



Gemeindepsychiatrischer Verbund im Landkreis Reutlingen

Steuerungsgremium GPV
Landratsamt Reutlingen, Sozialdezernat
Postfach 2143 • 72711 Reutlingen

Reutlingen im September 2009

Bericht über die Tätigkeit des Gemeindepsychiatrischen Verbundes im Landkreis Reutlingen im Zeitraum 2007/2008

Der Bericht wurde erarbeitet von einer Arbeitsgruppe, an der beteiligt waren

- Wolfgang Bleher, Samariterstiftung
- Klaus Decker, Patientenführsprecher im Landkreis Reutlingen
- Reinhold Eisenhut, Verein zur Förderung einer sozialen Psychiatrie e.V.
- Uwe Köppen, Landratsamt Reutlingen
- Wolfgang Trauner, BruderhausDiakonie
- Georg Schulte-Kemna, BruderhausDiakonie

Schlussredaktion: Uwe Köppen, Wolfgang Trauner und Georg Schulte-Kemna.
Der Bericht wurde am 25.06.2009 in der Sitzung des Steuerungsgremiums GPV verabschiedet.

Grußwort des Landrats



Der vorliegende erste gemeinsame Bericht des Gemeindepsychiatrischen Verbundes im Landkreis Reutlingen macht deutlich, wie wichtig die gemeinsame Wahrnehmung der Versorgungsverantwortung chronisch psychisch kranker Menschen ist.

Wichtiger Grundsatz im Gemeindepsychiatrischen Verbund ist die einzelfallbezogene Hilfeplanung innerhalb der regionalen gemeinsamen Hilfeplankonferenzen. Bei dieser Planung, steht immer der betroffene Mensch im Mittelpunkt. Es wird mit ihm gemeinsam überlegt, welche Hilfen er in seiner individuellen Situation braucht und nicht, wie es früher häufig der Fall war, in welche vorhandenen Angebote er passen würde. Dazu ist ein hoher Anteil an ambulanten Versorgungsmöglichkeiten notwendig, die im Landkreis Reutlingen schon seit Jahren neben den Klinikstandorten Zwiefalten und Reutlingen bestehen. Leistungsfähige Träger bekennen sich zu ihrer Versorgungsverantwortung und stellen in gegenseitiger Abstimmung bedarfsgerechte Angebote zur Verfügung, die auch ständig weiterentwickelt werden. Neue Wege sind beispielsweise ein ausdifferenziertes Angebot ambulant betreutes Wohnen und die Stärkung des Betreuten Wohnen in Familien. Damit ist der Gemeindepsychiatrische Verbund Beispiel gebend auch für die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen insgesamt.

Ich danke auch im Namen des Kreistags für die verbindliche Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern, Klienten und Leistungsträgern. Hier nimmt der Landkreis Reutlingen mit den Partnern im Gemeindepsychiatrischen Verbund eine Vorreiterrolle im Land ein auf die wir stolz sind und die Anerkennung verdient.

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized first name and a more formal last name.

Thomas Reumann

Übersicht

Grußwort des Landrats

1. Gemeindepsychiatrischer Verbund: Grundlagen, Ausgestaltung und Zielsetzungen

1.1 Steuerungsgremium

1.2 Trägergemeinschaft

1.3 Mitgliedschaft in der BAG GPV

1.4 Hilfeplankonferenzen

1.5 Selbsthilfegruppen, Patientenfürsprecher

2. Leistungsbereiche in der Allgemeinpsychiatrie

2.1 Niederschwellige Hilfen im Gemeindepsychiatrischen Zentrum

2.1.1 Der Sozialpsychiatrische Dienst

2.1.2 Tagesstätten

2.2 Arbeit, Beschäftigung, Tagesstruktur

2.2.1 Werkstatt für behinderte Menschen

2.2.2 Integrationsfirmen

2.2.3 Zuverdienst - Angebot in Reutlingen

2.2.4 Integrationsfachdienst

2.2.5 Tagesstruktur und Förderung für psychisch behinderte Menschen

2.3 Wohnen

2.3.1 Betrachtung nach Sektoren

2.3.2 Ambulante und stationäre Formen

2.3.2.1 Betreutes Wohnen stationär

2.3.2.2 Betreutes Wohnen ambulant

2.3.3. Leistungen in Form Persönlicher Budgets

2.4 Stationäre Pflege

2.5 Krankenbehandlung gem. SGB V

2.5.1 Stationäre klinische Versorgung

2.5.1.1. Sektor Alb/Oberes Ermstal

2.5.1.2. Sektor Reutlingen/Umland

2.5.1.3. Stationäre Behandlung – Übersicht

2.5.2. Stationäre medizinische Rehabilitation

2.5.3 Ambulante Versorgung

2.5.3.1 Psychiatrische Institutsambulanzen

2.5.3.2 Niedergelassene Psychiater

2.5.3.3 Soziotherapie

2.5.3.4 Häusliche psychiatrische Pflege

3. Andere psychiatrische Teilbereiche

3.1 Suchtkrankenhilfe

3.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie

3.3 Gerontopsychiatrie

4. Anhang

- **Anlage 1:** Kooperationsvereinbarung GPV
- **Anlage 2:** Tabellenvergleich zu einzelnen Leistungsbereichen bezogen auf die Berichtsjahre 2007 und 2008

1. Der Gemeindepsychiatrische Verbund: Grundlagen, Ausgestaltung und Zielsetzungen

Mehr und mehr hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass eine angemessene Versorgung für Menschen mit psychischer Erkrankung - insbesondere bei chronischen Verläufen - nur durch Verbundlösungen von Leistungserbringern und Leistungsträgern gemeinsam gewährleistet werden kann. „Verbundlösung“ heißt: die Einrichtungen und Dienste sind untereinander und mit den Verfahren der Leistungsträger so verknüpft, dass Übergänge nahtlos erfolgen, d.h. Brüche vermieden werden und Angebote bedarfsgerecht strukturiert und finanziell abgesichert sind. Das übergeordnete Ziel ist die Wahrnehmung der gemeinsamen Versorgungsverantwortung für die Region, d.h. hier für den Landkreis. Übernahme der Versorgungsverantwortung bedeutet, dass die Versorgung so weiterentwickelt wird, dass niemand „durch die Maschen fällt“, d.h. dass insbesondere auch Menschen mit einem komplexen Hilfebedarf in der Region die erforderlichen Hilfen finden und nicht wegen fehlender Hilfen in eine andere Region weiter verwiesen werden müssen. Das ist keine leichte Aufgabe bei zunehmendem Bedarf und begrenzten Mitteln. Als Herausforderung ist diese Aufgabe von allen wesentlichen Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung im Landkreis Reutlingen bewusst angenommen, verbunden mit der Bereitschaft, ggf. Eigeninteressen zurückzustellen und Verpflichtungen gegenüber den Betroffenen einzugehen. Allerdings - und daran führt kein Weg vorbei - unter dem Vorbehalt einer angemessenen Finanzierung.

Förderlich für diesen Prozess des „Zusammenwachsens“ war die Tradition des Landkreises, sich über Modellvorhaben an der Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und –konzepten aktiv zu beteiligen. Das gilt vor allem für den „Personenzentrierten Ansatz“, der den Hilfebedarf des Einzelnen zum Maßstab der Versorgungsangebote macht. Eine standardisierte Bedarfsermittlung unter bewusster Einbeziehung des Betroffenen und eine Abstimmung der Leistungserbringung in Konferenzen zwischen Leistungserbringer und Leistungsträger haben sich als erprobte Wege der Individualversorgung etabliert. Als „Langzeitaufgabe“ ergibt sich dabei zwangsläufig, die Angebotspalette zu erweitern, d.h. bedarfsgerecht zu flexibilisieren. Hier gilt es, psychiatrischen Leitsätzen wie „ambulant vor stationär“ gerecht zu werden.

Auch unabhängig von Modellversuchen sind in Reutlingen Strukturen der Vernetzung entwickelt worden, die erst später von der Landespolitik als Ansätze gefördert wurden. Die Zusammenarbeit der ambulanten Dienste im Zentrum für Gemeindepsychiatrie war bereits fester Bestandteil der Versorgung, bevor die Idee des Gemeindepsychiatrischen Zentrums offiziell zur Linie des Sozialministeriums wurde.

Hervorzuheben ist weiterhin, dass die sozialpsychiatrische Planung im Landkreis eine gute Tradition hat. Bei Gründung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes konnte an die Zusammenarbeit im Sozialpsychiatrischen Arbeitskreis, einem Beratungsgremium ursprünglich zur Begleitung der Sozialpsychiatrischen Dienste, angeknüpft werden.

Mit der Verwaltungsreform hat sich die Stellung des Landratsamtes, die ursprünglich im Wesentlichen durch die Planungs- und Koordinierungsfunktion definiert war, durch Übernahme der Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe als örtlicher Sozialhilfeträger deutlich verändert.

Trotz dieser günstigen Voraussetzungen hat sich der Abschluss der Kooperationsvereinbarung zur Gründung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (Text der Vereinbarung siehe Anlage 1) lange hingezogen. Der Interessenausgleich gestaltete sich schwieriger als erwartet. Es galt festzulegen, auf welche Zielgruppen sich die zu vereinbarende Kooperation beziehen sollte. Der Aufgabenschwerpunkt des GPV Reutlingen liegt in der Allgemeinpsychiatrie, wobei ausdrücklich festgehalten ist, dass der GPV sich auch für die Versorgung von Menschen mit einer

Suchterkrankung oder einer gerontopsychiatrischen Erkrankung zuständig fühlt, soweit die jeweiligen Hilfesysteme hier nicht adäquat versorgen können.

Für den Bereich der Suchtkrankenversorgung besteht zwischenzeitlich ein eigenes Netzwerk Sucht, für den Bereich der Gerontopsychiatrie ist ein eigenes Netzwerk im Entstehen. Diese Entwicklung erscheint sinnvoll, weil die zu beteiligenden Akteure jeweils unterschiedlich sind. Die Schnittstelle zur Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe ist seinerzeit nicht ausdrücklich angesprochen worden. Der GPV hat sich aber zwischenzeitlich mehrfach auch mit dieser Thematik befasst.

Ferner war eine Verständigung notwendig, welchen Grundsätzen und Verpflichtungen sich die Leistungserbringer (ggf. auch Leistungsträger) unterwerfen wollten. Hinsichtlich der gefundenen Ergebnisse wird auf die Kooperationsvereinbarung verwiesen. Als Organe des Verbundes wurden ein Steuerungsgremium, eine Trärgemeinschaft der Leistungserbringer sowie die zwei Hilfeplankonferenzen etabliert.

Die Kooperationsvereinbarung wurde am 8.12.2005 verabschiedet und ist am 01.01.2006 in Kraft getreten. Die als wesentlich empfundene Einbindung der Leistungsträger ist leider bisher nur teilweise gelungen - der Verband der Angestellten-Ersatzkrankenkassen etwa hat sich bisher bedauerlicherweise nicht zur Beteiligung entschließen können.

Im Folgenden wird nun die Tätigkeit der Verbundorgane in den Jahren 2007/08 dargestellt

1.1 Steuerungsgremium

Das Steuerungsgremium des GPV hat die Aufgabe, Verwaltung und Politik auf der kommunalen Ebene fachlich zu beraten und die Weiterentwicklung der Versorgung abzustimmen. Es tagt unter dem Vorsitz des Sozialdezernenten ca. 4 mal im Jahr.

Mitglieder des Steuerungsgremiums GPV sind:

- der Landkreis, vertreten durch den Sozialdezernenten, den Psychiatrie-Koordinator und einen Vertreter des Gesundheitsamts
- der Stadt Reutlingen (Mitglied seit 11.10.2007)
- die Psychiatrie-Erfahrenen mit maximal zwei von ihnen benannten Vertretern
- die Angehörigen psychisch Kranker mit maximal zwei von ihnen benannten Vertretern
- der Patientenfürsprecher
- ein Vertreter der Bürgerhilfe
- ein Vertreter der niedergelassene Nervenärzte/Psychiater
- die an der psychiatrischen Versorgung beteiligten Leistungserbringer mit je einem Vertreter eines jeden Trägers
- ein Vertreter der Liga der freien Wohlfahrtspflege
- ein Vertreter der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK)
- ein Vertreter der Agentur für Arbeit
- ein Vertreter der gemeinsamen Servicestelle nach SGB IX.

In den Berichtsjahren standen neben den regelmäßigen Berichten aus Hilfeplankonferenz und Trärgemeinschaft folgende Themen im Vordergrund:

- GO der HPK: effektive Gestaltung bei zunehmender Fallzahl
- Zusammenarbeit mit anderen bestehenden Gremien (Schnittstellen Jugendhilfe, Altenhilfe-Pflege, Sucht)
- Schnittstelle: Klinikentlassung und komplementäre Versorgung
- Angebote und Bedarfe zur Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Datenerhebung im GPV
- Bericht des LK zur Eingliederungshilfe
- Externes Beschwerdemanagement

- Arbeit und Beschäftigung:
 - o TAB-Projekt („Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung“, ein Projekt der Aktion Psychisch Kranke) in den Landkreisen Ravensburg und Bodenseekreis: Erfahrungsaustausch
 - o Planung - Runder Tisch Arbeit: Ziel ist ein Gremium aus Landkreis, Leistungsträgern und –erbringern, dass bestehende Angebote und aktuelle Bedarfe vergleicht und entspr. Entwicklungsempfehlungen gibt
- Sozialpsychiatrischer Dienst: Aufgabenstellung, Ausstattung und Landesfördermittel
- Finanzierung der Tagesstätten für psychisch Kranke
- Ambulant Betreuten Wohnens: Entwicklung und Abschluss einer neuen Leistungsvereinbarung mit gestuften Sätzen nach Hilfebedarfsgruppen (auch für psychisch erkrankte Menschen)
- Versorgung von wohnsitzlosen Menschen mit psychischer Erkrankung
- Zuverdienst: Vereinbarung zu einer einzelfallfinanzierten Förderung

1.2 Trägergemeinschaft

Innerhalb des GPV sind die Träger von Diensten und Einrichtungen für psychisch kranke Menschen in der Trägergemeinschaft zusammengeschlossen, um die Kooperationsvereinbarung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes im Landkreis Reutlingen umzusetzen.

Aufgabe der Trägergemeinschaft ist es,

- die Vorschläge des Steuerungsgremiums GPV umzusetzen, soweit die Ressourcen bzw. die Leistungsträger dies ermöglichen;
- mögliche Synergien zwischen den Trägern abzusprechen
- in Absprache mit dem Steuerungsverbund neue Organisationsstrukturen weiterzuentwickeln und
- Trägervorhaben abzustimmen.

Mitglieder der Trägergemeinschaft sind derzeit

- BruderhausDiakonie, Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg, Reutlingen
- Gemeinnützige Gesellschaft für Psychiatrie Reutlingen mbH (PP.rt)
- Gesellschaft für Rehabilitation mbH Reutlingen (bis 31.12.08, danach Auflösung des Trägers)
- Samariterstift Grafeneck
- Tübinger Verein für Sozialpsychiatrie und Rehabilitation e.V. (IFD)
- Verein zur Förderung einer sozialen Psychiatrie Reutlingen e.V. (VSP)
- Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Münsterklinik Zwiefalten

Die beteiligten Träger übernehmen gemeinsam die Pflichtversorgung auf der Grundlage der Vereinbarung zum Gemeindepsychiatrischen Verbund im Landkreis Reutlingen, sofern die Finanzierung der erforderlichen Leistungen sichergestellt ist.

Die Trägergemeinschaft wird nach außen durch eine(n) Vorsitzende(n) und eine(n) Stellvertreter(in) vertreten, die auf 2 Jahre gewählt und an die Beschlüsse der Mitgliederversammlung gebunden sind.

Im Berichtszeitraum war

- der Vorsitzende Herr Georg Schulte-Kemna, Bereichsleiter Sozialpsychiatrie der BruderhausDiakonie
- der Stellvertretende Vorsitzender Prof. Dr. Gerhard Längle, Medizinischer Geschäftsführer PP.rt sowie Ärztlicher Direktor ZfP Südwürttemberg, Münsterklinik Zwiefalten.

Die Trägergemeinschaft tagt etwa zweimonatlich. Wesentliche Themen im Berichtszeitraum waren:

- Abstimmung der Träger zu aktuellen Entwicklungen
- Koordination und effektive Gestaltung der (Übergabe-)Schnittstellen zwischen dem klinischen und dem außerklinischen Bereich (Prozessabstimmung und Verfahrensoptimierung zwischen Klinik, komplementären Einrichtungen und Leistungsträger, verbindliche Vereinbarung)
- Trägerübergreifende Vereinbarung zur Koordinierenden Bezugsperson
- Datenerhebung und deren Relevanz für die Sozialplanung im Landkreis - Datenschutz
- Differenzierung des ABW im Landkreis (Entwicklung einer neuen Leistungsvereinbarung mit nach Hilfebedarfsgruppen gestuften Pflegesätzen auch für psychisch kranke Menschen)
- Ambulante Leistungen für Selbstzahler: Inhalt der Leistungen und vertragliche Gestaltung
- Konzeptentwicklung und Finanzierungsregelungen: Zuverdienst und Tagesstätte
- Betreutes Wohnen in Familien: neue Richtlinien der Region Neckar-Alb, steuerliche Belastung der Gastfamilien
- Stationäre psychiatrische Pflege und binnendifferenzierte Finanzierung
- Abstimmungen mit
 - o dem Suchthilfenetzwerk im LK RT
 - o der PSAG
 - o dem Koordinationskreis Hilfeplanverfahren
 - o der BAG GPV

1.3 Mitgliedschaft in der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde (BAG GPV)

Die Trägergemeinschaft GPV ist als Leistungserbringer-Verbund Mitglied in der BAG GPV. Die BAG GPV ist aus den bundesweiten Modellerprobungen zum Personenzentrierten Ansatz hervorgegangen. Sie ist ein Zusammenschluss von solchen Verbünden, die bestimmten gemeinsamen Qualitätsstandards verbindlich zustimmen.

Diese beziehen sich auf

- die personenzentrierte Ausrichtung des Hilfeangebotes
- die personenbezogene Kooperation
- die Wahrnehmung der regionalen Pflichtversorgung.

Die Aufgabe der BAG GPV besteht darin, nach innen hin die Mitgliedsverbünde bei der Weiterentwicklung ihrer Strukturen zu beraten und nach außen insbesondere gegenüber der Politik die Steuerung gemeindepsychiatrischer Versorgung durch Verbundstrukturen zu vertreten.

Die Mitgliederversammlungen der BAG finden in der Regel in Kassel statt, pro Jahr gibt es 3 – 4 Termine. Näheres zur BAG GPV siehe <http://www.bag-gpv.de>

1.4 Hilfeplankonferenzen

Im Rahmen des Landesmodellprojektes „Implementation des Personenzentrierten Ansatzes in die psychiatrische Versorgung“ wurden im Landkreis Reutlingen im Jahr 2003 **Hilfeplankonferenzen** zunächst erprobt und später dann als Regelarbeitsform eingeführt. Die Hilfeplankonferenzen im Gemeindepsychiatrischen Verbund tragen dazu bei, flexible bedarfsorientierte Leistungsangebote für die Hilfesuchenden in den Regionen im Landkreis Reutlingen umzusetzen. Sie dienen zudem der Qualitätsentwicklung in der psychiatrischen Versorgung. Zur Realisierung dieser Versorgungsaufgabe wurden gemeinsame Qualitätsstandards erarbeitet, die Grundlage für die Arbeit sind.

Das Leitbild für die Zusammenarbeit in der Hilfeplankonferenz und der Entwicklung des GPV ist der **Personenzentrierte Ansatz**.

Daraus leiten sich folgende Grundsätze ab:

- Die Hilfesuchenden werden aktiv in den Hilfeplanprozess einbezogen.
- Die zu erbringenden Leistungen orientieren sich soweit möglich an der Lebenswelt der Hilfesuchenden und deren Bedürfnissen.
- Die vorhandenen Ressourcen der Person selbst und die ihres Umfeldes werden systematisch einbezogen und unterstützt.
- Alle Hilfen erfolgen auf der Basis von individuellen, zielorientierten und periodisch anzupassenden Vereinbarungen.
- Die im Einzelfall erforderlichen Hilfen sollen über alle relevanten Lebensbereiche hinweg im Sinne einer integrierten Gesamtplanung abgestimmt werden.

Diese personenzentrierte Abstimmung von Hilfen für psychisch kranke Menschen im Zuständigkeitsbereich des GPV Reutlingen erfolgt in **zwei Hilfeplankonferenzen** für die Sektoren Reutlingen / Umland sowie Alb / Oberes Ermstal. In beiden Sektoren findet pro Monat jeweils eine Konferenz statt, der August ist „sitzungsfrei“. Mitglieder der beiden Konferenzen sind Vertreter aller in den Sektoren tätigen Einrichtungen und Leistungsangeboten, der Sozialämter von Stadt und Landkreis sowie des Medizinisch - Pädagogischen Fachdienstes und des Integrationsfachdienstes. Die Geschäftsführung für beide Hilfeplankonferenzen liegt beim Landkreis (Psychiatriekoordinator).

Die zentralen Aufgaben der Hilfeplankonferenzen sind

- Plausibilitätskontrolle der vorgelegten (d.h. im Vorfeld sorgfältig vorbereiteten) Hilfepläne
- Verständigung in strittigen Einzelfällen
- Sicherstellung der Versorgung gerade auch von schwierig zu versorgenden Personen.

Zunächst wurden in den Hilfeplankonferenzen nur Neufälle besprochen und periodisch in Wiedervorlagen die Hilfepläne aktualisiert. Mittlerweile werden sukzessive auch alle Bestandsfälle in das Verfahren aufgenommen und so ist die Zahl der in den Konferenzen besprochenen Hilfepläne von 90 in 2003 auf 219 in 2007 angestiegen, im Jahre 2008 leicht abgesunken auf 207.

Jahr	2003		2004		2005		2006		2007		2008	
Sektor	RT	Alb	RT	Alb	RT	Alb	RT	Alb	RT	Alb	RT	Alb
	65	25	95	42	112	63	143	75	148	71	133	74
Summe	90		137		175		218		219		207	

Die Besprechung der einzelnen Hilfepläne in den Konferenzen ist durchaus aufwendig, hat jedoch zu einer großen Transparenz und einem sehr eng verwobenen Verfahren zwischen der Hilfestellung durch den Sozialhilfeträger und der Hilfeerbringung durch die Einrichtungen im Landkreis Reutlingen geführt. Insbesondere entsteht ein klares Bild, für welche Personengruppen Versorgungsschwierigkeiten bestehen.

Unvollständig geblieben ist die direkte Beteiligung anderer Leistungsträger an den Konferenzen. So ist zwar die AOK als größte Krankenkasse an den Konferenzen beteiligt, die anderen Reha-Träger aber nicht.

Die Betroffenen können auf Wunsch selbst an der Konferenz teilnehmen. Das entscheidende Kriterium für personenzentrierte Hilfe ist allerdings die sorgfältige Einbeziehung der Betroffenen bei der Erstellung der Hilfeplanung im Vorfeld. Die Beteiligung an der Konferenz ist manchem Betroffenen wichtig, für andere ist es eher unwichtig oder sogar belastend. Die Beteiligung durch Anwesenheit liegt bei ca. 15-20% der Fälle.

Insbesondere in der HPK Sektor RT wird mittlerweile eine große Zahl von Fällen bearbeitet, die halbtags kaum mehr zu bewältigen ist, die Sitzung ziehen sich teilweise bis tief in den Nachmittag. Über die weitere Effektivierung der Abläufe wird nachgedacht.

Das Thema Arbeit wird explizit und in jedem Einzelfall im Rahmen der Hilfeplanung besprochen, bis auf wenige Einzelfälle ist das verfügbare Instrumentarium jedoch auf die klassischen Angebote der Werkstätten für behinderte Menschen und des Zuverdienstes reduziert. Eine aktive Beteiligung der Agentur an der HPK besteht nicht.

1.5. Patientenfürsprecher, Selbsthilfegruppen

Patientenfürsprecher

Der Patientenfürsprecher des Landkreises arbeitet ehrenamtlich in den Krankenhäusern und anderen Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung. Er ist unabhängig und nicht weisungsgebunden. Seine Bestellung erfolgte nach der entsprechenden Konzeption des Landes Baden-Württemberg durch das Landratsamt Reutlingen. Er ist Mitglied im Steuerungsgremium des GPV. Zu seinen wesentlichen Aufgaben gehören:

- Informationen und Beratungen zu Rechten und Pflichten von Patienten im jeweiligen Betreuungssetting
- Entgegennahme von Anregungen und Beschwerden von psychisch Kranken und deren Angehörigen
- Interessenvertretung gegenüber Dritten (Vermittlung, Schlichtung)
- Festhalten und Auswertung von sich wiederholenden Beschwerden
- Regelmäßiger Bericht im Steuerungsgremium des GPV

Für den Landkreis Reutlingen ist Herr Klaus Decker als Patientenfürsprecher benannt. Er unterhält regelmäßige Sprechstunden in der Münsterklinik Zwiefalten, der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Reutlingen (PP.rt) und ist ebenso über das Zentrum für Gemeindepsychiatrie Reutlingen (ZGP) erreichbar.

Herr Decker besucht regelmäßig auch die Einrichtungen des komplementären Bereiches und steht somit mit den einzelnen Trägern und deren Dienststellen in direktem Austausch. Alle betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind über die Person und die Aufgaben des Patientenfürsprechers informiert.

Selbsthilfegruppen

Die Initiative Psychiatrie-Erfahrener (IPE) Reutlingen besteht seit 1995. Sie trifft sich regelmäßig einmal monatlich im ZGP. Ihre wesentlichen Aufgaben sieht sie im persönlichen Erfahrungsaustausch, der Information über Hilfsangebote (auch von anderen Selbsthilfegruppen), in der gemeinsamen Freizeitgestaltung, der Organisation und dem Besuch von fachlichen Veranstaltungen, in Öffentlichkeitsarbeit und in der Mitarbeit im GPV. Ein Vertreter der IPE ist Mitglied des Steuerungsgremiums.

Die Selbsthilfegruppe für die Angehörigen psychisch kranker Menschen trifft sich ebenfalls regelmäßig (6wöchig) im ZGP, auch hier ist eine Vertreterin Mitglied im Steuerungsgremium.

Weitere Selbsthilfegruppen im Landkreis Reutlingen sind:

- „Donnerstagsclub“ des Diakonischen Werkes Reutlingen
- Laufgruppe für depressive Menschen, Reutlingen (PP.rt)
- Selbsthilfegruppe für Frauen mit seelischen Problemen, Bad Urach
- Selbsthilfegruppe Lebenschance (Depression), Pfullingen
- Selbsthilfegruppe für seelisch Probleme, Bad Urach

2. Leistungsbereiche in der Allgemeinpsychiatrie

2. 1. Niederschwellige Hilfen im Gemeindepsychiatrischen Zentrum

Menschen mit einer psychischen Erkrankung finden nicht ohne weiteres immer den Kontakt zu den notwendigen Hilfen. Niedrigschwellige, d.h. voraussetzungslos zugängliche Hilfen sind deshalb ein unverzichtbarer Bestandteil des Hilfesystems: Hilfen, die ohne Antragstellung und Kostenzusage individuell in Anspruch genommen werden können. Die Verknüpfung niedrigschwelliger Hilfen ist die **Grundidee des Gemeindepsychiatrischen Zentrums**. Dazu gehören vor allem

- ein ambulanter Dienst, der auch in der Lage ist, aufsuchend zu arbeiten: das ist der Sozialpsychiatrische Dienst.
- eine Kontakt- und Anlaufstelle, wo man sich auch aufhalten kann, wo man Kontakte knüpfen kann und Rat und Hilfe bekommt: das sind die Tagesstätten, die in enger Verknüpfung mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst arbeiten.

Diese Angebote werden vorgehalten

- im Zentrum für Gemeindepsychiatrie (ZGP) in Reutlingen sowie
- im Gemeindepsychiatrischen Zentrum „Kroneneck“ in Münsingen.

Eingebunden sind dort jeweils außerdem

- die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) mit regelmäßigen Sprechstunden
- die Fachdienste für Betreutes Wohnen mit Büros
- der Integrationsfachdienst mit regelmäßiger Sprechstunde.

Damit sind wesentliche niedrigschwellige und weiterführende Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen gebündelt und koordiniert verfügbar.

2.1.1. Der Sozialpsychiatrische Dienst

Die Sozialpsychiatrischen Dienste sind geschaffen worden, um sich als ambulante Dienste vor- und nachsorgend vor allem um diejenigen Menschen mit psychischen Erkrankungen zu kümmern, die krankheitsbedingt vorhandene psychiatrische Hilfen nicht aufsuchen oder diese vor dem Hintergrund schwieriger Erfahrungen mit dem Hilfesystem ablehnen. Für diesen Personenkreis geht es zunächst um eine Zuführung zu erforderlichen Hilfen im Alltag, wie ein Dach über dem Kopf, die Gewährleistung einer angemessenen Ernährung und Gesundheitsfürsorge und die Unterstützung in schwierigen Lebenslagen. Das ist mit Grundversorgung gemeint. Angesichts der Finanzierungsbedingungen des Landes für die Sozialpsychiatrischen Dienste ist es allerdings mittlerweile so, dass die Sozialpsychiatrischen Dienste, um ihre Finanzierung zu sichern, teilweise auch andere Aufgaben wahrnehmen müssen, die natürlich auch wichtig sind, die aber nicht zur Grundversorgung gehören. Das schränkt freilich die für die Grundversorgung verfügbare Kapazität erheblich ein. Hier wird kurz über diese verschiedenen Aufgabenbereiche berichtet:

- Grundversorgung
- Soziotherapie (SGB V-Leistung, vgl. Punkt. 2.5.3.3)
- Betreutes Wohnen (als Sachleistung oder im Rahmen eines Persönlichen Budgets)
- Auftragsleistungen für andere Leistungserbringer (z.B. PIA)

Zentrale Zielgruppe sind Menschen, die durch das Hilfesystem nicht oder nur unzureichend erreicht werden. Aufsuchende Hilfen sind damit ein Schwerpunkt der Arbeit. Die Klienten – und auch Angehörigen und andere Bezugspersonen - können Probleme besprechen und sich über Hilfemöglichkeiten informieren. Es erfolgt eine Klärung des individuellen Hilfebedarfes; weitergehende therapeutische Angebote können vermittelt werden. Dauer der Betreuung und die Kontakthäufigkeit zu den einzelnen Klientinnen und Klienten ist sehr unterschiedlich, sie reichen von einmaligen Kontakten bis hin zu Betreuung über mehrere Jahre.

Der Sozialpsychiatrische Dienst im Landkreis Reutlingen umfasste im Jahr 2007 ein Kontingent von 4,4 Personalstellen, im Jahr 2008 waren dies 5,5 Stellen. (festgelegt über die Förderrichtlinien

des Sozialministeriums nach sog. Leistungskontingenten). Insgesamt wurden 2007 369 Personen, im Jahre 2008 441 Personen durch den Dienst betreut, davon 302 (2007) bzw. 361 (2008) im Rahmen der über die Fördermittel von Land und Landkreis finanzierten Leistung der **sozialpsychiatrischen Grundversorgung**. Dies entspricht einer Zunahme von 19,5%. Ca. 60% der in dieser Leistungsart betreuten Klienten sind längerfristig (dies bedeutet mit mehr als 5 Kontakten über das Jahr hinweg) betreut worden. Die indirekten Betreuungen (Beratung von Angehörige oder anderen Personen aus dem Umfeld) liegen mit knapp 10% ähnlich hoch wie in den Vorjahren; etwas über 30% der Betreuungen waren kurzfristige Betreuungen (bis zu 4 Kontakte im laufenden Jahr), davon wiederum ca. 35% sind in den Berichtsjahren jeweils in weiter gehende Hilfen vermittelt worden.

Insgesamt 92 Klienten – gegenüber 84 Klienten in 2005 und 100 Klienten in 2006 - erhielten im 2007 **ambulante Soziotherapie**, 2008 waren es nur noch 80 Personen..

Durchschnittlich 11 Klienten wurden im Rahmen des **Ambulant Betreuten Wohnens** durch den Dienst begleitet. In einzelnen Fällen erbringt der Sozialpsychiatrische Dienst Leistungen in der Form eines **Persönlichen Budgets**. Insgesamt 26 (2007) bzw. 54 Menschen (2008) erhielten ferner Leistungen, die als Teil der Komplexleistung der **Psychiatrischen Institutsambulanz** (PIA, vgl. 2.5.3.1) im Rahmen der bestehenden Kooperationsvereinbarung an den Sozialpsychiatrischen Dienst delegiert wurden.

Die **Auslastung des Dienstes** ist nach wie vor sehr hoch. Pro 100% - Stelle wurden 2007 84 Klienten betreut, im Jahre 2008 waren es 80 Im Bereich der pauschal finanzierten Grundversorgungsleistung lag die Zuständigkeit für das Berichtsjahr 2008 (bei noch immer nur 2,2 finanzierten Stellen) bei 164 Klienten (2007: 134). Dies verdeutlicht die sehr hohen Anforderungen an Flexibilität, Belastbarkeit, fachliches Können und Erfahrung an die Mitarbeitenden des Dienstes. Innerhalb eines sehr begrenzten Zeitrahmens muss im Einzelfall wahrgenommen, bewertet und entschieden werden, welche Maßnahmen aktuell und weiter führend erforderlich sind bzw. der jeweiligen Zielerreichung dienen.

Die sozialdemographischen Daten zeigen, dass 78% der längerfristig Betreuten ledig, getrennt lebend oder geschieden sind; 50 % leben alleine, etwa 20% leben mit Eltern, Kindern oder anderen Verwandten zusammen; nur etwa 20% sind verheiratet. Was die Finanzierung des eigenen Lebensunterhalts betrifft (hier wird nur die überwiegende Einnahmequelle erfasst), stehen die Erwerbsunfähigkeits- und Altersrenten mit 53% an erster Stelle; 21% der längerfristig Betreuten beziehen Arbeitslosengeld oder Grundsicherungsleistungen; 14% leben vom Unterhalt der Familie; nur 4% leben vom Einkommen in einer Werkstatt für behinderte Menschen bzw. von Übergangsgeld und nur 8% der längerfristig Betreuten leben überwiegend aus eigenem Einkommen durch Berufstätigkeit. 58% der längerfristig Betreuten sind zwischen 41 und 60 Jahre alt; etwas über 20% der Betreuten sind älter als 60 Jahre.

Besonders hervorgehoben werden soll noch das Thema von **Familien mit minderjährigen Kindern mit einem psychisch kranken Elternteil**. In 2008 sind insgesamt 58 Kinder (gegenüber noch 42 im Jahr 2007) sind von der Erkrankung eines durch den Dienst betreuten Elternteils betroffen. 50% davon leben mit im Haushalt des psychisch erkrankten und deshalb betreuten Elternteils; bei etwa einem Viertel der Fälle ist der von einer psychischen Erkrankung betroffene Elternteil, meist die Mutter, allein erziehend. Hier zeigen sich die positiven Auswirkungen neuer ambulanter Behandlungs- und Betreuungskonzepte, die in den vergangenen Jahren entwickelt wurden, um Hilfen im jeweiligen Wohn- und Lebensumfeld von Betroffenen zu ermöglichen. Gleichzeitig sind damit aber auch neue Herausforderungen an die Information und Betreuung von Familienangehörigen verbunden. Kinder sind auch Familienangehörige, die - in besonderer und ihrem jeweiligen Alter entsprechender Weise - über die Erkrankung eines Elternteils aufgeklärt werden müssen. Zusätzlich müssen Hilfeangebote für Kinder und Jugendliche verfügbar sein, die -

möglichst präventiv - darauf ausgerichtet sind, die Gesundheit der Kinder zu bewahren und sie dabei zu unterstützen mit der besonderen Familiensituation umzugehen. Die Resilienzforschung hat etliches zum Verständnis und zu den Bedingungen, die Kinder im Zusammenleben mit einem psychisch kranken Elternteil gesund erhalten, beigetragen.

Der Sozialpsychiatrische Dienst hat sich im Berichtszeitraum in besonderer Weise mit diesem Thema beschäftigt. Mehrere Fortbildungsveranstaltungen sind absolviert worden, Materialien zu jeweils altersangemessenen Informationen an Kinder oder Jugendliche liegen vor. Damit ist neben der bereits bestehenden Anlaufstelle der BruderhausDiakonie für Familien mit einem psychisch kranken Elternteil, die gemeinsam vom Sozialpsychiatrischen Dienst und dem Oberlin-Jugendhilfeverbund unterhalten wird und welche die Aufgabe hat, individuell angepasste Hilfen zu planen und zu vermitteln, ein weiterer Baustein zur Unterstützung von Familien entstanden. Aufgrund der sehr engen Ressourcen des Dienstes kann dieser Baustein nur sehr begrenzt in das Regelangebot mit aufgenommen werden. Im kommenden Jahr soll versucht werden, eine Ausweitung über eine Finanzierung aus Spendenmitteln zu erreichen. In vielen Familien wird über das Jugendamt - zusätzlich zur Eingliederungshilfe für den erkrankten Elternteil - Hilfe zur Erziehung gemäß SGB VIII geleistet. In solchen Fällen ist der SPDi in direkter Kooperation mit den Fachkräften der Jugendhilfe tätig.

Dass der Dienst seine **Zielgruppen** erreicht, zeigt sich in der Verteilung der psychiatrischen Diagnosegruppen wie auch in der Auftretenshäufigkeit gesundheitlicher Mehrfachbelastungen bei den längerfristig Betreuten: die schizophrenen Erkrankungen liegen mit 58% an erster Stelle, gefolgt von den affektiven Störungen mit 18%. Persönlichkeitsstörungen wurden bei etwa 10% der Betreuten diagnostiziert. Bei 26% der Betreuten besteht zusätzlich eine behandlungsbedürftige körperliche Erkrankung, bei 10% eine zusätzliche Suchterkrankung, etwa 5% sind zusätzlich zur psychischen Erkrankung von Minderbegabung betroffen.

Die Erfassung des **Zusammenwirkens verschiedener Hilfen** zeigt eine noch höhere Bandbreite als in den Vorjahren. Die Bemühungen um stärkere Vernetzung und Intensivierung von Kooperationen zeigen erfreuliche Auswirkungen.

Träger des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Landkreis ist die BruderhausDiakonie. Die Finanzierung des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist seit vielen Jahren schon nicht kostendeckend. Der Eigenanteil des Trägers an der **Gesamtfinanzierung des Dienstes** liegt für die Berichtsjahre bei knapp 10% der Gesamtkosten.

2.1.2. Tagesstätten für psychisch kranke Menschen

Im Landkreis werden 2 Tagesstätten für psychisch kranke Menschen betrieben und zwar jeweils im Rahmen der örtlichen Gemeindepsychiatrischen Zentren in Reutlingen und Münsingen. Sie sind somit eingebettet in die ambulanten sozialpsychiatrischen Angebote von Psychiatrischer Institutsambulanz (PIA), Sozialpsychiatrischem Dienst und Fachdienst für Ambulant Betreutes Wohnen.

Beide Tagestättenangebote sind von Montag bis Freitag geöffnet und beinhalten einen offenen Begegnungsbereich („Kontaktcafé“), niederschwellige, tagesstrukturierende Gruppenangebote und einen täglichen Mittagstisch. In beiden Tagesstätten ist auch die Möglichkeit zum Duschen gegeben und eine Waschmaschine steht zur Verfügung. Außerdem werden jeweils sogenannte Zuverdienstmöglichkeiten angeboten, in Reutlingen sowohl innerhalb der Tagesstätte wie auch in einem separaten Gebäude. In der Tagesstätte in Reutlingen finden in Zusammenarbeit mit der PIA außerdem Angebote der Ambulanten Ergotherapie statt.

Auch die Tagesstätten sind voraussetzungslos nutzbar, eine individuelle Antragstellung ist nicht erforderlich. Es ist schwierig, konkrete Angaben über die genauen Besucherzahlen zu machen, Nutzungen von 1 x im Monat bis 5 x pro Tag sind durchaus Realität. Manche nutzen nur konkrete Aktivitäten, andere kommen nur zum Kaffeetrinken oder Mittagessen.

Der offene Begegnungsbereich einer Tagesstätte stellt ein unverzichtbares Kernangebot dar. Er bietet die unverbindlichste Form der Kontaktaufnahme zu psychiatrischen Hilfen und weiterführenden Angeboten. Einem attraktiven Angebot in der Tagesstätte kommt somit eine Schlüsselfunktion zu für die außerklinische Vor- und Nachsorge. Die schon bisher knappe Tagesstättenfinanzierung, die inhaltlich noch nach den seinerzeitigen Richtlinien des LWV Württemberg erfolgt, wurde 2005 um weitere 5% gekürzt (im Rahmen allgemeiner Sparmaßnahmen). Zwischenzeitlich wurde für das Jahr 2009 die Rücknahme dieser Kürzung beschlossen. Eine vertragliche und damit verlässliche Regelung ist zwar angekündigt, aber bisher noch nicht umgesetzt. Das Tagesstättenangebot darf aber keine Freiwilligkeitsleistung bleiben, es benötigt auskömmliche Finanzierungsregelungen auf der Basis vertraglicher Vereinbarungen nach SGB XII.

Tagesstätte Reutlingen

Ca. je 300 Personen der Zielgruppe besuchten 2007/08 die Tagesstätte Reutlingen. Viele davon sind mittlerweile regelmäßige Besucher, viele andere kommen nur ganz unregelmäßig, u.U. nur mit langen Pausen. Beachtenswert ist, dass mehr Personen mit erhöhtem Hilfebedarf die Angebote in Anspruch nahmen. Dies erforderte eine erhöhte Personalkapazität im Begegnungsbereich. Die Altersverteilung hat sich in den letzten 3 Jahren kaum verändert. Die Tagesstätte Reutlingen wird vom Verein zur Förderung einer sozialen Psychiatrie Reutlingen e.V. (VSP) betrieben.

Tagesstätte Münsingen

Die Tagesstätte „Kroneneck“ in Münsingen wurde in den Jahren 2007/08 jeweils von ca. 80 Klienten besucht, davon waren ca. 63% weiblich. Die Altersverteilung zeigt in beiden Tagesstätten ein denkbar breites Spektrum:

Altersverteilung (in %)	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	über 70	Summe
Tagesstätte RT	12	22	28	25	10	3	100
Tagesstätte Mü	10	13	29	21	22	5	100

Träger der Tagesstätte Münsingen sind die BruderhausDiakonie und das Samariterstift Grafeneck in Kooperation.

2.2 Bereich Arbeit, Beschäftigung und Tagesstruktur

Jeder Mensch mit psychischen Beeinträchtigungen benötigt einen seinen Fähigkeiten und Neigungen entsprechenden Arbeitsplatz. **Ziel bleibt immer**

- die Integration in den ersten Arbeitsmarkt und
- ein existenzsicherndes Einkommen aus Arbeit, nötigenfalls unter Einbeziehung auch von Transferleistungen.

Für viele psychisch Kranken ist allerdings dieses Ziel einer uneingeschränkten und vollschichtigen Erwerbstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht oder nicht ohne längeren Vorbereitungsprozess erreichbar. Ein „Recht auf Beschäftigung“ kann und darf aber nicht nur in einer Werkstatt für behinderte Menschen realisiert werden. Notwendig sind kreative Lösungen unterstützter Beschäftigung, Teilzeitarbeit, Integrationsfirmen etc.

Dabei gibt es verschiedene Teilgruppen mit je spezifischer Problematik:

- Junge Menschen, deren psychische Erkrankung bereits vor Beginn oder während eines beruflichen Einstiegs begonnen hat und die dadurch noch keine Qualifikationsbasis für einen Wiedereinstieg haben,
- Menschen, die zum Zeitpunkt der Erkrankung bereits eine erste berufliche Etablierung erreicht haben und
- Menschen mit einer lang andauernden, immer wieder akut werdenden psychischen Erkrankung, die zwar schon beruflich sozialisiert waren, die aber auf Grund der psychischen Erkrankung über an sich vorhandene Qualifikationen nicht mehr ohne weiteres verfügen können und/oder in ihrem Sozialverhalten den Anforderungen der Arbeitswelt nicht gerecht werden.

Entsprechend stehen in den zu planenden Maßnahmen häufig Themen im Vordergrund wie

- Wiedererlangung von Arbeitsgrundfähigkeiten
- Belastungssteigerung
- Planung und Umgang mit Arbeitsunterbrechungen
- Auseinandersetzung mit Diskrepanzen in der Selbst- und Fremdeinschätzung
- Sozialverhalten am Arbeitsplatz
- Anknüpfen an vorhandene berufliche Erfahrungen. Dieses Anknüpfen-Können an die bisherige berufliche Laufbahn bzw. an die individuellen beruflichen Interessen ist ein wesentlicher Motivationsfaktor. Vielfach müssen sich Menschen mit psychischer Erkrankung allerdings damit auseinandersetzen, dass ihnen erkrankungsbedingt einstweilen oder auch auf längere Sicht nur noch Tätigkeiten möglich sind, die einem ursprünglich angestrebten Tätigkeitsniveau nicht entsprechen.

Wichtig dabei ist, dass die berufliche Rehabilitation am ersten Tag der Behandlung beginnt und nicht erst nach der medizinischen Phase (Christiane Härlin: *„Erstberatung so früh und so kompetent wie möglich!“*),

Es gilt die Grundhaltung:

- keine Information und Beratung ohne Erprobung und Assessment
- keine Erprobung ohne Trainingsmöglichkeit und
- kein Training ohne Integrationshilfen

Im Landkreis Reutlingen gibt es im Bereich Arbeit, Beschäftigung und Tagesstruktur verschiedene spezielle Angebote für Menschen mit psychischer Krankheit. Die Angebotsbreite reicht von Zuverdienstplätzen bis hin zu Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Darüber wird hier zusammenfassend berichtet.

Mit dem Vermittlungs- und Qualifizierungsgeschehen auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt, das in Regie der Agentur für Arbeit stattfindet, hat sich der GPV im Berichtszeitraum nicht befasst. Zwischenzeitlich ist deutlich geworden, dass es einen Informations- und Kooperationsbedarf im Verhältnis der örtlichen Arbeitsmarktpolitik und dem Hilfesystem gibt.

2.2.1. Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)¹

Aktuell wird der mit Abstand größte Teil der geförderten Arbeitsangebote im Rahmen der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) gemacht. Die Werkstätten bieten insbesondere für chronisch psychisch kranke Menschen ein verlässliches und kontinuierliches, dabei gleichzeitig hinsichtlich der Arbeitsinhalte sehr differenziertes Arbeitsangebot. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass sie nicht die einzige Alternative im Rahmen der beruflichen Rehabilitation sein dürfen. Die „Teilhabe am Arbeitsleben“ (vgl. SGB IX, Kap. 5) muss sich immer zunächst am ersten Arbeitsmarkt orientieren und dabei die (Erwerbs-) Biographie des Klienten berücksichtigen. Die individuell angepasste Arbeit in einer WfbM kann ein wertvoller Schritt auf dem Weg in den Ersten Arbeitsmarkt sein.

Auf die besonderen Belange psychisch kranker Menschen ist standorts- und angebotsbezogen, räumlich und auch methodisch Rücksicht zu nehmen. Dem wird in Reutlingen durch mehrere Werkstattstandorte Rechnung getragen, die speziell auf die Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgerichtet sind. Ein großer Teil der Menschen mit psychischen Erkrankungen kann deshalb in diesen spezialisierten Werkstattbereichen arbeiten.

In der WfbM durchlaufen die Beschäftigten nach dem Eingangsverfahren zuerst den so genannten Berufsbildungsbereich (BBB). Dieser wird von der Agentur für Arbeit bzw. den Rentenversicherungsträgern finanziert und dauert bis zu 2 Jahren. In dieser Zeit lernen sie verschiedenste Arbeitsbereiche kennen und können sich und ihre Leistungsfähigkeit ausprobieren, entwickeln und stabilisieren. Im Sektor Reutlingen befanden sich zum Stichtag 31.12. 2007 41 Personen im BBB, 2008 waren es 38. Im Sektor Alb/Oberes Ermstal waren es für die gleichen Stichtage 26 (2007) bzw. 25 (2008) Klienten.

Anschließend erfolgt eine Übernahme in den Arbeitsbereich der Werkstätten oder – im besten Falle – eine Vermittlung auf den freien Arbeitsmarkt. Der Arbeitsbereich wird von der Eingliederungshilfe finanziert. In den Berichtsjahren 2007 und 2008 besuchten 313 bzw. 320 psychisch kranke Menschen den Arbeitsbereich einer Werkstatt im Landkreis Reutlingen.

An folgenden Orten werden im Landkreis Werkstattangebote für psychisch Kranke vorgehalten:

- im Sektor Alb/Oberes Ermstal in Zwiefalten und Münsingen als spezifische Werkstatt für psychisch kranke Menschen, in Grafeneck, Buttenhausen, Bad Urach und Dettingen zusammen mit geistig behinderten Menschen
- für den Sektor Reutlingen/Umland in Reutlingen (Werkstatt für psychisch Kranke an gegenwärtig drei Standorten) und in Metzingen (im Rahmen einer Außenstelle der WfbM Dettingen zusammen mit geistig behinderten Menschen)

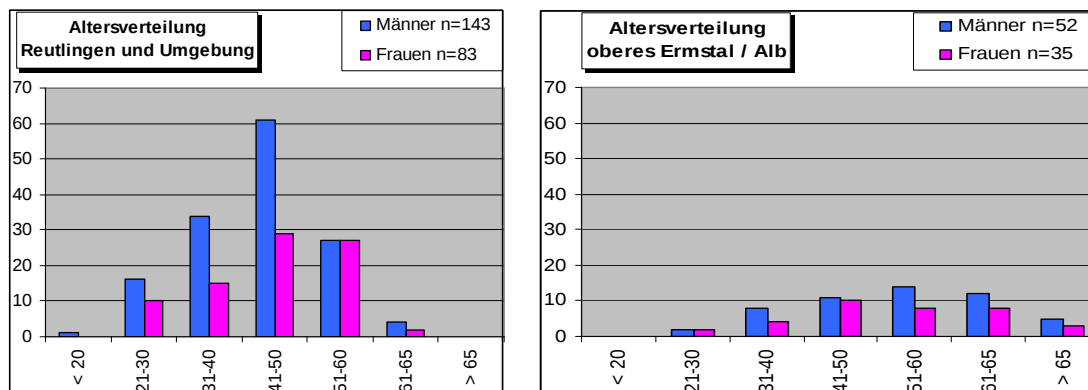
Die Art der angebotenen Arbeiten ist sehr vielseitig:

- Metall- und holzindustrielle Arbeiten (Metall- und Holzbearbeitung aller Art, Kleinmöbel, Holzspielzeug)
- Direktmarketing & Kommissionierung (z.B. Versand und Vertrieb von Werbemitteln, Serienbriefe, Mailing, digitale Archivierung)
- Bürodienstleistungen (z.B. PC-Arbeiten)
- (Klein-) Montage aller Art
- Kartonage
- Textil
- Druck und Grafik (z.B. Flyer, Broschüren, Plakate, Bücher)
- Landschaftspflege, (z.B. Pflege von Grünanlagen, Reinigungs- und Räumarbeiten)
- Obst- und Gemüseanbau, Gärtnerei, Ladenverkauf (biologischer Anbau)

¹ Ein nach Alter, Geschlecht und Herkunft differenzierter Zahlenvergleich für die Jahre 2007 und 2008 findet sich in der Anlage 2, Tab. 1

- Logistikdienstleistungen (z.B: Lager, Fahr- und Beifahrtdienstleistungen, Be- und Entladen)
- Bäckerei (Backstube, Verkauf, Belieferung)
- Gebäudereinigung (intern)
- Gastronomische Dienstleistungen: Betrieb von Schul- und öffentlichen Cafeterien und Kantinen
- Kreativwerkstatt: kunsthandwerkliche Produktion

Zusätzlich gibt es eine ganze Reihe von ausgelagerten Werkstattplätzen in regionalen Industrieunternehmen. Die Werkstätten waren bisher insgesamt gut ausgelastet. Zwischenzeitlich macht sich die aktuelle Wirtschaftskrise erheblich bemerkbar dadurch, dass Aufträge aus der Industrie wegbrechen (insbesondere Automobilzulieferer).



Übersicht Geschlecht und Alter im Bereich Werkstätten (Stand: 31.12.07²)

Träger der Werkstätten im Landkreis Reutlingen sind

- die Samariterstiftung mit Standorten in Münsingen und Grafeneck
- die BruderhausDiakonie an den übrigen oben erwähnten Orten.

Die Reutlinger Werkstätten der BruderhausDiakonie finanzieren einen eigenen sog. „Integrationscoach“, der zusammen mit dem IFD für mehr Vermittlungen in den ersten Arbeitsmarkt sorgen soll. Auch die Samariterstiftung beschäftigt einen „Integrationscoach“ in ihrer Münsinger Werkstatt, diese Stelle wird von der Münsinger Alb-Stiftung „Zeit für Menschen“ finanziell gefördert.

2.2.2. Integrationsfirmen

Darüber hinaus gibt es noch zwei Integrationsfirmen im Landkreis. Diese sind selbständige gewerbliche Unternehmen, die am Markt orientiert sind, und Arbeitsplätze für Menschen mit und ohne Behinderung schaffen und erhalten.

- Der Frischemarkt INTEGO GmbH der BruderhausDiakonie, ein Lebensmittelgeschäft mit Vollsortiment, in Orschel-Hagen bietet aktuell vier Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderungen.
- Die andere Firma mit dem Namen INTEG befindet sich mit einer Außenstelle in Münsingen (Hauptsitz: Tübingen) und wird dort von der Samariterstiftung und der Neuen Arbeit Tübingen gemeinsam betrieben. Hierunter verbirgt sich ein Montagebetrieb der Metallbranche mit 10-12 Arbeitsplätzen für Betroffene.

2.2.3. Zuverdienst – Angebot in Reutlingen³:

² die Zahlen 2008 unterscheiden sich davon nicht wesentlich, vgl. Anlage 2

³ Ein nach Alter, Geschlecht und Herkunft differenzierter Zahlenvergleich für die Jahre 2007 und 2008 findet sich in der Anlage 2, Tab. 2

Der Zuverdienst stellt eine Beschäftigungsmöglichkeit dar für Menschen,

- für die ein gewisser Zuverdienst Anreiz ist, einer Betätigung gelegentlich oder irgendwann vielleicht auch regelmäßig nachzugehen,
- für die die Zugangsvoraussetzungen einer WfbM noch zu hoch sind (mindestens 15 Stunden die Woche regelmäßige Tätigkeit gemäß Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger - BAGÜS)
- die ihre Belastbarkeit testen oder steigern möchten, um sich auf weitere Schritte der beruflichen Eingliederung vorzubereiten.

In der Vergangenheit gab es für ein solches Angebot keine geregelte Finanzierung, es wurde vom Träger mehr oder weniger improvisiert, faktisch wurde von einer Mitfinanzierung über die bestehende Förderung der Tagesstätten ausgegangen.

Die Angebotskosten (investive Kosten, Sach- und Personalkosten, Verdienst der Beschäftigten) mussten bisher ausschließlich aus den Produktionserlösen finanziert werden, eine kostendeckende Finanzierung war damit aber nie zu erreichen, der Träger musste einen erheblichen Teil mit decken.

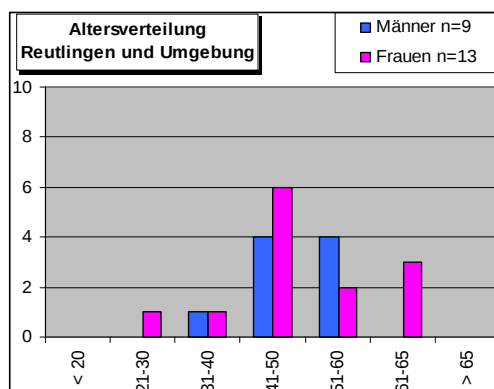
Im Juli 2006 wurde deshalb vom Verein für soziale Psychiatrie e.V. (VSP), der dieses Angebot in Reutlingen in Verknüpfung mit der Tagesstätte vorhält, eine finanzielle Selbstbeteiligung für Klienten eingeführt, was umgehend zu einem Klientenrückgang und auch zu Protesten führte. Erfreulicherweise konnte mittlerweile mit dem Landkreis ein Finanzierungsvertrag für 10 Trainingsplätze abgeschlossen werden (zunächst für 3 Jahre). Ziel des Trainings, das in der Regel auf 12 Monate anberaumt ist, ist die Befähigung zu weiterführenden Maßnahmen der beruflichen Eingliederung. Innerhalb dieses Jahres soll eine dauerhafte Mindestarbeitsfähigkeit von 15 Stunden in der Woche erreicht werden. Voraussetzung der Teilnahme ist das Vorliegen einer Behinderung nach § 53 SGB XII.

Die finanzierten 10 Plätze teilen sich derzeit 22 Menschen.

Für Klienten, die nicht die Voraussetzungen für einen solchen Förderplatz mitbringen gibt es nach wie vor keine Finanzierung

Im Jahr 2007 waren insgesamt 35 im Jahr 2008 28 Personen mit unterschiedlicher Dauer und Häufigkeit beschäftigt. Die Arbeitsdauer reichte von einer bis 12 Std. pro Woche. Ca. die Hälfte der Altersgruppe der 40 bis 60-Jährigen nahm das Angebot schon länger als 12 Monate in Anspruch. Für diese Menschen wurde der Zuverdienst zu einem wichtigen Stützpfiler ihres Lebens.

Übersicht Alter und Geschlecht im Bereich Zuverdienst - Sektor RT (Stand: 31.12.07)



2.2.4. Integrationsfachdienst (IFD)

Der IFD berät Menschen mit Behinderungen (und darunter auch Menschen mit psychischen Behinderungen) bei der beruflichen Integration, die einen Antrag auf Anerkennung ihrer

Schwerbehinderung oder Gleichstellung gestellt haben, sowie psychisch kranke Menschen ohne Ausweis, für die eine Empfehlung des zuständigen Reha-Trägers vorliegt. Der Dienst vermittelt mit Hilfe von Praktika, Trainingsmaßnahmen, Probebeschäftigungen und Beratungsmaßnahmen Menschen mit Behinderungen auf den ersten Arbeitsmarkt, insbesondere behinderte Menschen aus Förderschulen und Werkstätten für behinderte Menschen. Er informiert Arbeitgeber, Betriebsräte, Schwerbehindertenvertrauensleute etc. zu allen Fragen der betrieblichen Integration (z.B. Fördermöglichkeiten, Unterstützung bei der entsprechenden Beantragung, Informationen über die verschiedensten Behinderungsarten und die möglichen Auswirkungen, Einrichtung behindertengerechter Arbeitsplätze, Kündigungsschutz). Im Berichtsjahr 2007 wurden mit diesem Auftrag 256 Menschen unterstützt, vermittelt werden konnten 19 Personen in reguläre Arbeits- und Ausbildungsverhältnisse, für das Jahr 2008 waren dies bei 261 betreuten Menschen 17 Vermittlungen. Ca. 40% der betreuten Menschen waren psychisch krank. Bei den Vermittlungen liegt der Anteil dieses Personenkreises bei ca. 20%. Für den Landkreis Reutlingen standen für beide Jahre hierfür 3,5 MitarbeiterInnen zur Verfügung. Träger des Integrationsfachdienstes ist der Tübinger Verein für Sozialpsychiatrie und Rehabilitation e.V. Der Integrationsfachdienst arbeitet auf der Grundlage des SGB IX, Auftraggeber sind das Integrationsamt des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales, die Agentur für Arbeit und die Rentenversicherungsträger. Der Dienst ist in der Hilfeplankonferenz im Wechsel mit dem Sozialdienst der WfbM vertreten.

2.2.5. Tagesstruktur und Förderung für psychisch behinderte Menschen (Leistungstypen 4.5b und 4.6 nach Landesrahmenvertrag)⁴

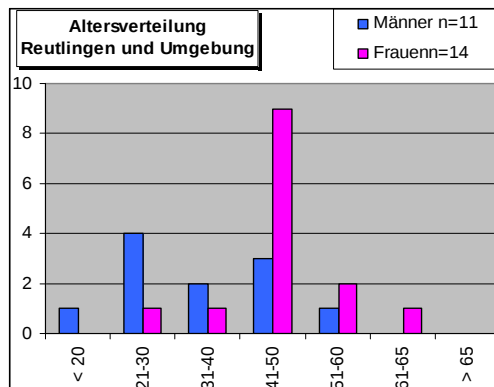
Für psychisch gesunde Menschen ergibt sich „von selbst“ eine Strukturierung des Tages durch vielfältige Aktivitäten. Sie entwickeln einen persönlichen Tag/Nacht-Rhythmus, haben Mahlzeiten, gehen zur Arbeit, haben soziale Kontakte, besuchen Veranstaltungen etc. Durch eine seelische Behinderung kann all dies massiv beeinträchtigt sein. Die vor dem Hintergrund einer chronischen psychischen Erkrankung eintretende seelische Behinderung ist vielfach verbunden mit Störungen der Konzentrationsfähigkeit, Antriebsverlust, Stimmungsschwankungen, Ängsten im sozialen Kontakt, Schwierigkeiten in der angemessenen Selbst- und Situationseinschätzung usw. Die Auswirkungen der Behinderung können im Einzelfall dazu führen, dass die normalen Verrichtungen des Alltagslebens nicht mehr getan werden und darüber ein „normaler“ Tagesrhythmus mehr und mehr verloren geht, dass soziale Kontakte darunter leiden und unter Umständen zerbrechen und damit die Selbstversorgung und die Teilhabe am sozialen Leben umfassend beeinträchtigt sind. In einer solchen Situation benötigen Menschen mit einer seelischen Behinderung eine Unterstützung bei der Strukturierung des Tages- und Wochenablaufs und die Anregung zu bzw. Begleitung bei subjektiv sinnvoll erlebbaren Aktivitäten. Tagesstrukturierende Hilfe ist eine grundlegende Dimension sozialpsychiatrischer Hilfe. Sie sollte sich soweit als möglich außerhalb des Wohnbereiches abspielen. Bei ausgeprägten Beeinträchtigungen und Fähigkeitsstörungen liegt der Ansatzpunkt vor allem in selbstversorgungsbezogenen Alltagsaktivitäten und muss dann u.U. auch von der Wohnung ausgehen.

Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen Leistungen der Tagesstruktur und Leistungen der Betreuung im Wohnbereich. Je mehr es gelingt, Menschen mit einer psychischen Behinderung zu motivieren, an Aktivitäten außerhalb des Wohnbereichs teilzunehmen, desto weniger Aufwand ist erforderlich für individuell aufsuchende Betreuung. Eine individuell und bedarfsgerecht geplante Tagesstruktur ist deshalb eine entscheidende Stütze bei jeder ambulanten Betreuung. Der Landesrahmenvertrag nach § 79,1 SGB XII bietet dazu 2 Leistungstypen an. Diese sind leider bisher grundsätzlich an stationäre Wohnformen gebunden und können allenfalls bei Entlassung in

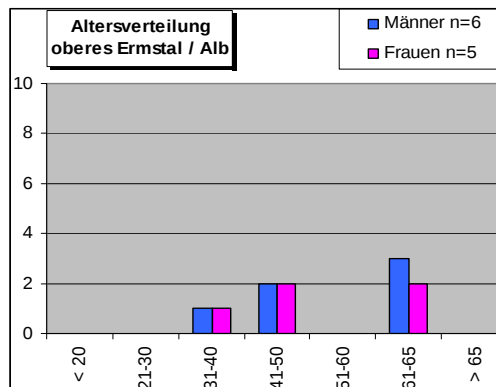
⁴ Ein nach Alter, Geschlecht und Herkunft differenzierter Zahlenvergleich für die Jahre 2007 und 2008 findet sich in der Anlage 2, Tab. 3 und 4

ambulante Hilfeformen mitgenommen werden. Bei ambulanter Hilfe ohne vorherigen Heimaufenthalt können sie nicht genutzt werden. Das ist eine wenig sinnvolle Regelung. Für Klienten, die nicht oder noch nicht in der Lage sind eine Werkstatt zu besuchen und gleichzeitig eine Maßnahme des stationären Wohnens oder in dessen Folge ein ambulantes Wohnangebot durchlaufen, gibt es eine tagesstrukturierende Förderung nach dem so genannten **Leistungstyp 4.5b**. Neben vielfältigen Angeboten zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft steht dabei die Hinführung zu einer regelmäßigen Beschäftigung im Mittelpunkt. Die Maßnahmen finden in der Regel außerhalb des Wohnbereiches mit individueller Hilfeplanung statt, auch in speziellen Tagesgruppen. Aktuell nehmen 33 Menschen im LK RT an diesem Angebot teil, 2007 waren es 36.

Sektor RT



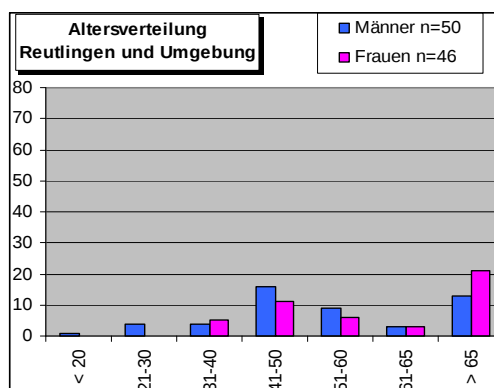
Sektor Alb/Oberes Ermstal



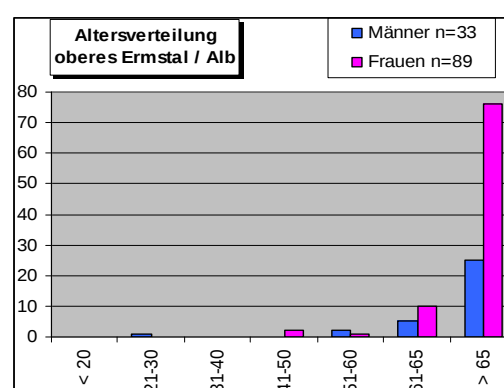
Übersicht Alter und Geschlecht im Bereich LT 4.5b (Stand: 31.12.07)

Der **Leistungstyp 4.6** bezieht sich auf ein „tagesstrukturierendes Angebot für erwachsene Menschen mit Behinderungen (in der Regel Senioren)“, die ebenfalls parallel eine stationäre bzw. in der Folge ambulante Wohnmaßnahme in Anspruch nehmen. Die Inhalte richten sich im Wesentlichen auf den Erhalt von Fähigkeiten und Fertigkeiten. Der Bereich Beschäftigung wird interessensabhängig angeboten, steht also nicht mehr unmittelbar im Angebotsmittelpunkt. Derzeit nutzen 242 Menschen diesen Leistungstyp (2007: 218).

Sektor RT



Sektor Alb/Oberes Ermstal



Entwicklungsperspektiven

Arbeit und Beschäftigung haben in der Gesellschaft einen hohen Stellenwert. Die Ermöglichung der Teilhabe an der Arbeitswelt auch für Menschen mit psychischer Erkrankung ist eine zentrale Herausforderung. Der zunehmende Leistungsdruck auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt führt allerdings bereits seit Jahren zum Ausscheiden einer wachsenden Gruppe von Menschen mit Leistungsminderungen, insbesondere auch von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Es

gelingt auch nur wenigen Betroffenen den Übergang von der WfbM in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu bewältigen.

- Notwendig sind daher Förderinstrumente, die eine individuelle Unterstützung im Arbeitsleben ermöglichen. Neue Entwicklungen der Arbeitsmarktpolitik wie unbefristete Förderprogramme für Langzeitarbeitslose (z.B. SGB II, § 16a) und Arbeitsfördermaßnahmen in Betrieben („Unterstützte Beschäftigung“) weisen jedenfalls in die richtige Richtung.
- Angesichts einer bereits bestehenden Vielzahl von arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen und von Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation gibt es einen erheblichen Informations- und Koordinationsbedarf zwischen der Sphäre der Arbeit und den übrigen Teilen des Hilfesystems. Die Trägergemeinschaft hat deshalb schon vor längerer Zeit die **Einrichtung eines Runden Tisches Arbeit** vorgeschlagen, der sich umfassend um Überblick und Koordination in diesem zentralen Bereich kümmern soll. Dies ist im Steuerungsgremium des GPV auch so beschlossen worden. Der Runde Tisch Arbeit soll unter Federführung des Landkreises und unter Mitwirkung der Agentur für Arbeit stattfinden.
- Werkstattangebote müssen sich zunehmend regional und inhaltlich differenzieren. Orientiert an den örtlichen Arbeitsangeboten und den Arbeits- und Ausbildungsinteressen der Klienten sind die bestehenden Möglichkeiten weiterzuentwickeln. Insbesondere können ausgelagerte Arbeitsplätze und auch – Gruppen die Distanz zum ersten Arbeitsmarkt verringern.
- Tagesstruktur: Auf die Bedeutung und Notwendigkeit eines auskömmlich finanzierten niederschweligen Angebotes (Kontakt- und Anlaufstelle) wurde bereits verwiesen. Betont sei nochmals, dass für chronisch psychisch Kranke mit ausgeprägten Fähigkeitsstörungen und hohem Betreuungsbedarf gleichwohl eine ambulante Betreuung möglich ist, wenn im Rahmen dieser ambulanten Betreuung auch Leistungen der Tagesstruktur überhaupt möglich sind und sie zunächst aus selbstversorgungsnahen Aktivitäten ausgehend vom Wohnbereich entwickelt werden können. Dies ist zwar unter Umständen mit einer erhöhten Kontaktdichte im Rahmen des Betreuten Wohnens verbunden, ist aber hoch wirksam, weil für den Klienten ein Höchstmaß an Selbstverantwortung aufrecht erhalten bleibt und hospitalisierende Nebenwirkungen einer Heimversorgung vermieden werden können.
- Viele Menschen mit einer psychischen Behinderungen, die im Bereich der elementaren Selbstversorgung einigermaßen handlungsfähig sind, profitieren sehr von tagesstrukturierenden Aktivitäten mit Maßnahmecharakter, die überwiegend auch Gruppenformen ermöglichen und soziale Kontaktaufnahme vielfältig üben und fördern. Entscheidend ist hier die individuelle Gestaltbarkeit. Die Auswirkungen einer psychischen Behinderung betreffen in vielen Fällen zentral auch die Fähigkeit, Motivation und Belastbarkeit zu entwickeln. Behinderungsgerechte Hilfe heißt deshalb für Menschen mit einer psychischen Behinderung: individuell flexibel anpassbare Hilfe.

2.3. Bereich Wohnen

Die Wohnangebote für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen haben sich unter den gegebenen Rahmenbedingungen in den vergangenen Jahren zunehmend ausdifferenziert. Prägende Leitbegriffe sind dabei Personenzentrierung, Dezentralisierung und zunehmende Ambulantisierung. In beiden Sektoren des Landkreises wird die vollständige Bandbreite heute geläufiger Betreuungsformen angeboten:

- Wohnen mit intensiver Betreuung, d.h. im stationären Rahmen (Wohnheim, ausgelagerte Wohngruppen, Fachpflegeheim)
- Ambulante Betreuung von allein lebenden Menschen, von Paaren und von Wohngemeinschaften
- Betreutes Wohnen in (Gast-)Familien, dabei auch als Spezialprojekt „Junge Menschen im Gastfamilien“

Die Betreuungsleistungen basieren bei allen Trägern des Verbundes auf personenzentrierten Hilfeplänen nach dem IBRP.

2.3.1. Betrachtung nach Sektoren

Übersicht zu den Wohnangeboten: Betreutes Wohnen stationär (LT 2.3.), Betreutes Wohnen ambulant (ABW) und Betreutes Wohnen in Familien (BWF)

Die nachfolgenden Zahlen basieren auf Stichtagserhebungen 31.12.07 und 31.12.08.

	Sektor Reutlingen/Umland							Sektor Alb/Oberes Ermtal							Kreis
	LK RT		And. Kreise		Selbstzahler		ges.	LK RT		And. Kreise		Selbstzahler		ges.	
	m	w	m	w	m	w		m	w	m	w	m	w		
Stat. 07	41	32	30	30	1	1	135	21	26	60	93	7	11	218	353
Stat. 08	49	32	29	30	2	2	144	24	25	53	87	10	12	211	355
ABW 07	46	47	4	7	2	2	108	25	18	5	2	3		53	161
ABW 08	51	49	9	4	0	2	115	25	18	8	4	2		57	172
BWF 07	2	3			1		6	10	4				1	15	21
BWF 08	3	2					5	9	4		1	3		17	23
ges. 2007	89	82	34	37	4	3	249	56	48	65	95	10	12	286	535
ges. 2008	103	83	38	34	2	4	264	58	47	61	92	15	12	286	550

Sektor Reutlingen / Umland

Im städtischen Bereich des Landkreises wurden betreute Wohnangebote von den Trägern Bruderhaus Diakonie, Verein zur Förderung einer sozialen Psychiatrie und der Gesellschaft für Rehabilitation vorgehalten. Die Gesellschaft für Rehabilitation hat sich zum 31.12.2008 aufgelöst, die bisher von der Gesellschaft betreuten Klienten wurden von den anderen Trägern im GPV übernommen.

Sektor Alb / Oberes Ermtal

Im flächenmäßig größeren Teil des Landkreises, der überwiegend ländlich strukturiert ist, gibt es Wohnangebote der Träger Bruderhaus Diakonie, Samariterstiftung, dem Verein zur Förderung einer sozialen Psychiatrie und dem Zentrum für Psychiatrie in Zwiefalten. Die Angebote sind schwerpunktmäßig den Gemeinden Bad Urach, Münsingen, Gomadingen und Zwiefalten zuzuordnen.

2.3.2. Stationäre und ambulante Formen

2.3.2.1. Stationäre Hilfen⁵

Wohnen im Rahmen stationärer Betreuung findet statt in zwei Formen:

- Wohnheime mit Wohngruppenuntergliederung und
- in das Gemeinwesen integrierte, „ausgelagerte“ Wohngruppen bzw. Wohnplätze

Der Landkreis Reutlingen weist eine sehr hohe stationäre Platzdichte aus (2007: 353, 2008: 356), der Anteil von Menschen aus anderen Landkreisen ist hoch (2007: 213 = 60,3%, 2008: 199 = 55,9%).

Hintergrund dafür ist die Tatsache, dass über Jahrzehnte hinweg drei Träger (Gustav-Werner-Stiftung und Haus am Berg (als Vorläufer der heutigen BruderhausDiakonie) und die Samariter-Stiftung Grafeneck) andere, insbesondere umliegende Landkreise mitversorgt haben in Abstimmung mit dem damaligen LWV Württemberg.

Aufgrund der historischen Entwicklungen werden die stationären Leistungen im Bereich des Sektors Alb in vergleichsweise größeren Wohneinheiten noch relativ zentral erbracht. Bei allen Trägern sind aber auch hier die verstärkten Anstrengungen um ambulante und dezentrale Angebote sichtbar.

So gibt es mittlerweile eine Vielzahl von Wohnangeboten für psychisch Kranke im Ermstal (Bad Urach, Dettingen), in Münsingen, Gomadingen und Zwiefalten.

In Zusammenarbeit mit dem Landkreis und mit Beratung des KVJS planen diese Träger aktiv die systematische Konversion: zwischen den großen Trägern stationärer Angebote (BruderhausDiakonie, Samariterstiftung) und dem Landkreis fanden deshalb mit Beteiligung des KVJS jeweils so genannte Werkstattgespräche statt. Wesentliche Themenbereiche waren dabei:

- Maßnahmen zum Abbau stationärer Plätze im LK, insbesondere von Klienten aus anderen Landkreisen
 - o Unter Moderation des KVJS und auf Vermittlung des LK RT fand ein überregionales Treffen zwischen Vertretern der Hauptbelegerlandkreise und der BruderhausDiakonie statt um sich konzeptionell zur jeweiligen zukünftigen Landkreisversorgung abzustimmen.
- Umwandlung stationärer Hilfen in ambulante Betreuung über
 - o das Projekt Selbstständig Leben zwischen Landkreis und BruderhausDiakonie
 - o die Umsetzung des hilfebedarfsgruppenbezogenen Ambulant Betreuten Wohnens
- Maßnahmen zur bedarfsorientierten regionalen Versorgung – Dezentralisierung innerhalb des Kreises
 - o Orientiert an den Wünschen von Klienten nach wohnortnaher Versorgung und den entsprechenden Bedarfen an regionaler Entwicklung dezentralisiert beispielsweise das Landheim Buttenhausen seine Angebote in Richtung Münsingen, Ermstal (Bad Urach, Dettingen) und Engstingen. Entsprechende Wohnplatzverlagerungen haben stattgefunden oder sind in Planung. Verbunden damit ist auch der örtliche Aufbau fachlich fundierter Angebote zur Tagesstruktur. Hier sind insbesondere im Ermstal spezifische Arbeitsangebote für psychisch kranke Menschen zu entwickeln. Das Samariterstift Grafeneck plant in Abstimmung mit dem Landkreis ebenso eine wesentliche Platzverlagerung (20-25 Plätze) in die Raumschaft Münsingen-Gomadingen sowie die „Ambulantisierung“ einzelner bisher stationärer Plätze über eine gesonderte Finanzierungsform.
 - o Ähnliches gilt für die Versorgung des Sektors RT. Zwar gibt es hier bereits eine Vielzahl dezentraler Wohnangebote der SPH RT, doch liegt bezogen auf einzelne

⁵ Ein nach Alter, Geschlecht und Herkunft differenzierter Zahlenvergleich für die Jahre 2007 und 2008 findet sich in der Anlage 2, Tab. 5

Stadtteile bzw. Vororte durchaus noch Handlungsbedarf vor. Das Werkstattangebot wird regional und inhaltlich entsprechend konzipiert.

Parallel dazu werden die fachlichen Qualifikationen und die Vernetzungen/Anbindungen von Mitarbeitern erweitert um u.U. dezentral auch mit verschiedenen Personenkreisen arbeiten zu können (Miteinbeziehung verschiedener Berufsgruppen, Unterstützung durch freiwilliges soziales Engagement).

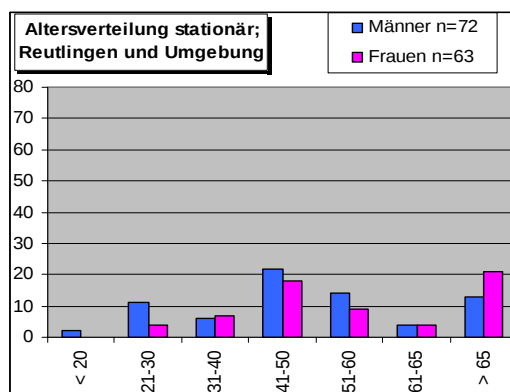
Die Eingliederung in den örtlichen Sozialraum und die Nutzung seiner Ressourcen erfordert außerdem

- dessen infrastrukturelle Analyse/Erkundung.
- seine Vorbereitung (mit Unterstützung des Kreises)
- die (Weiter-)Entwicklung eines entsprechenden öffentlichen Unterstützungsnetzes (z.B. Beratung, Treffpunkte)

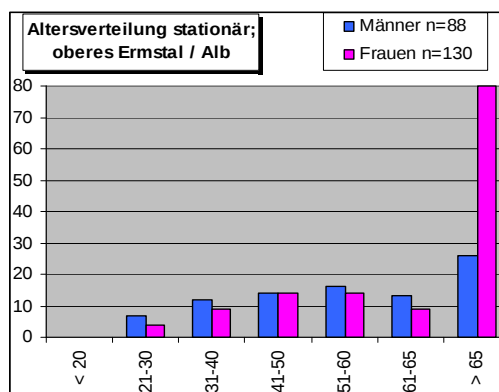
Nach dem systematischen Übergang zur regionalen Versorgungsstruktur (Entwicklung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes mit regionaler Versorgungsverpflichtung, Verwaltungsreform und Herkunftsprinzip) nehmen die Aufnahmen aus anderen Landkreisen merklich ab. Die detaillierten Angaben zur derzeitigen Belegung (differenziert nach Sektoren, Geschlecht, Alter und Leistungsträger) der Angebote sind tabellarisch im Anhang ersichtlich.

Im Rahmen dieses GPV-Erstberichts liegt ein Schwerpunkt auf der Darstellung der Alterstruktur.

Sektor RT



Sektor Alb/Oberes Ermstal



Übersicht Alter und Geschlecht Betreutes Wohnen stationär (Stand: 31.12.07)

Auffällig ist die **signifikant unterschiedliche Alterstruktur** zwischen den beiden Sektoren. Im Sektor Alb gibt es einen enormen Anteil weiblicher Bewohnerinnen über 65 Jahre. Dies ist sicher durch die bereits erwähnte Tradition der dortigen Wohnangebote (insbesondere durch das Fachpflegeheim Martha-Stäbler-Haus in Buttenhausen, das Frauen aufnimmt) erklärbar. Der geringe Anteil von Menschen unter 21 Jahren liegt daran, dass Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen dieses Alters häufig im Bereich der Jugendhilfe erbracht werden.

Geschlossene Unterbringung im Rahmen einer Gesetzlichen Betreuung

Die Kliniken im Landkreis melden seit geraumer Zeit einen dringenden Bedarf an Betreuungsmöglichkeiten im außerklinischen Bereich für einen Personenkreis, der besonders schutzbedürftig ist und in diesem Zusammenhang auch eines geschlossenen Rahmens bedarf. Dabei geht es um zivilrechtliche Unterbringung im Rahmen einer gesetzlichen Betreuung nach § 1906 BGB aus Gründen krankheitsbedingter Selbstgefährdung. Personen, die aufgrund ihrer psychiatrischen Symptomatik nach Abschluss der Krankenhausbehandlung zeitweise oder auch längerfristig einer geschlossenen Unterbringung bedürfen, müssen bisher außerhalb des Landkreises untergebracht werden.

In den Dienststellen der BruderhausDiakonie im Landkreis (SPH Reutlingen und Landheim Buttenhausen) werden zwischenzeitlich entsprechende Konzepte entwickelt und es werden die baulichen Voraussetzungen geschaffen. Beide Angebote sollen noch 2009 nutzbar werden. In beiden Fällen handelt es sich um kleine Einheiten, die Teil eines größeren stationären Bereiches sind. Angestrebt werden dabei flexibel nutzbare Lösungen, also Wohnmöglichkeiten, die bedarfsorientiert geöffnet, halbgeöffnet oder geschlossen geführt werden können.

2.3.2.2. Betreutes Wohnen ambulant⁶

Ambulant betreutes Wohnen

Ambulant Betreutes Wohnen meint in der Sozialpsychiatrie die aufsuchende Betreuung von Menschen in unterschiedlichen Wohn- und Lebensformen, die in einer privaten Wohnung leben (sei es allein, als Paar oder in einer kleinen Wohngemeinschaft als Gruppe). Die Wohnungen sind nach Möglichkeit von den Personen unmittelbar angemietet, teilweise (insbesondere bei Wohngruppen) aber auch über den Leistungserbringer, der als Hauptmieter dann untervermietet. Die zahlenmäßigen Schwerpunkte dieses Angebots liegen logischerweise im Umfeld der Städte des Landkreises (Reutlingen, Münsingen, Zwiefalten (Kliniknähe), Bad Urach/Dettingen). Damit sei auch gleich auf einen Problembereich verwiesen: insbesondere in den Stadtgebieten Reutlingen und Pfullingen ist es außerordentlich schwierig aufgrund des herrschenden Mietspiegels einen für die Klienten – und das heißt vielfach: im Rahmen von Grundsicherung - bezahlbaren Wohnraum zu finden.

Ein Vergleich der Anteile ambulanter und stationärer Versorgung zeigt, dass im Landkreis Reutlingen dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ bei Menschen mit psychischen Erkrankungen bereits in hohem Maße Rechnung getragen wird – mehr als die Hälfte der Fälle wird bereits ambulant betreut.

- 2007 lag das Verhältnis bei 43,6% stationäre zu 56,4% ambulante Hilfeformen,
- 2008 ähnlich bei 44,7% stationär zu 55,3% ambulant.

Einschränkend ist allerdings festzuhalten, dass in diesen Zahlen kreisaußwärtig versorgte Menschen in Leistungsträgerschaft Stadt und Landkreis Reutlingen nicht enthalten sind. Die Angaben beziehen sich nur auf die Angebote der genannten Leistungserbringer innerhalb des Landkreises.

Ambulante und stationäre Hilfeformen in Leistungsträgerschaft Stadt und Landkreis Reutlingen im Landkreis Reutlingen.

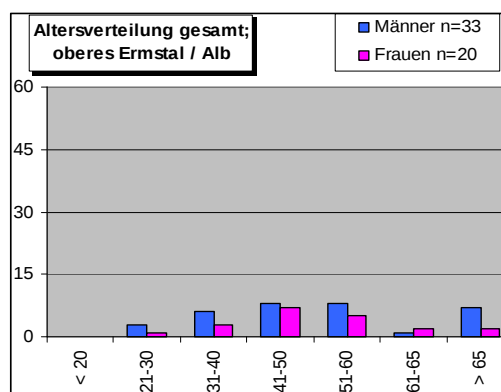
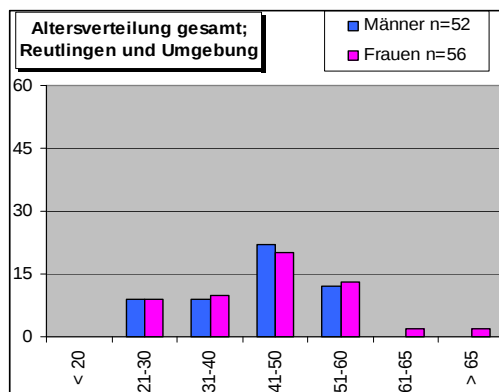
	Sektor RT			Sektor Alb/Oberes Ermstal			Summe
	Stat.	ABW	BWF	Stat	ABW	BWF	
2007	73	93	5	47	43	14	275
gesamt	73 = 42,7 %	98 = 57,3 %		47 = 45,2 %	57 = 54,8 %		
2008	81	100	5	49	43	13	291
gesamt	81 = 43,5 %	105 = 56,5 %		49 = 46,7 %	56 = 53,3 %		

Bei den Personen, die zu Lasten auswärtiger Leistungsträger im Landkreis Reutlingen leben, überwiegen demgegenüber die stationären Leistungen. Das ist insofern plausibel, als offenbar Menschen mit geringerem Betreuungsbedarf mittlerweile durchweg vor Ort versorgt werden können, während für stationäre Hilfen teilweise noch auf die Standorte in Reutlingen zurückgegriffen wird.

Sektor RT

Sektor Alb/Oberes Ermstal

⁶ Ein nach Alter, Geschlecht und Herkunft differenzierter Zahlenvergleich für die Jahre 2007 und 2008 findet sich in der Anlage 2, Tab.6



Übersicht Alter und Geschlecht: Betreutes Wohnen ambulant (Stand: 31.12.07)

In den Jahren 2007 und 2008 gab es zwischen den Leistungsträgern und –erbringern der Eingliederungshilfe intensive und konstruktive Gespräche und Verhandlungen mit dem Ziel eine neue Leistungsvereinbarung zum Ambulant Betreuten Wohnen für Menschen mit einer wesentlichen Behinderung im Landkreis Reutlingen zu entwickeln. Diese Vereinbarung ist seit dem 01.01.2009 in Kraft. Sie beschreibt ein differenziertes ambulantes Betreuungsangebot, das die Lücke zwischen der bisherigen Form des Ambulant Betreuten Wohnens und dem stationären Wohnen schließen soll. Diese Vereinbarung sieht 3 Hilfebedarfsgruppen vor (+ 2 Sondergruppen für Ausnahmefälle) und gilt auch für psychisch kranke Menschen. Die Auswirkungen können noch nicht beurteilt werden, jedenfalls haben sich dadurch die Alternativen zur stationären Hilfeform wesentlich erweitert.

Grundsätzlich anzumerken ist noch: Gesellschaftliche Teilhabe, Normalisierung, Inklusion – all das beinhaltet auch, dass die (behinderten) Menschen Teil dieser Gesellschaft sind. Sie teilen damit auch die für alle geltenden Rahmenbedingungen. Die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen für Menschen mit geringem Einkommen haben sich zweifellos in den letzten Jahren verschärft. Viele einzelne Veränderungen lassen in manchen Lebenslagen Summierungseffekte entstehen, die die Menschen durchaus erheblich belasten können. Dies gilt natürlich auch für den Bereich des Ambulant Betreuten Wohnens (z.B. Einkommen- und Vermögensbeteiligung, Höhe der Grundsicherung vs. Lebenshaltungskosten, reduzierte Mehrbedarfe, Kosten für eine eigene Wohnung (Mieten), Selbstbeteiligungen etc.) Dabei handelt es sich zum großen Teil um Themen, die von der Landes- bzw. Bundesebene herkommen. Dennoch müssen wir uns auf örtlicher Ebene Gedanken machen, wie z.T. erschwerte Lebensbedingungen aufzufangen sind. Die kooperative und konstruktive Rolle von Kreis und Stadt bei der Suche nach dem Einzelfall angemessenen Lösungen sei hier besonders erwähnt und anerkannt.

Modellprojekt Selbstständig Leben (ProSeLe)

Das Projekt Selbstständig Leben ist ein Modellprojekt zwischen der BruderhausDiakonie und dem Landkreis Reutlingen zur Erprobung intensiver ambulanter Unterstützungsformen. Es wird durchgeführt für bisher stationär betreute Personen aus den Bereichen der Sozialpsychiatrie und der Behindertenhilfe der BruderhausDiakonie Reutlingen, für die das bisherige Niveau ambulanter Hilfe unzureichend, die stationäre Form aber nicht mehr unbedingt erforderlich ist, d.h. für einen Personenkreis, der voraussichtlich in der Lage ist, mit verlässlicher und bedarfsgerecht intensiver ambulanter Hilfe außerhalb von Heimstrukturen zu leben. Allgemeine Aufgabe des Projektes ist es entsprechend, für die teilnehmenden Personen tragfähige, individuell angepasste Wohn- und Lebensformen in Verbindung mit ambulanter Begleitung zu entwickeln. Die teilnehmenden Personen erhalten Leistungen der Grundsicherung, für die intensive Betreuung bleiben die bestehenden Maßnahmepauschalen des stationären Wohnens zunächst erhalten und werden dann abgesenkt. Die Betreuungspauschalen werden in einem Gruppenbudget zusammengefasst

und ermöglichen somit ein hohes Maß an Flexibilität. Wesentlicher Bestandteil der Hilfeplanung und Evaluation ist außerdem die Gemeinwesenorientierung, insbesondere mit der Fragestellung: wie können Ressourcen aus den sozialen Netzwerken zur Selbstversorgung und zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erschlossen und genutzt werden.

Das Projekt ist vom 01.07.2007 bis 30.06.2010 anberaumt, es nehmen 25 Personen daran teil, davon 13 Menschen mit psychischer Erkrankung.

Die bisherigen Erfahrungen der beteiligten Dienststellung und auch die Zwischenauswertung der Begleitforschung haben einen grundsätzlich positiven Tenor. Alle Teilnehmer wollen im Projekt verbleiben, die Mehrzahl verspürt eine zunehmende gesellschaftliche „Teilhabe“. Eigenständigkeit und Selbstverantwortung nahmen zu und wirkten sich fördernd auf die Bereiche Gestaltung der Tagesstruktur, Umgang mit der Öffentlichkeit und auch auf die eigene Gesundheitsfürsorge aus. Mit allen Teilnehmern wird aktiv an der Gestaltung der persönlichen Netzwerke im jeweiligen Sozialraum gearbeitet, wobei die Miteinbeziehung nicht-professioneller und öffentlicher Hilfen im Vordergrund steht.

Eine wichtige Erfahrung kann bereits jetzt formuliert werden: für alle Teilnehmer reicht bisher eine ambulante Betreuung aus. Diese gestaltet sich natürlich sowohl individuell wie bezogen auf die jeweilige Lebens- bzw. Krankheitssituation unterschiedlich intensiv. An die beteiligten Mitarbeiter und ihre Teams, an die Dienstplangestaltung und die interne Organisation der Dienststelle werden dabei sehr hohe Anforderungen gestellt, die aber auch angesichts des positiven Verlaufs mit hoher Motivation bewältigt werden.

Der Landkreis und die BruderhausDiakonie kooperieren regelmäßig auf unterschiedlichen Ebenen außerordentlich konstruktiv zu Planungen, Entwicklungen, Erfahrungen und der Auswertung.

Betreutes Wohnen in Familien⁷

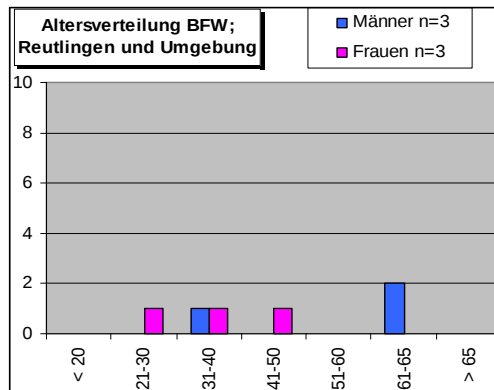
Betreutes Wohnen in Familien ist eine spezielle Form der Betreuung, in der eine Gastfamilie einen Menschen mit einer Behinderung oder einer psychischen Erkrankung aufnimmt, ihm eine Wohnmöglichkeit und das Mitleben in der Familie anbietet und wesentliche Teile der individuellen Betreuung übernimmt. Sie erhält dafür eine Vergütung; sowohl die Familie wie auch die betreute Person werden durch eine Fachkraft kontinuierlich begleitet. Eine Spezialisierung des Angebots richtet sich an Mütter mit seelischer Behinderung und ihre Kinder.

Der Träger VSP betreibt zwei Regionalbüros in Reutlingen und Zwiefalten. Die BruderhausDiakonie (Landheim Buttenhausen) unterbreitet Angebote auf der Münsinger Alb. Die Gastfamilien leben im gesamten Kreisgebiet, wobei sektoral betrachtet ein Schwerpunkt im Bereich Oberes Ermstal / Alb liegt. Die Gewinnung von Gastfamilien im städtischen Raum gestaltet sich schwierig – die Nachfrage von Klienten nach Plätzen im Stadtgebiet Reutlingen ist allerdings sehr hoch.

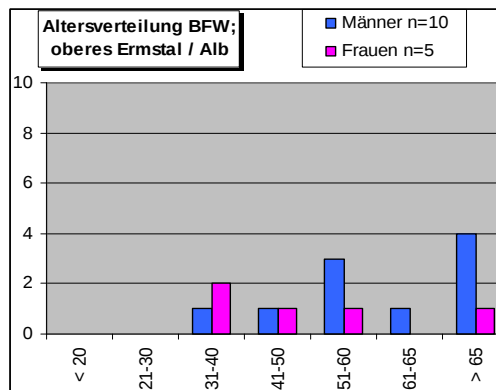
Wichtiger als eine wohnortnahe Vermittlung ist hier vielfach die individuelle Passung von Wünschen der Klienten und der Gastfamilien. Mit fachlicher Unterstützung der HPK erfolgen deshalb bei dieser Hilfeart auch Platzierungen von Landkreisbewohnern außerhalb der Kreisgrenzen.

⁷ Ein nach Alter, Geschlecht und Herkunft differenzierter Zahlenvergleich für die Jahre 2007 und 2008 findet sich in der Anlage 2, Tab. 7

Sektor RT



Sektor Alb/Oberes Ermstal



Übersicht Alter und Geschlecht Betreutes Wohnen in Familien (Stand: 31.12.07)

In den Jahren 2007 und 2008 wurden je 5 Klienten/Familien im Sektor RT betreut, im gleichen Zeitraum waren es im Sektor Alb/Oberes Ermstal 14 bzw. 13 Personen/Familien. Eine Schwierigkeit im Berichtszeitraum war, geeignete Familien zu finden und zwar nicht nur aus fachlicher Sicht. Die Familien sollten für die Jahre 2007 und 2008 das Pflegegeld als Einkommen versteuern, was nun erfreulicherweise Anfang 2009 wieder zurückgenommen wurde. Die lange erwarteten neuen Richtlinien für die Region Neckar-Alb werden zum 01.07.09 in Kraft treten.

Betreute Wohnangebote für psychisch kranke Menschen im Kontext der Wohnungslosenhilfe

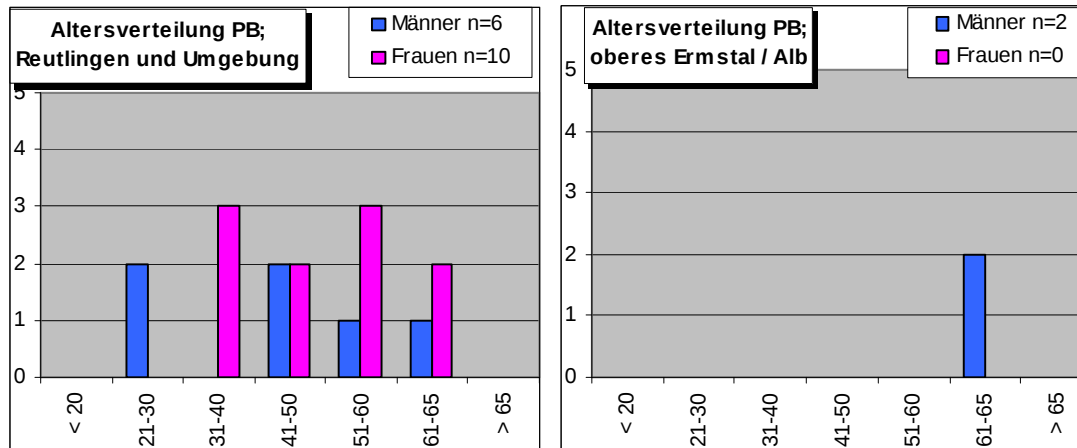
Es gibt Menschen, die durch eine psychische Erkrankung und ihre Begleitscheinungen so sehr sozial entwurzelt werden, dass sie letztlich in die Wohnungslosigkeit geraten und in diesem Zusammenhang sozial auffällig werden. Manche von diesen Menschen sind sehr schwer überhaupt zu erreichen. Bislang vorhandene Angebote aus dem Bereich der Wohnungslosenhilfe und Sozialpsychiatrie reichen nicht aus, um dem Hilfebedarf dieses Personenkreises gerecht zu werden:

Die Gemeinschafts- oder Wohngruppenunterkünfte der Arbeiterwohlfahrt können den fachlichen sozialpsychiatrischen Anforderungen nicht gerecht werden. Gesetzlich ist bei Vorliegen einer wesentlichen Behinderung ohnehin die Eingliederungshilfe vorrangig gegenüber der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten. Die bestehenden Angebote der Sozialpsychiatrie greifen allerdings auch nicht ohne weiteres, wenn Menschen für sich ihre psychische Erkrankung nicht akzeptieren und daher mit einem psychiatrischen Fachdienst auch nicht zusammenarbeiten wollen. Fähigkeit und Bereitschaft zur Mitwirkung sind hier krankheitsbedingt häufig stark beeinträchtigt. Diese Menschen tun sich schwer mit Maßnahmen der Eingliederungshilfe, wenn hier eine Krankheitseinsicht vorausgesetzt wird, die ihrem Selbstbild nicht entspricht. Auch das Aufnahmeverfahren in der üblichen Form macht Schwierigkeiten oder wird nicht durchgestanden. So kommt eine stabile Beziehung von Klienten, Leistungsträgern und Leistungserbringern gar nicht erst zustande.

Eine entsprechende Bedarfsfeststellung des Landkreises liegt vor, ein Betreuungskonzept wurde von der Arbeiterwohlfahrt (als Träger der Angebote in der Wohnungslosenhilfe) und der BruderhausDiakonie mit Beteiligung des Landkreises und der Stadt entwickelt und steht zur Umsetzung an. Verschiedene dafür geprüfte Immobilien erwiesen sich leider als ungeeignet, so sind die Beteiligten weiter auf der Suche. Für aktuell dringende Fälle werden von den Kooperationspartnern zusammen mit den Sozialhilfeträgern überbrückende Einzellösungen entwickelt.

2.3.4. Leistungen in Form Persönlicher Budgets⁸

Das Persönliche Budget wurde im Landkreis Reutlingen zunächst im Rahmen des Landesmodellprojektes, dann in eigenständigem Modell erprobt. Seit 01.01.2008 ist es als Leistungsform ein verbindlicher Bestandteil der Rehabilitationsleistungen nach SGB IX.



Übersicht Alter und Geschlecht im Bereich Persönliches Budget (Stand 31.12.07)

Im Landkreis Reutlingen wurden zum Stichtag 31.12.2007 im Landesvergleich mit 37 Fällen die meisten Persönlichen Budgets gewährt. Der Anstieg nach Einführung des Rechtsanspruches zum 01.01.08 auf 45 bis zum Jahresende 2008 ist eher bescheiden. Für beide Berichtsjahre nahmen je 18 Klienten mit einer psychischen Erkrankung entsprechende Leistungen in Anspruch. Eine Besonderheit im Landkreis soll hier auch noch erwähnt werden: neben den etablierten Leistungserbringern in der Eingliederungshilfe tritt auch ein Zusammenschluss gesetzlicher Betreuer als Leistungserbringer auf. Diese haben sich als selbständige Leistungsanbieter hierfür etabliert. Sie sind nicht Mitglied im GPV, beteiligen sich aber am Hilfeplanverfahren.

Festzuhalten ist:

- Das Persönliche Budget ist ein spezifisches Instrument der personenzentrierten Hilfeleistung, das im Einzelfall eine besondere individuelle Flexibilität in der Ausgestaltung ermöglicht. Es ersetzt aber nicht grundsätzlich die Hilfestellung als Sachleistung..
- Das Persönliche Budget ist für die Menschen mit Behinderungen bisher nur wenig attraktiv und wird nur in wenigen Einzelfällen von ihnen selbst nachgefragt. In den meisten Fällen ist das PB nur durch intensive Beratung und Begleitung durch die Fachdienste zustande gekommen.
- Trägerübergreifende Persönliche Budgets (d.h. Budgets mit Beiträgen verschiedener Leistungsträger) sind angesichts der komplizierten Verfahrensanforderungen bisher in Reutlingen nicht zustande gekommen

⁸ Ein nach Alter, Geschlecht und Herkunft differenzierter Zahlenvergleich für die Jahre 2007 und 2008 findet sich in der Anlage 2, Tab. 8

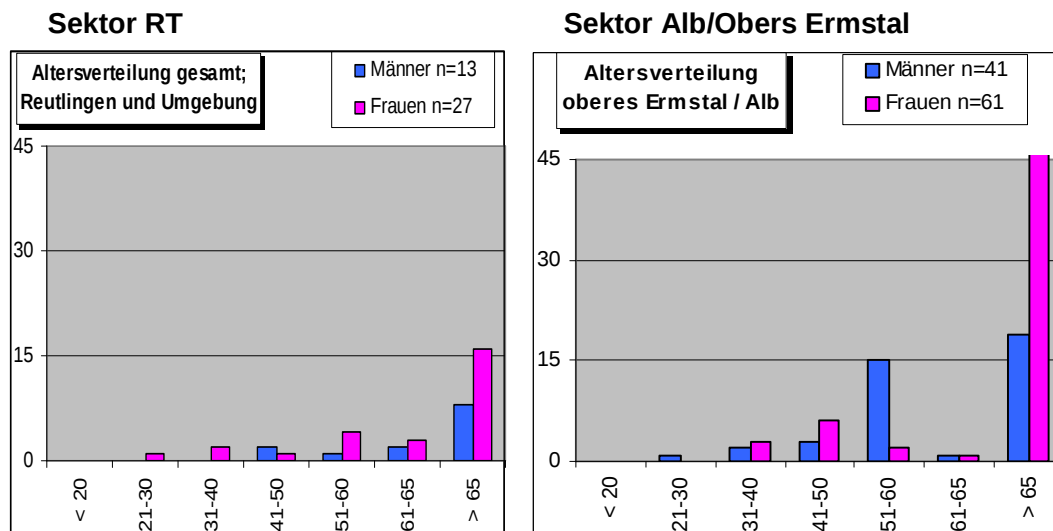
2.4 Stationäre Pflege⁹

Eingliederungshilfe schließt auch die notwendigen pflegerischen Leistungen ein. Bei Menschen mit einer Pflegestufe zahlt die Pflegekasse dafür eine Pauschale, mit der aber Personen mit einem hohen Pflegebedarf nicht angemessen versorgt werden. Drei Leistungserbringer bieten deshalb im Landkreis Reutlingen Heimplätze speziell für Menschen mit psychischen Erkrankungen und einem erhöhtem pflegerischen Bedarf:

- Bruderhaus Diakonie
- Samariterstiftung
- Heimbereich des ZfP Zwiefalten

Es sind dabei zwei Einrichtungstypen zu unterscheiden:

- Das sozialpsychiatrische **Pflegeheim mit sog. binnendifferenzierter Finanzierung** (vgl. Anlage 2, Tab. 9a) ist eine Einrichtung nach SGB XII: unter den Rahmenbedingungen der Eingliederungshilfe werden mit eigenem Versorgungsvertrag für eine definierte Platzzahl in einem räumlich und organisatorisch eigenständigen Bereich der Einrichtung Menschen mit zusätzlich pflegerischem Bedarf betreut. Abgerechnet wird mit dem Sozialhilfeträger, der sich die vollen Pflegesachleistungen gem. SGB XI von den Pflegekassen erstatten lassen kann (Bruderhaus Diakonie RT, Samariterstift Grafeneck). In den Berichtsjahren wurden in dieser Hilfeform 34 (2007) bzw. 39 (2008) Personen in Leistungsträgerschaft Landkreis und Stadt Reutlingen versorgt. (Anmerkung: Diese Personen sind bereits in den Tabellen auf Seite 28 und 32 enthalten.)
- **Pflegeheim nach SGB XI mit Eingliederungshilfe-Zuschlag** (vgl. Anlage 2, Tabelle 9b): Hier werden die Leistungen gemäß den Vorgaben der Pflegekassen erbracht und direkt mit diesen abgerechnet. Eingliederungshilfe-spezifische Mehrbedarfe werden über einen Zuschlag abgegolten (Münsterklinik Zwiefalten). 2007 betraf dies 24, 2008 23 Klienten.



Übersicht Alter und Geschlecht im Bereich Pflege / Fachpflege (Stand: 31.12.07)

Die Zahl der Menschen mit Behinderung und mit zusätzlichem Pflegebedarf nimmt zu. Die Sozialhilfeträger und der KVJS in Baden-Württemberg reagierten im Juli 2007 darauf mit der

⁹ Ein nach Alter, Geschlecht und Herkunft differenzierter Zahlenvergleich für die Jahre 2007 und 2008 findet sich in der Anlage 2, Tab. 9

Forderung nach einer spezifischen stationären Pflegeeinrichtung im Rahmen des SGB XI („Fachpflegeheim“). Ein wesentliches Motiv für eine solche Angebotsform ist der an sich auch berechtigte Wunsch nach einer finanziellen Entlastung der Sozialhilfeträger dadurch, dass die vollen Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden. Aus Sicht der Trägergemeinschaft hat sich dafür die Regelung der Binnendifferenzierung bewährt; eine reine SGB XI-Einrichtung kann den Bedarf an Teilhabeleistungen nicht abdecken. Es kann nicht sein, dass der Bedarf pflegebedürftiger Menschen mit Behinderungen der Finanzierungsart des Heims folgt und auf diese Weise der Anspruch auf Leistungen der Teilhabe nach SGB XII in Verbindung mit dem SGB XI verloren geht. Vielmehr müssen wir die Einzelnen mit ihrer Bedürfnislage in den Vordergrund der Betrachtung stellen und dafür Sorge tragen, dass eine bedarfsgerechte Hilfe auch für Menschen mit Behinderungen und zusätzlichen Einschränkungen gesichert ist – unabhängig von Alter und Behinderungsart.

Diese Frage der Verknüpfung von Teilhabe- und Pflegeleistungen ist auf Bundes- und Landesebene regelungsbedürftig. Die Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg formulierte deshalb Anfang 2008 ein richtungsweisendes Positionspapier mit folgenden Grundsätzen:

- Wunsch- und Wahlrecht des Klienten achten
- Eingliederungshilfe beinhaltet Pflege
- Eingliederungshilfe unterliegt keiner Altersbegrenzung
- den persönlichen Lebensmittelpunkt erhalten
- besondere Situationen am Lebensende erfordern individuelle Lösungen
- häusliche Pflege in Wohneinrichtungen sichern
- volle Leistungen der Pflegeversicherung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe ermöglichen
- Fehlplatzierungen vermeiden (transparente Hilfebedarfsbemessung)
- Sozialplanung bzw. Systemsteuerung gemeinsam wahrnehmen

Entwicklungsperspektiven

Im Bereich **Betreutes Wohnen in Familien**:

- Es sollte im Landkreis die Möglichkeit der vorübergehenden Aufnahme im Notfall für Klienten in Gastfamilien geschaffen werden
- Die neuen Richtlinien BWF, die abgestimmt mit den Landkreisen Tübingen und Zollernalb im Landkreis Reutlingen zum 01.07.09 in Kraft treten, sind grundsätzlich zu begrüßen. Insbesondere die finanziellen Verbesserungen für die Familien sind erfreulich. Klärungsbedarf gibt es allerdings noch zur Kürzung der Trägerpauschale bei Vermittlung in der zweiten Monatshälfte und bei Beendigung in der ersten.
- Eine parallele Probezeitfinanzierung für entlassende Einrichtung, Gastfamilie und BWF-Träger könnte mehr Klienten motivieren in das BWF zu wechseln.

Im Bereich **Betreutes Wohnen**:

- Umsetzung der neuen Vereinbarung zum hilfebedarfsbezogenen Ambulant Betreuten Wohnen
- Vermeidung bzw. Abbau negativer Anreize im Übergang zu ambulanten Hilfen: Für bisher stationär betreute Menschen ist der Übergang in ambulante Hilfen mit vielfältigen Anforderungen und Unsicherheiten verbunden. Das gilt auch in finanzieller Hinsicht (z.B. Einkommens- und Vermögensgrenzen, Höhe der Grundsicherung, im Verhältnis zu Lebenshaltungskosten und Mietpreisen). Neben den entsprechenden Forderungen an den Gesetzgeber gibt es dafür auch Handlungsmöglichkeiten auf Landkreisebene:
 - o Flexibilität bei Härtefällen bezogen auf Einkommens- und Vermögensregelungen
 - o Bedarfsbezogenheit bei den sog. „Starthilfen“

- o Mietzuschuss und örtlicher Mietspiegel müssen im Verhältnis stehen
- o Beratung und Unterstützung zur Nutzung der örtlichen Infrastruktur, bei bürokratischen Anliegen etc.
- Die Beschaffung von geeignetem und bezahlbarem Wohnraum bleibt eine dauernde Herausforderung in der Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern und der kommunalen Seite.
- Wenn auch Menschen mit einem höheren Hilfebedarf ambulant betreut werden, dann sind auch tagesstrukturierende Leistungen in bedarfsgerechter Form notwendig. Mit der Differenzierung der ambulanten Betreuung ist ein wesentlicher Schritt getan. Ergänzend ist nun eine Überprüfung der Regelungen zu den Tagesstruktur-Leistungstypen erforderlich: sie müssen mit ambulanter Betreuung kombinierbar sein und sie müssen individuell dosierbar werden
- Fortführung der Konversionsprozesse
- Entwicklung eines spezifischen betreuten Wohnangebots für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die im Kontext der Wohnungslosenhilfe zu betreuen sind

Im Bereich **Stationäre Hilfe für Menschen mit psychischer Erkrankung und höherem Pflegebedarf:**

- Sicherung des Zusammenwirkens der Eingliederungshilfe nach SGB XII und der Hilfe zur Pflege (SGB XI)

Im Bereich **Persönliches Budget:**

- Es gibt bis heute noch kein Beispiel eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets im Landkreis.
- Das Thema „Arbeit“ kommt bei der Budgetgewährung noch nicht vor. Eine entsprechende konzeptionelle Weiterentwicklung ist dringend notwendig, würde auch neue Handlungsoptionen eröffnen.
- Entscheidend in den Informationsgesprächen mit Klienten (und ihren Angehörigen) wird sein, ob das notwendige Gefühl von Sicherheit und individueller Beweglichkeit bei Hilfeplanung und –erbringung sowohl von Leistungsträger wie –erbringer dem Interessenten vermittelt werden kann.
- Dies erfordert – insbesondere auch unter der Prämisse **personenzentrierter** Hilfeplanung – eine anbietende Gestaltung bei den Leistungserbringern.

2.5. Krankenbehandlung gemäß SGB V

2.5.1. Stationäre klinische Versorgung

2.5.1.1. im Sektor Alb/Oberes Ermstal (Zentrum für Psychiatrie, Zwiefalten)

Die stationäre klinische Versorgung in der Münsterklinik umfasst die Behandlung sämtlicher psychiatrischer Krankheitsbilder. Stationen mit spezialisierten Angeboten sind gegliedert in die Abteilungen für Allgemeinpsychiatrie, für Depression, für Abhängigkeitserkrankungen, für Geronto- und Neuropsychiatrie, für Psychosomatik sowie für Neurologie.

Für Patienten, die im Gemeindepsychiatrischen Verbund versorgt werden sind folgende Stationen von besonderer Bedeutung:

- Die Sektorstation der Allgemeinpsychiatrie (3012) versorgt den südlichen Teil des Landkreises Reutlingen sowie anteilig den Landkreis Esslingen. Aufgenommen werden Menschen in akuten psychischen Krisen. Dies betrifft gleichermaßen Ersterkrankte wie auch Patienten, die im Rahmen einer längerfristigen Erkrankung eine akute Verschlechterung ihres Zustandes erleiden. Die Aufnahme auf der Station dient der vertiefenden Diagnostik und der Stabilisierung durch vielfältige Behandlungsbausteine in

einem multiprofessionellen Team. Versorgt werden können so Patienten auch in sehr akuten Krankheitsphasen bis hin zur besonders intensiven Einzelbetreuung. Häufige Krankheitsbilder sind schizophrene Psychosen, Depression, Manie, Belastungsreaktionen und suizidale Krisen.

- Die Spezialstation für Sozialpsychiatrie (3011) bietet für die Landkreise Reutlingen, Esslingen und Tübingen ein besonderes Angebot für chronisch psychisch Kranke. Im Vordergrund steht neben aktueller Stabilisierung die Vorbereitung auf eine möglichst frühzeitige Reintegration ins Alltagsleben (Vorbereitung für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, Wiedereingliederungshilfen wie das Wohnen in einer Wohngruppe, psychiatrische Familienpflege oder auch die Aufnahme in eine Heimeinrichtung). Gleichzeitig werden die Patienten intensiv auf leistungsangepasste Arbeit, Bewältigung von lebenspraktischen Aufgaben und die Gestaltung ihrer Freizeit vorbereitet und trainiert.
- Die „Soteria“ (3010) ist eine Modellstation mit speziellem milieuthérapeutischem Konzept, das in Europa nur in drei weiteren Kliniken vorgehalten wird. Es richtet sich vor allem an jüngere, an einer Psychose erkrankte Menschen, die einer intensiven Behandlung, Betreuung und Begleitung bedürfen. Der freundliche Charakter einer ehemaligen Villa unterstützt das besondere Behandlungskonzept. Bundesweite Anfragen sind Zeichen für die Ausstrahlung dieses besonderen Therapieangebotes.
- Die Depressionsstation für Erwachsene (3022) bietet seit 20 Jahren mit einem spezialisierten Behandlungsprogramm depressiven Menschen therapeutische Hilfe in akuten Phasen der Depression, bei längerdauernden, wiederkehrenden depressiven Störungen, oder auch in suizidalen Krisen.
- Die Station für geistig- und lernbehinderte Menschen mit zusätzlichen psychischen Erkrankungen (3053) arbeitet mit einem ganzheitlichen Ansatz für psychische Erkrankungen und Verhaltensprobleme. Sie gliedert sich in einen geschützten Bereich vor allem zur Krisenintervention und zur Betreuung von Menschen mit hohem Hilfebedarf und einen offen geführten Bereich, wo die Patienten insbesondere in ihrer Selbständigkeit gefördert und auf ihre Entlassung vorbereitet werden.
- Die Station für Psychosomatik und Psychotherapie hat ihren Schwerpunkt in der Behandlung von Menschen mit posttraumatischen Belastungsstörungen. Daneben übernimmt sie die Aufgabe der Sektorversorgung für Menschen mit Angsterkrankungen, Zwangsstörungen und somatoformen sowie sog. funktionellen Störungen.
- Auf der Station 3033 werden Menschen mit Doppeldiagnosen, d.h. einer Abhängigkeitserkrankung sowie einer weiteren psychischen Erkrankung behandelt. Im Vordergrund steht dabei jedoch die Suchterkrankung, so dass diese Station primär dem System der Suchtkrankenhilfe, damit regional dem Suchthilfenetzwerk im Landkreis Reutlingen zuzuordnen ist.

2.5.1.2. im Sektor Reutlingen (Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Reutlingen, PP.rt)

Versorgt werden Patienten mit allgemeinspsychiatrischen oder gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern aus der Stadt Reutlingen und dem nördlichen Landkreis.

Die klinische Versorgung gliedert sich in zwei Standorte:

- Zwei Stationen für Allgemeinspsychiatrie in der Oberlinstraße 16 und im Ringelbachgelände (8011/8012).
- Die dritte allgemeinspsychiatrische Station ist räumlich eingegliedert in das Städtische Allg. Krankenhaus (Klinikum am Steinenberg) und umfasst eine Ebene des Bettenbaus West (8022).

Alle drei Stationen werden nach einheitlichem Konzept betrieben und nehmen abwechselnd neue Patienten auf. Spezialisierte Behandlungsangebote für die einzelnen Patientengruppen werden stationsübergreifend in Indikationsgruppen z.B. für depressiv erkrankte Menschen, für psychoserkrankte Patienten, für Menschen mit einer Belastungsstörung und für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen angeboten. Auch in der PP.rt erfolgt die Behandlung selbstverständlich im multiprofessionellen Team mit vielfältigen spezialisierten Behandlungsbausteinen.

In der Tagesklinik (Station 8031) werden ebenfalls Patienten mit unterschiedlichen allgemeinpsychiatrischen Erkrankungen behandelt. Hier finden Patienten Aufnahme, für die eine Betreuung bei Nacht und am Wochenende nicht notwendig ist, die aber gleichwohl der intensiven stationären Behandlung während des Tages bedürfen.

2.5.1.3. Übersicht über die stationäre Behandlung von Personen aus dem Landkreis Reutlingen in den beiden Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie im Landkreis

Die Angaben beziehen sich ausschließlich auf den Bereich der Allgemeinpsychiatrie, Behandlungen von Patienten aus den Bereichen Sucht und Alterspsychiatrie sind nicht einbezogen.

Insgesamt wurden rund 1.000 Personen aus dem Landkreis stationär behandelt. Wesentliche Diagnosegruppen waren

- schizophrene Störungen (47 %),
- depressive Störungen (21 %),
- Anpassungsstörungen, Belastungsreaktionen (16 %) sowie
- Persönlichkeitsstörungen (11 %).

28 % der Patienten wurden erstmalig stationär behandelt, 36 % waren häufiger als fünf Mal in stationärer Behandlung.

- Die Behandlung wurde bei 94 % aller Patienten auf freiwilliger Basis durchgeführt, lediglich 6 % der Patienten wurden zunächst nach richterlichem Beschluss in der Klinik behandelt.
- Die durchschnittliche Verweildauer lag bei 28 Tagen.
- Nach dem Klinikaufenthalt wurden knapp 70 % der Patienten in eine selbständige Wohnform entlassen, 21% in betreute Wohnformen. 7 % wurden in eine andere Klinik verlegt.
- Die ambulante Weiterbehandlung nach Entlassung nahmen neben den Hausärzten in rund 75 % der Fälle die niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten sowie die psychiatrischen Institutsambulanzen wahr. Nur 7% der Patienten wurden, auf eigenen Wunsch, ohne weitere ambulante Behandlungsperspektive entlassen.
- In 6 % der Fälle wurde für die Zeit nach der Entlassung eine ergänzende Betreuung durch den sozialpsychiatrischen Dienst vereinbart. Bei einem Prozent wurde der ambulante psychiatrische Pflegedienst tätig,
- 3 % wurden in der Werkstatt für behinderte Menschen beschäftigt, 1 % vom Integrationsfachdienst betreut.
- Rund 10 % der Patienten planten die Inanspruchnahme anderer ambulanter Hilfen, Beratungsangebote oder Selbsthilfegruppen.

2.5.2. Stationäre medizinische Rehabilitation

Die Sozialpsychiatrischen Hilfen Reutlingen der BruderhausDiakonie halten 10 stationäre Plätze zur Medizinischen Rehabilitation psychisch kranker Menschen vor. Das Angebot richtet sich an Personen aus dem Landkreis Reutlingen, bei denen nach einer klinischen Behandlung oder auch im Anschluss an länger dauernde ambulante Behandlungsmaßnahmen eine gesundheitliche Stabilisierung noch nicht in ausreichendem Maße erreicht werden konnte und bei denen durch die Maßnahme eine möglichst dauerhafte Ein- bzw. Wiedereingliederung in Gesellschaft und Arbeitsleben erwartet wird.

Das Angebot befindet sich in einem Wohnhaus im Gaisbühlgelände; die Unterbringung der Patienten erfolgt in Zweier- und Dreierappartements mit je eigener Kochgelegenheit, Bad und Toilette. Weiter stehen Gemeinschaftsräume sowie eine Gemeinschaftsküche zur Verfügung. Neben der medizinischen Behandlung und zahlreichen therapeutischen Einzel- und Gruppenangeboten liegt ein Schwerpunkt des Angebotes auf der Förderung der Selbständigkeit in alltäglichen Angelegenheiten wie Körper- und Wäschepflege, Zimmerreinigung und Nahrungsversorgung. Die Kosten der Medizinischen Rehabilitation werden auf Antrag durch die Krankenkasse oder den zuständigen Rentenversicherungsträger übernommen.

Die Auslastung dieses seit 2005 bestehenden Angebotes gestaltete sich sehr schwierig; dies vor allem vor dem Hintergrund des sehr hohen Aufwandes, der mit einer Antragstellung verbunden ist. Auch haben die Versicherungsträger anfänglich versucht, die beantragten Hilfen abzulehnen oder Betroffene in eigene Rehabilitationseinrichtungen zu vermitteln. Seit Sommer 2008 zahlen sich die Bemühungen zu rechtlichen Klärungen und Vorgehensweisen in der Zusammenarbeit mit den Kostenträgern aus – zudem wurde die Kooperation mit den Kliniken der Umgebung noch einmal intensiviert. Die durchschnittliche Belegung lag in 2008 bei 4 Plätzen mit steigender Tendenz; zum Jahresende waren 8 Plätze belegt.

Insgesamt 10 Personen haben das Angebot in 2008 wahrgenommen; die Dauer der Maßnahme lag bei den einzelnen Rehabilitanden zwischen 71 und 253 Tagen. Bei der Hälfte der zehn Fälle lag die Kostenträgerschaft bei einer Krankenkasse; bei der anderen beim Rentenversicherungsträger.

Etwa 80% der bisherigen Klienten sind junge psychisch Kranke, die in der Regel ohne Schulabschluss oder Ausbildung sind und bei denen eine Vermittlung in berufsbildende Maßnahmen während und nach Abschluss der Maßnahme im Vordergrund steht.

2.5.3. Ambulante Versorgung

2.5.3.1. Psychiatrische Institutsambulanzen

Psychiatrische Institutsambulanzen ergänzen das stationäre klinische Angebot. Für alle Patientengruppen gibt es spezialisierte ambulante Behandlungsangebote an den Standorten Zwiefalten, Münsingen, Kleinengstingen und Reutlingen (allein hier an 3 Standorten). Sie stehen zur Verfügung für Patienten, die aufgrund von Art und Schwere ihrer Erkrankung die besondere, multiprofessionelle Behandlung in diesen Ambulanzen benötigen und für die eine Behandlung beim niedergelassenen Psychiater oder Psychotherapeuten nicht ausreicht.

Eine Besonderheit ist die Institutsambulanz für fremdsprachige Mitbürger, in der muttersprachliche Behandlung in den Sprachen albanisch, bosnisch, kroatisch, rumänisch, russisch, serbisch, türkisch, slowakisch und griechisch ermöglicht wird. Die detaillierte Kenntnis des kulturellen Hintergrundes ergänzt die Sprachkenntnis der behandelnden Ärzte.

An den Standorten Zwiefalten, Münsingen und Reutlingen besteht außerdem die Möglichkeit vom behandelnden Arzt verordnete ambulante psychiatrische Ergotherapie in den Räumen der Ambulanz zu erhalten.

2.5.3.2. Niedergelassene Psychiater¹⁰

In Reutlingen praktizieren drei Psychiater/Psychotherapeuten und vier Nervenärzte/Neurologe/Psychiater, zusätzlich zwei rein neurologisch tätige Kollegen. In den Jahren 2007 und 2008 wurden psychiatrisch in diesen Praxen zw. 3500 und 4000 Pat. pro Quartal behandelt. 50% - 70 % der Pat. waren je nach Ausrichtung der Praxis mehrmals im Jahr in Behandlung bzw. leiden an einer chronischen Erkrankung die dauerhafte, kontinuierliche Behandlung notwendig macht.

Zuweisungen finden überwiegend durch die Hausärzte statt, die in der Regel die erste Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Krankheiten/Problemen sind.

Zusammengearbeitet wird mit den Kliniken, insbesondere mit der PP.rt, der Münsterklinik in Zwiefalten und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Tübingen.

Mit der BruderhausDiakonie wird im Rahmen der Sonderpflege für psychisch Kranke, der Soziotherapie und dem Betreuten Wohnen kooperiert, letzteres auch mit anderen Trägern. Zusätzlich sind Psychiater ambulant in den Altenheimen in gerontopsychiatrischer Behandlung tätig und betreuen auch die Wohngruppen für Menschen mit geistiger Behinderung oder chronischer seelischer Krankheit der BruderhausDiakonie.

Kontakte zu den Psychiatrischen Institutsambulanzen bestehen ebenfalls, wenn besonders schwierige Patienten im ambulanten Setting zu betreuen sind und eine adäquate Behandlung in der Einzelpraxis nicht möglich erscheint.

Diese oben beschriebenen Tätigkeiten im Rahmen der Kooperation benötigen häufig persönliche bzw. telefonische Kontakte, teilweise auch ausführliche Schriftwechsel, die sehr zeitaufwendig und arbeitsintensiv sind.

Ausblick:

Erschwert wird die ambulante psychiatrische Behandlung gegenwärtig durch das Inkrafttreten der Gesundheitsreform zum 01.01.2009 insofern, als für alle niedergelassenen Ärzte so genannte Regelleistungsvolumina (RLV) eingeführt wurden, die jedem Arzt eine bestimmte Summe als Behandlungshonorar zuweisen. Im Fall der Psychiater waren dies im ersten Quartal 2009 ca. 53€ je Pat., im zweiten Quartal 2009 sind es 51€ je Pat.. Mit dieser Summe ist unter Zugrundelegung der EBM-Honorarsätze eine Behandlung von 1–2 mal pro Quartal und Patient möglich, wobei insgesamt 25 - 30 Min./Pat. Gesprächszeit eingeplant werden können.

Aufgrund der eingeschränkten Häufigkeit der Gesprächskontakte müssen neue Patienten mit 8 -10 Wochen Wartezeit auf einen Ersttermin rechnen.

Trotz dieser Einschränkungen versuchen wir Reutlinger Psychiater die Behandlung weiterzuführen wie bisher, obwohl ein Grossteil der Behandlung entsprechend dem vereinbarten EBM-Honorar nicht mehr bezahlt wird. Beispielsweise war im aktuellen Quartal 2/09 in der Praxis des Berichterstatters die im Rahmen des RLV genehmigte Honorarsumme durch tatsächlich erfolgte Gesprächsleistungen und Grundpauschalen bereits am 15.05.09 aufgebraucht, obwohl die vereinbarten Behandlungen wie bisher weiterlaufen

Mit dem oben erwähnten RLV ist eine psychiatrische Praxis wirtschaftlich nicht mehr zu führen. Aus diesem Grund ist für die ersten beide Quartale 09 eine so genannte Konvergenzklausel eingeführt worden, die besagt, dass Honorarverluste bis zu einer Höhe von 95% des im entsprechenden Vorjahres-Quartals ausbezahlten Honorars ausgeglichen werden.

Allerdings ist ungeklärt, ob diese Regelung über den 30.06.09 hinaus weiter geführt werden kann. Aus Sicht der Niedergelassenen ist es notwendig, gegen die Honorarpolitik der Bundesregierung Maßnahmen zu ergreifen, um einer Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen in unser Gesellschaft vorzubeugen und ihnen eine angemessene Behandlung zu kommen zu lassen.

¹⁰ Dieser Abschnitt wurde erstellt von Dr. Erhard Sting, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitglied im Steuerungsgremium des GPV

2.5.3.3. Soziotherapie

Insgesamt 80 Klienten – gegenüber 84 Klienten in 2005, 100 Klienten in 2006 und 84 in 2007 - erhielten im 2008 **ambulante Soziotherapie**, verordnet durch die Fachärzte (auch PIA) und erbracht durch den Sozialpsychiatrischen Dienst. Ziel der Soziotherapie ist es, Klienten durch Motivationsarbeit und strukturierte Trainingsmaßnahmen zu helfen psychosoziale Defizite abzubauen, erforderliche Leistungen zu akzeptieren und selbstständig in Anspruch zu nehmen und diese Leistungen zu koordinieren. In dieser Leistungsart wurden für beide Berichtsjahre etwa 1350 Leistungsstunden erbracht. Allerdings gab es im Jahre 2008 nur noch 40 neue Anträge zur Erbringung ambulanter Soziotherapie, gegenüber 60 im Vorjahr (50 davon wurden genehmigt; 5 davon erst nach einem Widerspruchsverfahren). Die eng gefassten Richtlinien und zum Teil auch deren noch engere Auslegung durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen stellen im Genehmigungsverfahren ein Problem dar. So kommt nach Ausschöpfung des Maximalanspruchs von 120 Stunden im Verlauf von 3 Jahren nur in Ausnahmefällen eine Verlängerung in Betracht. In 58 Fällen ist die Soziotherapie im Berichtsjahr beendet worden; bei etwa 35% davon mit der Begründung des Ablaufes der Dreijahresfrist, welche in den Bundesrichtlinien pro Krankheitsfall höchstens zugrunde gelegt wird.

Auf die eng gefassten Richtlinien und deren problematische Auslegung durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen ist in den vergangenen Jahren mehrfach hingewiesen worden. Die Errungenschaften der letzten Jahre zur Gleichstellung psychisch kranker Menschen sind insbesondere im Bereich des SGB V zunehmend in Frage gestellt und rückläufig. Die Erschließung vorrangiger Sozialversicherungsleistungen aus dem SGB V ist bei diesem Personenkreis deutlich erschwert. Die Arbeit des Dienstes besteht häufig in einer Beratungsfunktion zu Durchsetzungsmöglichkeiten von Rechtsansprüchen sowie der Motivierung zur Inanspruchnahme rechtlicher Beratung und Klärung. Dort, wo dies erfolgt, zeichnen sich Erfolge ab. So wurde aktuell durch das Sozialgericht Reutlingen ein - allerdings noch nicht rechtskräftiges - Urteil verkündet, welches darlegt, dass die Dreijahresfrist durch die Kassen falsch ausgelegt wird. Gemeinsam mit unserem Fachverband war und ist der Dienst auch bei der Klärung dieser Fragen aktiv.

2.5.3.4. Häusliche psychiatrische Pflege

Die häusliche psychiatrische Pflege stellt ebenfalls eine Leistung der Krankenversicherung dar (Behandlungspflege und psychiatrische Krankenpflege). In den Jahren 2007/2008 wurden durch den sog. „Sonderpflagedienst“ 54 bzw. 46 Patienten mit insgesamt 3938 bzw. 3618 Einsätzen betreut. Damit nahmen die Einschnitte im Tätigkeitsfeld dieses Dienstes der BruderhausDiakonie im Berichtsjahr weiter zu (z.B. wurden im Jahre 2005 noch 131 Patienten mit 12323 Hausbesuchen betreut). Im Vergleich zur Zeit vor Inkrafttreten der neuen Bundesrichtlinien zum 01.07.2005 über die Verordnung Häuslicher Psychiatrischer Pflege sind nur noch ca ein Drittel der Einsätze durchgeführt worden; die Anzahl betreuter Klienten hat sich um etwa 65% reduziert. Die Richtlinien selbst enthalten erschwerende Zugangsbedingungen (z.B. diagnostische Einschränkungen, formelle Anforderungen der Beantragung) und die Auslegungspraxis der Krankenkassen sowie die Begutachtungsrichtlinien der MDKs schränken diese weiter ein. Es gibt nach wie vor keine Umsetzungsempfehlungen auf Landesebene und die ursprüngliche Absicht, mit den Richtlinien zur Häuslichen Psychiatrischen Pflege bessere Versorgungsbedingungen für die Klientel zu erreichen, konnte in keinem Bundesland umgesetzt werden. Das Gegenteil ist der Fall, die Bedingungen haben sich verschlechtert.

Dem Reutlinger Dienst sind etliche Einzelfälle bekannt, in denen psychisch kranke Menschen in Notlagen geraten sind, weil sie unzureichend versorgt sind. Schlechte Grundversorgungssituationen, Klinikeinweisungen und schwierige Behandlungsverläufe hätten Betroffenen und ihren Angehörigen durch den Einsatz der Häuslichen Psychiatrischen Pflege erspart werden können.

Perspektivische Entwicklungen

Die stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung psychisch kranker Menschen im Landkreis Reutlingen soll weiter verbessert werden. Ziel ist eine weitere Stärkung der wohnortnahen Versorgung psychisch kranker Menschen.

- Hierzu ist geplant die Kapazität der klinischen Versorgung im Sektor Reutlingen/Umland im Rahmen eines Neubaus am Standort des Klinikums am Steinenberg weiter aufzustocken. Dazu wurde anlässlich des Spatenstichs für den Neubau ausführlich im Frühjahr 2009 in der Tagespresse berichtet.
- Ergänzend sollen die tagesklinische und ambulante Behandlung am Standort Ringelbach weiter ausgebaut und die Übergänge zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung weiter erleichtert werden. Ziel ist, dass jeder Patient zu jedem Zeitpunkt genau die Intensität der Behandlung erhält, die er benötigt. Der Behandlungsort soll im Idealfall so wohnortnah und niederschwellig wie möglich erreichbar sein.
- Ein fortbestehendes Ziel ist die Erschließung der gesetzlich gegenüber der Eingliederungshilfe vorrangigen Leistungen für Menschen mit psychischer Erkrankung und deren Gleichstellung mit somatisch Kranken. Das bezieht sich insbesondere auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation und auf die häusliche psychiatrische Krankenpflege sowie auf die Soziotherapie.

3. Andere psychiatrische Teilbereiche

3.1. Suchtkrankenhilfe

Im LK RT existiert seit 2006 ein anerkanntes Suchthilfenetzwerk (Modell-Landkreis) nach dem Landeskonzept „Kommunale Suchthilfenetzwerke“. 2007 wurde eine eigene Hilfeplankonferenz (nach dem Muster der HPK Sozialpsychiatrie) eingeführt. Ziel ist die koordinierte Versorgung Suchtkranker durch individuelle, bedarfsgerechte, angemessene, wohnortnahe Beratung, Behandlung, Rehabilitation und Teilhabe.

In diesem Suchthilfenetzwerk und damit auch in der HPK sind neben dem Landkreis und Kassen die spezifischen Leistungsanbieter und Selbsthilfeorganisationen der Suchtkrankenhilfe vertreten. Die Mitgliedschaft von sozialpsychiatrischen Leistungserbringern (ZfP, BruderhausDiakonie, VSP), die auch Menschen mit Suchterkrankung versorgen, gewährleistet die Zusammenarbeit an den Schnittstellen. Des Weiteren nehmen zunächst für einen begrenzten Zeitraum benannte Mitglieder der beiden HPKs an der jeweils anderen teil. Entscheidend für den Zugang zu der jeweiligen HPK ist das in der Hilfeplanung anvisierte Hilfesystem. In den Jahren 2007 und 2008 fanden 10 Sitzungen der HPK Sucht statt, in ihnen wurden 70 (Eingliederungshilfe-) Fälle vorgestellt, davon 19 in der Wiedervorlage.

Bei der Versorgung von Personen mit chronisch verlaufenden Abhängigkeitserkrankungen, insbesondere auch bei Personen mit Mehrfachproblematik (neben der Abhängigkeitsproblematik weitere psychiatrische Diagnosen) gibt es einen Überschneidungsbereich zwischen dem suchtpsychiatrischen und dem allgemeinpsychiatrischen Hilfesystem. Zu klären ist aktuell, ob die Hilfeplankonferenzen für diesen Überschneidungsbereich zusammengelegt werden können.

3.2. Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Schnittstellenproblematik von Jugendhilfe und Eingliederungshilfe zeigt sich u.a bei der Versorgung

- Von Kindern mit psychisch kranken Eltern(-teilen),
- von psychisch kranken Kindern in Familien und
- von psychisch kranken Jugendlichen. Im Übergang zum Erwachsenenalter.

Die Hilfesysteme stehen noch vielfach nebeneinander. Anzustreben sind koordinierte Hilfen „wie aus einer Hand“, die Leistungen nach SGB VIII und SGB XII sowie ggf. auch Leistungen nach SGB V sinnvoll aufeinander abstimmen und sich wechselseitig ergänzen.

Dem Landkreis und insbesondere dem Jugendamt ist diese Problematik bekannt. Im Steuerungsgremium GPV wurden diese Fragestellungen verschiedentlich angesprochen (zuletzt am 19.03.09 unter Miteinbeziehung eines niedergelassenen Facharztes). Über eine Bedarfserhebung zu den Problemstellungen und den bestehenden Versorgungsstrukturen sollen unter der Federführung des Jugendamtes effektive Vernetzungsformen entwickelt werden. Die klinische Versorgung des LK RT wird von der UK Tübingen und der Klinik der Mariaberger Heime abgedeckt. Ein eigenes stationäres Angebot im LK RT ist in der Landesplanung bisher nicht vorgesehen, niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es im Landkreis Reutlingen nur zwei.

3.3. Gerontopsychiatrie

Der Bereich der Gerontopsychiatrie ist bisher im Rahmen des GPV nicht Thema gewesen. Der LK RT verfügt bisher über kein eigenes fachliches Versorgungskonzept. Für alt werdende Menschen mit psychischen Erkrankungen besteht ein – soweit erkennbar - adäquates Angebot im Rahmen des allgemeinpsychiatrischen Hilfesystems.

Verschiedene Träger aus Altenhilfe, Sozialpsychiatrie, Sucht und den Psychiatrischen Kliniken beraten derzeit informell und unregelmäßig Konzepte zur Zusammenarbeit, die auf der Fallebene Hilfen bündeln sollen sowie über ein zukünftiges Gerontopsychiatrie-Netzwerk, das die notwendigen Hilfen koordinieren soll.

In diesem Zusammenhang erwähnt sei auch das „Forum Pflege“ des Landkreises, das die „Weiterentwicklung der Hilfen für ältere Menschen“ zum Thema hat. In diesem Gremium ist das Steuerungsgremium GPV mit einem Sitz vertreten. In der „Reutlinger Pflegekonferenz“ (Stadt RT) mit einer ähnlichen Zielrichtung ist ebenfalls eine Vertretung der psychiatrischen Pflege präsent. Beide Gremientagen eher selten und unregelmäßig.

Kooperationsvereinbarung für den Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) im Landkreis Reutlingen

(November 2005)

1. Ziele des GPV

Ziel des Gemeindepsychiatrischen Verbundes ist es, den psychisch erkrankten Menschen des Kreises die von ihnen benötigten Hilfen bereitzustellen. Die Einrichtung eines solchen Verbundes ergibt sich aus der Vielfalt der Träger der psychiatrischen Versorgungseinrichtungen, der Vielfalt der Leistungsträger für diesen Personenkreis und der Notwendigkeit der Anpassung der jeweiligen Leistung an den häufig wechselnden Versorgungs- und Betreuungsbedarf bei den betroffenen Bürgern.¹¹

Die Mitglieder des GPV verpflichten sich, die Ressourcen so effizient, effektiv und verantwortungsbewusst wie möglich einzusetzen und niemanden wegen Art und Schwere seiner Erkrankung auszuschließen. Voraussetzung ist die Sicherstellung der dafür notwendigen finanziellen Mittel durch die Leistungsträger. Allgemeine konzeptionelle Leitlinie des GPV ist der personenzentrierte Ansatz im Sinne der Aktion Psychisch Kranke (APK).

2. Zielgruppe

Zielgruppe sind alle Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die Unterstützung zur Führung eines selbständigen und eigenverantwortlichen Lebens brauchen und die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Landkreis Reutlingen haben oder in einer Einrichtung im Landkreis Reutlingen leben.

Eingeschlossen sind psychisch kranke erwachsene Menschen aus dem Landkreis Reutlingen, die außerhalb der Kreisgrenzen versorgt werden, sofern die Rückkehr ihrem Wunsch entspricht, sowie psychisch kranke Menschen, bei denen enge soziale Bezüge im Landkreis Reutlingen bestehen oder die aufgrund des Wunsch- und Wahlrechts ihren Aufenthalt im Landkreis Reutlingen begründen. Näheres regelt die Geschäftsordnung der Hilfeplankonferenz (HPK).

Für chronisch psychisch kranke Menschen die im Rahmen der klinischen Versorgung im Landkreis Reutlingen behandelt werden und deren gewöhnlicher Aufenthalt außerhalb des Landkreises liegt, ist (für die Finanzierung und Versorgung) die jeweilige Herkunftsregion zuständig. Wenn nach sorgfältiger Abklärung mit dem Betroffenen und den Hilfeangeboten der Herkunftsregion eine Rückkehr nicht gewünscht oder möglich ist, kann eine Erbringung von Hilfen im Landkreis Reutlingen erfolgen.

¹¹Um den Lesefluss zu erleichtern wird im folgenden die männliche Wortform verwendet. Die weibliche Form ist dabei mit eingeschlossen, auch wenn sie nicht ausdrücklich erwähnt wird

Personen mit einer Suchterkrankung oder einer gerontopsychiatrischen Erkrankung sind eingeschlossen, sofern sie im jeweiligen Hilfesystem (Sucht/Altenhilfe) nicht adäquat versorgt werden können und die psychiatrische Erkrankung im Vordergrund steht. Weitere Personengruppen können nach Bedarf in die Vereinbarung aufgenommen werden.

3. Grundsätze

Der GPV macht es sich zur Aufgabe, die Versorgung des oben benannten Personenkreises sicherzustellen und eine möglichst wohnortnahe Versorgung vorzuhalten. Die Betroffenen sollen individuell zugeschnittene Hilfen in ihrem Lebensfeld in Anspruch nehmen können und so wenig wie möglich auf einen Wechsel in ein künstlich geschaffenes Milieu zurückgreifen müssen. Die Entwicklung einer bedarfsgerechten Versorgung im Landkreis Reutlingen wird als gemeinschaftliche Aufgabe von Landkreis, Leistungsträgern, Trägern psychiatrischer Einrichtungen, Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und Bürgerhelfern betrachtet.

Mit Schnittstellen wie z. B. zum Bereich Sucht, Altenhilfe, Behindertenhilfe, Wohnungslosenhilfe oder Kinder- und Jugendpsychiatrie wird eine Kooperation in geeigneter Form angestrebt bzw. gepflegt.

4. Gremien des GPV

- 4.1 Steuerungsgremium GPV
- 4.2 Trägergemeinschaft GPV
- 4.3 Hilfeplankonferenz

4.1 Steuerungsgremium GPV

Das Steuerungsgremium GPV formuliert die Ziele des GPV in Bezug auf:

- die Struktur der Versorgungsangebote
- die Weiterentwicklung der Versorgungsangebote
- Strukturen der Zusammenarbeit

Im Steuerungsgremium GPV sind sowohl Angehörige und Betroffene vertreten als auch Träger/Anbieter von Versorgungseinrichtungen und Leistungsträger (Landratsamt, Krankenkassen, Rentenversicherungsträger).

Mitglieder des Steuerungsgremiums GPV sind:

- der Landkreis, vertreten durch den Sozialdezernenten
 - der Psychiatrie-Koordinator
 - ein Vertreter des Gesundheitsamts
 - Psychiatrie-Erfarene mit maximal zwei von ihnen benannten Vertretern
 - Angehörige psychisch Kranker mit maximal zwei von ihnen benannten Vertretern
 - der Patientenfürsprecher
 - ein Vertreter der Bürgerhilfe
 - niedergelassene Nervenärzte/Psychiater mit einem Vertreter
 - Mitglieder der Trägergemeinschaft mit je einem Vertreter eines jeden Trägers
 - ein Vertreter der Liga der freien Wohlfahrtspflege
 - ein Vertreter der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK)
 - ein Vertreter des Verbandes der Angestelltenkrankenkassen (VdAK)
 - ein Vertreter der Agentur für Arbeit
-
- ein Vertreter der gemeinsamen Servicestelle nach SGB IX
 - der Sozialhilfeträger wird in Personalunion durch den Sozialdezernenten vertreten.

Das Steuerungsgremium GPV tritt an die Stelle des Sozialpsychiatrischen Arbeitskreises (SPAK) und übernimmt dessen Aufgaben gemäß den entsprechenden Landesrichtlinien des Sozialministeriums Baden-Württemberg.¹² Der Vorsitz des Steuerungsgremiums GPV liegt bei dem Sozialdezernenten des Landkreises. Er bringt die Ergebnisse in die Kreisgremien ein; weitere Mitglieder des Steuerungsgremiums können dabei als sachkundige Personen hinzugezogen werden.

Das Steuerungsgremium GPV gibt sich eine Geschäftsordnung, die seine Verfahrensweise regelt.

Die Aufgaben des Steuerungsgremiums GPV sind:

1. Fachliche Beratung der politischen Gremien und der Verwaltung des Landkreises und
2. gemeinsam die Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen der psychiatrischen Versorgung zu planen und
3. Aufträge/Vorschläge an die Trägergemeinschaft zur Weiterentwicklung des Hilfeangebots und der Steuerung der Ressourcen zu erarbeiten;
4. Kriterien für ein Berichtswesen zur Evaluation und Steuerung der psychiatrischen Versorgung auszuarbeiten und festzulegen; auf dieser Grundlage wird ein Jahresbericht erstellt.

¹² siehe Anlage: gültige Fassung der Landesrichtlinien des Sozialministeriums Baden-Württemberg

5. Vorgaben zur Durchführung des personenzentrierten Hilfeplanverfahrens (Hilfeplanung mit IBRP, Geschäftsordnung Hilfeplankonferenz etc.) zu entwickeln und zu beschliessen.

4.2 Trägergemeinschaft GPV

Die beteiligten Träger der psychiatrischen Versorgung des Kreises bilden das Gremium der Trägergemeinschaft, um trägerrelevante Themen zu besprechen. Sie übernehmen gemeinsam die Pflichtversorgung für den oben definierten Personenkreis, sofern die Finanzierung der erforderlichen Leistungen gesichert ist.

Im Gremium der Trägergemeinschaft GPV werden:

1. Die Vorschläge des Steuerungsgremiums GPV umgesetzt, soweit die Ressourcen bzw. die Leistungsträger dies ermöglichen;
2. mögliche Synergien zwischen den Trägern abgesprochen;
3. In Absprache mit dem Steuerungsverbund neue Organisationsstrukturen geplant/entwickelt;
4. Trägervorhaben abgestimmt;

Gründungsmitglieder der Trägergemeinschaft sind:

- BruderhausDiakonie Stiftung Gustav Werner und Haus am Berg
- Gemeinnützige Gesellschaft für Psychiatrie Reutlingen mbH
- Gesellschaft für Rehabilitation, gemeinnützige Einrichtung für psychosoziale Hilfen und Beratung GmbH
- Samariterstiftung
- Tübinger Verein für Sozialpsychiatrie und Rehabilitation / Fördergemeinschaft Nachsorgeklinik e.V.
- Verein zur Förderung einer sozialen Psychiatrie e.V. (VSP)
- Zentrum für Psychiatrie Zwiefalten

Die Trägergemeinschaft gibt sich eine Geschäftsordnung, die ihre Verfahrensweisen regelt.

4.3 Hilfeplankonferenzen

Die Träger der psychiatrischen Versorgungseinrichtungen setzen ihre gemeinsame Versorgungsverpflichtung in den von ihnen angebotenen Leistungsbereichen in den sektoralen Hilfeplankonferenzen (HPK) um. Keine Person des definierten Personenkreises soll gezwungen sein, Hilfen außerhalb der Versorgungsregion in Anspruch nehmen zu müssen, vorbehaltlich der Finanzierung der Hilfen. Die Träger der Einrichtungen wirken zusammen, um die Versorgungsverpflichtung einzulösen.

Im Rahmen der HPK wird mit einer einheitlichen Hilfeplanung auf der Grundlage des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes (IBRP) gearbeitet. Die Hilfeplanung und die Vorstellung in der HPK erfolgen unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften.

Die Moderations- und Koordinationsrolle in der HPK übernimmt der Landkreis, vertreten durch den Psychiatriekoordinator. Er führt die Geschäfte der Hilfeplankonferenz und stellt das Bindeglied zwischen Hilfeplankonferenz, Steuerungsgremium GPV und Einrichtungsträgern dar.

Näheres regelt die Geschäftsordnung der Hilfeplankonferenz.

5. Geltung

Die Vereinbarung tritt zum **01.01.2006** in Kraft. Der Inhalt der Vereinbarung wird spätestens nach 2 Jahren überprüft. Veränderungen der Vereinbarung bedürfen der schriftlichen Zustimmung aller Unterzeichner. Ein Austritt aus der Vereinbarung kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende erklärt werden.

Reutlingen, den 08.12.2005

Landkreis Reutlingen

Initiative Psychiatrie-Erfahrener

BruderhausDiakonie
Stiftung Gustav Werner
und Haus am Berg

Gemeinnützige Gesellschaft für
Psychiatrie Reutlingen GmbH

Gesellschaft für Rehabilitation,
Gemeinnützige Einrichtung für
Psychosoziale Hilfen und Beratung GmbH

Patientenfürsprecher

Samariterstiftung

Tübinger Verein für Sozialpsychiatrie
und Rehabilitation Fördergemeinschaft
Nachsorgeklinik e.V.

Verein zur Förderung einer sozialen
Psychiatrie e.V. (VSP)

Vertreter der Bürgerhilfe

Angehörigenselbsthilfe

Zentrum für Psychiatrie
Zwiefalten

Niedergelassene Nervenärzte/Psychiater

Liga der freien Wohlfahrtspflege

AOK Reutlingen

VdAK

Gemeinsame Servicestelle

Agentur für Arbeit

Übersicht:

1. Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) – Tab 1
2. Zuverdienst im Bereich der Tagesstätte Reutlingen – Tab 2
3. Tagesstruktur und Förderung für psychisch behinderte Menschen (Leistungstyp 4.5b) – Tab 3
4. Tagesstrukturierendes Angebot für erwachsene Menschen mit Behinderungen, in der Regel Senioren (Leistungstyp 4.6) – Tab 4
5. Betreutes Wohnen stationär (Leistungstyp 2.3) – Tab 5
6. Betreutes Wohnen ambulant (ABW) – Tab 6
7. Betreutes Wohnen in Familien (BWF) – Tab 7
8. Persönliches Budget – Tab 8
9. Sozialpsychiatrische Pflege – Tab 9
 - 9a. binnendifferenzierte Finanzierung – Tab 9a
 - 9b. Finanzierung nach SGB XI – Tab 9b

Tab 1 – Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM): Stand 31.12.2007

Sektor Reutlingen/und Umgebung												Sektor oberes Ermstal / Alb											
Alter	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		Weibl.						
	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.							
< 20		1					1	0								0	0						
21-30		9	6	7	4		16	10			2	2				2	2						
31-40		27	11	7	4		34	15		4	1	4	3			8	4						
41-50		49	26	12	3		61	29		4	2	7	8			11	10						
51-60		22	25	5	2		27	27		7	3	7	5			14	8						
61-65		3		1	2		4	2		2	3	10	5			12	8						
> 65							0	0		3	1	2	2			5	3						
	111		68	32	15	0	0	83	20	10	32	25	0	0	52	35							
gesamt: 313																							

Tab 1 Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM): Stand 31.12.2008

Sektor Reutlingen/und Umgebung												Sektor oberes Ermstal / Alb											
LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		Weibl.							
m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.								
Alter																							
< 20																							
21-30	11	9	4	7		15	16			3	2			3	2								
31-40	26	10	12	3	1	29	13	5	3	6	7			11	10								
41-50	47	21	15	5	1	63	26	5	2	12	6			17	8								
51-60	19	28	7	2	1	27	30	9	4	9	6			18	10								
61-65	7			3		7	3	2	1	6	3			8	4								
> 65																							
	110	68	38	20	3	0	141	88	21	10	36	24	0	0	57	34							
gesamt: 320																							

Tab 2: Zuverdienst im Bereich Tagesstätte Reutlingen: Stand 31.12.2007

Sektor Reutlingen/und Umgebung										Sektor oberes Ermstal / Alb								
Alter	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		Weibl.	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		Weibl.
	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.		m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	
< 20																		
21-30		1							1									
31-40	1	1					1	1	1									
41-50	4	6					4	6	6									
51-60	4	2					4	2	2									
61-65		3						3	3									
> 65																		
	9	13	0	0	0	0	0	9	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0
gesamt: 22																		

Tab 2: Zuverdienst im Bereich Tagesstätte Reutlingen: Stand 31.12.2008

Sektor Reutlingen/und Umgebung										Sektor oberes Ermstal / Alb							
	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		
Alter	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	
< 20																	
21-30			2					2									
31-40																	
41-50	4		6				4	6									
51-60	9		5				9	5									
61-65			1					1									
> 65			1					1									
	13	15	0	0	0	0	13	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0
gesamt: 28																	

Tab 3: Tagesstruktur und Förderung für psychisch behinderte Menschen – Leistungstyp 4.5b: Stand 31.12.2007

Sektor Reutlingen/und Umgebung										Sektor oberes Ermstal / Alb									
LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt					
Alter	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.			
< 20	1						1	0							0	0			
21-30	3						4	1							0	0			
31-40	1	1	1				2	1			1	1			1	1			
41-50	1	4	2	5			3	9		1	2	1			2	2			
51-60	1	1		1			1	2							0	0			
61-65		1					0	1	3	2					3	2			
> 65							0	0							0	0			
	7	7	4	7	0	0	11	14	3	3	3	2	0	0	6	5			
gesamt: 36																			

Tab 3: Tagesstruktur und Förderung für psychisch behinderte Menschen – Leistungstyp 4.5b: Stand 31.12.2008

Sektor Reutlingen/und Umgebung										Sektor oberes Ermstal / Alb									
LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt					
Alter	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.			
< 20				1			1	0											
21-30		6			1		6	1				1		1	1	1			
31-40							0	0											
41-50	2	1	3	4			5	5			1	2	1	1	3	3			
51-60	1	1		1			1	2	2	1					2	1			
61-65		1					0	1											
> 65							0	0											
	9	2	4	6	0	0	13	9	2	2	2	2	2	2	6	5			
gesamt: 33																			

Tab 4: Tagesstrukturierendes Angebot für erwachsene behinderte Menschen – Leistungstyp 4.6 (Senioren): Stand 31.12.2007

Sektor Reutlingen/und Umgebung												Sektor oberes Ermsstal / Alb											
LT RT				Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt							
Alter	m	w		m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.						
< 20	1							1	0							0	0						
21-30	2							4	0		1					1	0						
31-40	2			2	3			4	5							0	0						
41-50	10			9	5	2	1	16	11			1				0	2						
51-60	7			4	2	2		9	6		1	1			1	2	1						
61-65	2			1	1	2		3	3		2	3	5		2	5	10						
> 65	6			11	7	9		13	21		4	15	17	4	7	25	76						
	30			27	19	18	1	50	46		8	20	20	5	10	33	89						
gesamt: 218																							

Tab 4: Tagesstrukturierendes Angebot für erwachsene behinderte Menschen – Leistungstyp 4.6 (Senioren): Stand 31.12.2008

Sektor Reutlingen/und Umgebung												Sektor oberes Ermsstal / Alb											
LT RT				Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt							
Alter	m	w		m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.						
< 20	1							1	0														
21-30	2	1						4	1		3		3			6	3						
31-40	1	3		1	2			2	5				3			3							
41-50	9	11		5	3	1		15	14		1	1				1	1	2					
51-60	8	4		2	2			10	6		3	2	2		1	6	5						
61-65	2	3		1	0			3	3		2	1	2		2	4	7						
> 65	6	10		6	12		1	12	22		7	13	24	5	5	36	71						
	29	31		17	19	1	1	47	51		16	17	34	6	9	56	88						
gesamt: 242																							

Tab 5: Betreutes Wohnen stationär (Leistungstyp 2.3). Stand: 31.12.2007

Sektor Reutlingen/und Umgebung													Sektor oberes Ermstal / Alb												
Alter	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt										
	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.									
< 20	2						2	0							0	0									
21-30	7	1	4	3			11	4	3		4	4			7	4									
31-40	4	5	2	2			6	7	2	1	10	8			12	9									
41-50	10	10	11	8	1		22	18		3	14	9			2	14									
51-60	9	3	5	6			14	9	9	5	6	8	1		1	16									
61-65	3	2	1	2			4	4	2	1	9	7	2		1	13									
> 65	6	11	7	9			13	21	5	16	17	57	4		7	26									
	41	32	30	30	1	1	72	63	21	26	60	93	7	11	88	130									
gesamt: 353																									

Tab 5: Betreutes Wohnen stationär (Leistungstyp 2.3): Stand 31.12.2008

Sektor Reutlingen/und Umgebung													Sektor oberes Ermstal / Alb												
Alter	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt										
	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.									
< 20							0	0																	
21-30	10	1	4	3			14	4	3		5	4			1	8									
31-40	5	5	1	3	1		7	8	3	2	8	8			11	10									
41-50	13	10	11	7	1		25	17	1	4	14	9	1		2	16									
51-60	11	3	6	4		1	17	8	10	5	4	8	2		1	16									
61-65	4	3	1	1			5	4	3	1	7	6	2		3	12									
> 65	6	10	6	12			12	23	4	13	15	52	5		24	70									
	49	32	29	30	2	2	80	64	24	25	53	87	10	12	87	124									
gesamt: 355																									

Tab 6: Betreutes Wohnen ambulant (ABW): Stand 31.12.2007

Sektor Reutlingen/und Umgebung										Sektor oberes Ermstal / Alb									
Alter	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		Weibl.	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt	Weibl.		
	m	w	m	w	m	w	Männl.			m	w	m	w	m	w	Männl.			
< 20							0	0								0	0		
21-30	8		8		1	1	9	9								3	1		
31-40	7		7	2	2		9	10								6	3		
41-50	21		16	1	4		22	20				3		2		8	7		
51-60	10		13	1	1	1	12	13				5	1			8	5		
61-65			2				0	2				1				1	2		
> 65			1			1	0	2				2	1	1		7	2		
	46		47	4	7	2	52	56		25	18	5	2	3	0	33	20		
gesamt: 161																			

Tab 6: Betreutes Wohnen ambulant (ABW): Stand 31.12.2008

Sektor Reutlingen/und Umgebung										Sektor oberes Ermstal / Alb									
Alter	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		Weibl.	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt	Weibl.		
	m	w	m	w	m	w	Männl.			m	w	m	w	m	w	Männl.			
< 20	1						1												
21-30	12		9	1			13	9								3	2		
31-40	8		7	5	2	1	13	10				2	1			8	4		
41-50	20		17	2	1		22	18				3		1		7	6		
51-60	10		13	1	1		11	14				6	2	1		9	7		
61-65			2					2								2			
> 65			1			1		2				1				6	3		
	51		49	9	4	0	60	55		25	18	8	4	2	0	35	22		
gesamt: 168																			

Tab 7: Betreutes Wohnen in Familien (BWF): Stand 31.12.2007

Sektor Reutlingen/und Umgebung											Sektor oberes Ermstal / Alb									
Alter	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		Weibl.			
	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.				
< 20							0	0							0	0				
21-30			1				0	1							0	0				
31-40	1		1				1	1	1	1					1	2				
41-50			1				0	1	1	1					1	1				
51-60							0	0	3	1					3	1				
61-65	1					1	2	0	1						1	0				
> 65							0	0	4	1					4	1				
	2	3	0	0	0	1	0	3	10	4	0	0	0	1	10	5				
gesamt: 21																				

Tab 7: Betreutes Wohnen in Familien (BWF): Stand 31.12.2008

Sektor Reutlingen/und Umgebung											Sektor oberes Ermstal / Alb										
	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt						
Alter	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.					
< 20				1			1														
21-30		1						1	1						1						
31-40																					
41-50		2						2			2		1		1	2					
51-60									3	1	1	1	1		4	2					
61-65									2						2						
> 65				1			1		3	1	1		1		4	1					
			3	2			2	3	9	4	1	1	3		12	5					
gesamt: 22																					

Tab 8: Leistungen in Form Persönlicher Budgets: Stand 31.12.2007

Sektor Reutlingen/und Umgebung										Sektor oberes Ermstal / Alb									
Alter	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		Weibl.	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		Weibl.	
	m	w	m	w	m	w	Männl.			m	w	m	w	m	w	Männl.			
< 20							0	0	0							0	0	0	0
21-30	2						2	0	0							0	0	0	0
31-40		3					0	3	0							0	0	0	0
41-50	2	2					2	2	2							0	0	0	0
51-60	1	3					1	3	3							0	0	0	0
61-65	1	2					1	2	2	2						2	0	0	0
> 65							0	0	0							0	0	0	0
	6	10	0	0	0	0	6	10	10	2	0	0	0	0	0	2	0	2	0
gesamt: 18																			

Tab 8: Leistungen in Form Persönlicher Budgets: Stand 31.12.2008

Sektor Reutlingen/und Umgebung										Sektor oberes Ermstal / Alb									
Alter	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		Weibl.	LT RT		Andere		Selbstzahler		Gesamt		Weibl.	
	m	w	m	w	m	w	Männl.			m	w	m	w	m	w	Männl.			
< 20																			
21-30	2						2												
31-40		2						2											
41-50	1	2			2		3	2	2										
51-60		1	1		1		1	1	1	2							2		
61-65	1	1					1	1	1	3						3			
> 65																			
	4	6	0	0	3	0	7	6	6	3	2	0	0	0	0	3	0	2	2
gesamt: 18																			

Tab 9a: Bereich Fachpflege / Binnendifferenzierung: Stand 31.12.2007

Sektor Reutlingen/und Umgebung											Sektor oberes Ermstal / Alb										
Alter	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		Männl.	Weibl.	m	w	w
	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.					
< 20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21-30	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31-40	0	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
41-50	1	0	1	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1
51-60	0	2	1	2	0	0	1	4	1	0	0	1	1	0	2	1	0	2	1	0	1
61-65	1	1	1	2	0	0	2	3	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
> 65	6	8	2	7	0	1	8	16	3	9	6	27	2	4	11	40	11	40	4	11	40
	8	12	5	14	0	1	13	27	5	9	6	28	3	5	14	42	14	42	5	14	42
gesamt: 96																					

Tab 9a: Bereich Fachpflege / Binnendifferenzierung: Stand 31.12.2008

Sektor Reutlingen/und Umgebung											Sektor oberes Ermstal / Alb										
Alter	LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		LT RT		Andere		Selbstzahler		gesamt		Männl.	Weibl.	m	w	w
	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.	m	w	m	w	m	w	Männl.	Weibl.					
< 20																					
21-30																					
31-40									2	2		1			2	3					
41-50	1		2	1			3	1		1						1					
51-60		1	1	2			1	3	1			1		1	1	2					
61-65	1	2	1	1			2	2		1		1		1	1	3					
> 65	6	8	1	10			7	18	7	6	1	24	1	3	9	33	9	33	1	3	33
	8	11	5	13	0	0	13	24	10	10	1	27	1	5	12	42	12	42	5	12	42
gesamt: 91																					

Tab 9b: Bereich Fachpflege (SGB XI): Stand 31.12.2007

Haus Aachtal Zwiefalten									
Alter	LT RT		Andere		Selbstzahler			gesamt	
	m	w	m	w	m	w		Männl.	Weibl.
< 20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21-30	1	0	0	0	0	0	0	1	0
31-40	2	2	0	0	1	0	0	2	3
41-50	2	2	1	1	3	0	0	3	5
51-60	4	1	9	0	0	0	0	13	1
61-65	0	0	0	1	0	0	0	0	1
> 65	5	5	3	4	0	0	0	8	9
	14	10	13	9	0	0	0	27	19
gesamt: 46									

Tab 9b: Bereich Fachpflege (SGB XI): Stand 31.12.2008

Haus Aachtal Zwiefalten									
Alter	LT RT		Andere		Selbstzahler			gesamt	
	m	w	m	w	m	w		Männl.	Weibl.
< 20									
21-30	2							2	
31-40	2	1		1				2	2
41-50	1	2	1	3				2	5
51-60	5	3	5					10	3
61-65	1		3	1				4	1
> 65	1	5	4	3	1	1	1	6	9
	12	11	13	8	1	1	1	26	20
gesamt: 46									