

LIGA DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Auswertung der Jahresberichte
1998 und 1999
der Sozialpsychiatrischen Dienste
in Baden-Württemberg



Herausgeber:

LIGA DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE
IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Augustenstraße 63 · 70178 Stuttgart
Tel.: 0711/61967-0 · Fax: 0711/6196767

LIGA DER FREIEN WOHLFAHRTSPFLEGE IN BADEN-WÜRTTEMBERG

Auswertung der Jahresberichte 1998 und 1999 der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg

Die zentralen Aussagen der Jahresberichte 1998 und 1999 zu der Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Die Zahl der betreuten Personen in den Sozialpsychiatrischen Diensten ist in Baden-Württemberg um knapp 2% auf mehr als 17 700 Personen pro Jahr gestiegen. Dies ist bemerkenswert, da sich die Zahl der beschäftigten Fachkräfte – im Jahr 1999 212 Fachkräfte - nicht erhöht hat. Damit hat sich der Trend der vergangenen Jahren fortgesetzt, der ohne eine Erhöhung der Anzahl der Fachkräfte in den Diensten zu Qualitätseinbußen in den Betreuungen führt.

Ein wesentlicher Schwerpunkt der Zielgruppe liegt auf der Unterstützung und Begleitung chronisch psychisch kranker Menschen. So ist der Anteil der Klienten, die über 10 Jahre in Behandlung stehen um 2% auf knapp 40% gestiegen. Diese Aussage muss aus Sicht der Liga der freien Wohlfahrtspflege bei den Überlegungen zu Soziotherapie als künftiger finanzieller Bestandteil der Leistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste berücksichtigt werden. Die Finanzierungssystematik der Sozialpsychiatrischen Dienste muss auch zukünftig die Versorgung der großen Gruppe der chronisch psychisch Kranken abdecken.

Innerhalb der Zielgruppe hat eine leichte Altersverschiebung stattgefunden: Die Klientengruppe der unter 40 Jährigen hat um 2 % abgenommen, die über 60 Jährigen ist entsprechend angestiegen. Die Lebensverhältnisse der Klienten hat sich weiter verschärft. So hat sich der Trend der letzten Jahren wieder fortgesetzt; die Zahl der Erwerbstätigen ist mittlerweile unter 10% gesunken. Der überwiegende Anteil der Klienten lebt von Sozialhilfe (17%) bzw. Erwerb-/Berufsunfähigkeitsrente (30 %).

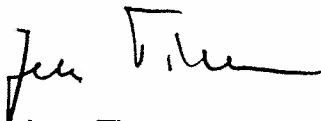
Übereinstimmend wird in den Dokumentationen darauf hingewiesen, dass nur ein geringer Teil der Klienten reelle Chancen hat, auf dem 1. Arbeitsmarkt unterzukommen. Die Sozialpsychiatrischen Dienste sehen ihre Aufgabe für die chronisch psychisch kranken Menschen darin, Beschäftigungsangebote in Form von Gelegenheitsarbeit im Gemeindepsychiatrischen Verbund zu erschließen.

Die Einbindung der Dienste in die medizinisch-psychiatrische Versorgung ist für jeden 5. Klienten der Sozialpsychiatrischen Dienste nicht ausreichend, da sie sich auf Grund ihrer psychiatrischen Erkrankung der ärztlichen Behandlung entziehen. Vorgeschlagen wird ein begrenztes Behandlungsrecht in den Diensten bzw. die Mitarbeit eines niedergelassenen Facharztes im Rahmen eines Kooperationsvertrages, um die schwer erreichbaren Klienten ärztlich zu versorgen und die Leistungen entsprechend mit den Krankenkassen abzurechnen.

Die Zuweisungsrate der Klienten zu den Sozialpsychiatrischen Diensten aus dem psychiatrisch-medizinischen Bereich liegt bei knapp 40%. Ein beträchtlicher Teil der Zuweisung erfolgt durch die Eigeninitiative der Klienten sowie dem Bereich der Nachbarn bzw. Berufskollegen. Dies ist aus Sicht der Liga ein deutliches Indiz für die gute Akzeptanz der Dienste vor Ort.

Wiederholt wird in der Dokumentation auf die vor allem im ambulanten Bereich ungenügende Versorgung spezieller Gruppen, nämlich die der Suchterkrankten mit Doppeldiagnose, gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen, obdachlose psychisch Kranke sowie Kinder von psychisch kranken Eltern hingewiesen.

Abschließend möchten wir den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, den Trägern der Dienste für ihre konstante Mitarbeit an der Auswertung der freiwilligen Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste sowie dem Sozialministerium für seine finanzielle Unterstützung der Auswertung der Jahre 1998 und 1999 danken.


Jens Timm
Vorsitzender


Jürgen Kunze
Vorsitzender Ausschuss Rehabilitation

**Auswertung der Jahresberichte 1998 und 1999
der Sozialpsychiatrischen Dienste
in Baden-Württemberg**

**Auswertung und Darstellung der Ergebnisse:
Sybille Kreuzer, Diplom-Psychologin**

September 2000

INHALT

Vorbemerkung	1
1 Die in der Auswertung erfaßten Sozialpsychiatrischen Dienste	1
1.1 Differenzierung der Dienste nach Regionaltypus	1
1.2 Mitwirkung von beratenden Ärztinnen und Ärzten	5
2 Die längerfristig betreute Klientel	7
2.1 Sozio-demographische Merkmale	8
2.1.1 Geschlecht	8
2.1.2 Alter	9
2.1.3 Familienstand und Lebensverhältnisse	9
2.1.4 Finanzielle Situation	12
2.2 Krankheitsbezogene Merkmale	14
2.2.1 Psychiatrische Hauptdiagnosen	14
2.2.2 Zusätzliche körperliche Erkrankungen	16
2.2.3 Suchtprobleme	16
2.2.4 Bekannte stationäre Aufenthalte	17
2.2.5 Beginn der regelmäßigen medizinischen/ psychiatrischen ambulanten Behandlung	18
2.2.6 Krisen	19
2.3 Zuweisungswege	20
2.4 Zusammenwirken verschiedener Hilfen	21
3 Auslastung der Dienste im Berichtsjahr	24
3.1 Durchschnittliche Betreuungen pro Fachkraft	24
3.2 Anteil der Erstkontakte an den Gesamtbetreuungen	25
3.3 Differenzierung der Gesamtbetreuungen nach Kontaktformen	26
3.4 Kontakthäufigkeit und Betreuungsdauer	28

4	Zusatzfragen	31
4.1	Mit welchen Aufgaben im Grenzbereich seiner Zuständigkeit wurde der Sozialpsychiatrische Dienst konfrontiert (Beispiele Doppeldiagnosen, altgewordene seelisch Erkrankte, die nicht mehr ambulant versorgt werden konnten, wohnungslose seelisch Erkrankte)? (1998)	31
4.1.1	großstädtische Dienste	31
4.1.2	Dienste im ländlichen Raum	33
4.1.3	Dienste im städtisch-ländlichen Raum	35
4.2	Sind die Sozialpsychiatrischen Dienste mit der vorhandenen Einbindung medizinisch psychiatrischer Unterstützung (aufsuchend, behandelnd) zufrieden, oder wurden bereits Konzepte oder Ideen zur Modifikation bzw. Verbesserung des augenblicklichen Systems entwickelt? (1999)	38
4.2.1	großstädtische Dienste	38
4.2.2	Dienste im ländlichen Raum	39
4.2.3	Dienste im städtisch-ländlichen Raum	41
4.3	Welchen Beitrag leistet der Sozialpsychiatrische Dienst zur Integration seelisch Erkrankter in die Bereiche Arbeit und Beschäftigung? Wie schätzen Sie in diesem Zusammenhang die Kooperation mit den Berufsbegleitenden Diensten ein? Gibt es gegebenenfalls ergänzende Initiativen des Sozialpsychiatrischen Dienstes? (1999)	45
4.3.1	großstädtische Dienste	45
4.3.2	Dienste im ländlichen Raum	47
4.3.3	Dienste im städtisch-ländlichen Raum	49
5	ANHANG	52
	Tabellen zur Auswertung 1998	

Vorbemerkung

Die vorliegende Auswertung der Jahresberichte der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg umfasst die Jahre 1999 und 1998. Die zahlenmäßigen Ergebnisse des Jahres 1999 sind im Text und unterstützend mit Graphiken dargestellt, diejenigen von 1998 sind im Anhang in Tabellen zusammengefasst.

Bei einigen Variablen hat sich der Vergleich über mehrere Jahre bewährt.

Den Sozialpsychiatrischen Diensten wurden für 1998 eine und für 1999 zwei Zusatzfragen gestellt; ihre Antworten wurden anstelle der in früheren Jahren ausgewählten Themen aus den "Text-Teilen" ausgewertet und dargestellt.

1 Die in der Auswertung erfaßten Sozialpsychiatrischen Dienste

Der Rücklauf der Dokumentationsbögen, vor allem für das zurückliegende Jahr 1999, zog sich bis Ende Juli hin, durch mehrfache Nachfragen konnten für 1998 61 Dienste und für 1999 63 Dienste in die Auswertung einbezogen werden. Gründe für Nicht-Beteiligung lagen in einem Fall in der Auffassung, dass man seit Jahren Zahlen zur Verfügung stelle, sich aber an der knappen finanziellen Situation der Dienste nichts ändere, in zwei anderen Fällen war es durch Änderung in der Trägerschaft bzw. Änderung der Dienststellenleitung nicht möglich gewesen, durchgängig zu dokumentieren.

Wie gewohnt wurden die Jahresdokumentationen der Sozialpsychiatrischen Dienste differenziert nach Regionaltypus ausgewertet.

1.1 Differenzierung der Dienste nach Regionaltypus

Von den 63 in die Auswertung einbezogenen Diensten im Jahr 1999 gehören 25 dem Regionaltypus "Sozialpsychiatrischer Dienst im ländlichen Raum", 24 Bögen der Kategorie "Dienste im städtisch-ländlichen Raum" und 14 dem Typ "großstädtischer

Dienst" an.

1998 nahmen von insgesamt 61 Diensten 24 Dienste aus dem ländlichen Regionalraum, 23 Dienste aus städtisch-ländlichem Gebiet und 14 Dienste aus dem großstädtischem Raum an der Auswertung teil.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die 1999 an der Auswertung beteiligten Dienste gegliedert nach Regionaltypus.

Tabelle 1

**In die Auswertung einbezogene Dienste
und Einwohner in den Stadt- und Landkreisen (1999)**

A. Sozialpsychiatrische Dienste im ländlichen Raum

Stadt- und Landkreis	Einwohnerzahl ¹	Dienste ²
Alb-Donau-Kreis	184.006	
Biberach	180.861	
Breisgau-Hochschwarzwald	238.219	
Calw	157.805	
Emmendingen	149.627	
Enzkreis	190.595	Enzkreis Nord Enzkreis Süd
Freudenstadt	120.234	
Heidenheim	137.153	
Hohenlohekreis	106.436	
Main-Tauber-Kreis	137.092	
Neckar-Odenwald-Kreis	148.917	
Ortenaukreis ³	404.609	Kehl Kinzigtal Lahr Offenburg-Umland
Ostalbkreis	313.227	
Ravensburg	266.786	
Rottweil	140.415	
Schwäbisch Hall	184.957	
Schwarzwald-Baar-Kreis	209.587	
Sigmaringen	132.512	
Tuttlingen	131.739	
Waldshut	165.106	
Zollernalbkreis	192.772	

¹ Stand: 30.06.1999,

² Soweit für mehrere Dienste eines Stadt- oder Landkreises Dokumentationsbögen vorlagen.

³ Siehe auch "Sozialpsychiatrische Dienste im städtisch-ländlichen Raum".

B. Sozialpsychiatrische Dienste im städtisch-ländlichen Raum

Stadt- und Landkreis	Einwohnerzahl	Dienste
Böblingen	360.756	
Esslingen	496.754	Esslingen Filderaum Kirchheim Nürtingen Plochingen
Göppingen	255.694	
Heilbronn ¹	435.462	
Karlsruhe	414.499	Karlsruhe-Mitte Karlsruhe-Nord Karlsruhe-Süd
Konstanz	263.606	Konstanz Singen
Lörrach	215.420	
Ludwigsburg	494.100	
Ortenaukreis ²	(404.609)	Offenburg
Rastatt/Baden-Baden	222.100/52.564	
Rems-Murr-Kreis	405.902	
Reutlingen	275.911	
Rhein-Neckar-Kreis	520.866	Eberbach/Sinsheim Rhein-Neckar-Kr. (Nord) Schwetzingen Wiesloch
Tübingen	206.551	

¹ Der Sozialpsychiatrische Dienst ist für den Stadt- und den Landkreis Heilbronn zuständig.

² Siehe auch "Sozialpsychiatrische Dienste im ländlichen Raum".

C. Sozialpsychiatrische Dienste in Großstädten

Stadtkreis	Einwohnerzahl	Dienste
Freiburg	201.044	
Heidelberg	139.359	
Karlsruhe	276.662	
Mannheim	308.372	
Pforzheim	117.514	
Stuttgart	581.172	Bad Cannstatt Birkach Freiberg Feuerbach/Weilimdorf S-Ost u. Neckarvororte Stuttgart-Süd/Mitte/Nord Vaihingen Stuttgart-West/Botnang
Ulm	115.975	

1.2 Mitwirkung von beratenden Ärztinnen und Ärzten

Lediglich etwa drei Viertel der Dienste machten Angaben zur Zusammenarbeit mit beratenden Ärztinnen und Ärzten. (Zur Einbindung medizinisch psychiatrischer Unterstützung s.a. Kap. 4.2. Seite 38ff.) Bei den 15 Diensten, die darüber keine Aussagen trafen, ist wahrscheinlich, dass sie entweder nicht in institutionalisierter Weise oder lediglich einzelfallbezogen mit Ärzten zusammenarbeiten; etwa ein Drittel der Dienste im ländlichen Raum machte keine Angaben zu seiner Zusammenarbeit mit Ärzten.

Die Zahl der Klinikärzte als Kooperationspartner hat sich verringert zugunsten der Kategorie "keine Angabe über den Dienstsitz", der Anteil der niedergelassenen Ärzte ist in etwa gleichgeblieben.

Wöchentliche bis vierzehntägliche Kontakte sind weiter zurückgegangen - damit hat sich eine Tendenz, die schon im Vergleich von 1997 mit 1995 zu beobachten war,

weiter fortgesetzt.

Bei vier Diensten, die sonst keine Angaben gemacht hatten, wird Supervision durch einen Arzt bzw. eine Ärztin angeboten, darüber hinaus haben weitere Dienste Ärzte als Supervisoren.

Tabelle 2

Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten

Dienstszitz						
	wöchent- lich	vierzehn- täglich	monatlich	alle 6 bis 8 Wochen ¹	regelmäßig bzw. keine Angabe zur Frequenz	ge- samt
niedergelassene/r Ärztin/Arzt	1	1	5	2	4	13
Arzt/Ärztin in (Tages-)klinik	-	2	4	-	1	7
keine Angabe zum Dienstsitz des Arztes/ der Ärztin ²	-	1	6	2	6	15
gesamt	1	4	15	4	11	35

¹ Einschließlich eines Dienstes, der alle 10 Wochen einen Termin mit dem beratenden Arzt hat.

² Zwei Dienste verfügen über einen beim Träger angestellten Arzt als Berater.

im Dienst tätige/r Ärztin/Arzt	4
nur einzelfallbezogene Zusammenarbeit	5
Arzt/Ärztin als Supervisor/in ²	4
keine konsiliarische Beratung durch Arzt/Ärztin	-
keine Angaben	15
gesamt	28

² nur dann einbezogen, wenn keine anderen Angaben zur ärztlichen Mitwirkung gemacht wurden.

2 Die längerfristig betreute Klientel

In die Auswertung 1999 wurden die Dokumentationsbögen von 63 Diensten einbezogen; von ihnen wurden insgesamt 17.714 Menschen betreut, davon 9.888 längerfristig. Die Verteilung innerhalb der Regionaltypen stellt sich folgendermaßen dar: von 25 Diensten im "ländlichen Raum" wurden insgesamt 5.429 Menschen betreut, davon 3.150 längerfristig; im "städtisch-ländlichen Raum" gab es 7.362 Betreuungen, davon 4.171 längerfristige und im "großstädtischen Raum" wurden bei insgesamt 4.923 Inanspruchnahmen 2.567 Menschen über einen längeren Zeitraum betreut.

Im Jahr 1998 beteiligten sich 61 Dienste an der Auswertung mit 16.844 Betreuungen, davon 9.367 längerfristigen.

Die 24 "ländlichen Dienste" konnten 5.203 Betreuungen verzeichnen, davon 3.059 längerfristige, die Dienste im "städtisch-ländlichen Raum" betreuten insgesamt 6.790 Menschen, 3.856 wurden über längere Zeit betreut; von den 14 "großstädtischen Diensten" wurden 4.851 psychisch kranke Menschen betreut, davon waren 2.452 Betreuungen von längerer Dauer.

Die Auslastung der Dienste wird im Kapitel 3 genauer untersucht; berücksichtigt man die in geringem Maße differierenden Teilnahmezahlen an der Auswertung und rechnet dann die Zahl der Betreuten hoch, lässt sich eine Steigerung der Betreuungszahlen im Vergleich von 1998 und 1999 feststellen.

Im folgenden werden die o.g. "längerfristig Betreuten" im Jahr 1999 insgesamt und in den verschiedenen Regionalräumen näher beschrieben; die Daten von 1998 finden sich in Tabellenform im Anhang.

Ganz vereinzelt konnten Fehler bei einzelnen erfaßten Merkmalen nicht aufgeklärt werden, die entsprechenden Dokumentationsbögen wurden deshalb in der Auswertung des jeweiligen Merkmales nicht berücksichtigt. Die Summen der Prozentwerte ergeben nicht immer exakt 100 Prozent; dies ergibt sich aus Rundungsfehlern auf eine Stelle nach dem Komma.

2.1 Sozio-demographische Merkmale

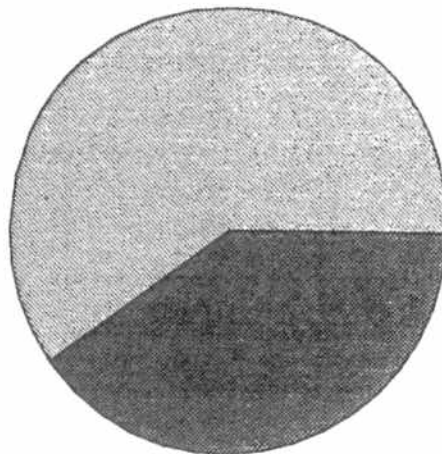
2.1.1 Geschlecht

Die Geschlechterverteilung mit etwa 60% Frauen und 40% Männern ist über die letzten Jahre ein sehr stabiles Merkmal; in den drei Regionalräumen finden sich im Durchschnitt keine anderen Ergebnisse; interessant ist, dass einige Dienste im städtisch-ländlichen Raum ungefähr Gleichverteilung aufweisen, in einem oder zwei Fällen sogar einen leichten Männerüberhang.

Die Abbildungen 1 und 2 zeigen die Geschlechterverteilung.

Geschlechtsverteilung

weiblich 60,1%

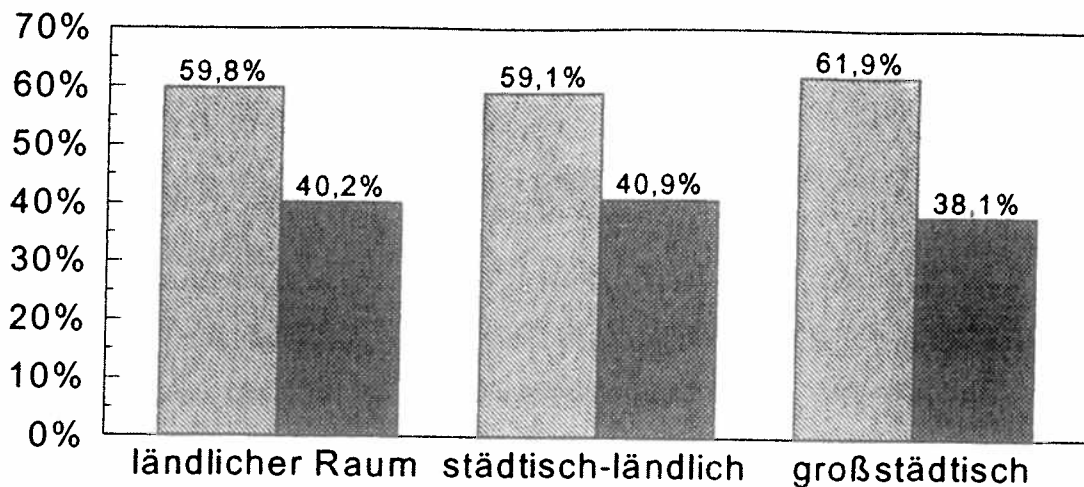


männlich 39,9%

N = 63 (N = 9888)

Geschlechtsverteilung

Differenziert nach Gebietsstruktur



N = 63 (N = 9888)

weiblich männlich

2.1.2 Alter

Die Altersverteilung hat sich etwas verschoben: die bis zu 40jährigen machen mit 37,6% (1998: 38,3%) über zwei Prozent weniger aus als im Jahr 1997 (39,9%). Der Anteil der über 60jährigen hat entsprechend etwas zugenommen, im großstädtischen Raum macht er schon gut ein Fünftel der längerfristig Betreuten aus. Die mittlere Gruppe der 40 bis 60jährigen ist annähernd gleichgeblieben.

Tabelle 3

Altersverteilung

Alter	Gesamt	Dienste im ländlichen Raum	städtisch-ländliche Dienste	großstädtische Dienste
bis 20 Jahre	0,9%	0,9%	0,9%	0,7%
21-30 Jahre	10,9%	11,7%	10,8%	10,0%
31-40 Jahre	25,8%	27,0%	24,9%	25,6%
41-50 Jahre	25,0%	26,5%	24,9%	23,4%
51-60 Jahre	19,5%	19,7%	19,8%	18,9%
61-70 Jahre	11,2%	10,7%	10,3%	13,3%
über 70 Jahre	4,9%	3,6%	3,8%	8,2%
N =	62 (9701)	25 (3150)	23 (3984)	14 (2567)

2.1.3 Familienstand und Lebensverhältnisse

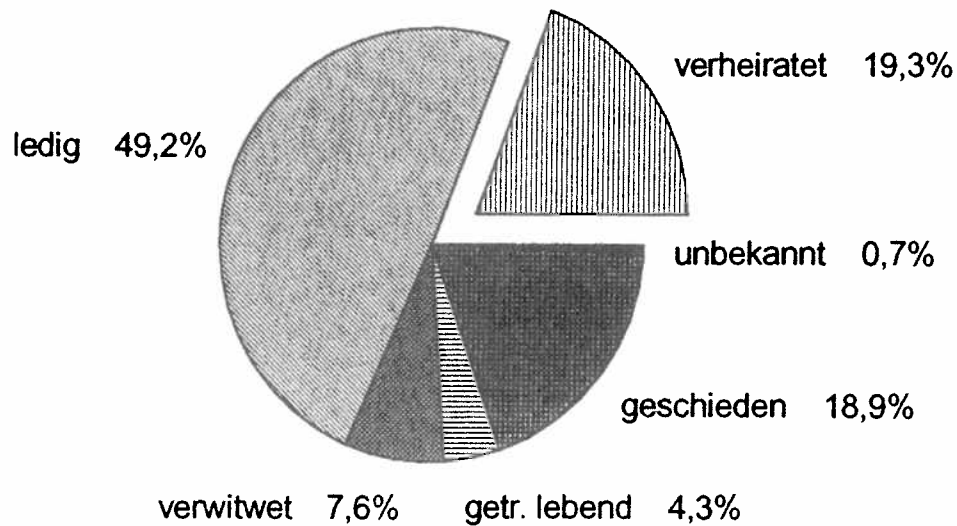
In der Verteilung des Familienstands ergeben sich kaum Unterschiede zu den Auswertungen der Vorjahre: etwa die Hälfte der Betroffenen ist ledig; geschieden oder getrennt lebend ist gut jeder fünfte, etwas weniger Menschen sind verheiratet, nämlich knapp 20 Prozent.

Auch innerhalb der Regionaltypen hat sich kaum etwas verändert: die Zahl der Un-

verheirateten ist im großstädtischen Raum am höchsten; ein Stadt-Land-Gefälle bei den geschiedenen und getrennt lebenden Menschen existiert nicht, die beiden Werte sind zusammengenommen in allen Regionaltypen gleich hoch.

Abbildungen 3 und 4

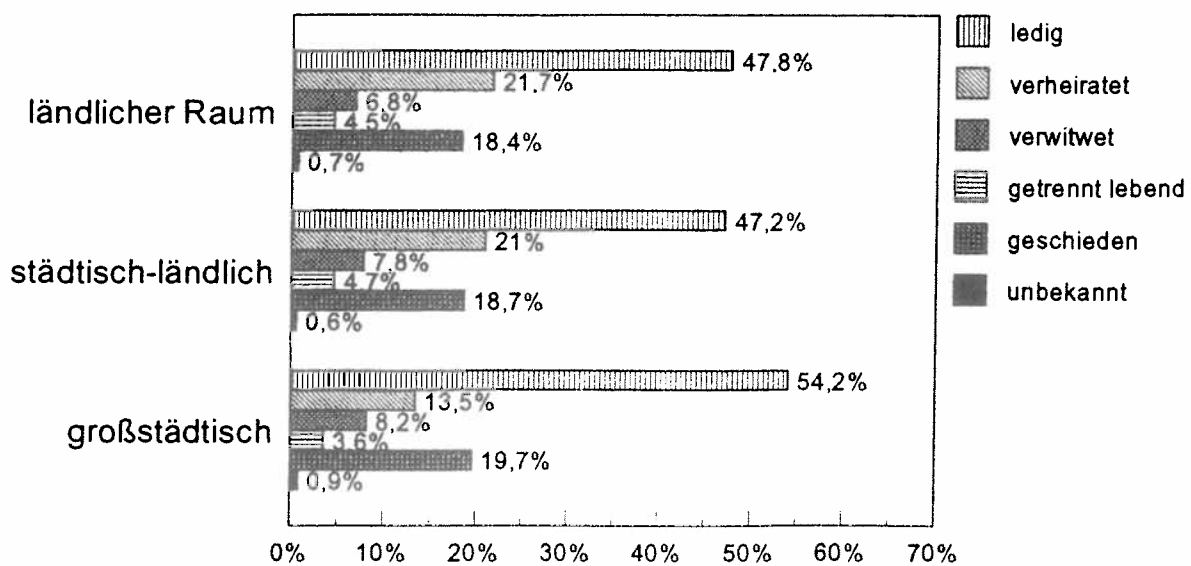
Familienstand



N = 63 (N = 9888)

Familienstand

Differenziert nach Gebietsstruktur



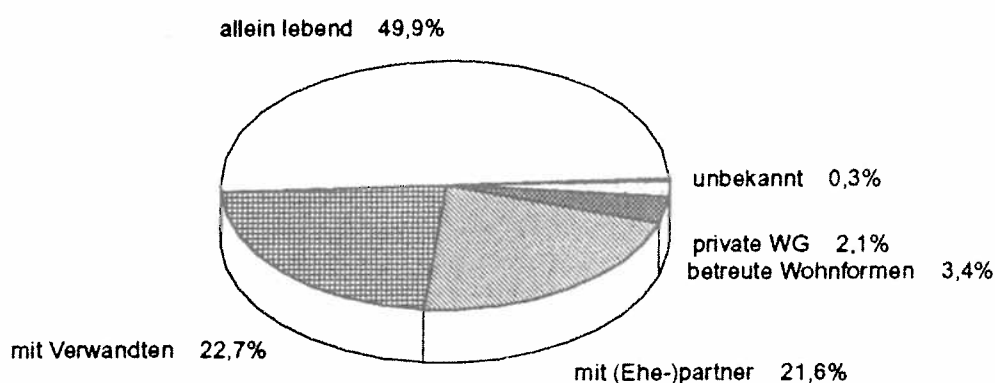
N = 63 (N = 9888)

Die Tendenz der vergangenen Jahre, dass immer mehr Menschen alleine leben, hat sich stabilisiert aber nicht weiter zugenommen: jeder zweite der längerfristig Betreuten lebt alleine. Knapp die Hälfte lebt mit dem Ehepartner oder mit Verwandten zusammen, andere Wohnformen spielen quantitativ keine sehr große Rolle.

Die Zahl der alleine Lebenden im großstädtischen Raum nähert sich mit 61,9% der Zweidrittelmarke an, sie ist wie in den vergangenen Jahren auch nochmals leicht gestiegen. In den Großstädten lebt lediglich ein Drittel der längerfristig Betreuten mit dem (Ehe-)Partner oder mit anderen Verwandten zusammen.

Abbildung 5

Lebensverhältnisse

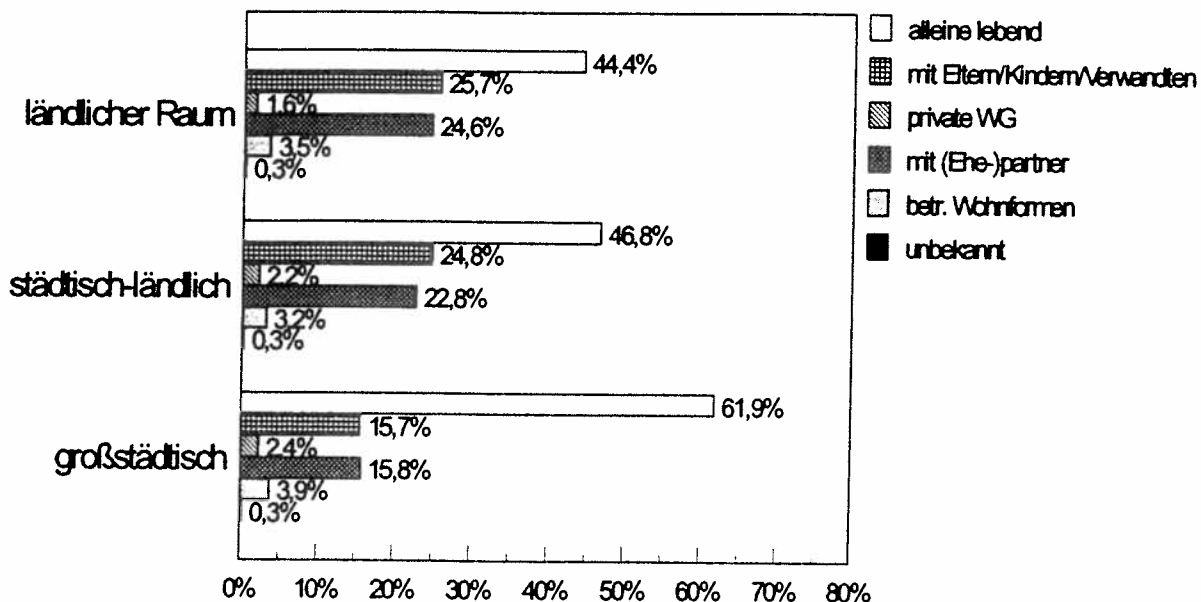


N = 63 (N = 9888)

Abbildung 6

Lebensverhältnisse

Differenziert nach Gebietsstruktur



N = 63 (N = 9888)

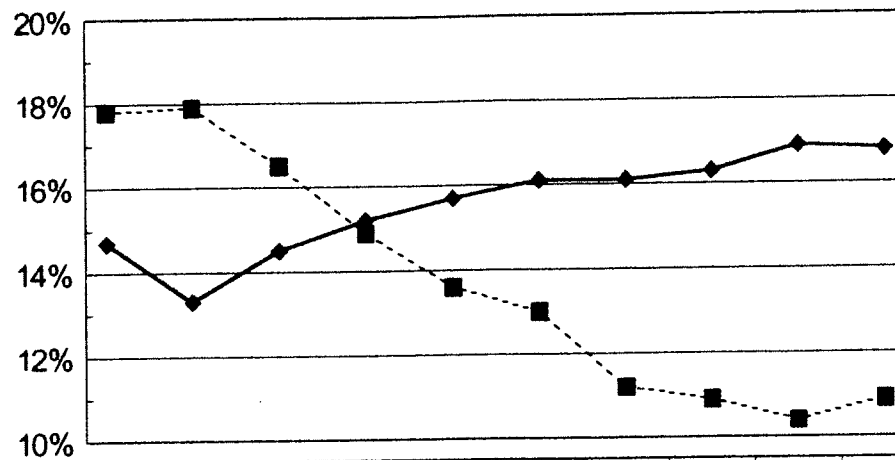
2.1.4 Finanzielle Situation

Die Abnahme von Einkommen aus eigener Erwerbsarbeit einschließlich Gelegenheitsarbeiten mit gleichzeitiger Zunahme von Sozialhilfebezug hat sich in den vergangenen zehn Jahren ständig weiter entwickelt. Für das Jahr 1998 ist die Schere zwischen diesen beiden Einkommensarten am weitesten geöffnet (Abb. 7); 1998 ist die eigene Erwerbstätigkeit als Haupteinnahmequelle unter 10 Prozent abgesunken (Anhang VII).

Der Unterhalt durch Familienangehörige ist geringfügig zurückgegangen, ebenso Arbeitslosengeld und Krankengeld. Diese rückläufigen Einnahmequellen werden kompensiert durch - ebenso geringfügiges - Ansteigen von Arbeitslosenhilfe, Erwerbsunfähigkeitsrenten und Sozialhilfe.

Abbildung 7

Überwiegende Einnahmequelle



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Erwerbstätigkeit ■	17,8%	17,9%	16,5%	14,9%	13,6%	13,0%	11,2%	10,9%	10,4%	10,9%
Sozialhilfe ◆	14,7%	13,3%	14,5%	15,2%	15,7%	16,1%	16,1%	16,3%	16,9%	16,8%

Tabelle 4 zeigt die regionalen Unterschiede: Sozialhilfe nimmt im großstädtischen Raum einen vergleichbaren Stellenwert ein wie Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente, Unterhalt durch Partner bzw. Familie spielt eine noch geringere Rolle als im ländlichen bzw. städtisch-ländlichen Raum.

Tabelle 4

Finanzielle Situation

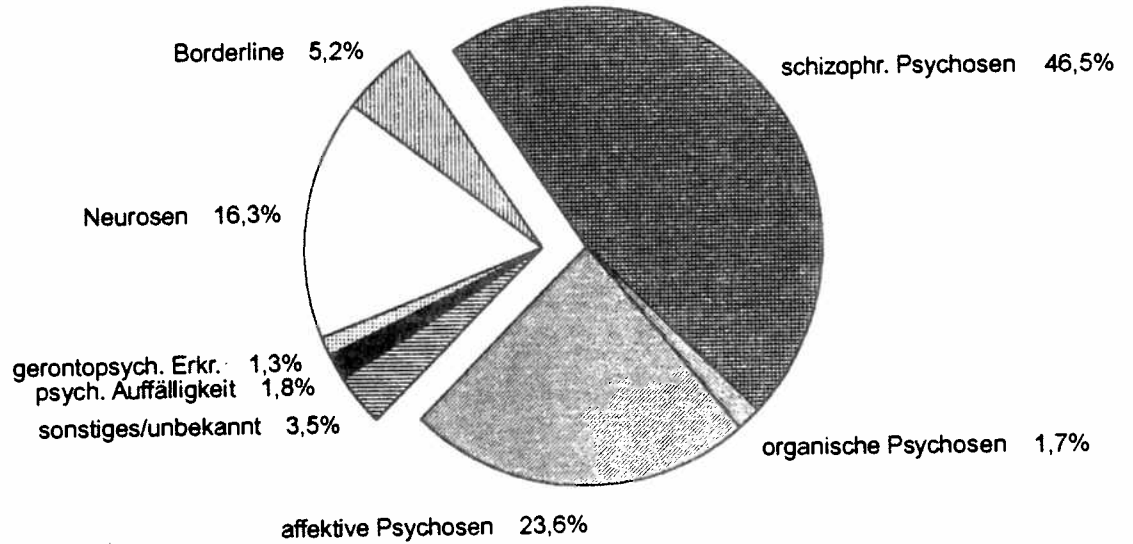
Überwiegende Einnahmequelle	Gesamt	Dienste im ländlichen Raum	städtisch-ländliche Dienste	großstädtische Dienste
Erwerbs-/ Berufstätigkeit	10,1%	10,5%	11,3%	7,4%
Gelegenheitsarbeiten	0,8%	0,5%	1,1%	0,7%
Unterhalt durch die Familie	6,3%	6,0%	7,1%	5,4%
Unterhalt durch Ehepartner	9,4%	12,3%	9,6%	5,4%
Arbeitslosengeld	3,8%	3,4%	4,3%	3,2%
Arbeitslosenhilfe	4,9%	4,6%	5,0%	5,1%
Krankengeld	2,9%	2,2%	3,3%	3,0%
Altersrente/-pension/ Witwenrente	12,3%	10,4%	12,3%	14,7%
Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente	29,4%	32,8%	27,8%	28,0%
Sozialhilfe	16,8%	13,5%	14,8%	24,0%
sonstiges	2,3%	2,5%	2,3%	2,1%
unbekannt	1,1%	1,2%	1,2%	0,9%
N =	63 (9888)	25 (3150)	24 (4171)	14 (2567)

2.2 Krankheitsbezogene Merkmale

2.2.1 Psychiatrische Hauptdiagnosen

Die psychiatrischen Hauptdiagnosen verteilen sich im wesentlichen unverändert; die Psychosen machen mit etwas über 70 Prozent die wesentlichste Gruppe aus, unter einer neurotischen Erkrankung leidet etwa jeder sechste Klient.

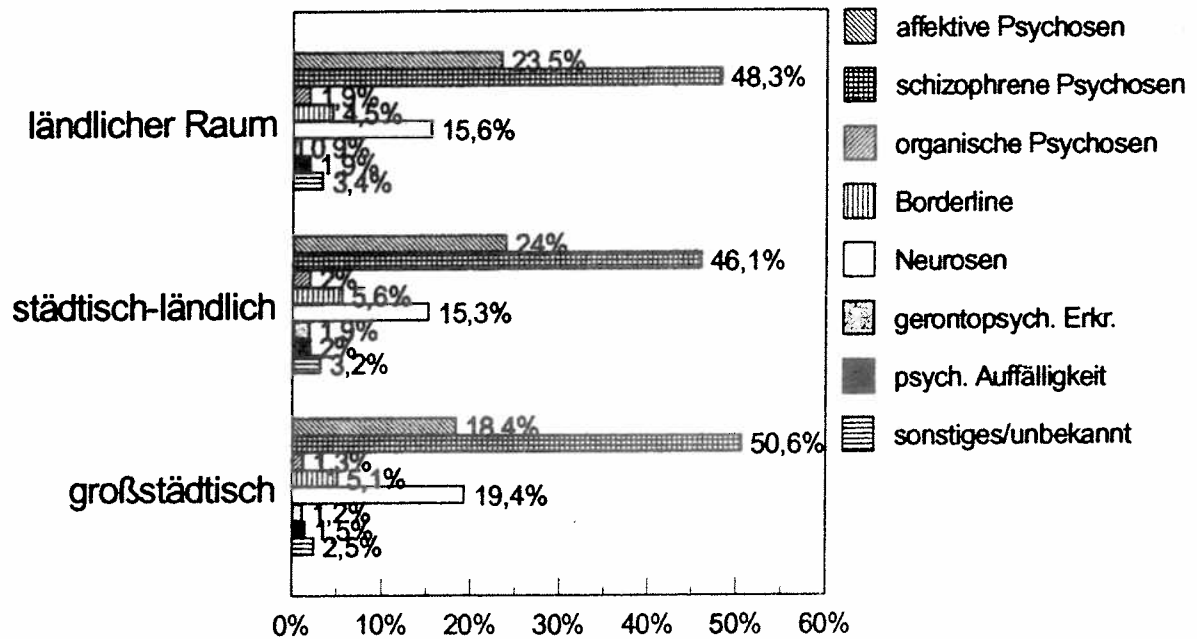
Psychiatrische Hauptdiagnosen



N = 63 (N = 9888)

Psychiatrische Hauptdiagnosen

Differenziert nach Gebietsstruktur



N = 63 (N = 9888)

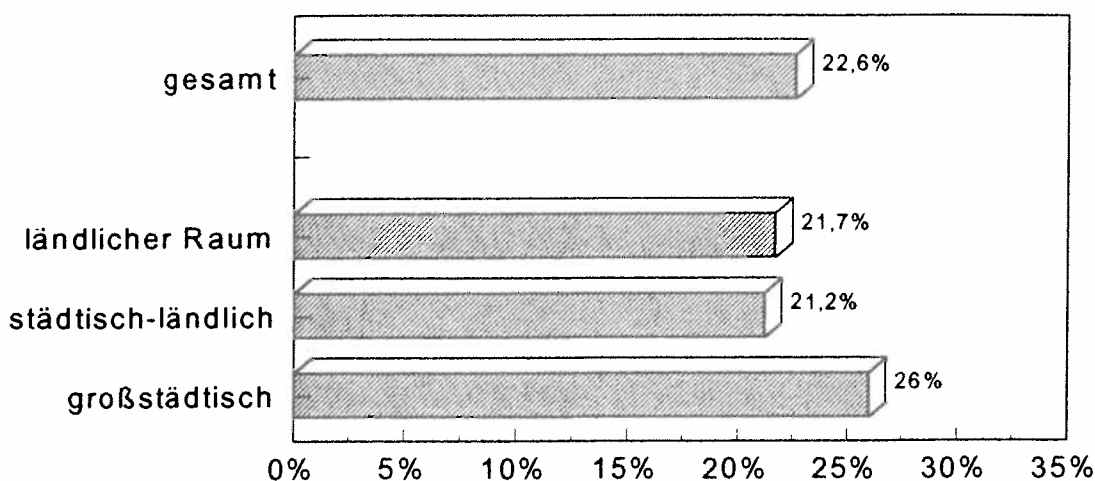
Bei der Klientel der großstädtischen Dienste hat die Diagnose "schizophrene Psychose" um fast drei Prozent zugenommen während die affektiven Psychosen wieder auf Werte um die 18 Prozent zurückgegangen sind, wie sie vor 1997 aufgetreten waren.

2.2.2 Zusätzliche körperliche Erkrankungen

Etwas mehr als jeder fünfte längerfristig betreute Klient leidet zusätzlich an einer gravierenden körperlichen Erkrankung. Die Werte sind im ländlichen und im städtisch-ländlichen Raum nahezu identisch, liegen im großstädtischen Raum dagegen um knapp fünf Prozentpunkte höher.

Abbildung 10

Anteil der zusätzlich an gravierenden körperlichen Erkrankungen leidenden Klienten



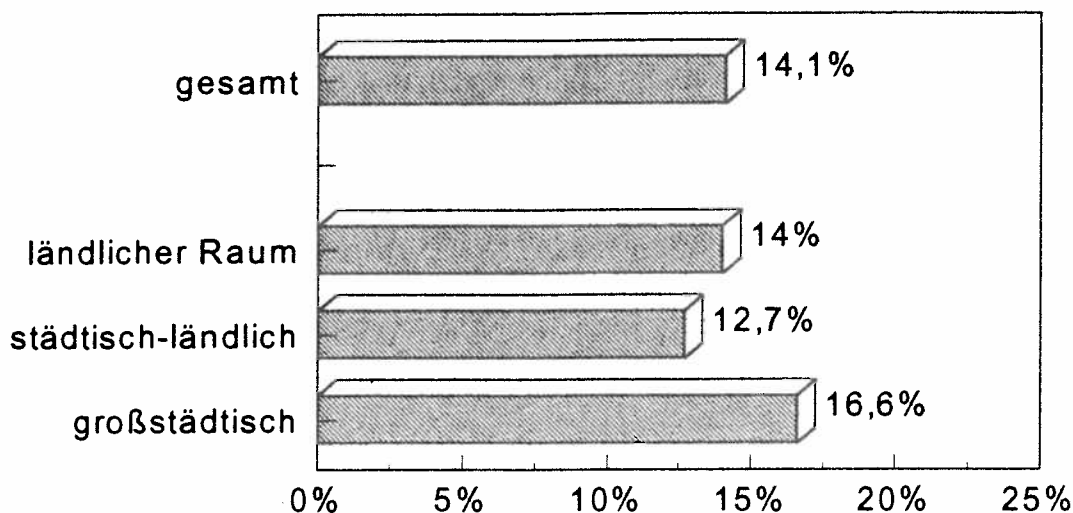
N = 63 (N = 9888)

2.2.3 Suchtprobleme

Die Zahl der an zusätzlichen Suchterkrankungen leidenden Klienten hat sich unwesentlich erhöht und zwar in allen drei Regionalräumen.

Abbildung 11

Anteil der Klienten mit Suchtproblematiken



N = 63 (N = 9888)

2.2.4 Bekannte stationäre Aufenthalte

Zwei jeweils etwa gleich große Gruppen von Betreuten, nämlich knapp 30 Prozent, hatten schon bis zu zwei bzw. bis zu fünf stationäre Aufenthalte. Während der Anteil derer, die bis zu 10 Aufenthalte in einer stationären Einrichtung zu verzeichnen hatten, etwas geringer geworden ist, hat sich die Kategorie "über 10 Aufenthalte" nahezu um den selben Wert vergrößert.

Ungefähr jeder neunte Klient hatte bisher noch keine stationären Aufenthalte.

Tabelle 5

Bekannte stationäre Aufenthalte

Aufenthalte	Gesamt	Dienste im ländlichen Raum	städtisch-ländliche Dienste	großstädtische Dienste
bis 2 Aufenthalte	27,2%	29,2%	27,9%	27,2%
bis 5 Aufenthalte	29,8%	29,4%	31,0%	29,8%
bis 10 Aufenthalte	13,9%	14,0%	15,3%	13,9%
über 10 Aufenthalte	12,2%	10,6%	9,7%	12,2%
keine stationären Aufenthalte	10,8%	9,0%	9,7%	10,8%
unbekannt	6,2%	7,8%	6,4%	6,2%
N =	63 (9888)	25 (3150)	24 (4171)	14 (2567)

2.2.5 Beginn der regelmäßigen medizinischen/psychiatrischen ambulanten Behandlung

Die Zahl der Klienten, die sich nicht in regelmäßiger ambulanter medizinisch/psychiatrischer Behandlung befinden, ist etwas zurückgegangen: insgesamt auf knapp neun Prozent, im ländlichen Raum sogar auf knapp sechs Prozent, in den Großstädten liegt er dagegen bei über 13 Prozent. Der Anteil der Klienten, deren Behandlung vor über zehn Jahren begonnen hat, hat sich etwas erhöht, das mag mit der Zunahme der mittleren und höheren Altersgruppen zusammenhängen.

Tabelle 6:

**Beginn der regelmäßigen medizinischen/psychiatrischen ambulanten
Behandlung**

Beginn	Gesamt	Dienste im ländlichen Raum	städtisch- ländliche Dienste	großstädti- sche Dienste
in den letzten 2 Jahren	12,5%	12,0%	13,3%	11,9%
vor über 2 Jahren	14,2%	14,6%	15,1%	12,1%
vor über 5 Jahren	22,2%	22,4%	22,4%	21,8%
vor über 10 Jahren	37,9%	39,4%	37,0%	37,4%
nicht in regel- mäßiger Behandlung	8,9%	5,9%	8,5%	13,5%
unbekannt	4,2%	5,8%	3,7%	3,3%
N =	63 (9888)	25 (3150)	24 (4171)	14 (2567)

2.2.6 Krisen

Zu insgesamt 4.013 Krisen kam es bei 2.845 Menschen; davon konnten zwei Drittel (etwa 67%) ambulant aufgefangen werden. Im ländlichen Raum liegt dieser Anteil mit etwa 62% etwas niedriger, im städtisch-ländlichen Raum mit ca. 70% etwas darüber. Der Anteil der Klienten, bei denen Krisen zu verzeichnen waren, beträgt 28,8% an der Gesamtklientel. Hier gibt es kaum regionale Unterschiede.

2.3 Zuweisungswege

Tabelle 7

Zuweisungswege¹

Zuweisungswege	Gesamt	Dienste im ländl. Raum	städtisch- ländl. Dienste	großstädt. Dienste
Psychiatrisches Krankenhaus	27,2%	27,5%	28,6%	24,1%
andere Kliniken	2,4%	2,2%	3,1%	1,4%
Psychiatr. Ambulanz /niedergel. Nervenarzt	11,2%	13,8%	11,7%	7,6%
niedergelassener Arzt	2,6%	2,7%	2,9%	2,1%
Reha-Einrichtung	2,3%	3,3%	2,0%	1,8%
Allgemeiner Sozialdienst	4,3%	3,0%	4,1%	6,3%
Amt f. öff. Ordnung/Gericht	2,0%	1,1%	1,9%	3,1%
Sozialamt	2,1%	1,3%	1,8%	3,7%
Gesundh.amt	1,5%	1,5%	1,5%	1,6%
Sozialstation/ Nachbarschaftshilfe	1,7%	0,6%	2,5%	1,3%
Beratungsstelle/ Therapeut	4,3%	4,4%	4,4%	3,8%
Laien Helfer	0,5%	0,3%	0,7%	0,3%
Nachbarn/ Angehörige	11,7%	12,7%	11,2%	11,7%
Eigeninitiative des Patienten	18,9%	20,8%	19,1%	16,5%
Berufskoll./ Arbeitgeber	1,4%	1,4%	1,0%	2,0%
sonstige	5,8%	3,4%	3,4%	12,7%
N =	63 (3541)	25 (978)	24 (1665)	14 (898)

¹ nur neue längerfristige Betreuungen im Berichtsjahr

Für die neuen längerfristigen Betreuungen werden im Jahr 1999 von allen sozial-psychiatrischen Diensten 3.541 Zuweisungen genannt, das ist eine erneute Zunahme der mittleren Zuweisungen pro Dienst und kann als Indiz für die Bekanntheit und Akzeptanz der Dienste gewertet werden.

Die Zuweisungsrate aus dem psychiatrischen Bereich (Kliniken, Ambulanzen und niedergelassene Ärzten) ist etwas geringer geworden, macht aber immer noch fast 40% aller Zuweisungen aus. Zuweisungen von niedergelassenen Ärzten und anderen Kliniken sind auch leicht rückläufig.

Einen gewichtigen Anteil vertreten die Patienten selber: fast 20% machen die Zuweisungen auf Eigeninitiative der Patienten aus. Der Laienbereich mit Nachbarn, Berufskollegen und Laienhelfern ist mit knapp 14% etwa gleich groß wie 1997. Das Amt für öffentliche Ordnung als Zuweiser hat seinen Anteil von einem auf zwei Prozent gesteigert, während das Gesundheitsamt auf die Hälfte des vorigen Wertes zurückgegangen ist.

Regionale Unterschiede sind - im Zusammenhang mit der jeweiligen Präsenz vor Ort - bei den Zuweisungen durch den Allgemeinen Sozialdienst, das Amt für öffentliche Ordnung und das Sozialamt zu konstatieren, sie sind jeweils im großstädtischen Raum ungefähr doppelt so häufig vertreten wie im ländlichen Raum. Dort spielt die Eigeninitiative der Patienten im Vergleich zwischen den Regionen die größte Rolle.

Einen Überblick gibt Tabelle 7 auf Seite 20.

2.4 Zusammenwirken verschiedener Hilfen

Die gleichzeitige ärztliche Versorgung der längerfristig betreuten Klienten der sozial-psychiatrischen Dienste hat sich nochmals leicht verbessert. Neun von zehn Klienten werden gleichzeitig ärztlich behandelt, sieben von zehn sind in nervenärztlicher Behandlung und fast jeder Zweite bei sonstigen niedergelassenen Ärzten.

Wesentliche Mitbetreuungsinstanzen sind das soziale Umfeld mit unverändert knapp 28 Prozent, der Freizeitbereich, zwar leicht rückläufig (knapp 18%) und die psychiatrischen Kliniken (15,4%). Die Beratungsstellen und Therapeuten konnten ihren

Anteil im großstädtischen und im ländlichen Raum noch ausbauen, sie liegen mit 8,6% gleich mit den Sozialstationen.

Sowohl Institutionen im Bereich Wohnen, sowie Hilfen im Bereich Arbeit und Tagesstrukturierung haben jeweils etwas weniger Gewicht behalten.

Von allen drei Regionaltypen werden die gesetzlichen Betreuer, die im Dokumentationsbogen noch nicht erfragt werden, als Mitbetreuungsinstanzen genannt, und zwar in acht Fällen mit insgesamt 137 Nennungen.

In Tabelle 8 sind die gleichzeitigen Hilfen im Überblick zu finden.

Tabelle 8

Zusammenwirken verschiedener Hilfen Mehrfachnennungen

Hilfen	Gesamt	Dienste im ländl. Raum	städtisch- ländl. Dienste	großstädt. Dienste
keine ambulante ärztliche Behandlung	10,3%	7,6%	9,4%	15,1%
gleichzeitig in ärztlicher Behandlung (insgesamt)	89,7%	92,4%	90,6%	84,9%
davon: gleichzeitig in Behandlung bei niedergelassenem Nervenarzt	69,5%	67,9%	72,7%	66,5%
gleichzeitig in Behandlung bei sonstigen niedergel. Ärzten	47,8%	51,2%	44,9%	48,1%

Reha-Dienste und Reha-Einrichtungen	6,3	6,6%	7,7%	3,5%
Allg. Sozialdienst	8,8%	6,5%	10,7%	8,7%
Freizeitbereich, Selbsthilfe, Laiengruppe	17,7%	19,9%	21,0%	9,7%
Arbeitsamt	6,8%	6,1%	8,5%	4,8%
Psychozialer Dienst	3,3%	3,9%	3,6%	2,2%
Psychiatrisches Krankenhaus	15,4%	15,4%	16,0%	14,2%
Sozialstation/ Nachbarschaftshilfe	8,6%	6,9%	9,3%	9,7%
Beratungsstelle/ Therapeut	8,6%	9,0%	8,6%	8,0%
Institutionen im Bereich Wohnen	6,7%	6,1%	6,1%	8,3%
Tagesstrukturierende Hilfen	12,6%	10,1%	13,4%	14,3%
beschützte Arbeitsplätze	8,5%	9,5%	9,4%	5,9%
Soziales Umfeld	27,9%	29,9%	28,6%	24,2%
N	63 (9888)	25 (3150)	24 (4171)	14 (2567)

3 Auslastung der Dienste im Berichtsjahr

3.1 Durchschnittliche Betreuung pro Fachkraft

Die 63 Dienste, die sich 1999 an der Dokumentation beteiligen, verfügten zusammen über 212 Fachkraftstellen, das bedeutet, dass im Schnitt in einem Dienst 3,4 Fachkräfte¹ tätig sind (1998: 201,05 und 3,3).

Dieser Wert ist in den vergangenen Jahren nahezu unverändert.

In den einzelnen regionalen Räumen ergab sich folgendes Bild: die 25 Dienste im ländlichen Raum hatten mit 71,1 Fachkraftstellen im Schnitt 2,8 Stellen pro Dienst (1998: 66,25 und 2,8), im städtisch-ländlichen Raum waren in 24 Diensten 89,85 Fachkräfte beschäftigt, also 3,9 Fachkräfte pro Dienst (1998: 84,7 und 3,7) und bei den 14 großstädtischen Diensten waren mit 51,05 Stellen durchschnittlich 3,6 Mitarbeiter/innen beschäftigt (1998: 50,1 und 3,6).

Wie schon bei der letzten Zweijahresauswertung ist auch 1998/99 die Zahl der Stellen nahezu gleich geblieben, die Auslastung der Dienste aber nochmals gestiegen.

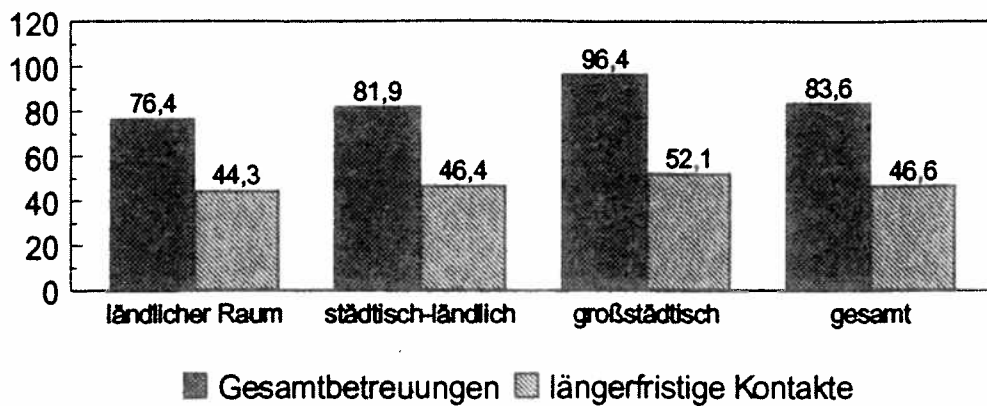
Von 1997 bis 1999 hat sich die Zahl der durchschnittlichen Betreuungen pro Fachkraft insgesamt von 78,9 auf 83,6 erhöht, bei den längerfristigen Betreuungen von 44,2 auf 46,6. Die Veränderung ist in allen Regionalräumen zu beobachten, sie liegt im großstädtischen Raum bei durchschnittlich fünf Betreuungen pro Fachkraft sowohl bei den insgesamt Betreuten, wie bei den längerfristig betreuten Menschen. Die Erhöhung findet sich im wesentlichen schon im Berichtsjahr 1998 (Anhang XIII).

Abbildung 12 auf Seite 25 zeigt die durchschnittlichen Betreuungen pro Fachkraft.

¹ Der Begriff "Fachkraft" wird im Text synonym für "Fachkraftstellen" verwandt.

Abbildung 12

Durchschnittliche Betreuungen pro Fachkraft Differenziert nach Gebietsstruktur



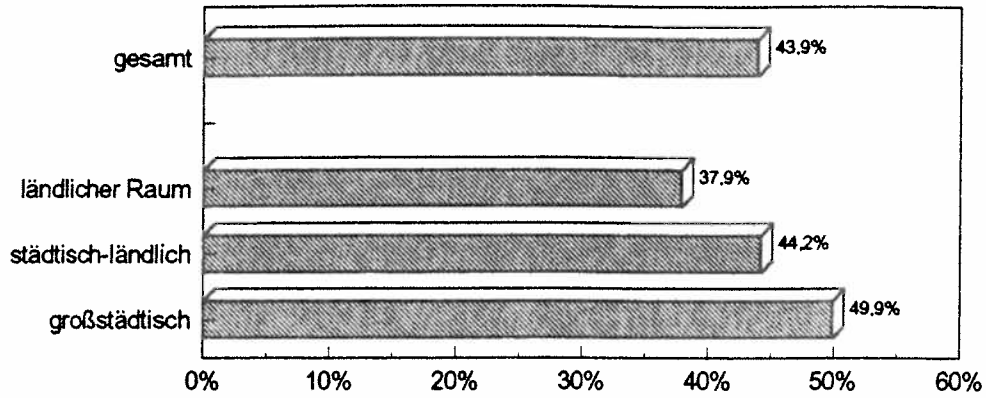
N = 63 (N = 9888)

3.2 Anteil der Erstkontakte an den Gesamtbetreuungen

Der Anteil der Erstkontakte an den Gesamtbetreuungen ist seit 1997 um knapp zwei Prozentpunkte zurückgegangen. Diese Entwicklung spiegelt sich bei den städtisch-ländlichen und noch deutlicher bei den großstädtischen Diensten und führt somit zu einer Annäherung zwischen den Regionaltypen.

Abbildung 13

Anteil der Erstkontakte an den Gesamtbetreuungen



N = 63 (N = 9888)

3.3 Differenzierung der Gesamtbetreuungen nach Kontaktformen

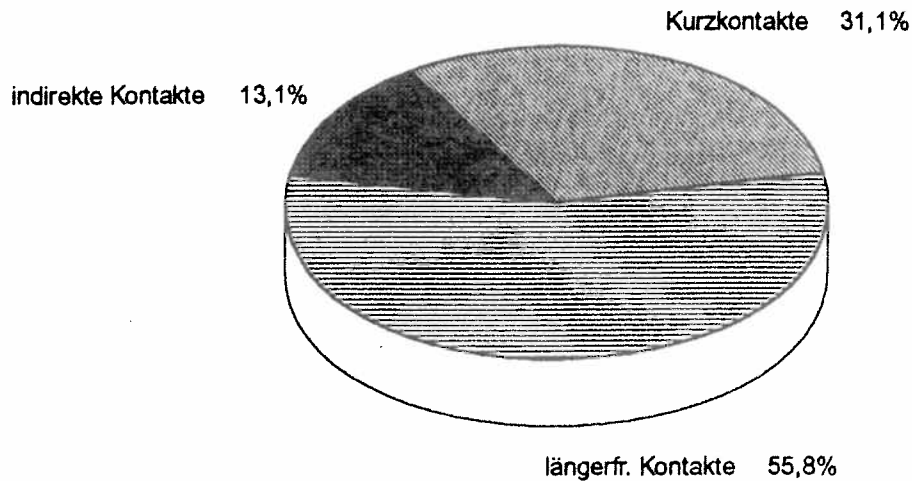
Bei der Verteilung der Kontaktformen (Tab. 10) zeigt sich in den vergangenen Jahren ein nahezu konstantes Bild.

Tabelle 10 Verteilung der Kontaktformen

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
kurz	30,8%	31,5%	30,6%	31,0%	30,5%	31,0%	31,8%	31,1%
indirekt	13,4%	13,5%	13,1%	12,7%	13,5%	12,9%	12,6%	13,1%
längerfristig	55,8%	55,0%	56,2%	56,2%	56,0%	56,1%	55,6%	55,8%

Abbildung 14 zeigt die Aufteilung der Gesamtbetreuungen nach Kontaktformen für 1999.

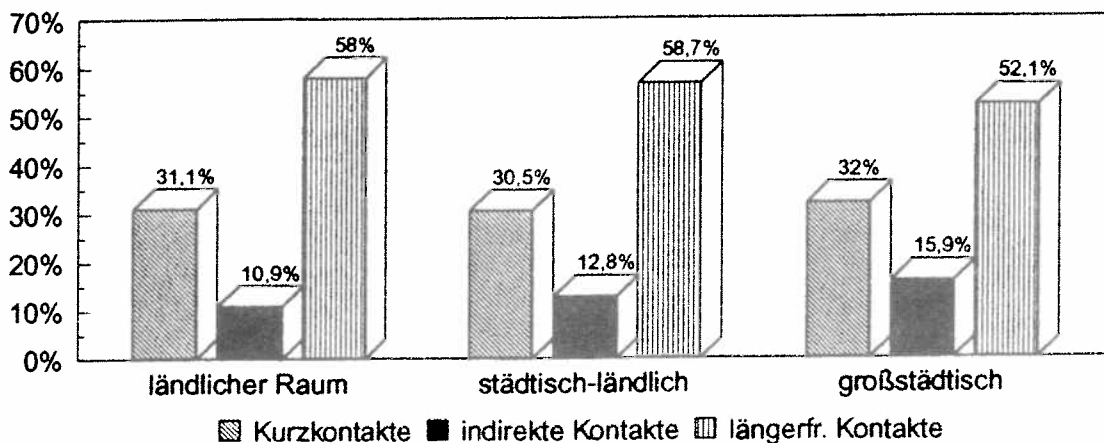
Aufteilung der Gesamtbetreuungen nach Kontaktformen



N = 63 (N = 17714)

Traditionell besteht ein Gefälle bei den längerfristigen Kontakten zwischen ländlichen Diensten, Diensten im städtisch-ländlichen Raum und großstädtischen Diensten, das umgekehrt kompensiert wird von der Verteilung der indirekten Kontakte, die bei den großstädtischen Diensten häufiger vertreten sind; Kurzkontakte sind bei allen drei Regionaltypen etwa gleich häufig.

Abbildung 15 **Aufteilung der Gesamtbetreuungen nach Kontaktformen**



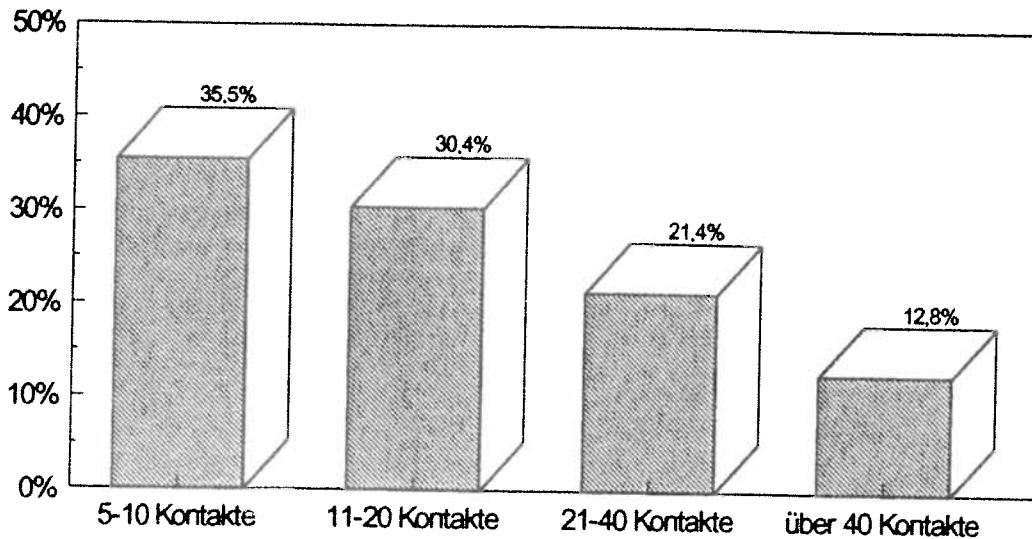
N = 63 (N = 17714)

3.4 Kontakthäufigkeit und Betreuungsdauer

Die Verteilung der Kontakthäufigkeiten ist seit der letzten Auswertung nahezu identisch.

Abbildung 16

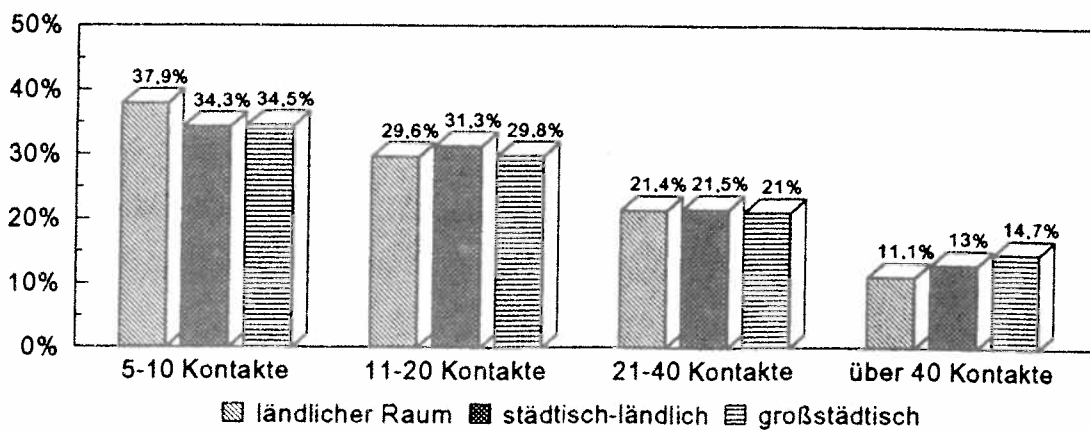
Kontakthäufigkeit



N = 63 (N = 9888)

Abbildung 17

Kontakthäufigkeit Differenziert nach Gebietsstruktur

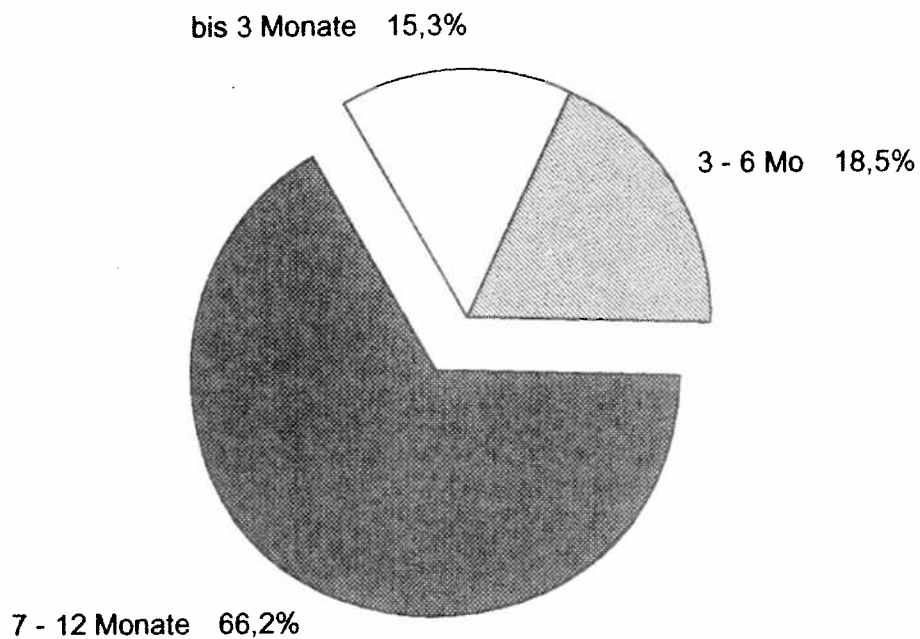


N = 63 (N = 9888)

Die Unterschiede zwischen den Regionaltypen zeigen sich an den Rändern, d.h., bei den Betreuungen mit bis zu zehn und über vierzig Kontakten. Im ersten Fall liegen die sozialpsychiatrischen Dienste im ländlichen Raum um gut drei Prozentpunkte vor den Diensten im großstädtischen Raum, bei den häufigen Kontakten ist es gerade umgekehrt.

Abbildung 18

Betreuungsdauer

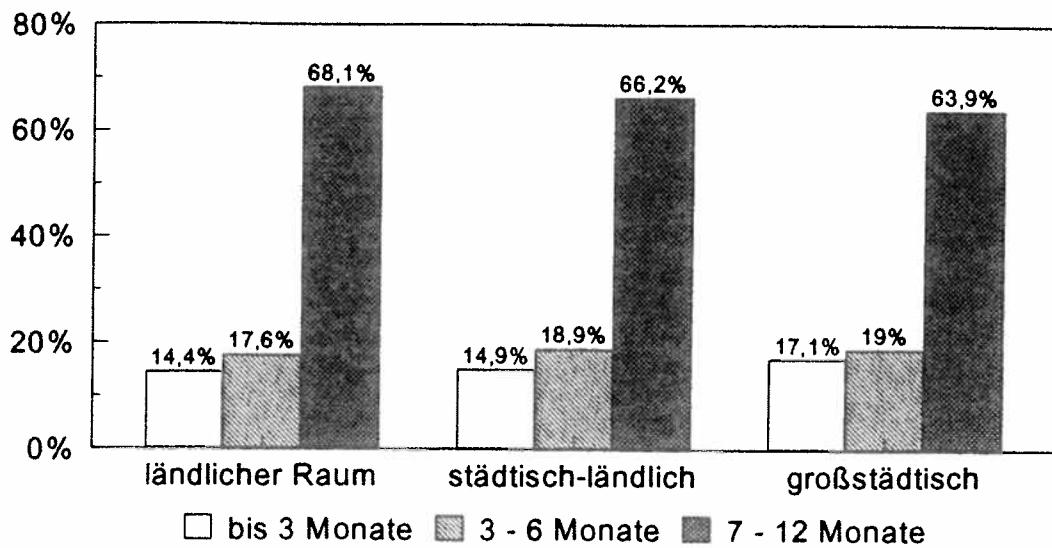


N = 63 (N = 9888)

Zwei Drittel der Betreuungen im Jahr 1999 dauerten zwischen sieben und zwölf Monaten; hier ist eine kleine Zunahme zu verzeichnen, während die Betreuungsdauern "drei bis sechs Monate" und "bis zu drei Monate" etwas zurückgegangen sind.

Abbildung 19

Betreuungsdauer Differenziert nach Gebietsstruktur



N = 63 (N = 9888)

Während die großstädtischen Dienste in der Kontakthäufigkeit vorn lagen, sind es die Dienste im ländlichen Raum, die am häufigsten die langen Betreuungen zwischen sieben Monaten und einem Jahr vorweisen.

Auch bei den sozialpsychiatrischen Diensten im städtisch-ländlichen Raum haben die lange dauernden Betreuungen wieder etwas zugenommen.

4 Zusatzfragen

Wie schon in den vergangenen Jahren soll darauf hingewiesen werden, dass die Angaben der Sozialpsychiatrischen Dienste zu den Zusatzfragen im Umfang und in der Differenzierung sehr heterogen sind; quantifizierende Aussagen sind demnach mit aller Vorsicht zu interpretieren.

4.1 Mit welchen Aufgaben im Grenzbereich seiner Zuständigkeit wurde der Sozialpsychiatrische Dienst konfrontiert? (1998)

In den Fällen, in denen zu dieser Zusatzfrage keine Angaben gemacht wurden, aber zur Frage der unversorgten Gruppen Aussagen vorliegen, wurden diese herangezogen.

4.1.1 großstädtische Dienste

Angaben liegen von allen vierzehn Diensten vor, sechs der Stuttgarter Dienste gaben eine gleichlautende Stellungnahme ab.

Am häufigsten, nämlich mit vierzehn Nennungen, sind die Doppeldiagnosen "psychische Krankheit und Sucht"; soweit diese Süchte inhaltlich spezifiziert werden, handelt es sich um Alkohol- und Drogenabhängigkeit, nur vereinzelt wird Spielsucht und Magersucht genannt. Nach Einschätzung je eines Dienstes sind Doppeldiagnosen häufiger geworden bzw. betreffen sie zunehmend jüngere Klienten. In der Praxis sei die Grenze zwischen Primär- und Sekundärerkrankung bei Sucht nicht so leicht zu ziehen.

Parallel zur Häufigkeit dieser Doppeldiagnose geht die Einsicht, welche Probleme die Betreuung solcher psychisch Kranker aufwirft; die zeitaufwendige aufsuchende Arbeit könne deshalb nur in Einzelfällen geleistet werden, zudem gebe es im ambulanten Bereich wenig konkrete Lösungsmöglichkeiten. Einige stünden am Rande der Obdachlosigkeit, es sei sehr problematisch, adäquate Lebensperspektive aufzuzeigen, auch "im Tagesstättengeschehen sind sie nur in kleiner Zahl verträglich".

Ein Dienst berichtet von seiner Mitarbeit in einer "AG Doppeldiagnose" zum "fachlichen Austausch, zur Kompetenzerweiterung und Qualifizierung der Mitarbeiter, zur Planung

und Entwicklung von differenzierten Angeboten", in einem Versorgungsgebiet wurde die Suchtkrankenhilfe regionalisiert mit dem Ergebnis der verbindlichen Kooperation, Koordination und Vernetzung der Hilfen.

Die nächst große Gruppe sind gerontopsychiatrische Klienten (8 Nennungen); sie werden von den Diensten überwiegend nicht betreut, das Fehlen eines adäquaten ambulanten Angebotes wird bemängelt. In einem Versorgungsgebiet wurde die Versorgung unter der Federführung des Sozialamtes neu konzipiert, zudem setzt man auf die Ausweitung der psychiatrischen Pflege für diese Personengruppe.

Fünf Mal werden altgewordene psychisch Kranke, die pflegerische Hilfen benötigen, als Gruppe am Rande der Zuständigkeit genannt. Man kooperiert hier mit den Sozialstationen, die aber teilweise überfordert seien, und mit den IAV-Stellen. Teilweise wird in Pflegeheime vermittelt, eine Aufgabe die nach Einschätzung eines Dienstes zunehmen wird. Ein Problem dabei sei auch, dass die psychiatrische Problematik sich nicht in der Pflegestufe niederschlägt. Im Einzelfall wird den Einrichtungen das Angebot der Beratung und Vermittlung bei Schwierigkeiten gemacht.

Mit dem Problem der Wohnungslosigkeit von Klienten sehen sich neun Dienste konfrontiert: das Problem dabei ist, dass dieser Personenkreis psychiatrienahen Institutionen meidet, in diesen Fällen versucht man, die Mitarbeiter in anderen Institutionen zu beraten, oder arbeitet in entsprechenden Arbeitskreisen mit.

Jeweils ein bis zwei Dienste nennen folgende Gruppen:

Menschen mit geistiger Behinderung und psychiatrischer Problematik, die zwischen der Behindertenhilfe und der Psychiatrie pendeln.

Schwierige Persönlichkeiten, eine zahlenmäßig kleine Gruppe, die aber viel Zeit - auch zwischen den Diensten des Hilfesystems - in Anspruch nimmt.

Borderline-Patienten, die nur wenig Hilfe zulassen, werden als sehr schwierig im Umgang erlebt.

Als ebenfalls zahlenmäßig kleine Gruppe, deren Schicksal aber sehr belastend ist,

werden Kinder psychisch kranker Eltern bzw. psychisch erkrankte Mütter mit Kleinkindern, die nicht eigenständig leben können, genannt; hier wird versucht, mit dem Allgemeinen Sozialdienst zusammenzuarbeiten.

Eine weitere Gruppe sind Menschen mit schweren psychischen Belastungen im Zusammenhang mit Sekten (Aussteigewillige und Angehörige).

Ausländische Klienten seien, wegen mangelnder Sprachkenntnisse, kultureller Probleme, traumatischer Erfahrungen (Folter, Vertreibung, Misshandlung) sehr schwierig zu betreuen.

Nicht jede Doppeldiagnose erfordere neue Hilfsangebote, oft gehe es darum, in zeitaufwendigen Prozessen die Angebote bestehender Dienste auf die jeweiligen Bedürfnisse abzustimmen, das erfordere Absprachen und das Transparentmachen der eigenen Arbeit; hierin sehen die Sozialpsychiatrischen Dienste ihre Aufgabe.

4.1.2 Dienste im ländlichen Raum

Hier gibt es insgesamt 17 Nennungen, sieben Dienste machten keine Angaben.

Auch hier machen psychisch kranke Menschen mit zusätzlicher Alkohol- oder Drogensucht die meistgenannte Gruppe aus. Die Größenordnung wird bei den Diensten auf zehn bis zwanzig Prozent geschätzt. Deren Betreuung bedeute einen erheblichen Mehraufwand, da sie sehr angstbesetzt und wenig entscheidungsfreudig seien, Beratung und Begleitung seien kaum möglich, weil diese Klienten wenig kooperativ und motiviert seien, deshalb seien die Hilfemöglichkeiten sehr begrenzt, als extrem schwierig wird die Suche nach stationären und teilstationären Einrichtungen erlebt, die Menschen mit Doppeldiagnose aufnehmen. Ein Dienst fasst die Problematik folgendermaßen zusammen: "aus unserem Landkreis gibt es nichts zu berichten, was nicht an anderer Stelle schon des öfteren gesagt wurde. Statt dessen können wir nur wiederholen, was u.E. schon seit Jahren ausgesprochen und bekannt ist: Analog zur bundesweiten Ratlosigkeit bezüglich des Umgangs mit dieser Personengruppe sind

auch wir nicht gesegnet mit konzeptioneller Erkenntnis und versuchen, diese Personen mehr schlecht als recht eben in unsere bestehenden Betreuungsangebote zu integrieren”.

Neben der Alkoholproblematik hat es ein Dienst mit Menschen zu tun, die im Vorfeld der psychiatrischen Erkrankung Ecstasy oder Heroin konsumiert hatten; bei einem weiteren wird die Zunahme von Essstörungen insbesondere bei jungen Frauen genannt.

Alt gewordene psychisch Kranke werden von sechs Diensten als Aufgabe im Grenzbereich der Zuständigkeit erlebt; sie werden entweder in Kooperation mit den Altenhilfe-Diensten weiter betreut - wobei der Sozialpsychiatrische Dienst seine Aufgabe in der Koordination und Beratung sieht - oder sie erhalten Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Heimplatz. Für altgewordene psychisch kranke Menschen werden ausgebildete Pflegekräfte für psychiatrische Pflege gefordert.

Ein Dienst bemängelt, dass alt gewordene psychisch Kranke, die aus der WfB ausscheiden müssen und deshalb eine Verschlechterung ihrer Symptomatik zeigen unter einer “unsinnigen Verschiebung von beruflichen zu medizinischen Hilfen” leiden müssen.

Bei psychisch kranken alten Menschen (vier Nennungen), in Einzelfällen bei verwirrten alten Menschen und bei älteren Menschen ohne eindeutige psychiatrische Diagnose, bei denen Klärung erforderlich ist, wird zum Teil mit der IAV-Stelle zusammengearbeitet.

Psychisch Kranke mit Lernbehinderung bzw. geistiger Behinderung, Minderbegabung oder Hirnverletzung, sowie hirnorganischen Beeinträchtigungen (wie hirnorganisches Psychosyndrom, Alzheimer, Anfallsleiden), wurden in fünf Sozialpsychiatrischen Diensten zur Abklärung oder “wenn sonst niemand als Ansprechpartner für ratsuchende Angehörige da war”, betreut.

Wohnungslosigkeit als neues Phänomen wurde von drei Diensten konstatiert; es gebe große Vorurteile und Ängste bei der Bevölkerung; die Gründe lägen u.a. im Wegfall von Eltern, die bisher den Klienten versorgten.

Vereinzelt genannt werden:

Junge Erwachsene, darunter auch junge Menschen um zwanzig, die durch starke Verhaltensauffälligkeiten und autoaggressive bzw. suizidale Tendenzen auf sich aufmerksam machten; hier wird mit dem Allgemeinen Sozialdienst und dem Jugendamt kooperiert.

Psychisch kranke Migranten, deren Betreuung wegen Sprachproblemen, kultureller Probleme und Traumatisierungen aus der Vergangenheit schwierig sei; auch Aus- und Übersiedler sowie Asylbewerber können nur unzureichend betreut werden.

Psychisch kranke Mütter mit sehr kleinen Kindern: ein Dienst fordert stationäre Hilfe für eine Übergangszeit, die ggf. überregional eingerichtet werden müsste.

Unklar und relativ unbefriedigend bleiben auch Klienten mit "Mehrfachhilfebedarf bei Sucht, Nichtsesshaftigkeit, Kriminalität und psychischer Erkrankung," Das Ergebnis der Beratungen sei immer unbefriedigend, wegen mangelnder Zuständigkeit wird der Klient weitergeschickt. Bei einem anderen Dienst beobachtet man Klienten mit unklarer diagnostischer Zuordnung, wie z.B. Persönlichkeitsstörung oder Epilepsie mit auffallendem Sozialverhalten; ein dritter empfindet sich als "Auffangbecken oder Warteschleife" vor dem Beginn einer notwendigen Therapie.

4.1.3 Dienste im städtisch-ländlichen Bereich

keine Angabe machten sechs Dienste; siebzehn äußerten sich.

Im Vordergrund stehen mit 15 Nennungen Menschen mit der Doppeldiagnose Sucht und psychische Erkrankung: in der Praxis lasse sich eine enge Auslegung der Förder Richtlinien und damit eine Nicht-Betreuung dieser Personengruppe nicht durchhalten, häufig komme es deshalb zur Betreuung, weil andere Dienste die erforderliche Betreu-

ungsform mit Hausbesuchen und lebenspraktischen und/oder sozialanwaltlichen Tätigkeiten nicht anbieten oder sich für Menschen, die völlig zurückgezogen lebten, niemand zuständig fühle. Der hohe Kontaktbedarf bringe eine hohe zeitliche Inanspruchnahme mit sich. Ein Dienst sieht das Problem, dass die Arbeitsweise Komm-Struktur bei Sucht mit der aufsuchenden Arbeit bei Psychoseerkrankten kollidiert. Die Dienste arbeiten mit Suchtberatungsstellen, Ärzten, Angehörigen und Betreuern zusammen.

Personen mit Essstörungen wie Adipositas und Anorexia (4 Nennungen) werden an niedergelassene Psychotherapeuten, Kliniken und Selbsthilfegruppen (auch Spielsüchtige) vermittelt, da sie von Suchtberatungsstellen nicht betreut werden.

Neun Dienste haben mit altgewordenen psychisch Kranke zu tun: sie werden teilweise in Kooperation mit anderen Diensten wie Sozialstation und Nachbarschaftshilfe - weiterbetreut oder an die Informations- Anlauf- und Vermittlungsstelle oder an den in dieser Region vorhandenen Spezialdienst "Sozial-psychiatrischer Dienst für alte Menschen (SOFA)" weitervermittelt.

Soweit nicht vorhanden wird ein Bedarf für einen Psychiatrischen Pflegedienst angemeldet.

Ebenso viele Anzeigen gibt es bei Wohnungslosen mit psychischer Krankheit "aus unserer Sicht die sozialpolitisch am meisten vernachlässigte Gruppe unter den psychisch Kranken". Verwahrlosung und drohende Obdachlosigkeit bedeuteten einen hohen Zeitaufwand, zudem sei die nachgehende Betreuung schwierig: Wohnungslose scheuten oft den Kontakt zu psychiatrischen Einrichtungen.

Ein Teil der Arbeit besteht deshalb auch in indirekter Arbeit bei Kontaktaufnahme durch Betreuer in den Notunterkünften und die verstärkte Anfrage der Wohnsitzlosenbetreuung zum Umgang mit psychisch Kranken in ihrer Klientel.

Die Bereiche "Minderbegabung und psychische Erkrankung", "geistige Behinderung mit massiven Verhaltensproblemen" sowie hirnorganisch beeinträchtigte Menschen (z.T. nach Entlassung aus Reha-Kliniken) nennen drei Dienste. Es gebe keine ent-

sprechenden Versorgungsangebote.

Pflege und Pflegebedürftigkeit auch Abklärung des Bedarfs bei psychisch Kranken nennen drei Dienste: auf Probleme mit den Krankenpflegediensten etwa wegen der Pflegestufe O bei psychisch Kranken oder wegen drohender Verwahrlosung wird hingewiesen.

Weitere Einzelnennungen beziehen sich auf:

Körperbehinderte mit einer psychotischen Erkrankung, die vom Sozialpsychiatrischen Dienst selbst begleitet oder an andere Stellen vermittelt werden;

Psychisch kranke Menschen mit ausgeprägten psychosozialen Problemen;

Psychisch kranke Mütter und Väter, deren Kinder in hohem Maße betroffen sind: hier wird mit dem Jugendamt kooperiert.

Personen mit Angst- und Paniksymptomen: werden an niedergelassene Psychotherapeuten und Selbsthilfegruppen vermittelt.

Psychisch kranke Ausländer (Aussiedler, Asylbewerber, Flüchtlinge): Sprachprobleme, traumatische Erfahrungen, ungenügende soziale Betreuung in den Sammelunterkünften verhindern oft eine angemessene Betreuung, geschweige denn Integration;

Darüber hinaus gibt es Anfragen aus den verschiedensten sozialen Problembereichen (u.a. Schuldnerberatung), zum Teil von den Ordnungsämtern; sie führen zu Kurzkontakten zur Abklärung und Weitervermittlung.

4.2 Sind die Sozialpsychiatrischen Dienste mit der vorhandenen Einbindung medizinisch psychiatrischer Unterstützung (aufsuchend, behandelnd) zufrieden, oder wurden bereits Konzepte oder Ideen zur Modifikation bzw. Verbesserung des augenblicklichen Systems entwickelt? (1999)

4.2.1 großstädtische Dienste

14 Dienste machten hierzu Angaben, die Stuttgarter Dienste legten eine gleichlautende gemeinsame Stellungnahme vor.

Allgemeine Angaben zur Zusammenarbeit

Ein Dienst definiert, wie er sich eine gute Zusammenarbeit mit (Fach-)Ärzten vorstellt: es gibt rasch die Möglichkeit des Austausches bei Fragen (etwa zur Medikation oder zu Maßnahmen) und Unterstützung in kritischen Situationen (durch Hausbesuche). Fünf Äußerungen schildern eine gute, sehr gute oder zufriedenstellende Zusammenarbeit insbesondere mit niedergelassenen Nervenärzten. Diese wird auf dem Hintergrund der langen Zusammenarbeit mit einigen Ärzten gesehen; auch die Koordination von Hilfeprozessen bei gemeinsam betreuten Klienten sei gut, es gebe einen konstruktiven Austausch, ein Dienst ist "sehr zufrieden über die medizinische Unterstützung".

Bei den Hausärzten sieht das Bild anders aus: zwei Dienste bemängeln dass die Initiative immer vom Dienst ausgehen müsse, ein Dienst ist allerdings auch mit den Fachärzten nicht zufrieden: trotz großer Anzahl sei die Zusammenarbeit einseitig und nur eine kleine Zahl behandle chronisch kranke Menschen.

Acht Dienste konstatieren, dass ein Fünftel ihrer Klienten/innen nicht in medizinisch-psychiatrischer Behandlung sei - obwohl es in den meisten Fällen angezeigt wäre - und dass diese Versorgungslücke bisher trotz verschiedener Bemühungen nicht geschlossen werden konnte.

Hausbesuche

Zu diesem Thema gibt es drei Nennungen: Hausbesuche werden nur selten durchgeführt; obwohl es bei den Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes wünschens-

wert wäre, wenn diese öfter durchgeführt würden. Es gibt Probleme mit Patienten, die sich weigern in eine Praxis zu gehen; hier fühlen sich Ärzte nicht zuständig.

Notfalldienst

in zwei Regionen wurde die Etablierung eines Notfalldienstes im Psychosozialen Arbeitskreis diskutiert (bzw. es wurden Fallzahlen erhoben) aber nicht für notwendig erachtet.

Optionen

Für einen Dienst wäre eine engere Einbindung von Ärzten wünschenswert, jedoch nicht eine Anstellung oder ständige Präsenz, weil für viele Klienten der "arztfreie Raum" den Zugang erleichtere .

Die überwiegende Mehrheit der Dienste plädiert für ein "begrenzttes Behandlungsrecht" der Dienste, entweder durch einen Kooperationsvertrag mit einem niedergelassenen Facharzt, der dann auch Behandlungskompetenz hat (dies könnte man sich im Rahmen des "ambulanten Leistungsverbunds" vorstellen); dies sei insbesondere für Patienten, die nicht in ärztlicher Behandlung sind - und das sind in den Großstädten bis zu 20% - dringend erforderlich.

Eine weitere Überlegung bezieht sich auf die ambulante Soziotherapie als zusätzlicher Baustein im Leistungsspektrum der Sozialpsychiatrischen Dienste: sie würde ermöglichen, verstärkt auf die Ärzte zuzugehen mit dem Ziel, Kooperationsabsprachen zu treffen und Hilfe-und Behandlungspläne zu erstellen.

4.2.2 Dienste im ländlichen Raum

Neun Dienste machten keine Angaben, fünfzehn äußerten sich zur Einbindung medizinisch-psychiatrischer Unterstützung.

Allgemeine Angaben zur Zusammenarbeit

Ein Drittel der Dienste, die Angaben machten, empfindet die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Fach(ärzten) als gut oder sogar sehr gut, insbesondere bezogen

auf den Einzelfall. Diese gute Zusammenarbeit sei durch die kontinuierliche Arbeit des Dienstes entstanden, der Sozialpsychiatrische Dienst stimmt seine Begleitung auf die medizinisch-psychiatrische Behandlung ab; ein Dienst lobt die seit Gründung bestehende fachliche Unterstützung durch die konsiliarärztliche Beratung;

Andere Dienste beklagen, dass die Zusammenarbeit höchstens punktuell in Einzelfällen stattfände und die Ärzte wenig Zeit hätten. Durch die Budgetierung seien enge Grenzen gesetzt. "Divergierende Vorgehensweisen sind aus Zeitmangel nicht zu thematisieren, geschweige denn ausreichend zu diskutieren."

In Einzelfällen sähen Ärzte keine Notwendigkeit zur Zusammenarbeit, sie gelinge dann aber doch, wenn der Dienst Motor des Dialogs sei. Die Klage, dass Ärzte nicht auf den Dienst zugehen, nur umgekehrt, wird von mehreren Diensten erhoben.

Bedauert wird auch die fehlende Institutionalisierung der Kontakte (drei Nennungen). Drei Dienste berichten allerdings von institutionalisierter Zusammenarbeit: sie kam durch die Bemühungen des Dienstes zustande; in einem anderen Fall existieren mit drei Praxen Strukturen, die durch regelmäßige Termine mit Fallbesprechungen und Absprachen zur Zusammenarbeit gewachsen sind, in einem weiteren mit dem Facharzt am Gesundheitsamt wegen genereller Absprachen bzgl. Krisenintervention und Notfallhilfe.

Hausbesuche

Als defizitär wird die Einbindung medizinisch psychiatrischer Unterstützung vor allem wegen der nicht-aufsuchenden Arbeitsweise der Fachärzte eingeschätzt. Zu Hausbesuchen seien sie nur "in besonderen" oder "in seltenen" Krisensituationen bereit; (fünf Nennungen), allerdings beschränken sich diese Ausnahmen auf bereits bekannte Patienten.

Keine bzw. "so gut wie nie" Unterstützung auch in Krisensituationen wird von ebenfalls fünf Diensten beklagt. Hier musste das Gesundheits- bzw. Ordnungsamt zugezogen werden; als positives Beispiel in einer Region werden gemeinsame Hausbesuche mit einer Fachärztin des Gesundheitsamtes, die jedoch keine Behandlungskompetenz hat, angeführt.

Kliniken

Zur Kooperation mit Kliniken äußern sich nur zwei Dienste: in einem Fall ist über die Verbesserung der Kooperation zur Klinik durch ausgelagerte Sektorstation zu berichten, im andern wird die Zusammenarbeit mit der Klinik als sehr gut beschrieben.

pflegerische Versorgung

Zweimal wird der Mangel an ambulanten psychiatrischen Pflegediensten thematisiert, die entsprechenden Aufgaben werden von den Sozialstationen übernommen. In einem Fall kam es zu einer Einladung der Pflegedienste zum Informationsaustausch.

Planung, Konzepte, Vorschläge

Ein Dienst beschäftigt sich mit der von den Krankenkassen geplanten Soziotherapie, die nach seiner Auffassung völlig mit seinen bisherigen Aufgaben übereinstimmt und Abhilfe bei nicht ärztlich versorgten Patienten schaffen könnte.

Einen fachärztlicher Not-/Wochenenddienst wünschen sich drei Dienste. Ein Dienst engagiert sich bei der Planung einer akutpsychiatrischen Abteilung am Kreiskrankenhaus.

Ein Vorschlag lautet, dass konsiliarärztliche Gespräche finanziell gefördert werden sollten, damit sich Ärzte weniger entziehen würden. Solche Gespräche sollten in den Räumen des Sozialpsychiatrischen Dienstes stattfinden, um die Gleichrangigkeit von ärztlicher und psychosozialer Hilfe zu unterstreichen.

4.2.3 Städtisch-ländliche Dienste

Fünf der diesem Regionaltypus zugehörigen Dienste äußerten sich nicht zu dieser Frage, neunzehn dagegen machten Angaben.

Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten

Sechs Dienste beurteilen die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten (unabhängig von der Fachrichtung) generell als gut oder sehr gut und sie erläutern das u.a. mit präzisen Milieuschilderungen und Austausch über ärztliche Verordnungen

oder auch, dass sich die Zusammenarbeit kontinuierlich verbessert habe und inzwischen nicht mehr einseitig vom Sozialpsychiatrischen Dienst ausgehe.

Etwa die Hälfte der auskunftgebenden Dienste differenziert: mit "einigen" oder "wenigen" sei die Kooperation gut oder mindestens zufriedenstellend. Dies reicht von regelmäßigen Treffen und verlässlicher Kooperation in Krisenfällen, über Absprachen bzgl. Krankheitsbild, Hilfs- und Unterstützungsangeboten und sozialem Kontext, oder der Empfehlung des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der wiederum Rückmeldung an den Arzt gibt und zu ärztlicher Behandlung hinführt.

Wenn es sich um Klienten handelt, die schon in regelmäßiger Behandlung sind, wird die Zusammenarbeit meist als einfacher erlebt, als beim Versuch, nicht ärztlich versorgte Klienten an die ärztliche Versorgung heranzuführen, beispielsweise durch Begleitung beim Arztbesuch.

Diejenigen Dienste, die die Zusammenarbeit als "nicht sehr zufriedenstellend" oder problematisch erleben (aber auch die Dienste, die ein gemischtes Bild zeichnen) führen an, dass sie durch hohes Patientenaufkommen überlastete Praxen vorfinden, lange Wartezeiten hinzunehmen seien, die zeitliche Zuwendung und Betreuungsdichte deutlich zurückgegangen sei, durch die Budgetierung eine "noch straffere Arbeitshaltung als ohnehin schon" vorherrsche, so dass Betroffene unter mangelnder Aufklärung und Information leiden. Andere bemängeln, dass zwar Kontakt vorhanden sei, aber verbindliche Zusammenarbeit im Sinne eines Hilfeplans nicht stattfindet, Fallbesprechungen nur in seltenen Fällen z.B. bei Gutachten.

Ein Dienst hält die nervenärztliche Versorgung nicht für ausreichend, ein anderer sieht einen Mangel an persönlicher Präsenz in Krisensituationen (s.a. Hausbesuche), als problematisch werden die Klienten ohne jede ärztliche Betreuung erlebt.

Die institutionalisierte Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten thematisieren nur wenige Dienste; sie bedauern, dass diese bei der Entwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbunds als "sehr wenig integriert" erlebt werden bzw. nur "sehr marginal teilhaben (können)"; ein Dienst hielte eine Beteiligung von ärztlicher Seite an Gremien wie Psychosozialer Arbeitsgemeinschaft oder Gemeindepsychiatrischem Verbund für wünschenswert. Die "Zweigleisigkeit" in der Versorgung mit einerseits

medizinisch-ärztlicher und andererseits sozialpsychiatrischer Versorgung, die nicht verpflichtend miteinander verbunden sind, wird bemängelt mit der Folge, dass die Kooperation von der persönlichen Motivation des Arztes abhängt und nicht verlässlich eingefordert werden könne.

Hausbesuche

Die wesentlichste Kritik, vor allem an den niedergelassenen Nervenärzten, bezieht sich auf die Nicht-Durchführung von Hausbesuchen. Fünf Dienste sprechen von "gelegentlichen" oder "seltene", Hausbesuchen, zu denen nur ein Teil der Fachärzte bereit sei, ebensoviele erleben, dass Hausbesuche "so gut wie nicht" oder gar "bei Bedarf nicht" durchgeführt werden außerdem sei aus Sicht der Klienten und Angehörigen zu wenig Zeit bei Hausbesuchen. Deshalb müsse von einer Versorgungslücke in der fachärztlichen Behandlung gesprochen werden, vor allem während akuter Krisen. Diese Versorgungslücke wird beispielsweise bewältigt, indem bei Krisen der Dienst vom behandelnden Arzt aufgefordert wird, zusammen mit dem Patienten in der Praxis zu erscheinen, selbst wenn dies kaum möglich ist, deshalb muss das Gesundheitsamt eingeschaltet werden oder die Hausärzte übernehmen diesen Teil. In einem Versorgungsgebiet werden die Lücken in der Versorgung durch Klinikärzte notdürftig geschlossen.

Ärztlicher Notfalldienst/Krisendienst

In einem gewissen Zusammenhang mit der Bereitschaft zu Hausbesuchen steht der ärztliche Notfalldienst; drei Dienste weisen darauf hin, dass medizinisch-psychiatrische Hilfe, die schnell verfügbar ist, fehle, eine Lücke sei auch die ambulante sozialpsychiatrische Krisenintervention außerhalb der Dienstzeiten des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Ein Dienst hat dagegen mit dem ärztlichen Notfalldienst sehr gute Erfahrungen gemacht, zumal auf Anfrage gleich ein/e Facharzt/ärztin kommt.

Kliniken

Lediglich vier Dienste äußern sich explizit zur Zusammenarbeit mit Kliniken; sie wird dann als gut bezeichnet, wenn wechselseitige Informationen über Klienten stattfinden,

die Kooperation seit Jahren eine "gewachsene" bzw. "seit Jahren eingespielte" oder durch "Kooperationsverträge auf regionaler und auf Kreisebene" geregelt ist.

Wie man sich die patientenbezogene Zusammenarbeit hier vorstellt, erläutert ein Dienst so: "Ein Erstkontakt ohne Vermittlung durch eine dem Klienten vertraute Person führt fast nie zu einer dauerhaften Beziehung. Deshalb legen wir so großen Wert darauf, dass die Therapeuten der Kliniken diese Beziehung anbahnen und uns nicht nur auffordern, zum entlassenen Klienten zu gehen bzw. dem Klienten auftragen, den Sozialpsychiatrischen Dienst aufzusuchen."

Psychiatrische Pflege

Ein Dienst erwähnt Finanzierungsprobleme mit der Pflegeversicherung bei Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung pflegebedürftig sind.

Lösungsansätze, Anregungen

Um die Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten zu verbessern hat ein Dienst eine Anfrage bei ihnen durchgeführt und nach Möglichkeiten zur Intensivierung der Zusammenarbeit aus ärztlicher Sicht gefragt.

Drei Nennungen befassen sich mit ärztlichen Krisen- und Notfalldiensten: in einem Versorgungsgebiet haben bereits erste Gespräche zur Etablierung eines psychiatrischen Bereitschaftsdienstes im Vorfeld entstehender Krisen stattgefunden in einem anderen wurde eine Befragung über die Notwendigkeit eines Krisen- und Notfalldienstes durchgeführt. Ein Dienst verspricht sich eine Verbesserung der Versorgungssituation durch die Einrichtung einer psychiatrischen Abteilung am örtlichen Krankenhaus und arbeitet deshalb an der Planung mit. Ein weiterer fände ebenfalls psychiatrische Stationen im Landkreis dringend erforderlich.

Vier Nennungen beziehen sich auf Formen der Einbindung medizinisch-psychiatrischer Dienste in die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes; dazu gibt es Überlegung, einen Arzt auf Honorarbasis im Dienst zu beschäftigen oder eine stufenweise Anstellung einer Fachärztin/eines Facharztes am Gemeindepsychiatrischen Verbund; ein Vorschlag lautet, dass Gesundheitsämter mit Behandlungsbefugnis ausgestattet werden sollten, als Alternative die niedergelassenen Fachärzte mit einem Budget für

Notfalldienste auszustatten oder einen Krisen- und Notfalldienst einzurichten.

Jeweils Einzelnennungen beziehen sich auf die Angliederung eines sozialpsychiatrischen Pflegedienstes an die örtlichen Sozialstationen, die Einrichtung eines Krisenhauses, die Einrichtung einer Frauenstation (um Übergriffe von Mitpatienten und Personal zu verhindern) und die Einführung eines Krisenpasses, der Auskunft gibt über wichtige medizinische und soziale Daten des Inhabers.

4.3 Welchen Beitrag leistet der Sozialpsychiatrische Dienst zur Integration seelisch Erkrankter in die Bereiche Arbeit und Beschäftigung? Wie schätzen Sie in diesem Zusammenhang die Kooperation mit den Berufsbegleitenden Diensten ein? Gibt es ggf. ergänzende Initiativen des Sozialpsychiatrischen Dienstes?

4.3.1 großstädtische Dienste

Alle vierzehn großstädtischen Dienste äußerten sich zu der Frage, die acht Stuttgarter Dienste wieder in einer gemeinsamen Stellungnahme.

Situation der Klientel und der Region

Einigkeit besteht in der Einschätzung, dass nur für einen sehr geringen Teil der Klientel eine realistische Chance auf dem Regelarbeitsmarkt bestehe, für einen größeren Teil wird geprüft, ob es diese Chance auf dem zweiten Arbeitsmarkt gibt; über 90% der Betreuten sind ohne sozialversicherungspflichtige Beschäftigung und beziehen Erwerbsunfähigkeitsrente oder Sozialhilfe.

Die Situation ist prekär: durch das Wegfallen von Nischenarbeitsplätzen und geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen wird es immer schwieriger, überhaupt eine Beschäftigung zu finden, die Vermittlung von betrieblichen sozialversicherungspflichtigen Dauerarbeitsplätzen wird wegen Mittelkürzungen bei Reha-Maßnahmen und der insgesamt angespannten Situation auf dem Arbeitsmarkt immer schwieriger, für viele der Klienten ist es aufgrund ihrer Erkrankung und /oder ihres Alters nicht möglich, eine Arbeit aufzunehmen.

konkrete eigene Maßnahmen

Hier werden sowohl konkrete Unterstützung und Begleitung bei der Arbeitssuche im Einzelfall wie das Sichten von Stellenanzeigen, Hilfe bei Bewerbungsschreiben, Üben von Vorstellungsgesprächen genannt als auch die Vermittlung in beschützte Arbeitsverhältnisse. Ein Dienst beschreibt seine Zuständigkeit für die Menschen, die aus dem Arbeitsmarkt herausgefallen sind, da für die anderen ein berufsbegleitender Dienst mit Integrationsdienst vorhanden ist.

Kooperation und Vermittlung

In den wenigen Fällen, in denen eine Arbeit vorhanden ist, besteht eine gut funktionierende Zusammenarbeit mit den berufsbegleitenden Diensten und mit anderen Hilfeanbietern wie z.B. beruflichen Rehabilitationseinrichtungen (zwölf Nennungen), ein Dienst hebt insbesondere dessen Kenntnisse über arbeitsfördernde Maßnahmen und Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation im Einzelfall als sehr hilfreich hervor. Andere Kooperationspartner sind - teilweise dem selben Träger zugehörige - Werkstätten bzw. eine Institution, die in ihre Kurse zu beruflichen Wiedereingliederung auch psychisch kranke Menschen aufnimmt.

Dennoch sei es kaum möglich, Betreute in ein Arbeitsverhältnis zu vermitteln.

Acht Dienste nennen ihre Mitarbeit in der Untergruppe Arbeit der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft: hier geht es um die Entwicklung, Feststellung und Bewertung des weiteren Bedarfs an Hilfen im Bereich Arbeit.

Drei weitere Dienste nehmen an Arbeitsgruppen zum Thema "Arbeit für psychisch Kranke" teil, in denen neben Bedarfsermittlung u.a. die Schaffung von Nischenarbeitsplätzen und Selbsthilfefirmen vorangetrieben wird.

eigene Angebote und Initiativen

Ein Dienst gibt an, dass es derzeit keine eigenen Initiativen gebe; in einem anderen Fall bietet der Träger eine - teilweise ehrenamtliche - Mitarbeit im "Sozialladen", auch zur Arbeitserprobung an.

In acht Diensten existieren eigene Beschäftigungsangebote durch die stundenweisen Arbeitshilfen, die Regiekosten werden über § 19 BSHG finanziert und durch eigene

Anstrengungen der Dienste wie den Einsatz von Praktikanten und Zivildienstleistenden noch erweitert.

Fazit

Arbeit im engeren Sinn - sei es auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt - spielt keine große Rolle, vielmehr müssten weniger belastende sinngebende Tätigkeiten gefunden werden. Der Schwerpunkt der Unterstützung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst liegt auf der Erarbeitung eines sinnvollen Tages- und Wochenplans, um den Alltag der Einzelnen auch ohne bezahlte Arbeit sinnvoll zu strukturieren: "Vorrangig geht es um Eingliederungshilfe ins gesellschaftliche Alltagsleben. Von daher ist die Fragestellung nicht ganz korrekt."

4.3.2 Dienste im ländlichen Raum

17 Dienste beteiligten sich an der Beantwortung der Frage.

Situation der Klientel

Hier zeigt sich ein vergleichbares Bild wie bei den großstädtischen Diensten: soweit die Dienste sich äußern, zeigen sie sich mehr mit den Folgen des Herausfallens konfrontiert als mit der Integration in den ersten Arbeitsmarkt. Die Zahl versicherungspflichtig beschäftigter Klienten habe sich "auf niederem Niveau eingependelt"; weniger als zehn Prozent der Betreuten, bei denen es sich vorwiegend um chronifizierte Menschen handele, erhielten keine Erwerbsunfähigkeitsrente und seien daher zum berufsbegleitenden Dienst vermittelbar. Die schwer kranken Menschen fänden auf dem Arbeitsmarkt keinen Platz, teilweise seien sie noch in eine WfB einzugliedern.

eigene Maßnahmen

In begrenztem Umfang und in Einzelfällen sehen die Dienste ihre Aufgabe darin, Schritte zu unterstützen, die zur Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes führen: beispielsweise über Arbeitsplatzsuche zu beraten, Information über das Angebot zu geben, und ihre Klienten dazu zu motivieren, es wahrzunehmen (sechs Nennungen);

auch Stabilisierung von Klienten die einen Arbeitsplatz haben, wie auch Gespräche mit Vorgesetzten gehören zu den Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes.

Weitaus häufiger (elf Nennungen) besteht der Beitrag der Dienste in der Vermittlung und Zusammenarbeit mit Tagesstätten, Werkstätten, der (Reha-Beratung der) Arbeitsverwaltung; der Sozialpsychiatrische Dienst übernimmt die Motivation, Hinführung und punktuelle Begleitung zur Werkstätte für psychisch Kranke, zu Zuverdienst- und Probearbeiten, Beschäftigungsfirmen und Werkstätten. Ebenso wird zum berufsbegleitenden Dienst vermittelt.

Für einen Dienst ist es eine gute Option für die Klienten, sich bei der Nachbarschaftshilfe für begrenzte Einsätze zu bewerben, ein anderer bemüht sich vereinzelt darum, Beschäftigung über Nachbarschaftshilfe oder Zeitungen zu finden, in der Regel seien die Klienten dazu aber nicht in der Lage.

Ein Dienst nennt als seine spezifische Aufgabe in diesem Feld auch, das berufliche Scheitern zu verkraften und verarbeiten helfen, Alternativen und eine neue Tagesstruktur zu erarbeiten.

Kooperation und Vermittlung

Elf Dienste berichten über gute bis hervorragende Kooperation mit den berufsbegleitenden Diensten, die Spanne der Ausprägung reicht von ausschließlich fallbezogener Zusammenarbeit bis zur Errichtung eines "Bündnisses zur Schaffung von Arbeitsplätzen für Menschen mit Leistungseinschränkungen". Gute Voraussetzungen für die Zusammenarbeit waren die gemeinsame Trägerschaft oder gemeinsame Dienstbesprechungen.

In den Fällen, in denen es nur "selten" oder "kaum" Kontakte zu den berufsbegleitenden Diensten bzw. den Integrationsdiensten gab, lag es nach Einschätzung von fünf Diensten daran, dass die Anforderungen des Integrationsdienstes resp. die Leistungsanforderungen der Betriebe zu hoch waren, es konnte niemand vermittelt werden oder es gab kaum Überschneidungen in der Klientel, da die chronifizierten Klienten des Sozialpsychiatrischen Dienstes nicht in dessen Betreuungsaufgaben fallen.

Als relativ erfolgreich schätzt ein Dienst die Arbeit des berufsbegleitenden Dienstes

beim Erhalt von Arbeitsplätzen ein, schwieriger sei es, Klienten an Arbeitsplätze heranzuführen, hier liege die Aufgabe des Sozialpsychiatrischen Dienstes; die Schwelle zur beruflichen Arbeit könne auch mit Hilfe des Integrationsdienstes bewältigt werden. Für zwei Dienste sind die Reha-Berater der Arbeitsämter wichtige Kooperationspartner, in Einzelfällen wird mit Anbietern geringfügiger Arbeit und der Werkstatt für psychisch Kranke kooperiert. Ein Dienst berichtet von erfolgreicher Vermittlung zwischen Klienten und Sozialamt, das stundenweise Arbeiten vermittelt, um einen Beitrag zur Sozialhilfe aus eigener Kraft zu leisten.

Einige Dienste haben in Gremien mitgearbeitet, in denen es um Arbeit für psychisch kranke Menschen ging, s.a. "Bündnis"; es gab auch institutionalisierte Besprechungen mit anderen Institutionen als Baustein des Gemeindepsychiatrischen Verbunds.

eigene Angebote und Initiativen

Drei Dienste sagen aus, dass sie über keine eigenen Angebote verfügen, drei weitere berichten über die Einrichtung einer Jobbörse für stundenweise Arbeitsaufträge (in Kooperation mit anderen Institutionen) oder der Träger unterhält ein stundenweises Angebot; aus einem vom Sozialpsychiatrischen Dienst initiierten Arbeitsprojekt ist eine Zuverdienst- und Selbsthilfefirma geworden, in der u.a. niederschwelliges, stundenweises Arbeiten möglich ist.

4.3.3 Dienste im städtisch-ländlichen Raum

19 Dienste beteiligten sich.

Situation der Klientel

Auch hier erläutert etwa die Hälfte der Dienste, dass es sich bei ihrer Klientel um Menschen in stark chronifiziertem Zustand handelt, so dass eine Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt kaum möglich sei, nur ein sehr geringer Teil, den die Dienste mit fünf bis unter zehn Prozent beziffern, sei arbeitsfähig: "in der Mehrzahl begleiten wir jedoch Menschen, die schon lange ohne Arbeit leben und sich kaum vorstellen können, jemals wieder zu arbeiten."

Auch hätten langjährig psychisch Kranke auf dem Arbeitsmarkt kaum eine Chance. Ziel von Beratung und Begleitung sei es hier zu erreichen, dass sich Klienten auf kleinere und größere Belastungen am Arbeitsplatz einlassen können.

konkrete eigene Maßnahmen

Hier wird in erster Linie die Motivierung von Klienten genannt: zur Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung, zur Suche nach einer Nebentätigkeit oder Zubrotbeschäftigung, an nächster Stelle steht die Beratung und Information über Angebote, die Vermittlung von Arbeitstherapie oder in Reha-Einrichtungen, die Begleitung zum Arbeitsamt oder die begleitende Unterstützung bei Arbeitsversuchen und Rehabilitation.

Einige Dienste nennen auch die Frage nach Arbeit erst einen Folgeschritt, nachdem Klärungs- und Entwicklungsprozesse in anderen Bereichen stattgefunden haben und arbeitsrelevante Fähigkeiten gefördert worden sind.

Ein Dienst hält die Hilfe bei der Integration auf dem zweiten Arbeitsmarkt für eine realistischere Alternative, ein anderer bedauert, dass er die Suche nach einem Arbeitsplatz (Bewerbungen schreiben, Kontaktpflege zu Arbeitgebern, Selbstsicherheits-training) nur sehr begrenzt unterstützen könne: hier wäre ein Integrationsdienst erforderlich.

Kooperation und Vermittlung

“Im wesentlichen besteht die Arbeit in der Vermittlung zu anderen Stellen, wie Arbeitsamt, Integrationsdienst, berufsbegleitender Dienst und Werkstätte”. Vierzehn Dienste nennen die berufsbegleitenden Dienste als gute Kooperationspartner. Das Ausmaß der Kooperation reicht von “im Einzelfall gut aber selten” bis zu “fallbezogen und institutionell sehr gut”.

Auch hier gibt es gemeinsame Dienstbesprechungen zur Koordination der Hilfen und gemeinsame Trägerschaften, die die Zusammenarbeit erleichtern, in mehreren Regionen sind die berufsbegleitenden Dienste in den Gemeindepsychiatrischen Verbund einbezogen. Zwei Dienste arbeiten nicht mit berufsbegleitenden Diensten zusammen bzw. haben keine Überschneidungen in der Klientel “erst wenn Klienten aus dem

Arbeitsprozess herausfallen.“

Weitere wichtige Partner sind mit jeweils sechs Nennungen das Arbeitsamt und die Werkstätten sowie Reha-Einrichtungen und andere Initiativen zur Förderung von Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch kranke Menschen.

eigene Initiativen

Zwei Dienste berichten, dass sie aus Kapazitätsgründen keine eigenen Angebote machen können, in einem anderen ist ein tägliches zweistündiges Arbeitsangebot für nicht werkstattfähige Klienten in der Tagesstätte nach Wegfall der ABM-Stelle eingestellt worden, bei einem weiteren scheiterte die Etablierung einer Zuverdienstmöglichkeit an der Finanzierung.

Vier Dienste können Beschäftigungen in geringem Umfang anbieten, wie etwa ehrenamtliche Tätigkeit im Cafébetrieb und im Diakonieladen, geringe Arbeitsmöglichkeiten im Tagestreff, Arbeit der Klienten untereinander “Klienten helfen Klienten gegen Bezahlung” oder Zuverdienstmöglichkeiten in der Werkstatt der Tagesstätte des Gemeindepsychiatrischen Verbunds, deren Kapazität aber erschöpft ist.

Fünf Dienste sind in Arbeitsgruppen engagiert, in denen es in einem Fall um die Planung einer Tagesstätte mit Beschäftigungsangebot, einmal um die konzeptionelle Entwicklung einer Tagesstätte, bei der Zuverdienstmöglichkeiten für die Klienten erwünscht sind, geht. Ein Dienst berichtet von der Planung, ein eigenes niederschwelliges Angebot in einer Tagesstätte zu installieren. Ein anderer hat sich an den Psychiatrie-Arbeitskreis und an die Landkreisverwaltung gewandt mit der Bitte um Schaffung von beschützten Teilarbeitsplätzen.

5 ANHANG

Tabellen zur Auswertung 1998:

In die Auswertung einbezogene Dienste	I
Altersverteilung	IV
Familienstand	V
Lebensverhältnisse	VI
Finanzielle Situation	VII
Diagnosen	VIII
Bekannte stationäre Aufenthalte	IX
Beginn der Behandlung	X
Zuweisungswege	XI
Zusammenwirken verschiedener Hilfen	XII
Auslastung der Dienste im Berichtsjahr	XIII

**In die Auswertung einbezogene Dienste
und Einwohner in den Stadt- und Landkreisen (1998)**

A. Sozialpsychiatrische Dienste im ländlichen Raum

Stadt- und Landkreis	Einwohnerzahl ¹	Dienste ²
Alb-Donau-Kreis	182.861	
Biberach	179.653	
Breisgau-Hochschwarzwald	236.645	
Calw	167.103	
Emmendingen	145.915	
Enzkreis	189.131	Enzkreis Nord Enzkreis Süd
Freudenstadt	119.407	
Heidenheim	137.502	
Hohenlohekreis	105.588	
Main-Tauber-Kreis	137.178	
Neckar-Odenwald-Kreis	148.409	
Ortenaukreis ³	402.744	Kehl Kinzigtal Offenburg-Umland
Ostalbkreis	312.368	
Ravensburg	264.836	
Rottweil	139.853	
Schwäbisch Hall	184.088	
Schwarzwald-Baar-Kreis	209.046	
Sigmaringen	131.951	
Tuttlingen	131.077	
Waldshut	164.408	Waldshut Bad Säckingen
Zollernalbkreis	192.493	

¹ Stand: 30.06.1998

² Soweit für mehrere Dienste eines Stadt- oder Landkreises Dokumentationsbögen vorlagen.

³ Siehe auch "Sozialpsychiatrische Dienste im städtisch-ländlichen Raum".

B. Sozialpsychiatrische Dienste im städtisch-ländlichen Raum

Stadt- und Landkreis	Einwohnerzahl	Dienste
Böblingen	357.418	
Esslingen	493.717	Esslingen Filderaum Kirchheim Nürtingen Plochingen
Heilbronn ¹	432.542	
Karlsruhe	411.811	Karlsruhe-Mitte Karlsruhe-Nord Karlsruhe-Süd
Konstanz	262.265	Konstanz Singen
Lörrach	214.547	
Ludwigsburg	489.962	
Ortenaukreis ²	(402.744)	Offenburg
Rastatt/Baden-Baden	221.042/52.689	
Rems-Murr-Kreis	403.582	
Reutlingen	274.608	
Rhein-Neckar-Kreis	518.101	Eberbach/Sinsheim Rhein-Neckar-Kr. (Nord) Schwetzingen Wiesloch
Tübingen	205.131	

¹ Der Sozialpsychiatrische Dienst ist für den Stadt- und den Landkreis Heilbronn zuständig.

² Siehe auch "Sozialpsychiatrische Dienste im ländlichen Raum".

C. Sozialpsychiatrische Dienste in Großstädten

Stadtkreis	Einwohnerzahl	Dienste
Freiburg	200.316	
Heidelberg	139.961	
Karlsruhe	276.351	
Mannheim	309.680	
Pforzheim	117.774	
Stuttgart	584.565	Bad Cannstatt Birkach Freiberg Feuerbach/Weilimdorf S-Ost u. Neckarvororte Stuttgart-Süd/Mitte/Nord Vaihingen Stuttgart-West/Botnang
Ulm	115.677	

Altersverteilung 1998

Alter	Gesamt	Dienste im ländlichen Raum	städtisch- ländliche Dienste	großstädti- sche Dienste
bis 20 Jahre	0,9%	1,2%	0,8%	0,8%
21-30 Jahre	11,1%	11,6%	11,4%	10,0%
31-40 Jahre	26,3%	26,2%	27,2%	24,9%
41-50 Jahre	24,4%	24,3%	25,5%	22,9%
51-60 Jahre	20,3%	19,1%	21,1%	20,6%
61-70 Jahre	11,2%	10,7%	11,0%	12,3%
über 70 Jahre	4,7%	3,7%	3,0%	8,5%
N =	60 (9.271)	23 (2.963)	23 (3.856)	14 (2.452)

Verteilung Familienstand 1998

Familienstand	Gesamt	Dienste im ländlichen Raum	städtisch- ländliche Dienste	großstädtische Dienste
ledig	49,6%	47,4%	47,4%	55,9%
verheiratet	19,8%	22,5%	21,6%	13,7%
verwitwet	7,5%	7,6%	7,0%	8,1%
getr. lebend	3,9%	3,3%	5,0%	3,1%
geschieden	18,2%	18,0%	18,0%	18,6%
unbekannt	1,0%	1,2%	1,0%	0,7%
N =	61 (9.367)	24 (3.059)	23 (3.856)	14 (2.452)

Lebensverhältnisse 1998

Lebensverhältnisse	Gesamt	Dienste im ländlichen Raum	städtisch-ländliche Dienste	großstädtische Dienste
allein lebend	49,2%	41,4%	44,7%	60,4%
mit Eltern, Kindern/ Verwandten	22,7%	29,1%	26,4%	15,3%
private WG	2,2%	2,0%	2,2%	3,3%
mit (Ehe-) Partner/in	22,1%	24,3%	23,1%	16,3%
betr. Wohnform	3,5%	2,8%	3,3%	4,8%
unbekannt	0,4%	0,2%	0,3%	0,2%
N =	61 (9.367)	24 (3.059)	23 (3.856)	14 (2.452)

Finanzielle Situation 1998

Überwiegende Einnahmequelle	Gesamt	Dienste im ländlichen Raum	städtisch-ländliche Dienste	großstädtische Dienste
Erwerbs-/Berufstätigkeit	9,7%	9,9%	10,7%	7,8%
Gelegenheitsarbeiten	0,7%	0,6%	1,0%	0,5%
Unterhalt durch die Familie	6,6%	6,7%	7,4%	5,1%
Unterhalt durch Ehepartner	9,7%	12,5%	10,3%	5,2%
Arbeitslosengeld	3,8%	3,4%	4,5%	3,1%
Arbeitslosenhilfe	4,8%	4,3%	5,4%	4,7%
Krankengeld	3,8%	2,9%	4,3%	4,0%
Altersrente/-pension/ Witwenrente	11,8%	12,2%	10,1%	13,8%
Erwerbs-/Berufs-unfähigkeitsrente	28,8%	30,6%	27,3%	28,8%
Sozialhilfe	16,9%	12,9%	15,7%	23,7%
sonstiges	2,2%	2,1%	2,2%	2,5%
unbekannt	1,3%	1,8%	1,2%	1,0%
N =	61(9.367)	24 (3.059)	23 (3.856)	14 (2.452)

Verteilung der Diagnosen 1998

Diagnose	Gesamt	Dienste im ländlichen Raum	städtisch- ländliche Dienste	großstädti- sche Dienste
schizophrene Psychosen	47,7%	45,4%	47,6%	50,7%
organische Psychosen	2,1%	1,7%	2,3%	2,1%
affektive Psychosen	23,4%	26,4%	24,0%	18,9%
Borderline	4,8%	4,2%	5,0%	5,5%
Neurosen	15,2%	14,4%	14,2%	17,9%
gerontopsych. Erkrankungen	1,0%	0,8%	1,2%	1,0%
psych. Auffällig- keit	1,8%	2,0%	2,0%	1,5%
Sonstiges	1,6%	1,8%	1,9%	0,9%
unbekannt	2,3%	3,5%	1,8%	1,5%
N =	61 (9.367)	24 (3.059)	23 (3.856)	14 (2.452)

Bekannte stationäre Aufenthalte

Aufenthalte	Gesamt	Dienste im ländlichen Raum	städtisch-ländliche Dienste	großstädtische Dienste
bis 2 Aufenthalte	27,8%	27,4%	26,9%	27,5%
bis 5 Aufenthalte	30,4%	29,2%	30,3%	29,8%
bis 10 Aufenthalte	15,2%	15,9%	16,0%	14,1%
über 10 Aufenthalte	10,5%	9,3%	11,8%	11,9%
keine stationären Aufenthalte	9,8%	9,5%	10,1%	11,3%
unbekannt	6,4%	8,7%	4,8%	5,4%
N =	61(9.367)	24 (3.059)	23 (3.856)	14 (2.452)

**Beginn der regelmäßigen medizinischen/psychiatrischen ambulanten
Behandlung 1998**

Beginn	Gesamt	Dienste im ländlichen Raum	städtisch- ländliche Dienste	größtstädti- sche Dienste
in den letzten 2 Jahren	12,8%	13,5%	12,3%	12,7%
vor über 2 Jahren	14,2%	14,9%	14,7%	12,6%
vor über 5 Jahren	22,2%	21,1%	24,1%	20,6%
vor über 10 Jahren	36,4%	37,0%	36,6%	35,4%
nicht in regel- mäßiger Behandlung	10,1%	7,5%	8,5%	15,8%
unbekannt	4,3%	6,0%	3,8%	2,9%
N =	61 (9.367)	24 (3.059)	23 (3.856)	14 (2.452)

Zuweisungswege 1998¹

Zuweisungswege	Gesamt	Dienste im ländlichen Raum	städtisch-ländliche Dienste	großstädtische Dienste
Psychiatrisches Krankenhaus	26,8%	29,4%	27,1%	23,1%
andere Kliniken	2,7%	4,0%	1,7%	2,8%
Psychiatrische Ambulanz /niedergelassener Nervenarzt	10,4%	13,0%	11,1%	5,8%
niedergelassener Arzt	3,5%	3,0%	3,3%	4,5%
Reha-Einrichtung	2,2%	1,5%	2,4%	2,8%
Allgemeiner Sozialdienst	4,0%	2,5%	3,5%	6,7%
Amt für öffentliche Ordnung/Gericht	2,0%	0,8%	1,5%	4,6%
Sozialamt	2,7%	0,9%	2,4%	5,8%
Gesundheitsamt	1,6%	1,4%	1,8%	1,7%
Sozialstation/ Nachbarschaftshilfe	1,2%	0,3%	1,9%	1,2%
Beratungsstelle/ Therapeut	4,3%	4,9%	4,2%	3,6%
Laienhelfer	0,5%	0,4%	0,6%	0,5%
Nachbarn/ Angehörige	13,4%	12,1%	14,6%	12,7%
Eigeninitiative des Patienten	18,3%	19,5%	18,6%	16,3%
Berufskollegen/ Arbeitgeber	1,6%	1,8%	1,6%	1,5%
sonstige	4,6%	4,6%	3,7%	6,2%
N =	61 (3282)	24 (1030)	23 (1444)	14 (808)

¹ nur neue längerfristige Betreuungen im Berichtsjahr

**Zusammenwirken verschiedener Hilfen 1998
Mehrfachnennungen**

Hilfen	Gesamt	Dienste im ländlichen Raum	städtisch-ländliche Dienste	großstädtische Dienste
keine amb. ärztliche Behandlung	11,3%	9,1%	10,0%	16,1%
gleichzeitig in ärztlicher Behandlung (insgesamt)	88,7%	90,9%	90,0%	83,9%
davon: gleichzeitig in Behdng. bei niedergelassenem Nervenarzt	70,5%	68,7%	72,8%	67,7%
gleichzeitig in Behandlung bei sonst. niedergelassenen Ärzten	46,1%	50,4%	43,0%	45,5%

Reha-Dienste und Reha-Einrichtungen	5,6%	4,4%	7,4%	4,2%
Allgemeiner Sozialdienst	9,2%	7,3%	11,2%	8,5%
Freizeitbereich, Selbsthilfe, Lalegruppe	18,9%	20,7%	23,2%	10,0%
Arbeitsamt	6,9%	5,3%	9,5%	4,7%
Psychosozialer Dienst	3,8%	4,5%	4,4%	2,0%
Psychiatrisches Krankenhaus	16,7%	19,9%	17,0%	12,4%
Sozialstation/ Nachbarschaftshilfe	7,8%	7,2%	8,1%	8,0%
Beratungsstelle/ Therapeut	8,4%	8,5%	9,1%	7,3%
Institutionen im Bereich Wohnen	6,9%	5,4%	7,2%	8,4%
Tagesstrukturierende Hilfen	13,2%	9,6%	14,0%	16,4%
beschützte Arbeitsplätze	8,4%	9,6%	9,3%	5,4%
Soziales Umfeld	26,1%	27,0% ²	30,3%	18,5%
N =	61 (9.367)	24 (3.059)	23 (3.856)	14 (2.452)

Auslastung der Dienste im Berichtsjahr 1998

I. Zahl der Stellen

Gesamt	201,05/	durchschn. 3,3
Ländlicher Raum	66,25/	durchschn. 2,8
Städtisch-ländlicher Raum	84,70/	durchschn. 3,7
Großstädtischer Raum	50,10/	durchschn. 3,6

II. Durchschnittliche Betreuung pro Fachkraft

	Gesamt- betreuungen	längerfristig Betreute
Gesamt	83,8	46,6
Ländlicher Raum	78,5	46,2
Städtisch-ländlicher Raum	80,2	45,5
Großstädtischer Raum	96,8	48,9

III. Kontakthäufigkeit

	5-10	11-20	21-40	über 40
Gesamt	35,8%	30,1%	21,1%	13,0%
Ländlicher Raum	38,8%	29,4%	20,8%	11,1%
Städt.-ländlicher Raum	35,9%	30,2%	20,5%	13,4%
Großstädtischer Raum	32,0%	31,0%	22,3%	14,8%

IV. Betreuungsdauer

	bis 3 Mo	3-6 Mo	7-12 Mo
Gesamt	15,5%	19,3%	65,2%
Ländlicher Raum	13,5%	19,0%	67,5%
Städtisch-ländlicher Raum	16,5%	19,3%	64,2%
Großstädtischer Raum	16,6%	19,7%	63,7%

