

Mitteilung des Senats an die Bremische Bürgerschaft (Landtag) vom 13.01.2015

Versorgungssituation von seelisch verletzten und psychisch kranken Menschen mit geistiger Behinderung verbessern!

Die Bremische Bürgerschaft (Landtag) hat in ihrer Sitzung am 21.05.2014 zur Drucksache 18/1318 beschlossen,

den Senat aufzufordern

1. einen Bericht zur Situation von geistig behinderten Menschen mit psychischen Störungen im Land Bremen zu erstellen,
2. in diesen Bericht unter anderem Verbesserungsvorschläge für das Behandlungsangebot von Menschen mit geistigen Behinderungen und psychischen Störungen aufzunehmen und Anforderungen an die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten formulieren,
3. in Gesprächen mit der Kassenärztlichen Vereinigung, der Ärztekammer und der Psychotherapeutenkammer einzutreten mit dem Ziel, auch das Behandlungsangebot für geistig Behinderte durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologinnen und Psychologen zu verbessern,
4. der Bürgerschaft (Landtag) binnen sechs Monaten nach Beschlussfassung den Bericht vorzulegen.

Der Senat hat am 27.05.2014 Kenntnis genommen und den Beschluss der Bürgerschaft (Landtag) an die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen und den Senator für Gesundheit zur weiteren Veranlassung und Vorlage des erbetenen Berichts bis zum 4. November 2014 an die Bürgerschaft (Landtag) überwiesen.

Anlage

Bericht zum Thema „Versorgungssituation von seelisch verletzten und psychisch kranken Menschen mit geistiger Behinderung verbessern!“

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	6
2. Problembeschreibung	7
2.1 Häufigkeit von geistiger Behinderung in Verbindung mit psychischen Störungen in Deutschland	7
2.2 Diagnostik	11
2.3 Problemlagen in der gesundheitliche Versorgung	12
3. Das psychiatrische/psychotherapeutische Versorgungssystem im Land Bremen (SGB V)	13
3.1 Strukturen und Einrichtungen	13
3.1.1 Ambulante Versorgung	13
3.1.2 Stationäre Versorgung	16
3.1.3 Exkurs: Versorgung von Kindern und Jugendlichen	16
3.2 Inanspruchnahme	17
3.2.1 Ambulante Versorgung	18
3.2.2 Stationäre Versorgung	21
4. Zur Versorgungssituation im Land Bremen – Einschätzungen von Leistungserbringern der sozialen und gesundheitlichen Hilfesysteme	23
4.1 Fragebogenerhebung bei Leistungserbringern ambulanter und stationärer Eingliederungshilfe im Bereich Wohnen (SGB XII)	23
4.1.1 Ausgangslage und Anlage der Befragung	23
4.1.2 Rückläufe	24
4.1.3 Einschätzung der Häufigkeit von Doppeldiagnosen für das Land Bremen	25
4.1.4 Exkurs: Häufigkeit von Suchterkrankungen	34
4.1.5 Bestehende Versorgungsstrukturen und -lücken	35
4.2 Befragung ausgewählter Einrichtungen des gesundheitlichen Versorgungssystems (SGB V)	38

4.2.1	Ambulante Versorgung – Befragung ausgewählter Einrichtungen (Ärztekammer, Psychotherapeutenkammer, Kassenärztliche Vereinigung, Psychiatrische Kliniken)	38
4.2.2	Stationäre Versorgung – psychiatrische Kliniken	44
5.	Handlungsempfehlungen – Schritte zu einer verbesserten Versorgung	45
5.1	Empfehlungen der Leistungserbringer im Bereich Wohnen	45
5.2	Empfehlungen der Leistungserbringer aus dem Gesundheitsbereich	46
5.3	Empfehlungen des Landesaktionsplans zur Umsetzung der UN- Behindertenrechtskonvention im Land Bremen	47
5.4	MZEB - perspektivisch ein neuer Baustein in der spezialisierten Gesundheitsversorgung	47
5.5	Fazit	49
	Literatur	
	Anlagen	

1. Einführung

Gemäß des Auftrags der Bürgerschaft wird die Versorgungssituation von Menschen mit a) seelischen Verletzungen sowie b) psychischen Erkrankungen¹ dargestellt. Aus der Fachliteratur ist bekannt, dass Menschen mit geistiger Behinderung seelischen Verletzungen in besonderer Weise ausgesetzt sind. Für Frauen mit Behinderungen ist empirisch belegt, dass sie etwa doppelt so häufig Opfer von Gewalt und sexuellen Übergriffen werden wie Mädchen und Frauen ohne Behinderungen.² Männer mit einer geistigen Behinderung sind deutlich häufiger von psychischer und körperlicher Gewalt betroffen als Männer ohne Behinderungen.³ Seelische Verletzungen, die bei Menschen mit geistiger Behinderung einerseits eine Folge sexueller oder anderer gewalttätiger Übergriffe, andererseits eine Folge sozialer Erfahrungen wie mangelnder Anerkennung, sozialer Isolierung, persönlicher Demütigungen, Unter- oder Überforderung u.a. sein können, können zu Traumatisierungen und langfristig zu psychischen Störungen führen. Zum Komplex seelischer Verletzungen - der keine fachlich präzise definierte Kategorie oder gar ICD-Diagnose darstellt - bei Menschen mit geistiger Behinderung liegen jedoch bisher keine validen Daten für das Land Bremen vor.

Dieser Informationslücke wird mit einer eigens durchgeführten Befragung der Leistungserbringer im Bereich Wohnen im Land Bremen begegnet, bei der der terminologisch eher unscharfe Bereich der seelischen Verletzungen berücksichtigt wird, indem in der Befragung die Anzahl der Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Beeinträchtigungen, die Traumatisierungen erfahren haben, erfragt wird.

Um die Anzahl und Lebenssituation der Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen zu erfassen und die besondere Erschwernis einer Diagnosestellung zu berücksichtigen, wurde in der Befragung differenziert, ob eine ärztliche Diagnose für die psychische Störung vorliegt, aber die Erfassung nicht davon abhängig gemacht. Stattdessen hatten die Leistungserbringer die Möglichkeit, Angaben zu den Personen zu machen, bei denen nach ihrer Einschätzung eine psychische Störung vorliegt. Somit ist davon auszugehen, dass in diesem Bericht eine vermutlich große Anzahl betroffener Menschen im Sinne des Auftrags erfasst worden ist.

In diesem Bericht wird, analog zur Terminologie der ICD-10, der Begriff „psychische Störung“ anstelle des Begriffs „psychische Erkrankung“ genutzt. Im Kontext der Psychiatriereform der 1980er Jahre setzte sich zunächst der Begriff „psychische Krankheit“ durch. Er bedeutete eine emanzipatorische Distanzierung von der Auffassung, dass psychische und Verhaltensauffälligkeiten aller Art als der Person inhärente, unbeeinflussbare „Geisteskrankheiten“ anzusehen sind. Zugleich sollte dieser Begriff die Gleichwertigkeit körperlicher und seelischer Erkrankungen zum Ausdruck bringen. Später etablierte sich daneben der Begriff der „psychischen Störung“. Während mit dem Ausdruck „psychisch krank“ häufig ein fortbestehender, chronischer, der Person quasi zugehöriger Status assoziiert wird, soll mit dem Begriff der „psychischen Störung“ eher das vorübergehend Phasenhafte betont werden. Psychische Störungen sind in diesem Sinne als Teil des normalen menschlichen Lebens anzusehen, von denen i.d.R. jeder Mensch in angespannten, krisenhaften Zeiten - in unterschiedlicher Schwere und Ausprägung -

¹ Im Kontext dieses Berichts werden hierunter alle Diagnosen der Gruppe F „Psychische und Verhaltensstörungen“ der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10 (ICD) verstanden, d.h. im Grundsatz sind auch immer Suchterkrankungen erfasst. An einigen Stellen wird auf den Bereich Suchterkrankungen bzw. Suchtkrankenhilfe besonders eingegangen.

² Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. 2012

³ Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Lebenssituation und Belastung von Männern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland – Haushaltsbefragung. 2013

betroffen sein kann.⁴ Zugleich ermöglicht der Begriff der Störung, auch die krankhaften psychischen Phänomene als solche zu erfassen, bei denen die Patienten keine Krankheitseinsicht haben und subjektiv kein Leid spüren (häufig z.B. bei Manien oder wahnhaften Zuständen). Beim Begriff der Krankheit hingegen wird i.d.R. ein subjektives Leiderleben vorausgesetzt. In der Fachwelt werden heutzutage beide Begriffe benutzt.

Dieser Bericht bezieht sich schwerpunktmäßig auf die Versorgung Erwachsener. Hier liegen für Bremen Anhaltspunkte auf Basis bisheriger Untersuchungen vor, die auf eine Unterversorgung in der Diagnostik, medizinischen Behandlung und Therapie schließen lassen. Das Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche mit einer geistigen Behinderung in Deutschland hingegen hält mit den ca. 140 Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) spezifische Kompetenzzentren für Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen vor, so dass in der Kooperation mit dem Regelversorgungssystem für Kinder und Jugendliche eine umfassende Versorgung gegeben ist. Was das Behandlungsspektrum des Bremer Sozialpädiatrischen Instituts (SPI) betrifft, gehören spezifische Erkrankungen, insbesondere Entwicklungsstörungen, drohende und manifeste Behinderungen sowie Verhaltens- oder seelische Störungen in Kombination mit somatischen Erkrankungen oder Behinderungen jeglicher Ursache, dazu. Die Versorgung beinhaltet die Untersuchung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Kontext ihres sozialen Umfelds einschließlich der Beratung und Anleitung von Bezugspersonen.

Während Menschen mit psychischen Erkrankungen in den letzten drei Jahrzehnten immer wieder im Fokus der Aufmerksamkeit standen, wurde die Betrachtung der Versorgungssituation von Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen - nicht nur in Bremen, sondern auch bundesweit - in der Wahrnehmung der Öffentlichkeit, der Politik, des Gesundheitswesens⁵ eher vernachlässigt. Mit der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, die im Land Bremen in den letzten zwei Jahren ressortübergreifend intensiv vorangetrieben wurde, hat ein Änderungsprozess eingesetzt: Menschen mit Behinderungen, so auch Menschen mit geistiger Behinderung, rücken in den Fokus. Als ein Symbol dessen kann u.a. der Auftrag zu diesem Bericht gelten, sich der besonders vernachlässigten Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung und seelischen Verletzungen bzw. psychischen Erkrankungen zu widmen. Vor diesem Hintergrund versteht sich der vorliegende Bericht als eine erste Bestandsaufnahme ohne Anspruch auf umfassende oder gar vollständige Ausleuchtung des Themas. Dies zeigt sich u.a. daran, dass nur ein Teil der gesundheitlichen Leistungserbringer befragt bzw. um Daten gebeten wurde. Es wird empfohlen, zu einem späteren Zeitpunkt nach Diskussion der vorliegenden Ergebnisse und nach Etablierung eines strukturierten Dialogs unter den relevanten Akteuren ggf. vertiefende Analysen vorzunehmen.

2. Problembeschreibung

2.1 Häufigkeit von geistiger Behinderung in Verbindung mit psychischer Störung in Deutschland

Um die Größe der Zielgruppe annähernd abschätzen zu können, werden im Folgenden einige Daten und Fakten zum Vorkommen von geistiger Behinderung und psychischer Störung in der Bevölkerung angegeben.

⁴ Slogans wie „Von Nahem besehen ist keiner normal“ (Motto der Woche der seelischen Gesundheit in Bremen) oder „Depression hat viele Gesichter/ Depression kann jeden treffen“ der bundesweiten Kampagne „Bündnis gegen Depression“ zeugen von dieser modernen Auffassung der meisten psychischen Störungen als quasi normaler, passagerer krisenhafter Lebensphasen.

⁵ In der Psychiatrie, dem Fachgebiet, das primär zuständig ist für diese Gruppe, führe dieser Bereich, so heißt es, ein Cinderella-Dasein, d.h. spiele die Rolle des Aschenputtels. (vgl. Spießl et. al.); hinzuweisen ist jedoch auch darauf, dass das Problem in der Fachöffentlichkeit der Behindertenhilfe bekannt ist und neben Ansätzen der Erforschung auch Lösungsansätze diskutiert und entwickelt sind.

Zur Definition und Prävalenz von geistiger Behinderung⁶

Gemäß ICD-10 wird geistige Behinderung unter dem Begriff der Intelligenzminderung als „eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten“⁷ beschrieben. Intelligenzminderung definiert sich wesentlich durch drei Kriterien:

- verminderte kognitive Fähigkeiten (IQ < 70),
- Entstehung in der Entwicklungsphase (vor dem 18. Lebensjahr),
- mit der geistigen Behinderung verbundene Anpassungsprobleme in der sozialen Umwelt.

Es wird zwischen vier Schweregraden der geistigen Behinderung unterschieden, wobei die leichte Intelligenzminderung mit 0,17 bis 0,59% (Kinder und Erwachsene) am häufigsten, die schwerste mit 0,03 bis 0,18% am seltensten vorkommt.

Insgesamt wird die Prävalenzrate von geistiger Behinderung in der deutschen Bevölkerung mit 0,4 bis 0,5% angegeben, was etwa 300.000 bis 400.000 Betroffenen entspricht.⁸ Die relativ große Schwankungsbreite erklärt sich durch unterschiedliche Definitionen und Erfassungsmöglichkeiten. Männer weisen eine geringfügig höhere Prävalenzrate auf als Frauen.

Bei Übertragung dieser Quoten auf das Land Bremen leben hier schätzungsweise etwa 3.000 Menschen mit einer geistigen Behinderung. Die folgende Tabelle zeigt dies im Überblick, differenziert für beide Stadtgemeinden:

Tabelle 1: Geschätzte Häufigkeit von geistiger Behinderung; Einwohner/Einwohnerin im Land Bremen

Geschätzte Prävalenzrate	0,4%	0,5%
Land Bremen	2.600	3.200
Stadtgemeinde Bremen	2.200	2.700
Stadtgemeinde Bremerhaven	400	500

Datenquelle: Statistisches Landesamt 2013. http://www.statistik.bremen.de/sixcms/media.php/13/PM_Zensus2011_ErsteErgebnisse_2013-05-31.pdf; eigene Berechnungen

Neuere Konzepte heben stärker hervor, wie schon aus der ICD-10 zu entnehmen ist, dass geistige Behinderung nicht allein am Intelligenzquotienten festgemacht wird, sondern als bio-psycho-soziale Kategorie begriffen wird. Daraus resultiert, dass nicht allein „individuumzentriert zu denken, zu planen und zu handeln [ist], sondern dass kontextuelle Veränderungen im Rahmen multimodaler Unterstützungsmaßnahmen mit in den Blick genommen werden müssen.“⁹

⁶ Der Begriff der geistigen Behinderung gilt teilweise als stigmatisierend. In medizinischen/psychiatrischen Fachkreisen wird i.d.R. von kognitiver Beeinträchtigung, kognitiver Störung oder Intelligenzminderung gesprochen. In früheren Zeiten und noch bis in die 70er Jahre vor der Psychiatriereform wurden Begriffe wie Schwachsinn, Deblität, Imbezillität oder Idiotie verwendet, die wegen ihrer diskriminierenden Konnotation heute nicht mehr in Gebrauch sind. In diesem Bericht wird – angelehnt an die Formulierung im Antrag aus der Bremischen Bürgerschaft – der Begriff der geistigen Behinderung verwendet.

⁷ Spießl, H. et al. 2007, 603 – Zum Vergleich: die Prävalenzrate bei koronaren Herzerkrankungen im jungen Lebensalter (bis 44 Jahre) liegt z.B. ebenfalls bei ca. 0,5 % (RKI, Geda 2009), die bei Schizophrenien zwischen 0,8 und 1% (RKI, Heft 50 Schizophrenie, 2010).

⁸ Ebd., 604

⁹ Lingg/Theunissen 2013, 19

Zur Häufigkeit psychischer Störungen

Als psychische Störungen gelten deutliche Normabweichungen im Bereich von Wahrnehmung, Denken, Fühlen und Verhalten. Gemäß neuer Studien stellen psychische Störungen mit Abstand die häufigsten unter allen Erkrankungen in der Bevölkerung dar.¹⁰ Allerdings findet nur ein kleinerer Teil Eingang in die Routinestatistiken, da die Betroffenen sich häufig zwar als belastet, aber nicht als behandlungsbedürftig krank erleben und daher keinen Behandler aufsuchen. Es ist anzunehmen, dass psychische Störungen nach wie vor als Stigma erlebt und weniger kommuniziert werden als somatische Erkrankungen und daher auch in geringerem Maße Eingang ins Gesundheitssystem finden. Häufig sind die klinisch als psychische Erkrankung einzustufenden Störungen auch von kurzer Dauer und verschwinden quasi von selbst (d.h. werden innerseelisch ohne professionelle Hilfe von außen verarbeitet) bzw. werden vom familiären sozialen Netzwerk aufgefangen, ohne dass ein Kontakt zum Gesundheitssystem entsteht. Jedoch sind psychische Störungen immerhin so bedeutsam, dass sie im Hinblick auf Fehltag an zweiter Stelle nach Muskel- und Skeletterkrankungen stehen.¹¹

Nach neueren Studien leidet - vergleichbar zu anderen europäischen Ländern - mehr als ein Drittel der erwachsenen deutschen Bevölkerung zumindest zeitweise unter einer klinisch bedeutsamen psychischen Störung.¹² Davon gelten ein Drittel als zeitlich begrenzte Störungen, ein weiteres Drittel als andauernde, aber in der Schwere schwankende und ein weiteres Drittel als chronische, d.h. über Jahre persistierende Störungen. Zwischen Männern (31 %) und Frauen (36 %) bestehen in der Prävalenzrate eher geringfügige Unterschiede, jedoch unterscheiden sie sich im Diagnosespektrum: Während bei Männern Substanzstörungen (insbesondere Alkoholmissbrauch), Angststörungen und Depression dominieren, sind dies bei Frauen Angststörungen, Depression und somatoforme Störungen. Nur etwa ein Drittel der Betroffenen hat bzgl. ihrer psychischen Störung Kontakt zum Gesundheitssystem, noch weniger gelten als adäquat behandelt.¹³

Bezogen auf das Land Bremen ergeben sich folgende Zahlen:

Tabelle 2: Häufigkeit psychischer Störungen im Land Bremen

Prävalenzrate	33,3 %
Land Bremen	224.700
Stadtgemeinde Bremen	188.700
Stadtgemeinde Bremerhaven	36.000

Datenquelle: RKI: DEGS; Zusatzuntersuchung Psychische Störungen 2012; eigene Berechnungen

Was die **Lebenszeitprävalenz** betrifft, also das Risiko, irgendwann im Laufe des Lebens von einer psychischen Störung betroffen zu sein, so wird diese für die deutsche Bevölkerung mit 50 % angegeben¹⁴, wobei Schweregrad und Behandlungsbedürftigkeit - analog zu somatischen Erkrankungen - stark variieren.

Was die **diagnostizierten psychischen Störungen** betrifft, Störungen also, wegen derer Menschen einen Arzt/Ärztin oder Psychotherapeuten/Psychotherapeutin aufgesucht haben - und nur diese Störungen finden Eingang in die Routinestatistiken -, so beläuft sich die

¹⁰ Robert-Koch-Institut: DEGS. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, Zusatzuntersuchung psychische Störungen (Wittchen, H.-U., Jacobi, F., 2012).

¹¹ Bezogen auf die Versicherten der Barmer/GEK. Barmer GEK: Gesundheitsreport 2014.

¹² 12-Monats-Prävalenz. Robert-Koch-Institut: DEGS. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, Zusatzuntersuchung psychische Störungen (Wittchen, H.-U., Jacobi, F., 2012).

¹³ Ebd.

¹⁴ Jacobi, F. 2009, 17

Prävalenzrate in der deutschen Bevölkerung - bezogen auf die erwerbstätigen Versicherten einer der größten Krankenkassen in Deutschland - auf 29,7 %.¹⁵

Was die **psychischen Störungen betrifft, deretwegen Betroffene sich arbeitsunfähig meldeten**, so beläuft sich diese Quote auf 5,9 %¹⁶.

Bezogen auf das Land Bremen ergeben sich folgende Zahlen:

Tabelle 3: Häufigkeit diagnostizierter psychischer Störungen mit Arbeitsunfähigkeitsmeldung im Vergleich zu allen psychischen Störungen mit/ohne Diagnose und Arbeitsunfähigkeitsmeldung

	Psychisch krank mit AU	Psychisch krank, alle
Prävalenzrate	5,9 %	33,3 %
Land Bremen	38.660	224.700
Stadtgemeinde Bremen	32.240	188.700
Stadtgemeinde Bremerhaven	6.420	36.000

Datenquelle: BARMER GEK: Gesundheitsreport 2014; eigene Berechnungen

Zur Häufigkeit der „Doppeldiagnose“ geistige Behinderung und psychische Störung

Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten galten jahrzehntelang als „unmittelbarer Ausdruck einer geistigen Behinderung“ und „wesensbedingte Erscheinungsformen“¹⁷. Heute hat weitestgehend eine Distanzierung von dieser Sichtweise stattgefunden. Es wird zwischen Krankheit und Behinderung unterschieden und davon ausgegangen, dass auch Menschen mit einer geistigen Behinderung, wie Menschen ohne Behinderungen, psychische Störungen entwickeln können. Menschen mit einer geistigen Behinderung können also einerseits unabhängig von ihrer Behinderung psychische Störungen entwickeln, andererseits können psychische Störungen durch Folgeprobleme im Zusammenhang mit der geistigen Behinderung erworben sein.

Eindeutige Zahlen zur Prävalenz von psychischen Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung liegen weder für Deutschland, noch für Bremen vor. Die Angaben aus Untersuchungen variieren zwischen 10-15 % bei psychischen Störungen mit klinischer Relevanz und gehen hoch bis 40 %, wenn Verhaltensprobleme subsummiert werden.¹⁸ Das Vorkommen psychischer Störungen liegt bei leichter geistiger Behinderung 1,5-fach, bei schwerer geistiger Behinderung 2 bis 3-mal höher als in der Normalbevölkerung.¹⁹ Die Verschiedenheit der Angaben liegen darin begründet, dass die verschiedenen Studien aufgrund unterschiedlicher Untersuchungsdesigns nicht miteinander vergleichbar sind.

Als wichtige Einflussfaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen gelten folgende Kontextfaktoren:

- Ausmaß an sozialer Deprivation und Institutionalisierung (z.B. Systemzwänge, Hospitalisierung),
- familiales Lebensmilieu,
- Qualität der Hilfen,
- Grad und Art der Behinderung,

¹⁵ Angaben der Barmer/GEK für ihre Versicherten. (Hier: Erwerbspersonen mit Versicherung am 1. Januar 2012, Altersgruppen 15 bis 64 Jahre. BARMER GEK Gesundheitsreport 2014.)

Die Prävalenzzahlen von Krankheiten variieren zwischen den einzelnen Krankenkassen.

¹⁶ Ebd.

¹⁷ Lingg/Theunissen 2013, 13

¹⁸ Vgl. ebd., 23

¹⁹ Spießl et al. 2007, 606

- gesundheitlicher Zustand (z.B. Komorbidität - sprich Begleiterkrankung - mit Epilepsie),
- Geschlecht (z.B. höhere Aggressivität bei Jungen/Männern) und
- Alter (z.B. Komorbidität mit Demenz).²⁰

Diese Bandbreite der Faktoren macht deutlich, dass „gegenüber den engen Paradigmen der Heilpädagogik, Psychotherapie und Psychiatrie ein lebensweltorientiertes Konzept Priorität haben sollte, in dem je nach Problemlage verschiedene Angebote (z.B. medikamentöse Therapie, psychotherapeutische, pädagogische und soziale Hilfen) unterschiedlich zu gewichten und transdisziplinär zu verzahnen sind.“²¹

2.2 Diagnostik

Die Diagnostik psychischer Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung stellt eine besondere Schwierigkeit dar. Die Symptomatik und der Verlauf der psychischen Störungen sind laut der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) häufig abweichend von üblichen Symptomen und Verläufen und stehen in Abhängigkeit zur Schwere der geistigen Behinderung und dem Vorliegen zusätzlicher Beeinträchtigungen (z.B. einer Hörschädigung).²² Häufig bleiben psychische Störungen unerkannt, wenn Menschen mit geistiger Behinderung keine klassischen Symptome aufweisen oder sich aufgrund kommunikativer Einschränkungen nicht in der allgemein üblichen lautsprachlichen Form zu ihren Beschwerden äußern können. Umgekehrt kann es vorkommen, dass körperliche Beschwerden und Schmerzen nicht mitgeteilt werden können und durch Verhaltensweisen zum Ausdruck gebracht werden, die als psychische Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten wahrgenommen werden.

Die Bezugssysteme wie Angehörige oder andere Unterstützungspersonen sind oft mit der Deutung und dem Umgehen mit der Symptomatik psychischer Erkrankungen überfordert. Und auch die Behandlungssysteme sind vielfach fachlich nicht auf den differenzierten Bedarf von Menschen mit geistiger Behinderung ausgerichtet.

Prof. Dr. Michael Seidel, ein bundesweit anerkannter Experte für die Zielgruppe, beschreibt psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung als vielgestaltiger und differenziert sie folgendermaßen:

- psychische Störungen, die mit Diagnosen nach ICD-10 abbildbar sind,
- Problemverhalten, das nicht durch eine ICD-10 Klassifizierung ausreichend erklärt und durch eine unzureichende Passung individueller Dispositionen und Bedürfnisse mit den Umweltbedingungen und -anforderungen verursacht ist,
- Verhaltensphänotypen, die bei bestimmten genetisch bedingten Behinderungssyndromen (z.B. Prader-Willi-Syndrom, Lesch-Nyhan-Syndrom) mit einer höheren Wahrscheinlichkeit auftreten und
- Epilepsie-bezogene psychische Störungen.²³

Die Unterscheidung von psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten stellt eine weitere Schwierigkeit dar. Beide können mit identischen Verhaltensweisen einhergehen. Bei psychischen Störungen sind diese als Ausdruck eines Krankheitsbildes anzusehen, ohne sie als schlechthin krankhaft misszuverstehen. Bei Verhaltensauffälligkeiten liegen eher pädagogische, interpersonale oder sozial-kommunikative Probleme zugrunde.²⁴

Lingg und Theunissen sehen die Lösung diagnostischer Schwierigkeiten im Konzept einer „verstehenden Diagnostik“ als „multidisziplinäres Assessment“, die die Zweckmäßigkeit und Sinnhaftigkeit psychischer Symptome entschlüsseln möchte. Hierzu gehören die

²⁰ Vgl. Lingg/Theunissen 2013, 24

²¹ Ebd., 31

²² Vgl. DGPPN 2014

²³ Vgl. Seidel 2014, 40-47.

²⁴ Lingg/Theunissen, 22f

Aufbereitung der Krankengeschichte als Lebensgeschichte, des allgemeinen Gesundheitszustandes, des klinisch-psychiatrischen Bildes, der Funktionalität des Problemverhaltens sowie des individuellen und sozialen Ressourcenrepertoires.²⁵

2.3 Problemlagen in der gesundheitlichen Versorgung

Der häufig für Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlicher psychischer Störung genutzte Begriff der „Menschen mit Doppeldiagnose“²⁶ beschreibt in erster Linie ein versorgungspraktisches Problem, nämlich das Risiko, dass die betroffenen Personen in keinem der beiden spezialisierten Versorgungssysteme umfänglich mit Blick auf die doppelte Problematik behandelt bzw. unterstützt werden. Daher besteht die Gefahr einer Unter- bzw. Fehlversorgung.

Die gesundheitliche Versorgung von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Beeinträchtigungen wird von den Fachverbänden für Menschen mit Behinderungen, Fachgremien wie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (DGPPN) und anerkannten Experten bundesweit als unzulänglich angesehen.

In der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) ist das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderungen festgeschrieben (Artikel 25). Es muss gewährleistet sein, dass Menschen mit Behinderungen einen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation haben. Diese ist ihnen in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard wie anderen Menschen zur Verfügung zu stellen. Hiermit wird ein Anspruch an die Qualität der gesundheitlichen Regelversorgungsstrukturen formuliert.

Ebenso ist in Artikel 25 vorgesehen, dass die Vertragsstaaten auch Gesundheitsleistungen anbieten, die von Menschen mit Behinderungen **speziell wegen ihrer Behinderungen** benötigt werden.

Der Landes-Psychiatrieplan Bremens von 2010 besagt, dass die psychiatrische Versorgung in Bremen seit den 90er Jahren „auf das Prinzip einer wohnortnahen, lebensfeldorientierten Behandlung“²⁷ im Sinne einer gemeindepsychiatrischen Versorgungsstruktur umgestellt wurde. Dieses Leitprinzip muss dem Grunde nach auch für die psychiatrische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung gelten.

Demnach ist die Verbesserung der Versorgung im System der psychiatrischen Regelversorgung gemäß SGB V zu leisten, indem es sich der bedarfsgerechten Versorgung der Zielgruppe annimmt. Zusätzlich wird - u.a. von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) sowie von der Deputation für Gesundheit Bremen - ein Bedarf für spezialisierte Angebote gesehen, die sehr eng mit dem Regelsystem zu vernetzen sind.²⁸

²⁵ Vgl. ebd., 26

²⁶ Der Begriff der „Doppeldiagnose“ wird ebenso in anderen Zusammenhängen verwandt, z.B. beim Vorliegen einer psychischen Störung und einer Suchterkrankung (vgl. Seidel 2014, 41).

²⁷ Vgl. Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, 7

²⁸ Im Protokoll der Deputationssitzung vom 10.07.2014, in der das Konzept für ein Bremer Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit schweren Behinderungen (MZEB) erstmals vorgestellt wurde, heißt es: „ (...) begrüßen die Mitglieder der Deputation das Konzept und befürworten die auch im GMK-Beschluss geforderte Kooperation zwischen Zentrumsversorgung in enger Kooperation mit den Regelversorgungssystemen.“ Die Gesundheitsminister-Konferenz hatte in ihrer Sitzung am 26./27.06.2014 auf Antrag des Landes Bremen beschlossen, die Bundesregierung um Vorlage eines Gesetzesentwurfs im SGB V zu bitten, der die rechtliche Grundlage für ein multiprofessionelles Zentrum zur Versorgung Erwachsener mit schweren Behinderungen, analog zu den Sozialpädiatrischen Zentren, schafft. Im Oktober 2014 wurde ein Referentenentwurf im Kontext des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes vorgelegt. Weiterführende Informationen zu den Leistungen eines MZEB in Kapitel 7, S. 46ff.

Desweiteren ist eine enge Verknüpfung und Kooperation mit dem System der Eingliederungshilfe gemäß SGB XII sicher zu stellen. Dadurch wird ermöglicht, individuelle Gegebenheiten der sozialen und physischen Umwelt und die sozio-emotionalen Entwicklungsbedingungen des Menschen mit geistiger Behinderung einzubeziehen.

3. Das psychiatrische/psychotherapeutische Versorgungssystem im Land Bremen (SGB V)²⁹

3.1 Strukturen und Einrichtungen³⁰

Das psychiatrisch-psychotherapeutische Regelversorgungssystem im Land Bremen hält keine speziellen Angebote oder Einrichtungen für erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Störung und einer geistigen Behinderung vor, d.h. diese werden grundsätzlich und ausschließlich vom gesundheitlichen Regelsystem versorgt.³¹ Kinder und Jugendliche hingegen haben bei Bedarf zusätzlich zur pädiatrischen Regelversorgung einen gesetzlichen Anspruch auf eine sozialmedizinische Versorgung in einem speziellen Zentrum. Im Land Bremen wird diese durch das Sozialpädiatrische Institut am Klinikum Bremen Mitte bereitgestellt (siehe hierzu auch unter 3.1.3).

Der Grundsatz, die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung konsequent im Regelsystem zu verorten, entspricht dem Inklusionsauftrag gemäß UN-Behindertenrechtskonvention. Dieser Grundsatz ist dann durchweg positiv zu bewerten, wenn die Regelversorgungseinrichtungen diesen Auftrag aktiv-gestaltend annehmen und dabei in der Umsetzung auch den besonderen Versorgungsbedarf, den ein Teil dieser Zielgruppe hat, berücksichtigen. Andernfalls können, wie bereits beschrieben Versorgungslücken entstehen. Derzeit scheint die Einstellung des Regelversorgungssystems auf Menschen mit geistiger Behinderung und ihre spezifischen Bedarfe in Deutschland erst rudimentär entwickelt.

3.1.1 Ambulante Versorgung

Ärztinnen/Ärzte

Menschen mit einer geistigen Behinderung und psychischen Erkrankungen können im Hinblick auf ihre psychische Störung, genau so wie alle anderen Menschen mit psychischen Störungen, von niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen und -ärzten und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten sowie in den regionalisierten psychiatrischen Behandlungszentren versorgt werden. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die vorgehaltenen Praxen in beiden Kommunen und gibt die Verhältniszahl an, wieviele

²⁹ Für diesen Bericht werden nur die wichtigsten psychiatrischen Regelversorgungsstrukturen dargestellt. Zum stark ausdifferenzierten psychiatrischen Versorgungssystem im Detail siehe Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit 2010: Landespsychiatrieplan Bremen 2010. - Die Daten über das Regelversorgungssystem wurden für diesen Bericht dem Landespsychiatrieplan 2010 entnommen und nicht erneut aktualisiert, da es in diesem Kontext im Hinblick auf Quantität eher um eine cursorische als eine detaillierte Beschreibung geht; im Zentrum des Berichtsauftrags steht eher die Qualität, nämlich die Frage, ob das Regelsystem für die besonderen Bedarfe der Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung ausreicht.

³⁰ Suchterkrankungen sind ein Teilbereich der Psychiatrie und damit auch Teil der Ausbildung von Fachärzten und Psychotherapeuten. Die psychiatrischen Regelversorgungseinrichtungen stehen daher i.d.R. auch Menschen mit Suchterkrankungen zur Verfügung.

³¹ Die Organisation von Arztbesuchen oder Krankenhausaufenthalten wird bei Menschen mit Doppeldiagnosen häufig durch Angehörige oder Unterstützungspersonen aus den Wohneinrichtungen übernommen. Wenn Menschen wegen einer schwereren geistigen oder seelischen Behinderung einen vom Gericht bestellten gesetzlichen Betreuer haben, so kann dieser als gesetzlicher Vertreter im Sinne des Betroffenen Entscheidungen im Bereich der gesundheitlichen Versorgung treffen.

Einwohnerinnen/Einwohner ein Arzt/eine Ärztin bzw. Psychotherapeut/Psychotherapeutin theoretisch zu versorgen hat.

Tabelle 4: Anzahl und Versorgungsquote der Nervenärzte/-ärztinnen und der Psychotherapeuten/-therapeutinnen im Land Bremen

	Land Bremen	Stadt Bremen	Bremerhaven
Einwohner	664.000	548.000	116.000
Nervenärzte ³²	76	64	12
Einwohner je Nervenarzt	8.737	8.561	9.670
Psychotherapeuten insgesamt (ärztl. und psychologische)	413	364	49
Einwohner je Psychotherapeut	1.608	1.505	2.368

Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Stand: 01.7.2010; Berechnungen der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit.

Psychiatrische Behandlungszentren

Psychiatrische Behandlungszentren (BHZ), die unter der Trägerschaft der Krankenhäuser stehen, gibt es in den Bremer Stadtteilen Mitte, West, Süd, Nord und Ost. Sie bieten Diagnostik, Therapie sowie sozialpsychiatrische Beratung und Weitervermittlung ins Hilfesystem bei psychischen Störungen einschl. Suchterkrankungen an. In die BHZ sind jeweils Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) und Sozialpsychiatrische Dienste (SPSD) sowie i.d.R. (außer in Mitte) auch tagesklinische Behandlungsplätze integriert. Zentral für die Kommune Bremen gibt es rund um die Uhr einen Krisendienst, der Menschen auch zuhause aufsucht.³³

In Bremerhaven wird ambulante und tagesklinische Behandlung in den beiden PIA an der Psychiatrischen Klinik am Klinikum Reinkenheide und im Zentrum für Seelische Gesundheit in der Stadtmitte angeboten. Der SPSD in Bremerhaven ist am Gesundheitsamt angesiedelt, der zu den regulären Arbeitszeiten auch den Krisendienst übernimmt; außerhalb dessen können sich Menschen in Krisensituationen an den diensthabenden Arzt der psychiatrischen Klinik wenden.

Als kommunaler Dienst am Gesundheitsamt Bremerhaven ist der Sozialpsychiatrische Dienst (SPSD) zuständig für die Zielgruppen psychisch kranke, suchtkranke sowie für geistig und mehrfach behinderte Menschen und deren Angehörige. Der Dienst verfügt über ärztliche und sozialarbeiterische Kompetenz in den Bereichen der gesundheitlichen Versorgung für die o.g. Personengruppen und damit in besonderer Weise auch für den Personenkreis der

³² Im psychiatrisch-fachärztlichen Bereich umfasst der umgangssprachliche Begriff „Nervenarzt“ den Facharzt (FA) für Nervenheilkunde, den FA für Neurologie, den FA für Psychiatrie, den FA für Psychiatrie und Neurologie und den FA für Psychiatrie und Psychotherapie. In der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer gibt es inzwischen nur noch den FA für Psychiatrie und Psychotherapie und den FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

³³ Der über Steuermittel (Senator für Gesundheit, Gesundheitsämter) finanzierte Sozialpsychiatrische Dienst inkl. Krisendienst kann Beratung, Betreuung und Behandlung für Bevölkerungsgruppen anbieten, wenn diese durch die vorrangig zur Versorgung Verpflichteten nicht bedarfsdeckend versorgt sind, u.a. insbesondere für schwerst und langfristig psychisch Erkrankte, für Menschen in akuten psychischen Krisen und auch für geistig behinderte Menschen mit psychischen Störungen. Er übernimmt Aufgaben nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen (PsychKG). (Öffentliches Gesundheitsdienstgesetz ÖGDG Bremen, §17f.).

Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Versorgungskapazitäten in den regionalen psychiatrischen Behandlungszentren in Bremen bzw. in der Klinik in Bremerhaven, bezogen auf die regionale Bevölkerung:

Tabelle 5: Überblick über voll- und teilstationäre Behandlungsplätze an den Behandlungszentren

	Bevölkerung	Verhältnis stationär: teilstationär	vollstationär		teilstationär	
			Plätze	EW pro Platz	Plätze	EW pro Platz
Land Bremen	661.716	68 : 32	378	1.751	174	3.803
Stadt Bremen	547.685	64 : 36	296	1.850	164	3.340
Region Mitte*	130.977	73 : 27	101	1.297	37	3.540
Region Nord	98.079	54 : 46	44	2.229	38	2.581
Region Süd	123.290	57 : 43	38	3.244	29	4.251
Region Ost*	106.280	64 : 36	68	1.563	39	2.725
Region West	89.064	68 : 32	45	1.979	21	4.241
Bremerhaven	114.031	89 : 11	82	1.415	10	11.600

*Für die Regionen Mitte und Ost entsprechen die Zahlen nicht der amtlichen Statistik der Stadtbezirke. Die Stadtteile Horn, Schwachhausen, Borgfeld, Oberneuland und Östliche Vorstadt, die amtlich dem Stadtbezirk Ost zugeteilt sind, werden durch das BHZ-Mitte mitbetreut. Zahlen aus: Statistisches Landesamt Bremen, Bremen kleinräumig 12/2009³⁴

Ambulante Psychiatrische Pflege/Soziotherapie

Neben den ärztlichen und psychotherapeutischen Hilfen besteht für Menschen mit ausgewählten schweren psychischen Störungen, denen eine Selbstversorgung oder Versorgung durch Angehörige phasenweise nicht möglich ist, für begrenzte Zeit das Angebot, auf ärztliche Verordnung hin Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) und/oder Soziotherapie in Anspruch zu nehmen, um stationäre Versorgung zu vermeiden oder zu verkürzen. Diese Patientinnen und Patienten werden durch Fachkräfte in der eigenen Häuslichkeit in der Bewältigung des Alltags unterstützt. APP und Soziotherapie werden von mehreren Trägern in beiden Stadtgemeinden angeboten.

Traumaambulanzen

In 2013 haben drei Traumaambulanzen für Erwachsene - zwei in der Stadt Bremen, eine in der Stadt Bremerhaven - ihre Arbeit aufgenommen. Sie wenden sich an Menschen, die im Land Bremen Opfer (oder Zeuge) einer akuten Gewalttat (Sexualstraftaten, Raub, schwere Körperverletzungen, Tötungsdelikte, Geiselnahmen etc.) wurden und akuten Bedarf an Beratung, Diagnostik und ggf. Akutpsychotherapie haben. Die Betroffenen können niedrigschwellig und kurzfristig Akutintervention im Rahmen von fünf bis 15 Psychotherapiestunden erhalten; Ziel des Angebots ist es, Traumafolgestörungen wie Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) u.a. Chronifizierungsformen zu vermeiden. Die Ambulanzen für Erwachsene sind angegliedert an drei psychiatrische Kliniken, nämlich an der Klinik für Psychosomatische Medizin am Klinikum Bremen Ost, dem Ameos-Klinikum Dr. Heines (Stadtgemeinde Bremen) und dem Klinikum Bremerhaven Reinkenheide.

³⁴ Quelle: Auskunft Klinikverbund Gesundheit Nord gGmbH, 10.05.2010

Die Traumaambulanzen wurden vom Amt für Versorgung und Integration beim Senator für Arbeit, Wirtschaft und Häfen eingerichtet. Ihre Finanzierung erfolgt über das Opferentschädigungsgesetz.

Drogenberatungsstellen

Für Menschen mit Suchterkrankungen stehen neben den Psychiatrischen Institutsambulanzen in beiden Gemeinden Drogenberatungsstellen zur Verfügung, die z.T. auch Grundversorgung und Methadonbehandlung einschl. substituitionsbegleitender Hilfen bei illegalen Drogen anbieten.³⁵

3.1.2 Stationäre Versorgung

Bei stationärem Behandlungsbedarf stehen im Land Bremen die insgesamt vier psychiatrischen Kliniken

- Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit den beiden Standorten Bremen Ost (einschl. Forensische Klinik und Psychosomatische Klinik und Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) und
- Bremen-Nord,
- Ameos Klinikum Dr. Heines Bremen,
- Klinikum Bremerhaven Reinkenheide

mit ihren teil- und vollstationären Behandlungsangeboten zur Verfügung.

Tabelle 6: Überblick über die stationären psychiatrischen Behandlungsplätze für Erwachsene an den Klinikstandorten (Disziplin Allgemeinpsychiatrie inkl. Psychotherapie/Psychosomatik)

	Planbetten	vollstationär	teilstationär
Klinikum Bremen-Ost	394	268	126
Klinikum Bremen-Nord	82	44	38
AMEOS Klinikum Dr. Heines	179	179	0
Klinikum Bremerhaven Reinkenheide	92	82	10
Gesamt	747	573	174

Datenquelle: Vorlage für die Krankenhausplanung 2010-2015; Stand 23.12.2009; Bettenzahlen auf der Grundlage der Bescheide für die Jahre 2007 und 2008 lt. Vereinbarungsvorschläge für das Jahr 2009

In den vier Bremer psychiatrischen Kliniken gibt es - im Gegensatz zu manchen anderen Bundesländern, in denen beispielsweise Abteilungen oder Stationen für Menschen mit geistiger Behinderung eingerichtet sind - keine speziellen Angebote für diese Personengruppe.

3.1.3 Exkurs: Versorgung von Kindern/Jugendlichen

Kinder/Jugendliche mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung sind, wie bereits einführend dargestellt, nicht primär Gegenstand dieses Berichts. Im Gegensatz zur Versorgung der Erwachsenen stellt die pädiatrische Versorgung neben der Regelversorgung spezielle Angebote für Kinder mit geistiger Behinderung bereit. Als solche wird sie häufig als Vorbild für eine zukünftige Versorgung der Erwachsenen angeführt und daher im Folgenden kurz dargestellt:

³⁵ Weiterführend zum Sucht-/Drogenhilfesystem siehe Landespsychiatrieplan 2010 und Antwort des Senats auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU vom 06.05.2014 „Suchtprävention für Menschen mit geistiger Behinderung“

Diagnostische und medizinisch-therapeutische Leistungen

Bei drohenden oder manifesten Entwicklungsstörungen und Behinderungen einschl. geistiger Behinderung kann das Sozialpädiatrische Institut (SPI) am Klinikum Bremen Mitte in Anspruch genommen werden. Dieses wird durch Überweisung des behandelnden Kinder- und Jugendarztes tätig. Neben der Versorgung der Kinder und Jugendlichen bietet es Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten Unterstützung in der komplexen Diagnostik und Therapie, spricht Therapieempfehlungen aus und berät und begleitet die Familien des Kindes.

Im Rahmen der Vereinbarungen zur Frühförderung fördert das Land Bremen durch eine Anteilsfinanzierung die Arbeit des Sozialpädiatrischen Instituts.

Körperlich, seelisch, geistig und mehrfachbehinderte sowie von wesentlicher Behinderung bedrohte Kinder im Vorschulalter (von der Geburt bis Schuleintritt) können auf Grundlage der hierzu abgeschlossenen Bremischen Rahmenempfehlung zur Frühförderung interdisziplinäre medizinisch-therapeutische und heilpädagogische Komplexleistungen durch anerkannte Frühförderstellen freier Träger bzw. entsprechende heilpädagogische Einzelleistungen der Rehabilitationsträger (Jugend- und Sozialämter) und/oder medizinisch-therapeutische Leistungen der Krankenkassen nach dem SGB V erhalten.

Daneben können Kinder und Jugendliche der Stadtgemeinde Bremen mit etwaigen psychischen Störungen die Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle und Institutsambulanz (KIPSY) am Gesundheitsamt Bremen in Anspruch nehmen, die auch aufsuchend tätig wird, sowie die Ambulanz an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am Klinikum Bremen Ost.

In Bremerhaven stehen mit der Tagesklinik Virchowstrasse eine Psychiatrische Institutsambulanz sowie 10 Behandlungsplätze für tagesklinische Behandlung von Kindern und Jugendlichen (zukünftig 20) zur Verfügung.

Bzgl. der stationären Versorgung ist die o.g. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit 50 Behandlungsplätzen (einschl. Tagesklinik) für beide Stadtgemeinden zuständig.³⁶

3.2 Inanspruchnahme der Versorgungseinrichtungen

Im Gesundheitssystem und analog dazu in diesem Bericht in den Kapiteln zur gesundheitlichen Versorgung werden, sofern nicht anders angegeben, unter Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen Menschen verstanden, bei denen eine Kombination von Diagnosen aus der Gruppe F 7 (Intelligenzstörung) und eine oder mehrere weitere Diagnosen aus dem Bereich der F-Diagnosen vorliegt (Fünftes Kapitel Psychische und Verhaltensstörungen). Im Rahmen der Diagnosestellung macht der Arzt i.d.R. nähere Angaben zum Schweregrad (z.B. F.71/ F72/ F73/ F74= leichte, mittelgradige, schwere, schwerste Intelligenzstörung). In diesem Bericht wird jedoch nicht unterschieden zwischen Art und Grad der Intelligenzminderung, u.a. auch deshalb, weil die Validität dieser Diagnosen umstritten ist. Dies hängt mit der unterschiedlichen Klassifizierungspraxis der Diagnosevergebenden Ärztinnen/Ärzte zusammen.

Die im Folgenden präsentierten Daten beziehen sich also auf Patientinnen/Patienten mit irgendeiner Form einer angegebenen Intelligenzstörung (F7).

³⁶ Siehe im Einzelnen auch hier Landes-Psychiatrieplan 2010.

3.2.1 Ambulante Versorgung

Bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KV) wurden Daten erbeten, wie viele Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung und zusätzlicher psychischer Störung in den niedergelassenen Praxen von Haus- und Fachärztinnen und -ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Bremen und Bremerhaven behandelt wurden.³⁷

Im Land Bremen wurden im zweiten Quartal 2014 insgesamt 261 Fälle (Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Störung) im niedergelassenen Bereich, also in einer Haus- oder Facharztpraxis, behandelt. In der Kommune Bremen entsprach dies einem Anteil von 0,05 %, in Bremerhaven von 0,1 % an allen in niedergelassenen Praxen behandelten Patientinnen/Patienten.

Der Bevölkerungsanteil der Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung liegt nach Schätzungen bei ca. 0,4-0,5 %, das sind ca. 3.000 Menschen. Vermutlich haben Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung tendenziell einen höheren Bedarf an ärztlicher Behandlung als die Allgemeinbevölkerung. Aber selbst wenn man von einem etwa gleich hohen Bedarf ausgeht, so scheint die Schlussfolgerung naheliegend, dass die Gruppe der Menschen mit so genannter Doppeldiagnose unterdurchschnittlich häufig in niedergelassenen Praxen versorgt wird.

Ein Teil dieses Phänomens könnte darauf zurückzuführen sein, dass Ärztinnen/Ärzte bei Patienten, die wegen eines spezifischen gesundheitlichen Problems zur Behandlung kommen, nicht erheben, ob bei ihren Patienten - neben dem zu behandelnden Problem - auch eine geistige Behinderung vorliegt. Insbesondere bei weniger schweren kognitiven Beeinträchtigungen werden diese möglicherweise - nicht zuletzt aus Gründen der Vermeidung von Stigmatisierung - nicht Gegenstand des Arzt-Patienten-Gesprächs und werden somit auch nicht diagnostiziert und dokumentiert. Damit gehen sie nicht ein in die Daten, die der Arzt/die Ärztin bzw. Psychotherapeut/Psychotherapeutin der Kassenärztlichen Vereinigung zuleitet. Die Daten der KV wären insofern für den Zweck der Erfassung der Versorgungssituation von Menschen mit geistiger Behinderung möglicherweise als wenig valide anzusehen.

Es wäre aber auch möglich zu folgern, dass Menschen mit geistiger Behinderung tatsächlich seltener den Arzt/Psychotherapeuten aufsuchen. Hierfür werden verschiedene Ursachen diskutiert:

Ein Grund dafür könnte darin liegen, dass Menschen mit geistiger Behinderung gesundheitliche Beschwerden weniger differenziert wahrnehmen und/oder (sprachlich) artikulieren können, so dass ihre Angehörigen oder andere Unterstützungspersonen keine Kenntnis davon erhalten und daher bei leichteren Erkrankungen oder Gesundheitsproblemen häufig kein Arzt/keine Ärztin aufgesucht wird. Die bekanntermaßen hohe Quote an nicht adäquat mit Hilfsmitteln wie Brillen, Hörgeräten u.ä. versorgten Menschen mit geistiger Behinderung beispielsweise könnte diese These unterstützen.³⁸

Desweiteren ist denkbar, dass Menschen mit geistiger Behinderung negative Erfahrungen bei vorhergehenden Arztbesuchen gemacht haben und einen künftigen Arztbesuch daher möglichst lange vermeiden.

Denkbar ist ebenfalls, dass Hausbesuche/aufsuchende Behandlung von Ärztinnen/Ärzten nicht im ausreichenden Maß erfolgen und der mit Arzt- oder Psychotherapeutenbesuchen verbundene Aufwand bei Menschen mit schwereren Beeinträchtigungen - Transport,

³⁷ Die Daten, die der KV quartalsweise von den Ärzten und Psychotherapeuten geliefert werden, dienen primär dem Zweck der Abrechnung der erbrachten Leistungen.

³⁸ Vgl. hierzu auch: Deutscher Bundestag 2014, 3

persönliche Begleitung, Ängste/Stress bei den Patienten etc. - auf Seiten der Unterstützungspersonen als aufwändig eingeschätzt wird und daher nur in dringenden Fällen realisiert wird. Im Gegensatz zu Ärzten ist bei Psychotherapeuten aufsuchende Behandlung bisher grundsätzlich nicht vorgesehen und stellt damit keine vergütungsfähige Leistung dar.

All diese Phänomene können dazu führen, dass die Quote der Behandlung von Patienten mit geistiger Behinderung in niedergelassenen Praxen relativ gering ist.

Die folgende Übersicht weist diese Quoten und Fallzahlen differenziert nach Geschlecht und nach den Kommunen Bremen und Bremerhaven und aus.

*Tabelle 7: Patientinnen/Patienten³⁹ mit Doppeldiagnose im Land Bremen, die in **einer Praxis** eines niedergelassenen Arztes/Ärztin⁴⁰ behandelt wurden - 2. Quartal 2014*

	Anzahl gesamt	Anteil an allen Patienten	Anzahl Männer	Anzahl Frauen
Stadt Bremen	178	0,05 %	81	97
Bremerhaven	83	0,1 %	47	36
Land Bremen	261	-	128	133

Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Bremen 2014

In den **hausärztlichen Praxen** wurden im Land Bremen insgesamt 85 Patientinnen und Patienten mit Doppeldiagnose behandelt, was in beiden Kommunen einem Anteil von 0,05 % an allen in Hausarztpraxen behandelten Fällen entspricht. Das Geschlechterverhältnis war ausgeglichen. Die relativ geringen Quoten überraschen zunächst, da davon auszugehen ist, dass Menschen mit geistiger Behinderung i.d.R. über einen Hausarzt verfügen; offensichtlich ist dennoch die Inanspruchnahmerate eher gering. Mögliche Gründe für diese niedrige Rate sind bereits oben ausführlich beschrieben.

*Tabelle 8: Patientinnen/Patienten⁴¹ mit Doppeldiagnose im Land Bremen, die in einer **hausärztlichen Praxis**⁴² behandelt wurden - 2. Quartal 2014*

	Anzahl gesamt	Anteil gesamt	Anzahl Männer	Anzahl Frauen
Stadt Bremen	70	0,05 %	33	37
Bremerhaven	15	0,05 %	9	6
Land Bremen	85	-	42	43

Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Bremen 2014

Bei den für psychische Störungen zuständigen **Fachärzten** - Nervenärzte, Psychiater, Neurologen - wurden im Land Bremen insgesamt 156 Patientinnen/Patienten mit Doppeldiagnose behandelt, dies entsprach einem Anteil von 1,2 % an allen von dieser Facharztgruppe behandelten Patientinnen/Patienten. Auch diese Inanspruchnahme-Quote erscheint eher gering, da diese Arztgruppe explizit fachlich zuständig ist für beide Störungsbereiche bei den Patienten mit Doppeldiagnose⁴³.

³⁹ Alle Facharztgruppen. Nur Einwohner des Landes Bremen.

⁴⁰ Nur Praxen, die mit der Gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen, d.h. ohne Privatpraxen.

⁴¹ Nur Einwohner des Landes Bremen.

⁴² Nur Praxen, die mit der Gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen, d.h. ohne Privatpraxen.

⁴³ Diese recht geringen Zahlen scheinen zunächst im Widerspruch zu stehen zur Aussage der Leistungserbringer im Bereich Wohnen, von den eine hohe Quote (60 von 68) Fachärzte für psychische Störungen als Kooperationspartner benannten. (Gefragt war nach Leistungserbringern wie Kliniken, Ärzten, etc., mit denen die Einrichtungen zusammenarbeiten/zusammengearbeitet haben, (s. Frage 4.1 in Anlage 1). Neben den bereits angeführten Gründen könnte hierfür die Offenheit des Begriffs „zusammenarbeiten“ eine Rolle spielen. Hierunter lassen sich beispielsweise regelmäßige quartalsweise Vorstellungen der Betroffenen in der Praxis oder aber auch nur gelegentliche

Tabelle 9: Patientinnen/Patienten⁴⁴ mit Doppeldiagnosen im Land Bremen, die in einer niedergelassenen **psychiatrischen/ nervenärztlichen/ neurologischen Praxis**⁴⁵ behandelt wurden - 2. Quartal 2014

	Anzahl gesamt	Anteil gesamt	Anzahl Männer	Anzahl Frauen
Stadt Bremen	90	0,7 %	40	50
Bremerhaven	66	1,6 %	37	29
Land Bremen	156	-	77	79

Datenquelle: Kassenärztliche Vereinigung Bremen 2014

Was die **psychotherapeutische Behandlung** betrifft, so befand sich im Land Bremen nur eine Person mit geistiger Behinderung in ambulanter Behandlung.

Dies könnte darin begründet liegen, dass das in der Psychotherapie vorgegebene Setting mit seinem starren Rahmen⁴⁶ für Menschen mit geistiger Behinderung nicht passend ist. Zugleich ist Psychotherapie mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen nicht Teil der Ausbildung in Deutschland; es wird generell kaum praktiziert, d.h. Psychotherapeutinnen/-therapeuten verfügen hier i.d.R. weder über Fachkenntnisse, noch über Erfahrung und Kompetenz.

Insgesamt fällt auf, dass die Quote der Patientinnen/Patienten mit Doppeldiagnose in allen untersuchten Praxisarten in der Stadtgemeinde Bremerhaven höher ist als in der Stadtgemeinde Bremen. Auffällig ist außerdem, dass in allen Praxisarten in der Kommune Bremen der Anteil der behandelten Frauen den der Männer übertrifft, während dies Verhältnis in Bremerhaven umgekehrt ist. Angesichts der geringen Fallzahlen können diese Verhältniszahlen jedoch auch zufällig sein.

Traumaambulanzen

Im Jahr 2013, dem ersten Jahr der Existenz von Traumaambulanzen im Land Bremen, haben insgesamt 45 erwachsene Personen (16 männlich, 29 weiblich) eine der Traumaambulanzen im Land Bremen aufgesucht. Der mit Abstand häufigste Anlass, eine Traumaambulanz aufzusuchen, war gefährliche/schwere Körperverletzung, gefolgt von Schockschaden (verursacht durch Zeugenschaft), Vergewaltigung/sexuelle Nötigung und Raub und Erpressung⁴⁷. Es zeigt sich, dass im Vordergrund nicht, wie möglicherweise zu erwarten, sexuelle, sondern andere gewalttätige Übergriffe standen; daraus erklärt sich der relativ hohe Anteil an männlichen Opfern. Weiterhin fällt die relativ hohe Inanspruchnahme in Bremerhaven gegenüber der in Bremen auf. Es ist zu vermuten, dass das gesamte psychosoziale Hilfesystem in der Stadt Bremen stärker ausgebaut und daher der Bedarf für eine weitere Einrichtung möglicherweise niedriger ist als in Bremerhaven.

Telefonate der Unterstützungspersonen mit der Praxis oder ggf. auch nur Listen mit in der Vergangenheit bereits einmal kontaktierten Praxen verstehen. Eine Aufklärung ist von den im Kontext der Vorstellung der Berichtsergebnisse geplanten Gesprächen mit den Leistungserbringern zu erwarten.

⁴⁴ Nur Einwohner des Landes Bremen.

⁴⁵ Nur Praxen, die mit der Gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen, d.h. ohne Privatpraxen.

⁴⁶ Dieser Rahmen gilt nur für die (große) Gruppe der Psychotherapeutinnen/-therapeuten, die mit der Gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen. Häufiges Muster ist die wöchentliche Therapiestunde à 50 Minuten zu einer festgesetzten Zeit; Flexibilisierung in Raum und Zeit wie z.B. aufsuchende Behandlung, mehrfache kürzere Zeiteinheiten etc. ist nicht möglich bzw. vergütbar; Kooperation mit Angehörigen, Begleitern oder anderen involvierten Leistungserbringern wird nicht honoriert. Aktuell in 2014 wurde das Bundesministerium für Gesundheit von den Gesundheitsministern der Länder aufgefordert, die Psychotherapie-Richtlinie zu flexibilisieren.

⁴⁷ Amt für Versorgung und Integration Bremen: Trauma-Ambulanzen im Land Bremen. Auswertung für das Jahr 2013. Bremen, 02.04.2014.

Von den Traumaambulanzen wird nicht statistisch erhoben, ob bei den Ratsuchenden bereits irgendeine ICD-Diagnose vorliegt, also ob z.B. die Diagnose „Intelligenzminderung“ und damit eine geistige Behinderung besteht. Dies wird zwecks Niedrigschwelligkeit sowie zur Vermeidung von Stigmatisierung im Sinne der Inklusion auch nicht angestrebt. Das Amt für Versorgung und Integration als Träger führt im Rahmen der jährlichen Evaluation jedoch regelmäßige Gespräche mit den Ambulanzen und wird zukünftig die Thematik „Menschen mit geistiger Behinderung und seelischen Verletzungen/Traumatisierungen“ mit den Trauma-Beratungsstellen erörtern.

3.2.2 Stationäre Versorgung

Nur ein geringer Teil der Menschen mit psychischen Störungen bedarf der stationären Versorgung - der weit überwiegende Teil wird ambulant behandelt; dies gilt auch für seelisch erkrankte Menschen mit geistiger Behinderung.

Im Jahr 2013 wurden in **allen Krankenhäusern** des Landes Bremen⁴⁸ insgesamt 151 Fälle⁴⁹ mit einer geistigen Behinderung in Kombination mit einer (oder mehreren) psychischen Störung vollstationär behandelt; der mit 121 überwiegende Teil wurde in den psychiatrischen Kliniken, ein kleiner Teil von 30 in den somatischen Abteilungen behandelt.

Von den in **psychiatrischen Kliniken** versorgten Patientinnen und Patienten wurden 87 in der Stadt Bremen, 34 in der Stadt Bremerhaven behandelt. Im Hinblick auf die Bevölkerungsgröße wurden damit in der Kommune Bremerhaven deutlich mehr Fälle der Zielgruppe als in der Kommune Bremen vollstationär behandelt.⁵⁰

Die Fallzahl erscheint insgesamt eher gering; möglicherweise werden leichtere geistige Behinderungen bei Aufnahme in eine somatische Klinik nicht immer erhoben und sind damit untererfasst.

Was die **geschlechtsspezifische Verteilung** betrifft, so wurden mit 73 Männern und 48 Frauen deutlich mehr Patienten mit geistiger Behinderung männlichen Geschlechts in den psychiatrischen Kliniken behandelt.

Bei gut 60 % (N=74 von N=121) der in den psychiatrischen Kliniken behandelten Patientinnen und Patienten lag neben der geistigen Behinderung mehr als eine psychische Störung vor. Die häufigsten psychiatrischen Diagnosen waren Suchterkrankungen, gefolgt von Psychosen/Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen, Neurotischen Belastungsstörungen und Affektiven Störungen. Die Verteilung der häufigsten Diagnosen bei vollstationär behandelten Menschen mit geistiger Behinderung entspricht in etwa der der vollstationär behandelten Menschen mit psychischen Störungen in der Durchschnittsbevölkerung des Landes Bremen (siehe auch hier Landes-Psychiatrieplan Bremen 2010).

⁴⁸ Außer der Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie

⁴⁹ Die Krankenhausdiagnosestatistik des Landes Bremen liefert i.d.R. Fälle; diese sind nicht identisch mit Personen. D.h. wenn eine Person im Untersuchungsjahr mehrfach stationär behandelt wurde, führt dies zu mehreren Fällen. Die angegebene Anzahl Fälle ist daher i.d.R. höher als die der Personen.

⁵⁰ Nach Aussage der psychiatrischen Klinik des Klinikums Bremerhaven Reinkenheide (siehe Stellungnahmen der psychiatrischen Kliniken unter 4.2.1) könnte sich dies damit erklären, dass somatische Stationen des Klinikums häufiger Patienten mit geistiger Behinderung und schweren somatischen Erkrankungen in die psychiatrische Klinik verlegen, und zwar wegen ihrer spezifischen Kompetenz im Umgang mit dieser Patientengruppe.

Tabelle 10: Art der Psychischen Störung bei vollstationär in den psychiatrischen Kliniken des Landes Bremen behandelten Menschen mit einer geistigen Behinderung – nach Häufigkeit (Jahr 2013 – Haupt- und Nebendiagnosen)

Sucht ⁵¹ F1	Schizo- phrenien F2	Persönlich- keitsstrg. F6	Neurotische Belastungsstrg F4	Affektive Strg. F3	...Beginn Kindheit F9	Entw.- strg. F8	...körper- l. Strg. F5	Organ. Strg. F0
31 %	22 %	18 %	13 %	8 %	6 %	2 %	0,5 %	0 %

Datenquelle: Krankenhausdiagnosestatistik Land Bremen; eigene Berechnungen

Was die Patientinnen und Patienten in der **Forensischen Klinik**⁵² betrifft, so lag in 2013 bei insgesamt 7 % aller Patientinnen/Patienten im Maßregelvollzug (MRV) eine geistige Behinderung vor, nämlich bei 13 von 176. Auch bundesweit trifft es zu, dass Menschen mit geistiger Behinderung ein gegenüber der Gesamtbevölkerung deutlich überdurchschnittlich hohes Risiko haben, in den Maßregelvollzug eingewiesen zu werden⁵³ (Prävalenzrate in der Bevölkerung: ca. 0,5%).

Drei dieser Patienten (1,7%) hatten ausschließlich eine geistige Behinderung ohne (weitere) psychische Störung. Zehn Patienten wiesen neben der geistigen Behinderung eine oder mehrere psychische Störungen auf.

Alle Maßregelvollzug-Patienten mit geistiger Behinderung waren aufgrund § 63 StGB (rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit oder der verminderten Schuldfähigkeit) untergebracht, keiner aufgrund einer Straftat im Rauschzustand (§ 64 StGB).

Alle MRV-Patienten mit geistiger Behinderung und psychischer Störung waren Männer. Dies erstaunt nicht, da 95 % aller MRV-Patienten in Bremen männlich und nur 5 % weiblich waren.

Tabelle 11: Patientinnen/Patienten im Maßregelvollzug im Land Bremen (Zahl in Klammern: Patienten mit geistiger Behinderung und psychischer Störung), 2013

	Gesamt	§ 63	§ 64
Gesamt	176 (13)	111 (13)	65 (0)
Männer	168 (13)	104 (13)	64 (0)
Frauen	8 (0)	7 (0)	1 (0)

Quelle: Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Bremen

⁵¹ Die nach ICD-10 korrekten Begriffe sind in Tabelle 17 aufgeführt.

⁵² Im Land Bremen gibt es eine Forensische Klinik, die für die Städte Bremen und Bremerhaven zur Verfügung steht, nämlich die Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Bremen Ost.

⁵³ Im Juni 2014 veröffentlichte die Deutsche Gesellschaft für Heilpädagogik e.V. (DGH) ein Positionspapier, in dem sie die Überrepräsentanz von Menschen mit geistiger Behinderung im deutschen MRV kritisiert: „Die Aufnahme im Maßregelvollzug ist nicht allein eine Folge des begangenen Delikts, sondern zugleich ein Symptom für die Unfähigkeit des Hilfesystems, dem gefährdeten Personenkreis im Vorfeld adäquate Hilfen anzubieten.“ Daneben werden u.a. die überdurchschnittlich langen Verweildauern, mangelnde spezifische Angebote in den MRV-Einrichtungen, fehlende Wiedereingliederungskonzepte sowie die mangelnde Bereitschaft zur Aufnahme im System der Behindertenhilfe nach der Entlassung aus dem MRV kritisiert und „eine bundesweite Bestandsaufnahme zum Problemfeld straffällig gewordener Menschen mit geistiger Behinderung in Kliniken des Maßregelvollzugs“ als Voraussetzung für dringend nötige Veränderungen gefordert (vgl. Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e.V. 2014.) Die Untersuchung der Situation im Bremer MRV für die Patientinnen/Patienten mit geistiger Behinderung könnte Gegenstand zukünftiger vertiefter Analysen werden.

4. Zur Versorgungssituation im Land Bremen – Einschätzungen von Leistungserbringern der sozialen und gesundheitlichen Hilfesysteme

An diesen Bericht ist die Anforderung gestellt, den Ist-Stand der Versorgung von Menschen mit Doppeldiagnose zu erheben (Antrag Frage 1) sowie Verbesserungsvorschläge vorzulegen (Antrag Frage 2) und darüber mit den relevanten Leistungserbringern in Kontakt zu treten (Antrag Frage 3). Zu diesem Zweck wurden eigene Erhebungen durchgeführt, die Daten, Fakten und Einschätzungen zu Versorgungsproblemen und -lücken sowie Verbesserungsvorschläge bei verschiedenen Leistungserbringern des sozialen und gesundheitlichen Hilfesystems einholten. Die Ergebnisse, die das Kernstück dieses Berichts darstellen, werden im Folgenden präsentiert.

4.1 Fragebogenerhebung bei Leistungserbringern ambulanter und stationärer Eingliederungshilfe im Bereich Wohnen (SGB XII)

4.1.1 Ausgangslage und Anlage der Befragung

Im Land Bremen sind in den Jahren 2002 und 2011 zwei interne Erhebungen von Leistungserbringern im Bereich Ambulanter Betreuter Wohnangebote zum Thema durchgeführt worden. Für die Studie aus 2002 liegt ein kurzer Ergebnisbericht vor. Die Aussagekraft der Ergebnisse ist begrenzt, da sie auf vier Leistungserbringer beschränkt war und kaum Informationen zum Erhebungsinstrument und zur Qualität der erhobenen Daten vorliegen. Kritisch angemerkt wurde im Ergebnisbericht, dass die Erhebung nicht von einer „unabhängigen Instanz nach streng statistischen Kriterien“ durchgeführt wurde. Die Ergebnisse der Erhebung in 2011 wurden zum Erhebungszeitpunkt von den Leistungserbringern beraten. Es wurde aber keine schriftliche Auswertung vorgenommen.

Eine weitere Befragung wurde in 2013 durchgeführt. Diese gibt ein allgemeines Stimmungsbild zur medizinischen Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung wieder und beinhaltet Teilaussagen zur Fragestellung der psychiatrischen und therapeutischen Versorgung. Die Ergebnisse sind hinsichtlich ihrer Generalisierbarkeit begrenzt, geben aber wie die Untersuchung aus 2002 Hinweise auf mögliche Probleme in der Versorgungssituation. Sie besagen, dass die stationäre psychiatrische Behandlung vorrangig medikamentös erfolge, Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung von behandelnden Ärzten in Kliniken häufig als „austherapiert“ bezeichnet würden und zeigen Lücken vor allem in der ambulanten Behandlung, Therapie und Beratung auf.

Um im Rahmen der geforderten Berichterstattung auf aktuelles und umfangreiches Datenmaterial zurückgreifen zu können, hat die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen Mitte August 2014 eine Fragebogenerhebung bei allen Leistungserbringern ambulanter und stationärer Wohnangebote für Menschen mit geistiger Behinderung im Land Bremen durchgeführt. Da in den vereinbarten und vergüteten Leistungen der Angebote des Wohnens Unterstützungsleistungen im Bereich der Gesundheitsvorsorge, wie die Begleitung bei Arztbesuchen enthalten sind, war zu erwarten, dass die Leistungserbringer Aussagen zur Betroffenheit von psychischen Störungen und zu den Versorgungsstrukturen machen konnten.

Daneben wurde der Fragebogen an die Anbieter Ambulanter Sozialpädagogischer Hilfen für Erwachsene mit geistiger Behinderung versandt, um einen Personenkreis zu erfassen, der kein stationäres oder ambulant betreutes Wohnangebot nutzt und im Elternhaus wohnt. Für diesen Bereich können jedoch keine Aussagen getroffen werden, da kein Rücklauf vorliegt. Ein Leistungserbringer hat rückgemeldet, dass für die Nutzerinnen und Nutzer wenig gesicherte Daten über das Vorkommen (diagnostizierter) psychischer Störungen und die gesundheitliche Versorgungssituation vorliegen. Begründet wurde dieses damit, dass die Ambulanten Sozialpädagogischen Hilfen nur partielle Einblicke in den Aufgabenbereich der

gesundheitlichen Sorge haben, da die Aufgabe von den Nutzerinnen und Nutzern selbst, von den Eltern oder von rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern wahrgenommen werde.

Betroffene Menschen mit einer geistigen Behinderung, die kein Angebot im Bereich Wohnen nutzen, wurden somit nicht erfasst.

Die Zielsetzungen der Befragung waren, erstens die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung für Bremen und Bremerhaven einschätzen zu können und zweitens Daten zur Versorgungssituation zu ermitteln. Der Fragebogen (Anlage 1) erhob im ersten Teil geschlechterdifferenziert

- die Anzahl der betroffenen Personen,
- die ärztlichen Diagnosen und
- weitere Aspekte, die für die Einschätzung der Lebenssituation von Personen mit einer geistigen Behinderung und einer zusätzlichen psychischen Erkrankung relevant sind.

Im zweiten Teil waren die Leistungserbringer angefragt, Informationen zu bestehenden Kooperations- und Versorgungsstrukturen zu geben sowie Lücken und Verbesserungsvorschläge zu benennen. Zudem wurde nach ergänzenden Maßnahmen gefragt, die von den Leistungserbringern selbst bereits umgesetzt wurden bzw. aus ihrer Sicht erforderlich sind.

Der Entwurf des Fragebogens wurde intern in Kooperation mit dem Gesundheitsressort und den Gesundheitsämtern Bremen und Bremerhaven entwickelt. Er wurde in den Arbeitskreis für Menschen mit einer geistigen Behinderung der LandesArbeitsGemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege Bremen e.V. (LAG) eingebracht und Änderungsvorschläge berücksichtigt.

4.1.2 Rückläufe

Rücklauf im Bereich stationärer Wohnangebote

Im **Land Bremen** beträgt die Rücklaufquote für stationäre Wohnangebote für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung 87,7 %. Von allen Leistungserbringern in Bremen und Bremerhaven mit einer vereinbarten Gesamtplatzzahl von 1.171 Plätzen liegen von Leistungserbringern mit insgesamt 1.027 stationären Plätzen Angaben zur Versorgungssituation vor.

Für die **Stadt Bremen** beträgt die Rücklaufquote mit Bezug zur Platzzahl 84,82 % (vereinbarte Platzzahl Bremen: 883; Rücklauf für 749 Plätze).

Bezogen auf die stationären Wohnplätze in **Bremerhaven** beträgt die Rücklaufquote 96,5 % (vereinbarte Platzzahl Bremerhaven: 288; Rücklauf für 278 Plätze).

Hinsichtlich der **Fallzahl** umfasst der Gesamtrücklauf Angaben für 1.031⁵⁴ erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung, die im stationären Bereich leben (752 Personen in Bremen/279 Personen in Bremerhaven). Davon sind 474 Frauen und 557 Männer.

Rücklauf im Bereich ambulanter Wohnangebote

Die Rücklaufquote der ambulanten Leistungserbringer im Bereich Wohnen für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung im **Land Bremen** liegt bei 93,25 %. Von allen Leistungserbringern in Bremen und Bremerhaven mit einer vereinbarten Gesamtplatzzahl

⁵⁴ Die Abweichungen zum Rücklauf mit Bezug zu vereinbarten Plätzen entstanden aufgrund von Überbelegungen in Einzelfällen und aufgrund der zusätzlichen Angaben für junge erwachsene Menschen mit einer geistigen Behinderung, die in einer Einrichtung für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung leben.

von 400 Plätzen liegen von Leistungserbringern mit insgesamt 373 vereinbarten Plätzen Angaben zur Versorgungssituation vor.

Für die **Stadt Bremen** beträgt die Rücklaufquote bezogen auf die Platzzahl 97,57 % (vereinbarte Platzzahl Bremen: 288; Rücklauf für 281 Plätze).

Bezogen auf die ambulanten Wohnplätze in **Bremerhaven** beträgt die Rücklaufquote 82,14 % (vereinbarte Platzzahl Bremerhaven: 112; Rücklauf für 92 Plätze).

Der Gesamtrücklauf umfasst eine **Fallzahl** von 530⁵⁵ Menschen mit geistiger Behinderung, die in einer ambulant betreuten Wohnform leben (374 Personen in Bremen/156 Personen in Bremerhaven). Davon nutzen 219 Frauen und 311 Männer die ambulanten Wohnangebote.

4.1.3 Einschätzung der Häufigkeit von Doppeldiagnosen für das Land Bremen

Insgesamt liegen für 1.561 Personen (693 Frauen und 868 Männer), die in ambulanten oder stationären Wohnangeboten leben, Aussagen vor. Die Leistungserbringer im Bereich Wohnen geben an, dass von diesen aus ihrer Sicht 664 Personen von einer psychischen Beeinträchtigung betroffen sind. Das sind 42,5 % der Personengruppe, für die ein Rücklauf vorliegt.

Nach Einschätzung der befragten Leistungserbringer liegt bei 43,0 % der Frauen und bei 42,2 % der Männer mit einer geistigen Behinderung eine psychische Störung vor. Der Anteil der ärztlich diagnostizierten psychischen Störungen ist deutlich geringer. Bei 23,4 % der Frauen und 21,5 % der Männer liegt eine ärztliche Diagnose vor.

Tabelle12: Vorliegen einer psychischen Störung im Land Bremen:

Land Bremen	Personen mit psychischer Störung nach Einschätzung der Befragten				Personen mit <u>ärztlich diagnostizierter</u> psychischer Störung			
	Frauen (n=693)		Männer (n=868)		Frauen (n=693)		Männer (n=868)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
	298	43,0 %	366	42,2 %	162	23,4 %	187	21,5 %

Es ist davon auszugehen, dass beide Angaben ungenau sind. Zum einen basiert der Anteil der angegebenen Personen mit einer psychischen Störung auf einer subjektiven Einschätzung der Leistungserbringer und lässt vermuten, dass eine Abgrenzung zwischen Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen - auch aufgrund der unter 2.2. beschriebenen Schwierigkeiten - nicht erfolgen konnte. Der Anteil lässt sich mit dem Ergebnis einer Studie vergleichen, die angibt, dass etwa 30-40 % der Menschen mit geistiger Behinderung irgendeine psychische oder Verhaltensstörung aufweisen⁵⁶.

Der Anteil der ärztlich diagnostizierten Fälle liegt bei 22,4 %. Im Vergleich zu der in anderen Studien benannten Quote von 10-15 % klinisch relevanter - sprich behandlungsbedürftiger - Fälle, ist die Häufigkeit bei den im Rahmen der Befragung benannten Personen deutlich höher. Eine Ursache dafür könnte in der Anlage der Untersuchung liegen, die Personen mit einer geistigen Behinderung, die keine Hilfen im Bereich des Wohnens in Anspruch nehmen und möglicherweise leichtere Behinderungen haben, nicht erfasst hat.

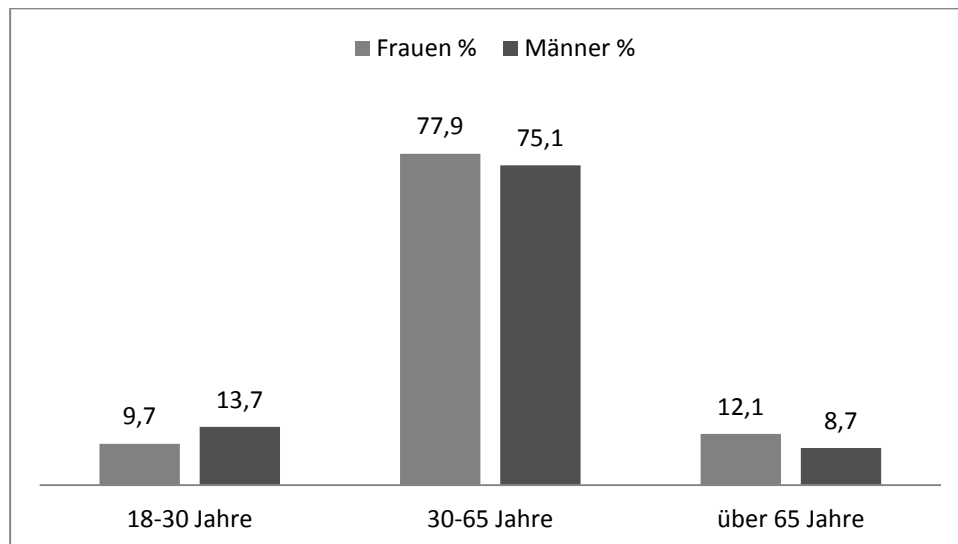
⁵⁵ Die Abweichungen der Fallzahlen zu den vereinbarten Plätzen ergeben sich aufgrund von Überschreitungen der vereinbarten Platzzahlen.

⁵⁶ Lingg/Theunissen 2013, 52

Alter

Der überwiegende Teil der Personen mit psychischen Störungen, für die Angaben gemacht wurden, befindet sich mit 77,9 % der Frauen und 75,1 % der Männer im mittleren Erwachsenenalter.

Abbildung 1: Alter
(n = 298 Frauen/366 Männer)



Häufigkeit in Bremen und Bremerhaven

Das eingeschätzte Vorkommen einer psychischen Störung in Bremen und Bremerhaven unterscheidet sich leicht. In Bremen liegt nach Einschätzung der Leistungserbringer bei 44,8 % der Frauen mit einer geistigen Behinderung und 40,9 % der Männer mit einer geistigen Behinderung eine psychische Störung vor. In Bremerhaven ist die Zahl der psychischen Störungen bei den Frauen im Vergleich zu Bremen niedriger und liegt bei 37,8 %. Die Zahl der Männer mit psychischen Störungen ist dagegen höher als in Bremen und liegt bei 45,1 %.

Bemerkenswert ist, dass die Zahl der ärztlich diagnostizierten psychischen Störungen in Bremerhaven deutlich niedriger ist als in Bremen. Liegt in Bremen bei ca. einem Viertel der Frauen und Männer mit psychischen Störungen eine ärztliche Diagnose vor, so liegen in Bremerhaven nur bei einem Achtel der Personen ärztliche Diagnosen vor. Dieser Effekt kann dadurch entstanden sein, dass ein Leistungserbringer in Bremerhaven nur für die Personen eine Nennung gemacht hat, wenn eine ärztliche Diagnose nach ICD-10 vorhanden war. Personen mit psychiatrischer ärztlicher Diagnose, die nicht der ICD-10 entsprach, wurden nicht angegeben.

Tabelle 13: Vorliegen einer psychischen Störung in der Stadt Bremen:

Bremen	Personen mit psychischer Störung nach Einschätzung der Befragten				Personen mit <u>ärztlich diagnostizierter</u> psychischer Störung			
	Frauen (n=513)		Männer (n=613)		Frauen (n=513)		Männer (n=613)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
	230	44,8 %	251	40,9 %	137	26,7 %	155	25,3 %

Tabelle 14: Vorliegen einer psychischen Beeinträchtigung in Bremerhaven:

Brhv.	Personen mit psychischer Störung nach Einschätzung der Befragten				Personen mit <u>ärztlich diagnostizierter</u> psychischer Störung			
	Frauen (n=180)		Männer (n=255)		Frauen (n=180)		Männer (n=255)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
	68	37,8 %	115	45,1 %	25	13,9 %	32	12,5 %

Häufigkeit im ambulanten und stationären Wohnbereich

Vergleicht man die eingeschätzte Häufigkeit psychischer Störungen in ambulanten und stationären Wohnformen, ist diese bei den Frauen im ambulanten Wohnbereich etwas ausgeprägter. Bei den Männern hingegen ist die Rate im ambulanten Bereich etwas niedriger.

Hinsichtlich der ärztlich diagnostizierten psychischen Erkrankungen ist diese bei den Frauen im ambulanten Wohnbereich ebenfalls etwas höher. Die Abweichung bei den Männern erscheint nicht nennenswert.

Tabelle 15: Vorliegen einer psychischen Störung im ambulanten Wohnbereich:

Ambulanter Wohnbereich	Personen mit psychischer Störung nach Einschätzung der Befragten				Personen mit <u>ärztlich diagnostizierter</u> psych. Störung			
	Frauen (n=219)		Männer (n=311)		Frauen (n=219)		Männer (n=311)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
	99	45,2 %	121	38,9 %	55	25,1 %	69	22,2 %

Tabelle 16: Vorliegen einer psychischen Störung im stationären Wohnbereich:

Stationärer Wohnbereich	Personen mit psychischer Störung nach Einschätzung der Befragten				Personen mit <u>ärztlich diagnostizierter</u> psych. Störung			
	Frauen (n=474)		Männer (n=557)		Frauen (n=474)		Männer (n=557)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
	199	42,0 %	245	44,0 %	107	22,6 %	118	21,2 %

Klassifikation der Psychischen Störungen

Um einen Überblick über die Art der psychischen Störungen zu erhalten, wurde in der Erhebung die Klassifikation der ärztlich diagnostizierten psychischen Störungen nach der von der WHO erstellten International Classification of Diseases (ICD) abgefragt.

Da einerseits zwar nicht für alle ärztlich diagnostizierten psychischen Störungen eine Klassifikation nach ICD-10 vorlag, andererseits aber teilweise Mehrfachnennungen bei mehreren Störungsarten vorgenommen wurden, überschreitet die Gesamtzahl der Nennungen die Anzahl der genannten Personen.

Tabelle 17: Vorliegen von diagnostizierten psychischen Störungen im Land Bremen, differenziert nach Unterkategorien des 5. Kapitels der ICD-10 (n = 513 Frauen/613 Männer, Mehrfachnennungen möglich)

Diagnostische Kategorie		Frauen (n=162)	Männer (n=187)	Frauen %	Männer %
F00- F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	44	35	27,2	18,7
F10- F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	3	19	1,9	10,2
F20- F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	42	40	25,9	21,4
F30- F39	Affektive Störungen	34	51	21,0	27,3
F40- F49	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	29	36	17,9	19,3
F50- F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	13	20	8,0	10,7
F60- F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	62	64	38,3	34,2

Dem Problem der klaren Diagnostizierung von psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung und (schweren) zusätzlichen Beeinträchtigungen wird häufig mit der Zuordnung zu den Kategorien F6 „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ oder F4 „Neurotische, Belastungs- und somatogene Störungen“ begegnet, „die in dem Falle als „Sammelfelder“ für „Verdachtsdiagnosen“ herhalten müssen, ohne sich dabei auf eine bestimmte Psychopathologie festlegen zu wollen oder zu können“.⁵⁷

Angaben zu Vergleichszahlen sind allerdings kaum vorhanden. In der Allgemeinbevölkerung scheint die Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen zwischen 5,9 und 17,9 % zu liegen. Für Menschen mit einer geistigen Behinderung werden höhere Zahlen zwischen 22-27 % angegeben. Eine andere Studie besagt, dass sich bei den untersuchten Personen mit einer leichten bis mittelgradigen geistigen Behinderung und Hospitalisierungserfahrungen bei 56 % Hinweise auf eine gestörte Persönlichkeitsentwicklung fanden, davon in 22 % vom Schweregrad einer Persönlichkeitsstörung⁵⁸.

Gründe für das Fehlen ärztlicher Diagnosen

Auf die Frage, welche Gründe aus Sicht der Leistungserbringer vorliegen, dass zum Teil nicht für alle Personen mit psychischen Störungen eine ärztliche Diagnose vorliegt, wurden teilweise mehrfache Antworten gegeben, wie der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen ist.

⁵⁷ Lingg/Theunissen 2013, 25

⁵⁸ Vgl. ebd., 91

Tabelle 18: Gründe für das Fehlen ärztlicher Diagnosen aus Sicht der Leistungserbringer (n = 68 Fragebögen, Mehrfachnennungen möglich)

	Anzahl der Nennungen	%
Fehlende Diagnoseverfahren zur Diagnostik psychischer Störungen bei Menschen mit einer geistigen/mehrfachen Behinderung	19	27,9
Fachärzte scheinen unsicher/haben keine spezifischen Fachkenntnisse	13	19,1
Diagnostik/Behandlung von Nutzerinnen und Nutzern nicht gewünscht	11	16,2
Veraltete Diagnosen ohne ICD-10 Klassifizierung	10	14,7
Zuschreibung der Verhaltensweisen zur geistigen Behinderung durch Fachärzte	10	14,7
Differenzialdiagnostik erschwert/weitere Beeinträchtigungen werden als schwerwiegender eingeschätzt	6	8,8
Vorstellung beim Neurologen noch nicht erfolgt/in Planung	3	4,4

Die Antworten veranschaulichen die bereits beschriebenen Erschwernisse, die in der Diagnostizierung psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung liegen können.

Weitere Beeinträchtigungen/Aspekte und Verhaltensweisen

Um die in der Fachliteratur beschriebene mögliche Vielgestaltigkeit von Erscheinungsformen und Verhaltensweisen in den Blick zu nehmen, wurde in der Erhebung nach weiteren Beeinträchtigungen und Aspekten, die die Lebenssituation der Nutzerinnen und Nutzer beschreiben, und nach konkreten Verhaltensweisen, durch die sich die psychischen Probleme der Nutzerinnen und Nutzer äußern, gefragt.

Hinsichtlich **der Betroffenheit von weiteren Beeinträchtigungen und Aspekten** sind bei den Frauen am häufigsten **Traumatisierungen**, z.B. durch Gewalterfahrungen, sexualisierte Gewalt oder Vernachlässigungserfahrungen (37,9 %), genannt worden. Danach folgen **schwere kommunikative Beeinträchtigungen** (37,6 %). Am dritthäufigsten sind die Frauen von **komplexen mehrfachen Behinderungen** (32,2 %) betroffen.

Die Männer weisen am häufigsten **schwere kommunikative Beeinträchtigungen** (33,3 %) auf. An zweiter Stelle folgt die Betroffenheit von **Traumatisierungen** (27,6 %) und an dritthäufigster Stelle sind **komplexe mehrfache Behinderungen** (26,2 %) vertreten.

22,1 % der Frauen und 18,9 % der Männer mit einer geistigen Behinderung und einer psychischen Störung sind zusätzlich von einer **Epilepsie** betroffen.

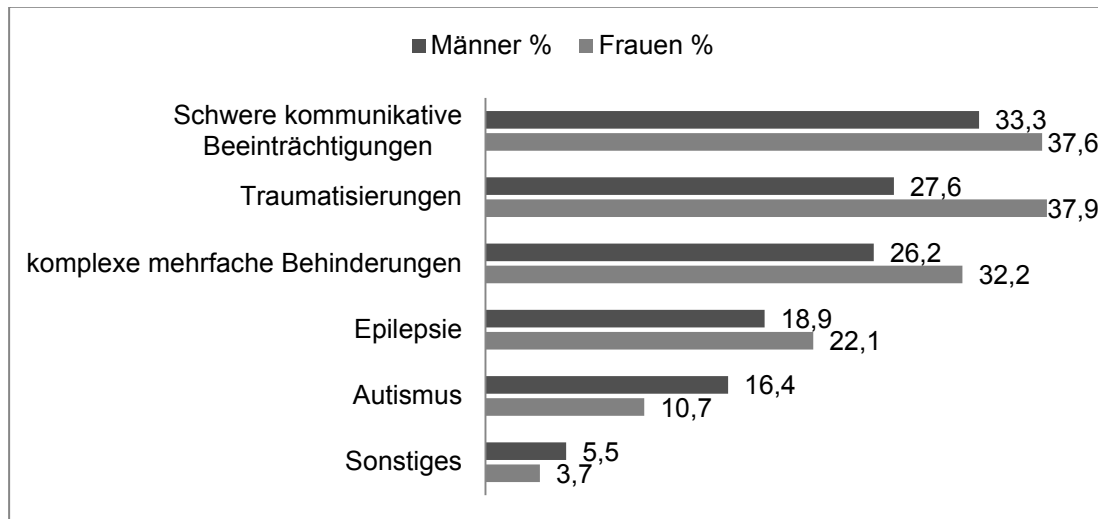
Autismus liegt bei 16,4 % der Männer und 10,7 % der Frauen als weitere Behinderung vor.

Auffällig ist, dass die Frauen, außer von Autismus-Spektrumsstörungen, von allen anderen Beeinträchtigungen häufiger betroffen sind, gleichwohl beide Geschlechter hohe Quoten zusätzlicher Beeinträchtigungen aufweisen.

Die hohen Anteile der von Traumatisierungen betroffenen Frauen und Männer bestätigen die Ergebnisse zweier Studien. Einerseits haben Frauen und Mädchen mit geistiger

Behinderung ein besonders hohes Risiko, **alle** Formen von Gewalt zu erleiden⁵⁹. Andererseits belegen Studienergebnisse, dass auch Männer mit einer Behinderung deutlich häufiger von psychischer und körperlicher Gewalt betroffen sind, als Männer ohne Behinderung. Eine höhere Betroffenheit von sexueller Gewalt als in der Durchschnittsbevölkerung zeichnet sich hingegen bei den Männern nicht ab⁶⁰.

*Abbildung 2: Weitere Aspekte, die die Lebenssituation der Nutzerinnen und Nutzer aus Sicht der Leistungserbringer kennzeichnen
(n = 298 Frauen/366 Männer, Mehrfachnennungen möglich)*



Angaben unter **Sonstiges**: Demenz, Ängste, negatives Selbstbild und Abbauprozesse durch Alkoholmissbrauch und Psychopharmakaeinnahme.

Hinsichtlich der **Verhaltensweisen** im Kontext psychischer Störungen sind bei den Frauen die Störungen der **sozialen Interaktion bzw. stark normverletzendes Verhalten** mit 43,6 % am häufigsten vertreten. **Aggressives Verhalten** hat die zweithöchste Häufigkeit (31,5 %) und danach folgen **selbstverletzende Verhaltensweisen** (20,2 %).

Die Männer weisen ebenfalls am häufigsten **Störungen der sozialen Interaktion bzw. stark normverletzendes Verhalten** (45,9 %) auf. **Aggressives Verhalten** ist auch bei den betroffenen Männern am zweithäufigsten (39,1 %) vorkommend, ebenso wie **selbstverletzende Verhaltensweisen** (29,2 %) wie bei den Frauen die drittgrößte Häufigkeit aufweisen.

Gestörtes Essverhalten kommt bei 24,5 % der Frauen und bei 19,4 % der Männer vor.

Hyperaktivität/Umtriebigkeit weisen 16,8 % der Frauen und 18 % der Männer auf.

Delinquentes Verhalten liegt bei 5 % der Frauen und 9,8 % der Männer vor.

Auffällig ist hier, dass die Häufigkeit der genannten Verhaltensweisen in fast allen Kategorien bei den Männern höher ist. Ausnahmen bilden selbstverletzende Verhaltensweisen und das gestörte Essverhalten. Hier ist das Vorkommen bei den Frauen ausgeprägter.

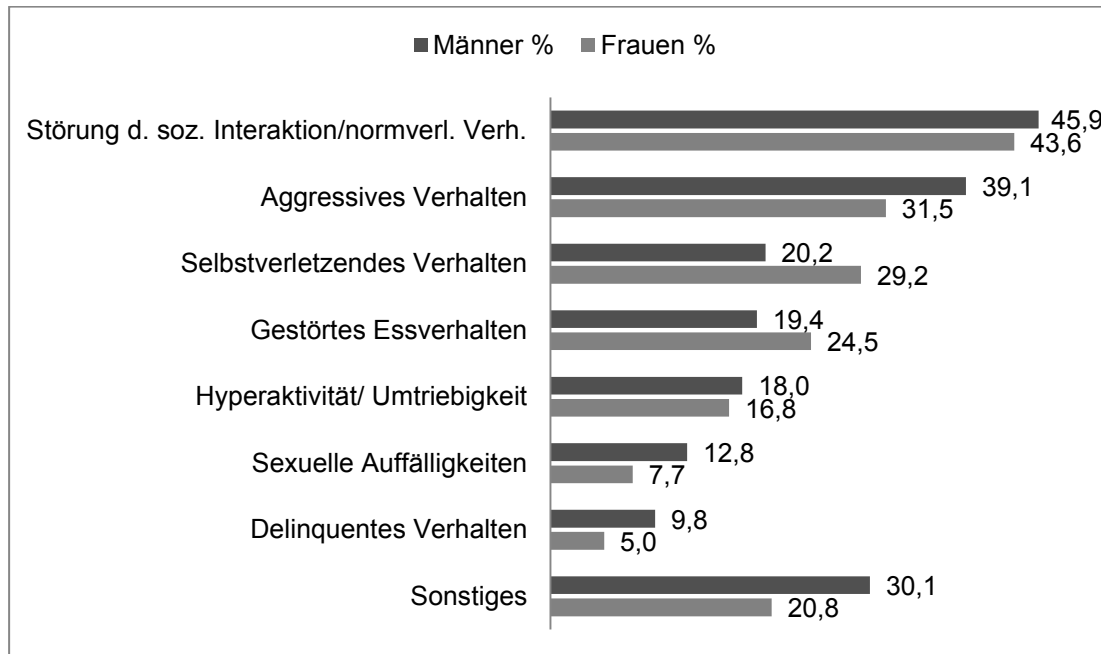
Vergleicht man diese Anteile mit den Ergebnissen der Studie des Bundesverbandes evangelischer Behindertenhilfe e.V. von 2003 wird in den Angaben der Mitgliedseinrichtungen ebenfalls am häufigsten benannt, dass Störungen der Sozialen

⁵⁹ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2012

⁶⁰ Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2013, 12

Interaktion eine sehr große bzw. große Rolle spielen. Danach folgten aggressive Verhaltensweisen und Hyperaktivität bzw. Umtriebigkeit.⁶¹

*Abbildung 3: Verhaltensweisen, die mit den psychischen Problemen aus Sicht der Leistungserbringer einhergehen
(n = 298 Frauen/366 Männer, Mehrfachnennungen möglich)*



Angaben unter Sonstiges: Alkoholmissbrauch, Herbeiführen von Obstipation, Antriebsarmut, Selbstgespräche und Beschimpfungen, psychotisches Erleben, Missbrauch/Abhängigkeit von Alkohol/Cannabis, Spielsucht, Ängste, psychotisches Erleben, Zwangshandlungen/Stereotypien, Verwahrlosungstendenzen, Depression, Suizidgedanken/-versuche, Antriebsarmut und auffällige Persönlichkeitsstruktur. Hier bestehen inhaltliche Überschneidungen zu den in der Tabelle 6 benannten psychischen Störungen.

Aus den angegebenen hohen Häufigkeiten zusätzlicher Beeinträchtigungen und herausfordernder Verhaltensweisen, die mit den psychischen Störungen einhergehen, ist ableitbar, dass sowohl Ärztinnen und Ärzten, als auch Therapeutinnen und Therapeuten ein spezifisches Fachwissen hinsichtlich des Umgehens, der Kommunikation, der Diagnostik und auch der Therapie mit Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen benötigen, um diesen ein qualifiziertes Angebot machen zu können.

Die Unterschiedlichkeit in der Betroffenheit von Männern und Frauen könnten Hinweise auf die Notwendigkeit geschlechterspezifisch ausgerichteter therapeutischer Maßnahmen geben.

Medikamentöse Behandlung

In bisherigen Studien wurde kritisch angemerkt, dass die Behandlung von psychisch erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung vorrangig medikamentös erfolgt. Um diese Aussage zu untersuchen, wurde in der Erhebung die Behandlung mit Medikamenten abgefragt.

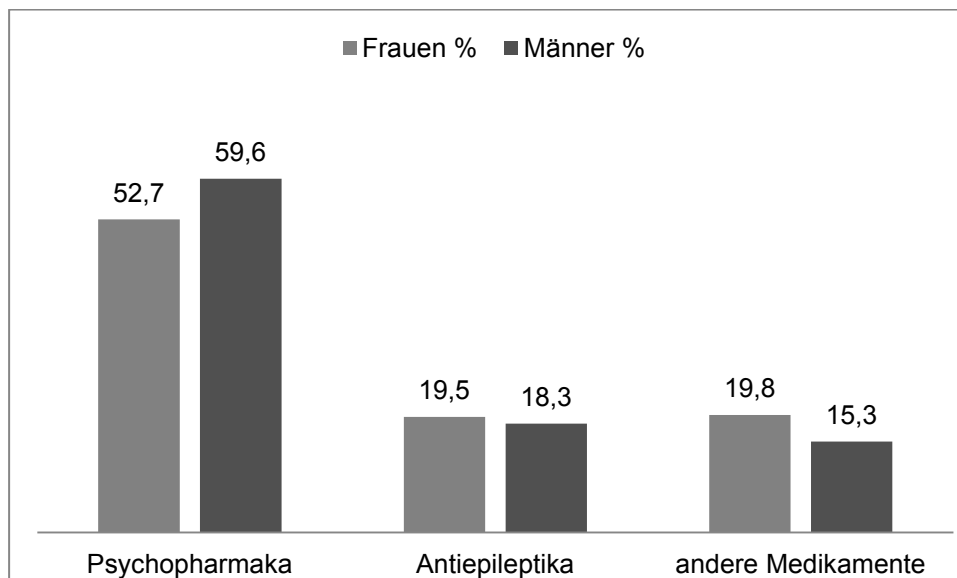
Über die Hälfte der betroffenen Frauen und Männer werden mit Psychopharmaka behandelt. Der Anteil der Männer liegt hier mit 59,6 % leicht höher als der der Frauen (52,7 %).

⁶¹ Aus: Vortrag Prof. Michael Seidl, Fachtag „Wenn das Problem nicht zur Lösung passt“, Bremen, 20.11.2014

Aus diesem Ergebnis könnte möglicherweise ableitbar sein, dass alle Personen für die eine (fach-)ärztlich diagnostizierte psychische Störung vorliegt (162 Frauen und 187 Männer) auch mit Psychopharmaka behandelt werden (157 Frauen und 218 Männer). Die Zahl der Personen, die Psychopharmaka einnehmen, ist bei den Frauen etwas niedriger und bei den Männern etwas höher als die der ärztlich diagnostizierten Personen.

Antiepileptika sind bei 19,5 % der betroffenen Frauen und 18,3 % der betroffenen Männer verordnet. Vergleicht man diese Prozentzahlen mit dem genannten Vorkommen von Epilepsie (Abbildung 2: 22,1 % der Frauen und 18,9 % der Männer), so wird deutlich, dass fast alle Personen medikamentös behandelt werden.

*Abbildung 4: Medikamentöse Behandlung
(n = 298 Frauen/366 Männer, Mehrfachnennungen möglich)*



Nutzung tagesstrukturierender Angebote und Vorliegen freiheitsentziehender Maßnahmen

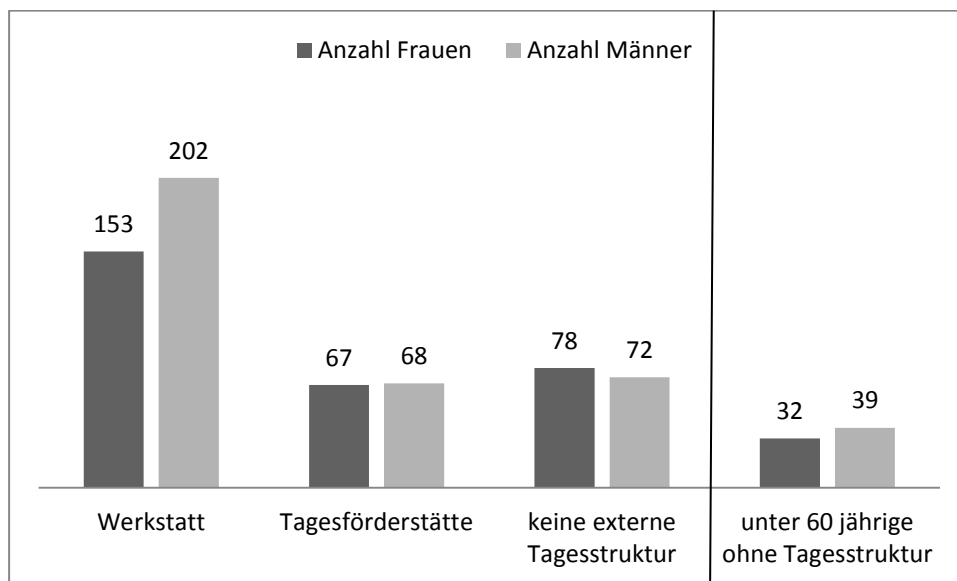
In der Fachliteratur wird die Gefahr beschrieben, dass psychische Störungen in Kombination mit einer geistigen Behinderung ein besonderes Risiko bilden, in den Teilhabemöglichkeiten stärker eingeschränkt zu sein. In der Studie des Bundesverbandes evangelischer Behindertenhilfe in den Mitgliedseinrichtungen wurden als Folgen von psychischen oder Verhaltensproblemen u.a. die Ausgrenzung aus Arbeit und Beschäftigung sowie geschlossene Unterbringung benannt.

Aus diesem Grund wurde der **Besuch tagesstrukturierender Angebote** abgefragt, um vor allem zu erfassen, wie viele Personen unter 60 Jahren keine externe Form der Tagesstruktur nutzen und demnach keine räumliche/strukturelle Trennung der Lebensbereiche Wohnen und Arbeit bzw. Tagesstruktur im Sinne des sogenannten Zwei-Milieu-Prinzips erleben.

Die Befragung ergab, dass 78 Frauen und 72 Männer, für die eingeschätzt wurde, dass eine psychische Erkrankung vorliegt, keine Werkstatt oder Tagesförderstätte besuchen.

Davon sind 32 Frauen, die kein externes tagesstrukturierendes Angebot besuchen, unter 60 Jahre alt. Die Zahl der Männer, die unter 60 Jahre alt sind und kein externes tagesstrukturierendes Angebote besuchen, liegt bei 39.

Abbildung 5: Tagesstruktur
(n = 298 Frauen/366 Männer)



Vergleicht man die Verteilung der Männer und Frauen unter 60 Jahren ohne externe Tagesstruktur in ambulanten und stationären Wohnangeboten, so ist die Prozentzahl der Frauen im ambulanten Bereich deutlich höher als im stationären Bereich (9,6 % ambulant, 2,3 % stationär).

Auch die Quote der Männer unter 60 Jahren ohne externe Tagesstruktur ist im ambulanten Bereich höher als im stationären (6,1 % ambulant, 3,6 % stationär). Die Ursachen und mögliche Lösungsansätze sind in Gesprächen mit den Leistungserbringern zu suchen.

Tabelle 19: Verteilung der Frauen und Männer unter 60 Jahren ohne externe Tagesstruktur ambulant - stationär

	Anzahl		Prozent	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Ambulante Wohnangebote	21	19	9,6 %	6,1 %
Stationäre Wohnangebote	11	20	2,3 %	3,6 %

Die Abfrage **freiheitsentziehender Maßnahmen** ergab, dass für zehn von einer psychischen Störung betroffene Frauen und für neun Männer mit einer geistigen Behinderung Beschlüsse für freiheitsentziehende Maßnahmen vorliegen. Als freiheitsentziehende Maßnahmen gelten z. B. Einschlüsse, Fixierungen oder Medikamente, die die Bewegungsfreiheit einschränken. Diese Maßnahmen müssen dem rechtlichen Betreuer oder Bevollmächtigten durch das Betreuungsgericht genehmigt werden. Freiheitsentziehende Maßnahmen können im Rahmen der gerichtlichen Genehmigung und abhängig von der Erforderlichkeit im Einzelfall regelhaft oder in Akutsituationen angewandt werden. Nähere Angaben zu Art und Dauer bzw. Anwendung der freiheitsentziehenden Maßnahmen sowie Vergleichszahlen zur Einschätzung der Ergebnisse liegen nicht vor.

Verwiesen werden soll an dieser Stelle auf die im Landesaktionsplan Bremen vorgeschlagene Maßnahme zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen für Menschen im Alter und mit Beeinträchtigungen durch eine „Ethische Fallbesprechung“ nach der sogen. Nimwegener Methode. Alle Beteiligten, zu denen auch die betroffene Person

gehört, prüfen mit Hilfe externer Moderation mögliche Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen und stimmen das weitere Vorgehen gemeinsam ab.

4.1.4 Exkurs: Häufigkeit von Suchterkrankungen

Im Rahmen der Erhebung wurde zum einen durch die Erfassung des ICD-10-Kategorie F10-F19 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ das Vorkommen diagnostizierter Suchterkrankungen erhoben (vgl. Tabelle 17). Zudem wurde in einem eigenen Fragenkomplex das Suchtverhalten von Nutzerinnen und Nutzern abgefragt, da Studien Hinweise geben, dass Menschen mit Behinderungen in besonderem Maße von Suchterkrankungen betroffen sind.

In der Gesamtheit ist die Rate der Männer mit Suchtproblematik mit 11,3 % höher als die der Frauen (7,1 %). Eine ärztliche Diagnose liegt in 22,4 % der Fälle bei den Frauen und in 24,5 % der Fälle für die Männer vor.

Im Vergleich der Suchtarten kommen Essstörungen bei den Frauen (5,6 %) am häufigsten vor. Bei den Männern liegt die größte Häufigkeit mit 6,6 % in der Alkoholsucht. An zweiter Stelle befinden sich mit 3,1 % bei den Männern ebenfalls die Essstörungen.

*Tabelle 20: Suchtmittelmissbrauch
(n = 693 Frauen/868 Männer, Mehrfachnennungen möglich)*

	Frauen (n=693)	Männer (n=868)	Frauen %	Männer %
Gesamt	49	98	7,1	11,3
davon mit ärztl. Diagnose	11	24	22,4	24,5
<i>Alkohol</i>	14	57	2,0	6,6
<i>Medikamente</i>	1	1	0,1	0,1
<i>Cannabis</i>	1	10	0,1	1,2
<i>andere illegale Drogen</i>	1	3	0,1	0,3
<i>Essstörungen</i>	39	27	5,6	3,1
<i>Sonstige</i>	20	11	2,9	1,3

Angaben unter Sonstiges: Rauchen, Adipositas, Kauf- und Spielsucht

Vergleicht man die Zahlen unterschieden nach Suchterkrankungen im stationären und ambulanten Wohnbereich, wird deutlich, dass diese in den ambulanten Wohnformen deutlich häufiger vorkommen als in stationären Wohnangeboten.

Eine Differenzierung im Hinblick auf die vorhandenen unterschiedlichen Leistungstypen im Bereich stationärer Wohnangebote ergibt, dass in den Wohnangeboten, die keine 24-stündige Anwesenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorsehen (hier vor allem in den Außenwohngruppen) die Häufigkeit von Suchtproblematiken deutlich höher ist. Eine Bewertung dieses Ergebnisses ist gemeinsam mit den Leistungserbringern vorzunehmen, um eine mögliche Zufälligkeit auszuschließen.

Tabelle 21: Suchtmittelmissbrauch in ambulanten und stationären Wohnangeboten

	Frauen n=219	Männer n=311	Frauen %	Männer %
Ambulante Wohnangebote	23	49	10,5	15,8
	Frauen n=474	Männer n=557	Frauen %	Männer %
Stationäre Wohnangebote	26	49	5,5	8,8
Differenzierung innerhalb der stationären Wohnangebote				
	Frauen	Männer	Frauen %	Männer %
Außenwohngruppe	9	19	11,0	19,8
Stationäres Wohntraining	0	0	0,0	0,0
Wohnheim	17	30	4,6	6,8

Diese Zahlen machen deutlich, dass die Art der psychischen Störung bei Menschen mit geistiger Behinderung eng mit dem gewählten Wohnangebot zusammenhängen kann⁶². Im Zuge der fortschreitenden Ambulantisierung von Angeboten sollten daher beratende und therapeutische Suchthilfen für Menschen mit einer geistigen Behinderung weiter entwickelt und ausgeweitet werden.

4.1.5 Bestehende Versorgungsstrukturen und -lücken

Bestehende Versorgungsstrukturen

Mittels offener Fragen wurden die Leistungserbringer gebeten, Auskünfte über bestehende psychiatrische, neurologische und psychotherapeutische Versorgungsstrukturen (ambulant, stationär, zur Krisenintervention) für ihre Nutzerinnen und Nutzer mit psychischen Störungen zu geben.

Sie sollten konkret namentlich die Kliniken, Ärztinnen/Ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten, beratenden Angebote nennen, mit denen sie im Hinblick auf die psychischen Beeinträchtigungen der Nutzerinnen und Nutzer zusammen arbeiten bzw. bereits zusammen gearbeitet haben.⁶³ Die offenen Antworten wurden den in der Tabelle (vgl. Anlage 2) aufgeführten Antwortkategorien zugeordnet.

Im Bereich der **ambulanten Versorgungsstrukturen** benannten 60 von 68 Leistungserbringern niedergelassene **Fachärztinnen/-ärzte** für Neurologie und Psychiatrie als Kooperationspartnerinnen/-partner in der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Im

⁶² vgl. AWO Unterbezirk Ennepe-Ruhr (Hrsg.). Prävalenz von Suchtmittelkonsum bei Menschen mit geistiger Behinderung in Nordrhein-Westfalen.2003

⁶³ Die Frage nach der Zusammenarbeit mit Leistungserbringern im Gesundheitssystem wurde an dieser Stelle bewusst offen formuliert; wie zukünftig eine strukturierte Kooperation zwischen Behindertenhilfe und Gesundheitsbereich zu konzipieren ist, soll Ziel der in der Folge dieses Berichts zu initiiierenden Gespräche beider Systeme sein.

Vergleich dazu waren in nur 21 Antwortbögen **Psychotherapeutinnen/-therapeuten** als Kooperationspartnerinnen/-partner angegeben.

41 von 68 Leistungserbringern gaben bzgl. der stationären Versorgung an, dass eine Zusammenarbeit mit **psychiatrischen Kliniken** in Bremen und Bremerhaven besteht. Zusätzlich waren Kooperationen mit Kliniken in anderen Städten, die besondere Spezialisierungen aufweisen, benannt. Beachtenswert erscheint vor allem die Kooperation mit einer Psychiatrische Klinik in Osnabrück, die eine spezialisierte Abteilung für Menschen mit einer geistigen Behinderung vorhält und von vier Bremer Leistungserbringern genutzt wird.

Hinsichtlich der Versorgung in **Krisensituationen** wurde 24-mal der Sozialpsychiatrische Dienst (inkl. Kriseninterventionsdienst) genannt.

Die **Teilstationäre Versorgung** in einer Tagesklinik war in nur fünf Fragebögen angegeben.

Ein weiterer Baustein in der Versorgungslandschaft liegt in **sonstigen Hilfen**, wie beispielsweise von spezialisierten Beratungsstellen (z.B. Fachstelle für Gewaltprävention, Autismustherapiezentrum, Schattenriss), deren Leistungen zum Teil von den Nutzerinnen und Nutzern selbst oder aus den Entgelten der Leistungserbringer finanziert werden. Am häufigsten wurde hier die Fachstelle für Gewaltprävention von 14 Leistungserbringern genannt.

Sechs von 68 Leistungserbringern geben an, dass **Selbsthilfegruppen im Bereich Sucht** besucht werden bzw. dass eine Zusammenarbeit besteht.

Lücken in den Versorgungsstrukturen und erforderliche Verbesserungen (vgl. Anlagen 3 und 4)

Aus Sicht der Leistungserbringer besteht die größte Lücke in der **(psycho-)therapeutischen Versorgung**. 56 von 68 möglichen Nennungen beschreiben, dass zu wenig qualifizierte (Psycho-)Therapeutinnen/Therapeuten für Menschen mit geistiger Behinderung vorhanden sind.⁶⁴ Als weitere wichtige problematische Aspekte sind teilweise der Mangel an Barrierefreiheit der Praxen und an Kommunikation in leichter Sprache ergänzend herausgestellt worden. In 22 Antworten ist explizit gesagt worden, dass für Menschen mit erheblichen kommunikativen und/oder schweren kognitiven Einschränkungen spezielle Angebote fehlen. Zweimal wurde benannt, dass Angebote für diesen Personenkreis aufsuchend sein sollten.

Diese Angaben decken sich mit den Angaben zu erforderlichen Verbesserungen aus Sicht der Leistungserbringer. 43-mal wurde die Forderung nach qualifizierten Psychotherapeutinnen und -therapeuten genannt. In 20 Antworten wurde ergänzend gewünscht, dass auch alternative Therapieformen wie Musik-, Tanz- und Reittherapie, anerkannt werden sollten.

Bezüglich der Versorgung durch **niedergelassene Ärzte** ist 34-mal geantwortet worden, dass es zu wenig Fachärzte mit einer speziellen Fachlichkeit für Menschen mit geistiger Behinderung gibt. In den Antworten zur Verbesserung der Versorgung wurde dieser Bedarf zur Qualifizierung der neurologischen und psychiatrischen Fachärzte 36-mal genannt.

⁶⁴ Hier deutet sich ein Widerspruch an zur Aussage der Psychotherapeutenkammer Bremen, der gemäß 10 Psychotherapeuten/therapeutinnen im Land Bremen sich bereit erklärt haben, explizit auch Menschen mit Doppeldiagnosen in Behandlung zu nehmen. (S. 40 unter 4.2.1)

Gewünscht ist, dass diese eine spezielle Fachkompetenz für die besondere Situation von Menschen mit geistiger Behinderung ausbilden.

Bezogen auf die **Akutversorgung und Krisenintervention** benennen 34 Leistungserbringer, dass diese hinsichtlich der Erreichbarkeit⁶⁵ und der personellen Ausstattung zu verbessern sei. Zudem sehen 22 Leistungserbringer ein Problem darin, dass kaum fachliche Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner mit Beratungskompetenz für Menschen mit geistiger Behinderung in den Sozialpsychiatrischen Diensten zur Verfügung stehen. In der Frage zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen geben 20 Leistungserbringer an, sich eine verbesserte Fachlichkeit und Beratungskompetenz für Menschen mit geistiger Behinderung beim Sozialpsychiatrischen Dienst zu wünschen.

Hinsichtlich der **stationären Versorgung** nennen 24 Leistungserbringer Probleme bei der Überleitung und im Informationsaustausch mit den Kliniken. 23-mal wurde die fehlende Fachlichkeit für Menschen mit geistiger Behinderung angegeben. Darin enthalten waren 16 Nennungen, dass spezifische Betreuungsbedarfe von Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht berücksichtigt werden und zwei Nennungen, dass eine höhere Betreuungsdichte erforderlich sei. Hinsichtlich der Verbesserung der stationären Versorgung gab es 20 Nennungen, die spezielle Angebote/Abteilungen für Menschen mit geistiger Behinderung in psychiatrischen Krankenhäusern als erforderlich ansehen.

Die Schaffung eines interdisziplinären ärztlichen Zentrums mit fachlicher Spezialisierung im Sinne eines **Medizinischen Zentrums zur Behandlung von Erwachsenen mit Behinderungen** (MZEB) wurde in zehn Fragebögen als Verbesserungsmaßnahme genannt (vgl. dazu auch das nachfolgende Kap. 4.3. Erforderliche Weiterentwicklungen der ergänzenden Maßnahmen und zur Darstellung der Leistungen eines MZEB siehe Kap. 5 Handlungsempfehlungen S. 46ff).

Ansonsten wurde in 16 Antworten die **Kooperation zwischen dem medizinischen/therapeutischen System und der Eingliederungshilfe** als nicht ausreichend angesehen. In der Frage nach den erforderlichen Verbesserungen nannten 24 Leistungserbringer die Weiterentwicklung der Kooperation zwischen den Versorgungsstrukturen des medizinischen/therapeutischen Systems und der Eingliederungshilfe als wichtige Maßnahme. Die Getrenntheit der Systeme wird z.T. als ursächlich für die Versorgungslücken angesehen.

Ergänzende Maßnahmen der Leistungserbringer und erforderliche Weiterentwicklungen (vgl. Anlagen 5 und 6)

Fortbildungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und **Supervision bzw. Fallsupervision** wurden mit jeweils 61 Nennungen als häufigste ergänzende Maßnahmen, die die Leistungserbringer im Bereich Wohnen bereits selbst umgesetzt haben, genannt. Die teilweise konkreten Bezeichnungen der Fortbildungsangebote sagen aus, dass es sich in vielen Fällen um Fortbildungen zum Thema Deeskalation bzw. Umgehen mit fremd- und autoaggressiven Verhaltensweisen handelt. In 25 Fällen sind konkrete Fortbildungsmaßnahmen zu psychischen Störungen benannt worden.

⁶⁵ Es ist unklar, ob unter mangelhafter „Erreichbarkeit“ tatsächlich das Nichtzustandekommen eines telefonischen Kontakts verstanden wird - in der Stadtgemeinde Bremen ist der Krisendienst rund um die Uhr besetzt, müsste daher im Prinzip erreichbar sein. Möglicherweise gilt die Aussage für Bremerhaven, wo der Krisendienst nur im Rahmen der üblichen Öffnungszeiten erreichbar ist. Oder aber es ist die mangelhafte „Verfügbarkeit“ gemeint, d.h. dass möglicherweise die Zeit zwischen Anruf und Eintreffen der Krisendienst-Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen als zu lang erlebt wird, was ggf. mit einem hohen Aufkommen an Kriseneinsätzen und/oder einer geringen personellen Besetzung zusammenhängen kann.

(Interne) Fach- bzw. Fallberatung ist die dritthäufigste ergänzende Maßnahme, die die Leistungserbringer durchführen (50 Nennungen).

Die Antworten zu **erforderlichen Weiterentwicklungen der ergänzenden Maßnahmen** decken sich teilweise inhaltlich mit den Antworten zu erforderlichen Verbesserungen im Versorgungssystem (vgl. Anlage 4).

Die häufigsten Nennungen in 25 Fragebögen formulieren die **Verbesserung der Zusammenarbeit aller Beteiligten**. Konkrete Vorschläge waren z.B. Netzwerkarbeit, Runde Tische, gemeinsame Fortbildungen und die Vernetzung von Behandlungssystem und Leistungserbringern der Eingliederungshilfe.

21-mal ist die Einrichtung eines **Medizischen Zentrums zur Behandlung von Erwachsenen mit einer geistigen Behinderung (MZEB)** bzw. eines Zentrums mit spezieller Diagnostik genannt worden. Teilweise war auch der Wunsch nach einer stationären Akutbehandlung in einem solchen Zentrum formuliert.

Die dritthäufigste Antwort war der Wunsch nach mehr **spezialisierten Schulungen, Fachberatung und Supervision**, die von qualifizierten Therapeuteninnen/Therapeuten bzw. Psychologinnen/Psychologen durchgeführt werden sollten (14 Nennungen).

In 13 Fragebögen wurde eine **Berücksichtigung des Hilfebedarfs in Personalschlüsseln** gefordert, um z.B. bei Krisen die Notwendigkeit von Einzelbetreuung besser umsetzen zu können. Hierzu ist anzumerken, dass es für Einzelfälle mit erheblichen und nicht nur vorübergehenden hohen personellen Unterstützungsbedarfen - anders als in vielen anderen Bundesländern - im Land Bremen die Möglichkeit gibt, zusätzliche Leistungen (HMB-W Plus) zu erhalten.

Zehnmals wurde die **Berücksichtigung des Themas in der Aus- und Fortbildung pädagogischer Fachkräfte**, aber auch in pflegerischen/therapeutischen Ausbildungen/Studiengängen genannt.

4.2 Befragung ausgewählter Einrichtungen des gesundheitlichen Versorgungssystems (SGB V)

4.2.1 Ambulante Versorgung (Ärzttekammer, Psychotherapeutenkammer, Kassenärztliche Vereinigung, Psychiatrische Kliniken)

Neben der Befragung der Wohneinrichtungen für Menschen mit einer geistigen Behinderung durch die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen wurden für diesen Bericht auch die relevanten Akteure des Bremischen Gesundheitssystems durch den Senator für Gesundheit befragt. Da es sich um unterschiedliche Einrichtungen mit unterschiedlichen Aufträgen handelt, wurden sie - anstelle der Beantwortung mittels eines standardisierten Fragebogens - um eine detaillierte Stellungnahme zur derzeitigen Versorgungssituation der Zielgruppe gebeten. Die Bitte um Stellungnahme schloss auch eine Einschätzung zum Bedarf nach einem speziellen sozialmedizinisch ausgerichteten Zentrum (MZEB – Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit geistiger und Mehrfachbehinderungen, vgl. hierzu auch Kapitel 5, S. 46ff) ein.

Folgende Einrichtungen bzw. Personen wurden um eine Stellungnahme gebeten:

- Ärztekammer Bremen,
- Psychotherapeutenkammer Bremen,
- Kassenärztliche Vereinigung Bremen,

- Ärztliche Leitung des Zentrums für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Bremen Ost,
- Ärztliche Leitung des Ameos Klinikum Dr. Heines Bremen,
- Ärztliche Leitung des Behandlungszentrums für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide.

Während die drei erstgenannten Institutionen schwerpunktmäßig nach ihrer Bewertung der Versorgungssituation der Zielgruppe im Land Bremen gefragt wurden⁶⁶, lag der Fokus bei den psychiatrischen Kliniken auf der Bewertung der Behandlungsmöglichkeiten und -grenzen durch die Facharztgruppe, die per se ausgewiesen ist für die Behandlung der Zielgruppe, nämlich Psychiater/Nervenärzte.⁶⁷

Im Folgenden werden die Rückmeldungen von Ärztekammer, Psychotherapeutenkammer und Kassenärztlicher Vereinigung einerseits und die der Leitenden der psychiatrischen Kliniken andererseits zusammengefasst dargestellt.

Die Stellungnahme der **Ärztekammer Bremen** lässt sich folgendermaßen zusammenfassen:

A Diagnostik und Behandlung

- Die Ärztekammer geht davon aus, dass Ärztinnen/Ärzte aus dem somatischen Bereich Schwierigkeiten haben könnten in der angemessenen Diagnostik bei Menschen mit einer geistigen Behinderung, da dies nicht Teil der ärztlichen Ausbildung sei.
- Auch Psychiater könnten bei der Diagnostik psychischer Erkrankungen bei der Zielgruppe vor besondere Herausforderungen gestellt sein.
- Es gebe keine spezielle Weiterbildung für die Behandlung der Zielgruppe.⁶⁸ Über die Absolventen des bestehenden Fortbildungscurriculums „Medizinische Betreuung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung“ lägen der Kammer keine Daten vor.⁶⁹ Der Kammer lägen auch keine Anfragen von Bremer Ärztinnen/Ärzten nach entsprechenden Fortbildungsangeboten vor.
- Da Rehabilitationsmedizin nicht Teil irgendeiner (fach-)ärztlichen Ausbildung ist, seien die Möglichkeiten für Ärztinnen/Ärzte, fachliche Unterstützung in der Behandlung erwachsener Menschen mit geistiger Behinderung einzuholen, eingeschränkt. „Der Bedarf ist jedoch hoch“, auch deshalb, weil Menschen mit schweren Behinderungen aufgrund des medizinischen Fortschritts zunehmend ein höheres Lebensalter erreichten.

B Verbesserungsmöglichkeiten

„Nach Einschätzung der Ärztekammer Bremen besteht ein Bedarf, die Versorgung von Menschen mit geistiger/und oder schwerer Mehrfachbehinderung zu optimieren. Die sozialpädiatrischen Zentren haben gezeigt, dass ein Versorgungsmodell zusätzlich zur Regelversorgung Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit bietet, Unterstützung in behindertenspezifischen Fragestellungen einzuholen. Für die jugendlichen Patientinnen und

⁶⁶ Die Anschreiben an Ärzte- und Psychotherapeutenkammer sowie an die Kassenärztliche Vereinigung unterschieden sich geringfügig, je nach Adressat und seiner spezifischen Verantwortlichkeit für die Versorgung der Zielgruppe.

⁶⁷ Muster der Fragenkataloge sind im Anhang beigelegt.

⁶⁸ Im Gegensatz zu umfangreicheren Weiterbildungen bestehen Fortbildungen bei Ärzten i.d.R. in kürzeren Schulungen zu speziellen Fragestellungen. Für die Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung steht keine ärztliche Weiterbildung zur Verfügung; seit 2011 gibt es jedoch eine von der Bundesärztekammer anerkannte Fortbildung „Medizinische Betreuung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung“ im Umfang von 50 Stunden.

⁶⁹ Die Nachfrage des Senators für Gesundheit bei der zuständigen Bundesarbeitsgemeinschaft „Ärzte für Menschen mit geistiger Behinderung“ hat ergeben, dass sich von den bundesweit bis dato ca. 100 Absolventinnen und Absolventen der Fortbildung kein Arzt/keine Ärztin aus dem Land Bremen befand.

Patienten hat sich die Versorgung durch die Einrichtung der Kinderzentren wesentlich verbessert.

In der Regel benötigen Menschen mit schweren Behinderungen ein Netzwerk von Helfern und Hilfen, die Aktivitäten und Teilhabe ermöglichen. Die Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung umfasst daher mehr als Leistungen im Rahmen der kurativen Versorgung des SGB V und geht häufig über das Leistungsspektrum von Praxen und Krankenhäusern hinaus. Die Ärztekammer Bremen befürwortet daher die Einrichtung eines Medizinischen Zentrums für Erwachsene mit geistigen und/oder schweren Mehrfachbehinderungen. Auch für Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen sollte ein MZEB Angebote bieten.“

Die **Psychotherapeutenkammer** äußerte sich im Grundsatz ähnlich wie die Ärztekammer; sie nahm im Einzelnen folgendermaßen Stellung:

„Auf dem Hintergrund der ethischen Grundprinzipien der Gerechtigkeit und Fürsorge, denen sich Psychotherapeuten verpflichtet fühlen, ist der Psychotherapie bei Personen mit geistigen oder sonstigen Behinderungen besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Dabei stellt die häufig gegebene Multimorbidität aus seelischen, somatischen und sozialen Beeinträchtigung eine besondere Herausforderung in der psychotherapeutischen Versorgung dar.“

A Diagnostik und Behandlung

Eines der Bremer Ausbildungsinstitute habe die Fallquote der Psychotherapiepatienten mit geistiger Behinderung mit 1,6 % angegeben.⁷⁰ Für die Stadtgemeinde Bremen liege der Psychotherapeutenkammer eine Liste mit zehn Behandlern vor, die Psychotherapie für die Zielgruppe anbieten. Die Kammer geht davon aus, dass dieses explizite Angebot einiger Psychotherapeutinnen/-therapeuten, Menschen mit geistiger Behinderung zu behandeln, den Nutzerinnen und Nutzern bzw. in den Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht ausreichend bekannt ist. Außerdem scheitere die Inanspruchnahme häufig an praktischen Problemen (z.B. fehlende Begleitperson). Aus Sicht der Kammer scheint „ein Bedarf für aufsuchende Hilfe gegeben, die in dieser Form in der jetzigen Regelversorgung nicht realisiert werden kann.“

Die Durchführung klassischer Test- und Diagnoseverfahren und damit einer adäquaten Differenzialdiagnostik wird bei schwereren geistigen Behinderungen als erschwert bis unmöglich angesehen.

Psychotherapie bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung sei - trotz Verfügbarkeit spezifischer diagnostischer Verfahren und Behandlungsansätze - nicht Bestandteil des Ausbildungscurriculums, so dass nicht davon ausgegangen werden kann, „dass nicht spezifisch weitergebildete Psychotherapeuten diese kennen und anwenden können.“

Die Bremer Ausbildungsinstitute böten derzeit keine spezifischen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich Erwachsene mit geistiger Behinderung an. Die Bereitschaft der Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen, sich fortzubilden, sei insgesamt als sehr hoch einzuschätzen. „Wenn es entsprechende Fortbildungsangebote gäbe, ist daher davon auszugehen, dass diese auch in Anspruch genommen werden.“

⁷⁰ Laut Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung (s. unter 3.2.1) ist die Anzahl der in Psychotherapie befindlichen Fälle an Patientinnen/Patienten mit geistiger Behinderung verschwindend gering; der Widerspruch erklärt sich möglicherweise u.a. daraus, dass in den KV-Daten nur Ärzte und Psychotherapeuten erfasst sind, die mit der Gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen; bei den Daten der Kammern hingegen sind auch die privat liquidierenden Behandler erfasst.

B Verbesserungsmöglichkeiten

Es wird ein „Optimierungsbedarf in Aus- und Fortbildung gesehen“, insbesondere in den Bereichen Diagnostik, Differenzialdiagnostik, Behandlung sowie Kooperation mit Einrichtungen bzw. anderen Angeboten.

Anzustreben wäre eine Flexibilisierung der Leistungserbringung wie z.B. aufsuchende Behandlung (Hausbesuche), die vergütet wird.

Weiterer Bedarf wird in der Zusammenarbeit mit anderen Behandlern und mit Einrichtungen der Behindertenhilfe gesehen. Derzeit gebe es „keine systematisierte, über den Einzelfall hinausgehende Kooperation in behinderungsspezifischen Fragen zwischen ambulant tätigen Psychotherapeuten und Einrichtungen“; eine solche sei jedoch „in hohem Maße wünschenswert“; Psychotherapeuten würden von „einer stärkeren Vernetzung mit spezialisierten Einrichtungen profitieren“.

Die Psychotherapeutenkammer begrüßt „Überlegungen zur Einrichtung eines spezialisierten medizinischen Zentrums, das auch Aufgaben der Koordination verschiedener Leistungserbringer übernimmt. Der Einbezug psychotherapeutischer Kompetenz im Rahmen eines Behandlungsschwerpunkts „Psychische Erkrankungen“ erscheint aus unserer Sicht dabei sinnvoll und geboten.“

Die **Kassenärztliche Vereinigung Bremen** äußerte sich wie folgt:

A Diagnostik und Behandlung

„Die Regelversorgung der betreffenden Patientengruppe wird von den Ärzten in Bremen und Bremerhaven als ausreichend angesehen.“ Im Einzelnen wird angeführt:

- Die Hausärzte hätten angegeben, dass sie aufgrund kontinuierlicher Fort- und Weiterbildung in der Lage zur Versorgung dieser Gruppe seien. So seien auch in Qualitätszirkeln entsprechende Inhalte thematisiert worden. „Einen zusätzlichen, spezielleren Fortbildungsbedarf sehen die Hausärzte nicht.“
- Hausärzte, die am Hausarztmodell teilnehmen, hätten durch direkte Kontaktaufnahme zu einem Facharzt die Möglichkeit, einen frühen Termin für einzelne Patienten zu erwirken, was allerdings nicht allen Versicherten aller Kassen zur Verfügung stünde.
- „Der Obmann der Stadtbremischen Hausärzte hat angegeben, dass in seiner großen Gemeinschaftspraxis drei bis fünf geistig Behinderte betreut werden. Dies zeige, wie gering die Patientenzahl in der Regelversorgung sei.“ Eine zusätzliche Betreuung fände bei besonders erfahrenen Ärzten in den Behinderteneinrichtungen statt.⁷¹
- Für die Abrechnung von Leistungen bei Menschen mit geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen durch die Fachärzte fordere die KV in keinem Fachgebiet zusätzliche Qualifikationen.
- Gemäß der aktuellen Bedarfsplanung lägen die Versorgungsgrade in allen Arztgruppen im Land Bremen über dem Bundesdurchschnitt. Nämlich für Bremen/Bremerhaven:
Hausärzte: 112/ 97 %, Psychiater/Neurologen: 120/ 141 %, Psychotherapeuten: 203/ 141,4 %.⁷²

⁷¹ Die stationären Wohnangebote für Menschen mit geistiger Behinderung im Land Bremen sind überwiegend klein und sozialraumorientiert. Sie verfügen nicht, wie früher große Komplexeinrichtungen, über eigene Ärzte und medizinische Dienste. Gemeint sind hier vermutlich Ärztinnen/Ärzte, die häufiger als ihre Kolleginnen/Kollegen Hausbesuche bei ihren Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung machen.

⁷² Werte über 110% gelten als Überversorgung, Werte unter 75% als Unterversorgung. Die Grundlagen der Bedarfsplanung gelten z.T. als umstritten, da sie nicht auf Basis epidemiologischer

B Verbesserungsmöglichkeiten:

- „Aus den geschilderten Gründen besteht aus hausärztlicher Sicht kein klar erkennbarer Bedarf für die Einrichtung eines MZEB.“
- „Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aus Sicht der Vertragsärzte keine Versorgungslücke für die betroffene Patientengruppe offenbar wird.“

Die **Psychiatrischen Kliniken**⁷³ im Land Bremen, deren Fragenkatalog einen etwas anderen Fokus hatte (s. Anlage 8), bezogen wie folgt Stellung:

Diagnostik

Alle drei Kliniken gehen davon aus, dass Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie aufgrund ihrer Ausbildung im Prinzip in der Lage sind, eine geistige Behinderung einerseits und komorbide psychische Störungen andererseits angemessen differentialdiagnostisch zu erfassen. Die Validität der Diagnosen, die von den behandelnden Ärztinnen/Ärzten im Rahmen der differentialdiagnostischen Unterscheidung geistige Behinderung/psychische Störung vergeben werden, würde nicht in Frage gestellt.

KBO: Allerdings würde neben der ICD-10, auf deren Basis sich die Diagnosestellung bei der Zielgruppe häufig schwierig gestaltet, auch die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) genutzt.

In den für die Facharztausbildung vorgesehenen Curricula seien behinderungsspezifische Themen nicht ausreichend vertreten. Jedoch würden diesbezügliche Fortbildungsmaßnahmen angeboten.

Eine in der Klinik verfügbare Abteilung böte spezialisierte testdiagnostische Verfahren an.

Behandlung

KBO und **KBR** erachten die Versorgung von Patienten mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen in der eigenen Klinik als ausreichend, wenn auch als optimierbar. Patienten mit geistiger Behinderung würden in allen drei Kliniken gemeinsam mit allen anderen Patienten behandelt; Spezialstationen seien nicht vorhanden. Das **KBO** erachtet sie angesichts der „relativ geringen Zahl an akutpsychiatrisch behandlungsbedürftigen geistig Behinderten auch nicht als notwendig“; auch die **Klinik Dr. Heines** spricht sich dagegen aus, „da dies dem Gedanken der Inklusion unseres Erachtens zuwiderläuft.“

KBR: „Die Behandlungsangebote werden entsprechend dem Intelligenzniveau festgelegt, insbesondere im Bereich der Ergo- und Psychotherapie.“

Die **Klinik Dr. Heines** verfüge aufgrund bestehender Vorerfahrungen eines Teils des ärztlichen und psychotherapeutischen Personals über Expertise in der Behandlung der Zielgruppe. Jedoch könne „die Versorgung dieser Zielgruppe durch die Möglichkeiten in unserer Klinik verbessert werden, indem wir durch Fortbildungsangebote Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Berufsgruppen speziell schulen bzw. Fortbildungsangebote diesbezüglich schaffen. Wir werden dies in Zukunft in unsere Fortbildungsplanung einbeziehen.“

Fortbildung⁷⁴

Im **KBO** würden Fortbildungen zum Themenbereich geistige Behinderung und psychische Störung angeboten; wobei hier „noch Entwicklungspotential besteht“. In diesem Zusammenhang wird verwiesen auf zwei Fortbildungsveranstaltungen

Studien entwickelt wurden; insbesondere im Bereich Psychotherapie werden die Vorgaben als historisch überholte, willkürliche Setzungen kritisiert.

⁷³Im Folgenden werden die Aussagen der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Klinikum Bremen Ost mit „KBO“ gekennzeichnet, die des Ameos Klinikums Dr. Heines mit „Heines“ und die der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Bremerhaven Reinkenheide mit „KBR“.

⁷⁴Die psychiatrischen Kliniken im Land Bremen haben sich bzgl. Fortbildungen zu einem gemeinsamen Verbund zusammengeschlossen

(„Betreuungsmöglichkeiten für Menschen mit geistiger Behinderung in Bremen“ und „Erscheinungsformen geistiger Behinderung“), die kürzlich für alle Krisendienstmitarbeiter und -mitarbeiterinnen durchgeführt worden seien, sowie auf einen gemeinsam mit Trägern der Behindertenhilfe aktuell geplanten Fachtag zum Thema Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung.

KBR: Im Rahmen der klinikinternen Angebote würden auch die speziellen Aspekte von Menschen mit geistiger Behinderung thematisiert.

Kooperation

KBO: Es wird - ohne Bewertung der Quantität und Qualität - auf „die Zusammenarbeit unserer Klinik mit Mitarbeitern von Einrichtungen der Behindertenhilfe, mit Angehörigen, niedergelassenen Ärzten, Psychotherapeuten“ im Rahmen der bestehenden Gremienstrukturen, u.a. auch der Zentralen Arbeitsgruppe (ZAG) - Erwachsene Menschen mit körperlichen, geistigen und mehrfachen Beeinträchtigungen - hingewiesen; es würden z.T. gemeinsame Fallkonferenzen und Kriseneinsätze durchgeführt.

Heines: „Die Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Behindertenhilfe, Angehörigen, Assistenten, niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten funktioniert in diesem Bereich aus unserer Sicht sehr gut⁷⁵, insbesondere auch für Menschen mit Traumafolgestörungen und Borderlineerkrankungen ebenso wie bei Drogenabhängigen.“⁷⁶

KBR: Die Zusammenarbeit mit den genannten Beteiligten (Behindertenhilfeeinrichtungen, Angehörigen, niedergelassene Ärztinnen/Ärzten, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten) „erfolgte hier in einem dialogischen Ansatz in Netzwerkgesprächen, auch im Hinblick auf Behandlungsplanung und Entlassungsvorbereitung.“

Verbesserungsmöglichkeiten

KBO: „Optimierungsbedarf sehen wir im Wesentlichen im Bereich der Fort- und Weiterbildung, sowie der Optimierung der Kooperation (...) zwischen Behindertenhilfe und Psychiatrie.“

Heines: Die Qualität der Versorgung könne „durch gemeinsame Fortbildungsbemühungen der Kliniken und des Betreuten Wohnens berufsgruppenübergreifend im Land Bremen verbessert werden.“

KBR: Optimierungsbedarf wird bei der Versorgung von Menschen mit schweren geistigen Behinderungen und schweren somatischen Erkrankung (z.B. Tumorerkrankungen) gesehen. In die Psychiatrische Klinik am KBR würden häufiger solche Patienten aufgenommen, „da in unsere Abteilung besser auf die speziellen Bedürfnisse dieser Patienten eingegangen werden kann als in somatischen Abteilungen.“ Es würde befürchtet, „dass eingreifende somatische Behandlungen bei diesen Patienten zu Traumatisierungen und Retraumatisierungen führen können.“

KBO: In Einzelfällen habe es Probleme in der Kostenzuständigkeit zwischen dem Bereich der geistigen Behinderung oder psychischen Erkrankung für die komplementäre Versorgungsplanung⁷⁷ gegeben.

KBO: Den Bedarf für ein MZEB könne die Klinik nicht einschätzen.

Die Klinik Dr. Heines spricht sich bzgl. eines MZEB gegen eine spezielle klinische Einrichtung aus, da sie dem Gedanken der Inklusion zuwiderlaufe.

Das **KBR** spricht sich gegen spezialisierte Zentren im Bereich der Allgemeinpsychiatrie aus, hält jedoch die Einrichtung eines Medizinischen Zentrums für Erwachsene mit schwerer geistiger Behinderung und schwerer körperlicher Erkrankung, in dem interdisziplinär gearbeitet wird und unter Berücksichtigung der geistigen Behinderung eine adäquate Behandlung der körperlichen Erkrankungen (unter Einbeziehung psychologisch-

⁷⁵ Anzumerken ist, dass in den Aufzählungen der Wohneinrichtungen zur Zusammenarbeit mit Leistungserbringern des Gesundheitsbereichs das Aneos Klinikum Dr. Heines als einzige Klinik im Land Bremen nicht konkret genannt wurde.

⁷⁶ Für die Patientengruppen der beiden letztgenannten Störungsfelder verfügt das Aneos Klinikum Dr. Heines über einen Pflichtversorgungsauftrag.

⁷⁷ Mit dem zur gesundheitlichen Versorgung komplementären Bereich ist im Allgemeinen der Bereich der Eingliederungshilfe - SGB XII - gemeint.

psychotherapeutischer Aspekte) erfolgt, für sinnvoll. Für diejenigen der Zielgruppe, die im ambulanten Bereich nicht ausreichend versorgt würden, würde die Betreuung durch eine der beiden an der Klinik bzw. in der Stadtmitte angesiedelten psychiatrischen Institutsambulanzen als sinnvoll angesehen.

4.2.2 Stationäre Versorgung – Psychiatrische Kliniken

Rechtsaufsichtliche Prüfung der Krankenhäuser

Was die Krankenhäuser im Land Bremen betrifft, so sind diese in § 22 (3) des Bremischen Krankenhausgesetzes (BremKrhG) unter der Überschrift „Patientinnen und Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf“ verpflichtet, „den Belangen behinderter, alter, hochbegabter und dementer Patientinnen und Patienten mit ihrem Bedürfnis nach Fortführung eines selbstbestimmten Lebens Rechnung zu tragen und angemessene Behandlungskonzepte vorzuhalten.“

Außerdem ist in den Förderbescheiden, die die Krankenhäuser bei Antrag auf finanzielle Förderung durch den Senator für Gesundheit erhalten, bei Neu-, Um- und Erweiterungsbauten Barrierefreiheit gefordert. Diese umfasst neben der „äußeren“ Barrierefreiheit, also klassischen baulichen Aspekten ebenso „Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche“ (§10 BremKrhG), die Menschen mit Behinderungen verschiedener Art die Orientierung während des Krankenhausaufenthalts erleichtern sollen.

Der Senator für Gesundheit führt derzeit im Rahmen seiner Rechtsaufsicht eine Prüfung bei allen Krankenhäusern im Land Bremen durch, inwiefern sie ihren diesbzgl. Verpflichtungen nachkommen.

Die Ergebnisse werden anschließend mit den Krankenhäusern erörtert. Informationen, die im Rahmen der Rechtsaufsicht gewonnen werden, werden nicht für andere Zwecke genutzt und somit auch nicht veröffentlicht.

Empfehlungen für die Krankenhäuser im Rahmen des Aktionsplans zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention

Im Rahmen der derzeitigen Erarbeitung des Aktionsplans zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention im Land Bremen durch die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen wurde ein Maßnahmenplan entwickelt, der im Handlungsfeld Gesundheit und Pflege die Aufgaben der Krankenhäuser präzisiert und ihnen eine aktive Rolle bei deren inhaltlicher Ausgestaltung zuweist. So wird den Häusern empfohlen, eigene Richtlinien und Konzepte zu erarbeiten, die den Patienten mit Behinderungen größtmögliche Selbstbestimmung während ihres stationären Aufenthalts ermöglichen. Hierzu gehören z.B. verständliche Informationen zu Erkrankungen in so genannter Leichter Sprache. Außerdem sollen die Krankenhäuser eigene Checklisten erstellen, mittels derer bereits bei Klinikaufnahme die individuellen Bedarfe eines Patienten/einer Patientin mit Behinderungen umfassend erhoben werden. Ein weiterer Schritt könnte die Nutzung eines Überleitungsbogens sein, der von Leistungserbringern der Eingliederungshilfe bei der Krankenhauseinweisung dem Krankenhaus zur Verfügung gestellt wird.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenhäuser sollen im Rahmen von Fort- und Weiterbildung über Anforderungen der Versorgung behinderter Menschen informiert und dafür sensibilisiert werden. Der Bericht zur Aus-, Fort- und Weiterbildung des medizinischen Personals ist in zweijährigem Abstand verpflichtend von den Krankenhäusern zu erstellen; zukünftig soll er auch speziell über Fortbildungen im Bereich Behinderung für die Gesundheitsfachberufe Rechenschaft ablegen.

Auf die konzeptionelle Berücksichtigung einer psychosozialen Betreuung während des Krankenhausaufenthalts, insbesondere von Menschen mit schweren Beeinträchtigungen, wird in den Maßnahmen des Aktionsplans explizit hingewiesen.

Die Verantwortlichkeit für die Weiterentwicklung der Inklusion der Bremer Krankenhäusern im Rahmen des Landesaktionsplans liegt bei der Bremischen Krankenhausgesellschaft und dem Senator für Gesundheit.

5. Handlungsempfehlungen – Schritte zu einer verbesserten Versorgung

5.1 Empfehlungen der Leistungserbringer im Bereich Wohnen

Die vorliegende Auswertung der Befragung der Leistungserbringer im Bereich Wohnen in Bremen und Bremerhaven ergibt, dass der Anteil der Personen mit diagnostizierten psychischen Störungen bei 22,4 % liegt. Das bedeutet, dass circa jeder vierte bis fünfte Mensch mit einer geistigen Behinderung, der ein ambulantes oder stationäres Wohnangebot nutzt, von einer psychischen Störung betroffen ist und ein Behandlungsbedarf vorliegt.

Die Leistungserbringer im Bereich Wohnen nehmen bei einem weit größeren Anteil, nämlich 42,5% ihrer Klientinnen und Klienten, psychische Störungen wahr, die sie selbst als solche einordnen, ohne dass immer eine ärztlich bestätigte Diagnose vorliegt. Sie beschreiben bei einem hohen Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten - insbesondere normverletzendes und/oder aggressives oder selbstverletzendes Verhalten - und damit einhergehende oder diesen zugrundeliegende komplexe Problemlagen. Im Vordergrund stehen dabei schwere kommunikative Beeinträchtigungen, Traumatisierungen und komplexe mehrfache Behinderungen.

Im Hinblick auf **Lücken in der gesundheitlichen Versorgung** werden insbesondere folgende Bereiche genannt:

- (psycho-)therapeutische Versorgung,
- Qualifikation von niedergelassenen Fachärztinnen/-ärzten und psychiatrischen Kliniken hinsichtlich der spezifischen Bedarfe von Menschen mit einer geistigen Behinderung und weiteren Beeinträchtigungen,
- diagnostische Verfahren zur Erkennung von psychischen Störungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung,
- Beratung und Unterstützung in Krisensituationen und
- Kooperation der beiden Leistungssysteme Gesundheit und Eingliederungshilfe.

Im Hinblick auf **Verbesserungen der gesundheitlichen Versorgung** nennen viele Befragte:

- ein spezifisches interdisziplinäres Zentrum mit fachlicher Spezialisierung im Sinne eines Medizinischen Zentrums zur Behandlung von erwachsenen Menschen mit einer Behinderung (MZEB) und
- spezialisierte Fortbildungen, Fachberatung und Supervision durch erfahrene, qualifizierte Therapeuten/Therapeutinnen und Psychologen/Psychologinnen.

5.2 Empfehlungen der Leistungsbriinger aus dem Gesundheitsbereich

Die Rückmeldungen zeigen, dass die Leistungsbriinger aus dem Bereich Gesundheit den besonderen Versorgungsbedarf von Menschen mit geistiger Behinderung überwiegend wahrnehmen und bei sich als Behandler des Regelversorgungssystems einen Bedarf an eigener Qualifizierung wie auch an externer spezialisierter Fachlichkeit für die Patienten mit Doppeldiagnose formulieren.

Im Einzelnen allerdings zeigt sich, dass die **Ärzte**⁷⁸ als zentrale gesundheitliche Leistungserbringer eine gespaltene Haltung zum Status Quo der Versorgung der Menschen mit Doppeldiagnose haben: Die **Ärzttekammer** - ebenso wie auch die

Psychotherapeutenkammer – konzipieren:

- Bei den Behandlern bestehen ausbildungsbedingte Defizite in der Diagnostik von Doppeldiagnosen.
- Mangels verfügbarer spezialisierter Ärzte kann der hohe Bedarf nach zusätzlicher fachlicher Unterstützung nicht gedeckt werden.⁷⁹
- Die Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung geht teilweise über das Leistungsspektrum von Praxen und Krankenhäusern hinaus.
- Eine gute Gesundheitsversorgung für die Zielgruppe erfordert ein Netzwerk untereinander kooperierender ärztlicher und psychosozialer Unterstützer.
- Ein Versorgungsmodell zusätzlich zur Regelversorgung im Sinne eines MZEB, das Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten im Bedarfsfall unterstützt, wird begrüßt.

Für **Psychotherapeutinnen/-therapeuten** wird darüber hinaus

- eine Flexibilisierung der Leistungserbringung, z.B. in Form von aufsuchender Behandlung, als notwendig erachtet.⁸⁰

Derzeit kann die Psychotherapeutenkammer Hilfesuchenden eine Liste mit Psychotherapeutinnen/-therapeuten anbieten, die explizit auch Menschen mit geistiger Behinderung zu behandeln bereit sind; allerdings kann bei ihnen keine qua Aus-, Fort- oder Weiterbildung erworbene spezielle Kompetenz erwartet werden.

Beide Kammern halten Fortbildungen ihrer Mitglieder im Hinblick auf die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe für sinnvoll und nötig.

Demgegenüber sieht die **Kassenärztliche Vereinigung** als einzige der befragten Einrichtungen die Regelversorgung für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung - auch auf dem Hintergrund der ausgeprägten rechnerischen Überversorgung bei vielen Facharztgruppen und Psychotherapeuten im Land Bremen - als ausreichend an. Es können weder Versorgungslücken noch ein Bedarf für mehr Fortbildungen oder für eine spezialisierte Einrichtung wie ein MZEB erkannt werden.

Die **Leitenden Ärzte der vier psychiatrischen Kliniken** (einschl. der regionalen Behandlungszentren) im Land Bremen äußern sich dahingehend:

⁷⁸ Auch an mehreren der Deutschen Ärztetage der letzten Jahre wurden Defizite in der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung konstatiert und eine bedarfsgerechte medizinische Behandlung gefordert.

⁷⁹ Angesichts der fehlenden Nachfrage nach dem o.g. anerkannten ärztlichen Fortbildungscurriculum seitens der Bremer Ärztinnen/Ärzte sowie dem in Bremen – vermutlich mangels Nachfrage – fehlenden Angebot an einzelnen Fortbildungen bzgl. der ärztlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung ist davon auszugehen, dass ein Großteil der Ärztinnen/Ärzte noch nicht ausreichend sensibilisiert ist für die gesamte Thematik.

⁸⁰ Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat auf ihrer letzten Sitzung im Juni 2014 die Bundesregierung gebeten, die Psychotherapie-Richtlinie mit der Zielrichtung größerer Flexibilisierung zu überarbeiten. Hierzu wurde mit dem Referentenentwurf zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz im Oktober 2014 ein Entwurf vorgelegt.

- Psychiater im allgemeinen und das Personal in ihren Kliniken im Besonderen wird im Grundsatz als fähig angesehen, Menschen mit Doppeldiagnosen angemessen zu diagnostizieren und zu behandeln.
- Spezialeinrichtungen werden nicht als notwendig angesehen.
- Was Fortbildung des Personals und die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern der Behindertenhilfe betrifft, so würde beides bereits durch die Kliniken realisiert.
- Weiterer Fortbildungsbedarf wird gesehen und eine Intensivierung sowohl bei der Fortbildung als auch bei der Kooperation mit anderen Akteuren für wünschenswert erachtet.

5.3 Empfehlungen des Landesaktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention im Land Bremen⁸¹

Im jüngst ressortübergreifend erarbeiteten **Landesaktionsplan** wurden folgende Maßnahmen verabschiedet:

Neben der Schaffung angemessener therapeutischer bzw. beratender Angebote für Menschen mit einer psychischen Störung, von denen auch Menschen mit Behinderung profitieren würden, empfiehlt der Landesaktionsplan zusätzlich für die Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung folgende Maßnahmen:

- Entwicklung eines Konzepts zur verbesserten gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Bremen-Ost und der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, mit Fokus auf Fort- und Weiterbildung des Personals in Kliniken, Praxen und betreuenden Wohneinrichtungen,
- Aufbau eines speziellen Behandlungsangebots für Erwachsene mit schweren Behinderungen körperlicher oder geistiger Art in Form eines multiprofessionellen, sozialmedizinisch ausgerichteten Zentrums, analog zur Versorgung von Kindern in Sozialpädiatrischen Zentren,
- Verbesserung der therapeutischen Angebote speziell für Mädchen und Frauen mit kognitiver Beeinträchtigung⁸²,
- Information der Leistungserbringer im Bereich der Eingliederungshilfe über das Angebot der Traumaambulanzen für von Gewalt betroffene Frauen mit Behinderung⁸³.

5.4 MZEB – perspektivisch ein neuer Baustein in der spezialisierten Gesundheitsversorgung

Bei dem jüngsten Expertenaustausch zur Versorgungssituation der Menschen mit Doppeldiagnosen auf dem Bremer Fachtag am 20.11.2014⁸⁴ wurde die Einrichtung eines MZEB als mögliche Lösung der Versorgungsdefizite für das Land Bremen diskutiert.

⁸¹ <http://www.behindertenbeauftragter.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen55.c.9914.de>;
Zugriff: 12.12.2014

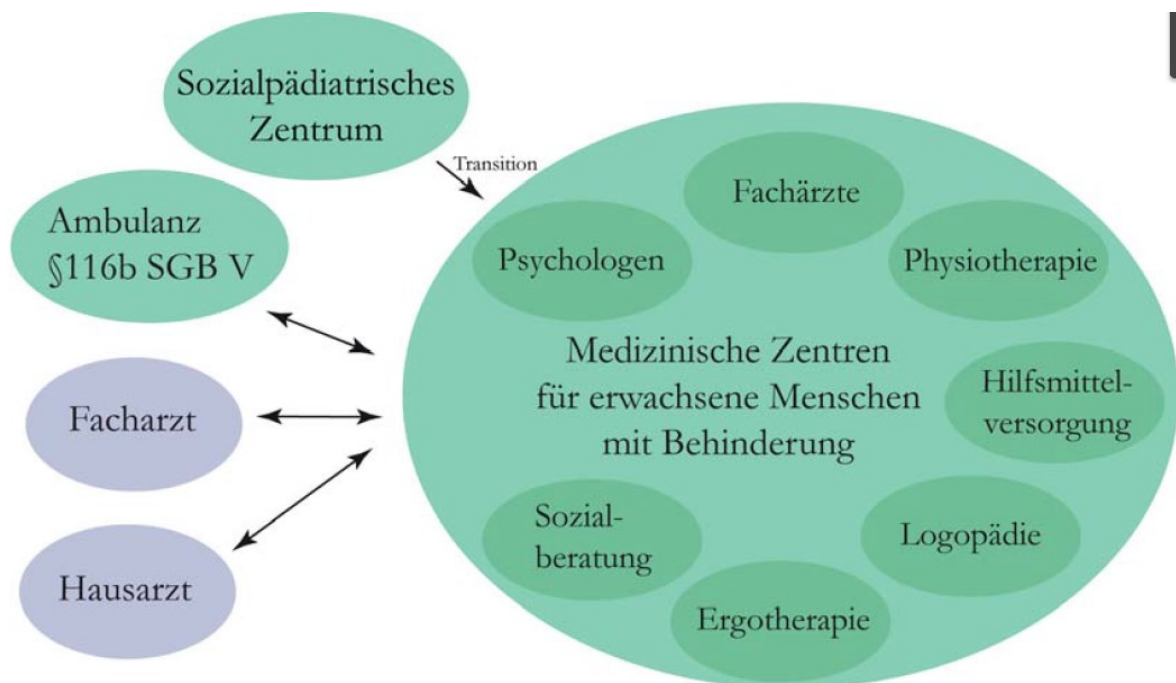
⁸² Auf der Grundlage der beschriebenen Befragungsergebnisse in diesem Bericht ist zudem zu empfehlen, die Bedarfe von Jungen und Männern hinsichtlich therapeutischer Angebote bei der Weiterentwicklung ebenfalls zu beachten.

⁸³ Die Bedarfe von Gewalt betroffener Männer mit Behinderung sollten ebenfalls in den Traumaambulanzen berücksichtigt werden.

⁸⁴ Der Fachtag mit dem Titel „Wenn das Problem nicht zur Lösung passt“ wurde gemeinsam vom Verein für Innere Mission in Bremen, Friedehorst-Dienstleistungen für Menschen mit Behinderung, Martinsclub Bremen, Initiative zur sozialen Rehabilitation e.V. und Gesundheit Nord, Klinikum Bremen Ost veranstaltet.

Die Zielsetzung sei nicht, das Regelversorgungsangebot im Hinblick auf die Versorgung der Zielgruppe zu ersetzen, sondern für spezielle Bedarfe um ein spezialisiertes medizinisches, psychologisches/psychotherapeutisches, beratendes Angebot zu ergänzen. Ein solches Zentrum würde auf Überweisung des behandelnden Arztes der Regelversorgung tätig und stünde diesem auf Wunsch - für eine eng begrenzte Zeit oder bei Bedarf auch längerfristig - mit spezieller Diagnostik, ggf. auch Behandlung und psychosozialer Beratung und Betreuung oder auch nur Therapieempfehlungen zur Verfügung. Außerdem könnte es die Koordination und Abstimmung der verschiedenen involvierten „Helferinnen/Helfer“, wie Angehörige, Assistentinnen/Assistenten, Wohnbetreuerinnen/-betreuer, Physio-/Ergo-/Logotherapeutinnen/-therapeuten, Fach- und Hausärztinnen/-ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten unterstützen. Desweiteren können auch Heil- und Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen der Gesundheitsförderung vom MZEB übernommen werden, wie in der folgenden Abbildung dargestellt:

Abbildung 6: Rolle eines Medizinischen Zentrums in der Versorgung von erwachsenen Menschen mit Behinderung



Quelle: Die Fachverbände (2011): Gemeindefnahe Gesundheitsversorgung für Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung

Seit ca. zwei Jahren entwickelt ein Arbeitskreis⁸⁵ unter Moderation des Leiters des Sozialpädiatrischen Instituts ein Konzept für ein Bremer MZEB. Für das geplante Bremer MZEB ist derzeit noch nicht entschieden, ob es - neben der Zentrumsleitung - zentrumseigene Ärztinnen/Ärzte verschiedener Fachgebiete vorhalten wird, oder ob die erforderlichen speziellen fachärztlichen Leistungen durch Ärztinnen/Ärzte des Regelversorgungssystems erbracht werden, die sich für die Behandlung der Zielgruppe qualifiziert haben und mit den anderen Gesundheitsfachberufen und dem MZEB in einem Verbund zusammenarbeiten. Zur Gestaltung der Einbindung der Ärztinnen/Ärzte und der Psychotherapeutinnen/-therapeuten in ein MZEB ist die Mitarbeit der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. der Obleute der relevanten Facharztgruppen sowie der Psychotherapeutenkammer im Arbeitskreis MZEB wünschenswert. Um die Interessen der

⁸⁵ In ihm sind u.a. der Landesbehindertenbeauftragte, die Ärztekammer, Krankenkassen, die Landesarbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände LAG, die Unabhängige Patientenberatung UPB, der Senator für Gesundheit und die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen vertreten.

Stadtgemeinde Bremerhaven ausreichend in der Konzeptionierung zu berücksichtigen, wäre eine Teilnahme diverser Vertreterinnen und Vertreter aus Bremerhaven ebenfalls sinnvoll.

Neben der Einrichtung eines MZEB wäre - alternativ oder additiv - auch der Aufbau eines **speziellen Kompetenzschwerpunkts** für Patienten mit Doppeldiagnosen an einem oder mehreren **Psychiatrischen Behandlungszentren** eine mögliche Maßnahme zur Optimierung der Versorgung.

Beide Erhebungen haben deutlich gemacht, dass eine **effiziente Vernetzung, Koordination und Steuerung an der Schnittstelle** von Eingliederungshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung und psychiatrischer Versorgung erforderlich ist.

5.5 Fazit

Zusammengefasst gilt es in der nahen Zukunft zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung im Land Bremen an folgenden Aspekten prioritär anzusetzen:

- Sensibilisierung sowie Fortbildung bei Ärzten und Psychotherapeuten bzgl. Diagnostik und Therapie,
- Zugang zur Regelversorgung, inkl. Ausbau von aufsuchender Behandlung,
- Aufbau eines MZEB unter aktiver Beteiligung von Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/-therapeuten mit Schwerpunkt psychische Störungen.
- Kooperation zwischen den Systemen Eingliederungshilfe/Gesundheit.

Nächste Schritte

Zunächst werden die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen und der Senator für Gesundheit Anfang 2015 die Ergebnisse der Befragungen, die im Kontext dieses Berichts durchgeführt wurden, den Versorgungssystemen Eingliederungshilfe und Gesundheit vorstellen und mit deren Vertreterinnen/Vertretern erörtern.

Anschließend soll ein zeitlich befristeter **strukturierter Dialog** zwischen beiden Systemen etabliert werden, in dem konkrete Verbesserungen der Versorgung sowie der Vernetzung und systematisierten Kooperation - ggf. differenziert für die beiden Stadtgemeinden Bremen und Bremerhaven - entwickelt werden. Dabei sollte über bereits existierende, aber z.T. wenig bekannte Behandlungs-/Unterstützungsangebote im Land Bremen (z.B. Psychotherapeuten/-innen, Traumaambulanzen) informiert werden. Darüber hinaus könnten erprobte Versorgungsmodelle aus dem In- und Ausland vorgestellt werden.

Dieser strukturierte Dialog sollte sich an den Maßnahmen des aktuell verabschiedeten Landesaktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenkonvention orientieren bzw. hätte diese zu berücksichtigen.

Die im Land Bremen bestehenden Gremiensysteme, nämlich der Fachausschuss Allgemeinpsychiatrie (Bremen) und der Psychosoziale Arbeitskreis (Bremerhaven) einerseits und die Zentrale Arbeitsgemeinschaft (ZAG) Erwachsene Menschen mit körperlichen, geistigen und mehrfachen Beeinträchtigungen (Landesgremium) andererseits sowie der Arbeitskreis MZEB sollen für die Initiierung des oben beschriebenen strukturierten Dialogs genutzt werden. Die Einbeziehung der Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten ist von besonderer Wichtigkeit.

Literatur

BARMER GEK: Gesundheitsreport 2014.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Lebenssituation und Belastung von Männern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland – Haushaltsbefragung. 2013.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. 2012.

Deutscher Bundestag: Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderung menschenrechtskonform gestalten. Drucksache 18/3155; Zugriff: 12.11.2014.

DGPPN (2014). Positionspapier „Zielgruppenspezifische psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen – Situation, Bedarf und Entwicklungsperspektiven“, www.dgppn.de/dgppn/struktur/referate/geistige-behinderung.html. Zugriff: 24.11.2014.

Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e.V. (2014): Menschen mit geistiger Behinderung im Maßregelvollzug, www.dhg-kontakt.de/pdf/schriften/DHG-MRV-Positionspapier%206.2014final.pdf. Zugriff: 24.11.2014.

Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2010): Landes-Psychiatrieplan Bremen.

Jacobi, F. (2009): Report Psychologie 1/2009, S. 17.

Jacobi, F. et al.: Psychische Gesundheit in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). In: Nervenarzt 1/2014.

Lingg, A.; Theunissen, G. (2013): Psychische Störungen und geistige Behinderungen. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis. 6. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Freiburg.

Möller, H.-J.; Laux, G.; Deister, A. (2013): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 5. Auflage, Stuttgart.

Robert-Koch-Institut: GEDA 2009 - Gesundheit in Deutschland Aktuell.

Robert-Koch-Institut: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 50 - Schizophrenie. 2010.

Robert-Koch-Institut: DEGS. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, Zusatzuntersuchung psychische Störungen (Wittchen, H.-U., Jacobi, F., 2012).

Seidel, M. (2014): Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung – eine fachliche und sozialpolitische Herausforderung. In: Recht & Praxis 2/2014, S. 40-47.

Spießl, H. et al. (2007): Intelligenzminderung. Teil 1: Einteilung, Häufigkeit, Ursachen und Diagnosen. Nervenheilkunde 7/2007, S. 603-608.

Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung (2011): Gemeindefähige Gesundheitsversorgung für Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung. Konzept Gesundheitsversorgung April 2011, www.lebenshilfe.de/de/themen-recht/artikel/Gemeindefaehige_Gesundheitsversorgung.php. Zugriff: 24.11.2014

Anlage 1

Fragebogen zur Versorgungssituation erwachsener Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Beeinträchtigungen (sog. „Doppeldiagnosen“)

1. Angaben zur Wohnform:		
Name Ihrer Einrichtung/ Ihres Wohnangebotes und Anschrift		
Bezeichnung der unterstützten Wohnform (Leistungstyp)		
Anzahl derzeit belegter Plätze	Anzahl Frauen	Anzahl Männer
2. Fragenkomplex zu Nutzerinnen / Nutzern mit psychischen Störungen:		
2.1 Anzahl der Nutzerinnen / Nutzer mit psychischen Störungen	Anzahl Frauen	Anzahl Männer
Wie viele Personen haben eine psychische Störung?		
2.1.1 <u>Ärztlich diagnostizierte</u> psychische Störungen: Bei wie vielen der unter 2.1. genannten Personen ist die psychische Störung <u>ärztlich diagnostiziert</u> ?	Anzahl Frauen	Anzahl Männer
2.1.2 Welche psychischen Störungen sind bei Ihren Nutzerinnen / Nutzern <u>ärztlich nach ICD-10 diagnostiziert</u> worden?	Anzahl Frauen	Anzahl Männer
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen		
F10- F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Abhängigkeitserkrankungen)		
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen		
F30-F39 Affektive Störungen		
F40-49 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen		
F50-F59 Verhaltensstörungen mit körperlichen Störungen und Faktoren		
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen		
2.1.3 Welche Gründe gibt es, dass möglicherweise nicht für alle unter 2.1 genannten Personen eine ärztliche Diagnose vorliegt?		
2.2 Welche weiteren Aspekte kennzeichnen die Lebenssituation der unter 2.1 genannten Nutzerinnen und Nutzer? (Mehrfachnennungen sind möglich)	Anzahl Frauen	Anzahl Männer
Epilepsie		
Autismus-Spektrum-Störungen		
Schwere kommunikative Beeinträchtigungen		
Komplexe mehrfache Behinderungen		
Traumatisierungen, z.B. durch Gewalterfahrungen, sexualisierte Gewalt, Vernachlässigungserfahrungen		
Sonstige:		

2.3 Durch welche konkreten Verhaltensweisen äußern sich die psychischen Probleme Ihrer unter 2.1 genannten Nutzerinnen / Nutzer? (Mehrfachnennungen sind möglich)	Anzahl Frauen	Anzahl Männer
Störungen der sozialen Interaktion / stark normverletzendes Verhalten		
Aggressives Verhalten		
Hyperaktivität / Umtriebigkeit		
Selbstverletzendes Verhalten		
Sexuelle Auffälligkeiten		
Ausgeprägt gestörtes Essverhalten		
Delinquentes Verhalten		
Sonstige:		
2.4 Medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka: Wie viele der unter 2.1. genannten Personen werden mit Medikamenten behandelt?	Anzahl Frauen	Anzahl Männer
Psychopharmaka		
Antiepileptika		
andere Medikamente:		
2.5 Alter: Wie viele der unter 2.1 genannten Personen sind	Anzahl Frauen	Anzahl Männer
zwischen 18 und 30 Jahre alt?		
zwischen 30 und 65 Jahre alt?		
Über 65 Jahre alt?		
2.6 Tagesstruktur Wie viele der unter 2.1 genannten Personen	Anzahl Frauen	Anzahl Männer
besuchen eine Werkstatt für Menschen mit Behinderungen?		
besuchen eine Tagesförderstätte?		
besuchen keine Werkstatt für Menschen mit Behinderungen und keine Tagesförderstätte		
Davon sind unter 60 Jahre?		
2.7 Freiheitsentziehende Maßnahmen: Wie viele der unter 2.1 genannten Personen	Anzahl Frauen	Anzahl Männer
haben Beschlüsse für freiheitsentziehende Maßnahmen?		
2.8 Herkunft: Wie viele der unter 2.1 genannten Personen stammen	Anzahl Frauen	Anzahl Männer
aus Bremen oder Bremerhaven?		
aus anderen Bundesländern?		
3. Fragenkomplex zu Nutzerinnen / Nutzern mit Suchterkrankungen:		
3.1 Anzahl der Nutzerinnen / Nutzer mit Suchtmittelmissbrauch und nicht stoffgebundenen Süchten	Anzahl Frauen	Anzahl Männer
Wie viele Personen haben eine Suchterkrankung?		

3.2 Welche Suchtarten liegen bei Ihren Nutzerinnen / Nutzern vor?	Anzahl Frauen	Anzahl Männer
Alkohol		
Medikamente		
Cannabis		
Andere illegale Drogen		
Esstörungen		
Sonstige:		
3.3 <u>Ärztlich diagnostizierte</u> Suchterkrankungen: Wie viele der unter 2.1 genannten Personen haben eine <u>ärztlich diagnostizierte</u> Suchterkrankung?	Anzahl Frauen	Anzahl Männer
4. Fragenkomplex zu Versorgungsstrukturen und ergänzenden Maßnahmen:		
4.1 Versorgungsstrukturen: Welche psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Versorgungsstrukturen (ambulant, stationär, zur Krisenintervention) sind für Ihre Nutzerinnen / Nutzer vorhanden? Bitte benennen Sie konkret namentlich mit Anschrift die Kliniken, Ärzte, Therapeuten, beratende Angebote, mit denen Sie im Hinblick auf die psychischen Beeinträchtigungen Ihrer Klientinnen und Klienten zusammen arbeiten bzw. bereits zusammen gearbeitet haben.		
4.2 Lücken in den Versorgungsstrukturen: Wo sehen Sie Lücken in den psychiatrischen und therapeutischen Versorgungsstrukturen? Welche konkreten Angebote fehlen aus Ihrer Sicht (ambulant, stationär, aufsuchend, zur Krisenintervention)?		
4.3 Erforderliche Verbesserungen in der Versorgungsstruktur: Welche Verbesserungen im Behandlungsangebot für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Beeinträchtigungen sind aus Ihrer Sicht erforderlich?		
4.4 Ergänzende Maßnahmen: Welche ergänzenden Maßnahmen wurden von Ihnen bereits umgesetzt (z.B. Fortbildungsangebote für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, interne / externe Fallberatung/-supervision)?		
4.5 Erforderliche Weiterentwicklung ergänzender Maßnahmen: Welche ergänzenden Maßnahmen sehen Sie als erforderlich für die Zukunft an, um Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Beeinträchtigungen besser unterstützen zu können?		

Ergebnisse der Fragebogen-Erhebung in Zahlen

Anlage 2

Bestehende psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Versorgungsstrukturen (ambulant, stationär, zur Krisenintervention) im Land Bremen nach Auskunft der Leistungserbringer

(n= 68 Fragebögen; die Antworten auf die offene Frage 4.1 wurden den aufgeführten Antwortkategorien zugeordnet)

Stationäre Versorgungsstrukturen	Nennungen
Psychiatrische Kliniken in Bremen und Bremerhaven (einschl. Suchtbehandlung)	41
Suchtkliniken, Bremen und Oldenburg	6
Neurologische Kliniken/Abteilungen, Bremen und Bremerhaven	5
Klinik für Essstörungen, Bad Oynhausen	5
Psychiatrische Klinik, Debestedt	4
Psychiatrische Klinik mit Abteilung für Menschen mit geistiger Behinderung, Osnabrück	4
Epilepsie-Zentrum Bethel, Bielefeld	4
Teilstationäre Versorgungsstrukturen	Nennungen
Psychiatrische Behandlungszentren – Tageskliniken, Bremen Psychiatrische Tageskliniken, Bremerhaven/Debestedt	5
Ambulante Versorgungsstrukturen	Nennungen
Fachärztinnen und -ärzte für Neurologie und Psychiatrie	60
Psychotherapeuten/-therapeutinnen (finanziert über Gesetzliche Krankenversicherung)	21
Suchtberatung im Gesundheitsamt Bremen und AWO Bremerhaven	6
Ambulante psychiatrische Dienste in Bremen und Bremerhaven (GAPSY/BAP)	5
Behandlungszentrum	4
Psychiatrische Ambulanz mit Abteilung für hörgeschädigte Menschen, Klinik Lengerich	2
Krisenintervention	Nennungen
Sozialpsychiatrischer Dienst (Kriseninterventionsdienst)	24
Sonstige Hilfen	Nennungen
Fachstelle für Gewaltprävention (z.T. Finanzierung aus Spenden der Wohneinrichtung)	14
Autismustherapiezentrum (Einzelfallfinanzierung)	8
Spezifische Angebote für suchterkrankte Menschen (Haus Neuland AWO, Guttempler, Anonyme Alkoholiker, Selbsthilfe-Gruppen für Alkoholgefährdete SGA e.V. Bremerhaven)	6
Psychotherapeuten/-therapeutinnen (Finanzierung über Angehörige/Entgelt der Einrichtung)	4
Schattenriss – Beratungsstelle gegen sexuellen Mißbrauch an Mädchen e.V. (Finanzierung durch Leistungsberechtigte/aus Spenden der Einrichtung)	4
Psychol. Beratung Pro Familia (Eigenfinanzierung durch Leistungsberechtigte)	3

Neuropsychologisches Institut Universität Bremen	2
Fach-/Fallberatung/Supervision aus Entgelt finanziert (vgl. hierzu Anlage 5)	5
keine Angabe	Nennungen
Keine Angabe	4

Anlage 3

Lücken in den Versorgungsstrukturen im Land Bremen aus Sicht der Leistungserbringer

(n= 68 Fragebögen; die Antworten auf die offene Frage 4.2 wurden den aufgeführten Antwortkategorien zugeordnet)

Therapeuten	Nennungen
Kaum qualifizierte Psychotherapeutinnen/-therapeuten für Menschen mit geistiger Behinderung (barrierefrei, leichte Sprache)	56
Spezielle Angebote für erheblich kommunikativ/kognitiv eingeschränkte Menschen/aufsuchende Angebote	23
Niedergelassene Fachärzte	Nennungen
Bedarf an Fachärzten/Fachärztinnen mit spezieller Fachlichkeit für Menschen mit geistiger Behinderung	34
Eingeschränkte Diagnostik	7
Überfüllte Praxen, keine kurzfristigen Termine	3
Akutversorgung/Krisenintervention	Nennungen
Verbesserung kurzfristiger Krisenintervention hinsichtlich personeller Ausstattung/Erreichbarkeit der Kriseninterventionsdienstes	34
Kaum fachliche Ansprechpartner/-partnerinnen mit Beratungskompetenz für Menschen mit geistiger Behinderung	22
Lückenhafte stationäre Akutversorgung/fehlende Möglichkeiten kurzzeitiger Unterbringung bei akuten Notfällen	9
Stationäre Versorgung	Nennungen
Überleitungsprobleme (verfrühte Entlassungen/zu wenig Informationsaustausch vor/während des Aufenthalts)	24
Kliniken fachlich nicht auf Menschen mit geistiger Behinderung eingestellt/spezifische bzw. höhere Betreuungsbedarfe häufig nicht berücksichtigt	23
Fehlen stationärer Suchttherapieangebote	4
Sonstiges	Nennungen
fehlende Kooperation zwischen medizinischem/therapeutischem System und Eingliederungshilfe für Menschen mit einer geistigen Behinderung	16
Folgeeinrichtungen unzureichend/fehlende (spezialisierte) Anschlussmaßnahmen nach Klinikaufenthalten	5
Beratungsangebote für Betroffene; Fachpersonal für Fallsupervision und -besprechungen, da Behandlungszentren diesbzgl. nicht nutzbar	3
Kaum Angebote zur Suchtberatung	1
Ambulante Psychiatrische Pflege (APP) für Menschen mit geistiger Behinderung nicht vorhanden	1
Keine Angabe	Nennungen
Keine Angabe	3

Anlage 4**Erforderliche Verbesserungen in der Versorgungsstruktur im Land Bremen aus Sicht der Leistungserbringer**

(n= 68 Fragebögen; die Antworten auf die offene Frage 4.3 wurden den aufgeführten Antwortkategorien zugeordnet)

Therapeuten	Nennungen
Qualifizierte Psychotherapeuten/-therapeutinnen für Menschen mit geistiger Behinderung.	43
Entwicklung/Anerkennung spezieller Therapieformen, die eingeschränkte Kommunikation/Introspektionsfähigkeit berücksichtigen (z.B. Musik-/Tanz-/Reittherapie)	20
Aufsuchende therapeutische Angebote/Lebensweltbezug	5
Angebote der Therapie und Beratung bei Suchterkrankungen	4
Barrierefreiheit therapeutischer Praxen	1
Niedergelassene Fachärzte	Nennungen
Fachärztinnen/-ärzte mit spezieller Fachlichkeit für Menschen mit geistiger Behinderung (Fachlichkeit/Sicherheit im Umgehen/Kommunikation)	36
Aufsuchende Fachärztinnen/-ärzte	6
Kurzfristige Termine/kürzere Wartezeiten/Einzeltermine	4
Verbesserte Diagnostik von psychischen Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung	3
Längere Behandlungszeiten berücksichtigen	1
Akutversorgung/ Krisenintervention	Nennungen
Verbesserte Fachlichkeit und Beratung beim Sozialpsychiatrischen Dienst	20
Verbesserung kurzfristiger Krisenintervention/ personeller Ausbau Krisendienst	5
Entwicklung neuer Angebote für akute Krisen (z.B. Home-Treatment, Modelle kurzfristiger Unterbringung, geeignete niedrigschwellige Tagesstruktur für Menschen mit komplexen Behinderungen)	3
Stationäre Versorgung	Nennungen
Spezielle Angebote für Menschen mit geistiger Behinderung in psychiatrischen Krankenhäusern; ggf. spezielle Abteilung	20
Verbesserung des Überleitungsmanagements/Verbesserung der Kooperation	8
Regelung für Begleitung bei stationärer Krankenhausbehandlung	1
Veränderung der medizinischen Sichtweise: Symptome/Verhaltensweisen werden z.T. noch geistiger Behinderung zugeschrieben	1
Teilstationäre Versorgung	Nennungen
Verbesserter Zugang zu Angeboten der Tageskliniken	1
Sonstiges	Nennungen
Verbesserung der Kooperation zwischen den medizinisch/therapeutischen Versorgungsstrukturen und Eingliederungshilfe, Klärung von Zuständigkeiten; keine Trennung der Systeme	24
Interdisziplinäres ärztliches Zentrum mit fachlicher Spezialisierung (MZEB)	10
Spezialisierung von Einrichtungen, z.B. für alte Menschen mit Doppeldiagnose, (intensiv-)therapeutische Wohngemeinschaften bei Doppeldiagnose mit ausgeprägten sozialen Verhaltensproblemen, für Menschen mit geistiger	3

Behinderung und Suchterkrankung	
Psychologisches Beratungszentrum mit fachlicher Spezialisierung für Menschen mit geistiger Behinderung und auch Fallsupervisionen in den Einrichtungen	2
Spezielle Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	2
Bessere personelle Ausstattung	1
Erstellung einer Übersicht inkl. Anschriften, Telefonnummern und Schwerpunkten von Angeboten	1
Keine Angaben	Nennungen
Keine Angaben	2

Anlage 5**Ergänzende Maßnahmen, die von den Leistungserbringern im Bereich Wohnen bereits umgesetzt wurden**

(n= 68 Fragebögen; die Antworten auf die offene Frage 4.4 wurden den aufgeführten Antwortkategorien zugeordnet)

Ergänzende Maßnahmen der Leistungserbringer	Nennungen
Fortbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	61
(Fall-)Supervision (extern)	61
Fach-/Fallberatung (intern)	50
Praktika von Gesundheits-/Krankenpflegerschülerinnen/-schülern in Wohnstätten	16
Kooperation mit Tagesstätte und WfbM, besondere Hervorhebung der "Suchtgruppe"-Gesprächskreis für Betroffene in der WfbM	5
Fallbezogene Teambesprechung durch den behandelnden Psychiater	4
Gute/langfristige Zusammenarbeit mit vorhandenen/gleichen Ärzten anstreben,	2
Unterstützung des Arztes durch ausführliche Informationsweitergabe an den Arzt durch Assistenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	1
Aufbau stabiler Sozialbeziehungen/Stärkung von Resilienz	1
Zusammenarbeit mit Schattenriss und Fachstelle für Gewaltprävention (jedoch Schwierigkeit der Finanzierung)	1
Zusammenarbeit mit Autismustherapiezentrum (Einschränkung durch eingeschränkte Kapazitäten und Finanzierungsprobleme)	1
Keine Angaben	2

Anlage 6**Erforderliche Weiterentwicklungen der ergänzenden Maßnahmen aus Sicht der Leistungserbringer**

(n= 68 Fragebögen; die Antworten auf die offene Frage 4.5 wurden den aufgeführten Antwortkategorien zugeordnet)

Verbesserung der Kooperation	Nennungen
Verbesserung der Zusammenarbeit aller Beteiligten (z.B. Netzwerkarbeit, Runde Tische, gemeinsame Fortbildungen), Vernetzung von Behandlungssystem/Leistungserbringern der Eingliederungshilfe	25
Verbesserte Kooperation mit Kliniken (Beratung und Therapie)	9
Keine Klassifizierung nach geist. Beh. oder psych. Erkr. und Trennung der Hilfeleistungen im System der Eingliederungshilfe	4
Kooperation mit spezialisierten Trägern	1
Weiterentwicklung der Angebote	Nennungen
Einrichtung eines Medizinischen Zentrums zur Behandlung von geistig behinderten Erwachsenen (MZEB)/Wunsch nach einem Zentrum mit spezieller Diagnostik und Beratung/mit stationärer Akutbehandlung	21
Mehr Inklusion in allen Lebensbereichen, Fokussierung auf den Menschen mit Behinderung und seinen Hilfebedarf, nicht auf die Systeme	9
Ausbau/Gründung von Selbsthilfegruppen/niedrigschwelliger, kostenloser (Gesprächs-)Angebote für betroffene Nutzerinnen/Nutzer	7
Entwicklung spezialisierter geeigneter Wohn- und Tagesstrukturangebote	5
Finanzierung von Leistungen, die nicht die Krankenkasse übernimmt, z.B. Kunsttherapie, Gruppenangebote	2
Niedrigschwellige Unterbringungsmöglichkeiten für akute Krisen	2
Aufbau von Angeboten im Bereich der Suchtprävention und Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung	1
Stärkung von Beratungsstellen, z.B. bei Mißbrauch- und Gewaltproblematiken	1
Fachliche Aus-/Weiterbildung im System der Eingliederungshilfe	Nennungen
Mehr spezialisierte Schulungen, Fachberatung, Supervision (auch durch qualifizierte Therapeuten/Therapeutinnen/Psychologen/Psychologinnen)	14
Inhalte in Aus- und Fortbildung pädagogischer Fachkräfte und Berücksichtigung des Themas in pflegerischen/therapeutischen Ausbildungen/Studiengängen, gemeinsame Fortbildungen	10
Personelle Ausstattung	Nennungen
Berücksichtigung in Personalschlüsseln/Notwendigkeit von Einzelbetreuung z.B. bei Krisen	13
Medizinisches System (vgl. hierzu Anlage 4)	Nennungen
Mehr niedergelassene Ärztinnen/Ärzte und Therapeutinnen/Therapeuten	10
Fachliche Weiterqualifikation der Fachärztinnen/-ärzte (z.B. in der Diagnostik)	6
Beratung der Mitarbeiter/-innen durch die behandelnden Ärztinnen/Ärzte der Klienten	1
Keine Angaben	Nennungen
Keine Angaben	7

Anlage 7

Muster des Fragenkatalogs zur Bewertung der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung – gerichtet an Ärztekammer, Psychotherapeutenkammer, Kassenärztliche Vereinigung⁸⁶

A Ist-Stand Diagnostik und Behandlung

Wie bewertet die Ärztekammer Bremen/ die Psychotherapeutenkammer Bremen/ die Kassenärztliche Vereinigung Bremen die gesundheitliche Versorgung der Patientinnen und Patienten mit geistigen Behinderungen und komorbiden psychiatrischen Störungen im Land Bremen durch die Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten Im Land Bremen? Im Einzelnen:

- a) Ist die medizinische Regelversorgung für alle Erwachsenen mit geistigen Behinderungen und komorbiden psychiatrischen Störungen im Land Bremen ausreichend?
- b) Wie bewertet ... die Möglichkeit für nicht spezifisch fort- oder weitergebildete Ärztinnen und Ärzte im somatischen Bereich, etwaige Verhaltensauffälligkeiten von Menschen mit geistiger Behinderung im Rahmen von Diagnostik und Behandlung angemessen der geistigen Behinderung bzw. einer zusätzlichen psychischen Störung zuzuordnen?
- c) Wie bewertet die Möglichkeit für nicht spezifisch fort- oder weitergebildete Psychiaterinnen/Psychiater, bei Patientinnen und Patienten einerseits die geistige Behinderung, andererseits eine oder mehrfache etwaige psychische Störungen differentialdiagnostisch zu erfassen?
- d) In welchem Umfang gibt es im Land Bremen Ärztinnen und Ärzte mit einer speziellen Fort- oder Weiterbildung für die Behandlung von Patienten mit geistigen Behinderungen?
- e) Wie bewertet ... Bedarf und Möglichkeit der Ärztinnen und Ärzte, fachliche Unterstützung in behinderungsspezifischen Fragen bei entsprechend qualifizierten und erfahrenen Kollegen bzw. spezialisierten Einrichtungen im Land Bremen einzuholen?
- f) Wie bewertet ... den Bedarf und die Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte, sich selbst bzgl. der o.g. Zielgruppe der „Doppeldiagnosen“ fortzubilden?
- g) In welchen Aspekten besteht ggf. ein Fortbildungsbedarf? (Diagnostik; Behandlung; Kommunikation und Arzt-Patient-Beziehung; spezielle Versorgungsangebote; Kooperation mit anderen Versorgern o.a.)

B Verbesserungsmöglichkeiten

- a) Sieht ... Optimierungsbedarfe, wenn ja, welche ...
 - a. im Bereich der medizinischen Regelversorgung bzgl. der o.g. Punkte 1 a-g
 - b. in anderen Bereichen des Versorgungssystems im Land Bremen?
- b) Wie bewertet ... die mögliche Einrichtung eines Medizinischen Zentrums für Erwachsene mit schweren geistigen, schweren körperlichen und schweren Mehrfachbehinderungen im Land Bremen (MZEB), das für den Teil der Zielgruppe, der in der Regelversorgung möglicherweise nicht angemessen zu versorgen ist, auf Überweisung des behandelnden Arztes spezielle Diagnostik und Therapie, sowie den Aufbau eines Netzwerks zur Kooperation der involvierten Leistungserbringer anbietet?
- c) Würde ... die Einrichtung eines Behandlungsschwerpunkts für die Zielgruppe der Menschen mit geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen an einem potentiellen MZEB befürworten?

⁸⁶ Die Fragenkataloge für die drei Einrichtungen unterschieden sich geringfügig, je nach Adressat und seiner Verantwortlichkeit für die Zielgruppe.

Anlage 8

Muster des Fragenkatalogs zur Bewertung der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Störung – gerichtet an die Leitenden Ärzte der vier psychiatrischen Kliniken im Land Bremen

1. Diagnostik

- a) Wie bewerten Sie die Möglichkeit für ausgebildete – nicht spezifisch weitergebildete - Psychiater in der stationären Behandlung, bei Menschen mit geistigen Behinderungen einerseits die geistige Behinderung, andererseits eine etwaige psychiatrische Störung bzw. mehrfache psychiatrische Störungen korrekt differentialdiagnostisch zu erfassen?
- b) Sehen Sie die bei stationär behandelten Menschen mit geistigen Behinderungen und psychiatrischen Komorbiditäten im Rahmen der ICD-Codes dokumentierten Diagnosen als valide Daten an?

2. Behandlung

- a) Bitte legen Sie kurz die Behandlungsangebote Ihrer Klinik für die o.g. Zielgruppe dar.
- b) Verfügt Ihre Klinik über speziell fort- oder weitergebildetes Personal in der Versorgung dieser Zielgruppe? Wenn ja, in welchem Umfang?
- c) Bietet Ihre Klinik Angebote zur Fort- und/oder Weiterbildung im Bereich „Doppeldiagnose geistig behindert und psychisch krank“ für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im ärztlichen, psychologisch-psychotherapeutischen und pflegerischen Bereich an? Wenn ja, in welchem Umfang wurden sie bisher wahrgenommen?
- d) Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit Ihrer Klinik mit Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern von Einrichtungen der Behindertenhilfe, mit Angehörigen, Assistenzen, niedergelassenen Ärztinnen/Ärzten, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, die diese Patienten vor und nach der stationären Behandlung versorgen?
- e) Wie bewerten Sie insgesamt die derzeitige Versorgung dieser Zielgruppe durch die Möglichkeiten Ihrer Klinik?

3. Verbesserungsmöglichkeiten

- a) Sehen Sie Optimierungsbedarfe, wenn ja, welche
 - a. In Ihrer Klinik bzgl. der o.g. Punkte 2a-e
 - b. In anderen Bereichen des Bremer Versorgungssystem?
- b) Wie bewerten Sie die mögliche Einrichtung eines Medizinischen Zentrums für Erwachsene mit schweren geistigen, schweren körperlichen und schweren Mehrfachbehinderungen im Land Bremen (MZEB), das – analog zum Sozialpädiatrischen Institut - für den Teil der Zielgruppe, der in der Regelversorgung nicht angemessen zu versorgen ist, spezielle Diagnostik und Therapie, sowie den Aufbau eines Netzwerks zur Kooperation der involvierten Leistungserbringer anbietet?
- c) Würden Sie die Einrichtung eines Behandlungsschwerpunkts für die Zielgruppe der Menschen mit geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen an einem potentiellen MZEB befürworten?