

Jahresbericht 2007

Freiwillige Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg



Liga der freien Wohlfahrtspflege
in Baden-Württemberg e.V.



JAHRESBERICHT 2007

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 des Ausschusses 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: Jörg Hönle, Referent für Behindertenhilfe und
Gemeindepsychiatrie,
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
heruntergeladen werden.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Zusammenfassung	6
1 Versorgung der Bevölkerung durch Sozialpsychiatrische Dienste in Baden-Württemberg.....	13
2 Organisationsstruktur der Sozialpsychiatrischen Dienste	15
2.1 Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste	15
2.2 Leistungsbereiche der Sozialpsychiatrischen Dienste.....	16
3 Betreuungsverhältnisse im Berichtsjahr	17
3.1 Betreute Personen nach Leistungsbereichen	19
3.2 Anteil der Erstbetreuungen im Rahmen der Grundversorgung.....	21
3.3 Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit im Rahmen der längerfristigen Grundversorgung	22
4 Soziodemografische Daten	26
4.1 Gesamtzahl.....	26
4.2 Familienstand.....	26
4.3 Lebensverhältnisse	27
4.4 Finanzielle Situation.....	28
4.5 Verteilung der Altersgruppen	31
4.6 Diagnosen.....	33
4.7 Gleichzeitig bestehende weitere Problematik	34
4.8 Zuweisungswege	35
5 Soziotherapie in den Sozialpsychiatrischen Diensten	37
5.1 Verordnungen von Soziotherapie	37
5.2 Initiierung von Soziotherapie.....	39
5.3 Verfahren bei Ablehnung	40
5.4 Beendigung von Soziotherapie	41
6 Kooperation und Vernetzung.....	43
6.1 Kooperation mit PIA	43
6.2 Zusätzliche Kooperationen	44
6.3 GPV/GPZ-Vereinbarungen	45
Abbildungsverzeichnis	47
Tabellenverzeichnis.....	47

Vorwort

„17 771 Klientinnen und Klienten in den Einrichtungen der SPDI im Jahr 2007 betreut“, „Daten von 61 Diensten und damit von 91,0% der SPDI in Baden-Württemberg ausgewertet“- glatte Zahlen sind das nicht.

Im Jahr 2007 knapp 300 Ratsuchende in jeder dieser 61 Einrichtungen, eine Erhöhung der Nachfrage um 5%, - damit werden diese Zahlen schon anschaulicher. Was wir liefern können sind Zahlen, Daten, Fakten: und doch steht hinter jeder Zahl ein Einzelschicksal, ein betroffener Mensch, eine Familie.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg kommen mit ihrer freiwilligen Dokumentation der Verantwortung gegenüber den Bürgern ihres Stadt- oder Landkreises nach, die aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung eine besondere Unterstützung und Hilfestellung benötigen. Sie erbringen mit ihr auch den transparenten Nachweis, dass sie ihren gesetzlichen Auftrag der Betreuung chronisch psychisch kranker Menschen erfüllen und weisen als Seismographen in der sozialpsychiatrischen Versorgung einer Region auf fachliche Entwicklungen und Veränderungen hin.

Den Verantwortlichen in Politik und den Verwaltungen des Landes und der Kommunen danken wir an dieser Stelle ganz herzlich für die bisherige Förderung der Sozialpsychiatrischen Dienste. Wir verbinden damit die Hoffnung und Erwartung, dass die Finanzierung dieser gemeindenahen und unverzichtbaren Dienste in der sozialpsychiatrischen Versorgung entsprechend ihrer Inanspruchnahme und Bedeutung eine Absicherung und Ausweitung ihrer Förderung erfährt.

91% der Sozialpsychiatrischen Dienste haben sich an der Auswertung im Rahmen der „Freiwilligen Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg“ für das Jahr 2007 beteiligt- ein beachtlich hoher Wert für eine Dokumentation auf freiwilliger Basis und verbunden mit sehr viel Arbeit- wie kommt das, wie ist das zu erklären?

Durch ihre kontinuierliche Verfeinerung und Weiterentwicklung hat sich die SpDi-Dokumentation in der Zwischenzeit zu einer beeindruckenden Leistungsbeschreibung der Dienste, zu einer griffigen Beschreibung von Lebenswelten chronisch psychisch kranker Menschen, zu einer statistischen Beschreibung und Darstellung der sozialpsychiatrischen Versorgung und zu einer hervorragenden Datengrundlage für das Erkennen von Trends und für die Entwicklung adäquater fachlicher und sozialpolitischer Antworten entwickelt.

Durch das Erheben von soziodemografischen Werten und deren gleichzeitigem Vergleich mit baden-württembergischen Bedingungen innerhalb der Bevölkerung entstehen so Einblicke in Lebenswelten, die weit über das bloße Ansammeln von Daten und Zahlen hinausgehen: So konnte zum Beispiel erneut dokumentiert werden, dass der ohnehin niedrige Wert bei der Erwerbstätigkeit weiter zurückgegangen ist. Menschen mit psychischen Erkrankungen verfügen über ganz besonders wenig Chancen auf Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt!

Die Verfeinerung der Systematik innerhalb der Dokumentation erlaubt es nun, noch stärker einen differenzierteren Blick auch auf geschlechts- und altersgruppenspezifische Lebenswelten der chronisch psychisch kranken Menschen zu werfen: In welchen sozialen, partnerschaftlichen oder familiären Bezügen lebt das Klientel der SpDi, wie finanzieren sie ihren Lebensunterhalt, wie sieht ihre Erwerbsfähigkeit aus?

Damit erfüllt die freiwillige Dokumentation noch einen weiteren Zweck, der als sehr wertvoll und zukunftsweisend für das Land bzw. die einzelnen Land- und Stadtkreise zu bezeichnen ist: Sie weist auf Trends und Entwicklungen hin, sie zeigt Lücken auf, sie weist Bedarfe nach, und sie fordert dazu passende fachliche Antworten von den Kommunen und auch den Fachdiensten ein.

Wie schon in den Berichten der Vorjahre muss auch dieses Jahr ein kritischer Blick auf die Finanzierungsgrundlage und -sicherheit der Dienste geworfen werden.

Die Soziotherapie als einzelfallfinanzierter Beitrag der Krankenkassen an der Mitfinanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste gibt Anlass zur Sorge. Ein deutlicher Rückgang von gut 10% bei den Verordnungen von Soziotherapie (Erst- und Folgeverordnungen zusammen) mag ein Indiz für Verfahrens- und Rechtsunklarheiten sein, etwa bei Neubeantragungen nach Ablauf der Dreijahresfrist oder bei Gewährung von Soziotherapie während gleichzeitiger Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz.

Hier sind Kommunen, die Träger, die LIGA der freien Wohlfahrtspflege und die Krankenkassen im Interesse der Menschen mit einer psychischen Erkrankung aufgefordert, für mehr Verlässlichkeit und Rechtssicherheit zu sorgen.

Unser besonderer Dank gilt Frau Luisa Lindenthal für die Erstellung des Berichts und Herrn Ottmar Fahrmeier für die Auswertung der Befragung, denn ihnen ist diese eindrückliche, verständliche und vor allem aussagekräftige Mischung aus Fakten, Zahlen, Diagrammen, Aussagen und Zusammenhängen zu verdanken.



OKR Johannes Stockmeier

Vorstandsvorsitzender

Zusammenfassung

Jahresbericht 2007

Freiwillige Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg

Teilnehmende Dienste

Aufgrund der Zusammenlegung zweier Einrichtungen ist die Gesamtzahl aller Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg 2006 auf 68, in 2007 schließlich auf 67 korrigiert worden. Die Auswertung der in diesem Berichtszeitraum erbrachten Leistungen basiert auf den Daten von insgesamt 61 Diensten und damit immerhin 91,0% teilnehmenden Einrichtungen. Erfreulicher Weise konnte somit das gute Ergebnis von 2006 noch einmal deutlich gesteigert werden.

Obwohl tendenziell leicht rückläufig, befanden sich 2007 noch immer 55,5% der Dienste in Trägerschaft der beiden großen kirchlichen Wohlfahrtsverbände Caritas und Diakonie, während lediglich 22,9% aller Trägerschaften in kommunaler Zuständigkeit lagen. Dass unterdessen auch 7,6% der Dienste in unterschiedlichen gemeinsamen Trägerschaften – zumeist in der Rechtsform einer gGmbH - geführt werden, ist Ergebnis einer über die Jahre hinweg zu beobachtenden Bewegung in der Trägerlandschaft, welche sicherlich auch als Reflexion auf sich verändernde finanzielle Rahmenbedingungen der Sozialpsychiatrischen Dienste interpretiert werden kann.

Insgesamt waren 2007 - unter Einbeziehung von DPWV und AWO - 69,5% aller Mitarbeitenden der SpDi in Mitgliedseinrichtungen der Liga der freien Wohlfahrtspflege beschäftigt.

Betreuungsquote

Mit dieser Dokumentation werden die Datenlage sowie das Versorgungsangebot für insgesamt 17 771 Klienten und Klientinnen nachvollziehbar, welche in 2007 durch die beteiligten SpDi erreicht wurden. Dies bedeutet, dass pro Dienst 291,33 Personen und damit eine um ca. 5% pro Dienst gestiegene Anzahl an Ratsuchenden von den unterschiedlichen Angeboten profitiert haben.

Die Anzahl der Fachkräfte, welche diesen Personenkreis betreute, ist mit 173,3 Vollzeitstellen gegenüber 2006 in der Relation annähernd gleich geblieben, die Zahl der Klienten/innen pro Fachkraft blieb mit 102,56 Personen ebenfalls im Rahmen des Vorjahres.

Soziodemografische Daten

Zum zweiten Mal seit Veröffentlichung der freiwilligen Dokumentation wurden im Berichtszeitraum 2007 wesentliche Daten geschlechterdifferenziert abgefragt und damit die Relation von Frauen und Männern bezogen auf die Gesamtpopulation der SpDi abgebildet. Damit wird gemäß den Forderungen insbesondere der Europäischen Union, aber auch vieler Kommunen nach „gegenderten Datenlagen“ nicht nur ein differenzierter Blick auf geschlechtsspezifische Lebenswelten ermöglicht, sondern in der Folge sukzessive auch die weitere Differenzierung der Angebote auf der Basis der erhobenen Befunde.

Mit insgesamt 58,43% weiblichen Betroffenen korreliert der Frauenanteil an den Klienten der sozialpsychiatrischen Dienste erwartungsgemäß mit der geschlechtsspezifischen Verteilung von psychischen Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung.

Die in 2007 wiederum erhobenen soziodemografischen Daten vermitteln darüber hinaus einen vertieften Einblick in die Lebensverhältnisse der chronisch psychisch kranken Männer und Frauen, welche einen SpDi aufsuchen.

So sind lediglich 15,43% der Betroffenen verheiratet (gegenüber 48% in der Gesamtbevölkerung von Baden-Württemberg), wie auch lediglich 7,63% ihren Lebensunterhalt durch eigene Berufstätigkeit bestreiten (können); dies bedeutet nicht nur einen neuerlichen Rückgang gegenüber 2006, sondern auch eine eklatante Abweichung gegenüber der allgemeinen Erwerbsbevölkerung in Baden-Württemberg. Obwohl sich annähernd 19,49% der Betroffenen zum Zeitpunkt der Erhebung im Bezug von Arbeitslosengeld I oder II befanden und demnach eine längere oder kürzere Phase der Erwerbstätigkeit aufweisen, ist insgesamt festzuhalten, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen über ganz besonders wenig Chancen auf Integration in den 1. Arbeitsmarkt verfügen.

Mit 49,9% war fast die Hälfte aller KlientInnen zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen 41 und 60 Jahren alt und damit im so genannten mittleren Alterssegment. Gleichzeitig stellen die 18 – 27jährigen mit nur 9,5% aller Betroffenen die kleinste Teilmenge der Besucher und Besucherinnen von Sozialpsychiatrischen Diensten dar. Obwohl lediglich 13,3% der Ratsuchenden das sechzigste Lebensjahr bereits überschritten hatten, darf indes vermutet werden, dass sich der demografische Wandel in der Gesamtbevölkerung mittelfristig auch innerhalb der Population der SpDi abbilden wird.

Mit 45,2% bilden die Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises die mit Abstand größte (und gegenüber dem Vorjahr noch einmal um 8,1% gestiegene) Einzeldiagnose, gefolgt von affektiven Störungen (z.B. Depressionen), an denen immerhin fast ein Viertel der Betroffenen leiden; darunter finden sich fast doppelt so viele Frauen wie Männer, sodass hier wohl von einer frauenspezifischen Erkrankung ausgegangen werden darf. Wenn man von den Persönlichkeitsstörungen (10,2%) einmal absieht, treten alle anderen psychiatrischen Krankheiten in eher niedrigen prozentualen Anteilen auf.

Dass immerhin ein Viertel aller Klienten und Klientinnen zusätzlich zu ihrer psychischen Erkrankung noch behandlungsbedürftige körperliche Erkrankungen zu bewälti-

gen hat, macht einmal mehr deutlich, wie instabil sich die Lebenslagen von psychisch kranken Männern und Frauen in der Interdependenz mit multiplen Belastungsfaktoren gestalten.

Knapp 15,85% aller Betroffenen suchten ihren sozialpsychiatrischen Dienst auf eigene Initiative auf. Die überwiegende Mehrzahl, nämlich insgesamt 40,46% der Patienten und Patientinnen, traten auf Veranlassung von medizinisch-therapeutischen Bezugspersonen in Kontakt mit einem SpDi. Generell bildet sich die gute Vernetzung der Dienste in der Tatsache ab, dass auch in 2007 annähernd jede gesellschaftliche Institution, Behörde oder Einrichtung psychisch kranke Personen zum Aufsuchen eines SpDi motivieren konnte.

Leistungsbereiche der Sozialpsychiatrischen Dienste

Grundversorgung

Alle 61 erhobenen Dienste boten auch in 2007 Leistungen der Grundversorgung an und erreichten damit insgesamt 85,48% aller Klienten und Klientinnen. Die hierbei größte Gruppe (48,8%) konnte auch im untersuchten Zeitraum trotz einer zunehmenden Arbeitsverdichtung in den Sozialpsychiatrischen Diensten mehr als 5 Kontakte wahrnehmen, während 36,1% in der Kategorie „Kurzkontakte“ (bis zu 4 Kontakte) anzusiedeln sind. Immerhin 15,2% aller Kontakte waren „indirekt“ und stellten über Angehörige und andere Bezugspersonen den Zugang zu denjenigen Kranken sicher, welche (noch) nicht bereit oder in der Lage waren, die erforderlichen Hilfen anzunehmen und die daher im Gesamtspektrum der Leistungen ebenfalls eine wichtige Funktion inne haben.

Soziotherapie

Bei ebenfalls allen ausgewerteten 61 Diensten bildete Soziotherapie einen weiteren wesentlichen Baustein im Leistungsspektrum, mit dem 2007 10,55% aller Klienten und Klientinnen und damit eine im Vergleich zum Vorjahr wiederum reduzierte Personenzahl versorgt wurde. Obwohl die Anzahl der Erstverordnungen erstmalig höher als die Zahl der Folgeverordnungen von Soziotherapie lag, wurden damit mit nunmehr 1238 Fällen lediglich 6,96% aller Ratsuchenden gegenüber noch 8,57% in 2006 erreicht.

Mit jeweils 32,3% stellten die Sozialpsychiatrischen Dienste selbst gemeinsam mit den Nervenärzten die beiden größten Segmente innerhalb der Institutionen und Personen dar, auf deren Veranlassung hin Leistungen der Soziotherapie beantragt wurden. Immerhin 8,3% aller Betroffenen und damit mehr Menschen als in 2006 regten von sich aus die Verordnung von Soziotherapie bei ihrem Nervenarzt an.

Gegenüber 2006 ist die Anzahl der nicht genehmigten Soziotherapien neuerlich angestiegen und liegt jetzt bei beachtlichen 21,3 % aller Beantragungen. Im Kontext mit einer signifikant unterschiedlichen Bewilligungspraxis je nach Krankenkasse und Versor-

gungsregion ist an dieser Stelle noch immer ein grundsätzlicher Regelungsbedarf festzustellen, um die Auslegung der gesetzlichen Richtlinien für die Bewilligung von Psychotherapie landesweit zu harmonisieren.

In mittlerweile 61,3%, also annähernd zwei Drittel aller Fälle und damit in wiederum deutlich mehr Fällen als im Vorjahr (55,8%) legten die Dienste Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid ein. Immerhin entwickelte sich dieses Procedere mit insgesamt 51,0% stattgegebenen Widersprüchen gegenüber 29,6% Ablehnungen positiver als im Vorjahr, wo noch lediglich 34,5% aller Widersprüche stattgegeben wurde.

Andere einzelfallfinanzierte Leistungen

Die Anzahl der Einrichtungen, die zusätzlich Betreutes Wohnen in eigener Regie zu ihrem Leistungsspektrum zählen, weist mit 31 Diensten weiterhin eine beachtliche Zuwachsrate auf. Im Kontext von SGB XII engagierten sich 8 SpDi, während die 18 Dienste, die Leistungen für andere Leistungsträger wie beispielsweise die Psychiatrischen Institutsambulanzen erbrachten, ebenfalls einen relativen Zuwachs gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen haben. Insgesamt erreicht der einzelfallfinanzierte Leistungsbereich inklusive der Psychotherapie jedoch lediglich 14,52% aller Klienten und Klientinnen. Damit bleibt die Relevanz der pauschalfinanzierten Leistungen gegenüber den einzelfallfinanzierten innerhalb des prekären Finanzierungskontextes der sozialpsychiatrischen Dienste trotz aller Bemühungen auch in 2007 sichtbar.

Betreuungsverhältnisse in der Grundversorgung

Im Berichtszeitraum konnten die Sozialpsychiatrischen Dienste neuerlich fast die Hälfte aller betroffenen Personen, nämlich 48,8%, längerfristig begleiten, d.h. mit mehr als 5 Kontakten. Etwas mehr als ein Drittel aller Klienten und Klientinnen wurde mit bis zu 4 Kontakten unterstützt und damit in ähnlicher Frequenz wie im Vorjahr.

Der Anteil aller Personen, die in 2007 erstmalig Leistungen der Grundversorgung in Anspruch nahmen, lag mit insgesamt 54,68% neuerlich höher als im Vorjahr und belegt unter anderem auch, wie sehr sich die SpDi trotz annähernd gleich bleibender personeller Ressourcen um die passgenaue Integration von Neuzugängen in ihre unterschiedlichen Angebote bemühen.

43,4% der Personen, welche längerfristig im Rahmen der Grundversorgung betreut wurden, nahmen bis zu 10 Kontakte mit den Mitarbeitenden der sozialpsychiatrischen Dienste wahr, wobei sich die Mehrzahl dieser Kontakte auf einen Zeitraum von über 6 Monaten erstreckte; lediglich 7,2% der längerfristig Versorgten, eine gegenüber dem Vorjahr leicht rückläufige Zahl, nutzten das Angebot in über 40 Kontakten, die sich allerdings mehrheitlich ebenfalls auf eine Betreuungsphase von 6 bis 12 Monaten verteilten.

Die überwiegende Mehrzahl der Klienten und Klientinnen, nämlich 61,6%, suchten ihren SpDi während des gesamten Berichtszeitraums 2007 auf und blieben damit in einem kontinuierlichen Betreuungsverhältnis.

Die erhobenen Daten verdeutlichen, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste sowohl im Rahmen der kurzzeitigen Betreuungen als auch im Kontext von Betreuungsvarianten mit hoher Kontaktintensität von den Betroffenen angefragt und die differenzierten Kontaktfrequenzen somit als adäquate Reaktion auf die je individuellen Bedarfe zu bewerten sind. Es zählt wohl unbestritten zu den Stärken der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg, psychisch kranke Menschen auch über einen langen Zeitraum intensiv und kontinuierlich in ihrer multipel belasteten Lebenssituation begleiten zu können. Dass sich allerdings gerade in diesem so zentralen Segment in 2007 eine rückläufige Tendenz zu Gunsten von kürzeren Betreuungssettings abzeichnet, stellt sicherlich noch nicht einen expliziten Grund zur Sorge dar, sollte aber in den kommenden Jahren aufmerksam beobachtet werden.

Beendigungen der längerfristigen Grundversorgung

Die relativ größte Gruppe der beendigten Fälle (24,1%) 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 (13,6%), so umfasste die Überweisung in andere Maßnahmen immerhin – wie schon im Vorjahr – mit 37,7% aller Klienten und Klientinnen mehr als ein Drittel der Betroffenen. Damit erweisen sich die Sozialpsychiatrischen Dienste auch als kompetente Clearing-Stelle in dem Bemühen, für ihre Klienten und Klientinnen das jeweils optimale Angebot zu erschließen.

Zusammenarbeit mit den Psychiatrischen Institutsambulanzen und Psychiatrischen Fachärzten

Offensichtlich entwickelt sich die Zusammenarbeit der sozial fokussierten mit der medizinisch ausgerichteten Psychiatrie weiterhin zum Nutzen der betroffenen Patienten und Patientinnen in eine gute Richtung, in der sich auch die Akzeptanz abbildet, welche die Sozialpsychiatrischen Dienste innerhalb des gesamten Versorgungskontextes einer Region genießen.

Alle insgesamt 56 Sozialpsychiatrischen Dienste, in deren Region bereits eine Psychiatrische Institutsambulanz existiert (91,8%), kooperieren auch eng mit dieser, wobei mittlerweile für 75 % aller SpDi die Inhalte der Kooperation im Rahmen von schriftlichen Vereinbarungen dokumentiert sind, während sich lediglich noch ein Viertel aller Dienste ohne schriftliche Vereinbarungen behelfen. Damit konnte das Ergebnis des Vorjahres wiederum signifikant übertroffen werden. Erfreulicher Weise haben sich die gemeinsam mit der PIA durchgeführten Fallbesprechungen für mittlerweile 75% aller SpDi, sowie regelmäßige Kooperationsgespräche für mehr als die Hälfte aller teilneh-

menden Dienste zu einem viel genutzten und effektiven Instrumentarium entwickelt, während „Leistungen des SpDi für die PIA gegen Abrechnung“ lediglich von 20 Diensten und damit vornehmlich von den Diensten erbracht werden, welche mit „ihrer“ PIA einen schriftlichen Kooperationsvertrag mit einem Höchstmaß an gegenseitiger Verbindlichkeit abgeschlossen haben.

Ebenfalls erfreulicher Weise können nun nahezu alle teilnehmenden Dienste (96,7%) auf eine Kooperation mit niedergelassenen Nervenärzten, immerhin 93,4% auf die regelmäßige Zusammenarbeit mit Klinikärzten verweisen; insgesamt nehmen die Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste zusätzlich zu der formalen Implementierung der Kontakte auch eine stetige und positive Entwicklung dieser Kooperationsbezüge auch in qualitativer Hinsicht wahr. Sicherlich trägt die gute Vernetzung der Sozialpsychiatrischen Dienste mit anderen ambulanten, vor allem aber auch mit stationären Versorgungsangeboten erheblich dazu bei, dass die SpDi ihre Kernaufgaben – Vermeidung bzw. Reduzierung von stationären Aufenthalten – optimal im Sinne der Betroffenen erfüllen können.

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

Mit 90,2% haben nunmehr fast alle Sozialpsychiatrischen Dienste Vereinbarungen unterzeichnet, welche die Kooperation im Rahmen der entstandenen GPV/GPZ regeln, sodass dieser Prozess mittlerweile als nahezu abgeschlossen bezeichnet werden kann; dies war nach den anfänglichen Hürden, die in der gewachsenen Trägerlandschaft zu nehmen waren, nicht unbedingt zu erwarten. Als bevorzugte Rechtsform hat sich mit 96,4% der Kooperationsvertrag wohl endgültig etabliert.

60,0% aller erhobenen Dienste verfügten 2007 mit der Hilfeplankonferenz (HPK) in ihrer Versorgungsregion über eine standardisierte Möglichkeit, die Bedarfe ihrer Klienten und Klientinnen gemeinsam mit anderen Fachdiensten zu erörtern, wobei 72,72% der Betroffenen selbst ebenfalls an der Hilfeplankonferenz teilnehmen (können). Mittlerweile werden 90% aller HPK auf der Grundlage des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) oder vergleichbarer Instrumentarien vorbereitet bzw. durchgeführt und gewährleisten somit ein transparentes Verfahren auf einem anerkannten, fachlich hohen Standard.

Jenseits aller Statistik ...

Im Rahmen einer Arbeitsgruppe wird derzeit ein neues Befragungsdesign entwickelt, das noch präzisere, in einigen Bereichen auch weitergehende Aussagen sowohl über die Lebens- und Krankheitsbedingungen der Klienten und Klientinnen als auch über das Leistungsspektrum der Sozialpsychiatrischen Dienste im gesundheitspolitischen Kontext ermöglichen soll.

Ziel kann unter anderem sein, die wertvollen Hinweise, welche die Träger quasi seismografisch innerhalb des nicht standardisierten Fragebereichs im Hinblick auf wahrgenommene Entwicklungen geben, noch effektiver in die Dokumentation einzubinden. So wurde für 2007 beispielsweise darauf aufmerksam gemacht, wie sehr die Zunahme an multimorbiden Störungen den Arbeitsalltag der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jenseits aller Statistik belastet, erfordert dieser Personenkreis doch eine hohe Betreuungsintensität, die selbst in Tagesstätten oft nicht zu gewährleisten sei.

Interessant ist in diesem Zusammenhang sicherlich auch, wie professionell sich die SpDi immer wieder den sich verändernden Bedarfen anpassen. Dies spiegelt sich unter anderem in den differenzierten Erläuterungen der Träger bezüglich der „indirekten Kontakte“ wider, in denen eben nicht die Betroffenen selbst, sondern deren Angehörige und andere Bezugspersonen den Kontakt mit den Mitarbeitenden im SpDi aufnehmen. Hier wird sichtbar, dass mittlerweile zahlreiche Sozialpsychiatrische Dienste mit Angehörigengruppen arbeiten, um deren Problemlagen angemessen aufgreifen zu können. Generell gilt, dass neben der intensiven Einzelfallarbeit zunehmend auch Betroffenen-Gruppen das Angebot der Sozialpsychiatrischen Dienste ergänzen.

Die Auswertung der offenen Fragen an die Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste legt weiterhin nahe, dass der neuerliche Anstieg der Erstkontakte unter anderem auf dem Hintergrund der Reformen in der Sozialgesetzgebung interpretiert werden kann, die auch in 2007 insbesondere psychisch kranke Menschen durch existenzielle Verunsicherungen weiterhin zusätzlich belasteten. Angesichts des in zahlreichen Reports der Krankenkassen belegten Anstiegs an psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung nimmt es nicht wunder, dass im Zuge dieser Entwicklungen Krankheiten chronifizieren und der betroffene Personenkreis verstärkt Beratung und Hilfe in den leicht zugänglichen Sozialpsychiatrischen Diensten sucht. Die doch extrem hohe Zahl an indirekten Kontakten erlaubt ihrerseits Rückschlüsse in die gleiche Richtung und legt die Vermutung nahe, dass zunehmend mehr Angehörige etc. aufgrund der Kombination von psychischen Erkrankungen und prekären wirtschaftlichen und beruflichen Verhältnissen der Betroffenen ihrerseits ebenfalls professionelle Unterstützung einfordern.

So bleibt es sicherlich spannend, die weitere Entwicklung der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg ebenso aufmerksam zu beobachten wie zu dokumentieren. Allerdings muss der hierfür erforderliche Aufwand, der bereits jetzt etliche Träger an die Grenze der Belastbarkeit führt, auch weiterhin eine stimmige Relation in Bezug auf die Nutzbarkeit der Ergebnisse aufweisen.

1 Versorgung der Bevölkerung durch Sozialpsychiatrische Dienste in Baden-Württemberg

Dienste	teilgenommen	von	Prozent
Anzahl Dienste	61	67	91,0%
Anzahl Klienten	17.771		
Anzahl 100% Fachkraftstellen	173,3		
Auswertung Klienten			
Anzahl Klienten pro Dienst	291,33		
Anzahl Klienten pro 100% Fachkraft	102,56		

Tabelle 1: Dienste und Klienten

Waren es in den vergangenen Jahren konstant 69 Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi), welche die Versorgung der Bevölkerung gemäß den Richtlinien des Sozialministeriums übernommen hatten, so ist die Gesamtzahl der Dienste aufgrund der Zusammenfassung von Einrichtungen in 2006 zunächst auf 68 gesunken, in 2007 schließlich auf 67.

Die freiwillige Dokumentation dieser Leistungen, welche jährlich durch die Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V.¹ erfolgt, basiert für den Berichtszeitraum 2007 auf den Daten von insgesamt 61 Diensten und damit erfreulicher Weise auf immerhin 91,0% teilnehmenden Einrichtungen. Damit konnte das hohe Niveau des Jahres 2004 (59 teilnehmende Dienste) erstmalig sogar noch übertroffen und damit die positive Tendenz der letztjährigen Auswertung fortgesetzt werden².

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

Mit dieser Befragung werden die Daten- und Lebenslagen sowie das Versorgungsangebot für insgesamt 17 771 Klienten und Klientinnen nachvollziehbar, welche in 2007 durch die beteiligten SpDi erreicht wurden; aufgrund der größeren Anzahl an teilnehmenden Diensten in 2007 bedeutet dies eine Steigerung um 11,27% gegenüber dem Vorjahr (15 970). Somit haben im Berichtszeitraum 2007 291,33 Personen pro Dienst

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.

² Hinweise auf Zahlen für 2006, 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 2006, Stuttgart 2007

und damit ca. 16 Personen mehr als in 2006 die unterschiedlichen Angebote der jeweiligen SpDi genutzt; dies entspricht einem Zuwachs von etwa 5% pro Dienst.

Die Anzahl der Fachkräfte, welche diesen Personenkreis betreute, verteilte sich in 2007 auf 173,3 Vollzeitstellen, die im Schnitt jeweils für 102,56 Personen zuständig (103,92 in 2006) waren.

Sicherlich ist es nicht uninteressant, sich ergänzend zu der hier vorgelegten Dokumentation auch den Kontext zu vergegenwärtigen, innerhalb dessen die Sozialpsychiatrischen Dienste ihren Auftrag wahrnehmen. So weist die DAK in ihrem jüngsten Gesundheitsreport darauf hin, dass psychische Erkrankungen im Jahr 2007 10,2 % des Gesamtkrankstandes unter ihren Mitgliedern ausmachten und damit bereits an vierter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten lagen (s. DAK Gesundheitsreport 2007). Diesen Tatbestand gilt es besonders ernst zu nehmen, bedeutet er zum einen doch einen Zuwachs um 0,2% gegenüber den beiden Vorjahren, zum anderen aber gewinnt er im Kontext europaweiter Befunde zusätzlich an Bedeutung: „Im Laufe eines jeden Jahres erleiden 27% der EU-Bevölkerung oder 83 Millionen Menschen mindestens eine psychische Störung wie z.B. eine Depression, bipolare Störung, Schizophrenie, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, Sozialphobie, Panikstörung, Generalisierte Angst, Zwangsstörungen, somatoforme Störungen oder Demenz. Das Lebenszeitrisko, an einer psychischen Störung zu erkranken liegt allerdings mit über 50% der Bevölkerung wesentlich höher! Ausmaß und Folgen sind dabei höchst variabel: Einige erkranken nur episodisch kurzzeitig über Wochen und Monate, andere längerfristiger. Ca. 40% sind chronisch, dass heißt über Jahre oder gar von der Adoleszenz bis an ihr Lebensende, betroffen“.³

Wenn also davon auszugehen ist, dass fast die Hälfte aller psychisch erkrankten Menschen langfristig oder gar dauerhaft auf eine vielfältige und ausdifferenzierte Versorgungslandschaft angewiesen ist, die zudem neben der ständigen Weiterentwicklung ihrer fachlichen Standards auch Kontinuität und Verlässlichkeit signalisiert, lassen sich die seit vielen Jahren erbrachten Leistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste und ihrer Mitarbeitenden in Baden-Württemberg sicherlich auch auf diesem Hintergrund würdigen.

³ Prof.Hans-Ulrich Wittchen, anlässlich des 1.Deutschen Präventionskongresses, Dresden am 1. Dezember 2005

2 Organisationsstruktur der Sozialpsychiatrischen Dienste

2.1 Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste

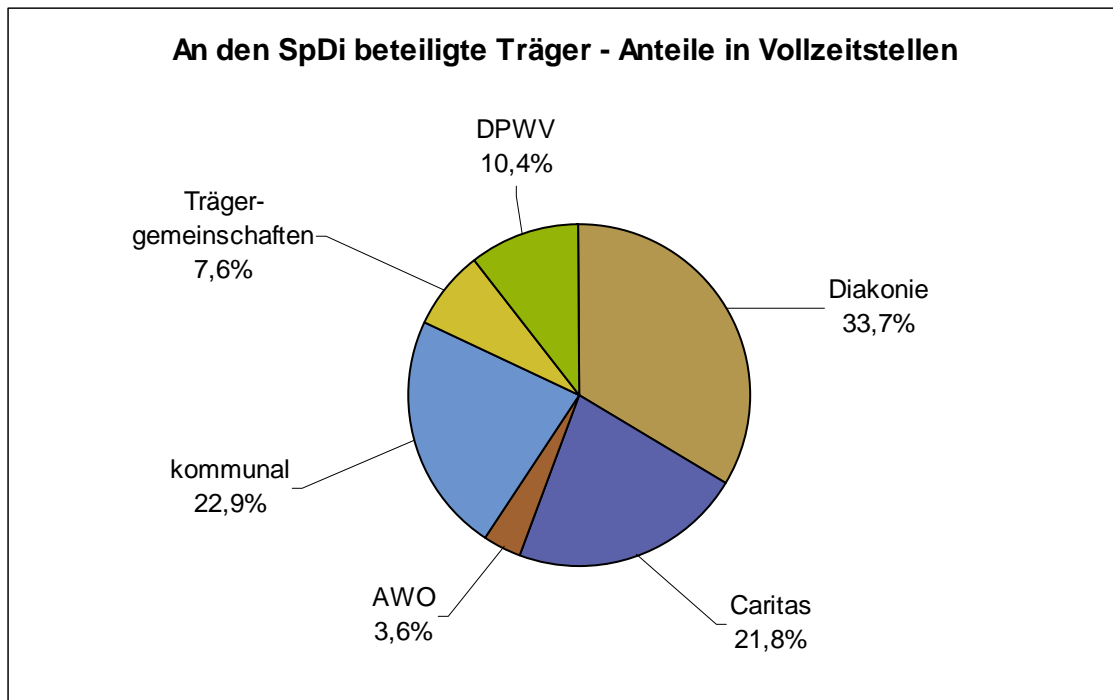


Abbildung 1: Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste

Die Trägerlandschaft hat sich auch in 2007 gegenüber den Vorjahren leicht verändert; dies ist zunächst auf dem Hintergrund der Tatsache zu verstehen, dass die Träger, die sich 2006 an der freiwilligen Dokumentation beteiligt haben, naturgemäß nicht zur Gänze identisch mit den Sozialpsychiatrischen Diensten sind, welche an der Auswertung von 2007 mitgewirkt haben.

Mit 55,5% stellen die beiden großen kirchlichen Träger Diakonie und Caritas wie bereits in den Vorjahren gemeinsam mehr als der Hälfte aller Trägerschaften, wenn auch mit rückläufiger Tendenz; addiert man die Sozialpsychiatrischen Dienste in Trägerschaft von AWO und DPWV hinzu, so befanden sich 2007 69,5% und damit mehr als zwei Drittel aller Dienste in der Verantwortung von Mitgliedseinrichtungen der Liga der Freien Wohlfahrtspflege. Dass unterdessen 7,6% der Dienste in gemeinsamen Trägerschaften geführt werden, spiegelt sicherlich eine über die Jahre hinweg zu beobachtende Tendenz wider, auf enger werdende finanzielle Spielräume u.a. auch mittels einer veränderten Trägerstruktur zu reagieren.

Ungeachtet dessen kann die noch immer deutlich erkennbare Kontinuität, wie sie sich in o.a. Grafik abbildet, jedoch als Indikator für die gleich bleibend auf hohem Niveau erbrachten Leistungen der Dienste gewertet werden; allerdings aber auch als Indiz für das intensive Bemühen der Träger, ihre qualifizierten, niederschweligen Angebote für chronisch psychisch kranke Menschen trotz einer seit langem unbefriedigenden Finanzierungsgrundlage weiterhin in gewohntem Umfang bereit zu stellen.

Beschäftigte Personen (1.4)	Anzahl	Umfang %	100% Stellen	Anteil Beschäftigte insgesamt	Anteil Fachkräfte
Sozialarb. / Sozialpäd.	221	13.856	138,6	69,2%	80,0%
Pflegefachkräfte	14	1.075	10,8	5,4%	6,2%
Psychologen/innen	12	657	6,6	3,3%	3,8%
sonstige Fachkräfte	24	1.740	17,4	8,7%	10,0%
Verwaltungskräfte	38	1.737	17,4	8,7%	
Sonstige	13	970	9,7	4,8%	
Beschäftigte insgesamt	322	20.035	200,4	100,0%	
Fachkräfte insgesamt	271	17.328	173,3		100,0%

Tabelle 2: Beschäftigte Personen

Wie bereits erwähnt, befanden sich im Berichtszeitraum nunmehr über 173,3 Vollzeitstellen für Fachkräfte und damit 20 mehr als im Vorjahr im Stellenpool der ausgewerteten Dienste, welche sich auf insgesamt 271 Fachmitarbeitende (2006: 241) verteilten und die damit den überwiegenden Teil der insgesamt 322 Beschäftigten (2006: 288) ausmachten. Analog zu der Verteilung in den Vorjahren stellen Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen wiederum mit 80% aller Fachkräfte die am stärksten vertretene Berufsgruppe innerhalb der Sozialpsychiatrischen Dienste dar; interessant wäre sicherlich, im Rahmen einer künftigen Dokumentation auch die unterschiedlichen Zusatzqualifikationen zu erheben, mit denen sich das sozialpädagogische Fachpersonal im Zuge der Ausdifferenzierung von Angeboten, beispielsweise für die Durchführung von Sozialtherapie etc., unterdessen fortgebildet hat.

2.2 Leistungsbereiche der Sozialpsychiatrischen Dienste

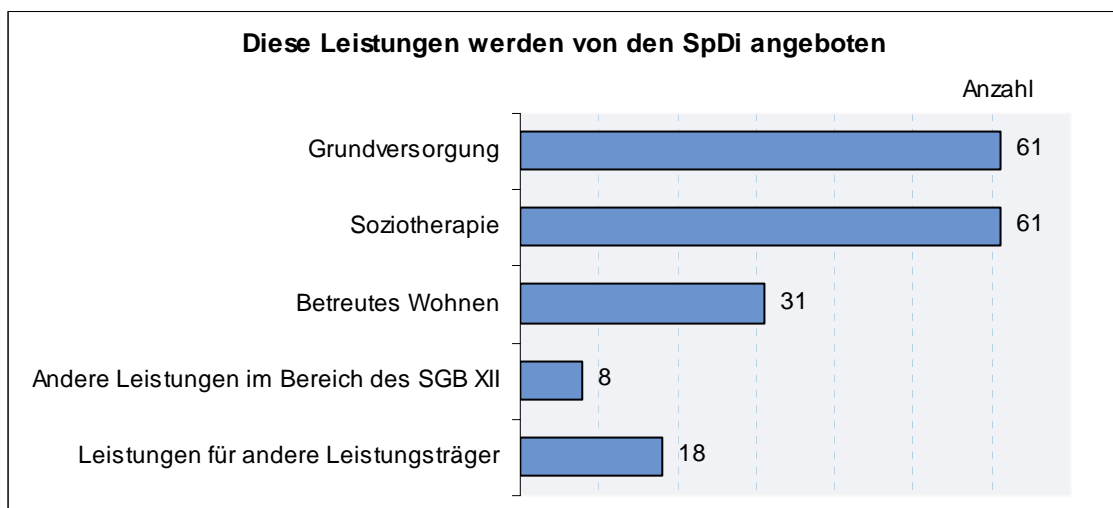


Abbildung 2: Leistungsbereiche der SpDi

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

Aus dieser Grafik wird die Relation des Leistungsbereiches „Grundversorgung“ – und damit des einzigen Bereiches, der von Kommunen sowie dem Land bezuschusst wird – zu den anderen Leistungsbereichen ersichtlich, die jeweils auf der Basis von Einzelfallfinanzierung erbracht werden.

Während selbstverständlich alle Dienste auch in 2007 ihren Auftrag zur Grundversorgung von psychisch kranken Menschen wahrnahmen, haben mit 61 Einrichtungen ebenfalls auch alle ausgewerteten SpDi Leistungen der Soziotherapie angeboten.

Die Anzahl der Einrichtungen, die zusätzlich Betreutes Wohnen in eigener Regie zu ihrem Leistungsspektrum zählen, liegt mit nunmehr 31 Diensten – und damit mittlerweile annähernd der Hälfte aller erhobenen SpDi - wiederum höher als in 2006 und bestätigt damit eine seit einigen Jahren wahrnehmbare Tendenz; es ist offensichtlich, dass die Finanzierungsstruktur eines Sozialpsychiatrischen Dienstes sich immer weiter ausfächern muss, um die faktischen Kürzungen im Bereich der Regelleistungen zu kompensieren; allerdings korrespondiert die Ausdifferenzierung der Angebote durchaus mit den in 2006 erlassenen Verwaltungsvorschriften des Ministeriums für Arbeit und Soziales für die Förderung von Sozialpsychiatrischen Diensten, in denen eine differenzierte Angebotspalette der SpDi ausdrücklich als wünschenswert und förderfähig bezeichnet wird. Hier wird dennoch sorgfältig beobachtet werden müssen, inwieweit dieser Trend unter Umständen eine ungünstige Entwicklung zu Lasten der Grundversorgung von chronisch psychisch kranken Menschen evoziert.

Im Kontext von SGB XII engagierte sich ebenfalls eine leicht gestiegene Zahl der SpDi, wie auch die 18 Dienste, die Leistungen für andere Leistungsträger wie beispielsweise die Psychiatrischen Institutsambulanzen erbringen, einen relativen Zuwachs gegenüber 2005 (10 Dienste) und 2006 (16 Dienste) darstellen. Diese Entwicklung mag sicherlich als ein weiterer Effekt der zusammenwachsenden Kooperationsstrukturen in den GPV/GPZ zu bewerten sein. Wie die folgenden Grafiken zeigen, ist der prozentuale Anteil der jeweils durch die einzelnen Maßnahmen erreichten Personen jedoch sehr unterschiedlich.

3 Betreuungsverhältnisse im Berichtsjahr

Betreute Personen (4.1)	Frauen	Männer	keine Angabe zum Geschlecht	Gesamt	Gesamt	Frauenanteil
Grundversorgung	8.399	5.966	825	15.190	85,48%	58,47%
Soziotherapie	1.125	749	-	1.874	10,55%	60,03%
Betreutes Wohnen	179	174	-	353	1,99%	50,71%
Andere Leistungen	199	155	-	354	1,99%	56,21%
Gesamt	9.902	7.044	825	17.771	100%	58,43%

Tabelle 3: Betreute Personen

Zum zweiten Mal seit Veröffentlichung der freiwilligen Dokumentation wurden im Berichtszeitraum 2007 wesentliche Daten geschlechterdifferenziert abgefragt und damit eine klares Bild darüber ermöglicht, wie sich die Relation von Frauen und Männern in Bezug auf die Gesamtpopulation der SpDi darstellt. Aufgrund des Vorlaufes in 2006 ist

es in 2007 nun erstmalig gelungen, die Daten **aller** insgesamt 17 771 Klienten und Klientinnen geschlechterdifferenziert zu erheben und so in der Auswertung wesentliche Erkenntnisse bezüglich des Nutzungsverhaltens sowie der unterschiedlichen Bedarfslagen der psychisch kranken Männer und Frauen zu gewinnen. Damit wird gemäß den Forderungen insbesondere der Europäischen Union, aber auch vieler Kommunen nach „gegenderten Datenlagen“ nicht nur ein differenzierter Blick auf geschlechtsspezifische Lebenswelten ermöglicht, sondern in der Folge sukzessive auch die weitere Differenzierung der Angebote auf der Basis der erhobenen Befunde.

Wie bereits im Vorjahr liegt auch in 2007 der Anteil der Frauen an der Gesamtzahl der betreuten Personen mit 58,43% (9 902 Personen) deutlich höher als der Anteil der männlichen psychisch Kranken, bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie mit 60,03% sogar nahe an der Zweidrittelmarke. Lediglich im Betreuten Wohnen bildet sich die Geschlechterverteilung annähernd ausgewogen ab, relativ gesehen bedeutet dies allerdings eine überproportionale Nutzung dieses Segmentes durch die männliche Klientel. Mit aller gebotenen Vorsicht kann dieser Tatbestand auf der Basis gesamtgesellschaftlicher Tendenzen interpretiert werden, nachdem Männer in ihrer Bereitschaft und Fähigkeit zur eigenen Versorgung noch immer leichte Rückstände gegenüber Frauen aufweisen.

Wenn man berücksichtigt, dass bei Frauen psychische Erkrankungen – nach Erkrankungen des Muskel-Skelett und des Atmungssystems – bereits an dritter Stelle aller Befunde mit einem Anteil von 12,5 % stehen (s. Gesundheitsreport der DAK 2007), muss die grundsätzliche Relation, wie sie sich in der Gesamtpopulation der SpDi darstellt, kaum verwundern. Insgesamt korrelieren die hier erhobenen Daten mit dem höheren Anteil an psychischen Erkrankungen bei Frauen in der Gesamtbevölkerung, wobei deren ebenfalls höhere Bereitschaft zur Inanspruchnahme von (sozial)psychiatrischer Unterstützung wohl den Befunden im somatischen Bereich entsprechen dürfte⁴.

Da in der männlichen Bevölkerung psychische Erkrankungen mit einem Anteil von 8,4 % und damit dem vierten Rang unter allen Erkrankungen in 2007 ebenfalls einen beträchtlichen Stellenwert einnehmen, wäre zu überlegen, ob die Sozialpsychiatrischen Dienste ihrerseits ihre Angebote auf dem Hintergrund der hier nur kurz beschriebenen Befunde noch gezielter an den jeweiligen Morbiditätsrisiken bzw. den geschlechtsspezifischen Bewältigungsstrategien im Umgang mit (psychischen) Erkrankungen orientieren sollten.

⁴ s. DAK Gesundheitsreport 2007, S. 42, demnach insbesondere auch das höhere Mortalitätsrisiko bei Männern auf deren geringere Inanspruchnahme der ärztlichen Versorgung zurückgeführt wird. Der jährliche Gesundheitsreport hat auf diesem Hintergrund das Thema „Männergesundheit“ in 2007 explizit als Schwerpunktthema ausgewiesen.

3.1 Betreute Personen nach Leistungsbereichen

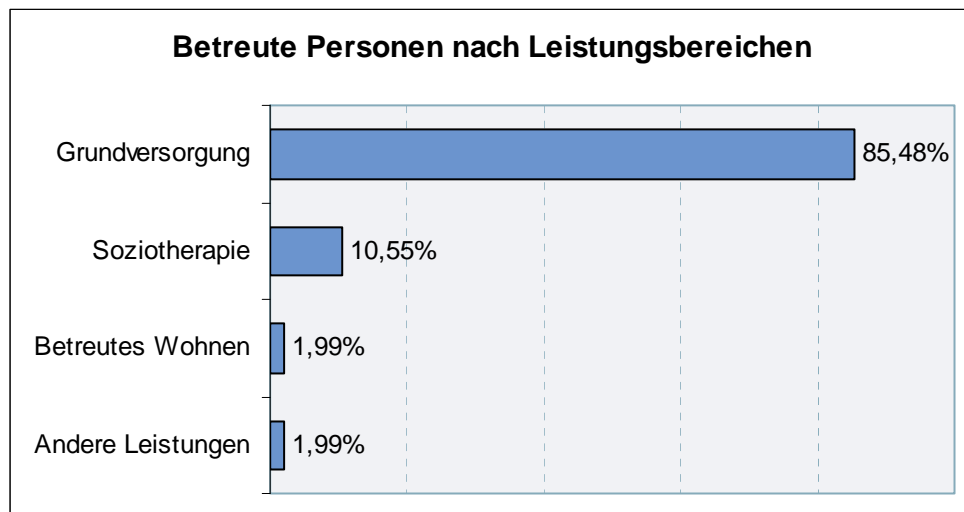


Abbildung 3: Betreute Personen nach Leistungsbereichen

Da die betreuten Personen Leistungen in den verschiedenen Leistungsbereichen parallel zueinander wie auch im Verlauf des Berichtsjahres nacheinander erhalten können, weicht die Summe der Fallzahlen in den einzelnen Bereichen von der Gesamtzahl der betreuten Personen naturgemäß ab. Interessanter Weise ist 2007 der Anteil der Personen, die Leistungen der Grundversorgung in Anspruch nahmen, um knapp 3% gegenüber dem Vorjahr auf 85,48% gestiegen und bildet damit auch weiterhin das mit Abstand größte Segment innerhalb der Gesamtgruppe. Obwohl mittlerweile alle 61 erhobenen Dienste auch Leistungen der Soziotherapie anboten, ging die Anzahl der hiermit erreichten Personen mit knapp 10,55% gegenüber 12,56% in 2006 zurück; es ist anzunehmen, dass diese Entwicklung mit dem Anstieg der Anteile korreliert, welche auf die Grundversorgung entfielen. Die 31 Dienste, welche zusätzlich auch Betreutes Wohnen in eigener Regie anboten, versorgten damit allerdings lediglich 1,99% aller Leistungsempfänger. Ebenfalls rückläufig entwickelten sich die Leistungen, die für Dritte (PIA etc.) erbracht wurden, die mit 1,99% aller Klienten und Klientinnen etwas weniger Personen ansprachen als im Vorjahr (3,55%); interessant ist eventuell, dass sich unter den „sonstigen Leistungen“ mittlerweile bereits eine Leistung im Rahmen des Persönlichen Budgets verbirgt.

Sicherlich lassen sich aus diesen Zahlen allein an dieser Stelle noch keine eindeutigen Tendenzen generieren. Allerdings bleibt die Relevanz der pauschalfinanzierten Leistungen gegenüber den einzelfallfinanzierten innerhalb des Finanzierungskontextes der sozialpsychiatrischen Dienste auch in 2007 evident. Eventuelle Erwartungen, dass sich aufgrund einer intensivierten Zusammenarbeit beispielsweise mit den PIAs nennenswerte Mittel zur Kompensation von gekürzten Pauschalfinanzierungen erschließen ließen, haben sich somit offensichtlich auch im aktuellen Berichtszeitraum nicht erfüllt. So wünschenswert eine kluge Kombination unterschiedlicher Finanzierungen für die Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste auch wäre, so muss aus fachlicher Sicht doch angemerkt werden, dass das hier abgebildete Angebotsspektrum durchaus dem Selbstverständnis der Dienste in Bezug auf ihre Kernkompetenzen entspricht: Träger

wie Mitarbeitende definieren sowohl den zeitintensiven Aufbau einer tragfähigen, helfenden Beziehung, die damit verbundene Heranführung von Betroffenen an das Hilfesystem sowie die so wichtige nachgehenden Betreuung der chronisch psychisch kranken Menschen als zentrale Komponenten ihres gesamten Leistungsspektrums, das allerdings ohne auskömmliche Finanzierung und entsprechende Zeitressourcen auf Dauer nicht in wünschenswertem Umfang zu gewährleisten sein wird.

Art der Betreuung im Rahmen der Grundversorgung

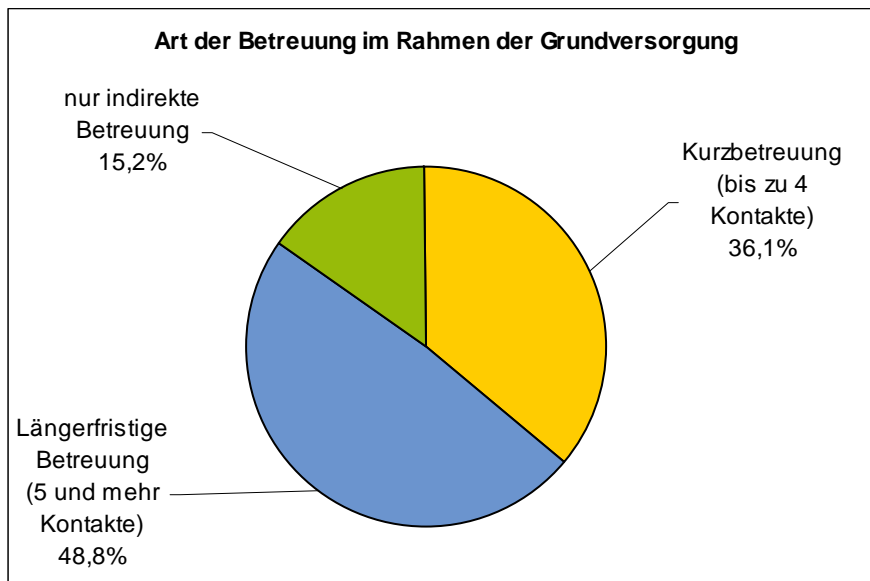


Abbildung 4: Betreuung im Rahmen der Grundversorgung

Die Verteilung der Kontaktfrequenzen im Rahmen der Grundversorgung variiert gegenüber der Erhebung 2006 nur marginal. Auch in 2007 konnten die sozialpsychiatrischen Dienste immerhin noch annähernd die Hälfte aller betroffenen Personen, nämlich 48,8%, längerfristig begleiten, d.h. mit mehr als 5 Kontakten; ein von den Klienten und Klientinnen insbesondere angesichts knapper Zeitressourcen sehr wertgeschätztes Angebot. 15,2% der Betroffenen wurde lediglich „indirekt“ betreut, also in Kontakten mit Dritten. Diese Zahl ist als Indikator für die Tatsache zu sehen, wie stark die sozialpsychiatrischen Dienste neben der Zielgruppe der direkt betroffenen Personen insbesondere auch von denjenigen Personen angefragt werden, welche als Angehörige oder auf sonstige Weise in die Betreuung von psychisch Kranken involvierte Bezugspersonen auf die Fachkompetenz der Dienste angewiesen sind. Anmerkungen der Träger im Kontext der nicht standardisierten Fragen weisen im übrigen darauf hin, dass zunehmend mehr Gruppenangebote (Angehörigengruppen sowie Selbsthilfegruppen) die einzelfallbezogenen Angebote der SpDi ergänzen. Nach wie vor profitierten auch andere soziale Einrichtungen in der regionalen Versorgungslandschaft von der spezifischen Fachlichkeit der Dienste.

Etwas mehr als ein Drittel aller Klienten und Klientinnen schließlich (36,1%) wurde mit bis zu 4 Kontakten unterstützt und damit in ähnlicher Frequenz wie im Vorjahr.

3.2 Anteil der Erstbetreuungen im Rahmen der Grundversorgung

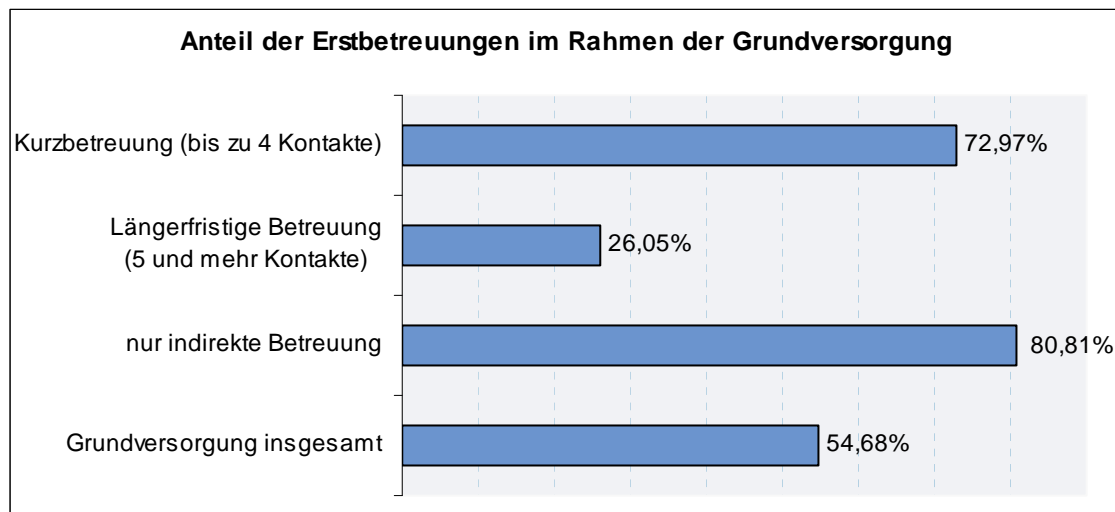


Abbildung 5: Anteil der Erstbetreuungen im Rahmen der Grundversorgung

Der Anteil aller Personen, die in 2007 erstmalig Leistungen der Grundversorgung in Anspruch nahmen, lag mit insgesamt 54,68% und einer neuerlichen Steigerungsrate gegenüber 2006 im schon länger beobachteten Trend, dass es den SpDi offensichtlich gelingt, auch neu auftretende Fälle mit ihrem zunächst hohen Betreuungsbedarf gut zu integrieren. Wie in den Vorjahren findet sich die größte Untergruppe, nämlich 80,81% und damit allerdings erstmalig wieder weniger Personen als 2006, unter den Erstkontakten mit indirekt betreuten Personen, also im Bereich von Interventionen ohne persönlichen Kontakt zur Indexperson. Immerhin 72,97% aller Erstberatungen und damit eine annähernd identische Zahl wie im Vorjahr konnten bereits nach maximal 4 Kontakten abgeschlossen werden, während nur noch 26,05% der Erstberatungen (gegenüber 30,35% in 2006) in längerfristige Beratungen mit mehr als 5 Kontakten einmündeten. Ob dieser Rückgang bereits als Indiz für eine notwendig gewordene, grundsätzliche Straffung der Kontaktfrequenzen gewertet werden kann, muss in der Auswertung der Zahlen des Jahres 2008 verifiziert werden.

Die Interpretation der offenen Fragen an die Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste legt nahe, dass der neuerliche Anstieg der Erstkontakte unter anderem auf dem Hintergrund der Reformen in der Sozialgesetzgebung interpretiert werden muss, die auch in 2007 insbesondere psychisch kranke Menschen durch existenzielle Verunsicherungen weiterhin zusätzlich belasteten. Angesichts des in zahlreichen Reports der Krankenkassen belegten Anzahl an psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung nimmt es nicht wunder, dass im Zuge dieser Entwicklungen Krankheiten chronifizieren und der betroffene Personenkreis verstärkt Beratung und Hilfe in den leicht zugänglichen Sozialpsychiatrischen Diensten sucht. Die doch extrem hohe Zahl an indirekten Kontakten erlaubt ihrerseits Rückschlüsse in die gleiche Richtung und legt die Vermutung nahe, dass zunehmend mehr Angehörige etc. aufgrund der Kombination von psychischen Erkrankungen und prekären wirtschaftlichen und beruflichen Verhältnissen der Betroffenen ihrerseits ebenfalls professionelle Unterstützung einfordern.

3.3 Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit im Rahmen der längerfristigen Grundversorgung

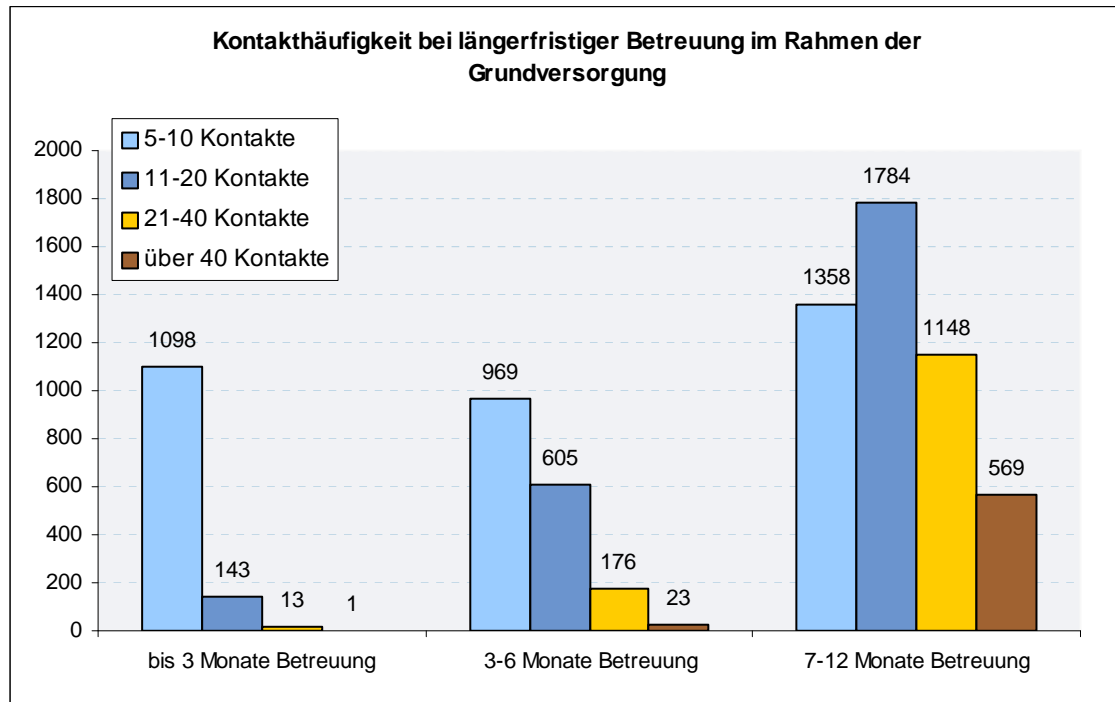


Abbildung 6: Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit

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

Die überwiegende Mehrzahl aller Personen, die im Rahmen einer längerfristigen Versorgung, d.h. also mit mehr als 4 Kontakten, begleitet wurden, findet sich in einem Betreuungsrahmen von bis zu 10 Kontakten wieder, wobei sich die Betreuung von 1358 der immerhin 3425 Personen in dieser Kategorie interessanter Weise auf einen Zeitraum von bis zu einem Jahr erstreckte; allerdings verteilten 1098 Menschen ihre bis zu 10 Kontakte auf einen Zeitraum von lediglich 3 Monaten. Die größte Einzelgruppe (1784 Personen) nahm wie schon im Vorjahr zwischen 11 und 20 Kontakte wahr und verteilte diese ebenfalls auf einen Zeitraum von über 6 Monaten. Im Personenkreis derer, die über 40 Kontakte und damit das kontinuierlichste Kontaktsetting aufweisen, befanden sich im Berichtsjahr insgesamt 593 Menschen und damit eine gegenüber dem Vorjahr relativ kleinere Population; davon nutzte die überwiegende Mehrzahl, nämlich 569 Personen, ihre Kontakte im Verlauf des gesamten Jahres. Immerhin haben 23 Personen ihre über 40 Kontakte mit den Mitarbeitenden der sozialpsychiatrischen Dienste auf einen Zeitraum von unter 6 Monaten, 1 Person gar auf einen Zeitraum von unter 3 Monaten verteilt. Eine derartig hohe Kontaktdichte lässt sich sicher-

lich als Indiz für notwendig gewordene Kriseninterventionen bzw. die in der Regel zeit-intensive Vorbereitung von anstehenden substanziellen Wechseln bei den Versorgungsleistungen deuten.

	5-10 Kontakte	11-20 Kontakte	21-40 Kontakte	über 40 Kontakte	Summe
bis 3 Monate Betreuung	13,9%	1,8%	0,2%	0,0%	15,9%
3-6 Monate Betreuung	12,3%	7,7%	2,2%	0,3%	22,5%
7-12 Monate Betreuung	17,2%	22,6%	14,6%	7,2%	61,6%
Summe	43,4%	32,1%	17,0%	7,5%	100,0%

Tabelle 4: Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit in der Grundversorgung

In Prozenten ausgedrückt nahmen demnach 43,4% aller Personen und damit ein annähernd gleicher Prozentsatz wie im Vorjahr, welche längerfristig im Rahmen der Grundversorgung betreut wurden, bis zu 10 Kontakte mit den Mitarbeitenden der sozialpsychiatrischen Dienste wahr, wobei sich die Mehrzahl dieser Kontakte auf einen Zeitraum von über 6 Monaten erstreckte; lediglich 7,2%, eine gegenüber dem Vorjahr leicht rückläufige Zahl, nutzten das Angebot in über 40 Kontakten, die sich allerdings mehrheitlich ebenfalls auf eine Betreuungsphase von 6 bis 12 Monaten verteilten. Knapp ein Drittel (32,1%) pendelte sich bei einer mittleren Kontaktfrequenz von 11 bis 20 Kontakten ein, auch diese über das gesamte Jahr verteilt.

Somit suchte auch in 2007 die überwiegende Mehrzahl der Klienten und Klientinnen, nämlich 61,6% (2006 noch 63,9%), ihren SpDi während des gesamten Berichtszeitraums auf und blieb damit in einem kontinuierlichen Betreuungsverhältnis, sicherlich im Zusammenhang mit der Dynamik von chronifizierten psychiatrischen Erkrankungen leicht nachvollziehbar.

Die Grafik verdeutlicht, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste sowohl im Rahmen der kurzzeitigen Betreuungen als auch im Kontext von Betreuungsvarianten mit hoher Kontaktintensität von den Betroffenen angefragt und die differenzierten Kontaktfrequenzen somit als adäquate Reaktion auf die je individuellen Bedarfe zu bewerten sind. Es zählt wohl unbestritten zu den Stärken der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg, psychisch kranke Menschen auch über einen langen Zeitraum intensiv und kontinuierlich in ihrer belasteten Lebenssituation begleiten zu können. Dass sich allerdings gerade in diesem so zentralen Segment in 2007 eine rückläufige Tendenz zu Gunsten von kürzeren Betreuungssettings abzeichnet, stellt sicherlich noch nicht einen expliziten Grund zur Sorge dar, sollte aber im kommenden Jahr aufmerksam beobachtet werden.

Beendigungen der längerfristigen Grundversorgung

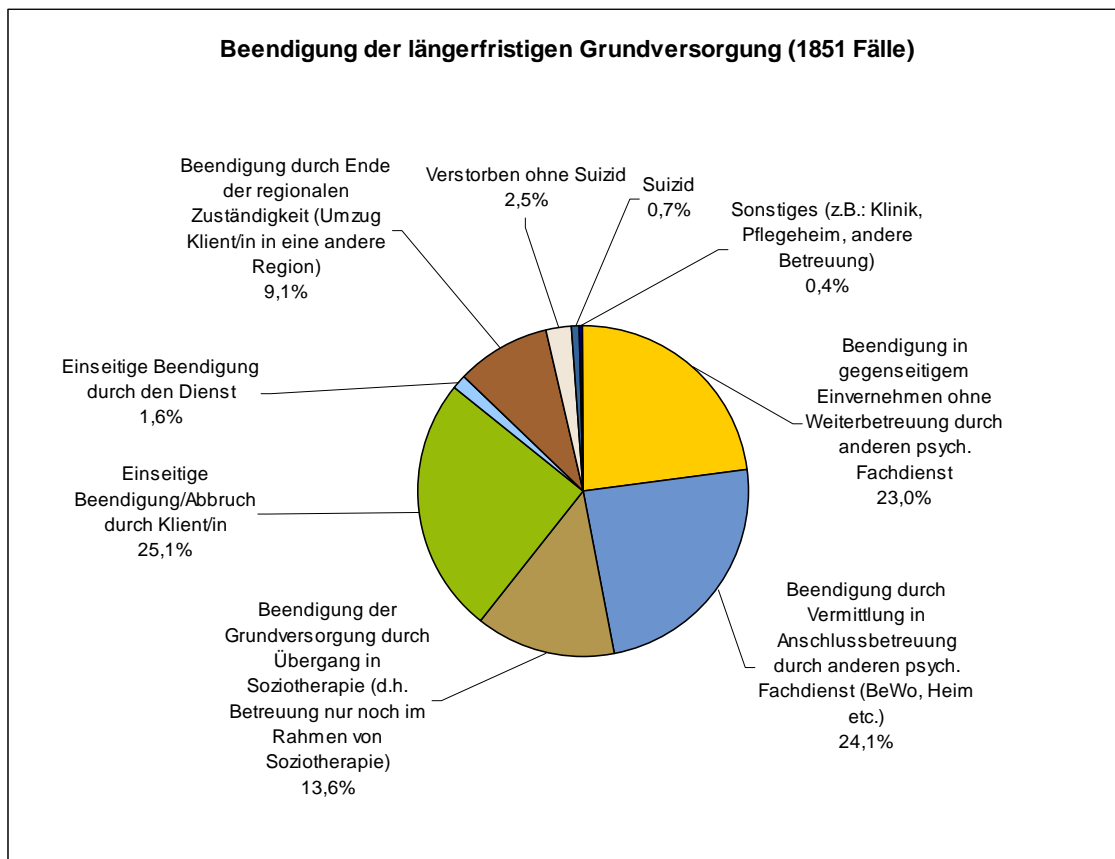


Abbildung 7: Beendigung der längerfristigen Grundversorgung

Die in 2007 erhobenen Zahlen unterscheiden sich von der Datenlage des Vorjahres nur unwesentlich. Mit lediglich 1,6% fällt die einseitige Beendigung der längerfristigen Grundversorgung durch den sozialpsychiatrischen Dienst selbst noch geringfügiger aus als in den Vorjahren. 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 24,1% aller Fälle wurde das Vorjahresergebnis in diesem Segment nur leicht unterschritten. Addiert man diejenigen Personen hinzu, deren Grundversorgung aufgrund des Übergangs in Soziotherapie beendet wurde (13,6%), so umfasste die Überweisung in andere Maßnahmen immerhin mit 37,7% aller Klienten und Klientinnen mehr als ein Drittel der Betroffenen.

Damit erweisen sich die sozialpsychiatrischen Dienste einerseits als wirksame Clearing-Stelle mit der Kompetenz, für ihre Klienten und Klientinnen das jeweils optimale Angebot zu erschließen. Andererseits darf jedoch auch vermutet werden, dass eine günstigere Ausstattung der Dienste in Bezug auf ihre personellen Ressourcen und damit mehr Kapazität für den Umfang der vorzuhaltenden Grundversorgung sicherlich dazu beitragen dürfte, die Zahl der Überweisungen an andere, oft teurere Versorgungsangebote zu reduzieren.

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 Integration von neuen Bezugspersonen in das individuelle Betreuungsnetzwerk ausdrückt. Dennoch nimmt sich die Mehrzahl aller Mitarbeitenden in den Sozialpsychiatrischen Diensten nach wie vor Zeit, um ihre KlientInnen bei der Suche nach einer geeigneten Anschlussversorgung mit hohem Einsatz zu unterstützen.

Dass auch in 2007 immerhin 25,1% (23% in 2006) aller Betroffenen den Kontakt zu „ihrem“ Sozialpsychiatrischen Dienst auf eigenen Wunsch und keineswegs immer im Konsens mit den BeraterInnen beendeten, muss nicht verwundern, wenn man die Ambivalenz in Rechnung stellt, die der Inanspruchnahme von Hilfe grundsätzlich inne wohnt. Wenn auch die Datenlage aufgrund der Fragestellungen keinen eindeutigen Nachweis dafür erbringt, dass sich hinter den im Jahr 2007 einseitig beendeten Betreuungen unter Umständen auch zahlreiche Kontaktunterbrechungen verbergen, so ist eine entsprechende Vermutung doch durchaus berechtigt: häufig suchen die Betroffenen selbst, ihre Angehörigen oder andere Bezugspersonen um eine Wiederaufnahme der Betreuung nach, wenn die psychische Verfasstheit der KlientInnen im Anschluss an eine stabile Episode dies neuerlich ratsam werden lässt.

In 3,2% aller Fälle wurde die Betreuung durch den Tod der Ratsuchenden beendet, davon 0,7% durch Suizid; das sind immerhin ca. 137 Personen. Diese Zahl macht eindrücklich deutlich, in welcher schwerwiegenden Konfliktlagen und zugespitzten Lebenskrisen sich ein Teil der Menschen befindet, welche die Sozialpsychiatrischen Dienste aufsuchen: von den Mitarbeitenden wird hier nicht nur die kompetente Begleitung bei chronischen psychischen Krankheiten erwartet, sondern auch ein intensiver Einsatz im Bereich der Suizidprophylaxe für eine Gruppe von besonders gefährdeten Personen. Dass dies nicht immer gelingt, bedrückt neben den Angehörigen nicht zuletzt auch die Mitarbeitenden selbst. Wenn allerdings immerhin nahezu ein Viertel aller Betroffenen (23%) die Betreuung und damit ein Stück gemeinsamen Weges im Einverständnis mit ihren Beratern und Beraterinnen beenden konnte, so trägt auch dieser Umstand zu einer überaus positiven Bilanz der Wirksamkeit von Sozialpsychiatrischen Diensten in Baden-Württemberg bei.

4 Soziodemografische Daten

Wie erstmalig wieder in 2006, wurden auch in 2007 relevante soziodemografische Daten der Klienten und Klientinnen der Sozialpsychiatrischen Dienste abgefragt, nachdem im Anschluss an die Veröffentlichung der jährlichen Dokumentation zunehmend ein großes Interesse nicht nur an den Leistungen der Dienste, sondern auch an den Lebensverhältnissen von chronisch psychisch kranken Menschen wahrnehmbar war. Aufgrund des Vorlaufes in 2006 konnten nun die Daten aller Klienten und Klientinnen der 61 beteiligten Dienste in die Auswertung einbezogen werden, welche sich 2007 in einem längerfristigen Betreuungsverhältnis mit „ihrem“ SpDi befanden.

4.1 Gesamtzahl

Gesamtzahl der Soziodemografisch erfassten Klienten (nur längerfristig Betreute)					
	Frauen	Männer	ohne Geschlechtsangabe	Anzahl	Frauenquote
In 2007 längerfristig betreut und soziodemografisch erfasst	5.547	3.865	307	9.719	58,9%

Tabelle 5: Soziodemografisch erfasste Klienten

Mit 58,9% liegt der Anteil der Frauen an den Personen, welche die SpDi aufsuchen, wie weiter oben bereits ausgeführt erwartungsgemäß über dem der männlichen Klienten. Dieses Ergebnis korreliert mit dem Befund, dass „Frauen ein höheres Risiko (haben), an psychischen Störungen wie Angst, Depression und somatoforme Störungen zu erkranken als Männer. Ausnahmen sind Substanzabhängigkeit, Psychosen und Bipolare (manisch-depressive) Störungen. Frauen haben zudem ein erhöhtes Risiko, komplexe komorbide Störungsmuster zu entwickeln“⁵.

Bei der Analyse von männertypischen Krankenhausdiagnosen fällt allerdings auf, dass hier immerhin zwei Diagnosen aus dem Bereich psychische Erkrankungen an der Spitze stehen, nämlich die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol sowie die Schizophrenie⁶. Vermuteter Maßen unterscheidet sich die männerspezifische Bewältigungsstrategie im Krankheitsfall von derjenigen von weiblichen Erkrankten also auch in der Häufigkeit der Inanspruchnahme von niederschweligen, psychosozialen Unterstützungsangeboten.

4.2 Familienstand

Nahezu die Hälfte aller KlientInnen ist ledig; addiert man die geschiedenen, verwitweten und getrennt lebenden Personen hinzu, so stehen den 79,18% nicht verheirateten Kranken lediglich 15,43% gegenüber, die verheiratet sind. In Bezug auf ihren Familien-

⁵ Prof.Hans-Ulrich Wittchen, a.a.O.

⁶ DAK Gesundheitsreport 2007, ebd.

stand weisen die chronisch psychisch kranken Personen, die regelmäßig einen SpDi aufsuchen, somit eine erhebliche Abweichung gegenüber der Gesamtbevölkerung in Baden-Württemberg auf, in der 2005 immerhin 48,0% Verheiratete gezählt wurden⁷. 20,14% geschiedene Personen unter den SpDi-NutzerInnen gegenüber nur 6,7% in der Gesamtbevölkerung in Baden-Württemberg legen im Übrigen die Schlussfolgerung nahe, dass das Auftreten einer psychischen Erkrankung das Scheidungsrisiko erheblich steigern dürfte. Den 49,2% Ledigen hingegen standen 2005 40,2% Ledige und damit lediglich knapp 10% weniger unverheiratete Personen in der Gesamtbevölkerung gegenüber.

Familienstand		
	Anzahl	Prozent
ledig	4.789	49,27%
verwitwet	554	5,70%
geschieden	1.957	20,14%
verheiratet	1.500	15,43%
getrennt	396	4,07%
unbekannt	312	3,21%
sonstiges	6	0,06%
keine Angaben	205	2,11%
Summe	9.719	100%

Tabelle 6: Familienstand

4.3 Lebensverhältnisse

In Ergänzung der Tabelle 6 zeigt sich nun, dass mehr als die Hälfte der Betroffenen allein lebt; immerhin sind offensichtlich jedoch nicht alle, deren Familienstand sie als allein stehend ausgewiesen hatte, auch in ihrer Wohnsituation sich selbst überlassen, sondern verfügen im familiären Kontext (20,80%) oder in privaten Wohngemeinschaften über die Möglichkeit zur regelmäßigen Kontaktaufnahme mit nicht-professionellen Bezugspersonen. Insgesamt 18,81% leben mit ihren (Ehe)partnerInnen in einem gemeinsamen Haushalt.

Mit 3,61% aller Betroffenen findet sich eine relativ kleine Teilgruppe in professionell betreuten Wohnverhältnissen wieder; ob dies der Tatsache geschuldet ist, dass diese

⁷ Quelle: Landesamt für Statistik Baden-Württemberg, Stuttgart 2007

Versorgungsform bei Kostenträgern als relativ kostenintensiv konnotiert wird oder der tatsächlichen Präferenz von privaten Lebenszusammenhängen zuzuschreiben ist, kann an dieser Stelle naturgemäß nicht beantwortet werden.

Lebensverhältnisse		
	Anzahl	Prozent
lebt allein	4.907	50,49%
lebt mit (Ehe)partnerIn	1.828	18,81%
lebt in betreuter Wohnform	351	3,61%
lebt mit Eltern / Kindern / Verwandten	2.022	20,80%
lebt in privater Wohngemeinschaft	208	2,14%
Lebensverhältnisse unbekannt	189	1,94%
sonstiges	35	0,36%
keine Angaben	179	1,84%
Summe	9.719	100%

Tabelle 7: Lebensverhältnisse

4.4 Finanzielle Situation

Es fällt auf, dass in 2007 lediglich 7,63% der Betroffenen und damit noch weniger Personen als 2006 (11,22%) ihren Lebensunterhalt durch eigene Berufstätigkeit bestreiten (konnten); zusätzlich war weniger als 1% und damit eine vernachlässigbare Zahl mit Gelegenheitsarbeiten beschäftigt. Insbesondere in Bezug auf ihre berufliche Integration unterscheiden sich die Klienten und Klientinnen der SpDi damit dramatisch von der Gesamtbevölkerung in Baden-Württemberg, die 2005 bei Männern eine Erwerbsquote von 83,0% und bei Frauen eine entsprechende Beteiligung am Erwerbsleben von 68% aufwies⁸.

Alle anderen hier erfassten Personen sind entweder auf familiäre Unterstützung oder auf unterschiedliche staatliche Transferleistungen angewiesen, wobei die Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrente mit 31,08% an erster Stelle steht und damit auch ein zukünftiges Erwerbseinkommen in der Regel definitiv auszuschließen ist.

Immerhin 19,49% der Betroffenen befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung im Bezug von Arbeitslosengeld I oder II und haben demnach eine längere oder kürzere Phase der Erwerbstätigkeit hinter sich. Insgesamt ist jedoch festzuhalten, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen kaum Chancen auf eine dauerhafte Integration in den 1. Arbeitsmarkt aufweisen, selbst wenn ihre grundsätzliche Erwerbsfähigkeit (noch) nicht

⁸ Ebd.

in Frage gestellt wurde und sie nach wie vor dem Rechtskreis von SGB II und III zugeordnet werden. Dass lediglich 8,84% aller erhobenen Fälle in 2007 über eine Altersrente oder Pension verfügten, ist als weiteres Indiz für die noch immer kaum gelingende berufliche Integration von psychisch kranken Menschen zu werten und wirft ein bedenkliches Licht auf die faktische Abhängigkeit der Betroffenen (mit all ihren - nicht immer willkommenen - Implikationen) von staatlichen Transferleistungen sowie der Unterstützung durch Angehörige auch und gerade im Alter.

Finanzielle Situation		
	Anzahl	Prozent
Unterhalt durch den Ehepartner	680	7,00%
Erwerbs- / Berufstätigkeit	742	7,63%
Gelegenheitsarbeiten	64	0,66%
Unterhalt durch die Familie	460	4,73%
Erwerbs- / Berufsunfähigkeitsrente	3.021	31,08%
ALG I	158	1,63%
ALG II	1.736	17,86%
Krankengeld	182	1,87%
Altersrente / Pension / Witwenrente	859	8,84%
Grundsicherung nach SGB XII	886	9,12%
Eigenes Vermögen / Ersparnisse	102	1,05%
Übergangsgeld	81	0,83%
WfbM	150	1,54%
Unbekannt	388	3,99%
Sonstiges	36	0,37%
keine Angaben	174	1,79%
Summe	9.719	100%

Tabelle 8: Finanzielle Situation

Insbesondere Maria Jahoda⁹, eine der renommiertesten Forscherinnen über die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit, hat in ihrer Beschreibung der manifesten und latenten

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

Funktionen von Erwerbsarbeit wesentliche Hinweise auf die Prozesse geliefert, durch welche Arbeitslosigkeit die psychische Stabilität von an sich gesunden Menschen untergräbt; es darf wohl vermutet werden, dass sich diese Prozesse auf bereits psychisch erkrankte Personen sicherlich ebenfalls auswirken werden.

Neben den manifesten Funktionen der Erwerbsarbeit wie Einkommenssicherung oder die Produktion von Gütern und Dienstleistungen sind es nach ihrer Beobachtung die latenten Funktionen, welche einen enormen Einfluss auf die psychische Befindlichkeit der Betroffenen haben, von denen Jahoda insgesamt 5 identifiziert: es ist dies zunächst die „Tatsache, dass eine Arbeitstätigkeit dem Tag eine *Zeitstruktur* aufprägt. Zum zweiten schafft Erwerbstätigkeit regelmäßige *gemeinsame Erfahrungen* und *Kontakte* mit anderen Menschen außerhalb der Familie. Drittens bringt die Erwerbstätigkeit den einzelnen mit *Zielen und Zwecken in Verbindung, die über seinen persönlichen Rahmen hinausgehen*. Viertens werden durch die Erwerbstätigkeit Aspekte des *sozialen Status und der Identität* festgelegt. Schließlich erzwingt Erwerbstätigkeit *Aktivität*¹⁰.

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

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

¹⁰ Jahoda zit. nach Wacker, A.(2000): Arbeitslosigkeit aus sozialpsychologischer Perspektive. Vortrag Friedewald März 2000.

4.5 Verteilung der Altersgruppen

Verteilung der Altersgruppen						
	Frauen	Männer	ohne Geschlechtsangabe	gesamt	Frauenanteil bezogen auf die Altersgruppe	Anteil der Altersgruppe
18-27 Jahre	430	494	1	925	46,5%	9,5%
28-40 Jahre	1.277	1.036	22	2.335	54,7%	24,0%
41-60 Jahre	2.888	1.892	73	4.853	59,5%	49,9%
über 60 Jahre	885	387	20	1.292	68,5%	13,3%
unbekannt	67	56	191	314	21,3%	3,2%
Summe	5.547	3.865	307	9.719	57,1%	100,0%

Tabelle 9: Verteilung der Altersgruppen

Wie bereits im Vorjahr war die größte Teilmenge aller KlientInnen (49,9%) zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen 41 und 60 Jahren alt und befand sich damit im so genannten mittleren Alterssegment. Dieser Befund korreliert exakt mit den Erhebungen des DAK Gesundheitsreports 2007, demnach der Anteil am Gesamtkrankenstand der psychischen Störungen kontinuierlich auf 11,9% unter den 40 – 44Jährigen ansteigt und damit sein höchstes Niveau in diesem Alterssegment erreicht¹¹.

In der Gruppe der über 60jährigen, die mit 13,3% lediglich eine (noch) geringfügige Steigerung gegenüber dem Vorjahr aufweist und die damit die zweitkleinste Teilmenge der KlientInnen ausmacht, liegt der Frauenanteil mit mehr als zwei Dritteln aller Betroffenen (67,8%) ebenso signifikant wie unerklärlich hoch; mögliche Erklärungsansätze wären auf der Grundlage des vorliegenden Erhebungsdesigns allerdings auch nicht zu plausibilisieren. Insgesamt darf indes vermutet werden, dass sich der demografische Wandel in der Gesamtbevölkerung zumindest mittelfristig auch innerhalb der Population der SpDi abbilden und die Entwicklung von entsprechenden, altersadäquaten Angeboten erforderlich machen wird.

Lediglich die jüngste Zielgruppe umfasst geringfügig mehr männliche als weibliche Ratsuchende. Gleichzeitig stellt das Segment der 18 – 27jährigen mit nur 9,5% aller Betroffenen noch immer die kleinste Teilmenge der Besucher und Besucherinnen von Sozialpsychiatrischen Diensten dar. Die erhobenen Daten erlauben derzeit allerdings lediglich Hypothesen in Bezug auf dieses Faktum. So kann einerseits vermutet werden, dass psychische Erkrankungen bei jüngeren Menschen (noch) weniger häufig diagnostiziert werden, andererseits jedoch insbesondere in diesem Lebensalter die Einsicht in notwendige Behandlungen und damit die so genannte compliance eher wenig ausgeprägt ist.

¹¹ DAK Gesundheitsreport, ebd.: „Ab dem 45. Lebensjahr nimmt die relative Bedeutung psychischer Erkrankungen dann wieder ab. Ihr Anteil liegt bei den über 60jährigen nur noch bei 8,5%. Möglicherweise hängt dieser Verlauf mit der vielfach in der Lebensmitte beobachteten Häufung von Krisen und Konflikten, der so genannten Midlife-Crisis, zusammen“.

Wenn man allerdings berücksichtigt, dass sich die „Mehrheit der psychischen Störungen ... im entscheidendsten Zeitabschnitt für eine erfolgreiche gesundheitliche Entwicklung und Sozialisation – nämlich in der Kindheit und Adoleszenz“ manifestiert¹², erscheint es naheliegend, diese Zielgruppe künftig genauer in den Blick zu nehmen, um alters- und damit lebensweltspezifische, passgenaue Angebote auch für jüngere psychisch Kranke zu entwickeln; dies insbesondere auch angesichts der Prämisse, „dass frühe psychische Störungen vielfältige negative Effekte auf viele Bereiche des Lebens haben (z.B. akademische Erfolge, berufliche Karriere, Partnerschaft und Familienleben). Bleibt eine adäquate Behandlung einer psychischen Störung im frühen Verlaufsprozess aus, ist das Risiko für eine lebenslange Leidengeschichte und Beeinträchtigung stark erhöht“¹³. Bezieht man zusätzlich die Befunde mit ein, nach denen „Unterbehandlung besonders häufig bei **Kindern und jungen Erwachsenen**, bei Angststörungen und Substanzstörungen zu beobachten ist“¹⁴, mag hieraus unter Umständen ein wichtiger Auftrag für Sozialpsychiatrische Dienste erwachsen, ihr Angebot künftig in diesem Sinne weiter auszudifferenzieren.

¹² Wittchen, ebd.

¹³ ebd.

¹⁴ ebd.

4.6 Diagnosen

Psychiatrische Hauptdiagnose					
	Frauen	Männer	ohne Geschlechts- angabe	gesamt	Prozent
Organische Psychosen einschl. symptomatischer psychischer Störungen	108	104	1	213	2,2%
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (z.B. Sucht)	78	135	0	213	2,2%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (z.B. schizophrene Psychose)	2.372	1.971	46	4.389	45,2%
Affektive Störungen (z.B. Depression, Manie)	1.572	738	38	2.348	24,2%
Neurotische Belastungs- und somatoforme Störung	244	121	18	383	3,9%
Verhaltensauffälligkeit mit körperlicher Störung (z.B. Essstörung)	73	13	0	86	0,9%
Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (z.B. Borderline-Persönlichkeit)	663	320	10	993	10,2%
Intelligenzminderung	32	32	0	64	0,7%
Nicht näher bezeichnete psychische Störung	74	54	2	130	1,3%
Andere Psychische Störung	66	62	0	128	1,3%
Nichtpsychische Störung	12	10	0	22	0,2%
Unklare Diagnoseformulierungen	52	53	0	105	1,1%
Unbekannt / Ärztliche Diagnose nicht vorhanden	199	182	0	381	3,9%
keine Angaben	2	70	192	264	2,7%
Summe	5.547	3.865	307	9.719	100,0%

Tabelle 10: Diagnosen

Aufgrund von Interpretationsproblemen, die im Kontext der Erhebung 2006 durch nicht immer klare Begrifflichkeiten entstanden waren, wurde mit der in 2007 entwickelten Systematik nun eine größere Eindeutigkeit in Bezug auf die unterschiedlichen psychiatrischen Hauptdiagnosen ermöglicht.

Mit 45,2% bilden die Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises die mit Abstand größte (und gegenüber dem Vorjahr noch einmal um 8,1% gestiegene) Einzeldiagnose, gefolgt von affektiven Störungen (z.B. Depressionen), an denen immerhin fast ein Viertel der Betroffenen leiden; darunter finden sich fast doppelt so viele Frauen wie Männer, sodass hier wohl von einer frauenspezifischen Erkrankung ausgegangen werden darf. Einen deutlichen Zuwachs erzielten ebenfalls Borderline- und andere Persönlichkeitsstörungen, die mit 10,2% aller Diagnosen nun den dritten Platz aller psychiatrischen Erkrankungen unter den Klienten und Klientinnen der Sozialpsychiatrischen Dienste einnehmen. Auch diese Diagnose wurde doppelt so vielen Frauen wie Männern gestellt. Alle anderen psychiatrischen Krankheiten treten, wie schon in 2006, in

eher niedrigen prozentualen Anteilen auf, wobei die neurotischen und somatoformen Belastungsstörungen mit 3,9% noch ein erwähnenswertes Segment bilden, in dem sich ebenfalls annähernd zweimal so viele Frauen wie Männer befinden.

Einzelne Dienste weisen im Rahmen der nicht standardisierten Anmerkungen auf eine deutliche Zunahme von Menschen mit gravierenden Persönlichkeitsstörungen sowie multimorbiden Problemstellungen hin, die in die regulären Abläufe von Tagesstätten etc. kaum einzubinden sind und die sich daher vermehrt auf die Angebote der SpDi orientieren. Es bleibt abzuwarten, wie diese Entwicklung langfristig durch die Mitarbeitenden der Sozialpsychiatrischen Dienste aufgefangen werden kann.

Die Auswertung der krankheitsbezogenen Daten macht deutlich, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste mit ihren Angeboten auch in 2007 wiederum exakt die Zielgruppe erreichen, für die sie ihr Leistungsspektrum vorhalten sollen und wollen: chronisch psychisch kranke Menschen, die in Ergänzung von medizinischer Versorgung zusätzlich sozialpsychiatrische Unterstützungsangebote benötigen oder die zur Inanspruchnahme von medizinisch-psychiatrischer Hilfe hingeführt werden sollen.

4.7 Gleichzeitig bestehende weitere Problematik

Gleichzeitig bestehende weitere Problematik		
	Anzahl	Prozent
behandlungsbedürftige körperliche Erkrankung	2.516	25,89%
behandlungsbedürftige Suchtproblematik	1.208	12,43%
für die Betreuung relevante Minderbegabung	424	4,36%

Tabelle 11: Gleichzeitig bestehende weitere Problematik

Während die Erhebung 2006 lediglich eine gleichzeitig bestehende Suchterkrankung thematisierte, wurden in 2007 auch behandlungsbedürftige körperliche Erkrankungen sowie Minderbegabungen, sofern sie eine Relevanz für die Betreuung besaßen, erfasst. Mit 12,43% tritt das Vorliegen einer gleichzeitigen Suchtproblematik annähernd in gleicher Häufigkeit auf wie in 2006, wobei hier vermuteter Maßen deutlich mehr Männer als Frauen subsumiert werden dürften, wenn man die hinlänglich erforschten männerspezifische Präferenzen in Bezug auf Bewältigungsstrategien von Krisen und belastenden Lebenssituationen berücksichtigt¹⁵.

Dass immerhin ein Viertel aller Klienten und Klientinnen zusätzlich zu ihrer psychiatrischen Symptomatik noch behandlungsbedürftige körperliche Erkrankungen zu bewältigen hat, macht einmal mehr deutlich, wie instabil sich die Lebenslagen von psychisch kranken Männern und Frauen in der Interdependenz mit multiplen Belastungsfaktoren gestalten, sodass die Präventions- und Begleitangebote der Sozialpsychiatrischen

¹⁵ S. auch DAK Gesundheitsreport 2007

Dienste auch im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements nicht hoch genug eingeschätzt werden dürfen.

4.8 Zuweisungswege

Zuweisung bei neuen längerfristigen Betreuungen		
	Anzahl	Prozent
Psychiatrisches Krankenhaus	818	19,92%
Andere Klinik	108	2,63%
PIA	123	3,00%
Niedergelassener Nervenarzt	612	14,91%
Niedergelassener Arzt	78	1,90%
Sozialpsychiatrische Einrichtung	139	3,39%
REHA-Einrichtung	73	1,78%
Allgemeiner Sozialdienst	131	3,19%
Amt für Öffentliche Ordnung / Gericht	69	1,68%
Sozialamt	62	1,51%
Gesundheitsamt	53	1,29%
ARGE	143	3,48%
Sozialstation / Nachbarschaftshilfe	26	0,63%
Beratungsstelle	134	3,26%
Therapeut/in	52	1,27%
Ehrenamtliche/r	12	0,29%
Nachbarn / Angehörige	454	11,06%
Eigeninitiative der Patientin/des Patienten	651	15,85%
KollegIn / Arbeitgeber	52	1,27%
Gesetzlicher Betreuer	101	2,46%
Wohnungslosenhilfe	34	0,83%
Bewährungshilfe	12	0,29%
Unbekannt	61	1,49%
Sonstiges*	108	2,63%
Summe	4.106	100,00%

* als sonstige Zuweisungswege wurden benannt:

ABW, Ambulante Psych. Pflege, Anwalt, Ausbildungsstätte, Ausländerbehörde, Beratungs- u. Koordinierungsstelle für ältere und behinderte Menschen, Betreutes Wohnen, Betreuungsbehörde, Eingliederungshilfe, Finanzamt, Flexibler Dienst, Frauenhaus, Integrationsfachdienst, Jugendamt, Kirche, Krankenkasse, Landratsamt, Pfarrer, Regionalberatung Amt für Zivildienst, Schuldnerberatung, Selbsthilfe, Sonderpflagedienst, Sozialpädagogische Familienhilfe, Soziotherapie, Städtische Wohnbaugesellschaft, Tagesklinik PSN, Tagesstätte, Therapeutin, Vermieter, WfBM

Tabelle 12: Zuweisungswege

Im Zuge der Befragung 2007 wurden auch die Grundlagen für die Erfassung der Zugangswege überarbeitet und bieten nun ein differenziertes, stimmiges Bild der vielfältigen Möglichkeiten, um die Betreuung von chronisch psychisch kranken Menschen zu veranlassen. Die so gewonnene Übersicht macht eindrucksvoll deutlich, dass grundsätzlich so gut wie jede gesellschaftliche oder soziale Institution psychisch kranke Personen in die Sozialpsychiatrischen Dienste überweist und spiegelt damit auch den hohen Vernetzungsgrad der Dienste innerhalb des jeweiligen Gemeinwesens wider.

Interessanter Weise wanden sich die Betroffenen selbst, mit 15,85% immerhin die zweitgrößte Einzelgruppe innerhalb der möglichen Zugänge noch vor den niedergelassenen Nervenärzten (14,91%), aus eigener Initiative an einen SpDi und signalisierten damit ihr Vertrauen in die Kompetenz der Dienste. Die überwiegende Mehrzahl der Zuweisungen (40,46%) erfolgte wie in den Vorjahren allerdings aus dem Bereich der medizinisch-psychiatrischen Versorgungsangebote, wobei Psychiatrische Krankenhäuser als „Spitzenreiter“ mit annähernd 20% die Betreuung von fast einem Fünftel aller Klienten und Klientinnen der SpDi veranlasst haben. Aus dieser, gegenüber dem Vorjahr noch einmal leicht gestiegenen Zahl lässt sich sicherlich auch die Wertschätzung ablesen, welche die kostengünstigen Präventiv-, Komplementär- und Nachsorgeangebote der Sozialpsychiatrischen Dienste im Kontext von Aufenthalten in Psychiatrischen Krankenhäusern genießen; diese Interpretation dürfte wohl auch für die PIAs zutreffen, die in 2007 mit 3% aller Fälle fast doppelt so viele Personen wie in 2006 an die SpDi überwiesen haben.

Mit insgesamt 12,33% aller Zuweisungen aus dem unmittelbaren Lebensumfeld der Klienten und Klientinnen (Nachbarn, Verwandte, Kollegen) wird sowohl die Verunsicherung deutlich, welche psychische Erkrankungen von nahe stehenden Menschen auslösen, als allerdings auch der hohe Bekanntheitsgrad, den die Dienste mittlerweile genießen und der Bürger und Bürgerinnen erfreulicher Weise dazu veranlasst, betroffene Personen zur Kontaktaufnahme mit einem SpDi zu motivieren.

Interessant ist abschließend, dass die ARGEn mit 3,48% aller Zuweisungen das größte Einzelsegment innerhalb der behördlichen Zuweisungen noch vor den allgemeinen Sozialdiensten bilden; dies darf sicherlich auf der Grundlage der nicht immer mit der gebotenen Sorgfalt veranlassten Einstufung von psychisch kranken arbeitslosen Menschen als „erwerbsfähig“ interpretiert werden, die im Zuge der Hartz IV – Reformen 2005 vorgenommen wurde und in deren Folge nun Vermittler wie Kranke immer wieder an ihre Grenzen stoßen.

5 Soziotherapie in den Sozialpsychiatrischen Diensten

5.1 Verordnungen von Soziotherapie

	Erstverordnungen	Folgeverordnungen	Gesamt
Soziotherapieanträge 2007	656	582	1238
direkt genehmigt	483	485	968
nach Widerspruch genehmigt	33	19	52
nicht genehmigt	140	78	218

Tabelle 13: Verordnungen von Soziotherapie

Erstmals ist in 2007 die Zahl der Personen, für die durch Soziotherapie eine spezifische Unterstützung ermöglicht werden sollte, deutlich zurückgegangen; mit 1238 gestellten Neuanträgen gegenüber 1369 in 2006 wurden nicht nur in absoluten Zahlen weniger Personen erreicht als im Vorjahr, sondern mit nur noch 6,96% aller Klienten und Klientinnen auch deutlich weniger Menschen in Relation zur Gesamtpopulation der SpDi (8,57% in 2006). Um diesen Rückgang schlüssig zu interpretieren, muss darauf hingewiesen werden, dass hier sicherlich unterschiedliche Faktoren wirksam werden: zum einen hat ein wesentlicher Teil der Klienten und Klientinnen offensichtlich bereits einen Soziotherapiezyklus durchlaufen, zum anderen wird die Antragsstellung selbst noch immer als außerordentlich arbeitsintensiv und in Folge der gleichzeitig herrschenden Rechtsunsicherheit in der Bewilligungspraxis als wenig effizienter Vorgang beschrieben. Offensichtlich bröckelt hier bereits das so genannte zweite Standbein, welches die Krankenkassen in den Finanzierungspool der SpDi einzubringen versprochen, bereits wieder ab.

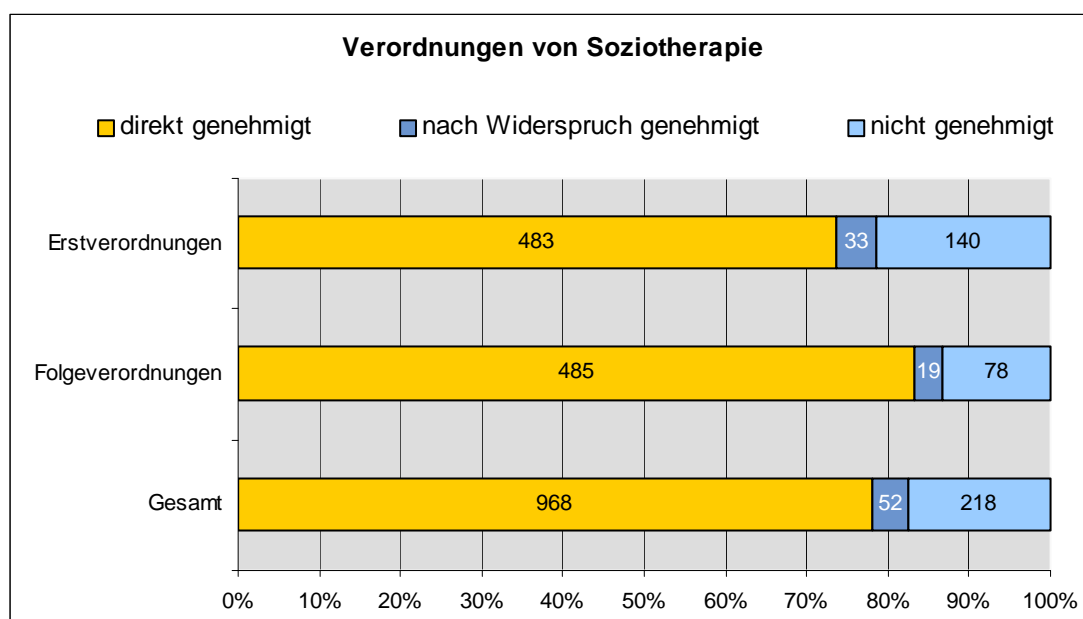


Abbildung 8: Verordnungen von Soziotherapie

Dennoch lag die Anzahl an Erstverordnungen erstmalig wieder über der Zahl der Folgeverordnungen, vermuteter Maßen auf dem Hintergrund eines mittlerweile sehr hohen Bekanntheitsgrades dieser Maßnahme unter den zuständigen Fachärzten zu interpretieren. Dass die Wertschätzung, welche die Soziotherapie mittlerweile als unterstützendes Element im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung genießt, sich nicht automatisch in der Bewilligungspraxis der Krankenkassen niederschlägt, wird in der folgenden Grafik verdeutlicht:

Im Verhältnis zum Vorjahr, in dem die sich Zahl der abgelehnten Soziotherapieanträge bereits bei nicht unbeträchtlichen ca. 18% eingependelt hatte, lässt sich für 2007 mit nunmehr 22,5% eine nennenswerte Verschiebung in der Relation von bewilligten zu abgelehnten Anträgen feststellen; bei Erstanträgen liegt die Quote der abgelehnten Anträge nun bei bemerkenswerten 28,9% und damit fast einem Drittel, während bei Folgeanträgen die Bewilligungsquote deutlich höher ausfällt als bei den Erstanträgen; eventuell liegt hier ein Hinweis sowohl auf ein zunehmend restriktives Bewilligungsverfahren vor – wie auch zahlreiche Anmerkungen der Träger im Rahmen der nicht standardisierten Fragen vermuten lassen - als auch auf ein mittlerweile gut eingespieltes Procedere zwischen den Beteiligten, wenn der Erstantrag einmal die Bewilligungshürde genommen hatte. Dass immerhin etwas mehr als 5% aller Anträge in der Folge eines Widerspruchverfahrens doch noch bewilligt wurde, mag dazu ermuntern, im Interesse der Klienten und Klientinnen auch weiterhin den mühsamen, weil zeitintensiven Weg eines „zweiten Anlaufs“ zu gehen.

Vergleich zu den Vorjahren

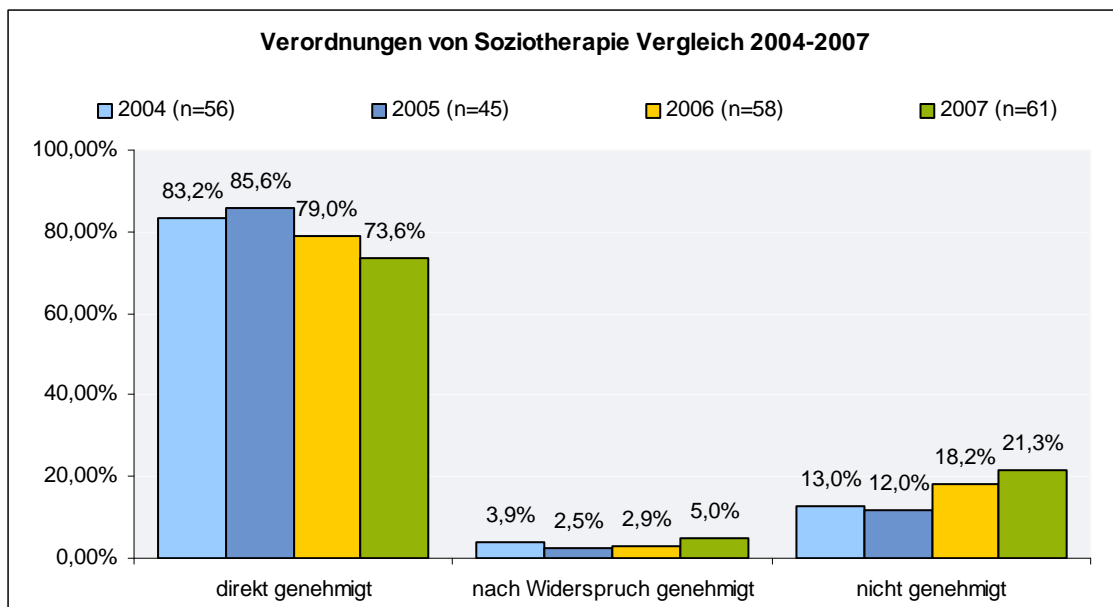


Abbildung 9: Verordnungen von Soziotherapie im Vergleich zu den Vorjahren

In dieser Abbildung spiegelt sich die Entwicklung bei der Verordnung von Soziotherapie in den Jahren 2004 bis 2007 eindrücklich wider: während 2005 noch 85,6% aller Anträge direkt genehmigt wurden, sank diese Zahl in 2007 um immerhin 12% auf nunmehr nur noch 73,6%, wodurch der Abwärtstrend des Vorjahres ein weiteres Mal fort-

gesetzt wurde. Analog stieg die Kurve der abgelehnten Anträge auf 21,3% in 2007, eine gegenüber dem Vorjahr wiederum um 3,1% gestiegene Zahl an nicht bewilligten Verordnungen.

5.2 Initiierung von Soziotherapie

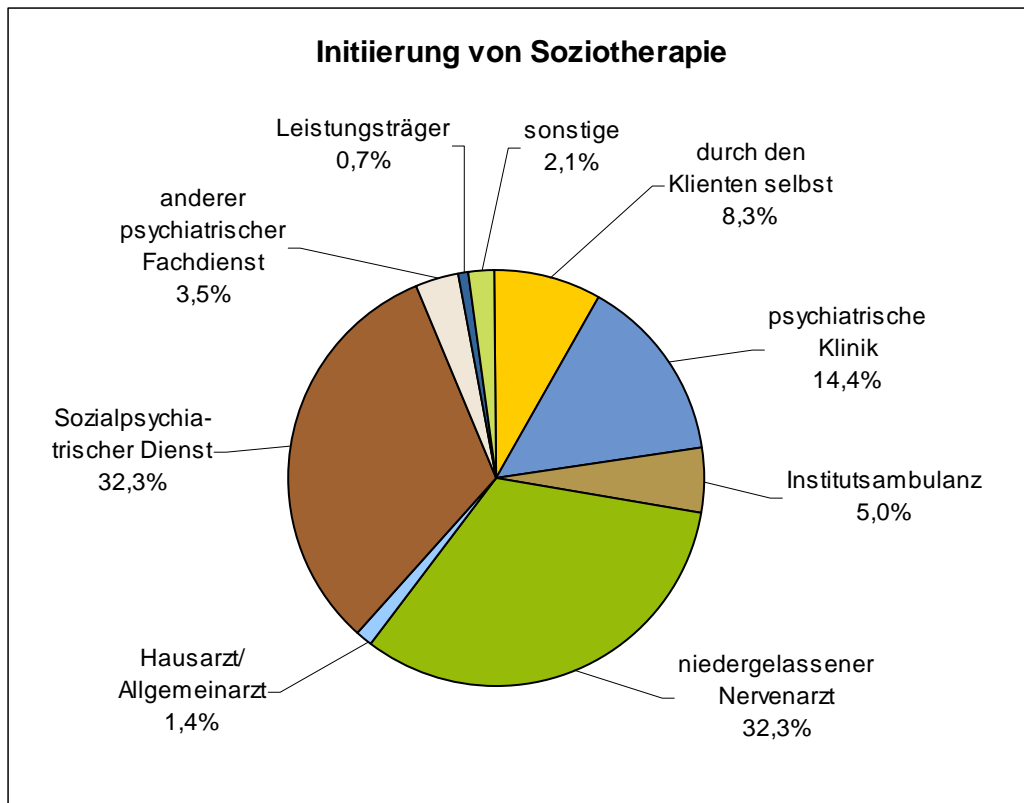


Abbildung 10: Initiierung von Soziotherapie

Erstmalig haben die Sozialpsychiatrischen Dienste ihre eigenständigen Initiativen zur Initiierung von Soziotherapie in 2007 signifikant reduziert; mit nunmehr 32,3% (41,9% in 2006) bilden sie nun ein exakt gleichgroßes Segment wie die niedergelassenen Nervenärzte, mit denen gemeinsam immerhin zwei Drittel aller Soziotherapien veranlasst wurden. Eventuell ist dieser Rückgang auf der Grundlage der Tatsache nachvollziehbar, dass fast alle anderen potenziellen Initiatoren, einschließlich der Nervenärzte, ihre Aktivitäten auf diesem Gebiet gegenüber dem Vorjahr teilweise beträchtlich gesteigert haben, sodass die Bemühungen der SpDi selber nicht mehr in demselben Ausmaß wie zu Beginn der Implementierung dieser Maßnahme benötigt wurden. Nachdem es nun offensichtlich gelungen ist, in der Versorgungslandschaft eine hohe Akzeptanz gegenüber der Soziotherapie zu erzeugen (wenn man einmal von dem neuerlichen Rückgang der Initiativen durch die Leistungsträger absieht...), bleibt abzuwarten, inwieweit die Bewilligungspolitik der Krankenkassen diese an sich positive und wünschenswerte Entwicklung künftig noch stärker als bisher konterkariert.

5.3 Verfahren bei Ablehnung

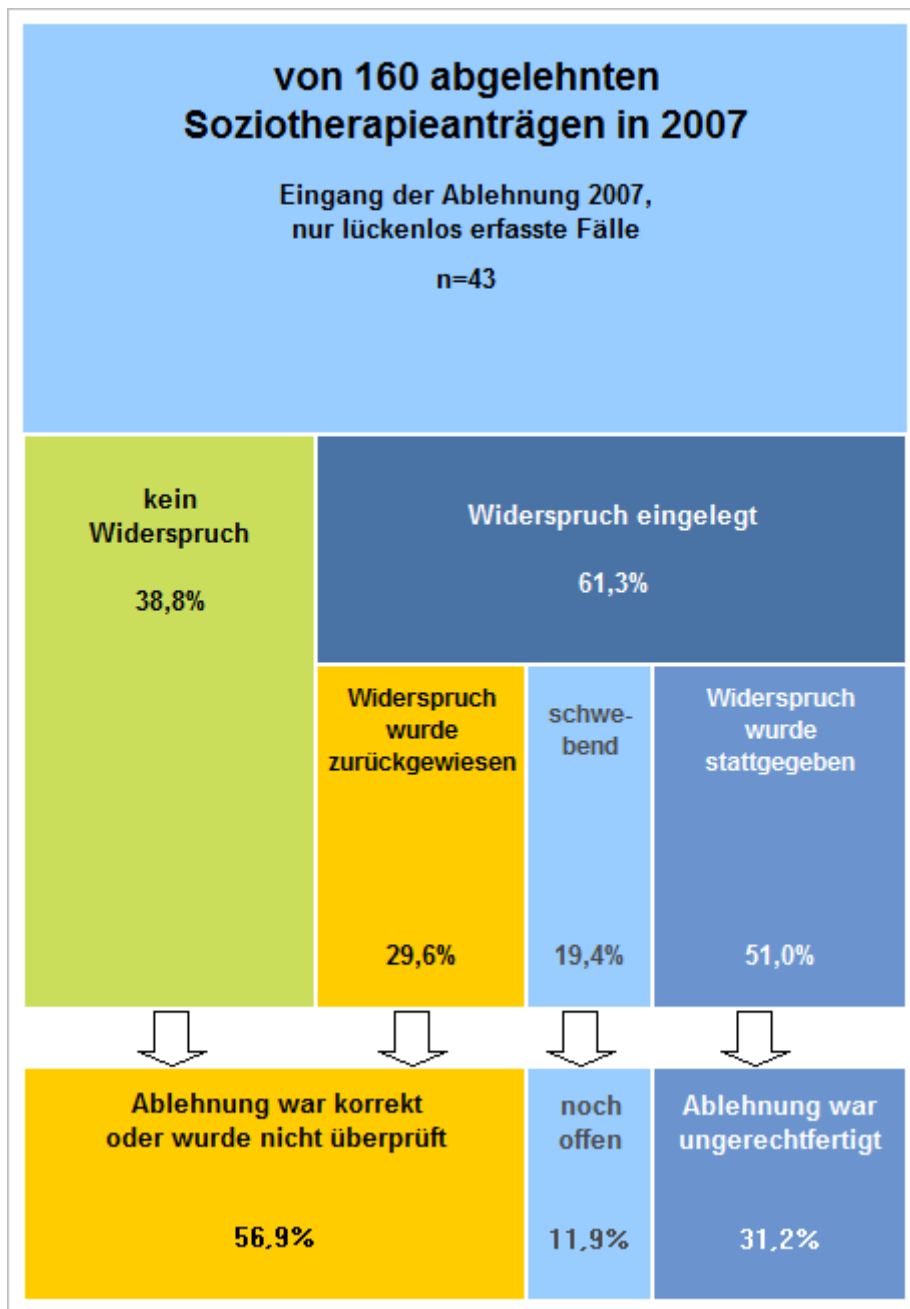
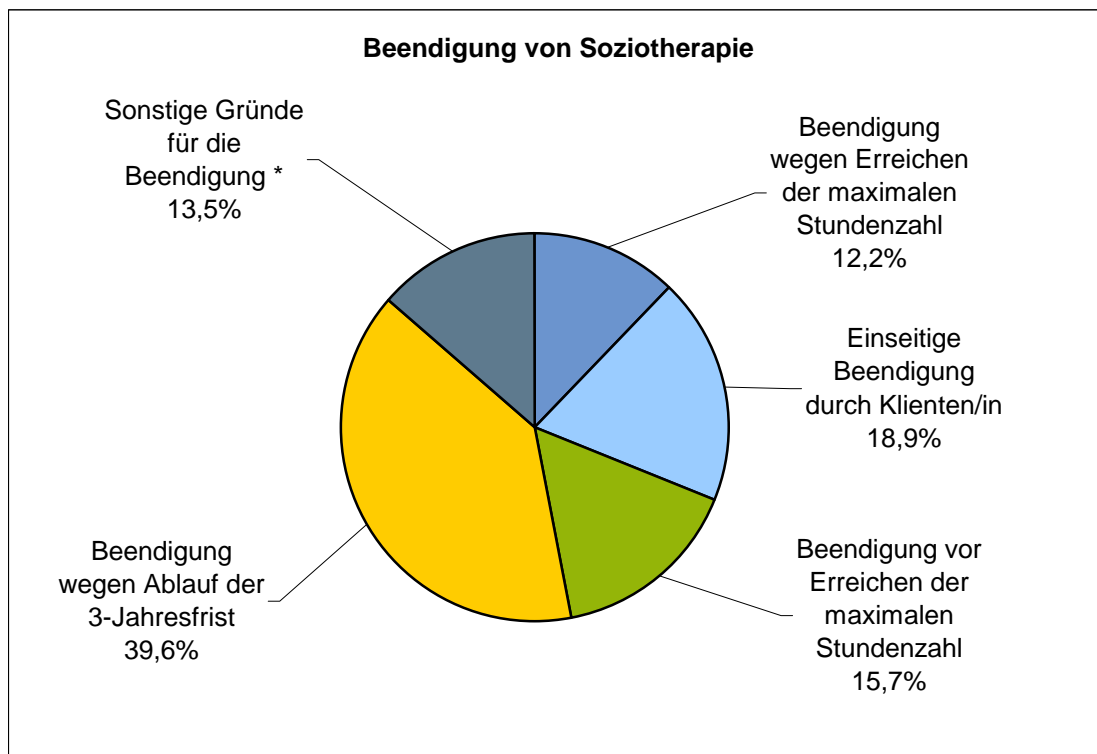


Abbildung 11: Verfahren bei Ablehnung

Interessanter Weise wurden mit insgesamt 61,3% Widersprüchen noch einmal 5,5% mehr Ablehnungsbescheide einer Überprüfung zugeführt als in 2006, obwohl Widerspruchverfahren aufgrund ihres komplexen und ressourcenbindenden Verlaufs weder für die Betroffenen selbst noch die unterstützenden Fachkräfte der SpDi zu den bevorzugten Interventionen gehören. Immerhin entwickelte sich dieses Procedere mit insgesamt 51,0% stattgegebenen Widersprüchen gegenüber 29,6% Ablehnungen positiver als im Vorjahr, wo noch lediglich 34,5% aller Widersprüche stattgegeben wurde. In fast einem Drittel aller Fälle wurde die Ablehnung des Soziotherapieantrags sogar als „ungerechtfertigt“ dokumentiert, sodass den SpDi hier wohl auch künftig ein zwar mühsames, aber unverzichtbares Handlungsfeld erhalten bleibt.

5.4 Beendigung von Soziotherapie



* als sonstige Gründe für die Beendigung wurden benannt:

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

Abbildung 12: Beendigung von Soziotherapie

Ähnlich wie im Vorjahr wurden fast 40% der durchgeführten Soziotherapien regulär, also wegen Ablauf des dreijährigen Bewilligungszeitraums, beendet; gemeinsam mit den 12,2%, welche die Therapie aufgrund des Erreichens der maximalen Stundenzahl abschlossen, liefen damit mehr als die Hälfte aller Soziotherapien (51,8%) aus wie geplant.

Allerdings wurden auch 18,9% aller Soziotherapien auf ausdrücklichen Wunsch der KlientInnen vorzeitig beendet wie auch weitere 15,7% vor Erreichen der maximalen Stundenzahl; aus letzterem lässt sich leider nicht eindeutig schlussfolgern, dass die bewilligte Stundenzahl eventuell aufgrund eines vorzeitigen Erfolgs der Maßnahme nicht zur Gänze ausgeschöpft werden musste. Während sich die „sonstigen Gründe“ für weitere 13,5% vorzeitige Beendigungen differenziert darstellen lassen, wäre es sicherlich interessant, in künftigen Erhebungen ebenfalls nachzuvollziehen, aus welchen Gründen beispielsweise Klienten und Klientinnen die verordnete Soziotherapie vorzeitig abgebrochen haben.

Weiterbetreuung nach dem Ende der Soziotherapie		
	Anzahl	Prozent
Beendete Soziotherapien	598	100%
Nach Beendigung der Soziotherapie weiterbetreut durch SpDi	316	52,8%
Nach Beendigung der Soziotherapie weiterbetreut durch anderen Fachdienst	45	7,5%
keine weitere Betreuung	237	39,6%

Tabelle 14: Weiterbetreuung nach dem Ende der Soziotherapie

Mehr als die Hälfte aller Klienten und Klientinnen (52,8%) nutzte im Anschluss an die Soziotherapie auch weiterhin die Angebote des Sozialpsychiatrischen Dienstes, während 7,5% zur Weiterversorgung an andere Fachdienste überwiesen wurden. Immerhin nahmen 39,6% aller Soziotherapieklienten und -klientinnen keine unmittelbare weitere Betreuung in Anspruch.

6 Kooperation und Vernetzung

Nachdem in Baden-Württemberg mit der Implementierung von Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) ein weiterer ambulanter Baustein als Anlaufstelle für psychisch kranke Menschen zur Verfügung steht, war es auch 2007 wieder Ziel der Erhebung, zu dokumentieren, wie sich die Kooperation zwischen den Sozialpsychiatrischen Diensten und den PIAs auf der Grundlage ihrer ähnlichen, wiewohl dennoch jeweils spezifischen Aufgabenstellung konkret dargestellt hat. 56 der erhobenen Dienste (91,8%) gaben an, dass in ihrem Versorgungsgebiet mittlerweile eine PIA vorhanden sei, sodass die Psychiatrischen Institutsambulanzen mittlerweile als flächendeckend etabliert bezeichnet werden können. Wie sich zeigt, kooperieren Sozialpsychiatrische Dienste und PIAs auch ausnahmslos miteinander, wenn sie in einer Region gemeinsam für die ambulante Versorgung der psychisch kranken Menschen zuständig sind:

6.1 Kooperation mit PIA

Kooperation mit PIA		Anzahl Dienste	n=61
Pia vorhanden		56	91,8%
schriftliche Kooperationsvereinbarung		42	75,0%
Kooperation mit Vereinbarung			n=42
1	Leistungserbringung durch SpDi für PIA gegen Abrechnung	20	
2	Regelmäßige Kooperationsgespräche	31	
3	Regelmäßige Fallbesprechungen	42	
4	Gemeinsame Hausbesuche	18	
5	Gemeinsame Angebote (z.B. psychoedukative Gruppen etc.)	6	
6	Sonstiges	13	
Kooperation ohne Vereinbarung			n=14
1	Leistungserbringung durch SpDi für PIA gegen Abrechnung	0	
2	Regelmäßige Kooperationsgespräche	6	
3	Regelmäßige Fallbesprechungen	5	
4	Gemeinsame Hausbesuche	3	
5	Gemeinsame Angebote (z.B. psychoedukative Gruppen etc.)	1	
6	Sonstiges	5	

Tabelle 15: Kooperation mit PIA

Mittlerweile haben genau drei Viertel aller SpDi (gegenüber noch 66,7% in 2006) ihre Kooperationsbeziehungen zur jeweils zuständigen PIA im Rahmen von schriftlichen Vereinbarungen festgehalten, während lediglich 14 der untersuchten Dienste noch ohne schriftliche Absprachen auskommen musste.

Offensichtlich korreliert dieses Ergebnis auch mit dem Befund, dass 2007 zwar 20 SpDi Leistungen für die PIA auf der Basis von Abrechnungen erbrachten, in der Gruppe der Kooperationspartnerschaften ohne schriftliche Vereinbarung jedoch keine einzige derartige Leistung gezählt werden kann. Ebenso wie gemeinsame Angebote an die KlientInnen, die ohnehin im Leistungsspektrum eine noch eher geringen Stellenwert einzunehmen scheinen, sowie gemeinsame Hausbesuche handelt es sich hier offensichtlich um Kooperationsformen, die auf einen hohen Grad an Verbindlichkeiten angewiesen sind und daher sicherlich eher im Kontext von schriftlichen Vereinbarungen umgesetzt werden können.

Erfreulicher Weise haben sich die gemeinsam mit der PIA durchgeführten Fallbesprechungen für mittlerweile 75% aller SpDi, sowie regelmäßige Kooperationsgespräche für mehr als die Hälfte aller teilnehmenden Dienste zu einem viel genutzten und effektiven Instrumentarium entwickelt, um Zuständigkeiten abzustimmen, fachliche Standards zu reflektieren und im Rahmen von kollegialer Intervision das jeweils im Einzelfall geeignete Vorgehen miteinander zu erörtern.

6.2 Zusätzliche Kooperationen

Zusätzliche Kooperation		Anzahl Dienste	Prozent
1	mit Klinikärzten	57	93,4%
2	mit niedergelassenen PsychiaterInnen	59	96,7%
3	Sonstige *	42	68,9%
* als sonstige Kooperationspartner wurden genannt:			
Agentur für Arbeit, ambulante und stationäre psychiatrische Angebote, Angehörige, Beistände für Betroffene, Beratungsstellen, Beratungsstelle für Ältere, Betreutes Wohnen, Bezirkssozialdienst, Einrichtungen des GPV, EMiL-Eingliederungshilfe, Fachärzte, Familienberatungsstelle, Gesetzliche Betreuer, Gesundheitsamt, Hausärzte, Integrationsfachdienst, Integrationsfirmen, Job-Center, Jugendamt, Kliniksozialdienst, Kommunale Arbeitsförderung, Krankenkassensozialdienst, Landratsamt, niedergelassene Hausärzte, Notare, Obdachlosenberatung, Ordnungsamt, Pfarrer, Pflegedienste, Psychiater des Gesundheitsamtes, Psychiatrie-Erfahrene, Psychiatriekoordinatorin, Psychologen, Psychosomatische Kliniken, PsychotherapeutInnen, Reha-Werkstätte, Selbsthilfegruppen, Soziale Dienste, Sozialstation, Stadtverwaltung, Suchtberatung, Tagesklinik, Tagesstätte, WfBM, Wohnbaugesellschaften, Wohnheime			

Tabelle 16: Zusätzliche Kooperationen

Wie bereits in dem Diagramm ersichtlich, das die unterschiedlichen Institutionen im Kontext von Zuweisungen in die SpDi erfasst, beschreibt auch diese Tabelle eindrücklich die Vernetzung der Sozialpsychiatrischen Dienste mit allen relevanten Einrichtungen und Fachdiensten in der jeweiligen Versorgungsregion.

Nahezu alle Dienste (96,7%) können mittlerweile auf eine enge Kooperation mit niedergelassenen Nervenärzten vertrauen und setzen damit die im letzten Jahr bereits angedeutete Tendenz positiv fort; ebenfalls stabilisiert hat sich die Zusammenarbeit mit Klinikärzten, auf die immerhin 93,4% der SpDi hinweisen und die nicht nur eine weitere quantitative Steigerung erfuhr, sondern – wie den nicht standardisierten Trägerkommentaren zu entnehmen ist – mehrheitlich auch eine zufrieden stellende Qualität aufweist. Sicherlich trägt die gute Vernetzung der Sozialpsychiatrischen Dienste mit anderen ambulanten, vor allem aber auch mit stationären Versorgungsangeboten erheblich dazu bei, dass die SpDi ihre Kernaufgaben – Vermeidung bzw. Reduzierung von stationären Aufenthalten – optimal im Sinne der Betroffenen erfüllen können.

6.3 GPV/GPZ-Vereinbarungen

Kooperation mit GPV/GPZ	Anzahl Dienste	Prozent
Vereinbarung unterzeichnet	55	90,2%
Rechtsform		
Kooperationsvertrag	53	96,4%
E.V.	0	0,0%
gGmbH	2	3,6%
Sonstige		0,0%
Es gibt eine Hilfeplankonferenz im Versorgungsgebiet	33	60,0%
Teilnahme der Betroffenen	24	
IBRP	18	
vergleichbare Instrumente	11	

Tabelle 17: GPV/GPZ-Vereinbarungen

Mit 90,2% haben nunmehr fast alle Sozialpsychiatrischen Dienste Vereinbarungen unterzeichnet, welche die Kooperation im Rahmen der entstandenen GPV/GPZ regeln, sodass dieser Prozess mittlerweile als nahezu abgeschlossen bezeichnet werden kann; dies war nach den anfänglichen Hürden, die in der gewachsenen Trägerlandschaft zu nehmen waren, nicht unbedingt zu erwarten. Dass sich der Kooperationsvertrag mit 96,4% nun als die eindeutig bevorzugte Rechtsform stabilisiert hat und lediglich 2 SpDi im Rahmen einer gGmbH mit den anderen Trägern kooperieren, muss hingegen kaum überraschen, lässt dies doch die größtmöglichen Gestaltungsspielräume innerhalb der jeweiligen Kooperationsbezüge zu.

Nur unwesentlich mehr Dienste als im Vorjahr (60% gegenüber den in 2006 erhobenen 59,6%) können mit der Hilfeplankonferenz (HPK) auf eine standardisierte Möglichkeit in ihrer Versorgungsregion zurückgreifen, um die Bedarfe der Klienten und Klientinnen gemeinsam mit anderen Fachdiensten zu erörtern, wobei immerhin 72,72% der Betroffenen selbst ebenfalls an der Hilfeplankonferenz teilnehmen (können). Allerdings ha-

ben einige GPVs die zunächst eingeführten Hilfeplankonferenzen mittlerweile ausgesetzt oder bereits durch Hilfeplangespräche ersetzt; hier wäre es sicherlich interessant, die entsprechenden Begründungszusammenhänge nachvollziehen zu können.

Annähernd 90% der Hilfeplankonferenzen werden auf der Basis des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) oder vergleichbarer Instrumente durchgeführt, sodass in diesem Zusammenhang von einem flächendeckend implementierten, nachvollziehbaren und transparenten Verfahren ausgegangen werden kann.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Träger der Sozialpsychiatrischen Dienste	15
Abbildung 2: Leistungsbereiche der SpDi.....	16
Abbildung 3: Betreute Personen nach Leistungsbereichen.....	19
Abbildung 4: Betreuung im Rahmen der Grundversorgung.....	20
Abbildung 5: Anteil der Erstbetreuungen im Rahmen der Grundversorgung	21
Abbildung 6: Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit.....	22
Abbildung 7: Beendigung der längerfristigen Grundversorgung.....	24
Abbildung 8: Verordnungen von Soziotherapie	37
Abbildung 9: Verordnungen von Soziotherapie im Vergleich zu den Vorjahren	38
Abbildung 10: Initiierung von Soziotherapie	39
Abbildung 11: Verfahren bei Ablehnung	40
Abbildung 12: Beendigung von Soziotherapie.....	41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Dienste und Klienten.....	13
Tabelle 2: Beschäftigte Personen.....	16
Tabelle 3: Betreute Personen.....	17
Tabelle 4: Betreuungsdauer und Kontakthäufigkeit in der Grundversorgung.....	23
Tabelle 5: Soziodemografisch erfasste Klienten.....	26
Tabelle 6: Familienstand.....	27
Tabelle 7: Lebensverhältnisse	28
Tabelle 8: Finanzielle Situation.....	29
Tabelle 9: Verteilung der Altersgruppen	31
Tabelle 10: Diagnosen.....	33
Tabelle 11: Gleichzeitig bestehende weitere Problematik	34
Tabelle 12: Zuweisungswege	35
Tabelle 13: Verordnungen von Soziotherapie	37
Tabelle 14: Weiterbetreuung nach dem Ende der Soziotherapie	42
Tabelle 15: Kooperation mit PIA.....	43
Tabelle 16: Zusätzliche Kooperationen	44
Tabelle 17: GPV/GPZ-Vereinbarungen	45