

JAHRESBERICHT 2005

Freiwillige Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg

Auswertung

*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 der Arbeitsgruppe Psychiatrie des Ausschusses Rehabilitation (bzw. seit Frühjahr 2005: Ausschuss Psychiatrie und Behindertenhilfe).

Auswertung der Befragung: Ottmar Fahrmeier, Dipl. Sozialpädagoge,
Liga der freien Wohlfahrtspflege e.V.

Erstellung des Berichts: Luisa Lindenthal, Dipl. Pädagogin, Freiburg

Koordination: Andreas Riesterer, Referent Psychisch Kranke und
Behinderte, Caritasverband für die Erzdiözese
Freiburg e.V.

Impressum

Herausgeber: Liga der freien Wohlfahrtspflege
in Baden-Württemberg e.V.
Augustenstraße 63, 70178 Stuttgart
Telefon: 0711 / 619 67-0, Fax: 0711 / 619 67-67
www.liga-bw.de, info@liga-bw.de

Diese Auswertung kann unter www.liga-bw.de/download
heruntergeladen werden.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Zusammenfassung	6
1 Versorgung der Bevölkerung durch Sozialpsychiatrische Dienste in Baden-Württemberg	11
2 Organisationsstruktur der Sozialpsychiatrischen Dienste.....	13
2.1 Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste.....	13
2.2 Beschäftigte in den Sozialpsychiatrischen Diensten	13
2.3 Leistungsbereiche der Sozialpsychiatrischen Dienste	14
3 Betreuungsverhältnisse im Berichtsjahr 2005	16
3.1 Betreute Personen nach Leistungsbereichen	16
3.2 Anteil der Erstbetreuungen im Rahmen der Grundversorgung.....	18
3.3 Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit im Rahmen der längerfristigen Grundversorgung.....	19
3.4 Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit im Rahmen der längerfristigen Grundversorgung.....	20
4 Soziotherapie in den Sozialpsychiatrischen Diensten.....	24
4.1 Verordnungen von Soziotherapie.....	24
4.2 Genehmigungen von Soziotherapie.....	25
4.3 Anzahl der Soziotherapieanträge als Erstverordnungen und Folgeanträge	25
4.4 Verfahren bei Ablehnung des Antrages auf Soziotherapie	26
4.5 Beendigung der Soziotherapie.....	29
5 Kooperation mit den Psychiatrischen Institutsambulanzen	31
5.1 Psychiatrische Institutsambulanzen in den untersuchten Regionen Baden-Württembergs	31
5.2 Formen der Kooperation	31
5.3 Weitere Formen der Kooperation.....	33
6 Entwicklung GPV und GPZ.....	35
Abbildungsverzeichnis.....	37
Tabellenverzeichnis.....	37

Vorwort

Auch in diesem Jahr möchte die Liga der freien Wohlfahrtspflege die Auswertung der „Freiwilligen Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg“ den sozialpolitisch Verantwortlichen, der Fachwelt sowie Betroffenen, deren Angehörigen und einer interessierten Öffentlichkeit vorstellen.

Wir wollen erneut ein Zeichen für Transparenz setzen, indem wir die fachlich-inhaltliche, organisatorische und personelle Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) offen legen.

Die „riskanten Freiheiten“ der Moderne, die Wirkungen der Globalisierung, einhergehend mit fehlenden Arbeitsplätzen auf der einen Seite und einer extremen Verdichtung der Arbeit und zunehmenden Belastungen am Arbeitsplatz auf der anderen Seite und die teilweise Auflösung traditioneller familiärer Bezüge, bedingen für viele Menschen hohe Anforderungen. Diese müssen vor allem individuell bewältigt werden. Die Gefahr, diesen Belastungen nicht standzuhalten und psychisch zu erkranken, steigt.

Umso wichtiger ist es, dass sich die Versorgungslandschaft für diesen Personenkreis nicht nur ausdifferenziert hat, sondern auch durch Gründung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden (GPV) und Gemeindepsychiatrischen Zentren (GPZ) näher zusammen gerückt ist. Dadurch wird die Kooperation und Koordination in der psychosozialen Arbeit zum Wohl der KlientInnen verbessert, und es können Synergieeffekte erzielt werden.

Ein wichtiger Baustein innerhalb der Versorgungsverbände war und blieb auch im Jahr 2005 der SpDi mit seinem niederschweligen, ambulanten Angebot. In dessen Zentrum steht die Grundversorgung der Betroffenen. Dabei ist die Betreuungsquote pro Mitarbeiter sogar noch einmal gestiegen - dies ist ein zentraler Befund aus der vorliegenden Untersuchung.

Ebenso wichtig ist, dass der SpDi auch für Angehörige und weitere in die Betreuung von psychisch kranken Menschen involvierte Personen einen leicht erreichbaren Zugang und damit wertvolle Unterstützung für deren Arbeit bietet. Das niederschwellige, pauschal finanzierte und letztendlich preisgünstige Angebot der SpDi gehört zum Versorgungsauftrag jeder Kommune und muss stabil erhalten bleiben.

Dabei haben einzelfallbezogene Leistungen wie Soziotherapie immerhin bereits über 14 % der KlientInnen erreicht, sind aber zur Kompensation von wegbrechenden Pauschalmitteln nicht geeignet.

Herzlich danken möchten wir Frau Luisa Lindenthal, Dipl. Pädagogin, die für uns die Auswertung erstellt hat. Mit ihrer Fähigkeit, die komplexe Datenlage zu analysieren und in einer gut lesbaren Form zu präsentieren, hat sie einen wichtigen Beitrag dazu geleistet, die Dokumentation für Fachleute wie auch für Außenstehende nachvollziehbar zu machen. Auch Herrn Andreas Riesterer gebührt unser Dank dafür, dass er für die Liga-AG die Auswertung vorangebracht hat.

Den Mitarbeitenden und Verantwortlichen in den Diensten möchten wir für ihre engagierte Arbeit, der Begleitung und Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, besonders herzlich danken.

Zu guter Letzt danken wir auch den Sozialpolitikern und den Verantwortlichen in der Verwaltung des Landes und der Kommunen für die bisherige Förderung – wollen dabei aber auch nicht verschweigen, dass diese in vielen Fällen nicht ausreichend ist und verbinden dies mit der herzlichen Bitte, trotz der vielen Sparzwänge, unsere Arbeit im Sinne der Betroffenen auch weiterhin zu unterstützen.

Hansjörg Böhringer

Vorsitzender der Liga der freien Wohlfahrtspflege e.V.

Zusammenfassung

Jahresbericht 2005

Freiwillige Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg

Teilnehmende Dienste

Von den insgesamt 69 sozialpsychiatrischen Diensten in Baden-Württemberg nahmen 46 im Jahr 2005 an der freiwilligen Dokumentation der von ihnen erbrachten Dienstleistungen teil. Mit fast einem Drittel aller Dienste ist die Diakonie nach wie vor der größte Träger von SpDi; insgesamt befinden sich mehr als die Hälfte (53 %) der Dienste in kirchlicher Trägerschaft, während etwa ein Drittel der Dienste von kommunalen Gebietskörperschaften geführt werden. Nahezu 70 % aller Mitarbeitenden sind bei Trägern beschäftigt, welche der Liga der freien Wohlfahrtspflege als Mitglied angehören.

Betreuungsquote

Die Auswertung der Datenlage zeigt eine neuerliche Steigerung der Betreuungsquote gegenüber den Vorjahren: während die 59 ausgewerteten Sozialpsychiatrischen Dienste im Jahr 2004 insgesamt 15 378 Personen betreuten, sank zwar die Gesamtzahl der betreuten Menschen in absoluten Zahlen auf 12 782 Personen in 2005; da jedoch lediglich die Daten von 46 Diensten in die diesjährige Auswertung einbezogen wurden, konnten in der Relation zum Vorjahr dennoch prozentual mehr Menschen durch die unterschiedlichen Angebote der SpDi erreicht werden. Die Zahl der Klienten und Klientinnen pro Dienst stieg gegenüber 2004 (260,6) auf insgesamt 278 Personen. Pro 100 % Fachkraft wurden im Jahr 2005 durchschnittlich 102,17 Personen betreut und damit die Fallzahl von 101,4 Betreuten pro Fachkraft im Jahr 2004 noch einmal leicht gesteigert.

Leistungsbereiche der Sozialpsychiatrischen Dienste

Grundversorgung

Alle 46 erhobenen Dienste boten auch in 2005 Leistungen der Grundversorgung an und erreichten damit insgesamt 83,41 % aller Klienten und Klientinnen. Die überwiegende Mehrzahl dieser Personen (45,8 %) nahmen wie schon im Vorjahr mehr als 5 Kontakte im untersuchten Zeitraum wahr, während 37 % in der Kategorie „Kurzkontakte“ (bis zu 4 Kontakte) geführt wurden. Immerhin 17 % aller Kontakte waren „indirekt“ und stellten über Angehörige und andere Bezugspersonen den Zugang zu denjenigen Kranken sicher, welche (noch) nicht bereit oder in der Lage sind, die erforderlichen Hilfen anzunehmen und die daher im Gesamtspektrum der Leistungen eine wichtige Funktion inne haben.

Soziotherapie

Bei ebenfalls allen ausgewerteten 46 Diensten bildete Soziotherapie einen weiteren stabilen Baustein im Leistungsspektrum, mit dem 2005 13,99 % aller Klienten und Klientinnen und damit eine um 2,19 % gestiegene Personenzahl im Vergleich zu 2004 erreicht wurde. Die Gesamtzahl von 1171 Anträgen (537 Erstanträge und 634 Folgeanträge) entspricht in Relation zu den ausgewerteten Diensten in etwa der Vorjahresbilanz. Wie bereits im 2004 ist die deutlich größte Anzahl der Anträge auf Soziotherapie auf Initiative der sozialpsychiatrischen Dienste selbst (42,83 %) erfolgt; die zweitgrößte Gruppe der initiiierenden Stellen, nämlich die niedergelassenen Nervenärzte, steigerten ihren Anteil um 7,7 % auf nunmehr 27,16 % und damit auf mehr als ein Viertel aller „Dienstleister“ innerhalb der abgefragten Kategorie. Es ist davon auszugehen, dass dieser Zuwachs unter anderem auch einer verbesserten, vertrauensvollen Kooperation zwischen Ärzten und den Fachteams der SpDi zu verdanken ist.

Erfreulicher Weise wurden 85,57 % aller Anträge bereits im ersten Anlauf genehmigt; zusammen mit den weiteren 2,48 %, die zusätzlich nach erfolgtem Widerspruchsverfahren bewilligt wurden, konnte damit der bereits im Vorjahr bemerkbare positive Trend fortgesetzt werden.

In 47,1 % aller abgelehnten Anträge (insgesamt 115 von 46 Diensten lückenlos dokumentierte Fälle) wurde ein Widerspruchsverfahren eingeleitet, während 2004 noch in 64,8 % aller Ablehnungen Widerspruch eingelegt wurde. Vermutlich basiert dieser Rückgang auf der Tatsache, dass Widersprüche ebenso zeit- wie personalintensive Arbeitsphasen bei gleichzeitig abnehmenden Personalressourcen nach sich ziehen. Wenn man allerdings berücksichtigt, dass 42,6 % aller Widersprüche stattgegeben wurde und immerhin 20 % aller Ablehnungen als unbegründet klassifiziert wurden, kann das Instrument des Widerspruchs im Interesse der betroffenen Personen auch weiterhin als sinnvoll bewertet werden.

Der im Berichtsjahr 2004 befürchtete „Creaming-Effekt“, also ein stetiger Rückgang des als „soziotherapiefähig“ einzustufenden Personenkreises, kann für 2005 nicht bestätigt werden. Im Gegenteil überschreitet die Zahl der bewilligten Folgeanträge die Erstanträge bereits um 97 Anträge, sodass derzeit davon ausgegangen werden kann, dass sich Soziotherapie auch mittelfristig als geeignetes Instrument für die Klienten und Klientinnen der Sozialpsychiatrischen Dienste etablieren wird.

Andere einzelfallfinanzierte Leistungen

Lediglich 5 der erhobenen Dienste erbrachten in 2005 auch Leistungen im Bereich des SGB XII, weitere 10 Dienste erbrachten Leistungen für andere Leistungsträger wie beispielsweise die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA). Insgesamt konnten hierdurch insgesamt lediglich 1,27 % aller betreuten Personen erreicht werden. Wenngleich 41 % der Dienste sich auch selbst als Träger des Betreuten Wohnens engagieren, sind hierdurch lediglich weitere 1,33 % aller Klienten und Klientinnen versorgt worden. Damit wird auch in 2005 die Grundversorgung als eindeutiger Schwerpunkt inner-

halb des Leistungsspektrums der Sozialpsychiatrischen Dienste belegt, die immerhin 83,41 % aller Ratsuchenden erreicht.

Betreuungsverhältnisse in der Grundversorgung

Gegenüber dem Vorjahr ist der Gesamtanteil der Personen, welche 2005 *erstmalig* Angebote der SpDi im Rahmen der Grundversorgung nutzten, noch einmal geringfügig gestiegen und hat mit 51,9 % die 50 %-Marke nun deutlich überschritten. Gut zwei Drittel der Erstberatungen, nämlich 67,9 %, konnten nach maximal 4 Beratungskontakten abgeschlossen werden. Dieser neuerliche Anstieg ist sicherlich auf dem Hintergrund der zu Beginn 2005 reformierten Sozialgesetzgebung (SGB II, SGB XII) zu interpretieren, die bei vielen Betroffenen zusätzlich zu ihrer psychischen Belastung erhebliche existenzielle Verunsicherungen verursacht hat und dadurch einen Erstkontakt mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst initiierte.

Im Vergleich der Daten von 2003, 2004 und 2005 fällt auf, dass sich die Anzahl von Betreuungen, welche sich auf einen Zeitraum zwischen 7 und 12 Monaten erstreckten, tendenziell rückläufig entwickelt - wenn sie auch immer noch den eindeutigen Schwerpunkt innerhalb der abgefragten Zeitfenster abbildet - während die Anzahl der Betreuungen von bis zu 3 Monaten stetig steigt.

Immerhin 77,3 % der 2005 erfassten Personen kamen mit bis zu 20 Kontakten innerhalb des abgefragten Kalenderjahres aus, welche sich mehrheitlich auf einen Zeitraum von 7 bis zu 12 Monaten verteilten. Dies bedeutet, dass die überwiegende Mehrzahl aller Klienten und Klientinnen der sozialpsychiatrischen Dienste mindestens einmal im Monat einen Kontakt mit ihrem Berater oder ihrer Beraterin wahrnahm. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die Mehrzahl der betroffenen Personen ihre Situation mit Hilfe von niederfrequenten, jedoch regelmäßigen Kontakten zu stabilisieren versucht und dabei in akuten Krisen allerdings auch von hochfrequenten Interventionen Gebrauch macht.

Beendigungen der längerfristigen Grundversorgung

Die relativ größte Gruppe der beendigten Fälle (26 %) findet sich in der Gruppe derjenigen Klienten und Klientinnen wieder, welche im Anschluss an eine Versorgung durch den SpDi an einen anderen psychiatrischen Fachdienst vermittelt wurde; addiert man diejenigen Personen hinzu, deren Grundversorgung aufgrund des Übergangs in Soziotherapie beendet wurde (13 %), so umfasste die Überweisung in andere Maßnahmen immerhin fast 40 % aller Klienten und Klientinnen. Damit erweisen sich die sozialpsychiatrischen Dienste auch als kompetente Clearing-Stelle in dem Bemühen, für ihre Klienten und Klientinnen das jeweils optimale Angebot zu erschließen.

Dass immerhin 23 % den Kontakt zu „ihrem“ sozialpsychiatrischen Dienst auf eigenen Wunsch und keineswegs immer im Konsens mit den BeraterInnen beendeten, muss nicht verwundern, wenn man die Ambivalenz in Rechnung stellt, die der Inanspruchnahme von Hilfe grundsätzlich inne wohnt.

Ein weiteres Viertel aller Betroffenen beendete die Betreuung im Verlauf des Jahres 2005 jedoch in Einverständnis mit den Beratern und Beraterinnen, wodurch ein Stück gemeinsamen Weges seinen positiven Abschluss zur beidseitigen Zufriedenheit fand.

Zusammenarbeit mit den Psychiatrischen Institutsambulanzen und Psychiatrischen Fachärzten

Der Trend zu einer guten und verlässlichen Kooperation zwischen den beiden Dienstleistern im Bereich der ambulanten Versorgung hat sich in 2005 stabilisiert.

Die Mehrzahl der insgesamt 40 sozialpsychiatrischen Dienste (24), welche mit Psychiatrischen Institutsambulanzen kooperieren, hat die Inhalte der Zusammenarbeit bereits in schriftlichen Vereinbarungen festgehalten, während sich 16 Dienste noch ohne schriftliche Vereinbarungen behelfen. Unabhängig davon stellt jedoch in beiden Segmenten die „regelmäßige Fallbesprechung“ die am häufigsten genutzte Kooperationsform dar, dicht gefolgt von regelmäßigen Kooperationsgesprächen. Allerdings fällt eine große Diskrepanz sowohl bei der Durchführung von „gemeinsamen Angeboten“ (etwa psychoedukative Gruppen) als auch bei Leistungen auf, welche die SpDi für die PIA erbringen: In Kooperationsbezügen, die auf keinen schriftlichen Vereinbarungen basieren, wird überhaupt kein Angebot gemeinsam unterbreitet (im anderen Segment sind es immerhin 5), und lediglich 2 Dienste ohne schriftliche Vereinbarung erbringen Leistungen für die PIA, während es in der anderen Gruppe bereits 12 Dienste sind. Damit erweist sich insbesondere der Bereich von Leistungen, die – gemeinsam oder getrennt – jedenfalls für gemeinsame Klienten und Klientinnen erbracht werden, sicherlich als ausbaufähig.

Neben der Zusammenarbeit mit den PIA kooperierten 80,4 % der erhobenen Dienste noch mit weiteren Dienstleistern der psychiatrischen Versorgungslandschaft, wobei die Kooperation mit niedergelassenen Psychiatern (50,8 %) bereits die Hälfte aller weiteren Kooperationen ausmacht und somit auch das größte Segment innerhalb der Kooperationspartner abbildet. Knapp ein Drittel der Zusammenarbeit entstand im Kontext mit Klinikärzten und –ärztinnen und belegt, dass sich die Zusammenarbeit zwischen der sozial fokussierten mit der medizinisch ausgerichteten Psychiatrie insgesamt erfreulich entwickelt.

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

Bereits 21 der in 2005 erhobenen Dienste und damit dennoch weniger als die Hälfte sind bereits Teil von Vereinbarungen über Gemeindepsychiatrische Verbünde (GPV) beziehungsweise Gemeindepsychiatrische Zentren (GPZ), wobei die begrifflichen Unschärfen sowohl in der Selbstdefinition als auch in der Außenwahrnehmung mitunter zu beträchtlichen Irritationen führen.

Die überwiegende Mehrzahl aller getroffenen Vereinbarungen (16 von insgesamt 21) hat sich im Abschluss von Kooperationsverträgen manifestiert, während lediglich 2 Verbände die Rechtsform einer gGmbH und 3 weitere eine „sonstige“ Form wählten.

18 der erhobenen Dienste gaben an, dass in ihrer Region eine Vereinbarung immerhin bereits geplant sei, die in den allermeisten Fällen zu einer Umsetzung in 2006 führen solle. Vielerorts ist der bereits vor 2004 begonnene Prozess 2005 ins Stocken geraten, da die Kapazitäten der Kommunen durch die Verwaltungsreform sowie die Umsetzung von Hartz IV komplett absorbiert wurden.

Wo bereits erste Erfahrungen mit der Kooperation im Rahmen eines GPZ vorliegen, wird aus dem Kontext der offenen Fragen deutlich, dass sich der gewünschte Synergieeffekt tatsächlich einstellt, wenn es gelingt, auf organisatorischer, personeller und wirtschaftlicher Ebene verbindlich zusammenzuarbeiten; darüber hinaus wird die Qualität der Kooperation insgesamt als deutlich verbessert beschrieben.

Ausblick

Im Zuge der Dokumentation 2006 wird u.a. zu klären sein, in welchem Umfang sich Hilfeplankonferenzen sowie Instrumentarien wie beispielsweise der IBRP (Integrierter Behandlungs- und Rehaplan) in den einzelnen Versorgungsverbänden etablieren konnten. In diesem Kontext ist zu überprüfen, ob sich die Kontakte *mit* den Klienten und Klientinnen zugunsten von Kontakten verändern, in welchen (beispielsweise in Hilfeplangesprächen oder –konferenzen) *über* die betroffenen Personen gesprochen wird. Von ebenso großem Interesse ist sicherlich die Frage, wie sich die veränderte Sozialgesetzgebung auf die Inanspruchnahme des Betreuten Wohnens ausgewirkt und in welcher Weise sich die Lebensqualität von psychisch kranken Menschen durch die Hartz IV-Gesetze verändert hat.

1 Versorgung der Bevölkerung durch Sozialpsychiatrische Dienste in Baden-Württemberg

Die Anzahl der Sozialpsychiatrische Dienste, welche in Baden-Württemberg die Versorgung der Bevölkerung mit bedarfsgerechten Angeboten übernommen haben, ist 2005 mit 69 Diensten gegenüber den Vorjahren konstant geblieben. Die freiwillige Dokumentation dieser Leistungen, welche jährlich durch die Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V.¹ erfolgt, basiert für den Berichtszeitraum 2005 auf den Daten von insgesamt 46 Diensten und damit auf 22 % weniger teilnehmenden Einrichtungen als in der Befragung des Vorjahres (59 Dienste).

Mit aller gebotenen Vorsicht lässt sich an dieser Stelle schlussfolgern, dass zunehmend weniger Träger bereit sind, ihre ohnehin knappen Ressourcen für den erheblichen Aufwand einer Dokumentation zur Verfügung zu stellen, wie sie von der Liga im Interesse eines landesweiten Überblickes und damit der Grundlage für eine solide Sozialplanung eingefordert wird. Dies mag auch damit zusammenhängen, dass die sozialpsychiatrischen Dienste aufgrund der Kommunalisierung in 2005 gegenüber den Gebietskörperschaften verstärkt berichtspflichtig geworden sind und daher durch die teilweise stark voneinander abweichenden, parallel zu führenden Erhebungen übermäßig belastet werden. Für künftige landesweit relevante Datenerhebungen scheint daher eine Harmonisierung der unterschiedlichen Instrumente ratsam.

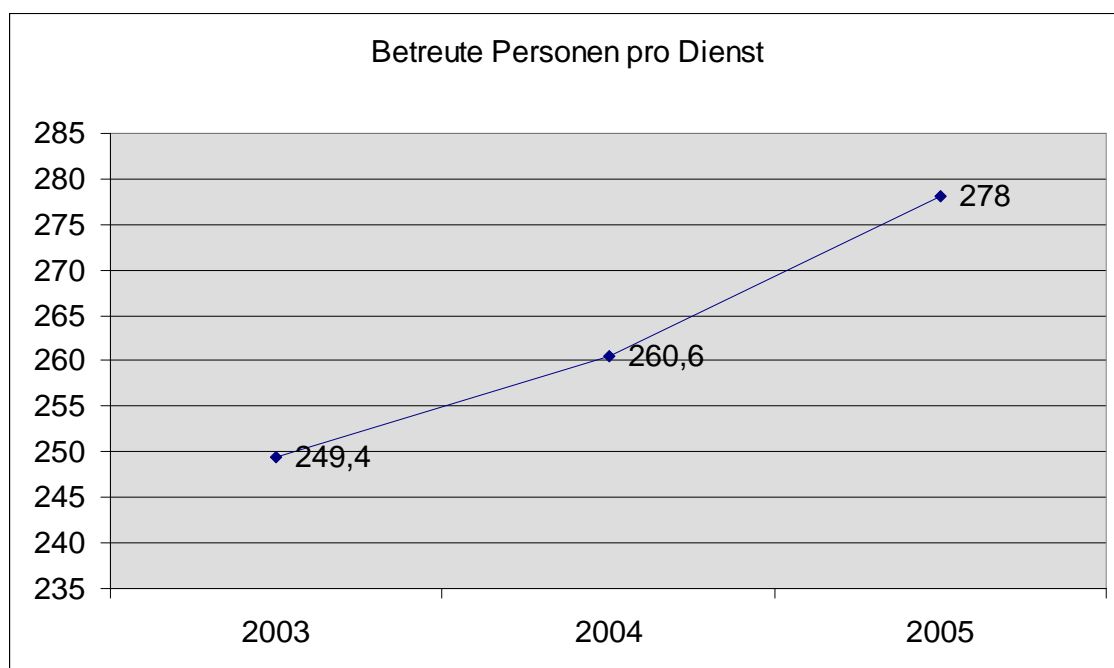


Abbildung 1: Betreute Personen pro Dienst von 2003 bis 2005

¹ In der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. sind die 11 Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege Baden-Württembergs zusammengeschlossen, denen landesweit ca. 150 000 Mitarbeitende sowie ca. 300 000 ehrenamtlich Tätige angehören.

Die Auswertung der Datenlage zeigt zunächst eine neuerliche Steigerung der Betreuungsquote gegenüber den Vorjahren. Während die 59 ausgewerteten Sozialpsychiatrischen Dienste im Jahr 2004 insgesamt 15 378 Personen betreuten, sank zwar die Gesamtzahl der betreuten Menschen in absoluten Zahlen auf 12 782 Personen in 2005; da jedoch lediglich die Daten von 46 Diensten in die diesjährige Auswertung einbezogen wurden, konnten in der Relation zum Vorjahr dennoch prozentual mehr Menschen durch die unterschiedlichen Angebote der SpDi erreicht werden.²

Damit setzt sich auch 2005 die Tendenz zu steigenden Fallzahlen fort: Bezogen auf die Leistung der einzelnen Dienste bedeutet dies eine Zunahme der durchschnittlich betreuten Personen von 249,4 im Jahr 2003 auf 260,6 in 2004, was einer Steigerung von 6,3 % entspricht, sowie eine erneute Steigerung um bemerkenswerte 12,9 Personen auf durchschnittlich 278 betreute Personen pro SpDi im Berichtszeitraum 2005:

² Hinweise auf Zahlen für 2004, 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 2004, Stuttgart 2005

2 Organisationsstruktur der Sozialpsychiatrischen Dienste

2.1 Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste

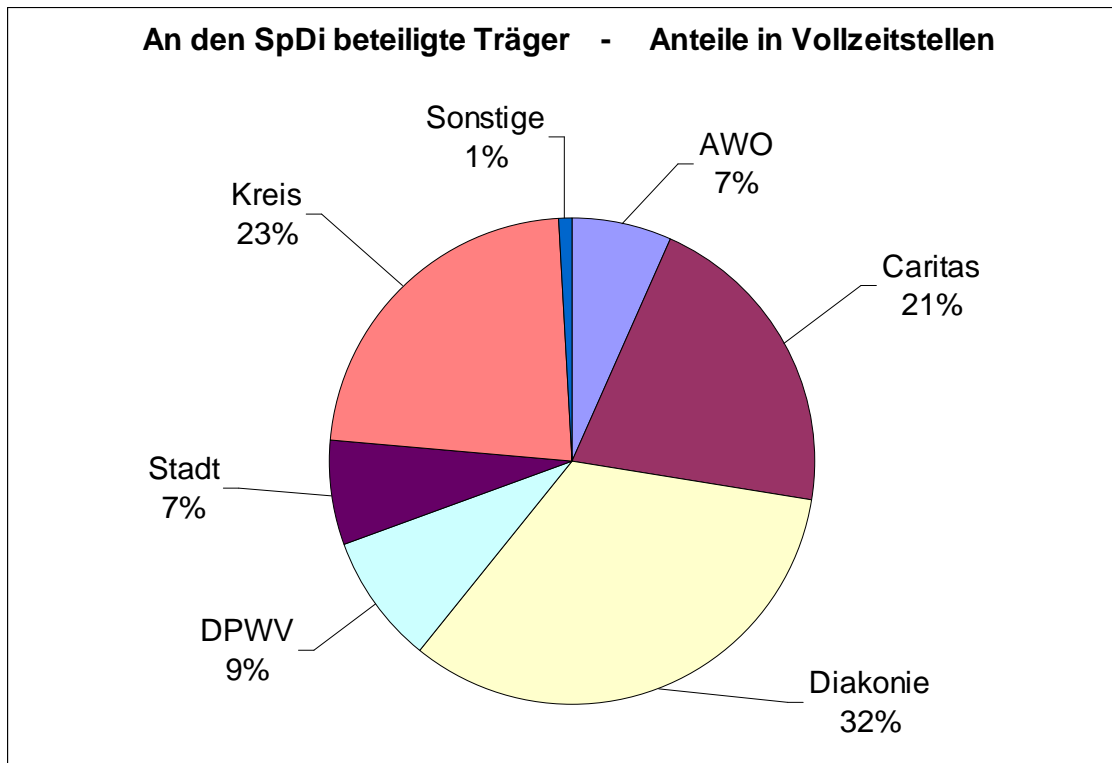


Abbildung 2: Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste

Mit einem Anteil von 32 % ist die Diakonie der größte Träger von sozialpsychiatrischen Diensten in Baden-Württemberg geblieben. Immerhin stellen die Kreise mit 23 % bereits den zweitgrößten Träger innerhalb der vielfältigen Trägerlandschaft dar, in der neben Caritas, DPWV und AWO auch die Städte mit einem Anteil von 7 % vertreten sind. Da die Einrichtungen der Caritas insgesamt 21 % der ausgewerteten Dienste ausmachen, befinden sich somit etwas mehr als die Hälfte aller sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg in kirchlicher Trägerschaft, während etwa ein Drittel der Dienste von kommunalen Gebietskörperschaften geführt werden. Insgesamt sind knapp 70 % aller Mitarbeitenden der sozialpsychiatrischen Dienste in Mitgliedseinrichtungen der Liga der freien Wohlfahrtspflege beschäftigt.

2.2 Beschäftigte in den Sozialpsychiatrischen Diensten

Wie bereits in den Vorjahren stellen Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen mit mehr als drei Vierteln aller Fachkräfte die am stärksten vertretene Berufsgruppe innerhalb der sozialpsychiatrischen Dienste dar. Damit wird deutlich, dass der grundsätzliche Versorgungsauftrag der SpDi fast ausschließlich von sozialpädagogischen Fachkräften gewährleistet wird und andere Berufsgruppen wie PsychologInnen und Pflegekräfte lediglich innerhalb von Dienstleistungsbereichen tätig werden, welche im Ver-

hältnis zu den Angeboten der Grundversorgung prozentual (noch) geringfügig ins Gewicht fallen.

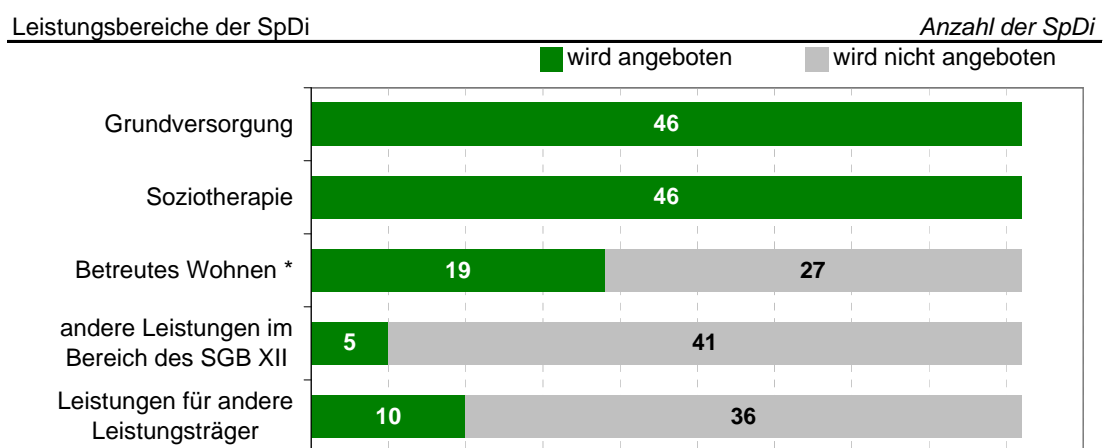
		n=46
Betreute Personen insgesamt	12 782	
Mitarbeiter insgesamt*	139,05	
Fachkräfte insgesamt*	125,10	
davon Sozialpädagogen/innen	102,68	82,08 %
davon Pflegefachkräfte	9,50	7,59 %
davon Psychologen/innen	7,52	6,01 %
davon sonstige Fachkräfte (z.B. Pädagogen)	5,40	4,32 %

* in 100 % Stellen

Tabelle 1: Betreute Personen

Pro 100 % Fachkraft wurden im Jahr 2005 durchschnittlich 102,17 Personen betreut. Damit wurde die hohe Fallzahl von 101,4 Betreuten pro Fachkraft im Jahr 2004, die zu diesem Zeitpunkt bereits zu einer erheblichen Belastung der Mitarbeitenden geführt hatte, ein weiteres Mal, wenn auch nur vermeintlich geringfügig, gesteigert.

2.3 Leistungsbereiche der Sozialpsychiatrischen Dienste



* *Betreutes Wohnen wird im Regelfall getrennt von den SpDi angeboten und ist damit an dieser Stelle nur aufgeführt, wenn diese Leistung durch das SpDi-Team selbst erbracht wurde.*

Abbildung 3: Leistungsbereiche der SpDi

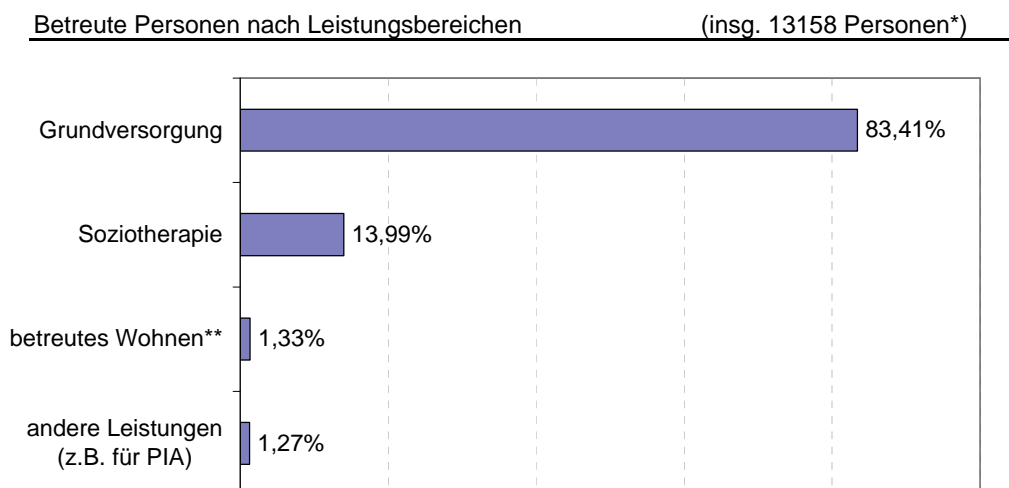
Wie bereits in 2004 umfasste das Leistungsspektrum *aller* Dienste selbstverständlich die Grundversorgung der Bevölkerung sowie, ebenfalls bei ausnahmslos allen Diens-

ten, auch Soziotherapie. Immerhin 41 % aller SpDi und damit eine annähernd gleichbleibende Anzahl wie 2004 engagierten sich darüber hinaus im Bereich „Betreutes Wohnen“, während fast ein Drittel der Dienste in 2005 zusätzlich noch Leistungen für andere Leistungsträger erbrachten wie beispielsweise die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA). Lediglich 5 Dienste boten Leistungen im Bereich des SGB XII an.

Wie die folgende Grafik zeigt, ist der prozentuale Anteil der jeweils durch die einzelnen Maßnahmen erreichten Personen jedoch sehr unterschiedlich:

3 Betreuungsverhältnisse im Berichtsjahr 2005

3.1 Betreute Personen nach Leistungsbereichen



* Mehrfachnennungen möglich

** Betreutes Wohnen wird im Regelfall getrennt von den SpDi angeboten und ist damit an dieser Stelle nur aufgeführt, wenn diese Leistung durch das SpDi-Team selbst erbracht wurde.

Abbildung 4: Betreute Personen nach Leistungsbereichen

Da die betreuten Personen Leistungen in den verschiedenen Leistungsbereichen parallel zueinander wie auch im Verlauf des Berichtsjahres nacheinander erhalten können, weicht die Summe der Fallzahlen in den einzelnen Bereichen von der Gesamtzahl der betreuten Personen naturgemäß ab. Mit 83,41 % bleibt der Anteil der Personen, die Leistungen der Grundversorgung in Anspruch nahmen, wie in den Vorjahren stabil auf hohem Niveau und bildet damit auch weiterhin das mit Abstand größte Segment innerhalb der Gesamtgruppe. Obwohl alle befragten Dienste auch Leistungen der Soziotherapie anboten, blieb die Anzahl der hiermit erreichten Personen mit knapp 14 % vergleichsweise gering, konnte aber gegenüber dem Vorjahr um 2,19 % gesteigert werden. Die 19 Dienste, welche zusätzlich auch Betreutes Wohnen in eigener Regie anboten, versorgten damit allerdings lediglich 1,33 % aller Leistungsempfänger und erreichten damit eine ähnlich niedrige Personenzahl wie bei Leistungen, die für Dritte (PIA etc.) erbracht wurden (1,27 %).

Innerhalb des Finanzierungskontextes von sozialpsychiatrischen Diensten wird die Relevanz der pauschalfinanzierten gegenüber den einzelfallfinanzierten Leistungen auch für 2005 eindrücklich ausgewiesen. Eventuelle Erwartungen, dass sich aufgrund einer intensivierten Zusammenarbeit beispielsweise mit den PIA nennenswerte Mittel zur Kompensation von gekürzten Pauschalfinanzierungen erschließen ließen, haben sich somit offensichtlich nicht erfüllt. So wünschenswert eine breitere Finanzierungsgrund-

lage für die Träger der sozialpsychiatrischen Dienste auch wäre, so muss aus fachlicher Sicht doch angemerkt werden, dass das auf diese Weise abgebildete Angebotspektrum durchaus dem Selbstverständnis der Dienste in Bezug auf ihre Kernaufgaben entspricht: durch die Konzentration der Ressourcen kann sowohl dem zeitintensiven Aufbau einer helfenden Beziehung als auch der damit verbundenen Heranführung von Betroffenen an das Hilfesystem Rechnung getragen und damit die Grundversorgung von psychisch kranken Menschen auch weiterhin sichergestellt werden.

Art der Betreuung im Rahmen der Grundversorgung

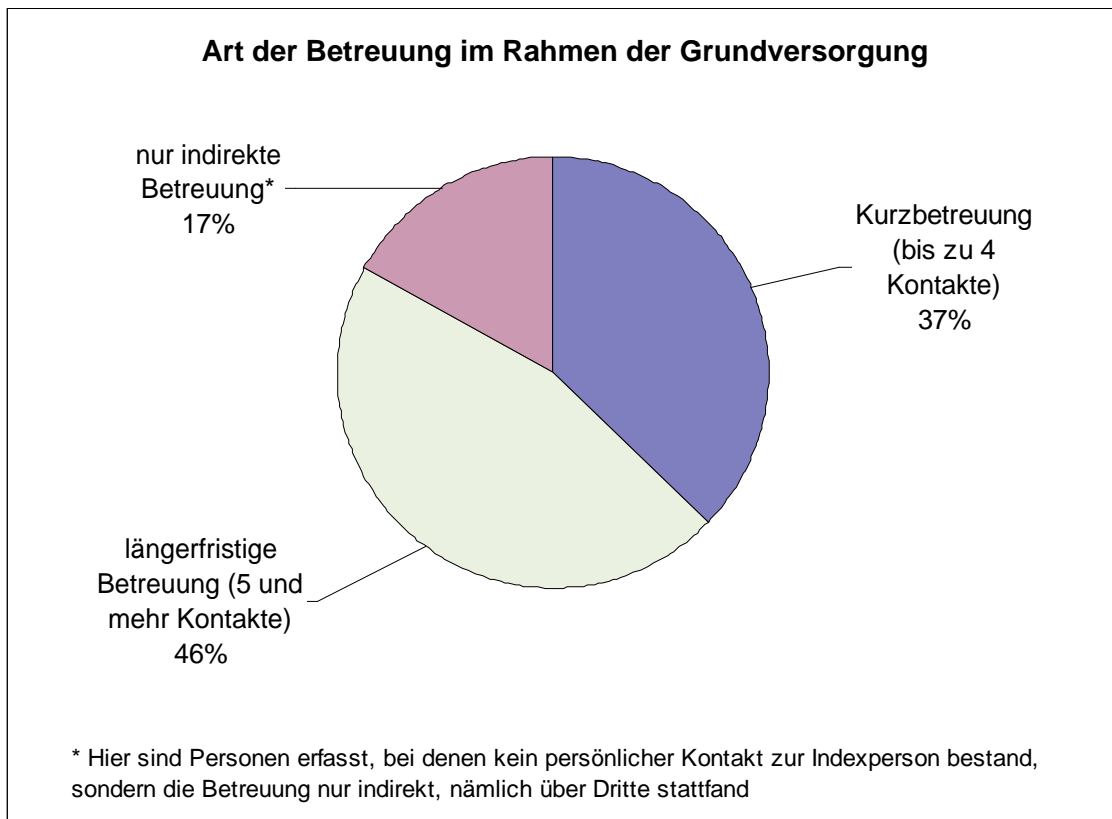


Abbildung 5: Betreuung im Rahmen der Grundversorgung

Nach wie vor konnten die sozialpsychiatrischen Dienste die Mehrzahl der betroffenen Personen auch 2005 längerfristig begleiten, d.h. mit mehr als 5 Kontakten; immerhin 17 % und damit eine geringfügig größere Personenzahl als 2004 wurde lediglich indirekt betreut. Damit wird deutlich, dass die sozialpsychiatrischen Dienste neben der Zielgruppe der direkt betroffenen Personen ein wichtiges Versorgungsangebot auch für diejenigen Personen unterbreiten, welche als Angehörige oder auf sonstige Weise in die Betreuung von psychisch Kranken involvierte Bezugspersonen die Fachkompetenz der Dienste abrufen können. Dieses Angebot, von dem auch andere soziale Einrichtungen in der regionalen Versorgung nicht unerheblich profitieren, mag zwar im Nebeneffekt auch der Kompensation von wegbrechenden Zeitressourcen dienen, zählt jedoch nach wie vor in erster Linie zu den eigentlichen und bewusst wahrgenommenen Kernaufgaben der sozialpsychiatrischen Dienste.

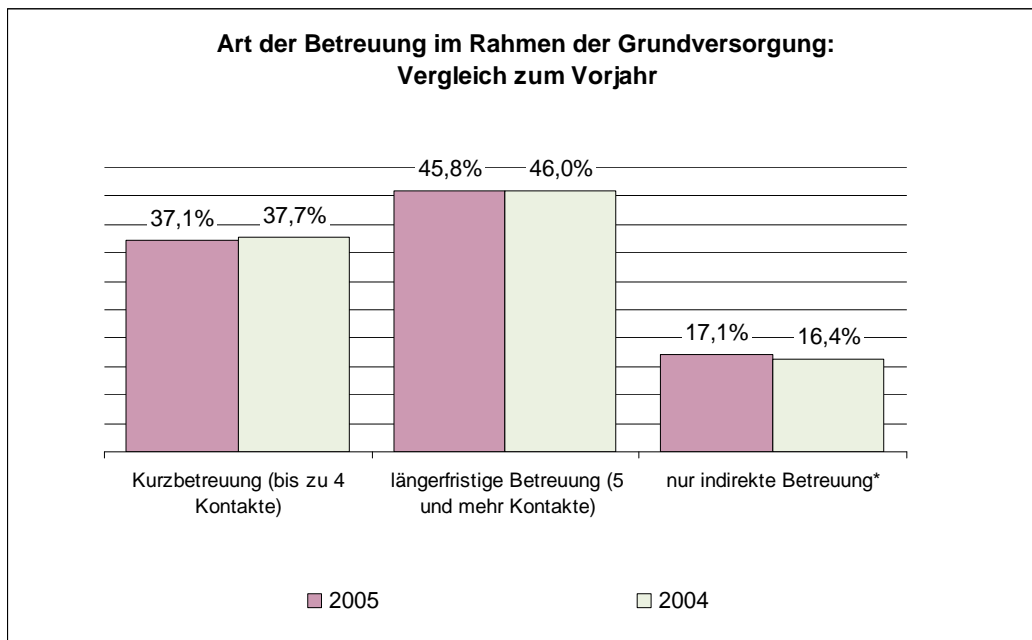
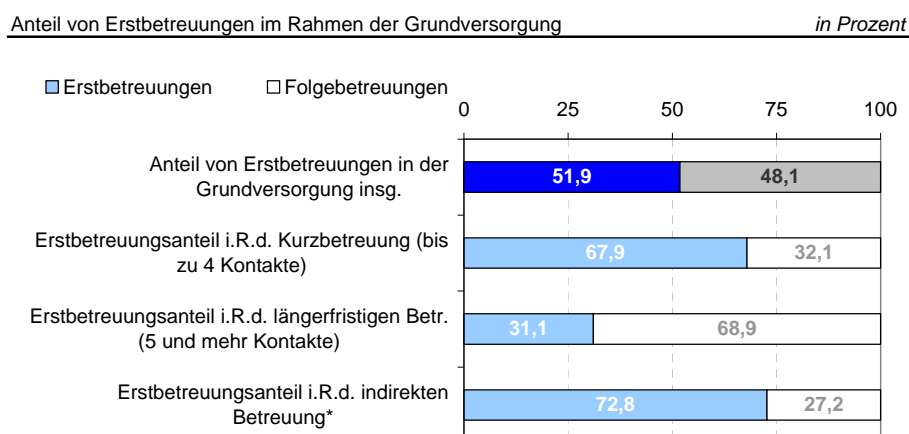


Abbildung 6: Betreuung im Rahmen der Grundversorgung. Vergleich zum Vorjahr

Nach einem leichten Rückgang der längerfristigen Betreuungskontakte in 2004 um 2,8 % als Konsequenz der gekürzten Pauschalfinanzierungen in 2003 stabilisierten sich diese 2005 in etwa auf Vorjahresniveau. Die mit 37,1 % nur geringfügig rückläufige Anzahl der Kurzbetreuungen kompensiert sich vermutlich durch einen ebenfalls geringen Anstieg bei den indirekten Kontakten, mit denen oftmals auch der Zugang zu denjenigen Kranken sichergestellt werden kann, die (noch) nicht bereit sind, die erforderlichen Hilfen anzunehmen und die daher im Gesamtspektrum der Leistungen eine wichtige Funktion inne haben.

3.2 Anteil der Erstbetreuungen im Rahmen der Grundversorgung



* hier sind Personen erfasst, bei denen kein persönlicher Kontakt zur Indexperson bestand, sondern die Betreuung nur indirekt, nämlich über Dritte stattfand

Abbildung 7: Erstbetreuungen im Rahmen der Grundversorgung

Gegenüber dem Vorjahr ist der Gesamtanteil der Personen, welche 2005 *erstmalig* Angebote der SpDi im Rahmen der Grundversorgung nutzten, noch einmal geringfügig gestiegen und hat die 50 %-Marke nun deutlich überschritten. Dabei findet sich die größte Untergruppe, nämlich 72,8 %, bei den Erstkontakten mit indirekt betreuten Personen, während ein knappes Drittel (31,1 %) der Erstberatungen in längerfristige Beratungen einmündeten. Gut zwei Drittel der Erstberatungen, nämlich 67,9 %, konnten nach maximal 4 Beratungskontakten abgeschlossen werden.

Die Auswertung der offenen Fragen an die Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste legt nahe, dass der neuerliche Anstieg der Erstkontakte auf dem Hintergrund der Reformen in der Sozialgesetzgebung interpretiert werden muss, die zu Beginn des Jahres 2005 in Kraft getreten sind. Zu den ohnehin belastenden psychischen Erkrankungen addierten sich in zahlreichen Fällen existenzielle Verunsicherungen, wobei insbesondere die komplexe Antragstellung auf Arbeitslosengeld II viele Betroffene überforderte und somit erstmalig in die SpDi führte.

3.3 Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit im Rahmen der längerfristigen Grundversorgung

Die im folgenden dargestellten Zahlen spiegeln die Kontakthäufigkeit der Betroffenen im Kontext von drei verschiedenen Zeitfenstern wider und erlauben so Aussagen über die Relation von kurzer zu längerer Betreuungsdauer innerhalb der einzelnen Dienste. Da die Dokumentation jedoch lediglich den Personenkreis erfasst, der sich innerhalb des abgefragten Kalenderjahres in einem Betreuungsverhältnis befand, lässt sich hieraus jedoch keine Aussage über die *tatsächliche* Betreuungsdauer pro Fall generieren.

	5-10 Kontakte	11-20 Kontakte	21-40 Kontakte	> 40 Kontakte	
bis 3 Monate Betreuung	747	100	10	3	860
3-6 Monate Betreuung	609	351	103	5	1.068
7-12 Monate Betreuung	974	1.202	717	331	3.224
	2.330	1.653	830	339	5.152

Tabelle 2: längerfristige Betreuung im Rahmen der Grundversorgung

Die überwiegende Mehrzahl aller Personen, die im Rahmen einer längerfristigen Versorgung, d.h. also mit mehr als 4 Kontakten, begleitet wurden, findet sich in einem Betreuungsrahmen von bis zu 10 Kontakten wieder, wobei sich die Betreuung von immerhin knapp 1000 der insgesamt 2 330 Personen in dieser Kategorie auf einen Zeitraum von bis zu einem Jahr erstreckte. Dieser Faktor – nämlich die Verteilung der unterschiedlichen Kontaktzahlen pro Person auf einen mehrheitlich über 6 Monate andauernden Betreuungszeitraum - bildet sich in allen anderen Kategorien ebenfalls ab und weist naturgemäß bei den Personen mit über 40 Kontakten die größte Häufigkeit auf. Immerhin haben 5 Personen ihre über 40 Kontakte mit den Mitarbeitenden der sozialpsychiatrischen Dienste auf einen Zeitraum von unter 6 Monaten, 3 Personen gar

auf einen Zeitraum von unter 3 Monaten verteilt. Eine derartig hohe Kontaktdichte lässt sich sicherlich als Indiz für erfolgte Kriseninterventionen deuten, wenn auch diese Kategorie in den Fragen selbst nicht direkt erhoben wurde.

3.4 Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit im Rahmen der längerfristigen Grundversorgung

Betreuung im Rahmen einer längerfristigen Betreuung in der Grundversorgung					<i>in Prozent</i>
	5-10 Kontakte	11-20 Kontakte	21-40 Kontakte	> 40 Kontakte	
bis 3 Monate Betreuung	14,5%	1,9%	0,2%	0,1%	16,7%
3-6 Monate Betreuung	11,8%	6,8%	2,0%	0,1%	20,7%
7-12 Monate Betreuung	18,9%	23,3%	13,9%	6,4%	62,6%
	45,2%	32,1%	16,1%	6,6%	100,0%

Tabelle 3: Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit in der Grundversorgung

In Prozenten ausgedrückt nahmen demnach 45,2 % und damit die größte Untergruppe der Personen, welche längerfristig im Rahmen der Grundversorgung betreut wurden, bis zu 10 Kontakte mit den Mitarbeitenden der sozialpsychiatrischen Dienste wahr, wobei sich die Mehrzahl dieser Kontakte auf einen Zeitraum von über 6 Monaten erstreckte; lediglich 6,6 % nutzten das Angebot in über 40 Kontakten, die sich allerdings mehrheitlich auf eine Betreuungsphase von 6 bis 12 Monaten verteilten.

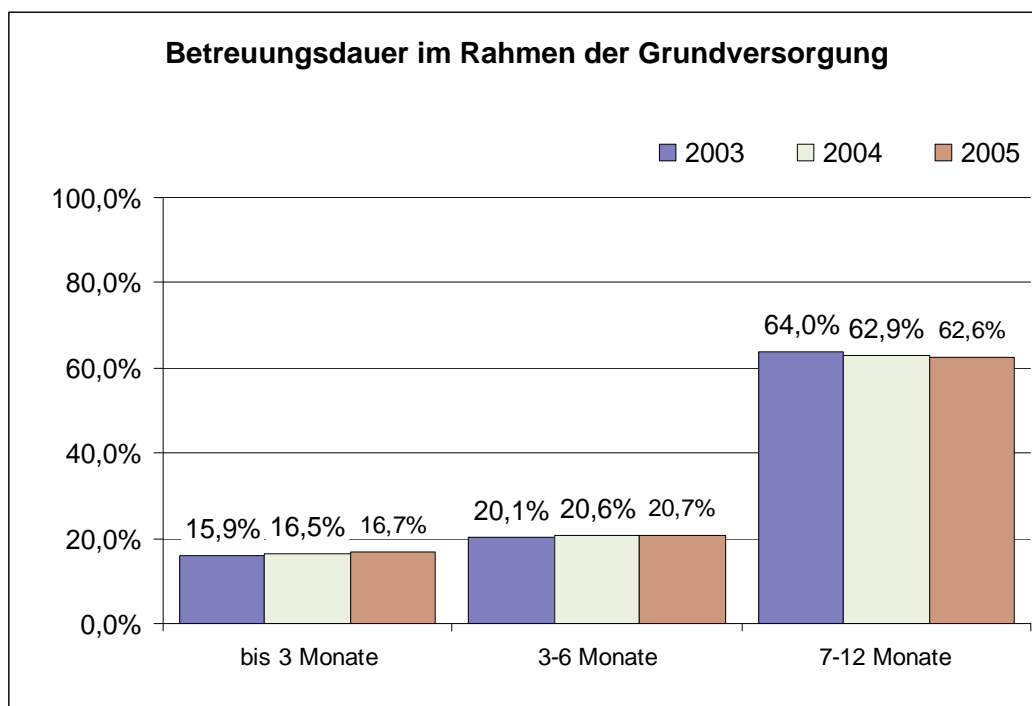


Abbildung 8: Betreuungsdauer im Rahmen der Grundversorgung

Im Vergleich der Daten von 2003, 2004 und 2005 fällt auf, dass sich die Anzahl von Betreuungen, welche sich auf einen Zeitraum zwischen 7 und 12 Monaten erstreckten, tendenziell rückläufig entwickelt - wenn sie auch immer noch den eindeutigen Schwerpunkt innerhalb der abgefragten Zeitfenster abbildet - während die Anzahl der Betreuungen von bis zu 3 Monaten stetig steigt. Im mittleren Bereich, also im Betreuungsrahmen von 3 – 6 Monaten, lässt sich ebenfalls ein - allerdings geringerer - Zuwachs gegenüber dem Vorjahr beobachten.

Es ist zu vermuten, dass sich unter Umständen in diesen Veränderungen ein Paradigmenwechsel andeutet: Die Abnahme an längerfristigen und damit *kontinuierlich* intensiven Beziehungen zwischen KlientInnen und BeraterInnen ist eventuell Folge von verknüpften Zeitressourcen; eventuell ist sie allerdings auch dem Faktum geschuldet, dass sich die Kooperation der Mitarbeitenden mit anderen Leistungserbringern beträchtlich intensiviert hat und daher tendenziell der Austausch **über** KlientInnen (beispielsweise in Fall- oder Hilfeplankonferenzen) zulasten der Kontakte **mit** den Betroffenen gehen mag.

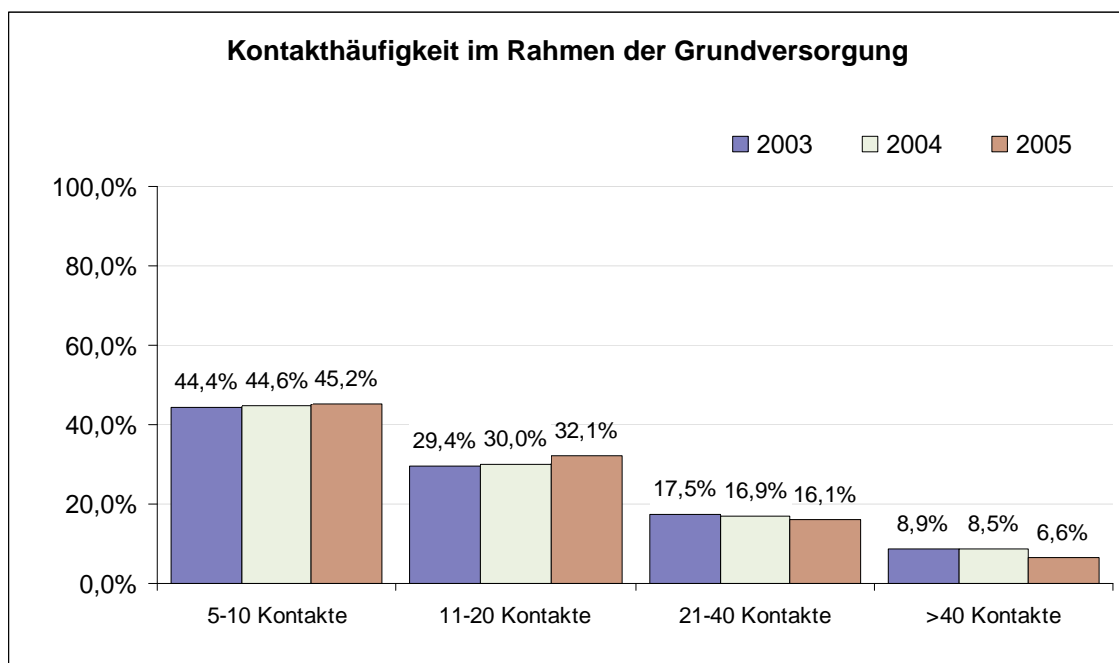


Abbildung 9: Kontakthäufigkeit im Rahmen der Grundversorgung

Die größten Zuwächse im Vergleich der Jahre 2003–2005 verzeichnen wiederum die Kategorien, die im Rahmen der Grundversorgung mit 5-10 bzw. 11-20 Kontakten eine eher geringere Kontakthäufigkeit aufweisen, während vor allem die Begleitung von Personen, die mit über 40 Kontakten betreut wurden, signifikant zurückgegangen ist.

Immerhin 77,3 % der 2005 erfassten Personen kamen also mit bis zu 20 Kontakten innerhalb des abgefragten Kalenderjahres aus, welche sich mehrheitlich auf einen Zeitraum von 7 bis zu 12 Monaten verteilten, wenn man das vorangegangene Diagramm mit einbezieht. Dies bedeutet, dass die überwiegende Mehrzahl aller Klienten und

Klientinnen der sozialpsychiatrischen Dienste mindestens einmal im Monat einen Kontakt mit ihrem Berater oder ihrer Beraterin wahrnahm, ohne dass diese Zahl jedoch eindeutige Interpretationen zuließe. Es ist allerdings zu vermuten, dass die Mehrzahl der betroffenen Personen ihre Situation mit Hilfe von niederfrequenten, jedoch regelmäßigen Kontakten zu stabilisieren versucht und dabei in akuten Krisen auch von hochfrequenten Interventionen Gebrauch macht. Mit dieser Aussage ließe sich sowohl die Personengruppe beschreiben, welche sich nach erfolgter stationärer Behandlung im Zuge einer kontinuierlichen Nachsorge orientiert als auch Personen, bei denen die regelmäßige Begleitung einer neuerlichen Einweisung in die stationäre psychiatrische Behandlung prophylaktisch entgegengewirkt.

Beendigungen der längerfristigen Grundversorgung

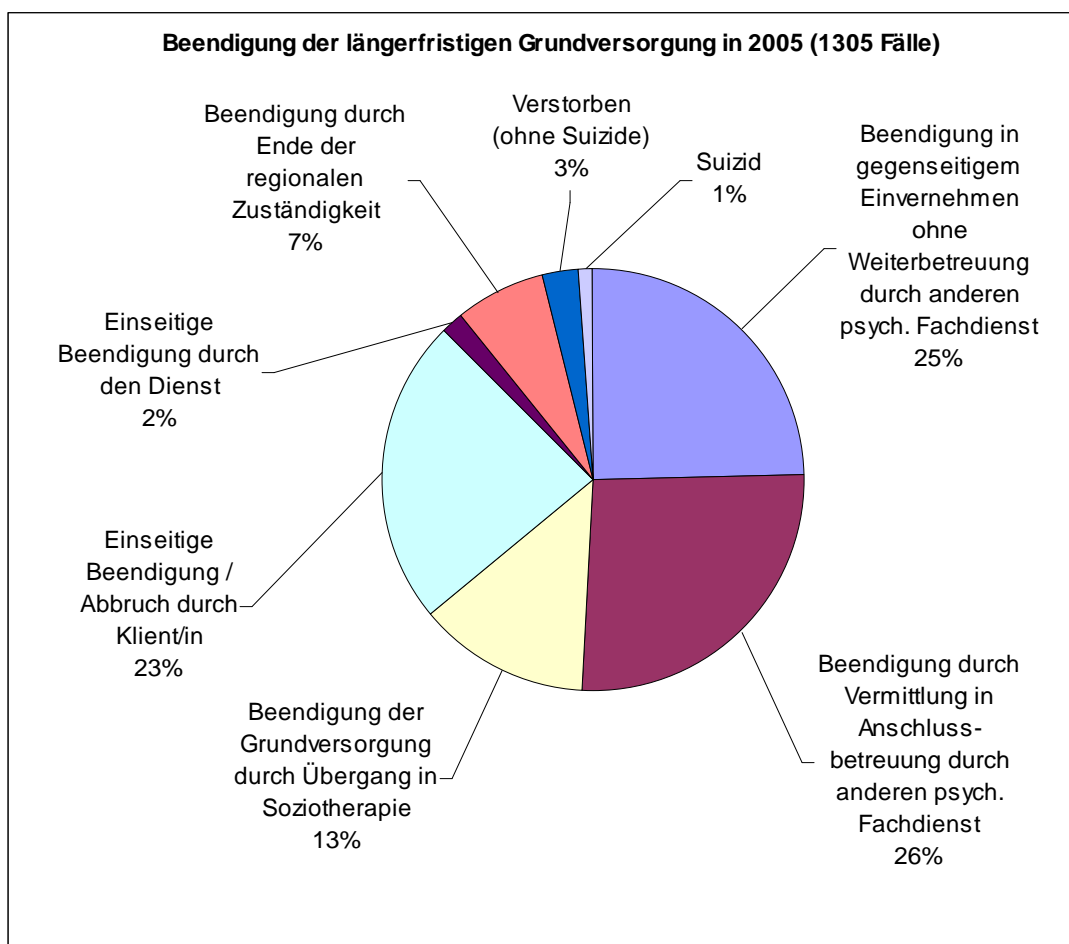


Abbildung 10: Beendigung der längerfristigen Grundversorgung

Mit lediglich 2 % fällt die einseitige Beendigung der längerfristigen Grundversorgung durch den sozialpsychiatrischen Dienst selbst wie schon in den Vorjahren extrem geringfügig aus. Die relativ größte Gruppe der beendigten Fälle findet sich in der Gruppe derjenigen Klienten und Klientinnen wieder, welche im Anschluss an eine Versorgung durch den SpDi an einen anderen psychiatrischen Fachdienst vermittelt wurde; mit 26 % aller Fälle wurde das Vorjahresergebnis (23,8 %) in diesem Segment noch ein-

mal leicht gesteigert. Addiert man diejenigen Personen hinzu, deren Grundversorgung aufgrund des Übergangs in Psychotherapie beendet wurde (13 %), so umfasste die Überweisung in andere Maßnahmen immerhin fast 40 % aller Klienten und Klientinnen. Damit erweisen sich die sozialpsychiatrischen Dienste auch als kompetente Clearing-Stelle in dem Bemühen, für ihre Klienten und Klientinnen das jeweils optimale Angebot zu erschließen.

Diese Zahl ist allerdings auch in dem Sinne bemerkenswert, als dass die Vermittlung in andere Versorgungsformen in der Regel eine hohe Arbeitsintensität mit sich bringt, die sich beispielsweise in der Kommunikation mit anderen Einrichtungen, Verhandlungen mit unterschiedlichen Kostenträgern sowie der Einführung von neuen Bezugspersonen in das individuelle Betreuungsnetzwerk ausdrückt.

Dass immerhin 23 % aller Betroffenen den Kontakt zu „ihrem“ sozialpsychiatrischen Dienst auf eigenen Wunsch und keineswegs immer im Konsens mit den BeraterInnen beenden, muss nicht verwundern, wenn man die Ambivalenz in Rechnung stellt, die der Inanspruchnahme von Hilfe grundsätzlich innewohnt. Wenn auch die Datenlage aufgrund der Fragestellungen keinen Nachweis dafür erbringt, dass sich hinter den im Jahr 2005 einseitig beendeten Betreuungen unter Umständen auch zahlreiche *Kontaktunterbrechungen* verbergen, so ist eine entsprechende Vermutung doch durchaus berechtigt: Häufig suchen die Betroffenen selbst, ihre Angehörigen oder andere Bezugspersonen um eine Wiederaufnahme der Betreuung nach, wenn die psychische Verfasstheit der KlientInnen dies geboten erscheinen lässt.

In 4 % aller Fälle wurde die Betreuung durch den Tod der Ratsuchenden beendet, davon 1 % durch Suizid. Diese Zahl macht deutlich, in welcher schwerwiegenden Konfliktlagen und zugespitzten Lebenskrisen sich ein Teil der Menschen befindet, welche die sozialpsychiatrischen Dienste aufsuchen: Von den Mitarbeitenden wird hier nicht nur die kompetente Begleitung bei chronischen psychischen Krankheiten erwartet, sondern auch ein intensiver Einsatz im Bereich der Suizidprophylaxe für eine Gruppe von besonders gefährdeten Personen. Dass dies nicht immer gelingt, bedrückt neben den Angehörigen nicht zuletzt auch die Mitarbeitenden selbst. So mag es dennoch hoffnungsfroh stimmen, dass immerhin ein Viertel aller Betroffenen die Betreuung im Verlauf des Jahres 2005 in Einverständnis mit den Beratern und Beraterinnen beenden konnte und damit ein Stück gemeinsamen Weges zur beidseitigen Zufriedenheit seinen positiven Abschluss fand.

4 Soziotherapie in den Sozialpsychiatrischen Diensten

4.1 Verordnungen von Soziotherapie

Verordnungen von Soziotherapie	n=45		
	Erstverordnungen	Folgeanträge	gesamt
Anzahl der Soziotherapieanträge in 2005	537	634	1.171
genehmigte Soziotherapieanträge in 2005 <i>in % der Soziotherapieanträge</i>	461 85,8	570 89,9	1.031 88,0
davon erst nach Widerspruch genehmigt <i>in % der genehmigten Soziotherapieantr.</i>	11 2,4	18 3,2	29 2,8

Tabelle 4: Verordnungen von Soziotherapie

Erstmalig übersteigt die Zahl der Folgeanträge (634) die Anzahl der Erstverordnungen (537) deutlich mit fast 100 Verordnungen; 2004 standen noch 680 Folgeanträge den 670 Erstverordnungen gegenüber. Wie bereits im letzten Jahr liegt die Zahl der bereits im ersten Anlauf genehmigten Anträge sowohl bei den Erst- wie auch den Folgeanträgen mit jeweils deutlich über 80 % in einem gerade noch akzeptablen Bereich, wenn auch die Genehmigungspraxis der einzelnen Krankenkassen mitunter erheblich voneinander abweicht. Addiert man die Anträge hinzu, die schlussendlich nach erfolgtem Widerspruch auch noch bewilligt wurden, so nähert sich die Gesamtzahl der genehmigten Folgeanträge mit immerhin 93,1 % langsam dem wünschenswerten Versorgungsindex.

4.2 Genehmigungen von Soziotherapie

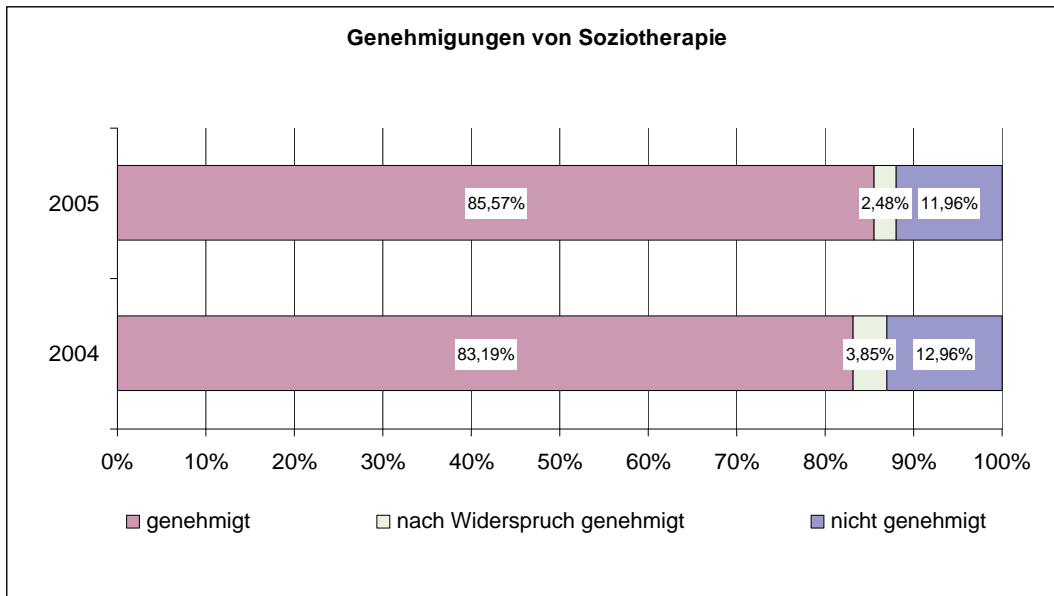


Abbildung 11: Genehmigungen von Soziotherapie

Im Vergleich zwischen 2004 und 2005 ist die Zahl der nicht genehmigten Soziotherapien um genau 1 Prozent auf nunmehr knapp 12 % gesunken; es bleibt zu hoffen, dass sich dieser Prozess im Interesse der betroffenen Patienten und Patientinnen mittelfristig als Tendenz stabilisieren wird.

4.3 Anzahl der Soziotherapieanträge als Erstverordnungen und Folgeanträge

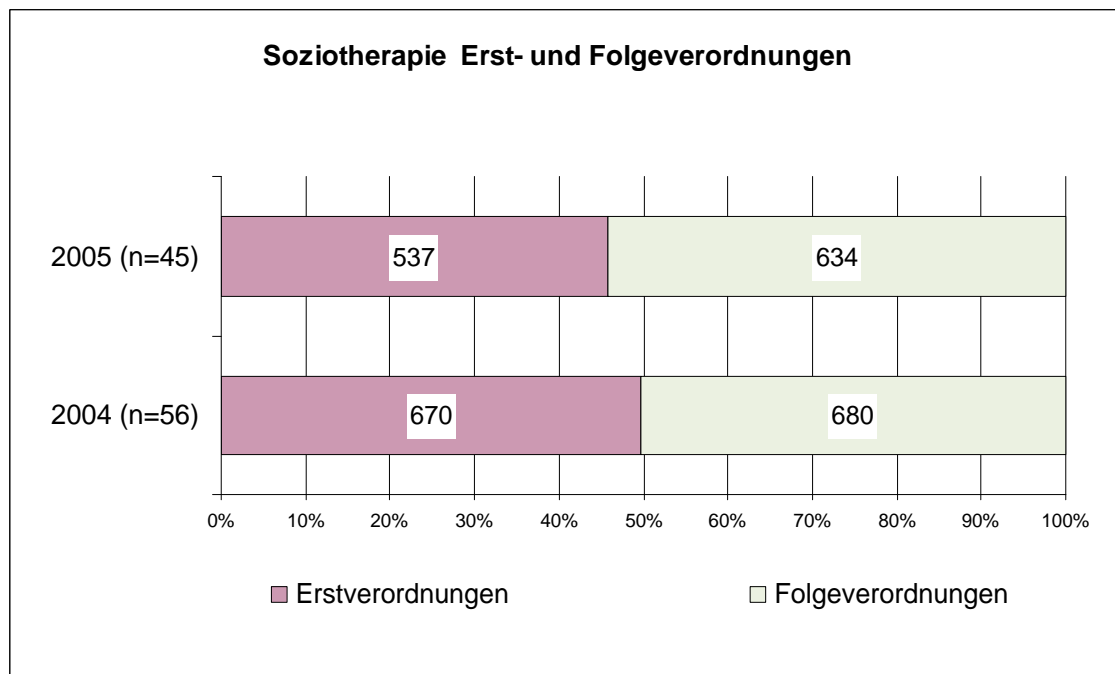


Abbildung 12: Soziotherapie Erst- und Folgeverordnungen

In der Relation zu der jeweils erhobenen Gesamtzahl der Dienste blieb der Anteil der Erstverordnungen 2005 gegenüber 2004 nahezu gleich; lediglich die Zahl der Folgeverordnungen ist 2005 sprunghaft gestiegen, vermutlich ein Indiz für die seit Einführung der Soziotherapie gewachsene, gute Kooperation mit psychiatrischen Fachärzten, welche für die Verordnung von Soziotherapie zuständig sind. Damit hat sich die 2004 angesichts der gesunkenen Fallzahlen geäußerte Sorge, dass aufgrund eines „Creaming-Effektes“ das Potenzial an „soziotherapiefähigen“ PatientInnen im Lauf der Zeit abnehmen könne, zunächst nicht als Trend bestätigt. Allerdings kann bei nahezu gleichen Verordnungszahlen auch kaum davon ausgegangen werden, den Wegfall der pauschalierten Kassenleistung durch individuelle Leistungsansprüche auf hohem Niveau kompensieren zu können.

4.4 Verfahren bei Ablehnung des Antrages auf Soziotherapie

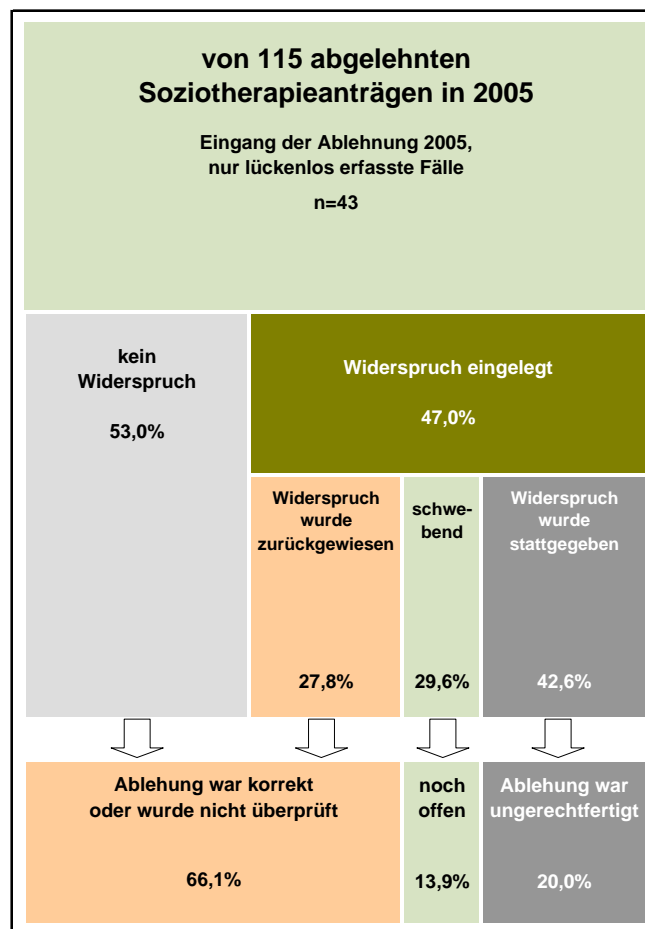


Abbildung 13: Verfahren bei Ablehnung des Antrages auf Soziotherapie

Es ist davon auszugehen, dass die Ablehnung eines Soziotherapieantrages in jedem Falle eine sehr arbeitsintensive Phase nach sich zieht: Sei es, um im Zuge des Widerspruchsverfahrens doch noch eine Genehmigung zu erlangen, sei es, um die betroffenen Patienten bei der Verarbeitung dieses unwillkommenen Sachverhaltes zu unterstützen. So ist die hier ausgewertete Datenlage sicherlich von besonderem Interesse, dokumentiert sie doch, auf welche Weise die sozialpsychiatrischen Dienste konkret mit

der lückenlos erfassten Ablehnung von 115 Anträgen im Berichtsjahr 2005 umgegangen sind:

In 47 %, also fast in der Hälfte aller Fälle (2004 waren es allerdings noch 64,8 %) legten die Dienste Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid ein; eventuell ist dieser Rückgang der Tatsache geschuldet, dass Widerspruchsverfahren den Betroffenen nicht nur ein hohes Durchhaltevermögen abverlangen, sondern auch erhebliche Personalressourcen binden. Immerhin 42,6 % aller Widersprüche wurde stattgegeben, ein bei knapp 30 % noch schwebenden und 27,9 % bereits abgewiesenen Widersprüchen bedingt erfolgreiches Resultat. Dass 20 % aller Ablehnungen als ungerechtfertigt klassifiziert wurden, lässt allerdings die Vermutung zu, dass sich das Widerspruchsverfahren im Interesse der betroffenen Patienten und Patientinnen allemal lohnen dürfte.

Initiiierende Stellen für Soziotherapie

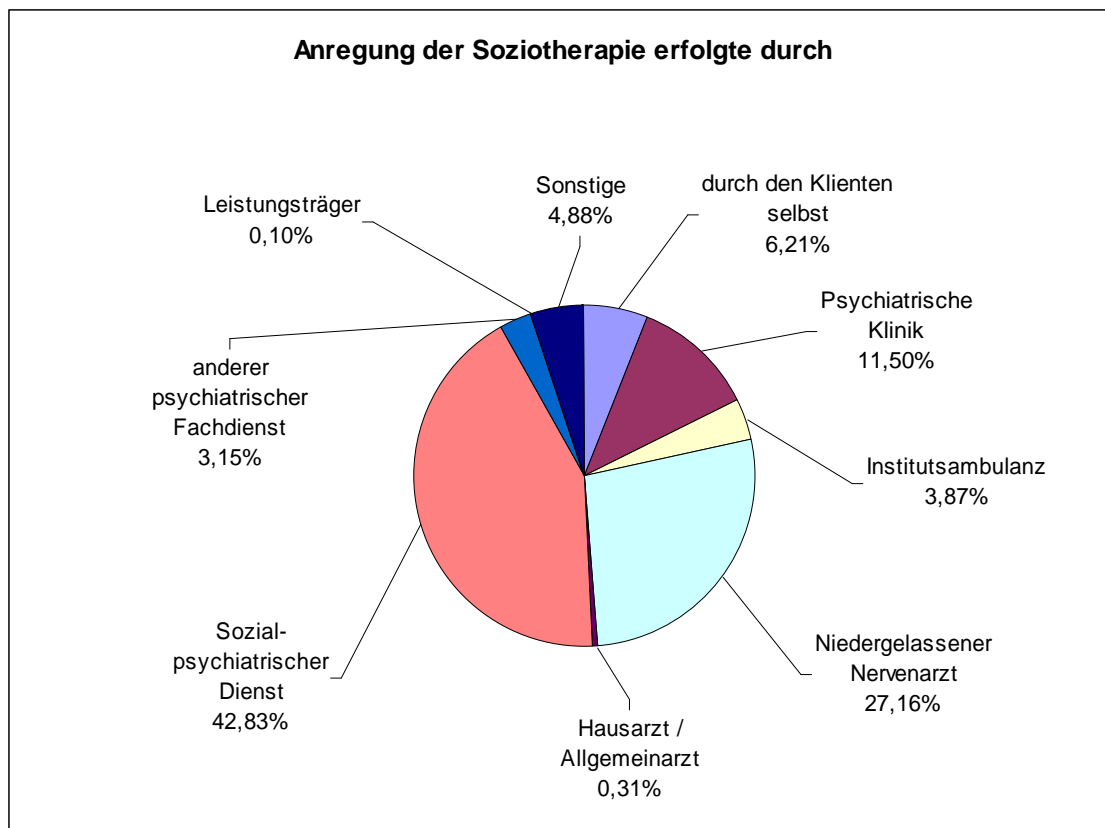


Abbildung 14: Initiiierende Stellen für Soziotherapie

Dieses Diagramm verdeutlicht, welche Dienstleister innerhalb der psychiatrischen Versorgungslandschaft innerhalb welchen Umfangs Soziotherapie als geeignete Unterstützung für betroffene Personen angeregt haben. Mit 42,83 % blieben die sozialpsychiatrischen Dienste auch in 2005 die mit beachtlichem Abstand größte Gruppe der initiativen Fachdienste, allerdings mit einem deutlich gesunkenen Vorsprung gegenüber den niedergelassenen Nervenärzten: Stellten diese in 2004 bereits das zweitgrößte

Einzelsegment, so ist hier doch ein Zuwachs von insgesamt 7,7 % zu verzeichnen, der vermuteter Maßen eine verbesserte Kooperation zwischen den beiden „Dienstleistern“ indiziert. Psychiatrische Kliniken wurden in 11,5 % aller Fälle initiativ, während sich die Institutsambulanzen mit 3,87 % aller Anregungen noch immer am unteren Ende der Skala wiederfinden. Wenig erklärungsbedürftig ist wohl die Tatsache, dass lediglich 0,1 % aller Initiativen von Leistungsträgern ausgingen. Dagegen regten immerhin 6,21 % der Klienten und Klientinnen selbst die Durchführung von Soziotherapie an.

Dass sich Soziotherapie offensichtlich im Maßnahmenkatalog für chronisch kranke Menschen etabliert hat, lässt darauf schließen, dass die fachliche Akzeptanz dieses Instrumentes innerhalb der Versorgungslandschaft mittlerweile unbestritten zu sein scheint. Dennoch addiert sich zum fachlichen Interesse an Soziotherapie zumindest für die sozialpsychiatrischen Dienste der ökonomische Zwang, die zunehmend knapperen finanziellen Ressourcen durch die Verstärkung der individuell abrechenbaren Leistungen zu kompensieren. Angesichts des hohen Aufwandes, der sowohl im Vorfeld von Anträgen, bei der Antragstellung selbst als auch bei der Begleitung von Widersprüchen auf die Dienste zukommt, ist allerdings mehr als fraglich, ob die bislang praktizierte Kostenerstattung ausreicht, um den durch Soziotherapie entstehenden Mehraufwand angemessen abzufedern.

Initiierung von Soziotherapie: Vergleich 2004 – 2005

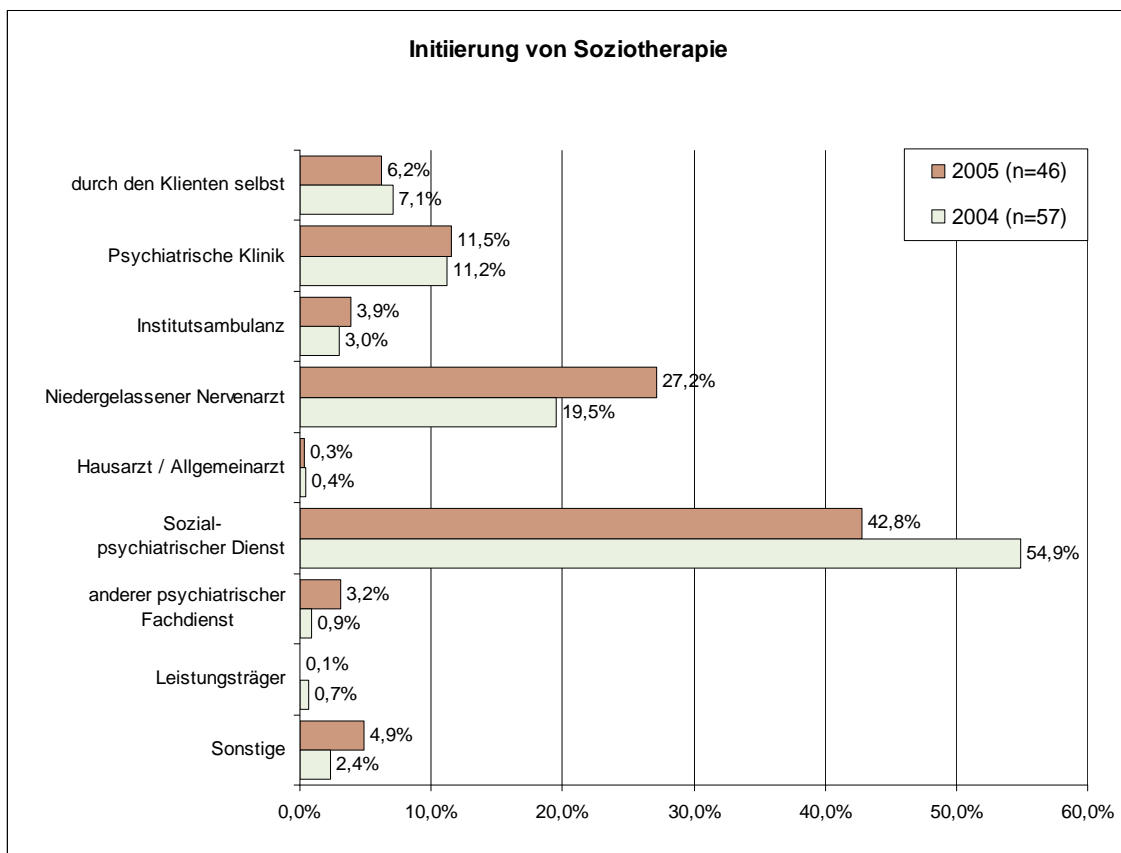


Abbildung 15: Initiierung von Soziotherapie: Vergleich 2004 – 2005 prozentual

Der Vergleich der initiierenden Stellen 2004 und 2005 weist in den meisten Segmenten nur marginale Veränderungen auf; auffällig ist allerdings ein prozentual deutlicher Rückgang von Initiativen der sozialpsychiatrischen Dienste sowie ein ebenso deutlicher Zuwachs an Initiativen bei den niedergelassenen Nervenärzten. Die folgende Tabelle verdeutlicht diese Entwicklung noch einmal in absoluten Zahlen:

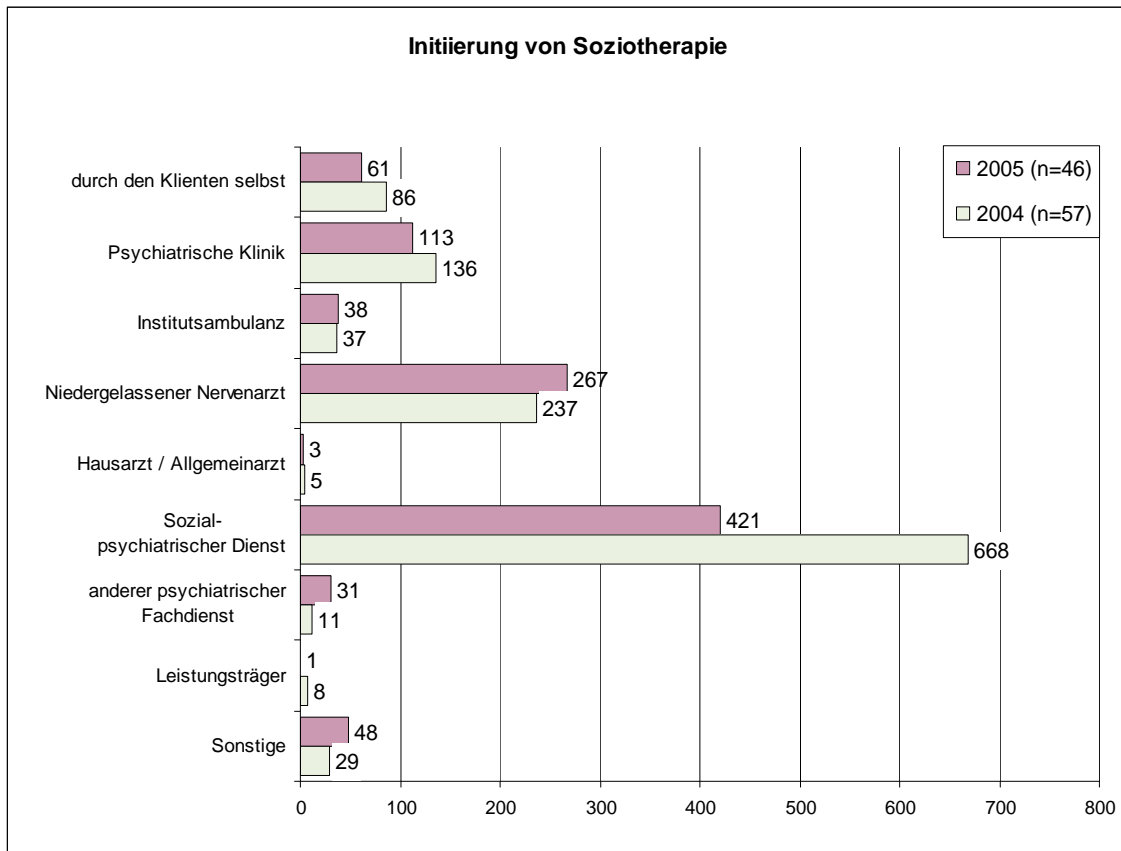


Abbildung 16: Initiierung von Soziotherapie: Vergleich 2004 – 2005 absolut

4.5 Beendigung der Soziotherapie

Von den im Jahr 2005 beendeten 393 Soziotherapien sind immerhin – und das ist die auffälligste Größe in diesem Diagramm – 21,9 % einseitig von den Klienten und Klientinnen selbst abgebrochen worden; damit ist die Quote der einseitigen Abbrüche absolut gleich mit der Quote der einseitig abgebrochenen Grundversorgung. Ging man aufgrund der Datenlage des letzten Jahres noch davon aus, dass die zum damaligen Zeitpunkt eindeutig höhere Abbruchquote bei den Soziotherapien unter Umständen auf die hier geforderte höhere Verbindlichkeit zurückzuführen sein könnte, so lässt die diesjährige Quote eine derartige Interpretation kaum noch zu. Anzunehmen ist jedoch, dass sich die Zuzahlungsgebühr nach wie vor bei einem großen Teil der Betroffenen als hinderlich erweist.

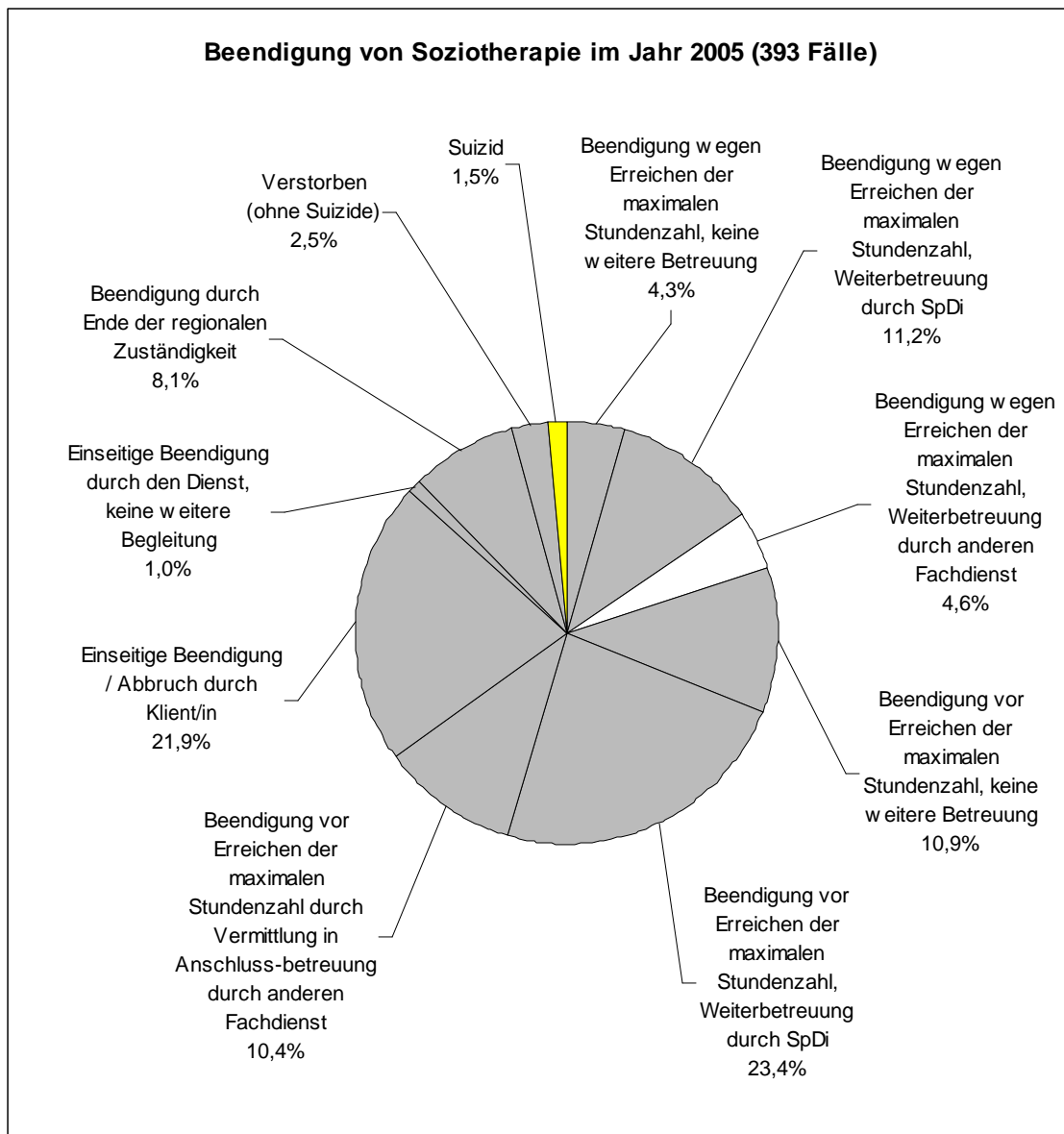


Abbildung 17: Beendigung der Soziotherapie

Zusammen mit den 12 %, die nach Erreichen der maximalen Stundenzahl durch den SpDi weiterbetreut wurden, sind weitere 24 % aller Klienten und Klientinnen, deren Soziotherapie bereits vor Erreichen der maximalen Stundenzahl beendet werden konnte, durch den Dienst auch weiterhin begleitet worden; das heißt also, dass insgesamt 36 % und damit mehr als ein Drittel der regulär beendeten Soziotherapiefälle im Anschluss an diese Maßnahme in der Zuständigkeit der sozialpsychiatrischen Diensten verblieben. Insgesamt 16 % wechselten nach Beendigung der Soziotherapie in eine Anschlussbetreuung durch andere Fachdienste, während lediglich 11 % aller Klienten und Klientinnen die Soziotherapie vor der Zeit beendeten, ohne eine Anschlussversorgung in Anspruch zu nehmen.

5 Kooperation mit den Psychiatrischen Institutsambulanzen

5.1 Psychiatrische Institutsambulanzen in den untersuchten Regionen Baden-Württembergs

Nachdem in Baden-Württemberg mit der Implementierung von Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) ein weiterer ambulanter Baustein als Anlaufstelle für psychisch kranke Menschen zur Verfügung steht, war es auch 2005 Ziel der Erhebung, zu dokumentieren, wie sich die Kooperation zwischen den Sozialpsychiatrischen Diensten und den PIA auf der Grundlage ihrer jeweils spezifischen Aufgabenstellung weiterentwickelt hat.

40 der erhobenen Dienste (87 %) gaben an, dass in ihrem Versorgungsgebiet eine PIA vorhanden sei, während dies bei lediglich 13 % der SpDi (6) nicht der Fall war. Wie sich zeigt, kooperieren Sozialpsychiatrische Dienste und PIA ausnahmslos miteinander, wo sie in einer Region gemeinsam für die ambulante Versorgung der psychisch kranken Menschen zuständig sind.

5.2 Formen der Kooperation

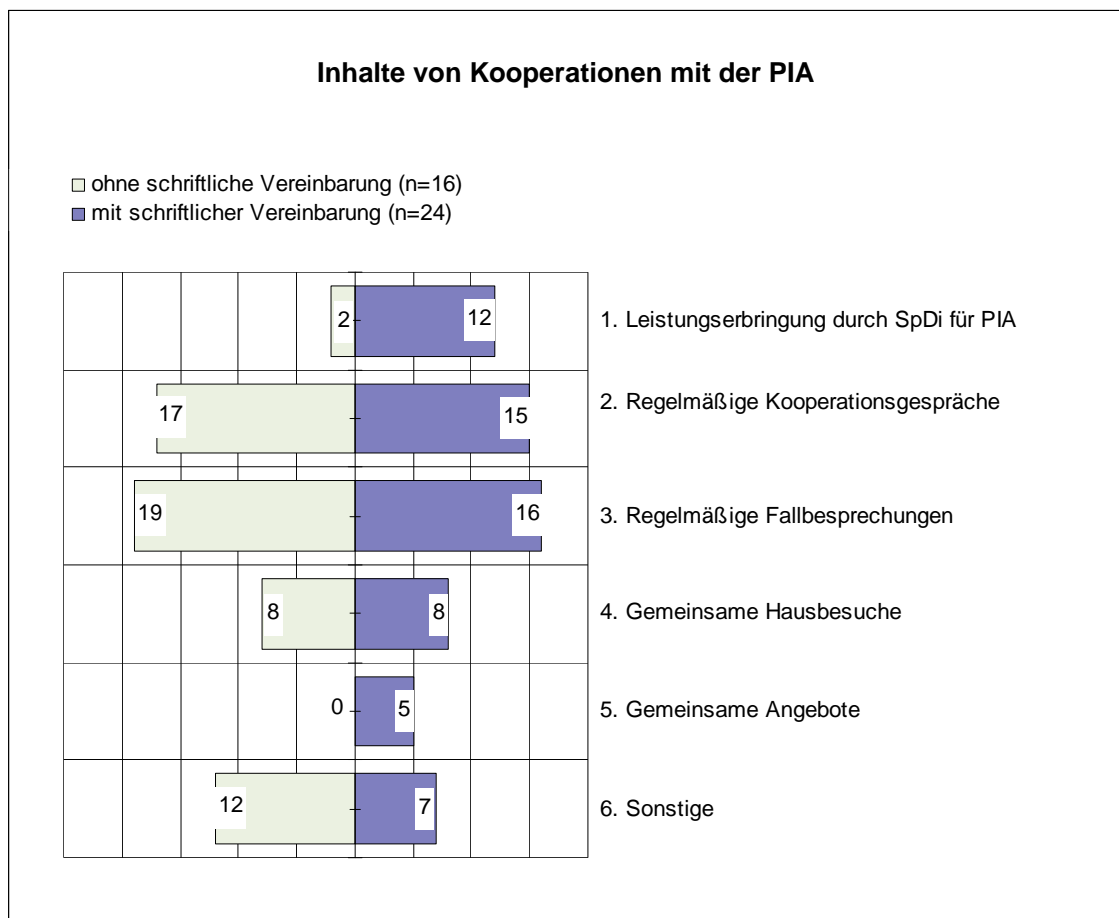


Abbildung 18: Kooperationen mit PIA - Inhalte

Die Mehrzahl der insgesamt 40 sozialpsychiatrischen Dienste (24), welche mit Psychiatrischen Institutsambulanzen kooperieren, hat die Inhalte der Kooperation bereits in schriftlichen Vereinbarungen festgehalten, während sich 16 Dienste ohne schriftliche Vereinbarungen behelfen. Dies mag allerdings auch daran liegen, dass dem flächendeckenden Angebot der sozialpsychiatrischen Dienste keineswegs ein ebenso flächendeckendes Angebot an PIA gegenübersteht.

Unabhängig davon stellt jedoch in beiden Segmenten die „regelmäßige Fallbesprechung“ die am häufigsten genutzte Kooperationsform dar, dicht gefolgt von regelmäßigen Kooperationsgesprächen. Dass Letztere im Bereich der Einrichtungen, die ohne schriftliche Vereinbarung miteinander kooperieren, häufiger stattfinden als bei Diensten mit schriftlichen Absprachen, ist kaum verwunderlich. Während sich die „gemeinsamen Hausbesuche“ auf Platz 4 befinden und in beiden Segmenten genau gleich häufig genutzt werden, fällt eine große Diskrepanz sowohl bei der Durchführung von „gemeinsamen Angeboten“ (etwa psychoedukative Gruppen) als auch bei Leistungen auf, welche die SpDi für die PIA erbringen: In Kooperationsbezügen, die auf keinen schriftlichen Vereinbarungen basieren, wird überhaupt kein Angebot gemeinsam unterbreitet (im anderen Segment sind es immerhin 5), und lediglich 2 Dienste ohne schriftliche Vereinbarung erbringen Leistungen für die PIA, während es in der anderen Gruppe bereits 12 Dienste sind.

Offensichtlich bedürfen diejenigen Kooperationsformen, welche den höchsten Grad an Verbindlichkeit aufweisen, am ehesten einer schriftliche Fixierung der beabsichtigten gemeinsamen Maßnahmen, um realisiert werden zu können. Da jedoch davon ausgegangen werden darf, dass zunehmend mehr sozialpsychiatrische Dienste ihre Kooperation mit der PIA im Zuge der Entwicklung zu Gemeindepsychiatrischen Verbänden und –zentren im Rahmen von schriftlichen Vereinbarungen festhalten müssen und wollen, wird hier die Gelegenheit sein, nicht nur die formale Entwicklung voranzutreiben, sondern vor allem auch die fachlich-inhaltliche.

Leistungserbringung durch SpDi für PIA

Wie bereits erwähnt, erbringen sozialpsychiatrische Dienste insbesondere Leistungen für die PIA primär dann, wenn zwischen den beiden Institutionen eine schriftliche Kooperationsabsprache besteht. In der Interpretation der vorliegenden Zahlen können daher die Dienstleistungen vernachlässigt werden, welche im Rahmen von lediglich mündlichen Absprachen erbracht werden. In der ersten Kategorie entfällt die überwiegende Mehrzahl aller 16 erbrachten Dienstleistungen (12) auf sozialpädagogische/sozialarbeiterische Leistungen, während sich Verwaltungsaufgaben und „Sonstige“ mit je 2 Nennungen die Waage halten. Es ist also davon auszugehen, dass die PIA gezielt auf die *sozialpsychiatrische* Kompetenz der SpDi zurückgreifen, wenn sie deren Dienstleistungen in Ergänzung der eigenen Angebote einkaufen. Damit bestätigt sich in der Tat auch die gewünschte Arbeitsteilung, welche Konkurrenzen vermeiden und stattdessen Synergieeffekte erzielen sollte: Während das Leistungsspektrum der SpDi vor allem die Grundversorgung der chronisch kranken Menschen und deren Angehörigen umfasst, also eine sowohl niederschwellige als auch aufsuchende Beratung und

Begleitung sowie Soziotherapie, bieten die PIA vorwiegend medizinisch-psychiatrische Hilfen für den betroffenen Personenkreis an. Damit konnte im vergangenen Jahr eine weitere Qualitätssteigerung an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erzielt werden, welche sich durch eine weitere Dezentralisierung der PIA sicherlich noch intensivieren ließe.

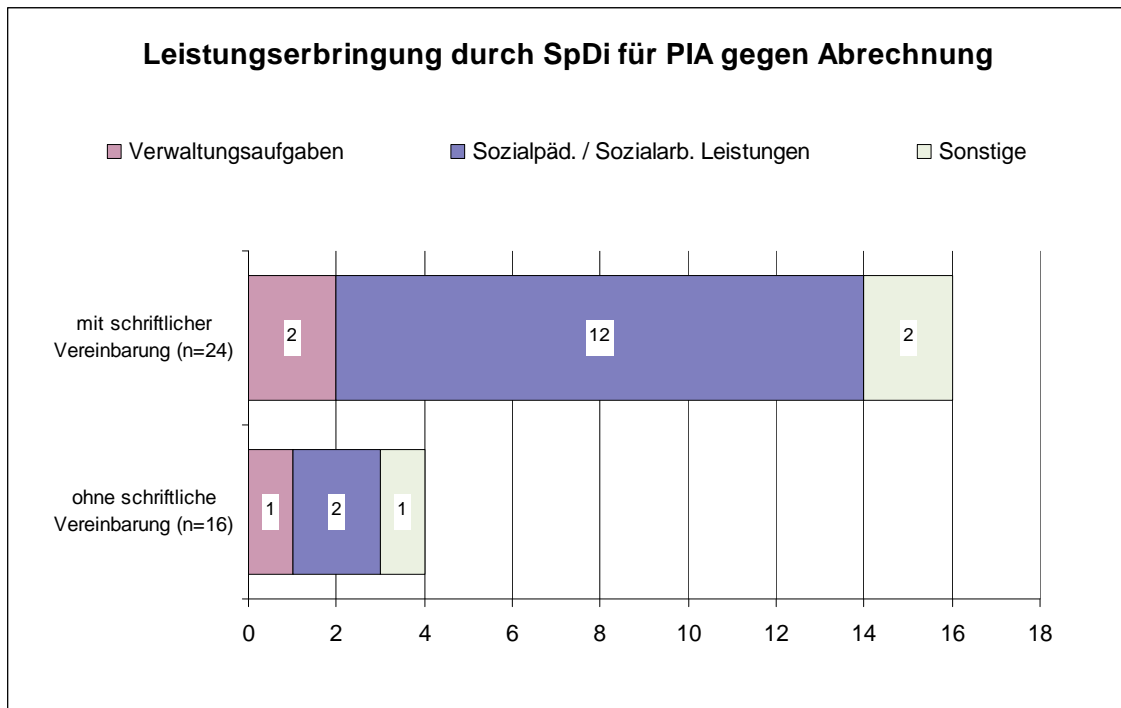


Abbildung 19: Leistungserbringung für PIA

5.3 Weitere Formen der Kooperation

Neben der Zusammenarbeit mit den PIA kooperierten 80,4 % der erhobenen Dienste noch mit weiteren Dienstleistern der psychiatrischen Versorgungslandschaft, wobei die Kooperation mit niedergelassenen Psychiatern (50,8 %) bereits die Hälfte aller weiteren Kooperationen ausmacht und somit auch das größte Segment innerhalb der Kooperationspartner abbildet. Knapp ein Drittel der Zusammenarbeit entstand im Kontext mit Klinikärzten und –ärztinnen und belegt, dass sich die Zusammenarbeit zwischen der sozial fokussierten mit der medizinisch ausgerichteten Psychiatrie insgesamt erfreulich - und sicherlich zum größten Nutzen der betroffenen Patienten und Patientinnen - entwickelt. In diesen Zahlen bildet sich auch die Akzeptanz ab, welche die Arbeit der sozialpsychiatrischen Dienste nicht nur bei ihrer Zielgruppe, sondern insgesamt innerhalb des gesamten Versorgungskontextes genießt.

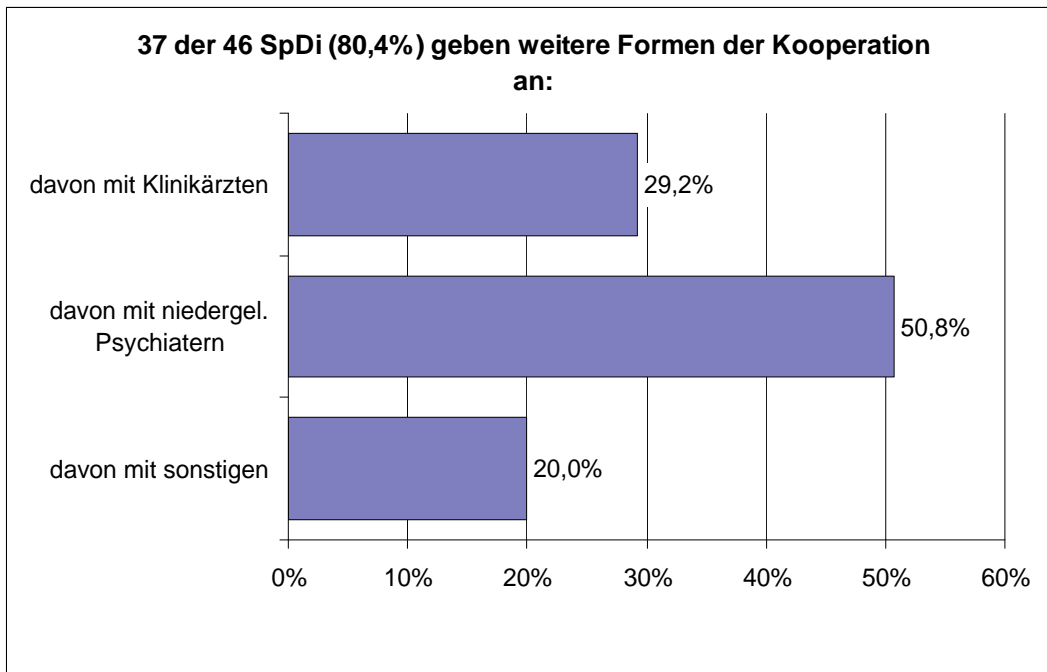


Abbildung 20: Weitere Kooperationsformen

6 Entwicklung GPV und GPZ

	Anzahl SpDi	Kooperations- vertrag	e.V.	gGmbH	sonstige Form
Vereinbarung vorhanden	21	16	0	2	3
Vereinbarung geplant	18				

Tabelle 5: Entwicklung GPV und GPZ

Bereits 21 der in 2005 erhobenen Dienste und damit dennoch weniger als die Hälfte sind bereits Teil von Vereinbarungen über Gemeindepsychiatrische Verbände (GPV) beziehungsweise Gemeindepsychiatrische Zentren (GPZ), wobei die begrifflichen Unschärfen sowohl in der Selbstdefinition als auch in der Außenwahrnehmung mitunter zu beträchtlichen Irritationen führen. Die überwiegende Mehrzahl aller getroffenen Vereinbarungen (16 von insgesamt 21) hat sich im Abschluss von Kooperationsverträgen manifestiert, während lediglich 2 Verbände die Rechtsform einer gGmbH und 3 weitere eine „sonstige“ Form wählten. Der Rechtsform eines e.V. traute hingegen bislang noch kein Verbund eine adäquate Antwort auf die anstehenden Veränderungen zu.

18 der befragten Dienste gaben an, dass in ihrer Region eine Vereinbarung immerhin bereits geplant sei, die in den allermeisten Fällen zu einer Umsetzung in 2006 führen solle. Es ist davon auszugehen, dass auch bei noch nicht abgeschlossenen Vereinbarungen der Kooperationsvertrag mit seinen ebenso verbindlichen wie Spielräume gewährenden Implikationen vor allem dann am geeignetsten erscheint, wenn sich innerhalb eines Versorgungsgebietes Akteure zusammenschließen müssen, die sich bislang überwiegend als Konkurrenten gegenüberstanden. Die verhältnismäßig geringe Anzahl der in 2005 abgeschlossenen Vereinbarungen lässt vermuten, dass der Weg hin zu einem GPV oder GPZ mitunter eines gewissen Kraftaktes aller Beteiligten bedarf, zumal jede Region durch den Wegfall einer überörtlichen, regulierenden Instanz zwar über einen hohen *Gestaltungsspielraum*, indes allerdings auch einen ebenso deutlichen *Gestaltungszwang* verfügt.

Insgesamt 25 der erhobenen Dienste haben die Gelegenheit genutzt, die Entwicklung innerhalb ihrer Versorgungslandschaft mit Hilfe von eigenen, nicht standardisierten Anmerkungen zu kommentieren. Daraus wird unter anderem ersichtlich, dass der oft bereits vor 2004 begonnene Prozess in zahlreichen Regionen 2005 ins Stocken geraten ist; wenn auch in vielen Kommunen bereits auf langjährig erprobte „Besprechungskulturen“ zwischen den verschiedenen Trägern sowie auch auf einzelne zumindest dyadische Vertragsbeziehungen zurückgegriffen werden konnte, so hat doch die Verwaltungsreform zu Beginn 2005 gemeinsam mit dem Inkrafttreten der Hartz-IV-Gesetze zu einer übermäßigen Belastung der Gebietskörperschaften geführt und deren Energie teilweise zur Gänze absorbiert. In fast allen Regionen ist dennoch damit zu rechnen, dass sich 2006 zumindest GPZ etabliert haben werden und vielerorts darüber hinaus der Weg in den GPV konsequent weiter gegangen werden wird.

Wo bereits erste Erfahrungen mit der Kooperation im Rahmen eines GPZ vorliegen, wird deutlich, dass sich der gewünschte Synergieeffekt tatsächlich einstellt, wenn es

gelingt, auf organisatorischer, personeller und wirtschaftlicher Ebene eng zusammenzuarbeiten. Haben sich verschiedene Träger „unter einem Dach“ niedergelassen (dies ist in 2 der erhobenen SpDi bereits der Fall), werden Räumlichkeiten wie Konferenzzimmer etc. geteilt, die sächliche Ausstattung wie Fax-Geräte und Kopierer gemeinsam genutzt und in einem Fall sogar ein gemeinsames Sekretariat vorgehalten, dessen Personalkosten sich die Träger untereinander aufteilen. Aufgrund der dadurch ermöglichten gemeinsamen Rufnummer kann so ein niederschwelliger und transparenter Zugang für Klienten und Klientinnen sowie deren Angehörige angeboten werden. Insgesamt beschreiben Sozialpsychiatrische Dienste, welche sich in einem GPZ mit anderen Leistungserbringern zusammengeschlossen haben, die Kooperation untereinander als deutlich verbessert.

Eher ungeklärt ist derzeit die Frage, inwieweit sich regionale Versorgungsverbände dazu entschließen werden, Hilfeplankonferenzen in ihrer Region zu implementieren; ganz besonders unklar ist darüber hinaus, ob sich beispielsweise der eher zeitaufwändige IBRP als geeignetes Instrumentarium zur Vorbereitung der Hilfeplanung etablieren wird. Diese Fragestellung wird sicherlich in der Dokumentation des Jahres 2006 einen breiteren Raum einnehmen müssen.

Abschließend bleibt (selbst) kritisch anzumerken, dass das Instrument der offenen Fragestellung, wie es insbesondere zu der hier erörterten Problematik angewendet wurde, im Interesse einer aussagekräftigen Auswertung weniger geeignet erscheint, um die tatsächlich stattfindenden Prozesse und Veränderungen adäquat abzubilden.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Betreute Personen pro Dienst von 2003 bis 2005	11
Abbildung 2: Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste.....	13
Abbildung 3: Leistungsbereiche der SpDi.....	14
Abbildung 4: Betreute Personen nach Leistungsbereichen	16
Abbildung 5: Betreuung im Rahmen der Grundversorgung.....	17
Abbildung 6: Betreuung im Rahmen der Grundversorgung. Vergleich zum Vorjahr....	18
Abbildung 7: Erstbetreuungen im Rahmen der Grundversorgung	18
Abbildung 8: Betreuungsdauer im Rahmen der Grundversorgung.....	20
Abbildung 9: Kontakthäufigkeit im Rahmen der Grundversorgung.....	21
Abbildung 10: Beendigung der längerfristigen Grundversorgung	22
Abbildung 11: Genehmigungen von Soziotherapie.....	25
Abbildung 12: Soziotherapie Erst- und Folgeverordnungen	25
Abbildung 13: Verfahren bei Ablehnung des Antrages auf Soziotherapie	26
Abbildung 14: Initiierende Stellen für Soziotherapie	27
Abbildung 15: Initiierung von Soziotherapie: Vergleich 2004 – 2005 prozentual.....	28
Abbildung 16: Initiierung von Soziotherapie: Vergleich 2004 – 2005 absolut	29
Abbildung 17: Beendigung der Soziotherapie.....	30
Abbildung 18: Kooperationen mit PIA - Inhalte	31
Abbildung 19: Leistungserbringung für PIA	33
Abbildung 20: Weitere Kooperationsformen	34

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Betreute Personen	14
Tabelle 2: längerfristige Betreuung im Rahmen der Grundversorgung	19
Tabelle 3: Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit in der Grundversorgung	20
Tabelle 4: Verordnungen von Soziotherapie.....	24
Tabelle 5: Entwicklung GPV und GPZ	35