

JAHRESBERICHT 2013

Auswertung der freiwilligen Dokumentation
der Sozialpsychiatrischen Dienste
in Baden-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
Web: www.liga-bw.de

Über diesen Bericht

Die Freiwillige Dokumentation 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.**

Statistische Auswertung:	Ottmar Fahrmeier Dipl. Sozialpädagoge, Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V.
Erstellung des Berichts:	Luisa Lindenthal Dipl. Pädagogin, Freiburg Wolfgang Mohn Referent Kompetenzzentrum Sozialpolitik Caritasverband der Diözese Rottenburg-Stuttgart e.V. Matthias Kneißler Referent Abteilung Behindertenhilfe/Psychiatrie Diakonisches Werk Württemberg Manfred Schöniger, Diakonisches Werk Baden Vorsitzender des Liga-Ausschusses Psychiatrie und Behindertenhilfe
Blitzlichter:	Rainer Höflacher, Geschäftsführer Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg (LVPEBW) e.V. Dr. Klaus Obert, Bereichsleitung Sucht- und Sozialpsychiatrische Hilfen Caritasverband für Stuttgart e.V. Karin Asal & Christina Ehnés, Sozialpsychiatrischer Dienst Lörrach Klaus Masanz Sozialpsychiatrische Hilfen der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart e.V.

Inhaltsverzeichnis

Impressum.....	2
Über diesen Bericht.....	3
Inhaltsverzeichnis.....	4
Vorwort	5
Teil I – Auswertung der Dokumentation	6
Gesamtzahlen.....	6
Leistungsbereiche.....	9
Betreute Personen in den Leistungsbereichen	10
Betreuung im Rahmen der Grundversorgung.....	11
Beendigung der Betreuung	12
Soziodemografische Daten.....	13
Familienstand und Lebensverhältnisse	14
Einkommen.....	15
Alter	16
Diagnose	17
Gleichzeitig bestehende weitere Problematik	19
Zuweisungswege	19
Soziotherapie.....	21
Teil II – Blitzlichter	23
Hometreatment in Baden-Württemberg realisieren	24
Menschen mit Doppeldiagnosen und chronisch suchtkranke Menschen	27
„Zusammen aktiv“ – Ehrenamtlicher Besuchsdienst in Aktion.....	30
Der Maßregelvollzug unter dem Dach der sozialpsychiatrischen Gemeindepsychiatrie.....	32

Vorwort

TEIL I – AUSWERTUNG DER DOKUMENTATION

Gesamtzahlen

Mit insgesamt **26.493** Personen erreicht die Zahl der chronisch kranken Menschen, die im Jahr 2013 einen sozialpsychiatrischen Dienst in Baden-Württemberg aufsuchten, ein neues Rekordniveau: die 64 von insgesamt 67 Diensten, welche im aktuellen Berichtszeitraum die Daten für die jährliche, freiwillige Berichterstattung der Liga der freien Wohlfahrtspflege Baden-Württemberg ¹ zur Verfügung stellten, beziffern somit die neuerliche Steigerung gegenüber dem Vorjahr auf **5,65 Prozent** ². Damit setzt sich die seit langem zu beobachtende Tendenz der steigenden Fallzahlen nahtlos fort; auch der geschlechterdifferenzierende Blick auf die neuen Zahlen ergibt ein nahezu identisches Verhältnis von weiblichen zu männlichen Ratsuchenden gegenüber der vorangegangenen Berichterstattung: mit knapp 58 Prozent der betreuten Personen stellten 2013 chronisch kranke Frauen wiederum deutlich mehr als die Hälfte aller Klienten:

Gesamtzahl der betreuten Personen

Teilnehmende Dienste	64		
Insgesamt betreute Personen	Frauen	Männer	Gesamt
Anzahl Klienten	15.262	11.231	26.493
Anteil der Geschlechter	57,6%	42,4%	100,0%
davon mit Migrationshintergrund	2.457	1.925	4.382
Anteil der Geschlechter	16,1%	17,1%	16,5%

Abbildung 1: Gesamtzahl der betreuten Personen

Gegenüber dem Vorjahr konnten in 2013 mit 16,5 Prozent aller Klienten und Klientinnen nur unwesentlich mehr Personen mit Migrationshintergrund (2012: 15,5 Prozent) von den Diensten erreicht werden; geringfügig mehr Männer als Frauen nahmen in diesem Segment die Leistungen der SpDi in Anspruch. Die folgende Tabelle schlüsselt auf, wie sich sowohl das Geschlechterverhältnis als auch der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von **längerfristigen** Leistungen darstellt:

¹ In der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. sind die 11 Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege Baden-Württembergs zusammengeschlossen, denen landesweit mehr als 320.000 Mitarbeitende sowie ca. 300.000 ehrenamtlich Tätige angehören.

² Hinweise auf Zahlen für 2012, die nicht direkt aus den hier veröffentlichten Diagrammen abzulesen sind, beziehen sich auf die von der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. herausgegebene „Freiwillige Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste 2012“, Stuttgart 2013.

Längerfristig betreute Personen

Teilnehmende Dienste		64		
Längerfristig Betreute Personen	Frauen	Männer	Gesamt	
Anzahl Klienten	6.608	4.671	11.279	
Anteil der Geschlechter	58,6%	41,4%	100,0%	
davon mit Migrationshintergrund	1.306	936	2.242	
Anteil der Geschlechter	19,8%	20,0%	19,9%	

Abbildung 2: Längerfristig betreute Personen

Analysiert man den Geschlechteranteil im Gesamtsegment der **langfristig** betreuten Personen, so fällt auch hier der Anteil an chronisch kranken Frauen deutlich größer aus als der der männlichen Betreuten. Es zeigt sich zudem, dass chronisch kranke Menschen **mit Migrationshintergrund** im Bereich der längerfristigen Betreuungen immerhin knapp ein Fünftel aller hier betreuten Klienten stellen, darunter wiederum geringfügig mehr Männer. Die Situation dieses Personenkreises als Nutzer der Sozialpsychiatrischen Dienste wurde erstmalig 2012 im Rahmen der jährlichen Erhebung gesondert dokumentiert, und zwar in Anlehnung an die Definition des Statistischen Bundesamtes sowie des Mikrozensus. Demnach sind Personen mit Migrationshintergrund „Menschen mit Geburtsland außerhalb Deutschlands, auch wenn die Eltern Deutsche sind (z.B. Adoptionskinder) oder wenn einer oder beide Elternteile aus einem anderen Land als Deutschland kommen.“

Nachfolgende Übersicht spiegelt noch einmal die Betreuungssituation der Personen mit Migrationshintergrund im Jahr 2013 im Vergleich wider:

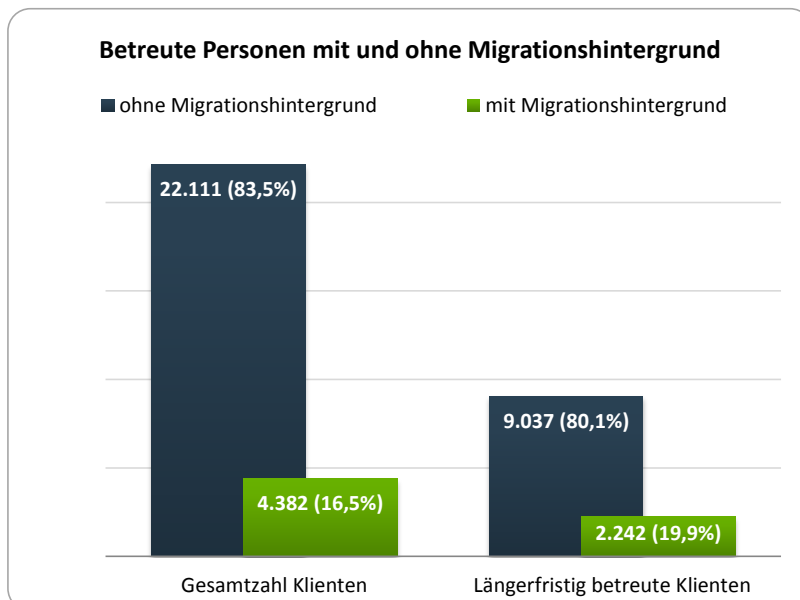


Abbildung 3: Personen mit Migrationshintergrund

Die folgende Tabelle bildet nun die Verteilung aller Klienten und Klientinnen auf die unterschiedlichen Angebote der Sozialpsychiatrischen Dienste ab, die sich unverändert aus 5 Leistungssegmenten zusammensetzen:

Fallzahlen in den Leistungsbereichen*

	Frauen	Männer	Gesamt	Prozent	Frauenanteil
Grundversorgung	14.128	10.334	24.462	89,2%	57,8%
Soziotherapie	918	602	1.520	5,5%	60,4%
Betreutes Wohnen	323	242	565	2,1%	57,2%
Andere Leistungen SGB XII **	28	25	53	0,2%	52,8%
Leistungen für andere Leistungsträger ***	445	389	834	3,0%	53,4%
Gesamt	15.046	10.936	27.434	100%	57,9%
* Da pro Person die Inanspruchnahme von Leistungen in verschiedenen Leistungsbereichen nebeneinander oder im Laufe des Jahres nacheinander möglich ist, kann die Summe der Fallzahlen in den Leistungsbereichen größer sein als die Gesamtzahl der betreuten Personen					
** z.B.: Persönliches Budget, Betreutes Wohnen in Familien					
*** vorwiegend Leistungen für PIA					

Abbildung 4: Fallzahlen in den Leistungsbereichen

Erwartungsgemäß nimmt die überwiegende Anzahl aller Besucher und Besucherinnen der SpDi – knapp 90 Prozent - wie bereits in den Vorjahren Leistungen der Grundversorgung in Anspruch. Alle anderen Leistungen, insbesondere diejenigen, die – wie beispielsweise das persönliche Budget – gemäß SGB XII erbracht werden, erreichen mit insgesamt 11,8 Prozent aller Klienten eine ähnlich geringe Personenzahl wie 2012.

Bedauerlicher Weise bestätigt die differenzierte Auswertung der Fallzahlen erneut den seit Jahren andauernde Abwärtstrend im Leistungsbereich „Soziotherapie“, die 2013 nur noch von lediglich 5,5 Prozent aller Klienten und Klientinnen genutzt wurde (2012: 6,1 Prozent). Die weiter oben bereits abgebildete, signifikant höhere Nutzung der Sozialpsychiatrischen Dienste durch weibliche psychisch Kranke (immerhin 57,8 Prozent in der Grundversorgung) spiegelt sich im Blick der absoluten Zahlen insbesondere auch in der Inanspruchnahme von Soziotherapie wider (918 Klientinnen), die somit ca. ein Drittel mehr Frauen als Männer wahrgenommen haben.

Nachfolgende Übersicht setzt die Gesamtzahl aller Klienten, die 2013 einen SpDi aufgesucht haben, in Relation zu der Gesamtzahl der Fachkräfte, welche für die professionelle Betreuung dieses oft vielfach belasteten Personenkreises zur Verfügung standen:

Klienten pro Fachkraftstelle

	2011	2012	2013
Anzahl Klienten	22.890	25.076	26.493
Anzahl 100% Fachkraftstellen	200,10	220,75	224,00
Anzahl Klienten pro 100% Fachkraft	114	114	118

Abbildung 5: Klienten pro Fachkraftstelle

Es fällt auf, dass sich im Berichtszeitraum zwar die Anzahl der Fachkräfte in den SpDi leicht auf insgesamt 224 erhöhte, diese Steigerung aber durch die wiederum gestiegenen Fallzahlen umgehend mehr als kompensiert wurde. Dadurch pendelte sich die Auslastung der Mitarbeitenden auf einem mit **118 Betreuten pro Fachkraft** nach wie vor viel zu hohem Niveau ein.

Im Berichtsjahr 2013 waren insgesamt 445 Mitarbeitende in der qualifizierten Betreuung und Begleitung „ihrer“ Klienten und Klientinnen engagiert, darunter mit 320 sozialpädagogischen Fachkräften die mit Abstand größte Einzelberufsgruppe.

Im Durchschnitt aller an dieser Dokumentation beteiligten Sozialpsychiatrischen Dienste bringt somit jeder SpDi mittlerweile 3,5 Vollzeit-Fachkraftstellen für die Versorgung der chronisch psychisch kranken Bevölkerung im Land ein.

Leistungsbereiche

Selbstverständlich stellten auch im Berichtszeitraum 2013 alle an der Erhebung beteiligten 64 Sozialpsychiatrischen Dienste die Grundversorgung ihrer Klienten und Klientinnen und damit das einzige pauschal bezuschusste Leistungssegment sicher, wie folgende Tabelle belegt:

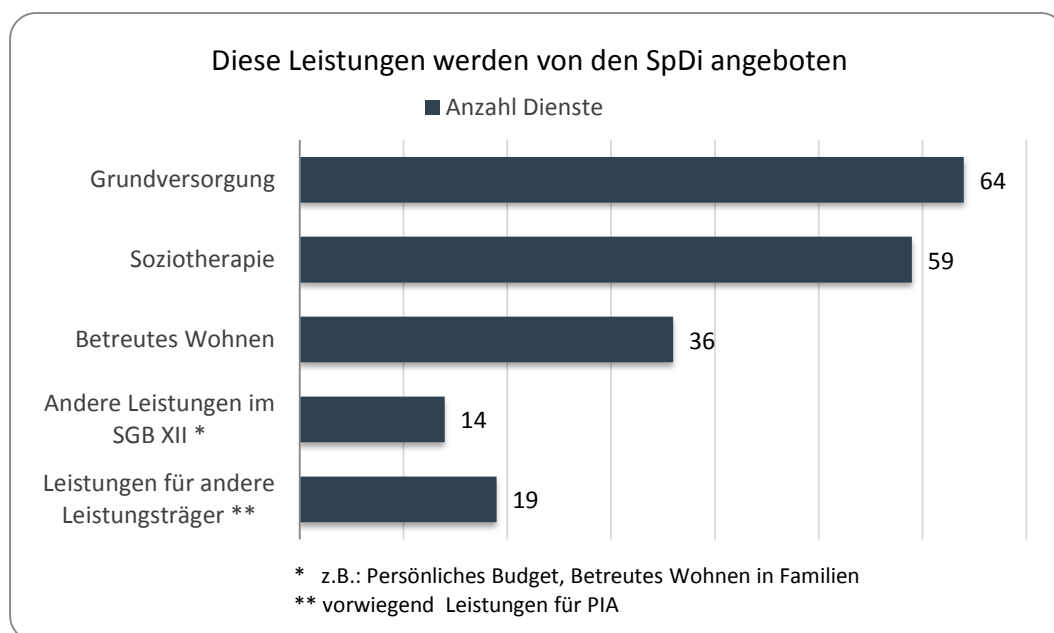


Abbildung 6: Von den Sozialpsychiatrischen Diensten angebotene Leistungen

Im Bereich der einzelfallfinanzierten Leistungen lassen sich gegenüber den Vorjahren nur minimale Schwankungen erkennen: Soziotherapie wurde in 2013 nun von 59 Diensten erbracht (2012: 58), das Betreute Wohnen³ von 36 Diensten, also von exakt der gleichen Anzahl wie im Vorjahr; die „Anderen Leistungen im SGB XII“ wie beispielsweise das „persönliche Budget“ finden sich im Angebot von 14 SpDi (2012: 10) wieder, und knapp ein Drittel aller an der Dokumentation beteiligten Dienste (19) erbrachten auch „Leistungen für andere Leistungsträger“ (vorwiegend die Psychiatrischen Institutsambulanzen - PIA), die 2012 von 21 SpDi angeboten wurden.

³ Die Aussagen zum „Betreuten Wohnen“ beziehen sich in diesem Bericht ausschließlich auf die einzelfallfinanzierte Leistung des „Betreuten Wohnens“, erbracht durch die Sozialpsychiatrischen Dienste.

Betreute Personen in den Leistungsbereichen

Die folgende Tabelle⁴ skizziert nun, analog zu den eben erörterten Leistungsbereichen, die Anzahl der Personen, welche 2013 innerhalb der unterschiedlichen Segmente betreut wurden, in absoluten Zahlen:

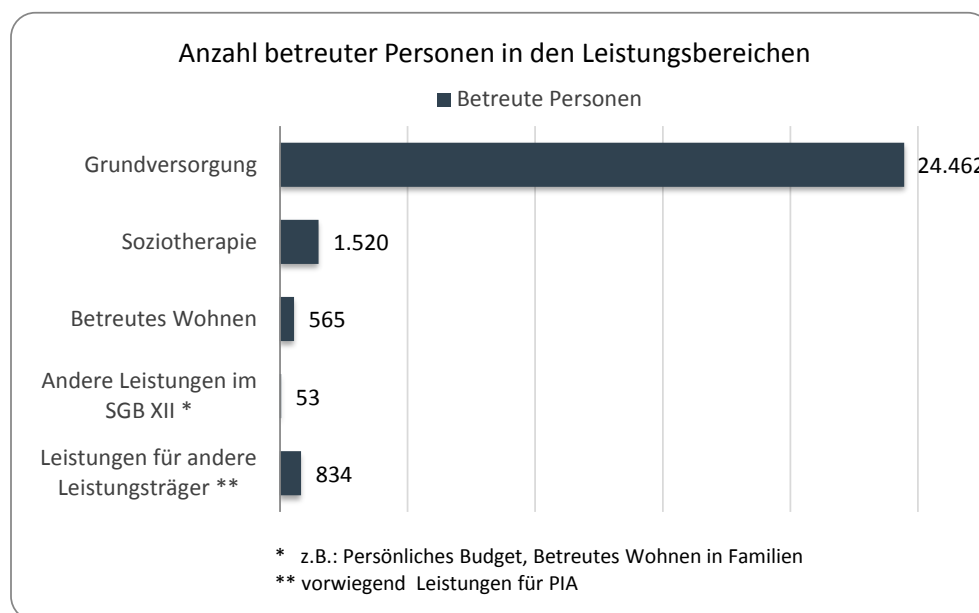


Abbildung 7: Betreute Personen in den Leistungsbereichen

Die Dominanz des Leistungssegments „Grundversorgung“ erschließt sich nicht nur aus den für diesen Bereich erfassten Fallzahlen, sondern auch aus der Tatsache, dass mit insgesamt 2.972 Personen (2012: 2.908) wiederum nicht einmal 12 Prozent der insgesamt 26.493 Klienten und Klientinnen der Sozialpsychiatrischen Dienste ein einzelfallfinanziertes Angebot wahrgenommen haben. Dass beispielsweise lediglich 53 Personen und damit eine nahezu vernachlässigbare Größe mit „anderen Leistungen im SGB XII (z.B. persönliches Budget“) unterstützt wurden, belegt eindrücklich, dass sich die ungünstige Relation zwischen pauschal- und einzelfallfinanzierten Angeboten auch im Berichtszeitraum 2013 gegenüber den Daten der vorangegangenen Berichtserstattungen als weitgehend konstant erwiesen hat.

Abgesehen von der quantitativen Dominanz der „Grundversorgung“ im Nutzerverhalten lässt sich der besondere Stellenwert dieses Angebotes im Leistungsspektrum der SpDi eindrücklich auch unter **qualitativen Aspekten** ableiten, denn: unter der Kategorie „Grundversorgung“ subsumieren sich differenzierte Aufgabenstellungen wie Beratung, Betreuung und Begleitung der Klienten und Klientinnen sowie ihrer Angehörigen, Krisenintervention, nachgehende Hilfen bzw. Hausbesuche, die Erhebung des Hilfebedarfs, die Hilfeplanung und die Vermittlung von medizinisch/pflegerischen Hilfen sowie anderen sozialpsychiatrischen Leistungen wie z.B. ambulant Betreutes Wohnen, die fallbezogene Kooperation und Koordination mit anderen Institutionen, die Sicherstellung der materiellen Grundversorgung der Betroffenen, Öffentlichkeitsarbeit sowie gemeinwesenbezogene Aktivitäten,

⁴ Da pro Person die Inanspruchnahme von Leistungen in verschiedenen Leistungsbereichen nebeneinander oder im Laufe des Jahres nacheinander möglich ist, kann die Summe der Fallzahlen in den Leistungsbereichen größer sein als die Gesamtzahl der betreuten Personen.

welche nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Familien deutlich verbessern, sondern auch die Teilhabe von psychisch chronisch Kranken im Gemeinwesen oft erst ermöglichen.

Betreuung im Rahmen der Grundversorgung

Auch die im folgenden Diagramm abgebildeten Kontaktfrequenzen der Klienten und Klientinnen, die das Angebot „Grundversorgung“ im Jahr 2013 nutzten, variieren gegenüber den in den Vorjahren erhobenen Daten kaum: die Zahl der Betroffenen, die eine längerfristige, kontinuierliche Betreuung in Anspruch nahm, stieg leicht auf nunmehr 45,9 Prozent (2012: 45,2 Prozent) und umfasst damit fast die Hälfte aller Betreuten - ein sicherlich bemerkenswerter Aspekt auch angesichts der ständig steigenden Fallzahlen. Innerhalb dieser Personengruppe nutzten mit beachtlichen 28,0 Prozent mehr als ein Viertel die Begleitung durch „ihren“ SpDi während des gesamten Jahres 2013 und zum Teil über mehrere Jahre:

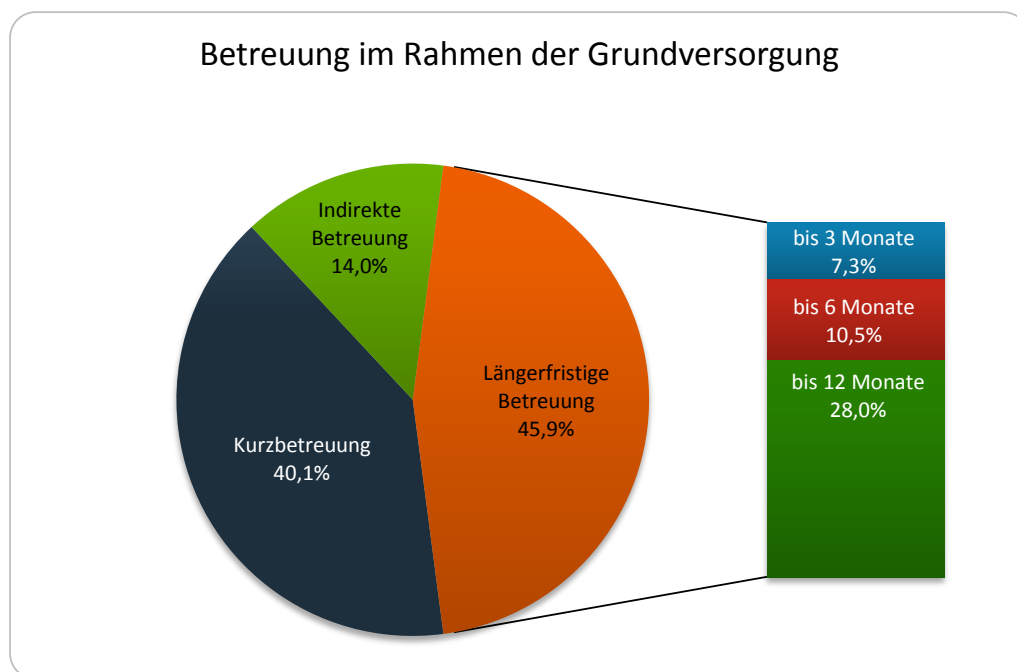


Abbildung 8: Betreuung im Rahmen der Grundversorgung

Unter „indirekter Betreuung“ werden alle Kontakte subsumiert, welche Dritte - z.B. Angehörige, Nachbarn, Fachkräfte anderer Institutionen oder Arbeitgeber - in Bezug auf psychisch erkrankte Menschen wahrnehmen. Dass dieses Angebot von 14,0 Prozent aller „Betreuten“ genutzt wurde, ist zum einen ein Hinweis auf die konstante Nachfrage dieses Personenkreises, zum anderen aber auch als Indikator für die hohe Fachkompetenz zu interpretieren, die den Diensten auch über die direkte Beratung von Betroffenen hinaus attestiert wird. Die 40,1 Prozent Kurzbetreuungen verdeutlichen zudem, dass ein erheblicher Anteil aller Klienten die Professionalität der Dienste auch für Beratung, Abklärung oder Weitervermittlung nutzen. Die Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg haben sich demnach ebenfalls als Clearing-, Beratungs- und Vermittlungsstelle etabliert. Damit ist zugleich ein wesentlicher Aufgabenbereich beschrieben, der in der Alltagspraxis oft mit erheblichem zeitlichem Aufwand verbundenen ist.

Beendigung der Betreuung

Die folgende Abbildung gibt abschließend einen Einblick in die unterschiedlichen Anlässe, die zu einer Beendigung des Kontaktes zwischen psychisch kranken Menschen und dem Sozialpsychiatrischen Dienst vor Ort führen können:

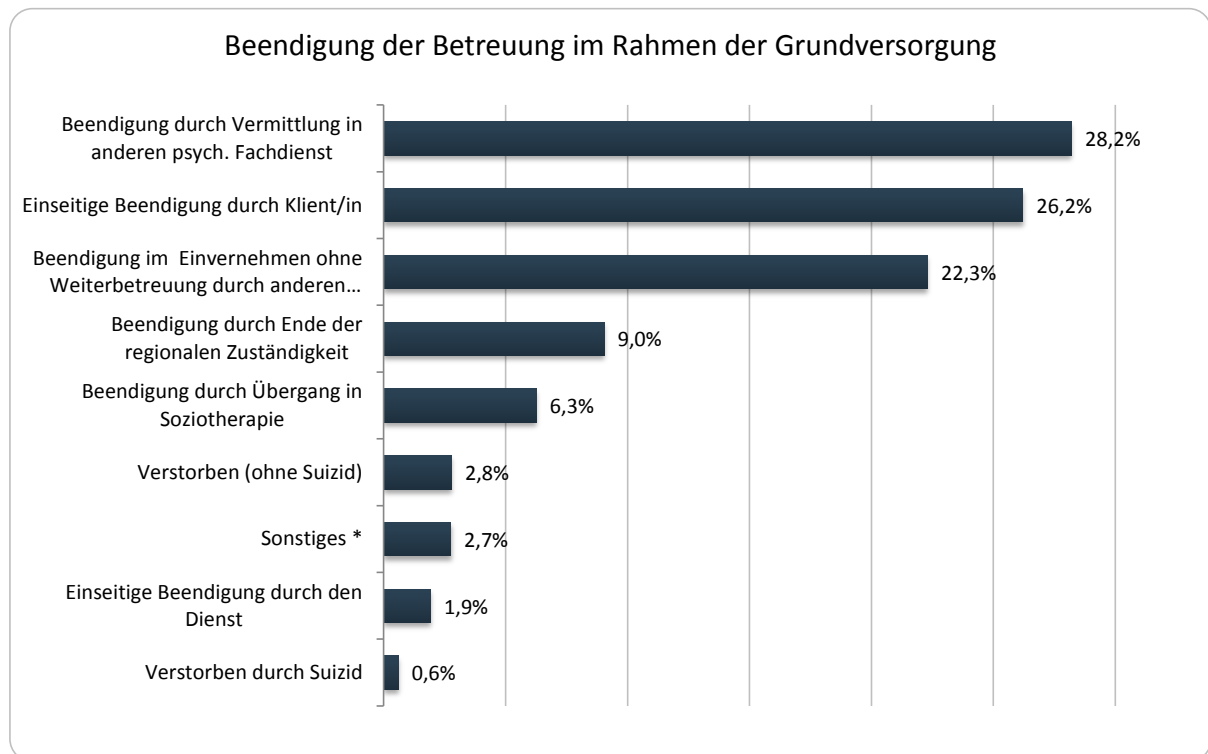


Abbildung 9: Beendigung der Betreuung im Rahmen der Grundversorgung

Die Relationen der jeweiligen Aspekte zueinander, die zu einer Beendigung des Kontaktes führten, haben sich gegenüber den Vorjahren nur marginal verändert: wiederum beendete etwas mehr als ein Viertel der Betroffenen die Betreuung auf eigene Initiative und traf somit eine Entscheidung, die es angesichts der Freiwilligkeit der Inanspruchnahme zu respektieren gilt. Nahezu ähnlich viele Kontakte, nämlich 22,3 Prozent (2012: 21 Prozent), wurden in gegenseitigem Einvernehmen beendet, ohne dass eine anderweitige Versorgung im Anschluss notwendig geworden wäre; 28,2 Prozent aller Klienten und Klientinnen (2012: 28,4 Prozent) wurden hingegen an andere psychiatrische Fachdienste überwiesen, sodass deren psychiatrische Versorgung in einem anderen Kontext fortgeführt wurde.

Weiterhin rückläufig erweist sich die Anzahl der Betroffenen, die den Kontakt zum SpDi aufgrund einer Einmündung in Soziotherapie beendeten (mittlerweile nur noch 6,3 Prozent) und die 2011 noch 10 Prozent bzw. 6,9 Prozent im Berichtsjahr 2012 betragen hatte.

71 Personen verstarben während des Beratungskontaktes durch den Sozialpsychiatrischen Dienst, zusätzlich haben weitere 15 Menschen ihrem Leben selbst ein Ende gesetzt. Dieser traurige Sachverhalt macht sicherlich deutlich, welchen oft sehr belastenden, von vielen Problemlagen gekennzeichneten Lebenssituationen chronisch psychisch kranke Menschen ausgesetzt sind. Für die Mitarbeitenden in den Sozialpsychiatrischen Diensten erwächst nicht zuletzt daraus auch ein Ansporn, die ambulante Versorgung der Betroffenen auf hohem Niveau auch weiterhin zu gewährleisten und auszubauen, wo immer dies möglich ist.

Soziodemografische Daten

Seitdem im Jahr 2006 die freiwillige Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg auf eine weitgehend gegenderte Datenbasis umgestellt wurde, kann neben den absoluten Zahlen auch die Geschlechterverteilung innerhalb der Gruppe der längerfristig betreuten Personen abgebildet werden (siehe Abbildung 2). Im Jahr 2013 liegen die soziodemografischen Daten nun für insgesamt 11.279 Personen vor, wobei der Anteil an weiblichen Betreuten mit 58,6 Prozent wie bereits in den Vorjahren unverändert deutlich über dem Anteil an männlichen Klienten liegt; knapp 20 Prozent der Betroffenen (2.242 Personen) wiesen einen Migrationshintergrund auf, wobei sich das Geschlechterverhältnis innerhalb dieses Segmentes als deutlich ausgewogener darstellt als in der Gesamtpopulation der Klienten und Klientinnen⁵:

War es in den Dokumentationen der vergangenen Jahre ein ausdrückliches Anliegen, die Lebenswelten von chronisch kranken Menschen nicht isoliert zu betrachten, sondern wesentliche Aspekte im Kontext mit den Lebenswelten der Gesamtbevölkerung zu erörtern, so wird diese Tradition auch im aktuellen Berichtsjahr fortgesetzt. Wie in den Vorjahren bezieht sich die Analyse auf Ergebnisse des jährlichen Gesundheitsreports der DAK⁶, kann aber erstmalig zusätzlich auf eine gesondert für Baden-Württemberg erhobene Datenlage zurückgreifen⁷:

Mit 14,5 Prozent nehmen psychische Erkrankungen in Baden-Württemberg weiterhin den dritten Platz bei krankheitsbedingten Fehlzeiten am Arbeitsplatz ein. So sind die entsprechenden Fehltagelänge erneut um 8 Prozent gegenüber 2012 gestiegen. In der differenzierten Betrachtung zeigt sich, dass häufig Arbeitnehmer zw. 40 und 65 Jahren von depressiven Episoden betroffen sind, die mit 88 AU-Tagen pro 100 Versicherten zu Buche schlagen. Als ebenfalls gravierend erweisen sich in diesem Zusammenhang „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“, die 38 AU-Tage pro 100 Versicherten in dieser Altersgruppe verursachen.

Auch in der bundesweiten Erhebung rangieren die psychischen Erkrankungen mit 14,6 Prozent auf Platz 3 aller Erkrankungen; die Anzahl der in diesem Zusammenhang angefallenen Arbeitsunfähigkeitstage stieg auch 2013 wiederum an, gegenüber dem Vorjahr um 4,6 Prozent. Bei Versicherten zw. 55 und 59 Jahren ist die Betroffenenquote am höchsten, wobei Frauen sowohl in der Betroffenenquote als auch beim AU-Volumen deutlich überrepräsentiert sind. Hier liegt es sicherlich nahe, eine Parallele zu der ebenfalls höheren Inanspruchnahme der SpDi durch weibliche chronisch psychisch Kranke zu ziehen.

Lässt sich aus den o.a. Erhebungen der DAK wohl zu Recht schlussfolgern, dass auch an sich psychisch gesunde Erwerbstätige in Baden-Württemberg kontinuierlich zunehmend mit – teils langwierigen - Episoden psychischer Erkrankung auf Belastungen reagieren, so muss an dieser Stelle doch auf die spezifisch ungünstigen Auswirkungen von **chronifizierten** psychischen Erkrankungen auf die gesamte Lebenswelt der Betroffenen aufmerksam gemacht werden. Hervorzuheben ist in diesem Kontext insbesondere die bei Klienten und Klientinnen der SpDi am häufigsten gestellte Diagnose „Schizophrenie“ (36,3 Prozent, siehe Abbildung 14), die beispielsweise eine Erwerbstätigkeit in aller Regel verunmöglicht.

⁵ Zum Vergleich: 2012 lebten in Baden-Württemberg 2,9 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, das sind 26,7 Prozent der Gesamtbevölkerung.

⁶ DAK Gesundheitsreport Februar 2014.

⁷ DAK-Gesundheitsreport für Baden-Württemberg 2014, Stuttgart, März 2014.

Die folgenden Tabellen spiegeln entsprechend eindrücklich wider, wie signifikant sich die Lebensrealitäten von chronisch kranken Menschen von denen der Gesamtpopulation in Baden-Württemberg auch im Jahr 2013 unterscheiden haben⁸; dies zeigt sich insbesondere am Familienstand der Betroffenen, besonders deutlich auch in Bezug auf die Teilhabe am Arbeitsleben sowie die damit verbundenen Einkommensverhältnisse. Obwohl sich die Befunde von denen der Vorjahre nur marginal unterscheiden, sollen im Folgenden einzelne Aspekte akzentuiert werden, die auf bemerkenswerte Zusammenhänge zwischen chronisch psychischer Erkrankung sowie den jeweiligen Lebensverhältnissen der Betroffenen hinweisen.

Familienstand und Lebensverhältnisse

Unverändert sind knapp über die Hälfte aller Klienten und Klientinnen der SpDi im Berichtszeitraum ledig, während in der Gesamtbevölkerung Baden-Württembergs im Jahr 2012 immerhin auch 40,8 Prozent der Erwachsenen mit diesem Familienstand registriert wurden. Da psychische Erkrankungen Auswirkungen auf die Gestaltung der persönlichen Beziehungen haben, leben vermutlich Betroffene alleine und sind z.T. von sozialer Ausgrenzung betroffen.

Familienstand

	Anzahl	Prozent
ledig	5.693	50,5%
geschieden	2.527	22,4%
verheiratet	1.802	16,0%
verwitwet	606	5,4%
getrennt	393	3,5%
unbekannt	248	2,2%
sonstiges	10	0,1%
Summe	11.279	100%

Abbildung 10: Familienstand

Waren zu Ende des Jahres 2012 trotz einer kontinuierlich rückläufigen Tendenz immerhin noch 46,7 Prozent aller Erwachsenen in Baden-Württemberg verheiratet, so findet sich dieser Familienstand bei lediglich 16 Prozent der Klienten und Klientinnen der Sozialpsychiatrischen Dienste und bildet somit die eklatanteste Abweichung gegenüber den Lebensformen in der Gesamtbevölkerung.

22,4 Prozent der Betroffenen - und damit signifikant mehr Personen als in der Gesamtbevölkerung (2012: 6,0 Prozent) - benennen ihren Familienstand mit „geschieden“, wenngleich sich der Prozentsatz der durch Scheidung beendeten Ehen auch in der Gesamtbevölkerung jährlich erhöht.

Ein Blick auf die folgende Tabelle erläutert nun die Lebensverhältnisse der Besucher und Besucherinnen der Sozialpsychiatrischen Dienste insbesondere unter dem Aspekt der Wohnform:

⁸ Alle Vergleichszahlen sind unterschiedlichen Veröffentlichungen des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg entnommen, insbesondere dem aktuellen Zensus vom 31. Mai 2013, in dem die Ergebnisse der letzten Erhebung aus dem Jahr 2011 abgebildet sind.

Lebensverhältnisse

	Anzahl	Prozent
lebt allein	6.091	54,0%
lebt mit (Ehe)partner und ggf Kind(ern)	2.204	19,5%
lebt mit Eltern / Verwandten	1.606	14,2%
lebt alleinerziehend mit minderjährigen Kind(ern)	595	5,3%
lebt in Betreuter Wohnform	341	3,0%
lebt in privater Wohngemeinschaft	257	2,3%
unbekannt	101	0,9%
sonstiges	84	0,7%
Summe	11.279	100%

Abbildung 11: Lebensverhältnisse

Nahezu unverändert gegenüber den Vorjahren lebten im Berichtszeitraum 2013 wiederum mehr als die Hälfte aller Betroffenen (54,0 Prozent) allein, während dies in der Gesamtbevölkerung Baden-Württembergs 2012 nur auf 20 Prozent aller Einwohner und Einwohnerinnen zutraf. Positiv ist sicher, dass nahezu alle anderen, langfristig betreuten Klienten und Klientinnen der SpDi in ein privates Netzwerk eingebunden sind, in dem sie – entweder im Rahmen der Herkunftsfamilie oder eines eigenen familiären Kontextes – auf persönliche Kontakte im engen Lebensumfeld zurückgreifen können. Innerhalb dieses Segmentes lebt lediglich ein Fünftel mit Kind(ern) im eigenen Haushalt, während in der Gesamtbevölkerung überdeutlich mehr Personen Kinder in ehelichen und nicht-ehelichen Gemeinschaften (47 Prozent) versorgen. Immerhin sind 5,3 Prozent der Betroffenen als Alleinerziehende in der Lage, die Verantwortung für ein oder mehr Kinder im eigenen Haushalt zu übernehmen; in der Gesamtbevölkerung betrug der Anteil an Ein Eltern-Familien 7 Prozent im Jahr 2012.

Einkommen

Der Anteil der Betroffenen, die ihren Lebensunterhalt im Rahmen einer eigenen Berufs- oder Erwerbstätigkeit bestreiten konnten, ist zwar mit nunmehr 9,1 Prozent (2012:8,8 Prozent) wiederum leicht angestiegen, zählt aber noch immer zu den herausragenden Abweichungen gegenüber der Gesamtbevölkerung Baden-Württembergs, welche im Jahr 2011 bereits eine Erwerbsquote von 73,4 Prozent bei den sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen aufwies (gesamt: 84,6 Prozent incl. Minijobs). Diese Zahl macht eindrücklich deutlich, dass psychisch kranke Menschen auch in Zeiten eines stark nachfragenden Arbeitsmarktes noch immer nicht am wirtschaftlichen Aufschwung partizipieren können. Ebenso prägnant bestätigt sich dieser Aspekt in der Analyse der Zahlen, in denen die Transferleistungen gemäß SGB II und III erfasst wurden (insgesamt 25,8 Prozent); vermutlich lässt sich die Langzeitarbeitslosigkeit der immerhin 23,2 Prozent davon Betroffenen im Kontext ihrer psychischen Erkrankung und damit einem so genannten „persönlichen Vermittlungshemmnis“ interpretieren:

Einkommen

	Anzahl	Prozent
Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente	3.129	27,7%
ALG II	2.622	23,2%
Erwerbs- / Berufstätigkeit	1.032	9,1%
Altersrente / Pension / Witwenrente	994	8,8%
Grundsicherung nach SGB XII	970	8,6%
Unterhalt durch den Ehepartner	536	4,8%
Unterhalt durch die Familie	423	3,8%
Krankengeld	398	3,5%
ALG I	291	2,6%
Unbekannt	258	2,3%
WfbM	215	1,9%
Eigenes Vermögen / Ersparnisse	174	1,5%
Übergangsgeld	124	1,1%
Sonstiges	64	0,6%
Gelegenheitsarbeiten	49	0,4%
Summe	11.279	100%

Abbildung 12: Einkommen

Rechnet man diesem besonders arbeitsmarktfernen Personenkreis noch diejenigen Personen zu, welche unterschiedliche Formen von Rente, Grundsicherung gemäß SGB XII und andere Formen staatlicher Transferleistungen beziehen, sind demnach auch im Berichtszeitraum 2013 wiederum mehr als Zweidrittel aller Betroffenen mehr oder weniger endgültig vom Arbeitsmarkt und damit auch von einem zentralen Faktor sozialer Teilhabe abgekoppelt. Die mit der Abhängigkeit von Transferleistungen verbundene relative Armut sowie die Begleiterscheinungen der psychischen Erkrankungen können somit das Entstehen einer prekären Lebenslage erheblich begünstigen und zu einer fatalen Wechselwirkung der unterschiedlichen ungünstigen Faktoren führen.

Alter

Folgende Tabelle differenziert die längerfristig betreuten Personen nach Altersgruppen und Geschlecht:

Alter

	Frauen	Männer	Gesamt
18-27 Jahre	524	502	1.026
	7,9%	10,7%	9,1%
28-40 Jahre	1.257	1.008	2.265
	19,0%	21,6%	20,1%
41-60 Jahre	3.642	2.503	6.145
	55,1%	53,6%	54,5%
über 60 Jahre	1.113	607	1.720
	16,8%	13,0%	15,2%
unbekannt	72	51	123
	1,1%	1,1%	1,1%
Summe	6.608	4.671	11.279
	100,0%	100,0%	100,0%

Abbildung 13: Altersverteilung

Die Alters- und Geschlechterverteilung hat sich gegenüber den Vorjahren kaum verändert. So findet sich die mit Abstand größte Teilgruppe mit 54,5 Prozent wiederum im Altersbereich zwischen 41 und 60 Jahren, während die Leistungen der SpDi von jüngeren chronisch psychisch Kranken (9,1 Prozent) sowie den über 60-Jährigen (15,2 Prozent) eher weniger nachgefragt wurden. Allerdings lässt die rein quantitativ basierte Datenlage bislang keine Rückschlüsse auf die Komplexität der jeweiligen Problemlagen bzw. die Kontaktfrequenz in den jeweiligen Alterskohorten zu.

Während der Anteil der männlichen Besucher in den Altersgruppen bis 40 Jahre leicht überwiegt, kehrt sich das Geschlechterverhältnis in den folgenden Altersgruppen zugunsten der Frauen um.

Diagnose

Die folgende Übersicht gibt einen differenzierten Überblick über die teils gravierenden Diagnosen, die chronisch psychisch kranke Menschen dazu bewogen haben, Leistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste in Anspruch zu nehmen. Es ist anhand der hier aufgeführten Krankheitsbilder sicherlich leicht nachvollziehbar, dass die adäquate Versorgung dieses Personenkreises eine sehr anspruchsvolle Aufgabe für die Mitarbeitenden in den SpDis darstellt:

Diagnose

Diagnose	Frauen	Männer	Gesamt
Schizophrenie	2.162	1.929	4.091
	32,7%	41,3%	36,3%
Affektive Störungen	2.420	1.381	3.801
	36,6%	29,6%	33,7%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	883	431	1.314
	13,4%	9,2%	11,6%
Neurotische Störungen	326	198	524
	4,9%	4,2%	4,6%
Psychische und Verhaltensstörungen	95	185	280
	1,4%	4,0%	2,5%
Organische Psychosen	101	102	203
	1,5%	2,2%	1,8%
Verhaltensauffälligkeit	104	44	148
	1,6%	0,9%	1,3%
Sonstige*	517	401	918
	7,8%	8,6%	8,1%
Summe	6.608	4.671	11.279
	100,0%	100,0%	100,0%

* Andere psychische Störung, nichtpsychische Störung, Intelligenzminderung, Diagnose unbekannt

Abbildung 14: Diagnose

Mit 36,3 Prozent bilden die Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises ebenso wie im Vorjahr (40,6 Prozent) auch im Berichtszeitraum 2013 wieder die mit Abstand größte Einzeldiagnose; es fällt auf, dass nahezu 9 Prozent mehr Männer als Frauen von dieser Diagnose betroffen sind, die ansonsten nur noch innerhalb der Krankheitsbilder „Persönlichkeits- und Verhaltensstörung“ sowie „Psychische und Verhaltensstörungen“ gegenüber den Frauen leicht überrepräsentiert sind.

An zweiter Stelle folgen die affektiven Störungen (z.B. Depressionen), an denen ein Drittel der Betroffenen leiden; in diesem Segment befinden sich weiterhin deutlich mehr Frauen als Männer, eventuell ein Hinweis auf einen geschlechtsspezifischen Zusammenhang. Konstant belegen Persönlichkeitsstörungen mit 11,6 Prozent (2012: 10,7 Prozent) aller Diagnosen neuerlich den dritten Platz der psychiatrischen Erkrankungen unter den Klienten und Klientinnen der Sozialpsychiatrischen Dienste; auch diese Diagnose wurde mit 883 Fällen mehr als doppelt so vielen Frauen wie Männern gestellt. Alle anderen psychiatrischen Krankheiten treten in eher niedrigen prozentualen Anteilen auf, wobei die neurotischen Belastungsstörungen mit 3,8 Prozent noch ein erwähnenswertes Segment bilden, in dem sich ebenfalls mehr Frauen als Männer befinden.

Vergleicht man diese Befunde abschließend noch einmal mit der Datenlage des aktuellen DAK-Gesundheitsreports, so spiegelt sich die o.a. Geschlechterverteilung u.a. in der Tatsache wider, dass psychische Erkrankungen bei Frauen mit 17,4 Prozent aller Arbeitsunfähigkeitstage an dritter, bei Männern mit 11,4 Prozent an vierter Stelle der krankheitsbedingten Fehlzeiten platziert sind. Die einem Drittel der Klienten und Klientinnen der SpDi diagnostizierten „Affektiven Störungen“ wiederum finden ihre Entsprechung in dem Befund, demnach „depressive Episoden“ an dritter Stelle der

wichtigsten Einzeldiagnosen bei den Versicherten der DAK rangieren; innerhalb der psychiatrisch begründeten Diagnosen stellen sie gar mit 74,2 Prozent aller diagnostizierten psychischen Leiden die mit Abstand größte Erkrankung dar.

Gleichzeitig bestehende weitere Problematik

In welchem Umfang unterschiedliche Komorbiditäten in Ergänzung zur Indexerkrankung einen zusätzlichen, wesentlichen Einflussfaktor auf die Lebensqualität der Betroffenen darstellen, verdeutlicht folgende Tabelle:

Gleichzeitig bestehende weitere Problematik

	Anzahl	Prozent
Behandlungsbedürftige körperliche Erkrankung	3.524	31,2%
Behandlungsbedürftige Suchtproblematik	1.414	12,5%
Für die Betreuung relevante Minderbegabung	556	4,9%
Summe	5.494	48,7%

Abbildung 15: Weitere Problematik

Knapp die Hälfte aller Klienten und Klientinnen der SpDi litten im Berichtszeitraum 2013, ergänzend zu ihrer psychiatrischen Symptomatik, an zusätzlichen und oft gravierenden gesundheitlichen Belastungen. So weist nahezu ein Drittel aller Betroffenen (31,2 Prozent) auch mindestens eine behandlungsbedürftige körperliche Erkrankung auf, 12,5 Prozent sind zusätzlich von einer behandlungsbedürftigen Suchterkrankung betroffen. Weitere 556 Personen, deren Minderbegabung im Rahmen des Betreuungssettings zu berücksichtigen war, wandten sich 2013 an die sozialpsychiatrischen Dienste.

Diese Zahlen machen deutlich, wie stark die Lebensqualität der Betroffenen nicht nur von ihrer psychiatrischen Grunderkrankung, sondern vor allem auch von der Interdependenz der unterschiedlichen Komorbiditäten geprägt wird. Daraus lässt sich die zentrale Rolle ableiten, welche die Sozialpsychiatrischen Dienste im Rahmen eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements übernehmen: die Gleichzeitigkeit verschiedener, oft komplexer psychisch/physischer Belastungen erfordert nämlich nicht nur eine enge und abgestimmte Kooperation mit den beteiligten Fachärzten und -diensten, sondern auch die Bereitstellung von differenzierten Begleit- und Präventionsangeboten. Nahezu alle SpDis im Land haben sich daher als ganzheitliche Dienstleister in diesem Sinne aufgestellt.

Zuweisungswege

Die abschließende Tabelle beschreibt nun die unterschiedlichen Zugangswege, die chronisch psychisch kranken Menschen bzw. ihren Angehörigen wählen, um die jeweils passenden Bausteine im Leistungsspektrum der sozialpsychiatrischen Dienste für sich zu erschließen. Die differenzierte Übersicht, in der für 2013 alle Institutionen etc, die nur in geringeren Umfang (jeweils unter 2 Prozent) tätig geworden sind, unter „Sonstige“ zusammengefasst werden, belegt auf bemerkenswerte Weise den hohen Grad der Vernetzung der SpDi im jeweiligen Gemeinwesen.

Zuweisungswege

	Anzahl	Prozent
Psychiatrisches Krankenhaus	902	19,3%
Eigeninitiative Patient	899	19,2%
Nachbarn / Angehörige	492	10,5%
Niedergelassener Nervenarzt	419	9,0%
Jobcenter	200	4,3%
Sozialpsychiatrische Einrichtung	184	3,9%
Unbekannt	158	3,4%
Sonstiges	148	3,2%
Beratungsstelle	147	3,1%
Allgemeiner Sozialdienst	135	2,9%
PIA	120	2,6%
Gesetzlicher Betreuer	118	2,5%
Andere Klinik	109	2,3%
REHA-Einrichtung	94	2,0%
Sonstige*	556	11,9%
Summe	4.681	100%
* Sonstige (jeweils unter 2 Prozent): Arzt, Sozialamt, Therapeuten, Ordnungsamt, Kollegen, Wohnungslosenhilfe, Sozialstation, Gesundheitsamt, Bewährungshilfe, Ehrenamtliche.		

Abbildung 16: Zuweisungswege

Interessanter Weise verschieben sich die Zugänge zu den Diensten tendenziell zugunsten des privaten Bereiches, wenn man die Prozentzahlen in den am häufigsten genutzten Zugangswegen betrachtet: zum einen setzt sich die Tendenz der letzten Jahre insofern fort, als dass mittlerweile bereits annähernd 20 Prozent (2012:15,9 Prozent) aller Klienten und Klientinnen den Kontakt mit dem SpDi auf eigene Initiative hin aufnahm; bereits an dritter Stelle veranlassten zudem Angehörige und Nachbarn (10,5 Prozent) die Kontaktaufnahme. Damit erfolgt ca. ein Drittel aller Zugänge auf Initiative der Betroffenen bzw. deren persönlichem Umfeld, sodass sich in diesen Zahlen widerspiegelt, wie sehr sich Personen im unmittelbaren Lebensumfeld der psychisch kranken Menschen von deren Erkrankung betroffen fühlen und einen qualifizierten fachlichen Rat suchen. Implizit bestätigt sich somit auch der hohe Bekanntheitsgrad der Sozialpsychiatrischen Dienste im Gemeinwesen bzw. die niederschwelligkeit der Zugänge zu deren Angeboten.

Die überwiegende Mehrzahl der Zuweisungen kam, wie in den Vorjahren, aus dem Bereich der medizinisch-psychiatrischen Versorgungsangebote, wobei Psychiatrische Krankenhäuser als „Spitzenreiter“ mit 19,3 Prozent die Betreuung von nahezu einem Fünftel aller Klienten und Klientinnen der SpDi veranlassen haben – mehrheitlich sicherlich als ambulant nachsorgendes Element im Anschluss an den stationären Aufenthalt.

Niedergelassene Nervenärzte stellten schlussendlich mit 9,0 Prozent aller Zuweisungen noch immer (2012: 9,8 Prozent) eine bedeutende Untergruppe dar, die betroffene Patienten und Patientinnen auf die ergänzenden Angebote der sozialpsychiatrischen Dienste aufmerksam machte, wenn auch mit abnehmender Tendenz.

Soziotherapie

59 Sozialpsychiatrische Dienste haben in 2013 Leistungen der Soziotherapie erbracht. Die Anzahl der Soziotherapiefälle lag in diesem Jahr bei insgesamt 1.354 Verordnungen, davon waren 515 Erst- und 839 Folgeverordnungen. In den Sozialpsychiatrischen Diensten sind 183 Fachkräfte (122,1 Vollzeitstellen) als Soziotherapeuten tätig.

Folgende Grafik verdeutlicht zunächst die Vielfalt an Personen, Institutionen und Instanzen, die auch im aktuellen Berichtsjahr mit der Beantragung von Soziotherapie befasst waren, nachdem dieses Instrument 2006 in Baden-Württemberg eingeführt worden war:

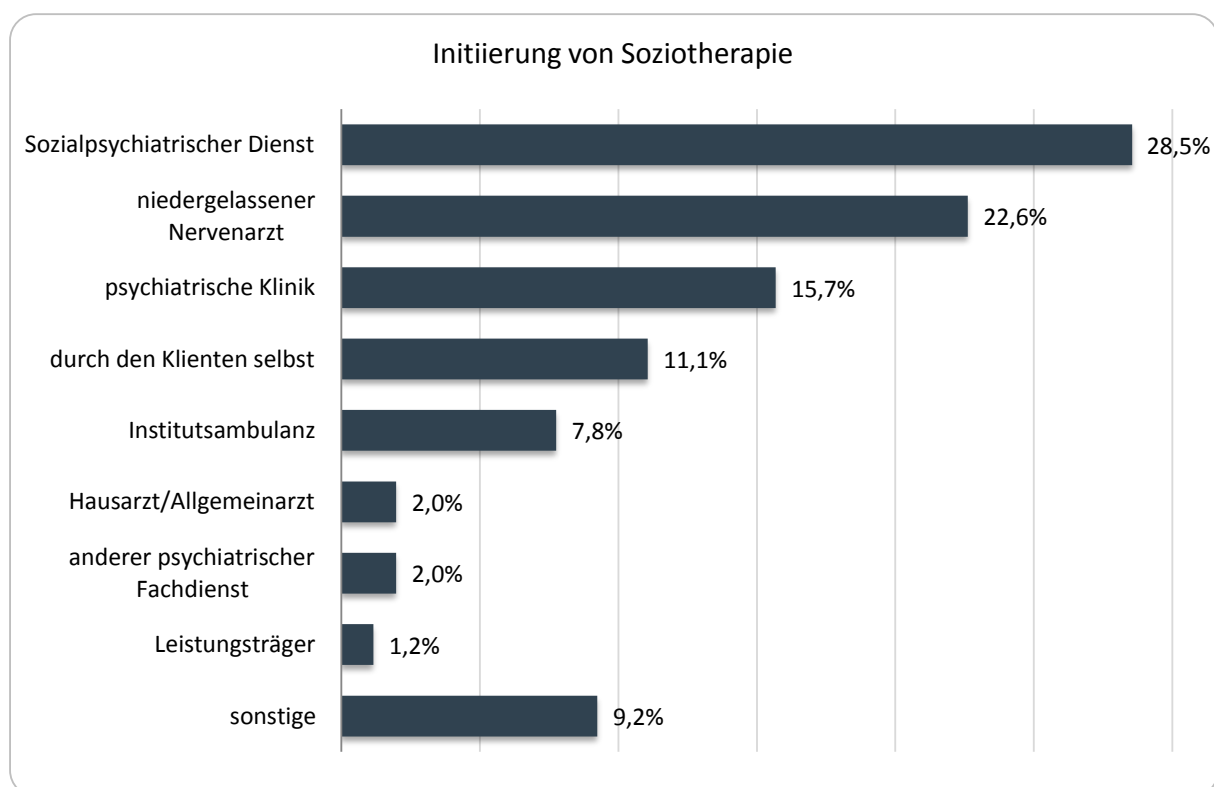


Abbildung 17: Initiierung von Soziotherapie

Grundsätzlich kam es im Berichtszeitraum 2013 zu einigen Verschiebungen innerhalb der wesentlichen Akteure.

Obwohl Soziotherapie zu den Leistungen gehört, die fachärztlich verordnet werden müssen, sind es noch immer die Sozialpsychiatrischen Dienste selbst, die mit 28,5 Prozent (2012:30 Prozent) die größte Anzahl an Anträgen für und mit den Betroffenen auf den Weg gebracht haben; dieser Umstand ist sicherlich der Tatsache zu verdanken, dass die Mitarbeitenden der SpDi mittlerweile über sehr viel Erfahrungswissen und Kenntnisse im Umgang mit dieser Leistung der Krankenkassen verfü-

gen. An zweiter Stelle der veranlassenden Personen und Institutionen rangieren, wie in den Vorjahren, die niedergelassenen Nervenärzte, die mit 22,6 Prozent allerdings 5,2 Prozent weniger Anträge als noch im Jahr 2012 initiiert haben.

Nunmehr insgesamt bereits 36,6 Prozent und damit mehr als ein Drittel aller Anträge auf Soziotherapie wurde im Jahr 2013 allerdings auf Initiative von anderen psychiatrischen Institutionen auf den Weg gebracht, die 2012 noch für lediglich 27,7 Prozent aller Anträge verantwortlich gezeichnet hatten.

Nicht zu vernachlässigen ist sicherlich auch der Aspekt, dass immerhin 11,1 Prozent alle Anträge auf Soziotherapie von den Klienten und Klientinnen selbst auf den Weg gebracht wurden.

Unter „sonstigen“ Akteuren (9,2 Prozent) summieren sich schlussendlich ganz unterschiedliche Initiativen wie beispielsweise ein Kinderprojekt, gesetzliche Betreuer, Angehörige, Integrationsfachdienste oder Werkstätten für behinderte Menschen, die ihre Klienten und Klientinnen ihrerseits in Soziotherapie vermittelt haben, obwohl dieser aufwändige Vorgang sicherlich nicht zu ihren Regelleistungen gehört.

Abschließend bleibt anzumerken, dass sich die im Rahmen der letztjährigen Dokumentation geäußerte Hoffnung auf eine Zunahme der Fallzahlen, die im Kontext eines ab 2013 gelockerten Zulassungsverfahrens für Soziotherapeuten erwartbar waren, leider nicht erfüllt hat: im Gegenteil sank der Anteil der Klienten und Klientinnen, die 2013 das Angebot „Soziotherapie“ nutzen konnten, mit insgesamt 1.520 Personen auf 5,5 Prozent gegenüber 6,1 Prozent im Jahr 2012, obwohl sich die Anzahl der 2013 tätigen Soziotherapeuten gegenüber dem Vorjahr sogar um 11 Fachkräfte erhöhte.

TEIL II – BLITZLICHTER

1 Hometreatment in Baden-Württemberg realisieren

Rainer Höflacher

Geschäftsführer Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg (LVPEBW) e.V.

Was verstehen wir unter Hometreatment?

Seit Anfang 2013 setzt sich der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg intensiv für die Realisierung der Behandlungsform Hometreatment ein. Darunter verstehen wir eine stationsferne Klinikbehandlung von Menschen in psychischen Krisen in ihrem Wohnumfeld mit multiprofessionellen Teams. Als Berufsgruppen sind hier Ärzte, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Psychologen und Ergotherapeuten einsetzbar. Hometreatment wird über Krankenkassenleistungen finanziert, da es eine Form der Behandlung ist. Hometreatment wird von einer psychiatrischen Klinik verantwortet, diese kann aber auch Mitglied eines Verbundes mit gemeindepsychiatrischen Trägern sein. Andere Ansätze der Begleitung zuhause sollten andere Bezeichnungen wie "mobile Krisenteams" oder ähnliches haben, damit der Begriffsverwirrung,

die es in diesem Zusammenhang gibt, in Zukunft vermieden wird. Unklar ist noch, inwieweit Hometreatment auch ein niederfrequente Langzeitbegleitung beinhalten kann oder nur eine klar abgegrenzte, kurzzeitige Intervention ist. Ein echtes Hometreatment zeichnet sich durch eine 24-stündige schnelle und flexible Erreichbarkeit der Behandler aus. Hometreatment sollte weit gesehen werden, das heißt nicht nur in psychotischen Krisen zur Anwendung kommen, sondern auch Menschen mit Demenz, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Kinder- und Jugendliche und anderen psychiatrischen Diagnosen können von Hometreatment profitieren. Die Hometreatmentbehandlung ist grundsätzlich im Rahmen der psychiatrischen Erkrankungen diagnoseunabhängig.

Was will Hometreatment?

Ein Ziel von Hometreatment ist die Vermeidung und Verkürzung von Klinikaufenthalten. Genauso wichtig ist es, mit Hometreatment eine Behandlung durchzuführen, die den Bedürfnissen der Patienten besser entspricht, als die traditionelle stationäre Behandlung. Nicht zuletzt ist die

nachgewiesene größere Behandlungszufriedenheit der Patienten und ihren Angehörigen ein Argument für Hometreatment. Die Effizienz ist zumindest die gleiche, wie bei stationärer Behandlung.

Warum uns Hometreatment wichtig ist

Die Vorteile von Hometreatment liegen auf der Hand. Die Behandlung zuhause erhält dem Patienten ein hohes Maß an Selbstbestimmung und

Freiheit. Die vielen Einschränkungen in der Klinik von der Einhaltung der Stationsregeln bis hin zur Aufgabe der Privat- und Intimsphäre schränken

den Patienten ein und erzeugen in ihm oft Widerstände gegenüber einer psychiatrischen Behandlung. Zudem entstehen bei längeren Klinikaufenthalten Hospitalisierungseffekte. Es ist nicht leicht nach der stationären Vollversorgung den Pflichten einer selbstständigen Lebensführung wieder nachzukommen. Da helfen auch die Belastungserprobungen der Kliniken nur bedingt.

Ein weiteres Plus ist die Möglichkeit, dass während der Hometreatmentbehandlung die persönliche Aufgaben weiterhin wahrgenommen werden können, die trotz der Erkrankung noch zu bewältigen sind. Auch können andere professionelle Hilfen oder auch nichtpsychiatrische Hilfsangebote Hometreatment ergänzen. Der Patient kann zum Beispiel weiterhin an einer Skatrunde mit seinen Freunden teilnehmen oder eine Tagesstätte besuchen, wenn es die Schwere seiner Erkrankung zulässt. Sowie es ein großer Vorteil ist, dass das gesamte Beziehungsnetz-

werk des Patienten theoretisch zur Verfügung steht. Bei Bedarf können Familiengespräche geführt werden oder auch Freunde und Bekannte mit einbezogen werden.

Erstaunlich ist es, dass Untersuchungen zeigen, dass Angehörige in der Regel die Unterstützung durch Hometreatment der Klinikeinweisung vorziehen. Das heißt es ist ihnen wichtiger, dass der Patient zuhause bleibt, als die Entlastung durch die Einweisung zu erfahren. Selbstverständlich ist Hometreatment nicht immer indiziert. In manchen Fällen kann es aus unterschiedlichen Gründen sinnvoll sein, dass der Patient sein Wohnumfeld verlässt und in die psychiatrische Klinik geht.

Es ist den Patienten oft sehr wichtig, dass sie nicht wie so häufig bei stationären Aufenthalten stark erhöhten Medikamentendosierungen ausgesetzt sind.

Bisherige Aktivitäten des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg (LVPEBW) e.V.

Der LVPEBW setzt sich seit Anfang 2013 verstärkt für Hometreatment ein. Seitdem ist es gelungen, dass Hometreatment für 2014 zu einem Schwerpunktthema des Landesarbeitskreises Psychiatrie Baden-Württemberg (LAK) gemacht wurde und sich dieser explizit ausgesprochen hat. Der LAK ist ein großes, beratendes Gremium unter Vorsitz des Sozialministeriums mit allen relevanten Akteuren der Psychiatrie in Baden-Württemberg.

Darüber engagiert sich der LVPEBW in Zusammenarbeit mit dem Landesverband Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch Kranker (LVBWApK) e.V. für die Erstellung einer zielgruppenübergreifenden Hometreatment-Stellungnahme der Selbsthilfe der Betroffenen und deren Angehörigen, in der Selbsthilfeakteure aus dem Bereich der Sucht, Demenz, Depression-

und Angstdiagnose, Kinder- und Jugendpsychiatrie gemeinsame Bewertungen und Forderungen abgeben. Die Resonanz durch die hier angesprochenen Gruppierungen ist bisher aber eher gering.

Als weitere Aktivität des LVPEBW und des LVBWApK ist die Kontaktaufnahme mit den Krankenkassen zu nennen. Auch hier Bedarf es aber größerer Anstrengung Gehör zu finden. Außer mit der Techniker Krankenkasse ist bis jetzt kein persönliches Gespräch zustande gekommen.

Positiv zu bewerten ist es, dass auf einen gemeinsamen Brief der Diakonie, der Angehörigen, der Bürgerhilfe und des LVPEBW das Sozialministerium und das Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg sich bereit erklärt haben eine Hometreatment-Tagung im März 2014 auszurichten.

Unsere Ziele

Kurzfristig wollen wir erreichen, dass unter der Federführung des Sozialministeriums eine Arbeitsgruppe eingerichtet wird, die die Realisierung von Hometreatment in Baden-Württemberg voranbringt. Mittelfristig wollen wir von Baden-Württemberg aus eine "Kompetenzgruppe Hometreatment" aufbauen, die länderübergreifend besetzt ist und über die Grenzen von Baden-Württemberg hinaus wirkt.

Leider muss es als eher langfristiges Ziel angesehen werden, dass die bisher bestehenden Modellvorhaben in eine Regelfinanzierung übergehen.

Wenn das erreicht ist, steht dem flächendeckenden Ausbau von Hometreatment nichts mehr im Wege.

Uns ist klar, dass es für das Erreichen unseres Hauptzieles noch vieler Aktivitäten bedarf, dass wir uns von Misserfolgen nicht entmutigen lassen dürfen und dass wir Geduld brauchen werden. Der Motor unseres Engagements ist die feste Überzeugung, dass Hometreatment die Behandlungsqualität und die Lebensqualität der Betroffenen verbessert. Das ist unsere größte Motivation in dieser Sache.

2 Menschen mit Doppeldiagnosen und chronisch suchtkranke Menschen

Dr. Klaus Obert

Bereichsleitung Sucht- und Sozialpsychiatrische Hilfen

Caritasverband für Stuttgart e.V.

1. Einführung

Verschiedene Beobachtungen drängen sich hinsichtlich der Thematik „Menschen mit Doppeldiagnosen“, „Sucht und Psychische Erkrankung“, die „Versorgung chronisch suchtkranker Menschen“ mehr und mehr in den Blickpunkt der fachpolitischen Debatte zu rücken, welche zweifelsohne für die SpDis wie auch für die anderen Bausteine im GPV ebenfalls von Bedeutung sind:

Von Beginn an waren und sind die SpDis in Baden-Württemberg nicht für die Hilfe und Betreuung chronisch suchtkranker Menschen und/oder mehrfach beeinträchtigter abhängiger Menschen zuständig und verantwortlich, im Unterschied zu den SpDis in kommunaler Trägerschaft in den Bundesländern nördlich der Mainlinie. Auf die näheren Hintergründe dieser Festlegung kann an dieser Stelle leider nicht eingegangen werden, jedoch fällt die fehlende niederschwellige, ambulant aufsuchende Betreuung und Begleitung dieses Personenkreises, mehr und mehr auch hierzulande in Gewicht. Dafür sind folgende Gründe mit ausschlaggebend:

- Der Anteil der Menschen mit Doppeldiagnosen, die sozialpsychiatrische Hilfen benöti-

gen, steigt kontinuierlich an, ebenso der Anteil der Menschen mit Suchtproblematiken in den Sozialpsychiatrischen Dienste

- Die Tatsache, dass chronisch Suchtkranke häufig in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe untergebracht sind. Dort werden sie zwar gut versorgt. Von einigen Ausnahmen abgesehen, erhalten sie dort jedoch selten suchtspezifische Hilfen.
- Der sich in den Suchthilfen abzeichnende und sukzessiv umsetzende Paradigmenwechsel: Weg vom Dogma des Abstinenzgebotes - hin zur zieloffenen Beratung und damit auch der Perspektive der Konsumreduktion. Hier soll beispielhaft auf das CRA Konzept (Community Reinforcement Approach, Reker et al. 2008), oder die zieloffene Beratung von Körkel (2013), oder die schon seit über 10 Jahren vorliegenden Erfahrungen mit dem Konzept der Konsumreduktion Alkohol der Suchtberatungsstelle des Caritasverbandes für Stuttgart hingewiesen werden.

2. Anmerkungen zum Bedarf

Die Bedarfslage kann nur unter Vorbehalt eingeschätzt werden. Studien liegen nicht vor, zumindest sind dem Autor keine bekannt. Anhaltzahlen (z.B. Bader 2013) können höchstens eine Richtung andeuten. Allerdings wird der Bedarf

von allen beteiligten Akteuren aus den drei Hilfesystemen (Suchthilfen, Sozialpsychiatrische Hilfen und Wohnungslosenhilfe) bestätigt und vor allem, dass bei den chronisch suchtkranken Menschen, die in ihren Wohnungen leben, ein

komplexer Hilfebedarf (körperliche und psychische Erkrankungen, sozial prekäre Situation häufig in Verbindung mit zunehmender Vereinsamung) vorliegt. Diese schwierige Lebenslage geht wiederum einher mit einem mangelnden bis fehlenden Hilfesuchverhalten.

Kolleg/-innen des SpDi Bielefeld teilten dem Autor dieses Beitrags in einem persönlichen Gespräch mit, dass sich die Anfragen an den SpDi auf ca. zwei Drittel aus dem psychiatrischen und

einem Drittel aus dem Suchtbereich verteilen. Der dortige SpDi besteht aus einem Bereich für psychisch kranke Menschen und einem Bereich für suchtkranke Menschen, unter einem Dach in Trägerschaft der Kommune.

Wie kann diese Herausforderung der Einrichtung niederschwellig arbeitender, ambulant aufsuchender Hilfen angegangen und bewältigt werden?

3. Beispiel aus der Praxis und ihrer Planung

Am Beispiel der Planungen in Stuttgart soll kurz exemplarisch dargestellt werden, wie eine Region Lösungswege für diese Thematik sucht.

Vorrangig ist die Entwicklung einer Haltung zwischen den drei Hilfesystemen Suchthilfen, Wohnungsnotfallhilfe und Sozialpsychiatrische Hilfen, die sich darin ausdrückt, dass es einer engen, bereichsübergreifenden, institutionalisierten Vernetzung und Kooperation bedarf, dem Kennenlernen der „unterschiedlichen Kulturen“ und damit dem gegenseitigen Verstehen und Vertrauen.

Die Bereitstellung von Ressourcen für die ambulant-aufsuchende, dezentralisierte, gemeinwesenorientierte Betreuung und Begleitung des anvisierten Personenkreises kann dadurch weitgehend ohne die Beeinträchtigung durch partikuläre Trägerinteressen an die jeweilige Struktur angegliedert werden, welche für die Umsetzung der Arbeit die günstigste Voraussetzung für den Einzelfall verspricht. Wesentliche Grundlage für die praktisch inhaltliche Arbeit ist eine suchtspezifische Erfahrung und Kompetenz, welche die Mitarbeiter/-innen vorweisen sollten.

Zwischen Suchthilfeverbund (sofern er regional besteht), kommunalem Suchthilfenetzwerk und Gemeindepsychiatrischem Verbund unter Federführung der kommunalen Planung für suchtkranke Menschen gilt es, klare und eindeutige Absprachen zu treffen, wer was in welcher Verantwortung übernimmt.

Ein ca. 2 jähriger Planungsprozess zwischen den drei Hilfesystemen Suchthilfen, Sozialpsychiatrische Hilfen und Wohnungsnotfallhilfen förderte folgendes Ergebnis zutage: Der Gemeinderat der Landeshauptstadt Stuttgart bewilligte auf der Basis des von den Hilfesystemen und der Planung erarbeiteten Konzeptes 3 Stellen für den Einstieg in den Aufbau ambulant-aufsuchender Versorgung chronisch suchtkranker Menschen.¹

In zwei Regionen sollen Mitarbeiter/-innen von Gemeindepsychiatrischer Zentren (GPZ) mit je 1,5 Stellen pro Region die Arbeit aufbauen. In der einen Region werden die Mitarbeiter/-innen räumlich in einem GPZ angesiedelt, in der anderen in der Suchtberatungsstelle, die eng – in unmittelbarer Nähe zum GPZ – mit diesem zusammenarbeitet.

Nicht genehmigt hat der Gemeinderat weitere Stellen, die in die Fachberatungsstellen der Wohnungsnotfallhilfe integriert werden sollten durch zusätzliche Stellen aus den Sucht- und Sozialpsychiatrischen Hilfen. Damit sollte die Arbeit der Fachberatungsstellen fachspezifisch weiterqualifiziert werden, für den großen Anteil an psychisch kranken sowie suchtkranken Menschen.

¹ „Das Ambulantes Versorgungskonzept für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke (CMBA) in Stuttgart“ kann beim Autor des Beitrags angefordert werden.

Das Projekt für die niederschwellige Versorgung chronisch suchtkranker Menschen wird wissenschaftlich begleitet mit dem Ziel, wie der anvisierte Personenkreis besser erreicht werden kann, welche Hilfen benötigt werden und wie eine Ausweitung auf die gesamte Stadt unter enger Miteinbeziehung der Wohnungsnotfallhilfe aussehen kann und soll.

Dieser Weg beginnt jedoch nicht bei „Null“. Schon seit langem werden Projekte trägerübergreifend (z.B. Straßensozialarbeit) oder trägerin-

tern zwischen den drei Hilfesystemen umgesetzt. Gemeinsame Fortbildungen, gegenseitige Hospitationen, institutionalisierte, kollegiale Fachberatung, gemeinsame Fallbesprechungen und – Betreuungen fördern und forcieren den Prozess der gemeinsamen Verantwortung. Intensiviert und vor allem institutionalisiert werden konnte die Vernetzung und Zusammenarbeit durch die vor 6 Jahren vollzogene Fusion der Sucht- und Sozialpsychiatrischen Hilfen im Caritasverband für Stuttgart e.V.

4. Rolle und Funktion der SpDis und des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV)

Die Rolle und Funktion der SpDis und des Gemeindepsychiatrischen Verbundes ist zurückhaltend aber trotzdem von erheblicher Bedeutung: Zurückhaltend deshalb, weil die erste Verantwortung und Zuständigkeit bei den Suchthilfen liegt; von erheblicher Bedeutung, weil die Menschen mit Doppeldiagnosen in den zurück liegenden Jahren stetig zugenommen haben in Hilfeplankonferenzen und vor allem, weil der SpDi wie kein anderer Baustein in den drei Hilfesystemen in den vergangenen 30 Jahren Erfahrungen und Kompetenzen in niederschwelliger, Alltags- und Lebenswelt orientierter Arbeit ge-

sammelt und erworben hat.

Der GPV u.a. als „Anwalt“ der Menschen mit komplexem Hilfebedarf und einem gering ausgeprägten Hilfesuchverhalten, wird in enger Abstimmung mit dem Suchthilfeverbund, dem Kommunalen Suchthilfenetzwerk und den Organisationen der Wohnungsnotfallhilfe unter Federführung der kommunalen Planung den Weg für eine bedarfsorientierte Umsetzung der Hilfen für Menschen mit Doppeldiagnosen und chronisch suchtkranken Menschen aktiv und konstruktiv begleiten.

Literatur

Bader, Thomas: Chronisch suchtkranke Menschen – die noch immer vernachlässigte Gruppe im Suchthilfesystem. Vortrag beim Symposium „Geschichte, Gegenwart und Zukunft der Sozialpsychiatrischen Hilfen in Stuttgart“ am 13.12.2013. Der Beitrag kann beim Autor angefordert werden.

Körkel, Joachim: Zieloffene Suchtarbeit. Vortrag an der Katholischen Hochschule NRW – Abt. Köln am 05.06.2013

Körkel, Joachim: Kontrolliertes Trinken. Trias Verlag 2012

Reker, Martin et al.: Community Reinforcement Approach (CRA) – Überblick über ein integriertes Konzept zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. Sucht 54 (6)/2008 – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis

Wienberg, Günther: Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Bonn 1992

Landeshauptstadt Stuttgart – Sozialplanung für suchtkranke Menschen: „Das Ambulantes Versorgungskonzept für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke (CMBA) in Stuttgart“ (Beitrag kann beim Autor angefordert werden.)

3 „Zusammen aktiv“ – Ehrenamtlicher Besuchsdienst in Aktion

Karin Asal,
Christina Ehnes
SpDi Lörrach

Zusammen aktiv – der Ehrenamtliche Besuchsdienst für psychisch erkrankte Menschen besteht seit März 2010.

Durch intensive Öffentlichkeitsarbeit in der lokalen Presse konnten bis heute insgesamt 18 ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewonnen werden. Die Ehrenamtlichen besuchen jeweils einen Klienten im wöchentlichen/14tägigen Rhythmus.

Alle Ehrenamtlichen haben erfolgreich an einer Einführungsschulung mit 7 Schulungsblöcken teilgenommen.

Mittlerweile können wir Dank der Förderung durch den Fritz-Berger-Fonds und vor allem durch die engagierte Arbeit der Ehrenamtlichen auf 4 erfolgreiche Jahre im Ehrenamtlichen Besuchsdienst blicken.

Bestand bei dem einen oder anderen Ehrenamtlichen am Anfang vielleicht noch Berührungsängste gegenüber psychisch erkrankten Menschen, sind heute alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne Vorbehalte in einen guten und überwiegend sogar freundschaftlichen Kontakt mit den Klienten getreten. Sie sehen nicht mehr die Unterschiede, sondern die Gemeinsamkeiten mit ihren Klienten im Vordergrund. Die Kontakte sehen von Besuchspaar zu Besuchspaar völlig verschieden aus: die einen gehen ins Café, andere Malen und Basteln zusammen, die Wohnung wird gemeinsam aufgeräumt, es werden Ausflüge gemacht. Alle Unternehmungen sind stets geprägt von wohltuenden und teils intensiven Gesprächen.

Positiv hervorzuheben ist, dass sowohl die Ehrenamtlichen als auch Klienten ihren Kontakt als etwas völlig „Natürliches“ ansehen. Sie kommen darüber mit anderen ins Gespräch sensibilisieren damit ihre Umwelt für das Thema psychische Erkrankungen und schaffen wiederum mehr Akzeptanz für Menschen mit Behinderung in der Gesellschaft.

Insgesamt waren im Jahr 2013 die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 1.017 Einsatzstunden im direkten Kontakt mit ihren Klienten (zuzüglich Anfahrtszeiten, monatliche Treffen, Weiterbildungen wie z.B. Teilnahme am Forumstag o.ä.).

Anhand folgenden Beispiels möchten wir Ihnen einen kleinen Einblick in die Arbeit von *Zusammen aktiv* geben:

Herr Meier (Name geändert) ist 48 Jahre alt und seit über 20 Jahren an einer Schizophrenie erkrankt. Er ist davon überzeugt der Satan zu sein und hat Angst die Wohnung zu verlassen. In den Buchstabenkombinationen der Autokennzeichen sieht er oft die Aufforderung zu sterben und setzt immer wieder neue Daten, an denen er sterben wird.

Herr Meier hat seit 2 Jahren Kontakt zu Herrn Günter (Name geändert), der Herrn Meier wöchentlich für 2 Stunden besucht. Herr Günter hat es vor allem durch seinen unbändigen Humor geschafft, zu Herrn Meier eine vertrauensvolle und freundschaftliche Beziehung aufzubauen. Jede Woche gehen die Beiden ins Café und essen eine Butterbrezel. Sieht Herr Meier ein Auto-

kennzeichnen, dass ihn zum Sterben auffordert, schließt Herr Günter mit Herrn Meier eine Wette ab: sollte er nach dem Datum noch leben, bezahlt er die nächste Butterbrezel. Herr Meier freut sich stets über eine Gratis-Brezel.

Herr Günter und Herr Meier singen zusammen italienische Lieder im Auto, machen Witze über die Schizophrenie von Herrn Meier und scherzen gemeinsam über die Rückenschmerzen von Herrn Günter. Herr Günter nennt Herrn Meier, der stark übergewichtig ist, liebevoll „mein Dickker“.

Die Erzählungen der Ehrenamtlichen und Klienten zeigen uns immer wieder, dass einzigartige Beziehungen zwischen den Besuchsparen entstanden sind. Vielfältige Beispiele zeigen, dass die Beziehungen zu freundschaftlichen Kontakten gewachsen sind. Hervorzuheben ist, dass die Kontakte im Rahmen von *Zusammen aktiv* nicht mit professionellen Unterstützungen zu vergleichen sind. Im Rahmen dieser freundschaftlichen Kontakte findet „Alltagsleben“ statt; die Ehrenamtlichen und Klienten stellen gemeinsame Unternehmungen in den Mittelpunkt und versuchen oft gemeinsam die Erkrankung und deren Einschränkung für eine gewisse Zeit zu vergessen. Gleichzeitig ist dies möglich, weil die meisten der Klienten im Ehrenamtlichen Besuchsdienst parallel von professionellen Helfern unterstützt werden und somit weiterhin einen

Raum haben, wo sie Dinge wie Arztbesuche, Medikation und administrative Aufgaben besprechen können. Gleichzeitig sind die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entlastet, da sie wissen, dass es viele Dinge im Alltag ihrer Klienten gibt, die sie vertrauensvoll an die zuständigen Sozialarbeiter abgeben können und damit – wie eine Klientin einmal gesagt hat – „für die schönen Dinge im Leben zuständig sind“.

Die Ehrenamtlichen werden kontinuierlich professionell begleitet. Neben den monatlichen Treffen mit allen Ehrenamtlichen und der Projektleitung, finden Telefonate oder persönliche Gespräche statt. So wird gewährleistet, dass die Ehrenamtlichen bei schwierigen Situationen professionelle Unterstützung erhalten, aber auch für Themen, wie z.B. die Balance zwischen professionellem Ehrenamt und freundschaftlichem Kontakt, Ansprechpartner zur Verfügung haben. Gerade bei den immer wiederkehrenden üblichen Stimmungsschwankungen der Klienten ist es wichtig die Ehrenamtlichen zu stützen, zu ermutigen und so auch dafür zu sorgen, dass die Ehrenamtlichen weiterhin Freude an ihrer Arbeit haben und ihren Einsatz nicht abbrechen. Dieser notwendige Rückhalt für die Ehrenamtlichen, aber auch Schutz für die Klienten, ist nur gegeben, wenn regelmäßig und zeitnah professionelle Beratungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

4 Der Maßregelvollzug unter dem Dach der sozialpsychiatrischen Gemeindepsychiatrie

Klaus Masanz

Sozialpsychiatrische Hilfen der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart e.V.

Die Forderung nach Integration der Forensischen Psychiatrie in den Gemeindepsychiatrischen Verbund

Anfang 2000 kam es zu einer ersten Annäherung und Begegnung zweier unterschiedlicher Versorgungssysteme durch einen Besuch von Einrichtungsvertreter/-innen des GPV- Stuttgart in die für den Gerichtsbezirk Stuttgart zuständige Forensische Fachklinik Weissenau bei Ravensburg.

Bei der Besichtigung des Aufnahmehauses kam es für die Besuchergruppe zu einem Schlüsselerlebnis. Sie entdeckten, dass dort eine Vielzahl an Patientinnen nach § 63 StGB behandelt werden – Unterbringung in einer Psychiatrischen Klinik -, die vormals als KlientInnen einer Tagesstätte, des ambulant Betreuten Wohnens, der Gemeindepsychiatrischen Zentren, des stationären Wohnens oder als KlientInnen des Werkstättenbereichs und der Arbeitsprojekte verortet waren und dort begleitet wurden.

Nach dem Motto, „Aus den Augen aus dem Sinn“, glaubten sie damals, ihre Klientel sei versunken oder abgetaucht in das niederschwellige Versorgungssystem der Wohnungsnotfallhilfe. Sie mutmaßten, ihr Klientel habe Unterschlupf gefunden bei Angehörigen, bei Bekannten, sei weggezogen oder befände sich im Strafvollzug. Die Überraschung war groß und das Interesse und die Neugierde war spätestens jetzt wieder geweckt worden, da viele der ehemaligen KlientInnen

der Eingliederungshilfe nun im Maßregelvollzug anzutreffen waren.

In Folge ist daraus ein ergiebiger, fachlicher Diskurs und Austausch zwischen der Forensischen Psychiatrie (FP) und der Gemeindepsychiatrie (GP) mit vielen Einsichten und Erkenntnissen entstanden. Dies zeigte sich fortan in der Reflexion gemeinsamer Themen wie, dem Rekonstruieren der Patientenbiografien, dem Bilden von Fragen und Hypothesen zum Phänomen der Trans- und De-Institutionalisierung, dem Sammeln von Fragen und Erfahrungswerten nach und zu den Lücken der Versorgung und zum Entlassungsmanagement, nach dem Umgang, den Unterschieden, den Gemeinsamkeiten und den Betreuungsinhalten der gemeinsamen Klientel.

Es kam des Weiteren zu wechselseitigen Hospitationen und einem Gegenbesuch in Stuttgart, sowie zu gemeinsamen Fallbesprechungen, zu kollegialen Beratungen und zu einem fortlaufenden Austausch. Schließlich wurden erste gezielte Versuche unternommen, ehemals forensisch-psychiatrische Patienten in ihre Herkunftsregionen, in den anvisierten sozialen Empfangsraum, zu reintegrieren bzw. wiedereinzugliedern.

Kurz nach der Etablierung der Hilfeplankonferenz (HPK) 04/2004 in Stuttgart kam es dazu, dass ein HPK-Sitz an einen Sozialdienstkollegen der FP Weissenau übertragen wurde. Dadurch

wurde die Möglichkeit geschaffen, das Versorgungssystem, die Spezifika der verorteten Einrichtungen und die Trägervertreter des GPV Stuttgart kennenzulernen.

Die Versorgungssysteme bewegen sich auf einander zu

Hierdurch wurden strukturelle Bedingungen geschaffen, dass beide Versorgungssysteme in einem verbesserten kooperativen Austausch stehen können.

Nach anfänglichen Vorbehalten sind inzwischen viele Nachsorgeeinrichtungen bereit, i.d.R. bestens vorbehandelte forensische Patienten aufzunehmen. Die Qualität der Arbeit, die durch die Kooperation, Kommunikation und den Austausch entsteht, wird als Bereicherung für beide Systeme empfunden. FRANK, Chefarzt der FP Weissenau berichtet mit begeisternder Überzeugung¹ davon, dass z.B. im GPV Ravensburg bzw. Bodenseekreis die Forensische Psychiatrie, als ein fester und bereichernder Bestandteil des GPVs betrachtet wird! Ein Qualitätsmerkmal, das hoffentlich vielerorts zur Vorbildfunktion wird und Nachahmungseffekte generiert!

Die nachsorgenden Einrichtungen, die eher von forensischer Re-Integration, Rehabilitation oder Wiedereingliederungshilfe sprechen, haben zunehmend weniger Angst oder Bedenken, dieses spezifische Klientel aufzunehmen. Ich denke, dass ist schließlich auch eine Frage des Selbstbildes, eine Frage, sich auf die eigenen Stärken der Gemeindepsychiatrie zu besinnen, sich mit professioneller Überzeugung und Fachlichkeit der

Aufgabe zu stellen, die den Mitarbeitenden, den Einrichtungsträgern neue und qualitätssichernde Entwicklungsräume eröffnet.

Es gibt für die Gemeindepsychiatrie keinen Grund, „ihr Lichtlein unter den Scheffel zu stellen“. Die originäre Klientel der Gemeindepsychiatrie unterscheidet sich im Wesentlichen nicht von der forensischen Klientel. Es sind vorwiegend Menschen mit schizophrenen Erkrankungen, mit Persönlichkeitsstörungen, mit komorbiden Störungen, bestehend aus einer psychiatrischen Grunderkrankung, die dauerhaft oder phasenweise durch eine Suchterkrankung flankiert wird. Es sind Menschen mit einer Minderbegabung und psychischen Erkrankung. Es sind Menschen, die über weite Etappen ihrer Biographie chronisch Exklusionsprozesse erfahren haben, die mit massiven sozialen Beeinträchtigungen konfrontiert wurden, die wegen Eigen- oder Fremdgefährdung in die Allgemeinpsychiatrie (AP) eingewiesen werden mussten. Es sind junge Menschen (*auch mit pflegerischen Bedarf*), Menschen mit unterschiedlichen transkulturellen Hintergründen, die in der Betreuung auch mal bedrohlich sind, manipulieren, einschüchtern oder verbal aggressiv sind.

Bedingungen in der Forensischen Versorgung

Mit Hilfe der räumlichen Strukturen, durch einen höheren Personaleinsatz, durch die rechtlichen Möglichkeiten des Einschließens, Isolierens, Fixierens, aber auch durch das Gespräch und der medikamentösen Behandlung kann der Maßregelvollzug sein gesamtes Handlungsrepertoire abrufen. Der wesentliche und entscheidende Unterschied zur Allgemeinpsychiatrie ist u.a. der

Faktor Zeit. So hat der Patient aber auch die Helfer innerhalb der FP sehr viel Zeit, sich mit der Geschlossenheit, der Biographie, der Anamnese, der Deliktaufarbeitung, mit dem / den Opfer(n), mit sich selbst, der eigenen Empathiefähigkeit, der Erkrankung und Krankheitsdynamik, der Compliance bzw. Adherence und den Verhaltensänderung auseinanderzusetzen. Die

FP greift hier auf empirisch gut beforschtes Erfahrungswissen im Bereich der Diagnostik und der Prognosestellung (z.B. Sozial- Medikamenten-, Pflege und Kriminalprognose usw.) zurück, die mit einer zeitlich langfristigen Aussagekraft versehen ist. Die Herausforderung besteht jedoch darin, ob und wie es dem Patienten gelingt, veränderte Verhaltensmuster, die sich intramural als tauglich erwiesen haben, in eine extramurale Lebenswirklichkeit zu übertragen und dort innerhalb der Nachsorge fortzuentwickeln.

Die FP spricht von Kontrolle, einer fortlaufenden Risikobeurteilung, von einem eindeutigen Umgang in der Beziehungs- und Behandlungsgestaltung. Sie spricht davon, dass die einzelnen Stakeholder des gesamten Behandlungsprozesses und deren Aufgaben und Wege bekannt sein müssen. Sie spricht davon, dass es eine selbstreflexive Auseinandersetzung mit der inneren Haltung, der professionellen Identität erfordert, dass da ein Mensch forensisch nachbetreuet wird, der i.d.R. mit der Diagnose, dem Behandlungsverlauf, der Deliktart und Deliktgestaltung korreliert und so eine, Risikobeurteilung progressiv ableitet, die von einem Initialereignis, das 3-6 Jahren zurückliegt, u.U. eine schwere Straftat, die in einem Zustand von Schuldunfähigkeit bzw. verminderter Schuldfähigkeit (§ 20 und 21 StGB) begangen wurde. Ein Restrisiko bleibt immer, egal wie gut die Prognosen ausfallen, egal wie gut der Behandlungsverlauf gewesen ist. Die professionelle Herausforderung ist die, trotz der Tat, die in den Gutachten detailliert beschrieben wird, stets den Menschen zu sehen, eingebettet

Entwicklungsperspektiven

Heute sind gut 13 Jahre vergangen und das Erfahrungswissen, die fachlichen Erkenntnisse, die Bereitschaft und Intensität einer transsektoriellen Auseinandersetzung zwischen den Versorgungssystemen der Forensischen Psychiatrie und der Gemeindepsychiatrie hat sich im ganzen Bundesland und der Republik sukzessive vollzogen. Die DGSP² plant 2014 einen Fachausschuss

in seiner Krankheit, seiner Verletzlichkeit, die behandelt, ja, auch geheilt werden kann.

Die GP hat ihre tradierten Zweifel und ihre Anti-Haltung gegenüber der biologistischen Psychiatrie, die sowohl historisch und gesellschaftlich als auch in der Genese der Sozialpsychiatrischen Bewegung, Haltung und Methodik zu bewertet ist, reflektiert, nachjustiert und korrigiert. Im gleichen Maße greift der Einfluss und die Anerkennung von sozialen, alltags- und lebensweltorientierten Einflüssen, einer anthropologischen ausgerichteten Psychiatrie (BLANKENBURG 1985), Raum in dem Behandlungsprozess und der Auffassung und Selbstverständnis von Krankheitsdynamik der Allgemeinpsychiatrie. Auch hier gilt es weiterhin für eine ganzheitliche anthropologische Behandlungsperspektive zu werben.

Medikamentenspielgel-, Alkoholkontrollen, Drogenscreenings und fortlaufende Risikobeurteilungen stellen wichtige präventive Behandlungsstandards der forensischen Nachsorge dar. Rechtzeitig auf Krisensymptome zu reagieren und die abgesprochenen Interventionen einzuleiten, die Angebotspalette der Forensischen Institutsambulanz nach § 68 g StGB zu kennen und abzurufen, bzw. die Option, einer konsequenten und transparenten Umsetzung des Kriseninterventionsparagrafen nach § 67 h StGB für 3-6 Monate sind allesamt sinnvolle und qualitätssichernde Maßnahmen und dienen in jeder Hinsicht einer Verbesserungen in den forensisch Re-Integrationsbemühungen.

„Forensische Psychiatrie“, in der Stuttgarter HPK gibt es einen festen Sitz für einen Sozialdienstkollegen der zuständigen FP, in den Köpfen der in der GP Mitarbeitenden entwickelt sich zunehmend die Bereitschaft und das Zu- und Selbstvertrauen, sich ernsthaft mit den Behandlungsanforderungen, Erfahrungen, Erwartungen und den erforderlichen Umgangsstilen unter-

schiedlicher forensischer Patientengruppen auseinanderzusetzen. Das von FREESE (2003)³ entwickelte Ampelmodell zur Risikobeurteilung, das konkrete Handlungsvereinbarungen unter den Beteiligten beschreibt und definiert, die einjährige Zusatzqualifikation „*komplementäre Nachsorge für psychisch kranke Straftäter*“ innerhalb der DGSP für Mitarbeitende der GP, die vielen Fachtagungen zum Thema forensische Nachsorge und den Umgang mit den „Schwierigsten“ finden Anklang und stoßen auf Resonanz und Interesse unter den professionellen Helfern.

Nachsorgeeinrichtungen bekunden den Wunsch nach Austausch, nach einer vernetzten Kontaktpflege und Kooperation auf Augenhöhe. Kooperation ist zunächst ein abstrakter Begriff, der erst zu Leben erwacht, wenn sich die beteiligten Personen und Institutionen um ihre professionellen Grenzen bewusst sind, ihre Haltungen, Identitäten und Erwartungshaltungen definieren und offen mitteilen, sowie die anvisierten Zielsetzungen austauschen. Wenn dies gelingt, ist die Ampel auf Grün gestellt!

¹ Vortrag von Dr. Frank am 2.10.2013 in Hohenwart/ Pforzheim: Hilfen für die „Schwierigsten“ Versorgungsverantwortung als Herausforderung

² DGSP: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie mit Sitz in Köln

³ Freese, R.(2003): Ambulante Versorgung psychisch kranker Straftäter. In: Psychiatrische Kriminaltherapie. Band 2.Lengrich