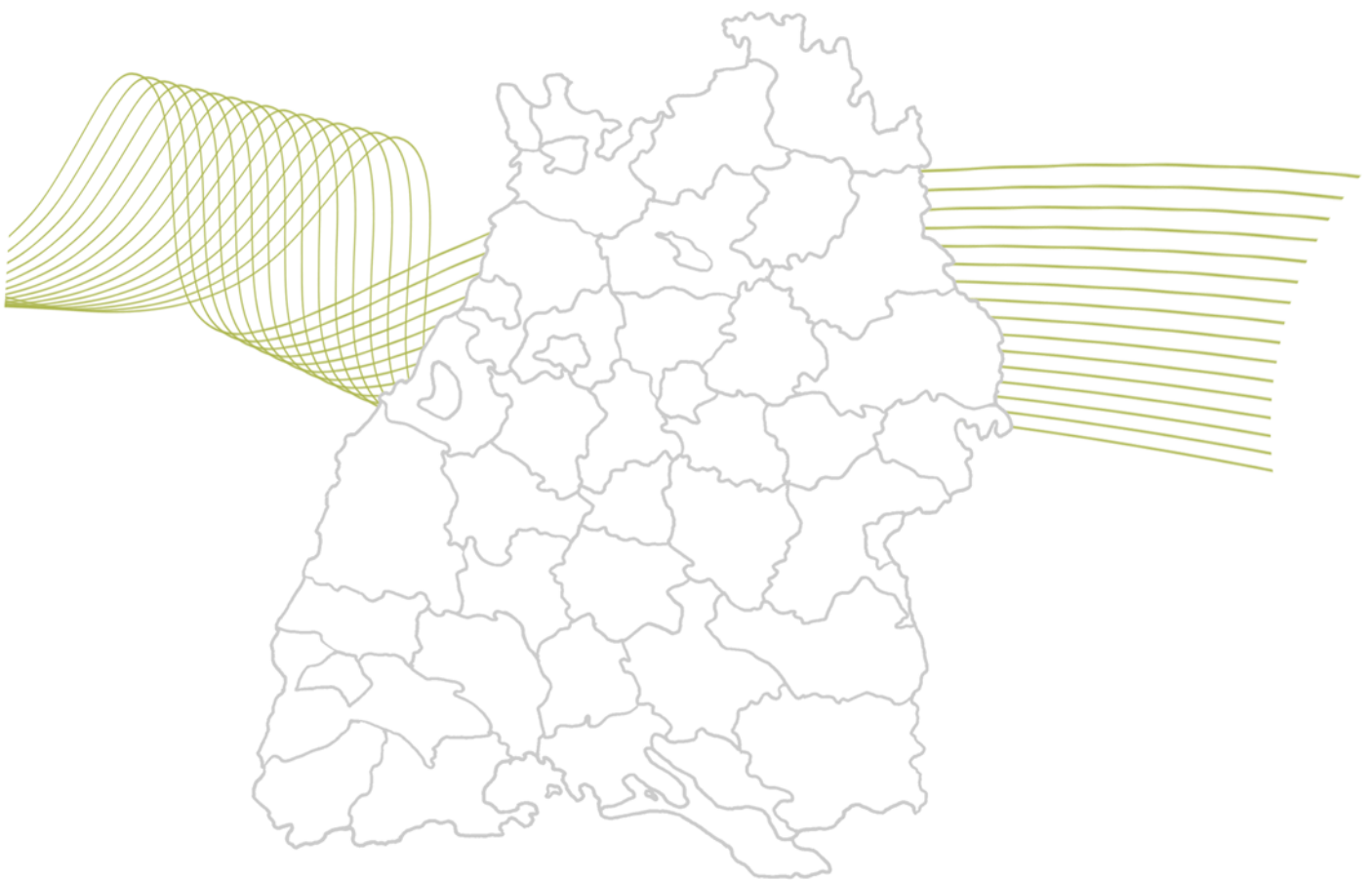


# Jahresbericht 2008

Freiwillige Dokumentation  
der Sozialpsychiatrischen Dienste  
in Baden-Württemberg



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 in Baden-Württemberg e.V.
- Erstellung des Berichts:** Luisa Lindenthal  
Dipl. Pädagogin, Freiburg
- Koordination:** Klaus Albrecht  
Referat Psychiatrie  
Diakonisches Werk der Evangelischen Landeskirche  
in Baden e.V.
- Jörg Hönle  
Referat Psychiatrie  
Caritasverband für die Erzdiözese Freiburg e.V.

## 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](mailto:info@liga-bw.de)

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

heruntergeladen werden.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	<b>4</b>
<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>6</b>
<b>1 Versorgung der Bevölkerung durch Sozialpsychiatrische Dienste in Baden-Württemberg</b> .....	<b>12</b>
<b>2 Organisationsstruktur der Sozialpsychiatrischen Dienste</b> .....	<b>15</b>
2.1 Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste .....	15
2.2 Leistungsbereiche der Sozialpsychiatrischen Dienste.....	17
2.3 Frauenanteil in den Leistungsbereichen .....	18
2.4 Betreute Personen nach Leistungsbereichen .....	20
2.5 Anteil der Erstbetreuungen im Rahmen der Grundversorgung.....	22
2.6 Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit im Rahmen der längerfristigen Grundversorgung .....	23
<b>3 Soziodemografische Daten</b> .....	<b>27</b>
3.1 Gesamtzahl.....	27
3.2 Familienstand.....	27
3.3 Lebensverhältnisse .....	28
3.4 Finanzielle Situation.....	29
3.5 Verteilung der Altersgruppen .....	32
3.6 Diagnosen.....	34
3.7 Gleichzeitig bestehende weitere Problematik .....	35
3.8 Zuweisungswege .....	36
<b>4 Soziotherapie in den Sozialpsychiatrischen Diensten</b> .....	<b>38</b>
4.1 Verordnungen von Soziotherapie .....	38
4.2 Initiierung von Soziotherapie.....	40
4.3 Verfahren bei Ablehnung .....	41
4.4 Beendigung von Soziotherapie .....	42
<b>5 Kooperation und Vernetzung</b> .....	<b>44</b>
5.1 Kooperation mit PIA .....	44
5.2 Zusätzliche Kooperationen .....	45
5.3 GPV/GPZ-Vereinbarungen .....	46
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>48</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>48</b>

# Vorwort

Seit mehr als 20 Jahren bieten die Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg flächendeckend Hilfen für psychisch kranke Menschen und deren Angehörige an; die ältesten unter diesen Einrichtungen haben seit dem Jahr 1982 an der modellhaften Erprobung dieses damals neuen Einrichtungstyps teilgenommen. Ein reicher Erfahrungsschatz wurde seither zusammengetragen. Er wird kontinuierlich dokumentiert und jährlich aufs Neue einer Auswertung unterzogen. Die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste im Jahr 2008 – wie immer von der Liga der Freien Wohlfahrtspflege Baden-Württemberg erstellt – wird hiermit der Öffentlichkeit vorgelegt.

Im Lauf der Jahre haben die Dienste ihr Handlungsspektrum erweitert. Neben der Grundversorgung – hierzu zählen Bedarfsfeststellung, Hilfeplanung, Beratung und Begleitung in akuten seelischen Krisen, Information über die infrage kommenden Angebote außerhalb des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Zuführung zur ärztlichen Behandlung, Hilfen im Umgang mit Behörden, Unterstützung bei drohendem Verlust von Arbeit und Wohnung, um nur einige der wesentlichen Angebote zu nennen – wird seit einigen Jahren die „Ambulante Soziotherapie“ als Kassenleistung und nun auch das „Ambulant Betreute Wohnen“ als Leistung der Eingliederungshilfe durchgeführt. Damit haben die Dienste ihre Leistungen weiter flexibilisiert und den individuellen Bedürfnissen der hilfesuchenden Menschen noch besser angepasst.

Die – pauschal finanzierte – Grundversorgung stellt nach wie vor die tragende Säule der Hilfen dar. Jedoch hat die im vorgelegten Bericht erwähnte Arbeitsverdichtung (durch steigende Nutzer/innenzahlen bei zeitgleicher Erweiterung des Leistungsspektrums um weitere einzelfallfinanzierte Hilfen wie Ambulant Betreutes Wohnen und Leistungen im Auftrag von Psychiatrischen Institutsambulanzen) dazu geführt, dass nicht immer alle anfragenden Personen unmittelbar und ohne Wartezeit versorgt werden konnten.

Im Jahr 2008 ist die Zahl der Personen, die soziotherapeutisch behandelt wurden, insgesamt deutlich zurückgegangen. Hintergrund dieser Entwicklung ist u. a. die nicht eindeutige Regelung der Finanzierung über einen bestimmten Zeitraum und eine festgelegte Stundenzahl hinaus; die Klärung der offenen Frage ist beim Bundessozialgericht / 3. Senat anhängig. In der Zwischenzeit müssen viele psychisch erkrankte Menschen auf das wichtige soziotherapeutische Angebot verzichten – ein aus unserer Sicht nicht vertretbarer Umstand.

Die aus der Arbeit der Dienste erhobenen Daten belegen erneut, dass die Mitarbeiter/innen auf sehr spezifische Problemlagen treffen, auf die sie jeweils adäquat reagieren müssen. Beispielhaft sei hier die Tatsache genannt, dass deutlich mehr Frauen als Männer die Hilfen in Anspruch nehmen und dies doppelt so häufig wegen einer Depressionserkrankung. Das Augenmerk ist auf die besonderen Lebenslagen von Frau-

en, die an sie gerichteten besonderen Anforderungen und die daraus folgenden Belastungen, ihr spezifisches Rollenverständnis etc. zu richten.

Vor dem Hintergrund der besonderen Herausforderungen und Belastungen, denen sich die Mitarbeiter/innen der Sozialpsychiatrischen Dienste täglich stellen, bedanken wir uns an dieser Stelle ganz herzlich bei ihnen für ihren Einsatz und ihr unverzichtbares Engagement zur Unterstützung von psychisch erkrankten Menschen! Gleiches gilt für die Träger der Einrichtungen, die einen erheblichen Kostenanteil selbst aufbringen und trotz chronisch prekärer Finanzierungssituation nicht nur an den Angeboten festhalten, sondern die Sozialpsych

iatrischen Dienste darüber hinaus zu einem modernen und zukunftsfähigen Dienstleister im Gesundheitswesen weiterentwickelt haben. Unser Dank richtet sich schließlich auch an das Land Baden-Württemberg, an die Kommunen und die Krankenkassen als Kostenträger und verlässliche Partner. Gemeinsam mit den Ligaverbänden treffen sie sich im Bemühen um den Erhalt ambulanter, niedrigschwelliger Versorgung durch die Sozialpsychiatrischen Dienste. Psychisch kranke Menschen sind mehr denn je auf diese Angebote angewiesen.



Johannes Böcker

Vorsitzender

# Zusammenfassung

## Teilnehmende Dienste

Die Auswertung der in diesem Berichtszeitraum erbrachten Leistungen basiert auf den Daten von insgesamt 62 Sozialpsychiatrischen Diensten und damit immerhin 92,5% teilnehmenden Einrichtungen. Damit konnte nicht nur das gute Ergebnis von 2007 noch einmal gesteigert, sondern gleichsam linear an die umfängliche Berichterstattung der letztjährigen Auswertungen auf der Basis eines repräsentativen Datensatzes angeknüpft werden.

Obwohl tendenziell leicht rückläufig, befanden sich 2008 noch immer 50,3% der Dienste in Trägerschaft der beiden großen kirchlichen Wohlfahrtsverbände Caritas und Diakonie; addiert man die Sozialpsychiatrischen Dienste in gemeinsamer Trägerschaft von Caritas und Diakonie (12,9%) hinzu, können immerhin 63,2% aller SpDi als kirchlich fundierte Einrichtungen aufgelistet werden, während lediglich 22,3% aller Trägerschaften in kommunaler Zuständigkeit lagen. Unter Einbeziehung der Trägerschaften von AWO und DPWV befanden sich 2008 demnach 74,8% und damit Dreiviertel aller Dienste in der Verantwortung von Mitgliedseinrichtungen der Liga der Freien Wohlfahrtspflege.

Dass unterdessen auch 16,1% der SpDi und damit mehr als doppelt so viele Dienste wie im Vorjahr in unterschiedlichen gemeinsamen Trägerschaften – zumeist in der Rechtsform einer gGmbH - geführt werden, ist Ergebnis einer über die Jahre hinweg zu beobachtenden Bewegung in der Trägerlandschaft, welche sicherlich auch als Reflexion auf sich verändernde finanzielle Rahmenbedingungen der Sozialpsychiatrischen Dienste interpretiert werden kann.

## Betreuungsquote

Mit dieser Dokumentation werden die Datenlage sowie das Versorgungsangebot für insgesamt **19 746** Klienten und Klientinnen nachvollziehbar, welche in 2008 durch die an der Befragung beteiligten SpDi erreicht wurden. Dies bedeutet, dass pro Dienst im Schnitt **318,5** Personen (gegenüber noch 291,33 in 2007) von den unterschiedlichen Angeboten profitiert haben; dies entspricht einer Steigerungsrate von 8,5%, nachdem im Berichtsjahr 2007 bereits 5% mehr Ratsuchende als in 2006 die Sozialpsychiatrischen Dienste aufgesucht hatten.

Obwohl sich die Anzahl der Vollzeitstellen der Sozialpsychiatrischen Dienste in 2008 aufgrund der landesweiten Einführung der Kontingentregelung auf insgesamt **187,6** erhöhte (173,3 in 2007), nahmen nunmehr durchschnittlich **105,2 Personen** die Dienste

einer Vollzeitkraft in Anspruch gegenüber 102,56 Klienten und Klientinnen in 2007 und damit einer seit Jahren kontinuierlich wachsenden Fallzahl.

## **Soziodemografische Daten**

Wie bereits in 2006 und 2007 wurden auch im Berichtszeitraum 2008 wesentliche Daten geschlechterdifferenziert abgefragt und damit ein klares Bild darüber ermöglicht, wie sich die Relation von Frauen und Männern in Bezug auf die Gesamtpopulation der SpDi darstellt; in der Auswertung können so wesentliche Erkenntnisse bezüglich des Nutzungsverhaltens sowie der unterschiedlichen Bedarfslagen der psychisch kranken Männer und Frauen gewonnen werden. Damit wird gemäß den Forderungen insbesondere der Europäischen Union, aber auch vieler Kommunen nach „gegenderten Datenlagen“ nicht nur ein differenzierter Blick auf geschlechtsspezifische Lebenswelten ermöglicht, sondern in der Folge sukzessive auch die weitere Differenzierung der Angebote auf der Basis der erhobenen Befunde.

Mit insgesamt 58,03% weiblichen Betroffenen korreliert der Frauenanteil an den Klienten der sozialpsychiatrischen Dienste erwartungsgemäß mit der geschlechtsspezifischen Verteilung von psychischen Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung.

Die in 2008 wiederum erhobenen soziodemografischen Daten vermitteln darüber hinaus einen vertieften Einblick in die Lebensverhältnisse der chronisch psychisch kranken Männer und Frauen, welche einen SpDi aufsuchen.

So sind lediglich 15,96% der Betroffenen verheiratet, wie auch lediglich 8,38% ihren Lebensunterhalt durch eigene Berufstätigkeit bestreiten (können); dies bedeutet zwar einen marginalen Anstieg gegenüber 2007, stellt gleichzeitig jedoch eine eklatante Abweichung gegenüber der allgemeinen Erwerbsbevölkerung in Baden-Württemberg dar. Obwohl sich annähernd 21,15% 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 ganz besonders wenig Chancen auf Integration in den 1. Arbeitsmarkt verfügen.

Mit 53,6% 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 8,9% aller Betroffenen die kleinste Teilmenge der Besucher und Besucherinnen von Sozialpsychiatrischen Diensten dar. Obwohl lediglich 14,0% der Ratsuchenden das sechzigste Lebensjahr bereits überschritten hatten, darf indes vermutet werden, dass sich der demografische Wandel in der Gesamtbevölkerung mittelfristig auch innerhalb der Population der SpDi abbilden wird.

Mit 45,9% bilden die Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises die mit Abstand größte (und gegenüber dem Vorjahr noch einmal leicht gestiegene) Einzeldiagnose, gefolgt von affektiven Störungen (z.B. Depressionen), an denen immerhin 26,5% aller

Betroffenen leiden; darunter finden sich mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer, sodass hier wohl von einer frauenspezifischen Erkrankung ausgegangen werden darf. Wenn man von den Persönlichkeitsstörungen (10,1%) einmal absieht, treten alle anderen psychiatrischen Krankheiten in eher niedrigen prozentualen Anteilen auf.

Dass immerhin mehr als ein Viertel aller Klienten und Klientinnen zusätzlich zu ihrer psychischen Erkrankung noch behandlungsbedürftige körperliche Erkrankungen zu bewältigen hat sowie 13,55% zusätzlich an einer behandlungsbedürftigen Suchterkrankung leiden, macht einmal mehr deutlich, wie instabil sich die Lebenslagen von psychisch kranken Männern und Frauen in der Interdependenz mit multiplen Belastungsfaktoren gestalten.

15,58% aller Betroffenen suchten ihren sozialpsychiatrischen Dienst auf eigene Initiative auf. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten und Patientinnen, traten auf Veranlassung von medizinisch-therapeutischen Bezugspersonen in Kontakt mit einem SpDi. Generell bildet sich die gute Vernetzung der Dienste in der Tatsache ab, dass auch in 2008 annähernd jede gesellschaftliche Institution, Behörde oder Einrichtung psychisch kranke Personen zum Aufsuchen eines SpDi motivieren konnte.

## **Leistungsbereiche der Sozialpsychiatrischen Dienste**

### **Grundversorgung**

Alle 62 erhobenen Dienste boten auch in 2008 Leistungen der Grundversorgung an und erreichten damit insgesamt 86,56% aller Klienten und Klientinnen; dies entspricht einer Zuwachsrate von 1,06% gegenüber dem Vorjahr. Die hierbei größte Gruppe (48,2%) konnte auch im untersuchten Zeitraum trotz einer zunehmenden Arbeitsverdichtung in den Sozialpsychiatrischen Diensten mehr als 5 Kontakte wahrnehmen, während 37,6% in der Kategorie „Kurzkontakte“ (bis zu 4 Kontakte) anzusiedeln sind. Immerhin 14,3% 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 insgesamt 61 Diensten bildete Soziotherapie auch in 2008 einen weiteren wesentlichen Baustein im Leistungsspektrum, während ein einziger Dienst mangels vorliegender Verordnungen erstmalig keine soziotherapeutische Versorgung angeboten hat.

Allerdings ist in 2008 die Zahl der Personen, für die durch Soziotherapie eine spezifische, ergänzende Unterstützung ermöglicht werden konnte, noch einmal deutlich zurückgegangen; bei nur noch 1167 gestellten Neuanträgen gegenüber 1238 in 2007 und 1369 in 2006 wurden mit 8,72% aller Klienten und Klientinnen in absoluten Zahlen noch weniger Personen durch Soziotherapie erreicht als im Vorjahr. Dennoch lag die Anzahl an Erstverordnungen wiederum über der Zahl der Folgeverordnungen.

Mit 32,6% stellten die Sozialpsychiatrischen Dienste selbst im Berichtsjahr 2008 erstmalig das größte Einzelsegment innerhalb der Institutionen und Personen dar, auf deren Veranlassung hin Leistungen der Soziotherapie beantragt wurden, gefolgt von Nervenärzten sowie den psychiatrischen Kliniken. Lediglich 6,4% aller Betroffenen und damit knapp 2% weniger als noch in 2007 regten von sich aus die Verordnung von Soziotherapie bei ihrem Nervenarzt an.

Interessanter Weise wurden erstmalig in 2008 nur noch in 53,2% aller abgelehnten Anträge ein Widerspruchsverfahren eingeleitet gegenüber noch 61,3% Widersprüchen in 2007, sicherlich als Reflex auf die Tatsache, dass Widerspruchverfahren aufgrund ihres komplexen und ressourcenbindenden Verlaufs weder für die Betroffenen selbst noch die unterstützenden Fachkräfte der SpDi zu den bevorzugten Interventionen gehören können. Immerhin entwickelte sich dieses Procedere mit insgesamt 51,7% stattgegebenen Widersprüchen gegenüber 34,5% Ablehnungen ähnlich wie im Vorjahr. In bemerkenswerten 27,5% aller Fälle wurde die Ablehnung des Soziotherapieantrags allerdings als „ungerechtfertigt“ klassifiziert.

### **Andere einzelfallfinanzierte Leistungen**

Die Anzahl der Einrichtungen, die zusätzlich Betreutes Wohnen in eigener Regie zu ihrem Leistungsspektrum zählen, weist mit nunmehr 33 Diensten weiterhin eine Zuwachsrate auf. Im Kontext von SGB XII engagierten sich 10 SpDi, während die 21 Dienste, die Leistungen für andere Leistungsträger wie beispielsweise die Psychiatrischen Institutsambulanzen erbrachten, ebenfalls einen relativen Zuwachs gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen haben. Insgesamt erreicht der einzelfallfinanzierte Leistungsbereich inklusive der Soziotherapie jedoch lediglich 13,44% aller Klienten und Klientinnen. Damit bleibt die Relevanz der pauschalfinanzierten Leistungen gegenüber den einzelfallfinanzierten innerhalb des prekären Finanzierungskontextes der Sozialpsychiatrischen Dienste trotz aller Bemühungen auch in 2008 bestehen.

### **Betreuungsverhältnisse in der Grundversorgung**

Im Berichtszeitraum konnten die Sozialpsychiatrischen Dienste neuerlich fast die Hälfte aller betroffenen Personen, nämlich 48,2%, längerfristig begleiten, d.h. mit mehr als 5 Kontakten. Etwas mehr als ein Drittel aller Klienten und Klientinnen (37,6%) wurde mit bis zu 4 Kontakten unterstützt und damit in ähnlicher Frequenz wie im Vorjahr.

Der Anteil aller Personen, die in 2008 erstmalig Leistungen der Grundversorgung in Anspruch nahmen, lag mit insgesamt 55,01% neuerlich höher als im Vorjahr und belegt unter anderem auch, wie sehr sich die SpDi um die passgenaue und vor allem zeitnahe Integration von Neuzugängen in ihre unterschiedlichen Angebote bemühen.

44,1% 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 6,7% der längerfristig Versorgten, eine gegenüber dem Vorjahr wiederum leicht rückläufige 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 61,7%, suchten ihren SpDi während des gesamten Berichtszeitraums 2008 auf und blieben damit in einem kontinuierlichen Betreuungsverhältnis.

Die erhobenen Daten verdeutlichen, 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 somit als adäquate Reaktion auf die je individuellen Bedarfe zu bewerten sind. Es zählt wohl unbestritten zu den Stärken der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg, psychisch kranke Menschen auch über einen langen Zeitraum intensiv und kontinuierlich in ihrer multipel belasteten Lebenssituation begleiten zu können.

### **Beendigungen der längerfristigen Grundversorgung**

Die in 2008 erhobenen Zahlen unterscheiden sich von der Datenlage des Vorjahres nur unwesentlich, sieht man einmal von der bemerkenswert rückläufigen Zahl der Überweisung in Soziotherapie (9,6 % gegenüber noch 13,6% in 2007) ab.

Die relativ größte Gruppe der beendigten Fälle (25,5%) 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 Soziotherapie beendet wurde, so umfasste die Überweisung in andere Maßnahmen immerhin – wie schon im Vorjahr – mit 35,1% aller Klienten und Klientinnen mehr als ein Drittel der Betroffenen. Damit erweisen sich die Sozialpsychiatrischen Dienste auch als kompetente Clearing-Stelle in dem Bemühen, für ihre Klienten und Klientinnen das jeweils optimale Angebot im Anschluss an die Betreuung im SpDi selbst zu erschließen.

### **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 61 Sozialpsychiatrischen Dienste, in deren Region bereits eine Psychiatrische Institutsambulanz existiert (98,4%), kooperieren auch eng mit dieser, wobei mittlerweile für 78,7 % aller SpDis die Inhalte der Kooperation im Rahmen von schriftli-

chen Vereinbarungen dokumentiert sind, während sich lediglich noch ein knappes Viertel aller Dienste ohne schriftliche Vereinbarungen behelfen. Damit konnte das Ergebnis des Vorjahres wiederum signifikant übertroffen werden. Erfreulicher Weise haben sich die gemeinsam mit der PIA durchgeführten Fallbesprechungen für mittlerweile mehr als zwei Drittel aller SpDi, sowie regelmäßige Kooperationsgespräche für mehr als die Hälfte aller teilnehmenden Dienste zu einem viel genutzten und effektiven Instrumentarium entwickelt; hingegen werden „Leistungen des SpDi für die PIA gegen Abrechnung“ lediglich von 23 Diensten und damit vornehmlich von den Diensten erbracht, welche mit „ihrer“ PIA einen schriftlichen Kooperationsvertrag mit einem Höchstmaß an gegenseitiger Verbindlichkeit abgeschlossen haben.

Ebenfalls erfreulicher Weise können nun nahezu alle teilnehmenden Dienste (96,8%) auf eine Kooperation mit niedergelassenen Nervenärzten, immerhin 95,2% auf die regelmäßige Zusammenarbeit mit Klinikärzten verweisen; insgesamt nehmen die Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste zusätzlich zu der formalen Implementierung der Kontakte auch eine stetige und positive Entwicklung dieser Kooperationsbezüge auch in qualitativer Hinsicht wahr. Sicherlich trägt die gute Vernetzung der Sozialpsychiatrischen Dienste mit anderen ambulanten, vor allem aber auch mit stationären Versorgungsangeboten erheblich dazu bei, dass die SpDi ihre Kernaufgaben – Vermeidung bzw. Reduzierung von stationären Aufenthalten – optimal im Interesse von Betroffenen wie Kostenträgern erfüllen können.

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

Mit 95,2% haben nunmehr fast alle Sozialpsychiatrischen Dienste Vereinbarungen unterzeichnet, welche die Kooperation im Rahmen der entstandenen GPV/GPZ regeln, sodass dieser Prozess mittlerweile als nahezu abgeschlossen bezeichnet werden kann. Als bevorzugte Rechtsform hat sich mit 96,6% der Kooperationsvertrag wohl endgültig etabliert.

57,6% aller erhobenen Dienste und damit eine leicht rückläufige Zahl verfügten 2008 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 26 von 34 Standorten die Betroffenen selbst ebenfalls an der Hilfeplankonferenz teilnehmen (können). Interessanter Weise nutzen nur noch 16 Standorte den Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) als standardisiertes Instrument zu Vorbereitung und Durchführung von Hilfeplankonferenzen. Da das Fragedesign dieser Dokumentation keinen Aufschluss über die möglichen Gründe für diese Entwicklung erlaubt, kann immerhin vermutet werden, dass sich an vielen Standorten eine Tendenz zu niedrigschwelligeren, unkomplizierteren Verfahren durchgesetzt hat.

# 1 Versorgung der Bevölkerung durch Sozialpsychiatrische Dienste in Baden-Württemberg

Mit Hilfe der hier vorgelegten Dokumentation kann für 2008 ein repräsentatives Bild des differenzierten Leistungsspektrums gezeichnet werden, mit dem sich die Sozialpsychiatrischen Dienste auf die Bedarfe von chronisch psychisch kranken Menschen in Baden-Württemberg sowie von deren Angehörigen einstellen.

Implizites Ziel der Dokumentation wird allerdings sein, ein profundes Interesse sowohl für die soziodemografischen Daten als auch für die Lebenslagen der Personen zu wecken, welche von den unterschiedlichsten Angeboten der SpDi profitieren und damit eine nicht zu unterschätzende Unterstützung in ihrer auf vielfältige Weise schwierigen Situation erfahren. Dass dabei wiederum auf gestiegene Fallzahlen hinzuweisen sein wird, wie die nachfolgende Grafik verdeutlicht, kann Beteiligte wie Betroffene kaum zufrieden stellen:

Betreute Personen	Frauen	Männer	Gesamt	Frauenanteil
Anzahl Klienten	11.420	8.326	19.746	57,83%

**Tabelle 1: Betreute Personen**

Wurden in 2007 bereits 17.771 Personen durch die Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden- Württemberg versorgt, waren es 2008 nunmehr 19.746 Klienten und Klientinnen und damit **11,11%** mehr Personen, welche die Dienstleistungen der SpDi in Anspruch genommen haben. Dieser Anstieg ist sicherlich nicht allein der Tatsache geschuldet, dass im Berichtszeitraum 2008 ein zusätzlicher Dienst im Verhältnis zu 2007 in die Auswertung einbezogen werden konnte; wie der aktuelle Gesundheitsreport der DAK belegt, ist „die Zahl der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen insgesamt (...) gegenüber dem Vorjahr mit 7,9 % stärker gestiegen als die anderer wichtiger Erkrankungsgruppen“<sup>1</sup> und kann somit als wichtiger Indikator auch für den Zuwachs an Klienten und Klientinnen der SpDi in Baden-Württemberg im Berichtszeitraum herangezogen werden.

Die nachfolgende Tabelle verdeutlicht darüber hinaus die analoge Steigerung der Fallzahlen in Bezug auf die Anzahl der betreuten Personen pro Dienst, die in 2008 auf durchschnittlich 318,5 Personen anwuchs und damit viele Dienste an den Rand ihrer Leistungsfähigkeit brachte.

---

<sup>1</sup> DAK Gesundheitsreport 2009, Februar 2009, , S. 7

Entsprechend den Auswertungen der Vorjahre überwog auch in 2008 der Anteil der Frauen an der Gesamtzahl der betreuten Personen signifikant und positionierte sich mit 57,83% nahe an der Zweidrittelmarke (2007: 58,43%).

Dienste	teilgenommen	von	Prozent
Anzahl Dienste	62	67	92,5%
Anzahl 100% Fachkraftstellen	187,6		
<b>Auswertung Klienten</b>			
Anzahl Klienten pro Dienst	318,5		
Anzahl Klienten pro 100% Fachkraft	105,2		

**Tabelle 2: Dienste und Klienten**

Zunächst ist festzuhalten, dass sich im Jahr 2008 immerhin 92,5% aller Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg (und damit noch einmal 1,5% mehr als in 2007) an der jährlichen, freiwilligen Dokumentation der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V.<sup>2</sup> beteiligten und so wiederum eine Dokumentation ermöglicht haben, welche die Interpretation der relevanten, landesweiten Tendenzen im Kontext der sozialpsychiatrischen Versorgung der Bevölkerung auf der Basis eines repräsentativen Datensatzes erlaubt; damit kann gleichsam linear an die umfängliche Berichterstattung der letztjährigen Auswertungen angeknüpft werden<sup>3</sup>.

Dass sich die Anzahl der Vollzeitstellen der Sozialpsychiatrischen Dienste in 2008 aufgrund der landesweiten Einführung der Kontingentregelung auf insgesamt **187,6** erhöhte (173,3 in 2007), federte wohl kaum die Tatsache ab, dass nunmehr durchschnittlich **105,2 Personen** die Dienste einer Vollzeitkraft in Anspruch nahmen gegenüber 102,56 Klienten und Klientinnen in 2007 und damit einer seit Jahren kontinuierlich wachsenden Fallzahl. In folgende Tabelle werden die einzelnen Leistungsbereiche sichtbar, mit denen die insgesamt **19 746** Klienten und Klientinnen im Jahr 2008 (davon Einzelne durch mehrere Angebote gleichzeitig) erreicht wurden (17 771 in 2007):

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Hinweise auf Zahlen für 2007, 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 2007, Stuttgart 2008

Fallzahlen in den Leistungsbereichen	Frauen	Männer	Gesamt	Gesamt	Frauenanteil
<b>Grundversorgung</b>	10.273	7.495	<b>17.768</b>	86,56%	57,82%
<b>Soziotherapie</b>	1.069	720	<b>1.789</b>	8,72%	59,75%
<b>Betreutes Wohnen</b>	226	181	<b>407</b>	1,98%	55,53%
<b>Andere Leistungen</b>	343	220	<b>563</b>	2,74%	60,92%
<b>Gesamt</b>	<b>11.911</b>	<b>8.616</b>	<b>20.527</b>	<b>100%</b>	<b>58,03%</b>

**Tabelle 3: Fallzahlen in den Leistungsbereichen**

Trotz steigender Fallzahlen ist es den Diensten in 2008 offensichtlich wiederum gelungen, eine konstante, verlässliche Grundversorgung zu garantieren, die von immerhin 86,56% aller betreuten Personen in Anspruch genommen wurde; erwartungsgemäß findet sich in diesem Segment mit 57,82% bereits ein signifikant höherer Frauenanteil, der allerdings innerhalb der anderen Angebote wie Soziotherapie (59,75%) oder bei der Inanspruchnahme von anderen Leistungen (insbesondere Leistungen für die Psychiatrischen Institutsambulanzen, aber auch im Kontext von Fallmanagement der AR-Gen) mit 60,92% aller betreuten Personen noch deutlicher ausfällt.

Gegenüber den 10,55% Klienten und Klientinnen, welche in 2007 Leistungen der Soziotherapie wahrgenommen hatten, ist auch in 2008 ein neuerlicher Rückgang auf nunmehr lediglich 8,72% aller Betroffenen festzuhalten. Wie in den Vorjahren bildet das Segment „Betreutes Wohnen“ mit einer Inanspruchnahme durch insgesamt 407 Personen den kleinsten Baustein innerhalb des Leistungsspektrums der SpDi in Baden-Württemberg ab.

## 2 Organisationsstruktur der Sozialpsychiatrischen Dienste

### 2.1 Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste

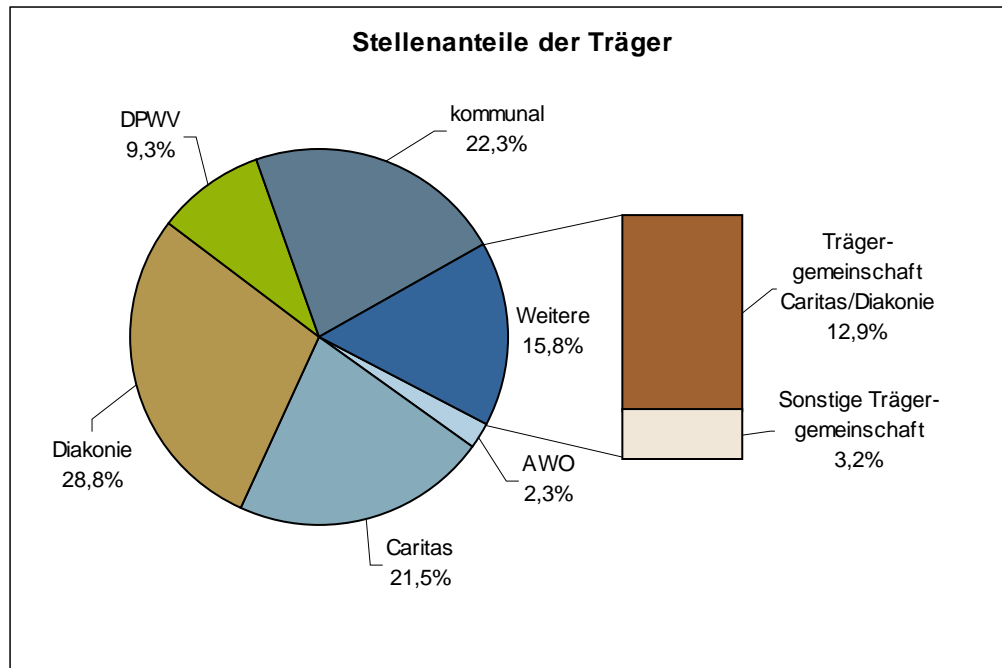


Abbildung 1: Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste

Die Trägerlandschaft hat sich auch in 2008 gegenüber den Vorjahren leicht verändert; dies ist zunächst auf dem Hintergrund der Tatsache zu verstehen, dass die Träger, die sich 2007 an der freiwilligen Dokumentation beteiligt haben, naturgemäß nicht zur Gänze identisch mit den Sozialpsychiatrischen Diensten sind, welche an der Auswertung von 2008 mitgewirkt haben, reflektiert jedoch auch eine interessante Entwicklung:

Mit 50,3% stellen die beiden großen kirchlichen Träger Diakonie und Caritas gemeinsam noch immer die Hälfte aller Einzelträgerschaften, wenn auch mit weiterhin rückläufiger Tendenz (55,5% in 2007); addiert man hingegen die Sozialpsychiatrischen Dienste in gemeinsamer Trägerschaft von Caritas und Diakonie (12,9%) hinzu, können dennoch 63,2% aller SpDi als kirchlich fundierte Einrichtungen aufgelistet werden. Unter Einbeziehung der Trägerschaften von AWO und DPWW befanden sich 2008 demnach 74,8% und damit Dreiviertel aller Dienste in der Verantwortung von Mitgliedseinrichtungen der Liga der Freien Wohlfahrtspflege. Dass mittlerweile 16,1% der Dienste in unterschiedlichen gemeinsamen Trägerschaften geführt werden, spiegelt sicherlich eine über die Jahre hinweg zu beobachtende Tendenz wider, auf enger werdende finanzielle Spielräume u.a. auch mittels einer veränderten Trägerstruktur zu reagieren.

Die Anzahl der Dienste in kommunaler Trägerschaft blieb mit 22,3% hingegen nahezu konstant gegenüber dem Vorjahr.

Verband	Anzahl 100%-Stellen	Anteil
AWO	5,1	2,3%
Caritas	46,2	21,5%
Diakonie	62,0	28,8%
DPWV	20,1	9,3%
kommunal	48,1	22,3%
Trägergemeinschaft Caritas/Diakonie	27,2	12,6%
Sonstige Trägergemeinschaft	6,8	3,2%
	215,4	100,0%

**Tabelle 4: Stellenanteile der Verbände**

In dieser Grafik lässt sich die Verteilung der 215,4 Vollzeitstellen analog der oben beschriebenen Trägerstruktur noch einmal aus einem anderen Blickwinkel nachvollziehen. Gleichzeitig wird deutlich, dass den 19 746 Klienten und Klientinnen mittlerweile insgesamt 347 Beschäftigte in unterschiedlichen Funktionen zur Verfügung standen, die sich auf folgende Berufsgruppen aufteilten:

Beschäftigte Personen	Anzahl Mitarbeiter	Stellen- umfang in %	100% Stellen	Anteil der Berufsgruppe
Sozialarb. / Sozialpäd.	247	15.570	155,70	72,3%
Pflegefachkräfte	16	1.225	12,25	5,7%
Psychologen/innen	8	502	5,02	2,3%
sonstige Fachkräfte	21	1.465	14,65	6,8%
Verwaltungskräfte	41	1.889	18,89	8,8%
Sonstige	14	885	8,85	4,1%
<b>Beschäftigte insgesamt</b>	<b>347</b>	<b>21.536</b>	<b>215,4</b>	<b>100,0%</b>
<b>Fachkräfte insgesamt</b>	<b>292</b>	<b>18.762</b>	<b>187,6</b>	<b>87,1%</b>

**Tabelle 5: Beschäftigte Personen in den einzelnen Berufsgruppen**

Innerhalb der insgesamt 292 Fachkräfte (gegenüber 271 in 2007) stellen Sozialarbeiter/innen/Sozialpädagogen/innen wie bereits in den Vorjahren mit annähernd drei Viertel aller Mitarbeitenden die größte Berufsgruppe dar, während lediglich 8 Psychologen/innen innerhalb der SpDi in die Versorgung der Betroffenen involviert waren; damit hat sich die Relation zwischen den sozialpädagogischen Fachkräften sowie den Psychologen/innen ein weiteres Mal zugunsten der Sozialpädagogen/innen verschoben, welche in 2007 bereits 69,2 % aller Beschäftigten ausmachten. Ist dies vermutlich auch

auf dem Hintergrund finanzieller Aspekte zu interpretieren, so kann diese Verteilung aber auch als Indiz für die hohe Kompetenz der sozialpädagogischen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gewertet werden, die - auf der Basis von Fortbildungen, Supervisionen und Interventionen - ein ebenso hohes wie wertgeschätztes Betreuungsniveau sicherstellen.

Mit 41 Verwaltungskräften, welche lediglich 9% innerhalb des gesamten Stellenpools repräsentieren, verfügen offensichtlich nicht alle der hier ausgewerteten 62 Sozialpsychiatrischen Dienste über eine Vollzeitstelle im Verwaltungsbereich; vermuteter Maßen verursachte die Fortführung einer ständig wachsenden Anzahl an SpDi in gemeinsamer Trägerschaft unter anderem auch diesen Synergieeffekt.

## 2.2 Leistungsbereiche der Sozialpsychiatrischen Dienste

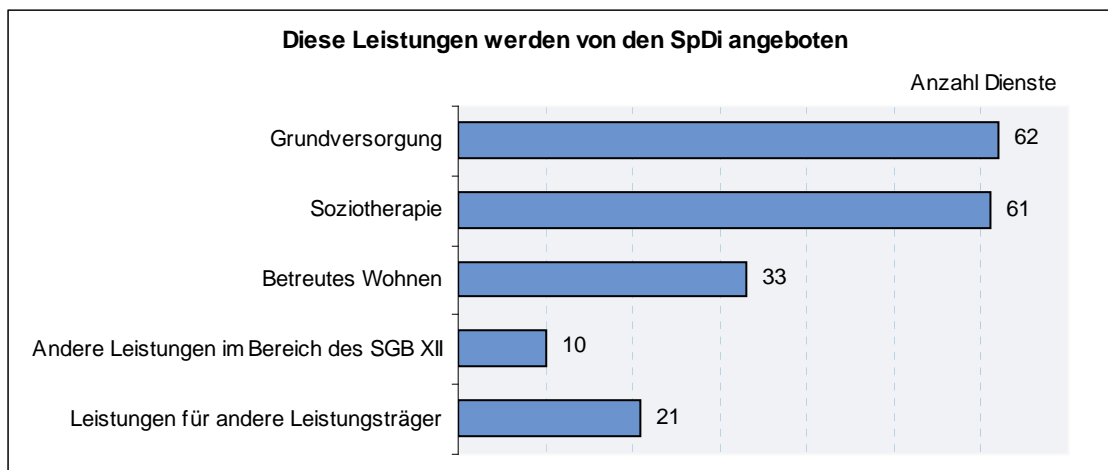


Abbildung 2: Leistungsbereiche der SpDi

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 Einzelfallfinanzierung erbracht werden.

Selbstverständlich gewährleisteten auch in 2008 alle beteiligten 62 SpDi ein Angebot der Grundversorgung für die Betroffenen, während erstmalig ein Sozialpsychiatrischer Dienst aufgrund des Fehlens von entsprechenden Verordnungen keinerlei soziotherapeutischen Leistungen erbrachte. Die Anzahl der Einrichtungen, die zusätzlich Betreutes Wohnen in eigener Regie zu ihrem Leistungsspektrum zählen, liegt mit nunmehr 33 Diensten – und damit mittlerweile mehr als der Hälfte aller erhobenen SpDi - wiederum höher als in 2007 und bestätigt damit eine seit einigen Jahren wahrnehmbare Tendenz; es ist offensichtlich, dass die Finanzierungsstruktur eines Sozialpsychiatrischen Dienstes sich immer weiter ausfächern muss, um die faktischen Kürzungen im Bereich der Regelleistungen zu kompensieren. In diesem Zusammenhang darf sicherlich mit Stolz darauf hingewiesen werden, dass trotz diesen Trends bislang eine ungünstige Entwick-

lung zu Lasten der Grundversorgung von chronisch psychisch kranken Menschen vermieden werden konnte.

Im Kontext von SGB XII engagierte sich ebenfalls eine leicht gestiegene Zahl der SpDi, wie auch die 21 Dienste, die Leistungen für andere Leistungsträger wie beispielsweise die Psychiatrischen Institutsambulanzen erbringen, einen relevanten Zuwachs gegenüber 2006 (16 Dienste) und 2007 (18 Dienste) darstellen. 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:

### 2.3 Frauenanteil in den Leistungsbereichen<sup>4</sup>

Fallzahlen in den Leistungsbereichen	Frauen	Frauenanteil
Grundversorgung	10.273	57,82%
Soziotherapie	1.069	59,75%
Betreutes Wohnen	226	55,53%
Andere Leistungen	343	60,92%
<b>Gesamt</b>	<b>11.911</b>	<b>58,03%</b>

**Tabelle 6: Frauenanteil in den Leistungsbereichen**

Wie bereits in 2006 und 2007 wurden auch im Berichtszeitraum 2008 wesentliche Daten geschlechterdifferenziert abgefragt und damit eine klares Bild darüber ermöglicht, wie sich die Relation von Frauen und Männern in Bezug auf die Gesamtpopulation der SpDi darstellt; in der Auswertung können so wesentliche Erkenntnisse bezüglich des Nutzungsverhaltens sowie der unterschiedlichen Bedarfslagen der psychisch kranken Männer und Frauen gewonnen werden. Damit wird gemäß den Forderungen insbesondere der Europäischen Union, aber auch vieler Kommunen nach „gedenderten Datenlagen“ nicht nur ein differenzierter Blick auf geschlechtsspezifische Lebenswelten ermöglicht, sondern in der Folge sukzessive auch die weitere Differenzierung der Angebote auf der Basis der erhobenen Befunde. Dass dies auch in unserer heutigen, vermeintlich gleichberechtigten Gesellschaft als eine der zentralen Aufgaben innerhalb der Versorgungslandschaft verstanden werden muss, mag folgende Analyse verdeutlichen:

„Psychische Krisen sind nicht unbedingt harte medizinische Fakten, sie ragen immer auch in die jeweiligen kulturellen Orientierungen, die Lebensgestaltung und den gesell-

<sup>4</sup> 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.

schaftlichen Kontext hinein. Es sind seelische Verletzungen, die nur im gesellschaftlichen Bezug zu verstehen sind. Man könnte ebenso gut formulieren, psychisch krank zu sein ist ein menschlicher Zustand, der als Reaktion oder "soziale Lebensform" verstanden werden kann. Und Lebenswelten für Frauen oder Männer sind in unserer Gesellschaft immer noch voneinander verschieden. Die Sozialisationsbedingungen, also die Erziehung, die Mädchen und Jungen zu Frauen und Männern werden lassen, sind weiterhin eklatant unterschiedlich. Und deshalb müssen sie Auswirkungen haben auf die Identitäten der Menschen und alle späteren Lebensorganisationen und Handlungsorientierungen<sup>5</sup>. Und: „Leider ist es immer noch nicht einfach, den Ort zu finden, an dem psychisch kranke Frauen in Belastungssituationen eine auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmte Hilfe erwarten und erfahren können. Orte der Zuflucht, der Geborgenheit, der schützenden Atmosphäre, auch mit Ansprech- und ZuwendungspartnerInnen, die den Hilfe suchenden Frauen "just in time" ein Angenommensein vermitteln, ein vertrauensvolles Einlassen ermöglichen und ein adäquates Hilfsangebot machen können. Für psychisch erkrankte Frauen ist es aber lebenswichtig, schon im Vorfeld einer Aktualisierung die Informationen zu erhalten, die sie zur Bewältigung ihres Krankheitseinbruchs benötigen. Von entscheidender Bedeutung ist es für sie zu wissen, wo Frauen welche Hilfen, wann und in welchem Umfang erwarten können, sobald sich eine Krise bei ihnen bemerkbar macht“<sup>6</sup>.

Die folgenden Zahlen bestätigen, dass ein geschlechterdifferenzierter Ansatz, wie er bereits in vielen Feldern der sozialen Arbeit als selbstverständlicher fachlicher Standard praktiziert wird, auch in den Sozialpsychiatrischen Diensten nicht vernachlässigt werden darf, denn: wie bereits im Vorjahr liegt auch in 2008 der Anteil der Frauen an der Gesamtzahl der betreuten Personen mit 58,03% (11 911 Personen) deutlich höher als der Anteil der männlichen psychisch Kranken, bei der Inanspruchnahme von einzelnen Leistungsbereichen wie Soziotherapie mit 59,75% sogar noch höher. Selbst im Betreuten Wohnen – in den Vorjahren ein eher gleichberechtigt besetztes Segment – machen die weiblichen Betroffenen mittlerweile mehr als 55% aller betreuten Personen aus.

Wenn man berücksichtigt, dass bei Frauen im Berichtszeitraum 2008 psychische Erkrankungen – nach Erkrankungen des Muskel-Skelett und des Atmungssystems – bereits an dritter Stelle aller Befunde mit einem neuerlich gestiegenen Anteil von 13,1 % (gegenüber noch 12,5% 2007) stehen (s. Gesundheitsreport der DAK 2009), muss die grundsätzliche Relation, wie sie sich in der Gesamtpopulation der SpDi darstellt, kaum verwundern. Insgesamt korrelieren die hier erhobenen Daten auch mit dem höheren Anteil an psychischen Erkrankungen bei Frauen in der Gesamtbevölkerung, wobei de-

---

<sup>5</sup> Wegweiser durch die psychiatrischen Hilfsangebote – spezifische Hilfen für Frauen. Psychiatrie-Verlag Bonn 2001, S. 9

<sup>6</sup> Ebd. S. 14

ren ebenfalls höhere Bereitschaft zur Inanspruchnahme von (sozial)psychiatrischer Unterstützung wohl den Befunden im somatischen Bereich entsprechen dürfte.

Da in der männlichen Bevölkerung psychische Erkrankungen mit einem Anteil von mittlerweile 8,7 % und damit dem vierten Rang unter allen Erkrankungen in 2008 ebenfalls einen beträchtlichen Stellenwert einnahmen, wäre zu überlegen, ob die Sozialpsychiatrischen Dienste ihrerseits ihre Angebote auf dem Hintergrund der hier nur kurz beschriebenen Befunde noch gezielter an den jeweiligen Morbiditätsrisiken bzw. den geschlechtsspezifischen Bewältigungsstrategien im Umgang mit (psychischen) Erkrankungen orientieren sollten.

## 2.4 Betreute Personen nach Leistungsbereichen

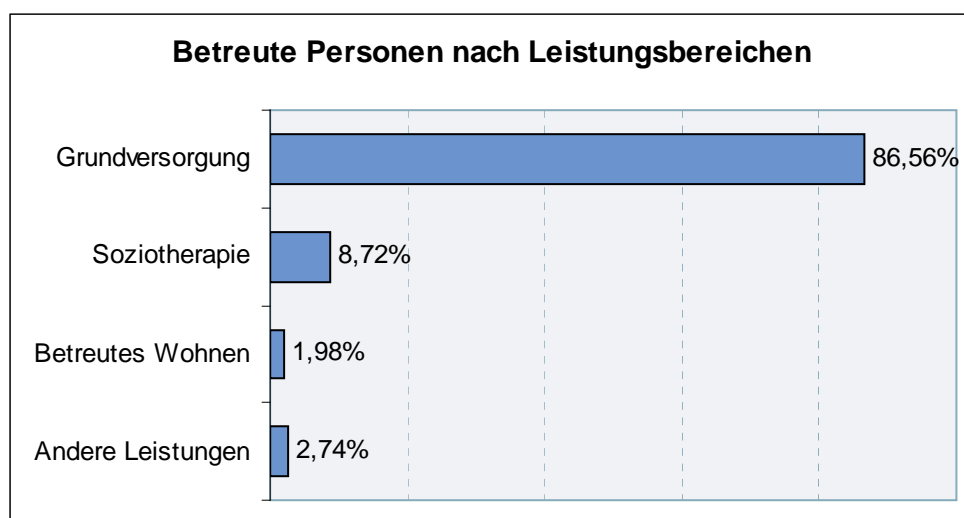
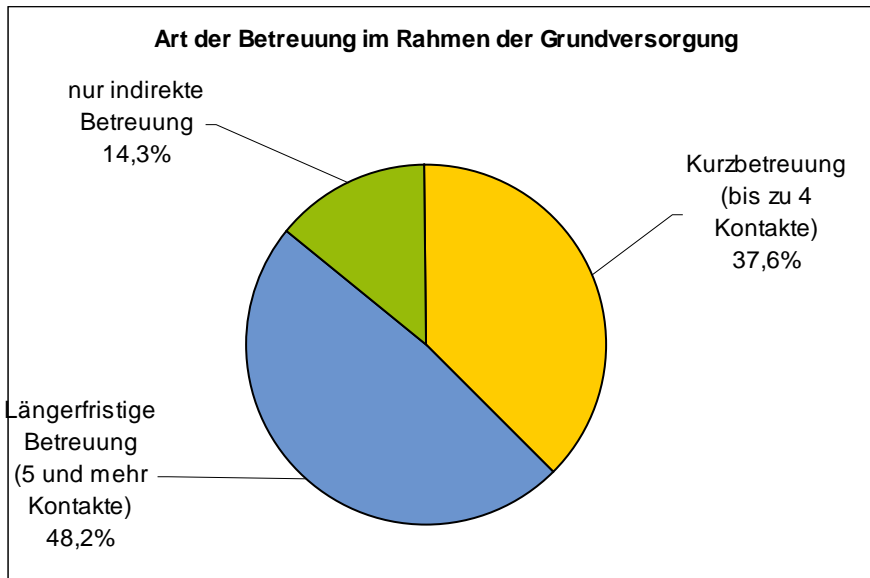


Abbildung 3: Betreute Personen nach Leistungsbereichen

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 erwartungsgemäß ab. Entsprechend den weiter oben bereits erörterten Befunden nahmen in 2008 nunmehr 86,56% aller Betroffenen Leistungen der Grundversorgung in Anspruch, was einem neuerlichen Zuwachs gegenüber 2007 um 1,06 % entspricht. Die restlichen 14,55% aller Klienten und Klientinnen der SpDi verteilen sich auf 3 weitere Leistungsbereiche, wobei die Soziotherapie mit insgesamt 8,72% zwar noch immer eine nicht unerhebliche Personenzahl erreicht, jedoch einen weiteren Rückgang gegenüber 2007 um 1,83 % zu verzeichnen hat. Damit bestätigt sich eindeutig die rückläufige Tendenz dieses Angebots, das bei dessen Implementierung zunächst eine wesentlich positivere, vor allem aber nachhaltigere Entwicklung zu nehmen versprach.

Somit bleibt die Relevanz der pauschalfinanzierten Leistungen gegenüber den einzelfallfinanzierten innerhalb des Finanzierungskontextes der sozialpsychiatrischen Diens-

te auch in 2008 evident. Eventuelle Erwartungen, dass sich aufgrund einer intensivierten Zusammenarbeit beispielsweise mit den PIAs nennenswerte Mittel zur Kompensation von gekürzten Pauschalfinanzierungen erschließen ließen, haben sich somit offensichtlich auch im aktuellen Berichtszeitraum nicht erfüllt.

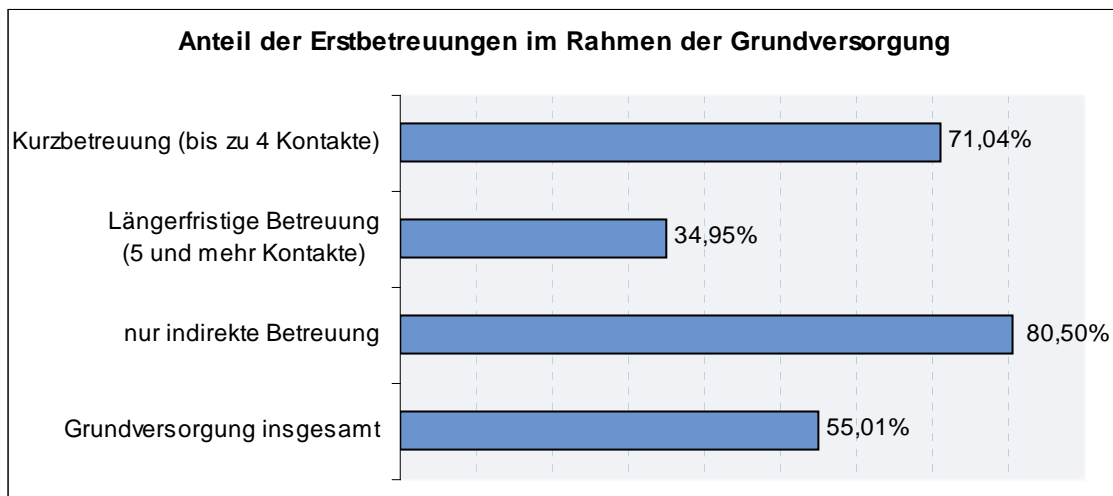


**Abbildung 4: Betreuung im Rahmen der Grundversorgung**

Die Verteilung der Kontaktfrequenzen im Rahmen der Grundversorgung variiert gegenüber der Erhebung 2007 nur marginal. Auch in 2008 konnten die sozialpsychiatrischen Dienste immerhin noch annähernd die Hälfte aller betroffenen Personen, nämlich 48,2%, längerfristig begleiten, d.h. mit mehr als 5 Kontakten; ein von den Klienten und Klientinnen insbesondere angesichts knapper Zeitressourcen sehr wertgeschätztes Angebot. 14,3% der Betroffenen wurde lediglich „indirekt“ betreut, also in Kontakten mit Dritten. Diese Zahl ist 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 auf die Fachkompetenz der Dienste angewiesen sind. Anmerkungen der Träger im Kontext der nicht standardisierten Fragen weisen im übrigen darauf hin, dass zunehmend mehr Gruppenangebote (Angehörigengruppen sowie Selbsthilfegruppen) die einzelfallbezogenen Angebote der SpDi ergänzen. Nach wie vor profitierten auch andere soziale Einrichtungen in der regionalen Versorgungslandschaft von der spezifischen Fachlichkeit der Dienste.

Etwas mehr als ein Drittel aller Klienten und Klientinnen schließlich (37,6%) wurde mit bis zu 4 Kontakten unterstützt und damit in ähnlicher Frequenz wie in den Vorjahren. Bezieht man die Ergebnisse der letztjährigen Auswertungen ein, kann an dieser Stelle dennoch bereits eine leichte Verschiebung zugunsten eines kurzfristigeren Betreuungssettings bestätigt werden.

## 2.5 Anteil der Erstbetreuungen im Rahmen der Grundversorgung



**Abbildung 5: Anteil der Erstbetreuungen im Rahmen der Grundversorgung**

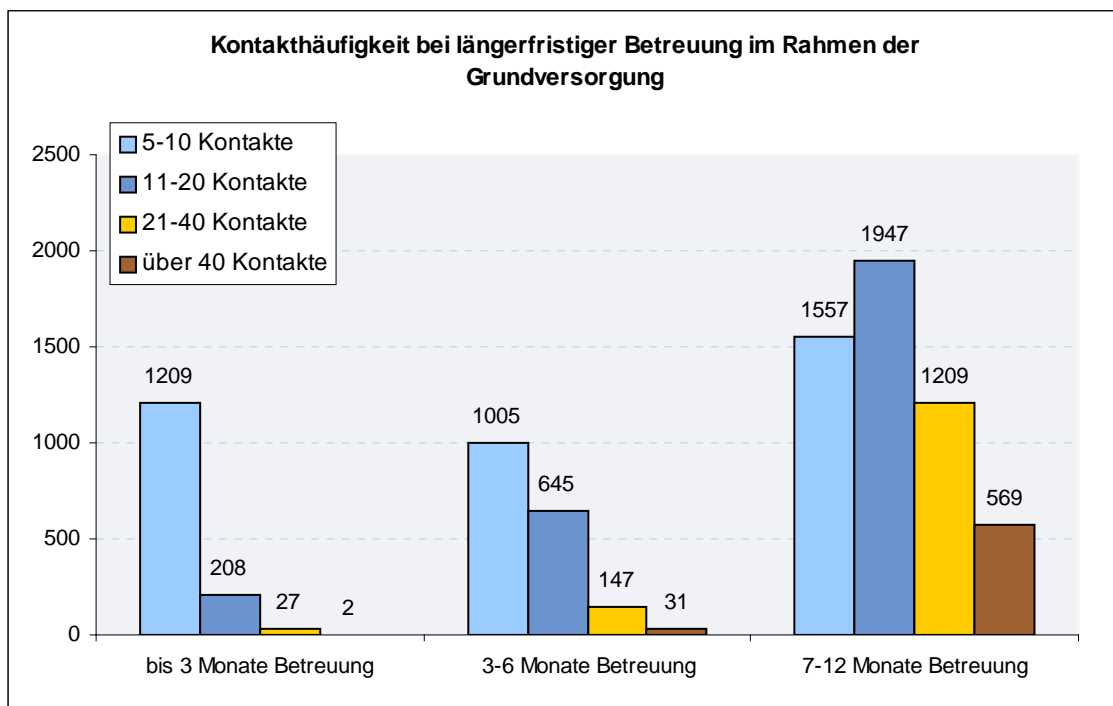
Mit weiterhin steigender Tendenz gelingt es den Sozialpsychiatrischen Diensten auch in 2008, neu auftretende Fälle mit ihrem zunächst sehr hohen Betreuungsbedarf – das waren immerhin 55% aller Klienten und Klientinnen im Kontext der Grundversorgung – zu integrieren und damit einen ebenso verlässlichen wie akut hilfreichen Rahmen zur Verfügung zu stellen.

Wie in den Vorjahren findet sich die größte Untergruppe der Erstbetreuungen, nämlich 80,50% unter den Erstkontakten mit indirekt betreuten Personen, also im Bereich von Interventionen ohne persönlichen Kontakt zur Indexperson. Immerhin 71,04% aller Erstberatungen und damit eine annähernd identische Zahl wie im Vorjahr konnten bereits nach maximal 4 Kontakten abgeschlossen werden, während interessanter Weise 34,95% der Erstberatungen (gegenüber 26,05% in 2007) in längerfristige Beratungen mit mehr als 5 Kontakten einmündeten. Wurde der Rückgang der längerfristigen Betreuung in 2007 noch als Indiz für eine notwendig gewordene, grundsätzliche Straffung der Kontaktfrequenzen gewertet, kann dies in der Auswertung der Zahlen des Jahres 2009 zumindest in Bezug auf die Versorgung der Erstauftritte nicht verifiziert werden.

Die doch extrem hohe Zahl an indirekten Kontakten legt die Vermutung nahe, dass weiterhin insbesondere Angehörige von chronisch psychisch Kranken aufgrund der Kombination von psychischen Erkrankungen und prekären wirtschaftlichen und beruflichen Verhältnissen der Betroffenen ihrerseits ebenfalls professionelle Unterstützung einfordern – angesichts einer oft lebenslangen ideellen wie materiellen Inanspruchnahme kaum verwunderlich. Die ständig steigenden Fallzahlen in den Sozialpsychiatrischen Diensten spiegeln darüber hinaus sicherlich gesamtgesellschaftliche, insbesondere wirtschaftliche Entwicklungen wider, welche auf einen vulnerablen Personenkreis

noch einmal andere Auswirkungen haben als auf Menschen, die in Krisenzeiten auf größere Resilienzen zurückgreifen können. Hier bewährt sich ganz besonders das niedrigschwellig und vor allem akut verfügbare Angebot der Sozialpsychiatrischen Dienste, die im Rahmen ihres ausdifferenzierten Betreuungssettings gezielt auf unterschiedliche Anforderungen zu reagieren vermögen.

## 2.6 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 1557 der immerhin 3789 Personen in dieser Kategorie interessanter Weise auf einen Zeitraum von bis zu einem Jahr erstreckte; allerdings verteilten 1209 Menschen ihre bis zu 10 Kontakte auf einen Zeitraum von lediglich 3 Monaten. Die größte Einzelgruppe (1947 Personen) nahm wie schon im Vorjahr 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 Kontaktsetting aufweisen, befanden sich im Berichtsjahr insgesamt 600 Menschen und damit eine gegenüber dem Vorjahr ähnlich große Population; davon nutzte die überwiegende Mehrzahl, nämlich 569 Personen, ihre Kontakte im Verlauf des gesamten Jahres. Immerhin haben 31 Personen (23 Personen in 2007) ihre über 40 Kontakte mit den Mitarbeitenden der sozialpsychiatrischen Dienste auf einen Zeitraum von unter 6 Monaten, 2 Personen gar auf einen Zeitraum von unter 3 Monaten verteilt. Eine derartig hohe Kontaktdichte lässt sich sicherlich als Indiz für notwendig gewordene Kriseninterventionen bzw. die in der Regel zeitintensive Vorbereitung von anstehenden substanziellen Wechseln bei den Versorgungsleistungen deuten.

	5-10 Kontakte	11-20 Kontakte	21-40 Kontakte	über 40 Kontakte	Summe
<b>bis 3 Monate Betreuung</b>	14,1%	2,4%	0,3%	0,0%	<b>16,9%</b>
<b>3-6 Monate Betreuung</b>	11,7%	7,5%	1,7%	0,4%	<b>21,4%</b>
<b>7-12 Monate Betreuung</b>	18,2%	22,8%	14,1%	6,7%	<b>61,7%</b>
<b>Summe</b>	<b>44,1%</b>	<b>32,7%</b>	<b>16,2%</b>	<b>7,0%</b>	<b>100,0%</b>

**Tabelle 7: Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit in der Grundversorgung**

In Prozenten ausgedrückt nahmen demnach 44,1% aller Personen und damit ein gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegener Prozentsatz, 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 7,0%, eine gegenüber dem Vorjahr wiederum leicht rückläufige Zahl, nutzten das Angebot in über 40 Kontakten, die sich allerdings mehrheitlich ebenfalls auf eine Betreuungsphase von 6 bis 12 Monaten verteilten. Knapp ein Drittel (32,7%) pendelte sich bei einer mittleren Kontaktfrequenz von 11 bis 20 Kontakten ein, auch diese über das gesamte Jahr verteilt.

Somit suchte auch in 2008 die überwiegende Mehrzahl der Klienten und Klientinnen, nämlich 61,7%, ihren SpDi während des gesamten Berichtszeitraums auf und blieb damit in einem kontinuierlichen Betreuungsverhältnis, sicherlich im Zusammenhang mit der Dynamik von chronifizierten psychiatrischen Erkrankungen leicht nachvollziehbar.

Die Grafik verdeutlicht, 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 somit als adäquate Reaktion auf die je individuellen Bedarfe zu bewerten sind. Es zählt wohl unbestritten 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. Dennoch

bestätigt sich hier die bereits im letzten Jahr beobachtete Tendenz zugunsten einer eher niederfrequenten Kontaktvariante.

### Beendigungen der längerfristigen Grundversorgung

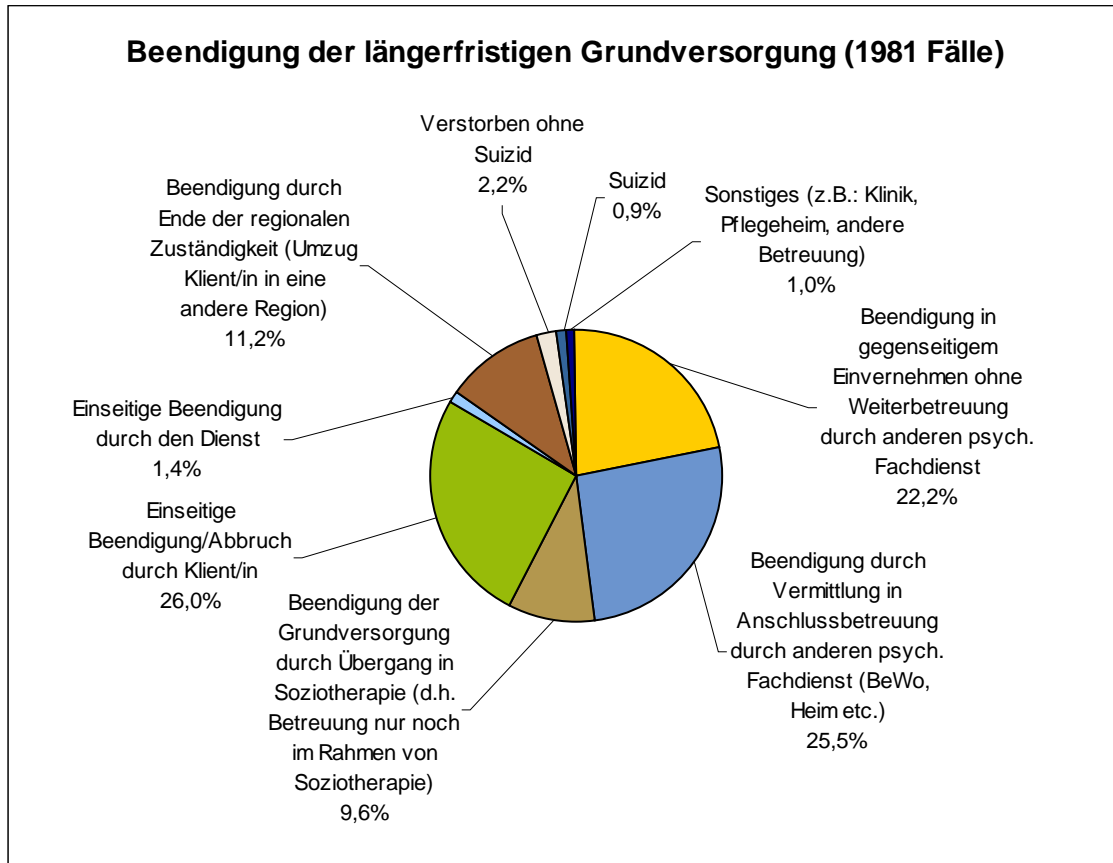


Abbildung 7: Beendigung der längerfristigen Grundversorgung

Die in 2008 erhobenen Zahlen unterscheiden sich von der Datenlage des Vorjahres nur unwesentlich, sieht man einmal von der bemerkenswert rückläufigen Zahl der Überweisung in Soziotherapie (9,6 % gegenüber noch 13,6% in 2007) ab. Mit lediglich 1,4% fällt die einseitige Beendigung der längerfristigen Grundversorgung durch den sozialpsychiatrischen Dienst selbst noch geringfügiger aus als in den Vorjahren. Die relativ größte Gruppe der insgesamt 1981 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 25,5% aller Fälle wurde das Vorjahresergebnis in diesem Segment leicht übertroffen. Addiert man diejenigen Personen hinzu, deren Grundversorgung aufgrund des Übergangs in Soziotherapie beendet wurde (9,6%), so umfasste die Überweisung in andere Maßnahmen immerhin mit 35,1% aller Klienten und Klientinnen mehr als ein Drittel der Betroffenen.

Damit erweisen sich die sozialpsychiatrischen Dienste auch im Berichtszeitraum wiederum als wirksame Clearing-Stelle mit der Kompetenz, für ihre Klienten und Klientin-

nen das jeweils optimale Angebot zu erschließen. Die Anzahl der Überweisungen in andere Versorgungskontexte ist allerdings auch in dem Sinne bemerkenswert, als dass dies in der Regel eine hohe Arbeitsintensität mit sich bringt, die sich beispielsweise in der Kommunikation mit anderen Einrichtungen, Verhandlungen mit unterschiedlichen Kostenträgern sowie der Integration von neuen Bezugspersonen in das individuelle Betreuungsnetzwerk ausdrückt. Dennoch 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 2008 immerhin 26% (25,1% in 2006) aller Betroffenen den Kontakt zu „ihrem“ Sozialpsychiatrischen Dienst auf eigenen Wunsch und keineswegs immer im Konsens mit den BeraterInnen beendeten, muss nicht verwundern, wenn man die Ambivalenz in Rechnung stellt, die der Inanspruchnahme von Hilfe grundsätzlich inne wohnt. Grundsätzlich heißt es jedoch, diese Entscheidung auf der Basis einer eindeutigen, ethisch basierten Haltung zu respektieren, denn:

„Für psychiatrieerfahrene Menschen und alle anderen, die es noch werden können, gilt: Ich darf wollen, was ich will. Ich muss es sogar. Sonst werde ich kein Mensch, der sich ernst nehmen kann und dadurch auch von anderen ernst genommen wird“<sup>7</sup>.

Wenn auch die Datenlage aufgrund der Fragestellungen keinen eindeutigen Nachweis dafür erbringt, dass sich hinter den im Jahr 2008 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 im Anschluss an eine stabile Episode dies neuerlich ratsam werden lässt.

In 3,1% aller Fälle wurde die Betreuung durch den Tod der Ratsuchenden beendet, davon 0,9% durch Suizid; das sind immerhin nahezu 18 Personen. 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 allerdings immerhin 22,2% aller Betroffenen die Betreuung und damit ein Stück gemeinsamen Weges im Einverständnis mit ihren Beratern und Beraterinnen beenden konnte, so trägt auch dieser Umstand zu einer überaus positiven Bilanz der Wirksamkeit von Sozialpsychiatrischen Diensten in Baden-Württemberg bei.

---

<sup>7</sup> Carola von Looz; Fremdbestimmt? Selbstbestimmt? Bearbeitete Fassung ihres Vortrags gehalten auf der DGSP Jahrestagung in Leipzig 2008. In: Soziale Psychiatrie 2/2009

### 3 Soziodemografische Daten

Erstmalig in 2006 konnte die freiwillige Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg auf eine 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. Da in 2008 ebenfalls alle 62 befragten Dienste wesentliche soziodemografischen Daten der Betroffenen geschlechtsspezifisch erhoben haben, können im Folgenden nun differenzierte Aussagen in Bezug auf insgesamt 9 402 Personen, die sich in längerfristigen Betreuungsverhältnissen befanden, getroffen werden:

#### 3.1 Gesamtzahl

	Frauen	Männer	ohne Geschlechtsangabe	Gesamt	Frauenquote
<b>Gesamtzahl der Soziodemografisch erfassten Klienten</b>				9.655	
<b>Mittelwert bei den geschlechtsspezifisch erhobenen Daten</b>	5.595	3.807	253	9.655	59,5%

**Tabelle 8: Soziodemografisch erfasste Klienten**

Insgesamt wurden in 2008 soziodemografische Daten von 9 655 Personen ermittelt, davon lediglich 253 ohne Geschlechtsangabe. Wie bereits weiter oben erwähnt, zeichnet sich der höhere Anteil an weiblichen Betroffenen in den SpDi auch in der Quote der geschlechtsspezifisch erhobenen Daten ab, der sich auf nahezu Zweidrittel der Gesamtpopulation erstreckt. Dieses Ergebnis korreliert 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“<sup>8</sup>.

#### 3.2 Familienstand

Über die Hälfte aller KlientInnen (51,02%) ist ledig; addiert man die geschiedenen, verwitweten und getrennt lebenden Personen hinzu, so stehen den 81,88% nicht verheirateten Kranken lediglich 15,96% 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 2005 immerhin 48,0% Verheiratete gezählt wurden<sup>9</sup>. 21,17% geschiedene Personen unter den SpDi-NutzerInnen gegenüber nur

<sup>8</sup> Prof.Hans-Ulrich Wittchen, anlässlich des 1.Deutschen Präventionskongresses, Dresden am 1. Dezember 2005

<sup>9</sup> Quelle: Landesamt für Statistik Baden-Württemberg, Stuttgart 2007

6,7% in der Gesamtbevölkerung in Baden-Württemberg legen im Übrigen die Schlussfolgerung nahe, dass das Auftreten einer psychischen Erkrankung das Scheidungsrisiko erheblich steigern dürfte. Den 51,2% Ledigen hingegen standen 2005 40,2% ledige Personen und damit lediglich 11% weniger unverheiratete Personen in der Gesamtbevölkerung gegenüber.

<b>Familienstand</b>		
	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
<b>ledig</b>	4.926	51,02%
<b>verwitwet</b>	556	5,76%
<b>geschieden</b>	2.044	21,17%
<b>verheiratet</b>	1.541	15,96%
<b>getrennt</b>	379	3,93%
<b>unbekannt</b>	208	2,15%
<b>sonstiges</b>	1	0,01%
<b>Summe</b>	<b>9.655</b>	<b>100%</b>

Tabelle 9: Familienstand

### 3.3 Lebensverhältnisse

<b>Lebensverhältnisse</b>		
	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
<b>lebt allein</b>	5.239	54,26%
<b>lebt mit (Ehe)partnerIn</b>	1.803	18,67%
<b>lebt in betreuter Wohnform</b>	327	3,39%
<b>lebt mit Eltern / Kindern / Verwandten</b>	1.935	20,04%
<b>lebt in privater Wohngemeinschaft</b>	217	2,25%
<b>Lebensverhältnisse unbekannt</b>	94	0,97%
<b>sonstiges</b>	40	0,41%
<b>Summe</b>	<b>9.655</b>	<b>100%</b>

Tabelle 10: Lebensverhältnisse

In Ergänzung zu Tabelle 9 zeigt sich nun, dass etwas mehr als die Hälfte der Betroffenen allein lebt; immerhin sind offensichtlich jedoch nicht alle, deren Familienstand sie als allein stehend ausgewiesen hatte, auch in ihrer Wohnsituation sich selbst überlassen, sondern verfügen im familiären Kontext (20,04%) oder in privaten Wohngemeinschaften über die Möglichkeit zur regelmäßigen Kontaktaufnahme mit nicht-professionellen Bezugspersonen. Insgesamt 18,67% leben mit ihren (Ehe)partnerInnen in einem gemeinsamen Haushalt.

Mit 3,39% aller Betroffenen findet sich eine relativ kleine Teilgruppe in professionell betreuten Wohnverhältnissen wieder; ob dies der Tatsache geschuldet ist, dass diese Versorgungsform bei Kostenträgern als relativ kostenintensiv seltener befürwortet wird oder der tatsächlichen Präferenz von privaten Lebenszusammenhängen zuzuschreiben ist, kann an dieser Stelle nicht hinreichend beantwortet werden

### 3.4 Finanzielle Situation

<b>Finanzielle Situation</b>		
	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
<b>Unterhalt durch den Ehepartner</b>	624	6,46%
<b>Erwerbs- / Berufstätigkeit</b>	809	8,38%
<b>Gelegenheitsarbeiten</b>	68	0,70%
<b>Unterhalt durch die Familie</b>	407	4,22%
<b>Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente</b>	2.969	30,75%
<b>ALG I</b>	154	1,60%
<b>ALG II</b>	1.888	19,55%
<b>Krankengeld</b>	261	2,70%
<b>Altersrente / Pension / Witwenrente</b>	871	9,02%
<b>Grundsicherung nach SGB XII</b>	940	9,74%
<b>Eigenes Vermögen / Ersparnisse</b>	134	1,39%
<b>Übergangsgeld</b>	90	0,93%
<b>WfbM</b>	135	1,40%
<b>Unbekannt</b>	259	2,68%
<b>Sonstiges</b>	46	0,48%
<b>Summe</b>	<b>9.655</b>	<b>100%</b>

Tabelle 11: Finanzielle Situation

In 2008 konnten lediglich 8,38% der Betroffenen (gegenüber 7,63% in 2007 und noch 11,22% in 2006) ihren Lebensunterhalt durch eigene Berufstätigkeit bestreiten; zusätzlich war weniger als 1% und damit eine vernachlässigbare Zahl mit Gelegenheitsarbeiten beschäftigt. Insbesondere in Bezug auf ihre berufliche Integration unterscheiden sich die Klienten und Klientinnen der SpDi damit dramatisch von der Gesamtbevölkerung in Baden-Württemberg, die 2005 bei Männern eine Erwerbsquote von 83,0% und bei Frauen eine entsprechende Beteiligung am Erwerbsleben von 68% aufwies<sup>10</sup>.

Alle anderen hier erfassten Personen sind entweder auf familiäre Unterstützung oder auf unterschiedliche staatliche Transferleistungen angewiesen, wobei die Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrente mit 30,75% an erster Stelle steht und damit auch ein zukünftiges Erwerbseinkommen in der Regel definitiv auszuschließen ist.

Immerhin 21,15% der Betroffenen befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung im Bezug von Arbeitslosengeld I oder II und haben demnach eine längere oder kürzere Phase der Erwerbstätigkeit hinter sich. Insgesamt ist jedoch festzuhalten, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen kaum Chancen auf eine dauerhafte Integration in den 1. Arbeitsmarkt aufweisen, selbst wenn ihre grundsätzliche Erwerbsfähigkeit (noch) nicht in Frage gestellt wurde und sie nach wie vor dem Rechtskreis von SGB II und III zugeordnet werden. Dass lediglich 9,02% aller erhobenen Fälle in 2008 über eine Altersrente oder Pension verfügten, ist als weiteres Indiz für die noch immer kaum gelingende berufliche Integration von psychisch kranken Menschen zu werten und wirft ein bedenkliches Licht auf die faktische Abhängigkeit der Betroffenen (mit all ihren - nicht immer willkommenen - Implikationen) von staatlichen Transferleistungen sowie der Unterstützung durch Angehörige auch und gerade im Alter.

"Arm sein in Deutschland" bedeutet nicht immer, unter existenzieller Not zu leiden, sondern kann in erster Linie als eine Mangel an Chancen definiert werden: Chancen auf Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, auf Bildung und - wie ausführlich im folgenden beschrieben - auf Arbeit - die ja in der Regel den Zugang zu all diesen Chancen verschafft. Diesen Teufelskreis zeigt u.a. auch der Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung "Lebenslagen in Deutschland" eindrucksvoll auf, dessen Grundaussage lautet: „Armut heißt, dass Mittel zur Lebensgestaltung fehlen“. Dies betrifft insbesondere auch chronisch psychisch kranke Menschen, die sehr häufig beispielsweise auf kostenlose Freizeitangebote angewiesen sind.

Insbesondere Maria Jahoda<sup>11</sup>, eine der renommiertesten Forscherinnen über die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit, hat in ihrer Beschreibung der manifesten und latenten Funktionen von Erwerbsarbeit wesentliche Hinweise auf die Prozesse geliefert, durch welche Arbeitslosigkeit die psychische Stabilität von an sich gesunden Menschen un-

---

<sup>10</sup> Ebd.

<sup>11</sup> S. beispielsweise Jahoda, M (1980): Psychische Auswirkungen der Arbeitslosigkeit. Sozialwissenschaftliche Informationen für Unterricht und Studium 9, 54 – 60, sowie eine Fülle von weiteren Veröffentlichungen derselben Autorin

tergräbt; es darf wohl vermutet werden, dass sich diese Prozesse auf bereits psychisch erkrankte Personen sicherlich ebenfalls auswirken werden.

Neben den manifesten Funktionen der Erwerbsarbeit wie Einkommenssicherung oder die Produktion von Gütern und Dienstleistungen sind es nach ihrer Beobachtung die latenten Funktionen, welche einen enormen Einfluss auf die psychische Befindlichkeit der Betroffenen haben, von denen Jahoda insgesamt 5 identifiziert: es ist dies zunächst die „Tatsache, dass eine Arbeitstätigkeit dem Tag eine *Zeitstruktur* aufprägt. Zum zweiten schafft Erwerbstätigkeit regelmäßige *gemeinsame Erfahrungen* und *Kontakte* mit anderen Menschen außerhalb der Familie. Drittens bringt die Erwerbstätigkeit den einzelnen mit *Zielen und Zwecken in Verbindung, die über seinen persönlichen Rahmen hinausgehen*. Viertens werden durch die Erwerbstätigkeit Aspekte des *sozialen Status und der Identität* festgelegt. Schließlich erzwingt Erwerbstätigkeit *Aktivität*“<sup>12</sup>.

Für Jahoda entwickelt sich Arbeitslosigkeit so zum Negativbild der Erwerbsarbeit, da arbeitslosen Menschen der Zugang zu deren zentralen Erfahrungskategorien verwehrt bleibe und in der Folge davon eine psychische Verarmung, also ein deprivierter Zustand auftrete. Wenn auch die exklusive Koppelung dieser Erfahrungskategorien an die (Erwerbs)arbeit mittlerweile umstritten ist, negiert sie doch das Potenzial, das grundsätzlich in jedweder *sinnstiftenden* Tätigkeit auch außerhalb der Erwerbsarbeit zu vermuten ist, so lässt sich sicherlich kaum bezweifeln, dass der Lebensalltag von arbeitslosen Menschen durch das Fehlen wichtiger Erfahrungen und Anregungen geprägt wird.

Psychische Erkrankungen sind selbstverständlich nicht in einen eindeutigen Kausalkontext mit dem Verlust des Arbeitsplatzes oder dem a priori verwehrten Zugang zum Arbeitsmarkt zu stellen; es muss an dieser Stelle sicher zu Recht auch auf die wachsende Zahl von psychischen Erkrankungen hingewiesen werden, welche geradezu als *Folge* von überfordernden, prekären und ungesunden Arbeitsverhältnissen auftreten. Dennoch ist trotz aller berechtigten Einwände unbestritten, dass eine dauerhafte Ausgrenzung aus dem Erwerbssystem zwangsläufig auch das Risiko einer *sozialen* Exklusion und damit auch das Risiko, hierauf mit deutlichen Störungen der psychischen Befindlichkeit zu reagieren, signifikant erhöht.

Unterdessen beginnen sich jedoch innerhalb des Versorgungssystems für psychisch kranke Menschen Maßnahmen zur Förderung von deren Teilhabe am Arbeitsleben dauerhaft und sehr erfolgreich zu etablieren, wie sie von den Mitarbeitenden der Integrationsfachdienste angeregt und dann beispielsweise von gemeinnützigen Bildungsträgern durchgeführt werden. „Diese Maßnahmen sind grundsätzlich auf die Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt ausgerichtet. Sie sind regelhaft als ambulante Maßnahmen konzipiert und durch die dezentrale Organisation gemeindenah. Die Wohnung, das soziale Netz und die ärztlichen sowie nichtärztlichen therapeutischen Beziehungen

---

<sup>12</sup> Jahoda zit. nach Wacker, A.(2000): Arbeitslosigkeit aus sozialpsychologischer Perspektive. Vortrag Friedewald März 2000.

bleiben für die Klienten stabil. ... Es bestehen Vernetzungen mit anderen gemeindepsychiatrischen Angeboten oder diese sind in derselben Hand, sodass viele Klienten die Förderung zur Teilhabe am Arbeitsleben in ihrer "psychosozialen Heimat" in Anspruch nehmen können und die Kontinuität (therapeutischer) Beziehungen gewahrt werden kann<sup>13</sup>.

Eine ähnliche, zunehmend wichtige Funktion erfüllen Integrationsbetriebe, von denen Mitte 2007 bereits 560 in Deutschland existierten: „Integrationsunternehmen bieten reguläre Arbeitsplätze zu regulären Bedingungen: ortsüblicher oder Tariflohn, sozialversicherungspflichtige Beschäftigung und (wenn möglich) Dauerarbeitsverhältnisse. Die Geschäftsfelder sind vielfältig. Industrielle Produktion, Dienstleistungen, Einzelhandel, Gastronomie und viele andere gehören hierzu. Damit der nicht selten hohe Arbeits- und Termindruck bewältigt werden kann, sind mindestens die Hälfte der Mitarbeiter Menschen ohne Behinderung. Bei den Rechten und Pflichten der Beschäftigten gibt es keine Unterschiede. Es gibt gleiches Geld für gleiche Arbeit, Vorgesetzte und Führungskräfte können Menschen mit und ohne Behinderung sein. Entsprechend sind auch die Erwartungen an den Einzelnen – besondere Schonräume sind nicht vorhanden. Allerdings werden der Betrieb und die Arbeit so organisiert, dass Einschränkungen, die sich aus einer Behinderung ergeben, berücksichtigt werden. Über allem steht die Leitlinie, dass im Betrieb human und solidarisch miteinander umgegangen wird“<sup>14</sup>

### 3.5 Verteilung der Altersgruppen

Verteilung der Altersgruppen						
	Frauen	Männer	ohne Geschlechtsangabe	gesamt	Frauenanteil bezogen auf die Altersgruppe	Anteil der Altersgruppe
18-27 Jahre	404	418	36	858	47,1%	8,9%
28-40 Jahre	1.149	988	41	2.178	52,8%	22,6%
41-60 Jahre	3.044	1.989	139	5.172	58,9%	53,6%
über 60 Jahre	924	388	36	1.348	68,5%	14,0%
unbekannt	58	41	0	99	58,6%	1,0%
<b>Summe</b>	<b>5.579</b>	<b>3.824</b>	<b>252</b>	<b>9.655</b>	<b>57,8%</b>	<b>100,0%</b>

**Tabelle 12: Verteilung der Altersgruppen**

Wie bereits in den Vorjahren war die größte Teilmenge aller KlientInnen (53,6%) zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen 41 und 60 Jahren alt und befand sich damit im so

<sup>13</sup> S. [www.psychiatrie.de](http://www.psychiatrie.de)

<sup>14</sup> Ebd.

genannten mittleren Alterssegment. Dieser Befund korreliert exakt mit den Erhebungen des DAK Gesundheitsreports 2007, demnach der Anteil am Gesamtkrankenstand der psychischen Störungen kontinuierlich auf 11,9% unter den 40 – 44Jährigen ansteigt und damit sein höchstes Niveau in diesem Alterssegment erreicht<sup>15</sup>.

In der Gruppe der über 60jährigen, die mit 14,0% lediglich eine (noch) geringfügige Steigerung gegenüber dem Vorjahr aufweist und die damit die zweitkleinste Teilmenge der KlientInnen ausmacht, liegt der Frauenanteil mit mehr als zwei Dritteln aller Betroffenen (68,5%) ebenso signifikant wie unerklärlich hoch; mögliche Erklärungsansätze wären auf der Grundlage des vorliegenden Erhebungsdesigns allerdings auch nicht zu plausibilisieren.

Lediglich die jüngste Zielgruppe umfasst geringfügig mehr männliche als weibliche Ratsuchende.

Gleichzeitig stellt das Segment der 18 – 27jährigen mit noch immer lediglich 8,9% aller Betroffenen (gegenüber 9,5% in 2007) 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 Entwicklung und Sozialisation – nämlich in der Kindheit und Adoleszenz“ manifestiert<sup>16</sup>, erscheint es nahe liegend, 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“<sup>17</sup>. Bezieht man zusätzlich die Befunde mit ein, nach denen „Unterbehandlung besonders häufig bei **Kindern und jungen Erwachsenen**, bei Angst-

---

<sup>15</sup> DAK Gesundheitsreport, 2008, S. 42.: „Ab dem 45. Lebensjahr nimmt die relative Bedeutung psychischer Erkrankungen dann wieder ab. Ihr Anteil liegt bei den über 60jährigen nur noch bei 8,5%. Möglicherweise hängt dieser Verlauf mit der vielfach in der Lebensmitte beobachteten Häufung von Krisen und Konflikten, der so genannten Midlife-Crisis, zusammen“.

<sup>16</sup> Wittchen, ebd.

<sup>17</sup> ebd.

störungen und Substanzstörungen zu beobachten ist“<sup>18</sup>, erscheint dies Anliegen umso bedeutsamer.

### 3.6 Diagnosen

Psychiatrische Hauptdiagnose					
	Frauen	Männer	ohne Geschlechts- angabe	gesamt	Prozent
Organische Psychosen einschl. symptomatischer psychischer Störungen	60	83	1	144	1,5%
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (z.B. Sucht)	74	157	0	231	2,4%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (z.B. schizophrene Psychose)	2.391	1.938	98	4.427	45,9%
Affektive Störungen (z.B. Depression, Manie)	1.649	817	90	2.556	26,5%
Neurotische Belastungs- und somatoforme Störung	238	154	23	415	4,3%
Verhaltensauffälligkeit mit körperlicher Störung (z.B. Essstörung)	82	25	0	107	1,1%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (z.B. Borderline-Persönlichkeit)	675	280	22	977	10,1%
Intelligenzminderung	32	35	1	68	0,7%
Nicht näher bezeichnete psychische Störung	74	51	1	126	1,3%
Andere Psychische Störung	54	51	3	108	1,1%
Nichtpsychische Störung	19	7	1	27	0,3%
Unklare Diagnoseformulierungen	63	45	5	113	1,2%
Unbekannt / Ärztliche Diagnose nicht vorhanden	200	147	9	356	3,7%
<b>Summe</b>	<b>5.611</b>	<b>3.790</b>	<b>254</b>	<b>9.655</b>	<b>100,0%</b>

**Tabelle 13: Diagnosen**

Mit 45,9% bilden die Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises die mit Abstand größte (und gegenüber dem Vorjahr noch einmal gestiegene) Einzeldiagnose, gefolgt von affektiven Störungen (z.B. Depressionen), an denen immerhin mehr als ein Viertel der Betroffenen leiden; darunter finden sich mehr als doppelt so viele Frauen wie Männer, sodass hier wohl von einer frauenspezifischen Erkrankung ausgegangen werden darf. Konstant belegen Borderline- und andere Persönlichkeitsstörungen mit 10,1% aller Diagnosen neuerlich den dritten Platz der psychiatrischen Erkrankungen unter den Klienten und Klientinnen der Sozialpsychiatrischen Dienste; auch diese Diagnose wur-

<sup>18</sup> ebd.

de 359 mehr Frauen als Männern gestellt. Alle anderen psychiatrischen Krankheiten treten, wie schon in 2006 und 2007, in eher niedrigen prozentualen Anteilen auf, wobei die neurotischen und somatoformen Belastungsstörungen mit 4,3% noch ein erwähnenswertes Segment bilden, in dem sich ebenfalls deutlich mehr Frauen als Männer befinden.

Männliche Betroffene weisen lediglich in den Bereichen Psychische Verhaltensstörungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen mit einer mehr als doppelt so hohen Fallzahl sowie im Bereich der organischen Psychosen und der Intelligenzminderung einen prozentual höheren Anteil als weibliche Erkrankte auf.

Einzelne Dienste weisen im Rahmen der nicht standardisierten Anmerkungen auch in 2008 auf eine deutliche Zunahme von Menschen mit gravierenden Persönlichkeitsstörungen sowie multimorbiden Problemstellungen hin, die in die regulären Abläufe von Tagesstätten etc. kaum einzubinden sind und die sich daher vermehrt auf die Angebote der SpDi orientieren. Die Auswertung der krankheitsbezogenen Daten macht deutlich, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste mit ihren Angeboten auch in 2008 wiederum exakt die Zielgruppe erreicht haben, 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.

### 3.7 Gleichzeitig bestehende weitere Problematik

<b>Gleichzeitig bestehende weitere Problematik</b>		
	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
<b>behandlungsbedürftige körperliche Erkrankung</b>	2.663	27,58%
<b>behandlungsbedürftige Suchtproblematik</b>	1.308	13,55%
<b>für die Betreuung relevante Minderbegabung</b>	484	5,01%

**Tabelle 14: Gleichzeitig bestehende weitere Problematik**

Während die Erhebung 2006 noch lediglich eine gleichzeitig bestehende Suchterkrankung thematisierte, wurden bereits in 2007 auch behandlungsbedürftige körperliche Erkrankungen sowie Minderbegabungen, sofern sie eine Relevanz für die Betreuung besaßen, erfasst. In 2008 tritt nun das Vorliegen einer gleichzeitigen Suchtproblematik mit leicht gesteigerter Häufigkeit auf gegenüber 2007 (12,43%), wobei hier vermutetermaßen deutlich mehr Männer als Frauen subsumiert werden dürften, wenn man die

hinlänglich erforschten männerspezifische Präferenzen in Bezug auf Bewältigungsstrategien von Krisen und belastenden Lebenssituationen berücksichtigt<sup>19</sup>.

Dass immerhin 27,58% aller Klienten und Klientinnen zusätzlich zu ihrer psychiatrischen Symptomatik 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.

### **3.8 Zuweisungswege**

Die Übersicht in Tabelle 15 macht eindrucksvoll deutlich, dass grundsätzlich so gut wie jede gesellschaftliche oder soziale Institution psychisch kranke Personen in die Sozialpsychiatrischen Dienste überweist und spiegelt damit auch den hohen Vernetzungsgrad der Dienste innerhalb des jeweiligen Gemeinwesens wider.

Interessanter Weise wanden sich neuerlich die Betroffenen selbst, mit 15,58% immerhin die zweitgrößte Einzelgruppe innerhalb der möglichen Zugänge, aus eigener Initiative an einen SpDi und bestätigten damit nicht nur den Bekanntheitsgrad der Dienste, sondern signalisierten auch ihr Vertrauen in deren Kompetenz. Die überwiegende Mehrzahl der Zuweisungen erfolgte wie in den Vorjahren allerdings aus dem Bereich der medizinisch-psychiatrischen Versorgungsangebote, wobei Psychiatrische Krankenhäuser als „Spitzenreiter“ mit annähernd 21,02% die Betreuung von einem Fünftel aller Klienten und Klientinnen der SpDi veranlasst haben. Aus dieser, gegenüber dem Vorjahr noch einmal leicht gestiegenen Zahl lässt sich sicherlich auch die Wertschätzung ablesen, welche die kostengünstigen Präventiv-, Komplementär- und Nachsorgeangebote der Sozialpsychiatrischen Dienste im Kontext von Aufhalten in Psychiatrischen Krankenhäusern genießen; diese Interpretation dürfte wohl auch für die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) zutreffen, die in 2008 mit 4,65% aller Fälle noch einmal mehr Personen als in 2006 und 2007 an die SpDi überwiesen haben.

Mit insgesamt 10,34% aller Zuweisungen aus dem unmittelbaren Lebensumfeld der Klienten und Klientinnen (Nachbarn, Verwandte, Kollegen) wird sowohl die Verunsicherung deutlich, welche psychische Erkrankungen von nahe stehenden Menschen auslösen, als allerdings auch der hohe Bekanntheitsgrad, den die Dienste mittlerweile genießen und der Bürger und Bürgerinnen erfreulicher Weise dazu veranlasst, betroffene Personen zur Kontaktaufnahme mit einem SpDi zu motivieren.

---

<sup>19</sup> S. auch DAK Gesundheitsreport 2008, der das Thema „Männergesundheit“ als zentralen inhaltlichen Schwerpunkt aufgegriffen hatte.

<b>Zuweisung bei neuen längerfristigen Betreuungen</b>		
	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
Psychiatrisches Krankenhaus	831	21,02%
Andere Klinik	105	2,66%
PIA	184	4,65%
Niedergelassener Nervenarzt	507	12,82%
Niedergelassener Arzt	66	1,67%
Sozialpsychiatrische Einrichtung	127	3,21%
REHA-Einrichtung	69	1,75%
Allgemeiner Sozialdienst	98	2,48%
Amt für Öffentliche Ordnung / Gericht	78	1,97%
Sozialamt	66	1,67%
Gesundheitsamt	40	1,01%
ARGE	186	4,70%
Sozialstation / Nachbarschaftshilfe	28	0,71%
Beratungsstelle	93	2,35%
Therapeut/in	65	1,64%
Ehrenamtliche/r	26	0,66%
Nachbarn / Angehörige	409	10,34%
Eigeninitiative der Patientin/des Patienten	616	15,58%
KollegIn / Arbeitgeber	45	1,14%
Gesetzlicher Betreuer	92	2,33%
Wohnungslosenhilfe	45	1,14%
Bewährungshilfe	9	0,23%
Unbekannt	26	0,66%
Sonstiges*	143	3,62%
<b>Summe</b>	<b>3.954</b>	<b>100,00%</b>

\* als sonstige Zuweisungswege wurden benannt:

ABW, ambulant, Beendigung ABW mit Bitte um GV, Behindertenhilfe, Bekannte, Berufsschule, Betreuungsbehörde, Betriebsseelsorge, BW, BWBM, Caritassozialdienst, Diakonie, Dorfhelferin, EmiL, Fallmanagement Arbeitsagentur, Frauenhaus, Freundin, Gemeindepfarrer, Integrationsfachdienst, Jugendamt, Jugendheim, Kita, Kontaktclub, Krankenkasse, Krisen- und Notfalldienst, LiA, MD, Mieterbund, Nachhilfelehrerin, Örtliche Verwaltung, Pfarrer, Polizei, Rechtsanwalt, Schule, Seelsorger, Sozialer Dienst AG, Sozialberatung, Sozialdienst der Bundeswehr, Sozialpädagogische Familienhilfe, sozialpädagogischer Dienst, Team Hilfeplanung LRA, Übernahme Betreutes Wohnen, Vermieter, von Kollegin übernommen, WfbM, WfpK, Wohnunternehmen

**Tabelle 15: Zuweisungswege**

Mit 4,7% aller Zuweisungen bildeten die ARGE n auch in 2008 wiederum das größte Einzelsegment innerhalb der behördlichen Zuweisungen noch vor den allgemeinen Sozialdiensten; dies darf sicherlich auf der Grundlage der nicht immer mit der gebotenen Sorgfalt veranlassten Einstufung von psychisch kranken arbeitslosen Menschen als „erwerbsfähig“ interpretiert werden, die im Zuge der Hartz IV – Reformen 2005 vorgenommen wurde und in deren Folge nun Vermittler wie Kranke immer wieder an ihre Grenzen stoßen.

## 4 Soziotherapie in den Sozialpsychiatrischen Diensten

### 4.1 Verordnungen von Soziotherapie

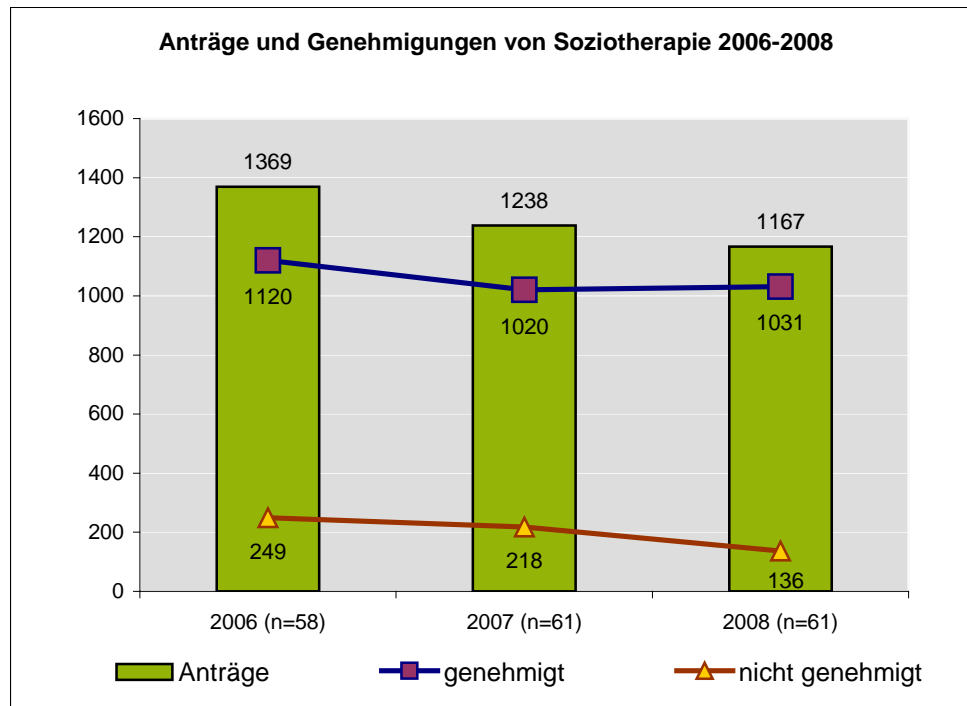


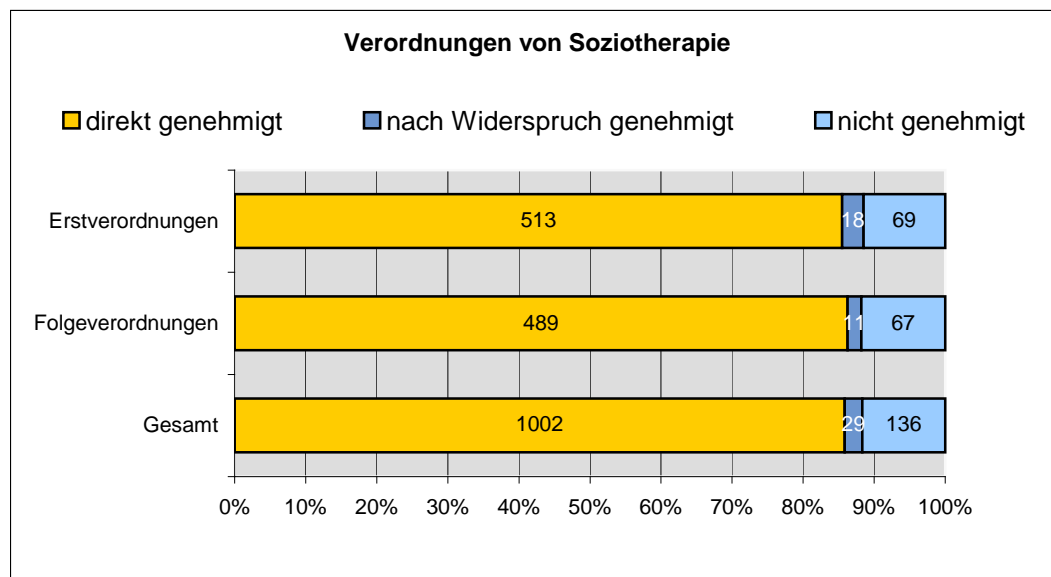
Abbildung 8: Anträge und Genehmigungen von Soziotherapie 2006-2008

Die Tabelle belegt den bereits im letzten Jahr beobachteten Trend zu einem kontinuierlichen Rückgang der gestellten Anträge auf Soziotherapie von 1369 Anträgen im Jahr 2006 auf nur noch 1167 in 2008, was einer Minderung um immerhin 14,8% entspricht; dass dabei im Berichtszeitraum im Verhältnis zur Gesamtzahl der gestellten Anträge prozentual deutlich mehr Anträge bewilligt als abgelehnt wurden, kann an dieser Stelle nicht eindeutig erklärt werden.

	Erstverordnungen	Folgeverordnungen	Gesamt
<b>Soziotherapieanträge 2008</b>	600	567	<b>1167</b>
<b>direkt genehmigt</b>	513	489	<b>1002</b>
<b>nach Widerspruch genehmigt</b>	18	11	<b>29</b>
<b>nicht genehmigt</b>	69	67	<b>136</b>

Tabelle 16: Verordnungen von Soziotherapie

Wiederum ist in 2008 die Zahl der Personen, für die durch Soziotherapie eine spezifische Unterstützung ermöglicht werden sollte, deutlich zurückgegangen; mit nur noch 1167 gestellten Neuanträgen gegenüber 1238 in 2007 und 1369 in 2006 wurden mit 8,72% aller Klienten und Klientinnen in absoluten Zahlen noch weniger Personen durch Soziotherapie erreicht als im Vorjahr. Dennoch lag die Anzahl an Erstverordnungen wiederum über der Zahl der Folgeverordnungen, vermuteter Maßen auf dem Hintergrund eines mittlerweile sehr hohen Bekanntheitsgrades dieser Maßnahme unter den zuständigen Fachärzten zu interpretieren.



**Abbildung 9: Verordnungen von Soziotherapie**

Immerhin wurden 1002 aller gestellten Anträge auf Soziotherapie direkt, weitere 29 nach Widerspruch durch die zuständigen Krankenkassen genehmigt, sodass mit insgesamt 88,5% erfolgreichen Verfahren im Berichtszeitraum ein deutlich höherer Wert erzielt werden konnte als in den letzten beiden Jahren. Die folgende Tabelle erläutert noch einmal diese Entwicklung, wie sie seit 2005 in den jährlichen Dokumentationen der Sozialpsychiatrischen Dienste beschrieben wurde:

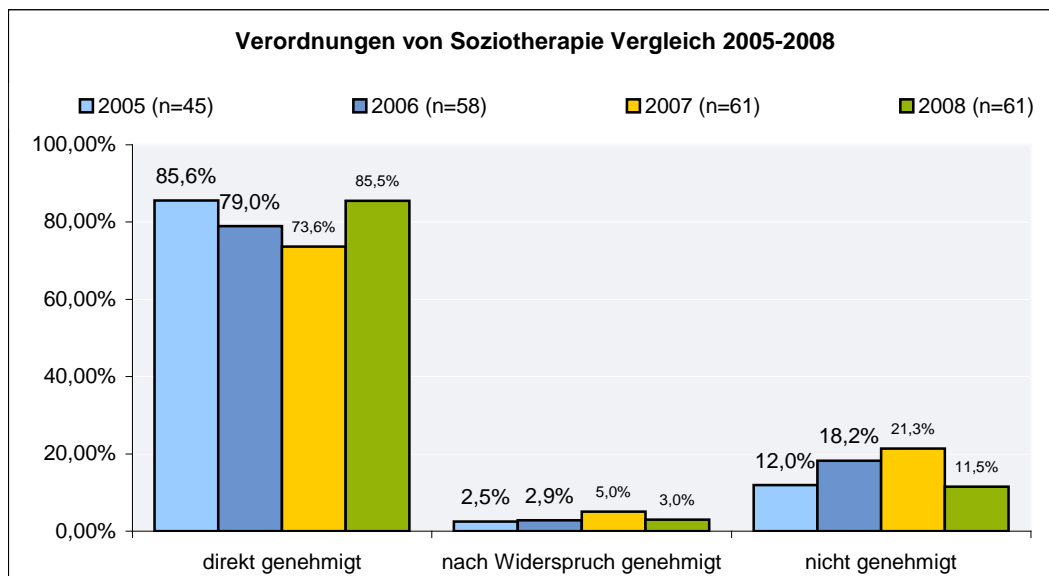


Abbildung 10: Verordnungen von Soziotherapie im Vergleich zu den Vorjahren

## 4.2 Initiierung von Soziotherapie

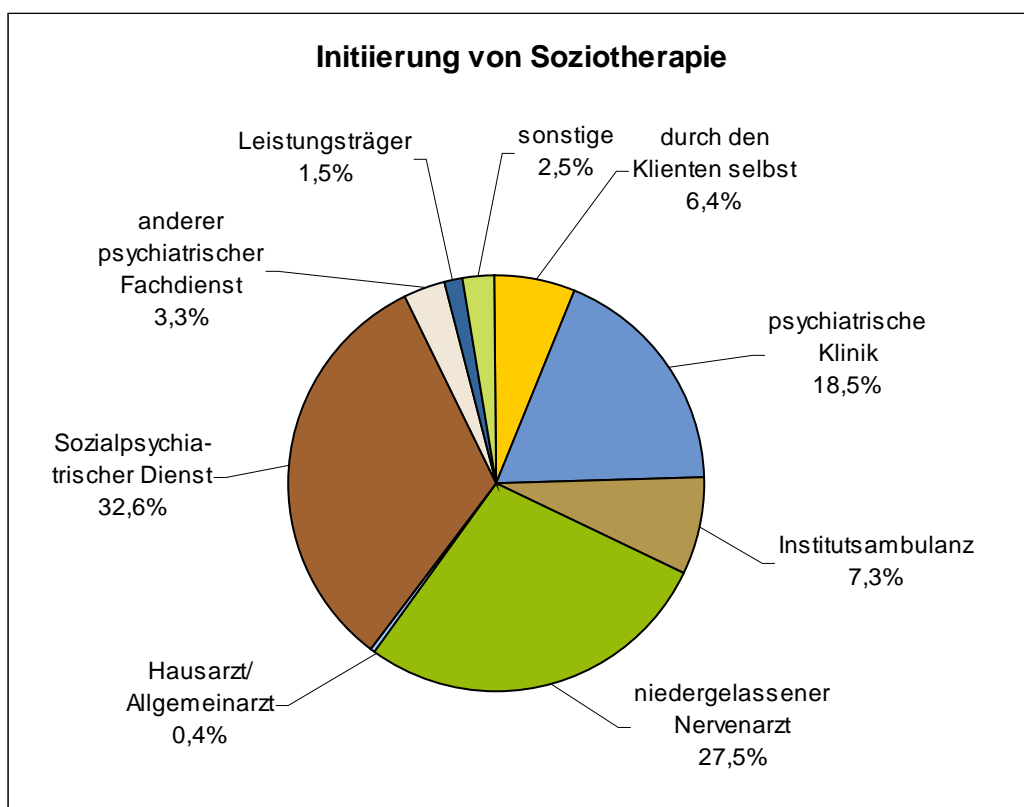


Abbildung 11: Initiierung von Soziotherapie

Mit 32,6% hielten die Sozialpsychiatrischen Dienste ihre eigenständigen Initiativen zur Initiierung von Soziotherapie auf annähernd gleichem Niveau wie im Vorjahr und bilden damit nun allerdings das größte Segment aller Initiativen ab vor den niedergelassenen Nervenärzten sowie den psychiatrischen Kliniken, die ihre Bemühungen leicht reduziert

haben. Unterdessen haben die Institutsambulanzen ihren Anteil an Initiierungen mit 7,3% um 2% gegenüber dem Vorjahr erhöht, was sicherlich auch auf dem Hintergrund einer immer enger werdenden Kooperation zwischen den SpDi und den Ambulanzen im Kontext des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) interpretiert werden darf.

Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass sich die Soziotherapie als wirkungsvolle und akzeptierte Maßnahme innerhalb der Angebotsvielfalt der SpDi durchgesetzt hat, wenn auch mit eindeutig rückläufiger Tendenz. Ganz sicher wird sich indes der Wunsch, über die mit der Soziotherapie zu erzielenden Einzelfallfinanzierung ein zweites, von kommunalen und Landeszuschüssen unabhängiges Standbein aufzubauen, auch in absehbarer Zukunft wohl kaum erfüllen.

### 4.3 Verfahren bei Ablehnung

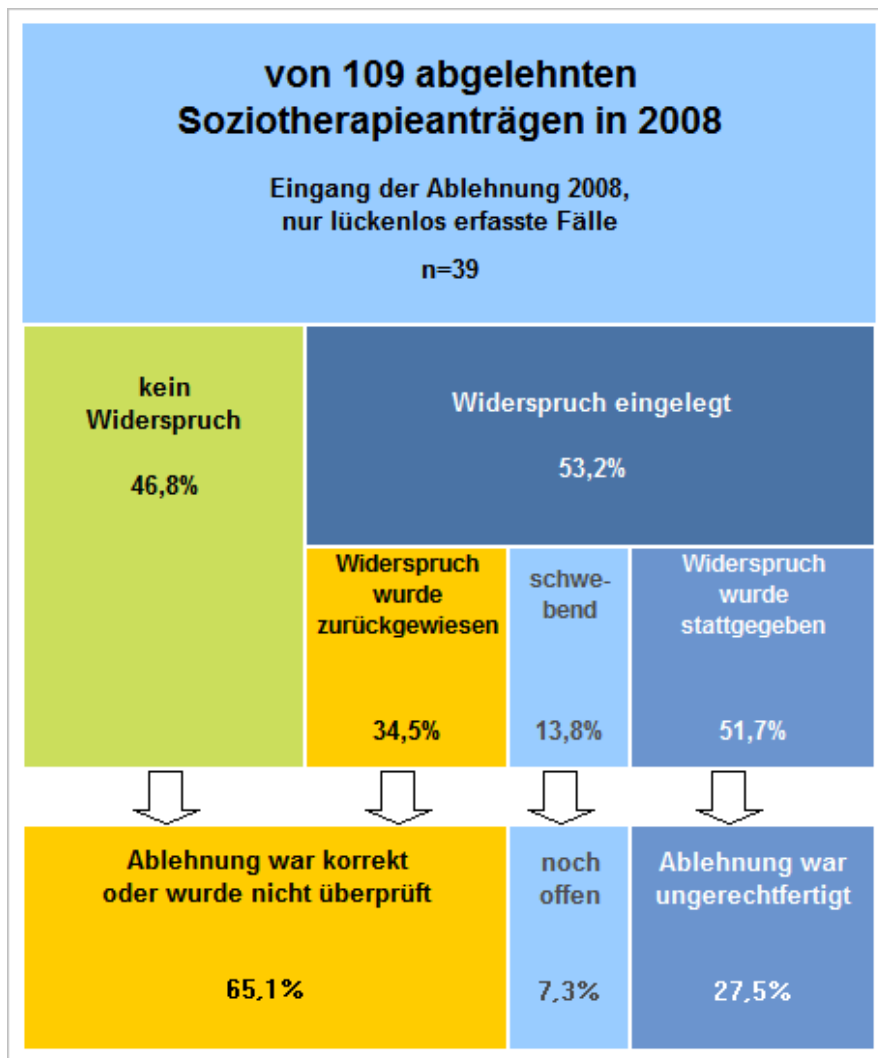
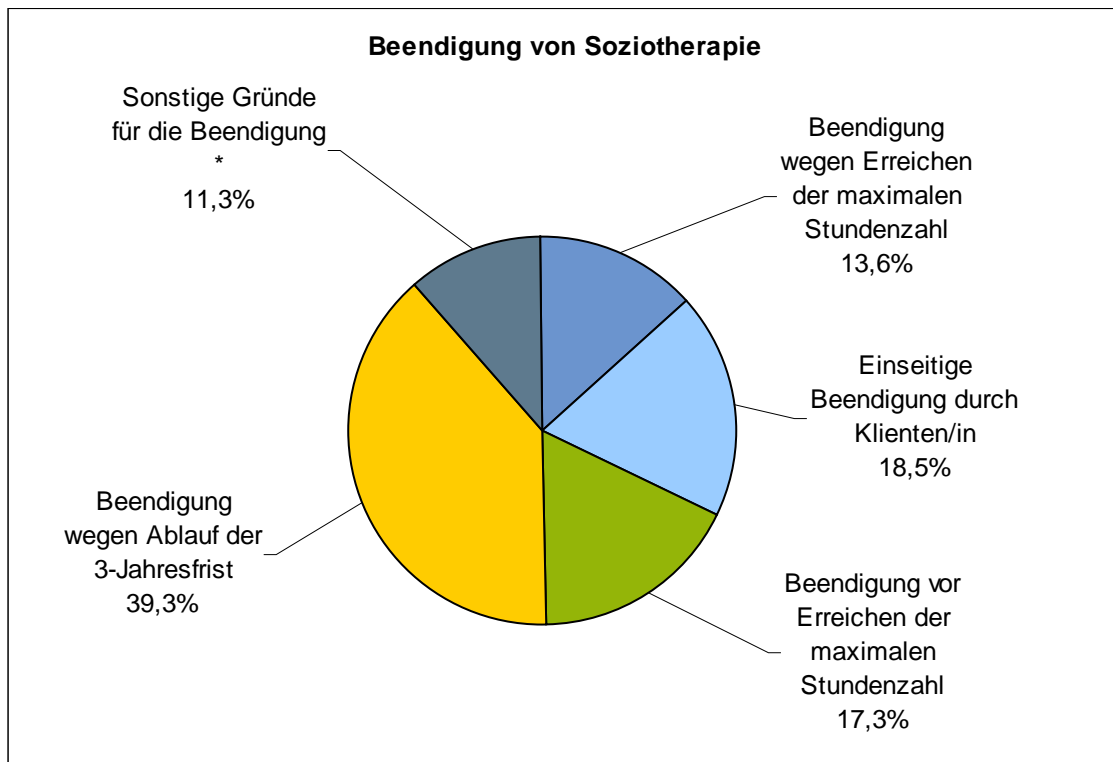


Abbildung 12: Verfahren bei Ablehnung

Interessanter Weise wurden erstmalig in 2008 nur noch in 53,2% aller abgelehnten Anträge ein Widerspruchsverfahren eingeleitet gegenüber noch 61,3% Widersprüchen in 2007, sicherlich als Reflex auf die Tatsache, dass Widerspruchverfahren aufgrund ih-

res komplexen und ressourcenbindenden Verlaufs weder für die Betroffenen selbst noch die unterstützenden Fachkräfte der SpDi zu den bevorzugten Interventionen gehören können. Immerhin entwickelte sich dieses Procedere mit insgesamt 51,7% stattgegebenen Widersprüchen gegenüber 34,5% Ablehnungen ähnlich wie im Vorjahr. In bemerkenswerten 27,5% aller Fälle wurde die Ablehnung des Soziotherapieantrags sogar als „ungerechtfertigt“ dokumentiert, sodass den SpDi hier wohl auch künftig ein zwar mühsames, aber unverzichtbares Handlungsfeld erhalten bleibt.

#### 4.4 Beendigung von Soziotherapie



\* als sonstige Gründe für die Beendigung wurden benannt:

Ablehnung Krankenkasse, Ablehnung MDK, ABW, Aufnahme in ein Pflegeheim, Befristung, Erreichen der Therapieziele, Forensik, Heimunterbringung, keine Folgeverordnung, langer Klinikaufenthalt, Reha-Maßnahmen, Stabilisierung durch Arbeit, Suizid, Tod, Übergang in Betreutes Wohnen, Übergang PIA, Überregionale Heimunterbringung, Umzug / Wegzug aus Versorgungsgebiet, Verschlechterung des Gesundheitszustandes, Wechsel in stationäre Einrichtung, Wechsel zu privater Krankenkasse

**Abbildung 13: Beendigung von Soziotherapie**

Ähnlich wie im Vorjahr wurden 39,3% der durchgeführten Soziotherapien regulär, also wegen Ablauf des dreijährigen Bewilligungszeitraums, beendet; gemeinsam mit den 13,6%, welche die Therapie aufgrund des Erreichens der maximalen Stundenzahl abschlossen, liefen damit mehr als die Hälfte aller Soziotherapien (52,9%) aus wie geplant.

Allerdings wurden wiederum 18,5% aller Soziotherapien (18,9% in 2007) auf ausdrücklichen Wunsch der KlientInnen vorzeitig beendet wie auch weitere 17,3% vor Erreichen der maximalen Stundenzahl; aus letzterem lässt sich leider nicht eindeutig schlussfol-

gern, dass die bewilligte Stundenzahl eventuell aufgrund eines vorzeitigen Erfolgs der Maßnahme nicht zur Gänze ausgeschöpft werden musste. Die „sonstigen Gründe“ für weitere 11,3% vorzeitige Beendigungen hingegen werden in der Agenda der o.a. Tabelle differenziert aufgelistet.

	Anzahl	Prozent
<b>Beendete Soziotherapien</b>	<b>567</b>	<b>100%</b>
<b>Nach Beendigung der Soziotherapie weiterbetreut durch SpDi</b>	<b>223</b>	<b>39,3%</b>
<b>Nach Beendigung der Soziotherapie weiterbetreut durch anderen Fachdienst</b>	<b>61</b>	<b>10,8%</b>
<b>keine weitere Betreuung</b>	<b>283</b>	<b>49,9%</b>

**Tabelle 17: Weiterbetreuung nach dem Ende der Soziotherapie**

Nur noch 39,3% aller Klienten und Klientinnen (52,8% in 2007) nutzte im Anschluss an die Soziotherapie auch weiterhin die Angebote des Sozialpsychiatrischen Dienstes, während 10,8% zur Weiterversorgung an andere Fachdienste überwiesen wurden. Immerhin nahmen mit 49,9% nun fast die Hälfte aller Soziotherapieklienten und -klientinnen keine unmittelbare weitere Betreuung in Anspruch. Aufgrund des Fragedesigns kann an dieser Stelle jedoch nicht schlüssig geklärt werden, inwieweit dies als Erfolg der durchgeführten soziotherapeutischen Behandlung gewertet werden kann oder anderen Ursachen geschuldet ist.

## 5 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 2008 wieder Ziel der Erhebung, zu dokumentieren, wie sich die Kooperation zwischen den Sozialpsychiatrischen Diensten und den PIAs auf der Grundlage ihrer ähnlichen, wiewohl dennoch jeweils spezifischen Aufgabenstellung konkret dargestellt hat.

61 der erhobenen Dienste und damit fast alle befragten SpDi (98,4%) gaben an, dass in ihrem Versorgungsgebiet eine PIA vorhanden sei, sodass die Psychiatrischen Institutsambulanzen mittlerweile als flächendeckend etabliert bezeichnet werden können. 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, wenn auch auf der Basis unterschiedlicher Kontrakte und mit unterschiedlichen Schwerpunkten:

### 5.1 Kooperation mit PIA

Es zeigt sich, dass mittlerweile mehr als zwei Drittel aller SpDi auf der Basis einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung mit den PIA kooperieren, während lediglich 14 Dienste ohne eine derartige schriftliche Fixierung auskommen. Insgesamt wurden in 2008 nunmehr 1212 Klienten und Klientinnen gemeinsam betreut, wobei regelmäßige Fallbesprechungen und Hausbesuche zu den am meisten genutzten gemeinsamen Aktivitäten zählen.

Kooperation mit PIA		Anzahl Dienste	n=62
Pia vorhanden		61	98,4%
schriftliche Kooperationsvereinbarung		48	78,7%
Kooperation mit Vereinbarung		n=48	
1	Leistungserbringung durch SpDi für PIA gegen Abrechnung	23	
2	Regelmäßige Kooperationsgespräche	34	
3	Regelmäßige Fallbesprechungen	31	
4	Gemeinsame Hausbesuche	21	
5	Gemeinsame Angebote (z.B. psychoedukative Gruppen etc.)	7	
6	Sonstiges	15	

<b>Kooperation ohne Vereinbarung</b>		<b>n=14</b>
1	Leistungserbringung durch SpDi für PIA gegen Abrechnung	1
2	Regelmäßige Kooperationsgespräche	8
3	Regelmäßige Fallbesprechungen	8
4	Gemeinsame Hausbesuche	4
5	Gemeinsame Angebote (z.B. psychoedukative Gruppen etc.)	2
6	Sonstiges	5
		<b>Anzahl</b>
<b>Gemeinsame Klienten mit PIA</b>		<b>1212</b>

**Tabelle 18: Kooperation mit PIA**

Im Rahmen von regelmäßigen Kooperationsgesprächen klären 34 SpDi, also fast zwei Drittel aller Sozialpsychiatrischen Dienste, welche ihre Kooperationsbeziehungen im Rahmen von schriftlichen Vereinbarungen fixiert haben, die jeweiligen Zuständigkeiten mit den Kollegen und Kolleginnen der PIA ab, zusätzlich auch, um fachliche Standards zu reflektieren und im Rahmen von kollegialer Intervision die jeweils im Einzelfall geeignete Intervention miteinander zu erörtern.

## 5.2 Zusätzliche Kooperationen

<b>Zusätzliche Kooperation</b>		<b>Anzahl Dienste</b>	<b>Prozent</b>
1	mit Klinikärzten	59	<b>95,2%</b>
2	mit niedergelassenen PsychiaterInnen	60	<b>96,8%</b>
3	Sonstige *	40	<b>64,5%</b>

**Tabelle 19: Zusätzliche Kooperationen**

Die hierfür den Berichtszeitraum 2008 erhobenen Zahlen unterscheiden sich nur marginal von denen der letzten Jahre und bestätigen den Trend zu einem außerordentlich hohen Grad an Vernetzung der SpDi mit allen relevanten Akteuren im regionalen Versorgungsgebiet. Nahezu alle Dienste (96,8%) können mittlerweile auf eine enge Kooperation mit niedergelassenen Nervenärzten vertrauen und setzen damit die im letzten Jahr bereits angedeutete Tendenz positiv fort; ebenfalls stabilisiert hat sich die Zusammenarbeit mit Klinikärzten, auf die immerhin 95,2% der SpDi hinweisen und die nicht nur eine weitere quantitative Steigerung erfuhr, sondern – wie den nicht standar-

disierten Trägerkommentaren zu entnehmen ist – mehrheitlich auch eine zufrieden stellende Qualität aufweist.

Unter den 64,5% sonstigen Kooperationspartnern finden sich annähernd alle ambulanten und stationären Institutionen, welche im Lebensumfeld von chronisch psychisch kranken Menschen ebenfalls eine wichtige Funktion übernehmen; durch die hier dokumentierte enge Kooperation kann sichergestellt werden, dass Doppelbetreuungen ebenso vermieden werden können wie langwierige und kostenintensive Unterbringungen im stationären Sektor.

### 5.3 GPV/GPZ-Vereinbarungen

Kooperation mit GPV/GPZ	Anzahl Dienste	Prozent
<b>Vereinbarung unterzeichnet</b>	<b>59</b>	<b>95,2%</b>
<b>Rechtsform</b>		
Kooperationsvertrag	57	96,6%
E.V.	0	0,0%
gGmbH	2	3,4%
Sonstige	0	0,0%

**Tabelle 20: GPV/GPZ-Vereinbarungen**

Mit 95,2% haben nunmehr fast alle Sozialpsychiatrischen Dienste Vereinbarungen unterzeichnet, welche die Kooperation im Rahmen der entstandenen Gemeindepsychiatrischen Verbünde/Gemeindepsychiatrische Zentren (GPV/GPZ) regeln, sodass dieser Prozess mittlerweile als nahezu abgeschlossen bezeichnet werden kann; dies war nach den anfänglichen Hürden, die in der gewachsenen Trägerlandschaft zu nehmen waren, nicht unbedingt zu erwarten, deutete sich allerdings im letzten Jahr bereits an. Dass sich der Kooperationsvertrag mit 96,6% nun als die eindeutig bevorzugte Rechtsform stabilisiert hat und lediglich 2 SpDi im Rahmen einer gGmbH mit den anderen Trägern kooperieren, muss hingegen kaum überraschen, lässt dies doch die größtmöglichen Gestaltungsspielräume innerhalb der jeweiligen Kooperationsbezüge zu.

Hilfeplankonferenz	Anzahl Dienste	Prozent
<b>Es gibt eine Hilfeplankonferenz im Versorgungsgebiet</b>	<b>34</b>	<b>57,6%</b>
Teilnahme der Betroffenen	26	
IBRP	16	
vergleichbare Instrumente	15	

**Tabelle 21: Hilfeplankonferenz**

Mit lediglich 57,6% im Berichtszeitraum 2008 gegenüber noch 60% in 2007 erweist sich die Etablierung der Hilfeplankonferenz (HPK) als strukturelle Möglichkeit, um die Bedarfe der Klienten und Klientinnen gemeinsam mit anderen Fachdiensten zu erörtern, erstmalig wieder als rückläufig, wobei in immerhin 26 von 34 Standorten die Teilnahme der Betroffenen selbst grundsätzlich ermöglicht wird.

Interessanter Weise nutzen nur noch 16 Standorte den Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) als standardisiertes Instrument zu Vorbereitung und Durchführung von Hilfeplankonferenzen. Da das Fragedesign dieser Dokumentation keinen Aufschluss über die möglichen Gründe für diese Entwicklung erlaubt, kann immerhin vermutet werden, dass sich an vielen Standorten eine Tendenz zu niedrigschwelligeren, unkomplizierteren Verfahren durchgesetzt hat.

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste .....	15
Abbildung 2: Leistungsbereiche der SpDi.....	17
Abbildung 3: Betreute Personen nach Leistungsbereichen.....	20
Abbildung 4: Betreuung im Rahmen der Grundversorgung.....	21
Abbildung 5: Anteil der Erstbetreuungen im Rahmen der Grundversorgung .....	22
Abbildung 6: Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit.....	23
Abbildung 7: Beendigung der längerfristigen Grundversorgung.....	25
Abbildung 8: Anträge und Genehmigungen von Soziotherapie 2006-2008.....	38
Abbildung 9: Verordnungen von Soziotherapie .....	39
Abbildung 10: Verordnungen von Soziotherapie im Vergleich zu den Vorjahren .....	40
Abbildung 11: Initiierung von Soziotherapie .....	40
Abbildung 12: Verfahren bei Ablehnung .....	41
Abbildung 13: Beendigung von Soziotherapie.....	42

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Betreute Personen.....	12
Tabelle 2: Dienste und Klienten.....	13
Tabelle 3: Fallzahlen in den Leistungsbereichen.....	14
Tabelle 4: Stellenanteile der Verbände.....	16
Tabelle 5: Beschäftigte Personen in den einzelnen Berufsgruppen .....	16
Tabelle 6: Frauenanteil in den Leistungsbereichen .....	18
Tabelle 7: Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit in der Grundversorgung.....	24
Tabelle 8: Soziodemografisch erfasste Klienten.....	27
Tabelle 9: Familienstand.....	28
Tabelle 10: Lebensverhältnisse .....	28
Tabelle 11: Finanzielle Situation.....	29
Tabelle 12: Verteilung der Altersgruppen .....	32
Tabelle 13: Diagnosen.....	34
Tabelle 14: Gleichzeitig bestehende weitere Problematik .....	35
Tabelle 15: Zuweisungswege .....	37
Tabelle 16: Verordnungen von Soziotherapie .....	38
Tabelle 17: Weiterbetreuung nach dem Ende der Soziotherapie .....	43
Tabelle 18: Kooperation mit PIA .....	45
Tabelle 19: Zusätzliche Kooperationen .....	45
Tabelle 20: GPV/GPZ-Vereinbarungen .....	46
Tabelle 21: Hilfeplankonferenz .....	46