

JAHRESBERICHTE 2004

**Freiwillige Dokumentation
der Sozialpsychiatrischen Dienste in
Baden-Württemberg**

Auswertung

**LIGA
DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE
IN BADEN-WÜRTTEMBERG E.V.**



Die Freiwillige Jahresdokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg wurde durchgeführt von der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. in Verantwortung der Arbeitsgruppe Psychiatrie des Ausschusses Rehabilitation (bzw. seit Frühjahr 2005: Ausschuss Psychiatrie und Behindertenhilfe).

Fragebogen und Bericht wurden abgestimmt in der **Arbeitsgruppe „SpDi-Dokumentation“**. Daran waren beteiligt

- Helene Aumüller, Mannheim
- Ernst Breitingen, Ulm
- Sylvia Hübscher/Sabine Philipp, Böblingen
- Andrea Krainhöfer, Reutlingen
- Gabriele Rein, Stuttgart

sowie die Psychiatrie-Referenten der Verbände.

Auswertung der Befragung: Lars Neuberger, Liga der freien Wohlfahrtspflege

Erstellung des Berichts: Friederike Hohloch, Reutlingen

Koordination: Georg Schulte-Kemna, Diakonisches Werk Württemberg

Impressum

Herausgeber Liga der freien Wohlfahrtspflege
in Baden-Württemberg e.V.
Augustenstraße 63, 70178 Stuttgart
T. 0711 / 619 67-0, F. 0711 / 619 67-67
info@liga-bw.de, www.liga-bw.de

Gegen einen Unkostenbeitrag kann diese Auswertung unter **www.liga-bw.de/download** heruntergeladen werden.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort	4
Zusammenfassung	5
1. Versorgungsregionen der Sozialpsychiatrischen Dienste	8
2. Organisationsstruktur der Sozialpsychiatrischen Dienste	
2.1 Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste.....	10
2.2 Beschäftigte in den Sozialpsychiatrischen Diensten.....	12
2.3 Leistungsbereiche der Sozialpsychiatrischen Dienste.....	14
3. Betreuungsverhältnisse im Berichtsjahr 2004	
3.1. Betreute Personen nach Leistungsbereichen.....	15
3.1.1 Grundversorgung und Soziotherapie.....	16
3.1.2 Betreutes Wohnen als integrierte Leistung von Sozialpsychiatrischen Diensten..	17
3.1.3 Andere Leistungen.....	18
3.2. Art der Betreuung im Rahmen der Grundversorgung.....	19
3.2.1 Anteil der Erstbetreuungen im Rahmen der Grundversorgung.....	21
3.2.2 Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit im Rahmen der Grundversorgung.....	22
3.2.3 Beendigungen der längerfristigen Grundversorgung.....	24
3.3.3 Umgang mit den Kürzungen und Erschließung neuer Leistungen.....	26
4. Soziotherapie in den Sozialpsychiatrischen Diensten	
4.1 Anzahl Soziotherapieanträge als Erstverordnungen und Folgeanträge.....	29
4.2 Initiierende Stellen für Soziotherapie.....	32
4.3 Beendigungen der Soziotherapie.....	34
5. Entwicklungsstand der Kooperation mit den Psychiatrischen Institutsambulanzen und der Netzwerkbildungen in Gemeindepsychiatrischen Verbänden und Zentren	
5.1 Psychiatrische Institutsambulanzen in den untersuchten Regionen Baden- Württembergs.....	35
5.2. Stand der Kooperationsentwicklung zwischen SpDi und PIA.....	36
5.2.1 Formen der Kooperation.....	37
5.2.2 Gemeinsame KlientInnen der Psychiatrischen Institutsambulanzen und Sozialpsychiatrischen Dienste.....	38
5.2.3 Andere Kooperationen der SpDi im psychiatrischen Versorgungsnetzwerk.....	39
5.2.4 Entwicklungen im Bereich Gemeindepsychiatrischer Verbände und Zentren.....	40
Anhang	
A Zusammenstellung Sozialpsychiatrische Dienste in Ba-Wü	41
B Tabellenteil	46
C Verzeichnis der Tabellen und Grafiken	53

Vorwort

Auswertung der Jahresberichte 2004 der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg

Mit der Auswertung und Veröffentlichung der Jahresberichte der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg möchte die Liga der freien Wohlfahrtspflege auch in diesem Jahr ihren Beitrag zur Transparenz dieses wichtigen ambulanten sozialpsychiatrischen Angebotes leisten und über die Entwicklung dieser Dienste und deren Klientel Auskunft geben.

Sozialpsychiatrische Dienste stellen seit Jahren einen preiswerten Leistungsbaustein der ambulanten Versorgung unserer an einer psychischen Erkrankung oder seelischen Behinderung leidenden Mitbürgerinnen und Mitbürger dar. Und dennoch haben die Träger dieser Angebote erfahren müssen, dass die Zuschüsse für diese Dienste 2003 enorm gekürzt wurden.

Dies und die spürbar häufigere Inanspruchnahme der Dienste führt zu einer erheblichen Zunahme der Belastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die von bisher 88,8 auf 101,4 Betreuten angestiegen ist. Eine Verschlechterung der Qualität und eine Weitervermittlung an andere Angebotsformen – wie dies bereits durch den Anstieg der Vermittlungen in das Betreute Wohnen für Behinderte dokumentiert wird – ist die notwendige Konsequenz.

Diese Situation und die Erkenntnis, dass psychische Krankheiten in einer alarmierenden Weise zunehmen – so sind nach einer Studie der DAK seit 1997 die psychiatrischen Krankheitsfälle um 70 Prozent angestiegen – zwingen unseres Erachtens dringend zu einer Entlastung und einem weiteren Ausbau dieser Dienste, auch unter dem Gesichtspunkt der Kostenreduzierung in der Eingliederungshilfe.

Wir möchten die Gelegenheit nutzen, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller Sozialpsychiatrischen Dienste dafür herzlich danken, dass sie trotz der durch Kürzungen verursachten schwierigen Bedingungen, Menschen mit psychischen Krankheiten und seelischen Behinderungen engagiert unterstützen und begleiten.

Stuttgart, im Dezember 2005

gez. Manfred Schöniger

Stv. Vorsitzender Ausschuss
Psychiatrie und Behindertenhilfe

Zusammenfassung Jahresbericht 2004

Freiwillige Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg

Veränderungen der Trägerstruktur

Konkrete Veränderungen der Trägerstruktur haben im Berichtsjahr bei immerhin 7 SpDi in *Landkreisen* und 3 *Stuttgarter Diensten* stattgefunden. Dabei handelte es sich um

- Neuaufteilungen der Versorgungsgebiete und
- Trägerwechsel,

um eine bessere Vernetzung verschiedener ambulant – psychiatrischer Versorgungsangebote unter einem Dach zu gewährleisten. Damit war fast jeder 5. Dienst (17,5%) im Land neben der Betreuungsarbeit auch mit einer internen Strukturreform und ihren Folgen beschäftigt.

Betreuungsquote

Die Sozialpsychiatrischen Dienste betreuten im Jahr 2004 insgesamt 15 378 Personen. Die Betreuungsquote hat im Vergleich zum Berichtsjahr 2003 eine steigende Tendenz. Im Berichtsjahr 2004 betreute ein Dienst durchschnittlich 265,1 Personen. Aus dem Vergleich mit dem Vorjahr 2003 (249,4 Personen pro Dienst in 2003) lässt sich ein Anstieg von fast 16 Personen pro Dienst ermitteln; das entspricht einer Zunahme um 6,3%. Die Fall-Belastung pro MitarbeiterIn ist von 88,8 im Jahr 2003 auf 101,4 betreute Personen pro MitarbeiterIn im Jahr 2004 gestiegen, das entspricht einer Zunahme von 14,2%.

Leistungsbereiche der Sozialpsychiatrischen Dienste

Grundversorgung

86,1 % aller KlientInnen wurden über die pauschalfinanzierte Grundversorgung betreut. Fast die Hälfte dieser Personen (46,0%) wurden längerfristig, d.h. mit mehr als 5 Kontakten betreut. Etwas mehr als die Hälfte der Personen in der Grundversorgung (50,3%) waren Erstbetreuungen. In der Tendenz ist in der Grundversorgung seit dem Berichtsjahr 2003 ein Rückgang in der längerfristigen Grundversorgung und ein Anstieg der indirekten Kontakte und Kurzkontakte zu verzeichnen.

Soziotherapie

11,8% der betreuten Personen in den SpDi erhielten Soziotherapie. Fast jeder zweite Antrag auf Soziotherapie (54,9%) wurde durch einen Sozialpsychiatrischen Dienst selbst initiiert.

Die Anzahl der Soziotherapieanträge ist gegenüber 2003 um 300 auf 1 350 Anträge im Berichtsjahr 2004 zurückgegangen. Allerdings hat sich die Erfolgsquote bei der Genehmigung von Soziotherapieanträgen deutlich erhöht. 2003 wurden 82,3% der Anträge auf Soziotherapie genehmigt, während im Jahr 2004 87,0% der Anträge positiv entschieden wurden. Unter dem Strich ergibt sich von 2003 auf 2004 eine Abnahme um 132 genehmigte Soziotherapieanträge.

Die Vermutung, dass im Zuge eines „Creaming-Effektes“ das Potenzial an soziotherapiefähigen Patienten im Laufe der Zeit abnimmt, kann im Berichtsjahr 2004 als vorsichtige Trendaussage bestätigt werden. Der Rückgang der Soziotherapieanträge sowie der Gleichstand zwischen Erstverordnungen und Folgeanträgen wäre als Hinweis zu verstehen, dass wegen des ausbleibenden sukzessiven Anstieges von Soziotherapie-

patienten, der anvisierte Ausgleich der pauschalierten Kassenbeiträge durch Soziotherapie in Frage steht.

Von besonderer Bedeutung wird in diesem Zusammenhang die Handhabung nach Ausschöpfung des Bewilligungszeitraums von drei Jahren sein. Diese Frage stellt sich ab dem Jahr 2005: Beginnt nach drei Jahren (bzw. 120 Stunden) ein neuer Bewilligungszeitraum oder gibt es Soziotherapie nur einmal pro Person für drei Jahre ohne Verlängerungsmöglichkeit oder neuer Antragsmöglichkeit? Es zeigt sich, dass die Anzahl der i.S. der Richtlinien „soziotherapiefähigen“ KlientInnen durchaus begrenzt ist, würde im zweitgenannten Fall die Soziotherapie als eine Finanzierungssäule für die SpDi bereits ab 2005 wieder wegbrechen.

Andere einzelfallfinanzierte Leistungen

Sechs Sozialpsychiatrische Dienste (4 in Landkreisen, 2 in Stuttgart) erbrachten weitere Leistungen nach dem BSHG und 11 Dienste (7 Landkreis, 1 Stadtkreis, 3 im Stadtkreis Stuttgart) Leistungen für andere Leistungsträger. Insgesamt sind es zusammen nur 1,0% aller Fälle (163 Personen), die auch über andere Leistungen nach dem Sozialhilferecht (z.B. Einzelhilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe) und Leistungen anderer Leistungsträger (z.B. vergütete Auftragsarbeiten für die PIA oder Tagesklinik, d.h. kassenfinanzierte Leistungen) finanziert werden konnten.

Betreuungsverhältnisse in der Grundversorgung

Grundversorgung

Die Betreuungsarbeit in der längerfristigen Grundversorgung der sozialpsychiatrischen Dienste konzentrierte sich an den beiden Enden der durch die Befragung vorgegebenen Zeitschiene von 12 Monaten. An einem Ende (bis zu 6 Monaten Betreuungsdauer) kumulierten kompakte, nach wenigen Kontakten in kürzerer Zeit abschließbare Beratungen, vermutlich handelt es sich häufig um Vermittlungen in andere Betreuungsformen: 1 618 Personen bzw. 26,1% aller grundversorgten KlientInnen hatten im Laufe eines halben Jahres zwischen 5 und 10 Kontakte. Die in absoluten Zahlen größte Gruppe (3 893 Personen, 62,9% aller grundversorgten KlientInnen) befindet sich am anderen Ende der Zeitschiene (7 bis 12 Monate). Die Einzelpersonen in dieser Gruppe benötigten je nach Problem- und Lebenslage unterschiedliche Kontakt-häufigkeiten über mindestens 7 bis 12 Monate.

Erstbetreuungen im Rahmen der Grundversorgung

Bei etwas mehr als der Hälfte der Personen (50,3%) in der Grundversorgung handelte es sich um Erstberatungen. 68,6% der Fälle konnten nach maximal 4 Kontakten abgeschlossen werden. 71,9% der indirekten Beratungen von z.B. Angehörigen oder KollegInnen waren Erstberatungen. Jede vierte (27,6%) Erstberatung mündete in eine längerfristige Betreuung.

Beendigungen der längerfristigen Grundversorgung

Zieht man die Daten der Beendigungen durch Vermittlung in Anschlussbetreuung und in Soziotherapie zusammen, beendeten die Dienste in 40,2% (665 Fälle) aller abgeschlossenen Fälle die Grundversorgung erst nach arbeitsintensiven Vorläufen. Insofern ist es problematisch, dass nicht wenige Dienste in den offenen Fragen angeben, mit der Reduktion der fallbezogenen Kooperation und Koordination, die Personalkürzungen kompensieren zu müssen.

Zusammenarbeit mit den Psychiatrischen Institutsambulanzen

Die Kooperation zwischen SpDi und PIA scheint auf institutioneller Ebene bereits gut vorangeschritten. 78,9% der befragten Sozialpsychiatrischen Dienste gaben an, mit einer PIA zu kooperieren. 41,1% aller befragten SpDi hatten mit den PIA eine schriftliche Kooperationsvereinbarung geschlossen. In 58,9% der Fälle finden Kooperationen ohne schriftliche Vereinbarung statt.

Die Strukturen der PIA sind offensichtlich nur begrenzt dezentralisierbar. Demgegenüber stellen die befragten SpDi mit ihren 114 Standorten, Außenstellen und Außensprechstunden (d.h. mit durchschnittlich 2,6 Anlaufstellen pro Kreis) und mit ihrem Angebot aufsuchender Arbeit tatsächlich eine flächendeckende wohnraumnahe Struktur bereit.

Die gemeinsamen KlientInnen von SpDi und PIA machen bislang noch eine kleine Gruppe unter den SpDi-Klienten aus. Nur 2,9% aller SpDi – KlientInnen (441 Personen) waren gemeinsame KlientInnen mit einer PIA. In 27% dieser Fälle, handelte es sich um PatientInnen für die die PIA Soziotherapie beantragte. Es wäre wünschenswert, die Vernetzung der Hilfen einer größeren Anzahl von KlientInnen zugute kommen zu lassen. Auch hinsichtlich der Entwicklung gemeinsamer Angebote (z.B. psychoedukative Gruppen) liegen Arbeitsfelder für den zukünftigen Aufbau neuer Kooperationsformen.

Stand der Entwicklung Gemeindepsychiatrischer Verbünde und Gemeindepsychiatrischer Zentren, Erschließung neuer Leistungen

In bereits 40 Versorgungsregionen existieren Gemeindepsychiatrische Verbünde oder Zentren, 13 weitere sind im Aufbau. 6 Dienste berichteten von bereits institutionalisierten Hilfeplankonferenzen, 4 Dienste sind in der Planungsphase.

Die Erschließung neuer Leistungen, die von den befragten SpDi in den offenen Fragen genannt wurden, liegen in den Bereichen der Sucht- und Wohnungslosenhilfe, der Erschließung des gerontopsychiatrischen Arbeitsfeldes, der Beratung für psychisch kranke ArbeitnehmerInnen zum Erhalt und zur Vermittlung in Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnisse und der Entwicklung therapeutischer Gruppenangebote für spezifische Gruppen chronisch psychisch kranker Menschen. In diesen Bereichen konnten oder sollen in Zukunft zur Kompensation der Kürzungen entweder einzelfallfinanzierte Leistungen abgerechnet oder zeitlich befristete Projektmittel z.B. bei „Aktion Mensch“ aquiriert werden.

1.

Versorgungsregionen der Sozialpsychiatrischen Dienste*

In Baden-Württemberg existieren 69 Sozialpsychiatrische Dienste.¹ Für die Dokumentation der Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) im Jahr 2004 stellten der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V.² insgesamt 59 Dienste ihre Daten zur Verfügung.³ Mit dieser Dokumentation wird somit ein Einzugsbereich mit ca. 85% der Bevölkerung Baden-Württembergs auf 84% der Landesfläche erfasst.⁴

Bei den antwortenden Diensten handelt es sich um 45 Sozialpsychiatrische Dienste aus *Landkreisen* und 14 Sozialpsychiatrische Dienste aus *Stadtkreisen*, davon 8 im *Stadtkreis Stuttgart*. 21 Dienste in den *Landkreisen* betreuen den gesamten *Landkreis*, 24 nur einen Teil des *Landkreises*. 14 Sozialpsychiatrische Dienste sind in *Stadtkreisen* tätig, davon versorgen 5 Dienste den gesamten *Stadtkreis* und 9 Dienste (davon wiederum 8 Stuttgarter Dienste) jeweils nur Teilregionen.

Tabelle 1: Einwohnerzahl des Versorgungsgebietes

Versorgungsgebiet (beantwortet von 59 SpDi)	Einwohner
insg. in den Versorgungsgebieten erfasst	9.119.662
durchschnittl. versorgte Einw. / SpDi	154.571
Einwohner in Baden-Württemberg (2003)	10.693.000 *
damit lt. Angaben der SpDi erfasst	85,3 % d. Bev.
Einwohner pro SpDi-Mitarbeiter	57.052 Einw. / SpDi-MA**
Betreute Personen pro SpDi-Mitarbeiter	101,4 betr. Pers. / SpDi-MA***
Betreute Personen pro Fachkraft	104,5 betr. Pers. / Fachkraft****

* Quelle: Stat. Landesamt; http://www.statistik-bw.de/Veroeffentl/GrafikenImages/FB_2004.pdf
** siehe Fragen 1.1.2 & 1.2.1
*** siehe Fragen 1.2.1 & 2.1
**** zum 01.01.2005, ohne Verwaltungskräfte (insg. 56 Antworten)

Hinsichtlich der Fallzahlen pro Fachkraft zeigen sich wegen der sehr unterschiedlichen Flächenausdehnung und Bevölkerungsdichte der Versorgungsgebiete markante Unterschiede zwischen *Land-* und *Stadtkreisen*. Deswegen werden in der Auswertung die Daten für Dienste aus *Landkreisen* und aus *Stadtkreisen* gegenübergestellt.

* Für die mit * versehenen Kapitel sind im Anhang B: Tabellenteil zusätzliche oder erläuternde Tabellen und Datenmaterialien zusammengestellt.

¹ Im Anhang befindet sich eine Zusammenstellung der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden und Württemberg.

² In der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. sind die elf Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege Baden-Württembergs zusammengeschlossen, denen landesweit ca. 150 000 MitarbeiterInnen sowie ca. 300 000 ehrenamtlich Tätige angehören.

³ Die Anzahl der antwortenden Dienste ist nicht mit der Gesamtanzahl der SpDi verrechenbar, da formal eigenständige Dienste eine gemeinsame Dokumentation im Kreis erstellt haben und andererseits einzelne SpDi, die formal einer Trägerschaft angehören, getrennt dokumentiert haben. 10 SpDi aus 8 Stadt- und Landkreisen haben nicht an der Freiwilligen Dokumentation teilgenommen. Siehe Grafik 10: Sozialpsychiatrische Dienste in Baden-Württemberg, S. 46.

⁴ Auswertung der Fragen 1.1.2.; 1.2.1.; Daten des Statistischen Landesamtes
http://www.statistikbw.de/Veroeffentl/GrafikenImages/FB_2004.pdf.

Das „Stuttgarter Modell“, mit dem ein Betreuungsschlüssel von einer SpDi – MitarbeiterIn pro 25 000 Einwohner erreicht werden soll, legt es außerdem nahe, die Daten aus den Sozialpsychiatrischen Diensten *Stuttgarts* zu ausgewählten Themen gesondert zu betrachten.

Die Sondersituation von Stuttgart basiert auf einer gegenüber den Landesrichtlinien für die Förderung der Sozialpsychiatrischen Dienste erweiterten, vertraglich geregelten Aufgabenbeschreibung für die Sozialpsychiatrischen Dienste. Die vertraglichen Regelungen sehen vor:

- die Übertragung kommunaler Pflichtaufgaben (z.B. bei der sozialmedizinischen Begutachtung für den Personenkreis der chronisch psychisch kranken Menschen) auf den SpDi,
- den Pflichtversorgungsauftrag für chronisch psychisch kranke Menschen im Versorgungsgebiet
- Betreuungsaufgaben für eine diagnostisch weiter gefasste Zielgruppe. In ihre Zuständigkeit fallen auch Menschen mit „erheblichen Persönlichkeitsstörungen und massiver sozialer Auffälligkeit“.

Beim Aufbau der SpDi-Strukturen war auf Landesebene ursprünglich ein Betreuungsschlüssel von einer MitarbeiterIn pro 50 000 Einwohner vorgesehen. Dieser Schlüssel wurde nominell auch bei der Kürzung der Landesfinanzierung im Jahr 2003 beibehalten. Im Dokumentationsjahr 2004 betreuten die antwortenden SpDi im Landesdurchschnitt tatsächlich 57 052 Einwohner pro MitarbeiterIn. Sie lagen damit 14,1% über dem ursprünglich vorgesehenen Schlüssel von 50 000 Einwohner pro MitarbeiterIn.

Wenn man die *Stuttgarter Dienste* wegen der erwähnten Sondersituation von der Betrachtung ausnimmt, dann verschlechtert sich der Schlüssel erheblich:

- In den einbezogenen *Landkreisen* betreute eine SpDi-MitarbeiterIn durchschnittlich 64 622 Einwohner, also 29,2% mehr als vorgesehen.
- In den *Stadtkreisen* (ohne Stuttgart) deuten die Angaben auf eine noch schlechtere Versorgungssituation hin. Die fünf SpDi, deren Angaben für diese Auswertung einbezogen wurden, weisen einen Betreuungsschlüssel auf, der um 39,8% über dem Wert 1:50 000 liegt.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste betreuten im Jahr 2004 insgesamt 15 378 Personen. Die Betreuungsquote hat im Vergleich zum Berichtsjahr 2003 eine steigende Tendenz. Im Berichtsjahr 2004 betreute ein Dienst durchschnittlich 265,1 Personen. Aus dem Vergleich mit dem Vorjahr 2003 (249,4 Personen pro Dienst in 2003) läßt sich ein Anstieg von fast 16 (15,7) Personen pro Dienst ermitteln; das entspricht einer Zunahme um 6,3%.⁵ Die Fall-Belastung pro MitarbeiterIn ist von 88,8 im Jahr 2003 auf 101,4 betreute Personen pro MitarbeiterIn im Jahr 2004 gestiegen, das entspricht einer Zunahme von 14,2%.

⁵ vgl. Liga der freien Wohlfahrtspflege Baden-Württemberg (Hrsg.): Auswertung der Jahresberichte 2003 der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg. Stuttgart 2004:S.4

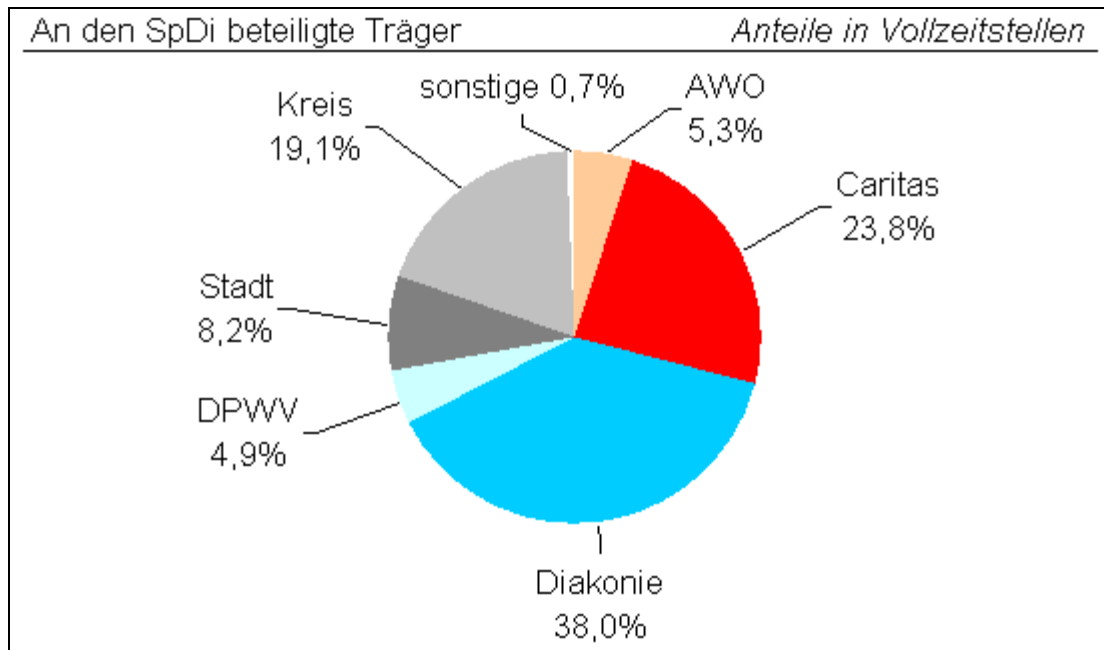
2.

Organisationsstruktur der Sozialpsychiatrischen Dienste

2.1

Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste⁶:

Grafik 1: Anteile der Träger in Vollzeitstellen



Die Diakonie ist der größte Träger sozialpsychiatrischer Dienste in Baden – Württemberg und verfügte über 38,0 % der umgerechnet 151,7 Vollzeitstellen.⁷ Beim Caritasverband waren fast $\frac{1}{4}$ der Stellen (23,8%) angebunden. Die Kreise und Städte tragen zusammen etwas mehr als ein Viertel (27,3 %) der SpDi-Stellen. Ein Achtzehntel der Stellen steuerte die AWO bei, ein Zwanzigstel der DPWV. Das Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim ist weder Mitglied der Liga der freien Wohlfahrtspflege Baden-Württemberg e.V. noch eine kommunale Gebietskörperschaft und deshalb unter „Sonstiges“ mit 0,7% der Vollzeitstellen dokumentiert. Die Mitgliedsverbände der Liga stellten im Berichtsjahr also beinahe drei Viertel aller SpDi-Stellen in Baden-Württemberg.

Hinter den 8,2% der Stellen in städtischer Trägerschaft stehen de facto nur zwei Kommunen, die 12,5 MitarbeiterInnen beschäftigen. Davon entfallen 9 Stellen auf die Stadt Stuttgart, (die seit einer Umstrukturierung im Jahre 2004 nicht mehr beim städtischen Gesundheitsamt, sondern beim Klinikum Bürgerhospital der Stadt angegliedert sind) und 3,5 Stellen auf die Stadt Esslingen.

Ein Sozialpsychiatrischer Dienst verfügte im Durchschnitt über 2,71 Vollzeitstellen. Die Differenz zwischen *Landkreisen* (2,54 Vollzeitstellen pro Dienst) und *Stadtkreisen* ohne Stuttgart (3,04 Vollzeitstellen pro Dienst) ist vergleichsweise

⁶ Folgende Liga-Mitgliedsverbände treten nicht als Träger von Sozialpsychiatrischen Diensten auf: Deutsches Rotes Kreuz (Landesverband Badisches Rotes Kreuz, Landesverband Baden-Württemberg), Israelitische Religionsgemeinschaft (Baden und Württemberg).

⁷ An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass es sich bei den Stellenangaben im vorliegenden Bericht immer um umgerechnete Vollzeitstellen handelt, die sich auf mehrere Personen mit Teilzeitbeschäftigungen verteilen können.

gering. Aufgrund des anderen Stellenschlüssel und des erweiterten Aufgabenspektrums sind die *Stuttgarter Dienste* mit durchschnittlich 3,43 Vollzeitstellen pro Dienst besser ausgestattet.

Analysiert man die Daten nach der Anzahl der Stellen pro Dienst, arbeiteten die meisten Dienste (20) in Teams mit 2 bis 3 Stellen und immerhin 16 Dienste in Kleinteams mit höchstens 2 Stellen. Im mittleren Feld lagen 12 Dienste mit 3 bis 4 Stellen. Nur in 8 Diensten standen Teams mit 4 oder mehr Stellen zu Verfügung, davon verfügten aber immerhin 5 Dienste über mehr als 5 Stellen. Diese Dienste versorgten zwei *Stadtkreise* und drei (württembergische) *Landkreise*.

Immerhin 9 SpDi der *Landkreise* wechselten im Jahre 2004 ihre Standorte. Die meisten Standortwechsel wurden positiv beurteilt. Dienste, die in die Innenstadt zogen, seien jetzt besser erreichbar. Andererseits musste auch ein Dienst die Innenstadtlage aus Kostengründen aufgeben. Andere Standortwechsel wurden als Schritt im Auf- und Ausbauprozess hin zu Gemeindepsychiatrischen Zentren und der Bündelung von ambulant – psychiatrischen Leistungen unter einem Dach beschrieben.

Im Zuge der Strukturreformen und Kürzungen konnte in den letzten Jahren der Zusammenschluss bei grösseren Träger beobachtet werden. Sie führen in ihrer Regie bereits vielfältige ambulant – sozialpsychiatrische Angebote und können auf „kurze Wege“ bzw. eine effiziente Schnittstellengestaltung zwischen verschiedenen Angeboten unter einem organisatorischen Dach verweisen. Dieser Trend setzte sich 2004 fort.

Konkrete Veränderungen der Trägerstruktur haben im Berichtsjahr bei immerhin 7 SpDi in *Landkreisen* und 3 *Stuttgarter Diensten* stattgefunden. Dabei handelte es sich um

- Neuaufteilungen der Versorgungsgebiete und
- Trägerwechsel,

um eine bessere Vernetzung verschiedener ambulant – psychiatrischer Versorgungsangebote unter einem Dach zu gewährleisten. Damit war fast jeder 5. Dienst (17,5%) im Land neben der Betreuungsarbeit auch mit einer internen Strukturreform und ihren Folgen beschäftigt.

2.2

Beschäftigte in den Sozialpsychiatrischen Diensten

Tabelle 2: Personal der SpDi nach Berufsgruppe - insgesamt⁸

Personal der SpDi nach Berufsgruppe (alle SpDi) - Querschnitt	Anzahl der Personen (am Stichtag)		Beschäftigungsumfang (am Stichtag & Jahresdurchschnitt in Vollzeitstellen)	
	01.01.2005		01.01.2005	
			im Jahresdurchschnitt	
Sozialarbeit / Sozialpädagogik	192		124,1	117,8
Pflegefachkräfte	3		5,2	5,4
Psychologen / innen	9		9,0	9,2
Sonstige Fachkräfte (z.B. Pädagogen)	3		6,1	7,4
Verwaltungskräfte	33		16,1	14,5
gesamt	253		160,4	154,3

Tabelle 3: Personal der SpDi nach Berufsgruppe - Veränderungen⁹

Personal der SpDi nach Berufsgruppe - Längsschnitt (nur wenn zu beiden Stichtagen Angaben gemacht)	Beschäftigungsumfang (in Vollzeitstellen)		Veränderung in %
	01.01.2004		
	01.01.2004	01.01.2005	
Sozialarbeit / Sozialpädagogik	118,8	119,1	0,25
Pflegefachkräfte	5,5	5,2	5,45
Psychologen / innen	8,1	8,1	0,00
sonstige Fachkräfte (z.B. Pädagogen)	6,1	6,1	0,00
Verwaltungskräfte	16,0	16,1	0,63
gesamt	154,4	154,5	0,06

Das Profil der Berufsgruppen in den Sozialpsychiatrischen Diensten hat sich seit 2003 nicht verändert. Als stärkste Berufsgruppe des Fachpersonals sind nach wie vor die SozialpädagogInnen und SozialarbeiterInnen mit 75% der im SpDi tätigen Personen vertreten.¹⁰ 192 SozialarbeiterInnen/ SozialpädagogInnen teilen sich im Jahresdurchschnitt 117,8 Stellen. Es folgen PsychologInnen: 6,3% der in den SpDi Beschäftigten gehörten dieser Berufsgruppe an und sind landesweit mit 9,2 Vollzeitstellen in den Diensten tätig. 9 sonstige Fachkräfte wie z.B. PädagogInnen sind mit

⁸ Aufgrund des unterschiedlichen Antwortverhaltens zur Frage der Stellen nach Träger (Frage 1.2.1 Trägerstruktur) und der hier vorliegenden Frage der Stellen nach Berufsgruppen (Frage 1.3.1 Besetzte Stellen), kann es zu Abweichungen von an anderen Stellen genannten Werten kommen.

⁹ In dieser Frage konnten nur die Antworten der SpDi einbezogen werden, die Angaben zu beiden Stichtagen, dem 01.01.2004 und dem 01.01.2005 (Frage 1.3.1 Besetzte Stellen) gemacht haben, so dass die hier erfasste Stellenzahl von an anderen Stellen genannten Werten abweichen kann.

¹⁰ Alle Berechnungen über %-Anteile beziehen sich auf den Stand 01.01.2005.

3,5% der im SpDi tätigen Personen beteiligt und teilten sich 6,1 Stellen. Pflegekräfte machten mit 5,2 Vollzeitstellen nur 2,3% aller in den SpDi Beschäftigten aus.

In den Sozialpsychiatrischen Diensten arbeiten – wie in allen Berufsfeldern mit einem hohen Frauenanteil – viele Teilzeitkräfte. Dies wird besonders augenfällig bei den Verwaltungskräften, die sich als Berufsgruppe generell durch einen hohen Anteil von Hinzuverdienerinnen auszeichnen: Die insgesamt 33 Verwaltungskräfte erreichten im Durchschnitt nur einen Stellenumfang einer halben Vollzeitstelle.

Die Pflegekräfte nähern sich am ehesten einer Ganztagesbeschäftigung: 5,2 Stellen sind auf sechs Pflegekräfte verteilt, damit erreichen sie im Durchschnitt einen Stellenumfang von 0,87 % pro Person. Die SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen erreichen im Durchschnitt 0,65 % einer Vollzeitstelle.

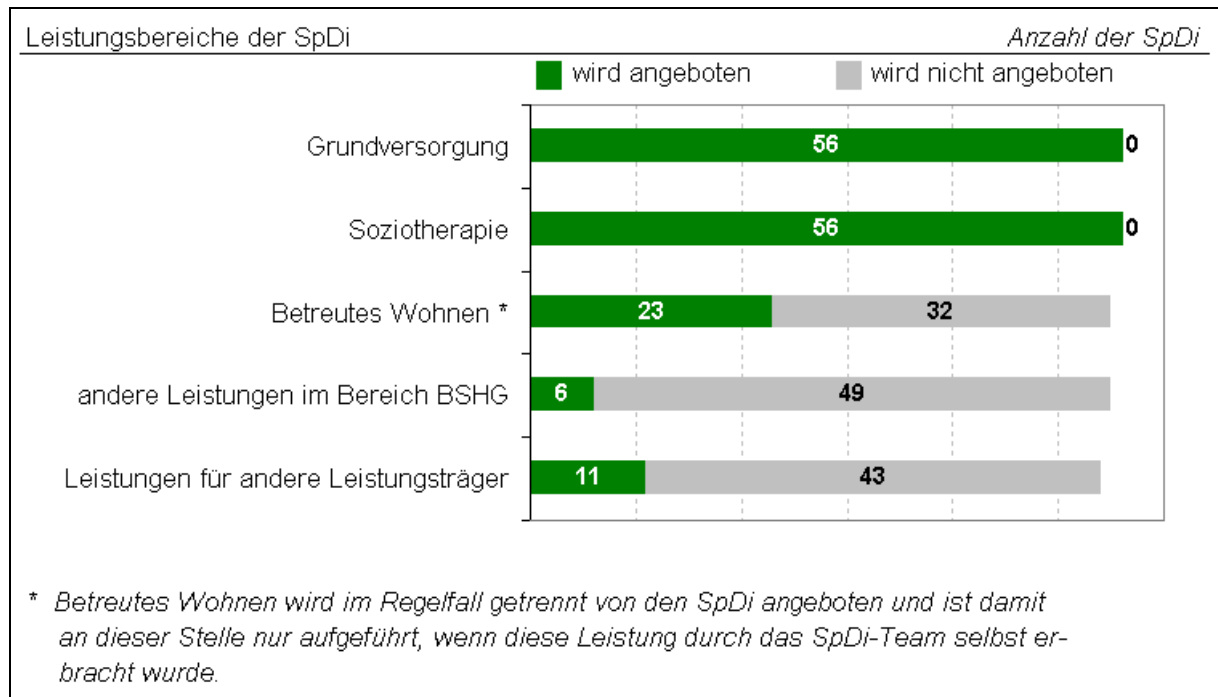
Weder in den *Stadtkreisen* noch in *Stuttgart* sind Pflegekräfte in die Teams der SpDi integriert. Alle 6 Pflegekräfte arbeiten in Diensten, die *Landkreise* versorgen und stellen 4,7% des dort beschäftigten Personals.

Es gab keine Erhöhung der Personalressourcen bei den PädagogInnen und PsychologInnen. In der Gruppe der Fachpflegekräfte für Psychiatrie reduzierten sich die Personalressourcen um 5,5%. Nur in der Berufsgruppe Sozialarbeit/ Sozialpädagogik ist ein Anstieg von insgesamt 5,3 Stellen bzw. 4 Personen zu verzeichnen. Die Erhöhung kann vermutlich auf die Planungsunsicherheit im Jahr 2003 zurückgeführt werden, wenn offene Stellen erst im Jahr 2004 neubesetzt wurden.

2.3.

Leistungsbereiche der Sozialpsychiatrischen Dienste*

Grafik 2: Leistungsbereiche der Sozialpsychiatrischen Dienste



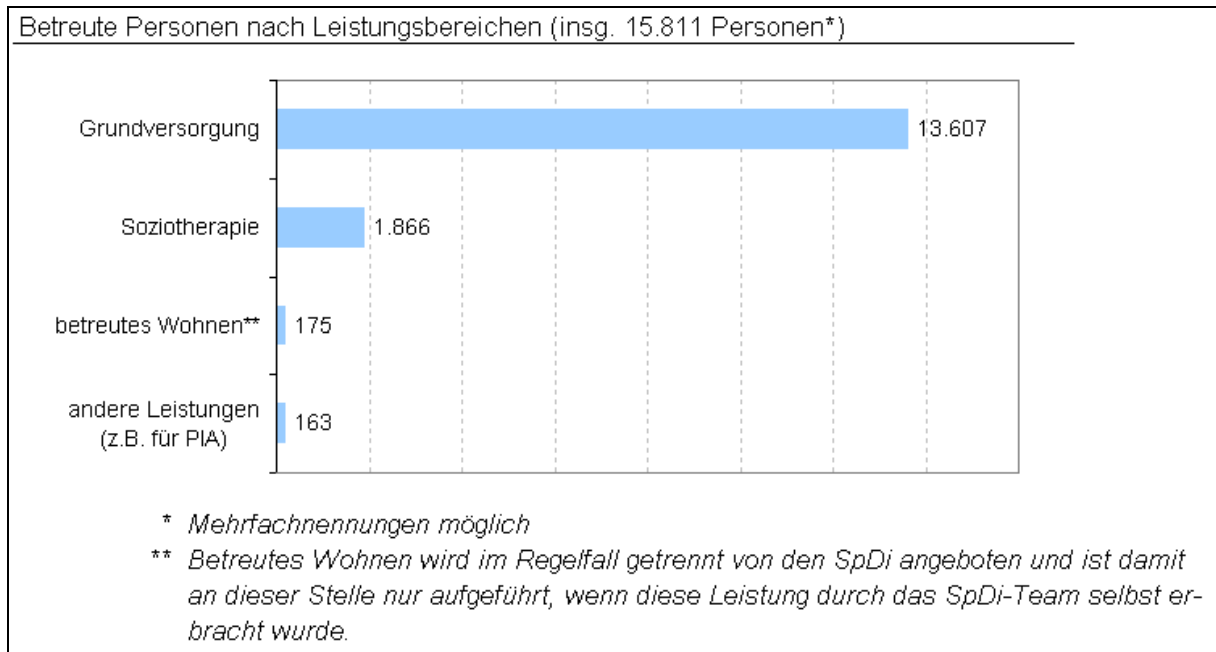
Alle Dienste sind natürlich in der Grundversorgung tätig. Soziotherapie findet sich ebenfalls im Leistungsspektrum aller Dienste. Immerhin 41,1% aller SpDi (23 SpDi) erbringen durch ihr Team auch Leistungen des Betreuten Wohnens. Der Personenkreis, der im Berichtsjahr 2004 durch das SpDi-Team mit Leistungen des Betreuten Wohnens versorgt wurde, blieb jedoch mit 1,1% an allen betreuten Personen relativ klein. Elf Dienste erbringen auch Leistungen für andere Leistungsträger.

* Für die mit * versehenen Kapitel sind im Anhang B: Tabellenteil zusätzliche oder erläuternde Tabellen und Datenmaterialien zusammengestellt.

3. **Betreuungsverhältnisse im Berichtsjahr 2004**

3.1 **Betreute Personen nach Leistungsbereichen***

Grafik 3: Betreute Personen nach Leistungsbereichen



Die Sozialpsychiatrischen Dienste betreuten insgesamt 15 378 Personen. Da betreute Personen Leistungen in verschiedenen Leistungsbereichen nebeneinander oder im Laufe des Jahres nacheinander erhalten können, ist die Summe der Fallzahlen in den Leistungsbereichen höher als die Gesamtzahl der betreuten Personen. Ein Großteil dieser Betreuungen entfiel auf die Grundversorgung (13.607 Personen), mit deutlichem Abstand zur Soziotherapie (1.866 Personen) sowie betreutem Wohnen und anderen Leistungen (z.B. für die PIA, zusammen 338 Personen).

Bemerkenswerte Trends hinsichtlich der Leistungsbereiche im Berichtsjahr 2004 sind ein gewisser Rückgang der Anzahl an genehmigten Soziotherapien und die bisher geringe Relevanz anderer einzelfallfinanzierter Leistungen. Es lässt sich im Berichtsjahr 2004 noch nicht erkennen, dass die Kürzungen der Pauschalförderung durch einzelfallfinanzierte Leistungen ohne Weiteres kompensiert werden.

* Für die mit * versehenen Kapitel sind im Anhang B: Tabellenteil zusätzliche oder erläuternde Tabellen und Datenmaterialien zusammengestellt.

3.3.1

Grundversorgung und Soziotherapie

In allen 57 Diensten, die hierzu geantwortet haben, werden die Leistungen der Grundversorgung und der Soziotherapie angeboten. 86,1% der SpDi-KlientInnen oder durchschnittlich 238,7 betreute Personen pro SpDi wurden in der Grundversorgung betreut. 11,8% oder durchschnittlich rund 33 Personen pro Dienst erhielten Soziotherapie.

Der Rückgang der Anträge für Soziotherapien¹¹ um 18,3% seit dem Vorjahr 2003 wurde von verschiedenen Diensten mit dem Hinweis kommentiert, dass angesichts der relativ hohen Richtlinienanforderungen das Potential an „soziotherapiefähigen“ PatientInnen in der Langzeitbetreuung nach einer gewissen Zeit erschöpft sei. Damit sind auch Grenzen der Soziotherapie als einzelfallbezogene Alternativfinanzierung zur Kompensation des 2003 weggefallenen Pauschalfinanzierungsanteils der Krankenkassen markiert.

Vergleicht man die *Landkreise*, *Stadtkreise* und die *Stadt Stuttgart*, ist vor allem das Verhältnis von Soziotherapie und Grundversorgung interessant: Die einbezogenen Dienste der *Stadtkreise* (in denen 12,9% der Bevölkerung Baden-Württembergs von den SpDi versorgt werden) zeichnen sich durch relativ rege Soziotherapie-Aktivität aus: 15,7% der Soziotherapiefälle wurden in Stadtkreisen betreut. Demgegenüber ist die Leistungsbilanz der *Landkreise* mit 80,6% Bevölkerungsanteil und nur 78,0% der Soziotherapiefälle leicht unterdurchschnittlich. Die *Stuttgarter Dienste*, die 6,5% der betreuten Bevölkerung versorgen, bringen es auf 6,3% der Soziotherapiefälle und entsprechen weitestgehend dem Durchschnitt.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste in *Stuttgart* profilierten sich im übrigen als ausgesprochene „Grundversorger“. Sie betreuten 96,1% ihrer KlientInnen im pauschal finanzierten Leistungsbereich Grundversorgung. Soziotherapie spielte im Leistungsspektrum mit 3,9% an allen betreuten Personen eine untergeordnete Rolle. Die scheinbare Sonderstellung Stuttgart relativiert sich jedoch, wenn man den erweiterten Auftrag dieser Dienste berücksichtigt und wenn man die Streuungswerte analysiert und in Merkmalsgruppen bündelt: In insgesamt 16 der antwortenden Dienste erhielten weniger als 5% der betreuten Personen bzw. höchstens jede 20. Person eine Soziotherapie.

Im Hinblick auf die Anteile der betreuten Personen in der Grundversorgung unterschieden sich aber auch die *Landkreise* und *Stadtkreise* deutlich. Die Sozialpsychiatrischen Dienste in den *Landkreisen* begleiteten 83,9% (9 167 Personen) ihrer KlientInnen in der Grundversorgung, während die *Stadtkreise* mit einer Grundversorgungsquote von 82,1% (1 500 Personen) auf eine Soziotherapiequote von 16,0% (293 Personen) an allen betreuten Personen kamen.

In immerhin 16 Diensten erhielten mehr als 15% der betreuten Personen oder mindestens jede 7. betreute Person Soziotherapie. Als Gründe für die markanten Differenzen im Leistungsspektrum verschiedener SpDi können grundsätzliche konzeptionelle Entscheidungen in zwei Richtungen vermutet werden:

¹¹ vgl. Liga der freien Wohlfahrtspflege Baden-Württemberg (Hrsg.): Auswertung der Jahresberichte 2003 der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg. Stuttgart 2004:S.5

- (1) Priorisierung der Grundversorgung als Kernaufgabe sozialpsychiatrischer Dienste, die sich - wie in Stuttgart - in einer relativ hohen Zahl der Langzeitbetreuungen niederschlägt.
- (2) Ausrichtung des Dienstprofils mehr in Richtung einer Clearingstelle, die - wie sich in drei Diensten mit niedrigerer Soziotherapiequote bestätigt - eine relativ hohe Anzahl von Kurzkontakten aufweisen.

3.1.2

Betreutes Wohnen als integrierte Leistung von Sozialpsychiatrischen Diensten

Ambulant betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen wird ganz überwiegend durch eigenständige Fachdienste angeboten. Diese Organisationsform des Betreuten Wohnens wird durch die vorliegende Dokumentation nicht erfasst.

Daneben haben auch 23 Sozialpsychiatrische Dienste „Betreutes Wohnen“ als Dienstleistung in ihr Aufgabenspektrum integriert. Es handelte sich dabei um 22 Dienste in den *Landkreisen*, d.h. mehr als die Hälfte der Dienste, die in *Landkreisen* tätig sind, machen dieses Angebot. Die antwortenden SpDi betreuten insgesamt 175 Personen im Rahmen dieses Angebotes.

Bei den offenen Fragen zum Umgang mit den Kürzungen der SpDi-Förderung von 2003 und deren Auswirkungen auf die Qualität der Arbeit, insbesondere die daraus folgenden Einschränkungen im Bereich der Grundversorgung sowie die Notwendigkeit zur Erschließung neuer Dienstleistungen wurde häufig der Auf- und Ausbau des Betreuten Wohnens bzw. die Vermittlung in Betreutes Wohnen als einzelfall-finanzierte Alternativlösung genannt. Es sind zwei verschiedene Vorgehensweisen zu erkennen:

- (1) Betreutes Wohnen als vom SpDi getrennter Fachdienst wurde weiter ausgebaut oder neu aufgebaut. Die Betreuung wechselte in Einzelfällen zum Fachdienst für Betreutes Wohnen. Mit dem Ausbau des Betreuten Wohnens konnten auch Stellen bzw. Stellenanteile, die im Zuge der Kürzungen im SpDi selbst abgebaut werden mussten, in dieses Arbeitsfeld verlagert werden. Diese Vermittlung von bisher durch den SpDi langfristig betreuten Menschen ins Betreute Wohnen gehört zu den häufig genannten Strategien im Umgang mit den Kürzungen.
- (2) Betreutes Wohnen wird als neue integrierte Dienstleistung durch das Team des SpDi unmittelbar erbracht (analog zur Soziotherapie), um damit einzelfallbezogen die Kürzungen in der Grundversorgung zu kompensieren und gleichzeitig eine gewisse Mindestgröße als Team aufrechtzuerhalten, die funktional notwendig ist, um Erreichbarkeit und Vertretbarkeit sicherzustellen. Quantitativ hat dieser Weg keine große Rolle gespielt: im Jahr 2004 wurden nur 1,1% der KlientInnen der SpDi (175 Personen) im Rahmen dieser Form des integrierten betreuten Wohnens versorgt. Das ist auch nur ein geringer Teil der insgesamt im Betreuten Wohnen angebotenen Plätze.

Neben den finanziellen und organisatorisch-strukturellen Aspekten spielen fachliche Überlegungen eine Rolle. Fast übereinstimmend nannten die Dienste, dass die Kürzungen zur Verringerung der Betreuungsdichte in der Grundversorgung führen. KlientInnen mit einem höheren Betreuungsbedarf können nur noch durch eine Vermittlung ins Betreute Wohnen bedarfsgerecht begleitet werden. Die integrierte Lösung bietet dabei die Möglichkeit der persönlichen Kontinuität als Grundlage dafür, dass bestimmte PatientInnen in diese andere Betreuungsform überhaupt einwilligen.

3.1.3

Andere Leistungen

6 Sozialpsychiatrische Dienste (4 in Landkreisen, 2 in Stuttgart) erbringen weitere Leistungen nach dem BSHG und 11 Dienste (7 Landkreise, 1 Stadtkreis, 3 im Stadtkreis Stuttgart) Leistungen für andere Leistungsträger. Insgesamt sind es zusammen nur 1,0% aller Fälle (163 Personen), die auch über andere Leistungen nach dem Sozialhilferecht (z.B. Einzelhilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe) und Leistungen anderer Leistungsträger (z.B. vergütete Auftragsarbeiten für die PIA oder Tagesklinik, d.h. kassenfinanzierte Leistungen) finanziert werden konnten. Sofern überhaupt solche Leistungen erbracht wurden, konnte ein SpDi durchschnittlich in 14,8 Fällen diese einzelfallfinanzierten Dienstleistungen abrechnen.

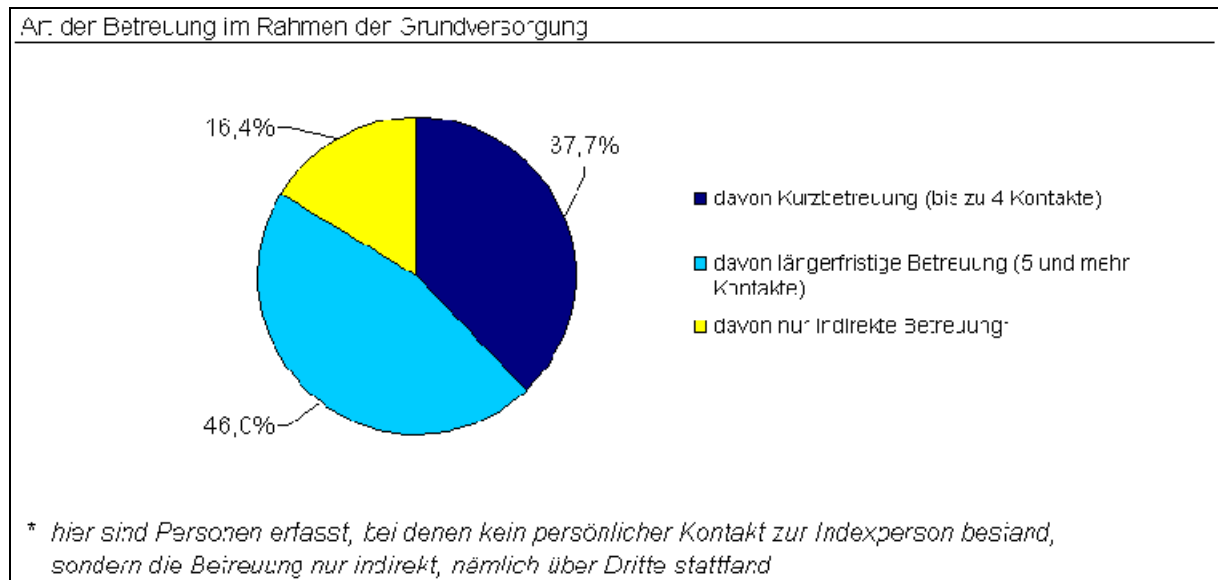
Die vergleichsweise wenigen Dienstleistungen, die sich im Rahmen der Kategorie „andere Leistungen“ finanzierten, entsprechen den Äußerungen der Dienste in den offenen Fragen: Es wurden in 2004 zwar in 12 Regionen die vertraglichen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die Psychiatrischen Institutsambulanzen einzelfallfinanzierte Aufträge an die Sozialpsychiatrischen Dienste vergeben können. Die Hoffnungen auf weitere relevante einzelfallfinanzierte Einnahmen zum Ausgleich der Kürzungen der Pauschalfinanzierung von 2003 haben sich im letzten Jahr jedoch offensichtlich nicht erfüllt.

Andererseits wird deutlich, dass der Aufbau einer helfenden Beziehung und die Heranführung an das Hilfesystem im Aufgabenspektrum des SpDi einen besonderen Stellenwert hat. Vor dem Einsatz von konkret definierten Einzelfallhilfen bedarf es in der Regel eines längeren Aushandlungsprozesses zwischen KlientIn, Angehörigen und Fachkraft, um zu einer gemeinsamen Einschätzung der Problemlagen und einer Entscheidung über passgenaue Einzelfallhilfen zu kommen. Dieser Abklärungsprozess liegt im Bereich der pauschalfinanzierten Kernaufgaben der sozialpsychiatrischen Dienste.

3.2.

Art der Betreuung im Rahmen der Grundversorgung*

Grafik 4: Art der Betreuungen in der Grundversorgung¹²



Nach den Kürzungen der Pauschalfinanzierung im Jahr 2003 waren die Dienste dazu gezwungen, das Betreuungsangebot der Grundversorgung quantitativ und qualitativ zu reduzieren. Die antwortenden Dienste betreuten zwar immer noch 86,1% aller KlientInnen im Rahmen der Grundversorgung, doch deutet sich ein leichter Rückgang bei der längerfristigen Grundversorgung an. 2004 wurden insgesamt 46,0% der Personen, zu denen nähere Informationen über die Art der Grundversorgung gemacht wurden (13 467 Personen), längerfristig betreut. 2003 betrug dieser Wert noch 48,8%.¹³

Die Sozialpsychiatrischen Dienste in den *Stadtkreisen* und in *Stuttgart* unterschieden sich durch verschiedene Schwerpunktsetzungen in den Betreuungsarten. Bei den antwortenden Diensten aus *Stadtkreisen* lagen die Kurzzeitbetreuungen mit 47,1% über ihren Langzeitbetreuungen, die nur 37,2% der Personen in der Grundversorgung erhielten. Das umgekehrte Verhältnis zeigt sich bei den *Stuttgarter Diensten*, die mehr als die Hälfte (54,9%) ihrer KlientInnen langfristig begleiteten. Nur 27,4 % der Personen hatten höchstens 4 Kontakte (Kurzbetreuung). Die Dienste aus den *Landkreisen* liegen dazwischen mit 44,6% der Personen in der langfristigen, 39,4% in der kurzfristigen und 16,0% der Personen in der indirekten Betreuung.

Ogleich einige SpDi in Baden-Württemberg höhere Anteile bei kurzfristigen Kontakten aufwiesen, überwog bei den meisten SpDi der Anteil der längerfristigen Kontakte. In der Tendenz ist ein Zusammenhang erkennbar zwischen längerfristigen und indirekten Kontakten. Sozialpsychiatrische Dienste mit einem hohen Anteil an

* Für die mit * versehenen Kapitel sind im Anhang B: Tabellenteil zusätzliche oder erläuternde Tabellen und Datenmaterialien zusammengestellt.

¹² Die Differenz zwischen der Gesamtzahl Grundversorgung 13607 aus Frage 2.2. (siehe Tabelle 11: Betreute Personen nach Leistungsbereichen, S.48) und der Gesamtzahl Grundversorgung 13 467 aus Frage 2.3. (siehe Tabelle 12: Art der Betreuung im Rahmen der Grundversorgung, S.49) von 140 Personen entsteht, weil die Daten eines Dienstes zu Frage 2.3. nicht ausgewertet werden konnten.

¹³ vgl. Liga der freien Wohlfahrtspflege Baden-Württemberg (Hrsg.): Auswertung der Jahresberichte 2003 der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg. Stuttgart 2004:S.4

indirekten Kontakten im Jahr 2004 hatten weniger langfristige Kontakte. Umgekehrt ist bei einer hohen Anzahl langfristiger Kontakte tendenziell ein geringerer Anteil von indirekten Kontakten zu beobachten.

Hinsichtlich der Zielgruppe der SpDi ist systematisch zu unterscheiden zwischen den chronisch psychisch kranken Menschen selbst und den Angehörigen oder anderen Bezugspersonen sowie Fachdiensten. Der Weg über Angehörige oder andere Bezugspersonen ist nicht selten der einzig mögliche Zugang zu Personen, die Hilfe benötigen, diese aber selbst nicht anzunehmen bereit sind. Die Arbeit mit in diesem Sinne „indirektem“ KlientInnenbezug gehört deshalb zu den Kernaufgaben der SpDi und nimmt erfahrungsgemäß einen breiten Raum in der Grundversorgung ein. Auch in der offenen Frage zum Umgang mit den Kürzungen wurde ausdrücklich auf den Ausbau von „indirekten Betreuungen“ als Kompensationsstrategie hingewiesen.

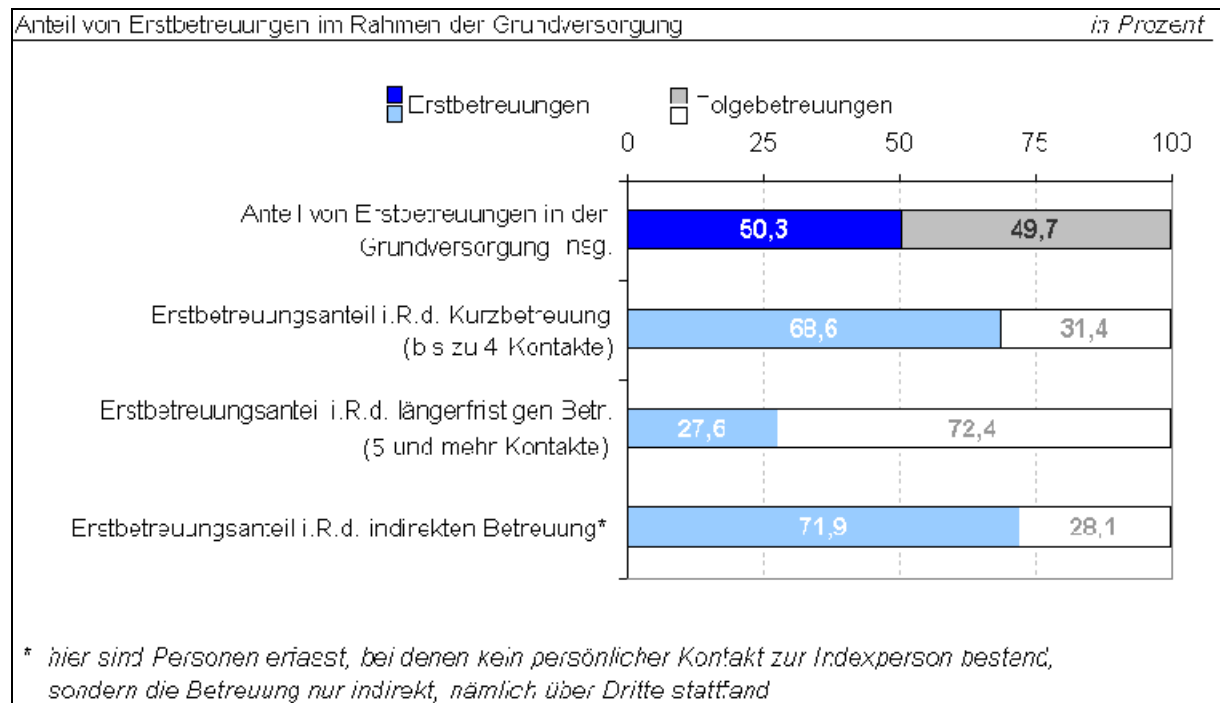
Betrachtet man die Profile der Grundversorgung jedes einzelnen Dienstes, sind verschiedene „Idealtypen“ erkennbar, die sich auf der Basis der statistischen Werte annäherungsweise wie folgt charakterisieren lassen:

- (1) Schwerpunkt „Grundversorgung“: hoher Anteil an langfristigen Kontakten, mittlerer Anteil bei den Kurzbetreuungen, eher geringere Anteile Soziotherapie sowie indirekte Kontakte und wenig Beendigungen.
- (2) „Generalisten“: die Anteile der Kurzzeitbetreuung und Langzeitbetreuung sind sehr ausgewogen, variable Anteile bei indirekten Betreuungen, mittlere Werte in der Soziotherapie.
- (3) Schwerpunkt „Fallmanagement“: hoher Anteil Kurzbetreuung und indirekte Betreuung, hoher Anteil Langzeitbetreuung mit geringer Kontaktdichte, wenige Beendigungen.
- (4) Schwerpunkt „Clearingsstelle“: hoher Anteil Kurzbetreuung und indirekte Betreuung, kleiner Anteil Langzeitbetreuung. Viele Beendigungen im gegenseitigen Einvernehmen. Hohe Kontaktdichte bis 3 Monate, geringe Kontaktdichte bei langfristigen Kontakten.

3.2.1

Anteil der Erstbetreuungen¹⁴ im Rahmen der Grundversorgung

Grafik 5: Anteil von Erstbetreuungen im Rahmen der Grundversorgung



Bei etwas mehr als der Hälfte der Personen (50,3%) in der Grundversorgung handelte es sich um Erstberatungen. 68,6% der Fälle konnten nach maximal 4 Kontakten abgeschlossen werden. 71,9% der indirekten Beratungen von z.B. Angehörigen oder KollegInnen waren Erstberatungen. Jede vierte (27,6%) Erstberatung mündete in eine längerfristige Betreuung.

Die Dienste der *Landkreise* weichen nur geringfügig von diesen Zahlen ab: 48,6% der grundversorgten Personen waren Erstberatungen, bei 64,6% der Kurzberatungen, bei 27,7% der längerfristigen Betreuungen und bei 67,4% der indirekten Betreuungen handelte es sich um Erstberatungen.

Auch in den *Stuttgarter Diensten* waren nicht ganz die Hälfte (47,1%) der grundversorgten Personen Erstanfragen. Bei fast $\frac{3}{4}$ (74,7%) der Kurzberatungen und $\frac{3}{4}$ (74,8%) der indirekten Betreuungen handelte es sich um Erstkontakte. Bei den längerfristigen Beratungen fiel der Erstkontaktanteil auch bei den Stuttgarter SpDi deutlich geringer aus (24,3%).

Die Dienste der *Stadtkreise* profilierten sich mit einem insgesamt hohen Anteil an Erstberatungen: 66,7% der Personen in der Grundversorgung waren Erstberatungen. Bemerkenswert ist außerdem die im Vergleich hohe Quote von Erstberatungen bei der indirekten Betreuung: 93,2% der indirekten Beratungen sind Erstkontakte. Sie übernahmen etwas häufiger (36,9%) als Dienste in den *Landkreisen* (27,7%) und *Stuttgarter Diensten* (24,3%) Erstbetreuungen in eine langfristige Betreuung. Mit ihren Kurzberatungen (81,5% sind Erstkontakte) lagen die Dienste der *Stadtkreise* über dem Stuttgarter Niveau.

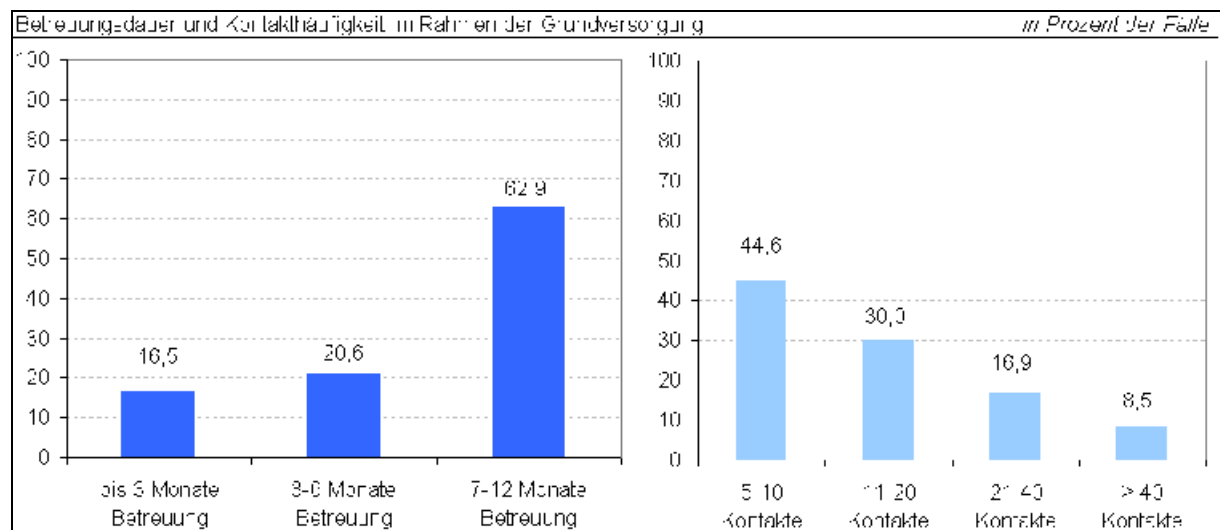
¹⁴ Personen, die länger als ein Jahr ohne Kontakt zum Sozialpsychiatrischen Dienst waren, werden in aller Regel als „Erstbetreuung“ dokumentiert.

3.2.2

Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit im Rahmen der längerfristigen Grundversorgung*

Im Rahmen der Erhebung wurden auch Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit im Rahmen der längerfristigen Grundversorgung abgefragt. Entsprechend der Handhabung in den Vorjahren beschränkte sich die Abfrage allerdings auf die Betreuungsdauer im abgefragten Kalenderjahr. Dadurch sind Aussagen über die Relation von kurzen zu längeren Betreuungsdauern pro Dienst möglich, nicht aber Aussagen über die tatsächliche Betreuungsdauer pro Fall.

Grafik 6: Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit im Rahmen der Grundversorgung



Betrachtet man die Verteilung der Fälle nach absoluten Fallzahlen, die sich in den Rubriken Kontakthäufigkeit einerseits und Betreuungsdauer andererseits gruppieren, ergibt sich folgende Rangliste: Die weitaus meisten Betreuungen (3 893 Personen) fanden im Zeitfenster 7 bis 12 Monate statt. 62,6% aller grundversorgten Personen wurden zwischen 7 Monaten und einem Jahr betreut. Die in absoluten Zahlen zweitgrößte Gruppe lässt sich mit 2 762 Personen in der Rubrik 5 bis 10 Kontakte ausmachen. Für 44,6% aller grundversorgten Personen im Berichtsjahr 2004 genügten 5 bis 10 Kontakte – oder mussten wegen begrenzter Ressourcen ausreichen.

Zum Verhältnis von Betreuungsdauer und Kontaktdichte ist bemerkenswert, dass 1 146 Personen oder 41,5 % der Personen in der Grundversorgung mit nur 3 bis 5 Kontakten gleichwohl über einen Zeitraum von 7 bis 12 Monate betreut wurden. Es handelt sich dabei offensichtlich um Personen, die zwar eine geringe Betreuungs-dichte benötigten, aber trotzdem auf Begleitung und Beratung durch einen Fachdienst angewiesen waren.

Es konnten insgesamt 1 616 Fälle der längerfristigen Grundversorgung mit 5 bis 10 Kontakten nach spätestens einem halben Jahr abgeschlossen werden (wobei darin auch aus dem Vorjahr übernommene, also tatsächlich länger betreute Fälle enthalten sind). In den Rubriken ab 11 bis mehr als 40 Kontakten nehmen die Personenzahlen mit einer bis zu halbjährigen Betreuungsdauer sprunghaft ab; das ist plausibel, weil

* Für die mit * versehenen Kapitel sind im Anhang B: Tabellenteil zusätzliche oder erläuternde Tabellen und Datenmaterialien zusammengestellt.

es sich in vielen Fällen mit größerer Kontaktdichte auch gleichzeitig um mehrjährige Begleitungen handelt.

Auch wenn man die Rubriken der mittleren Kontakthäufigkeiten (11-20; 21-40 Kontakte) miteinbezieht, erscheinen die Sozialpsychiatrischen Dienste als Langzeitbetreuer: 72,3% aller Betreuungen (1 343 Personen) in der Rubrik „11 bis 20 Kontakte“ und 87,1% aller Betreuungen (914 Personen) in der Rubrik „21 bis 40 Kontakte“ dauerten 7 bis 12 Monate.

Mit einer Kontakthäufigkeit von 40 Kontakten bei einer dreimonatigen Betreuungsdauer hätten die Beteiligten jeden 3. Tag Kontakt. In der Alltagspraxis ist diese Kontaktdichte in Krisensituationen nicht ungewöhnlich. Aus der vorgelegten Statistik ergibt sich aber, dass es praktisch keine (2 Fälle oder 0,03% aller Betreuungen) Betreuungssituation gab, die nach einer kurzen drei monatigen, aber zeitintensiven Krisenbetreuung (mit mehr als 40 Kontakten) abgeschlossen werden konnten. 33 längerfristig betreute Personen, die zwischen 3 und 6 Monaten betreut wurden, hatten mehr als 40 Kontakte mit einer Fachkraft. Es kann angenommen werden, dass Betreuungsverhältnisse mit einer hohen Kontaktdichte in Krisenphasen und reduzierten Kontaktdichten nach den akuten Phasen auch in den mittleren Rubriken von „11-20 Kontakte“ bzw. „21 bis 40 Kontakte“ dokumentiert sind.

Immerhin 2 257 Personen hatten bei einer Betreuungsdauer von 7 bis 12 Monaten zwischen 11 und 40 Kontakte. 34,5% aller Personen, die 7 bis 12 Monate betreut wurden, hatten 11 bis 20 Kontakte. Ungefähr 23 Personen pro Dienst (1 343 Personen insgesamt) trafen also etwa einmal im Monat (11 bis 20 Kontakte) ihre BeraterIn. 23,5% aller Personen (914 Personen) mit einer 7 bis 12 monatigen Betreuungsdauer hatten sogar 21 bis 40 Kontakte, was mehreren Kontakten pro Monat entspricht.

Hohe Kontaktdichten können Indizien für Interventionen in Krisensituationen sein. Aufgrund der Art der Fragestellung können wir Aussagen zu Kriseninterventionen allerdings nur indirekt erschließen. Die dargestellten Zahlen lassen aber die Annahme zu, dass

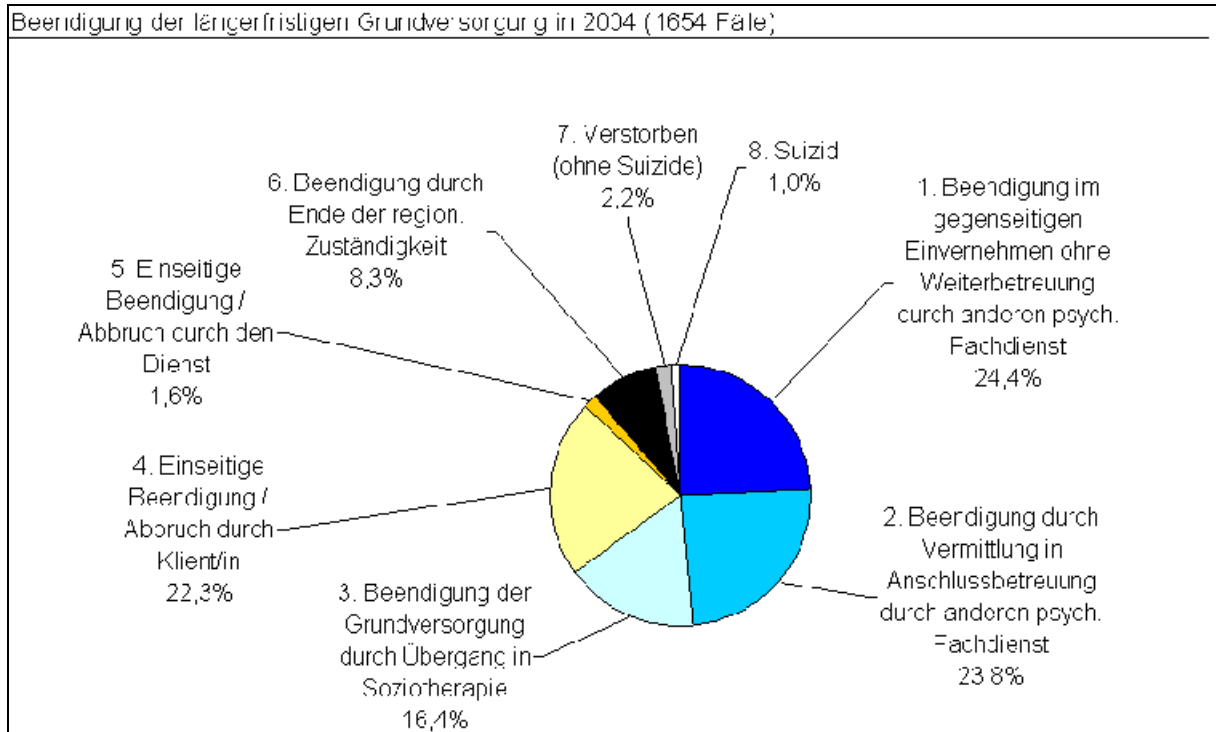
- (1) entweder kürzere Kriseninterventionen mit hoher Kontaktdichte eine längerfristige Betreuung über den akuten Krisenzeitraum hinaus nach sich zogen,
- (2) oder die Krisenphasen selbst sich über einen längeren Zeitraum erstreckten.

Die Betreuungsarbeit in der längerfristigen Grundversorgung der sozialpsychiatrischen Dienste konzentriert sich an den beiden Enden der durch die Befragung vorgegebenen Zeitschiene. An einem Ende (bis zu 6 Monaten Betreuungsdauer) bündelten sich kompakte, nach wenigen Kontakten in kürzerer Zeit abschließbare Beratungen, vermutlich handelt es sich häufig um Vermittlungen in andere Betreuungsformen. 1 618 Personen bzw. 26,1% aller grundversorgten PatientInnen hatten im Zeitraum bis zu einem halben Jahres zwischen 5 und 10 Kontakten. Die in absoluten Zahlen größte Gruppe (3 893 Personen, 62,9% aller grundversorgten PatientInnen) befindet sich am anderen Ende der Zeitschiene (7 bis 12 Monate). Die Einzelpersonen in dieser Gruppe benötigen je nach Problem- und Lebenslage unterschiedliche Kontakthäufigkeiten über mindestens 7 bis 12 Monate.

3.2.3

Beendigungen der längerfristigen Grundversorgung*

Grafik 7: Beendigungen der längerfristigen Grundversorgung in 2004



Nur 1,6% der Beendigungen (27 Fälle) in der Grundversorgung wurden einseitig durch den Dienst initiiert. Fast ein Viertel der Beendigungen (394 Fälle) erfolgte durch Weitervermittlung in andere Betreuung. Dies ist deshalb bemerkenswert, weil den Beendigungen durch Vermittlung in aller Regel arbeitsintensive Phasen vor Abschluss der Betreuung vorausgehen, in denen z.B. mit anderen Einrichtungen kommuniziert wird, Verhandlungen mit Kostenträgern geführt, neue Betreuungspersonen eingeführt werden etc..

Arbeitsintensität ist auch ein Merkmal des Übergangs in Psychotherapie. In jedem 6. Fall (16,4%, 271 Fälle) waren zeitaufwändige Klärungs- und Verhandlungsprozesse mit beteiligten Institutionen, den PatientInnen und ihren Bezugspersonen nötig, um die betreute Person in eine Psychotherapie überzuleiten.

In den Diensten der *Stadtkreise* wird vergleichsweise weniger in Anschlussbetreuungen vermittelt (17,54%), dafür aber - wie bereits an anderer Stelle hervorgehoben - mit 19,9% der abgeschlossenen Grundversorgungsfälle relativ häufig in Psychotherapie. Dieser Tatbestand wird besonders augenfällig im Vergleich mit den *Stuttgarter Diensten*, die nur 6,1% ihrer Grundversorgungsfälle in Psychotherapie überleiteten.

Zieht man die Daten der Beendigungen durch Vermittlung in Anschlussbetreuung und in Psychotherapie zusammen, beendeten die Dienste in 40,2% (665 Fälle) aller abgeschlossenen Fälle die Grundversorgung erst nach arbeitsintensiven Vorläufen.

* Für die mit * versehenen Kapitel sind im Anhang B: Tabellenteil zusätzliche oder erläuternde Tabellen und Datenmaterialien zusammengestellt.

Insofern ist es problematisch, dass nicht wenige Dienste in den offenen Fragen angaben, mit der Reduktion der fallbezogenen Kooperation und Koordination die Personalkürzungen kompensieren zu müssen.

Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung sind oft ambivalent hinsichtlich der Annahme von Hilfe. Insofern ist es kein Wunder, dass es oft auch zu einseitigen Beendigungen durch KlientInnen kommt (22,3% aller Beendigungen, 369 Fälle). Dabei ist zu bedenken, dass Kontaktabbrüche durch die KlientInnen nicht selten „nur“ Kontaktunterbrechungen sind und sie selbst, Personen aus ihrem Umfeld oder andere Institutionen die Sozialpsychiatrischen Dienste nach einiger Zeit um eine Wiederaufnahme der Betreuung nachsuchen.

Die Fachkräfte der SpDi beraten und begleiten ihre KlientInnen in zugespitzten Konfliktlagen und existentiellen Lebenskrisen, in der es, wie die Suizidrate von fast 1% (0,97%, 36 Fälle) zeigt, auch um Lebenserhaltung im wörtlichen Sinne gehen kann. Die gesamtgesellschaftliche Bedeutung der ambulanten sozialpsychiatrischen Arbeit erschliesst sich auch über ihren Beitrag zur Konflikt- und Gewaltprävention sowie Suizidprophylaxe für eine Gruppe besonders gefährdeter Menschen.

3.3.3

Umgang mit den Kürzungen und die Erschließung neuer Leistungen¹⁵

Es wurde von den Diensten immer wieder darauf hingewiesen, dass Alternativfinanzierungen (Soziotherapie, Betreutes Wohnen, andere Leistungen) noch nicht als Ausgleich für die Kürzungen der Pauschalfinanzierungen greifen. Es zeichnete sich im Zahlenmaterial aber ab, dass die Reorganisationsprozesse der Dienste unbeabsichtigte Nebeneffekte auf die Niederschwelligkeit als Qualitätsmerkmal sozialpsychiatrischer Versorgung zeigen.

Einzelfallfinanzierte Leistungen sind strukturell ungeeignet, Einbrüche in der Qualität der Grundversorgung zu kompensieren. Damit steht zu befürchten, dass sich langfristig eine „Selektion nach unten“ einstellt und KlientInnen mit geringer Compliance un- oder unterversorgt bleiben.

Gesicherte Präsenzzeiten von MitarbeiterInnen in Beratungsstellen sind Voraussetzung für niederschwellige Erreichbarkeit. Die Reduzierung der Öffnungszeiten und die Erweiterung des Einsatzes des Anrufbeantworters sind deshalb in ihren Folgen nicht zu unterschätzen, auch wenn es sich wie nachfolgende Darstellung zeigt, noch um vergleichsweise „weiche“ Formen der Reorganisation der Alltagsarbeit handelt. Andere indirekt-strukturelle Steuerungsstrategien zur Kompensation der Kürzungen verursachen bereits nachhaltige Effekte auf die Anzahl der Personen in der Grundversorgung, wie die Abnahme der Fallzahlen in der längerfristigen Grundversorgung seit 2003 belegt.

Folgende strukturbezogene Strategien lassen sich nach der Inhaltsanalyse der offenen Fragen in der Dokumentation zusammenstellen:

- (1) Verlängerung der Wartezeiten bis zur Kontaktaufnahme
- (2) Reduktion der Langzeitbetreuungen
- (3) Fokussierung auf das Kernklientel der chronisch psychisch kranken Menschen
- (4) strikte Orientierung an einer enggefassten Zielgruppendefinition bereits für erste Klärungsgespräche
- (5) häufigere Vermittlung von langfristig betreuten Menschen in Betreutes Wohnen
- (6) häufigere und schnellere Vermittlungen in andere Dienste
- (7) konsequente Überprüfung der Soziotherapiefähigkeit von langzeitbetreuten Menschen.

Eine weitere Zusammenstellung – die Reihenfolge spiegelt die Häufigkeit der Nennungen - gibt einen Überblick zu den direkten, die Qualität der Einzelfallbeziehungen beeinflussenden Steuerungsstrategien der Fachkräfte in den Diensten:

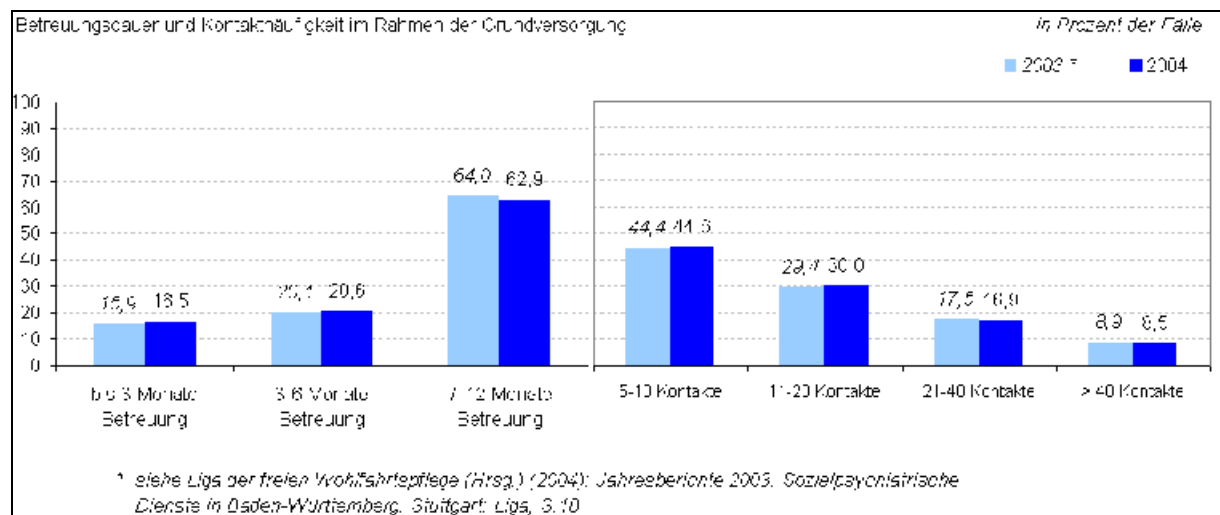
- (1) Reduktion der Kontaktdichte
- (2) Reduktion der Hausbesuche
- (3) Reduktion fallbezogener Kooperationsgespräche
- (4) Verkürzung der Gesprächsdauer
- (5) Reduktion der Erstkontakte in anderen Beratungsstellen oder psychiatrischen Einrichtungen
- (6) Reduktion tagesstrukturierender Maßnahmen
- (7) Reduktion der Kontaktdauer
- (8) Verlängerung der Wartezeiten bis zur Erstberatung

¹⁵ Zusammengestellt aus den offenen Antworten aus Frage 5.1 Umgang mit Kürzungen, Erschließung neuer Leistungen.

- (9) Reduktion der Begleitung zu Ämtern
- (10) Zunahme der telefonischen Beratung
- (11) weniger Mobilisierung von flexiblen Hilfen in Krisensituationen.

Die Wirkung der genannten Strategien lässt sich nur indirekt erschließen, indem man die Zusammenstellung der Kontaktformen aus dem Jahresbericht 2003 hinzuzieht, woraus sich dann Tendenzen ableiten lassen.

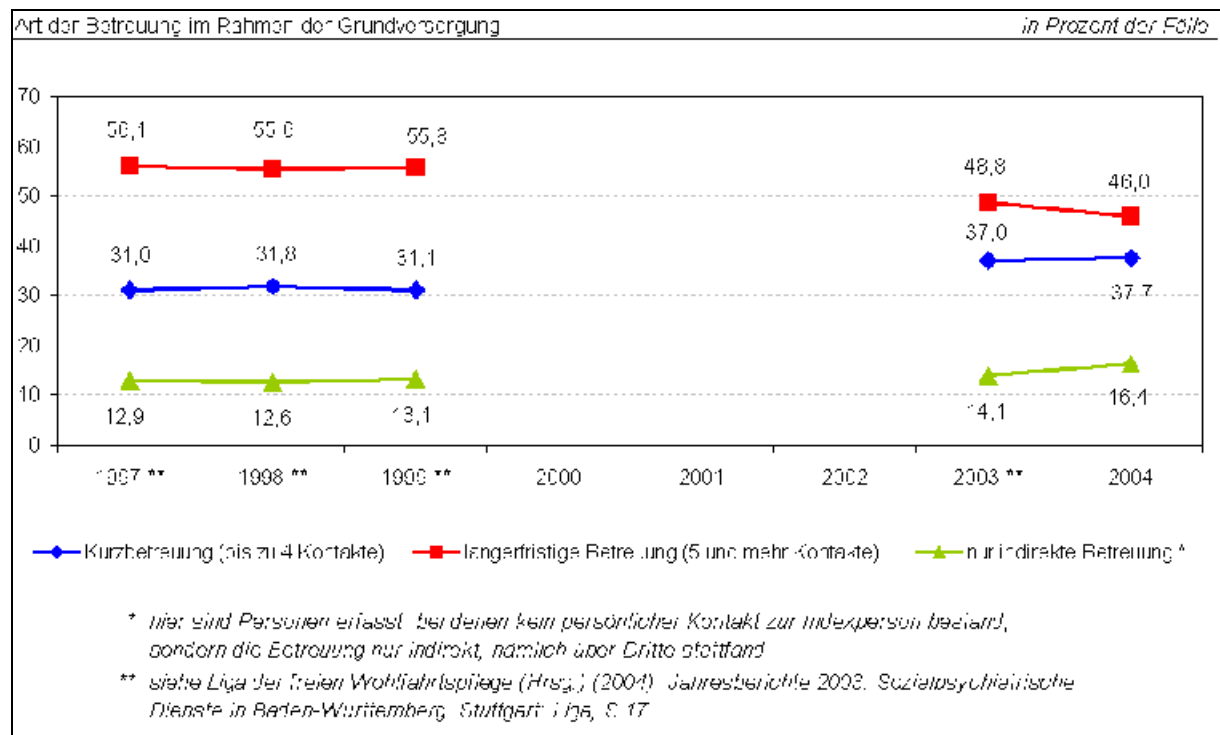
Grafik 8: Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit im Rahmen der Grundversorgung 2003 – 2004



Der Vergleich mit den Daten aus 2003 zeigt, dass sich der bereits oben erwähnte Rückgang der betreuten Personen in der Grundversorgung tendenziell auf die Anteile der längerfristigen Kontakte in der Grundversorgung und indirekten Betreuung auswirkte. Bei den indirekten Kontakten ist ein Anstieg um 2,3% auf 16,4% der Fälle zu verzeichnen. Kurzkontakte nahmen um 0,7%-Punkte auf 37,7% aller Fälle zu.

Im Berichtsjahr 2004 machten die insgesamt 6 193 Personen in längerfristiger Betreuung (5 und mehr Kontakte) 46,0% aller betreuten Personen in der Grundversorgung aus. Sie sind seit dem Vorjahr um 2,8%-Punkte auf nunmehr nur noch 46,0% der Fälle gesunken. Die statistischen Bewegungen spiegeln sich entsprechend bei der Betreuungsdauer mit einer Abnahme von 1,1% auf 62,9% bei den 7 bis 12 monatigen Betreuungen und der Kontakthäufigkeit mit einem Rückgang von 0,6% auf 16,9% der Fälle in der Rubrik „21 bis 40 Kontakte“ und um 0,4% auf 8,5% in der Rubrik „über 40 Kontakte“.

Grafik 9: Art der Betreuung im Rahmen der Grundversorgung (1997-1999; 2003-2004)



Natürlich werden derartige Veränderungen durch das komplexe Zusammenspiel verschiedener Einflussfaktoren verursacht, zu denen im Rahmen dieser Erhebung keine eindeutigen Aussagen getroffen werden können. Betrachtet man aber die sehr viel geringeren Schwankungen in den Jahren 1997 bis 1999, vermuten wir die von den Diensten beschriebenen Einschnitte in Art und Qualität der Grundversorgung, als maßgebliche Ursachen für die doch deutliche Veränderung bei den längerfristigen Betreuungen.

Die Erschließung neuer Leistungen, die von den befragten SpDi in den offenen Fragen genannt wurden, liegen in den Bereichen der Sucht- und Wohnungslosenhilfe, der Erschließung des gerontopsychiatrischen Arbeitsfeldes, der Beratung für psychisch kranke ArbeitnehmerInnen zum Erhalt und zur Vermittlung in Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnisse und der Entwicklung therapeutischer Gruppenangebote für spezifische Gruppen chronisch psychisch kranker Menschen. In diesen Bereichen konnten oder sollen in Zukunft zur Kompensation der Kürzungen entweder einzelfallfinanzierte Leistungen abgerechnet oder zeitlich befristete Projektmittel z.B. bei „Aktion Mensch“ akquiriert werden.

4.

Soziotherapie in den Sozialpsychiatrischen Diensten

4.1

Anzahl der Soziotherapieanträge als Erstverordnungen und Folgeanträge*

Tabelle 4: Verordnungen von Soziotherapie

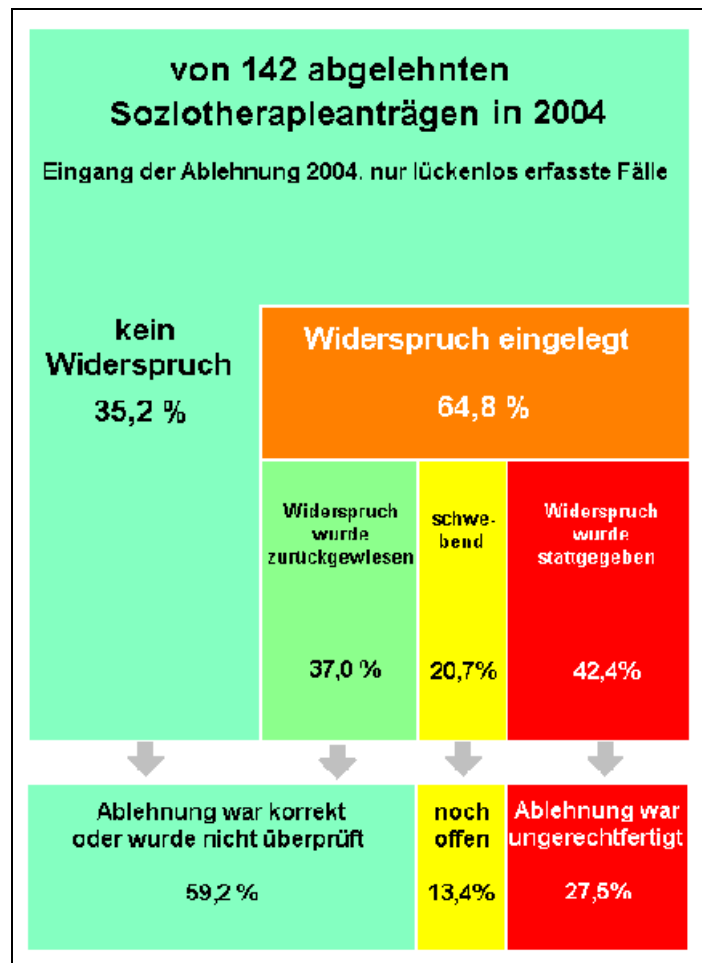
Verordnungen von Soziotherapie	Erstverordnungen	Folgeanträge	gesamt
Anzahl der Soziotherapieanträge in 2004	670	680	1.350
genehmigte Soziotherapieanträge in 2004 <i>in % der Soziotherapieanträge</i>	84,3	89,7	87,0
davon erst nach Widerspruch genehmigt <i>in % der genehmigten Soziotherapieantr.</i>	36 0,4	16 2,0	52 4,4

Es wurden fast so viele Soziotherapieanträge als Erstverordnungen (670 Erstverordnungen) beantragt wie als Folgeanträge (680 Folgeanträge) bearbeitet. Es liegt fast in der Natur der Sache, dass Folgeanträge reibungsloser, nämlich in 89,7% der Fälle genehmigt wurden, während bei den Erstverordnungen nur 84,3% der Fälle direkt genehmigt wurden.

Ogleich wir im quantitativen Teil der Dokumentation nicht nach Krankenkassen unterschieden haben, legen die Antworten der SpDi bei den offenen Frage sowie die sonstigen Rückmeldungen der Dienste nahe, dass es bei der Genehmigung von Soziotherapie zum Teil erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen Krankenkassen gibt. Einige Krankenkassen scheinen insgesamt jeweils nur kleine Stundenkontingente zu bewilligen - und das mit zunehmenden Schwierigkeiten.

* Für die mit * versehenen Kapitel sind im Anhang B: Tabellenteil zusätzliche oder erläuternde Tabellen und Datenmaterialien zusammengestellt.

Grafik 10: Verfahren bei Ablehnung des Antrages auf Soziotherapie



Die Daten über die Verfahren belegen, dass die Dienste ihre Anträge mit Nachdruck bearbeiteten. In nicht ganz zwei Drittel der Ablehnungen (64,8%) wurde Widerspruch eingelegt. In fast der Hälfte der Fälle (42,4% aller abgelehnten Anträge) wurde dem Widerspruch stattgegeben, während nur in 37,0% der Fälle auch der Widerspruch abgelehnt wurde (in 20,7% der Einsprüche stehen Entscheidungen noch aus).

Dies heißt jedoch auch, dass sich – ohne Berücksichtigung der Fälle, in denen sich das Verfahren noch in der Schwebelage befindet – über ein Viertel aller Ablehnungen als unberechtigt erwiesen hat.

Es ist in diesem Zusammenhang davon auszugehen, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste als Leistungserbringer für Soziotherapie auch in solchen Fällen, in denen die Anregung von einer anderen Stelle kommt, die nötigen Klärungsgespräche mit den KlientInnen über die Vorgehensweisen nach einer Ablehnung führen. Soziotherapie ist demzufolge eine Leistung, die auf Seiten der Leistungserbringer und dann auch beim Leistungsträger einen hohen Verwaltungsaufwand nach sich zieht.

Berücksichtigt man einerseits das Durchhalte- und Standvermögen, das den Antrag stellenden Personen im Falle eines Klageverfahrens abverlangt wird und andererseits die Bindung von Personalressourcen, um den Prozess zu begleiten, dann ist es nicht erstaunlich, wenn es nur in wenigen Fällen Klageverfahren gab: In nur 8 Fällen in 5 Diensten kam es nach der Ablehnung des Widerspruches auch zu einem Klageverfahren.

Die Anzahl der Soziotherapieanträge sind seit dem Berichtsjahr 2003 um 300 auf 1 350 Anträge im Berichtsjahr 2004 zurückgegangen.¹⁶ Allerdings hat sich die Erfolgsquote bei der Genehmigung von Soziotherapieanträgen deutlich erhöht. 2003 wurden 82,3% der Anträge auf Soziotherapie genehmigt, während im Jahr 2004 87,0% der Anträge positiv entschieden wurden. Trotzdem ergibt sich von 2003 auf 2004 eine Abnahme um 132 genehmigte Soziotherapieanträge.

Die Vermutung, dass im Zuge eines „Creaming-Effektes“ das Potenzial an „soziotherapiefähigen“ Patienten im Laufe der Zeit abnimmt, kann im Berichtsjahr 2004 als vorsichtige Trendaussage bestätigt werden. Der Rückgang der Soziotherapieanträge sowie der Gleichstand zwischen Erstverordnungen und Folgeanträgen wäre als Hinweis zu verstehen, dass wegen des ausbleibenden weiteren Anstieges von SoziotherapiepatientInnen der anvisierte Ausgleich der pauschalierten Kassenbeiträge durch Soziotherapie auf einem zu niederen Niveau stagnieren könnte, um die weggefallene Pauschalförderung der Kassen zu kompensieren.

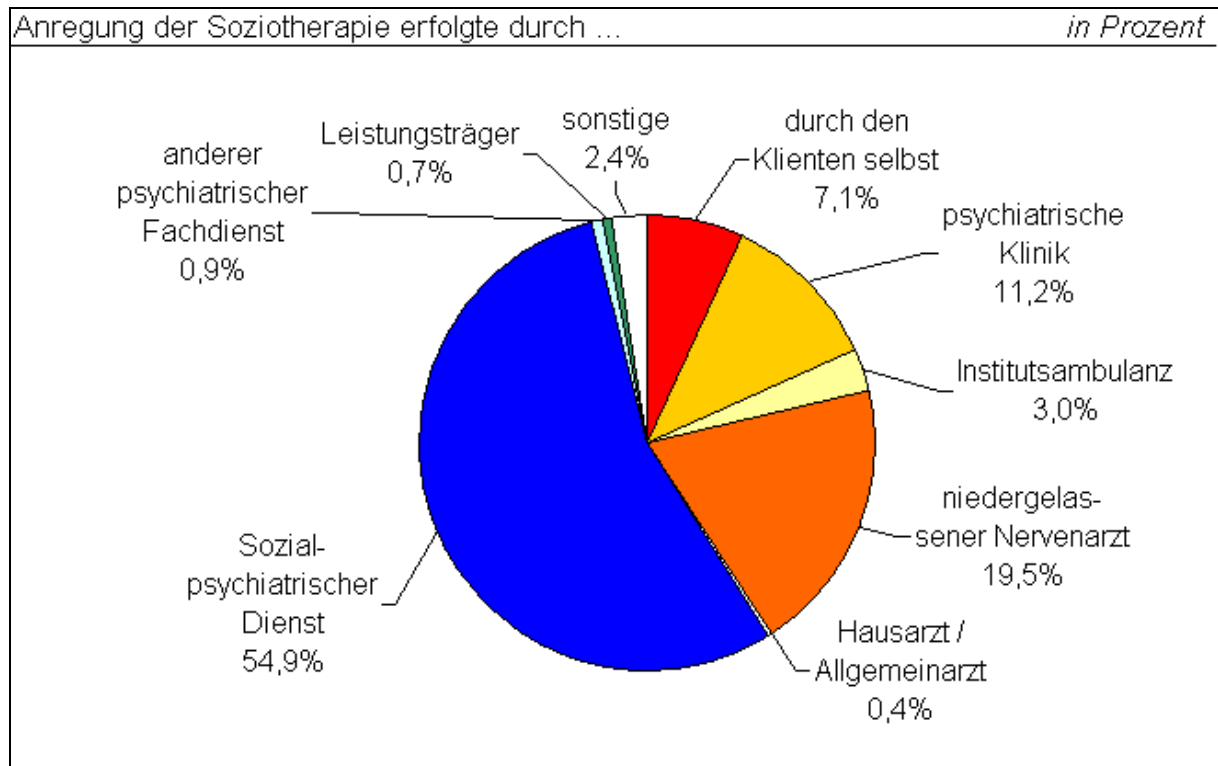
Von besonderer Bedeutung wird in diesem Zusammenhang die Handhabung nach Ausschöpfung des Bewilligungszeitraums von drei Jahren sein. Diese Frage stellt sich ab dem Jahr 2005: Beginnt nach drei Jahren (bzw. 120 Stunden) ein neuer Bewilligungszeitraum oder gibt es Soziotherapie nur einmal pro Person für drei Jahre ohne Verlängerungsmöglichkeit oder neuer Antragsmöglichkeit? Es zeigt sich, dass die Anzahl der i.S. der Richtlinien „soziotherapiefähigen“ KlientInnen durchaus begrenzt ist, würde im zweitgenannten Fall die Soziotherapie als eine Finanzierungssäule für die SpDi bereits ab 2005 wieder wegbrechen.

¹⁶ vgl. Liga der freien Wohlfahrtspflege Baden-Württemberg (Hrsg.): Auswertung der Jahresberichte 2003 der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg. Stuttgart 2004:S.5

4.2.

Initiierende Stellen für Soziotherapie

Grafik 11: Initiierende Stellen für Soziotherapie



In der Befragung wurden die im Einzelfall initiierenden Stellen für Soziotherapie dokumentiert. Es sollte erhoben werden, welche Dienstleister der psychiatrischen Versorgungslandschaft Soziotherapie als potentielles Angebot für chronisch psychisch Kranke überhaupt in Erwägung zogen. Mehr als die Hälfte (54,9%) der Soziotherapieanträge (668 Fälle) wurden durch die Sozialpsychiatrischen Dienste selbst angeregt. Die übrigen ausgewiesenen fachpsychiatrischen Dienstleister im Versorgungsnetzwerk (psychiatrische Klinik, Institutsambulanz, niedergelassener Nervenarzt) waren in 410 Fällen bzw. 33,7% der Antragstellungen initiativ.

Im Vergleich mit den Daten aus der Erhebung 2003 zeigt sich eine leicht positive Bilanz für die psychiatrischen Kliniken und die Institutsambulanzen. Die psychiatrischen Kliniken initiierten Soziotherapie in 136 Fällen, woraus sich im Vergleich zum Vorjahr ein Plus von 5% ergibt. Psychiatrische Institutsambulanzen wiesen mit 37 Fällen ein Plus von 0,8% auf. Niedergelassene NervenärztInnen haben demgegenüber im Vergleich zum Jahr 2003 bei 237 Fällen, in denen sie Soziotherapie initiierten, eine negative Bilanz von 5,1%. Auch die Sozialpsychiatrischen Dienste liegen bei 668 initiierten Anträgen mit 5,6% unter dem Stand des Vorjahres.

Es liegt nahe den Rückgang bei den Nervenärzten und bei den SpDi in einem Zusammenhang zu bringen, da die niedergelassenen Nervenärzte und die Sozialpsychiatrischen Dienste im Einzelfall eng zusammenwirken. Der Rückgang aller Soziotherapieanträge der SpDi seit 2003 um immerhin 18,3% (302 Sozio-

therapieanträge) bis zum Berichtsjahr 2004 spiegelt sich auch in den zurückgegangenen Initiativen bei den niedergelassenen Nervenärzten.

Die Daten belegen jedenfalls eine steigende Akzeptanz der Soziotherapie in den psychiatrischen Kliniken und Institutsambulanzen und die hohe Motivation und Akzeptanz der Dienste, Soziotherapie im Maßnahmenkatalog zu integrieren. Aber bereits im Berichtsjahr 2003 berichteten die Dienste über erhebliche Vorleistungen in Antragsverfahren, die mit der Vergütung nicht abgedeckt seien.

Nur für die Sozialpsychiatrischen Dienste steckt hinter ihrem Bemühen um Soziotherapie nicht nur ein fachlicher, sondern auch ein wirtschaftlicher Zwang, den nachgewiesenen hohen Aufwand vor und während Antragstellung in Kauf zu nehmen. Unter diesen Umständen ist zu erwarten, dass andere Institutionen im Spektrum der potentiellen Initiatoren das im Einzelfall relativ aufwendige Klärungsverfahren in Sachen Soziotherapie weiterhin eher den SpDi überlassen, ohne dass diese für ihre Vorleistungen von den Krankenkassen angemessen vergütet werden.

4.3

Beendigungen der Soziotherapie

Tabelle 5: Beendigung der Soziotherapie im Berichtsjahr 2004

Beendigung von Soziotherapie im Jahr 2004	Anzahl d. Personen	in Prozent
1. Beendigung wegen Erreichung der maximalen Stundenzahl, keine weitere Betreuung	6	1,78
2. Beendigung wegen Erreichung der maximalen Stundenzahl, Weiterbetreuung durch SpDi	14	4,15
3. Beendigung wegen Erreichung der maximalen Stundenzahl, Weiterbetreuung durch anderen Fachdienst	4	1,10
4. Beendigung vor Erreichung der maximalen Stundenzahl, keine weitere Betreuung	46	13,65
5. Beendigung vor Erreichung der maximalen Stundenzahl, Weiterbetreuung durch SpDi	55	16,32
6. Beendigung vor Erreichen der maximalen Stundenzahl durch Vermittlung in Anschlussbetreuung durch anderen Fachdienst	57	16,91
7. Einseitige Beendigung / Abbruch durch Klient	98	29,08
8. Einseitige Beendigung durch den Dienst, keine weitere Begleitung	12	3,58
9. Beendigung durch Ende der regionaler Zuständigkeit (Umzug Klient/In in andere Region)	32	9,50
10. Verstorben (ohne Suizide)	6	1,78
11. Suizid	1	0,29
gesamt	337	100,0

Aufmerken lässt zunächst die relativ hohe Abbruchquote durch die KlientInnen. Die meisten Beendigungen bzw. 29,1% aller Fälle wurden einseitig von der betreuten Person beendet. Diese Quote fällt auf gegenüber der geringeren Abbruchquote von 22,3% im Bereich der Grundversorgung und dürfte sich vor allem aus dem gegenüber der Grundversorgung deutlich höheren Grad an Verbindlichkeit, Regelmäßigkeit und Mitwirkungserwartung in der Soziotherapie ergeben. Außerdem dürften hier die seit 2004 geltenden neuen Zuzahlungsregelungen, die auch für die Soziotherapie gelten, eine Rolle spielen; freilich wurde dies nicht differenziert abgefragt.

Auf dem gleichen Hintergrund lässt sich die Differenz der Abbruchquote durch den Dienst von 3,6% im Falle der Soziotherapie und nur 1,6% der Beendigungen der Grundversorgung erklären. SoziotherapeutInnen müssen auf mangelnde Verbindlichkeit und Mitwirkung der KlientInnen schneller mit einem Abbruch reagieren als dies im Rahmen der Grundversorgung gilt.

Nur 7,1% der Beendigungen sind mit der Erreichung der maximalen Stundenzahl begründet. In nur 6 Fällen (1,8%) konnte mit dem Abschluss der Soziotherapie bei maximaler Stundenzahl auch die Betreuung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst beendet werden. In 46 Fällen (13,7%) wurde die Soziotherapie vor Beendigung der maximalen Stundenzahl abgeschlossen.

Rechnet man die beendeten Fallsituationen heraus, die aus beziehungs- bzw. dienstleistungsunabhängigen, äußeren Gründen wie Umzug oder Tod beendet

wurden, ergeben sich bemerkenswerte Zahlenverhältnisse. 23,6% der beendeten Soziotherapiefälle wurden von den SpDi weiterbetreut.

Fasst man außerdem alle Beendigungen zusammen, die eindeutig in einer Anschlussbetreuung durch den SpDi oder eine andere Institution mündeten, kommt man sogar auf eine Rate von 38,6% aller Beendigungen von Soziotherapie, nach der die Menschen weiterhin eine Form von organisierter Hilfe und professioneller Begleitung benötigten.

5.

Entwicklungsstand der Kooperation mit den Psychiatrischen Institutsambulanzen und der Netzwerkbildung in Gemeindepsychiatrischen Verbänden und Zentren

5.1

Psychiatrische Institutsambulanzen in den untersuchten Regionen Baden-Württembergs

Mit der Umsetzung des Konzepts der Psychiatrischen Instituts-Ambulanz (PIA) in Baden-Württemberg kam eine weitere Anlaufstelle für psychisch kranke Menschen hinzu. Während das Leistungsspektrum der SpDi vor allem Grundversorgung, also eine niederschwellige und auch aufsuchende Hilfe und Beratung, sowie Soziotherapie umfasst, bieten die PIA medizinisch-psychiatrische Hilfen an. Mit der Dokumentation 2004 über die Arbeit der SpDi sollte auch der Entwicklungsstand der Kooperation zwischen PIA und Sozialpsychiatrischen Diensten erhoben werden.

Die vorliegende Erhebung dokumentiert, dass mittlerweile 48 der befragten SpDi auf eine Psychiatrische Institutsambulanz am psychiatrischen Krankenhaus oder an der Tagesklinik in ihrer Versorgungsregion zurückgreifen können. Neun SpDi berichten, dass sie in einem Versorgungsgebiet ohne PIA arbeiten.

Die Strukturen der PIA sind offensichtlich nur begrenzt dezentralisierbar. Demgegenüber stellen die befragten SpDi mit ihren 114 Standorten, Außenstellen und Außenprechstunden¹⁷ (d.h. mit durchschnittlich 2,6 Anlaufstellen pro Kreis) und mit ihrem Angebot aufsuchender Arbeit tatsächlich eine flächendeckende wohnraumnahe Struktur bereit.

* Für die mit * versehenen Kapitel sind im Anhang B: Tabellenteil zusätzliche oder erläuternde Tabellen und Datenmaterialien zusammengestellt.

¹⁷ Stand: Juni 2005, siehe Anhang A: Zusammenstellung der Sozialpsychiatrischen Dienste Baden und Württemberg.

5.2.

Stand der Kooperationsentwicklung zwischen SpDi und PIA

Tabelle 6: Schriftliche oder informelle Kooperation mit der PIA

Findet eine Kooperation (schriftlich oder informell) mit der PIA statt?		
	<i>Anzahl</i>	<i>in Prozent</i>
Antworten auf die Frage, ob PIA vorhanden oder nicht vorhanden	57	
eine Kooperation (schriftl. / nicht schriftl.) findet statt	45	78,9 %
es findet keine Kooperation statt	12	21,1 %
		100,0 %

Das Sozialministerium in Baden-Württemberg legt besonderen Wert auf eine Einbindung der SpDi und der PIA in gemeindepsychiatrische Zentren (GPZ). Die SpDi-Dokumentation belegt, dass die Einbindung der SpDi in diese Verbünde relativ weit vorangeschritten ist: Nahezu vier Fünftel (78,9%) der SpDi kooperieren mit einer PIA. Von den 12 Diensten, die angaben bisher nicht mit einer PIA zu kooperieren, waren 9 Dienste, die dokumentierten, dass in ihrer Region keine PIA vorhanden sei.

Insgesamt äußerten sich die meisten Dienste positiv im Hinblick auf die Entwicklungen. Im Umgang mit den Kürzungen der Pauschalfinanzierungen wurde immer wieder auf Synergieeffekte durch die räumlich enge Zusammenarbeit mit der PIA und die Qualitätssteigerung der Betreuung von KlientInnen durch die Gewährleistung von personeller Kontinuität an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung verwiesen.

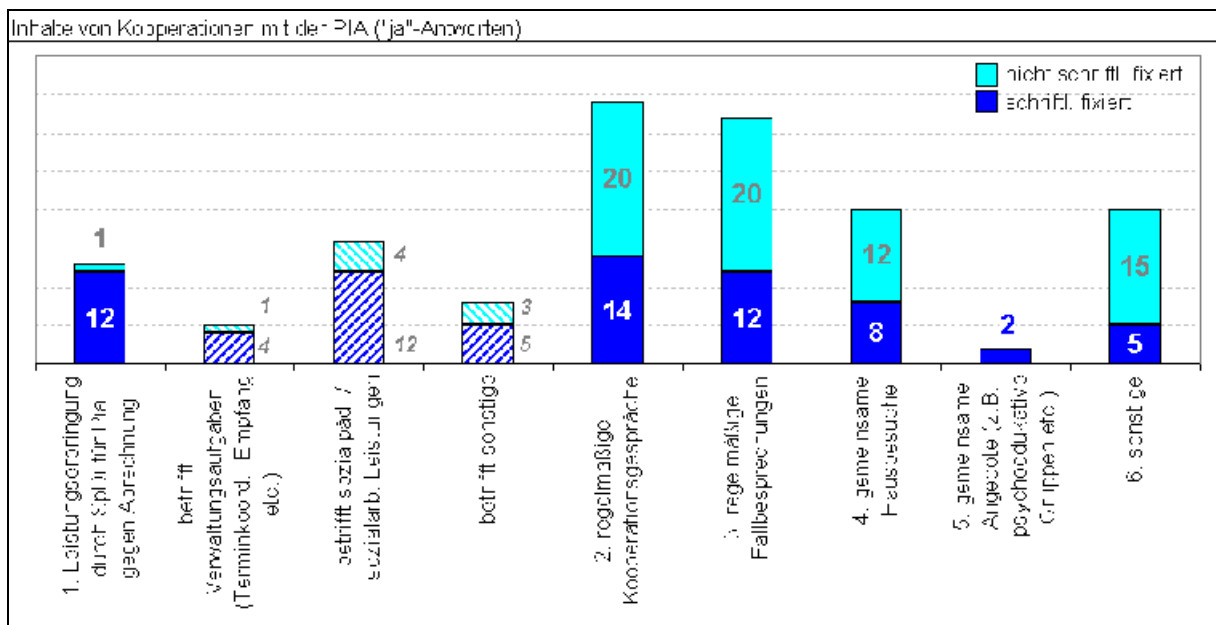
Die Kooperation zwischen SpDi und PIA scheint auf institutioneller Ebene bereits gut vorangeschritten. Handlungsbedarf gibt es weiterhin beim Ausbau der Psychiatrischen Institutsambulanzen im Hinblick auf die weitere Entfaltung ihrer dezentralen Präsenz in den Versorgungsgebieten.

5.2.1

Formen der Kooperation *

23 SpDi (das sind 41,1% aller antwortenden SpDi) haben mit der zuständigen PIA eine schriftliche Kooperationsvereinbarung geschlossen. Weitere 22 SpDi kooperieren mit einer PIA ohne schriftliche Kooperationsvereinbarung. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Bereichen, in denen schriftliche Vereinbarungen vorliegen, und solchen Bereichen, in denen auch ohne schriftliche Vereinbarung kooperiert wird.

Grafik 12: Inhalte von Kooperation mit der PIA



Während Leistungen, die die SpDi für die PIA gegen Entgelt erbringen oder etwa gemeinsame Angebote (z.B. psychoedukative Gruppen) fast ausschließlich auf schriftlichen Kooperationsverträgen basieren, sind regelmäßige oder anlassbezogene Kooperationsgespräche, Fallbesprechungen oder auch gemeinsame Hausbesuche überwiegend auch ohne schriftlichen Vertrag möglich.

Bemerkenswert ist ferner, dass auch bei bestehenden schriftlichen Vereinbarungen, nicht alle Kooperationsformen schriftlich fixiert wurden. In sieben Fällen finden regelmäßige Kooperationsgespräche lediglich auf informeller Basis statt, obgleich parallel eine schriftliche Kooperationsvereinbarung zwischen SpDi und PIA existiert. Für regelmäßige Fallbesprechungen trifft dies in sechs und für die weiteren Bereiche (gemeinsame Hausbesuche, sozialarbeiterische Leistungen gegen Entgelt etc.) in insgesamt sieben Fällen zu.

Insbesondere die informelle Kooperation, zu der es über bestehende schriftliche Kooperationsvereinbarungen hinaus kommt, deutet darauf hin, dass ursprünglich getroffene schriftliche Vereinbarungen im Sinne von „learning by doing“ zur Ausweitung der Zusammenarbeit führt. Eine genaue Überprüfung dieses Zusammenhangs zwischen erfolgreicher, schriftlich fixierter Kooperation in der Vergangenheit

* Für die mit * versehenen Kapitel sind im Anhang B: Tabellenteil zusätzliche oder erläuternde Tabellen und Datenmaterialien zusammengestellt.

und einer möglicherweise daraus resultierenden Kooperationsausweitung, muss im Zuge künftiger Dokumentationen stattfinden.

Im Prinzip lassen sich also drei Formen der Kooperation zwischen SpDi und PIA unterscheiden:

- (1) Kooperation auf der Basis umfassender schriftlicher Kooperationsvereinbarungen
- (2) informelle Kooperationsbeziehungen auf der Basis mündlicher Vereinbarungen, die vertraglich nicht fixiert sind
- (3) Mischformen von schriftlich vereinbarten Kooperationsleistungen besonders in Bereichen der Leistungserbringungen und vertraglich nicht geregelter Zusammenarbeit, die sich vor allem in den Bereichen der Kooperationsgespräche, gemeinsamer Hausbesuche und Fallbesprechungen findet.

5.2.2

Gemeinsame KlientInnen der Psychiatrischen Institutsambulanzen und Sozialpsychiatrischen Dienste*

Tabelle 7: Quantitative Bedeutung der gemeinsamen Klienten von SpDi und PIA

Quantitative Bedeutung der gemeinsamen Klienten von SpDi und PIA		
	nur jene SpDi, die gemeinsame Klienten mit einer PIA haben	Bedeutung für alle SpDi
Anteil gem. Klienten an allen betreuten Personen	3,7 %	2,9 %
Anteil der Soziotherapie Klienten aufgrund einer Verordnung durch die PIA an allen Soziotherapie Klienten	13,5 %	6,4 %

Als gesondert zu betrachtende Schnittstelle zwischen SpDi und PIA sind die gemeinsamen KlientInnen anzusehen. In der vorliegenden Erhebung wurden insgesamt 441 gemeinsame KlientInnen von SpDi und PIA dokumentiert. Mehr als die Hälfte (59,0%) der gemeinsamen KlientInnen werden in den SpDi der Landkreise betreut. Durchschnittlich betreute ein SpDi, das überhaupt gemeinsame KlientInnen mit einer PIA hat, 10,5 gemeinsame KlientInnen. Bei 27,0 % dieser gemeinsamen Klienten handelt es sich um Soziotherapie-KlientInnen, für die die Soziotherapie durch die PIA verordnet wurde. In weiteren 22,2% handelte es sich um KlientInnen, für die die PIA andere Leistungen an die SpDi delegierte und finanzierte.

Wertet man die gemeinsamen KlientInnen als Indikator für die Intensität der Kooperation zwischen SpDi und PIA, dann muss das bisher positive Bild, das sich auf Basis der Betrachtung der institutionalisierten Kooperation gezeichnet werden konnte, etwas relativiert werden. Nur 2,9% aller SpDi-KlientInnen (441 Personen) sind gemeinsame KlientInnen mit der jeweiligen PIA. Die PIA waren im Hinblick auf die Veranlassung von Soziotherapie eher zurückhaltend. In 3,0% der Soziotherapieanträge waren sie die anregende Stelle und auch selten als verordnende Stelle von Soziotherapie beteiligt: Nur knapp ein Fünftel (6,4%) aller Soziotherapie-KlientInnen der SpDi bekamen diese Maßnahme von der PIA verordnet.

* Für die mit * versehenen Kapitel sind im Anhang B: Tabellenteil zusätzliche oder erläuternde Tabellen und Datenmaterialien zusammengestellt.

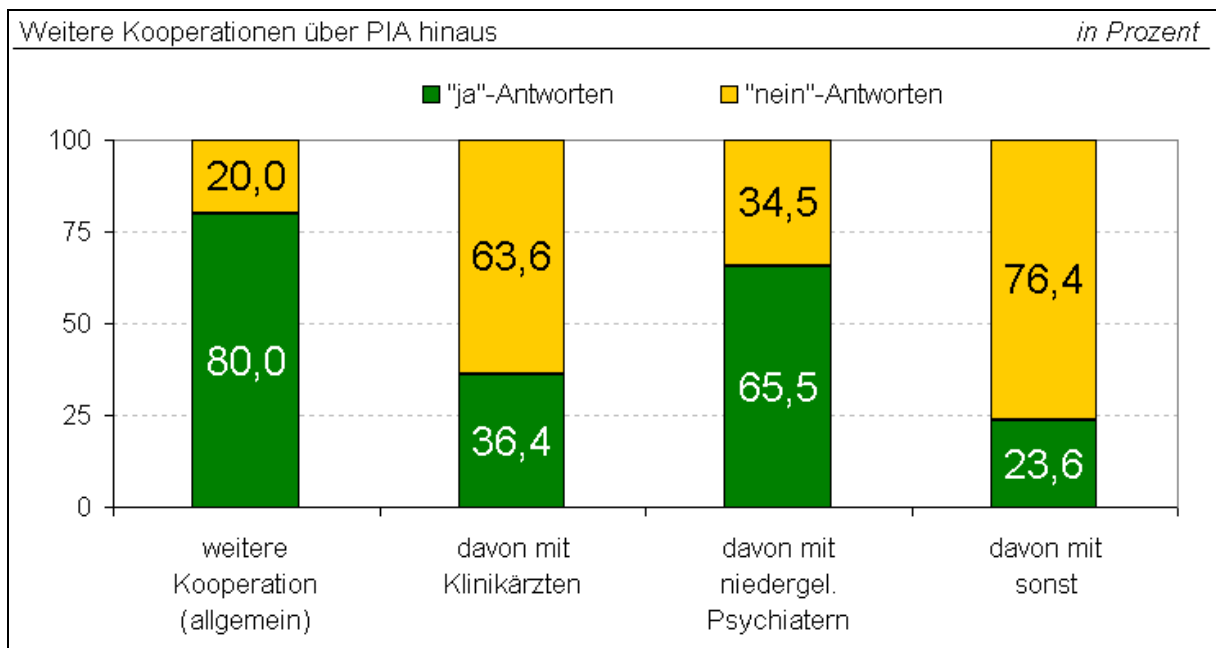
Besondere Bedeutung hat die Soziotherapie-Verschreibung durch die PIA für jene SpDi, die gemeinsame KlientInnen mit der PIA haben: die SpDi, die gemeinsame KlientInnen mit der PIA hatten, weisen auch einen höheren Anteil von Soziotherapie-Verordnungen durch die PIA auf, nämlich 16,5% der Soziotherapie-Fälle.

Die gemeinsamen KlientInnen von SpDi und PIA machen bislang noch eine kleine Gruppe unter den SpDi-Klienten aus. Es wäre wünschenswert, die Vernetzung der Hilfen einer größeren Anzahl von KlientInnen zugute kommen zu lassen. Auch der Aufbau gemeinsamer Angebote (z.B. psychoedukative Gruppen) ist ein Feld für die Vertiefung der Kooperation.

5.2.3

Andere Kooperationen der SpDi im psychiatrischen Versorgungsnetzwerk*

Grafik 13: Andere Kooperationen der SpDi im psychiatrischen Versorgungsnetzwerk



Über die Kooperation mit der PIA hinaus kooperierten 80,0% der SpDi mit weiteren Akteuren im System der psychiatrischen Versorgung. Hier spielten insbesondere niedergelassene PsychiaterInnen eine große Rolle, mit denen fast zwei Drittel aller Dienste (65,5%) zusammenarbeitet. Mehr als ein Drittel der SpDi kooperierten zudem mit Klinikärzten (36,4%) und ungefähr jeder vierte SpDi (23,6%) hatte sonstige Kontakte im Bereich ärztlich – psychiatrischer Beratung.

* Für die mit * versehenen Kapitel sind im Anhang B: Tabellenteil zusätzliche oder erläuternde Tabellen und Datenmaterialien zusammengestellt.

5.2.4

Entwicklungen im Bereich Gemeindepsychiatrischer Verbände und Zentren

In der offenen Frage 5.2 hatten die SpDi Gelegenheit, die GPV-Entwicklung, die Entwicklung des Leistungsverbundes und den Aufbau Gemeindepsychiatrischer Zentren zu beschreiben. 54 der insgesamt 57 antwortenden Dienste skizzierten – in sehr unterschiedlicher Ausführlichkeit und inhaltlichen Differenzierung – ihre regionale Situation.

Es gibt offensichtlich erhebliche begriffliche Unschärfen in den Selbstdefinitionen hinsichtlich des Gemeindepsychiatrischen Verbundes und des Gemeindepsychiatrischen Zentrums. Die Aufgabenbeschreibungen der existierenden gemeindepsychiatrischen Verbände reichen von verbindlichem Leistungsmanagement und Entwicklung von Qualitätskriterien über Weiterentwicklung der bestehenden Hilfen und Kooperationsformen, gegenseitiger Beauftragung und Verrechnung bis zu Fallbesprechungen und Behandlung sozialpolitischer Themen.

Die Vernetzung der psychiatrischen Dienste zeichnete sich im Jahr 2004 durch eine dynamische Entwicklung aus: Aus 40 Versorgungsregionen wurde über vorhandene Gemeindepsychiatrische Verbände oder Zentren berichtet, 13 weitere sind im Aufbau. Sechs Dienste berichteten von bereits institutionalisierten Hilfeplankonferenzen, vier Dienste sind in der Planungsphase für den Aufbau von Hilfeplankonferenzen.

Erhebungstechnisch ist allerdings die aus den früheren Jahresdokumentationen übernommene Form der offenen Frage an ihre Grenze gekommen. Nicht nur die Entwicklungen sind unterschiedlich, sondern auch die benutzten Begrifflichkeiten. Bei künftigen Erhebungen muss dieser Themenkomplex bei Bedarf durch geschlossene bzw. halboffene Fragen strukturiert werden.

Anhang

A

Zusammenstellung der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden und Württemberg

Stadt-/Landkreis	Standorte / Außenstellen / Außensprechstunden	Träger
Alb-Donau-Kreis	<ul style="list-style-type: none">• Ehingen• Langenau• Blaubeuren• Munderkingen	Bruderhaus Diakonie Stiftung
Baden-Baden	<ul style="list-style-type: none">• Baden-Baden	Caritasverband für den Landkreis Rastatt & Caritasverband für den Stadtkreis Baden-Baden
Biberach	<ul style="list-style-type: none">• Biberach	Caritasverband Biberach & Evang. Kirchenbezirk Biberach
Böblingen	<ul style="list-style-type: none">• Leonberg• Herrenberg• Weil der Stadt	Ev. Diakonieverbund Böblingen
Bodenseekreis	<ul style="list-style-type: none">• Friedrichshafen• Überlingen	Pauline 13 e.V.
Breisgau-Hochschwarzwald	<ul style="list-style-type: none">• Bad Krozingen• Müllheim• Titisee-Neustadt• Breisach• Kirchzarten• Breisach	Caritasverband im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald Diakonisches Werk Breisgau-Hochschwarzwald
Calw	<ul style="list-style-type: none">• Calw• Calmbach• Nagold	Arbeitskreis Offene Psychiatrie
Emmendingen	<ul style="list-style-type: none">• Emmendingen	Landkreis Emmendingen
Enzkreis	<ul style="list-style-type: none">• Pforzheim• Pforzheim• Wilferdingen• Mühlacker	Caritasverband Pforzheim Diakonisches Werk des Ev. Kirchenbezirks Pforzheim-Land

Stadtkreis/ Landkreis	Standorte/Außenstellen/ Außensprechstunden	Träger
Esslingen	• Esslingen a.N.	Stadt Esslingen am Neckar
	• Nürtingen	Landkreis Esslingen
	• Kirchheim u.T.	Ev. Kirchenbez. Kirchheim u.T.
	• Plochingen	Ev. Kirchenbez. ES & Die Brücke e.V.
	• Filderstadt	Reha-Verein ES & AWO Kreisv. ES
Freiburg	• Freiburg i.Br.	Caritasverband Freiburg-Stadt & Diakonieverein des bad. Diak. Werks
Freudenstadt	• Freudenstadt	Die Treppe - Freudenstädter Ps.soz. Hilfsgemeinschaft e.V.
	• Horb	Bruderhaus Diakonie Stiftung
Göppingen	• Göppingen	Landkreis Göppingen
	• Geislingen	
Heidelberg	• Heidelberg	Diakonisches Werk Heidelberg
Heidenheim	• Heidenheim	Reha-Verein f. soziale Psychiatrie Donau/Alb e.V.
Heilbronn - Landkreis	• Heilbronn	Weinsb. Hilfsverein f. psychisch Kanke e.V.
Heilbronn - Stadtkreis	• Heilbronn	Weinsb. Hilfsverein f. psychisch Kanke e.V.
Hohenlohe	• Öhringen	Caritasverband Heilbronn
	• Künzelsau	
Karlsruhe - Landkreis	• Bruchsal	Caritasverband Landkreis Karlsruhe, BV Bruchsal
	• Ettlingen	Caritasverband Landkreis Karlsruhe, BV Ettlingen
	• Bretten	Diakonisches Werk im Landkreis Karlsruhe
Karlsruhe - Stadtkreis	• Karlsruhe	Diakonisches Werk Karlsruhe, Caritasverband Karlsruhe & Stadt Karlsruhe

Stadtkreis/ Landkreis	Standorte/ Außenstellen/ Außensprechstunden	Träger
Konstanz	• Konstanz	Caritasverband Konstanz
	• Singen	AWO, KV Konstanz
Lörrach	• Lörrach • Schopfheim • Rheinfelden • Weil am Rhein	Caritasverband für den Landkreis Lörrach & Diakonisches Werk Schopfheim
Ludwigsburg	• Ludwigsburg	Landkreis Ludwigsburg
Main-Tauber	• Tauberbischofsheim • Freudenberg • Wertheim • Bad Mergentheim	Landkreis Main-Tauber
Mannheim	Mannheim	AWO, KV Mannheim, Diakonieverein Mannheim, Caritasverband Mannheim & ZI Mannheim
Neckar-Odenwald	• Mosbach • Buchen • Adelsheim	Diakonisches Werk im Neckar-Odenwald-Kreis
Ortenau	• Kehl	Landkreis Ortenaukreis
	• Offenburg • Hausach	Diakonisches Werk im Ortenaukreis
	• Achern	Caritasverbände Acher- Renchtal & Offenburg
	• Offenburg	AWO, KV Ortenau
	• Lahr	Landkreis Ortenaukreis
Ostalb	• Aalen • Schwäbisch Gmünd • Ellwangen	Arge SpDi im Ostalbkreis e.V.
Pforzheim - Stadtkreis	• Pforzheim	Caritasverband Pforzheim
Rastatt	• Rastatt • Bühl • Durmersheim • Gaggenau	Caritasverband für den Landkreis Rastatt & Caritasverband für den Stadtkreis Baden-Baden
Ravensburg	• Ravensburg (Ravensburg & westl. Landkreis) • Wangen (östl. Landkreis)	ARKADE e.V.

Stadtkreise/ Landkreise	Standorte/Außenstellen/ Außensprechstunden	Träger
Rems-Murr	<ul style="list-style-type: none"> • Waiblingen • Schorndorf • Backnang 	Ev. Kirchenbezirk Waiblingen & Caritasverband Ludwigsburg-Waiblingen- Enz
Reutlingen	<ul style="list-style-type: none"> • Reutlingen • Bad Urach • Münsingen 	Bruderhaus Diakonie Stiftung
Rhein-Neckar	<ul style="list-style-type: none"> • Sinsheim 	Bürgerkreis für psychosoziale Arbeit e.V.
	<ul style="list-style-type: none"> • Weinheim 	AWO, KV Rhein-Neckar
	<ul style="list-style-type: none"> • Schwetzingen (Schwetzingen, Ketsch, Oftersheim, Eppelheim, Sandhausen, Brühl) 	Caritasverband f.d. Rhein- Neckar-Kreis
	<ul style="list-style-type: none"> • Wiesloch • Hockenheim • Neckargemünd 	Sozialpsychiatrischer Hilfsverein Rhein-Neckar e.V.
	<ul style="list-style-type: none"> • Eberbach 	Diakonisches Werk des ev. Kirchenbezirks Neckargemünd
Rottweil	<ul style="list-style-type: none"> • Rottweil 	Gemeindepsychiatrischer Verbund gGmbH
Schwäbisch Hall	<ul style="list-style-type: none"> • Crailsheim • Schwäbisch Hall 	Samariterstiftung Obersontheim
Schwarzwald-Baar	<ul style="list-style-type: none"> • Villingen-Schwenningen • Bad Dürkheim • Furtwangen • Donaueschingen 	Caritasverband für den Schwarzwald-Baar-Kreis
Sigmaringen	<ul style="list-style-type: none"> • Sigmaringen 	Caritasverband Sigmaringen
Stuttgart	<ul style="list-style-type: none"> • Stuttgart 	Caritasverband für Stuttgart
	<ul style="list-style-type: none"> • Stuttgart - Bad Cannstatt 	Caritasverband für Stuttgart
	<ul style="list-style-type: none"> • Stuttgart - Vaihingen 	Evang. Gesellschaft Stuttgart
	<ul style="list-style-type: none"> • Stuttgart - Birkach 	Evang. Gesellschaft Stuttgart

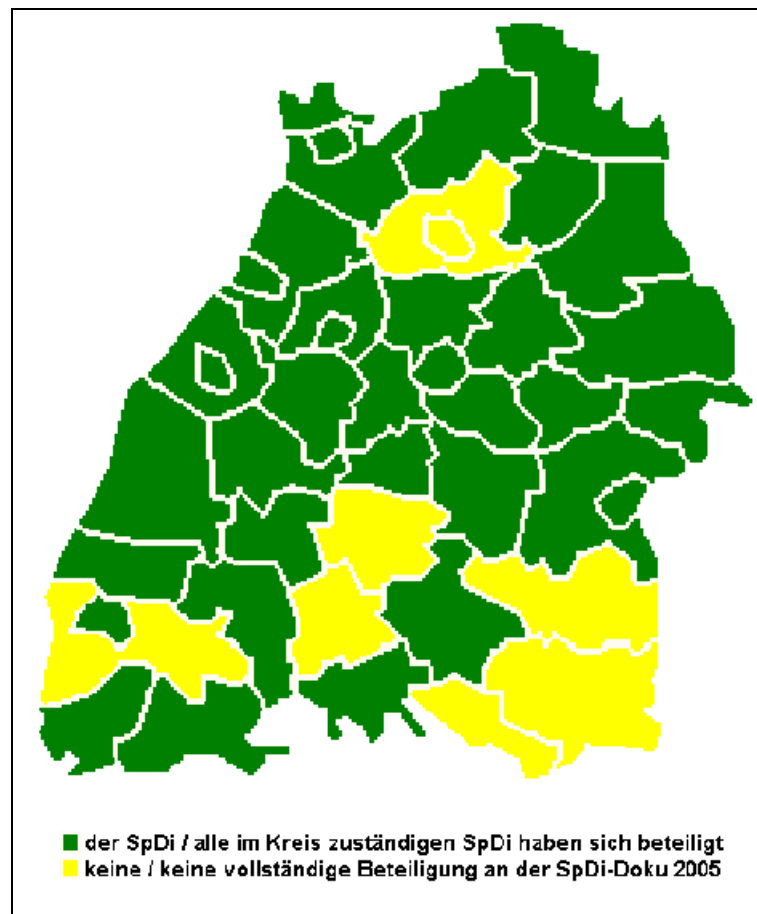
(Fortsetzung nächste Seite)

Stadtkreise/ Landkreise	Standorte/Außenstellen/ Außensprechstunden	Träger
Stuttgart <i>(Fortsetzung)</i>	<ul style="list-style-type: none"> Stuttgart - Freiberg Stuttgart - West / Botnang Stuttgart - Ost Stuttgart - Weilimdorf 	Evang. Gesellschaft Stuttgart Klinikum Stuttgart - Bürgerhospital Klinikum Stuttgart - Bürgerhospital Klinikum Stuttgart - Bürgerhospital
Tübingen	<ul style="list-style-type: none"> Tübingen Rottenburg 	Freundeskreis der beschützenden Werk- und Heimstätte für Behinderte e.V. & Psychiatrische Universitätsklinik UKPP
Tuttlingen	<ul style="list-style-type: none"> Tuttlingen 	Landkreis Tuttlingen
Ulm	<ul style="list-style-type: none"> Ulm 	Reha-Verein f. soziale Psychiatrie Donau/Alb e.V.
Waldshut	<ul style="list-style-type: none"> Waldshut-Tiengen Bad Säckingen 	Caritasverband Hochrhein
Zollern-Alb	<ul style="list-style-type: none"> Balingen Albstadt-Ebingen 	Verein für gemeindenahe Psychiatrie im Zollernalbkreis e.V.

Anhang

B Tabellenteil

Grafik 14: Sozialpsychiatrische Dienste in Baden-Württemberg



Zu Kapitel 1

Versorgungsregionen der Sozialpsychiatrischen Dienste (S.8)

Tabelle 8: Versorgungsgebiete nach Stadt- und Landkreisen

Versorgungsgebiet der SpDi	<i>jeweils Anzahl</i>			
	Landkreise	Stadtkreise (ohne Stuttg.)	Stuttgart	gesamt
gesamter Land-/Stadtkreis	21	5	0	26
Teil des Land-/Stadtkreises	24	1	8	33
gesamt	45	6	8	

Tabelle 9: Versorgungsgebiete nach Landkreisen, Stadtkreisen, Stuttgart

Versorgungsgebiet	<i>jew. Einwohner bzw. qkm</i>			
	Landkreise (n=45)	Stadtkreise (ohne Stuttg.) (n=6)	Stuttgart (n=8)	gesamt
insg. i.d. Versorgungsgebieten erfasst (Einw.,)	7.347.410	1.177.900	594.352	9.119.662
durchschnittl. versorgte Einw. / SpDi	163.276	196.317	74.294	154.571
durchschnittl. versorgte Einw. / SpDi-Mitarb.*	64.622	69.891	21.668	57.384
durchschnittl. versorgte Einw. / Fachkraft **	70.425	69.891	23.937	62.373
<i>Anzahl der Antworten zu Einw. / Fachkraft ***</i>	<i>(n = 45)</i>	<i>(n = 5)</i>	<i>(n = 8)</i>	<i>(n = 58)</i>
Größe des Versorgungsgebietes (qkm)	666,9	133,0	24,7	531,9
* n kann vom Wert anderer Fragen abweichen, da Wertung nur wenn Angaben zur MA-Zahl und Einw.-Zahl/qkm vorhanden				
** Angaben zur Stellenzahl jew. zum 01.01.2005				
*** n kann von o.g. Werten dieser Tabelle abweichen, da Wertung nur wenn Angaben aus * und Angaben zu den Stellen nach Berufsgruppen vorhanden				

Zu Kapitel 2.3

Leistungsbereiche der Sozialpsychiatrischen Dienste (S.14)

Tabelle 10: Leistungsbereiche der SpDi

Leistungsbereiche der SpDi	"Ja"- Antworten	"Nein"- Antworten	zugeordnete Stellen (sofern angegeben)
Grundversorgung	56	0	25,9 n = 9
Soziotherapie	56	0	7,6 n = 9
Betreutes Wohnen *	23	32	3,3 n = 8
andere Leistungen im Bereich BSHG	6	49	n = 0
Leistungen für andere Leistungsträger	11	43	0,5 n = 1

* *Betreutes Wohnen wird im Regelfall getrennt von den SpDi angeboten und ist damit an dieser Stelle nur aufgeführt, wenn diese Leistung durch das SpDi-Team selbst erbracht wurde.*

Zu Kapitel 3.1

Betreute Personen nach Leistungsbereichen (S.15)

Tabelle 11: Betreute Personen nach Leistungsbereichen

Betreute Personen nach Leistungsbereichen	Personen*	n %***	Durchschnittl. betr. Pers. pro SpDi****
Grundversorgung	13.607	86,1	238,7
Soziotherapie	1.800	11,3	32,7
Betreutes Wohnen**	175	1,1	7,3
andere Leistungen (z.B. für PIA)	163	1,0	14,0
gesamt	15.811	100,0	

* *Mehrfachnennungen möglich*
 ** *Betreutes Wohnen wird im Regelfall getrennt von den SpDi angeboten und ist damit an dieser Stelle nur aufgeführt, wenn diese Leistung durch das SpDi-Team selbst erbracht wurde*
 *** *Prozentwerte beziehen sich auf Gesamtzahl der Fälle (vgl. *)*
 **** *nur wenn entspr. Leistungsbereich angeboten wurde*

Zu Kapitel 3.2

Art der Betreuung in der Grundversorgung (S.19)

Tabelle 12: Art der Betreuung im Rahmen der Grundversorgung¹⁸

Art der Betreuung im Rahmen der Grundversorgung	Personen	in Prozent
Gesamtzahl der Personen in der Grundversorgung	13.467	100,0
davon Kurzbetreuung (bis zu 1 Kontakte)	5.071	37,7
davon längerfristige Betreuung (5 und mehr Kontakte)	6.193	46,0
davon nur indirekte Betreuung*	2.203	16,4

* hier sind Personen erfasst, bei denen kein persönlicher Kontakt zur Indexperson bestand, sondern die Betreuung nur indirekt nämlich über Dritte stattfand

Zu Kapitel 3.2.2

Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit im Rahmen der längerfristigen Grundversorgung (S.22)

Tabelle 13: Längerfristige Betreuungen im Rahmen der Grundversorgung

Betreuung im Rahmen einer längerfristigen Betreuung in der Grundversorgung					in Prozent
	5-10 Kontakte	11-20 Kontakte	21-40 Kontakte	> 40 Kontakte	
bis 3 Monate Betreuung	14,3	1,8	0,4	0,0	16,5
<i>Zeilen-%</i>	<i>88,7</i>	<i>11,0</i>	<i>2,2</i>	<i>0,2</i>	<i>100,0</i>
<i>Spalten-%</i>	<i>32,1</i>	<i>6,0</i>	<i>2,1</i>	<i>0,4</i>	
3-6 Monate Betreuung	11,8	6,5	1,8	0,5	20,6
<i>Zeilen-%</i>	<i>57,1</i>	<i>31,5</i>	<i>9,8</i>	<i>2,0</i>	<i>100,0</i>
<i>Spalten-%</i>	<i>28,1</i>	<i>21,7</i>	<i>10,9</i>	<i>6,3</i>	
7-12 Monate Betreuung	18,5	21,7	14,8	7,9	62,9
<i>Zeilen-%</i>	<i>29,4</i>	<i>34,5</i>	<i>23,8</i>	<i>12,6</i>	<i>100,0</i>
<i>Spalten-%</i>	<i>41,5</i>	<i>72,3</i>	<i>87,1</i>	<i>93,2</i>	
	44,6	30,0	15,9	8,5	100,0
	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	

¹⁸ Die Differenz zwischen der Gesamtzahl Grundversorgung 13607 aus Frage 2.2. (siehe Tabelle 11: Betreute Personen nach Leistungsbereichen, S.48) und der Gesamtzahl Grundversorgung 13 467 aus Frage 2.3. (siehe Tabelle 12: Art der Betreuung im Rahmen der Grundversorgung, S.49) von 140 Personen entsteht, weil die Daten eines Dienstes zu Frage 2.3. nicht ausgewertet werden konnten.

Zu Kapitel 3.2.3

Beendigungen der längerfristigen Grundversorgung (S.24)

Tabelle 14: Beendigungen der längerfristigen Grundversorgung in 2004

Beendigung der längerfristigen Grundversorgung in 2004	Fälle	in Prozent
1. Beendigung im gegenseitigen Einvernehmen ohne Weiterbetreuung durch anderen psych. Fachdienst.	404	24,13
2. Beendigung durch Vermittlung in Anschlussbetreuung durch anderen psych. Fachdienst (BeWo, Heim etc.)	394	23,82
3. Beendigung der Grundversorgung durch Übergang in Soziotherapie (d.h. Betreuung nur noch im Rahmen von Soziotherapie)	271	16,38
4. Einseitige Beendigung / Abbruch durch Klient/in	369	22,31
5. Einseitige Beendigung / Abbruch durch den Dienst	27	1,63
6. Beendigung durch Ende der regionalen Zuständigkeit (Umzug Klient/in in eine andere Region)	137	8,28
7. Verstorben (ohne Suizide)	36	2,18
8. Suizid	16	0,97
gesamt	1.654	100,0

Zu Kapitel 4.1

Anzahl der Soziotherapieanträge als Erstverordnungen und Folgeanträge (S.29)

Tabelle 15: Verfahren bei Ablehnung von Soziotherapieanträgen

Vertreter bei Ablehnungen der Soziotherapie	Anzahl der Fälle		
	bei Erstverordnung	bei Folgeantrag	gesamt
abgelehnte Soziotherapieantr. insgesamt (Eingang der Ablehnung im 2004)	115	59	174
<i>Letzte Zeile, nur wenn die Angaben zum Verfahrensstand vollständig gemacht wurden</i>	bei Erstverordnung	bei Folgeantrag	gesamt
abgelehnte Soziotherapieantr. (Eingang d. Abh. 2004)	91	51	142
davon wurde Widerspruch eingelegt	57	35	92
<i>entspricht % der Ablehnungen:</i>	<i>62,0</i>	<i>68,0</i>	<i>94,8</i>
davon wurde dem Widerspruch stattgegeben	25	14	39
davon wurde der Widerspruch abgelehnt	17	17	34
davon ist das Widerspruchsverfahren schwebend	15	4	19
<i>davon wurde dem Widerspruch stattgegeben in %</i>	<i>43,8</i>	<i>40,0</i>	<i>42,4</i>
<i>davon wurde der Widerspruch abgelehnt in %</i>	<i>29,4</i>	<i>40,6</i>	<i>34,0</i>
<i>davon ist das Widerspruchsverfahren schwebend in %</i>	<i>25,8</i>	<i>11,4</i>	<i>20,7</i>

Zu Kapitel 5.1

Psychiatrische Institutsambulanzen in den untersuchten Regionen Baden – Württembergs (S.35)

Tabelle 16: Formen der PIA

Form der PIA im Stadt- / Landkreis	Anzahl	in Prozent
PIA am psychiatrischen Krankenhaus / Tagesklinik	46	82,1
Außenstelle einer PIA	2	3,6
PIA-Außensprechstunde i.R. eines and. Fachdienstes*	4	7,1
sonstige	4	7,1
gesamt	56	100,0

* Die durchschnittl. Öffnungszeit im Falle der Außensprechstunde hat 1,17 Std./Woche betragen (3 Antw.)

Zu Kapitel 5.2.1

Formen der Kooperation (S.36)

Tabelle 17: Anzahl schriftlicher/nicht – schriftlicher Kooperationsvereinbarungen

Schriftl. Kooperationsvereinbarung d. SpDi mit der PIA	Anzahl	in Prozent
schriftliche Kooperationsvereinb. vorhanden	23	41,1
keine schriftl. Kooperationsvereinb. vorhanden	33	58,9
gesamt	56	100,0

Tabelle 18: Inhalte von Kooperationen mit der PIA

Inhalte von Kooperationen mit der PIA ('ja' Antworten)	schriftl.	nicht schriftl.	gesamt
1. Leistungserbringung durch SpDi für PIA gegen Abrechnung	12	1	13
<i>betrifft Verwaltungsaufgaben (Terminkoordination, Empfang etc.)</i>	4	1	5
<i>betrifft erzleipäd. / erzleiarb. Leistungen</i>	12	4	16
<i>betrifft sonstige</i>	5	3	8
2. regelmäßige Kooperationsgespräche	14	20	34
3. regelmäßige Fallbesprechungen	12	20	32
4. gemeinsame Hausbesuche	8	12	20
5. gemeinsame Angebote (z.B. psychoedukative Gruppen etc.)	2	0	2
6. sonstige	5	15	20
	74	76	150

Zu 5.2.2.

Gemeinsame KlientInnen der Psychiatrischen Institutsambulanzen und sozialpsychiatrischen Dienste (S.38)

Tabelle 19: Anzahl gemeinsamer KlientInnen von SpDi und PIA

Anzahl gemeinsamer Klienten mit/er/den PIA	Anzahl	Anzahl pro SpDi*		
Klienten des SpDi, für die die PIA Rolle des behandelnden Arztes hat	44			10,5
... davon Personen für die die PIA Sozialtherapie verordnet hat	119			3,97
davon Pers. für die durch die PIA delegierte u/finanz. Leistung erbracht werden	98			12,25
* nur wenn ein oder mehr Klient(en) vom SpDi genannt (bei 42 SpDi)				
		Land kreise	Stadtkreise (ohne Stutt.)	Stuttgart
Klienten des SpDi für die die PIA Rolle des behandelnden Arztes hat	260		37	144
... davon Personen für die die PIA Sozialtherapie verordnet hat	97		12	10
davon Pers. für die durch die PIA delegierte u/finanz. Leistung erbracht werden	36		10	52
Anteil d. gem. Klienten, für die die PIA Sozialtherapie verordnet hat in %	37,3		32,4	6,9
Anteil gem. Klienten, für die durch PIA deleg. & finanz. Leistung erbracht werden in %	13,8		27,0	36,1

Zu Kapitel 5.2.3

Andere Kooperationen der SpDi im psychiatrischen Versorgungsnetzwerk (S.39)

Tabelle 20: Andere Kooperationen der SpDi im psychiatrischen Versorgungsnetzwerk

Weitere Kooperationen über PIA hinaus	Anzahl der Antworten		davon "nein" auf grund der Frage zur weiteren Koop. allgemein	Anteil der SpDi, die entspr. kooperieren (in Prozent)
	"ja"	"nein"		
Kooperation über PIA hinaus (allgemein)	44	11		80,0
... davon mit Klinikärzten	20	35	(11)	36,4
... davon mit niedergel. Psychiatern	36	19	(11)	65,5
... davon mit sonstigen	13	42	(11)	23,6

Anhang

C

Verzeichnis der Tabellen und Grafiken

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Einwohnerzahl des Versorgungsgebietes	8
Tabelle 2: Personal der SpDi nach Berufsgruppe - insgesamt.....	12
Tabelle 3: Personal der SpDi nach Berufsgruppe - Veränderungen	12
Tabelle 4: Verordnungen von Soziotherapie	29
Tabelle 5: Beendigung der Soziotherapie im Berichtsjahr 2004.....	34
Tabelle 6: Schriftliche oder informelle Kooperation mit der PIA	36
Tabelle 7: Quantitative Bedeutung der gemeinsamen Klienten von SpDi und PIA.....	38
Tabelle 8: Versorgungsgebiete nach Stadt- und Landkreisen.....	47
Tabelle 9: Versorgungsgebiete nach Landkreisen, Stadtkreisen, Stuttgart	47
Tabelle 10: Leistungsbereiche der SpDi.....	48
Tabelle 11: Betreute Personen nach Leistungsbereichen.....	48
Tabelle 12: Art der Betreuung im Rahmen der Grundversorgung.....	49
Tabelle 13: Längerfristige Betreuungen im Rahmen der Grundversorgung.....	49
Tabelle 14: Beendigungen der längerfristigen Grundversorgung in 2004.....	50
Tabelle 15: Verfahren bei Ablehnung von Soziotherapieanträgen.....	50
Tabelle 16: Formen der PIA.....	51
Tabelle 17: Anzahl schriftlicher/nicht – schriftlicher Kooperationsvereinbarungen	51
Tabelle 18: Inhalte von Kooperationen mit der PIA	51
Tabelle 19: Anzahl gemeinsamer KlientInnen von SpDi und PIA	52
Tabelle 20: Andere Kooperationen der SpDi im psychiatrischen Versorgungsnetzwerk	52

Verzeichnis der Grafiken

Grafik 1: Anteile der Träger in Vollzeitstellen.....	10
Grafik 2: Leistungsbereiche der Sozialpsychiatrischen Dienste.....	14
Grafik 3: Betreute Personen nach Leistungsbereichen.....	15
Grafik 4: Art der Betreuungen in der Grundversorgung.....	19
Grafik 5: Anteil von Erstbetreuungen im Rahmen der Grundversorgung.....	21
Grafik 6: Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit im Rahmen der Grundversorgung.....	22
Grafik 7: Beendigungen der längerfristigen Grundversorgung in 2004.....	24
Grafik 8: Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit i.R.d. Grundversorgung 2003-2004.....	27
Grafik 9: Art der Betreuung im Rahmen der Grundversorgung (1997-1999; 2003-2004).....	28
Grafik 10: Verfahren bei Ablehnungen des Antrages auf Soziotherapie.....	30
Grafik 11: Initiierende Stellen für Soziotherapie.....	32
Grafik 12: Inhalte von Kooperation mit der PIA.....	37
Grafik 13: Andere Kooperation der SpDi im psychiatrischen Versorgungsnetzwerk.....	39
Grafik 14: Sozialpsychiatrische Dienste in Baden-Württemberg.....	46