

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	3
DANKSAGUNG	6
ZUSAMMENFASSUNG	7
1. ZUM VERSORGUNGSBEDARF IN DER STADT DORTMUND	18
1.1. DIE QUALITATIVE BESTIMMUNG DES VERSORGUNGSBEDARFES	18
1.2. NORMATIVE LEITLINIEN	18
1.3. DIE QUANTITATIVE BESTIMMUNG DES VERSORGUNGSBEDARFES	21
1.4. ANNAHMEN ZUR PRÄVALENZ PSYCHIATRISCHER ERKRANKUNGEN IN DER DORTMUNDER BEVÖLKERUNG	32
2. KOMMUNALE GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG IN DER PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG	37
2.1. BESTANDSERHEBUNG UND QUALITÄTSBEURTEILUNGEN DER PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNGSLEISTUNGEN EINER REGION	37
2.2. UNTERSUCHUNG ZUR PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG IN DER STADT DORTMUND	38
2.2.1. ABLAUF	40
2.2.2. INDIKATOREN	41
2.2.3. DATENQUELLEN	45
3. ZIELE DER ERHEBUNG	55
4. ZUR PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNGSSITUATION IN DER STADT DORTMUND	56
4.1. KRANKENHAUSVERSORGUNG	56
4.1.1. STRUKTUR	57
4.1.2. RÄUMLICHE AUSSTATTUNG	58
4.1.3. PERSONELLE SITUATION	60
4.1.4. STATIONÄRE LEISTUNGEN	61
4.1.5. DIAGNOSEVERTEILUNG BEI STATIONÄREN BEHANDLUNGEN MIT PSYCHIATRISCHER HAUPTDIAGNOSE	70
4.1.6. UNFREIWILLIGE BEHANDLUNGEN	73
4.1.7. KOSTENTRÄGER	73

4.1.8.	PERSONENGRUPPEN	73
4.2.	AMBULANTE VERSORGUNG DURCH PSYCHIATRISCHE PRAXEN	75
4.3.	MEDIZINISCHE REHABILITATION	76
4.4.	AMBULANTE UND KOMPLEMENTÄRE DIENSTE SOWIE HILFEN ZUM WOHNEN	78
4.4.1.	ALLTAGSGESTALTUNG, TAGESSTRUKTURIERUNG UND TEILHABE AM LEBEN IN DER GEMEINSCHAFT	79
4.4.2.	DER SOZIALPSYCHIATRISCHE DIENST.....	80
4.4.3.	BESCHÜTZTES WOHNEN	83
4.5.	ARBEIT UND BERUFLICHE REHABILITATION.....	88
4.5.1.	FRÜHBERENTUNGEN DORTMUNDER BÜRGERINNEN UND BÜRGER WEGEN EINER PSYCHIATRISCHEN HAUPTDIAGNOSE	89
4.5.2.	REHA – ABTEILUNG DER BUNDESANSTALT FÜR ARBEIT IN DORTMUND.....	89
4.5.3.	PROJEKT INTEGRATION	91
4.5.4.	PSYCHOSOZIALER FACHDIENST	91
4.5.5.	OAT DES WZFPPP	92
4.5.6.	CJD JUGENDDORF	93
4.5.7.	BERUFLICHES TRAININGSZENTRUM	93
4.5.8.	WFB DER AWO	94
4.5.9.	PERSONENGRUPPEN IN ARBEIT UND BERUFLICHER REHABILITATION	95
4.6.	GERONTOPSYCHIATRISCHE VERSORGUNG.....	98
4.7.	ANGEHÖRIGE UND SELBSTHILFE	101
4.8.	KOOPERATION UND VERNETZUNG.....	102
4.8.1.	ÜBERSCHNEIDUNGEN IM KLIENTEL	102
4.8.2.	VERNETZUNGSGREMIEN	104
4.8.3.	BILATERALE ZUSAMMENARBEIT	104
5.	EMPFEHLUNGEN FÜR EINE PSYCHIATRIEBERICHTERSTATTUNG FÜR DIE STADT DORTMUND.....	107
5.1.1.	DIE ERHEBUNG VON STRUKTURDATEN.....	107
5.1.2.	LEISTUNGSINDIKATOREN UND NUTZERDATEN	109
5.1.3.	AUSBlick.....	119
6.	ANHANG	122
6.1.	VERZEICHNIS DER TABELLEN.....	122
6.2.	VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN.....	123
6.3.	LITERATURVERZEICHNIS	124
6.4.	MITGLIEDER DER ARBEITSGRUPPE "PSYCHIATRIEBERICHT"	129

Einleitung

Die Stadt Dortmund hat sich im Zeitraum von 1995-98 an der Modellerprobung des Landes NRW "Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung" beteiligt. Im Rahmen dieser Modellerprobung sollten Erfahrungen mit Runden Tischen als Gremien der ortsnahe Koordinierung und in diesem Zusammenhang auch mit der Entwicklung eines entsprechenden Instrumentariums, zu dem auch Gesundheitsberichterstattung gehört, gesammelt werden. In Dortmund wurde die "Psychosoziale Konferenz" als Runder Tisch eingerichtet. Es wurde beschlossen, den Arbeitsschwerpunkt im Bereich Psychiatrie und Behindertenhilfe zu setzen und mehrere Arbeitsvorhaben wurden auf den Weg gebracht, u.a. eine Bestandsaufnahme zur psychiatrischen Krisen- und Notfallversorgung.

Nachdem in der Anfangsphase Dortmund wegen paralleler Förderung auch im Bereich Pflegekonferenz im Rahmen OKO nur mit halber Förderungshöhe beteiligt war, wurde die Förderung für die beiden letzten Jahre auf den vollen Förderbetrag aufgestockt. Das ermöglichte es, ein aufwendigeres Projekt zusätzlich in Angriff zu nehmen:

Gemäß Beschluss der "Psychosozialen Konferenz – Runder Tisch zur ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung" vom 12.08.1997 sollte für die Stadt Dortmund ein Psychiatrieplan erstellt werden.

Allgemeines Ziel des Planungsprozesses sollte die Optimierung der Versorgung insbesondere chronisch psychisch kranker Menschen sein, da vor allem bei diesem Personenkreis das langfristige Zusammenwirken unterschiedlicher Leistungsträger und Leistungsanbieter erforderlich ist.

Darüber hinaus war es das Ziel des Gesamtprojektes, Empfehlungen zu einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung für diesen Bereich zu formulieren. Mit dem Projekt sollte ermittelt werden, welche methodische Fragestellungen und Hürden im Rahmen einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung im Segment der psychiatrischen Versorgung zu beantworten sind bzw. überwunden werden müssen.

Es wurde ferner wegen der begrenzten Personalkapazität im Gesundheitsamt selbst und in Verbindung mit der begrenzten Laufzeit entschieden, mit der Datenerhebung und -aufbereitung ein sachkundiges externes Institut zu beauftragen. Die Arbeit sollte durch eine Projektgruppe begleitet werden, in der die wesentlichen Bereiche repräsentiert sind. Der Bericht sollte Grundlagen schaffen und auch erste Bewertungsanhaltspunkte liefern durch Abgleich mit verfügbaren Durchschnittswerten, Messziffern, Standards etc.; die eigentliche Mängelanalyse und die daraus sich ergebende Entwicklung von Handlungsempfehlungen soll auf der Basis dieses Berichtes in der Arbeitsgruppe erfolgen.

Die Psychiatrieplanung wurde auf den Personenkreis der Erwachsenen mit allgemeinspsychiatrischen Erkrankungen und der alten psychisch kranken Menschen unter Einbezug des Versorgungssegmentes „Beschäftigung/Arbeit“ begrenzt. Der Suchtbereich wurde ausgeklammert, weil dazu in vergangenen Jahren schon kommunale Berichte erarbeitet worden waren, wenn auch auf einer weit bescheideneren Datengrundlage. Der Bereich der psychotherapeutischen Versorgung wurde ausgeklammert wegen der Unübersichtlichkeit angesichts des damals bevorstehenden Inkrafttretens des Psychotherapeutengesetzes. In der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgung lief damals ein Prozess der Neuordnung der

Versorgungsstrukturen und parallel auch eine Vernetzung im Kontext der Jugendhilfeplanung; deshalb wurde auch dieser Bereich nicht einbezogen.

Das Erhebungsdesign wurde unter der Maßgabe geplant,

- dass die Verfügbarkeit von Statistiken und Dokumentationen überprüft und soweit wie möglich darauf zurückgegriffen wird und
- somit eigene Erhebungen weitgehend vermieden werden können,
- damit auch der Zeitaufwand überschaubar bleibt,
- die Situation in Dortmund mit der anderer Regionen verglichen werden kann und
- noch zu präzisierende Teile der Erhebung mit geringem Aufwand wiederholt werden können, um so
- die Entwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems im Zeitablauf abbilden und transparent gestalten zu können.

Der hiermit vorgelegte Bericht liefert Grundlagen für den weiteren Prozess der Psychiatrieplanung in Dortmund. Es wird eine Bestandsaufnahme und Mängelanalyse der psychiatrischen Versorgung in der Stadt Dortmund vorgelegt. Umfangreiches Datenmaterial wurde erhoben, gesichtet und im Interesse einer Beschreibung und Bewertung der psychiatrischen Versorgung in Dortmund zusammengestellt. Soweit möglich wird vergleichend Bezug genommen auf Daten aus anderen Regionen und aus der wissenschaftlichen Literatur und es werden Hinweise gegeben zu einer inhaltlichen Bewertung. Neben diesem inhaltlichen Interesse einer Darstellung der gemeindepsychiatrischen Versorgung in Dortmund war gleichzeitig die Frage zu beantworten, welche Daten zu einer Bestandsbeschreibung und Mängelanalyse sinnvoll erhoben werden können, wo welche Daten zur Verfügung stehen, ob Vergleichswerte vorhanden sind und welche Schwierigkeiten zu bewältigen sind, um zu einer kontinuierlichen psychiatrischen Berichterstattung zu gelangen.

Das Gesamtwerk gliedert sich in drei Teile:

- Teil I gibt einen komprimierten Überblick über die Situation in Dortmund. Er beinhaltet die wichtigsten Befunde zur psychiatrischen Versorgung in der Stadt Dortmund, methodische Fragen werden in diesem ersten Teil nicht angesprochen.
- Teil II ist der eigentliche Psychiatriebericht. Er enthält eine Erläuterung des Untersuchungsansatzes, eine komprimierte Darstellung der Erhebungsergebnisse, eine ausführliche Reflexion der methodischer Schwierigkeiten und Fragestellungen und schließlich, daraus folgend, Vorschläge zur Fortschreibung der Berichterstattung.
- Teil III ist der Materialienband. Er beinhaltet die vollständige Wiedergabe aller erhobenen Daten. Nahezu 340 Tabellen und 35 Abbildungen sollen die Fülle der Daten überschaubar und erfassbar machen. Der Materialienband ist eine Fundgrube, kein fortlaufend zu lesender Text. Die hier enthaltenen Informationen stehen zur Beantwortung einzelner Fragestellungen im Rahmen von Se-

kundäranalysen zur Verfügung. Die einzelnen Indikatoren sind detailliert beschrieben, methodische Probleme benannt. Im Materialienband findet sich auch eine Auseinandersetzung mit dem empirischen Modell, das im Rahmen des Modellprojektes „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“ als Arbeitsgrundlage für Berichterstattung empfohlen wurde.

Ein Tabellen-, Abbildungs- und Literaturverzeichnis runden das Gesamtwerk ab.

Die einzelnen Teile können selbstständig gelesen und bearbeitet werden. Zusammenfassung, Psychiatriebericht und Materialband sind durch Querverweise verbunden, so dass langes Suchen nach Hintergründen einzelner Aussagen vermieden werden kann.

Die Erhebung wurde konzeptionell und methodisch in enger Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsamt und transfer entwickelt und in allen Schritten in der begleitenden Projektgruppe rückgekoppelt. Die Erhebung selbst und die Auswertung und Darstellung der Daten wurde durch transfer durchgeführt. Die Verantwortung für den Materialband als der Datengrundlage für alle weiteren Aufbereitungen liegt daher bei transfer. Alle Teile des Psychiatrieberichtes sowie auch der Materialband haben in einer Entwurfsfassung der projektbegleitenden Arbeitsgruppe vorgelegen. Zahlreiche Korrekturen, Ergänzungen und sonstige Anregungen wurden aus diesen Gesprächen eingearbeitet. Die Verantwortung für das Gesamtwerk bestehend aus Zusammenfassung, Psychiatriebericht und Materialienband liegt bei Thomas Schmitt-Schäfer.

Die im Rahmen des Projektes entwickelte Methodik hat einen ersten Praxistest bestanden. Die ermittelten Ergebnisse sind aussagefähig und geeignet, Aspekte des psychiatrischen Versorgungssystems zu beschreiben. Zu wünschen ist, dass der Bericht mit den vorgeschlagenen Modifikationen und Vereinfachungen fort geschrieben wird. Leitvorstellung des Berichtes ist es, ein Instrument zu entwickeln für eine empirisch gestützte Steuerung des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems auf der kommunalen Ebene.

Danksagung

Nach dreijähriger Arbeit legen wir nun eine „Bestandserhebung und Mängelanalyse der psychiatrischen Versorgung in der Stadt Dortmund“ vor. Das Werk ist umfangreicher geworden als geplant. Der damit verbundene Aufwand hat sich im Lichte der Ergebnisse gelohnt.

Frau Dipl.-Psych. Imke Hoyer und Frau Dipl.-Psych. Sophie Ross waren insbesondere mit methodischen Fragen befasst. Frau Alexandra Busch und Frau Dipl.-Soz. Elke Hilgenböcker vom Institut KOMM, Bielefeld konnten in einem nur als Kraftakt zu bezeichnenden Vorgehen binnen vier Wochen einunddreißig Interviews durchführen, auswerten und die Ergebnisse zusammenfassen. Die Verantwortung für das Gesamtwerk lag während der gesamten Dauer des Projektes beim Unterzeichner dieser Zeilen.

Ohne die Bereitschaft der Träger, Einrichtungen und Dienste und der dort beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die ihnen zur Verfügung stehenden Daten offen zu legen und ihre Sicht der Dinge einzubringen, ist eine psychiatrische Gesundheitsberichterstattung nicht möglich. Die in Dortmund vorgefundene Offenheit und Bereitschaft zur Mitarbeit war beeindruckend und ist selbst Qualitätsmerkmal des Versorgungssystems.

Die von der psychosozialen Konferenz eingerichtete Projektgruppe hat den Fortgang der Arbeit in jeder Phase konstruktiv und kritisch begleitet. Diese Haltung hat wesentlich zu dem nun vorliegenden Arbeitsergebnis beigetragen. Die Geduld der Gruppe angesichts wiederholter zeitlicher Verzögerungen soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben.

Ebenso fordernd wie fördernd war Herr Schulte-Kemna als Psychiatriekoordinator der Stadt Dortmund in den Gesamtprozess involviert. Es ist mit seiner Beharrlichkeit und Akribie zu verdanken, dass methodische Unschärfen, fehlerhafte Summenbildungen, unklare Formulierungen und andere Unarten eines solchen Berichtes im vorliegenden Werk nicht unhinterfragt bestehen konnten.

Wittlich, im September 2000

Thomas Schmitt-Schäfer



PSYCHIATRIEBERICHT

Dortmund 2000

Teil I

Zusammenfassung

1.

Zur örtlichen psychiatrischen Krankenhausversorgung

Querverweis: siehe Kapitel 4.1, 4.1.1 Seite 56 ff des Psychiatrieberichtes sowie Kapitel 2.1 des Materialienbandes

Es fand sich kein Hinweis, dass die in der Stadt Dortmund zur Verfügung stehenden psychiatrischen Betten zur Versorgung der Bevölkerung nicht ausreichen. Eine ganz eindeutige Zuordnung von Betten zur Versorgungsregion ist zwar nicht möglich, in der Tendenz ist die Bettenausstattung eher überdurchschnittlich. Auch die Anzahl der tagesklinischen Plätze bewegt sich im Durchschnitt Nordrhein-Westfalens. Folgt man den fachlichen Vorgaben der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der psychiatrischen/ psychotherapeutischen Versorgung vom November 1988, so kann ein weiterer Bedarf an tagesklinischen Plätzen insbesondere im gerontopsychiatrischen Bereich vermutet werden. Eine Institutsambulanz war im Berichtszeitraum lediglich am WZfPPP vorhanden. Die Einrichtung von Institutsambulanzen auch an den Abteilungen für psychologische Medizin an den Allgemeinkrankenhäusern erscheint sinnvoll.

2.

Zum regionalen Versorgungsbeitrag der Dortmunder Krankenhäuser

Querverweis: siehe Kapitel 4.1.4.1 Seite 61 ff. des Psychiatrieberichtes sowie Kapitel 2.6.4 des Materialienbandes

Die psychiatrischen Fachabteilungen in der Stadt Dortmund tragen in erheblichem Maße zur Versorgung des Umlandes bei. In 1998 entfielen ein Drittel aller stationären Behandlungsmaßnahmen in psychiatrischen Fachabteilungen in der Stadt Dortmund auf auswärtige Patientinnen und Patienten. Hiervon kamen wiederum 65 % (n = 1274) aus dem Kreis Unna als Teil des Versorgungsgebietes des WZfPPP. In 688 Fällen (35 % der Auswärtigen) wurden in der Stadt Dortmund stationäre psychiatrische Versorgungsleistungen für Patientinnen und Patienten abgegeben, die weder aus der Stadt Dortmund selbst noch aus dem zum Versorgungsgebiet des WZfPPP gehörenden Kreis Unna kamen.

In 1997 wurden in 1549 Fällen Dortmunder Bürgerinnen und Bürger außerhalb der Stadt Dortmund stationär behandelt. Für die Stadt Dortmund ist für das Jahr 1997 eine positive Wanderungsbilanz von 731 Fällen festzustellen, die insbesondere durch die Inanspruchnahme der psychiatrischen Klinikeinheiten durch Auswärtige induziert ist.

3.

Zu baulichen und Ausstattungsaspekten der Krankenhäuser

Querverweis: siehe Kapitel 4.1.2 Seite 58 ff. des Psychiatrieberichtes sowie Kapitel 2.2 des Materialienbandes

Die Stationen in den Abteilungen für psychologische Medizin sind deutlich größer als im WZfPPP und überschreiten den Zielwert der Psychiatrie – Personalverordnung bis zum Faktor 2. Zumindest in der psychiatrischen Abteilung des Ev. Krankenhauses Lütgendortmund steht den Patientinnen und Patienten lediglich ein Aufenthaltsraum zur Verfügung, was als unangemessen wenig erscheint. Dagegen ist der Anteil der 1 und 2 – Bett – Zimmer in den psychiatrischen Abteilungen günstiger als im WZfPPP, auch die sanitäre Ausstattung ist besser. Zu erwähnen ist, dass allen Patientinnen und Patienten der psychiatrischen Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern auf den Zimmern Telefone zur Verfügung stehen, während in den Abteilungen I und II des WZfPPP lediglich öffentliche Fernsprecher vorhanden sind. Die Tageskliniken des WZfPPP sowie der Abteilung für psychologische Medizin am Marien Hospital sind nicht behindertengerecht ausgebaut.

4.

Zur Personalausstattung der Krankenhäuser

Querverweis: siehe Kapitel 4.1.3 Seite 60 ff. des Psychiatrieberichtes sowie Kapitel 2.5 des Materialienbandes

Die Versorgung mit Pflegekräften stellt sich im WZfPPP deutlich günstiger dar als in den psychiatrischen Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern. Während im WZfPPP auf eine Pflegekraft knapp zwei Betten kommen, sind es in den psychiatrischen Abteilungen drei Betten. Gleichzeitig beeindruckt das Qualifikationsniveau in der Krankenpflege des WZfPPP durch einen hohen Anteil an Fachkrankenpflegekräften für Psychiatrie und abgeschlossenen Qualifikationen zur Stationsleitung und Mentor/ -in. In der Abteilung für psychologische Medizin am Marien Hospital bestand als einziger Einrichtung nicht die Möglichkeit einer externen Supervision für die Stationsteams. Ansonsten wurden keine gravierenden Unterschiede zwischen den einzelnen psychiatrischen Fachabteilungen¹ in der Stadt Dortmund ermittelt.

¹ Hinweis: Der Terminus „psychiatrische Fachabteilungen“ wird hier als Oberbegriff verwendet. Er umfasst die psychiatrischen Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern Marien Hospital Hombruch und Ev. Krankenhaus Lütgendortmund sowie das Westfälische Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (WZfPPP) als Fachkrankenhaus in Unterscheidung zu den somatischen Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser

5.

Zur Versorgung psychisch Kranker durch nicht-psychiatrische Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser

Querverweis: siehe Kapitel 4.1.3 Seite 60 ff. des Psychiatrieberichtes sowie insbesondere die Kapitel 2.6 und 2.13.4 des Materialienbandes

Ein erheblicher Anteil psychisch kranker Menschen wird nicht durch die psychiatrischen Fachabteilungen versorgt, sondern in somatischen Fachabteilungen der Allgemeinkrankenhäuser. Die Dortmunder selbst haben sich bei einer psychiatrischen Hauptdiagnose in 1997 in 47 % aller Fälle in der Stadt Dortmund nicht in psychiatrischen, sondern in somatischen Fachabteilungen stationär behandeln lassen. Es handelte sich hierbei um 891 Fälle mit einer Organischen Psychose (ICD-9 290-294) (= 73 % aller stationären Behandlungsfälle in dieser Diagnosegruppe), um 170 Fälle wegen einer schizophrenen oder affektiven Psychosen (ICD-9 295-299) (= 9,3 % aller stationären Behandlungsfälle in dieser Diagnosegruppe), um 1851 Fälle wegen Suchterkrankungen (ICD-9 303-305) (= 3,6 % aller stationären Behandlungsfälle in dieser Diagnosegruppe) und um 462 Fälle wegen neurotischer Erkrankungen (ICD-9 300-302, 306-316) (= 36,7% aller stationären Behandlungsfälle in dieser Diagnosegruppe). Insbesondere Suchterkrankungen und gerontopsychiatrische Erkrankungen, also Erkrankungen, bei deren Behandlung neben der Psychiatrie auch andere medizinische Fachrichtungen (insbesondere die Innere Medizin) relevant sind, wurden demnach in somatischen Häusern behandelt. Das wirft Fragen auf hinsichtlich der Verfügbarkeit und Leistungsfähigkeit von psychiatrischen und psychosomatischen Konsiliardiensten in den Allgemeinen Krankenhäusern.

6.

Zu Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufnahme

Querverweis: siehe die Kapitel 4.1.4.5 und 4.1.4.8 Seite 65 ff. des Psychiatrieberichtes sowie die Kapitel 2.6.1 und 2.8.1 des Materialienbandes

Die Entwicklung der Wiederaufnahmerate und der Verweildauern konnte über einen Zeitraum von 18 Jahren hinweg dargestellt werden. Die Daten geben deutliche Hinweise darauf, dass die zu beobachtende eindeutige Steigerung der Wiederaufnahmerate in unmittelbarem Zusammenhang mit der drastischen Verkürzung der Verweildauer steht. Die erhebliche Zunahme von Aufnahmen wegen psychiatrischer Diagnose ist also nicht zu interpretieren als Ausdruck veränderter Erkrankungshäufigkeit, sondern zunächst einmal als Ausdruck veränderter Behandlungsmuster. Die Verkürzung der Verweildauern führt, dies legen die Daten nahe, zu einer Steigerung der Fallzahlen, nämlich zu häufigeren Wiederaufnahmen; sie führt ferner zu einer verstärkten Inanspruchnahme ambulanter und komplementärer Dienste.

7. Zur ambulanten psychiatrischen Versorgung

Querverweis: siehe die Kapitel 4.2 Seite 75 ff. des Psychiatrieberichtes sowie Kapitel 3 des Materialienbandes

Eine Schlüsselrolle für die Qualität der Versorgung psychisch Kranker spielt die ambulante ärztliche Behandlung. Während für alle anderen Bereiche des Hilfesystems zumindest Anhaltspunkte in Datenform vorliegen - wenn auch nicht überall bereits in der wünschenswerten Qualität - , sind für diesen Kernbereich der psychiatrischen Versorgung keinerlei weiter gehende Aussagen möglich. Das gilt sowohl für die fachärztlich - psychiatrischen Versorgungsbeiträge wie auch für die Versorgungsbeiträge von Ärzten anderer Fachrichtung, die ebenfalls psychisch Kranke in nicht unerheblichem Umfang behandeln. Datenlage und Relevanz dieses Versorgungssegmentes stehen hier in einem krassen Missverhältnis.

8. Zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation

Querverweis: siehe die Kapitel 4.3 Seite 76 ff. des Psychiatrieberichtes sowie Kapitel 4 des Materialienbandes

Medizinische oder sonstige Maßnahmen der Rehabilitation wegen „Anderen Psychosen“, „Neurosen“ und „Persönlichkeitsstörungen“ wurden für Dortmunder in 1997 im Vergleich häufiger durchgeführt als im Regierungsbezirk Arnsberg oder im Land Nordrhein-Westfalen. Während die relative Häufigkeit von medizinischen oder sonstigen Rehabilitationsmaßnahmen wegen Alkoholabhängigkeit für Dortmunder geringer ist als im Durchschnitt des Regierungsbezirkes, werden solche Maßnahmen wegen einer Medikamenten- und Drogenabhängigkeit häufiger durchgeführt als im Regierungsbezirk oder dem Land Nordrhein-Westfalen.

Für Dortmunder Bürgerinnen und Bürger wurden wegen psychiatrischer Erkrankungen durch die Rentenversicherungsträger in 1997 durchschnittlich 2,77 Maßnahmen medizinischer oder sonstiger Maßnahmen der Rehabilitation je Frühberentung durchgeführt. Die Aufschlüsselung nach Diagnose zeigt jedoch eine ungleiche Verteilung: während bspw. bei Neurosen und Persönlichkeitsstörungen 194 Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt und 59 Berentungen vorgenommen wurden (1 Berentung zu 3,34 Reha – Maßnahmen), wurden 92 Berentungen wegen einer schizophrenen oder affektiven Psychose vorgenommen, jedoch nur 30 Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt. Der Grundsatz „Rehabilitation geht vor Rente“ wurde für Psychosen ganz offensichtlich nicht realisiert.

Geschlechtsverteilung, Lebensalter und Diagnoseverteilung der Rehabilitanden sowie der Anteil teilstationärer Maßnahmen an allen Maßnahmen der Dortmunder Einrichtung medizinischer Rehabilitation Friederike – Fliedner – Haus stimmen mit den Ergebnissen einer bundesweiten Bestandsaufnahme für das Jahr 1997 überein. Ein Unterschied zeigt sich lediglich in der Veränderung der Wohnsituation nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahmen. In Dortmund ist der Anteil des Betreuten Wohnens als Anschlussbetreuung höher als im Bundesdurchschnitt.

9.

Zum Ausbaustand der Hilfen im Wohnbereich

Querverweis: siehe die Kapitel 4.4.3 Seite 83 ff. des Psychiatrieberichtes sowie die Kapitel 6 des Materialienbandes

In der Stadt Dortmund wurde ein qualitativ hochwertiges und quantitativ umfangreiches Angebot an „Betreutem Wohnen“ vorgefunden. Die Verweildauern belegen eine erfolgreiche Wiedereingliederung in die Gesellschaft für den weitaus größten Teil der betreuten Bewohnerinnen und Bewohner, lediglich 7 % der Betreuungen erfolgten seit über 10 Jahren. Insgesamt wurden zum 31.12.1998 490 psychisch behinderte Menschen in ambulanten und stationären Formen des beschützten Wohnens (Betreutes Wohnen und Wohnheim) in der Stadt Dortmund betreut, 446 davon im „betreuten Wohnen“.

Zum Stichtag 01.07.1998 wurden ferner 128 psychisch behinderte Dortmunder im Rahmen der stationären Eingliederungshilfe außerhalb der Stadt Dortmund betreut. In 1998 erklärte der überörtliche Sozialhilfeträger in 10 Fällen die Kostenübernahme für Maßnahmen stationärer Eingliederungshilfe für psychisch behinderte Dortmunder, die außerhalb der Stadt durchgeführt wurden. In weiteren 10 Fällen erfolgte die Kostenübernahmeerklärung für Menschen die neben anderen Behinderungen (geistige Behinderung, Suchterkrankung) auch psychisch behindert waren.

Insbesondere die Daten über auswärtige Unterbringungen verdeutlichen einen Ausbaubedarf für intensivere Formen der Wohnbetreuung bis hin zur Intensität der Heimbetreuung für Menschen mit schweren psychischen und Mehrfachbehinderungen in der Stadt Dortmund.

10.

Zum Ausbaustand niedrigschwelliger Hilfen für psychisch Kranke

Querverweis: siehe die Kapitel 4.4 Seite 78 ff. dort Kapitel 4.4.1 4.4.2 des Psychiatrieberichtes sowie die Kapitel 5 und 7 des Materialienbandes

Speziell die Daten zur Inanspruchnahme und Betreuungsintensität des Sozialpsychiatrischen Dienstes sowie eine Problembeschreibung der Institutsambulanz des WZfPPP werfen die Frage auf, ob "nicht – wartzimmerfähige" Patienten oder psychisch kranke Menschen mit gestörtem Hilfesuchverhalten und Rückzugstendenzen in der Stadt Dortmund in angemessener Art und Weise aufgesucht und betreut werden können. Hiermit korrespondierend wurde in den Interviews eine weitere Verbesserung des Angebots an niederschwelligen, tagesstrukturierenden Angeboten in bisher unterversorgten Stadtteilen bzw. für bisher nicht oder nur schlecht erreichte Gruppen von psychisch kranken Menschen für erforderlich gehalten.

11.

Zum Ausbaustand der Hilfen im Bereich Beschäftigung, geschützte Arbeit und berufliche Rehabilitation

Querverweis: siehe die Kapitel 4.5 Seite 88 ff. des Psychiatrieberichtes sowie die Kapitel 8 des Materialbandes

Dortmund verfügt über qualifizierte und differenzierte Angebote im Bereich der unmittelbar auf den allgemeinen Arbeitsmarkt führenden beruflichen Rehabilitation. (Berufliches Trainingszentrum, Berufsbildungswerk, Berufsförderungswerk, die beiden letzteren mit überregionalem Einzugsbereich). Gleichzeitig verdeutlichen beispielsweise die Daten zur Einkommenssituation der Bewohnerinnen und Bewohner des Betreuten Wohnens einen Mangel an bezahlten und gleichzeitig für diesen Personenkreis geeigneten Arbeits- und Beschäftigungsangeboten. Diese Aussage wird durch die Abgangsdaten der Anbieter beruflicher Rehabilitation in der Stadt Dortmund gestützt, wonach insbesondere psychosekranke Menschen ein erhöhtes Risiko einer vorzeitigen Beendigung von Reha – Maßnahmen tragen. Erforderlich wären demnach Arbeits- und Beschäftigungsangebote mit niedriger angesetzten Eingangsvoraussetzungen und mit geringeren Anforderungen an Ausdauer und Belastbarkeit bei gleichzeitiger Möglichkeit, gegen Arbeit ein Entgelt zu erzielen. Zuverdienstbeschäftigung und Integrationsfirmen für diesen Personenkreis fehlen in Dortmund vollständig; das bestehende Angebot im Rahmen der Werkstatt für Behinderte erscheint quantitativ und qualitativ ausbaubedürftig.

12.

Zur Situation in der gerontopsychiatrischen Versorgung

Querverweis: siehe die Kapitel 4.6 Seite 98 ff. des Psychiatrieberichtes sowie die Kapitel 9 des Materialbandes

Ausgehend von der demographischen Entwicklung ist für die Zukunft von einem weiteren Anstieg gerontopsychiatrischer Erkrankungen auszugehen. Im Missverhältnis zur wachsenden Bedeutung dieser Erkrankungsarten steht die Datenlage: Zahlenangaben zur gerontopsychiatrischen Versorgung konnten lediglich für den Krankenhausbereich und eingeschränkt auch im Beschützten Wohnen erhoben werden, während das gesamte Leistungsgeschehen im Bereich ambulanter und stationärer Altenhilfe verschlossen blieb.

Der Versorgungsgrad gerontopsychiatrischer Betten ist allein für die Stadt Dortmund nicht eindeutig bestimmbar, liegt für das Versorgungsgebiet bestehend aus der Stadt Dortmund und dem Kreis Unna jedoch deutlich unter dem Versorgungsgrad für den Bereich des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe. Der Anteil tagesklinischer Behandlung an allen stationären Behandlungsmaßnahmen lag für gerontopsychiatrische Erkrankungen im Berichtsjahr bei 3 %, ein Bedarf an teilstationären Behandlungsmöglichkeiten ist offenkundig. Eine gerontopsychiatrische Tagesklinik existierte in Dortmund im

Berichtsjahr noch nicht, ist zwischenzeitlich aber in Vorbereitung. Ambulante Pflegeleistungen werden von der gerontopsychiatrischen Abteilung vom WZfPPP nicht abgegeben, eine Fachberatung im institutionellen Kontext mit ambulanter Behandlung und Pflege sowie (teil-) stationärer Versorgung (Gerontopsychiatrisches Zentrum) existierten im Berichtsjahr nicht. Die räumliche Situation hat sich in der Abteilung für Gerontopsychiatrie des WZfPPP im Vergleich zu 1991 verbessert, entspricht jedoch noch nicht den in der Literatur vertretenen Standards von 1 – 2 – Bettzimmern bei einer Stationsgröße von 8 – 10 Patientinnen und Patienten.

Insgesamt wurden 1998 1122 stationäre Behandlungsfälle für über 60-jährige in psychiatrischen Fachabteilungen der Stadt Dortmund registriert, dies entspricht 20 % aller Behandlungsfälle in psychiatrischen Fachabteilungen. 59,5 %, d.h. 667 dieser Fälle hiervon wurden in der Abteilung für Gerontopsychiatrie im WZfPPP verzeichnet. Bei 296 stationären Behandlungen im WZfPPP oder 44 % aller Fälle handelte es sich um zwangsweise öffentlich-rechtliche oder zivilrechtliche Unterbringungen nach PsychKG bzw. dem Betreuungsrecht. 43 % aller Patientinnen und Patienten der Abteilung f. Gerontopsychiatrie am WZfPPP wurden entweder aus dem Altenheim oder aus dem Allgemeinkrankenhaus aufgenommen. Das hier sichtbar werdende Muster der Inanspruchnahme wirft Fragen auf hinsichtlich der Akzeptanz des gerontopsychiatrischen Behandlungsangebotes im WZfPPP sowohl bei den Familien als auch bei den behandelnden und einweisenden Ärzten.

13.

Zur Situation von Selbsthilfe

Querverweis: siehe die Kapitel 4.7 Seite 101 ff. des Psychiatrieberichtes sowie die Kapitel 10 des Materialienbandes

Im Berichtsjahr existierte in der Stadt Dortmund weder eine Organisation der Angehörigen noch eine der Psychiatrie – Erfahrenen. Im Vergleich zu anderen Großstädten dieser Größenordnung ist das bemerkenswert und wirft Fragen auf hinsichtlich der Selbsthilfeförderung durch das Hilfesystem insgesamt.

14.

Zu den institutionalisierten Formen der Kooperation

Querverweis: siehe die Kapitel 4.8 Seite 102 ff. des Psychiatrieberichtes sowie die Kapitel 11 des Materialienbandes

Neben der Teilnahme an Gremiensitzungen ist die unregelmäßige fachliche Abstimmung im Einzelfall die häufigste Kooperationsform der Einrichtungen und Dienste, während „gemeinsame Fortbildung“ und „wechselseitige Kooperation“ nur vereinzelt angegeben wurden. Die Ergebnisse der Abfragen zu Art und Häufigkeit von Kooperation sowie die mittels der Interviews erhobenen (subjektiven) Sichtweisen der Beteiligten weisen darauf hin, dass ein Bedarf an regelhaften Formen der Hilfeplanung im Einzelfall besteht. Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, die Formen des Austausches und der Kooperation zwischen den Leistungsträgern, den gutachterlich Tätigen (bspw. MdK) und den Erbringern der jeweiligen Leistungen zu verbessern.

15.

Zur Versorgungssituation chronisch psychisch Kranker

Hinweis: Es handelt sich um eine zusammenfassende Darstellung der Erhebungsergebnisse in Bezug auf chronisch psychisch kranke Menschen

Da ein wesentliches Anliegen des Berichtes die Bestandsaufnahme zur Versorgung gerade auch der chronisch psychisch kranken Menschen war, werden die wesentlichen diesbezüglichen Befunde hier nochmals zusammen gefasst:

- Die Versorgungssituation für chronisch psychisch kranke Bürgerinnen und Bürger der Stadt Dortmund hat sich in den letzten Jahren deutlich verändert: im WZfPPP wurden in dem hier dargestellten Zeitraum von 1996 – 1998 im Krankenhausbereich sämtliche Langzeithospitalisierungen abgebaut. Längerfristig behandelte Patientinnen und Patienten wurden –so weit dies aus den vorliegenden Daten zu rekonstruieren war- im Pflege- und Förderbereich des WZfPPP, dem Wohnheim „Am Stift“ sowie in erheblichem Umfang im Rahmen des Betreuten Wohnens in der Stadt Dortmund- weiter betreut.
- Die Zahlenangaben zur Häufigkeit wohnortferner stationärer Eingliederungshilfe für psychisch behinderte Menschen zeigen, dass es darüber hinaus zu Verlegungen in Einrichtungen außerhalb der Stadt Dortmund gekommen ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass keine Daten zur Häufigkeit von Verlegungen in stationäre Einrichtungen der Altenhilfe in und außerhalb der Stadt Dortmund gewonnen werden konnten; der tatsächliche Umfang auswärtiger Heimunterbringungen liegt mit Sicherheit über den im Bericht genannten Zahlen.

- Ein nicht unerheblicher Anteil chronisch psychisch kranker Menschen muss außerhalb der Stadt Dortmund betreut werden: 25 % (10 Fälle) aller in 1998 neu bewilligten Maßnahmen stationärer Eingliederungshilfe außerhalb der Stadt Dortmund entfallen auf Dortmunder mit einer psychischen Behinderung, in weiteren 10 Fällen wurden Doppeldiagnosen (geistige und psychische Behinderung, Suchterkrankung und psychische Behinderung) als Bewilligungsgrund der stationären Eingliederungshilfe außerhalb der Stadt Dortmund benannt. In 1998 konnten somit 20 Dortmunder, die zumindest auch an einer psychischen Behinderung litten und deshalb eine Maßnahme der Eingliederungshilfe benötigen, nicht in der Stadt Dortmund versorgt werden.
- Patienten mit langdauerndem und rehabilitativem Hilfebedarf nehmen nach den Angaben im Rahmen der Erhebung zur Personalbemessung (Psych-PV) einen - bundesweit - stetig abnehmenden Anteil im Behandlungsgeschehen der psychiatrischen Krankenhäuser, auch des WZfPPP ein. Die Behandlungsdauern auch für chronisch psychisch kranke Menschen werden kürzer, die Häufigkeit von Wiederaufnahmen ist gestiegen.
- Tagestrukturierende und stützende Funktionen psychiatrischer Großkliniken müssen nun von gemeindepsychiatrischen Versorgungssystemen erfüllt werden. Während in Dortmund ein deutlicher Ausbau beim „Betreuten Wohnen“ festgestellt werden kann, weist vieles auf einen Mangel an tagesstrukturierenden Hilfen, Beschäftigung und geschützter Arbeit hin. Als ein besonders gravierendes Problem muss in diesem Zusammenhang die durch fehlende Arbeitsmöglichkeiten erzwungene Beschäftigungslosigkeit chronisch psychisch kranker Menschen benannt werden, die anhand der Einkommenssituation der Personen im Betreuten Wohnen eindeutig nachgewiesen werden konnte.
- Gänzlich ungeklärt blieb, inwieweit und in welchem Umfang chronisch psychisch kranke Menschen von niedergelassenen Fachärzten oder Allgemeinmedizinerinnen tatsächlich medizinisch behandelt werden. Es konnte auch nicht ermittelt werden, ob die Veränderung der Behandlungsmuster im stationären Bereich zu einer Veränderung der Inanspruchnahme und Behandlungsmuster im ambulanten medizinischen Bereich geführt hat, wie es notwendig wäre.
- Ein besonderes Problem sind in diesem Zusammenhang im Rahmen psychiatrischer Versorgungsplanung regelmäßig Menschen, die krankheitsbedingt, ggfls. in Kombination mit einschränkenden sozialen Bedingungen, nicht in der Lage sind, vorhandene Hilfen aktiv selbst in Anspruch zu nehmen. Soweit sie manifest auch sozial auffällig werden, wird hier häufig der Sozialpsychiatrische Dienst benachrichtigt und dann auch zumindest im Rahmen von Krisenintervention tätig. In anderen Fällen bleibt dies vielfach über lange Zeit unbemerkt. Hier sind niedrigrschwellige und aufsuchende Hilfen erforderlich, um den Kontakt herzustellen und ggfls. auch längerfristig zu halten mit dem Ziel, eine Behandlung zu bewirken und die Betroffenen in das bestehende Hilfesystem einzufädeln bzw. darin zu halten. Die vorliegenden Befunde weisen darauf hin, dass in der Stadt Dortmund ein weiterer Bedarf an ambulant - aufsuchenden und niederschwelligen Hilfen im Hinblick auf diesen Personenkreis besteht.

PSYCHIATRIEBERICHT

Dortmund 2000

Teil II

Psychiatriebericht für die Stadt Dortmund

1. Zum Versorgungsbedarf in der Stadt Dortmund

Der Bedarf an psychiatrischen Hilfen innerhalb einer Versorgungsregion besteht sowohl in quantitativer Hinsicht bezogen auf den Anteil hilfsbedürftiger Personen und den zur Bedarfsdeckung zur Verfügung stehenden materiellen und personellen Ressourcen als auch in qualitativer Hinsicht hinsichtlich der Güte der erbrachten Leistungen.

In der nachfolgenden Darstellung werden zunächst die Aspekte einer qualitativen Bestimmung des Versorgungsbedarfes dargestellt, epidemiologische Fragestellungen und hieraus abzuleitende Einschätzungen zum quantitativen Bedarf in der Stadt Dortmund schließen sich an.

1.1. Die qualitative Bestimmung des Versorgungsbedarfes

Die "Enquete-Kommission" zur Erarbeitung einer Reform der psychiatrischen Versorgung (1975) ging noch von einem institutionszentrierten Ansatz aus, indem sie i.R. der Empfehlungen ein Einrichtungsraster vorgab, um eine angemessene psychiatrische Versorgung zu gewährleisten. In den vergangenen zwei Jahrzehnten lässt sich ein Wandel dieses institutionszentrierten Versorgungsansatzes hin zu einem funktionalen Versorgungsansatz feststellen. Zeichen hierfür sind die funktionale Definition von Versorgungsaufgaben im Bericht der Expertenkommission (BMJFFG, 1988), die am Bedarf von Patientengruppen orientierte Psychiatriepersonalverordnung (Psych-PV, BMAS, 1990) sowie der funktionale Ermittlungsansatz der Kommission zum Personalbedarf in der außerstationären Versorgung (BMG 1999). Der funktionale Versorgungsansatz verlangt ein bedarfsgerechtes Angebotsspektrum an psychiatrischen Hilfen pro Versorgungsregion; welche Institutionen diese Angebote im einzelnen machen ist dabei sekundär.

1.2. Normative Leitlinien

Die Festlegung dessen, was bedarfsgerechte Angebote seien, orientiert sich an normativen Leitlinien. Nach wie vor anerkannt sind folgende von der "Enquete-Kommission" 1975 aufgestellten Grundprinzipien:

- Prinzip der gemeindenahen Versorgung
- Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten
- Prinzip der bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste
- Prinzip der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken

Diese eher allgemeinen Prinzipien wurden vielfältig ausdifferenziert und führten zu allgemeinen Behandlungsleitlinien² wie

- Lebensweltbezug

² Vgl. Aktion psychisch Kranke (Hrsg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Bonn 1993³; Rössler, W.: Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker [Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 77], Baden – Baden 1996

- personenzentriertes, funktional orientiertes Vorgehen
- Wahrung der Individualität der Person
- Schutz des selbstgewählten Lebensortes
- Unterstützung von normalen Beziehungen und Rollen
- Sicherstellung von Arbeit und sinnvoller Beschäftigung
- materielle Grundausstattung in persönlicher Verfügung
- Befähigung der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugspersonen zur Bewältigung ihrer Erkrankung
- Selbsthilfeorientierung

Diese normativen Leitlinien werden im Rahmen eines gemeindepsychiatrischen Verbundes konkretisiert. In fachlicher Hinsicht bezeichnet der Begriff des „gemeindepsychiatrischen Verbundes“ die „Verfügbarkeit von Hilfsfunktionen“³ in einer Versorgungsregion unabhängig von seiner konkreten Organisation und juristischen Ausgestaltung. Der gemeindepsychiatrische Verbund beinhaltet

- die Verpflichtung zur zeitgerechten und angemessenen Versorgung psychisch kranker Menschen in der Versorgungsregion
- die Sicherstellung der Leistungserbringung sowie
- die Weiterentwicklung des Leistungsspektrums und der Qualitätsverbesserung sowie
- die Differenzierung der Hilfen in Anpassung an den Bedarf und die Ressourcen.

Arbeitsprinzipien des gemeindepsychiatrischen Verbundes sind:

- (a) **Bedarfs- und Bedürfnisorientierung / Selbsthilfe / Angehörigenarbeit:** Die Hilfen für psychisch Kranke haben deren Recht auf Selbstbestimmung zu respektieren und zu fördern. Soweit die Selbstbestimmungsmöglichkeiten eines psychisch Kranken eingeschränkt sind, ist die Hilfe darauf auszurichten, diese zu fördern bzw. wiederherzustellen. Professionelle Hilfe ist darauf gerichtet, die Selbsthilfepotentiale des psychisch Kranken zu entdecken, zu fördern und zu stärken, um so zur Bewältigung der Krankheit beizutragen. Dabei ist die Richtung und das Ausmaß der Hilfe an den Bedürfnissen und Wünschen des psychisch Kranken zu orientieren. Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte sind nur auf Grund richterlicher Entscheidungen zulässig. Angehörige psychisch kranker Menschen sind unmittelbar Betroffene, da sie in der Regel eng mit diesen zusammenleben und einen großen Teil der aus der Krankheit resultierenden Belastungen tragen. Sie benötigen auch professionelle Hilfe.
- (b) **Versorgungsverpflichtung:** Die psychiatrischen Hilfeangebote stehen allen Bürgern zur Verfügung und haben sich insbesondere an den psychisch kranken Menschen auszurichten, die am wenigsten in der Lage sind, Hilfeangebote aufzusuchen und anzunehmen. Versorgungsverpflichtung bedeutet dabei nicht die Verpflichtung des Klienten, die Hilfe eines bestimmten Dienstes in An-

³ Das Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Von Institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. [Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 116], Baden – Baden 1999, Seite 25

spruch zu nehmen, sondern die Verpflichtung der Dienste, bei Bedarf allen Bürgern zur Verfügung zu stehen.

- (c) **Sektorisierung:** Die Regionalisierung bzw. Sektorisierung der Hilfeangebote soll zum einen eine gute Erreichbarkeit des Dienstes gewährleisten, zum anderen ermöglicht sie differenzierte und umfassende Kenntnisse der jeweiligen örtlichen Verhältnisse, die für angemessene Hilfe für psychisch Kranke und deren familiäres und soziales Umfeld genutzt werden können.
- (d) **Ambulant aufsuchende Arbeit:** Psychisch kranke Menschen zeigen häufig starke bis extreme Rückzugstendenzen, die neben anderen Ursachen in der Unfähigkeit zu sehen sind, den eigenen Hilfebedarf adäquat einzuschätzen. Daher ist die aufsuchende Arbeit ein wesentlicher Bestandteil des Angebotes. Aufsuchende und nachgehende Arbeit ermöglicht die Kontaktaufnahme und sichert die Kontinuität der Hilfen. Bei den häufig multiplen Aspekten der Hilfsbedürftigkeit bietet ein Hausbesuch auch diagnostische Möglichkeiten zu Entwicklung eines umfassenden Hilfeplanes.
- (e) **Niedrigschwelligkeit:** Aufgrund der häufig vorhandenen erheblichen Kontaktstörungen, der großen Ängste, soziale Bindungen einzugehen und nicht zuletzt aufgrund der beschriebenen „Krankheitsuneinsichtigkeit“ ist das Hilfeangebot möglichst niedrigschwellig zu gestalten. Dies geschieht zum einen durch offene Türen und Kontaktstellenangebote. Sie ermöglichen Betroffenen das voraussetzungslose Aufsuchen dieser Bereiche, ohne sofort Probleme preisgeben zu müssen oder sich als psychisch krank zu erkennen zu geben, zum anderen durch einen möglichst umfassenden Bereitschaftsdienst, der ein notwendiges schnelles Reagieren bei Krisen ermöglicht.
- (f) **Multiprofessionelles Team/Teamarbeit:** Zur „Vollständigkeit der Wahrnehmung“ (DÖRNER/PLOG, 1984) ist die Arbeit in einem multiprofessionellen Team erforderlich. Nur so können alle relevanten Aspekte der konkreten Hilfsbedürftigkeit fachlich adäquat berücksichtigt werden und in einen aufeinander abgestimmten Hilfeplan münden. Dem multiprofessionellen Team sollten Krankenpfleger/-schwestern, Sozialarbeiter, Psychologen und Fachärzte für Psychiatrie, ggf. Ergotherapeuten angehören. Durch regelmäßige einzelfallbezogene Teamarbeit wird dabei gewährleistet, dass die unterschiedlichen Berufsgruppen ihre jeweilige Fachkompetenz auch mittelbar dem Klienten zur Verfügung stellen.
- (g) **Individuelle Hilfeplanung und Bezugspersonensystem:** Gerade bei chronisch psychisch Kranken mit umfassendem Hilfebedarf sind häufig verschiedenste Institutionen mit sich unterscheidenden strukturellen und individuellen Arbeitsweisen beteiligt. Damit dabei die einzelnen Hilfeleistungen nicht kontraproduktiv wirken, und um die Hilfen aufeinander abzustimmen, ist eine möglichst gemeinsame Hilfeplanung nötig. Die auf den Einzelfall bezogene Koordination der Hilfen und die Übernahme der Gesamtverantwortung für die Umsetzung der im Rahmen des Hilfeplanes aufeinander abgestimmten Maßnahmen sollte durch den Mitarbeiter eines Dienstes sichergestellt werden. In der Fachdiskussion wird dieser Mitarbeiter Case – Manager genannt. Insbesondere aufgrund der erheblichen Kontaktschwierigkeiten des betroffenen Personenkreises ist bei Langzeitbetreuungen auf eine klare Zuständigkeit zu achten, um die Kontinuität der Beziehung zu wahren. Im Einzelfall kann es auch erforderlich sein, dass zwei Mitarbeiter den Kontakt aufbauen, damit in Urlaubszeiten und bei Krankheit von Mitarbeitern die Beziehung nicht abbricht.
- (h) **Kooperation und Vernetzung:** Eine alle Beteiligten einbeziehende Hilfeplanung erfordert detaillierte Kenntnis der übrigen Hilfeanbieter und setzt enge Kooperation voraus. Dabei hat die Koope-

ration sowohl einzelfallbezogen als auch auf der institutionellen Ebene zu erfolgen. So können Versorgungsmängel, aber auch Überschneidungen erkannt und Ressourcen gebündelt werden. Die im Rahmen des gemeindepsychiatrischen Verbundes anfallenden Daten beinhalten umfassende Informationen, die für die Planung der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung einer Region von großer Bedeutung sind.

- (i) **Fort- und Weiterbildung/Supervision:** Die beschriebenen Aufgaben und Anforderungen an die Mitarbeit im gemeindepsychiatrischen Verbund erfordern neben umfassender fachlicher Qualifikation ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen, Flexibilität und Kooperationsfähigkeit. Kontinuierliche Fort- und Weiterbildung sowie regelmäßige Supervision sind hierfür unabdingbar. Sie dienen der langfristigen Qualitätssicherung.

1.3. Die quantitative Bestimmung des Versorgungsbedarfes

Die Realisierung einer bedarfsgerechten psychiatrischen Versorgung in einer Versorgungsregion setzt Wissen und Daten voraus über den Versorgungsbedarf (1.) einzelner Patienten bzw. Patientengruppen sowie (2.) über den Versorgungsbedarf der Region.

Zur **personenbezogenen Abklärung des Hilfebedarfes** liegen verschiedene Verfahrensempfehlungen und Erhebungsinstrumente vor:

- (1) Schepank u.a. untersuchten eine repräsentative Stichprobe der erwachsenen Großstadtbevölkerung hinsichtlich der Häufigkeit und des Verlaufs psychogener Erkrankungen und verwendeten zur Ermittlung der Beeinträchtigung der Patienten den Beeinträchtigungsschwerescore (BSS) nach Schepank⁴
- (2) In den beiden oberbayerischen Feldstudien wurde zur Ermittlung der Behandlungsbedürftigkeit und der Ausprägung des Schweregrades psychiatrischer Erkrankung das Goldberg – Interview eingesetzt⁵,
- (3) die Kommission zur "Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung" empfiehlt folgendes Vorgehen: Im Zusammenwirken mit dem Patienten und/oder seinen Bezugspersonen werden standardisiert erhoben:
 - Beeinträchtigungen/Gefährdungen durch die psychiatrische Erkrankung (z.B. Angstsymptome, Gedächtnis..)
 - Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen bei der Aufnahme und Gestaltung persönlicher/sozialer Beziehungen (z.B. Partnerschaft, Bereich Ausbildung/Arbeit..)
 - Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen in den Lebensfeldern Wohnen, Arbeit / arbeitsähnliche Tätigkeiten / Ausbildung, Tagesgestaltung / Freizeit / Teilhabe am gesellschaftlichen Lebensowie für jeden Punkt
 - aktivierbare nichtpsychiatrische Hilfen

⁴ Franz, M: Epidemiologie psychogener Störungen und Bedarf an Versorgungsleistungen in: Janssen, P. L. (Hrsg.): Psychotherapeutische Medizin, Stuttgart, New York 1999, Seite 103 ff

⁵ Vgl. Fichter, Manfred M.: Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung, Berlin – Heidelberg – New York 1990, Seite 32

- Bedarf an psychiatrischen Hilfen.

Hierauf aufbauend und unter Berücksichtigung weiterer standardisiert erfasster Informationen (z.B. bisherige und aktuelle Behandlungs- und Betreuungssituation, soziale Situation und Biografie, eingetretene Veränderungen in den vergangenen 3/6/12 Monaten) wird ein individueller Behandlungs – und Rehabilitationsplan festgelegt.

- (4) Brewin et. al. (1987, 1988) stellen mit dem in England entwickelten "Needs for Care Assessment" ein Instrument zur Erfassung des Versorgungsbedarfes sowie des Grades der Bedarfsdeckung vor. Dabei wird der klinische Bereich mit 9 Items (positive psychotische Symptomatik, Negativsymptomatik, psychosozialer Streß, Selbst -/ Fremdgefährdung, Medikamentennebenwirkungen, sozial unangepasstes Verhalten, körperliche Erkrankungen, neurotische Symptome, Demenz) und der sozial - rehabilitative Bereich mit 11 Items (Körperpflege, Einkaufen, Ernährung, Sauberhalten des Wohnraums, Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Freizeitgestaltung, Bildungsangebote, Arbeit, kommunikative Fertigkeiten, Geldwirtschaft, Behördengänge und -angelegenheiten) erhoben. Das Instrument soll den quantitativen Versorgungsbedarf, Deckungslücken, Überversorgung oder die Tatsache nicht deckbaren Bedarfes erfassen⁶.

Bestimmung des regionalen / kommunalen Versorgungsbedarfes: Die Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch / psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung (BMJFFG, 1988) empfiehlt im Bereich der allgemeinpsychiatrischen Versorgung die Bildung von Versorgungsregionen, die 100.000 bis 150.000 Einwohner nicht überschreiten sollten. Mit diesem Richtwert sollte die Überschaubarkeit erhöht, die Kooperation der Beteiligten verbessert und die jeweiligen Zuständigkeiten klarer werden. Unter Berücksichtigung der genannten Kriterien oder bei der Versorgung spezifischer Personengruppen (z.B. psychisch kranke alte Menschen) oder bezüglich spezieller Angebote (z.B. berufliche Rehabilitation) können auch größere Versorgungsregionen erforderlich sein (BMJFFC, 1990). Die politische Verantwortung der psychiatrischen Versorgung unterliegt den kommunalen Gebietskörperschaften. Zur Quantifizierung des relativen psychiatrischen Versorgungsbedarfes eines Versorgungsgebietes müssten Daten bzgl. Art und Ausmaß des Hilfebedarfes der innerhalb der Region lebenden Bürger verfügbar sein. In Ermangelung dieser Datengrundlage wird auf Schätzungen aus Modellregionen, in welchen Felduntersuchungen durchgeführt wurden, zurückgegriffen. Als Maßstab derartiger Bedarfsschätzungen dient die Bevölkerungszahl. Diese wird mit verschiedenen Faktoren gewichtet, welche einen vom nationalen Durchschnitt abweichenden Bedarf erwarten lassen⁷.

Rössler und Salize schlagen folgende Gewichtungsfaktoren vor:

- demographische Zusammensetzung
- Patientenwanderungen zwischen Versorgungsgebieten
- Indirekte Erfassung der sozialen Beeinträchtigung durch seelische Behinderung (als regionaler Morbiditätsfaktor) über Arbeitsunfähigkeit, Verrentung oder über Sozialstrukturmodelle des Versorgungsgebietes.

⁶ Rössler, W.: Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker [Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 77], Baden – Baden 1996, Seite 16

⁷ Rössler, W. (1996)

Daneben ist zu berücksichtigen, dass in jedem Versorgungssystem individuell und kulturell spezifisches Inanspruchnahme-, Behandlungs- und Überweisungsverhalten mit objektiven Bedarfparametern interagiert. Goldberg und Huxley (1980) stellen Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme verschiedener Stufen des psychiatrischen Versorgungssystems zusammen.

Neben den genannten Punkten ist der regionale Versorgungsbedarf auch abhängig von der Verteilung der Angebote und Dienste in der Versorgungsregion sowie den Verfahren, die zur Inanspruchnahme der Hilfeleistungen erforderlich sind. Schließlich ist die Kooperation der Beteiligten ein wesentliches Merkmal einer bedarfsgerechten Versorgung.

1.3.1.1. Ergebnisse epidemiologischer Forschung

Die Informationen über die Inanspruchnahme Dortmunder Versorgungseinrichtungen, die aus externen Datenquellen sowie den Erhebungsbögen gewonnen wurden, geben keine Auskunft über die Prävalenz und Schweregrad psychiatrischer Erkrankungen in Dortmund. Sie erfassen den Anteil der psychiatrisch erkrankten Dortmunder Bürgerinnen und Bürger, die die vorhandenen Versorgungsangebote nutzen, so weit dies mit den erschließbaren Datenquellen möglich war. Aussagen über unversorgte oder nicht ausreichend versorgte Bevölkerungsgruppen sind letztlich nur im Rahmen von Felduntersuchungen zu gewinnen.

Die Häufigkeit, Verteilung und das Risiko einer psychiatrischer Erkrankung sind Gegenstand umfassender Felduntersuchungen⁸ gewesen, deren Ergebnisse allerdings nur eingeschränkt vergleichbar sind. Die eingeschränkte Vergleichbarkeit ist insbesondere durch voneinander abweichende Falldefinitionen und unterschiedlichen methodischen Ansätzen verursacht worden. In den vergangenen zwanzig Jahren hat sich diese Situation als Folge standardisierter Untersuchungsinstrumente allerdings deutlich verbessert⁹.

In Deutschland wurde von 1975 - 1977 die psychiatrische Morbidität einer Bevölkerungsstichprobe von 1536 Personen in drei kleinstädtisch-ländlichen Gemeinden des Landkreises Traunstein in Oberbayern¹⁰ untersucht. Diese Untersuchung wurde in den 80-er Jahren bei überwiegend den gleichen Personen wiederholt (n = 1666) und um die Fragestellung des Verlaufs psychiatrischer Erkrankungen in einem 5-Jahreszeitraum erweitert. Die Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen in den einzelnen Gemeinden wich in einigen Diagnosen (Persönlichkeitsstörung, Alkoholabhängigkeit) deutlich voneinander ab, wenn auch das Gesamtergebnis mit internationalen Studien übereinstimmte. Mitte der 80-er Jahre wurde eine repräsentative Stichprobe deutscher Erwachsener in der Stadt Mannheim untersucht, deren Ergebnisse wegen einer abweichenden Fallidentifikation und einer veränderten Schweregradeinteilung nicht direkt mit den Ergebnissen der oberbayerischen Verlaufsuntersuchung im Landkreis Traunstein verglichen werden konnten¹¹. Andere Untersuchungen über die psychiatrische Morbidität der Bevölkerung einer deutschen Großstadt wurden nicht durchgeführt oder sind nicht bekannt. Wegen der Übereinstimmung der Untersuchungsergebnisse mit internationalen Arbeiten wird für die Zwecke des vorliegenden Berichtes auf die Untersuchungen in der Stadt Mannheim und im Landkreis Traunstein zu-

⁸ Vgl. Fichter, Manfred M.: Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung, Berlin – Heidelberg – New York 1990

⁹ Rössler, Wulf, Salize, Hans Joachim: Planungsmaterialien für die psychiatrische Versorgung, Weinheim 1993

¹⁰ Dilling, H.; Weyerer S.; Castell, R.: Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung, Stuttgart 1984

¹¹ Fichter, Manfred M.: a.a.O.; Franz, M., a.a.O.

rückgegriffen. Die dort dargestellten Daten werden ergänzt durch Felduntersuchungen, die sich ihrerseits mit speziellen Fragestellungen bzw. Diagnosegruppen beschäftigen.

1.3.1.2. Begriffsklärung

Die unterschiedlichen Angaben zur Häufigkeit psychiatrischer Erkrankung in der Bevölkerung werden wesentlich durch voneinander abweichende **Falldefinitionen** verursacht. Zur Falldefinition sind erforderlich a.) die Diagnose einer Erkrankung bspw. nach ICD in der aktuell gültigen Fassung, b.) die Festlegung eines Prävalenzintervalls sowie c.) die Erfassung der Beeinträchtigungsschwere bspw. zur Beurteilung der Behandlungsbedürftigkeit.

Prävalenz gibt die Anzahl der Erkrankungsfälle in einer definierten Population in einer bestimmten Zeit an. In der Regel wird die Punktprävalenz ermittelt: sie bezeichnet die Anzahl der Erkrankungsfälle, die zu einem bestimmten Zeitpunkt in einer bestimmten Bevölkerung vorgefunden werden. Die **Punktprävalenz** kann sich auch auf einen bestimmten Zeitraum beziehen. So gibt die 7 – Tage - Punktprävalenz der zitierten Oberbayrischen Untersuchungen an, wie viel Menschen der Stichprobe in den letzten 7 Tagen vor der Untersuchung psychiatrisch erkrankt waren. In Unterscheidung zur Punktprävalenz gibt die **Perioden – oder Streckenprävalenz** an, wie viel Menschen irgendwann im definierten Zeitraum erkrankt waren. Ein Vergleich der beiden Prävalenzwerte erlaubt somit eine Einschätzung der Veränderbarkeit bzw. Chronizität von Erkrankungen. (Fichter (1990) referiert sowohl Punkt- als auch Streckenprävalenzwerte. Die **Inzidenz** misst die Krankheitsfälle, die innerhalb eines bestimmten Zeitraums neu auftreten. Es wird zwischen der kumulativen Inzidenz und der Inzidenzrate unterschieden: Die *kumulative Inzidenz* beschreibt den Anteil von Personen, bei denen in einem bestimmten Zeitraum (in der Regel ein Jahr) die Erkrankung neu auftritt. Fluktuationen in der Population werden hierbei nicht berücksichtigt. Dem trägt die *Inzidenzrate* Rechnung. Sie wird ermittelt, indem die Summe der tatsächlichen individuellen Beobachtungszeiten durch die Zahl der Erkrankungsfälle dividiert wird. Die Prävalenz einer Erkrankung hängt von ihrer Inzidenz und ihrer Dauer ab. Bei relativ stabilem Vorkommen einer Erkrankung und geringer Häufigkeit entspricht die Prävalenz dem Produkt aus der Inzidenz und der durchschnittlichen Erkrankungsdauer¹².

Psychiatrische Erkrankungen werden derzeit nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme in ihrer 10. Revision dokumentiert. Psychische und Verhaltensstörungen finden sich dort im V. Kapitel unter den Ziffern F00 – F99. Im einzelnen sind aufgeführt:

¹² Stark, K. und Guggenmoos-Holzmann, I.: Wissenschaftliche Ergebnisse deuten und nutzen in: Schwartz F.W. (Hrsg.): Das Public Health Buch, München, Wien, Baltimore 1998

F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzminderung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Tabelle 1: psychiatrische Erkrankungen nach ICD – 10

Über die jeweils spezifische, aus der Erkrankung resultierenden Symptomatik hinaus führen psychische Erkrankungen bei den Betroffenen zu besonderen Eigenheiten, die für den Krankheitsverlauf und die sozialen Beziehungen von Bedeutung sind. Diesen Besonderheiten muss bei der Versorgung Rechnung getragen werden:

Psychisch kranke Menschen sind besonders anfällig für Veränderungen und Belastungen in ihrer Umgebung. Dabei handelt es sich oft um solche, die vom Umfeld als geringfügig oder bedeutungslos, von den Betroffenen jedoch als Stressfaktoren erlebt werden. Eine besondere Sensibilität der Wahrnehmung führt häufig zu großer Verletzlichkeit ("Vulnerabilität").

Psychisch kranken Menschen fällt es oft schwer, Kontakt zu anderen Menschen aufzunehmen und zu halten. Als Folge diese Kontaktschwierigkeiten leben sie zurückgezogen und isoliert. Sowohl Ängste als auch Schwierigkeiten, die eigenen Wünsche und Bedürfnisse verständlich zu machen, spielen hier eine Rolle.

Als Folge der Kontaktstörungen sind die sozialen Beziehungen oft großen Belastungen ausgesetzt. Betroffen sind insbesondere familiäre Beziehungen, die sich als äußerst schwierig gestalten können oder sogar ganz verloren gegangen sind. Weitere Lebens- bzw. soziale Bereiche wie Freunde, Arbeit etc. sind in der Regel ebenfalls betroffen.

Psychisch kranke Menschen können in ihrer Beziehung zu sich selbst derart eingeschränkt sein, dass ihnen die Fähigkeit teilweise oder ganz verloren geht, für sich selbst zu sorgen. Betroffen sein können die Bereiche persönliche Pflege, Pflege des Haushalts, Ernährung, Gesundheit, Finanzen etc.

Es kann zur Einschränkung oder zum Verlust der Erwerbsfähigkeit bzw. zum Verlust des Arbeitsplatzes kommen.

Die Fähigkeit, angemessene Hilfe zu suchen kann eingeschränkt oder ganz verlorengegangen sein.

1.3.1.3. Ergebnisse deutscher Feldstudien

Schepank¹³ u.a. untersuchten zwischen 1979 und 1983 (A – Studie) eine repräsentative Stichprobe der erwachsenen (25 Jahre und älter) Mannheimer Bevölkerung. In einer Folgeuntersuchung wurden 88 % der Probanden (528) der A-Studie erneut untersucht (B-Studie). Als Fall wurde definiert: ICD Diagnose 300 (Psychoneurosen), 301 (Persönlichkeitsstörungen), 303, 304.4 (Suchterkrankungen), 305, 306, 316+ (psychosomatische Erkrankungen) in den letzten sieben Tagen (Punktprävalenz) bei Bestehen einer klinisch relevanten psychogenen Beeinträchtigung. Die Probanden wurden von „tiefenpsychologisch geschulten und klinisch-psychosomatisch erfahrenen Ärzten und Psychologen“ untersucht. Als klinisch relevante psychogene Beeinträchtigung wurde ein Wert > 5 des Beeinträchtigungsschwere-score (BSS)¹⁴ definiert. Die Prävalenz der genannten Störungen (Punktprävalenz der letzten sieben Tage) lag bei 26 % der gesamten untersuchten Stichprobe. Diese verteilten sich wie folgt:

Diagnose (Klartext)	Diagnose nach ICD - 9	Anteil in %
Psychoneurosen	300	7,16 %
Persönlichkeitsstörungen	301	5,67 %
Alkohol- / Medikamentenmissbrauch	303, 304.4	1,5%
Funtionelle / psychosomatische Störungen	305, 306	11,68 %
gesamt		26,01%

Tabelle 2: Ergebnisse der „Mannheimer Studie“

Sowohl in der Feldstudie von Dilling et al. (1984) (Jahresprävalenz behandlungsbedürftiger psychiatrischer Erkrankungen = 24,1 %) als auch in der hierauf aufbauenden Untersuchungen von Fichter (1990) wurden diagnostizierte psychiatrische Erkrankungen nach Schweregraden ermittelt, um die Behandlungsbedürftigkeit beurteilen zu können. Die Schweregrade sind nachfolgend dargestellt.

Schweregrad	Abstufung
0	keine psychiatrische Abnormität
1	leichte psychische Auffälligkeit oder isolierte Symptome, die keine medizinische Intervention verlangen
2	deutliche psychische Störung, die nur allgemeinärztliche Versorgung erfordert
3	schwere psychische Störung, die eine Überweisung zum Psychiater, Psychotherapeuten oder zu einer Facheinrichtung erfordern
4	sehr schwere psychische Störung, die eine Einweisung in eine psychiatrische/psychotherapeutische Klinik oder ein vergleichbares Krankenhaus erfordern

Tabelle 3: Schweregradeinteilung psychiatrischer Erkrankungen n. Fichter (1990)¹⁵

¹³ nach: Franz, M: Epidemiologie psychogener Störungen und Bedarf an Versorgungsleistungen in: Janssen, P. L. (Hrsg.): Psychotherapeutische Medizin, Stuttgart, New York 1999, Seite 103 ff

¹⁴ Eine Darstellung des BSS findet sich in Franz, M: Epidemiologie psychogener Störungen und Bedarf an Versorgungsleistungen in: Janssen, P. L. (Hrsg.): Psychotherapeutische Medizin, Stuttgart, New York 1999, Seite 109 ff

¹⁵ zit. nach Fichter, Manfred M.: a.a.O., Seite 29

In die repräsentative Bevölkerungsstichprobe der oberbayrischen Studie wurden Probanden, die 15 Jahre oder älter waren, einbezogen. Die Ergebnisse der oberbayrischen Studie wurden in ICD – 8 sowie in ICD – 9 ausgewiesen. Tabelle 4 enthält die Erhebungsergebnisse der Studie in ICD – 9 in der in der Dortmunder Erhebung praktizierten Zusammenfassung der einzelnen Diagnosen.

Psychiatrische Hauptdiagnose nach ICD 9, 15 Jahre und älter, Schweregrad ≥ 2	7 – Tage Prävalenz in %, n = 1666	5 Jahre Streckenprävalenz in %, n = 1666
Organische Psychosen (290 – 294)	1,6	1,9
Psychosen (295 – 299)	1,2	1,9
Neurosen (300, 306 – 316)	12,6	23,9
Persönlichkeitsstörungen (301)	3,1	3,3
Alkoholismus / Drogenabhängigkeit (303 – 305)	3,1	4,2
Geistige Behinderung (317 – 319)	0,9	0,9
gesamt	22,5	36,1

Tabelle 4: Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen im Landkreis Traunstein nach ICD 9¹⁶, eigene Berechnungen
Die Punktprävalenz psychogener Erkrankungen nach der Definition der Mannheimer Studie liegt in der oberbayrischen Untersuchung bei 18,8 %.

Wie ausgeführt, sind die referierten Feldstudien aus Mannheim und Oberbayern nur eingeschränkt miteinander vergleichbar, da sie sich hinsichtlich ihrer Vorgehensweise und den angewendeten Methoden deutlich voneinander unterscheiden. Franz¹⁷ veröffentlichte folgende Übersicht:

Untersuchungsmerkmale	Oberbayern	Mannheim
Untersucher	Psychiatrische Assistenzärzte	Psychotherapeuten / Psychosomatiker
Psychosen, Demenzen	eingeschlossen	Ausschlusskriterium
Schweregradeinstufung	Behandlungsbedürftigkeit	reale psychogene Beeinträchtigung
Neurosendiagnostik	relativ undifferenziert	zentrales Anliegen
Fallidentifikation	analog aber nicht identisch	
Fallkriterien	unterschiedlich	

Tabelle 5: Unterschiede zwischen der oberbayrischen und der Mannheimer Feldstudie (nach Franz)

In der Mannheimer Felduntersuchung wurde die Prävalenz von Psychosen und dementiellen Erkrankungen nicht ermittelt. Sie erlaubt jedoch Aussagen zur Prävalenz neurotischer Erkrankungen in einer deutschen Großstadt.

¹⁶ zit. nach Fichter, Manfred M.: a.a.O., Seite 56

¹⁷ Franz, M: Epidemiologie psychogener Störungen und Bedarf an Versorgungsleistungen in: Janssen, P. L. (Hrsg.): Psychotherapeutische Medizin, Stuttgart, New York 1999, Seite 116

Dilling et al. (1984) berücksichtigte auch die Nebendiagnose mit der Folge, dass sich die Gesamtmorbidität bei Alkoholikern um 0,9 %, bei den Neurotikern um 2,1 % erhöhte. Schizophrenie, affektive und andere Psychosen sowie Oligophrenie kamen nicht als Nebendiagnose vor. Vor allem bei Alkoholismus / Drogenabhängigkeit, Schizophrenie, den psychischen Erkrankungen im Alter und Oligophrenie wurde eine erhebliche Chronizität gefunden.

Zum Zeitpunkt der Untersuchung litten bspw. 12,6 % der Befragten in den letzten 7 Tagen an einer neurotischen oder psychosomatischen Erkrankung, irgendwann in den letzten fünf Jahren waren des dagegen 23,9 %. Fichter (1990) führt diesen Sachverhalt auf die geringe Chronifizität dieser Erkrankungsarten zurück. An Schizophrenie erkrankte Personen tragen dagegen ein hohes Risiko, langfristig versorgungsbedürftig zu sein¹⁸. Auf Grund der spezifischen Charakteristika dieser Erkrankung gilt sie als das kostenintensivste psychiatrische Krankheitsbild^{19,20}. Häufigkeitsstudien schwanken in ihren Ergebnissen zwischen Werten von 0,14 % - 0,74 % der Bevölkerung²¹, Rössler (1996) vertritt eine Einengung der Variationsbreite auf 0,25 % - 0,53 % der Gesamtbevölkerung²². Männer und Frauen erkranken am häufigsten in unterschiedlichen Lebensphasen (Männer: zwischen dem 20 – 24 Lebensjahr, Frauen zwischen dem 25. – 29 Lebensjahr), kumulativ ergeben sich jedoch keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern²³. Angaben über die Inzidenzrate pro Jahr schwanken zwischen 0,015 % - 0,04 % der Bevölkerung. In der Bundesrepublik wurden – in Abhängigkeit vom zu Grunde gelegten diagnostischen Konzept – eine Jahresinzidenz von 1 – 2 Neuerkrankungen pro 10.000 Einwohner ermittelt²⁴.

Nach Rössler, W., Salize H.-J. (1993) leiden zwischen 23 % - 29 % der alten Menschen (Alter ≥ 65 Jahre) an einer psychiatrischen Erkrankung.

Art der Erkrankung	tiefster Wert in %	höchster Wert in %
Schwere Hirnabbauprozesse (Demenz und schwere organische Psychosen)	3,4	6,0
Leichtere Hirnabbauprozesse	5,4	15,4
Endogene Psychosen (Schizophrenie, endogene Depression, manisch – depressive Psychose)	1,0	3,7
Reaktive Störungen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen	4,8	13,7

Tabelle 6: Vorkommen der wichtigsten psychiatrischen Alterserkrankungen bei über 65 – jährigen aus sieben Studien in verschiedenen europäischen Ländern (Cooper 1986, zit. nach Rössler, W., Salize H.-J.)²⁵

¹⁸ Rössler, Wulf: Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker: Daten, Fakten, Analysen [Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 77] Baden-Baden 1996, Seite 39

¹⁹ Salize, H.J., Rössler, W.: Kosten und Kostenwirksamkeit der gemeindepsychiatrischen Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, Berlin – Heidelberg – New York 1998

²⁰ Graf v. d. Schulenberg, J.-M., Uber, A., Höffler J., Trenckmann U., Kissling W., Seemann U., Müller P., Rütger E.: Untersuchungen zu den direkten und indirekten Kosten der Schizophrenie in: *Gesundh.ökon.Qual.manag.* 3 (1998), Stuttgart – New York, Seite 81 - 87

²¹ Graf v. d. Schulenberg, J.-M. et al.: a.a.O., Seite 82

²² Rössler, Wulf: Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker: Daten, Fakten, Analysen [Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 77] Baden-Baden 1996, Seite 40

²³ s. neben der bereits zitierten Literatur auch: Statistisches Bundesamt: Gesundheitsbericht für Deutschland, Stuttgart 1998

²⁴ Häfner H (1992a) The epidemiology of schizophrenia. *Traingle* 31, 133 – 154, zit. nach: Rössler, Wulf: Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker: Daten, Fakten, Analysen [Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 77] Baden-Baden 1996, Seite 41

Niße (1998) berichtet von Ergebnissen, nach denen 45 % der über 95jährigen dement erkrankt sind²⁶. Die Jahresinzidenz dementieller Erkrankungen liegt bei ca. 1,5 % der über 65jährigen²⁷ und steigt mit fortschreitendem Alter weiter an. Dilling (1984) hat ermittelt, dass zwei Drittel der psychischen Alterserkrankungen bereits länger als 5 Jahre bestanden²⁸. Psychosen treten im Alter selten neu auf, hier handelt es sich im wesentlichen um chronifizierte Verläufe früherer Erkrankungen²⁹.

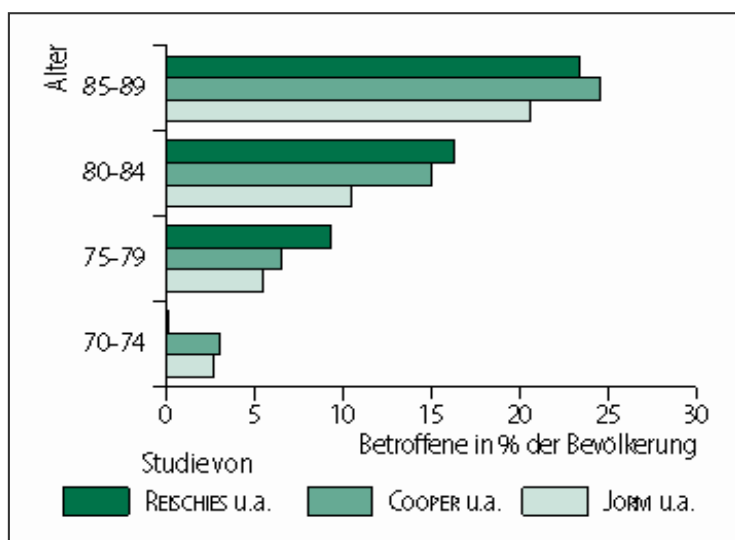


Abbildung 1-1: Prävalenz von Demenz³⁰

Repräsentative Felduntersuchungen zur Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen von Migranten in Deutschland sind nicht bekannt. Einerseits wird für schizophrene Psychosen „teilweise ein erhöhtes Krankheitsrisiko“³¹ beobachtet, das mit ungünstigen Lebensbedingungen im Einwanderungsland erklärt wird. Andererseits wurde für in Deutschland lebende türkische Männer ein geringeres Erkrankungsrisiko ermittelt, was seinerseits mit sozialen Selektionsprozessen im Herkunftsland begründet wird³².

1.3.1.4. Inanspruchnahme von Einrichtungen und Diensten

Epidemiologische Studien zur Häufigkeit psychiatrischer Erkrankung in der Allgemeinbevölkerung lassen die Frage unbeantwortet, in welchem Umfang vorgehaltene Leistungen und Dienste von den Zielgruppen tatsächlich in Anspruch genommen werden. Franz³³ spricht von einem „weit verbreiteten störungsinadäquaten Inanspruchnahmeverhalten psychogen Erkrankter“.

Dilling (1984) und Fichter (1990) haben versucht, eine „epidemiologischen Behandlungsdifferenz“ zu ermitteln. Diese Differenz besteht diesen Autoren zufolge aus dem Unterschied zwischen dem im Rahmen der Felduntersuchungen als behandlungsbedürftig ermittelten Klientel und dem tatsächlich in den

²⁵ Rössler, Wulf, Salize, Hans Joachim: Planungsmaterialien für die psychiatrische Versorgung, Weinheim 1993

²⁶ Niße K.: Psychisch krank im Alter [Kuratorium Deutsche Altershilfe Thema 136], Köln 1998

²⁷ Statistisches Bundesamt: Gesundheitsbericht für Deutschland, Stuttgart 1998, Seite 210

²⁸ a.a.O., Seite 45

²⁹ Rössler, W., Salize H. J.: Planungsmaterialien für die psychiatrische Versorgung, Weinheim 1993, Seite 42

³⁰ Statistisches Bundesamt: Gesundheitsbericht für Deutschland, Stuttgart 1998, Seite 210

³¹ Statistisches Bundesamt: Gesundheitsbericht für Deutschland, Stuttgart 1998, Seite 214; Frießen Dieter H.: Psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen ausländischer Arbeiter in der BRD in: Psychiat. Neurol. Med. Psychot, Leipzig 26 (1974), Februar 2, S. 78 – 90

³² Statistisches Bundesamt a.a.O.

Diensten vorgefundenen Patientinnen und Patienten. Dilling et al. (1984) ermittelten eine psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit von 6,3 % (Jahresprävalenz), der Anteil der in den letzten 12 Monaten psychiatrisch Behandelten lag dagegen bei 2,1 % und identifizierte so eine „epidemiologische Behandlungsdifferenz“ von 4,2 %. Die 6,3 % - Quote behandlungsbedürftiger psychiatrischer Erkrankungen wurde von Dilling et al. (1984) im Rahmen der Diskussion der Untersuchungsergebnisse nach unten auf eine realistische Behandlungsrate von 4 – 5 % korrigiert³⁴.

Häufigkeit psychiatrischer Hauptdiagnosen (ICD 9) nach Schweregraden	7 – Tage Prävalenz in %, n = 1666		5 Jahre Streckenprävalenz in %, n = 1666	
	Schweregrad 3 ³⁵	Schweregrad 4 ³⁶	Schweregrad 3	Schweregrad 4
Psychische Behinderung auf Grund körperlicher Erkrankung (290 – 294)	0,7	0,1	1,0	0,4
Psychosen (295 – 299)	0,4	-	0,7	0,1
Neurosen (300, 306 – 316)	1,4	0,1	5,5	0,5
Persönlichkeitsstörungen (301)	0,3	-	0,4	-
Alkoholismus / Drogenabhängigkeit (303 – 305)	0,4	0,1	1,2	0,1
Geistige Behinderung (317 – 319)	0,1	0,1	0,1	0,1

Tabelle 7: Ambulante und stationäre psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit im Landkreis Traunstein nach Diagnosegruppen (ICD 9)³⁷, eigene Berechnungen

Tabelle 7 verdeutlicht, dass nach der Auffassung der Untersuchungsteams von Dilling und Fichter Persönlichkeitsstörungen im Grundsatz eine stationäre Krankenhausbehandlung nicht erforderlich ist. Es ist darauf hinzuweisen, dass Schepank u.a. eine hiervon abweichende fachliche Auffassung vertreten. Komplementäre Einrichtungen waren zum Zeitpunkt der Untersuchungen von Dilling und Fichter noch nicht vorhanden, so dass Vermutungen oder gar Hypothesen zum Bedarf solcher Einrichtungstypen aus den vorliegenden Daten in keiner Weise abgeleitet werden können.

Die in Felduntersuchungen ermittelte Differenz zwischen behandlungsbedürftigen Personen einerseits und der tatsächlichen Inanspruchnahme vorhandener Einrichtungen und Dienste andererseits wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst.

1. Die Sozialstruktur der Versorgungsregion hat erheblichen Einfluss auf die Hospitalisierungsraten. Rüesch, Meyer und Hell³⁸ konnten in einer Korrelationsanalyse von Daten der im Jahre 1997 stati-

³³ Franz, M.: Epidemiologie psychogener Störungen und Bedarf an Versorgungsleistungen in: Janssen, P. L. (Hrsg.): Psychotherapeutische Medizin, Stuttgart, New York 1999, Seite 103

³⁴ vgl. Dilling et al. (1984) a.a.O., Seite 116 ff

³⁵ Erforderlichkeit ambulanter fachärztlicher Behandlung

³⁶ Erforderlichkeit stationärer psychiatrischer Behandlung

³⁷ Fichter (1990) a.a.O., Seite 56

³⁸ Rüesch, P., Meyer P.C., Hell, D.: Wer wird psychiatrisch hospitalisiert? Psychiatrische Hospitalisierungsraten und soziale Indikatoren im Kanton Zürich (Schweiz) in: Gesundheitswesen 2000; 60: 166 - 171

onär behandelten Psychatriepatienten im Schweizer Kanton Zürich mit sozialstrukturellen Variablen der jeweiligen Wohnregionen nachweisen, dass sowohl die Rate der Ersthospitalisierung als auch die Rate der Rehospitalisierungen mit der Einwohnerzahl zusammenhängt. In städtischen Regionen ist die Häufigkeit von Hospitalisierungen deutlich höher als in ländlichen Gemeinden, was wiederum mit einer hohen Bevölkerungsdichte, einer hohen Ärztedichte, einer hohen Arbeitslosenquote, einem hohen Ausländeranteil sowie einer hohen Anzahl von Ein-Personen-Haushalten in den Städten („Zentrumsfaktor“) in Beziehung steht. Die Untersuchung zeigte, dass das Sozialschicht- und Bildungsniveau sowie die Einkommensstruktur („Schichtfaktor“) in praktisch keiner Beziehung zur Hospitalisierungsrate stehen.

2. Angebote und Dienste sind nicht ausreichend vorhanden. Fachliche Standards zu der Frage, welche Angebote und Dienste in einer Versorgungsregion vorgehalten werden sollen, wurden von der Expertenkommission (1988) der Bundesregierung zur Reform der psychiatrischen Versorgung formuliert. Denkbar ist auch, dass Konzept und Angebotsstruktur vorhandener Angebote und Dienste nicht den Besonderheiten psychiatrischer Erkrankungen entsprechen. Diese Fragestellung war Gegenstand der in der Stadt Dortmund durchgeführten Interviews. Darüber hinaus geben die Fallzahl, die Indikatoren „Verweildauer“ und „Erreichbarkeit“ sowie in einigen Bereichen die Angaben zu vorzeitig beendeten Maßnahmen Hinweise auf diesen Sachverhalt.
3. Auf der individuellen Ebene verhindert „Krankheitsuneinsichtigkeit“ bzw. die Weigerung, die Definition eigenen Verhaltens als „psychisch krank“ anzunehmen die Nutzung psychiatrischer Hilfsangebote. Die Häufigkeit dieses Phänomens und die damit verbundene fehlende Behandlungsmotivation wurde von Dilling et al. (1984) mit 40 % der als behandlungsbedürftig eingestufteten Patienten angegeben³⁹. Die Untersuchung zur Erstellung eines Psychatrieberichtes für die Stadt Dortmund gibt hierüber keine Auskunft. Dennoch ist die Häufigkeit fehlender Behandlungsmotivation bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.
4. Vorurteile in der Bevölkerung gegenüber psychischer Erkrankung senken die Behandlungsbereitschaft und helfen, fachliche Hilfen zu vermeiden. Diese Fragestellung wurde nicht untersucht. In den Interviews sind hierzu jedoch Aussagen getroffen worden.
5. Die Finanzierung (sozial)psychiatrischer Leistungen über die Sozialhilfe und die ggfls. hiermit verbundene Eigenbeteiligung in Form der Heranziehung eigenen Einkommens und Vermögens zwingt zu einer Güterabwägung zwischen „erforderlicher Hilfe“ und Geld. Diese Fragestellung wurde nicht untersucht.
6. Das gegliederte System sozialer Sicherung sowie die damit verbundene Zersplitterung der Zuständigkeiten ist für psychisch Kranke insoweit besonders problematisch, als sie bei schweren Krankheitsverläufen auf Leistungen unterschiedlicher Kostenträger angewiesen sind. Hierzu sind jedoch eine Fülle bürokratischer Hürden zu bewältigen. Diese Fragestellung war nicht Gegenstand der Untersuchung. Allerdings wurden in den Interviews häufig Aussagen zu diesem Themenkreis gemacht.

³⁹ Dilling et al.(1984) a.a.O., Seite 118

1.4. Annahmen zur Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen in der Dortmunder Bevölkerung

Zum Stichtag 31.12.1998 lebten in Dortmund 592.817 Einwohnerinnen und Einwohner, darunter befanden sich 77.239 Migranten ausländischer Herkunft. 507.507 Menschen waren zum Stichtag über 15 Jahre alt, darunter befanden sich 60.363 Migranten. Die Altersgrenze von 15 Jahren wurde definiert, um die Vergleichbarkeit mit den Daten der Oberbayrischen Untersuchungen zu erhöhen. 52 % der Dortmunder Bevölkerung über 15 Jahre sind weiblich, der Anteil der über 15jährigen Deutschen liegt bei 88 %. Bei der Darstellung der Verteilung der Bevölkerung auf die einzelnen Stadtbezirke wurde keine Altersbegrenzung vorgenommen.

Bevölkerung nach Geschlecht und Verteilung in den Statistischen Unterbezirken am 31.12.1998			
Stadtbezirk			
	männlich	weiblich	zusammen
Innenstadt-West	27.187	28.219	55.406
Innenstadt-Nord	30.478	28.027	58.505
Innenstadt-Ost	25.042	28.595	53.637
Stadtbezirk Eving	17.050	17.840	34.890
Stadtbezirk Scharnhorst	22.880	24.355	47.235
Stadtbezirk Brackel	26.406	29.142	55.548
Stadtbezirk Aplerbeck	26.151	28.380	54.531
Stadtbezirk Hörde	26.155	28.015	54.170
Stadtbezirk Hombruch	25.580	27.919	53.499
Stadtbezirk Lütgendortmund	24.333	25.447	49.780
(Kirchlinde ⁴⁰)	(4.955)	(5.465)	(10.420)
Stadtbezirk Huckarde	17.532	18.692	36.224
Stadtbezirk Mengede	19.289	20.103	39.392
Dortmund insgesamt	288.083	304.734	592.817

Tabelle 8: Bevölkerung in der Stadt Dortmund am 31.12.1998 (Quelle: Amt für Statistik und Wahlen der Stadt Dortmund)

Während Tabelle 8 die gesamte Bevölkerung in der Stadt Dortmund ausweist, beinhaltet die folgende Darstellung die Verteilung der Dortmunder Bevölkerung nach Altersgruppen.

⁴⁰ Die Bevölkerungsangaben zu Kirchlinde wurden wegen des Pflichtversorgungsgebietes der psychiatrischen Abteilung am Ev. Krankenhaus Lütgendortmund zusätzlich ausgewiesen.

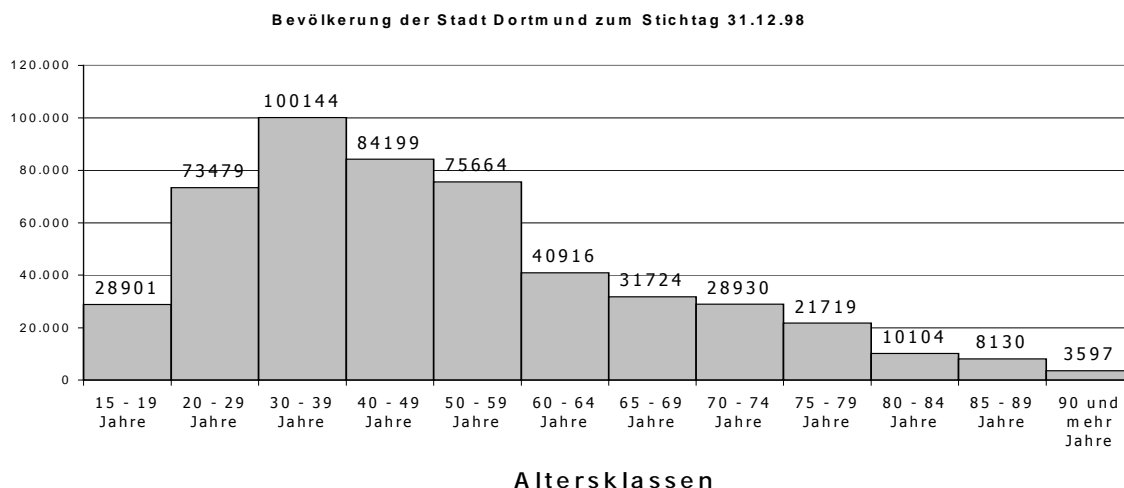


Abbildung 1-2: Altersaufbau der Bevölkerung in der Stadt Dortmund zum 31.12.1998

Die Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen nach Diagnosegruppen kann auf der Grundlage der Untersuchungsergebnisse im Landkreis Traunstein für eine 7 – Tage – Prävalenz und für eine 5 – Jahre Streckenprävalenz hypothetisch ermittelt werden. Die 7 – Tage – Punktprävalenz gibt die Häufigkeit einer Erkrankung im Zeitraum von 7 Tagen vor der Untersuchung an. Die 5 – Jahres Streckenprävalenz macht eine Aussage, wie viel Menschen im Zeitraum der letzten 5 Jahre überhaupt an den zu untersuchenden Erkrankungen gelitten haben. Ein Vergleich der 7 – Tage Punktprävalenz und der 5 – Jahrestreckenprävalenz gibt Hinweise auf chronische Verläufe, die, wie oben dargestellt, insbesondere bei den Suchterkrankungen, der Schizophrenie, der Oligophrenie sowie den dementiellen Alterserkrankungen gefunden wurden.

Der nachfolgenden Darstellung wurde die Anzahl der Dortmunder Einwohnerinnen und Einwohner ab dem 15. bzw. 25 Lebensjahr zu Grunde gelegt, um die Vergleichbarkeit mit der Oberbayrischen Studie und der Mannheimer Studie zu erhöhen.

Die Anzahl der Migranten fließt ungewichtet ein, da die Frage, ob bei dieser Bevölkerungsgruppe eine besondere oder eine verminderte Behandlungsbedürftigkeit gegeben ist, im Rahmen dieser Arbeit nicht beantwortet werden kann. Es wird nicht nach Geschlechtern differenziert, da (a.) die Verteilung psychiatrischer Erkrankungen auf die Geschlechter bei allen Unterschieden im Detail insbesondere bei chronischen Verläufen ausgewogen ist und (b.) ggfls. vorhandene geschlechtsspezifische Bedürfnisse mit dem vorliegenden empirischen Material nicht ermittelt werden können.

Die nachfolgende Tabelle beinhaltet eine quantitative Annäherung an die Anzahl psychisch Erkrankter in der Stadt Dortmund als Umrechnung der für die Stadt Mannheim und den Landkreis Traunstein ermittelten Prävalenzen auf die Bevölkerung der Stadt Dortmund.

Annahmen über die Häufigkeit psychiatrischer Erkrankung ⁴¹ in der Bevölkerung der Stadt Dortmund zum 31.12.1998 nach ICD 9	Oberbayrische Studie (15 Jahre und älter)				Mannheimer Studie (25 Jahre und älter)		
	7 – Tage Prävalenz n = 507.507		5 Jahre Streckenprävalenz n = 507.507		7 – Tage Prävalenz n = 447.011		
	in %	absolut	in %	absolut	ICD - 9	in %	absolut
Organische Psychosen (290 – 294)	1,6	8120	1,9	9643	-	-	-
Psychosen (295 – 299)	1,2	6090	1,9	9643	-	-	-
Neurosen (300, 306 – 316)	12,6	63946	23,9	121294	300, 305, 306	18,84%	84217
Persönlichkeitsstörungen (301)	3,1	15733	3,3	16748	301	5,67 %	25346
Alkoholismus / Drogenabhängigkeit (303 – 305)	3,1	15733	4,2	21315	303, 304.4	1,5%	6705
Geistige Behinderung (317 – 319)	0,9	4568	0,9	4568	-	-	-
gesamt	22,5	114189	36,1	183210	-	26,01%	116268

Tabelle 9: Annahmen über die Häufigkeit psychiatrischen Erkrankungen in der Stadt Dortmund nach Diagnosegruppen (ICD 9), eigene Berechnungen

Die Angaben zur 7 – Tage Prävalenz bei Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen sind nur eingeschränkt vergleichbar, weil die Diagnosegruppen unterschiedlich gebildet wurden und die Alterszusammensetzung der jeweiligen Stichproben differieren.

Die Häufigkeit behandlungsbedürftiger schizophrener Erkrankungen wurde mit 0,25 % - 0,53 % der Gesamtbevölkerung bei einer Neuerkrankungsrate (Jahresinzidenz) von 0,015 % - 0,04 % der Bevölkerung angegeben. Demnach wären zwischen 1.482 und 3.142 der Dortmunder Einwohnerinnen und Einwohner an Schizophrenie erkrankt, während die Häufigkeit der Neuerkrankungen in absoluten Zahlen jährlich zwischen 89 und 237 läge.

Während in der Diskussion um den Grad der gerontopsychiatrischen Versorgung häufig nur auf dementielle Erkrankungen Bezug genommen wird, erlauben es internationale Untersuchungsergebnisse wie auch die oberbayrische Felduntersuchungen psychotische und neurotische Erkrankungen im Alter in ihrer Häufigkeit zu beschreiben. Bezogen auf die Stadt Dortmund ergeben sich für die Häufigkeit psychiatrischer Alterserkrankungen folgende quantitative Annäherungen:

Art der Erkrankung	tiefster Wert	höchster Wert
Schwere Hirnabbauprozesse (Demenz und schwere organische Psychosen)	3.543	6.252
Leichtere Hirnabbauprozesse	5.627	16.047
Endogene Psychosen (Schizophrenie, endogene Depression, manisch – depressive Psychose)	1.042	3.856
Reaktive Störungen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen	5.002	14.276

Tabelle 10: Annahmen über die Häufigkeit gerontopsychiatrischer Krankheitsbilder bei über 65-jährigen in der Stadt Dortmund nach sieben Studien in verschiedenen europäischen Ländern, eigene Berechnungen

⁴¹ für die oberbayrische Studie wurde ein Schweregrad ≥ 2 zu Grunde gelegt.

Annahmen über den Anteil der psychiatrisch behandlungsbedürftigen Einwohnerinnen und Einwohner in der Stadt Dortmund können auf der Basis der oberbayrischen Studie formuliert werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass – wie die Ergebnisse aus Mannheim nahe legen - in der oberbayrischen Studie der Anteil neurotischer und funktionell-psychosomatischer Krankheitsbilder für die Dortmunder Großstadtsituation nicht angemessen ausgewiesen ist. Darüber hinaus belegt die Arbeit von Rüesch, Meyer und Hell⁴² eine höhere Hospitalisierungsrate in Großstädten, so dass die Ergebnisse epidemiologischer Forschung aus dem ländlich geprägten Landkreis Traunstein noch oben korrigiert werden sollten.

Unter Berücksichtigung der in der oberbayrischen Studie geltenden Schweregrade ergeben sich die in Tabelle 11 aufgeführten Anhaltswerte zur Anzahl psychiatrisch behandlungsbedürftiger Einwohnerinnen und Einwohner in der Stadt Dortmund.

Für Veränderungen in der Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen ist die demographische Zusammensetzung der Bevölkerung von entscheidender Bedeutung.⁴³ Wie Abbildung 1-2 verdeutlicht, wird sich die demographische Zusammensetzung der Bevölkerung in den nächsten Jahren ändern: der Anteil der 20 – 29 - Jährigen geht zurück, der Anteil der über 60 – Jährigen steigt. Es ist daher zu erwarten, dass bspw. die relative Häufigkeit schizophrener Erkrankungen zurückgeht, während gerontopsychiatrische Krankheitsbilder zunehmen werden.

Psychiatrische Hauptdiagnose nach ICD 9, Dortmunder Bevölkerung zum 31.12. 1998, 15 Jahre und älter	7 – Tage Prävalenz n = 507.507				5 Jahre Streckenprävalenz n = 507.507			
	Schweregrad 3 ⁴⁴		Schweregrad 4 ⁴⁵		Schweregrad 3		Schweregrad 4	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Organische Psychosen (290 – 294)	3553	0,7	508	0,1	5075	1,0	2030	0,4
Psychosen (295 – 299)	2030	0,4	-	-	3553	0,7	508	0,1
Neurosen (300, 306 – 316)	7105	1,4	508	0,1	27.912	5,5	2538	0,5
Persönlichkeitsstörungen (301)	1552	0,3	-	-	2030	0,4	-	-
Alkoholismus / Drogenabhängigkeit (303 – 305)	2030	0,4	508	0,1	6090	1,2	508	0,1
Geistige Behinderung (317 – 319)	508	0,1	508	0,1	508	0,1	508	0,1
gesamt	16778	3,3 %	2032	0,4 %	45.168	8,9 %	6092	1,2 %

Tabelle 11: Annahmen über die Häufigkeit ambulanter und stationärer psychiatrischer Behandlungsbedürftigkeit der über 15jährigen in der Stadt Dortmund nach Diagnosegruppen (ICD 9)⁴⁶, eigene Berechnung

Für die Zwecke einer Bestanderhebung und Mängelanalyse der psychiatrischen Versorgung in der Stadt Dortmund ist der Hinweis von Bedeutung, dass zum Zeitpunkt der Prävalenzstudie in Oberbayern noch kein mit der heutigen Situation vergleichbares ambulant-komplementäres Versorgungsnetz und dem

⁴² Rüesch, P., Meyer P.C., Hell, D.: Wer wird psychiatrisch hospitalisiert ? Psychiatrische Hospitalisierungsraten und soziale Indikatoren im Kanton Zürich (Schweiz) in: Gesundheitswesen 2000; 60: 166 - 171

⁴³ Rössler, W., Salize H.-J.: Planungsmaterialien für die psychiatrische Versorgung, Weinheim 1993, Seite 48

⁴⁴ Erforderlichkeit ambulanter fachärztlicher Behandlung

⁴⁵ Erforderlichkeit stationärer psychiatrischer Behandlung

⁴⁶ nach Fichter (1990) a.a.O., Seite 56

dort etablierten differenzierten Angebot existierte. Die dargestellten Angaben zur Behandlungsbedürftigkeit berücksichtigen ausschließlich ambulante und stationäre fachärztliche Leistungen.

2. Kommunale Gesundheitsberichterstattung in der psychiatrischen Versorgung

2.1. Bestandserhebung und Qualitätsbeurteilungen der psychiatrischen Versorgungsleistungen einer Region

Die Fachliteratur zur Gesundheitsberichterstattung führt hinsichtlich der psychiatrischen Versorgung zu ernüchternden Ergebnissen. Rössler und Salize (1996) kommen in ihrer im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erstellten, fundierten Analyse der in der Bundesrepublik Deutschland aktuell zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Gewinnung, Sammlung und Dokumentation von Informationen über die Lage der psychisch Kranken und dem Stand der psychiatrischen Versorgung (Psychiatrische Gesundheitsberichterstattung) zu dem Schluss, dass mit den gegenwärtig verfügbaren Informations- und Datenquellen eine kritische Bestandsaufnahme der Versorgungsstrukturen nicht zu leisten ist. Die Autoren fassen zusammen: "Eine systematisierte Sammlung und Dokumentation relevanter Parameter liegt nicht vor; die Datenerhebung ist auf viele Institutionen, Körperschaften und Träger verteilt, unkoordiniert, unübersichtlich und unvollständig. Es fehlt zudem an einem Konsens über leistungsfähige Indikatoren mit allgemeinverbindlichen Definitionen. Von einer validen Datenbasis, die einen Überblick über den Stand der Entwicklung in der psychiatrischen Versorgung - der Grundlage jeglicher Versorgungsplanung - ermöglicht kann nicht gesprochen werden."⁴⁷

Grundsätzlich gibt es mehrere - unterschiedlich aufwendige - Möglichkeiten zu regional differenzierten Daten zu gelangen:

- Aus der Routineberichterstattung können Regionaldaten extrahiert werden. Diese können als Eckwerte dienen, die Trends in der Versorgung anzeigen. Diese Datenbeschaffung ist mit dem geringsten Aufwand verbunden. Allerdings sind diese Daten aggregiert und wenig differenziert, so dass als Grundlage zur Beantwortung gezielter Fragestellungen oder als Grundlage zur regionalen Bedarfsbestimmung und Versorgungsplanung nicht ausreichend geeignet sind.
- größer angelegte Erhebungen können einmalig, bzw. im Bedarfsfall durchgeführt werden.
- andere Formen der Berichterstattung und Erhebungen mittleren Aufwendigkeitsgrades wie Sekundärerhebungen (Zusammenfassung von Informationen, die auf der Ebene einzelner Institutionen vorliegen) und Begleitforschungen können auf ihre Durchführungsmöglichkeit hin geprüft werden.

Als Haupterfordernisse einer regionalen Berichterstattung werden genannt⁴⁸:

- eine möglichst uneingeschränkte Vergleichbarkeit
- Kompatibilität mit der allgemeinen Gesundheitsberichterstattung
- bestehender Bezug zu politischen Versorgungszielen

⁴⁷ Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranke – Daten, Fakten, Analysen, Bd. 77 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 1996, Seite 2

- Standards bezüglich Gütekriterien (Validität)
- unmittelbare Aussagekraft

Wünschenswert ist die direkte Erhebung von Daten oder zumindest eine Schätzung aus der niedrigsten vorliegenden Aggregierungsstufe. Weiter sollten die Daten möglichst in Zeitreihen dargestellt und fortgeschrieben werden.

Derzeit werden in Deutschland erhebliche Bemühungen unternommen, die qualitativen und quantitativen Mängel psychiatrischer Gesundheitsberichterstattung zu beseitigen.

So wurde im Freistaat Sachsen mit dem „Dokumentationssystem für den komplementären psychiatrischen Versorgungsbereich (BADO- K)“⁴⁹ ein System zur Erfassung von Klienten- und Leistungsdaten sowie von Ergebniskriterien der Einrichtungen und Dienste einer Versorgungsregion entwickelt, es befindet sich derzeit in der Erprobung. Seitens des Sozialministeriums Baden-Württemberg wurde 1999 der Forschungsbericht „Qualitätssicherung und Dokumentation im Gemeindepsychiatrischen Verbund“ des Zentralinstituts für seelische Gesundheit veröffentlicht⁵⁰, das ein standardisiertes Verfahren für die regionale Versorgungsdokumentation und –steuerung beinhaltet. In beiden Verfahren werden die Daten einzelfallbezogen auf der Ebene der jeweiligen Einrichtungen erhoben.

Die **Bewertung** der psychiatrischen Versorgungsleistungen kann nur normativ in Hinblick auf vorgegebene Ziele und Standards und nicht absolut vorgenommen werden. Derzeit existiert jedoch noch kein international oder national anerkannter Indikatorensatz zur Qualitätsbeurteilung der psychiatrischen Versorgung. Basisindikatoren, die die Struktur und Leistungsfähigkeit regionaler Versorgungsgebiete abbilden, sollten nicht einrichtungsbezogen ausgewählt werden, sondern die psychiatrische Versorgung nach funktionaler Sichtweise abbilden.

2.2. Untersuchung zur psychiatrischen Versorgung in der Stadt Dortmund

Die durchgeführte Erhebung orientiert sich angesichts des Ziels der interregionalen Vergleichbarkeit bewusst vor allem an den zentralen Struktur- und Leistungsindikatoren des Versorgungssystems, wie sie von Rössler/Salize⁵¹ vorgeschlagen wurden. Zusätzlich zu den Struktur- und Leistungsindikatoren wurden Klientel - Daten in aggregierter Form erhoben, um das jeweils von den Einrichtungen und Diensten erreichte Klientel genauer beschreiben zu können.

Die aufgeschlüsselten Leistungsangebote der einzelnen Einrichtungen und Dienste wurden grundsätzlich nicht erhoben, weil es a.) weder national noch international einen Konsens dahingehend gibt, was ein bedarfsgerechtes Versorgungsangebot ist und aus welchen Elementen es besteht und um b.) den Erhebungsaufwand zu begrenzen. Als Ausnahme von der Regel hat die Planungsgruppe in ihrer Sitzung

⁴⁸ Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranke – Daten, Fakten, Analysen, Bd. 77 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 1996

⁴⁹ Kallert, Th. W., u.a.: Dokumentationssystem für den komplementären psychiatrischen Versorgungsbereich, in Psychiat Prax 2000; 27, Seite 86 – 91; Kallert, Th. W., u.a.: Rechtliche Problemstellungen einer Basisdokumentation für komplementäre psychiatrische Versorgungseinrichtungen, in : Recht & Psychiatrie, 18. Jg., Heft 1, 2000, Seite 20 - 28

⁵⁰ Salize, H.J., Bullenkamp, J., Wolf, I., Alscher, I.: Qualitätssicherung und Dokumentation im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV). Sozialministerium Baden-Württemberg, Stuttgart 1999; Salize HJ, Bullenkamp J, Wolf I, Alscher I: Qualitätssicherung und Dokumentation im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) in Psychiatrische Praxis 2000; 27, Seite 92 – 98

am 12.08.1998 beschlossen, stationsübergreifende Angebote der psychiatrischen Krankenhäuser bzw. psychiatrischen Abteilungen wegen deren besonderer Bedeutung mit zu erheben.

Die Kooperation und Vernetzung der vorhandenen Einrichtungen, Dienste und Angebote war ebenfalls Gegenstand der Bestandserhebung und Mängelanalyse. Hier traten neben die durchgeführte schriftliche Befragung Einzel- und Gruppeninterviews mit den in den Einrichtungen beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, den Angehörigen psychisch kranker Menschen sowie einer Betroffeneninitiative.

In der Untersuchung wurden die

- (1) psychiatrischen Kliniken,
- (2) die dort vorhandenen psychiatrischen Ambulanzen,
- (3) der Sozialpsychiatrische Dienst,
- (4) die niedergelassenen Fachärzte und Fachärztinnen,
- (5) die Tagesstätten,
- (6) das psychiatrische Wohnheim des WZPP,
- (7) die Einrichtung medizinischer Rehabilitation
- (8) die Angebote und Einrichtungen zur beruflichen (Wieder-) Eingliederung,
- (9) das „Betreute Wohnen“,
- (10) die Sozialstationen und ambulanten pflegerischen Dienste,
- (11) die stationären Einrichtungen der Altenhilfe,
- (12) die Clubangebote und
- (13) die Selbsthilfe von Betroffenen und Angehörigen

berücksichtigt.

Es handelt sich um eine Vollerhebung bezogen auf das Kalenderjahr 1998. Der Datenschutz war gewährleistet, da ausschließlich aggregierte Daten, über die sich ein Personenbezug nicht herstellen ließ, verwendet wurden.

Im Schwerpunkt wurde auf in den Einrichtungen und Diensten vorhandene Dokumentationen einschließlich veröffentlichter Tätigkeitsberichte sowie auf Planungsunterlagen der Stadt Dortmund zurückgegriffen. Datenbestände auf Seiten der Kostenträger, des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung, des LÖGD, des Ordnungsamtes sowie der Statistischen Ämter der Stadt Dortmund und des Landes wurden recherchiert und wurden so weit möglich hinzugezogen. Die Einzel- bzw. Gruppeninterviews ergänzen das Bild. Felduntersuchungen aus anderen Regionen wurden zur Bewertung der Ergebnisse herangezogen.

Als Erhebungsinstrumente wurden unterschieden

- Formulare: Die Formulare dienen der Erhebung von Daten aus vorhandenen Beständen (bspw. Basisdokumentation), die zum hier geltenden Zweck ausgewählt und zusammengestellt werden

⁵¹ Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranke – Daten, Fakten, Analysen, Bd. 77 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 1996

müssen. Voraussetzung für den Einsatz von Formularen ist weiterhin, dass die zu erhebenden Daten eindeutig vorhanden sind. transfer hat die erhobenen Daten in aggregierter Form erhalten

- Fragebögen: Fragebögen wurden dort eingesetzt, wo die Daten (a) neu erhoben werden mussten oder (b) eine Anpassung der jeweiligen Indikatoren an den Einrichtungstyp erforderlich war. Beispielsweise seien die Fragen nach der Erreichbarkeit der Einrichtungen und Dienste genannt. Die Zusammenfassung dieser Daten wird von transfer vorgenommen. Die Erhebungsbögen für die einzelnen Einrichtungstypen bestanden aus Formularen und Fragebögen.
- halbstandardisierte Einzel- bzw. Gruppeninterviews: Halbstandardisierte Einzel- bzw. Gruppeninterviews wurden von Frau Hilgenböcker und Frau Busch im Auftrage von transfer durchgeführt. Die Ergebnisse wurden dokumentiert und in nachvollziehbarer Form dargestellt.

2.2.1. Ablauf

Im März 1998 wurde transfer als externes Planungsbüro beauftragt, einen Erhebungsplan zur Bestandserhebung und IST – Analyse der psychiatrischen Versorgung in der Stadt Dortmund zu entwickeln. Neben den erforderlichen Literaturrecherchen wurde gesichtet, wo welche Datenbestände vorhanden sind und regelhaft fortgeschrieben werden. Hierzu wurden in 1998 Gespräche mit dem Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst, dem Landschaftsverband Westfalen – Lippe/Abteilung Sozialhilfe, Vertretern der Krankenkassen, der Kassenzentralenvereinigung, dem Arbeitsamt Dortmund, dem Statistischen Landesamt und dem Amt für Statistik und Wahlen der Stadt Dortmund geführt.

In der konstituierenden Sitzung der Arbeitsgruppe „Psychiatriebericht“ im Mai 1998 wurde das Gesamtprojekt vorgestellt, der Gegenstandsbereich der Untersuchung eingegrenzt und erste Vorschläge zur Datenerhebung unterbreitet. Die jeweiligen Vorschläge und Entwürfe wurden in insgesamt drei Sitzungen mit der Planungsgruppe abgestimmt. Der Erhebungsplan wurde der Projektgruppe am 02.12.1998 vorgestellt.

Die Bestandserhebung gliederte sich in drei Bereiche, die zeitlich ineinander griffen und teilweise parallel verliefen:

- a.) Daten wurden aus der überörtlichen Routineberichterstattung erschlossen und für Dortmund nutzbar gemacht.
- b.) Im Rahmen einer schriftlichen Erhebung wurden bei den beteiligten Einrichtungen solche Struktur- Leistungs- und Nutzerdaten erfragt, die nicht aus bereits vorliegenden Planungsunterlagen bzw. Berichten erschlossen werden konnten. Mit dieser Erhebung wurde im Frühjahr 1999 begonnen.
- c.) Von Mitte April bis Mitte Mai 1999 wurden von Frau A. Busch, InstKomm, Bielefeld sowie Frau E. Hilgenböcker insgesamt 31 Interviews mit in den Einrichtungen beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, den Angehörigen psychisch kranker Menschen sowie einer Betroffeneninitiative durchgeführt.

Erste Ergebnisse konnten der Arbeitsgruppe „Psychiatriebericht“ im September 1999 vorgestellt werden. Im Rahmen einer Klausurtagung am 04. März 00 wurden die Erhebungsergebnisse umfassend dargestellt und diskutiert, so dass schließlich im Juni 2000 die Zusammenfassung der Erhebungsergeb-

nisse und damit das Substrat des Psychiatrieberichtes diskutiert und verabschiedet werden konnten. In ihrer letzten Sitzung am 20.09.00 verständigte sich die Arbeitsgruppe auf Empfehlungen zur Fortschreibung der Berichterstattung im psychiatrischen Versorgungssystems.

Insgesamt kam die Arbeitsgruppe „Psychiatriebericht“ von Mai 1998 bis zum September 2000 neun Mal zusammen.

Sowohl in der Erhebungsphase als auch in der Auswertungsphase traten wiederholt erhebliche zeitliche Verzögerungen auf, die die ursprüngliche Zeitplanung obsolet werden ließen. Diese Verzögerungen ergaben sich aus Problemen in der Anpassung der Erhebungsbögen auf die jeweiligen Einrichtungstypen, aus teilweise erheblich verspäteten Rückläufen der Erhebungsbögen, teils verursacht durch einrichtungsinterne Kommunikationsschwierigkeiten sowie aus wiederholten Korrekturdurchgängen, notwendig werdenden Rückfragen bei Einrichtungen und nachträglich von einzelnen Einrichtungen eingebrachten korrigierten Daten.

Das gesamte Projekt belief sich auf einen Zeitraum von 2,5 Jahren.

2.2.2. Indikatoren

Alle Indikatoren wurden der doppelten Zielsetzung des Projektes entsprechend, eine Bestandserhebung und Mängelanalyse des psychiatrischen Versorgungssystems in der Stadt Dortmund vorzunehmen und Empfehlungen zu einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung für diesen Bereich zu formulieren, ausgewählt. Sie wurden, so weit dies dem Versorgungssegment angemessen war und Daten vorhanden waren, gleichermaßen für alle Versorgungssegmente erhoben.

Die Strukturqualität⁵² der vorhandenen Versorgungsangebote wurde mit sieben Basisindikatoren abgebildet, 8 Leistungsindikatoren geben Hinweise zur einrichtungsinternen oder -übergreifenden Prozessqualität⁵³. Die „Ergebnisqualität“ als den auf das Erreichen therapeutischer Zielkriterien bezogenen outcome verschließt sich der Erhebung, da hierfür allgemein oder in der Versorgungsregion anerkannte Indikatoren nicht zur Verfügung stehen.

Die ermittelten Daten und insbesondere ihre Fortschreibung ermöglichen die Vereinbarung von Zielwerten und die Definition von Qualitätsstandards als Grundlage einer empirisch gestützten Steuerung eines gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems.

An **Strukturdaten** wurden ermittelt

1. das Versorgungsgebiet und der Grad der Versorgungsverpflichtung,
2. die Erreichbarkeit der Einrichtungen⁵⁴,
3. die Kapazität der Einrichtungen (Anzahl Betten, Plätze etc.),
 - Kennziffer: Kapazität auf 1000 Einwohnerinnen und Einwohner,

⁵² „Strukturqualität“ bezeichnet die Beschaffenheit finanzieller, organisatorischer, technischer und personeller Behandlungsvoraussetzungen (Ressourcen)

⁵³ „Prozeßqualität“ meint die Beschaffenheit diagnostischer und therapeutischer Interventionen sowie der Arbeitsabläufe.

4. die räumliche Ausstattung der Einrichtungen⁵⁵,
 - Anzahl Betten in Patientenzimmern und sanitäre Ausstattung
5. die personelle Situation der Einrichtungen⁵⁶,
 - Kennziffer: Bett bzw. Platz je Beschäftigten und Berufsgruppe nach Einrichtungen⁵⁷,
 - Kennziffer: Anzahl Patienten/Pflegekraft⁵⁸,
 - Personalzusammensetzung nach Psych - PV⁵⁹
 - Qualifikation der Beschäftigten,
 - Anteil Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Weiterbildung psychiatrischer Fachkrankenpflege an allen Krankenpflegepersonen⁶⁰,
 - Art und Häufigkeit von Fortbildungsmaßnahmen,
 - Art und Häufigkeit von Supervision,
6. Kennziffer: Psychiatrische Fachkraft je 10.000 EW⁶¹,
7. strukturelle Kooperation innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems.

Die übergreifenden Leistungsangebote der psychiatrischen Fachabteilungen wurden ebenfalls abgebildet.

Als Leistungsdaten wurden erfasst bzw. ermittelt

1. Anzahl Fälle

- nach Zugängen,
 - Anzahl Erstaufnahmen⁶²
 - Anzahl Wiederaufnahmen
 - Anteil Wiederaufnahmen an allen Aufnahmen
 - Anzahl Wiederaufnahmen in Zeitklassen seit Entlassung
 - Anteil Wiederaufnahmen in Zeitklassen seit Entlassung
 - Anteil teilstationärer Aufnahmen an allen Aufnahmen⁶³
- nach Bestand am 31.12.,
- Patientenstruktur nach Psych - PV⁶⁴
- nach Abgängen (Beendigung von Maßnahmen),
 - Anteil teilstationärer Abgänge an allen Abgängen⁶⁵

⁵⁴ nicht erhoben bei niedergelassenen Fachärzten, im Betreuten Wohnen sowie den Sozialstationen und ambulanten pflegerischen Diensten. Unter Erreichbarkeit wurde nach der Erhebungsplanung die zeitliche, nicht die räumlich-geografische Dimension verstanden.

⁵⁵ nicht erhoben bei niedergelassenen Fachärzten, im Betreuten Wohnen sowie den Sozialstationen und ambulanten pflegerischen Diensten

⁵⁶ nicht erhoben bei niedergelassenen Fachärzten

⁵⁷ nur in stationären Einrichtungen ohne Einrichtung med. Rehabilitation

⁵⁸ nur WZfPPP

⁵⁹ nur psychiatrische Fachabteilungen

⁶⁰ nur psychiatrische Fachabteilungen

⁶¹ nicht ermittelt in Einrichtung medizinischer Rehabilitation, beruflicher Rehabilitation sowie den ambulanten und stationären pflegerischen Hilfen.

⁶² ohne niedergelassene Fachärzte, Einrichtungen und Dienste der Altenhilfe, Kontaktclubarbeit

⁶³ nur psychiatrische Fachabteilungen

⁶⁴ nur psychiatrische Fachabteilungen

⁶⁵ nur psychiatrische Fachabteilungen

- Abgänge Dortmunder Bürgerinnen und Bürger aus stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose je 1000 EW im Zeitablauf 1993 – 1997
 - Alle Abgänge aus stationärer Behandlung in psychiatrischen Fachabteilungen Dortmunds wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose je 1000 EW im Zeitablauf 1996 – 1998
 - Abgänge Dortmunder aus stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach medizinischen Fachabteilungen und je 1000 EW im Zeitablauf 1996 – 1997
 - Abgänge Dortmunder aus stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach medizinischen Fachabteilungen und Behandlungsort 1996 – 1997
 - Abgänge aus stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose aus Dortmunder Krankenhäusern nach medizinischer Fachrichtung und Herkunft der Patienten (Wanderungsbilanz)
 - nach Art der beendeten Maßnahmen⁶⁶
 - mit Zugang aus Privatwohnung (Wohnsituation) oder anderer Versorgungseinrichtung
 - mit Abgang nach Privatwohnung (Wohnsituation) oder anderer Versorgungseinrichtung
 - vorzeitige Beendigung von Maßnahmen⁶⁷
 - nach Ort der Maßnahme⁶⁸
 - nach persönlichen Kontakten⁶⁹
2. Pflage- bzw. Betreuungstage⁷⁰
 3. Auslastung psychiatrischer Fachabteilungen und Wohnheime
 4. Kontakthäufigkeit und Betreuungsdauer⁷¹
 5. Verweildauer bzw. Betreuungsdauer⁷²
 - durchschnittliche Verweildauer nach Fällen
 - durchschnittliche Verweildauer nach Abgängen
 - Verweildauer nach Zeitklassen⁷³
 - durchschnittliche Verweildauer nach Abgängen, medizinischer Fachabteilung und Diagnosegruppe in 1996 und 1997⁷⁴
 - Verweildauer nach Zeitklassen und medizinischer Fachabteilung
 - Verweildauer nach Zeitklassen, medizinischer Fachabteilung und Diagnosegruppe in 1996 und 1997
 6. Fälle nach Diagnose (ICD – 9)
 - Abgänge nach Diagnose
 - Bestand zum 31.12. nach Diagnose
 - Abgänge aus stationärer Behandlung nach psychiatrischer Hauptdiagnose und medizinischer Fachabteilung⁷⁵

⁶⁶ nur Versorgungssegment Arbeit

⁶⁷ nur Versorgungssegment Arbeit

⁶⁸ nur stationäre Maßnahmen der Eingliederungshilfe

⁶⁹ nur Institutsambulanz, Sozialpsychiatrischer Dienst, Projekt Integration, Psychosozialer Fachdienst. Von der Institutsambulanz konnten keine Daten erhoben werden.

⁷⁰ nur teilstationäre und stationäre Einrichtungen

⁷¹ nur Institutsambulanz, Sozialpsychiatrischer Dienst, Projekt Integration, Psychosozialer Fachdienst. Von der Institutsambulanz konnten keine Daten erhoben werden.

⁷² nur teilstationäre und stationäre Einrichtungen

⁷³ nur teilstationäre und stationäre Einrichtungen

⁷⁴ nur psychiatrische Fachabteilungen

- Abgänge aus stationärer Behandlung nach psychiatrischer Hauptdiagnose und auf 1000 EW
 - Verteilung psychiatrischer Hauptdiagnosen in psychiatrischen Fachabteilungen
7. Zugänge nach Rechtsgrundlage⁷⁶
 8. Kostenträger der Maßnahmen

An Klientendaten wurden erhoben

1. Geschlecht
 - Abgänge nach Geschlecht
 - Abgänge nach Geschlecht und Diagnosegruppen⁷⁷
2. Alter
 - Abgänge nach Alter
 - Abgänge nach Alter, Geschlecht und Diagnosegruppen⁷⁸
3. Staatsbürgerschaft
4. Herkunft
5. Art des Einkommens
6. Grad der Behinderung⁷⁹

Sterbefälle nach Todesursachen in ICD – 9 sollten nach der ursprünglichen Planung nicht erhoben werden, da psychiatrische Erkrankungen in nur wenigen Fällen als Todesursache anzusehen sind. Bei Suiziden können psychiatrische Erkrankungen nicht eindeutig zugeordnet werden, so dass hier die Aussagekraft der Daten eher gering ist. Lediglich für Alkoholabhängigkeiten (ICD – 9 303) und Drogen- bzw. Medikamentenabhängigkeit (ICD – 9 304) sind aussagekräftige Statistiken vorhanden, die im Rahmen des Programms GBE – Stat des LÖGD auf der Gliederungsebene der Städte und Kreise Nordrhein-Westfalens erschlossen wurden.

Auch „Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Altersgruppen“ sowie die „Häufigkeit medizinischer und sonstiger Leistungen zur Rehabilitation“ der gesetzlichen Rentenversicherung sollten nach den ursprünglichen Überlegungen nicht in die Erhebung mit aufgenommen werden. Zum Zeitpunkt der Erhebungsplanung lagen Daten hierzu lediglich auf der Gliederungsebene der Bundesländer vor. Die genannten Datensätze sind mittlerweile im Programm GBE – Stat des LÖGD auf der Gliederungsebene der Städte und Kreise Nordrhein-Westfalens enthalten.

Dokumentationssysteme: Durch die Erhebung von Daten mit einem einheitlichen Indikatorensatz quer über alle Versorgungssegmente hinweg wurde bei den Leistungen der einzelnen Anbieter und Dienste auf untereinander eigentlich inkompatible Dokumentationssysteme gleichermaßen zugegriffen: im Bereich stationärer medizinischer Versorgung werden die Leistungen episodenzugehörig pro

⁷⁵ nur psychiatrische Fachabteilungen

⁷⁶ nur psychiatrische Fachabteilungen

⁷⁷ nur psychiatrische Fachabteilungen

⁷⁸ nur psychiatrische Fachabteilungen

⁷⁹ nur Reha – Abteilung des Arbeitsamtes

durchgeführter Behandlung dokumentiert, d.h. die dort aufgeführten Fallzahlen spiegeln die Anzahl der Behandlungsepisoden und sind nicht zu verwechseln mit der Anzahl der behandelten Personen. In psychiatrischen Krankenhäusern bzw. Fachabteilungen werden darüber hinaus sowohl Verwaltungsdaten als auch klinische Daten (nach der jeweiligen Basisdokumentation) erhoben⁸⁰. Die Basisdokumentationen der psychiatrischen Fachabteilungen in der Stadt Dortmund sind keineswegs identisch: Auch nach Einführung einer neuen BaDo im WZfPPP weicht diese in wesentlichen Punkten (bspw. der Weiterbetreuung nach stationärer Behandlung) von der in den psychiatrischen Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern verwendeten Dokumentation ab.

In der ambulanten medizinischen Versorgung einschließlich der Institutsambulanz erfolgt die Dokumentation der Leistungen quartalsbezogen.

Im ambulant-komplementären Bereich finden sich dagegen personenbezogene Dokumentationssysteme, weswegen hier Erhebungen in der Regel als Stichtagserhebungen durchgeführt werden.

Hinzu kommen Angebote und Dienste, die wegen ihrer Aufgabenstellung (niedrigschwellige Angebote) auf personenbezogene Dokumentationen verzichten müssen, um den eigenen Arbeitsauftrag nicht zu gefährden, wie dies bei den Kontaktstellen und der Clubarbeit der Fall ist. Hier können nur die Ergebnisse von Schätzungen abgefragt werden.

Insbesondere eine Darstellung der einzelfallbezogenen Koppelung der einzelnen Versorgungssegmente wie bspw. die wiederholte stationäre psychiatrische Behandlung von Personen aus dem Betreuten Wohnen und Mehrfachbetreuungen eines Klienten durch unterschiedliche Anbieter und Dienste ist nach den gegebenen Dokumentationsverfahren nicht möglich. Solche Netzwerkanalysen würden eigene, aufwendige Untersuchungen erfordern. Für Dortmund ist dies vor einigen Jahren einmal für den Bereich der Drogenhilfe passiert.

Im Rahmen des Dortmunder Projektes wurde versucht, die beschriebene Problematik jedenfalls zu mildern:

Alle zur Vorbereitung der Erhebungsplanung gesichteten Formulare zur Leistungsdokumentation der einzelnen Einrichtungen enthielten, wenn auch unterschiedlich operationalisiert, Angaben zur Wohnsituation des Klienten vor oder bei Aufnahme in das eigene Versorgungsangebot. Regelmäßig war auch dokumentiert worden, ob es sich um „Betreutes Wohnen“ handelte. Lediglich die für 1998 noch geltende, aber zwischenzeitlich ersetzte Basisdokumentation des WZfPPP enthielt hierzu keine Angaben.

Für alle Versorgungssegmente wurde daher die Wohnsituation erhoben. Die Ergebnisse erlauben eine Verknüpfung der Wohnsituation mit der Inanspruchnahme psychiatrischer Anbieter und Dienste und bilden insoweit anteilig die Vernetzung der Einrichtungen und Dienste und Mehrfachbetreuungen im psychiatrischen Versorgungssystem der Stadt Dortmund ab.

2.2.3. Datenquellen

Zur Erstellung von Gesundheitsrahmenberichten der Länder wurde von der Gesundheitsministerkonferenz ein Indikatorenset veröffentlicht, in dessen Mittelpunkt „die gesundheitliche Lage der Bevölke-

„Diese wird im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung, der sozialen, ökonomischen und ökologischen Umwelt, der Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung, den Ressourcen sowie den Ausgaben und Kosten dargestellt und interpretiert.“⁸¹ In 11 Themenfelder werden Indikatoren vorgestellt, die für die Gesundheitsrahmenberichte der Länder als Eckwerte verbindlich sind. Die Themenfelder sind:

- Themenfeld 1: Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen
- Themenfeld 2: Bevölkerung und Bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens
- Themenfeld 3: Gesundheitszustand
- Themenfeld 4: Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen
- Themenfeld 5: Gesundheitsrisiken aus der natürlichen und technischen Umwelt
- Themenfeld 6: Einrichtungen des Gesundheitswesens
- Themenfeld 7: Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens
- Themenfeld 8: Beschäftigte im Gesundheitswesen
- Themenfeld 9: Ausbildung im Gesundheitswesen
- Themenfeld 10: Ausgaben und Finanzierung
- Themenfeld 11: Kosten

Zur Datenlage im Bereich der psychiatrischen Versorgung heißt es in der Vorbemerkung zu Indikator 3.44: „Im Bereich der Gesundheitsberichterstattung über psychische Erkrankungen besteht noch erheblicher Entwicklungsbedarf. Dies gilt sowohl für die Indikatorenfindung als auch für geeignete Datenquellen“. Für nachfolgend aufgeführte Indikatoren⁸² stehen im Bereich der psychiatrischen Versorgung Daten zur Verfügung:

1. **Indikator 3.44:** Frührenten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit Frührenten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit von 35- bis 59jährigen Versicherten, nach Geschlecht, Zugänge je 100.000 aktiv Versicherte der Altersgruppe, als Folge einer schizophrenen oder affektiven Psychose (ICD 295-296), im Zeitvergleich
2. **Indikator 3.45:** Krankenhausfälle wegen schizophrenen oder affektiven Psychose (ICD 295-296), nach Alter und Geschlecht, je 100.000 Einwohner, im Zeitvergleich
3. **Indikator 3.46:** Krankenhausfälle wegen Gerontopsychiatrischer Erkrankungen (ICD 290), nach Alter und Geschlecht, je 100.000 Einwohner, im Zeitvergleich
4. **Indikator 6.2:** Versorgungsgrad mit an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten, im Regionalvergleich
5. **Indikator 6.13:** Fachabteilungen in Krankenhäusern am 31.12...
6. **Indikator 6.15:** Tageskliniken am 31.12...

⁸⁰ Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranke – Daten, Fakten, Analysen, Bd. 77 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 1996, Seite 134 ff

⁸¹ Arbeitsgemeinschaft der lfd. Medizinalbeamtinnen und Medizinalbeamten der Länder (AGLMB) im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz: Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, 2., überarbeitete Fassung 1996

⁸² mit Ausnahme von Indikator 3.44 wurden alle aufgeführten Indikatoren für den Psychiatriebericht Dortmund herangezogen.

7. Indikator 7.16: Patienten (Krankenhausfälle) und Verweildauer nach Fachabteilungen.

Das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd) ist in Nordrhein-Westfalen mit der Sammlung von Gesundheitsdaten sowie der Erstellung von Gesundheitsberichten für das Land Nordrhein-Westfalen befasst. Dort stehen die oben aufgeführten, für eine Berichterstattung im Bereich der psychiatrischen Versorgung relevanten Indikatoren Daten⁸³ zur Verfügung.

Darüber hinaus stellt das Iögd seit Ende 1998 den Kommunen Nordrhein-Westfalens mit dem Programm GBE – Stat ein Instrument zur Verfügung, mit dem

- die Krankenhausdiagnosestatistik,
- die Statistik der Sterbefälle,
- die Daten der Rentenversicherungsträger zur Häufigkeit von medizinischen und sonstigen Leistungen der Rehabilitation und Frühberentungen

für die eigene Gebietskörperschaft ausgewertet und mit den Daten für die Landesebene, die Ebene der Regierungsbezirke und mit den anderen kommunalen Gebietskörperschaften verglichen werden kann.

Für eine Berichterstattung zur psychiatrischen Versorgung stehen darüber hinaus beim Stat. Bundesamt, den Stat. Landesämtern, den Sozialversicherungsträgern sowie weiteren an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Organisationen Daten⁸⁴ zur Verfügung. Die beim Statistischen Bundes- und Landesämtern zur Verfügung stehenden Datensätze resultieren aus Angaben der Krankenhäuser im Rahmen der Krankenhausstatistik, Angaben der Sozialversicherungsträger beziehen sich grundsätzlich nur auf die eigenen Mitglieder und sind für die Zwecke einer kommunalen Psychiatrieberichterstattung nicht hinreichend regional gegliedert. Daten des Statistischen Bundesamtes haben für ein regionales Versorgungssystem jedoch eine nur eingeschränkte Aussagekraft: bei den Strukturdaten wie Betten oder Personalzahlen werden bundesweite Jahresdurchschnittswerte angegeben, bei den Leistungsdaten (Pflegetage, Patientenzu- und abgänge) handelt es sich um Jahressummenwerte, Verweildauer und der Nutzungsgrad der Einrichtungen wird wiederum als Jahresdurchschnitt für Deutschland ausgewiesen. Damit sind die Werte geeignet, bundesweite Trends zu verdeutlichen, für die jeweilige Versorgungsregion ist aber regelmäßig mit Abweichungen von den Bundeswerten zu rechnen. Solche Abweichungen allein rechtfertigen keine inhaltlichen Aussagen zur Güte der jeweiligen örtlichen Versorgungssituation:

In die genannten Summen- bzw. Durchschnittswerte fließen Daten aus den alten und neuen Bundesländern ungewichtet ein, obwohl die Versorgungsstrukturen in der Vergangenheit sich wesentlich voneinander unterschieden haben und sich weiterhin unterscheiden.

Für die Hospitalisierungsrate einer Region bedeutsame Variablen wie bspw. die Bevölkerungsdichte (Stadt – Land) oder die Sozialstruktur einer Region sind in den Bundeswerten für die Bundesebene eingeflossen. Bei der Interpretation der Abweichungen regionaler Werte von Bundesdurchschnitts- oder summenwerten sind demnach auch die Unterschiede bei den Variablen zwischen Bundes- und regionaler Ebene zu berücksichtigen.

⁸³ Stand: Mai 2000

Für globale Indikatoren wie „Anzahl der Fälle“, „Pflegetage“, „Verweildauer“ stehen in den Publikationen des Statistischen Bundesamtes, aber auch der Stat. Landesämter für die einzelnen Bundesländer gegliederte Werte zur Verfügung. Diesen Angaben ist eine größere Aussagekraft eigen, da die hier ausgewiesenen Durchschnitts- bzw. Summenwerte sich wie auch die Daten des Indikatorensatzes der Gesundheitsministerkonferenz auf das eigene Bundesland mit einer einheitlicheren und somit vergleichbareren Struktur beziehen. Auch hier ist jedoch festzuhalten, dass wesentliche, die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen beeinflussende Variable bei der Interpretation der ermittelten Sachverhalte unbedingt zu berücksichtigen sind.

Erschwerend kommt hinzu, dass Angaben aus der Bundesstatistik etwa drei Jahre nach dem Berichtsjahr veröffentlicht werden können, d.h. dass ihre Aktualität nur eingeschränkt gegeben ist. Vergleiche mit der Bundesstatistik beziehen sich somit häufig nicht auf die selbe Zeitperiode, ein Problem, das mittelfristig nur durch die Bildung von Zeitreihen auf der kommunalen Ebene gelöst werden kann.

Für die hier vorliegende Untersuchung konnten durch eine Sonderauswertung der Krankenhausdiagnostik des Landes eine Reihe der beschriebenen Nachteile der amtlichen Statistik ausgeglichen werden. Nach einem Hinweis seitens des lögd⁸⁵ wurde beim Statistischen Landesamt eine Sonderauswertung zur Diagnostik angefordert und auch durchgeführt. Für die Jahre 1996 und 1997 konnten

- alle stationäre Behandlungsmaßnahmen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose für Dortmunder Bürgerinnen und Bürger
- nach Ort der Behandlung (in Dortmund, im Dortmunder Umfeld, außerhalb Dortmunds und dem Dortmunder Umfeld),
- Diagnosegruppe (ICD 9, dreistellig)
- Anzahl der Pflegetage
- medizinischer Fachabteilung (psychiatrische Fachabteilung, andere medizinische Fachabteilung) sowie
- die Herkunft (Dortmund, im Dortmunder Umfeld, außerhalb Dortmunds und dem Dortmunder Umfeld) der in der Stadt Dortmund stationär wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose behandelten Patientinnen und Patienten
- ermittelt und miteinander verknüpft werden. In Abhängigkeit von den jeweiligen Indikatoren konnten auf der Basis der somit vorliegenden Daten Zeitreihen von 1993 – 1997 bzw. 1996 – 1998 gebildet und zur Darstellung bedeutsamer Entwicklungen im psychiatrischen Versorgungssystem der Stadt Dortmund genutzt werden.

Repräsentative Struktur – und Leistungsdaten der niedergelassenen Nervenärzte konnten mit Ausnahme des Versorgungsgrades nicht erhoben werden, da trotz wiederholter Gespräche weder über die

⁸⁴ ausführlich hierzu: Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranke – Daten, Fakten, Analysen, Bd. 77 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 1996, Seite 134 ff

⁸⁵ Frau Bardehle, lögd im Gespräch im Juni 98

Krankenkassen noch über die Kassenärztliche Vereinigung entsprechende Informationen zur Verfügung gestellt werden konnten⁸⁶.

Die Möglichkeiten des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe als überörtlichem Sozialhilfeträger, aussagefähige Datenbestände zur Versorgungssituation behinderter Menschen aufzubauen und für eine kommunale Psychiatrieberichterstattung nutzbar zu machen, wurden im Juni 1998 erörtert.

Im Rahmen der Sozialhilfestatistik würden Pflichtdaten (Herkunft, Geburtsjahr, Geschlecht, Aufnahme-datum, Hilfeart n. BSHG, ...) und freiwillige Daten erhoben. Allerdings sei die Güte dieser Daten fraglich: so könne bspw. die Herkunft eines behinderten Menschen wegen seiner bisherigen Biographie nicht immer hinreichend genau bestimmt werden, Verwechslungen von Herkunft und Geburtsort könnten nicht ausgeschlossen werden. Die Behinderungsart könne in der Akte nicht immer hinreichend bestimmt werden. Alle diese möglichen Fehlerquellen könnten die Ergebnisse von Auswertungen verfälschen⁸⁷.

Für die Psychiatrieberichterstattung in der Stadt Dortmund konnten seitens des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe Daten zu Art der Behinderung sowie Art und Ort der Hilfestellung bei stationären Maßnahmen der Eingliederungshilfe für Dortmunder Bürgerinnen und Bürger zum Stichtag 01.07.98 zur Verfügung gestellt werden. Darüber hinaus wurde im Rahmen einer Sonderauswertung die Häufigkeit von stationären Eingliederungshilfemaßnahmen für Dortmunder Bürgerinnen und Bürger außerhalb der Stadt Dortmund in 1998 ausgewiesen. Bei allen Angaben sind jedoch die aufgeführten Einschränkungen weiter zu berücksichtigen.

Das Reha – Team des Arbeitsamtes Dortmund stellte eine Statistik zu den in der Reha – Abteilung bearbeiteten Fälle zur Verfügung. Statistiken der Bundesanstalt für Arbeit sind für die hier interessierenden Fragen einer örtlichen Psychiatrieberichterstattung jedoch nur eingeschränkt aussagefähig, so auch das Ergebnis einer Studie zur „Arbeitssituation und beruflichen Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen in Schleswig-Holstein“, STAR `98 im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein. Die Autorengruppe schreibt zu den Schwierigkeiten einer Verwendung der amtlichen Statistiken im Versorgungssegment „Arbeit und berufliche Rehabilitation“:

„ Ein Abgleich, bei dem Gruppen oder Merkmale (einer eigenen Erhebung mit Angaben aus der offiziellen Statistik, T.S.S.) eindeutig aufeinander bezogen werden, hat sich jedoch als schwierig herausgestellt, da eine Auswertung arbeitsmarktrelevanter Statistiken über die Zielgruppe mit mehreren Problemen behaftet ist:

- Die Zielgruppe der vorliegenden Untersuchung STAR ´98 deckt sich nicht mit den Gruppenzuschnitten der amtlichen oder Kostenträgerstatistiken:

⁸⁶ Zur Position der KV Westfalen – Lippe siehe

⁸⁷ Gespräch mit Frau Mülders am 08.06.1998

Letztere haben nämlich in der Regel die Gruppe der Schwerbehinderten zum Gegenstand. Viele Menschen mit psychischer Behinderung lehnen die förmliche Anerkennung einer Behinderung aus Angst vor einer Stigmatisierung allerdings ab.

- Die Gruppe der psychisch Behinderten ist in ihren Struktur- und Behinderungsmerkmalen als nicht typisch für die Gesamtheit der Schwerbehinderten anzusehen. Eine psychische Behinderung resultiert aus einem längeren Krankheitsverlauf, mit mehreren Phasen der Erkrankung und einsetzender Chronifizierung. Sie ist den Betroffenen häufig nicht bewusst bzw. wird nicht aktenkundig.
- Definitionen von psychischer Behinderung oder Arten der Schwerbehinderung differieren teilweise:

KLEFFMANN beispielsweise setzt die Gruppe der "psychisch Behinderten" gleich mit den Personen, die im Rahmen der Erhebungen des Statistischen Bundesamtes 1994 als an endogenen Psychosen erkrankt geführt werden. Dies betrifft ca 1,5 % aller Schwerbehinderten (Kleffmann 1996).

...

- In anderen Statistiken, z.B. des Verbandes Deutscher Rentenversicherer (VDR) über Leistungen zur Rehabilitation, fallen u. a. auch Suchterkrankungen unter die Kategorie "Psychische Erkrankung".
- Arbeitsmarktstatistiken enthalten durchweg keine Angaben über die "Art der Schwerbehinderung" (Henninges 1997a).⁸⁸

Neben den genannten Datenquellen wurden für den vorliegenden Psychiatriebericht

- Unterlagen im Rahmen der Fortschreibung des Dortmunder Behindertenplanes,
- der Pflegebedarfsplan für 1998 (Stand: 06/1998),
- das „Psychosoziale Adressbuch, Ausgabe '97,
- der Bericht: Psychosoziale und psychiatrische Krisen- und Notfallversorgung in Dortmund - Bestandsaufnahme und Handlungsempfehlungen (1998) sowie
- Tätigkeitsberichte und weitere Dokumente einzelner Einrichtungen und Dienste

genutzt.

Die aus den aufgeführten Quellen gewonnenen Daten wurden um die Ergebnisse der in 1999 durchgeführten Erhebung ergänzt.

Da für den vorliegenden Psychiatriebericht ausschließlich Angaben aus amtlichen Statistiken, Planungsunterlagen und Daten in aggregierter Form ermittelt und verarbeitet wurden, können Aussagen über den Grad der Genauigkeit, mit dem in den jeweiligen Einrichtungen und Diensten ihrerseits diese Daten erhoben und dokumentiert wurden, nicht gemacht werden. Die Verantwortung für die Güte der

⁸⁸ STAR `98: Studie zur „Arbeitssituation und beruflichen Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen in Schleswig-Holstein“, im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein, vorgelegt von der Arbeitsgemeinschaft Brücke Schleswig-Holstein gGmbH, Postfach 1228, 24011 Kiel, 1998, Seite 19 ff

dokumentierten Daten liegt somit ausschließlich bei den Einrichtungen und Diensten selbst, entsprechende statistische Prüfverfahren wurden nicht angewendet.

Die schriftlich in den Einrichtungen und Diensten erhobenen Daten wurden allerdings auf ihre Widerspruchsfreiheit und Plausibilität hin überprüft und ggfls. korrigiert. Neben schlichten Übertragungs- und Summierungsfehlern wurden im Laufe dieser Arbeit mögliche Fehlerquellen identifiziert, die insgesamt für eine kommunale Psychiatrieberichtserstattung bedeutsam sein können.

- In den Dokumentationen der ambulanten und komplementären Einrichtungen und Diensten werden Diagnosen im Klartext („Psychose“, „Neurose“, „Persönlichkeitsstörung“, „Suchterkrankung“, „psychische Behinderung auf Grund körperlicher Erkrankung“) aufgeführt. Die Transformation des Klartextes in die ICD – Klassifikation erfolgte über die Kategorien des Erhebungsbogens, wo neben dem Klartext auch der entsprechende ICD – Code angegeben war. Die Angaben der einrichtungs-internen Dokumentationen wurden in den Erhebungsbogen übertragen und auf ihre Plausibilität hin geprüft. Die Größe der Fehlervarianz konnte nicht ermittelt werden.
- Die Reha – Abteilung des Arbeitsamtes Dortmund wies ausdrücklich auf eine hohe Fehlerwahrscheinlichkeit der vorgelegten Daten hin, da die Behinderungsursache nicht in allen medizinischen Unterlagen nach ICD verschlüsselt sei und die Entscheidung über die Anerkennung als Rehabilitand auf der Grundlage unterschiedlichster med. Unterlagen von unterschiedlichen Personen und vermutlich nach nicht einheitlichen Maßstäben getroffen würde. Viele psychisch kranke Rehabilitanden seien in Maßnahmen, die nicht spezifisch für diese Personengruppe konzipiert und ausgelegt seien, ohne dass dies zahlenmäßig nachvollziehbar sei, da die Behinderungsart der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den einzelnen Maßnahmen nicht dokumentiert werde.
- In der Basisdokumentation des WZfPPP und in der Krankenhausdiagnosestatistik wurden Erkrankungen im Berichtsjahr nach ICD 9. Revision verschlüsselt, während in den psychiatrischen Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser bereits eine ICD 10. Revision – Verschlüsselung vorgenommen wurde. Die Erhebungsbögen wurden entsprechend angepasst, d.h. im WZfPPP erfolgte eine Erhebung der ICD – 9 – Werte, in den psychiatrischen Abteilungen eine Erhebung der dort dokumentierten ICD – 10 – Werte. Zwischen der ICD-9 – Codierung und ICD – 10 bestehen zum Teil erhebliche Unterschiede, so dass im Interesse einer einheitlichen Darstellung und zur Erhöhung der Vergleichbarkeit eine Umrechnung der ICD – 10 Werte auf ICD – 9 vorgenommen wurde. Hierzu wurde die „ICD – Umsteiger“ – Tabelle des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienstes (Iögd) verwendet.

lfd. Nr.	Kurztext ICD-10	Code ICD-10	Übereinstimmung	Code ICD-9	Bemerkung
	Klasse V: Psychische u. Verhaltensstörungen	Klasse V:			
40	Organische Störungen	F00 - F09	#	290 - 294	In ICD-9 sind Alkohol- und Drogenpsychosen enthalten
41	Psychische Störungen durch psychotrope Substanzen.	F10 - F19	keine	(303 - 305, 291)	In ICD-9 als 303-305 und 291 ausgewiesen
42	Schizophrenie und affektive Störung	F20 - F29, F30 - F39	=	295 - 299	
43	Persönlichkeitsstörungen, aggregiert	F40 - F48, F50 - F59, F60 - F69, F80 - F89, F90 - F98, F99	#	300 - 316	neu definiert, Alkohol- und Drogenabhängigkeit fehlt
44	Intelligenzminderung	F70 - F79	=	317 - 319	

Erläuterungen:

- = identischer Inhalt
- > ICD-10 Untergruppe enthält mehr Positionen als ICD-9 Untergruppe
- < ICD-10 Untergruppe enthält weniger Positionen als ICD-9 Untergruppe
- # Inhalt ungleich
- () Diagnosen sind Teil einer Untergruppe
- keine Untergruppe ist in der ICD-9 nicht enthalten

Tabelle 12: Auszug Umsteige – Tabelle ICD – 10 zu ICD –9, Quelle: Iögd

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, wurden bei den Krankheitsbildern „Schizophrenie und affektive Störungen“ die ICD –10 Codes F20 – F29, F30 – F39 mit den ICD – 9 Codes 295 – 299 gleich gesetzt. ICD – 9 295 – 299 beinhaltet die schizophrenen und affektiven Psychosen, hierin eingeschlossen ist das Konzept der „endogenen Depression“ (ICD – 296.1) und die damit verbundene Unterscheidung zwischen „endogener“ und „neurotischer“ Manifestation einer Depression, welches im ICD – 10 gänzlich aufgegeben wurde.⁸⁹ So wird beispielsweise die nach ICD – 9 mit 300.4 zu verschlüsselnde „neurotische Depression“ in ICD – 10 unter F32 bzw. F33 subsumiert, somit den Psychosen zugeordnet.

Die Umrechnung der ICD – 10 in ICD – 9 – Werte ist somit mit einem systematischen Fehler behaftet: der Anteil psychotischer Krankheitsbilder ist in den psychiatrischen Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern der Stadt Dortmund scheinbar höher als im WZfPPP, da dort Krankheitsbilder nach ICD – 9 unter „Neurose“ verschlüsselt werden, die in den psychiatrischen Abteilungen nach ICD – 10 den affektiven Störungen zuzurechnen sind.

- In Krankenhäusern werden mit den Verwaltungsdaten auf der Grundlage der Krankenhausstatistikverordnung und den klinischen Daten im Rahmen der jeweiligen Basisdokumentation permanent zwei Dokumentationen parallel geführt, die auf einer identischen Anzahl von Behandlungsepisoden

basieren. Zu erwarten wäre somit eine 100-%ige Übereinstimmung der Anzahl der dokumentierten Behandlungsepisoden. Tatsächlich wurden für das Berichtsjahr für die psychiatrischen Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern zum Teil erhebliche Differenzen zwischen den Datenbeständen der Basisdokumentation (klinische Daten) und der Krankenhausstatistik (Verwaltungsdaten) gefunden. So wurde in einem Fall lediglich knapp die Hälfte aller von der Verwaltung geführten Patientinnen und Patienten in der Basisdokumentation erfasst. Vom WZfPPP lagen zu dieser Frage keine Angaben vor.

Die beschriebene Differenz wirkte sich unmittelbar überall dort⁹⁰ aus, wo Angaben nach der Krankenhausstatistik (Verwaltungsdaten) bspw. für die Bildung von Zeitreihen mit den Erhebungsergebnissen aus 1998 verglichen werden sollten. Darüber konnte der Eindruck entstehen, dass Vergleiche zwischen Werten, die aus der Basisdokumentation gewonnen wurden und Werten nach der Krankenhausstatistik auch in allgemeiner Hinsicht über eine eingeschränkte Aussagekraft verfügen. Es kann nämlich nicht angenommen werden, dass die vorgefundenen Differenzen singuläre Ereignisse und auf die Stadt Dortmund beschränkt sind.

- Um im Rahmen einer Psychiatrieberichtserstattung erhobene Daten sinnvoll zuordnen und interpretieren zu können,
 - müssen für die einzelnen Versorgungseinrichtungen und -angebote verbindliche Versorgungsgebiete festgelegt sein und
 - muss die Herkunft der Klienten bekannt sein.

Zwar konnte im Krankenhausbereich die Herkunft der Klienten ermittelt werden. Da das Versorgungsgebiet des WZfPPP jedoch nicht auf die Stadt Dortmund begrenzt ist, die Abteilung für Gerontopsychiatrie, die Suchtabteilung sowie die Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik nicht sektoriert sind und darüber hinaus im Berichtsjahr lediglich eine der beiden psychiatrischen Abteilungen am Allgemeinkrankenhaus über eine Versorgungsverpflichtung verfügt, bereitete bereits die Interpretation eines so bedeutsamen Indikators wie der der Anzahl der Betten / 1000 EW letztlich kaum lösbare Probleme. Gleiches gilt beispielsweise für die Rate der Unterbringungen nach PsychKG, die letztlich nicht auf die Stadt Dortmund oder deren Versorgungssektoren bezogen, sondern nur global ermittelt werden konnte.

Im Betreuten Wohnen haben die Anbieter zwar für definierte Stadtbezirke die Versorgungsverantwortung übernommen, die Herkunft der von ihnen betreuten Personen wurde aber nicht in den Dokumentationen aller Träger nach Stadtbezirken ausgewiesen. Zumindest in einem Fall konnten Zweifel an der Plausibilität der gemachten Angaben zur Herkunft der betreuten Personen nicht ausgeräumt werden, vielmehr wurde vermutet, dass die tatsächliche Herkunft der betreuten Personen nicht bekannt oder nicht dokumentiert war.

Neben den vorgenannten Punkten, die sich im wesentlichen auf Güte und Aussagekraft der Daten beziehen, traten im Verlauf der Korrekturen Fehlerquellen und Probleme zu Tage, die mit der Definition der Kategorien zusammenhängen.

⁸⁹ Dilling, H., Dittmann, V.: Die psychiatrische Diagnostik nach der 10. Revision der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in: Der Nervenarzt (1990) 61: 259 - 270

⁹⁰ hinsichtlich der Summenwerte (Anzahl Fälle, etc.) konnten die beschriebenen Differenzen korrigiert werden, bei Indikatoren, die nur mit Daten aus der Basisdokumentation erhoben werden konnten, war dies jedoch nicht möglich.

1. Wie berichtet, wurde die Erhebung im WZfPPP und zwei psychiatrischen Allgemeinkrankenhäusern durchgeführt, die unterschiedliche Basisdokumentations – Systeme (BaDo) verwendeten. In allen drei Einrichtungen wurde a.) der Anteil der Wiederaufnahmen an allen Aufnahmen sowie b.) die Anzahl der Wiederaufnahmen nach Zeitklassen seit Entlassung erhoben. Erst in der Korrekturphase wurde deutlich, dass der Begriff der „Wiederaufnahme“ in den Einrichtungen unterschiedlich definiert war. Während „Wiederaufnahme“ im WZfPPP als Wiederaufnahme nach vorheriger stationärer oder teilstationärer Behandlung in der eigenen Einrichtung definiert war, wurde in den psychiatrischen Abteilungen zusätzlich die Wiederaufnahme auf sämtliche vorangegangenen stationären oder teilstationären Behandlungen unabhängig von der behandelnden Einrichtung erhoben, dies allerdings nur auf der Basis der anamnestischen Angaben des Patienten und damit in der Zuverlässigkeit eingeschränkt. Ein Vergleich der mit nach unterschiedlich definierten Kategorien erhobenen Daten ist aus methodischen Gründen nicht möglich.
2. Unschärf war die Kategorie „Wiederaufnahme“ auch im Kontext teilstationärer Behandlungen. Bezog sich die „Wiederaufnahme“ auf eine zuvor durchgeführte stationäre Behandlungsmaßnahme oder nur auf teilstationäre Maßnahmen ? Der hier gegebene Interpretationsspielraum wurde von den einzelnen Einrichtungen genutzt, konnte jedoch im Rahmen der Korrekturen beseitigt werden.
3. Um zwischen dem stationären und stationären Behandlungsgeschehen hinreichend differenzieren zu können, waren Zu- und Abgänge in stationäre und teilstationäre Behandlungsmaßnahmen gesondert abgefragt worden. Eine zunächst stationäre Maßnahme, die in eine teilstationäre Behandlungsmaßnahme überleitet wurde, wurde nach den vorgegebenen Kategorien als Abgang aus stationärer Behandlung und Zugang in teilstationäre Behandlung erhoben. Mit dieser Kategorisierung war verbunden, dass die Häufigkeit einer teilstationären Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt nicht ermittelt werden konnte.

3. Ziele der Erhebung

Mit der Erhebung sollte

- die Versorgungssituation in der Stadt Dortmund beschrieben und mit aus der Fachliteratur abgeleiteten Kriterien so weit möglich bewertet werden
- ermittelt werden, welche Indikatoren zur Fortschreibung im Rahmen einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung geeignet sind und welche Daten hierzu verfügbar sind.

Qualitätskriterien

Als Bewertungskriterien wurden die Prinzipien der Enquete – Kommission nach einer

- gemeindenahen,
- bedarfsgerechten sowie umfassenden Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten bei
- bedarfsgerechter Koordination aller Versorgungsdienste und
- der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken

zu Grunde gelegt. Daraus leiten sich in der Konkretisierung weitere Grundsätze für die zeitgemäße Gestaltung psychiatrischer Versorgung ab :

- Orientierung am individuellen Hilfebedarf der Betroffenen, Berücksichtigung der subjektiven Bedürfnisse
- Stärkung von Selbsthilfe und Angehörigenarbeit
- Definierte Versorgungsaufträge für alle Einrichtungen und Dienste
- Sektorsierung
- Sicherstellung von Möglichkeiten ambulant – aufsuchender Arbeit
- Ausbau niedrigschwelliger Hilfsangebote für chronisch Kranke
- Arbeit in multiprofessionellen Teams
- Individuelle Hilfeplanung und Bezugspersonensystem
- Kooperation und Vernetzung
- Gesicherte Fort- und Weiterbildung sowie Supervision in allen Einrichtungen und Diensten.

4. Zur psychiatrischen Versorgungssituation in der Stadt Dortmund

4.1. Krankenhausversorgung

Die psychiatrische Krankenhausversorgung wird in Dortmund durch drei Krankenhäuser wahrgenommen:

- **Das Westfälische Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Aplerbeck (WZfPPP)**

Das WZfPPP ist im Rahmen der psychiatrischen Pflichtversorgung zuständig für einen großen Teil der Stadt Dortmund (Ausnahmen siehe unten) und für den Kreis Unna. Es ist untergliedert in selbstständig ärztlich geleitete Abteilungen. Im Bereich der Allgemeinpsychiatrie arbeiten die Abteilungen parallel mit Zuständigkeit jeweils für Teile des Einzugsbereiches: Die Abteilung 1 für den Bereich Dortmund-Nord (Stadtbezirke Brackel, Scharnhorst, Eving, Mengede und Huckarde (ohne Kirchlinde) sowie Innenstadt-Nord); die Abteilung 2 ist zuständig für den Bereich Dortmund-Süd (Aplerbeck, Hörde, Hombruch, Innenstadt-Ost, Innenstadt-West). Die Abteilung 3 ist zuständig für den Kreis Unna.

Daneben bestehen spezialisierte Fachabteilungen für Suchtmedizin, für Gerontopsychiatrie und für Psychosomatik und Psychotherapie, die jeweils für den gesamten Einzugsbereich zuständig sind.

Die Klinik verfügt über eine Institutsambulanz, die ebenfalls für den gesamten Einzugsbereich zuständig ist. Im Rahmen der Institutsambulanz bestehen Fachambulanzen für Suchtmedizin, für Gerontopsychiatrie und für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin.

Die Klinik verfügt ferner über zwei Tageskliniken, eine davon zuständig für Dortmund (angegliedert an die Abteilung Allgemeine Psychiatrie I), eine in Lünen, angegliedert an die Abteilung Allgemeine Psychiatrie III. In Vorbereitung sind ferner je eine spezialisierte gerontopsychiatrische Tagesklinik für Dortmund und für den Kreis Unna.

- **Die Abteilung für psychologische Medizin am Ev. Krankenhaus Lütgendortmund**

Diese Abteilung verfügt über zwei Stationen mit insgesamt 68 Betten sowie einer Tagesklinik mit insgesamt 25 Plätzen und versorgt im Rahmen der Pflichtversorgung den Stadtbezirk Lütgendortmund sowie den Ortsteil Kirchlinde aus dem Stadtbezirk Huckarde. Eine Institutsambulanz besteht bisher nicht.

- Die Abteilung für psychologische Medizin des Marien-Hospitals Hombruch

Diese Abteilung, die sich in Kirchhörde befindet, verfügt über 100 Betten auf 3 Stationen sowie eine Tagesklinik mit 25 Plätzen. Die Abteilung in Kirchhörde war im Berichtsjahr an der psychiatrischen Pflichtversorgung nicht beteiligt. Durch das neue Krankenhausgesetz des Landes NRW vom 16.12.1998 ist die Beteiligung an der psychiatrischen Pflichtversorgung für psychiatrische Krankenhäuser und Fachabteilungen verpflichtend geworden. Das Marien-Hospital befindet sich zur Zeit im Prozess der Umstellung darauf und wird nach Durchführung kleinerer Baumaßnahmen voraussichtlich im Winterhalbjahr 2000/2001 die Pflichtversorgung für den Stadtbezirk Hombruch übernehmen.

In der Vergangenheit war schließlich auch das Krankenhaus Bethanien mit einer kleinen Betteneinheit von 5 Betten (formell Teil einer internistischen Station) im Rahmen des angegliederten Krisenzentrums an der psychiatrischen Versorgung beteiligt. Diese außerhalb der Psychiatrie geführten Krisenbetten wurden durch den Krankenhausträger aus wirtschaftlichen Gründen zum 30.06.1998 geschlossen. Das Krisenzentrum Hörde verfügt seither nicht mehr über einen stationären Bereich.

Die tatsächliche Inanspruchnahme der Krankenhäuser deckt sich natürlich nicht einfach mit den im Rahmen der Pflichtversorgung festgelegten Einzugsbereichen. Die Einzugsbereiche im Rahmen der Pflichtversorgung definieren eine Zuständigkeit formell nur für Zwangsunterbringungen. Im Rahmen des Wahlrechtes nehmen bei freiwillig erfolgenden psychiatrischen Behandlungen Dortmunder Einwohnerinnen und Einwohner auch psychiatrische Kliniken im Umland in Anspruch, ebenso wie Einwohnerinnen und Einwohner aus Nachbarstädten Kliniken in Dortmund in Anspruch nehmen. Diese Austauschbeziehungen in der Region werden für Dortmund erstmals nachstehend genauer beschrieben.

4.1.1. Struktur

Eine detaillierte Darstellung zur Anzahl der Betten bzw. teilstationären Plätze findet sich in Kapitel 2.1 des Materialienbandes.

Vollstationäre Plätze

Der Bevölkerung der Stadt Dortmund stehen als rechnerischer Wert 537 Planbetten (incl. Tagesklinik) in der psychiatrischen Pflichtversorgung zur Verfügung. Diese Betten werden vorgehalten

- vom WZfPPP
- der Abteilung für psychologische Medizin am Ev. Krankenhaus Lütgendortmund
- der Abteilung für psychologische Medizin am Marien Hospital Hombruch/Kirchhörde

Der Vergleich mit der Bundes- und Landesstatistik gibt keinen Anhalt, dass die Anzahl der vorgehaltenen Betten nicht bedarfsgerecht ist.

Es weisen

- die Quote der stationär tätigen Fachärztinnen und Fachärzte und
- der Nutzungsgrad der Einrichtungen,

jeweils im Vergleich mit der Bundes- und Landesstatistik auf eine überdurchschnittliche Ausstattung im stationären Bereich hin.

Teilstationäre Plätze

Ein Vergleich der Anzahl der Tagesklinikplätze mit den von der Expertenkommission (1998) veröffentlichten Richtwerten lässt einen Bedarf an weiteren Tagesklinikplätzen vermuten. Ein solcher Bedarf wurde in den Interviews mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Tagesklinik der Abteilung I des WZfPPP angemeldet, in dem sie von einer Warteliste berichteten. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Tagesklinik des Ev. Krankenhauses Lütgendortmund traten im Interview für eine gerontopsychiatrische Tagesklinik ein.

Institutsambulanz

Eine Institutsambulanz ist mit Zuständigkeit für den gesamten Einzugsbereich beim WZfPPP vorhanden. Angegliedert ist sie der Abteilung Allgemeine Psychiatrie I. Ein Vergleich zu den fachlichen Vorgaben der Expertenkommission lässt die Errichtung von Institutsambulanzen an den Abteilungen für psychologische Medizin sinnvoll erscheinen. Dieser Bedarf wurde auch in den geführten Interviews angemeldet.

Erreichbarkeit

Eine detaillierte Darstellung der Erreichbarkeit im Krankenhausbereich findet sich in Kapitel 2.4 des Materialienbandes.

Alle stationären Einrichtungen sind an 24 Stunden/Tag erreichbar, die Erreichbarkeit der Tageskliniken außerhalb der Öffnungszeiten wird entweder über Anrufbeantworter (WZfPPP) oder den ärztlichen Bereitschaftsdienst des stationären Bereichs sichergestellt.

Die Institutsambulanz ist außerhalb der Öffnungszeiten nur über Anrufbeantworter erreichbar. Aufsuchende Tätigkeiten werden innerhalb der Öffnungszeiten durch die Krankenpflege und die Sozialarbeit durchgeführt. Sie dienen der Krisenintervention, der Sicherung der ärztlichen Betreuung und der Sondierung des Umfeldes. Im Interview am 07. Mai 1999 wurde seitens der Institutsambulanz ausgeführt, dass Obdachlose und nicht-wartezimmerfähige Patientinnen und Patienten, die dringend behandlungsbedürftig seien, nicht ausreichend erreicht werden.

4.1.2. Räumliche Ausstattung

Detaillierte Angaben zur räumlichen Ausstattung sind in Kapitel 2.2 des Materialienbandes enthalten.

Stationsgrößen

Die Größe der Stationen in den Abteilungen für psychologische Medizin überschreitet den Zielwert der Psychiatrie – Personalverordnung (Psych-PV) bis zum Faktor 2. Diese Situation stellt sich im WZfPPP deutlich günstiger dar.

Mehrbettzimmer

86 % aller Betten in psychiatrischen Fachabteilungen stehen in 2 bzw. 3 – Bettzimmern. Die Häufigkeit von 4 – Bettzimmern in den Abteilungen des WZfPPP und im Marien Hospital fällt auf und entspricht nicht den Standards in somatischen Häusern.

Sanitäre Ausstattung der Zimmer

Die sanitäre Ausstattung im WZfPPP ist insofern unbefriedigend, als dort 54 Betten (= 11 % aller psychiatrischen Betten in der Stadt Dortmund) in Zimmern stehen, die weder über eine Toilette noch über ein Waschbecken verfügen.

Telefon bzw. öffentliche Fernsprecher

Telefonanschlüsse sind in den Zimmern der Abteilungen für psychologische Medizin an den Allgemeinkrankenhäusern vorhanden, nicht jedoch auf den allgemeinpsychiatrischen Stationen der Abteilungen für Allgemeine Psychiatrie I und II des WZfPPP. Dort stehen lediglich öffentliche Fernsprecher auf den Stationen zur Verfügung. Auf den Stationen für geistig behinderte Menschen in den Abteilungen für Allgemeine Psychiatrie I und II des WZfPPP sind auch öffentliche Fernsprecher nicht vorhanden. Diese Situation erscheint im Hinblick auf die Gleichbehandlung von psychisch Kranken und körperlich Kranken sowie auf die von Patientinnen und Patienten geäußerten Wünschen⁹¹ unbefriedigend.

Aufenthaltsräume

In der Abteilung für Psychologische Medizin am Evangelischen Krankenhaus Lütgendortmund steht den Patientinnen und Patienten insgesamt nur ein Aufenthaltsraum zur Verfügung. Dies erscheint bei 68 Betten unangemessen wenig zu sein.

Tageskliniken

Die Tageskliniken des WZfPPP sowie der Abteilung für psychologische Medizin am Marien Hospital sind nicht behindertengerecht ausgebaut. Mit Rollstuhl können ohne Hilfe weder die Arbeitsräume der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, noch die vorgesehenen Aufenthalts- und Raucherräume erreicht werden. In der Tagesklinik des Marien Hospitals besteht auch keine Möglichkeit zu kochen; im Hauptgebäude der Abteilung steht eine Trainingsküche zur Verfügung

⁹¹ vgl. Cording, Clemens und Klein, Helmfried: Die Bedeutung von Qualitätssicherung und Patientenwünschen für die Zukunft der psychiatrischen Krankenhäuser in: Cording, Clemens, Weig, Wolfgang (Hrsg.): Die Zukunft des psychiatrischen Krankenhauses [Schriftenreihe der Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser Band 1], Regensburg 1997. In einer Stichtagerhebung von 446 Patientinnen und Patienten des Bezirksklinikums in Regensburg wünschten sich 69 % der Patientinnen und Patienten einen Telefonanschluss auf dem Zimmer.

4.1.3. Personelle Situation

Detaillierte Angaben zur personellen Situation in den psychiatrischen Fachabteilungen sind Kapitel 2.5 des Materialienbandes enthalten.

Anzahl der Beschäftigten

In den psychiatrischen Fachabteilungen in der Stadt Dortmund sind Fachkräfte im Umfang von 529,3 Vollzeitstellen (Rechnungsergebnis) in allen therapeutischen Berufsgruppen einschließlich der Krankenpflege beschäftigt. Dies entspricht vollzeitverrechnet 8,9 Fachkräfte auf 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Das Verhältnis der Ärztinnen und Ärzte je Bett gestaltet sich im WZfPPP günstiger als in den psychiatrischen Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern. Umgekehrt ist dort das Verhältnis bei den Psychologen/je Bett günstiger. Während im Bereich der Ergotherapie keine schwer wiegenden Unterschiede registriert wurden, stellt sich die Situation im WZfPPP im Bereich der Physiotherapie und im Sozialdienst günstiger dar.

Bedeutende Unterschiede ergeben sich im Bereich der pflegerischen Versorgung. Während im WZfPPP auf eine Pflegekraft knapp zwei Betten kommen, sind es in den psychiatrischen Abteilungen drei Betten.

Das Ausmaß der Veränderungen in den letzten Jahrzehnten beleuchtet schlaglichtartig ein Zeitvergleich für das WZfPPP: Es findet sich eine deutliche Verbesserung des Verhältnisses der Anzahl der Patientinnen und Patienten am jeweiligen 31.12. zu den Pflegekräften von 7,4 Patienten/Pflegekraft in 1970 (WLK Dortmund) auf 1,3 Patienten je Pflegekraft in 1998 (WZfPPP Dortmund).

Zusätzlich zu einem Vergleich der Dortmunder Einrichtungen untereinander können die Ergebnisse der bundesweiten Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung⁹² herangezogen werden. Dort war für das Bundesgebiet der prozentuale Anteil der einzelnen Psych - PV - Berufsgruppen an allen Psych - PV - Berufsgruppen ermittelt worden. Dieser Vergleich erbrachte folgende Ergebnisse:

Der Anteil der Ärztinnen und Ärzte an allen Psych - PV - Berufsgruppen liegt im WZfPPP mit 1 % - Punkt über den Ergebnissen der bundesweiten Evaluation aus 1995, im Marien Hospital sind es 3 Prozentpunkten, während sich der Anteil der Ärztinnen und Ärzte im Ev. Krankenhaus Lütgendortmund mit 1 % - Punkt unter dem bundesweiten Vergleichsniveau von 1995 bewegt. Dem gegenüber liegt der Anteil der psychologischen Berufsgruppe im Ev. Krankenhaus Lütgendortmund mit 4 Prozentpunkten über den bundesweiten Ergebnissen aus 1995, während diese Berufsgruppe im WZfPPP mit einem Prozent unter dem Bundesschnitt aus 1995 liegt. Der Anteil der Ergotherapie liegt in allen Dortmunder Einrichtungen unter den bundesweiten Ergebnissen. Im Bereich der Physiotherapie zeigt sich wie in der Sozialarbeit (Ausnahme WZfPPP mit einem Prozentpunkt über den bundesweiten Ergebnissen aus 1995) ein homogenes Bild.

⁹² Aktion Psychisch Kranke e.V., ...(Hrsg.): Bundesweite Erhebung zur Evaluation der Psychiatriepersonalverordnung, [Bd.99 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit], Baden-Baden 1998

Qualifikation der Beschäftigten

Der Anteil der in den psychiatrischen Abteilungen Dortmunds beschäftigten Fachärztinnen und Fachärzte liegt mit 10.978 Einwohnerinnen und Einwohner je Facharzt bzw. Fachärztin über dem Bundesdurchschnitt von 13.150 EW je Facharzt bzw. Fachärztin. Andere Berufsgruppen können mangels Datenbasis nicht verglichen werden.

Das Qualifikationsniveau in der Krankenpflege des WZfPPP beeindruckt durch einen hohen Anteil an Fachkrankenpflegekräften für Psychiatrie und abgeschlossenen Qualifikationen zur Stationsleitung und Mentor-in.

Insgesamt befanden sich in allen psychiatrischen Häusern zum 31.12.1998 51 Personen in fachärztlicher Weiterbildung.

Supervision

Die Möglichkeit externer Supervision ist in den psychiatrischen Abteilungen in unterschiedlicher Ausprägung gegeben. In der Abteilung für psychologische Medizin am Marien Hospital bestand als einziger Einrichtung nicht die Möglichkeit einer externen Supervision für die Stationsteams.

4.1.4. Stationäre Leistungen

Detaillierte Angaben zu den stationären Leistungen in den psychiatrischen Fachabteilungen sind in den Kapiteln 2.6, 2.7, 2.8, 2.9, und 2.10 des Materialienbandes enthalten.

4.1.4.1. Inanspruchnahme stationärer Versorgungsangebote durch Dortmunder Bürgerinnen und Bürger

Detaillierte Angaben zur Inanspruchnahme psychiatrischer Fachabteilungen sind in Kapitel 2.6.1 des Materialienbandes enthalten.

In 1998 erfolgten 5942 Aufnahmen zur stationären psychiatrischen Behandlung in psychiatrischen Fachabteilungen in der Stadt Dortmund. Bezogen auf die Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner der Stadt Dortmund

errechnet sich eine Aufnahmequote von 10,02/1000 Einwohner. Dieser Wert berücksichtigt aber alle Aufnahmen, also auch die Aufnahmen von Auswärtigen, die in den psychiatrischen Fachabteilungen in der Stadt Dortmund stationär behandelt wurden.

Die Anzahl der Aufnahmen ausschließlich von Dortmunder Bürgerinnen und Bürger kann nicht eindeutig bestimmt werden, da Angaben zur Herkunft der Patientinnen und Patienten im Marien Hospital und im Ev. Krankenhaus Lütgendortmund nur für Abgänge, nicht aber für Aufnahmen vorliegen. Als Annäherungswert⁹³ wurden 4434 Aufnahmen Dortmunder Bürgerinnen und Bürger ermittelt. Es errechnet sich eine Aufnahmequote von 7,5/1000 Dortmunder Einwohnerinnen und Einwohner in den Dortmunder psychiatrischen Kliniken.

⁹³ Dieser Wert errechnet sich wie folgt: 5942 Aufnahmen gesamt abzgl. Aufnahmen 1143 Auswärtiger im WZfPPP abzgl. Abgänge Auswärtiger (150 im Ev. Krankenhaus Lütgendortmund bzw. 215 im Kath. Marien Hospital). Diese Vorgehensweise ist vertretbar, weil die Verweildauer in den psychiatrischen Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern in 1998 in allen Fällen unter einem Jahr lagen,

Zum Vergleich: Der Landeskrankenhausplan für das Land Bremen weist für die Stadt Bremen, die von der Einwohnerzahl her durchaus mit Dortmund vergleichbar ist, eine Aufnahmequote von 8,6/1000 Einwohnerinnen und Einwohner der Stadt Bremen in psychiatrischen Fachkrankenhäusern aus. Im Vergleich zu Bremen findet sich somit eine deutlich geringere stationäre Behandlungsrate Dortmunder Bürgerinnen und Bürger in den psychiatrischen Fachabteilungen in der Stadt Dortmund.

Teilstationär wurden in 1998 641 Patientinnen und Patienten in den psychiatrischen Fachabteilungen der Stadt Dortmund aufgenommen. Der Anteil der teilstationären Aufnahmen an allen Aufnahmen lag bei 10 %.

4.1.4.2. Stationäre Behandlungen mit psychiatrischer Hauptdiagnose

Detaillierte Angaben zu stationären Behandlungen mit psychiatrischer Hauptdiagnose sind in den Kapiteln 2.6.4, und 2.9 des Materialienbandes enthalten.

Stationäre psychiatrische Behandlungen in der Stadt Dortmund: In 1997 wurden insgesamt 9500⁹⁴ stationäre Behandlungsmaßnahmen (nach Abgängen) wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose in der Stadt Dortmund durchgeführt. Davon erfolgten 59 % (n = 5645) der stationären Behandlungsmaßnahmen in psychiatrischen Fachabteilungen, 41 % (n = 3855) wurden in somatischen Fachabteilungen durchgeführt.

Inanspruchnahme psychiatrischer Fachabteilungen durch Dortmunder in der Stadt Dortmund selbst:

In 1997 haben Dortmunder Bürgerinnen und Bürger für Behandlungen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose in 53 % (n = 3846) der Fälle Behandlungsangebote in den psychiatrischen Fachabteilungen und zu 47 % der Fälle in somatischen Fachabteilungen in Dortmund in Anspruch genommen. Auswärtige Patientinnen und Patienten, die sich wegen einer psychiatrischen Diagnose in Dortmunder Kliniken behandeln ließen, haben dagegen die psychiatrischen Fachabteilungen in der Stadt 79 % (n = 1799) der Fälle in Anspruch genommen.

Inanspruchnahme psychiatrischer Fachabteilungen durch Dortmunder Bürgerinnen und Bürger unabhängig vom Klinikstandort:

Insgesamt wurden im Jahr 1996 - ohne Stundenfälle und unabhängig vom Klinikstandort - 7803 stationäre Behandlungen für Dortmunder Bürgerinnen und Bürger durchgeführt, in 1997 waren es 8355 Fälle. 50 % (in 1996) bzw. 52 % (in 1997) dieser stationären Maßnahmen erfolgten in psychiatrischen Fachabteilungen.

Unter Berücksichtigung der Stundenfälle liegt der Anteil der stationären Behandlungen Dortmunder Bürgerinnen und Bürger wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose in psychiatrischen Fachabteilungen für 1996 und 1997 bei jeweils 50 %

⁹⁴ incl. Stundenfälle

Verteilung stationärer Behandlungen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose auf medizinische Fachabteilungen in Dortmund 1997, in %	alle stationären Behandlungen wg. einer psychiatrischen Hauptdiagnose	davon		stationäre Behandlungen wg. einer psychiatrischen Hauptdiagnose für Dortmunder unabhängig vom Behandlungsort
		Auswärtige	Dortmunder	
in psychiatrischen Fachabteilungen	59 %	79 %	53 %	50 %
in somatischen Fachabteilungen	41 %	21 %	47 %	50 %
gesamt	100 %	100 %	100 %	100 %

Tabelle 13: Verteilung stationärer Behandlungen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose auf medizinische Fachabteilungen für 1997, in %

4.1.4.3. Wanderungsbewegungen von Patientinnen und Patienten mit psychiatrischer Hauptdiagnose

Detaillierte Angaben zu den Wanderungsbewegungen sind in den Kapiteln 2.6.4 und 2.13.4 des Materialienbandes enthalten.

In 1996 wurden in den Krankenhäusern in der Stadt Dortmund in 2127 Fällen Auswärtige wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose betreut., nahezu 76 % hiervon (1614 Fälle) in den psychiatrischen Fachabteilungen der Stadt. Im Jahr 1997 waren es mit 2280 153 Fälle mehr, hiervon wurden 79 % (1799 Fälle) in psychiatrischen Fachabteilungen behandelt.

Im gleichen Zeitraum wurden in 1471 (1996) bzw. 1549 (1997) Fällen Dortmunder Bürgerinnen und Bürger außerhalb der Stadt Dortmund stationär behandelt. Nahezu 35 % (508) Fälle davon wurden in 1996 in psychiatrischen Fachabteilungen außerhalb der Stadt Dortmund behandelt, in 1997 waren es bei 593 Fällen 38 %.

Für die Stadt Dortmund ist eine positive Wanderungsbilanz von 656 Fällen (1996) bzw. 731 Fällen (1997) festzustellen, die insbesondere durch die Inanspruchnahme der psychiatrischen Klinikeinheiten durch Auswärtige induziert ist.

Der Nutzungsgrad der Betten (Kapitel 2.7. des Materialienbandes) in psychiatrischen Fachabteilungen lag in Deutschland in 1997⁹⁵ bei 86,7 %, im WZfPPP für 1998 bei 72,6 %, in der Abteilung für psychologische Medizin am Ev. Krankenhaus Lütgendortmund bei 86,3 %, am Marien Hospital bei 96 %. Der Nutzungsgrad der Betten im WZfPPP liegt deutlich unter dem Bundesdurchschnitt.

4.1.4.4. Häufigkeit stationärer Behandlungen mit psychiatrischer Hauptdiagnose je 1000 Einwohner (EW)

Die Häufigkeit stationärer Behandlung von Dortmunder Bürgerinnen und Bürger mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose ist von 11,76 Behandlungsfällen/1000 EW in 1993 auf 14,04 Behandlungsfälle/1000 EW um 2,28 Behandlungsfälle/1000 Einwohnerinnen und Einwohner im Jahr gestiegen. Damit bewegte sich die Behandlungsrate deutlich über dem Landesdurchschnitt von Nordrhein – Westfalen (1995: 10,6/1000 EW).

Betrachtet man nur die Abgänge aus psychiatrischen Fachabteilungen in der Stadt Dortmund, findet sich auf der Basis von 1996 (8,41/1000 EW) eine Steigerung um 1,92/1000 EW auf 10,33/1000 EW in

⁹⁵ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens Ausgabe 1999 [Band 122 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit], Baden – Baden 1999, Seite 290

1998. Der Wert für 1997 (9,32/1000 EW) liegt erheblich über den Angaben der Bundesstatistik (6,86/1000 EW).

Für die psychiatrischen Abteilungen in der Stadt Dortmund wurden 314,79 Pflage⁹⁶/1000 EW ermittelt. Bundesweit lag die Anzahl der Pflage in psychiatrischen Fachabteilungen 1997 bei 239,48/1000 EW. Für die Stadt Dortmund liegen die Pflage pro 1000 EW somit deutlich über dem Bundesdurchschnitt.

Insbesondere bei Organischen Psychosen (ICD 290 – 294) und Suchterkrankungen (ICD 303 – 305) nehmen Dortmunder Bürgerinnen und Bürger überwiegend nicht die psychiatrischen Fachabteilungen in der Stadt Dortmund in Anspruch, sondern lassen sich in somatischen Häusern behandeln. Das dürfte wesentlich mit der Multimorbidität bei Alterserkrankungen und einer primär internistischen Handhabung von Entzugsbehandlung bei Suchtkranken zu tun haben. Die im Vergleich zum Bundes- und Landesdurchschnitt erhöhten Hospitalisierungsraten in der Stadt Dortmund bestätigen im übrigen die Versorgungsforschung hinsichtlich ihrer Aussage einer erhöhten Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Behandlungen in Großstädten. Angesichts

- einer Aufnahme⁹⁶ von 7,5 / 1000 Dortmunder Bürgerinnen und Bürger im Vergleich zu Bremen mit einer Aufnahme von 8,6 / 1000 Einheimischer in Verbindung mit
- einem Anteil von 47 % von Dortmunder Bürgerinnen und Bürger, die in somatischen Fachabteilungen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose in Dortmund stationär behandelt werden und
- unter Berücksichtigung des unterdurchschnittlichen Nutzungsgrades der psychiatrischen Betten insbesondere im WZPPP sowie
- einer ganz überwiegenden Inanspruchnahme somatischer Häuser bei Organischen Psychosen und Suchterkrankungen

stellt sich die Frage, ob dieses Inanspruchnahme-Verhalten auch eine Aussage über mangelnde Akzeptanz der Dortmunder psychiatrischen Kliniken für bestimmte Zielgruppen ist und ob dafür die Überweisungspraxis der niedergelassenen Ärzte eine Rolle spielt. Weiterhin ist fraglich, ob die somatischen Häuser im Hinblick auf die psychiatrischen Aspekte von Multimorbidität hinreichend ausgestattet sind bzw. ob psychiatrische Konsiliar- und Liaisondienste in hinreichendem Ausmaß vorhanden sind.

Gleichzeitig ist festzuhalten, dass die psychiatrischen Fachabteilungen in der Stadt Dortmund in erheblichem Maße zur Versorgung des Umlandes beitragen. In 1998 entfielen ein Drittel aller stationären Behandlungsmaßnahmen in psychiatrischen Fachabteilungen in der Stadt Dortmund auf auswärtige Patientinnen und Patienten, hiervon kamen wiederum 65 % (n = 1274) aus dem Kreis Unna als Teil des Versorgungsgebietes des WZfPPP. In 688 Fällen (35 % der Auswärtigen) wurden in der Stadt Dortmund stationäre psychiatrische Versorgungsleistungen für Patientinnen und Patienten abgegeben, die weder aus der Stadt Dortmund noch aus dem Versorgungsgebiet des WZfPPP bestehend aus der Stadt Dortmund und dem Kreis Unna kamen.

⁹⁶ einschließlich der Inanspruchnahme durch Auswärtige

4.1.4.5. Erst- und Wiederaufnahmen

Detaillierte Angaben zu den Aufnahmen in den psychiatrischen Fachabteilungen sind in Kapitel 2.6.1 des Materialienbandes enthalten.

Der Anteil der Wiederaufnahmen an den Gesamtaufnahmen bewegt sich in den Abteilungen für Allgemeine Psychiatrie I und II (73 % bzw. 74 %) auf überdurchschnittlichem Niveau im Vergleich zu den anderen psychiatrischen Abteilungen in der Stadt Dortmund. Die psychiatrische Abteilung am Ev. Krankenhaus Lütgendortmund befindet sich mit ihrer Wiederaufnahmerate von 61 % etwas unter dem Durchschnitt für die Stadt Dortmund von 63 %. Diese Durchschnittswert wird von der Abteilung am Marien Hospital mit 66 % überschritten.

Zum Vergleich in Hinblick auf den langfristigen Trend: In 1980 lag der Anteil der Wiederaufnahmen an allen Aufnahmen im damaligen WLK Dortmund bei 45,8 %⁹⁷.

Bei 23 % (154 Fälle) bzw. 24 % (189 Fälle) der Aufnahmen in der Abteilung I bzw. Abteilung II des WZfPPP handelt es sich um Patientinnen und Patienten, deren letzte Entlassung nicht länger als einen Monat zurückliegt. In der Abteilung III des WZfPPP waren es 14 % (85 Fälle), im Ev. Krankenhaus Lütgendortmund 11 % (76 Fälle), im Marien Hospital 20 % bei 164 Fällen. Die Wiederaufnahmerate innerhalb eines Jahres nach Entlassung lag in 1998 für alle psychiatrischen Fachabteilungen in der Stadt Dortmund bei 44 %, in den Abteilungen I, II des WZfPPP bei 55 %.

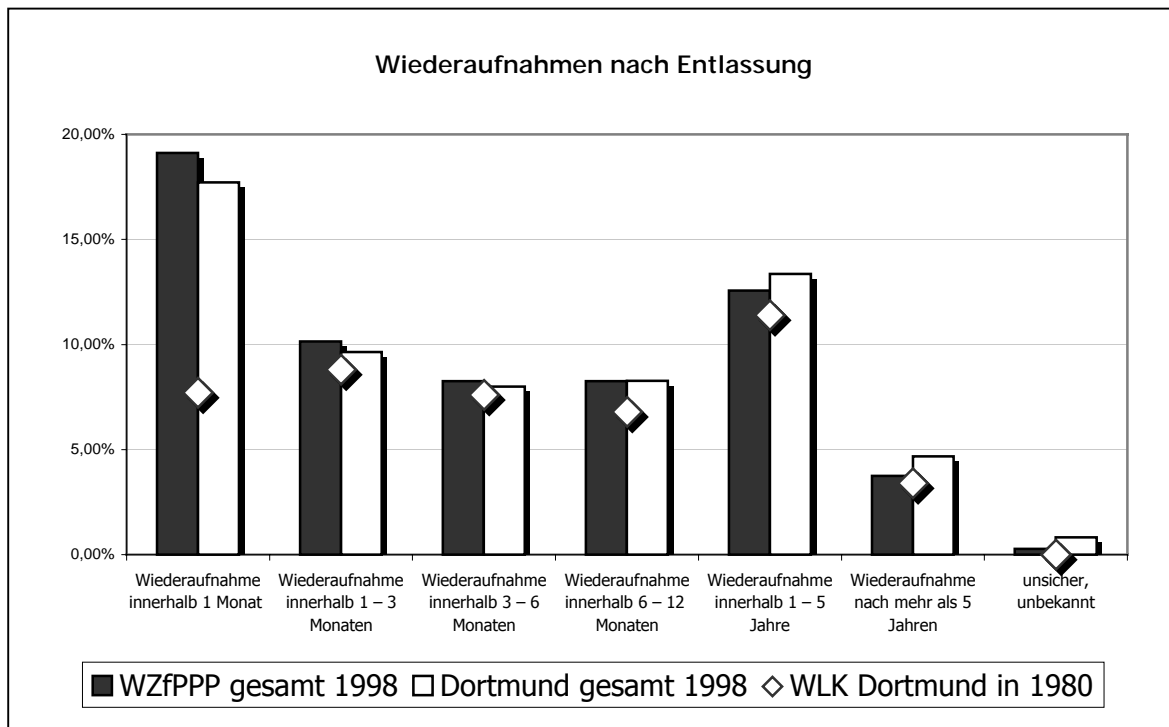


Abbildung 4.1-1: Wiederaufnahmen nach Zeitklassen.

⁹⁷ Landschaftsverband Westfalen-Lippe: Psychiatrische Gesamtversorgung in Westfalen-Lippe, Oktober 1981, Seite 175

Abbildung 4.1-1 verdeutlicht, dass die Zunahme der Wiederaufnahmen sich insbesondere im Zeitraum von einem Monat seit Entlassung ereignet hat.

4.1.4.6. Stationäre und teilstationäre Behandlungen in 1998

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 2.6.4 des Materialienbandes.

In 1998 wurden in den psychiatrischen Fachabteilungen der Stadt Dortmund 5874 Abgänge aus stationärer und 638 aus teilstationärer Behandlung verzeichnet. Der Anteil der teilstationären Abgänge an allen Abgängen liegt für die psychiatrischen Fachabteilungen in der Stadt Dortmund knapp unter 10 %. Es findet sich jedoch eine unterschiedliche Verteilung zwischen den Fachabteilungen. Ein Viertel (24 %) aller in der Stadt Dortmund verzeichneten teilstationären Abgänge wurden im Ev. Krankenhaus Lütgendortmund registriert. Während 76 % (= 4460) aller stationär in psychiatrischen Fachabteilungen behandelten Patientinnen und Patienten im WZfPPP behandelt wurden, sind es nur 60 % (= 384) der teilstationär behandelten.

4.1.4.7. Patientinnen und Patienten nach Psych-PV

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 2.6.3 des Materialienbandes.

Die psychiatrischen Abteilungen am Ev. Krankenhaus Lütgendortmund und am Marien Hospital führen keine rehabilitativen Behandlungen in den Psych – PV – Patientengruppen durch. Deren Anteil ist auch im WZfPPP gering und liegt weit unter dem bundesdeutschen Durchschnitt aus 1995.

4.1.4.8. Verweildauer stationärer Behandlungsfälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 2.8 des Materialienbandes.

Die durchschnittliche Verweildauer nach Fällen betrug in 1998 für das WZfPPP 30,13 Tage, für die psychiatrische Abteilung am Ev. Krankenhaus Lütgendortmund 28,2 Tage und für die psychiatrische Abteilung am Marien Hospital 38,53 Tage. Die durchschnittliche Verweildauer in stationären psychiatrischen Einrichtungen lag in 1997⁹⁸ bundesweit bei 35,9 Tagen, in Nordrhein-Westfalen bei 39,4 Tagen. Als historischer Vergleich zur Beleuchtung des Ausmaßes an Veränderung: im WLK Dortmund lag die durchschnittliche Verweildauer nach Fällen in 1979 bei 182 Tagen, in 1980 bei 169 Tagen

In den Jahren 1996 bis 1997 ging die durchschnittliche Verweildauer nach Abgängen in psychiatrischen Abteilungen für Dortmunder Bürgerinnen und Bürgerinnen um 28,7 Tage von 76, 3 Tagen auf 47,6 Tage zurück. Für 1997 erfolgte eine Angleichung an den Bundesdurchschnitt von 48,6 Tagen für das Jahr 1996. Der Rückgang der Verweildauer ist mit einem Abbau von Langzeithospitalisierungen zu

⁹⁸ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens Ausgabe 1999 [Band 122 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit], Baden – Baden 1999, Seite 290

erklären: in 1997 wurden 14 Abgänge mit einer Verweildauer von mehr als 15 Jahren verzeichnet, in 1997 waren es 3 Abgänge, in 1998 kein Abgang mehr.

Bei einer genaueren Betrachtung der Verweildauer nach Zeitklassen zeigt sich, dass kurze stationäre Behandlungsepisoden deutlich zunehmen: In 1998 wurden 92,45 % aller Patientinnen und Patienten binnen 3 Monaten aus stationärer psychiatrischer Behandlung entlassen, in 1997 waren 89,11 % und in 1996 86,3 %.

Der Anteil einer Verweildauer von länger als 3 Wochen ist von 1980 – 1998 stetig gesunken, am häufigsten sind Behandlungsdauern in der Zeitklasse von 3 Wochen bis unter 3 Monaten.

49,53 % (1576 Fälle) aller Fälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose in somatischen Fachabteilungen wurden in 1996 zwischen einer Woche und unter drei Wochen behandelt, in 1997 betrug dieser Wert 47,10 % bei 1589 Fällen. In den psychiatrischen Fachabteilungen lag der Anteil stationärer Behandlungen in dieser Zeitklasse in 1996 bei 27 % (n = 943), in 1997 bei 28 % (n = 1079). Sowohl in psychiatrischen Fachabteilungen als auch in somatischen Fachabteilungen hat sich die Verweildauer bei Patientinnen und Patienten wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose verkürzt.

Verweildauer und Wiederaufnahme 1980 - 1998

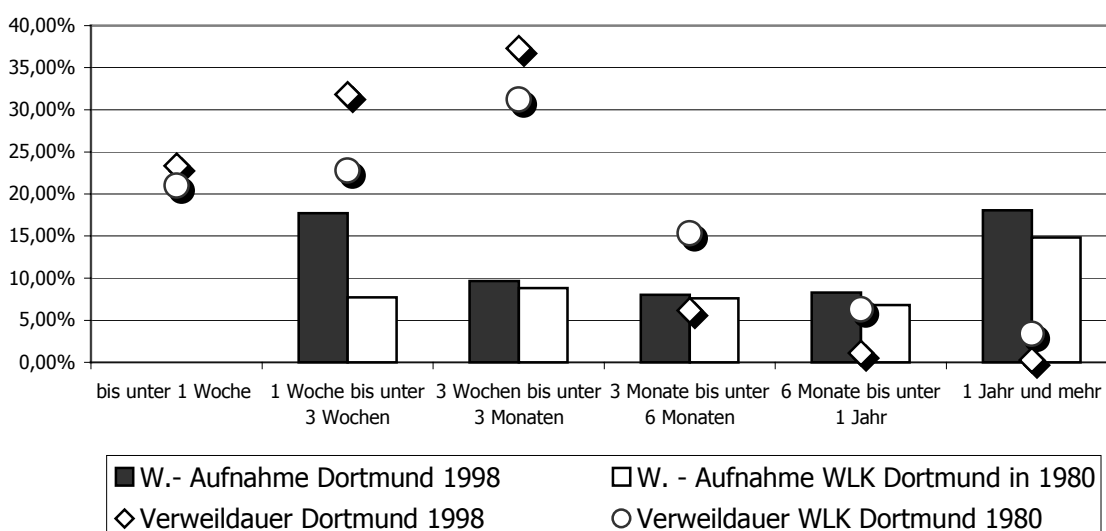


Abbildung 4.1-2: Verweildauer und Wiederaufnahmen nach Zeitklassen 1980 – 1998⁹⁹

Auf der Grundlage der vorliegenden Befunde scheinen zwei Vermutungen empirisch begründbar:

1. Es kann vermutet werden, dass die Steigerung der Wiederaufnahmerate mit der Verkürzung der Verweildauer in Zusammenhang steht.

⁹⁹ Zur Verweildauer bis unter einer Woche lagen keine Rechenergebnisse vor.

Die vorstehende Abbildung 4.1-2 illustriert die vorgetragene Vermutung. Es ist erkennbar, dass ein höherer Anteil von Patientinnen und Patienten mit einer Verweildauer von 1 bis unter 3 Wochen in Dortmund 1998 mit einem höheren Anteil an Wiederaufnahmen binnen 1 Woche bis unter 3 Wochen nach der Entlassung korrespondiert.

2. Es kann vermutet werden, dass die Verkürzung der Verweildauern mit der deutlichen Zunahme der Zahl der Behandlungsepisoden in Zusammenhang steht.

Abbildung 4.1-3 Seite 68 illustriert auch diese Vermutung. Die Steigerung der Fallzahlen verläuft parallel zur Verringerung der durchschnittlichen Verweildauer.

Zusammengefasst besagt das: Die Zunahme der Behandlungsepisoden hat in erster Linie damit zu tun, dass die Patientinnen und Patienten kürzer behandelt, aber gleichzeitig häufiger wieder aufgenommen werden.

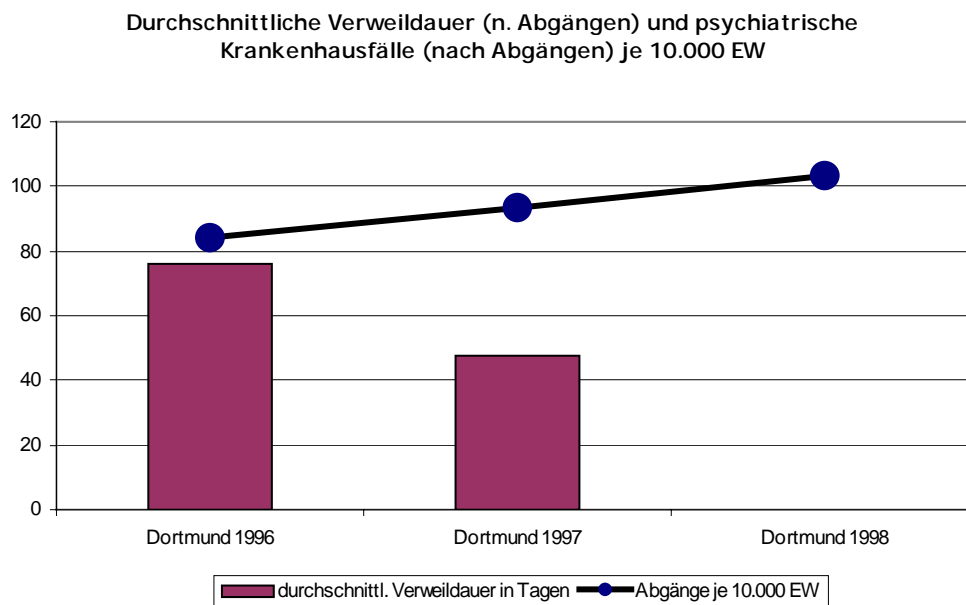


Abbildung 4.1-3: Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen) und psychiatrische Krankenhausfälle je 10.000 EW

4.1.4.9. Verweildauer stationärer und teilstationärer Behandlungsfälle in psychiatrischen Fachabteilungen der Stadt Dortmund in 1998 und nach Zeitklassen

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 2.8 des Materialienbandes.

90 % (1460) der stationären Behandlungen der Abteilung für Suchtmedizin des WZfPPP hatten eine Behandlungsdauer von bis unter drei Wochen. Dies sind die kürzesten Behandlungszeiträume der psychiatrischen Abteilungen in Dortmund und hängt wesentlich mit den Vorgaben für Entzugsbehandlungen zusammen.

Der Durchschnitt einer Behandlungsdauer von bis unter einer Woche liegt für die psychiatrischen Abteilungen in der Stadt Dortmund insgesamt bei 23,37%; die Abteilungen I, II, III des WZfPPP sowie die Abteilung des Ev. Krankenhauses Lütgendortmund bewegen sich auf diesem Niveau. Die Abteilung am Marien Hospital verzeichnet mit 14 % einen deutlich geringeren Anteil in dieser Klasse der Behandlungsdauer.

Am häufigsten ist eine Behandlungsdauer von drei Wochen bis unter drei Monaten in allen psychiatrischen Abteilungen mit Ausnahme der Abteilung für Suchtmedizin. Die Abteilungen I, II, III des WZfPPP sowie die Abteilung des Ev. Krankenhauses Lütgendortmund behandeln zwischen 40 % und 45 % ihrer Patientinnen und Patienten in dieser Zeitklasse. Die Abteilung für Gerontopsychiatrie des WZfPPP übersteigt diesen Durchschnitt mit einem Anteil von 60% (401 Fälle), die Abteilung am Marien Hospital mit einem Anteil von 58 % (431) der stationären Behandlungsmaßnahmen.

Länger dauernde Behandlungen von 3 bis unter 6 Monaten werden bei knapp 33% der Patientinnen und Patienten der Abteilung für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin durchgeführt, während dieser Wert in den allgemeinspsychiatrischen Abteilungen jeweils unter 10 % liegt: in der Abteilung Allgemeine Psychiatrie I liegt deren Anteil bei 1,3 % der Patientinnen und Patienten, in der Abteilung Allgemeine Psychiatrie II bei 7 %, in Lütgendortmund bei 4,5 % und in Kirchhörde bei 5,2 %.

Auch bei der tagesklinischen Behandlung ist häufigster Behandlungszeitraum die Zeitspanne von 3 Wochen bis unter 3 Monaten mit einem Durchschnitt für Dortmund von 49,7 %, (n = 326 Fälle), dieser Durchschnitt wird von der Abteilung am Ev. Krankenhaus Lütgendortmund überschritten.

4.1.4.10. Verweildauer stationärer Behandlungsfälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose von 1996 – 1997 nach Diagnosegruppen

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 2.8.2 des Materialienbandes.

Knapp 52 % (408 Fälle) der in 1996 wegen einer organischen Psychose in somatischen Fachabteilungen psychiatrisch behandelten Patientinnen und Patienten verbleiben von 1 Woche bis unter 3 Wochen in stationärer Behandlung. In 1997 lag dieser Wert bei 50 % und 444 Fällen. In psychiatrischen Fachabteilungen ist dieser Anteil deutlich geringer (1996: 25 % bei 83 Fällen; 1997: 25 % bei 82 Fällen).

Dort findet sich statt dessen auch wieder der Gipfel der Verweildauer in einer Zeitklasse von 3 Wochen bis unter drei Monaten. Stundenfälle sind hier in allen medizinischen Fachabteilungen selten.

Zahlenmäßig eher gering vertreten (1996: n = 146; 1997: n = 170), dauern stationäre Behandlungen mit den Hauptdiagnosen Psychose in somatischen Fachabteilungen in 55 % der Fälle (1996: n = 80) bzw. 58 % (1997: n = 99) zwischen einer Woche und drei Monaten. Dies ist auch in psychiatrischen Fachabteilungen die häufigste Verweildauer.

Stundenfälle liegen bei Suchterkrankungen in somatischen Fachabteilungen bei einem Anteil von 11,6 % (1996, n = 212 Fälle) bzw. 12 % (1997, n = 221 Fälle). Die mit 56 % (1996, n = 1023) bzw. 54 % (1997, n = 1000) häufigste stationäre Behandlungsdauer liegt in den somatischen Fachabteilungen zwischen 1 Woche bis unter drei Wochen. Psychiatrische Fachabteilungen unterscheiden sich hiervon insoweit nicht. Auch dort ist 1 Woche bis unter drei Wochen die häufigste Behandlungsdauer.

In somatischen Fachabteilungen hat sich die Behandlungsdauer bei Erkrankungen mit der Hauptdiagnose Neurose von 1996 auf 1997 verkürzt. Immerhin 17 % (1996: n = 70; 1997: n = 78) werden mit einer Dauer von 3 Wochen bis unter drei Monaten behandelt. In psychiatrischen Fachabteilungen ist der Anteil stationärer Behandlungen in dieser Zeitklasse deutlich höher (1996: 32 % bei 263 Fällen; 1997: 37 % bei 293 Fällen).

4.1.5. Diagnoseverteilung bei stationären Behandlungen mit psychiatrischer Hauptdiagnose

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 2.9 des Materialienbandes.

Eine Suchterkrankung ist die häufigste Hauptdiagnose bei einer stationären psychiatrischen Behandlung Dortmunder Bürgerinnen und Bürger in den Jahren 1996 – 1997 und dies mit steigender Tendenz. Bei differenzierterer Betrachtung zeigt sich, dass Psychosen (ICD 295 – 299) die häufigste Hauptdiagnosen in psychiatrischen Fachkrankenhäusern sind. In somatischen Fachabteilungen dominieren dagegen Suchterkrankungen.

- **Organische Psychosen** (ICD 290 – 294) Dortmunder Bürgerinnen und Bürger wurden zu 71 % (1996) bzw. 73 % (1997) in somatischen Häusern behandelt. Erkrankungen dieser Diagnosegruppe machten ca. 21 % der Fälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose in somatischen Fachabteilungen aus.
- Es ist bemerkenswert, dass immerhin 9 % (n = 170) aller Dortmunder Bürgerinnen und Bürger mit der Hauptdiagnose Psychose in der Stadt Dortmund in somatischen Fachabteilungen stationär behandelt wurden. Insgesamt, d.h. unabhängig vom Klinikstandort wurden Psychosen (ICD 295 – 299) Dortmunder Bürgerinnen und Bürger zu 11,45 % (1996) bzw. 12,23 % (1997) in somatischen Häusern behandelt. Erkrankungen dieser Diagnosegruppe machten 5,5 % der Fälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose im somatischen Krankenhaus aus.

- Suchterkrankungen (ICD 303 – 305) machen ca. 54 % aller Fälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose im somatischen Krankenhaus aus. Sie wurden zu 70 % (1996) bzw. 63 % (1997) in somatischen Häusern behandelt.
- Auf Neurosen (ICD 300 – 316) entfallen 20 % der Fälle mit psychiatrischer Hauptdiagnose im somatischen Krankenhaus. Neurosen wurden zu 46 % (1996) bzw. 49 % (1997) in somatischen Häusern behandelt.

In den Jahren 1996 – 1997 hat sich die Häufigkeit der Suchterkrankungen in den psychiatrischen Fachabteilungen erhöht. Im gleichen Zeitraum haben demgegenüber die somatischen Fachabteilungen verstärkt Patientinnen und Patienten mit den Hauptdiagnosen „Organischen Psychose“, „Psychose“ oder „Neurose“ behandelt.

In 1998 verteilten sich in den psychiatrischen Fachabteilungen in der Stadt Dortmund die Diagnosen wie folgt:

Es wurden 474 Abgänge (8,06 % aller Abgänge mit der psychiatrischen Hauptdiagnose „Organische Psychose“ verzeichnet. Der Anteil dieser Diagnosegruppe liegt in der psychiatrischen Abteilung im Ev. Krankenhaus Lütgendortmund mit 8,6 % leicht über diesem Schnitt. Im Marien Hospital spielt diese Personengruppe mit 1,6 % eine nur marginale Rolle. 40,63 % (271 Fälle) der Fälle in der Abteilung für Gerontopsychiatrie des WZfPPP tragen diese Hauptdiagnose. 57 % (271 Fälle) aller Patientinnen und Patienten mit „Organischen Psychosen“ wurden in der Abteilung für Gerontopsychiatrie des WZfPPP behandelt, 12,3% (58 Fälle) in der Abteilung für psychologische Medizin im Ev. Krankenhaus Lütgendortmund.

Bei der Hauptdiagnose „Psychose“ bewegt sich die Abteilung für psychologische Medizin im Ev. Krankenhaus Lütgendortmund mit 41,72 % (282 Fälle) im Durchschnitt für alle psychiatrischen Abteilungen. Der Anteil dieser Personengruppe in der Abteilung für Gerontopsychiatrie (44,38 % bei 296 Fällen) übersteigt den der Organischen Psychosen. Für die Abteilung für psychologische Medizin am Marien Hospital wurde ein Wert von 558 Fällen (75,61 % aller Fälle) angegeben. Für diesen vergleichsweise hohen Wert können verschiedene Gründe ausschlaggebend sein:

- (a) Die Umrechnung von ICD – 10 auf ICD – 9 enthält Fehlerquellen, die sich auf die Ergebnisse auswirken.
- (b) Suchterkrankungen werden im Kath. Marien Hospital in der Inneren Abteilung gesondert behandelt, so dass in der Regel keine Aufnahme in der psychiatrischen Abteilung erfolgt, Gerontopsychiatrische Patienten werden überwiegend ebenfalls auf der Inneren Abteilung behandelt.
- (c) Es ergibt sich eine Überrepräsentation bestimmter Diagnosegruppen, die sich aus der Entstehungsgeschichte der psychiatrischen Abteilung am Marien Hospital und dem gewachsenen Schwerpunkt im Bereich der Depressionsbehandlung erklärt.

- Der Anteil der Suchterkrankungen an allen Abgängen lag in 1998 bei der Abteilung für psychologische Medizin im Ev. Krankenhaus Lütgendortmund bei 24 % und 162 Fällen, während diese Hauptdiagnosen im Marien Hospital einen nur geringen Anteil (3,66 % mit 27 Fällen) der Patientinnen und Patienten darstellten. Die Abteilung für Suchtmedizin des WZfPPP versorgt 85 % (1422) aller in den psychiatrischen Abteilungen der Stadt Dortmund behandelten Fälle. Ein Durchschnittswert über alle Abteilungen kann hier nicht gebildet werden, da die beiden allgemeipsychiatrischen Abteilungen im WZPPP an der Versorgung von Suchtkranken wegen der inneren Differenzierung nicht beteiligt sind.
- Bei den Neurosen findet sich in 1998 in der Abteilung für psychologische Medizin im Ev. Krankenhaus Lütgendortmund mit 24,7 % (167 Fälle) eine überdurchschnittliche Verteilung, die Abteilung am Marien Hospital liegt leicht unter dem Durchschnitt für Dortmund. Innerhalb der Abteilungen für Allgemeinpsychiatrie des WZfPPP weist Abteilung II mit 253 Fällen (31,6 %) den höchsten Anteil dieser Hauptdiagnosen auf, während die Abteilungen I und III sich im Bereich von 160 Fällen (25,7% bzw. 28 %) bewegen.
- Geistige Behinderungen spielen im Behandlungsgeschehen der psychiatrischen Abteilungen bei insgesamt 23 Fällen eine nur geringe Rolle.

Bei den teilstationären Behandlungen dominieren Neurosen mit 47 % (304 Fälle) das Behandlungsgeschehen in allen psychiatrischen Abteilungen in der Stadt Dortmund. Patientinnen und Patienten mit den Hauptdiagnosen „Organische Psychose“ werden äußerst selten (1,1 %, 7 Fälle) teilstationär behandelt. Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose „Psychose“ finden im Vergleich zu ihrem Anteil im stationären Behandlungsgeschehen in der Abteilung I des WZfPPP seltener Zugang zur teilstationären Behandlung. Dagegen stellt diese Personengruppe 75 % (15 Fälle) der teilstationär in der Abteilung für Gerontopsychiatrie Behandelten.

In den psychiatrischen Fachabteilungen in der Stadt Dortmund hat die Anzahl der Fälle von 1996 – 1998 um 759 zugenommen, dies entspricht einer Veränderung von 1,37 Fällen /1000 EW. Dabei ist die Anzahl der Fälle mit der Hauptdiagnose Organischer Psychose nicht gestiegen. Die Steigerung der Anzahl der Fälle mit der Hauptdiagnose Psychose_ ist mit einer Veränderung von 136 Fällen im beschriebenen Zeitraum gering. Eine deutliche Steigerung haben demgegenüber die Fälle mit der Hauptdiagnose Suchterkrankung_ erfahren. Von 1996 (1043 Fälle) bis 1998 (1665 Fälle) stieg deren Häufigkeit um 662 an. Dies entspricht einer Steigerung von 1,07 Fällen/1000 EW. Keine Veränderungen wurden dagegen bei den Neurosen und den geistigen Behinderungen verzeichnet.

Fälle mit der Hauptdiagnose Psychose stellten in den psychiatrischen Abteilungen der Stadt Dortmund einen höheren prozentualen Anteil an allen Fällen , als dies der Vergleich mit der Bundesebene erwarten lassen würde. Auch die Hauptdiagnose Neurose wurde in 1996 relativ häufiger vergeben als im Bundesdurchschnitt; im Zeitablauf kam es bis 1998 zu einer Anpassung an den Bundesdurchschnitt. Suchterkrankungen lagen in 1996 unter dem Bundesdurchschnitt, die verzeichnete Steigerung der Fallzahlen mit dieser Hauptdiagnose führte zu einer Anpassung an den nationalen Durchschnitt. Orga-

nische Psychosen und Geistige Behinderung liegen in ihrem prozentualen Anteil an allen Fällen unter den Werten des Bundesdurchschnitts.

Für 1997 konnte ein Vergleich der stationären Behandlungsrate nach psychiatrischen Hauptdiagnosen für Dortmunder mit Düsseldorfer Bürgerinnen und Bürger und dem Land Nordrhein-Westfalen durchgeführt werden. Es zeigt sich eine höhere Behandlungsrate der Dortmunder bei Psychosen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen sowie bei den Abhängigkeitserkrankungen, während funktionelle, psychosomatische sowie andere psychische Störungen für Dortmunder seltener als Hauptdiagnose bei einer stationären Krankenhausbehandlung ausgewiesen wurden als dies für Düsseldorfer oder im Landesdurchschnitt der Fall war.

4.1.6. Unfreiwillige Behandlungen

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 2.10 des Materialienbandes.

In der Stadt Dortmund wurden in 1998 878 stationäre Behandlungen nach PsychKG bzw. Betreuungsrecht gegen oder ohne den Willen der Betroffenen durchgeführt. Dies entspricht einer Quote von 1,48 Unterbringungen/1000 EW der Stadt Dortmund, die sich ungleich über die Abteilungen verteilten. 44,38% (296 Fälle) aller stationären Aufnahmen in der Abteilung für Gerontopsychiatrie erfolgten mit Gerichtsbeschluss.

4.1.7. Kostenträger

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 2.12 des Materialienbandes.

In immerhin 10,74 % (631 Fällen) ist der Sozialhilfeträger in 1998 Kostenträger der stationären Behandlungen in psychiatrischen Einrichtungen gewesen. Der Anteil der Sozialhilfe als Kostenträger ist in den Abteilungen am Ev. Krankenhaus Lütgendortmund und im Marien Hospital deutlich geringer als im WZfPPP, gleichzeitig ist im Ev. Krankenhaus Lütgendortmund der Anteil der Selbstzahler am höchsten.

4.1.8. Personengruppen

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 2.13 des Materialienbandes.

Geschlechtsverteilung in stationärer psychiatrischer Behandlung

54% der Abgänge aus stationärer Behandlung in psychiatrischen Fachabteilungen wurden für Männer verzeichnet, wobei der Männeranteil zwischen den einzelnen Abteilungen ungleich verteilt ist.

Nahezu 80 % aller Abgänge in der Abteilung für Suchtmedizin des WZfPPP entfielen auf Männer, dagegen lag der Anteil der Männer in der Abteilung für Gerontopsychiatrie des WZfPPP sowie in der Abteilung für psychologischen Medizin am Marien Hospital bei einem Drittel aller Abgänge, in der psychiatrischen Abteilung des Ev. Krankenhauses Lütgendortmund bei 40 % und in der Abteilung für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin am WZfPPP bei nahezu 40 %.

Männer werden zwar häufiger stationär behandelt als Frauen, ihr Anteil an der teilstationären Maßnahmen ist mit nahezu 45 % jedoch geringer als der der Frauen.

Die ungleiche Behandlungsrate von Männern und Frauen ist vermutlich durch die Häufigkeit von Suchterkrankungen verursacht.

Psychosen werden bei Frauen häufiger diagnostiziert als bei Männern. Für das Jahr 1995 konnte nachgewiesen werden, dass Frauen ab dem 35. Lebensjahr häufiger als Männer mit der psychiatrischen Hauptdiagnose „Psychosen“ sich in stationärer Behandlung befinden. Ebenfalls in 1995 waren Frauen ab dem 65. Lebensjahr in allen Diagnosegruppen häufiger erkrankt als Männer. Dem entsprechend waren in 1998 67,2% aller Patientinnen und Patienten in der Abteilung für Gerontopsychiatrie des WZfPPP weiblich. Mit steigendem Alter nehmen sowohl Fallzahlen als auch der Anteil der Frauen an stationären Behandlungen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose zu.

Zum 31.08.1998 zeigte sich in der Bevölkerungsstruktur der Stadt Dortmund ein Frauenüberhang ab dem 60. Lebensjahr, der sich mit steigendem Lebensalter weiter ausprägte. Es ist daher wahrscheinlich, dass der Frauenüberhang dieser Altersgruppe in der Inanspruchnahme stationärer Versorgungsleistungen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose die Bevölkerungsstruktur in der Stadt Dortmund jedenfalls mitreflektiert.

Staatsangehörigkeit der Patientinnen und Patienten

Die Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Versorgungsangebote durch Menschen anderer Staatsbürgerschaft variiert zwischen den einzelnen Einrichtungen, liegt jedoch für die Stadt Dortmund mit 7,92 % unter dem Anteil ausländischer Migranten in der Stadt Dortmund von 12 %. Es zeigt sich bei insgesamt geringerer Inanspruchnahme stationärer Behandlungsangebote durch Migranten, dass sich die Einrichtungen mit Pflichtversorgung von den anderen Einrichtungen unterscheiden. In den fachlich spezialisierten Abteilungen des WZfPPP sowie im Marien Hospital finden sich die geringsten Anteile von Patientinnen und Patienten mit nicht-deutscher Staatsbürgerschaft.

Herkunft der Patientinnen und Patienten

81 % aller stationären Behandlungsfälle (einschließlich der Stundenfälle) wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose in der Stadt Dortmund entfallen auf Bewohnerinnen und Bewohner der Stadt Dortmund. Die Diagnoseverteilung blieb in 1996 zu 1997 stabil mit einer Ausnahme: Die Zunahme der Behandlungsfälle bei Suchterkrankungen um absolut 418 Patientinnen und Patienten wurde im wesentlichen durch eine verstärkte Inanspruchnahme von Dortmunder Bürgerinnen und Bürger verursacht.

90 % der Patientinnen und Patienten des WZfPPP kommen aus dessen Versorgungsgebiet, bestehend aus der Stadt Dortmund und dem Kreis Unna. Bei 77,81 % (526 Fälle) der Patientinnen und Patienten der Abteilung für psychologische Medizin am Ev. Krankenhaus Lütgendortmund handelte es sich um Dortmunder Einwohnerinnen und Einwohner, 42% (284 Fälle) aller Fälle kamen aus dem eigentlichen Versorgungssektor (Lütgendortmund und Kirchlinde). Bei den teilstationären Behandlungen lag hier der Anteil Dortmunder Bürgerinnen und Bürger bei 79,22% (122 Fälle), aus dem Versorgungssektor kamen 42 % (65 Fälle).

71 % (523 Fälle) der Patientinnen und Patienten der Abteilung am Marien Hospital kamen aus Dortmund, bei teilstationären Behandlungen waren es 79 % (79 Fälle).

Die Abteilungen Allgemeine Psychiatrie I (91,7 % bei 595 Fällen) und Allgemeine Psychiatrie II (86,14% bei 690 Fällen) wiesen den höchsten Versorgungsgrad für die Bevölkerung der Stadt Dortmund aus; was angesichts der Sektorzuordnung auch zu erwarten ist.

4.2. Ambulante Versorgung durch psychiatrische Praxen

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 3 des Materialienbandes.

Die Bedarfsplanung für niedergelassene Nervenärzte basiert auf der Rechtsgrundlage der §§ 92, 99-105 SGB V in Verbindung mit den Richtlinien der Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Für das Ruhrgebiet gilt danach als Größe der Bedarfsermittlung eine allgemeine Verhältniszahl von 31.373 EW je niedergelassenem Nervenarzt¹⁰⁰, dies entspricht einem SOLL von 19 Nervenärzten für die Stadt Dortmund. Im Untersuchungszeitraum gab es in der Stadt Dortmund^{101, 102} 27 niedergelassene Ärzte und Ärztinnen für Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie. Folglich wird seitens der Kassenärztlichen Vereinigung festgestellt, dass der „gesetzlich vorgesehene Versorgungsbedarf mehr als gedeckt ist“¹⁰³.

Repräsentative Angaben zum Versorgungsbeitrag der niedergelassenen Nervenärzte und zu den sie in Anspruch nehmende Personengruppen konnten nicht ermittelt werden. Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe hat mitgeteilt, dass solche Daten nicht vorliegen. Seitens der Praxis Dr. Schmitz / Rybicki wurden jedoch Informationen zur Verfügung gestellt, die geeignet sind, die große Bedeutung der niedergelassenen Nervenärzte in der psychiatrischen Versorgung wenigstens exemplarisch zu illustrieren.

Ebenso unklar ist der von niedergelassenen Psychiatern und von niedergelassenen Ärzten anderer Fachrichtungen erbrachte psychotherapeutische Versorgungsbeitrag; die seit einigen Jahren gültige Facharztbezeichnung lautet „Psychiatrie und Psychotherapie“.

Die psychotherapeutische Versorgung wurde im übrigen angesichts des bei Beginn der Arbeit am Psychiatriebericht absehbaren und zwischenzeitlich auch zum 01.01.1999 erfolgten Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes von vornherein ausgeklammert. Das Psychotherapeutengesetz hat den ganzen Bereich der nicht ärztlich erbrachten Psychotherapie in berufsrechtlicher wie in sozialrechtlicher Hinsicht neu geregelt.

Von Bedeutung für die ambulante psychiatrische Versorgung ist ferner die Institutsambulanz des WZfPPP. Der Versorgungsauftrag von Institutsambulanzen bezieht sich insbesondere auf solche Patien-

¹⁰⁰ Die entsprechenden Unterlagen wurden von Herrn Dr. Boroch, Leiter des Referates Grundsatzfragen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen – Lippe mit Fax vom 11. Mai 00 zur Verfügung gestellt.

¹⁰¹ Stadt Dortmund, Gesundheitsamt/Koordinierungsstelle für die psychiatrische Versorgung: Psychosoziales Adressbuch 1997
¹⁰² im Jahr 2000: 26 Nervenärzte. Darüber hinaus sind im Jahr 2000 7 Ärzte als Ärzte für Psychotherapie niedergelassen. (Mitteilung von Herrn Dr. med. R. Schulz vom 07.03.00).

¹⁰³ Schreiben des Vorstandes vom 27.03.00

ten, die im Zusammenhang mit Krankenhausbehandlungen einen besonderen Nachbetreuungsbedarf haben, die in ihrer Behandlungsmotivation schwankend sind und die angesichts der gegebenen Rahmenbedingungen durch Arztpraxen erfahrungsgemäß nur schwer erreichbar sind.

4.3. Medizinische Rehabilitation

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 4 des Materialienbandes.

Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation sind Einrichtungen die dazu dienen, „eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbehandlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, einer drohenden Behinderung unter Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten“ (§ 107 Abs. 2 SGB V). Es handelt sich um Einrichtungen, die meist im Anschluss an vorhergehende psychiatrische Krankenhausbehandlung der weiteren Stabilisierung dienen und auf weitere Rehabilitationsschritte, insbesondere auf berufliche Rehabilitation vorbereiten. Die heutigen Einrichtungen für medizinische Rehabilitation sind entstanden aus den früheren Übergangseinrichtungen für psychisch Kranke.

Medizinische oder sonstige Maßnahmen der Rehabilitation wurden für Dortmunder in 1997 häufiger wegen schizophrenen oder affektiven Psychosen durchgeführt als im Regierungsbezirk Arnsberg oder im Land Nordrhein-Westfalen. Auch bei Neurosen und Persönlichkeitsstörungen findet sich diese Situation. Medizinische (oder sonstige) Rehabilitationsmaßnahmen werden wegen Alkoholabhängigkeit für Dortmunder seltener durchgeführt als dies im Regierungsbezirk der Fall ist. Dagegen ist die Häufigkeit solcher Maßnahmen wegen einer Medikamenten- und Drogenabhängigkeit größer als im Regierungsbezirk oder dem Land Nordrhein-Westfalen. Maßnahmen wegen funktioneller Störungen psychischen Ursprungs, sexueller Verhaltensabweichungen bzw. Störungen sowie anderen psychogenen Störungen finden sich für Dortmunder Bürgerinnen und Bürger dagegen seltener als im Regierungsbezirk oder im Landesdurchschnitt.

In der Stadt Dortmund steht mit dem Friederike – Fliedner – Haus eine Einrichtung medizinischer Rehabilitation für psychisch Kranke mit einer Kapazität von 27 Betten und 5 teilstationären Plätzen zur Verfügung.

Die räumliche Ausstattung ist angemessen. Ein Doppelzimmer sowie Funktionsräume sind mit Rollstuhl zugänglich, so dass auch psychisch Kranke mit gleichzeitiger Körperbehinderung aufgenommen werden können.

Im Friederike – Fliedner – Haus als Einrichtung medizinischer Rehabilitation sind vollzeitverrechnet 13,76 Fachkräfte beschäftigt, davon 9,6 Fachkräfte im therapeutischen Bereich (einschl. Krankenpflege). An 20 Terminen erfolgte in 1998 externe Supervision.

Bei allen Aufnahmen in 1998 handelte es sich um Erstaufnahmen, 3 Maßnahmen waren ausschließlich teilstationär.

Die durchschnittliche Verweildauer nach Abgängen betrug bei stationären Maßnahmen 1,4 Jahre, bei teilstationären Maßnahmen 0,7 Jahre. Bezogen auf das Berichtsjahr 1998 lag die durchschnittliche Verweildauer bei stationären Maßnahmen bei 1,03 Jahren, im teilstationären Bereich bei 0,95 Jahren. Im stationären Bereich lag der Nutzungsgrad bei 88,15 %, im teilstationären Bereich bei 86,13 %.

In 1998 wurden in Kooperation mit externen Diensten und Anbietern für 34 Klienten insgesamt 68 Maßnahmen der Arbeitstherapie oder Belastungserprobung mit einer Dauer von durchschnittlich 48 Tagen durchgeführt.

Kostenträger war in der Hälfte der Fälle (60 % = 15 Fälle nach Abgängen, 51,9 % = 15 Fälle zum 31.12.98) der Sozialhilfeträger bzw. die Jugendhilfe. In den übrigen Fällen wurden die Kosten im wesentlichen von der Rentenversicherung übernommen. In wenigen Einzelfällen leisteten auch einzelne Krankenkassen. Es ist zu beachten, dass der Sozialhilfeträger hier oftmals in Vorleistung tritt und die Kostenübernahme durch die gesetzlich vorrangig verpflichteten Krankenkassen auf dem Rechtsweg durchzusetzen versucht.

Im Friederike – Fliedner – Haus wurden in 1998 Leistungen ausschließlich für Menschen mit den Hauptdiagnosen „Psychose“ und „Neurose“ erbracht. Der Schwerpunkt lag in der Rehabilitation Psychosekranker (93 % = 23 Fälle nach Abgängen; 76 % = 22 Fälle zum 31.12.98). 92 % (23 Fälle) der Rehabilitanden nach Abgängen waren von 19 Jahren – 38 Jahre alt, am 31.12.1999 waren es 93,1% (27 Fälle). 64 % (16 Fälle) der Rehabilitanden nach Abgängen kamen aus der Stadt Dortmund, am 31.12.1999 waren es 76 % (22 Fälle), - ein für die Stadt Dortmund positiver Wert.

Die Rehabilitanden im FFH haben während der Rehabilitationsmaßnahme überwiegend (36 % = 9 Fälle nach Abgängen, 41% = 12 Fälle am 31.12.98) Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe) bezogen, - an zweiter Stelle der Einkommensarten folgte Kranken- bzw. Übergangsgeld. Der Bezug von Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten wurde am 31.12.98 in 2 Fällen, nach Abgängen in 1998 in 4 Fällen vorgefunden.

Alle Rehabilitanden nach Abgängen in 1998 waren deutsche Staatsbürgerinnen und Staatsbürger, zum 31.12.98 wurden 2 Rehabilitanden nicht-deutscher Staatsbürger rehabilitiert.

Geschlechtsverteilung, Lebensalter und Diagnoseverteilung der Rehabilitanden sowie der Anteil teilstationärer Maßnahmen an allen Maßnahmen der Dortmunder Einrichtung medizinischer Rehabilitation Friederike – Fliedner – Haus stimmen mit den Ergebnissen einer bundesweiten Bestandsaufnahme für das Jahr 1997 überein. Ein Unterschied zeigt sich lediglich in der Veränderung der Wohnsituation nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahmen. In Dortmund ist der Anteil des Betreuten Wohnens als Anschlussbetreuung höher als im Bundesdurchschnitt. Der Anteil der Rehabilitanden mit eigener Wohnung nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme lag bundesweit bei 38 %, in Dortmund bei 32 %.

4.4. Ambulante und komplementäre Dienste sowie Hilfen zum Wohnen

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in den Kapiteln 2.5.1, 5, 6 und 7 des Materialienbandes.

In der Stadt Dortmund gibt es einen Sozialpsychiatrischen Dienst, der in stadtteilbezogenen Teams organisiert ist. Ferner bestehen mehrere Fachdienste für Betreutes Wohnen, zwei Kontaktstellen, Clubangebote sowie zwei Tagesstätten. Insgesamt sind in den genannten Einrichtungen und Diensten 76,42 Fachkräfte in Vollzeitäquivalent beschäftigt, dies entspricht einer Rate von 1,29 Fachkräfte auf 10.000 EW der Stadt Dortmund.

Zum Vergleich: Die Expertenkommission (1988) veröffentlichte eine Personalbedarfsziffer von 1,56 Fachkräften auf 10.000 EW für den Gemeindepsychiatrischen Verbund; darin sind zusätzlich zu den genannten Fachdiensten die Institutsambulanz sowie Fachkräfte zur speziellen Beratung bei der beruflichen Wiedereingliederung enthalten. Damit sind die relevanten Fachdienste erfasst, die für die ambulante und komplementäre Versorgung insbesondere der chronisch psychisch Kranken in einer Region unabhängig von den von Ort zu Ort bzw. von Bundesland zu Bundesland schwankenden genauen Abgrenzungslinien zwischen den einzelnen Fachdiensten zur Verfügung stehen. In diesen Werten sind die Fachkräfte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, für Gerontopsychiatrie und für Abhängigkeitskranke nicht enthalten.¹⁰⁴

Dienste und Einrichtungen	Beschäftigte im Vollzeitäquivalent ¹⁰⁵
Institutsambulanz	3,54
Sozialpsychiatrischer Dienst	17 ¹⁰⁶
Betreutes Wohnen	52,46 ¹⁰⁷
Kontakt- und Beratungsstellen	3,06
Tagesstätten	3,9
Projekt Integration, PSD	2
IST 31.12.1998	81,96
Beschäftigte je 10.000 EW	1,38
SOLL Expertenkommission	1,56
Differenz	0,18

Tabelle 14: Personalbedarf im ambulant – komplementären Bereich gemeindepsychiatrischer Versorgung

Die rechnerisch ermittelte Personalausstattung für die Stadt Dortmund unter Berücksichtigung der von der Expertenkommission in die Berechnung einbezogenen ambulanten und komplementären Dienste ergibt einen IST - Wert von 1,38 Fachkräfte auf 10.000 EW. Die Personalausstattung im ambulant – komplementären Bereich in der Stadt Dortmund liegt somit um 0,18 Stellen pro 10 000 EW (entspricht

¹⁰⁴ Expertenkommission (1998) a.a.O., Seite 613 f

¹⁰⁵ nur therapeutische Berufsgruppen

¹⁰⁶ ohne Hilfen für Substituierte

12 % oder 11 Stellen) unter dem 1988 von der Expertenkommission veröffentlichten und geforderten SOLL.

4.4.1. Alltagsgestaltung, Tagesstrukturierung und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 7 des Materialienbandes.

Neben den 3,06 Vollzeitstellen in Kontaktstellen werden Clubangebote in der Stadt Dortmund von 20 ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern sowie einem ehrenamtlich geführten Angebot getragen.

- ❖ Die Angebote können zum Teil abends, aber auch am Wochenende erreicht werden. Die Kontaktstelle der Halte – Stelle e.V. ist sonntags von 14.00 – 17.00 Uhr geöffnet, die Clubangebote des Friederike – Fliedner – Hauses werden auch samstags von 14.00 Uhr – 17.30 Uhr angeboten. Damit steht an sieben Tagen in der Woche ein Kontaktangebot für psychisch Kranke zur Verfügung.
- ❖ Zur Durchführung der Kontaktclubangebote können Gemeindesäle in Stadtbezirken genutzt werden, die allerdings nicht alle für Rollstuhl zugänglich sind.
- ❖ Nach vorliegenden Schätzungen sind 20 % der Besucherinnen und Besucher 60 Jahre und älter, der Schwerpunkt der Inanspruchnahme liegt jedoch bei Menschen zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr. Jüngere Menschen frequentieren die Angebote kaum.
- ❖ Die Angebote werden nahezu ausschließlich von Dortmunder Bürgerinnen und Bürgern genutzt. In der Diagnoseverteilung finden sich – ebenfalls geschätzt – zu 60 % Psychosen und zu weiteren 30 % Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.
- ❖ Menschen mit nicht-deutscher Staatsbürgerschaft nehmen, so weit Angaben hierzu vorliegen, die Angebote nicht in Anspruch.
- ❖ Zu zwei Drittel der Besucherinnen und Besucher leben in der eigenen Wohnung oder werden – zu einem Drittel – im Rahmen des Betreuten Wohnens betreut. Nach vorliegenden Angaben sind die Besucherinnen und Besucher überwiegend aus dem Erwerbsleben ausgeschieden, sie leben von Sozialhilfe, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente oder einer anderen Rente.

Bis zum 15.12.1998 existierte in der Stadt Dortmund lediglich eine Tagesstätte der Haltestelle e.V. mit 20 Plätzen, ab diesem Zeitpunkt wurde in Trägerschaft des Diakonischen Werkes eine zweite Tagesstätte mit ebenfalls 20 Plätzen eröffnet.

- ❖ Insgesamt waren vollzeitverrechnet 4 Fachkräfte (ab 15.12.98: 4,9) in den Tagesstätten beschäftigt, das Team war multiprofessionell zusammengesetzt.
- ❖ Die Tagesstätten waren zu den Öffnungszeiten erreichbar. Beide Einrichtungen sind für Rollstuhl nicht frei zugänglich.
- ❖ Insgesamt erfolgten in 1998 16 Aufnahmen, in zwei Fällen handelte es sich um Wiederaufnahmen in einem Zeitrahmen von 1 – 5 Jahren seit der Entlassung.

¹⁰⁷ nur betreuendes Fachpersonal

- ❖ Die durchschnittliche Verweildauer in der Tagesstätte der Halte-Stelle e.V. lag bei 195,7 Tagen. Sie wurde am häufigsten von Bewohnerinnen und Bewohnern der nördlichen Stadtbezirke Dortmund frequentiert.
- ❖ 74 % (17 Fälle) der Besucherinnen und Besucher der Tagesstätte am 31.12.98 waren zwischen 19 und 43 Jahren alt. Vier Besucherinnen und Besucher waren älter als 59 Jahre.
- ❖ Die Geschlechtsverteilung war ausgeglichen.
- ❖ 74 % (17 Fälle) der Besucherinnen und Besucher am 31.12.98 litten unter einer Psychose, in vier Fällen (17,4%) war eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden. In zwei Fällen wurde von einer Suchterkrankung berichtet.
- ❖ 18 Besucherinnen und Besucher lebten in einer eigenen Wohnung, 5 befanden sich im Betreuten Wohnen.
- ❖ 88 % (24 Fälle) der Besucherinnen und Besucher der Tagesstätte verfügten aus eigenen Leistungsansprüchen heraus über kein den Lebensunterhalt sicherndes Einkommen. Die Tagesstätten wurden demnach im Berichtszeitraum von armen psychisch kranken bzw. behinderten Menschen in Anspruch genommen.

Die Struktur der Angebote sowie die auf Schätzungen beruhenden Angaben zur Personengruppe lassen vermuten, dass die Kontaktstellen, Clubangebote Treff` s und Tagesstätten ihre Zielgruppe gut erreichen. Gemessen an den Vorgaben der Expertenkommission (1998) nach einer Kontaktstelle je Versorgungsregion von ca. 100.000 EW ist das vorhandene Angebot jedoch quantitativ nicht ausreichend. Dieser Befund korrespondiert mit der Wahrnehmung der Interviewpartner/-innen. In den Interviews wurde eine weitere Verbesserung des Angebots an niederschweligen, tagesstrukturierenden Angeboten in bisher unterversorgten Stadtteilen bzw. für bisher nicht oder nur schlecht erreichte Gruppen von psychisch kranken Menschen für erforderlich gehalten.

4.4.2. Der Sozialpsychiatrische Dienst

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 5 des Materialienbandes.

Insgesamt waren im Sozialpsychiatrischen Dienst zum 31.12.1998 3 ÄrztInnen, 2 Krankenpflegekräfte und 19 Sozialarbeiter/-innen bzw. Sozialpädagog/-innen beschäftigt. Das Verhältnis Vollzeitkräfte/100.000 EW beträgt 2,9¹⁰⁸ im Unterschied zu einer Quote von 7,5 Vollzeitkräften/100.000 EW in der Stadt Bremen, die zum Vergleich herangezogen wurde.

Die personelle Zusammensetzung des Dienstes ist multiprofessionell, allerdings sind entgegen den Empfehlungen der Expertenkommission (1988) Dipl.-Psychologen im Dienst nicht vertreten. Der Anteil des Krankenpflegepersonals ist gering und wird darüber hinaus nur in der Hilfeleistung für Substituierte und nicht in der sonstigen, insbesondere aufsuchenden Arbeit eingesetzt. Der SpDie ist – auch telefonisch – nur zu den Öffnungszeiten erreichbar.

¹⁰⁸ hier: incl. Hilfen für Substituierte

Im Berichtsjahr 1998 wurden 2023 Fälle mit persönlichem Kontakt und 3227 reine Verwaltungsvorgänge ermittelt. Diese Verwaltungsvorgänge beziehen sich insbesondere auf zur Unterrichtung eingehende Mitteilungen von anderen Stellen, wie von Gericht, Polizei, Ordnungsbehörde, Kliniken etc. Der Anteil der Fälle mit persönlichem Kontakt an allen Fällen liegt bei 38,53 %. Unter den drei genannten Zielgruppen des SpDie war der Anteil reiner Verwaltungsvorgänge bei Drogenabhängigen mit 78,03 % (1556 Fälle) am höchsten, in der Beratung und Betreuung von Alkoholkranken und von psychisch Kranken verteilten sich reine Verwaltungsvorgänge und Fälle mit persönlichem Kontakt in etwa gleich. Im Vergleich zum Bremer Dienst erreichte der SpDie der Stadt Dortmund einen deutlich geringeren Anteil der Bevölkerung, was auch als ein Ergebnis der deutlich geringeren Personalausstattung anzusehen ist.

Etwas mehr als die Hälfte des Klientels mit persönlichem Kontakt sind Suchtkranke (Alkoholranke und Drogenabhängige); psychisch kranke Klienten machen mit 983 Fällen 48,6 % aller Fälle mit persönlichem Kontakt aus. Dabei entfallen auf jeweils eine Fachkraft im Jahresdurchschnitt 114 psychisch kranke, 130 alkoholranke und 120 drogenabhängige Klienten mit persönlichem Kontakt, so dass sich die Personalsituation bei psychisch kranken Klienten etwas günstiger darstellt als bei suchtkranken Klienten.

Gleichzeitig ist jedoch festzuhalten, dass der Anteil der Kurzzeitbetreuungen (1 – 3 Kontakte) bei den psychisch kranken Klienten mit 34,2 % (n = 336) im Vergleich zu den alkoholkranken (18,1 %) und drogenabhängigen (20,6%) Klienten am höchsten ist. Somit werden bei einem Drittel aller betreuten psychisch kranken Klienten des SpDie Kurzzeitbetreuungen mit einem 1 – 3 Kontakten durchgeführt.

In der psychosozialen Beratung und Betreuung von psychisch Kranken ist ein ausgewogenes Verhältnis von Männern und Frauen festzustellen, d.h. Frauen nehmen die Dienste des SpDie häufiger in Anspruch als stationäre Versorgungsangebote, wo sie insgesamt eher unterrepräsentiert sind. Im Suchtbereich überwiegt die Inanspruchnahme durch Männer.

Knapp ein Drittel (29,8% = 293 Fälle) der betreuten psychisch kranken Klienten war im Berichtszeitraum 59 Jahre und älter, bei alkoholkranken Menschen finden sich 21 % (128 Fälle) in dieser Altersklasse. Drogenabhängige Klienten sind ausnahmslos jünger als 59 Jahre.

Im Vergleich zur Diagnoseverteilung im SpDie in Bremen wird ein geringerer Anteil von an einer Psychose erkrankten Menschen im SpDie Dortmund augenfällig. Suchterkrankungen sind dagegen häufiger vertreten. Dies bestätigt den Eindruck, dass der Arbeitsschwerpunkt des SpDie Dortmund bei Suchterkrankungen und nicht im Bereich schwer und lange Zeit psychisch erkrankter Menschen liegt.

Die Staatsangehörigkeit der Klientel des SpDie ist zwischen seinen unterschiedlichen Zielgruppen „Alkoholranke“, „Drogenabhängige“ und „psychisch Kranke“ ungleich verteilt. Bei den Drogenabhängigen liegt der Anteil der Nicht-Deutschen altersstandardisiert über ihrem Anteil an der Bevölkerung Dortmunds. Dagegen sind 98 % (590 Fälle) der alkoholkranken Klienten deutscher Staatsbürgerschaft. In

der psychosozialen Beratung und Betreuung psychisch Kranker sind nicht-deutsche Einwohnerinnen und Einwohner Dortmunds mit knapp 10 % (98 Fälle) nur leicht unterrepräsentiert.

Der SpDie in der Stadt Dortmund wird am häufigsten von Einwohnerinnen und Einwohnern der Innenstadt Dortmunds genutzt.



Abbildung 4.4-1: Inanspruchnahmerate des SpDie Dortmund je 1000 EW; Hervorhebung Inanspruchnahmerate > 3 /1000 EW

Eine Erklärungsmöglichkeit könnte sein, dass dies mit der geographischen Lage der Beratungsstellen in Zusammenhang steht. Dies würde darauf hindeuten, dass die Inanspruchnahme des Dienstes auch von seiner Erreichbarkeit im geographischen Sinne beeinflusst wird. Vom SpDie selbst wird dagegen vorge-tragen, dass die gehäufte Inanspruchnahme von Einwohnerinnen und Einwohnern aus dem Norden Dortmunds wesentlich darauf zurückgeht, dass chronisch psychisch Kranke und chronisch Suchtkranke in überdurchschnittlichem Umfang in diesen Stadtbezirken leben, was wiederum wesentlich mit der Anziehung durch vergleichsweise billigen Wohnraum zusammenhängen könnte.

Der Sozialpsychiatrische Dienst in der Stadt Dortmund hat seinen Schwerpunkt in der Arbeit mit Ab-hängigkeitskranken und generell in der Therapievermittlung und Krisenintervention. Langzeitbetreu-

ungen bei schwer und langdauernd erkrankten psychisch kranken Menschen können sehr begrenzt durchgeführt werden. Es ist fraglich, ob der Dienst insbesondere schwer bzw. chronisch kranke Personen mit Minus – Symptomatik, die sozial ja oft auch wenig auffällig werden, ausreichend erreicht. Auch die unterschiedliche Inanspruchnahmerate Dortmunder Bürgerinnen und Bürger einzelner Stadtteile könnte darauf hindeuten, dass der Zugang zum Dienst noch niedrigschwelliger gestaltet werden sollte.

4.4.3. Beschütztes Wohnen

4.4.3.1. Das Betreute Wohnen

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 6.1 des Materialienbandes.

Insgesamt waren im Betreuten Wohnen der Stadt Dortmund in 1998 52,46¹⁰⁹ Stellen im Vollzeitäquivalent besetzt. Unterschiedliche Personalschlüssel der einzelnen Trägern sind Folge der unterschiedlichen Verteilung der in der Stadt Dortmund zur Anwendung kommenden Betreuungsschlüssel von 1:6, 1:9 und 1:12.

Die Teams der jeweiligen Träger sind multiprofessionell besetzt, einzig das Betreute Wohnen des Zentrums für Gehörlosenkultur verfügt über keine Krankenpflege im Team. In allen Teams wurde Supervision durch externe Kräfte durchgeführt.

Mit Ausnahme des Zentrums für Gehörlosenkultur e.V. sind alle Teams durchgängig zumindest über Rufumleitung oder Anrufbeantworter erreichbar.

❖ Insgesamt wurden am 31.12.1998 446 psychisch behinderte Personen¹¹⁰ betreut, was einer Quote von 0,75 auf 1000 EW entspricht (1996: 0,69/1000 EW). Das Angebot des Betreuten Wohnens in der Stadt Dortmund ist von 1997 zu 1998 um 9% = 39 Betreuungsverhältnisse gestiegen.

❖ Die jeweiligen Anteile der Betreuungsverhältnisse nach den Schlüssel 1 : 6, 1 : 9 und 1 : 12 sind im Zeitraum von 1996 – 1998 stabil geblieben, was auf eine homogene Entwicklung des Betreuten Wohnens in der Stadt Dortmund hinweist.

❖ Die Wiederaufnahmerate lag mit 11 Fällen von 112 Aufnahmen in 1998 bei 9,82 %, mit einer Ausnahme erfolgten diese Wiederaufnahmen innerhalb von 1 – 5 Jahren seit der Entlassung. In 74 Fällen wurden Maßnahmen des Betreuten Wohnens in 1998 beendet.

❖ Die durchschnittliche Verweildauer bezogen auf das Berichtsjahr 1998 variierte bei den einzelnen Trägern zwischen 3,16 Jahren (Halte – Stelle e.V.) und 5,24 Jahren (Friederike – Fliedner – Haus). Im vorliegenden Kontext sind die genannten Werte als Aussagen zur Fluktuation zu begreifen. Die nach Zeitklassen ermittelte Verweildauer weist als häufigste Betreuungsdauer (32,9% = 150 Fälle am 31.12.1998) einen Zeitraum 2 bis unter 5 Jahren aus, 7 % (32 Fälle) aller Betreuungen erfolgten seit

¹⁰⁹ nur betreuendes Fachpersonal

¹¹⁰ Anzahl Betreuungsverhältnisse ohne Betreuungsverhältnisse für geistig Behinderte

über 10 Jahren; ihr Beginn fällt in die Gründungszeit der Träger. Bemerkenswert ist, dass 40,26% (185 Fälle) der Betreuungen unter einer Betreuungsdauer von 2 Jahren liegen. Am häufigsten (35,14 % der Abgänge = 26 Fälle) wurden Betreuungen beendet, die zwischen 2 und 5 Jahren andauerten. Die Daten lassen die Vermutung zu, dass das Betreute Wohnen für psychisch Kranke in der Stadt Dortmund überwiegend nicht zu Dauerbetreuungen führt. Es handelt sich überwiegend um mittelfristige Betreuungsmaßnahmen, die offensichtlich erfolgreich auch zur Wiedereingliederung psychisch Kranker führen.

❖ Hauptkostenträger der Maßnahme betreuten Wohnens ist das Sozialamt (in 98,65% der Abgänge = 73 Fälle und 89,28% der Anzahl am 31.12.1998 = 408 Fälle). Die Häufigkeit ergänzender Leistungen von Krankenversicherung und Pflegeversicherung ist bemerkenswert und dürfte im bundesweiten Vergleich einzigartig sein.

❖ Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung findet sich ein ausgewogenes Verhältnis von Männern und Frauen. Gemessen am Anteil der Männer in der Dortmunder Bevölkerung ab 15 Jahren von 48 % findet sich jedoch ein leichter Männerüberhang.

❖ Die Altersverteilung verzeichnet einen Gipfel in der Zeitklasse von 39 – 43 Jahre. Der gerontopsychiatrische Versorgungsbeitrag des betreuten Wohnens ergibt sich aus der Anzahl der über 60 – jährigen Bewohnerinnen und Bewohner. 16% (n = 63) der am 31.12.1998 Betreuten befanden sich in diesem Lebensalter.

❖ 86,43% (395 Fälle) der am 31.12.1998 betreuten Personen kamen aus der Stadt Dortmund, den höchsten Anteil wies mit 94,64 % der Fälle (212 Fälle) der Psychosoziale Trägerverein aus. Dieser Wert erscheint wenig plausibel, da nach den Angaben des Trägervereins 58,5 % (n = 124) der von ihm betreuten Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Stadtteil Aplerbeck kamen und eine solche hohe Morbiditätsrate in einem Stadtteil nicht angenommen werden kann. Es wird daher vermutet, dass seitens des Psychosozialen Trägervereins unter der „Herkunft“ der von ihnen betreuten Menschen der Klinikaufenthalt vor Beginn der Betreuung verstanden wurde. Das Zentrum für Gehörlosenkultur wies darauf hin¹¹¹, dass alle von ihm betreuten psychisch behinderten Menschen nach der BSHG – Definition Dortmunder Bürgerinnen und Bürger seien, jedoch keine gebürtigen Dortmunder¹¹².

❖ Häufigste Erkrankungsart im Betreuten Wohnen sind Psychosen, die zwei Drittel aller Fälle am 31.12.1998 ausmachen. Nach Suchterkrankungen, die auf Mobiflex e.V. konzentriert sind, sind neurotische Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen die am häufigsten diagnostizierten Erkrankungen.

❖ Das Betreute Wohnen in Dortmund wird in 98 % aller Fällen von Deutschen in Anspruch genommen. Dies entspricht weder dem Anteil nicht-deutscher Patientinnen und Patienten in den Kliniken

¹¹¹ E-mail von Herrn Welp vom 23. März 2000

¹¹² Es scheint sich hier um eine Bestätigung der „Social Drift“-Hypothese zu handeln, nach der Personen mit Behinderungen und/oder psychosozialen Schwierigkeiten in die Städte ziehen, ggfls. wegen der größeren Anonymität oder auch wegen eines besseren Hilfeangebotes

noch dem Klientel des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Selektionsmechanismen konnten im Rahmen dieser Erhebung nicht identifiziert werden.

❖ Häufigste Einkommensart der Bewohnerinnen und Bewohner des Betreuten ist mit 42,5% (232 Fälle am 31.12.1998) die Sozialhilfe, die in einem Viertel der Fälle ergänzend zu anderen Einkommensarten geleistet wird. Nur ein Bruchteil (2 Fälle nach Abgängen, 17 Fälle = 3 % zum 31.12.1998) der Betroffenen verfügt über ein eigenes Arbeitseinkommen. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente wird in 174 Fällen (32%) bezogen. Auch der Anteil der Bezieher von Lohnersatzleistungen (Arbeitslosengeld, -hilfe bzw. Krankengeld ist mit 7 Fällen nach Abgängen (9 %) bzw. 52 Fällen zum 31.12.1998 (9,5 %) bemerkenswert gering. Ausbildungsbeihilfe bzw. Unterhaltsgeld - als Indikator für eine laufende Maßnahme beruflicher Rehabilitation - wurde nach Abgängen nur in einem einzigen Fall bezogen, zum 31.12.1998 waren es 20 Fälle (3,66 %). Nahezu ein Drittel (174 Fälle, 32 %) der betreuten Bewohnerinnen und Bewohner am 31.12.1998 bezog Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente und war insoweit aus dem Arbeitsmarkt ausgegliedert.

Die Angaben zur Einkommenssituation weisen insgesamt auf eine besorgniserregende Entkoppelung des Betreuten Wohnens von Arbeit und Beschäftigung hin. Eine Tätigkeit mit einem – wenn auch noch so geringen- Einkommen ist nach fachlicher Auffassung¹¹³ ein wesentliches Element zur Stabilisierung chronisch psychisch kranker Menschen. Die Erhebungsergebnisse verdeutlichen daher einen Mangel an bezahlten Arbeits- und Beschäftigungsangeboten für den betroffenen Personenkreis. In diesem Zusammenhang wurden auch von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Interviews Verbesserungen im Bereich der beruflichen Eingliederung gefordert: niederschwellige, auch stundenweise Arbeitsangebote im Zuverdienstbereich, eine Erweiterung des Angebotes an auf die Bedürfnisse psychisch kranker Menschen abgestimmter (Teilzeit-)Arbeitsplätze sowie eine deutliche Erweiterung der Möglichkeiten, nach Reha - Maßnahmen etc. auf dem 1. Arbeitsmarkt wieder Fuß fassen zu können.

4.4.3.2. Wohnheime

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 6.2 des Materialienbandes.

Die vorhandene Kapazität im Bereich der Wohnheime für psychisch Behinderte in der Stadt Dortmund konnte im Rahmen der vorliegenden Erhebung nicht eindeutig bestimmt werden. Die Angaben im Einrichtungsfragebogen im Rahmen der Fortschreibung des Behindertenberichtes für die Stadt Dortmund stimmten nicht mit den aus dem Erhebungsbogen abgeleiteten Werten und der auf Nachfrage erfolgten Korrektur, diese wiederum nicht mit den Angaben im am 10. Mai 1999 geführten Interview überein. Nach der auf Nachfrage erfolgten Korrektur der Angaben im Erhebungsbogen gibt es in der Stadt Dortmund 56 Heimplätze für psychisch behinderte Menschen.

Das Gebäude des Wohnheimes „Am Stift“ wurde zwischenzeitlich aufgegeben. Die Einrichtung wurde bis zur Fertigstellung eines Neu- bzw. Umbaus an anderer Stelle als Übergangslösung in den Holzer Weg in Aplerbeck verlegt. Alle Angaben zur räumlichen Situation sind daher insoweit nicht mehr aktuell.

¹¹³ Dörner, Klaus (Hrsg.): Ende der Veranstaltung, Gütersloh 1998

Bei 6,3 Vollzeitbeschäftigten im Wohnheim „Am Stift“ und 46 Vollzeitbeschäftigten im Förderbereich des WZfPPP errechnet sich eine Personalquote von 2,54 je Platz für das „Wohnheim am Stift“ und 0,87 Beschäftigten je Platz für den Förderbereich des WZfPPP. Das Team war multiprofessionell zusammengesetzt. Im Wohnheim „Am Stift“ fanden in 1998 11 Supervisionssitzungen statt, im Förderbereich waren es 8 Sitzungen.

❖ Für den 31.08.1998 wurden 70 Bewohnerinnen und Bewohner angegeben, davon waren 30 Bewohnerinnen und Bewohner geistig behindert. In einer Mitteilung des Zentrums für Gehörlosenhilfe wurde darauf hingewiesen, dass in ihrem Wohnheim für mehrfach behinderte Gehörlose 4 psychisch behinderte Menschen betreut werden. Somit wurden in 1998 in der Stadt Dortmund tatsächlich insgesamt 44 psychisch behinderte Menschen stationär im beschützten Wohnen betreut. Dies entspricht einer Betreuungsrate von 0,07 / 1000 EW.

❖ Im Wohnheim „Am Stift“ wurden in 1998 5 Personen neu aufgenommen, im „Förderbereich des WZfPPP“ erfolgten 19 Neuaufnahmen. Hierbei wurden eine Erweiterung des Pflege- und Förderbereiches um 16 Plätze berücksichtigt.

❖ Angaben zur Betreuungsdauer nach Zeitklassen konnten für den „Pflege- und Förderbereich“ nur unvollständig erfolgen, da die Heimeinrichtung nach dortiger Mitteilung zum 01.01.1997 neu gegründet worden ist. Dem entsprechend fand sich bei der Betreuungsdauer am häufigsten eine Betreuungsdauer von 1 bis unter 2 Jahren. Längere Betreuungsdauern wurden nicht ausgewiesen, was formal richtig, inhaltlich aber irreführend ist. Der Vergleich mit der Diagnosestatistik verdeutlicht, dass insbesondere Langzeitpatienten in den neu geschaffenen Heimbereich des WZfPPP verlegt worden sind. Die statistische Verweildauer bezogen auf das Berichtsjahr wies für das Wohnheim „Am Stift“ einen Wert von 4,15 Jahren, für den Förderbereich einen Wert von 4,36 Jahren aus. Auch in diesem Kontext gibt die durchschnittliche Verweildauer insbesondere die Fluktuation in den Einrichtungen an.

❖ Der Nutzungsgrad des Wohnheimes „Am Stift“ lag für 1998 bei 91%, im Förderbereich des WZfPPP bei 120 %.

❖ Im Wohnheim „Am Stift“ gab es am 31.12.1998 4 Selbstzahler, in den übrigen Fällen leistete der Sozialhilfeträger. Im Förderbereich des WZfPPP gab es einen Selbstzahler, dem entsprechend war in 98,15 % (53 Fälle) die Sozialhilfe Kostenträger.

❖ 22 % (9 Fälle) der Bewohnerinnen und Bewohner im Heimbereich der Stadt Dortmund waren 59 Jahre und älter. Im übrigen fand sich eine recht gleichmäßige Altersverteilung.

❖ Angaben zur Herkunft der Bewohnerinnen und Bewohner konnten für den 31.12.1998 ermittelt werden. Im Wohnheim „Am Stift“ kamen 87,5 % (14 Fälle) der betreuten Personen, im Förderbereich des WZfPPP 83 % (45 Personen) aus der Stadt Dortmund.

- ❖ Im Durchschnitt der beiden Heimeinrichtungen litten 54,29 % (38 Fälle) an einer Psychose, die übrigen Bewohnerinnen und Bewohner waren geistig behindert. Allerdings fand sich im Wohnheim „Am Stift“ nur eine bzw. einen Bewohnerin bzw. Bewohner mit einer geistigen Behinderung, dem entsprechend wurden 14 Personen als an einer Psychose erkrankt ausgewiesen.
- ❖ 92,86 % (65 Fälle) der betreuten Personen waren deutscher Staatsangehörigkeit. Der Anteil der Personen mit anderer Staatsbürgerschaft lag somit unter dem Bevölkerungsdurchschnitt in der Stadt Dortmund.
- ❖ Alle Bewohnerinnen und Bewohner bezogen entweder Sozialhilfe oder aber Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente. In allen Fällen des Bezuges von Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrente erfolgte eine Heranziehung zu den Kosten der Unterbringung, so dass ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt gewährt werden musste.

4.4.3.3. Auswärtige Unterbringung im Rahmen der Eingliederungshilfe

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 6.3 des Materialienbandes.

Zum Stichtag 01.07.1998 haben über alle Behinderungsarten 297 Menschen Leistungen der Eingliederungshilfe des überörtlichen Sozialhilfeträgers in stationären Einrichtungen in der Stadt Dortmund erhalten, 778 Maßnahmen wurden demgegenüber außerhalb der Stadt Dortmund durchgeführt. Von den außerhalb der Stadt Dortmund durchgeführten Maßnahmen handelte es sich in 16 % (128) der Fälle um Hilfen für psychisch Behinderte. Entsprechende Angaben nach Behinderungsarten zu den Hilfestellungen in der Stadt Dortmund liegen nicht vor.

In einer gesonderten Auswertung der in 1998 neu erteilten Kostenzusagen wurden die Gründe für eine überregionale Unterbringung aufgeschlüsselt. In 1998 erfolgten insgesamt 40 neue Kostenzusagen für Hilfen mit auswärtiger Unterbringung. Ein Viertel dieser Kostenzusagen wurden für psychisch behinderte Menschen erklärt, in 7 Fällen handelte es sich um geistige Behinderungen mit psychischer Behinderung, in drei Fällen um Suchterkrankungen mit psychischer Behinderung. In 2 Fällen erfolgte die auswärtige Unterbringung wegen Platzmangel in Dortmunder Einrichtungen, in 15 Fällen war ein spezifischer Grund für eine auswärtige Unterbringung nicht erkennbar, in 11 Fällen waren keine sozialen Bezüge nach Dortmund vorhanden oder aber die auswärtige Unterbringung erfolgte auf ausdrücklichen Wunsch der Betroffenen.

4.4.3.4. Zusammenfassende Darstellung

In der Stadt Dortmund wurden zum 31.12.1998 insgesamt 490 Fälle in ambulanten und stationären beschützten Wohnformen für psychisch behinderte Menschen gefunden. In 446¹¹⁴ Fällen handelte es sich dabei um ambulante Formen des Betreuten Wohnens, in 44¹¹⁵ Fällen um Wohnheimbetreuung.

¹¹⁴ Im ambulant betreuten Wohnen der Stadt Dortmund befanden sich am 31.12.1998 457 Menschen, davon 11 mit einer geistigen Behinderung

¹¹⁵ In stationären Einrichtungen in Dortmund befanden sich am 31.12.1998 74 Menschen (70 im Wohnheim „Am Stift“ sowie 4 im Wohnheim des Zentrums für Gehörlosenkultur), davon 30 mit einer geistigen Behinderung

Die Unterstützung im Wohnbereich für geistig behinderte Menschen sind in diesen Werten nicht enthalten.

Die Hilfesysteme für geistig und psychisch behinderte Menschen erscheinen in den stationären Wohnangeboten des WZfPPP nicht ausreichend differenziert.

Die Herkunft der betreuten Bewohnerinnen und Bewohner konnte nicht eindeutig bestimmt werden.

Wird dennoch das Verhältnis betreuter Wohnformen auf 1000 EW der Stadt Dortmund ermittelt, so errechnet sich ein Wert von 0,83 Betreuungsverhältnissen auf 1000 EW. In fachlicher Perspektive kann ein Bedarf an sozialpsychiatrischen Hilfen im Bereich des Wohnens von 1 Platz auf 1000 EW angenommen werden¹¹⁶. Demnach ist zu vermuten, dass in der Stadt Dortmund ein Ausbaubedarf insbesondere für intensivere Formen der Wohnbetreuung bis hin zur Heimbetreuung gegeben ist.

Dieser Bedarf kann mit den vorliegenden Daten zu Kostenübernahmen für auswärtige Eingliederungshilfe-Maßnahmen mindestens annäherungsweise auch in qualitativer Hinsicht beschrieben werden. Danach sind verstärkt Menschen mit Mehrfachbehinderungen zu berücksichtigen. Ein solcher Bedarf wurde auch in den Interviews wiederholt vorgetragen.

4.5. Arbeit und berufliche Rehabilitation

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 8 des Materialienbandes.

Mit der „Organisationseinheit Arbeitstherapie“ des WZfPPP steht in der Stadt Dortmund ein Angebot der klinischen Arbeitstherapie zur Verfügung, in dem auch Maßnahmen tagesstrukturierender Beschäftigung für chronisch Kranke angeboten werden. Zur beruflichen Rehabilitation stehen mit überregionalem Einzugsgebiet ein Berufsbildungswerk, ein Berufsförderungswerk, sowie mit regionalem Bezug das Berufliche Trainingszentrum für psychisch Kranke und mit örtlichem Bezug drei Werkstätten für Behinderte zur Verfügung, von denen die WfB der AWO auch über einen Schwerpunktbereich für psychisch behinderte Menschen verfügt. Mit der Wiedereingliederung von Patientinnen und Patienten in bestehende Beschäftigungsverhältnisse ist der Psychosoziale Fachdienst der Hauptfürsorgestelle betraut, das Projekt Integration beim Diakonischen Werk befasst sich mit der Eingliederung arbeitssuchender psychisch behinderter Menschen.

Niedrigschwellige Arbeitsangebote wie Selbsthilfefirmen und Zuverdienstangebote gab es im Berichtszeitraum in der Stadt Dortmund nicht. Diese Versorgungsangebote sind insbesondere für schwer und langdauernd psychisch Kranke von großer Bedeutung.

Das in den Diensten und Einrichtungen vorhandene Personal kann – soweit Angaben hierzu gemacht wurden – lediglich beim Projekt Integration und im BTZ eindeutig der Abgabe von Leistungen an psy-

¹¹⁶ Das Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Bd. 116 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 1999, Seite 37

chisch behinderte Menschen zugeordnet werden. Im Projekt Integration war zum 31.12.98 eine Vollzeitstelle besetzt, im BTZ waren 23 Stellen vorhanden.

4.5.1. Frühberentungen Dortmunder Bürgerinnen und Bürger wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 8.3 des Materialienbandes.

In 1997 wurden 275 Frühberentungen Dortmunder Bürgerinnen und Bürger wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose vorgenommen. Ein Drittel der Frühberentungen entfielen auf schizophrene oder affektive Psychosen. Bei „Neurosen“ und „Persönlichkeitsstörungen“ liegt die Frühverrentungsrate je 100.000 Versicherten für Dortmunder deutlich sowohl unter dem Regierungsbezirk Arnsberg als auch unter dem Wert für Nordrhein-Westfalen. So stellt sich auch die Situation bei funktionellen Störungen psychischen Ursprungs dar. Bei schizophrenen oder affektiven Psychosen bewegen sich die Werte für Dortmund nur geringfügig über denen für den Regierungsbezirk Arnsberg und das Land.

Ein Vergleich mit der Häufigkeit von Maßnahmen medizinischer Rehabilitation erscheint angebracht (vgl. Abbildung 4.5-1 Seite 90). In 1995 wurden 29, in 1996 und 1997 jeweils 30 Rehabilitationsmaßnahmen für schizophrene und affektive Psychosen (ICD – 9 295 – 299) registriert, in 1997 erfolgten 92, in 1996 96, in 1995 101 und in 1994 95 Frühberentungen in dieser Diagnosegruppe. In den genannten Jahren wurden somit zwischen 60 und 70 Frühberentungen wegen schizophrenen oder affektiven Psychosen vorgenommen, ohne dass dem Maßnahmen medizinischer Rehabilitation vorausgegangen wären.

4.5.2. Reha – Abteilung der Bundesanstalt für Arbeit in Dortmund

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 8.6.1 des Materialienbandes.

In der Reha – Abteilung des Arbeitsamtes Dortmund wurde in 1998 ein Bestand an 3440 Rehabilitanden geführt. Für die Zwecke dieses Berichtes wurden dazu von Seiten des Arbeitsamtes Daten zur Verfügung gestellt.

Es handelte es sich in 161 Fällen (= 4,7 %) um „Psychosen“ und in 160 Fällen um „sonstige Neurosen“ (=4,7 %). In 1124 Fällen (= 32,7 %) wurde als „Art der Behinderung“ eine „Lernbehinderung“ ,

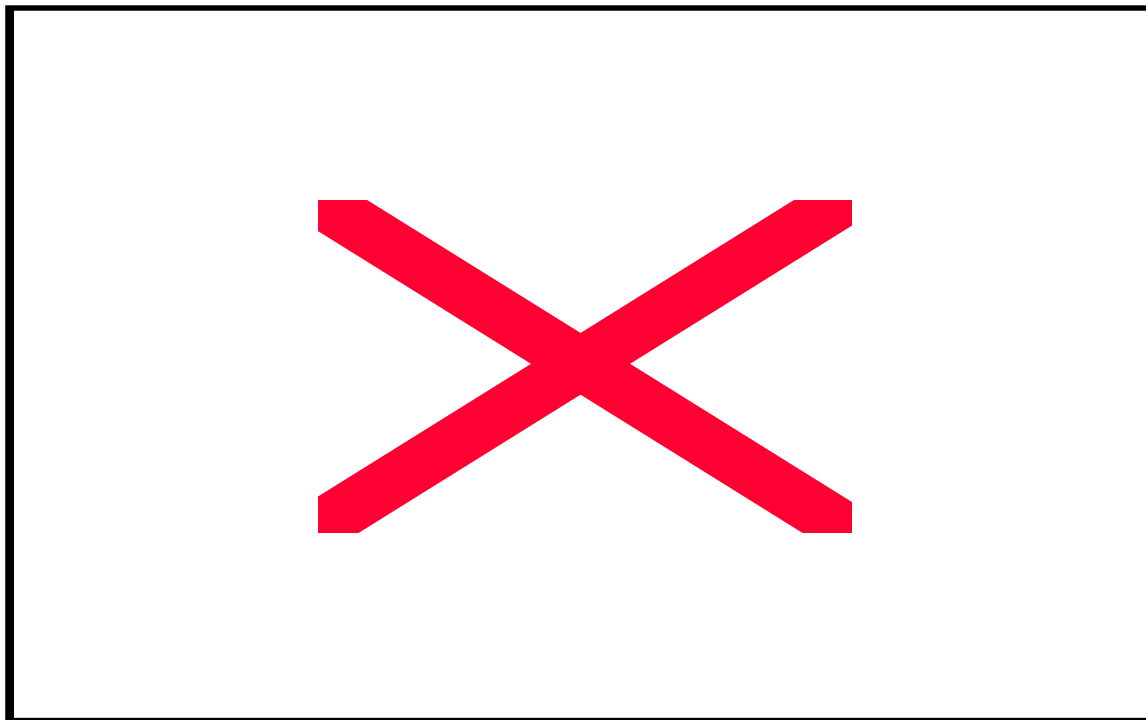


Abbildung 4.5-1: Maßnahmen med. Rehabilitation und Frühberentungen nach Diagnosegruppen für Dortmunder Bürgerinnen und Bürger 1997

in 115 Fällen (= 3,3 %) eine „geistige Behinderung“ festgehalten. Unter den in 1998 verzeichneten 2233 Zugängen fanden sich in 126 Fällen (= 5,6 %) Psychosen, in 113 Fällen (= 5,1 %) wurden die Rehabilitanden unter die Behinderungsart „sonstige Neurosen“ eingeordnet. Der Anteil der Zugänge von Rehabilitanden in den Diagnosegruppen „Psychose“ und „Neurose“ lag für die Stadt Dortmund somit bei 10,6 % (zum Vergleich: in Schleswig-Holstein in 1997 bei 9 %¹¹⁷).

❖ Nahezu 80 % der in 1998 als Bestand geführten psychisch behinderten Menschen verfügten nicht über eine Feststellung eines „Grades der Behinderung“ nach dem Schwerbehindertengesetz oder eine solche Feststellung war nicht bekannt. Lediglich in einem Fall geistiger Behinderung wurde ein Gleichstellungstatbestand nach dem Schwerbehindertengesetz registriert. Diese Sachverhalte sind von Bedeutung, weil die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft Voraussetzung von Leistungen nach dem Schwerbehindertengesetz, bspw. auch für die Inanspruchnahme des Psychosozialen Fachdienstes und des Projektes Integration sind.

❖ Insgesamt wurden in 1998 seitens der Bundesanstalt für Arbeit 2883 Rehabilitationsmaßnahmen beendet. 18 (12%) der als psychotisch erkrankt geführten, 5 (0,8%) der lernbehinderten, 17 (17%) der neurotisch erkrankten und 11 (15,5%) der geistig behinderten Rehabilitanden konnten in unbefristete Arbeitsverhältnisse vermittelt werden.

¹¹⁷ STAR '98, Seite 23

❖ Der Anteil der in unbefristete Arbeitsverhältnisse vermittelten psychisch Behinderten liegt unter den Durchschnitt aller Behinderungsarten. Auch in ihrem bisherigen Beruf konnten deutlich weniger psychisch behinderte Menschen verbleiben als dies bei allen Behinderungsarten der Fall war.

❖ Vor allem geistig behinderte Rehabilitanden wurden in eine Werkstatt für Behinderte aufgenommen (31 Fälle = 43,66 % aller geistig behinderten Rehabilitanden), dies betraf 6 (4 %) der psychosekranken Rehabilitanden.

❖ Bei psychosekranken Rehabilitanden wurde darüber hinaus in 6,71% der Fälle (10 Fälle) eine mangelnde Eignung für Rehabilitationsmaßnahmen festgestellt, im Durchschnitt aller Rehabilitationsmaßnahmen galt dies aber nur in 3,53% der Fälle. Bemerkenswert ist darüber hinaus der Anteil der Fälle, über deren Verbleib keine Angaben vorlagen. Dies betraf bei psychischen Behinderungen nahezu 60 % der Fälle, im Durchschnitt aller Behinderungsarten waren es 47,5 %.

Die von der Bundesanstalt f. Arbeit zur Verfügung gestellten Daten belegen im Vergleich zu anderen Behinderungsarten verminderte Chancen einer beruflichen (Wieder-)Eingliederung psychisch behinderter Rehabilitanden. Der überdurchschnittliche Anteil mangelnder Eignung für Rehabilitationsmaßnahmen bei psychosekranken Rehabilitanden unterstützt den auch an anderen Stellen sichtbar werdenden Bedarf an niedrigschwelligen, nicht unmittelbar am Ziel einer Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt orientierten Arbeits- und Beschäftigungsangeboten.

4.5.3. Projekt Integration

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 8.6.2 des Materialienbandes.

Von den in 1998 vom Projekt Integration betreuten 60 psychisch kranken bzw. behinderten Menschen wurden 17 (28,33%) auf Trainingsarbeitsplätzen begleitet. In 6 Fällen (10% aller Klienten) hiervon handelte es sich um begleitende und unterstützende Maßnahmen in unbefristeten Arbeitsverhältnissen. Bei 63,33% der Klienten (n = 38) erfolgte eine Beratung und Betreuung ohne Arbeitsaufnahme. Im Zeitablauf von 1994 – 1998 zeigt sich eine Zunahme der Betreuungen ohne Arbeitsaufnahme bei gleichzeitigem Rückgang einer Begleitung in beruflichen Weiterbildungs- und Umschulungsmaßnahmen oder Trainingsarbeitsplätzen.

4.5.4. Psychosozialer Fachdienst

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 8.6.3 des Materialienbandes.

Im Sozialamt besteht im Rahmen der Örtlichen Fürsorgestelle als Hilfe im Rahmen des Schwerbehindertengesetzes eine Stelle zur psychosozialen Betreuung von im Arbeitsleben stehenden psychisch Kranken. In 75 % der Fälle (79 Fälle) dieses psychosozialen Fachdienstes handelte es sich um Klienten mit einer psychischen Behinderung, hiervon konnte in 88,6% der Fälle (70 Fälle) der Verlust des Arbeitsplatzes vermieden werden.

4.5.5. OAT des WZfPPP

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 8.6.4 des Materialienbandes.

In 1998 wurden 271 Personen in der OAT des WZfPPP aufgenommen, hiervon handelte es sich in zwei Dritteln der Fälle (64,21%, 174 Patientinnen und Patienten) um Wiederaufnahmen. In 93% der Fälle (253 Fälle) handelte es sich um Maßnahmen der Arbeitstherapie als Bestandteil der Krankenbehandlung, bei 17 Fällen handelte es sich um Maßnahmen der tagesstrukturierenden Beschäftigung für chronisch psychisch Kranke, die alle ambulant durchgeführt wurden.

❖ Am 31.12.1998 war der Anteil von Krankenbehandlung und tagesstrukturierender Hilfen in etwa ausgeglichen, von 119 Personen erhielten 60 Patientinnen und Patienten Leistungen der Krankenbehandlung, 59 Personen erfuhren Hilfestellung bei der Tagesstruktur. Hiervon waren 55 Personen (93%) ambulante Patientinnen und Patienten, in vier Fällen wurden Leistungen für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner abgegeben.

❖ 91% (275 Fälle) aller in 1998 beendeten Maßnahmen waren Leistungen im Rahmen der Krankenbehandlung, 9% (27 Fälle) dienten der tagesstrukturierenden Beschäftigung. Für 23 Patientinnen und Patienten wurden ambulante Leistungen im Rahmen der Krankenbehandlung abgegeben, dies entspricht 7,62 % aller Fälle.

❖ Die durchschnittliche Dauer der Förderung für die jeweiligen Patientinnen und Patienten belief sich bei auf 28,7 Tage, im Bereich tagesstrukturierender Beschäftigung auf 72,4 Tage.

❖ Kostenträger der in 1998 beendeten Maßnahmen in der Arbeitstherapie als Bestandteil der Krankenbehandlung war in 13,17% % der Fälle (27 Fälle) der Sozialhilfeträger, dies entspricht dem Anteil der Kostenübernahme durch den Sozialhilfeträger für alle Maßnahmen im WZfPPP. Der Anteil des Sozialhilfeträgers bei Maßnahmen zum 31.12.1998 ist dagegen mit 47,06% aller Maßnahmen im Vergleich zu den Abgangswerten ungleich höher. Dies wird verursacht durch die Fallzahlen in tagesstrukturierender Beschäftigung. Hier leistet der Sozialhilfeträger in 90 % aller Fälle.

Die referierten Werte unterstreichen einen hohen Stellenwert der OAT des WZfPPP bei tagesstrukturierenden Hilfen für einkommensschwache psychisch kranke Einwohnerinnen und Einwohner der Stadt Dortmund. Die Angaben zum 31.12.1998 weisen eine größere Anzahl betreuter Personen aus, als an Plätzen in Tagesstätten in Dortmund zur Verfügung standen. Allerdings ist die Betreuungsdauer erheblich kürzer als in der Tagesstätte, ein Sachverhalt, der angesichts des betreuten Personenkreises auf eine spezifische Beschränkung des Angebotes durch die Kostenträger hindeutet. Von Seiten der Klinik wird darauf hingewiesen, dass die tagesstrukturierende Beschäftigung im Rahmen der OAT vielfach Überbrückungscharakter hat im Anschluss an vorhergehende Krankenhausbehandlung bzw. zur Überbrückung der Zeit bis zur Aufnahme in die Werkstatt für Behinderte.

4.5.6. CJD Jugenddorf

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 8.6.5 des Materialienbandes.

Das CJD mit seinem Berufsbildungswerk und den vorgeschalteten bzw. ergänzenden Lehrgangsangeboten hat einen Einzugsbereich, der weit über Dortmund hinausreicht. Gleichwohl kamen im Berichtsjahr 1998 48 % der psychisch behinderten Rehabilitanden aus der Stadt Dortmund.

Im CJD Jugenddorf wurden im Berichtsjahr 1998 52 psychisch behinderte Rehabilitanden aufgenommen, 20 davon (38,46%) im Ausbildungsprogramm, jeweils 14 (27%) in Förderlehrgängen bzw. Maßnahmen der Berufsfindung. Die Anzahl psychisch behinderte Rehabilitanden zum 31.12.1998 betrug 56, davon befanden sich 38 (68%) im Ausbildungsprogramm und 18 in Förderlehrgängen.

❖ 42 Maßnahmen wurden in 1998 beendet, in 11 Fällen (26 %) handelte es sich um vorzeitige Beendigungen. Ursache der vorzeitigen Beendigungen waren in 6 Fällen eine Erkrankung der Rehabilitanden, in zwei Fällen kam es zu einer Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt, in weiteren zwei Fällen zu einer Arbeitsaufnahme auf dem zweiten Arbeitsmarkt.

❖ Der Anteil der an einer Psychose erkrankten Rehabilitanden liegt nach Abgängen bei 46 % (n = 17), zum 31.12.1998 bei 30 % (n = 17). Dieser Sachverhalt könnte darauf hinweisen, dass psychosekranke Rehabilitanden ein höheres Risiko tragen, eine Maßnahme beenden zu müssen. Rehabilitanden mit einer Persönlichkeitsstörung sind dagegen mit 30 % (n = 11) bei den Abgängen und 21 Fällen (37,5 %) zum 31.12.1998 vertreten.

❖ Überwiegend (97%) war die Bundesanstalt Leistungsträger der durchgeführten Maßnahmen.

4.5.7. Berufliches Trainingszentrum

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 8.6.6 des Materialienbandes.

In 1998 erfolgte 94 Aufnahmen im BTZ in der Stadt Dortmund. Der Schwerpunkt der durchgeführten Maßnahmen lag mit 40% und einer Anzahl von 38 Fällen im kaufmännischen und Verwaltungsbereich. An dieser Schwerpunktbildung änderte sich auch bei den Bestandszahlen zum 31.12.98 nichts, von insgesamt 60 Rehabilitanden in Maßnahmen fanden sich 23 (38%) im kaufmännischen und Verwaltungsbereich.

❖ Rehabilitanden mit einer Psychose wurden am häufigsten im BTZ gefunden. Dabei lag ihr Anteil an den Abgängen bei 71 % (n = 63), zum 31.12.1998 bei 63 % (n = 38). Neben psychotischen Erkrankungen fanden sich mit 17 % (n = 15) nach Abgängen bzw. 22. % (n = 13) zum 31.12.1998 am häufigsten Neurosen.

❖ 89 Maßnahmen wurden in 1998 beendet, davon erfolgte in 39 Fällen (44 % aller beendeten Maßnahmen) eine vorzeitige Beendigung. Alle vorzeitigen Beendigungen wurden durch Krankheit verursacht. Der Anteil vorzeitiger Beendigungen lag im Berichtszeitraum somit über dem im CJD Jugenddorf. Dieser Sachverhalt kann unterschiedlich interpretiert werden: es könnte sich bei den Rehabilitanden des BTZ um schwer erkrankte und wenig belastbare Personen handeln, denkbar ist auch eine für den Personenkreis unangemessene Programmgestaltung mit zu hohen Anforderungen.

❖ Leistungsträger der Maßnahmen im BTZ waren entweder die Rentenversicherungsträger oder die Bundesanstalt für Arbeit.

4.5.8. WfB der AWO

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 8.6.7 des Materialienbandes.

In der WfB der AWO wurden nach vorliegenden Angaben weder interne noch externe Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung umgesetzt. Eine externe Supervision wurde dort wie in den übrigen Einrichtungen durchgeführt.

In der WfB der AWO besteht grundsätzlich die Möglichkeit, individuell ausgestaltet später mit der Arbeit zu beginnen bzw. diese früher zu beenden. Diese Möglichkeit bestand im Berichtsjahr jedoch nur für Selbstfahrer, d.h. der Fahrdienst der Werkstatt konnte hierzu nicht in Anspruch genommen werden. Insbesondere in ihrer Belastbarkeit eingeschränkte psychisch behinderte Menschen waren auf ihre Befähigung zur Nutzung des ÖPNV oder eines eigenen Fahrzeuges angewiesen, um individuell ausgestaltete Arbeitszeiten nutzen zu können.

In der WfB der AWO erfolgten insgesamt 25 Aufnahmen, 22 (88%) davon im Schwerpunktbereich für psychisch Behinderte. Alle Erstaufnahmen (Anzahl: 20, 80%) erfolgten im Arbeitstrainingsbereich, alle Wiederaufnahmen (Anzahl: 5, 20 %) erfolgten im Schwerpunktbereich für psychisch Behinderte, 3 Wiederaufnahmen fanden unmittelbar im Arbeitsbereich statt.

❖ Zum 31.12.1998 waren 106 psychisch behinderte Personen in der WfB der AWO beschäftigt, davon 58,5% (Anzahl: 62) im Schwerpunktbereich. Im Arbeitstrainingsbereich arbeiteten 15 (14%), im Arbeitsbereich 91 (85,85%) Personen. Im Schwerpunktbereich stehen 10 Teilzeitplätze zur Verfügung, 8 von diesen 10 Teilzeitstellen waren besetzt.

❖ Insgesamt wurden in 1998 23 Maßnahmen beendet, 18 davon (78,26%) im Schwerpunktbereich für psychisch Behinderte. Der Anteil vorzeitig beendeter Maßnahmen lag bei 60,8% (Anzahl: 14), dies ist der höchste Anteil unter den erhobenen Einrichtungen beruflicher Rehabilitation. 13 aus 14 der vorzeitig beendeten Maßnahmen entfielen auf den Schwerpunktbereich für psychisch Behinderte. Jeweils die Hälfte beendeter Maßnahmen im Schwerpunktbereich entfielen auf das Arbeitstraining und den Arbeitsbereich. Das Arbeitstraining im Schwerpunktbereich der WfB musste in 4 Fällen (50 %) vorzeitig beendet werden. In zwei Fällen wurde als Grund hierfür eine Erkrankung angegeben. Alle 9 Maßnahmen im Arbeitsbereich des Schwerpunktbereiches wurden vorzeitig beendet, 3 davon wegen

Erkrankung, zwei wegen Berentung¹¹⁸ und 4 aus sonstigen Gründen. Alle von der vorzeitigen Beendigung betroffenen behinderten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter blieben ohne anschließende Beschäftigung.

❖ Die als statistische Werte ausgewiesenen durchschnittlichen Verweildauern waren in 1998 im Allgemeinen Bereich der WfB deutlich länger als im Schwerpunktbereich für psychisch behinderte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der WfB. Im Schwerpunktbereich für psychisch behinderte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist eine höhere Fluktuation, die sich beispielsweise auch darin ausdrückt, dass 88 % aller Aufnahmen in der WfB auf den Schwerpunktbereich entfielen, deutlich erkennbar.

❖ Maßnahmen im Arbeitstrainingsbereich des WfB werden vollständig von Rentenversicherungsträgern und von der Bundesanstalt für Arbeit finanziert. Im Arbeitsbereich erfolgt eine Kostenübernahme immer über den Sozialhilfeträger.

Der hohe Anteil (88%) von Aufnahmen im Schwerpunktbereich für psychisch Behinderte in der WfB der AWO deutet auf einen hohen Bedarf an Arbeitsmöglichkeiten für psychisch Behinderte in der Stadt Dortmund hin. Gleichzeitig ist der ebenfalls hohe Anteil (78,26%) beendeter Maßnahmen im Schwerpunktbereich bei gleichzeitig hohem Anteil an vorzeitigen Beendigungen geeignet, die in den Interviews geäußerte Wahrnehmung eines für den Personenkreis nur unzureichend angepassten Programms in der WfB der AWO zu stützen.

4.5.9. Personengruppen in Arbeit und beruflicher Rehabilitation

4.5.9.1. Geschlechtsverteilung

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 8.7 des Materialienbandes.

In der OAT des WZfPPP fand sich ein recht konstanter Frauenanteil von 31 % bei allen erhobenen Items. Die Betrachtung der Geschlechtsverteilung nach Teilnehmer/-innentage erlaubt darüber hinaus eine Zuordnung der Geschlechter zu einzelnen Funktionsbereichen innerhalb der OAT. Im Vergleich zur Geschlechtsverteilung im WZfPPP findet sich im Bereich der Arbeitstherapie als Bestandteil der vollstationären Krankenbehandlung eine höhere Inanspruchnahme der OAT durch Männer, der Männeranteil liegt im WZfPPP bei 60 %, in der OAT bei 75 %. In der Arbeitstherapie als Bestandteil der teilstationären Krankenbehandlung liegt der Anteil der Frauen mit 41 % ebenfalls unter dem Anteil der Frauen im teilstationären Behandlungsgeschehen des WZfPPP (50 %). Den ambulanten Bereich tagesstrukturierender Beschäftigung schließlich nutzen Frauen zu 22 %.

Im CJD Jugenddorf Dortmund waren 48% der Rehabilitanden am 31.12.1998 Männer. Der Anteil der Männer lag - ebenfalls zum 31.12.1998 - im BTZ bei 66,7%, in der WfB der AWO waren es 62,2%.

¹¹⁸ Es ist diskussionswürdig, ob „Berentung“ ein zutreffendes Merkmal für die Variable „vorzeitige Beendigung“ ist. Im Erhebungsbogen erfolgte eine entsprechende Abfrage, weshalb hier die Ergebnisse wiedergegeben werden.

4.5.9.2. Diagnoseverteilung

- 82,35% (98 Fälle) der zum 31.12.1998 in der OAT des WZfPPP behandelten Patientinnen und Patienten trugen die Hauptdiagnose "Psychose". Im Vergleich zur Diagnoseverteilung am WZfPPP fällt auf, dass Suchterkrankungen und Neurosen unterrepräsentiert sind. Bei den Suchterkrankungen können die Gründe hierfür benannt werden. Im Interview am 06.05.1999 wurde seitens der OAT ausgeführt, dass kurzfristig behandelte Patientinnen und Patienten unter 1 Woche generell keine Aufnahme in der OAT finden. Die OAT beginne nach circa 3 Wochen Klinikaufenthalt. Suchtpatientinnen und -patienten zeichnen sich durch einen hohen Anteil einer Verweildauer bis zu 3 Wochen aus. Für eine geringe Inanspruchnahme der OAT durch Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose "Neurose" wurden keine Gründe benannt; anzunehmen ist aber, dass hier andere Aspekte von Behandlung im Vordergrund stehen.
- Im CJD Jugenddorf fand sich "Persönlichkeitsstörung" als häufigste Hauptdiagnose (37,5%, 21 Fälle), an zweiter Stelle war die Hauptdiagnose "Psychose" mit jeweils 17 Fällen. (30 % zum 31.12., 46 % nach Abgängen). Der Anteil der unklaren oder unbekanntenen Diagnosen lag bei nahezu 20% (11 Fälle).
- Zwei Drittel (63%, 38 Fälle) der zum 13.12.1998 rehabilitierten Personen im BTZ trugen die Hauptdiagnose "Psychose", bei den Abgängen waren es 70,79% bei 63 Fällen.
- Auch in der WfB der AWO lag der Anteil der Psychosen unter den Abgängen höher (50%, Anzahl 5) als zum 31.12.1998 verzeichnet (35,16%, 32 Fälle).

Für die Einrichtungen beruflicher Rehabilitation lässt sich feststellen, dass das Risiko für Rehabilitanden mit der Hauptdiagnose "Psychose", berufsfördernde Maßnahmen vorzeitig zu beenden, am höchsten ist.

4.5.9.3. Alter

- 88% (38 Fälle) der in der vollstationären Arbeitstherapie im Rahmen der Krankenbehandlung am 31.12.1998 behandelten Patientinnen und Patienten in der OAT des WZfPPP waren bis zu 43 Jahre alt. Nach Abgängen betrug dieser Anteil 77% bei 159 Fällen. Im Rahmen der tagesstrukturierenden Beschäftigung fanden sich am 31.12.1998 37% (20 Fälle) in dieser Altersklasse, nach Abgängen betrug der Anteil 60% bei 10 Fällen. Am 31.12.1998 haben somit insbesondere Menschen ab dem 44. Lebensjahr Hilfe und Unterstützung erfahren.
- 89% der Rehabilitanden (50 Fälle) im CJD Jugenddorf waren am 31.12.1998 zwischen 14 und 28 Jahre alt. Im Vergleich zu der Altersstruktur nach Abgängen ergeben sich keine wesentlichen Unterschiede.
- Die Altersverteilung im BTZ entspricht der in der OAT des WZfPPP, jeweils 88% der Rehabilitanden waren bis zu 43 Jahre alt.
- Die psychisch behinderten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der WfB der AWO waren im Durchschnitt älter als in den bisher dargestellten Einrichtungen beruflicher Rehabilitation. 59% der zum 31.12.1998 beschäftigten behinderten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren bis zu 43 Jahre alt. Der Anteil dieser Altersgruppe an den Abgängen liegt mit 73% höher.

4.5.9.4. Herkunft

Die Versorgungsbeiträge der einzelnen Einrichtungen für Dortmund sind entsprechend den Einzugsbereichen unterschiedlich.

- Alle nach Herkunft bekannten, zu ihrer Tagesstrukturierung Beschäftigten in der OAT des WZfPPP kamen aus der Stadt Dortmund. Im stationären Bereich der Arbeitstherapie als Bestandteil der Krankenbehandlung entspricht die Herkunft der Patientinnen und Patienten dem Behandlungsgeschehens im WZfPPP. Erwartungsgemäß ist der Anteil Dortmunder Bürgerinnen und Bürger bei den ambulanten Maßnahmen deutlich höher (82% nach Abgängen, 100% zum 31.12.1998).
- 47,37% der Rehabilitanden (18 Fälle) nach Abgängen im CJD Jugenddorf kommen aus der Stadt Dortmund, dieser Anteil liegt am 31.12.1998 bei 48,21%.
- 59,56% (53 Fälle) der Abgänge im BTZ entfallen auf Bürgerinnen und Bürger aus der Stadt Dortmund, nach den Werten zum 31.12.1998 betrug dieser Anteil 46,67% bei 28 Fällen.
- Alle in der WfB der AWO beschäftigten psychisch behinderten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind aus der Stadt Dortmund. 55,65% (59 Fälle) der am 31.12.1998 psychisch behinderten Beschäftigten kamen aus dem Stadtbezirk Innenstadt Nord, Aplerbeck und Hörde, nach Abgängen betrug dieser Anteil 47,83% (11 Fälle).

4.5.9.5. Staatsangehörigkeit

- In der OAT des WZfPPP lag der Anteil von Ausländern am 31.12.1998 bei 10,92% (13 Fälle). Nach Abgängen fanden sich 7,62% (23 Fälle) in der OAT des WZfPPP. Dieser Anteil liegt unter dem Anteil von Patientinnen und Patienten mit nicht - deutscher Staatsbürgerschaft in den Abteilungen für Allgemeine Psychiatrie I und II des WZfPPP.
- Im CJD Jugenddorf waren am 31.12.1998 8,93% (5 Fälle) Ausländer.
- Der Anteil psychisch behinderter Beschäftigter in der WfB der AWO mit nicht - deutscher Staatsangehörigkeit betrug am 31.12.1998 2,38% (3 Fälle). Dies ist der geringste Anteil nicht - deutscher Rehabilitanden in den Einrichtungen beruflicher Rehabilitation in Dortmund.

4.5.9.6. Zusammenfassende Darstellung

Maßnahmen im Bereich Arbeit und beruflicher Rehabilitation in der Stadt Dortmund werden am häufigsten von Männern genutzt. Abhängigkeitskranke sind nur marginal vertreten. Häufigste Diagnosen sind „Psychosen“ und „Neurosen“ einschl. der Persönlichkeitsstörung. An einer Psychose erkrankte Menschen tragen ein erhöhtes Risiko vorzeitiger Beendigungen von Maßnahmen. Gleichzeitig erfolgen für diese Diagnose am häufigsten Frühberentungen, ohne dass dem Maßnahmen medizinischer Rehabilitation vorausgegangen wären.

Nicht-deutsche Rehabilitanden sind im Vergleich zur Bevölkerungsstruktur Dortmunds deutlich unterrepräsentiert. Sie finden seltener Zugang sowohl in das System von Arbeit und beruflicher Rehabilitation als auch in tagesstrukturierende Angebote.

4.6. Gerontopsychiatrische Versorgung

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 9.2 des Materialienbandes.

Die gerontopsychiatrische Abteilung am WZfPPP ist für den Kreis Unna und die Stadt Dortmund zuständig. Die Anzahl der ausschließlich für die Stadt Dortmund zur Verfügung stehenden Plätze kann nicht ermittelt werden, weil sie so nicht festgelegt ist. Eine gerontopsychiatrische Tagesklinik existierte im Berichtsjahr 1998 nicht. Im Rahmen der Institutsambulanz des WZfPPP gibt es im Sinne einer Binnendifferenzierung einen gerontopsychiatrischen Schwerpunkt¹¹⁹, innerhalb dessen Alten- und Pflegeheime, Sozialstationen und ambulante pflegerische Dienste sowie Angehörige und Betroffene beraten werden. Ambulante Pflegeleistungen werden von der gerontopsychiatrischen Abteilung vom WZfPPP nicht abgegeben, eine Fachberatung im institutionellen Kontext mit ambulanter Behandlung und Pflege sowie (teil-) stationärer Versorgung (Gerontopsychiatrisches Zentrum) existierten im Berichtsjahr nicht.

Bezieht man die vorhandenen Plätze auf das Versorgungsgebiet des Kreises Unna und die Stadt Dortmund, ergibt sich eine Bettenmessziffer von 6,6 auf 100.000 EW, dies liegt deutlich unter dem Durchschnitt von 15,3 auf 100.000 EW, wie sie im Bereich des Landschaftsverbandes Westfalen – Lippe in 1997 galt.¹²⁰ Zu berücksichtigen sind aber die Versorgungsbeiträge der beiden psychiatrischen Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern: Hier werden gerontopsychiatrisch erkrankte Patientinnen und Patienten (Definition: Patientinnen und Patienten älter als oder gleich 60 Jahre) behandelt, ohne dass gesonderte gerontopsychiatrische Plätze ausgewiesen wären. Nach Zugängen handelte es sich hierbei in der psychiatrischen Abteilung am Marien Hospital um 202 Fälle, nach Abgängen in der psychiatrischen Abteilung am im Ev. Krankenhaus Lütgendortmund um 182 Fälle.

❖ In 1995 wurden in den allen Krankenhäusern in der Stadt Dortmund 1582 stationäre Behandlungsmaßnahmen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose für Menschen ab dem 60. Lebensjahr registriert, in 1998 konnten 1165 stationäre Behandlungsmaßnahmen für Menschen ab dem 60. Lebensjahr nur in den psychiatrischen Fachabteilungen in Dortmund ermittelt werden.

❖ Vier Anbieter des Betreuten Wohnens für psychisch Kranke erbringen auch psychiatrische Pflegeleistungen.¹²¹ Zum 31.03.1997 gab es in Dortmund ferner 84 ambulante Pflegedienste, die in unterschiedlichem Umfang auch psychisch kranke alte Menschen pflegen. Genauere Angaben darüber liegen aber nicht vor.

❖ Der Anteil erforderlicher tagesklinischer Plätze wird für die Stadt Dortmund mit 30 Plätzen (0,05 Plätze pro 1000 EW) angegeben. Im Berichtszeitraum 1998 gab es in der Stadt Dortmund keine gerontopsychiatrische Tageskliniken. Der Anteil der Fälle teilstationärer Behandlung in der Abteilung für

¹¹⁹ Für diese so genannte „Gerontopsychiatrische Ambulanz“ wurden 200 Behandlungsfälle/Quartal angegeben. Eine weitere Vernetzung sei ebenso wie eine gerontopsychiatrische Tagesklinik mit 20 Behandlungsplätzen geplant.

¹²⁰ BAG Psychiatrie, a.a.O., Seite 17

¹²¹ Pflegebedarfsplan a.a.O., Seite 94 f

Gerontopsychiatrie des WZfPPP lag mit 20 teilstationären Abgängen von insgesamt 667 Abgängen bei 3 %. Ein Bedarf an teilstationären Behandlungsmöglichkeiten ist offenkundig.

❖ Für das Jahr 1998 wurde angenommen, dass 150 Tagespflegeplätze für alle Gruppen älterer pflegeberdürftiger Menschen in der Stadt Dortmund zur Verfügung stehen. Der Bedarf an gerontopsychiatrischer Tagespflege wurde mit 296 Plätzen für die Stadt Dortmund angegeben. Demnach ergibt sich rein rechnerisch ein weiterer Bedarf an Tagespflegeplätzen; die Fortschreibung des Pflegebedarfsplans hat jedoch gezeigt, dass die reale Nutzung dem prognostizierten Bedarf nicht entspricht und dass demnach hier die weitere Entwicklung sorgfältig beobachtet werden muss.

❖ Der in der Literatur vertretene Bedarf für das Betreute Wohnen gerontopsychiatrisch Erkrankter liegt zwischen 178 und 296 Plätzen. Im betreuten Wohnen in der Stadt Dortmund wurden am 31.12.1998 82 Menschen mit 60 Jahren und älter betreut. Der Bedarf liegt somit zwischen 96 und 214 Plätzen.

❖ Zur Frage, ob die Kapazitäten in der ambulanten psychiatrischen Pflege bedarfsgerecht ausgestaltet sind, liegen Angaben aus den Interviews vor. Demnach ist das vorhandene Angebot nicht bedarfsdeckend ausgebaut. Verschlechterungen werden auf Grund mangelhafter Finanzierungen befürchtet.

❖ 50 % der Betten in der Abteilung für Gerontopsychiatrie im WZfPPP stehen in 3 – Bett – Zimmern, weitere 4 Betten stehen in einem 4 – Bett – Zimmer. Die Stationsgröße beträgt einmal 18 und zweimal 24 Betten. Damit hat sich die räumliche Situation seit der Bestandsaufnahme der Kommission des Landschaftsverbandes Westfalen – Lippe verbessert¹²². Die im Materialienband in Kapitel 9.1.6. dargestellten Indikatoren der Strukturqualität einer Stationsgröße von 8 – 10 Patientinnen und Patienten bei Ein – bis Zwei – Bett – Zimmern wurden gleichwohl nicht erreicht. Ein- und Zweibettzimmer, wie von Leidinger u.a. vorgeschlagen, finden sich dagegen zu 98 % in den stationären Pflegeeinrichtungen der Altenhilfe.

Daten zum Leistungsgeschehen im Bereich gerontopsychiatrischer Versorgung in der Stadt Dortmund konnten im Rahmen der vorliegenden Untersuchung überwiegend nicht erschlossen werden. Von den ambulanten pflegerischen Diensten liegen keine verwertbaren Angaben vor¹²³. Ebenfalls keine Angaben sind über die Häufigkeit gerontopsychiatrischer Patientinnen und Patienten in der Tagespflege vorhanden. Neben den bereits oben dargestellten Angaben konnte ermittelt werden:

- In einem Schreiben vom 4.6.1998 wird seitens des Caritasverbandes Dortmund e.V. vertreten, dass ca. 56 % der in den Wohn- und Pflegezentren des Verbandes betreuten alten Menschen gerontopsychiatrisch erkrankt sind. Ist dieser Befund übertragbar, so werden etwa 1800 gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen in Einrichtungen der Altenhilfe versorgt.

¹²² Leidinger u.a., a.a.O., Seite 88

¹²³ Seitens des Caritasverbandes Dortmund e.V. wird in dem nachstehend zitierten Brief berichtet, dass drei seiner Sozialstationen 20 gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten betreuen. Allerdings fehlt die Bezugsgröße, so dass eine Hochrechnung nicht möglich ist.

- Von der nervenärztlichen Praxis Dr. Schulz / Rybicki liegen Angaben zur Anzahl ihrer Patienten in Alten- und Pflegeheimen vor. Diese Angaben sind jedoch nicht repräsentativ und werden lediglich beispielhaft angeführt. Nach den Angaben der Praxis wurden insgesamt 292 Patientinnen und Patienten in den Alten- und Pflegeheimen der Stadt Dortmund behandelt.
- Der Sozialpsychiatrische Dienst hatte in 1998 zu 421 Personen Kontakt, die 60 Jahre und älter waren.
- Zum Stichtag 31.12.1998 befanden sich 10 Personen über 60 Jahre in tagesstrukturierender Beschäftigung der OAT.
- In der Stadt Dortmund wurden in 1995 bei 1582 über 60 – jährigen stationäre Krankenhausbehandlungen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose durchgeführt. 45 % (709 Fälle) davon litten an einer Organischen Psychose. Die Auswertung der Diagnosestatistik für die Jahre 1996 und 1997 hat gezeigt, dass in 1996 71 % aller Fälle, in 1997 73,36 % aller Fälle mit der Hauptdiagnose „Organische Psychose“ nicht in psychiatrischen Fachabteilungen, sondern in somatischen Fachabteilungen behandelt wurden. Der größte Teil gerontopsychiatrisch Erkrankter wird nicht in Fachabteilungen, sondern in somatischen Abteilungen behandelt.
- 43 % aller Patientinnen und Patienten der Abteilung für Gerontopsychiatrie wurden entweder aus dem Allgemeinkrankenhaus oder aus einem Alten- und Pflegeheim aufgenommen. Gleichzeitig wurden dort 44,38 % aller Patientinnen und Patienten gegen oder ohne ihren Willen behandelt. Die Auslastung liegt bei 66 % (Tabelle 65, Seite 118). Die genannten Daten und das darin sichtbar werdende Nutzungsmuster werfen Fragen auf bezüglich der Akzeptanz des gerontopsychiatrischen Behandlungsangebotes im WZPPP bei den Familien Betroffener und bei überweisenden Ärzten.
- 96 % der Patientinnen und Patienten, die aus der eigenen Wohnung in der Abteilung für Gerontopsychiatrie aufgenommen wurden, wurden wieder nach Hause entlassen. In Alten- und Pflegeheimen wurden mehr Menschen entlassen, als von dort aufgenommen wurden (Differenz : 21). In Allgemeinkrankenhäusern wurden 126 Patientinnen und Patienten entlassen, von dort aufgenommen wurden 171.
- Weder in 1994, noch in 1995 , 1996 oder 1997 wurden für Dortmunder Bürgerinnen und Bürger über 60 Jahre und unter 65 Jahre medizinische oder sonstige Rehabilitationsmaßnahmen wegen einer dementiellen Erkrankung (ICD 9 290 – 294) zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung durchgeführt. In den gleichen Zeiträumen wurden in 1997: 14 Fälle, in 1996: 14 Fälle, in 1995: 16 Fälle und in 1994: 10 Fälle stationärer Krankenhausbehandlung Dortmunder Bürgerinnen und Bürger nur wegen der psychiatrischen Hauptdiagnose ICD-9 290 verzeichnet. Informationen zur Häufigkeit medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen wegen dieser Diagnose durch die gesetzlichen Krankenversicherung liegen nicht vor.

4.7. Angehörige und Selbsthilfe

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 10 des Materialienbandes.

Angehörige psychisch kranker Menschen haben die Erkrankung und deren oftmals erhebliche, auch materielle Auswirkungen zu ertragen. Sie haben daher einen eigenständigen Hilfe – und Unterstützungsanspruch gegenüber dem professionellen Hilfesystem, der in einigen Bundesländern¹²⁴ bereits gesetzlich kodifiziert wurde. Angehörige sind im komplexen Beziehungsgeflecht einer psychiatrischen Erkrankung involviert, ihre Hypothesen zu Sinn und Funktion der Erkrankung sowie zu den Perspektiven einer Heilung haben Auswirkungen auf den Behandlungsprozess und -erfolg. Gleichzeitig formulieren Angehörige eigene Ansprüche und Anforderungen an das System professioneller Hilfen.

Zum Zweck eigener Selbsthilfe und als Plattform zur Artikulation der eigenen Interessen hat sich ein Bundesverband der Angehörigen e.V. mit seinen Landesverbänden und Ortsgruppen gebildet. In Dortmund bestand lange eine solche Ortsgruppe, derzeit gibt es aber keine organisierte Angehörigenvertretung mehr. Daher sind Angehörigenvertreter/innen auch in Arbeitsgruppen im Rahmen der Psycho-sozialen Arbeitsgemeinschaft und dergl. nicht vertreten. In den psychiatrischen Kliniken und beim Sozialpsychiatrischen Dienst existieren Gesprächsangebote für Angehörige in unterschiedlichen Formen.

- Die Übersicht über Angebote der Angehörigenarbeit in den psychiatrischen Abteilungen vermittelt ein inhomogenes Bild. In den Abteilungen für Allgemeine Psychiatrie I, II findet Angehörigenarbeit in Form eigener Gruppen in 14 – tägigem bis vierwöchigen Rhythmus statt. Angesichts der Kürze der Verweildauern ist in Frage zu stellen, ob diese Frequenz ausreichend ist. Eine intensive Angehörigenarbeit findet sich in der Abteilung für Gerontopsychiatrie. Auch in den Abteilungen für psychologische Medizin wird eine Angehörigengruppe im 14 – tägigem Rhythmus angeboten.
- Veranstaltungen mit dem Ziel, den Austausch unter den Angehörigen zu befördern, wurden nur einmal im Marien Hospital ausdrücklich benannt.
- Zwei von drei Tageskliniken halten kein Angebot für Angehörige vor.
- Im Friederike – Fliedner – Haus als Einrichtung medizinischer Rehabilitation und im CJD Jugenddorf werden Angehörige in die einzelfallbezogene Reha – Planung einbezogen.
- Die Angehörigengruppe des SPD wurde im Interview positiv hervorgehoben.
- Im Interview am 06. Mai 1999 kritisierten Mitglieder dieses Angehörigengesprächskreises insbesondere eine schlechte Zusammenarbeit mit Kliniken und Ärzten. Häufig würde weder über den Behandlungsverlauf noch bspw. über anstehende Entlassungen informiert. Weiter wurde vorgetragen, Angehörige würden zu wenig über bestehende Angehörigengruppen informiert.

Als Selbstorganisation der Psychiatrieerfahrenen existiert ebenfalls seit Jahren ein Bundesverband. Zwei örtliche Gruppen existieren im Jahr 2000; im Berichtsjahr gab es nur das Psychoseseminar, das von der Gesellschaft für seelische Gesundheit veranstaltet wird und dem Gespräch zwischen Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Professionellen dient. Die Mitglieder dieses Psychose – Seminars kritisieren in dem mit ihnen durchgeführten Interview vor allem die inhaltliche Ausrichtung stationärer Behandlungsmaßnahmen. Sie wünschen sich einen „weicheren Umgang“, bessere Aufklärung und mehr Beteiligung im Behandlungsgeschehen. Auch Forderungen des Bundesverbandes der Psychiatrieerfahrenen nach materieller Unterstützung ihrer Arbeit (Kopierer, ...) seien bisher nicht verwirklicht worden.

4.8. Kooperation und Vernetzung

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 11 des Materialienbandes.

Die Kooperation innerhalb eines Versorgungssystems und die Vernetzung der vorhandenen Angebote und Einrichtungen sind bedeutsame Variablen zur Einschätzung der Qualität eines Versorgungssystems.

4.8.1. Überschneidungen im Klientel

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 11.1 des Materialienbandes.

- Zugangs- und Abgangsdaten des WZfPPP belegen intensive Austauschprozesse zwischen der psychiatrischen Fachklinik und somatischen Häusern sowie Alten- und Pflegeheimen. Eine inhaltliche Kooperation der unterschiedlichen Fachabteilungen und Einrichtungsarten (Krankenhaus – Alten- und Pflegeheim) konnte jedoch nur für die Abteilung für Gerontopsychiatrie in Bezug auf Alten- und Pflegeheime ermittelt werden. Wünsche nach einer verbesserten Kooperation mit somatischen Kliniken wurde in den Interviews von der Tagesklinik des WZfPPP und der Abteilung für Gerontopsychiatrie formuliert. Für andere Bereiche sind institutionalisierte Kooperationsbeziehungen ebenfalls bekannt, wurden aber bei der Erhebung nicht artikuliert.
- 30 % (138 Fälle) der sich am 31.12.1998 im betreuten Wohnen befindenden Klientel wurden unmittelbar aus der Klinik heraus aufgenommen. 2 Bewohnerinnen und Bewohner wurden 1998 in ein Krankenhaus entlassen, 13 (17,6 %) in ein Heim.
- 90 % (63 Fälle) aller Bewohnerinnen und Bewohner in den Wohnheimen kamen aus dem WZfPPP, unter den 7 verzeichneten Abgängen fand sich eine Verlegung in eine Einrichtung außerhalb Dortmunds, in zwei Fällen erfolgte eine Entlassung zu Angehörigen und Familie, in einem Fall in ein betreutes Wohnen.

¹²⁴ bspw. PsychKG Rheinland - Pfalz

- 5,88 % (119) aller Klientinnen und Klienten des SpDie befanden sich im Betreuten Wohnen, dies entspricht 26 % aller Fälle des betreuten Wohnens. Bei diesen Kontakten handelt es sich nach Angaben der Beteiligten um Übergaben und einzelfallbezogene Abstimmungen, nicht um kontinuierliche Betreuungstätigkeit durch den Sozialpsychiatrischen Dienst.
- Clubangebote, Treffs und Tagesstätten werden ca. zu einem Viertel von Bewohnerinnen und Bewohnern des Betreuten Wohnens in Anspruch genommen.
- 16,5 % (n = 50) der in 1998 in der OAT des WZfPPP beendeten Maßnahmen entfielen auf Menschen, die im Rahmen des Betreuten Wohnens betreut wurden. Davon befanden sich 33 (= 66 %) in der Arbeitstherapie, 17 in der tagesstrukturierenden Beschäftigung.
- In 1998 wurden in der OAT des WZfPPP 27 Maßnahmen für Bewohnerinnen und Bewohner des betreuten Wohnens als stationäre und teilstationäre Maßnahmen der Arbeitstherapie als Bestandteil einer Krankenbehandlung beendet. 12 Bewohnerinnen und Bewohner wurden in den Abteilungen für psychologische Medizin am Ev. Krankenhaus in Lütgendortmund sowie am Marien Hospital behandelt. Somit wurden mindestens 8 % (39) aller Fälle des Betreuten Wohnens in 1998 stationär behandelt.
- Am 31.12.1998 befanden sich 38 Bewohnerinnen und Bewohner des betreuten Wohnens in ambulanten Maßnahmen tagesstrukturierender Beschäftigung, dies entspricht wiederum 8 % aller Fälle des Betreuten Wohnens.
- Die Anzahl der Rehabilitanden im Betreuten Wohnen, die Maßnahmen im CJD sowie im BTZ in Anspruch genommen haben, ist gering. Zum 31.12.1998 handelte es sich im CJD um 1 Fall, im BTZ waren es 3 Fälle. In der WfB der AWO wurden 50 % (48 Fälle) der am 31.12.1998 Beschäftigten zusätzlich durch einen anderen Fachdienst ambulant betreut.

Zusammenfassend: Zum 31.12.1998 befanden sich 95 Bewohnerinnen und Bewohner des Betreuten Wohnens in tagesstrukturierenden oder rehabilitativen Maßnahmen(incl. Tagesstätte). Dies entspricht einem Anteil von 20 %. Auf der Grundlage von Fällen ergeben sich Kooperationsanforderungen somit insbesondere zur OAT des WZfPPP sowie zur WfB der AWO. Angesichts des Sachverhaltes, dass 362 Bewohnerinnen und Bewohner des Betreuten Wohnens am 31.12.1998 ohne ermittelbare Tagesstruktur und Beschäftigung waren, wird der in den Interviews häufig vorgetragene Bedarf nach niedrigschwelligen Arbeits- und Beschäftigungsmaßnahmen nachvollziehbar.

4.8.2. Vernetzungsgremien

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 11.2 des Materialienbandes.

- Der Arbeitskreis Beschütztes Wohnen ist das am häufigsten genutzte Gremium, gefolgt vom Arbeitskreis Arbeit und berufliche Wiedereingliederung. Die PSAG – Plenen stehen auf Rang 2 der Häufigkeitsliste. An der Pflegekonferenz beteiligt sich lediglich die Abteilung für Gerontopsychiatrie des WZfPPP.
- Die fallbezogenen Arbeitskreise treten in ihrer Häufigkeit in den Hintergrund. Dies kann mit den Rückmeldungen aus den Interviews korrespondieren, in denen wiederholt der Bedarf nach einer einrichtungsübergreifenden Fall- und Hilfeplanung formuliert wird.

4.8.3. Bilaterale Zusammenarbeit

Detaillierte Angaben hierzu finden sich in Kapitel 11.3 des Materialienbandes.

- Das WZfPPP ist häufigster Kooperationspartner der ambulanten und komplementären Dienste und Einrichtungen. Häufigste Kooperationsform ist die fachliche Abstimmung im Einzelfall. Die von den extramuralen Diensten und Anbietern angegebenen Kooperationsformen „gemeinsame Fortbildung“ und „wechselseitige Hospitation“ finden in den Angaben aus der Perspektive des WZfPPP keine Entsprechung.
- Die psychiatrischen Krankenhäuser kooperieren mit dem Betreuten Wohnen, den Tagesstätten, den Kontakt- und Beratungsstellen und den Einrichtungen beruflicher Wiedereingliederung in gleicher Intensität. Die Clubangebote befinden sich größtenteils nicht in der Wahrnehmung der Kliniken als institutionelle Kooperationspartner. Die Art der Kooperation beschränkt sich überall auf organisatorische und fachliche Abstimmungen im Einzelfall.
- Komplementäre Einrichtungen und Dienste kooperieren am intensivsten mit niedergelassenen Nervenärzten. Diese Kooperation wird gleichzeitig am häufigsten als unzureichend und verbesserungsfähig eingeschätzt, wie die Interviews durchgängig belegen.
- Das Friederike- Fliedner – Haus als Einrichtung medizinischer Rehabilitation erfreut sich wie auch der Sozialpsychiatrische Dienst eines intensiven Austausches. Während der SpDie gemeinsame Fallbesprechungen mit zwei Trägern des Betreuten Wohnens und der Tagesstätte der Halte-Stelle e.V. durchführt, gibt es diese Form der Zusammenarbeit im Funktionsbereich Arbeit lediglich zwischen dem BTZ und dem FFH.
- Die psychiatrischen Kliniken sowie die Träger des Betreuten Wohnens kooperieren mit Sozialstationen und ambulanten pflegerischen Diensten.

- Am geringsten ist die Zusammenarbeit der psychiatrischen Dienste mit stationären Pflegeeinrichtungen für psychisch Kranke und mit der kaum organisierten Selbsthilfe von Angehörigen und Betroffenen.
- Die WfB der AWO wurde als häufigster Kooperationspartner im Funktionsbereich Arbeit genannt. In den Interviews wurden Hinweise zu einer Verbesserung dieser Zusammenarbeit und des Programms der WfB gegeben.
- Die OAT des WZfPPP wurde als zweithäufigster Kooperationspartner ausgewiesen. Die Nennungen bei der WfB der AWO und der OAT reflektieren die Anzahl der dort Beschäftigten.
- An dritter Stelle der Häufigkeitsliste steht das BTZ, gefolgt von den Werkstätten Gottessegen, die sich an der schriftlichen Erhebung nicht beteiligt hat.
- Das Betreute Wohnen der Halte-Stelle e.V. und des Psychosozialen Trägervereins sind häufigste Kooperationspartner im Segment Wohnen. Häufigste Kooperationsform sind organisatorische und fachliche Abstimmungen im Einzelfall. Regelmäßige Fallbesprechungen werden lediglich acht mal angegeben.
- Die Kontaktstelle der Halte-Stelle e.V. wird als häufigster Kooperationspartner ausgewiesen, es folgt die Tagestätte des gleichen Trägers. Auch hier findet sich nur eine geringe Häufigkeit bei den Nennungen „regelmäßige Fallbesprechung“.

Von vielen Einrichtungen (Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse der Interviews findet sich in Kapitel 11.4 des Materialienbandes.) wurde die Kooperation im allgemeinen als gut eingeschätzt. Immer wieder betont wurde die Wichtigkeit von persönlichen Kontakten (mit Ärztinnen und Ärzten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter und stationärer Einrichtungen, aber auch der Leistungsträger). Wo diese Kontakte bestehen bzw. sich schon über längere Zeit entwickelt und bewährt haben, wird die Kooperation offensichtlich als besonders angenehm und „einfach“ (z.B. im Sinne von: gleich die richtigen Ansprechpartner/-nnen haben) erlebt. Dort, wo es wenig persönliche Kontakte gibt bzw. Einrichtungen sich gegenseitig nicht oder nur oberflächlich kennen, wird die Kooperation häufig als unbefriedigend erlebt.

❖ Als positiv werden von vielen Einrichtungen die unterschiedlichen Arbeitskreise bewertet, die die Kooperation in den letzten Jahren insgesamt verbessert haben.

❖ Vor allem von den ambulanten Einrichtungen wird das Desinteresse der niedergelassenen Nervenärzte und -innen an der Arbeit der Einrichtungen und den Informationen und Kenntnissen der MitarbeiterInnen beklagt. Auch die schlechte (telefonische) Erreichbarkeit, die mangelnde Bereitschaft zu Hausbesuchen und die Nicht-Erreichbarkeit an Wochenenden werden beklagt. Immer wieder ist von Kommunikationsdefiziten oder von totaler „Funkstille“ die Rede.

- ❖ Vergleichbare Kritik wird – wenn auch längst nicht so häufig - an den Kliniken, insbesondere an den dort tätigen Ärzten und Ärztinnen, geübt, die ihrerseits beklagen, viel zu wenig Informationen über die unterschiedlichen ambulanten Einrichtungen und deren Angebote zu haben.
- ❖ Als ebenso problematisch werden sowohl von stationärer als auch von ambulanter Seite die nicht vorhandenen Informationen über die Arbeitsschwerpunkte bzw. Angebote niedergelassener Psychotherapeutinnen und –therapeuten gesehen.
- ❖ Die Kooperation mit gesetzlichen Betreuern wird – immer in Abhängigkeit von den jeweils konkreten Personen– ebenfalls sowohl von stationären als auch von ambulanten Einrichtungen häufig kritisch gesehen.
- ❖ Vergleichbares gilt für die Kooperation mit den Vertretungen der unterschiedlichen, an der Finanzierung beteiligten Ämter und Kassen. Im Kreuzfeuer der Kritik steht der MDK, dessen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von verschiedenen Seiten mangelndes Verständnis für die Belange psychisch kranker Menschen vorgeworfen wird.
- ❖ Immer wieder genannt wird außerdem „das Sozialamt“, womit jedoch nicht die dort beschäftigten Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeiter des städtischen Sozialdienstes oder der örtlichen Fürsorgestelle gemeint sind, sondern die Verwaltungsangestellten der Leistungsabteilungen. Allerdings wird auch hier (wie bei den Betreuungen) zwischen positiven und negativen Einzelfallerfahrungen sowie zwischen den strukturellen Rahmenbedingungen einerseits und dem konkreten Verhalten der Einzelnen unter diesen für alle Beteiligten problematischen Rahmenbedingungen andererseits unterschieden.
- ❖ Ebenfalls vergleichsweise häufig kritisiert wird die WfB der AWO, wobei es im wesentlichen um das für psychisch Kranke nicht passende Angebot und nicht um die Kritik an einzelnen MitarbeiterInnen geht.

Die Ergebnisse der Abfragen zu Art und Häufigkeit von Kooperation sowie die mittels der Interviews erhobenen (subjektiven) Sichtweisen der Beteiligten weisen darauf hin, dass ein Bedarf an regelhaften Formen der Hilfeplanung im Einzelfall besteht. Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, die Formen des Austausches und der Kooperation zwischen den Leistungsträgern, den gutachterlich Tätigen (bspw. MdK) und den Erbringern der jeweiligen Leistungen zu verbessern.

5. Empfehlungen für eine Psychiatrieberichterstattung für die Stadt Dortmund

Die folgenden Empfehlungen beziehen sich auf den Bereich, der auch Gegenstand des Berichtes ist, nämlich die Erwachsenenpsychiatrie mit den Funktionsbereichen der ambulanten, teilstationären und stationären medizinischen Versorgung, den Hilfen im Bereich des Wohnens, dem Funktionsbereich Kontakt- und Freizeitgestaltung sowie dem Versorgungssegment Arbeit und berufliche Rehabilitation. Aspekte der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Gerontopsychiatrie sowie der Suchtkrankenhilfe werden im Rahmen einer solchen Berichterstattung über die Diagnose- und Nutzerdaten (Alter, Geschlecht) mitberührt; Berichterstattungsempfehlungen für diese Versorgungsbereiche bedürften gleichwohl einer gesonderten Erörterung. Es wird vorgeschlagen, auf in den Einrichtungen und Diensten vorhandene Dokumentationen zuzugreifen und die Daten nicht personenbezogen, sondern aggregiert zu erheben. Somit wird in Kauf genommen, dass Mehrfachbetreuungen nicht exakt abgebildet werden können.

Angaben zur Hilfsbedürftigkeit der behandelten bzw. betreuten Personen und den hiermit verbundenen zu erbringenden Leistungen (bspw. nach den Regeln der personenbezogenen Hilfebedarfsermittlung mittels des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans der Aktion psychisch Kranke (IBRP)) sollen auch für Teilbereiche wie bspw. den ambulanten und komplementären Bereich nicht erhoben werden. Es erscheint fraglich, ob hier valide und reliable Daten zu einem vertretbaren Aufwand erhoben werden können.

5.1.1. Die Erhebung von Strukturdaten

Eine Psychiatrieberichterstattung wird zunächst zwischen Struktur- und Leistungsdaten unterscheiden. Strukturen der psychiatrischen Versorgung unterliegen einer geringeren Veränderungsgeschwindigkeit als das eigentliche Leistungsgeschehen, wo mitunter binnen Jahresfrist gravierende Veränderungen abgebildet werden können. Es wird daher vorgeschlagen, Strukturdaten nicht jährlich, sondern alle fünf Jahre zu erheben.

Tabelle 15 enthält eine Übersicht über die Indikatoren, die als Resultat der durchgeführten Erhebung zur Fortschreibung vorgeschlagen werden. Hierbei wurde die bisher übliche Gliederung nach Funktionsbereichen aufgegeben, vielmehr erfolgte eine Orientierung an der Art der Einrichtungen und Dienste und damit verbunden den Anforderungen, die sich hieraus an eine Strukturhebung stellen.

Die erforderlichen Daten sollten mittels Erhebungsbogen ermittelt werden.

Versorgungssegment • = zu erheben	Ambulante medizinische Versorgung ¹²⁵	teilstationäre medizinische Versorgung	Stationäre medizinische Versorgung	ambulante komplemen- täre Versor- gung ¹²⁶	teilstationäre komplemen- täre Versor- gung ¹²⁷	Stationäre komplemen- täre Versor- gung ¹²⁸	Sozialpsychi- atrischer Dienst
Versorgungsgebiet und der Grad der Versorgungsverpflichtung	•	•	•	•	•	•	•
Erreichbarkeit ¹²⁹	•	•		•	•		•
die Kapazität der Einrichtungen (Anzahl Betten, Plätze etc.)		•	•		•	•	
Kennziffer: Kapazität auf 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner		•	•		•	•	
die räumliche Ausstattung							
Patientenzimmer: Anzahl und Größe in m ²		•	•		•	•	
Anzahl Betten in Patientenzim- mern		•	•		•	•	
sanitäre Ausstattung		•	•		•	•	
Kommunikationsmittel		•	•		•	•	
Aufenthalts-, Besuchs-, Thera- piräume, Anzahl und in m ²		•	•	•	•	•	•
die personelle Situation							
Beschäftigte nach Anzahl und Berufsgruppe		•	•	•	•	•	•
Bett bzw. Platz je Beschäftigten und Berufsgruppe			•			•	
Patient bzw. Bewoh- ner/Pflegekraft bzw. Betreuer/-in			•			•	
Personalzusammensetzung nach Psych - PV			•				
Qualifikation der Beschäftigten		•	•	•	•	•	•
Anteil psychiatrische Fachkran- kenpflege an aller Krankenpflege		•	•				
Art und Häufigkeit von Fortbil- dungsmaßnahmen		•	•	•	•	•	•
Art und Häufigkeit von Supervi- sion		•	•	•	•	•	•
Psychiatrische Fachkraft je 10.000 EW	•	•	•	•	•	•	•
strukturelle Kooperation inner- halb des psychiatrischen Versor- gungssystems	•	•	•	•	•	•	•

Tabelle 15: Fortschreibung des Psychiatrieberichtes, hier: Strukturdaten

¹²⁵ einschließlich Institutsambulanz

¹²⁶ Kontaktclub- und Beratungsarbeit, Betreutes Wohnen, Integrationsfachdienste im Bereich Arbeit

¹²⁷ Tagesstätten und WfB's, ggfls. Integrationsbetriebe,

¹²⁸ Wohnheime, Berufsbildungswerk, Berufsförderungswerk, BTZ

¹²⁹ Unter Erreichbarkeit wurde nach der Erhebungsplanung die zeitliche, nicht die räumlich-geografische Dimension verstanden.

5.1.2. Leistungsindikatoren und Nutzerdaten

Bei Leistungs- und Nutzerdaten ist zunächst zu unterscheiden, welche Angaben aus der laufenden Routineberichterstattung entnommen werden können. Relevante Datenquellen sind hier zum einen die Krankenhausdiagnosestatistik sowie die im Rahmen des Programmen GBE – Stat vom lögd zur Verfügung gestellten Daten. Daneben können Datenquellen des überörtlichen Sozialhilfeträgers sowie der Bundesanstalt für Arbeit genutzt werden. Im einzelnen wird vorgeschlagen:

1. Beim Statistischen Landesamt sollte auch weiterhin eine **Sonderauswertung der Krankenhausdiagnosedaten** veranlasst werden. Diese Auswertungen sollten enthalten
 - Abgänge aus stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose für Dortmunder Bürgerinnen und Bürger nach Behandlungsort (Dortmund, Dortmunder Umfeld, außerhalb Dortmunds und dem Dortmunder Umfeld), medizinischer Fachrichtung, Verweildauer und Anzahl der Sterbefälle
 - Abgänge aus stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose in der Stadt Dortmund nach medizinischer Fachrichtung, Herkunft der Patientinnen und Patienten (Dortmund, Dortmunder Umfeld, außerhalb Dortmunds und dem Dortmunder Umfeld), Alter, Geschlecht und Verweildauer.

Die Bildung von Diagnosegruppen hat sich als nicht hilfreich erwiesen, so dass vorgeschlagen wird, die ICD – Diagnosen (dreistellig) einzeln abzufragen.
2. Das **Programm GBE – Stat des lögd** sollte weiterhin genutzt werden. Aus der **Diagnosestatistik** können mit diesem Programm die Anzahl stationärer Behandlungen Dortmunder Bürgerinnen und Bürger wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig vom Behandlungsort nach Alter und Geschlecht ermittelt werden. Ein Vergleich zur Krankenhaushäufigkeit mit anderen Städten (bspw. Bielefeld oder Düsseldorf) sowie dem Land Nordrhein-Westfalen erscheint sinnvoll. Die Häufigkeit medizinischer oder sonstiger Maßnahmen der Rehabilitation wegen einer psychiatrischen Erkrankung kann auf der Datenbasis des **VDR** für Gliederungsebene der kommunalen Gebietskörperschaften ermittelt und untereinander verglichen werden. Auch Frühberentungen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose sind aufgeführt.
3. Der **überörtliche Sozialhilfeträger** sollte gebeten werden, jährlich eine Übersicht über im vorangegangenen Jahr bewilligte stationäre oder teilstationäre Maßnahmen der Hilfen in besonderen Lebenslagen (Krankenhilfe, Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege) für Dortmunder Bürgerinnen und Bürger wegen einer psychischen Behinderung zur Verfügung zu stellen. Die Übersicht sollte den Ort der Hilfestellung (in Dortmund, außerhalb von Dortmund) sowie die Art der bewilligten Maßnahmen enthalten. Alter und Geschlecht der Betroffenen sind ebenfalls von Interesse.
4. Der **Psychiatriebericht** sollten auch weiterhin die Bestands-, Zugangs-, und Abgangsdaten der **Rehabilitationsabteilung der Bundesanstalt für Arbeit** zur Verfügung stehen. Hiermit wäre darzustellen:

- der Anteil der an einer „Psychose“ oder „sonstigen Neurose“ erkrankten Rehabilitanden an allen Rehabilitanden im Bestand, bei Zugang und bei Abgang.
 - Anzahl der Beendigung von Maßnahmen nach Art der Beendigung für Rehabilitanden mit einer „Psychose“ und einer „sonstigen Neurose“ . Diese Werte können mit den Angaben aus GBE – stat des Iögd zur Häufigkeit medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen und zu Frühberentungen abgeglichen werden.
-
- Für die Integrationsfachdienste im Versorgungssegment Arbeit wird vorgeschlagen, die Jahresberichte der Träger nach
 - Anzahl der Fälle,
 - Anzahl der Kontakte je Fall,
 - Betreuungsdauer sowie nach
 - Art der durchgeführten Maßnahmen
 - auszuwerten und zusammenfassend darzustellen.

Hier sollte eine Verständigung über einheitliche Darstellungsformen herbeigeführt werden.

Die beschriebenen Daten aus der Routineberichterstattung wären durch eine in den Einrichtungen durchzuführende jährliche Erhebung zu ergänzen.

Die nachfolgenden Übersichten beinhalten Vorschläge zur Fortschreibung der Psychiatrieberichterstattung für die einzelnen Versorgungssegmente. Es wird dargestellt, was in den einzelnen Einrichtungen mittels Bogen erhoben werden sollte (Spalte: Art der Erhebung: zu erheben) und welche Werte aus diesen Angaben zu berechnen sind (Spalte: Art der Erhebung: zu berechnen).

Die Spalte „Zielwert“ ist eine Option für die Akteure psychiatrischer Versorgung in der Stadt Dortmund und bezeichnet gleichzeitig eine wünschenswerte Entwicklung und Steuerung eines gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems. Sie wird nach dem derzeitigen Kenntnisstand bei nur wenigen Indikatoren Anwendung finden können.

Vom Verfahren her ist daran gedacht, dass die Akteure der gemeindepsychiatrischen Versorgung zu den jeweiligen Indikatoren Zielwerte vereinbaren. Die Definition der Zielwerte orientiert sich an fachlichen Erkenntnissen und wünschenswerten Entwicklungen. Sind (möglichst messbare) Ziele definiert, wird es möglich, Abweichungen zu identifizieren und hieraus fortlaufend erforderliche Maßnahmen abzuleiten. Dort, wo die Festlegung eines Zielwertes schon nach dem derzeitigen Stand als sinnvoll erschien, wurden zur Illustration der vorgeschlagenen Vorgehensweise in der folgenden Spalte die für 1998 ermittelte Werte eingetragen.

Die Leistungen der niedergelassenen Fachärzte konnten, wie wiederholt dargelegt, für die vorliegende Berichterstattung nicht erhoben werden. Wegen der besonderen Bedeutung dieses Versorgungssegmentes wird jedoch vorgeschlagen, die Bemühungen zur Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung weiter zu betreiben. Es wäre sinnvoll

- die Anzahl der Fälle nach ICD-10, Alter , Geschlecht und Staatsangehörigkeit,
- die Anzahl der Hausbesuche und Besuche in Alten- und Pflegeheimen,

jeweils quartalsbezogen zu erheben. Darüber hinaus sind institutionalisierte Formen der Kooperation mit anderen Einrichtungen und Diensten des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems von Interesse.

Für die **stationäre und teilstationäre medizinische Versorgung** wird vorgeschlagen, 21 unterschiedliche Indikatoren zu erheben, im wesentlichen Zugangs- und Abgangsdaten sowie Auslastung und Verweildauer. Bei vier Indikatoren zur Prozessqualität des Versorgungssystems wurden Zielwerte vorgeschlagen und neben die für 1998 ermittelten IST – Werten gestellt.

lfd. Nr.	Indikatorenliste stationäre und teilstationäre Krankenhausbehandlung	Art der Ermittlung		Zielwert (Beispiele)	Ergebnisse 1998
		zu erheben	zu berechnen		
1	Anzahl Erstaufnahmen (stationär + teilstationär)	•			
2	Anzahl Wiederaufnahmen (stationär + teilstationär)	•			
3	Anteil Wiederaufnahmen an allen Aufnahmen (stationär + teilstationär)		•	60 %	61 % ¹³⁰
4	Anzahl Wiederaufnahmen in Zeitklassen seit Entlassung ¹³¹ (stationär + teilstationär)	•			
5	Wiederaufnahmerate binnen 3 Monaten seit Entlassung (stationär)		•	25 %	27,36%
6	Anzahl Aufnahmen nach Rechtsgrundlage	•			
7	Anteil unfreiwillige Aufnahmen (Betreuungsrecht und Psych-KG)		•	20%	20 %
8	Anzahl und Anteil Aufnahmen nach Wohnsituation ¹³²	•	•		
9	Patientenstruktur nach Psych-PV	•			
10	Anzahl Abgänge (stationär + teilstationär)	•			
11	Anzahl Abgänge je 1000 EW (stationär + teilstationär)		•		
12	Anzahl Fälle (nach KH – Statistik) je 1000 EW	•	•		
13	Anzahl und Anteil Sterbefälle (stationär)	•	•		
14	Anzahl Abgänge und Anteil nach Diagnose (ICD – 10) (stationär + teilstationär)	•	•		
15	Anzahl Abgänge und Anteil nach Verweildauer in Zeitklassen ¹³³ (stationär + teilstationär)	•	•		
16	Anzahl Abgänge und Anteil nach Herkunft (stationär + teilstationär)	•	•		
17	Anzahl Abgänge und Anteil nach Alter (stationär + teilstationär)	•	•		
18	Anzahl Abgänge und Anteil nach Geschlecht (stationär + teilstationär)	•	•		
19	Anzahl Abgänge und Anteil nach Staatsbürgerschaft (stationär + teilstationär)	•	•		
20	Anzahl Abgänge und Anteil nach Wohnsituation (stationär + teilstationär)	•	•		
21	Anzahl Abgänge und Anteil nach Kostenträger (stationär + teilstationär)	•	•		
22	Anzahl Abgänge und Anteil nach Art der Weiterbehandlung bzw. -betreuung ¹³⁴ (nur stationär)	•	•		
23	Anteil teilstationärer Abgänge an allen Abgängen		•	10 %	9,8 %
24	Pflegetage je 1000 EW	•	•		
25	Auslastung	•			
26	Durchschnittliche Verweildauer nach Fällen	•			

Tabelle 16: Fortschreibung des Psychiatrieberichtes, hier: Leistungs- und Nutzerdaten stationärer und teilstationärer medizinischer Versorgung

¹³⁰ nur stationäre Angabe

¹³¹ Als Zeitkategorien werden vorgeschlagen: Wiederaufnahme innerhalb 1 Woche, innerhalb der 2. – 4. Woche, innerhalb 2. – 3. Monats, innerhalb 4. – 6. Monats, innerhalb 7. – 12. Monats, Wiederaufnahme länger als 1 Jahr seit Entlassung

¹³² als Kategorien werden vorgeschlagen: eigene Wohnung (Privatwohnung), Betreutes Wohnen (Einzel + WG), psychiatrisches Heim, Alten(wohn)heim, - pflegeheim, anderes Heim, ohne festen Wohnsitz, obdachlos

¹³³ als Zeitkategorien werden vorgeschlagen: Stundenfälle, bis unter einer Woche, 1 Woche bis unter 3 Wochen, 3 Wochen bis unter 6 Wochen, 6 Wochen bis unter v3 Monaten, 3 Monate bis unter 6 Monaten, 6 Monate bis unter 12 Monaten, 1 Jahr bis unter 2 Jahren, länger als 2 Jahre

¹³⁴ als Kategorien werden vorgeschlagen: eigene Tagesklinik, andere Tagesklinik, andere psychiatr. Abteilung, somatisches Krankenhaus bzw. Abtl. , Betreutes Wohnen (Einzel – und Gruppe), psychiatrisches Wohnheim, anderes Heim (bspw. WfB), Alten- und Pflegeheim

Die Leistungen der **Institutsambulanz** konnten für die vorliegende Berichterstattung nicht erhoben werden. Es liegen daher keine Erfahrungswerte zur Erhebungspraxis bei Institutsambulanzen vor. Gleichwohl wird vorgeschlagen,

- die Anzahl der Fälle nach ICD-10, Geschlecht, Alter und Staatsangehörigkeit,
- die Anzahl der Kontakte je Fall,
- die Betreuungsdauer sowie
- die Anzahl der Hausbesuche
- jeweils quartalsbezogen

zu erheben.

Für die niederschweligen Kontaktclubs und Kontaktstellen sollten

- die Anzahl der Besucherinnen und Besucher pro Jahr,
- durchschnittliche Besucherfrequenzen sowie Einschätzungen
- zur Diagnosenverteilung,
- der Wohnsituation und der
- Inanspruchnahme anderer Anbieter und Dienste

erhoben werden.

Für den Sozialpsychiatrischen Dienst wird vorgeschlagen, Daten zu 11 Indikatoren direkt zu erheben. Die Angaben zu 6 Indikatoren wären aus vorliegenden Angaben zu berechnen. In vier Fällen wird die Definition von Zielwerten vorgeschlagen, die sämtlich mit einer niedrigschwelligem Arbeitsweise des Dienstes assoziiert sind.

Ifd. Nr.	Indikatorenliste Sozialpsychiatrischer Dienst	Art der Ermittlung		Zielwert (Beispiel)	Ergebnisse 1998
		zu erheben	zu berechnen		
1	Anzahl Laufende Fälle nach Zielgruppen	•			
2	Anzahl Neuzugänge nach Zielgruppen	•			
3	Anteil Neuzugänge an allen Fällen gesamt und nach Zielgruppen		•	25 %	23 % ¹³⁵
4	Anzahl Fälle mit persönlichem Kontakt	•			
5	Anzahl reine Verwaltungsvorgänge	•			
6	Anteil Verwaltungsvorgänge an allen Fällen		•	60 %	61,5 %
7	Fälle mit persönlichem Kontakt je 1000 EW		•	4	3,41
8	Anzahl und Anteil der Klienten nach Kontakthäufigkeit und Betreuungsdauer	•	•		
9	Anteil der Klienten mit 1 – 3 Kontakten an allen Klienten mit persönlichem Kontakt nach Zielgruppen		•	25 %	26,5%
10	Anzahl und Anteil der Klienten mit persönlichem Kontakt nach Geschlecht	•	•		
11	Anzahl und Anteil der Klienten mit persönlichem Kontakt nach Wohnsituation	•	•		
12	Anzahl und Anteil der Klienten mit persönlichem Kontakt nach Alter	•	•		
13	Anzahl und Anteil der Klienten mit persönlichem Kontakt nach Diagnose (ICD – 10)	•	•		
14	Anzahl und Anteil der Klienten mit persönlichem Kontakt nach Herkunft aus Stadtbezirken	•	•		
15	Anzahl Fälle mit persönlichem Kontakt auf 1000 EW des Versorgungssektors		•		
16	Anzahl Fälle mit persönlichem Kontakt auf 1000 EW des jeweiligen Stadtbezirkes		•		
17	Anzahl und Anteil der Klienten mit persönlichem Kontakt nach Staatsbürgerschaft	•	•		

Tabelle 17: Fortschreibung des Psychiatrieberichtes, hier: Leistungs- und Nutzerdaten des Sozialpsychiatrischen Dienstes

¹³⁵ nur SpDie gesamt

Die Indikatorenliste für die **Einrichtung medizinischer Rehabilitation** beinhaltet keine Vorschläge zur Bildung von Zielwerten.

lfd. Nr.	Indikatorenliste Einrichtung medizinischer Rehabilitation Friederike – Fliedner - Haus	Art der Ermittlung	
		zu erheben	zu berechnen
1	Anzahl Erstaufnahmen (stationär + teilstationär)	•	
2	Anzahl Wiederaufnahmen (stationär + teilstationär)	•	
3	Anzahl und Anteil Aufnahmen nach Wohnsituation ¹³⁶	•	•
4	Anzahl Rehabilitanden am 31.12.	•	
5	Anzahl Abgänge (stationär + teilstationär)	•	
6	Anzahl Abgänge und Anteil nach Verweildauer in Zeitklassen ¹³⁷ (stationär + teilstationär)	•	•
7	Anzahl Abgänge und Anteil nach Diagnose (ICD – 10) (stationär + teilstationär)	•	•
8	Anzahl Abgänge und Anteil nach Herkunft (stationär + teilstationär)	•	•
9	Anzahl Abgänge und Anteil nach Alter (stationär + teilstationär)	•	•
10	Anzahl Abgänge und Anteil nach Geschlecht (stationär + teilstationär)	•	•
11	Anzahl Abgänge und Anteil nach Staatsbürgerschaft (stationär + teilstationär)	•	•
12	Anzahl Abgänge und Anteil nach Wohnsituation (stationär + teilstationär)	•	•
13	Anzahl Abgänge und Anteil nach Kostenträger (stationär + teilstationär)	•	•
14	Anzahl Abgänge und Anteil nach Einkommensart der Rehabilitanden (stationär + teilstationär)	•	•
15	Auslastung	•	
16	Durchschnittliche Verweildauer nach Abgängen	•	

Tabelle 18: Fortschreibung des Psychiatrieberichtes, hier: Leistungs- und Nutzerdaten b. Einrichtung medizinischer Rehabilitation

Die Indikatorenliste für das **Beschützte Wohnen** („Betreutes Wohnen“ und Wohnheime) beinhaltet als Ergebnis der gesammelten Erfahrungen verschiedene Änderungen gegenüber der für 1998 durchgeführten Erhebung.

- Die meisten Leistungs- und Nutzerdaten werden für den Stichtag 31.12. erfragt, auf eine Doppelerhebung nach Stichtag und Abgang wie durchgeführt kann verzichtet werden.
- Die durchschnittliche Betreuungsdauer soll nach Abgängen ermittelt werden (Summe aller Betreuungstage der im Berichtsjahr aus der Betreuung entlassenen Bewohnerinnen und Bewohner/Anzahl der aus Betreuung entlassenen Bewohnerinnen und Bewohner). Dieser Wert entspricht am ehesten dem Versorgungssegment.

¹³⁶ als Kategorien werden vorgeschlagen: eigene Wohnung (Privatwohnung), Betreutes Wohnen (Einzel + WG), psychiatrisches Heim, Alten(wohn)heim, - pflegeheim, anderes Heim, ohne festen Wohnsitz, obdachlos

- Als Maß der Fluktuation in einer Einrichtung bzw. der Einrichtungen und Dienste des Beschützten Wohnens soll nunmehr das Verhältnis der Anzahl der Betreuungsbeendigungen zu allen Betreuungsverhältnissen dienen, die statistische Konstruktion einer durchschnittlichen Verweildauer nach Fällen ist damit nicht weiter erforderlich.

Obwohl die Indikatorenliste das Betreute Wohnen und die Wohnheime zusammenfasst, werden die Erhebungsbögen und die Darstellung der Ergebnisse die beiden Versorgungstypen differenziert abbilden müssen.

lfd. Nr.	Indikatorenliste Beschütztes Wohnen („Betreutes Wohnen“ und Wohnheime)	Art der Ermittlung		Zielwert (Beispiel)	Ergebnisse 1998
		zu erheben	zu berechnen		
1	Anzahl Erstaufnahmen	•			
2	Anzahl und Anteil Wiederaufnahmen nach Zeitklassen	•	•		
3	Anzahl Aufnahmen mit Zugang aus ...				
4	Anzahl Bewohnerinnen und Bewohner am 31.12.	•			
5	Betreuungsverhältnisse je 1000 EW		•	1	0,83
6	Anzahl und Anteil Bewohnerinnen und Bewohner am 31.12. nach Betreuungsintensität ¹³⁸	•	•		
7	Anzahl und Anteil Bewohnerinnen und Bewohner am 31.12. nach Verweildauer in Zeitklassen	•	•		
8	Anzahl und Anteil Bewohnerinnen und Bewohner am 31.12. nach Kostenträger	•	•		
9	Anzahl und Anteil Bewohnerinnen und Bewohner am 31.12. nach Geschlecht	•	•		
10	Anzahl und Anteil Bewohnerinnen und Bewohner am 31.12. nach Alter	•	•		
11	Anzahl und Anteil Bewohnerinnen und Bewohner am 31.12. nach Herkunft (Städte und Kreise, für Dortmund auch Stadtbezirke)	•	•		
12	Anzahl und Anteil Bewohnerinnen und Bewohner am 31.12. nach Wohnort (Stadtbezirke)	•	•		
13	Anzahl und Anteil Bewohnerinnen und Bewohner am 31.12. nach Diagnosen (ICD – 10)	•	•		
14	Anzahl und Anteil Bewohnerinnen und Bewohner am 31.12. nach Staatsangehörigkeit	•	•		
15	Anzahl und Anteil Bewohnerinnen und Bewohner am 31.12. nach Einkommen der Bewohnerinnen und Bewohner	•	•		
16	Anzahl und Anteil Betreuungsbeendigungen nach Betreuungsintensität	•	•		
17	Anzahl und Anteil der Betreuungsbeendigungen mit Abgang nach	•	•		
18	Verhältnis der Anzahl der Betreuungsbeendigungen zu allen Betreuungsverhältnissen am 31.12.		•		
19	Summe der Betreuungstage aller Betreuungsbeendigungen	•			
20	Durchschnittliche Verweildauer		•		

Tabelle 19: Fortschreibung des Psychiatrieberichtes, hier: Leistungs- und Nutzerdaten des Beschütztes Wohnens

¹³⁷ als Zeitkategorien werden vorgeschlagen: bis unter 3 Wochen, 3 Wochen bis unter 3 Monaten, 3 Monate bis unter 6 Monaten, 6 Monate bis unter 1 Jahr, länger als 1 Jahr

¹³⁸ nur betreutes Wohnen (1:6, 1:9, 1:12)

Nachfolgende Darstellung enthält den Vorschlag einer Indikatorenliste für die Tagesstätten.

lfd. Nr.	Indikatorenliste Tagesstätten	Art der Ermittlung		Zielwert (Beispiel)	Ergebnisse 1998
		zu erheben	zu berechnen		
1	Anzahl Erstaufnahmen	•			
2	Anzahl und Anteil Wiederaufnahmen nach Zeitklassen	•	•		
3	Anzahl Besucherinnen und Besucher am 31.12.	•			
4	Besucherinnen und Besucher je 1000 EW		•		
5	Anzahl und Anteil Besucherinnen und Besucher am 31.12. nach Betreuungsdauer in Zeitklassen	•	•		
6	Anzahl und Anteil Besucherinnen und Besucher am 31.12. nach Kostenträger	•	•		
7	Anzahl und Anteil Besucherinnen und Besucher am 31.12. nach Geschlecht	•	•		
8	Anzahl und Anteil Besucherinnen und Besucher am 31.12. nach Alter	•	•		
9	Anzahl und Anteil Bewohnerinnen und Bewohner am 31.12. nach Herkunft (Städte und Kreise, für Dortmund auch Stadtbezirke)	•	•		
10	Anzahl und Anteil Bewohnerinnen und Bewohner am 31.12. nach Wohnort (Stadtbezirke)	•	•		
11	Anzahl und Anteil Besucherinnen und Besucher am 31.12. nach Wohnsituation	•	•		
12	Anzahl und Anteil Besucherinnen und Besucher am 31.12. nach Diagnosen (ICD – 10)	•	•		
13	Anzahl und Anteil Besucherinnen und Besucher am 31.12. nach Staatsangehörigkeit	•	•		
14	Anzahl und Anteil Besucherinnen und Besucher am 31.12. nach Einkommensart	•	•		
15	Anzahl Betreuungsbeendigungen	•			
16	Verhältnis der Anzahl der Betreuungsbeendigungen zu allen Betreuungsverhältnissen am 31.12.		•		
17	Summe der Betreuungstage aller Betreuungsbeendigungen	•			
17	Durchschnittliche Verweildauer (nach Abgängen)		•		

Tabelle 20: Fortschreibung des Psychiatrieberichtes, hier: Leistungs- und Nutzerdaten der Tagesstätten

Angebote zu **Arbeit, Beschäftigung und beruflicher Wiedereingliederung** gibt es in Dortmund für psychisch behinderte Menschen in der WfB der AWO und dem Angebot der OAT des WZfPPP.

Ifd. Nr.	Indikatorenliste regionaler Einrichtungen beruflicher Rehabilitation (WfB und OAT d. WZfPPP)	Art der Ermittlung		Zielwert (Beispiel)	Ergebnisse 1998
		zu erheben	zu berechnen		
1	Anzahl Erstaufnahmen nach Arbeitsbereichen	•			
2	Anzahl und Anteil Wiederaufnahmen nach Arbeitsbereichen	•	•		
3	Anteil der Wiederaufnahmen an allen Aufnahmen		•	30 %	20 % ¹³⁹
				65 %	64 % ¹⁴⁰
4	Anzahl Beschäftigte am 31.12. nach Diagnose (ICD – 10) und Arbeitsbereichen	•	•		
5	Anzahl Abgänge und Anteil nach Herkunft und Arbeitsbereichen	•	•		
6	Anzahl Abgänge und Anteil nach Alter und Arbeitsbereichen	•	•		
7	Anzahl Abgänge und Anteil nach Geschlecht und Arbeitsbereichen	•	•		
8	Anzahl Abgänge und Anteil nach Staatsbürgerschaft und Arbeitsbereichen	•	•		
9	Anzahl Abgänge und Anteil nach Wohnsituation und Arbeitsbereichen	•	•		
10	Anzahl und Anteil vorzeitig beendeter Maßnahmen psychisch behinderter Beschäftigter nach Diagnosen und Arbeitsbereichen	•	•		
11	Anzahl und Anteil regulär beendeter Maßnahmen psychisch behinderter Beschäftigter Diagnosen und Arbeitsbereichen	•	•		
12	Anzahl Abgänge und Anteil nach Kostenträger und Arbeitsbereichen	•	•		
13	Durchschnittliche Verweildauer nach Abgängen und Arbeitsbereichen	•			

Tabelle 21: Fortschreibung des Psychiatrieberichtes, hier: Leistungs- und Nutzerdaten der regionalen Arbeits- und Beschäftigungsangebote

Bei den **Einrichtungen beruflicher Rehabilitation** (CJD Berufsbildungswerk, Berufsförderungswerk, berufliches Trainingszentrum) mit **überregionalem Einzugsgebiet** interessiert vor allem ihr Versorgungsbeitrag für die Stadt Dortmund. Daher wird zunächst der Anteil der psychisch behinderten Dortmunder an allen Rehabilitanden ermittelt.

Es sollen dann im wesentlichen Nutzerdaten erfragt werden, Nutzerdaten eingegrenzt auf Merkmale Dortmunder Rehabilitanden. Weiterhin ist der Anteil vorläufig und regulär beendeter Maßnahmen differenziert nach Diagnosen von Interesse, da hieraus Hinweise auf den Versorgungsbedarf besonderer Personengruppen geschlossen werden kann.

¹³⁹ nur WfB
¹⁴⁰ nur OAT

lfd. Nr.	Indikatorenliste überregionaler Einrichtungen beruflicher Rehabilitation	Art der Ermittlung	
		zu erheben	zu berechnen
1	Anzahl Rehabilitanden am 31.12.	•	
2	Anzahl psychisch behinderter Rehabilitanden am 31.12.	•	
3	Anzahl psychisch behinderter Rehabilitanden am 31.12. mit Herkunft aus Dortmund nach Arbeitsbereichen	•	
4	Anzahl psychisch behinderter Rehabilitanden am 31.12. mit Herkunft aus Dortmund nach Diagnosen	•	
5	Anteil der psychisch behinderten Rehabilitanden aus Dortmund an allen psychisch behinderten Rehabilitanden		•
6	Anzahl und Anteil psychisch behinderter Rehabilitanden am 31.12. mit Herkunft aus Dortmund nach Geschlecht	•	•
7	Anzahl und Anteil psychisch behinderter Rehabilitanden am 31.12. mit Herkunft aus Dortmund nach Alter	•	•
8	Anzahl und Anteil psychisch behinderter Rehabilitanden am 31.12. mit Herkunft aus Dortmund nach Staatsangehörigkeit	•	•
9	Anzahl und Anteil vorzeitig beendeter Reha – Maßnahmen psychisch behinderter Rehabilitanden mit Herkunft aus Dortmund nach Diagnosen	•	•
10	Anzahl und Anteil regulär beendeter Reha – Maßnahmen psychisch behinderter Rehabilitanden mit Herkunft aus Dortmund nach Diagnosen	•	•

Tabelle 22: Fortschreibung des Psychiatrieberichtes, hier: Leistungs- und Nutzerdaten überregionaler Einrichtungen beruflicher Rehabilitation

5.1.3. Ausblick

Das Dortmunder Projekt zu einer kommunalen Psychiatrieberichterstattung hat deutlich vor Augen geführt, wie groß die Schwierigkeiten sind, ein wenig Licht und Transparenz in das komplexe Leistungsgeschehen „psychiatrische Versorgung“ zu bringen, ein Versorgungssegment, das immerhin erhebliche Mittel erfordert. Die Aufgabe, relevante Steuerungsgrößen eines gemeindepsychiatrischen Verbundes ausfindig zu machen, scheint nicht gelöst. Zwar ist es gelungen, mittels zentraler Indikatoren diverse Sachverhalte zu erhellen. In Einzelfällen konnten sogar Vorschläge zur Formulierung konkreter, d.h. messbarer Ziele unterbreitet werden. Dennoch besteht Entwicklungsbedarf in vielerlei Hinsicht:

Die Indikatoren sollten zu Indices verdichtet werden, die ihrerseits relevante Beziehungen des Versorgungssystems abzubilden vermögen. Zu denken wäre bspw. an einen Index, der Verweildauer und Wiederaufnahmerate miteinander verbindet. Es sollte auch gelingen, die Wechselwirkungen zwischen einzelnen Versorgungssegmenten wie bspw. dem Betreuten Wohnen und der stationären und teilstationären medizinischen Versorgung oder dem Bereich Arbeit abzubilden. Wegen der grundlegenden Bedeutung solcher Entwicklungsarbeiten für eine psychiatrische Gesundheitsberichterstattung könnte dies im Rahmen eines Bundesmodells geschehen.

Psychiatrische Morbidität und Inanspruchnahmeverhalten sind eine Funktion von Bevölkerungsdichte und Sozialstruktur¹⁴¹. Die Verknüpfung von psychiatrischer Gesundheitsberichterstattung und Sozialstruktur eines Stadtbezirks erlaubt Rückschlüsse auf den konkreten Bedarf und liefert relevante Informationen für die politische Entscheidung zum Einsatz von Ressourcen. In der vorliegenden Arbeit wird

¹⁴¹ vgl.: Laaser, U., Gebhardt, K., Kemper, P.: (Hrsg): Gesundheit und soziale Benachteiligung, Lage: Jacobs 2000

dies für die Inanspruchnahme des SpDie nach Stadtbezirken deutlich. Was bedeutet die Ungleichverteilung in der Inanspruchnahme des Dienstes durch Bewohnerinnen und Bewohner der Stadtbezirke? Ist eine hohe Inanspruchnahme ein Hinweis auf die gehäufte Existenz sozialer Notlagen? Oder verdeutlicht dies, dass der Dienst nicht für die Bewohnerinnen und Bewohner aller Stadtbezirke gleichermaßen erreichbar ist, er also nicht hinreichend niedrigschwellig arbeitet? Die vorliegenden Daten können diese Fragen nicht beantworten. Eine empirische fundierte Antwort ergäbe sich aus der Verknüpfung der erhobenen Inanspruchnahmewerte mit Sozialstrukturmerkmalen wie Häufigkeit des HLU – Bezuges, des Mietniveaus etc.. Sozialstrukturdaten fallen vor allem auf der kommunalen Ebene an, ohne dass sie bisher im Lichte der Belange einer Gesundheitsberichterstattung systematisch aufgearbeitet würden. Gleichwohl erscheint es sinnvoll, die erforderlichen Arbeiten auf kommunaler Ebene ggfls. unter Heranziehung von Ressourcen der Landesebene durchzuführen.

Im Rahmen der Reform der öffentlichen Verwaltungen und des damit auch verbundenen Paradigmenwechsels hin zu einer Dienstleistungsorientierung im öffentlichen Bereich (oder: der Ökonomisierung des Sozialen) wird es auch für die Gemeindepsychiatrie erforderlich werden, Produkte zu definieren und Qualitätsstandards zu formulieren, die dem öffentlichen (bzw. kommunalen) Steuerungsinteresse entgegenkommen. Die „Kommission Personalbemessung ...“¹⁴² hat hier mit ihren Empfehlungen Entscheidendes geleistet, ohne dass derzeit erkennbar wäre, ob das Verfahren der Kommission oder ein anderes Verfahren den Praxistest in einer Kommune bestehen wird. Es bleibt die Aufgabe, knappe Ressourcen dorthin zu transferieren, wo sie am nötigsten gebraucht werden, d.h. es braucht weiterhin verbesserte Verfahren zur Bedarfsbestimmung und Mängelanalyse im Bereich psychiatrischer Versorgung. Neben den grundlegenden und damit in die Zuständigkeit der Bundesebene fallenden Aspekten dieser Fragestellung ist es gleichwohl unumgänglich, auf der lokalen Ebene im Rahmen des jeweils konkreten gemeindepsychiatrischen Verbundes kleinräumig Lösungen zu entwickeln.

¹⁴² siehe: Krüger, U., Kunze Prof. Dr. H, Kruckenberg, Prof. Dr. P.: Zur Bestimmung von Maßnahmepauschalen gemäß § 93 a BSHG in NDV 7/2000, Seite 193 - 201

ANHANG

6. Anhang

6.1. Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: psychiatrische Erkrankungen nach ICD – 10	25
Tabelle 2: Ergebnisse der „Mannheimer Studie“	26
Tabelle 3: Schweregradeinteilung psychiatrischer Erkrankungen n. Fichter (1990).....	26
Tabelle 4: Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen im Landkreis Traunstein nach ICD 9, eigene Berechnungen.....	27
Tabelle 5: Unterschiede zwischen der oberbayrischen und der Mannheimer Feldstudie (nach Franz).....	27
Tabelle 6: Vorkommen der wichtigsten psychiatrischen Alterserkrankungen bei über 65 – jährigen aus sieben Studien in verschiedenen europäischen Ländern (Cooper 1986, zit. nach Rössler, W., Salize H.-J.)	28
Tabelle 7: Ambulante und stationäre psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit im Landkreis Traunstein nach Diagnosegruppen (ICD 9), eigene Berechnungen	30
Tabelle 8: Bevölkerung in der Stadt Dortmund am 31.12.1998 (Quelle: Amt für Statistik und Wahlen der Stadt Dortmund)	32
Tabelle 9: Annahmen über die Häufigkeit psychiatrischen Erkrankungen in der Stadt Dortmund nach Diagnosegruppen (ICD 9), eigene Berechnungen	34
Tabelle 10: Annahmen über die Häufigkeit gerontopsychiatrischer Krankheitsbilder bei über 65-jährigen in der Stadt Dortmund nach sieben Studien in verschiedenen europäischen Ländern, eigene Berechnungen.....	34
Tabelle 11: Annahmen über die Häufigkeit ambulanter und stationärer psychiatrischer Behandlungsbedürftigkeit der über 15jährigen in der Stadt Dortmund nach Diagnosegruppen (ICD 9), eigene Berechnung.....	35
Tabelle 12: Auszug Umsteige – Tabelle ICD – 10 zu ICD –9, Quelle: lögd.....	52
Tabelle 13: Verteilung stationärer Behandlungen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose auf medizinische Fachabteilungen für 1997, in %	63
Tabelle 14: Personalbedarf im ambulante – komplementären Bereich gemeindepsychiatrischer Versorgung.....	78
Tabelle 15: Fortschreibung des Psychiatrieberichtes, hier: Strukturdaten	108
Tabelle 16: Fortschreibung des Psychiatrieberichtes, hier: Leistungs- und Nutzerdaten stationärer und teilstationärer medizinischer Versorgung	112
Tabelle 17: Fortschreibung des Psychiatrieberichtes, hier: Leistungs- und Nutzerdaten des Sozialpsychiatrischen Dienstes.....	114

Tabelle 18: Fortschreibung des Psychiatrieberichtes, hier: Leistungs- und Nutzerdaten b. Einrichtung medizinischer Rehabilitation	115
Tabelle 19: Fortschreibung des Psychiatrieberichtes, hier: Leistungs- und Nutzerdaten des Beschütztes Wohnens	116
Tabelle 20: Fortschreibung des Psychiatrieberichtes, hier: Leistungs- und Nutzerdaten der Tagesstätten	117
Tabelle 21: Fortschreibung des Psychiatrieberichtes, hier: Leistungs- und Nutzerdaten der regionalen Arbeits- und Beschäftigungsangebote	118
Tabelle 22: Fortschreibung des Psychiatrieberichtes, hier: Leistungs- und Nutzerdaten überregionaler Einrichtungen beruflicher Rehabilitation	119

6.2. Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1-1: Prävalenz von Demenz	29
Abbildung 1-2: Altersaufbau der Bevölkerung in der Stadt Dortmund zum 31.12.1998.....	33
Abbildung 4.1-1: Wiederaufnahmen nach Zeitklassen.....	65
Abbildung 4.1-2: Verweildauer und Wiederaufnahmen nach Zeitklassen 1980 – 1998	67
Abbildung 4.1-3: Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen) und psychiatrische Krankenhausfälle je 10.000 EW	68
Abbildung 4.4-1: Inanspruchnahmerate des SpDie Dortmund je 1000 EW; Hervorhebung Inanspruchnahmerate > 3 /1000 EW.....	82
Abbildung 4.5-1: Maßnahmen med. Rehabilitation und Frühberentungen nach Diagnosengruppen für Dortmunder Bürgerinnen und Bürger 1997.....	90

6.3. Literaturverzeichnis

Aktion psychisch Kranke (Hrsg.): Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Bonn 1993.

Arbeitsgemeinschaft Brücke Schleswig-Holstein gGmbH: STAR `98 Studie zur Arbeitssituation und beruflichen Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen in Schleswig-Holstein, 1998.

Arbeitsgemeinschaft der ltd. Medizinalbeamtinnen und Medizinalbeamten der Länder (AGLMB) im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz: Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, 2., überarbeitete Fassung 1996.

Arnold, M./ Armann, W.: Verweildauer im Krankenhaus in: Krankenhausumschau, 11/ 1992.

BAG Psychiatrie (Hrsg.): Bericht über den Stand der klinisch – gerontopsychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1997, Köln 1997.

Bochnik H.J., Koch, H.: Die Nervenarztstudie, Köln 1990.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter – RPK Bestandsaufnahme -, Frankfurt am Main, Juli 2000.

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

Bundesminister für Gesundheit (Hrsg.): Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker [Bd. 77 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit], Baden – Baden 1996.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens Ausgabe 1999 [Band 122 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit], Baden – Baden 1999.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung [Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 116], Baden-Baden 1999.

Bundesministerium für Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1999, [Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 112], Baden – Baden 1999.

Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/ psychosomatischen Bereich. 1998.

Cording, Clemens und Klein, Helmfried: Die Bedeutung von Qualitätssicherung und Patientenwünschen für die Zukunft der psychiatrischen Krankenhäuser in: Cording, Clemens, Weig, Wolf-

- gang (Hrsg.): Die Zukunft des psychiatrischen Krankenhauses [Schriftenreihe der Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser Band 1], Regensburg 1997.
- Cording, Clemens, Weig, Wolfgang (Hrsg.):** Die Zukunft des psychiatrischen Krankenhauses [Schriftenreihe der Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser Band 1], Regensburg 1997.
- Dilling, H., Dittmann, V.:** Die psychiatrische Diagnostik nach der 10. Revision der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in: Der Nervenarzt (1990) 61.
- Dilling, H., Weyerer S., Castell R.:** Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung, Stuttgart 1984.
- Dörner, Klaus (Hrsg.):** Ende der Veranstaltung, Gütersloh 1998.
- Eirmbter, Willy, H., Hahn A., Jacob, R., Michels, H. (Hrsg.):** Erster Gesundheitsbericht für die Stadt Trier und den Landkreis Trier – Saarburg, Februar 2000.
- Fichter, Manfred M.:** Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung, Berlin – Heidelberg – New York 1990.
- Franz, M.:** Epidemiologie psychogener Störungen und Bedarf an Versorgungsleistungen in: Janssen, P. L. (Hrsg.): Psychotherapeutische Medizin, Stuttgart, New York 1999.
- Freie Hansestadt Bremen, Gesundheitsamt:** Kommunale Soziale Psychiatrie. Was wir leisten, was wir kosten. Tätigkeits- und Leistungsbericht des Sozialpsychiatrischen Dienstes Bremen, Bremen 1998, einschließlich ergänzender Leistungsstatistiken für das Jahr 1998, 11/1999.
- Frießen, Dieter H.:** Psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen ausländischer Arbeiter in der BRD in: Psychiat. Neurol. Med. Psychot., Leipzig 26 (1974), Februar 2.
- Gräb, Christopher:** Statistische Krankenhausdaten: Grund – und Kostendaten der Krankenhäuser, in: Krankenhausreport '99, Stuttgart 2000.
- Graf v. d. Schulenberg, J.-M, Uber, A, Höffler J., Trenckmann U., Kissling W., Seemann U., Müller P., Rüter E.:** Untersuchungen zu den direkten und indirekten Kosten der Schizophrenie in: Gesundh.ökon.Qual.manag. 3 (1998), Stuttgart – New York.
- Häfner, H.:** (1992a) The epidemiology of schizophrenia. Traingle 31, 133 – 154, zit. nach: Rössler, Wulf: Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker: Daten, Fakten, Analysen [Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 77] Baden-Baden 1996.

Janssen, Franz, Herzog, Heuft, Paar, Schneider: Psychotherapeutische Medizin, Stuttgart New York 1999.

Kallert, Th. W., u.a.: Dokumentationssystem für den komplementären psychiatrischen Versorgungsbereich, in Psychiatrische Praxis 2000; 27.

Kallert, Th. W., u.a.: Rechtliche Problemstellungen einer Basisdokumentation für komplementäre psychiatrische Versorgungseinrichtungen, in : Recht & Psychiatrie, 18. Jg., Heft 1, 2000.

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

Krüger, U., Kunze Prof. Dr. H, Kruckenberg, Prof. Dr. P.: Zur Bestimmung von Maßnahmepauschalen gemäß § 93 a BSHG in NDV 7/2000.

Kunze, Kaltenbach (Hrsg.): Psychiatrie – Personalverordnung, Stuttgart, Berlin, Köln 1996³.

Laaser, U., Gebhardt, K., Kemper, P.: (Hrsg): Gesundheit und soziale Benachteiligung, Lage, 2000.

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW (Hrsg.): Diagnosestatistik in Nordrhein-Westfalen 1993. Beiträge zur Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen, Heft 762. Düsseldorf, September 1996.

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik: Heft 762 der Beiträge zur Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen.

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik: Heft 795 der Beiträge zur Statistik des Landes Nordrhein-Westfalen.

Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Hrsg.): Planungshilfe für die ortsnahe Koordinierung, 1996.

Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Hrsg.): Planungshilfe Gerontopsychiatrie im Rahmen des Modellprogramms des MAGS NRW.

Landschaftsverband Westfalen – Lippe: Psychiatrische Gesamtversorgung in Westfalen – Lippe, Oktober 1981.

Landschaftsverband Westfalen – Lippe: Psychiatrische Gesamtversorgung in Westfalen-Lippe, Oktober 1981.

Längle, G., Welte, W., Niedermeier-Bleier, M.: Berufliche Rehabilitation psychisch Kranker in: MittAB 2/97.

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

- Leidinger, F., Pittrich, W., Spöhring, W.: Grauzonen der Psychiatrie, Bonn 1995.
- Linden M., Maier W., Achberger M., Herr R., Helmchen H., und Benkert O.: Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinpraxen in Deutschland in: Nervenarzt (1996) 67.
- Maylath, E., Seidel, J.: Analyse der psychiatrischen Krankenhausfälle in Hamburg 1988 – 1994, in Gesundheitswesen 59 (1997).
- Melchinger, Heiner: Ambulante Soziotherapie [Bd. 115 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit] Baden-Baden 1999.
- NiBle K.: Psychisch krank im Alter [Kuratorium Deutsche Altershilfe Thema 136], Köln 1998.
- Podeszfa, H.: Umschulung von psychisch Behinderten in: Podeszfa, H., Mehms B. (Hrsg.): Berufsförderung psychisch Behinderter – Berichte zur beruflichen Bildung - Heft 207 des Bundesinstituts für Berufsbildung, Bielefeld 1997.
- Reister, M.: Diagnosedaten der Krankenhauspatienten 1996, Seite 242 in Arnold, M., Pfaffrath, D. (Hrsg.) Krankenhausreport ,98, Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm 1998.
- Richter, D.: Krankenhausbetriebsvergleich für psychiatrische Kliniken - Wie sinnvoll ist ein Vergleich der Behandlungsdauern nach Diagnose und Alter, in: Das Gesundheitswesen, 61. Jg., 5/ 1999.
- Riedel-Heller, S., Angermeyer, M.C.: Die räumliche Verteilung psychisch Kranker in Großstädten“ in: Psychiatrische Praxis 2000; 27.
- Rössler, Wulf, Salize, Hans Joachim: Planungsmaterialien für die psychiatrische Versorgung, Weinheim 1993.
- Rüesch, P., Meyer P.C., Hell, D.: Wer wird psychiatrisch hospitalisiert ? Psychiatrische Hospitalisierungsraten und soziale Indikatoren im Kanton Zürich (Schweiz) in: Gesundheitswesen 2000; 60.
- Salize, Hans-Joachim, Rössler, W.: Kosten und Kostenwirksamkeit der gemeindepsychiatrischen Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, Berlin – Heidelberg – New York 1998.
- Salize, Hans-Joachim, Bullenkamp, J., Wolf, I., Alscher, I.: Qualitätssicherung und Dokumentation im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV). Sozialministerium Baden-Württemberg, Stuttgart 1999.
- Salize, Hans-Joachim, Bullenkamp, J., Wolf, I., Alscher, I.: Qualitätssicherung und Dokumentation im Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) in Psychiatrische Praxis 2000; 27.

- Stadt Dortmund, Gesundheitsamt/Koordinierungsstelle für die psychiatrische Versorgung:**
Psychosoziales Adressbuch 1997.
- Stadt Dortmund, Gesundheitsamt/Koordinierungsstelle für die psychiatrische Versorgung:**
Psychosoziale Krisen und Notfallversorgung in Dortmund, 1997.
- Stadt Dortmund, Gesundheitsamt: Sozialpsychiatrischer Dienst – Sachstandsbericht zur Entwicklung - , 2/97.**
- Stadt Dortmund, Sozialamt: Pflegebedarfsplan für die Stadt Dortmund 1998, Juni 1998.**
- STAR `98:** Studie zur „Arbeitssituation und beruflichen Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen in Schleswig-Holstein“, im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein, vorgelegt von der Arbeitsgemeinschaft Brücke Schleswig-Holstein gGmbH, Postfach 1228, 24011 Kiel, 1998.
- Stark, K. und Guggenmoos-Holzmann, I.:** Wissenschaftliche Ergebnisse deuten und nutzen in: Schwartz F.W. (Hrsg.): Das Public Health Buch, München, Wien, Baltimore 1998.
- Statistisches Bundesamt: Gesundheitsbericht für Deutschland, Stuttgart 1998.**
- Universität Koblenz – Landau, Fachbereich 8 :Psychologie (Hrsg):** Bericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zu den Modellprojekten in Landau / Südliche Weinstraße sowie in Koblenz und Trier, Prof. Dr. Annette Schröder (Hrsg.): Tagesstätten als Baustein zur Verbesserung psychiatrischer Versorgung in Rheinland-Pfalz. Landau 1997.
- Valdes-Stauber, Nißle, Klaus, von Cranach, Michael:** Veränderungen der Inanspruchnahme stationärer Behandlung nach Einführung eines gerontopsychiatrischen Zentrums, in: Psychiatrische Praxis 26 (1999).

6.4. Mitglieder der Arbeitsgruppe "Psychiatriebericht"

In der Arbeitsgruppe "Psychiatriebericht" haben mitgearbeitet:

Institution/ Einrichtung	Mitglieder
- für das Westfälische Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	Herr Prof. Dr. Janssen, Ltd. Arzt
- für das Ev. Krankenhaus Lütgendortmund - Abt. für psychologische Medizin	Herr Dr. Finkbeiner, Chefarzt und Herr Kemmerling, Oberarzt
- für das Marien Hospital Hombruch, Abt. für psychologische Medizin	Herr Dr. Tacke, Chefarzt und Herr Dr. Viebahn, Oberarzt
- für den Sozialpsychiatrischen Dienst	Frau Dr. Ullrich, Leiterin, Herr Biermann, stellv. Leiter
- für das Sozialamt	Herr Pohlmann, Leiter Fachbereich für Senioren-, Behindertenarbeit und Pflegeberatung
- für den überörtlichen Sozialhilfeträger	Frau Mülders, LWL/Abt. Sozialhilfe
- für das Betreuungswesen	Frau Irmer, Betreuungsverein des DRK
- für die Wohlfahrtsverbände in Dortmund	
- AWO	Herr Deventer, Abt.ltr. (bis 1999) Herr Külpmann, Wohnheimleiter (ab 1999)
- Caritas	Herr von Kölln, Abt.ltr. Soziale Dienste
- DW	Herr Schmitz, Leiter Friederike-Fliedner-Haus (bis 1999) Herr Klein, Fachbereichsleiter (ab 1999)
- DPWV	Frau Schobert, Geschäftsführerin
- DRK	Herr Ortmann, Geschäftsführer
- für die AG Dortmunder Krankenkassen	Herr Meyer, IKK Westfalen-Mitte
- für die Kassenärztliche Vereinigung	Herr Dr. Rolf Schulz, niedergelassener Nervenarzt
- Moderation und Geschäftsführung	Herr Schulte-Kemna, Gesundheitsamt, Koordinationsstelle für die psychiatrische Versorgung