

JAHRESBERICHT 2006

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 des Ausschusses Psychiatrie und Behindertenhilfe.

Auswertung der Befragung: Ottmar Fahrmeier, Dipl. Sozialpädagoge,
Liga der freien Wohlfahrtspflege e.V.

Erstellung des Berichts: Luisa Lindenthal, Dipl. Pädagogin, Freiburg

Koordination: Manfred Schöniger, Diplomsozialpädagoge,
Diakonisches Werk der Ev. Landeskirche in Baden e.V.

Impressum

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

Diese Auswertung kann unter www.liga-bw.de/download
heruntergeladen werden.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Zusammenfassung	5
1 Versorgung der Bevölkerung durch Sozialpsychiatrische Dienste in Baden-Württemberg.....	11
2 Organisationsstruktur der Sozialpsychiatrischen Dienste	13
2.1 Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste	13
2.2 Leistungsbereiche der Sozialpsychiatrischen Dienste.....	14
3 Betreuungsverhältnisse im Berichtsjahr 2006	16
3.1 Betreute Personen nach Leistungsbereichen	17
3.2 Anteil der Erstbetreuungen im Rahmen der Grundversorgung.....	19
3.3 Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit im Rahmen der längerfristigen Grundversorgung	20
4 Soziodemografische Daten	24
4.1 Gesamtzahl.....	24
4.2 Familienstand.....	25
4.3 Lebensverhältnisse	25
4.4 Finanzielle Situation.....	26
4.5 Verteilung der Altersgruppen	27
4.6 Diagnosen.....	29
4.7 Gleichzeitig bestehende Suchtproblematik.....	30
4.8 Zuweisungswege	31
5 Soziotherapie in den Sozialpsychiatrischen Diensten	33
5.1 Verordnungen von Soziotherapie	33
5.2 Initiierung von Soziotherapie.....	35
5.3 Verfahren bei Ablehnung	36
5.4 Beendigung von Soziotherapie	37
6 Kooperation und Vernetzung	39
6.1 Kooperation mit PIA	39
6.2 Zusätzliche Kooperationen	40
6.3 GPV/GPZ-Vereinbarungen	41
Abbildungsverzeichnis	43
Tabellenverzeichnis.....	43

Vorwort

Mit der Offenlegung der Leistungszahlen der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg möchte die Liga der freien Wohlfahrtspflege auch in diesem Jahr ihre Arbeit in diesem wichtigen ambulanten psychiatrischen Arbeitsfeld transparent machen.

Grundlage bilden hierzu, wie in den vergangenen Jahren, die freiwilligen Einzeldokumentationen der Sozialpsychiatrischen Dienste, welche hier zusammengefasst und ausgewertet wurden. Die Auswertung verdeutlicht, dass die Dienste sowohl ihre Zielgruppe, nämlich chronisch psychisch erkrankte Menschen, als auch ihre Aufgabe, deren Grundversorgung und die Versorgung mit Soziotherapie sicherzustellen, erfüllen.

Erstmalig wurden dabei soziodemographische Daten geschlechterspezifisch abgefragt und erlauben so einen differenzierten Blick auf die Klientel der Dienste.

Hierbei bestätigt sich die Erwartung, dass Frauen im Allgemeinen ein höheres Risiko tragen, an einer psychischen Störung zu erkranken, ebenso wie die Annahme, dass mit psychischen Erkrankungen oft der Verlust des Arbeitsplatzes und ein Angewiesensein auf die Strukturen unserer sozialen Sicherung einhergeht.

Wir möchten an dieser Stelle den Verantwortlichen in Politik und den Verwaltungen des Landes und der Kommunen ganz herzlich für ihre bisherige Förderung der Sozialpsychiatrischen Dienste danken und der Hoffnung Ausdruck verleihen, dass dieses Engagement für unsere psychisch erkrankten Mitbürgerinnen und Mitbürger auch in Zukunft erhalten bleibt und die Dienste, ihrer ständig steigenden Inanspruchnahme entsprechend, auch wieder eine Ausweitung ihrer Förderung erfahren können.

Danken möchten wir auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unserer Dienste für ihre engagierte und anstrengende Arbeit, die unter den vorherrschenden Sparzwängen sicherlich nicht immer einfach und befriedigend ist. Menschen mit psychischen Krankheiten und seelischen Behinderungen sind auf ihre Unterstützung angewiesen, um in ihrer Gemeinde ein erträgliches, möglichst selbstverantwortliches Leben führen zu können.

Und natürlich gilt auch unser Dank Frau Luisa Lindenthal und Herrn Fahrmeier, denen es wieder gelungen ist, das komplexe Zahlenmaterial in eine verständliche Form zu bringen und deren Geduld und Beharrlichkeit dazu geführt hat, dass sich an dieser Auswertung deutlich mehr Dienste beteiligt haben als in der Vergangenheit.



Johannes Stockmeier

Vorsitzender

Zusammenfassung

Jahresbericht 2006

Freiwillige Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg

Teilnehmende Dienste

Aufgrund der Zusammenlegung zweier Einrichtungen ist die Gesamtzahl aller Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg 2006 auf 68 korrigiert worden. Die Auswertung der in diesem Berichtszeitraum erbrachten Leistungen basiert auf den Daten von insgesamt 58 Diensten und damit immerhin 85,3% teilnehmenden Einrichtungen. Erfreulicher Weise konnte somit das Ergebnis von 2005 (46 beteiligte Dienste) deutlich gesteigert werden.

Während sich 57,3% der Dienste in Trägerschaft der beiden großen kirchlichen Wohlfahrtsverbände Caritas und Diakonie befanden, lag lediglich ein knappes Viertel aller Trägerschaften in kommunaler Zuständigkeit. Insgesamt waren 2006 - unter Einbeziehung von DPWV und AWO - 72,6% aller Mitarbeitenden der SpDi in Mitgliedseinrichtungen der Liga der freien Wohlfahrtspflege beschäftigt.

Betreuungsquote

Mit dieser Dokumentation werden die Datenlage sowie das Versorgungsangebot für insgesamt 15 970 Klienten und Klientinnen nachvollziehbar, welche in 2006 durch die beteiligten SpDi erreicht wurden. Dies bedeutet, dass pro Dienst 275,34 Personen und damit eine annähernd gleiche Anzahl wie im Vorjahr von den unterschiedlichen Angeboten profitiert haben.

Die Anzahl der Fachkräfte, welche diesen Personenkreis betreute, ist mit 153,7 Vollzeitstellen gegenüber 2005 in der Relation annähernd gleichgeblieben, dennoch liegt die Zahl der Klienten/innen pro Fachkraft mit 103,92 Personen neuerlich um 1,75 höher als in 2005.

Soziodemografische Daten

Erstmalig seit Veröffentlichung der freiwilligen Dokumentation wurden im Berichtszeitraum 2006 wesentliche Daten geschlechterdifferenziert abgefragt und damit die Relation von Frauen und Männern bezogen auf die Gesamtpopulation der SpDi abgebildet. Mit insgesamt 59,09% weiblichen Betroffenen korreliert der Frauenanteil an den Klienten der sozialpsychiatrischen Dienste erwartungsgemäß mit der geschlechtsspezifischen Verteilung von psychischen Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung.

Nach längerer Pause wurden in 2006 auch wieder soziodemografische Daten erhoben, sodass sich die Lebensverhältnisse der chronisch psychisch Kranken, welche einen SpDi aufsuchten, nun auch der interessierten Öffentlichkeit leichter erschließen.

So sind lediglich 15,52% der Betroffenen verheiratet, wie auch lediglich 11,22% ihren Lebensunterhalt durch eigene Berufstätigkeit bestreiten (können); obwohl sich annähernd 19% der Betroffenen zum Zeitpunkt der Erhebung im Bezug von Arbeitslosengeld I oder II befanden und demnach eine längere oder kürzere Phase der Erwerbstätigkeit aufweisen, ist insgesamt festzuhalten, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen über wenig Chancen auf Integration in den 1. Arbeitsmarkt verfügen.

Mit 44,5% war fast die Hälfte aller KlientInnen zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen 41 und 60 Jahren alt und damit im so genannten mittleren Alterssegment. Gleichzeitig stellen die 18 – 27jährigen mit nur 10,7% aller Betroffenen die kleinste Teilmenge der Besucher und Besucherinnen von Sozialpsychiatrischen Diensten dar.

Mit mehr als einem Drittel aller diagnostizierten psychiatrischen Erkrankungen (37,1%) zählen die schizophrenen Psychosen zu den Erkrankungen, unter denen die Betroffenen am häufigsten leiden, gefolgt von den affektiven Psychosen, die weitere 21,7% der KlientInnen in die sozialpsychiatrischen Dienste geführt haben. Wenn man von den Persönlichkeitsstörungen (9,1%) einmal absieht, treten alle anderen psychiatrischen Krankheiten in eher niedrigen prozentualen Anteilen auf.

Immerhin knapp 15% aller Betroffenen suchten ihren sozialpsychiatrischen Dienst auf eigene Initiative auf. Die überwiegende Mehrzahl, nämlich insgesamt 39,21% der Patienten und Patientinnen, traten auf Veranlassung von medizinisch-therapeutischen Bezugspersonen in Kontakt mit einem SpDi,

Leistungsbereiche der Sozialpsychiatrischen Dienste

Grundversorgung

Alle 58 erhobenen Dienste boten auch in 2006 Leistungen der Grundversorgung an und erreichten damit insgesamt 82,53% aller Klienten und Klientinnen. Die hierbei größte Gruppe (49%) konnte im untersuchten Zeitraum trotz einer zunehmenden Arbeitsverdichtung in den Sozialpsychiatrischen Diensten mehr als 5 Kontakte wahrnehmen, während 35% in der Kategorie „Kurzkontakte“ (bis zu 4 Kontakte) anzusiedeln sind. Immerhin 16% aller Kontakte waren „indirekt“ und stellten über Angehörige und andere Bezugspersonen den Zugang zu denjenigen Kranken sicher, welche (noch) nicht bereit oder in der Lage waren, die erforderlichen Hilfen anzunehmen und die daher im Gesamtspektrum der Leistungen ebenfalls eine wichtige Funktion inne haben.

Soziotherapie

Bei ebenfalls allen ausgewerteten 58 Diensten bildete Soziotherapie einen weiteren Baustein im Leistungsspektrum, mit dem 2006 12,56% aller Klienten und Klientinnen

und damit eine im Vergleich zum Vorjahr geringfügig reduzierte Personenzahl versorgt wurde. Wie bereits im Vorjahr lag die Zahl der Folgeverordnungen von Soziotherapie auch in 2006 über der Anzahl der Erstverordnungen und umfasst nunmehr 1369 Fälle. Die deutlich größte Anzahl der Anträge auf Soziotherapie ist auf Initiative der Sozialpsychiatrischen Dienste selbst (41,9%) erfolgt; als zweitgrößte Gruppe der initiierenden Stellen stabilisierten sich die niedergelassenen Nervenärzte mit mehr als einem Viertel (27%) aller Initiativen. Immerhin 6,7% aller Betroffenen regten von sich aus die Verordnung von Soziotherapie bei ihrem Nervenarzt an.

Gegenüber 2005 ist die Anzahl der nicht genehmigten Soziotherapien um beachtliche 6,23% auf immerhin fast ein Fünftel aller Beantragungen angestiegen. Im Kontext mit einer signifikant unterschiedlichen Bewilligungspraxis je nach Krankenkasse und Versorgungsregion ist an dieser Stelle ein grundsätzlicher Regelungsbedarf festzustellen, um die Auslegung der gesetzlichen Richtlinien für die Bewilligung von Soziotherapie landesweit zu harmonisieren.

In 55,8%, also mehr als der Hälfte aller Fälle und damit in deutlich mehr Fällen als im Vorjahr (47%) legten die Dienste Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid ein. Lediglich 34,5% aller Widersprüche und damit immerhin ca. 8% weniger als in 2005 wurde stattgegeben, ein bei 15,5% noch schwebenden und immerhin 50% (in 2005 waren es nur 27,8%) bereits abgewiesenen Widersprüchen bedingt erfolgreiches Resultat.

Andere einzelfallfinanzierte Leistungen

Die Anzahl der Einrichtungen, die zusätzlich Betreutes Wohnen in eigener Regie zu ihrem Leistungsspektrum zählen, liegt mit 25 Diensten etwas höher als in 2005. Im Kontext von SGB XII engagierten sich exakt gleich viele SpDi wie im Vorjahr, während die 16 Dienste, die Leistungen für andere Leistungsträger wie beispielsweise die Psychiatrischen Institutsambulanzen erbringen, einen relativen Zuwachs gegenüber 2005 (10 Dienste) zu verzeichnen haben. Insgesamt erreicht der einzelfallfinanzierte Leistungsbereich inklusive der Soziotherapie jedoch lediglich 17,47% aller Klienten und Klientinnen. Damit bleibt die Relevanz der pauschalfinanzierten Leistungen gegenüber den einzelfallfinanzierten innerhalb des Finanzierungskontextes der Sozialpsychiatrischen Dienste auch in 2006 konstant.

Betreuungsverhältnisse in der Grundversorgung

Auch in 2006 konnten die Sozialpsychiatrischen Dienste annähernd die Hälfte aller betroffenen Personen, nämlich 49%, längerfristig begleiten, d.h. mit mehr als 5 Kontakten. Ca. ein Drittel aller Klienten und Klientinnen wurde mit bis zu 4 Kontakten unterstützt und damit in ähnlicher Frequenz wie im Vorjahr.

Der Anteil aller Personen, die in 2006 erstmalig Leistungen der Grundversorgung in Anspruch nahmen, lag mit insgesamt 53,45% wiederum höher als in 2005 und belegt,

dass die SpDi trotz gleichbleibender personaler Ressourcen dafür Sorge tragen, auch neu auftretende Fälle gut in ihr Versorgungsangebot zu integrieren.

43,4% der Personen, welche längerfristig im Rahmen der Grundversorgung betreut wurden, nahmen bis zu 10 Kontakte mit den Mitarbeitenden der sozialpsychiatrischen Dienste wahr, wobei sich die Mehrzahl dieser Kontakte auf einen Zeitraum von über 6 Monaten erstreckte; lediglich 8,2% der längerfristig Versorgten, eine gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegene Zahl, nutzten das Angebot in über 40 Kontakten, die sich allerdings mehrheitlich ebenfalls auf eine Betreuungsphase von 6 bis 12 Monaten verteilten.

Die überwiegende Mehrzahl der Klienten und Klientinnen, nämlich 63,9%, suchten ihren SpDi während des gesamten Berichtszeitraums 2006 auf und blieben damit in einem kontinuierlichen Betreuungsverhältnis.

Die erhobenen Daten belegen eindrücklich, dass die sozialpsychiatrischen Dienste sowohl im Rahmen der kurzzeitigen Betreuungen als auch im Kontext von Betreuungsvarianten mit hoher Kontaktintensität von den Betroffenen angefragt und die differenzierten Kontaktfrequenzen dem individuellen Bedarf angepasst werden können. Es zählt sicherlich zu den Stärken der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg, psychisch kranke Menschen auch über einen langen Zeitraum intensiv und kontinuierlich in ihrer belasteten Lebenssituation begleiten zu können.

Beendigungen der längerfristigen Grundversorgung

Die relativ größte Gruppe der beendigten Fälle (26%) findet sich in der Gruppe derjenigen Klienten und Klientinnen wieder, welche im Anschluss an eine Versorgung durch den SpDi an einen anderen psychiatrischen Fachdienst vermittelt wurde; addiert man diejenigen Personen hinzu, deren Grundversorgung aufgrund des Übergangs in Psychotherapie beendet wurde (14%), so umfasste die Überweisung in andere Maßnahmen immerhin – wie schon im Vorjahr - 40% aller Klienten und Klientinnen. Damit erweisen sich die Sozialpsychiatrischen Dienste auch als kompetente Clearing-Stelle in dem Bemühen, für ihre Klienten und Klientinnen das jeweils optimale Angebot zu erschließen. Andererseits darf jedoch auch vermutet werden, dass eine günstigere Ausstattung der Dienste in Bezug auf ihre personellen Ressourcen und damit mehr Kapazität für den Umfang der vorzuhaltenden Grundversorgung sicherlich dazu beitragen dürfte, die Zahl der Überweisungen an andere Versorgungsangebote zu reduzieren.

Zusammenarbeit mit den Psychiatrischen Institutsambulanzen und Psychiatrischen Fachärzten

Offensichtlich entwickelt sich die Zusammenarbeit der sozial fokussierten mit der medizinisch ausgerichteten Psychiatrie weiterhin zum Nutzen der betroffenen Patienten und Patientinnen in eine gute Richtung, in der sich auch die Akzeptanz abbildet, welche die Sozialpsychiatrischen Dienste innerhalb des gesamten Versorgungskontextes einer Region genießen.

Alle insgesamt 48 Sozialpsychiatrischen Dienste, in deren Region bereits eine Psychiatrische Institutsambulanz existiert, kooperieren auch eng mit dieser, wobei 32 SpDis die Inhalte der Kooperation in schriftlichen Vereinbarungen festgehalten haben, während sich lediglich noch knapp ein Drittel aller Dienste ohne schriftliche Vereinbarungen behelfen. Damit konnte das Ergebnis des Vorjahres (40% ohne schriftlichen Kooperationsvertrag) um 7,8% gesteigert werden. Nach wie vor stellt in beiden Segmenten übereinstimmend die „regelmäßige Fallbesprechung“ sowie „regelmäßige Kooperationsgespräche“ die am häufigsten genutzte Kooperationsform dar, während „Leistungen des SpDi für die PIA gegen Abrechnung“ lediglich von 14 Diensten und damit vornehmlich von den Diensten erbracht werden, welche mit „ihrer“ PIA einen schriftlichen Kooperationsvertrag mit einem Höchstmaß an gegenseitiger Verbindlichkeit abgeschlossen haben.

Erfreulicher Weise können nun fast alle teilnehmenden Dienste (55 von 58) und damit 94,8% auf eine Kooperation mit niedergelassenen Nervenärzten, immerhin 91,4% auf die regelmäßige Zusammenarbeit mit Klinikärzten verweisen; insgesamt nehmen die Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste zusätzlich zu der formalen Implementierung der Kontakte eine positive Entwicklung dieser Kooperationsbezüge auch in qualitativer Hinsicht wahr.

Die Entwicklung zum Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) und Gemeindepsychiatrischen Zentrum (GPZ)

Während in 2005 lediglich knapp die Hälfte der erhobenen SpDi in Vereinbarungen über Gemeindepsychiatrische Verbände (GPV) bzw. Gemeindepsychiatrische Zentren (GPZ) eingebunden waren, lässt sich die konsequente Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft allein schon an der Tatsache ablesen, dass 2006 bereits 81% aller sozialpsychiatrischen Dienste entsprechende Vereinbarungen unterzeichnet hatten. Als bevorzugte Rechtsform hat sich mit 91% der Kooperationsvertrag etabliert.

59,6% aller erhobenen Dienste verfügten 2006 mit der Hilfeplankonferenz (HPK) in ihrer Versorgungsregion über eine standardisierte Möglichkeit, die Bedarfe ihrer Klienten und Klientinnen gemeinsam mit anderen Fachdiensten zu erörtern, wobei in fast allen Fällen (23 von 28) die Betroffenen selbst ebenfalls an der Hilfeplankonferenz teilnehmen können. Immerhin 20 und damit 71% aller HPK werden auf der Grundlage des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) vorbereitet bzw. durchgeführt und gewährleisten somit ein transparentes Verfahren auf einem anerkannten, fachlich hohen Standard.

Fast zwei Drittel der SpDi (63,8%) benennen deutliche Synergieeffekte im Kontext der zusammenwachsenden Versorgungslandschaft und verweisen dabei insbesondere auf kürzere Wege, die gemeinsame Nutzung von Räumen und anderen sächlichen Ressourcen, bessere Erreichbarkeit für die Betroffenen, Weiterbildungseffekt durch multiprofessionelle Fallgespräche, vor allem aber eine zeitnahe, passgenauere Erbringen von Hilfen „aus einer Hand“.

Zusammenfassend sind sich die Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste einig in der Wahrnehmung, dass durch den Verbund Klienten und Klientinnen deutlich seltener als früher im „Versorgungsdschungel“ verloren gehen, sondern im Gegenteil eher dort ankommen, wo das jeweils geeignetste Angebot vorgehalten wird. Damit wird die bereits 2005 angedeutete Tendenz zu verbesserten Kooperationsstrukturen zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern sowie der Platz, den die SpDi innerhalb dieser Verbände innehaben, in 2006 nachdrücklich bestätigt.

Ausblick

Im Rahmen einer Arbeitsgruppe wird derzeit ein neues Befragungsdesign entwickelt, das noch präzisere, in einigen Bereichen auch weitergehende Aussagen sowohl über die Lebens- und Krankheitsbedingungen der Klienten und Klientinnen als auch über das Leistungsspektrum der Sozialpsychiatrischen Dienste im gesundheitspolitischen Kontext ermöglichen soll. Damit kann die freiwillige Dokumentation, welche jährlich von der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. erstellt wird, noch einmal an Kontur gewinnen. Die rechtzeitige Rückkopplung des geplanten Designs mit den 68 Trägern von SpDi wird dann eine noch einheitlichere Datenbasis gewährleisten, welche sowohl für die politisch Verantwortlichen als auch für die (Fach)öffentlichkeit wichtige Impulse für die Weiterentwicklung von Angeboten für psychisch kranke Menschen in unserem Bundesland zu geben vermag.

1 Versorgung der Bevölkerung durch Sozialpsychiatrische Dienste in Baden-Württemberg

Dienste	teilgenommen	von	Prozent
Anzahl Dienste	58	68	85,3%
Anzahl Klienten	15.970		
Anzahl 100% Fachkraftstellen	153,7		
Auswertung Klienten			
Anzahl Klienten pro Dienst	275,34		
Anzahl Klienten pro 100% Fachkraft	103,92		

Tabelle 1: Dienste und Klienten

Waren es in den vergangenen Jahren konstant 69 Sozialpsychiatrische Dienste, welche die Versorgung der Bevölkerung gemäß den Richtlinien des Sozialministeriums übernommen hatten, so ist die Gesamtzahl der Dienste aufgrund der Zusammenfassung von 2 Einrichtungen in 2006 auf 68 korrigiert worden.

Die freiwillige Dokumentation dieser Leistungen, welche jährlich durch die Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V.¹ erfolgt, basiert für den Berichtszeitraum 2006 auf den Daten von insgesamt 58 Diensten und damit erfreulicher Weise auf immerhin 85,3% teilnehmenden Einrichtungen. Damit konnte das hohe Niveau des Jahres 2004 (59 teilnehmende Dienste) annähernd erreicht werden, nachdem es in 2005 mit 46 beteiligten Einrichtungen zu einem Rückgang gegenüber dem Vorjahr um 22% gekommen war².

Auf diese Weise kann mit Hilfe der hier vorgelegten Dokumentation wiederum ein repräsentatives Bild des differenzierten Leistungsspektrums gezeichnet werden, mit dem die Sozialpsychiatrischen Dienste auf die Bedarfe von chronisch psychisch kranken Menschen in Baden-Württemberg sowie deren Angehörigen reagieren.

Mit dieser Befragung werden die Datenlage sowie das Versorgungsangebot für insgesamt 15 970 Klienten und Klientinnen nachvollziehbar, welche in 2006 durch die beteiligten SpDi erreicht wurden. Dies bedeutet, dass pro Dienst 275,34 Personen von den unterschiedlichen Angeboten profitieren konnten.

¹ In der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. sind die 11 Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege Baden-Württembergs zusammengeschlossen, denen landesweit ca. 150 000 Mitarbeitende sowie ca. 300 000 ehrenamtlich Tätige angehören.

² Hinweise auf Zahlen für 2005, die nicht direkt aus den folgenden Diagrammen abzulesen sind, beziehen sich auf die von der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. herausgegebene freiwillige Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste 2005, Stuttgart 2006

Die Anzahl der Fachkräfte, welche diesen Personenkreis betreute, ist mit 153,7 Vollzeitstellen gegenüber 2005 in der Relation annähernd gleichgeblieben, dennoch liegt die Zahl der Klienten/innen pro Fachkraft mit 103,92 Personen neuerlich um 1,75 höher als im Vorjahr.

Sicherlich ist es hilfreich, sich ergänzend zu der hier vorgelegten Dokumentation auch den Kontext zu vergegenwärtigen, innerhalb dessen die Sozialpsychiatrischen Dienste ihren Auftrag wahrnehmen. So ist beispielsweise darauf hinzuweisen, dass psychische Erkrankungen im Jahr 2006 10,0 % des Gesamt Krankenstandes unter den Mitgliedern der DAK ausmachten und damit bereits an vierter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten lagen (s. DAK Gesundheitsreport 2006). Wenn sich damit auch keine Steigerung gegenüber den Fallzahlen der DAK in 2005 ergab, so gilt es doch, diesen Tatbestand ernst zu nehmen, insbesondere unter Berücksichtigung europaweiter Befunde: „Im Laufe eines jeden Jahres erleiden 27% der EU-Bevölkerung oder 83 Millionen Menschen mindestens eine psychische Störung wie z.B. eine Depression, bipolare Störung, Schizophrenie, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, Sozialphobie, Panikstörung, Generalisierte Angst, Zwangsstörungen, somatoforme Störungen oder Demenz. Das Lebenszeitrisiko, an einer psychischen Störung zu erkranken liegt allerdings mit über 50% der Bevölkerung wesentlich höher! Ausmaß und Folgen sind dabei höchst variabel: Einige erkranken nur episodisch kurzzeitig über Wochen und Monate, andere längerfristiger. Ca. 40% sind chronisch, das heißt über Jahre oder gar von der Adoleszenz bis an ihr Lebensende, betroffen“.³

Wenn also davon auszugehen ist, dass fast die Hälfte aller psychisch erkrankten Menschen langfristig oder gar dauerhaft auf eine vielfältige und ausdifferenzierte Versorgungslandschaft angewiesen ist, die zudem neben der ständigen Weiterentwicklung ihrer fachlichen Standards auch Kontinuität und Verlässlichkeit signalisiert, lassen sich die seit vielen Jahren erbrachten Leistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste und ihrer Mitarbeitenden in Baden-Württemberg sicherlich auch auf diesem Hintergrund interpretieren und würdigen.

³ Prof.Hans-Ulrich Wittchen, anlässlich des 1.Deutschen Präventionskongresses, Dresden am 1. Dezember 2005

2 Organisationsstruktur der Sozialpsychiatrischen Dienste

2.1 Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste

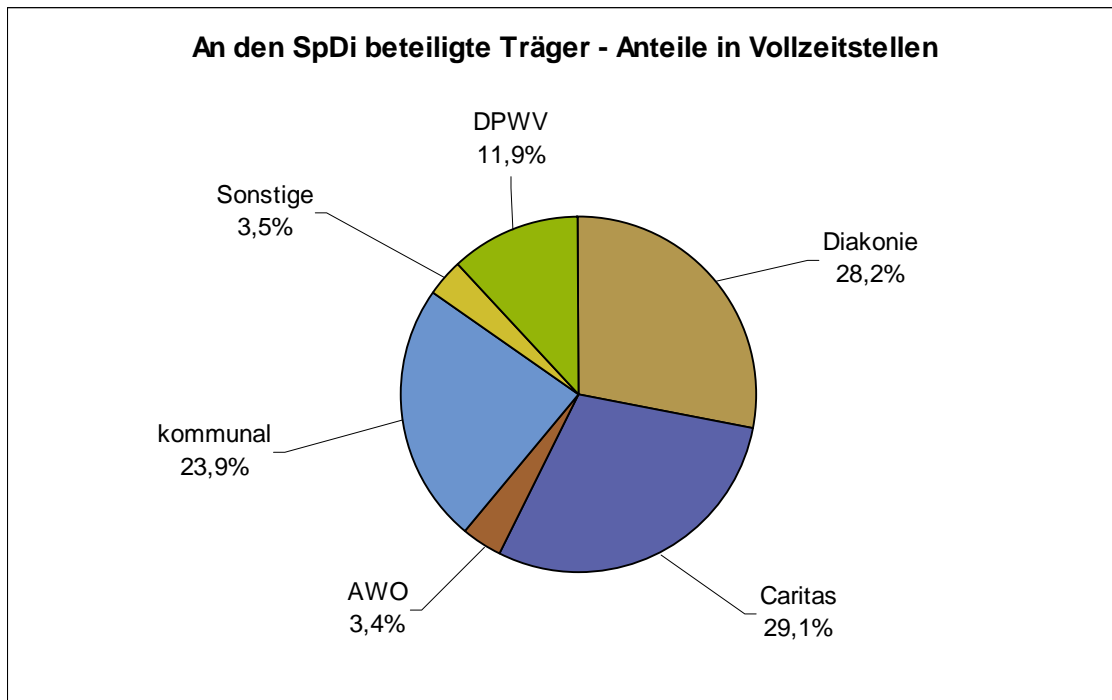


Abbildung 1: Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste

In Relation zum Berichtszeitraum 2005 haben sich in 2006 nur geringfügige Verschiebungen in der Trägerlandschaft ergeben; diese sind allerdings wohl in der Tatsache begründet, dass die Träger, die sich 2005 an der freiwilligen Dokumentation beteiligt haben, naturgemäß nicht zur Gänze identisch mit den Sozialpsychiatrischen Diensten sind, welche in die Auswertung von 2006 einbezogen worden sind.

Von beträchtlicher Bedeutung ist sicherlich der Aspekt, dass insgesamt 57,3% und damit deutlich mehr als die Hälfte aller Trägerschaften von SpDi in Baden-Württemberg den beiden großen kirchlichen Trägern Caritas und Diakonie zugeordnet werden können. Während lediglich ein knappes Viertel aller SpDi in kommunaler Trägerschaft geführt werden, sind somit - unter Einbeziehung von DPWV und AWO - insgesamt 72,6% aller Mitarbeitenden 2006 in Mitgliedseinrichtungen der Liga der freien Wohlfahrtspflege beschäftigt gewesen.

Beschäftigte in den Sozialpsychiatrischen Diensten

Wie bereits erwähnt, konnten die ausgewerteten Dienste im Berichtszeitraum über 153,7 Vollzeitstellen für Fachkräfte verfügen, welche sich auf insgesamt 241 Mitarbeitende verteilten und damit den überwiegenden Teil der insgesamt 288 Beschäftigten ausmachten. Analog zu der Verteilung in den Vorjahren stellen Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen mit 82% aller Fachkräfte die am stärksten vertretene Berufsgruppe

pe innerhalb der Sozialpsychiatrischen Dienste dar. Damit wird deutlich, dass der grundsätzliche Versorgungsauftrag der SpDi fast ausschließlich von sozialpädagogischen Fachkräften gewährleistet wird.

Beschäftigte Personen (1.4)	Anzahl	Umfang %	100% Stellen	Anteil Beschäftigte insgesamt	Anteil Fachkräfte
Sozialarb. / Sozialpäd.	201	12.595	126,0	71,81%	82,0%
Pflegefachkräfte	13	985	9,9	5,62%	6,4%
Psychologen/innen	12	672	6,7	3,83%	4,4%
sonstige Fachkräfte	15	1.115	11,2	6,36%	7,3%
Verwaltungskräfte	37	1.687	16,9	9,62%	
Sonstige	10	485	4,9	2,77%	
Beschäftigte insgesamt	288	17.539	175,4	100,0%	
Fachkräfte insgesamt	241	15.367	153,7		100,0%

Tabelle 2: Beschäftigte Personen

2.2 Leistungsbereiche der Sozialpsychiatrischen Dienste

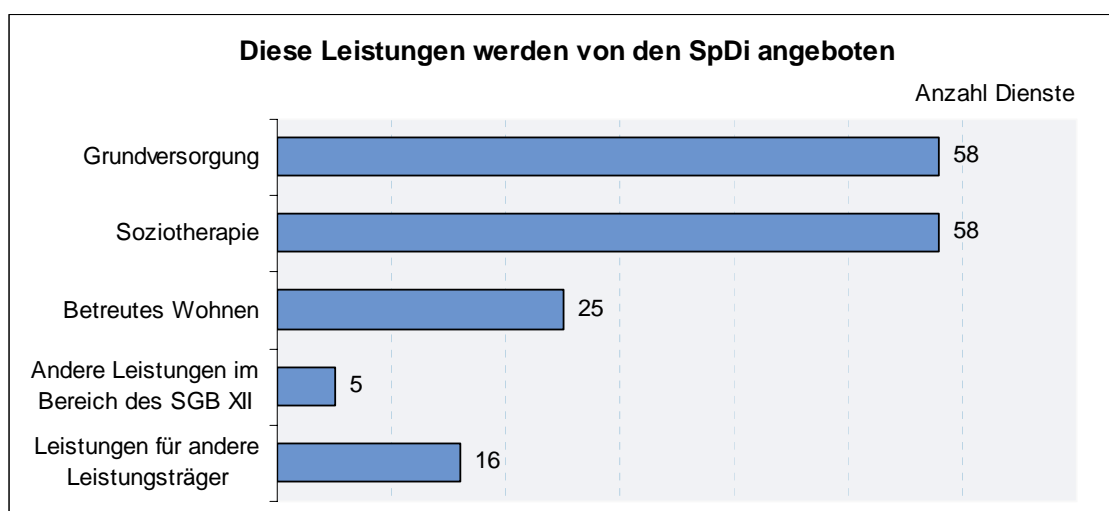


Abbildung 2: Leistungsbereiche der SpDi

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

Aus dieser Grafik wird die Relation des Leistungsbereiches „Grundversorgung“ – und damit des einzigen Bereiches, der von Kommunen sowie dem Land bezuschusst wird – zu den anderen Leistungsbereichen ersichtlich, die jeweils auf der Basis von Einzelfinanzierung erbracht werden.

Während selbstverständlich alle Dienste auch in 2006 ihren Auftrag zur Grundversorgung von psychisch kranken Menschen wahrnahmen, haben mit 58 Einrichtungen ebenfalls auch alle ausgewerteten SpDi wiederum Leistungen der Soziotherapie angeboten.

Die Anzahl der Einrichtungen, die zusätzlich Betreutes Wohnen in eigener Regie zu ihrem Leistungsspektrum zählen, liegt mit 25 Diensten etwas höher als in 2005. Im Kontext von SGB XII engagierten sich exakt gleich viele SpDi wie im Vorjahr, während die 16 Dienste, die Leistungen für andere Leistungsträger wie beispielsweise die Psychiatrischen Institutsambulanzen erbringen, einen relativen Zuwachs gegenüber 2005 (10 Dienste) zu verzeichnen haben. Diese Entwicklung mag sicherlich als ein weiterer Effekt der zusammenwachsenden Kooperationsstrukturen in den GPV/GPZ zu bewerten sein. Wie die folgenden Grafiken zeigen, ist der prozentuale Anteil der jeweils durch die einzelnen Maßnahmen erreichten Personen jedoch sehr unterschiedlich.

3 Betreuungsverhältnisse im Berichtsjahr 2006

Betreute Personen (4.1)	Frauen	Männer	keine Angabe zum Geschlecht	Gesamt	Gesamt
Grundversorgung	5.780	4.054	3.346	13.180	82,53%
Soziotherapie	1.094	678	234	2.006	12,56%
Betreutes Wohnen	99	91	27	217	1,36%
Andere Leistungen	130	95	342	567	3,55%
Gesamt	7.103	4.918	3.949	15.970	100%

Tabelle 3: Betreute Personen

Erstmalig seit Veröffentlichung der freiwilligen Dokumentation wurden im Berichtszeitraum 2006 wesentliche Daten geschlechterdifferenziert abgefragt und damit eine klare Relation von Frauen und Männern in Bezug auf die Gesamtpopulation der SpDi darstellt. Allerdings liegen weder alle Daten noch das Zahlenmaterial aller ausgewerteten SpDi in geschlechtsspezifischer Weise vor, sodass einige Diagramme lediglich Tendenzen sichtbar machen, diese jedoch auf der Grundlage von hohen Fallzahlen und damit durchaus aussagekräftig (s. auch 4.1).

In diesem Sinne differenzierte Aussagen können nun also zu 12 021 Personen und damit ungefähr 72% aller Klienten und Klientinnen der ausgewerteten SpDi gemacht werden, wobei an dieser Stelle bereits ein höherer Anteil von weiblichen Klienten (59,09%) an der hier erfassten Gesamtpopulation festgestellt werden kann. Mit 61,74% aller Personen, welche Soziotherapie wahrnahmen, wird diese Relation sogar noch einmal gesteigert, während der Anteil an Frauen, die im Rahmen der Grundversorgung in Kontakt zum SpDi standen, mit 58,78% fast exakt den generellen Frauenanteil widerspiegelt. Lediglich im Betreuten Wohnen finden sich annähernd ebenso viele Männer wie Frauen.

Wenn man berücksichtigt, dass bei Frauen psychische Erkrankungen – nach Erkrankungen des Muskel-Skelett und des Atmungssystems – bereits an dritter Stelle aller Befunde mit einem Anteil von 12,2 % stehen (s. Gesundheitsreport der DAK 2006), muss diese Relation kaum verwundern. Bei den Männern nahmen psychische Erkrankungen mit einem Anteil von 8,4 % 2006 allerdings mit dem vierten Rang unter allen Erkrankungen ebenfalls einen beträchtlichen Stellenwert ein. Insgesamt korrelieren die hier erhobenen Befunde mit dem höheren Anteil an psychischen Erkrankungen bei Frauen in der Gesamtbevölkerung.

3.1 Betreute Personen nach Leistungsbereichen

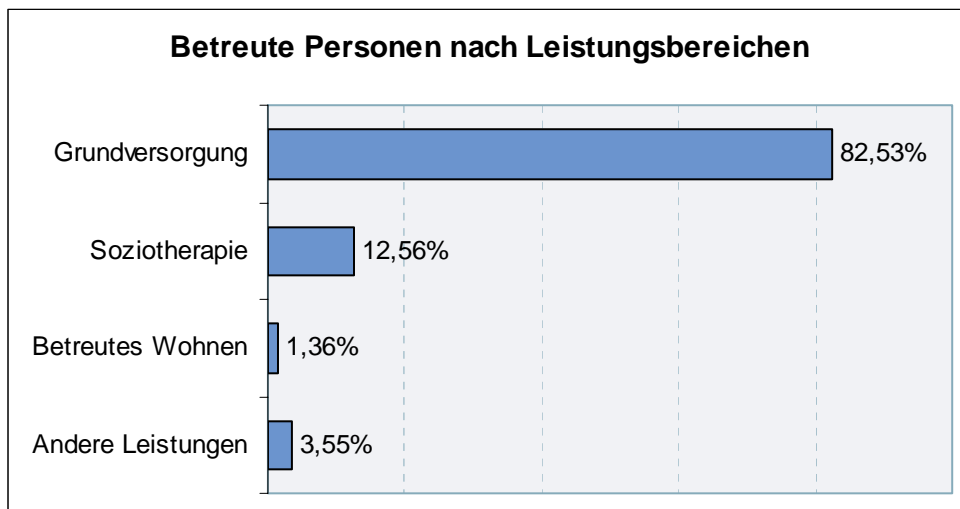


Abbildung 3: Betreute Personen nach Leistungsbereichen

Da die betreuten Personen Leistungen in den verschiedenen Leistungsbereichen parallel zueinander wie auch im Verlauf des Berichtsjahres nacheinander erhalten können, weicht die Summe der Fallzahlen in den einzelnen Bereichen von der Gesamtzahl der betreuten Personen naturgemäß ab. Mit 82,53% bleibt der Anteil der Personen, die Leistungen der Grundversorgung in Anspruch nahmen, wie in den Vorjahren stabil auf hohem Niveau und bildet damit auch weiterhin das mit Abstand größte Segment innerhalb der Gesamtgruppe. Obwohl die überwiegende Mehrzahl der Dienste auch Leistungen der Soziotherapie anboten, blieb die Anzahl der hiermit erreichten Personen mit knapp 12,56% vergleichsweise gering, ist aber gegenüber dem Vorjahr in Relation zur Gesamtzahl aller betreuten Personen neuerlich gewachsen. Die 25 Dienste, welche zusätzlich auch Betreutes Wohnen in eigener Regie anboten, versorgten damit allerdings lediglich 1,36% aller Leistungsempfänger und erreichten damit eine noch niedrigere Personenzahl als 2005. Immerhin konnten durch Leistungen, die für Dritte (PIA etc.) erbracht wurden, mit 3,55% aller Klienten und Klientinnen etwas mehr Personen angesprochen werden als im Vorjahr (1,27%)

Damit bleibt die Relevanz der pauschalfinanzierten Leistungen gegenüber den einzelfallfinanzierten innerhalb des Finanzierungskontextes der sozialpsychiatrischen Dienste auch in 2006 bestehen. Eventuelle Erwartungen, dass sich aufgrund einer intensivierte Zusammenarbeit beispielsweise mit den PIAs nennenswerte Mittel zur Kompensation von gekürzten Pauschalfinanzierungen erschließen ließen, haben sich somit offensichtlich auch im aktuellen Berichtszeitraum nicht in erhofftem Ausmaß erfüllt. So wünschenswert eine breitere Finanzierungsgrundlage für die Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste auch wäre, so muss aus fachlicher Sicht doch angemerkt werden, dass das auf diese Weise abgebildete Angebotsspektrum durchaus dem Selbstverständnis der Dienste in Bezug auf ihre Kernaufgaben entspricht und damit sowohl dem zeitintensiven Aufbau einer helfenden Beziehung als auch der damit verbundenen Heranführung von Betroffenen an das Hilfesystem Rechnung getragen wird.

Art der Betreuung im Rahmen der Grundversorgung

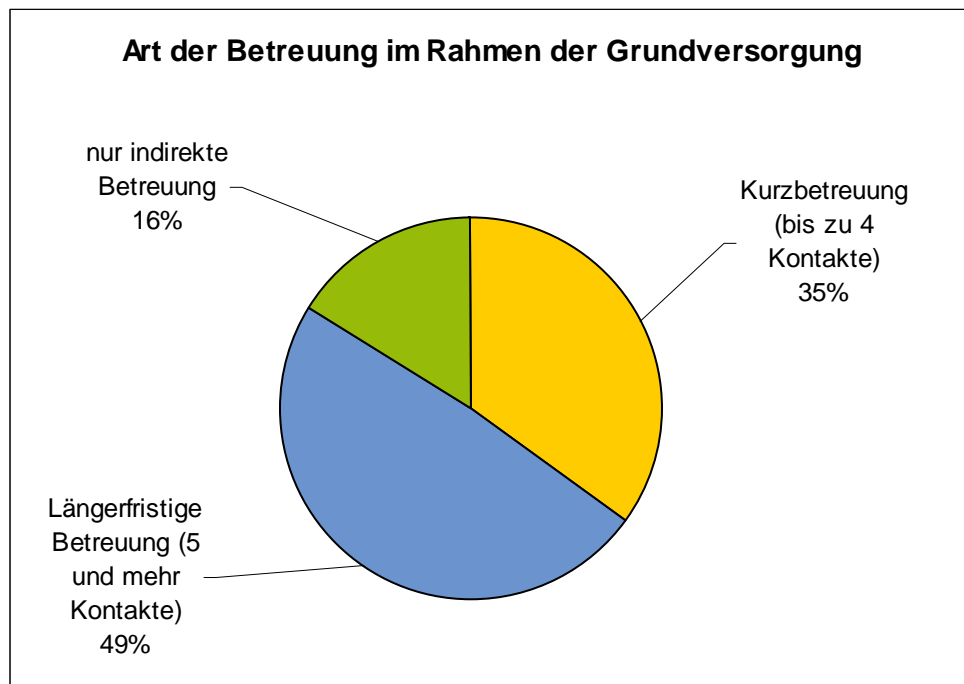


Abbildung 4: Betreuung im Rahmen der Grundversorgung

Auch in 2006 konnten die sozialpsychiatrischen Dienste annähernd die Hälfte aller betroffenen Personen, nämlich 49%, längerfristig begleiten, d.h. mit mehr als 5 Kontakten; 16% und damit eine vergleichbare Personenzahl wie 2005 wurde lediglich indirekt betreut. Diese Zahl ist als Indikator für die Tatsache zu werten, dass die sozialpsychiatrischen Dienste neben der Zielgruppe der direkt betroffenen Personen ein wichtiges Versorgungsangebot auch für diejenigen Personen unterbreiten, welche als Angehörige oder auf sonstige Weise in die Betreuung von psychisch Kranken involvierte Bezugspersonen die Fachkompetenz der Dienste abrufen können. Dieses Angebot, von dem auch andere soziale Einrichtungen in der regionalen Versorgung profitieren, zählt nach wie vor ebenfalls zu den Kernaufgaben im Selbstverständnis der sozialpsychiatrischen Dienste.

Ca. ein Drittel aller Klienten und Klientinnen schließlich wurde mit bis zu 4 Kontakten unterstützt und damit in ähnlicher Frequenz wie im Vorjahr.

Gegenüber 2005 lassen sich lediglich marginale Verschiebungen innerhalb der jeweiligen Kontaktfrequenzen feststellen. Immerhin haben die ausgewerteten Dienste in 2006 dafür Sorge getragen, dass fast die Hälfte aller Klienten und Klientinnen mit mehr als 5 Kontakten unterstützt werden konnte, und damit in diesem Segment gegenüber dem Vorjahr sogar noch einmal zugelegt. Zahlreiche Kommentare der Träger zu den „offenen Fragen“ verweisen darauf, wie sehr die KlientInnen es zu schätzen wissen, dieses Angebot trotz knapper zeitlicher Ressourcen der Dienste wahrnehmen zu können.

3.2 Anteil der Erstbetreuungen im Rahmen der Grundversorgung

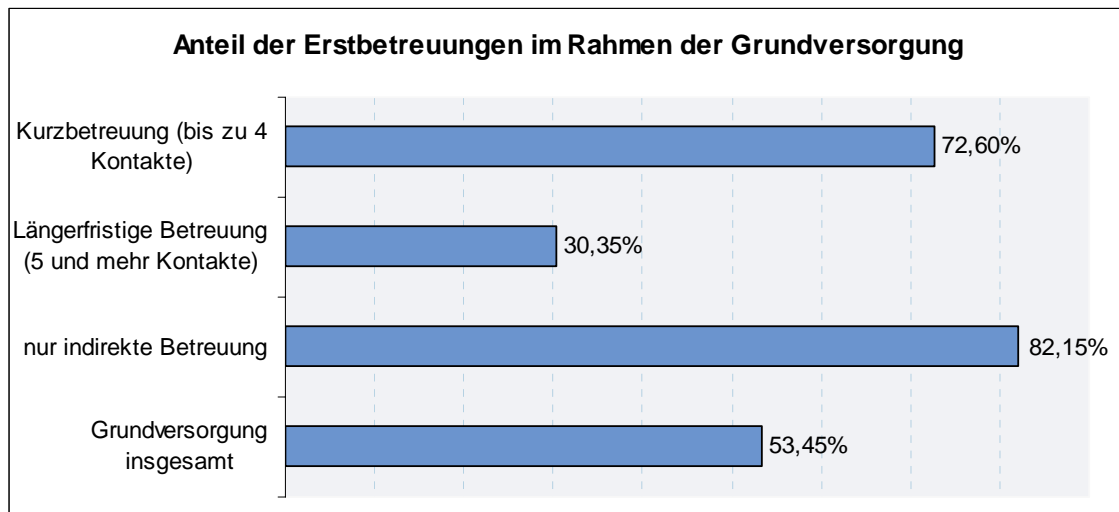


Abbildung 5: Anteil der Erstbetreuungen im Rahmen der Grundversorgung

Der Anteil aller Personen, die in 2006 erstmalig Leistungen der Grundversorgung in Anspruch nahmen, lag mit insgesamt 53,45% und einer leichten Steigerungsrate gegenüber 2005 im schon länger beobachteten Trend, dass es den SpDi offensichtlich gelingt, auch neu auftretende Fälle gut in ihr Versorgungsangebot zu integrieren. Wie in den Vorjahren findet sich die größte Untergruppe, nämlich 82,15% und damit noch einmal deutlich mehr Personen als 2005, unter den Erstkontakten mit indirekt betreuten Personen, also im Bereich von Interventionen ohne persönlichen Kontakt zur Indexperson. Immerhin 72,60% aller Erstberatungen konnten bereits nach maximal 4 Kontakten abgeschlossen werden, während ca.30% der Erstberatungen in längerfristige Beratungen mit mehr als 5 Kontakten einmündeten.

Die Auswertung der offenen Fragen an die Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste legt nahe, dass der neuerliche Anstieg der Erstkontakte unter anderem auf dem Hintergrund der Reformen in der Sozialgesetzgebung interpretiert werden muss, die auch in 2006 insbesondere psychisch kranke Menschen durch existenzielle Verunsicherungen zusätzlich belasteten. Angesichts des in zahlreichen Reports der Krankenkassen belegten Anzahl an psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung nimmt es nicht wunder, dass im Zuge dieser Entwicklungen Krankheiten chronifizieren und der betroffene Personenkreis verstärkt Unterstützung und Hilfe in den leicht zugänglichen Sozialpsychiatrischen Diensten sucht.

Der Anstieg der Fallzahlen ist nicht zuletzt auch als Resonanz auf die intensive Öffentlichkeitsarbeit zu bewerten, mit der die SpDis auf ihre kostengünstigen, effizienten Angebote hinweisen und die im Zuge der Ambulantisierung innerhalb des Hilfesystems weiterhin an Bedeutung gewonnen haben.

3.3 Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit im Rahmen der längerfristigen Grundversorgung

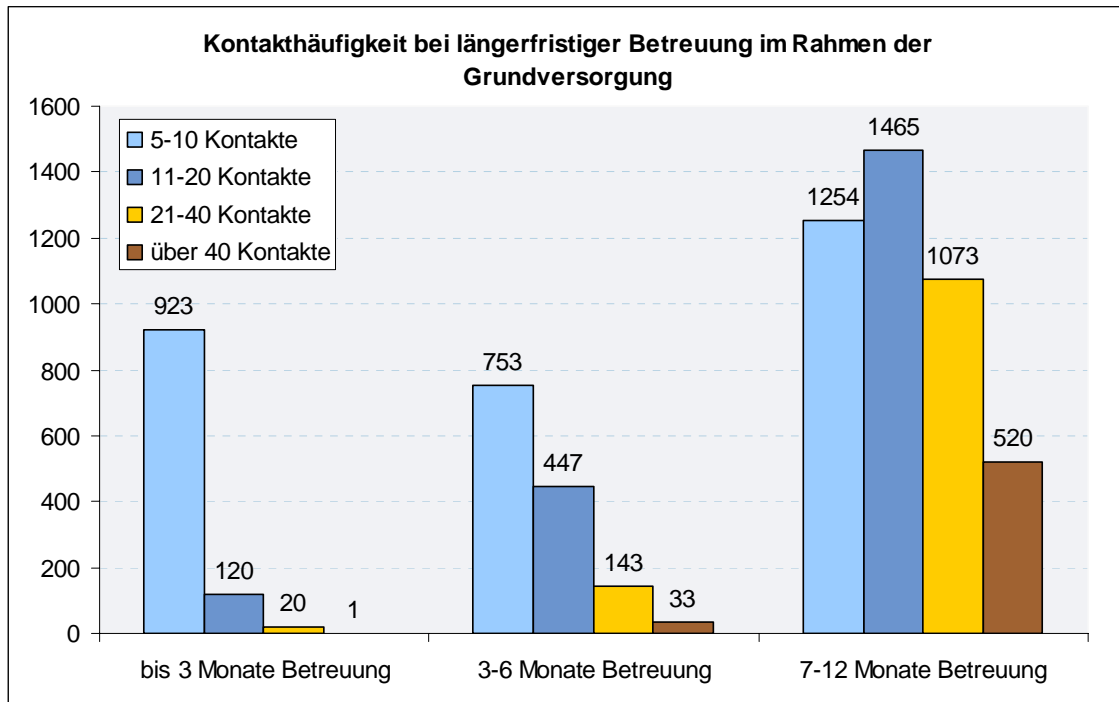


Abbildung 6: Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit

Die in dieser Tabelle sowie im Folgenden dargestellten Zahlen spiegeln die Kontakthäufigkeit der Betroffenen im Kontext von drei verschiedenen Zeitfenstern wider und erlauben so Aussagen über die Relation von kurzer zu längerer Betreuungsdauer innerhalb der einzelnen Dienste. Da die Dokumentation jedoch lediglich den Personenkreis erfasst, der sich innerhalb des abgefragten Kalenderjahres in einem Betreuungsverhältnis befand, lässt sich hieraus jedoch keine definitive Aussage über die *tatsächliche* Betreuungsdauer pro Fall generieren.

Die überwiegende Mehrzahl aller Personen, die im Rahmen einer längerfristigen Versorgung, d.h. also mit mehr als 4 Kontakten, begleitet wurden, findet sich in einem Betreuungsrahmen von bis zu 10 Kontakten wieder, wobei sich die Betreuung von 1254 der insgesamt 2 930 Personen in dieser Kategorie interessanter Weise auf einen Zeitraum von bis zu einem Jahr erstreckte. Die größte Einzelgruppe (1465 Personen) nahm allerdings zwischen 11 und 20 Kontakte wahr und verteilte diese ebenfalls auf einen Zeitraum von über 6 Monaten. Im Personenkreis derer, die über 40 Kontakte und damit das kontinuierlichste setting aufweisen, befanden sich im Berichtsjahr insgesamt 553 Menschen; davon nutzten 520 Personen diese Kontakte im Verlauf des gesamten Jahres. Immerhin haben 33 Personen ihre über 40 Kontakte mit den Mitarbeitenden der sozialpsychiatrischen Dienste auf einen Zeitraum von unter 6 Monaten, 1 Person gar auf einen Zeitraum von unter 3 Monaten verteilt. Eine derartig hohe Kontaktdichte lässt sich sicherlich als Indiz für erfolgte Kriseninterventionen deuten.

	5-10 Kontakte	11-20 Kontakte	21-40 Kontakte	über 40 Kontakte	Summe
bis 3 Monate Betreuung	13,7%	1,8%	0,3%	0,0%	15,8%
3-6 Monate Betreuung	11,2%	6,6%	2,1%	0,5%	20,4%
7-12 Monate Betreuung	18,6%	21,7%	15,9%	7,7%	63,9%
Summe	43,4%	30,1%	18,3%	8,2%	100%

Tabelle 4: Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit in der Grundversorgung

In Prozenten ausgedrückt nahmen demnach 43,4% der Personen, welche längerfristig im Rahmen der Grundversorgung betreut wurden, bis zu 10 Kontakte mit den Mitarbeitenden der sozialpsychiatrischen Dienste wahr, wobei sich die Mehrzahl dieser Kontakte auf einen Zeitraum von über 6 Monaten erstreckte; lediglich 8,2%, eine gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegene Zahl, nutzten das Angebot in über 40 Kontakten, die sich allerdings mehrheitlich ebenfalls auf eine Betreuungsphase von 6 bis 12 Monaten verteilten.

Die überwiegende Mehrzahl der Klienten und Klientinnen, nämlich 63,9%, suchten ihren SpDi während des gesamten Berichtszeitraums 2006 auf und blieben damit in einem kontinuierlichen Betreuungsverhältnis, sicherlich im Zusammenhang mit der Dynamik von psychiatrischen Erkrankungen leicht nachvollziehbar. Mit dieser Zahl konnte erstmalig wieder das Ergebnis von 2004 (64%) erreicht und damit ein Trend zu kürzeren Betreuungsphasen gestoppt werden, der sich in den letzten beiden Berichtsjahren anzudeuten begann.

Die Grafik verdeutlicht somit auch, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste sowohl im Rahmen der kurzzeitigen Betreuungen als auch im Kontext von Betreuungsvarianten mit hoher Kontaktintensität von den Betroffenen angefragt und die differenzierten Kontaktfrequenzen dem individuellen Bedarf angepasst werden. Es zählt sicherlich zu den Stärken der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg, psychisch kranke Menschen auch über einen langen Zeitraum intensiv und kontinuierlich in ihrer belasteten Lebenssituation begleiten zu können.

Beendigungen der längerfristigen Grundversorgung

Die in 2006 erhobenen Zahlen unterscheiden sich von der Datenlage des Vorjahres nur unwesentlich. Mit lediglich 2% fällt die einseitige Beendigung der längerfristigen Grundversorgung durch den sozialpsychiatrischen Dienst selbst wie schon in den Vorjahren extrem geringfügig aus. Die relativ größte Gruppe der beendigten Fälle findet sich in der Gruppe derjenigen Klienten und Klientinnen wieder, welche im Anschluss an eine Versorgung durch den SpDi an einen anderen psychiatrischen Fachdienst vermittelt wurde; mit 26% aller Fälle wurde das Vorjahresergebnis in diesem Segment exakt erreicht. Addiert man diejenigen Personen hinzu, deren Grundversorgung aufgrund des

Übergangs in Soziotherapie beendet wurde (14%), so umfasste die Überweisung in andere Maßnahmen immerhin 40% aller Klienten und Klientinnen.

Damit erweisen sich die sozialpsychiatrischen Dienste einerseits wiederum als wirksame Clearing-Stelle mit der Kompetenz, für ihre Klienten und Klientinnen das jeweils optimale Angebot zu erschließen. Andererseits darf jedoch auch vermutet werden, dass eine günstigere Ausstattung der Dienste in Bezug auf ihre personellen Ressourcen und damit mehr Kapazität für den Umfang der vorzuhaltenden Grundversorgung sicherlich dazu beitragen dürfte, die Zahl der Überweisungen an andere Versorgungsangebote zu reduzieren.

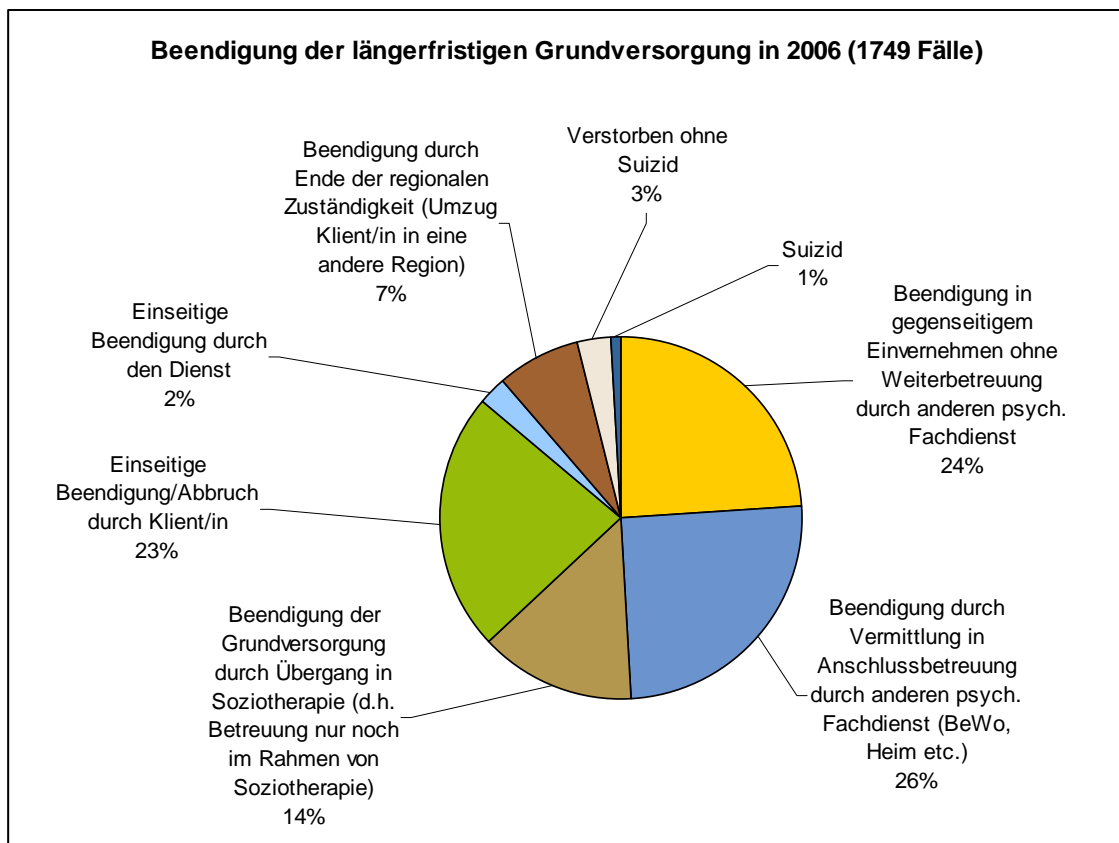


Abbildung 7: Beendigung der längerfristigen Grundversorgung

Diese Zahl ist allerdings auch in dem Sinne bemerkenswert, als dass die Vermittlung in andere Versorgungsformen in der Regel eine hohe Arbeitsintensität mit sich bringt, die sich beispielsweise in der Kommunikation mit anderen Einrichtungen, Verhandlungen mit unterschiedlichen Kostenträgern sowie der Einführung von neuen Bezugspersonen in das individuelle Betreuungsnetzwerk ausdrückt. Obwohl viele Träger in der Beantwortung der „offenen Fragen“ auf diesen Aspekt hinweisen, nimmt sich die Mehrzahl aller Mitarbeitenden in den Sozialpsychiatrischen Diensten nach wie vor Zeit, um ihre KlientInnen bei der Suche nach einer geeigneten Anschlussversorgung mit hohem Einsatz zu unterstützen.

Dass auch in 2006 immerhin 23% aller Betroffenen den Kontakt zu „ihrem“ Sozialpsychiatrischen Dienst auf eigenen Wunsch und keineswegs immer im Konsens mit den

BeraterInnen beenden, muss nicht verwundern, wenn man die Ambivalenz in Rechnung stellt, die der Inanspruchnahme von Hilfe grundsätzlich inne wohnt. Wenn auch die Datenlage aufgrund der Fragestellungen keinen Nachweis dafür erbringt, dass sich hinter den im Jahr 2006 einseitig beendeten Betreuungen unter Umständen auch zahlreiche *Kontaktunterbrechungen* verbergen, so ist eine entsprechende Vermutung doch durchaus berechtigt: häufig suchen die Betroffenen selbst, ihre Angehörigen oder andere Bezugspersonen um eine Wiederaufnahme der Betreuung nach, wenn die psychische Verfasstheit der KlientInnen dies neuerlich geboten erscheinen lässt.

In 4% aller Fälle wurde die Betreuung durch den Tod der Ratsuchenden beendet, davon 1% durch Suizid. Diese Zahl macht eindrücklich deutlich, in welcher schwerwiegenden Konfliktlagen und zugespitzten Lebenskrisen sich ein Teil der Menschen befindet, welche die Sozialpsychiatrischen Dienste aufsuchen: von den Mitarbeitenden wird hier nicht nur die kompetente Begleitung bei chronischen psychischen Krankheiten erwartet, sondern auch ein intensiver Einsatz im Bereich der Suizidprophylaxe für eine Gruppe von besonders gefährdeten Personen. Dass dies nicht immer gelingt, bedrückt neben den Angehörigen nicht zuletzt auch die Mitarbeitenden selbst. Wenn immerhin ein Viertel aller Betroffenen die Betreuung und damit ein Stück gemeinsamen Weges in Einverständnis mit den Beratern und Beraterinnen beenden konnte, so trägt auch dieser Umstand zu einer überaus positiven Bilanz der Wirksamkeit von Sozialpsychiatrischen Diensten in Baden-Württemberg bei.

4 Soziodemografische Daten

Für das Jahr 2006 wurden erstmalig wieder auch soziodemografische Daten der Klienten und Klientinnen der Sozialpsychiatrischen Dienste abgefragt, nachdem im Anschluss an die Veröffentlichung der jährlichen Dokumentation zunehmend ein großes Interesse auch an den basalen Lebensverhältnissen von chronisch psychisch kranken Menschen wahrnehmbar war. Da die Entscheidung, künftig ein in diesem Sinne differenzierteres Bild der Betroffenen zu zeichnen, erst in der zweiten Jahreshälfte 2006 fiel, konnten naturgemäß nur diejenigen Dienste die geforderten Daten zur Verfügung stellen, welche sie auch bereits zu Jahresbeginn entsprechend erfasst hatten. Die Anzahl der Antworten in den Rubriken „unbekannt“ und „keine Angaben“ variiert im übrigen je nach Datensatz der befragten Dienste in den unterschiedlichen Tabellen.

Auf der Datenbasis von immerhin 49 der insgesamt 68 SpDi sind die soziodemografischen Daten der überwiegenden Mehrzahl aller KlientInnen indes erfasst und damit sicherlich auch als Indikator für die Situation der Gesamtpopulation hilfreich.

4.1 Gesamtzahl

Gesamtzahl der Soziodemographisch erfassten Klienten				
n=49	Frauen	Männer	Summe	Frauenanteil
Im Laufe des Jahres 2006 wurden insgesamt betreut	6.315	4.452	10.767	58,65%

Tabelle 5: soziodemographisch erfasste Klienten

Mit 58,65% liegt der Anteil der Frauen unter den Personen, welche die SpDi aufsuchen, erwartungsgemäß über dem der männlichen Klienten. Dieses Ergebnis korreliert auch mit dem Befund, dass „Frauen ein höheres Risiko (haben), an psychischen Störungen wie Angst, Depression und somatoforme Störungen zu erkranken als Männer. Ausnahmen sind Substanzabhängigkeit, Psychosen und Bipolare (manisch-depressive) Störungen. Frauen haben zudem ein erhöhtes Risiko, komplexe komorbide Störungsmuster zu entwickeln“⁴.

⁴ ders. ebd.

4.2 Familienstand

Familienstand		
n=49	Anzahl	Prozent
ledig	4.908	45,58%
verwitwet	560	5,20%
geschieden	1.842	17,11%
verheiratet	1.671	15,52%
getrennte	433	4,02%
unbekannt	952	8,84%
keine Angaben	401	3,72%
Summe	10.767	100%

Tabelle 6: Familienstand

Nahezu die Hälfte aller KlientInnen ist ledig; addiert man die geschiedenen, verwitweten und getrennt lebenden Personen hinzu, so stehen den 71,91% nicht verheirateten Kranken 15,52% gegenüber, die verheiratet sind.

4.3 Lebensverhältnisse

Lebensverhältnisse		
n=49	Anzahl	Prozent
lebt allein	4.786	44,45%
lebt mit (Ehe)partnerIn	1.930	17,93%
lebt in betreuter Wohnform	381	3,54%
lebt mit Eltern / Kindern / Verwandten	2.333	21,67%
lebt in privater Wohngemeinschaft	177	1,64%
Lebensverhältnisse unbekannt	781	7,25%
keine Angaben	379	3,52%
Summe	10.767	100%

Tabelle 7: Lebensverhältnisse

In Ergänzung der Tabelle 4.2 zeigt sich nun, dass annähernd die Hälfte der Betroffenen allein lebt; immerhin sind offensichtlich jedoch nicht alle Alleinstehenden auch in ihrer Wohnsituation sich selbst überlassen, sondern finden im familiären Kontext oder in privaten Wohngemeinschaften zumindest die Möglichkeit zur regelmäßigen Kontaktaufnahme mit nicht-professionellen Bezugspersonen. Zusätzlich leben fast 18% mit ihren EhepartnerInnen in einem gemeinsamen Haushalt.

Mit 3,54% aller Betroffenen findet sich lediglich eine relativ kleine Teilgruppe in professionell betreuten Wohnverhältnissen wieder.

4.4 Finanzielle Situation

Finanzielle Situation		
n=49	Anzahl	Prozent
Unterhalt des Ehepartners	771	7,16%
Erwerbs- / Berufstätigkeit	1.208	11,22%
Gelegenheitsarbeiten	96	0,89%
Unterhalt durch Familie	614	5,70%
Erwerbs- / BU-Rente	3.287	30,53%
ALG I	226	2,10%
ALG II	1.798	16,70%
Krankengeld	295	2,74%
Pension, Alters- Witwenrente	806	7,49%
Sonstiges (z.B. Grundsicherung SGB XII, Übergangsgeld, Eigenes Vermögen u.a.)	1.500	13,93%
keine Angaben	166	1,54%
Summe	10.767	100%

Tabelle 8: Finanzielle Situation

Es fällt auf, dass lediglich 11,22% der Betroffenen ihren Lebensunterhalt durch eigene Berufstätigkeit bestreiten (können); zusätzlich ist weniger als 1% und damit eine vernachlässigbare Zahl mit Gelegenheitsarbeiten beschäftigt.

Alle anderen Personen sind entweder auf familiäre Unterstützung oder auf unterschiedliche staatliche Transferleistungen angewiesen, wobei hier mit fast einem Drittel die Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrente an erster Stelle steht und damit auch ein zukünftiges Erwerbseinkommen auszuschließen ist.

Immerhin annähernd 19% der Betroffenen befinden sich zum Zeitpunkt der Erhebung im Bezug von Arbeitslosengeld I oder II und haben demnach eine längere oder kürzere Phase der Erwerbstätigkeit aufzuweisen. Insgesamt ist jedoch festzuhalten, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen wenig Chancen auf Integration in den 1. Arbeitsmarkt aufweisen, selbst wenn ihre grundsätzliche Erwerbsfähigkeit (noch) nicht in Frage gestellt wurde.

4.5 Verteilung der Altersgruppen

Verteilung der Altersgruppen					
n=49	Frauen	Männer	Summe	Frauenanteil bezogen auf die Altersgruppe	Anteil der Altersgruppe
18-27 Jahre	564	593	1.157	48,7%	10,7%
28-40 Jahre	1.571	1.196	2.767	56,8%	25,7%
41-60 Jahre	2.870	1.926	4.796	59,8%	44,5%
über 60 Jahre	927	440	1.367	67,8%	12,7%
keine Angaben	383	297	680	56,3%	6,3%
Summe	6.315	4.452	10.767	58,7%	100%

Tabelle 9: Verteilung der Altersgruppen

Mit 44,5% war fast die Hälfte aller KlientInnen zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen 41 und 60 Jahren alt und damit im so genannten mittleren Alterssegment.

Analysiert man die Altersverteilung geschlechtsspezifisch, so finden sich bereits in diesem Bereich deutlich mehr Frauen als Männer.

In der Gruppe der über 60jährigen, die allerdings lediglich 12,7% und damit die zweitkleinste Teilmenge der KlientInnen umfasst, liegt der Frauenanteil mit mehr als zwei Dritteln aller Betroffenen (67,8%) am höchsten. Lediglich die jüngste Zielgruppe weist mehr männliche als weibliche KlientInnen auf.

Gleichzeitig stellt das Segment der 18 – 27jährigen mit nur 10,7% aller Betroffenen die kleinste Teilmenge der Besucher und Besucherinnen von Sozialpsychiatrischen Diensten dar. Die erhobenen Daten erlauben derzeit allerdings lediglich Hypothesen in Bezug auf dieses Faktum. So kann einerseits vermutet werden, dass psychische Erkrankungen bei jüngeren Menschen (noch) weniger häufig diagnostiziert werden, andererseits jedoch insbesondere in diesem Lebensalter die Einsicht in notwendige Behandlungen und damit die so genannte compliance eher wenig ausgeprägt ist.

Wenn man allerdings berücksichtigt, dass sich die „Mehrheit der psychischen Störungen ... im entscheidendsten Zeitabschnitt für eine erfolgreiche gesundheitliche Ent-

wicklung und Sozialisation – nämlich in der Kindheit und Adoleszenz“ manifestiert⁵, erscheint es naheliegend, diese Zielgruppe künftig genauer in den Blick zu nehmen, um alters- und damit lebensweltspezifische, passgenaue Angebote auch für jüngere psychisch Kranke zu entwickeln; dies insbesondere auch angesichts der Prämisse, „dass frühe psychische Störungen vielfältige negative Effekte auf viele Bereiche des Lebens haben (z.B. akademische Erfolge, berufliche Karriere, Partnerschaft und Familienleben). Bleibt eine adäquate Behandlung einer psychischen Störung im frühen Verlaufsprozess aus, ist das Risiko für eine lebenslange Leidengeschichte und Beeinträchtigung stark erhöht“.⁶ Bezieht man zusätzlich die Befunde mit ein, nach denen „Unterbehandlung besonders häufig bei **Kindern und jungen Erwachsenen**, bei Angststörungen und Substanzstörungen zu beobachten ist“⁷, mag hieraus unter Umständen ein wichtiger Auftrag für Sozialpsychiatrische Dienste erwachsen, ihr Angebot künftig in diesem Sinne weiter auszudifferenzieren.

⁵ ders. ebd.

⁶ ebd.

⁷ ebd.

4.6 Diagnosen

Diagnosen						
n=49	Frauen	Männer	Summe	Anteil der jeweiligen Diagnose bei den Frauen	Anteil der jeweiligen Diagnose bei den Männern	Anteil der jeweiligen Diagnose an der Gesamtzahl der Fälle
affektive Psychose	1.555	786	2.341	24,6%	17,7%	21,7%
schizophrene Psychose	2.119	1.879	3.998	33,6%	42,2%	37,1%
organische Psychose	70	71	141	1,1%	1,6%	1,3%
Borderline	400	121	521	6,3%	2,7%	4,8%
gerontopsych. Erkrankung	73	38	111	1,2%	0,9%	1,0%
kurzfristige psych. Auffälligkeiten (noch keine psychiatrische Diagnose)	173	127	300	2,7%	2,9%	2,8%
Neurose, Persönlichkeitsstörung	588	394	982	9,3%	8,8%	9,1%
Sonstiges	234	156	390	3,7%	3,5%	3,6%
Unbekannt	468	414	882	7,4%	9,3%	8,2%
keine Angaben	635	466	1.101	10,1%	10,5%	10,2%
Summe	6.315	4.452	10.767	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 10: Diagnosen

Mit mehr als einem Drittel aller diagnostizierten psychiatrischen Erkrankungen (37,1%) zählen die schizophrenen Psychosen zu den Erkrankungen, unter denen die Betroffenen am häufigsten leiden, gefolgt von den affektiven Psychosen, die weitere 21,7% der KlientInnen in die sozialpsychiatrischen Dienste geführt haben. Wenn man von den Persönlichkeitsstörungen (9,1%) einmal absieht, treten alle anderen psychiatrischen Krankheiten in eher niedrigen prozentualen Anteilen auf.

Lediglich 2,8% aller Fälle nahmen eine kurzfristig auftretende, noch nicht diagnostizierte psychische Befindlichkeitsstörung zum Anlass, den SpDi aufzusuchen. Die gerontopsychiatrischen Erkrankungen haben mit 1% aller Fälle (111 Personen), ebenso wie organische Psychosen, nur marginale Bedeutung im Krankheitsspektrum der Betroffenen.

Die krankheitsbezogenen Unterschiede zwischen Frauen und Männern lassen sich primär im Bereich der affektiven Psychosen finden, an denen Frauen um 7% häufiger als Männer leiden, sowie in der Gruppe der schizophren Erkrankten, in der Männer gegenüber Frauen dominieren; unter den Borderline-PatientInnen finden sich ebenfalls erwähnenswert mehr Frauen als Männer, wobei die Symptome, auf deren Grundlage eine derartige Diagnostik erfolgt, von den FachärztInnen erfahrungsgemäß nicht immer

einheitlich bewertet werden. In allen anderen Segmenten fallen geschlechtsspezifische Abweichungen nicht ins Gewicht. Dieser Befund korreliert im übrigen mit Erhebungen, demnach bei den meisten Störungen Frauen (33%) häufiger betroffen sind als Männer (22%) mit den Ausnahmen Alkohol- bzw. Substanzstörungen sowie psychotische Störungen.

Die Auswertung der krankheitsbezogenen Daten macht also deutlich, dass die SpDi mit ihren Angeboten exakt die Zielgruppe erreichen, für die sie ihr Leistungsspektrum vorhalten sollen und wollen: chronisch psychisch kranke Menschen, die in Ergänzung von medizinischer Versorgung zusätzlich sozialpsychiatrische Unterstützungsangebote benötigen oder die zur Inanspruchnahme von medizinisch-psychiatrischer Hilfe hingeführt werden sollen.

4.7 Gleichzeitig bestehende Suchtproblematik

Gleichzeitig bestehende Suchtproblematik		
n=49	Anzahl	Prozent
ja	1.424	13,2%
nein	6.218	57,8%
unbekannt	2.456	22,8%
keine Angaben	669	6,2%
Summe	10.767	100%

Tabelle 11: Suchtproblematik

Bei 57,8% der Betroffenen lässt sich eine Suchtproblematik zusätzlich zur psychischen Grunderkrankung ausschließen. Allerdings sind indes 13,2% aller KlientInnen (und vermuteter Maßen noch weit mehr, welche sich hier in den Kategorien „unbekannt“, also nicht gezielt erhoben, wiederfinden), mit dieser schwerwiegenden weiteren Problematik belastet und fallen somit in den Bereich der Doppeldiagnosen, wie er seit längerer Zeit in der Fachliteratur beschrieben wird.

4.8 Zuweisungswege

Zuweisung durch		
n=49	Anzahl	Prozent
Psychiatrisches Krankenhaus	2.014	18,71%
Andere Klinik	350	3,25%
PIA	170	1,58%
Niedergelassener Nervenarzt	1.370	12,72%
Niedergelassener Arzt	206	1,91%
REHA-Einrichtung	233	2,16%
ASD	203	1,89%
Amt für Öffentliche Ordnung / Gericht	75	0,70%
Sozialamt	120	1,11%
Gesundheitsamt	73	0,68%
Sozialstation / Nachbarschaftshilfe	80	0,74%
Beratungsstelle	417	3,87%
TherapeutIn	112	1,04%
Ehrenamtliche/r	58	0,54%
Nachbarn/Angehörige	1.130	10,50%
Eigeninitiative des/der Patienten/Patientin	1.611	14,96%
KollegIn / Arbeitgeber	160	1,49%
Sonstige	673	6,25%
keine Angaben	1.712	15,90%
Summe	10.767	100%

Tabelle 12: Zuweisungswege

Immerhin knapp 15% aller Betroffenen suchten ihren Sozialpsychiatrischen Dienst auf eigene Initiative auf. Die überwiegende Mehrzahl, nämlich insgesamt 39,21% der Patienten und Patientinnen, traten auf Veranlassung von medizinisch-therapeutischen Bezugspersonen in Kontakt mit einem SpDi, wobei psychiatrische Krankenhäuser mit 18,71% aller Zuweisungen die größte Einzelgruppe innerhalb dieses Segmentes darstellen.

Die 4 unterschiedlichen hier genannten Behörden, welche ihrerseits Personen zum Besuch eines SpDi veranlassten, kommen gemeinsam auf lediglich 4,38% aller zuweisenden Stellen. Auch andere Beratungsstellen verweisen mit 3,87% aller Fälle unerwartet selten an Sozialpsychiatrische Dienste.

Schließlich ist anzumerken, dass bei knapp über 10% der Betroffenen Angehörige und Nachbarn initiativ wurden und die KlientInnen zum Aufsuchen eines SpDi motivieren konnten. Obwohl die Mehrzahl der veranlassenden Personen und Institutionen die Leistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste sowie die Zugänge hierzu aufgrund der gewachsenen Kooperationsstrukturen bereits gut kennen, bleibt es nach wie vor wichtig, auch die allgemeine Öffentlichkeit immer wieder über die niedrigschwelligen Angebote der SpDi zu informieren und auf die Mitarbeitenden als kompetente Ansprechpartner zu verweisen.

Schlussendlich ist sicherlich die Frage, warum insbesondere die PIAs trotz zunehmender Vernetzung in GPZs lediglich in 1,58% aller Fälle als zuweisende Instanz auftreten, von gewissem Interesse, wenn auch anhand der Datenlage nicht schlüssig zu beantworten.

5 Soziotherapie in den Sozialpsychiatrischen Diensten

5.1 Verordnungen von Soziotherapie

	Erstverordnungen	Folgeverordnungen	Gesamt
Anzahl Soziotherapieanträge 2006	671	698	1369
direkt genehmigt	548	533	1081
nach Widerspruch genehmigt	20	19	39
nicht genehmigt	103	146	249

Tabelle 13: Verordnungen von Soziotherapie

Wie bereits im Vorjahr lag die Zahl der Folgeverordnungen von Soziotherapie auch in 2006 über der Anzahl der Erstverordnungen und umfasst nunmehr 1369 Fälle. Damit ist allerdings erstmalig auch ein leichter Rückgang des Anteils an Soziotherapie im gesamten Leistungsspektrum der SpDi verbunden, der 2005 noch 13,99% betrug und sich nun auf 12,56% reduziert.

Offensichtlich ist diese Tatsache einer beträchtlichen Anzahl an Fällen geschuldet, in denen die Krankenkassen nach Ablauf eines dreijährigen Bewilligungszeitraumes keine Folgeverordnung mehr genehmigten. Allerdings belegt die Praxis der ausgewerteten Sozialpsychiatrischen Dienste deutliche Unterschiede in der Auslegung der gesetzlich normierten Anspruchsvoraussetzungen durch die jeweils zuständigen Krankenkassen, sodass hier im Interesse der betroffenen Bevölkerung ein klarer Regelungsbedarf in Bezug auf die Vereinheitlichung der Bewilligungspraxis gegeben ist.

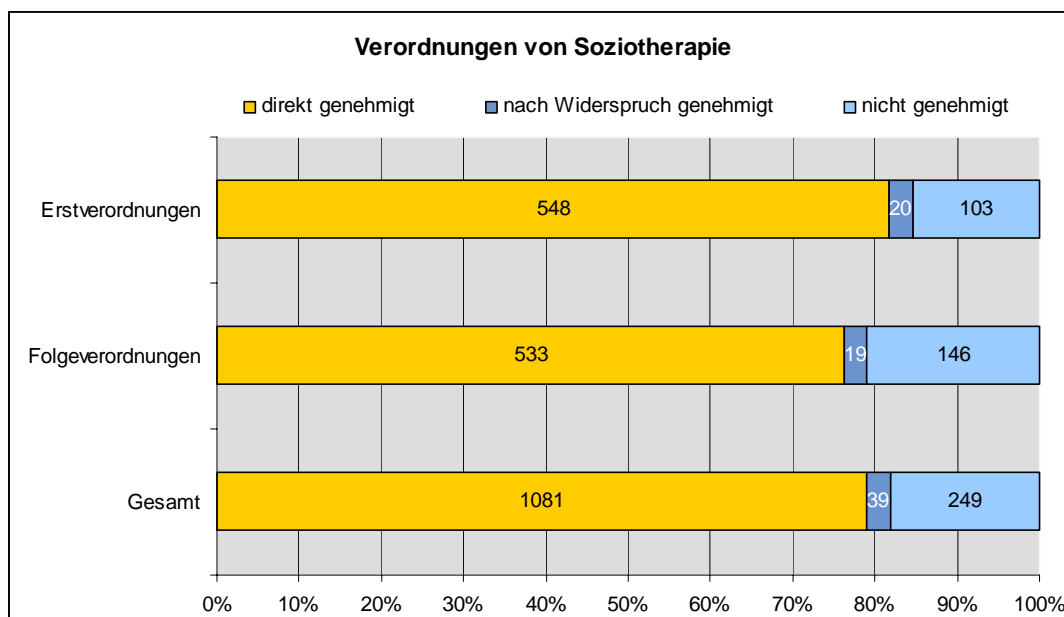


Abbildung 8: Verordnungen von Soziotherapie

Die Zahl der direkt genehmigten Soziotherapien liegt bei den Erstverordnungen wiederum über 80%, die der Folgeverordnungen allerdings erstmalig unterhalb der 80%-Marke; in beiden Bereichen ist gegenüber 2005 jedoch ein bemerkenswerter Rückgang der sofort genehmigten Anträge festzustellen. Addiert man die nach Widerspruch dennoch genehmigten Erst- und Folgeverordnungen hinzu, so wurden in 2006 insgesamt 249 Soziotherapien von den Krankenkassen abgelehnt, also insgesamt über 18% aller Fälle. Damit hat sich die Anzahl der nicht genehmigten Soziotherapien gegenüber dem Vorjahr signifikant erhöht.

Vergleich zu den Vorjahren

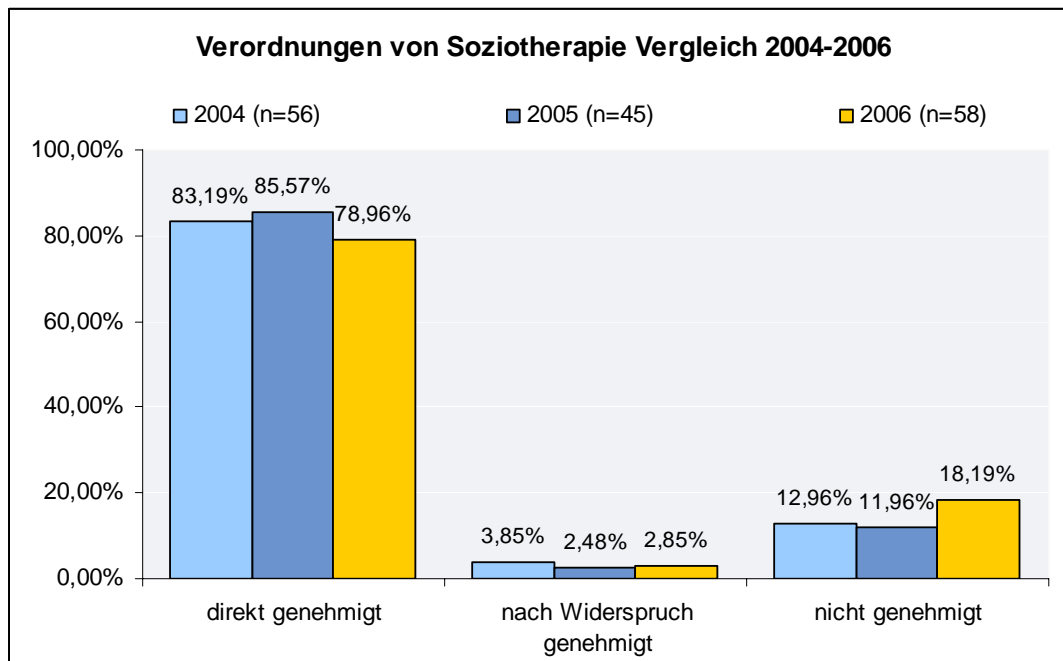


Abbildung 9: Verordnungen von Soziotherapie im Vergleich zu den Vorjahren

Wie bereits weiter oben angedeutet, lässt sich in diesem Diagramm noch einmal die Verlaufskurve der Bewilligungspraxis von Soziotherapie im Vergleich der letzten 3 Jahre nachvollziehen. Es wird deutlich, dass in 2005 das bislang beste Ergebnis sowohl bei den direkt genehmigten Anträgen erzielt werden konnte wie auch die Zahl der letztendlich doch abgelehnten Verordnungen im Vorjahr am niedrigsten lag. Gegenüber 2005 ist die Anzahl der nicht genehmigten Soziotherapie somit um beachtliche 6,23% auf immerhin fast ein Fünftel aller Beantragungen angestiegen.

5.2 Initiierung von Soziotherapie

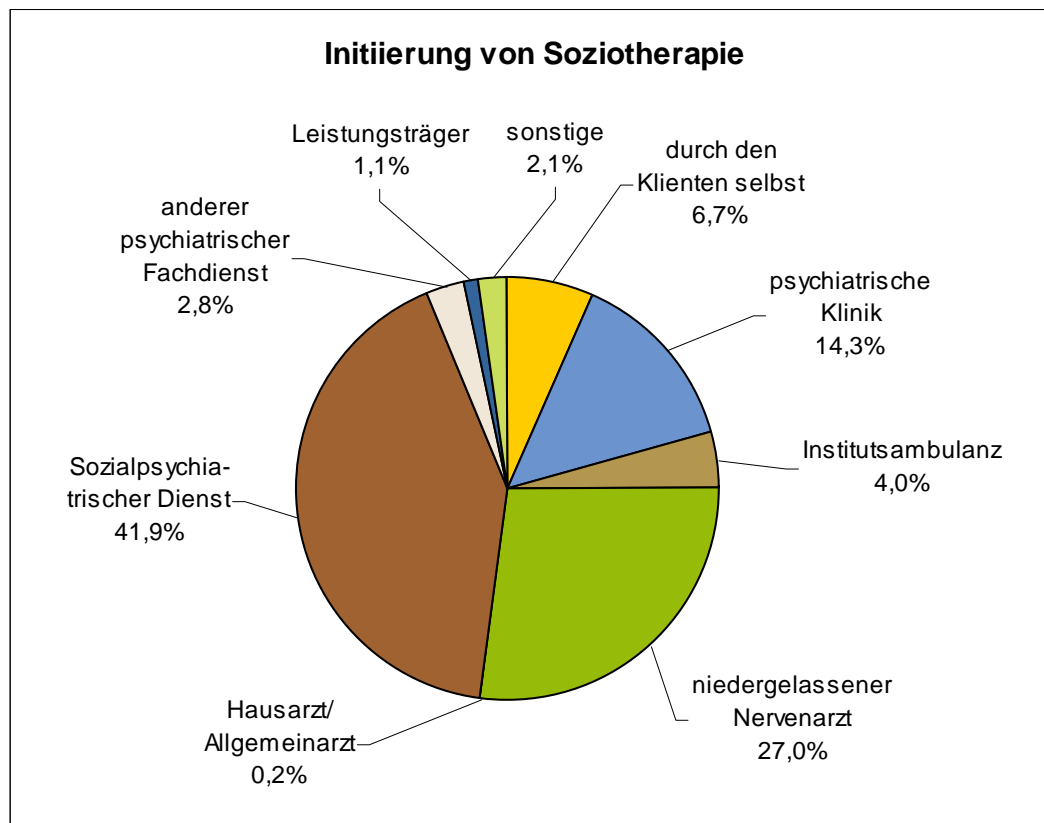


Abbildung 10: Initiierung von Soziotherapie

Gegenüber 2005 hat sich die Relation der unterschiedlichen Dienstleister zueinander, auf deren Veranlassung Soziotherapie initiiert wurde, nur wenig verändert. Wie im Vorjahr stellten die Sozialpsychiatrischen Dienste selbst auch in 2006 die größte Gruppe innerhalb der hier abgebildeten Fachdienste dar, wiederum gefolgt von den niedergelassenen Nervenärzten. Die psychiatrischen Kliniken konnten ihre Interventionen um knapp 3% steigern, während die Institutsambulanzen annähernd das gleiche Resultat erzielten wie in 2005 und sich nach wie vor am unteren Ende der Skala wiederfinden. Klienten selber haben mit 6,7% noch etwas häufiger als im Vorjahr (um 0,5%) die Initiative ergriffen und selbst die Verordnung von Soziotherapie angeregt.

Obwohl Haus- und Allgemeinärzte zu der Ärztesgruppe zählen, welche eine beträchtliche Anzahl von Personen mit psychiatrischen Krankheitsbildern zu ihrem Patientenstamm zählen und diese gegebenenfalls auch mit Psychopharmaka medikamentieren, scheint hier die Möglichkeit, Soziotherapie zur ergänzenden Unterstützung zu initiieren, noch weniger bekannt zu sein. Im Interesse der Betroffenen ist es daher ratsam, den Kontakt zu Haus- und Allgemeinärzten zu intensivieren und diese sowohl über die Indikationen als auch die Zugangswege für die Wahrnehmung von Soziotherapie gezielter als bisher zu informieren.

Wenn man zudem berücksichtigt, dass pro Jahr „zwei Drittel aller psychischen Störungen unbehandelt“ bleiben und dass „nur einer von vier Betroffenen (26%) zumindest eine minimale Intervention (z.B. eine kurze Beratung, ein kurzes Gespräch mit dem Hausarzt)“ er-

hält ⁸, kann sich ein regelmäßiger Austausch mit den Hausärzten der jeweiligen Region sicherlich auch grundsätzlich positiv auf die Versorgungslage von chronisch erkrankenden Patienten und Patientinnen auswirken.

5.3 Verfahren bei Ablehnung

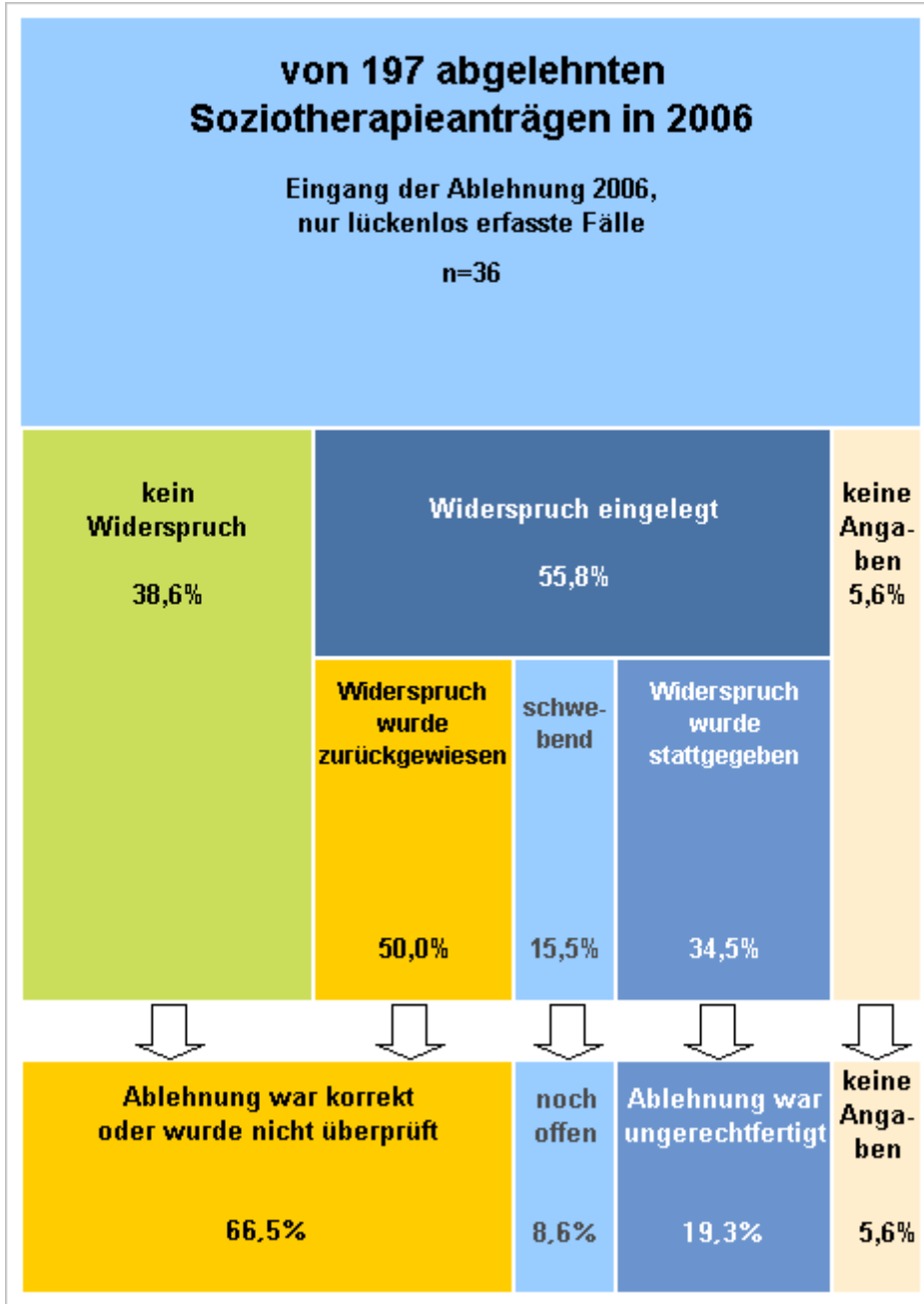


Abbildung 11: Verfahren bei Ablehnung

Es ist davon auszugehen, dass die Ablehnung eines Soziotherapieantrages in jedem Falle eine sehr arbeitsintensive Phase nach sich zieht: sei es, um im Zuge des Widerspruchsverfahrens doch noch eine Genehmigung zu erlangen, sei es, um die betroffe-

⁸ Ders. ebd.

nen Patienten bei der Verarbeitung dieses unwillkommenen Sachverhaltes zu unterstützen. So ist die hier ausgewertete Datenlage sicherlich von besonderem Interesse, dokumentiert sie doch, auf welche Weise die Sozialpsychiatrischen Dienste konkret mit den insgesamt 197 abgelehnten Anträgen im Berichtsjahr 2006 (nur lückenlos erfasste Fälle) umgegangen sind:

In 55, 8%, also mehr als der Hälfte aller Fälle und damit in deutlich mehr Fällen als im Vorjahr (47%) legten die Dienste Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid ein, obwohl Widerspruchsverfahren den Betroffenen nicht nur ein hohes Durchhaltevermögen abverlangen, sondern auch erhebliche Personalressourcen der Mitarbeitenden binden.

Lediglich 34,5% aller Widersprüche und damit immerhin ca. 8% weniger als in 2005 wurde stattgegeben, ein bei 15,5% noch schwebenden und immerhin 50% (in 2005 waren es nur 27,8%) bereits abgewiesenen Widersprüchen bedingt erfolgreiches Resultat.

Dass 19,3% aller Ablehnungen und damit eine gegenüber dem Vorjahr stabile Zahl als ungerechtfertigt klassifiziert wurden, lässt allerdings die Hypothese zu, dass sich das Widerspruchsverfahren im Interesse der betroffenen Patienten und Patientinnen dennoch auch weiterhin lohnen dürfte.

5.4 Beendigung von Soziotherapie

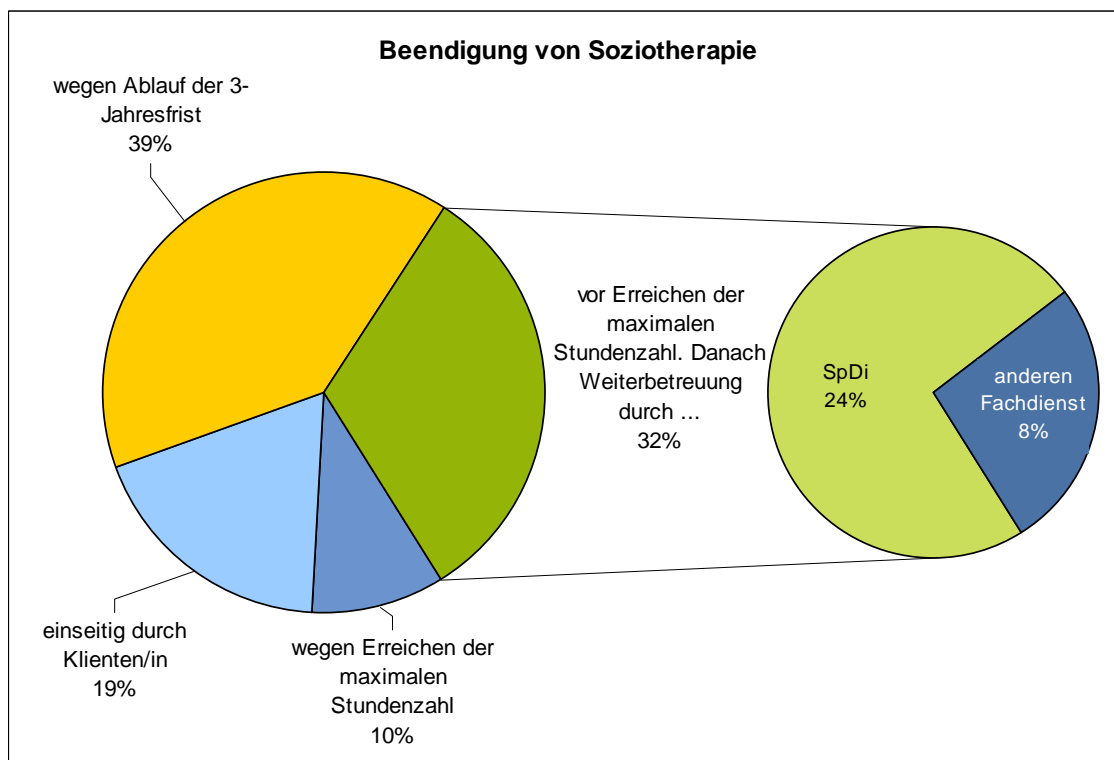


Abbildung 12: Beendigung von Soziotherapie

Erstmals mussten in 2006 39% aller Soziotherapien beendet werden, bei denen die 3-Jahresfrist erreicht war, innerhalb derer sich die verordneten Behandlungen zu bewe-

gen haben; weitere 10% hatten die maximal bewilligte Stundenzahl aufgebraucht und konnten ebenfalls nicht weiterbehandelt werden. Zusätzlich zu den 19%, welche auf eigene Initiative hin ihre Soziotherapie abbrachen, wurden also insgesamt 68% aller Soziotherapien in 2006 beendet.

Bei knapp einem Drittel (32%) der Betroffenen wurde die Soziotherapie vor Erreichen der maximalen Stundenzahl beendet; immerhin 24% dieses Personenkreises nahm im Anschluss daran erneut die Angebote des Sozialpsychiatrischen Dienstes in Anspruch und belegt damit nachdrücklich die Bedeutung insbesondere des niedrighschwelligigen Fachdienstes im Leben von chronisch psychisch kranken Menschen, die somit auch dann auf eine adäquate Unterstützung zurückgreifen können, wenn hochschwelligere Maßnahmen zu Überforderung führen oder aus anderen Gründen scheitern.

6 Kooperation und Vernetzung

Nachdem in Baden-Württemberg mit der Implementierung von Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) ein weiterer ambulanter Baustein als Anlaufstelle für psychisch kranke Menschen zur Verfügung steht, war es auch 2006 Ziel der Erhebung, zu dokumentieren, wie sich die Kooperation zwischen den Sozialpsychiatrischen Diensten und den PIAs auf der Grundlage ihrer jeweils spezifischen Aufgabenstellung weiterentwickelt.

48 der erhobenen Dienste (82,8%) gaben an, dass in ihrem Versorgungsgebiet eine PIA vorhanden sei. Wie sich zeigt, kooperieren Sozialpsychiatrische Dienste und PIAs auch ausnahmslos miteinander, wenn sie in einer Region gemeinsam für die ambulante Versorgung der psychisch kranken Menschen zuständig sind:

6.1 Kooperation mit PIA

	n=58	ja	Prozent
6.1. Pia vorhanden		48	82,8%
6.1.1. schriftliche Kooperationsvereinbarung		32	66,7%
6.1.1.1 Koop. mit Vereinbarung		n=32	
1	Leistungserbringung durch SpDi für PIA gegen Abrechnung	14	
2	Regelmäßige Kooperationsgespräche	23	
3	Regelmäßige Fallbesprechungen	23	
4	Gemeinsame Hausbesuche	17	
5	Gemeinsame Angebote (z.B. psychoedukative Gruppen etc.)	8	
6	Sonstiges	11	
6.1.1.2 Koop. ohne Vereinbarung		n=16	
1	Leistungserbringung durch SpDi für PIA gegen Abrechnung	1	
2	Regelmäßige Kooperationsgespräche	9	
3	Regelmäßige Fallbesprechungen	9	
4	Gemeinsame Hausbesuche	5	
5	Gemeinsame Angebote (z.B. psychoedukative Gruppen etc.)	2	
6	Sonstiges	5	

Tabelle 14: Kooperation mit PIA

Die Mehrzahl der insgesamt 48 sozialpsychiatrischen Dienste, welche mit Psychiatrischen Institutsambulanzen kooperieren (32), hat die Inhalte der Kooperation in schriftlichen Vereinbarungen festgehalten, während sich lediglich noch 32,3% aller Dienste ohne schriftliche Vereinbarungen behelfen. Damit konnte das Ergebnis des Vorjahres (40% ohne schriftlichen Kooperationsvertrag) um 7,8% gesteigert werden.

Wie bereits in 2005 stellt jedoch in beiden Segmenten übereinstimmend die „regelmäßige Fallbesprechung“ sowie „regelmäßige Kooperationsgespräche“ die am häufigsten genutzte Kooperationsform dar. Erste Unterschiede ergeben sich beispielsweise bei gemeinsamen Hausbesuchen oder gemeinsamen Angeboten wie „psychoedukative Gruppen“, sodass eine Abhängigkeit von Maßnahmen mit einer hohen Verbindlichkeit von der Verbindlichkeit auch der gewählten Kooperationsform vermutet werden kann.

Auf diesem Hintergrund ist auch verständlich, dass die von lediglich 14 Diensten erbrachten „Leistungen des SpDi für die PIA gegen Abrechnung“ vornehmlich von den Diensten erbracht werden, welche mit „ihrer“ PIA einen schriftlichen Kooperationsvertrag abgeschlossen haben. Gegenüber dem Vorjahr konnte die Anzahl der für die PIA erbrachten Leistungen allerdings ebenso wenig signifikant gesteigert werden wie die Anzahl der **gemeinsam** für die Betroffenen durchgeführten Angebote und Maßnahmen.

6.2 Zusätzliche Kooperationen

6.2.	Zusätzliche Kooperation	Anzahl Dienste	Prozent
1	mit Klinikärzten	53	91,4%
2	mit niedergelassenen PsychiaterInnen	55	94,8%

Tabelle 15: Zusätzliche Kooperationen

Erfreulicher Weise können fast alle teilnehmenden Dienste (55 von 58) und damit 94,8% auf eine Kooperation mit niedergelassenen Nervenärzten, immerhin 91,4% auf die Zusammenarbeit mit Klinikärzten verweisen. In diesen Zahlen drückt sich nicht nur eine erhebliche quantitative Veränderung gegenüber dem Ergebnis von 2005 aus, in dem noch lediglich 50,8% aller Dienste eine Kooperation mit niedergelassenen Psychiatern angaben, sondern auch eine bedeutende Verbesserung der Kooperations**qualität**, wie den nicht standardisierten Anmerkungen dieser Befragung zu entnehmen ist. Offensichtlich entwickelt sich damit die Zusammenarbeit der sozial fokussierten mit der medizinisch ausgerichteten Psychiatrie weiterhin zum Nutzen der betroffenen Patienten und Patientinnen in eine gute Richtung, in der sich auch die Akzeptanz abbildet, welche die sozialpsychiatrischen Dienste innerhalb des gesamten Versorgungskontextes einer Region genießen.

6.3 GPV/GPZ-Vereinbarungen

n=58	ja	Prozent
Vereinbarung unterzeichnet	47	81,0%
Rechtsform		
Kooperationsvertrag	43	91,5%
E.V.	1	2,1%
gGmbH	2	4,3%
Sonstige	1	2,1%
6.3.1 HPK	28	59,6%
Teilnahme der Betroffenen	23	
IBRP	20	
vergleichbare Instrumente	6	
6.3.2 Verbesserung der Versorgungslage	21	44,7%
6.3.3 Synergieeffekte	30	63,8%

Tabelle 16: GPV/GPZ-Vereinbarungen

Während in 2005 lediglich knapp die Hälfte der erhobenen SpDis in Vereinbarungen über Gemeindepsychiatrische Verbände (GPV) bzw. Gemeindepsychiatrische Zentren (GPZ) eingebunden waren, lässt sich die konsequente Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft allein schon an der Tatsache ablesen, dass 2006 bereits 81% aller Sozialpsychiatrischen Dienste entsprechende Vereinbarungen unterzeichnet hatten. Als bevorzugte Rechtsform hat sich mit 91% der Kooperationsvertrag etabliert, während sich andere mögliche Varianten (e.V. oder gGmbH) wie schon im Vorjahr als zu vernachlässigende Größe bewerten lassen.

Erstmalig wurde in 2006 auch erhoben, inwieweit sich Hilfeplankonferenzen (HPK) als Verfahren durchsetzen konnten, um Betroffenen durch die Synopse aller möglichen und/oder vorhandenen Angebote die jeweils adäquate Versorgungsform zu erschließen. Bereits 59,6% aller erhobenen Dienste verfügen mit der HPK in ihrer Versorgungsregion nun über eine standardisierte Möglichkeit, die Bedarfe ihrer Klienten und Klientinnen gemeinsam mit anderen Fachdiensten zu erörtern, wobei in fast allen Fällen (23 von 28) die Betroffenen selbst ebenfalls an der Hilfeplankonferenz teilnehmen können. Immerhin 20 und damit 71% aller HPK werden auf der Grundlage des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) vorbereitet bzw. durchgeführt und gewährleisten somit ein transparentes Verfahren auf einem anerkannten, fachlich hohen Standard. Gemeinsam mit den 6 vergleichbaren Instrumenten, die in anderen

HPK genutzt werden, arbeiten also gut 92% aller Hilfeplankonferenzen auf der Basis eines standardisierten Niveaus.

Dennoch meinen weniger als 50% der erhobenen Dienste, in dieser Entwicklung auch eine Verbesserung der Versorgungslage ihrer KlientInnen ausmachen zu können. Hingegen benennen fast zwei Drittel der SpDis (63,8%) deutliche Synergieeffekte im Kontext der zusammenwachsenden Versorgungslandschaft für sich selbst, wobei insbesondere die kürzeren Informationswege, die Möglichkeit zu zeitnahen Absprachen sowie zielgenauere Versorgungsangebote angeführt werden.

In den nicht standardisierten Anmerkungen beschreiben die Träger der SpDi darüber hinaus auch eine deutliche Optimierung sowohl in organisatorischer als auch in fachlicher Hinsicht: die vielerorts nun abgestimmte „Hilfe aus einer Hand“ auf der Basis von zielführenden Fallgesprächen hat offensichtlich dazu beigetragen, Doppelstrukturen abzubauen und wird für die KlientInnen als passgenaue und transparente Hilfe erfahrbar. Durch die gemeinsame Nutzung von Infrastruktur wie Räumlichkeiten, Sekretariate und vieles mehr haben sich die Wege zusätzlich auch im wahrsten Sinne des Wortes verkürzt und dazu beigetragen, dass notwendige Interventionen zeitnaher als bisher erfolgen können, insbesondere bei akuten Krisen ein wesentlicher Qualitätsgewinn.

Viele Träger beschreiben den „Blick über den institutionellen Tellerrand hinaus“ als deutlichen Fortschritt auf dem Weg zu einem personenzentrierten Ansatz, wie auch der Kompetenzgewinn durch die Teilhabe an multiprofessionellen Fallgesprächen und kollegialer Intervision als außerordentlich bereichernd erlebt wird. Ein unmittelbarer Nutzen für das Gesundheitssystem wie für die PatientInnen selbst wird darüber hinaus an der Tatsache festgemacht, dass die Anschlussversorgung an Klinikaufenthalte besser vorbereitet werden kann wie auch die weiterhin notwendige Medikation der Betroffenen eher zu gewährleisten ist. Auf diese Weise kann sicherlich der Zeitraum zwischen den einzelnen Einweisungen verkürzt und diese im Einzelfall sogar vermieden werden.

Zusammenfassend sind sich die Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste einig in der Wahrnehmung, dass durch den Verbund Klienten und Klientinnen deutlich seltener als früher im „Versorgungsdschungel“ verloren gehen sondern im Gegenteil eher dort ankommen, wo das jeweils geeignetste Angebot vorgehalten wird. Damit wird die bereits 2005 angedeutete Tendenz zu verbesserten Kooperationsstrukturen zwischen den unterschiedlichen Leistungserbringern sowie die Funktion, den die SpDi innerhalb dieser Verbünde innehaben, in 2006 nachdrücklich bestätigt.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste	13
Abbildung 2: Leistungsbereiche der SpDi.....	14
Abbildung 3: Betreute Personen nach Leistungsbereichen.....	17
Abbildung 4: Betreuung im Rahmen der Grundversorgung.....	18
Abbildung 5: Anteil der Erstbetreuungen im Rahmen der Grundversorgung	19
Abbildung 6: Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit.....	20
Abbildung 7: Beendigung der längerfristigen Grundversorgung.....	22
Abbildung 8: Verordnungen von Soziotherapie	33
Abbildung 9: Verordnungen von Soziotherapie im Vergleich zu den Vorjahren	34
Abbildung 10: Initiierung von Soziotherapie	35
Abbildung 11: Verfahren bei Ablehnung	36
Abbildung 12: Beendigung von Soziotherapie.....	37

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Dienste und Klienten.....	11
Tabelle 2: Beschäftigte Personen.....	14
Tabelle 3: Betreute Personen	16
Tabelle 4: Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit in der Grundversorgung.....	21
Tabelle 5: soziodemographisch erfasste Klienten	24
Tabelle 6: Familienstand.....	25
Tabelle 7: Lebensverhältnisse	25
Tabelle 8: Finanzielle Situation.....	26
Tabelle 9: Verteilung der Altersgruppen	27
Tabelle 10: Diagnosen.....	29
Tabelle 11: Suchtproblematik	30
Tabelle 12: Zuweisungswege	31
Tabelle 13: Verordnungen von Soziotherapie	33
Tabelle 14: Kooperation mit PIA.....	39
Tabelle 15: Zusätzliche Kooperationen	40
Tabelle 16: GPV/GPZ-Vereinbarungen	41