KVJS
Kommunalverband für
Jugend und Soziales
Baden-Württemberg

Main-Tauber-Kreis.de

Mitten im Leben.

Teilhabeplan Main-Tauber-Kreis

Sozialplanung für behinderte Menschen, Teil 2.

Sozialamt

Wir sind für Sie da.

Herausgeber

Landratsamt Main-Tauber-Kreis
Sozialdezernat
Gartenstraße 1
97941 Tauberbischofsheim

Internet: www.main-tauber-kreis.de

Bearbeitung

Werner Stocker
Christian Gerle

Kommunalverband für Jugend und Soziales
Baden-Württemberg, Referat 22
Leitung: Dr. Eckart Bohn

Oktober 2009

Foto Titelseite: diego cervo - fotolia.com

Vorwort 1

I Grundlagen der Planung

1 Auftrag, Inhalt und Ziele 3

2 Planungsprozess 4

3 Zielgruppe 5

3.1 Psychische Störungen 6
3.2 Verlauf psychischer Erkrankungen 7
3.3 Seelische Behinderung 8
3.4 Diagnosen 8
3.5 Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildungsabschlüsse 11
3.6 Fluktuation in Einrichtungen 16
3.7 Schnittstellen 17

II Angebote für erwachsene Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen im Main-Tauber-Kreis

1 Versorgungsstruktur im Main-Tauber-Kreis 20

2 Wohnen 23

2.1 Privates Wohnen 23
2.2 Ambulant betreutes Wohnen 24
2.3 Stationäres Wohnen 29
2.4 Pflege 36

3 Ausbildung, Arbeit, Beschäftigung 39

3.1 Allgemeiner Arbeitsmarkt 41
3.2 Integrationsfachdienst 42
3.3 Integrationsunternehmen 43
3.4 Werkstätten 43
3.5 Beschäftigung in Tagesstätten 48

4 Komplementäre gemeindepsychiatrische Angebote 54

4.1 Sozialpsychiatrische Dienste 55
4.2 Tagesstätten 58
4.3 Klinische und medizinisch-therapeutische Versorgung 63
4.4 Ambulante psychiatrische Pflege 65
4.5 Vernetzung und Kooperation 67
4.6 Planungsbeteiligung Leistungsempfänger 71
4.6.1 Patientenfürsprecher 71
4.6.2 Befragung zur Nutzung und Zukunftswerkstatt 72

Literaturverzeichnis 75

Teilnehmer Planungskreis 79

Vorwort

Mitten im Leben – so lautete bereits das Leitmotiv für den Teil 1 der Sozialplanung für Menschen mit Behinderung. Er hatte vor allem die Hilfen für Menschen mit wesentlichen geistigen, körperlichen und Sinnesbehinderungen im Blick.

Im Teil 2 liegt der Fokus jetzt auf den Hilfestellungen und Angeboten für chronisch psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen. Auch für diesen Personenkreis ist ein möglichst selbständiges, gleichzeitig aber auch bedarfsgerecht unterstütztes Leben die Voraussetzung für eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben der Gesellschaft.

Anders als bei der ersten Zielgruppe lassen sich Bedarfsprognosen zur künftigen Angebotsentwicklung jedoch nur allgemein formulieren. Die Planer haben deshalb Anhaltspunkte zur voraussichtlichen Entwicklung des wohnortnahen Bedarfs sowie Aussagen zur qualitativen Fortentwicklung der Angebote und Leistungen formuliert. Im Mittelpunkt der Bemühungen um eine zeitgemäße und bedarfsgerechte Ausrichtung der öffentlichen Infrastruktur steht dabei der Mensch mit Behinderung.

Unter Federführung des Landratsamtes haben sich wiederum die Anbieter von Hilfen aller Art sowie auch die betroffenen Menschen und ihre Angehörigen engagiert an der Planung beteiligt. Der Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg hat diesen Planungsprozess erfolgreich koordiniert und die Planungsergebnisse formuliert.

Der Sozial- und Kulturausschuss sowie der Kreistag des Main-Tauber-Kreises haben im Oktober 2009 das Ergebnis einhellig begrüßt und die Handlungsempfehlungen als Basis für die weitere Arbeit der Eingliederungshilfe anerkannt. Damit kann die Entwicklung eines bedarfsgerechten und wohnortnahen Hilfenetzes im Landkreis weiter vorangetrieben werden.

Die Landkreisverwaltung schultert diese enorme Herausforderung nicht alleine. Sie benötigt die Hilfe, die Begleitung und Unterstützung aller Kooperationspartner, der Städte und Gemeinden, der Kirchen, der ehrenamtlichen Initiativen und Verbände sowie der engagierten Angehörigen. Nur dann kann das Leitmotiv „*Mitten im Leben*“ auch zur Wirklichkeit werden –für alle Menschen mit Behinderung.

Ich sage allen ein herzliches Dankeschön, die sich aktiv in den Planungsprozess eingebracht haben. Außerdem danke ich allen, die mit uns die Infrastruktur im Main-Tauber-Kreis so gestalten wollen, dass alle Bürgerinnen und Bürger gleichberechtigt an der Gesellschaft teilhaben können.

Mit freundlichen Grüßen

Reinhard Frank
Landrat des Main-Tauber-Kreises

I Grundlagen der Planung

1. Auftrag, Inhalte und Ziele

Der Main-Tauber-Kreis hat unter dem Titel „Mitten im Leben“ im September 2007 seinen ersten Teilhabeplan veröffentlicht. Der vom Kommunalverband für Jugend und Soziales (KVJS) unter breiter Beteiligung auf Kreisebene erstellte und von den Kreisgremien verabschiedete Plan beschreibt die Angebotsstrukturen, die den geistig, körperlich und sinnesbehinderten Bürgern des Landkreises zur Verfügung stehen. In dem Bericht sind außerdem die wesentlichen gesetzlichen Grundlagen und Regelungen sowie fachlichen Definitionen für den Gesamtbereich der Eingliederungshilfe, für die seit dem Jahr 2005 die Stadt- und Landkreise zuständig sind, dargestellt. Für die voraussichtliche Entwicklung der Angebote bis ins Jahr 2016 werden sozialplanerische Aussagen auf der Grundlage sozialwissenschaftlicher Berechnungen getroffen und konzeptionelle Entwicklungsziele formuliert.

Der vorliegende zweite Teil des Teilhabeplans widmet sich der Darstellung der Angebote und Hilfen für chronisch psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen. Dieser Personenkreis benötigt wegen der vielfältigen Ausprägungen seiner Behinderung spezifische Angebotsstrukturen. Bedarfsprognosen über die zukünftige Angebotsentwicklung lassen sich nur allgemein formulieren, da sich belastbare Zugangszahlen ins Hilfesystem für den Bereich der seelischen Behinderungen nicht ermitteln lassen. Dazu kommt, dass psychische Erkrankungen häufig phasenartig verlaufen und mit anderen Problemlagen einhergehen, wodurch die betroffenen Menschen zwischen verschiedenen Leistungssystemen wechseln.[1] Vor diesem Hintergrund wurden, gemeinsam mit dem begleitenden Arbeitskreis, Anhaltspunkte für die voraussichtliche Entwicklung des wohnortnahen Bedarfs festgehalten und Aussagen zur qualitativen Weiterentwicklung der Angebote formuliert.

Der Main-Tauber-Kreis stellt sich mit der Teilhabeplanung seiner Aufgabe, die bestehenden Angebote für Menschen mit Behinderungen so weiterzuentwickeln, dass diese den zukünftigen Anforderungen an die Versorgung dieses Personenkreises gerecht werden und dass die Finanzierung der Leistungen auf lange Sicht gewährleistet werden kann. Die Teilhabeplanung wurde in enger Kooperation zwischen dem Sozialdezernat des Landkreises, dem begleitenden Arbeitskreis und dem KVJS konzipiert und ausgearbeitet.

Das Planungsverständnis, die Gliederung und die konzeptionellen Grundaussagen des ersten Teils des Teilhabeplans gelten grundsätzlich auch für diesen Bericht. Zunächst werden die vorhandenen Angebote für Menschen mit seelischer Behinderung im Rahmen einer Bestandsaufnahme analysiert und bewertet. Sodann werden daraus Empfehlungen und Vorschläge zur Weiterentwicklung der Angebote abgeleitet.
Der Teilhabeplan bietet Politik und Verwaltung sozialplanerische Entscheidungsgrundlagen.[2] Den gesetzlichen Rahmen bildet das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“, das am 01.07.2001

[1] siehe Kapitel I. 3.2 Verlauf psychischer Erkrankungen
[2] siehe auch Teilhabeplan Main-Tauber-Kreis Teil 1, September 2007, Kapitel I

in Kraft getreten ist. Danach erhalten Menschen mit Behinderung oder Menschen, die von einer Behinderung bedroht sind, Leistungen, „um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.“ [3]

Im Main-Tauber-Kreis konzentrieren sich die Angebote für Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung im Wesentlichen auf die geografische Mitte des Kreises rund um Tauberbischofsheim (Näheres dazu s. Kapitel II.1)
Um dem Ziel einer möglichst wohnortnahen Versorgungsstruktur näher zu kommen, werden für die Teilhabeplanung für Menschen mit seelischer Behinderung drei Planungsräume (Wertheim, Tauberbischofsheim und Bad Mergentheim) zu Grunde gelegt.

2. Planungsprozess

Die Arbeiten am vorliegenden Berichtsteil nahmen ihren Anfang mit einer Auftaktveranstaltung am 19.02.2008 sowie der ersten Sitzung des Planungsarbeitskreises am 18.03.2008. Im Anschluss daran wurden die Daten zur Belegung der Einrichtungen im Main-Tauber-Kreis zum Stichtag 31.12.2007 erhoben. Parallel dazu wurden alle Einrichtungen besucht und Gespräche mit den Trägern geführt, um Informationen über die aktuelle Arbeit und die Planungen für die Zukunft zu erhalten. Die Planungsarbeitsgruppe kam prozessbegleitend regelmäßig zusammen. In größeren zeitlichen Abständen traf sich ein erweiterter Begleitarbeitskreis. In einem Fachgespräch wurden spezifische Fragen der Teilhabeplanung mit nicht kontinuierlich am Planungsprozess beteiligten Experten (Psychiatrische Institutsambulanz und Kreisjugendamt) erörtert. Die Planung wurde außerdem im Regionalen Arbeitskreis Psychiatrie vorgestellt und diskutiert. Die Methoden der Datenerhebung und Datenauswertung entsprechen denen des Teilhabeplans Teil 1.[4]

Zusätzlich wurden im Sinne einer möglichst breiten Planungsbeteiligung Menschen mit seelischer Behinderung, die offene Hilfen nutzen, von Mitgliedern des Planungsarbeitskreises anhand eines standardisierten Fragebogens zu ihren Nutzungsgewohnheiten und Wünschen befragt. Parallel wurden Bestandsdaten zu den offenen Hilfen, einschließlich der nicht von der Eingliederungshilfe finanzierten Angebote, bei den Anbietern erhoben. Zum Abschluss des Beteilungsprozesses wurde am 19.03.2009 im Landratsamt eine Zukunftswerkstatt durchgeführt, zu der die zuvor Befragten eingeladen waren. Sowohl die Befragung, als auch die Zukunftswerkstatt haben einen wesentlichen Beitrag zu einer möglichst realitätsnahen Situationsbeschreibung geleistet und wichtige Hinweise für die künftig notwendigen Entwicklungen geliefert.

[3] SGB IX, § 1
[4] siehe Teilhabeplan Teil 1, Kapitel II.3 Planungsschritte

Handlungsempfehlung

Da der Teilhabeplan eine Bestandsaufnahme aus heutiger Sicht enthält, sollte er kontinuierlich an sich verändernde Rahmenbedingungen angepasst und fortgeschrieben werden. Teilhabeplanung ist als fortlaufender Prozess zu verstehen, an dem sowohl Leistungsträger als auch Leistungsanbieter und Leistungsempfänger stets beteiligt sein sollten.

3. Zielgruppe

Die grundlegende sozialrechtliche Definition von Behinderung findet sich im § 2 Abs. 1 SGB IX. Danach sind Menschen „… behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“[5]
Der Begriff der seelischen Behinderung bezeichnet eine langfristige seelische Störung (§ 3 Eingliederungshilfe Verordnung) als Folge von psychischen oder körperlichen Krankheiten. Eine psychische Erkrankung kann zu jedem Zeitpunkt im Leben auftreten. Sie kann heilbar sein aber auch chronisch werden. Eine chronisch psychische Erkrankung kann zu einer seelischen Behinderung führen. Der Verlauf der Krankheit bzw. Behinderung und die Zugangswege zum Hilfesystem sind grundsätzlich anders als bei Menschen mit einer geistigen, körperlichen und/oder Sinnesbehinderung.

Zielgruppe der Planung sind Menschen mit wesentlicher seelischer Behinderung, die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) durch den Landkreis als zuständigen Sozialhilfeträger erhalten. Voraussetzung für eine Leistung ist, dass das Vorliegen einer wesentlichen oder drohenden wesentlichen Behinderung festgestellt wurde und durch diese Behinderung die Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, erheblich eingeschränkt ist.

Im vorliegenden Bericht werden die im Main-Tauber-Kreis vorhandenen Angebote der Eingliederungshilfe für den genannten Personenkreis beschrieben. Um die Versorgungssituation für Menschen mit seelischer Behinderung möglichst vollständig zu erfassen, wurden zusätzlich die neben den Eingliederungshilfeleistungen bestehenden Angebote untersucht. Dabei geht es um die offenen Hilfen, den Sozialpsychiatrischen Dienst und die Tagesstätten. Diese Angebote werden nicht über Leistungen der Eingliederungshilfe finanziert, sind aber dennoch wesentlicher Bestandteil der Grundversorgung für Menschen mit seelischen Behinderungen. Auch die medizinische sowie klinische Versorgungssituation für den Personenkreis wird in der Darstellung berücksichtigt. Die Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII stehen zwar im Vordergrund der Betrachtung. Für Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung sind jedoch auch die weiteren Dienste und Einrichtungen von wesentlicher Bedeutung.[6]

[5] § 2 Abs. 1 SGB IX
[6] siehe Kapitel II.4 Vor- und Umfeld der Eingliederungshilfe

Dieser Teilhabeplan befasst sich außerdem mit der Situation von Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung, die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII durch den zuständigen Sozialhilfeträger und Leistungen der Pflegeversicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) von der Pflegekasse erhalten. Hier ist Voraussetzung, dass der Medizinische Dienst der Krankenkassen die Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI geprüft und zumindest eine Heimpflegebedürftigkeit festgestellt hat.
Durch vorangegangene Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, haben Menschen mit seelischer Behinderung teilweise auch Rentenansprüche erworben. In Einrichtungen für Menschen mit seelischer Behinderung treten deshalb neben der Eingliederungshilfe Rentenversicherungen als Leistungsträger auf.
Wenn eigenes Einkommen oder Vermögen in ausreichendem Umfang vorhanden ist, sind Leistungen der Eingliederungshilfe selbst zu bezahlen (sog. Selbstzahler).

Nicht in die Planung einbezogen sind Leistungen für psychisch kranke und seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, für Suchtkranke sowie für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen.

Mit Stand 31.12.2007 erhielten 173 Menschen vom **Main-Tauber-Kreis** Eingliederungshilfeleistungen aufgrund einer seelischen Behinderung[7]. Vom Sozialpsychiatrischen Dienst wurden im Jahr 2007 insgesamt 189 Menschen betreut, wobei bei 101 Personen eine längerfristige Begleitung nötig war.[8] Das Tagesstättenangebot wurde von ca. 90 Personen genutzt, wobei die Mehrheit regelmäßige Besucher sind.[9] Daten über die Anzahl seelisch behinderter Pflegebedürftiger unter 65 Jahren, die Hilfe zur Pflege erhielten, wurden nicht ermittelt.

Im Folgenden werden zunächst die Formen psychischer Erkrankungen und die daraus resultierenden möglichen Behinderungen genauer beleuchtet und dann die spezifischen Ausprägungen im Main-Tauber-Kreis beschrieben.

3.1 Psychische Störungen

Umfassend empirisch erhoben wurde die Verbreitung psychischer Störungen im Bundesgebiet erstmals zwischen 1997 und 1999 im Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ zum ersten gesamtdeutschen Bundesgesundheitssurvey[10]. Danach litten 32 Prozent der erwachsenen Wohnbevölkerung im Alter zwischen 18 und 65 Jahren in den zwölf Monaten vor der Untersuchung unter einer oder mehreren psychischen Störungen (12-Monats-Prävalenz), d.h. unter einem klinisch bedeutsamen Leiden, das mit gravierenden Einschränkungen in der Erwerbsfähigkeit und Lebensführung verbunden ist. Zentrales und überraschendes Ergebnis der Untersuchung ist, dass psychische Störungen wesentlich häufiger auftreten, als vielfach angenommen. Weitere wichtige Ergebnisse: Die Häufigkeit der Störungen ist in allen Altersstufen ähnlich, Frauen sind, außer bei Suchterkrankungen, häufiger betroffen als Männer. Nur bei einem Drittel der Befragten erfolgte eine Behand-

[7] KVJS Statistik Bericht 2007: Leistungsempfängerdatei des Main-Tauber-Kreises zum Stichtag 31.12.2008
[8] s. Tätigkeitsbericht 2007 des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Main-Tauber-Kreis
[9] s. Jahresbericht 2007 des VOP
[10] Bundesgesundheitssurvey 1998; s. dazu Das Gesundheitswesen 61 (1999), Sonderheft 2, Georg Thieme Verlag Stuttgart, S. 216 ff. (Ende 2008 wurde mit der Arbeit zur Erstellung der Nachfolgestudie DEGS begonnen, die 2011 abgeschlossen sein wird)

lung, sodass von einem hohen Anteil unbehandelter psychischer Erkrankungen auszugehen ist. Wenn andere Untersuchungen, z.B. von Seiten der Krankenkassen, zu niedrigeren Quoten kommen, liegt dies daran, dass diese Daten auf Basis der sogenannten Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage („Krankmeldung“) erhoben werden und psychische Störungen, die nicht mit einer Arbeitsunfähigkeit bzw. Krankmeldung einhergehen, dabei unberücksichtigt bleiben.

In der Fachwelt besteht Einigkeit darüber, dass psychische Erkrankungen sowohl absolut als auch im Vergleich zu anderen Erkrankungen, in letzter Zeit deutlich zugenommen haben und weiter zunehmen werden. Mögliche Gründe für diese Zunahme können in aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen, erhöhten Belastungen in der Familie und am Arbeitsplatz, aber auch in einer erhöhten Sensibilität gegenüber psychischen Störungen, einer verstärkten Inanspruchnahme von Ärzten und Therapeuten oder einer verbesserten Diagnostik liegen.
Unabhängig von den tatsächlich vorliegenden Gründen wird man, auch wenn psychische Erkrankung nicht mit seelischer Behinderung gleichzusetzen ist, im Hinblick auf die künftigen Entwicklungen in der Eingliederungshilfe, von einer Steigerung der Inanspruchnahmen und damit von einem steigenden Bedarf ausgehen können.

3.2 Verlauf psychischer Erkrankungen

Eine psychische Erkrankung kann bei jedem Menschen auftreten, von unterschiedlicher Dauer sein, aber auch wiederholt aufbrechen und chronisch werden. Sie kann für Außenstehende unauffällig bleiben, aber auch zu krankheitsbedingten Ausfallzeiten am Arbeitsplatz und vielfältigen sozialen und persönlichen Problemen und Einschränkungen führen. Psychische Erkrankungen unterscheiden sich im Einzelfall erheblich in Bezug auf Symptomatik, Verlauf und Dauer. Eine chronisch psychische Erkrankung muss nicht zwingend zu einer seelischen Behinderung führen.
Viele psychische Erkrankungen haben einen episodenhaften Verlauf: Zeiten verstärkter Krankheitssymptomatik können sich mit relativ stabilen und beschwerdefreien Phasen abwechseln. Während eine geistige Behinderung überwiegend von Geburt an besteht, gilt dies für eine chronisch psychische Erkrankung oder seelische Behinderung in der Regel nicht. Aus den genannten Gründen sind die Zugangswege zum Hilfesystem bei Menschen mit seelischer Behinderung uneinheitlich. Die Anzahl der künftigen Leistungsempfänger kann deshalb letztlich nicht exakt vorausberechnet werden.

3.3 Seelische Behinderung

Krankheiten werden international einheitlich durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) nach ICD[11] klassifiziert. In Deutschland kommt derzeit die ICD-10-GM[12] zur Anwendung. Im Jahr 2001 wurde als spezifische Klassifikation zur Beschreibung von Behinderungen die ICF[13] verabschiedet. Sie trägt dem Einwand von Fachleuten und Betroffenen Rechnung, dass Behinderung nicht mit Krankheit gleichzusetzen ist und nimmt erstmals auch das Umfeld des Individuums in den Blick. Behinderung wird demnach nicht nur als Folge einer Krankheit oder einer Schädigung, sondern primär als Ergebnis der Interaktion zwischen Individuum und Umwelt verstanden. Dieses Verständnis von Behinderung findet sich sowohl im SGB IX wie im Behindertengleichstellungsgesetz wieder. Für das Verständnis des im vorliegenden Bericht beschriebenen Personenkreises ist die Darstellung der einer seelischen Behinderung vorangehenden Erkrankungen hilfreich. In der Sozialplanung für Menschen mit seelischer Behinderung ist aber stets auch das Umfeld der Betroffenen als wichtiger Einflussfaktor zu berücksichtigen.[14]

3.4 Diagnosen

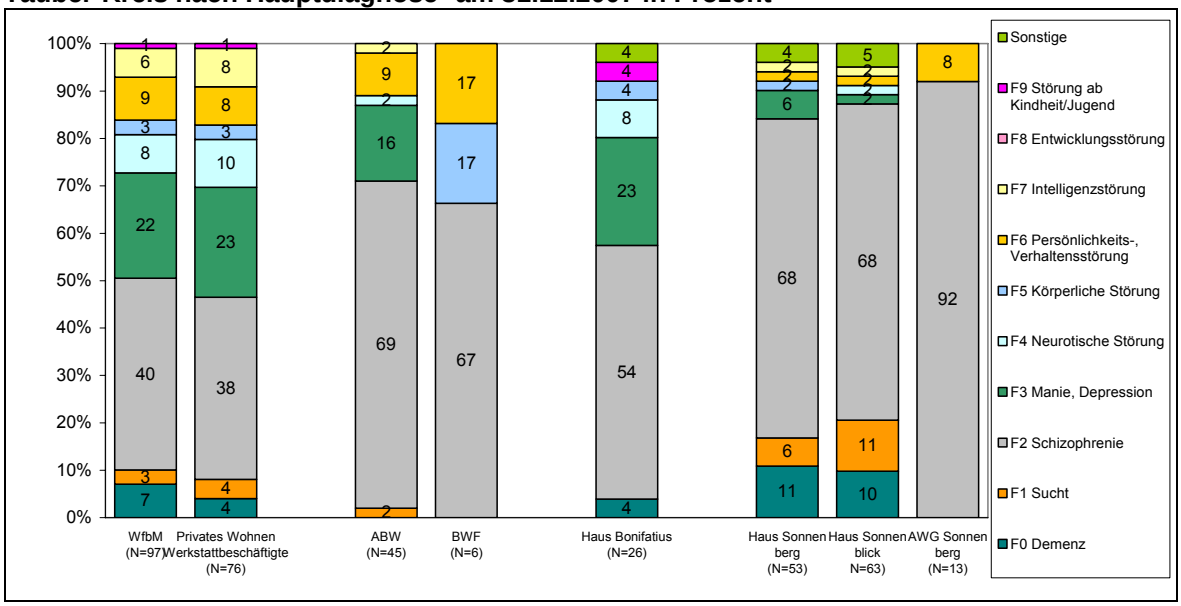
Der Hilfebedarf von Menschen mit seelischer Behinderung resultiert einerseits aus der Art und Schwere ihrer Erkrankung und der daraus folgenden Behinderung, andererseits aus ihren Kompetenzen und Möglichkeiten zur Bewältigung der alltäglichen Anforderungen. Auch die Unterstützungskompetenzen des Umfeldes spielen in diesem Zusammenhang eine wesentliche Rolle. Zunächst sollen psychische Krankheiten und ihre Häufigkeitsverteilung in den Angeboten der Eingliederungshilfe untersucht werden. „Psychische und Verhaltensstörungen“ sind in der ICD unter den Ordnungsnummern F0 bis F9 beschrieben und werden unter den Nummern F 00 bis F 98 weiter differenziert.
Im Folgenden wird die Häufigkeitsverteilung in den Angeboten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Main-Tauber-Kreis im Hinblick auf die Hauptdiagnosen dargestellt.

Die Ergebnisse der Leistungserhebung im **Main-Tauber-Kreis** zeigen, dass meist eine Schizophrenie (F2) der Grund für eine seelische Behinderung ist. Ihr Anteil an den Hauptdiagnosen liegt – je nach Angebotsform – zwischen 38 und 92 % (s. Grafik S. 7).
Bei Schizophrenien handelt es sich um tief greifende psychische Störungen im Hinblick auf Ich-Funktion (z.B. Stimmen hören), Sinn-Kontinuität (z.B. Größenwahn) und Realitätsbezug (z.B. Halluzinationen). Schizophrenien können auftreten, wenn zu einer entsprechenden Veranlagung Stressfaktoren hinzukommen. Sie verlaufen bei einem Drittel der Betroffenen in Schüben, so dass immer wieder

[11] Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme durch die Weltgesundheitsorganisation WHO
[12] ICD-10-GM, Version 2008, Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification. Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD-10 des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG). Stand 5. Oktober 2007
[13] Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit durch die Weltgesundheitsorganisation WHO
[14] Zur rechtlichen Definition von Behinderung s. Kapitel I.3

„gesunde“ Phasen erreicht werden. In der Regel nehmen diese Menschen keine Leistungen der Eingliederungshilfe oder Pflege in Anspruch. Bei einem weiteren Drittel bleibt eine deutliche Grundsymptomatik bestehen, zu der immer wieder schwerere Krankheitsepisoden hinzukommen. Beim letzten Drittel verläuft die Erkrankung chronisch fortschreitend. Die beiden letztgenannten Personengruppen benötigen in der Regel – je nach sonstigen Lebensumständen – Leistungen der Eingliederungshilfe oder Pflege.

Erwachsene mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung im Main-Tauber-Kreis nach Hauptdiagnose* am 31.12.2007 in Prozent



Grafik: KVJS 2008. Datenbasis: Leistungserhebung im Main-Tauber-Kreis zum Stichtag 31.12.2007
* nach ICD-10-GM Version 2008; Bezeichnung zur besseren Lesbarkeit gekürzt.[15]

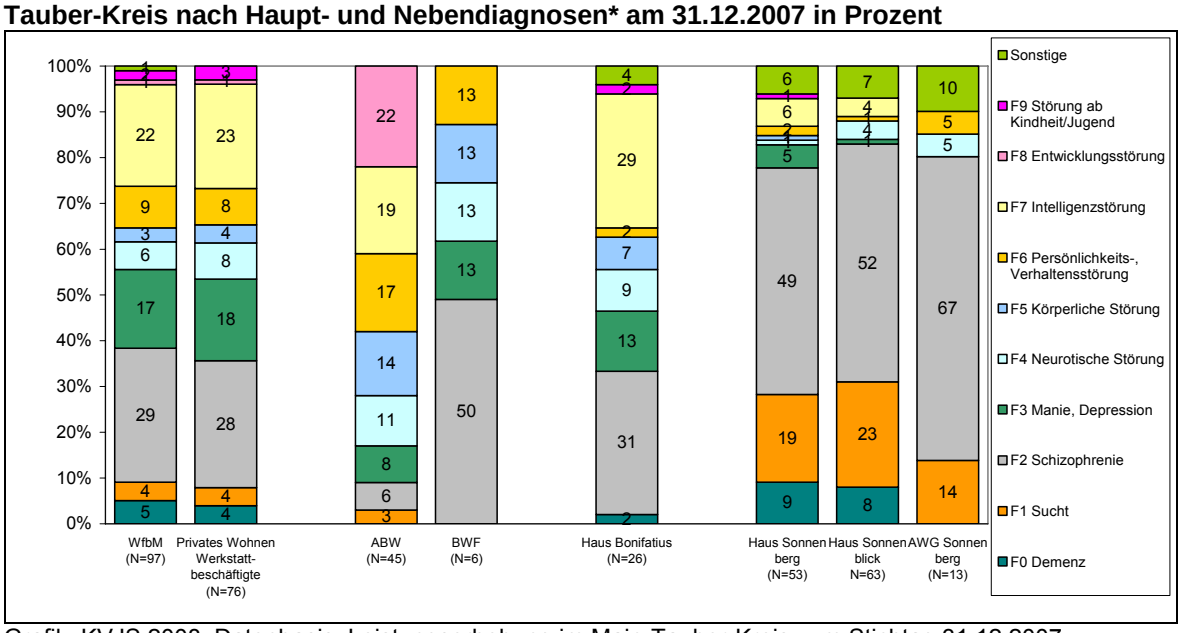
An zweiter Stelle folgen die Affektiven Störungen (F3) mit einem Anteil von 2 bis 23 %. Diese Diagnose ist im betreuten Wohnen in Familien nicht anzutreffen.
Es handelt sich bei diesen Störungen meist um verfestigte Verhaltensmuster und länger anhaltende Zustandsbilder, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Typisch für diese Erkrankung sind starke Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen Menschen. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen führen in der Regel zu wesentlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Integrationsfähigkeit. Unter affektiven Störungen sind in erster Linie unipolare (depressive) und bipolare (manisch-depressive) Störungen zu verstehen. Diese sind bei leichter bis mittlerer Ausprägung heute sehr gut zu behandeln. In Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege finden sich nur Menschen mit sehr schweren Verläufen und immer wiederkehrenden schweren Krankheitsphasen. Diese Menschen haben in der Regel bereits eine oder mehrere klinische Behandlungen

[15] F00−F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10−F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20−F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F30−F39 Affektive Störungen
F40−F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50−F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60−F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70−F79 Intelligenzstörung
F80−F89 Entwicklungsstörungen
F90−F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

durchlaufen, bevor sie in eine Einrichtung der Behindertenhilfe aufgenommen werden.

Bezieht man die ebenfalls erhobenen Nebendiagnosen in die Betrachtung mit ein, ergibt sich ein differenzierteres Bild. Mit den höchsten Anteilen sind hier Intelligenzminderungen (F7) vertreten. Es handelt sich um Menschen mit seelischer Behinderung und einem IQ unter 70, die häufig in ihrer Jugend an der Grenze zwischen der Schule für Geistigbehinderte und der Förderschule standen und als Erwachsene in der Mehrheit eine Werkstatt für Menschen mit seelischer Behinderung besuchen. Ihre Behinderung hat je nach Ausprägung, erhebliche Auswirkungen auf die Alltagskompetenz der Betroffenen und erfordert vielfach eine umfassende Begleitung und Betreuung in den Abläufen des täglichen Lebens.
In den meisten Einrichtungen wird außerdem eine erhebliche Anzahl an Menschen betreut, die zusätzlich zu ihrer Hauptdiagnose, psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1), d.h. aufgrund des Missbrauchs von Alkohol, Medikamenten und illegalen Drogen aufweisen. Dieser Personenkreis hat in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe und Pflege in den letzten Jahren stark zugenommen. Dabei geht es nicht um die Suchterkrankung an sich, sondern um deren psychiatrische Folgeerkrankungen.

Erwachsene mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung im Main-Tauber-Kreis nach Haupt- und Nebendiagnosen* am 31.12.2007 in Prozent



Grafik: KVJS 2008. Datenbasis: Leistungserhebung im Main-Tauber-Kreis zum Stichtag 31.12.2007
* nach ICD-10-GM Version 2008

Neurotische Störungen, Belastungsstörungen und somatoforme Störungen (F4), zu denen Angst- und Zwangsstörungen gehören, sind unter den Nebendiagnosen ebenfalls häufig vertreten. Die betroffenen Menschen können im Rahmen von niederschwelligen verlässlichen Angeboten gut versorgt werden und mit Unterstützung ein relativ selbständiges Leben führen. Wie die Ergebnisse der Leistungs- und Bestandserhebung im Main-Tauber-Kreis zeigen, finden sich Menschen mit neurotischen Störungen dennoch in allen Angebotsformen. Eine Untergruppe der neurotischen Störungen bilden die so genannten posttraumatischen Belastungsstörungen (F43), die als Reaktion auf ein außergewöhnlich belastendes Erlebnis

entstehen, manchmal erst Jahre nach diesem Ereignis zu Tage treten und sich in schweren Symptomen äußern können.

Eine weitere wichtige Gruppe bilden die Menschen mit Entwicklungsstörungen (F8), die ausnahmslos in der Kindheit einsetzen. Die Untergruppe F84 bezeichnet tief greifende Entwicklungsstörungen, zu denen auch die unterschiedlichen Formen autistischer Störungen gehören. Bei Personen mit Kanner-Syndrom besteht neben der psychischen Störung, oft auch eine geistige Behinderung. Solche Personen befinden sich in der Regel in Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung, da es in Baden-Württemberg bislang kein adäquates Angebot gibt, das auf ihren spezifischen Hilfebedarf zugeschnitten ist. Bei Menschen mit Asperger-Syndrom hingegen besteht keine wesentliche Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten. Sie sind trotz ihrer Behinderung häufig nicht auf Eingliederungshilfeleistungen angewiesen.

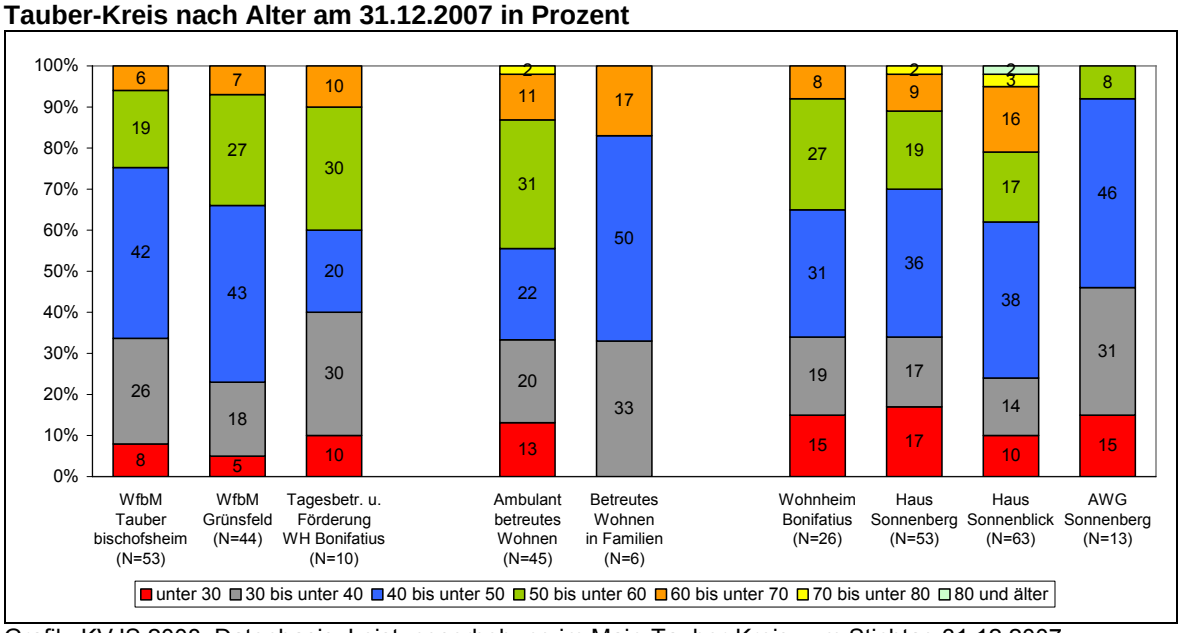
Eine kleine Gruppe unter den Nebendiagnosen bilden die organischen, einschließlich der symptomatischen psychischen Störungen (F0). Dazu zählen Demenzen, die eher als altersbedingte Erkrankung anzusehen sind, aber beispielsweise bei Menschen mit Down Syndrom schon deutlich früher einsetzen können. Eine diagnostische Untergruppe stellt das hirnorganische Psychosyndrom dar, das die Folgen einer schweren Hirnschädigung nach einem Unfall, Schlaganfall oder einer Tumorerkrankung beschreibt. Problemlage und Hilfebedarf von Menschen mit hirnorganischem Psychosyndrom unterscheiden sich deutlich von der Situation von Menschen mit seelischer oder geistiger Behinderung. Sie werden in der Regel in Einrichtungen für Menschen mit Körperbehinderungen oder auch in Pflegeheimen versorgt, von denen sich einige auf die Versorgung dieses Personenkreises spezialisiert haben.

3.5 Alter, Geschlecht, Bildungsabschlüsse

Eine psychische Erkrankung muss nicht zwangsläufig die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft wesentlich beeinträchtigen. Viele Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung leben selbständig und werden von Angehörigen begleitet und unterstützt, ohne Leistungen der Eingliederungshilfe oder Pflege in Anspruch zu nehmen. Wenn aber das Umfeld von Familie und Freundeskreis nicht mehr trägt, der Arbeitsplatz verloren geht oder Selbst- bzw. Fremdgefährdung vorliegt, bedürfen sie einer umfassenderen Unterstützung. Das betreute oder stationäre Wohnen, der regelmäßige Besuch einer Tagesstätte oder ein geschützter Arbeitsplatz in einer Werkstatt können dann die passende Lösung sein.
Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung benötigen Unterstützungsleistungen meist erst in einem höheren Lebensalter als Menschen mit geistiger Behinderung.
Unabhängig davon ist allgemein eine Verjüngung des Personenkreises der Menschen mit seelischer Behinderung zu beobachten.

In den Einrichtungen der Eingliederungshilfe bzw. Pflege für seelisch Behinderte im **Main-Tauber-Kreis** ist die stärkste Altersgruppe zwischen 40 und 50 Jahre, im ambulant betreuten Wohnen sogar zwischen 50 und 60 Jahre alt.

Erwachsene mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung im Main-Tauber-Kreis nach Alter am 31.12.2007 in Prozent



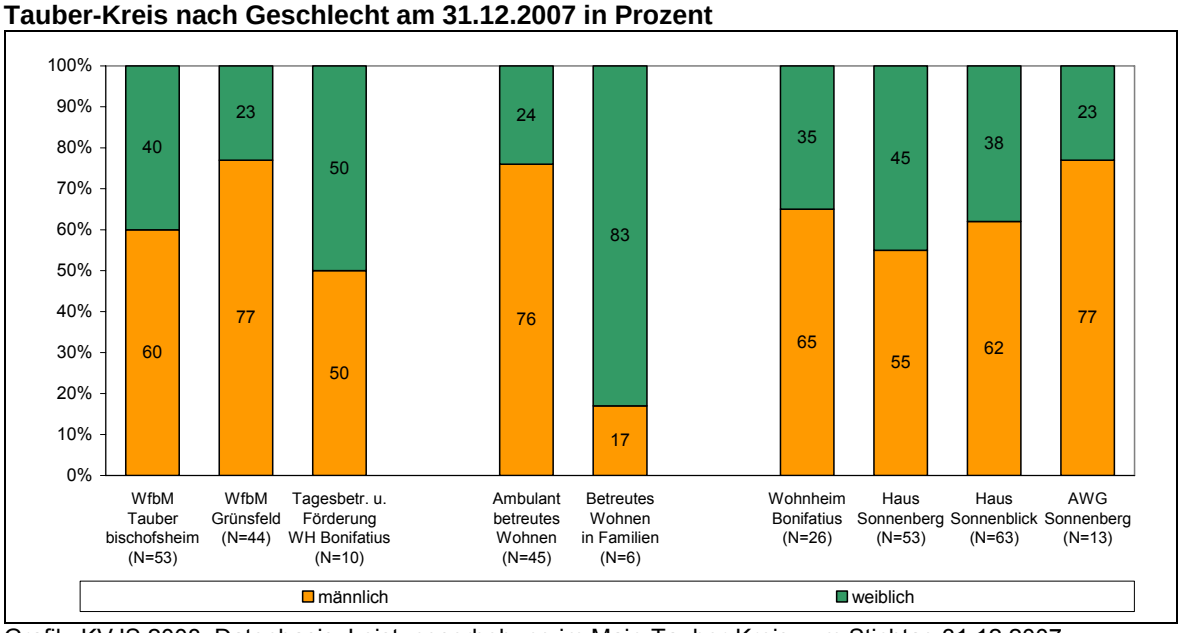
Grafik: KVJS 2008. Datenbasis: Leistungserhebung im Main-Tauber-Kreis zum Stichtag 31.12.2007

Das Durchschnittsalter in den Werkstätten für Menschen mit seelischer Behinderung ist mit 44 Jahren um sieben Jahre höher als in den Werkstätten für Menschen mit geistiger Behinderung (37 Jahre). In der Altersgruppe unter 40 Jahre ist dieser Unterschied noch größer. In den Werkstätten für Menschen mit seelischer Behinderung sind ca. 30 % der Werkstatt-Beschäftigten unter 40 Jahre alt, in der Werkstatt für Menschen mit geistiger Behinderung sind es hingegen 51 %.[16] Der Altersdurchschnitt in der Gesamtheit der Eingliederungshilfeangebote für Menschen mit seelischer Behinderung (ohne Pflege) schwankt relativ geringfügig zwischen 42,8 und 46,4 Jahren.

Dass Männer mit psychischer Erkrankung statistisch häufiger als Frauen eine professionelle Unterstützung benötigen, ist eine bekannte Tatsache. Ursachen hierfür dürften u.a. in der stärkeren familiären Einbindung von Frauen, aber auch in der häufig späteren Krankheitseinsicht bei Männern liegen. Die Ergebnisse der Leistungserhebung im Main-Tauber-Kreis zeigen, dass auch hier Männer rund zwei Drittel der Leistungsempfänger stellen. Besonders deutlich ist der „Männerüberschuss“ in den Werkstätten und im ambulant betreuten Wohnen.

[16] siehe Teilhabeplan Teil 1, Kapitel III.2.2.3 Werkstätten

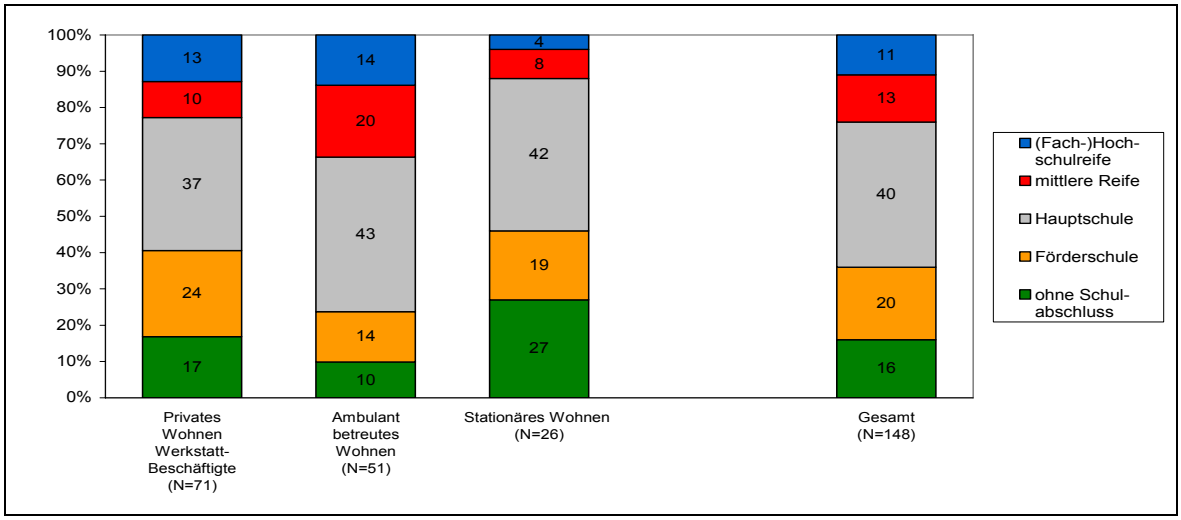
Erwachsene mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung im Main-Tauber-Kreis nach Geschlecht am 31.12.2007 in Prozent



Grafik: KVJS 2008. Datenbasis: Leistungserhebung im Main-Tauber-Kreis zum Stichtag 31.12.2007

Menschen mit seelischer Behinderung verfügen zwar über die gesamte Bandbreite unterschiedlicher Schulabschlüsse, aber die prozentuale Verteilung unterscheidet sich erheblich von der der Gesamtbevölkerung. Menschen mit psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung, die Leistungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Main-Tauber-Kreis in Anspruch nehmen, haben zu 40 % einen Hauptschulabschluss, zu 13 % die Mittlere Reife und zu 11 % das Abitur. 36 % besitzen jedoch keinen allgemeinen Schulabschluss. Der höchste Anteil ohne allgemeinen Schulabschluss findet sich im stationären Wohnheim, während die höchsten Schulabschlüsse im Betreuten Wohnen anzutreffen sind.

Erwachsene mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung im Main-Tauber-Kreis nach Schulabschluss am 31.12.2007 in Prozent



Grafik: KVJS 2008. Datenbasis: Leistungserhebung im Main-Tauber-Kreis zum Stichtag 31.12.2007 (ohne Pflegeheime)

Bei der Aufschlüsselung nach Altersgruppen zeigt sich, dass die Höhe des Bildungsabschlusses in Abhängigkeit vom Alter variiert und die Unterschiede zur

Gesamtbevölkerung unterschiedlich stark ausfallen. Auffällig ist die Diskrepanz zur Allgemeinbevölkerung vor allem bei Menschen ohne allgemeinen Schulabschluss sowie bei Menschen mit Abitur.

Allgemeiner Schulabschluss nach Alter in Prozent

	ohne allgemeinen Schulabschluss	mit Hauptschul-abschluss[1]	mit mittlerem Abschluss[2]	mit Hochschul-/ Fachhochschulreife
Erwachsene mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung im Main-Tauber-Kreis am 31.12.2007*				
unter 30	18,2	27,3	27,3	18,2
30 bis unter 40	11,4	34,3	31,4	11,4
40 bis unter 50	11,3	17,0	43,4	18,9
50 bis unter 60	16,7	13,9	50,0	5,6
Gesamtbevölkerung Baden-Württemberg im Jahr 2006**				
unter 30	2,5	25,0	32,1	40,4
30 bis unter 40	3,2	31,4	32,4	33,1
40 bis unter 50	3,6	40,2	29,5	26,7
50 bis unter 60	4,6	53,6	20,4	21,4

[1] einschließlich Volksschulabschluss. – [2] Realschulabschluss, Fachschulreife oder gleichwertiger Abschluss der polytechnischen Oberschule in der ehemaligen DDR. – [3] bezogen auf die Personen mit Angaben zum allgemeinen Schulabschluss.

*Datenbasis: Leistungserhebung im Main-Tauber-Kreis zum Stichtag 31.12.2007 ohne Pflegeheime.

**Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Landesinstitut für Schulentwicklung: Bildung in Baden-Württemberg, Bildungsberichterstattung 2007. Stuttgart 2007. Tabellen-Anhang B3 (T1) S. 248. Datenquelle Mikrozensus

Die Qualität der Berufsausbildung von Menschen mit seelischer Behinderung ist breit gestreut, weicht aber ebenfalls deutlich von der Situation in der Gesamtbevölkerung ab. Im Bereich der Tagesstruktur spielt die Qualität der Berufsausbildung in Bezug auf vorhandene Kompetenzen, wie auch hinsichtlich der Möglichkeit eines Wechsels in den allgemeinen Arbeitsmarkt, eine wichtige Rolle.

Die Mehrheit der Menschen mit seelischer Behinderung, die Leistungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Main-Tauber-Kreis in Anspruch nehmen, hat keine Berufsausbildung. Der Anteil in den einzelnen Einrichtungen schwankt zwischen 55 % bei ambulant betreut wohnenden und 65 % bei privat wohnenden Werkstattbeschäftigten. Von diesen Werkstattbeschäftigten haben andererseits 9 % einen Meister-, Techniker- oder (Fach-)Hochschulabschluss.

Auch bei den Berufsausbildungsabschlüssen sind insbesondere altersabhängige Abweichungen von der Gesamtbevölkerung feststellbar: Im Main-Tauber-Kreis haben 82 % der unter 30-jährigen Menschen mit seelischer Behinderung keinen beruflichen Ausbildungsabschluss, bei den 50- bis unter 60-Jährigen sind es immerhin noch 53 %.

Auffallend ist, dass die Mehrheit der Menschen mit seelischer Behinderung einen Schulabschluss hat, dass aber ebenfalls die Mehrheit nicht über eine Berufsausbildung verfügt. Die Lebensphase nach Abschluss der Schulzeit scheint offenbar für viele Menschen besonders kritisch zu sein und den Ausbruch von psychischen Störungen, die die Aufnahme oder den Abschluss einer Berufsausbildung verhindern können, zu begünstigen.

Beruflicher Ausbildungsabschluss nach Alter in Prozent

	ohne beruflichen Ausbildungs- bzw. ohne Hochschul-abschluss	mit Lehr-ausbildung[1]	mit Meister-/Techniker-ausbildung[2]	mit Hochschul-/Fachhoch-schulabschluss[3]
Erwachsene mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung im Main-Tauber-Kreis am 31.12.2007*				
unter 30	81,8	18,2	-	-
30 bis unter 40	68,6	28,6	-	2,9
40 bis unter 50	56,6	39,6	1,9	1,9
50 bis unter 60	52,8	41,7	2,8	2,8
Gesamt	**66,7**	**25,0**	**0,0**	**8,3**
Bevölkerung Baden-Württemberg im Jahr 2006**				
gesamt	22,4	52,3	9,8	15,5

[1] einschließlich Abschluss Anlernausbildung, berufliches Praktikum, Berufsvorbereitungsjahr, berufsqualifizierender Abschluss Berufsfachschule, einjährige Schule Gesundheitswesen. – [2] einschließlich Fachschulabschluss, Abschluss Fachschule in der ehemaligen DDR, zwei- oder dreijährige Schule Gesundheitswesen, Fachakademie, Berufsakademie, Verwaltungsfachhochschule. – [3] einschließlich Promotion und Ingenieurabschluss, ohne Abschluss Verwaltungsfachhochschule.
*Datenbasis: Leistungserhebung im Main-Tauber-Kreis zum Stichtag 31.12.2007.
**Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Landesinstitut für Schulentwicklung: Bildung in Baden-Württemberg, Bildungsberichterstattung 2007. Stuttgart 2007. Tabellen-Anhang B3 (T2) S. 248. Datenquelle Mikrozensus ohne Pflegeheime

Die Frage, ob die psychische Erkrankung die Ursache dafür war, dass eine berufliche Ausbildung abgebrochen oder erst gar nicht begonnen wurde, lässt sich anhand der erhobenen Daten nicht beurteilen. Auf einen Teil der Betroffenen, die bereits als Jugendliche bzw. junge Erwachsene chronisch psychisch erkrankt sind, wird dies aber sicher zutreffen.
Ob die Menschen aufgrund ihrer Erkrankung in eine Lebenssituation geraten sind, die von Problemlagen gekennzeichnet ist, oder erst aufgrund vielfältiger Problemlagen erkrankt sind, ist letztlich nicht entscheidend. Sicher ist, dass ein Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und sozioökonomischen Rahmenbedingungen und Potenzialen besteht. Bildungsarmut führt zu geringen oder fehlenden beruflichen Perspektiven und damit auch zu Einkommensarmut. Damit verbundene geringere Chancen beruflicher und gesellschaftlicher Teilhabe können wiederum psychische Erkrankungen auslösen oder verstärken.

Die Ergebnisse der Leistungserhebung legen die Vermutung nahe, dass Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung, die unteren Einkommens- und Bildungsschichten angehören, allgemein häufiger Leistungen der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege in Anspruch nehmen. Einkommen und Bildung scheinen ebenso wie das Potenzial an familiärer und sozialer Einbindung und Unterstützung aus dem Lebensumfeld des Betroffenen, mit entscheidend dafür zu sein, ob Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch genommen werden oder nicht. Darauf weist, neben den Befunden zu den Bildungsabschlüssen, auch der hohe Anteil an ledigen Menschen im Bereich der Eingliederungshilfe hin. In Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Main-Tauber-Kreis sind zwischen 65 und 80 % der Menschen ledig (bei der Gesamtbevölkerung Baden-Württembergs trifft dies auf ca. 40% zu[17]).
Abweichend davon ist in der Pflegeeinrichtung Haus Sonnenberg der Anteil der Ledigen etwas geringer, weil hier viele Menschen leben, die erst in einem höheren Lebensalter erkrankt sind und davor ein „normales“ Leben geführt haben.

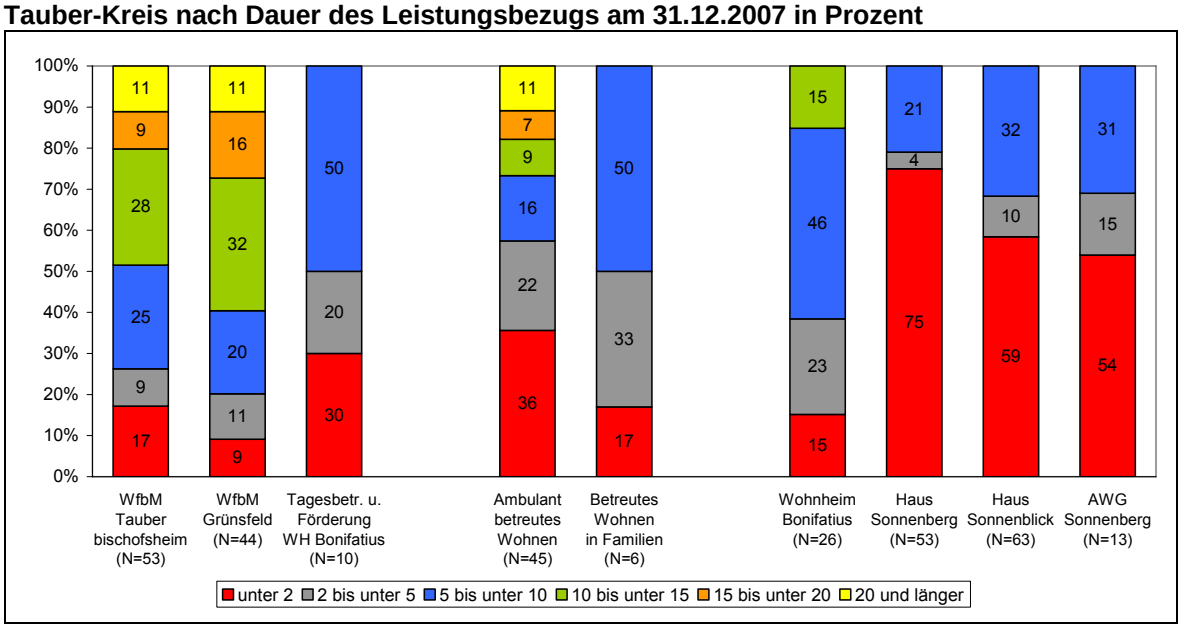
[17] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg 2008, Ergebnisse des Mikrozensus 2006

3.6 Fluktuation in Einrichtungen

In der Eingliederungshilfe bilden, bundesweit gesehen, geistig behinderte Menschen mit mehr als 50 % die größte Gruppe der Leistungsempfänger. Die Gruppe der seelisch behinderten Menschen umfasst in etwa 25 %, steht aber bei den so genannten Neufällen, die erstmals Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, an der Spitze. Menschen mit seelischer Behinderung sind oft nur zeitlich begrenzt Empfänger von Leistungen der Eingliederungshilfe, so dass die Fluktuation in Einrichtungen für Menschen mit seelischer Behinderung in der Regel höher ist als in Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung. Die Anzahl der Menschen mit einer seelischen Behinderung wächst somit nicht so stark, wie es die Zahl der Neufälle auf den ersten Blick vermuten lässt. Viele Betroffene erhalten im Verlaufe ihres Lebens mehrmals phasenweise Leistungen der Eingliederungshilfe, weil Phasen von Krankheit, Eingliederung, Stabilisierung und Wiedererkrankung aufeinander folgen.
Angaben zur Bezugsdauer von Eingliederungshilfe geben Hinweise auf das Ausmaß dieser Fluktuation unter den Leistungsempfängern. Dabei ist aber in die Betrachtung einzubeziehen, wie lange das jeweilige Angebot schon besteht.

In den Eingliederungshilfeangeboten im **Main-Tauber-Kreis** beträgt die Dauer des Leistungsbezugs bei einem erheblichen Anteil zwar weniger als zwei Jahre (der besonders hohen Anteile dieser Personengruppe in der Einrichtungen des Pflegeheimes Haus Sonnenberg, ist allerdings zum großen Teil auf die grundsätzliche zeitliche Befristung geschlossener Unterbringungen zurückzuführen). In den teilweise bereits seit über 20 Jahren bestehenden Einrichtungen der Eingliederungshilfe (WfbM Tauberbischofsheim, WfbM Grünsfeld, ambulant betreute Wohnangebote) findet sich andererseits aber auch eine große Anzahl von Menschen, die diese Einrichtungen schon sehr lange (z.T. 20 Jahre und länger) nutzen und offenbar auf Dauer auf Leistungen der Eingliederungshilfe angewiesen sind.

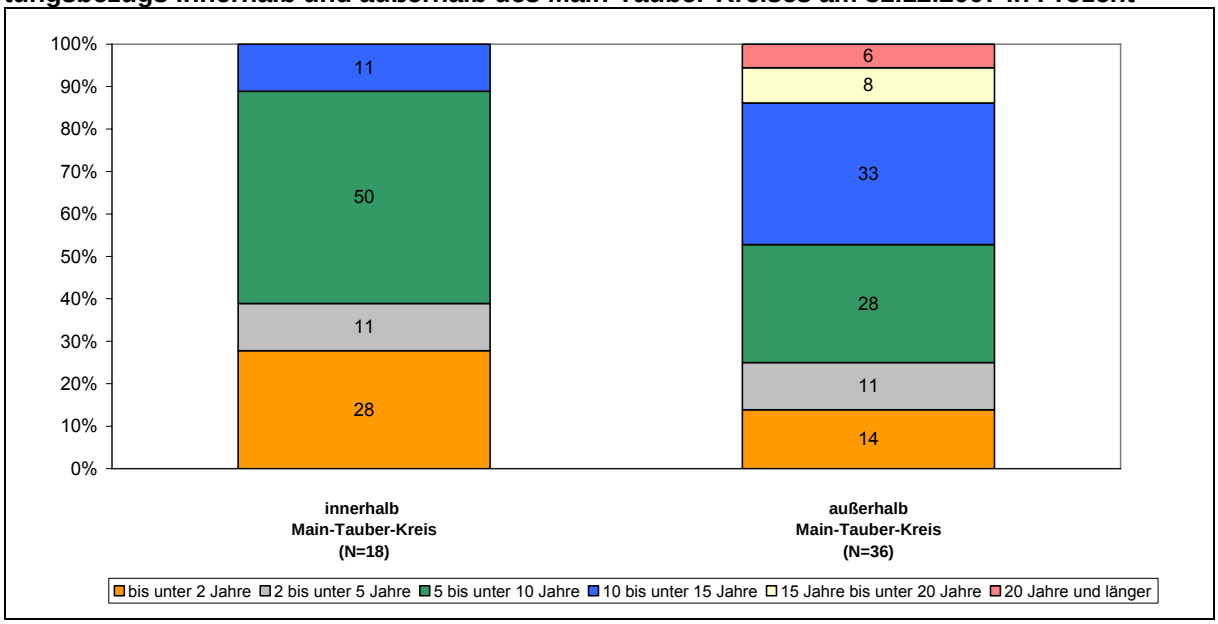
Erwachsene mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung im Main-Tauber-Kreis nach Dauer des Leistungsbezugs am 31.12.2007 in Prozent



Grafik: KVJS 2008. Datenbasis: Leistungserhebung im Main-Tauber-Kreis zum Stichtag 31.12.2007

Im Bereich des stationären Wohnens fällt beim Vergleich der im Landkreis wohnenden mit den außerhalb des Landkreises wohnenden Leistungsempfängern sowohl die deutlich längere Aufenthaltsdauer als auch das höhere Durchschnittsalter der „Externen“ auf. Die Aufenthaltsdauer beträgt hier im Durchschnitt 9,2 Jahre (Leistungsempfänger im Landkreis 5,3 Jahre), der Altersdurchschnitt liegt bei 48,8 Jahren (gegenüber 44,7 Jahren bei den im Landkreis Wohnenden). 50 % der extern Wohnenden sind bereits 50 Jahre und älter.

Stationär wohnende Leistungsempfänger des Main-Tauber-Kreises nach Dauer des Leistungsbezugs innerhalb und außerhalb des Main-Tauber-Kreises am 31.12.2007 in Prozent



Grafik: KVJS 2008. Datenbasis: Leistungsempfänger des Main-Tauber-Kreises zum Stichtag 31.12.2007 (N=54)

Die lange Bezugsdauer vieler Leistungserbringer weist auf eine bei Angeboten der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Menschen eher ungewöhnlich niedrige Fluktuationsrate und damit auf eine mögliche Verfestigung in einzelnen Angeboten hin. Dies stünde dem Ziel der Durchlässigkeit der Angebote und einer möglichst raschen Wiedereingliederung in die Gesellschaft entgegen. Besonders gilt dies für die außerhalb des Landkreises stationär Wohnenden, bei denen auch aufgrund des hohen Anteils an Älteren, kaum noch mit Veränderungen bei der Leistungsart auszugehen ist.

3.7 Schnittstellen

Eine Schwierigkeit bei der Abgrenzung der Zielgruppe ergibt sich aus der Tatsache, dass die Versorgung bzw. Unterbringung von Menschen mit psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung – bedingt durch individuell unterschiedliche Verläufe und vielfältige Problemlagen – häufig in wechselnden Versorgungssystemen erfolgt. So finden beispielsweise Wechsel zwischen den Einrichtungen innerhalb des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems, Übergänge in andere Hilfesysteme nach Sozialgesetzbuch wie Wohnungslosen- und Suchthilfe oder auch Wechsel in den Bereich des Strafgesetzbuches statt.

Da Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung sich oft in vielfältigen Problemlagen befinden, ist insbesondere die Wohnungslosenhilfe überdurchschnittlich häufig mit Menschen konfrontiert, die unter einer psychischen Störung leiden. Tritt zusätzlich zur psychischen Erkrankung eine Suchtproblematik auf (so genannte „Doppeldiagnosen"), kommt meist die Inanspruchnahme der Angebote der Suchthilfe hinzu. Auch ist davon auszugehen, dass der Anteil von Menschen mit psychischer Erkrankung, besonders in Verbindung mit Suchterkrankungen, in Justizvollzugsanstalten sehr hoch ist. Das Strafgesetzbuch sieht sogar eine besondere Form der Unterbringung für psychisch kranke Straftäter im Maßregelvollzug vor, wenn sie als schuldunfähig oder vermindert schuldfähig gelten, aber eine weitere Gefährdung zu erwarten ist und ein Zusammenhang zwischen Delikt und psychischer Störung besteht.[18] Diese Unterbringung erfolgt meist in psychiatrisch-forensischen Fachkrankenhäusern oder speziellen Abteilungen an psychiatrischen Kliniken.

Abhängig vom Alter der Person können weitere Hilfesysteme berührt sein. Im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in den letzten Jahren ein starker Anstieg von jungen Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder Verhaltensstörung zu verzeichnen. Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung[19] erhalten Leistungen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz des Achten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB VIII) und wechseln mit dem Erwachsenwerden häufig in Einrichtungen der Behindertenhilfe (SGB XII). Auch Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe, vor allem Altenpflegeheime, sind mit Menschen konfrontiert, die unter Demenzen oder Depressionen leiden. Dabei handelt es sich aber fast ausschließlich um Menschen, die erst in höherem Alter psychisch erkrankt sind.

Jeder Wechsel zwischen den Hilfesystemen erfordert nicht nur, dass Leistungen neu zu beantragen und Leistungsvoraussetzungen erneut zu prüfen sind. Vielmehr entsteht in der Praxis die Gefahr, mit einer Mehrfach-Problematik „zwischen allen Stühlen" zu sitzen und nicht ohne Weiteres die erforderlichen Hilfen zu erhalten. So werden Menschen mit seelischer Behinderung, bei denen eine akute Suchterkrankung auftritt, oft nicht in Einrichtungen der Eingliederungshilfe aufgenommen. Teilweise fühlen sich umgekehrt Einrichtungen der Suchthilfe mit der Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung überfordert.

Handlungsempfehlungen

Die Teilhabeplanung für Menschen mit seelischer Behinderung muss die Schnittstellen zur Wohnungslosenhilfe, Suchthilfe, Altenhilfe, Kinder- und Jugendhilfe und zur forensischen Psychiatrie stets im Auge haben. Durch Vernetzung der Anbieter, Informationsaustausch und konsequente Orientierung an den Besonderheiten des Einzelnen mit seinem individuellen Unterstützungsbedarf im Rahmen einer qualifizierten Hilfeplanung können Schnittstellenprobleme gelöst werden. Kooperations-

[18] § 63 und § 64 StGB; siehe Kapitel II.3.3 Klinische Psychiatrische Versorgung
[19] Im Main-Tauber-Kreis handelt es sich um einige wenige Fälle, bei denen überwiegend Integrationshilfen im Kindergarten und ambulante Hilfen gewährt werden (genaue Zahlen sind dem jährlich erstellten Familienbericht des Kreisjugendamtes zu entnehmen)

vereinbarungen zwischen den beteiligten Stellen, die z.B. bei Menschen mit Doppeldiagnosen Anwendung finden, können ebenfalls einen Beitrag dazu leisten.

II Angebote für erwachsene Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung im Main-Tauber-Kreis

1. Versorgungsstruktur

Der Main-Tauber-Kreis verfügt über die gesamte Palette der Grundversorgung in der Eingliederungshilfe für Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung. Allerdings findet sich die Mehrzahl der Angebote im Zentrum des Kreises rund um Tauberbischofsheim. Neben klinischen und sonstigen therapeutischen Angeboten sind hier sowohl Leistungen der Tagesstruktur wie des ambulant und stationär organisierten Wohnens vorhanden. Im nördlichen und im südlichen Teil des Landkreises finden sich dagegen nur wenige Angebote. Die in der Vergangenheit entstandene Konzentration in der Kreisstadt und die im Vergleich zum ländlichen Umfeld größere Anonymität in den dortigen Lebensverhältnissen, üben eine gewisse „Anziehungskraft“ aus und verstärken den Trend zu einer weiteren Zentralisierung der Angebote. Für Menschen mit seelischer Behinderung bietet es sich offensichtlich an, in Tauberbischofsheim und Umgebung zu wohnen bzw. hierher zu ziehen. Gleichzeitig festigt diese Konzentration das spezifische Milieu der Betroffenen, wodurch dem Einzelnen eine Integration in die Gesellschaft erschwert werden kann.

Die psychiatrische Versorgung wird im Main-Tauber-Kreis von mehreren Anbietern sichergestellt. Im Rahmen eines Gemeindepsychiatrischen Zentrums (GPZ) arbeiten folgende Einrichtungen auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung [20] zusammen: der Sozialpsychiatrische Dienst in Trägerschaft des Landkreises, die psychiatrische Institutsambulanz am Kreiskrankenhaus sowie die VOP gGmbH (vormals Verein für Offene Psychiatrie) als Träger der Tagesstätte in Tauberbischofsheim mit Zweigstelle in Bad Mergentheim und Träger des ambulant betreuten Wohnens. „Das GPZ ist die erste Anlaufstelle für psychisch kranke Menschen, um bedarfsorientierte Hilfen zu bekommen bzw. diese zu vermitteln. Es bündelt die Kernelemente des psychiatrischen Versorgungssystems im Main-Tauber-Kreis.“[21]
Für weitere Angebote im Landkreis zeichnen sich der Caritasverband im Tauberkreis mit zwei Werkstätten und einem Wohnheim, der Weinsberger Hilfsverein e.V., Heilbronn, und die Arche Noah e.V., Schrozberg, mit betreutem Wohnen in Familien verantwortlich.

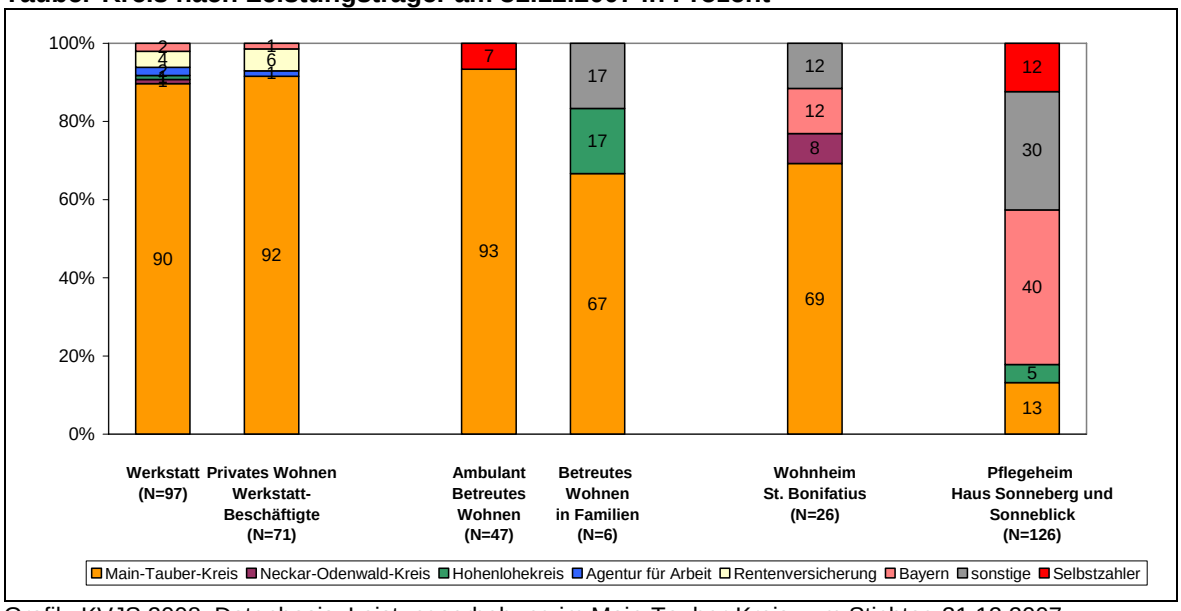
Im Kreiskrankenhaus Tauberbischofsheim gibt es seit 1974 eine psychiatrische Abteilung mit derzeit 105 Betten. Die im Jahr 2002 eröffnete Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) ist ebenfalls dort angesiedelt. Für die ambulante medizinisch-therapeutische Versorgung stehen außerdem im gesamten Landkreis neun Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie bzw. ärztliche Psychotherapeuten zur Verfügung, wobei im Einzelfall längere Anfahrtswege zurückzulegen sind, da die Mehrzahl der niedergelassenen Ärzte im Raum Bad Mergentheim praktiziert.[22] Die Versorgungsdichte ist im Main-Tauber-Kreis mit einem Facharzt pro 15 000 Einwoh-

[20] Gemeindepsychiatrisches Zentrum im Main-Tauber-Kreis, Kooperationsvereinbarung vom 01.01.2007
[21] ebenda, S. 2
[22] Angaben der Bezirksärztekammer, Stand März 2009

ner etwas geringer als in der Gesamtregion Franken (einschließlich Stadt Heilbronn ein Facharzt auf 12 700 Einwohner), jedoch deutlich geringer als im Landesdurchschnitt (ein Facharzt auf 7.400 Einwohner).[23] Nach Informationen aus dem Psychiatrie-Arbeitskreis gibt es dennoch selten längere Wartezeiten auf einen Arzttermin, da die ärztliche Versorgung auch durch die am Krankenhaus angesiedelte Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) erfolgt.

Psychiatrische Pflege wird im Pflegeheim Sonnenberg mit drei Einrichtungen in Bad Mergentheim und im benachbarten Igersheim geleistet, wobei nur ein kleiner Teil der Bewohner Leistungsempfänger des Main-Tauber-Kreises ist. Dies entspricht dem Bild in vergleichbaren Pflegeeinrichtungen in anderen Kreisen, die ebenfalls häufig durch eine überregionale Belegung gekennzeichnet sind.

Erwachsene mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung im Main-Tauber-Kreis nach Leistungsträger am 31.12.2007 in Prozent

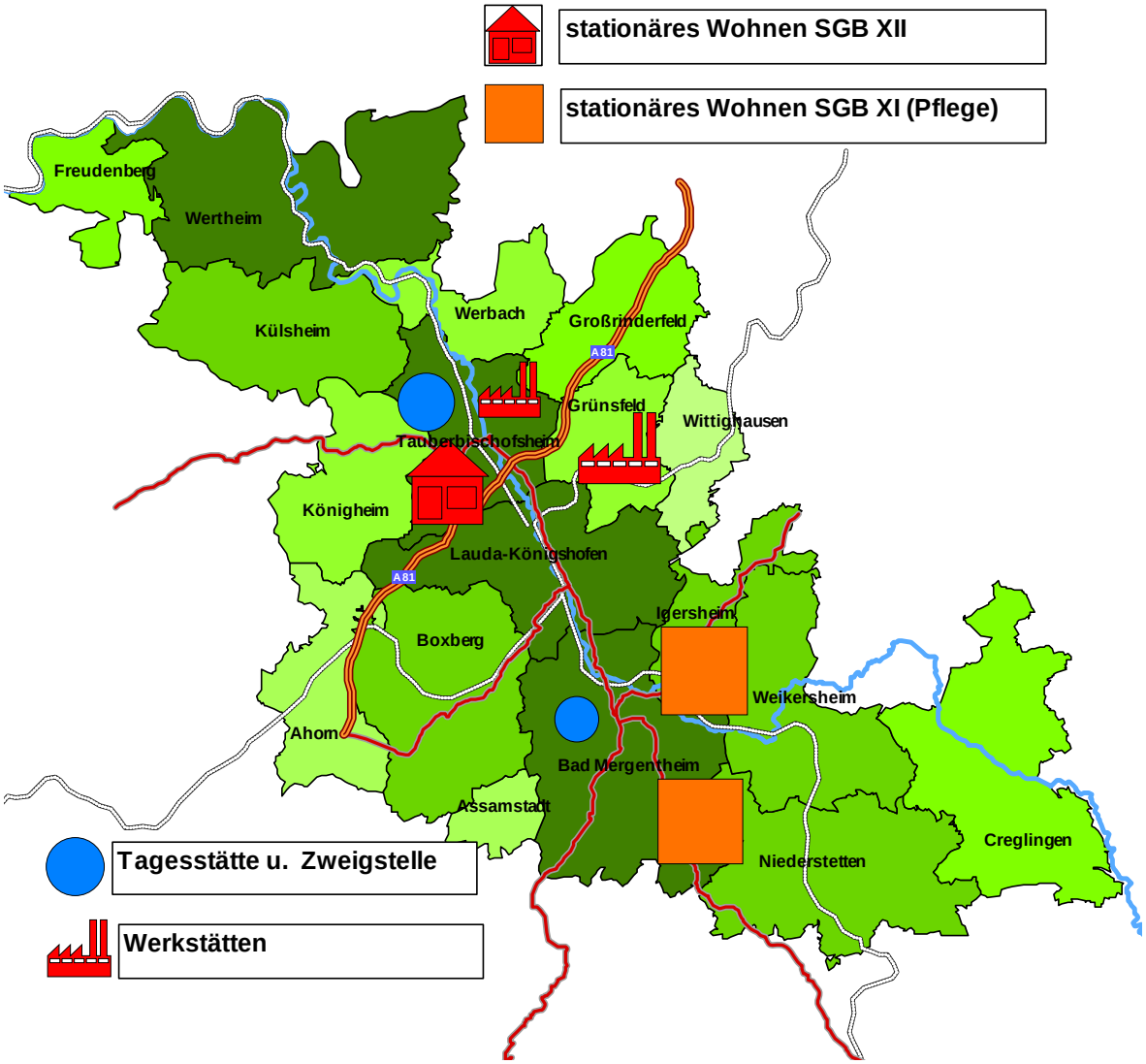


Grafik: KVJS 2008. Datenbasis: Leistungserhebung im Main-Tauber-Kreis zum Stichtag 31.12.2007

Der Einzugsbereich aller anderen Angebote und Einrichtungen ist im Wesentlichen auf den Main-Tauber-Kreis begrenzt. Die Verteilung der Angebote im Landkreis ist aus der Karte auf der folgenden Seite ersichtlich. Der Konzentration im Planungsraum Tauberbischofsheim steht die geringe Angebotsdichte im Planungsraum Bad Mergentheim und das nahezu völlige Fehlen von Angeboten im Planungsraum Wertheim gegenüber.

[23] Lt. Kassenärztlicher Vereinigung sind diese Werte nur bedingt vergleichbar, da die Facharztdichte in Städten und rund um Psychiatrische Kliniken deutlich höher als im ländlichen Raum und zudem in Baden und in Südwürttemberg aufgrund der medizinischen Fakultäten an den dortigen Universitäten höher als in Nordwürttemberg ist

Standorte der Angebote für Menschen mit seelischer Behinderung in den Gemeinden des Main-Tauber-Kreises



Karte: KVJS 7/2009

Handlungsempfehlungen zur Versorgungsstruktur allgemein

Im Hinblick auf eine verstärkt auf Integration angelegte künftige Entwicklung der Angebotsstruktur, wird ein besonderes Augenmerk auf die bevorzugte Schaffung von wohnortnäheren Angeboten in den bislang unterversorgten Planungsräumen zu richten sein.

Die stärkere Besetzung der hohen Altersgruppen, insbesondere der zwischen 50- und 60-Jährigen, erfordert in den kommenden Jahren Überlegungen und Planungen für spezifische Betreuungs- und Tagesstrukturierungsangebote ebenso wie für Wohnangebote, die sich an den individuellen Bedürfnissen von Senioren orientieren.

Im Hinblick auf die Gewährung von Leistungen des Landkreises, die in anderen Kreisen erbracht werden, sollte geprüft werden, ob auch Alternativen innerhalb des Landkreises möglich sind, bzw. ob diese geschaffen werden sollten, um so dem Ziel einer möglichen wohnortnahen Versorgung näher zu kommen.

2. Wohnen

Die Wohnung hat für Menschen mit seelischer Behinderung einen zentralen Stellenwert. Sie dient neben den üblichen Funktionen in besonderer Weise als Refugium, als häufig genutzter Aufenthaltsort im Alltag und als Rückzugs- und Schutzzone in Krisenzeiten. Ihre Lage, ihre Qualität, ihre Ausstattung und ihr Umfeld bestimmen wesentlich darüber, wie das tägliche Leben geführt und gemeistert werden kann. Zu unterscheiden ist zwischen privatem Wohnen ohne Unterstützungsleistungen und unterstütztem Wohnen. Die unterschiedlichen Wohnformen und die mit den Wohnformen verbundenen unterschiedlichen Formen von Begleitung und Unterstützung bestimmen in erheblichem Ausmaß, wie viel Selbständigkeit und Selbstbestimmung möglich ist und in welchem Maße dies gefördert wird.

Im Folgenden werden die unterschiedlichen Wohnformen von Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung zunächst allgemein und dann in ihrer Ausprägung im Main-Tauber-Kreis beschrieben.

2.1 Privates Wohnen

Die meisten Menschen mit seelischer Behinderung wohnen privat. Viele besuchen weder eine Werkstatt noch eine Tagesstätte und werden auch nicht vom Sozialpsychiatrischen Dienst betreut. Es handelt sich häufig um Menschen, die trotz hohen Leidensdruckes nicht in der Lage oder willens sind, Rat und Unterstützung zu suchen und anzunehmen. Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Dunkelziffer von privat wohnenden Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung relativ hoch ist.
Nähere Angaben liegen über die privat Wohnenden vor, die eine Werkstatt besuchen und in diesem Zusammenhang Eingliederungshilfe erhalten. Über 90 % von ihnen sind ledig oder geschieden, was jedoch nicht bedeuten muss, dass sie alleine leben. Da psychische Erkrankungen und daraus folgende seelische Behinderung in jedem Alter auftreten können und sich in Schwere und Verlauf individuell unterscheiden, sind auch die Lebens- und Wohnformen sehr unterschiedlich und eher Veränderungen unterworfen. Menschen mit seelischer Behinderung leben im Vergleich zu Menschen mit geistiger Behinderung häufiger mit einem Lebenspartner oder auch mit eigenen Kindern zusammen, jüngere Erwachsene mit seelischer Behinderung wohnen häufig noch bei ihren Eltern. Ungeachtet dessen ist davon auszugehen, dass, anders als in der Gesamtbevölkerung, die überwiegende Mehrheit in Einpersonenhaushalten lebt. Entscheidend für die Art und Weise wie gewohnt wird, sind Faktoren wie die bisherige Lebensgeschichte, die Einbindung in familiäre und örtliche Zusammenhänge und nicht zuletzt die Art und Schwere der Erkrankung bzw. Behinderung. Für die Wahl des Wohnortes spielt häufig auch das dort vorhandene Unterstützungs- und Hilfeangebot eine Rolle.

Privates Wohnen sollte immer, wenn dies möglich und sinnvoll ist, angestrebt werden. Das Leben in einem gewachsenen Umfeld innerhalb eines Gemeinwesens bietet zahlreiche Möglichkeiten zur Integration, aber auch Anforderungen an lebenspraktische Fähigkeiten, was sich positiv auf Krankheitsverläufe auswirken und die Ressourcen für den Umgang mit der Behinderung erweitern kann. Die positiven Möglichkeiten des privaten Wohnens sind jedoch immer auch in Abhängig-

keit von der Integrationsfähigkeit des Umfelds wie von der Ausprägung der jeweiligen psychischen Erkrankung und seelischen Behinderung zu bewerten. Privates Wohnen ist für Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung umso eher möglich, als flankierend Beratungs-, Freizeit- und Unterstützungsangebote in der Nähe des Wohnorts vorhanden sind[24].

Im **Main-Tauber-Kreis** ist privates Wohnen für die Werkstattbeschäftigten mit Abstand die vorherrschende Wohnform. Am 31.12.2007 wohnten hier 73 % der Werkstattbeschäftigten (dies entspricht 71 Personen) privat.[25] Im Vergleich mit anderen Stadt- und Landkreisen, für die beim KVJS Daten vorliegen, ist dies ein hoher Wert. Die Spanne reicht zwar von 42% bis 96% privat wohnenden Werkstattbeschäftigten, der Großteil dieser Kreise liegt aber zwischen 56% und 68%.

2.2 Ambulant betreutes Wohnen

Das ambulant betreute Wohnen und das betreute Wohnen in Familien als „…ambulantes Hilfeangebot zur Förderung der selbständigen Lebensführung behinderter Menschen“[26] ist im Teilhabeplan Teil 1 ausführlich beschrieben (S. 37 ff.). In der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischer Behinderung hat dieser Bereich wesentlich mehr Gewicht als bei den Menschen mit geistiger Behinderung. Von den seelisch behinderten Menschen, die Unterstützungsleistungen beim Wohnen erhalten, wohnt die große Mehrheit in ambulant betreuten Wohnformen, sei es im Einzel- oder Paarwohnen oder auch in unterschiedlich großen Wohngemeinschaften. Betreuung und Begleitung erfolgen entweder über den Träger des Wohnangebots oder über den Sozialpsychiatrischen Dienst. Zur Tagesstrukturierung dient der Besuch von Tagesstätten oder die Beschäftigung in Werkstätten für behinderte Menschen. Ein kleinerer Teil arbeitet auf dem freien Arbeitsmarkt, ein weiterer Teil gestaltet seinen Alltag anderweitig.

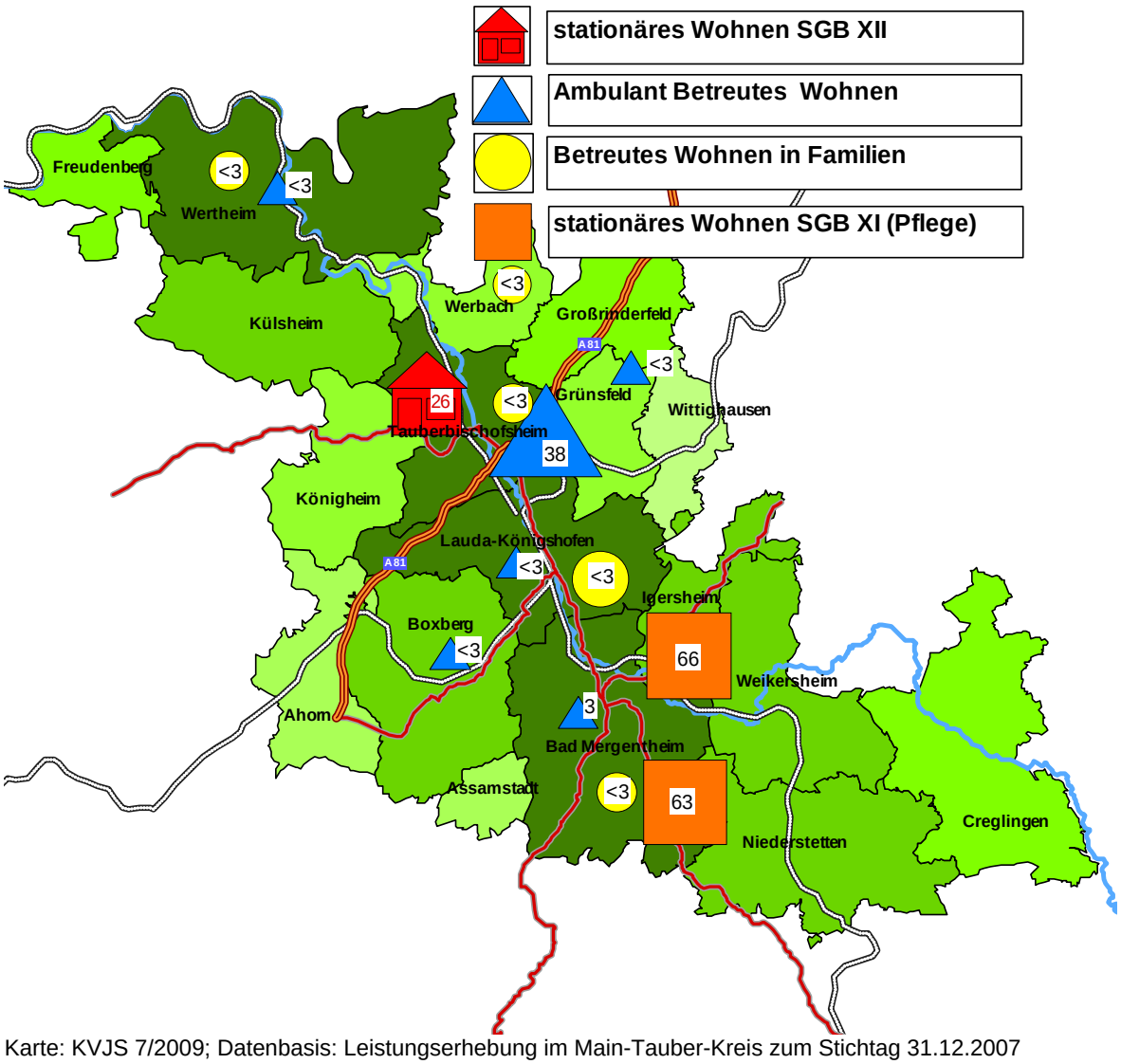
Im **Main-Tauber-Kreis** lebten am Stichtag 51 Personen in ambulant betreuten Wohnformen, davon 6 in Familien. Das ambulant betreute Wohnen wird vom VOP Gemeinnützige GmbH organisiert, während das betreute Wohnen in Familien im Berichtszeitraum vom Weinsberger Hilfsverein und der Arche Noah e.V. getragen wurde (der Weinsberger Hilfsverein ist inzwischen nicht mehr beteiligt, der VOP bietet jetzt auch betreutes Wohnen in Familien an). Die ambulant betreuten Wohnungen befinden sich überwiegend in Tauberbischofsheim und Umgebung. Dies kommt den Wünschen der Klienten insofern entgegen, als sich hier zum einen ein umfangreiches Hilfe- und Therapieangebot konzentriert, zum anderen im städtischen Umfeld eher ein anonymes, weniger stark kontrolliertes Leben möglich und der Kontakt zu anderen Betroffenen einfacher ist. Die Standorte des betreuten Wohnens in Familien sind auf das gesamte Kreisgebiet verteilt.

Der Anteil der ambulant bzw. in Familien betreut Wohnenden an den seelisch behinderten Menschen, die Unterstützungsleistungen beim Wohnen im Main-Tauber-

[24] s. Kapitel V Komplementäre gemeindepsychiatrische Angebote
[25] Von den Besuchern der Tagesstätte wohnten nach Angaben des VOP ca. 70 % privat (s. VOP Gemeinnützige Gesellschaft für offene Psychiatrie im Main-Tauber-Kreis, Jahresbericht 2007).
[26] Leistungsbeschreibung Ambulant betreutes Wohnen für erwachsene Menschen mit Behinderung, beschlossen von der Vertragskommission nach § 24 des Rahmenvertrags nach § 79 Abs.1 SGB XII am 11.10.2006

Kreis erhalten, beträgt 57 %. Im Hinblick auf die Gesamtzahl der seelische behinderten Erwachsenen, die Eingliederungshilfeleistungen beim Wohnen vom Main-Tauber-Kreis erhalten, sinkt der Anteil leicht auf 56 %.

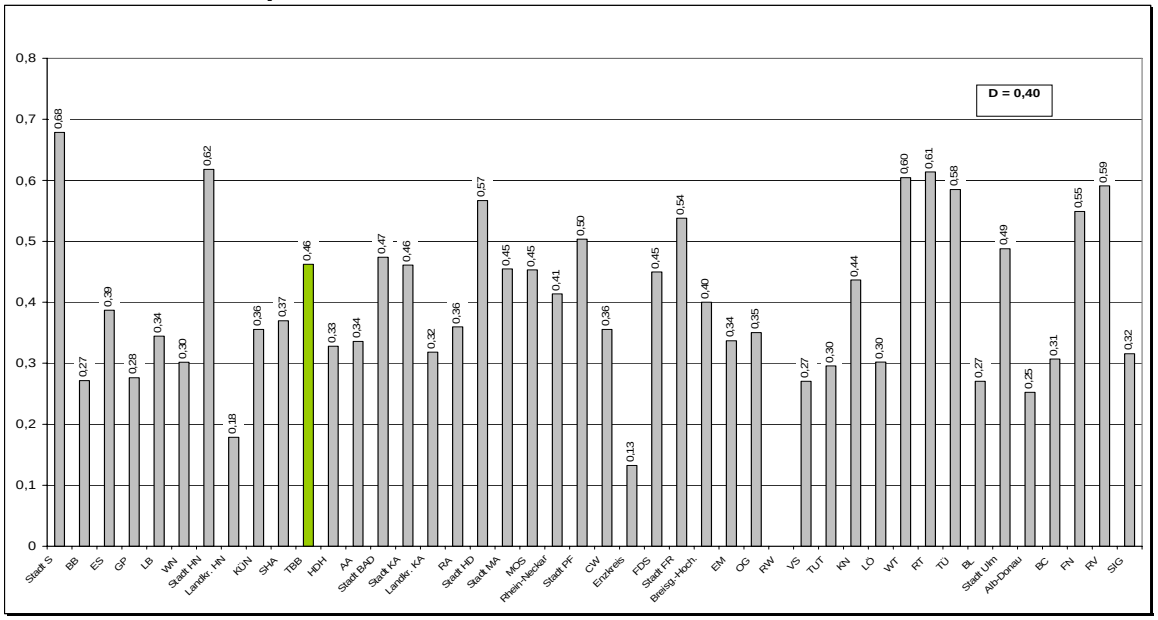
Standorte der Angebote des unterstützen Wohnens in den Gemeinden des Main-Tauber-Kreises am 31.12.2007



Karte: KVJS 7/2009; Datenbasis: Leistungserhebung im Main-Tauber-Kreis zum Stichtag 31.12.2007

Das ambulant betreute Wohnen für Menschen mit seelischer Behinderung liegt in Bezug auf den Standort Main-Tauber-Kreis – also auf die Menschen, die innerhalb der Kreisgrenzen wohnen – im Vergleich mit anderen Stadt- und Landkreisen mit 0,37 Plätzen pro 1.000 Einwohner über dem Durchschnitt (Spannweite der beim KVJS vorliegenden Vergleichsdaten 0,20 bis 0,43). Dies gilt verstärkt für die Betrachtung des Kreises in seiner Funktion als Leistungsträger der Eingliederungshilfe, unabhängig davon in welchem Stadt- und Landkreis die Leistungsempfänger leben. Der Main-Tauber-Kreis ist zuständiger Leistungsträger für insgesamt 63 Personen, die im ambulant betreuten Wohnen leben. Das sind 0,46 Plätze je 1.000 Einwohner, während der Durchschnitt in Baden-Württemberg bei 0,40 Plätzen je 1.000 Einwohner liegt. Das betreute Wohnen in Familien ist vergleichsweise gut, aber nicht überdurchschnittlich ausgebaut.

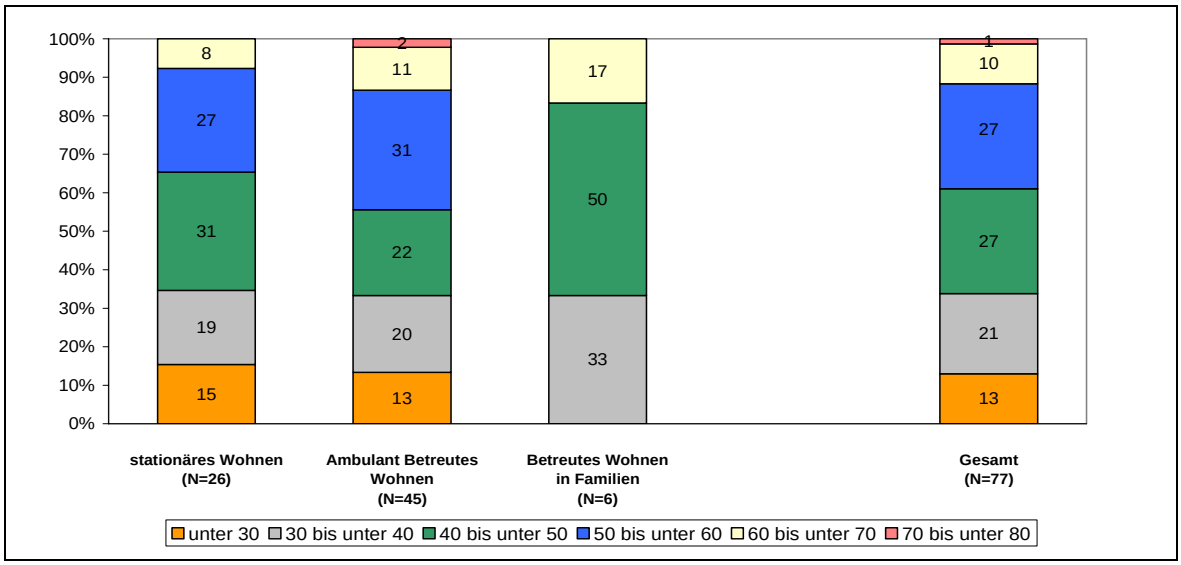
Erwachsene Leistungsempfänger mit seelischer Behinderung im ambulant betreuten Wohnen pro 1.000 Einwohner am 31.12.2007



Grafik: KVJS 2008. Datenbasis: Erhebung „Fallzahlen und Ausgaben in der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII für 2007. Planungs- und Steuerungsunterstützung für die Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg. Stuttgart 2008

Die Altersstruktur der ambulant betreut Wohnenden ist (ohne die in Familien Wohnenden) älter als im stationären Bereich (ambulant betreutes Wohnen: Altersdurchschnitt 46 Jahre, 13 % 60 Jahre und älter, Stationäres Wohnen: Altersdurchschnitt 44 Jahre, 8 % 60 Jahre und älter). Dieser Befund lässt Rückschlüsse auf den künftig zunehmenden Bedarf an seniorenspezifischen Wohn-, Tagesstrukturierungs- und Freizeitangeboten zu.

Altersaufbau stationäres Wohnen und ambulant betreutes Wohnen im Main-Tauber-Kreis am 31.12.2007 in Prozent



Grafik: KVJS 2008 Datenbasis: Leistungserhebung Landkreis Main-Tauber-Kreis zum Stichtag 31.12.2007. (N= 77)

Die folgende Grafik ist im Hinblick auf die Verteilung der ambulant betreuten Wohnangebote in den Planungsräumen aufschlussreich.

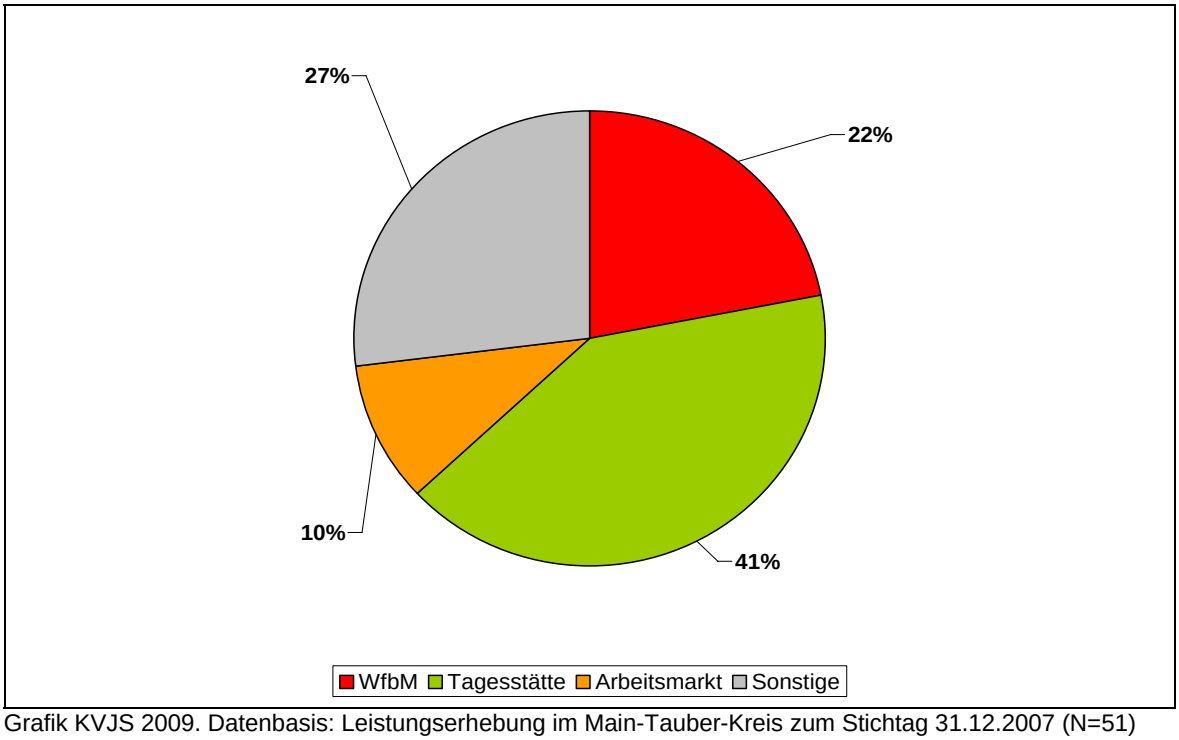
Erwachsene Bewohnerinnen und Bewohner mit seelischer Behinderung im betreuten Wohnen je 1.000 Einwohner im Main-Tauber-Kreis am 31.12.2007

	Bewohner im betreuten Wohnen			Angebotsdichte je 1.000 Einwohner		
	ambulant	in Familien	gesamt	ambulant	in Familien	gesamt
Planungsraum Süd	3	1	4	0,07	0,02	0,09
Planungsraum Mitte	41	3	44	0,83	0,06	0,89
Planungsraum Nord	1	2	3	0,02	0,05	0,07
Main-Tauber-Kreis gesamt	**45**	**6**	**51**	**0,33**	**0,04**	**0,37**

Datenbasis: Leistungserhebung im Main-Tauber-Kreis zum Stichtag 31.12.2007

22 % der Bewohnerinnen und Bewohnern des ambulant betreuten Wohnens, einschließlich des betreuten Wohnens in Familien, besuchten am 31.12.2007 eine Werkstatt für seelisch behinderte Menschen, 10 % oder fünf Personen gingen einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nach.[27] Auf der anderen Seite besuchten 41 % regelmäßig mindestens einmal in der Woche die Tagesstätte. Die übrigen 27 % gestalteten ihren Alltag ohne institutionelle Unterstützung. Gründe hierfür sind: die Altergrenze für die Beschäftigung in der WfbM wurde überschritten, die Anforderungen einer Ganztagesbeschäftigung sind zu hoch, oder es liegt eine Suchtproblematik vor. Weiter befinden sich auch einige Klienten im Prozess der Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Ergänzende Tagesstruktur des Betreutes Wohnens im Main-Tauber-Kreis am 31.12.2007 in Prozent



Grafik KVJS 2009. Datenbasis: Leistungserhebung im Main-Tauber-Kreis zum Stichtag 31.12.2007 (N=51)

[27] siehe Kapitel II.3.1 Allgemeiner Arbeitsmarkt

Der Main-Tauber-Kreis ist für 93 % der Bewohnerinnen und Bewohnern des ambulant betreuten Wohnens zuständiger Leistungsträger. Beim betreuten Wohnen in Familien gilt dies für 67 %. Das betreute Wohnen für Menschen mit seelischer Behinderung ist somit ein Angebot, das fast ausschließlich der wohnortnahen Versorgung von Menschen aus dem Landkreis dient.
Im ambulant betreuten Wohnen leben auch einzelne Personen, die ihr eigenes Einkommen bzw. ihre Ersparnisse vorrangig vor den Leistungen der Eingliederungshilfe einsetzen müssen. Zum Stichtag 31.12.2007 war dies im Main-Tauber-Kreis bei drei Personen der Fall.

Bei der Verweildauer ist eine breite Streuung zu beobachten. Während zum Stichtag 36 % erst seit weniger als 2 Jahren ambulant betreut wohnten, lebten 27 % seit 10 und mehr Jahren, 11 % sogar seit 20 und mehr Jahren in dieser Wohnform. Im betreuten Wohnen in Familien war die Verweildauer deutlich kürzer, da es dieses Angebot erst seit 2001 im Main-Tauber-Kreis gibt. Für einen erheblichen Teil der Bewohnerinnen und Bewohner ist aber das ambulant betreute Wohnen offenbar keine zeitlich begrenzte Wohnphase, sondern eine Wohnform auf Dauer.
Die durchschnittliche Verweildauer im ambulant betreuten Wohnen beträgt sieben Jahre, im betreuten Wohnen in Familien vier Jahre und liegt damit im oberen Bereich der Stadt- und Landkreise, für die dem KVJS Vergleichswerte vorliegen (Spannweite 2 bis 7 Jahre).

Die Zahl der Menschen mit seelischer Behinderung im ambulant betreuten Wohnen und betreuten Wohnen in Familien ist im Main-Tauber-Kreis, wie in anderen Kreisen auch, in den vergangenen Jahren stark gestiegen. Zum 31.12.2005 wohnten noch 55, zum 31.12.2006 bereits 64 Menschen und zum Stichtag 31.12.2007 schon 72 Menschen ambulant betreut. Davon werden 51 Klienten im Main-Tauber-Kreis selbst betreut.

Anfragen für das ambulant betreute Wohnen bei VOP in den Jahren 2005 bis 2007

	Gesamtzahl der bearbeiteten Anfragen	**davon aufgenommen**	**Beendete Betreuungsverhältnisse**
2005	15	5	10
2006	24	9	6
2007	23	11	4
Gesamt 2005 bis 2007	**62**	**25**	**20**

Datenbasis: schriftliche Auskunft VOP, Februar 2008

Insgesamt stellt der VOP fest, dass sich der Personenkreis für das ambulant betreute Wohnen in den letzten Jahren stark verändert hat und sich voraussichtlich weiter verändern wird. Zunehmend melden sich jüngere Menschen an. Weiter nimmt der Anteil derjenigen zu, die eine zusätzliche Suchtproblematik aufweisen – vor allem junge Menschen mit Psychosen – sowie der Anteil derjenigen mit einer Essstörung und mit Persönlichkeitsstörungen. Der „klassische“ Personenkreis von Menschen mit Schizophrenien steht also nicht mehr im Vordergrund.

2.3 Stationäres Wohnen

Auch der Bereich der stationären Wohnformen wurde im Teilhabeplan „Mitten im Leben“, Teil 1 näher beschrieben (S. 40 f.). Im Vergleich zum stationären Wohnen für Menschen mit geistiger Behinderung soll hier auf einige Besonderheiten auch im historischen Kontext hingewiesen werden.

Bis zur Psychiatrieenquete 1975 wurden Menschen mit seelischer Behinderung in der Regel in so genannten Langzeitstationen der Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und somit klinisch versorgt, oft unter menschenunwürdigen Umständen. Ziel der Psychiatrieenquete war es, dass Wohnmöglichkeiten und Dienste für Menschen mit psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung gemeindenah aufgebaut werden und eine wohnortferne Unterbringung in spezialisierten Einrichtungen nur noch in begründeten Ausnahmefällen erfolgen sollte. Gemeinwesenorientierung und Personenzentrierung wurden zum Leitbild.
Eine weitere Zäsur bildete der Bericht „Empfehlungen der Expertenkommission“ von 1988[28], der empfahl, gemeindepsychiatrische Verbundsysteme aufzubauen, bei denen verschiedene soziale und therapeutische Versorgungskomponenten mit dem medizinisch-klinischen Bereich verzahnt werden. Zentrale Bedeutung für den klinischen Bereich hatte ab 1991 die Psychiatrie-Personalverordnung[29], mit der der Umfang und die Qualität der Behandlung nachhaltig verbessert werden konnten. Eine Weichenstellung erfolgte auch auf dem Weltkongress für soziale Psychiatrie im Jahr 1994 in Hamburg, wo die Notwendigkeit der Einbeziehung und Mitwirkung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen bei Fragen der Behandlung und Versorgung in den Vordergrund gestellt wurde (sog. Trialog).[30]

In Baden-Württemberg hat die stationäre Versorgung für Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung regional sehr unterschiedliche Formen angenommen. Ein Teil der stationären Einrichtungen entstand unmittelbar bei den Fachkrankenhäusern für Psychiatrie durch Umwandlung von Klinikteilen oder durch Neubauten auf dem Klinikgelände. In anderen Fällen wurden bewusst neue Standorte gesucht, um den Menschen ein Leben und Wohnen außerhalb der „Anstalt“ zu ermöglichen. Ein weiterer Teil der stationären Einrichtungen wurde im Verbund mit den Kreispflegeheimen realisiert. Auch hier handelt es sich oft um große Einrichtungen mit mehreren hundert Plätzen. Eine große Zahl von Pflegeheimen für Menschen mit seelischer Behinderung befindet sich in privater Trägerschaft. Diese Einrichtungen sind nach Platzzahl und Konzeption sehr unterschiedlich ausgestaltet und nicht immer in das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem eingebunden. Sie unterscheiden sich u.a. auch darin, ob eher das Wohnen oder eher die Pflege im Vordergrund steht.

Eine besondere Form der zeitlich befristeten stationären Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung sind die so genannten RPK-Einrichtungen (Rehabilitation psychisch Kranker). Diese Einrichtungen wurden 1989 geschaffen. Im

[28] Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich" (Bericht "Empfehlungen der Expertenkommission" 1988)
[29] Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung - Psych-PV)
[30] s. dazu Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 3 2009

Jahr 2008 standen in Baden-Württemberg 164 stationäre RPK-Plätze[31] in acht Einrichtungen[32] zur Verfügung. In den RPK-Einrichtungen wird umfassende medizinische Rehabilitation und berufliche Förderung unter psychologischer und sozialpädagogischer Betreuung angeboten. Zielgruppe sind junge Erwachsene mit chronisch psychischer Erkrankung. Das Ziel der Rehabilitation ist neben dem Training beruflicher Tätigkeiten, die Entwicklung einer individuellen Lebensperspektive. Dazu werden verschiedene therapeutische Angebote, Freizeitangebote und das Wohngruppenleben genutzt. Kostenträger sind die Kranken- und Rentenversicherungsträger und die Agentur für Arbeit (das nächstgelegene Angebot von RPK-Plätzen befindet sich im Therapeutikum Heilbronn).

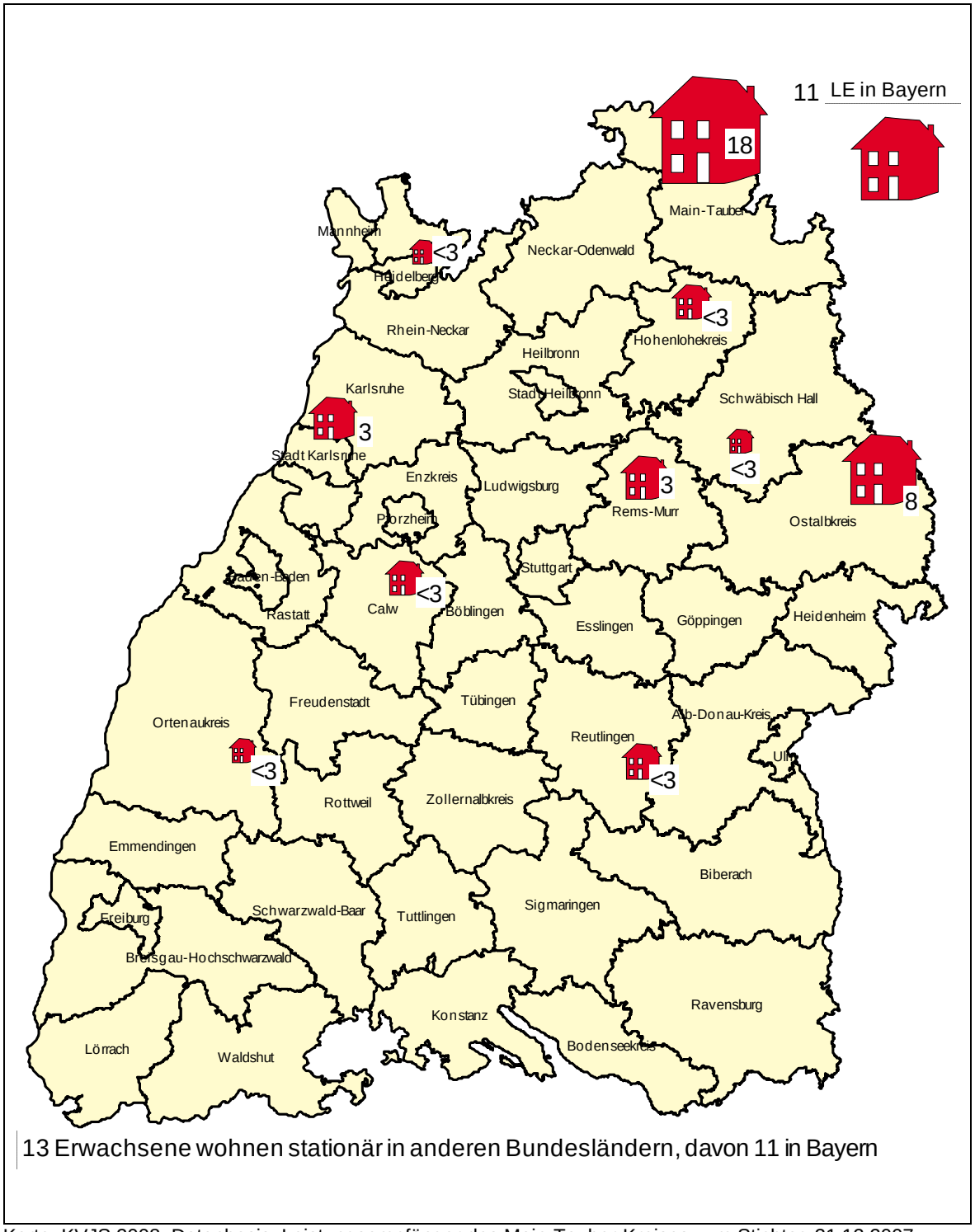
Für Menschen mit seelischer Behinderung spielt heute der stationäre Bereich keine zentrale Rolle, da sie nur bei sehr starker Behinderung auf den festen und geschützten Rahmen den ein Wohnheim bietet, angewiesen sind. Auch im Falle einer Fremd- oder Selbstgefährdung ist dies in der Regel die geeignete Wohnform. Für den Bereich des stationären Wohnens von Menschen mit seelischer Behinderung wird, wie bei Menschen mit geistiger Behinderung, eine Hilfebedarfsgruppe festgestellt, nach der sich die Höhe des Vergütungssatzes richtet.
Da viele Bewohner aufgrund ihrer Behinderung nicht ohne Begleitung das Haus verlassen können und durch eine ganztägige Beschäftigung überfordert wären, erfolgt in den Wohnheimen auch ein, auf den Personenkreis abgestimmtes Tagesstrukturangebot.

Im **Main-Tauber-Kreis** ist das im Jahr 2001 eröffnete Wohnheim St. Bonifatius des Caritasverbandes in Tauberbischofsheim, in dem 26 Personen leben, das einzige stationäre Wohnangebot. Zehn Bewohner besuchen dort die hausinterne Tagesstruktur, die anderen arbeiten in den Werkstätten des Caritasverbandes in Tauberbischofsheim oder Grünsfeld. Aufgenommen werden Personen, die im ambulant betreuten Wohnen oder auch von ihrer Familie nicht ausreichend versorgt werden können. Nicht aufgenommen werden Personen mit primärer Diagnose Sucht, primärer geistiger Behinderung und akuter Selbst- oder Fremdgefährdung. Auch Personen die umfassend pflegebedürftig sind, können nicht aufgenommen werden

Während im Wohnheim St. Bonifatius 18 Leistungsempfänger des Main-Tauber-Kreises wohnen, sind 36 Leistungsempfänger, das sind 66 %, außerhalb des Landkreises in Eingliederungshilfeeinrichtungen stationär untergebracht.

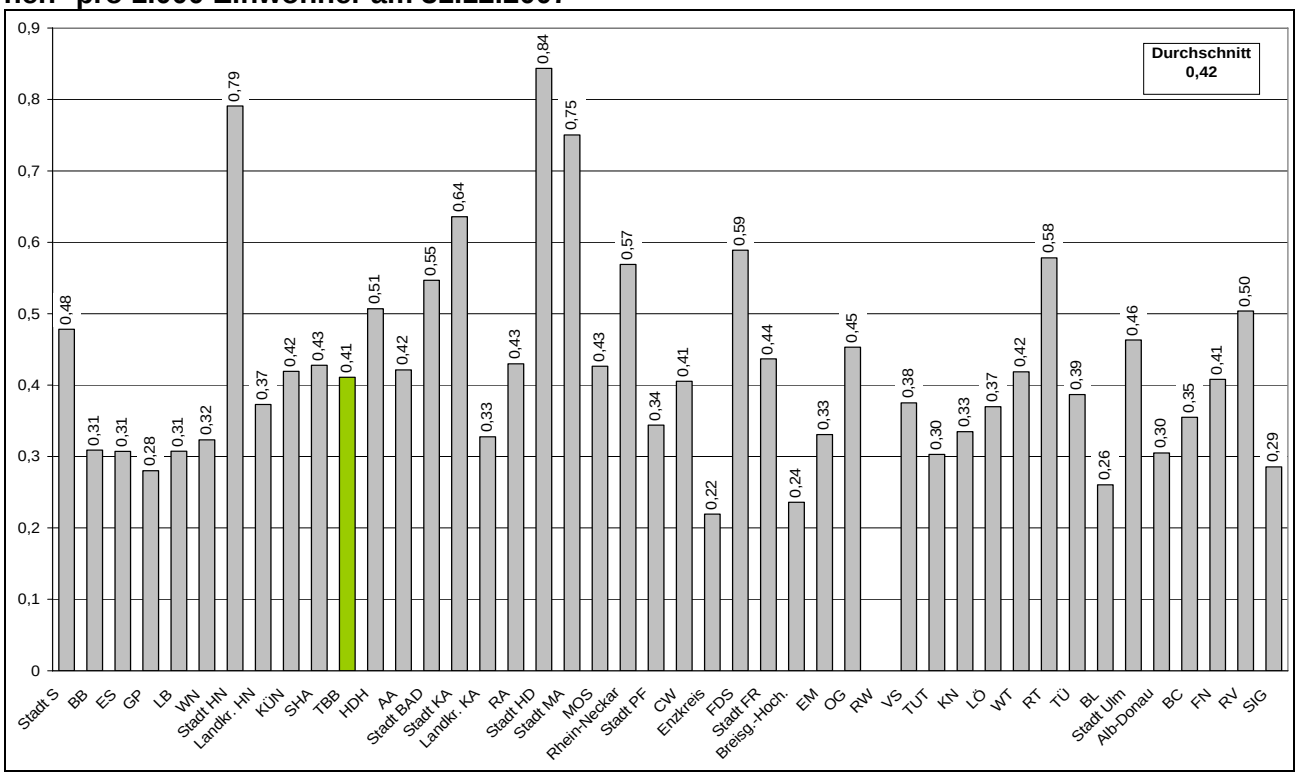
[31] Datenbasis: Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg: Wegweiser Psychiatrie Baden-Württemberg. Stuttgart, August 2008. Eigene Berechnungen KVJS
[32] Mannheim, Albbruck-Schachen, Freiburg, Baienfurt, Stuttgart, Ulm, Heilbronn, Reutlingen

Erwachsene Leistungsempfänger des Main-Tauber-Kreises nach Wohnort im stationären Wohnen am 31.12.2007



Karte: KVJS 2008. Datenbasis: Leistungsempfänger des Main-Tauber-Kreises zum Stichtag 31.12.2007 (N=54)

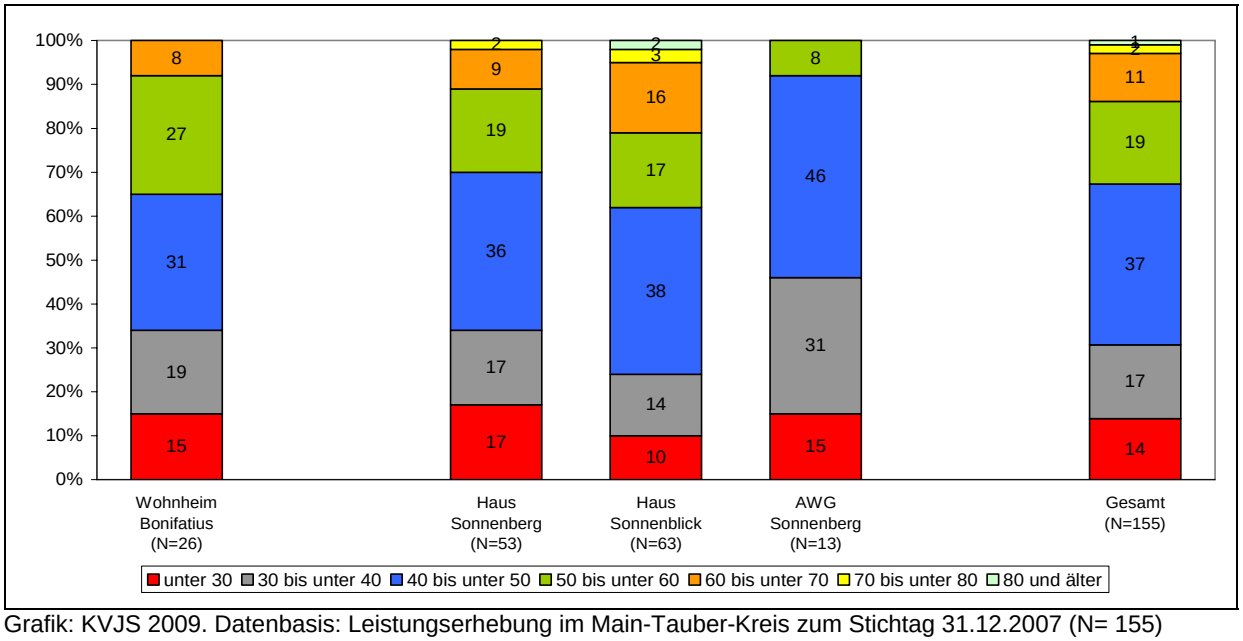
Erwachsene Leistungsempfänger mit seelischer Behinderung im stationären Wohnen* pro 1.000 Einwohner am 31.12.2007



Grafik: KVJS 2008. Datenbasis: Erhebung „Fallzahlen und Ausgaben in der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII für 2007. Planungs- und Steuerungsunterstützung für die Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg. Stuttgart 2008. * Leistungstyp I.2.3

Der Main-Tauber-Kreis liegt mit 54 Leistungsempfängern im stationären Wohnen für Menschen mit seelischer Behinderung, das sind 0,41 pro 1.000 Einwohner, im Landesdurchschnitt (0,42 Plätze). Allerdings ist der hohe Anteil der extern stationär Wohnenden (66%) auffällig.

Altersaufbau im stationären Wohnen im Main-Tauber-Kreis am 31.12.2007 in Prozent

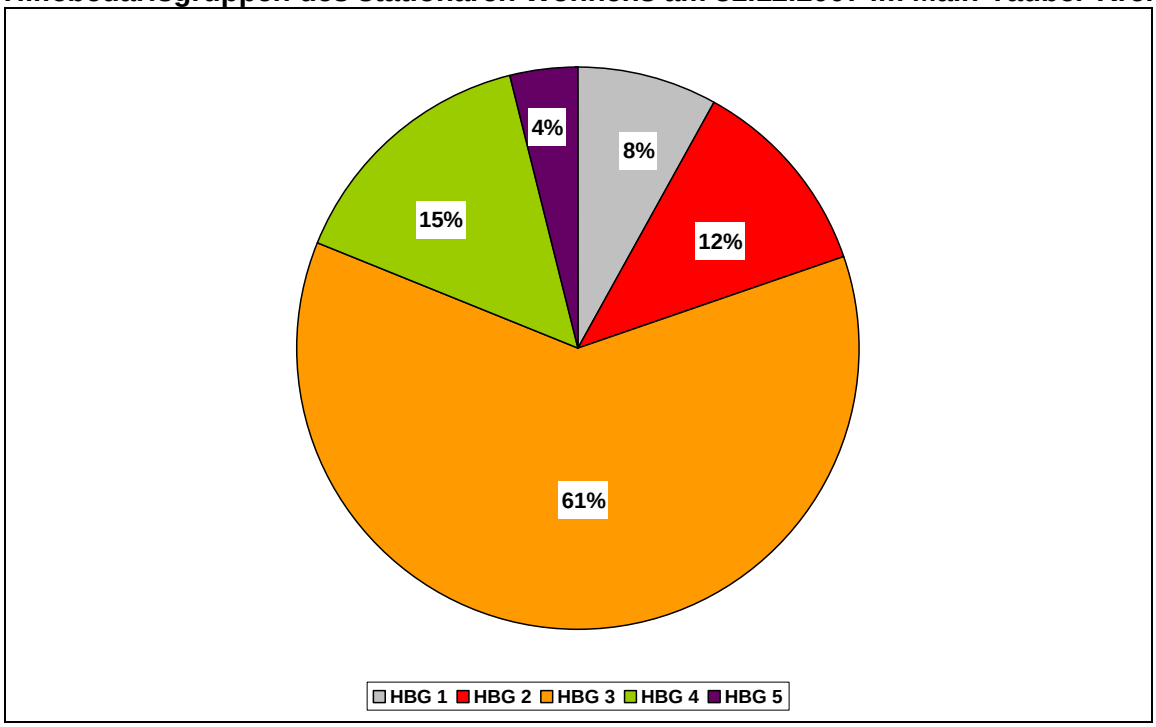


Grafik: KVJS 2009. Datenbasis: Leistungserhebung im Main-Tauber-Kreis zum Stichtag 31.12.2007 (N= 155)

Die Alterstruktur im Wohnheim ist mit einem Durchschnitt von 44 Jahren höher als in den 5 Vergleichskreisen (65 % der Bewohner haben jedoch das 50. Lebensjahr noch nicht erreicht, nur 8 % sind zwischen 60 und 70 Jahre alt).

Am 31.12.2007 war über die Hälfte der Bewohnerinnen und Bewohner in die Hilfebedarfsgruppe 3 und 15 % in die Hilfebedarfsgruppe 4 eingestuft.

Hilfebedarfsgruppen des stationären Wohnens am 31.12.2007 im Main-Tauber-Kreis



Grafik: KVJS 2009. Datenbasis: Leistungserhebung im Main-Tauber-Kreis zum Stichtag 31.12.2007 (N= 26)

Handlungsempfehlungen und Perspektiven Wohnen

Von 2005 bis 2007 war im ambulant betreuten Wohnen (ohne betreutes Wohnen in Familien) im Main-Tauber-Kreis eine Zunahme um 15 Personen zu verzeichnen. Obwohl die Zahl der ambulant betreut Wohnenden zum 31.12.2008 leicht rückläufig war, ist relativ sicher davon auszugehen, dass sich der Anstieg auch in Zukunft, zumindest im bisherigen Ausmaß, fortsetzen wird. Ein weiterer Ausbau des ambulant betreuten Wohnens und des betreuten Wohnens in Familien erscheint somit notwendig und sinnvoll.

Maßgeblich für die weitere Entwicklung wird sein, dass auch umfassendere Unterstützungsleistungen im ambulant betreuten Wohnen erbracht und durch ausreichende Vergütungen abgedeckt werden können. Im Main-Tauber-Kreis gibt es bislang eine einheitliche Pauschale für das ambulant betreute Wohnen von Menschen mit seelischer Behinderung. Diese ermöglicht eine Versorgung im Rahmen von zwei bis drei Stunden bei ein bis zwei Kontakten pro Woche. Bei Bedarf können zusätzlich Einzelfallregelungen getroffen werden. Auch im Zusammenhang mit dem Persönlichen Budget sind individuelle Regelungen denkbar.

Um die Möglichkeiten des ambulant betreuten Wohnens optimal nutzen zu können sollte die Betreuungsintensität dem wechselnden Betreuungsbedarf flexibel angepasst werden können. Dadurch kann zum einen in Phasen psychischer Stabilität ein weitestgehend selbständiges Leben bis hin zum Übergang in nicht unterstützte Wohnformen ermöglicht und zum anderen auf einen zeitweise erhöhten Hilfebedarf, z.B. in der Eingewöhnungsphase, angemessen reagiert werden. Der Ausbau des ambulant betreuten Wohnens kann durch neue Wege im Hinblick auf Leistungsbeschreibung und Leistungserstattung unterstützt werden.
In Stadt- und Landkreisen, die je nach Hilfe- und Unterstützungsbedarf unterschiedlich hohe Leistungen bezahlen, gibt es beispielsweise als zweite Leistungsstufe neben der Pauschale ein so genanntes „intensiv betreutes Wohnen“. Solche Konzepte können im Einzelfall verhindern, dass Menschen mit höherem Hilfebedarf in jedem Fall stationär versorgt werden müssen. Gestufte Pauschalen können u.U. auch dazu beitragen, den Aufenthalt in einer Psychiatrischen Klinik zu vermeiden bzw. zu verkürzen.

Um die Leistungsfähigkeit des ambulant betreuten Wohnens zu steigern, bietet es sich außerdem an, bevorzugt Wohngemeinschaften für ambulant betreutes Wohnen zu schaffen. In einer Wohngemeinschaft addieren sich die Anwesenheitszeiten des Betreuungspersonals, sodass eine erhöhte Betreuungsintensität gegeben ist. Unter dem Gesichtspunkt der Flexibilität sollten entsprechende Wohnungen, die nicht unbedingt barrierefrei sein müssen, nicht gekauft, sondern angemietet werden.
Allerdings sind auch die Wünsche vieler Menschen mit seelischer Behinderung, lieber allein zu wohnen, zu berücksichtigen. Um ihnen den Wechsel aus anderen Wohnformen zu erleichtern, sollten Möglichkeiten des Einübens und Ausprobierens für das Alleinewohnen geschaffen werden.

Ergänzend zum ambulant betreuten Wohnen sollte das betreute Wohnen in Familien weiter ausgebaut und gestärkt werden, auch wenn es nur einen geringen Anteil an der Versorgung insgesamt ausmacht. Hier können auch Menschen versorgt werden, die einen hohen Hilfe- und Unterstützungsbedarf haben und sonst in einer stationären Einrichtung leben müssten. Insbesondere könnte es im Einzelfall ein sinnvolles Angebot für Mütter mit seelischer Behinderung und ihre Kinder sein, weil den Kindern ein stabiles Wohnumfeld erhalten, werden kann, falls die Mutter als Betreuungsperson einmal ausfällt.

Geprüft werden sollte, ob durch die Einbeziehung von weiteren Leistungsanbietern mehr Wahlmöglichkeiten bzgl. der Trägerschaft und der Standorte von ambulant betreuten Wohnangeboten entstehen könnten.

Die Versorgung mit wohnortnahen stationären Wohnplätzen ist im Main-Tauber-Kreis vergleichsweise knapp bemessen. Aufgrund der Altersstruktur, der eher langfristigen Verweildauer und der geringen Fluktuation werden im Lauf der Jahre in diesem Bereich nur wenige Plätze frei. Wenn man außerdem die große Zahl der außerhalb des Landkreises stationär Wohnenden in Betracht zieht, liegt es nahe, von einem Bedarf für zusätzliche stationäre Wohnangebote auszugehen. Diese sollten bevorzugt in den Planungsräumen Wertheim und Bad Mergentheim in erreichbarer Entfernung von Werkstatt- und Tagesstätten-Standorten entstehen. Wegen der gering benötigten Platzzahlen und der größeren Flexibilität sollten in

erster Linie dezentrale Außenwohngruppen geschaffen werden. Damit würde ein Bindeglied zwischen stationärem und ambulantem Wohnen entstehen. Die Integration von Außenwohngruppen in Wohngebieten schafft gute Voraussetzungen, ein selbständiges Leben unter „normalen“ Bedingungen einzuüben. Neben den bereits vorhandenen Ansatzpunkten in Bad Mergentheim (Außenwohngruppe des Haus am Sonnenberg) wäre der Planungsraum Wertheim in besonderer Weise für ein zusätzliches Angebot prädestiniert.

Um den Wechsel aus dem Wohnheim in andere Wohnformen zu fördern, sind neben der Erhöhung der Platzzahlen im ambulant betreuten Wohnen, geeignete Wohntrainingsmöglichkeiten sowohl in stationärem wie ambulantem Rahmen unverzichtbar. Dabei ist Folgendes zu bedenken: Die Möglichkeit für einen Wechsel in andere, weniger intensiv betreute und versorgende Wohnformen hängt nicht nur von der Arbeitsweise und Konzeption des stationären Wohnheims, sondern auch entscheidend von der Leistungsfähigkeit der anderen Wohnformen ab. Eine weitere Bedingung für eine höhere Wechselquote ist eine möglichst gute Durchlässigkeit zwischen den Wohnformen, sodass man bei einem „Misserfolg“ auch wieder zurückwechseln kann.

Angebote der Kurzzeit-Unterbringung für Menschen mit seelischer Behinderung ohne Pflegestufe waren in den in der Vergangenheit gültigen Richtlinien des Landeswohlfahrtsverbandes nicht vorgesehen und stehen daher bislang im Main-Tauber-Kreis nicht zur Verfügung. Es sollte daher geprüft werden, ob Möglichkeiten für eine Kurzzeit-Unterbringung im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischer Behinderung ohne Pflegeeinstufung geschaffen werden können.

Die Feststellungen zum voraussichtlichen künftigen Bedarf an stationären Wohnplätzen im Main-Tauber-Kreis sind auch in Abhängigkeit von der weiteren Entwicklung der Pflegeeinrichtung Haus am Sonnenberg zu bewerten. Ein Teil des Bedarfs könnte künftig dort abgedeckt werden, wenn die Einrichtung in Zukunft auch Eingliederungshilfeleistungen erbringt und dies durch entsprechende vertrags- und leistungsrechtliche Regelungen festgelegt wird.[33]

Die derzeitige Alterstruktur in den Wohnangeboten erfordert mittelfristig die Schaffung spezifischer Wohnmöglichkeiten, die sich für Menschen mit seelischer Behinderung im Seniorenalter eignen.

[33] s. auch Kapitel Pflege 2.4

Maßnahmevorschläge Wohnen:

- Ausbau des ambulant betreuten Wohnens und des betreuten Wohnens in Familien insbesondere in den Planungsräumen Bad Mergentheim und Wertheim
- Erhöhung der Leistungsfähigkeit des ambulant betreuten Wohnens (z.B. durch Ausdifferenzierung der Betreuungspauschale)
- Schaffung von wohnortnahen Möglichkeiten der stationären Kurzzeitunterbringung
- Schaffung dezentraler stationärer Wohnangebote in den bislang nicht versorgten Planungsräumen vorwiegend in Form von Außenwohngruppen
- Standortwahl für neue Wohnangebote grundsätzlich unter Berücksichtigung der leichten Erreichbarkeit von Angeboten der Tagesstruktur
- Präferenz für die Aufnahme von Kreisbürgern in den stationären Wohnangeboten im Main-Tauber-Kreis
- Erstaufnahmen ins stationäre Wohnen möglichst nicht in Einrichtungen außerhalb des Main-Tauber-Kreises
- Gewährleistung einer möglichst hohen Durchlässigkeit zwischen den Wohnformen
- Ausbau von Angeboten zum „Trainingswohnen“
- Entwicklung von spezifischen Wohnangeboten für Senioren

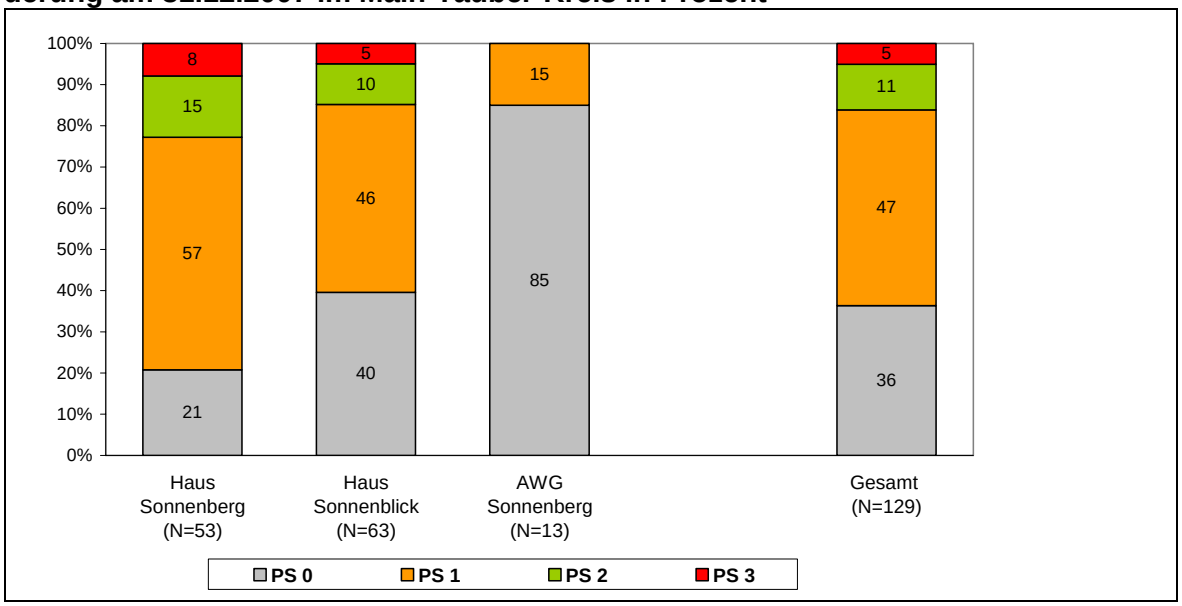
2.4 Pflege

Viele sehr schwer behinderte psychisch kranke Menschen benötigen eine so umfassende Betreuung, Begleitung und häufig auch Pflege, dass der Aufenthalt in einer Pflegeeinrichtung erforderlich werden kann. Dies gilt auch für Menschen, für die es einen gerichtlichen Unterbringungsbeschluss gibt. In Pflegeheimen sind Wohnen und Tagesstruktur leistungsrechtlich nicht getrennt. Die Tagesstruktur der Bewohnerinnen und Bewohner wird im Rahmen des Gesamtangebots der Einrichtung organisiert.
Die Finanzierung der Pflegeleistung hängt vom Charakter der stationären Einrichtung ab und ist bislang nach Ansicht von Fachleuten nicht befriedigend geregelt. In Einrichtungen der Eingliederungshilfe erhalten behinderte Menschen mit festgestelltem Pflegebedarf nach § 43a SGB XI lediglich einen Pauschalzuschlag aus der Pflegeversicherung in Höhe von 10 % der entstandenen Aufwendungen für das Heimentgelt, jedoch maximal 256,- Euro pro Monat, während sie in Pflegeeinrichtungen, bei denen die Bereiche Wohnen und Tagesstruktur in der Vergütung nicht getrennt ausgewiesen werden, häufig auf Eingliederungshilfeleistungen verzichten müssen, wenn diese nicht ausdrücklich in Konzeption und Finanzierung einbezogen sind. Ergänzend zu den Leistungen der Pflegeversicherung übernimmt der Sozialhilfeträger Aufwendungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII.
Eine Besonderheit stellen in Baden-Württemberg Einrichtungen dar, in denen die Pflege nach SGB XI im Vordergrund steht, die aber ergänzend einen so genannten „Eingliederungszuschlag“ erhalten. Für deren Bewohnerinnen und Bewohner wird ebenfalls eine Pflegestufe festgestellt, nach der sich die Höhe der Vergütung richtet. Die Bereiche Wohnen und Tagesstruktur werden auch hier bei der Vergütung nicht getrennt ausgewiesen. Der Sozialhilfeträger übernimmt neben der Hilfe zur Pflege auch den „Eingliederungszuschlag“.

Pflegeheime und Einrichtungen, in denen die Pflege nach SGB XI im Vordergrund steht, sind in die Untersuchung der stationären Versorgung der Menschen mit seelischen Behinderungen einzubeziehen. Dies ist im Hinblick auf besonders schwer seelisch behinderte Menschen mit häufigen Klinikaufenthalten unverzichtbar.

Im **Main-Tauber-Kreis** bietet das Haus am Sonnenberg mit seiner Dependance Haus Sonnenblick sowie einer Außenwohngruppe in Bad Mergentheim und dem Nachbarort Igersheim insgesamt 129 Pflegeplätze für Menschen mit seelischer Behinderung. Es handelt sich bei allen Einrichtungsteilen um eine Pflegeeinrichtung gemäß SGB XI. Dort wird ein gestuftes Angebot von geschlossener Unterbringung über offenere Formen bis hin zu weitgehender Selbständigkeit in der Außenwohngruppe angeboten. Im Haus befindet sich auch eine Tagesstruktur bzw. Arbeitstherapie mit einfachen werkstattähnlichen Tätigkeiten. 36 % der Bewohner sind in Pflegestufe 0, die übrigen 64 % sind vorwiegend in Pflegestufe 1, aber auch in den Stufen 2 und 3.

Pflegestufen der Bewohner in Pflegeheimen für Menschen mit psychischer Behinderung am 31.12.2007 im Main-Tauber-Kreis in Prozent



Grafik: KVJS 2009. Datenbasis: Leistungserhebung im Main-Tauber-Kreis zum Stichtag 31.12.2007 (N= 129)

Die meisten Bewohner haben Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises sowie weitere parallele Erkrankungen. Nur 15 % der Bewohner haben das 60. Lebensjahr, 8,5 % haben das 65. Lebensjahr überschritten. Die Mehrheit der Bewohner kommt direkt aus psychiatrischen Kliniken in die Einrichtung, wobei sich das Einzugsgebiet vor allem nach Bayern erstreckt. Dies liegt darin begründet, dass der Träger früher eine Pflegeeinrichtung in Bayern betrieben hat.
Die große Mehrheit der Bewohner kommt nicht aus dem Main-Tauber-Kreis. Der Main-Tauber-Kreis ist lediglich für 13 % der Bewohner Leistungsträger.
Im Vergleich mit den Einrichtungen der Eingliederungshilfe im Main-Tauber-Kreis fällt die starke Fluktuation der Bewohnerschaft auf. 40 % der Bewohner sind weniger als 2 Jahre in der Einrichtung, was auch an den zeitlich befristeten Unterbringungsbeschlüssen liegen kann, auf die meistens eine weitere stationäre Unterbringung folgt. Allerdings lebt fast ein Drittel schon seit 5 und mehr Jahren in der im Jahr 2001 eröffneten Einrichtung.

Handlungsempfehlungen und Perspektiven Pflege

Für die Pflegeeinrichtung Haus am Sonnenberg mit ihrer abgestuften, auf Wiedereingliederung ausgerichteten Konzeption sollte die Möglichkeit eröffnet werden, verstärkt Eingliederungshilfeleistungen auf der Basis entsprechender Vereinbarungen mit den Kostenträgern zu erbringen. Dadurch entstünde die Möglichkeit, künftig auch im Planungsraum Bad Mergentheim wohnortnahe Eingliederungshilfeangebote aufzubauen, die den dort wohnenden Menschen mit seelischer Behinderung eine Nutzung erheblich vereinfachen würden. Gleichzeitig würde damit das knappe stationäre Wohnangebot im Main-Tauber-Kreis erweitert.

Eine Lösung könnte es sein, einen abgegrenzten Teil der Pflegeeinrichtung auf der Grundlage einer entsprechend ausgearbeiteten Konzeption, in eine Eingliederungshilfeeinrichtung umzuwandeln, um dort Eingliederungshilfeleistungen für einen Personenkreis, der aus dem Main-Tauber-Kreis kommen sollte und einen spezifischem Betreuungs- und Hilfebedarf hat, erbringen zu können.

Um künftig seitens des Landkreises Steuerungsmöglichkeiten besser nutzen zu können, sollten Daten der Menschen mit seelischer Behinderung aus dem Main-Tauber-Kreis, die in Pflegeeinrichtungen (innerhalb und außerhalb des Kreises) wohnen, separat erhoben und ausgewertet werden (Altersstruktur, Einrichtungsstandorte, Daten zur Behinderungsart und zur Hilfe zur Pflege).[34]

Maßnahmevorschläge Pflege:

- Ausdifferenzierung der Pflegeeinrichtung durch Schaffung eines eingliederungshilfefinanzierten Bereichs als stationäres Wohnangebot für Menschen mit spezifischem Betreuungsbedarf aus dem Main-Tauber-Kreis
- Datenerhebung in Bezug auf Menschen mit seelischer Behinderung aus dem Main-Tauber-Kreis, die in Pflegeeinrichtungen (innerhalb und außerhalb des Kreises) wohnen, um Anhaltspunkte für die künftige Bedarfsentwicklung zu erhalten

[34] S. dazu Beschlussvorlage des KVJS-Verbandsausschusses am 08.07.2008 „Versorgungsstrukturen für pflegebedürftige behinderte Menschen in der Abgrenzung Eingliederungshilfe und Pflege“ in: Alter und Behinderung; Reihe KVJS-Service Behindertenhilfe, Stuttgart, November 2008

3. Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung

Erwachsene Menschen beziehen in der Regel wesentliche Teile ihres Selbstverständnisses und Selbstwertgefühles über ihre Ausbildung und ihre Arbeit. Neben der Aufgabe der Existenzsicherung verbinden sich mit einem Arbeitsplatz bzw. einer regelmäßigen Beschäftigung vielfältige soziale Kontakte, die Bestätigung der eigenen Person und generell die aktive Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Ein wesentliches Kriterium für die Zugangschancen zum allgemeinen Arbeitsmarkt ist der Ausbildungsstand.

Für Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung sind Arbeit und Beschäftigung in besonderer Weise wichtig, um den Tag zu strukturieren und einen Rahmen für die Gestaltung des Tagesablaufs zu schaffen. Aus Sicht der Eingliederungshilfe gelten für den Bereich Arbeit und Beschäftigung im Prinzip dieselben Grundsätze wie für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung.[35]
Für Menschen mit seelischer Behinderung sind aber einige Unterschiede und Besonderheiten zu beachten. Sie haben insgesamt ein deutlich höheres Bildungsniveau, häufig auch eine abgeschlossene Berufsausbildung, haben bereits mehr oder weniger lang auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gearbeitet und sind, abgesehen von behinderungsspezifischen Einschränkungen, eher mobil, sei es mit eigenem PKW oder öffentlichen Verkehrsmitteln.

Einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sind jedoch durch Erkrankung und Behinderung enge Grenzen gesetzt. Definitionsgemäß wird eine wesentliche Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe nur dann festgestellt, wenn ein Mensch aufgrund seiner psychischen Erkrankung wesentlich in seiner Teilhabefähigkeit eingeschränkt ist. Wenn ein Mensch mit seelischer Behinderung z.B. durch eine Maßnahme der beruflichen und sozialen Rehabilitation wieder in die Lage versetzt wurde, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine Arbeitsstelle zu finden und die dortigen Anforderungen zu erfüllen, gilt er in der Regel leistungsrechtlich nicht mehr als wesentlich seelisch behindert beziehungsweise in seiner Teilhabefähigkeit eingeschränkt und es entfällt daher sein Anspruch auf Eingliederungshilfe.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied zu Menschen mit geistiger Behinderung liegt darin, dass Menschen mit seelischer Behinderung teilweise verheiratet sind oder waren und möglicherweise eigene Kinder haben. Wenn noch kleinere Kinder im Haushalt leben, schränkt dies zusätzlich die Möglichkeiten von Eltern ein, einer Berufstätigkeit nachzugehen.

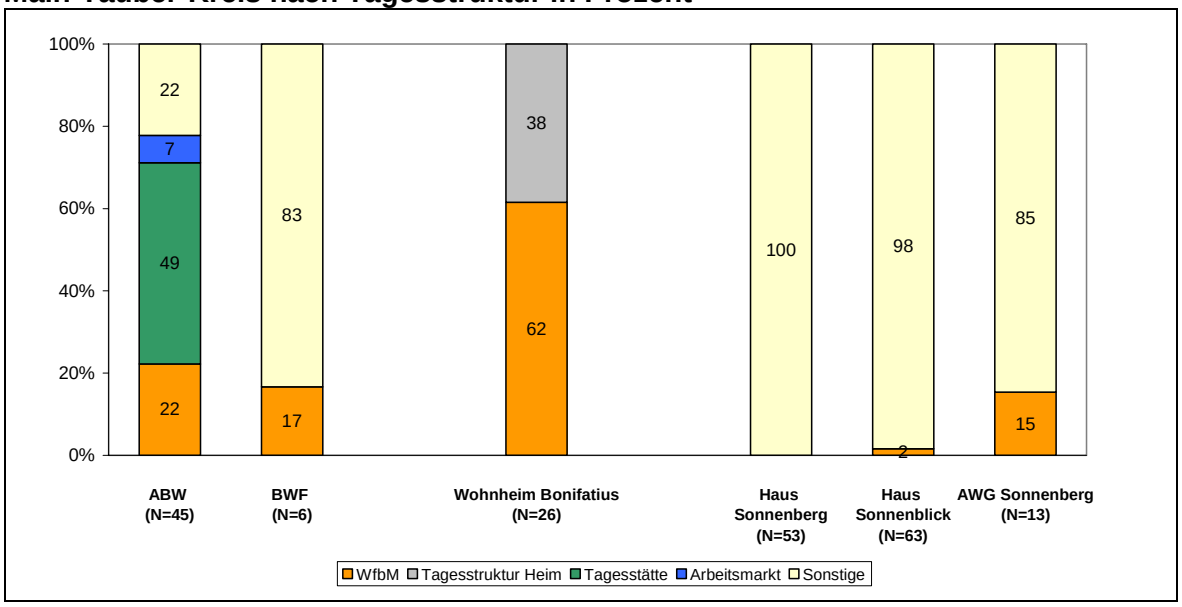
Es ist aus den genannten Gründen davon auszugehen, dass nur wenige Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten. Oft handelt es sich bei diesen Tätigkeiten im Übrigen nicht um eine Vollzeitbeschäftigung mit einem unbefristeten Arbeitsvertrag, sondern eher um geringfügige Beschäftigungsverhältnisse und Gelegenheitsjobs. Den spezifischen, auf diesen Personenkreis zugeschnittenen Beschäftigungsmöglichkeiten kommt daher eine erhebliche Bedeutung zu.

[35] s. Teilhabeplan „Mitten im Leben“, Teil 1

Neben den Werkstätten für seelisch behinderte Menschen, kurz Reha-Werkstätten genannt, bieten Tagesstätten und Integrationsunternehmen Beschäftigungsmöglichkeiten, die an die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Menschen mit seelischer Behinderung angepasst sind. Einzelne finden auch in Beschäftigungsprojekten für Langzeitarbeitslose das für sie passende Angebot.
Je höher der Unterstützungsbedarf ist, desto weniger ist es Menschen mit seelischer Behinderung möglich, in einem der genannten Angebote einer Beschäftigung nachzugehen. Im Wohnheim, wo Personen mit umfangreichem Hilfebedarf meistens leben, wird deshalb in der Regel ein integriertes Tagesstrukturangebot mit dem Ziel, möglichst die Voraussetzungen für einen späteren Werkstattbesuch zu schaffen, vorgehalten.

Im **Main-Tauber-Kreis** ist die Nutzung der Beschäftigungs- und Tagesstrukturangebote je nach Wohnform unterschiedlich ausgeprägt. Festgestellt wurde ein niedrigerer Anteil der Werkstattbesucher bei den ambulant betreut Wohnenden, andererseits arbeiten über 60 % der Wohnheimbewohner (und sogar einige der Pflegeheimbewohner) in der Werkstatt.

Erwachsene mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung in Main-Tauber-Kreis nach Tagesstruktur in Prozent



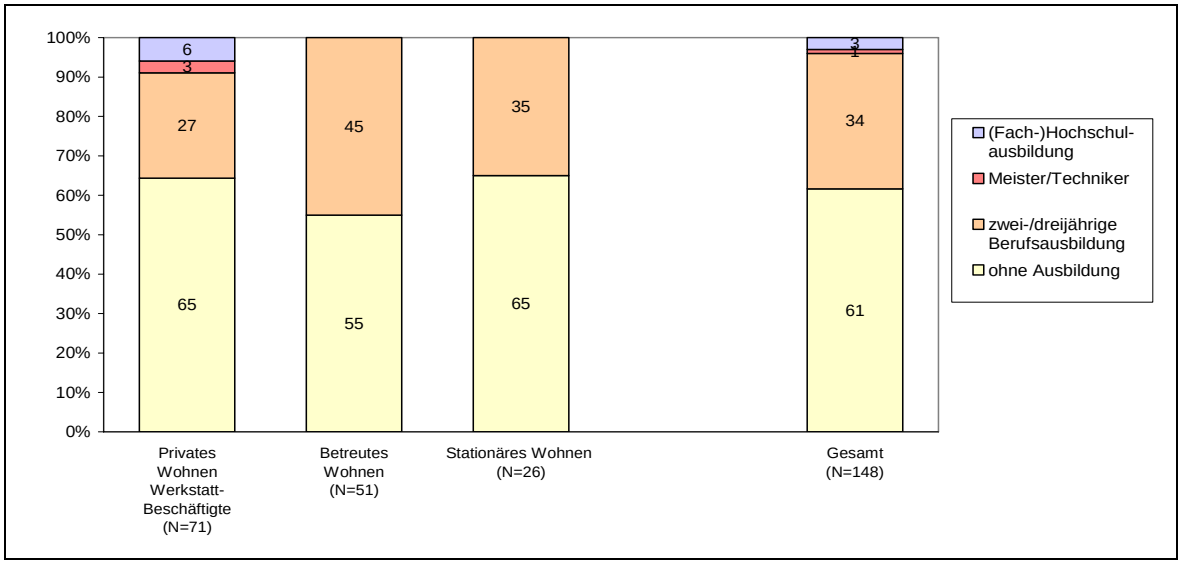
Grafik: KVJS 2009. Datenbasis: Leistungserhebung im Main-Tauber-Kreis zum Stichtag 31.12.2007 (N=206)

3.1 Allgemeiner Arbeitsmarkt

Ein Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt steht für gelungene Integration und Teilhabe, bleibt aber Menschen mit seelischer Behinderung aus den genannten Gründen meist verschlossen. Gleichzeitig bringt der Wandel der Arbeitswelt veränderte und zunehmende höhere Anforderungen mit sich. Bei immer mehr Tätigkeiten treten an die Stelle der in früheren Zeiten stärker geforderten körperlichen Beanspruchung, zunehmend psychischer Stress und steigender Arbeitsdruck. Dies findet seinen Ausdruck u.a. darin, dass sich die Gründe für Krankmeldungen nach Untersuchungen der Krankenkassen von Jahr zu Jahr mehr von körperlichen auf seelische und psychosomatische Krankheitsursachen und -symptome verschieben.
Die Schwierigkeiten von Menschen mit seelischer Behinderung, einen geeigneten regulären Arbeitsplatz zu finden, bestehen unabhängig von ihrem relativ guten Ausbildungsstand und erschweren ihre Integration. Viele Menschen mit seelischer Behinderung haben allerdings bereits auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gearbeitet, bevor sie dauerhaft erkrankt sind. Das Spektrum möglicher Tätigkeitsfelder ist für sie deshalb wesentlich breiter als für Menschen mit geistiger Behinderung.

Knapp zwei Drittel der Menschen mit seelischer Behinderung, die am 31.12.2007 Leistungen der Eingliederungshilfe **im Main-Tauber-Kreis** in Anspruch genommen haben, haben einen Schulabschluss, der ihnen formal den Weg zu einer qualifizierten Berufsausbildung öffnet.[36] Etwa ein Drittel hat darüber hinaus eine zwei- oder dreijährige Berufsausbildung abgeschlossen. Einzelne besitzen eine Meister- bzw. Technikerausbildung oder einen Hochschulabschluss.[37]
Im Main-Tauber-Kreis waren von den Menschen, die am 31.12.2007 Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch nahmen, nur drei Personen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig. Diese lebten ausschließlich im ambulant betreuten Wohnen.

Beruflicher Bildungsabschluss in den einzelnen Wohnformen im Main-Tauber-Kreis am 31.12.2007 in Prozent



Grafik: KVJS 2009. Datenbasis: Leistungserhebung im Main-Tauber-Kreis zum Stichtag 31.12.2007 (N=148)

[36] s. Grafik im Kapitel I Grundlagen
[37] s. Kapitel I Grundlagen

3.2 Integrationsfachdienst

Integrationsfachdienste (IFD) beraten und begleiten Arbeitssuchende und Arbeitnehmer mit Behinderung, die einen besonderen Unterstützungsbedarf bei der Teilhabe am Arbeitsleben haben. Dazu gehören Menschen, die schwerbehindert sind oder durch die Agentur für Arbeit gleichgestellt wurden, Menschen mit wesentlicher Behinderung im Sinne der Eingliederungshilfe nach SGB XII sowie Menschen, die Leistungen eines Rehabilitationsträgers erhalten. Integrationsfachdienste werden auf Zuweisung eines Leistungsträgers und auf Nachfrage einzelner Klienten tätig. Sie beraten zudem Arbeitgeber im Zusammenhang mit der Beschäftigung von Menschen mit Behinderung, z.B. über finanzielle Fördermöglichkeiten. Die Angebote der Integrationsfachdienste sind kostenfrei. Sie werden über das Integrationsamt des KVJS, die Träger der Arbeitsvermittlung und die Rehabilitationsträger finanziert.
Hauptaufgabe des IFD ist es, eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu ermöglichen und den entsprechenden Arbeitsplatz zu sichern. Auch die Unterstützung beim Wiedereinstieg in den Beruf, die Moderation bei Konflikten und die Beteiligung bei Kündigungsverfahren gehören zum Aufgabenspektrum. Auch bei der Suche nach einem Praktikums-, Ausbildungs- oder Arbeitsplatz leistet der IFD praktische Unterstützung.

Voraussetzung für den Erhalt von Leistungen des IFD ist grundsätzlich ein Schwerbehinderten-Ausweis. Menschen mit seelischer Behinderung können im Einzelfall aber auch dann Leistungen des Integrationsfachdienstes bei der Arbeitsplatzsuche oder der Arbeitsplatzsicherung in Anspruch nehmen, wenn sie nicht im Besitz eines Schwerbehinderten-Ausweises bzw. eines Gleichstellungsbescheids sind, sofern der zuständige Rehabilitationsträger den Integrationsfachdienst beauftragt. Grundsätzlich ist die Beantragung eines Schwerbehinderten-Ausweises zu empfehlen, da damit die finanzielle Förderung erheblich besser und somit interessanter für potenzielle Arbeitgeber ist. Viele Betroffene mit seelischer Behinderung wollen allerdings keinen Schwerbehinderten-Ausweis oder eine Gleichstellung beantragen, weil sie befürchten, dies könne sich nachteilig bei der Arbeitsplatzsuche auswirken.

Der Integrationsfachdienst (IFD) im **Main-Tauber-Kreis** befindet sich in Tauberbischofsheim und ist Teil des IFD Heilbronn-Franken. Als Träger des IFD ist der Weinsberger Hilfsverein vom Integrationsamt des KVJS nach §§ 109 ff SGB IX beauftragt. Die Aufgaben des IFD werden von vier Mitarbeitern auf 2,5 Planstellen bearbeitet.
Der Integrationsfachdienst im Main-Tauber-Kreis berichtet, dass zunehmend etwa gleiche Anteile von Menschen mit seelischer, mit geistiger und mit mehrfacher Behinderung beraten und begleitet werden. Die Mehrzahl der Klienten mit seelischer Behinderung ist unter 30 Jahre alt, wobei der Übergang von der Schule in den Beruf derzeit noch kein Thema ist. Die Personalausstattung wird als grundsätzlich ausreichend bewertet. Als wünschenswert wird eine noch bessere Vernetzung aller beteiligten Institutionen und Personen sowie die Möglichkeit einer schnelleren Therapieaufnahme angesehen.

3.3 Integrationsunternehmen

Ein wichtiges Bindeglied zwischen Werkstatt und allgemeinem Arbeitsmarkt sind Integrationsunternehmen. Dies sind wirtschaftlich und rechtlich selbständige Unternehmen, die mit öffentlichen Mitteln gefördert werden. Dort sind mindestens 25 % bis maximal 50 % der Mitarbeiter Menschen mit Behinderungen (sowohl mit Schwerbehinderung wie mit wesentlicher Behinderung), die den Beschäftigten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gleichgestellt sind. Die Arbeitsverhältnisse in Integrationsunternehmen sind durchweg sozialversicherungspflichtig.[38]

Im **Main-Tauber-Kreis** gibt es bislang ein Integrationsunternehmen, in dem acht Menschen mit seelischer Behinderung beschäftigt sind. Hierbei handelt es sich um ein Hotel in Tauberbischofsheim.

3.4 Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)

Werkstätten für behinderte Menschen sind ein Beschäftigungsangebot für Menschen mit wesentlicher Behinderung.[39] Werkstatt-Beschäftigte unterliegen der Sozialversicherungspflicht und erwerben dadurch Rentenansprüche. Die Werkstatt hat die Verpflichtung, ihren Beschäftigten unabhängig von der Auftragslage, werktäglich eine Tagesstruktur zu bieten. Neben der eigentlichen Arbeit werden auch sogenannte arbeitsbegleitende Maßnahmen wie z.B. kreatives Gestalten und soziale Aktivitäten sowie psychosoziale Betreuung angeboten. Während der Berufsbildungsbereich einschließlich Eingangsbereich von der Agentur für Arbeit oder der Rentenversicherung finanziert wird, erfolgen im Arbeitsbereich Leistungen der Eingliederungshilfe.
Werkstätten für Menschen mit seelischer Behinderung unterscheiden sich nicht grundsätzlich von Werkstätten für Menschen mit geistiger Behinderung. Im Werkstatt-Alltag gibt es dennoch deutliche Unterschiede. So hat der Berufsbildungsbereich in Werkstätten für Menschen mit seelischer Behinderung einen anderen Stellenwert als in Werkstätten für Menschen mit geistiger Behinderung. Für Menschen mit seelischer Behinderung, die häufig einen Schulabschluss besitzen und zum Teil auch eine Berufsausbildung abgeschlossen haben, muss der Berufsbildungsbereich wesentlich differenzierter ausgestaltet sein, um möglichst viele verschiedene Tätigkeitsfelder erproben zu können. Eine Rückkehr auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ist zwar selten, aber grundsätzlich nach Abschluss der Maßnahme im Berufsbildungsbereich möglich.
Das Spektrum der möglichen Tätigkeiten ist in Werkstätten für Menschen mit seelischer Behinderung insgesamt breiter, da aufgrund der vorliegenden schulischen und beruflichen Ausbildungen auch komplexe Arbeiten ausgeführt werden können. So kommen z.B. auch anspruchsvollere Büroarbeiten oder Tätigkeiten am Computer in Betracht.

[38] s Kapitel III.2.2.2 Teilhabeplan Teil 1
[39] s. Kapitel III.2.2.3 Teilhabeplan Teil 1

Ausgelagerte WfbM-Plätze: Außenarbeitsgruppen und Einzelarbeitsplätze

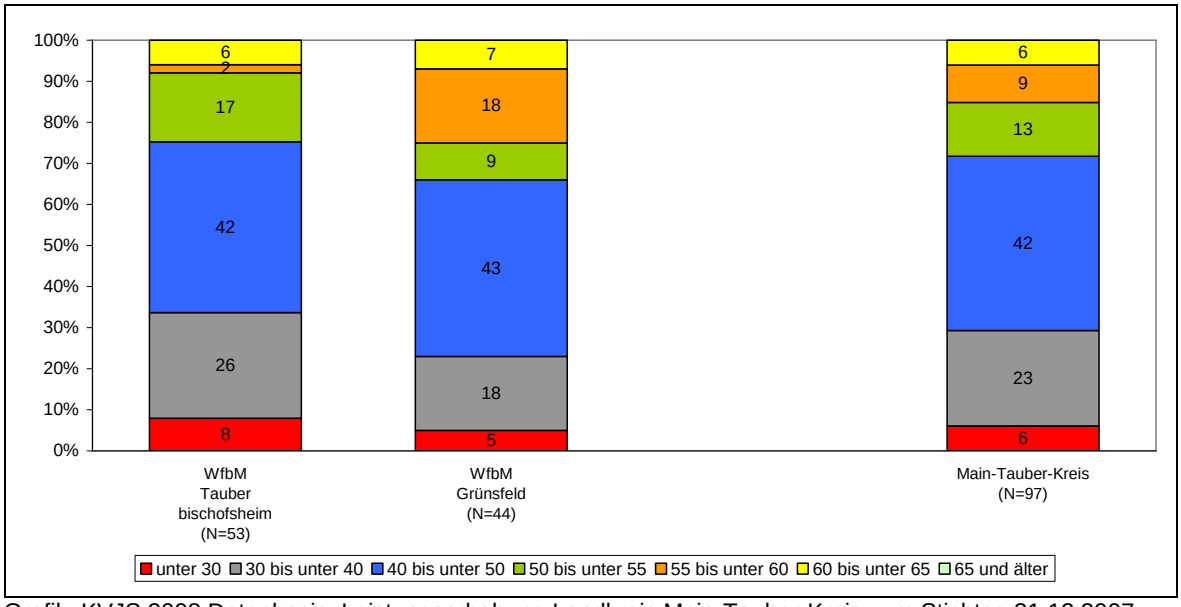
Werkstattarbeitsplätze können in Unternehmen des allgemeinen Arbeitsmarktes verlagert werden. Dies ist sowohl für einzelne Arbeitsplätze wie für ganze Arbeitsgruppen möglich, die in einem Betrieb des allgemeinen Arbeitsmarktes angesiedelt sind, wobei die rechtlichen und vertraglichen Regelungen der Werkstattbeschäftigung weiter gelten. Solche Lösungen stärken das Selbstbewusstsein der Beteiligten und tragen wesentlich zu ihrer Integration und Teilhabe bei. Sie erhöhen die Chancen einer Wiedereingliederung in das Berufsleben deutlich. Mit Hilfe solcher Arbeitsmöglichkeiten kann rascher und flexibler als durch die Schaffung neuer Werkstätten auf schwankende Bedarfssituationen reagiert werden.[40] Allerdings ist die Gewinnung geeigneter Betriebe schwierig und die Betreuung der außerhalb der Werkstatt Beschäftigten ist bei kleinen Platzzahlen sehr aufwändig.

Am 31.12.2007 arbeiteten im **Main-Tauber-Kreis** 97 Erwachsene mit seelischer Behinderung in einer Werkstatt. Die beiden Werkstätten in Tauberbischofsheim bzw. in Grünsfeld werden vom Caritasverband im Tauberkreis e.V. betrieben.

Die Werkstatt in Grünsfeld ist 1985 als „Ableger“ der Werkstatt für Menschen mit geistiger Behinderung in Gerlachsheim in einer ehemaligen Textilfabrik entstanden. Die Werkstatt, zwischen Bahnhof und Ortszentrum in einem kleinen Gewerbegebiet an der Durchgangsstraße gelegen, ist für 35 Arbeitsplätze vorgesehen und wurde zum Stichtag von 44 Personen besucht.
In der Werkstatt gibt es keinen Berufsbildungsbereich. Allerdings wechseln Beschäftigte aus dem Berufsbildungsbereich in Tauberbischofsheim häufig bereits nach einem Jahr in ein so genanntes Praktikum in der Grünsfelder Werkstatt. Das Durchschnittsalter der Werkstattbeschäftigten ist mit 46 Jahren relativ hoch, wobei 23 % unter 40 Jahre, 43 % zwischen 40 und 50 Jahre und 34 % über 50 Jahre alt sind. Deutlich mehr als die Hälfte der Beschäftigten hat eine Eingliederungshilfe-Bezugsdauer von 10 und mehr Jahren, 11 % erhalten bereits seit 20 und mehr Jahren Eingliederungshilfe-Leistungen. 77 % der Beschäftigten sind Männer. Ein Drittel hat eine Berufsausbildung abgeschlossen (in Einzelfällen Meister oder Hochschulabschluss), ein erheblicher Teil ist neben der psychischen Behinderung auch von Demenz und Intelligenzminderung betroffen. Ausschlusskriterium ist in der Regel eine akute Suchterkrankung.
Im Wesentlichen werden einfache und auch komplexere Montagearbeiten für die Tauberbischofsheimer Firmen Weinig (Maschinen zur Fensterherstellung) und VS (Schulmöbel) erledigt. Daneben gibt es eine kleine Tonwerkstatt mit Verkaufsraum für kreative Arbeiten und als Rückzugsraum für einzelne Beschäftigte.
Die Beschäftigten erreichen die Werkstatt mit öffentlichen Verkehrsmitteln, mit dem Fahrdienst und vereinzelt auch mit dem Privat-PKW.

[40] s. Kapitel III.2.2.3 Teilhabeplan Teil 1

Altersstruktur in den Werkstätten des Main-Tauber-Kreises am 31.12.2007 in Prozent



Grafik: KVJS 2008 Datenbasis: Leistungserhebung Landkreis Main-Tauber-Kreis zum Stichtag 31.12.2007. (N= 97)

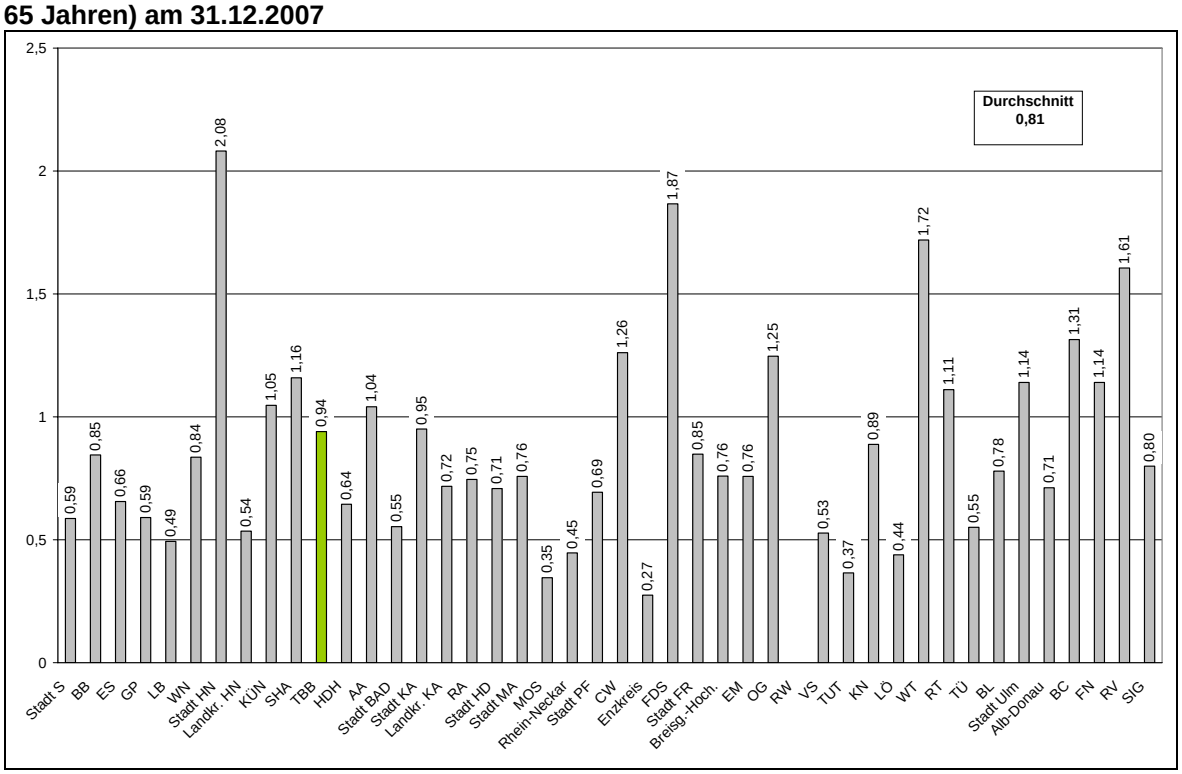
Die Werkstatt in Tauberbischofsheim ist ebenfalls in einem ehemaligen Fabrikgebäude angesiedelt, das im ortsnahen Gewerbegebiet direkt neben den Hauptauftraggebern, den Firmen Weinig und VS, liegt. Sie wurde 1991 mit 35 Plätzen eröffnet und verfügt nach einer Erweiterung seit 1998 über 50 Plätze. Zum Stichtag waren 53 Personen dort beschäftigt.
Der Berufsbildungsbereich für beide Werkstätten ist hier in provisorischen Räumlichkeiten im Dachgeschoss angesiedelt und umfasst 5 bis 6 Plätze, deren Auslastung stark schwankt. Der Berufsbildungsbereich ist, im Vergleich mit anderen vom KVJS untersuchten Kreisen, äußerst knapp bemessen. Während in diesen Kreisen im Durchschnitt 27 % der Werkstattplätze im Berufsbildungsbereich angesiedelt sind (Spannweite 20 % bis 40 %), sind es in den Werkstätten im Main-Tauber-Kreis lediglich 6 %.
Das Durchschnittsalter ist mit 43 Jahren etwas jünger als in Grünsfeld. 34 % sind unter 40 Jahre, 25 % sind über 50 Jahre alt. Über die Hälfte der Beschäftigten hat eine Eingliederungshilfe-Bezugsdauer von weniger als 10 Jahren, 27 % erhalten aber schon seit 15 und mehr Jahren Leistungen der Eingliederungshilfe. 60 % der Beschäftigten sind männlichen Geschlechts. Auffallend ist bei den Diagnosen der mit 17 % hohe Anteil an Verhaltensstörungen.[41]
In Tauberbischofsheim werden ebenfalls einfache, aber auch sehr komplexe Montagearbeiten, insbesondere für die Firma Weinig durchgeführt. In der Werkstatt arbeiten u.a. zwei ehemalige Mitarbeiter dieser Firma als Werkstatt- bzw. Gruppenleiter. Neben den Montagearbeiten werden im Bereich Heißmangel auch Dienstleistungen für zahlreiche Privatkunden erbracht. Auch in Tauberbischofsheim ist eine Kreativwerkstatt als Rückzugs- und Arbeitsraum für Einzelpersonen vorhanden.
Die Beschäftigten erreichen die Werkstatt mit öffentlichen Verkehrsmitteln, mit dem Fahrdienst und vereinzelt auch mit dem Privat-PKW.

[41] Vgl. Grafiken Kapitel I Grundlagen

Neben dem Wohnheim St. Bonifatius in Tauberbischofsheim wird ein Neubau errichtet, in dem neben neuen Räumen für die Heißmangel mit ca. 10 Arbeitsplätzen, die aus den zu engen Räumen in der Werkstatt Tauberbischofsheim hierher verlegt werden, noch 10 neue Arbeitsplätze im Montagebereich, bevorzugt für Bewohner des Wohnheims, Platz finden. Weiterhin entstehen im 1.OG des Hauses 5 Appartements für ein Angebot des stationären Übergangswohnens.

Am 31.12.2007 gab es im Main-Tauber-Kreis je 1.000 Einwohner 0,72 Werkstatt-Beschäftigte mit seelischer Behinderung (inklusive dem Berufsbildungsbereich).
Bei der Betrachtung des Main-Tauber-Kreises in seiner Funktion als Leistungsträger der Eingliederungshilfe, kommt man zu folgenden Ergebnissen. Der Main-Tauber-Kreis ist für 0,94 Werkstatt-Beschäftigte je 1.000 Einwohner zuständiger Leistungsträger, unabhängig davon, in welchem Stadt- oder Landkreis der Werkstattbesuch erfolgt. Damit liegt der Main-Tauber-Kreis leicht über dem Durchschnitt von 0,81 Werkstatt-Beschäftigten mit seelischer Behinderung je 1.000 Einwohner in Baden-Württemberg.

Werkstattbeschäftigte (LT I.4.4) mit seelischer Behinderung pro 1000 EW (von 18 bis unter 65 Jahren) am 31.12.2007



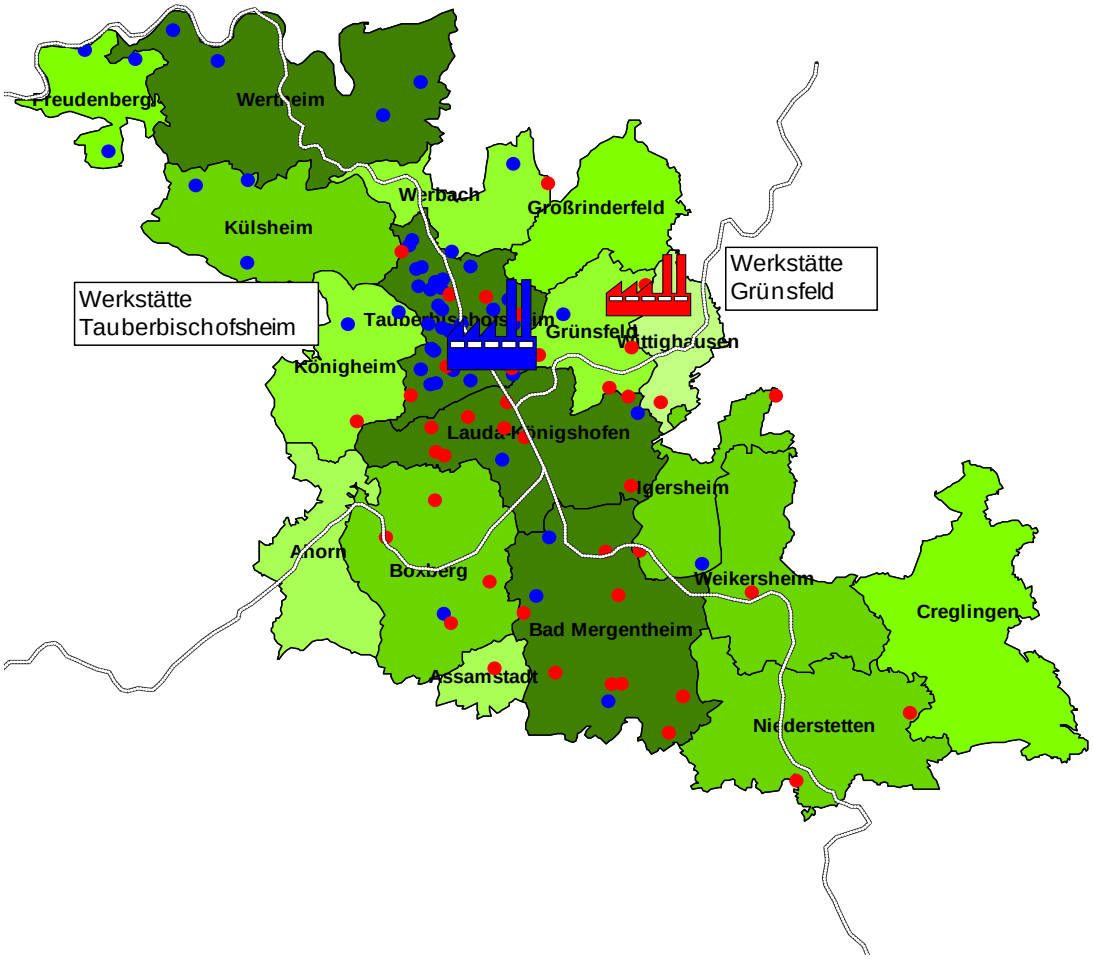
Grafik: KVJS 2008. Datenbasis: Erhebung „Fallzahlen und Ausgaben in der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII für 2007. Planungs- und Steuerungsunterstützung für die Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg. Stuttgart 2008

Insgesamt lebten 73 % der Werkstatt-Beschäftigten in Privathaushalten, 10 % im ambulant betreuten Wohnen einschließlich betreutes Wohnen in Familien und 17 % stationär in einem Wohnheim.[42]

Von den 97 Werkstatt-Beschäftigten hatten 46 % einen Hauptschulabschluss, 22 % die mittlere Reife und 12 % die Fachhochschul- oder Hochschulreife. 20 % hatten keinen allgemeinen Schulabschluss (14 % mit Abschluss Förderschule, 6 % ohne Schulabschluss).

Mehr als die Hälfte der Werkstatt-Beschäftigten wohnte am 31.12.2007 im Planungsraum Tauberbischofsheim. Dies liegt u.a. daran, dass sich dort Angebote der Eingliederungshilfe und der medizinisch-therapeutischen Versorgung konzentrieren und Menschen mit seelischer Behinderung sich in der Folge bevorzugt hier niedergelassen haben.

Standorte der Werkstätten für Menschen mit seelischer Behinderung und Wohnorte der privat wohnende Beschäftigten der Werkstätten im Main-Tauber-Kreis am 31.12.2007

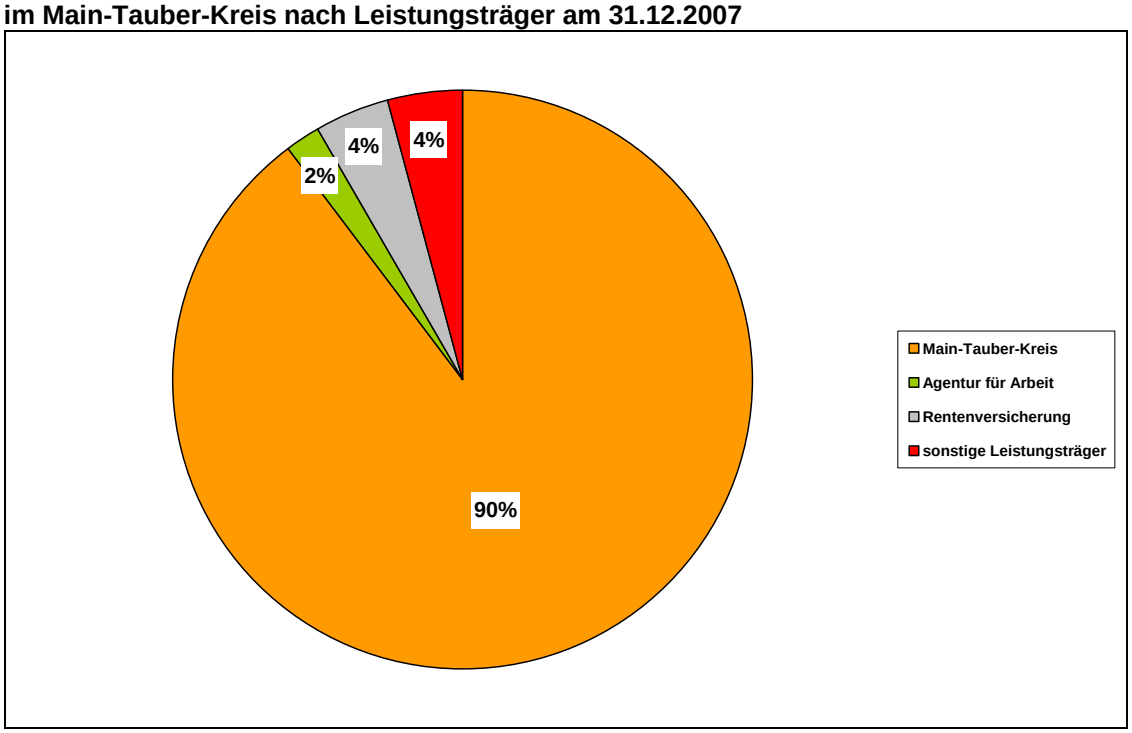


Karte: KVJS 2008. Datenbasis: Leistungserhebung im Main-Tauber-Kreis zum 31.12.2007 (N=71)

[42] s. auch Kapitel III. Wohnen

Der Main-Tauber-Kreis ist zuständiger Leistungsträger für 90 % der in den beiden Werkstätten Beschäftigten. Für die restlichen Beschäftigten sind Rentenversicherung und Arbeitsagentur sowie im Einzelfall auch ein anderer Landkreis Leistungsträger.

Werkstatt-Beschäftigte mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung im Main-Tauber-Kreis nach Leistungsträger am 31.12.2007



Grafik: KVJS 2008. Datenbasis: Leistungserhebung im Main-Tauber-Kreis zum Stichtag 31.12.2007 (N=97)

Beide Werkstätten für Menschen mit seelischer Behinderung arbeiten eng mit der Hauptwerkstatt des Caritasverbandes in Gerlachsheim zusammen und funktionieren somit quasi als Zweigwerkstätten (gemeinsame Verwaltung, Austausch von Aufträgen oder gemeinsame Erledigung u.a.). Die Auftragslage wird zum Erhebungszeitpunkt insgesamt als sehr gut beurteilt. Es wird eine allmähliche Verjüngung der Beschäftigten festgestellt.

Die Werkstätten im **Main-Tauber-Kreis** bieten bislang keine Außenarbeitsplätze für Menschen mit seelischer Behinderung an.

3.5 Beschäftigung in Tagesstätten

Tagesstätten bieten Menschen mit seelischer Behinderung ein umfangreiches Angebot der Tagesstrukturierung. In Abhängigkeit von Entstehungsgeschichte und Konzeption stehen unterschiedliche Schwerpunkte im Vordergrund. Wichtiger Angebotsbestandteil ist aber neben der Funktion als Anlauf- und Kontaktstelle, stets die Bereitstellung von regelmäßigen Beschäftigungsmöglichkeiten.[43]

[43] Näheres zu Tagesstätten s. unter Kapitel V

Die Tagesstätte im **Main-Tauber-Kreis** wurde 1997 unter Trägerschaft des VOP (Verein für offene Psychiatrie im Main-Tauber-Kreis) unweit des Wohnheims St. Bonifatius sowie des Kreiskrankenhauses im Erdgeschoss eines Wohn- und Geschäftshauses eröffnet. Der Träger hatte schon ab 1986 (als keine externen Besucher mehr an der Arbeits- und Beschäftigungstherapie im Kreiskrankenhaus teilnehmen durften) eine arbeitsorientierte Beschäftigung angeboten, aus der die Tagesstätte hervorgegangen ist. Neben einem Büro und Besprechungsraum gibt es eine große Küche mit Speiseraum sowie zwei Arbeitsräume von unterschiedlicher Größe (geschätzte Fläche zusammen ca. 100 m²).
Die große Mehrheit der regelmäßigen Besucher kommt vor allem wegen des Beschäftigungsangebots in die Tagesstätte. Arbeitsorientierte Beschäftigung wird montags bis freitags von 8.30 bis 11.30 Uhr angeboten. Es handelt sich in erster Linie um Verpackungsarbeiten für die Firmen Würth und Roto. Dieses Angebot wird regelmäßig von 25 bis 30 Personen genutzt, die mehrheitlich auch an dem vor Arbeitsbeginn angesetzten Frühstück und dem nach der Arbeit stattfindenden Mittagessen teilnehmen. Obwohl keine Arbeitsverpflichtung besteht, nehmen viele Besucher täglich lange Fahrzeiten (z.B. aus dem Raum Bad Mergentheim) in Kauf, um das für sie wichtige Beschäftigungsangebot nutzen zu können.

Der Ausbildungsstand und die intellektuellen Fähigkeiten der Besucher sind sehr breit gestreut. Da keine Altersgrenze existiert, nutzen auch Menschen im Rentenalter das Beschäftigungsangebot. Ein Großteil der regelmäßig im Beschäftigungsbereich aktiven Besucher wohnt ambulant betreut. Die Besucher kommen grundsätzlich selbständig in die Tagesstätte. Die Vermutung liegt nahe, dass die in der Tagesstätte gebotene werkstattähnliche Halbtagsbeschäftigung, insbesondere von den Bewohnern des ambulant betreuten Wohnens, als Alternative zur Ganztagsarbeit in der Werkstatt gewählt wird, zumal diese auch mit etwaigen Rentenansprüchen kollidieren kann.

Handlungsempfehlungen und Perspektiven Arbeit

Für Aussagen zum voraussichtlichen künftigen Bedarf ist u.a. die Fluktuation in den Werkstätten wesentlich. Die im Werkstattbereich feststellbare, lange bis sehr lange Bezugsdauer von Leistungen der Eingliederungshilfe, wird vom Werkstatt-Träger mit der Schwierigkeit erklärt, Menschen mit seelischen Behinderungen ins Berufsleben zu integrieren. In diesem Zusammenhang wird berichtet, dass gerade besonders gut ausgebildete Werkstatt-Beschäftigte bevorzugt besonders einfache Arbeiten erledigen und sich beispielsweise auch nicht im Werkstattrat engagieren wollen. Hinzu kommt, dass viele Menschen mit psychischer Behinderung teilweise schon in jungen Jahren eine Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten und daher wenig Motivation für eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt besteht. Die langen Verweildauern deuten darauf hin, dass für viele Beschäftigte die Tätigkeit in der Werkstatt als Dauer-Arbeitsplatz fungiert.
Während die mit den Werkstätten kooperierenden Firmen bereitwillig zahlreiche Aufträge an die Werkstätten geben und zu Auftragsausweitungen bereit sind, wird die wünschenswerte Einrichtung von Außenarbeitsplätzen in den Firmen bislang strikt abgelehnt. Die seitens der Werkstätten organisierten längerfristigen Praktika für Menschen mit seelischer Behinderung in Industrie- und Handwerksbetrieben könnten und sollten Türen öffnen, um künftig ein Spektrum von ausgelagerten Ar-

beitsplätzen anbieten zu können. Eine enge Zusammenarbeit von Rehabilitationsträgern, Werkstattträgern und Unternehmen ist dabei unerlässlich.

Der vergleichsweise schwache WfbM-Besuch - 62 % der Wohnheimbewohner und 27 % der ambulant betreuten Bewohner - wird für das Wohnheim seitens des Caritasverbandes damit erklärt, dass der Weg, der zur Werkstatt zurückgelegt werden muss, für manche Bewohner ein zu großes Hindernis darstellt. Für die niedrige „Beschäftigungsquote“ im ambulant betreuten Wohnen werden seitens des Trägers mehrere Gründe wie z.B. Erreichen des Rentenalters, Überforderung durch die Werkstattarbeit, Suchtproblematiken oder auch mangelndes Interesse angegeben. Um die Anteile der Werkstatt-Beschäftigten zu erhöhen, sollte der Weg zwischen Wohnung und Werkstatt möglichst einfach zu bewältigen und die Betreuung stets auf die Aufnahme einer Beschäftigung in der Werkstatt oder auf dem Arbeitsmarkt ausgerichtet sein. Der Anteil der Werkstatt-Beschäftigten sollte aber auch durch abgestufte, möglichst flexible Beschäftigungsangebote in den Werkstätten erhöht werden. Weitere Faktoren können sich auf den Werkstattbesuch auswirken. So können erwerbsfähige Personen im ambulant betreuten Wohnen auch Chancen auf einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt haben, während bei anderen wiederum der Bezug von Erwerbsunfähigkeitsrente die Motivation zum Besuch der Werkstatt reduzieren dürfte.[44]
Obwohl abgestufte Beschäftigungsangebote von Leistungsträgern und Leistungsanbietern gleichermaßen befürwortet werden, besteht eine objektive Schwierigkeit darin, dass sich Leistungs- und Werkstattträger auf Landesebene in Baden-Württemberg bislang nicht auf Vereinbarungen über den Tagessatz bei Teilzeitbeschäftigung in der Werkstatt einigen konnten.

Eine deutliche Ausweitung des bislang zu knappen Angebots im Berufsbildungsbereich ist ebenfalls notwendig, um das Angebot der Werkstätten zu verbessern.

Ein Bedarf an Werkstattplätzen über die 16 zusätzlichen Plätze[45] im Neubau beim Wohnheim St. Bonifatius hinaus wird vom Caritasverband derzeit nicht gesehen. Für die kommenden Jahre ist aber nach übereinstimmender Einschätzung von Fachleuten von einem weiteren Anstieg der Zahl der Werkstatt-Beschäftigten auszugehen. Der Bedarf lässt sich allerdings nicht exakt quantifizieren, da Zu- und Abgänge der Werkstatt-Beschäftigten aufgrund spezifischer Krankheitsverläufe nicht vorausberechnet werden können. Im Main-Tauber-Kreis ist eine im Vergleich mit anderen Kreisen eher untypisch geringe Fluktuation festzustellen, die nur selten einen Werkstattplatz freiwerden lässt. Zusammenfassend ist mit einem steigenden Bedarf an geeigneten Beschäftigungsmöglichkeiten für den Personenkreis zu rechnen. Dabei sollte nicht nur an Werkstattplätze, sondern auch an arbeitsmarktnähere Beschäftigungsformen gedacht werden.

Von 2005 bis 2007 sind pro Jahr zwischen 5 und 15 Werkstatt-Plätze neu belegt worden. Seitens der Arbeitsagentur wird von erheblichen Wartezeiten berichtet. Da die Einflussfaktoren auf die Nachfrage nach Werkstattplätzen für Menschen mit seelischer Behinderung vielfältig und nicht zuletzt auch von der Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt abhängig sind, lässt sich der zukünftige Bedarf nicht exakt

[44] siehe Kapitel II.3.1 Allgemeiner Arbeitsmarkt
[45] es entstehen insgesamt 20 Plätze, aber es werden dafür 4 Plätze in Tauberbischofsheim und Grünsfeld abgebaut

quantifizieren. Die weitere Entwicklung der Nachfrage sollte deshalb regelmäßig geprüft werden.
Bei der Schaffung neuer Beschäftigungsmöglichkeiten sollten Außenarbeitsgruppen und Einzelarbeitsplätzen der Vorrang vor dem Bau neuer Werkstatt-Gebäude eingeräumt werden. Voraussichtlich wird es aber dennoch notwendig werden, mittelfristig eine neue Zweigwerkstatt zu planen. Diese Werkstatt sollte im Planungsraum Bad Mergentheim entstehen. Bezüglich der Anforderungen an den Standort gelten die gleichen Grundsätze wie für die Werkstätten für Menschen mit geistiger Behinderung. [46]

Angesichts der aktuellen Wirtschaftslage und der daraus resultierenden Verschlechterung der Auftragslage in den Werkstätten, sind neue und flexiblere Formen der Beschäftigung gefragt. Zukünftig sollten verstärkt Beschäftigungsfelder im Dienstleistungssektor erschlossen werden. Besonders Dienstleistungen, die sich an Privatpersonen richten, sind auch unter Integrationsgesichtspunkten positiv zu bewerten.

Menschen mit seelischer Behinderung, die weder auf dem Arbeitsmarkt noch in der Werkstatt einen Arbeitsplatz haben, sollte der Weg in eine regelmäßige Beschäftigung möglichst weitgehend geebnet werden. Dazu wäre ein abgestuftes niederschwelliges Beschäftigungsangebot in Form einer stunden- oder tageweisen Beschäftigung geeignet.[47] Auch längerfristige Teilzeitarbeit kann passend sein. Die Möglichkeiten, solche Angebote umzusetzen, sind jedoch beschränkt.[48] Im Rahmen leistungsrechtlicher Vereinbarungen zwischen Leistungsträger und Leistungsanbieter kann und sollte aber das Spektrum an Möglichkeiten zur Teilzeitarbeit erweitert werden. Weitere Maßnahmen, mit denen der Übergang aus der Tagesstätte in die Werkstatt, z.B. über Praktika, erleichtert werden kann, sollten geprüft werden.

Manche Menschen mit seelischer Behinderung können die Teilhabe am Arbeitsleben häufig am ehesten durch ein niederschwelliges Beschäftigungsangebot ohne Abschluss eines Arbeitsvertrags verwirklichen. Für sie sollten ausreichend Zuverdienstmöglichkeiten, verbunden mit verlässlichen Regelungen zur Absicherung von Personal- und Sachkosten, geschaffen werden.

Einige Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg, (darunter auch der Main-Tauber-Kreis) erproben derzeit im Rahmen von Modell-Versuchen, ob durch zusätzliche Leistungen an Arbeitgeber in Form von ergänzenden Lohnkostenzuschüssen die Beschäftigung von Menschen mit wesentlicher Behinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgebaut und gesichert werden kann, wenn Leistungen der Arbeitsagentur oder des Integrationsamtes nicht ausreichen. Auch die Möglichkeit einer personenzentrierten Leistungsgewährung, unabhängig davon, ob eine Beschäftigung mit Unterstützung innerhalb oder außerhalb einer Werkstatt stattfindet, verfolgt als so genanntes „Budget Arbeit“ das Ziel einer stärker an den Anforderungen des Einzelfalles orientierten Leistung. Modellhafte Erprobungen solcher Lösungen können hinsichtlich ihrer Wirksamkeit noch nicht abschließend beurteilt werden. Auf der einen Seite erscheint es sinnvoll, durch Lohnkostenzu-

[46] s. Teilhabeplan Teil 1
[47] im Landkreis Konstanz existiert beispielsweise ein entsprechendes Angebot
[48] Werkstättenverordnung § 6

schüsse oder ein „Budget Arbeit“ die höheren Kosten für eine Werkstatt-Beschäftigung zu vermeiden und dabei eine berufliche Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu begünstigen. Auf der anderen Seite besteht aber die Möglichkeit von Mitnahmeeffekten durch Arbeitgeber. Unabhängig von der Frage, ob solche Beschäftigungsverhältnisse von Dauer sind und mittelfristig von Ausgleichszahlungen unabhängig sein werden, sollte bei der Auswertung dieser Maßnahme geprüft werden, ob Arbeitsassistenz und Ausgleichszahlungen sinnvolle Möglichkeiten sind, um die Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu fördern. Gleichwohl wird auch künftig eine große Zahl von Menschen mit seelischer Behinderung ein geschütztes Arbeitsverhältnis in einer Werkstatt für behinderte Menschen benötigen.

Die steigende Nachfrage nach Werkstatt-Plätzen für Menschen mit seelischer Behinderung erfordert aber die Entwicklung von weiteren bedarfsgerechten Angeboten. Um die Beschäftigung von Menschen mit seelischer Behinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu fördern, ist grundsätzlich Zurückhaltung beim Ausbau von Werkstattplätzen zugunsten von mehr flexiblen Beschäftigungsmöglichkeiten zu empfehlen.

Im Bereich Beschäftigung und Tagesstruktur sind unterschiedliche Institutionen tätig: die Agentur für Arbeit, der Integrationsfachdienst, das Integrationsamt des KVJS, der Caritasverband. Um Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung den Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt wirkungsvoll zu erleichtern, sollten Formen der verbindlichen Zusammenarbeit mit dem Ziel praktiziert werden, möglichst verschiedenartige Beschäftigungsformen einschließlich Rückkehrmöglichkeiten in das jeweils andere System anzubieten. Wichtig wird es sein, auch mehr Arbeitgeber zu gewinnen, die bereit sind, Arbeits- und Praktikumsplätze für Menschen mit psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung zur Verfügung zu stellen. Nur durch ein verstärktes zielgerichtetes Zusammenwirken der beteiligten Institutionen, können die Rahmenbedingungen für die Teilhabe am Arbeitsleben spürbar verbessert werden.

Wichtig ist des Weiteren, dass der Integrationsfachdienst sich auch der Menschen mit seelischer Behinderung ohne Schwerbehindertenausweis oder Gleichstellung annimmt. Insbesondere junge Menschen, die gute Chancen haben, einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu finden, sollten die erforderliche Unterstützung erhalten.

Einige Handlungsempfehlungen und Maßnahmevorschläge richten sich an die Gesamtheit der im Bereich Teilhabe am Arbeitsleben tätigen Institutionen und können nur mit vereinten Kräften umgesetzt werden.

Maßnahmevorschläge Arbeit:

- Schaffung von abgestuften, niederschwelligen Beschäftigungsangeboten im Vorfeld einer Werkstattbeschäftigung
- Förderung des Übergangs von der niederschwelligen Beschäftigung in die Werkstatt
- Förderung des Übergangs von der Werkstatt in den allgemeinen Arbeitsmarkt
- Schaffung von ausgelagerten Arbeitsplätzen
- Auswertung der Erfahrungen mit dem ergänzenden Lohnkostenzuschuss
- Regelungen zur Absicherung von ausreichenden Zuverdienstmöglichkeiten
- Erhöhung der Durchlässigkeit zwischen allen Beschäftigungsangeboten
- Beantragung eines deutlichen Ausbaus des Berufsbildungsbereichs in den Werkstätten bei der Regionaldirektion der Bundesagentur für Arbeit
- Ausweitung des Angebotsspektrums der Werkstätten (insbesondere mehr Dienstleistungen)
- Moderater Ausbau des Angebots an Werkstattplätzen an dezentralen Standorten
- Vereinbarung von verbindlichen Formen und Zielen der Zusammenarbeit von allen im Bereich Beschäftigung tätigen Institutionen

4. Komplementäre gemeindepsychiatrische Angebote

In der Versorgung von Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen spielen, anders als bei Menschen mit geistiger Behinderung, die nicht über individuelle Eingliederungshilfeleistungen finanzierten sozialen Dienste und Einrichtungen sowie der Ausbaustand des ambulanten und stationären medizinisch-therapeutischen psychiatrischen Bereichs eine wesentliche Rolle. Die komplexen, sehr verschiedenartigen Krankheitsverläufe und die unterschiedlichen Lebensverhältnisse der Betroffenen, erfordern neben den „klassischen“ Eingliederungshilfemaßnahmen zusätzlich ein differenziertes, flexibles und möglichst wohnortnahes Angebotsspektrum von Anlauf- und Beratungsstellen über Treffpunkte, offene Hilfen und Alltagsbegleitung bis hin zu ambulanter und stationärer Therapien. Solche komplementären gemeindepsychiatrischen Angebote ergeben, zusammen mit den Wohn- und Beschäftigungsmöglichkeiten der Eingliederungshilfe, das Gesamtbild der Grundversorgungsstruktur für den Personenkreis der Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen und seelischer Behinderung.

Das Begriffspaar Gemeindepsychiatrie und Sozialpsychiatrie entstand im Zusammenhang mit der Psychiatriereform, die in den 70er-Jahren des vorigen Jahrhunderts begann und die bisherigen Versorgungs- und Therapieformen radikal in Frage stellte. Die Psychiatrie-Enquête von 1975[49] beschreibt anhand von vier Hauptempfehlungen die wesentlichen Ziele einer gemeindenahen Psychiatrie, die auch heute noch immer aktuell sind:

- gemeindenahe Versorgung
- bedarfsgerechte Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten
- Koordination aller Versorgungsdienste
- Gleichstellung von psychisch und somatisch Kranken

Bis zur Psychiatrie-Enquête 1975 wurden Menschen mit seelischer Behinderung in der Regel in so genannten Langzeitstationen der Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und somit klinisch versorgt, oft unter menschenunwürdigen Bedingungen. Ziel der Psychiatrie-Enquête war es, dass Wohnmöglichkeiten und Dienste für Menschen mit psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung gemeindenah aufgebaut werden und eine wohnortferne Unterbringung in spezialisierten Einrichtungen nur noch in begründeten Ausnahmefällen erfolgen sollte. Gemeinwesenorientierung und Personenzentrierung wurden zum Leitbild. Gemeindepsychiatrie ist psychiatrische Hilfe, die in die Gemeinde kommt und in der Gemeinde geleistet wird.
Eine weitere Zäsur bildete der Bericht „Empfehlungen der Expertenkommission“ von 1988[50], der empfahl, gemeindepsychiatrische Verbundsysteme aufzubauen, bei denen verschiedene soziale und therapeutische Versorgungskomponenten mit dem medizinisch-klinischen Bereich verzahnt werden. Zentrale Bedeutung für den klinischen Bereich hatte ab 1991 die Psychiatrie-Personalverordnung[51], mit der der Umfang und die Qualität der Behandlung nachhaltig verbessert werden konn-

[49] Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung, Psychiatrie-Enquête, November 1975
[50] Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich" (Bericht "Empfehlungen der Expertenkommission" 1988)
[51] Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung - Psych-PV)

te. Eine weitere Weichenstellung erfolgte auf dem Weltkongress für soziale Psychiatrie im Jahr 1994 in Hamburg, wo die Notwendigkeit der Einbeziehung und Mitwirkung von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen bei Fragen der Behandlung und Versorgung in den Vordergrund gestellt wurde (sog. Trialog).[52]

Zu den komplementären gemeindepsychiatrischen Angeboten und Diensten gehören insbesondere Sozialpsychiatrische Dienste, Tagesstätten, Fachkliniken, Tageskliniken und Psychiatrische Institutsambulanzen, niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie ambulante Pflegedienste. Wenn diese Angebote bedarfsgerecht ausgebaut und gut miteinander vernetzt sind, kann das den Bedarf an Leistungen der Eingliederungshilfe und die sich daraus ergebenden Kosten spürbar senken.

Im Zusammenhang mit dem insgesamt guten Ausbaustand der vorwiegend im Kreiszentrum angesiedelten Grundversorgung fällt im Main-Tauber-Kreis wie in anderen Kreisen auch auf, dass sich Menschen mit seelischer Behinderung häufig fast ausschließlich innerhalb dieser alle Lebensbereiche abdeckenden Versorgungsstruktur bewegen. Dies bietet zwar Schutz und Sicherheit und trägt zur notwendigen Stabilisierung der Lebenssituation der Nutzer entscheidend bei, festigt gleichzeitig aber auch spezifische Lebens- und Verhaltensweisen. Dadurch kann der Ansporn und die Motivation, ein selbständigeres und weniger bis gar nicht mehr auf fremde Hilfe angewiesenes Leben zu führen, reduziert werden. Für die komplementären gemeindepsychiatrischen Angebote ist deshalb besonders wichtig, dass individuelle Weiterentwicklung, Integration ins Gemeindeleben und Normalisierung stets die zentralen konzeptionellen Anliegen sein müssen, die durch entsprechende Qualitätsvereinbarungen gezielt gefördert werden sollten.[53]

4.1 Sozialpsychiatrischer Dienst (SPDi)

In Baden-Württemberg wurde seit 1987 ein landesweites Netz an Sozialpsychiatrischen Diensten in jedem Stadt- und Landkreis aufgebaut. Sozialpsychiatrische Dienste erbringen ambulante Leistungen für Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung. Ziel dieser Dienste ist es, „chronisch psychisch kranken Menschen, die nicht mehr oder noch nicht zu einer selbständigen Lebensführung in der Lage sind, durch spezifische Hilfen ein erträgliches Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen, vorrangig den langfristig in psychiatrischen Krankenhäusern behandelten psychisch kranken Menschen die Entlassung zu ermöglichen und Krankheitsrückfälle und Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.“[54] Zielgruppe sind Menschen, die aufgrund der Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung als Menschen mit seelischer Behinderung gelten und unter wesentlichen sozialen Beeinträchtigungen leiden sowie deren Angehörige und Personen aus dem Umfeld der Betroffenen.

[52] s. dazu Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 3 2009

[53] s. dazu: Sozialpsychiatrische Informationen 3/2008, Prof.Dr. Michael Regus, Gemeindepsychiatrie in der Krise; dort wird darauf verwiesen, dass bei Menschen mit psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung aufgrund der Beschränkung des Umgangs innerhalb des eigenen Milieus kaum Integration und gesellschaftliche Teilhabe stattfinden

[54] Verwaltungsvorschrift des Ministeriums für Arbeit und Soziales für die Förderung von sozialpsychiatrischen Diensten (VwV-SpDi) vom 30. November 2006

Die Sozialpsychiatrischen Dienste leisten Vorsorge, Nachsorge und Krisenintervention. Die Betroffenen und ihre Angehörigen werden beraten und bei der Bewältigung anstehender Probleme und Aufgaben, wie z.B. der Beantragung einer Leistung, unterstützt. Die Sozialpsychiatrischen Dienste arbeiten eng mit niedergelassenen Hausärzten, Psychiatern, Therapeuten, Kliniken, Tageskliniken und Psychiatrischen Institutsambulanzen zusammen.[55] Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste bieten ihre Leistungen in einem zentralen Büro an, suchen die Betroffenen aber auch in ihren Wohnungen auf und bieten dezentrale Sprechstunden an. Die Sozialpsychiatrischen Dienste organisieren Kontakt- und Freizeitangebote sowie Selbsthilfe- und Angehörigengruppen. Als Anlauf- und Beratungsstelle sichern sie die ambulante Grundversorgung für Menschen mit psychischer Erkrankung oder seelischer Behinderung.

Sozialpsychiatrische Dienste bieten daneben auch Soziotherapie an. Soziotherapie ist eine Krankenkassenleistung nach § 37a SGB V, die auf ärztliche Verordnung durchgeführt wird. Die Behandlung ist auf maximal drei Jahre und maximal 120 Stunden befristet. Ziel ist, die Befähigung zu einer möglichst selbständigen Lebensführung. „Schwer psychisch Kranke sind häufig nicht in der Lage, Leistungen, auf die sie Anspruch haben, selbständig in Anspruch zu nehmen. Soziotherapie nach § 37a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) soll ihnen die Inanspruchnahme ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen ermöglichen. Sie soll dem Patienten durch Motivierungsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen helfen, psychosoziale Defizite abzubauen; der Patient soll in die Lage versetzt werden, die erforderlichen Leistungen zu akzeptieren und selbständig in Anspruch zu nehmen. Sie ist koordinierende und begleitende Unterstützung und Handlungsanleitung für schwer psychisch Kranke auf der Grundlage von definierten Therapiezielen. Dabei kann es sich auch um Teilziele handeln, die schrittweise erreicht werden sollen. (…) Soziotherapie kann verordnet werden, wenn dadurch Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird (…). (…) Soziotherapie findet überwiegend im sozialen Umfeld des Patienten statt. (...) Soziotherapie unterstützt einen Prozess, der dem Patienten einen besseren Zugang zu seiner Krankheit ermöglicht, indem Einsicht, Aufmerksamkeit, Initiative, soziale Kontaktfähigkeit und Kompetenz gefördert werden.“[56]

Die Sozialpsychiatrischen Dienste werden mit Landeszuschüssen zu den laufenden Personal- und Sachkosten gefördert. Eine Voraussetzung dafür ist, dass der Träger des Dienstes verbindlich mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz und einer Tagesstätte in einem Verbund kooperiert. Der Verbund bedarf einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung.[57] Insofern spielen die Sozialpsychiatrischen Dienste eine Schlüsselrolle im Gemeindepsychiatrischen Verbund.

In Baden-Württemberg waren 2007 67 Sozialpsychiatrische Dienste tätig.[58] Davon waren zwei Drittel in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege, gut ein Fünftel in

[55] VwV-SpDi vom 30.11.2006
[56] Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) in der Fassung vom 23. August 2001. Inkrafttreten: 01.01.2002. I Grundlagen und Ziele
[57] VwV-SpDi vom 30.11.2006
[58] Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg: Jahresbericht 2007. Freiwillige Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg. Stuttgart. S. 15

kommunaler Trägerschaft und knapp ein Zehntel in Trägerschaft von Trägergemeinschaften.[59]

Der Sozialpsychiatrische Dienst im **Main-Tauber-Kreis** befindet sich in Trägerschaft des Landkreises und hat seinen Sitz in der Kreisstadt. Mit 1,5 Vollzeitstellen wurden im Jahr 2007 189 Personen betreut, davon 101 längerfristig.[60] Neben der Präsenz in der Kreisstadt gibt es ein dezentrales Sprechstundenangebot in Bad Mergentheim, Freudenberg und Wertheim sowie bei Bedarf aufsuchende Betreuung.
159 Personen erhielten Leistungen der Grundversorgung, 34 Personen Leistungen der Soziotherapie (Mehrfachnennungen). Im Jahr 2007 wurden 10 Personen neu in die Soziotherapie aufgenommen. Im Rahmen der Grundversorgung wurden 101 Personen längerfristig begleitet (5 Kontakte und mehr). Der Zugang zum SPDi erfolgte vorwiegend über Angehörige, Nachbarn oder auch durch die Betroffenen selbst. Ein anderer Teil fand den Weg durch Vermittlung des Allgemeinen Sozialdienstes oder des Gesundheitsamtes, Einzelne auch über die psychiatrische Abteilung des Krankenhauses, die Institutsambulanz oder niedergelassene Ärzte.
Einige Personen werden durch den Sozialpsychiatrischen Dienst sehr engmaschig und langfristig, auch über mehrere Jahre, betreut. Die Dauer der Betreuung lag bei fast 60 % der längerfristig Begleiteten bei 7 bis 12 Monaten bezogen auf das Jahr 2007. 10 % der längerfristig Begleiteten hatten in dieser Zeit mehr als 40 Kontakte.
Bezüglich der Krankheitsbilder und Diagnosen zeigt sich bei den Personen, die 2007 längerfristig durch den Sozialpsychiatrischen Dienst des Main-Tauber-Kreises betreut wurden, ein vom Bereich der Eingliederungshilfe und Pflege etwas abweichendes Bild. Während bei ca. 35 % Prozent der längerfristig betreuten Personen als Hauptdiagnose eine Schizophrenie festgestellt wurde, litten 41 % unter affektiven Störungen (vor allem Depression).
Von den Personen, die 2007 längerfristig vom Sozialpsychiatrischen Dienst betreut wurden, waren 75 % zwischen 28 und 60 Jahre, 15 % über 60 Jahre alt. Bei Menschen über 65 Jahren mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen ist davon auszugehen, dass sie, besonders bei Demenz-Erkrankungen, eher im System der Altenhilfe betreut werden.
Von den längerfristig betreuten Personen waren 45 % ledig, 25 % geschieden und 21 % verheiratet.[61] Von diesen längerfristig betreuten Personen lebten 42 % allein, 13 % mit einem Partner oder Ehepartner und 41 % mit Kindern, Eltern oder anderen Verwandten zusammen. Im Vergleich mit den Angeboten der Eingliederungshilfe werden vom Sozialpsychiatrischen Dienst deutlich weniger ledige und mehr geschiedene Personen sowie deutlich mehr Personen, die in ihrer Familie leben, betreut. Im Gegensatz zu anderen Kreisen, wo die Mehrheit der Klienten Frauen sind, waren im Main-Tauber-Kreis nur etwas mehr als die Hälfte der Betreuten Frauen.
Die finanzielle Situation der betreuten Personen ist von Einkommensarmut geprägt. Die größte Gruppe (33 %) bezieht ihren Lebensunterhalt aus Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten, was eine zukünftige Erwerbstätigkeit mit großer Wahrscheinlichkeit ausschließt. 12 % bezogen Arbeitslosengeld II, weitere 12 % wur-

[59] ebenda
[60] Die Zahlen sind dem Bericht des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Main-Tauber-Kreises entnommen, der für die „Freiwillige Dokumentation der Liga“ erstellt wurde. Die Berechnung erfolgte durch den KVJS.
[61] 2 % unbekannt/sonstige

den vom Partner oder der Familie finanziell unterhalten. Nur 13 % lebten überwiegend von Einkünften aus eigener Erwerbstätigkeit.

Der Sozialpsychiatrische Dienst ist Teil des auf Basis eines Kooperationsvertrages bestehenden Gemeindepsychiatrischen Zentrums im Main-Tauber-Kreis. Er koordiniert den Psychiatrie-Arbeitskreis auf Kreisebene und ist Herausgeber des Wegweisers Gemeindepsychiatrie für den Main-Tauber-Kreis[62], der alle wichtigen Adressen des gemeindepsychiatrischen Versorgungsnetzes aufführt und regelmäßig aktualisiert wird.

4.2 Tagesstätten

Tagesstätten fungieren als offene Angebote ebenso wie die Sozialpsychiatrischen Dienste als einfach zugängliche Anlaufstellen. Sie dienen in erster Linie der Tagesstrukturierung, indem dort unterschiedliche Beschäftigungs- und Betätigungsmöglichkeiten sowie ein offener Treffpunkt angeboten werden. Die Finanzierung erfolgt einrichtungsbezogen nach Schlüsseln, die an die Anzahl der Kreisbewohner gebunden sind, durch das Land, den Landkreis sowie einzelfallbezogen durch die Krankenkassen.
Das Angebot der Tagesstätten richtet sich an Erwachsene mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung, die (noch) nicht in der Lage sind, einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einer Werkstatt für behinderte Menschen nachzugehen. Vereinzelt besuchen allerdings auch Werkstattbeschäftigte zusätzlich die Tagesstätte. Nicht zur Zielgruppe gehören Menschen mit einer primären Suchterkrankung.

Tagesstätten bieten eine Mischung aus Begegnung, Kontakten, Beschäftigungsmöglichkeiten und fachkundiger Beratung. Wesentliches Merkmal ist der offene und leichte Zugang für die Besucher. Geöffnet ist regelmäßig werktags. Die Teilnahme an den Angeboten ist weitgehend kostenlos. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich, für die Besucher müssen keine Leistungen beantragt werden (Tagesstätten können deshalb auch keine Einzelfallleistungen[63] für die Finanzierung ihrer Arbeit einsetzen). Nach der Konzeption des Landes Baden-Württemberg bieten Tagesstätten Hilfen zur Tagesstrukturierung und Alltagsgestaltung, ergotherapeutische Angebote, Arbeits- und Beschäftigungsangebote, Hilfen zum Erhalt und Aufbau sozialer Beziehungen, Hilfen zur Sicherung von materiellen Ansprüchen sowie Beratung von Besuchern und Angehörigen in Einzel- oder Gruppengesprächen durch Fachpersonal.[64] Tagesstätten vermitteln bei Bedarf an andere Dienste und Einrichtungen.
Die Angebote der Tagesstätten tragen dazu bei, Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung im Alltag zu stützen und zu stabilisieren. Sie zielen darauf ab, Selbständigkeit zu fördern, lebenspraktische Fähigkeiten zu vermitteln, Verantwortung zu übertragen und die individuelle Lebenszufriedenheit zu erhöhen. Mittel- bis langfristig wird eine soziale Wiedereingliederung

[62] Landratsamt Main-Tauber-Kreis, Wegweiser Gemeindepsychiatrie für den Main-Tauber-Kreis, Stand September 2007
[63] z.B. nach SGB V, SGB XI und SGB XII
[64] Konzeption Tagesstätten für psychisch Kranke und Behinderte. Landesarbeitskreis Psychiatrie. Beschluss vom 17.04.1991

einschließlich der Fähigkeit, wieder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einer Werkstatt zu arbeiten, angestrebt.

Ein wichtiges Angebot der Tagesstätten sind die Mahlzeiten, die oft gemeinsam vorbereitet und gegen ein geringes Entgelt ausgegeben werden. Auch gemeinsame Freizeitaktivitäten wie z.B. Spaziergänge, Ausflüge oder der Besuch von kulturellen Veranstaltungen werden angeboten. Ein weiterer zentraler Angebotsbaustein sind Arbeits- und Beschäftigungsangebote, z.T. in Verbindung mit einer Aufwandsentschädigung. Dazu gehören auch die sogenannten Zuverdienstmöglichkeiten. Neben dem finanziellen Aspekt werden durch diese Angebote Ausdauer und Belastbarkeit trainiert, Fähigkeiten, die eine Voraussetzung für die erfolgreiche Teilnahme an Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation sind.
Für das Regelangebot sind die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verantwortlich. Die breite Angebotspalette vieler Tagesstätten wird jedoch erst durch bürgerschaftliches Engagement sowohl von Besuchern wie von Angehörigen ermöglicht.

Tagesstätten sind in allen Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs eingerichtet. Die Tagesstätten arbeiten eng mit anderen Einrichtungen und Diensten zusammen und sind deshalb eine der tragenden Säulen im Gemeindepsychiatrischen Verbund bzw. Gemeindepsychiatrischen Zentrum. Sie werden bis auf wenige Ausnahmen institutionell über eine Pauschale aus Mitteln der Stadt- und Landkreise gefördert. Basis hierfür sind die gemeinsamen Richtlinien, die die ehemaligen Landeswohlfahrtsverbände zum 01.01.2003[65] im Rahmen ihrer gesetzlichen Zuständigkeit erlassen haben und die nach der Verwaltungsstrukturreform zumindest vorläufig von den meisten Stadt- und Landkreisen übernommen wurden.

Im **Main-Tauber-Kreis** unterhält der VOP seit 1997 mit dem Tageszentrum „Der Treff“ eine Tagestätte in Tauberbischofsheim, sowie seit 2004 eine Dependance mit reduzierten Öffnungszeiten in Bad Mergentheim.[66]
Die Angebote in Tauberbischofsheim und in Bad Mergentheim nutzten 2007 nach Schätzungen des Trägers rund 90 bis 100 Personen, davon 56 % häufig bis täglich. Ca. 10 % besuchten, aufgrund des eingeschränkten Angebots in Bad Mergentheim, parallel auch die Tagesstätte in Tauberbischofsheim.[67] Dort sind ca. 30 Personen täglich anwesend. Die Besucherzahl ist nach mehrjährigem Anstieg inzwischen stabil. Die bereits jetzt beengten Räumlichkeiten wären allerdings für mehr Besucher auch nicht ausreichend. Während die Tagesstätte in Tauberbischofsheim Montag und Dienstag ganztags sowie Mittwoch bis Freitag Vormittag geöffnet ist, werden in Bad Mergentheim an zwei Nachmittagen pro Woche vorwiegend Freizeitaktivitäten angeboten.
Da die regelmäßigen Besucher ein möglichst ganzjährig durchgehendes Tagesstrukturangebot benötigen, ist die Tagesstätte nur 1 bis 2 Wochen pro Jahr geschlossen.

[65] Vorläufige Richtlinien und Fördergrundsätze für Tagesstätten für psychisch behinderte Menschen, Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern und gleichlautend Landeswohlfahrtsverband Baden 01.01.2003
[66] s. dazu auch Kapitel II.3.5
[67] VOP, Jahresbericht 2007

Die Tagesstätte bietet in Tauberbischofsheim das übliche Angebotsspektrum und versucht, im Rahmen der begrenzten personellen Möglichkeiten, in der Dependance zumindest ein kleines regelmäßiges Freizeit- und Treffpunktangebot dezentral vorzuhalten. Überwiegender Schwerpunkt in Tauberbischofsheim ist das Beschäftigungsangebot.

Die Tagesstätte wird ausschließlich von der Zielgruppe der psychisch kranken bzw. seelisch behinderten Menschen besucht. Der Zugang erfolgt über die psychiatrische Abteilung des Kreiskrankenhauses, den Sozialpsychiatrischen Dienst und vereinzelt den Integrationsfachdienst sowie über die Diakonischen Bezirksstellen. In der Regel ist mindestens ein Klinikaufenthalt vorausgegangen. Ausschlusskriterien sind aktueller Alkohol- und Drogenmissbrauch. Suchtkranke Menschen werden nur bei Vorliegen einer Doppeldiagnose als Besucher aufgenommen. Eine Altersgrenze existiert nicht (unter den Besuchern sind auch einige „WfbM-Rentner“). Ausbildungsstand und intellektuelle Fähigkeiten der Besucher sind sehr unterschiedlich.
Neben einem hauptamtlichen Mitarbeiter, der im Bedarfsfall von Mitarbeitern aus dem Bereich des ambulant betreuten Wohnens des VOP vertreten wird, sind eine 1-Euro-Arbeitskraft sowie ein Zivildienstleistender in der Tagesstätte beschäftigt. Ehrenamtliche Kräfte sind im Vorstand der beiden Gesellschafter (den Vereinen Brücke und Phönix) tätig, jedoch kaum im Bereich der Betreuung.
Die Finanzierung erfolgt seitens des Landkreises durch einen jährlichen Pauschalbetrag. Dieser setzt sich aus dem vom Land festgelegten Betrag pro Landkreiseinwohner sowie der Kaltmiete für die Räume zusammen.

Die Besucherinnen und Besucher sind überwiegend an Psychosen und schweren Depressionen erkrankt. Allerdings kommen in den letzten Jahren zunehmend Menschen mit unbekannter Diagnose, weil sie zuvor noch keinen Facharzt aufgesucht haben bzw. nicht über die Diagnose sprechen wollen.
Die Mehrheit der Besucher befindet sich im mittleren Lebensabschnitt. Ca. 10 % der Besucher sind zwischen 21 und 30 Jahre alt, ca. 8 % sind 61 Jahre und älter. Beobachtet wird eine allmähliche Verjüngung der Besucherschaft. Insgesamt gibt es wenig Fluktuation, denn viele Besucherinnen und Besucher kommen schon seit vielen Jahren.

62 % der Besucher lebten ohne Betreuung in einer eigenen Wohnung und 24 % im Betreuten Wohnen, das ebenfalls vom VOP getragen wird. „Zwei Drittel der Tagesstättenbesucher leben ohne ambulante Betreuung durch den VOP. Dies verdeutlicht, dass die Tagesstätte als … wichtiges Glied der psychosozialen Versorgung von psychisch kranken Menschen im Main-Tauber-Kreis zu sehen ist.“[68]

Handlungsempfehlungen und Perspektiven SPDi und Tagesstätte

Der Sozialpsychiatrische Dienst nimmt eine zentrale Rolle im gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem ein. Das gilt nicht nur für die direkte Arbeit mit den zu betreuenden Personen, sondern auch für die Vernetzungsfunktion des Dienstes im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Die Finanzierung sollte auf Dauer sicher-

[68] VOP, Jahresbericht 2007

gestellt werden, damit sowohl die erforderliche Betreuungsarbeit als auch die Aufgaben der Weiterentwicklung des sozialpsychiatrischen Netzwerks in ausreichender Weise erledigt werden können.[69] Zu berücksichtigen ist, dass der SPDi nach Auskunft der Fachkräfte mit der vorhandenen Personalausstattung seine Kapazitätsgrenzen erreicht hat und z.B. akute Kriseninterventionen kaum mehr möglich sind.
Die Betreuung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst kann Leistungen des ambulant betreuten Wohnens nicht ersetzen, da die Betreuungsdichte des Sozialpsychiatrischen Dienstes mit meist weniger als einem Kontakt in der Woche deutlich geringer ist. Die Personenkreise in beiden Angeboten unterscheiden sich in wesentlichen Merkmalen wie Hauptdiagnosen, Alter, Familienstand und Schwere der Erkrankung bzw. Behinderung aber nicht wesentlich. Im Rahmen einer längerfristigen und engmaschigen Betreuung mit 40 und mehr Kontakten pro Jahr können Betroffene auch vom Sozialpsychiatrischen Dienst sehr intensiv begleitet und versorgt werden, sodass Leistungen der Eingliederungshilfe, beispielsweise für das ambulant betreute Wohnen, nicht erforderlich werden. Insofern ist die ausreichende personelle und finanzielle Ausstattung des Sozialpsychiatrischen Dienstes von zentraler Bedeutung für eine funktionierende und wirtschaftliche Versorgungsstruktur.
Von den Mitarbeitern des SPDi wird Soziotherapie als wichtiges Element der Versorgung angesehen, das einem größeren Personenkreis zugänglich gemacht werden sollte.

Das Tagesstättenangebot im Main-Tauber-Kreis wird gut genutzt und entspricht grundsätzlich den Vorgaben der Konzeption des Landes Baden-Württemberg[70]. Nach der Landeskonzeption sollen Tagesstätten auf 15 bis 30 Plätze bzw. auf eine Besucherzahl von 30 bis 60 Personen pro Tag ausgelegt sein. Eine Tagesstätte dieser Größenordnung soll den Bedarf eines regionalen Einzugsbereichs bis 100.000 Einwohner abdecken, wobei regionale Besonderheiten wie z.B. die weiten Wege in einem Flächenlandkreis zu berücksichtigen sind.
Übertragen auf den Main-Tauber-Kreis mit rund 135 000 Einwohnern und einer Längenausdehnung von ca. 100 Kilometern wären zwei Tagesstätten mit vollem Angebotsspektrum wünschenswert. Hierzu bietet sich der Ausbau des Angebots in Bad Mergentheim einschließlich Beschäftigungsangebot an, um durch größere Wohnortnähe die Anfahrtswege und Anfahrtskosten für viele Besucher zu reduzieren. Die beengten Raumverhältnisse in Tauberbischofsheim sprechen ebenfalls für ein verbessertes dezentrales Angebot in Bad Mergentheim, nicht zuletzt um auch den erwarteten künftigen Bedarf decken zu können.
Unabhängig von solchen Überlegungen ist festzustellen, dass nach Einschätzung des Trägers die Tagesstätte mit der vorhandenen Personalkapazität und dem gegebenen Finanzierungsrahmen an der Belastungsgrenze arbeitet. Auch die Räumlichkeiten stoßen an ihre Grenzen. Daher sollten die Möglichkeiten eine Erweiterung am Standort Tauberbischofsheim insbesondere für mehr Lagerfläche geprüft werden. Bei dieser Gelegenheit sollten Vor- und Nachteile der Schaffung eines Gemeindepsychiatrischen Zentrums durch Zusammenfassung der Angebote unter einem Dach diskutiert werden.

[69] siehe Kapitel II.4.5 Vernetzung und Kooperation
[70] Konzeption Tagesstätten für psychisch Kranke und Behinderte. Landesarbeitskreis Psychiatrie. Beschluss vom 17.04.1991

Auffallend ist der relativ seltene Wechsel von einer Beschäftigung in der Tagsstätte zu einer Beschäftigung in der WfbM. Hier könnte die von vielen Tagesstätten praktizierte Ansiedlung einzelner ausgelagerter Werkstatt-Plätze bzw. einer ausgelagerten Arbeitsgruppe in der Tagesstätte sinnvoll sein, um den Übergang in die Werkstatt zu erleichtern.

Tagesstätten sollen möglichst weitere Finanzierungsquellen erschließen. „Im Sinne der Vernetzung und Bündelung der Angebote (…) (gemäß) der Konzeption des Landesarbeitskreises Psychiatrie und der Konzeption des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (sind) nach Möglichkeit Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation mit in die Tagesstätten einzubeziehen.“[71] Zusätzliche Angebote können Ergotherapie, Soziotherapie, ärztliche Beratung und Behandlung in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Nervenärzten oder einer Psychiatrischen Institutsambulanz, ambulante Pflegeleistungen oder Sprechstunden des Integrationsfachdienstes sein.
Die Funktion als niederschwelliger Zugang zu weiterführenden Hilfen kann die Tagesstätte noch sinnvoller erbringen, wenn auch Angebotsbausteine oder zumindest Beratungs- und Vermittlungsangebote des ambulant betreuten oder stationären Wohnens, der Werkstatt oder des Sozialpsychiatrischen Dienstes räumlich und personell in die Tagesstätte im Sinne eines Gemeindepsychiatrischen Zentrums integriert werden.

Der regelmäßige Besuch einer Tagesstätte ist ein zentrales, stabilisierendes Element für Menschen mit psychischer Behinderung und reduziert deutlich die sonst bei dem Personenkreis erforderlichen Klinikaufenthalte. Deshalb ist die einfache Erreichbarkeit und Zugänglichkeit dieses Angebots von zentraler Bedeutung. Wünschenswert wäre es daher, neben der etwas dezentral gelegenen Tagesstätte auch im Stadtzentrum von Tauberbischofsheim ein Café-Projekt oder Ähnliches als Anlaufstelle zu haben.

Sowohl die Befragung der Anbieter offener Hilfen und Dienste als auch die mit Nutzern der Angebote durchgeführte Zukunftswerkstatt[72] haben bestätigt, wie wichtig regelmäßige Termine und Aktivitäten für den Personenkreis sind.

Maßnahmevorschläge SPDi und Tagesstätte:

- Gewährleistung der Aufgabenerfüllung des Sozialpsychiatrischen Dienstes sowohl in der Einzelfallhilfe als auch im Hinblick auf strukturelle und koordinierende Aufgaben
- Sicherstellung einer ausreichenden finanziellen und personellen Ausstattung des Sozialpsychiatrischen Dienstes
- Schrittweiser Ausbau der Tagesstätten-Dependance in Bad Mergentheim mit dem Ziel, dort dezentral ein komplettes Tagesstättenangebot einschließlich Beschäftigungsmöglichkeiten anzubieten
- Bauliche Erweiterung der Tagesstätte in Tauberbischofsheim (u.a. für Lagerfläche)
- Erhöhung der Durchlässigkeit zwischen Tagesstätte und WfbM durch Maßnahmen wie Praktika in der WfbM oder ausgelagerte WfbM-Plätze in der Tagesstätte

[71] Vorläufige Richtlinien und Fördergrundsätze für Tagesstätten für psychisch behinderte Menschen, Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern und gleichlautend Landeswohlfahrtsverband Baden 01.01.2003
[72] s. dazu Kapitel 4.6 Planungsbeteiligung durch Leistungsempfänger

- Schaffung eines Kontakt-Cafés im Stadtzentrum

4.3 Klinische und medizinisch-therapeutische psychiatrische Versorgung

Die vollstationäre Akutversorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung wird durch psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Kliniken bzw. entsprechende Abteilungen an Krankenhäusern sowie durch Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie sichergestellt. In Baden-Württemberg gibt es neun Zentren für Psychiatrie, außerdem Fachkliniken in freier und privater Trägerschaft, psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken sowie das Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim. Viele dieser Krankenhäuser betreiben zusätzlich Tageskliniken und Psychiatrische Institutsambulanzen. Die Kliniken erbringen fast ausschließlich Leistungen der Krankenversicherung (SGB V). In Baden-Württemberg werden derzeit die psychiatrischen Kliniken insbesondere im Kinder- und Jugendbereich mit dem Ziel ausgebaut, in allen Regionen des Landes eine bedarfsgerechte und möglichst wohnortnahe Versorgung sicher zu stellen.
In Baden-Württemberg nahm die Zahl der vollstationär versorgten Erwachsenen von 1990 bis 2006 um 71 % zu, die der Kinder und Jugendlichen um 202 %.[73] Die Zahl der Betten ist von 1990 bis 2006 bei Erwachsenen um 8,1 %, bei Kindern und Jugendlichen um 40,2 % und damit deutlich geringer als die Patientenzahl gestiegen. In der Psychiatrie wurden zusätzliche Betten geschaffen, während die Kapazitäten in fast allen anderen medizinischen Fachgebieten reduziert wurden.[74] Der Auslastungsgrad in psychiatrischen Kliniken ist zudem durchweg höher als in anderen Fachgebieten.

Regelungen zur Krisen- und Notfallversorgung abends, an Wochenenden und an Feiertagen wurden 2008 in einer Landeskonzeption festgelegt.[75] Durch das Zusammenwirken von ärztlichen und sozialpsychiatrischen Hilfen im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes soll eine durchgängige Notfallversorgung für chronisch psychisch kranke Menschen gewährleistet werden. Ziel ist eine wirksame gemeindenahe Krisenhilfe.

Der Krankenhaussozialdienst stellt eine wesentliche Schnittstelle zur Eingliederungshilfe dar. Seine Aufgabe ist die soziale Beratung und Betreuung der Patienten. Er berät bei der Klärung von Ansprüchen gegenüber den Leistungsträgern und bei Fragen der Sicherung des Lebensunterhalts und hilft, die Weichen für die Zeit nach der Entlassung des Patienten zu stellen. Der Sozialdienst ist darauf angewiesen, eng mit allen Bereichen des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems zusammen zu arbeiten. Der Anstieg der Patientenzahl und die gleichzeitig sinkende Verweildauer führen zu einer deutlichen Zunahme der Arbeitsbelastung des Sozialdienstes.

[73] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Steigende Fallzahlen in den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen der Krankenhäuser. Auch mehr Behandlungsfälle bei den Erwachsenen. Pressemitteilung Nr. 22/2008 vom 14.01.2008
[74] Mit Ausnahme der Fachgebiete Neurochirurgie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin. Siehe: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Sonderauswertung Krankenhausbetten, Patienten, Verweildauern und Bettenauslastung in den Krankenhäusern Baden-Württembergs 1990 und 2006.
[75] Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, Konzeption Krisen- und Notfallversorgung in der Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe, beschlossen vom Landesarbeitskreis Psychiatrie am 17.09.2008

Aufgrund der Vorlaufzeiten, die ein Antrag auf Eingliederungshilfe oder auf Leistungen der Pflegekasse erfordert, können problematische Lücken zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und beispielsweise der Aufnahme in eine unterstützte Wohnform entstehen. Arbeitslosigkeit und fehlende bzw. überforderte soziale Netze erschweren häufig zusätzlich die Situation der Klienten.

Im **Main-Tauber-Kreis** wurden im Jahr 2007 in der Abteilung für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Kreiskrankenhauses 1099 Patienten stationär behandelt. Diese stammten zu ca. 58 % aus dem Landkreis.[76]

Tageskliniken bilden als teilstationärer Teil der psychiatrischen klinischen Versorgung ein wichtiges Bindeglied zwischen der vollstationären und der ambulanten Versorgung. Menschen mit psychischer Erkrankung erhalten dort werktags ganztägig eine umfassende psychiatrische Behandlung. Abends und am Wochenende sind sie zu Hause in ihrem gewohnten Lebensumfeld. Neu erlernte Strategien können so im Alltag unmittelbar umgesetzt werden. Es besteht eine enge Wechselbeziehung zwischen Alltag und Therapie. Die Zahl der Plätze in Tageskliniken in Baden-Württemberg stieg von 1990 bis 2006 von 156 auf 1.145 Plätze.[77]

Im **Main-Tauber-Kreis** existiert keine psychiatrische Tagesklinik. Die nächstgelegene psychiatrische Tagesklinik gehört zum Zentrum für Psychiatrie Weinsberg und befindet sind in Schwäbisch Hall. Sie wird jedoch nur vereinzelt von Patienten aus dem Main-Tauber-Kreis genutzt, da die Entfernung zu groß ist.

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) sind als ambulantes Angebot ein weiteres wichtiges Zwischenglied zwischen der vollstationären und der ambulanten Versorgung. Ihr Angebot richtet sich an erwachsene Menschen mit psychischer Erkrankung, „die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung … angewiesen sind“[78] und an Menschen in akuten Krisensituationen. Die Psychiatrischen Institutsambulanzen sind insbesondere auch im Hinblick auf die geringere Vertragsarztdichte im ländlichen Raum ein wichtiger Versorgungsbaustein.
Der Psychiatrieplan 2000 des Landes Baden-Württemberg stellte fest, dass für einen Teil der Menschen mit psychischer Erkrankung eine hinreichende Versorgung durch niedergelassene Ärzte dann nicht sichergestellt werden kann, wenn der Behandlungserfolg der Klinik durch einen Wechsel in der ärztlichen Betreuung gefährdet würde oder wenn die Behandlung für einen niedergelassenen Arzt mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden wäre, z.B. bei Straftaten in der Vorgeschichte des Patienten oder beim Erfordernis einer besonders intensiven Betreuung. Seit 2002 werden für den bezeichneten Personenkreis Psychiatrische Institutsambulanzen aufgebaut. Im Jahr 2007 gab es diese bereits in 92 % der Versorgungsgebiete der Sozialpsychiatrischen Dienste.[79] Die Teams in Psychiatrischen Institutsambulanzen sind meist multiprofessionell zusammengesetzt und erbringen

[76] Auskunft des Kreiskrankenhauses Tauberbischofsheim per email vom 21.08.2009
[77] Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Sonderauswertung Krankenhausbetten, Patienten, Verweildauern und Bettenauslastung in den Krankenhäusern Baden-Württembergs 1990 und 2006.
[78] SGB V § 118
[79] Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg: Jahresbericht 2007. Freiwillige Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg. Stuttgart. S.43

eine Komplexleistung aus ärztlicher, pflegerischer und sozialpädagogischer Unterstützung.[80]
Die Psychiatrischen Institutsambulanzen ermöglichen den Betroffenen, eine stationär begonnene Behandlung ambulant weiter zu führen. Dazu sind besonders zu Beginn der Betreuung Hausbesuche erforderlich. Damit stellt die Psychiatrische Institutsambulanz „eine Form der kontinuierlichen Weiterbehandlung chronisch psychisch kranker Menschen mit aufsuchender ambulanter Hilfe“[81] dar, die dazu beiträgt, eine vollstationäre (Wieder-)Aufnahme in eine psychiatrische Klinik zu vermeiden. Für den Erfolg der Psychiatrischen Institutsambulanz ist eine enge Zusammenarbeit mit allen Beteiligten im gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem unverzichtbar. Die Institutsambulanzen fungieren gemeinsam mit den Sozialpsychiatrischen Diensten als Schaltstelle in diesem System und sind zusammen mit diesen, zentraler Teil des Gemeindepsychiatrischen Zentrums bzw. des Gemeindepsychiatrischen Verbundes. Da bestimmte Leistungen der Institutsambulanzen auch von Tagesstätten und Sozialpsychiatrischen Diensten vorgehalten werden können (z.B. Selbsthilfegruppen, Soziotherapie), ist eine möglichst räumliche, zumindest aber eine enge konzeptionelle Verknüpfung in einem Gemeindepsychiatrischen Zentrum sinnvoll.

Welche Aufgaben die Psychiatrischen Institutsambulanzen künftig übernehmen können, ist derzeit in der Diskussion. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat die Vereinbarung gemäß § 118 Abs. 2 SGB V zum 31.12.2008 gekündigt. Sie möchte für die Zugangsregelungen zu den Psychiatrischen Institutsambulanzen eine Begrenzung auf schwere Fälle erreichen. Bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung gilt die bisherige Vereinbarung jedoch weiter.[82]

Im **Main-Tauber-Kreis** wurde die Psychiatrische Institutsambulanz 2002 im Kreiskrankenhaus in Tauberbischofsheim eröffnet. Sprechzeiten sind werktags von 8 bis 18 Uhr (freitags 15 Uhr). Für Krisen und Notfälle außerhalb dieser Zeiten ist die Psychiatrische Abteilung des Kreiskrankenhauses rund um die Uhr erreichbar. Ein Behandlungstermin wird möglichst ohne längere Wartezeiten, im Notfall auch sofort vereinbart. Im Rahmen des auf Kreisebene vereinbarten Gemeindepsychiatrischen Zentrums besteht eine enge Zusammenarbeit mit allen anderen Anbietern. Im Jahr 2007 wurden 1808 Patienten behandelt.[83] Die Institutsambulanz ist mit fünf ärztlichen, therapeutischen und sozialpädagogischen Fachkräften besetzt.
Die Psychiatrische Institutsambulanz im Main-Tauber-Kreis versteht sich als „… möglichst unkomplizierte Anlaufstelle…, in der (die Patienten) komplexe professionelle Behandlungsangebote finden.“[84] Insbesondere können Betroffene durch das Angebot der PIA die langen Wartezeiten bei den niedergelassenen Ärzten im Kreis vermeiden.

4.4 Ambulante psychiatrische Pflege

[80] Sozialministerium Baden-Württemberg: Psychiatrieplan 2000. Teil 1 Rahmenplanung. Stuttgart 2000. S. 48
[81] Sozialministerium Baden-Württemberg: Psychiatrieplan 2000. Teil 1 Rahmenplanung. Stuttgart 2000. S. 49
[82] Sozialministerium Baden-Württemberg: Protokoll des Landesarbeitskreises Psychiatrie am 17.09.2008
[83] Auskunft des Kreiskrankenhauses Tauberbischofsheim per email vom 21.08.2009
[84] Aus dem Faltblatt der PIA zur Patienteninformation

Voraussetzung für die Verordnung psychiatrischer Krankenpflege ist, dass Antrieb, Ausdauer und Belastbarkeit der Patienten gestört sind und dies mit der Unfähigkeit zur Tagesstrukturierung einhergeht oder das planende Denken oder der Realitätsbezug eingeschränkt sind. Möglich ist die Verordnung auch bei deutlichen Einbußen in der Kontaktfähigkeit, den kognitiven Fähigkeiten, dem Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik und beim Erkennen und Überwinden von Konflikten und Krisen. Psychiatrische Krankenpflege soll dazu dienen, in einem ersten, auf den Betroffenen zugehenden Schritt, Pflegeakzeptanz zu erarbeiten (Beziehungsaufbau), Maßnahmen zur Bewältigung von Krisen durchzuführen und gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten kompensatorische Hilfen bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen zu entwickeln.[85]

In Baden-Württemberg sind bislang erst einige wenige ambulante psychiatrische Pflegedienste, teilweise in Verbindung mit Sozialpsychiatrischen Diensten, eingerichtet worden. Die Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege auf Bundesebene wurden im Hinblick auf Menschen mit psychischer Erkrankung zum 01.07.2005 geändert.[86]

Psychiatrische Pflege kann auch in stationären Einrichtungen erbracht werden. Dies kann bei besonders schweren Krankheitsbildern und Behinderungen erforderlich sein, z.B. wenn wegen Selbst- oder Fremdgefährdung eine geschlossene Unterbringung gerichtlich angeordnet wurde.

Im **Main-Tauber-Kreis** gibt es kein ambulantes psychiatrisches Pflegeangebot. Stationäre psychiatrische Pflege erbringt das Haus am Sonnenberg.[87]

Handlungsempfehlungen und Perspektiven klinische/medizinisch-therapeutische Versorgung und ambulante psychiatrische Pflege

Es sollte geprüft werden, inwieweit die Psychiatrische Institutsambulanz sich durch eine engere organisatorische und räumliche Verbindung noch stärker mit den Tagesstätten und dem Sozialpsychiatrischen Dienst im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Zentrums vernetzen kann.[88]

Das bestehende Angebot der ambulanten medizinischen Behandlung sollte durch ein tagesklinisches Angebot im Landkreis ergänzt werden.

Es sollte auch geprüft werden, unter welchen Voraussetzungen bestehende ambulante Pflegedienste künftig ambulante psychiatrische Pflegeleistungen anbieten könnten. Ein solcher Dienst sollte eng mit den bestehenden gemeindepsychiatrischen Diensten im Landkreis zusammen arbeiten, z.B. im Rahmen eines Trägerverbundes.

---

[85] Gemeinsamer Bundesausschuss: Beschlussempfehlung über eine Änderung der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege vom 15.02.2005

[86] Gemeinsamer Bundesausschuss: Beschlussempfehlung über eine Änderung der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege vom 15.02.2005

[87] siehe unter Kapitel II.2.4

[88] Siehe 4.5 Vernetzung und Kooperation

Maßnahmevorschläge klinische/medizinisch-therapeutische Versorgung und ambulante psychiatrische Pflege:

- Schaffung eines teilstationären tagesklinischen Angebots
- Überlegungen zu einer engeren Vernetzung der Psychiatrischen Institutsambulanz mit SPDi und Tagesstätte, z.B. durch wechselseitige Sprechzeiten in den Einrichtungen
- Aufbau eines Angebots von ambulanter psychiatrischer Pflege durch Qualifizierung von Mitarbeitern der ambulanten Dienste und Integration dieses Angebotes in das Gemeindepsychiatrische Zentrum

4.5 Vernetzung und Kooperation

Die Unterstützungs- und Hilfeangebote für Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung haben sich leistungsrechtlich sehr stark ausdifferenziert. Auch die Trägerschaft für die einzelnen Leistungsarten ist vielfältig und heterogen. Es ist eine Vielzahl kleiner und großer, öffentlicher, freigemeinnütziger und privater Träger entstanden, deren Angebote nicht immer aufeinander abgestimmt sind. Deshalb ist es unverzichtbar, dass die Stadt- und Landkreise eine koordinierende Rolle einnehmen, die Zusammenarbeit aller Beteiligten fachlich begleiten und neue Vernetzungsprozesse anstoßen.
Um eine möglichst gute Vernetzung der Angebote zu erreichen, haben alle Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg örtliche Psychiatrie-Arbeitskreise eingerichtet. Als weitere Instrumente der Koordination und Kooperation wurden in unterschiedlichem Umfang Gemeindepsychiatrische Verbünde und Gemeindepsychiatrische Zentren aufgebaut und schrittweise weiter entwickelt.

Im psychiatrischen Hilfesystem ist im Hinblick auf die Heterogenität von Angeboten und leistungsrechtlichen Zuständigkeiten sowie die sehr unterschiedlichen Krankheitsverläufe, eine individuelle Hilfeplanung sinnvoll. Hilfeplanverfahren dienen dazu, unter Beteiligung von Leistungsträgern, Leistungsanbietern und Leistungsempfängern, die individuell passende Angebotsform zu finden und in die Wege zu leiten. Die individuelle Hilfeplanung wird ergänzt durch das Fallmanagement, bei dem die Begleitung des Einzelnen im Hilfeprozess im Mittelpunkt steht. In einigen Kreisen werden darüber hinaus sogenannte Hilfeplankonferenzen durchgeführt, die die Ergebnisse der individuellen Hilfeplanung prüfen und bestätigen. Die Hilfeplanung ist als auf den Einzelnen und seine Kompetenzen konzentrierte Maßnahme das Kernstück bei der praktischen Umsetzung eines personenzentrierten Ansatzes.[89]

[89] s. dazu Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Bedarfsermittlung und Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe… in Nachrichtendienst des Deutschen Vereins, Juli 2009, S. 253 ff.,

Als Interessenvertretung für Menschen mit psychischer Erkrankung, die an den Hilfeplanverfahren zu beteiligen sind, gibt es in vielen Stadt- und Landkreisen so genannte Patientenfürsprecher.

Die örtlichen Psychiatriearbeitskreise haben nach der Konzeption des Landes Baden-Württemberg die Aufgabe sowohl die Kooperation und Koordination zwischen den Aufgaben und Maßnahmen, als auch zwischen den Planungs- und Kostenträgern in einer Versorgungsregion sicherzustellen, und Aussagen zu Versorgungslücken und zum Versorgungsbedarf zu erarbeiten. Sie sollen zu diesem Zweck Gemeindepsychiatrische Verbünde aufbauen. [90]

Im Gemeindepsychiatrischen Verbund sollen die vorhandenen Ressourcen durch verbindliche Absprachen auf vertraglicher Grundlage zusammengeführt werden. Die verschiedenen ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen und Dienste der psychiatrischen Versorgung in einer Region sollen aufeinander abgestimmt werden, um die Grundversorgung verlässlich zu gewährleisten. Der Gemeindepsychiatrische Verbund ist ein Netzwerk von Einrichtungen und Diensten, die gemeinsam eine vertragliche Versorgungsverpflichtung für einen definierten Personenkreis in einem geographisch begrenzten Gebiet übernehmen.
Zum Aufbau eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes, sind nach der Konzeption des Landes Baden-Württemberg vier Schritte zu vollziehen. Im ersten Schritt sollen die vorhandenen Angebote und der Bedarf in der Versorgungsregion analysiert werden. Im zweiten Schritt soll verbindlich festgelegt werden, welche zusätzlichen Angebote geschaffen werden und welche Überkapazitäten gegebenenfalls abgebaut werden müssen. Dazu wird die Erstellung eines Psychiatrieplans empfohlen. Im dritten Schritt soll der Sozialpsychiatrische Dienst eine verstärkte Koordinations- und Kooperationsfunktion erhalten. Im vierten Schritt sollen Kooperationsverträge zwischen den Trägern geschlossen werden. [91]

Aufbau, fachliche Planung und Koordination des Gemeindepsychiatrischen Verbundes sollen durch den örtlichen Psychiatrie-Arbeitskreis erfolgen. Er soll Vorschläge für eine bedarfsgerechte Planung der psychiatrischen Versorgung erarbeiten und an der Entwicklung einer flexiblen Fortschreibung der Planung mitwirken. Er soll die Kooperationsverträge und vertraglichen Versorgungsverpflichtungen vorbereiten. Dabei sollen auch Instrumente der Qualitätssicherung erarbeitet werden. Der Psychiatrie-Arbeitskreis soll die kommunalen Gremien beraten.[92]

Seit dem 01.01.2007 ist Voraussetzung für eine Förderung der Sozialpsychiatrischen Dienste durch das Land Baden-Württemberg, dass der jeweilige Sozialpsychiatrische Dienst verbindlich zumindest mit einer Psychiatrischen Institutsambulanz, einem Soziotherapie-Anbieter und einer Tagesstätte kooperiert. Dieser Verbund bedarf einer schriftlichen Vereinbarung.[93] Im Jahr 2007 hatten 41 von 44

[90] Sozialministerium Baden-Württemberg: Konzeption eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes. 24.10.1994
[91] ebenda
[92] Sozialministerium Baden-Württemberg: Konzeption eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes. 24.10.1994
[93] VwV-SpDi vom 30.11.2006

Stadt- und Landkreisen einen Gemeindepsychiatrischen Verbund eingerichtet.[94] Der Grad der Verbindlichkeit dieser Vereinbarungen dürfte in der Praxis sehr unterschiedlich sein. Hilfeplankonferenzen waren 2007 bei 60 % der Sozialpsychiatrischen Dienste eingeführt, wobei einige Dienste die zunächst eingeführten Hilfeplankonferenzen mittlerweile ausgesetzt und durch Hilfeplangespräche ersetzt haben.[95]

Gemeindepsychiatrische Zentren sollen die ambulante sozialpsychiatrische Versorgung an einem konkreten Standort möglichst „unter einem Dach" bündeln, um die vorhandenen Ressourcen effektiver einsetzen und personenbezogen ausgestalten zu können. Anlass für die Konzeptionsentwicklung waren zahlreiche Änderungen in der Angebotslandschaft sowie bei der Finanzierung einzelner Angebote. 2002 haben sich die Krankenkassen aus der Finanzierung der Sozialpsychiatrischen Dienste zurückgezogen, das Land Baden-Württemberg hat später seine Zuschüsse reduziert. Gleichzeitig wurde mit dem Aufbau von Tagesstätten und Psychiatrischen Institutsambulanzen begonnen. Soziotherapie wurde als neue Leistung der Krankenkassen eingeführt. Bei den Zielsetzungen und den daraus folgenden Angeboten gibt es allerdings teilweise erhebliche Überlappungen, insbesondere im Bereich der psychosozialen Betreuungsleistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste und der Psychiatrischen Institutsambulanzen.[96]
Das Gemeindepsychiatrische Zentrum als primäre Anlaufstelle, bietet Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung eine eindeutige Adresse, an die sie sich in Krisensituationen und bei sonstigem Hilfebedarf wenden können, um die erforderliche Unterstützung zu erhalten. So lässt sich z.B. der Besucher einer Tagesstätte, der bislang nicht bereit war, einen niedergelassenen Facharzt aufzusuchen, unter Umständen leichter überzeugen, den Facharzt der Psychiatrischen Institutsambulanz zu konsultieren, wenn dieser regelmäßig im Gemeindepsychiatrischen Zentrum anwesend und daher bekannt ist.
Nach der Konzeption des Landes Baden-Württemberg sollen an einem Gemeindepsychiatrischen Zentrum mindestens der Sozialpsychiatrische Dienst, der Anbieter der Soziotherapie, die Tagesstätte und die Psychiatrische Institutsambulanz beteiligt sein. Optional können weitere Leistungserbringer wie z.B. die Träger des ambulant betreuten Wohnens, des betreuten Wohnens in Familien, der Werkstätten, der Heime und Rehabilitationseinrichtungen, niedergelassene Ärzte sowie die Stadt- und Landkreise beteiligt werden.[97]
Das Gemeindepsychiatrische Zentrum bietet den Vorteil, dass die Versorgung von Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung effizient und einrichtungsübergreifend gesteuert werden kann. Das Gemeindepsychiatrische Zentrum übernimmt sowohl die institutionelle Koordination als auch die Fallkoordination in Bezug auf eine einzelne Person. Wenn die Einrichtungen und Dienste „unter einem Dach" angesiedelt sind und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Tür an Tür arbeiten, werden in erheblichem Maße Zeit und Kosten für die Koordination im Einzelfall eingespart und Doppelstrukturen vermieden. Das Gemeindepsychiatrische Zentrum bildet den Kern des Gemeindepsychiatrischen Verbundes. Deshalb sollte

[94] Sozialministerium Baden-Württemberg: Mitteilungen der Stadt- und Landkreise im Rahmen der Verwendungsnachweise zu den Sozialpsychiatrischen Diensten. Protokoll der Sitzung des Landesarbeitskreises Psychiatrie am 17.09.2008
[95] Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg: Jahresbericht 2007. Freiwillige Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg. Stuttgart. S.45-46
[96] Sozialministerium Baden-Württemberg: Konzeption Gemeindepsychiatrisches Zentrum. 04.02.2004
[97] Sozialministerium Baden-Württemberg: Konzeption Gemeindepsychiatrisches Zentrum. 04.02.2004

auch das Hilfeplanverfahren im Gemeindepsychiatrischen Zentrum installiert werden.[98] Die unterschiedliche Trägerschaft der Leistungserbringer und deren „Markenidentität“ bleiben im Gemeindepsychiatrischen Zentrum erhalten.

Im **Main-Tauber-Kreis** existiert keine Hilfeplankonferenz. Die individuelle Hilfeplanung erfolgt durch anlassbezogene individuelle Hilfeplangespräche.
Der Psychiatriearbeitskreis tagt regelmäßig zweimal pro Jahr. Ein Gemeindepsychiatrischer Verbund wurde bislang nicht vereinbart und wird derzeit von Anbieterseite auch nicht als notwendig erachtet, da die bestehende Vernetzung gut sei.
Allerdings wurde am 01.01.2007 eine Kooperationsvereinbarung „Gemeindepsychiatrisches Zentrum im Main-Tauber-Kreis“ abgeschlossen. Vertragspartner sind der Sozialpsychiatrische Dienst, die Psychiatrische Institutsambulanz, das Tageszentrum „Der Treff“ sowie das ambulant betreute Wohnangebot des VOP. Das Gemeindepsychiatrische Zentrum (GPZ) ist offen für weitere Leistungsanbieter. „Die auf Dauer angelegte Vernetzung der Hilfsangebote soll eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen … in Bereichen der Therapie und Behandlung, der Tagesstrukturierung und des Wohnens…“.[99] Eine Besonderheit ist, dass die Angebote des Gemeindepsychiatrischen Zentrums nicht in einem Gebäude bzw. an einem Standort zusammengefasst sind. Vielmehr ist laut Kooperationsvereinbarung „… der Begriff Zentrum nicht als räumlicher Zusammenschluss unter einem Dach zu verstehen. Die räumlich getrennten Strukturen der einzelnen Leistungsanbieter sollen beibehalten werden, da eine Zentralisierung die niederschwelligen Angebote des GPZ negativ beeinflussen würde.“[100]

Handlungsempfehlungen und Perspektiven Vernetzung und Kooperation

Dass im Main-Tauber-Kreis kein Gemeindepsychiatrisches Zentrum „unter einem Dach“ besteht, kann als von den beteiligten Trägern gewollt akzeptiert werden. Die Konzentration in einem Gebäude würde die bestehende Unterversorgung von nördlichem und südlichem Kreisgebiet u.U. eher noch verstärken. Allerdings sollte die Kooperationsvereinbarung für das Gemeindepsychiatrische Zentrum im Sinne eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes erweitert werden, um die Kooperation durch Einbeziehung aller relevanten Akteure einschließlich der Wohnheim- und Werkstattträger auf eine breitere und verbindlichere Basis zu stellen.
Weitere Möglichkeiten, das Angebot des Gemeindepsychiatrischen Zentrums abzurunden, bestünden in der Einbindung niedergelassener Ärzte und Therapeuten oder auch der Erbringung von Leistungen der Krankenkasse mit eigenem Personal, z.B. im Bereich der Ergotherapie.

In diesem Zusammenhang könnte eine verbindlichere Kooperation zwischen Tagesstätten und Werkstatt dazu führen, dass das Spektrum der Arbeits- und Beschäftigungsangebote in der Tagesstätte erweitert würde. Auch die Zusammenarbeit von Sozialpsychiatrischem Dienst und Psychiatrischer Institutsambulanz sollte auf eine noch verbindlichere Basis gestellt werden. Es sollte nach Möglichkeiten gesucht werden, bei denen der Sozialpsychiatrische Dienst Leistungen für die Psychiatrische Institutsambulanz gegen Abrechnung erbringt, um damit Doppel-

[98] Sozialministerium Baden-Württemberg: Konzeption Gemeindepsychiatrisches Zentrum. 04.02.2004
[99] Kooperationsvereinbarung „Gemeindepsychiatrisches Zentrum im Main-Tauber-Kreis“, 01.01.2007
[100] ebenda

strukturen zu vermeiden und ein gut abgestimmtes Angebot für Betroffene und Angehörige bereit zu stellen. Vorhandene Schnittstellen könnten optimiert bzw. reduziert werden.

Maßnahmevorschläge Vernetzung und Kooperation

- Bedarfsgerechte Ausstattung von Hilfeplanung und Fallmanagement, die als zentrale Schaltstellen für die Umsetzung eines personenzentrierten Ansatzes wirken
- Prüfung, ob die Einrichtung einer Hilfeplankonferenz sinnvoll ist
- Weiterentwicklung der Kooperationsvereinbarung des Gemeindepsychiatrischen Zentrums im Sinne eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes
- Erweiterung des Kreises der beteiligten Institutionen und Anbieter

4.6 Planungsbeteiligung durch Leistungsempfänger

4.6.1 Patientenfürsprecher

Patientenfürsprecher sind nach der Konzeption des Landes Baden-Württemberg[101] neutrale Interessenvertreter, die sich für die Wahrung von Rechten und Interessen von Menschen mit psychischer Erkrankung einsetzen. Menschen mit psychischer Erkrankung können ihre Rechte krankheitsbedingt und aufgrund der Komplexität des Versorgungssystems oft nicht oder nicht zu jeder Zeit wirkungsvoll selbst vertreten. Der Patientenfürsprecher soll den Dialog zwischen Patienten und Professionellen fördern. Dabei bedarf es eines sensiblen und überlegten Vorgehens, vor allem wenn es um fallbezogene Kritik an der Behandlung, um Beschwerden und um Qualitätssicherung geht. Eine wesentliche Aufgabe des Patientenfürsprechers liegt zudem darin, zwischen den Autonomieansprüchen der Betroffenen und den Schutzbedürfnissen Dritter zu vermitteln. Der Patientenfürsprecher kann nur im Auftrag des Betroffenen aktiv werden, wenn er von diesem oder dessen Vertreter dazu bevollmächtigt wurde. Er ist zur Verschwiegenheit verpflichtet.
Der Patientenfürsprecher soll Anregungen und Beschwerden von Menschen mit psychischer Erkrankung und ihren Angehörigen entgegennehmen, überprüfen und gegenüber Dritten vertreten. Ziel dabei ist es, zu schlichten, zu vermitteln und zur Problemlösung beizutragen. Darüber hinaus soll der Patientenfürsprecher sich wiederholende Beschwerden und Probleme, die für eine Einrichtung typisch zu sein scheinen, festhalten und an die verantwortlichen Stellen weiterleiten. Schließlich soll der Patientenfürsprecher Anregungen in den Psychiatrie-Arbeitskreis einbringen und dort eine beratende Funktion übernehmen.
Patientenfürsprecher sind in der Regel für einen Stadt- oder Landkreis zuständig. Als Sitz bzw. Standort des Patientenfürsprechers sollte das Landratsamt fungieren. Es handelt sich um ein Ehrenamt. Der Patientenfürsprecher wird durch den

[101] Sozialministerium Baden-Württemberg: Konzeption für eine Interessenvertretung psychisch kranker Menschen durch ehrenamtlich tätige Patientenfürsprecher auf kreiskommunaler Ebene (Patientenfürsprecher-Konzeption). Beschlossen vom Landesarbeitskreis Psychiatrie in seiner Sitzung am 19.10.1994

Kreistag bestellt. Er soll regelmäßig Sprechstunden abhalten und Besuche in Kliniken und Heimen, auch in geschlossenen Bereichen, durchführen. Zur Information des Psychiatrie-Arbeitskreises soll er einen Tätigkeitsbericht vorlegen.

Im **Main-Tauber-Kreis** gibt es eine Patientenfürsprecherin, die laut Angaben im Wegweiser Gemeindepsychiatrie des Main-Tauber-Kreises sowohl per Telefon wie auch zu festen Sprechzeiten einmal wöchentlich im Kreiskrankenhaus erreichbar ist. Sie war als Teilnehmerin des Begleit-Arbeitskreises in den Planungsprozess einbezogen.

4.6.2 Befragung zur Angebotsnutzung und Zukunftswerkstatt

Im Rahmen der Teilhabeplanung wurden alle Anbieter offener Hilfen gebeten, mindestens fünf Nutzer ihrer Angebote mit Hilfe eines Fragebogens zu Nutzungsgewohnheiten und zur Zufriedenheit mit den Angeboten zu befragen. Im weiteren Verlauf des Planungsprozesses wurde vom Landratsamt eine Zukunftswerkstatt angeboten, an der neben Trägervertretern einige Besucher der Tagesstätte und Beschäftigte der WfbM teilnahmen.
Sowohl die Anbieterbefragung wie die Zukunftswerkstatt ergaben, dass die offenen, einfach zugänglichen Angebote gerne und zahlreich genutzt werden. Ca. 80 % der Nutzer sind über 40 Jahre, rund ein Drittel über 60 Jahre alt. Drei Viertel sind Frauen, fast 80 % wohnen privat ohne weitere Unterstützungsleistungen, nur 16 % sind auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt. Besonders gern und regelmäßig werden der Angehörigentreff, die Nachbarschaftshilfe, Sport- und Bildungsangebote sowie allgemeine Dienstleistungen in Anspruch genommen. Auch Beratungs- und Gesprächsangebote werden gut genutzt.

In der Zukunftswerkstatt konnten im Gespräch mit den Nutzern Einschätzungen zu einzelnen Angebotsbereichen und Angebotsdefiziten detaillierter herausgearbeitet werden. Folgende Problemfelder wurden benannt:
Allg. Wünsche und Problembereiche:

- Mehr präventive Angebote
- Mehr Öffentlichkeitsarbeit/Werbung und Motivierung zur Angebotsnutzung
- Bessere Vernetzung und Durchlässigkeit der Angebote
- Personalmangel/Platzmangel
- Fehlen von Geld und Zeit

Wichtige Angebote:

- Begleitung beim Übergang Schule-Beruf sowie in der Ausbildung und im Beruf
- Außenarbeitsplätze der WfbM
- In der WfbM vielseitige Arbeit ohne Druck
- Tagesstätte (Arbeits-, Kontakt- und Gemeinschaftsangebot, Kochen/Mittagessen)
- Zuverdienstmöglichkeiten
- offene Anlaufstelle
- feste therapeutische Gesprächsgruppen
- Kurzzeit-„Pflege“

- Sportangebote (von Trägern, von Vereinen)
- Angebote am Wohnort, insbesondere auch am Feierabend bzw. Wochenende
- Zusammenarbeit von Haupt- und Ehrenamtlichen

Fehlende Angebote:

- Beschäftigungsmöglichkeiten ohne Druck auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
- größere Tagesstätte (Räume im Nebengebäude vorhanden)
- mehr Fachpersonal (Tagestätte und allg.)
- Arbeitsmöglichkeiten zwischen WfbM und Arbeitsmarkt
- niederschwellige, nicht ausgrenzende Anlaufstelle
- Kurzzeit-„Pflege“
- Öffnung der Angebote, mehr Information über Angebote
- Freizeitangebote nach Feierabend
- Kochkurs
- Angebote im Ruhestand
- Fahrgemeinschaften organisieren („Mitfahrbörse“)

Hindernisse für Angebotsnutzung:

- Zeit und Geld fehlen
- Zu wenig Angebote zu bestimmten Zeiten/an bestimmten Orten
- Mobilität schwierig (zu geringes ÖPNV-Angebot, zu wenig behindertengerechte Fahrdienste)
- Zu wenig (nichtärztliche) Therapeuten, generell zu wenig Fachpersonal[102]

Betont wurden insbesondere die von den psychisch kranken/seelisch behinderten Menschen erfahrene Abgeschlossenheit und Ausgrenzung, die zu einer „Stigmatisierung“ von Nutzern und von Angeboten führt. Mehrere Angebotsbereiche werden zwar als gut ausgebaut und wichtig, aber gleichzeitig als nicht ausreichend bewertet (Räumlichkeiten, Fachpersonal, Anzahl der offenen Angebote, Anzahl der WfbM-Plätze). Besonders erwähnt wurde der Wunsch nach einer unabhängigen Anlauf- und Beratungsstelle, die von Menschen mit psychischer Krankheit und seelischer Behinderung auch schon bei ersten Problemanzeichen in Anspruch genommen werden kann.

Handlungsempfehlungen Planungsbeteiligung

Die Ergebnisse von Befragung und Zukunftswerkstatt bieten erstmals die Chance, im Main-Tauber-Kreis in größerem Maßstab auch die Wünsche der Betroffenen in die Planungsüberlegungen einzubeziehen. Diese Chance sollte bei der Umsetzung dieses Teilhabeplans intensiv genutzt werden, indem die dargestellten Handlungsfelder und Problembereiche gemeinsam auf Verbesserungspotentiale geprüft und praktikable Lösungen gesucht werden. Die Betroffenen sind Experten in eige-

[102] Übertragung der auf einer Wandzeitung festgehaltenen Ergebnisse der Zukunftswerkstatt am 19.03.2009 im Landratsamt Tauberbischofsheim

ner Sache. Ihre Beteiligung sollte künftig fest im Planungsprozess verankert und produktiv genutzt werden.

Maßnahmevorschläge Planungsbeteiligung

- Beteiligung von Vertretern der Menschen mit Behinderung in den Planungsgremien
- Nachvollziehbare Umsetzung der im Teilhabeplan formulierten Ziele und Maßnahmevorschläge
- Regelmäßige Nutzerbefragungen

Literaturverzeichnis

Bellach, Bärbel-Maria, Dr.: Der Bundesgesundheitssurvey 1998. In: Das Gesundheitswesen, 61.Jahrgang, Sonderheft 2 Dezember 1999, Thieme Verlag, Stuttgart, S. 216 ff.

Beraterkommission zur Begleitung des Modellprogramms Psychiatrie (1980 – 1986) (Hrsg.): Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich (Bericht "Empfehlungen der Expertenkommission" 1988).

Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen: Richtlinien über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinien) in der Fassung vom 23. August 2001.

Bundesministerium der Justiz (Hrsg.): Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung - Psych-PV vom 18.12.1990.

Bundesministerium für Justiz (Hrsg.): Werkstättenverordnung WVO vom 13.08.1980.

Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/ psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Psychiatrie-Enquete. November 1975.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (Hrsg.): ICD-10-GM, Version 2008, Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification. Stand 5. Oktober 2007.

Gemeindepsychiatrisches Zentrum im Main-Tauber-Kreis, Kooperationsvereinbarung vom 01.01.2007.Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.): Beschlussempfehlung über eine Änderung der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege vom 15.02.2005.

Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (Hrsg.): Beschlussvorlage des KVJS- Verbandsausschusses am 08.07.2008: „Versorgungsstrukturen für pflegebedürftige behinderte Menschen in der Abgrenzung Eingliederungshilfe und Pflege“. In: KVJS-Service Alter und Behinderung. Informationen, Meinungen und Praxisbeispiele zu einem aktuellen Thema. Dokumentation von zwei KVJS-Fachtagungen und weiteren Materialien. Stuttgart, November 2008.

Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (Hrsg.): Fallzahlen und Ausgaben in der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII für 2007. Stuttgart 2008.

Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (Hrsg.): Statistik-Bericht 2008: Leistungsempfängerdatei des Main-Tauber-Kreises zum Stichtag 31.12.2007.

Landesarbeitskreis Psychiatrie Baden-Württemberg (Hrsg.): Konzeption Tagesstätten für psychisch Kranke und Behinderte. Beschluss vom 17.04.1991.

Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern und gleichlautend Landeswohlfahrtsverband Baden (Hrsg.): Vorläufige Richtlinien und Fördergrundsätze für Tagesstätten für psychisch behinderte Menschen, 01.01.2003.

Landratsamt Main-Tauber-Kreis: Wegweiser Gemeindepsychiatrie für den Main-Tauber-Kreis. September 2007.

Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg (Hrsg.): Jahresbericht 2007. Freiwillige Dokumentation der Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg. Stuttgart 2007.

Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg: Protokoll des Landesarbeitskreises Psychiatrie am 17.09.2008.

Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg: Psychiatrieplan 2000. Teil 1 Rahmenplanung. Stuttgart 2000.

Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg: Konzeption eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes. 24.10.1994.

Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg: Konzeption Gemeindepsychiatrisches Zentrum. 04.02.2004.

Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg: Konzeption für eine Interessenvertretung psychisch kranker Menschen durch ehrenamtlich tätige Patientenfürsprecher auf kreiskommunaler Ebene (Patientenfürsprecher-Konzeption). Beschlossen vom Landesarbeitskreis Psychiatrie in seiner Sitzung am 19.10.1994.

Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg: Verwaltungsvorschrift für die Förderung von sozialpsychiatrischen Diensten (VwV-SpDi) vom 30. November 2006.

Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg (Hrsg.): Wegweiser Psychiatrie Baden-Württemberg. Stuttgart, August 2008.

Regus, Michael, Prof. Dr.: Gemeindepsychiatrie in der Krise: In: Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 3 2008, Psychiatrie-Verlag, Bonn 2008, S. 35ff.

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung.

Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.

Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (SGB XII) – Sozialhilfe.

Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 3 2009, Themenschwerpunkt „Trialog“, Psychiatrie-Verlag, Bonn 2009.

Sozialpsychiatrischer Dienst im Main-Tauber-Kreis: Tätigkeitsbericht 2007.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Landesinstitut für Schulentwicklung: Bildung in Baden-Württemberg, Bildungsberichterstattung 2007. Stuttgart 2007.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Ergebnisse des Mikrozensus 2006. Stuttgart 2008.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Sonderauswertung Krankenhausbetten, Patienten, Verweildauern und Bettenauslastung in den Krankenhäusern Baden-Württembergs 1990 und 2006.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg: Steigende Fallzahlen in den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen der Krankenhäuser. Auch mehr Behandlungsfälle bei den Erwachsenen. Pressemitteilung Nr. 22/2008 vom 14.01.2008.

Strafgesetzbuch (StGB)

VOP gemeinnützige Gesellschaft für offene Psychiatrie im Main-Tauber-Kreis mbH: Jahresbericht 2007.

Internetquellen

www.christophsbad.de/Blick-auf-600-Jahre-Geschichte-NWZ-22-August-2008.html. Zugriff am 27.08.2008.

www.hotel-stmichael.com.

Teilnehmerliste des Planungskreises und wichtige Adressen

Bucher, Nikolaus	Agentur für Arbeit, Rehabilitanden/ Schwerbehinderte, Pestalozziallee 17, 97941 Tauberbischofsheim
Dürr, Winfried	Werkstatt für psychisch behinderte Menschen, Werkstattrat, Leuchtenbergstraße 27, 97947 Grünsfeld
Fernkorn, Susanne	Landratsamt Main-Tauber-Kreis, Sozialpädagogischer Fachdienst, Gartenstr. 1, 97941 Tauberbischofsheim
Fluhrer, Winfried	Caritasverband im Tauberkreis e. V., Schlossplatz 6, 97941 Tauberbischofsheim
Gerle, Christian	Kommunalverband für Jugend und Soziales, Lindenspürstraße 39, 70176 Stuttgart
Gotthard, Jürgen	Landratsamt Main-Tauber-Kreis, Sozialamt, Gartenstr. 1, 97941 Tauberbischofsheim
Groß, Jürgen	VOP Gemeinnützige GmbH, Eichendorffstr. 12, 97941 Tauberbischofsheim
Hausch, Andrea	Diakonisches Werk Bad Mergentheim, Bahnhofstr. 12, 97980 Bad Mergentheim
Kayal, Sabine	Landratsamt Main-Tauber-Kreis, Sozialpädagogischer Fachdienst, Gartenstr. 1, 97941 Tauberbischofsheim
Kriks, Jürgen	Landratsamt Main-Tauber-Kreis, Sozialpsychiatrischer Dienst, Albert-Schweitzer-Straße 31, 97941 Tauberbischofsheim
Krug, Elisabeth	Landratsamt Main-Tauber-Kreis, Sozialdezernat, Gartenstr. 1, 97941 Tauberbischofsheim
Ley, Rosemarie	Kreiskrankenhaus Tauberbischofsheim, Patientenfürsprecherin, Joseph-Dürr-Str. 33, 97941 Tauberbischofsheim

Lind, Marlies	Diakonisches Werk Tauberbischofsheim, Kirchweg 3, 97941 Tauberbischofsheim
Mönikheim, Claus	Arche Noah e. V., Ebertsbronn Nr. 2, 97996 Niederstetten
Philhower , Alexander	Werkstatt für psychisch behinderte Menschen, Werkstattrat, Dr.-Ullrich-Straße 11, 97941 Tauberbischofsheim
Radke, Rosemarie	Integrationsfachdienst, Ramminger Str. 10, 97941 Tauberbischofsheim
Schäffner, Barbara	Wohnheim St. Bonifatius Anton-Schwan.Str. 1 97941Tauberbischofsheim
Schmitt, Nina	Kreiskrankenhaus Tauberbischofsheim, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, Sozialdienst Am Heimbergsflur 16, 97941 Tauberbischofsheim
Schwarzer, H.	Angehörigengruppe von psychisch kranker Menschen Hardheimerstr. 66 74746 Höpfingen
Stocker, Werner	Kommunalverband für Jugend und Soziales, Lindenspürstraße 39, 70176 Stuttgart
Uihlein, Iris	Psychotherapeutische Medizin, Am Heimbergsflur 16, 97941 Tauberbischofsheim
Wengel, Christina	Landratsamt Main-Tauber-Kreis, Sozialamt, Gartenstr. 1, 97941 Tauberbischofsheim
Wolfert, Alfred	VOP Gemeinnützige GmbH, Eichendorffstr. 12, 97941 Tauberbischofsheim

	Landratsamt Main-Tauber-Kreis, Gesundheitsamt, Albert-Schweitzer-Straße 31, 97941 Tauberbischofsheim
	Psychiatrische Institutsambulanz Am Heimbergsflur 16 97941 Tauberbischofsheim
	IPE e.V. René Müller Kapellenstr. 19 97941 Tauberbischofsheim Tel.: 09341/4861
	Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Bad Mergentheim e. V., Rotkreuz-Straße 31, 97980 Bad Mergentheim
	Suchtberatung der AGJ- Fachbereich für Prävention und Rehabilitation, Schlossplatz 6, 97941 Tauberbischofsheim
	Weinsberger Hilfsverein e. V., Weissenhof Haus 25, 74189 Weinsberg
	Haus am Sonnenberg, Einrichtung für psychisch kranke Menschen, Erlenbachstraße 30, 97999 Igersheim
	Erlacher Höhe, Zentrale Verwaltung, 71577 Großerlach
	Betreuungsverein der Lebenshilfe, Albert-Schweitzer-Straße 31, 97941 Tauberbischofsheim
	Nachbarschaftshilfe Bad Mergentheim, Härterichstr. 18, 97980 Bad Mergentheim
	Nachbarschaftshilfe Niederstetten, Kirchplatz 6, 97996 Niederstetten
	Nachbarschaftshilfe TBB e.V., Mergentheimer Straße 30, 97941 Tauberbischofsheim

Teilhabeplan Main-Tauber-Kreis

Das Landratsamt Main-Tauber-Kreis erbringt seit 2005 die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlicher Behinderung.

Eine aktive und zukunftsgerichtete, erfolgreiche Aufgabenerfüllung setzt ausreichend detaillierte Informationen zu bestehenden Angeboten und der künftigen Bedarfsentwicklung des Hilfebedarfs voraus.

In Zusammenarbeit mit dem Kommunalverband für Jugend und Soziales (KVJS) wurde die Sozialplanung für Menschen mit Behinderung entwickelt. Die Sozialplanung „Mitten im Leben – Teil 2“ beschäftigt sich mit dem Personenkreis der chronisch psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen.

Im Fokus stehen zwei grundlegende Fragen:

1. Welche Hilfen und Angebote für Menschen mit seelischer Behinderung gibt es und wie ist dieses Angebot zu bewerten?

2. Wie sollen die Hilfen und Angebote für Menschen mit seelischer Behinderung künftig gestaltet sein und wie können sie finanziert werden?

Neben einer Bestandsaufnahme sowie qualitativen Bedarfsprognosen zur zukünftigen Angebotsentwicklung sind konkrete Handlungsempfehlungen und Maßnahmevorschläge für die Bereiche Wohnen, Tagesstrukturierung / Arbeit sowie komplementäre gemeindepsychiatrische Angebote entwickelt worden.

Landratsamt Main-Tauber-Kreis
Sozialamt
Gartenstraße 2 | 97941 Tauberbischofsheim
Telefon 09341 82-0 | Telefax 09341 82-5920
www.main-tauber-kreis.de | sozialamt@main-tauber-kreis.de