

PSYCHIATRIEBERICHT 2005

VERSORGUNGSREGION STADT UND LANDKREIS KAISERSLAUTERN

- Funktionsbereich medizinische Versorgung
- Funktionsbereich Wohnen
- Arbeit, Beschäftigung und berufliche Rehabilitation
- Tagesstrukturierende Hilfen
- Sozialpsychiatrischer Dienst

Stand: Oktober 2005

Thomas Schmitt-Schäfer

*im Auftrag der Koordinierungsstelle für Psychiatrie der Stadt
und des Landkreises Kaiserslautern*

Inhaltsverzeichnis

1.	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	5
2.	ZIELE DER BERICHTERSTATTUNG.....	9
3.	ZUM VERSORGUNGSBEDARF IN DER VERSORGUNGSREGION KAISERSLAUTERN	10
3.1.	Die qualitative Bestimmung des Versorgungsbedarfes.....	10
3.2.	Normative Leitlinien	10
3.3.	Die quantitative Bestimmung des Versorgungsbedarfes.....	13
3.4.	Annahmen zur Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen in der Bevölkerung der Region Kaiserslautern	26
4.	AMBULANTE MEDIZINISCHE BEHANDLUNG.....	32
5.	TEILSTATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG WEGEN EINER PSYCHIATRISCHEN HAUPTDIAGNOSE	40
6.	STATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG IM RAHMEN DER INSTITUTSAMBULANZ	41
7.	STATIONÄRE KRANKENHAUSBEHANDLUNG WEGEN EINER PSYCHIATRISCHEN HAUPTDIAGNOSE	42
7.1.	Aufnahmen im Pfalzkllinikum für Psychiatrie und Neurologie, Klingenstein nach Rechtsgrundlage.....	43
7.2.	Stationäre Krankenhausbehandlungen von Bürgerinnen und Bürgern der Versorgungsregion Kaiserslautern unabhängig vom Behandlungsort.....	46
7.2.1.	Anzahl der Fälle, Pflegetage und Verweildauer nach Geschlecht und Alter.....	46
7.2.2.	Anzahl der Fälle nach Diagnosegruppen (ICD-10), Verweildauer, Geschlecht und Alter	52
7.2.3.	Stationäre Krankenhausbehandlungen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose für Bürgerinnen und Bürger aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in 2002 nach Behandlungsort	57
7.2.4.	Stationäre Krankenhausbehandlungen in 2002 wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose in Kaiserslautern	66
8.	BETREUTES WOHNEN IN DER VERSORGUNGSREGION KAISERSLAUTERN.....	69
8.1.	Ambulant betreutes Wohnen	70
8.1.1.	Strukturdaten im ambulant betreuten Wohnen.....	70
8.1.2.	Aufnahmen im ambulant betreuten Wohnen	70
8.1.3.	Leistungen und Personenkreis im ambulant betreuten Wohnen.....	71
8.1.4.	Beendete Maßnahmen im ambulant Betreuten Wohnen	74

8.2.	Stationär betreutes Wohnen in der Versorgungsregion Kaiserslautern	74
8.2.1.	Strukturdaten	74
8.2.2.	Aufnahmen im stationär betreuten Wohnen der Versorgungsregion Kaiserslautern	76
8.2.3.	Leistungen und Personenkreis im stationär betreuten Wohnen der Versorgungsregion Kaiserslautern	76
8.2.4.	Betreuungsbeendigungen im stationär betreuten Wohnen der Versorgungsregion Kaiserslautern	79
9.	DIE HILFEPLANKONFERENZ.....	80
9.1.	Leistungsberechtigte Personen in der Hilfeplankonferenz.....	80
9.2.	Fälle in der Hilfeplankonferenz.....	81
10.	LEISTUNGEN ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN	83
10.1.	Erreichbarkeit der Westpfalz-Werkstätten, Betriebsstätte DiPro Kaiserslautern.....	83
10.2.	Leistungen der Westpfalz-Werkstätten, Betriebsstätte DiPro Kaiserslautern.....	83
11.	SOZIALPSYCHIATRISCHER DIENST	90
11.1.	Strukturdaten des Sozialpsychiatrischen Dienstes	90
11.2.	Leistungen des Sozialpsychiatrischen Dienstes	90
12.	SUCHTBERATUNGSSTELLEN IN DER VERSORGUNGSREGION KAISERSLAUTERN.....	96
12.1.	Strukturdaten	96
12.2.	Leistungen der Suchtberatungsstellen	97
13.	ANHANG	101
13.1.	Daten der Stat. Landesämter Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen.....	101
14.	TABELLENVERZEICHNIS.....	104
15.	LITERATURVERZEICHNIS	112

1. Zusammenfassung der Ergebnisse

1. Psychiatrieerberichterstattung ist ein Aspekt von Steuerung mit dem Ziel des Aufbaus eines bedarfsgerechten psychiatrischen Versorgungssystems. Sie liefert die Daten, die eine empirisch gestützte Bewertung des Versorgungssystems und seiner Entwicklung überhaupt erst möglich machen. Was bedarfsgerecht ist, orientiert sich an normativen Leitlinien, die aus den in der Psychiatrie-enquete 1975 formulierten Grundprinzipien abgeleitet und weiterentwickelt wurden. Nach derzeitigem Kenntnisstand ist das Konzept der Gemeindepsychiatrie im Sinne eines integrierten personenzentrierten regionalen Hilfesystems maßgeblich. Die Akteure in der Versorgungsregion Kaiserslautern haben sich im Jahre 2000 auf den Aufbau eines personenzentrierten gemeindepsychiatrischen Verbundes verständigt.
2. Die Daten der kassenärztlichen Vereinigung (vergleiche Kapitel 4 auf Seite 32 ff.) belegen zum Einen die erhebliche Versorgungsleistung niedergelassener Allgemeinmediziner und Ärzte nicht-psychiatrischer Fachrichtungen für die Versorgung von psychisch kranken Menschen. Zum Zweiten legen die Inanspruchnahmedaten für die Jahre 2002 und 2003 eine erhebliche Steigerung abgegebener Leistungen wegen psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotropische Substanzen, d. h. durch Abhängigkeitserkrankungen offen. Schizophrene Störungen, die die wesentlichste Zielgruppe eines gemeindepsychiatrischen Verbundessystems sind, wurden in einer Häufigkeit gefunden, wie dies die epidemiologischen Studien erwarten ließen.
3. Die Häufigkeit von Zwangsunterbringungen liegt in der Versorgungsregion Kaiserslautern unter dem nationalen Durchschnitt: In Deutschland wurden in 2000 etwa 17 Unterbringungsmaßnahmen auf 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner gezählt, in der Versorgungsregion 10 auf 10.000 EW. Bürgerinnen und Bürger der Stadt Kaiserslautern werden häufiger zwangsweise untergebracht, als dies für Bürgerinnen und Bürger des Landkreises der Fall ist. Menschen aus der Stadt Kaiserslautern nehmen 1,5 mal häufiger die Leistungen des Pfalzklini-kums in Anspruch als Menschen aus dem Landkreis Kaiserslautern. Der relative Anteil unfreiwilliger Aufnahmen liegt im Landkreis mit 17% an allen Aufnahmen nur geringfügig höher als in der Stadt, wo die unfreiwilligen Aufnahmen 16% aller Aufnahmen ausmachen (vergleiche Tabelle 7-2 auf Seite 45).

4. Die Behandlungsrate, d. h. die Anzahl der Krankenhaufälle wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose auf 1000 Einwohner liegt mit 9,5 Fällen je 1000 EW unter dem rheinland-pfälzischen Wert von 11 auf 1000 EW und dem nationalen Wert von 11,9 auf 1000 EW. Die durchschnittliche Verweildauer liegt mit 21,2 Tagen ebenfalls unter dem Wert für Rheinland- Pfalz (21,5 Tage) oder Deutschland (22,7 Tage). In diesen Angaben sind die Stundenfälle enthalten (vergleiche Kapitel 7.2.1 Seite 46 ff).
5. In der Altersverteilung nach Geschlecht (vergleiche Tabelle 7-5 auf Seite 49) zeigt sich, dass Jungen (männliche Kinder) häufiger wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose stationär behandelt wurden als dies der nationale Durchschnitt erwarten ließ. Gleichzeitig ist die Verweildauer der männlichen Kinder in der Altersgruppe von 5 – 9 Jahren doppelt so hoch wie die Verweildauer der weiblichen Kinder derselben Altersgruppe.
6. Unter 75- jährige Männer und Frauen aus der Versorgungsregion werden dagegen seltener stationär behandelt als dies im nationalen Durchschnitt der Fall ist.
7. Betrachtet man die Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen in 2002 nach Diagnose und Geschlecht, so findet man in der Summe 83% aller Fälle bei den Abhängigkeitserkrankungen (37%), den schizophrenen Störungen (18%), den affektiven Störungen (14%) sowie den neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen (14%). Unterschiede zum nationalen Durchschnitt gibt es bei den schizophrenen Störungen, die für Patientinnen und Patienten der Versorgungsregion häufiger diagnostiziert werden als im nationalen Durchschnitt und den affektiven Störungen, die in der Versorgungsregion weniger häufig diagnostiziert werden als deutschlandweit (vergleiche Tabelle 7-9 auf Seite 53).
8. Der größte Teil aller Krankenhausaufenthalte wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose für Bürgerinnen und Bürger aus der Versorgungsregion Kaiserslautern erfolgt im Landkreis Südliche Weinstraße, dort im Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie (57%), an zweiter Stelle kommen mit 426 Behandlungsfällen oder 21% die stationären Behandlungsmaßnahmen, die in der Stadt Kaiserslautern erfolgen. Insgesamt werden 88% der Krankenhausaufenthalte wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose für Kaiserlauterner Bürgerinnen und Bürger in Rheinland- Pfalz durchgeführt. (vergleiche Tabelle 7-15 auf Seite 64).

Insgesamt zeigt sich ein deutlich negativer Wanderungssaldo zwischen der Versorgungsregion Kaiserslautern und den Kommunen im übrigen Rheinland- Pfalz. Im Jahre 2002 wurden 1 758 Krankenhausbehandlungen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose für Einwohnerinnen und Einwohner aus der Versorgungsregion Kaiserslautern außerhalb der Gebietsgrenzen durchgeführt, während im gleichen Zeitraum Auswärtige in 717 Fällen innerhalb der Versorgungsregion im Krankenhaus waren. Es ergibt sich somit ein negativer Wanderungssaldo von 1 041 Fällen.

9. Das Betreute Wohnen in der Versorgungsregion Kaiserslautern erreicht die bedeutsamste Zielgruppe der Gemeindepsychiatrie, da 81% aller Klientinnen und Klienten an einer schizophrenen Störung leiden. Dies entspricht dem prozentualen Anteil der schizophrenen Störungen an allen Maßnahmen Betreuten Wohnens in der Stadt Bremen in den Jahren 2002 und 2003. Darüber hinaus zeichnet sich das Betreute Wohnen mit Aktivitätsindex von 0,23 durch eine hohe Dynamik aus (der Vergleichswert für die Stadt Dortmund liegt bei 0,17 und für Bremen bei 0,19). Allerdings kamen lediglich 64% aller Klienten im Betreuten Wohnen aus der Versorgungsregion selbst, so dass ein Drittel der vorgehaltenen Kapazitäten den Bewohnerinnen und Bewohner der Versorgungsregion nicht zugute kommt (vergleiche Kapitel 8.1).
10. Zum 31. Dezember 2002 lebten 38 Bewohnerinnen und Bewohner mit Herkunft aus der Versorgungsregion in den Wohnheimen vor Ort. Dies entspricht einem Anteil von 61% der insgesamt vorgehaltenen Kapazitäten.
11. Insgesamt wurden mit den Angeboten der ambulanten und stationären Unterstützung im Bereich des Wohnens 68 Bürgerinnen und Bürger der Versorgungsregion erreicht, dies sind 0,3 Maßnahmen auf 1000 Einwohnerinnen und Einwohner der Versorgungsregion. Nach bisherigen Erfahrungen¹ und auf Grund fachlichen Urteils² kann eine Versorgungsrate im Bereich des Wohnens von etwa 1 Betreuungsverhältnis (ambulant und stationär) auf 1000 EW für erforderlich gehalten werden. Folgt man diesen Vergleichswerten, so kann davon ausgegangen werden, dass ein erheblicher Teil der Bürgerinnen und Bürger mit seelischer Behinderung aus der Versorgungsregion Kaiserslautern, die Hilfen im Bereich des Wohnens benötigen, außerhalb der Versorgungsregion versorgt sind. Denkbar ist auch, dass ein psychisch kranke Menschen in der Versorgungsregion vom Angebot nicht erreicht werden.
Dies bedeutet, dass die lokalen Akteure die selbst gesetzten Ziele zum Aufbau eines personenzentrierten gemeindepsychiatrischen Hilfesystems im Bereich des Wohnens bisher nicht erreichen konnten.

¹ Schmitt-Schäfer Th: Die Entwicklung der Eingliederungshilfe im Landkreis Bernkastel-Wittlich in: Der Landkreis 7/2004; Stadt Dortmund, Gesundheitsamt: Psychiatriebericht für die Stadt Dortmund 1998 – 2003, November 2004

² BMG (Hrsg): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Bd. 116 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 1999, Seite 37

12. Die Werkstatt für Menschen mit seelischer Behinderung erreicht von 10 000 Menschen aus der Versorgungsregion im erwerbsfähigen Alter 5,9 Menschen mit seelischer Behinderung. Der entsprechende Vergleichswert in der Stadt Dortmund liegt bei 4,1 auf 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner Dortmunds. Das Arbeitsangebot in der WfbM kann flexibel genutzt werden, es sei denn, die Beschäftigten sind auf einen Fahrdienst angewiesen. Dieser steht bei flexibler Gestaltung der Arbeitszeit nicht zur Verfügung.

2. Ziele der Berichterstattung

Mit dem Psychiatriebericht soll

- die psychiatrische Versorgungssituation in der Region Kaiserslautern bestehend aus der Stadt und dem Landkreis Kaiserslautern beschrieben,
- mit aus der Fachliteratur abgeleiteten Kriterien sowie
- im Lichte der Projektvereinbarung zum Personenzentrierten Ansatz

so weit möglich bewertet werden. Es soll ermittelt und anschließend zwischen den lokalen Akteuren geklärt werden, welche Indikatoren zu einer regelhaften Fortschreibung der Psychiatrieberichterstattung geeignet sind.

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.

3. Zum Versorgungsbedarf in der Versorgungsregion Kaiserslautern

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 Versorgungsregion Kaiserslautern schließen sich an.

3.1. 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.

3.2. 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 Behandlungsleitlinien³ wie

³ 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

Lebensweltbezug

- personenzentriertes, funktional orientiertes Vorgehen
- Wahrung der Individualität der Person
- Schutz des selbst gewählten Lebensortes
- Unterstützung von normalen Beziehungen und Rollen
- Sicherstellung von Arbeit und sinnvoller Beschäftigung
- materielle Grundausrüstung 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“⁴ 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.

⁴ 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

- (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 Anspruch 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 „Kordinierende Bezugsperson“ 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 Kooperation 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.

3.3. 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:

Schepank u.a. untersuchten eine repräsentative Stichprobe der erwachsenen Großstadtbevölkerung hinsichtlich der Häufigkeit und des Verlaufs psychogener Erkrankungen und verwendeten zur Ermitt-

lung der Beeinträchtigung der Patienten den Beeinträchtigungsschwerescore (BSS) nach Schepank⁵

In den beiden oberbayerischen Feldstudien wurde zur Ermittlung der Behandlungsbedürftigkeit und der Ausprägung des Schweregrades psychiatrischer Erkrankung das Goldberg – Interview eingesetzt⁶, die Kommission zur "Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung" und in Folge dessen die Individuelle Hilfeplanung Rheinland-Pfalz empfiehlt folgendes Vorgehen: Im Zusammenwirken mit dem Patienten und/oder seinen Bezugspersonen werden standardisiert erhoben:

- die angestrebte Wohn- und Lebensform⁷ der Betroffenen (Grundsatzziele),
- die aktuelle Situation und vorrangige Probleme im Hinblick auf die Grundsatzziele des Betroffenen
- 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 Leben
- sowie für jeden Punkt
- aktivierbare nichtpsychiatrische Hilfen
- 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.

Brewin et. al. (1987, 1988) stellen mit dem in England entwickelten "Needs for Care Assesment" 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,

⁵ Franz, M: Epidemiologie psychogener Störungen und Bedarf an Versorgungsleistungen in: Janssen, P. L. (Hrsg.): Psychotherapeutische Medizin, Stuttgart, New York 1999, Seite 103 ff

⁶ Vgl. Fichter, Manfred M.: Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung, Berlin – Heidelberg – New York 1990, Seite 32

⁷ Die Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung (IBRP) der Aktion psychisch Kranke stellte die angestrebte Wohnform in den Mittelpunkt der Hilfeplanung. Dies wurde bei der Individuellen Hilfeplanung Rheinland-Pfalz um die Lebensbereiche „Arbeit und Beschäftigung“, „Gestaltung der freien Zeit“, „Soziale Beziehungen“ und „Gesundheit“ ergänzt.

Geldwirtschaft, Behördengänge und -angelegenheiten) erhoben. Das Instrument soll den quantitativen Versorgungsbedarf, Deckungslücken, Überversorgung oder die Tatsache nicht deckbaren Bedarfes erfassen⁸.

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 Bedarfschätzungen dient die Bevölkerungszahl. Diese wird mit verschiedenen Faktoren gewichtet, welche einen vom nationalen Durchschnitt abweichenden Bedarf erwarten lassen⁹.

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.

Daneben ist zu berücksichtigen, dass in jedem Versorgungssystem individuell und kulturell spezifisches Inanspruchnahme-, Behandlungs- und Überweisungsverhalten mit objektiven Bedarfsparametern 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

⁸ Rössler, W.: Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker [Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 77], Baden – Baden 1996, Seite 16

⁹ Rössler, W. (1996)

Merkmal einer bedarfsgerechten Versorgung.

3.1.3.1. Ergebnisse epidemiologischer Forschung

Die Informationen über die Inanspruchnahme der Versorgungseinrichtungen in der Region Kaiserslautern, die aus externen Datenquellen sowie den Erhebungsbögen gewonnen wurden, geben keine Auskunft über die Prävalenz und Schweregrad psychiatrischer Erkrankungen in der Region. Sie erfassen den Anteil der psychiatrisch erkrankten 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 Felduntersuchungen¹⁰ 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 verbessert¹¹.

In Deutschland wurde von 1975 - 1977 die psychiatrische Morbidität einer Bevölkerungsstichprobe von 1.536 Personen in drei kleinstädtisch-ländlichen Gemeinden des Landkreises Traunstein in Oberbayern¹² 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 konnten¹³. 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 zurückgegriffen. Die dort dargestellten Daten werden ergänzt durch Felduntersuchungen, die sich ihrerseits mit speziellen Fragestellungen bzw. Diagnosegruppen beschäftigen.

¹⁰ Vgl. Fichter, Manfred M.: Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung, Berlin – Heidelberg – New York 1990

¹¹ Rössler, Wulf, Salize, Hans Joachim: Planungsmaterialien für die psychiatrische Versorgung, Weinheim 1993

¹² Dilling, H.; Weyerer S.; Castell, R.: Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung, Stuttgart 1984

¹³ Fichter, Manfred M.: a.a.O.; Franz, M., a.a.O.

3.1.3.2. 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 Oberbayerischen 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 Erkrankungsdauer¹⁴.

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:

¹⁴ Stark, K. und Guggenmoos-Holzmann, I.: Wissenschaftliche Ergebnisse deuten und nutzen in: Schwartz F.W. (Hrsg.): Das Public Health Buch, München, Wien, Baltimore 1998

Tabelle 3-1: psychiatrische Erkrankungen nach ICD – 10

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

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 verloren gegangen sein.

3.1.3.3. Ergebnisse deutscher Feldstudien

Schepank¹⁵ 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 Beeinträchtigungsschwerescore (BSS)¹⁶ definiert. Die Prävalenz der genannten Störungen (Punktprävalenz der letzten sieben Tage) lag bei 26 % der gesamten untersuchten Stichprobe. Diese verteilten sich wie folgt:

Tabelle 3-2: Ergebnisse der „Mannheimer Studie“

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%

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.

¹⁵ nach: Franz, M: Epidemiologie psychogener Störungen und Bedarf an Versorgungsleistungen in: Janssen, P. L. (Hrsg.): Psychotherapeutische Medizin, Stuttgart, New York 1999, Seite 103 ff

¹⁶ 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

Tabelle 3-3: Schweregradeinteilung psychiatrischer Erkrankungen n. Fichter (1990)¹⁷

Schweregrad	Abstufung
0	keine psychiatrische Abnormalität
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

In die repräsentative Bevölkerungsstichprobe der oberbayerischen Studie wurden Probanden, die 15 Jahre oder älter waren, einbezogen. Die Ergebnisse der oberbayerischen Studie wurden in ICD – 8 sowie in ICD – 9 ausgewiesen. Tabelle 3-4 enthält die Erhebungsergebnisse der Studie in ICD – 9 in einer Zusammenfassung der einzelnen Diagnosen.

Tabelle 3-4: Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen im Landkreis Traunstein nach ICD 9¹⁸, eigene Berechnungen

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

Die Punktprävalenz psychogener Erkrankungen nach der Definition der Mannheimer Studie liegt in der oberbayerischen 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. Franz¹⁹ veröffentlichte folgende Übersicht:

¹⁷ zit. nach Fichter, Manfred M.: a.a.O., Seite 29

¹⁸ zit. nach Fichter, Manfred M.: a.a.O., Seite 56

¹⁹ Franz, M: Epidemiologie psychogener Störungen und Bedarf an Versorgungsleistungen in: Janssen, P. L. (Hrsg.): Psychotherapeutische Medizin, Stuttgart, New York 1999, Seite 116

Tabelle 3-5: Unterschiede zwischen der oberbayrischen und der Mannheimer Feldstudie (nach Franz)

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	

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.

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 Chronizität dieser Erkrankungsarten zurück. An Schizophrenie erkrankte Personen tragen dagegen ein hohes Risiko, langfristig versorgungsbedürftig zu sein²⁰. Auf Grund der spezifischen Charakteristika dieser Erkrankung gilt sie als das kostenintensivste psychiatrische Krankheitsbild^{21,22}. Häufigkeitsstudien schwanken in ihren Ergebnissen zwischen Werten von 0,14 % - 0,74 % der Bevölkerung²³, Rössler (1996) vertritt eine Einengung der Variationsbreite auf 0,25 % - 0,53 % der Gesamtbevölkerung²⁴. 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

²⁰ Rössler, Wulf: Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker: Daten, Fakten, Analysen [Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 77] Baden-Baden 1996, Seite 39

²¹ Salize, H.J., Rössler, W.: Kosten und Kostenwirksamkeit der gemeindepsychiatrischen Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, Berlin – Heidelberg – New York 1998

²² 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, Seite 81 - 87

²³ Graf v. d. Schulenberg, J.-M. et al.: a.a.O., Seite 82

²⁴ Rössler, Wulf: Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker: Daten, Fakten, Analysen [Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 77] Baden-Baden 1996, Seite 40

zwischen den Geschlechtern²⁵. 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 ermittelt²⁶.

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

Tabelle 3-6: 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.)²⁷

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

Niße (1998) berichtet von Ergebnissen, nach denen 45 % der über 95jährigen dement erkrankt sind²⁸. Die Jahresinzidenz dementieller Erkrankungen liegt bei ca. 1,5 % der über 65jährigen²⁹ und steigt mit fortschreitendem Alter weiter an. Dilling (1984) hat ermittelt, dass zwei Drittel der psychischen Alterserkrankungen bereits länger als 5 Jahre bestanden³⁰. Psychosen treten im Alter selten neu auf, hier handelt es sich im wesentlichen um chronifizierte Verläufe früherer Erkrankungen³¹.

²⁵ s. neben der bereits zitierten Literatur auch: Statistisches Bundesamt: Gesundheitsbericht für Deutschland, Stuttgart 1998

²⁶ 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

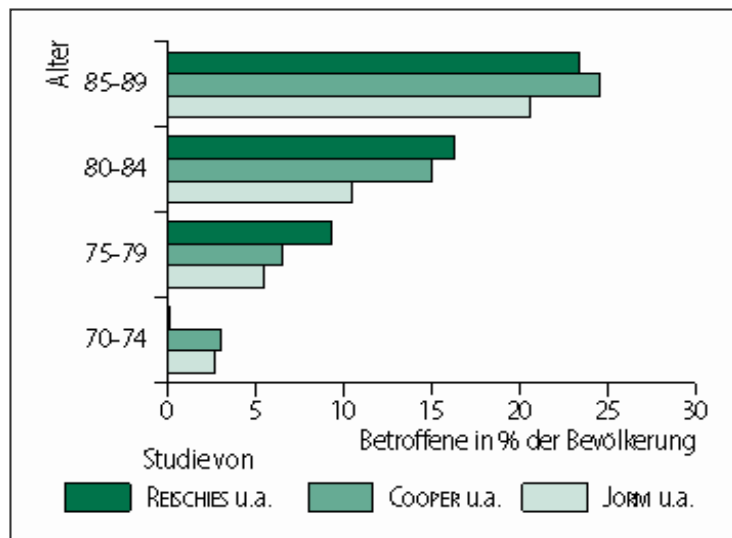
²⁷ Rössler, Wulf, Salize, Hans Joachim: Planungsmaterialien für die psychiatrische Versorgung, Weinheim 1993

²⁸ Niße K.: Psychisch krank im Alter [Kuratorium Deutsche Altershilfe Thema 136], Köln 1998

²⁹ Statistisches Bundesamt: Gesundheitsbericht für Deutschland, Stuttgart 1998, Seite 210

³⁰ a.a.O., Seite 45

³¹ Rössler, W., Salize H. J.: Planungsmaterialien für die psychiatrische Versorgung, Weinheim 1993, Seite 42

Tabelle 3-7: Prävalenz von Demenz³²

Repräsentative Felduntersuchungen zur Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen von Migranten in Deutschland sind nicht bekannt. Einerseits wird für schizophrene Psychosen „teilweise ein erhöhtes Krankheitsrisiko“³³ 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 wird³⁴.

3.1.3.4. 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. Franz³⁵ spricht von einem „weit verbreiteten störungs inadäquaten Inanspruchnahmeverhalten psychogener 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 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 Erkrank-

³² Statistisches Bundesamt: Gesundheitsbericht für Deutschland, Stuttgart 1998, Seite 210

³³ 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

³⁴ Statistisches Bundesland a.a.O.

³⁵ Franz, M.: Epidemiologie psychogener Störungen und Bedarf an Versorgungsleistungen in: Janssen, P. L. (Hrsg.): Psychotherapeutische Medizin, Stuttgart, New York 1999, Seite 103

kungen wurde von Dilling et al.(1984) im Rahmen der Diskussion der Untersuchungsergebnisse nach unten auf eine realistische Behandlungsrate von 4 – 5 % korrigiert³⁶.

Tabelle 3-8: Ambulante und stationäre psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit im Landkreis Traunstein nach Diagnosegruppen (ICD 9)³⁷, eigene Berechnungen

Häufigkeit psychiatrischer Hauptdiagnosen (ICD 9) nach Schweregraden	7 – Tage Prävalenz in %, n = 1666		5 Jahre Streckenprävalenz in %, n = 1666	
	Schweregrad 3 ³⁸	Schweregrad 4 ³⁹	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 3-8 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.

Die Sozialstruktur der Versorgungsregion hat erheblichen Einfluss auf die Hospitalisierungsraten. Rüesch, Meyer und Hell⁴⁰ konnten in einer Korrelationsanalyse von Daten der im Jahre 1997 stationär behandelten Psychiatriepatienten 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 Häu-

³⁶ vgl. Dilling et al. (1984) a.a.O., Seite 116 ff

³⁷ Fichter (1990) a.a.O., Seite 56

³⁸ Erforderlichkeit ambulanter fachärztlicher Behandlung

³⁹ Erforderlichkeit stationärer psychiatrischer Behandlung

⁴⁰ 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

figkeit 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.

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.

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 eingestuften Patienten angegeben⁴¹. Die Untersuchung zur Erstellung eines Psychiatrieberichtes für die Versorgungsregion Kaiserslautern gibt hierüber keine Auskunft. Dennoch ist die Häufigkeit fehlender Behandlungsmotivation bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Vorurteile in der Bevölkerung gegenüber psychischer Erkrankung senken die Behandlungsbereitschaft und helfen, fachliche Hilfen zu vermeiden. Diese Fragestellung wurde nicht untersucht.

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.

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 ist nicht Gegenstand der Berichterstattung.

Der Psychiatriebericht für die Region Kaiserslautern 2004 informiert über die Struktur ausgewählter Dienste bzw. Einrichtungen und die Inanspruchnahme der Versorgungsangebote. Er nähert sich der Versorgungsrealität im wesentlichen über die Beschreibung vorhandener Ressourcen und erbrachter Leistungen und nutzt hierzu die Daten der seit 1999 regelhaft arbeitenden Hilfeplankonferenz. Auf fehlende Daten wird jeweils hingewiesen.

⁴¹ Dilling et al.(1984) a.a.O., Seite 118

3.4. Annahmen zur Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen in der Bevölkerung der Region Kaiserslautern

Zum Stichtag 31.12.2000 lebten in der Region Kaiserslautern bestehend aus Stadt und Landkreis 209.928 Menschen, 106.659 oder 51 % davon waren Frauen.

Tabelle 3-9: Bevölkerung in der Versorgungsregion Kaiserslautern am 31.12.2000 (Quelle: Stat. Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) Statistik regional, Ausgabe 2002)

Bevölkerung in der Region Kaiserslautern nach Geschlecht	Stadt Kaiserslautern		Landkreis Kaiserslautern		gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Männer	49.252	49%	54.017	49%	103.269	49%
Frauen	50.573	51%	56.086	51%	106.659	51%
gesamt	99.825	100%	110.103	100%	209.928	100%

Während Tabelle 3-9 die gesamte Bevölkerung in der Versorgungsregion Kaiserslautern ausweist, beinhaltet die folgende Darstellung die Verteilung der Kaiserslauterner Bevölkerung nach Altersgruppen. Hier findet sich ein erster Unterschied in der Altersstruktur von Stadt und Landkreis: der Anteil der Kinder und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung ist im Landkreis mit 17% höher als in der Stadt und liegt im arithmetischen Mittel für beide Gliederungen bei 16%.

Tabelle 3-10: Altersaufbau der Bevölkerung in der Versorgungsregion Kaiserslautern zum 31.12.2000

Bevölkerung in der Region Kaiserslautern nach Alter	Stadt Kaiserslautern		Landkreis Kaiserslautern		gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
bis zu 15 Jahre alt	13.874	14%	19.165	17%	33.039	16%
älter als 15 Jahre alt	85.951	86%	90.938	83%	176.889	84%
gesamt	99.825	100%	110.103	100%	209.928	100%

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 Einwohnerinnen und Einwohner der Region Kaiserslautern ab dem 15. bzw. 25 Lebensjahr zu Grunde gelegt, um die Vergleichbarkeit mit der Oberbayrischen Studie und der Mannheimer Studie zu erhöhen.

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

Tabelle 3-11: Annahmen über die Häufigkeit psychiatrischen Erkrankungen in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach Diagnosegruppen (ICD 9), eigene Berechnungen

Annahmen über die Häufigkeit psychiatrischer Erkrankung ⁴² in der Bevölkerung der Versorgungsregion Kaiserslautern zum 31.12.1998 nach ICD 9	Oberbayrische Studie (15 Jahre und älter)				Mannheimer Studie (25 Jahre und älter)		
	7 – Tage Prävalenz n = 176.889		5 Jahre Streckenprävalenz n = 176.889		7 – Tage Prävalenz n = 153.850		
	in %	absolut	in %	absolut	ICD - 9	in %	absolut
Organische Psychosen (290 – 294)	1,6	2.830	1,9	3.361	-	-	-
Psychosen (295 – 299)	1,2	2.123	1,9	3.361	-	-	-
Neurosen (300, 306 – 316)	12,6	22.288	23,9	42.276	300, 305, 306	18,84%	28.985
Persönlichkeitsstörungen (301)	3,1	5.484	3,3	5.837	301	5,67 %	8.723
Alkoholismus / Drogenabhängigkeit (303 – 305)	3,1	5.484	4,2	7.429	303, 304.4	1,5%	2.308
Geistige Behinderung (317 – 319)	0,9	1.592	0,9	1.592	-	-	-
gesamt	22,5	39.800	36,1	63.857	-	26,01%	40.016

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 525 und 1.113 der Kaiserslauterner Einwohnerinnen und Einwohner an Schizophrenie erkrankt, während die Häufigkeit der Neuerkrankungen in absoluten Zahlen jährlich zwischen 31 und 84 läge. Diese Werte sind insoweit von Bedeutung, als schizophrene Störungsbilder einen hohen Rehabilitationsaufwand erforderlich machen und insoweit zu der Kerngruppe gemeindepsychiatrischer Bemühungen gehören.

Annahmen über den Anteil der psychiatrisch behandlungsbedürftigen Einwohnerinnen und Einwohner in der Versorgungsregion Kaiserslautern können auf der Basis der oberbayrischen Studie formuliert werden. Unter Berücksichtigung der in der oberbayrischen Studie geltenden Schweregrade ergeben sich die in Tabelle 3-12 aufgeführten Anhaltswerte zur Anzahl psychiatrisch behandlungsbedürftiger Einwohnerinnen und Einwohner in der Versorgungsregion Kaiserslautern.

⁴² für die oberbayrische Studie wurde ein Schweregrad ≥ 2 zu Grunde gelegt.

Tabelle 3-12: Annahmen über die Häufigkeit ambulanter und stationärer psychiatrischer Behandlungsbedürftigkeit der über 15jährigen in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach Diagnosegruppen (ICD 9)⁴³, eigene Berechnung

Psychiatrische Hauptdiagnose nach ICD 9, Kaiserslauterner Bevölkerung zum 31.12. 1998, 15 Jahre und älter	7 – Tage Prävalenz n = 176.889				5 Jahre Streckenprävalenz n = 176.889			
	Schweregrad 3 ⁴⁴		Schweregrad 4 ⁴⁵		Schweregrad 3		Schweregrad 4	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Organische Psychosen (290 – 294)	1.238	0,7	177	0,1	1.769	1,0	708	0,4
Psychosen (295 – 299)	708	0,4	-	-	1.238	0,7	177	0,1
Neurosen (300, 306 – 316)	2.476	1,4	177	0,1	9.729	5,5	884	0,5
Persönlichkeitsstörungen (301)	531	0,3	-	-	708	0,4	-	-
Alkoholismus / Drogenabhängigkeit (303 – 305)	708	0,4	177	0,1	2.123	1,2	177	0,1
Geistige Behinderung (317 – 319)	177	0,1	177	0,1	177	0,1	177	0,1
gesamt	5.837	3,3 %	708	0,4 %	15.743	8,9 %	2.123	1,2 %

Für die Zwecke einer Bestanderhebung und Mängelanalyse der psychiatrischen Versorgung in der Versorgungsregion Kaiserslautern ist der Hinweis von Bedeutung, dass zum Zeitpunkt der Prävalenzstudie in Oberbayern noch kein mit der heutigen Situation vergleichbares ambulanzkomplementäres Versorgungsnetz und dem dort etablierten differenzierten Angebot existierte. Die dargestellten Angaben zur Behandlungsbedürftigkeit berücksichtigen ausschließlich ambulante und stationäre fachärztliche Leistungen.

Gleichwohl erlauben die Werte eine Annäherung an die Größenordnung der im Rahmen der Gemeindepsychiatrie zu begleitenden Bewohnerinnen und Bewohner der Versorgungsregion Kaiserslautern. Deutlich erkennbar ist die quantitative Bedeutung organischer Psychosen, im wesentlichen dementielle Erkrankungen. In der 5-Jahresstreckenprävalenz finden sich nach dieser Berechnung etwa 180 Menschen, die stationär behandlungsbedürftig an psychotischen Störungen leiden. Nach den vorliegenden Studien heilen diese Störungen⁴⁶ in etwa einem Drittel der Fälle aus, in bis zu zwei Dritteln der Fälle bleibt ein längerfristiger Unterstützungsbedarf, wobei sich der Verlauf wiederum in einem Drittel der Fälle als ungünstig erweist. Nicht in allen Fällen führt die schizophrene Störung zu einer Beeinträchtigung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, so dass in etwa von 100 Bewohnerinnen und Bewohnern der Region Kaiserslautern auszugehen ist, die wegen einer solchen Störung Hilfen zur Teilhabe benötigen.

⁴³ nach Fichter (1990) a.a.O., Seite 56

⁴⁴ Erforderlichkeit ambulanter fachärztlicher Behandlung

⁴⁵ Erforderlichkeit stationärer psychiatrischer Behandlung

⁴⁶ Häfner, Heinz: Das Rätsel Schizophrenie, Beck-Verlag, München 2000; Finzen, Asmus: Schizophrenie, Psychiatrie-Verlag, Bonn 2000

Bei den neurotischen Störungen beeindruckt die Differenz in der Häufigkeit zwischen der 7-Tages – und 5 – Jahresprävalenz, was ein deutlicher Hinweis darauf ist, dass neurotische Erkrankungen gut behandelbar sind, ohne Behandlung abklingen oder an individueller Bedeutung verlieren und jedenfalls nur vereinzelt zur Chronifizierung und damit zu einem über das rein medizinisch-psychotherapeutisch Behandelbare hinaus gehenden Unterstützungsbedarf führen.

Persönlichkeitsstörungen sind nach der hier zitierten Studie ambulant fachärztlich zu behandeln und erfordern keine stationären Behandlungsmaßnahmen. Vereinzelt wird man jedoch davon ausgehen können, dass ein Unterstützungsbedarf zur Überwindung krisenhafter Entwicklungen gegeben ist.

Stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen machen stationäre Behandlungsmaßnahmen in einer vergleichbaren Größenordnung wie bei schizophrenen Störungen erforderlich, Verlauf und Chronifizierungsrisiko sind jedoch nicht so weitgehend bestimmbar wie dies bei psychotischen Erkrankungen der Fall ist⁴⁷.

Psychische Störungen im Alter sind insbesondere von Hirnabbauprozessen und reaktiven Störungen beispielsweise in Folge des Verlustes nahe stehender Personen geprägt, wie die nachstehende Tabelle verdeutlicht.

Tabelle 3-13: Häufigkeit von psychiatrischen Alterserkrankungen bei über 65 – jährigen in der Versorgungsregion Kaiserslautern⁴⁸

Art der Erkrankung	tiefster Wert		höchster Wert	
	absolut n = 51.220	%	absolut n = 51.220	%
Schwere Hirnabbauprozesse (Demenz und schwere organische Psychosen)	1.741	3,4	3.073	6,0
Leichtere Hirnabbauprozesse	2.766	5,4	7.888	15,4
Endogene Psychosen (Schizophrenie, endogene Depression, manisch – depressive Psychose)	512	1,0	1.895	3,7
Reaktive Störungen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen	2.459	4,8	7.017	13,7

Für Veränderungen in der Häufigkeit psychiatrischer Erkrankungen ist die demographische Zusammensetzung der Bevölkerung von entscheidender Bedeutung. Wie Tabelle 3-14 verdeutlicht, wird sich die demographische Zusammensetzung der Bevölkerung in der Region Kaiserslautern in den nächsten Jahren ändern: insgesamt betrachtet wird die Bevölkerung nach allen drei Prognosevarianten in der Region zurückgehen; Anzahl und Anteil der bis zu 20 – jährigen geht ebenso zurück wie die 20 – 60 jährigen, allein Anzahl und Anteil der über 60 – Jährigen steigt.

⁴⁷ Burtscheidt W: Störungen durch Alkohol in: Gaebel W, Müller-Spahn F: Diagnostik und Therapie psychischer Störungen

⁴⁸ Rössler, Wulf, Salize, Hans Joachim: Planungsmaterialien für die psychiatrische Versorgung, Weinheim 1993

Tabelle 3-14: Bevölkerungsprognose für die Region Kaiserslautern 2000 – 2050, Quelle: Stat. Landesamt Rheinland-Pfalz, eigene Berechnungen

Altersgruppen	2000	2010			2030			2050		
		Untere Variante	Mittlere Variante	Obere Variante	Untere Variante	Mittlere Variante	Obere Variante	Untere Variante	Mittlere Variante	Obere Variante
unter 20	44.314	36.017	36.342	37.348	31.107	32.756	34.978	25.193	28.197	31.860
20-60	114.394	107.736	108.739	111.616	87.179	91.740	98.285	71.880	81.032	91.871
60 und älter	51.220	54.632	54.708	55.775	60.605	62.438	66.033	50.619	56.838	65.658
gesamt	209.928	198.385	199.789	204.739	178.891	186.934	199.296	147.692	166.067	189.389

Es ist daher zu erwarten, dass gerontopsychiatrische Krankheitsbilder⁴⁹ zunehmen werden. Dies verdeutlicht Tabelle 3-13, die auf der Grundlage der „Mittleren Variante“ der Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes Rheinland-Pfalz⁵⁰ erstellt wurde: häufigste psychische Störungen im Alter werden reaktive Störungen und neurotische Entwicklungen und leichtere Hirnabbauprozesse bleiben. Bei schweren Hirnabbauprozessen einschließlich der dementiellen Erkrankungen ist bis zum Jahre 2010 mit einer Zunahme von etwa 7%, bis zum Jahre 2030 von etwa 21% zu rechnen.

Eine solche prozentuale Steigerung von etwa 7% findet sich in diesen Zeiträumen auch für endogene Psychosen, wobei die absoluten Zahlen deutlich geringer ausfallen.

Gleichzeitig kann angenommen werden, dass psychische Störungen im Alter zwischen 20 – und 60 Jahren in Zukunft zumindest nicht zunehmen, sondern in ihrer Häufigkeit eher abnehmen werden. Abnehmend dürfte sich aufgrund des abnehmenden Anteils von Kindern und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung die Entwicklung im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich gestalten.

⁴⁹ „Gerontopsychiatrie“ ist Psychiatrie für Menschen ab 60 Jahre

⁵⁰ Stat. Landesamt Rheinland-Pfalz: Rheinland-Pfalz 2050 – Auswirkungen der demographischen Entwicklung, Bad Ems, Oktober 2004

Tabelle 3-15: Häufigkeit von psychiatrischen Alterserkrankungen bei über 65 – jährigen in der Versorgungsregion Kaiserslautern⁵¹, eigene Berechnungen

Art der Erkrankung	tiefster Wert					höchster Wert				
	absolut 2000 n = 51.220	absolut 2010 ⁵² n = 54.708	absolut 2030 n = 62.438	absolut 2050 n = 56.838	%	absolut 2000 n = 51.220	absolut 2010 n = 54.708	absolut 2030 n = 62.438	absolut 2050 n = 56.838	%
Schwere Hirnabbauprozesse (Demenz und schwere organische Psychosen)	1.741	1.860	2.123	1.932	3,4	3.073	3.282	3.746	3.410	6,0
Leichtere Hirnabbauprozesse	2.766	2.954	3.372	3.069	5,4	7.888	8.425	9.615	8.753	15,4
Endogene Psychosen (Schizophrenie, endogene Depression, manisch – depressive Psychose)	512	547	624	568	1,0	1.895	2.024	2.310	2.103	3,7
Reaktive Störungen, Neurosen, Persön- lichkeitsstörungen	2.459	2.626	2.997	2.728	4,8	7.017	7.495	8.554	7.787	13,7
Veränderung absolut	2010-2000	2030-2000	2050-2000	2010-2000	2030-2000	2050-2000				
Schwere Hirnabbauprozesse	119	382	191	119	382	191				
Leichtere Hirnabbauprozesse	188	606	303	188	606	303				
Endogene Psychosen	35	112	56	35	112	56				
Reaktive Störungen, Neurosen, Persön- lichkeitsstörungen	167	538	269	167	538	269				
Veränderung in %	7%	21%	9%	7%	21%	9%				

⁵¹ Rössler, Wulf, Salize, Hans Joachim: Planungsmaterialien für die psychiatrische Versorgung, Weinheim 1993

⁵² Mittlere Variante, über 60-jährige

4. AMBULANTE medizinische Behandlung

In der Versorgungsregion Kaiserslautern gibt es im November 2004 insgesamt 14 niedergelassene Nervenärzte, von denen 10 in der Stadt und 4 im Landkreis praktizieren. Hinzu kommt ein Kinder- und Jugendpsychiater. In der Stadt praktizieren 271 Ärztinnen und Ärzte, im Landkreis 164. 33 Psychologische Psychotherapeuten arbeiten in der Stadt, 9 im Landkreis Kaiserslautern.

Die kassenärztlichen Vereinigung Neustadt beteiligte sich an der Psychiatrieberichterstattung für die Versorgungsregion Kaiserslautern, in dem sie Daten für die Berichtsjahre 2002 und 2003 zur Verfügung stellte. Die Daten wurden nach den Erhebungsmerkmalen

- Alter
- Geschlecht
- Diagnose

der Patientinnen und Patienten gliedert. Behandlungsort war die Versorgungsregion Kaiserslautern. Für das 3. Quartal 2004 wurde darüber hinaus aufgeschlüsselt, Ärztinnen und Ärzte welcher Gebietsbezeichnungen Leistungen erbracht haben. Es wurde unterschieden zwischen „Internisten“, „Neurologe bzw. Psychiater“, „Psychotherapeutische Medizin“, „niedergelassene psychologische Psychotherapeuten“, „Allgemeinmedizinern“ und der Notdienstzentrale.

Im Hinblick auf die Aussagefähigkeit des Materials wird auf folgendes hingewiesen:

1. „Fall“ ist definiert als ein Patient oder eine Patientin, für die bzw. den im Quartal wegen einer psychiatrischen Diagnose Leistungen abgerechnet wurden. Eine Person wurde demnach im Berichtsjahr viermal gezählt, wenn sie fortlaufend in jedem Quartal in ambulanter medizinischer Behandlung wegen einer psychiatrischen Diagnose war.
2. Die „Leistungen“ wurden nicht qualifiziert erhoben – jede Abrechnung einer Leistung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose wurde unabhängig von der Art oder Qualität der Leistung gezählt.
3. Die Leistungen konnten darüber hinaus für denselben Patienten bzw. für dieselbe Patientin im selben Quartal von unterschiedlichen Ärzten unterschiedlicher Gebietsbezeichnungen (Allgemeinmediziner – Facharzt) abgerechnet werden. Dies hat zur Folge, dass die dargestellten Werte Mehrfachnennungen beinhalten.
4. Weiter ergeben sich Fragen aus der Diagnosestellung und ihrer Verschlüsselung nach ICD – 10. So ist denkbar, dass die durch die Kassenärztliche Vereinigung ermittelten und verwendeten Daten nicht in jedem Falle das tatsächliche Störungsbild der Patienten wieder geben, sondern immer auch Diagnosen beinhalten, die aufgrund von Abrechnungsmodalitäten der Mediziner, uneinheitlicher Diagnosestellung oder aufgrund mangelnder Fachkenntnisse psychiatrischer Erkrankungsbilder zustande kommen können.

Zusammenfassend machen die aufgeführte Einschränkungen eine zurückhaltende Interpretation des Zahlenwerkes erforderlich. Gleichzeitig ist es jedoch geeignet, einen Eindruck von der Leistungsfähigkeit und herausragenden Bedeutung des Systems ambulanter medizinischer Versorgung für Menschen

mit einer psychischen Erkrankung zu vermitteln.

Etwa die Hälfte der ärztlichen Behandlungen, die in der Versorgungsregion Kaiserslautern ambulant durchgeführt und abgerechnet wurden, entfielen auf Frauen. Im ersten Quartal 2002 lag der Anteil der Frauen an allen ärztlich abgerechneten Leistungen wegen einer Diagnose noch bei 52%, was sich im Zeitablauf veränderte. Im 4. Quartal 2003 lag der Frauenanteil bei den abgerechneten ärztlichen Leistungen bei 48% gesunken.

Tabelle 4-1: ambulante medizinische Behandlungen wegen einer psychiatrischen Diagnose in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach Geschlecht, Datenquelle: KV Neustadt, eigene Berechnungen

	1. Quartal 2002	2. Quartal 2002	3. Quartal 2002	4. Quartal 2002	1. Quartal 2003	2. Quartal 2003	3. Quartal 2003	4. Quartal 2003
Männer	1.775	1.804	1.943	1.830	1.942	2.021	2.178	2.161
Frauen	1.901	1.798	1.888	1.877	1.911	1.969	1.954	1.989
gesamt	3.676	3.602	3.831	3.707	3.853	3.990	4.132	4.150
%								
Männer	48%	50%	51%	49%	50%	51%	53%	52%
Frauen	52%	50%	49%	51%	50%	49%	47%	48%

Häufigster Anlass zur Abrechnung ärztlicher Leistungen wegen einer psychischen oder Verhaltensstörung waren in der Berichtsperiode Suchterkrankungen und dies mit wachsender Bedeutung. Im Laufe der beiden Jahre 2002 und 2003 stieg die Häufigkeit der wegen Suchterkrankungen abrechneten Leistungen um über 300 Fälle von 36% auf 40 % an.

Dies entspricht einer Steigerungsrate von 27%.

Stabil mit einem Fünftel der Fälle schlagen schizophrene Störungen zu Buche. Hier ist absolut eine Zunahme von 112 und damit eine Steigerungsrate von 15% dokumentiert, was an der relativen Häufigkeit dieses Störungsbildes allerdings nichts zu ändern vermag.

Affektive Störungen spiegeln im Behandlungsgeschehen mit geringen Fallzahlen eine geringe Rolle, der Anteil liegt bei etwa einem Prozent.

Während bei Verhaltensauffälligkeiten (F50ff) bei etwa 10% und bei Persönlichkeits- und Verhaltensauffälligkeiten (F60ff) bei etwa 14% eine Veränderung der relativen Häufigkeiten nicht beobachtet werden kann, scheint die Bedeutung von neurotischen Störungen (F40ff) zurück gegangen zu sein.

Tabelle 4-2: ambulante medizinische Behandlungen wegen einer psychiatrischen Diagnose in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach Diagnosen, Datenquelle: KV Neustadt, eigene Berechnungen

	1. Q. 2002	2. Q. 2002	3. Q. 2002	4. Q. 2002	1. Q. 2003	2. Q. 2003	3. Q. 2003	4. Q. 2003
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen F10ff	1312	1330	1420	1425	1449	1511	1603	1675
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen F20ff	720	703	780	664	741	788	880	832
Affektive Störungen F30ff	28	27	26	18	22	25	18	21
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen F40ff	689	647	650	729	716	691	609	643
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren F50ff	400	373	394	391	411	378	421	428
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen F60ff	527	522	561	480	514	597	601	551
gesamt	3676	3602	3831	3707	3853	3990	4132	4150
%								
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen F10ff	36%	37%	37%	38%	38%	38%	39%	40%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen F20ff	20%	20%	20%	18%	19%	20%	21%	20%
Affektive Störungen F30ff	1%	1%	1%	0%	1%	1%	0%	1%
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen F40ff	19%	18%	17%	20%	19%	17%	15%	15%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren F50ff	11%	10%	10%	11%	11%	9%	10%	10%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen F60ff	14%	14%	15%	13%	13%	15%	15%	13%
gesamt	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabelle 4-3 verknüpft die bisher getrennt dargestellten Sachverhalte miteinander. Deutlich erkennbar ist, dass ärztliche Behandlungen wegen einer Abhängigkeitserkrankung in drei Vierteln alle Fälle bei Männern abgerechnet werden. Bei schizophrenen Störungen ist die Geschlechtsverteilung ausgeglichen, wie dies die epidemiologischen Daten im übrigen erwarten lassen.

Ärztliche Maßnahmen wegen neurotischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten finden sich zu 80% bei Frauen, auch bei abgerechneten Leistungen wegen Persönlichkeitsstörungen überwiegen die Frauen⁵³.

Besser noch als bei der relativen Veränderung ist bei den absoluten Werten deutlich erkennbar, dass die Zunahme abgerechneter ärztlicher Behandlungsmaßnahmen auf die Suchterkrankungen zurück zu führen ist. Schizophrene Störungen, bei denen ebenfalls Veränderungen registriert sind, sind zahlenmäßig so gering, dass sie den Anstieg allein nicht erklären können.

⁵³ Dies bedeutet, dass Frauen deshalb häufiger und eher zum Arzt gehen, nicht dass Störungen bei Frauen soviel häufiger vorkommen.

Tabelle 4-3: ambulante medizinische Behandlungen wegen einer psychiatrischen Diagnose in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach Geschlechtsverteilung und Diagnosen, Datenquelle: KV Neustadt, eigene Berechnungen

		F10ff	F20ff	F30ff	F40ff	F50ff	F60ff	gesamt
Mittelwert 2002	Männer	1036	364	9	140	87	203	1838
	Frauen	336	353	16	539	302	320	1866
	gesamt	1372	717	25	679	390	523	3704
	Männer	76%	51%	34%	21%	22%	39%	50%
	Frauen	24%	49%	66%	79%	78%	61%	50%
	gesamt	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
		F10ff	F20ff	F30ff	F40ff	F50ff	F60ff	gesamt
Mittelwert 2003	Männer	1194	410	9	155	88	220	2076
	Frauen	365	400	13	510	322	346	1956
	gesamt	1560	810	22	665	410	566	4031
	Männer	77%	51%	41%	23%	21%	39%	51%
	Frauen	23%	49%	59%	77%	79%	61%	49%
	gesamt	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Die folgende Tabelle geht auf den Sachverhalt in anderer Perspektive ein. Hier liegt der Fokus auf der Verteilung der einzelnen Diagnosengruppen auf die jeweiligen Geschlechter, wobei zwischen den beiden Jahren außer bei den bereits genannten Veränderungen bei den Suchterkrankungen und den affektiven Störungen kaum Unterschiede auszumachen sind.

Auch hier zeigt sich in beeindruckender Art und Weise, dass Abhängigkeitserkrankungen als Männerkrankheiten wahrgenommen werden. Über die Hälfte der abgerechneten ärztlichen Leistungen bei Männern entfallen auf Suchterkrankungen, ein Fünftel auf schizophrene Störungen. Persönlichkeitsstörungen stellen 10% der abgerechneten Fälle.

Frauen leiden am häufigsten, und zwar in einem knappen Drittel der Fälle an neurotischen und Belastungsstörungen, jeweils etwa ein Fünftel entfallen auf schizophrene Störungen, Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen.

Tabelle 4-4: ambulante medizinische Behandlungen wegen einer psychiatrischen Diagnose in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach Diagnosen und Geschlechtsverteilung, Datenquelle: KV Neustadt, eigene Berechnungen

	Mittelwerte (arithmetisches Mittel) 2002			Mittelwerte (arithmetisches Mittel) 2003		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen F10ff	1036	336	1372	1194	365	1560
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen F20ff	364	353	717	410	400	810
Affektive Störungen F30ff	9	16	25	9	13	22
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen F40ff	140	539	679	155	510	665
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren F50ff	87	302	390	88	322	410
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen F60ff	203	320	523	220	346	566
gesamt	1838	1866	3704	2076	1956	4031
%						
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen F10ff	56%	18%	37%	58%	19%	39%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen F20ff	20%	19%	19%	20%	20%	20%
Affektive Störungen F30ff	0%	1%	1%	0%	1%	1%
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen F40ff	8%	29%	18%	7%	26%	16%
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren F50ff	5%	16%	11%	4%	16%	10%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen F60ff	11%	17%	14%	11%	18%	14%
gesamt	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabelle 4-5 gibt Auskunft über die Altersverteilung nach Diagnosegruppen.

Tabelle 4-5: ambulante medizinische Behandlungen wegen einer psychiatrischen Diagnose in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach Diagnosen und Altersverteilung, Datenquelle: KV Neustadt, eigene Berechnungen

Altersverteilung nach Diagnosegruppen in 2003	F10 ff.	F20 ff.	F30 ff.	F40 ff.	F50 ff.	F60 ff.
95 Jahre	2	3	0	0	1	12
90 Jahre	7	4	0	2	1	12
85 Jahre	5	4	1	2	1	17
80 Jahre	34	20	2	20	1	17
75 Jahre	59	32	1	19	3	21
70 Jahre	113	41	0	34	2	18
65 Jahre	174	63	1	54	4	29
60 Jahre	166	56	1	38	11	28
55 Jahre	191	69	0	49	8	21
50 Jahre	234	99	2	63	13	45
45 Jahre	230	93	2	73	24	46
40 Jahre	180	116	0	67	22	57
35 Jahre	84	74	1	72	37	58
30 Jahre	43	75	1	37	34	44
25 Jahre	24	40	2	49	38	44
20 Jahre	12	22	1	47	62	45
15 Jahre	3	3	0	19	43	16
10 Jahre	0	1	0	14	27	18
5 Jahre	0	0	1	7	38	16
bis zu 5 Jahren	0	0	0	0	41	3
gesamt	1560	810	13	662	409	563

Zwischen den einzelnen Diagnosen in Verbindung mit den Geschlechtern gibt es deutliche Altersunterschiede, wie Tabelle 4-6 offen legt. Abhängigkeitserkrankungen wurden –im statistischen Mittel– unabhängig vom Geschlecht bei 52 bis 53 Jährigen ärztlich behandelt.

Ärztliche Behandlungsmaßnahmen wegen schizophrener Störungen finden sich bei 43 jährigen Männern und bei 52 bis 53 jährigen Frauen.

Bei affektiven Störungen gab es von 2002 auf 2003 deutliche Veränderungen, die jedoch eher mit den geringen Fallzahlen und damit zusammenhängend mit rechnerischen Effekten zu tun haben dürften. Stabil in die Mitte der 40-er fallen bei beiden Geschlechtern ärztliche Behandlungen wegen neurotischen und Belastungsstörungen.

Jugendliche Männer mit 16, 17 Jahren und junge Frauen unter 30 Jahren werden ärztlicherseits wegen Persönlichkeitsstörungen behandelt.

Tabelle 4-6: ambulante medizinische Behandlungen wegen einer psychiatrischen Diagnose in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach Alter und Geschlecht, Datenquelle: KV Neustadt, eigene Berechnungen

Altersdurchschnitt	Altersdurchschnitt 2002			Altersdurchschnitt 2003		
	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen	gesamt
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen F10ff	52	53	52	53	53	53
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen F20ff	43	52	47	43	53	48
Affektive Störungen F30ff	39	53	49	45	48	47
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen F40ff	46	45	45	45	44	44
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren F50ff	16	27	25	17	27	25
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen F60ff	42	48	46	41	46	44

60% der beschriebenen ärztlichen Behandlungsmaßnahmen werden von niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen abgegeben, jeweils etwa ein Fünftel entfallen auf Neurologen bzw. Psychiater (19%) und Internisten (16%). Die psychotherapeutische Medizin spielt in dieser rein quantitativen, mengenmäßigen Betrachtung des Versorgungsgeschehens wie die psychologischen Psychotherapeuten eine geringe Rolle.

Inhaltlich bedeutsam ist die Verteilung der einzelnen Diagnosegruppen auf die jeweiligen ärztlichen Gebietsbezeichnungen.

90% der abgerechneten ärztlichen Leistungen wegen einer Suchterkrankung wurden von Allgemeinmedizinerinnen (66%) und Internisten (24%) erbracht, mit 9% finden sich niedergelassene Neurologen und Psychiater, mit 1% niedergelassene psychologische Psychotherapeuten.

Anders ist die Situation bei schizophrenen Störungen, bei denen abgerechnete Behandlungen zu 55% auf niedergelassene Neurologen und Psychiater und zu 35% auf Allgemeinmediziner entfallen. Die psychotherapeutische Medizin und niedergelassene Psychotherapeuten rechnen nur vereinzelt Leistungen wegen dieser Diagnosegruppe ab. Affektive Störungen, mengenmäßig wenige Fälle, kommen lediglich bei niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen oder Neurologen bzw. Psychiatern vor.

Tabelle 4-7: ambulante medizinische Behandlungen wegen einer psychiatrischen Diagnose in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach ärztlichen Gebietsbezeichnungen und Diagnosen, Datenquelle: KV Neustadt, 04. Quartal 2003, eigene Berechnungen

	F10 ff.	F20 ff.	F30 ff.	F40 ff.	F50 ff.	F60 ff.	F70 ff.	F80 ff.	F90 ff.	gesamt
FG 19 (Internisten)	365	59	0	56	56	37	15	14	23	625
FG 38 (Neurologe bzw. Psychiater)	130	353	10	56	10	153	28	1	17	758
FG 50 (Psychotherapeutische Medizin)	1	0	0	5	2	10	0	0	0	18
FG 69, 70, 71 (Psychologische Psychotherapeuten)	11	2	0	45	19	47	1	1	2	128
FG 80 (Allgemeinmediziner)	987	221	13	188	168	176	43	288	270	2354
FG 99 (Notfalldienstzentrale)	8	2	0	2	1	3	1	0	0	17
gesamt	1502	637	23	352	256	426	88	304	312	3900
%										
FG 19 (Internisten)	24%	9%	0%	16%	22%	9%	17%	5%	7%	16%
FG 38 (Neurologe bzw. Psychiater)	9%	55%	43%	16%	4%	36%	32%	0%	5%	19%
FG 50 (Psychotherapeutische Medizin)	0%	0%	0%	1%	1%	2%	0%	0%	0%	0%
FG 69, 70, 71 (Psychologische Psychotherapeuten)	1%	0%	0%	13%	7%	11%	1%	0%	1%	3%
FG 80 (Allgemeinmediziner)	66%	35%	57%	53%	66%	41%	49%	95%	87%	60%
FG 99 (Notfalldienstzentrale)	1%	0%	0%	1%	0%	1%	1%	0%	0%	0%
gesamt	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

5. Teilstationäre Krankenhausbehandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose

In der Tagesklinik in der Versorgungsregion Kaiserslautern arbeiten 12 Beschäftigte, davon zwei in Vollzeit. Die Anzahl der Stellen im Vollzeitäquivalent beträgt 8,79 Stellen.

Die 8,79 Stellen entfielen auf zwei Ärzte bzw. Ärztinnen, 2,5 Fachkrankenpflegekräfte, 0,4 Stellen Dipl.-Psychologie, 1,83 Stellen Ergotherapie, 0,78 Sozialarbeit und 0,5 Verwaltung und 0,78 auf Gestalttherapie.

Im medizinischen Dienst gab es eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in der Tagesklinik sowie ein/e Assistenzarzt in Zusatzausbildung in Verhaltenstherapie. Auch der bzw. die Diplom-Psycholog/-in verfügte über eine Zusatzausbildung in Verhaltenstherapie. Zwei der Fachkrankenpflegekräfte hatten eine Weiterbildung in verhaltenstherapeutischem Coaching. Der bzw. die Sozialarbeiter/-in war Co-Therapeutin in Familientherapie.

Das Team der Tagesklinik wurde in 2002 an sechs Terminen extern supervidiert.

Einzel (Anzahl:4) - und Gruppentherapieräume (Anzahl: 2), Werkräume (Anzahl: 2) und der Ruheraum für die Patientinnen und Patienten waren barrierefrei gestaltet und somit auch für Rollstuhlfahrer/-innen zugänglich.

Die Patientinnen und Patienten der Tagesklinik haben die Möglichkeit zu kochen und können in einem separaten Essraum speisen. In den Zimmern gibt es Telefonanschlüsse – ein öffentlicher Fernsprecher ist nicht vorhanden. Den Patientinnen und Patienten stehen Aufenthaltsräume und ein separater Raucherraum zur Verfügung. Separate Besucherzimmer und ein abgetrennter Fernsehraum stehen nicht zur Verfügung.

Die Tagesklinik befindet sich in zentraler Lage in der Stadt, sie ist an Wochentagen von 08.00 Uhr bis 17.00 Uhr geöffnet und dann auch erreichbar. In den übrigen Zeiten läuft ein Anrufbeantworter.

Angaben zur Leistung und dem behandelten Personenkreis wurden von der Tagesklinik wegen eines „unzumutbaren Zeitaufwandes“ nicht gemacht.

6. Stationäre Krankenhausbehandlung im Rahmen der Institutsambulanz

Angaben zur Leistung und dem behandelten Personenkreis wurden von der Institutsambulanz wegen eines „unzumutbaren Zeitaufwandes“ nicht gemacht.

7. Stationäre Krankenhausbehandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose

Für die nachfolgende Darstellung wurden drei Datenquellen verwendet:

1. Sonderauswertung der Krankenhausdiagnosestatistik durch das Statistische Landesamt Rheinland-Pfalz: Vorteil dieser Datenquelle ist die Vergleichbarkeit der regionalen Werte mit Vergleichsdaten der Bundesebene und aus anderen Regionen. Darüber hinaus gibt die Datenquelle auch Auskunft über stationäre Maßnahmen in anderen medizinischen Fachabteilungen, in denen Menschen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose stationär behandelt wurden. Bei der Darstellung wurde unterschieden zwischen dem Behandlungsgeschehen in der Versorgungsregion Kaiserslautern unabhängig von der Herkunft der behandelten Personen (Behandlungsort Kaiserslautern, Wohnort Kaiserslautern und außerhalb) und den Behandlungsmaßnahmen für Menschen aus der Region Kaiserslautern unabhängig vom Behandlungsort (Wohnort Stadt oder Landkreis Kaiserslautern, Behandlungsort Kaiserslautern und außerhalb).

Bei der Krankenhausdiagnosestatistik ist zu beachten, dass „Fall“ nicht eine Person, sondern eine Entlassung meint. Eine Person, die wiederholt innerhalb eines Jahres im Krankenhaus aufgenommen und entlassen wird, wird jedes Mal erneut gezählt. Die Anzahl der Fälle spiegelt somit nicht die Anzahl der behandelten „Köpfe“, sondern der Entlassungen wieder.

Das Statistische Landesamt hat die Anzahl der Fälle (Entlassungen) einschließlich der Stundenfälle ausgewiesen. Stundenfälle sind die Fälle, die im Krankenhaus aufgenommen, jedoch am gleichen Tag wieder entlassen oder aber in eine andere medizinische Fachabteilung verlegt wurden. Die allgemein veröffentlichten Daten der Krankenhausstatistik beinhalten in der Regel die Stundenfälle nicht. Dies hat zur Folge, dass die dargestellten Werte als zu hoch erscheinen, wenn sie mit den veröffentlichten Daten der Bundesstatistik verglichen werden. Wo möglich, wurden Vergleichsdaten einschließlich der Stundenfälle in die Berichterstattung aufgenommen, um eine Vergleichbarkeit herzustellen.

2. Basisdokumentation der Pflichtversorgungsklinik, dem Pfalzkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie in Klingenmünster: Neben der Häufigkeit der Aufnahmen von 1999 – 2003 beinhaltete diese Datenquelle auch die Rechtsgrundlage und damit die Häufigkeit der unfreiwilligen Aufnahmen aus der Versorgungsregion Kaiserslautern.
3. Die Unterbringungsbehörden bei der Stadt – und Kreisverwaltung stellte eine Statistik zur Häufigkeit der Unterbringungsverfahren in 2004 zur Verfügung, die die Angaben der Basisdokumentation ergänzte.

Die Häufigkeit von Erst- und Wiederaufnahmen in der Pflichtversorgungsklinik, deren Verknüpfung mit Diagnosedaten und weitere Informationen zur Personengruppe konnten nicht abgebildet werden.

7.1. Aufnahmen im Pfalzklitorium für Psychiatrie und Neurologie, Klingenmünster nach Rechtsgrundlage

Tabelle 7-1 informiert zunächst über die Häufigkeit der Aufnahmen in der Erwachsenenpsychiatrie des Pfalzklitorium für Psychiatrie und Neurologie, Klingenmünster in Beziehung zu den Aufnahmen aus der Versorgungsregion Kaiserslautern. Zunächst wird deutlich, dass die Anzahl der Aufnahmen im Pfalzklitorium nach 6.088 Aufnahmen in 1999 auf 6.793 Aufnahmen im Jahre 2001 zunahm, in 2003 allerdings mit 5.851 Aufnahmen unter dem Wert aus 1999 lag. Dies ist eine Abnahme der Aufnahmen im Pfalzklitorium von 2001 auf 2003 um 942 Fälle oder 13%, was mit der Eröffnung der Klinik in Rockenhausen im Jahre 2002 in Zusammenhang stehen könnte.

Tabelle 7-1: Aufnahme von Patientinnen und Patienten aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationäre Behandlung im Pfalzklitorium 1999 – 2003 nach Rechtsgrundlage

Anzahl der Aufnahmen von Patientinnen und Patienten aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationäre Behandlung im Pfalzklitorium 1999 – 2003 nach Rechtsgrundlage	1999		2000		2001		2002		2003	
	Versorgungsregion	Pfalzklitorium gesamt	Versorgungsregion	Pfalzklitorium gesamt	Versorgungsregion	Pfalzklitorium gesamt	Versorgungsregion	Pfalzklitorium gesamt	Versorgungsregion	Pfalzklitorium gesamt
freiwillig	969	5341	985	5531	1038	6011	928	5555	952	5085
Betreuungsrecht	15	78	39	202	39	200	71	199	62	187
POG	0	0	6	32	18	58	1	10	0	5
Unterbringungsgesetz, PsychKG	168	665	114	559	118	524	129	504	147	574
Sonstige, unbekannt	1	4	0	2	0	0	0	0	0	0
Aufnahmen gesamt	1153	6088	1144	6326	1213	6793	1129	6268	1161	5851
in %										
freiwillig	84%	88%	86%	87%	86%	88%	82%	89%	82%	87%
Betreuungsrecht	1%	1%	3%	3%	3%	3%	6%	3%	5%	3%
POG	0%	0%	1%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	0%
Unterbringungsgesetz, PsychKG	15%	11%	10%	9%	10%	8%	11%	8%	13%	10%
Aufnahmen gesamt	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Betrachtet man die relativen Werte wird erkennbar, dass durchschnittlich 88% aller Aufnahmen im Pfalzklitorium auf freiwilliger Basis erfolgen, was sich im Vergleich bspw. zur Versorgungssituation in Dortmund günstig darstellt. In Dortmund lag der Anteil der freiwilligen Aufnahmen in 2002 und 2003 bei jeweils 76% aller Aufnahmen, - in den vorhergehenden Jahren sogar noch darunter.

Allerdings ist auch erkennbar, dass der Anteil freiwilliger Aufnahmen an allen Aufnahmen für die Versorgungsregion Kaiserslautern mit durchschnittlich 84% geringer ist als im gesamten Pfalzkrankenhaus. Besonders deutlich werden die Unterschiede, wenn Stadt und Landkreis Kaiserslautern gesondert ausgewiesen werden. Der Anteil freiwilliger Aufnahmen von Patientinnen und Patienten aus der Stadt Kaiserslautern an allen Aufnahmen aus der Stadt Kaiserslautern liegt bei 83%, der Vergleichswert für den Landkreis Kaiserslautern beträgt 85%.

Durchschnittlich 16% aller Aufnahmen im Pfalzkrankenhaus Klingenmünster aus der Versorgungsregion erfolgten in den Jahren 1999 – 2003 ohne oder gegen den Willen der Patientinnen und Patienten. Davon entfielen 12% auf öffentlich - rechtliche Unterbringungen nach dem PsychKG und 4% auf zivilrechtliche Unterbringungen nach Betreuungsrecht. Zwischen Stadt und Landkreis Kaiserslautern zeigten sich leichte Unterschiede: 13% der Krankenhausaufnahmen in Klingenmünster aus dem Landkreis Kaiserslautern erfolgten auf der Grundlage des PsychKG, 4% nach Betreuungsrecht, d.h. insgesamt waren 17% der Krankenhausaufnahmen unfreiwillig. Für die Stadt Kaiserslautern erfolgten 11% der Krankenhausaufnahmen auf der Grundlage des PsychKG, 4% auf der Basis des Betreuungsrechtes und 1% nach dem Polizeiverordnungsrecht, d.h. insgesamt waren 16% der Krankenhausaufnahmen unfreiwillig.

Tabelle 7-2: Anzahl der Aufnahmen von Patientinnen und Patienten aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationäre Behandlung im Pfalz-klinikum 1999 – 2003 nach kommunaler Gebietskörperschaft und Rechtsgrundlage

Stadt Kaiserslautern	1999	2000	2001	2002	2003	Mittelwert
freiwillig	639	665	700	615	680	660
Betreuungsrecht	13	23	25	47	48	31
POG	0	6	14	1	0	4
PSYCHKG	108	63	76	80	93	84
sonstige	1	0	0	0	0	0
gesamt	761	757	815	743	821	779
in %						
freiwillig	84%	88%	86%	83%	83%	85%
Betreuungsrecht	2%	3%	3%	6%	6%	4%
POG	0%	1%	2%	0%	0%	1%
PSYCHKG	14%	8%	9%	11%	11%	11%
sonstige	0%	0%	0%	0%	0%	0%
gesamt	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Landkreis Kaiserslautern						
freiwillig	330	320	338	313	272	315
Betreuungsrecht	2	16	14	24	14	14
POG	0	0	4	0	0	1
PSYCHKG	60	51	42	49	54	51
sonstige	0	0	0	0	0	0
gesamt	392	387	398	386	340	381
in %						
freiwillig	84%	83%	85%	81%	80%	83%
Betreuungsrecht	1%	4%	4%	6%	4%	4%
POG	0%	0%	1%	0%	0%	0%
PSYCHKG	15%	13%	11%	13%	16%	13%
sonstige	0%	0%	0%	0%	0%	0%
gesamt	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Versorgungsregion Kai- serslautern						
freiwillig	969	985	1038	928	952	974
Betreuungsrecht	15	39	39	71	62	45
POG	0	6	18	1	0	5
PSYCHKG	168	114	118	129	147	135
sonstige	1	0	0	0	0	0
gesamt	1153	1144	1213	1129	1161	1160
in %						
freiwillig	84%	86%	86%	82%	82%	84%
Betreuungsrecht	1%	3%	3%	6%	5%	4%
POG	0%	1%	1%	0%	0%	0%
PSYCHKG	15%	10%	10%	11%	13%	12%
sonstige	0%	0%	0%	0%	0%	0%
gesamt	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Nach den Unterlagen der Unterbringungsbehörden in der Versorgungsregion Kaiserslautern wurden in 2002 98 Fälle, in 2003 121 und in 2004 (bis zum 04.11.2004) 109 Unterbringungsfälle bei insgesamt 119 Vorgängen gezählt. In sieben Fällen waren die Betroffenen freiwillig in das Krankenhaus gegangen, in 3 Fällen schien eine Krankenhausbehandlung nicht erforderlich. Damit gab es etwa 10 Unterbringungsverfahren auf 10.000 EW des Landkreises Kaiserslautern. Zum Vergleich: In Deutschland erfolgten in 2000 etwa 17 Unterbringungen auf 10.000 EW⁵⁴. In den Kommunen des Landes Nordrhein-Westfalen „bewegen sich die Unterbringungen im Jahr 2002 beispielsweise zwischen einem Minimalwert von 2,6 und einem Maximalwert von 31,4⁵⁵“ auf 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Die Häufigkeit der Unterbringungsmaßnahmen in der Versorgungsregion Kaiserslautern liegt somit im unteren Drittel der angegebenen Spanne.

Vom 01.01.2004 bis zum 04.11.2004 waren 103 unterschiedliche Personen von Unterbringungsverfahren betroffen. 91 Personen waren in 2004 1 mal, 9 2 mal, 2 3 mal und 1 Person 4 mal im Rahmen eines Unterbringungsverfahrens betroffen.

Tabelle 7-3: Häufigkeit der Unterbringungsverfahren je Person vom 01.01.2004 bis zum 04.11.2004, Versorgungsregion Kaiserslautern

Häufigkeit der Unterbringungsverfahren je Person vom 01.01.2004 bis zum 04.11.2004, Versorgungsregion Kaiserslautern	Anzahl	%
1 x betroffen	91	88%
2 x betroffen	9	9%
3 x betroffen	2	2%
4 x betroffen	1	1%
Anzahl Personen gesamt	103	100%

7.2. Stationäre Krankenhausbehandlungen von Bürgerinnen und Bürgern der Versorgungsregion Kaiserslautern unabhängig vom Behandlungsort

Bürgerinnen und Bürger der Versorgungsregion Kaiserslautern jeden Alters wurden im 2002 an unterschiedlichen Orten und in verschiedenen medizinischen Fachabteilungen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose behandelt. Die nachfolgende Darstellung beinhaltet die Ergebnisse einer Sonderauswertung des Statistischen Landesamtes und vergleicht diese Ergebnisse mit denen aus anderen Versorgungsregionen.

7.2.1. Anzahl der Fälle, Pflegetage und Verweildauer nach Geschlecht und Alter

Zunächst wird die Anzahl der Fälle (Entlassungen!) aus einer Krankenhausbehandlung und die Summe der Pflegetage unabhängig vom Alter der Patientinnen und Patienten, der jeweiligen psychiatrischen Diagnose und dem Ort der Behandlung dargestellt. Die Stundenfälle sind in der Darstellung enthalten.

⁵⁴ Salize H.J., Dressing H.: Nehmen Zwangsunterbringungen psychisch Kranker in den Ländern der EU zu? in Gesundheitswesen 2004; 66: 240-245

⁵⁵ Landtag Nordrhein-Westfalen, Antwort der Landesregierung vom 05.01.2005 auf die Kleine Anfrage des Abg. Dr. S. Romberg FDP vom 25. 11. 2004 Landtagsdrucksache 13/6434

Tabelle 7-4: Anzahl der Fälle aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig von der medizinischen Fachabteilung und vom Behandlungsort 2002; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen

Anzahl der Fälle in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig von der medizinischen Fachabteilung und vom Behandlungsort	Anzahl der Pflēgetage	Anzahl der Fälle	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen	Anzahl der Pflēgetage je 1000 EW der Versorgungsregion	Anzahl der Fälle je 1000 EW der Versorgungsregion
Männer	23.062	1.125	20,5	223	10,9
Frauen	19.434	877	22,2	182	8,2
gesamt	42.496	2.002	21,2	202	9,5

Es zeigt sich, dass Männer sich häufiger wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose stationär behandeln ließen als Frauen. Von den insgesamt im Jahre 2002 gezählten 2002 Fällen entfielen 877 oder 44% auf Frauen und 56% auf Männer. Zwar wurden Patienten häufiger behandelt als Frauen, aber die Behandlungen dauerten nicht so lange wie bei Frauen. Die durchschnittliche Verweildauer lag bei den Frauen bei 22,2 Tagen, bei den Männern bei 20,5 Tagen.

Das Bild einer stärkeren Inanspruchnahme eines stationären Behandlungsangebotes wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose durch (männliche) Patienten wird noch unterstrichen, wenn die Verteilung der Krankenhausbehandlungsfälle zwischen den Geschlechtern in Beziehung gesetzt wird zur Geschlechtsverteilung in der Gesamtbevölkerung innerhalb der Versorgungsregion. Insgesamt kommen auf 1000 Einwohnerinnen und Einwohner in 2002 9,5 Behandlungsmaßnahmen im Krankenhaus wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose. Bei den Frauen sind es 8,2 Behandlungsmaßnahmen auf 1000 Frauen, bei den Männern 10,9 Behandlungsmaßnahmen auf 1000 Männer.

Zum Vergleich: Die Geschlechtsverteilung bei allen stationären Behandlungsmaßnahmen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose in Deutschland ist 46% Frauen (n=433.103) und 54% Männer (n=505.275)⁵⁶, d.h. der Anteil der Männer an allen Behandlungsmaßnahmen liegt in der Versorgungsregion Kaiserslautern höher als im nationalen Durchschnitt. Sie entspricht jedoch in etwa der in der Stadt Dortmund im Jahr 2002 vorgefundenen Geschlechtsverteilung. Dort lag der Anteil der Männer an allen Krankenhausbehandlungen bei 57%, also ein wenig höher als in der Versorgungsregion Kaiserslautern.

Mit 9,5 Krankenhausfällen auf 1000 Einwohnerinnen und Einwohnern ist die Krankenhaushäufigkeit der Kaiserslauterner Bevölkerung (Stadt und Landkreis Kaiserslautern) wegen einer psychischen oder Verhaltensstörung im Jahre 2002 deutlich niedriger als dies bspw. für Dortmunder der Fall war: dort kamen auf 1000 Einwohnerinnen und Einwohner 17,9⁵⁷ stationäre Krankenhausbehandlungen. Im Landesdurchschnitt für Rheinland-Pfalz lag der Wert bei 11 und bezogen auf Deutschland lag die Behandlungsrate in 2002 bei 11,9 stationären Behandlungsfällen auf 1000 EW⁵⁸. Die Behandlungsrate

⁵⁶ Statistisches Bundesamt 2005, Fachserie 12 / Reihe 6.2

⁵⁷ incl. Stundenfälle, Quelle: Psychiatriebericht Dortmund 1999 – 2004, Materialienband, Tabelle 4-39 Seite 72

⁵⁸ incl. Stundenfälle, Quelle: Statistisches Bundesamt DeStatis, Fachserie 12/Reihe 6.2.1, Tabelle 4.1.1., 4.1.2, Wiesbaden September 2004

liegt somit leicht unter dem Wert für das gesamte Bundesland Rheinland-Pfalz und dem nationalen Durchschnittswert.

Die durchschnittliche Verweildauer einschließlich der Stundenfälle bei stationären Behandlungsmaßnahmen für Bewohnerinnen und Bewohner in der Versorgungsregion liegt bei 21,2 Tagen und ist damit geringfügig niedriger als in Rheinland-Pfalz (21,5 Tage) oder Deutschland (22,7 Tage)⁵⁹.

Mit der Altersverteilung und dem Geschlecht der Patientinnen und Patienten befasst sich Tabelle 7-5 auf Seite 49. Deutlich erkennbar ist, dass 5% aller Patientinnen und Patienten im Jahr 2002 Kinder und Jugendliche bis zum 15. Lebensjahr gewesen sind – Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind nur insoweit zu erkennen, als stationäre Behandlungsmaßnahmen für Mädchen bis zum 10. Lebensjahr seltener sind als bei Jungen (17 Behandlungsmaßnahmen für Mädchen gegenüber 46 für Jungen). In der Altersklasse der 10 – 14 jährigen sind die Geschlechter mit 23 bzw. 24 Krankenhausbehandlungen gleich häufig vertreten.

Der Anteil der bis zu 15-jährigen lag im Jahre 2000 in der Gesamtbevölkerung der Versorgungsregion Kaiserslautern bei 16%, ihr Anteil an den stationären Krankenhausbehandlungen bei 5% aller Maßnahmen, so dass sich hier eine unterdurchschnittliche Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlungen wegen einer psychischen oder Verhaltensstörung bei Kindern und Jugendlichen findet (siehe Tabelle 7-6 auf Seite 51). Der Anteil dieser Altersgruppe der bis zu 15-jährigen an allen Krankenhausbehandlungen wegen einer psychischen oder Verhaltensstörung lag dennoch mit einem Prozentpunkt über dem in Dortmund, wo ein Anteil von 4% im Jahre 2002 erhoben wurde.

Auf 1000 Kinder und Jugendliche bis zu 15 Jahre kamen im Jahre 2002 in der Versorgungsregion Kaiserslautern 3 stationäre Behandlungsmaßnahmen, 4 auf 1000 Jungen und 2 auf 1000 Mädchen.

⁵⁹ incl. Stundenfälle, Quelle: Statistisches Bundesamt DeStatis, Fachserie 12/Reihe 6.2.1, Tabelle 4.1.1., 4.1.2, Wiesbaden September 2004

Tabelle 7-5: Anzahl der Fälle aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig von der medizinischen Fachabteilung und vom Behandlungsort 2002 nach Alter und Geschlecht; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen

Anzahl der Fälle in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig von der medizinischen Fachabteilung und vom Behandlungsort nach Alter und Geschlecht	Männer			Frauen			gesamt		
	absolut	%	Deutschland 2002	absolut	%	Deutschland 2002	absolut	%	Deutschland 2002
unter 5	12	1%	1%	7	1%	1%	19	1%	1%
5 - 9	24	2%	1%	10	1%	1%	34	2%	1%
10 - 14	24	2%	2%	23	3%	3%	47	2%	2%
15 - 19	39	3%	4%	57	6%	6%	96	5%	5%
20 - 24	96	9%	7%	50	6%	6%	146	7%	7%
25 - 29	74	7%	7%	43	5%	5%	117	6%	6%
30 - 34	118	10%	10%	71	8%	7%	189	9%	9%
35 - 39	109	10%	13%	94	11%	10%	203	10%	12%
40 - 44	129	11%	14%	89	10%	10%	218	11%	12%
45 - 49	159	14%	11%	74	8%	9%	233	12%	10%
50 - 54	92	8%	8%	84	10%	7%	176	9%	8%
55 - 59	93	8%	5%	54	6%	5%	147	7%	5%
60 - 64	52	5%	5%	59	7%	6%	111	6%	5%
65 - 69	27	2%	3%	44	5%	5%	71	4%	4%
70 - 74	40	4%	2%	25	3%	4%	65	3%	3%
75 - 79	28	2%	2%	36	4%	5%	64	3%	4%
80 - 84	5	0%	1%	33	4%	5%	38	2%	3%
85 und älter	4	0%	1%	24	3%	5%	28	1%	3%
	1125	100%	100%	877	100%	100%	2002	100%	100%

Die Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen ist bei Männern zwischen dem 30. und dem 49. Lebensjahr am größten, insgesamt entfallen in diese Altersklasse 45% aller Maßnahmen. Frauen werden häufiger zwischen dem 35. und dem 54. Lebensjahr behandelt, in diese Altersklasse entfallen 39% aller Behandlungsmaßnahmen bei Frauen.

Mit 51 % über die Hälfte aller Krankenhausbehandlungen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose entfielen in der Versorgungsregion Kaiserslautern auf 30 bis 54 –jährige, dies entspricht genau der Altersverteilung stationärer psychiatrischer Krankenhausbehandlungen für Dortmunder Bürgerinnen und Bürger. In der Versorgungsregion Kaiserslautern 9%, in Dortmund 13% der Krankenhausbehandlungen wegen einer psychischen oder Verhaltensstörung wurden für Menschen über 70 Jahre durchgeführt.

Im Vergleich zu allen Krankenhausbehandlungen in Deutschland wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose in 2002 ergeben sich bei den Männern folgende Unterschiede:

- der Anteil von Krankenhausbehandlungen für 5-9 jährige, 20-24 Jährige, 45-49 Jährige, 55-59 Jährige und 70-74 Jährige liegt in der Versorgungsregion Kaiserslautern

über dem nationalen Durchschnitt und

- der Anteil von Krankenhausbehandlungen für 15-19 jährige, 35-39 Jährige, 40-44 Jährige, 65-69 Jährige und bei den über 80 Jährigen liegt in der Versorgungsregion Kaiserslautern unter dem nationalen Durchschnitt,

Bei den Frauen liegt

- der Anteil von Krankenhausbehandlungen für 30-39 Jährige und der 50-64 Jährigen liegt in der Versorgungsregion Kaiserslautern über dem nationalen Durchschnitt und
- der Anteil von Krankenhausbehandlungen für 45-49 jährige und bei den über 70 Jährigen liegt in der Versorgungsregion Kaiserslautern unter dem nationalen Durchschnitt.

Ohne Berücksichtigung der Geschlechter zeigen sich somit folgende Unterschiede

- der Anteil von Krankenhausbehandlungen für 5-9 jährige und 45-64 Jährige liegt in der Versorgungsregion Kaiserslautern über dem nationalen Durchschnitt und
- der Anteil von Krankenhausbehandlungen für 35-39 jährigen und bei den über 75 Jährigen liegt in der Versorgungsregion Kaiserslautern unter dem nationalen Durchschnitt⁶⁰.

In 11 der insgesamt 17 Altersklassen wurden Männer häufiger als Frauen stationär behandelt, lediglich in 6 Altersklassen waren Behandlungsmaßnahmen für Frauen häufiger als für Männer. Es waren dies die 15-19 jährigen, die 60-70-jährigen sowie die über 75-jährigen. Die größere Behandlungshäufigkeit bei den über 60-jährigen Frauen drückt sich auch in der Behandlungsquote je 1000 EW aus. Auch in der Dortmunder Bevölkerung wurden Frauen ab dem 60. Lebensjahr häufiger behandelt als Männer, im Unterschied zur Versorgungsregion Kaiserslautern traf dies dort jedoch nicht für die Altersgruppe der 15 – 19 Jährigen zu.

Jeweils 7 Krankenhausbehandlungen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose entfielen in 2002 auf 1000 Männer bzw. Frauen zwischen 60- und 75 Jahren. Bei den hochbetagten Menschen über 75 überwog mit 8 Maßnahmen auf 1000 Einwohnerinnen die stationäre Behandlungshäufigkeit bei Frauen gegenüber 7 Maßnahmen auf 1000 Einwohner (Männer).

⁶⁰ Der Anteil der bis zu 15 Jährigen an der Gesamtbevölkerung liegt in der Versorgungsregion Kaiserslautern wie in Rheinland-Pfalz und auf Bundesebene bei 16%, der Anteil der über 65 Jährigen in der Versorgungsregion bei 18% und in Deutschland bei 17%

Tabelle 7-6: Anzahl der Fälle aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig von der medizinischen Fachabteilung und vom Behandlungsort 2002 nach Alter und Geschlecht; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen

Psychiatrische Krankenhausbehandlungen 2002 in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach Alter und Geschlecht	Männer			Frauen			gesamt		
	absolut	%	je 1000 der Altersgruppe	absolut	%	je 1000 der Altersgruppe	absolut	%	je 1000 der Altersgruppe
bis 15 Jahre	60	5%	4	40	5%	2	100	5%	3
16 - 30 Jahre	209	19%	11	150	17%	9	359	18%	10
30 - 60 Jahre	700	62%	15	466	53%	11	1.166	58%	13
60 - 75 Jahre	119	11%	7	128	15%	7	247	12%	7
75 Jahre und älter	37	3%	7	93	11%	8	130	6%	8
gesamt	1.125	100%	11	877	100%	8	2.002	100%	10

Tabelle 7-7: Altersstruktur der Bevölkerung in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach Alter und Geschlecht 2000

Altersstruktur der Bevölkerung in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach Alter und Geschlecht 2000	Männer		Frauen		gesamt	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%
bis 15 Jahre	16.849	16%	16.190	15%	33.039	16%
16 - 30 Jahre	18.382	18%	17.180	16%	35.562	17%
30 - 60 Jahre	46.466	45%	43.641	41%	90.107	43%
60 - 75 Jahre	16.548	16%	18.571	17%	35.119	17%
75 Jahre und älter	5.024	5%	11.077	10%	16.101	8%
gesamt	103.269	100%	106.659	100%	209.928	100%

Im Durchschnitt waren die Patientinnen und Patienten aus der Versorgungsregion Kaiserslautern, die wegen einer psychischen oder Verhaltensstörung stationär im Jahr 2002 im Krankenhaus behandelt wurden, 43 Jahre alt. Allerdings wirkt sich die referierte unterschiedliche Inanspruchnahme von Männern und Frauen auch beim Durchschnittsalter aus: dieses lag bei den Männern bei 42 Jahren, bei den Frauen bei 46 Jahren.

Tabelle 7-8 auf Seite 52 informiert über die Verweildauer der Patientinnen und Patienten aus der Versorgungsregion Kaiserslautern, gegliedert nach Geschlecht und Altersgruppen.

Der höchste Werte und damit die längste Verweildauer findet sich bei den Patienten in der Altersgruppe der 10-14 jährigen, bei den Patientinnen in der Altersgruppe der 75-79 jährigen. Die Differenz zwischen der Verweildauer der Patienten und der Verweildauer der Patientinnen zeigt, dass bis zu 29 – Jährige Patienten länger behandelt wurden als Patientinnen, während ab dem 30. Lebensjahr die Verweildauer der Patientinnen überwiegend länger ist als die bei Männern.

Tabelle 7-8: Verweildauer der Fälle aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig von der medizinischen Fachabteilung und vom Behandlungsort 2002 nach Alter; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen

Verweildauer der Fälle in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig von der medizinischen Fachabteilung und vom Behandlungsort nach Alter	Verweildauer Männer	Verweildauer Frauen	Verweildauer gesamt	Verweildauer Männer - Verweildauer Frauen
unter 5	5,0	4,3	4,7	0,7
5 - 9	15,4	7,9	13,2	7,5
10 - 14	42,0	12,0	27,3	30,1
15 - 19	21,7	12,6	16,3	9,1
20 - 24	16,3	11,8	14,8	4,4
25 - 29	19,5	17,3	18,7	2,1
30 - 34	19,3	23,2	20,8	-3,9
35 - 39	21,7	23,2	22,4	-1,4
40 - 44	19,6	30,6	24,1	-11,0
45 - 49	19,8	23,8	21,0	-4,1
50 - 54	18,5	19,0	18,8	-0,5
55 - 59	22,5	24,7	23,3	-2,2
60 - 64	21,0	28,3	24,9	-7,3
65 - 69	32,6	27,3	29,4	5,3
70 - 74	24,6	26,9	25,5	-2,3
75 - 79	19,3	32,3	26,6	-13,1
80 - 84	19,4	18,5	18,6	0,9
85 und älter	18,8	18,1	18,2	0,6
gesamt	20,5	22,2	21,2	-1,7

7.2.2. Anzahl der Fälle nach Diagnosegruppen (ICD-10), Verweildauer, Geschlecht und Alter

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 – F19) sind mit 37% aller Behandlungsfälle die am häufigsten diagnostizierte Störung sowohl in der Versorgungsregion Kaiserslautern als auch in Dortmund (vgl. Tabelle 7-9.) Dies überrascht nicht, weil psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) deutschlandweit bei männlichen Patienten die zweithäufigste Diagnose und die einzige psychiatrische Diagnose unter den 20 häufigsten Hauptdiagnosen ist⁶¹.

⁶¹ Rolland S, Rosenow Ch: Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2002 in Klauber, Robra, Schellschmidt: Krankenhausreport 2004, Stuttgart New York 2005 Seite 319

An zweiter Stelle folgten in 2002 in der Versorgungsregion Kaiserslautern stationäre Behandlungsmaßnahmen wegen schizophrenen Störungen, die mit 18% knapp ein Fünftel aller Krankenhausbehandlungen ausmachten. Affektive Störungen (F3), und neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) folgten mit jeweils 14% aller Behandlungsmaßnahmen auf Rang 3 aller durchgeführten Maßnahmen. 8% der Krankenhausbehandlungen kamen auf organische Störungen einschl. der Demenz (allerdings ohne die Alzheimer-Erkrankung). Auf die übrigen psychiatrischen Krankheitsbilder entfielen höchstens 3% (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen).

Im Vergleich zur Diagnoseverteilung in der Stadt Dortmund finden sich Unterschiede. Für die Bürgerinnen und Bürger der Versorgungsregion Kaiserslautern wurden

- Psychische und Verhaltensstörungen (F1) seltener,
- Schizophrene Störungen (F2) häufiger,
- Organische Störungen (F0) seltener und
- Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) häufiger

diagnostiziert als im gleichen Jahr für die Bürgerinnen und Bürger Dortmunds.

Tabelle 7-9: Anzahl der Fälle aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig von der medizinischen Fachabteilung und vom Behandlungsort 2002 nach Diagnose und Geschlecht; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen

Krankenhausbehandlungen 2002 in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach Diagnose und Geschlecht	Männer		Frauen		Anteil der Männer an allen Fällen in der Diagnosegruppe	gesamt VR Kaiserslautern		Dortmund 2002	Deutschland 2002 ⁶²
	absolut	%	absolut	%		abs.	%		
organische, einschl. symptomatischer psychischer Störungen (F0)	76	7%	75	9%	50%	151	8%	10%	9%
psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)	561	50%	187	21%	75%	748	37%	44%	36%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)	211	19%	152	17%	58%	363	18%	12%	14%
affektive Störungen (F3)	79	7%	197	22%	29%	276	14%	15%	17%
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)	101	9%	176	20%	36%	277	14%	10%	14%
Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)	15	1%	30	3%	33%	45	2%	1%	2%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)	25	2%	29	3%	46%	54	3%	4%	4%
Intelligenzminderung (F7)	13	1%	11	1%	54%	24	1%	0%	1%
Entwicklungsstörungen (F8)	8	1%	7	1%	53%	15	1%	1%	1%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9)	36	3%	13	1%	73%	49	2%	2%	2%
gesamt	1125	100%	877	100%	56%	2002	100%	100%	100%

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt zeigen sich geringe Unterschiede von einem Prozentpunkt bei Organischen Störungen (F0), die bundesweit mit 9%-Punkten einen größeren Anteil an allen Kranken-

⁶² Stat. Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.2.1

hausbehandlungen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose stellen. Die Häufigkeit von Behandlungsmaßnahmen wegen psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1) liegt für die Versorgungsregion Kaiserslautern mit einem 5 – Punkt über dem entsprechenden bundesweiten Vergleichswert.

Bemerkenswert ist der Unterschied bei den schizophrenen (F2) und affektiven (F3) Störungen. Schizophrene Störungen werden in der Versorgungsregion mit einem Unterschied von 4 Prozentpunkten deutlich häufiger diagnostiziert als im nationalen Durchschnitt, während affektive Störungen (F3) mit einem Unterschied von 3 Prozentpunkten seltener diagnostiziert werden als bei allen Fällen in Deutschland. Die sich hier andeutende vom nationalen Durchschnitt abweichende diagnostische Praxis in der Versorgungsregion dürfte angesichts der mit den unterschiedlichen Diagnosen verbundenen Prognosen und Behandlungsstrategien bedeutsam sein.

Kein Unterschied im Bundesvergleich findet sich dagegen bei den neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) und den Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5).

Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) und Entwicklungsstörungen (F8) kamen auf einen gleichen Anteil von 1% bzw. 2% aller durchgeführten Krankenhausbehandlungen, obwohl der Anteil der bis zu 15 Jährigen an allen Krankenhauspatientinnen und -patienten in Kaiserslautern höher lag als in Dortmund. Diese Diskrepanz klärt ein Blick in die Tabelle 13-1 und Tabelle 13-3 auf Seite 101 f. Dort wird erkennbar, dass für die Versorgungsregion Kaiserslautern in dieser Altersgruppe häufiger Verhaltensauffälligkeiten (F5) und seltener Entwicklungsstörungen (F8) stationär behandelt werden als dies in Dortmund der Fall ist.

Jeweils drei viertel der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1) und der Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) entfielen auf männliche Patienten, dagegen wurden jeweils etwa zwei Drittel der affektive Störungen (F3), der neurotischen-, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) und der Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5) Patientinnen zugeordnet. In den übrigen Diagnosegruppen zeigte sich eine in etwa ausgeglichene Geschlechtsverteilung mit einem gewissen Überhang bei den (männlichen) Patienten. Allerdings wurden Persönlichkeitsstörungen mehrheitlich Patientinnen zugeordnet.

Die Diagnosen mit der längsten Verweildauer sowohl bei Männern als auch bei Frauen sind mit 38,1 bzw. 38,7 Tagen die schizophrenen Störungen.

Bei Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) gab es in 2002 einen gravierenden Unterschied bei den Verweildauern bei Jungen und Mädchen von 36 Tagen, bei Vernachlässigung der Geschlechtsdifferenz fand sich eine durchschnittliche Verweildauer von insgesamt 36,7 Tagen, was die zwei längste Verweildauer unter den Diagnosegruppen war.

Mit einer Behandlungsdauer von 30,5 Tagen schlossen sich affektive Störungen an, Männer wurden

hier durchschnittlich 4,6 Tage länger behandelt als Frauen.

Krankenhausaufenthalte wegen einer Intelligenzminderung dauerten im Schnitt 24,7 Tage, auch hier wurden Männer länger als Frauen (insgesamt 6,8 Tage) behandelt.

Krankenhausaufenthalte wegen Organischen Störungen dauerten im Durchschnitt etwa drei Wochen (22,2), auch hier findet sich eine etwas längere Behandlungsdauer bei Männern als bei Frauen.

Die Verweildauer bei Krankenhausbehandlungen wegen Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5) lag bei 17 Tagen, bei (männlichen) Patienten bei 9 Tagen, bei (weiblichen) Patientinnen bei 21,2 Tagen, was einer Differenz von 12,2 Tagen entspricht.

Tabelle 7-10: Verweildauer der Fälle aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig von der medizinischen Fachabteilung und vom Behandlungsort 2002 nach Geschlecht und Diagnose; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen

Verweildauer der Fälle in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig von der medizinischen Fachabteilung und vom Behandlungsort nach Alter	Verweildauer Männer	Verweildauer Frauen	Verweildauer gesamt	Verweildauer Männer - Verweildauer Frauen
organische, einschl. symptomatischer psychischer Störungen (F0)	23,4	20,9	22,2	2,6
psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)	11,3	9,4	10,8	2,0
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)	38,1	38,7	38,4	-0,5
affektive Störungen (F3)	33,8	29,2	30,5	4,6
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)	15,3	16,4	16,0	-1,1
Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)	9,0	21,2	17,2	-12,2
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)	17,8	18,8	18,3	-1,0
Intelligenzminderung (F7)	27,8	21,0	24,7	6,8
Entwicklungsstörungen (F8)	6,0	6,9	6,4	-0,9
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9)	46,4	9,7	36,7	36,7
gesamt	20,5	22,2	21,2	-1,7

Die Verknüpfung der einzelnen Diagnosegruppen mit den Altersklassen leisten Tabelle 13-1 auf Seite 101 und Tabelle 13-2 auf Seite 102. Danach wurden Organische Störungen (F 0) in nahezu zwei Drittel aller Fälle bei Patientinnen und Patienten ab dem 70. Lebensjahr diagnostiziert. Das Durchschnittsalter in dieser Diagnosegruppe wurde mit 68 ermittelt.

Suchterkrankungen (F 10 bis F 19) weisen eine breitere Spreizung über die Altersklassen hinweg auf. Der Gipfel liegt jedoch mit 17% und damit nahezu mit einem Fünftel aller Fälle in der Altergruppe der 45 – 50- Jährigen. Die Hälfte aller Krankenhausbehandlungen wegen Suchterkrankungen wurden in 2002 für 30 – 50- jährige Patientinnen und Patienten durchgeführt. Dementsprechend liegt das statistische Durchschnittsalter innerhalb dieser Diagnosegruppe bei 40 Jahren.

Schizophrene Störungen die, wie wir oben gesehen haben, im Jahre 2002 überdurchschnittlich häufig diagnostiziert wurden, wiesen eine mit Suchterkrankungen vergleichbare Altersverteilung auf. Zwei

Drittel aller Krankenhausbehandlungen wurden im Jahre 2002 für 25 – 50-Jährige wegen einer schizophrenen Störung durchgeführt. Das statistische Durchschnittsalter innerhalb dieser Diagnosegruppe liegt bei 42 Jahren.

Der Häufigkeitsgipfel bei affektiven Störungen liegt mit 14% bei den 50 – 55-Jährigen; über die Hälfte aller Krankenhausbehandlungen wegen dieser Diagnosen wurden im Jahre 2002 für 40 – 65-Jährige durchgeführt. Das Durchschnittsalter wurde mit 52 Jahren ermittelt.

Neurotische Störungen (F 40 – F 48) weisen die größte Streuung auf, sie wurden in allen Altersgruppen diagnostiziert. Sie erscheinen daher wie die Verhaltensauffälligkeiten (F 50- F 59) als die lebensgeschichtlich unspezifischsten Krankheitsbilder. Der Häufigkeitsgipfel war bei neurotischen Störungen lag bei den 30 – 55-Jährigen. Bei den Verhaltensauffälligkeiten finden sich vor dem Hintergrund niedriger Fallzahlen ein Gipfel bei den 15 – 20-Jährigen (n = 8) und bei den 55 – 60-Jährigen (n = 7). Das statistische Durchschnittsalter liegt damit für die neurotischen Störungen bei 41 Jahren und bei den Verhaltensauffälligkeiten bei 37 Jahren. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F 60 – F 69) wurden in einem Viertel aller Fälle in der Altersgruppe der 20 - 25-Jährigen behandelt. In die Altersgruppe der 20 – 40-Jährigen fallen nahezu zwei Drittel aller stationären Behandlungsmaßnahmen in dieser Diagnosegruppe. Das Durchschnittsalter wurde mit 33 Jahren errechnet und entspricht damit den der durchgeführten Krankenhausbehandlungen wegen einer Intelligenzminderung.

Entwicklungsstörungen (F 80 – F 89) und verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F 90 – F 99) wurden bei Krankenhausbehandlungen ausschließlich für bis zu 20-Jährige diagnostiziert. Dementsprechend liegt das Durchschnittsalter bei den Entwicklungsstörungen bei 6 Jahren und bei den Verhaltensstörungen mit Beginn in Kindheit und Jugend bei 11 Jahren.

Insgesamt wurden die Hälfte aller Krankenhausbehandlungen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose für Bürgerinnen und Bürger in der Versorgungsregion Kaiserslautern für 30 – 55-Jährige durchgeführt.

Tabelle 7-11: Anzahl der Fälle aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig von der medizinischen Fachabteilung und vom Behandlungsort 2002 nach Diagnose und Altersgruppe; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen

Altersgruppe Diagnose- gruppe	F00-F09		F10-F19		F20-F29		F30-F39		F40-F48		F50-F59		F60-F69		F70-F79		F80-F89		F90-F98		gesamt	
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
unter 5 Jahre	1	1%	1		1		2	1%	1	0%	3	7%			1	4%	8	53%	1	2%	19	1%
5 – 9 Jahre			1						3	1%	1	2%	1	2%	2	8%	5	33%	21	43%	34	2%
10 – 15 Jahre			16	2%	2	1%			9	3%	2	4%	1	2%			1	7%	16	33%	47	2%
15 – 20 Jahre	1	1%	45	6%	3	1%	3	1%	19	7%	8	18%	5	9%			1	7%	11	22%	96	5%
20 – 25 Jahre	1	1%	69	9%	25	7%	7	3%	26	9%	2	4%	14	26%	2	8%					146	7%
25 – 30 Jahre	2	1%	45	6%	34	9%	10	4%	18	6%	3	7%	3	6%	2	8%					117	6%
30 – 35 Jahre			76	10%	52	14%	11	4%	31	11%	6	13%	8	15%	5	21%					189	9%
35 – 40 Jahre	6	4%	90	12%	46	13%	20	7%	25	9%	1	2%	9	17%	6	25%					203	10%
40 – 45 Jahre	2	1%	88	12%	57	16%	35	13%	32	12%	1	2%	2	4%	1	4%					218	11%
45 – 50 Jahre	6	4%	128	17%	41	11%	30	11%	25	9%			1	2%	2	8%					233	12%
50 – 55 Jahre	6	4%	59	8%	31	9%	38	14%	32	12%	1	2%	7	13%	2	8%					176	9%
55 – 60 Jahre	14	9%	64	9%	22	6%	24	9%	15	5%	7	16%			1	4%					147	7%
60 – 65 Jahre	13	9%	34	5%	18	5%	27	10%	12	4%	5	11%	2	4%							111	6%
65 – 70 Jahre	8	5%	14	2%	17	5%	23	8%	7	3%	1	2%	1	2%							71	4%
70 – 75 Jahre	24	16%	13	2%	6	2%	16	6%	4	1%	2	4%									65	3%
75 – 80 Jahre	28	19%	4	1%	4	1%	19	7%	9	3%											64	3%
80 – 85 Jahre	20	13%	1		3	1%	5	2%	8	3%	1	2%									38	2%
85 Jahre und älter	19	13%			1		6	2%	1		1	2%									28	1%
gesamt	151	100%	748	100%	363	100%	276	100%	277	100%	45	100%	54	100%	24	100%	15	100%	49	100%	2002	100%
Durchschnittsalter	68		40		42		52		41		37		33		33		6		11		43	

7.2.3. Stationäre Krankenhausbehandlungen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose für Bürgerinnen und Bürger aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in 2002 nach Behandlungsort

Im nachfolgenden Abschnitt wird dargestellt, wo die Patientinnen und Patienten aus der Versorgungsregion Kaiserslautern wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose stationär behandelt worden sind. "Wo" ist zum Einen inhaltlich-fachlich im Hinblick auf die jeweiligen medizinischen Fachabteilungen zu verstehen als auch geografisch im Sinne des Ortes der Behandlung.

Tabelle 7-12 gibt zunächst Auskunft über die Verteilung der einzelnen Krankenhausfälle auf die jeweiligen **Fachabteilungen**. Der Häufigkeitsgipfel liegt mit 1.299 Fällen oder 65% bei der Erwachsenenpsychiatrie; 45-mal ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie genannt, was einem Anteil von 2% entspricht. In der Neurologie wurden 80 Behandlungsfälle gezählt, was 4% der Grundgesamtheit entspricht.

Dementsprechend wurden ein Fünftel (419 Behandlungsfälle; 21%) der Behandlungsmaßnahmen in Abteilungen der Inneren Medizin durchgeführt, in 5% erfolgten die Behandlungen in der Kinderheilkunde, auf die übrigen Fachabteilungen entfielen mit 58 Behandlungsfällen wiederum 3%. In der Summe bedeutet dies, dass 71% der wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose durchgeführten Krankenhausbehandlungen für Patientinnen und Patienten aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in entsprechenden Fachabteilungen durchgeführt wurden, 29% der Behandlungen erfolgten in anderen medizinischen Fachabteilungen.

Zum Vergleich: Bundesweit entfallen etwa ein Drittel der Behandlungen im Krankenhaus wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose auf somatische Abteilungen, insbesondere der Inneren Medizin⁶³. In Rheinland-Pfalz werden 35% aller Behandlungsmaßnahmen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose in somatischen Fachabteilungen durchgeführt. Im Rahmen der Psychiatrieberichterstattung für die Stadt Dortmund wurde für die Jahre 1998 – 2002 eine relative Häufigkeit von stationären Behandlungsmaßnahmen in somatischen Fachabteilungen zwischen 39% und 47 % ermittelt. Im Ergebnis findet sich für die Versorgungsregion Kaiserslautern eine überdurchschnittlich große Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen in den psychiatrischen Fachabteilungen.

Tabelle 7-12: Anzahl der Fälle aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig vom Behandlungsort 2002 nach medizinischer Fachabteilung; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen

Krankenhausbehandlungen 2002 in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach medizinischer Fachabteilung	absolut	%
Innere Medizin	419	21%
Kinderheilkunde	101	5%
Kinder- u. Jugendpsychiatrie	45	2%
Neurologie	80	4%
Psychiatrie	1.299	65%
sonst. Fachabteilung	58	3%
gesamt	2.002	100%

Im nächsten Auswertungsschritt wurde die Verteilung in jeweiligen psychiatrischen Diagnosen auf die einzelnen medizinischen Fachabteilungen untersucht. Dies ist auch insoweit von Bedeutung, als die medizinischen Fachabteilungen die entsprechende Hauptdiagnose vergeben und insoweit die Definiti-

⁶³ Maylath E, Spanka M, Nehr R: In welchen Krankenhausabteilungen werden psychisch Kranke behandelt? Eine Analyse der Krankenhausfälle der DAK im Vorfeld der DRGs in Gesundheitswesen 2003; 65: 486 - 494

onsmacht inne haben.⁶⁴

Die Darstellung für die **Innere Medizin** weist zwei Häufigkeitsgipfel mit jeweils etwa einem Drittel der Fälle aus. Es sind dies zum Einen die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F 1) sowie neurotische-, belastungs- und somatoforme Störungen (F 4). Auf organische Störungen (F 0), die auch dementielle Erkrankungen beinhalten, entfallen bei 30 Behandlungsfällen 7% der insgesamt 419 Behandlungsfälle. Deutlich häufiger treten dagegen mit einem Fünftel aller Fälle (n = 87) affektive Störungen (F 3) in Erscheinung.

In der **Kinderheilkunde** imponieren mit 35 Behandlungsfällen, d. h. mehr als einem Drittel aller Fälle Maßnahmen wegen psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1). Auf die spezifischen Störungsbilder in Kindheit und Jugend wie Entwicklungsstörungen (F 8) und verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F 9) entfallen insgesamt mit 30% und 30 Fällen weniger Patientinnen und Patienten. Neurotische-, belastungs- und somatoforme Störungen machen in der Kinderheilkunde nach der vorliegenden Statistik 14 % aller Fälle aus.

Dagegen liegt in der **Kinder- und Jugendpsychiatrie** der Häufigkeitsgipfel der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen mit 60% und 27 der insgesamt 45 Fällen eindeutig bei verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und der Jugend. Neurotische-, belastungs- und somatoforme Störungen stellen ein weiteres Fünftel der durchgeführten stationären Behandlungsmaßnahmen, auf Suchterkrankungen entfallen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 3 Fällen 7% aller Maßnahmen.

Der Behandlungsschwerpunkt in der **Neurologie** liegt mit etwas über einem Drittel aller Fälle bei organischen Störungen (F 10) gefolgt von der Behandlung wegen einer Suchterkrankung (F 1) und schließlich an dritter Stelle wegen Behandlungsmaßnahmen aufgrund von neurotischen-, belastungs- und somatoformen Störungen.

Häufigstes Beschwerdebild innerhalb der **psychiatrischen Abteilungen** waren im Jahre 2002 für Kaiserlauterner Bürgerinnen und Bürger in knapp der Hälfte Suchterkrankungen (F 1), in einem knappen Drittel der Fälle erfolgte die Behandlung wegen schizophrenen Störungen. Auf affektive Störungen kamen mit insgesamt 174 Behandlungsfällen etwa 13% aller Maßnahmen in psychiatrischen Abteilungen. Neurotische-, belastungs- und somatoforme Störungen (F 4) sowie organische Störungen machten jeweils einen Anteil von 7% aller Fälle aus.

⁶⁴ Die Hauptdiagnose ist die Diagnose, "die nach einer Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist." Statistisches Bundesamt: Erläuterungen zu Fachserie 12/ Reihe 6.2, Wiesbaden 2004.

Tabelle 7-13: Anzahl der Fälle aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig vom Behandlungsort 2002 nach medizinischer Fachabteilung und Diagnose; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen

Krankenhausbehandlungen 2002 in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach medizinischer Fachabteilung und Diagnose	Innere Medizin		Kinderheilkunde		Kinder- u. Jugendpsychiatrie		Neurologie		Psychiatrie		sonst. Fachabteilungen	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
organische, einschl. symptomatischer psychischer Störungen (F0)	30	7%	2	2%	-	0%	28	35%	86	7%	5	9%
psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)	129	31%	35	35%	3	7%	23	29%	535	41%	23	40%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)	8	2%	2	2%	1	2%	3	4%	349	27%	-	0%
affektive Störungen (F3)	87	21%	4	4%	-	0%	4	5%	174	13%	7	12%
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)	134	32%	14	14%	9	20%	20	25%	92	7%	8	14%
Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)	19	5%	9	9%	2	4%	1	1%	9	1%	5	9%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)	12	3%	2	2%	2	4%	-	0%	33	3%	5	9%
Intelligenzmindering (F7)	-	0%	3	3%	-	0%	-	0%	21	2%	-	0%
Entwicklungsstörungen (F8)	-	0%	12	12%	1	2%	-	0%	-	0%	2	3%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9)	-	0%	18	18%	27	60%	1	1%	-	0%	3	5%
gesamt	419	100%	101	100%	45	100%	80	100%	1 299	100%	58	100%

Die **durchschnittliche Verweildauer** in den einzelnen Fachabteilungen ergab erwartungsgemäß deutliche Unterschiede sowohl zwischen den einzelnen Diagnosegruppen als auch zwischen den Fachabteilungen.

Insgesamt dauerte ein Krankenhausaufenthalt wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose in der **Innern Medizin** im Durchschnitt 10,9 Tage. Am längsten wurden mit 17,9 Tagen affektive Störungen behandelt, die ein Fünftel aller Behandlungsmaßnahmen innerhalb der Inneren Medizin ausmachten. An zweiter Stelle folgten die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen mit 16,2 Tagen, die mit 12 Fällen oder 3% eher selten vorkamen. Krankenhausaufenthalte wegen einer Suchterkrankung dauerten in Inneren Medizin 5,2 Tage, im Bereich der Kinderheilkunde 3,3 Tage, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 25,7 Tage, in der Neurologie 8,9, in der Psychiatrie 12,9 und den sonstigen Fachabteilungen 8,2 Tage, d.h. die Behandlung von Suchterkrankungen wurde in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in zeitlicher Hinsicht am intensivsten vorgenommen.

In der **Kinderheilkunde** nahm die Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (etwa ein Zehntel aller Fälle) mit 18,9 Tagen am längsten bei den psychiatrischen Krankheitsbildern in Anspruch. Neurotische-, belastungs- und somatoforme Störungen (F 4) wurden mit 11,2 Tagen am zweithäufigsten behandelt. Die Kinderheilkunde lag mit Ausnahme der Entwicklungsstörungen in allen psychiatrischen Diagnosegruppen der Behandlungsdauer unter der

der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bei den Entwicklungsstörungen findet sich in der Kinderheilkunde eine Behandlungsdauer von 5 Tagen, während in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei einem Fall 1 Tag verzeichnet ist.

Bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 49,2 Tagen beeindruckt in der **Kinder- und Jugendpsychiatrie** stationäre Behandlungsmaßnahmen wegen verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F 9) sowie Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (F 5), auf die jeweils eine Behandlungsdauer von 62 bzw. 62,9 Tagen entfiel. Die Behandlung von neurotischen Störungen (F 4) nahm 33 Tage in Anspruch, schizophrene Störungen wurden im Durchschnitt 10 Tage lang behandelt. Wie in der Kinderheilkunde findet sich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine breite Streuung von 1 Verweildauertag bis zu 62,9 Tagen. Diese Spanne ist die größte der hier dokumentierten medizinischen Fachabteilungen.

Häufigste Behandlungsdauer und gleichzeitig Häufigkeitsgipfel sind in der **Neurologie** schizophrene Störungen (F 2), affektive Störungen (F 3) und neurotische Störungen (F 4) mit jeweils etwa 12 Tagen gewesen. Die Behandlung von organischen Störungen nahm im Durchschnitt 13 Tage in Anspruch während in einem Fall zur Behandlung von verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend 11 Behandlungstage aufgewendet wurden.

In den **psychiatrischen Fachabteilungen** gab es bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 25,6 Tagen durchgängig zweistellige Verweildauern. Mit 12,9 Tagen war die Behandlung von Suchterkrankungen am kürzesten, die Behandlung schizophrener Störungen mit 39,5 Tagen am längsten, an zweiter Stelle rangierten mit 37,6 Tagen affektive Störungen während für die Behandlungen von neurotischen Störungen (F 4) im Durchschnitt 19,4 Tage aufgewendet wurden. Die Behandlung von Intelligenzminderung (F 7) kamen im Durchschnitt 27,4 Tage zum Tragen, auf persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F 6) entfiel ein Behandlungszeitraum von etwas mehr als 3 Wochen (22,7 Tage).

Auch in den **sonstigen medizinischen Fachabteilungen**, in denen Patientinnen und Patienten wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose behandelt wurden findet sich eine breite Spanne der Verweildauertage. Am kürzesten wurden mit 1,3 Tagen verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend behandelt, am längsten dauerten in den sonstigen Fachabteilungen Krankenhausbehandlungen wegen neurotischen, belastungs- und somatoformen Störungen (F 4) die 38,9 Tage beanspruchten. Auf Rang 2 folgte die Behandlungsdauer bei den affektiven Störungen mit 36,9 Tagen und die Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (F 5) mit 24 Behandlungstagen.

In der Gesamtbetrachtung unterscheiden sich die Verweildauern in den jeweiligen medizinischen Fachabteilungen deutlich von einander. Die geringste durchschnittliche Verweildauer fand sich in der Kinderheilkunde mit 6 Tagen, die größte Verweildauer mit 49,2 Tagen in der Kinder- und Jugendpsy-

chirurgie. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes⁶⁵ lag im Jahre 2002 die durchschnittliche statistische Verweildauer in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, bezogen auf ganz Deutschland, bei 49,1 Tagen. Die kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsmaßnahmen für Bürgerinnen und Bürger der Versorgungsregion Kaiserslautern bewegen sich somit im Bundesdurchschnitt.

Dagegen lag die Verweildauer der in den **psychiatrischen Fachabteilungen** behandelten Bürgerinnen und Bürger aus der Region Kaiserslautern mit 25,6 Tagen unter dem Bundesschnitt, da der bundesweit geltende Wert bei 28,4 Tagen im Jahre 2002 lag.

Die durchschnittlichen Verweildauern nach Diagnosegruppen waren bereits im Zusammenhang mit der Darstellung der Verweildauern nach Geschlechtern referiert worden. Ergänzend hierzu beinhaltet Tabelle 7-14 zum Vergleich der angegebenen Werte die für Dortmunder Bürgerinnen und Bürger erhobenen Daten des Jahres 2002. Bürgerinnen und Bürger aus der Versorgungsregion Kaiserslautern wurden in der Summe aller Diagnosegruppen 1,5 Tage länger wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose stationär behandelt als Dortmunder. Im Hinblick auf die einzelnen Diagnosegruppen zeigten sich folgende Unterschiede:

Bei organischen Störungen (F 0), Abhängigkeitserkrankungen (F 1), schizophrenen Störungen (F 2), Intelligenzminderung (F 7) und verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F 9) wurden Kaiserslauterner Bürgerinnen und Bürger länger stationär behandelt als dies im Vergleichsjahr für Dortmunder der Fall war. Am größten war der Unterschied bei organischen Störungen, bei denen die Differenz 6,1 Verweildauertage betrug.

Bei den affektiven Störungen (F 3), den neurotischen Störungen (F 4), den Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (F 5) sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F 6) sowie den Entwicklungsstörungen (F 8) wurden Bürgerinnen und Bürger aus Kaiserslautern kürzer behandelt als dies für Dortmunder im Vergleichsjahr der Fall war. Die größte Abweichung ergab sich hier bei den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F 6) mit 5 Tagen.

⁶⁵ Rolland S, Rosenow C: Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und Patienten 2002 in: Krankenhaus- Report 2004 Stuttgart 2005 Tabelle 18 – 6 Seite 328

Tabelle 7-14: Verweildauer der Fälle 2002 aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig vom Behandlungsort nach medizinischer Fachabteilung; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen

Verweildauer (in Tagen) der Fälle in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig vom Behandlungsort nach medizinischer Fachabteilung	Innere Medizin	Kinderheil- kunde	Kinder- u. Jugendpsy- chiarie	Neurologie	Psychiatrie	sonst. Fachabtei- lungen	alle Abteilun- gen	Dortmund 2002	Differenz Kai- serlautern - Dortmund
organische, einschl. symptomatischer psychischer Störungen (F0)	7, 6	6		13	31, 4	9	22,2	16,1	6,1
psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)	5, 2	2, 3	25, 7	8, 9	12, 9	8, 2	10,8	9,7	1,1
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)	9, 6	3, 5	10	12	39, 5		38,4	34,2	4,2
affektive Störungen (F3)	17, 9	4, 5		12, 3	37, 6	36, 9	30,5	34,3	-3,8
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)	12, 2	11, 2	33, 1	12, 1	19, 4	38, 9	16,0	19,3	-3,3
Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)	11, 5	18, 9	62	2	15, 3	24	17,2	20,4	-3,3
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)	16, 2	1	3		22, 7	7, 8	18,3	23,4	-5,0
Intelligenzminderung (F7)		5, 3			27, 4		24,7	21,8	2,9
Entwicklungsstörungen (F8)		5	1			17, 5	6,4	9,9	-3,5
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9)		4, 7	62, 9	11		1, 3	36,7	34,7	2,0
gesamt	10, 9	6	49, 2	11, 3	25, 6	17, 2	21,2	19,7	1,5

Konnte bislang geklärt werden, in welchen medizinischen Fachabteilungen Bürgerinnen und Bürger aus Stadt- und Landkreis Kaiserslautern wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose im Jahre 2002 stationär behandelt worden waren, wird die Darstellung nun um den geografischen Ort ergänzt. Insgesamt erfolgten die Behandlungen in 88% aller Fälle innerhalb von Rheinland Pfalz, davon waren 83% aller Fälle in räumlicher Nähe zur Herkunftsregion bzw. in der Stadt bzw. dem Landkreis Kaiserslautern selbst. Behandlungsmaßnahmen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose wurden in 143 Fällen oder in 7% im angrenzenden Saarland durchgeführt.

Tabelle 7-15: Anzahl der Fälle aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose 2002 nach Behandlungsort; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen

Krankenhausbehandlungen 2002 in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach Behandlungsort	Absolut	%
Kaiserslautern, St.	426	21%
Pirmasens, Stadt	16	1%
Landkreis Bad Dürkheim	15	1%
Landkreis Kaiserslautern	59	3%
Landkreis Südliche Weinstraße	1 138	57%
übriges Rheinland-Pfalz	104	5%
Rheinland-Pfalz gesamt	1 758	88%
Baden-Württemberg	60	3%
Bayern	12	1%
Hessen	14	1%
Niedersachsen	2	0%
Nordrhein-Westfalen	9	0%
Saarland	143	7%
Sachsen-Anhalt	1	0%
Schleswig-H.	2	0%
Thüringen	1	0%
gesamt	2 002	100%

Der Blick auf die behandelnden Krankenhäuser zeigt, dass mehr als die Hälfte, nämlich 55% aller Behandlungsmaßnahmen im Pfalzlinikum Klingenmünster durchgeführt wurden, ein Fünftel in Westfalzklinikum Kaiserslautern. Das städtische Krankenhaus in Pirmasens mit der dort tätigen psychiatrischen Abteilung behandelte Bürgerinnen und Bürger aus der Versorgungsregion Kaiserlautern im Jahre 2002 in 16 Fällen, was einen Anteil von 1% entspricht.

Tabelle 7-16: Anzahl der Fälle aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose 2002 nach behandelndem Krankenhaus; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen

Krankenhausbehandlungen 2002 in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach behandelndem Krankenhaus	Absolut	%
Westfalzklinikum Kaiserslautern	426	22%
Städtisches Krankenhaus Pirmasens	16	1%
St. Johannis-Krankenhaus Landstuhl	59	3%
Pfalzlinikum Klingenmünster	1.073	55%
Klinik Sonnenwende	182	9%
Kreiskrankenhaus Südliche Weinstraße, Privatklinik Gleisweiler, Donnersberg - Krankenhaus	82	4%
übrige Krankenhäuser Rheinland-Pfalz	107	6%
gesamt	1.945	100%

Die nachfolgende Kreuztabelle beinhaltet eine Verknüpfung des geografischen Behandlungsortes mit den medizinischen Fachabteilungen und weist neben der Anzahl der Fälle auch die durchschnittliche Verweildauer in Tagen aus.

Deutlich erkennbar ist hier die unterschiedliche Verteilung der Behandlungsfälle auf die jeweiligen Abteilungen des Westfalzklinikums⁶⁶ und den dort praktizierten, sehr unterschiedlichen Verweildauern. Mit 295 Fällen ist die Abteilung für Innere Medizin im Hinblick auf stationäre Behandlungsmaßnahmen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 12,4 Tagen der bedeutendste Akteur. Mit 12,4 Tagen sind die Behandlungsmaßnahmen in der Stadt Kaiserslautern dreimal so lang wie die im Landkreis durchgeführten 44 Behandlungsmaßnahmen. In den übrigen Abteilungen für Innere Medizin dauern stationäre Behandlungsmaßnahmen zwischen 7,8 Tagen (Minimum) und 10,9 Tagen (Maximum) im Landkreis Bad Dürkheim.

Tabelle 7-17: Anzahl der Fälle 2002 und Verweildauer aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach Behandlungsort und medizinischer Fachabteilung; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen

Anzahl der Fälle und Verweildauer in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach Behandlungsort und medizinischer Fachabteilung	Innere Medizin		Kinderheilkunde		Kinder- u. Jugendpsychiatrie		Psychiatrie		Neurologie		sonst. Fachabteilungen	
	Anzahl	VD in Tagen	Anzahl	VD in Tagen	Anzahl	VD in Tagen	Anzahl	VD in Tagen	Anzahl	VD in Tagen	Anzahl	VD in Tagen
Kaiserslautern, St.	295	12, 4	63	2, 4	-	-	-	-	58	9, 9	10	7, 6
Pirmasens, Stadt	1	-	-	-	-	-	15	24, 9	-	-	-	-
Landkreis Bad Dürkheim	14	10, 9	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6,
Landkreis Kaiserslautern	44	4, 1	-	-	-	-	-	-	-	-	15	, 9
Landkreis Südliche Weinstraße	9	10, 4	2	6,	30	62, 6	1 095	24, 8	2	16, 5	-	-
übriges Rheinland-Pfalz	35	7, 8	10	17, 6	7	12,	34	36, 2	7	9, 4	11	25, 4
gesamt	398	11	75	4, 6	37	53	1 144	25, 1	67	10	37	10, 1

Im Hinblick auf die stationären Behandlungsmaßnahmen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose liegt der Behandlungsschwerpunkt des Westfalzklinikums bei neurotischen Störungen (F 4), welche 30% des Behandlungsgeschehens ausmachen. Mit 27% in etwa gleichwertig folgen die Behandlungsmaßnahmen wegen Abhängigkeitserkrankungen; in 45 oder 11% aller Fälle erfolgten stationäre Maßnahmen wegen einer organischen Störung (F 0).

Schwerpunkt des Behandlungsgeschehens im Städtischen Krankenhaus Pirmasens bei den dokumentierten 16 Fällen sind mit 38% affektive Störungen (n = 6), in einem Viertel aller Fälle erfolgten Behandlungsmaßnahmen wegen einer organischen Störung, gefolgt von je 2 Behandlungsmaßnahmen wegen Abhängigkeitserkrankungen (F 1) und schizophrener Störungen (F 2).

Häufigster Behandlungsanlass im St. Johannis- Krankenhaus Landstuhl waren mit 38 Behandlungsfäl-

⁶⁶ Das Westfalzklinikum verfügt über seine neurologische und seine psychosomatische Abteilung über besondere Behandlungskompetenzen, die offensichtlich auch sachgerecht genutzt werden.

len oder 64% Abhängigkeitserkrankungen (F 1). 7- mal wurden neurotischen Störungen (F 4) und 5- mal organische Störungen (F 0) dort stationär behandelt.

Auch im Pfalzkrankenhaus findet sich mit 484 Behandlungsfällen der Häufigkeitsgipfel bei den Abhängigkeitserkrankungen, was einem Anteil von 45% entspricht. Schizophrene Störungen kamen mit 310 Behandlungsmaßnahmen in 29% der Fälle vor. Zusammenfassend repräsentieren damit Abhängigkeitserkrankungen und schizophrene Störungen drei Viertel des Behandlungsgeschehens für Bürgerinnen und Bürger aus der Versorgungsregion Kaiserslautern im Pfalzkrankenhaus in Klingenstein.

Tabelle 7-18: Anzahl der Fälle aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose 2002 nach behandelndem Krankenhaus und Diagnose; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen

Krankenhausbehandlungen 2002 in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach behandelndem Krankenhaus und Diagnose	Westpfalzkrankenhaus Kaiserslautern		Städtisches Krankenhaus Pirmasens		St. Johannis-Krankenhaus Landstuhl		Pfalzkrankenhaus Klingenstein		Klinik Sonnenwende		Kreiskrankenhaus, Südliche Weinstraße, Privatklinik Gleisweiler, Donnersberg-Krankenhaus		übrige Krankenhäuser Rheinland-Pfalz	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
organische, einschl. symptomatischer psychischer Störungen (F0)	45	11%	4	25%	5	8%	58	5%	11	6%	7	9%	11	10%
psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)	117	27%	2	13%	38	64%	484	45%	70	38%	19	23%	29	27%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftete Störungen (F2)	6	1%	2	13%	1	2%	310	29%	33	18%	7	9%	11	10%
affektive Störungen (F3)	82	19%	6	38%	5	8%	81	8%	35	19%	41	50%	17	16%
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)	129	30%	1	6%	7	12%	66	6%	25	14%	4	5%	25	23%
Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)	18	4%	0	0%	3	5%	9	1%	1	1%	0	0%	5	5%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)	14	3%	1	6%	0	0%	26	2%	6	3%	3	4%	0	0%
Intelligenzminderung (F7)	2	0%	0	0%	0	0%	19	2%	0	0%	1	1%	0	0%
Entwicklungsstörungen (F8)	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	3%
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9)	12	3%	0	0%	0	0%	20	2%	1	1%	0	0%	6	6%
gesamt	426	100%	16	100%	59	100%	1073	100%	182	100%	82	100%	107	100%

7.2.4. Stationäre Krankenhausbehandlungen in 2002 wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose in Kaiserslautern

Die bisher referierten Erhebungsergebnisse bezogen sich alle auf stationäre Behandlungsmaßnahmen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose für Menschen, die ihren Wohnsitz entweder im Landkreis Kaiserslautern oder aber in der Stadt Kaiserslautern hatten, zunächst unabhängig davon, wo diese Behandlungen durchgeführt wurden. Umgekehrt wird nun der Frage nachgegangen, woher die Patientinnen und Patienten kamen, die in der Stadt oder dem Landkreis Kaiserslautern in den dortigen Krankenhäusern wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose stationär behandelt worden sind. Die nun folgende Tabelle wiederholt zunächst in den ersten beiden inhaltlichen Spalten die Angaben nach Wohnsitz in Stadt- oder Landkreis Kaiserslautern nach den Regionen der durchgeführten Behandlung. In der dritten und vierten inhaltlichen Spalte werden dagegen die Behandlungen in Stadt- oder Land-

kreis Kaiserslautern gestellt, die auch an Auswärtige abgegeben wurden. In der letzten Spalte rechts wiederum ist dann das Wanderungssaldo aufgeführt.

Es zeigt sich, dass von den 426 in der Stadt Kaiserslautern durchgeführten Krankenhausbehandlungen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose 279 und damit zwei Drittel aller Maßnahmen auf Bürgerinnen und Bürger der Stadt entfallen sind. 206 Behandlungsfälle wurden für Bürgerinnen und Bürger aus dem Landkreis Kaiserslautern gezählt, davon wurden 59 im Landkreis selbst und 147 in der Stadt Kaiserslautern realisiert. In der Beziehung zwischen Stadt – Land ergibt sich somit eine Zuwanderung von 147 Krankenhausfällen aus dem Landkreis in die Stadt Kaiserslautern.

Außerordentlich prägnant zeigt sich die Wanderungsbewegung aus der Stadt bzw. dem Landkreis Kaiserslautern in den Landkreis Südliche Weinstraße, dem Sitz des Pfalzkrankenhauses Klingenmünster. Im Jahre 2002 fand sich eine Krankenhausbehandlung eines Bürgers bzw. bei einer Bürgerin aus dem Landkreis Südliche Weinstraße wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose in Einrichtungen innerhalb der Versorgungsregion Kaiserslautern. Dem standen im gleichen Zeitraum 1138 Behandlungsmaßnahmen im Landkreis Südliche Weinstraße gegenüber.

Mit 128 Behandlungsmaßnahmen oder 17% kamen knapp ein Fünftel der in der Versorgungsregion durchgeführten Krankenhausaufenthalte auf Bürgerinnen und Bürger des Landkreises Kusel. Umgekehrt wurde kein Fall einer Behandlungsmaßnahme von Bürgerinnen und Bürger aus der Versorgungsregion im Landkreis Kusel gezählt.

Insgesamt ergibt sich – bezogen auf die Bürgerinnen und Bürger aus Rheinland Pfalz – für die Versorgungsregion Kaiserslautern eine negative Wanderungsbilanz von 1041 Krankenhausfällen. Herausragend hier sind die für Bürgerinnen und Bürger der Versorgungsregion im Landkreis Südliche Weinstraße durchgeführten Krankenhausaufenthalte.

Tabelle 7-19: Anzahl der Fälle der stationären Behandlungen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose 2002 in Kaiserslautern nach H; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen

Krankenhausbehandlungen 2002 in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach Behandlungsort	Wohnsitz in Stadt oder Landkreis Kaiserslautern mit Behandlung in ...		Behandlung in Stadt oder Landkreis Kaiserslautern mit Wohnsitz in ...		Wanderungssaldo
	absolut	%	absolut	%	
Kaiserslautern, St.	426	21%	279	37%	- 147
Pirmasens, Stadt	16	1%	5	1%	- 11
Landkreis Bad Dürkheim	15	1%	6	1%	- 9
Landkreis Kaiserslautern	59	3%	206	28%	-147
Landkreis Südliche Weinstraße	1 138	57%	1	0%	- 1 137
Landkreis Kusel	-	-	128	17%	+ 128
übriges Rheinland-Pfalz	104	5%	92	12%	- 12
Rheinland-Pfalz gesamt	1 758	88%	717	96%	- 1041
Baden-Württemberg	60	3%	10	1%	- 50
Bayern	12	1%	3	0%	- 9
Hessen	14	1%	3	0%	- 11
Niedersachsen	2	0%			- 2
Nordrhein-Westfalen	9	0%	2	0%	- 7
Saarland	143	7%	12	2%	- 131
Sachsen-Anhalt	1	0%	-	-	- 1
Schleswig-Holstein	2	0%	1	0%	- 1
Thüringen	1	0%	-	-	- 1
Ausland	-	-	1	0%	+ 1
gesamt	2 002	100%	749	100%	1253

8. Betreutes Wohnen in der Versorgungsregion Kaiserslautern

In der Versorgungsregion Kaiserslautern wurden am 31.12.2002 insgesamt 109 Betreuungsverhältnisse im ambulant und stationär betreuten Wohnen gezählt. 47 davon entfielen auf das ambulant betreute Wohnen, was einem Anteil der ambulanten Hilfen an allen Hilfen von 43% entspricht. Dem zu Folge fand sich für das beschriebene Jahr ein Überhang an stationären Hilfen, da nach fachlicher Auffassung ein Verhältnis von zwei Drittel ambulanter Hilfen und einem Drittel stationärer Hilfen angemessen scheint⁶⁷.

68 der insgesamt 109 Betreuungsverhältnisse und damit 62% entfielen auf Bürgerinnen und Bürger der Versorgungsregion, 22 auf Bürgerinnen und Bürger des Landkreises und 46 auf Bürgerinnen und Bürger der Stadt.

Nach bisherigen Erfahrungen⁶⁸ und auf Grund fachlichen Urteils⁶⁹ kann eine Versorgungsrate im Bereich des Wohnens von etwa 1 Betreuungsverhältnis (ambulant und stationär) auf 1000 EW angenommen werden. Tabelle 8-1 weist die Versorgungsraten für Stadt und Landkreis gesondert aus. Demnach liegt die Versorgungsrate im Lichte der durchgeführten Erhebung und vor dem Hintergrund der zur Verfügung stehenden Daten insgesamt für die Region bei 0,38 je 1000 EW, für die Stadt Kaiserslautern bei 0,54 und für den Landkreis bei 0,24.

Es ergibt sich somit eine erhebliche Differenz zum Erwartungswert von 1 je 1000 EW.

Tabelle 8-1: Ambulant und stationär betreutes Wohnen in der Versorgungsregion Kaiserslautern zum Stichtag 31.12.2002

Ambulant und stationär betreutes Wohnen in der Versorgungsregion Kaiserslautern zum Stichtag 31.12.2002	Stichtag 31.12.2002				Erwartungswert
	Ambulant betreutes Wohnen	Stationär betreutes Wohnen	Alle Formen des Betreuten Wohnens	je 1000 der über 15-jährigen EW	
Landkreis Kaiserslautern	8	14	22	0,24	91
Stadt Kaiserslautern	22	24	46	0,54	86
gesamt	30	38	68	0,38	177

Diese Differenz kann auf eine Unterversorgung an unterstützenden Dienstleistungen im Lebensbereich Wohnen hindeuten, - denkbar ist jedoch auch, dass sich in diesen Werten eine nicht zu vernachlässigende Anzahl von Bürgerinnen und Bürgern aus der Versorgungsregion ausdrückt, die in Einrichtungen außerhalb des Versorgungsgebietes untergebracht sind.

Deren Anzahl und die Orte der externen Unterbringungen konnten im Rahmen der bisherigen Arbeiten nicht ermittelt werden.

⁶⁷ Vgl. bspw. Schröder Wilhelm F: Psychiatrische Versorgung in Hessen. Entwicklung bis 2007, Berlin IGES - Eigenverlag 2002

⁶⁸ Schmitt-Schäfer Th: Die Entwicklung der Eingliederungshilfe im Landkreis Bernkastel-Wittlich in: Der Landkreis 7/2004; Stadt Dortmund, Gesundheitsamt: Psychiatriebericht für die Stadt Dortmund 1998 – 2003, November 2004

⁶⁹ BMG (Hrsg): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Bd. 116 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 1999, Seite 37

8.1. Ambulant betreutes Wohnen

In der Versorgungsregion Kaiserslautern gibt es insgesamt 60 Plätze des ambulanten Betreuten Wohnens, davon sind 6 Plätze mit überregionaler Aufnahme für Alkoholranke. 48 Plätze befinden sich in der Stadt, 6 Plätze im Kreis.

In die Erhebung waren 48 Plätze Betreuten Wohnens und damit 80% der gesamten Kapazität in der Versorgungsregion einbezogen.

Im November 2004 standen 3 Heime mit insgesamt 122 Plätzen sowie eine Obdachloseneinrichtung mit 77 Plätzen zur Verfügung. Zum Erhebungszeitpunkt Dezember 2002 war eines der Heime noch nicht eröffnet, - damals gab es insgesamt 62 Plätze sowie die Obdachloseneinrichtung.

Daten konnten von den beiden Heimen psychiatrischer Versorgung erhoben werden – methodische Fragestellungen verhinderten eine Berücksichtigung der Obdachloseneinrichtung Christopherushaus.

8.1.1. Strukturdaten im ambulant betreuten Wohnen

Hier sind vier Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoginnen bzw. -pädagogen beschäftigt. Sozialpsychiatrische oder therapeutische Zusatzausbildungen wurden nicht vermerkt. Ehrenamtliche Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter sind nicht eingebunden.

Das Team erhält regelmäßig externe Supervision, in 2002 wurden 10 Termine realisiert.

Die telefonische Erreichbarkeit ist nach Angaben des Dienstes sichergestellt, man sei regelmäßig und nach Vereinbarung erreichbar. Konkrete Zeiten wurden im Erhebungsbogen nicht angegeben.

Im Rahmen des Betreuten Einzelwohnens werden 12 Plätze, im Betreuten Paarwohnen 4 Plätze und in Wohngemeinschaften werden 32 Plätze vorgehalten. Die Wohnungen sind nach Angaben des Dienstes „teilweise“ barrierefrei.

8.1.2. Aufnahmen im ambulant betreuten Wohnen

Im Jahr 2002 wurden insgesamt 12 Aufnahmen vorgenommen, in drei Fällen und damit einem Viertel aller Fälle handelte es sich um Wiederaufnahmen. In zwei Fällen erfolgten die Wiederaufnahmen innerhalb von sechs Monaten seit der Entlassung, einmal wurde nach mehr als 5 Jahren seit Entlassung wieder aufgenommen.

Zum Vergleich: In der Stadt Dortmund⁷⁰ bewegte sich die Wiederaufnahmerate (Wiederaufnahme/alle Aufnahmen) in den Jahren 1998 bis 2003 zwischen 1% im Jahr 2000 und 10% im Jahr 1998.

Mit 8 von 12 kamen zwei Drittel der aufgenommenen Personen aus der eigenen Wohnung ohne vorherige psychosoziale Betreuung. Auf „Übergangseinrichtung/med. Rehabilitation“, „psychiatrisches Heim“, „ohne festen Wohnsitz/obdachlos“ und „andere Wohnsituation“ entfielen jeweils eine Aufnahme. Der Anteil der aus der eigenen Wohnung ohne vorherige psychosoziale Betreuung aufgenomme-

⁷⁰ Stadt Dortmund, Gesundheitsamt: Psychiatriebericht für die Stadt Dortmund 1998 – 2003, November 2004

nen Personen entspricht den Werten aus Dortmund.

8.1.3. Leistungen und Personenkreis im ambulant betreuten Wohnen

Zum 31.12.2002 wurden 47 Personen ambulant betreut, davon waren 37 oder 79% Männer. Dem entsprechend entfiel ein Fünftel aller Maßnahmen auf Frauen. Der Anteil der Männer an der Gesamtbevölkerung lag dagegen bei 49%.

Zum Vergleich: In der Stadt Dortmund lag der Anteil der Männer in den Jahren 1998 bis 2003 zu keinem Zeitpunkt über 60%.

Ein Drittel aller Bewohnerinnen und Bewohner im Betreuten Wohnen wurden zwischen 2 Jahren und fünf Jahren betreut, mit 14 Fällen war dies die häufigste Nennung in dieser Abfrage. In 9 (19%) Fällen dauerte die Betreuung bereits länger als fünf Jahre.

Tabelle 8-2: Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner im Betreuten Wohnen nach Betreuungsdauer zum Stichtag 31.12.2002, eigene Erhebung, eigene Berechnung

Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner im Betreuten Wohnen zum Stichtag		31.12. 2002	
		absolut	%
mit einer Betreuungsdauer ...	von bis zu 6 Monaten	9	19%
	von 6 Monaten bis zu 1 Jahr	6	13%
	von 1 Jahr bis zu 2 Jahren	9	19%
	von 2 Jahren bis zu 5 Jahren	14	30%
	von 5 Jahren bis zu 10 Jahren	9	19%
Anzahl insgesamt		47	100%

Das Betreute Wohnen in der Versorgungsregion Kaiserslautern ist auf Menschen mit einer schizophrenen Störung konzentriert. Auf diese Diagnosegruppe entfallen 80% aller Betreuungsverhältnisse, Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen werden jeweils 3 mal und damit in 6% der Fälle genannt. Affektive Störungen, neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen sowie Intelligenzminderung kommen jeweils einmal vor.

Tabelle 8-3: Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner im Betreuten Wohnen nach Diagnose zum Stichtag 31.12.2002, eigene Erhebung, eigene Berechnung

Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner im Betreuten Wohnen nach Diagnose (ICD – 10) zum Stichtag	31.12. 2002	
(F10 – F19)	3	6%
(F20 – F29)	38	81%
(F30 – F39)	1	2%
(F40 – F48)	1	2%
(F60 – F69)	3	6%
(F70 – F79)	1	2%
Anzahl insgesamt	47	100%

Zum Vergleich: In 1998 lag der Anteil der an einer Psychose Erkrankten im betreuten Wohnen Dortmunds bei 70%, in den folgenden Jahren bei etwa 60% aller Fälle.

Neurotische Störungen, Verhaltensauffälligkeiten oder Entwicklungsstörungen sind nur zu einem geringen Anteil Anlass einer ambulanten Betreuung in Dortmund. Absolut ist die Anzahl leicht zurückgegangen, der relative Anteil lag durchschnittlich bei etwa 4%.

Suchtkranke wurden von den hier Trägern ambulant betreuten Wohnens in 2003 häufiger betreut als noch 1998. Damals waren unter 10% der ambulant Beschützten suchtkrank, in 2002 waren es knapp ein Fünftel, 2003 16% aller Fälle. Zwischen 1998 und 2003 stieg die Anzahl der Betreuungsverhältnisse wegen einer Suchterkrankung von 38 um 44 auf 82 um 116%.

Stärker noch als bei den Suchterkrankungen ist in Dortmund die Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen gestiegen, von 23 Fällen in 1998 ist eine Zunahme um 51 Fälle auf 74 Fälle in 2003 oder 220% dokumentiert. Waren 1998 knapp 6% der Fälle im Zusammenhang mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen zu sehen, so lag deren Anteil seit 1999 bei etwa 14% aller Fälle.

Organische Störungen und Intelligenzminderungen geben auch in Dortmund selten Anlass für ambulant betreutes Wohnen. Der Anteil beider Diagnosegruppen liegt in allen Berichtsjahren zusammen bei unter 10%.

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

Bei 45 der 47 Bewohnerinnen und Bewohner (96%) war der Sozialhilfeträger Kostenträger der Maßnahmen, in zwei Fällen handelte es sich um Selbstzahler. 7 mal wurde eigenes Einkommen und/oder Vermöge zu den Leistungen des Sozialhilfeträgers herangezogen. Ergänzende Leistungen der Kranken- oder der Pflegeversicherung wurden nicht benannt.

Mit einer Ausnahme sind alle Bewohnerinnen und Bewohner des betreuten Wohnens in Kaiserslautern deutscher Staatsangehörigkeit, dies entspricht einem Anteil von 98%. Der Anteil der Einwohnerinnen und Einwohner mit deutscher Staatsbürgerschaft in der Versorgungsregion Kaiserslautern liegt dagegen bei 92%.

30, d.h. knapp zwei Drittel aller am 31.12.2002 betreuten Personen kamen aus der Versorgungsregion, davon 8 aus dem Landkreis und 22 aus der Stadt. Im Landkreis gibt es 9 Verbandsgemeinden, aus vier dieser Verbandsgemeinden nutzten Menschen das Angebot des Betreuten Wohnens, 6 aus der Verbandsgemeinde Landstuhl und jeweils 1 aus den Verbandsgemeinden Kaiserslautern-Süd und Ramstein-Miesenbach.

Von den 17 Personen, die nicht aus dem Versorgungsgebiet kamen, waren 5 nicht aus Rheinland-Pfalz, in einem Fall war die Herkunft unsicher. Die übrigen 11 Personen kamen aus dem

Landkreis Kusel	2 Personen
Donnersbergkreis	1 Person
Landkreis Bad Dürkheim	1 Person
Landkreis Südliche Weinstraße	3 Personen
Landkreis Pirmasens	3 Personen
andere aus Rheinland-Pfalz	1 Person

Drei Viertel der Personen im betreuten Wohnen waren zwischen 18 und 42 Jahre alt, das Durchschnittsalter lag bei 36 Jahre und damit unter dem Altersdurchschnitt von 41 Jahren für das gesamte Versorgungsgebiet Kaiserslautern. Im Vergleich hierzu sind die Nutzerinnen und Nutzer des betreuten Wohnens in Dortmund älter, - deren Altersdurchschnitt lag in 2002 bei 47 Jahren.

Tabelle 8-4: Alter der Bewohnerinnen und Bewohner im betreuten Wohnen zum 31.12.2002, eigene Erhebung, eigene Berechnung

Alter der Bewohnerinnen und Bewohner im betreuten Wohnen zum Stichtag 31.12.2002	absolut	%
68 – 72 Jahre	1	2%
48 – 52 Jahre	4	9%
43 – 47 Jahre	6	13%
38 – 42 Jahre	9	19%
33 – 37 Jahre	10	21%
28 – 32 Jahre	9	19%
23 – 27 Jahre	5	11%
18 – 22 Jahre	3	6%
gesamt	47	100%

Die Art des Einkommens ist ein Indikator für die Berufstätigkeit der Personen im betreuten Wohnen und wurde daher sehr differenziert erfragt. Es fand sich, dass von den insgesamt 47 Betreuten 3 (6%) Arbeitseinkommen erzielten, in 2 Fällen bestritten sie damit vollständig ihren Lebensunterhalt in 1 Fall überwiegend.

Keiner der Betreuten befand sich in Ausbildung oder einer Maßnahme der beruflichen Rehabilitation, da Ausbildungsbeihilfe bzw. Unterhaltsgeld nicht bezogen wurde.

Von Rente lebten 13 (28%) der Betroffenen (12 davon bezogen BU- oder EU-Rente).

Arbeitslosengeld bzw. -hilfe wurde in 3 Fällen bezogen, hier gab es somit eine zeitliche Nähe zu einer bereits ausgeübten Beschäftigung. In 27 Fällen wurde der Lebensunterhalt mit Sozialhilfe bestritten, 18 mal vollständig und 9 mal ergänzend zu einer anderen Einkommensart.

Der Quotient aus der Anzahl beendeter Maßnahmen im ambulant beschützten Wohnen und der Anzahl der Betreuungsverhältnisse (Anzahl beendeter Maßnahmen/Anzahl der Maßnahmen zum Stichtag) ist ein Maß für die Aktivität des ambulant beschützten Wohnen: entspricht die Anzahl der Betreuungsbeendigungen innerhalb eines Jahres der Anzahl der Betreuungen zum Stichtag, so ist der Aktivitätsin-

dex = 1. Je größer der errechnete Wert, desto häufiger gab es Betreuungsbeendigungen im Verhältnis zu allen Betreuungsverhältnissen, desto größer war die Fluktuation. Die Berechnung dieses Index ermöglicht es, Veränderungen im Zeitablauf darzustellen. Für das ambulant beschütztes Wohnen innerhalb der Versorgungsregion Kaiserslautern errechnet sich ein Wert von 0,23 der damit durchgängig über den entsprechenden Angaben in der Stadt Dortmund liegt, d.h.: das Betreute Wohnen in Kaiserslautern zeigt sich dynamischer als dies in Dortmund beobachtet wurde.

8.1.4. Beendete Maßnahmen im ambulant Betreuten Wohnen

11 Maßnahmen wurden in 2002 beendet, jeweils 2 (18%) davon nach einer Betreuungsdauer von bis zu 6 Monaten bzw. von 6 Monaten bis zu 1 Jahr. 3 Mal (27%) wurden Betreuungsverhältnisse nach einem Zeitraum von 1 bis 2 Jahren beendet, wiederum in drei Fällen in einem Zeitraum von 2 bis zu 5 Jahren. Ein Betreuungsverhältnis dauerte bereits zwischen 5 und 10 Jahren an, bis es beendet wurde.

In drei Fällen (27%) erfolgte nach Beendigung des Betreuten Wohnens die Aufnahme in einem Wohnheim, in den übrigen 8 Fällen d.h. in 73 % zogen die Betroffenen in eine eigene Wohnung ein. Dort lag der Anteil der nach einer beendeten Maßnahme in der eigenen Wohnung Lebenden im Durchschnitt der letzten 6 Jahre bei 69%.

8.2. Stationär betreutes Wohnen in der Versorgungsregion Kaiserslautern

8.2.1. Strukturdaten

In den beiden hier berücksichtigten Häusern waren zum 31.12.2002 insgesamt 52 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt, davon waren 16 oder etwa ein Drittel Vollzeitbeschäftigte. Die Hälfte der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren teilzeitbeschäftigt, in knapp einem Fünftel der Fälle gab es geringfügige Beschäftigungsverhältnisse.

Tabelle 8-5: Beschäftigte in Wohnheimen der psychiatrischen Versorgung in Kaiserslautern zum Stichtag 31.12.2002, eigene Erhebung, eigene Berechnung

Beschäftigte in Wohnheimen	Stichtag 31.12.2002	
	absolut	%
davon: Vollzeitbeschäftigte	16	31%
davon: Teilzeitbeschäftigte	26	50%
davon: geringfügig Beschäftigte	10	19%
Gesamtzahl der Beschäftigten in der Einrichtung	52	100%

Insgesamt ergaben sich aus dieser Zusammensetzung 32,72 Stellen im Vollzeitäquivalent, was einer Stellenzahl (Vollzeitäquivalent) von 0,53 je Wohnheimplatz entspricht.

Zum Vergleich: Zum 31.12.1998 entfielen in der Stadt Dortmund auf einen Wohnheimplatz 0,93

Beschäftigte im Vollzeitäquivalent⁷¹.

Zusätzlich zu den angeführten Daten gab eine Einrichtung an, nach Bedarf Studierende als Nachtwache einzusetzen. Deren Stundenumfang wurde nicht weiter konkretisiert.

In Fünftel der Beschäftigten in den Wohnheimen in Kaiserslautern entfallen auf den hauswirtschaftlichen und technischen Dienst, zweit häufigste Berufsgruppe sind Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialpädagogen bzw. Sozialpädagoginnen. An dritter Stelle finden sich dann mit 15 % bereits die Zivildienstleistenden.

Zum Vergleich: mit 46% größte Berufsgruppe in den Dortmunder Heimen war Krankenpflegepersonal, das in Kaiserslautern lediglich 10% der Beschäftigten stellt.

Tabelle 8-6: Qualifikation der Beschäftigten im Vollzeitäquivalent Kaiserslautern 2002 im Vergleich mit Dortmund 1998

Qualifikation der Beschäftigten im Vollzeitäquivalent	Stichtag 31.12.2002		Dortmund 1998 ⁷²
	absolut	%	%
Ärztinnen und Ärzte	0,09	0%	0%
Krankenpflegepersonal	3,05	9%	46%
Diplom – Psychologinnen und Diplom - Psychologen	2,15	7%	0%
Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	3,1	9%	4%
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	5,8	18%	13%
Verwaltungskräfte	1,43	4%	k.A.
hauswirtschaftlicher u. technischer Dienst	6,85	21%	13%
Heilpädagoginnen und Heilpädagogen	0,8	2%	2%
Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger, Heilerzieherin und Heilerzieher	1	3%	3%
Erzieherin und Erzieher	2,5	8%	13%
andere Ausbildungen: 5 Studenten als Nachtwachen	0	0%	
Ohne Fachausbildung	0,95	3%	2%
Zivildienstleistende	5	15%	4%
Gesamt	32,72	100%	100%

Zwei der Krankenpflegekräfte in Kaiserslautern waren Fachkräfte für Psychiatrie, so dass in jeder Einrichtung eine Fachpflege für Psychiatrie zu finden war. In einer Einrichtung finden sich 4 Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen mit einer sozialpsychiatrischen Zusatzausbildung. Die Ergotherapeutin bzw. der Ergotherapeut dort hat eine Zusatzausbildung in Kunsttherapie. In dem anderen Haus wurden keine die ursprüngliche Berufsausbildung ergänzenden Qualifikationen vermerkt.

⁷¹ Gesundheitsamt der Stadt Dortmund (Hrsg): Psychiatriebericht Dortmund –Eine Bestandsaufnahme und Mängelanalyse zur psychiatrischen Versorgung- Oktober 2000

⁷² a.a.O.

In beiden Häusern wurde den Teams externe Supervision angeboten, die Häufigkeit lag bei 6 bzw. 7 Terminen pro Jahr.

In beiden Wohneinrichtungen gab es einen Heimbeirat.

Während ein Haus über 25 1-Bettzimmer verfügte, wurden in der zweiten Einrichtung 24 1-Bettzimmer und 6 2-Bettzimmer gezählt. Ein bedeutsamer Unterschied fand sich in der sanitären Ausstattung insofern, als in einer Einrichtung in den Zimmern weder Toilette noch Waschbecken vorhanden war, im anderen Haus die Zimmer dagegen mit einem eigenen Bad ausgestattet waren.

Die Bewohnerinnen und Bewohner haben in beiden Häusern die Möglichkeit zu kochen und in einem separaten Essraum zu speisen. Ein Haus hat sowohl Telefonanschlüsse in den Zimmern als auch einen öffentlichen Fernsprecher, ein solcher ist auch in der anderen Einrichtung vorhanden. Die Existenz eines separaten Fernsehraumes und eines abgetrennten Raucherzimmers wurde in beiden Einrichtungen benannt, in einem Fall gab es bei „Raucherzimmer“ den Zusatz „Raucherecke“ und bei „Fernsehraum“ den Zusatz „Wohnzimmer“. Aufenthaltsräume stehen den Bewohnerinnen und Bewohnern in beiden Häusern zur Verfügung, separate Besuchszimmer jedoch nicht. Angaben zur Barrierefreiheit wurden nicht gemacht.

Die Einrichtungen sind an allen Tagen in mindestens halbstündigem Rhythmus mit ÖPNV erreichbar.

8.2.2. Aufnahmen im stationär betreuten Wohnen der Versorgungsregion Kaiserslautern

Im Jahr 2002 wurden insgesamt 9 Personen (7 Aufnahmen + 2 Aufnahmen) neu in den Wohnheimen aufgenommen, in allen Fällen handelte es sich um Erstaufnahmen.

6 der in die Wohnheime Aufgenommenen kamen aus der eigenen Wohnung, wovon die Wohnsituation in 2 Fällen durch „elterliche Wohnung“ und in drei Fällen durch „Tagesklinik“ näher bezeichnet wurde. In einem Fall gab es eine Verlegung aus einem anderen psychiatrischen Heim, zweimal wurde „andere Wohnsituation“ angegeben, wovon in einem Fall der Hinweis: „Forensik“ angefügt war.

8.2.3. Leistungen und Personenkreis im stationär betreuten Wohnen der Versorgungsregion Kaiserslautern

Insgesamt fanden sich in den beiden in die Erhebung einbezogenen Heime am 31.12.2002 62 Bewohnerinnen und Bewohner, wovon 40 Männer (65%) und 22 Frauen (35%) waren. Damit weicht die Geschlechtsverteilung wie schon beim betreuten Wohnen von der Geschlechtsverteilung der Gesamtbevölkerung ab.

Tabelle 8-7: Geschlechtsverteilung in den Wohnheimen für seelisch behinderte Menschen in der Versorgungsregion Kaiserslautern zum 31.12.2002, eigene Erhebung, eigene Berechnung

Geschlechtsverteilung in den Wohnheimen	Stichtag 31.12.2002	
	absolut	%
Männer	40	65%
Frauen	22	35%
gesamt	62	100%

37 Personen oder 60% der in den Wohnheimen Lebenden seelisch behinderten Menschen sind seit mehr als 5 Jahren dort. Ein weiteres Fünftel (n=13) lebt seit 2 und bis zu fünf Jahren im Heim. Dies bedeutet, dass Wohnheimunterbringung sich als Langzeitunterbringung darstellt.

Zum Vergleich: In der Stadt Dortmund lag der Anteil der länger als 5 Jahre im Wohnheim lebenden Menschen mit einer seelischen Behinderung in 2002 bei 23% (n=94) – von 1999 bis 2003 wurde lag der Anteil der Langzeitunterbringungen (=länger als fünf Jahre) in keinem Jahr über einem Drittel aller Fälle.

Tabelle 8-8: Betreuungsdauer in den Wohnheimen der Versorgungsregion Kaiserslautern zum 31.12.2002 im Vergleich mit Dortmund, eigene Erhebung, eigene Berechnung

Betreuungsdauer in den Wohnheimen der Versorgungsregion Kaiserslautern	Stichtag 31.12.2002		Dortmund 2002 ⁷³
	absolut	%	%
von bis zu 6 Monaten	7	11%	20%
von 6 Monaten bis zu 1 Jahr	1	2%	24%
von 1 Jahr bis zu 2 Jahren	4	6%	4%
von 2 Jahren bis zu 5 Jahren	13	21%	28%
von 5 Jahren bis zu 10 Jahren	36	58%	16%
10 Jahre und länger	1	2%	7%
gesamt	62	100%	100%

95% (n=59) der in den Wohnheimen lebenden Menschen mit einer seelischen Behinderung sind deutscher Staatsbürgerschaft, 3 Bewohnerinnen oder Bewohner sind Mitglieder einer anderen Staatsgemeinschaft.

Der örtliche bzw. überörtliche Sozialhilfeträger ist in 84% (n= 52) aller Fälle Kostenträger der in den Wohnheimen durchgeführten Maßnahmen, 4 Personen sind Selbstzahler, in sechs Fällen wurde „anderer Kostenträger“ angegeben, allerdings ohne diese näher zu bezeichnen.

3 Bewohnerinnen bzw. Bewohner lebten im intensiv betreuten Einzelwohnen, alle übrigen lebten im Wohnheim. Außenwohngruppen wurden nicht genannt.

Die Bewohnerinnen und Bewohner der Wohnheime in der Versorgungsregion Kaiserslautern leiden in drei Viertel (n=48) aller Fälle unter einer schizophrenen Störung. Bemerkenswert ist, das in 10% der Fälle eine Zuordnung des Störungsbildes zur Internationalen Klassifikation ICD-10 nicht möglich war – in fünf Fällen gab es auf den Erhebungsbögen den Hinweis: „ICD-9“, was darauf hindeuten könnte, das eine ärztliche Diagnostik seit Umstellung auf ICD-10 im Jahre 2000 nicht erfolgt ist.

⁷³ Gesundheitsamt der Stadt Dortmund (Hrsg): Fortschreibung der Psychiatrieberichterstattung Dortmund 1998 – 2003 – November 2004

Tabelle 8-9: Diagnoseverteilung in den Wohnheimen der Versorgungsregion Kaiserslautern zum 31.12.2002 im Vergleich mit Dortmund, eigene Erhebung, eigene Berechnung

Betreuungsdauer in den Wohnheimen der Versorgungsregion Kaiserslautern	Stichtag 31.12.2002		Dortmund 2002 ⁷⁴
	absolut	%	%
Organische, einschließlich symptomatische psychischer Störungen (F00 – F09)	3	5%	0%
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 – F19)	0	0%	7%
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20 – F29)	48	77%	74%
Affektive Störungen (F30 – F39)	2	3%	1%
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40 – F48)	0	0%	2%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60 – F69)	2	3%	16%
Entwicklungsstörungen (F80 – F89)	1	2%	0%
unsicher, unbekannt	6	10%	7%
gesamt	62	100%	100%

38 Bewohnerinnen und Bewohner der Heime in Kaiserslautern kommen aus der Versorgungsregion, 14 aus dem Landkreis und 24 aus der Stadt Kaiserslautern. Insgesamt geben die Einrichtungen somit 61% ihrer Kapazität an die Menschen der Versorgungsregion ab. Ein Fünftel aller Fälle kommt nicht aus dem unmittelbaren Umfeld der Versorgungsregion, sondern aus dem übrigen Rheinland-Pfalz, 2 Bewohnerinnen und Bewohner kommen von außerhalb der Landesgrenzen.

Tabelle 8-10: Herkunft der Bewohnerinnen und Bewohner in den Wohnheimen der Versorgungsregion Kaiserslautern zum 31.12.2002, eigene Erhebung, eigene Berechnung

Herkunft der Bewohnerinnen und Bewohner in den Wohnheimen für seelisch Behinderte in der Versorgungsregion Kaiserslautern	Stichtag 31.12.2002	
	absolut	%
Landkreis Kaiserslautern gesamt	14	23%
Stadt Kaiserslautern	24	39%
Versorgungsregion Kaiserslautern gesamt	38	61%
Landkreis Kusel	3	5%
Donnersbergkreis	1	2%
Landkreis Bad Dürkheim	1	2%
Landkreis Pirmasens	3	5%
andere aus Rheinland - Pfalz	14	23%
andere außerhalb von Rheinland - Pfalz	2	3%
gesamt	62	100%

Der Altersdurchschnitt der Bewohnerinnen und Bewohner des stationären Wohnens entspricht mit 41 Jahren dem der Gesamtbevölkerung in der Versorgungsregion. Wer im Wohnheim lebt, ist im arithmetischen Mittel älter als die Klienten des Betreuten Wohnens. Gleichwohl war nahezu ein Viertel aller Fälle bis zu 32 Jahre alt. Am häufigsten sind die Nennungen in der Altersklasse von 43 – 47 Jahren.

⁷⁴ Gesundheitsamt der Stadt Dortmund (Hrsg): Fortschreibung der Psychiatrieberichterstattung Dortmund 1998 – 2003 – November 2004

Tabelle 8-11: Alter der Bewohnerinnen und Bewohner in den Wohnheimen der Versorgungsregion Kaiserslautern zum 31.12.2002, eigene Erhebung, eigene Berechnung

Alter der Bewohnerinnen und Bewohner in den Wohnheimen für seelisch Behinderte in der Versorgungsregion Kaiserslautern	Stichtag 31.12.2002	
	absolut	%
58 – 62 Jahre	4	6%
53 – 57 Jahre	4	6%
48 – 52 Jahre	10	16%
43 – 47 Jahre	14	23%
38 – 42 Jahre	8	13%
33 – 37 Jahre	8	13%
28 – 32 Jahre	6	10%
23 – 27 Jahre	7	11%
18 – 22 Jahre	1	2%
gesamt	62	100%

Trotz des noch jungen Alters besuchten lediglich 10% (n=6) der Bewohnerinnen und Bewohner der Wohnheime in der Versorgungsregion Kaiserslautern eine WfbM und gehen so einer Beschäftigung nach. Maßnahmen der beruflichen (Wieder-)Eingliederung fanden sich –über den Bezug von Ausbildungsbeihilfe oder Unterhaltsgeld dokumentiert- zweimal, was 3% aller Bewohnerinnen und Bewohner entspricht. In den übrigen Fällen war eine Beschäftigung nicht erkennbar, die Betroffenen lebten von Rente oder (ergänzender) Sozialhilfe.

8.2.4. **Betreuungsbeendigungen im stationär betreuten Wohnen der Versorgungsregion Kaiserslautern**

Insgesamt zogen in 2002 10 Menschen aus Wohnheimen aus. Zwei der Auszüge erfolgten nach einer Betreuungszeit von 1 bis zwei Jahren, in vier Fällen wurden die stationären Maßnahmen nach einem Aufenthalt von 2 – 5 Jahren, in vier weiteren Fällen nach einem Aufenthalt von 5 – 10 Jahren beendet.

Tabelle 8-12: Betreuungsbeendigungen der Bewohnerinnen und Bewohner in den Wohnheimen der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002, eigene Erhebung, eigene Berechnung

Betreuungsbeendigungen in den Wohnheimen für seelisch Behinderte in der Versorgungsregion Kaiserslautern	2002	
	absolut	%
nach einer Betreuungsdauer von 1 Jahr bis zu 2 Jahren	2	20%
nach einer Betreuungsdauer von 2 Jahren bis zu 5 Jahren	4	40%
nach einer Betreuungsdauer von 5 Jahren bis zu 10 Jahren	4	40%
Gesamt	10	100%

Bemerkenswert ist, dass vier der Betroffenen aus dem Wohnheim in die eigene Wohnung ohne weitere psychosoziale Betreuung entlassen wurden. In den übrigen sechs Fällen erfolgte eine weitere Betreuung, davon in fünf Fällen unter Inanspruchnahme des persönlichen Budget's durch die Betroffenen.

Der Quotient aus der Anzahl beendeter Maßnahmen in den Wohnheimen und der Anzahl der Betreuungsverhältnisse (Anzahl beendeter Maßnahmen/Anzahl der Maßnahmen zum Stichtag) lag innerhalb der Versorgungsregion Kaiserslautern bei 0,16.

9. Die Hilfeplankonferenz

Beginnend mit dem Modellprojekt zum Aufbau eines sozialpsychiatrischen Wohnverbundes wurde in der Versorgungsregion Kaiserslautern ab 1997 eine sog. „Hilfeplankonferenz“ eingerichtet, in der auf Grundlage einer Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung (IBRP) bzw. der Individuellen Hilfeplanung Rheinland-Pfalz über die erforderlichen Hilfen im Einzelfall beraten und die Leistungserbringung unter den Leistungserbringern abgestimmt wurde.

Die einzelnen Fällen wurden in Papierform dokumentiert und sukzessive in einer MS-ACCESS-Datenbank erfasst, ohne allerdings diagnostische Informationen zu dokumentieren.

Die Papierdokumentation enthält keine Angaben über den Ort der Leistungsgewährung entlang der Koordinaten: „innerhalb des Versorgungsgebietes“/„außerhalb des Versorgungsgebietes“.

Für die nachfolgende Darstellung wurde auf die Daten in der MS-ACCESS-Datenbank zurück gegriffen, die insbesondere für die ersten Jahre fehlerhaft war. Die Darstellung beschränkt sich daher auf die Jahre 1999 – 2004.

Die Auswertung erfolgte in zwei Schritten: Im ersten Schritt wurde die Anzahl der Personen, über die und mit denen in der Hilfeplankonferenz beraten wurde, ermittelt und ihrer Herkunft nach den jeweiligen Gebietskörperschaften der Versorgungsregion zugeordnet.

In einem zweiten Schritt wurden die Fälle betrachtet: Fall bezeichnet einen Beschluss der Hilfeplankonferenz im konkreten Einzelfall, auch wenn dieser Einzelfall im Zeitablauf wiederholt beraten wurde.

In der Hilfeplankonferenz wurden zunächst die Belange von Menschen mit einer seelischen Behinderung, insbesondere mit schizophrenen Störungen beraten, ab dem Jahre 2004 wurde der Kreis auf Menschen mit einer Suchterkrankung erweitert.

Ab dem Jahr 2000 wurden jährlich 12 Sitzungen der Hilfeplankonferenz durchgeführt. Im Jahr 2000 wurden 187, in 2001 147, in 2002 190, in 2003 204 und in 2004 (bis November 2004) 215 Fälle beraten, d.h. je Hilfeplankonferenz wurden etwa 17 Fälle beraten.

9.1. Leistungsberechtigte Personen in der Hilfeplankonferenz

Insgesamt wurden im Laufe der Jahre über den Bedarf und die erforderlichen Leistungen für 335 unterschiedliche Personen in der Hilfeplankonferenz beraten, 183 konnten von der Herkunft nach eindeutig als zur Versorgungsregion gehörig identifiziert werden. 21 Personen kamen aus anderen Gebietskörperschaften von Rheinland-Pfalz, in 131 Fällen wurde die Herkunft nicht erfasst. Allerdings ist wegen des regionalen Bezugs der in der Versorgungsregion durchgeführten Modellprojekte anzunehmen, dass ein großer Teil der in der Gruppe „unsicher/ unbekannt“ eingeordneten Fälle aus der Versorgungsregion kommt.

Tabelle 9-1: Leistungsberechtigte Personen in der Hilfeplankonferenz Kaiserslautern 1999 – 2004, Datenquelle: ACCESS-Datenbank der Koordinierungsstelle, eigene Berechnungen

Leistungsberechtigte Personen in der HPK	1999	2000	2001	2002	2003	2004	gesamt
Stadt Kaiserslautern	5	11	12	18	27	44	117
Landkreis Kaiserslautern	3	2	4	15	12	30	66
Sonstige	0	6	1	2	4	8	21
unsicher/unbekannt	16	31	17	14	19	34	131
gesamt	24	50	34	49	62	116	335

Demnach hat die Hilfeplankonferenz etwa 300 Menschen aus der Versorgungsregion erreicht. Diese Zahl deutet darauf hin, dass zumindest ein großer Teil der Zielgruppe: Menschen mit seelischer Behinderung aus der Versorgungsregion in der Hilfeplankonferenz Gegenstand der Beratungen war.

Soweit die Datenlage es zuließ, wurden die Beschlüsse der Hilfeplankonferenz den Versorgungsformen „ambulant“ und „stationär“ zugeordnet. Demnach entfielen etwa jeweils ein Drittel der Beschlüsse auf die Kategorien „Wohnheim“, „ambulant“ und „keine Angaben/unsicher“. Unter der Annahme einer Gleichverteilung bei der Zuordnung der bisher unbekannteren Angaben kann vermutet werden, dass mindestens in der Hälfte der Fälle stationäre Versorgungsformen gewählt wurden.

Tabelle 9-2: Hilfeformen nach Beschluss der Hilfeplankonferenz 1997 – November 2004, Datenquelle: ACCESS-Datenbank der Koordinierungsstelle, eigene Berechnungen

Hilfeformen nach Beschluss der Hilfeplankonferenz (alle Fälle, incl. 1997 und 1998)	absolut	%
Wohnheim	112	32%
ambulant	108	31%
keine Angaben/unsicher	125	36%
gesamt	345	100%

9.2. Fälle in der Hilfeplankonferenz

„Fall“ bezeichnet in der nun folgenden Darstellung einen Beschluss der Hilfeplankonferenz im konkreten Einzelfall, auch wenn dieser Einzelfall im Zeitablauf wiederholt beraten wurde.

Die Aussagekraft der geführten Dokumentation hat sich im Verlaufe der letzten Jahre deutlich verbessert, wie an der zurückgehenden Häufigkeit der unsicheren oder fehlenden Angaben zu erkennen ist.

Stationäre Versorgungsformen wurden von 2000 bis zum Jahre 2003 am häufigsten realisiert, erstmals im Jahr 2004 überstieg die Häufigkeit von ambulanten Hilfen die der stationären Hilfen. Dies könnte mit der Einführung ambulanter sozialpsychiatrischer Komplexleistungen (ASKL) in 2004 zusammen hängen, die neben der Unterstützung im Bereich Wohnen auch tagesstrukturierende Hilfen zum Inhalt haben.

Tabelle 9-3: Fälle in der Hilfeplankonferenz Kaiserslautern 1999 – 2004, Datenquelle: ACCESS-Datenbank der Koordinierungsstelle, eigene Berechnungen

Fälle in der HPK Versorgungsregion Kaiserslautern 1999 - 2004	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Wohnheim	0	19	63	78	94	78
ambulant	4	12	50	62	81	109
unsicher/keine Angaben	52	155	33	46	29	26
gesamt	56	186	146	186	204	213
in %	%	%	%	%	%	%
Wohnheim	0%	10%	43%	42%	46%	37%
ambulant	7%	6%	34%	33%	40%	51%
unsicher/keine Angaben	93%	83%	23%	25%	14%	12%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%

In insgesamt 111 Fällen wurde – in der Tabelle nicht ausgewiesen – ein persönliches Budget beschlossen.

10. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit seelischer Behinderung in der Versorgungsregion Kaiserslautern wurden mittels einer Abfrage an die Integrationsfachdienst sowie den Berufsbegleitenden Dienst und einer eigenen Erhebung in der Werkstatt für Menschen mit Behinderung dokumentiert.

Nach Auskunft des Trägers hat der Berufsbegleitende Dienst im Jahr 2002 143 Personen betreut hat. Der Integrationsfachdienst für Stadt und Kreis Kaiserslautern, der für die Vermittlung von psychisch Kranken und schwer behinderten Menschen zuständig ist, betreute im Jahr 2002 73 Personen. Seitens des Trägers wurde eine Differenzierung nach Alter, Geschlecht und Krankheitsbildern nicht vorgenommen. Angaben zur konkreten Falldefinition lagen nicht vor.

Die Erhebung in der Werkstatt für Menschen mit Behinderung gliederte sich in Angaben zur Erreichbarkeit und zu den von der Einrichtung erbrachten Teilhabeleistungen.

10.1. Erreichbarkeit der Westpfalz-Werkstätten, Betriebsstätte DiPro Kaiserslautern

Die regelmäßige Arbeitszeit in der WfbM beginnt von montags bis freitags jeweils um 7.50 Uhr und endet montags bis donnerstags um 15.35 Uhr, freitags um 15.20 Uhr.

Es gibt einen Fahrdienst, der von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer psychischen Behinderung in Anspruch genommen werden kann. Zum Erhebungszeitpunkt nahmen dieses Angebot 16 Personen in Anspruch. Frühester Abholzeitpunkt vormittags ist montags bis freitags 6.30 Uhr, spätester Ankunftszeitpunkt ist montags bis freitags 17.15 Uhr. Im Einzelfall kommt es damit zu arbeitsgebundenen Zeiträumen von täglich bis zu 11 Stunden.

Ein individuell ausgestalteter späterer Beginn bzw. ein früheres Ende der täglichen Arbeitszeit ist möglich, allerdings kann zu anderen als den bereits dargestellten Fahrzeiten ein Fahrdienst nicht in Anspruch genommen werden. In der Konsequenz bedeutet dies, dass individueller ausgestaltete Arbeitszeiten nur dann möglich sind, wenn ein Fahrdienst nicht benötigt oder selbst sichergestellt wird.

10.2. Leistungen der Westpfalz-Werkstätten, Betriebsstätte DiPro Kaiserslautern

Die Leistungen der Betriebsstätte der Westpfalz-Werkstätten Landstuhl in der Versorgungsregion Kaiserslautern für Menschen mit seelischer Behinderung wurden für das Jahre 2002

- die Anzahl von Erst- und Wiederaufnahmen,
- die Anzahl der seelisch behinderten Beschäftigten nach Geschlecht, Diagnose, Beschäftigungsdauer, Herkunft, Alter, Staatsangehörigkeit, Wohnsituation, Kostenträger und

- die Anzahl beendeter Maßnahmen nach Diagnose

erhoben.

Bei den genannten Fragestellungen wurde unterschieden zwischen dem Berufsbildungsbereich und dem Arbeitsbereich der Werkstatt für behinderte Menschen. Datenquelle war die durchgeführte schriftliche Befragung. In den Fragestellungen zu der Häufigkeit beendeter Maßnahmen wurde auch unterschieden, ob die Maßnahme „vorzeitig beendet“ oder aber „regulär beendet“ wurde.

Im Jahre 2002 wurden in der WfbM insgesamt 28 Menschen mit einer seelischen Behinderung neu aufgenommen. In 24 dieser 28 Fälle erfolgte die Aufnahme im Berufsbildungsbereich, was einem Anteil von 85% entspricht. Im Hinblick auf die Unterscheidung zwischen Erst- und Wiederaufnahmen zeigte sich, dass insgesamt etwa ein Fünftel (n = 6; 21%) der Aufnahmen Wiederaufnahmen waren. Im Detail zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen Arbeitsbereich und Berufsbildungsbereich, da (auf der Basis niedriger Fallzahlen!) im Arbeitsbereich 75% aller Aufnahmen Wiederaufnahmen waren.

Tabelle 10-1: Erst- und Wiederaufnahmen in der WfbM für psychisch behinderte Menschen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002, eigene Erhebung, eigene Berechnungen

Erst- und Wiederaufnahmen in der WfbM f. psych. Behinderte 2002	Berufsbildungsbereich		Arbeitsbereich		WfbM gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Erstaufnahme	21	88%	1	25%	22	79%
Wiederaufnahme	3	13%	3	75%	6	21%
alle Aufnahmen	24	100%	4	100%	28	100%

Am 31. 12.2002 waren 97 Menschen mit seelischer Behinderung in der WfbM beschäftigt. Ein Viertel der Beschäftigten waren Frauen, drei Viertel der Beschäftigten waren Männer. Auf den Berufsbildungsbereich entfielen 26 Beschäftigte, wovon 31% (n = 8) Frauen waren und 69% (n = 18) Männer. Im Arbeitsbereich waren ein Viertel der Beschäftigten Frauen (n = 17) und 54 (76%) Männer.

In der Gesamtbevölkerung der Versorgungsregion Kaiserslautern liegt der Anteil der Männer bei 49%. Das Verhältnis der unterschiedlichen Inanspruchnahme der WfbM durch die Geschlechter wird auch darin deutlich, dass mit den vorliegenden Angaben auf 10 000 Männer der Versorgungsregion 7 in der WfbM beschäftigt sind, während auf 10 000 Frauen 2,3 beschäftigt sind. Insgesamt liegt die Versorgungsquote der WfbM bei 4,6 auf 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Zum Vergleich: In der Abteilung für psychisch behinderte Menschen der AWO- Werkstätten Dortmund lag der Anteil der Frauen von 1998 – 2003 zwischen 32% (1999) und 38% (2001).⁷⁵

Allerdings wird die Versorgungsquote des Beschäftigungsangebotes besser herausgestellt, wenn die Anzahl der Beschäftigten in Beziehung gesetzt wird zur erwerbsfähigen Bevölkerung von 15 – 65 Jahren.

⁷⁵ Psychiatriebericht für die Stadt Dortmund, Dezember 2004

Hier zeigt sich dann, dass auf 10 000 Männer im erwerbsfähigen Alter 10 Beschäftigungsverhältnisse in der WfbM und auf 10 000 Frauen im erwerbsfähigen Alter 3,7 Beschäftigungsverhältnisse, insgesamt für die Versorgungsregion 6,9 Beschäftigungsverhältnisse auf 10 000 der erwerbsfähigen Bevölkerung kommen. Wird die Zahl weiter präzisiert, indem die 14 nicht aus der Versorgungsregion Kaiserslautern stammenden Beschäftigten in der WfbM abgezogen werden, mindert sich die Versorgungsquote auf 5,9 Beschäftigungsverhältnisse je 10 000 Menschen im erwerbsfähigem Alter.

Zum Vergleich: Die Versorgungsrate für Beschäftigungsverhältnisse in Werkstätten für Menschen mit einer psychischen Behinderung liegt in Dortmund innerhalb der Stadtgrenzen bei 2,9 auf 10 000 der 15 – 65-Jährigen und unter Berücksichtigung der auswärtig Untergebrachten bei 4,1 auf 10 000 der erwerbsfähigen Bevölkerung.

Tabelle 10-2: Anzahl der Beschäftigten in der WfbM für psychisch behinderte Menschen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Geschlecht, eigene Erhebung, eigene Berechnungen

Anzahl der Beschäftigten mit psychischer Behinderung in der WfbM zum 31.12.2002	Berufsbildungsbereich		Arbeitsbereich		WfbM gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Frauen	8	31%	17	24%	25	26%
Männer	18	69%	54	76%	72	74%
gesamt	26	100%	71	100%	97	100%

Beschäftigte, die an einer psychotischen Störung leiden sind am häufigsten vertreten. Auf die Diagnosen "Psychose" und die Doppeldiagnose "Psychose/ Sucht" entfielen im Jahre 2002 im Berufsbildungsbereich 81% aller Beschäftigten, im Arbeitsbereich 83% und insgesamt in der Werkstatt ebenfalls 83%. Behinderungen als Folge von neurotischen Störungen kamen in keinem Falle vor. Psychische Behinderung wegen einer körperlichen Erkrankung stellten 10% aller Fälle, Persönlichkeitsstörungen wurden mit einer Häufigkeit von insgesamt 7% gezählt. Auch im Hinblick auf die Diagnoseverteilung ist ein Vergleich mit der Beschäftigtenstruktur der AWO- Werkstätten in Dortmund möglich. Von 108 Beschäftigten litten 60% an einer Psychose, 4% an einer Suchterkrankung, während auf Persönlichkeitsstörungen 16% aller Beschäftigungsverhältnisse entfielen. Organisch bedingte psychische Störungen wurden mit 9 Fällen in 8% aller Fälle vorgefunden.

Tabelle 10-3: Anzahl der Beschäftigten in der WfbM für psychisch behinderte Menschen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Diagnose, eigene Erhebung, eigene Berechnungen

Anzahl der Beschäftigten mit psychischer Behinderung in der WfbM zum 31.12.2002	Berufsbildungsbereich		Arbeitsbereich		WfbM gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Psychose	13	50%	45	63%	58	60%
Neurose	0	0%	0	0%	0	0%
Doppeldiagnose Psychose/Sucht	8	31%	14	20%	22	23%
Persönlichkeitsstörung	2	8%	5	7%	7	7%
psychische Behinderung aufgrund einer körperlichen Erkrankung	3	12%	7	10%	10	10%
Gesamt	26	100%	71	100%	97	100%

Häufigste Beschäftigungsdauer in der WfbM war im Berufsbildungsbereich mit 10 Fällen und 38% aller Maßnahmen eine Beschäftigungsdauer von 6 Monaten bis zu einem Jahr. Zwischen 1 Jahr und 2 Jahren fanden sich 9 Fälle oder ein weiteres Drittel der Beschäftigungsverhältnisse. In etwa einem Fünftel der Maßnahmen belief sich die Beschäftigungsdauer auf bis zu 6 Monaten.

Im Arbeitsbereich waren die Betroffenen dagegen mit 45% (n = 32) länger als 5 Jahre beschäftigt. In 37% aller Fälle bestand ein Beschäftigungsverhältnis zwischen 2 Jahren bis zu 5 Jahren, sodass über 80% der Arbeitsverhältnisse im Arbeitsbereich der WfbM länger als 2 Jahre andauerte.

Tabelle 10-4: Anzahl der Beschäftigten in der WfbM für psychisch behinderte Menschen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Beschäftigungsdauer, eigene Erhebung, eigene Berechnungen

Anzahl der Beschäftigten mit psychischer Behinderung in der WfbM zum 31.12.2002	Berufsbildungsbereich		Arbeitsbereich		WfbM gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
bis unter vier Wochen	2	8%	0	0%	2	2%
1 bis zu 6 Monaten	5	19%	0	0%	5	5%
6 Monate bis zu 1 Jahr	10	38%	1	1%	11	11%
1 Jahr bis zu 2 Jahren	9	35%	12	17%	21	22%
2 Jahre bis zu 5 Jahre	0	0%	26	37%	26	27%
mehr als 5 Jahre	0	0%	32	45%	32	33%
gesamt	26	100%	71	100%	97	100%

86% der Beschäftigten in der WfbM kamen aus der Versorgungsregion, in 14 Fällen wurden andere Regionen genannt. In der Betrachtung zwischen der Stadt und dem Landkreis Kaiserslautern wird deutlich, dass Bürgerinnen und Bürger der Stadt Kaiserslautern häufiger vom Angebot der Werkstatt profitieren als Einwohnerinnen und Einwohner des Landkreises.

Tabelle 10-5: Anzahl der Beschäftigten in der WfbM für psychisch behinderte Menschen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Herkunft, eigene Erhebung, eigene Berechnungen

Anzahl der Beschäftigten mit psychischer Behinderung in der WfbM zum 31.12.2002	Berufsbildungsbereich		Arbeitsbereich		WfbM gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Stadt Kaiserslautern	17	65%	42	59%	59	61%
Landkreis Kaiserslautern	7	27%	17	24%	24	25%
andere	2	8%	12	17%	14	14%
gesamt	26	100%	71	100%	97	100%

Der Teil der ausländischen Mitbürgerinnen und Mitbürger liegt in der Versorgungsregion Kaiserslautern bei 8% der Gesamtbevölkerung. Diese finden sich jedoch nicht in der WfbM wieder. Für das Jahr 2002 (Stichtag 31.12.) war keine Maßnahme beruflicher Rehabilitation im Berufsbildungsbereich verzeichnet, im Arbeitsbereich wurden 2 Beschäftigte mit anderer Staatsbürgerschaft gezählt.

Tabelle 10-6: Anzahl der Beschäftigten in der WfbM für psychisch behinderte Menschen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Staatsangehörigkeit, eigene Erhebung, eigene Berechnungen

Anzahl der Beschäftigten mit psychischer Behinderung in der WfbM zum 31.12.2002	Berufsbildungsbereich		Arbeitsbereich		WfbM gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
deutsche Staatsbürgerschaft	26	100%	69	97%	95	98%
andere Staatsbürgerschaft	0	0%	2	3%	2	2%
gesamt	26	100%	71	100%	97	100%

Der Häufigkeitsgipfel bei den Altersklassen liegt bezogen auf die gesamte WfbM mit einem Drittel aller Fälle (n = 31) zwischen 38 und 42 Jahren. Im Kurvenverlauf findet sich nahezu eine Gleichverteilung, sodass das Durchschnittsalter für alle Beschäftigten mit einer seelischen Behinderung bei 40 Jahren liegt. Dies differenziert sich zwischen Arbeitsbereich und Berufsbildungsbereich insofern aus, als in Berufsbildungsbereich das Durchschnittsalter bei 38 Jahren lag, während es im Arbeitsbereich bei 41 Jahren war.

Tabelle 10-7: Anzahl der Beschäftigten in der WfbM für psychisch behinderte Menschen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Alter, eigene Erhebung, eigene Berechnungen

Anzahl der Beschäftigten mit psychischer Behinderung in der WfbM zum 31.12.2002	Berufsbildungsbereich		Arbeitsbereich		WfbM gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
63 – 67 Jahre	0	0%	1	1%	1	1%
58 – 62 Jahre	0	0%	0	0%	0	0%
53 – 57 Jahre	0	0%	4	6%	4	4%
48 – 52 Jahre	3	12%	9	13%	12	12%
43 – 47 Jahre	6	23%	10	14%	16	16%
38 – 42 Jahre	6	23%	25	35%	31	32%
33 – 37 Jahre	4	15%	11	15%	15	15%
28 – 32 Jahre	3	12%	9	13%	12	12%
23 – 27 Jahre	4	15%	2	3%	6	6%
gesamt	26	100%	71	100%	97	100%
Durchschnittsalter	38		41		40	

Der größte Teil der Beschäftigten mit einer psychischen Behinderung lebte zum Stichtag 31.12.2002 in der eigenen Wohnung ohne weitere psychosoziale Betreuung.

3 der insgesamt 26 Rehabilitanden im Berufsbildungsbereich befand sich in einer Form des betreuten Wohnens, im Arbeitsbereich fanden sich 14 Beschäftigte, die im betreuten Wohnen lebten.

Ein Fünftel der Rehabilitanden im Berufsbildungsbereich lebte in einem psychiatrischen Heim, deren Anteil im Arbeitsbereich entfiel mit 9 Beschäftigten auf 13%. Insgesamt waren 14 Heimbewohnerinnen bzw. Heimbewohner in der WfbM beschäftigt, 17 lebten in Formen des betreuten Wohnens.

Tabelle 10-8: Anzahl der Beschäftigten in der WfbM für psychisch behinderte Menschen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Wohnsituation, eigene Erhebung, eigene Berechnungen

Anzahl der Beschäftigten mit psychischer Behinderung in der WfbM zum 31.12.2002	Berufsbildungsbereich		Arbeitsbereich		WfbM gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
aus eigener Wohnung (Privatwohnung) ohne psychosoziale Betreuung	18	69%	47	66%	65	67%
betreutes Einzelwohnen, betreute WG	3	12%	14	20%	17	18%
psychiatrisches Heim	5	19%	9	13%	14	14%
andere Wohnsituation	0	0%	1	1%	1	1%
gesamt	26	100%	71	100%	97	100%

Leistungsträger im Berufsbildungsbereich waren jeweils zur Hälfte die Bundesagentur für Arbeit bzw. die Rentenversicherungsträger, in einem Fall wurde ein "anderer Kostenträger" angegeben.

Leistungsträger im Arbeitsbereich war ohne Ausnahme der Sozialhilfeträger.

Im Jahre 2002 wurden insgesamt 21 Maßnahmen innerhalb der WfbM beendet. Von diesen 21 beendeten Maßnahmen wurde ein knappes Drittel (n = 6) regulär, die übrigen 15 (70%) vorzeitig beendet. Die Diagnoseverteilung entsprach dabei der Diagnoseverteilung der Gesamteinrichtung, der Löwenanteil aller beendeten Maßnahmen entfiel auf Beschäftigte, die an einer psychotischen Störung litten.

Das Verhältnis von vorzeitig beendeten Maßnahmen zu regulär beendeten Maßnahmen lag sowohl im Berufsbildungsbereich als auch im Arbeitsbereich bei etwa 70%.

Die im Berufsbildungsbereich vorzeitig beendeten Maßnahmen dauerten in 4 Fällen bis zu 6 Monaten, in 5 Fällen zwischen 6 Monaten und bis zu 1 Jahr, sodass keine Maßnahme über Jahresfrist hinaus fortgesetzt wurde. Die regulären Maßnahmen endeten im Zeitraum von 1 bis zu 2 Jahren.

Im Arbeitsbereich wurden 4 Maßnahmen nach einer Beschäftigungsdauer von mehr als 5 Jahren und 3 Maßnahmen nach einer Beschäftigungsdauer von 2 bis 5 Jahren beendet. In einem Fall erfolgte die Beendigung im Zeitraum von 1 bis zu 2 Jahren.

Über den Verbleib der Rehabilitanden nach Abschluss der Maßnahmen in der WfbM ist wenig bekannt. Im Berufsbildungsbereich wurde 1 Berentung gezählt, in allen anderen Fällen ist der weitere Verbleib der betroffenen Personen nicht bekannt oder unklar. Bei den beendeten Maßnahmen im Arbeitsbereich fand sich in 1 Fall die Weiterbeschäftigung in einer anderen WfbM und in 2 Fällen die Berentung. In 5 Fällen war der weitere Verbleib der betroffenen Personen nicht bekannt.

Tabelle 10-9: Anzahl beendeter Maßnahmen in der WfbM für psychisch behinderte Menschen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Diagnose, eigene Erhebung, eigene Berechnungen

Anzahl in 2002 beendeter Maßnahmen in der WfbM	Berufsbildungsbereich				Arbeitsbereich				WfbM gesamt				alle beendeten Maßnahmen	
	vorzeitig beendet		regulär beendet		Vorzeitig beendet		regulär beendet		vorzeitig beendet		regulär beendet			
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Psychose	5	56%	4	100%	5	83%	1	50%	10	67%	5	33%	15	71%
Neurose	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Doppeldiagnose Psychose/Sucht	2	22%	0	0%	0	0%	0	0%	2	13%	0	0%	2	10%
Persönlichkeitsstörung	0	0%	0	0%	1	17%	0	0%	1	7%	0	0%	1	5%
psychische Behinderung wg. einer körperlichen Erkrankung	2	22%	0	0%	0	0%	1	50%	2	13%	1	7%	3	14%
gesamt	9	100%	4	100%	6	100%	2	100%	15	100%	6	40%	21	100%

11. Sozialpsychiatrischer Dienst

Die nachfolgende Darstellung basiert auf den Ergebnissen der beim sozialpsychiatrischen Dienst der Versorgungsregion Kaiserslautern durchgeführten schriftlichen Erhebung.

11.1. Strukturdaten des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Im Sozialpsychiatrischen Dienst in der Versorgungsregion Kaiserslautern sind insgesamt 7 Personen beschäftigt, davon 5 Vollzeitbeschäftigte und 2 Teilzeitbeschäftigte. Im Vollzeitäquivalent ergibt sich eine Stellenanzahl von 5,7. Von diesen 5,7 Stellen entfielen 5,1 auf Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoginnen bzw. Sozialpädagogen und 0,5 auf Ärztinnen bzw. Ärzte. Damit errechnet sich für die Versorgungsregion Kaiserslautern im Sozialpsychiatrischen Dienst 2,7 Fachkräfte auf 100 000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner.

Zum Vergleich: Der Sozialpsychiatrische Dienst in der Stadt Dortmund hält 2,9 Fachkräfte auf 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner, der Sozialpsychiatrische Dienst der Stadt Bremen 7,5 Fachkräfte auf 100 000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner vor.⁷⁶

Unter den Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeitern findet sich eine sozialpsychiatrische Zusatzausbildung, in 2 Fällen wurde eine Zusatzausbildung in Gesundheitsförderung absolviert. Die Arztstelle ist fachärztlich (Facharzt bzw. Ärztin für Psychiatrie und Neurologie) besetzt.

Im Laufe des Jahres 2002 fand ein Coaching- Termin durch einen externen Coach statt.

Alle Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter verfügen über einen eigenen Büroraum, der barrierefrei ist. Den Sozialarbeiter bzw. Sozialarbeiterinnen steht ein Besprechungsraum zu Verfügung.

Die Kernzeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes sind Montag bis Donnerstag von 8.00 Uhr bis 12.00 Uhr und von 13.00 Uhr bis 16.00 Uhr, freitags ist der Dienst von 8.00 Uhr bis 12.00 Uhr geöffnet. Die Gleitzeit läuft von 7.00 Uhr bis 17.00 Uhr. Aufsuchende Tätigkeit ist jederzeit, ausdrücklich auch außerhalb der Kern- und Gleitzeiten möglich. Die telefonische Erreichbarkeit ist während der Kernzeiten gewährleistet; ein Anrufbeantworter ist nicht vorhanden.

11.2. Leistungen des Sozialpsychiatrischen Dienstes

Insgesamt wurden im Sozialpsychiatrischen Dienst in 2002 396 Fälle gezählt, davon waren 200 oder 51% bekannte Fälle, 196 oder 49% Neufälle. Auf nahezu jeden Bestandsfall kam somit ein Neufall, was eine hohe Fluktuation der Klienten im Sozialpsychiatrischen Dienst ausdrückt.

⁷⁶ Siehe Psychiatriebericht Dortmund 2000, Teil 3 Materialienband Seite 128

Tabelle 11-1: Anzahl der Fälle beim Sozialpsychiatrischen Dienst in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002, eigene Erhebung, eigene Berechnungen

Anzahl der Fälle (mindestens 2 „face to face“ Kontakte)	Stadt Kaiserslautern		Landkreis Kaiserslautern		Versorgungsregion gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Bekannte Fälle	123	52%	77	48%	200	51%
Neufälle	112	48%	84	52%	196	49%
gesamt	235	100%	161	100%	396	100%

Insgesamt sind 58% aller Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes männlichen Geschlechtes, die Geschlechtsverteilung ist allerdings für diejenigen, die aus der Stadt selbst kommen, mit 53% Männern und 47% Frauen nahezu ausgeglichen. 64% der Klienten aus dem Landkreis sind Männer.

Die Verteilung der Fälle auf die einzelnen Verbandsgemeinden ist in Tabelle 11-2 abgebildet. Der Durchdringungsgrad des Dienstes war in 2002 in der VbG Landstuhl mit 2,1 Fällen auf 1000 EW am intensivsten, in der Verbandsgemeinde Hochspeyer am geringsten.

Tabelle 11-2: Anzahl der Fälle beim Sozialpsychiatrischen Dienst in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Alter, eigene Erhebung, eigene Berechnungen

Fälle im Sozialpsychiatrischen Dienst nach Wohnort	Versorgungsregion gesamt	
	Anzahl	je 1000 EW
Verbandsgemeinde Bruchmühlbach-Miesau	11	1,0
Verbandsgemeinde Enkenbach-Alsenborn	23	1,8
Verbandsgemeinde Hochspeyer	2	0,3
Verbandsgemeinde Kaiserslautern – Süd	15	1,3
Verbandsgemeinde Landstuhl	35	2,1
Verbandsgemeinde Otterbach	8	0,8
Verbandsgemeinde Otterberg	14	1,5
Verbandsgemeinde Ramstein – Miesebach	28	1,6
Verbandsgemeinde Weilerbach	25	1,8
Landkreis Kaiserslautern gesamt	161	1,5



Tabelle 11-3: Anzahl der Fälle beim Sozialpsychiatrischen Dienst in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Geschlecht, eigene Erhebung, eigene Berechnungen

Anzahl der Fälle (mindestens 2 „face to face“ Kontakte)	Stadt Kaiserslautern			Landkreis Kaiserslautern			Versorgungsregion gesamt		
	abs.	%	je 1000 EW	abs.	%	je 1000 EW	abs.	%	je 1000 EW
Männer	125	53%	2,5	103	64%	1,9	228	58%	2,2
Frauen	110	47%	2,2	58	36%	1,0	168	42%	1,6
gesamt	235	100%	2,4	161	100%	1,5	396	100%	1,9

Der Sozialpsychiatrische Dienst erreicht 19 Personen auf 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner der Versorgungsregion, 24 auf 10.000 EW der Stadt und 15 auf 10.000 EW des Landkreises. Die Durchdringungsrate des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Dortmund bewegte sich im Jahre 2002 differenziert nach Stadtteilen zwischen 18 Fällen und 59, insgesamt 32 Fällen auf 10.000 Einwohnerinnen und Einwohnern.

Schizophrene Störungen (F20) und psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) dominieren das Geschehen im Sozialpsychiatrischen Dienste der Stadt Kaiserslautern. 86 % aller Klienten sind diesen beiden Diagnosen zuzuordnen, im Landkreis Kaiserslautern sogar 90%.

Anders als in Dortmund, dort entfielen in 2002 ein Fünftel der Fälle auf Störungen in Folge von Alkohol und 17% auf schizophrene Störungen, aber ein Viertel aller Fälle auf Drogen, spielen Drogen in Kaiserslautern eine nur marginale Rolle. Auch Affektive Störungen (F3) (Dortmund 2002: 8%) und Persönlichkeitsstörungen (F6) (Dortmund 2002: 9%) spielen in Kaiserslautern mit einem Anteil von jeweils 1% eine nur geringe Rolle.

Tabelle 11-4: Anzahl der Fälle beim Sozialpsychiatrischen Dienst in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Diagnose, eigene Erhebung, eigene Berechnungen

Anzahl der Fälle (mindestens 2 „face to face“ Kontakte)	Stadt Kaiserslautern		Landkreis Kaiserslautern		Versorgungsregion gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
(F00 – F09)	4	2%	2	1%	6	2%
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	68	29%	50	31%	118	30%
F 11 – F 19	5	2%	6	4%	11	3%
(F20 – F29)	125	53%	95	59%	220	56%
(F30 – F39)	3	1%	2	1%	5	1%
(F40 – F48)	9	4%	2	1%	11	3%
(F50 – F59)	0	0%	1	1%	1	0%
(F60 – F69)	2	1%	1	1%	3	1%
(F70 – F79)	6	3%	0	0%	6	2%
(F80 – F89)	1	0%	0	0%	1	0%
(F90 – F99)	5	2%	0	0%	5	1%
unsicher, unbekannt	7	3%	2	1%	9	2%
gesamt	235	100%	161	100%	396	100%

Tabelle 11-5: Vergleich: Anzahl der Fälle beim Sozialpsychiatrischen Dienst in der Versorgungsregion Kaiserslautern und in der Stadt Dortmund 2002 nach Zielgruppen

Fälle nach Zielgruppen in %	Versorgungsregion Kaiserslautern	Stadt Dortmund
psychosoziale Beratung und Betreuung von Alkoholkranken	30%	22%
psychosoziale Beratung und Betreuung von Drogenabhängigen	3%	25%
psychosoziale Beratung und Betreuung von psychisch Kranken	67%	53%

Zwei Drittel aller Klientinnen und Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes sind zwischen 33 und 57 Jahren alt., das Durchschnittsalter liegt bei 46 Jahren.

Tabelle 11-6: Anzahl der Fälle beim Sozialpsychiatrischen Dienst in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Alter, eigene Erhebung, eigene Berechnungen

Anzahl der Beschäftigten mit psychischer Behinderung in der WfbM zum 31.12.2002	Stadt Kaiserslautern		Landkreis Kaiserslautern		Versorgungsregion gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
88 – 92 Jahre	1	0%	0	0%	1	0%
83 – 87 Jahre	2	1%	0	0%	2	1%
78 – 82 Jahre	7	3%	5	3%	12	3%
73 – 77 Jahre	3	1%	4	2%	7	2%
68 – 72 Jahre	10	4%	4	2%	14	4%
63 – 67 Jahre	7	3%	9	6%	16	4%
58 – 62 Jahre	14	6%	10	6%	24	6%
53 – 57 Jahre	28	12%	17	11%	45	11%
48 – 52 Jahre	28	12%	20	12%	48	12%
43 – 47 Jahre	28	12%	24	15%	52	13%
38 – 42 Jahre	34	14%	19	12%	53	13%
33 – 37 Jahre	38	16%	16	10%	54	14%
28 – 32 Jahre	17	7%	17	11%	34	9%
23 – 27 Jahre	7	3%	9	6%	16	4%
18 – 22 Jahre	11	5%	7	4%	18	5%
gesamt	235	100%	161	100%	396	100%
Durchschnittsalter	46		46		46	

In einem Drittel der Fälle gibt es bis zu drei Kontakten. Fälle in dieser Kategorie finden sich häufiger, nämlich zu 37% in der Stadt und zu 26% im Landkreis. Dem entsprechend ist die Häufigkeit von länger dauernden Kontakten und damit intensiveren Betreuungen in den Stadt geringer, die finden sich zwei Drittel aller Fälle in dieser Kategorie, - im Landkreis sind es drei Viertel. Insoweit es einen Zusammenhang gibt zwischen der Schwere der Fälle und der Kontakthäufigkeit durch den Sozialpsychiatrischen Dienst kann festgehalten werden, das Personen mit einer höheren Hilfsbedürftigkeit relativ häufiger aus dem Landkreis zum Sozialpsychiatrischen Dienst kommen. Absolut gab es in 2002 zwischen Stadt und Landkreis in der Kategorie von 3 und mehr Kontakten einen Unterschied von 28 Fällen.

In Dortmund fanden sich in 2002 mehr als die Hälfte aller Fälle (57%) in der Kategorie von 1 – 3 persönli-

chen Kontakten, was ein deutlicher Hinweis auf eine intensive Kriseninterventionstätigkeit dieses Dienstes ist.

Tabelle 11-7: Anzahl der Fälle beim Sozialpsychiatrischen Dienst in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Anzahl der Kontakte in 2002, eigene Erhebung, eigene Berechnungen

Anzahl der Kontakte im Vergleich mit Dortmund 2002	Stadt Kaiserslautern		Landkreis Kaiserslautern		Versorgungsregion Kaiserslautern		Dortmund 2002 %
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	
1 – 3 persönliche Kontakte	86	37%	42	26%	128	32%	57%
mehr als 3 persönliche Kontakte	147	63%	119	74%	266	67%	43%
unsicher, unbekannt	2	1%	0	0%	2	1%	0%
gesamt	235	100%	161	100%	396	100%	100%

Es gibt nur vereinzelt eine gemeinsame Betreuung von Klienten durch den Sozialpsychiatrischen Dienst und andere Formen der psychosozialen Unterstützung durch frei-gemeinnützige Anbieter, was der gesetzlich geforderten Subsidiarität des Sozialpsychiatrischen Dienstes entspricht. In 8 Fällen lebten die Klienten des Dienstes im betreuten wohnen, in 7 Fällen waren sie obdachlos oder hatten keinen festen Wohnsitz.

Tabelle 11-8: Anzahl der Fälle beim Sozialpsychiatrischen Dienst in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Wohnsituation, eigene Erhebung, eigene Berechnungen

Anzahl der Fälle (mindestens 2 „face to face“ Kontakte)	Stadt Kaiserslautern		Landkreis Kaiserslautern		Versorgungsregion gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
allein wohnend	127	54%	75	47%	202	51%
mit Familie (Partner-in, Verwandte)	94	40%	85	53%	179	45%
Betreutes Wohnen (Einzel- oder Gruppe)	8	3%	0	0%	8	2%
Heim	0	0%	0	0%	0	0%
obdachlos, ohne festen Wohnsitz	6	3%	1	1%	7	2%
gesamt	235	100%	161	100%	396	100%

Von allen Diensten psychiatrischer Versorgung in der Versorgungsregion erreicht der Sozialpsychiatrische Dienst am ehesten auch Betroffene anderer Staatsbürgerschaft, deren Anteil an der Gesamtbevölkerung der Versorgungsregion bei 8% liegt. Der Anteil deutscher Staatsbürger wurde mit 93% ermittelt, was der Bevölkerungsstruktur in der Versorgungsregion sehr nahe kommt.

Tabelle 11-9: Anzahl der Fälle beim Sozialpsychiatrischen Dienst in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Staatsbürgerschaft, eigene Erhebung, eigene Berechnungen

Anzahl der Fälle (mindestens 2 „face to face“ Kontakte)	Stadt Kaiserslautern		Landkreis Kaiserslautern		Versorgungsregion gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
deutsche Staatsbürgerschaft	213	90%	155	96%	368	93%
andere Staatsbürgerschaft	18	8%	5	3%	23	6%
unsicher, unbekannt	4	2%	1	1%	5	1%
gesamt	235	100%	161	100%	396	100%

12. Suchtberatungsstellen in der Versorgungsregion Kaiserslautern

Bei den Suchtberatungsstellen wurden sowohl Struktur- als auch Leistungsdaten erhoben. Die Erhebungsergebnisse zu den einzelnen Fragenstellungen waren wiederholt nicht vollständig, so dass einige Aspekte nicht beleuchtet werden konnten. Im Rahmen einer Fortschreibung wird auf eine stärkere Kompatibilität von Abfrage und Dokumentation der Suchtberatungsstellen geachtet werden müssen.

12.1. Strukturdaten

In der Versorgungsregion Kaiserslautern gibt es drei Suchtberatungsstellen, in denen in 2002 insgesamt 12 Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter beschäftigt waren. 8 davon waren Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen. Es fanden sich drei Zusatzausbildungen in Sozialtherapie, eine familientherapeutische, eine transaktionsanalytische Zusatzausbildung sowie eine Qualifizierung in Sozialmanagement. Es wurden drei Verwaltungskräfte gezählt.

In zwei der Beratungsstellen gab es Supervision, davon in einer in Form von Einzelsupervision und in einer in Form von Gruppensupervision mit insgesamt 8 Terminen in 2002. Die Supervision erfolgte jeweils durch eine/-n externen Supervisor/-in.

Eine Beratungsstelle ist barrierefrei, in den beiden anderen Beratungsstellen sind die Räumlichkeiten nicht für Rollstuhlfahrer/-innen frei zugänglich.

In allen Beratungsstellen gibt es Gruppentherapieräume, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügen jeweils über ein eigenes Büro.

Keine der Beratungsstellen arbeitet regelmäßig aufsuchend. Eine Beratungsstelle gab an, in Ausnahmefällen auch aufsuchend tätig zu sein.

Öffnungszeiten und die Zeiten telefonischer Erreichbarkeit sind nicht identisch. Eine Beratungsstelle ist Montag bis Donnerstag von 09.00 Uhr bis 17.00 Uhr und freitags bis 14.00 geöffnet. Eine Beratungsstelle ist Montag bis Mittwochs von 08.30 Uhr bis 17.00 Uhr, donnerstags von 08.30 Uhr bis 19.30 Uhr, und freitags von 08.30 Uhr bis 14.30 geöffnet. Eine Beratungsstelle ist Montag bis Donnerstag von 08.30 Uhr bis 12.00 Uhr und von 13.30 Uhr bis 17.00 Uhr, freitags von 08.30 Uhr bis 15.00 geöffnet.

Telefonisch erreichbar sind die Beratungsstellen von 08.30 Uhr bis 12.00 Uhr bzw. von 09.00 bis 11.00 Uhr bzw. während der gesamt Öffnungszeiten. In den übrigen Zeiten läuft ein Anrufbeantworter, der in einer Beratungsstelle auch dann eingeschaltet ist, wenn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gespräch sind.

In einem Fall wurde angegeben, dass die genannten Zeiten als Kernzeiten zu verstehen sind. Sprechzeiten finden in zwei Beratungsstelle nach Vereinbarung, auch abends statt, Gruppensitzungen regelmäßig

auch abends.

Eine Beratungsstelle führt regelmäßig eine externe Drogenberatung in den Justizvollzugsanstalten Zweibrücken und Rohrbach durch.

12.2. Leistungen der Suchtberatungsstellen

Insgesamt wurden in 2002 437 laufende Fälle⁷⁷ gezählt, in 268 Fällen oder 61% ging es um psychische und Verhaltensstörungen in Folge von Alkohol und in 92 Fällen und damit einem Fünftel aller Fälle um illegale Drogen. Essstörungen, Medikamentenmissbrauch und pathologisches Glückspiel kamen insgesamt auf einen Anteil von 9% aller Fälle.

Die Beratung der Angehörigen wurde eigens ausgewiesen. Danach wurden Angehörige 35 mal beraten, was einem Anteil von 8% entspricht.

In 69% und damit mehr als zwei Drittel aller Fälle wurden Männer beraten. Der Anteil der Männer überwog mit Ausnahme der Angehörigenberatung und der Essstörungen in allen Störungsbildern. Die deutlichste Ausprägung des Männerüberhangs fand sich bei den illegalen Drogen (89 %) und dem pathologischen Glückspiel (83 %).

⁷⁷ Die Anzahl der Neuzugänge konnte nicht ermittelt werden, da hierzu nicht von allen Beratungsstellen Angaben gemacht wurden.

Tabelle 12-1: Anzahl der laufenden Fälle in den Suchtberatungsstellen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Geschlecht, eigene Erhebung, eigene Berechnung

Laufende Fälle zum 31.12.2002 (Fall= Klient mit 2 und mehr Kontakten)	Geschlecht	Release		Caritas		Diakonie		Versorgungsregion gesamt	
		abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Alkohol	Männer	14	88%	33	80%	151	72%	198	74%
	Frauen	2	13%	8	20%	60	28%	70	26%
	gesamt	16		41		211		268	61%
Medikamente	Männer	12	75%			0	0%	12	71%
	Frauen	4	25%			1	100%	5	29%
	gesamt	16		0		1		17	4%
Illegale Drogen	Männer	75	93%	1	100%	6	60%	82	89%
	Frauen	6	7%	0	0%	4	40%	10	11%
	gesamt	81		1		10		92	21%
Pathologisches Glücksspiel	Männer	2	100%	1	100%	2	67%	5	83%
	Frauen	0	0%	0	0%	1	33%	1	17%
	gesamt	2		1		3		6	1%
Essstörungen	Männer	0		0		1	5%	1	5%
	Frauen	0		0		18	95%	18	95%
	gesamt	0		0		19		19	4%
Angehörige	Männer	3	38%	1	25%	1	4%	5	14%
	Frauen	5	63%	3	75%	22	96%	30	86%
	gesamt	8		4		23		35	8%
gesamt	Männer	106	86%	36	77%	161	60%	303	69%
	Frauen	17	14%	11	23%	106	40%	134	31%
	gesamt	123		47		267		437	100%

Der größte Teil (53%) der Klientinnen und Klienten der Suchtberatungsstellen lebt mit der Familie oder den Partnern zusammen, in 34% der Fälle leben die Betroffenen allein. Nur vereinzelt (7 Fälle, 1% der laufenden Fälle) nehmen Personen aus dem Betreuten Wohnen die Beratungsstellen in Anspruch, dies ist sogar noch seltener der Fall als bei Personen ohne festen Wohnsitz oder solchen, die obdachlos sind.

Tabelle 12-2: Anzahl der laufenden Fälle in den Suchtberatungsstellen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Wohnsituation, eigene Erhebung, eigene Berechnung

Wohnsituation	Release		Caritas		Diakonie		Versorgungsregion gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
allein wohnend	33	27%	16	34%	131	36%	180	34%
mit Familie (Partner-in, Verwandte)	27	22%	25	53%	229	63%	281	53%
Betreutes Wohnen (Einzel- oder Gruppe)	3	2%	1	2%	3	1%	7	1%
Heim	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Justizvollzugsanstalt	54	44%	0	0%	0	0%	54	10%
Einrichtung nach § 72 BSHG	0	0%	3	6%	0	0%	3	2%
obdachlos, ohne festen Wohnsitz	4	3%	2	4%	2	1%	8	1%
unsicher, unbekannt	2	2%	0	0%	0	0%	2	0%
gesamt	123	100%	47	100%	365	100%	535	100%

Deutsche Staatsbürger machten 95% aller Fälle in den Suchtberatungsstellen aus.

Tabelle 12-3: Anzahl der laufenden Fälle in den Suchtberatungsstellen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Staatsbürgerschaft, eigene Erhebung, eigene Berechnung

Staatsbürgerschaft	Release		Caritas		Diakonie		Versorgungsregion gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
deutsche Staatsbürgerschaft	245	91%	42	89%	362	99%	649	95%
andere Staatsbürgerschaft	23	9%	2	4%	3	1%	28	4%
unsicher, unbekannt	0	0%	3	6%	0	0%	3	0%
gesamt	268	100%	47	100%	365	100%	680	100%

Unter „beendeter Maßnahme“ wird bei den Beratungsstellen Unterschiedliches verstanden:

In der Suchtberatungsstelle der Caritas ist eine Maßnahme beendet, wenn eine Beendigung mit dem Klienten vereinbart wurde, eine stationäre Therapie begonnen wurde (bei Weitervermittlung in stationäre Therapie) oder wenn der letzte Kontakt zu dem Klienten mehr als 2 Monate zurück liegt. In diesem Sinne wurden in der Suchtberatungsstelle in 98 Fällen eine Beendigung vereinbart, in 38 Fällen kam eine stationäre Entwöhnungsbehandlung zum Tragen und in 26 Fällen brachen die Klienten die Maßnahme ab.

Die Beratungsstelle der Diakonie gab keine Hinweise zu ihrem Verständnis von „beendeter Maßnahme“. Hier wurden 167 Maßnahmen planmäßig abgeschlossen, es gab 59 Weitervermittlungen und 118 Abbrüche durch Klienten.

Bei Release bedeutet „beendete Maßnahme“, dass z.Zt. keinerlei Kontakt mehr zu dem Klienten besteht.

Was unter „z.Zt.“ verstanden werden kann, blieb offen. Allerdings wies die Beratungsstelle darauf hin, dass Entgiftungen, Substitutionsbehandlungen, Arbeitsprojekte, Teilnahme an Selbsthilfegruppen in der Regel begleitet werden, was somit keine Beendigung der Maßnahmen bedeute. Es wurde gesondert darauf hingewiesen, dass stationäre Entwöhnungsbehandlungen regelmäßig nicht in Einrichtungen für chronisch mehrfach Geschädigte vermittelt werden. 31 planmäßige Abschlüsse wurden in 2002 gezählt und es gab 50 Weitervermittlungen. In 11 Fällen hat der Dienst von sich aus die Beratung abgebrochen, 34 mal taten die die Klienten. Viermal verstarben die Klienten.

Tabelle 12-4: Anzahl beendeter Maßnahmen in den Suchtberatungsstellen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Art der Beendigung, eigene Erhebung, eigene Berechnung

Anzahl beendeter Maßnahmen	Release		Caritas		Diakonie		Versorgungsregion gesamt	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
planmäßiger Abschluss	31	24%	98	60%	167	48%	296	46%
Weitervermittlung/Verlegung/Wechsel	50	38%	38	23%	59	17%	147	23%
Abbruch durch Einrichtung	11	8%	0	0%	1	0%	12	2%
Abbruch durch Klient	34	26%	26	16%	118	34%	178	28%
verstorben	4	3%	0	0%	0	0%	4	1%
unsicher, unbekannt	0	0%	0	0%	0	0%		0%
gesamt	130	100%	162	100%	345	100%	637	100%

Insgesamt brachen mit 28% ein knappes Drittel der Klienten von sich aus die Beratung ab, die geringste Abbruchquote gab es mit 16% bei der Beratungsstelle des Caritasverbandes. Knapp die Hälfte der Maßnahmen fand ihren planmäßigen Abschluss, wobei auch hier auf Unterschiede zwischen den einzelnen Stellen hingewiesen wird.

In einem Fünftel der Fälle gab es eine Weitervermittlung, Verlegung oder ein Wechsel, die angegebenen Häufigkeiten bewegten sich zwischen 17% (Diakonie) und 38% (Release). Release gab an, einen Fall in Betreutes Wohnen vermittelt zu haben, die diakonische Beratungsstelle vermerkte für 21 Fälle Entgiftung bzw. Entzug. In allen anderen Fällen von Weitervermittlung/Verlegung und Wechsel wurde die stationäre Entwöhnungsbehandlung für chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitserkrankte genannt.

13. Anhang

13.1. Daten der Stat. Landesämter Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen

Tabelle 13-1 Vollstationär behandelte Patienten mit Wohnsitz in der Stadt oder im Landkreis Kaiserslautern 2002

a) nach Diagnosegruppe, Altersgruppen und Geschlecht, Quelle: Stat. Landesamt

Geschlecht	Diagnosegruppe	Patienten/ Verweildauer	Ins- gesamt	davon mit einem Alter von ... bis ... Jahren																	
				unter 5	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 und älter
Männlich	F00-F09	Zahl Patienten VerwTage	76 1 781	1 10	- -	- -	- -	1 6	- -	- -	2 14	- -	4 49	4 65	10 232	12 334	3 61	17 555	15 295	4 95	3 65
	F10-F19	Zahl Patienten VerwTage	561 6 358	- -	- -	8 9	23 168	49 464	35 287	64 723	59 942	71 797	109 1 235	41 427	52 708	25 295	9 73	13 175	3 55	- -	- -
	F20-F29	Zahl Patienten VerwTage	211 8 048	- -	- -	1 1	2 85	23 713	25 899	30 1 097	25 1 005	33 1 122	27 1 281	18 658	12 546	4 166	7 307	3 151	1 17	- -	- -
	F30-F39	Zahl Patienten VerwTage	79 2 670	2 7	- -	- -	1 33	1 36	3 115	5 131	7 182	11 346	11 405	12 303	9 375	4 192	5 407	3 62	5 76	- -	- -
	F40-F48	Zahl Patienten VerwTage	101 1 547	1 5	1 2	1 1	6 145	13 147	5 58	13 134	8 77	13 244	7 134	13 186	7 181	4 84	1 4	2 37	4 96	1 2	1 10
	F50-F59	Zahl Patienten VerwTage	15 135	3 8	1 9	1 68	- -	- -	2 9	- -	- -	- -	- -	- -	2 15	3 21	1 2	2 3	- -	- -	- -
	F60-F69	Zahl Patienten VerwTage	25 444	- -	1 1	- -	- -	7 158	3 43	2 29	5 72	1 14	1 37	4 63	- -	- -	1 27	- -	- -	- -	- -
	F70-F79	Zahl Patienten VerwTage	13 361	1 11	1 3	- -	- -	2 38	1 31	4 164	3 78	- -	- -	- -	1 36	- -	- -	- -	- -	- -	- -
	F80-F89	Zahl Patienten VerwTage	8 48	4 19	3 28	1 1	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
	F90-F98	Zahl Patienten VerwTage	36 1 670	- -	17 326	12 929	7 415	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
Männliche Patienten insgesamt			1 125	12	24	24	39	96	74	118	109	129	159	92	93	52	27	40	28	5	4
VerwTage der männl. Patienten insg.			23 062	60	369	1 009	846	1 562	1 442	2 278	2 370	2 523	3 141	1 702	2 093	1 092	881	983	539	97	75
Durchschnittliche Verweildauer			20,5	5,0	15,4	42,0	21,7	16,3	19,5	19,3	21,7	19,6	19,8	18,5	22,5	21,0	32,6	24,6	19,3	19,4	18,8

Tabelle 13-2 Vollstationär behandelte Patienten mit Wohnsitz in der Stadt oder im Landkreis Kaiserslautern 2002

b) nach Diagnosegruppe, Altersgruppen und Geschlecht, Quelle: Stat. Landesamt

Geschlecht	Diagnosegruppe	Patienten/ Verweildauer	Ins- gesamt	davon mit einem Alter von ... bis ... Jahren																	
				unter 5	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 und älter
weiblich	F00-F09	Zahl Patienten	75	-	-	-	1	-	2	-	4	2	2	2	4	1	5	7	13	16	16
		VerwTage	1 566	-	-	-	2	-	40	-	83	31	34	82	49	19	101	256	307	300	262
	F10-F19	Zahl Patienten	187	1	1	8	22	20	10	12	31	17	19	18	12	9	5	-	1	1	-
		VerwTage	1 753	1	8	9	73	87	120	53	376	203	126	182	228	121	148	-	14	4	-
	F20-F29	Zahl Patienten	152	1	-	1	1	2	9	22	21	24	14	13	10	14	10	3	3	3	1
		VerwTage	5 881	6	-	10	95	25	258	808	1 063	1 145	473	427	603	397	295	92	89	44	51
	F30-F39	Zahl Patienten	197	-	-	-	2	6	7	6	13	24	19	26	15	23	18	13	14	5	6
		VerwTage	5 761	-	-	-	11	124	124	98	277	816	515	672	342	912	596	305	671	181	117
	F40-F48	Zahl Patienten	176	-	2	8	13	13	13	18	17	19	18	19	8	8	6	2	5	7	-
		VerwTage	2 886	-	13	179	193	270	158	186	295	412	576	126	90	147	63	20	82	76	-
	F50-F59	Zahl Patienten	30	-	-	1	8	2	1	6	1	1	-	1	5	2	-	-	-	1	1
VerwTage		637	-	-	13	290	18	45	188	2	9	-	5	24	34	-	-	-	4	5	
F60-F69	Zahl Patienten	29	-	-	1	5	7	-	6	4	1	-	3	-	2	-	-	-	-	-	
	VerwTage	545	-	-	1	21	68	-	265	39	69	-	44	-	38	-	-	-	-	-	
F70-F79	Zahl Patienten	11	-	1	-	-	-	1	1	3	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	
	VerwTage	231	-	2	-	-	-	1	49	44	35	39	61	-	-	-	-	-	-	-	
F80-F89	Zahl Patienten	7	4	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	VerwTage	48	12	35	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
F90-F98	Zahl Patienten	13	1	4	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	VerwTage	126	11	21	63	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Weibliche Patientinnen insgesamt			877	7	10	23	57	50	43	71	94	89	74	84	54	59	44	25	36	33	24
VerwTage der weibl. Patientinnen insg.			19 434	30	79	275	717	592	746	1 647	2 179	2 720	1 763	1 599	1 336	1 668	1 203	673	1 163	609	435
Durchschnittliche Verweildauer			22,2	4,3	7,9	12,0	12,6	11,8	17,3	23,2	23,2	30,6	23,8	19,0	24,7	28,3	27,3	26,9	32,3	18,5	18,1

Tabelle 13-3: Diagnose, Geschlecht und Alter der in 2002 stationär im Krankenhaus behandelten Dortmunder (Stat. Landesamt NRW; eigene Berechnung)

Geschlecht		00-05	05-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	65-70	70-75	75-80	80-85	85-90	90-95	95 und älter	gesamt
F00-F09	m		3	1		3	3	1	4	7	6	5	16	21	46	56	73		46	19	4	372
	w				2	1	2	1	4	4	5	4	8	14	29	60	108	188	163	106	30	729
F00-F09 Ergebnis			3	1	2	4	5	2	8	11	11	9	24	35	75	116	181	246	209	125	34	1101
F10-F19	m	1		13	107	216	276	425	502	576	535	364	203	153	68	31	13	3	4			3490
	w	1	1	13	61	96	91	95	140	147	153	100	68	60	29	28	11	7	7			1108
F10-F19 Ergebnis		2	1	26	168	312	367	520	642	723	688	464	271	213	97	59	24	10	11			4598
F20-F29	m				23	83	74	106	120	108	108	44	20	18	10	6	4					724
	w		1		8	31	28	62	51	79	64	57	44	47	30	20	18	13	4	3	1	561
F20-F29 Ergebnis			1		31	114	102	168	171	187	172	101	64	65	40	26	22	13	4	3	1	1285
F30-F39	m			6	16	22	36	35	39	68	57	54	41	56	33	36	8	8	4	1		520
	w	2	2	1	19	44	35	65	64	80	114	116	89	97	83	80	101	56	25	1	2	1076
F30-F39 Ergebnis		2	2	7	35	66	71	100	103	148	171	170	130	153	116	116	109	64	29	2	2	1596
F40-F48	m	1	17	20	32	32	47	43	52	74	34	33	24	14	10	9	4	5		1		452
	w	3	8	28	57	68	49	69	85	54	45	29	33	28	19	18	11	12	4	2		622
F40-F48 Ergebnis		4	25	48	89	100	96	112	137	128	79	62	57	42	29	27	15	17	4	3		1074
F50-F59	m	2	2	1	1	3	1		3		4	2	3		2	1	3	3			1	32
	w		5	6	14	15	9	5	5	6	1		1	1		3	1	5	6	8	4	95
F50-F59 Ergebnis		2	7	7	15	18	10	5	8	6	5	2	4	1	2	4	4	8	6	8	5	127
F60-F69	m				14	14	13	28	30	27	17	2	2	1	2	1						151
	w		1		19	55	53	32	37	14	13	12	1	1	1			1	1			241
F60-F69 Ergebnis			1		33	69	66	60	67	41	30	14	3	2	3	1		1	1			392
F70-F79	m	3	1	2	2			2	2													12
	w	3	3		2				1	1	1											11
F70-F79 Ergebnis		6	4	2	4			2	3	1	1											23
F80-F89	m	39	24	7	4	2																76
	w	15	15	4	1																	35
F80-F89 Ergebnis		54	39	11	5	2																111
F90-F98	m	18	57	48	13	6	2	1	1	3	1			1								151
	w	16	11	23	17	1	1	1		1	1											72
F90-F98 Ergebnis		34	68	71	30	7	3	2	1	4	2			1								223
F99	m	1																				1
F99 Ergebnis		1																				1
Gesamtergebnis		105	151	173	412	692	720	971	1140	1249	1159	822	553	512	362	349	355	359	264	141	42	10531

14. Tabellenverzeichnis

Tabelle 3-1: psychiatrische Erkrankungen nach ICD – 10	18
Tabelle 3-2: Ergebnisse der „Mannheimer Studie“	19
Tabelle 3-3: Schweregradeinteilung psychiatrischer Erkrankungen n. Fichter (1990).....	20
Tabelle 3-4: Prävalenz psychiatrischer Erkrankungen im Landkreis Traunstein nach ICD 9, eigene Berechnungen	20
Tabelle 3-5: Unterschiede zwischen der oberbayrischen und der Mannheimer Feldstudie (nach Franz).....	21
Tabelle 3-6: 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.)	22
Tabelle 3-7: Prävalenz von Demenz	23
Tabelle 3-8: Ambulante und stationäre psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit im Landkreis Traunstein nach Diagnosegruppen (ICD 9), eigene Berechnungen.....	24
Tabelle 3-9: Bevölkerung in der Versorgungsregion Kaiserslautern am 31.12.2000 (Quelle: Stat. Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) Statistik regional, Ausgabe 2002)	26
Tabelle 3-10: Altersaufbau der Bevölkerung in der Versorgungsregion Kaiserslautern zum 31.12.2000	26
Tabelle 3-11: Annahmen über die Häufigkeit psychiatrischen Erkrankungen in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach Diagnosegruppen (ICD 9), eigene Berechnungen	27
Tabelle 3-12: Annahmen über die Häufigkeit ambulanter und stationärer psychiatrischer Behandlungsbedürftigkeit der über 15jährigen in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach Diagnosegruppen (ICD 9), eigene Berechnung.....	28
Tabelle 3-13: Häufigkeit von psychiatrischen Alterserkrankungen bei über 65 – jährigen in der Versorgungsregion Kaiserslautern	29
Tabelle 3-14: Bevölkerungsprognose für die Region Kaiserslautern 2000 – 2050, Quelle: Stat. Landesamt Rheinland-Pfalz, eigene Berechnungen.....	30
Tabelle 3-15: Häufigkeit von psychiatrischen Alterserkrankungen bei über 65 – jährigen in der Versorgungsregion Kaiserslautern, eigene Berechnungen	31

Tabelle 4-1: ambulante medizinische Behandlungen wegen einer psychiatrischen Diagnose in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach Geschlecht, Datenquelle: KV Neustadt, eigene Berechnungen	33
Tabelle 4-2: ambulante medizinische Behandlungen wegen einer psychiatrischen Diagnose in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach Diagnosen, Datenquelle: KV Neustadt, eigene Berechnungen	34
Tabelle 4-3: ambulante medizinische Behandlungen wegen einer psychiatrischen Diagnose in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach Geschlechtsverteilung und Diagnosen, Datenquelle: KV Neustadt, eigene Berechnungen	35
Tabelle 4-4: ambulante medizinische Behandlungen wegen einer psychiatrischen Diagnose in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach Diagnosen und Geschlechtsverteilung, Datenquelle: KV Neustadt, eigene Berechnungen	36
Tabelle 4-5: ambulante medizinische Behandlungen wegen einer psychiatrischen Diagnose in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach Diagnosen und Altersverteilung, Datenquelle: KV Neustadt, eigene Berechnungen	37
Tabelle 4-6: ambulante medizinische Behandlungen wegen einer psychiatrischen Diagnose in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach Alter und Geschlecht, Datenquelle: KV Neustadt, eigene Berechnungen.....	38
Tabelle 4-7: ambulante medizinische Behandlungen wegen einer psychiatrischen Diagnose in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach ärztlichen Gebietsbezeichnungen und Diagnosen, Datenquelle: KV Neustadt, 04. Quartal 2003, eigene Berechnungen.....	39
Tabelle 7-1: Aufnahme von Patientinnen und Patienten aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationäre Behandlung im Pfalzkrankenhaus 1999 – 2003 nach Rechtsgrundlage.....	43
Tabelle 7-2: Anzahl der Aufnahmen von Patientinnen und Patienten aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationäre Behandlung im Pfalzkrankenhaus 1999 – 2003 nach kommunaler Gebietskörperschaft und Rechtsgrundlage.....	45
Tabelle 7-3: Häufigkeit der Unterbringungsverfahren je Person vom 01.01.2004 bis zum 04.11.2004, Versorgungsregion Kaiserslautern	46

Tabelle 7-4: Anzahl der Fälle aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig von der medizinischen Fachabteilung und vom Behandlungsort 2002; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen47

Tabelle 7-5: Anzahl der Fälle aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig von der medizinischen Fachabteilung und vom Behandlungsort 2002 nach Alter und Geschlecht; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen.....49

Tabelle 7-6: Anzahl der Fälle aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig von der medizinischen Fachabteilung und vom Behandlungsort 2002 nach Alter und Geschlecht; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen.....51

Tabelle 7-7: Altersstruktur der Bevölkerung in der Versorgungsregion Kaiserslautern nach Alter und Geschlecht 2000.....51

Tabelle 7-8: Verweildauer der Fälle aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig von der medizinischen Fachabteilung und vom Behandlungsort 2002 nach Alter; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen52

Tabelle 7-9: Anzahl der Fälle aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig von der medizinischen Fachabteilung und vom Behandlungsort 2002 nach Diagnose und Geschlecht; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen.....53

Tabelle 7-10: Verweildauer der Fälle aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig von der medizinischen Fachabteilung und vom Behandlungsort 2002 nach Geschlecht und Diagnose; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen.....55

Tabelle 7-11: Anzahl der Fälle aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig von der medizinischen Fachabteilung und vom Behandlungsort 2002 nach Diagnose und Altersgruppe; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen.....57

Tabelle 7-12: Anzahl der Fälle aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig vom Behandlungsort 2002 nach medizinischer Fachabteilung; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen.....	58
Tabelle 7-13: Anzahl der Fälle aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig vom Behandlungsort 2002 nach medizinischer Fachabteilung und Diagnose; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen.....	60
Tabelle 7-14: Verweildauer der Fälle 2002 aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose unabhängig vom Behandlungsort nach medizinischer Fachabteilung; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen.....	63
Tabelle 7-15: Anzahl der Fälle aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose 2002 nach Behandlungsort; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen.....	64
Tabelle 7-16: Anzahl der Fälle aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose 2002 nach behandelndem Krankenhaus; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen.....	64
Tabelle 7-17: Anzahl der Fälle 2002 und Verweildauer aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose nach Behandlungsort und medizinischer Fachabteilung; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen.....	65
Tabelle 7-18: Anzahl der Fälle aus der Versorgungsregion Kaiserslautern in stationärer Behandlung wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose 2002 nach behandelndem Krankenhaus und Diagnose; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen.....	66
Tabelle 7-19: Anzahl der Fälle der stationären Behandlungen wegen einer psychiatrischen Hauptdiagnose 2002 in Kaiserslautern nach H; Quelle: Stat. Landesamt, eigene Berechnungen.....	68
Tabelle 8-1: Ambulant und stationär betreutes Wohnen in der Versorgungsregion Kaiserslautern zum Stichtag 31.12.2002	69

Tabelle 8-2: Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner im Betreuten Wohnen nach Betreuungsdauer zum Stichtag 31.12.2002, eigene Erhebung, eigene Berechnung.....	71
Tabelle 8-3: Anzahl der Bewohnerinnen und Bewohner im Betreuten Wohnen nach Diagnose zum Stichtag 31.12.2002, eigene Erhebung, eigene Berechnung.....	71
Tabelle 8-4: Alter der Bewohnerinnen und Bewohner im betreuten Wohnen zum 31.12.2002, eigene Erhebung, eigene Berechnung	73
Tabelle 8-5: Beschäftigte in Wohnheimen der psychiatrischen Versorgung in Kaiserslautern zum Stichtag 31.12.2002, eigene Erhebung, eigene Berechnung.....	74
Tabelle 8-6: Qualifikation der Beschäftigten im Vollzeitäquivalent Kaiserslautern 2002 im Vergleich mit Dortmund 1998.....	75
Tabelle 8-7: Geschlechtsverteilung in den Wohnheimen für seelisch behinderte Menschen in der Versorgungsregion Kaiserslautern zum 31.12.2002, eigene Erhebung, eigene Berechnung.....	76
Tabelle 8-8: Betreuungsdauer in den Wohnheimen der Versorgungsregion Kaiserslautern zum 31.12.2002 im Vergleich mit Dortmund, eigene Erhebung, eigene Berechnung	77
Tabelle 8-9: Diagnoseverteilung in den Wohnheimen der Versorgungsregion Kaiserslautern zum 31.12.2002 im Vergleich mit Dortmund, eigene Erhebung, eigene Berechnung	78
Tabelle 8-10: Herkunft der Bewohnerinnen und Bewohner in den Wohnheimen der Versorgungsregion Kaiserslautern zum 31.12.2002, eigene Erhebung, eigene Berechnung	78
Tabelle 8-11: Alter der Bewohnerinnen und Bewohner in den Wohnheimen der Versorgungsregion Kaiserslautern zum 31.12.2002, eigene Erhebung, eigene Berechnung	79
Tabelle 8-12: Betreuungsbeendigungen der Bewohnerinnen und Bewohner in den Wohnheimen der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002, eigene Erhebung, eigene Berechnung	79
Tabelle 9-1: Leistungsberechtigte Personen in der Hilfeplankonferenz Kaiserslautern 1999 – 2004, Datenquelle: ACCESS-Datenbank der Koordinierungsstelle, eigene Berechnungen	81

Tabelle 9-2: Hilfeformen nach Beschluss der Hilfeplankonferenz 1997 – November 2004, Datenquelle: ACCESS-Datenbank der Koordinierungsstelle, eigene Berechnungen	81
Tabelle 9-3: Fälle in der Hilfeplankonferenz Kaiserslautern 1999 – 2004, Datenquelle: ACCESS-Datenbank der Koordinierungsstelle, eigene Berechnungen.....	82
Tabelle 10-1: Erst- und Wiederaufnahmen in der WfbM für psychisch behinderte Menschen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002, eigene Erhebung, eigene Berechnungen.....	84
Tabelle 10-2: Anzahl der Beschäftigten in der WfbM für psychisch behinderte Menschen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Geschlecht, eigene Erhebung, eigene Berechnungen	85
Tabelle 10-3: Anzahl der Beschäftigten in der WfbM für psychisch behinderte Menschen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Diagnose, eigene Erhebung, eigene Berechnungen	86
Tabelle 10-4: Anzahl der Beschäftigten in der WfbM für psychisch behinderte Menschen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Beschäftigungsdauer, eigene Erhebung, eigene Berechnungen	86
Tabelle 10-5: Anzahl der Beschäftigten in der WfbM für psychisch behinderte Menschen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Herkunft, eigene Erhebung, eigene Berechnungen	87
Tabelle 10-6: Anzahl der Beschäftigten in der WfbM für psychisch behinderte Menschen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Staatsangehörigkeit, eigene Erhebung, eigene Berechnungen.....	87
Tabelle 10-7: Anzahl der Beschäftigten in der WfbM für psychisch behinderte Menschen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Alter, eigene Erhebung, eigene Berechnungen	88
Tabelle 10-8: Anzahl der Beschäftigten in der WfbM für psychisch behinderte Menschen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Wohnsituation, eigene Erhebung, eigene Berechnungen	88
Tabelle 10-9: Anzahl beendeter Maßnahmen in der WfbM für psychisch behinderte Menschen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Diagnose, eigene Erhebung, eigene Berechnungen	89
Tabelle 11-1: Anzahl der Fälle beim Sozialpsychiatrischen Dienst in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002, eigene Erhebung, eigene Berechnungen	91

Tabelle 11-2: Anzahl der Fälle beim Sozialpsychiatrischen Dienst in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Alter, eigene Erhebung, eigene Berechnungen	91
Tabelle 11-3: Anzahl der Fälle beim Sozialpsychiatrischen Dienst in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Geschlecht, eigene Erhebung, eigene Berechnungen.....	92
Tabelle 11-4: Anzahl der Fälle beim Sozialpsychiatrischen Dienst in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Diagnose, eigene Erhebung, eigene Berechnungen	93
Tabelle 11-5: Vergleich: Anzahl der Fälle beim Sozialpsychiatrischen Dienst in der Versorgungsregion Kaiserslautern und in der Stadt Dortmund 2002 nach Zielgruppen.....	93
Tabelle 11-6: Anzahl der Fälle beim Sozialpsychiatrischen Dienst in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Alter, eigene Erhebung, eigene Berechnungen	94
Tabelle 11-7: Anzahl der Fälle beim Sozialpsychiatrischen Dienst in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Anzahl der Kontakte in 2002, eigene Erhebung, eigene Berechnungen.....	95
Tabelle 11-8: Anzahl der Fälle beim Sozialpsychiatrischen Dienst in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Wohnsituation, eigene Erhebung, eigene Berechnungen.....	95
Tabelle 11-9: Anzahl der Fälle beim Sozialpsychiatrischen Dienst in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Staatsbürgerschaft, eigene Erhebung, eigene Berechnungen.....	95
Tabelle 12-1: Anzahl der laufenden Fälle in den Suchtberatungsstellen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Geschlecht, eigene Erhebung, eigene Berechnung	98
Tabelle 12-2: Anzahl der laufenden Fälle in den Suchtberatungsstellen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Wohnsituation, eigene Erhebung, eigene Berechnung	99
Tabelle 12-3: Anzahl der laufenden Fälle in den Suchtberatungsstellen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Staatsbürgerschaft, eigene Erhebung, eigene Berechnung	99

Tabelle 12-4: Anzahl beendeter Maßnahmen in den Suchtberatungsstellen in der Versorgungsregion Kaiserslautern 2002 nach Art der Beendigung, eigene Erhebung, eigene Berechnung	100
Tabelle 13-1 Vollstationär behandelte Patienten mit Wohnsitz in der Stadt oder im Landkreis Kaiserslautern 2002.....	101
Tabelle 13-2 Vollstationär behandelte Patienten mit Wohnsitz in der Stadt oder im Landkreis Kaiserslautern 2002.....	102
Tabelle 13-3: Diagnose, Geschlecht und Alter der in 2002 stationär im Krankenhaus behandelten Dortmunder (Stat. Landesamt NRW; eigene Berechnung)	103

15. Literaturverzeichnis

- 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
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg): Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung, Bd. 116 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, Bd. 116], Baden – Baden 1999
- Burtscheidt W: Störungen durch Alkohol in: Gaebel W, Müller-Spahn F: Diagnostik und Therapie psychischer Störungen
- Dilling, H.; Weyerer S.; Castell, R.: Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung, Stuttgart 1984
- 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, Seite 103
- Franz, M: Epidemiologie psychogener Störungen und Bedarf an Versorgungsleistungen in: Janssen, P. L. (Hrsg.): Psychotherapeutische Medizin, Stuttgart, New York 1999
- 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
- 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
- Häfner, Heinz: Das Rätsel Schizophrenie, Beck-Verlag, München 2000; Finzen, Asmus: Schizophrenie, Psychiatrie-Verlag, Bonn 2000
- Landtag Nordrhein-Westfalen, Antwort der Landesregierung vom 05.01.2005 auf die Kleine Anfrage des Abg. Dr. S. Romberg FDP vom 25. 11. 2004 Landtagsdrucksache 13/6434
- Maylath E, Spanka M, Nehr R: In welchen Krankenhausabteilungen werden psychisch Kranke behandelt? Eine Analyse der Krankenhausfälle der DAK im Vorfeld der DRGs in Gesundheitswesen 2003; 65: 486 - 494
- Nißle K.: Psychisch krank im Alter [Kuratorium Deutsche Altershilfe Thema 136], Köln 1998
- Rolland S, Rosenow C: Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und Patienten 2002 in: Krankenhaus- Report 2004 Stuttgart 2005 Tabelle 18 – 6

- Rolland S, Rosenow Ch: Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2002 in Klauber, Robra, Schellschmidt: Krankenhausreport 2004, Stuttgart New York 2005
- Rössler, W.: Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker [Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 77], Baden – Baden 1996
- Rössler, Wulf, Salize, Hans Joachim: Planungsmaterialien für die psychiatrische Versorgung, Weinheim 1993
- Rössler, Wulf, Salize, Hans Joachim: Planungsmaterialien für die psychiatrische Versorgung, Weinheim 1993
- Rössler, Wulf: Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker: Daten, Fakten, Analysen [Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 77] Baden-Baden 1996, Seite 39
- 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
- Salize H.J., Dressing H.: Nehmen Zwangsunterbringungen psychisch Kranker in den Ländern der EU zu? in Gesundheitswesen 2004; 66: 240-245
- Salize, H.J., Rössler, W.: Kosten und Kostenwirksamkeit der gemeindepsychiatrischen Versorgung von Patienten mit Schizophrenie, Berlin – Heidelberg – New York 1998
- Schmitt-Schäfer Th: Die Entwicklung der Eingliederungshilfe im Landkreis Bernkastel-Wittlich in: Der Landkreis 7/2004;
- Schräder Wilhelm F: Psychiatrische Versorgung in Hessen. Entwicklung bis 2007, Berlin IGES - Eigenverlag 2002
- Stadt Dortmund, Gesundheitsamt: Psychiatriebericht für die Stadt Dortmund 1998 – 2003, Januar 2005
- Stark, K. und Guggenmoos-Holzmann, I.: Wissenschaftliche Ergebnisse deuten und nutzen in: Schwartz F.W. (Hrsg.): Das Public Health Buch, München, Wien, Baltimore 1998
- Stat. Landesamt Rheinland-Pfalz: Rheinland-Pfalz 2050 – Auswirkungen der demographischen Entwicklung, Bad Ems, Oktober 2004
- Statistisches Bundesamt 2005, Fachserie 12 / Reihe 6.2
- Statistisches Bundesamt: Gesundheitsbericht für Deutschland, Stuttgart 1998

transfer – unternehmen für soziale innovation

Sozial- und Psychiatrieplanung * Beratung * Fort- und Weiterbildung

Inhaber:

Thomas Schmitt-Schäfer
Grabenstraße 21
54516 Wittlich

Fon: 06571-96343 * Fax: 06571-96345
mail@transfer-net.de * www.transfer-net.de