

Jahresbericht 2010

Auswertung der freiwilligen Dokumentation
der Sozialpsychiatrischen Dienste
in Baden-Württemberg



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 in Baden-Württemberg e.V.

Erstellung des Berichts: Luisa Lindenthal
Dipl. Pädagogin, Freiburg

Koordination: Wolfgang Mohn
Referent Kompetenzzentrum Sozialpolitik
Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e.V.

Matthias Kneißler
Referent Abteilung Behindertenhilfe/Psychiatrie
Diakonisches Werk Württemberg

Blitzlichter: Paul Peghini,
Geschäftsführung Landesverband Baden-Württemberg
Angehöriger psychisch Kranker e.V. (LVBWApK)

Andrea Krainhöfer,
Fachbereichsleitung BruderhausDiakonie Reutlingen

Dr. Klaus Obert,
Bereichsleitung Caritasverband für Stuttgart e.V.

Ekkehard Janson,
Fachbereichsleitung Caritasverband Baden-Baden

Impressum

Herausgeber: Liga der freien Wohlfahrtspflege
in Baden-Württemberg e.V.

Stauffenbergstr. 3,
70173 Stuttgart

Telefon: 0711 / 619 67-0

Fax: 0711 / 619 67-67

E-Mail: info@liga-bw.de

Diese Auswertung kann unter <http://www.liga-bw.de/> heruntergeladen werden.

Inhaltsverzeichnis

Teil I - Auswertung der Dokumentation	6
Vorwort	6
Gesamtzahlen	8
Leistungsbereiche.....	9
Betreute Personen in den Leistungsbereichen	10
Betreuung im Rahmen der Grundversorgung.....	11
Beendigung der Betreuung	12
Migrationshintergrund.....	13
Soziodemografische Daten	13
Familienstand und Lebensverhältnisse	14
Einkommen	15
Alter.....	16
Diagnose.....	16
Gleichzeitig bestehende weitere Problematik	17
Zuweisungswege	18
Soziotherapie	20
Rückgang der Soziotherapieleistungen setzt sich fort	20
Initiierung von Soziotherapie	20
Beendigung von Soziotherapie.....	21
Kooperationen und Vernetzung	22
Teil II - Blitzlichter	24
Hausbesuche – wichtiges Qualitätsmerkmal in der Grundversorgung der SpDi	25
Junge psychisch Kranke.....	27
Psychisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund.....	29
Aus der Praxis: „zeit-zu-handeln“ – ein Beschäftigungsprojekt für psychisch Kranke.....	33
Aus der Praxis: Notfallversorgung im GPV Baden-Baden.....	34

Teil I - Auswertung der Dokumentation

Vorwort

Die Jahresberichte der Sozialpsychiatrischen Dienste sind seit Jahrzehnten ein aussagekräftiges Instrument, mit dem Informationen zur sozialpsychiatrischen Versorgung in den Stadt- und Landkreisen von Baden-Württemberg über die Jahre hin abgebildet werden können. Die Sozialpsychiatrischen Dienste kommen damit ihrer Verantwortung nach, ihre Arbeit mit chronisch psychisch kranken Menschen dem Gemeinwesen, den Kommunen und dem Land transparent zu machen und auf fachliche Entwicklungen und Veränderungen hinzuweisen. Seit Jahren wertet die Liga der freien Wohlfahrtspflege e.V. die Jahresberichte aus und fasst die wichtigsten Aussagen und Erkenntnisse zur Situation der ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg zusammen.

Die wesentlichen Erkenntnisse aus dem Jahresbericht 2010 sind:

- Im Jahr 2010 wurden 23.700 Frauen und Männer von den Sozialpsychiatrischen Diensten in Baden-Württemberg begleitet und betreut. Die Anzahl der Klienten, die im Jahr 2010 Hilfen der Grundversorgung in Anspruch nahmen, ist im Vergleich zu 2006 um 44 Prozent gestiegen.
- Die Förderpauschalen, die die Leistungen der Grundversorgung abdecken sollten, sind seit 2006 trotz Fallsteigerungen nicht erhöht worden. Nur noch rund ein Drittel der Gesamtpersonalkosten wird von der öffentlichen Hand durch Zuschüsse finanziert.
- Einzelfinanzierte Leistungen der Soziotherapie gingen auch im Jahr 2010 weiter zurück. Die Gründe dafür liegen in den hohen Hürden, die überwunden werden müssen, um die Hilfen zu erlangen. Die Leistungserbringer sehen in der Soziotherapie eine sinnvolle ambulante Leistung der Krankenkassen, die niederschwellig für die psychisch erkrankten Menschen zugänglich sein müsste.
- Angehörige psychisch kranker Menschen klagen darüber, dass die nachgehende Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste, vor allem die Hausbesuche, fast völlig eingestellt wurden. Verantwortlich dafür macht der Landesverband der Angehörigen den Personalmangel in den Sozialpsychiatrischen Diensten.
- Der Caritasverband Stuttgart stellt in seinem Beitrag die hohe Bedeutung der kultursensiblen Beratung dar. So haben von den langfristig betreuten Klienten im Sozialpsychiatrischen Dienst Stuttgart-Mitte 37 Prozent der Klienten einen Migrationshintergrund.

Die Aussagen im Koalitionsvertrag der neuen Landesregierung lässt die Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste auf sozialpolitische Veränderungen hoffen. Im Koalitionsvertrag macht die Landesregierung deutlich, dass „das Hilfesystem so ausgestaltet werden soll, dass ein verlässliches, strukturell und inhaltlich aufeinander abgestimmtes System der komplementären, ambulanten und stationären Versorgung entsteht, in der die Grundversorgungsverpflichtung der Sozialpsychiatrischen Dienste ein wichtiger Bestandteil ist“. Einen solchen Ausbau des Gemeindepsychiatrischen Verbundes, verbunden mit der rechtlichen Absicherung durch ein Landespsychiatriegesetz, in welchem auch die Kernaufgaben der Sozialpsy-

chiatrischen Dienste benannt werden, entspricht den Forderungen der Liga der freien Wohlfahrtspflege e.V., die sie in den vergangenen Jahren stets gegenüber dem Sozialministerium Baden-Württemberg vertreten hat.

Unser Dank geht an dieser Stelle an alle Mitarbeitenden der Sozialpsychiatrischen Dienste, ihre Träger, an die Psychiatrieerfahrenen, den Angehörigen und den Unterstützern unserer Arbeit für die Erhebung der Daten und ihre engagierte Mitwirkung. Unser Dank richtet sich auch an das Land Baden-Württemberg, die Kommunen und die Krankenkassen als Leistungsträger in der psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg als verlässliche Partner. Gemeinsam mit den Ligaverbänden treffen sie sich im Bemühen um den Erhalt und den Ausbau ambulanter, niederschwelliger Versorgung durch die Sozialpsychiatrischen Dienste.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'H. Heinz', written in a cursive style.

Hans Heinz,

Vorstandsvorsitzender der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V.

Gesamtzahlen

Seit Beginn der freiwilligen Berichterstattung der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg¹, an der im Berichtszeitraum 2010 62 der insgesamt 67 Sozialpsychiatrischen Dienste teilgenommen haben, steigen die Fallzahlen kontinuierlich an, und so lässt sich auch im Jahr 2010 ein neuerlicher Zuwachs an betreuten psychisch kranken Menschen feststellen:

Betreute Personen	Frauen	Männer	Gesamt	hochgerechnet auf Baden-Württemberg
Anzahl Klienten	12.788	9.174	21.962	23.700
Anteil der Geschlechter	58,2%	41,8%	100,0%	

Tabelle 1 - Gesamtergebnis

Waren es 2009 bereits 21.330 Klienten und Klientinnen, die von den Sozialpsychiatrischen Diensten in Baden-Württemberg versorgt wurden, suchten 2010 nun 21.962 Personen, also noch einmal 632 oder knapp 3 % mehr als im Vorjahr einen SpDi auf.²

Fallzahlen in der Grundversorgung 2006-2010

Jahr	Anzahl teilnehmende Dienste	Fallzahlen Grundversorgung	Fallzahlen Grundversorgung hochgerechnet auf Baden-Württemberg (67 Dienste)
2006	58	13180	15225
2007	61	15190	16684
2008	62	17768	19201
2009	63	19770	21025
2010	62	20296	21933

Tabelle 2: Fallzahlen Grundversorgung 2006-2010

In Folge der Verwaltungsvorschrift des Landes (VwV-SpDi von 2006) werden anstelle von Fachkräften Leistungskontingente gefördert. Ein Leistungskontingent entspricht pauschal der Arbeitskapazität einer vollzeitbeschäftigten Fachkraft. Das Land und die Kommunen beteiligen sich jeweils mit einer Pauschale von 9.700,-€ an der Finanzierung eines Leistungskontingents. Die Höhe der Pauschale hat sich seit 2006 nicht verändert, trotz jährlich steigender Fallzahlen. Von Land und Kommunen werden jährlich zusammen 4.151.600,00 € zur Erbringung sozialpsychiatrischer Leistungen zur Verfügung gestellt. Rechnet man die durchschnittlichen Personalkosten einer Fachkraft dagegen, können 79,9 – also 80 Fachkräfte landesweit hierüber finanziert werden. Es wurden in diesem Jahr 214 Leistungskontingente gefördert. Von den Gesamtpersonalkosten der Fachkräfte trägt somit die öffentliche Hand nur noch ca. 1/3 oder 37% der realen Personalkosten einer Fachkraft.

¹ In der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. sind die 11 Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege Baden-Württembergs zusammengeschlossen, denen landesweit mehr als 320 000 Mitarbeitende sowie ca. 300 000 ehrenamtlich Tätige angehören.

² Hinweise auf Zahlen für 2009, die nicht direkt aus den hier veröffentlichten Diagrammen abzulesen sind, beziehen sich auf die von der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. herausgegebene freiwillige Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste 2009, Stuttgart 2010.

In der Relation zwischen männlichen und weiblichen Betroffenen sehen wir im Berichtszeitraum, wie bereits in den Vorjahren, wiederum einen signifikant höheren Anteil an Frauen unter den Besuchern der unterschiedlichen Angebote in den Sozialpsychiatrischen Diensten; dies spiegelt sich entsprechend auch in der folgenden Tabelle wider:

Fallzahlen in den Leistungsbereichen	Frauen	Männer	Gesamt	Prozent
Grundversorgung	11.800	8.496	20.296	87,9%
Soziotherapie	932	637	1.569	6,8%
Betreutes Wohnen	292	193	485	2,1%
Andere Leistungen SGB XII	32	34	66	0,3%
Leistungen für andere Leistungsträger	386	280	666	2,9%
Gesamt	13.442	9.640	23.082	100%

Tabelle 3: Fallzahlen in den Leistungsbereichen

Es wird deutlich, dass die Grundversorgung im Jahr 2010 von annähernd 88% aller Klienten und Klientinnen wahrgenommen wurde und damit auch weiterhin das mit Abstand größte Segment innerhalb der Angebotspalette der Sozialpsychiatrischen Dienste darstellt; konsequent rückläufig erweist sich hingegen der Anteil an psychisch Kranken, welche an einer Soziotherapie teilnahmen – hier ist ein neuerlicher Rückgang von 7,4% in 2009 auf nunmehr 6,8% im Berichtsjahr 2010 zu verzeichnen. Nahezu bedeutungslos blieben in 2010 wiederum die Leistungen, welche gemäß SGB XII angeboten wurden sowie das Betreute Wohnen und Leistungen für andere Leistungsträger, die insgesamt lediglich 5,3% aller Betroffenen erreichten.

Leistungsbereiche

Auch im Jahr 2010 stellten wiederum alle beteiligten Sozialpsychiatrischen Dienste die Grundversorgung ihrer Klienten und Klientinnen und damit das einzige pauschal bezuschusste Segment sicher. Im Bereich der einzelfallfinanzierten Leistungen sehen wir gegenüber dem Vorjahr leichte Zuwächse, ohne diese bereits jetzt als Trend bewerten zu können: Soziotherapie wurde in 2010 von nunmehr 60 Diensten (gegenüber 56 in 2009) erbracht, das Betreute Wohnen von 34 Diensten gegenüber 32 in 2009 und die „Anderen Leistungen im SGB XII“ finden sich nun im Angebot von 12 statt lediglich 6 SpDi im Jahr 2009:

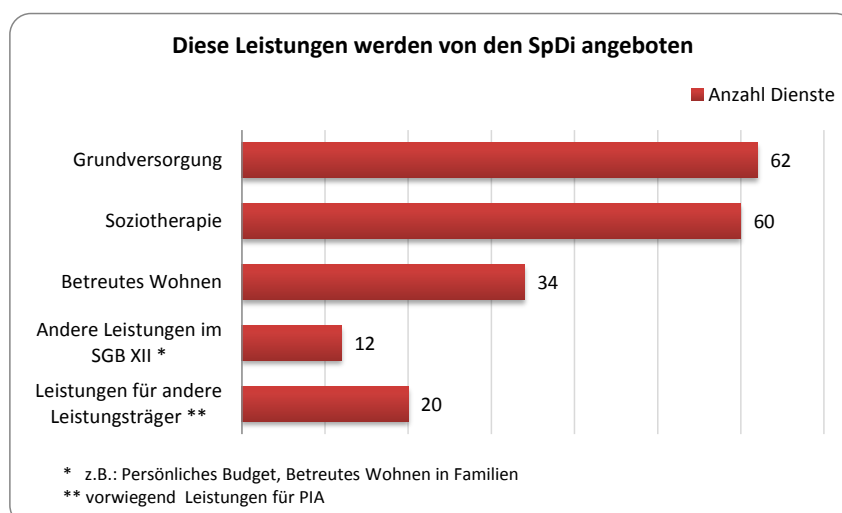


Abbildung 1: Vom SpDi angebotene Leistungen

Betreute Personen in den Leistungsbereichen

Die folgende Tabelle³ skizziert nun, analog zu den eben erörterten Leistungsbereichen, die Anzahl der Personen, welche in 2010 innerhalb der unterschiedlichen Segmente betreut wurden, in absoluten Zahlen:

Dass im Jahr 2010 lediglich insgesamt 2.786 Personen von unterschiedlichen einzelfallfinanzierten Leistungen profitierten gegenüber 20.296 psychisch kranken Menschen in der Grundversorgung, wirft sicherlich auch ein Licht auf die Rahmenbedingungen der Sozialpsychiatrischen Dienste, deren Arbeit sich kontinuierlich zugunsten des pauschalfinanzierten Segments der Grundversorgung verschiebt.

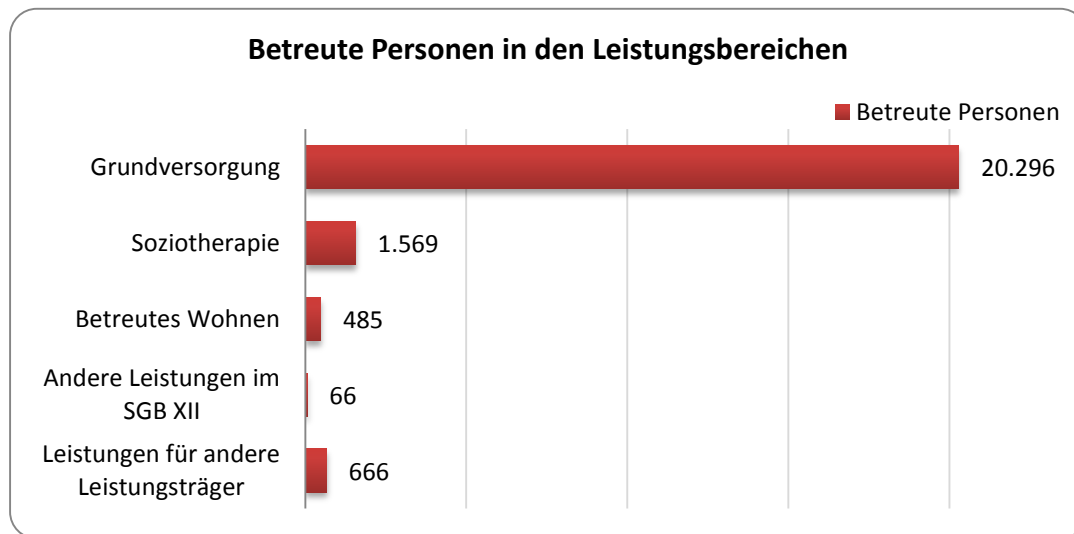


Abbildung 2: Betreute Personen in den Leistungsbereichen

Als geradezu marginal sind beispielsweise die Fallzahlen im Leistungsbereich „Andere Leistungen im SGB XII“ zu bezeichnen, mit denen im Berichtszeitraum lediglich insgesamt 66 Personen unterstützt werden konnten. Da eine grundsätzliche Änderung dieser Entwicklung aus heutiger Sicht wohl kaum zu erwarten ist, sind die Träger nun mehr denn je gefordert, sich gemeinsam mit den politisch Verantwortlichen mit den gravierenden Implikationen dieses Trends auseinanderzusetzen. Dies vor allem vor dem Hintergrund, dass im Jahr 2002 – nach Einführung der ambulanten Soziotherapie - die Krankenkassen aus der Finanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste ausstiegen. Im Jahre 2003 erfolgte dann die Reduzierung der Landeszuschüsse für die Grundversorgung um die Hälfte.

Auf dem Hintergrund stetig steigender Fallzahlen bei anhaltenden Finanzierungsdefiziten gilt es insbesondere zu verhindern, dass sich die Tendenz zu regionalen Lücken in der Grundversorgung von psychisch kranken Menschen in Baden-Württemberg ausweitet. Die Grundversorgung umfasst die Beratung, Betreuung und Begleitung der Klient/-innen und ihren Angehörigen, Krisenintervention, nachgehende Hilfen bzw. Hausbesuche, die Erhebung des Hilfebedarfs, die Hilfeplanung und die Vermittlung von medizinisch, -pflegerischen Hilfen sowie anderen sozialpsychiatrischen Leistungen wie z.B. Ambulant Betreutes Wohnen, die fallbezogene Kooperation und Koordination mit anderen Institutionen, die Sicherstellung der materiellen Grundversorgung von Klient/-innen, Öffentlichkeitsarbeit und gemeinwesenbezogene Aktivitäten.

³ Da pro Person Leistungen in verschiedenen Leistungsbereichen nebeneinander oder im Laufe des Jahres nacheinander möglich sind, kann die Summe der Fallzahlen in den Leistungsbereichen größer sein als die Gesamtzahl der betreuten Personen

Betreuung im Rahmen der Grundversorgung

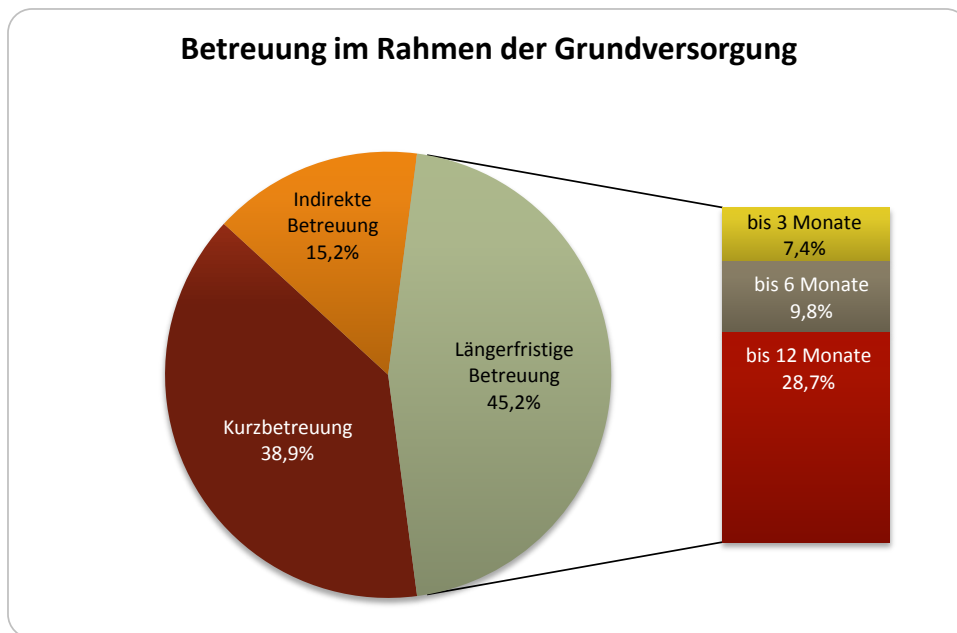


Abbildung 3: Betreuung im Rahmen der Grundversorgung

Die im obigen Diagramm abgebildeten Kontaktfrequenzen innerhalb der Grundversorgungen variieren gegenüber den Zahlen für 2008 und 2009 nur unwesentlich:

Immerhin 45,2% aller Betroffenen und damit fast die Hälfte aller Klienten und Klientinnen nahmen auch im Berichtsjahr 2010 eine längerfristige, kontinuierliche Betreuung in Anspruch, eine sicherlich erwähnenswerte Tatsache angesichts der ständig steigenden Fallzahlen. Innerhalb dieser Personengruppe nutzten beachtliche 28,7% die Begleitung durch „ihren“ SpDi während des gesamten Jahres 2010.

Unter „indirekter Betreuung“ werden alle Kontakte subsumiert, welche Dritte in Bezug auf psychisch erkrankte Menschen wahrnehmen. Dass dieses Angebot von immerhin 15,2% aller „Betreuten“ genutzt wurde, ist sicherlich auch als Indikator für die Tatsache zu sehen, wie stark die Sozialpsychiatrischen Dienste neben der Zielgruppe der direkt betroffenen Personen insbesondere auch von denjenigen Personen angefragt werden, welche als Angehörige oder auf sonstige Weise in die Betreuung von psychisch Kranken involvierte Bezugspersonen die Fachkompetenz der Dienste abrufen. Die 38,9% Kurzbetreuungen verdeutlichen, dass ein erheblicher Anteil der Klienten ebenfalls die Fachlichkeit und Kompetenzen der Dienste für Beratung, Abklärung und Weitervermittlung nutzt. Die Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg haben sich demnach auch als Clearings-, Beratungs- und Vermittlungsstelle etabliert, eine in der Alltagspraxis mit hoher Flexibilität und zeitlichem Aufwand verbundene Einrichtung, die im Gemeindepsychiatrischen Verbund gern und häufig von anderen Institutionen angefragt wird.

Beendigung der Betreuung

Insgesamt wurden im Berichtsjahr 2110 Betreuungen beendet. Die folgende Tabelle gibt einen Einblick in die unterschiedlichen Anlässe, die zu einer Beendigung des Kontaktes zwischen psychisch kranken Menschen und ihrem SpDi führen können:

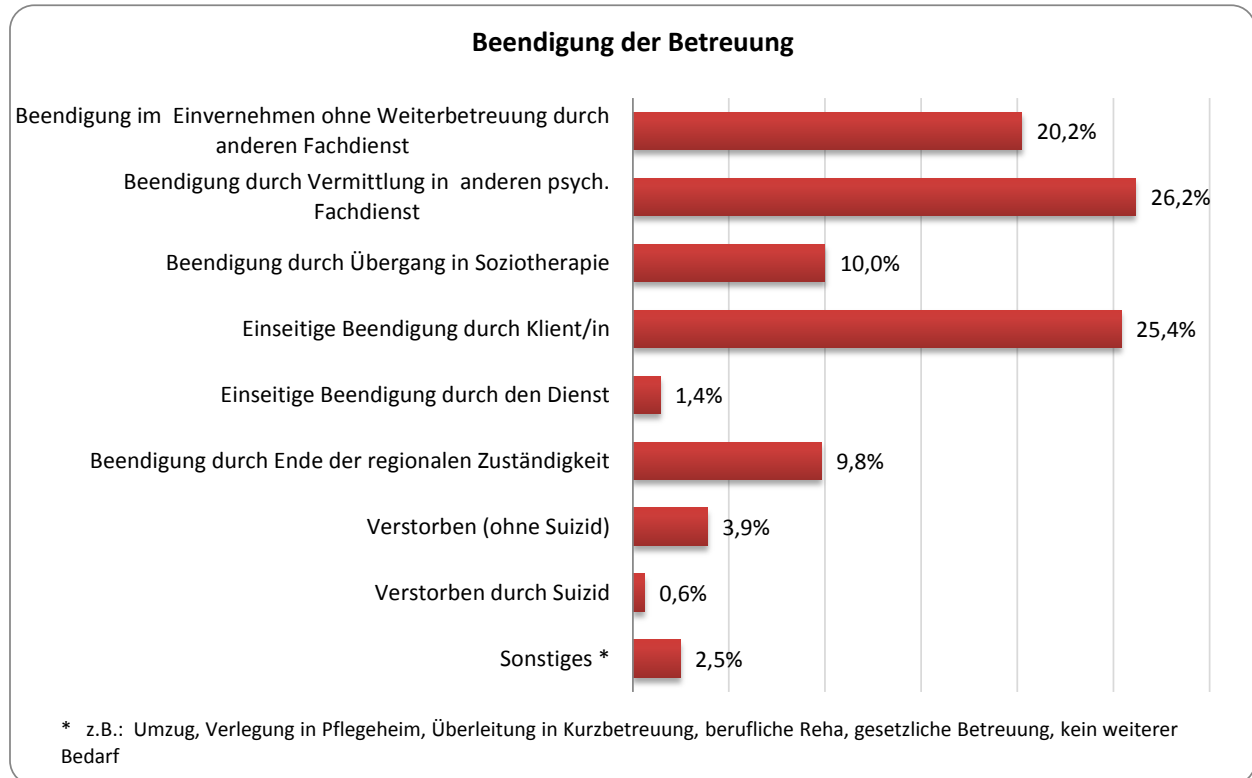


Abbildung 4: Beendigung der Betreuung

Die Statistik verdeutlicht, dass in ca. einem Viertel der Fälle, welche beendet wurden, die Beendigung einseitig durch den Betroffenen erfolgte. Die Leistungen eines Sozialpsychiatrischen Dienstes sind vom Grundsatz her freiwillig. Die Beendigung liegt in der Entscheidungsfreiheit des Betroffenen selbst. In 20,2% der Fälle erfolgte die Beendigung im gegenseitigen Einverständnis. Damit kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass der Auftrag des Dienstes - die Hinführung des Betroffenen zu einem selbstständigen Leben - erfolgreich umgesetzt wurde.

In 26,2% aller Fälle erfolgte im Anschluss an die Betreuung durch den SpDi die Vermittlung an andere Fachdienste. Für immerhin 10% aller Klienten und Klientinnen mündete die Betreuung durch den SpDi in einer Psychotherapiemaßnahme.

Dass insgesamt 4,5% aller Maßnahmen durch den Tod der Betroffenen beendet wurden, davon 13 Fälle im Kontext eines Suizids, macht abschließend noch einmal die besondere Verantwortung deutlich, welche die Mitarbeitenden in den Sozialpsychiatrischen Diensten für die Versorgung von psychisch kranken Menschen in Baden-Württemberg übernommen haben. Diese bedauernde Zahl ist jedoch auch Ausdruck dafür, welcher hohe Leidensdruck durch die Schwere einer psychischen Erkrankung für die Betroffenen entstehen kann.

Migrationshintergrund

Klienten mit Migrationshintergrund werden in den Sozialpsychiatrischen Diensten in Baden-Württemberg bislang nur teilweise oder unsystematisch erfasst. Die verwendeten Definitionen von „Migrationshintergrund“ variieren. In den meisten Diensten wird die Nationalität der Klienten, soweit möglich, erfasst.

Im Jahr 2009 lebten in Baden-Württemberg 2,8 Mill. Menschen mit Migrationshintergrund. Diese Personengruppe setzt sich zusammen aus knapp 1,3 Mill. Ausländern und ca. 1,5 Mill. Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit.

Unter den Flächenländern besitzt Baden-Württemberg mit 26% den höchsten Anteil an Personen mit Migrationshintergrund. Im bundesweiten Vergleich liegt der Migrantenanteil bei 19% (Quelle Statistisches Landesamt Baden-Württemberg).

Die Statistik verdeutlicht, dass Themen der interkulturellen Öffnung und Kompetenz in den Sozialpsychiatrischen Diensten eine besondere Bedeutung zukommt.

Sprachlichen Barrieren werden oftmals mit Unterstützung durch Dolmetscher und Angehörigen begegnet. Darüber hinaus gibt es bei Bedarf Kooperationen mit Ausländer- und Migrantenberatungsstellen.

Die Gestaltung von passgenauen und kultursensiblen Beratungs- und Hilfsangeboten stellt die Dienste jedoch vor neuen Anforderungen (siehe hierzu auch das Blitzlicht von Dr. Klaus Obert).

Soziodemografische Daten

Längerfristig betreute Personen

	Frauen	Männer	Gesamt
Anzahl Klienten	6.109	4.224	10.333
Anteil der Geschlechter	59,1%	40,9%	100,0%

Tabelle 4: Längerfristig betreute Klienten

Erstmals in 2006 konnte die freiwillige Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg auf eine weitgehend gegenderte Datenbasis umgestellt werden, die es erlaubt, ein geschlechterdifferenziertes Bild der Lebenslagen sowie der unterschiedlichen Bedarfe von chronisch psychisch kranken Männern und Frauen zu zeichnen. Im Jahr 2010 liegen die soziodemografischen Daten nun für insgesamt 10.333 Personen vor, welche von den Sozialpsychiatrischen Diensten längerfristig betreut wurden, wobei der Anteil an weiblichen Betreuten mit 59,1% wie bereits in den Vorjahren deutlich über dem Anteil an männlichen Klienten liegt.

Die folgenden Tabellen spiegeln eindrücklich wider, wie signifikant sich die Lebensrealitäten von chronisch kranken Menschen von denen der Gesamtpopulation in Baden-Württemberg auch im Jahr 2010 unterscheiden haben⁴; dies zeigt sich insbesondere am Familienstand der Betroffenen, besonders deutlich auch in Bezug auf die Teilhabe am Arbeitsleben sowie die damit verbundenen Einkommensverhält-

⁴ Alle Vergleichszahlen sind der Veröffentlichung „Wirtschafts- und Sozialentwicklung in Baden-Württemberg 2010/2011“ des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg entnommen

nisse. Obwohl sich die Befunde von denen der Vorjahre nur marginal unterscheiden, werden im Folgenden nun einzelne Aspekte akzentuiert, die auf bemerkenswerte Zusammenhänge zwischen chronisch psychischer Erkrankung sowie den jeweiligen Lebensverhältnissen der Betroffenen hinweisen:

Familienstand und Lebensverhältnisse

Familienstand

	Anzahl	Prozent
ledig	5.242	50,7%
verwitwet	594	5,7%
geschieden	2.288	22,1%
verheiratet	1.586	15,3%
getrennt	383	3,7%
unbekannt	230	2,2%
sonstiges	10	0,1%
Summe	10.333	100%

Tabelle 5: Familienstand

Etwas über die Hälfte aller KlientInnen (50,7%) ist ledig; addiert man die geschiedenen, verwitweten und getrennt lebenden Personen hinzu, so stehen den 84,7% nicht verheirateten Kranken lediglich 15,3% gegenüber, die verheiratet sind. In Bezug auf ihren Familienstand weisen die chronisch psychisch kranken Personen, die regelmäßig einen SpDi aufsuchen, somit eine erhebliche Abweichung gegenüber der Gesamtbevölkerung in Baden-Württemberg auf, in der 2009 immerhin 63% Verheiratete gezählt wurden

Lebensverhältnisse

	Anzahl	Prozent
lebt allein	5.578	54,0%
lebt alleinerziehend mit minderjährigen Kind(ern)	570	5,5%
lebt mit (Ehe)partner und ggf Kind(ern)	1.875	18,1%
lebt in Betreuter Wohnform	443	4,3%
lebt mit Eltern / Verwandten	1.488	14,4%
lebt in privater Wohngemeinschaft	218	2,1%
unbekannt	103	1,0%
sonstiges	58	0,6%
Summe	10.333	100%

Tabelle 6: Lebensverhältnisse

Wie bereits 2009 lebten auch im Berichtszeitraum 2010 deutlich mehr als die Hälfte aller Betroffenen (54%) allein, während dies in der Gesamtbevölkerung Baden-Württembergs auf lediglich 26% aller Einwohner und Einwohnerinnen zutrifft. Immerhin sind 40,1% der langfristig betreuten Klienten und Klientinnen der SpDis in ein privates Netzwerk eingebunden, in dem sie – entweder im Rahmen der Herkunftsfamilie oder eines eigenen familiären Kontextes – auf persönliche Kontakte im engen Lebensumfeld zurückgreifen können.

Einkommen

3.3 Einkommen

	Anzahl	Prozent
Unterhalt durch den Ehepartner	551	5,3%
Erwerbs- / Berufstätigkeit	824	8,0%
Gelegenheitsarbeiten	70	0,7%
Unterhalt durch die Familie	368	3,6%
Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente	3.131	30,3%
ALG I	176	1,7%
ALG II	2.387	23,1%
Krankengeld	279	2,7%
Altersrente / Pension / Witwenrente	911	8,8%
Grundsicherung nach SGB XII	929	9,0%
Eigenes Vermögen / Ersparnisse	155	1,5%
Übergangsgeld	83	0,8%
WfbM	153	1,5%
Unbekannt	249	2,4%
Sonstiges	67	0,6%
Summe	10.333	100%

Tabelle 7: Einkommen

Dass nur 8% aller Betroffenen ihren Lebensunterhalt im Rahmen einer eigenen Berufs- oder Erwerbstätigkeit bestreiten konnten, zählt zu den eklatantesten Abweichungen gegenüber der Gesamtbevölkerung Baden-Württembergs, welche im Jahr 2009 bereits eine Erwerbsquote von 78,5% aufwies. Diese Zahl macht eindrücklich deutlich, dass psychisch kranke Menschen auch in Zeiten wirtschaftlichen Aufschwungs, wie er seit 2010 insbesondere auch in Baden-Württemberg festzustellen ist, vom Arbeitsmarkt nicht nachgefragt werden. Ebenso prägnant bestätigt sich diese Wahrnehmung in der Analyse der Zahlen, in denen die Transferleistungen gemäß SGB II und III erfasst wurden und die bei immerhin 23,1% der Betroffenen eine Langzeitarbeitslosigkeit im Kontext ihrer psychischen Erkrankung als so genanntes persönliches Vermittlungshemmnis vermuten lassen.

Rechnet man diesem besonders arbeitsmarktfernen Personenkreis noch diejenigen Personen zu, welche unterschiedliche Formen von Rente, Grundsicherung gemäß SGB XII und andere Formen staatlicher Transferleistungen beziehen, finden sich demnach zumindest 72,9% endgültig vom Arbeitsmarkt und damit auch von einem zentralen Faktor sozialer Teilhabe abgekoppelt. Die mit der Abhängigkeit von Transferleistungen verbundene relative Armut sowie die Begleiterscheinungen der psychischen Erkrankungen können somit das Entstehen einer prekären Lebenslage erheblich begünstigen und zu einer unerwünschten Wechselwirkung der unterschiedlichen ungünstigen Faktoren führen.

Alter

3.4 Alter

	Frauen	Männer	Gesamt	Prozent
18-27 Jahre	453	453	906	8,8%
28-40 Jahre	1.347	1.015	2.362	22,9%
41-60 Jahre	3.310	2.203	5.513	53,4%
über 60 Jahre	977	509	1.486	14,4%
unbekannt	22	44	66	0,6%
Summe	6.109	4.224	10.333	100%

Tabelle 8: Altersverteilung

Die Alters- sowie die Geschlechterverteilung der Klienten und Klientinnen in den Sozialpsychiatrischen Diensten unterscheidet sich gegenüber den Erhebungen der Vorjahre nur unwesentlich. Über die Hälfte aller Betroffenen finden sich mit 53,4% im so genannten mittleren Alterssegment, während jüngere Kranke ebenso wie Personen über 60 Jahre die kleinsten Einzelgruppen abbilden. Dieser Befund korreliert auch mit den Erhebungen des DAK Gesundheitsreports 2010⁵, demnach der Anteil der psychischen Störungen am Gesamtkrankenstand kontinuierlich auf 14,8% unter den 40 – 44Jährigen ansteigt und damit sein höchstes Niveau in diesem Alterssegment erreicht. Im Alterssegment 25-29 Jahre liegt er bei 11,1%, im Alterssegment der über 60-jährigen bei 10,1%. Es bleibt daher auch in Zukunft eine fachliche Herausforderung für die Sozialpsychiatrischen Dienste, der altersdifferenzierten Klientenstruktur mit entsprechend differenzierten, altersspezifischen Konzepten zu begegnen.

Diagnose

Vergleicht man die Daten der hier vorgelegten Erhebung einmal etwas grundsätzlicher mit denen des bereits erwähnten DAK Gesundheitsreports, so liegt der Anteil an psychischen Erkrankungen innerhalb der erwerbstätigen Bevölkerung mit 12,1% mittlerweile an vierter Stelle aller Erkrankungen, die 2010 zu einer Arbeitsunfähigkeit führten, bei Frauen sogar mit 14,8% aller Erkrankungen an dritter Position⁶; dies bedeutet einen Zuwachs an psychogenen Krankheitsfällen um beachtliche 12% gegenüber der Erhebung von 2009 und lässt die Vermutung zu, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste auch künftig eine wesentliche Funktion innerhalb der Gemeinwesen zu übernehmen haben, um einen wichtigen Beitrag zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen und damit auch zum Erhalt ihres Arbeitsplatzes zu leisten.

Während der DAK Report die unterschiedlichen Formen psychiatrischer Erkrankungen nicht spezifiziert, gibt folgende Tabelle einen detaillierten Einblick in die unterschiedlichen Diagnosen, mit denen Klienten und Klientinnen 2010 einen SpDi aufgesucht haben:

⁵ Siehe DAK Report 2010, Februar 2011

⁶ Ebd.

3.5 Diagnose

	Frauen	Männer	Gesamt	Prozent
Organische Psychosen	63	75	138	1,3%
Psychische und Verhaltensstörungen	85	151	236	2,3%
Schizophrenie	2.511	2.080	4.591	44,4%
Affektive Störungen	1.763	965	2.728	26,4%
Neurotische Störungen	331	168	499	4,8%
Verhaltensauffälligkeit	117	38	155	1,5%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	768	367	1.135	11,0%
Intelligenzminderung	69	38	107	1,0%
Sonstige*	402	342	744	7,2%
Summe	6.109	4.224	10.333	100%

* z.B.: andere psychische Störung, nichtpsychische Störung, Diagnose unbekannt

Tabelle 9: Diagnose

Mit 44,5% bilden die Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises ebenso wie im Vorjahr (44,1%) auch im Berichtszeitraum 2010 wieder die mit Abstand größte Einzeldiagnose, gefolgt von affektiven Störungen (z.B. Depressionen), an denen immerhin mehr als ein Viertel der Betroffenen leiden; darunter finden sich annähernd doppelt so viele Frauen wie Männer, sodass hier wohl von einer geschlechtsspezifischen Erkrankung ausgegangen werden darf. Konstant belegen Persönlichkeitsstörungen mit 11% aller Diagnosen neuerlich den dritten Platz der psychiatrischen Erkrankungen unter den Klienten und Klientinnen der Sozialpsychiatrischen Dienste; auch diese Diagnose wurde mehr als doppelt so vielen Frauen wie Männern gestellt. Alle anderen psychiatrischen Krankheiten treten in eher niedrigen prozentualen Anteilen auf, wobei die neurotischen Belastungsstörungen mit 4,8% noch ein erwähnenswertes Segment bilden, in dem sich ebenfalls deutlich mehr Frauen als Männer befinden.

Diese Übersicht belegt eindrücklich, dass der überwiegende Anteil aller Klientinnen und Klienten der Sozialpsychiatrischen Dienste von gravierenden psychischen Erkrankungen betroffen ist, welche in der Folge ebenso zeitintensive wie fachlich in hohem Maße anspruchsvolle Interventionen durch die Mitarbeitenden in den SpDi bedingen. Dies gilt insbesondere dann, wenn sich unterschiedliche Komorbiditäten in Ergänzung zur Indexerkrankung zeigen, wie folgende Tabelle verdeutlicht:

Gleichzeitig bestehende weitere Problematik

Gleichzeitig bestehende weitere Problematik

	Anzahl	Prozent
Behandlungsbedürftige körperliche Erkrankung	3.166	30,6%
Behandlungsbedürftige Suchtproblematik	1.251	12,1%
Für die Betreuung relevante Minderbegabung	490	4,7%
	4.907	47,5%

Tabelle 10: Weitere Problematik

12,1% der Betroffenen weisen zusätzlich zu ihrer psychiatrischen Symptomatik eine behandlungsbedürftige Suchtproblematik und somit unter Umständen auch eine gleichzeitige Betreuung im Kontext

eines weiteren Hilfesystems auf; es ist leicht vorstellbar, dass dieser Umstand die Lebenslage der Betroffenen erheblich erschwert. Dass immerhin 30,6% aller Klienten und Klientinnen zusätzlich noch behandlungsbedürftige körperliche Erkrankungen zu bewältigen hat, macht einmal mehr deutlich, wie instabil sich die Lebenslagen von psychisch kranken Männern und Frauen in der Interdependenz mit multiplen Belastungsfaktoren gestalten, sodass die Präventions- und Begleitangebote der Sozialpsychiatrischen Dienste auch im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements nicht hoch genug eingeschätzt werden dürfen.

Zuweisungswege

3.9 Zuweisungswege

	Anzahl	Prozent
Psychiatrisches Krankenhaus	834	20,9%
Eigeninitiative Patient	666	16,7%
Niedergelassener Nervenarzt	502	12,6%
Nachbarn / Angehörige	376	9,4%
ARGE	213	5,3%
Sozialpsychiatrische Einrichtung	150	3,8%
PIA	133	3,3%
Beratungsstelle	127	3,2%
Sonstiges	126	3,2%
Allgemeiner Sozialdienst	124	3,1%
Andere Klinik	93	2,3%
Gesetzlicher Betreuer	88	2,2%
Niedergelassener Arzt	81	2,0%
Amt für Öffentliche Ordnung / Gericht	77	1,9%
KollegIn / Arbeitgeber	62	1,6%
REHA-Einrichtung	59	1,5%
Sozialamt	59	1,5%
Wohnungslosenhilfe	53	1,3%
Unbekannt	49	1,2%
Therapeut/in	46	1,2%
Gesundheitsamt	30	0,8%
Sozialstation / Nachbarschaftshilfe	28	0,7%
Ehrenamtliche/r	9	0,2%
Bewährungshilfe	7	0,2%
Summe	3.992	100,0%

Tabelle 11: Zuweisungswege

Die Vernetzung der Sozialpsychiatrischen Dienste Baden-Württembergs innerhalb ihres jeweiligen Gemeinwesens zeigt sich u.a. auch in der Interpretation dieser Tabelle, welche nahezu jeden Fachdienst, jede Institution und jede Form medizinischer Versorgung als möglichen Zugangsweg für die betroffenen

psychisch kranken Menschen ausweist. Von besonderem Interesse ist indes sicherlich der Umstand, dass immerhin 16,7 % aller Klienten und Klientinnen den Kontakt mit dem SpDi auf eigene Initiative hin aufnahmen und damit implizit auch die Bekanntheit dieses Angebotes dokumentiert. Die überwiegende Mehrzahl der Zuweisungen erfolgte wie in den Vorjahren allerdings aus dem Bereich der medizinisch-psychiatrischen Versorgungsangebote, wobei Psychiatrische Krankenhäuser als „Spitzenreiter“ mit nunmehr 20,9% die Betreuung von einem Fünftel aller Klienten und Klientinnen der SpDi veranlasst haben. Aber auch niedergelassene Nervenärzte stellen mit 12,6% aller Zuweisungen eine bedeutende Untergruppe dar, die betroffene Patienten und Patientinnen auf die ergänzenden, niedrigschwelligen Angebote der Sozialpsychiatrischen Dienste aufmerksam macht. Dass immerhin knapp 10% aller Anmeldungen über Nachbarn und Angehörige erfolgte, kann sicherlich als Indiz dafür gewertet werden, wie sehr sich gerade auch Personen im unmittelbaren Lebensumfeld von psychisch kranken Menschen von deren Erkrankung betroffen fühlen.

Soziotherapie

Rückgang der Soziotherapieleistungen setzt sich fort

Die folgende Grafik skizziert nachdrücklich den stetigen Rückgang von Anträgen auf Soziotherapie in den SpDi seit 2006; wurde diese zu Beginn als vielversprechender, einzelfallfinanzierter Baustein und spezifisches Instrument der Unterstützung von psychisch kranken Menschen außerordentlich begrüßt, zeigt sich in 2010 nunmehr ein Rückgang der Neuanträge auf lediglich 1000 Maßnahmen in ganz Baden-Württemberg. Analog hierzu reduzierten sich die positiv beschiedenen Anträge auf 906 und damit um 214 innerhalb der letzten 5 Jahre:

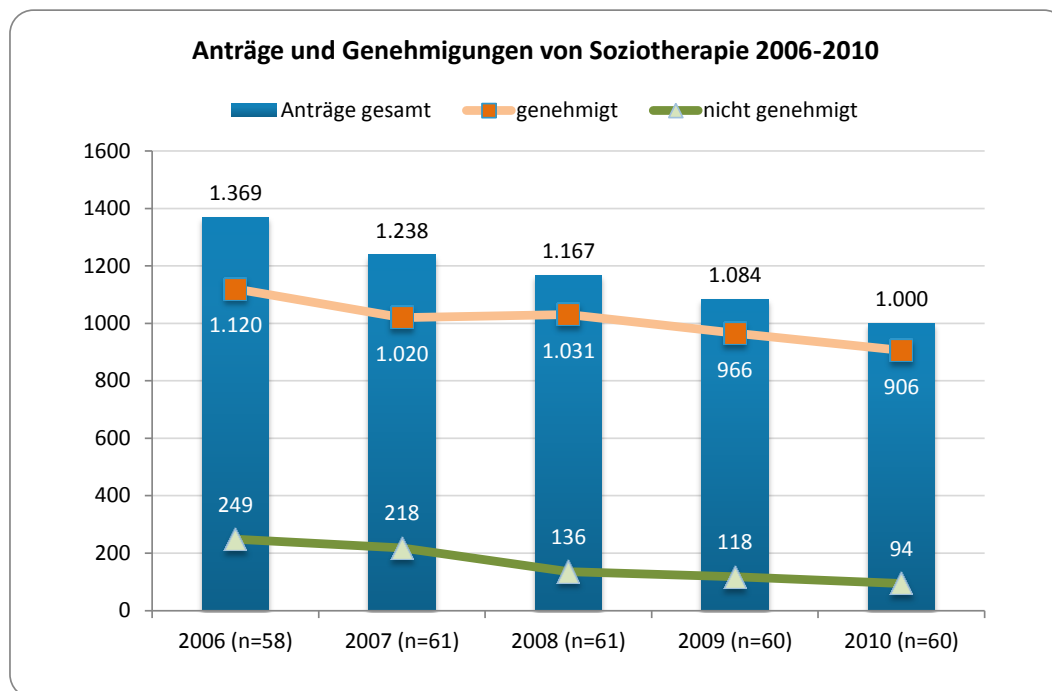


Abbildung 5: Anträge und Genehmigungen von Soziotherapie

Somit profitierten 2010 insgesamt lediglich 1.569 Personen oder 6,8% aller Klientinnen und Klienten der SpDi (gegenüber noch 9,52% im Jahr 2009) von Maßnahmen der Soziotherapie, wobei Frauen hierbei mit 932 gegenüber 637 Männern eine um annähernd ein Drittel größere Teilmenge bilden.

Wenn berechtigter Weise Soziotherapie auch aktuell noch immer als sinnvolle und wirksame Ergänzung der Grundversorgung in den Sozialpsychiatrischen Diensten bewertet werden kann, muss diese Entwicklung sicherlich auch weiterhin mit großer Aufmerksamkeit und Sorge begleitet werden.

Initiierung von Soziotherapie

Gut ein Drittel aller Soziotherapiemaßnahmen wurden auf Initiative der Sozialpsychiatrischen Dienste beantragt, die damit gemeinsam mit Fachkliniken sowie niedergelassenen Nervenärzten 78,4 % aller Therapien auf den Weg gebracht haben. Interessanter Weise stieg auch im Berichtsjahr 2010 die Anzahl der Klienten und Klientinnen, die eigenständig initiativ wurden, um eine Soziotherapie zu erhalten, neuerlich an und lag nun bei immerhin 11,7% aller Initiativen (2009: 9,2%). Unter „sonstigen“ Initiatoren

summieren sich ganz unterschiedliche Akteure wie beispielsweise: Kinderprojekt, Gesetzlicher Betreuer, Angehörige, Integrationsfachdienst oder eine WfbM.

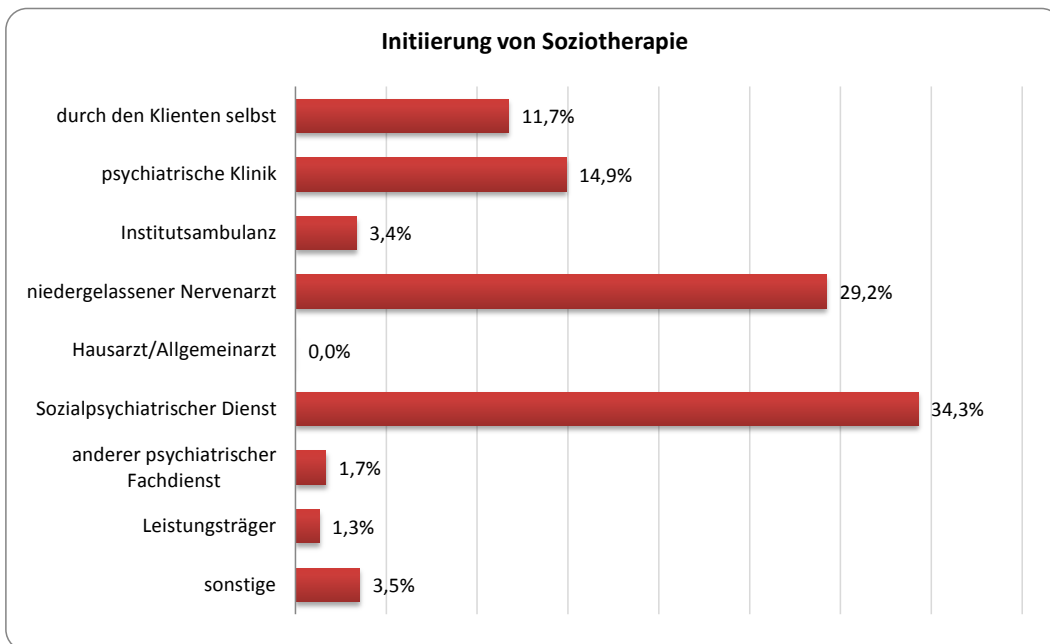


Abbildung 6: Initiierung von Soziotherapie

Aus folgender Darstellung werden nun die jeweiligen Anlässe sichtbar, welche zur Beendigung der jeweiligen Soziotherapiemaßnahmen führten:

Beendigung von Soziotherapie

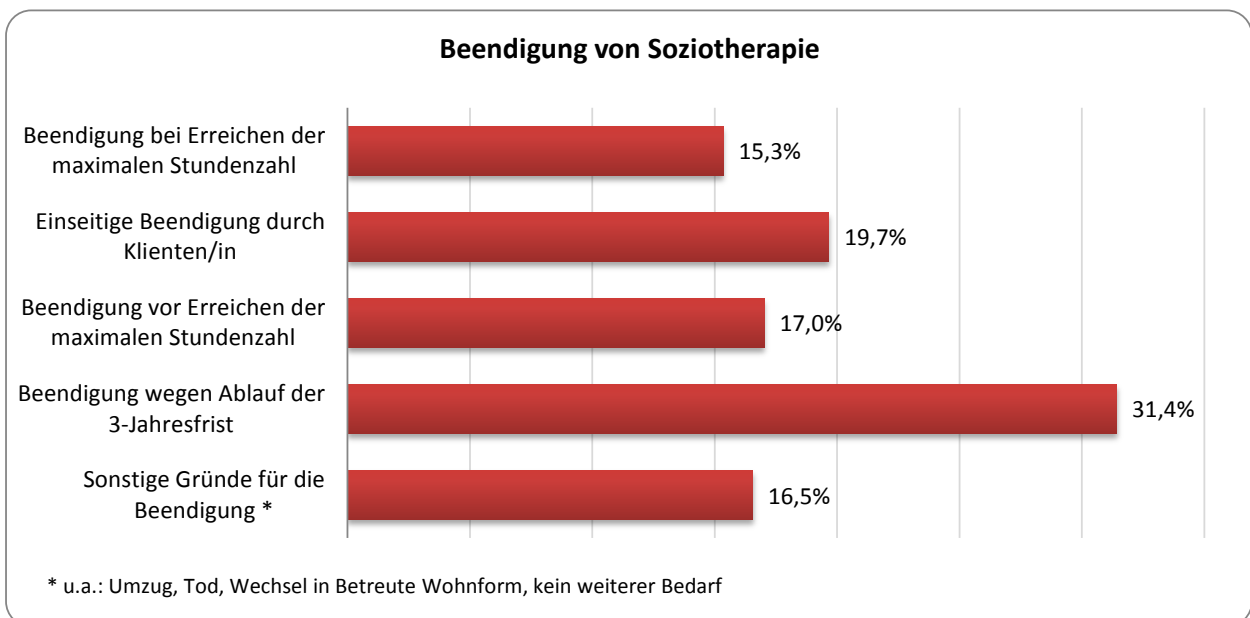


Abbildung 7: Beendigung von Soziotherapie

Ähnlich wie in den Vorjahren wurde die überwiegende Mehrzahl aller durchgeführten Soziotherapien mit Ablauf des dreijährigen Bewilligungszeitraums beendet. Gemeinsam mit den 15,3%, welche die Therapie aufgrund des Erreichens der maximalen Stundenzahl abschlossen, liefen damit annähernd die Hälfte aller Soziotherapien aus. Mit dem Urteil des Bundessozialgerichtes vom 20.4.2010 wurde die ge-

nerelle Befristung auf 3 Jahre aufgehoben. Auch bei weiterhin bestehendem Bedarf kann Soziotherapie verordnet werden.⁷

Es wurden 19,7% aller Soziotherapien (2009: 17,9%) auf ausdrücklichen Wunsch der KlientInnen vorzeitig beendet. Gründe waren hierbei vorwiegend Umzug des Klienten, Vermittlung in andere Hilfeformen, Vermeidung der Zuzahlung.

Kooperationen und Vernetzung

Im Kontext der vielfältigen regionalen Vernetzung zählen - neben den niedergelassenen Nerven- und Klinikärzten - insbesondere die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) zu den wesentlichen Kooperationspartnern bei der Versorgung von psychisch kranken Menschen; dies galt 2010 für 60 SpDi und damit 96,8% der an dieser Dokumentation beteiligten Dienste. Im aktuellen Berichtszeitraum wurde diese Kooperation bereits von 78,3% der SpDi auf der Basis eines Kooperationsvertrages geregelt. Die Anzahl der gemeinsam betreuten Klienten stieg zwar neuerlich leicht an, liegt mit 1.386 gegenüber 1.339 in 2009 allerdings noch immer auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau:

Kooperation mit PIA

	Anzahl Dienste	
Pia vorhanden	60	96,8%
schriftliche Kooperationsvereinbarung	47	78,3%
Gemeinsame Klienten mit PIA	1386	

Tabelle 12: Kooperation und Vernetzung

Abschließend noch ein Blick auf die unterschiedlichen strukturellen Bedingungen in Baden-Württemberg, auf deren Basis über eine möglichst zielführende Versorgung von psychisch kranken Menschen beraten wird. Im Rahmen der Hilfeplankonferenzen beteiligen sich alle Leistungsanbieter einer Kommune, um gemeinsam die Leistungen für die einzelnen Klienten abzustimmen:

Hilfeplankonferenz

	Anzahl	Prozent
Es findet eine Hilfeplankonferenz statt	35	56,5%
Unter Teilnahme der Betroffenen	23	65,7%
Mit IBRP	16	45,7%
Mit vergleichbaren Instrumenten	13	37,1%

Tabelle 13: Hilfeplankonferenz

Trotz eines Rückgangs von immerhin 7,9% gegenüber 2009 bildet die Hilfeplankonferenz (HPK) noch immer bei 56,5% aller Standorte den Rahmen für die Planung von geeigneten Unterstützungsmaßnahmen für die jeweiligen Klienten und Klientinnen. Beachtliche 65,7% der HPKs ermöglichen auch den Betroffenen selbst die Teilnahme an den multidisziplinären Konferenzen, zu deren Vorbereitung annähernd die Hälfte aller HPKs (45,7%) den „Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan“ (IBRP) als

⁷ Das Urteil und die Kommentierung finden Sie hier: [Urteil BSG zur Soziotherapie](#)

standardisiertes Instrument einsetzen. Über ein Drittel aller Standorte hat sich indes für niedrigschwelligere Verfahren entschieden, die entweder auf der Modifikation von anderen, bekannten Instrumenten basieren oder ein „vergleichbares Instrument“ eigenständig entwickelt haben.

Als "vergleichbare Instrumente" benannten die SpDi beispielhaft:

Individuelles Hilfeplanverfahren der Stadt Karlsruhe (IHP); Gesamtplanverfahren; Anlehnung an IBRP; Instrument wird derzeit entwickelt; im Versorgungsgebiet gibt es ein bedarfsorientiertes „Verbindliches Leistungsmanagement“(VLM) d.h. Fallbesprechungen für Klienten mit komplexen Hilfebedarf, die in den üblichen Verfahren nicht vermittelbar sind; Metzlerbogen; Hilfeplanungsraster (der Eingliederungshilfe / Landratsamt Ortenaukreis); Hilfeplaninstrumente auf der Basis von Metzler und anderen; Gesamtplan/Hilfeplan entwickelt durch LRA Ortenaukreis; Abgewandelte Form des IHP Rheinland-Pfalz; „Sigmaringer Modell“; vom Landkreis selbst entwickelter und vorgegebener Hilfeplan; HPK als Besprechung mit der zuständigen Mitarbeiterin der Eingliederungshilfe.

Dies zeigt, dass in Baden-Württemberg eine Vielzahl unterschiedlicher Verfahren zur Feststellung des individuellen Hilfebedarfs eingesetzt wird. Nach Auffassung der Liga der freien Wohlfahrtspflege ist die Einführung eines einheitlichen, von allen Beteiligten akzeptierten Hilfeplanverfahrens wie in anderen Bundesländern bereits praktiziert, erforderlich.

Teil II - Blitzlichter

- | | Seite |
|--|-------|
| 1 Hausbesuche – wichtiges Qualitätsmerkmal in der Grundversorgung der SpDi
Paul Peghini, Landesverband BW der Angehörigen psychisch Kranker e.V. | |
| 2 Junge psychisch Kranke
Andrea Krainhöfer, BruderhausDiakonie Reutlingen | 27 |
| 3 Psychisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund
Dr. Klaus Obert, Caritasverband für Stuttgart e.V. | 29 |
| 4 Aus der Praxis: „zeitzuhandeln“ – ein Beschäftigungsprojekt für psychisch Kranke
Ekkehard Janson, Caritaszentrum Cäcilienberg, Baden-Baden | 33 |
| 5 Aus der Praxis:
Notfallversorgung im GPV Baden-Baden
Ekkehard Janson, Caritaszentrum Cäcilienberg, Baden-Baden | 34 |

1 Hausbesuche – wichtiges Qualitätsmerkmal in der Grundversorgung der SpDi

Paul Peghini, Landesverband BW der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

„Das wichtigste Kriterium ist die nachgehende Hilfe, d.h. es muss angemessen möglich sein, dass die Helfer vor Ort ihre Klienten unterstützen und Hausbesuche stattfinden. Gerade psychisch kranke Menschen brauchen unbedingt diese Art der Hilfe, da sonst die Gefahr besteht, dass ein Zugang zu den Hilfen nicht möglich ist.“

Netzwerk Psychiatrie Baden-Württemberg e.V.

Diesem Qualitätsmerkmal stimmt der Landesverband Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch Kranker voll und ganz zu. Es erinnert die meisten der Angehörigen, die um Hausbesuche nachgefragt haben, an die „goldenen“ Zeiten vor dem Jahr 2002.

Danach fiel die finanzielle Absicherung der Sozialpsychiatrischen Dienste nach Kürzung der Zuschüsse durch das Land bzw. Wegfall der Zuschüsse durch die Krankenkassen weg. Und die Sozialpsychiatrische Dienste „dürfen“ sich seither die weiteren fehlenden Gelder „zuverdienen“ durch Leistungen wie Soziotherapie, betreutes Wohnen usw.

Insofern ist dieser Beitrag nicht gerade positiv, wo doch ein schöneres Bild seitens der Angehörigen gemalt werden sollte? Wir haben uns die Mühe gemacht, durch eine Umfrage bei den Angehörigengruppen in Baden – Württemberg abzufragen, ob Hausbesuche durch die Sozialpsychiatrischen Dienste nach wie vor geleistet werden. Leider hat der Rücklauf – etwa 18 Gruppen – keine guten Ergebnisse erbracht:

- 16 Rückmeldungen waren negativ, es finden keine Hausbesuche statt.
- eine Rückmeldung kam von einer Gruppe, die durch einen Mitarbeiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes (!!) betreut wird: hier wurden

in einer kritischen Phase 2 Hausbesuche in einer Woche durchgeführt.

- Hinweis aus der gleichen Quelle: „bei nur 1 – 2 Zeitstunden für jeden Klienten im Monat lässt sich keine intensive Begleitung durchführen“.
- Da haben wir die Ursache: es fehlt an Personal, und woher die nehmen, wenn die finanzielle Basis nicht vorhanden ist?
- In einer Stadt führt der Sozialdienst des psychiatrischen Krankenhauses Hausbesuche durch, aber nur für seine Patienten.
- Erstaunlich der Hinweis, dass kaum eine Psychiatrische Institutsambulanz Hausbesuche für deren Klienten durchführt: Personalmangel?

Der Landesverband der Angehörigen wäre froh, wenn die beschriebenen Fakten nur einen geringen, nicht repräsentativen Anteil der erbrachten Hausbesuche darstellen würde, sprich: dass die Realität wesentlich besser ist als beschrieben. Wir erheben auch nicht den Anspruch, dass die Situation so ist, wie von uns ermittelt. Aber die uns bekannten Informationen sprechen leider keine andere Sprache.

Im letzten Jahresbericht 2009 –Auswertung der freiwilligen Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste – werden eine Fülle von interessanten Daten angeboten, leider sind im Kapitel „Be-

treuung im Rahmen der Grundversorgung“ keine Angaben über erbrachte Hausbesuche angeben, insofern können wir hierzu keine Beurteilung abgeben. Fest steht für die Angehörigen dennoch: Es ist wichtig, hilfreich und sicher auch „gesundheitsfördernd“, wenn Hausbesuche angeboten werden. Wie oft im Leben: eine Person „außerhalb der Familie“ wird oft schneller angenommen als ein Familienmitglied.

War es ein Zufall oder doch nicht? Vor kurzem hörte ich von eines/r Mitarbeiter/in eines Sozialpsychiatrischen Dienstes die alte Weisheit, dass der Besuch beim psychisch Erkrankten auch von ihm angenommen werden muss. „Und das kann doch nur dann erfolgen, wenn man zu einem Hausbesuch explizit eingeladen wird“.

Dazu unsere Aussage: Hausbesuche sind enorm wichtig und sollen in Extremsituationen immer wieder versucht werden, um den Kontakt zum Klienten aufzubauen bzw. zu verbessern. Das wirkt sich natürlich auch positiv und erleichternd auf die Angehörigen aus.

Besonders bei kritischen Situationen ist der Kontakt hilfreich. Dazu sollte der/die Mitarbeiter/in Zeit haben, um den Patienten regelmäßig besu-

chen können, von anderen Aufgaben befreit sein. Alle diese regelmäßigen Besuche verhindern oft zwangsweise notwendige Klinikeinweisungen, die volkswirtschaftlich gesehen wesentlich kostenträchtiger sind und somit eingespart werden könnten. Denn gerade der Sozialpsychiatrische Dienst hat große Erfahrungen mit dem Erkrankten und kann oft mit wenig Aufwand zur Deeskalation beitragen.

„Alles schon mal gehört und nichts Neues“, so werden die meisten Leser urteilen. Und dennoch sollten wir uns alle dafür einsetzen, dass die alte Finanzierung wieder angeboten wird. Es wird damit nicht nur durch nicht notwendige stationäre Einweisungen Geld gespart, sondern dem Kranken und deren Angehörigen werden viel Leid und Frust erspart, und das sollte doch aus unserer Sicht eine Verbesserung der finanziellen Situation wert sein.

Im Juni 2011 für den Landesverband BW der Angehörigen psych. Kranker e. V.

Paul Peghini

2 Junge psychisch Kranke

Andrea Krainhöfer, BruderhausDiakonie Reutlingen

Die Zahl junger Menschen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, steigt an; dies spiegelt die Erfahrung in vielen Sozialpsychiatrischen Diensten. Zunehmend sehen sich die Mitarbeitenden mit Beratungs- und Vermittlungsbedarfen einer jüngeren Klientel – im Alter zwischen 18 und 23 Jahren – konfrontiert. Dabei ist die Gruppe der jungen Menschen keineswegs homogen: manche benötigen lediglich einen Ansprechpartner für besondere Gelegenheiten; andere haben einen komplexen Hilfebedarf, der sich auf nahezu alle Lebensbereiche erstreckt. Manche kommen aus einem eher beschützten Milieu; andere waren über lange Zeiten auf sich selbst gestellt bis hin zu einem Leben in der Obdachlosigkeit. Manche leben extrem zurückgezogen; bei anderen bestehen Kontakte zur Familie oder zur peergroup. Bei einigen sind psychische Erkrankungen diagnostiziert worden; bei anderen gibt es lediglich vage Aussagen zu störungsnahen Verhaltensweisen. Entsprechend inhomogen sind auch die Problemlagen und Unterstützungsbedarfe der Betroffenen.

Fast immer sind es Dritte, die um eine Beratung des Sozialpsychiatrischen Dienstes anfragen: Eltern, Einrichtungen der Jugendhilfe (wenn zum Beispiel die Finanzierung einer bisherigen Maßnahme über das Jugendamt ausläuft oder das Ende der Schulzeit naht), Jugendämter, Kliniken oder Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe.

Die Biographien der jungen psychisch Kranken mit komplexeren Hilfebedarfen sind häufig gekennzeichnet durch Beziehungsabbrüche, durch Gewalterfahrungen sowie durch Suchtmittelmissbrauch (Alkohol, Drogen, PC, Konsolen); - nicht selten kombiniert mit nicht unerheblichen finanziellen Schwierigkeiten (Verschuldungen). Mitunter bestehen starke Verflechtungen mit dem Eltern-

haus, oft auch Defizite in der Entwicklung; die Zukunftserwartungen und die Einschätzung der eigenen Möglichkeiten sind oft wenig realistisch. Die meisten der Betroffenen haben keine abgeschlossene (Schul-) Ausbildung. Mitunter bestehen auch Vorstrafen oder Bewährungsaufgaben. Diesen Erfahrungen und Gegebenheiten gegenüber stehen Wünsche nach Normalität wie zum Beispiel das Erlangen eines Schul- oder Berufsabschlusses, Kontaktwünsche gegenüber Gleichaltrigen, der Wunsch nach einer eigenen Wohnung und mehr Selbständigkeit, nach Kontakten zu Gleichaltrigen, nach Freunden und Partnerschaft.

In der Vermittlung weiter gehender Hilfen ist es vor dem beschriebenen Hintergrund unumgänglich, neue Hilfebausteine zu entwickeln, um individuell passgenaue Angebote für die jeweilige Zielsetzung und Gruppierung im Spannungsfeld zwischen Selbständigkeit und Chronifizierung bzw. der Vermeidung von „Psychiatriekarrieren“, zwischen Pädagogik und Therapie sowie zwischen einer Grundhaltung der Fürsorge und gleichzeitig klaren Anforderungen zu erreichen. Hier kristallisieren sich bei allen Unterschieden in Struktur, Intensität, in Setting und Inhalt der Angebote übergreifende Unterstützungsbedarfe ab; die die Betroffenen kennzeichnen:

- Raum und Zeit, um Entwicklungsschritte zum Übergang in ein Erwachsenenleben nachholen zu können
- verlässliche Bezugspersonen, die sie dabei begleiten
- Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung und ihren Auswirkungen sowie
- Unterstützung bei der Durchführung alltagspraktischer Fertigkeiten – insbesondere bei

der Haushaltsführung, der Tagesstruktur, Beschäftigung, Ausbildung und Arbeit.

An etlichen Orten sind in den vergangenen Jahren neue Hilfebausteine entwickelt worden, die jeweils die speziellen Unterstützungsbedarfe einer bestimmten Gruppierung aufgreifen. So gibt es inzwischen – allerdings noch nicht flächendeckend - Spezialangebote für junge Psychosekranken mit gleichzeitig bestehenden Suchterkrankungen; für junge Menschen mit Persönlichkeitsstörungen und weitere Hilfen. Mitarbeitende haben in diesem Zusammenhang entsprechende Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in Anspruch genommen. Doch vielfach sucht die Erwachsenenpsychiatrie noch nach Antworten auf die neuen Realitäten und Herausforderungen.

Vielerorts hat sich vor diesem Hintergrund auch die Arbeit in den Schnittstellenbereichen bewährt: Jugendhilfe - Sozialpsychiatrie - Kinder- und Jugendpsychiatrie – Wohnungslosenhilfe - Suchthilfe – Bewährungshilfe arbeiten zusammen, um ihr je spezifisches Wissen und know-how einzubringen. Denn die Arbeit mit jungen psychisch Kranken erfordert neue (Be-) Handlungswege und Unterstützungsangebote, die noch nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. Auch die Sozialpsychiatrischen Dienste selbst sind fachlich noch nicht überall ausreichend auf diese neue Klientel eingestellt.

3 Psychisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund

Dr. Klaus Obert, Caritasverband für Stuttgart e.V.

„Wer nicht interkulturell arbeitet, arbeitet nicht professionell“.

Diese Aussage von Hubertus Schröder, dem langjährigen Leiter des Jugendamtes der Stadt München, klingt apodiktisch, geradezu dogmatisch. Die sozialpsychiatrische Diskussion gestaltet sich selbstverständlich diskursiver, umfassender und komplexer. So ließen sich verständlicherweise sämtliche sozialpsychiatrische Leitlinien in analoge dogmatisch anmutende Merksätze übersetzen, was allerdings der Förderung einer Haltung entgegenläuft über die Kraft des Argumentes und der Einsicht zu einer sozialpsychiatrischen Haltung zu gelangen, welche interkulturelle Sensibilität und Kompetenz als konstitutiven Bestandteil in das Handeln integriert.

Die Unabdingbarkeit, interkulturelle Öffnung in die sozialpsychiatrische Diskussion zu integrieren, ergibt sich vorrangig aus zwei Gründen:

1. Der Anteil an Migrant/-innen in Stuttgart beträgt 38,4% an der Gesamtbevölkerung. Stuttgart liegt damit unter den bundesdeutschen Großstädten an erster Stelle. Da der Anteil an psychisch kranken Menschen an der Gesamtbevölkerung in allen Kulturen wiederum annähernd gleich ist, müsste davon auszugehen sein, dass dieser sich in der Statistik der SpDis niederschlagen und widerspiegeln müsste.
2. Zum Zweiten besteht eine grundlegende Nähe zwischen psychischer Erkrankung und fremden Kulturen, genauer in der Wahrnehmung, der Haltung und im Umgang der Mehrheit einer Bevölkerung mit psychisch kranken Menschen und Migrant/-innen. Sowohl bei psychisch kranken Menschen als auch bei Migrant/-innen geht es um die Auseinanderset-

zung und um das Arrangement mit Fremdem, Neuem, Nicht-Selbstverständlichem, mit Ungewohntem. Die eigene identitätsstiftende Kultur (so brüchig diese Identität auch immer sein mag) und sich durch einen nicht unbeachtlichen Teil über die Abgrenzung und Abschottung des Fremden definiert und gründet. Sie schließt sich im Extremfall ein und andere aus.

Interkulturelle Öffnung und Kompetenz kommt deshalb in der sozialpsychiatrischen Versorgung eine besondere Bedeutung zu. Zentrale Fragestellungen sind:

Wie erreichen wir psychisch kranke Menschen aus anderen Kulturen? Welche Selbstverständlichkeiten, Deutungen, Haltungen und Umgangsweisen mit dem, was wir als Krankheit sehen, existieren anderswo? Wie definiert man in anderen Kulturkreisen psychische Gesundheit und Krankheit, wo verlaufen die Grenzlinien zwischen normal und unnormale? Wie wird mit störendem, auffälligem und süchtigem Verhalten umgegangen?

Annäherung an eine veränderte Migrationsstruktur im sozialpsychiatrischen Alltag in Stuttgart

Der Blick auf die Entwicklung des Anteils an Migrant/-innen in Stuttgart stellt ohne Zweifel eine dauerhafte Herausforderung für die Sozialpsychiatrischen Hilfen dar, wie nämlich dem Bedarf der psychisch kranken Migrant/-innen in angemessener Weise Rechnung getragen werden kann. Gleichzeitig vermittelt die Zunahme des Anteils eine deutliche Änderung in der Struktur und Dynamik der Migration selbst, die sich wie folgt charakterisieren lässt: Von zahlreichen Migrant/-innen aus wenigen Herkunftsländern, die an wenigen Orten leben, in den 60er, 70er und 80er Jah-

ren, zu vielen Migrant/-innen aus vielen Nationen, die an vielen Orten verstreut vorzufinden sind.

Für die SpDis bedeutete dies, den Blick zunächst auf die vier wesentlich vertretenen Herkunftsregionen (Balkan, Italien, Türkei und die Iberische Halbinsel) zu richten. Wie den weiter unten aufgeführten Zahlen entnommen werden kann, hat sich diese Struktur deutlich gewandelt: Die 94 langfristig betreuten psychisch kranken Migrant/-innen eines SpDis in Stuttgart stammen aus 25 verschiedenen Herkunftsländern mit den daraus folgenden veränderten Anforderungen an die sozialpsychiatrisch Tätigen.

Über einen längeren Zeitraum hinweg wurde von außen kritisch beobachtet, dass der Anteil an langfristig betreuten psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund zwischen 15 und 18% lag. Vor allem von Seiten der Politik wurde immer wieder die legitime Frage an die SpDis gerichtet, warum der Anteil an Migrant/-innen in den SpDis im Vergleich zum Anteil in der Bevölkerung so niedrig sei und mit welche Faktoren dies in Zusammenhang gebracht werden könne. Wir argumentierten damit, dass es von vornherein nicht immer einfach ist, (chronisch) psychisch kranken Menschen zur Inanspruchnahme sozialpsychiatrischer Hilfen zu motivieren und wie weitaus schwieriger es sich meist gestaltet, psychisch kranke Migrant/-innen mit ihren spezifischen Erfahrungen zu bewegen.

Und doch stellte diese Argumentation nicht zufrieden vor dem Hintergrund sozialpsychiatrischer Dienste mit Versorgungsverpflichtung. So sind psychisch kranke Migrant/-innen eben auch Bürger/-innen Stuttgarts mit den gleichen Rechten und Pflichten. Die Thematik, wie vermehrt psychisch kranke Migrant/-innen erreicht werden können, welche besonderen Anstrengungen es dafür bedarf und welche besonderen methodischen Herangehensweisen der Behandlung und Betreuung dieses Personenkreises erforderlich sind, rückte mehr und mehr ins Blickfeld der SpDis. Die intensivere Konzentration auf die damit verbundenen Fragestellungen führte zu einer kontinuierlichen Zunahme psychisch kranker Mig-

rant/-innen. So hatten 2010 von 1879 langfristig betreuten psychisch kranken Menschen in den acht SpDis Stuttgarts 555 einen Migrationshintergrund, was einem Prozentwert von knapp 30 % entspricht. Von diesen 555 psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund hatten 365 (19,4%) eine ausländische Staatsbürgerschaft.

Einer der acht SpDis erhebt gleichzeitig die Herkunftsländer der psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund.

Die Erhebung 2010 ergab folgendes Bild:

Von den 250 langfristig betreuten psychisch Kranken hatten 94 einen Migrationshintergrund (37,4%). Die 94 Menschen stammen aus 25 verschiedenen Herkunftsländern.

Die Herkunft verteilt sich wie folgt:

- 29% stammen aus den Balkanländern,
- 25% aus der Türkei,
- jeweils 11% aus Asien und Afrika
- 10% aus Osteuropa,
- 8% aus Italien, sowie
- 6% aus anderen europäischen Ländern.

Eindrücklich wird der weiter oben erwähnte Satz bestätigt, dass viele Migrant/-innen aus vielen Herkunftsländern an vielen Orten wohnen und leben.

Welche (neuen) Herausforderungen an die Mitarbeiter/-innen der SpDis daraus erwachsen, soll in aller Kürze beispielhaft am Prozess der Interkulturellen Öffnung in den Sucht- und Sozialpsychiatrischen Hilfen des Caritasverbandes für Stuttgart erläutert werden.

Interkulturelle Öffnung, - Kompetenz und kultursensible Beratung in den Gemeindepsychiatrischen Zentren

Der Caritasverband für Stuttgart e.V. hat 2008 das Projekt Interkulturelle Öffnung gestartet, unterstützt aus Mitteln der Europäischen Union. Mit diesem Projekt will der Caritasverband der Lebenssituation in Stuttgart Rechnung tragen und alle seine Dienste und Einrichtungen interkulturell

öffnen. Bisher hält der Caritasverband, wie viele andere Träger auch, spezielle Migrationsdienste vor. Ziel ist es, bis 2011 in allen Geschäftsfeldern die Veränderungsbedarfe zu identifizieren und durch Qualifizierung und modellhafte Teilprojekte die interkulturelle Öffnung praktisch umzusetzen. Das Projekt leistet damit einen wesentlichen Beitrag zur Zukunftssicherung eines Sozialunternehmens. Als Teil des sozialen Hilfenetzes kann der Caritasverband mit der interkulturellen Öffnung auch künftig alle hilfe- und ratsuchenden Bürgerinnen und Bürger mit seinen Diensten unterstützen.

Die dabei wesentliche Frage lautet: Wie kann also Interkulturelle Öffnung Teil einer Teamkultur, einer Philosophie werden, die mehr sucht- und psychisch kranke Migrantinnen erreicht, und hilft, sie bedarfsorientiert zu betreuen und zu begleiten? Was benötigen Mitarbeiterinnen und Teams zur Umsetzung dieser Aufgabe?

Meines Erachtens kann dies nur gelingen, wenn Interkulturelle Öffnung kontinuierlich thematisiert wird und die Projektgruppenteilnehmerinnen in ihrer Multiplikatorenfunktion in ihren Teams Unterstützung und Stärkung durch die Leitung erfahren. Immer wieder benötigt die Thematik fall- und nichtfallbezogene Schleifen der Rückmeldung und Weiterentwicklung. Interkulturelle Öffnung ist keine einmalige Angelegenheit sondern verlangt Kontinuität.

In allen Bereichen des Verbandes wurden Arbeitsgruppen zur Interkulturellen Öffnung und Förderung der interkulturellen Kompetenz unter der Moderation von Experten eingerichtet. Mit großem Engagement bildeten Mitarbeiter/-innen aus allen Fachdiensten des Bereiches Sucht- und Sozialpsychiatrischen Hilfen eine Arbeitsgruppe, die beeindruckende Ergebnisse erarbeitet hat. Von Vorteil war die Beteiligung von Mitarbeiter/-innen mit Migrationshintergrund. Die Arbeitsgruppe arbeitete konsequent praxisbezogen. Theoretische Hintergründe flossen regelmäßig in die Praxisreflexionen ein. Fallkonferenzen wechselten sich ab mit Vorträgen von Experten und dem Besuch einer islamischen Gemeinde, immer gekoppelt mit der

Frage: Was bedarf es spezifischer interkultureller Kompetenz mit psychisch und suchtkranken Menschen mit Migrationshintergrund.

Die Arbeitsgruppe erstellte als wesentliches Ergebnis ihrer Arbeit ein „Handbuch für kultursensible Beratung“, das Tipps und Orientierungshilfen für die praktische Arbeit vermittelt. Das Handbuch kann beim Verfasser angefragt werden.

Neben anderen vielen Aspekten geht aus dem Prozess deutlich hervor, dass Interkulturelle Kompetenz sowie Kultursensible Beratung inzwischen ein wichtiger Bestandteil unseres sozialpsychiatrischen Handelns ist. Es handelt sich bei kultursensibler Beratung nicht um eine eigenständige Methode, wenngleich z.B. in der sozialpsychiatrischen Alltagspraxis das Augenmerk darauf gerichtet werden sollte, in der Einzelfallarbeit zu verstehen, was jeweils Ergebnis der kulturellen Herkunft, der psychischen Erkrankung und von Migrationserfahrungen ist und wie diese drei Dimensionen miteinander verbunden und verflochten sind.. Die dafür erforderliche Haltung korrespondiert mit den niederschweligen, flexiblen, an der Lebenslage und der Lebenswelt orientierten Grundlagen sozialpsychiatrischen Handelns. Die niederschwellige, flexible, umfassende, ganzheitliche, ambulantaufsuchende Methode bedeutet notwendigerweise die Integration kultursensibler Beratung in den Arbeitsalltag.

Es wäre schließlich zu überlegen, ob die Dienste für sich Indikatoren formulieren, an denen sie erkennen können, ob und wie kultursensible Beratung und Kompetenz zu einem wichtigen Bestandteil ihres methodischen Repertoires wird. Solche Indikatoren sind z.B. die Zahl der betreuten Migrant/-innen, die Kooperation mit Vereinen und Organisationen anderer Kulturen, die Zahl der Fortbildungen für die Mitarbeiter/-innen mit Migrationsspezifischem Inhalt, die Einstellung von Mitarbeiter/-innen mit Migrationshintergrund etc.

Vielleicht kann dann von effektiver und erfolgreicher Interkultureller Öffnung gesprochen werden, wenn nicht mehr kontinuierlich danach gefragt, dafür geworben und motiviert werden muss. Letztlich genügt nicht der Spezialist für Migration

in einem Team. Vielmehr ist die Bereitschaft, die Aufmerksamkeit, die Offenheit aller Mitarbeiter/-innen eines Teams und der Träger gefragt und zu fördern, um psychisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund zu erreichen und angemessen zu betreuen.

Literaturhinweise:

Handbuch: Kultursensible Beratung (Caritasverband Stuttgart e.V.) 2011. Das Handbuch kann bei Verfasser angefragt werden.

Die Kerbe – Forum für soziale Psychiatrie: Themenschwerpunkt Psychisch krank in der Fremde. 1/2011

Sozialpsychiatrische Informationen (Fachzeitschrift): Der Stachel des Fremden - Interkulturelle Psychiatrie (4/2010)

Assion, H.J. (Hrsg.): Migration und seelische Gesundheit. Heidelberg 2005

4 Aus der Praxis: „zeit-zu-handeln“ – ein Beschäftigungsprojekt für psychisch Kranke

Ekkehard Janson, Caritaszentrum Cäcilienberg, Baden-Baden

In den vergangenen Jahren wurde deutlich, dass die Tagesstätte überproportional von Besuchern über 50 Jahren genutzt wurde. Nutzer zwischen 20 und 45 Jahren blieben in der Regel nach einigen Besuchen dem Angebot wieder fern. Daneben fehlten im Versorgungsgebiet niederschwellige Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen.

Im September 2010 konnte der Caritasverband für die Stadt Baden-Baden e.V. mit einem neuen Angebot in der Tagesstätte für psychisch erkrankte Menschen diese Lücke schließen.

Gespendete Flohmarktartikel werden über das Internetauktionenhaus eBay unter dem Namen „zeit-zu-handeln“ verkauft.

Dabei werden unter Anleitung alle Arbeitsschritte von den Besuchern des Beschäftigungsprojektes durchgeführt. Dazu gehören beispielsweise die Überprüfung der Funktionalität der zu verkaufenden Artikel, die Erstellung eines aussagekräftigen Fotos, einer korrekten Beschreibung und das Einstellen des Produkts in das Verkaufsformular, die Bearbeitung von Rückfragen, die Vorbereitung des Versands und die Bewertung der Transaktion. Die Vielfalt der Tätigkeiten und der Umgang mit dem Medium Internet sowie die Spannung, zu welchem Preis der Artikel letztlich verkauft wird, machen das Angebot attraktiv und motivieren zum regel-

mäßigen Besuch. Gleichzeitig fällt der Zeit- und Arbeitsdruck, der oftmals eine Hürde bei Beschäftigungsprojekten mit Arbeitsaufträgen darstellt, weitgehend weg.

Nach kurzer Zeit sind bei den Teilnehmern deutliche Lernerfolge sichtbar. Sie übernehmen in Eigeninitiative einzelne Arbeitsschritte und weisen neue Teilnehmer ein.

Neben zahlreichen Erfolgserlebnissen bei der Bewältigung der technischen, organisatorischen und administrativen Herausforderungen bestätigt die hohe Anzahl durchweg positiver Rückmeldungen der Käufer die gute Arbeit der Projektteilnehmer.

Mit zunehmender Selbstständigkeit in der Umsetzung der einzelnen Arbeitsschritte kann die Begleitung durch die Anleiter reduziert werden, bzw. dem Bedarf der Teilnehmer angepasst werden. Koordination und Absprachen innerhalb der Teilnehmergruppe können weitgehend eigenverantwortlich übernommen werden, die Anleiter halten sich dabei Hintergrund.

Die positive Entwicklung innerhalb der Anlaufzeit des Projektes und die gute Resonanz bei insbesondere jüngeren Besuchern der Tagesstätte bestätigen die Konzeption des Angebotes.

5 Aus der Praxis: Notfallversorgung im GPV Baden-Baden

Ekkehard Janson, Caritaszentrum Cäcilienberg, Baden-Baden

Die Konzeption zur Krisen- und Notfallversorgung in Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe des Landesarbeitskreises Psychiatrie von 2008 weckte im Gemeindepsychiatrischen Verbund Baden-Baden den Ehrgeiz.

Eine Arbeitsgruppe setzte sich mit den Forderungen auseinander und kam zunächst zu dem Schluss, dass zum einen eine kostenneutrale Einrichtung eines entsprechenden Dienstes unmöglich ist und zum anderen eine ausreichende Infrastruktur für Krisen und Notfälle vorhanden ist, dass jedoch das Problem in erster Linie darin liegt, dass eine qualifizierte Information zum Hilfenetzwerk nicht leicht zu erreichen ist.

Das Ergebnis der Überlegungen ist ein Beratungs- und Informationstelefon: eine Nummer, qualifizierte Beratung und die Garantie, dass zu jeder Zeit ein Ansprechpartner zu erreichen ist. Was wie eine Utopie klingt wird in Baden-Baden seit Januar 2010 mit großem Erfolg umgesetzt: die Gemeindepsychiatrischen Dienste des Caritasverbandes, Mitglieder der organisierten Angehörigen (IPK), der Sozialdienst des Fachkrankenhauses Gunzenbachhof und Mitarbeiter der städtischen Betreuungsbehörde teilen sich montags bis freitags von 9.00 bis 17.00 Uhr den Dienst am Telefon. Außerhalb dieser Zeiten erfolgt eine Weiterleitung auf eine Station des Fachkrankenhauses.

Das Angebot wendet sich zum einen an psychisch erkrankte Menschen, die dringend einen qualifi-

zierten Ansprechpartner benötigen und an Menschen, die selbst oder im Umfeld mit einer psychischen Erkrankung konfrontiert sind aber kaum Informationen über das örtliche Hilfenetzwerk haben.

Interessanter Weise erreicht das Angebot exakt diese Zielgruppe. Etwa zwei bis drei Anrufer pro Woche werden in einer Krisensituation oder zu den Angeboten der Region beraten. In der Regel erfolgt eine Vermittlung an eine Institution der ambulanten Versorgung.

Technisch ist die Umsetzung recht einfach. Eine einzige Nummer im Ortsnetz wird kommuniziert. Diese wird nach einem Dienstplan auf Mobiltelefone der einzelnen Dienste umgeleitet bzw. nachts und am Wochenende auf das Fachkrankenhaus.

Das Team am Beratungstelefon wurde gemeinsam geschult und fortgebildet und in regelmäßigen Abständen erfolgt kollegiale Beratung.

Der großartige Effekt dieses Dienstes ist nicht nur der Nutzen für die Zielgruppe. Die enge Zusammenarbeit in diesem Projekt hat aus Kooperationspartnern Teamkollegen gemacht und somit die gemeinsame Fallarbeit erleichtert und verbessert. Und nicht zuletzt macht es aus dem Papiertiger GPV eine lebendige Struktur.