

# Jahresbericht 2009

Auswertung der freiwilligen 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:**

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

Matthias Kneißler  
Referent Abteilung Behindertenhilfe/Psychiatrie  
Diakonisches Werk Württemberg

## 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>Teil I - Auswertung der Dokumentation .....</b>	<b>4</b>
<b>Vorwort .....</b>	<b>4</b>
<b>Gesamtzahlen .....</b>	<b>6</b>
Gestiegene Gesamtzahlen.....	6
Leistungsbereiche.....	7
Betreute Personen in den Leistungsbereichen .....	7
Betreuung im Rahmen der Grundversorgung.....	8
Beendigung der Betreuung .....	9
<b>Soziodemographische Daten.....</b>	<b>9</b>
Einkommen .....	10
Alter.....	11
Diagnose.....	12
Gleichzeitig bestehende weitere Problematik .....	12
Zuweisungswege .....	13
<b>Soziotherapie .....</b>	<b>14</b>
Stetiger Rückgang der Soziotherapieleistungen .....	14
Beendigung von Soziotherapie.....	15
<b>Kooperationen und Vernetzung .....</b>	<b>15</b>
<b>Teil II - Blitzlichter .....</b>	<b>17</b>
Grundversorgung und regionale Versorgungsverpflichtung in Stuttgart .....	18
Qualitätsmerkmale psychiatrischer Grundversorgung in Baden-Württemberg.....	20
Soziotherapie.....	21
Soziotherapie auch lebenslang.....	24
Familien mit einem psychisch kranken Elternteil.....	25

# Teil I - Auswertung der Dokumentation

## Vorwort

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

Wesentliche Erkenntnisse aus dem Jahresbericht 2009 sind:

- 21.330 Frauen und Männer haben die Leistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste in Anspruch genommen. Dies entspricht einem Zuwachs von 8% gegenüber 2008.
- Einzelfinanzierte Leistungen, vor allem im Bereich Soziotherapie, werden weniger nachgefragt bzw. beantragt. Stärker in Anspruch genommen werden dagegen die pauschalfinanzierten Leistungen der Grundversorgung. Dazu gehören vor allem die Bedarfsfeststellung, die Hilfeplanung, sozialanwaltschaftliche Hilfen, das Bewältigen von akuten Krisen etc.
- Die Mehrzahl der Klienten lebt alleine und zurückgezogen. Nur 7% der Klienten verfügen über ein gesichertes Erwerbseinkommen. Viele chronisch psychisch kranke Menschen leben somit in relativer Armut und sind zeitgleich in den Teilhabechancen in ihrem Wohnumfeld erheblich eingeschränkt.
- Die Kooperation und Vernetzung der Angebote und Dienste in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden hat sich weiter intensiviert. Vor allem ist dabei die Zusammenarbeit mit Psychiatrischen Institutsambulanzen, den Kliniken und der niedergelassenen Ärzteschaft zu erwähnen, die sich merklich verbessert hat. Hervorzuheben ist die Zusammenarbeit mit den Psychiatrischen Institutsambulanzen, mit denen größtenteils bereits schriftliche Kooperationsvereinbarungen bestehen.

Die Liga der freien Wohlfahrtspflege e.V. legt die diesjährige Auswertung des Jahresberichts 2009 in einem neuen Format vor. Die Auswertung des Jahresberichts 2009 wurde inhaltlich auf die wichtigsten Veränderungen hin zusammengefasst. Ergänzt wurden diese Aussagen mit Blitzlichtern zu verschiedenen Aspekten der sozialpsychiatrischen Arbeit von Mitarbeitenden und Nutzern der beteiligten Dienste.

Die Blitzlichter stellen eine prägnante, inhaltliche Vertiefung zu ausgewählten Themen und Arbeitsschwerpunkten dar:

Dr. Klaus Obert, Caritasverband für Stuttgart e.V., befasst sich mit den Rahmenbedingungen und finanziellen Voraussetzungen der sozialpsychiatrischen Grundversorgung durch Sozialpsychiatrische Dienste. Rainer Höflacher, Geschäftsführer des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener BW e.V., benennt Erwartungen der Nutzerinnen und Nutzer für konkrete Qualitätsmerkmale der sozialpsychiatrischen Grundversorgung.

Helene Aumüller, Sozialpsychiatrischer Dienst Mannheim, zeigt Möglichkeiten im Spannungsfeld der soziotherapeutischen Versorgung und bürokratische Hindernisse des Leistungsbausteins Soziotherapie auf. Manfred Schöniger und Ulrich Paul, Diakonisches Werk Baden, bewerten mögliche Veränderungen durch das aktuelle Bundessozialgerichtsurteil vom 20.4.2010 zur Verordnungsdauer.

Andrea Krainhöfer, Bruderhaus Diakonie e.V., stellt die Arbeit mit Familien mit einem psychisch kranken Elternteil dar und zeigt notwendige Kooperationen mit der örtlichen Jugendhilfe auf.

Wir möchten uns an dieser Stelle herzlich für die engagierte Mitarbeit der genannten Autorinnen und Autoren an der Erstellung des gelungenen Jahresberichtes 2009 bedanken. Ihre Beiträge leisten ein differenziertes Bild der Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste.

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



Johannes Böcker  
Vorstandsvorsitzender  
Liga der Freien Wohlfahrtspflege

# Gesamtzahlen

## Gestiegene Gesamtzahlen

Im Verhältnis zum Vorjahr<sup>1</sup> ist die Fallzahl in den SpDi ein weiteres Mal gestiegen, nämlich von 19.746 Personen in 2008 auf 21.330 im Jahr 2009 (das entspricht einem Zuwachs an betreuten psychisch kranken Menschen von neuerlich 8 %). Dies Ergebnis korreliert sicherlich eindeutig auch mit den Befunden des aktuellen Gesundheitsreports der DAK, demnach die Anzahl der psychisch erkrankten Beschäftigten in Deutschland stetig steigt und sich auf mittlerweile 10,6% aller Erkrankten erhöht hat<sup>2</sup>:

In der Relation zwischen männlichen und weiblichen Betroffenen sehen wir im Berichtszeitraum, wie bereits in den Vorjahren, wiederum einen signifikant höheren Anteil an Frauen unter den Besuchern der unterschiedlichen Angebote in den Sozialpsychiatrischen Diensten;

2.1 Betreute Personen	Frauen	Männer	Gesamt
Anzahl Klienten	12.367	8.963	21.330

Tabelle 1 - Gesamtergebnis

An der jährlichen, freiwilligen Dokumentation der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V.<sup>3</sup> haben sich im Berichtszeitraum insgesamt 63 der 67 Dienste beteiligt; damit kann gleichsam linear an die umfangreiche Berichterstattung der letztjährigen Auswertungen angeknüpft werden. Gegenüber dem Vorjahr ist eine leichte Steigerung der 100% -Fachkraftstellen in den SpDi um 10 Personen zu verzeichnen, die jeweils 108 Klienten (105,2 in 2008) zu betreuen und begleiten hatten. Dass gleichzeitig die Anzahl der Klienten pro Dienst seit 2008 neuerlich um insgesamt 20,1 Personen anstieg, bestätigt den seit Jahren beobachteten Trend zu einer kontinuierlichen Steigerung der Fallzahlen in den Diensten.

Mit 87,4% hat der mit deutlichem Abstand überwiegende Teil aller Klientinnen und Klienten die durch die Sozialpsychiatrischen Dienste gewährleistete Grundversorgung wahrgenommen (siehe Blitzlichter zum Thema „Grundversorgung“).

Angesichts der weiter gestiegenen Fallzahlen ist dies sicherlich auch ein deutliches Indiz für die Anstrengungen, welche die SpDi unternehmen, um diesen so zentralen Baustein innerhalb der

Fallzahlen in den Leistungsbereichen				
	Frauen	Männer	Gesamt	Prozent
Grundversorgung	11.493	8.277	19.770	87,4%
Soziotherapie	1.010	667	1.677	7,4%
Betreutes Wohnen	284	224	508	2,2%
Andere Leistungen im Bereich des SGB XII	35	22	57	0,3%
Leistungen für andere Leistungsträger	346	262	608	2,7%
<b>Gesamt</b>	<b>13.168</b>	<b>9.452</b>	<b>22.620</b>	<b>100%</b>

Tabelle 2 – Fallzahlen in den Leistungsbereichen

<sup>1</sup> Hinweise auf Zahlen für 2008, 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 2008, Stuttgart 2009

<sup>2</sup> DAK Gesundheitsreport 2009, Februar 2010

<sup>3</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. 180 000 Mitarbeitende sowie ca. 300 000 ehrenamtlich Tätige angehören.

Angebotspalette auch weiterhin zu gewährleisten; die weiter oben bereits erwähnte Relation zwischen männlichen und weiblichen Klienten bildet sich selbstverständlich auch in diesem wie in allen anderen Leistungsbereichen ab.

## Leistungsbereiche

Auch im Jahr 2009 stellten alle beteiligten Sozialpsychiatrischen Dienste die Grundversorgung ihrer Klienten und Klientinnen und damit das einzige pauschal bezuschusste Segment sicher. Im Bereich der einzelfallfinanzierten Leistungen stellen wir einen deutlichen Rückgang der Dienste fest, welche Soziotherapie anbieten, die noch im Jahr 2007 immerhin von allen befragte SpDi durchgeführt wurde. Dass lediglich 6

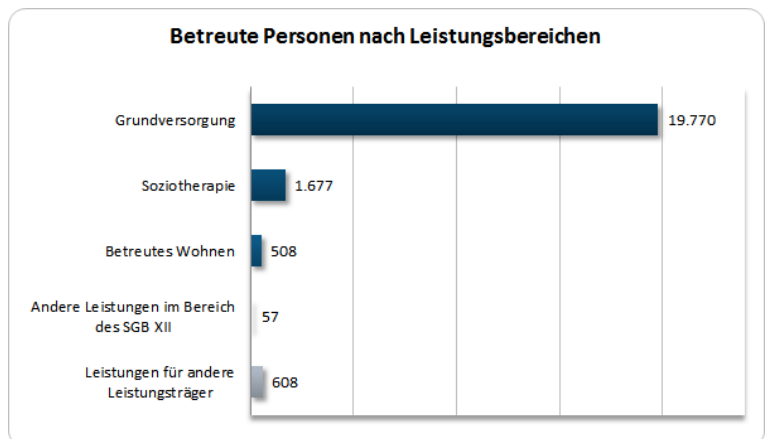
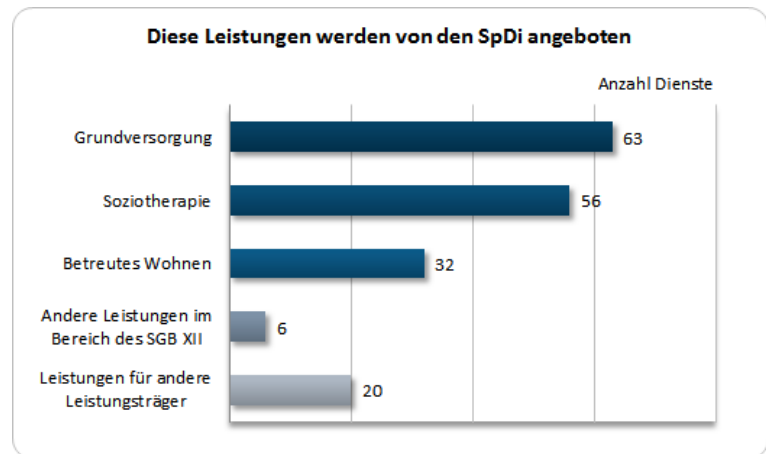
Dienste Leistungen im Kontext des SGB XII angeboten haben, legt die Vermutung nahe, dass hierfür offensichtlich keine auskömmliche Finanzierung zur Verfügung steht. Allerdings wurden hierdurch immerhin bereits mehr Personen erreicht als durch das Angebot des Betreuten Wohnens.

Folgende Tabelle<sup>4</sup> skizziert nun, analog zu den hier kurz erörterten Leistungsbereichen, die Anzahl der Personen, welche in 2009 innerhalb der unterschiedlichen Segmente betreut wurden, in absoluten Zahlen:

## Betreute Personen in den Leistungsbereichen

Zusammenfassend lässt sich an dieser Stelle also bereits festhalten, dass sich die Relation von einzelfallfinanzierten zu pauschalfinanzierten Leistungen in den sozialpsychiatrischen Diensten jährlich eindeutiger zugunsten des pauschalfinanzierten Segmentes „Grundversorgung“ verschiebt. Da eine grundsätzliche Änderung dieser Entwicklung aus heutiger Sicht wohl kaum zu erwarten ist, sind die Träger

nun mehr denn je gefordert, sich gemeinsam mit den politisch Verantwortlichen mit den gravierenden Implikationen dieses Trends auseinanderzusetzen. Unter der Zunahme der Fallzahlen bei dem bestehenden Finanzierungsdefizit leidet bereits vielerorts die Grundversorgung für den Personenkreis



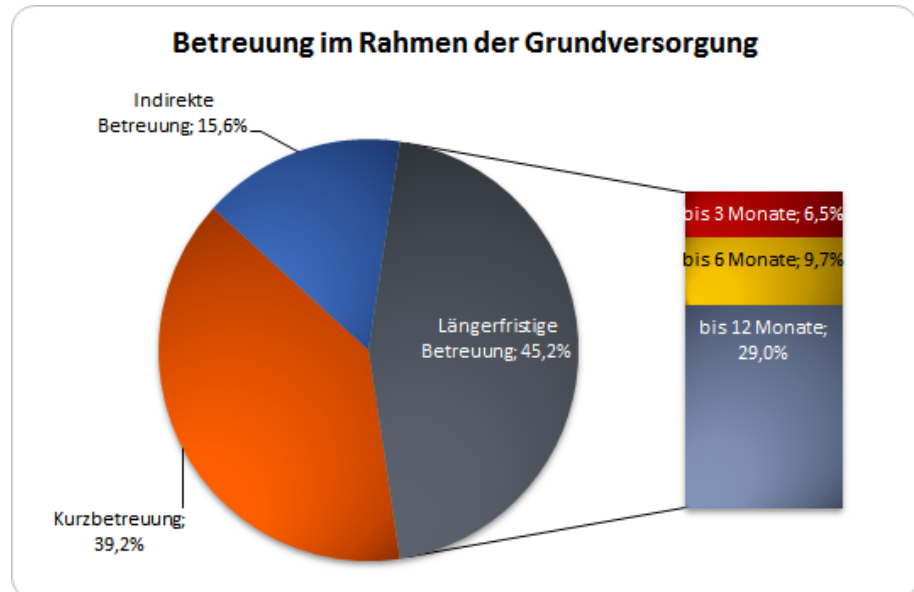
<sup>4</sup> Da pro Person Leistungen in verschiedenen Leistungsbereichen nebeneinander oder im Laufe des Jahres nacheinander möglich sind, kann die Summe der Fallzahlen in den Leistungsbereichen größer sein als die Gesamtzahl der betreuten Personen

der chronisch psychisch kranken Menschen. Es existieren in der Zwischenzeit große regionale Unterschiede in der Versorgung.

Der abschließende Blick auf die Geschlechterverteilung im Jahr 2009 bestätigt die jährlich dokumentierte Wahrnehmung, dass die Angebote der Sozialpsychiatrischen Dienste von deutlich mehr Frauen (58,1%) als Männern wahrgenommen werden, dies insbesondere in den Bereichen „Soziotherapie“ und „Andere Leistungen“.

## Betreuung im Rahmen der Grundversorgung

Die Verteilung der Kontaktfrequenzen im Rahmen der Grundversorgung variiert gegenüber der Erhebung 2008 nur marginal. Immerhin 45,2% aller Betroffenen konnten wiederum eine längerfristige, kontinuierliche Betreuung in Anspruch nehmen, auch dies eine erwähnenswerte Tatsache angesichts der ständig steigenden Fallzahlen. Innerhalb dieser Personengruppe nutzten beachtliche 29,0% die Begleitung durch „ihren“ SpDi während des gesamten Jahres 2009.



Unter „indirekter Betreuung“ werden alle Kontakte subsumiert, welche Dritte in Bezug auf psychisch erkrankte Menschen wahrnehmen. Die auf 15,6% gestiegene Zahl ist sicherlich auch als Indikator für die Tatsache zu sehen, wie stark die sozialpsychiatrischen Dienste neben der Zielgruppe der direkt betroffenen Personen insbesondere auch von denjenigen Personen angefragt werden, welche als Angehörige oder auf sonstige Weise in die Betreuung von psychisch Kranken involvierte Bezugspersonen die Fachkompetenz der Dienste abrufen. Die 39,2% Kurzbetreuungen verdeutlichen, dass ein erheblicher Anteil der Klienten ebenfalls die Fachlichkeit und Kompetenzen der Dienste nutzen zur Beratung, Abklärung und Weitervermittlung. Dem SpDi kommt daher eine wichtige Aufgabe als Clearings-, Beratungs- und Vermittlungsstelle zu, was in der Alltagspraxis mit einer hohen Flexibilität und zeitlichem Aufwand einhergeht. Diese Leistungen werden oftmals im Gemeindepsychiatrischen Verbund von anderen Institutionen nachgefragt.

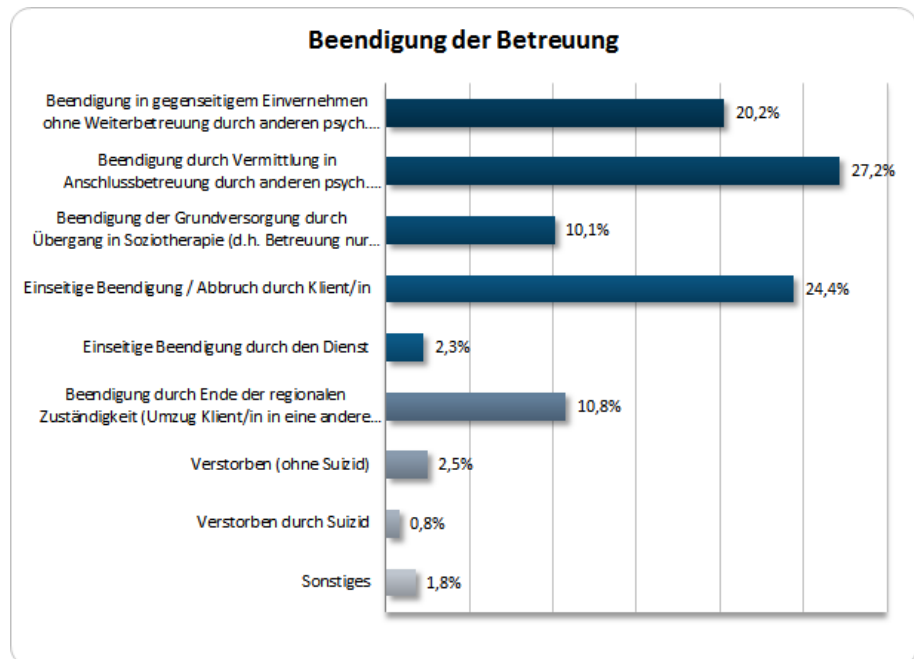
Dies verweist sicherlich auch auf die große Bedeutung, die dem Fachpersonal der Sozialpsychiatrischen Dienste in der Gestaltung von Case Management bzw. als Clearingstelle zukommt. Offensichtlich haben die Mitarbeitenden der Dienste diese Verantwortung trotz der damit verbundenen, sehr zeitintensiven Interventionen auch im Jahr 2009 zu ihren Prioritäten gezählt.

## Beendigung der Betreuung

Knapp ein Viertel aller Betroffenen haben auch in 2009 die Betreuung durch den SpDi einseitig abgebrochen; da das Fragedesign dieser Dokumentation keine eindeutigen Aussagen über die Gründe erlauben, welche zu einem Abbruch durch die Betroffenen selbst führten, darf vermutet werden, dass hier die Ambivalenz berücksichtigt werden muss, die der Inanspruchnahme von Hilfe grundsätzlich inne wohnt und die bei chronisch psychisch kranken Menschen im Kontext ihrer Krankheitsbilder sicherlich noch einmal deutlicher wahrzunehmen ist.

Wenn allerdings immerhin 20,2% 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. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese betroffenen Menschen durch die

Unterstützung der Dienste eine psychische Stabilisierung erfahren haben und in ihrer Selbstständigkeit und Alltagskompetenz gestärkt wurden.



## Soziodemographische 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 2009 ebenfalls alle 63 befragten Dienste wesentliche soziodemografischen Daten der Betroffenen geschlechtsspezifisch erhoben haben, können im Folgenden nun differenzierte Aussagen in Bezug auf insgesamt 10.265 Personen, die sich in längerfristigen Betreuungsverhältnissen befanden, getroffen werden.

2.3 Längerfristig Betreute Personen	Frauen	Männer	Gesamt
Anzahl Klienten	6.120	4.145	10.265

Tabelle 3 – Längerfristig betreute Klienten

Die folgenden Tabellen spiegeln eindrücklich wieder, wie signifikant sich die Lebensrealitäten von chronisch kranken Menschen von denen der Gesamtpopulation in Baden-Württemberg auch im Jahr 2009 unterscheiden haben; dies zeigt sich insbesondere am Familienstand der Betroffenen, besonders deutlich auch in Bezug auf die Teilhabe am Arbeitsleben sowie die damit verbundenen Einkommensverhält-

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

Etwas über die Hälfte aller KlientInnen (50,8%) ist ledig; addiert man die geschiedenen, verwitweten und getrennt lebenden Personen hinzu, so stehen den 82,0% nicht verheirateten Kranken lediglich 15,6% 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 2008 immerhin 54,7% Verheiratete gezählt wurden<sup>5</sup>. 22,2% geschiedene Personen unter den SpDi-NutzerInnen gegenüber nur 7,4% in der Gesamtbevölkerung in Baden-Württemberg legen im Übrigen die Schlussfolgerung nahe, dass das Auftreten einer psychischen Erkrankung das Scheidungsrisiko erheblich steigern dürfte. Den 50,8 % Ledigen hingegen standen 2008 nur 30% ledige Personen und damit ebenfalls eine markante Abweichung gegenüber den unverheirateten Personen in der Gesamtbevölkerung gegenüber.

Deutlich mehr als die Hälfte aller Betroffenen lebt allein; 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 (20,00%) 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.

## Einkommen

In 2009 konnten lediglich nur noch 7,0% der Betroffenen (gegenüber 8,38% in 2008, 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 2008 bei Männern eine Erwerbsquote von 80,0% und bei Frauen eine entsprechende Beteiligung am Erwerbsleben von 69,4% aufwies<sup>6</sup>.

3.1 Familienstand		
	Anzahl	Prozent
ledig	5.217	50,8%
verwitwet	585	5,7%
geschieden	2.275	22,2%
verheiratet	1.604	15,6%
getrennt	358	3,5%
unbekannt	212	2,1%
sonstiges	14	0,1%
<b>Summe</b>	<b>10.265</b>	<b>100%</b>

Tabelle 4 - Familienstand

3.2 Lebensverhältnisse		
	Anzahl	Prozent
lebt allein	5.615	54,7%
lebt mit (Ehe)partner/in	1.901	18,5%
lebt in Betreuer Wohnform	371	3,6%
lebt mit Eltern / Kindern / Verwandten	2.053	20,0%
lebt in privater Wohngemeinschaft	208	2,0%
unbekannt	54	0,5%
sonstiges	63	0,6%
<b>Summe</b>	<b>10.265</b>	<b>100%</b>

Tabelle 5 - Lebensverhältnisse

<sup>5</sup> Quelle: Landesamt für Statistik Baden-Württemberg, Stuttgart 2009

<sup>6</sup> Ebd.

Alle anderen hier erfassten Personen sind entweder auf familiäre Unterstützung oder auf unterschiedliche staatliche Transferleistungen angewiesen, wobei die Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrente mit 31,3% an erster Stelle steht und damit auch ein zukünftiges Erwerbseinkommen in der Regel definitiv auszuschließen ist. Somit kann festgestellt werden, dass der größte Anteil der Klienten in relativer Armut lebt und damit ihre gesellschaftlichen Teilhabechancen erheblich eingeschränkt sind. Prekäre Lebenslagen und psychische Erkrankung können dann in einer negativen Wechselwirkung zueinander stehen.

3.3 Einkommen		
	Anzahl	Prozent
Unterhalt durch den Ehepartner	582	5,7%
Erwerbs- / Berufstätigkeit	717	7,0%
Gelegenheitsarbeiten	55	0,5%
Unterhalt durch die Familie	429	4,2%
Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente	3.213	31,3%
ALG I	198	1,9%
ALG II	2.097	20,4%
Krankengeld	257	2,5%
Altersrente / Pension / Witwenrente	1.006	9,8%
Grundsicherung nach SGB XII	1.048	10,2%
Eigenes Vermögen / Ersparnisse	132	1,3%
Übergangsgeld	107	1,0%
WfbM	148	1,4%
Unbekannt	226	2,2%
Sonstiges	50	0,5%
<b>Summe</b>	<b>10.265</b>	<b>100%</b>

Tabelle 6 - Einkommen

Immerhin 22,3% 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 9,8% aller erhobenen Fälle in 2009 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.

## Alter

Die Alters- sowie die Geschlechterverteilung der Klienten und Klientinnen in den Sozialpsychiatrischen Diensten unterscheidet sich gegenüber den Erhebungen der Vorjahre nur unwesentlich. Über die Hälfte aller Betroffenen finden sich im so genannten mittleren Alterssegment, während jüngere Kranke ebenso wie Personen über 60 Jahren die kleinsten Einzelgruppen abbilden. Dieser Befund korreliert exakt mit den Erhebungen des DAK Gesundheitsreports 2008, demnach der Anteil am Gesamt Krankenstand der psychischen Störungen kontinuierlich auf 11,9% unter den 40 – 44jährigen ansteigt und damit sein höchstes Niveau in diesem Alterssegment erreicht. Im Alterssegment 18-27 Jahren liegt er bei 8,6%, im Alterssegment der über 60 Jährigen bei 14,8%. Daraus ergibt sich die fachliche Perspektive, dass sich die

3.4 Alter				
	Frauen	Männer	Gesamt	Prozent
18-27 Jahre	459	425	884	8,6%
28-40 Jahre	1.335	1.096	2.431	23,7%
41-60 Jahre	3.240	2.106	5.346	52,1%
über 60 Jahre	1.038	477	1.515	14,8%
unbekannt	48	41	89	0,9%
<b>Summe</b>	<b>6.120</b>	<b>4.145</b>	<b>10.265</b>	<b>100%</b>

Tabelle 7 - Altersverteilung

Dienste der demographischen Entwicklung anpassen müssen und spezifische Konzepte und Antworten für die jeweiligen Altersgruppen finden müssen (siehe auch Blitzlicht zum Thema: „Familien mit einem psychisch kranken Elternteil“).

## Diagnose

Mit 44,1% bilden die Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises die mit Abstand größte Einzeldiagnose, gefolgt von affektiven Störungen (z.B. Depressionen), an denen immerhin mehr als ein Viertel der Betroffenen leiden; darunter finden sich annähernd doppelt so viele Frauen wie Männer, sodass hier wohl von einer geschlechtsspezifischen Erkrankung ausgegangen werden darf. Konstant belegen Borderline- und andere Persönlichkeitsstörungen mit 11,3% aller Diagnosen neuerlich den dritten Platz der psychiatrischen Erkrankungen unter den Klienten und Klientinnen der Sozialpsychiatrischen Dienste; auch diese Diagnose wurde nahezu doppelt so vielen Frauen wie Männern gestellt. Dies bedeutet, dass die Dienste es oftmals mit Menschen zu tun haben, die durch ihre psychiatrischen Erkrankungen schwer beeinträchtigt sind, was zeitintensive und nachgehende Hilfen erforderlich macht. Alle anderen psychiatrischen Krankheiten treten in eher niedrigen prozentualen Anteilen auf, wobei die neurotischen und somatoformen Belastungsstörungen mit 4,2% noch ein erwähnenswertes Segment bilden, in dem sich ebenfalls deutlich mehr Frauen als Männer befinden.

3.5 Diagnose				
	Frauen	Männer	Gesamt	Prozent
Organische Psychosen einschl. symptomatischer psychischer Störungen	97	93	190	1,9%
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (z.B. Sucht)	118	208	326	3,2%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (z.B. schizophrene Psychose)	2.523	2.000	4.523	44,1%
Affektive Störungen (z.B. Depression, Manie)	1.748	914	2.662	25,9%
Neurotische Belastungs- und somatoforme Störung	284	144	428	4,2%
Verhaltensauffälligkeit mit körperlicher Störung (z.B. Essstörung)	76	30	106	1,0%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (z.B. Borderline-Persönlichkeit)	794	366	1.160	11,3%
Intelligenzminderung	54	35	89	0,9%
Nicht näher bezeichnete psychische Störung	70	65	135	1,3%
Andere Psychische Störung	88	53	141	1,4%
Nichtpsychische Störung	34	26	60	0,6%
Unklare Diagnoseformulierungen	80	74	154	1,5%
Unbekannt / Ärztliche Diagnose nicht vorhanden	157	134	291	2,8%
<b>Summe</b>	<b>6.123</b>	<b>4.142</b>	<b>10.265</b>	<b>100%</b>

Tabelle 8 - Diagnose

Männliche Betroffene weisen lediglich in den Bereichen psychische Verhaltensstörungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen eine höhere Fallzahl sowie im Bereich der organischen Psychosen und der Intelligenzminderung einen prozentual höheren Anteil als weibliche Erkrankte auf.

Männliche Betroffene weisen lediglich in den Bereichen psychische Verhaltensstörungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen eine höhere Fallzahl sowie im Bereich der organischen Psychosen und der Intelligenzminderung einen prozentual höheren Anteil als weibliche Erkrankte auf.

## Gleichzeitig bestehende weitere Problematik

13,7% der Betroffenen (12,43% in 2008) weisen zusätzlich zu ihrer psychiatrischen Symptomatik eine behandlungsbedürftige Suchtproblematik und somit unter Umständen auch eine gleichzeitige Betreuung im Kontext eines weiteren Hilfe-

Gleichzeitig bestehende weitere Problematik		
	Anzahl	Prozent
Behandlungsbedürftige körperliche Erkrankung	3.096	30,2%
Behandlungsbedürftige Suchtproblematik	1.409	13,7%
Für die Betreuung relevante Minderbegabung	526	5,1%
	<b>5.031</b>	

Tabelle 9 – Weitere Problematik

systems auf; es ist leicht vorstellbar, dass dieser Umstand das Leben der Betroffenen nicht zwangsläufig erleichtert. Dass immerhin 30,2% aller Klienten und Klientinnen zusätzlich noch behandlungsbedürftige körperliche Erkrankungen zu bewältigen hat, macht einmal mehr deutlich, wie instabil sich die Lebenslagen von psychisch kranken Männern und Frauen in der Interdependenz mit multiplen Belastungsfaktoren gestalten, sodass die Präventions- und Begleitangebote der Sozialpsychiatrischen Dienste auch im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements nicht hoch genug eingeschätzt werden dürfen.

## Zuweisungswege

Die Übersicht in dieser Tabelle 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 16,7% 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 20,5% die Betreuung von einem Fünftel aller Klienten und Klientinnen der SpDi veranlasst haben. Aus dieser Zahl lässt sich sicherlich auch die Wertschätzung ablesen, welche die kostengünstigen Präventiv-, Komplementär- und Nachsorgeangebote der Sozialpsychiatrischen Dienste im Kontext von Aufenthalten in Psychiatrischen Krankenhäusern genießen; diese Interpretation dürfte wohl auch für die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) zutreffen.

Mit immerhin 9% 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.

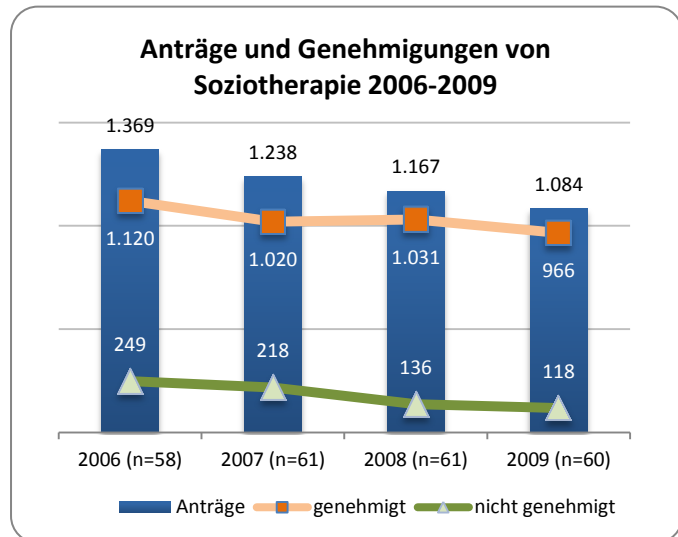
3.9 Zuweisungswege		
	Anzahl	Prozent
Psychiatrisches Krankenhaus	829	20,5%
Andere Klinik	92	2,3%
PIA	151	3,7%
Niedergelassener Nervenarzt	522	12,9%
Niedergelassener Arzt	83	2,0%
Sozialpsychiatrische Einrichtung	142	3,5%
REHA-Einrichtung	78	1,9%
Allgemeiner Sozialdienst	111	2,7%
Amt für Öffentliche Ordnung / Gericht	94	2,3%
Sozialamt	66	1,6%
Gesundheitsamt	38	0,9%
ARGE	183	4,5%
Sozialstation / Nachbarschaftshilfe	33	0,8%
Beratungsstelle	125	3,1%
Therapeut/in	48	1,2%
Ehrenamtliche/r	15	0,4%
Nachbarn / Angehörige	366	9,0%
Eigeninitiative Patient	676	16,7%
KollegIn / Arbeitgeber	58	1,4%
Gesetzlicher Betreuer	110	2,7%
Wohnungslosenhilfe	52	1,3%
Bewährungshilfe	10	0,2%
Unbekannt	35	0,9%
Sonstiges	135	3,3%
<b>Summe</b>	<b>4.052</b>	<b>100%</b>

Tabelle 10 - Zuweisungswege

## Soziotherapie

### Stetiger Rückgang der Soziotherapieleistungen

Die Tabelle belegt den bereits in den letzten Jahren beobachteten Trend zu einem kontinuierlichen Rückgang der gestellten Anträge auf Soziotherapie von 1369 Anträgen im Jahr 2006 auf nur noch 1084 in 2009, was einer Minderung um immerhin 20,8 und damit einem Fünftel aller gestellten Anträge entspricht. Auch die Zahl der genehmigten Anträge entwickelte sich gegenüber 2006 entsprechend rückläufig um 13,75% auf lediglich 966 bewilligte Maßnahmen in ganz Baden-Württemberg.



Wiederum ist in 2009 die Zahl der Personen, für die durch Soziotherapie eine spezifische Unterstützung ermöglicht werden sollte, deutlich zurückgegangen; mit nur noch 1084 gestellten Neuanträgen, davon insgesamt 1 007 genehmigten Verfahren, konnte nur noch für lediglich 9,52% aller Klienten und Klientinnen der SpDi eine Soziotherapie erschlossen werden (siehe auch Blitzlichter zum Thema Soziotherapie).

Mit 35,9% konnten die Sozialpsychiatrischen Dienste ihre eigenständigen Initiativen zur Initiierung von Soziotherapie gegenüber den Vorjahren leicht steigern und bilden somit wiederum das größte Segment aller Initiativen ab vor den niedergelassenen Nervenärzten sowie den psychiatrischen Kliniken. Warum die Institutsambulanzen unterdessen ihren Anteil an Initiierungen mit lediglich 4,5% (das entspricht einer Minderung um mehr als ein Drittel) gegenüber dem Vorjahr reduziert haben, kann an dieser Stelle nicht schlüssig nachvollzogen werden.

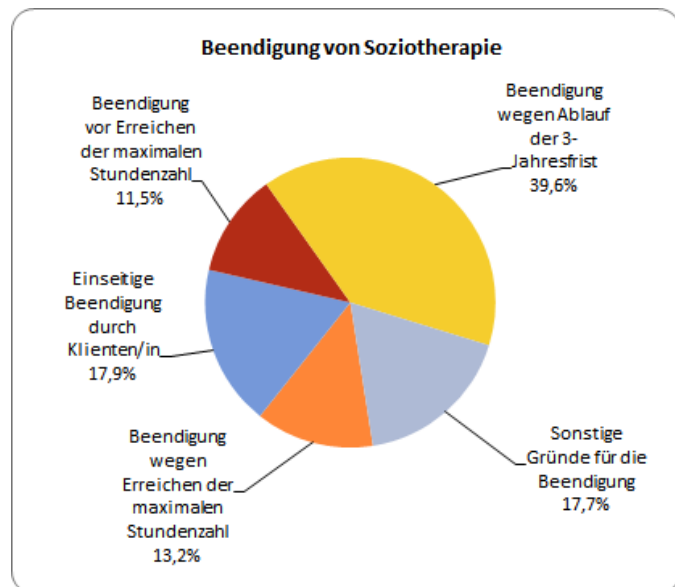
Interessanter Weise sind nunmehr 9,2 % aller Anträge auf Soziotherapie (gegenüber noch 6,4% im Vorjahr) auf Initiative der Klienten und Klientinnen selbst auf den Weg gebracht worden, eventuell ein Hinweis auf den hohen Bekanntheitsgrad, den dieses Verfahren mittlerweile auch in der Bevölkerung genießt.

In 2009 hat sich die Anzahl der eingelegten Widersprüche erstmalig wieder deutlich auf 59,3% erhöht, nachdem 2008 nur noch in 53,2% aller abgelehnten Anträge ein Widerspruchsverfahren eingeleitet worden war; dies, obwohl 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 64,8% stattgegebenen Widersprüchen gegenüber nur noch 16,7% Ablehnungen in eine erfreuliche Richtung, die sicherlich auch auf der Grundlage einer im Lauf der Jahre notwendiger Weise gestiegenen Professionalität der SpDi interpretiert werden darf. In bemerkenswerten 38,5% aller Fälle (das sind immerhin 11% mehr als 2008) wurde die Ablehnung des Soziotherapieantrags sogar als „ungerechtfertigt“ dokumentiert, sodass den SpDi hier wohl auch künftig ein zwar mühsames, aber unverzichtbares Handlungsfeld erhalten bleibt.

## Beendigung von Soziotherapie

Ähnlich wie in den Vorjahren wurden 39,6% der durchgeführten Soziotherapien regulär, also wegen Ablauf des dreijährigen Bewilligungszeitraums, beendet; gemeinsam mit den 13,2%, welche die Therapie aufgrund des Erreichens der maximalen Stundenzahl abgeschlossen, liefen damit mehr als die Hälfte aller Soziotherapien aus wie geplant.

Allerdings wurden wiederum 17,9% aller Soziotherapien auf ausdrücklichen Wunsch der KlientInnen vorzeitig beendet wie auch weitere 13,2% vor Erreichen der maximalen Stundenzahl; aus letzterem lässt sich leider nicht eindeutig schlussfolgern, dass die bewilligte Stundenzahl eventuell aufgrund eines vorzeitigen Erfolgs der Maßnahme nicht zur Gänze ausgeschöpft werden musste. Unter „sonstigen Gründen“, welche eine vorzeitige Beendigung der Soziotherapie veranlasst haben, sind folgende Anlässe subsumiert:



## Kooperationen und Vernetzung

62 erhobene 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:

Es zeigt sich, dass mittlerweile mehr als zwei Drittel aller SpDi auf der Basis einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung mit den PIA kooperieren, während lediglich 15 Dienste ohne eine derartige schriftliche Fixierung auskommen.

Insgesamt wurden im Berichtzeitraum 2009 nunmehr 1339 Klienten und Klientinnen (gegenüber noch 1212 in 2008) gemeinsam betreut, wobei insbesondere regelmäßige Fallbesprechungen, Kooperationsgespräch sowie gemeinsame Hausbesuche zu den häufig genutzten gemeinsamen Aktivitäten zählen. Dies gilt insbesondere für Sozialpsychiatrische Dienste, welche mit ihrer PIA im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung zusammenarbeiten, während alle anderen Dienste ihre gemeinsamen Aktivitäten mit der PIA offensichtlich auf ein Minimum reduzieren müssen.

Im Zuge einer mittlerweile sehr stabilen und belastbaren Vernetzung mit anderen, wesentlichen Akteuren der psychiatrischen Versorgung innerhalb des Gemeinwesens wurden für das Jahr 2009 folgende weitere Kooperationen dokumentiert: Nahezu alle Dienste (98,4%) können mittlerweile auf eine enge Kooperation mit Klinikärzten vertrauen und setzen damit die im letzten Jahr bereits angedeutete Tendenz positiv fort; ebenfalls endgültig stabilisiert hat sich die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychiatern und Psychiaterinnen auf nicht überbietbare 100%.

Unter den 74,6% 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 von den Diensten dokumentierte enge Kooperation kann sichergestellt werden, dass Doppelbetreuungen ebenso vermieden werden können wie langwierige und kostenintensive Unterbringungen im stationären Sektor.

Die Entwicklungen im Rahmen der Gemeindepsychiatrischen Verbünde/Gemeindepsychiatrischen Zentren hat sich ebenfalls kontinuierlich stabilisiert.

Mit nunmehr 64,4% gegenüber noch 57,6% im Jahr 2008 erweist sich die Etablierung der Hilfeplankonferenz (HPK) als allgemein akzeptierte, strukturelle Möglichkeit, um die Bedarfe der Klienten und Klientinnen gemeinsam mit anderen Fachdiensten zu erörtern, wobei in immerhin 27 von 38 Standorten die Teilnahme der Betroffenen selbst grundsätzlich ermöglicht wird.

Interessanter Weise nutzen mittlerweile 21 Standorte den Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) als standardisiertes Instrument zu Vorbereitung und Durchführung von Hilfeplankonferenzen und damit 5 Standorte mehr als im Jahr 2008; weitere 15 Standorte nutzen analog dem Ergebnis 2008 vergleichbare, in der Regel niederschwelligere Instrumente. Insgesamt kann abschließend festgestellt werden, dass sich das Matching von Betroffenen mit möglichst adäquaten Hilfeangeboten im Verlauf der Jahre zunehmend professionalisiert hat, wobei die Mitwirkung der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg sicherlich keine ganz unmaßgebliche Rolle in diesem Prozess zugewiesen werden darf.

Kooperation mit PIA			
		Anzahl Dienste	n=63
<b>Pia vorhanden</b>		<b>62</b>	<b>98,4%</b>
<b>schriftliche Kooperationsvereinbarung</b>		<b>47</b>	<b>75,8%</b>
Kooperation mit Vereinbarung			n=47
1	Leistungserbringung durch SpDi für PIA gegen Abrechnung	25	
2	Regelmäßige Kooperationsgespräche	34	
3	Regelmäßige Fallbesprechungen	32	
4	Gemeinsame Hausbesuche	17	
5	Gemeinsame Angebote (z.B. psychoedukative Gruppen etc.)	9	
6	Sonstiges	11	
Kooperation ohne Vereinbarung			n=14
1	Leistungserbringung durch SpDi für PIA gegen Abrechnung	1	
2	Regelmäßige Kooperationsgespräche	3	
3	Regelmäßige Fallbesprechungen	4	
4	Gemeinsame Hausbesuche	1	
5	Gemeinsame Angebote (z.B. psychoedukative Gruppen etc.)	2	
6	Sonstiges	3	
<b>Gemeinsame Klienten mit PIA</b>		<b>1339</b>	

# Teil II - Blitzlichter

## 1 Grundversorgung und regionale Versorgungsverpflichtung in Stuttgart

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

## 2 Qualitätsmerkmale psychiatrischer Grundversorgung in Baden-Württemberg

Rainer Höflacher, Landesverband Psychiatrie-Erfahrener BW e.V.

## 3 Soziotherapie

Helene Aumüller, Sozialpsychiatrischer Dienst Mannheim

## 4 Soziotherapie auch lebenslang

Ulrich Paul, Manfred Schöniger, Diakonisches Werk Baden

## 5 Familien mit einem psychisch kranken Elternteil

Andrea Krainhöfer, BruderhausDiakonie Reutlingen

# 1 Grundversorgung und regionale Versorgungsverpflichtung in Stuttgart

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

## Grundversorgung und regionale Versorgungsverpflichtung heißt:

Kein psychisch kranker Mensch darf gegen seinen Willen aufgrund seiner Erkrankung oder dem Grad seiner Erkrankung außerhalb der jeweils definierten Versorgungsregion untergebracht werden. Es müssen ihm gemeindenah die erforderlichen Hilfen und die notwendige Unterstützung zur Verfügung gestellt werden, die ein ihm und seiner Umgebung erträgliches Leben im Gemeinwesen sichern und fördern (Förderung der Lebensqualität).

Um dieses Ziel für alle psychisch kranken Bürger/-innen einer Region umsetzen zu können, müssen die dafür bereitgestellten Hilfen niederschwellig, leicht zugänglich, flexibel und ambulant aufsuchend eingerichtet werden und arbeiten.

Die Hilfen und Unterstützung kann nicht von einem einzigen Baustein erbracht werden, sondern nur in der verbindlichen Zusammenarbeit und Vernetzung mit den anderen Diensten und Einrichtungen mit eindeutig definierter Leistungsbeschreibung im Gemeindepsychiatrischen Verbund unter Federführung der Kommune oder dem Landkreis (Verbindlich geregelte Versorgungsverpflichtung).

In diesem Netz an Hilfen im GPV übernimmt der Sozialpsychiatrische Dienst die Funktion des Basisdienstes (sog. Schleppnetz am Boden). Dieser Baustein muss in der Lage sein, unmittelbar auf Anfragen flexibel zu handeln. Er übernimmt sowohl abklärende und weiterführende Aufgaben wie auch gutachterliche Stellungnahmen als auch langfristige Betreuungen und Begleitungen für psychisch kranke Menschen, die noch nicht oder nicht mehr in der Lage sind, die höherschwellig organisierten und strukturierten Hilfen (Betreutes Wohnen, Psychiatrische Pflege, Tagesstätten, Soziotherapie, Familienpflege, Institutsambulan-

zen und niedergelassene Ärzte) in Anspruch zu nehmen. Selbstverständlich arbeitet der SpDi verbindlich mit diesen Einrichtungen zusammen (verbindliche Regelungen im Trägerverbund als Bestandteil des GPV).

Für den niederschwellig arbeitenden Baustein SpDi ist eine pauschalierte Finanzierung unabdingbar, da einzelfallfinanzierte Hilfen die Mitarbeit (auf welcher Ebene auch immer) der Betroffenen voraussetzen; eine Voraussetzung, die bei vielen (chronisch) psychisch kranken Menschen teilweise über längere Zeiträume hinweg nicht gegeben ist.

Eine sehr brauchbare und nur zu unterschreibende Konkretisierung der Aufgaben und Merkmale psychiatrischer Grundversorgung findet sich in der beiliegenden Stellungnahme des Landesverbandes der Psychiatrie Erfahrenen BW e.V., der ich mich ohne Weiteres anschließen kann.

Ungeklärt ist nach wie vor, wie die Grundversorgung und mit welchen Ressourcen sie sichergestellt werden kann. Es gibt weder in Baden-Württemberg noch in anderen Bundesländern allseits anerkannte Richtwerte für einen Personalschlüssel, der vorgibt, wie viel Stellen bezogen auf eine bestimmte Einwohnerzahl vorhanden sein müssen, um von der Sicherstellung der Grundversorgung sprechen zu können. Hier handelt es sich zweifelsohne auch um ein schwieriges Unterfangen, da die erforderliche Quantität und damit verbunden auch die Qualität wiederum von weiteren Faktoren und Variablen abhängt wie z.B. das vorhandene Netz an weiteren Bausteinen im GPV, Struktur der Region (großstädtisch, städtisch-ländlich oder ländlich) etc.

Ausgehend von unserer Situation in Stuttgart kann festgehalten werden, dass die SpDis mit einem Personalschlüssel von 1 : 25.000 Einwohner/-innen in enger Vernetzung mit einem gut ausgebauten Netz an weiteren sozialpsychiatrischen Hilfen und einer guten Vernetzungs- und Kooperationskultur zwischen allen Einrichtungen und Diensten gerade noch (allerdings mit Abstrichen aufgrund kontinuierlich steigender Anfragezahlen in Verbindung mit stagnierenden Ressourcen) in der Lage sind, die oben skizzierten und in der Stellungnahme der Psychiatrie Erfahrenen konkretisierten Qualitätsmerkmale erfüllen zu können.

Die Kritik der Liga der freien Wohlfahrtspflege Baden-Württemberg e.V., des Angehörigenverbandes wie der Psychiatrie Erfahrenen, dass die Grundversorgung in den SpDis in Baden-Württemberg mehrheitlich nicht mehr umgesetzt werden kann aufgrund von Personalreduktionen und des ohnehin schon schlechteren Personalschlüssels in den SpDis (1 : 50.000 – 80.000 Einw.), ist deshalb aus unserer Sicht völlig berechtigt. Der Versuch des Sozialministeriums diese defizitäre Situation auszugleichen ( bzw. zu beschönigen und in gewissem Sinne damit auch zu verschleiern) durch den Auf- und Ausbau der Gemeindepsychiatrischen Zentren (GPZ) trifft nur sehr bedingt, wenn überhaupt zu. Aus meiner Sicht kommen wir nicht umhin, gemeinsam mit den Organisationen der Selbsthilfe diese ungenügende Ausgangslage bezüglich der Grundversor-

gung in den Stadt- und Landkreisen offen und nüchtern zu konstatieren in Verbindung mit der Forderung nach einem PsychKG (wohl wissend, dass ein PsychKG allein, wie andere Länder belegen, nicht über die momentane Finanzmisere hinweghilft, gleichwohl es einer Absicherung der Grundversorgung zweifellos dienlich ist); und dies insbesondere vor den bevorstehenden Landtagswahlen in den Blickpunkt zu rücken. Es ist m.E. der „Sache“ nicht dienlich, diesen Tatbestand des eindeutigen Defizits an der pauschal finanzierten ambulanten Grundversorgung nicht deutlich in den Vordergrund der öffentlichen Auseinandersetzung zu setzen und stattdessen parallel dazu die einzelfallfinanzierten Hilfen auszubauen. Diese Anstrengung ist gleichermaßen und selbstverständlich auch unabdingbar. Wir sollten uns allerdings immer im Klaren sein, dass diese Hilfen höherschwellig ansetzen, organisiert und strukturiert sind, da sie in der Regel die Mitarbeit der Betroffenen voraussetzen. Und dass dies in vielen Fällen trotz enormen Hilfebedarfs nicht der Fall ist, wissen wir aus der täglichen Arbeit nur allzu gut. Dies führt paradoxerweise dazu, dass die psychisch kranken Menschen mit dem höchsten Hilfebedarf und einer geringen Krankheitseinsicht am deutlichsten gefährdet sind, nicht die erforderliche Hilfe und Unterstützung zu erhalten und in Obdachloseneinrichtungen oder fachlich inadäquat und zudem teurer in stationären Einrichtungen untergebracht zu werden.

## 2 Qualitätsmerkmale psychiatrischer Grundversorgung in Baden-Württemberg

Rainer Höflacher, Landesverband Psychiatrie-Erfahrener BW e.V.

Mit Sorge stellt der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener BW e.V. fest, dass sich in den letzten Jahren die sozialpsychiatrische Grundversorgung der Sozialpsychiatrischen Dienste kontinuierlich verschlechtert hat.

Im Rahmen dieser Diskussion weisen wir darauf hin, dass nicht nur die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) Grundversorgung leisten, sondern auch die Psychiatrischen Institutsambulanzen und die niedergelassenen Psychiater.

Schwerpunktmäßig beschäftigen sich unsere folgenden Überlegungen mit der Grundversorgung des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Zudem scheint die Definition von Grundversorgung vielfältig zu sein. Hier unsere Definition von Grundversorgung:

Psychiatrische Grundversorgung bietet **niederschweligen** Zugang zum psychiatrischen Hilfesystem. Zielgruppe sind Psychiatrie-Erfahrene, die sonst Probleme haben professionelle Hilfe zu bekommen, d.h. es handelt sich in der Regel um schwerer psychisch erkrankte Menschen. Vorrangig wird Grundversorgung pauschal- und nicht einzelfinanziert.

Qualitätsmerkmale Grundversorgung = niederschwellige psychiatrische Hilfen

1. Nachgehend
  - a. Das wichtigste Kriterium ist die nachgehende Hilfe, d.h. es muss angemessen möglich sein, dass die Helfer vor Ort ihre Klienten unterstützen und Hausbesuche stattfinden. Gerade die Zielgruppe braucht unbedingt diese Art der Hilfe, da sonst die Gefahr besteht, dass ein Zugang zu den Hilfen nicht möglich ist.
2. Zeitnah
  - a. Wartezeiten Gesprächstermine  
In den letzten Jahren ist eine immer größere Zunahme der Wartezeiten für Gesprächstermine festzustellen. Es ist notwendig in Krisenzeiten wöchentliche Gesprächstermine anzubieten. In Normalfall müssen bedarfsabhängig 14tägige Intervalle möglich sein.
3. Gut erreichbar
  - a. Telefonische Erreichbarkeit rund um die Uhr
  - b. Keine bürokratischen Hürden (Pauschalfinanzierung der Hilfen)
  - c. Tagesstätten zur Verhinderung von Isolation und Vermittlung von Tagestruktur
4. Informativ
  - a. Es muss möglich sein, schnell und gezielt an Informationen zu kommen bzw. an die richtige Stelle weiterverwiesen zu werden.
5. Medizinisch niederschwellig
  - a. Zur Grundversorgung gehören neben psychosozialen Hilfen immer auch niederschwellig erreichbare medizinische psychiatrische Hilfen.
6. Kompetent
  - a. Die MitarbeiterInnen der entsprechenden Angebote müssen qualifiziert sein, d.h. es muss ihnen möglich sein, einen psychotherapeutischen, verstehenden Zugang zu den Problemen der KlientInnen anzubieten. In den Teams müssen sogenannte Peers („Betroffene helfen Betroffenen“) mitarbeiten.

## 3 Soziotherapie

Helene Aumüller, Sozialpsychiatrischer Dienst Mannheim

### **Ausgangslage:**

Mit dem Gesundheitsreformgesetz im Jahr 2000 wurde als Individualanspruch im § 37a SGB V ambulante Soziotherapie verankert. Der Gesetzgeber hat damit die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischer Erkrankung berücksichtigt und in Verbindung mit dem § 132b SGB V den Forderungen der Fachwelt entsprochen, Behandlungsmöglichkeiten im ambulanten und gemeindenahen Setting für Menschen mit chronisch psychiatrischen Erkrankungen zu verbessern.

Seit Januar 2002 sind die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung“ in Kraft.

### **Erfahrungen im Umgang mit der Verordnungspraxis:**

Nach acht Jahren Soziotherapeutischen Erfahrungen zeigt sich in der Praxis ein uneinheitliches Bild:

In Baden-Württemberg wurde durch die Angliederung der Soziotherapeutischen Leistungserbringung an die Sozialpsychiatrischen Dienste, die bereits intensive und vielfältige Erfahrungen in der ambulanten Betreuung dieses spezifischen Personenkreises hatten, relativ schnell eine flächendeckende Versorgung sichergestellt.

Allerdings zeigte sich auch sehr schnell, dass durch die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und den gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen die Zielsetzung, Menschen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen, die nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, Soziotherapie zu ermöglichen um Klinikbehandlung vermeiden oder verkürzen zu können, oder wenn Klinikbe-

handlung geboten, aber nicht ausführbar ist, nicht niederschwellig umgesetzt werden kann.

Durch die starken Reglementierungen und verwaltungstechnischen Hürden, (Soziotherapie ist genehmigungspflichtig), kann eine nahtlose Versorgung mit soziotherapeutischer Leistung direkt nach der Klinikbehandlung nicht gewährleistet werden. Wenn die Sozialpsychiatrischen Dienste den Übergang aus der Klinikbehandlung in die Soziotherapie nicht durch sehr zeitnahe Versorgungsangebote im Rahmen der Grundversorgung absichern würden, wäre vermutlich jeder zweite Patient der Soziotherapieanspruch hätte, vor Beginn der Leistung wieder dekompenziert und erneut stationär. Auch zeigt sich, dass die meisten niedergelassenen Nervenärzte mit dem Instrument der Soziotherapieverordnung in der Praxis ungerne umgehen, weil alleine das Ausstellen der Verordnung mit hohem Zeitaufwand verbunden ist ohne entsprechende Vergütung. Außerdem sind viele Ärzte nicht umfassend und objektiv über die Vorteile von Soziotherapie und die Verordnungspraxis informiert. Es sind meist die Sozialpsychiatrischen Dienste, die Ärzte über die Umsetzung von Soziotherapie zwangsläufig informieren. Das ist mindestens immer dann der Fall, wenn ein Patient frühzeitig aus einer stationären psychiatrischen Behandlung entlassen wird, aus krankenhausärztlicher Sicht Soziotherapie ein absolutes Erfordernis darstellt und der weiterbehandelnde Arzt keine Erfahrung in der Durchführung mit Soziotherapie hat.

Wenn ein Patient die Hürden der Verordnungspraxis genommen hat, so bietet sich durch die Soziotherapie eine reelle Chance, den Gesundheitszustand zu verbessern und die Lebensqualität zu erhöhen.

Exemplarisch möchte ich in groben Zügen zwei soziotherapeutische Betreuungsverläufe schildern.

1. Durch den niedergelassenen Arzt wurde Soziotherapie angeregt, weil der Patient in akutem Krankheitszustand bei F 20 Diagnose auf Grund des familiären Hintergrundes nicht zu Klinikbehandlung bereit war. Zu Beginn der Soziotherapie war der Patient nicht in der Lage die Wohnung eigenständig zu verlassen. Arztbesuche konnten wegen Wahrnehmungsstörungen, die bedrohlich erlebt wurden nicht eigenständig durchgeführt werden. Für die alltagspraktischen Aufgaben war fremde Hilfe erforderlich. Durch gezieltes motivationsrelevantes Training und der Förderung von handlungsrelevanter Willensbildung und Antriebs- und Kontaktförderung und psycho-educative Gespräche konnte in einem 3-Jahres-Zeitraum eine deutliche Verbesserung des gesundheitlichen Gesamtzustandes erreicht werden.

Der Patient ist heute selbständig in der Lage Arztbesuche durchzuführen, die verordneten Medikamente werden nach der Vorgabe des Arztes eingenommen, die alltäglichen Besorgungen werden selbständig erledigt und an tagesstrukturierenden Programmen nimmt er eigenständig teil.

Die Soziotherapie ist seit zwei Jahren beendet und hatte bisher nachhaltigen Erfolg. Klinikbehandlung war seither nicht erforderlich.

2. Über eine klinische Behandlung wurde Soziotherapie bei einem Patienten mit F 20 - Diagnose angeregt. Der Übergang zur ambulanten Soziotherapie wurde durch zeitnahe Termine nach der Klinik über die Grundversorgung des SpDi bis zur Ausstellung der Verordnung abgedeckt. Zwischen Klinikentlassung und Verordnungsausstellung lagen sieben Wochen. Zu diesem Zeitpunkt war der Patient seit mehreren Jahren jährlich einmal sechs bis acht Wochen in stationärer Behandlung. Medikamente wurden oft eigenmächtig abgesetzt oder einfach in reduzierter Dosierung eingenommen. Soziale Kontakte wurden nicht gepflegt, das häusliche Umfeld war in desolatem Zustand. Bei Entlassung aus der Klinik war zwar die Akutsymptomatik abgeklungen, jedoch hatte der Patient noch erhebliche Einbußen seiner Fähigkeiten.

Der Patient erhielt über einen Zeitraum von drei Jahren zielgerichtete Soziotherapie mit psycho-educativen Anteilen zur Verbesserung der Krankheitswahrnehmung, motivationsrelevantem Training mit dem Ziel von Behandlungskooperation mit dem Psychiater und Verbesserung von Tagesstruktur, sozialem Kompetenztraining mit dem Ziel der Förderung von sozialen Kontakten etc.

In den drei Jahren der Soziotherapeutischen Betreuung war der Patient nur einmal für drei Wochen in stationärer Behandlung. Nach Abschluss der Soziotherapie kam es sieben Monate später erneut zu einer stationären Behandlung. Vor Entlassung aus der Klinik wurde vom behandelnden Arzt erneut Soziotherapie als erforderlich angesehen. Zur Erlangung von erneuter Soziotherapie musste jedoch ein Widerspruchsverfahren eingeleitet werden. Das Verfahren dauerte vier Monate. In der Zwischenzeit wurde versucht über Grundversorgung den instabilen gesundheitlichen Zustand des Patienten aufzufangen. Der Patient befindet sich jetzt seit zwei Jahren und sieben Monaten erneut in Soziotherapie und war seitdem nicht mehr stationär in Behandlung.

Die Umsetzung der Soziotherapie wird jedoch in der Praxis immer wieder durch besondere Verwaltungshürden erschwert, die finanziell nicht vergütet sind.

So waren im ersten Fall insgesamt drei Zwischenberichte an den MDK erforderlich um die Soziotherapie über drei Jahre durchführen zu können. Ohne diesen Zeitrahmen wäre eine Nachhaltigkeit des Erreichten nicht möglich gewesen.

Im zweiten Fall war nur über ein Widerspruchsverfahren, das der Patient ohne Unterstützung des SpDi nicht durchgehalten hätte, eine Bewilligung in einem zweiten 3-Jahres-Zeitraum möglich.

### **Perspektiven**

In Baden-Württemberg haben sich die Krankenkassen aus der Pauschalfinanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste zurückgezogen. Geblieben ist lediglich die einzelfallbezogene Leistung der Soziotherapie.

In der Praxis zeigt sich aber, dass bestimmte Krankheitsgruppen, die intensive Betreuungsleistungen durch die SpDis benötigen, vom Zugang der Psychotherapie ausgeschlossen sind. Hierzu gehören insbesondere die Gruppen der „instabilen Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ“ und die „mittelschwere bis schwere Depressionen ohne wahnhaften Verlauf“. Es wäre dringend erforderlich, diesen Personengruppen den Zugang zur Psychotherapie zu ermöglichen.

Um das Versorgungsangebot flächendeckend und bedarfsgerecht vorzuhalten ist der Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen dringend zu entbürokratisieren. Um schnell und zielgerichtet handeln zu können, wie es der Gesetzgeber eigentlich

vorsieht, ist ein niederschwelliger Zugang zu den Hilfen erforderlich.

Außerdem ist sowohl auf der ärztlichen als auch auf der Leistungserbringerseite eine kostendeckende Vergütung erforderlich. Dann könnte mit der Psychotherapie eine weitere Lücke in der ambulanten Versorgung geschlossen werden. Die Psychotherapie kann durch die konsequente Aktivierung und Einbeziehung der Patienten und den Koordinationsaufgaben auch als ambulantes Komplexleistungsangebot verstanden werden. Tatsächlich könnte dadurch die Möglichkeit eröffnet werden Kosten im teilstationären und stationären Versorgungsnetz zu senken.

## 4 Soziotherapie auch lebenslang

Ulrich Paul, Manfred Schöniger, Diakonisches Werk Baden

Zugegeben, die Überschrift ist ein wenig übertrieben und vermutlich wird es keinen Patienten geben, dem Zeit seines Lebens Soziotherapie verordnet werden wird – aber möglich wäre es schon.

Hintergrund dieser Feststellung ist eine neue Entscheidung des Bundessozialgerichtes vom 20.04.2010 mit folgendem Sachverhalt:

Beginnend mit dem 20.05. 2003 wurden einer Patientin, die an einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis litt, zweimal je 30 Einheiten Soziotherapie genehmigt. Nachdem der behandelnde Psychiater weitere Soziotherapieeinheiten über den 20.05.2006 hinaus zur Vermeidung von Krankenhausbehandlung verordnete, lehnte die zuständige Krankenkasse dies mit der Begründung ab, Soziotherapie sei nicht zur dauerhaften Begleitung chronisch psychisch Kranker gedacht und lediglich auf einen einmaligen Dreijahreszeitraum begrenzt.

Da auch ein Widerspruch erfolglos blieb, verklagte die Patientin ihre Krankenkasse. Das Sozialgericht Reutlingen folgte der Argumentation der Krankenkasse und lehnte eine Verurteilung ab.

Dieser Auffassung sind das Landessozialgericht Baden-Württemberg und nunmehr abschließend das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung vom 20. April 2010 – B 1/3 KR 21/08 R – nicht gefolgt.

Nach der höchstrichterlichen Entscheidung des BSG schließt die Regelung des § 37a Abs. 1 Satz 3 SGB V lediglich aus, dass innerhalb von drei Jahren je Krankheitsfall mehr als 120 Stunden Soziotherapie geleistet werden.

Dauert ein Krankheitsfall länger als drei Jahre an und wird innerhalb des ersten Drei-Jahres-Zeitraums Soziotherapie gewährt, verbietet § 37a Abs. 1 Satz 3 SGB V dagegen nicht, dass in einem weiteren Drei-Jahres-Zeitraum erneut höchstens 120 Stunden Soziotherapie geleistet werden.

Dies entspreche dem Zweck der Regelung, den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, unnötige Krankenhausaufenthalte schwer psychisch Kranker zu vermeiden und damit verbundene unnötige Kostenbelastungen der gesetzlichen Krankenversicherung gar nicht erst entstehen zu lassen.

Diese Vorgaben des Gesetzes habe der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den Soziotherapie-RL rechtmäßig konkretisiert. Die dortige Regelung habe zur Folge, dass ein „Krankheitsfall“ im Sinne der Soziotherapie-RL bis zu drei Jahre lang andauern kann, spätestens mit Ablauf dieser Zeitspanne jedoch in jedem Fall ein neuer „Krankheitsfall“ beginne.

Die Konsequenz sei, dass spätestens nach Ablauf von drei Jahren – soweit alle übrigen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind – erneut die Gewährung von Soziotherapie im Umfang von insgesamt höchstens bis zu 120 Stunden in Betracht komme, auch wenn dem Therapiebedarf unverändert die selbe Krankheitsursache zu Grunde liege.

Damit ist nun glücklicherweise geklärt, dass Soziotherapie auch über den Zeitraum von 3 Jahren möglich ist – im Extremfall sogar lebenslang.

# 5 Familien mit einem psychisch kranken Elternteil

Andrea Krainhöfer, BruderhausDiakonie Reutlingen

Die Beratung von Familien nimmt in der Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste zu. Immer mehr Familien sind von der Erkrankung eines Elternteils betroffen; die in einigen Regionen erhobenen Daten bestätigen dies.

Wenn ein Vater und/oder eine Mutter psychisch erkranken, ist die damit verbundene Belastung bei allen Beteiligten oft noch deutlicher wahrnehmbar, denn es bedeutet immer auch eine Herausforderung für die gesamte Familie. Kinder als Familienangehörige sind durch die Fachwelt lange Zeit unbeachtet geblieben. Dabei sind sie durch die mit einer psychischen Erkrankung einhergehenden Veränderungen im Familiensystem in der Regel am meisten betroffen. Oft fanden sie in der Vergangenheit erst dann Beachtung, wenn es zu Auffälligkeiten bei den Kindern kam oder wenn eine Situation durch die Familie nicht mehr getragen werden konnte.

In den letzten Jahren ist das Thema der Einbeziehung von Kindern in den Beratungs- und Behandlungsprozess der gesamten Familie stärker in das Bewusstsein der Hilfeangebote von Jugendhilfe und Sozialpsychiatrie gelangt. Im Bereich der Sozialpsychiatrie sind niedergelassene Nervenärzte, Kliniken, aber auch die Sozialpsychiatrischen Dienste häufig die ersten, die auf Familien treffen, wenn ein Elternteil psychisch erkrankt ist. Darin liegt eine große Chance; denn durch neuere Forschungen konnte gezeigt werden, dass es sinnvolle präventive Möglichkeiten zur Unterstützung von Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil gibt, die dazu beitragen können, dass die betroffenen Kinder nicht selbst durch die ohne Zweifel belastende Familiensituation beeinträchtigt werden. Für die Mitarbeitenden der SpDis bedeutet dies, sich Methoden einer altersadäquaten Informationsvermittlung und Aufklärung der Kin-

der anzueignen und Raum zu finden, die Kinder in den Hilfeprozess mit einzubeziehen, sie aber auch zu schonen, wo sie der Entlastung bedürfen. Weiter bedarf es eines Handwerkszeugs, um im System Familie vorhandene Ressourcen zur Lösung vorhandener Aufgaben und Konflikte aktivieren und nutzen zu können. Hier sind Hilfen für die Profis entwickelt worden, die inzwischen auch zugänglich sind. Doch dies allein reicht nicht aus.

Denn die Hilfeangebote von Sozialpsychiatrie und Jugendhilfe arbeiten aus ihrem je spezifischen Auftrag heraus und setzen ihre Schwerpunkte unterschiedlich: Die einen haben vor allem das Kindeswohl im Blick, die anderen den Wunsch, den psychisch erkrankten Elternteil bei seiner gesundheitlichen Stabilisierung zu unterstützen. Wir wissen inzwischen, dass die Herangehensweisen und Unterstützungsmöglichkeiten eines Hilfefeldes allein nicht ausreichen, um allen Belangen von Familien, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist, gerecht zu werden. Hier ist eine Intensivierung in der Zusammenarbeit der beiden Hilfebereiche unabdingbar; es braucht die Initiierung von Netzwerken von Hilfen, um dann im Einzelfall zu tragfähigen und nachhaltigen Unterstützungsangeboten für die betroffenen Familien zu kommen. Dies konnte in verschiedenen Regionen Deutschlands gezeigt werden.

Eine neue Herausforderung – auch für die Sozialpsychiatrischen Dienste. Einzelne Dienste in Baden-Württemberg haben sich bereits in die Thematik eingearbeitet; in manchen Regionen entstehen erste Vernetzungen zwischen den an der Familienversorgung beteiligten Einrichtungen und Diensten. Leider sind die präventiven Maßnahmen im Rahmen der Regelversorgung/Fördermittel nicht berücksichtigt; die Dienste sind für diese Arbeit auf Spenden angewiesen.