleichmäßigkeit der Hilfen.

X. ANHANG

1. AUSZUG AUS DEM PSYCHIATRIEBERICHT DORTMUND 2005

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 und drogenabhängigen Menschen zusammenfiel.

Die Häufigkeit von Fällen mit persönlichem Kontakt lag in den Jahren 1999 bis 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 % (2003) der Fälle 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 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 bis 2003 ausgewiesen wurde, hat sich im Berichtszeitraum verändert. Die vom Sozialpsychiatrischen Dienst wegen einer Alkoholkrankheit Betreuten sind im Berichtszeitraum jünger geworden. Im Arbeits-

bereich 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.

2. STATISTIK SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST (DEZ. 2007)

VERTEILUNG DER BETREUTEN KLIENTEN NACH STADTBEZIRKEN

Stadtbezirke	Einwohner (Dez. 2007)	Anteil Gesamt- bevölkerung	Psychischkranke			Alkoholranke			Drogenranke		
			Anzahl	Anteil der Betreuten	Anzahl pro 1000 EW	Anzahl	Anteil der Betreuten	Anzahl pro 1000 EW	Anzahl	Anteil der Betreuten	Anzahl pro 1000 EW
Innenstadt Nord	53 826	9,2 %	276	19,4 %	5,1	107	23,0 %	1,9	120	26,0 %	2,2
West	51 994	8,9 %	179	12,6 %	3,4	57	12,2 %	1,0	44	9,5 %	0,8
Ost	52 690	9,0 %	149	10,5 %	2,8	45	9,7 %	0,8	42	9,0 %	0,7
Innenstadt gesamt:	158 510	27,1 %	604	42,5 %	3,8	209	44,9 %	1,3	206	44,5 %	1,3
Hombruch	56 548	9,7 %	119	8,4 %	2,1	34	7,3 %	0,6	25	5,4 %	0,4
Lütgendortmund	48 518	8,3 %	84	5,9 %	1,7	34	7,3 %	0,7	34	7,3 %	0,7
Hörde	53 640	9,2 %	123	8,7 %	2,2	46	9,9 %	0,8	56	12,1 %	1,0
Aplerbeck	55 656	9,5 %	63	4,4 %	1,1	26	5,5 %	0,4	10	2,2 %	0,1
Huckarde	36 672	6,3 %	64	4,5 %	1,7	26	5,5 %	0,7	12	2,5 %	0,3
Mengede	38 178	6,5 %	93	6,6 %	2,4	22	4,7 %	0,5	14	3,0 %	0,3
Eving	36 137	6,2 %	84	5,9 %	2,3	18	3,9 %	0,4	32	6,9 %	0,8
Scharnhorst	45 464	7,8 %	68	4,8 %	1,4	14	3,0 %	0,3	19	4,1 %	0,4
Brackel	54 622	9,3 %	85	6,0 %	1,5	26	5,6 %	0,4	12	2,5 %	0,2
o.f.VV.			30	2,1 %		11	2,3 %		42	9,0 %	
Gesamt:	583 945	100 %	1 417	100 %	2,4	466	100 %	0,8	462	100 %	0,8

3. ZUSCHUSSBEDARF - METHADONAMBULANZ (Kostenträger „Methadonsubstitution - med. Behandlung“)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Einnahmen KV		-18.868 €	-108.222 €	-153.104 €	-128.338 €	-150.921 €
Sachkosten						
Honorare - Vergabe	26.419 €	28.608 €	25.702 €	21.610 €	24.135 €	25.989 €
Methadon	14.477 €	10.649 €	12.296 €	9.387 €	3.478 €	1.965 €
Labormaterial	19.733 €	15.972 €	4.091 €	5.908 €	12.876 €	22.278 €
Sonstige SK	30.134 €	6.464 €	6.249 €	59.473 €	6.521 €	13.730 €
	90.763 €	61.693 €	48.338 €	96.379 €	47.009 €	63.962 €
Umlage (530405)						
davon						
Personalkosten			179.628 €	180.280 €	92.651 €	109.250 €
Sachkosten u. a.			68.534 €	76.108 €	58.417 €	41.910 €
	41.175 €	47.015 €	248.162 €	256.389 €	151.068 €	151.160 €
Verrechnete Stunden	255.328 €	254.780 €	30.060 €	24.587 €	14.834 €	22.958 €
GKZ FuV	42.547 €	42.293 €	36.169 €	36.656 €	21.551 €	19.902 €
GKZ Overhead	16.655 €	15.352 €	25.472 €	27.045 €	16.203 €	23.737 €
Zuschußbedarf	446.469 €	402.265 €	279.978 €	287.951 €	122.327 €	130.796 €

4. MITARBEITERINNEN DES SOZIALPSYCHIATRISCHEN DIENSTES

ÄRZTE DES SOZIALPSYCHIATRISCHEN DIENSTES



Frau v. Lewinski, Frau Dr. Ullrich, Frau Dillenhöfer, Herr Dr. Lenders

VERWALTUNGSKRÄFTE DES SOZIALPSYCHIATRISCHEN DIENSTES



Frau Jahn, Frau Heyen, Frau Nitzack

SOZIALARBEITERINNEN DES FACHBEREICHS PSYCHISCH KRANKE MITTE



Frau Börner, Frau Anft, Herr Bispinck, Herr Sauer

SOZIALARBEITERINNEN DES FACHBEREICHS PSYCHISCH KRANKE NORD



Frau Jung, Frau Frerick, Frau Huth-Steins, Herr Beck

SOZIALARBEITERINNEN DES FACHBEREICHS ALKOHOL



Frau Kussin, Frau Mause, Frau Stork, Herr Heidenblut

SOZIALARBEITERINNEN DES FACHBEREICHS DROGEN



Herr Seiler, Frau Castonguay, Herr Naumann, Frau Klaus, Frau Rottmann

MITARBEITERINNEN DER METHADONAMBULANZ



Frau Lenz, Frau Noll, Herr Smail, Frau Papesch-Nacke, Frau Schwiddessen

5. TELEFONVERZEICHNIS

BERATUNGSSTELLE MITTE, EISENMARKT 3

Leitung:	Tel.-Nr.
Dr. Ulrike Ullrich	50-2 25 34
Dr. Thomas Lenders	50-2 64 01

Vorzimmer:	
Frau Heyen	50-2 25 34
Frau Jahn	50-2 25 34

FACHBEREICH PSYCHISCH KRANKE MITTE:

**Innenstadt-West, Hombruch, Bövinghausen
Lütgendortmund, Kirchlinde**

Frau Börner (A-K)	50-2 35 91
Herr Bispinck (L-Z)	50-2 35 48

Innenstadt-Ost, Hörde, Aplerbeck, Berghofen

Frau Anft (A-K)	50-2 35 69
Herr Sauer (L-Z)	50-2 35 49

FACHBEREICH ALKOHOL:

Brackel, Eving, Huckarde, Mengede, Scharnhorst

Frau Mause	50-2 53 97
------------	------------

Hombruch, Hörde, Aplerbeck

Herr Heidenblut	50-2 35 47
-----------------	------------

Innenstadt-Süd/Ost/West u. Nord (A-J)

Frau Stork	50-2 35 46
------------	------------

**Dorstfeld, Lütgendortmund,
Kirchlinde, Marten, Innenstadt-Nord (K-Z)**

Frau Kussin	50-2 39 07
-------------	------------

FACHBEREICH DROGEN:

Herr Naumann (A-G)	50-2 35 63
Frau Castonguay (H-N)	50-2 36 09
Herr Seiler (O-Z)	50-2 41 56

BERATUNGSSTELLE NORD, BORNSTRASSE 239

FACHBEREICH PSYCHISCH KRANKE NORD

Ärztin:
Frau v. Lewinski

Tel.-Nr.
50-2 53 91

Vorzimmer:
Frau Nitzeck

50-2 53 91

Westliche Nordstadt, Mengede, Huckarde, Eving
Frau Frerick (A-K) 50-2 53 96
Frau Huth-Steins (L-Z) 50-2 53 94

Östliche Nordstadt, Scharnhorst, Brackel
Frau Jung (A-K) 50-2 53 99
Herr Beck (L-Z) 50-2 53 98

METHADONAMBULANZ

Ärztin:
Frau Dillenhöfer

Vergabe:
Frau Noll 50-2 53 92
Frau Lenz 50-2 53 92
Frau Schwiddessen 50-2 53 92

Sozialarbeiter:
Herr Smail 50-2 64 94
Frau Papesch-Nacke 50-2 47 93
Frau Rottmann 50-2 57 49
Frau Klaus 50-2 64 38

Mobiler Medizinischer Dienst:
Herr Müller 50-2 53 91
0172/7 94 97 94 (Handy)



Tausende von Videobändern liegen im Garten hinter dem Eigenheim, in dem in den letzten Jahren zwanghaft versucht wurde, praktisch jeden Film aufzuzeichnen. Das Gesundheitsamt konnte den „Messi“ nach drei Jahren überreden, die Sammelerei aufzugeben. (Bilder: Franz Luthe)

Bewohner von der Last zehntausender Videobänder schier erdrückt – Psychiater half weiter

Wenn das Sammeln zur Sucht wird

Von Gerald Nill

Der Mensch. Von Natur aus ein Sammler und Jäger. Im Fall des 43-jährigen Klaus B. wurde die Sammelleidenenschaft von Videokassetten jedoch krankhaft. In dieser Woche holte das Gesundheitsamt tonnenweise Filmbänder aus einer Wohnung in Aplerbeck, weil der Bewohner von seiner Sammel-sucht schier erdrückt zu werden drohte.

Seit nunmehr drei Jahren betreut der sozialpsychiatrische Dienst den 43-jährigen, der mit seiner 84-jährigen Mutter Mutter im Eigenheim lebt. Zuletzt konnte die Seniorin sich nicht mehr gefahrlos in dem Haus bewegen, nachdem Berge von Filmbändern in allen Räumen buchstäblich überquollen.

„Das ist eine lange Geschichte“, schildert Dr. Thomas Lenders vom Gesundheitsamt den Fall seines „Patienten“. Es begann vor 20 Jahren, als der junge Mann nach Krankheiten, schweren Medikamenten und Behinderung Spaß am Aufzeichnen von Fernsehsendungen fand.

Bonanza, Dallas und Miami Vice, Klaus B. (Name von der Redaktion geändert) nahm alles auf. Sorgsam beschriftet, entstand ein umfangreiches Video-Archiv. Penibel sortiert. Mit herausgeschnittenen Werbepausen. Zunächst eigentlich ganz normal, so Lenders. „Menschen mit Sammeltrieb sind oedentliche Menschen.“ Das Verhängnis nahm seinen Lauf, als Klaus B.



Säckeweise Filmkassetten stapeln sich auch vor dem Haus. Zum Schluss wurde die Sucht des 43-Jährigen sogar zu einer physischen Gefahr für Mutter und Sohn.

ohne Schulabschluss keinen Job fand und auch keinen Kontakt zur Außenwelt fand.

Da wurde die heimliche Filmerkiste für den Benachteiligten zur Ersatzwelt. „Als die Zahl der Programme von 3 auf 20 und mehr stieg, lief die

Sucht aus dem Ruder“, berichtet Lenders über seinen Schützling, den er seit nunmehr drei Jahren betreut. Klaus B. konnte nicht abwägen, welche Sendungen wichtig sind. Er musste alles aufzeichnen. Auf tausenden von

Kassetten. Zehntausenden.

„Beide, Mutter und Sohn sind hochgradig beschämt gewesen“, berichtet der Psychiater der Stadt, der sich mühsam das Vertrauen der Leute erarbeiten musste. „Nach einem halben Jahr durfte ich

erstmals in die Wohnung. Natürlich traf ihn fast der Schlag. Nach eineinhalb Jahren war Klaus B. bereit, einen gesetzlichen Betreuer zu akzeptieren, und nun, nach drei Jahren, für den großen Schlusstrich. „Ein Riesenschritt für den Patienten“, würdigt Lenders. Schließlich sollte sein „Schatz“ und „Lebenswerk“ beseitigt werden.

Ein Praktikum und Beziehungen sollen helfen

In dieser Woche fand die Entrümpelung mit Hilfe der Entsorgung Dortmund (EDG) statt. Stapelweise blaue Müllsäcke vor dem Haus, eine ganze Deponie von Bändern im Garten, zeigten dem Betrachter das ganze Ausmaß der Sammel-sucht. Und da waren zwei Zehn-Tonnen-Container bereits abgefahren.

„Menschen werden an Beziehungen wieder gesund“, weiß der Psychiater, der seinen Beruf darin sieht, Hilfe bei seelischen Krankheiten anzubieten - wie andere Mediziner auch. „Wir müssen konstruktive Beziehungen anbieten, damit Betroffene aus der Sackgasse herausfinden.“

Um Klaus B. aus der Sucht vollends herauszuholen, wurde jetzt ein Praktikum in einer Behinderteneinrichtung vermittelt - mit der Aussicht, dort im nächsten Jahr zu arbeiten.

HINTERGRUND

Psychiater helfen aus der Sackgasse

■ Die Sammel-sucht zählt zu den „nicht stoffgebundenen“ Süchten wie Spiel-, Kauf- und Esssucht. Im Gegensatz zu Nikotin-, Alkohol- und Drogensucht, erläutert Psychiater Thomas Lenders.

■ „Messis“ werden die Menschen auch genannt, die sich krankhaft von nichts trennen können.

■ Die Grenzen zur Pathologie sind fließend. Aber mit ein paar Dutzend Extremfällen hat das Gesundheitsamt jedes Jahr zu tun.

■ Im Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt sind drei Psychiater und 15 Sozialarbeiter beschäftigt. Sie bieten ihre Hilfe an, wenn es keinen Ausweg mehr

aus dem Zwang gibt.

■ Die Krankheit ereilt bevorzugt isoliert lebende Menschen, so Lenders.

■ Sie müssen zwanghaft auflösen, sammeln, horten, lagern. Auch die Kaufwut - vielfach übers Versandhaus - gehört dazu. Der Schlusstrich ist eine langwierige, schwere Entscheidung. (GN)

WR-TELEFONAKTION Alkoholsucht

Konsum mindern: Ein Liter Bier täglich schadet den Organen

Mehr als eine Flasche Bier am Tag (0,5 Liter für Männer und 0,3 Liter für Frauen) schädigt auf Dauer die Organe...

Ungeschädigtungen können bei Frauen schon bei der Hälfte der Mengen auftreten...



Dr. Helmut Horn behandelt Alkoholsüchtige. WRB-Bild url

Wie Alkohol der Gesundheit schadet

Alkohol schadet dem Körper, das merkt man bereits nach einer durchzechten Nacht...

Überall da, wo der Körper mit dem Alkohol ständig in Kontakt kommt, im Mund, Magen und Darm...

Schüler-Aktionstag mit „Rauschbrille“

Kampftinken und „Flatrate“, Parties werden immer beliebter bei Jugendlichen...

Experten standen vielen Anrufern Rede und Antwort - große Unsicherheit und ein Gefühl der Ohnmacht:

Die Angehörigen leiden immer mit

Von Tim Gabel, Sarah Rudolph und Jürgen Pothhoff

Dortmund. „Mein Angehöriger trinkt täglich mehrere Flaschen Bier, ist er schon Alkoholikar?“ Das war die häufigste Frage...

Eine Angehörige aus Plettenberg, 69 Jahre, machte sich diese Sorgen auch um ihren Schwager...

Dr. Ulrike Ulrich, Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes, musste diese Ängste und die vieler Angehöriger bestätigen...

Auf eine Grenze zum gefährlichen Alkoholkonsum einigten sich die fünf Experten...



„Die meisten Alkoholiker wollen mit dem Trinken das schwarze Loch in ihrer Seele verkleinern...“

auf Dauer die Organe geschädigt werden“, so Dr. Harald Krauß...

Viele Anrufer, die eine Alkoholsucht bei ihren Angehörigen behandeln, wissen nicht, wie sie den Betroffenen ansprechen sollen...



Typisches Merkmal der Alkoholsucht ist die Verdrängung. „Für Alkoholiker ist es typisch, dass sie ihr eigenes Problem nicht erkennen...“

Ich meinem Mann sag, er soll weniger trinken, dann fühlt er sich direkt angegriffen...

„Möglichst in einer entspannten Situation und zur Not auf Umwegen...“

Hilfe gibt es in jeder Stadt

Wie zum Thema Alkoholsucht weitere Fragen hat, Hilfe in Anspruch nehmen will oder erfahren möchte...



kommt man erste Informationen, Tipps und weitere Adressen, z. B. von Psychologen oder Entzugskliniken...

bolisiert Auto fährt, dann müssen sie ihn sofort ansprechen“, so Reymann.

netz der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen www.dhs.de oder der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung www.bzga.de

Selbsthilfegruppen, wie die „Anonymen Alkoholiker“ oder die Gruppe „Al-Anon“...

man ihn Alkoholiker nennt“, sagt Dr. Thomas Lenders...



„Psychotherapien haben in Deutschland mittlerweile eine hohe Akzeptanz, aber im Durchschnitt muss man sechs Monate auf eine Behandlung warten.“

der kann man sich wenden oder auch an die Beratungsstellen des Gesundheitsamtes.“

„Es gab auch Anrufer, die befragten selbst ein Alkoholproblem zu haben. Ein 77-jähriger Mann aus Siegen...“

„Ich denke, sie versuchen mit dem Alkohol aus dem Tod ihrer Frau zu verdrängen. Der Psychotherapeut kann ihnen helfen, die Trauer besser zu verarbeiten. Das hilft sicher...“



„Statistisch ist die Chance trocken zu bleiben am größten, wenn unmittelbare Folgen wie der Arbeitsplatzverlust oder ein angedrohter Scheidung bewirkt werden.“

besser als Bier“, antwortete ihm Dr. Thomas Lenders...

„Ein weiterer wichtiger Schritt für einen Menschen, der selbst ein Problem mit Alkohol bei sich erkennt, ist der Gang zum Hausarzt...“

Ob ein Alkoholkranke nach einem Entzug wieder kontrolliert trinken kann, war ebenfalls eine häufig gestellte Frage...

„Schlechte Vorbilder im Sport suggerieren Kindern, dass Alkohol im Verein zum Alltag gehört.“

Junge Menschen haben oftmals schlechte Vorbilder - Sportvereine aufgefordert: Am Wochenende abstinenz bleiben

Alkohol gehört bei Jugendlichen immer früher zum Alltag

Dortmund/Münster. (jgp) Das Schicksal eines 16-jährigen Jungen aus Berlin, der sich bei einer so genannten Flatratzparty zu Ende getrunken hat...

Statistiken der Gesundheitsbehörden belegen dies seit längerem. Immer eher kommen Kinder und Jugendliche mit Bier, Wein oder sogar Schnaps in Kontakt...

holfreie Wochenenden wird es gelohnt. In einzelnen Vereinen will man sogar sieben Tage ohne Alkohol...

natürlich gehört das Bier auch dem Spiel zur „Feierkultur“ im Verein. Und selbst die obligatorische Schnapsche wurde man wohl kaum per Regelwerk verboten bekommen...

Schlechte Vorbilder im Sport suggerieren Kindern, dass Alkohol im Verein zum Alltag gehört.



Schlechte Vorbilder im Sport suggerieren Kindern, dass Alkohol im Verein zum Alltag gehört. (Bild: Wolf Pfeiffer/dpa)

Westfälische Rundschau, 16. Juni 2007



Telefonaktion zur Alkoholsucht

Trinke ich schon zu viel? Bin ich schon abhängig? Das waren Fragen, um die gestern die WR-Telefonaktion zum Thema „Alkohol“ kreiste. Fünf Suchtmediziner standen den Anrufern zum Gespräch zur Verfügung.

Unser Bild zeigt die Experten Dr. Thomas Lenders, Dr. Helmut Horn, Dr. Ulrike Ullrich, Dr. Harald Krauß und Dr. Gerhard Reymann (v.l.). Ausführlicher Bericht folgt.

(WR-Bild: Uta Rademacher)

Westfälische Rundschau, 14. Juni 2007

Telefonaktion heute von 17 bis 19 Uhr - Experten beantworten Leserfragen

Alkoholsucht: Bin ich bereits gefährdet?

Dortmund. (jüpo) Beim Alkoholkonsum ist Deutschland „spitze“. Selbst klassische Weinländer wie Italien und Frankreich lassen die Deutschen beim Trinken hinter sich. Das schafft Probleme ungeahnten Ausmaßes: 1,7 Mio. Menschen im Land gelten als alkoholabhängig, 74 000 sterben pro Jahr an den Folgen der Sucht.

„Verantwortung setzt die Grenze“, heißt das Motto der bundesweiten „Suchtwoche“, die ab heute bis zum 18. Juni auf die Gefahren unmäßigen

WR TELEFONAKTION Sucht

Alkoholkonsums aufmerksam machen will. Die Westfälische Rundschau begleitet die „Suchtwoche“ mit einer Telefonaktion am heutigen Donnerstag, von 17 bis 19 Uhr. Fünf Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, allesamt Praktiker in der Arbeit mit Suchtkranken, stellen sich den Fragen unserer Leser. Ist mein Alkoholkonsum



Dr. Ulrike Ullrich
☎ 0231/52 85 49



Dr. Thomas Lenders
☎ 0231/52 85 49



Dr. Harald Krauß
☎ 0231/52 85 47

bereits problematisch? Welche Hilfen gibt es für meinen Angehörigen, der eindeutig zuviel trinkt? Welche Regeln gibt es für einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol?

Das sind Fragen, die selbstverständlich auch anonym besprochen werden können. Und so erreichen Sie die Experten:

Dr. Gerhard Reymann, Chefarzt für Suchtmedizin der LWL-Klinik Dortmund: Tel. (0231) 52 85 46;

Dr. Harald Krauß, Chefarzt im Marienhospital Dortmund: Tel. (0231) 52 85 47;

Dr. Helmut Horn, Oberarzt



Dr. Gerhard Reymann
☎ 0231/52 85 46



Dr. Helmut Horn
☎ 0231/52 85 48

im Ev. Krankenhaus Lütgendortmund: Tel. (0231) 52 85 48.

Dr. Ulrike Ullrich, Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt Dortmund,

und ihr Stellvertreter **Dr. Thomas Lenders** wechseln sich an dem folgenden Anschluss mit der Beantwortung von Leserfragen ab: Tel. (0231) 52 85 49.

Westfälische Rundschau, 15. Juni 2007

Hilfe für Eltern schon vor der Geburt

Vertragsunterzeichnung im Rathaus. Es ging um den Kinderschutz, um das neue Kinder- und Jugendhilfweiterentwicklungsgesetz, kurz: KICK. Hiermit werden die Jugendämter verpflichtet, nicht nur selbst für den Kinderschutz zu sorgen. Durch Vereinbarungen mit allen Anbie-

tern von Leistungen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz müssen sie sicherstellen, dass auch diese den Schutzauftrag wahrnehmen. Voraussetzung dafür ist eine Vereinbarung zwischen der Kommune und den Freien Trägern. Am Tisch saßen Stadtrat Siegfried Pogadl, das

Jugendamt und die Geschäftsführer der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege. Das war am 13. Dezember. Zusätzlich zu dieser verpflichtenden Regelung schlossen die Verantwortlichen der Träger der Dortmunder Drogenhilfe und das Jugendamt gestern eine frei-

willige Vereinbarung im Sinne des erweiterten Schutzes. Um den betroffenen Eltern möglichst schon vor der Geburt Hilfen anzubieten und die Kinder von Drogenkonsumenten zu schützen, existiert hier eine Kooperation zwischen Jugendhilfe, Drogenhilfe und der Medizin.



Weitergehende Hilfen unterschrieben (v. l. sitzend): Bodo Weirauch (Jugendamt), Waltraud Bonekamp (Jugenddezernentin), Siegfried Pogadl (Sozialdezernent) und (stehend) Hans Adam (DROBS), Michael Gierse (Verein PUR), Dr. Ulrike Ullrich (Gesundheitsamt), Hans Ludwig Kiessling (Therapiezentrum Ostberge) sowie Roland Helsper (NADO/Nachsorge).

KN-Foto Wahlersleck

Westdeutsche Allgemeine Zeitung, 31. März 2007

Drogenhilfe hat Kinder der Süchtigen mehr im Blick

Freiwillige Vereinbarung mit dem Jugendamt

Der Kinderschutz hat absolute Priorität. Jetzt auch bei allen Trägern der Drogenhilfe, die gestern mit dem Jugendamt eine freiwillige Vereinbarung unterzeichneten. „Das gibt es in anderen Städten nicht. Deshalb sind wir stolz auf diese Kooperation“, sagte Sozialdezernent Siegfried Pogadl.

„Für uns stehen ja die drogenabhängigen Eltern im Vordergrund. Aber nun hat jeder Mitarbeiter in den Einrichtungen die Verpflichtung, noch besser auf die Kinder zu achten“, betont Hans Adam, Leiter der Drogenberatungsstelle. Schon lange gibt es ein Projekt, in dem mit Methadon substituierte Mütter mit ihren Kindern unterstützt werden. Möglichst schon in der Schwangerschaft bemühen sich Jugendamt und Dros in Zusammenarbeit mit Ärzten,

„Wir können uns jetzt besser mit dem Amt austauschen“

ein Netzwerk aufzubauen, um Eltern zu stabilisieren, aber auch um darauf zu achten, dass die Kinder nicht verwahrlosten oder misshandelt werden. „Wir können uns jetzt besser mit dem Jugendamt austauschen“, sieht Roland Helsper, Chef der „Nachsorge“, einen weiteren Vorteil. Es gibt konkrete Ansprechpartner für den Kinderschutz, die auch anonym beraten. Die Fragen nach Zuständigkeiten in Straße oder Bezirke entfallen.

Die neue Jugenddezernentin Waltraud Bonekamp findet es erfreulich, dass schon 1500 Mitarbeiter in unterschiedlichen Einrichtungen der Jugendhilfe geschult wurden, um eher zu erkennen, wann Gefahr für ein Kind droht. Entsprechende Seminare gab es auch für die Mitarbeiter in der Drogenhilfe. Zurzeit wird geprüft, ob die Kapazitäten im Jugendamt reichen, die möglichen Mehrmeldungen zu bearbeiten. Im Winter hatten die Jugendhilfedienste über eine zu hohe Belastung geklagt (WAZ berichtete). **bam**

„Untersuchung der Drogentodesfälle“

Dramatischer Anstieg vorerst gestoppt

(AWi) „Unser Ziel, den Drogenkranken das Überleben zu ermöglichen, spiegelt sich in den Zahlen wider“, interpretierte Dr. Ulrike Ullrich den Bericht „Untersuchung der Drogentodesfälle in Dortmund 2002“.

Seit mehr als zehn Jahren werden die Todesfälle genau untersucht, „um zu überprüfen, wie wir mit unserem Hilfesystem positioniert sind“, erklärte dazu Gesundheitsdezernent Siegfried Pogadl. Erfreulich an den Zahlen, dass es gelungen sei, das Überleben der Drogenkranken zu verlängern. Früher lagen die Zahlen unter 30 Jahren, jetzt bei 32. „Allerdings“, betonte die Leiterin des sozialpsychiatrischen Dienstes, „darf man nicht vergessen, dass es sich um schwere Suchterkrankungen handelt, und jede Einnahme von Heroin russischem Roulette gleichkommt.“

Nach einem dramatischen Anstieg der Zahlen im Jahre 2000 (45 Fälle) - damals wies die Reinheit des Stoffes sehr hohe Schwankungen auf - nahmen diese ab (28 in 2002). Dortmund liegt aber im Vergleich zu anderen NRW- und bundesdeutschen Städten überproportional hoch. Dies könne, so Dr. Ullrich, daran liegen, dass Dortmund ein Zentrum sei. Zum anderen würden die Todesfälle sehr ge-

nau gezählt, auch Todesfälle aufgrund von Suchtfolgeerscheinungen. Man erreiche über 80 % der Drogenkranken, „was nicht heißen soll, dass wir ein Sterben verhindern können“, so Dr. Ullrich. Erfreulich, dass über 50 Prozent noch eine eigene Wohnung hätten. Dies beinhalte jedoch auch die Gefahr, „dass sie alleine drücken und so im Notfall keine Hilfe erfahren können“.

Persönlich am bedrückendsten empfindet Dr. Ulrike Ullrich die Tatsache, dass viele Drogensüchtige an den Suchtfolgeerkrankungen sterben, an Herz- und Lebererkrankungen oder Lungenentzündung. Dazu müsse man wissen, dass Opiate schmerzhemmende und Husten dämpfende Wirkung haben und so die Betroffenen gar nicht merken, dass sie erkrankt sind. Solche aus den Zahlen gewonnenen Erkenntnisse seien auch wichtig dafür, „dass die Aufmerksamkeit für Folgeerkrankungen steigt“.

Vor diesem Hintergrund ist es eigentlich unverständlich, dass die Öffnungszeiten des Drogenkonsumraumes wegen knapper Mittel verkürzt werden. „Wir hoffen, dass wir den BVB, der ja für ‚Keine Macht den Drogen‘ wirbt, zu einer Spendenveranstaltung überreden können“, so Dr. Ullrich. Rund 250 000 Euro fehlen.

Westfälische Rundschau, 8. Mai 2003

Westdeutsche Allgemeine Zeitung, 31. März 2007



Stellen das Nachsorge-Konzept vor: Dr. Ulrike Ullrich (Gesundheitsamt) und Rainer Klein (Diakonisches Werk). (Foto: Cord)

Vier bis fünf Entlassungen im Jahr

Forensik: Pläne für Nachsorge liegen jetzt vor

Von Matthias Korfmann

Im Süden. Psychisch kranke Straftäter werden in Dortmund noch lange nach ihrer Entlassung aus der forensischen Klinik intensiv betreut und beobachtet werden. Das unterstreicht die Experten-Arbeitsgruppe „Nachsorge“, die im Gespräch mit unserer Zeitung erstmals das von ihr entworfene Konzept vorstellt.

Die Entlassung aus einer forensischen Klinik ist für den Patienten immer mit Bedingungen verbunden: Er wird zum Beispiel weiter psychiatrisch behandelt, er muss Medikamente nehmen, er lebt in einer Wohngruppe. Und genau dafür biete Dortmund beste Voraussetzungen, erklären Dr. Ulrike Ullrich, Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes, und Rainer Klein vom Diakonischen Werk. „Hier ist in den letzten 20 Jahren viel geschehen“, so Ullrich. Biete die Stadt doch ein dichtes Netz von Reha-Einrichtungen, Tagesstätten, Betreutem Wohnen, Fachärzten für Psychiatrie und Psychologen. „Allein für ‚Betreutes Wohnen‘ haben wir vor Ort rund 550 Plätze“, unterstreichen Ullrich und Klein.

Fachambulanz ab 2005 vor Ort

Mindestens genau so wichtig: Das Land NRW habe zugesagt, dass es ab 2005 an allen Standorten forensische Fachambulanzen geben werde. Sozusagen pünktlich zum Start in Aplerbeck. Und diese Fachambulanz, die direkt in der Klinik eingerichtet werden soll, übernimmt zusammen mit der Justiz die Verantwortung für den entlassenen Patienten. In ihr laufen alle Fäden zusammen. Sie koordiniert die Nachsorge, arbeitet mit der Bewäh-

runghilfe zusammen, organisiert darüber hinaus die Fortbildung des Personals in Nachsorgeeinrichtungen.

„Nehmen wir an, ein Patient ändert sein Verhalten, nimmt keine Medikamente mehr. Ein Betreuer bemerkt dies und informiert die Ambulanz. Die kennt den Patienten und seine Vorgeschichte sehr genau und kann entscheiden, was weiter geschehen soll“, erläutert Ulrike Ullrich.

Vorbild ist wieder Lippstadt-Eickelborn

Die Erfahrung von anderen Standorten zeige, dass man künftig in Dortmund jährlich mit vier bis fünf Entlassungen rechnen müsse. Die so genannte Führungsaufsicht der Justiz über den entlassenen Patienten ende in der Regel nach etwa fünf Jahren, so Ullrich und Klein. Aber auch danach seien viele ehemalige Forensik-Patienten weiter auf Betreuung und andere Hilfestellungen angewiesen.

„Sicherheit durch persönliche Nähe zum Patienten und durch hoch qualifiziertes Fachpersonal“ werde die Nachsorge vor Ort auszeichnen. Regelmäßige Konferenzen sollen den Informationsfluss zwischen allen Beteiligten garantieren. Vorbild für die Dortmunder ist einmal mehr die Forensik in Lippstadt-Eickelborn.

Die Arbeitsgruppe „Nachsorge“ ist vom Forensik-Planungsbeirat einberufen worden. Ihr gehören unter anderem Vertreter des Landgerichtes, des Landesbeauftragten für den Maßregelvollzug und der forensischen Klinik in Eickelborn an. Die Arbeitsgruppe wird in Kürze auch die Aplerbecker Bezirksvertretung über das Nachsorge-Konzept informieren: am 10. Juni im Sitzungssaal der Bezirksverwaltungsstelle.

Westfälische Rundschau, 24. April 2003



Aus dem ehemaligen Taufstein in St. Peter zu Syburg wurde der Gedenkstein für die Drogentoten, aufgestellt am U-Bahnhof Stadtgarten. Unser Foto zeigt u. a. Spender Olaf Kniola (2. v. links), Sohn des früheren Verkehrsministers, Dr. Ulrike Ullrich, Abteilungsleiterin Sozialpsychiatrischer Dienst im Gesundheitsamt (rechts), und Manne Landskröner (mit Kind) vom Elternkreis. RN-Foto: Foltynowicz

Gedenkstein für die Drogentoten

U-Bahnstation Stadtgarten

Ein Taufstein wird Gedenkstein. Gedenkstein für die Toten. Einst stand er in der ältesten Kirche Dortmunds, St. Peter zu Syburg. Auf Initiative des Elternkreises wurde der Taufstein zum Gedenken an die verstorbenen Drogenabhängigen und zur Mahnung für Betroffene gestiftet.

Die Aufarbeitung und Beschriftung („In Gedenken an unsere Drogentoten“) sowie der Transport wurden von der Grabmahl-Werkstatt des Sohnes von Franz-Josef Kniola, ehemaliger Verkehrsminister in Nordrhein-Westfalen, als Spende für die Drogenhilfe übernommen. Gestern Morgen wurde der Gedenkstein am U-Bahnhof Stadtgarten aufgestellt.

Der „Nationale Gedenktag

für die verstorbenen Drogenabhängigen“ wird am Sonntag (21. 7.) begangen. In Dortmund wurde dieser Tag vor einem Jahr erstmalig organisiert. Sonntag beginnt die Gedenkfeier um 12 Uhr am U-Bahnausgang Stadtgarten.

Auf der Feier, zu der der **Initiativkreis** (Elternkreis drogenabhängiger Kinder, **DROBS**, Gesundheitsamt, Aids-Hilfe, Nachsorge Dortmund, Therapiezentrum Ostberge, PUR und Pastor Andreas Böppler) einlädt, halten Pastor Böppler und der stellvertretende Vorsitzende des Sozialausschusses, Reinhold Giese, Ansprachen. Der Elternkreis trägt ein Gedicht eines Abhängigen vor. Bei dieser Feierstunde wird der Gedenkstein offiziell enthüllt. • bö

Ruhr-Nachrichten, 17. Juli 2002

Alkoholranke werden immer jünger

Schon 8-Jährige auf dem Weg in Abhängigkeit

(AWI) Bier, Schnaps, Wein - in immer jüngeren Jahren haben Dortmund regelmäßigen Alkoholgenuss. Erschreckend: nicht selten greifen schon 8- oder 9-Jährige zur Flasche.

Diese erschreckenden Zahlen stellten gestern Dr. Ulrike Ullrich (Sozialpsychiatrischer Dienst) und Michaela van de Kamp (Westfälische Klinik für Psychiatrie) bei der Veröffentlichung des aktuellen „Sucht-krankenhilfe-Berichtes“ vor.

Teilweise würde schon in der 3. Generation Alkoholkrankheiten vorliegen. Oftmals gehöre Alkohol zum täglichen Leben dazu, wird der Genuss auch von Kindern kommentarlos akzeptiert. Dabei zähle für die Betroffenen nur Schnapps unter die Rubrik Alkohol, nicht etwa Bier.

Die Patienten, die in die Klinik kommen, haben immer jünger begonnen. Während vor Jahren das Alter, in denen die Alkoholranke nicht mehr alleine ihr Leben gestalten konnten, bei knapp über 40 Jahren lag, „kommen heute schon Menschen im Alter zwischen 25 und 30 Jahren zu uns“, so Dr. Michaela van de Kamp. Erschreckend, dass diese Patienten viele Folgeerkrankungen der Abhängigkeit hätten wie Leberzirrhose, Gehirnschädigungen oder Schädigungen der Nervenstränge.

Dortmund habe in den letzten Jahren die „Schrittmacherfunktion“ auch für das Umland in Sachen Suchtberatung



Dr. Ulrike Ullrich

und Hilfeeinrichtungen übernommen. „Wir haben, was die Hilfsangebote angeht, zum Glück in den vergangenen zehn Jahren eine unglaubliche Entwicklung genommen“, erklärte Dr. Ulrike Ullrich. Mussten Drogenranke früher sechs Monate oder länger auf eine Entgiftung warten, so werden heute in der Regel Plätze in nur 48 Stunden vermittelt, ähnlich auch bei Alkoholranke.

Erfreulich sei, dass man in den vergangenen zwei Jahren die Möglichkeiten einer ambulanten Therapie entwickeln konnte. „Hier treffe man die Patienten noch in ihrem intakten sozialen Umfeld an.“

Im Laufe der Jahre habe man die Hilfsangebote stetig erweitert. War man früher bemüht, den Königsweg zu finden, die Abstinenz des Patienten von der Droge, so hat man mittlerweile auch ein großes Angebot an Hilfen zum Überleben ins Leben gerufen.

Der Bericht wird am 12. Juni im Sozialausschuss vorgestellt.

Westfälische Rundschau, 7. Juni 2001

Dramatischer Anstieg der Drogentoten - Deutlich höher als in NRW - Reinheitsgrad sehr schwankend

Wie Russisch-Roulette: Jeder Schuss kann tödlich sein

Von Andreas Winkelsträter

„Intravenöser Heroinkonsum ist derzeit wie Russisch-Roulette. Jeder Schuss kann tödlich sein.“ Warnende Worte von Dr. Ulrike Ullrich vom Gesundheitsamt angesichts des dramatischen Anstiegs der Drogentoten in diesem Jahr.

Allein im vergangenen Jahr verdoppelte sich die Zahl der Toten nach jahrelangem Rückgang auf 45. „Wir hatten in diesem Jahr auf die Trendwende gehofft“, so Polizeipräsident Hans Schulze. „Doch 14 Drogentote im 1. Quartal bedeuten mehr als im Jahr 2000.“

Ursachenforschung betreiben seit Monaten Drogenhilfe und Polizei gemeinsam. So wurden bei 80 Prozent der Ver-

storbenen toxikologische Gutachten angefertigt. Doch eine genaue Begründung, warum die Zahl der Drogentoten so drastisch angestiegen ist und erschreckend deutlich über dem Landesdurchschnitt liegt, gibt es nicht. Lediglich Erklärungsversuche. So sei laut Dr. Ulrike Ullrich vermehrt festzustellen, dass Junkies einen gefährlichen Drogenscocktail aus Alkohol, Heroin, teilweise Kokain und den verschiedensten Tabletten konsumieren.

Weiter sei zu beobachten, dass bei 80 Prozent der Toten schwere Erkrankungen, zum Teil Suchtfolgeerscheinungen (Aids, Herzerkrankungen, Leberzirrhose etc.), zu eruierten waren. Außerdem ließ sich bei einem Drittel der Toten eine Überdosis nach einer längeren



Stellten die Kampagne vor: Dr. Ulrike Ullrich und Hans Schulze

Abstinenz (JVA, Entwöhnung oder Entgiftung) erheben. Doch das alles erkläre nicht, warum in Dortmund die Zah-

len so stark angestiegen sind. Vielleicht liegt einer der Gründe auch in dem enorm schwankenden Reinheitsgrad

des Heroins. Dadurch werde der Stoff für die Konsumenten unberechenbar. Untersuchungen der Polizei haben ergeben, dass der Reinheitsgrad zwischen 4,5 und 53,2 Prozent liegt - damit höher als in anderen Großstädten.

Polizei, Gesundheitsamt und Drogenhilfe versuchen nun mit der Kampagne „Lebensgefahr durch hochprozentiges Heroin“, Junkies zu sensibilisieren. „Wir informieren die Konsumenten auch in unseren Vernehmungen“, so Kripomann Gerhard Wiepen. Man habe die Präsenz vor Ort erhöht, in erster Linie als präventive Maßnahme. Noch in diesem Jahr soll eine Langzeitstudie (zehn Jahre) von Prof. Alexa Franke (Uni Dortmund) weitere Aufschlüsse geben.

Westfälische Rundschau, 6. April 2001

7. ABKÜRZUNGEN

ARGE	Agentur für Arbeit
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BTZ	Berufliches Trainingszentrum
CV	Caritas Verband
DPWV	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
DROBS	Drogenberatungsstelle
DW	Diakonisches Werk
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EFQM	European Foundation for Quality Management
JVA	Justizvollzugsanstalt
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LWL	Landschaftsverband Westfalen Lippe
MAD	Methadonambulanz Dortmund
NaDo	Netzwerk Adaption Dortmund e.V.
ÖGD	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst
PSB	Psychosoziale Betreuung
PsychKG	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
PTV	Psychosozialer Trägerverein
PUR	Verein „Prävention und Rehabilitation“
RTW	Rettungswagen
SGB	Sozialgesetzbuch
SHD	Sozialhilfedienst
SpD	Sozialpsychiatrischer Dienst
TZ	Therapiezentrum



Impressum

Herausgeber Stadt Dortmund, Gesundheitsamt
V.i.S.d.P. Dr. Annette Düsterhaus

Redaktion Dr. Ulrike Ullrich
Dr. Thomas Lenders
Ralf Bispinck
Annette Stork
Birgit Castonguay

Schrift u. Satz Andrea Jahn

Gestaltung Dortmund Agentur in Zusammenarbeit mit Gerd Schmedes 

Druck Kontakt-Offsetdruck, Dortmund